

**Univerzita Karlova v Praze**  
**1. lékařská fakulta**  
**Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Navazující magisterské studium**  
**Učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vztah lékaře a sestry**

**2006/2007**

**Bc. Blanka Kulichová**

**Vedoucí práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.**

**Oponent:**

**Obhajoba diplomové práce dne:**

**Hodnocení:**

**Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně podle pokynů  
vedoucího diplomové práce a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které  
jsem použila.**

**V Praze dne .....**

## **PODĚKOVÁNÍ**

Má diplomová práce by nemohla vzniknout bez rad a poskytnuté pomoci určitých lidí. Je mým přáním a milou povinností se o nich zmínit. Především bych chtěla poděkovat PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za cenné rady a podněty při vzniku mé práce a za nezměrnou trpělivost a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat Petru Krajňákovi za cennou pomoc při anglickém překladu a Ing. Vladimíru Hajnému za rady a pomoc při počítačovém zpracování mé práce. Můj poslední dík bude patřit mému manželovi a mé mamince, kteří mi vytvořili výborné podmínky během realizace diplomové práce.

## **Abstrakt**

Titul a jméno autora:	Bc. Blanka Kulichová
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce:	Vztah lékaře a sestry (z pohledu lékaře)
Vedoucí práce:	PhDr. Alena Mellanová, CSc.
Počet stran:	104
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	interpersonální vztahy, profese lékaře, profese sestry, komunikace mezi lékařem a sestrou

Tato diplomová práce je teoreticko-empirická a je zaměřena na charakteristiku vztahu lékaře a sestry a na zjištění postojů lékařů k sestrám.

V teoretické části je definováno postavení a funkce člověka ve skupině z pohledu sociologie. Je zde také věnována pozornost sociálním podmínkám práce a problematice sociálního styku mezi lidmi. Dále je zde charakterizována profese sestry a lékaře a to i z historického pohledu.

Největší důraz v teoretické části je kladen na popis vztahu lékaře a sestry. Charakterizovala jsem zde vzájemný vztah sestry a lékaře, dále možné interakce mezi nimi a to i z pohledu genderového přístupu. Jsou zde také popsány možné důvody konfliktů mezi sestrami a lékaři a způsoby, jak jim zamezit. Nezbytnou součástí teoretické části je popis a možnosti správné komunikace mezi zdravotníky a strategie zlepšení vztahů mezi nimi.

Výzkumná část této diplomové práce je zaměřena na zjištění postojů lékařů k sestram. Zajímalo mě, jaká je současná úroveň vztahů mezi sestrami a lékaři, zda je sestra pro lékaře rovnocenným partnerem a zda ji považuje za odborníka v oboru ošetrovatelství. Chtěla jsem také zjistit, jaké jsou příčiny případných konfliktů mezi lékaři a sestrami a zajímal mě způsob jejich řešení. V této práci jsem se také věnovala problematice vzdělávání sester. Byl zjišťován názor lékařů na další vzdělávání sester po ukončení zdravotnické školy. Zajímal mě také názor lékařů na tykání se sestrami, zda s ním souhlasí a zda v něm vidí přínos při společné práci. Ve výzkumné části této práce bylo také zjišťováno, zda mají lékaři zájem se vzdělávat v oblasti interpersonálních vztahů.

## **Abstract**

Author's name: Bc. Blanka Kulichová  
School: Charles University, Prague  
1<sup>st</sup> Faculty of Medicine  
Institut of Theory and Practice of Nursing  
Studničkova 5, 121 00 Prague  
Program: Health care Administration  
Title: Relation between a doctor and a nurse  
(from a doctor point of view)  
Consultant: PhDr. Alena Mellanová, CSc.  
Number of pages: 104  
Number of strach ments: 1  
Year: 2007  
Key words: interpersonal relations, occupation of doctor, occupation of nurse, communication between a doctor and a nurse

This dissertation is meant to be both theoretical and empirical, focused on characterization of a relation between a doctor and a nurse, and on an ascertainment of doctors' attitude towards nurses.

A man's position and functioning inside a group is defined in the theoretical part from a sociology point of view. A special attention is paid to social conditions of work as well as problems of social contacts among people. A doctor's and nurse's occupation is assessed here from a historical point of view as well.

The main emphasis is laid upon describing a relation between a doctor and a nurse. I described here a mutual relation between the two groups including possible interactions between them from a gender point of view. Reasons of possible conflicts between doctors and nurses are given here. A description and a possibility of a due communication among medical staff and a strategy of an improvement of their mutual relation is another necessary part.

A research part of the dissertation is focused on an ascertainment of doctors' attitude towards nurses. I wondered what the current standard of a relation between doctors and nurses was, whether a nurse was an equivalent partner for a doctor and whether he considered her to be a real specialist in sector of nursing. I also wanted to find out what causes of possible conflicts between doctors and nurses were and what methods of their solutions were.

Another part of the dissertation is devoted to problems of nurses' education including doctors' opinions on nurses' further education after finishing their specialized schools. I also wondered what doctors' opinions on their addressing nurses in Christian name terms were and whether they regarded it as a contribution to their common work. In the research part I was finding out if doctors were interested in educating in sector of interpersonal relations.



## OBSAH

<b>I</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>10</b>
<b>II</b>	<b>Teoretická část.....</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>Člověk ve skupině.....</b>	<b>12</b>
1.1	Sociální skupina, definice, dělení skupin.....	12
1.2	Strukturování skupin, sociální pozice a role.....	14
1.3	Sociální podmínky práce, vliv na výkonnost a spokojenost pracovníků .....	18
1.4	Sociální styk, percepce, interakce a komunikace.....	19
<b>2</b>	<b>Profese sestry.....</b>	<b>22</b>
2.1	Historický vývoj profese sestry.....	22
2.2	Role sestry.....	25
2.3	Místo sestry mezi pacientem a lékařem.....	27
<b>3</b>	<b>Profese lékaře.....</b>	<b>29</b>
3.1	Role lékaře.....	30
3.1.1	Specifická role ženy – lékařky ve vztahu k sestře.....	32
<b>4</b>	<b>Vztah sestry/lékař.....</b>	<b>37</b>
4.1	Charakteristika vztahu sestry a lékaře.....	38
4.2	Interakce mezi lékařem a sestrou.....	40
4.2.1	Interakce mezi sestrou a lékařem z pohledu genderového přístupu...	42
4.3	Konflikt ve vztahu lékaře a sestry.....	45
4.4	Správná komunikace mezi lékařem a sestrou z pohledu transakční analýzy.....	46
4.5	Strategie zlepšení vztahů mezi sestrami a lékaři.....	49
<b>III</b>	<b>Empirická část .....</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>Metodika výzkumu.....</b>	<b>52</b>
5.1	Cíl výzkumu.....	52
5.2	Hypotézy výzkumu.....	52
5.3	Použité metody.....	53

5.4	Organizace výzkumu.....	54
<b>6</b>	<b>Výsledky výzkumu a jejich interpretace.....</b>	<b>56</b>
6.1	Charakteristika výzkumného vzorku.....	56
6.2	Ověřování stanovených hypotéz.....	61
	<b>Diskuse.....</b>	<b>86</b>
	<b>Závěr.....</b>	<b>92</b>
	<b>Seznam literatury.....</b>	<b>96</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>99</b>

## I ÚVOD

Každý z nás stráví ve svém zaměstnání po dobu svého života mnoho let. Je zcela jasné, že by nás toto zaměstnání mělo bavit a měli bychom v něm nacházet uspokojení. To však není jedinou podmínkou pracovní spokojenosti. Nezbytným předpokladem toho, abychom se do práce těšili, jsou kvalitní a přátelské mezilidské vztahy. Myslím si, že úroveň mezilidských vztahů na pracovišti je nejdůležitějším faktorem pracovní spokojenosti.

Tato skutečnost platí samozřejmě i ve zdravotnictví. Práce ve zdravotnictví je charakteristická tím, že jsou zde kvalitní mezilidské vztahy téměř nutností a opačný stav se mnohdy dotýká i pacientů. Pacient je během svého pobytu v nemocnici nejčastěji v kontaktu se sestrou a s lékařem. To, jak se k sobě chovají a jak vystupují, velmi pozorně vnímá, a utváří si i z těchto informací celkový pohled na zdravotníky i na zdravotnictví samé. Z toho vyplývá, že by pro nás mělo být samozřejmostí tyto interpersonální vztahy rozvíjet a snažit se, aby úroveň vztahů na pracovišti byla co nejlepší.

V dnešní době se o vztahu mezi sestrou a lékařem často diskutuje. Je to způsobeno skutečností, že profese sestry se oproti dřívějším dobám velmi změnila a jako každá změna vyvolala nejen pozitivní odezvu, ale i odezvu negativní. Sestra se v dnešní době velmi osamostatnila, pracuje metodou ošetrovatelského procesu a sama aktivně řeší obtíže nemocného. Ne vždy se tento aktivní přístup sestry k nemocnému setkává s příznivou odezvou. A to především od lékařů. Sami nemocní tuto aktivitu sestry vítají, protože sestra je vyslechne a snaží se najít řešení, které jim v důsledku uleví od jejich potíží a starostí. Lékaři však mají mnohdy stále zastaralý názor na sestru jako na pouhou pomocnici lékaře a na vykonavatelku jeho příkazů. Sřet těchto názorů a nové myšlení „moderní sestry“ tak může někdy vyvolávat konflikty, které jsou nejen zbytečné, ale hlavně v důsledku nebezpečné pro křehké mezilidské vztahy mezi lékaři a sestrami.

Cílem mé diplomové práce je zjistit jaké jsou postoje lékařů k sestram v dnešní době, jak lékaři dnešní sestru vnímají a co od ní očekávají. Úkolem mé diplomové práce je charakterizovat a zhodnotit kvalitu vztahu lékaře a sestry (z pohledu lékaře), nastínit problémy a původ konfliktů mezi nimi a naopak nalézt vhodná řešení těchto situací.

Pracuji jako sestra v operativním týmu, což znamená, že mám mnoho příležitostí během svých služeb na mnoha různých odděleních pozorovat rozličné vztahy mezi sestrami a lékaři. Musím přiznat, že bych byla velmi ráda, kdybych se pokaždé setkala s profesionálním vztahem mezi sestrou a lékařem, který by byl založen na partnerství a bezchybné spolupráci.

## **II Teoretická část**

### **1 Člověk ve skupině**

Veškerá činnost člověka, zvláště pak činnost pracovní, je činností společenskou, tj. uskutečňuje se ve vztazích a v interakci s druhými lidmi, ve společenských (sociálních) podmínkách. Tyto sociální podmínky se určitým způsobem odrážejí v činnosti člověka – jedince, a naopak jedinec svou činností ovlivňuje své sociální prostředí.

V rámci pracovního procesu se jen zřídka setkáváme s izolovanými pracovníky. Nejčastěji lidé bývají sdruženi do sociálních skupin, v jejichž rámci spolupracují tak, aby odpovídajícím způsobem zvládli svěřené pracovní úkoly. Zastávají v nich určité sociální (pracovní) pozice a plní jim odpovídající role. (Bedrnová, Nový, 2004)

#### **1.1 Sociální skupina, definice, dělení skupin**

Způsobů definování sociální skupiny lze v sociální psychologii nalézt celou řadu. Za všechny si lze připomenout alespoň vymezení manželů M. a C. W. Sherifových: „Skupina je sociální jednotka, která sestává z určitého počtu individuí, která zaujímají vztahy jeden k druhému ve více či méně definovaném statusu a roli a která udržuje soubor hodnot nebo norem regulujících chování individuálních členů, alespoň v záležitostech týkajících se skupiny.“ (Nekonečný, 1970)

Sociální skupinu tvoří určitý počet lidí, kteří se zpravidla vzájemně znají, pravidelně se spolu stýkají, jsou si psychologicky vědomi jeden druhého a chápou sami sebe jako skupinu. Mezi nimi dochází k interakci, vytvářejí se určité vzájemné vztahy a podobné či shodné názory, postoje, cíle, hodnoty apod.

Sociální skupiny lze třídit z mnoha různých hledisek. Jedním ze základních je kritérium velikosti skupiny.

Velké sociální skupiny jsou např. skupina obyvatel určitého města, národnostní skupiny, skupiny lidí se shodným či podobným zařazením v procesu společenské dělby práce (např. zdravotníci) apod. Pro tyto sociální skupiny některé ze znaků malých sociálních skupin (např. vzájemná znalost jednotlivých členů skupiny, vzájemná interakce všech členů a další) neplatí. (Provozník, 1997)

Malé sociální skupiny, které především jsou předmětem zájmu sociální psychologie, bývají vymezovány kvantitativně jako skupiny o velikosti od 3 do 30 – 40 osob. Tyto osoby jsou spojeny systémem vztahů regulovaných určitými pravidly. Za podstatné pro malou sociální skupinu bývají považovány tyto znaky: vzájemná znalost členů skupiny, jde o integrované sdružení jedinců, kteří mají společné cíle. V malé sociální skupině se odehrává vzájemná komunikace a vzájemné ovlivňování (interakce) jejích členů, mezi členy malé sociální skupiny mohou také vzniknout relativně trvalé vztahy. Typická je existence společných (sociálních, skupinových) norem upravujících chování a činnost členů skupiny. Dále je nutná existence struktury vzájemně závislých sociálních pozic a rolí ve skupině. Např. Andrejeva vymezuje malou sociální skupinu jako nepočetnou skupinu jedinců, kteří jsou svázáni společnou sociální činností a nacházejí se v bezprostředním osobním styku, což je základem pro vznik emocionálních vztahů, skupinových norem a procesů, jako seskupení, v němž společenské vztahy vystupují ve formě bezprostředních osobních kontaktů. (Andrejeva, 1981)

Malé sociální skupiny lze dále rozlišovat. Důležité je především členění skupin podle jejich významu pro člověka, resp. podle toho, které potřeby člověka skupina uspokojuje. Skupiny můžeme dále dělit na primární a sekundární. Skupiny primární jsou charakteristické zvláště vyšší intimitou vztahů jednotlivých osob, soudržností plynoucí ze vzájemných citových vazeb a úzkým sepětím jednotlivých rolí ve skupině. Typickou primární skupinou je rodina, která uspokojuje základní potřeby člověka (potřeby biologické, potřeby bezpečí, afiliace a lásky). Skupiny sekundární vznikají nejčastěji jako více či méně nezbytné předpoklady realizace určitých zájmů, cílů, úkolů apod., nikoliv na základě interpersonálních vztahů. I v těchto skupinách, k nimž patří např. skupina spolužáků jedné třídy, se však mohou vytvořit trvalejší meziosobní vztahy. (Provazník, 1997)

Podobný charakter má i klasifikace malých sociálních skupin, v jejímž rámci jsou vyčleňovány skupiny neformální a skupiny formální. Pro neformální skupiny je charakteristické, že vznikají více či méně spontánně, na základě osobních sympatií jejích členů, společných zájmů apod. Umožňují uspokojovat především osobní cíle. Jejich fungování většinou nebývá upravováno nějakými vnějšími normami či pravidly. Příkladem může být např. parta kamarádů z jedné či více tříd, které pojí zájem např. o sportovní činnost.

Oproti tomu skupiny formální bývají vytvářeny zvnějšku společenskými institucemi k plnění především nadosobních společenských cílů (např. vzdělávání mladé generace). Typickou formální skupinou je např. školní třída či pracovní skupina.

Z dalších uváděných třídění malých sociálních skupin můžeme skupiny dělit na členské a referenční (vztažné). Skupiny členské jsou ty, v nichž je určitý jedinec členem. Skupina referenční (reference group) je tou skupinou, ke které by chtěl daný člen patřit, se kterou se nejvíce identifikuje a právě ona v rozhodující míře ovlivňuje jeho hodnoty, postoje i vlastní jednání. (Provazník, 1997)

Skupiny však můžeme členit i dle určitých emocionálních závislostí. Jsou to např. skupiny vlastní, obvykle označované jako „my“, a dále skupiny cizí, kde se objevuje citově nepříznivé označení „oni“. Vědomí „my“ ve vztahu jedince k určité skupině se projevuje např. větší soudržností této skupiny, podobně vědomí „oni“ ve vztahu k nečlenům vlastní skupiny se může projevovat různými formami soupeření, nepřátelství apod. Cílevědomé vytváření vědomí „my“ ve vztahu ke skupině spolupracovníků v rámci např. zaměstnavatelské organizace je jednou z významných determinant úspěšnosti organizace. (Bedrnová, Nový, 2004)

## **1.2 Strukturování skupin, sociální pozice a role**

Podstatným znakem malé sociální skupiny je v ní vytvořená struktura sociálních pozic a rolí. Setkáváme se s ní jak ve formálních skupinách, tak také v nejrůznějších neformálních společenstvích. Každý jedinec je v dané sociální skupině začleněn vždy zcela konkrétním způsobem, je mu v ní vymezena určitá sociální pozice odpovídající objektivním potřebám a jeho individuálním charakteristikám.

Sociální pozice (postavení) vyjadřuje určité místo jedince v systému sociálních, resp. interpersonálních vztahů ve skupině, místo, které je výrazem jeho funkce v daném systému vztahů. Člověk má v téže době rozdílné postavení ve skupinách, jejichž je členem, a v závislosti na tom se mu dostává i různé míry úcty a vážnosti.

Pod pojmem sociální role si v podstatě představujeme ten způsob našeho jednání, který od nás ostatní členové skupiny za dané sociální situace očekávají. Podle toho, ve které skupině a za jaké situace jedinec právě jedná, je od něho očekáváno rozličné chování a zaujímá tedy široký repertoár sociálních rolí. V průběhu času zastává každý člověk v jednom a téže okamžiku či postupně řadu sociálních rolí (dítě, žák, student, kamarád, rodič, pracovník). (Provazník, 1997)

V souvislosti s tím veřejnost očekává, že do svého chování nebude promítat jen svou individualitu, ale také požadavky vyplývající z příslušných sociálních pozic.

K rolím a pozicím v každé společenské skupině se váží určitá práva a určité povinnosti. Tato práva a tyto povinnosti nejsou, zejména v neformálních skupinách, pokaždé zcela jasně vymezeny. Leckdy bývá obtížné nároky různých, současně zastávaných pozic sloučit. Plnění jedné z náročnějších rolí může pak limitovat úspěšné zastávání dalších pozic. Vzniká konflikt rolí. Jedním z nejčastějších konfliktů rolí je konflikt role matky a zaměstnané ženy s náročným povoláním, vyžadujícím stálé zdokonalování v oboru. (Provazník, 1997)

V podstatě můžeme rozlišovat několik typů takových konfliktů rolí. Ke kolizi rolí dochází tehdy, zaujímají – li dva členové skupiny role, které se v některém ohledu vzájemně prolínají. Příkladem může být role otce a role matky s ohledem na autoritu ve výchově dítěte. K inkompatibilitě rolí dochází tehdy, je – li jeden člen skupiny nucen zastávat buď v téže skupině, nebo ve dvou odlišných skupinách dvě role, které jsou navzájem neslučitelné – např. roli přítele a roli soupeře. O konfúzi rolí hovoříme tehdy, jestliže se k rolím v některých skupinách váží odlišná, nedůsledná očekávání. Tak např. jednotliví členové pracovní skupiny mohou mít odlišná očekávání týkající se role mistra. Kromě těchto konfliktů řeší mnozí jedinci obtížné problémy, které jsou spojeny s jejich přechodem z jedné role do druhé (např. při přechodu z jednoho pracoviště na jiné, ze zaměstnání do důchodu aj.). Učení novému chování a řešení podobných konfliktů může pak mít řadu nepříznivých zdravotních a psychických důsledků.

Vzhledem k různým a mnohdy i rozporuplným subjektivním očekáváním a představám je poměrně složité zvládnout pracovní roli tak, aby všechna tato očekávání byla naplněna. Důležitou roli zde hrají vlastní představy o pracovní roli (vlastní pojetí vykonávané práce, osobní hranice toho, co je správné a chybné, vhodné a nevhodné). Dále jsou důležité představy a očekávání spolupracovníků, řídicích pracovníků, představy a očekávání vnějšího okolí. V neposlední řadě také skutečné zvládnutí pracovní role (vlastní jednání, vystupování). (Bedrnová, Nový, 2004)

V pracovní skupině lze identifikovat následující pozice a jim odpovídající role. V rovině formální, určené organizačními normami a předpisy, lze vydělit jejich dva základní typy.



Prvním je pozice (role) vedoucího pracovníka (nadřazeného, druhým typem je pozice (role) vedeného pracovníka (podřazeného). S každou z uvedených dvou základních formálních skupinových pozic (rolí) se pojí především rozdílná míra moci (pravomoci) a odpovědnosti. Bývá vymezována organizačními normami. Těmto skutečnostem také musí být přizpůsobena činnost osob, jež tyto pozice zastávají, čili výkon formálních pracovních rolí. V rovině formální lze však v pracovní skupině identifikovat i rozmanité pozice a role profesní, tj. strukturu skupiny podle zaměření (obsahu) pracovní činnosti (podle profesí). (Bedrnová, Nový, 2004)

V každé formální skupině, tedy i ve skupině pracovní, však postupně krystalizuje také systém neformálních pozic a rolí. Zdrojem jeho vytváření je jednak systém formálních pozic a rolí, především to však jsou reálné interakce uvnitř pracovní skupiny a na jejich základě se vytvářející vztahy mezi jednotlivými jejími členy.

Tak např. z hlediska míry moci je ve skupině možné rozeznávat následující kategorie pozic a rolí: neformální vedoucí (dominující osoby), pomocníci (aktivní osoby), soupeřníci (závislé osoby), pasivní jedinci, periferní jedinci. Podobný systém pozic a rolí dostáváme při uplatnění kritéria míry oblíbenosti, resp. sociální přitažlivosti jedince. Rozeznáváme např. populární osoby, které jsou přitažlivé pro většinu členů skupiny, někdy označované též „sociometrické hvězdy“. Dále to jsou oblíbené osoby, akceptované osoby, trpěné osoby. V poslední řadě to jsou tzv. outsideři, kteří stojí většinou zcela mimo skupinu. (Provazník, 1997)

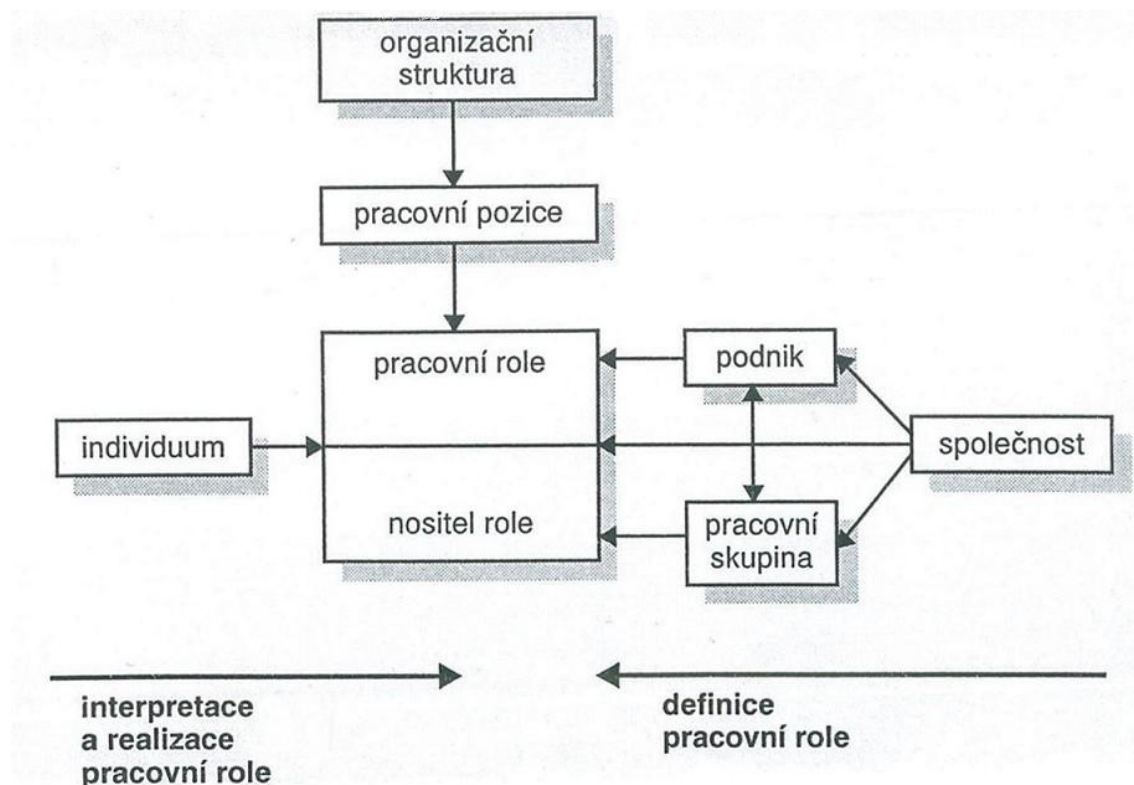
Neformální postavení (pozice) jedince ve skupině je určováno např. osobnostními kvalitami (vědomostmi, sociálně-psychologickými rysy a dovednostmi, charakterovými vlastnostmi, temperamentem). Dále je důležité sociální složení skupiny a také způsob (styl) řízení dané skupiny. Dále se na postavení jedince ve skupině podílejí situační vlivy.

Ve skupině se tak mohou objevit nejrůznější role, z nichž některé vznikají situačně a poměrně rychle, jiné se pomalu profilují v průběhu delší doby. Může jít např. o role hrdiny, moudrého rádce, vrby, strážce pořádku, ale i o role klauna, sýčka, donašeče, fackovacího panáka apod. Někdy je obsazení určitého člověka do příslušné role závislé více na jeho osobnostních charakteristikách, jindy bývá člověku nějaká role přisouzena v důsledku situačních okolností či v závislosti na složení skupiny. Cílem člověka, který má určitou pracovní roli by mělo být tuto roli profesionálně zvládnout.

Každá pracovní role představuje určitý komplex úkolů, chování, postojů, vzájemných vztahů a sociálních hodnot. Mnohdy je pro jednotlivce velmi těžké zvládnout všechny aspekty své role, jindy je to jen jeho nechuť a pohodlí. Které vede k odmítnutí těch aspektů, které jsou mimořádně náročné nebo neatraktivní. Profesionální přístup však znamená splnění všech očekávání vždy, za každých okolností a v celém komplexu. Svou roli člověk nemůže přizpůsobit momentální špatné náladě, únavě, averzi vůči konkrétnímu spolupracovníkovi nebo osobnímu pohodlí. Není – li pracovník schopen nebo ochoten zvládat svou aktuální pracovní roli, nemůže zastávat pracovní pozici, ze které je tato role odvozena a jejíž charakter vyjadřuje.

Pracovní role zaměstnance je jednoznačně spjata s jeho zcela konkrétní pozicí v pracovní skupině. Avšak skutečné jednání nemusí být vždy odrazem právě zastávané pozice, ale spíše té, o kterou usiluje, resp. na kterou aspiruje. Osvojení si určité role nemusí proto být nutně jen důsledkem dosažení určité pozice ve skupině, ale také nástrojem jejího budoucího dosažení. (Provazník, 1997)

#### SCHÉMA



Zdroj: Nový, Bedrnová, 2004 (Psychologie a sociologie řízení)

### 1.3 Sociální podmínky práce, vliv na výkonnost a spokojenost pracovníků

Význam sociálních podmínek práce je nesporný. V souvislosti se změnami ve společnosti a s jejím dalším rozvojem se závažnost sociálních podmínek práce, podobně jako sociálních podmínek života ve společnosti, neustále zvyšuje.

