Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Pohled lékařů na současnou práci sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Petra Dvořáková

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Pohled lékařů na současnou práci sester“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 1. 6. 2020 ……

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D., za cenné rady, připomínky, podněty a podporu, kterou mi po celou dobu psaní práce věnovala.

Pohled lékařů na současnou práci sester

Abstrakt

V této bakalářské práci se budeme zabývat klíčovými aspekty práce sestry z pohledu lékařských pracovníků a dále budeme zjišťovat názory lékařů na současný systém českého vzdělávání sester. Současná doba klade na sestry vysoké požadavky, zvláště poté na samotnou práci sestry a na její vyšší vzdělávání. Velmi často se v dnešní době také hovoří o tom, aby sestry byly v péči o pacienta rovnocennými partnery lékařů a zaujímaly tak v multidisciplinárním týmu váženou pozici.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části bakalářské práce se budeme zabývat historií ošetřovatelství, současným ošetřovatelstvím a dále se zaměříme na vztah lékař-sestra. V empirické části práce budeme zkoumat pohled lékařů na problematiku vzdělávání a práce sestry. Pro zpracování empirické části byl zvolen kvalitativní výzkum společně s metodou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří 8 lékařských pracovníků z různých klinických oborů. Na základě provedených rozhovorů byly výsledky zasazeny do 2 hlavních kategorií a 8 podkategorií.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že lékaři vnímají současné vzdělávání za komplikované a příliš dlouhé, upřednostňují, aby byl vymyšlen lepší systém, který by přesně definoval a upravil otázky zvyšování kompetencí a s ním související patřičné vzdělání sester, včetně délky studia. Dále lékaři uváděli, že vysokoškolské studium přináší benefity v podobě získání vysokoškolského titulu a zároveň vyšší prestiž povolání. Práci sestry lékaři považují za esenciální a zastávají názor, že je sestra nepostradatelnou součástí kvalitně poskytované péče pacientům. Zjistili jsme také, že mezi nejčastější důvody, které mají vliv na vznik konfliktní situace mezi sestrou a lékařem, patří stres, přepracovanost, vzájemná neúcta spojená s nevhodným chováním a porušování kompetencí obou stran. Na základě výpovědí můžeme také konstatovat, že lékaři považují sestru za svého partnera i v oblasti odborné péče o pacienta a nebrání se tak od sestry přijmout návrhy nebo doporučení.

Klíčová slova: vzdělávání sester; kompetence sester; spolupráce sestry a lékaře; konfliktní situace

View of doctors on current nurses practise

Abstract

In this bachelor's thesis we will deal with key aspects of the work of a nurse from the point of view of medical staff and we will also investigate the opinions of physicians on the current system of Czech nursing education. The present time has high requirements on nurses, especially on the work of a nurse and higher education. Today is very often said that nurses should be equal partners with physicians in the care of patients and take a respected position in a multidisciplinary team.

The work is divided into theoretical and empirical. In the theoretical part of the bachelor's thesis we will deal with the history of nursing, current nursing and we will also focus on the doctor-nurse relationship. In the empirical part of the work we will examine the view of physicians on the issue of education and work of a nurse. For processing of the empirical part was chosen qualitative research together with the method of semi-structured interview. The research group consists of 8 medical staff from various clinical fields. Based on the interviews, the results were divided into 2 large categories and 8 subcategories.

Gained results showed that physicians perceive current education as complicated and too long, preferring to devise a better system that would precisely define and adjust questions of increasing competencies and the related education of nurses and length of study. Furthermore, doctors stated that university studies bring benefits in the form of obtaining a university degree and higher prestige of the profession. Physicians consider the work of a nurse to be essential and have the opinion that the nurse is an indispensable part of well-provided care for patients. We also found out that the most common reasons that affect the emergence of a conflict situation between the nurse and the doctor are stress, overwork, mutual disrespect associated with inappropriate behavior and violation of the competencies of both parties. Based on the statements, we can also state that doctors consider the nurse as their partner in the field of professional patient care and they do not have problem with accepting proposals or recommendations from nurses.

Key words: education of nurses; competence of nurses; cooperation between doctor and nurse; conflict situation

Obsah

Úvod ... 7
1 Současný stav ... 8
2 Historie ošetřovatelství ... 9
2.1 Úloha sestry v minulosti ... 10
2.2 Kompetence sester a jejich práce v minulosti ... 13
2.3 Postavení sestry v minulosti ... 15
3 Současné ošetřovatelství ... 16
3.1 Úloha sestry v současnosti ... 17
3.2 Kompetence sester v současnosti ... 18
3.3 Vzdělávání sester v současnosti ... 20
3.4 Postavení sestry ve společnosti ... 21
4 Sesterské organizace ... 23
4.1 Česká asociace sester ... 23
4.2 Mezinárodní rada sester ... 24
5 Vztah mezi sestrou a lékařem ... 25
5.1 Spolupráce mezi sestrou a lékařem ... 26
5.2 Konfliktní situace ... 27
6 Cíl práce a výzkumné otázky ... 29
6.1 Metodika ... 29
6.2 Charakteristika výzkumného souboru ... 30
7 Výsledky výzkumného šetření ... 31
7.1 Struktura výzkumného souboru ... 31
7.2 Kategorie ... 32
8 Diskuze ... 48
9 Závěr ... 58
10 Seznam použitých zdrojů ... 60
11 Seznam Příloh ... 65

Úvod

Jako téma naší bakalářské práce jsme si zvolili problematiku týkající se pohledu lékařů na současnou práci sester. Povolání sestry prošlo od svého samotného vzniku mnoha změnami, které se zasloužily nejen o její lepší společenské postavení, ale také zásadně proměnily její práci v oblasti péče o pacienty. Dnes už můžeme tvrdit, že od dob minulých, kdy byla sestra považována za pouhou pomocnici lékaře bez náležitého vzdělání, uplynula dlouhá doba a sestra se zaslouženě dostala na pozici rovnocenného partnera lékaře. Jedním z důvodů, které pomohly zkvalitnit toto povolání, bylo zavedení vzdělávacích institucí, jež sestry připravovaly po teoretické i odborné stránce.

V souvislosti s tímto tématem panuje v současné době kolem vzdělávání sester mnoho otázek, které se týkají například efektivity, přínosu a délky studia. Detailně sledována je i práce sester, jež klade vysoké požadavky na odbornou a teoretickou schopnost, technologickou zdatnost, ale také na odolnost vůči stresu. V teoretické části bakalářské práce se budeme zabývat historií ošetřovatelství, současným ošetřovatelství a dále se zaměříme na vztah lékař-sestra. V empirické části práce budeme zkoumat pohled dotazovaných lékařů na problematiku vzdělávání a práce sestry. Pro zpracování empirické části byl zvolen kvalitativní výzkum společně s metodou polostrukturovaného rozhovoru.

Cílem práce bude odhalit pohled lékařů na současnou práci sester v systému českého zdravotnictví a dále zjistit názor lékařských pracovníků na současné vzdělávání sester.

1 Současný stav

V současné době prochází postavení sestry v multidisciplinárním týmu řadou změn. Mění se nejen její kompetence, ale také její celkové postavení ve společnosti, což je způsobeno transformací zdravotní péče a ošetřovatelství. Vlivem přibližování zdravotnické péče České republiky k zemím Evropské unie zesiluje také tlak na změnu postavení sestry v multidisciplinárním týmu a klade se důraz na komunikaci na pracovišti, a to zejména ve vztahu sestra-lékař (Vévoda et al., 2013).

Možnost vysokoškolského vzdělávání sester s sebou přináší také nárůst nových kompetencí, které prosazují změnu postavení sestry a proměnu celé hierarchie zdravotnického systému. Tyto změny směřují k restrukturalizaci rolí v multidisciplinárním týmu a říkají, jakou roli má plnit lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál (Vévoda et al., 2013).

Plnění určitých rolí ve společnosti je součástí každého z nás, protože každý jsme nositelem vícero rolí, jež nám byly buďto určené, nebo jsme je postupně vývojově získali. Některé role mohou být dočasné jako například hospitalizovaný pacient. Společnost však od každé role vyžaduje zodpovědné chování a především od profesionálů vyžaduje profesionální přístup (Jarošová, 2000).

Vztahy mezi sestrami a lékaři jsou předmětem zájmu dnešní společnosti zejména na základě genderového přístupu, kdy se hovoří o možnosti znevýhodnění sestry pro její genderovou identitu. Sestra je i dnešní společností nadále vnímána jako pomocnice lékaře, což je dáno z toho důvodu, že v medicíně stále ještě ve vedoucích postaveních dominují více muži než ženy. Pro poskytování kvalitní holistické péče je dobrá komunikace mezi sestrou a lékařem hlavním pilířem. I když tento vztah je provázen řadou konfliktních situací a vlivem neustálého zdokonalování zdravotních služeb a novými nároky na lékařské a nelékařské pracovníky, představuje vyvážený vztah mezi sestrou a lékařem důležitý aspekt, který se následně odráží v poskytování péče o pacienty (Bártlová, 2005).

2 Historie ošetřovatelství

Už ve starověku můžeme zaznamenat snahy o zkoumání lidského těla, pochopení a hledání příčin nemoci. Léčení bylo tehdy založeno především na použití léčivých bylin, ale už zde se objevovaly také snahy o hledání příčinných souvislostí nemoci i chirurgickou cestou, čímž bylo zároveň dosaženo i lepších znalostí anatomie lidského těla (Duin, Sutcliff, 1997).

Niklíček, Štejn (1985) uvádí, že hodnota zdraví nebyla ve středověku samozřejmostí, ale byla považována za jisté privilegium, jež se člověku dostalo jako odměna za náboženskou loajalitu a poslušnost.

Vznik ošetřovatelství býval v různých zemích i kulturách ovlivňován nejen náboženstvím, ale zásluhy za jeho rozvoj přinesly i významné osobnosti a v neposlední řadě to byly také války, které vyvolávaly zvýšenou potřebu péče a ošetřování. Byly to ovšem i vědecké objevy, které postupně posouvaly ošetřovatelství dopředu (Jarošová, 2000).

První zmínky o ošetřování nemocných pochází již ze středověku, kde veškeré dovednosti ošetřovatelek pocházely ze zkušeností, jež se tradovaly z generace na generaci. Charitativní organizace a církevní řády měly ve středověku značný vliv na ošetřovatelství a péči o nemocné. Ta probíhala zejména v církevních špitálech a v domácnostech, přičemž ji poskytovali většinou dobrovolníci nebo samouci, kteří ovšem nedisponovali žádnou odborností. Velkou osobu v tomto období, jež se zasloužila ve 13. století o založení několika klášterů a především sepsala dosavadní zkušenosti a pravidla o ošetřování nemocných do uceleného systému, představuje Anežka Česká (Plevová et al, 2011).

Založením Karlovy univerzity roku 1348 s sebou přineslo rozvoj nejen lékařského řemesla a jeho vzdělávání, ale také změny v ošetřovatelství. V roce 1620 vznikl řád milosrdných bratří, kteří usilovali o odborné zapracování ošetřovatelů a ošetřovatelek, přičemž se členové po složení slibu stali kompetentními k poskytování péče o nemocné (Bogar,1934).

V průběhu historie prošlo ošetřovatelství řadou změn a bylo ovlivněno třemi směry, které můžeme rozdělit na ošetřovatelství neprofesionální, do něhož řadíme laickou péči a vzájemnou pomoc bližnímu svému, dále charitativní ošetřovatelství, kde šlo především o uspokojování základních potřeb a pomoc trpícímu člověku. Jako

poslední linii označujeme moderní ošetřovatelství, jež souvisí s rozvojem medicíny (Farkašova et al, 2006).

V 19. století, v době Krymské války, dostalo ošetřovatelství odborný směr, který vyžadoval lepší připravenost ošetřovatelek v poskytování péče o raněné vojáky. Významnou osobnost v tomto období představovala Florence Nightingalová, jež dala koncepci ošetřovatelství zcela jiný rozměr a zasloužila se o jeho podobu tak, jak ho známe dodnes (Kafková, 1992).

Důležitou postavou z pohledu medicíny a lékařství byl všeobecně známý Hippokrates, kterého také označujeme za otce medicíny a je mu mimo jiné přisuzována lékařská přísaha. I když lékařská přísaha prošla od doby jejího vzniku mnohou změn a úprav, její základní princip však zůstává dodnes stejný (Porter, 2013).

S rozvojem medicíny přišel také další vývojový posun ošetřovatelství, kdy se hlavním objektem zájmu medicíny staly biologické pochody a jejich vliv na zdraví a nemoc člověka. Vzhledem ke zkoumání nových ošetřovatelských technik a nácviku odborných úkonů nebylo poskytování ošetřovatelské péče holistické a tvořilo spíše model medicínský se zaměřením na jednotlivé ošetřovatelské výkony a techniku jeho provádění (Farkašová, 2006).

Pacient zde stále zastával pasivní roli v procesu ošetřování. Nové specializace medicíny vyžadovaly po sestrách jejich lepší odbornou kvalifikaci, a tak holistické chápání člověka ještě více ustoupilo do pozadí (Bártlová, 2005).

2.1 Úloha sestry v minulosti

Úloha sestry prošla za svůj vývoj značnou transformací. Ošetřovatelství bylo především ženskou profesí a označení „sestra“, které používáme doposud, dříve označovalo sestru řeholního řádu. Sestra v minulých časech byla symbolem lásky k člověku a pomoci lidem vyžadující péči druhých. Tento etický princip si sesterské povolání uchovalo až do dnešní doby. Mezi povinnosti sestry patřilo pečovat o nemocné a jejich potřeby a je třeba zdůraznit, že práce sester dříve nebyla odborně definovaná a jednalo se pouze o charitativní činnost. (Kutnohorská et al, 2010).

Ženy vedla k ošetřovatelské profesi náboženská pohnutka. Věřily totiž, že pokud zasvětí svůj život péči a pomoci druhým, bude jim po smrti dopřáno štěstí a dostane se jim vděku přímo od Boha (Kafková, 1992).

Potřebu starat se o sebe si člověk uchoval v sobě už od nejstarších dob, a protože první období ošetřovatelství označujeme jako období neprofesionálního poskytování laické péče, je právě potřeba starat se o sebe a své blízké tím nejhlavnějším atributem, který toto období charakterizuje. K ošetřování o své nejbližší bylo primárně zapotřebí znalostí z oblasti bylinkářství a využití dalších přírodních zdrojů. Změny přišly až s příchodem křesťanství, jež do ošetřovatelství přineslo osvětu a nové způsoby (Archalousová et al., 2006).

S příchodem křesťanství přišlo i zakládání církevních řádů, které poskytovaly pomoc chudým a nemocným a péče o ně se vztahovala především na saturaci nezákladnějších lidských potřeb a zajištění potravy, čistého prostředí a duševní podpory. Charitativní péče v Čechách souvisela se zakládáním klášterů, mnišských řádů a také útulků, kde můžeme hovořit o cíleném ošetřování nemocných. Ošetřovatelství je neodmyslitelně spjaté s ženami, které v sobě mají vrozenou starostlivost a pečování o druhé. Ženy, jež se rozhodly jít cestou ošetřovatelství, měly často důvody náboženské a také je k tomu vedla láska k Bohu, která je provázela při celoživotní péči o chudé, trpící a nemocné a díky které se stala jejich práce i životním posláním. Veškeré vědomosti se předávaly napříč generacemi a obsahovaly informace laické a neprofesionální (Jarošová, 2000).

Velkou zásluhu na zlepšení ošetřovatelské péče v českých zemích měla Anežka Přemyslovna, sestra českého krále Václava I. Zasloužila se o postavení několika klášterů v Praze a založila řád křížovníků s červenou hvězdou, jenž se řídil jasnými pravidly při pečování o chudé a nemocné. Díky svým zásluhám byla Anežka Přemyslovna později doceněná svatořečením. Mezi řády, které je třeba zmínit a které poskytovaly péči v ošetřovatelství a opatrovnictví, patří například řád boromejky, johanitky, alžbětinky a řád milosrdných bratří. V 15. století se ošetřovatelství poskytovalo nejen ve špitálech a lazaretech, ale také v terénu, což měly na svědomí diakonky (Jarošová, 2000).

Jarošová (2000) dále uvádí, že právě války značnou mírou ovlivnily změny odehrávající se v ošetřovatelství. V důsledku špatných znalostí o hygienických podmínkách docházelo u raněných vojáků k infekcím a v hojné míře i k velké úmrtnosti. Tyto stavy vyvolávaly zvýšenou potřebu lékařské a ošetřovatelské péče. V období Krymské války v roce 1854-1856 nastaly změny v kvalitě péče díky ruskému chirurgovi Nikolaji I.Pirogovi, který přišel s myšlenkou uplatnění žen na bojišti v Krymu. Aby se předešlo epidemii infekcí a následné smrti vojáků, byly ženy

proškoleny v oblasti dodržování základních nezbytných hygienických postupů a zásad a zároveň byly znalé v základech ošetřovatelské péče.

Reformaci ošetřovatelství má ovšem na svědomí práce sestry Florence Nightingalové, která díky svým zkušenostem a znalostem ze zdravotní péče, již studovala v různých zemích Evropy, dokázala spolu s dalšími 40 proškolenými ošetřovatelkami zásadně ovlivnit děj na bojišti v Krymské válce. Po její práci na frontě a schopné organizaci v ošetřování nemocných a raněných klesla výrazně tehdejší úmrtnost. Reformy, které Florance uskutečnila a zasadila se o jejich správné provádění a zasvěcení mezi další ošetřovatelský personál, daly vzniknout položení základů k samotnému a profesionálnímu ošetřovatelství. Myšlenka moderního ošetřovatelství vyjadřuje kvalitní připravenost jejich ošetřovatelek, a tím i zlepšení ošetřovatelské péče (Večeřová, Lankašová, 2011)

Jeden z dalších významných vlivů na ošetřování raněných vojáků měl Henri Dunnant, jejž válka tak bolestně ovlivnila, že jeho veškeré úsilí nakonec vedlo k založení plánu, který později vyústil k založení mezinárodní organizace Červeného kříže roku 1864 (Kutnohorská, 2010).

