

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Ošetrovatelství a medicína – partnerské profese
Diplomová práce

Vedoucí práce:
PhDr. Trešlová Marie Ph.D.

2010

Autor práce:
Bc. Pavlíková Lenka

Abstract

The relation between nursing and medicine has been undergoing a number of changes in recent years. Optimization of synergy and competences between healthcare professions is one of the priorities of the healthcare system development. This research addresses the issue whether nursing and medical professions are partner professions in healthcare of clients.

The objective of the thesis was to ascertain whether nursing and medical professions can be declared as partner professions in healthcare. This objective was fulfilled through a quantitative research using the method of a questionnaire survey. The questionnaire contained 17 questions for doctors and 18 questions for nurses. The respondents of this questionnaire survey were 132 nurses and 97 doctors. The data were processed by means of descriptive statistics using charts.

It follows from the data analysis that nursing and medicine cannot be regarded as partner professions yet. According to nurses and doctors, the partner relation between these two professions is of crucial importance for client care. Higher education and professionalism of nurses contributes to improvement of mutual relations.

The research has revealed that it is necessary to continue addressing this issue. Within the research we explored several areas that, as we believe, are closely connected with this issue, and we based the research on its theoretical part. This thesis is beneficial by exploring the opinions of nurses and doctors on the relations between nursing and medicine, and by ascertaining their opinions on the effect of the partnership between these two professions on quality improvement of client care. We also investigated whether nurses and doctors believe that higher education and professionalism of nurses contributed to improvement of the relation between nursing and medicine. It is apparent from the research that nurses and doctors realize that partnership between nursing and medicine is of fundamental significance for care of clients. If they endeavour to trust each other, communicate effectively and show mutual respect, nursing and medicine will become partner professions.

The research may initiate drawing attention to problems in relations between nursing and medicine, and may provide guidance to finding the solution. It may also stimulate

nurses, doctors, students of nursing and medical branches, and managements of healthcare facilities to think about the issue.

UnRegistered

Abstrakt

Vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou prochází v posledních letech řadou změn. Optimalizace souhry a kompetencí mezi zdravotnickými profesemi představuje jednu z priorit rozvoje zdravotnického systému. Otázkou, zda ošetrovatelství a medicína jsou partnerskými profesemi v péči o klienty ve zdravotnictví, se zabývá tento výzkum.

Cílem práce bylo zjistit, zda ošetrovatelství a medicína lze označit jako partnerské profese v rámci zdravotní péče. Pro naplnění tohoto cíle byl využit kvantitativní výzkum pomocí metody dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval 17 otázek pro lékaře a 18 otázek pro sestry. Tohoto dotazníkového šetření se zúčastnilo 132 respondentů – sester, 97 respondentů lékařů. Data byla zpracována popisnou statistikou pomocí grafů.

Z analýzy dat vyplývá, že ošetrovatelství a medicína ještě nelze postavit do úrovně partnerské profese. Dle názoru sester a lékařů partnerský vztah mezi těmito dvěma profesemi má zcela zásadní význam v péči o klienty. Ke zlepšení vzájemných vztahů přispívá vyšší vzdělanost a profesionalita sester.

Z výzkumu je patrné, že je nutné se této problematice dále věnovat. Ve výzkumném šetření jsme zmapovali několik oblastí, které podle našeho názoru úzce souvisí s touto tematikou, při výzkumu jsme vycházeli z její teoretické části. Přínosem této práce je zmapování názorů sester a lékařů na problematiku vztahů mezi ošetrovatelstvím a medicínou a zjištění jejich názoru na vliv partnerství těchto dvou profesí ve zlepšení péče o klienty. Dále jsme zmapovali, zda dle názoru sester a lékařů vyšší vzdělání a profesionalita sester přispívá k zlepšení vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou. Z výzkumu je zřejmé, že si sestry a lékaři uvědomují, že partnerství mezi ošetrovatelstvím a medicínou je pro péči o klienty zcela stěžejní. Pokud se budou snažit vzájemně si důvěřovat, efektivně komunikovat a vzájemně si vážit jeden druhého, z ošetrovatelství a medicíny budou partnerské profese.

Výzkumné šetření může posloužit jako podnět k upozornění na problémy ve vztazích mezi ošetrovatelstvím a medicínou, může být návodem jak nalézt řešení. Může být i podnětem k zamyšlení samotným sestrám, lékařům, studentům ošetrovatelských a medicínských oborů a managementu zdravotnických zařízení.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 10.5. 2010

.....

UnRegistered

Velice děkuji své vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za laskavý a vstřícný přístup, odborné vedení a věnovaný čas při zpracování diplomové práce.

Obsah

1. Historie medicíny	5
1.1 Pravěk	5
1.1.1 Terapeutické dovednosti pravěkého léčitelství	6
1.1.2 Nejstarší léčebné metody	6
1.1.3 Historie medicíny starého Egypta	7
1.1.4 Řecká medicína	8
1.1.5 Hippokrates	9
1.1.6 Galén	10
1.1.7 Psychosociální aspekty řecké medicíny	11
1.1.8 Středověká medicína	11
1.1.9 Špitály	13
1.1.10 Počátky lékařské vzdělanosti	13
1.1.11 Období renesance	14
1.2 Současná medicína	15
1.2.1 Autonomie lékařské profese	16
1.2.2 Role lékaře	17
1.2.3 Role lékaře podle Parsonse	18
1.2.4 Partnerství jako základ vztahu lékaře a pacienta	19
1.2.5 Role a interakce lékaře a pacienta	21
1.3 Filosofie ošetřovatelství	22
1.3.1 Vývojové fáze ošetřovatelství	22
1.4 Historický vývoj profese sestry	23
1.4.1 Významné osobnosti ošetřovatelství	25

1.5 Role vzdělávání ve vývoji profese sestry.....	27
1.5.1 Historie vzdělávání sester v čechách.....	29
1.5.2 Profese sestry.....	31
1.5.3 Role sestry.....	31
1.5.4 Sestra jako profesionální odborník v ošetrovatelství.....	31
1.6 Týmová práce	32
2. Cíle práce a hypotézy.....	36
2.1 Cíle.....	36
2.2 Hypotézy.....	36
3. Metodika.....	37
3.1 Metoda výzkumu.....	37
3.2 Charakteristika souboru.....	38
4. Výsledky.....	39
5. Diskuse.....	59
6. Závěr.....	64
7. Seznam literatury.....	66
8. Klíčová slova.....	71
9. Přílohy.....	72

Motto:

„Dát se dohromady je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat spolu je úspěch.“

Henry Ford

Úvod

Vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou prochází v posledních letech řadou změn. Se stálým vývojem společnosti, dochází k řadě sociálních změn, mění se postavení i role nemocného. Po dlouhá staletí se vytvářela role medicíny, právě tak jako role ošetrovatelství v procesu zdravotní péče. Optimalizace soubory a kompetencí mezi zdravotnickými profesemi i mezi zdravotníky a pečujícími laiky dnes představuje jednu z priorit rozvoje zdravotnického systému - jeho účelnosti, flexibility, patientské vstřícnosti i odbornosti.

Jednou z podstatných charakteristik úspěšnosti dosažení cíle je schopnost pracovat v týmu. Změny, které jsou součástí našeho profesního i osobního života, vyžadují zapojovat se do nových vztahů, spolupracovat s dalšími lidmi. Většina pracovních týmů je složena z několika různých profesí, které se navzájem ovlivňují, využívají tvořivosti jednotlivých profesí, jejich rozdílné schopnosti a teprve tak je jim umožněno dosahovat výkonů, kterých by jako jednotlivci nebyli schopni dosáhnout.

Vytvoření funkčního týmu je dlouhodobý proces založený na vzájemném poznání, respektování se navzájem, vyvážených, profesně partnerských vztazích a jednoty v cílech, kterých chce dosahovat. Pro kvalitní práci týmu je nezbytná komunikace všemi směry, důvěra a vzájemný respekt. Základem je sebezpoznání a poznání přínosu druhých, respektování odlišností v pohledu na úkoly, problémy a cesty k jejich dosahování. Vztahy v týmu jsou vztahy vzájemné závislosti. Důležité je ale přesné vymezení a rozdělení kompetencí jednotlivých členů při plnění dílčích cílů. Tým funguje efektivně tehdy, jsou-li si členové týmu neustále vědomi potřeby splnit společný cíl a udržovat tým.

Abychom mohli být efektivním členem týmu, je důležité, abychom znali sami sebe, jaký dopad má naše chování na ostatní členy skupiny. Znat vývojová stadia skupiny, kterými nutně prochází každá skupina lidí na cestě od sdružení jednotlivců k dobře fungujícímu týmu. Znat techniky intervence, jaké chování je kdy vhodné a pružně reagovat na

to, co v dané situaci použít a také rozvíjet komunikační dovednosti, řešení problémů a rozhodování ve skupině.

Medicína a ošetřovatelství je mimořádně složitý organizační a ekonomický celek, je reprezentován mnoha profesemi, které utváří komplexní profesionální tým, mají přesně vymezené kompetence a navzájem se determinují. Abychom mohli porozumět této složité transformaci profesních rolí, je třeba porozumět i historickým souvislostem.

UnRegistered

1. Historie medicíny

Již od prvopočátku vzniku civilizace provázely život obyvatel různé choroby a epidemie. Začátky lékařství spadají do období prvobytně pospolné společnosti, v níž dochází k prvním pokusům o terapeutické zásahy. K léčení se využívalo přirozených léčebných prostředků jako vody, tepla a léčivých rostlin. Různé nemoci byly opředeny tajemstvím a byly přisuzovány nadpřirozeným silám, proto i jejich léčba byla zastřena praktikami magie a náboženského kultu. „Lékařská či léčitelská role byla vždy rolí výlučnou, elitní a spojena se zvláštní osobností a schopností lékaře/léčitele. Role léčitele předpokládala mimořádné znalosti a dovednosti, a to jak věcné, tak i charismatické“ (20, s. 13). Lékařské a pečovatelské působení ve starověké kultuře se neopíralo o podrobné znalosti lidského těla, ale přeci jen plnilo svůj hlavní záměr, jímž bylo ulevit trpícím a pomoci těm, jimž lze (35).

1.1 Pravěk

Přesto, že pravěký člověk měl poměrně dobrou imunitu přizpůsobenou podmínkám, ve kterých žil, trpěl mnoha traumaty při lovu a infekcemi přenesenými ze zvířat. Průměrný věk se pohyboval u mužů kolem 35 let a u žen kolem 30 let, byli nízkého vzrůstu, což bylo dáno nedostatečnou výživou, kočovným způsobem života a vlivy prostředí. V mladší době kamenné asi od 5500 let př. n. l. došlo ke změně obstarávání potravin, pravěcí lidé si začali svou potravu pěstovat. Usedlý způsob života související se zemědělstvím způsobil rostoucí počet obyvatelstva, osidlování úrodných území, zakládání vesnic. Tento nový způsob života přinesl jistě výhody, ale také nová ohrožení zdraví. Snižoval se sice počet úrazů při lovu, ale na druhé straně docházelo k bojovým střetům o úrodné území. Život v lepších obydlích s sebou nesl zhoršené hygienické podmínky, protože v obydlích se hromadily výkaly a tlející potraviny. Lidé umírali na infekční choroby a mnohdy došlo k vymření i celé vesnice. Hygienické i zdravotní poměry populací se měnily také v souvislosti s demografickým vývojem. Velká rizika přinášel početní růst a zahušťování osídlení, díky němuž docházelo k snadnému šíření epidemií a hromadným úmrtím (35,40).

1.1.1 Terapeutické dovednosti pravěkého léčitelství

O existenci terapeutických dovedností našich dávných předků vypovídají stopy po úrazech nebo onemocněních na kosterních pozůstatcích. Zdárné vyhojení těžkých poranění lebky a dolní čelisti, svědčí o jisté úrovni nejen ranhojičských znalostí, ale také pečovatelských znalostí, jejichž úspěchy nepochybně rostly v nepřímé úměře s vážností traumatu. Poměrně běžné bylo již v pravěku ošetření a úspěšné vyhojení zlomenin dlouhých kostí včetně usazení do správné polohy. Doloženy jsou i amputace končetin, ať k nim docházelo z jakýchkoli příčin, předpokládaly znalost zastavení prudkého krvácení, pravděpodobně ponořením do vroucího oleje. Doloženo je i odstraňování cizích těles z tkání, napravování různých vykloubení a trepanace. Trepanace se řadí k nejsložitějším operačním metodám dávných léčitelů. Používali již různé techniky jako škrábání, vrtání, což umožňuje domněnku o využití látek k obluzení operovaného. Pozoruhodné jsou důkazy o zhojení až několika trepanací na jednom nemocném, což svědčí o vysoké úrovni jak provedeného výkonu, tak i o vysoké úrovni ošetrovatelské péče (33,40).

1.1.2 Nejstarší léčebné metody

Péče o pravěkého člověka byla instinktivní, pračlověk uplatňoval totéž co zvířata – ležet, nehýbat se, vymývat si ránu. Lidé si nedovedli vysvětlit různé přírodní jevy jako blesk, hrom, déšť, oheň, smrt ani původ nemocí. Tyto jevy přisuzovaly nadpřirozeným silám. Vzniklo magické myšlení, jehož hlavním obsahem byl strach z hněvu a zloby nadpřirozených sil, jež byly příčinou všech nevysvětlitelných přírodních jevů a nemocí. Lidé začali nosit hmotné předměty – amulety, jimž byla přisuzována magická moc. Nemoci si vysvětlovali jako vstoupení démona do těla. Léčba spočívala tedy v magickém obřadu s rituálním zařikáváním démona a tím mělo dojít k jeho vyhnání z těla. Jedním ze způsobů jak démona vypudit z těla byla i trepanace lebky (18,35).

V období matriarchátu žena jako biologická a společenská bytost a opatrovatelka rodu se stávala i léčitelkou. Ženy zaujímaly dominantní postavení v ošetrovatelské péči. Z pokolení na pokolení si předávaly zkušenosti a zděděné moudrosti týkající se přírodního léčitelství. „Přetrvává ještě magické myšlení, ale zároveň se na základě

dlouhodobých empirických zkušeností získávali podrobnější znalosti o bylinách, zejména o jejich léčivých vlastnostech. Lidé odpozorovali, že některé byliny způsobují zvracení, průjemy, křeče, koliky, omámení, halucinace a dokonce i smrt. Jiné naopak tišily bolesti, mírnily horečnaté stavy, hojily rány a poranění (18, s. 101)“. Lidé začali využívat přírodních prostředků k léčbě. Prvními prostředky, které se využívaly, byly kůra stromů, kořínky, látky živočišného původu – krev, tuk, vnitřnosti, játra. Nemocní byli ošetřováni ve svých domácnostech, péče byla posláním a nebyla věcně odměňována. Později léčitelství přešlo na kněze jakožto prostředníky mezi zemí a bohem a péče o nemocné se postupně přesouvala do chrámů, které byly zasvěcovány bohům, kteří rozhodovali o zdraví a nemocech lidí (18,35).

Zcela základní ošetrovatelská péče byla věnována nemocným od jejich nejbližších. Význačným osobám byla věnována péče nadstandardní. K nejstarším známým léčebným metodám patřilo mnohostranné využití vody a minerálních pramenů. Rány a zanícená místa se vodou ochlazovaly a omývaly. Léčiva se podávala již tehdy formou různých jednoduchých léčivých přípravků – nápojů, nálevů, odvarů, lektvarů, mastí, placek. Na přípravě a podávání léčivých prostředků se podíleli vedle členů společenství i více či méně specializované osoby, muži i ženy, dlouho do novověku bylinkářky a mastičkáři (8,18, 35).

1.1.3 Historie medicíny starého Egypta

Kolem roku 1000 př. n. l. byl náskok Egypta v tomto oboru právem uznáván i v zahraničí. I když Egyptské lékařství nebylo nikdy zcela odděleno od magie, což dokazují magické předpisy a amulety, které se dochovaly v hojném množství, obsahovalo již i pozoruhodnou dávku racionalismu a čistě empirického pozorování. Egyptští lékaři měli hodně znalostí z anatomie lidského těla, ačkoli ho nikdy nepitvali. Při mumifikacích těl, uměli čistě odstranit mozek přes nos ven. „Věděli, že srdce pumpuje krev a znali jeho přesnou pozici. Jejich lékařské znalosti ve starověkém Egyptě byly tak pokročilé, že králové a císaři z různých říší žádali Egyptského faraona, aby jim poslal svého lékaře (35, s. 98)“. Egyptané položili prazáklad nauky o léčivech. Egyptané dospěli až k poznání antikoncepčních metod, nehledě na jeho tehdejší skutečnou účinnost, jeho nepřímý přínos následujícím dějinám byl obrovský. Další jejich neopominutelnou zásluhou bylo užívání léku, jenž byl velice dlouho se zdarem předepisován – ricínový olej. Doporučovali lidem, aby jedli střídavě, používali hodně ovoce a zeleniny, rybí maso a vyvarovali se přílišnému požívání ostatních mas a s mírností

holdovali alkoholu. Kladli také velký důraz na hygienu těla, aby nedocházelo k šíření infekcí (35).

První dochované písemné zprávy o léčivých rostlinách vydaly hrobky a chrámy Egyptů. Jejich stěny pokrývají četné hieroglyfy, z nichž se dozvídáme o úrovni tehdejších poznatků. Roušku tajemství také poodhalily taktéž papyry. Zhotovovaly se ze stébel báchoru papírodárného, jenž vytvářel mohutné porosty v deltě Nilu. Dnes známe celkem deset svitků. Za nejstarší se považuje soubor papyrů z Káhány, pocházející z období kolem roku 1900 před našim letopočtem. Své jméno dostaly podle místa nálezů. Přibližně o 300 let později byl sepsán papyrus Edwina Smile, pojmenovaný na počest amerického amatérského egyptologa. Mezi nejobsáhlejší památky se řadí Ebersův papyrus. Objevil ho v roce 1873 německý profesor Geod Ebers. Papyrus je široký 32 cm a dlouhý 20 m. Obsahuje zhruba 700 různých léčiv, z nichž rostliny reprezentuje hlavně cedr, oliva, anýz skočec, bob, vinná réva, meloun. Každý lékařský předpis doprovází čarovné formulky, jelikož zaklínání nedobrych mocností bylo nedílnou součástí terapie (35,40).

Egyptští léčitelé, nazývaní také kněží, se soustřeďovali ve svatyních, kde zakládali vlastní léčitelské školy. Část chrámu, nazývaná „asi-t“, byla vyhrazena pro přípravu léčiv a léčivých přípravků, především rostlinné povahy. Je zajímavé, že Egyptané považovali česnek a cibuli za vulgární a pro člověka nevhodné potraviny. Zato je využívali v lékařství, obzvláště k obnově sil, léčbě kašle, střevních nemocí. Česnek se též podával dělníkům při stavbě pyramid jako prevence proti infekčním chorobám a jako stimulující prostředek při namáhavé fyzické práci (8,40).

Egyptské lékařství výrazně ovlivnil Imhotep, který zaujímal post nejvyššího kněze boha Ptaha, pisáře a velkovezíra. Připisuje se mu autorství šestistupňové pyramidy v Sakuře. Později byl prohlášen za boha lékařství. Druhým božským lékařem se stal Asklépios, který musel být podle legendy zabit bohy, aby neohrozil jejich moc. Dokázal údajně vzkřísit i mrtvé. Zanechal po sobě dvě dcery, a to Hygieu, bohyni zdraví a Panaceu, bohyni léčení (35,40).

Hluboké kořeny zapustila ve staroegyptské medicíně aróma terapie, neboli léčba vůněmi. Léčitelé vyznívali, že kouř spálených rostlin a výpary éterických olejů příznivě působí na lidský organismus. K zmírnění bolestí ve svalech a k vyvolání dobré nálady sloužil růžový olej. Šalvějový olej se opakovaně používal k léčení impotence. Směs olejů z kosodřeviny, jalovce, eukalyptu pomáhala při vdechování proti revmatickým obtížím a nemocem nervů a proti katarům čelních dutin. Jalovcová a citroníková silice zabraňovala tvorbě žlučových kaménků. Kněží připravovali z vonných bylin různé masti a mazání pro

potřeby balzamování mrtvých. Z rostlin se uplatnila především bazalka pravá (*Ocimum basilicum*), jež byla chována v patřičné úctě a vážnosti. Důležitou roli hrála v životě Egypťanů, resp. Egypťanek, kosmetika. K rozvoji tohoto oboru přispěla královna Kleopatra, která napsala kosmetickou příručku o blahodárném účinku léčivých bylin. Oblíbený byl zejména rostlinný pigment henna (hennah). Mondénní egyptské krásy si tímto prostředkem barvily vlasy, řasy a obočí. Cennou kráslicí látku produkoval keř *Lawsonia inermis* z čeledi kyprejovitých (*Lythraceae*). Význam egyptského léčitelství spočívá v tom, že nashromáždilo nesmírné množství informací, o něž se opířela medicína ostatních národů (35, 40).

1.1.4 Řecká medicína

Zatímco v asyrsko-babylónské kultuře spočívalo léčitelství především v duchovní a náboženské péči o nemocné, řecká medicína představuje již ohromný impuls pro rozvoj přírodovědně orientovaného poznání jako základu medicíny. Teprve řecká medicína obrátila pozornost k lidskému tělu a stala se tak základem evropské medicíny. Rozvoj filosofie podnítil i rozvoj poznání lidského těla. Řecká medicína získávala postupně nenáboženský charakter a opírala se o systematické studium empirických souvislostí. Lékaři a ošetřovatelé přestali být považováni za prostředníky nadpřirozených sil a stali se pomocníky nemocných u lůžka. Svého vrcholu dosáhla řecká medicína v pozdním helénistickém období. Mnoho práce se vykonalo v alexandrijském muzeu, výzkumném ústavu založeném pod řeckým vlivem ve 3. stol. př. n. l., aby podporovalo veškerá zkoumání. Bylo prozkoumáno srdce, svalstvo, nervy a mozek. Byly popsány orgány hrudní dutiny a usilovalo se o poznání jejich funkcí. Na těchto výzkumech a vlastních pitvách ovcí a prasat založil svou fyziologii pergamský Galénos. V podstatě šlo o systém o třech složkách, v němž tak zvaní duchové - přírodní, vitální a zvířecí - procházeli žilami, tepnami a nervy a oživovaly tělo jako celek. Galénovy pokusy o sladění terapie s fyziologií nebyly úspěšné a lékařská praxe zůstala eklektická a byla záležitostí volby lékaře. Obvykle nejlepší metodou byla metoda navrhovaná Hippokratovou školou, která se v zásadě spoléhala na jednoduchý život v čistotě a schopnost těla k samouzdravení. (40).

1.1.5 Hippokrates

Hippokratés z Kósu (Hippokrates 460-377 př.n.l.), nejslavnější lékař antické řecké kultury a filozof. Žil v době, kdy ve Starém Řecku nastal rozkvět věd a umění a v lékařství docházelo k úpadku vlivu kultu. Pokrok vědeckého lékařského myšlení nacházel oporu ve dvou školách existujících na ostrově Kós a Eidos. Hippokrates se podílel na založení lékařské školy a podílel se také na sepsání prvního uceleného etického kodexu v lékařství (tzv. Hippokratova přísaha). Narodil se někdy kolem roku 460 před naším letopočtem na ostrově Kós. Hippokratův život je dnes z větší části zahalen tajemstvím – ví se, že v mládí byl zasvěcen do lékařského povolání (pocházel z rodiny léčitelů), procestoval celé tehdejší Řecko a oblast Malé Asie, stal se určující autoritou tehdejší medicíny. Byl nejen lékařem, ale medicínu i vyučoval. „Jako lékař byl Hippokratés zakladatelem medicíny jako takové – jako první vytvořil ucelený systém pouček a postupů, které lze označit za prazáklad lékařství jako samostatné vědecké disciplíny (40, s. 65)“. Hippokratés přitom navazoval na nauku přírodních filosofů (především na jejich humorální teorii, pojednávající o „šťávách těla“) – Hippokratés, stejně jako přírodní filosofové, tvrdil, že zdraví závisí na rovnováze či nerovnováze těchto šťáv v těle, zároveň ale dodává, že tuto rovnováhu lze vhodnou životosprávou a vhodným (zdravým) prostředím ovlivňovat a upravovat – Hippokratés přitom rozlišoval čtyři základní šťávy, a to krev, sliz, černou žluč a žlutou žluč. Tuto Hippokratovu humorální teorii později přepracoval v ucelený systém medicínské vědy Galénos (40).

Značnou pozornost Hippokratés věnoval v lékařství otázce pozorování projevů (symptomů) zdraví a nemoci, v péči o nemocného pak Hippokratés zdůrazňoval potřebu individuálního přístupu. Hippokratés je autorem 58 spisů (sepsaných v 73 knihách, Hippokratés toto dílo vytvořil společně se svými žáky) – tyto spisy jsou označovány jako tzv. „Corpus Hippocraticum“ (Hippokratovský soubor) a obsahují práce z anatomie, chirurgie, dietetiky či fyziologie (35).

Dnes je Hippokratés znám především jako autor, podílející se na sepsání prvního etického kodexu lékařské vědy, a to tzv. Hippokratovy přísahy. „Tento spis stanovuje etické požadavky na konání a jednání lékaře, mimo jiné vyžaduje slib obětavosti, slib časově neomezené povinnosti pomáhat potřebným, slib mlčenlivosti atd. – z textu této přísahy je pak dnes odvozen slib lékařský a to od roku 1948, kdy byl přijat za závazný na sjezdu Světové lékařské organizace ve švýcarské Ženevě (35, s. 123)“. Hippokratés, zakladatel medicíny jako samostatné vědecké disciplíny, umírá někdy kolem roku 380 před naším letopočtem a to pravděpodobně v Lárisse v Thesálii (35, 40).

1.1.6 Galén

Klaudios Galénos, známý spíše jako Galén, byl jeden z nejznámějších starověkých lékařů, fyziků. Galén se narodil v Pergamu. Zabýval se zemědělstvím, architekturou, astronomií, astrologií a filosofií. Po smrti svého otce studoval dalších dvanáct let lékařství ve městech Smyrna, Korint a Alexandria. Poté se roku 157 vrátil do svého rodného města jako lékař a tři až čtyři roky ošetřoval a pečoval o zraněné gladiátory. Za tu dobu se mnoho naučil o lidském těle a lékařských postupech, zejména o léčení úrazů a zranění, které označoval jako okno do lidského těla. Všiml si, že když se přetne nerv, ochrne sval, který k němu náleží, a že žíly vedou krev a ne vzduch, jak se mnoho lidí té doby domnívalo. V něčem se, dle mínění moderní medicíny, mýlil - třeba že lidské zdraví závisí na rovnováze čtyř tekutin: krvi, hlenu, žluté a černé žluči. Ale i přes své omyly se stal lékařem římských císařů a dosáhl velkého ohlasu. Například jeho pouštění žilou přetrvalo v medicíně až do devatenáctého století. Když mu bylo dvacet let, strávil čtyři roky v chrámu jako therapeutes (pomocník, ošetřovatel) boha Asklépia. Galén vykonával odvážné a náročné operace, včetně operací oka a mozku, což se po následující dvě tisíciletí ani nezkoušelo (40).

