

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav Ošetřovatelství

Anna Škařupová

**Profesionální spolupráce všeobecné sestry s lékařem
v oblasti zdravotní péče směrem k pacientovi: překážky a návody
k jejich zlepšení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 21. června 2018

.....

Podpis

Děkuji prof. MUDr. Vladimíru Mihálovi, CSc. za odborné vedení, vstřícnost při konzultacích a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Děkuji také své rodině a blízkým za podporu při studiu.

Anotace

Typ práce: Bakalářská práce

Téma práce: Spolupráce sestry a lékaře

Název práce v CJ: Profesionální spolupráce všeobecné sestry s lékařem v oblasti zdravotní péče směrem k pacientovi: překážky a návody k jejich zlepšení

Název práce v AJ: Professional collaboration of Nurses and Physicians in health care area towards the patient: barriers and instructions for improving

Datum zadání: 2018-01-31

Datum odevzdání: 2018-06-29

VŠ, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor: Škařupová Anna

Vedoucí práce: prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Abstrakt v CJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá profesionální spoluprací všeobecných zdravotních sester a lékařů. Překážkami v efektivní interakci s důrazem na prospěch pro pacienta. V neposlední řadě navrhuje možná strategická řešení této problematiky. Práce je rozdělena do několika částí, z nichž první uvádí obecné informace o rolích obou profesí, celkově hodnotí vztah lékařů a všeobecných sester. V další části se zabývá překážkami a příčinami nevhodné interakce. V závěru práce jsou nabízena možná řešení této situace. Předkládané publikované poznatky byly dohledány v elektronických informačních zdrojích EBSCO host, PubMed, Google Scholar a MEDLINE. Předložené důkazy byly čerpány z 27 recenzovaných zahraničních periodik, 2 recenzovaných českých periodik.

Abstrakt v AJ: This overview bachelor thesis deals with professional collaboration nurses and physicians. Barriers in effective interaction with an emphasis on patient benefits. This overview thesis suggest possible solution strategy of this problem. Overview thesis is divided into several parts. The first provides general information about the roles of both professions, assesses the relationship of nurses and physicians. In the next part it deals with the barriers and causes of undesirable interaction. At the end of thesis, there are possible solutions how to deal with this problem. Presented published findings were searched in electronic information resources EBSCO host, PubMed, Google Scholar and MEDLINE. The presented evidence was drawn from 27 peer-reviewed international periodicals, 2 reviewed Czech periodical.

Klíčová slova v CJ: všeobecná sestra, lékař, vztah, kooperace, kolaborace, spolupráce, komunikace, partner

Klíčová slova v AJ: nurse, physician, relationship, cooperate, collaborate, communicate, partner

Rozsah práce: 50 stran / 1 příloha

Obsah

Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	10
2 Pojetí rolí lékařů a všeobecných sester v minulosti a nyní	14
2.1 Role lékaře	14
2.2 Role sestry	16
3 Vztah všeobecná sestra – lékař	19
3.1 Vývoj vztahu	20
3.2 Konflikt a další důsledky nevhodné interakce	21
3.3 Předpoklady efektivní interakce	22
4 Význam komunikace v interakci lékařů a všeobecných sester	24
5 Faktory působící na vztah mezi lékaři a všeobecnými sestrami	26
5.1 Kompetence	26
5.2 Gender problematika	27
5.3 Nepochopení rolí	28
5.4 Podíl všeobecných sester na léčebném plánu pacienta	28
6 Důsledky nesprávné interakce	30
6.1 Škála pro hodnocení vztahů mezi lékaři a všeobecnými sestrami	32
7 Možné strategie pro zlepšení interakce lékař - všeobecná sestra	33
8 Limitace práce a doporučení pro praxi	39
Závěr	40
Seznam příloh	42
Seznam zkratk	44
Referenční seznam	45

Úvod

Profese všeobecné sestry je již od nepaměti považována za podřízenou profesi lékařské. Je to dáno mnoha faktory. V roce 1860 založila Florence Nightinghalová, jež je považována za zakladatelku novodobého pojetí ošetřovatelství, první ošetřovatelskou školu v Londýně a spolu s tím položila základy novodobého ošetřovatelství založeného na vzájemné spolupráci lékařů a sester. Do té doby byla za dobrou sestru považována ta, co přijímala rozkazy a tiše plnila své povinnosti. Vývojem medicíny i ošetřovatelství však vztah lékaře a sestry dostává zcela jiný rozměr. Dnes by měla být všeobecná sestra považována za rovnocenného partnera lékaře. Měly by být brány v potaz její názory, lékař by měl umět přijímat informace, které všeobecná sestra přináší a pracovat s nimi na úrovni. Existuje řada výhod plynoucích z vhodné interakce mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Za největší pozitivum lze považovat profit z efektivní spolupráce pro pacienta. Dochází ke zvýšení bezpečnosti a zlepšení výchozích cílů pacientů. Již v roce 2006 realizovali Puntilo et al. výzkum, kde jedním z podstatných výsledků byl fakt, že v případě efektivní interdisciplinární komunikace dochází ke zlepšení výsledků pacientů až o 5 % (Puntilo, 2006, str.337). Zjevný je i dopad na kvalitu zdravotnických služeb. Dochází ke snížení nákladů na zdravotní péči, zvyšuje se spokojenost pacientů. Nezanedbatelnou výhodou jsou i lepší vztahy na pracovišti, příjemnější atmosféra mezi personálem, menší fluktuace zaměstnanců a snížená míra stresu. Důvěra, vzájemné uznání a efektivní komunikace mezi lékaři a všeobecnými sestrami přináší nespočet výhod pro personál a obzvláště pro příjemce zdravotnické péče. Velké množství prováděných výzkumů poukazuje na aktuálnost tématu a potřebu řešení tohoto problému.

Cílem bakalářské práce je předložit aktuální dohledané publikované poznatky o efektivní spolupráci mezi lékaři a všeobecnými sestrami, o následcích neefektivní komunikace a možných strategiích vedoucích ke zlepšení této interakce.

Pro vytvoření přehledové bakalářské práce byly stanoveny dva dílčí cíle:

Cíl 1

Předložit aktuální dohledatelné poznatky o interakci mezi lékaři a všeobecnými sestrami.

Cíl 2

Předložit aktuální dohledatelné poznatky o možných strategiích vedoucích k zefektivnění interakce mezi lékaři a všeobecnými sestrami.

Seznam vstupní studijní literatury:

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestry - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.

SERKSNYS, David, Rahul NANCHAL a Kathlyn E. FLETCHER. Opportunities for interprofessional input into nurse and physician hand-off communication. *Journal of Critical Care* [online]. 2017, **38**, 47-51 [cit. 2017-10-10]. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.09.004. ISSN 08839441. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944116304890>

TOPCU, Ibrahim, et. al. Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. *Journal of Pakistan Medical Association* [online]. 2017, **67**, 600-604 [cit. 2017-10-10]. Dostupné z: http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=8164

1 Popis rešeršní činnosti

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

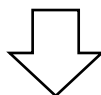
Klíčová slova v ČJ: všeobecná sestra, lékař, vztah, kooperace, kolaborace, spolupráce, komunikace, partner,

Klíčová slova v AJ: nurse, physician, relationship, cooperate, collaborate, communicate, partner

Jazyk: český, slovenský, anglický, francouzský

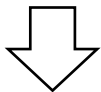
Období: 2012-2018

Další kritéria: recenzovaná periodika, plné texty



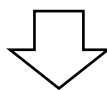
DATABÁZE

EBSCO, PubMed, Google - rozšířené vyhledávání, Google Scholar,
MEDLINE



Nalezeno 220 článků

Vyřazeno 185 článků



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

- duplicitní články
- články nesplňující kritéria
- články neodpovídající tématu



SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

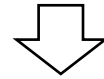
EBSCO host - 4 zahraniční články

PubMed - 18 zahraničních článků a 2 české články

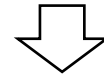
Google (rozšířené vyhledávání) - 3 zahraničních článků a 1 český článek

Google Scholar - 3 zahraniční články

MEDLINE - 4 zahraniční články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo
použito 35 článků



Pro tvorbu bakalářské práce byly
použity 5 monografií, 1 sborník,
1 zákon a 1 vyhláška Ministerstva
zdravotnictví, které jsou dále
citovány v referenčním seznamu.

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

American Journal of Nursing- 1

Archives of General Psychiatry- 1

Critical Care Medicine- 1

BMC Medical Informatics and Decision Making- 1

BMJ Open- 1

Electronic Physician- 1

Evidence Based Nursing- 3

Health Communication- 1

International Journal of Emergency Medicine- 1

International Journal of Nursing Studies- 1

International Journal for Quality in Health Care- 1

Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research- 1

Iranian Red Crescent Medical Journal- 1

Journal of Advanced Nursing- 1

Journal of Clinical Nursing- 1

Journal of Critical Care- 1

Journal of Health Politics, Policy and Law- 1

Journal of Nursing Scholarship- 1

Journal of Public Health-1

Kontakt- 2

La Revue de l'Infirmière- 2

Nursing Ethic- 1

Nursing Management (Springhouse)- 1

Nursing Research and Practice- 1

PLOS ONE- 1

Postgraduate Medical Journal- 1

Psycho-Oncology – 1

Sestra- 1

The European Journal of Public Health Nursing Ethic- 1

The Journal of Nursing Administration- 2

2 Pojetí rolí lékařů a všeobecných sester v minulosti a nyní

Velmi důležitou roli při utváření a udržování efektivní interakce mezi lékaři a sestrami je osobnost obou profesí. Klíčové je také pochopení jejich jednotlivých rolí. Profese zdravotníků, ať už lékařů či sester patří mezi velmi náročná povolání. Je nutná velká dávka profesionality, odborné přípravy, neopomenutelná je nutnost celoživotního vzdělávání apod.

Objektem práce je člověk, zdravý i nemocný. Práce s lidmi vyžaduje dodržování určitých forem jednání, mezi zdravotnickými pracovníky navzájem, ale i směrem k pacientovi, jeho rodině a příbuzným. S tím souvisí i nezbytnost osobnostních předpokladů zdravotníků, kteří by měli být vnímaví, s dostatkem sebevědomí, empatie, kritičnosti vůči sobě i okolí, s předpokladem pro chápání problémů a se schopností vzniklé problémy řešit. Dále by se osobnost zdravotníka měla vyznačovat zájmem o pacienta a jeho zdraví.

Na sestry i lékaře je kladeno mnoho dalších požadavků, které pomůže přiblížit podrobnější popsání těchto rolí. Pochopení jejich úkolů a pozicí nám může pomoci lépe porozumět potřebě vzájemné spolupráce. Bez jasného pochopení rolí v týmu může být komunikace a spolupráce méně účinná a tato skutečnost následně postihuje pacienta a celkově i poskytovanou kvalitu péče.

2.1 Role lékaře

Povolání lékaře je dle mnohých výzkumů profesí, která má jednu z nejvyšších prestiží u nás v České republice, ale také v dalších zemích světa. Činnost lékaře je funkcionálně zaměřena na ochranu a upevňování zdraví, na diagnostiku a léčbu nemoci, na záchranu ohroženého života. „Lékař je hodnocen vysoce pozitivně mocensky i eticky“ (Bártlová, 2005 str. 188). Podle tradičních názorů na profesi je lékař hodnocen na velmi vysoké úrovni. „Lékař ještě před několika desítkami let byl tím, kdo přinášel a obnovoval zdravé, vracel nemocného od smrti zpátky k životu a v představách lidí býval pánem nad životem a smrtí, dělal zázraky a připisovala se mu až magická moc.“ (Vymětal, 2003, str. 397). Profese lékaře v podobě, kterou známe dnes, se začala vytvářet ke konci 19. století.