První všeobecné nemocnice se zakládaly od poloviny 18. století. Opatrovníci a opatrovnice se starali o veškerý chod, a to včetně úklidu prostorů. Jejich vzdělání nebylo odborné a postupem času se začala vyvíjet další role sestry jakožto pomocnice lékaře. Vzdělanost sester začala být nutností, a proto v druhé polovině 19. století došlo k založení prvních ošetřovatelských škol. V roce 1874 vznikla v Rakousku-Uhersku první ošetřovatelská škola. Česká spisovatelka Karolina Světlá byla v té době velkou zastánkyní ženských práv a značně ovlivnila existenci první ošetřovatelské školy. Po sedmi letech sice škola skončila, ale i tak jí v historii ošetřovatelství připisujeme svůj význam. Během první světové války roku 1916 došlo k otevření nové České ošetřovatelské školy v Praze. Její činnost trvala až do Československa a škola měla vysokou odbornost. Ošetřovatelky byly po vyučení diplomované (Jarošová, 2000).

V meziválečném období vznikl spolek diplomovaných sester, který tvořily absolventky ošetřovatelské školy. Došlo k několika změnám, a to zejména k úpravě pracovní doby a pracovních podmínek, dovolené a také došlo k budování sesterských ubytoven. Pořádaly se různé přednášky a kurzy. V roce 1937 vznikl časopis Diplomovaná sestra, přičemž úroveň ošetřovatelské péče začala být postupně kvalitnější než dříve. Na ošetřovatelských jednotkách pracovaly diplomované sestry. Diplomovaná

sestra mohla ovšem pracovat také na chirurgii jako instrumentářka nebo na rentgenových pracovištích, v laboratoři či v ambulantní péči (Kafková, 1992).

Naléhavost zdravotního personálu a jeho kvalifikovanost narůstala zejména během války, ale také po jejím skončení, kdy se v roce 1946 otevřela Vyšší ošetřovatelská škola v Praze. Ve škole byly připravovány jak sestry-učitelky, tak vrchní sestry. Další změna nastala po roce 1948, kdy byly školy pro vzdělávání budoucích zdravotnických pracovníků přejmenovány na střední zdravotnické školy, které nabízely čtyřleté studium pro zájemce od 14-15 let. Poskytovaly přípravu jak teoretickou, tak praktickou. Profesní rozvoj zdravotních pracovníků stále pokračoval, a tak dal v roce 1960 impuls ke vzniku Institutu pro další vzdělání středních zdravotnických pracovníků. Také došlo pro sestry-učitelky, které se věnovaly odborné přípravě budoucích sester, ke zřízení pětiletého dvouoborového studia na Karlově univerzitě, jež kombinovalo ošetřovatelství a psychologii a později se zaměřilo i na pedagogiku. Sestry v Československu měly i vlastní časopis, který se jmenoval Zdravotnické pracovnice. Od roku 1992 došlo k dalšímu rozvoji vzdělávání, jež nabízí vysokoškolské studium sester, a tím i zvyšování kvalifikace sester. (Kutnohorská, 2010).

2.2 Kompetence sester a jejich práce v minulosti

„*Povolání sestry je ošetřovatelství, služba nemocnému. Sloužiti nemocnému znamená postaviti se do boje za nejvyšší hodnoty člověka, do boje za zdraví, za tělesnou a pracovní schopnost a za navracení nemocného zpět do rodiny a společnosti. V tomto významném povolání může sestra dojíti štěstí a spokojenosti, jestliže dobře rozumově uvážila, zda její ideál býti sestrou se kryje se skutečností sloužiti a s povinnostmi, která tato služba obsahuje“* (Slabihoudek, 1946, str. 12).

Kompetence sester se postupem času měnily především s lepší možností vzdělávání, ale také s rostoucí poptávkou po kvalifikovaných odborných pracovnících. Pokud bychom měli shrnout pouze kompetence, kterými sestra napříč časem disponovala, měli bychom především vyzdvihnout její úlohu ošetřovatelky. Mezi povinnosti ošetřovatelek patřilo hlavně zabezpečování biologických potřeb nemocných. To, jakým způsobem se o druhé starat, se tradovalo z generace na generace a role ošetřovatelek byla často spojována s křesťanskou úlohou a láskou k bližnímu svému. Jak jsme zmínili již dříve, sestra v té době neměla žádné odborné znalosti a vycházela pouze ze zkušeností, jež se jí dostaly od svých předchůdkyň. Nutno podotknout, že

ošetřování nemocných, raněných a chudých bylo také charitativní záležitostí, kterou provozovaly nejen řádové sestry, ale také dobrovolníci. Velký význam pro další rozvoj kompetencí přinesla Florance Nightingelová, díky její publikační činnosti došlo k rozšíření znalostí a celkové vzdělanosti v ošetřování nemocných. Její kniha *Zápisky z ošetřovatelství* přinesla mnoho zásadních myšlenek a doporučení pro práci ošetřovatelek, jež pomohly zlepšit kvalitu ošetřovatelské péče. Dbala hlavně na úpravu celkového životního prostředí, o kterou by se každá ošetřovatelka měla starat a dohlížet na její dodržování, ale zdůrazňovala i důležitost správných hygienických návyků. S válkami, které volaly po ošetřovatelském personálu, přišla další úprava v kompetencích. Lékaři k sobě potřebovali pomocnici, jež bude alespoň minimálně vzdělaná v ošetřování a dokáže vykonat praktická nařízení, o která ji lékař požádá (Kutnohorská, 2010).

V 90 letech 19. století popsal profesor MUDr. Bohumil Eiselt práci sester, jež sám školil: *„…ustavičně chodí od jednoho nemocného k druhému a obsluhují je, dávají bedlivě pozor na vše, co se v celé síni přihodí. Služba vyžaduje upravená lůžka, čištění nemocných, čištění nádob a pokoje samotného. Každou druhou hodinu je třeba zaznamenávat teplotu nemocných, podávat léky a potravu, vykonat veškerá lékařská nařízení, tudíž nepřetržitý styk s nemocnými. Tito bývají často nepokojní a blouznivý, takže jediná osoba nestačí k obsluze a všechny musí vypomáhat. O nočním klidu a odpočinku v této místnosti nelze mluvit. Usínají tělesnou a duševní únavou. Vzduch zde bývá hrozný – důvodem jsou otevřená okna, umělá ventilace, sprejové přístroje rozprašující roztoky kyseliny karbolové, natírání podlah vápnem a rozestavěné mísy s chlorovým vápnem. Lékařská služba je mnohem snadnější a méně nebezpečná, než jsou výkony ošetřovatelek. Jsem v požadavcích služby velmi přísný, vždy však spravedlivý, a kde je potřeba, jsem vřelým obhájcem a zastáncem těchto žen. Jsou jako vojín před nepřátelským vojskem, v ustavičném nebezpečí života, jejich jména však nejsou známá, jejich činy se nehlásí světu, bez nároku na uznání stojí v první řadě proti neviditelnému nepříteli, proti smrti, konajíce vytrvale těžkou, zodpovědnou službu, aniž by je jejich vlastní onemocnění dovedlo zlomit. Jsou pravé hrdinky“.* (Kutnohorská, 2010, s. 63)

2.3 Postavení sestry v minulosti

V období 19. století nebylo oproti dnešní době stonání v nemocnicích běžnou záležitostí, naopak bylo běžné, že lidé se léčili především doma v kruhu rodiny. Povolání ošetřovatelek vnímala společnost jako podřadné a patřilo a zaujímalo nízké společenské postavení. Vzdělání tehdy nebylo stěžejním bodem v péči o nemocného a inteligence a dovednosti nepatřily mezi dominanty pečovatelek. Nebylo proto zvláštností, že se mezi ošetřovatelkami nacházeli i alkoholici nebo prostitutky, u kterých byla mentální úroveň na velmi nízké hranici (Staňková, 1996).

Ošetřovatelský personál se řídil dle čeledního řadu vydaným císařem Františkem Josefem I. v roce 1886. Pracovní doba nebyla ničím omezená a vycházelo se z aktuální potřeby ošetřovatelek. Tresty byly velmi přísné, a když došlo i k malému porušení řádu, byla ošetřovatelka potrestaná odebráním peněz, zákazem vycházek nebo mohla dostat při velmi hrubém porušení i výpověď. Ošetřovatelky vedly zpravidla svobodný život a jejich práce byla při denní službě odměněná 50 krejcary a za noční práci až 80 krejcary. Pokud pracovala nepřetržitě celý den, dostávala kolem 5-7 zlatých. I když nemocnice ošetřovatelkám zajišťovaly ubytování, často docházelo k tomu, že ošetřovatelky spávaly ve společné místnosti s nemocnými pacienty a jejich lůžko bylo pouze oddělené zástěnou. Zajímavostí bylo, že za svou práci měla mít ošetřovatelka nárok na ošetření, ale pokud k takové situaci došlo, nárok na plat pozbyl (Kutnohorská, 2010).

3 Současné ošetřovatelství

Staňková (2002) popisuje současné ošetřovatelství jako disciplínu, která je založená na samostatnosti jejích pracovníků, na odborné způsobilosti sestry, jež je zároveň uznávaným spolupracovníkem lékař, přičemž se od ní očekává týmová spolupráce v multidisciplinárním týmu.

Plevová (2011) popisuje ošetřovatelství jako obor, který staví na nových poznatcích, jež zároveň ověřuje a dále uplatňuje v praxi. Ošetřovatelství v dnešní době vyžaduje, aby se veškerá výzkumná vědecká i specifická činnost opírala o výzkumná fakta a znalosti, které se posléze propojují s praktickou činností. Poznatky i metody jsou využívány jak z věd humanitních, tak například také z fyzikálních, behaviorálních a biologických. Ošetřovatelství dále označujeme jako multidisciplinární obor, jenž disponuje vlastní teoretickou základnou a je schopný praktické aplikace.

Podstata ošetřovatelství v 21. století nabízí zamyšlení nad dobou, která s sebou nese velké množství převratů. Současná doba je velmi náročná a technologie běží rychle kupředu, čímž nám přináší nové a lepší vynálezy. Stojí tak proti sobě dva elementy, a to technologický a vědecký přínos medicíny a ošetřovatelství, který ovšem klade velké nároky na jeho pracovníky, jež se potýkají s vysokým duševním napětím a zároveň jsou na ně kladeny stále vyšší a vyšší požadavky (Šmídová, 2013).

„Koncepce ošetřovatelství uvedená ve Věstníku č. 9/2004, vychází s konceptu ošetřovatelství z ČR z roku 1998, respektuje doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), směrnice EU, doporučení Evropské komise, Mezinárodní rady sester (ICN) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM). Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství v 21. století. Koncepce ošetřovatelství je výchozím podkladem pro tvorbu koncepcí dalších oborů.“ (Plevová et al, 2011, s. 59). „*Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám uspokojovat samostatně fyziologické, psychosociální i duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje je i jejich blízké v poskytování*

laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou či neumějí pečovat zajišťuje profesionální péči.“ (Věstník MZ ČR, 9/2004).

V současném ošetřovatelství poskytuje sestra s bakalářským vzděláním péči individuální, a to na všech úrovních její práce probíhá metodou ošetřovatelského procesu. Sestra s magisterským titulem také poskytuje individuální péči, kterou rozvíjí ve všech oblastech, a k tomu navíc v práci využívá vědeckých metod, postupů a je jí vlastní kritické myšlení. Doktorandsky vzdělaná sestra má významný podíl na rozvoji ošetřovatelství, například svou publikační činností (Rošková, 2013).

3.1 Úloha sestry v současnosti

Mezi hlavní úlohy sestry v současnosti patří řízení a poskytování holistické ošetřovatelské péče. Poskytovaná péče může být preventivní, podpůrná, léčebná nebo pomocná. Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám a skupinám na základě metod ošetřovatelského procesu. Sestra v dnešní době disponuje kritickým myšlením, samostatným rozhodováním a je odborně způsobilá (Staňková, 2002).

Úlohou sestry je i plnění několika rolí, jež se navzájem během profese prolínají. Dle Staňkové (2002) k nim přísluší v prvé řadě role sestry ošetřovatelky, která patří mezi základní role každé sestry, přičemž si své kořeny nese již z minulosti. Hovoříme zde o sestře, jež přistupuje holisticky v rámci uspokojování potřeb. Další roli představuje sestra manažerka, která vznikla s rozvojem ošetřovatelské profese a jejího vzdělávání. Sestra manažerka vede a řídí multidisciplinární tým, rodiny a jednotlivce. Její povinností je dohled nad chodem poskytované péče, stará se o organizaci a vyhodnocuje výsledky. Je přirozeně autoritativní, zodpovědná a také spravedlivá.
Sestra edukátorka zaujímá v ošetřovatelském procesu roli mnohostrannou a pomáhá pacientovi podporovat a uchovávat jeho zdraví. Její vliv je také preventivní a zasluhuje se o předcházení vzniku onemocnění formou besed, přednášek nebo rozhovorů (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

Sestra advokátka hájí práva pacientů, kteří jsou pro ni klíčoví. Zajímá a stará se o jejich názory a požadavky, jež dále prezentuje. Sestra se tak stává mluvčím pacienta, čímž umocňuje právě svůj zájem o něj. Nositelka změn je rolí, která se neustále vyvíjí, bez této role by ošetřovatelství stagnovalo. Sestra výzkumnice zase podporuje vzdělávání a výzkumnou činnost a je v dnešní společnosti aktuální zejména pro vědecký význam ošetřovatelství. Sestra mentorka je oporou a vedením pro studenty

zdravotnických oborů. Mentorka je speciálně vyškolená ke spolupráci se studenty, kterým poskytuje odborné informace, pomáhá předávat zkušenosti a podporovat je ve vlastní iniciativě. Vztah mezi mentorkou a studentem musí být založen na komunikaci, sebereflexi a také na hodnocení. Další roli představuje například sestra komunikátorka a sestra poradkyně (Špirudová, 2015).

Novodobá úloha sestry a její pojetí souvisí také v nově kladené povinnosti na její vyšší samostatnost. Nejnovější přístroje a výpočetní technika sestry nutí k tomu, aby neustále zdokonalovaly svou manuální zručnost a s tím související vědomosti v oblasti moderní technologie (Farkašová, 2006).

3.2 Kompetence sester v současnosti

Se vstupem České republiky do Evropské unie v roce 2004 bylo nutné učinění nových opatření týkající se zdravotnictví (Sehnalová, 2015).

V roce 2004 vešel v platnost zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon č. 96/2004 Sb.).

V roce 2017 byla zveřejněna novela zákona č. 201/2017 Sb. S kompetencemi, jež upravuje zákon, souvisí také vzdělávání sester. Kompetencemi v překladu rozumíme pravomoce. Součástí pracovní náplně sester jsou právě kompetence, kterými dle ustanovení zákona sestry disponují (Vlček, 2012).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. z roku 2011 stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška upravuje činnosti, které všeobecná sestra smí provozovat bez předchozí indikace lékaře a bez odborného dohledu, dále na základě indikací vydaných lékařem bez odborného dohledu, pod odborným dohledem specializované sestry a pod odborným dohledem lékaře. Mezi činnosti, jež může sestra provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, patří saturace základních biologických potřeb pacienta, jeho psychické a fyzické stavy. Může také hodnotit úroveň soběstačnosti za pomoci měřících technik. Sestra dále smí bez indikace lékaře a bez odborného dohledu monitorovat fyziologické funkce pacienta, odebírat anamnézu. Biologický materiál bez odborného dohledu a předešlé indikace smí sestra odebírat pouze takový, jenž je odebraný neinvazivní cestou, výjimku představuje odběr kapilární krve, např. na stanovení hladiny glykémie. Dále může bez indikace

lékaře vykonávat péči o stomii, žilní vstupy (periferní i centrální) a také smí pečovat o močové katétry, či hodnotit a sledovat stav celistvosti kůže. Edukace pacientů je nedílnou součástí práce a kompetence sester a tvoří důležitou složku v ošetřovatelském procesu. Mezi činnosti, které sestra smí provádět po předchozí indikaci lékařem, ale bez odborného dohledu, řadíme zavedení periferního žilního vstupu, odběr biologického materiálu, péče o drény a drenážní systémy s výjimkou hrudních drénu a drénu v oblasti hlavy, zavádět permanentní močový katétr ženám a dívkám starším 3 let, provést výplach žaludku u pacienta při vědomí a staršího 10 let, podávat enterální výživu, odstraňovat stehy u primárně se hojících ran, podávat inhalační a kyslíkovou terapii, podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, ošetřovat akutní a pooperační rány, provést výměnu tracheostomické kanyly a provést její převaz. Sestra pod dohledem lékaře smí podávat nitrožilní aplikace krevních derivátů (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Pokud bychom měli srovnat kompetence sester ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. s činnostmi sester z minulých století, uvidíme zde rozdíl v tom, že dříve se sestry zaměřovaly především na ošetřovatelskou péči a činnost preventivní a následnou, oproti tomu v dnešní době však v zaměření sester převládá činnost odborná. Důležité je také zmínit, že určitou změnu představovala novelizace zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, která specifikuje práci zdravotnického asistenta, jenž smí provádět základní ošetřovatelskou péči v oblasti uspokojování potřeb pacienta bez odborného dohledu sestry (Zákon č. 105/2011 Sb., s. 1053).

Mezi oprávnění lékaře patří navýšení kompetence sester, které může lékař vydat ve své indikaci. Nesmí se ovšem jednat o provedení samotného výkonu, nýbrž o jeho přípravu či asistenci (Brůha, Prošková, 2011).

Rozšiřování kompetencí u sester s sebou nenese pouze klady. Za hlavní výhodu považujeme více prostoru pro lékaře, kteří bývají vytíženi menšími výkony a nemohou se věnovat kvalifikovanějším výkonům. Protože často nejsou kompetence jasně stanovené, může dojít k rizikům a ohrožení kvality ošetřovatelské péče. Ač jsou zřejmě nové změny v kompetencích nevyhnutelnou součástí pokračujícího moderního vývoje, je nutné si uvědomit, že s nárůstem kompetencí u všeobecných sester může dojít k jejich pracovnímu přetížení, jež může mít vliv na zdraví pacienta. Dále je nezbytné zohlednit při rozšiřování kompetencí u sester jejich vzdělávání a také nezapomenout na vyšší finanční ohodnocení (Hekelová, 2015).

Sestra má mnoho povinností, ale pokud bychom je měly shrnout do čtyř bodů, bude to její snaha podporovat zdraví, pomáhat předejít nemocem, navracet zdraví a

snažit se o zmírnění utrpení. Ošetřovatelskou péči může poskytovat každý, bez ohledu na věk, barvu pleti, národnost, pohlaví či politické nebo společenské postavení (ICN Code of Ethics, 2012).

3.3 Vzdělávání sester v současnosti

Vzdělávání sester v naší společnosti prošlo za posledních 10 let značnou transformací. Své opodstatnění v tom má rozvoj vědy a medicíny, který po sestrách požadoval vyššího vzdělání. Sestra už není nadále jen pomocnicí lékaře, nýbrž znázorňuje osobu s vlastním kritickým myšlením schopnou samostatného rozhodování (Škrla, Škrlová, 2003).