Nepříznivé sociální podmínky zvyšují citlivost pracovníků na vše, co ruší jejich pracovní pohodu, včetně např. nevhodných podmínek fyzických. Naopak příznivé sociální podmínky v pracovní skupině, zejména jsou – li prováděny pozitivním přijímáním cílů zaměstnavatele, podstatně zvyšují celkovou pracovní spokojenost a částečně i adaptabilitu pracovníků vůči některým nepříznivým (fyzickým, organizačním či ekonomickým) podmínkám práce. To se obvykle příznivě odráží i v jejich pracovní výkonnosti. (Provazník, 1997)

Pracovní činnost člověka probíhá ve společenských podmínkách, má společenský charakter a společenské důsledky. Význam sociálních podmínek práce vyplývá především z těchto skutečností:

- práce je společenskou, sociální činností,
- pracovní činnost člověka podmiňuje jeho společenské uplatnění, jeho postavení ve společnosti (sociální pozici) i společenské hodnocení (prestiž),
- pocit sounáležitosti, sociálního uznání, společenského významu, jistoty, kterou toto vše ve větší nebo menší míře člověku zprostředkovává, výrazněji a v daleko větší míře než např. fyzické podmínky práce podmiňuje pracovní morálku a výkonnost,
- pracovní návyky a postoje pracovníka jsou podmiňovány sociálními vlivy na pracovišti i mimo ně, významnou roli sehrávají rovněž neformální vztahy na pracovišti
- důvody pracovní nespokojenosti, které pracovníci při různých šetřeních uvádějí (např. nízká mzda, špatná organizace práce apod.), nemusí být vždy jejími skutečnými příčinami, častěji bývají důsledkem nespokojenosti pracovníka s jeho sociálním zařazením, s jeho postavením, se sociálními podmínkami na pracovišti.

Nedostatky ve sféře sociálních podmínek práce mohou mít, podobně jako nevhodné fyzické podmínky, na člověka jak rušivé, tak i škodlivé účinky. Jejich zvýšené negativní působení může vést k oslabení nervové soustavy jedince, projevuje se pak v podobě neuroz či jiných psychosomatických chorob. (Giddens, 1999)

Častější a z hlediska společenského snad i závažnější jsou však poškození morální (pracovní a společenská apatie, nezájem, lajdáctví, absentérství, neochota ke spolupráci apod.). Nezřídka je jejich důsledkem zvýšení potenciální i reálné fluktuace pracovníků.

K dílčím faktorům, jejichž souhrn tvoří celek sociálních podmínek práce, patří zvláště sociální a interpersonální vztahy v podniku, sociální styk (percepce, interakce a komunikace), sociální (psychologické) klima na pracovišti, sociální normy, tradice a hodnoty pracovní skupiny. (Provazník, 1997)

#### **1.4 Sociální styk, percepce, interakce a komunikace**

Sociální interakce je základním prvkem mezilidského dění, ať jde o vzájemné působení osob, které se náhodou jedenkrát setkaly, anebo o vzájemné působení dvou či více lidí pravidelně se stýkajících ve víceméně stálé skupině (např. na pracovišti). Tam, kde se na základě opakovaného, déletrvajících interakčního dění vytvářejí pravidelné jeho formy (vzorce), můžeme mluvit o sociálních vztazích. Pod pojmem sociálních vztahů si tedy představujeme relativně stabilní aspekty interakčního chování, resp. konečné produkty (výsledky) interakčního procesu (řetězu akcí a reakcí plynule probíhajících mezi lidmi spojenými ve formální či neformální skupině).

Sociální interakce probíhá tedy ve vzájemných vztazích mezi lidmi, kteří si navzájem pomáhají, spolupracují spolu, učí se porozumění druhému, přijímání citových projevů a jejich opětvání. (Giddens, 1999)

Sociální styk chápeme jako řadu na sebe navazujících vzájemných mezilidských kontaktů. Význam sociálního styku spočívá mj. v tom, že se v něm (jeho prostřednictvím) formují sociální (interpersonální) vztahy, které zpětně průběh a povahu sociálního styku ovlivňují.

V sociálním styku můžeme vydělit tři jeho vzájemně propojené stránky. Patří sem sociální percepce, sociální interakce a sociální komunikace.

Sociální percepce představuje proces poznávání člověka člověkem. Pro jakékoli jednání s lidmi je důležitý způsob, jakým se jednající osoby vnímají, jak si své vjemy druhých osob ukládají do paměti a jak z ní pak vybírají informace potřebné pro své rozhodování a pro usměrňování svého chování. (Provazník, 1997)

Sociální percepce se týká tří úrovní (Arnold, Robertson, Cooper, 1991): vnímání chování lidí (jak se lidé chovají), vnímání osobnosti druhých lidí (jací jsou druzí lidé), vnímání příčin událostí, kterých se lidé zúčastňují (co je příčinou jejich chování).

Schopnost přiměřeného poznání druhého člověka má zásadní význam jak z hlediska průběhu sociálního styku, tak i z hlediska utváření mezilidských vztahů. Přiměřenost našeho poznání druhých lidí ovlivňují četné subjektivní a objektivní skutečnosti. Jako subjektivní determinanty přiměřeného poznání druhých lidí nejčastěji vystupují:

- schopnost empatie (vcítění), tj. intuitivního spontánního vycit'ování charakteristik druhého člověka, která bývá z větší části založena vrozenými předpoklady, lze ji však cvičením zdokonalovat
- sociální inteligence jako schopnost správně porozumět druhým lidem, vyvarovat se chyb v sociální percepci a následně i v jakémkoli jednání s nimi
- čistá mysl jako absence předsudků a ukvapených závěrů činěných na základě nedostatečného pozorování

Při sociální percepci se můžeme dopustit mnoha chyb. Jde např. o tzv. halo efekt (pozitivní předznamenání nějakým rysem) nebo hornový efekt (negativní předznamenání), dále tzv. efekt pořadí, v němž hraje roli zejména kvalita prvního a posledního dojmu. Poznání druhých lidí může zkreslit i tzv. projekce, kdy si do druhých lidí poznávající promítá své vlastnosti, apod.

Vztahům na pracovišti a všem formám interakce a komunikace mezi lidmi prospívá, když je vzájemné poznávání lidí co nejpřesnější.

Sociální interakce představuje působení lidí na sebe navzájem. Lidé okolo sebe ovlivňujeme vším, co děláme, jak se projevujeme. A oni stejně tak ovlivňují nás. Největší roli zde sice hraje verbální komunikace, na druhé lidi však působíme i svou činností, resp. jejími výsledky. V současné době se velký význam připisuje také neverbální komunikaci, zejména sdělováním prostřednictvím mimiky a gest tzv. řeči lidského těla. Mnozí autoři v této souvislosti uvádějí i určité „vyzařování“ pozitivní či negativní psychické energie, jež vede k tomu, že jsou si lidé již na první pohled sympatičtí či naopak nesympatičtí. Základním mechanismem sociální interakce je interpersonální kontakt. Interakční procesy se uskutečňují ve všech oblastech života lidí. Kladou značné nároky na jednání jedince a některé jeho osobní vlastnosti (jako je např. přizpůsobivost, sociální citlivost apod.). každý člověk, který v procesu interakce působí na druhého člověka, zároveň očekává reakci na toto své působení. (Provazník, 1997)

Když nenastane reakce očekávaná, koriguje své další působení vzhledem k účinku, který zamýšlel. Tak dochází k vzájemně propojené soustavě zpětných vazeb, na jejímž základě účastníci interakce dospívají k přiměřeným formám vzájemného přizpůsobení.

Sociální komunikace reprezentuje procesy vzájemného sdělování informací, významů, ale i nálad, citů. Prostřednictvím komunikace sdělujeme i svůj vztah k partnerovi komunikace. Komunikovat můžeme nejen verbálně (pomocí slov), ale i neverbálně (mimikou, gestikou, postojem apod.). Dokonce i v případě, že člověk nic neříká, něco svým mlčením sděluje. Soustavná výměna informací je nezbytnou součástí normálního fungování jakéhokoliv společenského útvaru. Podílí se na všech základních činnostech, které se v jeho rámci odehrávají, ať již je to plnění úkolů, sledování, kontrola nebo hodnocení dosahovaných výsledků. Ve společenském styku lidí probíhá výměna informací (jejich sdělování a přijímání), která je základem vzájemného dorozumívání a ovlivňování. Jde o proces stálého vzájemného působení lidí. Komunikování znamená sdělování určitých významů v průběhu společenského kontaktu mezi lidmi. To znamená, že komunikace je základní formou sociální interakce mezi lidmi. (Bedrnová, Nový, 2004)

Sociální vztahy na pracovišti jsou důležité především proto, že právě v těchto vztazích dochází k uspokojování sociálních potřeb člověka. K těmto potřebám náleží zejména potřeba sociálního kontaktu, potřeba poskytovat a přijímat pomoc, potřeba někoho ovládat, někomu se podřízovat. K dalším potřebám patří např. potřeba být přijímán, akceptován, náležet k určité skupině lidí. Pro člověka je velmi důležitá potřeba nalézat osoby blízké vlastní hodnotové orientaci a dále potřeba sociálních (společenských) jistot. (Provazník, 1997)

## 2 Profese sestry

### 2.1 Historický vývoj profese sestry

Postupné vydělování činností typických pro dnešní sestru a vývoj ošetřovatelství jako profese prošly velmi složitým vývojem. Byly úzce svázány se společenskými podmínkami. Až do poloviny 19. století bylo zvykem, jak u nás, tak v celé Evropě, ošetřovat nemocné doma. Nebylo to jen proto, že nemocnic byl nedostatek, zejména však proto, že nemocnice byly tradičně určeny především charitativním účelům.

Byly to vlastně starobince a chorobince pro nejchudší vrstvy obyvatelstva, žebráky, lidi bez domova. V ostatních vrstvách obyvatel se stonalo a umíralo doma, lékaři přicházeli do bytu i operovat. V této situaci se vytvářela i instituce ošetřovatelů nemocných. (Pacovský, 1981)

V nemocnicích, ať církevních, nebo světských, to byly především členové řeholí. Postupně se objevují i civilní ošetřovatelé, původně sluhové, pacholci. Často však i v rodinách bylo třeba pomoci u pacienta, když členové rodiny o něj nemohli nebo nechtěli pečovat. Živelně a z potřeby doby se tedy vyvíjí instituce ošetřovatelů v domácnosti, i když nebyla nikdy podložena úředním nařízením, jako např. instituce porodních bab. V literatuře, kde se shrnují a komentují úřední normy pro výkon všech druhů soudobých zdravotnických pracovníků, nalézáme však i směrnice pro ošetřovatele nemocných v domácnosti, a to obojího pohlaví – muže i ženy. Kupodivu se často mluví o ošetřovatelích – mužích. Také v nemocnici byli vyhledáváni ošetřovatelé mužští, patrně proto, že se od nich vyžadovaly především těžké tělesné úkony.

Nicméně vývoj ošetřovatelství je spjat od začátku s ženou. Původní ošetřování nemocných bylo založeno na ideologii služby jako přirozené a nejsvětější povinnosti ženy. Ženy, které se této službě oddaly, zřekly se nejen všech ostatních společenských kontaktů, ale i své role ženy. Po vzniku civilních sester zůstal charitativní ráz sesterské role v podstatě zachován, o čemž svědčí i skutečnost, že se musely zříci manželství i vlastní rodiny se všemi společenskými důsledky. Sociální postavení ošetřovatelek bylo velmi špatné. Toto zaměstnání vyhledávaly jen málo schopné ženy, pocházející z nižších sociálních vrstev, které si často přivydělávaly různými jinými způsoby. Jejich společenská prestiž byla malá a nedůstojně a špatně se s nimi zacházelo.

(Pacovský, 1981)

Civilní sestra byla dlouho považována za špatnou služebnou. Nepříznivě se projevoval také převažující názor společnosti a její odpor k člověku, který příliš intimně zachází s lidským tělem a tělesnými produkty, který je příliš vystaven styku s utrpením a se smrtí, a proto musí citově otupět a zhrubnout.

Opatrovníci (později ošetřovatelé, ošetřovatelky) své znalosti získávali v praxi od starších spolupracovníků. Někteří byli zruční a s praxí získali i patřičné vědomosti, ale někteří byli nezodpovědní, primitivní a dokonce se mezi nimi nacházeli i alkoholici a prostitutky.

Od opatrovníků se očekávalo, že budou asistovat lékařům a plnit bez výhrad jeho příkazy. Museli pracovat podle zažitých postupů. Hlavní důraz byl obvykle kladen na léčbu tělesného onemocnění. Někteří lékaři si však začali postupně uvědomovat na základě relativně rychlého rozvoje medicíny potřebu nového typu ošetřovatelky, která by inteligentně spolupracovala při péči o pacienty. (Pacovský, 1981)

Významnou etapou ve vývoji ošetřovatelství jako profese byly emancipační snahy a zásadní změny v postavení ženy ve společnosti. Po dlouhá staletí, či spíše tisíciletí, byla role žen v rodině a v kontextu společnosti naprosto stejná. Žena, především středních vrstev, byla zajištěna pouze sňatkem a jejím jediným společensky uznávaným posláním byla starost o manžela, děti a domácnost. Povolání sestry je tomuto pojetí tzv. „přirozeného údělu ženy“ velmi blízké a není proto divu, že profesionální ošetřování se jevilo jako jedna z poměrně nejvýhodnějších cest k osamostatnění se u žen. Při uskutečňování této cesty však bylo zapotřebí docílit systémových změn. Pracovní podmínky, které mohly být přijatelné pro příslušnice církevních řádů, poskytujících ošetřovatelskou péči z ryze náboženských motivací, nebyly akceptovatelné pro ženy, které hledaly nejen společenské začlenění spojené se zaopatřením, ale i vlastní smysl života. Tuto situaci dobře vystihuje německý sociolog J. J. Rohde, když říká: „Zásluha Florence Nightingalové netkví zajisté v takové míře v tom, že začala se systematickým vzděláváním sester..., ale spíše v jejím úspěšném úsilí vytvořit takové nemocniční poměry, které by byly pro ženy ze středních a vyšších vrstev ochotných poskytovat pomoc méně odpudivé nežli dosud a jež by zabezpečily světskému ošetřovatelskému povolání veřejné uznání. Překonala názor, pocházející ze středověku, že úctyhodnost povolání sestry závisí na příslušnosti k řádu... (Bártlová, 2005)



Tím bylo v jistém smyslu i zahájeno ženské hnutí, vždyť se zde nabízela možnost přístupu k povolání, možnost odlehčení rodinám neprovdaných dcer bez řádového slibu, který byl v té době již těžko překročitelnou překážkou. A protože již byly vytvořeny podmínky k tomu, aby emancipovaná žena měla přístup k organizovanému odbornému vzdělání a mohla je samostatně uplatnit v praktickém životě, ošetrovatelská činnost se profesionalizuje. Těžiště ošetrovatelství se postupně přenáší z oblasti obětavé a emotivně motivované všeobecné služby do oblasti racionální činnosti, která musí mít odbornou přípravu. (Pacovský, 1981)

Nastává éra moudrých ideologů ošetrovatelství, kteří svou neúnavnou organizátorskou činností podstatně změnili koncepci ošetrovatelství. Patří mezi ně i Florence Nightingalová, která chápe ošetrovatelské povolání jako umění spojovat vzdělanost s vnímavostí pro nemocného. „Ošetrovatelství je umění a jako každé umění vyžaduje jistotu, že jsem k této službě povolána... Žena, která se dívá na ošetrovatelství jen sentimentálně, sklánějíc se jako milosrdný anděl k nemocnému, je méně než bezcenná... Žena, posedlá myšlenkou, že se obětuje, nikdy nebude vyhovující v práci...“ (Pacovský, 1981)

Organizovaná výchova k ošetrovatelskému povolání začala u nás mezi prvními v Evropě již v roce 1874. Tehdy společným úsilím Ženského výrobního spolku českého a Spolku lékařů českých byla založena „První česká ošetrovatelská škola v Praze“, jako výsledek emancipačního a národnostního hnutí a snahy o zlepšení sociálního postavení existenčně nezajištěných žen. Byly to vlastně čtyřměsíční kurzy, které se lišily od pozdějších dvouletých ošetrovatelských škol délkou studia a z toho vyplývajícím rozsahem učiva. Pokrokové byly však v tom, že v nich byl poprvé realizován princip vzájemně se doplňující teoretické a praktické výuky. Absolventky těchto kurzů pracovaly jako ošetrovatelky v domácnosti. Pro nemocniční službu byly sestry vychovávány až do roku 1916 pouze formou „vyučení“ v nemocnicích. V roce 1916 pak byla v Praze otevřena česká a německá státní ošetrovatelská škola. První česká ošetrovatelská škola měla vynikající úroveň a její první absolventky významným způsobem ovlivnily pozitivní vývoj péče o nemocné v našem státě a zasloužily se i o upevnění ošetrovatelství jako profese. Z druhého úhlu pohledu však můžeme konstatovat, že kapacita škol byla nedostačující k tehdejším potřebám, školení se dostalo jen menšímu počtu sester, většina jich byla jen zaškolená na pracovišti. (Kafková, 1992)

Jednou z příčin tohoto stavu bylo, že lékaři často, i když třeba pod neuvědomělým vlivem dřívějších vzorů, podceňovali potřebu sestry odborně připravovat. Je tedy zřejmé, že vývoj ošetrovatelství je výrazně závislý na společenských podmínkách.

Ošetrovatelství jako profese se formovalo obtížně a jeho vývoj není zdaleka ukončen. Na sestru se kladou stále nové a nové nároky. Některé představy o ošetrovatelství a vzory chování z minulosti přežívají do dnešních dnů a dostávají se do střetu s moderní dobou a s prožíváním role sestry jako moderní ženy. (Pacovský, 1981)

## **2.2 Role sestry**

Role (sociální, společenská) je sociologický pojem. Sestra svoji roli plní v rámci své profese. Postihnout v obecnosti roli sestry je obtížné, protože sestry pracují ve velmi odlišných podmínkách různých zdravotnických nebo sociálních zařízení. Správně by se mělo mluvit o komplexu sesterských rolí.

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Vynucuje si to 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. (Pacovský, 1981)

Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější. Vyspělé zdravotnictví je charakterizováno právě uvedeným pojetím sesterské práce.

Máme - li se nad pracovní činností sestry zamyslet, musíme ji nějakým způsobem rozdělit. Dělení lze provádět pod různým zorným úhlem. Vytvářejí se tak různé kategorie činností, různé funkční okruhy. (Pacovský, 1981)

Práci sestry můžeme rozdělit do pěti základních okruhů. V prvním okruhu sestra vystupuje v roli pečovatelky. Tradičně je tato role spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče. Vedle toho sestra samostatně pečuje o nemocné jak v nemocniční tak v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení. Sestra vystupuje i jako edukátor nemocného a jeho rodiny. Sestra je také obhájcem (advokátem) nemocného. 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. (Bártlová, 2005)

Další rolí sestry je role koordinátorky, která spočívá v plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Nemocného a jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči. Sestra vystupuje i v roli asistentky lékaře, kdy se podílí na diagnosticko–terapeutické lékařské péči, protože připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. (Bártlová, 2005)

Aby mohla moderní nemocnice plnit dobře svou funkci, musí být pokryty tři základní okruhy činností. Je to okruh diagnosticko–terapeutický, okruh ošetrovatelský, okruh správní, ekonomicko–provozní, administrativní. Každý z uvedených okruhů má své představitele. Diagnosticko–terapeutický okruh lékaře, ošetrovatelský sestru, správní administrátora. Jednotlivé okruhy se navzájem prolínají. Pro sestru je však typické, že její činnost spadá do všech tří okruhů. Každý okruh klade na sestru své specifické požadavky, „vtahuje“ ji do své specifické skupinové role. Lékař chce mít v sestře dobrou a spolehlivou asistentku při diagnostických a léčebných úkonech. Nejen sestra minulosti, ale i sestra současnosti a budoucnosti bude na úseku diagnostiky a léčby pomáhat lékaři a bude plnit jeho pokyny. Sestra nemůže pracovat nezávisle na lékaři. „Emancipace“ ošetrovatelství ve smyslu úplného vymanění se z područí lékaře je nereálná a proti duchu moderní medicíny. Na druhé straně role „asistentky ostatních“ však nesmí být jedinou profesionální činností sestry, centrem její společenské role. Tím je vlastní ošetrovatelství. (Pacovský, 1981)

Role sestry prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti a jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. 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. Sociologické teorie, týkající se rozhodujících funkcí role sester v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči.

Sociologická teorie se tak stává jedním z důležitých článků nejen v objasňování, ale i v realizaci současných změn v roli sestry. A to nejen jako důležitá součást odborné výchovy a odborného profilu sestry, ale i jako teorie, pomocí které jsou zkoumány pracovní podmínky sester, napětí a konflikty mezi sestrami a pacientem, mezi sestrami a lékařem a mezi ostatním zdravotnickým personálem navzájem.

### 2.3 Místo sestry mezi pacientem a lékařem

Nezbytnou součástí profese sestry je role sestry jako prostředníka mezi lékařem a pacientem. Je známo, že sestra tráví s nemocným mnohem více času než lékař a proto má jedinečnou možnost poznat pacienta po psychologické stránce lépe než lékař. Sestra také nemá nad pacientem tak velkou moc, méně o něm rozhoduje, pacient se jí obvykle méně bojí atd. Proto se jí nemocný mnohem častěji svěřil se svými problémy a obavami. V řadě případů je pro blaho pacienta sestra důležitější než lékař. Tak je tomu např. u pacienta, který je hospitalizován pro předem známou diagnózu s jednoznačným léčebným postupem – a při tom často záleží jen na pečlivosti, obětavosti a houževnatosti sestry, zda jeho život neohrozí proleženiny, zda se nají, zda se u něj včas docílí důležitých pokroků v rehabilitaci apod.

Hárdi říká: „I v životě nejuzavřenějšího pacienta přijdou chvíle, kdy by chtěl v rozhovoru ulehčit svému srdci. To jsou ty okamžiky – třeba v noci nebo k ránu – kdy dochází k upřímnému rozhovoru se sestrou. Jeho výsledek může být pro lékaře stěžejním bodem pro stanovení správné diagnózy a k určení cíleného léčení.“

Sestra v ambulanci i v nemocnici také lékaři pomáhá a zastoupí ho tím, že pacientovi sama poradí, uklidní ho, ujistí, že není třeba se bát. Mnohdy také sama bez pomoci lékaře problém pacienta vyřeší. Případně mu doporučí, kdy, jak a nač se má lékaře zeptat. Jindy lékaři tlumočí, co se dověděla od pacienta v neformálním příležitostném rozhovoru. Pacientovi může slíbit, že na jeho problém lékaře upozorní, že se „přimluví“.

Tvoří-li lékař se sestrou dobře sehraný tým, vzniká na pracovišti ovzduší důvěry a pohody, ve kterém se i pacienti snadněji svěřují a jsou klidnější. Naproti tomu každé napětí mezi lékařem a sestrou se velmi rychle přenesou na nemocné. Stává se, že lékař sestru poníží před pacienty – na druhé straně sestra v nepřítomnosti lékaře podrývá jeho autoritu. Stačí k tomu nepatrná poznámka nebo ironický úsměv či gesto, které si sestra sotva uvědomí. Výsledkem je pokles pacientovy důvěry k oběma – se všemi nepříznivými důsledky pro jeho psychický stav i pro autoritu lékaře a sestry. Je proto třeba před pacienty přejít mlčky i nepříjemné nedorozumění nebo křivdu ( a „vyříkat si to“ soukromě nebo na poradě, případně upozornit nadřízenou sestru). Přirozenou, a ovšem velmi škodlivou, reakcí sestry na konflikt s lékařem je přesun afektu. Sestra si netroufne projevit zlost na lékaře a proto přenesou svou zlost na nemocného, čímž v důsledku pacientovi dá najevo svou převahu.

Jestliže pacienti vycítí konflikt mezi sestrou a lékařem, musíme počítat s tím, že se někteří z nich budou snažit situace využít. Na jedné straně mohou např. sestru litovat a pomlouvat před ní lékaře, aby od ní získali drobné ústupky, služby nebo výhody, na druhé straně při sebemenším konfliktu s ní naznačí, že by si na ni mohli lékaři stěžovat.

Proto je nutné udržovat přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a snažit se udržovat stejnoměrně vzájemný vztah. Sestra pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její odpovědnosti. (Jarošová, 2002)

Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícím lékařem. Lékař jako vedoucí činitel je odpovědný za hlavní rozhodnutí, týkající se pacientova léčení, ale jestliže pacient nedůvěřuje lékaři, nebo ho nepochopí, jeho léčení může být méně efektivní. Zůstává na sestře vytvořit vztah odpovědnosti a udržet harmonický vzájemný vztah mezi těmito dvěma. (Jarošová, 2002)

V sociologických úvahách o povolání sestry nejde jen o jedince, provádějícího určité činnosti určitým způsobem, ale i o to, jakou roli hraje v sociálním systému lékař – sestra – pacient. (Bártlová, 2005)

### 3 Profese lékaře

Uvnitř sítě zdravotnictví působí řada zdravotnických profesí i jiných odborných pracovníků (např. lékaři s rozličnou specializací, sestry, laboranti, rehabilitační pracovníci, ošetrovatelky, sanitární pracovníci, psychologové, statistici, programátoři, přírodovědci, farmaceuti...). Mezi nimi představuje role lékaře rozhodující pozici. Obecně je činnost lékaře funkčně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života. (Bártlová, 2002)

I když se s činností lékařů setkáváme již ve starověku, o profesi lékaře v současném pojetí lze hovořit až od 19. století. To je také doba, kdy se formovaly nemocnice jako zdravotnická zařízení a kdy v nich také začali působit lékaři, na rozdíl od hospitálů. V té době byla i nadále dávána přednost stonání v rodině, kam lékař docházel za nemocným a nemocnice byly určeny pro chudé a opuštěné, kteří nemohli být léčeni a ošetřováni v rodině. Ostatně šance na vyléčení byla v nemocnici značně malá. Nemocniční pobyt znamenal zpravidla dlouhodobou izolaci, spojenou často s přípravou na blízkou smrt.

Teprve později vznikaly lékařské ordinace, nemocný začal docházet za lékařem a jeho činnost nabyla charakteru svobodného povolání. Rychle rostly lékařské poznatky a nemocnice se staly centrem medicínského pokroku. Do léčebného procesu byla zařazována vyspělá technika. To vedlo k růstu prestiže lékaře i nemocnice.