Moderní náhled lékařské profese na ni klade vysoké nároky. Navíc k lékařským rolím se přidávají nové úkoly lékařů. Jde o funkce ekonomické, manažerské, technické a administrativní. Na základě toho se objevuje konflikt rolí. Na jedné straně je nutnost

poskytování co možná nejlepší lékařské péče pacientům, na straně druhé je nutno spravedlivě rozdělovat veřejné zdroje a odpovědně s nimi nakládat. Koncepti role lékaře v dnešní době popsal a rozčlenil Talcott Parsons. Dělí tuto roli dle znaků na funkční specifitu, afektivní neutralitu a kolektivní orientaci. Funkční specifitou se rozumí nezbytnost odborné kompetence a určité předem dané podoby odborného vzdělání. V dnešní době není již všeobecnost lékařů tolik žádoucí a zmenšuje se nám tak míra kompetencí jednotlivých lékařů. Parsons uvádí, že: „lékař by se měl soustředit pouze na určitý úsek klinické problematiky a omezit svou pozornost na přesně vymezené sféry“ (Parsons, 1991, str. 247). Rozdíl v rolích je u lékařů specialistů a praktických lékařů, odlišují se mírou odborných činností nebo četností kontaktu s pacienty.

Dalším významným faktorem působícím na to, z jaké míry lékař svou roli zastává a jaké funkce jsou s touto rolí spjaty, závisí na vertikálním a horizontálním omezování kompetencí. Jinou mírou zastává všechny funkce role lékaře primář oddělení a odlišnou řádový lékař. Následujícím mezníkem, který lze zařadit do funkční specifity je povinnost se celoživotně vzdělávat a být kvalifikovaný v problematice zdraví i nemoci. Nedodržování odborné kompetence má značné důsledky zdravotní, právní i ekonomické. Afektivní neutralitou chápeme jednání lékaře bez zapojení vlastních emocí, ne však na úkor porozumění problémů pacienta. Důležité je, aby se pacient necítil jako pouhý objekt, na kterém lékaři nezáleží. Jedná se o orientaci na věcný způsob jednání bez vyjadřování vlastních emocí. Jiným znakem afektivní neutrality je jednání bez ohledu na názory. Nesmí docházet ke znevýhodňování podle pohlaví, rasy nebo náboženského vyznání. Dle Etického kodexu České lékařské komory je úkolem lékaře „chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.“ (Etický kodex ČLK).

Kolektivní orientace klade důraz na nutnost nejednat na základě svých zájmů, ale vždy za všech předpokladů a okolností dle zájmů pacienta. Lékař by měl vždy mít optimální blaho svých pacientů nad blahem svým. Celou historii lékařství provází základní myšlenka prospívání nemocnému, kterou je třeba dodržovat i v současnosti. Veškerá péče by měla být poskytována s ohledem na dodržování lidské důstojnosti.

2.2 Role sestry

Role sestry se vyvíjí již po staletí. Prvotní formy byly v rámci charitativních činností ve středověku, taková ošetrovatelská služba byla poskytována především na základě náboženském. Nebyla potřeba žádného odborného vzdělání ani odborné přípravy. Potřeba vzdělaných a vyškolených sester vyvstala v období Krymské války. Za zakladatele prvotního ošetrovatelství lze považovat ruského chirurga Nikolaje Ivanoviče Pirogova. Myšlenku vzdělávání sester vnesla anglická ošetrovatelka Florence Nightingale. Dle Nightingalové již nebylo posláním ošetrovatelství pouhé saturování potřeb nemocných, ale pohlížela na nemocné jako na holistické bytosti, kterým je třeba poskytovat podporu v bio-psycho-sociálních potřebách. Prvky její činnosti byly zároveň cíle dnešního moderního ošetrovatelství: prevence, vzdělání, tzv. „well being“, individualizovaná péče, holistický přístup a týmová spolupráce. Další myšlenkou, jež chtěla prosadit byl fakt, že ošetrovatelství není podřízené lékařství, ale v rámci spolupráce lékaře a sestry by mělo jít o rovnocenný vztah založený na respektu svých povolání a sebe navzájem nikoli o vztah paternalistický jako tomu bylo doposud.

Právě na válečném poli docházelo k nahrazení dominance lékaře nad sestrami a nahradila je vzájemná spolupráce. Role sestry se vyvíjela zároveň s rozvojem ošetrovatelství, které bylo podmíněno vývojem medicíny. Medicína začala být specializovanou, to vyvolalo potřebu specializace sester. Sestry však vykonávaly více odborných technicky zaměřených úkonů a holistický přístup k pacientovi ustoupil do pozadí. Objevil se pojem „technická sestra“, která byla vzdělaná, ale neměla dostatek času věnovat se plně pacientovi, došlo k zaměření se na výkony.

Velký zlom nastal na přelomu 70. a 80. let 20. století, kdy se obor ošetrovatelství dostává na půdu vysokých škol. Díky tomuto dochází k zavádění ošetrovatelského procesu do práce sester. Ty začínají pacienty posuzovat, vyhodnocovat a diagnostikovat ošetrovatelské diagnózy, plánují ošetrovatelské intervence, celý proces vyhodnocují, to vše právě na základě předem daného ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelská péče se přenáší i na zdravé jedince. Dochází k úbytku pouze asistentické práce lékařům a sestry začínají pracovat autonomně.

Všeobecné sestry získávají v současnosti nové role, mají větší autonomii a zaměřují se na i na zdraví, nejen na nemoc. Autor Thompson uvádí, že nezávislé sestry konají na základě informací tak, aby zabezpečily a prosazovaly hlavně pacientovy zájmy (Thompson, 2004,

str. 71). Role všeobecné sestry je ohraničena jejími kompetencemi. Podmínky vzdělání upravuje zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/ 2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a přesné kompetence jsou stanoveny vyhláškou č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence ovlivňují postavení sestry v multidisciplinárním týmu. Informuje nás o činnostech, které provádí všeobecná sestra sama bez dohledu a bez indikace lékaře, přičemž poskytuje ošetrovatelskou péči pomocí ošetrovatelského procesu, o činnostech, jež jsou na podkladě ordinace lékaře, jedná se o péči preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, poskytování neodkladné a dispenzární péče, a činnostech, které vykonává pod dohledem a vedením lékaře nebo u výkonů, prováděných lékařem asistuje.

Roli všeobecné sestry v současné době lze charakterizovat pomocí 4 základních částí. Jde o autonomní část, kooperativní část, část výzkumnou a rozvojovou a také o koordinační a řídicí. Autonomní část profesionální role všeobecné sestry zahrnuje odborné činnosti jako je diagnostika ošetrovatelských problémů, tvorba plánů ošetrovatelské péče a vytváření ošetrovatelských intervencí, edukace o preventivním chování v rámci ošetrovatelských problémů, a další. V rámci kooperativní části jde o spolupráci s multidisciplinárním týmem (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, nutriční asistenti, psychologové a další odborníci), vykonávání činností na základě indikací lékaře, spolupráce a podpora rodiny a blízkých pacienta. Výzkumná a rozvojová část zahrnuje aplikaci nejnovějších poznatků na základě EBP (ošetrovatelství založeného na důkazech), zájem o odbornou literaturu a nutnost celoživotního vzdělávání. Koordinační a řídicí část je mířena spíše pro vedoucí pozice a jde o koordinace ošetrovatelského týmu, kontrolu vzdělávání podřízených pracovníků, jejich hodnocení, motivační činnost směrem k podřízeným a kontrola ekonomických faktorů poskytování ošetrovatelské péče (náklady na tuto péči).

Stejně jako role lékaře, tak i role sestry lze dělit dle Parsonse na kolektivní orientaci, universalismus a emocionální neutralitu. Základní myšlenka zůstává stejná u role všeobecné sestry jako u role lékaře. Odlišnosti nacházíme v odborném obsahu činností. Kolektivní orientace dává všeobecné sestře za úkol poskytovat svou ošetrovatelskou péči všem, kdo ji potřebují bez ohledu na rasu, pohlaví, náboženské či politické vyznání apod. K úkolu kolektivní

orientace se váže i povinnost dodržovat mlčenlivost. Universalismus upozorňuje na potřebu a schopnost všeobecné sestry zaujmout a plnit svou roli bez ohledu své osobní postoje. V rámci emocionální neutrality je všeobecná sestra povinna udržet své emoce na základě rozumové kontroly. Takovýto přístup umožňuje poskytovat a plnit povolání všeobecné sestry bez jakýchkoli konfliktů, ať už vnějších či vnitřních (Parsons, 1991, str. 254).

3 Vztah všeobecná sestra – lékař

Pracovní vztah lékaře a všeobecné sestry definuje Bártlová jako výsledek působení lidí ve specifické skupině, která má typické sociometrické prvky (Bártlová, 2010, str. 24). Spolupráce je často definována jako jakýsi proces pozitivní komunikace mezi členy týmu, která reaguje na aktuální potřeby pacientů. Gotlib definuje spolupráci jako: „komplikovaný a dynamický proces, který je založen na důvěře, znalosti a sdílení cílů“ (Gotlib, 2004, str. 2).

Spolupráce mezi lékaři a všeobecnými sestrami znamená spolupráci při práci a při poskytování zdravotní péče, sdílení odpovědnosti za řešení problémů, rozhodování a realizace plánu péče o pacienta. Je velmi významná pro kvalitu poskytované zdravotnické péče. Hodnota vztahu lékařů a všeobecných sester ovlivňuje kvalitu výkonů zdravotníků. Rozsah klinické spolupráce je velký a obsahuje různé oblasti péče, vzdělávání, spolupráce aj. Americká studie z roku 2005 uvádí fakt, že negativní interpersonální vztahy mají obrovský vliv na bezpečnost pacientů, na jejich úmrtnost, na výskyt pochybení, komplikací a celkově na jejich spokojenost (Rosenstein, 2005, str 54-64). S tím souvisí i změna v plnění role lékařů, všeobecných sester i pacientů. Z dříve autoritativního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem se dnes stává vztah partnerský, stejně tak by to mělo být i v případě vztahu mezi všeobecnými sestrami a lékaři.

Dobrý pracovní vztah musí být budován již od začátku vzájemné spolupráce. Taková interakce může mít několik podob. Dle Bártlové rozlišujeme nejčastěji tyto: bezproblémové podřízení se, které je vlastně formou komunikace mezi lékařem a všeobecnou sestrou a vychází z tradičního nastavení tohoto vztahu, kdy je sestra poslušná lékaři a vyjadřujeme mu respekt. Další podobou je neformální skryté rozhodování, čímž je myšleno, že všeobecná sestra lékaře respektuje a uznává a zároveň nepřímo ovlivňuje proces rozhodování v péči o pacienta. Při přímém formálním skrytém rozhodování všeobecná sestra s lékařem komunikuje otevřeně a využívá ošetrovatelský proces při plánování léčebného plánu.