1.1.7 Psychosociální aspekty Řecké medicíny

I přes snahu oddělit náboženství od medicíny si řecká medicína uchovala rozmanitý a mnohotvárný charakter. Byl uchován rozdíl mezi lékaři a felčary, kteří napravovali vykloubeniny, zlomeniny, vyháněli zlé duchy a zaříkávali. Řeční lékaři Hippokrates a Galén natrvalo ovlivnili nejen rozvoj medicíny jako takové, ale položili i základy lékařské a ošetřovatelské etiky. Základem léčby je důvěra nemocného k lékaři a ošetřovatelům, že jsou jeho spojencem vůči onemocnění. Od samého počátku se předpokládalo, že péče o nemocné se má vykonávat s láskou, nikoli pro slávu či odměnu z něj plynoucí. Nejen klinické znalosti a dovednosti, ale i psychosociální aspekty jako důvěra, uklidnění a pocit jistoty, byly vnímány jako nedílná součást výkonu profesí, které jsou něčím víc než jen praktickou aplikací vědomostí a dovedností (35,40).

1.1.8 Středověká medicína

Rozpad římské říše vedl k rozkladu otrokářského společenského řádu a postupný nástup feudalismu. Rozdíly mezi společenskými vrstvami se prohloubily. Církev se stala novým a mocným prvkem společnosti. „Období křesťanství se stalo zdrojem upevňování moci pánů, nástrojem udržení poslušnosti nevolníků, jejich bídy, jak ekonomické, tak i sociální a kulturní (20, s. 43)“. Špatné klimatické podmínky a války, negativně ovlivňovaly úmrtnost obyvatelstva. Vyskytovaly se různé epidemie, mor a jiné infekce. Léčba a péče o nemocné náležely do rukou církve. Místo léčby bylo zdůrazňováno především milosrdenství a soucit s trpícími. Nemoc byla přisuzována zkoušce víry, či byla označena trestem za špatnost. V případě zázračného uzdravení byla moc přisuzována síle boží, její milosti a přízně (20).

Úloha péče o nemocné, chudé, opuštěné, staré a bezmocné připadla kléru, zvláště řeholnímu. Velkou roli hrála především organizovanost církve a středověcí klerikové byli dlouho jedinou skupinou vzdělanců schopnou medicínské znalosti, obohacovali ji a předávali dalším pokolením. Řeholníci byli zavázáni k péči o nemocné spolubratry, ale i o nemocné v okruhu působnosti klášterní komunity. Vznikaly specializované prostory určené buďto k péči o nemocné nebo k provozování intelektuálních činností (20,35).

1.1.9 Špitály

Působení lékařů ve špitále v Praze bylo doloženo až počátkem 15. století. Přesto, že středověké špitály a později i novověké špitály mohly svou péčí o nemocné zlepšit jen minimálně, mají svou nezastupitelnou roli ve vývoji ošetrovatelství i medicíny. V tomto období se začali formovat i počátky všech profesí pečujících o nemocné, s kterými se setkáváme až do 19. století. Škála těchto profesí se pohybovala od vzdělaných lékařů až po lidové léčitele, mezi nimiž bylo mnoho řemeslných léčitelů. O systému zdravotnických opatření nelze hovořit až do poloviny 14. století. Veřejná správa a právní normy neumožňovaly zásahy směřující ke zlepšení hygienických nebo zdravotních problémů. Pokud byla nějaká snaha o zlepšení hygienických podmínek, bylo to většinou na popud již nastalé propuklé epidemie a jejich účinnost byla velmi slabá. Nejhorší hygienické poměry byly

v městském prostředí, proto se městské rady snažily odstranit alespoň nejhorší prohřešky ve znečišťování veřejných prostranství (35,4).

Špitály, vznikající v období středověku jsou právem považovány za předchůdce nemocnic. Nacházeli zde útočiště nemocní i pocestní. Nejstarší špitály pro poutníky byly zřizovány u sídel biskupů, kapitul a hlavně klášterů. V průběhu 11. století se zvýšila vlna poutnictví a postupně začalo docházet k oddělování ubytoven pro poutníky takzvané hospice a špitály, které byly určeny z velké části pro nemocné, chudé, staré a opuštěné děti. „Péči ve špitálech se věnovaly převážně křižovnické a rytířské řády. Již byly prosazovány snahy o „profesionální“ péči ošetrovatelskou a někde i lékařskou (35, s. 114)“. Nejslavnější a nejdéle existující špitál český vznikl z iniciativy Anežky České. Během druhé poloviny 13. a první poloviny 14. století vznikala postupně celá řada dalších špitálů v Čechách na Moravě a ve Slezsku. Dokonce i měšťané se postupně podíleli na vzniku nových fundací. V průběhu husitských válek se většina řádových špitálů stala majetkem měst nebo zanikla. V jakém rozsahu a komu bude špitál poskytovat péči, rozhodoval zakladatel a výše finančních zdrojů. O personálu, který pečoval o nemocné a chudé, jsou uvedeny pouze nepatrné záznamy. U staroměstských křižovníků o nemocné a chudé pečovali muži i ženy. Po vydání nového statutu v roce 1292 převzali péči výhradně muži. Nesporný přínos pro ošetrovatelství přinesly také obětavé ženské ošetrovatelky, jež dokládají kroniky, například Zdislava a její sestra Eufémie (35).

1.1.10 Počátky lékařské vzdělanosti

Období středověku znamenalo pro výkon lékařských činností velký úpadek, péče o nemocné spadala do náplně činnosti kněží a mnichů. Oživení medicíny nastává až založením lékařských univerzit. Studium a praxe, měly spíše obecný charakter, výuka probíhala formou přednášek z vybraného souboru textů a odborných diskusí. Místo zkušeností byla zdůrazňována schopnost logické úvahy a shromážděné poznatky. Výuku jen okrajově doplňoval klinický výcvik, který probíhal mimo univerzitní půdu. Vzdělání lékaři však tvořili malou část těch, kdo léčili. O nemocné se převážně starali léčitelé, porodní báby, bylinkáři, lazebníci a ranhojiči. Nově vznikající lékařské cechy přebíraly odpovědnost za výchovu a zkoušení lékařů. Podmínky pro studium se v různých částech Evropy lišily, v některých zemích se interní a chirurgické lékařství postupně od sebe oddělilo, v jiných státech zůstalo

shodné pro obě specializace. Spor mezi oběma směry byl v Českých zemích překonán až od roku 1873 sjednocením univerzitního lékařského vzdělání s titulem lékaře všeobecné medicíny – *Medicinae universae doctor* – MUDr. (20,35).

1.1.11 Období renesance

Velký zvrat v péči o nemocné a počátek nové éry v medicíně, nastal v polovině 14. století. Medicína se opět obrátila k řeckému lékařství, zájmu o lidské tělo a studiu. Byly prováděny pitvy, nejprve tajně, později i veřejně, rutinně až po roce 1550. Někteří lékaři se zabývali i chemickými procesy v lidském těle. Na rozvoj medicíny měly také obrovský vliv epidemie infekčních chorob, ale i nové filosofické výklady světa. Velký vliv na rozvoj vědy, přírodní vědy a medicíny mělo dualistické pojetí světa René Descarta. Hlavní myšlenkou dualismu je, že lidé mají složenou přirozenost, materiální a nemateriální. Nemateriální část se nazývá duše, duch, nebo mysl. „Duše reprezentuje duchovní aspekt člověka, zatímco mysl je spíše spojena s mozkem a s přemýšlením (12, s. 28)“. Descartes argumentoval tím, že tělo je rozprostraněné a v žádném případě nemá vědomí, zatímco duše je nerozprostraněná a uvědomuje si, má myšlenky, pocity, touhy. Vzájemný vztah mezi tělem a duší je dle Descarta interakcionalismus. Podle jeho názoru mohou být stavy vědomí zapříčiněny stavem těla a tělesné stavy mohou být zapříčiněny stavy vědomí. Descartes tak ovlivnil medicínu svým matematizujícím a mechanistickým náhledem na lidské tělo. Jeho teorie byly ovlivněny dalšími materialistickými filosofiemi. V 16. století tak stála medicína na rozcestí, ovlivněna různými filosofickými názory a velký vliv také měl minimální pokrok ve vědění o různých nemocech a jejich léčení. V tomto období poklesla prestiž lékařů, jejich vědění i efektivita léčby (4,12).

1.2 Současná medicína

K významnému rozvoji medicíny dochází v druhé polovině 18. století a první polovině 19. století. Synonymem pokroku v medicíně se stal až příklon k přírodním vědám. Základy medicíny jsou tedy stavěny na podkladě vědeckých poznatků z biologie, fyziky,

chemie, matematiky a konec 19. století přináší i poznatky z informační technologie. Podkladem medicíny se stávají zkušenosti, logické úvahy a objektivní pozorování. Důležitým pilířem lékaře je zkušenost, vědomosti a vysoce mravní charakter (4,12).

Několik odvážných lékařů oznámilo, že pouštění žilou, složité diety a projímadla jsou neúčinné. Medicína se tedy postupně vzdávala tradičních léčebných rituálů. Pečlivě, objektivně a nestranně pozorovali nemocné. Ústředním zájmem se stala přesná diagnóza. Osvícenecké teorie zdůrazňovaly víru v rozum a sílu vědy. Medicína začala využívat objevů jiných přírodních věd, fyziky a chemie. Díky Albrechtu Hallerovi se fyziologie začala vyčleňovat jako samostatný obor, který přinášel nové poznatky. K jejímu rozvoji přispěl i náš největší biolog a lékař Jan Evangelista Purkyně. Interní medicína dostala novou diagnostickou metodu – poklep a poslech, jejímž objevitelem byl rakouský lékař Leopold Auenbrugger. Ke zdokonalení této metody významně přispěli Francouzové Jean Nikolas Corvisart a René Théophile Laennec, vynálezce stetoskopu. Pro rozvoj chirurgie bylo velkým zlomem používání éterové narkózy šířící se z Ameriky. V gynekologickém lékařství, maďarský porodník Ignác Semmelweis, nabádal lékaře k dodržování asepse při vyšetřování rodiček mytím rukou v chlorové vodě, nesetkal se však s velkou podporou u ostatních lékařů. Vyšetřovací metody se stále zdokonalovaly a lékaři tak mohli stanovit poměrně přesnou diagnózu a prognózu nemoci. Tento postup byl na přelomu 19. – 20. století přijat jako základní odpovědnost lékaře (20,23).

Lékaři se neustále zdokonalovali v diagnostice a pečlivě sbírali anamnézu pacienta i jeho rodiny. Ovšem léků, které mohli nabídnout nemocným, bylo velmi málo. Používali se stále některé deriváty rostlin, například digoxin z náprstníku. Velkým zlomem byl vývoj několika forem imunizace, objev Salvarsanu na syfilis, vitamíny, izolace hormonů. V průběhu 19. století se zdraví populace postupně zlepšovalo, dětská úmrtnost se snižovala a průměrný věk se mírně zvyšoval. Velký vliv měly společenské změny, jako zlepšení hygieny bydlení a jídla (23).

20. století znamenalo obrovský vzestup vědeckých poznatků a pokroků v medicíně. Objev antibiotik, kortizonu, vymícení dětské obrny, operace na otevřeném srdci, náhradní klouby, transplantace, objev Helikobacteru, léčba některých nádorů, hojnost nových účinných léků, stále dokonalejší technologie, rozmach biologie a genetiky. To vše je jen slabý výčet pokroku medicíny v léčbě nemocných. Klinická věda se stala novou ideologií medicíny. „Celé 20. století je obdobím, kdy v Evropě dochází k rozšiřování veřejného zdravotnictví pro nejširší společenské vrstvy (35, s. 231)“. Základem se stalo národní zdravotní pojištění, nebo státem organizované zdravotnictví typu britské Národní zdravotní služby. Lékař se stal

hrdinou aplikací nových objevů vědy a technologie. Nová společenská role lékařů, vedla ke zvýšení jejich sociálního postavení. Došlo k profesionalizaci lékařů a stali se monopolními poskytovateli zdravotních služeb. Jejich profesní postavení disponovalo vysokou mírou uznávané organizované svébytnosti a seberegulace, která vedla k nepřekročitelné hranici mezi příslušníky této profese a laiky (23,35).

1.2.1 Autonomie lékařské profese

Křížová (2006) ve své knize uvádí, že k nejdůležitějším faktorům lékařské profesní autonomie, přispívají vlastní standardy vzdělávání a přípravy, licence, která je podmínkou k výkonu profese a o jejím udělování je rozhodováno uvnitř profese. Samotní lékaři mají také i rozhodující vliv na zákonné normy, které jejich činnosti upravují. „Důsledkem je minimalizovaný prostor pro laické hodnocení a kontrolu, neboť profesionálové mají privilegium, že jejich výkon není kontrolován těmi, kdo k profesi nepatří (20. s. 22)“.

Lékařská profese získala společností monopol na péči o zdraví. Autonomie lékařské profese je dána třemi základními privilegii. První privilegium je specializovaná úroveň znalostí a dovedností. Druhé privilegium je nekontrolovatelnost ze strany laiků. Třetí privilegium je vlastní kontrolní mechanismus (23,27).

Svou pozici získává také silnou ochranou ze strany elitních skupin společnosti a politickým a ekonomickým vlivem. Vlivem rostoucích možností medicíny veřejnost vkládá veškerou důvěru a odpovědnost za své zdraví v lékaře, jakoby zdraví patřilo někomu jinému než jim. Sami nemocní tak často ztrácejí sebekontrolu a autonomii a „odevzdávají se“ do rukou lékaře (12,20).

Velký vliv má také změna hodnoty zdraví moderní společnosti, která klade důraz na výkonnost, schopnosti, adaptabilitu a aktivitu a zdraví se stalo jedním ze základních předpokladů, jak dostat požadavkům společnosti a obstát v konkurenci ostatních. Zdraví se tak stává pilířem, na němž lidé mohou stavět své ambice, představy, plány, které hodlají v životě realizovat (12,20).

1.2.2 Role lékaře

Obecně lze říci, že „role lékaře je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemocí a na záchranu ohroženého života (4, s. 104)“. Jednotlivé role lékařů jsou odlišné podle oboru činnosti, kterou vykonávají a rozličné specializace. Jak vyplývá z historického kontextu, role lékaře existuje již od středověku. Profesionální lékařská role, tak jak ji známe dnes, se vyvíjí až od poslední třetiny 19. století. V moderní společnosti lékař zastává kromě své profesionální role i určité společenské funkce, které nejsou součástí péče o pacienty. Lékařské povolání má různá specifika, která toto povolání odlišuje od ostatních. Prioritní je skutečnost, že předmětem jeho činnosti je člověk. Z tohoto důvodu je stejně tak prioritní vysoká míra zodpovědnosti a důslednosti v péči o pacienty, protože většina úkonů a postupů, které provádí, by v opačném případě mohla mít nedozírné a nezvratné negativní důsledky pro člověka jako příjemce péče (4,9).

Od počátku, kdy se lékařská profese svou činností oddělovala od ostatních činností, obsahovala dva základní elementy. První element obsahoval odborný výkon vědomosti, zručnost. Druhý element zahrnoval charakter lékaře, jeho chování vystupování, postoje k nemocnému, kolegům, jiným členům týmu a společnosti jako takové. Samozřejmě nejvyšším ideálem je spojení obou těchto složek v harmonické činnosti lékaře obsahující precizní odbornou činnost, vstřícný a laskavý zájem o člověka jako příjemce lékařských činností (4,9).

V padesátých letech se Talccot Parsons hlouběji zabýval rolemi pacienta a lékaře ze sociologického hlediska. Pohlížel na obě role z hlediska jeho funkcí ve společnosti a jak jejich výkon přispívá či nepřispívá k hladkému fungování společnosti. Tyto role chápal jako komplementární (4).

1.2.3 Role lékaře podle Parsonse

Funkční specifika neboli odborná kompetence – je prioritním požadavkem této role. Lékař má zaměřovat své činnosti pouze na oblasti, ke kterým je odborně způsobilý, z hlediska odborného dané zejména dosažením příslušného stupně vzdělání v oboru. Název

profese Medicinae universae doctor - MUDr., tedy doktor všeobecné medicíny, dnes definuje právě zejména tuto kompetenci, než reálný stav – lékařská praxe nevyžaduje ve většině případů všeobecnost, ale naopak specializaci. Vysoce uznávaným lékařem se stává odborník mnohdy v úzké specializaci, který dosáhl mimořádných výsledků ve svém oboru. Profesionální lékař by neměl zasahovat do činností mimo svou odbornost. Odborná kompetence je ale dána i postavením konkrétního lékaře v hierarchii – jiná oprávnění rozhodovat má řadový lékař, jiná primář, jiná má praktický lékař a jiná lékař specialista (4, 23).

V poslední době je kladen mimořádný důraz na rovnocennost a rovnoprávnost v rozhodování o léčbě na pacienta, aby léčba byla v souladu s jeho potřebami a s hierarchií hodnot, které jsou u každého člověka různé.

Neutralitou, z hlediska emocí, je nazýván postoj, kdy je ze strany lékaře, při výkonu jeho role očekáváno jednání bez emocionální účasti. Lékař by neměl projevovat sympatie, antipatie, propadat skleslosti či nadměrnému optimismu. Neznamená to bezcitnost ve vztahu k pacientovi, ale odstup od vnímaných emocí – lékař má brát pacientovi emoce v potaz, ale neměl by projevovat soucit, neměl by emoce prožívat s ním. Musí se omezit na výkon své odborné úlohy a ostatní emoce by měl projevovat s věkou obezřetností (9,12).

Universalismus výkonu role znamená, že role lékaře potencionálně bere v potaz všechny členy společnosti. Lékař vykonává svou roli vůči všem jedincům, nikoli jen oborově, sociálně či prostorově vymezené skupině osob. Vychází to z faktu, že do role nemocného může vstoupit kdokoli a lékař musí být připraven svou roli aktivovat vůči každému nemocnému. V důsledku rostoucí specializace lékařských činností a oborů na sebe tento požadavek stále více přenáší instituce, tedy nemocnice a ne konkrétní lékař, neboť jeho vztahová oblast se zužuje. Instituce musí být tedy schopna každému jedinci, který péči potřebuje, náležitou péči poskytnout (4).

Kolektivní orientací jednání se rozumí, že lékař nevychází při výkonu své role ze svých zájmů a motivací, nýbrž ze zájmu pacienta. Měl by nadřazovat zájmy pacienta zájmům vlastním. Lékař by měl veškeré své znalosti a dovednosti využít vždy když se jedná o záchranu člověka ať je to kdekoli (4,12).

1.2.4 Partnerství jako základ vztahu lékaře a pacienta

Základem vztahu lékaře a pacienta je vzniklé onemocnění. Pacient si začne uvědomovat příznaky nemoci, pocít, že se něco děje, že něco není v pořádku. Uvědomí si, že řešení tohoto problému není v jeho silách a vyhledá odbornou pomoc, tedy lékaře. Pro pacienta znamená tato situace porušení jeho vnitřní rovnováhy, důsledkem toho dochází k silné emoční zátěži, jako je stres, napětí, obavy (13,22).

Prioritním úkolem lékaře je tedy odstranit nemoc pacienta. Stejně tak jako pro pacienta se nemoc stává problémem komplexním, kdy dochází k narušení jeho dosavadní stability, tak by se měl i jeho lékař zaměřit na léčbu v širších souvislostech. Důležité je tedy spojení léčby na úrovni odborné medicíny, tedy zvládnutí léčby, návrat do stavu zdraví a léčby na úrovni psychické pomoci, získání důvěry, zmírnění obav, dodání odvahy. Nemocný musí vědět, že je na správném místě. Pokud pro nemocného znamená jeho onemocnění i sociální důsledky, je důležité, aby lékař pomohl nemocnému najít co nejlepší řešení, jak tyto důsledky zmírnit (13,9).

Jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře jde o zastávání určité role a to role sociální. Nejdůležitější úlohu zde hrají očekávané způsoby jednání, činy a míra jejich naplnění. Jde tedy o zaujmutí určité sociální role, která je nezbytná pro vybudování tohoto vztahu a záleží na každém ze zúčastněných, co do této role vloží a co od ní očekává (13,14).

Aby bylo dosaženo těch nejlepších výsledků v léčbě, je důležité aby mezi lékařem a pacientem byl vztah na partnerské úrovni a pacient se aktivně podílel na své léčbě. Podle Stewarta a Roter, kteří se zajímali o charakteristiku tohoto vztahu, existují čtyři typy vzájemných vztahů. Vztah paternalistický, kde lékařská role zaujímá dominantní postavení v tomto vztahu a role pacienta je podřízena. Vztah partnerský, tedy vztah optimální kdy role pacienta i lékaře je na stejné úrovni a každý z nich zastává rovnocennou sociální roli v tomto procesu a jsou ve vzájemné interakci. Vztah konzumentský, kde se opět jedná o aktivní dominanci lékaře, ale důvodem není paternalismus, ale touha po svém finančním zabezpečení. Tento vztah vzniká v závislosti na podmínkách tržní konkurence. Vztah neutrální interakce, kdy lékař, přistupuje k tomuto vztahu pasivně, nevýrazně a nemocný je nedůvěřivý a bázlivý (9,13,28).

Sasze, Knoff a Holandr rozdělují vztahy mezi lékařem a pacientem na tři základní typy. První typ se týká vztahu aktivity ze strany lékaře a pasivity ze strany pacienta. V tomto vztahu je lékař ten kdo rozhoduje a vede pacienta a pacient je pouze pasivním

příjemcem péče. V tomto vztahu nedochází k vzájemné interakci. Jsou však situace, kdy je tento vztah žádoucí, jako je stav šoku, komatu, nebo deliria. Jiný vztah lze rozvinout až po upravení tohoto stavu. Druhým typem je vztah vedení a spolupráce. V tomto vztahu má již pacient určitý podíl na své léčbě, ale lékař je stále v roli dominantní. Pacient postupuje podle rad svého lékaře. Pacient, je již více samostatnější, avšak stále pod vedením lékaře. Tento typ je stále velmi rozšířen. Třetím typem vztahu je vzájemná účast, kdy podíl lékaře a pacienta na léčbě je rovnocenný. Lékař jako odborník navrhuje způsob léčby a pacient se s pomocí lékaře snaží dojít cíle. Tento vztah je vztahem rovnoprávným a dochází k plnohodnotné interakci mezi oběma zúčastněnými. Tento vztah je vztahem individuálním a snahou medicíny je tohoto vztahu dosáhnout (4,19,27).

1.2.4 Role a interakce lékaře a pacienta

Každý člověk zastává určitou sociální roli ve svém životě a ve společnosti. Objeví – li se okolnosti jako nemoc, jeho sociální role je narušena a dochází k proměně této role. Dochází tedy k narušení společenských rolí a funkcí, které až do té doby plnil. Jeho sociální role zahrnuje tedy i roli nemocného, která rovněž obsahuje mnohá nová společenská očekávání (19,14).

Ze sociologického pohledu, nemocný není většinou odpovědný za vznik nemoci a není v jeho moci tomu zabránit. V důsledku své nemoci je zároveň zproštěn některých svých dosavadních povinností, jako práce, či vykonávání jiných činností, kterých není v této situaci schopen. Nemocný je ale povinen vyhledat odbornou pomoc a dát najevo svůj nežádoucí stav. Je také povinen s odborníky spolupracovat a maximálně se podílet na odstranění příčiny tohoto nežádoucího stavu (27,14).

Sociální role každého pacienta je individuální, záleží samozřejmě na typu onemocnění, jeho průběhu a prognóze. Tento fakt tedy staví roli pacienta do různě odlišných pozic v rámci sociálních situací. Velký vliv na tuto roli má také hospitalizace nemocného a její délka. Z toho tedy vyplývá, že role nemocného v průběhu léčby prochází mnohými změnami a pro nemocného je to období velké psychické i sociální nestability. Záleží na tom, jaký negativní dopad bude mít tato nemoc pro nemocného do budoucna. Týká se to zejména vlivu na finanční zajištění rodiny, možnosti vykonávat povolání, vlivu na rodinný a osobní život (27,28).

Geissler a Thoma rozdělil příjemce zdravotní péče do několika skupin. První skupinou jsou hospitalizovaní nemocní, kteří přijímají roli pacienta v nejvyhraněnější podobě, jsou do značné míry omezeni ve výkonu většiny sociálních rolí (role zaměstnance, otce/matky, manžela/manželky atd.). Patří sem i nemocní v domácím ošetření, ti ale mohou do určité míry dosavadní sociální role vykonávat. Druhou skupinou jsou nemocní práce schopní, jde o relativně velkou skupinu nemocných, kteří se pohybují mezi rolí nemocného a ostatními sociálními rolemi. Stav nemoci je pro jejich sociální život dominantní jen v určitých okamžicích – při vyšetřeních, kontrolách, terapeutických zákrocích. Do třetí skupiny patří osoby relativně zdravé, kteří pouze využívají konzultace lékaře. Do čtvrté skupiny jsou zahrnuty osoby podílející se na prevenci, jde o osoby, které se do role pacienta dostávají dobrovolně na základě snahy ochránit se před možnými zdravotními problémy. Jde tedy zejména o osoby, které se do kontaktu s lékařem dostávají při preventivních prohlídkách. Pátou skupinu tvoří problematické případy pacientů, osoby léčící se ze závislostí. Tyto osoby na straně jedné plní roli pacienta, na druhé straně ale neuznávají povinnost předcházet nemoci. Naprosto specifickou skupinou nemocných jsou těhotné ženy, rodičky a novorozenci. Jde o osoby vyžadující stálou a relativně dlouhodobou lékařskou péči, bývají hospitalizovány, ale nemohou být z povahy své definice považovány za nemocné. Přesto se s nimi v rámci lékařského systému jako s pacienty jedná a tato specifická skupina nemocných roli pacienta plní (4,19).

1.3 Filozofie ošetřovatelství

Celospolečenské změny a nové požadavky naší vyspělé společnosti, vedly k proměnám a novým strategiím v péči o nemocné a tím dochází i k významným proměnám v ošetřovatelství. Jedná se „o dynamický proces, který je prostředkem k dosažení cíle (8, s. 170)“. Velkou změnou v poslední době prochází změna role a postavení sestry v péči o klienty, která se stává nezastupitelnou a autonomní součástí zdravotní péče (8,25).