Současnou podobu lékařské profese můžeme chápat jako důsledek vývojového stupně moderního průmyslového období přinášejícího medicinalizaci společnosti, jejímž následkem je rozšiřování trhu pro lékařské služby. Lékaři získávají role a společenské funkce, které bezprostředně nejsou součástí léčebného procesu. Parsons poukázal na souvislost medicíny se sociálně-kontrolními funkcemi. Je toho názoru, že je to lékař, prostřednictvím něhož může společnost kontrolovat stabilitu společenského systému (nemocnost, morbiditu atd.). Lékař má za úkol nemoc definovat, tzn. vyhledat, stanovit, z čeho se skládá a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Lékař je osobou vlastní monopol znalostí, zkušeností a schopností umožňujících určení nemoci a její terapii. Podle průzkumu Gladkého se občané, lékaři a medici shodují v tom, že lékař by měl být odborně zdatný, rozhodný, trpělivý, chápající pacienta, mlčenlivý o svěřeném a všestranně vzdělaný. (Gladkij, 1974)

Odbornost je však pouze nástrojem, jehož použití, ať už méně či více účinné, závisí na dalších stránkách lékařovy osobnosti. Vyplývá to z Gladkého definice důvěry nemocného k lékaři: „Důvěra k lékaři je dynamický, kladný vztah nemocného k lékaři, vyjadřující předchozí zkušeností zdůvodněné očekávání, že lékař má schopnosti, prostředky a snahu nemocnému nejlépe pomoci.“ (Gladkij, 1974)

Činnosti lékaře mají mnohé stránky, které ho odlišují od ostatních povolání. Nejzákladnější pramení ze skutečnosti, že předmětem jeho činnosti je člověk a nesprávné, nevhodné nebo chybné postupy mají většinou nezvratné následky. Toto je zvláště závažné, uvědomíme-li si, že lékař se musí rozhodovat a jednat, i když nezná nebo nemá jistotu o druhu a příčině poruchy zdraví, často v kritické časové tísní.

### **3.1 Role lékaře**

Jak již bylo řečeno, předmětem činnosti lékaře je člověk. Proto by lékař měl mít určité znaky lékařské role, které jsou pro vykonávání této profese nezbytné a které jsou pro pacienta v důsledku velmi důležité.

Stejně jako sestra musí i lékař pro vykonávání své profese vykazovat určité znaky lékařské role bez kterých by jako lékař nemohl vystupovat. T. Parsons popsal některé základní znaky lékařské role k nimž patří funkční specifika, emocionální (afektivní) neutralita, universalismus a kolektivní orientace. (Bártlová, 2005)

Funkční specifika je klíčovým znakem lékařské role. Vyjadřuje nutnost formální i faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Z odborné kompetence je pak vymezena podoba odborného vzdělání. V nemocnici je kompetence omezována jednak horizontálně, tj. druhem oddělení, na kterém lékař působí (interna, chirurgie...) a které je zaměřené na diagnostiku a terapii určité skupiny chorob. Dále je kompetenční pole lékaře vymežováno postavením ve vertikální struktuře organizace. Jiné rozhodovací právo má primář, vedoucí oddělení, řadový lékař atd. z toho vyplývá, že lékař velice často nerozhoduje, neurčuje odborné postupy sám, ale – přesněji řečeno – se na nich podílí. Ovšem lékař, který se o pacienta stará rozhodující měrou, má také hlavní odbornou odpovědnost. Specializace a vztahy nadřízenosti a podřízenosti kladou na nemocničního lékaře, jako nezbytný rolový nárok – požadavek na ochotu a schopnost komunikace s ostatními lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky podílejícími se na diagnostice a terapii. Funkční specifika neboli odborná kompetence má klíčové postavení v roli lékaře. Má vážné zdravotní, ekonomické i právní důsledky.

Emocionální (afektivní) neutralita vyjadřuje rolový znak spočívající v tom, že se od lékaře očekává věcně orientovaný způsob jednání bez emocionální účasti. Emocionalitu podřizuje lékař v rolovém chování kontrole. Neznamena to, že by lékařův postoj vůči pacientovi byl bezcitný. Je tím řečeno, že ideální lékař vykazuje sympatie, intuitivní porozumění bez plného rozvinutí. Má chápat pacientovy pocity, aniž by je sám cítil. Požadavek emocionální neutrality (možná, že by bylo přesnější omezení emocionality) je vázán především na ty emoce, které narušují roli lékaře, tj. mají rušivý vliv na léčení pacienta. Požadavek emocionální neutrality se nevztahuje jenom na pacienta, ale také na všechny role, které se nacházejí ve vztahovém poli toho kterého lékaře, tj. na ostatní lékaře, ošetřující a další zdravotnický personál, protože vzájemná součinnost je podmínkou úspěšného léčení. (Vymětal, 2003)

Dalším znakem lékařské role je universalismus. Ten vyjadřuje především skutečnost, že potencionální vztahová oblast lékaře zahrnuje všechny ostatní členy společnosti. V roli pacienta může vystoupit každý člověk, protože nemoc je v tomto kontextu universální fenomén, a proto role lékaře musí být zásadně aktivovatelná vůči každému, koho lze považovat za nemocného.

Kolektivní orientace je další hodnota role lékaře. Pod tímto termínem rozumíme, že lékař ve svém jednání nevychází ze svých zájmů, ale ze zájmů druhých, tj. především pacientů, že staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy. To věcně znamená, že lékař se má postarat o optimální péči z hlediska diagnostiky, terapie a ošetřování, že nesmí využívat pacienta ve svůj prospěch, že je povinen pomlčet o všem, co se v souvislosti s výkonem povolání o pacientovi dověděl, že dbá o lidskou důstojnost nemocného.

I když se jednotlivé rolové znaky, jak bylo uvedeno výše, u konkrétních lékařských rolí projevují v různé míře nebo se modifikují, ve svém celku dobře vystihují roli lékaře ve zdravotnickém systému. (Bártlová, 2005)



### 3.1.1 Specifická role ženy - lékařky ve vztahu k sestře

Abychom se vůbec mohli zabývat problematikou vztahu mezi lékařkou a sestrou, měli bychom mít povědomí o tom, že profese lékařky je historicky velmi mladá a že proces umožnění studia medicíny ženám byl velmi nesnadný.

V posledních sto letech byl výkon lékařského povolání v převážné míře charakteristický pro mužskou populaci. Až do počátku dvacátého století nebylo ženám dovoleno studovat medicínu. Teprve v období všeobecného rozvoje vzdělání se značně zvýšil i podíl zastoupení žen v medicíně. Historicky pozdější umožňování studia lékařství ženám, spolu s obtížností jejich začleňování do náročných a medicínsky rozhodujících postavení lze vysvětlit tehdejším, v současné době již těžko akceptovatelným principem diskriminace a zaujatosti vůči „slabšímu pohlaví“.

Rozvoj vzdělávání pro ženy v oblasti medicíny započal ve světě zhruba v polovině devatenáctého století, kdy v roce 1848 byla ve Filadelfii (Pensylvánie) založena Medical College, kde studovaly pouze ženy. Už v roce 1849 se stala první žena lékařkou a to v New Yorku. V 70. letech devatenáctého století byly i ve Velké Británii, Švédsku, Nizozemí, Rusku a Švýcarsku ženy připouštěny k lékařským aprobacím a promócím. V Německu a také v rakousko-uherské monarchii se však argumentovalo údajnou větší ostýchavostí žen jako překážkou řádného studia. Ženy na to odpovídaly tvrzením, že jako ošetřovatelky ve válečných lazaretech „osvědčily často mnohem silnější nervy a nemalé sebeovládání“. Dne 3.9. 1900 byl ve Vídni vydán ministerstvem kultury a vyučování výnos, který dovoľoval ženám studovat jako řádným posluchačkám medicíny a farmacie na všech univerzitách monarchie. Roku 1902 promovala na české lékařské fakultě první žena-lékařka MUDr. Anna Honzáková (1875 – 1940).

(Schott, 1994)

Po druhé světové válce, kdy dochází k prudkému rozvoji medicíny, je v této souvislosti patrný ústup handicapu pohlaví. Jeho příčinou je především širší umožnění studia lékařství ženám s následnou postupnou feminizací některých lékařských oborů. To vedlo k tomu, že ženy-lékařky začaly ztrácet vstupem do této profese onen vklad daný stereotypní rolí mužské dominance a ženské submisivity – tedy muž jako vedoucí, řídicí činitel a žena jako jemu podřízená. Ženy získávaly stále větší vliv ve většině odvětví a začaly se razantněji prosazovat i v lékařské profesi. (Bártlová, 2005)

Zaměříme-li se na tuto otázku v našich podmínkách, pak v dnešní době je v ČR 55,7% žen mezi absolventy lékařských fakult. Určité lékařské obory, zejména pediatrie, stomatologie a všeobecné lékařství, jsou ve značném rozsahu feminizovány. Při analýze vyšší profesionální způsobilosti docílené složením atestace II. stupně a rozsahu zařazování do odborných vedoucích funkcí v těchto lékařských disciplínách, je však patrný podstatně menší podíl zastoupení žen, oproti mužům. (Bártlová, 2005)

Zde se přímo nabízí zjistit příčiny tohoto jevu. Je zřejmé, že velkou roli v této situaci bude hrát u lékařek otázka mateřství. Jistě není mnoho žen – lékařek, které by se medicíně tak obětovaly, že by mateřství z tohoto důvodu zcela odmítaly. Čas věnovaný rodině (výchova dětí, tzv. „ženské práce“) zcela samozřejmě ženě lékařce bere čas na studium i na vlastní práci v medicíně. Tento faktor je však pouze jedním z více příčin této situace. Jedním z dalších důvodů je zcela jistě rozdíl v psychice, myšlení, jednání, chování a prioritách žen a mužů. V medicíně by však vždy měl stát ve vedoucích funkcích člověk s nejvyšší kvalifikací, se schopnostmi, vědomostmi a psychickými předpoklady nutných k vykonávání těchto funkcí a nemělo by hrát roli to, zda je uchazeč muž či žena.

Do každé úrovně lékařské hierarchie se ženy začleňují stále vyšším podílem než před desetiletím. Tento trend se bude pravděpodobně i nadále zrychlovat. To poskytuje nový potenciál pro různé druhy vztahů a vazeb a začíná podkopávat handicap ženského pohlaví ve smyslu nerovného, nižšího uznávání činností. Tím také vztah lékař – sestra, který byl dlouho vztahem muž – žena, pomalu nabýval podobu žena – žena.

Od sociální role lékaře se očekává, že v sobě zahrne jak povinnosti, tak výhody. Kromě vysokého společenského statusu a vysokého finančního ohodnocení zahrnuje systém výhod také výhodu být autoritou při lékařských rozhodnutích, včetně autority ordinovat a dávat sestřím příkazy, být respektován středním a nižším zdravotnickým personálem. Ženy-lékařky během pregraduálního studia zažily stejnou socializaci jako muži, a proto se primárně porovnávají se svými kolegy-muži stejného věku a stejného postavení. (Bártlová, 2005)

Je jasné, že feminizace medicínských oborů ve smyslu stále většího počtu žen-lékařek jako vedoucích musela přinést určitou změnu pracovních vazeb mezi lékařkami a sestrami. Jak sestry, tak i lékařky byly vychovávány v duchu tradičních rolí (lékař-vedoucí, sestra-podřízená).

Tato změna tradičních rolí, kdy do medicíny vstoupily ženy-lékařky jako nadřizené sestry, byla mnohdy příčinou nedorozumění a konfliktů mezi sestrami a lékařkami. Sestry byly zvyklé na tradiční role, kdy lékařem byl muž a naopak ženy lékařky si na svou novou roli nadřizené sestry musely teprve zvykat a v této nové roli vystupovat.

V současnosti jsou tyto tradiční role překonány a možné konflikty mezi sestrami a lékařkami jsou pouze otázkou určitých rozdílů v osobnostech těchto pracovníků. Nehraje už zde roli pohlaví lékařů jako dříve. (Bártlová, 2002)

V dnešní době výzkumů, studií či statistik existují i jistá šetření v oblasti interpersonálních vztahů na pracovišti, konkrétně mezi sestrami a lékaři. Velmi zajímavý je výzkum, který zorganizovala Asociace norských lékařů v r. 1993.

Výzkumný materiál se sestával ze dvou souborů dat. První byl získán pomocí kvalitativních rozhovorů s 15 lékaři, druhý z celostátního šetření u 3589 náhodně vybraných lékařů v Norsku. Rozhovory vycházely z 15 otevřených otázek navržených tak, aby zjistily, které aspekty byly pro daného lékaře důležité při jeho volbě a vykonávání lékařské profese. Další výklad se opírá především o kvalitativní rozhovory.

Prakticky všichni dotázaní zdůrazňovali, že lékařkám pomáhají zdravotní sestry méně než jejich kolegům-mužům. Šlo o případy, kdy sestry byly požádány, aby přinesly nástroje, našly chorobopis, připravily dokumentaci k podpisu, seznámily nové lékaře s oddělením nebo asistovaly jiným způsobem. Vliv pohlaví lékaře na rozsah a množství asistence, které mu bylo poskytnuto, se potvrdil také v celostátním šetření na vzorku norských lékařů. Třebaže většina oslovených respondentů zažila stejné množství asistence jako jejich kolegové opačného pohlaví, přesto 30 % lékařek vnímalo, že jim sestry asistovaly méně než jejich mužským kolegům. Když byl kontrolován věk, specializace a pracovní zařazení lékaře, ukázalo se, že existuje vyšší pravděpodobnost, že žena-lékařka bude patřit ke skupině, které se dostává nižší míry pomoci od sester než mužům-lékařům. (Gjerberg, 1993)

V rozhovorech popisovaly přibližně 2/3 lékařek osobní zkušenost, že k nim sestry přistupují s menším respektem než k lékařům. Tato zkušenost úzce souvisí se zkušenostmi lékařek, že jim sestry méně asistují a pomáhají než jejich kolegům-mužům. Zažily, že především v prvním období v novém zaměstnání musely velmi tvrdě pracovat, aby byly respektovány sestrami stejně jako jejich mužští kolegové. Jejich zážitky ilustrují, jak citlivě prožívaly skutečnost, že jim sestry neprokazovaly očekávaný respekt. Lékařky si uvědomovaly, že je sestry méně uznávají než muže-lékaře. (Gjerberg, 1993)

Zhruba polovina lékařek se ptala sama sebe, kam vlastně patří. Především šlo o lékařky, které byly na pracovišti samy. Při líčení problémů se svým sociálním zařazováním v práci označovaly sami sebe za osoby třetí kategorie. Ti ostatní prý tvoří jasně definované kategorie: na jedné straně lékaři-muži, na druhé straně sestry-ženy.

Ženy-lékařky však netvoří homogenní skupinu s nějakou velkou vnitřní soudržností. Jsou roztroušeny po nemocnicích, často bez spojení s ostatními kolegyněmi. Většina z nich má jasnou představu o důvodech, které vedou sestry k rozdílným postojům a rozdílnému chování. Interpretace lékařů jsou si podobné bez ohledu na jejich specializaci či pracovní zařazení a jsou zpravidla dvojí: a) rozdílné chování sester souvisí s rozdílným statusem těchto dvou profesí (lékařů a sester), b) rozdíly v interakci souvisejí s „hrami založenými na rozdílu pohlaví“ mezi muži-lékaři a ženami-sestrami.

Většina lékařek se domnívala, že jejich zkušenost s diskriminací vyplývá z tradičního konfliktu mezi statutem lékaře a statutem sestry. Tím, že sestry odmítnou udělat něco pro lékařku, se pokoušejí její statut „zredukovat“ na odpovídající úroveň. Lékařky to neberou osobně, ale vidí to jako strategii namířenou proti lékařům obecně. Rozhodnutím posílit si svou pozici tváří v tvář lékařce mají sestry poněkud snadnější boj, protože soupeř je stejného pohlaví. Současně se někteří muži-lékaři domnívají, že lékařky samy mají potíže prokázat ostatním, že ony jsou lídry. Nejsou někdy schopny dát jasné pokyny, prokázat pevnost svých postojů a rozhodnost ve svém jednání.

Při rozvádění a vysvětlování svého statutu lékařky zdůrazňovaly, že rozdíl také závisí na postavení lékařky v celé lékařské hierarchii. Postavení stážisty, sekundárního lékaře, odborného lékaře, primáře, přednosta kliniky (bez ohledu na pohlaví) ovlivňuje množství asistence, které jednotlivec od zdravotních sester dostává. Ženy-primářky málokdy zažily, že by jim sestry dávaly najevo nedostatek důvěry či respektu. To znamená, že vyšší profesní postavení přináší autoritu, a ta snižuje riziko, že by se sestry pokoušely zmenšit rozdíl ve statusech mezi těmito dvěma profesemi. (Gjerberg, 1993)

Možnou souvislost mezi zkušeností lékařek, že s nimi sestry jednájí jinak než s muži-lékaři, a dalším faktorem – „hrami založenými na rozdílu pohlaví“ – uvádějí pouze ženy-lékařky. V mnoha případech jsou lékařky přesvědčeny, že pro sestry je vztah mezi lékařem a sestrou atraktivnější, když je tím lékařem muž. Atraktivnost vztahu spočívá v tom, že je zde potenciálně obsažena ještě jedna dimenze. Postoje a chování jsou ovlivněné možným napětím mezi mužem a ženou. Asistování při práci lékařům-mužům se stává pro sestry přitažlivější. Ženy lékařky komentují pracovní flirtování tak, že „erotizace“ vztahu lékař-sestra může patrně zlepšovat pracovní vztahy. (Gjerberg, 1993)

Některé lékařky popsaly své strategie, jimiž získávají potřebnou pomoc od sester. Strategie kombinují dvě možnosti: navazování přátelství se sestrami a vykonávání sesterských prací lékařkou. Navazování a upevňování přátelství není strategií, kterou by používaly všechny lékařky. Některé lékařky totiž zažily, že nebyly skupinou sester přijaty, zatímco další si ani nepřejí být sestrami přijaté. Přibližně 60 % norských lékařek si myslí, že lékařky žádají sestry o pomoc v menším rozsahu než jejich kolegové muži.

Přátelstím se sestrami a přistoupením na jejich požadavky si lékařky vytvářejí jak pracovní, tak sociální spojenectví se sestrami. Není to nevyhnutelné spojenectví a je to jejich osobní rozhodnutí. Podle názoru lékařek se jejich kolegové-muži nemusejí pouštět do takových vyjednávání. Mají výhodu v tom, že si získávají respekt sester a jejich pomoc v práci automaticky. (Gjerberg, 1993)

Množství změn proměnilo charakter systému zdravotní péče tak, že teď ovlivňuje vztah mezi lékaři a sestrami. Jsou zde tři důležité vývojové trendy. Jsou to: 1. změna sociálního postavení žen, 2. změna statutu dvou profesí – ošetřovatelství a lékařství, 3. zvyšující se počet žen v lékařské profesi.

Během posledních 20 až 30 let se ve všech západních zemích podstatně změnilo postavení žen. Stále vyšší počty žen dosahují středoškolského a vysokoškolského vzdělání. Zvýšila se zaměstnanost žen ve všech věkových skupinách a stále více žen pracuje na plný úvazek. Změny v dělbě práce, pokud jde o pohlaví (změny probíhající v celé společnosti), vyvolávají změny i uvnitř zdravotní péče. Ženy lékařky očekávají, že se k nim sestry budou chovat stejně jako k jejich mužským kolegům. Sestry se snaží změnit své podřízené postavení, které je determinováno i jejich pohlavím.

Posledních 10 až 20 let se začíná společenské postavení ošetřovatelství a lékařství sbližovat. Do určité míry je to tím, že lékařství ztratilo část své moci, vlivu a část svého výsadního postavení. Ve všech západních zemích váženost lékařů ve veřejnosti poklesla. Pochopitelně se na tom relativním posunu podílela i skutečnost, že zdravotní sestry posílily své postavení v systému zdravotní péče. Opakující se nedostatek sester soustředil všeobecnou pozornost k jejich důležitosti pro poskytování péče, k závažnosti ošetřovatelství. (Gjerberg, 1993)

Je pravděpodobné, že aktuální napětí ve vztazích mezi lékaři a zdravotními sestrami se dá interpretovat jako specifický odraz strukturálních změn ve společnosti jako celku, ale i jako odraz změn v systému zdravotní péče. Sbližování statutu dvou profesí (lékařství a ošetřovatelství) může zvýšit citlivost ve vzájemných vztazích a ve společné činnosti. Sestry se mohou bránit tradičním lékařským snahám vymezit jejich role a kompetence. Skutečností je, že sbližování statutu obou profesí má – jak se zdá – speciální důsledky pro ženy-lékařky. Zažívají jiné situace než lékaři-muži. Zažívají jiné jednání sester, což můžeme interpretovat následovně: pokaždé když nové kategorie lidí vstupují do nových pozic, které už jsou obsazené jinými, nutně dochází ke sporům a dilematům. (Gjerberg, 1993)

#### **4 Vztah sestra-lékař**

Pokud bychom v dnešní medicíně hledali dvě profese, které jsou na sobě maximálně závislé a kdy jedna bez druhé nemohou v dnešní době samostatně působit, zcela jistě by to byla sestra a lékař. Dnes je sice možné, aby sestry pracovaly samostatně (agentury domácí péče, sestry specialistky – stoma sestry, sestry pečující o rány, apod.), ale vždy více či méně spolupracují s lékařem. Lékař sám o sobě může léčit, ale spoluprací se sestrou se zkvalitní a urychlí péče o pacienta. V dnešní moderní medicíně jsou tyto dvě profese těsně spjaty a sestra a lékař tvoří nejkonzistentnější „dvojku“ ve starosti a péči o určitého pacienta. Velmi zřetelné je to např. na operačních sálech, kdy operatér a sálová sestra tvoří takřka nerozdělitelnou dvojici. Zde je bezchybná spolupráce mezi lékařem a sestrou nutností. Spolupráce je dána psychologicky reálnou spoluprací při jednotlivých výkonech, ale i navázáním určitého emocionálního vztahu k pacientovi, rodině, diskuzemi o stavu a prognoze, o jeho dalším osudu, ale i sdílením stejného pracovního prostředí. (Drábková, Eliášová, 2003)

#### 4.1 Charakteristika vztahu lékaře a sestry

Lékař a sestra mají společný subjekt a objekt svého vzdělávání, svého profesního zájmu a činnosti – svého klienta, v dnešní době převážně označovaného tradičním pojmem pacient/ka. Společné je pro ně i pracoviště, kde spolu zajišťují péči pacientům. (Drábková, Eliášová, 2004)

Jsou spolu tedy každodenně ve velmi těsném kontaktu, a proto kvalita a úroveň jejich vzájemného vztahu je více jak důležitá, neboť případné neshody či napětí mezi lékařem a sestrou nemocný může vycítit a v konečném důsledku to na psychiku nemocného může mít velice negativní dopad.

Mohli bychom se ptát, proč právě v dnešní době se tolik diskutuje o vztazích mezi lékaři a sestrami. Je to samozřejmě tím, že role a postavení dnešní sestry je velmi vzdálené tomu v minulosti. A právě tato změna často vyvolává otázky, diskuze a nejasnosti ve vztazích mezi lékaři a sestrami. Častěji jsou tyto otázky, nejasnosti a případné konflikty vyjadřovány lékaři, protože jiné chování, jednání a vystupování se týká sester, které se od minulosti velmi změnilo a tento fakt je ne vždy přijímán kladně.

Sestry získaly podstatně větší odbornou sebedůvěru, uvědomily si svébytnost, zahájily vlastní vyšší odborné vzdělávání včetně bakalářského a magisterského studia při iniciativních lékařských fakultách.

Na odborných akcích přednášejí a diskutují. Jsou autorkami prvních nepřeložených, ale autorsky vytvořených odborných textů v periodících i vydaných jako ucelené sborníky. Pořádají vlastní konference, na nichž jsou odborníci jiných oborů včetně lékařů hosty sporadicky pozvanými k přednášce. (Drábková, Eliášová, 2004)

V nemocniční praxi pracují sestry metodou ošetřovatelského procesu, mají svou ošetřovatelkou dokumentaci, která se stala pro lékaře velmi přínosnou. Sestra již tedy není pouhou asistentkou lékaře vykonávající jeho příkazy. Je samostatným odborníkem, který s lékařem spolupracuje a s lékařem se o problémech nemocného radí. Proto je vztah lékaře a sestry nyní na zcela jiné úrovni než v minulosti.

Tento nový vztah mezi sestrou a lékařem je ne vždy přijat kladně. Ze stran sester se často setkáme s tím, že nechtějí tuto svou samostatnou roli přijmout a spíše by raději zůstali v roli sestry jako pouhé pomocnice a asistentky lékaře. Bojí se nově nabyté samostatnosti a odpovědnosti. V dnešní době je tato role již přežitá a sestry se budou muset s novou situací v ošetřovatelství smířit.

Ze strany lékařů je tato nová role sester někdy negativně přijímána proto, že lékařům scházejí informace o výhodách a funkci ošetrovatelského procesu u pacienta. Někteří by rádi měli zpátky svůj „starý“ typ sestry, která vykoná jejich požadavky a s lékaři o pacientovi nediskutuje. Někteří lékaři se snad i mohou obávat dnešní „nové“ sestry, která často ještě s vysokoškolským titulem s nimi spolupracuje. Mohou se obávat o svou výlučnou pozici lékaře, nevědí, zda sestra dříve či později nepřebere některé jejich dosavadní činnosti a zda nebude ohrožovat jejich „území“.

Tyto obavy lékařů jsou však zcela neopodstatněné, neboť primární rolí sestry je péče o pacienta a diagnostika či navrhování léčby nemocného jí nepřísluší. Zcela naopak je tomu u lékaře. Jeho primární rolí je diagnostika a léčba nemocného a ošetrovatelství je pouze menší částí péče o nemocného, kterou zajišťuje. V dnešní době se na ošetrovatelské péči o nemocného přímo nepodílí, avšak tuto péči se sestrou dle potřeby konzultuje. Je možné, že v budoucnu bude mít sestra mnohem více kompetencí v péči o pacienta než je tomu dosud, ale vždy bude přímá péče o nemocného hlavní náplní práce sestry. (Pacovský, 1981)

Z výše uvedeného textu je jasně patrné, že lékař i sestra jsou dva zcela samostatně pracující odborníci (sestra v ošetrovatelství a lékař ve vlastní medicíně). Bezchybná komunikace a dobrá vzájemná spolupráce těchto dvou profesí je předpokladem kvalitní péče o nemocného. Tak jako změna vztahu mezi zdravotníkem a pacientem (z autoritativního – paternalistického na partnerský) se mění i vztah lékaře a sestry na partnerský. Vytváří se podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být na úrovni rovnoprávných vztahů. Lze očekávat, že s přibližováním České republiky vyspělým evropským zemím tlak na změnu chápání vztahu pacient – zdravotník zesílí a to s sebou přinese i nutnost změny postojů ve vztahu lékař – sestra. Je zcela jasné a prokázáno, že vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá k lepší kvalitě poskytované péče. (Bártlová, 2005)



## 4.2 Interakce mezi lékařem a sestrou

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, probíhá neustále. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Zaznamenáváme ji, někdy intenzivně, jindy jen tak mimoděk. Pokud dojde k výměně informací, jde o komunikaci. Ztráta schopnosti komunikovat je mnohdy závažným ohrožením vztahů. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Jak již bylo řečeno, pro profesi sestry a lékaře je typické, že jsou spolu v každodenním úzkém kontaktu. Tato skutečnost samozřejmě dává možnost vzniku interakce jak pozitivní, tak i negativní.