Mnoho výzkumů realizovaných především v zahraničí poukazuje na potřebu dobrých bezproblémových vztahů mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Zkoumání těchto vztahů je v poslední době velkým předmětem zájmu. O interakci mezi lékaři a všeobecnými sestrami se v současné době velmi často hovoří. Vztah mezi lékaři a všeobecnými sestrami by měl být kladen na úroveň rovnocenných vztahů a partnerství. Dobře fungující vztah, založený na vzájemné důvěře a respektu působí na výkony obou stran a vede k pozitivní atmosféře

na pracovišti, k lepší komunikaci a k celkové spokojenosti v práci. Z těchto aspektů poté profituje pacient, jelikož je mu poskytována kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče na vysoké úrovni.

Právě na pacienta mají nesrovnalosti v interakci mezi lékaři a všeobecnými sestrami ten největší dopad. Efektivní spolupráce mezi členy týmu je nezbytnou podmínkou pro zajištění spolehlivé, a především bezpečné péče. Kvalitní spolupráce členů zdravotnického týmu je prevencí zranění a poškození pacientů. Martin JS ve své práci zjišťuje, že špatná spolupráce mezi všeobecnou sestrou a lékařem je až v 60 % zodpovědná za lékařské chyby směrem k pacientům (JS, 2017, str. 2).

3.1 Vývoj vztahu

Vývoj vztahu všeobecné sestry měl několik etap. V poválečném období se ve spolupráci lékařů a všeobecných sester uplatňoval model „doctor-nurse game“, tzv. „komunikační hra“, kterou popisuje Stein (Stein, 1967, str. 709-723). Sestra lékaři radí a informuje ho o změnách týkajících se pacienta, nezasahuje však do jeho kompetencí, péči o pacienta nechává zcela v rukou lékaře. V případě, že jsou dodržována pravidla hry, přináší to prospěch oběma stranám. Takovým pravidlem je především dodržování svých rolí, všeobecná sestra nesmí za žádných okolností ohrozit postavení lékaře.

Novější teorie pojmají interakci lékaře a všeobecné sestry jako proces perspektiv a vyjednávání. Na rozvoj vyspělejšího vztahu, založeného právě na vhodné komunikaci a respektu, má bezpochyby vliv i vzdělávání všeobecných sester na vyšších odborných školách a na vysokých školách. Z tohoto však může vyvstat i problém, kde se lékaři obávají, že všeobecná sestra bude vědět více než oni sami a cítí se poté být vysokoškolsky vzdělanými sestrami ohrožovaní. Bojí se, že bude všeobecná sestra zasahovat do jejich kompetencí.

V poslední době však i přesto dochází ke změně vztahových stereotypů mezi lékaři a sestrami. Lékaři předávají část svých kompetencí vysokoškolsky vzdělaným všeobecným sestram a ty díky tomuto společensky posilují své postavení.

3.2 Konflikt a další důsledky nevhodné interakce

Konfliktem je myšlen jakýsi nesoulad názorů, zájmů a hodnot stojících v opozici. Necelá polovina lékařů a všeobecných sester v České republice se s konflikty na pracovišti setkává. Konflikty na pracovišti jsou častěji uváděny ze strany všeobecných sester než ze strany lékařů. Elsous ve svém výzkumu uvádí zajímavý fakt, že americké zdravotní sestry se vyjadřují daleko pozitivněji ke spolupráci s lékaři než např. zdravotní sestry v Itálii nebo Mexiku. Elsous se domnívá, že: „americké sestry následovaly doplňkový model profesionálních rolí spíše než model hierarchický“ (Elsous, 2017, str. 3).

Vhodně fungující interpersonální vztah mezi lékaři a všeobecnými sestrami je velmi významný pro poskytování zdravotnické péče. Takovýto vztah je tvořen sociální i profesní komunikací zdravotníků v různých oblastech péče. Pozitivní vztahy na pracovišti jsou žádoucí a významné pro správně fungující zdravotnický tým, jelikož zdravotničtí pracovníci jsou často vystavováni zátěži fyzické i psychické, mají odpovědnost za životy pacientů a vztahy bez konfliktů jim lépe pomáhají toto náročné povolání zvládat. Zdravotnické profese jsou tzv. „pomáhající profese“ a hrozí zde riziko prožívání vlastních emocí společně s pacientem. Je proto velmi nezbytné, pozitivní vztahy vytvářet, udržovat a navzájem se v rámci týmu podporovat. Pokud se takto neděje, dochází k řadě problémů a konfliktů mezi lékaři a všeobecnými sestrami, takové stavy mají negativní vliv především na pacienty, na jejich zdravotní stav, psychické rozpoložení i vývoj léčby a prognózu. Brožová ve svém díle uvádí, že 93 % lékařů vidí souvislost mezi kvalitou péče o pacienty a negativními interpersonálními vztahy (Brožová, 2003, str. 22).

Dalším negativním faktorem, který vzniká v důsledku nevhodné interakce je konflikt. Konflikty se častěji objevují na jednotkách intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Velkým důsledkem konfliktů je vznik stresu u zdravotnických pracovníků. Stres má nespočet dopadů na zdravotníky, kteří často fluktuují, ovlivňuje kvalitu jejich poskytované péče a působí na jejich výkonnost. Požadavkem pro zvládnutí zátěže je flexibilita pracovníka a přirozená odolnost vůči stresu. Důležitá je duševní hygiena. Zároveň i setkávání mimo pracovišti při neformálních událostech pozitivně působí na pracovní i osobní vztahy na pracovišti.

3.3 Předpoklady efektivní interakce

Bártlová ve výsledku své studie uvádí, že hlavním faktorem, který předurčuje postoje k druhým, je osobnost zdravotníka, lékaře či všeobecné sestry (Bártlová, 2010, str. 32). Pro lékaře jsou nejdůležitějším předpokladem správně fungujícího pracovního vztahu profesionální schopnosti a dovednosti všeobecné sestry, dále také jejich vzdělání a až poté osobnostní vlastnosti. Nedůležité je pro ně pohlaví. Všeobecné sestry považují za stěžejní, aby jejich práce byla lékařem dostatečně oceněna, chtějí být lékařem vnímány jako rovnocenný partner. Chtějí se podílet na vytváření léčebného a ošetrovatelského plánu pacienta. Čím vyšší dosažené vzdělání všeobecná sestra má, tím více a podrobněji s ní lékař plány konzultuje, uznává ji a důvěřuje jí. Taková skutečnost však vůbec není pravidlem.

Brownová ve své práci sděluje, že postoj ke spolupráci s lékaři je pozitivně spojen s magisterským nebo vyšším vzděláním (Brown, 2014, str. 211). Všeobecné sestry vnímají potřebu vhodné meziprofesionální spolupráce s lékaři daleko intenzivněji a významněji než lékaři. Zároveň lze tvrdit, že právě konflikty a problém v interpersonálních vztazích mezi lékaři a všeobecnými sestrami mohou mít pozitivní výsledek. Mohou vést k poznání a uvědomění si svých nedostatků a na tomto základě působit na osobnostní rozvoj. Existuje mnoho faktorů ovlivňujících vztah mezi lékařem a všeobecnou sestrou. Základem vhodné spolupráce je partnerství lékaře a všeobecné sestry. Tato spolupráce může přinášet řadu konfliktů a nesouladů. Většina těchto konfliktů vzniká nevhodnou komunikací a nevhodnou spoluprací.

Požadavky pro vhodnou interakci jsou v dnešní době odlišné než v minulosti. Existuje mnoho faktorů, které interakci ovlivňují, tyto faktory jsou patrné především z výzkumů prováděných na téma problematiky vztahu lékař - všeobecná sestra. Při dodržení pravidel vhodné interakce je prospěch pro všechny zúčastněné strany. Velmi důležitým faktorem pro vhodnou součinnost lékařů a všeobecných sester je pracovní prostředí a kvalita zdravotnického zařízení, ve kterém působí, a její organizační fungování. V případě, že má organizace dostatek personálu, je mezi nimi vhodná komunikace a spolupráce, má to pozitivní vliv na kvalitu a výsledky poskytované zdravotní péče. Problém může nastat v případě, kdy správní rady nemocnic nepodporují a celkově se nestarají o atmosféru na pracovišti a o meziprofesionální vztahy. Kámen úrazu přichází v případě nevhodné či žádné motivace, při rozdílech v příjmech zaměstnanců nebo při absenci strategií podporujících interakci. Pokud

je splněna podmínka spokojenosti a daný pracovník je spokojený s pracovními podmínkami, dostává se méně často do konfliktů a v případě vzniku konfliktu, je schopen jej řešit mnohem efektivněji než pracovník nespokojený. Pracovní spokojeností je myšlen příjemný pocit uspokojení, který přichází po dobře odvedené práci. Díky spokojenosti pracovníků je i mnohem lépe poskytována zdravotní péče pacientům, což předchází vzniku možných chyb, které mohou být mnohdy pro pacienty i fatální.

Nespokojenost v zaměstnání vede mimo jiné i k velké migraci pracovníků a k nezájmu o povolání, zvyšuje se psychická i fyzická zátěž a tím i míra stresu. Všeobecné sestry i lékaři v důsledku nespokojenosti na pracovišti toto pracoviště opouštějí a odcházejí za lepšími pracovními podmínkami, často i do zahraničí. Problém nedostatku zdravotních sester trvá z minulosti a potýkáme se s ním dodnes. Již v roce 1996 přinesl provedený výzkum právě na téma spokojenosti všeobecných sester v zaměstnání výsledky, kde pouze jedna třetina dotazovaných je spokojena v práci. Jako důvod uváděly respondentky především nedostatečné finanční ohodnocení. Následně výzkum v roce 2007 přinesl poznatky, že mimo finanční ohodnocení k pracovní spokojenosti velice přispívá aspekt vedení a týmové práce. Opět se tedy dotýká tématu důležitosti vhodné interakce mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Stejně jako pozitivní vliv pracovního prostředí působí na spokojenost lékařů a všeobecných sester. Je nutno zdůraznit, že výhody přináší především pro pacienta. Mezi požadavky pozitivního pracovního prostředí řadíme dostatečné finanční ohodnocení, bezpečné pracovní prostředí, motivaci a vhodné strategie vzdělávání s možností dalšího osobního rozvoje zaměstnanců.

V dnešní době již převažuje vhodná spolupráce, problémy, jež vyvstanou lze přičítat osobnostem zdravotníků. Byl popsán i model sociální a psychické pohody, který přispívá k dosažení optimální pohody na pracovišti. Jedna z oblastí tohoto modelu obsahuje právě přizpůsobení pracovních požadavků zdravotnickým pracovníkům tak, aby odpovídal jejich možnostem a nebyla na něj kladena přílišná míra stresu. Takové přizpůsobení pracovních požadavků zahrnuje určitou úroveň jistoty, vzájemnou podporu kolegů, možnosti dalšího vzdělání aj.

4 Význam komunikace v interakci lékařů a všeobecných sester

Velký podíl na problematice interpersonálních vztahů má úroveň komunikace mezi zúčastněnými. Dalo by se tedy říct, že nejdůležitější součástí kvalitní spolupráce je vhodná a efektivní komunikace. Mezi předpoklady žádoucí komunikace patří identifikace s kooperativním cílem celého týmu, soudržnost týmu, komunikace v rámci interpersonálních vztahů, dodržování predepsaných norem, vzájemná důvěra, uznání a respekt, vítaná je konstruktivní kritika. Komunikace mezi všeobecnými sestrami a lékaři je považována za hlavní součást informačního toku ve zdravotnictví.