Současný systém tedy umožňuje dvojí způsob vzdělávání, jejž můžeme rozdělit do dvou směrů. První z nich označujeme za pregraduální vzdělávání, které nám zahrnuje studium na středních zdravotnických školách, zdravotnických lyceích, vyšších zdravotnických školách a vysokoškolské studium bakalářské. Postgraduálním studiem označujeme vzdělání dosažené v magisterských oborech, doktorských oborech a ve specializačním a celoživotním vzdělávání (Plevlová et al., 2011).

V roce 2004 nastala zásadní změna v legislativě, kdy se na zdravotnických středních školách zrušila výuka oboru Všeobecná sestra a od roku 2004/2005 byli přijímáni studenti do oboru Zdravotnický asistent. Obor Zdravotnický asistent byl ovšem od 1. 9. 2017 díky zákonu č. 201/2017 Sb. zrušen a zavedl se nový pojem a obor- praktická sestra, která má nižší kompetence, než sestra všeobecná. Studium oboru Praktická sestra končí maturitní zkouškou (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Vzdělávání na zdravotnických lyceích se příliš neliší od vzdělávání na středních zdravotnických školách. Žáci studium zakončují po čtyřech letech maturitní zkouškou a studium je přípravou na další zdravotnické zaměření. Vyšší zdravotnické školy poskytují tříleté studium a studenti tohoto oboru po jeho absolvování získávají titul diplomovaný specialista – DiS. Studium nabízí obory jako např. všeobecná sestra, nutriční terapeut, zdravotnický záchranář a další (Plevová, 2011).

Na vysokých školách probíhá pregrauduální vzdělání v bakalářském programu a po zakončení tříletého studia získávají studenti titul bakaláře - Bc. Výuka probíhá na fakultách lékařských nebo fakultách se zdravotnickým zaměřením. Standardně trvá studium tři roky, přičemž je výuka členěna na praktickou a teoretickou. Celkově musí výuka splňovat minimálně 4600 hodin, z toho praktická tvořit nejméně 2300 hodin.

Bakalářské studium nabízí dvě formy, a to formu prezenční a kombinovanou. Zakončení bakalářského programu tvoří státní závěrečná státní zkouška (Vyhláška č. 39/2005 Sb.). Bakalářské studium nabízí obory Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář, Porodní asistentka, Nutriční terapeut a další.

Magisterské dvouleté navazující studium představuje formu postgraduální, jež nabízí specializaci ve vybraných oborech. Zakončením studia jsou státnicové zkoušky (Kutnohorská, 2010).

V roce 2008 se na fakultách otevřel doktorský program Ph.D, a to konkrétně v Pardubicích, Olomouci, Českých Budějovicích a v Ostravě. Cílem programu je vzdělávání kvalifikovaných odborníků pro vědecko-výzkumnou práci v oblasti ošetřovatelství. Program trvá 3-5 let a je zakončen dizertační prací a státní zkouškou. Absolvent obdrží titul Ph.D (Mlsová, 2008).

Specializační studium nabízí další specializaci pro nelékařské pracovníky. Výuka probíhá v akreditovaných zařízeních, kde jsou pro ni stanovena jistá kritéria nástupu, mezi ně patří předchozí délka praxe uchazeče ve zdravotnictví, povolání a typ pracoviště. Završení studia tvoří atestační zkouška, se kterou student získává způsobilost ke specializační činnosti (Plevová et al., 2011).

Zdravotnické povolání patří mezi regulované profese z toho důvodu, že při jejich konání hrozí riziko ohrožení zdraví a životů jiných lidí (Staňková, 2002).

Celoživotní vzdělávání by měl každý odborně způsobilý jedinec udržovat a také sám aktivně vyhledávat informace a novinky týkající se svého oboru. Kreditní systém zde kontroluje, zda se zdravotník dále vzdělává, a na základě kreditů pak dostává osvědčení k provádění činnosti bez odborného dohledu. Mezi formy celoživotního vzdělávání patří odborné kurzy, semináře, e- learningové kurzy, stáže a další (Plevová et al., 2011).

3.4 Postavení sestry ve společnosti

Povolání sestry v dnešní době získalo o něco lepší náhled naší společnosti a vydobylo si jistou prestiž, kterou po staletí postrádalo. Pro stále velkou část laické veřejnosti sestra představuje ikonu ošetřovatelky, jež pouze saturuje pacientovi aktuální biologické potřeby, které vnímáme jako méně důstojné (patří sem například udržování hygieny pacienta a jeho vyprazdňování), a zůstává nadále v očích veřejnosti její práce celkově

hůře hodnocená. Nelichotivý pohled na profesi sestry poskytují veřejnosti média a televize. Seriály se zdravotnickou tématikou jsou velmi populární a vystihují sestry jako nesamostatné, roztomilé, avšak inteligenčně jednodušší, až komické bytosti, které plní jasně dané příkazy lékaře. Milostná zápletka mezi sestrou a lékařem bývá středobodem celého děje, jenž tak vrhá na osobnost setry až směšné světlo. Lidé bohužel nemají představu o skutečné práci sester až do té chvíle, kdy se sami stanou pacienty. O tom, že se sestry vysokoškolsky vzdělávají, široká veřejnost často vůbec neví. Kvůli tomu, že je sestra často mediálně představována chybně, lidé nemají tušení, jakou práci ve skutečnosti sestra vykonává (Tučková, 2006)

„Před třiceti lety byla sestra vnímána jako pravá i levá ruka lékaře, ale i jako ta, která pouze plní nařízení lékaře. Společnost ovšem její povolání vnímala jako vážené. Dnes ji televizní seriály ukazují jako pohihňávající se stvoření bez vlastního názoru, které neustále pije kávu a flirtuje s lékaři. Vedení zdravotnických zařízení ji bere jako někoho, kdo si musí poradit bez uklízečky, ošetřovatelky, lékaře i sanitáře, musí být milá, příjemná, flexibilní a svůj osobní život téměř nemít. Mladí lékaři ji považují buď za dobrou vílu, která jim pomůže, poradí a připomene zapomenuté ordinace nebo jako někoho, kdo má povinnost plnit jejich rozkazy. Starší lékaři v nás vidí buď spolupracovníky, anebo ty které mohou za všechny chyby. Podle pacientů jsme buď andělé, nebo služky, diváci televizních zpráv musejí mít pocit, že jsme vrazi a kriminálnice.“ (Hettnerová, 2015, s. 39)

Aby mohlo dojít ke zvýšení prestiže sesterské profese a k lepšímu pohledu společností na ni, měly by si sestry vážit samy sebe a nebát se společnosti ukázat hodnotu své práce (Marysková, 2010).

Prestiž povolání souvisí s nutností vzdělávat se, protože s pokrokem medicíny a techniky s ní související roste požadavek na nové kompetence sester a jejich vzdělanost (Bártlová a Matulay, 2009).

4 Sesterské organizace

V této kapitole bych se chtěla věnovat dvěma důležitým sesterským organizacím, které se zaměřují na profesi sestry a její práci. Chtěla bych také zmínit, že podstatou obou organizací je usilovat o spolupráci, rozvíjet roli sestry, zkoumat nové skutečnosti, navzájem si je předávat a hájit a prosazovat zájmy sester.

4.1 Česká asociace sester

V roce 1989 díky sametové revoluci prošla naše společnost řadou renovací, jež mimo jiné přímo ovlivnily i ošetřovatelství. Jistým gestem bylo sundání sesterského čepce a s tím přicházející motivace jejich nositelek o nové a lepší podmínky v ošetřovatelství. Sestry byly plné vůle a motivace, díky které v roce 1991 vznikla Česká asociace sester (ČAS). V popředí stály její zakladatelky - Růžena Wágnerová, Blanka Misconiová a Alena Müllerová (Kutnohorská, 2010).

Podstatu této organizace představuje spojení mezi sestrami navzájem a také dalšími nelékařskými zdravotními pracovníky. ČAS sídlí v Praze a mezi její aktivity patří i spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví České republiky. ČAS usiluje o rozvíjení českého ošetřovatelství a sesterské profese. Své místo zaujímá také na poli vědy, kde se snaží vydávat odborné publikace pro sestry, a její prioritou je i mezinárodní spolupráce, která hraje jednu z klíčových rolí v rozvoji a integraci sesterské profese. Mezi hlavní cíle organizace patří spolupráce při zdokonalování služeb v oblasti zdravotní péče v České republice, dále například podpora aktivit vedoucí k větší prestiži pro nelékařské zdravotnické profese. ČAS se dále snaží získávat prostředky pro poskytování ošetřovatelské péče a podporuje činnosti zaměřující se na realizaci národních a nadnárodních programů. Od Mezinárodní společnosti sester byly převzaty etické kodexy týkající se sesterské profese, které například představují jakýsi standard v oblasti komunikace mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou. Sestra dodržováním kodexu nese zároveň i odpovědnost za profesionální péči, kterou nemocnému poskytuje. Etický kodex představuje pro sestru soubor morálních hodnot, jež kladou důraz na důstojnost, čest, úctu a respekt (Plevová et al, 2011).

4.2 Mezinárodní rada sester

International Council of Nurses (ICN) představuje mezinárodní organizaci, která se skládá ze 160 národních sesterských společností (Kutnohorská, 2010).

Na vznik organizace měla vliv sestra Ethel Gordon Bedford Fenwick, která dala impulz k jejímu založení roku 1899, kdy se současně účastnila také kongresu Mezinárodní rady žen, a ještě toho roku se stala prezidentkou Mezinárodní rady sester (Jarošová, 2000).

Prezidentka je volena vždy na 4 roky a jednou za dva roky se setkává s Radou zástupkyň. Mezi aktivity Rady patří účastnit se na důležitých otázkách týkajících se celé organizace a mimo jiné je zapojena do oblasti přijímání nových členek. ICN sídlí Ženevě a z jejích dalších činností můžeme vyzdvihnout také spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Organizací spojených národů (OSN) a s Mezinárodní organizací práce (ILO). Se založením organizace byly vytvořeny i cíle celé myšlenky, kterým je ICN věrná. Patři sem podpora národních společenství sester, snažit se o neustálé zvyšování kvality péče, usilovat o spolupráci a také se snažit o zvyšování prestiže a postavení sester ve společnosti. ICN tvoří teoretickou bázi v oboru ošetřovatelství a podporuje výzkumné pole sesterské činnosti. ICN publikuje tři magazíny. Šestkrát ročně vychází odborný časopis International Nursing Review, jenž publikuje odborné a velmi kvalitní práce sester z celého světa (Jarošová, 2000).

5 Vztah mezi sestrou a lékařem

Už po staletí znázorňovalo spojení sestry a lékaře nedílnou součást procesu ošetřování nemocných. Pro ženu ve společnosti bylo těžké prosadit se, protože jejím údělem byla zejména péče o domácnost a manžela. Vznik sesterského povolání dal tak impulz k tomu, aby se ženy osamostatnily a vydobyly si ve společnosti čestné postavení. Vliv na vztah sestry a lékaře má také měnící se role pacienta. Pacient už není v procesu ošetřování pasivní, nýbrž dochází ke změně z paternalistického vztahu na autoritativní, kdy je pacientův vztah se sestrou a lékařem partnerský (Bártlová, 2005).

Z minulosti víme, že v patriarchální společnosti zastával lékař dominantní postavení a sestra zaujímala pozici podřízeného. Bylo to především proto, že ženy té doby neměly potřebné vzdělání a poskytovaly neprofesionální péči, oproti tomu lékař s patřičným vzdělaním byl svým postavením na vyšší úrovni. Fakt, že se sestra považovala za pomocnicí lékaře, už v dnešní době neplatí, i když stále existují lékaři, kteří novou roli, již si sestra nově získala, příliš neuznávají. V dnešní době se sestry vysokoškolsky vzdělávají a ve zdravotnictví zaujímají i vysoké funkce. Někteří lékaři si ovšem stále neváží sesterské práce a považují ji za pouhé vykonávaní příkazů s tím rozdílem, že oproti minulosti jsou sestry lépe kvalifikované. Dalším rozdíl spatřujeme také v tom, že sestra nese stejnou míru odpovědnosti za ošetřovatelskou činnost jako lékař za své ordinace (Škrla, Škrlová, 2003).

Vztah sestry a lékaře je společností zkoumán také na základě genderového přístupu. Bývá uváděno, že sestry mohou být na základě genderové identity znevýhodněny. Genderovou identitu vytváří společnost, v níž je stále zakořeněné, že ve vedoucích pozicích dominují spíše muži (Bártlová, 2005).

Pro dobrou atmosféru na pracovišti a spokojenost sester je dobrý vztah mezi sestrou a lékařem zcela klíčový. V důsledku špatných vtahů dochází k oboustranné ztrátě motivace či pracovní spokojenosti, krize může vyústit až ve fluktuaci obou profesí a s tím související zhoršení kvality ošetřovatelské péče o pacienta (Buriánek, Malina, 2009).

Zajímavý vztah představuje vztah ženy lékařky a sestry. Problém nastává u mladých lékařek, které začínají svou kariéru a mohou k sestrám přistupovat s menší mírou spolupráce, či v některých případech vystupovat mnohem více dominantněji, než muži lékaři. Muž lékař totiž během správné komunikace se sestrou hovoří galantně, oproti tomu u ženy lékařky tento druh přístupu k sestře neexistuje (Bártlová, 2008).

5.1 Spolupráce mezi sestrou a lékařem

Na spolupráci sester a lékařů se podílí řada faktorů, které jejich vzájemnou interakci ovlivňují. Aby na pracovišti fungovala pozitivní atmosféra, musí spolu personál komunikovat. V dnešní době se hovoří o syndromu vyhoření, jenž často postihuje právě pomáhající profese. Jeden z mnoha spouštěčů, který podněcuje jeho vznik, představuje právě důsledek nesprávné komunikace. Jedním z důležitých faktorů ovlivňující spolupráci v multidisciplinárním týmu mezi sestrou a lékařem je pracovní prostředí, které má také vliv na vznik konfliktů. Pokud v pracovním prostředí panuje pozitivní atmosféra, je dostatek personálu a personál se cítí celkově spokojeně, dokáže se s menšími druhy konfliktních situací dobře vyrovnat. Naopak vlivem nespokojenosti personálu stoupá i vyšší riziko konfliktnosti mezi sebou, nižší výkonnosti a může dojít také k profesnímu pochybení (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Vzájemná důvěra mezi sestrou a lékařem patří mezi hlavní kritéria týmové spolupráce. Důvěra mezi sestrou a lékařem podporuje a rozvíjí pracovní činnost. Je nezbytné, aby si lékaři a sestry navzájem uvědomovali své osobní možnosti, dokázali otevřeně mluvit o nepříjemných věcech a oboustranně si vážili své práce. Respektování sebe navzájem a své práce představuje často problém (Vévoda et al, 2013).

Problém ve spolupráci může nastat také v chování mezi sebou a ve vzájemném nepochopení rolí. Lékař, muž představující dominantní prvek, naproti tomu sestra, žena, která by měla být prvkem podřadným. Někdy dochází k tomu, že lékař svým chováním může na sestry působit hrubě bez vzájemné úcty, což přispívá k řadě konfliktů. Dalším faktorem ovlivňující spolupráci sester a lékařů je samotný pohled na sesterské povolání. Mnoho lékařů považuje sesterskou profesi za poloprofesi. Odůvodnění spatřujeme v tom, že v 80 % případech jsou to ženy, jež práci sestry vykonávají a posléze odcházejí na mateřskou dovolenou, a tím lékaři práci sestry vnímají jako dočasnou bez významných závazků (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Výzkumy, které byly realizovány v zahraničí, popisují podstatu dobrých vztahů na pracovišti mezi lékaři a sestrami. V dnešní společnosti je tento vztah velkým předmětem zájmu a hovoří se také velmi často o jeho vzájemné interakci. Klade se důraz zejména na rovnocennost vztahů a partnerství, protože dobře fungující spolupráce má být založena na vzájemném respektu a důvěře. Tím, že obě strany tyto pilíře dodržují, bývá jejich práce výkonnější a přispívá k lepší atmosféře a komunikaci na pracovišti. Největší

přínos těchto aspektů je pro pacienta, protože jemu je v případě harmonické spolupráce celého týmu poskytovaná kvalitní holistická péče (Jafary, SeyedMeysam, 2017).

5.2 Konfliktní situace

Konflikty na pracovišti jsou zcela běžnou součástí zdravotnického týmu, kdy konflikt chápeme jako střet či neshodu v našich názorech. Mezi hlavní příčiny vzniku konfliktu patří odlišné postoje a zájmy jednotlivce nebo skupiny. Konflikt nemusí nutně znamenat něco špatného, pokud se řeší správným způsobem. Kdyby nedocházelo k občasnému střetu, mohlo by dojít ke stagnaci a personál by přestal reagovat na změny. Konflikty by se ovšem neměly vyskytovat často, neboť způsobují negativní atmosféru na pracovišti, která pak ovlivňuje náladu personálu, jenž svou práci nevykonává správně, a může dojít k pochybení. Při denních problémech vzniká také nízká motivace pro vykonávání samotné práce. Dalšími typy vzniku konfliktů mezi sestrami a lékaři jsou intriky a lži, které ovlivní celkovou stabilitu pracovní skupiny (Vévoda, 2013).

Na pracovišti, za předpokladu, že selhali hlavní pilíře dobré komunikace a spolupráce, která je ve zdravotnictví zcela klíčová, neboť díky ní je naše poskytovaná péče kvalitní, dochází ke konfliktním situacím. Ke konfliktům přispívá značná míra stresu, jemuž jsou obě strany v pracovním nasazení denně vystavovány. Stres pak vede zaměstnance k časté fluktuaci a snižuje jejich pracovní výkonnost. Bojem proti vzniku těchto situací je dodržování duševní hygieny, která pomáhá k posílení a odolnosti vůči stresu, jenž se ve zdravotnickém prostředí běžně objevuje. Dobrý vztah v týmu je vhodné udržovat také mimo pracoviště, kdy se doporučuje setkávání pracovníku na neformálních místech. (Bártlová, Trešlová, 2010).

Kompetence sester v dnešní době prochází změnami, i tak je nutné podotknout, že jsou kompetence mezi sestrami a lékaři rozdílné a jsou upraveny zákonem. Sestra je nucena plnit ordinace lékařů a také správně plnit svůj sesterský management i nárůst administrativy. Toto a mnoho dalšího pro sestru znamená přetížení, se kterým přichází i změna nálady v negativní, s čímž pak mohou přijít různé druhy problémů mezi ostatními členy multidisciplinárního týmu (Linhartová, 2007).

Řada problémů pramení z nepochopení rolí a odpovědnosti, která dána v rámci konceptu moderního lékařství a ošetřovatelské péče. Obě profese totiž kladou jiný důraz na specifické části léčebného procesu. Sestry také udávají nespokojenost s nižším

respektem, jehož se jim často od lékařů dostává. Jak už bylo mnohdy řečeno, problémem bývá zastaralý pohled na sestru jako pomocnici a podřadnou profesi. Gender politika, která zkoumá vztah sestry a lékaře, zároveň říká, že sestry mohou být pro jejich genderovou identitu v nevýhodě (Plevová et al, 2018).

I když je společným cílem lékaře a sestry poskytovat co nejkvalitnější celistvou péči pacientům, není toto úsilí vždy provázeno bez komplikací. Problém pramení ze špatně vedené komunikace, která může být pouze jednostranná nebo nedostačující. Vznikají pak konflikty, jež mohou významně ohrozit jak probíhající lékařský a ošetřovatelský proces, tak i poškodit zdraví pacienta. Příkladem mohou být spory ohledně zdravotní dokumentace pacienta, ve které se mohou vyskytnout nesrozumitelnosti. Dále bývá problémem komunikace po telefonu, jíž každý účastník hovoru přikládá jinou míru důležitosti a může dojít k vzájemnému nepochopení (Bártlová, 2005).

6 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíle

1. Zjistit názor lékařských pracovníků na současnou práci sester v systému českého zdravotnictví
2. Zjistit, jaký je názor lékařů na současné vzdělávání sester.

Výzkumné otázky

1. Jaký je dnešní pohled lékařů na kompetence sester?
2. Jaké aspekty jsou dle lékařů v práci sestry klíčové?
3. Jaká je současná kvalita vztahů mezi lékaři a sestrami na pracovišti?
4. Jaký je pohled lékařů na současné vzdělávání sester?

6.1 Metodika

Pro empirickou část naší bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření, při kterém jsme samotný sběr dat realizovali technikou polostrukturovaného rozhovoru v celkovém počtu osmi oslovených lékařů. Výzkumný vzorek tvořili lékaři pracující ve zdravotnickém zařízení, kteří v rámci svého výkonu povolání pracují společně se sestrami. Výzkum probíhal individuálním způsobem mimo zdravotnické zařízení a v rámci časových možností oslovených lékařů. Obor působnosti výzkumného vzorku nebyl specifikován na konkrétní obor, naopak bylo žádoucí získat rozmanitý pohled lékařů z různých medicínských oborů.

Výzkum nemohl být vzhledem k pandemické situaci realizován přímým osobním kontaktem a v souvislosti se ztíženými časovými možnostmi lékařů jsme výzkum uskutečnili prostřednictvím telefonického rozhovoru, skypu a emailovou konverzací. Oslovení lékaři byli předem o času realizace rozhovoru informováni a na základě některých žádostí ze stran lékařů jsme poskytli okruhy otázek k rozhovoru předem.

Zvukový záznam rozhovoru nebyl proveden ani u jednoho lékařského pracovníka, neboť osobní kontakt nebyl umožněn. Rozhovor jsme zaznamenávali pomocí notebooku do wordového dokumentu za kontroly a doplňování dotazovaného

lékaře. Všichni oslovení lékařští pracovníci byli ujištěni o naprosté anonymitě a o tom, že poskytnuté údaje budou sloužit výlučně pro zpracování naší práce.

V úvodu každého rozhovoru jsme se zaměřili na získání základních údajů dotazované osoby, mezi které patřil věk dané osoby, počet let praxe a obor působnosti. Celkem obsahoval tento polostrukturovaný rozhovor 20 otázek, které byly rozděleny do dvou okruhů po 10 otázkách pro lepší orientaci. První okruh otázek se zaměřil na názor lékařských pracovníku na vzdělávání sester, druhý okruh pak na názor lékařských pracovníků na současnou práci sester v systému českého zdravotnictví. Strukturu otázek jsme sestavovali takovým způsobem, aby co nejpřesněji zmapovala problematiku práce sester z pohledu lékaře.

Rozhovory byly získány rovnou v písemné podobě a následně zpracovány metodou kódování, díky které bylo možné výsledky roztřídit do jednotlivých kategorií a podkategorií.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 8 lékaři různé specializace. Pro zjištění komplexního pohledu na práci sestry nebyl specifikován konkrétní obor. Usilovali jsme o věkovou rozmanitost oslovených lékařů kvůli odlišnému pohledu a zkušenostem. Ve výzkumném souboru jsme získali informace od žen i mužů. V rámci dodržení anonymity budou dále jednotliví informanti označování jako L1 – L8 (Lékař 1- lékař 8).

7 Výsledky výzkumného šetření

7.1 Struktura výzkumného souboru

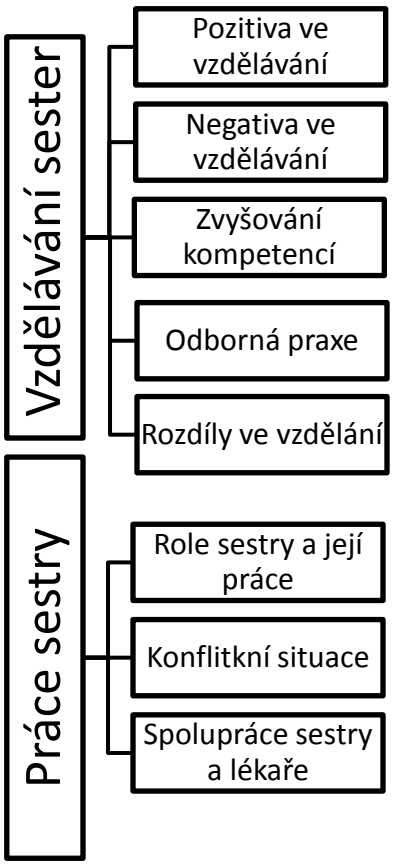
Tabulka 1 : Struktura výzkumného souboru

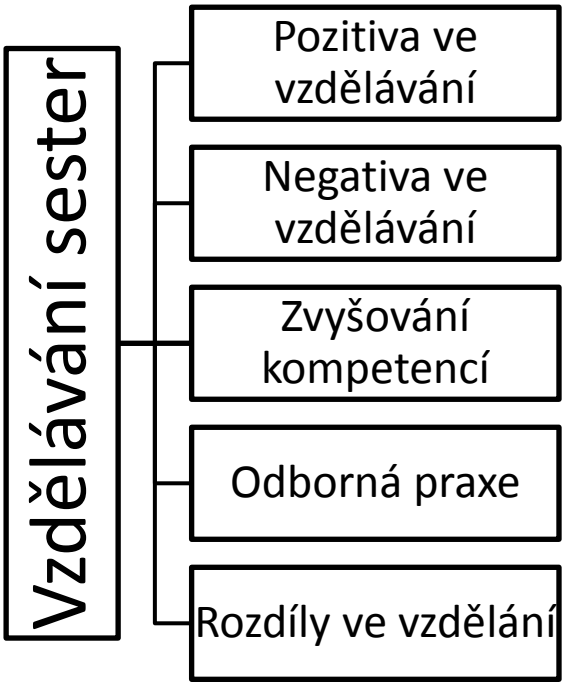
lékař	pohlaví	věk	délka praxe	obor působnosti
L1	muž	36	10	interna
L2	muž	33	8	urologie
L3	muž	42	16	chirurgie
L4	muž	63	34	pediatrie
L5	žena	39	13	gynekologie
L6	žena	55	29	radiologie
L7	muž	38	12	traumatologie
L8	muž	34	9	urologie

V této tabulce můžeme vidět základní údaje zkoumaného vzorku. Celkový počet souboru obsahoval údaje od 8 lékařů, z toho byly celkem 2 ženy lékařky a zbylých 6 oslovených představovali muži lékaři. Věkové rozmezí informantů se pohybovalo od 32 do 63. Obor jejich působnosti byl rozmanitý.

7.2 Kategorie

Kategorie jsou rozděleny na dva hlavní okruhy. První z nich se věnuje vzdělávání sester a druhý poté samotné práci sestry. Kategorie vzdělávání sester se dále dělí na 5 podkategorií. A kategorie práce sestry jsme rozdělili na 3 podkategorie





V této kategorii jsme zjišťovali všeobecné povědomí lékařů o současném systému českého vzdělávání sester. Chtěli jsme se dozvědět, zda mají lékaři o možnostech současného vzdělávání zdravotních sester nějaké informace a ví, jakým způsobem dnešní sestry získávají vzdělání. Tuto kategorii jsme si následně rozdělili do 4 podkategorií, kde jsme zjišťovali, jaká shledávají v současném systému vzdělávání pozitiva a negativa, a také zda souhlasí s navyšováním kompetencí sestrám, popřípadě za jakých podmínek. V poslední kategorii jsme se zaměřili na praktickou výuku studentů, která tvoří nedílnou součást komplexního vzdělávání.

Kategorie Vzdělávání sester – podkategorie Pozitiva ve vzdělání

Vzdělávání zdravotních sester v dnešní době je velmi diskutovaným tématem jak veřejností, tak i odbornými pracovníky. V této podkategorii jsme se zaměřili na pozitivní stránky, jež vzdělání nabízí, a současně zjišťovali, jaká konkrétní pozitiva ve vzdělávání vidí právě lékaři. Objevovaly se zde názory, že vzdělávací systém je zbytečně dlouhý a komplikovaný. Velmi zajímavé zamyšlení nad otázkou pozitiv, které nám přináší současný vzdělávací systém, poskytla L6, jež odpověděla: „ *Rozumím tomu, že sestry se chtějí vzdělávat a dosahovat titulů a osvědčení a povýšit tak prestiž tohoto povolání, v tom bych viděla pozitivum, to vše je naprosto v pořádku, ale nezapomínejme na skuteč-*

nou podstatu tohoto povolání. Vysoká škola by měla vychovávat a přivádět k této profesi ženy, které jsou schopny po všech stranách toto nelehké zaměstnání vykonávat a dávat jim takové vědomosti a dovednosti, které jsou schopny pro svou praxi využít. Učit je nové věci, specializovat je. Po střední škole si dotyčná ještě může rozmyslet, zda je tato profese skutečně jejím posláním nebo ne. Ale abych se vrátila k pozitivům, tak jedním z pozitiv je všeobecný přehled, který by po absolvování vysokoškolského studia měl student mít, a to nejen v oblasti, kterou vystudoval. Schopnost učit se a plnit povinnosti samostatně, jak to na vysoké škole bývá zvykem, je v sesterské profesi nezbytné." Oproti tomu L4 neshledal pozitivum vůbec žádné a L7 zase uvedl, že v této problematice není schopen posoudit pozitiva ani negativa, neboť v ní nemá takový přehled. Shoda v názoru ohledně pozitiva, jež poskytuje vysokoškolské vzdělání, jsme zaznamenali u informantů L2 a L3. Lékař L2 odpověděl: *„Pozitivem je pak dosažení vysokoškolského titulu a odbornosti."* A podobná odpověď se objevila u L3: *„Začnu pozitivy, těch je za mne méně. První věc je získání titulu a možnost studovat dál a získat tak širší specializaci."* Vysokoškolské vzdělávání pomáhá studentovi v mnoha ohledech, ale může také pomoci rozhodnout, zda se pro danou práci student hodí nebo ne. L5 poskytl názor týkající se selekce, kterou považuje za přirozenou a pozitivní: *„Pozitivum je asi selekce, při které se ukáže, zda se dotyčná skutečně hodí k této nelehké práci a je zároveň schopna studovat a vzdělávat, což svědčí o jisté míře inteligence a schopnostech, které by sestra měla mít. Považuji to za přirozené, každý se hodíme na něco jiného a studium by mělo ukázat, zda jsem se rozhodl správně, protože zjistit, že jsem nepoužitelný, až při nástupu do profese je obvykle pozdě. "* I L8 vnímá dnešní možnosti vzdělávat sestry jako pozitivní a srovnává situaci s minulými léty: *„Pozitivum – oproti situaci v 90. letech a dříve je možné snáze získat vyšší vzdělání v oboru."* Univerzální odpověď, jež jsme zaznamenali u L1, tvořila myšlenka týkající se inovace ve vzdělávání na střední a vysoké škole a také upozornění na situaci dnes a před 30lety, kterou bych neměla opomenout: *„Kdyby studium na střední škole připravilo po teoretické a praktické stránce hotovou všeobecnou sestru, mohlo by navazující vysokoškolské vzdělání být zaměřené na konkrétní specializace a ne učit sestry všechno dokola, maximálně více rozsáhlejší. Nejde také porovnávat situaci před například 30 lety, kdy bylo zdravotnictví na úplně jiné úrovni, než je dnes. Tehdy sestře opravdu stačila jen střední škola, takže v současnosti opravdu musíme přistoupit k tomu, aby vzdělání sestry bylo dostačující úrovni a náročnosti práce."*

Kategorie Vzdělávání sester- podkategorie Negativa ve vzdělávání

V této kategorii jsme zaznamenali více shodných odpovědí. Překvapilo nás zjištění, že téměř všichni lékaři považují studium za zdlouhavé, vyžadující úpravy.

Ze všech rozhovorů bylo patrné, že lékařům se zdá být vzdělávací systém komplikovaný. Takový názor měl i L1, který vypověděl: *„Podle mne je v každém vzdělávacím systému něco špatně, s čímž se nedá nic udělat. Ale když bych se tedy opakoval, tak negativem z mého pohledu je ten chaos, který v posledních letech kolem vzdělávání panuje.“* L5 pak zdůrazňuje, že celková doba věnovaná studiu na všeobecnou sestru je velmi dlouhá a srovnává ji s délkou studia medika: *„Vzdělávání není špatné, to ba naopak, jen ať se sestry dále specializují, ale určitě by to chtělo jiný systém. Studovat 7 let na sestru mi opravdu přijde hodně, to už je skoro stejně dlouhé jako studium na medicíně. A musíme si stále uvědomovat, že role sestry a lékaře je jiná, tak bychom k tomu měli přistupovat, i co se vzdělávání týče.“* Podobný názor sdílel i L2, který zmínil, že doba vzdělávání nemusí být pro uchazeče lukrativní: *„Negativum je dlouhá doba vzdělávání a přitom menší praxe, doba vzdělávání i odrazuje zájemce o obor a komplikuje rodinný a osobní život.“* S připomínkou ohledně negativ při srovnávání vzdělávání na střední a vysoké škole přišel L8, jenž odpověděl: „*Negativum - vyšší úroveň vzdělání nezaručuje adekvátní pracovní zařazení a kompetence. Pro vysokoškolsky vzdělanou sestru bez předcházející SZŠ nedostatek praktických zkušeností u lůžka.“* Ohledně konkrétních negativ týkajících se naopak předmětů hovoří L6: *„Negativa - dlouhá doba studia a zbytečné předměty, které sestry ve skutečnosti absolutně v praxi nevyužijí.“* Další lékař poukazuje na skutečnost, se kterou se české zdravotnictví denně potýká, a tím je nedostatek zdravotnického personálu, v našem případě zejména sester, tento názor kooperuje i s výpovědí, kterou poskytl L2. Odpověď L3 na problematiku negativ byla: *„Nesmyslný systém, který demotivuje případné uchazeče o toto povolání. Proto se také nemůžeme divit, že chybí tolik sester. Systém by vyžadoval přehodnocení. Měl by uchazeče lépe motivovat a poskytovat během studia i nějaké benefity.“* L3 se tak shoduje s názorem L5 a odsuzuje současně nastavený systém z hlediska časové náročnosti, stejně tak jako většina informantů: *„Už jsem o tom mluvil výše, ale podle mě je celý systém vzdělávání komplikovaný a neatraktivní pro mladé lidi. A tím, že po zdlouhavém v podstatě 7 letém studiu, počítám-li studium bakaláře, je stále v uvozovkách jen sestra, je tohle z hlediska finančního ohodnocení, náplně práce a vlivu na osobní život velmi demotivující.“* V poslední řadě se objevuje názor poukazující na skutečnost, že sestře po absolvování SZŠ neumožňuje zákon pracovat bez odborného

dohledu a je nucena si vzdělání doplnit a získat tak plnohodnotné kompetence. *S takovou odpovědí přichází L4: „Negativa jsou ta, že absolventky nemohou pracovat ihned po maturitě, protože jim není udělen dostatek kompetencí, nejsou zaškolené a nemohou tak pracovat jako zkušené sestry. Ale můžeme samozřejmě vidět, že i takové sestry v nemocnicích jsou, legislativa nelegislativa.“*