V profesní vazbě sestra – lékař lze sledovat následující typy interakcí:

- Bezproblémové podřízení se – tento způsob komunikace představuje tradiční interakci mezi sestrou a lékařem, sestra o ničem nerozhoduje, k ničem se nevyjadřuje, vykazuje absolutní poslušnost.
- Neformální skryté rozhodování – sestra vykazuje respekt lékařům, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces.
- Neformální neskryté rozhodování – sestra nabízí své zkušenosti a názory, neskryvá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně s lékařem komunikuje.
- Formální neskryvané rozhodování – sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta.

(Bártlová, 2005)

Prvním typem interakce je bezproblémové podřízení se. V dnešní době by tento způsob komunikace a jednání mezi lékařem a sestrou měl být již zcela ojedinělý. Tento typ je pro nemocného nepřínosný, protože informace sestry o nemocném zůstávají nevyužity a je zcela v rozporu s ošetřováním nemocného pomocí ošetřovatelského procesu. Také spolupráce mezi lékařem a sestrou není na partnerské úrovni, ale v duchu historického paternalistického modelu. (Bártlová, 2002)

Interakce typu neformálního skrytého rozhodování není zcela ideální, neboť sestra pečující o nemocného by měla nabízet řešení obtíží nemocného a měla by jednat jako profesionál v oboru ošetřovatelství a komunikovat s lékařem jako rovnocenný partner.

Poslední dva typy interakce mezi sestrou a lékařem jsou zcela v souladu s moderním ošetřovatelstvím a v důsledku jsou přínosem jak pro pacienta, tak pro zdravotníky navzájem.

Jak již bylo řečeno, interakce mezi lékařem a sestrou může být jak pozitivní, tak i negativní. Pozitivní interakcí rozumíme takový styl jednání lékaře a sestry, kdy mezi nimi nedochází k výraznějším komunikačním neshodám či problémům, ale naopak jejich spolupráce je na takové úrovni, že oba bez obtíží plní své role vyplývající z jejich profese. Negativní interakce mezi lékařem a sestrou je takový typ chování a jednání, kdy sestra, lékař nebo oba vyvolávají během své pracovní doby konflikty, nedorozumění či hádky, což se negativně projevuje v celém pracovním kolektivu. Na tomto nepříznivém stavu na pracovišti se ve velké míře podílejí osobní charakteristiky lékařů a sester. Avšak řada problémů ve vztahu sestra – lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetřovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu.

S rozvojem moderního ošetřovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetřovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi vysokoškolskými ošetřovatelskými profesemi. (Bártlová, 2005)

Sestry nejsou často spokojeny s nižším respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i lékaři dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Nevidí důvod, aby byli podrobováni kritice a chápou to jako neopodstatněné podceňování své kompetentnosti, znalostí a odbornosti nejen ze strany sester, ale za určitých okolností i pacientů.

At' již je důvod negativních interakcí mezi lékaři a sestrami jakýkoli, je nutné si uvědomit, že napjatá atmosféra na pracovišti, ale i mezi jednotlivými zdravotníky může mít v konečném důsledku nepříznivý dopad na nemocného, což je v dnešní době zcela nepřijatelné.

#### **4.2.1 Interakce mezi sestrou a lékařem z pohledu genderového přístupu**

Interakce mezi sestrou a lékařem je často zkoumána na základě genderového přístupu, kdy sestry mohou být znevýhodněny pro svou gender identitu. Je zde nutné si ujasnit význam pojmu gender. (Bártlová, 2005)

Lidé se definují mnoha různými způsoby – jedním z těch nejzákladnějších je, když řeknou „jsem muž“ nebo „jsem žena“, když se vymezují z hlediska pohlaví. Jinými slovy, lidské pohlaví jako biologická danost (bytí mužem či ženou) tu slouží jako základ, na němž lidé konstruují společenskou kategorii zvanou **gender**.

Přitom je možné, že daného jednotlivce vystihuje jen málo ze společensky definovaných charakteristik jeho genderu. Důležité však je, že předpoklady vztahující se k genderu lidé obecně přijímají za platné či správné a že na nich zakládají svůj rozdílný – někdy vysloveně protikladný – přístup k osobám mužského a ženského pohlaví. Mnoho lidí se v jednání s druhými opírá o genderové stereotypy. Stereotyp je označení pro zjednodušující souhrnný popis určité společenské skupiny. Genderové stereotypy jsou tedy zjednodušující popisy toho, jak má vypadat „maskulinní“ muž či „femininní“ žena. (Curran, Renzetti, 2003)

Gender tedy chápeme nejenom jako pohlaví – nikoli ve smyslu biologickém, ale ve smyslu kulturním, psychologickém či společenském. (Bártlová, 2005)

Je zcela samozřejmé, že genderové stereotypy se projevují i na pracovišti. Původ těchto stereotypů spadá do historie, kdy „správná dáma“ nesměla pracovat, pokud nebyla svobodná, a pokud se již vdala, tak pouze tehdy, když neměla děti. Široký rozsah zaměstnání se otevřel mužům, ale ženy směly vstupovat pouze do omezeného počtu zaměstnání, která údajně odpovídala jejich „přirozenému“ talentu a jednoduše přenesla ženské rodinné povinnosti do veřejné sféry. Této skutečnosti se přesně podobá vývoj profese sestry, která vycházela z přirozených pečovatelských schopností ženy. (Curran, Renzetti, 2003)

Ve zkratce se tedy dá říci, že jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé, muži i ženy, chápali ženskou práci jako sekundární k mužské a vnímali ženskou pracovní sílu jako méně vážnou nebo méně oddanou své práci. Fakt, že tyto myšlenky byly v příkrém rozporu s každodenní realitou života mnoha žen, těmto předpokladům neubral nic na síle či na přesvědčivosti. Většině lidí připadalo normální, že by ženy měly zaujímat nižší příčky v pracovní hierarchii a že by měly dostávat nižší plat než muži.

(Renzetti, Curran, 2003)

I v dnešní době se někdy setkáváme s těmito historickými a zastaralými názory. Je však známo, že tato diskriminace žen se i u nás začala řešit soudní cestou a samy ženy se s touto pro ně nepřijatelnou situací nechtějí smířit.

Sesterská identita je vytvářena společností, jíž dominují ve vedoucích postaveních v medicíně převážně muži. Příslušnost k určitému pohlaví hraje důležitou roli, když se vysvětluje pozice sester. Řada autorů se pokusila tuto myšlenku interpretovat.

Nejznámější je studie Steina, která popisuje vztah mezi lékařem a sestrou jako tzv. „komunikační hru“. Sestře umožňuje, aby lékař informovala a radila mu, aniž by ohrožovala jeho sociální pozici, tedy myšlenka skrytého rozhodování sestry. „V této hře platí pravidlo, že je třeba se za každou cenu vyhnout otevřenému konfliktu mezi hráči“ (Stein, 1967).

Myšlenka krytého rozhodování sestry získala širokou podporu, ale v poslední době už začíná být zpochybňována. Hughes upozorňuje na to, že vzájemný sociální vztah mezi lékařem a sestrou je zřejmě variací v závislosti na jednotlivých různých okolnostech. (Hughes, 1988)

Svensson uvádí, že mnohem vhodnějším teoretickým rámcem než model chápání vztahu mezi lékařem a sestrou jako „hry“, je pojímat současný vztah mezi lékařem a sestrou jako proces vzájemného vyjednávání dalších perspektiv. Říká, že změny ve zdravotnictví modifikují podmínky, za nichž probíhá vyjednávání mezi lékařem a sestrou. Sestry mají v současné době mnohem větší prostor pro vyjednávání.

(Svensson, 1996)

Wicksová na základě údajů, které získala z rozhovorů se sestrami a lékaři v Austrálii však potvrdila, že gender i nadále ovlivňuje vztahy sestra – lékař. Uvádí: „Gender ovlivňuje, konstruuje, neguje a formuje velkou část toho, co se odehrává a jak se to odehrává na běžném nemocničním oddělení“ (Wicks, 1999).

Vztah mezi lékařem a sestrou však může být ovlivněn celou řadou dalších faktorů. Jedním z nich může být i komplikovanost organizačních struktur v nemocnici, která je zesílena dvěma různými formami subordinace: profesionální a personální. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem, a to jednak lékařům, jak to vyžadují medicínské řády a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Sestry přijímají příkazy lékařů a přes vrchní sestru příkazy vrcholového managementu. Tato vícenásobná podřízenost může vést k narušení vztahů lékař – sestra. (Bártlová, 2005) Rohde hovoří o „chaosu v oprávnění vydávat příkazy“ a o komunikačních liniích, které jsou vysoce komplikované a rozvětvené“ (Rohde, 1974).

Další faktor lze spatřovat v tom, že profesi sester vykonávají převážně ženy. Často po nástupu do práce odcházejí na mateřskou dovolenou. Jindy opouštějí toto povolání i z důvodů rozčarování po nástupu do praxe, což může souviset s narůstajícími nároky na práci sestry a tím větším růstem psychické zátěže. Lékaři proto chápou často z důvodů uvedené vysoké fluktuace, a tím i nedostatku sester na jednotlivých odděleních profesi sestry jako dočasnou, bez hlubších závazků, s nižším vzděláním, a tím i nižším finančním ohodnocením. (Bártlová, 2005)

Jistě je i zajímavý názor několika autorů na profesi ošetřovatelství, který má přímou souvislost s postavením lékařů a sester. Freidson tvrdí, že ošetřovatelství nemůže být nikdy nic jiného než jakási poloprofese (semiprofession), neboť vědomostní základna ošetřovatelství zůstává v kompetenci lékařského modelu. (Freidson, 1988)

Lékaři jsou odpovědní za diagnózu, terapii, přijímání a propouštění svých pacientů ve většině klinických situací, a proto mají velký vliv na ošetřovatelskou praxi. Podle Freidsona, ale i jiných autorů, jako jsou Smith (1993), Dingwal (1986), Rafferty (1996), je ošetřovatelství ve své podstatě podřízenou profesí. Na profesi lékařů lze nahlížet tak, že je i nadále silná. Naproti tomu ošetřovatelství představuje doposud relativně bezmocnou profesi. Profese ošetřovatelství v boji o určitou autonomii naráží na profesi lékařů, která už na jejím poli působí. Tím se dotýká potřeb, zájmů a kompetence lékařů a vzbuzuje protitlak. Bylo by nešťastným řešením, kdyby v hledání postavení sester docházelo mezi nimi a lékaři ke konfrontaci, protože výsledkem konfrontace bývá jeden vítěz a druhý poražený. V případě spolupráce je možný prospěch pro všechny strany.

V dnešní době, kdy profesi lékaře vykonávají i ženy a naopak profese sestry se stala vlastní i mužům, se genderové rozdíly a stereotypy začínají zvolna vytrácet. Nyní už nikoho nepřekvapí žena – lékařka či muž vykonávající profesi sestry. Přestává tedy být důležité pohlaví či společenské zvyklosti dané v určitém zaměstnání, ale nyní je podstatné jak dobře muž či žena svou práci vykonávají.

### **4.3 Konflikt ve vztahu lékaře a sestry**

V posledních letech se často hovoří o problémech ve vztazích mezi sestrami a lékaři. Tyto problémy lze na jedné straně vyjádřit jako specifický odraz strukturálních změn ve společnosti jako celku, ale na druhé straně jako odraz změn v systému zdravotní péče. Ve zdravotnictví vyspělých průmyslových zemí dochází ke změně společenského postavení zdravotních sester a lékařů. Lékaři ztrácejí část svého výsadního postavení a zdravotní sestry zase posílily své postavení v současném systému zdravotní péče.

Bez řádně provedených empirických výzkumů nelze všeobecně hovořit o napětí nebo až konfliktnosti ve vztahu lékař – sestra. Mezi převážnou většinou lékařů a sester jistě existuje co nejlepší spolupráce. Určitou konfliktnost ve vzájemných vztazích lze někdy považovat za uměle vytvářenou, vyvěrající z osobnostní charakteristiky jedinců.

A. H. Rosenstein uvádí v časopise *American Journal of Nursing* výsledky šetření vztahu sestra – lékař, jehož cílem bylo zhodnocení atmosféry a významu vztahů lékař – sestra a určení vlivu nevhodného chování lékařů na spokojenost a udržení pracovního začlenění sester. (Bártlová, 2005)

Výsledky průzkumu stejně jako řada dalších studií, poukazují na problematické chování lékaře jako na rušivou, stresující sílu na pracovišti, z čehož vyvstává otázka: Kolik lékařů si je vědomo, že jejich mnohdy každodenní negativní interakce se sestrami může významným způsobem ovlivnit pracovní spokojenost sester?

Respondenti byli požádáni, aby identifikovali problémy, okolnosti a události, které předcházely nevhodnému chování lékaře. (Bártlová, 2005)

Sestry uvedly, že tento typ chování se nejčastěji vyskytoval:

- po vyřízení lékaři, že ho někdo volá,
- po dotazu nebo žádosti o objasnění ordinací lékaře,
- když se lékaři domnívali, že jejich ordinace nebyly vykonány správně nebo včas,
- po domnělém zdržení v poskytování péče,
- po náhlých změnách stavu pacienta.

Lékaři uvedli jako primární příčinu svého nevhodného chování:

- jejich ordinace nejsou vykonány správně a včas,
- nesprávně načasované volání lékaře (telefonáty lékaři),
- nutnost ptát se nebo neopodstatněně vyžadovat objasnění ordinace,
- obecné selhání komunikace mezi lékaři a ošetřovatelským personálem,
- sestry přivolávaly lékaře bez toho, aby nejprve shromáždily všechny potřebné informace o pacientovi, které mají k dispozici.

Analýza 1200 odpovědí sester, lékařů a vedoucích pracovníků nemocnic naznačuje, že každodenní interakce mezi sestrami a lékaři silně ovlivňují pracovní morálku sester. Všichni respondenti považovali vztah sestra – lékař a atmosféru, kterou vytvářejí, za velmi důležité. Závěry naznačují, že zdravotnická zařízení ve snaze udržet sestry v práci a snížit jejich fluktuaci, se musí zabývat kvalitou vztahu sestra – lékař. (Bártlová, 2005)

#### **4.4 Správná komunikace mezi lékařem a sestrou z pohledu transakční analýzy**

Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástroj, kterým se interakce uskutečňují, je komunikace. Tou rozumíme výměnu informací, pocitů, zkušeností. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Profese sestry a lékaře se bez správné komunikace a kvalitní spolupráce v současné době již neobejde. Hierarchická struktura zdravotnických zařízení dnes staví lékaře na první místo, sestra je však jeho spolupracovnící s vymezenou kompetencí a odpovědností, nikoli jeho služkou. Pokud se máme dopracovat k optimálnímu modelu komunikace, je nezbytné seznámit se s některými psychologickými zákonitostmi. Z mnoha komunikačních teorií a strategií nás zaujala teorie transakční analýzy, která je jak ucelenou teorií osobnosti, tak teorií komunikace a psychoterapeutickým systémem.

Zakladatelem této teorie je Eric Berne. Původně vyšel z psychoanalýzy a zjednodušeně se dá říci, že ve své práci rozvinul teorii, že ta část osobnosti, která je označována jako ego (já) a je odpovědná za kontakt a komunikaci s okolím, může zaujímat tři zásadně rozdílné funkční stavy, ve kterých pokaždé trochu jinak přijímá informace, prožívá, myslí a jedná. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Stav „rodičovský“ (zkráceně rodič) vychází z naší dětské zkušenosti s rodiči a dalšími významnými osobami. Shrnuje v sobě (a v dospělosti uplatňuje) poznatky, jak zajišťovat bezpečí a jistotu, jak odměňovat správné postupy, jak hodnotit a rozlišovat mezi dobrým a špatným a také jak kritizovat a jak trestat. Rodič bez dlouhých analýz vždycky „ví“, co je správně, a co ne, co se smí, a co ne, co se má, co se musí, co se nikdy nesmí. (Honzák, 2001)

Dospělý stav našeho já (zkráceně dospělý) můžeme přirovnat k logickému počítači, který sbírá údaje, vyhodnocuje je, porovnává s minulou zkušeností, kombinuje a dělá logické předpovědi. Dospělý neobsahuje ani neprojevuje mnoho citových prvků, převládá v něm hlavně racionalita, odpovědnost, jeho hlavní pracovní otázka zní: „Jak?“ a je to ta část našeho já, kterou využíváme, když chceme rozumnými cestami dosáhnout cíle, nebo se rozumně a odpovědně rozhodnout či dohodnout.

To, co nám dává životní šťávu, je dítě v nás (tedy dětský ego-stav). Své dítě si můžeme představit jako sami sebe ve věku 5 až 6 let, se všemi pocity a emocemi, od nenasytné zvědavosti (otázka „proč?“) přes hravost a radost, ale i závislost, smutek, lítost, zklamání, úzkost, přirozené sobectví, nezodpovědnost, vztek, agresivitu a další. Dítě je v každém z nás, to se neztratilo, zůstává v nás ukryto i v dospělosti a hlásí se také o své slovo a své uplatnění. Nebo je někdy ke slovu a činům „vyvoláno“.

Dva lidé, kteří se setkají, mohou vzájemně komunikovat několika způsoby. Jediná rozumná dohoda je však možná na úrovni dospělý – dospělý. (Honzák, 2001)

Tak by k sobě také měli přistupovat lékaři a sestry, v duchu úsloví T. G. Masaryka: „Já pán, ty pán“. To pochopitelně neznamená narušení hierarchie rozhodování, odpovědnosti a kompetencí. Pokud se lékař neobrací na dospělý stav sestry a vystupuje vůči ní, jako vševědoucí rodič vůči nezralému, neodpovědnému a méněcennému stvoření, vyvolá velmi často stejně nešťastnou odpověď, vycházející z jejího dítěte. (Honzák, 2001)



Zde je typická ukázka. Lékař (rozhořčeně a neomaleně): „Řekněte mi, jak jste mohla udělat takovou pitomost? Copak nemáte mozek?“ (ro-dí) Sestra (myslí si: „Trhni si protézou, frajere! Trucující dítě) říká: „Já jsem se snažila, ale ono se to...“ (výmluvy dítěte, které se cítí zraněné, zvláště odehrál-li se rozhovor před pacienty. Dítě pak může v koutku plakat, vymýšlet pomstu atd.). Sestra také může sehrát roli „vzbouřeného otroka“ a vybrat si z mnoha jejích podob tu, která jí nejlépe jde (odseknutí, „hysterák“, trucování aj.), ale i tak zůstává zakleslá v pozici vzdorného dítěte, ze které se věci definitivně řešit nedají. (Honzák, 2001)

Jedinou správnou odpovědí na snahu kohokoli dominovat tím způsobem, že spouští rodičovskou hrůzu a zatlačuje sestru do nezralé dětské pozice, je asertivní přístup, který vychází ze stavu dospělého. V předcházející situaci by sestra měla říci: „Ano, udělal jsem chybu a omlouvám se. To vás však neopravňuje k tomu, abyste se ke mně choval tímto způsobem.“ Je dobré umět analyzovat stavy svého JÁ a naučit se především vracet se do stavu dospělého, kdykoli je nutné řešit napjatou nebo konfliktní situaci.

Výhody správné komunikace mezi lékařem a sestrou jsou zřejmé: méně stresu na pracovišti, méně pochybení sestry i lékaře při ošetřování nemocného, příznivé pracovní klima na pracovišti přenášející se i na pacienty.

Přesto se v některých nemocnicích a v dalších zdravotnických zařízeních nezdá, že vede mocenská válka, která žádné z bojujících stran neprospívá a pacientům vysloveně škodí. V takové válce se totiž nedá zvítězit, tam všichni mohou pouze prohrát.

Na druhé straně již existuje mnoho zdravotnických provozů, ve kterých sestry a lékaři úspěšně spolupracují. V čem je tajemství úspěchu? Jednak v postojích představitelů a představitelů obou skupin, jednak ve způsobu komunikace, který tyto postoje jak odráží, tak vytváří.

Jak se pozná zdravotnické zařízení, v němž mezi sestrami a lékaři panují dobré vztahy? Především tak, že sestry mohou pociťovat oprávněnou hrdost na to, že pracují právě s tak dobrými lékaři, a ti pociťují oprávněnou hrdost na své sestry a umějí jim své uznání vyjádřit. (Honzák, 2001)

#### 4.5 Strategie zlepšení vztahů mezi sestrami a lékaři

Vztahy mezi sestrami a lékaři nikdy nebyly přímočaré. Rozdíly v moci, perspektivě, vzdělání, platu, postavení, třídě a - snad především – v pohlaví, vedly ke „kmenovému“ válčení právě tak často, jako mírovému soužití. Připravenost sester být přehlíženy a nechuť lékařů být podrobováni kritice vytváří skryté napětí. To může být maskováno v praxi naléhavou potřebou, aby práce byla udělána. (Válo, 2003)

Dalo by se předpokládat, že dvě skupiny lidí, podílející se zjevně na stejném cíli pečovat o pacienty, spolu budou dobře vycházet. Tento předpoklad však není tak samozřejmý, jak by se mohlo zdát. Jedním z důvodů konfliktů mezi sestrou a lékařem je fakt, že dnešní sestra je zcela odlišná od své předchůdkyně z let minulých.

Sestry, asertivní, vzdělané a kompetentní více než kdy předtím, nesou nelibě to, co pocítují jako pokračující pokořování profesí držící všechny karty. Také lékaři, spletení a nezvyklí na to, být podrobováni kritice, jsou sami rozmrzelí zjevným podceňováním své kompetentnosti znalostí a odborností ze strany sester, veřejnosti a politiků. Každý je zmaten. (Válo, 2003)

Možná náprava by mohla spočívat v tom, že zastaralé lékařsko-sesterské stereotypy budou přehodnoceny, případně zrušeny, neboť v dnešní době jsou již zcela neaktuální.

Po desetiletí byla tato povolání chápána jako typická prvopočáteční rodina s lékařem - otcem, ošetřovatelkou – matkou a pacientem dítětem. Ale naše víra v naprostou moudrost a ochranu otce je ztracena, naše přání naprosté útěchy a ochrany od matky nedosažitelné a pacient vyrostl. Nové trojité partnerství by mělo nahradit tuto mizející rodinu. (Válo, 2003) A s touto změnou by už definitivně měla přijít také změna vztahu mezi lékařem a sestrou, neboť tyto dvě profese by už nadále měli vystupovat jako rovnocenní partneři a odborníci ve svých oborech (sestra – ošetřovatelství, lékař – medicína).

Mohli bychom si nastínit i jiné možnosti zlepšování vztahu mezi sestrami a lékaři. Tyto možnosti zlepšování vztahu vycházejí přímo od lékařů a sester, tudíž by měly být vysoce účinné a měly by být kladně přijaty.

Následující zajímavá strategie „léčby“ vztahu mezi lékaři a sestrami je:

- Vytvářet více příležitostí pro spolupráci a komunikaci prostřednictvím otevřeného fora, skupinových diskusí a společných seminářů.
- Zvýšit dostupnost školicích a vzdělávacích programů pro sestry a lékaře, které se zaměřují na zlepšení týmové práce a pracovních vztahů.
- Zlepšit postupy v organizaci činností tím, že se bude od řídicích pracovníků vyžadovat aktivnější přístup při předcházení potenciálních konfrontací souvisejících s personálním obsazením, rozvrhem a vybavením.
- Vytvořit pracovní politiku, při níž se nebude tolerovat nevhodné chování a každý takový případ se bude na odpovídající úrovni řešit, přičemž sestry a lékaři budou následně více osobně odpovědní za své činy.
- Seznamovat sestry a lékaře se zásadami vycházejícími z kodexu etického chování a směrnicemi týkajícími se oznamování těchto incidentů. Uplatňovat tyto zásady důsledně a pohotově, přičemž všem zúčastněným bude poskytnuta zpětná vazba.

(Bártlová, 2002)

Na této strategii nyní vidíme, že možnosti zlepšování vztahů mezi sestrami a lékaři existují. Nyní záleží pouze na sestrách a lékařích, zda budou mít zájem se touto problematikou zabývat a vzájemné vztahy mezi sebou následně zlepšovat.

Dle mého názoru by to bylo více jak vhodné, neboť člověk v pracovním procesu stráví značnou část života a kvalitní vztahy mezi kolegy ho zároveň motivují k další produktivní činnosti, která má následně pozitivní dopad na pacienta. A o pacienta nám jde především...

### **III. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 5 Metodika výzkumu

### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak současní lékaři vnímají zdravotní sestru a jaký postoj k ní v současnosti zaujímají.

- Cílem je:
- Zjistit, zda lékaři považují sestru za rovnocenného člena zdravotnického týmu.
  - Zjistit, zda lékaři uznávají sestru jako předního odborníka v oboru ošetrovatelství.
  - Zjistit, jaký je názor lékařů na další vzdělávání sester po ukončení SZŠ.
  - Zjistit, zda je pro lékaře kvalitní vztah se sestrou důležitý, jak řeší případné konflikty a naopak, zda dovedou sestru za dobře vykonanou práci ocenit.
  - Zjistit, jaká je současná kvalita vztahu mezi lékaři a sestrami na pracovištích.
  - Zjistit, jaký je názor lékařů na tykání (lékař/sestra) na pracovišti.

### 5.2 Hypotézy výzkumu

Na základě stanovených cílů jsem zformulovala 5 hypotéz, při nichž jsem vycházela z předpokladu, že:

Hypotéza H1: Lékaři vnímají sestru jako rovnocenného člena zdravotnického týmu.

Hypotéza H2: Lékaři považují sestru za odborníka v oboru ošetrovatelství.

Hypotéza H3: Lékaři mají kladný názor na další vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy

Hypotéza H4: Názor na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti souvisí s věkem lékařů.

Hypotéza H5: Pro lékaře je kvalitní pracovní vztah se sestrou důležitý.

## **5.3 Použité metody**

### **a) Metoda dotazníku**

K získání informací pro splnění cílů diplomové práce jsem zvolila metodu dotazníku. Použila jsem dotazník vlastní konstrukce.

Dotazník (viz příloha č. 1) byl určen pro lékaře, kteří vystudovali lékařskou fakultu v oboru všeobecné lékařství. Dotazník byl rozdán lékařům pracujícím v ambulantním provozu, lékařům pracujícím na standardních odděleních nemocnic a lékařům na odděleních JIP, ARO a na záchranné službě. Dotazník byl určen pro lékaře pracující v Praze i pro lékaře mimopražské. Obsahoval 22 položek. Použita byla uzavřená výběrová forma otázek, dále otázky otevřené a polozavřené. Vyplnění dotazníku bylo anonymní.

K ověření hypotézy H1 se vztahují otázky č. 11, 12, 21

hypotézy H2 se vztahují otázky č. 12, 13

hypotézy H3 se vztahují otázky č. 18, 19

hypotézy H4 se vztahují otázky č. 16, 17

hypotézy H5 se vztahují otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 20, 22

### **b) Metoda rozhovoru s lékaři (doplňující rozhovor)**

Tato metoda byla použita v případě, kdy jsem byla přítomna vyplňování dotazníku lékařem. Převážně tomu tak bylo u lékařů, kteří pracovali v ambulantním provozu. Mnozí lékaři mě sami vyzvali, abych byla přítomna u vyplňování dotazníku. Někteří lékaři měli doplňující otázky k dotazníku, ale většinou jsem s lékaři komunikovala o vztazích mezi lékaři a sestrami a o jejich vlastních zkušenostech se sestrami.