Zvyšováním odborné kvalifikace, rozšířením kompetencí, samostatností a vysokou zodpovědností se sestra stává prioritní hnací silou změn v ošetřovatelství a staví tím ošetřovatelství na partnerskou úroveň v týmové péči o pacienta. Zásadní změny ve vzdělávání sester posouvají ošetřovatelství k něčemu novému, co má vyšší hodnotu, je účinnější a

efektivnější. Vzdělávání se stává jedním ze stěžejních pilířů, které umožňují ošetrovatelství jako profesi, stát se rovnocenným partnerem medicíny v péči o klienty (3,47,49).

1.3.1 Vývojové fáze ošetrovatelství

Péče o nemocné se vyvíjela od prvopočátku lidské civilizace. Různé nemoci a úrazy byly součástí života. Lidé o sebe v počátcích pečovali sami, později když docházelo ke sdružování lidí, pečovali o sebe navzájem. Byla to první vývojová fáze počátku ošetrovatelství, nejstarší laická péče, která trvala až do počátku 10. století. Péče postupně přecházela na rodinné příslušníky porodní báby a lidové léčitele. K ošetřování se využívalo přírodních zdrojů, vody, bylin, různých bobulí. Součástí léčby byly různé náboženské rituály, kterých se účastnili šamani, aby nemoc z těla vypudili

. Linie charitativní péče vycházela z humanitní pomoci trpícím lidem, měla náboženský charakter. Poskytována byla lidem, kteří si své potřeby nemohli zajistit sami – chudí, nemocní, sirotci, mentálně postižení, tělesně postižení, umírající. Tato péče byla později poskytována převážně církevními organizacemi, pro něž se stala posláním. Druhou vývojovou linií v rozvoji ošetrovatelství byla organizovaná léčebná péče. Lze ji datovat od konce 19. století, kdy dochází k biomedicínskému vývoji a péče poskytovaná lidem začíná mít léčebný a racionální řád. Lékaři potřebovali ke své práci asistenci. Tato potřeba dala ošetrovatelství novou úlohu sestry, jako pomocníka lékaře. Tato nová role znamenala i vzdělání sester a přispěla tím ve druhé polovině 19. století k otevření prvních ošetrovatelských škol. Na počátku 20. století došlo ke třetí vývojové linii, která představovala samostatnou kompetenci sestry v péči o ochranu, upevnění a návrat zdraví člověka v terénní péči. Medicínu i ošetrovatelství vždy ovlivňovaly náboženské, kulturní, sociální, ekonomické i politické faktory. Období válek a objevy v oblasti medicíny ovlivňovaly vývoj společnosti, léčení i ošetřování (29,31).

Za zakladatelku profesionálního ošetrovatelství je považována Florence Nightingale. Byla první teoretičkou ošetrovatelství a vytvořila základy ošetrovatelského vzdělání. F. Nightingale prosazovala ošetrovatelství jako autonomní povolání. Od té doby prošlo ošetrovatelství mnoha změnami. Role sestry i postavení ošetrovatelství se výrazně změnilo. Profesionální ošetrovatelství má v péči o zdraví nezastupitelné místo a stává se

autonomní profesí. „Sestry jsou hnací silou změn v ošetrovatelství (8, s. 173)“. Vyšším vzděláním sester se zvýšila jejich odborná kvalifikace a rozšířily se jejich odborné kompetence. Sestry získaly větší samostatnost a zodpovědnost ve zdravotní péči. Rozvoj ošetrovatelské teorie, praxe a vzdělávání vychází z podkladů ošetrovatelského výzkumu, který čerpá z vědomostí a technik vycházejících z biologických, medicínských a humanitních věd (8,30).

1.4 Historický vývoj profese sestry

Prvopočátky ošetrovatelství se prvotně formovaly na půdě charitativních institucí, středověkých hospitálů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nejzákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré. Jednalo se o charitativní (dobročinnou) činnost, stojící výlučně na náboženském základě, prováděnou převážně církevními řády. Samotný charakter péče v hospitálech nevyžadoval odbornou přípravu personálu (30,34).

Od první poloviny 19. století se začaly hospitály diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince, sirotčince. Ale v těchto institucích neprobíhalo léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvá jak těžiště lékařské činnosti, tak i medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetrování nemocných. První všeobecné nemocnice byly zakládány v 18. století. Pro ošetrující personál začaly pražské fakulty pořádat různé přednášky týkající se péče o nemocné. Ze zahraničí k nám pronikaly zajímavé spisy, vědecké objevy a začaly se psát a vydávat knihy zaměřené na vyučování ošetrovatelského personálu. Významnou zásluhu na změně potřeby ošetrovatelství došlo v období Krymské války (1854-1856). Ruský chirurg Nikolaj Ivanovič Pirogov realizoval myšlenku, uplatnit na bojišti ženy jako ošetrovatelky raněných vojáků (30,34).

Anglická ošetrovatelka Florence Nightingale odjela na krymské bojiště a organizovala zde péči o raněné. Tyto zkušenosti ji dovedly k myšlence nutnosti vzdělávání ošetrovatelek a založila v Londýně v roce 1860 první ošetrovatelskou školu. Zaujala tak nejvýznamnější místo v rozvoji ošetrovatelství. Nightingale se snažila prosazovat

ošetřovatelství jako autonomní povolání, které je rovnoprávné s lékařským povoláním, než mu podřízené. Zdůrazňovala nutnost aktivních přístupů k nemocnému a k jeho prostředí, kladla důraz na dosažení vysoké úrovně ošetřovatelského personálu. Vytvořila tak základní koncepci ošetřovatelství, v níž se spojily všechny vývojové trendy, charitativní, léčebný i preventivní (15,34).

Druhá polovina 19. století byla ovlivněna emancipačním, ženským a národnostním hnutím v českých zemích. České spisovatelce Karolíně Světlé lze přičíst zásluhu na zřízení první české ošetřovatelské školy, jediné v Rakousku Uhersku, která byla otevřena v roce 1874 v Praze. Ošetřovatelky se pod vedením českých lékařů vzdělávaly v teorii a praxi. Jeden kurz trval několik měsíců. Po sedmi letech, pravděpodobně z národnostních a finančních důvodů škola zanikla. Ošetřovatelská péče v tomto období byla orientována na činnosti v nemocnicích a na primární péči (8,39).

Vznik ČSR po rozpadu Rakousko – Uherska měl pozitivní vliv na utváření ošetřovatelského školství. V roce 1916 vznikla v Praze česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola. Tato škola měla vysokou úroveň a k jejímu zvýšení ještě přispěly americké sestry, které byly pozvány do Prahy a vypracovaly koncepci teoretické a praktické výuky. Po dlouhou dobu zůstávala česká ošetřovatelská škola jedinou civilní školou na území Čech, Moravy a Slezka. „V období první Československé republiky působily ošetřovatelské školy velmi intenzívně na formě ošetřovatelského vzdělávání, čímž ovlivňovaly i změny v ošetřovatelské praxi (8, s. 26)“. V tomto období dosáhlo ošetřovatelství značného pokroku. Kromě zajištění základních potřeb nemocných se sestry orientovaly i na asistentské funkce, instrumentářky, práci v laboratořích, dietoterapii. Významnou úlohu plnilo ošetřovatelství v primární péči, kde diplomované porodní asistentky pracovaly v jednotlivých obcích samostatně, vedly fyziologické porody a pečovaly o těhotné, rodičky a novorozence (8,39).

Po roce 1948 se ošetřovatelství vlivem společenských, politických a sociálních podmínek změnilo. „Ošetřovatelskou péči vykonávaly diplomované pomocné sestry a sanitářky. Práce v nemocnicích byla velmi těžká, pro nedostatek personálu o mnoho namáhavější, nedostatečně odměňovaná, s nelimitovanou pracovní dobou, čímž se i pro potencionální zájemce z řad mladých děvčat stala málo atraktivní (8, s. 28)“. Plynulé poskytování zdravotní péče bylo ohroženo. Tato situace si vyžádala vytvoření takových podmínek, aby se zvýšil zájem o studium ošetřovatelství. Byly přijaty nové legislativní normy, zlepšující podmínky pro práci ošetřovatelského personálu. Školský zákon přinesl jednotnou soustavu všeobecného a odborného vzdělání. Pozitivním prvkem byla možnost pokračovat po maturitní zkoušce ve studiu na vysoké škole (8,39).

Politické, společenské a sociální změny po roce 1989 otevřely ošetrovatelství příliv nových informací ze světa. Tyto změny podpořily změny v ošetrovatelství, přispěly ke zvýšení úrovně ošetrovatelské péče, zvýšení stupně vzdělávání sester a zlepšení péče o klienty. Transformace ošetrovatelského vzdělávání byla zahájena začátkem 90 let. V současné době se ošetrovatelské vzdělání a ošetrovatelská praxe řídí zákonem č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhláškách a nařízeních vlády (8).

1.4.1 Významné osobnosti ošetrovatelství

Santa Fabiola di Roma pocházela ze slavné rodiny Fabiů, která žila v Římě kolem roku 340 n. l., byla bohatá a urozená. Byla dvakrát provdána, první manžel byl nemravný a zlomyslný muž, manželství bylo ukončeno rozvodem a druhý manžel zemřel. Pod vlivem svatého Jeronýma se Fabiola zasvětila bohu, vzdala se všeho, co pozemský život nabízel a zasvětila se pomoci chudým a nemocným lidem. Svatý Jeroným patřil mezi velké církevní Otce a největší osobnosti církevních dějin. Působil v Římě kolem roku 350 n.l., ale také v Betlémě, kde zakládal kláštery. Kolem roku 380 n. l., založila Fabiola v Římě první velký útulek a sama se věnovala péči o nemocné. Věnovala velkou sumu peněz na kostely a náboženské obce v Římě, avšak investovala i v jiných částech Itálie. Veškerý její zájem byl koncentrován na potřeby kostela a péči o chudé muže a další potřebné. Věnovala se také práci v charitě. Až do své smrti roku 399 n. l., se nepřestala koncentrovat na péči o nemocné ve svém útulku. S úcty a vděčnosti této významné ženě byl vystaven velkolepý pohřeb a svatý Jeroným napsal oslavnou pamětní řeč, kterou odeslal jejím příbuzným za oceán (30,34).

Hildegarda z Bingen byla význačnou představitelkou lidového léčitelství a bylinkářství. Narodila se v roce 1098 v německé hraběcí rodině. Několik jejích sourozenců se dobrovolně stalo božími služebníky a i ona byla zasvěcena bohu. Po dovršení 18 let vstoupila do kláštera benediktinů v Disibodenbergu. Zde Jutta von Sponheim založila dívčí třídu pro 16 zasvěcených dívek, již se stala abatyší. Po její smrti se stala abatyší právě Hildegarda. Hildegarda měla mnoho zájmů. Věnovala se vědě, lékařství a životu vůbec. Zнала léčivou sílu kamenů, sepsala jejich sílu a způsoby aplikace. Přírodní recepty shrnula do několika knih, které předběhly svou dobu. Její knihy zůstaly po celá staletí nepovšimnuty a objeveny byly až počátkem 20. století rakouským lékařem. Díky těmto knihám byla světu nabídnuta alternativní medicína jako dietní terapie, očistná léčba, balneoterapie, léčba kameny,

fototerapie. Hildegarda označila medicínu, jako celistvou péči o člověka, jejímž cílem je harmonie mezi tělesnou, duševní a duchovní stránkou. Vyžadovala celkové vyšetření nemocného, označila jako důležité vše – lidský organismus, sociální prostředí, způsob života, psychický a duchovní stav. Pokud dojde k poruše této harmonie, objeví se nemoc. Tato žena byla výjimečná svým holistickým přístupem k člověku a položila i základní kámen interakce mezi medicínou a ošetrovatelstvím, protože jeden bez druhého se neobejde, jinak je právě tato celistvá péče porušena. Ve svých knihách se často zabývala také ženským principem. Podle jejího pojetí jsou ženy krásné a mocné. Hildegarda stanovila pět základních pravidel k udržení zdraví. Dostatečný spánek, který lze navodit procházkou po večeri, teplou levandulovou lázní a pozitivními myšlenkami při motlitbě. Výběr dobrých potravin, například špalda, jedlé kaštiny a fenykl, jelikož dobré potraviny čistí tělo od látek, které způsobují únavu. Pohyb na čerstvém vzduchu k odstranění stresu a zlepšení výkonu srdce a plic. Definovala čtyři přírodní prvky důležité pro zachování životní energie. Oheň, z kterého člověk čerpá tělesné teplo, ze vzduchu dech, z vody krev a země nám dává tělo. Vylučování nečistot, které nejvíce škodí zdraví a doporučovala pití očistných šťáv. (34).

Svatá Zdislava z Lemberka se narodila se po roce 1220 v Křižanově na Moravě. Její rodiče byli vzdělaní, bohatí a velice zbožní. Vyrůstala ve vzorné rodině a rodiče jí poskytli všestrannou péči a výchovu. V 15 letech se provdala a za pomoci manžela nechala postavit v Jablonném v Podještědí chrám svatého Vavřince s klášteřem pro dominikány. V tomto řádu pracovala jako laická pracovnice. Zde založila i špitál, kde se věnovala nemocným, chudým a poutníkům. Sama žila skromně, byla všemi milována a nazývána matkou chudých. Zemřela velmi mladá, její příkladný život byl naplněn láskou k bohu a lidem. Její osobnost byla opředena nadpřirozeností a v Dalimilově kronice jí byla přisuzována nadpřirozená moc. Byla svatořečena papežem Janem Pavlem II. A od jara roku 2002 je patronkou Libereckého kraje (34).

Svatá Anežka Česká pocházela z královské rodiny Přemyslovců. U své rodiny však nevyrůstala a již ve třech letech byla poslána na vychování do cisterciáckého kláštera v Trebnici, kde zůstala do šesti let. Poté byla převezena do ženského kláštera v Doksanech nad Ohří, kde zůstala tři roky. Získala zde všeobecné vzdělání, avšak byla duchovním vzděláním natolik ovlivněna, že odmítla i nabídku císaře Friedricha II. a jako jediného ženicha si zvolila Boha. Pověst, že česká princezna odmítla císařovu ruku a oddala se bohu, se roznesla po celé Evropě a naplnila křesťanský svět obdivem nad touto hrdinkou Kristovou. Měla plnou podporu papeže Řehoře IX. a svého bratra Václava I. Anežka zdědila po své matce velké jmění a její bratr Václav ji věnoval pozemky na břehu Vltavy na Starém Městě,

kde nechala postavit velkolepý klášter sv. Františka s Assai pro muže i ženy takzvané klaristky. V roce 1233 s matkou Konstancií založila u kostela svatého Haštala na Starém Městě pražském špitál svatého Františka z Assai, který byl první svého druhu v Čechách. Jako dar byl k němu připojen i kostel svatého Petra Na Poříčí. Do nového kláštera vstoupilo pět řeholnic, které přišly z Tridentu. V roce 1234 vstoupila Anežka s dalšími dívkami ze šlechtických rodin do ženského kláštera klaristek Na Františku. Ceremoniálu přihlížel král Václav I. s manželkou, sedm biskupů a šlechta. Brzy se stala Anežka abatyší a v této funkci zůstala až do smrti. Anežka také založila mužský řád křížovníků s červenou hvězdou a svěřila jim nemocniční správu (34).

Florence Nightingale, byla anglická ošetřovatelka (1820 – 1910), pocházela z bohaté rodiny, dostalo se jí kvalitního vzdělání a měla mnoho vlivných přátel. Její velkou touhou bylo věnovat se péči o nemocné v místní nemocnici, ale její rodina ji v této činnosti bránila, protože ošetřovatelství nebylo vhodné pro dívku z vyšších vrstev. Florence přesto o nemocné pečovala a věnovala se studiu zdravotní péče v Evropě. Navštívila diakonii v Kaiserwothu, pracovala s milosrdnými sestrami v Paříži, dopisovala si s nemocnicemi v Německu, Francii a Anglii. Veškeré tyto zkušenosti využila při práci v Krymské válce (1853 – 1856). Stala se legendou své doby. Ošetřovatelství se věnovala 50 let a využila veškeré své zkušenosti a možnosti (15, 34).

Florence Nightingalová provedla reformy v ošetřovatelství, ovlivnila hygienu, stravování, odpočinek i oblékání nemocných. „Byla hlavním iniciátorem mnoha reforem zdravotní a ošetřovatelské péče druhé poloviny 19. století (34, s.14)“. Měla velké zásluhy ve snížení úmrtnosti vojáků v Krymské válce, což bylo výsledkem její usilovné práce a jejího intelektu. Položila základy profesionálního ošetřovatelství jako samostatné a nezastupitelné profese v péči o nemocné (15,34).

Důležitým faktorem v ošetřovatelství bylo vydání knihy Nightingalové „Poznámky v ošetřovatelství“ a založení Školy při nemocnici Svatého Tomáše v roce 1860 v Londýně. „Tato kniha byla v roce 1874 přeložena do sedmi jazyků, včetně češtiny (34, s. 17)“. Její názory byly velice pokrokové, uvědomovala si již, rozdíl mezi ošetřovatelstvím a medicínou a představovala si ošetřovatelství jako samostatnou profesi (15,34).

Ještě dlouho však byla práce sester podřízena potřebám nemocnic a lékařů. Přesto vytvořila z ošetřovatelství důstojné zaměstnání pro ženy pocházející ze středních vrstev. Rozvíjela myšlenku vzdělávání sester a jako zodpovědnou osobu za ošetřovatelský personál v nemocnici zavedla funkci hlavní sestry. Vlivem jejích hygienických reforem byly

přijímání vzdělaní lidé v bakteriologii a nemocniční prostředí se tak stalo čistším a příjemnějším místem (15,34).

1.5 Role vzdělávání ve vývoji profese sestry

K pochopení vývoje profese sestry je potřebné připomenout dvě skutečnosti. První spočívá v tom, že nemocnice té doby byly určeny jen pro chudinu, zatímco majetné vrstvy dávaly přednost stonání v rodině. To platilo jednoznačně do první světové války. Teprve po druhé světové válce se staly nemocnice místem nej kvalifikovanější lékařské pomoci. Druhá skutečnost spočívá v tom, že novodobé nemocnice vznikaly převážně místně i personálně z dřívějších špitálů, a proto zcela přirozeně na ně byla přenášena charitativní hlediska. Proto byla sociální role nově vznikající profese civilních sester jakýmsi kompromisem dvou, časově po sobě následujících subkultur: nábožensko charitativní a medicínsko racionální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu (30,34).

Vedle výše zmíněných skutečností byl ovlivněn další vývoj role sestry i medicínou samou. Převládlo v ní úzce přírodovědné pojetí zdraví a nemoci (přírodovědná, orgánová, laboratorní medicína). Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím k líčení nemoci jako izolovaného jevu, nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. Také obsah výuky ve školách se stále více zaměřoval na nácvik ošetrovatelských technik, než na péči o člověka, jenž je bio - psycho - sociální bytost. Tento vývoj byl umocněn v polovině minulého století nebyvalým rozvojem medicínských věd a doslova vpádem technických prostředků do nemocnic. Každá specializace vedla k hlubšímu poznání dílčích stránek, ale současně oslabovala pohled na celek (30,34).

Významnou změnou ve vývoji ošetrovatelství bylo v roce 1998 schválení Koncepce českého ošetrovatelství, jako oficiálního směru vývoje českého ošetrovatelství. „Tato koncepce definuje obor ošetrovatelství a vymezuje jeho cíle, předmět zájmu ošetrovatelství jako vědy, hlavní úlohy, síť pracovišť, pracovníků, řízení oboru a zaměření výzkumu (8, s. 36)“. Ošetrovatelská péče je činnost zaměřená na uspokojování potřeb klientů. Péče je orientována přímo na klienta, který se nachází v určitém stavu zdraví a v určitém prostředí. Tato změna v chápání ošetrovatelství vyžaduje od sestry změnu myšlení, vědomosti o osobě, zdraví, nemoci a prostředí, ve kterém jedinec žije (8,29).

1.5 1 Historie vzdělávání sester v Čechách

V roce 1874 byla v Praze založena První česká ošetrovatelská škola, jediná v Rakousku-Uhersku. O její vznik se zasloužily především české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Obě byly nadšené propagátorky Zemského emancipačního hnutí. „V roce 1872 založily Ženský výrobní spolek český, jehož hlavním posláním byla výchova žen k rodinnému poslání Pod vedením lékařů, se ošetrovatelky odborně vzdělávaly formou krátkodobých kurzů v teorii a praxi. Praxe probíhala v městském chorobinci. Délka kurzu byla několik měsíců. Po 7 letech zanikla, pravděpodobně z finančních a národnostních příčin, přesto měla obrovský význam pro rozvoj ošetrovatelství (8, s. 25)“. Lékaři v Čechách byli nespokojeni s úrovní ošetrovatelské péče a měli snahu pozvednout její úroveň. Pořádali kurzy, přednášky, psali učebnice. Zasadili se o realizaci řízené praktické výuky, každá klinika si zaučovala sestry sama (18,44).

Po uzavření české ošetrovatelské školy byla příprava žen na ošetrovatelské povolání zajišťována Ústředním spolkem českých žen, ale pouze formou zácviku. Kliniky řešily nedostatek kvalifikovaných sester zácvikem a řádové sestry a laické sestry Červeného kříže působily v domácnostech (18,25).

Již od roku 1913 se na vládní úrovni připravoval zákon o nutnosti zřizování ošetrovatelských škol ve větších nemocnicích. V roce 1914 vyšlo nařízení rakouského ministra vnitra č. 139 říšského zákona o ošetrování nemocných, provozovaném jako povolání. Vlivem válečných let se vznik ošetrovatelské školy stále oddaloval. Až v roce 1916 byla v Praze založena státní dvouletá ošetrovatelská škola česká. Absolventky této školy získaly titul diplomovaná ošetrovatelka. V činnosti pokračovala i po první světové válce. Byla vzorem pro vznik dalších ošetrovatelských škol. Zasluhou A. Masarykové přijely v roce 1920 do Prahy tři americké zkušené sestry z Červeného kříže, které vypracovaly koncepci teoretické i praktické výuky a zacvičily první absolventky jako učitelky. Během 2. sv. války byly ošetrovatelské činnosti zaměřeny na pomoc ohroženým válkou. Sestry působily i přímo na frontě. V roce 1931 byla škola převedena do státní správy a dostala název Česká státní ošetrovatelská škola v Praze. Na svou dobu byla škola velice pokroková. Probíhalo zde specializační pedagogické vzdělávání pro sestry, učitelky na ošetrovatelských školách, dále specializační vzdělávání pro řídicí funkci určeno vrchním sestrám. Rok 1948 znamenal velký zlom v kontinuálním úspěšném poválečném rozvoji československého ošetrovatelství a především vzdělávání sester. Byl vydán zákon č. 95/1948 Sb., o základní úpravě jednotného školství a zákon č.

103/1951Sb., o jednotné léčebně preventivní péči. Vznikaly nové podmínky pro výchovu středních zdravotnických pracovníků. V této době došlo ve zdravotnickém školství ke dvěma zásadním změnám: do osnov byly zařazeny vedle předmětů odborných také předměty všeobecně vzdělávací a studium bylo ukončeno závěrečnou zkouškou. V roce 1954 byla tato zkouška změněna na zkoušku maturitní (33,43,49).

Rozvoj zdravotnictví si stále více vyžadoval zvyšování odborné úrovně středních zdravotnických pracovníků, proto v roce 1960 vznikly Instituty pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě, kde probíhalo specializační studium v řadě oborů. V současné době nese toto školicí středisko název Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, kde probíhá transformace tak, aby mohl být úspěšně realizován nový specializační systém vzdělávání (29,30).

V roce 1960 bylo otevřeno na FF UK vysokoškolské studium ošetrovatelství. Šlo o magisterské dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství v kombinaci s psychologií, později i pedagogikou. Na magisterské studium bylo možno navázat rigorózní zkouškou a získat titul PhDr. Bylo určeno pro sestry, odborné učitelky. Nejprve jako dálková forma při zaměstnání, od roku 1980 i denní forma. Později bylo toto studium realizované i v Bratislavě a na UP v Olomouci. V těchto institucích se tak postupně rozvíjel ošetrovatelský výzkum a vytvářely se základy teorie ošetrovatelství a mezinárodní spolupráce (30,31,33).

Po roce 1990 se východiskem změn v ošetrovatelském vzdělání staly dvě legislativní normy. Jednou z nich byl zákon o vysokých školách a školský zákon, který umožnil možnost aktivovat vyšší odborné studium (29,30).

Přijetí zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, příslušných vyhlášek a nařízení vlády znamenalo zásadní změnu ve vzdělávání sester v České republice. Tento zákon přesně definuje, jak se získává odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry, porodní asistentky a definuje postkvalifikační studium (30,46,48).

1.5.2 Profese sestry

„Profese sestry zahrnuje určitý systém rolí, rolového chování předpokládaného společenským statutem povolání (8, s. 180)“. Profese sestry se stále vyvíjí, prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Všeobecná představa o sesterském povolání, ale i prestiž tohoto povolání, je významně ovlivňována prospěšností pro společnost a její

občany. Profese sestry se společensky hodnotí poměrně vysoko, jako důležitá součást zdravotní péče. „Povolání sestry se v rámci 70 povolání umísťuje na 7. - 10. místě, což naznačuje jeho významnou pozici i prestiž, i když se jeho celkový image mění pozitivně jen velmi pomalu (8, s. 181)“. Sestry si musí obhájit teritorium své činnosti, rozvinout profesionalitu sesterského povolání a vytvořit podmínky pro zvládnutí nových rolí sesterské profese. Dosažení i udržení vysokého standardu ošetrovatelské péče vyžaduje po sestrách nové dovednosti. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny (1,36).

Změnu role sestry si vynucuje nejen pokrok v medicíně a ošetrovatelské péči, ale do oboru pronikají výrazně i nové poznatky společenských věd, zejména psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky, stále větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti (11,21,45).

1.5.3 Role sestry

Sestry tvoří největší skupinu pracovníků ve zdravotnictví, jsou hlavní a nenahraditelnou silou. Z tohoto důvodu je nutné, aby směly v dynamicky se rozvíjejících zdravotnických službách dělat maximum pro podporu zdraví a péči o nemocné (2,32,39).

Každá sestra v rámci svého profesionálního působení plní řadu rolí. Jednotlivé role se prolínají a jejich plnění klade vysoké požadavky na jejich profesionalitu a osobnostní vyzrálост. Sestra plní roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, ale také komunikátorky, poradkyně, advokátky, edukátorky, nositelky změn, manažerky a výzkumnice. Poskytuje základní ošetrovatelskou péči, samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči, identifikuje ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich plnění. Velmi důležitá je edukační činnost, kterou se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci nemocí (2,45).

V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost jej dobře poznat. Podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty. Plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci. Sestra se podílí na diagnosticko –

terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem (10,29,31).