Kategorie Vzdělávání sester- podkategorie Zvyšování kompetencí

Tuto problematiku jsme do své výzkumné části zařadili proto, že se o ní často v naší společnosti hovoří a nás zajímalo, jaký na to mají názor právě lékaři, od kterých by případné kompetence sestry přebíraly, aby jim ulehčily práci. Byli jsme z odpovědí mile překvapeni, protože nechyběly ani názory na zohlednění příslušného vzdělání a také finanční odměny. Například L1 odpověděl: *„Je to asi nevyhnutelná součást začarovaného kruhu. Je málo sester, ale klade se důraz na jejich vzdělanost a odbornost, tak samozřejmě s vyšším vzděláním přichází i vícero kompetencí. “* S opatrným názorem na zvyšování kompetencí oproti L1 přichází L4: *„Podle mého mínění jsou současné kompetence úměrné vzdělání sestry, to znamená, že pokud by mělo dojít k nějakému navyšování, muselo by se inovovat vzdělání. Každý obor pak po sestrách vyžaduje i rozdílné nároky, takže kompetence by se pak mohly odlišovat v závislosti na tom, o jaký obor by se jednalo.“* a dále L4 podotkl, že příslušné vzdělání a kompetence sestry v péči o pacienta byly před zavedením nového systému vzdělávání dostačující: *„Jde o to kam, mají takové kompetence sahat, péče, kterou věnovaly sestry pacientům před současným vzděláváním, byla podle mého názoru dostatečná.“* Velmi pozoruhodný nápad na rozdělení kompetencí personálu měl L8, který konkrétně popsal, jak by takový systém mohl vypadat: „*Zdravotnictví na tento krok čeká dle mého již řadu let, já osobně velmi nedočkavě. Celý systém je nutno kultivovat, vydefinovat nelékařský personál s vyššími pravomocemi. Vytvořit ‚zdravý‘ pyramidový systém, kdy základnu tvoří nižší zdravotní personál (ošetřovatel/ka, sanitář/ka) s celodenním kontaktem u lůžka pacienta, pokračuje přes běžnou sestru k sestře s vyššími pravomocemi a na vrchu pyramidy lékař. Toto povede ke zlevnění systému, vyšší efektivitě práce, menším personálním nárokům.“* Stejně tak L8 přesně definoval, o jaké kompetence by v rámci navyšování mohlo jít: „*Provádění jednodušších výkonů (v oboru urologie např. cystoskopie, extrakce stentů, ESWL, UDN vyšetření,…), údržba a správa pomůcek vč. jejich preskripce, rozhodování o aplikaci běžných léčiv (analgetika, antipyretika,*

antikonvulziva,…), ošetřování ran. Není ani nutno vymýšlet - stačí nahlédnout k fungujícím systémům v zahraničí.“ Také L6 přišla s konkrétními myšlenkami a plně podpořila problematiku zvyšování kompetencí: *„Například předepisování některých vybraných druhů léčiv a zdravotnického materiálu, edukace pacienta ohledně prováděného výkonu a jeho detailů, v přednemocniční péči by to mohla být například intubace. Vše se také liší daným druhem práce a oborem.“* L7 zdůraznil i vyšší finanční ohodnocení související s vyššími kompetencemi a doplnil, že by mohlo jít o kompetence, jako je například: „*Komunikace s příbuznými pacientů, schopnost rozhodovat sama např. o převazech. Zkušená sestra je leckdy víc, než lékař. Samozřejmostí vyšších by mělo být i vyšší finanční ohodnocení.“* L2 se přidává k názoru, že zvyšování kompetencí je krok, který naše zdravotnictví uvítá za jistých předpokladů. L2 také jmenoval určité úkony, jež by sestry mohly převzít od lékařů, a doplnil tak L8 o konkrétní kompetence týkající se oboru urologie *„Do jisté míry jsou již i nyní sestrám předávány nebo přidělovány úkoly nad únosnost a profesi, zvyšování kompetencí vnímám spíše jako legislativní krok, je potřeba pak tomu stanovit jasné meze. “* a dále L2 uvedl: *„To záleží obor od oboru, stran urologie se může jednat případně o katetrizaci muže nebo podání medikace – analgetik, jiných vybraných léků, bez přímé konzultace s lékařem.“* Naopak L3 odpověděl, že se nad zvyšováním kompetencí nechce zamýšlet a tuto problematiku přenechá příslušným orgánům, souhlasí ovšem s ostatními informanty, že navyšování kompetencí je krok správným směrem ovšem za předpokladu, že to bude úměrné odbornosti sestry. V této podkategorii jsme se mohli dozvědět, že většina lékařů považuje tuto problematiku za aktuální a nutnou, zároveň ale zdůrazňují, že kompetence musí být v souladu s příslušným vzdělání a odborností sestry. Zajímavé by tedy mohlo být, jakým způsobem se promítne současná problematika zvyšování kompetencí do vzdělávání sester.

Kategorie Vzdělávání sester- podkategorie Odborná praxe

Praktická výuka sester hraje jednu z nejdůležitějších rolí komplexního vzdělání sestry a tvoří také podstatnou část studia. Náplň praxe studentů je zaměřena na plnění odborných výkonů i ošetřovatelské činnosti. Všichni informanti uvedli, že se během svého výkonu profese se studenty na praxích potkali a mohou tak posoudit, zda jim

koncepce praxe přijde efektivní. Během své praxe jsme se každý jistě setkal s lékaři, kteří byli ochotni studentům určité věci vysvětlit a ukázat. Rozhovor s L1 vypověděl na otázku, zda se během své práce setkává se studenty na praxích, takto: „ *Ano, velmi často a snažím se, pokud je zájem, vysvětlit i ukázat.“* Dále byl L1 dotazován, zda mu přijde náplň a obsah praxe studentů přínosný, nebo v něm shledává nějaké nedostatky: *„To je tak, no. Já sám jsem si prošel jako medik sesterskou praxí a viděl jsem, o čem ta praxe je, a ruku na srdce, vím, že na některých odděleních jsou ty sestřičky spíše na špinavou práci a moc se tam toho nedozví a nenaučí. A vím, že personál toho často hodně využívá, ale nemyslím si, že by pro ně celkově praxe nebyla přínosná, ony asi projdou vícero oddělení, která jsou třeba shovívavější po té odborné stránce a nenutí je pouze k tomu ošetřování, o tom to taky jen není. Sestřička musí být všestranná a nesmí se bát postavit k žádnému druhu práce.“* L2 naopak odpověděl, že na oddělení, kde působí, praxe studentů shledává za dobře koncipované, není ale schopen posoudit, zda to tak chodí na každém oddělení: „*Na našem oddělení vidím snahu o zapojení do aktivit i vzdělání jak ze stran studentů, tak personálu, nedokáži posoudit, jak to chodí na jiných odděleních.*“ L8 na stejnou otázku odpověděl, že v porovnání s praxí medika mu praxe sester přijde méně efektivní: „*Velmi individuální, záleží na osobní iniciativě jednotlivce, možnostech oddělení, na přidělené práci s ohledem na oprávnění studenta na praxi. Mohu-li však porovnat s praxí medika, je systém efektnější.* “ Objevily se také názory týkající se vyučujících a mentorů, kteří se o studenty na praxích starají. L6 se ohledně efektivity praxe vyjádřila: *„Praxe je nejdůležitější. Podle mého by stejně jako je to na střední škole, měla být i na vysoké škole přítomna neustále osoba, která by se studentovi na praxi věnovala. Z vlastní zkušenosti vím, že personál sice často dělá pro studenty maximum, ale není to totéž. Záleží ovšem velmi na vlastní inciativě studenta.“*

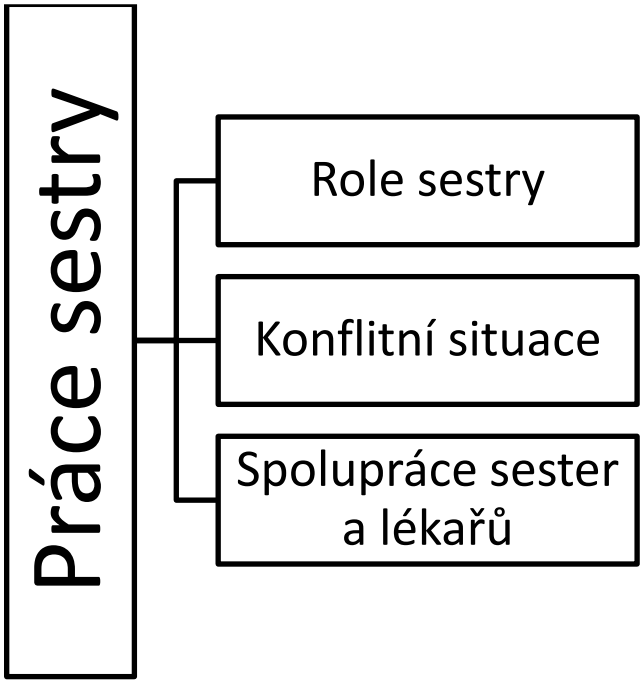
Položili jsme L6 doplňující otázku, kde upřesňujeme, že na vysoké škole fungují mentoři určení z řad personálu: *„Ano, dcera to tak měla na vysoké škole. I já vím o řadě mých kolegyň, které se mentorství věnují. Z mého pohledu a z vyprávění dcery, která si tím prošla, vím, že takových mentorů, kteří by dělali svou práci dobře, je velmi velmi málo. Není na to v práci čas, sestra musí zastat svou práci a na poskytování výkladu a vysvětlování nějaké záležitosti v praxi není tolik času. Student musí být průbojný a mít velký zájem, nebát se a zajímat se, dožadovat se kýžených informací, aby se něco nového dozvěděl, jinak to nefunguje.“* Oproti tomu L4 tvrdí, že právě zkušený personál může studentovi poskytnout to nejcennější, a dále klade důraz na praktické zkušenosti vyučujících zdravotnických oborů: *„Studentkám by se měla věnovat pouze zkušená*

sestra s praxí. Byl jsem opakovaně svědkem, že na školách učí sestry, které v životě nebyly u lůžka. Jsou vysokoškolsky vzdělané, tak jdou učit.“ Z 8 informantů pouze L7 odpověděl, že situaci na praxích nemůže hodnotit: *„Moc jsem náplň praxí u sester nesledoval, takže nemohu posoudit.“* L5 zase přinesla konkrétní zamyšlení nad obsahem praxe a podotkla některé cesty, kterými by se praxe sester mohla spíše ubírat: „ *Přijde mi, že sestry mají té praxe až moc, praxe je sice pro povolání sestry nesmírně důležitá, ale spíše bych ocenila, kdyby studenti měli širší rozhled, tím myslím, že by kromě lůžkové části měly kupříkladu pravidelně navštívit vždy i sálovou část, vidět různé druhy vyšetření a zákroků, aby získaly lepší přehled a sjednotily si věci, které znají z učebnic. Když sestra připravuje na zákrok pacienta, edukuje ho o jeho průběhu a sama se s tím výkonem osobně neseznámila, je takové smutné.“*

Kategorie vzdělávání sester- podkategorie Rozdíly ve vzdělání

V poslední podkategorii jsme se zaměřili na vzdělávání sester do roku 2004, které probíhalo na středních zdravotních školách, jež poskytovaly hotové všeobecné sestry od roku 2004 do současné doby. Zjišťovali jsme, jaký je pohled lékařů na tuto skutečnost, a zajímali jsme se, zda mohou posoudit kvality práce takových sester a jejich vzdělání. L1, L2 i L3 se shodli na tom, že nepociťují rozdíly ve vzdělání, nýbrž v praxi, a hodnotí tak po praktické stránce lépe sestry do roku 2004. L1 podotkl, že výhodou vysokoškolsky vzdělané sestry je lepší orientace z hlediska technologie: *„Asi léta praxe, protože přeci jen od roku 2004 do dnešní doby je to asi 16 let a taková sestra už ví a umí na rozdíl od sestry s titulem, která by sice měla vědět a umět, ale chybí ji léta praxe. Když to srovnám, protože moje maminka má starou zdrávku, tak asi byly sestry lépe prakticky zručné, ale na druhou stranu dnešní vysokoškolačky mají výhodu z hlediska technologie.“* L2 pak potvrzuje výchozí tvrzení, že praxe do roku 2004 probíhala lépe*: „Je to velmi individuální, ale obecně vzato asi nejvíce v praxi, která byla dle mého kdysi koncipována lépe.“* L3 na rozdíl od L1 a L2 doplňuje myšlenku, když je práce odváděná s láskou a poctivostí, není vzdělání to nejdůležitější: *„Pociťuji rozdíl jen ve zkušenosti sestry, ne ve vzdělání. A také platí, že pokud sestra dělá svou práci dobře a s láskou, nezáleží pak na tom, jakému vzdělání se jí dostalo.“* L5 naopak tvrdí, že dobrá práce sestry je vždy podložena nějakým časovým úsekem, kterým si musí projít sestra s i bez vysokoškolského vzdělání: *„Je to hodně o praxi. Jediné, co mi tak přijde, že dříve byly sestry více praktičtější, ale je to hodně dáno dobou. Pokrok se*

nedá zastavit. Je také nutno říci, že během praxe se děvčata naučí hodně, ale nejvíce se stejně člověk naučí, až nastoupí do práce. Takže ať je sestra vzdělaná na vysoké škole nebo ne, než se zaučí a je schopna samostatně pracovat jako plnohodnotná sestra, vždycky chvíli trvá, někomu déle někomu méně.“ S negativním argumentem pak přichází L4, jenž systém nepovažuje za správný a zdůrazňuje jeho chyby zejména v oddálení nástupu do zaměstnání: *„Ano, nastupují o 3 až 5let starší a začínají od nuly, přitom málokterá vysokoškolačka je ochotná začínat od nuly, tento systém není podle mého nastavený dobře a oddaluje nástup do zaměstnání, přitom sester je v českém zdravotnictví žalostně málo a tento systém zájemkyně určitě odrazuje.“* Neutrální názor na tuto problematiku má pak L7, který vnímá situaci jako individuální, ale podotkl, že dnešní vysokoškolsky vzdělané sestry mají lepší komunikační schopnosti a lépe se vypořádávají s administrativní činností: *„To je zcela individuální - je spoustu nově vysokoškolsky vzdělaných sester, které jsou nepoužitelné v běžném režimu péče o pacienty po té praktické stránce, ale asi zvládají lépe administrativu a komunikaci s pacienty. Stejné je to i v případě starších sester.“* S protichůdným názorem, který rozdíly v práci a vzdělání nezaznamenává, přišel L8: *„Nikoliv, jak psáno výše, systém se změnil pouze na poli nároků na vzdělání, nikoliv pracovní náplně. Lapidárně řečeno – dělají obě stejně stejnou práci, jen sestra po roce 2004 strávila ve škole 2x více času.“*



Základem této kategorie bylo najít odpovědi týkající se aspektů práce sestry v multidisciplinárním týmu. Každý jednotlivec v týmu je nepostradatelný, ať už se jedná o sestry, lékaře nebo pomocný personál, všichni vykonávají práci, která je nesmírně důležitá pro výsledný produkt, čímž je zdraví pacienta. Lékař a sestra jsou kolegové, kteří závisí na práci toho druhého, a bez ohledu na to, že práce ve zdravotnictví je náročná, musí tento vztah fungovat, aby byl naplněn společný cíl. Všichni lékaři oslovení pro tento výzkum vypověděli, že lékař se při své práci bez sestry neobejde, a proto je kvalita vztahů na pracovišti hlavním kritériem pro dobře odvedenou práci celého týmu.

Tato kategorie je dále rozdělena do 3 podkategorií, ve kterých jsme zjišťovali názory lékařů na klíčové vlastnosti sestry při výkonu práce a roli, kterou zastává, dále pohled lékařů na nejčastější konflikty vznikající právě mezi sestrou a lékařem. A poslední podkategorie shrnuje základní důvody pro dobrou spolupráci v týmu lékař-sestra.

Kategorie Práce sestry – podkategorie Role sestry

V této podkategorii byli lékaři tázání na zhodnocení proměny sestry napříč časem a zamyšlení se nad její rolí v současné době. L1 poukazoval na skutečnost, že dnešní moderní sestra je vzdělaná a více kompetentní, než tomu bylo dříve: *„Sestra je více*

vzdělaná, má více kompetencí a už to není jen a pouze o té ošetřovatelské činnosti.“ L2, L6 a L7 se shodují ve výpovědi, že je sestra v dnešní době zahlcena administrativní činností, která ji zdržuje od kontaktu s pacientem. L2 odpověděl: „*V zásadě je stejná, ale přibylo velké množství administrativy, navíc čím dál více funguje sestra i jako nárazník pro nespokojené pacienty a rodiny.“* L6 odpověděl: *„Sestře přibyla dokumentace a řada administrativy. Jinak je podle mě klíčová role stejná nebo by alespoň měla být.“* L7 potvrzuje mínění L6 a L2, že míra administrativní činnosti je vysoká na úkor přímého kontaktu s pacientem: „*Tráví daleko víc času nad papíry, administrativou a spoustou formulářů pro dokumentace a zbývá daleko méně prostoru pro kontakt s pacienty.“* L4 a L5 se shodují v názoru, že primární role sestry se nezměnila a zdůrazňují její nepostradatelnost ve vztahu k pacientovi a lékaři. Odpověď L4 byla: *„Role sestry se nemění a sestra zůstává stále partnerem lékaře a nejbližší oporou pro pacienta.“* L5 pak ještě dodal, že role sice zůstává stejná, ale oproti situaci v minulosti se dnešní moderní sestra může pyšnit daleko větší společenskou prestiží: „*Ve své podstatě je role sestry stále stejná, protože stále je sestra nenahraditelným partnerem pro lékaře. Změnila se její společenská prestiž.“* I L3 ve své výpovědi uvádí změnu postavení ve společnosti: *„Změnila se náplň její práce, kdy už nejde pouze o ošetřování, ale naopak se stala odbornou posilou lékaře. A ve společnosti její postavení také změnilo svůj charakter.“* I L8 tvrdí, že se primární role sestry se nezměnila, ale poukazuje na určitou uvolněnost v roli mezi současností a dobou před několika lety: *„Dosud se významně nezměnila, je nám nucena idea sestry jako rovnocenného partnera s lékařem, týmu, nicméně ve finále veškerá zodpovědnost zůstává nadále na lékaři. Je nutno vydefinovat kompetence vč. zodpovědnosti. Změnila se škrobenost a striktnost rolí oproti stavu před několika desítkami let (vizte seriál Nemocnice na kraji města a jemu podobné, případně filmy z první republiky).“* Kladné vlastnosti sestry jsou stěžejní pro dobrý výkon profese. Každý lékař potřebuje mít po svém boku sestru, která takovými kladnými vlastnostmi disponuje. Zeptali jsme se lékařů, v čem konkrétně považují sestru za důležitou a jaké vlastnosti by taková sestra měla mít. Například L1 odpověděl: „*Jednoznačně je sestra důležitá přímo pro pacienta, protože s ním je nejvíc a hodně se může zasloužit na jeho stavu.“* Naproti tomu L2 odpověděl, že za odvedenou práci může tým a ne jeho jednotlivci: *„Pro mne je práce rolí kolektivu a ne jednotlivců, každý má své úkoly a je nenahraditelný, zvláště pokud pracuje, jak má.“* Názor lékaře L4 poukazoval na nepřetržitý kontakt sestry a pacienta, jenž je léčebném procesu klíčový: „ *V péči o pacienta, sestra se o něj stará po celou dobu směny, podává léky, převléká,*

myje, krmí, edukuje a je nedílnou součástí léčebného procesu, je pro pacienta velkou oporou a pro lékaře partnerem.“ L7 ve své odpovědi kladl důraz na nepostradatelnost spolupráce sestry a lékaře: *„Sestra je alfou omegou veškeré péče o nemocné, lékař je na ní životně závislý, pokud nemá dobře fungující sestru, je to cesta do pekla, je to i rizikové po všech stránkách.“* L8 vidí jedinečnost sestry v její individualitě, protože každý druh práce ve zdravotnictví má také odlišné aspekty a nároky na vykonávanou práci, a zároveň přispívá tímto uvolněným komentářem k milému shrnutí této podkategorie: *„Záleží na jaké pozici – ambulance, lůžková péče, operační sál. Pokaždé jinak, samozřejmě i s ohledem na osobnost jednotlivce. Obecně je to partner v kontaktu s pacientem, pomocná ruka, záložní úložiště dat. A také vaří kávu.“*