### **c) Statistické metody**

Výsledky dotazníku jsem uspořádala a statisticky zpracovala. U většiny položek v dotazníku jsem stanovila absolutní četnost, relativní četnost a relativní četnost v procentech. U některých položek jsem také vyjádřila aritmetický průměr. Pro znázornění výsledků jsem použila zobrazení v tabulkách a v grafech.

## 5.4 Organizace výzkumu

Dotazníkový průzkum byl prováděn ve dvou etapách.

### Předvýzkum

Předvýzkum byl prováděn ve VFN v Praze. Tento výzkum probíhal v únoru roku 2006. Výzkum jsem provedla u 5 – ti lékařů pracujících na standardním oddělení. Při ověřování dotazníku mne zajímala srozumitelnost otázek, zda jsou stylisticky a gramaticky správné. Dále mne zajímalo, zda v dotazníku lékaři nepostrádají nějaké další otázky, které se k tomuto tématu vztahují. Po diskuzích s lékaři jsem došla k závěru, že dotazník není třeba výrazně měnit.

### Vlastní výzkum

Vlastní výzkum probíhal v měsíci únoru – březnu. Dotazníky byly určeny pro lékaře pracující v Praze i pro lékaře mimopražské. Dotazníků bylo rozdáno celkem 100. Úplně a správně vyplněných dotazníků, vhodných pro statistické zpracování, se vrátilo 82. návratnost 82 % lze považovat za úspěšnou. Z 82 vyplněných dotazníků bylo 35 (42,7 %) od lékařů z pražských nemocnic a 47 (57,3 %) dotazníků bylo od lékařů mimopražských. Z pražských nemocnic bylo ve VFN vyplněno 20 (24,4 %) dotazníků, v FNM bylo vyplněno 10 (12,2 %) dotazníků a 5 (6,1 %) dotazníků bylo vyplněno v IKEM. Z dotazníků, vyplněných mimo Prahu, jsem získala 18 (22,0 %) dotazníků z Mostu, 23 (28,0 %) z Loun a 6 (7,3 %) z Postoloprta.

Dotazník byl určen pro lékaře, kteří vystudovali obor všeobecné lékařství. Dotazník byl rozdán lékařům pracujícím v ambulantním provozu, dále lékařům pracujícím na standardních odděleních nemocnic a v neposlední řadě lékařům působícím na odděleních akutní péče (ARO, JIP). Určitý počet dotazníků byl také vyplněn lékaři, kteří pracují v oblasti zdravotnické záchranné služby. Záměrně nebyl dotazník rozdán lékařům-stomatologům, neboť na těchto pracovištích je spolupráce mezi lékaři a sestrami velmi specifická a náplň práce sester je odlišná od nemocničních oddělení.

Výzkum jsem prováděla s pomocí staničních či vrchních sester jednotlivých oddělení, které mi pomohly s realizací mého výzkumu, doporučily mi čas i lékaře k vyplňování dotazníku. U lékařů pracujících v ambulantním provozu mi velmi pomohly sestry, které v dané ambulanci pracovaly.

Všichni lékaři byli upozorněni, že dotazník je anonymní a že získané údaje budou použity pro statistické zpracování v rámci mé diplomové práce.



## 6 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

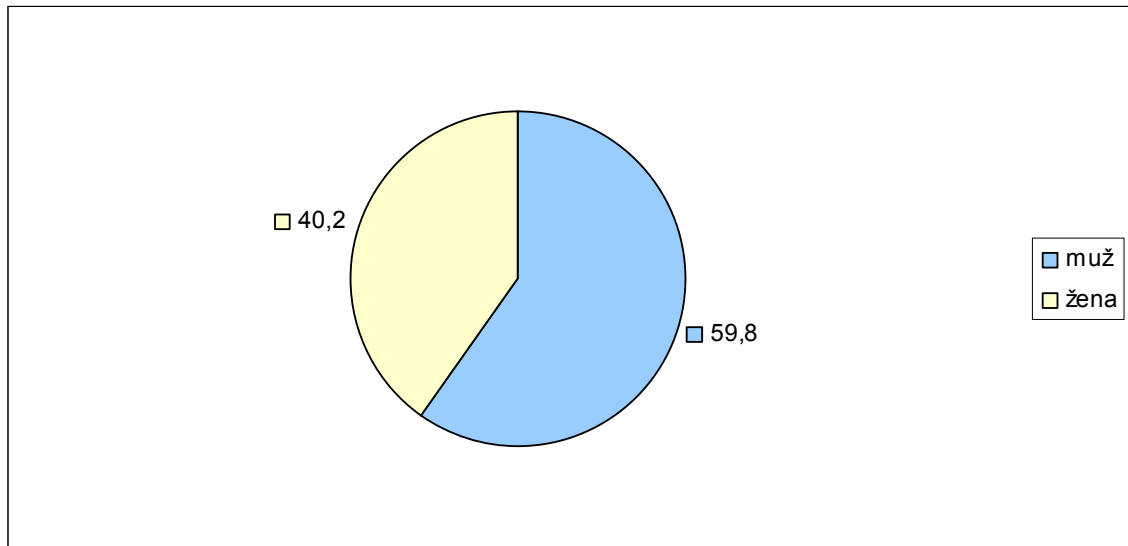
### 6.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Informace o lékařích jsem zjišťovala v dotazníku vlastní konstrukce položkami č. 1, 2, 3, 4

Tabulka č. 1: Pohlaví lékařů

pohlaví	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
muž	49	0,598	59,8
žena	33	0,402	40,2
CELKEM	82	1	100

Graf č. 1: Pohlaví lékařů (v procentech)



Z tabulky č. 1 a grafu č. 1 vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 49 (59,8 %) mužů a 33 (40,2 %) žen.

K této otázce jsem zcela záměrně provedla doplňující šetření, které mělo zjistit, zda mnou vybraný vzorek lékařů (dle pohlaví) odpovídá skutečné realitě v nemocnicích.

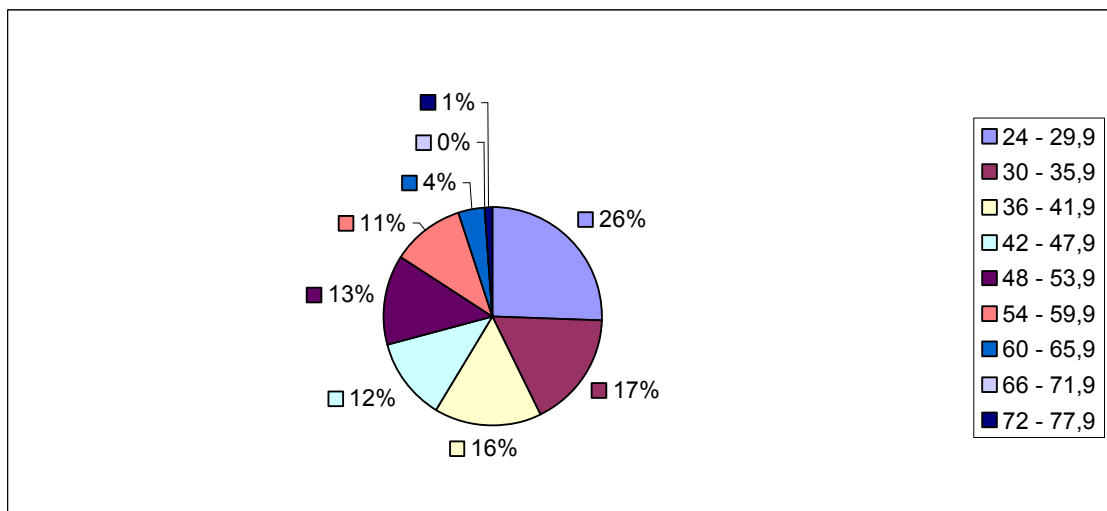
Zcela náhodně jsem vybrala tři nemocnice. Byla to Ústřední vojenská nemocnice v Praze, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Fakultní nemocnice Motol. Byly zjištěny následující údaje. Ve VFN pracuje nyní 1049 lékařů, počet mužů je 538 (51,3 %) a žen je 511 (48,7 %). V ÚVN pracuje celkem 339 lékařů, mužů je 208 (61,4 %) a žen je 131 (36,8 %). Ve Fakultní nemocnici v Motole je zaměstnáno celkem 1078 lékařů, mužů-lékařů zde pracuje 566 (52,5 %) a žen-lékařek je zde 512 (47,5 %).

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že vzorek mých respondentů (lékařů) je v zastoupení mužů a žen přibližně srovnatelný se skutečným stavem v náhodně vybraných nemocnicích.

Tabulka č. 2 : Věk lékařů

věk lékařů (roky)	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
24 - 29,9	21	0,256	25,6
30 - 35,9	14	0,171	17,1
36 - 41,9	13	0,159	15,9
42 - 47,9	10	0,122	12,2
48 - 53,9	11	0,134	13,4
54 - 59,9	9	0,11	11
60 - 65,9	3	0,036	3,6
66 - 71,9	0	0	0
72 - 77,9	1	0,012	1,2
CELKEM	82	1	100

Graf č. 2: Věk lékařů



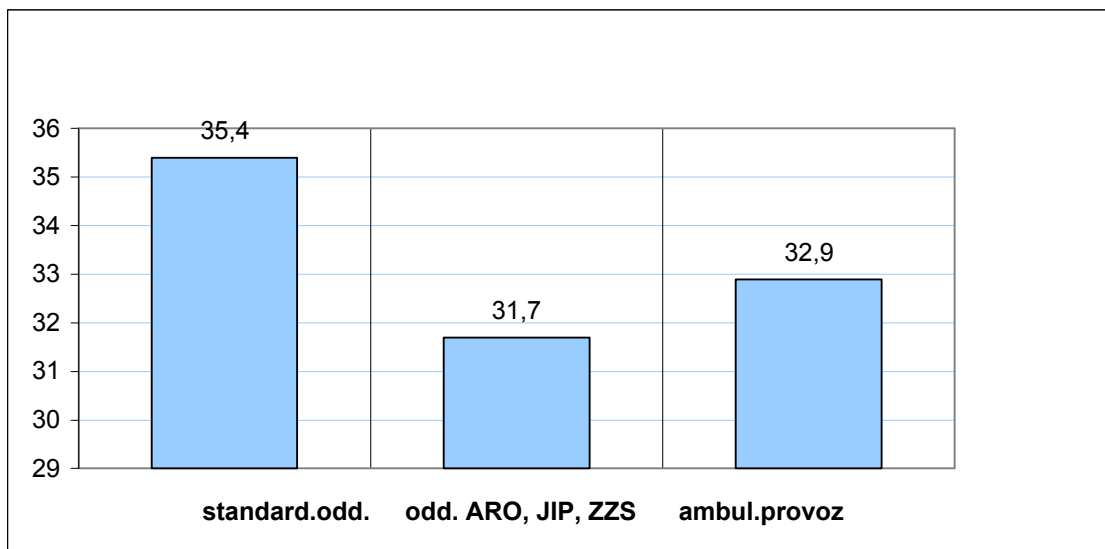
Z tabulky č. 2 a z grafu č. 2 vyplývá, že nejvyšší počet lékařů 21 (25,6 %) je ve věkovém rozpětí 24 – 29,9 let, 14 (17,1 %) lékařů v rozpětí 30 – 35,9 let, 13 (15,9 %) lékařů v rozpětí 36 – 41,9 let, 11 (13,4 %) lékařů v rozpětí 48 – 53,9 let, 10 (12,2 %) lékařů v rozpětí 42 – 47,9 let. Dále je 9 (11,0 %) lékařů zastoupeno ve věkovém rozpětí 54 – 59,9 let, 3 (3,6 %) lékaři v rozpětí 60 – 65,9 let, 1 (1,2 %) lékař v rozpětí 72 – 77,9 let a žádný lékař (0 %) není zastoupen ve věkové kategorii 66 – 71,9 let.

Věk lékařů se pohyboval v rozmezí 25 let – 72 let. Průměrný věk lékařů je 40,3 let.

Tabulka č. 3: Pracoviště lékařů

pracoviště	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
standard.odd.	29	0,354	35,4
odd. ARO, JIP, ZZS	26	0,317	31,7
ambul.provoz	27	0,329	32,9
CELKEM	82	1	100

Graf č. 3: Pracoviště lékařů

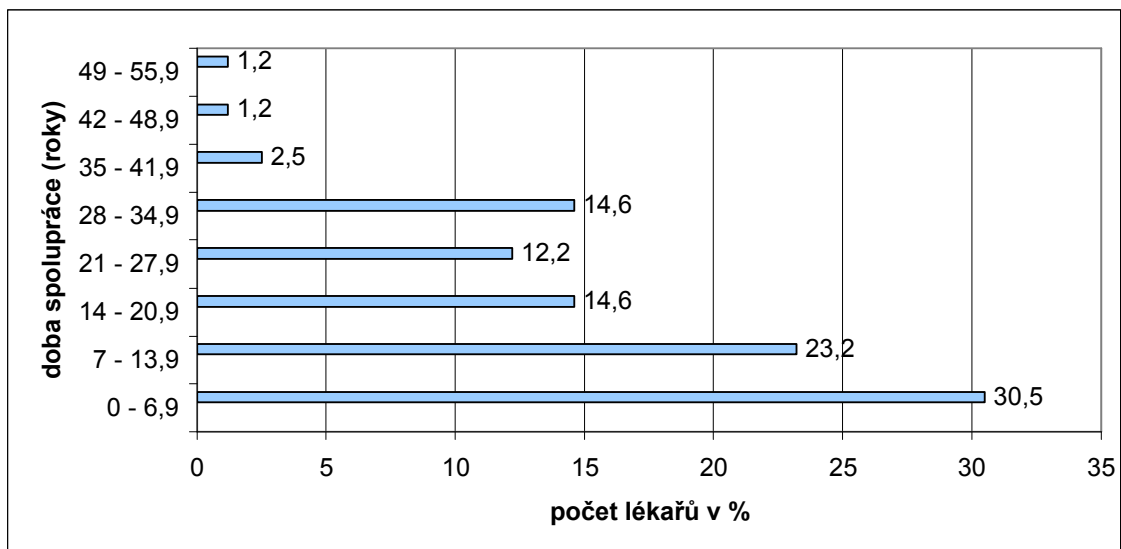


Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 je zřejmé, že nejvíce lékařů, celkem 29 (35,4 %), pracovalo na standardním oddělení. Dále 27 (32,9 %) lékařů pracovalo v ambulancím provozu a nejméně 26 (31,7 %) lékařů působilo na odděleních ARO, JIP a na zdravotnické záchranné službě.

Tabulka č. 4: Doba spolupráce lékařů se zdravotními sestrami

dobu spolupráce (roky)	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
0 - 6,9	25	0,305	30,5
7 - 13,9	19	0,232	23,2
14 - 20,9	12	0,146	14,6
21 - 27,9	10	0,122	12,2
28 - 34,9	12	0,146	14,6
35 - 41,9	2	0,025	2,5
42 - 48,9	1	0,012	1,2
49 - 55,9	1	0,012	1,2
CELKEM	82	1	100

Graf č. 4: Doba spolupráce lékařů se zdravotními sestrami



Průměrná doba spolupráce lékařů se sestrami činí 15,6 let.

Z tabulky č. 4 a grafu č. 4 vyplývá, že nejvíce lékařů, celkem 25 (30,5 %) pracovalo se sestrami po dobu 0 – 6,9 let, 19 (23,2 %) lékařů pracovalo se sestrami po dobu 7 – 13,9 let, 12 (14,6 %) lékařů spolupracovalo se sestrami 14 – 20,9 let, stejný počet lékařů (12) byl v období 28 – 34,9 let, 10 (12,2 %) lékařů pracovalo se sestrami po dobu 21 – 27,9 let. Pouze 2 (2,4 %) lékaři pracovali se sestrami po dobu 35 – 41,9 let. Shodný počet lékařů – 1 (1,2 %) pracoval se sestrami po dobu 42 – 48,9 let a po dobu 49 – 55,9 let.

## 6.2 Ověřování stanovených hypotéz

### Hypotéza H1: Lékaři vnímají sestru jako rovnocenného člena zdravotnického týmu

K hypotéze H1 se vztahují z dotazníku vlastní konstrukce položky č. 11, 12, 21

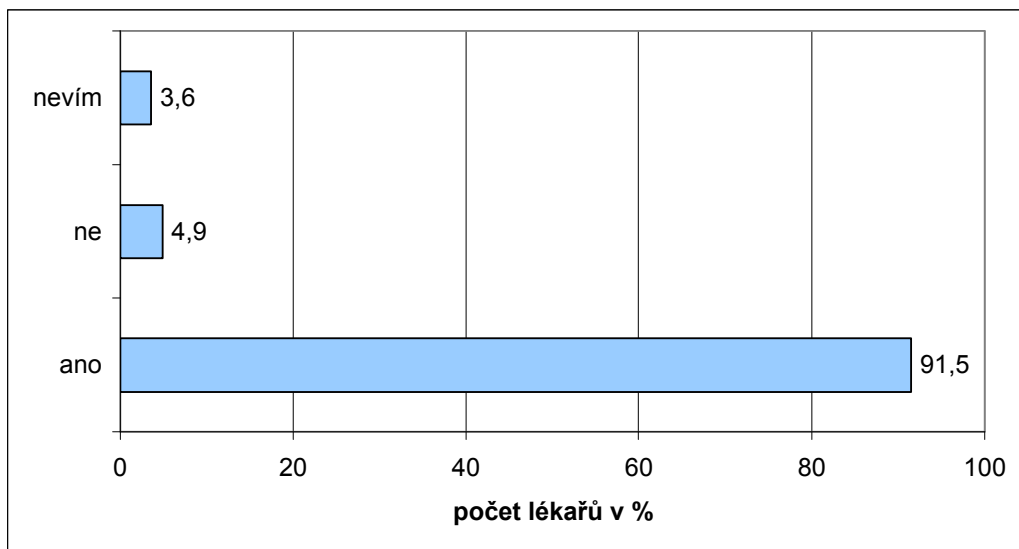
Tabulka č. 5: Názor lékařů na sestru jako rovnocenného partnera při ošetřování nemocných (vyjádřeno dle pohlaví lékařů)

sestra jako rovnocenný partner lékaře				
odpověď	lékaři		lékařky	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
ano	44	89,8	31	94
ne	3	6,1	1	3
nevím	2	4,1	1	3
CELKEM	49	100	33	100

Tabulka č. 6: Názor lékařů na sestru jako rovnocenného partnera

odpověď lékařů					
ano		ne		nevím	
$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
75	91,5	4	4,9	3	3,6

Graf č. 5: Názor lékařů na sestru jako rovnocenného partnera při ošetřování nemocných

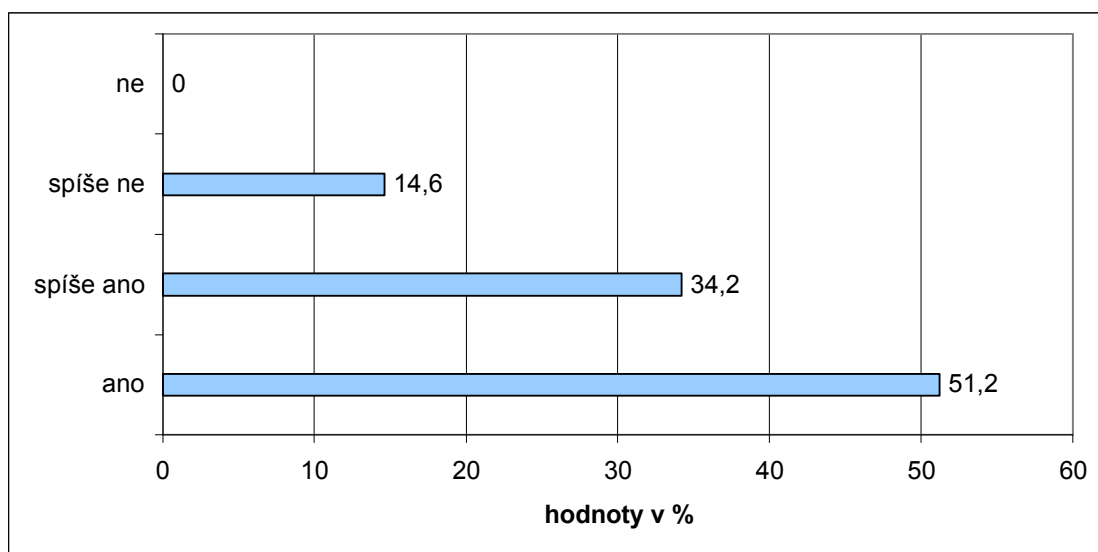


Z tabulky č. 5 a č.6 a grafu č. 5 vyplývá, že sestra je rovnocenným partnerem při ošetřování nemocných pro 75 (91,5 %) lékařů, z tohoto počtu je mužů 44 (58,7 %) a žen je 31 (41,3 %). Sestra není rovnocenným partnerem pro 4 (4,9 %) lékaře, z toho muži jsou 3 a žena je 1. Odpověď nevím zvolili celkem 3 (3,6 %) lékaři, z toho 2 muži a 1 žena. Dále jsem zjišťovala, zda je rozdíl v názorech na tuto problematiku u žen-lékařek a mužů-lékařů. Z výsledků vyplynulo, že sestru jako rovnocenného partnera při ošetřování nemocných uznává 31 (94 %) lékařek a 44 (89,8 %) lékařů. Není zde tedy významný rozdíl v názorech na tuto problematiku.

Tabulka č. 7: Využití rad (návrhů) sester lékařem k řešení problému nemocného

využití rad sester	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	42	0,512	51,2
spíše ano	28	0,342	34,2
spíše ne	12	0,146	14,6
ne	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 6: Využití rad (návrhů) sester lékařem k řešení problému nemocného



Z tabulky č. 7 a grafu č. 6 vyplývá, že 42 (51,2 %) lékařů využívá rad (návrhů) sester k řešení obtíží nemocného. Odpověď - spíše ano – zvolilo v dotazníku 28 (34,2 %) lékařů, rady spíše nevyužívá 12 (14,6 %) lékařů a zcela zápornou odpověď ne zvolil žádný z lékařů.

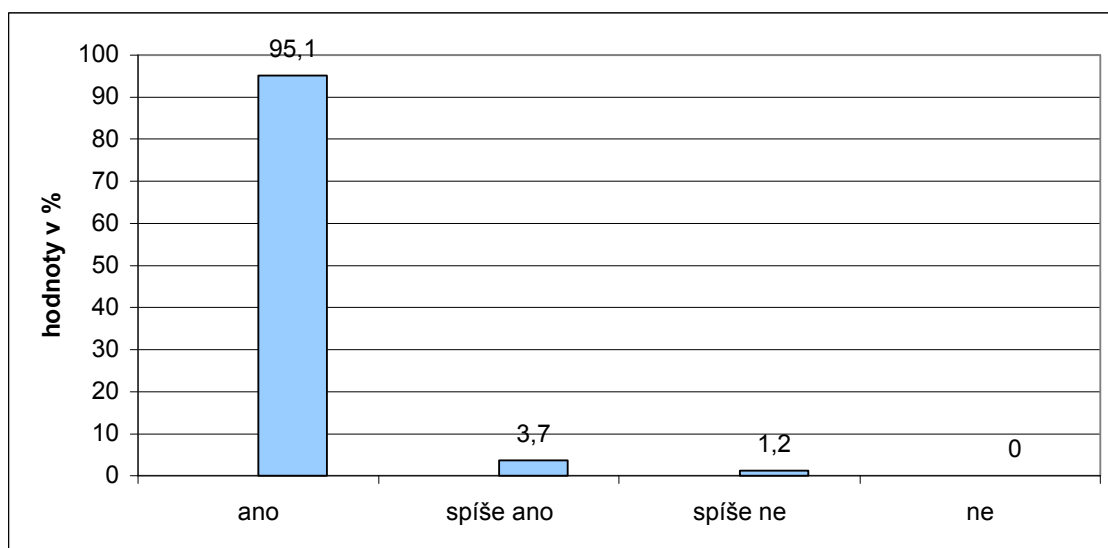
Z dalších výpočtů vyplývá, že 70 (85,4 %) lékařů spolupracuje se sestrami při tvoření např. léčebného a ošetrovatelského plánu. Naopak 12 (14,6 %) lékařů spíše nevyužívá návrhů sester k řešení obtíží nemocného.

Tabulka č. 8: Uznání fyzicky a psychicky náročné práce sestry lékařem

uznání práce sester	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	78	0,951	95,1
spíše ano	3	0,037	3,7
spíše ne	1	0,012	1,2
ne	0	0	0
CELKEM	82	1	100



Graf č. 7: Uznání fyzicky a psychicky náročné práce sester lékařem



Z tabulky č. 8 a grafu č. 7 je zřejmé, že fyzicky a psychicky náročnou práci sester zcela uznává 78 (95,1 %) lékařů, spíše tuto náročnou práci uznávají 3 (3,7 %) lékaři. Alternativu - spíše ne – zvolil 1 (1,2 %) lékař a zcela záporná odpověď nebyla vyjádřena v žádném z dotazníků.

## Hypotéza H2: Lékaři považují sestru za odborníka v oboru ošetrovatelství

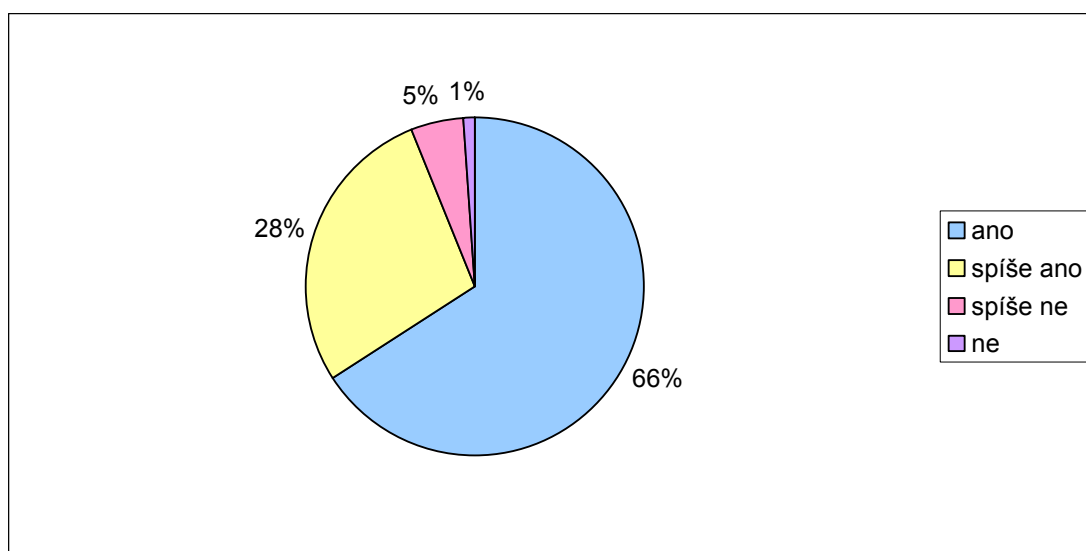
K hypotéze H2 se vztahují z dotazníku vlastní konstrukce položky č. 12, 13

Otázka č. 12 byla rozpracována v hypotéze H1.