1.5.4 Sestra jako profesionální odborník v ošetrovatelství

Ve společnosti existují různé názory na to, co se očekává od role ošetrovatelské profese, která nemůže být zcela oddělena od postavení a role ženy. Jedná se o role milující, utěšující a pečující matky, která jedná instinktivně a plní své poslání. Představa sestry, která zručně a efektivně plní nařízení lékaře v rámci diagnostiky a léčení chorob. Sestra, která jedná a rozhoduje nezávisle, na základě svých vlastních znalostí, dovedností a profesionální odpovědnosti při posuzování a řešení individuálních problémů klienta. Všechny tyto prvky jsou legitimní a hodnotné (26,41,42).

Současné vymezení role sestry jako profesionálky, zahrnuje emocionální stránku a společenskou důležitost profesionální práce, technické kompetence, dovednosti nezbytné pro profesionální praxi, profesionální znalosti a vytvoření nezávislého úsudku a názoru. Přesto ještě stále není vypořádán vztah lékaře a sestry, který jak vyplývá z historického kontextu, vznikl na podkladě podřízenosti a nadřízenosti. Přesto, že v posledních letech profese sestry prošla mnoha změnami a její vzdělání se posunulo na vysokoškolskou úroveň, stejně jako lékařské, stále je patrný vztah podřízenosti a nadřízenosti. Lékaři, ale i pacienti si stále nejsou schopni uvědomit, k jakým významným změnám v postavení sestry došlo. Stále do určité míry přetrvává historická představa zdravotnictví, kde prioritní postavou je lékař. Jak uvádí ministryně zdravotnictví Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA ve svém článku o prestiži sester „když se dnes zeptáte laika, které profese se o něj během hospitalizace staraly, pak nelékařské odbornosti nedokáže vůbec identifikovat (16, s. 3)“.

Jedinečnost a prestiž sesterské profese je dána kompetencemi. Doménou sester je starat se o potřeby klientů, aby pro ně pobyt ve zdravotnickém prostředí nebyl stresující a aby byla zachována jejich důstojnost po celou dobu. V ošetrovatelské péči je mnoho oblastí, kde sestry pracují zcela samostatně, získávají mnoho informací o potřebách klienta a lékař se těmito potřebami nezabývá. Přesto jsou klienti i nadále zvyklí řešit své problémy s lékařem s vědomím, že sestra pouze splní to, co ji lékař „naordinuje“ (2,16).

Práce českých sester je stále hodnocena jako ne příliš prestižní povolání. Souvisí to s mentalitou sester, která ještě stále pokulhává za ostatními zeměmi EU. Sestry by si měly uvědomit, jak obrovský přínos mají v péči o klienty, jsou vzdělané a jsou profesionálky ve svém oboru. Měly by více projevovat zdravé sebevědomí prezentací svého vzdělání na veřejnosti, aby jejich prestiž byla hodnocena jako vyšší. Sestry by měly zveřejňovat své poznatky na konferencích, vyzdvihnout důležité informace v péči o klienty, prezentovat v časopisech, tisku, prospějí tak zvýšení prestiže povolání sestry. Důležité je postavit se čelem k ošetřovatelskému problému, být flexibilní, rozhodná a odhodlaná nést si za své jednání následky (17,37).

1.6 Týmová práce

Týmová práce se stala důležitou součástí pracovní kultury. Klíčová je schopnost pochopit a uznat rozdílné síly a schopnosti jednotlivých členů týmu, kde jsou individuální zájmy podřízeny zájmu a danému cíli celé skupiny. Aby týmová práce byla účinná a efektivní, musí přesahovat individuální úspěchy. Každý člen týmu musí uznávat druhého jako rovnocenného partnera. Názorové rozdíly by měly být chápány jako zdroj nových informací. Jakýkoli konflikt by měl být odkryt a mělo by se nad ním diskutovat. Kritika je v týmové práci žádoucí, ale nesmí se zesměšňovat a ironizovat. Všichni členové mají být shodně informováni. Tým musí mít jasně daný cíl, vyjádřený výstižně, aby každý věděl, čeho má být dosaženo. Týmová práce vyžaduje také vysokou míru transparentnosti (5, 6,38).

Transparentnost je hlavní podmínkou efektivní týmové práce, to znamená, že o všem se musí otevřeně hovořit. Hovořit by se mělo o tom, co je vidět, ale i o tom co vidět není – o pocitech, postojích, ale i o averzích jednotlivých členů týmu. Veškeré informace by měly být sdělovány a sdíleny. Velmi důležité je, aby nemluvil pouze jeden člen týmu, ale všichni jeho členové. Jen tak lze předejít některým nežádoucím překvapením a zklamáním, které mohou týmovou spolupráci narušit či dokonce dovést do slepé uličky (6,7).

Důvěru můžeme považovat za druhou podmínku úspěšné týmové práce. Důvěra je něco, co je špatně uchopitelné a každý z nás s ní má nějaké osobní zkušenosti. Důvěra je složitý psychologický fenomén zážitků, postojů a emocí. Důvěra se těžce získává a lehce ztrácí a většinou na vždy. Důvěra je odvozená od slova věřit a do základní lidské

výbavy patří i potřeba někomu, něčemu věřit a v něco věřit. Důvěra je pro člověka hnací silou, aby něčeho dosáhl. Stejně tak je ale člověk vybaven i kontrolním mechanismem, kterého úkolem je systematické ověřování skutečnosti, zda to čemu, či komu věříme, odpovídá skutečnosti a jakým způsobem (6,24).

Otevřenost patří k dalším podmínkám týmové práce. Smysl tohoto slova má velmi blízko k transparentnosti a důvěře, přesto jeho význam je odlišný. Není snadné jej samostatně vymezit či odlišit, ale jsou lidé, kteří jsou již od přírody vybaveni otevřeností a výřečností a přesto to ještě nemusí znamenat, že jsou otevření. Otevřenost je tedy subjektivní pocit, který zahrnuje pocit, v němž se necítíme ohroženi a zažíváme důvěru. Čitelní lidé a transparentní sociální prostředí podporují a stimulují naši otevřenost a tím utváří efektivní prostředí pro týmovou práci (6,24).

Participaci lze definovat jako účast či spoluúčast. Je jednou z dalších podmínek efektivní týmové práce. „To znamená, že každý jednotlivý člen týmu zastává svou určitou pozici, kterou ovládá a ví, kdy má nastoupit a kdy skončit (6, s.118)“. Jednotlivé části jsou definovány kompetencemi a specializacemi. Hlavní úlohou vedoucího týmu je zkoordinovat jednotlivé části dohromady, tak aby jednotlivé činnosti vedly k jednotnému cíli. Důležité je, aby byla stanovena přesná pravidla. Z hlediska participace se dá týmová práce definovat jako skupina lidí, která se zavázala, že bude harmonicky spolupracovat, mít radost z práce a bude dosahovat vynikajících výkonů (6,7).

Problémy vztahů mezi lidmi jsou zpravidla způsobeny problémy **komunikace**. Nízká pracovní motivace, špatně pochopený úkol, stížnost na pracovníka, šikana na pracovišti, vyhoření to vše je většinou výsledkem špatné komunikace mezi jednotlivci. Komunikace se dá definovat jako přenos informací od odesílatele k příjemci a zpět. Základem efektivní komunikace je aktivní naslouchání. Nejde pouze o to slyšet danou informaci, ale pochopit její smysl, tedy správně interpretovat co nám partner sděluje. Součástí tohoto procesu je také umění ptát se (38,7).

Ve své knize B. B. Tepper uvádí sedm bodů správného naslouchání. Důležité pro efektivní komunikaci je ptát se, soustředit se a snažit se pochopit hlavní myšlenky. Snažit se pochopit princip, nebo logický základ toho, co se za řeči lidí skrývá a poslouchat významná slova. To co jsme vyslechli, je důležité si seřadit svým logickým způsobem ve své mysli a pokud jsou problémy nebo žádosti příliš složité, udělat si poznámky. Komunikace je dovednost, kterou se učíme po celý život. Součástí efektní komunikace je i snižování komunikačních šumů. I této problematice se B.B.Tepper zabývá ve své knize a své poznatky shrnul do několika základních rad. Vždy se snažte vyjádřit jen jednu myšlenku, dodržujte

jednoduchost a vyjadřujte se stručně. To, co říkáte, říkejte vlastními slovy a tomu, komu je to určeno. Používejte vhodnou intonaci hlasu a vhodná gesta a položte důraz na každou sdělovanou myšlenku. Reagujte na emoce, které vaše slova vyvolávají na posluchače a snažte se pochopit jeho stanovisko. Umožněte svému posluchači, aby se k problému vyjádřil (6,38).

Náplň profesí a jejich kompetencí popsaných v předešlých kapitolách naznačují, že bez kvalitní a efektivní komunikace není možné působit a poskytovat zdravotní péči. Každá komunikace má svůj cíl a účel, nejobecněji je důležitá k tomu, abychom se vzájemně dorozuměli. Tato výměna informací vždy znamená aktivní účast všech zúčastněných. Komunikace mezi sestrou, lékařem a klientem, verbální i neverbální, značně ovlivňuje kvalitu vzájemně utvářeného vztahu. Nejen, že musí sestra i lékař profesionálně komunikovat s klientem, ale musí i efektivně a profesionálně komunikovat mezi sebou navzájem. Pokud je komunikace mezi sestrou a lékařem neefektivní, klient to cítí a jeho důvěra v kvalifikovanou péči je narušena. Ve zdravotní péči má kvalita vzájemného lidského vztahu prvořadý význam. Klient potřebuje věřit svému lékaři, své ošetřovatelce a potřebuje cítit lidský zájem. Abychom dosáhli této harmonie, musíme umět respektovat jeden druhého, musíme se vzájemně snažit otevřeně komunikovat a vytvářet efektivní prostředí pro týmovou práci (7).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Cíl: 1 Zmapovat názor sester, zda medicína respektuje ošetrovatelství jako partnerskou profesi ve zdravotní péči

Cíl: 2 Zmapovat názor lékařů, zda medicína respektuje ošetrovatelství jako partnerskou profesi ve zdravotní péči

Cíl: 3 Zjistit názor sester, zda partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou zlepšuje péči o klienty

Cíl: 4 Zjistit, názor lékařů zda partnerský vztah mezi medicínou a ošetrovatelstvím zlepšuje péči o klienty

Cíl: 5 Zmapovat názor sester, zda vyšší vzdělání sester přispívá ke zlepšení partnerského vztahu ošetrovatelství a medicíny

Cíl: 6 Zmapovat názor lékařů, zda vyšší vzdělání sester přispívá ke zlepšení partnerského vztahu ošetrovatelství a medicíny

2.2 Hypotézy

H 1 Sestry nepovažují vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za partnerský

H 2 Lékaři respektují ošetrovatelství jako partnerskou profesi

H 3 Partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou má pro sestry zcela zásadní význam v péči o klienty

H 4 Lékaři nepovažují partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za zásadní v péči o klienty

H 5 Vyšší vzdělání sester přispělo dle názoru sester ke zlepšení vztahu ošetrovatelství a medicíny

H 6 Lékaři nepovažují vysokoškolské vzdělání sester za důležité ve vztahu ošetrovatelství a medicíny

3. Metodika

3.1 Metoda výzkumu

Pro důkladné vystižení dané problematiky byl použit kvantitativní výzkum s použitím dotazníkové metody. Byl sestaven dotazník pro sestry a dotazník pro lékaře pracující ve zdravotnických zařízeních. U dotazníků byla provedena pilotáž k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a zda rozumějí obsahu všech otázek. Po vyhodnocení pilotní studie byl dotazník upraven. Položky v dotazníku pro sestry a lékaře byly rozděleny do několika celků. První část tvořily identifikační údaje týkající se pohlaví, věku a vzdělání. Ve druhé části jsme se zabývali vztahy mezi medicínou a ošetrovatelstvím a ve třetí části vysokoškolským vzděláváním sester.

Dotazník obsahoval 35 otázek, z nichž 17 otázek obsahoval dotazník pro lékaře a 18 otázek obsahoval dotazník pro sestry. Použili jsme jak uzavřené, tak i otevřené otázky. Dotazník byl anonymní a respondenti na toto dotazníkové šetření reflektovali dle dobrovolnosti. Celkem bylo nabídnuto 300 dotazníků, 150 dotazníků pro sestry a 150 dotazníků pro lékaře. Vraceno bylo 97 dotazníků od lékařů – 65%, a 134 dotazníků od sester – 89%.

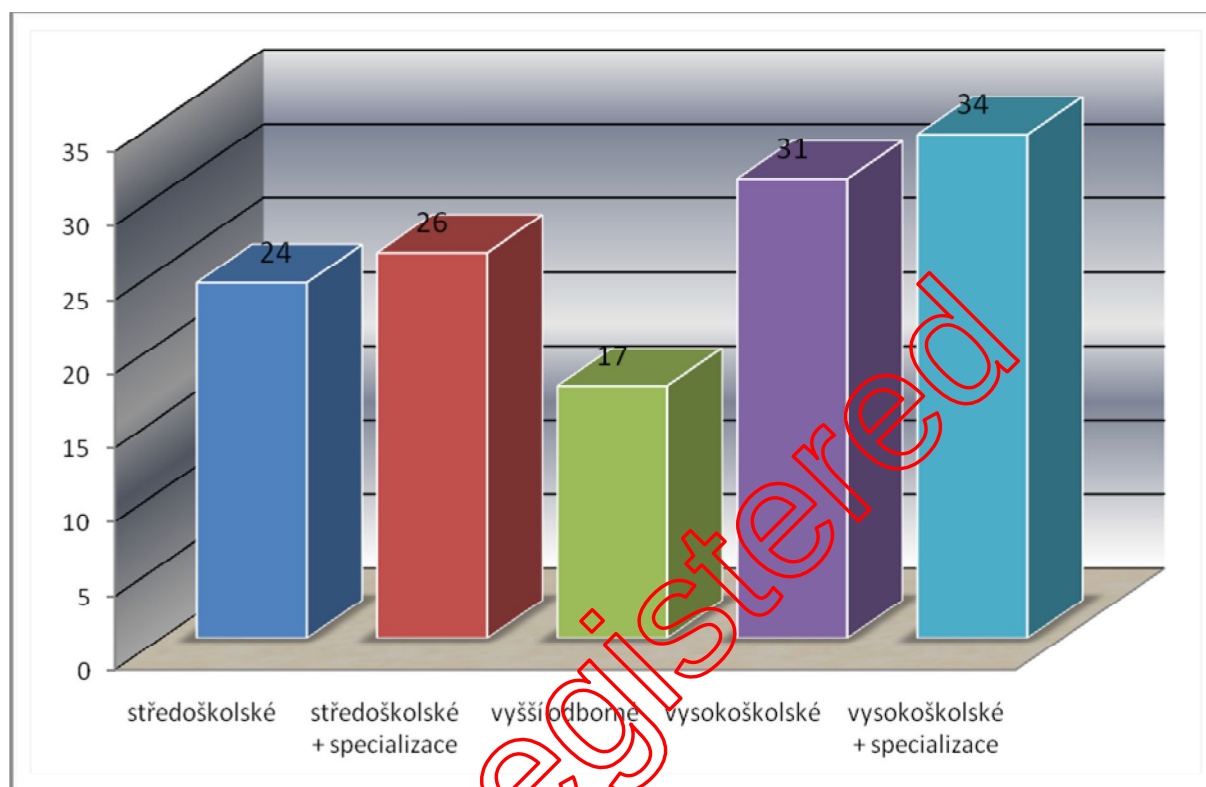
3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo 134 sester a 97 lékařů pracujících ve zdravotnickém zařízení Praha IKEM, nemocnice Strakonice a.s., nemocnice České Budějovice a.s., nemocnice Písek a.s., nemocnice Tábor a.s. a fakultní nemocnice Plzeň. Výzkumné šetření probíhalo v období od 1. února - do 30. dubna 2010.

UnRegistered

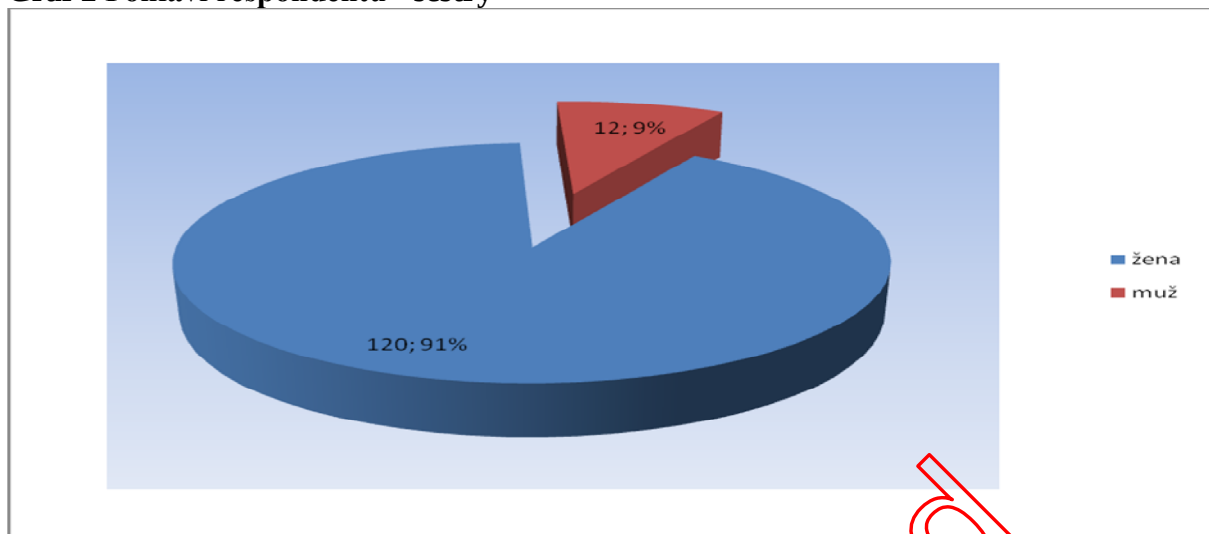
4. Výsledky

Graf 1 Dosažené vzdělání sester



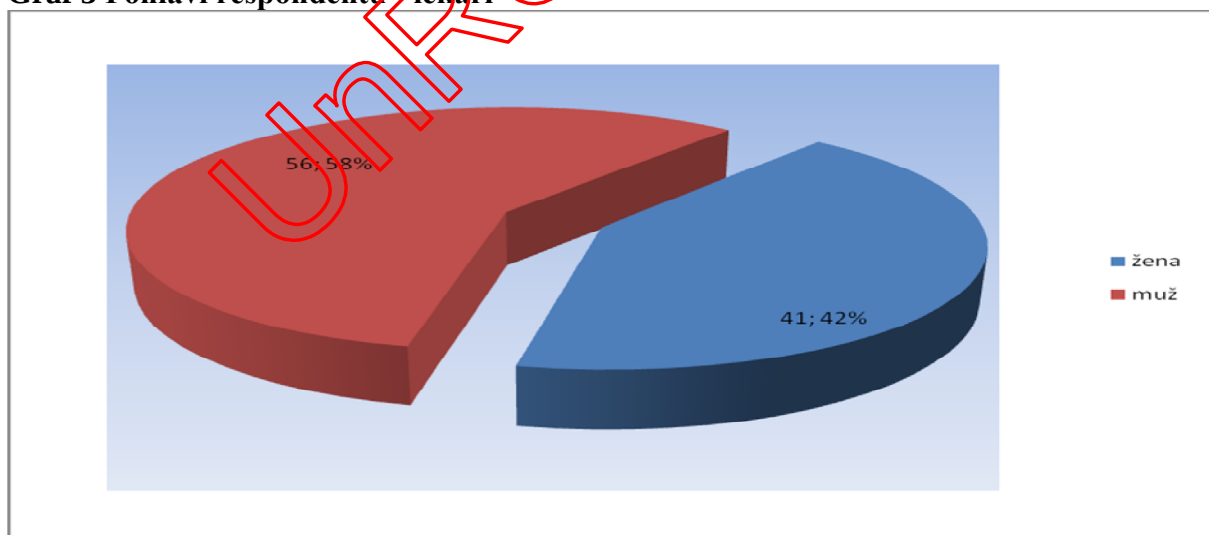
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester má vysokoškolské vzdělání 31 (24%) sester, 34 (26%) sester má vysokoškolské vzdělání + specializaci, 17 (13%) sester má vyšší odborné vzdělání, 26 (19%) sester má středoškolské vzdělání + specializaci, 24 (18%) sester má vzdělání středoškolské.

Graf 2 Pohlaví respondentů - sestry



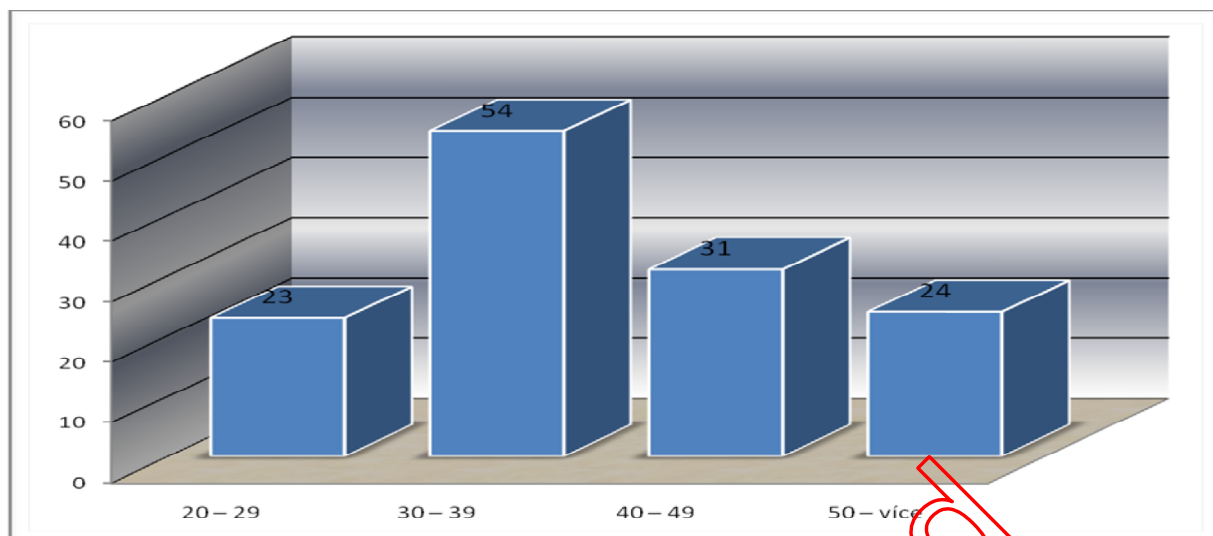
Graf 2 znázorňuje pohlaví respondentů. Z celkového počtu 132 (100%), je 120 (91%) zdravotnického personálu žen. 12 (9%) zdravotnického personálu, jsou muži.

Graf 3 Pohlaví respondentů - lékaři



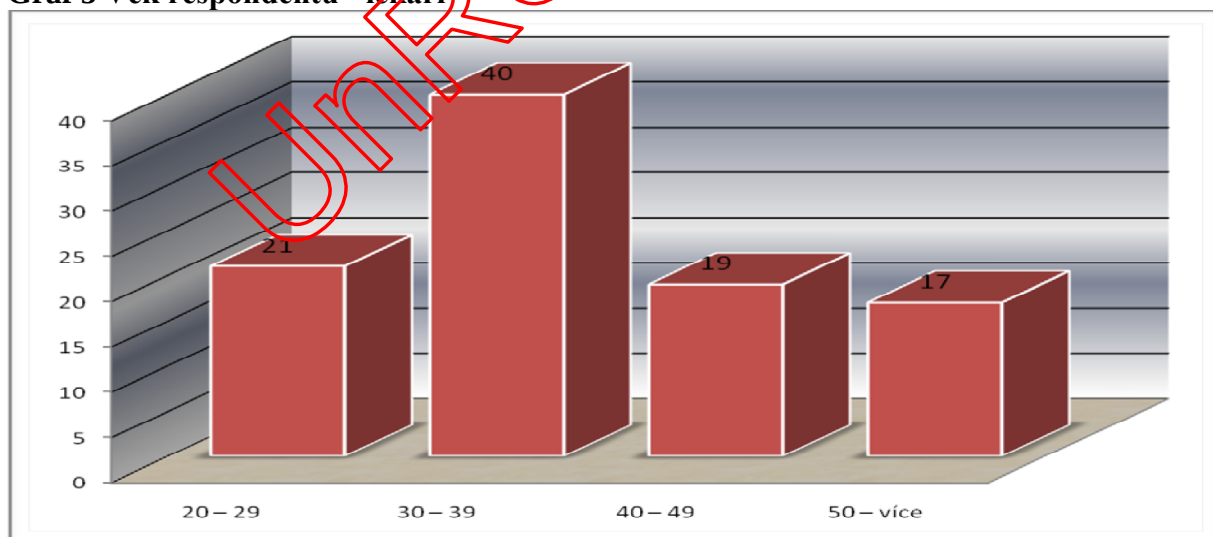
Z celkového počtu 97 (100%), 56 (58%) respondentů jsou lékaři, 41 (42%) respondentů jsou lékařky.

Graf 4 Věk respondentů - sestry



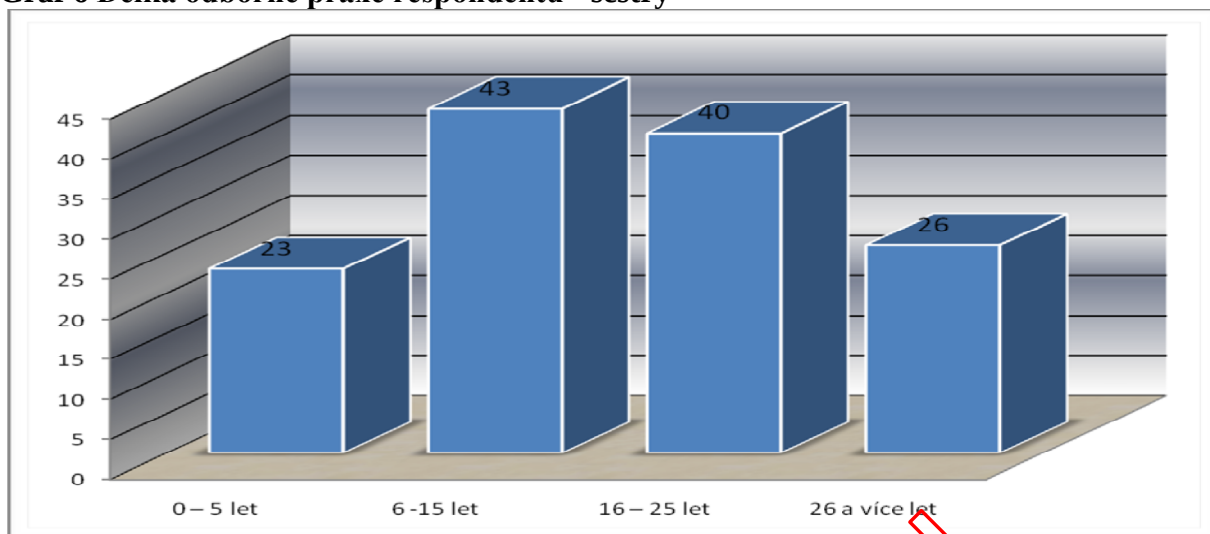
Z celkového počtu 132 (100%) sester, 54 (41%) sester ve věku mezi 30-39lety, 31 (24%) sester ve věku 40-49 let, 24 (18%) sester ve věku 50 a více let, 23 (17%) sester ve věku 20-29 let.