Existuje čím dál tím více důkazů, že nesprávná a neefektivní komunikace může způsobit stav konfliktu, který je chronický a působí negativním tlakem na všechny zúčastněné strany. Toto vede ke zvýšenému počtu chyb, lékařských a stejně tak i ze strany všeobecných sester. Zároveň neustálý stres a negativní atmosféra na pracovišti může mít za důsledek nedostatky všeobecných sester a jejich nucený odchod z pracoviště. V případě, že vážne komunikace mezi lékaři a všeobecnými sestrami nedochází k dostatečné výměně informací, není poskytování zdravotnické péče jako výsledku péče celého týmu efektivní a délka hospitalizace pacienta se může prodlužovat. Za podstatný problém při výměně informací, při neefektivní komunikaci, považují všeobecné sestry i fakt, že nemají obvykle možnost se účastnit pravidelných vizit pacientů. Při těchto vizitách se konzultuje současný stav, výhledové plány dalších výkonů, vyšetření, dalších operací a celkového vývoje léčby. K těmto změnám v plánu a na celkovém plánování se při vizitě podílí ošetřující lékař, vedoucí lékař oddělení a má možnost se k nim vyjádřit i sám pacient. Přítomnost a aktivní účast všeobecné sestry u vizity by byla výhodou i pro lékaře, jelikož všeobecné sestry jsou ty, jež tráví převážnou většinu pacientovy hospitalizace s ním, vidí ho více a častěji než lékaři, a proto mohou být sdělení všeobecné sestry o vývoji stavu pacienta cennými informacemi pro lékaře. Nepřítomnost všeobecných sester na vizitách, v současném systému, je často z důvodu zahlcení úkony při poskytování ošetrovatelské péče. Vizity se konají většinou v ranních hodinách, kdy má všeobecná sestra nejvíce povinností v ošetrovatelské péči.

Efektivní komunikace bez konfliktů je nezbytným faktorem při určování kvality péče. Účinná komunikace představuje vědomý způsob dorozumívání, je nezbytné se tomuto učit a neustále se zdokonalovat. Tato komunikace přináší řadu výhod, jednou z nich lze považovat

poznání se jeden druhého, v rámci kolegiality v týmu a následné lepší spolupráci při výkonu práce.

Komunikace v urgentní medicíně je složitá především z důvodu nedostatku času, podílení se mnoha zdravotníků na péči, a je proto náchylná k chybám. Lékaři i všeobecné sestry se tímto cítí být pod tlakem. Tyto tlaky jsou častým důvodem interpersonálních konfliktů a omezené komunikace mezi týmem zdravotnických pracovníků.

Mezi další příčiny vzniku konfliktů lze řadit pracovní přetížení, vliv únavy a stresu, a především osobnostních vlastností zdravotníků, jejich povahy a celkovou osobností. Výzkum, jež prováděla Bártlová v České republice v roce 2010 ukazuje, že nejčastější problémy vyplývají z velké míry stresu, napětí, nervozity a celkového pracovního přetížení. Podle výsledků studie Rosensteina publikovaných v roce 2005 v *American Journal of Nursing* je patrné, že nevhodné chování pramení ze stran lékařů stejnou měrou jako ze stran všeobecných sester (Rosenstein, 2005, str. 24). Lékaři si často stěžují, na nevykonávání jejich ordinací, na nedodržení časů těchto ordinací, další velký problém vidí v komunikaci s všeobecnými sestrami po telefonu. Přes telefon nejsou schopni naprosto odhalit vážnost situace a stavu pacienta, proto vyžadují, aby je všeobecná sestra informovala o stavu pacienta celistvě pomocí všech dostupných informací, nejlépe doplněno o výsledky vyšetření pacienta.

Komunikace mezi lékaři a všeobecnými sestrami není důležitá pouze při výměně informací týkajících se pacientů. Nesmíme podceňovat důležitost komunikace při spolupráci na administrativě a dalších zadaných úkolech.

5 Faktory působící na vztah mezi lékaři a všeobecnými sestrami

Následující kapitola je věnovaná jednotlivým faktorům, jež působí a ovlivňují vztah lékař – sestra.

5.1 Kompetence

Častým problémem nepochopení se mezi lékařem a všeobecnou sestrou je situace, kdy lékař pověřuje všeobecnou sestru úkony, které nespádají do její kompetence. Jak uvádí Bártlová ve svém výzkumu z roku 2010, na druhém místě, v žebříčku nesouladů mezi lékaři a všeobecnými sestrami se umístilo právě vykonávání činností nespádajících do kompetencí všeobecných sester.

V rámci diplomové práce Vízkové z roku 2008 byl prováděn výzkum v pražském IKEMu a výsledky ukazují zajímavý fakt, až 75,7 % dotazovaných všeobecných sester je pověřováno úkony mimo jejich kompetenci, pouhých 8 % se s tímto nikdy nesetkaly (Vízková, 2008, str. 41). Dle výzkumu Bártlové lékaři pověřují všeobecné sestry úkony nespádajícími do jejich kompetence v 35,3 % (Bártlová, 2006, str. 33). Je prokázána souvislost s pověřováním úkony nespádajícími do kompetencí všeobecných sester a s charakterem pracoviště, kdy častěji jsou pověřovány všeobecné sestry pracující na jednotkách intenzivní péče, méně často pak ty pracující na standartních odděleních. Nejčastěji se jedná o tyto úkony nespádající do kompetence všeobecných sester:

- vypisování receptů,
- žádosti o konzilia,
- podávání léků, které nejsou naordinovány v dokumentaci, ale pouze na základě telefonické domluvy,
- podávání krevních derivátů
- a mnoho dalších.

Paradoxně odmítnutí provedení výkonu mimo kompetenci může vztah posílit, protože toto odmítnutí může v lékaři vzbudit respekt.

Z výsledků mnoha výzkumů je zřejmé, že všeobecné sestry neznají přesně své kompetence. Naopak někteří lékaři jsou přesvědčeni, že všeobecné sestry by měly mít více autonomie. Tang ve své průzkumné kvalitativní studii uvádí potřebu některých lékařů, kteří jsou ochotni přenechat některé své kompetence vysokoškolsky vzdělaným sestřím. Jedná se například o informování rodiny o zdravotním stavu, větší autonomii při léčbě akutních i chronických ran nebo by mohly být schopny objednávat veškerá léčiva či kompenzační pomůcky (Tang, 2018, str. 11-18).

5.2 Gender problematika

Interakce mezi lékařem a všeobecnou sestrou jsou často posuzovány na základě genderového přístupu. Tradiční způsob vztahu lékař a všeobecná sestra se připodobňuje k patriarchální přírodě v tom smyslu, že žena, tedy všeobecná sestra je pasivně podřízena muži - lékaři. Zvykový způsob přiřazuje lékaři roli rozhodujícího elementu, zatímco všeobecné sestry se starají o psychické potřeby těch, jež jejich pomoc potřebují, tedy ve zdravotnictví se jedná o pacienty.

Wicksová ve své knize, na základě rozhovorů mezi lékaři a všeobecnými sestrami, prováděnými v Austrálii, uvádí že: „Gender ovlivňuje, konstruuje, neguje a formuje velkou část z toho, co se odehrává a jak se to odehrává na běžném nemocničním oddělení.“ (Wicksová, 1999, str. 54). Některé všeobecné sestry si stěžují na dominantní postoj lékařek vůči nim. Toto lze vysvětlit skutečností, že si ženy jako studentky medicíny snažily udržet své postavení mezi muži, kteří tvořili nadměrnou většinu všech studujících. Ženy lékařky se musely naučit jednat s dominancí a toto jim poté zůstalo. U mužů se problém dominance tolik nevyskytuje nebo může být schován za gentlemanské chování vzhledem k pohlaví všeobecné sestry, obvykle tedy ženy. Ženy lékařky si také často stěžují, že než si vybudovaly respekt, jaký má lékař muž přirozeně, musely na tom velmi tvrdě pracovat. Ženy sestry se setkávají s problémem, že dle tradičních názorů je na ošetřovatelství pohlíženo jako „jen“ na pečovatelskou činnost žen, ne jako na vědní disciplínu. Napomáhá tomu však i fakt, že profesi všeobecné sestry vykonávají asi z 80 % ženy.

Dle historického pohledu je povolání sestry čistě ženskou záležitostí, kdy muži nemají ty správné ženské pečovatelské schopnosti. Také někteří lékaři považují práci sestry za vyloženě ženskou záležitost a tím v podstatě snižují statut této profese a nazývají ji pouze jakousi

„poloprofesi“. Tím se dostáváme k dalšímu faktoru, působícímu na správnou interakci, a to k pohledu lékařů na ošetrovatelství.

5.3 Nepochopení rolí

Častým důvodem sporu může tedy být vzájemné nepochopení rolí, hlavně ze strany lékaře vzhledem ke všeobecné sestře.

Institut pro výzkum veřejného mínění při Českém statistickém úřadu provedl v roce 2008 výzkum, který zkoumal názor obyvatel na prestiž jednotlivých povolání. Výsledky ukázaly, že profese všeobecné sestry se umístila na 4. místě za povoláním lékaře. Lékaři považují svou profesi za dominantní a všeobecné sestry pak narážejí na mnoho problémů spojených především s autonomií oboru ošetrovatelství. Lékaři vnímají všeobecné sestry za pouhé „pomocnice“ plnící jejich rozkazy a dožadují se plného respektu. Všeobecné sestry se proto v důsledku takového jednání snaží o dosažení větší autonomie profese. Lékaři také chápou profesi všeobecné sestry jako dočasnou z důvodu vysoké fluktuace sester a tím i nedostatku sester na oddělení. Dalším důvodem je odcházení všeobecných sester, převážně žen, na mateřské dovolené. Lékaři tak porozumí zařazení všeobecné sestry bez hlubších závazků. Předpokládají, že všeobecné sestry mají nižší vzdělání než oni sami a tím pádem i nižší finanční ohodnocení.

Mnoho lékařů nebere všeobecné sestry jako rovnocenné partnery, což je považováno za nejhlavnější příčinu nevhodně fungujících vztahů mezi lékaři a všeobecnými sestrami.

5.4 Podíl všeobecných sester na léčebném plánu pacienta

Tang ve výsledcích výzkumu z roku 2018 popisuje, že lékaři vyjadřují potřebu, aby všeobecné sestry byly více sebejisté, měly by se méně obávat vzájemné konfrontace s lékaři, přivítali by kdyby všeobecné sestry byly přítomny na všech vizitách. Vyjadřují potřebu, aby všeobecné sestry převzaly více odpovědnosti a zvýšily i své schopnosti spolupracovat s dalšími odbornými organizacemi (Tang, 2018, str. 11-18).

Jako další problém všeobecné sestry vyjadřují potřebu lepšího informování o změně léčebného plánu, o nově nastavené léčbě. Všeobecné sestry by rády byly osobně seznámeny se všemi změnami týkajícími se pacienta přímo od ošetřujícího lékaře. Také by se rády na změně léčebného plánu podílely a tento plán zlepšovaly pomocí svých informací, které v průběhu směn

sbírá o pacientech. Důvodem nedorozumění může být i skutečnost, že zdravotnické profese jsou tzv. „pomáhající profese“ a hrozí zde riziko využívání své „nadřazenosti“ nad pacientem v případě jeho nemoci, anebo prožívání vlastních emocí společně s pacientem.