Tabulka č. 9: Názor lékařů na sestru jako předního odborníka v oboru ošetrovatelství

sestra jako přední odborník v oboru ošetrovatelství			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	54	0,659	65,9
spíše ano	23	0,28	28
spíše ne	4	0,049	4,9
ne	1	0,012	1,2
CELKEM	82	1	100

Graf č. 8: Názor lékařů na sestru jako předního odborníka v oboru ošetrovatelství



Z tabulky č. 9 a grafu č. 8 vyplývá, že sestru jako předního odborníka v ošetrovatelství zcela uznává 54 (65,9 %) lékařů. Odpověď -spíše ano- zvolilo celkem 23 (28 %) lékařů.

Celkem 4 (4,9 %) lékaři se vyjádřili tak, že sestru spíše nepovažují za odborníka v oboru ošetrovatelství. Pouze 1 (1,2 %) lékař zvolil zápornou odpověď v otázce, zda pro něj sestra znamená odborníka v ošetrovatelství. Provedla jsem další výpočet a je tedy zřejmé, že celkem 77 (93,9 %) lékařů uznává zdravotní sestru jako odborníka v ošetrovatelství. Pouze 5 (6,1 %) lékařů se domnívá, že sestra není odborníkem v oboru ošetrovatelství.

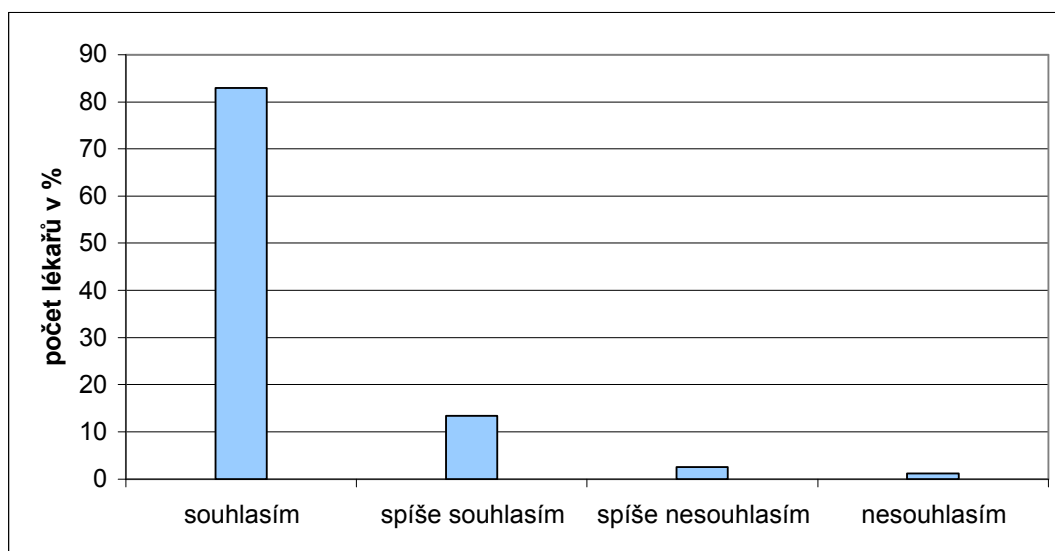
### Hypotéza H3: Lékaři mají kladný názor na další vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy

K hypotéze H3 se vztahují z dotazníku vlastní konstrukce položky č. 18, 19

Tabulka č. 10: Postoj lékařů k dalšímu vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy

postoj lékařů k dalšímu vzdělávání sester po ukončení SZŠ			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
souhlasím	68	0,829	82,9
spíše souhlasím	11	0,134	13,4
spíše nesouhlasím	2	0,025	2,5
nesouhlasím	1	0,012	1,2
CELKEM	82	1	100

Graf č. 9: Postoj lékařů k dalšímu vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy

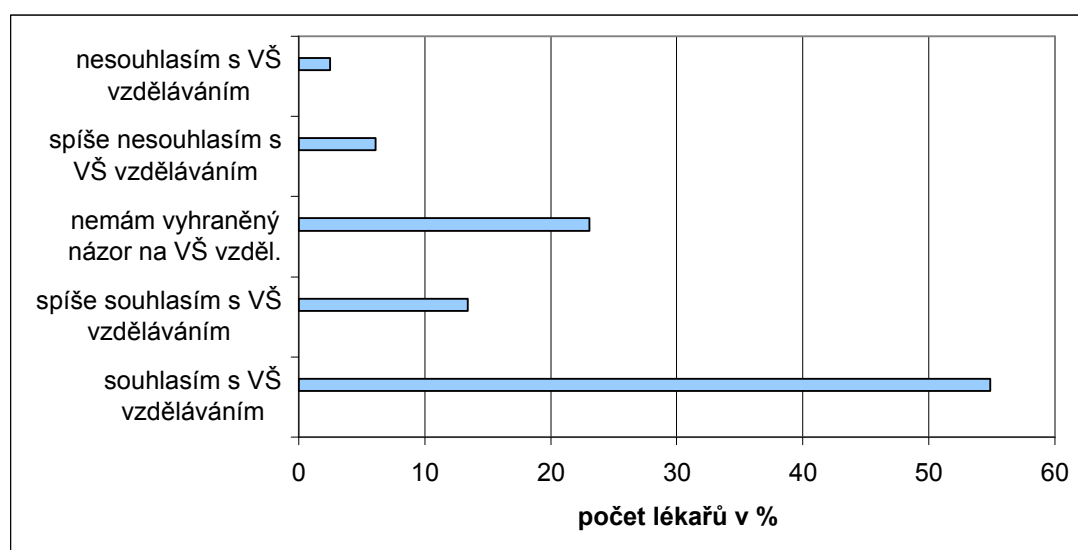


Z tabulky č. 10 a grafu č. 9 je zřejmé, že 68 (82,9 %) lékařů zcela souhlasí s dalším vzděláváním sester po ukončení SZŠ. Odpověď - spíše souhlasím – vyjádřilo v dotaznících celkem 11 (13,4 %) lékařů. Zápornou odpověď, vyjádřenou jako - spíše nesouhlasím – , si zvolili 2 (2,5 %) lékaři. Zcela záporně se k otázce dalšího vzdělávání sester vyjádřil pouze 1 (1,2 %) lékař. Je tedy zřejmé, že kladnou odpověď zvolilo celkem 79 (96,3 %) lékařů a naopak zápornou odpověď zvolili celkem 3 (3,7 %) lékaři.

Tabulka č. 11: Postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání sester

postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání sester			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
souhlasím s VŠ vzděláváním	45	0,549	54,9
spíše souhlasím s VŠ vzděláváním	11	0,134	13,4
nemám vyhraněný názor na VŠ vzdělávání	19	0,231	23,1
spíše nesouhlasím s VŠ vzděláváním	5	0,061	6,1
nesouhlasím s VŠ vzděláváním	2	0,025	2,5
CELKEM	82	1	100

Graf č. 10: Postoj lékařů k vysokoškolskému vzdělávání sester



Z tabulky č. 11 a grafu č. 10 vyplývá, že s vysokoškolským vzděláním sester zcela souhlasí 45 (54,9 %) lékařů. S VŠ vzděláním sester spíše souhlasí 11 (13,4 %) lékařů. Spíše nesouhlasí s VŠ vzděláním sester 5 (6,1 %) lékařů a zcela nesouhlasí s VŠ vzděláním sester 2 (2,5 %) lékaři. Celkem 19 (23,1 %) lékařů nemá vyhraněný názor na vysokoškolské vzdělávání sester. Z tabulky je patrné, že 56 (68,3 %) lékařů má kladný postoj k vysokoškolskému vzdělávání sester a naopak 7 (8,5 %) lékařů má postoj spíše záporný.

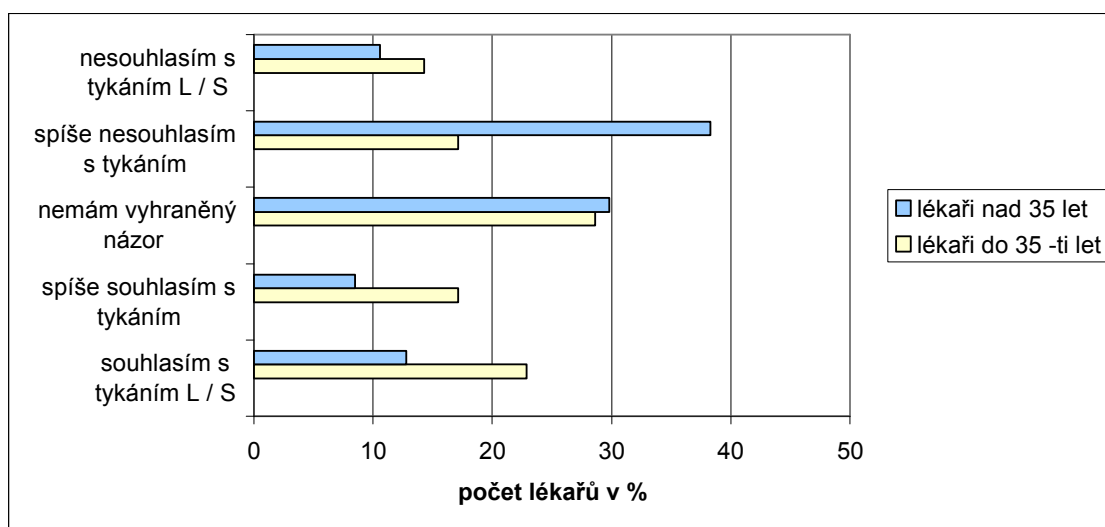
**Hypotéza H4: Názor na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti souvisí s věkem lékařů**

K hypotéze H4 se vztahují z dotazníku vlastní konstrukce položky č. 16, 17

Tabulka č. 12: Názor lékařů na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti

názor na tykání mezi lékařem a sestrou				
odpověď	lékaři do 35 let		lékaři nad 35 let	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> [%]
souhlasím s tykáním L / S	8	22,9	6	12,8
spíše souhlasím s tykáním L / S	6	17,1	4	8,5
nemám vyhraněný názor na tykání L / S	10	28,6	14	29,8
spíše nesouhlasím s tykáním L / S	6	17,1	18	38,3
nesouhlasím s tykáním L / S	5	14,3	5	10,6
CELKEM	35	100	47	100

Graf č. 11: Názor lékařů na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti



Z tabulky č. 12 a grafu č. 11 vyplývá, že u lékařů do 35–ti let zcela souhlasí s tykáním lékaře a sestry 8 (22,9 %) lékařů, spíše souhlasí s tykáním 6 (17,1 %) lékařů. S tykáním lékaře a sestry spíše nesouhlasí 6 (17,1 %) lékařů a zcela nesouhlasí 5 (14,3 %) lékařů. Celkem 10 (28,6 %) lékařů nemělo vyhraněný názor na tuto problematiku.

U lékařů nad 35 let zcela souhlasilo s tykáním 6 (12,8 %) lékařů, spíše souhlasili 4 (8,5 %) lékaři. S tykáním spíše nesouhlasilo 18 (38,3 %) lékařů a zcela proti tykání bylo celkem 5 (10,6 %) lékařů. Celkem 14 (29,8 %) lékařů nemělo na tykání mezi lékařem a sestrou vyhraněný názor.

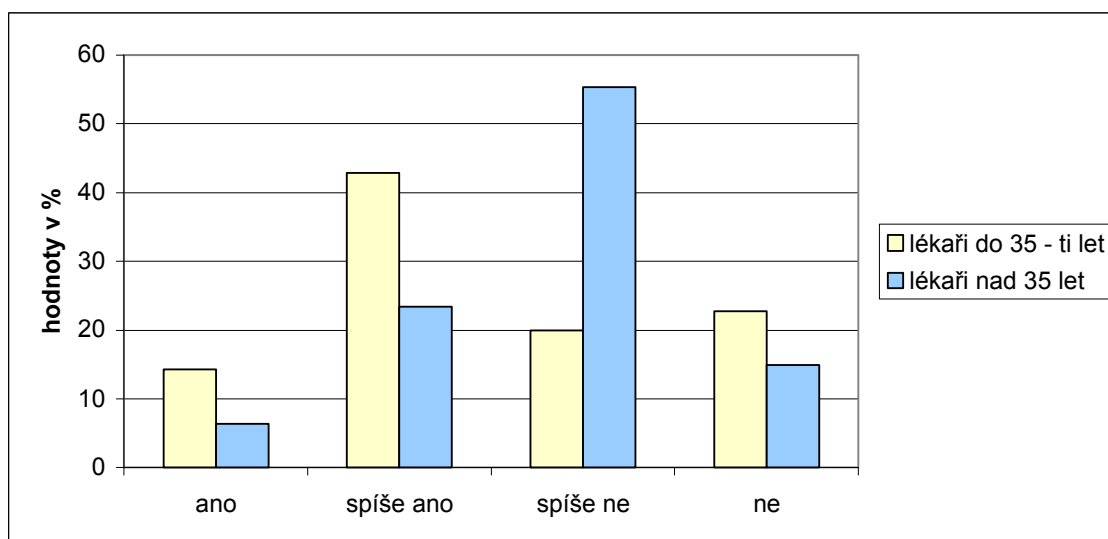
Dalšími výpočty jsem zjistila, že u lékařů do 35–ti let má pozitivní postoj k tykání celkem 14 (40 %) lékařů. Spíše negativní postoj k tykání má celkem 11 (31,4 %) lékařů do 35 – ti let. U lékařů nad 35 let má spíše pozitivní postoj k tykání celkem 10 (21,3 %) lékařů a spíše negativní postoj zaujímá 23 (48,9 %) lékařů.

Tabulka č. 13: Názor lékařů na tykání jako prostředek zlepšující vztahy mezi lékařem a sestrou

tykání jako prostředek zlepšující vztahy na pracovišti				
odpověď	lékaři do 35 let		lékaři nad 35 let	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
ano	5	14,3	3	6,4
spíše ano	15	42,9	11	23,4
spíše ne	7	20	26	55,3
ne	8	22,8	7	14,9
CELKEM	35	100	47	100



Graf č. 12: Názor lékařů na tykání jako prostředek zlepšující vztahy na pracovišti



Z tabulky č. 13 a grafu č. 12 je zřejmé, že ve skupině lékařů do 35–ti let tykání jako prostředek zlepšující vztah mezi lékařem a sestrou zcela kladně vnímá 5 (14,3 %) lékařů. Kladnou odpověď, vyjádřenou jako spíše ano, zvolilo 15 (42,9 %) lékařů. Spíše záporně se k tomuto názoru stavělo 7 (20 %) lékařů a zcela záporný postoj mělo 8 (22,8 %) lékařů

U lékařů ve skupině nad 35 let měli zcela kladný názor na tykání jako prostředek zlepšující vztahy na pracovišti 3 (6,4 %) lékaři, spíše kladný postoj mělo celkem 11 (23,4 %) lékařů. Zcela negativní postoj k této otázce zaujalo 7 (14,9 %) lékařů a spíše negativní postoj zaujalo celkem 26 (55,3 %) lékařů.

Dalšími výpočty jsem zjistila, že ve skupině lékařů do 35–ti let celkem 20 (57,2 %) lékařů zastává názor, že tykání mezi lékařem a sestrou může pozitivně ovlivňovat jejich pracovní vztah. Negativní postoj zaujímá k této otázce celkem 15 (42,8 %) lékařů. Ve skupině lékařů nad 35 let si pouze 14 (29,8 %) lékařů myslí, že tykání mezi lékařem a sestrou může sloužit jako prostředek zlepšující vztahy na pracovišti. Negativní názor na tykání jako prostředek, který může zlepšovat vztahy mezi lékaři a sestrami, zaujímá celkem 33 (70,2 %) lékařů.

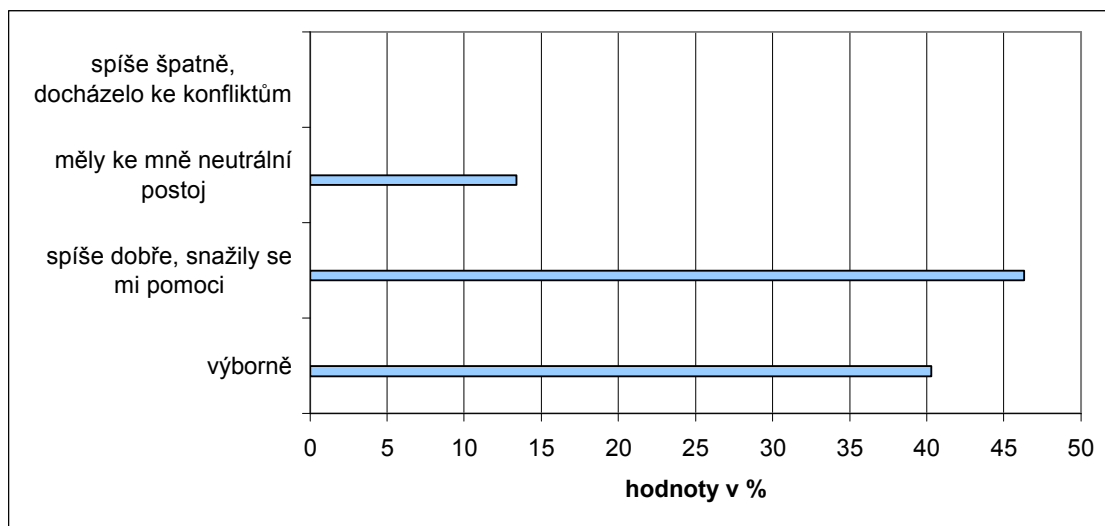
### Hypotéza H5: Pro lékaře je kvalitní pracovní vztah se sestrou důležitý

K hypotéze H5 se vztahují z dotazníku vlastní konstrukce položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 20, 22

Tabulka č. 14: Kvalita spolupráce mezi sestrou a lékařem na pracovišti, kde lékař začal vykonávat své povolání

kvalita spolupráce sester a lékařů na prvním pracovišti lékaře			
spolupráce	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
výborně	33	0,403	40,3
spíše dobře, snažily se mi pomoci	38	0,463	46,3
měly ke mně neutrální postoj	11	0,134	13,4
spíše špatně, docházelo ke konfliktům	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 13: Kvalita spolupráce mezi sestrou a lékařem na pracovišti, kde lékař začal vykonávat své povolání (z pohledu lékaře)

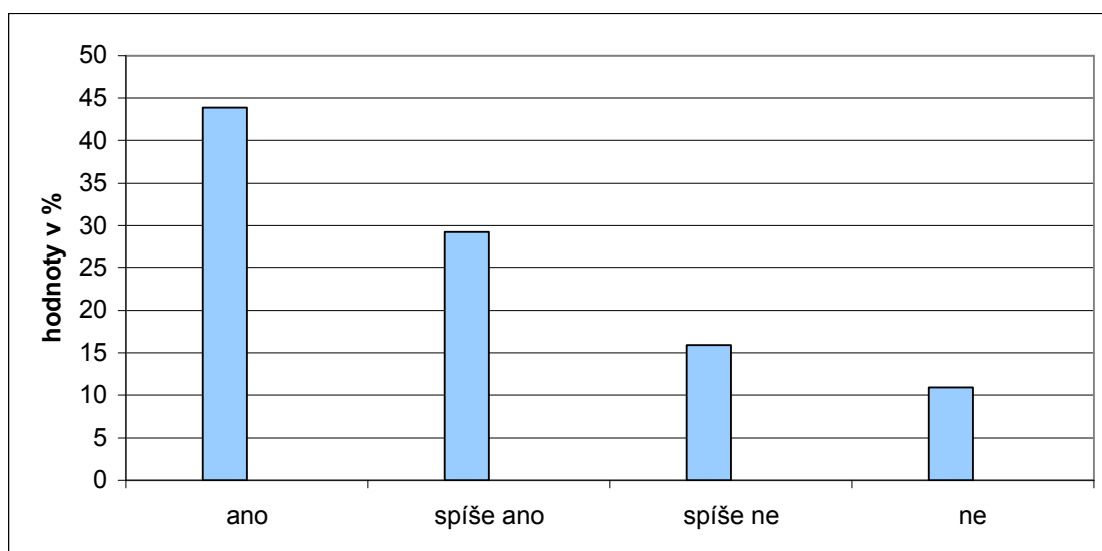


Z tabulky č. 14 a grafu č. 13 vyplývá, že 33 (40,3 %) lékařů považuje spolupráci se sestrami na svém prvním pracovišti za výbornou. Spíše dobrou spolupráci, kdy se sestry snažily lékaři pomoci či poradit v jeho lékařských začátcích, vnímalo celkem 38 (46,3 %) lékařů. Neutrální postoj sester ke své osobě zaznamenalo 11 (13,4 %) lékařů. Žádný z dotazovaných lékařů nevnímá spolupráci se sestrami jako špatnou, kdy by např. docházelo ke konfliktům.

Tabulka č. 15: Ovlivnění lékaře zkušeností se sestrami z prvního pracoviště na jeho pozdější vztah k sestram

ovlivnění lékaře prvními zkušenostmi se sestrami			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	36	0,439	43,9
spíše ano	24	0,293	29,3
spíše ne	13	0,159	15,9
ne	9	0,109	10,9
CELKEM	82	1	100

Graf č. 14: Ovlivnění lékaře zkušeností se sestrami z prvního pracoviště na jeho pozdější vztah k sestram

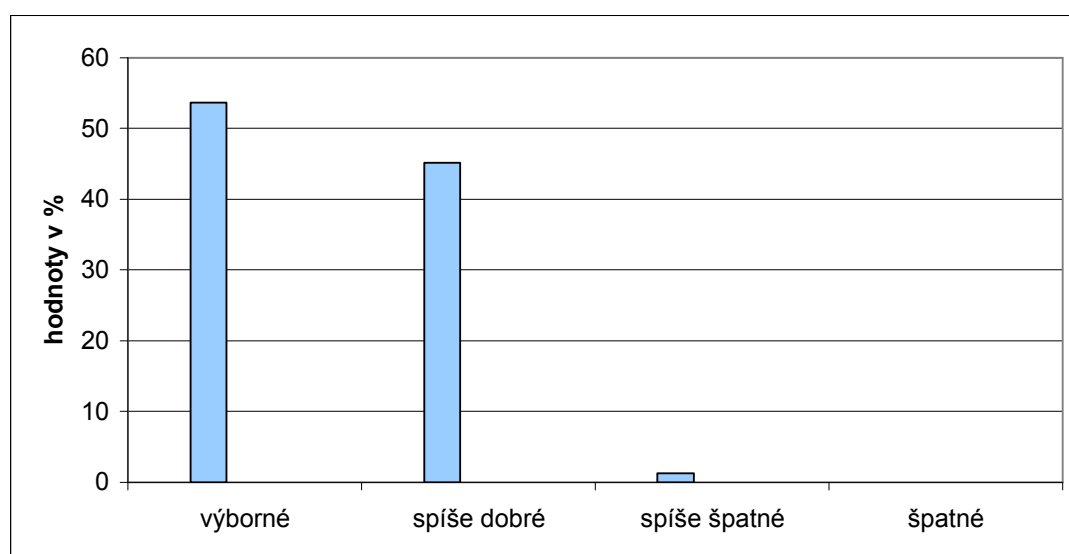


Z tabulky č. 15 a grafu č. 14 je zřejmé, že 36 (43,9 %) lékařů je ovlivněno zkušeností se sestrami z prvního pracoviště a tato zkušenost (kladná či záporná) má vliv na pozdější vztahy k sestram. Spíše je touto zkušeností ovlivněno 24 (29,3 %) lékařů. Naopak touto zkušeností spíše není ovlivněno 13 (15,9 %) lékařů. Celkem 9 (10,9 %) lékařů uvedlo, že tato zkušenost se sestrami je v pozdějším vztahu k sestram neovlivnila vůbec. Dalšími výpočty jsem zjistila, že pro 60 (73,2 %) lékařů byla tato zkušenost se sestrami na prvním pracovišti významná a ovlivnila jejich pozdější vztah k sestram. Naopak pro 22 (26,8 %) lékařů byla tato zkušenost spíše nevýznamná a na pozdější vztah k sestram spíše neměla vliv.

Tabulka č. 16: Názor lékaře na vztahy se sestrami na současném pracovišti

názor lékaře na vztah se sestrami na současném pracovišti			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
výborné	44	0,537	53,7
spíše dobré	37	0,451	45,1
spíše špatné	1	0,012	1,2
špatné	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 15: Názor lékaře na vztahy se sestrami na současném pracovišti



Z tabulky č. 16 a grafu č. 15 je zřejmé, že výborný vztah se sestrami na současném pracovišti udává 44 (53,7 %) lékařů. Vztah, který by se dal hodnotit jako spíše dobrý, má 37 (45,1 %) lékařů. Spíše špatný vztah se sestrami na současném pracovišti má pouze 1 (1,2 %) lékař. Žádný z dotazovaných lékařů nehodnotí vztahy se sestrami jako zcela špatné. Dalšími výpočty jsem zjistila, že celkem 81 (98,8 %) lékařů hodnotí vztah se sestrami na současném pracovišti jako dobrý. Pouze 1 (1,2 %) lékař hodnotí vztah se sestrami jako špatný.