Graf 5 Věk respondentů - lékaři



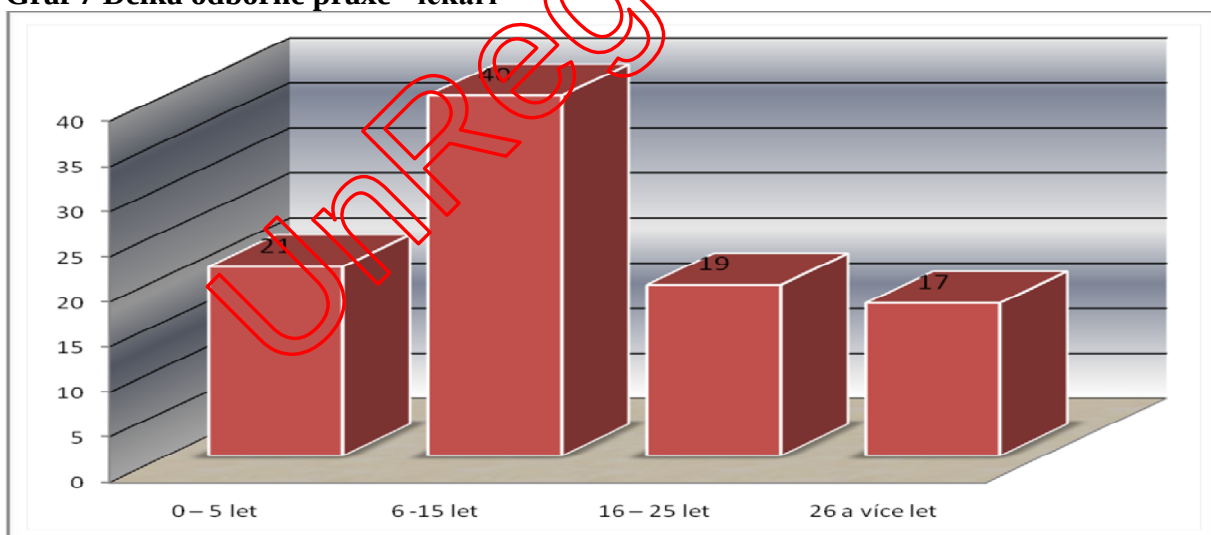
Z 97 (100%) lékařů, 40 (42%) lékařů ve věku 30-39 let, 21 (22%) lékařů ve věku 20-29 let, 19 (19%) lékařů ve věku 40-49 let, 17 (17%) lékařů ve věku 50 a více let.

Graf 6 Délka odborné praxe respondentů - sestry



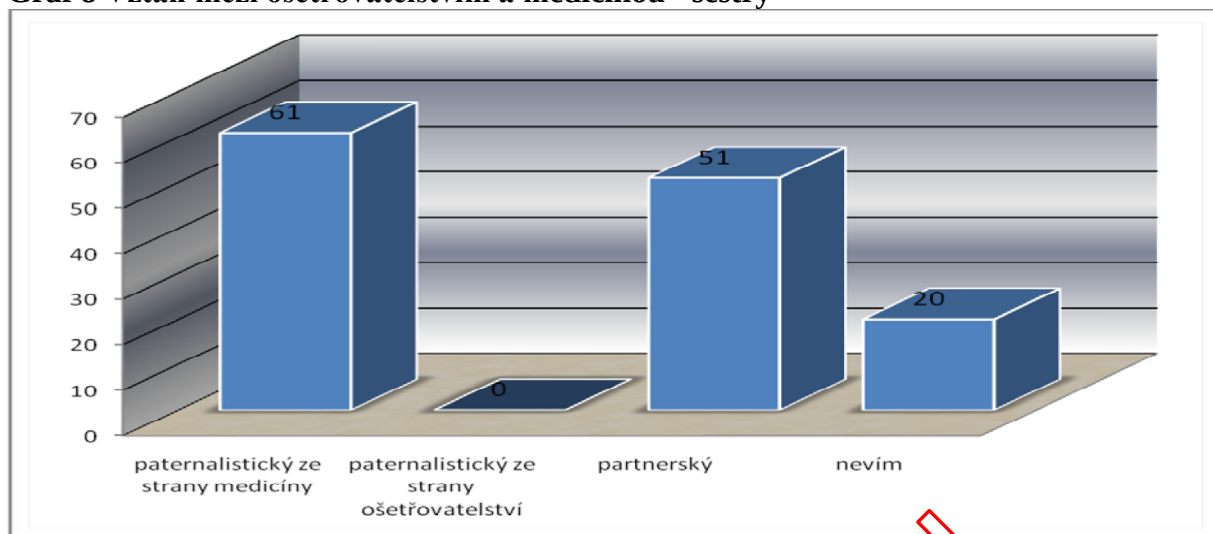
Graf 6 znázorňuje délku odborné praxe sester. 43 (33%) sester uvedlo, že délka jejich odborné praxe je 6 – 15 let, 40 (30%) sester uvedlo délku odborné praxe 16 – 25 let, 26 (19%) sester uvedlo délku odborné praxe 26 a více let, 23 (18%) sester uvedlo délku odborné praxe 0 – 5 let.

Graf 7 Délka odborné praxe - lékaři



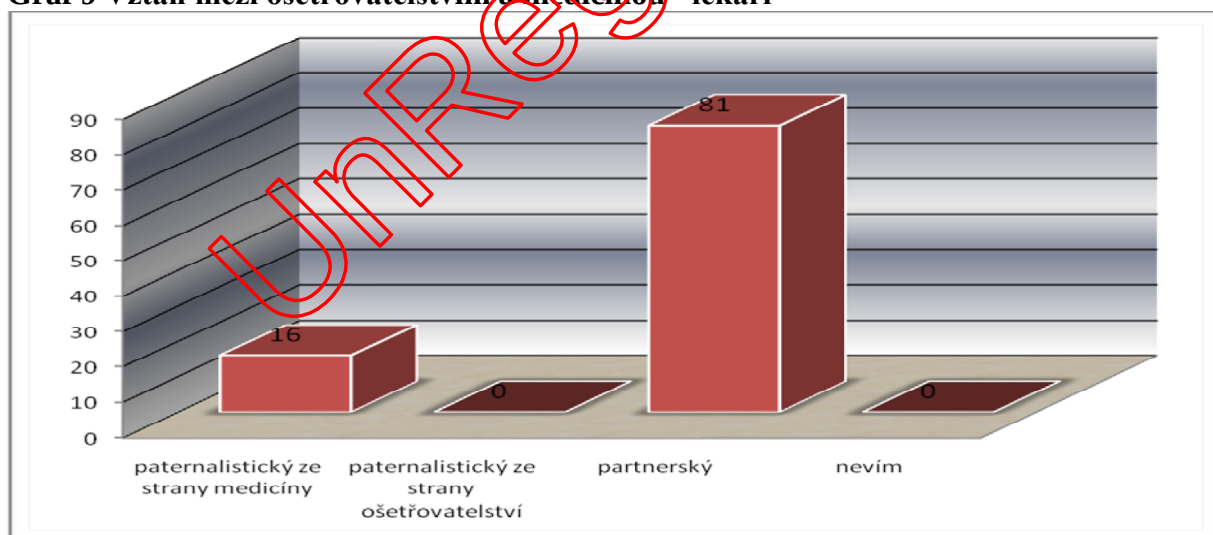
Graf 7 znázorňuje délku odborné praxe lékařů. 40 (41%) lékařů uvedlo, že délka jejich odborné praxe je 6 – 15 let, 19 (19%) lékařů uvedlo délku odborné praxe 16 – 25 let, 21 (20%) lékařů uvedlo délku odborné praxe 26 a více let, 21 (20%) lékařů uvedlo délku odborné praxe 0 – 5 let.

Graf 8 Vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou - sestry



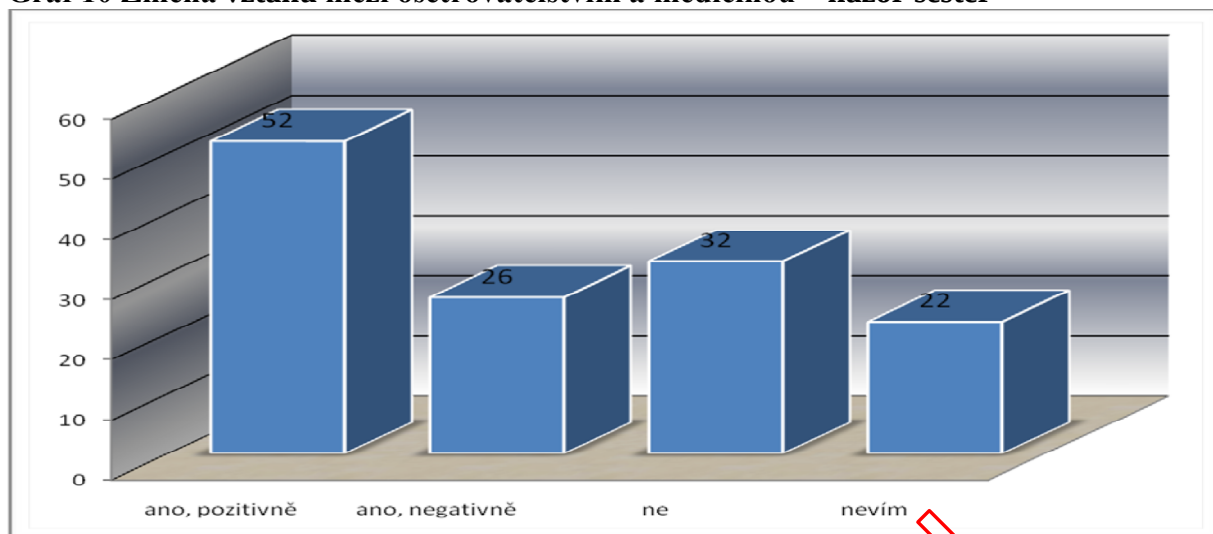
Ze 132 (100%) sester, se 61 (50%) sester domnívá, že vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou je paternalistický ze strany medicíny, 51 (38%) sester se domnívá, že vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou je partnerský, 20 (12%) sester označilo odpověď nevím.

Graf 9 Vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou - lékaři



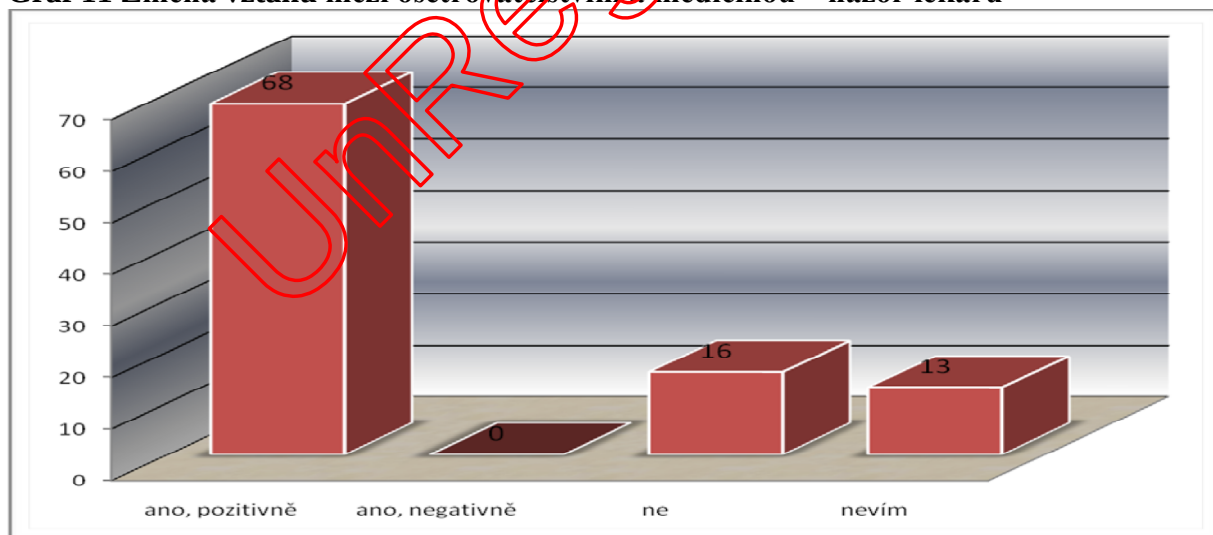
Z 97 (100%) lékařů se 16 (16%) lékařů domnívá, že vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou je paternalistický ze strany medicíny, 81 (84%) lékařů se domnívá, že vztah mezi ošetrovatelstvom a medicínou je partnerský.

Graf 10 Změna vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou – názor sester



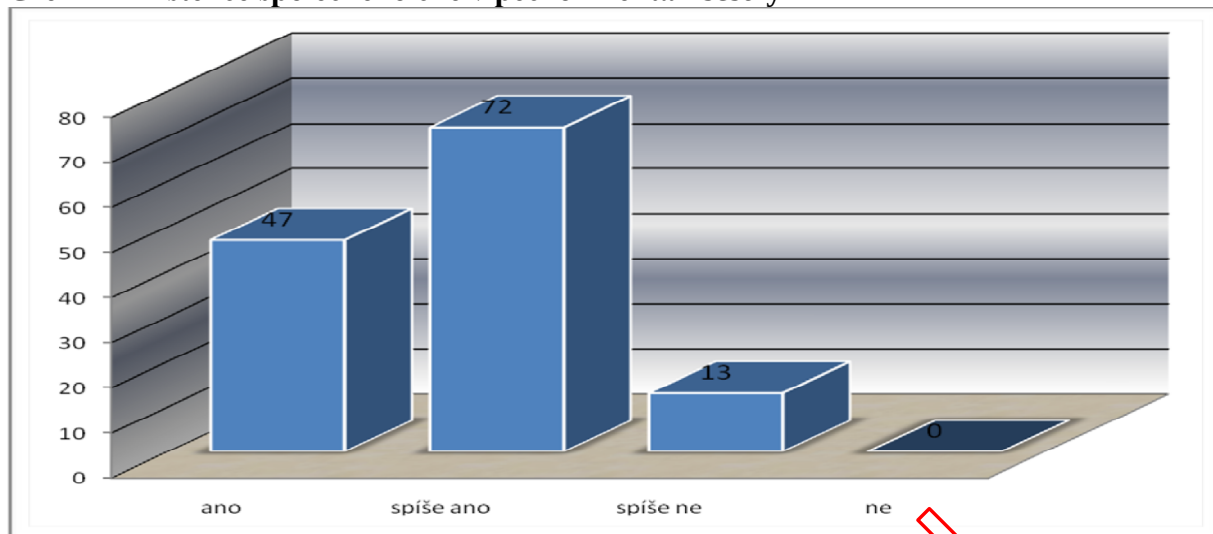
Z 132 (100%) sester, se 52 (40%) sester domnívá, že vztah mezi medicínou a ošetrovatelstvím se v posledních letech změnil pozitivně, 32 (24%) sester se domnívá, že se nezměnil, 26 (20%) sester se domnívá že se vztah změnil negativně, 22 (16%) sester označilo odpověď nevím.

Graf 11 Změna vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou – názor lékařů



Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů, se 68 (71%) lékařů domnívá, že se vztah mezi medicínou a ošetrovatelstvím změnil v posledních letech pozitivně, 16 (16%) lékařů se domnívá, že se nezměnil, 13 (13%) lékařů označilo odpověď nevím. Lékaři se nedomnívají, že by se vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou změnil negativně.

Graf 12 Existence společného cíle v péči o klienta - sestry



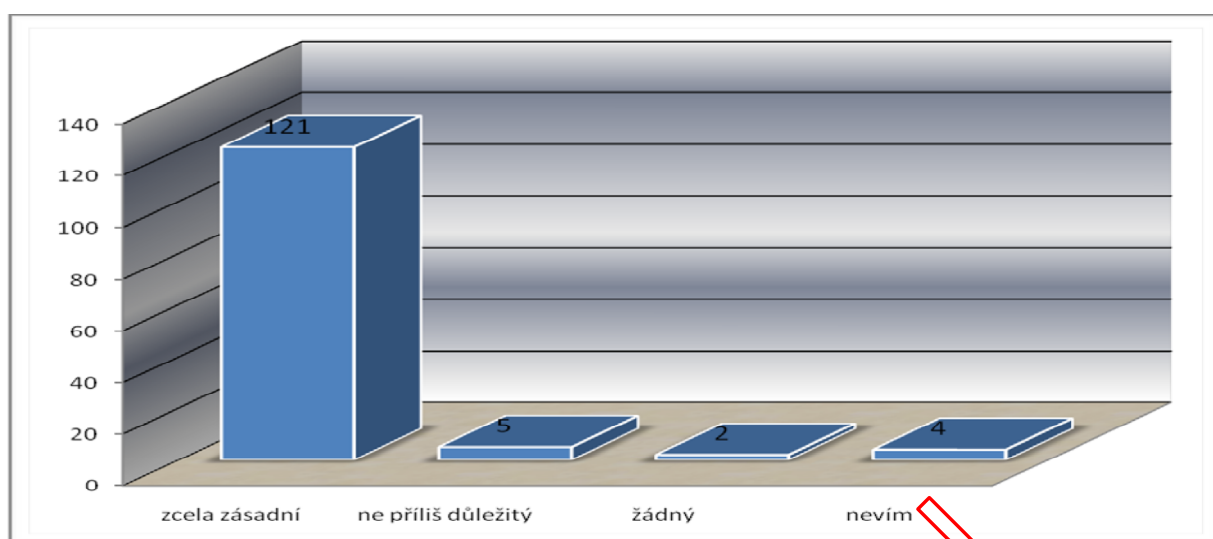
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 72 (55%) sester domnívá, že medicína a ošetřovatelství spíše mají společný cíl, 47 (36%) sester se domnívá, že ošetřovatelství a medicína mají společný cíl, 13 (9%) sester se domnívá, že spíše nemají společný cíl.

Graf 13 Existence společného cíle v péči o klienta - lékaři



Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů se všichni lékaři domnívají, že ošetřovatelství a medicína mají společný cíl v péči o klienta.

Graf 14 Význam partnerství mezi medicínou a ošetřovatelstvím v péči o klienta - sestry



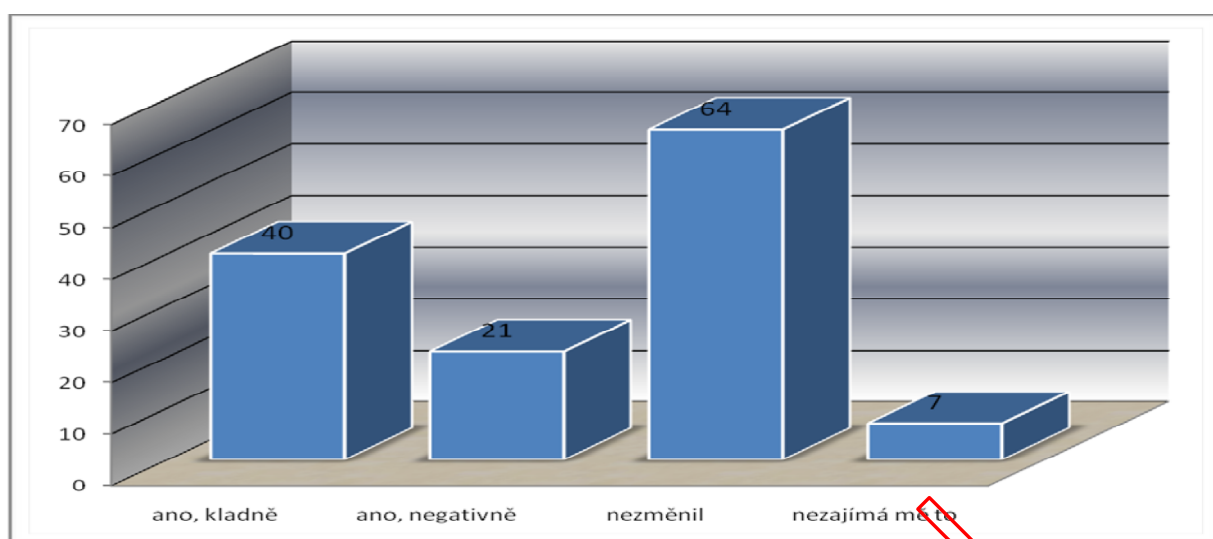
Z celkového počtu 132 (100%) sester, se 121 (92%) sester domnívá, že partnerský vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou má zcela zásadní význam v péči o klienta, 5 (3%) sester se domnívá, že partnerství není příliš důležité, 4 (3%) sester označilo odpověď nevím, 2 (2%) sester se domnívá, že partnerství nemá žádný vliv v péči o klienta.

Graf 15 Význam partnerství mezi medicínou a ošetřovatelstvím v péči o klienta - lékaři



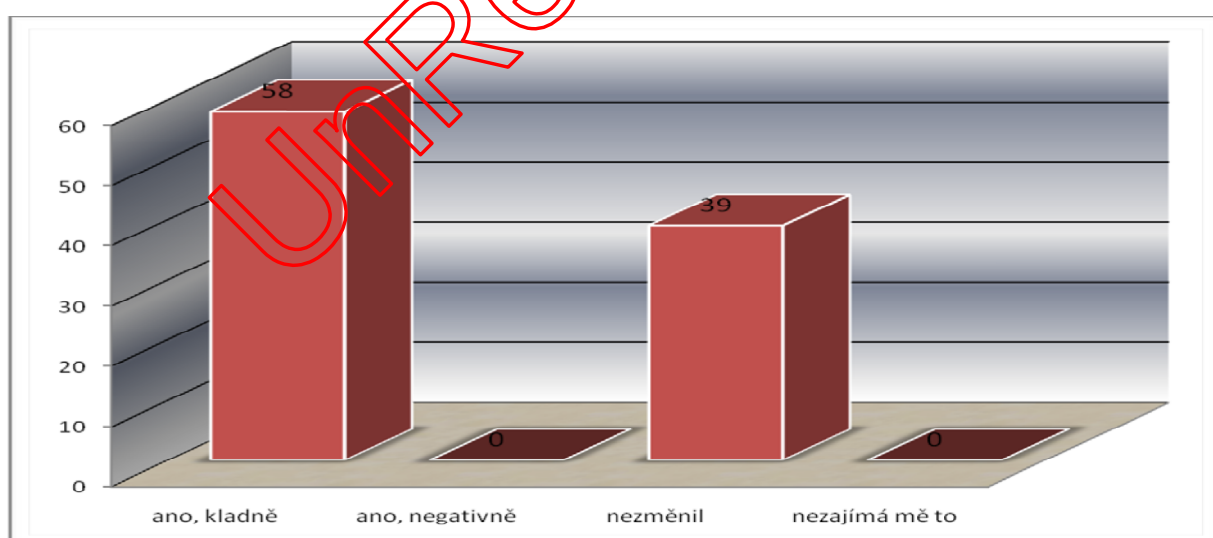
Všichni lékaři se domnívají, že partnerský vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou má zcela zásadní význam v péči o klienta.

Graf 16 Vztah medicíny a ošetrovatelství vyšším vzděláním sester - sestry



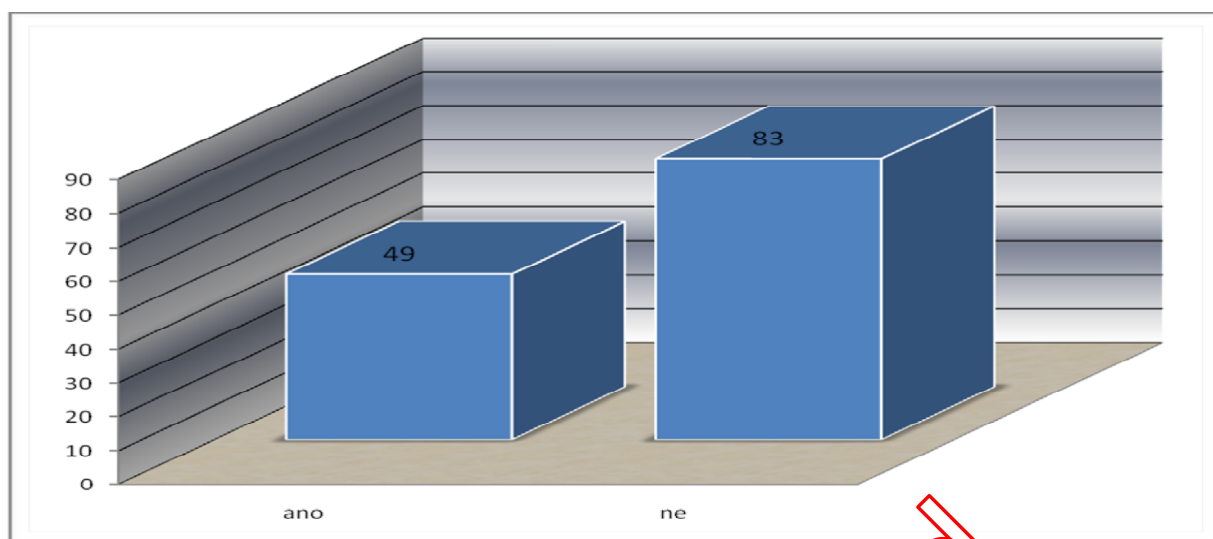
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 64 (49%) sester domnívá, že vyšší vzdělání sester nezměnilo vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou, 40 (30%) sester se domnívá, že se vztah změnil kladně, 21 (16%) sester se domnívá, že se vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou změnil negativně, 7 (5%) sester tyto změny nezajímají.