Kategorie Práce sestry- podkategorie Konfliktní situace

V každém zaměstnání bychom mohli nalézt určitou míru stresu, která negativně ovlivňuje náš pracovní výkon, naše vztahy na pracovišti a celkovou atmosféru. Ve zdravotnictví se s takovými stresovými situacemi setkáváme denně a čelíme tak i velkému tlaku na naši psychiku. Někdy je ovšem toho nátlaku příliš a i banální situace se může stát vyhroceným konfliktem mezi jednotlivci multidisciplinárního týmu. V této podkategorii jsme se zaměřili na konkrétní situace, jež vedou ke vzniku konfliktu mezi sestrou a lékařem. Většina dotazovaných lékařů odpověděla, že nejčastějším důvodem ke vzniku konfliktu je vzájemné nepochopení, přepracovanost a stres. Výpovědi L2, L3 a L4 si souhlasí v tom, že za vinu lze pokládat čím dál větší nároky na práci, kdy dochází k postupnému přetížení jednotlivců a následně snadnému vzniku konfliktu. L3 ještě upřesňuje, že vinou může být i špatné chování: „*Obecně jsou jak lékaři, tak sestry, přetěžováni prací. Stres je součástí naší práce a někdy je toho už příliš a člověk se neudrží. Konkrétně to může být nesouhlas s postupem, neuctivé chování a otázka zodpovědnosti.“* L2 dále doplnil, že hrají roli i jednotlivé povahové vlastnosti: *„Opět hodně individuální téma. Hrají roli zkušenosti, povaha, ego, vzájemné drobné chyby a čím dál více má velký podíl stres na pracovišti a přetížení, což často vede ke zbytečným střetům, které pak mají vliv i na společnou práci.“* V souvislosti s chronickým stresem, jenž se na jednotlivci podepíše, můžeme pak dále hovořit o termínu, který má za následek naprosté vyčerpání jedince, a tím je syndrom vyhoření, jejž ve své odpovědi zdůrazňuje L6: *„Velmi mnoho pracovníku ve zdravotnictví trpí syndromem vyhoření. Práce je těžká, lidé jsou unavení a někdy stačí velmi málo a konflikt je na světě. Proto je*

tak důležité podporovat jakousi duševní hygienu, díky které se očistíme od těch tíživých problémů a odsuneme je na chvíli stranou. V případě sester i lékařů je toto téma mediálně populární a věnuje se mu pozornost, to je určitě moc dobře. V opačném případě je problémem také vzájemná neúcta k práci toho druhého, špatně vedená komunikace a otázka kompetencí. Často je také problém v tom, že se v nemocnici komunikuje prostřednictvím telefonu, kdy se může snadno stát nějaký problém. Například si jeden z účastníků vysvětlí situaci jinak nebo něco přeslechne." Že zdravotníci jsou také jen obyčejní lidé, kteří chybují, hovoří L1, který také klade důraz na osobní jednání, a domnívá se, že často dochází k nepochopení právě prostřednictvím jiné komunikační sítě: *„Vždycky jde o nějaké nedorozumění, že jeden si myslel to a druhý to a finální výsledek dopadl špatně. A přiznávám, že někdy není úplně čas, aby bylo všechno správně řečeno, jak má být a pak vznikají problémy. Je to hodně o tom, jak se kdo vyspí, jaký je člověk, jaká je situace a každý máme někdy špatnou náladu. Nemocnice je na psychiku těžká pro všechny, i pro personál. Osobně je vždy lepší věci řešit přímo z očí do očí, i když to někdy nejde, ale po telefonu může něco vyznět jinak, než to ve skutečnosti je. "* Naproti tomu L4 a L8 přiznávají, že se někdy lékaři snaží sestře přenechat některé své povinnosti a sestra naopak v některých situacích neoprávněně zasahuje do kompetencí lékaře. Je zde nutno říci, že chybují občas obě strany, a proto je důležité, aby každý uměl uznat svůj podíl viny. Názor L4, jenž na otázku konfliktů odpověděl: „*Nejčastěji bývá problém ve špatné komunikaci a nepochopení sebe navzájem. Někdy zase v tom, že sestra zasahuje do práce lékaře a naopak lékař sestru pověřuje prací, která není v její kompetenci. Obě tyto situace jsou jednak špatné a jednak velmi rizikové."* A porovnání L8, který odpověděl: „*Problémem je téměř vždy nedostatek komunikace. Z pozice lékaře pokus o přenesení některých povinností na sestry. Z pozice sestry nejčastěji neochota přiznat nevědomost nebo chybu."*

Kategorie Práce sestry- podkategorie Spolupráce sestry a lékaře

V této podkategorii jsme zkoumali, jakým způsobem probíhá spolupráce mezi sestrou a lékařem, a pátrali jsme po obecných předpokladech dobré spolupráce z pohledu lékaře. V předchozích kategoriích označovali lékaři sestru jako svého rovnocenného partnera, na základě tohoto zjištění nás také zajímalo, zda od sester lékaři přijímají rady a návrhy k řešení problémů. Snažili jsme se také zjistit, zda se lékařům pracuje lépe se služebně

staršími sestrami. V případě L1 jsme se dozvěděli, že záleží spíše na druhu přijímané rady, ale obecně by od sestry radit nechtěl: „*Záleží na tom, o jaký druh problému se jedná, asi bych si úplně nenechal radit ohledně postupu léčby a podobně. Sestra je s pacientem více času než já, takže pokud by se jednalo o informaci, která má nějakým způsobem ovlivnit průběh léčby, určitě bych se nezlobil.“* L3 byl naopak více otevřený radám a návrhům, což zdůvodnil argumentem, že sestra je v kontaktu s pacientem častěji než on: „*Někdy ano, sestra je s pacientem více než lékař.“* Se stejným komentářem přišel i L2: „*Ano přijímám, sestra často vypozoruje u pacienta řadu věcí než lékař, je to dáno i časem u lůžka.“* I L4 odpověděl, že připomínky sester bere vážně, ovšem zdůrazňuje, že finální rozhodnutí je vždy na lékaři, protože ten je za pacienta zodpovědný*: „Na návrhy k léčbě pacienta beru zřetel, ale odpovědnost byla vždy na mě.“* Ve srovnání s opatrnými názory L1,L3 a L4 se L7 vyjádřil v tomto ohledu pozitivně a přímo dodal, že sestřin vlastní názor naopak preferuje: *„Jistě, naopak to upřednostňuji, když na to má nějaký názor a dá ho najevo. Vážím si připomínek, které mohou pomoci zkvalitnit naší výslednou práci a zlepšit zdraví pacienta.“* L5 zase uvedla, že lékaři ve svých začátcích rady zkušených sester naopak velmi vítají: *„Ve svých začátcích velmi často, ale i nyní nepohrdnu radou nebo doporučením, pokud je rozumné a podložené fakty.“* Názor L5 potvrzuje i L8, jenž ale také potvrzuje, že sestřin kontakt s pacientem je esenciální a hraje pro léčebný proces velkou roli: *„Zejména v úvodu kariéry, sestra totiž velmi často ví moc dobře ‚jak´, někdy ale bohužel neví ‚proč´. To je pro člověka po medicíně zlatý důl, protože víme dopodrobna ‚proč´, jen netušíme ‚jak´. Míněno aplikovat medicínu na pacienta. Ve chvíli, kdy člověk získá zkušenosti, obvykle již nevyužije rady v určování postupu tak často. Zde spíše pak hraje roli užší kontakt sestry s pacientem a bližší znalost některých problémů. Nicméně snažím se vždy ‚svým´ sestrám opakovat, že pokud se jakýkoliv můj krok jeví nesmyslným, má ‚moje´ sestra právo-povinnost jej rozporovat a nikdy jsem se za to nezlobil. Buď uznám chybu a poděkuji, nebo vysvětlím, proč je něco jinak než obvykle. Nejsem ani proti aktivně nabízeným radám.“*

Pro spolupráci mezi sestrou a lékařem je dobrý vztah základním pilířem, pokusili jsme se proto zjistit, zda si lékaři myslí, že tykání na pracovišti zlepšuje vzájemné vztahy v kolektivu lékařů a sester. Kromě L4 nebyl v zásadě proti žádný oslovený lékař, vše by ale mělo probíhat za určitých předpokladů. Bylo také zdůrazněno, že nastavené hranice komunikace se snadno při tykání porušují. Myslíte si, že tykání na pracovišti zlepšuje vzájemné vztahy v kolektivu lékařů a sester? Nejprve

bychom rádi uvedli opačný názor L4, jenž není příznivcem tykání, což vysvětlil tímto argumentem: *„Tykání se velmi snadno zneužívá, proto nejsem pro tykání na oddělení mezi lékaři a sestrami.“* S tímto tvrzením ovšem nesouhlasí L7, který řekl: *„Pro mne tykání ano, lépe se mi pracuje, atmosféra je přátelštější.“* L6 se k problematice tykání staví kladně, ale k tykání by naopak přistoupila až po určité době a upozorňuje zároveň na skutečnost, že tykání se dá lehce zneužít, stejně jako tvrdí L4: *„Po určité době mi to přijde adekvátní. Pokud spolu kolegové pracují už nějaký čas a vzájemně se respektují, je na místě tykání zavézt. Někdy ale může tykání přispět k dramatičtějším konfliktům, protože si toho lidé k sobě více dovolí.“* L8 pak uvedl, že u něj kvalitu komunikace a práce tykání neovlivňuje, nicméně s tykáním souhlasí: *„Osobně jsem schopen stejně kvalitně pracovat a komunikovat tykajíc i vykajíc. Jsem příznivcem starých mravů dle Gutha-Jarkovského a nikdy bych nenabídl tykání ženě. Přesto na pracovišti tykám cca 85% sester. Iniciativa je tedy oboustranně.“*

Ve třetí části této podkategorie bychom shrnuli preference lékařů ve vztahu ke spolupráci se služebně staršími sestrami. Pouze u L1 vyplynulo, že na věku sestry nezáleží, pokud odvádí dobrou práci: „*Nezáleží mi na tom, chci, aby sestra dělala svou práci dobře, je jedno, jak je stará.“* Informanti L2- L7 se pak shodli na tom, že spolupráce se služebně starší sestrou jim pro jejich práci dodává jistotu. Výpověd L7 zněla: *„ Ano, cítím z jejich práce jistotu.“* Dále se objevovaly názory, že se lékařům pracuje dobře se služebně staršími sestrami proto, že se od nich mnohé naučili, jako uvedl například L4: *„Vždy ano a mnoho jsem se od nich naučil, hlavně od věkově starších.“* L6 zase uvedla, že spolupráci se starší sestrou upřednostní pouze z toho důvodu, že jsou si podobné věkem, ale nenamítá nic proti mladším sestrám*: „Ano, ale to proto, že jsme si podobného věku. Vůbec nic ovšem nenamítám ve spolupráci s mladšími děvčaty, která jsou také šikovná.“* U L8 zase věk nehraje v dobré spolupráci hlavní roli a svůj názor podkládá osobní zkušeností: *„Nemohu jednoznačně udat, spíše hrají prim schopnosti (vizte předchozí odpověď). Znám řadu služebně zkušených sester, se kterými se pracuje strašně. Zažil jsem holku po škole, která se během měsíce stala ostříleným parťákem s mou 100% důvěrou.“*

Obecně tedy můžeme konstatovat, že lékařům se spolupracuje lépe se služebně staršími sestrami, protože se na jejich práci mohou spolehnout právě díky jejich zkušenostem.

V poslední podkategorii se podíváme, jaké jsou hlavní důvody dobré spolupráce mezi sestrou a lékařem a proč lékaři považují takový vztah za důležitý. Například pro

L8 je vztah sestry a lékaře základem pro kvalitu péče: „*Je esenciální, v nemocničním prostředí trávíme značnou část života a neseme nemalou zodpovědnost, takto nelze pracovat v napětí. Navíc je nutno se vzájemně na sebe spolehnout (správnost ordinace – její provedení).“* S tímto tvrzením souhlasí i L5: *„To je podle mě naprosto samozřejmé, sestra a lékař spolu musí dobře vycházet, aby byla na pracovišti dobrá atmosféra, a zároveň je to nezbytné v rámci péče o pacienty.“* L7 pak dodává, že na výsledné činnosti obou profesí se dobré vztahy velmi podepisují*: „Jistě, že ano. Všechno je pak tisíckrát snazší, rychlejší, bezproblémové a hlavně efektivní. Lékař potřebuje se sestrou vycházet, aby výsledná činnost nebyla kontraproduktivní.“* Poslední komentář L1 pak shrnuje i ostatní výpovědi L2,L3, L4, které se shodují na tom, že dobrý vztah sestry a lékaře na pracovišti je základním stavebním kamenem a předpokladem pro dobře odvedenou práci: „*Dobrý vztah mezi sestrou a doktorem se pak odráží na výsledcích léčby pacienta a na atmosféře na pracovišti. Asi nikdo nechce chodit do práce, kde panuje dusno. Člověk pak v takovém duchu může udělat i spousty chyb, a to nikdo nechceme. Je také nutné dodat, že sestra má lepší přehled o činnostech, do kterých my lékaři nevidíme a aby to vše fungovalo, jak má, musíme spolupracovat.“*

8 Diskuze

Předmětem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je pohled lékařů na práci dnešních všeobecných sester. Dále jsme se snažili zmapovat názory lékařských pracovníků na současnou práci sester v systému českého zdravotnictví a také zjistit, jak lékaři nahlížejí na současný systém vzdělávání všeobecných sester.

Od sestry se očekává, že bude schopna odvádět odbornou práci, zvládne pracovat s nejmodernějšími přístroji a v neposlední řadě na ni bude vždy spoleh i v rámci provádění administrativy. Mimo jiné společnost od sestry vyžaduje, aby byla za každých okolností milá, usměvavá, uměla naslouchat a porozumět a její předností byly i správné komunikační dovednosti (Zacharová et al., 2007).

V kontextu s výše uvedenými informacemi jsme se v rámci rozhovorů věnovali i otázce osobnostních předpokladů, jež by sestra měla mít. Lékaři oslovení pro tuto práci uváděli, že mezi nejdůležitější vlastnosti, které si u sestry považují, patří spolehlivost, pravdomluvnost a týmová spolupráce. Takové odpovědi jsme očekávali, protože lékař sestře musí projevovat důvěru už kvůli tomu, že sestra s pacientem tráví nejvíce času a ručí tak za to, že bude o pacienta postaráno po všech stránkách. Rádi bychom ještě přidali názor i z pohledu pacienta, v tomto kontextu zmíníme práci Bezděkové (2013), ve které pacienti uvádějí, že za nejdůležitější u sestry považují její ochotu a empatii.

Prvním cílem naší bakalářské práce bylo zjistit, jaký je názor lékařů na současné vzdělávání sester.

Ve výzkumné otázce týkající se vzdělávání sester jsme se nejprve zaměřili na pozitivní stránky současného vzdělávání. Zjistili jsme, že L2 a L3 vidí pozitivum v získání vysokoškolského titulu. Vzdělávat sestry na vysokých školách vidí pozitivně i L8, jenž odpovídá: *„Pozitivum – oproti situaci v 90. letech a dříve je možné snáze získat vyšší vzdělání v oboru.“* L5 pak zase zdůraznil, že povolání sestry není určené pro každého a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Studium na vysoké škole pak může sloužit jako jakási selekce vhodných adeptů pro toto zaměstnání, neboť každý jedinec má určité vlohy pro výkon v různých profesích. Obsah studia na vysoké škole by měl studentovi ihned ukázat, zda se rozhodl správně či nikoliv. L4 pak vypověděl, že pozitiva současného vzdělávání nevidí žádná, a konstatoval, že předešlý způsob vzdělávání sester na středních školách byl dostačující. Neznalost této problematiky vzdělávání pak uvedl L7, který přiznal, že vzdělávání sester nevěnuje tolik pozornosti. L1 vypověděl, že by střední školy měly připravit hotovou všeobecnou sestru

s kompetencemi pro plnohodnotnou práci v nemocničním zařízení a vysoké školy by měly poskytovat už pouze specializační vzdělání. Vysokoškolské vzdělání a jeho přínos pro praxi naopak kladným způsobem zhodnotil L6, který neopomenul skutečnost, že vysoké školy přináší benefity v podobě všeobecného přehledu, samostatnosti a kritického přemýšlení, které jsou v práci sestry klíčové.

V rámci této oblasti jsme se dozvěděli, že vysokoškolské vzdělávání nepovažují za důležité 2 lékaři z 8, další 3 lékaři vidí jako jediné pozitivum vysokoškolský titul a snazší možnost dosáhnout vyššího vzdělání. Pouze 1 lékař uvedl přímé důvody, proč nám vysokoškolské studium přináší dobře připravené sestry. 1 lékař z 8 oslovených naopak uvedl, že by se systém jako takový měl přehodnotit a na vysoké škole vzdělávat pouze sestry s určitým zaměřením a ze středních škol připravovat všeobecné sestry s plnými kompetencemi. O situaci ve vzdělávání sester neměl přehled 1 lékař z 8.

Obdobných výsledků dosáhla i bakalářská práce Jeřábkové (2016), jež pro své šetření zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku, ve kterém sestry odpovídaly na otázku, zda díky vysokoškolskému vzdělání mají u lékařů vyšší uznání. Z celkového počtu 102 sester, uvedlo 60% z nich, že vyšší uznaní nemají. I přes to, že jsou výsledky zmiňované práce zpracovány jinou výzkumnou metodou, chtěli bychom poukázat na skutečnost, že se naše výsledky shodují s výsledky Jeřábkové (2016), a to konkrétně v situaci, že lékaři oslovení pro naši bakalářskou práci nepovažují vyšší vzdělání sestry za důležité a kladou důraz především na praktické zkušenosti a dovednosti. Dále bychom chtěli zmínit výzkum, který provedla Linda Aikenová et al., jež se v letech 2007- 2009 zabývala přímou souvislostí mezi vzděláním sestry a úmrtností chirurgických pacientů. Z výzkumu, který probíhal v těchto letech v 9 zemích Evropy bylo patrné, že nemocnice mající v 60% sestry s bakalářským titulem mají také o 30% nižší úmrtnost pacientů oproti nemocnicím, které mají z 30% procent obsazené pozice sestrami bez bakalářského titulu (Zdraví.Euro, 2014). Z těchto výsledků názorně vyplývá, že vyšší vzdělání zaručuje i vyšší kvalitu péče, již sestry poskytují.

Více lékařů se oproti tomu shodovalo, že současný systém vzdělávání sester má více negativ, než pozitiv. Dokazují to získané názory komentující současný systém jako příliš zdlouhavý a komplikovaný. Podobné názory sdíleli 2 lékaři, L2 a L5. L5 odpověděl: *„Už jsem o tom mluvil výše, ale podle mě je celý systém vzdělávání komplikovaný a neatraktivní pro mladé lidi. A tím, že po zdlouhavém v podstatě 7 letém studiu, počítám li studium bakaláře, je stále v uvozovkách jen sestra, je tohle z hlediska finančního ohodnocení, náplně práce a vlivu na osobní život velmi demotivující.“*

Naproti tomu L4 vidí problém v tom, že absolventky středních škol nemají dostatek kompetencí pro plnohodnotnou práci a jsou nuceny ve studiu pokračovat. L8 pak uvádí rozdíly po praktické stránce mezi vysokoškolsky vzdělanou sestrou se SZŠ a bez předchozího SZŠ*: „Negativum - vyšší úroveň vzdělání nezaručuje adekvátní pracovní zařazení a kompetence. Pro vysokoškolsky vzdělanou sestru bez předcházející SZŠ nedostatek praktických zkušeností u lůžka.“* I odpovědi zbylých 4 lékařů z 8 hovoří o tom, že studium by potřebovalo novou koncepci a považují ho za demotivující.

Pokud bychom měli komentovat výše získané výsledky, musíme konstatovat, že jsme z těchto výpovědí nebyli překvapeni, protože s podobnými názory jsme se již během absolvování naší odborné praxe setkali a názory jak laické veřejnosti, tak odborných pracovníků, podle našich dosavadních zkušeností byly spíše negativní.

V roce 2017 přinesl server Zdraví.euro článek, ve kterém se hodnotila situace snižování vzdělání všeobecných sester s vyhlídkou většího zájmu uchazečů o tuto profesi. Názory odborné veřejnost, zejména poté vysokých škol, na toto téma přinesly řadu oprávněných argumentů, které říkají, že zkrácením doby studia počet nových uchazečů zásadně nevzroste, ale naopak v celé situaci vytvoří ještě větší chaos. Hovořilo se také o faktu, že sníženým studiem degradujeme postavení sestry jako rovnocenného partnera lékaře a vrátíme se o desítky let zpět k ošetřovatelské činnosti (Zdraví.euro, 2017).

Názory v rozvržení a zefektivnění vzdělávacího systému jsou různorodé, v souvislosti s výše uvedenými informacemi z článku, z kterého jasně vyplývá, že vzdělávání není dobré zkracovat, bychom rádi uvedli odlišný typ pohledu našeho informanta, jenž popisuje, jakým způsobem by se měl současný systém renovovat, odpověď L8: *„Zdravotnictví na tento krok čeká dle mého již řadu let, já osobně velmi nedočkavě. Celý systém je nutno kultivovat, vydefinovat nelékařský personál s vyššími pravomocemi. Vytvořit ‚zdravý‘ pyramidový systém, kdy základnu tvoří nižší zdravotní personál (ošetřovatel/ka, sanitář/ka) s celodenním kontaktem u lůžka pacienta, pokračuje přes běžnou sestru k sestře s vyššími pravomocemi a na vrchu pyramidy lékař. Toto povede ke zlevnění systému, vyšší efektivitě práce, menším personálním nárokům.*“

Negativní postoj některých lékařských pracovníků k vysokoškolskému vzdělávání sester si vysvětlujeme faktem, že lékaři nemají o obsahu studia a jeho přínosnosti pro spolupráci v týmu dostatek informací a kladou největší důraz na praktické zkušenosti.

Se vzděláním souvisí i obsah pracovních činností a povědomí o náplni práce sestry. Sakowski (2015) zkoumal povědomí lékařů a sester o odborných činnostech, které provádí jejich kolega ve zdravotnickém týmu. Znalosti ohledně práce svých kolegů byly dle výzkumu velmi nízké a dle výzkumu bylo zjištěno, že jádrem problému je deficit v komunikaci. Lékaři a sestry vykovávají různé spektrum činností, o kterých vzájemně nevědí (Sakowski, 2015).

V rámci vzdělávání sester se můžeme také setkat s otázkou zvyšování kompetencí sester, kterou jsme právě pokládali osloveným lékařským pracovníkům, a zajímalo nás, jaké zaujímají k této problematice stanovisko, případně jsme se snažili získat konkrétní návrhy kompetencí. Z našeho šetření vyplynulo, že většina lékařů bere zvyšování kompetencí za nevyhnutelný krok, který je nutno respektovat. Podívejme se na odpověď L1*: „Je to asi nevyhnutelná součást začarovaného kruhu. Je málo sester, ale klade se důraz na jejich vzdělanost a odbornost, tak samozřejmě s vyšším vzděláním přichází i vícero kompetencí.*“ Další lékař zase uvádí, že s navýšením kompetence jde ruku v ruce i reforma vzdělávání. L4 se stavěl k otázce kompetencí opatrně a považuje současné kompetence za adekvátní k současnému vzdělání sester. Další lékař L8 souhlasil s variantou kompetence navýšit za předpokladu úpravy legislativy: *„Do jisté míry jsou již i nyní sestrám předávány nebo přidělovány úkoly nad únosnost a profesi, zvyšování kompetencí vnímám spíše jako legislativní krok, je potřeba pak tomu stanovit jasné meze.“* Další lékaři pak ve svých odpovědích uváděli, o jaké konkrétní kompetence by mohlo jít. L6 uvedla: *„Například předepisování některých vybraných druhů léčiv a zdravotnického materiálu, edukace pacienta ohledně prováděného výkonu a jeho detailů, v přednemocniční péči by to mohla být například intubace. Vše se také liší daným druhem práce a oborem.“* S nápady z oboru urologie přišel L2: *„To záleží obor od oboru, stran urologie se může jednat případně o katetrizaci muže nebo podání medikace – analgetik, jiných vybraných léků, bez přímé konzultace s lékařem.“* A L8 dále doplnil: *„… údržba a správa pomůcek vč. jejich preskripce, rozhodování o aplikaci běžných léčiv (analgetika, antipyretika, antikonvulziva,…), ošetřování ran. Není ani nutno vymýšlet - stačí nahlédnout k fungujícím systémům v zahraničí.“* Opět bychom si dovolili malé srovnání s výpovědí prezidentky České asociace sester, která v roce (2018) pro server Zdravotnický deník potvrdila, že zvyšování kompetencí sester je trendem celého světa. Jak uvedl ve své výpovědi L8, tak díky zkušenostem, které můžeme vidět v jiných zemích a které jednoznačně potvrzují, že zvýšení kompetencí sester s sebou nese řadu pozitiv. Martina Šochmanová dále upozornila, že rozšířením kompetencí zvy-

šujeme také společenskou prestiž a přitažlivost profese a zlepšení kvality péče (Zdravotnický deník, 2018). Rovněž nesmíme opomenout výzkum paní docentky Bártlové (2010), jež na základě spolupráce sester a lékařů zjišťovala, které kompetence by lékaři sestrám přenechali. Výčet konkrétních kompetencí se vztahoval k úkonům administrativní povahy, jako jsou například žádanky, výkazy pro pojišťovny, vedení dokumentace a jiné. Z odborných úkonů by se mohlo jednat o ordinaci běžných léčiv a rovněž kontinuálně podávaných léků, aplikace infuzí i transfuzí včetně intravenózní aplikace injekcí a dále například menší chirurgické výkony a péče o rány.

V poslední řadě bychom chtěli zmínit jiný výzkum prováděný docentkou Bártlovou a doktorkou Hajduchovou (2010), jež zkoumal, zda lékaři přenášejí některé své kompetence na sestry. Z výsledků vyplynulo, že lékaři v 57,2 % sestry svými kompetencemi nepověřují, pokud ale k takové situaci dojde, nejčastěji se jedná o administrativní činnosti a ojediněle pak o odborné výkony typu aplikace infuzí a intravenózních injekcí, zavádění sond, kanyl a cévkování a převazů a ošetřování ran
(Bártlová, Hajduchová, 2010).

Z výsledků šetření věnující se výzkumné otázce vzdělávání sester je třeba zmínit také odborné praxe. Zde se setkáváme s většinovým názorem lékařů, že odborná praxe je nejdůležitější součástí studia a její náplň pak velmi ovlivňuje výsledné dovednosti jedince. Všichni oslovení lékaři ve svých odpovědích uvedli, že se za svou praxi se studenty na praxích setkali a kromě informanta L7 mohou přímo posoudit její obsah. Dále bylo na základě rozhovorů zjištěno, že 2 z dotazovaných lékařů by ocenili, aby se studentovi na praxi věnovala stále přítomná osoba, která by kontrolovala a vedla celý obsah praxe. Naopak jeden z lékařů odpověděl, že by se o studenty měla starat pouze zkušená sestra s dlouholetou praxí. V jednom z rozhovorů jsme se dostaly také k otázce mentorství, jež jedna z lékařek komentuje slovy, že mentorky na studenty nemají čas, protože musejí nejdříve plnit své povinnosti a obvykle se studentovi nevěnují tak, jak by měly. S tím souhlasí i výsledky diplomové práce Ulihancové (2014), která vedla výzkum na téma mentorství a z výsledků, jež získala od sester mentorek, vyšlo, že jim práce se studenty přináší radost, ovšem přiznávají, že na studenty nemají dostatek času. Stejný pohled na toto téma mají i studenti na praxích, se kterými v bakalářské práci pracovala Šrubařová (2011), jež ve svých výsledcích uvádí, že studenti vnímají jako velký problém právě zaneprázdnění a nedostatek času mentora. V našem výzkumu jsme se setkali s názorem 1 z 8 lékařů, který považuje délku praxe studentů za příliš dlouhou a neefektivní. I když lékaři při výkonu svého povolání nejsou v tak přímém kontaktu se

studentem zdravotnického oboru jako například samotné sestry, je jejich názor na tuto situaci neméně důležitý. 2 lékaři z 8 také uvádějí, že často vidí studentky provádět práci za pomocný personál a odborná činnost je upozaděna. Tuto skutečnost vysvětlují zejména problémem nedostatku pomocného personálu na standartních odděleních. V této souvislosti bychom chtěli zmínit práci Vlasty Milfaitové z roku (2011), jež se ve své práci zabývala mimo jiné i pohledem sester na praktickou výuku studentů zdravotních škol. V této práci sestry popisují vlastní zkušenosti z praxe a zároveň uvádějí, že během jejího výkonu se často setkávaly s negativním přístupem personálu, který je často zneužíval jako levné pracovní síly k nižším druhům práce.

Odpovědi na otázky týkající se rozdílů v práci všeobecné sestry se střední školou do roku 2004 a všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním jsme zkoumali v poslední části výzkumné otázky vzdělávání sester. 2 lékaři se shodli na tom, že rozdíly nepociťují, dalších 6 lékařů se přiklánělo k názoru, že sestry s dosaženým vzděláním do roku 2004 měli lepé koncipovanou praxi a jsou po praktické stránce zručnější. 1 z lékařů naopak uvedl, že tuto otázku pokládá za individuální a odpověděl, že existuje mnoho sester s vysokou školou, které jsou po praktické stránce nepoužitelné, a stejně tak existuje řada sester, které jsou nepoužitelné i přes odpracovaná léta praxe. Obecně se dá z výše získaných výsledků konstatovat, že lékaři spatřují rozdíly spíše v praktických zkušenostech, nikoli ve vzdělání. Opačných výsledků však dosáhla ve své práci Svobodová (2018), jež na základě své analýzy zjistila, že lékaři nevnímají rozdíly ve vzdělání sestry. Myslím si, že Svobodová (2018) získala rozdílné výsledky oproti našemu šetření z toho důvodu, že pro svůj výzkum zvolila kvantitativní sběr dat, tím pádem počet respondentů byl několikanásobně vyšší, než v případě našeho kvalitativního výzkumu. I v práci Pšenicové (2011) dle kvantitativního výzkumu vyšlo najevo, že lékaři výši vzdělání sestry nevnímají pro praxi za důležitou.

První cíl naší práce považujeme za splněný, protože jsme zjistili, jaký pohled mají lékaři na vzdělávání sester, a také jsme si ověřili s jinými zdroji, že nejen naši respondenti považují systém českého vzdělávání sester za složitý a zbytečně komplikovaný.

Druhý cíl bakalářské práce si kladl za úkol zmapovat pohledy lékařů na práci sester v současném systému českého zdravotnictví. Lékaři v našem výzkumném souboru potvrdili, že primární role sestry si zachovala svou totožnost, ovšem změnila se její náplň práce a vzdělání. 3 z dotazovaných lékařů se shodli na tom, že sestře oproti minulým časům přibylo velké množství administrativní činnosti, což považují za nedobré ve

vztahu k pacientovi, na kterého nezbývá dostatek času. Naopak 2 lékaři z 8 změnu v roli sestry napříč časem příliš nezaznamenávají. Závěrem tedy můžeme říci, že na základě získaných odpovědí zůstává pro lékaře role sestry v jejím původním pojetí stejná.

Esenciální pro kvalitní poskytování péče pacientovi je dobrý vztah mezi sestrou a lékařem, ovšem někdy se ani tato spolupráce neobejde bez konfliktů. Jaká je současná kvalita vztahů na pracovišti, je předmětem naší další výzkumné otázky zabývající se konfliktními situacemi mezi sestrou a lékařem. Zde jsme se setkali s různorodým spektrem odpovědí, přičemž 4 z lékařů zastávali názor, že chybou nejčastěji bývají vnější faktory, které na obě strany negativně působí. Jde konkrétně o stres a pracovní přetížení, s kterým se v dnešní době potýkají snad všichni pracovníci zdravotnického zařízení. To potvrzuje i výzkum paní docentky Bártlové (2010), která ve své publikaci uvádí, že častou příčinou konfliktu na pracovišti je právě přítomnost stresového faktoru, pracovní přetížení a únava. Dále jsme zjistili, že motivem pro vznik konfliktu bývá také samotná individuální osobnost jedince. Toto tvrzení přiznávají 2 lékaři z 8, kteří tvrdí, že důvodem střetu může být špatné neuctivé chování a vlastnosti jedince.

Zajímavým zjištěním v práci paní docentky Bártlové (2010) bylo, že většina lékařů nepřipisuje důležitost z hlediska vzniku konfliktu sobě samým, přesněji řečeno nepokládají své osobnostní rysy, jednání a chování jako důvod vzniku střetu mezi lékařem a sestrou. Dále bylo zjištěno, že se někdy lékaři snaží sestře přenechat některé své povinnosti a sestra naopak v některých situacích neoprávněně zasahuje do kompetencí lékaře. Je zde nutno dodat, že chybují občas obě strany, a proto je důležité, aby každý uměl uznat svůj podíl viny. L4,L6 a L8 podotýkají, že problémem je téměř vždy nedostatek komunikace nebo její chybné vyložení, dále pak pokus lékaře přenést některé své kompetence na sestru a naopak z pozice sestry to může být neochota uznat svou chybu či nevědomost. Ve výzkumu paní docentky Bártlové – *Týmová spolupráce z pohledu lékařů* (2010) lékaři uvádějí, že na druhém místě pokládají za příčinu konfliktu právě nevhodné chování ze strany sestry, což mohou potvrdit i dvě výpovědi výše uvedených respondentů našeho výzkumu. Dalším zmíněným důvodem pro vznik problému bylo předávání lékařských kompetencí na sestry. Toto tvrzení se v otázce konfliktnosti v našem výzkumném vzorku objevilo pouze u 3 z 8 informantů, z toho usuzujeme, že lékaři problematiku neoprávněného předávání kompetencí sestrám považují za méně významnou ve vztahu ke vzniku konfliktu, což potvrzuje ve svém výzkumu i paní docentka Bártlová (2010). Za nejčastější problém v komunikaci mezi sestrou a lékařem považuje ve své bakalářské práci Lasotová (2009) nedostatek času, uznání své chyby,

netrpělivost a neochotu ke komunikaci. 2 z našich lékařů podotkli, že na vině může být i komunikace nekontaktní formou, jak uvádí L1 a L6, příkladem je komunikace prostřednictvím telefonů.

Stejný problém vidí také Michel (2017), který poukazuje na znepokojující fakt, že ačkoliv má dnešní moderní technika v podobě elektronických zdravotnických záznamů přispívat ke zlepšení spolupráce a ulehčení komunikace, je tomu spíše naopak, neboť komunikace jako taková, přestává být realitou a omezuje se pouze na komunikaci virtuální. Paradoxně je tedy v době, která nabízí čím dál tím více možností a poskytuje silnější a lepší kvalitu péče, největším problémem mezilidská komunikace, která ustoupila před pokrokem do pozadí (Michel, 2017).

Jako poslední součást výzkumné otázky, týkající se spolupráce na pracovišti, jsme zkoumali kvalitu vztahů a spolupráci mezi sestrou a lékařem. Lékaři byli tázání, zda přijímají rady a doporučení sestry v péči o pacienta. Byli jsme získanými odpověďmi mile překvapeni a myslíme si, že pokud lékaři od sester přijímají návrhy a nezanevřou ani na jejich rady, můžeme v tomto případě potvrdit, že lékař bere sestru jako rovnocenného partnera, a tím vyvrátit tvrzení, že sestra plní pouze ordinace lékaře. Rádi bychom zmínili, ač se všichni lékaři víceméně shodli, že by opodstatněnou radu sestry přijali, bylo na druhou stranu zdůrazněno, že výsledná odpovědnost za léčbu je vždy na straně lékaře. Několikrát bylo také zmíněno, že zejména v raných začátcích kariéry lékaře, bývá zkušená sestra s praxí pro lékaře nepostradatelná, a lékaři také uvedli, že se od sester mnohé naučili. Důvodem, proč by lékař měl radu sestry přijmout, byl pádný argument, že sestra je s pacientem v bližším a častějším kontaktu, než lékař. V časopisu Florance (2018) se v článku *Autonomní jednání sestry je riskantní a nežádoucí* hovoří o právních vyhláškách stanovující kompetentnost sester. V tomto článku je také nastíněn postup, na jehož základě by sestra měla jednat v případě, že se jí indikace lékaře nejeví jako správná. Sestra je vázáná pokyny lékaře, ale jsou situace, které jsou v nemocniční realitě poměrně běžné a ukazují, že ignorací její skutečnosti může dojít k poškození pacienta. Sestry se čím dál více stávají erudovanějšími odbornicemi a jejich názor by lékař neměl přehlížet. Ve výzkumu paní docentky Bártlové a Trešlové (2010) uvedlo 72,1 % sester, že lékaři projevují zájem o jejich názory a postupy v oblasti péče o pacienta, tyto výsledky jsou tak shodné i s našimi výše uvedenými poznatky z rozhovorů. Dále se nám ve výzkumu paní docentky Bártlové a Trešlové (2010) potvrdilo, že lékaři spíše upřednostňují názory starších a zkušenějších sester, což koresponduje s výpověďmi našich lékařů, ovšem výzkum docentek Bártlové a Trešlové (2010) dodá-

vá, že pro lékaře je významný i názor sestry s vyšším stupněm vzdělání, což naši informanti neuváděli.