6 Důsledky nesprávné interakce

Největším a nejdůležitějším důsledkem je bezesporu dopad na pacienta. V případě nesprávné interakce, neefektivní komunikace a celkové nespolupráce lékařů a všeobecných zdravotních sester dochází poškození pacienta. Je narušena pacientova bezpečnost, dochází k výskytu lékařských a ošetřovatelských chyb. Prodlužuje se doba hospitalizace, léčba má pomalý spád, prognóza se zhoršuje.

Při výzkumném šetření A. H. Rosensteina v roce 2002, kdy cílem bylo zhodnocení významu vztahu lékařů a všeobecných sester, uvedly všeobecné sestry tyto situace jako spouštěče konfliktů: po vyřízení vzkazu lékaři, že ho je potřeba, při nejasnosti jeho ordinace, při nevykonání ordinace přesně v čase, který uvádí lékař, při akutních změnách zdravotního stavu pacientů (Rosenstein, 2002, str. 29). Lékaři uvádějí za problémové tyto situace: ordinace nejsou vykonány včas, všeobecné sestry jim telefonují v nevhodnou dobu, všeobecné sestry nerozumí ordinaci a chtějí ji objasnit, celkově špatná komunikace mezi lékařem a ošetřovatelským personálem, všeobecné sestry přivolávají lékaře k pacientovi v čase, kdy nemají ještě nashromážděny všechny potřebné informace k posouzení stavu. Následkem nevhodně fungujícího vztahu, komunikace a interakce mezi lékaři a všeobecnými sestrami je poškození pacienta v důsledku odvedení pozornosti od pacienta k řešení konfliktů na pracovišti. Je ohrožena bezpečnost zdravotníků a hlavně pacientů, objevuje se prostor pro chyby. K tomuto může dojít například i z důvodu syndromu vyhoření u všeobecných sester.

Syndrom vyhoření nebo taky burn-out syndrome je neustále aktuálním tématem a je velmi častým problémem. Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 Henrichem Freudenbergerem, který tento stav definuje jako „stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka“ (Freudenberger, 1974, str. 162). Jedná se o stav naprostého psychického i fyzického vyčerpání, postižený přichází o veškerou motivaci k práci, o jakékoli potěšení z vykonané práce. Je to velmi závažný stav, který ve většině případů nedovoluje pokračovat ve výkonu daného povolání a vyžaduje dlouhodobou léčbu s pomocí psychologů. Pokud tento stav není řešen, představuje obrovské nebezpečí pro postiženého, a především pro pacienty, jenž je poskytována péče od tzv. „vyhořelé sestry“. K syndromu vyhoření dochází převážně z důvodu nadměry stresu v zaměstnání, hlavně tedy z pracovního stresu. Ten může být způsoben přetížením, nejistotou, nespokojeností s vedením, nadměrnou

odpovědností, neoceněním lékařů, nesprávnou organizací práce, nedostatkem autonomie, negativní atmosférou na pracovišti způsobenou špatnými vztahy v rámci týmu, aj. Příčiny vzniku burn out syndromu bývají spojeny také s osobnostními předpoklady zdravotníka.

Dalším následkem přinášejícím nesprávná spolupráce mezi lékaři a všeobecnými sestrami může být nadměrná fluktuace pracovníků. Fluktuací je myšlen odchod pracovníků, často velmi kvalifikovaných pracovníků, kteří napjatou atmosféru na pracovišti nejsou ochotni akceptovat. V důsledku toho může dojít ke snížení kvality poskytované zdravotní péče směrem k pacientům, jde o péči lékařskou i ošetrovatelskou. Všeobecné sestry, které hodnotí atmosféru na pracovišti a vztahy s lékaři pozitivně uvádějí méně často pocity potřeby odchodu z daného pracoviště než ty, které spokojené nejsou a působí na ně velká míra stresu z nevhodných vztahů na pracovišti. Mezi faktory způsobující fluktuaci patří: odměna za práci, ztráta motivace, únava ze zaměstnání, již zmiňovaný syndrom vyhoření, nevyhovující vztahy na pracovišti a nemožnost profesního růstu a profesního rozvoje.

Násilí na pracovišti lze považovat jako příčinu, ale také jako následek konfliktu mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Ve většině případů se jedná o šikanu a o sexuální obtěžování. Násilí lze dělit na fyzické a psychické. Fyzické násilí představuje násilí s použitím fyzické síly, např. bití, facky, strkání, apod. Mezi psychické násilí patří slovní napadání, sexuální obtěžování. Jde o úmyslné využití moci. Světová zdravotnická organizace WHO definuje násilí ve zdravotnictví jako „záměrné použití moci a zastrašování, proti jiné osobě nebo skupině osob, které se děje v podmínkách souvisejících s prací a které buď aktuálně vyústí, nebo s velkou pravděpodobností může vést k ublížení, smrti, psychologickému poranění, k narušenému vývoji a deprivaci dotčených osob“ (WHO, 1995). Za velký problém lze považovat i sexuální obtěžování na pracovišti. Výsledky výzkumu Vízkové ukazují na překvapivé zjištění. 38,8 % dotazovaných všeobecných sester v pražském IKEMu uvedlo, že se sexuálním obtěžováním setkalo (Vízková, 2008, str. 24). Výsledky mnohých výzkumů ukazují, že v USA se s tzv. sexuálním harassmentem setkala téměř polovina všeobecných sester. Tento fakt může být podmíněn faktem, kdy v USA je zvýšená citlivost k projevům chování a mnohdy přátelský přístup mohou někteří jedinci považovat za chování se sexuálním podtextem.

6.1 Škála pro hodnocení vztahů mezi lékaři a všeobecnými sestrami

Existuje škála pro hodnocení vztahů mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Jedná se o Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse colaboration (JSAPNC), v českém překladu je to Jeffersonova škála postojů ke spolupráci mezi lékařem a všeobecnou sestrou (JSAPNC-CZ). Tato škála obsahuje 15 výroků, které lékaři a všeobecné sestry hodnotí body od 1 do 4, kdy 4 znamená souhlasím, 1 nesouhlasím. Dotazovaní vyjadřují svůj postoj k daným tvrzením. Pomocí této škály je realizováno mnoho výzkumů právě na téma postojů a spolupráce mezi lékaři a všeobecnými sestrami. Celá škála viz Příloha 1.

7 Možné strategie pro zlepšení interakce lékař - všeobecná sestra

Lancaster ve svém výzkumu, prováděném v roce 2015 v New Yorku přirovnává spolupráci lékaře a všeobecné sestry k „práci orchestru“. Lancaster říká, že „stejně jako v orchestru každý člen vidí a slyší hudbu z jiného pohledu a perspektivy, má jinou zásobu znalostí nebo talentu, tak spolupracují jako tým a podávají soudržný výkon“. Vyjadřuje tak potřebu, aby zdravotníci pracovali také jako tým, uplatňovaly své individuální talenty a vše propojovali za účelem vytvoření vzájemné „symfonie“, myšleno jako vylepšené péče pro pacienta (Lancaster, 2015, str. 280). Interakce lékařů a všeobecných sester je o vzájemné spolupráci dvou odlišných profesionálů, kteří mají své specifické role, každý má jiné kompetence atd. Snahou je však část své profesionality sdílet a obě profese propojovat. Toto lze přirovnat např. k olympijským kruhům, kdy každý má pouze svou část, tedy charakteristické rysy daného povolání se specifickými úkony, část kruhu je však sdílená s vedlejším kruhem. To znamená propojení obou profesí. Klíčem k propojení může být mimo jiné i vzájemná edukace.

Při realizaci úspěšné strategie řešení interpersonálních vztahů je nejdůležitější zvýšení informovanosti o daném problému a jeho závažnosti. Neřešení problémů a odsouvání konfliktů do pozadí může narušovat chod celého oddělení. Pokud je problém zdárně vyřešen a odstraněn působí pak pozitivně na lékaře i všeobecné sestry, a to ve smyslu, že je posouvá dál v rámci profesionality, podporuje jejich kreativitu, vývoj a přátelskou atmosféru. Ne vždy je konflikt jen čistě negativní záležitostí. Důležitý při řešení konfliktů interpersonálních vztahů je racionální pohled na věc, umět udržet emoce v rámci sebekontroly. V případě neschopnosti vyřešení problémů pouze mezi aktéry sporu může být nápomocnou třetí osoba, která přinese do konfliktu nadhled. Touto třetí osobou bývá nejčastěji osoba na vyšší pozici, vedoucí lékař či primář, staniční sestra nebo vrchní sestra. Bártlová poukazuje ve svém výzkumu na fakt, že 13,4 % všeobecných sester problém s lékařem vůbec neřeší (Bártlová, 2006, str. 23). Toto může vést k vystupňování konfliktu a následně se negativně odrazí v kvalitě poskytování péče. Řešení konfliktu má svá pravidla, která je nutno dodržovat, realizují se pomocí několika fází. Nejprve by zúčastněné osoby měly problém rozebrat podle sebe, v další fázi by navzájem měli své pohledy konfrontovat, srovnat fakta a argumenty a následně v případě neshody nad fakty

je nutno hledat kompromisy. Kompromisy představují v řešení konfliktů nezbytnou část a jsou zárukou úspěchu.

V České republice se problematika interpersonálních vztahů a řešení konfliktů příliš neřeší. Nejsou organizována setkání, není realizováno ani preventivní chování směrem k této problematice a odstranění její závažnosti. Je známo, že selhání meziprofesionální týmové práce a komunikace vede k přímému ohrožení pacienta, dále k neúčinnosti poskytované zdravotní péče a k napětí mezi pracovníky. Také moderní pojetí zdravotní péče spočívá právě v péči zajišťované v rámci multidisciplinárních týmů, a ne pomocí jednotlivců, vyžaduje proto spolupráci zdravotníků mezi sebou navzájem.

Ve výzkumu A. H. Rosensteina definovali sami účastníci možné návrhy řešení: vytváření příležitostí pro vzájemnou komunikaci, zvýšit dostupnost a četnost seminářů týkajících se dané problematiky, aktivnější přístup od vedoucích pracovníků směrem ke zlepšení postupů, vytvoření politiky, kdy nebude tolerováno nevhodné chování, řešení situací bude mít určitou úroveň a zdravotníci budou více odpovědní za své činy, budou informováni o změnách v rámci etických kodexů a směrnic (Rosenstein, 2005, str. 28). V rámci mnohých výzkumů je doporučováno několik strategií k týmové spolupráci všeobecných sester a lékařů, které patří mezi vzdělávání studentů medicíny a ošetrovatelství v rámci některých předmětů společně. Snahou je pochopení rolí obou profesí vzájemně, naučit se mezi sebou komunikovat, respektovat se a důvěřovat si. Je potřeba změny managementu jak lékařského, tak ošetrovatelského. Doporučovány jsou také další výzkumy na téma této problematiky. Brownová přikládá důležitost, pro vytváření vhodných interpersonálních vztahů a tím i vhodné formě spolupráce, již při vzdělávání studentů. Doporučuje vyučovat některé předměty společně pro studenty medicíny i pro studenty bakalářských či magisterských oborů ošetrovatelství. Je důležité zabývat se problematikou interpersonálních vztahů již při studiu lékařů a všeobecných sester. Výsledky studie Brownové naznačují, že chování v rámci interpersonálních vztahů lze naučit a získat (Brown, 2015, str. 209).