Graf 17 Vztah medicíny a ošetrovatelství vyšším vzděláním sester - lékaři



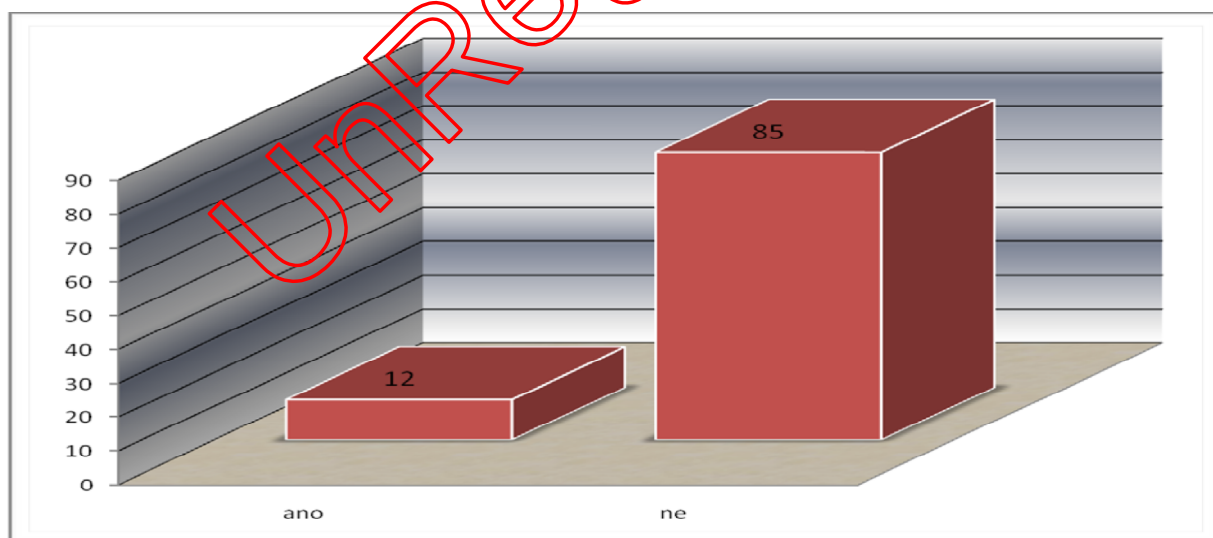
Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů, se 58 (60%) lékařů domnívá, že vyšší vzdělání sester kladně změnilo vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou, 39 (40%) respondentů se domnívá, že se vztah nezměnil.

Graf 18 Vnímání ošetrovatelství medicínou – názor sester



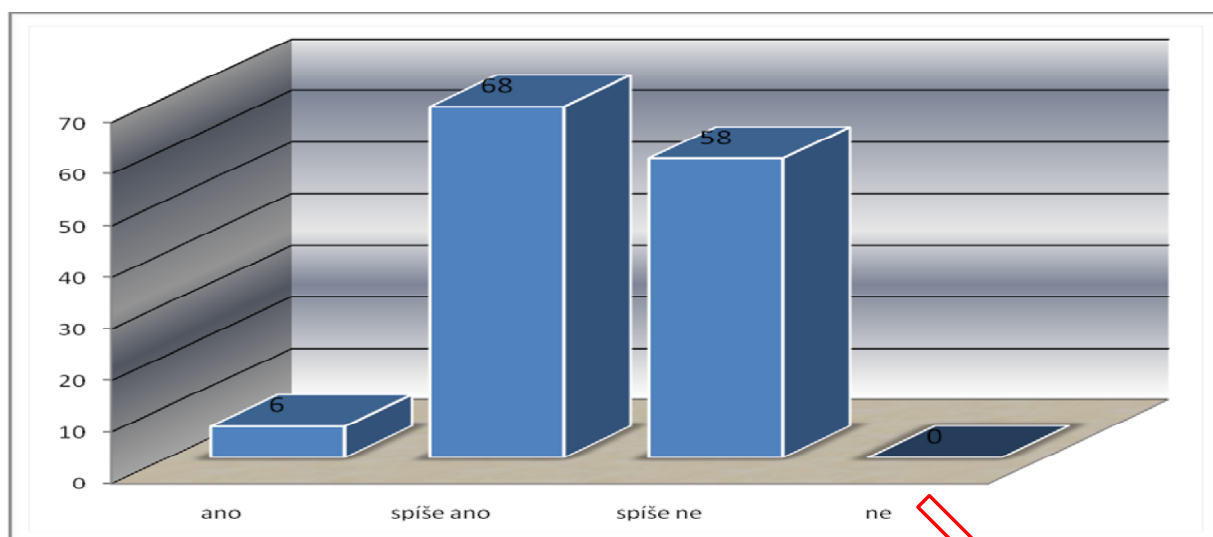
83 (63%) sester se domnívá, že medicína nepovažuje ošetrovatelství za partnerskou profesi. 49 (37%) sester se domnívá, že medicína považuje ošetrovatelství jako partnerskou profesi.

Graf 19 Vnímání ošetrovatelství medicínou – názor lékařů



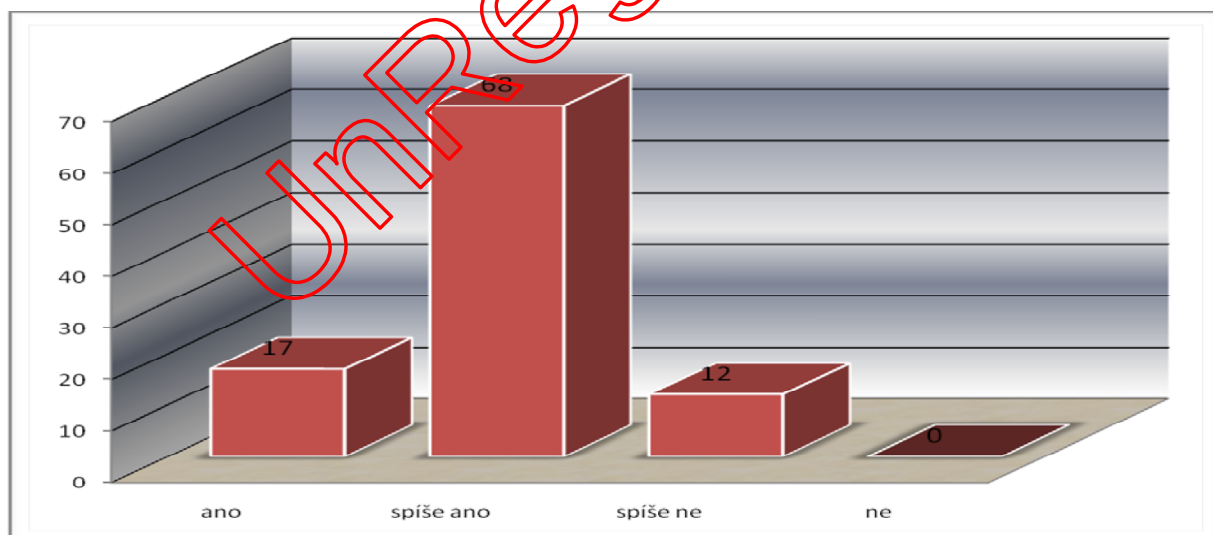
85 (89%) lékařů se domnívá, že ošetrovatelství není medicíně podřízená profese, 12 (11%) lékařů se domnívá, že ošetrovatelství je podřízená profese medicíny.

Graf 20 Respekt přínosu ošetrovatelství ve zdravotní péči medicínou - sestry



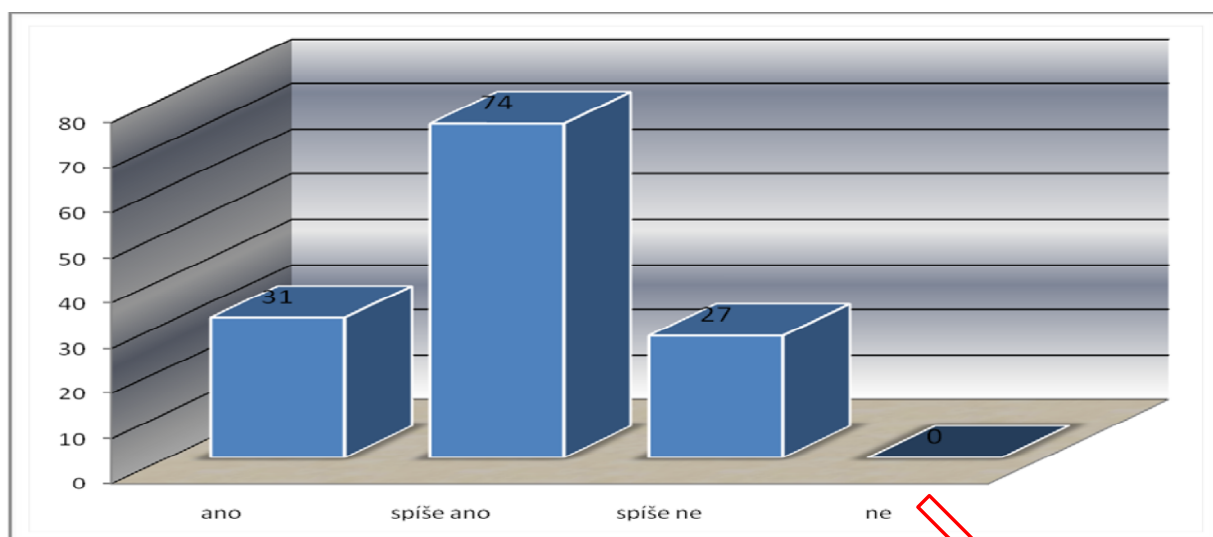
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 69 (51%) sester domnívá, že medicína spíše respektuje přínos profesionálního ošetrovatelství ve zdravotní péči, 6 (5%) sester se domnívá, že medicína respektuje přínos ošetrovatelství, 58 (43%) sester se domnívá, že medicína přínos ošetrovatelství spíše nerespektuje.

Graf 21 Respekt přínosu ošetrovatelství ve zdravotní péči medicínou - lékaři



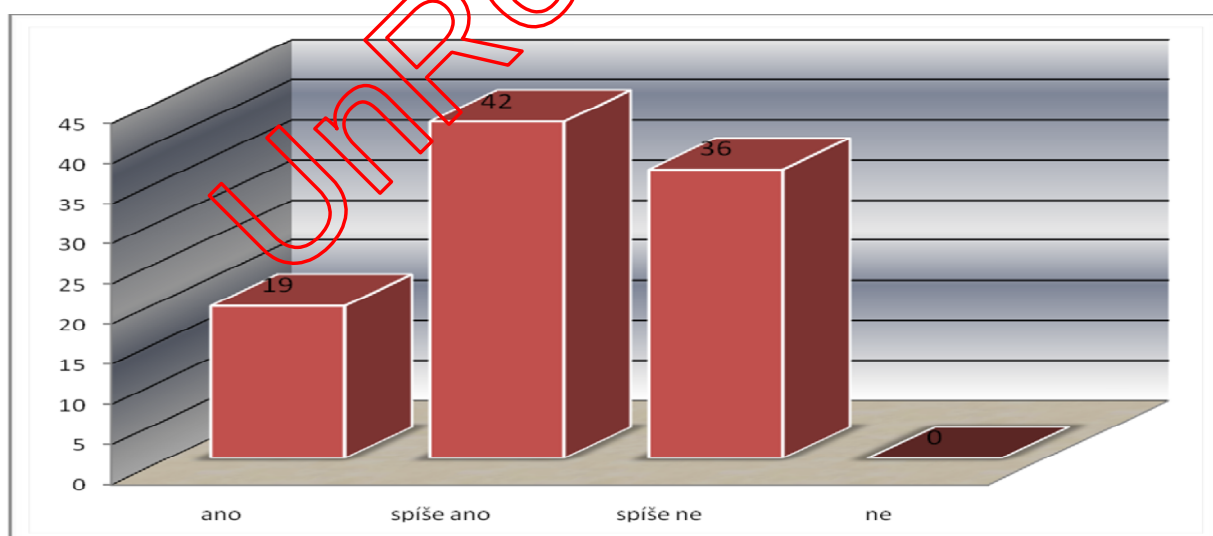
68 (71%) lékařů se domnívá, že medicína spíše respektuje přínos profesionálního ošetrovatelství ve zdravotní péči, 17 (17%) lékařů se domnívá, že medicína respektuje přínos ošetrovatelství ve zdravotní péči, 12 (12%) lékařů se domnívá, že medicína spíše nerespektuje přínos ošetrovatelství ve zdravotní péči.

Graf 22 Vymezení kompetencí sester ke zlepšení partnerství - sestry



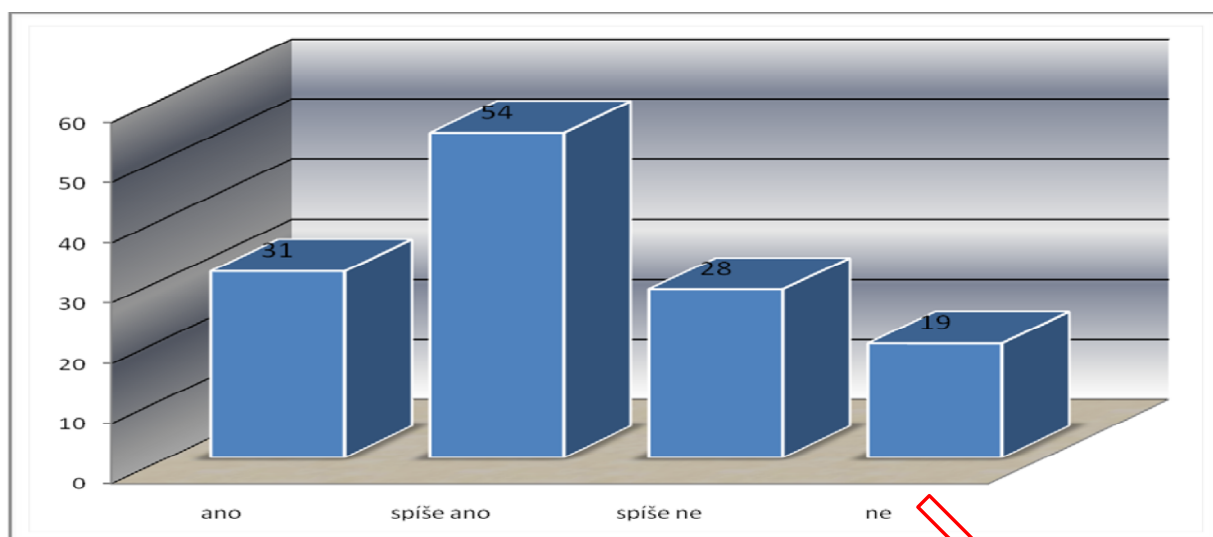
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 31 (24%) sester domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester přispívá k zlepšení profesně partnerského vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou. 74 (56%) sester se domnívá, že spíše ano, 27 (20%) sester se domnívá, že přesné vymezení kompetencí spíše nepřispívá ke zlepšení partnerství mezi ošetrovatelstvím a medicínou.

Graf 23 Vymezení kompetencí sester ke zlepšení partnerství - lékaři



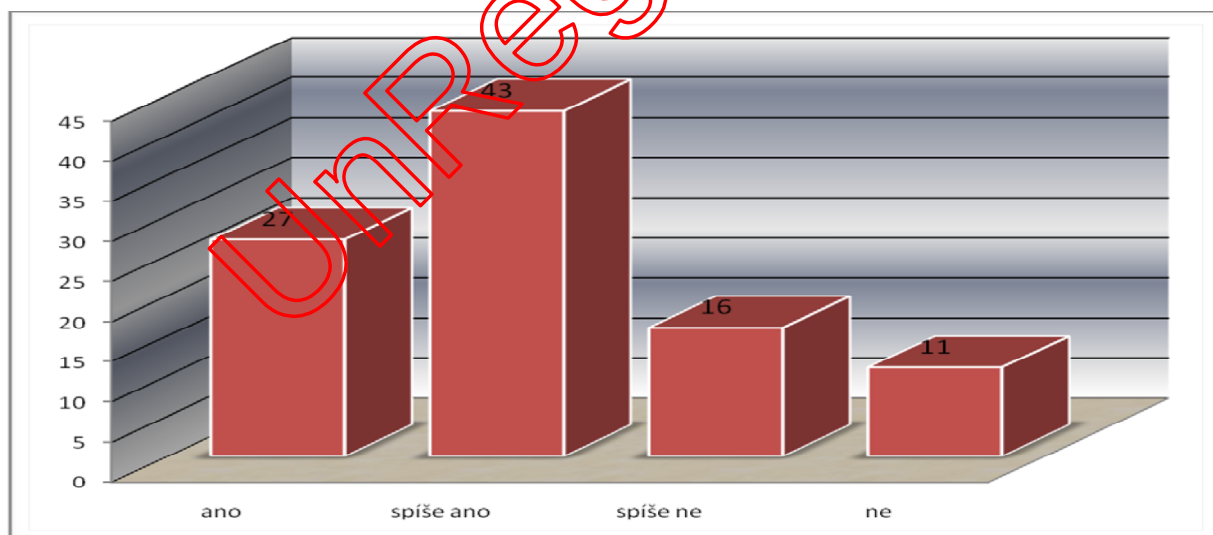
Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů, se 19 (20%) lékařů domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester přispívá k zlepšení profesně partnerského vztahu, 42 (43%) lékařů se domnívá, že spíše přispívá, 36 (37%) lékařů se domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester spíše nepřispívá ke zlepšení partnerského vztahu.

Graf 24 Vymezení odpovědnosti sester-přínos ke zlepšení partnerství - sestry



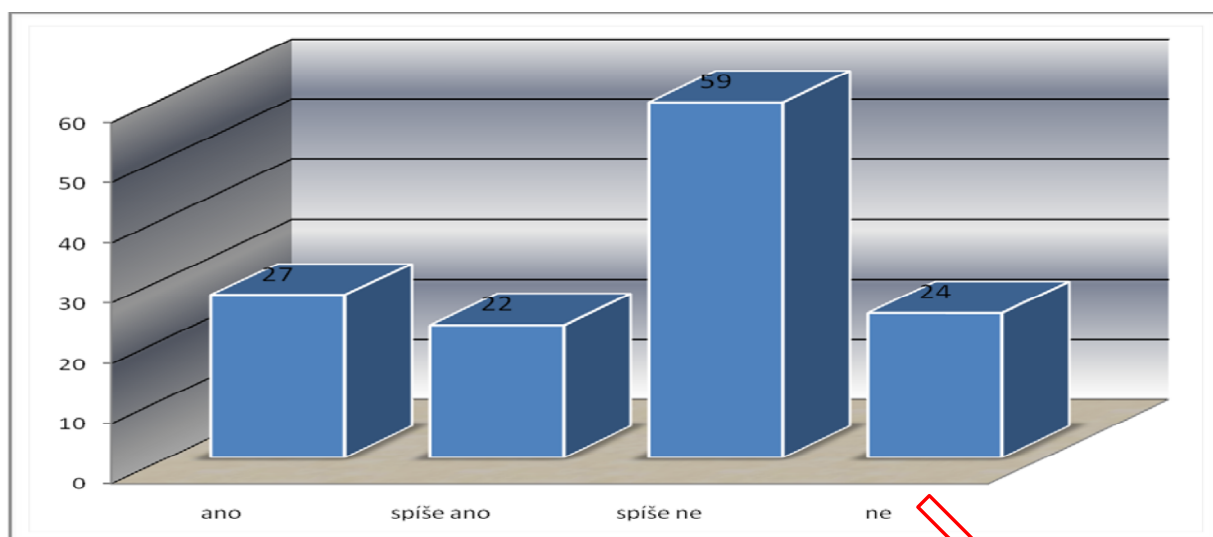
Z 132 (100%) sester, se 54 (41%) sester domnívá, že přesné vymezení odpovědnosti spíše přispívá ke zlepšení partnerství, 31 (24%) sester se domnívá, že přesné vymezení kompetencí přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou, 28 (21%) sester se domnívá, že spíše nepřispívá, 19 (14%) sester se domnívá, že přesné vymezení kompetencí ke zlepšení partnerství nepřispívá.

Graf 25 Vymezení odpovědnosti sester-přínos ke zlepšení partnerství - lékaři



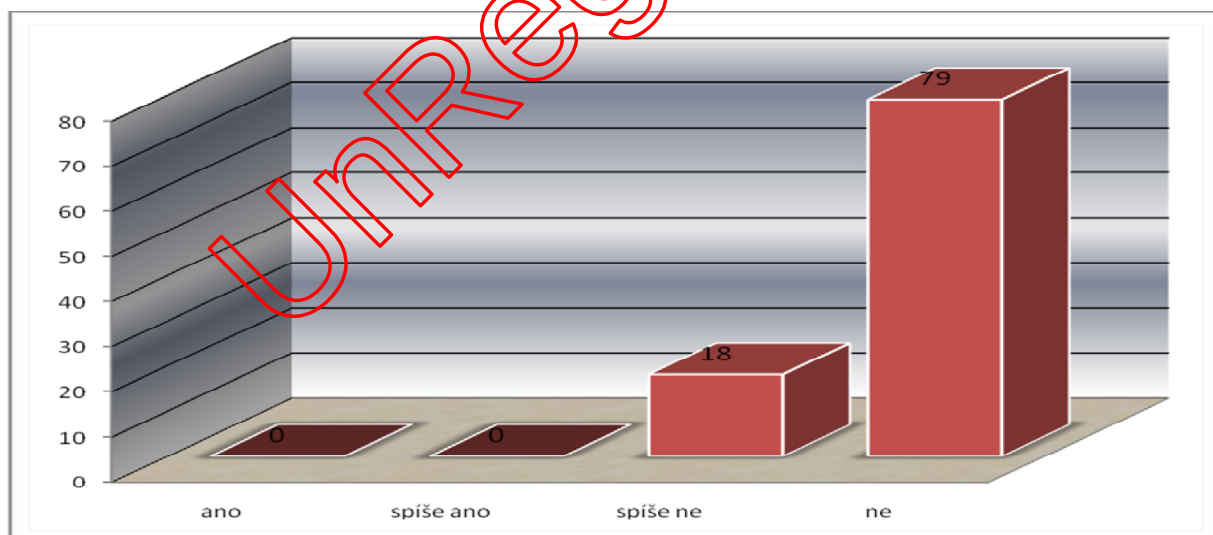
Z 97(100%) lékařů, se 43 (44%) lékařů domnívá, že vymezení kompetencí sester spíše přispívá ke zlepšení partnerství, 27 (28%) lékařů se domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester v péči o pacienty přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu mezi medicínou a ošetrovatelstvím, 16 (17%) lékařů se domnívá, že spíše nepřispívá, 11 (11%) lékařů se domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester nepřispívá ke zlepšení partnerství.

Graf 26 Ohrožení dominantního postavení medicíny - sestry



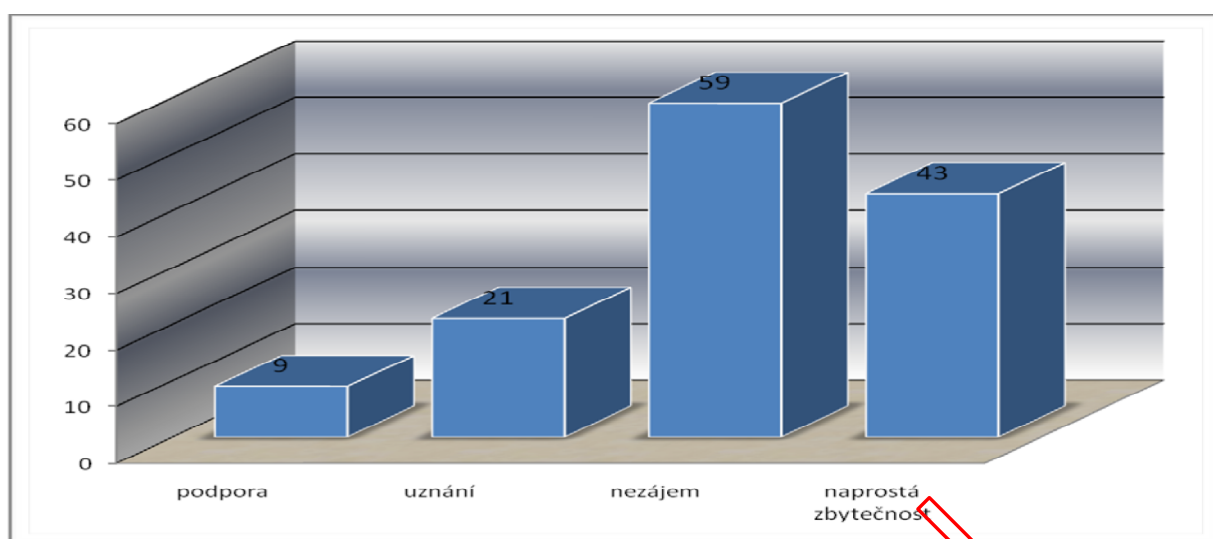
27 (20%) sester se domnívá, že se medicína cítí ohrožena ztrátou dominantního postavení, 22 (16%) sester se domnívá, že se medicína spíše cítí ohrožena ztrátou dominantního postavení, 59 (45%) sester se domnívá, že spíše ne, 24 (19%) sester se domnívá, že se medicína ztrátou dominantního postavení ohrožena necítí.

Graf 27 Ohrožení dominantního postavení medicíny - lékaři



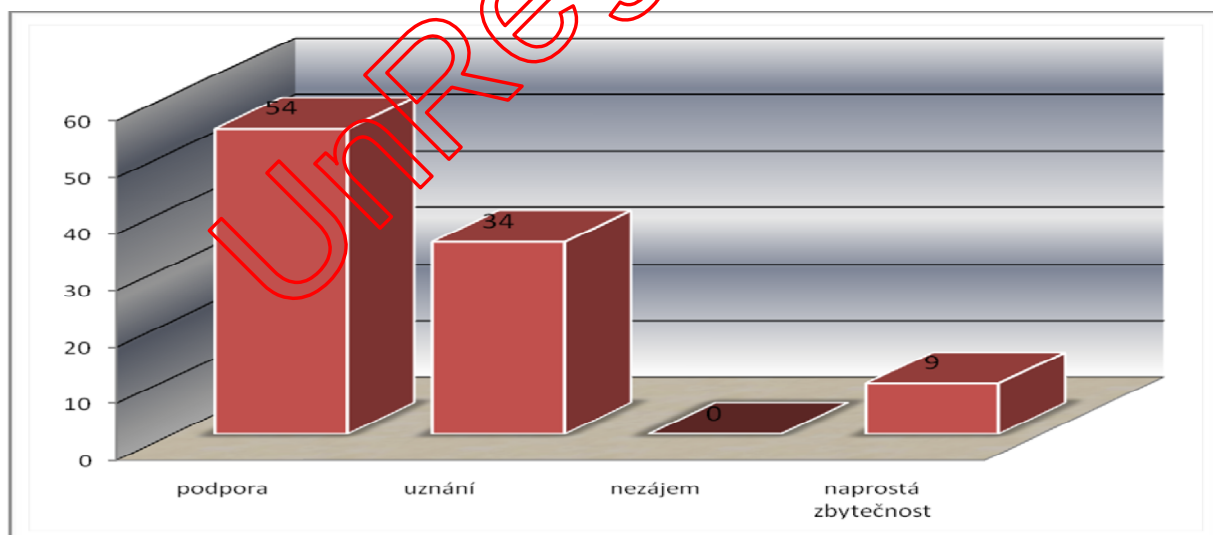
Z 97 (100%) lékařů, se 79 (81%) lékařů necítí ohroženi ztrátou dominantního postavení, 18 (19%) lékařů se spíše necítí ohroženi ztrátou dominantního postavení ve zdravotní péči.