Zajímavý výzkum přinesli autoři Matziou et al. (2014) ve svém článku, jež zkoumal vztah lékaře a sestry z pohledu vnímání komunikace a spolupráce. Výsledky tohoto zahraničního výzkumu se příliš neshodují s našimi výsledky práce, protože naši informanti vidí v práci sestry velký potenciál, což naopak výsledky zahraničního článku nepotvrzují. Naše výsledky šetření se naopak shodují s touto prací v tom, že deficit spolupráce může způsobit vyšší pravděpodobnost vzniku chyby. Úloha sester spočívá nejen v plnění ordinací lékaře, ale také hraje nezastupitelnou roli v rozhodovacím procesu v péči o pacienta, což je podstatné zejména v zemích, kde je této profese nedostatek. (Matziou et al., 2014).

Zda se dá tykání na pracovišti považovat za zlepšení pracovních vztahů, se u 7 lékařů z 8 potvrdilo. Obecně lékaři proti tykání se sestrami nemají žádné výtky a prohlašují, že se jim tak lépe pracuje, jeden z lékařů ovšem dodal, že pokud si lékař se sestrou tyká, může to také znamenat ostřejší způsob jednání během řešení konfliktu. Oproti tomu pouze 1 z lékařů uvedl, že tykání mezi sestrou a lékařem nepovažuje za vhodné, a své tvrzení podložil argumentem, že tykání se velmi často zneužívá. Podle našeho názoru vždy záleží na okolnostech a situaci. Souhlasíme také s názorem, že do jisté míry je tento druh komunikace vhodný, ale nemyslíme si, že je například vhodné tykání sestry a lékaře v přítomnosti pacienta. Zajímalo nás také, zda se lékařům pracuje lépe se služebně staršími sestrami. Nebyli jsme s výsledky překvapeni, protože během výkonu praxe jsme se setkávali s mnoha situacemi, ve kterých měla mladší sestra u lékaře nedůvěru. Z 8 dotazovaných lékařů jich celkem 7 odpovědělo, že se jim lépe spolupracuje se služebně staršími sestrami, protože se mohou na jejich práci díky dlouholetým zkušenostem spolehnout. Siedlecki a Hixson (2015) uvedli ve svém průzkumu, že asi 55 % sester tvrdí, že na jejich ošetřovatelskou intervenci má chování lékařů velký vliv. Mladší nezkušené sestry jsou mnohdy snáze negativně ovlivněny chováním lékaře, než sestry starší zkušenější.

Druhým cílem naší bakalářské práce bylo získat informace o práci sestry z pohledu lékaře, cíl považujeme za splněný. Výzkumná část této bakalářské práce byla přínosná především po stránce nově získaných informací o problematice kompetencí nelékařských zdravotních pracovníků. Bylo také velmi zajímavé poznat stanoviska lékařů v určitých oblastech a současně je tak porovnat s názory nás sester a zjistit tak rozdílnost pohledů na jednotné téma. Rozšířili jsme si také vědomosti v oblasti historie sester-

ského povolání, což považujeme za neméně důležité. Po zpracování výzkumné části této práce musíme nicméně přiznat, že některé součásti této práce mohly být provedeny jiným způsobem. Zklamáni jsme zejména z nízké účasti lékařů, kteří v této nelehké době neměli dostatek času, a situace nám také neumožňovala, abychom se mohli osobně setkat a společně pohovořit. Údaje, které jsme touto prací získali, by mohly sloužit jako článek v odborném časopise.

9 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo poodhalit, jaký mají lékaři názor na současný systém českého vzdělávání sester a také jaký pohled mají na práci sestry v systému českého zdravotnictví. V rámci stanového cíle jsme si položili 3 výzkumné otázky: „Jaký je dnešní pohled lékařů na kompetence sester? Jaké aspekty jsou dle lékařů v práci sestry klíčové? Jaká je současná kvalita vztahů mezi lékaři a sestrami na pracovišti? Jaký je pohled lékařů na současné vzdělávání sester?“ Z výsledků, které se nám podařilo získat, jsme si sestavili 2 hlavní kategorie a 8 podkategorií.

Zjistili jsme, že lékaři pokládají současné vzdělávání sester za komplikované a zbytečně dlouhé. Navyšování kompetencí sester lékaři vnímají jako pozitivní a nevyhnutelný krok, který je nutné ještě legislativně upravit a definovat s tím spojené náležité vzdělání sestry. Při zjišťování pohledu na vzdělávání sester jsme také pátrali po tom, zda lékaři vnímají rozdíly v práci u sester s dosaženým středoškolským vzděláním do roku 2004 a u vysokoškolsky vzdělaných sester. Obecně se lékaři shodovali v tom, že shledávají rozdíly pouze po praktické stránce, nikoliv ve vzdělání, a zastávají tak názor, že sestry vystudované do roku 2004 měly lépe koncipovanou výuku i praxi. Dále se potvrdilo, že lékaři považují za důležitou náplň práce sestry blízký a nepřetržitý kontakt s pacientem, díky kterému může celý proces poskytování zdravotní péče efektivně fungovat. Mimo jiné jsme zjistili, že lékaři sestru vnímají jako svého partnera a váží si její práce, což dokazují výpovědi zkoumající názory lékařů na přijímání rad, návrhů a doporučení ze strany sestry. Lékaři také považují dobré vztahy se sestrami za velmi důležité, neboť přispívají k dobré atmosféře na pracovišti a zvyšují také kvalitu dobře odvedené práce. Naopak mezi nejčastější konfliktní situace mezi sestrou a lékařem patří podle šetření špatné mezilidské vztahy, stresová zátěž na pracovišti, přepracovanost, neuctivé chování a ze strany lékaře neoprávněná snaha přenést některé své kompetence na sestry, ze strany sestry pak neochota přiznat svou chybu nebo špatné splnění ordinace. Výstupy této práce by mohly sloužit jako publikace v odborném časopise pro lékaře i sestry.

Zpracováním této práce jsme se naučili využívat odbornou literaturu a získali jsme tím nové vědomosti, které přináší komplexnější pohled na tuto tématiku. Za přínosné také považujeme, že vzhledem k nelehké situaci související s celosvětovou pandemii koronaviru jsme se v některých oblastech naší práce museli přizpůsobit současným ztíženým podmínkám a práci dokončit i v takovém režimu. Lze to

považovat za zkoušku, díky které jsme se museli naučit rychlému jednání za účelem získání dobrého výsledku.

10 Seznam použitých zdrojů

1. ARCHALOUSOVÁ, A. et al., 2006. *Ošetřovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 295s. ISBN 80-246-1113-9
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2008. *Gender a zdravotnictví. Ošetřovatelství: Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. ISSN 1212-723X.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2010. *Týmová spolupráce z pohledu lékaře*. *Vztah všeobecná sestra-lekař*. Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 1998-2015. 2010, roč. 13, č. 1, s. 174-181. ISSN: 1213-6050
5. BÁRTLOVÁ, S. a MATULAY S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Osvěta, ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BÁRTLOVÁ S., CHLOUBOVÁ I., TREŠLOVÁ M., 2010. *Vztah lékař- sestra*. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
7. BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M., 2010. *Jak nahlížejí sestry na pracovní vztahy s lékaři*. Kontakt. 12 (1), ISSN 1212-4117
8. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou.* Kontakt. ISSN 1212-4117
9. BEZDĚKOVÁ, B., 2013. *Ideální sestra z pohledu pacienta.* Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Bakalářská práce.
10. BOGAR, B., 1934. *Milosrdní bratři*. Praha, s. 342.
11. BRŮHA, D. a PROŠKOVÁ E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer, 559 s. ISBN 9788073576615.
12. BURIÁNEK, J. a MALINA A., 2009. *Pracovní spokojenost zdravotních sester: Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu.* Zdravotnictví v České republice. č. 3, s. 82-89. ISSN 1213-6050.
13. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, 30/2004 Sb., s. 1452-1479. ISSN 1211 – 1244.

14. ČESKÁ REPUBLIKA. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, 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 o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 72, s. 2065–2084. ISSN 1211-1244.
15. ČESKÁ REPUBLIKA. VYHLÁŠKA č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39
16. ČESKÁ REBUBLIKA, VYHLÁŠKA č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 20, s. 484–485. ISSN 1211-1244.
17. ČESKÁ REPUBLIKA, ZÁKON č. 105/2011 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 o změně některých souvisejících zákonů, 2011 In: Sbírka zákonů České republiky, částka 40. ISSN 1211-1244
18. DUIN, N. a SUTCLIFF J., 1997. *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, ISBN 80-85871-04-1.
19. FARKAŠOVÁ D. et al., 2006. *Ošetřovatelství teorie*. Osvěta, ISBN 80- 8063-227-8.
20. HEKELOVÁ, Z., 2015. *Změny v kompetencích sester – žhavé téma současnosti*. Florence. (11), 3-4. ISSN 1801-464X.
21. HETTNEROVÁ, M., 2015. *Ošetřovatelství včera, dne a zítra*. Florence. 11(3), 39-40. ISSN 1801-464X.
22. *The ICN code of ethics for nurses., 2012.* [online]. 1. Switzerland: Imprimerie Fornara, [cit. 2020-01-01]. ISBN 978-92-95094-95-6. Dostupné z: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
23. JAFARY, SEYEDMEYSAM, ALAVI M.,IRAJPOUR A. MEHRABI T., 2017. *Relationship between Differentiation off self and Attitude Towards Physician–Nurse Relationship in Hospitals* (Isfahan/Iran). Iranian Journal of Nursing and Midwifery Re-

search [online]. 22(4), 262- [cit. 2020-05-10]. DOI: 10.4103/1735- 9066.212982. ISSN 1735-9066.

24. JAROŠOVÁ, Darja., 2000. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: Institut sociálních vztahů. ISBN 80-85866-55-2.
25. JEŘÁBKOVÁ, V., 2016. *Uplatnění vysokoškolsky vzdělaných sester v multidisciplinárním týmu*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
26. Kafková, V., 1992. *Z historie ošetřovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
27. Košťál M., 2018. *Autonomní jednání sestry je riskantní a nežádoucí*. Florance. 4 (18) str. 29 – 30, ISSN: 1801-464X
28. KUTNOHORSKÁ J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada, ISBN 9788024732244
29. LASOTOVÁ, K., 2009. *Komunikace mezi sestrami a lékaři*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Bakalářská práce.
30. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
31. MARYŠKOVÁ, A., 2010. *O prestiži sesterského povolání.* Sestra. Praha: Mladá Fronta. ISSN: 1210-0404.
32. MATZIOU, V., E. VLAHIOTI, P. PERDIKARIS, T. MATZIOU, E. MEGAPANOU a K. PETSIOS., 2014. Physician and Nursing Perceptions Concerning Interprofessional Communication and Collaboration. [online].[cit. 2020-05-15]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25003547
33. MICHEL, L., 2017. *A Failure To Communicate? Doctors And Nurses In American Hospitals*.[online].[cit. 2020-05-15]. Dostupné: z https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28483809
34. MILFAITOVÁ, V., 2011. *Retrospektivní pohled na profesní vývoj zdravotní sestry.* Hradec Králové, Bakalářská práce.
35. MLSOVÁ, L., 2008. Sestry mohou složit doktorát na jihu Čech. [online]. [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: https://www.jcu.cz/o-univerzite/aktuality/sestry-mohou-slozit-doktorat-na-jihu-cech-v-doktorskem-programu-osetrovatelstvi-na-zsf-ju-mf-dnes
36. NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K., 1985. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Aventinum. 374 s.
37. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3557

38. PLEVOVÁ, I a ET AL., 2018. *Ošetřovatelství I.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
39. PORTER, R., 2013. *Dějiny medicíny: od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 2. Překlad Jaroslav Hořejší. Praha: Prostor. Obzor (Prostor). 812 s. ISBN 978-80-7260-287-2.
40. PŠENICOVÁ, R., 2011. *Všeobecná sestra očima kolegů*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce
41. ROŠKOVÁ, S., 2013. *Vzdělávání v ošetřovatelství*. Sestra, odborný časopis pro nelékařské a zdravotnické pracovníky. Praha: Mladá fronta a.s., ISSN 1210-0404.
42. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., 2002. *Ošetřovatelství I*. Praha: Informatorium, ISBN 8086073963.
43. SAKOWSKI, P., 2015. *Cooperation within Physician-Nurse Team in Occupational Medicine Service in Poland - Knowledge about Professional Activities Performed by the Team-Partner.* [online].[cit. 2020-05-15]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26647981
44. SEHNALOVÁ, J., 2015. *Akceptování kompetencí sester v praxi.* Zdravotnictví a medicína. 2015(1), 28–29. ISSN 2336-2987.
45. SIEDLECKI, SL. a ED. HIXSON., 2015. *Relationships between Nurses and Physicians Matter*.[online].[cit. 2019-05-29]. Dostupné z :https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26882515
46. SLABIHOUDEK, F., 1946. *Ošetřovatelská etika*. Brno: Pramen, 1946. CNB000500490
47. STAŇKOVÁ, M., 1996. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7184-243-5
48. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra - reprezentant profese*. Brno: IDVPZ, 78 s. ISBN 8070133686.
49. SVOBODOVÁ, P., 2018. *Postoje lékařů a sester při vzájemné spolupráci*, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Bakalářská práce.
50. *Školy: Zkrácení vzdělání sester sníží kvalitu zdravotních služeb*., 2017. Zdraví.euro [online].[cit.2020-05-22]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/denni-zpravy/z-domova/skoly-zkraceni-vzdelani-sester-snizi-kvalitu-zdravotnich-sluzeb-484664
51. ŠKRLA, P. a ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetřovatelský management.* Praha: Advent-Orion. s. 477. ISBN 80-7172-841-1.

52. ŠMÍDOVÁ, A. 2013. MZ ČR: *Mezinárodní den sester*. Sestra. 23(5), 19. ISSN: 1210-0404.
53. ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
54. ŠRUBAŘOVÁ V,. 2011. *Hodnocení mentorů z pohledu studentů ošetřovatelství*. Ostrava, Bakalářská práce.
55. TUČKOVÁ O., 2006. *Prestiž sestry: Diagnóza v ošetřovatelství*., roč. 2, vyd. 9, ISSN 1801-1349.
56. ULIHANCOVÁ, N., 2014. *Kompetence mentora v odborné praxi.* Západočeská univerzita v Plzni, Diplomová práce.
57. VEČEŘOVÁ, A. a LANKAŠOVÁ, R., 2011. *Florence Nightingale- žena ošetřovatelka, matematička*. Kontakt. 13(1), 7-10. ISSN 1804-7122.
58. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4732-3.
59. VĚSTNÍK MZ ČR č. 9/2004 *Koncepce ošetřovatelství*, [online].[cit. 2020-5-5]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
60. VLČEK, F., 2012. *Řízení kompetencí zdravotníků je stále opředeno mnoha mýty*. Zdravotnické noviny. 61(7-8), 9. ISSN 0044-1996.
61. *Vyšší počet a vzdělání sester snižují mortalitu pacientů*., 2014. Zdraví.Euro.cz [online].[cit. 2020-05-12]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/clanek/vyssi-pocet-a-vzdelani-sester-snizuji-mortalitu-pacientu-474880
62. *Vyšší kompetence sester? Není na to správná doba, tvrdí odbory. ČAS chce za ně lepší ohodnocení i patřičné vzdělání*., 2018. Zdravotnický deník [online]. [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/12/vyssi-kompetence-sester-neni-spravna-doba-tvrdi-odbory-cas-chce-za-ne-lepsi-ohodnoceni-i-patricne-vzdelani/
63. ZACHAROVÁ et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

11 Seznam Příloh

Příloha č. 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha č. 1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Jak dlouhá je vaše profesní praxe?

Kolik Vám je let?

V jakém oboru pracujete?

První okruh otázek- Názor lékařských pracovníku na vzdělávání sester

1) Víte, jakým způsobem dnes sestry získávají vzdělávání?
2) Jaký máte názor na současné vzdělávání sester?
3) Jaká vidíte v současném systému vzdělávání pozitiva a negativa?
4) Jaký je Váš názor na zvyšování kompetencí sestrám?
5) Jaké kompetence by to podle Vás mohly být?
6) Proč si myslíte, že je ve zdravotnictví málo mužů vykonávající sesterskou profesi?
7) Pociťujete rozdíl v práci mezi všeobecnou sestrou se střední zdravotní školou, která fungovala do roku 2004, a v současné době vysokoškolsky vzdělanou všeobecnou sestrou?
8) Pociťujete u současného vzdělávání sester nějaké nedostatky?
9) Setkáváte se během své práce se studenty na praxích?
10) Je podle Vašeho názoru vedení a obsah celé praxe pro studenty efektivní a přínosný nebo zaznamenáváte z Vašeho pohledu nějaké nedostatky?

Druhý okruh otázek- Názor lékařských pracovníků na současnou práci sester v systému českého zdravotnictví

1) Jakým způsobem se podle vás změnila role sestry?
2) V čem konkrétně považujete sesterskou profesi za důležitou?
3) Jak vy konkrétně ve své práci vnímáte sestru?

4) Ovlivňuje sebejistota a zkušenost sestry Vaší práci?
5) V čem shledáváte hlavní příčiny konfliktů vzniklých mezi sestrou a lékařem?
6) Je pro vás dobrý pracovní vztah se sestrou na pracovišti důležitý a můžete jmenovat proč?
7) Myslíte si, že tykání na pracovišti zlepšuje vzájemné vztahy v kolektivu lékařů a sester?
8) Mohl/a byste vyjmenovat, jaké jsou podle Vás nejdůležitější vlastnosti, kterými by měla sestra disponovat a proč?
9) Spolupracuje se Vám lépe se služebně staršími sestrami?
10) Přijímáte od sester návrhy k řešení problémů u pacienta?