Efektivní týmy dle Wellera by měly být formovány dle modelu pěti klíčů: vedení týmu, vzájemné sledování týmu, rezervní chování ve smyslu pochopení úkolů ostatních a jejich podpora v případě zátěže, přizpůsobivost a orientace na týmovou práci. Vedení týmu zahrnuje nejen koordinaci týmu, ale i motivaci členů týmu, jejich rozvoj a v neposlední řadě vytváření

a udržování pozitivní atmosféry. Sledování týmu znamená pochopení pozadí a rolí ostatních členů a označení jejich chyb, rozeznání stavu přetížení apod. Přizpůsobivost neboli adaptabilita dovoluje reagovat na změny a možnost měnit plány. Týmová orientace značí respektování názorů ostatních, možnosti kompromisu a ochota přijmout jiné myšlenky a cíle než pouze své vlastní. Podmínkou správného fungování modelu pěti klíčů je pochopení těchto předpokladů všemi členy multidisciplinárního týmu a respektování jeho aspektů (Weller, 2014, str. 149-153).

Další z mnoha strategií řešení by mohlo být setkávání lékařů a všeobecných sester na akcích mimo pracoviště, např. různé firemní večírky, teambuildingové akce apod. Organizace těchto akcí pro vylepšení vztahů na pracovišti, by mělo být snahou managementu, který by měl tyto události pořádat a podporovat. Mnoho organizací již pořádá aktivity na rozvoj interpersonálních vztahů a jejich zlepšení. Zapomenutí a odpoutání se od pracovních záležitostí vede často k lepším pracovním vztahům, uvolnění napětí mezi zdravotníky a utvoření kvalitnějších vazeb. Vzájemné poznávání mimo pracoviště dovoluje poznat se jinak než pracovně a více se navzájem chápat a respektovat. Khelerová ve své publikaci popisuje vztahy pracovníků v případě setkávání mimo pracoviště jako daleko více uvolněnější (Khelerová, 2006). S problematikou mimo pracovních vztahů také úzce souvisí problematikou tykání či vykání na pracovišti. Neexistují žádná doporučení pro tykání či vykání, tyto formy komunikace se liší určitým odstupem. Velmi záleží na věku či funkčním postavení na pracovišti. A poté je zcela individuální záležitostí jednotlivých pracovišť, jakou z forem komunikace si zvolí.

V zahraničí je ve zdravotnických zařízeních naprosto běžná spolupráce a spolupodílení se na péči o pacienta. Lékaři konzultují své názory, možné domněnky, plán léčebné péče atd. s všeobecnou sestrou, zajímají se o názor všeobecné sestry na dané téma. Vzájemná konzultace péče o pacienta přináší pacientovi výhody. Každý člen zdravotnického týmu má různé informace o pacientovi, z různých okruhů a z mnoha pohledů. Je tedy téměř naprosto nezbytné tyto informace navzájem sdílet, porovnávat, konzultovat. Předávání informací vede bezesporu ke zkvalitnění péče o pacienta a je důležitý i pro lepší interpersonální vztahy bez napětí. Konzultace jsou podmíněny naleznutím volného času lékaře i všeobecné sestry. Dostatek času je důležitým faktorem celkově v rámci správné interakce, efektivní komunikace apod. Předávání informací tzv. „na chodbě“ není považováno za vhodné. Spíše vede

k nejasnostem a možnému poškození pacienta. Organizace společných konzultací by měla být zvládnuta v rámci managementu.

Výzkum prováděný v Hong Kongu roku 2017 poukazuje na zajímavé výsledky. Většina dotazovaných zdravotníků neabsolvovala žádné školení týkající se komunikace v rámci pracovního týmu. Dokonce ani zaměstnanci, jež absolvovali různé kurzy, např. kurz týkající se řízení prostředků posádky zaměřeného především na dynamiku týmu a efektivní vedení týmu v naléhavých situacích, si nejsou vědomi, že by došlo k proškolení a poskytnutí informací, rad a strategií zabývajících se běžné každodenní komunikace.

Weller ve své práci, která se zaměřuje na překonání překážek vedoucích k efektivní týmové spolupráci ve zdravotnictví, uvádí 7 strategií, jež mají pomoci zdravotnickým týmům v rámci komunikaci poskytnout pacientům efektivitu práce, a hlavně jejich bezpečnost. Weller připisuje, jako důsledek selhání komunikace v rámci týmu, poškození pacienta, které je neúmyslné, ale přesto ohrožuje pacientovu bezpečnost. Také uvádí, že následujících 7 kroků plánu pro překonání překážek komunikace v týmu, může vést ke zlepšení týmové práce a může být dalším velkým pokrokem v podávání co nejlepších výsledků pacientům. Jedná se o tyto intervence:

- učte strategie efektivní komunikace,
- trénujte týmy společně,
- trénujte týmy pomocí simulace,
- definujte inkluzivní týmy,
- vytvořte demokratické týmy,
- podporujte týmovou práci pomocí protokolů a standardů,
- rozvíjejte organizační strukturu podporující zdravotní týmy.

První krok, a to učení strategie komunikace znamená výuku strukturovaných metod efektivní komunikace. Za strukturovanou metodu lze považovat tzv. SBAR- strukturované předávání informací. Jde o široce užívanou zkratku, která napomáhá při verbálním předávání pacienta nebo při doporučení pro pacienta. Její obměnou je ISBAR, ve které hraje důležitý podíl pacient, který si sám určuje výstupy zdravotnické péče. Struktura ISBARu je následující: identifikace, situace, pozadí, posouzení a doporučení. Všechny tyto složky se

týkají právě výchozího cíle pacienta. Strategie efektivní komunikace je v tomto doporučení myšlena také ve smyslu předávání informací při ukončení směny apod. Většina předání není dostatečně efektivní, nejsou předány všechny skutečnosti, řada jich chybí nebo jsou neúplné. To poté poškozuje pacienta a zabírá čas zdravotníkům, protože se musí některé informace dohledávat, či znovu zjišťovat. Některé, mnohdy podstatné, informace jim chybí. Týmy, které pracují dohromady, by také měly trénovat společně. Trénink zahrnuje všechny členy týmu a zlepšuje výchozí cíle. Trénování týmů dohromady a školení společně by mělo podpořit pochopení jejich vzájemných rolí. Pracovní skupiny by se měly naučit fungovat jako interdisciplinární tým a tím zlepšovat výsledky pacientů. Byl zaznamenán 50% pokles rizika mortality v chirurgii po tom, co týmy zdravotníků trénovaly společnou kooperaci. Meriën prováděl výzkum v porodnictví a výsledky ukázaly, že pokud funguje správná kooperace členů zdravotnických týmů, dochází u novorozenců ke zlepšení APGAR skóre a vede ke snížení výskytu hypoxických ischemických encefalopatií. Užívání simulace situací je bezpečnou cestou k trénování nových technik komunikace, což zvyšuje interdisciplinární pochopení se navzájem, ve smyslu pochopení úkolů jednotlivých členů týmu a jejich důležitost v rámci poskytování zdravotnické péče jako celku. Simulace jednotlivých situací a dílčích úkolů napomáhá k porozumění, jak se ostatní členové cítí, jak myslí a cílem je podpora sebe navzájem. Simulace je bezpečné prostředí pro záměrné procvičování konkrétní komunikační strategie. Znovu definování týmu zdravotních profesionálů od individuálních úkolů jednotlivců až po soudržný celek se společnými cíli.

Dalším doporučením je vytvořit na odděleních prostor ke společným vizitám a konzultacím ohledně plánů zdravotní péče, kterých by se účastnili všichni členové zdravotnického týmu. Vhodný je také rychlý briefing na začátku směny. Takové zásahy by mohly pomoci překonat bariéry meziprofesní komunikace a posílit pocit sounáležitosti k inkluzivnímu týmu. Každý člen pracovního týmu by se měl cítit oceněný, jeho názor by měl být vyslechnutý a brán na zřetel. Všichni mohou přispět svými informacemi. Podstatná je míra důvěry mezi všemi elementy týmu. Efektivní sdílení informací může vyžadovat podporu protokolů, šablon apod. Řešením by mohla být jednotná IT síť mezi poskytovateli primární i sekundární zdravotní péče. Současná situace přímo vyžaduje zavedení postupů, jež zajistí informovanost a přispívání informacemi od všech členů týmů. Jednotná dokumentace

je považována také za žádoucí faktor zlepšující komunikaci nejen mezi členy zdravotnického týmu na jednom oddělení, ale také v rámci celé nemocnice nebo dokonce mezi různými nemocnicemi navzájem. Rozvíjení organizačních struktur má za úkol porozumění a uznání názorů pracovníků mladších pracovníky staršími, tzv. seniory a pracovníky na vedoucích pozicích. Mezi následky nevhodné organizace patří zvyšování finančních nákladů na péči, neefektivní a opožděné léčbě pacientů, plýtvání zdroji z důvodu prodlužování hospitalizace. Cílem je zajistit, aby měli všichni členové týmu porozumění k sobě navzájem a pracovali na stejných cílech v poskytování bezpečné péče pacientům. Zmíněných sedm intervencí může být dalším velkým pokrokem ve zlepšování výsledků pacientů.

Puntilo s kolegy, se ve své práci zabývala především efektivní komunikací mezi lékaři a všeobecnými sestrami a přiklání se k variantě řešení, kde se začíná u zaměstnanců na vedoucích pozicích. Manažeři byli školeni ve vhodných technikách a strategiích komunikace a následně získané poznatky převáděli do praxe a učili je své podřízené a postupně získané vědomosti pronikaly ke všem zaměstnancům. I toto řešení mělo efekt a došlo ke zlepšení situace při výměně informací. Toto školení zahrnovalo schopnost vedení, koordinace, kooperace týmu, řešení problémů a konfliktů a informace o tzv. týmové kultuře. Po 6 - ti měsících bylo prováděno zhodnocení a trvanlivost zásahu s pozitivními výsledky. Komunikační dovednosti na daných pracovištích se zvýšily téměř o 20 %. Také zaměstnanci vyjadřovali spokojenost, uváděli, že spolupráce mezi sebou je výrazně zlepšena, řešení problémů má lepší úroveň, úroveň vedení se zkvalitnila (Puntilo, 2006, str. 334).

8 Limitace práce a doporučení pro praxi

Z dohledaných studií vyplývá, že vztah všeobecných sester a lékařů je významným faktorem pro celkovou atmosféru na pracovišti a profituje z něj lékař. Nedostatek sester, přesahování jejich kompetencí, nedostatek času, špatná informovanost o plánu léčby pacienta apod. To vše vede ke vzniku konfliktů a ke zvýšené míře stresu. Špatná atmosféra na pracovišti, nekvalitní pracovní vztahy v rámci interdisciplinárního týmu, nedostatečná komunikace a mnohé další aspekty ovlivňují poskytování zdravotní péče pacientům. Odváděná práce pak není s dostatečným nasazením, dochází ke snížení pracovní výkonnosti a ohrožení bezpečnosti pacienta. Proto je žádoucí se touto problematikou začít zajímat a řešit ji. Již byla provedena řada výzkumů na téma všeobecných sester a lékařů, ale byly zaměřeny vesměs obecně. Přinášely nám poznatky o vztazích mezi profesemi, o přítomnosti konfliktů nebo také o pohledu lékařů na sesterskou profesi. Všechny tyto výzkumy problém ve spolupráci lékařů a sester zaznamenaly a přijaly. Avšak jen velmi malé procento se zabývalo otázkou možnosti zlepšení. Výzkumy nehledaly strategie ke zlepšení. Poznatky těchto výzkumů jsou cenné a popisují nám situace a přináší důkazy o příčinách problémů. Do budoucna je však potřeba výzkumy zaměřit na strategie, předlohy a metodiky pro změnu stávající situace a k realizaci dalšího vývoje. Také se nabízí možnost zkoumat vztahy lékařů a zdravotních sester podle charakteru pracoviště nebo medicínských oborů. Je potřeba výzkumů vylučujících nebo naopak potvrzujících souvislost mezi poškozením pacienta nebo neúčinností léčby a selháním týmové práce a komunikace.

Limitací práce byla nedostupnost a chybění literatury týkající se interpersonálních vztahů. Neexistují klíčová slova naprosto typická pro tuto problematiku, proto bylo hledání zdlouhavé a nemuselo přinést ty nejvalidnější informace. Další limitací je skutečnost, že byly použity i některé studie s metodologickými chybami, která však přinesly cenné informace.

Dohledané sumarizované poznatky by mohly být převedeny do článku jako součást ošetřovatelského periodika. Dále by bylo vhodné rozšířit povědomí a informovat o aktuálnosti problému a předložit možné strategie vedoucí ke zlepšení situace.

Závěr

Spolupráce je proces pozitivní komunikace mezi členy týmu, která reaguje na aktuální potřeby pacientů. Jde o komplikovaný a dynamický proces, který je založen na důvěře, znalosti a sdílení cílů. V případě definice vztahu je to výsledek vlivu lidí působících ve specifické skupině. Vztah všeobecné sestry a lékaře si prošel značným vývojem a ani v dnešní době nepředstavuje ideál.

Studie světového ekonomického fóra řadí mezi dovednosti 21. století kritické myšlení, kreativitu, komunikaci, spolupráci, ale také zvědavost, iniciativu a adaptabilitu. Nynější svět potřebuje jedince, kteří se umějí a chtějí učit a zvládat nové věci. Lidé kreativní a podnikaví, kteří budou přicházet s novými nápady a inovacemi. Tento předpoklad se dá aplikovat i do zdravotnictví, kde je potřeba bytostí, které jsou ochotny se kontinuálně vzdělávat, hledat nové a lepší způsoby nejen co se týče léčby a kteří budou umět pracovat v týmu, jelikož jedině tak lze dosáhnout lepších a kvalitně zajímavých výsledků. Stávající systém zdravotní péče a jeho kvalita v poskytování zdravotních služeb je na velmi vysoké úrovni. Kvalita je kontrolována i řízena. Předpokladem pro zajištění kvalitních zdravotnických služeb pro pacienty je vysoké a kontinuální vzdělání lékařů a všeobecných sester. Vzdělání je potřeba prohlubovat a rozvíjet. Další podmínkou je vybudování vhodných podmínek pro poskytování péče. V poslední době pozorujeme obrovský rozvoj technické vybavenosti našich nemocnic. Současná medicína je v genomickém období velmi pokroková a precizní, co se týče zkvalitňování diagnostiky a následně i léčby. Především v pediatrii je rozdíl oproti minulosti diametrální. Pozorujeme rozvoj technických vymožeností od RTG, UZ, CT, přes MR až po izotopová vyšetření a mnohé další pokrokové technologie. Nesmí být, ale opomenuta významnost lidských zdrojů, dostupnost kvalitních informací a následně sdílení těchto informací. Na zlepšení kvality zdravotní péče se nepochybně podílí i interakce zdravotnických profesionálů. Taková interakce zahrnuje koordinaci a kooperaci zdravotnického týmu, komunikaci v rámci tohoto týmu, sdílení a řešení problémů a konfliktů, pochopení se sebe navzájem a svých rolí. Předpokladem efektivní interakce je vzájemná důvěra, pochopení a umění vyjádřit respekt. Kvalitní zdravotní péče může být poskytována za předpokladu, že všeobecné sestry a lékaři pracují jako tým profesionálů, kdy jsou si vědomi závislosti na sobě

navzájem a potřeby práce jeden druhého. Bez odvedené práce lékaře by nemohla následovat ošetrovatelská péče a naopak.

Je potřeba si uvědomovat potřebu sdílení své profesionality a naučit se správně pracovat jako jakýsi orchestr, ve kterém má každý svůj part, ale jako celek teprve zní dokonale. Nejen, že z takového vztahu lékaře a všeobecné sestry profitují oba navzájem, ale hlavní zisk je pro pacienta. Za předpokladu všeho výše zmíněného je pacientovi poskytována vysoce kvalitní zdravotní péče zahrnující vhodnou diagnostiku, léčbu i ošetrovatelskou péči. Problém však nastává právě v případě sdílení informací a ve vzájemné interakci, tady kvalita poskytování zdravotní péče ztlačně klesá.

Pro změnu je důležitá informovanost o nutnosti rovnocenných vztahů a potřeby efektivní komunikace a potřeba celkového zlepšení vztahů. Prvním klíčem k úspěchu je akceptace problému. Mezi další možné cesty vedoucí ke zlepšení této situace patří např. zavedení společné výuky některých předmětů na vysokých školách pro budoucí lékaře a všeobecné sestry. Velká část zodpovědnosti za stav interpersonálních vztahů je na straně vedení a managementu, je potřeba vytvářet a podporovat demokratické týmy, podporovat rovnocennost profesí a motivovat ke zlepšení stavu. Také odpovídající pracovní prostředí a podmínky, jako je finanční ohodnocení a jiné motivace. Dále podpora zaměstnavatelů ve vzdělání v možnosti profesního růstu, např. pořádání školení s možností simulace situací, vyhranění času k vizitám a předávkám pacientů, možnost každodenního briefingu pro ujasnění cílů a urovnání konfliktů. Velmi nápomocné jsou mimopracovní akce, kde dochází k prohlubování vztahů a poznávání se navzájem, k pochopení některých reakcí jeden k druhému apod. Velkým pokrokem bude pochopení rolí všeobecných sester, lékařů a dalších zdravotnických profesionálů (např. fyzioterapeuti, radiologové, aj.) jako profesí rovnocenných.

Cílem této práce je uvědomit si potřeby hledat vhodné strategie a možnosti řešení problému neefektivní interakce mezi zdravotnickými profesionály a aplikovat je do praxe. Vystává potřeba celkově změnit nastavená pravidla v postavení lékařů a všeobecných sester a klást důraz na kvalitní meziprofesionální vztahy, jež jsou předpokladem pro tu nejlepší poskytovanou zdravotní péči pacientům.

Seznam příloh

Příloha č. 1

Jeffersonova škála postojů ke spolupráci mezi lékařem a sestrou (JSAPNC- CZ)

Určete, prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým následujícím tvrzením označením příslušného čísla. Sestrou je myšlena všeobecná sestra.

4 - souhlasím

3 - spíše souhlasím

2 - spíše nesouhlasím

1- nesouhlasím

1	Sestra by měla být vnímána více jako spolupracovník a kolega než jako asistentka.	4	3	2	1
2	Sestry jsou kvalifikovány k tomu, aby posoudily a náležitě reagovaly na psychologické aspekty potřeb pacienta	4	3	2	1
3	Během výuky by se měli studenti medicíny a studenti ošetrovatelství zapojit do týmové spolupráce, aby porozuměli svým budoucím funkcím.	4	3	2	1
4	Sestry by měly být zahrnuty do strategických rozhodnutí, které ovlivňují jejich pracovní podmínky.	4	3	2	1
5	Sestry by měly mít zodpovědnost za péči, kterou poskytují svým pacientům.	4	3	2	1
6	Zodpovědnost za péči o pacienta není ve vztahu sestra lékař jednoznačně určena	4	3	2	1
7	Sestry mají speciální kvalifikaci pro edukaci pacienta a psychologické poradenství	4	3	2	1
8	Lékaři by měli mít dominantní autoritu ve všech záležitostech týkajících se zdraví	4	3	2	1

9	Lékaři a sestry by měli spolupracovat při rozhodování týkajících se propouštění pacienta z nemocnice	4	3	2	1
10	Primární funkci sestry je plnění ordinací lékaře	4	3	2	1
11	Sestry by měly mít odpovědnost za sledování účinků léčení	4	3	2	1
12	Sestry by měly mít odpovědnost za sledování účinků léčení	4	3	2	1
13	Sestry by měly lékaře upozornit na ordinaci/ indikaci v případě, že cítí možné poškození pacienta	4	3	2	1
14	Lékaři by měli být vyškoleni vytvářet se sestrou pracovní vztah založený na spolupráci	4	3	2	1
15	Interdisciplinární vztahy mezi lékaři a sestrami by měly být zahrnuty v jejich profesním vzdělávání.	4	3	2	1

Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/lf/uom/uom-publikace/jsapnc-cz.pdf>

Seznam zkratk

APGAR skóre - škála sloužící ke zhodnocení vitality a poporodní adaptace novorozence

CT - Computer tomography - počítačová tomografie

EBP - Evidence Based Practice - ošetrovatelství založené na důkazech

ISBAR - Identify yourself structured information transmission - vlastní strukturovaný přenos informací

JSAPNC - Jefferson scale of attitudes toward physician - nurse colaboration

JSAPNC - CZ Jeffersonova škála postojů ke spolupráci mezi lékařem a sestrou

MR - Magnetická resonance

RTG - Rentgen

SBAR - Structured information transmission- strukturovaný přenos informací

UZ - Ultrazvuk

Referenční seznam

1. AUBIN, Stéphane. Infirmière-médecin : une relation de confiance. *La Revue de l'Infirmière* [online]. 2017, **66**(232), 23- [cit. 2018-05-09]. DOI: 10.1016/j.revinf.2017.04.008. ISSN 12938505.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293850517301689>
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024711974.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt* [online]. 2006, č. 1, str. 31-35 [cit. 2018-05-05]. ISSN: 1212-4117.
Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326162725458760.pdf>
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt* [online]. 2007. České Budějovice: JU ZSF, IX, 2, str. 254-259.
Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2009/514-postaveni-sestry-v-multidisciplinarnim-tymu>
5. BÁRTLOVÁ, Sylva. (2007a) Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra* [online]. 2007. Praha, roč. 17, č. 3, s. 14-17.
Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pracovni-vztahy-a-kompetence-vseobecnych-sester-v-ceske-republic-295927>
6. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestra - lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-526-6.
7. BRADY, Anne-Marie, Gobnait BYRNE, Mary Brigid QUIRKE, Aine LYNCH, Shauna ENNIS, Jaspreet BHANGU a Meabh PRENDERGAST. Barriers to effective, safe communication and workflow between nurses and non-consultant hospital doctors during out-of-hours. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 2017, **29**(7), 929-934 [cit. 2018-05-19]. DOI: 10.1093/intqhc/mzx133. ISSN 1353-4505.
Dostupné z: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/7/929/4565827>
8. BROWN, Sara S, Deborah F LINDELL, Mary A DOLANSKY a Jeannie S GARBER. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics* [online]. 2015, **22**(2), 205-216 [cit. 2018-06-10]. DOI: 10.1177/0969733014533233. ISSN 0969-7330.
Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733014533233>

9. BORROTT, Narelle, Sharon KINNEY, Fiona NEWALL, Allison WILLIAMS, Noel CRANSWICK, Ian WONG a Elizabeth MANIAS. Medication communication between nurses and doctors for paediatric acute care: An ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2017, **26**(13-14), 1978-1992 [cit. 2018-05-09]. DOI: 10.1111/jocn.13606. ISSN 09621067.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.13606>
10. DELPIERRE, Éric. Les plus-values de la collaboration infirmière-médecin. *La Revue de l'Infirmière* [online]. 2017, **66**(232), 21-22 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1016/j.revinf.2017.04.007. ISSN 12938505.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293850517301677>
11. DENCKER, Annemarie, Bo Andreassen RIX, Per BØGE a Tine TJØRNHØJ-THOMSEN. A qualitative study of doctors' and nurses' barriers to communicating with seriously ill patients about their dependent children. *Psycho-Oncology* [online]. 2017, **26**(12), 2162-2167 [cit. 2018-05-19]. DOI: 10.1002/pon.4440. ISSN 10579249.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.4440>
12. ELSOUS, Aymen, Mahmoud RADWAN a Samah MOHSEN. Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice* [online]. 2017, **2017**, 1-7 [cit. 2018-04-11]. DOI: 10.1155/2017/7406278. ISSN 2090-1429.
Dostupné z: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2017/7406278/>
13. Etický kodex České lékařské komory, platný od 22.7.2007.
Dostupný z: file:///C:/Users/Home/Desktop/Downloads/10_SP_c.10_Etický_kodex.pdf
14. FERRETTI-REBUSTINI, Renata Eloah de Lucena. Nurses require confidence, knowledge and communication skills for referrals to doctors. *Evidence Based Nursing* [online]. 2017, **20**(3), 84-84 [cit. 2018-05-02]. DOI: 10.1136/eb-2016-102520. ISSN 1367-6539.
Dostupné z: <http://ebn.bmj.com/lookup/doi/10.1136/eb-2016-102520>
15. FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [online]. 1974, **30**(1), 159-165 [cit. 2018-06-12]. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x. ISSN 00224537.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
16. GILLESPIE, Brigid M., Wendy CHABOYER, Paula LONGBOTTOM a Marianne WALLIS. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2010, **47**(6), 732-741 [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001. ISSN 00207489.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748909003563>
17. HOUSE, Sherita a Donna HAVENS. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. 2017, **47**(3), 165-171 [cit. 2018-05-09]. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000460. ISSN 0002-0443.
Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201703000-00008>

18. JAFARY, SeyedMeysam, Mousa ALAVI, Alireza IRAJPOUR a Tayebbeh MEHRABI. Relationship between differentiation of self and attitude towards physician–nurse relationship in hospitals (Isfahan/Iran). *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2017, **22**(4), 262- [cit. 2018-05-10]. DOI: 10.4103/1735-9066.212982. ISSN 1735-9066.
Dostupné z: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2017/22/4/262/212982>
19. LANCASTER, Gwendolyn, Stephanie KOLAKOWSKY-HAYNER, Joann KOVACICH a Nancy GREER-WILLIAMS. Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. *Journal of Nursing Scholarship*[online]. 2015, **47**(3), 275-284 [cit. 2018-06-14]. DOI: 10.1111/jnu.12130. ISSN 15276546.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jnu.12130>
20. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
21. MAHDIZADEH, Mousa, Abbas HEYDARI a Hossein KARIMI MOONAGHI. Exploration of the process of interprofessional collaboration among nurses and physicians in Iran. *Electronic Physician* [online]. 2017, **9**(6), 4616-4624 [cit. 2018-04-09]. DOI: 10.19082/4616. ISSN 20085842.
Dostupné z: <http://www.ephysician.ir/index.php/browse-issues/2017/6/717-4616>
22. MCFARLAND, Daniel C., Megan JOHNSON SHEN a Randall F. HOLCOMBE. Predictors of Satisfaction With Doctor and Nurse Communication: A National Study. *Health Communication* [online]. 2016, **32**(10), 1217-1224 [cit. 2018-05-22]. DOI: 10.1080/10410236.2016.1215001. ISSN 1041-0236.
Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2016.1215001>
23. MICHEL, Lucie. A Failure to Communicate? Doctors and Nurses in American Hospitals. *Journal of Health Politics, Policy and Law* [online]. 2017, **42**(4), 709-717 [cit. 2018-06-09]. DOI: 10.1215/03616878-3856149. ISSN 0361-6878.
Dostupné z: <https://read.dukeupress.edu/jhpl/article/42/4/709-717/130394>
24. NAKHAE, Samaneh a Ahmad NASIRI. Inter-professional relationships issues among iranian nurses and physicians: A qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2017, **22**(1), 8- [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.4103/1735-9066.202076. ISSN 1735-9066.
Dostupné z: <http://www.ijnmrjournal.net/text.asp?2017/22/1/8/202076>
25. NG, George Wing Yiu, Jack Kwok Hung PUN, Eric Hang Kwong SO, et al. Speak-up culture in an intensive care unit in Hong Kong: a cross-sectional survey exploring the communication openness perceptions of Chinese doctors and nurses. *BMJ Open* [online]. 2017, **7**(8), e015721- [cit. 2018-04-28]. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015721. ISSN 2044-6055.
Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2016-015721>
26. O'HAGAN, Sally, Elizabeth MANIAS, Catherine ELDER, John PILL, Robyn WOODWARD-KRON, Tim MCNAMARA, Gillian WEBB a Geoff MCCOLL. What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced*

- Nursing* [online]. 2014, **70**(6), 1344-1355 [cit. 2018-06-09]. DOI: 10.1111/jan.12296. ISSN 03092402.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12296>
27. PARSONS, Talcott. *The social system*. New ed. London: Routledge, 1991. ISBN 9780415060554.
28. PUN, Jack K.H., Christian M. I. M. MATTHIESSEN, Kristen A. MURRAY a Diana SLADE. Factors affecting communication in emergency departments: doctors and nurses' perceptions of communication in a trilingual ED in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine* [online]. 2015, **8**(1), - [cit. 2018-05-14]. DOI: 10.1186/s12245-015-0095-y. ISSN 1865-1372.
Dostupné z: <http://www.intjem.com/content/8/1/48>
29. PUNTILLO, Kathleen A. a Jennifer L. MCADAM. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward. *Critical Care Medicine* [online]. 2006, **34**(Suppl), S332-S340 [cit. 2018-05-12]. DOI: 10.1097/01.CCM.0000237047.31376.28. ISSN 0090-3493.
Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003246-200611001-00007>
30. ROSENSTEIN, Alan H. a Michelle O'DANIEL. Disruptive Behavior & Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses & Physicians. *Nursing Management (Springhouse)* [online]. 2005, **36**(1), 18-28 [cit. 2018-04-16]. DOI: 10.1097/00006247-200501000-00008. ISSN 0744-6314.
Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006247-200501000-00008>
31. ROSENSTEIN, Alan H. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *AJN, American Journal of Nursing* [online]. 2002, **102**(6), 26-34 [cit. 2018-06-02]. DOI: 10.1097/00000446-200206000-00040. ISSN 0002-936X.
Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000446-200206000-00040>
32. SERKSNYS, David, Rahul NANCHAL a Kathlyn E. FLETCHER. Opportunities for interprofessional input into nurse and physician hand-off communication. *Journal of Critical Care* [online]. 2017, **38**, 47-51 [cit. 2018-06-02]. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.09.004. ISSN 08839441.
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944116304890>
33. SHUMAN, Clayton, Mary MONTIE, Jose GALINATO, Lance PATAK a Marita TITLER. Registered Nurse and Nursing Assistant Perceptions of Limited English-Proficient Patient-Clinician Communication. *JONA: The Journal of Nursing Administration* [online]. 2017, **47**(12), 589-591 [cit. 2018-05-29]. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000549. ISSN 0002-0443.
Dostupné z: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00005110-201712000-00002>
34. STEIN, Leonard I. The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry* [online]. 1967, **16**(6), 699- [cit. 2018-05-05]. DOI: 10.1001/archpsyc.1967.01730240055009. ISSN 0003-990X.

- Dostupné z: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
35. SUPPER, I., O. CATALA, M. LUSTMAN, C. CHEMLA, Y. BOURGUEIL a L. LETRILLIART. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health* [online]. , fdu102- [cit. 2018-05-03]. DOI: 10.1093/pubmed/fdu102. ISSN 1741-3842.
Dostupné z: <https://academic.oup.com/jpubhealth/article-lookup/doi/10.1093/pubmed/fdu102>
36. TANG, Charmaine J., Wen T. ZHOU, Sally W.-C. CHAN a Sok Y. LIAW. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management* [online]. 2018, **26**(1), 11-18 [cit. 2018-04-27]. DOI: 10.1111/jonm.12503. ISSN 09660429.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jonm.12503>
37. THOMPSON, C. Nurses, information use, and clinical decision making--the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence-Based Nursing* [online]. 2004, **7**(3), 68-72 [cit. 2018-05-11]. DOI: 10.1136/ebn.7.3.68. ISSN 1367-6539.
Dostupné z: <http://ebn.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ebn.7.3.68>
38. UDDIN, S., L. HOSSAIN a M. KELAHER. Effect of physician collaboration network on hospitalization cost and readmission rate. *The European Journal of Public Health* [online]. 2012, **22**(5), 629-633 [cit. 2018-05-04]. DOI: 10.1093/eurpub/ckr153. ISSN 1101-1262.
Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckr153>
39. VÍZKOVÁ, Alena. *Vztah sestry-lékař v současném systému zdravotnictví*. České Budějovice, 2008. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Sylva Bártlová.
40. Vyhláška č.424/2004 Sb., kterou se stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-424>
41. WEN, Dong, Xingting ZHANG, Jie WAN, Jing FU a Jianbo LEI. The challenges of emerging HISs in bridging the communication gaps among physicians and nurses in China: an interview study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online]. 2017, **17**(1), - [cit. 2018-06-01]. DOI: 10.1186/s12911-017-0473-x. ISSN 1472-6947.
Dostupné z: <http://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-017-0473-x>
42. WELLER, Jennifer, Matt BOYD a David CUMIN. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal* [online]. 2014, **90**(1061), 149-154 [cit. 2018-05-14]. DOI: 10.1136/postgradmedj-2012-131168. ISSN 0032-5473.
Dostupné z: <http://pmj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/postgradmedj-2012-131168>

43. WHO (1995) *Violence: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
44. ZAKERIMOGHADAM, Masoumeh, Shahrzad GHIYASVANDIAN a Anoushiravan KAZEMNEJAD LEILI. Nurse–Physician Collaboration: the Attitudes of Baccalaureate Nursing Students at Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. 2015, **17**(4), - [cit. 2018-04-18]. DOI: 10.5812/ircmj.17(4)2015.23247. ISSN 2074-1804.
Dostupné z: <http://ircmj.com/en/articles/59634.html>
45. Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
46. ZHANG, Ping, Fang WANG, Yao CHENG, et al. Impact of organizational and individual factors on patient-provider relationships: A national survey of doctors, nurses and patients in China. *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(7), e0181396- [cit. 2018-04-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0181396. ISSN 1932-6203.
Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0181396>
47. *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí, Brno, 21.-22. listopad 2006*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, [2006]. ISBN 80-7013-449-6.