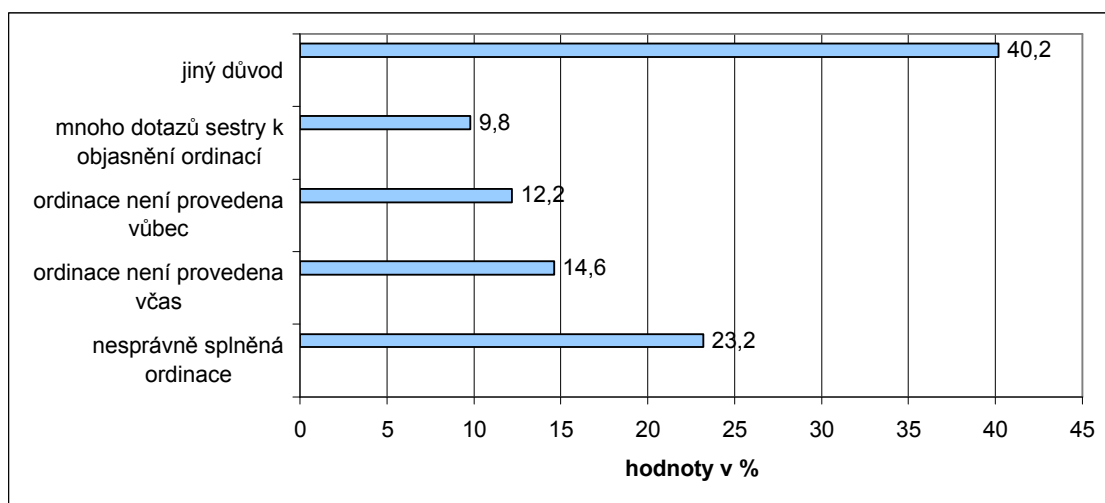
Tabulka č. 17: Názor lékaře na nejčastější důvod konfliktu mezi ním a zdravotní sestrou

důvod konfliktu	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
<b>A</b>	19	0,232	23,2
<b>B</b>	12	0,146	14,6
<b>C</b>	10	0,122	12,2
<b>D</b>	8	0,098	9,8
<b>E</b>	33	0,402	40,2
CELKEM	82	1	100

Vysvětlivky k tabulce č. 17:

- A** – nesprávně splněná ordinace
- B** – ordinace není provedena včas
- C** – ordinace není provedena vůbec
- D** – mnoho dotazů sestry k objasnění ordinací
- E** – jiný důvod

Graf č. 16: Názor lékaře na nejčastější důvod konfliktu mezi ním a zdravotní sestrou



Z tabulky č. 17 a grafu č. 16 je zřejmé, že nejméně lékařů, tedy 8 (9,8 %) za nejčastější důvod konfliktu se sestrou považuje mnoho dotazů sestry k objasnění ordinací. Celkem 10 (12,2 %) lékařů zvolilo za nejčastější příčinu konfliktu stav, kdy ordinace není provedena vůbec. Situaci, kdy ordinace není provedena včas, zvolilo v dotaznících 12 (14,6 %) lékařů. Nesprávně splněná ordinace byla nejčastějším důvodem konfliktu se sestrou pro 19 (23,2 %) lékařů. Největší počet lékařů, tedy 33 (40,2 %) uvedlo v možnostech odpovědí jiný důvod konfliktu. Z těchto 33 lékařů uvedlo celkem 16 lékařů, že nemají žádné konflikty se sestrami. Dalších 6 lékařů zvolilo též jiný důvod konfliktu, ale tento jiný důvod nebyl blíže popsán. Zbývající lékaři popsali nejčastější příčiny konfliktu se sestrou z důvodů:

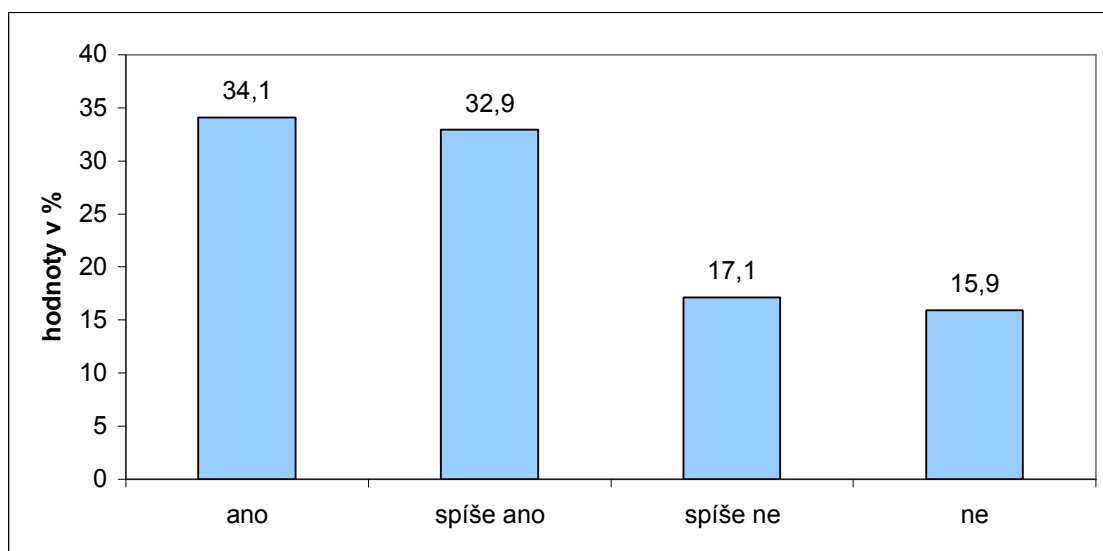
- Nedodržování pokynů od lékaře a nutnost jejich neustálého opakování.
- Osobní důvody.
- Problémy organizačního charakteru.
- Chování sestry k pacientovi.
- Nelogické uvažování.
- Pasivní přístup k plnění povinností.
- Opožděný nástup do práce.
- Pasivita a nízké sebevědomí.
- Lenost.
- Zbytečná vyšetření/ošetření.

- Sestrám přiděláváme práci, stále připisování požadavků do již splněných ordinací.

Tabulka č. 18: Názor lékaře na možnost ovlivnění jeho pracovního výkonu z důvodu předchozího konfliktu mezi ním a sestrou

ovlivnění pracovního výkonu lékaře předchozím konfliktem se sestrou			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	28	0,341	34,1
spíše ano	27	0,329	32,9
spíše ne	14	0,171	17,1
ne	13	0,159	15,9
CELKEM	82	1	100

Graf č. 17: Názor lékaře na možnost ovlivnění jeho pracovního výkonu z důvodu předchozího konfliktu mezi ním a sestrou



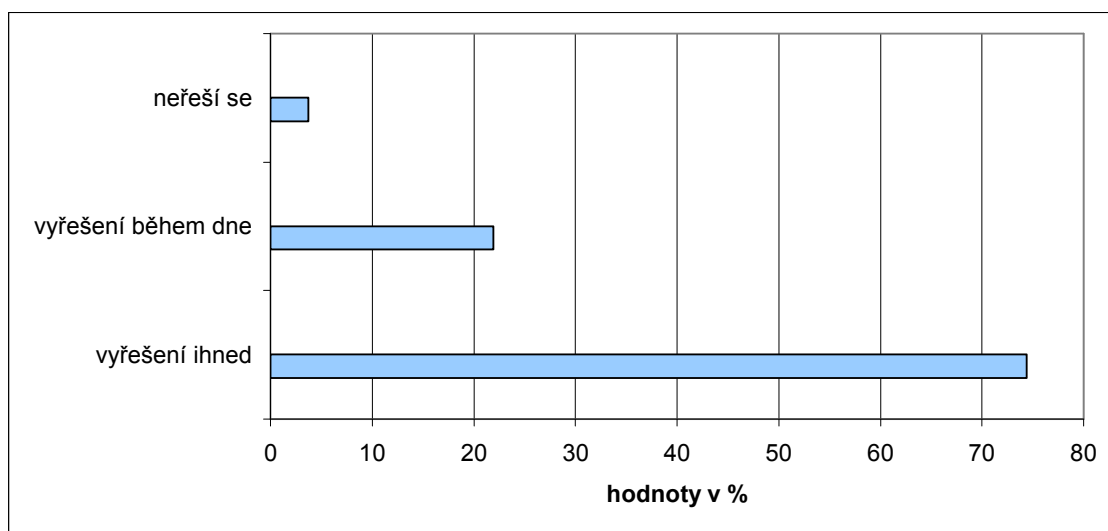
Z tabulky č. 18 a grafu č. 17 vyplývá, že celkem 28 (34,1 %) lékařů přiznalo, že jejich pracovní výkon může být ovlivněn předchozím konfliktem se sestrou. Spíše ovlivněno konfliktem bylo 27 (32,9 %) lékařů. Celkem 14 (17,1 %) lékařů je toho názoru, že konflikt se sestrou spíše neovlivní jejich pozdější pracovní výkon.

Pracovní výkon není ovlivněn konfliktem se sestrou u 13 (15,9 %) lékařů. Dalšími výpočty jsem zjistila, že u 55 (67 %) lékařů je pracovní výkon ovlivněn předchozím konfliktem se sestrou. Naopak u 27 (33 %) lékařů pracovní výkon po konfliktu se sestrou ovlivněn spíše nebude.

Tabulka č. 19: Názor lékaře na řešení konfliktu se sestrou v časovém období

doba řešení konfliktu	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ihned	61	0,744	74,4
během dne	18	0,219	21,9
neřeší se	3	0,037	3,7
CELKEM	82	1	100

Graf č. 18: Názor lékaře na řešení konfliktu se sestrou v časovém období



Z tabulky č. 19 a grafu č. 18 je zřejmé, že 61 (74,4 %) lékařů řeší vzniklý konflikt se sestrou ihned, celkem 18 (21,9 %) lékařů vyřeší konflikt se sestrou během dne.

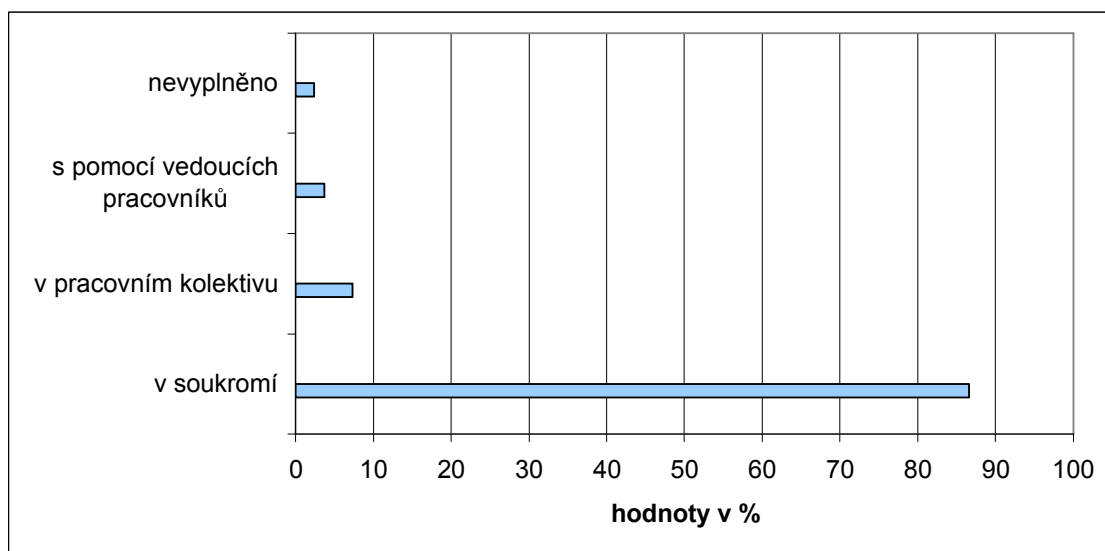


Nejmenší počet lékařů, celkem 3 (3,7 %) lékařů, vzniklý konflikt se sestrou neřeší vůbec.

Tabulka č. 20: Způsob, jakým lékař řeší konflikt se sestrou

způsob řešení konfliktu	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
v soukromí	71	0,866	86,6
v pracovním kolektivu	6	0,073	7,3
s pomocí vedoucích pracovníků	3	0,037	3,7
nevyplněno	2	0,024	2,4
CELKEM	82	1	100

Graf č. 19: Způsob, jakým lékař řeší konflikt se sestrou



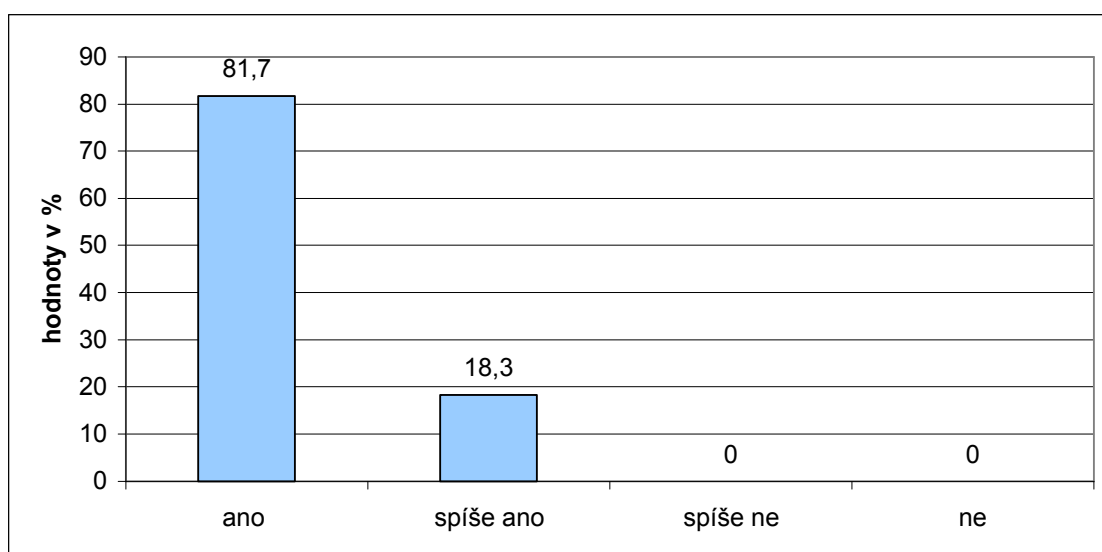
Z tabulky č. 20 a grafu č. 19 je zřejmé, že 71 (86,6 %) lékařů řeší vzniklý konflikt se sestrou v soukromí, kdy je přítomen pouze on a sestra.

Celkem 6 (7,3 %) lékařů řeší konflikt s pomocí pracovního kolektivu, kde oba působí. S pomocí vedoucích pracovníků řeší konflikt se sestrou celkem 3 (3,7 %) lékaři. Tato položka v dotazníku nebyla vyplněna 2 (2,4 %) lékaři.

Tabulka č. 21: Dovednost lékaře ocenit sestru např. za dobře vykonanou práci u pacienta

dovednost lékaře ocenit sestru za dobře vykonanou práci u pacienta			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	67	0,817	81,7
spíše ano	15	0,183	18,3
spíše ne	0	0	0
ne	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 20: Dovednost lékaře ocenit sestru za dobře vykonanou práci u pacienta



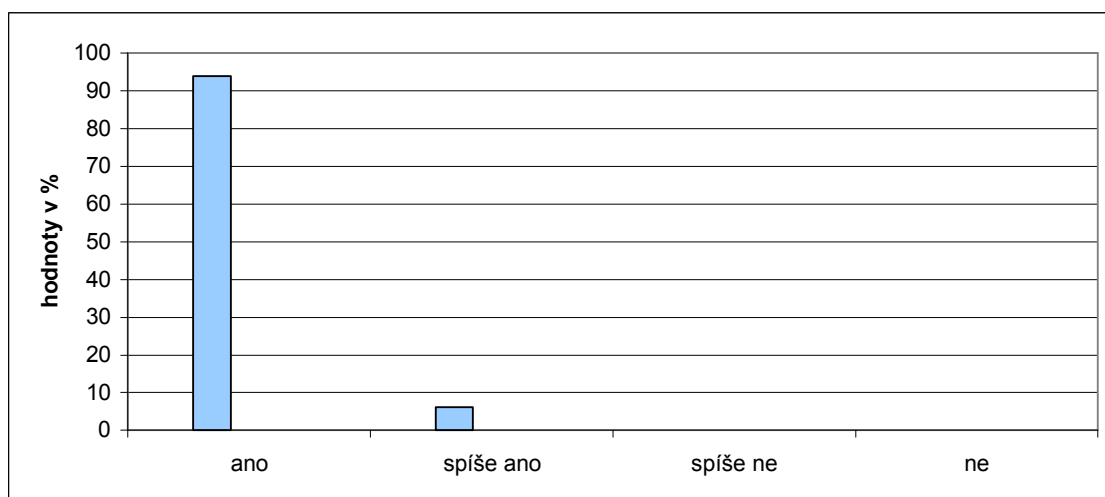
Z tabulky č. 21 a grafu č. 20 vyplývá, že 67 (81,7 %) lékařů zcela určitě dovede sestru za dobře vykonanou práci ocenit. Spíše dovede sestru ocenit 15 (18,3 %) lékařů.

Žádný z lékařů neuvedl možnost, že by sestru nedovedl ocenit za dobře vykonanou práci. Je tedy zřejmé, že 82 (100 %) lékařů je schopno sestru za dobře odvedenou práci u pacienta ocenit.

Tabulka č. 22: Názor lékaře, zda jsou pro něj dobré pracovní vztahy se sestrami důležité

důležitost dobrých pracovních vztahů L/S z pohledu lékaře			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	77	0,939	93,9
spíše ano	5	0,061	6,1
spíše ne	0	0	0
ne	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 21: Názor lékaře, zda jsou pro něj dobré pracovní vztahy se sestrami důležité

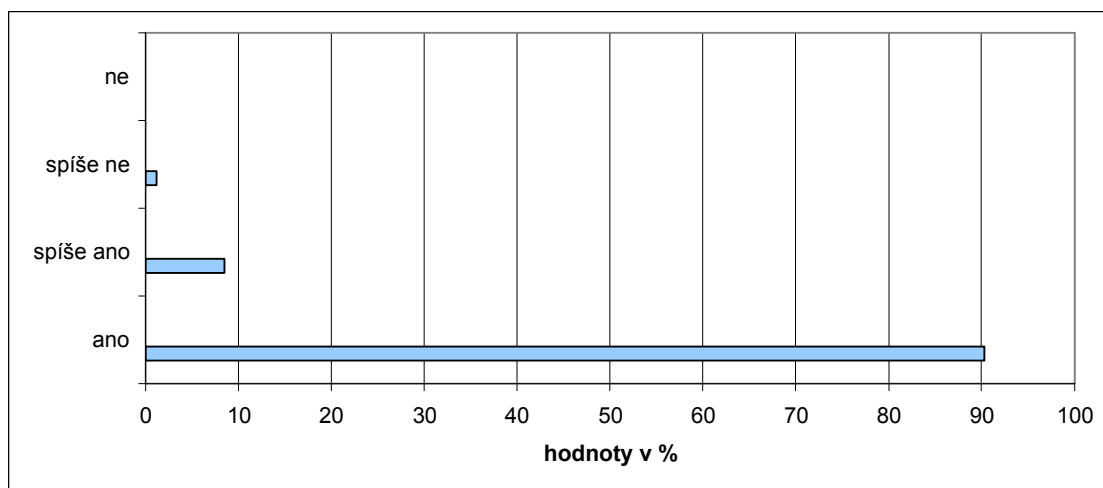


Z tabulky č. 22 a grafu č. 21 je zřejmé, že dobré pracovní vztahy se sestrami jsou důležité pro 77 (93,9 %) lékařů. Celkem 5 (6,1 %) lékařů spíše souhlasí s důležitostí dobrých pracovních vztahů mezi lékařem a sestrou. Je tedy zřejmé, že pro 82 (100 %) lékařů jsou dobré pracovní vztahy se sestrami důležité.

Tabulka č. 23: Názor lékaře na důležitost kvalitního vztahu mezi ním a sestrou pro pacienta

důležitost kvalitního vztahu mezi lékařem a sestrou pro pacienta (z pohledu lékaře)			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	74	0,903	90,3
spíše ano	7	0,085	8,5
spíše ne	1	0,012	1,2
ne	0	0	0
CELKEM	82	1	100

Graf č. 22: Názor lékaře na důležitost kvalitního vztahu mezi ním a sestrou pro pacienta



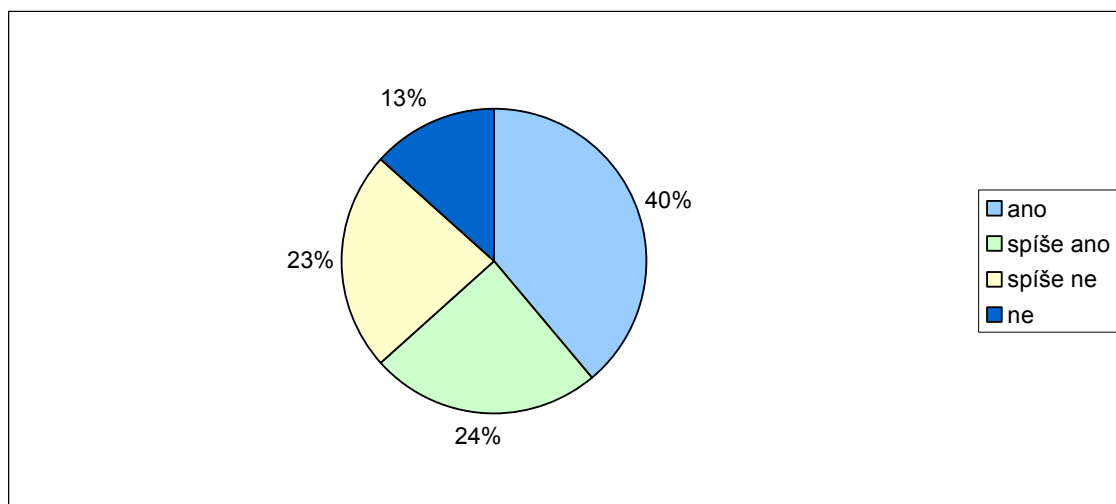
Z tabulky č. 23 a grafu č. 22 je zřejmé, že 74 (90,3 %) lékařů je přesvědčeno, že kvalitní vztah mezi nimi a sestrami je pro pacienta důležitý. Celkem 7 (8,5 %) lékařů je spíše přesvědčeno o důležitosti tohoto vztahu pro pacienta. Pouze 1 (1,2 %) lékař je toho názoru, že kvalitní vztah mezi lékařem a sestrou spíše není pro pacienta důležitý.

Žádný z lékařů nebyl toho názoru, že by kvalitní vztah mezi lékařem a sestrou byl pro pacienta zcela nedůležitý. Dalším výpočtem jsem zjistila, že celkem 81 (98,8 %) lékařů je přesvědčeno o významu kvalitního vztahu mezi lékařem a sestrou pro pacienta.

Tabulka č. 24: Zájem lékařů o účast semináři s tématem „zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti“ (pokud by byl pořádán)

zájem lékařů o účast na semináři			
odpověď	$n_i$	$f_i$	$f_i$ [%]
ano	32	0,39	39
spíše ano	20	0,244	24,4
spíše ne	19	0,232	23,1
ne	11	0,134	13,4
CELKEM	82	1	100

Graf č. 23: Zájem lékařů o účast na semináři s tématem „zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti“ (pokud by byl pořádán)



Z tabulky č. 24 a grafu č. 23 vyplývá, že 32 (39 %) lékařů by mělo zájem zúčastnit se semináře na téma „zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti“. Tohoto semináře by se spíše zúčastnilo 20 (24,4 %) lékařů.

Naopak o tento seminář by spíše nemělo zájem 19 (23,2 %) lékařů. Zcela určitě by na tento seminář nepřišlo 11 (13,4 %) lékařů. Je tedy zřejmé, že vzdělávat se v oblasti interpersonálních vztahů na pracovišti by mělo zájem celkem 52 (63,4 %) lékařů. Naopak o této problematice by se nemělo zájem vzdělávat celkem 30 (36,6 %) lékařů.

### **Seznam zkratk**

VFN – všeobecná fakultní nemocnice

FNM – fakultní nemocnice Motol

IKEM – institut klinické a experimentální medicíny

ÚVN - ústřední vojenská nemocnice

$n_i$  - absolutní četnost

$f_i$  - relativní četnost

$f_i$  [%] - relativní četnost v procentech

L/S – lékař/sestra

## Diskuse

Přístup jež pohlížel na sestru jako na pouhou asistentku lékaře a na vykonavatelku jeho příkazů a doby, kdy sestry pracovaly u svých nemocných funkčním systémem, jsou pryč. V dnešní době je sestra samostatně pracující odbornicí v oboru ošetrovatelství, která je schopna poskytnout pacientům vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči v daném oboru medicíny. Zároveň dnes sestra vystupuje jako rovnocenná partnerka lékaře, kdy nejvyšším zájmem těchto dvou profesí je poskytnout nemocnému kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči.

Ve výzkumu nás zajímalo, jaký je postoj lékařů k sestram, jak lékaři dnešní sestru vnímají, jak hodnotí každodenní spolupráci se sestrami a naopak, co bývá příčinami nedorozumění a konfliktů mezi nimi. Musím konstatovat, že já sama jsem nenašla v prostudované literatuře definici a přesnou charakteristiku toho, jak má vypadat kvalitní vztah a spolupráce lékaře a sestry v dnešní době. Já osobně chápu kvalitní pracovní vztah mezi těmito dvěma profesemi jako vztah, který je prostý významných nedorozumění a konfliktů. Vztah, který pracovní uspokojuje lékaře i sestru, přináší radost z práce a v důsledku má především pozitivní dopad na nemocného. Problematika vztahu mezi lékařem a sestrou patří do oblasti interpersonálních vztahů na pracovišti, je to tedy téma psychologicko-sociologické. Dle mého názoru si toto téma заслужuje podrobnější zkoumání, neboť kvalita vztahu mezi lékařem a sestrou se v důsledku dotýká i nemocného a může ovlivnit jeho léčebný proces a návrat do společnosti.

K mé diplomové práci jsem vypracovala dotazník, který byl předložen respondentům (lékařům/lékařkám) a měl zjistit současnou úroveň vztahu mezi lékaři a sestrami a to z pohledu lékařů/lékařek. Chtěla bych pouze upozornit na to, že pokud píšete o lékařích, mám samozřejmě na mysli i ženy-lékařky. Veškeré informace z dotazníku vlastní konstrukce jsem získala od 82 lékařů. Celý tento proces sběru informací, roznesení a sběr dotazníků, nebyl vždy snadný. Lékaři jsou dnes, a bylo tomu tak i v minulosti, profesí velice náročnou na čas. Byla jsem tedy ráda za každý vyplněný dotazník. Vlastní realizace získávání dotazníků by často nemohla být uskutečněna bez pomoci staničních či vrchních sester, které dotazníky lékařům předaly a současně zajistily sběr vyplněných. Často jsem se obracela přímo na lékaře s žádostí o vyplnění. Mnoho lékařů se s dotazníkem tohoto typu a tématu jistě setkalo poprvé a dle mého názoru je často ze zvědavosti vyplnilo. Jen málo lékařů mou žádost o vyplnění striktně odmítlo.

Přesto je nutné upozornit na to, že lékaři a lékařky, kteří vyplnili dotazník, patří do určité výběrové skupiny. Můžeme se totiž domnívat, že lékaři, kteří dotazník odmítli vyplnit, mohli zvolit zcela jiné odpovědi v dotazníku než většina lékařů. Zjištěné údaje proto nemohou být zcela objektivní, neboť nám chybí názory těch lékařů, kteří dotazník nevyplnili.

Zcela specifickou skupinou lékařů byli ti lékaři, kteří pracují v ambulantním provozu. Zde jsem spolupracovala téměř pokaždé se sestrami dané ordinace. Umožnily mi kontakt přímo s lékařem a tím se zjednodušila cesta získávání informací od lékařů. Mou úspěšnost ve sběru vyplněných dotazníků od lékařů v ambulantním provozu připisuji také zvolenému času k návštěvě těchto ordinací. Téměř pokaždé jsem využila poslední ordinační hodiny daného lékaře, protože v tuto dobu v ambulancích bývá nejméně nemocných. Mou snahou a zároveň prioritou při získávání informací od lékařů bylo, aby tito dotazovaní lékaři byli ze své práce s pacienty vyrušováni v co nejmenší možné míře. Pokud bych měla zhodnotit spolupráci lékařů při vyplňování dotazníků, byla jsem spíše příjemně překvapena jejich zájmem. Neochotu některých lékařů spolupracovat se mnou při vyplňování dotazníků si vysvětluji spíše náročností jejich práce a momentálnímu nedostatku času k vyplnění tohoto dotazníku. Byla jsem také příjemně překvapena spoluprací většiny sester se mnou. Pokud bych podobný výzkum realizovala znovu, zcela jistě bych použila stejnou metodu sběru informací z dotazníků. Dodatečně jsem došla k názoru, že by bylo vhodné, kdybych tyto získané informace z dotazníků doplnila informacemi, které bych získala ze strukturovaného dotazníku, který by byl předložen několika lékařům. Zcela jistě by tyto informace obohatily mou diplomovou práci.

Složení respondentů jsem se snažila přiblížit skutečnému stavu v současnosti. Chtěla jsem, aby počet lékařek a lékařů byl přibližně stejný. Dodatečným šetřením jsem se však přesvědčila, že v našich zdravotnických zařízeních pracuje o něco více mužů lékařů než žen lékařek. Proto si myslím, že můj vzorek respondentů (z hlediska pohlaví) odpovídá dnešnímu stavu. Myslím si, že i věk lékařů, kteří vyplňovali dotazník odpovídá stavu v našich zdravotnických zařízeních. Nejvyšší počet lékařů byl ve věkovém období 24 – 29,9 let.