Graf 28 Reakce lékařů na změnu vzdělávání sester - sestry



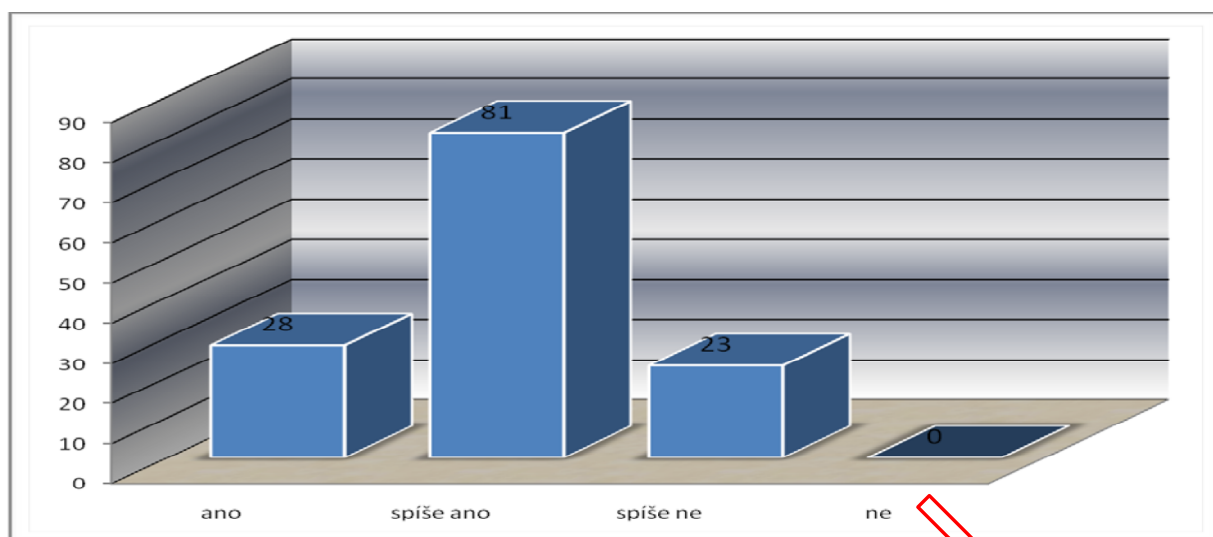
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 59 (45%) sester setkalo s nezájmem na téma vysokoškolsky vzdělaná sestra, 43 (33%) sester se setkalo s reakcí lékaře, že vysokoškolské vzdělání je zbytečné, 21 (16%) sester se setkalo ze strany lékaře s uznáním, 9 (6%) sester se setkalo ze strany lékaře s podporou vysokoškolského vzdělání.

Graf 29 Náзор lékařů na vzdělávání sester - lékaři



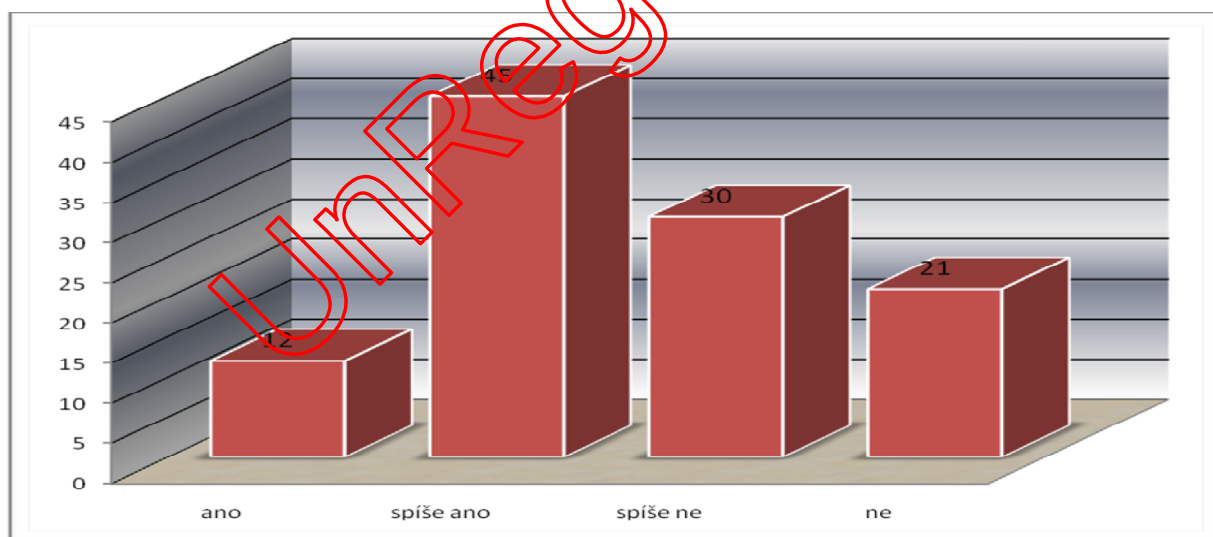
Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů, 54 (56%) lékařů podporuje vysokoškolské vzdělání sester, 34 (35%) lékařů uznává vysokoškolské vzdělání sester, 9 (9%) lékařů se domnívá, že vysokoškolské vzdělání je naprostá zbytečnost.

Graf 30 Problémy v partnerství a vzájemné nepochopení rolí - sestry



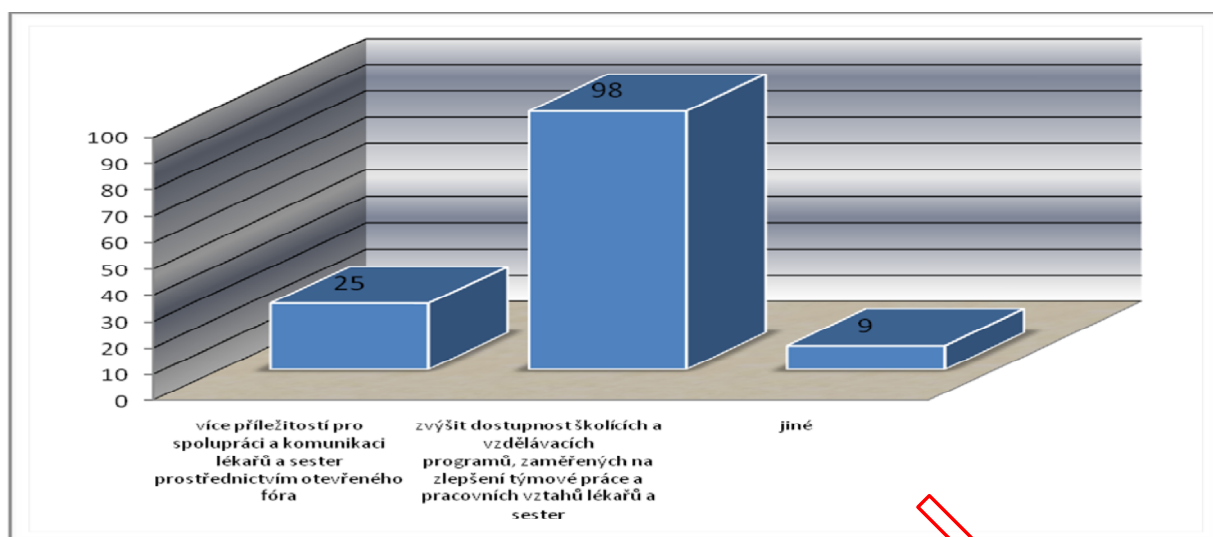
Z výzkumného souboru 132 (100%) sester, se 28 (21%) sester domnívá, že problémy ve vztahu ošetrovatelství medicína vyplývají z nepochopení vzájemných rolí, 81 (61%) sester se domnívá, že spíše vyplývají ze vzájemného nepochopení rolí, 23 (17%) sester se domnívá, že spíše nevyplyvají ze vzájemného nepochopení rolí.

Graf 31 Problémy v partnerství a vzájemné nepochopení rolí - lékaři



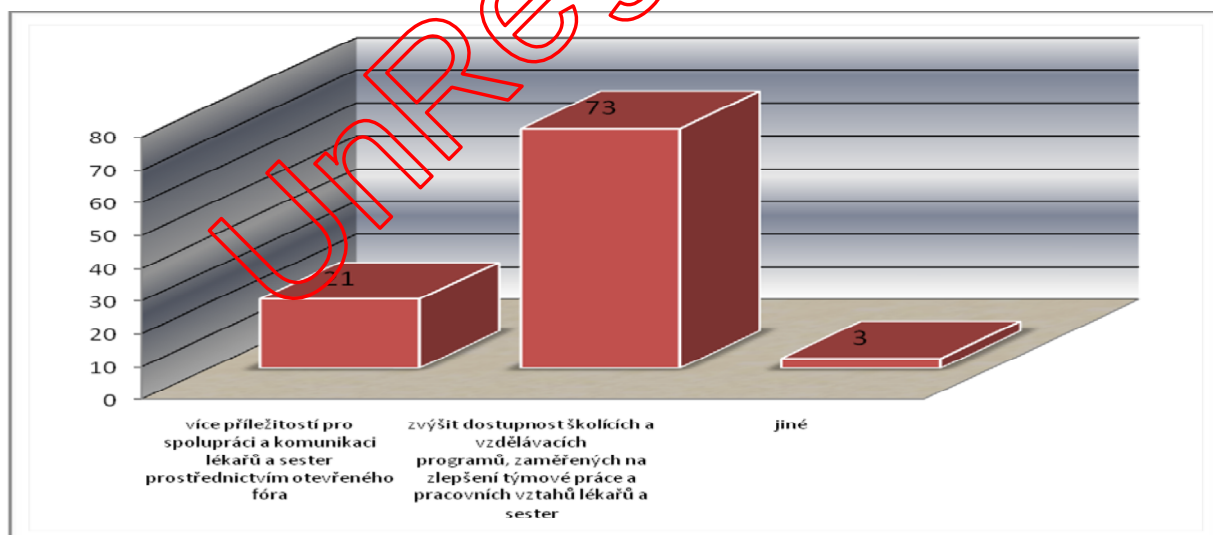
Z výzkumného souboru 97 (100%) lékařů, se 12 (12%) lékařů domnívá, že problémy ve vztahu ošetrovatelství medicína vyplývají ze vzájemného nepochopení rolí, 45 (46%) lékařů se domnívá, že spíše vyplývají ze vzájemného nepochopení rolí a, 30 (31%) lékařů se domnívá, že spíše nevyplyvají ze vzájemného nepochopení rolí, 21 (11%) lékařů se domnívá, že problémy nevyplyvají ze vzájemného nepochopení rolí.

Graf 32 Přispění k partnerství medicíny a ošetrovatelství - sestry



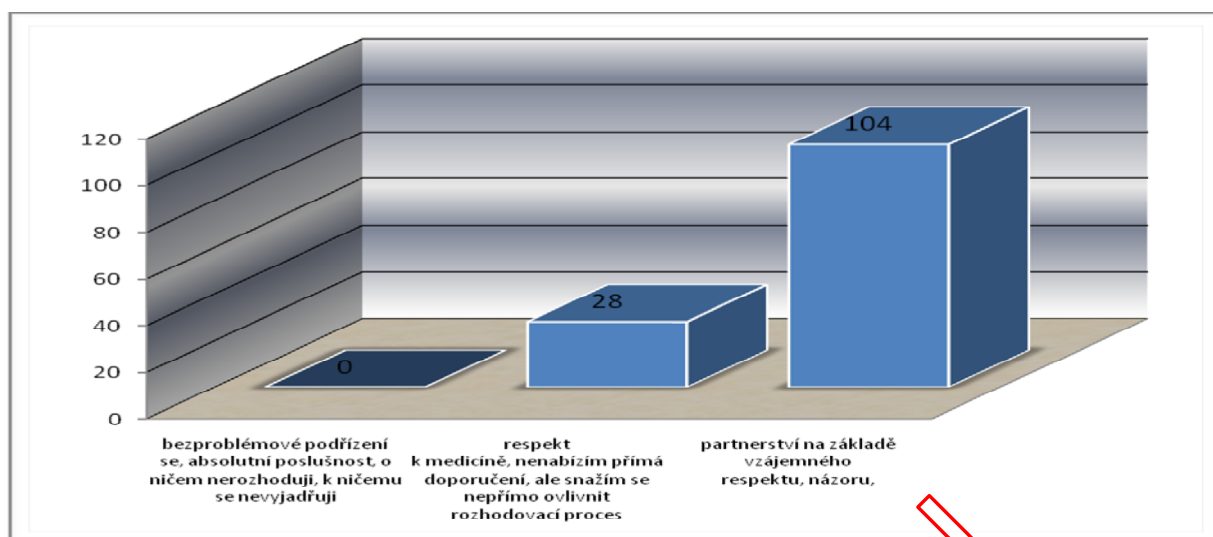
98 (74%) sester se domnívá, že by nejvíce přispělo ke zlepšení kvality partnerského vztahu více příležitostí pro spolupráci a komunikaci lékařů a sester prostřednictvím otevřeného fóra. 25 (19%) sester se domnívá, že by se měla zvýšit dostupnost vzdělávacích programů, zaměřených na týmovou práci. 9 (5%) sester označilo odpověď jiné, ale neuvedly konkrétní možnost.

Graf 33 Přispění k partnerství medicíny a ošetrovatelství - lékaři



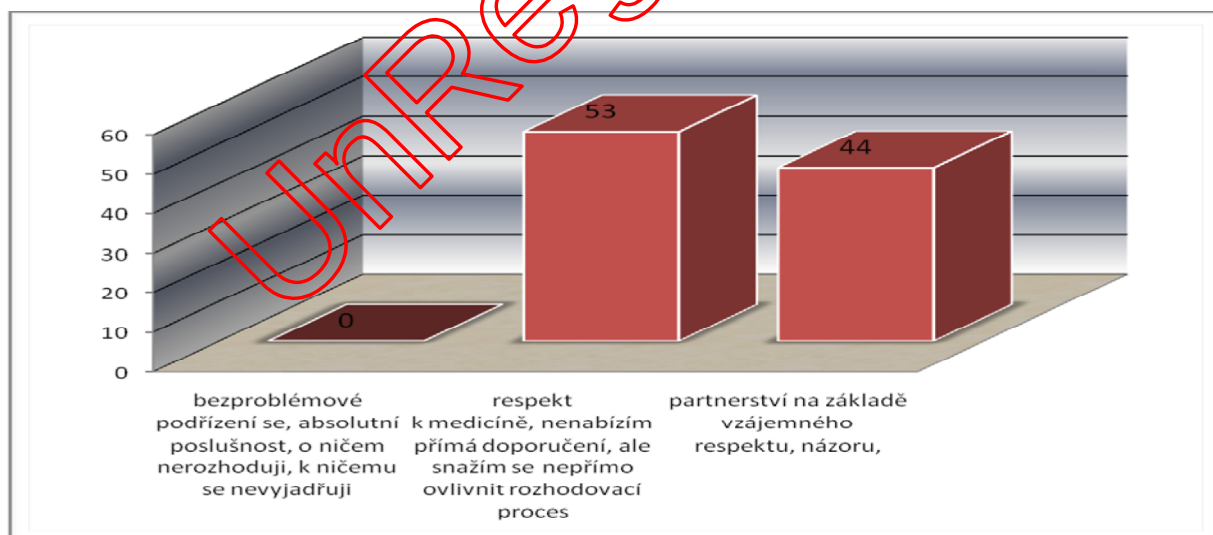
73 (75%) lékařů se domnívá, že by se měla zvýšit dostupnost školicích a vzdělávacích programů zaměřených na týmovou práci, 21 (22%) lékařů se domnívá, že by mělo být více příležitostí pro spolupráci a komunikaci lékařů a sester prostřednictvím otevřeného fóra. 3 (3%) lékařů označilo odpověď jiné a doplnili, že žádné problémy mezi ošetrovatelstvem a medicínou nejsou.

Graf 34 Model vztahu ošetrovatelství – medicína, názor sester



104 (79%) sestrám vyhovuje model, který zahrnuje partnerský vztah na základě vzájemného respektu, názoru, diskuse, 28 (21%) sestrám vyhovuje model, který zahrnuje respekt k medicíně, nenabízím přímá doporučení, ale snažím se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces.

Graf 35 Model vztahu ošetrovatelství – medicína, názor lékařů



53 (55%) lékařů vyhovuje model, který zahrnuje respekt k medicíně, sestra nenabízí přímá doporučení, ale snaží se pouze nepřímo ovlivnit rozhodovací proces, 44 (45%) lékařů vyhovuje model, který zahrnuje partnerský vztah na základě vzájemného respektu, názoru, diskuse.

5. Diskuse

Strukturu dotazníků, použitých při našem výzkumu, jsme zaměřili na několik oblastí. První část byla zaměřena na identifikační otázky. V druhé části jsme se zaměřili na názor sester a lékařů, týkající se vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou a jaký má tento vztah význam v péči o klienty. Třetí část dotazníku byla zaměřena na otázky týkající se vlivu vyššího vzdělání sester na vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou. Ve čtvrté části jsme zjišťovali informace, jaká opatření by nejvíce přispěla ke zkvalitnění partnerského vztahu, mezi medicínou a ošetrovatelstvím.

Byli osloveni lékaři a sestry pracující v nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 20 dotazníků pro sestry a 20 dotazníků pro lékaře. Vráceno bylo 18 dotazníků od sester – 90%, 13 dotazníků od lékařů – 65%. Nemocnici České Budějovice jsem si vybrala proto, že je zde více vysokoškolsky vzdělaných sester, než v menších nemocnicích. Spolupráce byla dobrá.

Dále byli osloveni lékaři a sestry pracující v nemocnici Písek, a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 20 dotazníků pro sestry a 20 dotazníků pro lékaře. Vráceno bylo 17 dotazníků od sester – 85%, 14 dotazníků od lékařů – 70%. Nemocnici Písek jsem si vybrala proto, abychom mohli porovnat vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou v menších nemocnicích. Spolupráce byla dobrá.

Ve výzkumném souboru byli osloveni také lékaři a sestry pracující ve fakultní nemocnici v Plzni. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků pro sestry a 30 dotazníků pro lékaře. Vráceno bylo 26 dotazníků od sester – 86%, 20 dotazníků od lékařů – 66%. Vybrala jsem tuto nemocnici proto, že jsou zde velmi specializovaná oddělení, která vyžadují vysokou míru profesionality v péči o pacienty. Spolupráce byla dobrá.

Součástí výzkumného souboru byli lékaři a sestry pracující v nemocnici Strakonice. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků pro sestry a 30 dotazníků pro lékaře. Návratnost byla 30 dotazníků od sester – 100%, 30 dotazníků od lékařů – 100%. Vybrala jsem si tuto nemocnici proto, že zde pracuji. Spolupráce byla výborná.

Osloveni byli i lékaři a sestry pracující ve všeobecné nemocnici Praha IKEM. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Bylo distribuováno 30 dotazníků pro lékaře a 30

dotazníků pro sestry. Návratnost byla 28 dotazníků od sester – 93%, 11 dotazníků od lékařů – 36%. Nemocnici jsem si vybrala proto, že sestry v Praze mají více možností výběru pracovního místa a zajímalo by nás, jaký názor mají na partnerství mezi medicínou a ošetrovatelstvím. Spolupráce byla dobrá.

Ve výzkumném souboru byli také osloveni lékaři a sestry pracující v nemocnici Tábor a.s. Výzkum byl proveden se souhlasem hlavní sestry. Distribuováno bylo 20 dotazníků pro sestry a 20 dotazníků pro lékaře. Návratnost byla 15 dotazníků od sester – 75%, 9 dotazníků od lékařů – 45%. Spolupráce byla dobrá.

První výzkumný soubor tvořilo 91% sester- žen a 9% sester – mužů (viz graf 2), 50% sester s dosaženým vysokoškolským vzděláním, 13% sester s vyšším odborným vzděláním a 37% sester se středoškolským vzděláním (viz graf 1). Z výzkumného šetření vyplývá, že 73% sester pracujících ve zdravotnických zařízeních má již vyšší, než středoškolské vzdělání. Je tedy patrné, jaký pokrok ve vzdělání sester, ošetrovatelství v posledních letech dosáhlo. Sestry mají v péči o klienty nezastupitelné místo a stávají se autonomním pracovníkem. Zvýšením odborné kvalifikace sester, rozšířením jejich kompetencí, větší samostatností, ale také i odpovědností se mohou sestry postavit jako rovnoprávní partneři lékařů v péči o klienty a toto místo jim právem náleží. Druhý výzkumný soubor tvořilo 58% lékařů a 42% lékařek (viz graf 3).

Nejvyšší počet sester (viz graf 4) byl ve věkové hranici mezi 30-39 lety (41%), 24% sester ve věku 40-49 let, 18% sester ve věku 50 a více let, 17% sester ve věku 20-29 let. Výzkumný soubor lékařů (viz graf 5) tvořilo 42% lékařů ve věku 30-39 let, 22% lékařů ve věku 20-29 let, 19% lékařů ve věku 40-49 let a 17% lékařů ve věku 50 a více let.

33% sester (viz graf 6) uvedlo, že délka jejich odborné praxe je v rozmezí 6-15 let, 30% sester v rozmezí odborné praxe 16-25 let, 19% sester v rozmezí 26 a více let a 18% sester uvedlo délku své odborné praxe v rozmezí 0-5 let. 41% lékařů uvedlo délku své praxe v rozmezí 6–15 let (viz graf 7), 20% lékařů v rozmezí 26 a více let, 20% lékařů uvedlo délku své odborné praxe 0–5 let a 19% lékařů uvedlo délku své odborné praxe v rozmezí 16-25let. Z výzkumného souboru je patrné, že jsou porovnávány názory sester a lékařů všech věkových kategorií. Tento aspekt je pro naše výzkumné šetření důležitý, protože lékaři a sestry pracující ve zdravotnictví déle, mohou dobře porovnat změny v postavení sestry ve zdravotní péči o klienty a mohou také porovnat změny ve vývoji vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou.

Naším zájmem bylo zmapovat názor sester a lékařů, zda medicína respektuje ošetrovatelství jako partnerskou profesi ve zdravotní péči. Dále jsme chtěli zjistit názor sester a lékařů, zda partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou zlepšuje péči o klienty a

zmapovat názor sester a lékařů, zda vyšší vzdělání sester přispívá ke zlepšení partnerského vztahu ošetrovatelství a medicíny.

K ověření první hypotézy, že sestry nepovažují vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za partnerský, jsme použili otázky pro sestry týkající se názoru na tento vztah. 50% sester se domnívá, že vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou je paternalistický ze strany medicíny (viz graf 8), 38% sester se domnívá, že vztah mezi medicínou a ošetrovatelstvím je partnerský a 12% sester označilo odpověď – nevím. 63% sester se domnívá, že medicína nepovažuje ošetrovatelství za partnerskou profesi (viz graf 18). Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou ještě není zcela „vypořádán“. Přesto, že se ošetrovatelství, zvláště v posledních desetiletích mohutně rozvinulo a ošetrovatelství se stalo stejně jako medicína, vysokoškolskou profesí, stále přetrvává onen základní vztah vycházející z historického vývoje těchto dvou profesí jako vztah podřízenosti a nadřízenosti ze strany medicíny. Mohli bychom se domnívat, že někteří lékaři si ještě stále nejsou schopni uvědomit, že došlo k významné změně v postavení ošetrovatelství ve zdravotní péči. 79% (viz graf 34) sester nejvíce vyhovuje model vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou, který zahrnuje partnerský vztah na základě vzájemného respektu, názoru a diskuse, naproti tomu 55% (viz graf 35) lékařů označilo jako vyhovující model ve vztahu ošetrovatelství a medicína „respekt k medicíně ze strany ošetrovatelství, sestry nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces“. Je zarážející, že více jak polovina lékařů stále vyžaduje po sestrách projevy respektu k medicíně, přesto, že sestra se podílí v rámci svých kompetencí na péči o klienta rovnoprávným dílem jako lékař. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že lékaři si stále neuvědomují, že ošetrovatelství a medicína jsou dvě odlišné profese. Protože jak ošetrovatelství, tak i medicína jsou profese autonomní, ale vzájemně na sebe závislé, aby mohly dosáhnout společného cíle, který je pro tyto dvě profese zcela zásadní. Z názorů lékařů na vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou je patrné, že si partnerství a vzájemný respekt představují jinak, než sestry. Domníváme se ale, že i sestry mají svůj podíl na postavení ošetrovatelství ve vztahu k medicíně. Mnohdy je pro sestry pohodlnější plnit pouze ordinace lékaře, jelikož se obávají odpovědnosti za svá rozhodnutí. Jak uvádí ve svém článku ministryně zdravotnictví Mgr. Dana Jurásková Ph.D., MBA „Kolik sester je dnes samo ochotno o pacienta pečovat, aniž by jim to někdo naordinoval, a péči zdůvodnit a vysvětlit (16, s. 3)“? Aby se ošetrovatelství mohlo postavit do role partnera medicíny ve zdravotní péči, je nutné, aby sestry změnily svůj postoj, projevovaly zdravé sebevědomí, prezentovaly svoji profesionalitu, své vzdělání, aby převzaly odpovědnost za svá rozhodnutí a aby byly ochotny samostatně pečovat o pacienta,

svou péči zdůvodnit a obhájit. 40% sester se domnívá (viz graf 10), že se vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou v posledních letech zlepšil, 24% (viz graf 10) sester se domnívá, že vztah je stále stejný a 20% sester (viz graf 10) se domnívá, že vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou se změnil negativně. Z těchto názorů sester je patrné, že vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou je stále nevyrovnaný. Většina sester pocituje ze strany medicíny stále nadřazenost a autoritativní přístup. Domníváme se, že by bylo zajímavé rozdělit názory sester podle odlišných pracovišť a zjistit zda by se názory sester na partnerství mezi ošetřovatelstvím a medicínou lišily. V rámci tohoto šetření, jsme pracoviště nerozlišovali. První hypotéza se potvrdila. Sestry ještě nevnímají vztah mezi medicínou a ošetřovatelstvím za partnerský. Z výzkumného šetření, ale vyplývá, že ošetřovatelství se již přibližuje cíli postavit se medicíně jako rovnocenný partner ve zdravotní péči.

K potvrzení, nebo vyvrácení druhé hypotézy, že lékaři nerespektují ošetřovatelství, jako partnerskou profesi, jsme položili otázky týkající se názoru lékařů, zda lékaři respektují ošetřovatelství jako partnerskou profesi. 84% lékařů (viz graf 9) se domnívá, že vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou je partnerský, stejného názoru je ale jen 38% sester (viz graf 8). Pouze 16% lékařů (viz graf 9) označilo vztah mezi těmito dvěma profesemi za paternalistický ze strany medicíny. 89% lékařů (viz graf 19) nepovažuje ošetřovatelství za medicíně podřízenou profesi, ale 11% lékařů (viz graf 19) označilo ošetřovatelství jako profesi medicíně podřízenou. Názory sester a lékařů týkající se vztahu mezi medicínou a ošetřovatelstvím se liší. Domníváme se, že rozdílný názor sester a lékařů týkající se jejich vzájemného vztahu, je způsoben špatnou, nebo zcela nedostatečnou vzájemnou komunikací mezi sebou. Můžeme se domnívat, že lékařům se zdá mnohdy rozhovor se sestrou zbytečný, někdy obtížný a v každém případě velmi náročný na čas, kterého je tak málo. Mnohdy lékaři ani sestry pracující na oddělení neznají, protože po vizitě a napsání ordinací do dokumentace odcházejí a komunikace se sestrou je minimální. Jak uvádí Devito ve své knize, efektivní komunikace mezi partnerskými profesemi, má zcela zásadní vliv na upevňování vzájemných partnerských vztahů. Prvním krokem dobré komunikace je chtít komunikovat. Zájem o člověka je druhým krokem dobré komunikace a vůle komunikovat je krokem třetím. 58% lékařů (viz graf 31) se domnívá, že problémy ve vztahu ošetřovatelství a medicína mohou vyplývat také ze vzájemného nepochopení rolí v péči o pacienty. Pro partnerský vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou je důležité, aby lékaři a sestry přesně pochopili a uznali síly a schopnosti, které do tohoto vztahu vnáší. Měli by přesně znát rozsah svých kompetencí a odpovědnosti. Jak je uvedeno v kapitole 1.6 znamená to, že každá profese zastává svou určitou nezastupitelnou pozici, kterou ovládá a ví, kde začíná a kde končí. 63% lékařů (viz

graf 23) se domnívá, že přesné vymezení kompetencí sester v péči o klienta přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu s medicínou stejného názoru je i 80% sester (viz graf 22). 72% lékařů (viz graf 25) a 65% sester (viz graf 24) se domnívá, že je důležité přesné vymezení odpovědnosti sester v péči o klienty. Jak vyplývá z dotazníkového šetření názor lékařů na partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou, je poněkud odlišný. Přesto, že z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že lékaři považují ošetrovatelství a medicínu za partnerské profese, rovnoprávními partnery nejsou. 84% lékařů (viz graf 9) označilo vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za partnerský, ale na otázku jaký model vztahu jim vyhovuje ze strany sester, 55% lékařů (viz graf 35) vyhovuje vztah respektu ošetrovatelství k medicíně, ošetrovatelství by nemělo nabízet přímá doporučení, ale pouze nepřímo ovlivňovat rozhodnutí. Tyto požadavky ze strany medicíny nesvědčí o tom, že respektují ošetrovatelství jako partnerskou profesi. Partnerství je vztah vzájemného respektu, důvěry, přijímání vzájemných názorů a doporučení. Druhá hypotéza se nepotvrdila. Lékaři stále nerespektují ošetrovatelství jako partnerskou profesi.

K ověření třetí hypotézy, že partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou má pro sestry zcela zásadní význam v péči o klienty, jsme použili otázky týkající se významu partnerství těchto dvou profesí, které jsou stěžejní pro vzájemný partnerský vztah. 90% sester (viz graf 14) označilo partnerství mezi ošetrovatelstvím a medicínou jako zcela zásadní pro zlepšení péče o klienta. 91% sester (viz graf 12) se domnívá, že partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou je důležitý k tomu, aby bylo dosaženo společného cíle. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že sestry si jsou vědomy přínosu partnerství mezi ošetrovatelstvím a medicínou v péči o klienty. Vztah vzájemného respektu a důvěry mezi sestrou a lékařem je důležitý pro efektivní spolupráci v týmu. Partnerský vztah mezi lékařem a sestrou zlepšuje souhru jednotlivých činností, které na sebe navazují a vytváří prostor pro samostatnou práci sestry v uspokojování potřeb klientů. Jak je uvedeno v kapitole „Týmová práce“ klient musí cítit, že vztah mezi lékařem a sestrou je na profesionální úrovni a že se společně snaží dosáhnout těch nejlepších výsledků v péči o klienty. Třetí hypotéza, že partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou má pro sestry zásadní význam v péči o klienty, se potvrdila.

Pro čtvrtou hypotézu, že lékaři nepovažují partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za zásadní v péči o pacienty, jsme použili otázky, zda tento vztah pokládají za důležitý a z jakého důvodu. Všichni lékaři 100% (viz graf 15) odpověděli, že partnerský vztah mezi těmito dvěma profesemi, má zcela zásadní význam v péči o pacienta. 100% lékařů (viz graf 13) se domnívá, že partnerská role těchto dvou profesí je dána společným cílem v péči o

klienty. Z tohoto výzkumného šetření vyplývá, že i lékaři si uvědomují význam partnerství mezi ošetrovatelstvím a medicínou v péči o klienty, ale přesto, jak vyplývá z druhé hypotézy ošetrovatelství, jako partnerskou profesi nerespektují. Můžeme se domnívat, že paternalismus ze strany medicíny má hluboké kořeny v historii, kdy sestra zastávala po dlouhou dobu roli pomocníka lékaře. Vzhledem k stoupající náročnosti zdravotní péče si lékaři uvědomují, že potřebují vedle sebe odborně kvalifikovaného, odpovědného a samostatného partnera, ale ještě neumí přijmout sestru jako autonomního člena týmu. A respektovat ji jako rovnocenného partnera. Medicína i ošetrovatelství si uvědomují, že je důležité pracovat a rozvíjet vzájemné partnerské vztahy v zájmu zlepšování zdravotní péče o klienty. Obě profese chápou, že tvoří jeden celek a jedna bez druhé se neobejdou. Čtvrtá hypotéza, že lékaři nepovažují partnerský vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou za zásadní ve zlepšení péče o klienty se nepotvrdila. Lékaři se domnívají, že partnerství mezi těmito dvěma profesemi je klíčové.

K potvrzení, nebo vyvrácení páté hypotézy, jsme položili sestrám otázky zabývající se vlivem vyššího vzdělání sester na zlepšení vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou. Velký vliv na zvýšení prestiže a profesionalitu ošetrovatelství má posun vzdělávání sester na vyšší a vysoké ošetrovatelské školy. Aby se ošetrovatelství mohlo dále rozvíjet, musí jeho odborná úroveň odpovídat stále stoupajícím požadavkům na úroveň ošetrovatelské péče. Sestry si musí zvyšovat kvalifikaci jak v teoretických tak i v praktických dovednostech. Musí se naučit profesionálně komunikovat, aby byly rovnocennými členy týmu ve zdravotní péči o klienta, a musíme se vzdělávat i v oblasti pedagogiky, abychom byly schopny vychovat novou populaci a kvalifikovaně poradit (2,29). Musíme jít stále dopředu s vědomím, že jsme rovnoprávnými partnery medicíny. V současnosti se způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru pro všeobecné sestry, nebo tříletého studia oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. U nás je několik úrovní vysokoškolského vzdělávání, bakalářské studium, navazující magisterské studium a doktorandské studium především zaměřené na přípravu k vědecké činnosti (46). Jak je patrné z výzkumného šetření 63% sester (viz graf 1) má vysokoškolské, nebo vyšší odborné vzdělání. Tato nová struktura vzdělání výrazně obohatila úroveň ošetrovatelství, umožnila sestrám dovést získané znalosti a dovednosti na profesionální úroveň. Většina sester se ale spíše setkává s negativním názorem na téma vysokoškolské vzdělání sester ze stran lékařů. Pouze 30% sester se domnívá, že vyšší vzdělání sester zlepšilo vztah mezi ošetrovatelstvím a medicínou (viz graf 16), 49% sester se domnívá, že vyšší vzdělání sester nemá vliv na zlepšení vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou, přesto, že 60% lékařů se domnívá, že vyšší vzdělání sester zlepšilo vzájemný

vztah mezi těmito dvěma profesemi (viz graf 17). 56 % sester (viz graf 20) a 88% lékařů (viz graf 21) se domnívá, že medicína respektuje přínos vyššího vzdělání v ošetrovatelství ve zdravotní péči. Přesto pouze 16% sester (viz graf 28), se setkala s projevy uznání ve vztahu k vysokoškolskému vzdělání sester ze stran lékařů a jen 6% sester se setkala s projevy podpory vysokoškolského vzdělání sester. V této části výzkumného šetření se názory sester a lékařů nejvíce rozcházejí. 56% lékařů vyslovilo podporu vysokoškolskému vzdělání sester (viz graf 29), 35% vyslovilo uznání a pouhých 9% se domnívá, že vysokoškolské vzdělání sester je naprostá zbytečnost. Zdravotní péče o pacienty má stále stoupající tendenci, velký vliv na zlepšení péče má rozvoj vyšetřovacích a léčebných metod. Na lékaře i sestry jsou kladeny stále vyšší nároky na pracovní nasazení a vzdělávání v oboru. Aby bylo dosaženo, co nejvyšší úrovně zdravotní péče, je důležité, aby se na zdravotní péči podílel zdravotnický tým na profesionální úrovni. Problematikou partnerství, jsme se zabývali v kapitole 2.6, to znamená, že, mezi medicínou a ošetrovatelstvím musí být vybudován vztah vzájemné důvěry, participace, odpovědnosti a fungující komunikace (6, s. 121)⁴⁶. 36% Sester se domnívá, (viz graf 26), že lékaři jsou otažiti k vysokoškolskému vzdělání sester proto, že se cítí ohroženi ztrátou dominantního postavení v péči o klienta. Z výzkumného šetření je patrné, že medicína respektuje přínos vyššího vzdělání sester v péči o klienty, ale ke zlepšení vztahu mezi ošetrovatelstvím a medicínou dle názoru sester nepřispělo. Pátá hypotéza, že vyšší vzdělání sester přispělo dle názoru sester k zlepšení vztahu ošetrovatelství a medicíny se nepotvrdila.

K ověření šesté hypotézy, že lékaři nepovažují vysokoškolské vzdělání sester za důležité ve vztahu ošetrovatelství a medicíny jsme položili lékařům otázky týkající se názoru, zda se domnívají, že vysokoškolské vzdělání sester ovlivňuje vztah mezi medicínou a ošetrovatelstvím. Z výzkumného šetření vyplývá, že podle názorů lékařů 60% (viz graf 17), právě vyšší vzdělání sester, zdokonalování jejich, jak teoretických tak praktických dovedností vedlo v posledních letech k výraznému zlepšení vztahu mezi těmito dvěma profesemi. 88% lékařů (viz graf 21) respektuje přínos profesionálního ošetrovatelství ve zdravotní péči. Pro lékaře je důležité, aby se na sestru mohli spolehnout, aby důvěřovali v její loajalitu, a profesionalitu danou vyšším vzděláním. Pokud tomu tak je, většina lékařů to dokáže ocenit. 91% lékařů (viz graf 29) na otázku jaký má názor na vysokoškolské vzdělání sester odpovědělo, že vyslovují sestrám podporu a uznání. 81% lékařů (viz graf 27) se necítí vysokoškolským vzděláním sester nijak ohroženo ztrátou dominantního postavení v péči o klienta. Je jen otázkou krátkého času, kdy ošetrovatelství a medicína splyne v jeden celek, složený z profesí na partnerské úrovni, který bude harmonicky spolupracovat, mít radost z práce a bude dosahovat vynikajících výkonů v péči o klienty. Šestá hypotéza, že lékaři

nepovažují vysokoškolské vzdělání sester za důležité ve vztahu ošetrovatelství a medicíny se nepotvrdila.

UnRegistered

6. Závěr

Práce „ošetřovatelství a medicína – partnerské profese“ měla za cíl zmapovat názor sester a lékařů, zda medicína respektuje ošetřovatelství jako partnerskou profesi ve zdravotní péči, zjistit zda partnerský vztah mezi medicínou a ošetřovatelstvím zlepšuje kvalitu péče o klienty a zda vyšší vzdělání sester přispívá ke zlepšení partnerského vztahu mezi ošetřovatelstvím a medicínou. Tento cíl se podařilo splnit pomocí dotazníků, které byly orientovány na názory sester a lékařů. Podařilo se získat dostatek materiálu pro posouzení a porovnání vztahu mezi ošetřovatelstvím a medicínou.

První stanovená hypotéza, že sestry nepovažují vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou za partnerský, se potvrdila. Druhá stanovená hypotéza, že lékaři respektují ošetřovatelství, jako partnerskou profesi se nepotvrdila, neboť lékaři ještě neradi přijímají od sester přímá doporučení a diskusi. Třetí stanovená hypotéza, že partnerský vztah, mezi ošetřovatelstvím a medicínou má pro sestry zcela zásadní význam ve zkvalitnění péče o klienty se potvrdila. Čtvrtá stanovená hypotéza, že lékaři nepovažují partnerský vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou za zásadní ve zkvalitnění péče o klienty se nepotvrdila, jelikož i sami lékaři jsou si vědomi, že partnerský vztah je klíčový pro kvalitní péči o klienty. Pátá hypotéza, že vyšší vzdělání sester přispělo dle názoru sester ke zlepšení vztahu ošetřovatelství, se nepotvrdila. Šestá hypotéza, že lékaři nepovažují vysokoškolské vzdělání sester za důležité ve vztahu ošetřovatelství a medicíny se nepotvrdila. Lékaři si uvědomují jaký přínos pro kvalitu péče má jejich profesionalita a podporují a uznávají vysokoškolsky vzdělané sestry.

Ve výzkumném souboru jsme zmapovali několik oblastí týkající se této problematiky. První oblast byla zaměřena na problematiku vztahů mezi ošetřovatelstvím a medicínou, druhá oblast byla zaměřena na vliv vztahu mezi ošetřovatelstvím a medicínou na kvalitu ošetřovatelské péče a třetí oblast se zaměřila na přínos vyššího vzdělání sester ve vztahu ošetřovatelství a medicíny. Při výzkumu jsme vycházeli z teoretické části. Přínos práce vidíme především v získání názorů sester a lékařů, na partnerství mezi medicínou a ošetřovatelstvím. Přesto, že ještě nelze nazvat ošetřovatelství a medicínu jako partnerské profese, sestry i lékaři si uvědomují, že je nutné pracovat na vybudování vzájemného partnerského vztahu, jelikož je zcela zásadní pro zlepšení péče o klienty. Velký význam pro vybudování partnerství mezi ošetřovatelstvím a medicínou má i vyšší vzdělání a profesionalita sester.

Z výsledků tedy vyplynulo, že sestry i lékaři se musí snažit efektivně komunikovat, vzájemně si důvěřovat, respektovat jeden druhého a přistupovat k sobě jako k rovnocennému partnerovi ve zdravotní péči. Zároveň je ale důležité, aby každá profese měla přesně stanovené kompetence a odpovědnost za jednotlivé činnosti. Pokud si sestry a lékaři uvědomí tyto skutečnosti, stanou se partnerskou profesí a budou společně dosahovat vyšší a vyšší cíle.

Práce může posloužit jako podnět pro zamyšlení sestrám i lékařům, studentům ošetrovatelských a medicínských oborů, ale i managementu zdravotnických zařízení. Mohou se díky této práci přesvědčit o pozitivě partnerství ošetrovatelské a medicínské profese, uvědomit si, co je třeba udělat proto, aby vztah mezi těmito profesemi byl partnerský.

UnRegistered

7. SEZNAM LITERATURY

1. BARBARA, A., WORKMAN, CLARE, L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: 2007 Grada. ISBN 80-247-1714-X.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210- 0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Sociologické aspekty vzdělávání sester. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 10, s. 13. ISSN 1210-0404.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 přeprac. a doplněné vydání. Grada Publishing. 2005. ISBN 80-7013-416-X.
5. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. Vyd. Praha: Management Press. 2002. ISBN 80-7261-064-3.
6. BĚLOHLÁVEK, F., KOŠTAN, P. *Management*. 1. vyd. Olomouc: Rubico. 2001. ISBN 80-85839-45-8.
7. DEVITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2001. ISBN 80-7169-988-8.
8. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovačelstvo – teoria*. 1. vyd. Martin: Osveta. 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
9. GUGGENBUHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál. 2007. 113 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
10. GULÁŠOVÁ, I. Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 6, s. 8-9. ISSN 1210-0404.
11. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén. 2002. 172 s. ISBN 80-7262-132-7.
13. HUBINKOVÁ, Z. *Psychologie a sociologie*. 1. vyd. Grada Publisching. 2008. 280 s. ISBN 978-80-247-1593-3.
14. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 233 s. ISBN 80-7254-329-6.
15. JAROŠOVÁ, D. Florence Nigtingalová. Dostupné z: (on line). <http://asociace.szsvzs.cz/flornicht.doc>. (cit. 2010-2-8).
16. JURÁSKOVÁ, D. O prestiži sester s ministryní zdravotnictví. *Florence*. Praha: 2010 roč. 6, č. 4, 48 s. ISSN 1801-464X.
17. JURÁSKOVÁ, D., PACOVSKÝ, V. Vysokoškolsky vzdělané sestry. *Sestra*. Praha: 2004 roč. 14, č. 6, 39 s. ISSN 1210-0404.
18. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. IDV PZ, Brno, 1992. ISBN 80-7013-123-3.
19. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
20. KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Copyright. 2006. 2006. 142 s. 80-86429-57-1.
21. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
22. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Grada Publishing. 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

23. LE FANU, J. *Vzestup a pád moderní medicíny*. 1.vyd. Praha: Academia. 2001. 310 s. ISBN 80-200-0879-9.
24. MARRY ELLEN GROHAR- MURRAY, HELEN, R., DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.
25. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II*. Díl Systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0428-0.
26. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
27. PAČESOVÁ, M. *Lékař pacient a Michael Balint*. 1. vyd. Praha: Triton. 2004. 170 s. ISBN 80-7254-491-8.
28. PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
29. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 50 s. ISBN 80-7013-420-8.
30. ROZSYPALOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestry vzpomínají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1503-1.
31. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
32. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
33. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1998 50 s. ISBN 57- 856-98.

34. STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDV PZ 2001, 86s. ISBN 80-7013-329-5.
35. SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. 1. vyd. Praha: Triton. 2004. 247 s. ISBN 80-7254-724-1.
36. ŠIMEK, J. Image sestry – Sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In: MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Galén, 2000, s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5.
37. ŠULISTOVÁ, J. Touží sestry po moci? *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 11, s.20-21 ISSN 1210-0404.
38. TEPPER, B. B. *Manažerské schopnosti a dovednosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publisching. 1996. ISBN 80-7169-347-2.
39. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1 vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
40. UNIVERSUM. *Všeobecná encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Odeon, 2000. ISBN 80-207-1063-9 (3 díl).
41. VONDRÁČEK, L. *České ošetrovatelství 13.: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2003.74 s ISBN 80-7013-388-0.
42. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1 vyd. Praha: 2005, Grada Publisching, ISBN 80-247-1198-2.
43. VOROSOVÁ, G., MESÁROŠOVÁ, J. Vzdělávání sester v období vstupu do EU. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 10, S. 18. ISSN 1210-0404.
44. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Fortuna. 1996 72 s. ISBN 80-7168-151-2.

45. ZOCHOVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁM, J. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada ISBN 978-80-247-2068-5.
46. ZÁKON č. 96/2004Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
47. Anon: Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR*, částka 9. <http://www.mzd.cz/index.php?kategorie=205>, únor 2006.
48. Anon. *Činnosti zdravotnických pracovníků*. Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb.
49. Anon. Strategické dokumenty WHO pro všeobecné sestry a porodní asistentky I. 1.vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-21-7.

UnRegistered

8. Klíčová slova

Historie

Medicína

Ošetřovatelství

Profese

Vztahy

Partnerství

Týmová práce

Key words

History

Medicine

Nursing

Profession

Relations

Partnership

Teamwork

UnRegistered

9. Přílohy

9.1 Příloha 1 – dotazník pro lékaře

Vážené lékařky a vážení lékaři,

jsem studentkou na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma „Ošetrovatelství a medicína – partnerské profese“. Tímto Vás prosím o laskavé vyplnění dotazníku, který bude využit při zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte, nebo vypište.

Děkuji Bc. Lenka Pavlíková

1. Vaše pohlaví

1. žena
2. muž

2. Váš věk

1. 20 – 29let
2. 30 – 39let
3. 40 – 49let
4. 50 – více let

3. Kolik let vykonáváte svou profesi?

1. 0 – 5let
2. 6 – 15let
3. 16 – 25let
4. 26 a více

4. Vztah mezi medicínou a ošetřovatelstvím podle Vašeho názoru je:

1. Paternalistický ze strany medicíny
2. Paternalistický ze strany ošetřovatelství
3. Partnerský
4. nevím

5. Změnil se v posledních letech vztah mezi medicínou a ošetřovatelstvím?

1. Ano, pozitivně
2. Ano, negativně
3. Ne
4. Nevím

6. Domníváte se, že medicína a ošetřovatelství mají společný cíl v péči o klienty?

1. Ano
2. Spíše ano
3. Spíše ne
4. Ne

7. Jaký význam má vzájemný partnerský vztah mezi medicínou a ošetřovatelstvím ve zkvalitnění péče o klienta?

1. Zcela zásadní
2. Ne příliš důležitý
3. Žádný
4. Nevím

8. Změnil se vyšším vzděláním sester vztah medicíny k ošetřovatelství, dle Vašich zkušeností?

1. Ano, kladně
2. Ano, negativně
3. nezměnil
4. nezajímá mě to

9. Domníváte se, že ošetrovatelství je profese podřízená medicíně?

- 1. Ano
- 2. Ne

10. Myslíte si, že medicína respektuje přínos profesionálního ošetrovatelství ve zdravotní péči?

- 1. Ano
- 2. Spíše ano
- 3. Spíše ne
- 4. Ne

11. Domníváte se, že přesné vymezení kompetencí sester v péči o pacienty přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu s medicínou?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

12. Domníváte se, že přesné vymezení odpovědnosti sester v péči o pacienty přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu s medicínou?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

13. Domníváte se, že se medicína cítí ohrožena ztrátou dominantního postavení v péči o pacienty?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

14. Jaký je Váš názor na vysokoškolské vzdělání sester?

1. podpora
2. uznání
3. nezájem
4. naprostá zbytečnost

15. Domníváte se, že problémy ve vztahu medicína - ošetřovatelství vyplývají i ze vzájemného nepochopení rolí v péči o klienty?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

16. Co si myslíte, že by nejvíce přispělo ke zlepšení kvality profesního partnerství mezi medicínou a ošetřovatelstvím?

1. více příležitostí pro spolupráci a komunikaci lékařů a sester prostřednictvím otevřeného fóra
2. zvýšit dostupnost školicích a vzdělávacích programů, zaměřených na zlepšení týmové práce a pracovních vztahů lékařů a sester
- 3 Jiné

17. Jaký model vztahu ošetřovatelství k medicíně Vám vyhovuje?

Model, který zahrnuje:

1. bezproblémové podřízení se, absolutní poslušnost sester, o ničem nerozhodují, k ničemu se nevyjadřují

Model, který zahrnuje:

2. respekt k medicíně, sestra nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímou ovlivnit rozhodovací proces

Model, který zahrnuje:

3. partnerství na základě vzájemného respektu, názoru, diskuse

9.2 Příloha 2 – dotazník pro sestry

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

jsem studentkou na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a píši diplomovou práci na téma „Ošetrovatelství a medicína – partnerské profese“. Tímto Vás prosím o laskavé vyplnění dotazníku, který bude využit při zpracování mé diplomové práce. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro potřebu mé práce. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte, nebo vypište.

Děkuji Bc. Lenka Pavlíková

1. Vaše pohlaví

1. žena
2. muž

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

1. středoškolské
2. středoškolské + specializace
3. vyšší odborné
4. vysokoškolské
5. vysokoškolské + specializace
6. jiné.....

3. Váš věk

1. 20 – 29
2. 30 - 39
3. 40 - 49
4. 50 – více

4. Kolik let vykonáváte svou profesi?

1. 0 – 5 let
2. 6 -15 let
3. 16 – 25 let
4. 26 a více let

5. Vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou je:

1. paternalistický ze strany medicíny
2. paternalistický ze strany ošetřovatelství
3. partnerský
4. nevím

6. Změnil se v posledních letech vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou?

1. ano, pozitivně
2. ano, negativně
3. ne
4. nevím

7. Domníváte se, že ošetřovatelství a medicína mají společný cíl v péči o klienty?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

8. Jaký význam má vzájemný partnerský vztah mezi ošetřovatelstvím a medicínou ve zkvalitnění péče o pacienta?

1. zcela zásadní
2. ne příliš důležitý
3. žádný
4. nevím

9. Změnil se vyšším vzděláním sester vztah medicíny k ošetřovatelství, dle Vašich zkušeností?

1. kladně
2. negativně
3. neovlivňuje
4. nezajímá mě to

10. Domníváte se, že medicína považuje ošetrovatelství jako partnerskou profesi?

- 1. ano
- 2. ne

11. Myslíte si, že medicína respektuje přínos profesionálního ošetrovatelství ve zdravotní péči?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

12. Domníváte se, že přesné vymezení kompetencí sester v péči o pacienty přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu s medicínou?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

13. Domníváte se, že přesné vymezení odpovědnosti sester v péči o pacienty přispívá ke zlepšení profesně partnerského vztahu s medicínou?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

14. Domníváte se, že se medicína cítí ohrožena ztrátou dominantního postavení v péči o pacienty?

- 1. ano
- 2. spíše ano
- 3. spíše ne
- 4. ne

15. S jakou reakcí ze stran lékařů se setkáváte na téma vysokoškolsky vzdělaná sestra?

1. podpora
2. uznání
3. nezájem
4. naprostá zbytečnost

16. Domníváte se, že problémy ve vztahu ošetrovatelství – medicína vyplývají i ze vzájemného nepochopení rolí v rámci moderního lékařství a ošetrovatelství?

1. ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. ne

17. Co si myslíte, že by nejvíce přispělo ke zlepšení kvality profesního partnerství mezi medicínou a ošetrovatelstvím?

1. více příležitostí pro spolupráci a komunikaci lékařů a sester prostřednictvím otevřeného fóra
2. zvýšit dostupnost školicích a vzdělávacích programů, zaměřených na zlepšení týmové práce a pracovních vztahů lékařů a sester
3. jiné

18. Jaký model vztahu ošetrovatelství k medicíně Vám vyhovuje?

Model, který zahrnuje:

1. bezproblémové podřízení se, absolutní poslušnost, o ničem nerozhodují, k ničem se nevyjadřují

Model, který zahrnuje:

2. respekt k medicíně, nenabízím přímá doporučení, ale snažím se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces

Model, který zahrnuje:

3. partnerství na základě vzájemného respektu, názoru, diskuse

UnRegistered