V otázce, kdy měli lékaři hodnotit spolupráci sester na jejich prvním pracovišti, jsem byla příjemně překvapena zjištěnými údaji. Téměř 86,6 % lékařů bylo spokojeno s úrovní spolupráce se sestrami.



Tyto údaje byly překvapující z toho důvodu, že na oddělení nastupují lékaři mladí, téměř bez zkušeností a často tito lékaři narušují chod oddělení tím, že si hned nestačí osvojit zvyklosti a způsob práce na daném pracovišti. Tento údaj však vypovídá o tom, že sestry jsou často tolerantní a chápavé k těmto mladým lékařům. Můžeme také konstatovat, že pro 73,2 % lékařů má tato první zkušenost se sestrami vliv na pozdější vztah k sestrami. Je tedy potěšitelné, že takto vysoké procento mladých lékařů si odnáší tuto dobrou zkušenost se sestrami na další oddělení, kde budou vykonávat své povolání.

Ve výzkumu jsem se zajímala o to, jak lékaři vnímají současnou kvalitu vztahů se sestrami na svých pracovištích. Očekávala jsem, že kvalitu vztahů se sestrami budou lékaři hodnotit spíše jako dobrou. Zcela určitě se v tomto mém předpokladu promítla má vlastní pozitivní zkušenost z různých pracovišť. Také jsem si uvědomila, že v této otázce velmi záleží na charakteristice osobností sester a lékařů, vzájemných sympatiích či antipatiích. Proto si myslím, že odpovědět na tuto otázku nebylo zcela jednoduché. Přes tuto skutečnost celkem 98,8 % lékařů hodnotí vztah se sestrami na současném pracovišti jako spíše dobrý či výborný.

Zajímavé jsou výsledky výzkumu Rybáčkové (1992), která naopak hodnotila vztah mezi lékařem a sestrou z pohledu sester. Zde bylo například zjišťováno, jaký typ vztahu s lékařem preferují sestry. Celkem 84,3 % respondentek uvedlo, že preferují vztah přátelský, 12,3 % respondentek se domnívá, že úspěšná spolupráce lékař – sestra musí být založena na profesionálním vztahu. Je tedy zřejmé, že pro lékaře i sestry je kvalita vztahu důležitá. Rybáčková dále zjišťovala, zda intimní vztah mezi lékařem a sestrou může ovlivnit profesionální kvalitu spolupráce. Celkem 81 % respondentek uvedlo, že tento intimní vztah nemá vliv na profesionální spolupráci. Naopak 19 % respondentek předpokládá, že tento vztah kvalitu spolupráce na profesionální úrovni ovlivňuje a to spíše negativně. (Rybáčková, 1992)

V daném dotazníku jsem věnovala několik otázek problematice konfliktů mezi lékaři a sestrami. Chtěla jsem zjistit nejčastější příčiny vzniklých konfliktů. Nebylo pro mne překvapením, že více jak 50 % lékařů uvedlo, že nejčastěji konflikty vznikají při zjištění, že jejich ordinace nebyly správně vykonány či nebyly vykonány vůbec. Myslím si, že zde opět hrají roli osobnosti sester. Je tedy zřejmé, že pokud by všechny sestry byly stejně pečlivé a správně plnily ordinace lékařů, zcela určitě by zjištěné údaje byly jiné. Dále mne velmi zajímalo, zda tento potenciální konflikt mezi lékařem a sestrou může ovlivnit pracovní výkon lékaře. Zjištěné údaje se ukázaly jako velmi zajímavé.

Téměř 67 % lékařů přiznalo, že jejich pracovní výkon může být ovlivněn předchozím konfliktem se sestrou. Dále jsem zjišťovala, zda konflikt se sestrou bude mít větší vliv na pracovní výkon ženy-lékařky či na muže-lékaře. Celkem 78,8 % lékařek uvedlo, že konflikt se sestrou může ovlivnit jejich pracovní výkon. Konflikt se sestrou nejspíše ovlivní pracovní výkon 59,2 % mužů-lékařů. Je tedy zřejmé, že neshodami se sestrami jsou více ovlivněny ženy-lékařky.

Není pochyb o tom, že dobrý vztah mezi lékařem a sestrou prostý konfliktů a nedorozumění má vliv na kvalitní práci lékaře. Přesto je pro mě tento zjištěný údaj překvapivý a neočekávala jsem daný výsledek.

V teoretické části této práce jsem se zabývala otázkou partnerství či vzájemnou rovností mezi profesemi lékaře a sestry. Bylo mým zájmem zjistit názor lékařů na tuto problematiku. Z šetření vyplynulo, že 91,5 % lékařů považuje sestru za rovnocenného partnera při péči o pacienta. Tento zjištěný údaj byl pro mě velkým překvapením. Takto dobrý výsledek si vysvětluji tím, že si lékaři uvědomují změnu v chování a jednání sester, uvědomují si jejich významné postavení při péči o pacienta. Tuto skutečnost si můžeme potvrdit i dalším zjištěným údajem. Z výzkumu vyplynulo, že téměř 85 % lékařů využívá návrhů sester k řešení problémů nemocného. Sestra se tedy aktivně zapojuje do tvoření léčebně-ošetrovatelského plánu a navrhuje různé možnosti pomoci nemocnému. Myslím si, že lékaři již dnes zcela samozřejmě takto aktivní sestru akceptují a ve velké míře i oceňují. Mým cílem bylo také zjistit, zda lékaři považují sestru za předního odborníka v oboru ošetrovatelství. Předpokládala jsem, že většina lékařů bude s touto skutečností souhlasit.

Můj předpoklad byl správný, neboť sestru jako odborníka v ošetrovatelství uznává téměř 94 % lékařů. Myslím si, že tento názor lékařů může souviset s novými schopnostmi sester (stoma sestry, sestry na ošetřování ran), ale i prací sester metodou ošetrovatelského procesu. Nemyslím si, že by lékaři dobře ošetrovatelský proces znali, ale informace, které sestry získávají o pacientech mnohdy lékařům významně pomáhají při léčbě pacienta.

V této práci jsem se snažila zhodnotit vztah mezi lékařem a sestrou. V rámci komplexního pohledu na tento vztah byly položeny lékařům otázky na téma tykání mezi lékaři a sestrami. Také bylo zjišťováno, zda je rozdíl v názoru na tykání v závislosti na věku lékařů. Proto jsem hodnotila dvě věkové skupiny lékařů. První skupinou byli lékaři ve věku do 35 let, druhou skupinu tvořili lékaři nad 35 let.

Uvědomuji si, že věková hranice mohla být zvolena jiným způsobem než jaký jsem zvolila ve své práci, ale chtěla jsem především zjistit, zda je rozdíl v názoru na tykání u mladých lékařů oproti lékařům služebně starším. Předpokládala jsem, že mladí lékaři budou mít spíše kladný postoj k této problematice. Výsledky výzkumu tento můj předpoklad spíše potvrdily, přesto však vysoký počet lékařů z obou sledovaných skupin uvedlo, že nemá vyhraněný názor na tuto problematiku. Myslím si, že tykání mezi lékařem a sestrou je věc velmi individuální a záleží spíše na osobnostech daných zdravotníků, zda tento způsob komunikace využívají.

Jedním z témat, které bylo dále v dotazníku hodnoceno, bylo vzdělávání sester a názor lékařů na ně. Zajímalo nás, zda lékaři považují za důležité, aby se sestry po ukončení SZŠ dále vzdělávaly. Jedna otázka byla zaměřena na vysokoškolské vzdělávání sester, neboť jsem předpokládala, že by mohl být významný rozdíl v názorech lékařů na tuto problematiku. Mým předpokladem bylo, že převážná část lékařů bude souhlasit s dalším vzděláváním sester, ale zároveň jsem také předpokládala, že v otázce vysokoškolského vzdělávání sester se počet lékařů, kteří budou souhlasit s tímto vzděláváním, sníží. Tento můj předpoklad se potvrdil. Z výsledků vyplynulo, že kladně se k otázce dalšího vzdělávání po ukončení SZŠ vyjádřilo celkem 96,3 % lékařů. V otázce vysokoškolského vzdělávání sester se kladně vyjádřilo 68,3 % lékařů. Byla jsem překvapena vysokým počtem lékařů, kteří na toto téma nemají vyhraněný názor (23,1 %). Vysvětluji si tuto situaci faktem, že mnoho lékařů nemá dostatek informací o náplni a smyslu studia sester na vysokých školách. Proto nevědí, v čem by spočíval přínos takto vzdělaných sester pro vzájemnou spolupráci. V mých rozhovorech s lékaři se tato skutečnost často potvrdila. Naopak mnoho lékařů také uvedlo, že každé vzdělávání sester je pro pacienty přínosné.

Názory lékařů na vzdělávání sester se stále častěji vyskytují i ve zdravotnické literatuře. Zajímavý je názor lékaře Pavla Dunga. Říká: „Vzhledem k tomu, že se medicína neustále vyvíjí, musí tomuto vývoji odpovídat i vzdělávání těch, kteří pečují o pacienty. I ve zdravotnictví platí, že je mnohem výhodnější, když ten, kdo vykonává nějakou činnost, ví proč, než když ji vykonává slepě, aniž by pochopil její principy.“ Svůj názor na vysokoškolské vzdělávání sester vyjádřil i MUDr. Miroslav Lomíček: „Jsem si jist, že naše sestry musejí mít stejné možnosti jako jejich kolegyně v zahraničí. Současná medicína vyžaduje stále užší spolupráci lékaře a sestry na kvalitativně zcela jiné úrovni než dříve. Na pracovišti jsou to vlastně partneři a odpovídající vzdělání je pochopitelně jednou ze základních podmínek úspěchu.“

V závěru dotazníku byla lékařům položena otázka, která zjišťovala, zda by se zúčastnili semináře, který by byl zaměřen na zlepšování interpersonálních vztahů na pracovišti. Výsledky hodnocení této otázky byly velmi překvapivé. Celkem 63,4 % lékařů uvedlo, že by tento seminář nejspíše navštívilo. Tento výsledek jsem neočekávala, neboť jsem předpokládala, vzhledem k časové náročnosti lékařského povolání, že se tohoto semináře nebudou chtít lékaři zúčastnit. Je proto potěšitelné, že takto vysoký počet lékařů má zájem o problematiku interpersonálních vztahů na pracovišti.

Z výzkumu vyplynulo, že současný vztah mezi sestrou a lékařem, který byl hodnocen lékaři, je zcela odlišný od toho v minulosti. Dnešní lékaři považují sestru za rovnocenného partnera při péči o pacienta, jsou si vědomi její nepostradatelnosti ve zdravotnickém týmu a také ji dovedou ocenit. Využívají informací o pacientech od sester, které tyto informace získaly prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Oceňují rady sester při plánování léčebné i ošetrovatelské péče o pacienta a vidí v sestře skutečného odborníka v ošetrovatelství. Přesto však vždy vztah mezi sestrou a lékařem bude podmíněn typem a povahami lidí, kteří vykonávají tyto profese.

Zpracování výzkumné části bylo pro mne velkým přínosem. Naučila jsem se, jak sestavit dotazník, jak ho hodnotit a získat z něj potřebné informace nutné pro zpracování mé diplomové práce. Zároveň jsem se naučila lépe pracovat s počítačem a využívat jeho možnosti. Zjistila jsem, jak je získávání informací k danému tématu namáhavé a jak nesnadné je celou práci realizovat.

Přesto jsem však ráda, že jsem celý tento proces podstoupila a rozšířila si vědomosti v oblasti interpersonálních vztahů ve zdravotnictví. Nyní, po zpracování této práce, si uvědomuji, že by některé části této práce mohly být provedeny jinak.

## Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je úroveň vztahu mezi sestrou a lékařem v současné medicíně. Podrobněji nás zajímalo, jak dnešní lékaři sestru hodnotí, zda sestru vnímají jako partnera při péči o pacienty a zda ji považují za samostatně pracujícího odborníka v oboru ošetřovatelství. Cílem bylo zjistit, jaká je úroveň spolupráce mezi lékaři a sestrami, jaké jsou nejčastější příčiny konfliktů se sestrami a způsob řešení těchto konfliktů. Také nás zajímalo, zda mají lékaři zájem o kvalitní vztah se sestrami a zda jsou ochotni vzájemné pracovní vztahy zlepšovat.

Jako hlavní empirická metoda sloužil dotazník vlastní konstrukce, který byl předložen lékařům 3 pražských nemocnic a 3 mimopražských nemocnic. Dotazníky byly poté statisticky zpracovány.

### *Charakteristika výzkumného vzorku:*

Výzkumu se zúčastnilo 82 lékařů, 49 (59,8 %) mužů a 33 (40,2 %) žen. Průměrný věk lékařů byl 40,3 let. Věkový rozptyl byl 25 – 72 let. Největší počet lékařů byl ve věkové kategorii 24 – 29,9 let. Nejvíce lékařů pracovalo na standardním oddělení 29 (35,4 %). Celkem 27 (32,9 %) lékařů pracovalo v ambulantním provozu a nejméně 26 (31,7 %) lékařů působil na odd. ARO, JIP a u záchranné služby.

Výzkum ukázal, že 33 (40,3 %) lékařů hodnotilo spolupráci sester na prvním pracovišti lékaře jako výbornou, 38 (46,3 %) lékařů posoudilo spolupráci se sestrami jako spíše dobrou. Žádný z lékařů nevedl, že by s nimi sestry spolupracovaly špatně, kdy by např. docházelo ke konfliktům.

Z výzkumu vyplynulo, že tato první zkušenost lékaře se sestrami má souvislost na jeho pozdější vztah k sestrami. Nejvíce lékařů uvedlo 36 (43,9 %), že byli zcela ovlivněni první zkušeností se sestrami vzhledem k pozdějšímu vzájemnému vztahu. Celkem 24 (29,3 %) lékařů uvedlo spíše kladnou odpověď.

Vzájemný vztah se sestrami na současném pracovišti hodnotí jako výborný 44 (53,7 %) lékařů, jako spíše dobrý ho hodnotí 37 (45,1 %) lékařů.

Ve výzkumné části jsme si ověřovali platnost stanovených hypotéz analýzou a vyhodnocením výsledků.

### **Hypotéza H 1: lékaři vnímají sestru jako rovnocenného člena zdravotnického týmu**

Z celkového počtu 82 lékařů odpovědělo 75 (91,5 %) lékařů, že sestra je pro ně rovnocenným partnerem při ošetřování nemocných. Odpověď nevím zvolili celkem 3 (3,6 %) lékaři. Pro 4 (4,9 %) lékaře sestra není rovnocenným partnerem při ošetřování a léčbě nemocných. Zjišťovala jsem také, zda lékaři využívají rad sester při svých rozhodováních při řešení problémů nemocného. Z výzkumu vyplynulo, že 42 (51,2 %) lékařů rad sester zcela jednoznačně využívá. Spíše těchto rad využívá 28 (34,2 %) lékařů. Výsledky výzkumu prokazují **potvrzení hypotézy**.

### **Hypotéza H 2: lékaři považují sestru za odborníka v oboru ošetřovatelství**

K postavení sestry jako předního odborníka v oboru ošetřovatelství se zcela kladně vyjádřilo 54 (65,9 %) lékařů. Spíše se k tomuto tvrzení přiklonilo 23 (28 %) lékařů. Hypotéza H 2 se **potvrdila**.

### **Hypotéza H 3: lékaři mají kladný názor na další vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy**

Z celkového počtu 82 lékařů se k otázce dalšího vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy zcela kladně vyjádřilo celkem 68 (82,9 %) lékařů. Se vzděláváním sester spíše souhlasí 11 (13,4 %) lékařů. Zajímá nás také názor lékařů na vysokoškolské vzdělávání sester. Na tuto otázku zcela kladně odpovědělo 45 (54,9 %) lékařů, spíše s vysokoškolským vzděláváním sester souhlasilo 11 (13,4 %) lékařů. Výsledky výzkumu prokazují **potvrzení hypotézy**.

#### **Hypotéza H 4: názor na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti souvisí s věkem lékařů**

Ve skupině lékařů do 35 let byl pozitivní názor na tykání mezi lékařem a sestrou vyjádřen u 40 % lékařů. Negativní postoj k tykání ve stejné věkové skupině lékařů má celkem 31,4 % lékařů. U lékařů ve věku nad 35 let uvedlo spíše pozitivní názor na tykání mezi lékařem a sestrou celkem 21,3 % lékařů. Negativně se k této otázce vyjádřilo 48,9 % lékařů. Hypotéza H 4 se **potvrdila**.

#### **Hypotéza H 5: pro lékaře je kvalitní pracovní vztah se sestrou důležitý**

Z celkového počtu 82 respondentů se k této otázce zcela kladně vyjádřilo 77 (93,9 %) lékařů. Dále jsme se zajímaly, zda zkušenost lékaře se sestrami z jeho prvního pracoviště pro něj byla důležitá a zda tato zkušenost jej později ovlivnila k jeho pozdějšímu vztahu k sestram. Výsledky ukázaly, že pro 73,2 % lékařů byla tato první zkušenost se sestrami významná a ovlivnila jejich pozdější vztah k sestram. Výsledky výzkumu prokazují **potvrzení hypotézy**.

Cíle diplomové práce, které jsme si stanovili, jsme splnili.

## **Doporučení pro kvalitní spolupráci lékařů a sester**

Vytvoření ideálních podmínek, ve kterých by kvalitně a efektivně spolupracovali lékaři se sestrami, vyžaduje změnu v myšlení, v názorech a postojích samotných zdravotníků, ale i široké veřejnosti. Každá sestra by měla vystupovat jako samostatně pracující, vzdělaný, profesionálně zdatný a empaticky jednající zástupce této profese. Měla by se chovat jako rovnocenný partner lékaře a spolu s ním poskytovat kvalitní péči nemocným. Také lékaři by se měli oprostit od zažitých představ o náplni činnosti sestry a měli by naopak vítat sestru schopnou, vzdělanou a samostatnou. Pokud sestry a lékaři tyto postoje a názory přijmou za své a budou podle nich před pacienty vystupovat, měl by se změnit i pohled nemocných na současné postavení lékařů a sester.



## SEZNAM LITERATURY

- 1) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*.  
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002  
(167 s.). ISBN 80-7013-355-4
- 2) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*.  
Praha: Grada Publishing, 2005 (188 s.). ISBN 80-247-1197-4
- 3) BÁRTLOVÁ, S. Vztah sestry – lékař.  
*Sestra*, roč. 14, č. 2 (2004), s. 11-11. ISSN 1210-0404
- 4) BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient*.  
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve  
zdravotnictví, 2003 (67 s.). ISBN 80-7013-388-0
- 5) BOUCHAL, M. a kol. *Lékařská psychologie*.  
Praha: Avicenum, 1981 (211 s.). ISBN neuvedeno
- 6) ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M., MELLANOVÁ, A. *Speciální psychologie  
pro zdravotní sestry*.  
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví  
1995 (173 s.). ISBN 80-7013-197-7
- 7) ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, H., DUNGL, P. Sestra z pohledu lékaře.  
*Zdravotnické noviny*, 1996, r. 45, č. 35, s. 4-4. ISSN 0044-1996
- 8) ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, H., LOMÍČEK, M. Tajemství úspěchu a obliby knih s logem  
Grada.  
*Sestra*, roč. 16, č. 10 (2006), s. 16-16. ISSN 1210-0404
- 9) DRÁBKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, B. Sestra jako partner lékaře již nyní a v budoucnosti.  
*Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén s.r.o.,  
2003 (325 s.). ISBN 80-7262-227-7
- 10) DRÁBKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, B. Budoucnost spolupráce lékaře a sestry  
v intenzivní péči.  
*Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén s.r.o.  
2004 (279 s.). ISBN 80-7262-274-9
- 11) GIDDENS, A. *Sociologie*.  
Praha: Argo, 1999 (595 s.). ISBN 80-7203-124-4

- 12) GJERBERG, E., KJOLSROD, L. Vztah mezi lékařem a sestrou: je lehké být lékařkou, která spolupracuje se sestrou?  
*Ošetřovatelství*, sv. 3, č. 1-2 (2001), s. 27-31. ISSN 1212-723X
- 13) GROHAR-MURRAY, M. E., DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*.  
Praha: Grada Publishing a.s., 2003 (317 s.). ISBN 80-247-0267-3
- 14) HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*.  
Praha: Galén s.r.o., 1997 (159 s.). ISBN 80-7262-032-0
- 15) HONZÁK, R. Umění správné komunikace.  
*Sestra*, roč. 11, č. 2 (2001), s. 50-50. ISSN 1210-0404
- 16) CHRZOVÁ, A. Etika v každodenní praxi a proč?  
Česká asociace sester, *Zpravodaj*, č. 12 (2000), s. 15-18.  
ISSN neuvedeno
- 17) JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*.  
Praha: ISV nakladatelství, 2002 (133 s.). ISBN 80-85866-55-2
- 18) KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*.  
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví  
1992 (185 s.). ISBN 80-7013-123-3
- 19) MELLANOVÁ, A. *Psychologie v ošetřovatelství*.  
Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989 (150 s.).  
ISBN 80-7066-065-1
- 20) NOVÝ, I., BEDRNOVÁ, E. *Psychologie a sociologie řízení*.  
Praha: Portál, 2004 (586 s.). ISBN 80-7261-064-3
- 21) PACOVSKÝ, V. *O moderním ošetřovatelství*.  
Praha: Avicenum, 1981 (76 s.). ISBN neuvedeno
- 22) PROVAZNÍK, V. a kol. *Psychologie pro ekonomy*.  
Praha: Grada Publishing, 1997 (230 s.). ISBN 80-7169-434-7
- 23) RENZETTI, C. M., CURRAN, D. J. *Ženy, muži a společnost*.  
Praha: Karolinum, 2003 (642 s.).  
ISBN 80-246-0525-2
- 24) RYBÁČKOVÁ, M. *Problematika interpersonálních vztahů mezi lékařem a sestrou*.  
Praha, Diplomová práce, FF UK, 1992 (86 s.)

- 25) SCHOTT, H. *Kronika medicíny*.  
Praha: Fortuna Print, 1994 (648 s.). ISBN 80-85873-16-8
- 26) STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*.  
Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví  
2002 (78 s.) ISBN 80-7013-368-6
- 27) STÁRKOVÁ, E., PAULEROVÁ, M. *Mezilidské vztahy a psychologie v práci  
zdravotníka*.  
Česká asociace sester, *Zpravodaj*, č. 12 (2000),  
s. 54-57. ISSN neuvedeno
- 28) SVAČINA, Š. *Vzdělávání zdravotních sester*  
*Nemocnice*, č. 3 (2000), s. 3-4. ISSN neuvedeno
- 29) VÁLO, M. *Tanec kolem lékařské osy*.  
*Sestra*, roč. 13, č. 1 (2003), s. 5-5. ISSN 1210-0404
- 30) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*.  
Praha: Grada Publishing a.s., 2006 (144 s.).  
ISBN 80-247-1262-8
- 31) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*.  
Praha: Portál s.r.o., 2003 (397 s.). ISBN 80-7178-740-X
- 32) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*.  
Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999 (278 s.).  
ISBN 80-86123-08-1

## **Příloha č. 1 - Dotazník**

### **Vážení lékaři, vážené lékařky,**

Jmenuji se Blanka Průšová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia ošetrovatelství – učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy.

Obracím se na Vás s prosbou, zda by jste mi mohli poskytnout informace, které jsou důležité pro zpracování mé diplomové práce, která se zabývá vztahem mezi lékařem a sestrou. Všechny údaje zůstanou anonymní, a proto prosím o pravdivé odpovědi.

Za vyplnění dotazníku velmi děkuji.

Blanka Průšová  
Magisterské studium ošetrovatelství  
1. lékařská fakulta UK v Praze

## DOTAZNÍK

**1) Vaše pohlaví:** a) žena

b) muž

**2) Váš věk:** .....let

**3) Pracujete jako lékař/lékařka převážně na pracovišti:**

a) standardní oddělení

b) odd. ARO, JIP, ZZS

c) ambulantní provoz

**4) Kolik let pracujete se zdravotními sestrami?**

.....let

**5) Na vašem prvním pracovišti, kde jste začal/a vykonávat své povolání lékaře, s vámi sestry spolupracovaly:**

a) výborně

b) spíše dobře, snažily se mi pomoci, poradit

c) měly ke mně neutrální postoj

d) spíše špatně, docházelo ke konfliktům

**6) Ovlivnila tato zkušenost se sestrami (kladná či záporná) váš pozdější vztah k sestram?**

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

**7) Na vašem současném pracovišti jsou vaše vztahy se sestrami:**

- a) výborné
- b) spíše dobré
- c) spíše špatné
- d) špatné

**8) Dovedete určit, co je nejčastějším důvodem konfliktu mezi vámi a zdravotní sestrou?**

- a) nesprávně splněná ordinace
- b) ordinace není provedena včas
- c) ordinace není provedena vůbec
- d) mnoho dotazů sestry k objasnění ordinací
- e) jiný důvod .....

**9) Myslíte si, že konflikt mezi vámi a sestrou může ovlivnit váš pracovní výkon?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**10) Vzniklé nedorozumění/konflikt mezi vámi a sestrou řešíte:**

**KDY:**

- a) vyřešíte ihned
- b) vyřešíte během dne
- c) neřešíte

**JAK:**

- a) v soukromí (pouze vy a sestra)
- b) v pracovním kolektivu
- c) s pomocí vedoucích pracovníků

**11) Je pro vás zdravotní sestra rovnocenným partnerem při péči o pacienta?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12) Využíváte rad (návrhů) sestry k řešení problému nemocného?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**13) Uznáváte zdravotní sestru jako předního odborníka v oboru ošetrovatelství?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**14) Dovedete sestru za dobře vykonanou práci u pacienta ocenit (např. pochvalou)?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**15) Jsou pro vás dobré pracovní vztahy se sestrami důležité?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**16) Jaký je váš názor na tykání mezi lékařem a sestrou na pracovišti?**

- a) souhlasím s tykáním mezi lékařem a sestrou
- b) spíše souhlasím s tykáním mezi lékařem a sestrou
- c) nemám vyhraněný názor na tykání lékaře a sestry
- d) spíše nesouhlasím s tykáním mezi lékařem a sestrou
- e) nesouhlasím s tykáním mezi lékařem a sestrou

**17) Myslíte si, že tykání na pracovišti zlepšuje vzájemné vztahy v kolektivu lékařů a sester?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**18) Jaký je váš názor na další vzdělávání sester po ukončení střední zdravotnické školy?**

- a) souhlasím s dalším vzděláváním
- b) spíše souhlasím
- c) spíše nesouhlasím
- d) nesouhlasím

**19) Jaký je váš názor na vysokoškolské vzdělávání sester?**

- a) souhlasím se vzděláváním sester na VŠ
- b) spíše souhlasím se vzděláváním sester na VŠ
- c) nemám vyhraněný názor na vzdělávání sester na VŠ
- d) spíše nesouhlasím se vzděláváním sester na VŠ
- e) nesouhlasím se vzděláváním sester na VŠ



**20) Myslíte si, že je kvalitní vztah mezi lékařem a sestrou pro pacienta důležitý?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**21) Uznáváte fyzicky a psychicky náročnou práci sester?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**22) Pokud by byl pořádán seminář na téma – zlepšení interpersonálních vztahů na pracovišti – měl/a byste zájem se ho zúčastnit?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne