

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POSTAVENÍ VŠEOBECNÉ SESTRY**  
**VE ZDRAVOTNICKÉM TÝMU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jana Langová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2011

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE**  
**MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**  
INSTITUT OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING

**THE POSITION OF NURSES IN THE HEALTH CARE  
TEAM**

Bachelor's thesis

Author: **Jana Langová**  
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2011

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Evě Vachkové za laskavé vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a odborné konzultace. Dále děkuji všem sestřám českolipské nemocnice za ochotu při vyplňování dotazníků k výzkumné části.

Děkuji mé rodině za podporu při psaní práce i v průběhu celého studia.

## Obsah

Úvod.....	7
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	8
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1 Postavení sestry v kontextu historického vývoje ošetrovatelství.....	9
1.1 Počátky charitativního ošetrovatelství v období 10. – 15. století.....	9
1.2 Počátky vzdělanosti v ošetrovatelství v období 15. – 18. století.....	10
1.3 Období rozvoje profesionálního ošetrovatelství, 19. století – 40. léta 20. století .....	11
1.4 Vliv válečného období z let 1939 – 1945.....	14
1.5 Základy a vývoj moderního ošetrovatelství 50. – 90. léta 20. století.....	15
2 Sestra a její postavení v současnosti.....	19
2.1 Vzdělávání všeobecných sester.....	19
2.2 Kompetence všeobecné sestry.....	20
3 Sestra jako součást zdravotnického týmu.....	23
3.1 Komunikace v týmu .....	24
3.2 Vztahy ve zdravotnickém týmu .....	26
3.3 Sestra versus sestra.....	26
3.4 Sestra versus lékař.....	28

EMPIRICKÁ ČÁST.....	30
Cíle empirické části.....	30
4 Zkoumaný soubor a použité metody.....	31
4.1 Způsob zpracování výsledků dotazníkového šetření.....	31
4.2 Kvantitativní zhodnocení dotazníků a identifikačních údajů.....	32
5 Analýza výsledků vlastního výzkumu .....	40
5 Diskuze.....	65
5.1 Diskuze k cíli č. 1 Zjistit, jaká panuje atmosféra ve zdravotnických týmech .....	65
5.2 Diskuze k cíli č. 2 Zjistit optimálnost personálního zajištění na pracovištích .....	67
5.3 Diskuze k cíli č. 3 Identifikovat nejvíce zatěžující pracovní činnosti.....	68
5.4 Diskuze k cíli č. 4 Zjistit postavení sester vůči lékařům a ostatním členům v týmu.....	68
5.5 Diskuze k cíli č. 5 Upozornit na pověřování sester úkoly mimo kompetence .....	70
5.6 Diskuze k cíli č. 6 Shrnout největší pozitiva týmové práce .....	71
Závěr.....	73
Anotace.....	77
Použitá literatura a prameny.....	78
Elektronické zdroje .....	81
Seznam tabulek .....	82
Seznam grafů.....	84
Slovník cizích slov .....	85
Seznam použitých zkratk.....	87
Příloha 1 - Dotazník .....	88

## Úvod

Stát se všeobecnou sestrou není jen otázkou volby zaměstnání, tato profese se stává pro její nositelky posláním. Každodenní kontakt s pacientem a péče o nemocné klade na osobnost sestry vysoké nároky po fyzické i psychické stránce. Nemale úsilí stálo ošetřovatelky v minulosti a sestry v současnosti vybudovat si postavení respektované lékaři i celou společností.

Ošetřovatelství, jako vědní obor, prochází v současné době mnoha změnami. Bez spolupráce na úrovni ošetřovatelského nebo multidisciplinárního týmu není možné zajištění neustále se zvyšujících nároků na kvalitu poskytované péče. Nezastupitelnou roli v tomto týmu mají kvalifikované sestry. V souvislosti s příznivými podmínkami danými novým systémem vzdělávání, mají sestry s praxí možnost doplnit si vysokoškolské vzdělání a pro budoucí sestřičky není jiná cesta k získání kvalifikace než studium na vysoké nebo vyšší škole. Aby mohla samostatně vykonávat své povolání, musí dnes sestra studovat minimálně 7 let, a tato okolnost může přispět mimo jiné i k tomu, že se pacient setká s osobností profesionálně i lidsky vyzrálejší, než tomu bylo v minulosti. Postavení sester se mění v celé hierarchii zdravotnického systému, zvyšuje se jejich nezávislost, dochází k přerozdělování rolí a kompetencí v týmu. Ke změnám dochází i ve vztazích mezi odborníky v různých specializacích, kde je potřeba nalézt způsob vzájemné rozšiřující se spolupráce.

Na oddělení, kde pracuji, se podle mého názoru poměrně často dostáváme s kolegyněmi do situací, při kterých může dojít a občas dochází ke „křížení“ kompetencí s lékaři, ale i s nižším zdravotnickým personálem. Na všech stranách z toho vzniká nesoulad, na poradách se vcelku pravidelně probírají stejné problémy či neshody. Mnohdy v těchto situacích vážne i účinná komunikace mezi sestrami a lékaři, nebo sestrami mezi sebou.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala záměrně, abych zjistila, zda jsou to jen mé postřehy, zda mají stejné pocity i kolegyně z jiných oddělení naší nemocnice, nebo je to jinak.

Zajímá mne otázka, jak samy sestry pocítují změny v systému, v jakém se cítí být postavení vůči ostatní členům v týmu a zda jsou podle svého mínění jeho plnohodnotnými členkami.

Ve své práci jsem se pokusila o určitý náhled vývoje postavení sestry v pracovním kolektivu a v empirické části bych ráda zmapovala současnost týmové spolupráce.

## **CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE**

1. Popsat postavení zdravotní (všeobecné) sestry v kontextu historického vývoje
2. Shrnout současné požadavky na vzdělávání všeobecných sester
3. Rozdělit a charakterizovat kompetence všeobecné sestry
4. Zdůraznit význam práce všeobecné sestry v multidisciplinárním týmu
5. Upozornit na aspekty týmové práce s ohledem na vztahy a komunikaci v týmu

## **CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE**

### **1. Zjistit, jaká panuje atmosféra ve zdravotnických týmech**

Dílčí cíle:

- ◆ Identifikovat nejčastější příčiny konfliktů v týmu
- ◆ Charakterizovat způsoby řešení konfliktních situací
- ◆ Porovnat způsob řešení konfliktů vzhledem k věku a délce praxe respondentů

### **2. Zjistit optimálnost personálního zajištění na pracovištích**

### **3. Identifikovat nejvíce zatěžující pracovní činnosti**

### **4. Zjistit postavení sester vůči lékařům a ostatním členům v týmu**

Dílčí cíle:

- ◆ Vysledovat nejčastější způsob odměňování sester
- ◆ Porovnat vyjádření uznání od nadřízených sester a lékařů
- ◆ Shrnout možnost vyjádření vlastního názoru na péči o pacienta

### **5. Upozornit na pověřování sester úkoly mimo kompetence**

Dílčí cíle:

- ◆ Charakterizovat úkoly od nadřízených sester
- ◆ Charakterizovat úkoly od lékařů

### **6. Shrnout největší pozitivní aspekty týmové práce**

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Postavení sestry v kontextu historického vývoje ošetrovatelství

### 1.1 Počátky charitativního ošetrovatelství v období 10. – 15. století

Potřeba pečovat o nemocné a raněné provází lidstvo od jeho počátků, kdy tuto službu poskytovali rodinní příslušníci, lidoví léčitelé, ranhojiči či babky kořenářky. Nemocní stonali doma a k jejich léčení se využívaly léčivé byliny a jiné přírodní prostředky, jejichž účinky byly známy po generace. O péči, poskytované v českých zemích organizovaně větší skupině nemocných, nacházíme zmínky přibližně od 10. století, kdy byl postaven špitál v Týně, ve kterém pečovalo 7 žen o 12 nemocných. Tato péče byla poskytována laiky bez odborného vzdělání, většinou příslušníky křesťanských řádů, kteří pečovali o nemocné pouze s využitím svých poznatků, nicméně s motivací pomáhat bližnímu člověku. (Kafková, 1992)

Za průkopnici, spojenou s počátky ošetrovatelství v českých zemích, je označována svatá Anežka Česká, která založila roku 1233 klášter řádu sv. Františka s prvním špitálem u kostela sv. Haštala v Praze, kde o nemocné pečovaly řádové sestry, které žily v klášteře v bezprostřední blízkosti nemocných a samy dodržovaly velmi přísný režim přikázaný řádem. Svatá Anežka také *vypracovala pravidla pro opatrování chudých a nemocných* (Kafková, 1992, s. 2), a stála též u počátku vzniku rytířského řádu Křižovníků s červenou hvězdou, jehož hlavním posláním byla špitální činnost. Do řádu byli přijímáni jak muži, tak i ženy. (Rytířský řád Křižovníků s Červenou hvězdou, 2009)

V počátcích pečovali muži o nemocné ve špitálech a ženy opatrovaly nemocné doma. Z této historické éry pochází označení sestry – ošetrovatelky „Anděl milosrdenství“, ženy se cítily povolány k této službě z náboženských pohnutek – sebeobětování a pomoc bližnímu bez nároků na odměnu, ale *s vírou na šťastný život po smrti* (Kafková, 1992, s. 4).

## 1.2 Počátky vzdělanosti v ošetrovatelství v období 15. – 18. století

V období mezi 15. a 18. stoletím na území českých zemí vznikaly další špitály, které většinou příslušely některému církevnímu řádu a jejichž založení bylo spojeno buď se zvýšenou potřebou péče o nemocné a raněné během válek nebo s uspokojujícím stavem finančních prostředků a majetku konventů. (Kutnohorská, 2010)

Za vlády Marie Terezie se začínají projevovat reformační kroky i v oblasti zdravotnictví, kdy jsou dána jasná pravidla pro uspořádání a vybavení nemocničních pokojů, podávání stravy nemocným a hygienické předpisy. Nemocné ve špitálech ošetřují muži - opatrovníci, kteří již nejsou všichni kněží nebo řádoví bratři a kromě péče o nemocné se starají též o veškerý úklid. Zatím se stále jedná o odborně nevyškolený personál, ačkoli byly snahy poskytnout školení opatrovníkům na lékařské fakultě, kde V. J. Vrabec ve svých přednáškách seznamoval s *hygienickými požadavky na pokoje nemocných, na podávání potravy, nápojů, poučení o oděvu nemocných, o koupelích, klystýrech a dalších procedurách*, tyto přednášky však byly zastaveny 13. 6. 1789 dvorským dekretem. (Kafková, 1992, s. 7). Koncem 18. století se přesto podařilo dr. A. Holému na lékařské fakultě přednášet o opatrování nemocných, jeho přednášek se však nesměly účastnit ženy.

Vyskytly se i první knihy o opatrování nemocných, ale jejich šíření bylo pomalé, neboť většina obyvatelstva byla ngramotná, tedy úroveň péče se zlepšovala jen pozvolna. (Kafková, 1992)

## **1.3 Období rozvoje profesionálního ošetřovatelství, 19. století - 40. léta**

### **20. století**

Zásadní změny v ošetřovatelství přineslo až století 19. v období Krymské války, kdy se ukázala nezbytnost odborně připravených žen – ošetřovatelek. Na válečné frontě výrazně klesala úmrtnost raněných vojáků, o které pečovaly vyškolené ošetřovatelky, ať již pracovaly pod vedením zakladatele válečné chirurgie N. I. Pirogova nebo Florence Nightingalové, celosvětově označované za zakladatelku ošetřovatelství. Její ošetřovatelská škola v Londýně se stala inspirací pro další země. (Kutnohorská, 2010)

V českých zemích se odborné přípravě opatrovnic věnoval zpočátku Červený kříž založený roku 1868, který poskytoval odbornou přípravu opatrovnicím ve špitálech a rodinách. Roku 1872 byl českými spisovatelkami Eliškou Krásnohorskou a Karolinou Světlou založen Ženský výrobní spolek český, jehož hlavní myšlenkou bylo prosazení vzdělávání žen v oblasti kultury, jazyků, ručních prací a později též studium ošetřovatelství. S přispěním jednatele Spolku českých lékařů dr. Janovského, se Krásnohorské a Světlé podařilo v roce 1874 založit, v Rakousku jedinou, první českou ošetřovatelskou školu v Praze. Výuka měla část teoretickou i praktickou a tato škola v podstatě u nás započala organizovanou ošetřovatelskou činnost, která nahradila laické opatrování nemocných. (Staňková, 1997)

Učební pomůckou se na této škole stala „Kniha o ošetřování nemocných“ Florence Nightingalové a škola poskytovala ošetřovatelkám vzdělání prostřednictvím kurzů celých 6 let, až do svého uzavření v roce 1881. Do této doby byly zájemkyně o ošetřování nemocných připravovány pouze zacvičením, bez odborné přípravy. (Kafková, 1992)

Konečně roku 1916 byla v Praze otevřena česká ošetřovatelská škola, jejíž absolventky se stávaly prvními diplomovanými sestrami, odborně i prakticky vzdělanými ošetřovatelkami nemocných. Ke studiu byly přijímány ženy způsobilé ke studiu a ve věku nejméně 20 let, později byla věková hranice snížena na 18 let. Sestra se stávala nepostradatelným pomocníkem lékaře a jako povolání si budovala společenské uznání a prestiž, přestože začátky byly velmi těžké. Někteří tehdejší ředitelé nemocnic či přednostové ústavů dávali raději přednost méně odborně připravené pracovníci, která vykonávala veškeré práce spojené s ošetřováním, před diplomovanou sestrou, která sice byla odborně na výši, ale potřebovala k ruce ještě pomocný personál, což bylo finančně náročnější. (Kafková, 1992)

Společně s civilním personálem, který podléhal vedení ředitele nemocnice, poskytovaly opatrovnickou službu v nemocnicích řádové sestry, podřízené své matce představené. (Kutnohorská, 2010)

I přes nelehké začátky se ošetrovatelství velmi slibně rozvíjelo, české sestry přebíraly zahraniční zkušenosti, zejména od amerických sester, pozvaných Alicí Masarykovou. Zakládaly spolky, pořádaly odborné konference, pracovaly v nemocnicích i v terénu, kde samostatně poskytovaly primární péči. Do nemocniční praxe diplomované sestry zaváděly poznatky získané v předchozím odborném studiu např. *ranní a večerní úpravu prováděly u každého nemocného, zaváděly celkové očistné lázně na lůžku, používaly zástěny u děletrvajícího úkonu, ležícím podávaly jídlo na podnose* (Kafková, 1992, s. 39).

Také muži, bratři různých církevních řádů, pracovali jako ošetrovatelé v ústavech po celé zemi. Bylo jich kolem 1 tisíce a požadovali též přístup k odbornému vzdělání. Vedle ošetrovatelské školy byla v Praze otevřena škola pro výcvik dietních pracovnic a v Ostravě Ústav pro vzdělávání a výcvik porodních asistentek. (Kafková, 1992)

Diplomované sestry vedle samotného ošetrování nemocných pracovaly na větších klinikách také jako laborantky v hematologických a později biochemických laboratořích, instrumentářky nebo rentgenologické pracovnice. Jejich pracovní doba nebyla přesně ohraničená, pružně se měnila podle potřeby, většinou sloužily ve 24 – 36 hodinových nepřetržitých cyklech. V počtu 2 – 3 ošetrovatelek pečovaly o 15 – 27 nemocných na jednom pokoji, což v dřívějších špitálech byly spíše velké sály. Kromě odborných výkonů prováděly na odděleních také úklid, protože uklízeček a zřízenců bylo málo nebo nebyli vůbec. Mzdu dostávaly spíše symbolickou, mnoho jich pracovalo jen za bydlení a stravu, na druhou stranu zase mohly přijímat odměnu od příbuzných a samotných pacientů. Sestry a ošetrovatelky měly zakázáno se vdávat, protože služba v nemocnici vyžadovala celého člověka oddaného své práci, jestliže se některá vdala, musela své zaměstnání opustit. Většina opatrovnic bez odborného vzdělání měla své zaměstnání pouze jako výdělečnou činnost, naproti tomu diplomované sestry usilovaly o pozvednutí prestiže povolání ve společnosti a o změny v ustálených postupech v ošetrování nemocných. Často ve svém úsilí musely čelit nejen materiálnímu nedostatku a nepochopení ze strany vedení nemocnic, ale také působení řádových sester, jež svou vírou ovlivňovaly nemocné. Naštěstí se našli i osvícení, lékaři a přednostové, kteří oceňovali péči ošetrovatelek o nemocné a učili to i své budoucí kolegy mediky. (Kafková, 1992)

I ve 30. letech 20. století platilo, že kde jsou peníze, je i moderní vybavení, odborný personál a skvělá péče o pacienty. V tehdejší ČSR byla takovým ústavem Baťova nemocnice ve Zlíně, kde pracoval civilní, odborně zacvičený personál, který byl i patřičně ohodnocen. Jedna sestra pečovala nejvýše o sedm pacientů, každou splněnou ordinaci musela stvrdit svým podpisem. Diplomované sestry měly povinnost školit a vychovávat ostatní ošetřovatelky. Za prohřešky v péči i mimo službu platily ošetřovatelky peněžní pokuty a za hrubé nedostatky ve výkonu nebo chování byly propouštěny. Kontrola sester ve službě i mimo službu byla v kompetenci vrchní sestry. (Kafková, 1992)

Nejen v nemocnicích poskytovaly diplomované sestry odbornou péči. Snad ještě větší možnost samostatného působení a seberealizace jim poskytovala práce v odborných poradnách. Vedly poradny pro matky a děti, nemocné s tuberkulózou, pohlavně nakažené, pracovaly v jeslích, poskytovaly společně s Československým červeným křížem školení první pomoci a poskytovaly domácí péči. (Staňková, 1997)

Celkově se dá tedy říci, že si sestry dokázaly vybudovat uznávané a oceňované postavení v tehdejší společnosti, na které mohly být hrdé. S hrdostí také nosily uniformu, která dávala najevo jejich příslušnost k tomuto povolání. (Kafková, 1992)

Slibný trend vývoje ošetřovatelství, jako samostatného oboru, zastavil počátek 2. světové války, kdy se veškeré dění v českém ošetřovatelství i státě bylo nuceno podrobit německému mnichovskému diktátu. (Kutnohorská, 2010)

## 1.4 Vliv válečného období z let 1939 – 1945

Válečná léta byla pro české zdravotnictví těžkým obdobím, diplomovaných sester bylo málo, personál v nemocnicích tvořila převážná většina řadových sester, nekvalifikovaných ošetřovatelek a dobrovolnic, doplněných o německé ošetřovatelky. Snad jedinou výhodou pro české sestry byla jejich nepostradatelnost, která většinou zabránila jejich totálnímu nasazení v říši. (Kutnohorská, 2010)

Počty osob pečujících o nemocné se v jednotlivých nemocnicích velmi lišili, *nejvyšší počty ošetřujícího personálu měly ústavy pro choromyslné a dvě největší všeobecné nemocnice v Praze a v Brně* (Kafková, 1992, s. 102). I v této nelehké době si české sestry snažily vydobýt své lepší postavení v pracovním kolektivu i ve společnosti. Usilovaly o zkrácení pracovní doby, snížení počtu pacientů na 1 sestru, používání ochranných pomůcek nebo zvýšení počtu pomocného personálu. I za války měly možnost budoucí sestry studovat na ošetřovatelských školách. (Kafková, 1992)

V nemocniční praxi se podařilo zavést několik novinek, které v našem oboru přetrvávají i v současnosti. Byly zpracovány „předchůdci“ dnešních standardů péče tzv. Normálie, což byl abecední seznam ošetřovatelských úkonů a povinností sester, kde se mimo jiné píše: *„Chování ošetřovatelek k lékařům budiž zdvořilé, skromné, ne však podlézavé. Základem dobré shody a spolupráce je důvěra, vzájemná úcta a pravdomluvnost.“* (Kafková, 1992, s. 160).

Lékařům přibyla povinnost výchovy a školení ošetřovatelek, které však spadaly pod zodpovědnost vedoucí (později hlavní) sestry nemocnice, jejíž nařízení v případě potřeby platila víc než nařízení ústavního lékaře. (Staňková, 1997)

Práce sester v poradnách se oborově diferencovala a kromě poraden pro děti, pacienty s tuberkulózou nebo pohlavně nakažené se otvíraly poradny revmatologické, pro srdeční nebo nádorová onemocnění. Také v nemocnicích přibývala nová oddělení např. dětské a gynekologické, což sebou neslo potřebu specializace sester. Poprvé v roce 1940 začala pracovat dietní pracovnice. (Kafková, 1992)

Přes všechna negativa způsobená válkou můžeme v pracovním životě sester najít nějaký klad. Na odděleních se semkl kolektiv nejen ošetřovatelský, ale byla posílena důvěra a spolupráce sester s lékaři, po pracovní i lidské stránce. (Kafková, 1992)

### **1.5 Základy a vývoj moderního ošetřovatelství, 50. – 90. léta 20. století**

V prvních poválečných letech byl v českých nemocnicích, po odchodu německých ošetřovatelek a lékařů, zoufalý nedostatek veškerého personálu, v některých nemocnicích např. vůbec nepůsobily diplomované sestry. Místo svého působiště si také sestry nemohly svobodně zvolit, měly povinnost nastoupit na pracoviště přidělené tzv. umístěnkou. Po skončení platnosti německého zákazu práce v nemocnicích se k péči o nemocné vrátili i řádoví bratři. Pod vedením zkušených sester sloužily na odděleních elévky, které začaly po krátkém zaučení sloužit samostatně. Povinnosti sester často vykonávaly pomocnice a nekvalifikované ošetřovatelky, jež mnohdy poskytovaly rady mladým nezkušeným diplomovaným sestřím. (Kutnohorská, 2010)

Při práci v nemocnici bylo v padesátých letech povinností sester nosit úplnou sesterskou uniformu po celou pracovní dobu, včetně ústenky a naškrobeného čepce, a to i na noční službě. (Kafková, 1992)

Na různých odděleních mohla v té době fungovat i vzájemná zastupitelnost, protože mnohé obory neměly dosud své specializační studium, a proto mohly ošetřovatelky pracovat i na rehabilitaci nebo v laboratoři. Diferenciace oborů ve zdravotnickém školství začala v roce 1946, první oborově zaměřené sestry tedy vyšly po dvou letech studia a byly to hlavně dětské a domácí sestry a charitativní pracovnice. Další novinkou v ošetřovatelském školství byla možnost získání diplomu ošetřovatelkám s patnáctiletou praxí po složení zkoušky, což je postavilo na stejnou úroveň s diplomovanými sestrami vzešlými z odborného studia. Jako rentgenologický nebo zdravotní laborant mohl nadále pracovat jen zájemce, který prošel specializačním pomaturitním školením. (Kafková, 1992)

Proto, aby mohly sestry dosahovat odborného vzdělání, bylo třeba zajistit také kvalitní učitelky, pro něž byla založena Vyšší ošetřovatelská škola. Její absolventky poté zastávaly pozice školitelek odborné praxe a vedoucích (vrchních nebo hlavních) sester v nemocnicích. (Kutnohorská, 2010)

Postupné přejímání východního, zejména sovětského vzoru, se projevilo ve zdravotnictví mimo jiné zrušením domácí péče, kterou zavedl Československý Červený kříž jako Ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách a byla poskytována samostatně sestrami na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami.

Dalším významným omezením bylo nařízení o výměně řádových sester za civilní. Řádové sestry, pokud se nevzdaly svého náboženského přesvědčení, nesměly od padesátých let pracovat v nemocnicích a byly pozvolna přesunuty do domovů důchodců a ústavů sociální péče. (Kafková, 1992)

Příprava budoucích diplomovaných sester se dále uskutečňovala na Středních zdravotnických školách, kde se doba studia pohybovala mezi třemi až čtyřmi roky, a to podle potřeby doplňovat personál ve zdravotnických zařízeních. Ke studiu byly přijímány dívky po absolvování základního vzdělání ve věku 14 – 16 let, tedy do praxe nastupovaly jako osmnácti- až dvacetileté, kdy se po nich požadovaly kvality „hotové“ duševně a sociálně vyspělé sestry. Organizace a kvalita studia byla přizpůsobena sníženému věku studentek, obsah odborného studia byl zjednodušen a nízký byl i počet hodin odborné praxe. (Staňková, 1997)

Také další spolupracující obory začaly své absolventy vzdělávat na Středních zdravotnických školách. Vznikla tak velká skupina středních zdravotnických pracovníků zahrnujících dětskou, zdravotní a dietní sestru, porodní asistentku, rehabilitačního pracovníka, rentgenologického, lékařského a zdravotního laboranta a očního optika. (Staňková, 1997)

V běžné nemocniční praxi se diplomované sestry snažily zachovat vysoký standard poskytované péče, leckdy jim to však bylo znesnadněno velkým počtem pacientů a naopak nízkým stavem pomocného personálu. Také se zvyšoval počet odborných výkonů, což odvádělo sestru od základní ošetřovatelské péče. V ošetřovatelství, ale v celém zdravotnictví obecně bylo ve druhé polovině dvacátého století trendem prosazovat dominantní postavení zdravotníků vůči pacientovi. *Ošetřovatelská péče se stále více zaměřovala především na instrumentální stránku, tj. na pečlivé provádění výkonů, na zajištění lékařských ordinací a provozu pracovišť.* (Staňková, 1997, s. 23).

V jednání sester byla patrná malá snaha o odpovědnost a samostatnost, projevovaly se nedostatky v komunikaci a v postoji k pacientům. Do popředí se dostávala nová role sestry, od pečovatelky se přesunula k pomocnici lékaře. Byly jí svěřovány náročnější úkoly, které často příslušely lékaři a přesahovaly opatrovnický rámec. Služba pacientovi se měnila na službu poskytovanou lékaři. Postupným míšením a překrýváním kompetencí sestra ztratila pozici samostatně pracující ošetrovatelky nemocného a stala se vykonavatelkou ordinací lékaře. (Staňková, 1997)

Takto začala být vnímána odbornou zdravotnickou veřejností i společností obecně, k čemuž přispěl i obraz zdravotní sestry vytvářený v médiích a televizních seriálech jako poslušné „služičky“. (Plašková, 2006)

Nelze ale říci, že se to týkalo všech sester a lékařů. Mnozí lékaři dokázali rozpoznat a ocenit význam a odbornost úkonů, které sestry prováděly samostatně pro uspokojení potřeb nemocného. (Kafková, 1992)

Nové směry ve vývoji ošetrovatelství se u nás začaly otevírat počátkem 90. let 20. století v souvislosti s politickými a společenskými změnami. Systém vzdělávání sester a ošetrovatelské péče vůbec se začal přibližovat zemím Evropské unie, což přineslo řadu změn. Na Středních zdravotnických školách nahradil obor všeobecná sestra dřívější obory zdravotní a dětská sestra, avšak jeho studium bylo ukončeno v roce 2007, kdy absolvovali poslední studenti. Dále je možno na Středních zdravotnických školách studovat asistentské obory, jejichž absolventi budou pracovat výhradně pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo lékaře. Změny ve studiu se dotkly nejen sester, ale na asistentské se změnilo i obory zubní technik a zdravotní laborant. Farmaceutickým laborantem se napříště může stát, stejně jako u sestry, jen absolvent bakalářského programu na vysoké škole. (Kutnohorská, 2010)

Sestry s praxí i čerstvé absolventky dostaly možnost zvyšovat si kvalifikaci a dále doplňovat své odborné vzdělání na vysokých školách, zpočátku lékařských, později zdravotně sociálních fakultách. V roce 1992 jim to umožnily právě otevírané bakalářské programy. Vysokoškolsky vzdělávané sestry se začínaly seznamovat s teoriemi moderního ošetrovatelství včetně koncepčních modelů, nezbytností vědeckého přístupu ke svému oboru. V praktické výuce je patrný návrat k individuální ošetrovatelské péči a holistickému chápání nemocného.

Sestry jsou připravovány a studiem motivovány k poskytování tzv. aktivní ošetrovatelské péče, což je taková péče, která je sestrou prováděna na základě vlastního sledování a zhodnocení stavu nemocného, a ošetrovatelský zásah je vykonán z její vnitřní potřeby, nikoli z ordinace lékaře. (Kutnohorská, 2010)

## 2 Sestra a její postavení v současnosti

Na počátku 21. století stojí ošetřovatelství a sestry jako zástupkyně této profese na prahu velkých a významných změn. Zvyšuje se kvalita péče, výzkum proniká i do ošetřovatelské praxe, definují se kompetence. Sestry zastávají významná místa ve vedení nemocnic, kde jim v řízení podléhá veškerý ošetřovatelský personál. Na Ministerstvu zdravotnictví České republiky byla zřízena funkce hlavní sestry *s pravomocemi ovlivňovat rozhodování v oblasti ošetřovatelství* (Kutnohorská, 2010, s. 160), což vedlo k pozvednutí prestiže sester. Dochází také k veřejnému uznávání a oceňování významných osobností ošetřovatelství nejen odbornou veřejností ale i celou společností, včetně udělení státního vyznamenání prezidentem republiky. (Kutnohorská, 2010)

8. 5. 2009 se stala sestra Dana Jurásková ministryní zdravotnictví. Byla na tomto postu pátou ženou a jedním z mála nelékařů. Nutné je ovšem říci, že k této pozici prošla dlouhou cestou studia a aktivní práce v oblasti rozvoje ošetřovatelství. Na jejím příkladu je možné ukázat, čeho všeho mohou sestry dosáhnout svou aktivitou v profesi a zájmem o vzdělání. (Kutnohorská, 2010)

### 2.1 Vzdělávání všeobecných sester

Vysoké nároky na vzdělání, sociální, psychickou a odbornou vyspělost, si vynutily přípravu všeobecných sester na univerzitách v bakalářských a magisterských programech. (Kutnohorská, 2010)

Kvalifikaci k výkonu povolání všeobecné sestry je možné podle zákona 96/ 2004 Sb., hlavy II, díl 1, § 5 o nelékařských zdravotnických povoláních absolvováním

- *nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester*
- *nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách*
- *vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o*

*nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004*

*Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněný používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel. (zákon 96/2004 Sb.)*

Aby mohla absolventka vykonávat povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu, žádá od Ministerstva zdravotnictví České republiky „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“. Osvědčení má platnost 6 let a jeho držitel/držitelka smí používat označení „Registrovaný/ registrovaná“ za uvedením své odbornosti. Po uplynutí šesti let žádá sestra o prodloužení platnosti osvědčení a žádosti připojuje doklady o svém dalším vzdělávání. (zákon 96/2004 Sb.)

Celoživotní vzdělávání je povinností každého zdravotníka pro udržování jeho odborné úrovně a je uskutečňováno prostřednictvím účasti na certifikovaných kurzech, konferencích, seminářích, absolvováním specializačního studia, výzkumnou, publikační a pedagogickou činností a samostudiem odborné literatury. (zákon 96/2004 Sb.)

Předpokladem smysluplného celoživotního vzdělávání je zájem o aktivní vyhledávání informací a novinek ve svém povolání a chuť a ochota získané poznatky vyzkoušet v praxi. (Šimek, 2000)

## **2.2 Kompetence všeobecné sestry**

Podle funkčního zařazení a činností vykonávaných všeobecnými sestrami můžeme jejich kompetence rozdělit na základní, specializované a vysoce specializované. Kompetence vycházejí z platné legislativy České republiky a mezi základní pro všeobecnou sestru patří:

- **Autonomní – nezávislé kompetence**  
(identifikuje a uspokojuje potřeby pacientů všech věkových skupin bez indikace a v rozsahu své odborné způsobilosti, sestavuje plán péče a vykonává ošetrovatelské intervence, provádí hodnocení účinnosti provedených opatření, podílí se na prevenci onemocnění působením na jednotlivce, rodiny, skupiny, komunity, spolupracuje při vzdělávání ošetrovatelského a nižšího zdravotnického personálu)

- Kooperativní – závislé kompetence  
(na základě indikace lékaře provádí léčebná opatření a vyšetření, v rámci multidisciplinárního týmu se podílí na společných opatřeních v zájmu zdraví pacienta)
- Kompetence sester ve výzkumu a vývoji v oblasti ošetrovatelství  
(účastní se odborných aktivit v rámci celoživotního vzdělávání, podílí se na výzkumné práci a její výsledky uvádí do praxe)
- Kompetence sester v oblasti řízení ošetrovatelské péče  
(vzdělává a hodnotí podřízené pracovníky, kontroluje pracovní tým, spolupracuje s jinými odborníky)

(Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra, 2008)

Vymezení jasných kompetencí vyplývá z potřeby stanovení mezí v odpovědnosti za činnosti a rozhodnutí, zjednodušení komunikace a upravení systému, což by mělo vést k bezpečné péči o pacienta. Spolupráce v týmu se však neobejde bez vzájemné důvěry. (Drábková, 2008)

Výkony prováděné sestrami jsou z převážné většiny neinvazivní, sloužící k uspokojování denních aktivit pacienta. Invazivní výkony typu odběr krve, intravenózní injekce či infuze provádí lékař nebo lékařem delegovaná sestra. (Drábková, 2008).

V některých státech, např. v Německu, provádí sestry tyto intervence pouze se souhlasem nemocného, s provedením výkonu ošetrovatelským personálem, a zároveň musí být sestra pojištěná pro případ vzniku trestní odpovědnosti. Pokud se k tomuto výkonu necítí dostatečně způsobilá, má právo jeho splnění odmítnout. (Friedlová, Anantissiadou, 2000).

Ze vzájemných kompetencí sester a lékařů vyplývají rozdílné oblasti zájmu na uzdravení pacienta. Prioritou lékaře je léčit a rozhodovat o léčbě, prioritou sestry ošetřovat a plánovat ošetrovatelskou péči. *V zahraničí bývají sestry zvány ke spolurozhodování o nerozšiřování terapie, o převodu na paliativní péči, o terminální sedaci* (Drábková, 2008, s. 167), nicméně ne vždy a ne všechny a rozhodnutí je na lékaři. (Drábková, 2008)

Ve Velké Británii mají sestry a porodní asistentky první úrovně dokonce možnost předepisování omezených skupin léků z lékopisu pro sestry. Zároveň je na jejich zodpovědnosti klinické zhodnocení stavu pacienta. Také okrskové sestry a sestry zdravotní návštěvní služby mají možnost preskripce, zejména ze sortimentu prostředků pro terapii ran, stomické pomůcky, močové katetry apod. (Culley, 2008)

Tento systém práce vyžaduje samozřejmě oporu v zákonných normách a vzdělávání sester, u nás sestry možnost preskripce léků nemají.

Z kompetencí sestry vychází také její role v pracovním týmu, kde působí jako pečovatelka, asistentka lékaře, psychoterapeutka, edukátorka, obhájkyň nemocných, manažerka, koordinátorka a výzkumnice. (Staňková, 2002)

### 3 Sestra jako součást zdravotnického týmu

Dnešní systém zdravotní péče je natolik složitý a vyspělý, že umožňuje poskytnout pacientům ty nejlepší služby v moderně vybavených pracovištích s nejnovějšími přístroji. Průměrná délka hospitalizace se zkracuje, na standardizovanou péči o pacienta jsou kladeny stále větší nároky. Aby mohly být uspokojovány všechny potřeby pacientů po 24 hodin, je potřeba péči o ně rozdělit mezi specialisty v různých oblastech – a ti poté tvoří mezioborový (multidisciplinární) zdravotnický tým. (Ushiro, 2009)

Zdravotnický tým byl Světovou zdravotnickou organizací v roce 1973 definován jako: *Nehierarchizované seskupení lidí s různým profesionálním zaměřením, ale se společným cílem, kterým je poskytnutí co možná nejrozsáhlejší péče pacientům a jejich rodinám ve zdravotnickém zařízení* (Pochylá, 2005, s. 46). Každý ze členů týmu má vymezeny specifické úkoly, při jejichž plnění je nutná spolupráce a koordinace jednotlivých činností.

V multidisciplinárním týmu, jehož součástí jsou různé kategorie zdravotnických pracovníků, jsou vyhraněny i týmy intradisciplinární, které zahrnují stejnou zdravotnickou profesi. (Pochylá, 2005). Nejpočetnější skupinou ve zdravotnickém týmu je ošetrovatelský tým, tvořený sestrami s různým stupněm kvalifikace a zajišťující ošetrovatelskou péči. (Jarošová, 2000)

Práce v týmu je pro každého velkou výzvou, setkávají se zde různé typy lidí se specifickými názory a postoji. Každý z pracovníků má kromě pracovní role ještě několik životních rolí, jejichž plnění se může dostávat do vzájemného konfliktu a to přináší často stresové situace. Typicky se tento problém vyskytuje zejména u žen, u kterých může nastávat rozpor mezi plněním pracovní role a péčí o rodinu a děti. Pracovní úkoly, jejich plnění a časová náročnost mohou vést k negativním pocitům ze zanedbávání rodiny a vyvolávat stavy úzkosti. (Mayerová, 1997)

Ošetrovatelský personál v českém zdravotnictví tvoří převážně ženy a většina z nich má nějakou rodinu, o níž pečuje, je proto velmi důležité pracovat v kolektivu s dobrým prostředím a podmínkami. Každý pracovník má na své pozici pracovní vztahy se spolupracovníky, nadřízenými a podřízenými a jsou na něj kladeny požadavky týkající se přesnosti a bezchybnosti prováděných výkonů. Motivací pro vysokou úroveň prováděné sesterské a ošetrovatelské práce může být diferencované finanční ohodnocení, ale neméně

důležitá je zpětná vazba od kolegů a zejména nejbližších přímých nadřízených - staniční, vrchní sestry, lékaře na oddělení. Sestra, která cítí v zaměstnání podporu je spokojená, a to se pozitivně odráží na jejím působení v týmu. (Bártlová, 2006) Ze zahraničních zkušeností je patrné, že zaměstnavatelé kladou velký důraz na zjišťování spokojenosti svých zaměstnanců pomocí sociologických rozborů, jejichž výsledky jsou pak přínosné pro udržování dobré atmosféry v organizaci a standardně vysokou úroveň poskytovaných služeb. (Mayerová, 1997)

Práce ve skupině (týmu) má určité charakteristické znaky, všichni členové týmu mají mezi sebou přímý kontakt, ze kterého vzniká silný pocit sounáležitosti. Z těsné spolupráce se může vyvinout *silný týmový duch* (Fehlau, 2003, s. 96), ale může být i zdrojem konfliktů a nedorozumění. Konflikty často vznikají z chybné komunikace, ze zadržování nebo chybného poskytování informací, ale zejména nesprávného podání či pochopení poskytnutých informací. (Fehlau, 2003)

### **3.1 Komunikace v týmu**

Sestry v pracovním kolektivu tráví velké množství hodin, se svými spolupracovnicemi jsou vystavovány různě více či méně vypjatým situacím, což lidi značně sblízuje. Ve směnách, často dvanáctihodinových, o víkendech a nočních službách jsou sestry odkázány jedna na druhou a často se mezi nimi vytvoří kamarádský či přátelský vztah. Každý člověk by si však měl ponechat určitý stupeň svého soukromí, protože kolektivem nevhodně probírané soukromé záležitosti mohou vnést do vztahů v týmu nevraživost. (Goldmann, Cichá, 2004) Komunikace v týmu sester by měla nést známky asertivního jednání, aby každé sestře zajistila dostatečné sebevědomí a úctu spolupracovnic a nadřízených, měla by být otevřená, nepředpojatá a věcná. (Honzák, 2001) Přátelské vztahy jsou jednoznačně přínosem, ale vzájemná loajalita na druhé straně nesmí ohrozit nebo poškodit nemocného. (Goldmann, Cichá, 2004)

Ne všechny konflikty působí v kolektivu destruktivně. Mnohé mají pozitivní účinky v tom smyslu, že ukazují na problémy, a dávají podněty ke změnám, pokud o nich pracovní skupina umí správně komunikovat. Zejména staniční sestry by měly takové impulzy zachytit a pracovat s nimi na provozních schůzkách týmu. Řešení, která vzejdou z provozní porady,

mívají větší úspěšnost a jsou sestrami ochotněji akceptována než příkazy, jdoucí sestupnou cestou „shora“ od vedení oddělení či nemocnice.(Fehlau, 2003)

Vzájemná komunikace mezi sestrami může být pro mnohé snadnější než jednání s nižším zdravotnickým personálem, který je vůči sestrám v podřízeném postavení. Delegování k provádění úkolů může přinášet problémy jak sestram, které se mohou cítit v roli prosebníka o laskavost, tak ošetřovatelkám a sanitárkám, které mohou označit požadavky sester jako honění, drezírování nebo „buzeraci“. Zde záleží na vyspělosti a dovednosti komunikace všech zúčastněných, aby spolu dovedly jednat jako dospělý s dospělým, vzájemném respektu a vědomím vymezených kompetencí. (Honzák, 2001)

V opačné situaci než s ošetřovatelkami a sanitárkami se sestra ocitá v případě, že komunikuje s lékařem. Sestra by měla být partnerem lékaře, je jeho spolupracovnicí s vymezenými kompetencemi a odpovědností a je mu pracovně podřízena, neměla by však být v postavení služby, na kterou je možno pokřikovat příkazy. V oboustranné komunikaci by se měla projevovat vzájemná úcta a respekt představitelů obou skupin. Rozdílnou náplní práce v péči o nemocné, je dán sestře užší kontakt s pacientem než lékaři, na kterém ale leží zodpovědnost za rozhodování. Tato hierarchie by neměla být narušena. Proto je nezbytné, aby si vzájemně uměli sdělovat informace týkající se pacientů, bez ohledu na osobní vztahy spolu komunikovali jako profesionálové, s cílem neobtěžovat pacienta vzájemnými neshodami, a dosáhli rozumné dohody.(Goldmann, Cichá, 2004)

Stejně důležitá jako verbální stránka komunikace je její neverbální složka, označovaná jako řeč těla. Jak sestra chodí, gestikuluje, jakou zaujímá pozici vůči druhým i to, s jakou pečlivostí se obléká, vypovídá o její náladě a postoji ke kolegyním, lékařům i pacientům. Pozitivně působí klidná, usmívající se žena s úspornými gesty, oproti rozlitané, ukřičené fúrii s ukřivděným výrazem, nahánějící strach nejen pacientům, ale i kolegyním a lékařům. Neverbální projev zdravotníka by měl vždy vyjadřovat ochotu naslouchat a zanechávat dojem „jsem tady, jsem profesionál a neobtěžuje mě nic z toho, co po mně žádáte“, jak směrem k pacientům, tak i k ostatním členům týmu.(Šimek, 2000)

### **3.2 Vztahy ve zdravotnickém týmu**

Stejně jako prošel historickým vývojem vztah zdravotníků k pacientům, vyvíjí se i vztah zdravotníků navzájem. Z dřívějšího paternalistického přístupu se mění na partnerský. U pacientů je tato přeměna ovlivněna větší informovaností, snadnějším přístupem k informacím o nemocech, možnostech jejich léčení, kvalitě péče, kterou poskytují zdravotnická zařízení a jejich úrovni. Zdravotník stále zůstává odborníkem na diagnostiku a léčbu onemocnění, ale pokud přistupuje k pacientovi holisticky, jako k celé lidské bytosti a ne pouze jako k diagnóze. Musí v pacientovi vidět odborníka na prožívání choroby a zejména u chronicky nemocných pacientů, na způsob jak s ní žít. Pacienti ve většině nechtějí pouze vykonávat nařízení a doporučení zdravotníků, ale chtějí informovaně spolurozhodovat o vlastní léčbě. (Bártlová, 2005)

Změna v přístupu je patrná i v postojích zdravotníků navzájem. Sestry ve vztazích k lékařům přestávají být „pouhými“ pomocnicemi lékaře, ale stávají se, nebo usilují o to, aby se staly, odborníky v poskytování základní fyzické péče. (Bártlová, 2005)

Povolání zdravotní sestry mění svou image v celospolečenském chápání, oddělilo se od profese lékaře a zaujímá významné místo v hodnocení prestiže povolání. Ve výzkumu, provedeném v roce 2008 Centrem pro výzkum veřejného mínění se umístila zdravotní sestra na 4. místě za povoláním lékaře, vědce a učitele na vysoké škole, přičemž se v předchozích letech neobjevovala v tabulkách hodnotících prestiž povolání v České republice mezi prvními třiceti. (Tabery, 2008)

### **3.3 Sestra versus sestra**

Na postavení sester v hierarchii dnešních nemocnic můžeme nahlížet dvěma způsoby. Ošetřovatelský personál je podřízen jednak lékařům, což vyžaduje medicínský řád a jednak sesterskému vedení, což je dáno povinnostmi sester. (Bártlová, 2005)

Pro vytváření konstruktivní atmosféry na pracovišti a kvalitu mezilidských vztahů jsou vztahy mezi sesterským managementem a sestrami velmi významné. Z výzkumů pracovních vztahů a spokojenosti sester vyplývá, že pro sestry pracující v ošetřovatelském týmu je důležité mít nad sebou vedení, které jim poskytuje pravidelně dostatek informací o chodu celé nemocnice

i jejich oddělení a dává jim možnost se na něm podílet. Velkou důležitost přikládají sestry dobré organizaci a řízení své práce. Pokud je nedostatek personálu ve směně nebo jsou sestry pověřovány plněním povinností za sanitáře či úklidovými pracemi, vyvolává to v kolektivu konfliktní a stresové situace, které se mohou odrazit v kvalitě poskytované péče. Nezbytným faktorem, přispívajícím k dobrým vztahům v týmu, je motivace a ocenění práce. Finanční ohodnocení je významnou složkou v ocenění, ale velkou váhu má pro sestry uznání jejich práce nejbližšími nadřízenými, staniční a vrchní sestrou a lékařem oddělení. Velkou motivací pro udržování vysoké úrovně ošetrovatelské péče je umožnění zvyšování kvalifikace a odbornosti. Nutno podotknout, že ne všichni vedoucí pracovníci disponují možnostmi a schopnostmi motivovat a slovně ocenit práci svého týmu. Dobré atmosféře v kolektivu přispívá, pokud jsou v něm jedinci spokojeni se svou prací a soukromým životem, dostatečnou sebedůvěrou a schopnostmi. (Bártlová, 2007)

Naopak, pokud sestra necítí podporu týmu nebo není schopná s ním spolupracovat, může se u ní projevit napětí a stres, který může vyvrcholit syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření je proces probíhající v několika fázích, z nichž poslední dvě Apatie a Vyhoření charakterizuje ztráta zájmu o svou osobu a okolí, ztráta empatie, vyhýbání se kontaktu s pacienty a kolegy, vyhýbání se profesním požadavkům. Toto je pro kohokoliv závažný stav, při jehož příznacích by měl vyhledat odbornou pomoc a u zdravotníků zejména je žádoucí předcházet mu snahou o pozitivní pracovní prostředí. (Bártlová, 2005)

Všeobecná sestra ve svém zaměstnání není izolována pouze se spolupracovníky na jednom oddělení či jednotce. Ve své profesi a v rámci péče o pacienta se setkává a komunikuje s ostatními zdravotníky nelékaři, ať to jsou sestry s různým typem specializace (dětské, dietní, psychiatrické, sestry pro intenzivní péči) nebo laboranti, záchranáři, fyzioterapeuti. Také s těmito profesemi tvoří tým, ve kterém musí jednotlivé profese spolupracovat a respektovat se. V roce 2005 byl proveden výzkum prestiže všeobecných sester mezi středními zdravotnickými pracovníky v porovnání s dalšími šestnácti profesemi multidisciplinárního týmu. V hodnoceném souboru byly zastoupeny tato další povolání: dipl. zdravotnický záchranář, dipl. porodní asistentka, dipl. sestra pro intenzivní péči, dipl. dětská sestra, dipl. fyzioterapeut, dipl. oční technik, dipl. zubní technik, farmaceutický laborant, dipl. radiologický asistent, dipl. sestra pro psychiatrii, ortopedicko – protetický technik, dipl. zdravotní laborant, dipl. ergoterapeut, dipl. dietní sestra, dipl. dentální hygienistka, dipl. asistent hygienické služby V tomto srovnání, kde si zdravotníci nelékaři mezi sebou nejvíce

cení povolání zdravotnického záchranáře, obsadilo povolání všeobecné sestry 9. místo, přestože podle Světové zdravotnické organizace představují sestry nejdůležitější přínos pro zdraví jednotlivců a skupin. Výsledek vyplynul jednak z hodnocení ostatními profesemi, ale zároveň i všeobecnými sestrami samotnými, jejichž početní zastoupení ve vzorku respondentů bylo největší. Svůj podíl na výsledku mělo zajisté klima na jednotlivých odděleních i povahové vlastnosti hodnotících zdravotníků. Pořadí prestiže není neměnné, je ale pravděpodobné, že hodnocení jinými i sebehodnocení může mít vliv na vzájemné chování sester a ostatních spolupracovníků. (Janoušková, Melanová, 2005)

### 3.4 Sestra versus lékař

Ve zdravotnických systémech vyspělých zemí, a v současné době se to týká i České republiky, dochází ke změnám v postavení sester vůči lékařům a k vytvoření podmínek pro nezávislou činnost sestry. V souvislosti s těmito změnami se mohou vyskytnout problémy ve vztazích lékařů a sester, které pramení i ze vzájemného nepochopení odpovědnosti a rolí v ošetrovatelské péči a medicíně. Přestože každou skupinu zajímá specifická část léčebného procesu, cítí se v některých zemích lékaři ohroženi možnými zásahy sester s vysokoškolským vzděláním do své oblasti. Je to ovlivněno historicky danou pozicí, kdy lékař vždy stál v hierarchii prestiže výš než sestra. (Bártlová, 2005)

Mezi sestrou, vnímanou lékařem jako podřízenou pracovníci plní jeho příkazy a ordinace, a lékařem můžeme vypořádat následující typy vazeb:

- *bezproblémové podřízení se*  
tradiční interakce, kdy sestra vykazuje absolutní poslušnost, k ničemu se nevyjadřuje, o ničem nerozhoduje
- *neformální skryté rozhodování*  
sestra se snaží nepřímo ovlivňovat proces rozhodování o léčbě, vyjadřuje respekt lékaři
- *neformální neskryté rozhodování*  
sestra otevřeně nabízí své zkušenosti a názory v procesu rozhodování o léčbě
- *formální neskryvané rozhodování*  
*sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta* (Bártlová, 2005, s. 148)

Přestože nelze všeobecně hovořit o napětí nebo konfliktnosti vztahu mezi lékaři a sestrami, mohou se vyskytovat situace, které jsou jednou či druhou stranou vnímány jako negativní a vedou ke zhoršení atmosféry na pracovišti. Podle zahraničního šetření, uveřejněném v časopise *American Journal of Nursing* jsou to situace nejčastěji spojené se selháním komunikace mezi lékařem a ošetrovatelským personálem, žádostmi o opakované objasnění ordinací ze strany sester, nesprávně načasovanými telefonickými hovory lékaři, domnělým nesprávným výkonem ordinací a s náhlými změnami ve stavu pacienta. (Bártlová, 2005)

Na vztahy mezi lékaři a sestrami je možné nahlížet také z pohledu pohlaví osob, zastávajících jednotlivé profese. Povolání sestry je přibližně z 95% výlučně ženské, proto mohou být vůči nim lékaři – muži v dominantním postavení i z důvodů staletými potvrzovanými stereotypy v postavení mužů a žen obecně, kdy je ošetrovatelství bráno v péči o pacienta stále jen jako pomocná role. Poněkud jiná úroveň vztahů se může vyvíjet mezi sestrami a lékařkami, jejichž počet v medicíně stále stoupá. Ženy tvoří téměř 56% absolventů lékařských fakult a mají později většinové zastoupení v oborech stomatology, všeobecné lékařství a zejména pediatrie. Na jedné straně k sobě mohou mít blíž jako ženy, na straně druhé mohou být lékařky znevýhodněny pocity menšího respektu a uznání ze strany sester. Zejména mladší lékařky na počátku kariéry udávají menší míru spolupráce ze strany sester než lékařky s vyšším profesním postavením a délkou praxe. V některých případech však může žena lékařka vystupovat ještě mnohem dominantněji než lékař. Jsou to situace, kdy lékař - muž mluví a jedná galantně vzhledem k tomu, že je sestra žena, zatímco lékařka tuto potřebu nemá. (Bártlová, 2008)

Vztahy mezi lékaři a sestrami významně ovlivňují atmosféru ve zdravotnickém týmu. Důsledkem špatných vztahů nastává oboustranná pracovní nespokojenost a ztráta motivace, v závažnějších případech fluktuace sester i lékařů a pokles kvality péče o pacienta. Dobrou prevencí nežádoucích důsledků i konfliktních situací se zdá být vytváření příležitostí otevřené skupinové diskuze, aktivní přístup managementu k řešení personálního obsazení a materiálního vybavení, školicí programy na zlepšení týmové práce a komunikace v týmu. Pozitivně ovlivňuje vztahy v celém týmu setkávání mimo pracovní prostředí. (Buriánek, Malina, 2009)

# EMPIRICKÁ ČÁST

## Cíle empirické části

### 1. Zjistit, jaká panuje atmosféra ve zdravotnických týmech

Dílčí cíle:

- ◆ Identifikovat nejčastější příčiny konfliktů v týmu
- ◆ Charakterizovat způsoby řešení konfliktních situací
- ◆ Porovnat způsob řešení konfliktů vzhledem k věku a délce praxe respondentů

### 2. Zjistit optimálnost personálního zajištění na pracovištích

### 3. Identifikovat nejvíce zatěžující pracovní činnosti

### 4. Zjistit postavení sester vůči lékařům a ostatním členům v týmu

Dílčí cíle:

- ◆ Vysledovat nejčastější způsob odměňování sester
- ◆ Porovnat vyjádření uznání od nadřízených sester a lékařů
- ◆ Shrnout možnost vyjádření vlastního názoru na péči o pacienta

### 5. Upozornit na pověřování sester úkoly mimo kompetence

Dílčí cíle:

- ◆ Charakterizovat úkoly od nadřízených sester
- ◆ Charakterizovat úkoly od lékařů

### 6. Shrnout největší pozitiva týmové práce

## **4 Zkoumaný soubor a použité metody**

Soubor respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, tvořily všeobecné sestry, pracující v Nemocnici s poliklinikou a.s. v České Lípě. Dotazníky jim byly na oddělení distribuovány prostřednictvím vrchních sester jednotlivých oddělení.

Podmínkou pro účast v dotazníkovém šetření bylo, aby všeobecná sestra pracovala bez odborného dohledu.

Výzkum byl realizován 8. – 30. 11. 2010 prostřednictvím anonymního dotazníku, který obsahoval 22 položek, z toho 6 otázek bylo zaměřeno na sociodemografické údaje a 2 položky poskytovaly prostor pro volné vyjádření respondentů. V otázkách dotazníku se mohli respondenti rozhodnout pro jednu možnou odpověď, v některých otázkách bylo možné označit i několik z nabízených možností odpovědi.

Při tvorbě dotazníku jsem vycházela z údajů vyplývajících z japonské studie Rei Ushiro publikované v *Journal of Advanced Nursing* (2009), která popisovala vývoj testovací škály pro výzkum spolupráce sester a lékařů Nurse – Physician Collaboration Scale. Dalším zdrojem námětů pro otázky použité v dotazníku byla, s laskavým svolením Mgr. Daniely Beňadikové, práce slovenských autorek D. Beňadikové a T. Rapčíkové, které provedly svůj výzkum v několika nemocnicích na Slovensku a jehož výsledky byly prezentovány v časopise *Sestra* (12/2009) pod názvem *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*.

### **4.1 Způsob zpracování výsledků dotazníkového šetření**

Vrácené dotazníky byly spočítány a byly vyřazeny neúplně vyplněné dotazníky jako neplatné. Neplatné dotazníky nejsou zahrnuty do výsledků výzkumu. Interpretace výsledků výzkumu je provedena prostým matematickým součtem a procentuálním vyjádřením. Výsledky odpovědí na jednotlivé otázky jsou vyjádřeny v tabulkách a zobrazeny v grafech.

## 4.2 Kvantitativní zhodnocení dotazníků a identifikačních údajů

Mezi respondenty bylo rozdáno celkem 80 dotazníků, vrátilo se 76 dotazníků, návratnost tedy činila 95%. 1 dotazník byl vyřazen jako neplatný pro neúplné vyplnění v otázkách s potřebou označit některou z nabízených možností, zpracováno tedy bylo 75 dotazníků, což znamená 93% z rozdaných dotazníků.

Dále bude popsáno, sloučeno do tabulek a vyobrazeno v grafech vyhodnocení dotazníků dle věkového složení, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe, pracoviště a velikosti kolektivu, ve kterém jednotliví respondenti pracují.

### Porovnání respondentů podle pohlaví

#### Otázka č. 18

Jste

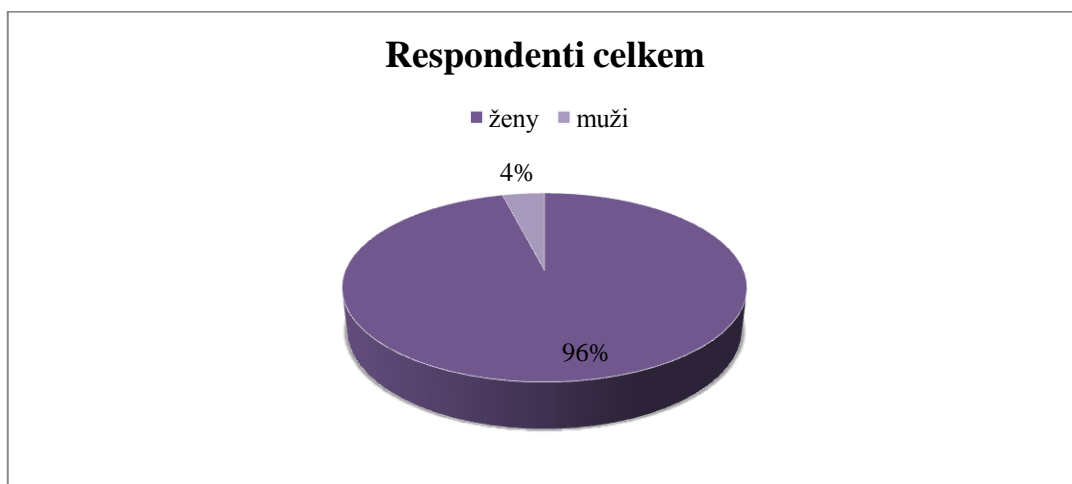
- Žena
- Muž

Celkový počet všeobecných sester pracujících bez odborného dohledu, jejichž vyplněný dotazník byl zahrnutý do výsledků šetření, byl 75. Z tohoto počtu bylo 72 žen a 3 muži.

Tabulka č. 1 Respondenti – celkem, muži/ ženy

Respondenti	Počet	Procenta
ženy	72	96%
muži	3	4%
celkem	75	100%

Graf č. 1 Podíl mužů a žen vyjádřený v procentech



## Porovnání respondentů dle věku

### Otázka č. 19

Váš věk

- do 25 – ti let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 a více

Tabulka č. 2 Věková struktura respondentů

Věk	Počet	z toho ženy	muži	Procenta
do 25 let	9	8	1	12%
26-35let	23	22	1	31%
36-45 let	25	25	0	33%
46-55 let	17	16	1	23%
56 let a více	1	1	0	1%
Celkem	75	72	3	100%

Graf č. 2 Věková struktura respondentů – zastoupení vyjádřené v procentech



Nejvíce byla mezi respondenty zastoupena skupina sester (žen) ve věkovém rozmezí 36 – 45 let (tvořily 33%), nejmenší počet byl z nejvyšší věkové skupiny nad 56 let 1 sestra.

## Porovnání respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

### Otázka č. 20

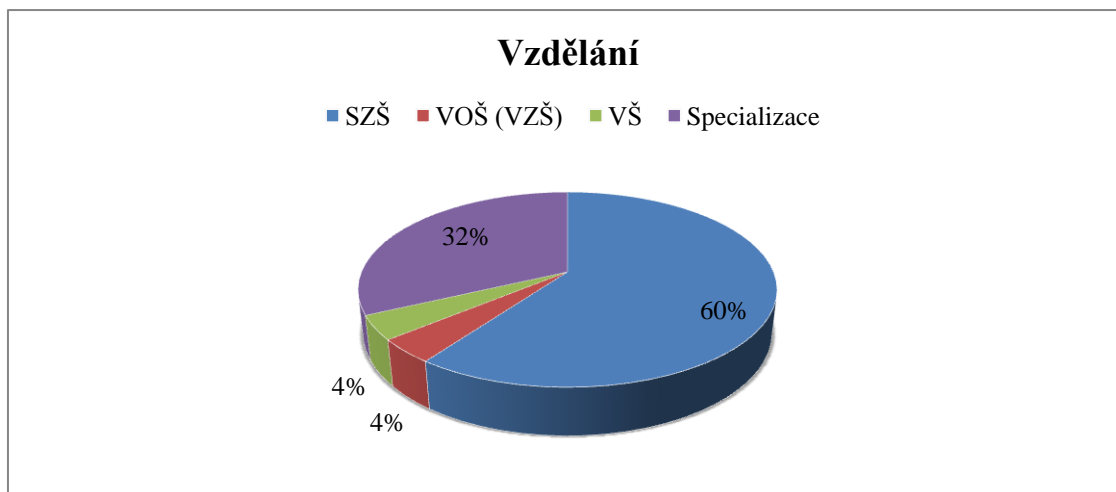
Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Střední odborné (SZŠ)
- Vyšší odborné (VOŠ)
- Vysokoškolské
- Specializační studium (ARIP, PSS, apod.)

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet	Procenta
Střední odborné (SZŠ)	45	60%
Vyšší odborné (VOŠ)	3	4%
Vysokoškolské	3	4%
Specializační (ARIP,PSS.....)	24	32%
Celkem	75	100%

Graf č. 3 Nejvyšší dosažení vzdělání



Nejvíce dotazovaných sester (60%), má nejvyšší ukončené vzdělání na Střední zdravotnické škole. Další velkou skupinu tvoří specializační studium (32%) a v malém zastoupení jsou sestry s vyšším odborným (4%) a vysokoškolským vzděláním (4%). Ze sester s vyšším odborným vzděláním jsou 2 ve věku 26-35 let a 1 do dvaceti pěti let. U vysokoškolsky vzdělaných jsou to naopak 2 mladší dvaceti pěti let a jedna ve věku 36 – 45 let.

## Porovnání délky odborné praxe

### Otázka č. 21

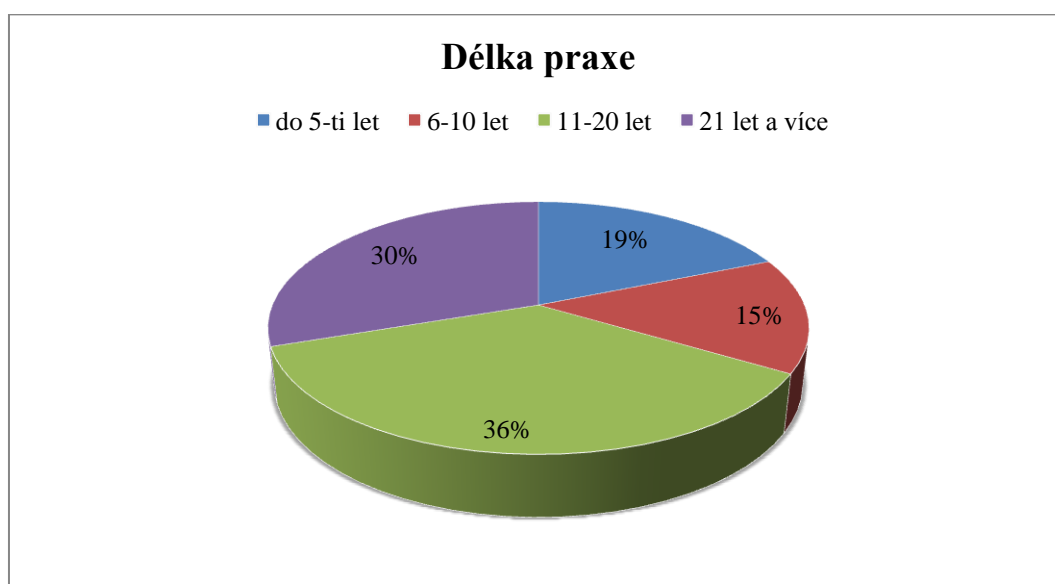
Délka Vaší praxe

- do 5 – ti let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 let a více
- 

Tabulka č. 4Délka praxe jednotlivých respondentů

Délka praxe	Počet	Procenta
do 5-ti let	14	19%
6-10 let	11	15%
11-20 let	27	36%
21 let a více	23	30%
celkem	75	100%

Graf č. 4Délka praxe jednotlivých respondentů v procentech



Nejvíce z dotazovaných sester (36%) uvedlo délku své odborné praxe v trvání 11-20 let, 30% sester má odbornou praxi 21 a více let, 19% sester pracuje méně než 5 let a 15% sester má odbornou praxi v trvání 6-10 let.

## Porovnání typu pracoviště (oddělení)

### Otázka č. 1

Vaším pracovištěm je

- standardní lůžkové oddělení
- JIP nebo ARO
- ambulance
- jiné, prosím uveďte.....

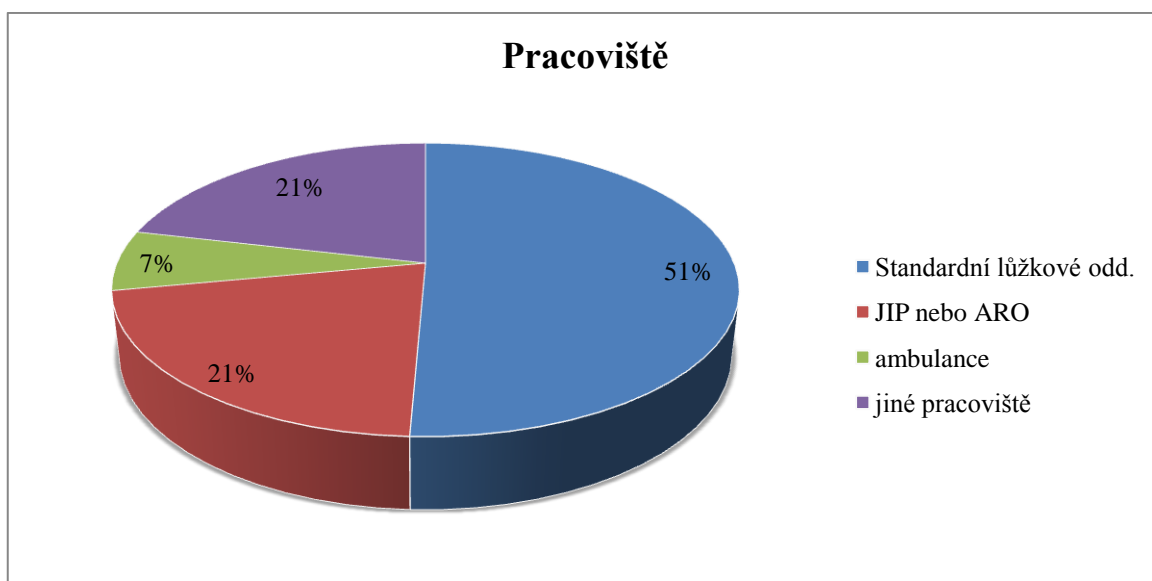
Tabulka č. 5 Pracoviště dotazovaných sester

Pracoviště	Počet	Procenta
Standardní lůžkové oddělení	38	51%
JIP nebo ARO	16	21%
ambulance	5	7%
jiné pracoviště	16	21%
Celkem	75	100%

Tabulka č. 6 Upřesnění odpovědi sester „Jiné pracoviště“

Jiná pracoviště	Počet
Centrální příjem	3
Hemodialýza	2
Lůžka následné péče (LDN)	11
Celkem	16

Graf č. 5 Procentuální vyjádření počtu sester na jednotlivých pracovištích



Nejpočetnější skupinu, více než polovinu (51%), tvoří sestry pracující na standardních lůžkových odděleních, 16% sester pracuje na odděleních intenzivní péče nebo ARO a 5% v ambulantní složce. 16% dotazovaných sester uvedlo jiné pracoviště, a to Centrální příjem, Hemodialýzu a Lůžka následné péče, což jsou svým způsobem velmi specifická oddělení skladbou pacientů i druhem poskytované péče. Muži, kteří vyplňovali dotazník, pracují 2 na oddělení Lůžek následné péče (LDN) a 1 na Jednotce intenzivní péče nebo ARO.

## Porovnání velikosti pracovního kolektivu

### Otázka č. 2

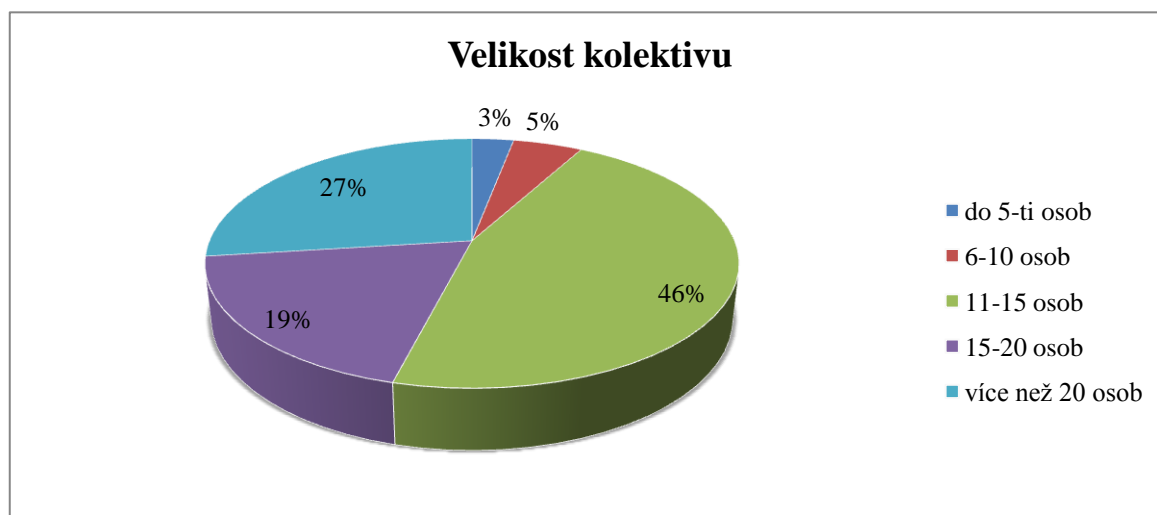
Jak velký je kolektiv, ve kterém pracujete

- do 5 – ti osob
- 6 – 10 osob
- 11 – 15 osob
- 15 – 20 osob
- více než 20 osob

Tabulka č. 7 Velikost pracovního kolektivu a počet sester, které v něm pracují

Velikost kolektivu	Počet	Procenta
do 5-ti osob	2	3%
6-10 osob	4	5%
11-15 osob	35	46%
15-20 osob	14	19%
více než 20 osob	20	27%
Celkem	75	100%

Graf č. 6 Procentuální vyjádření počtu sester podle velikosti kolektivu, ve kterém pracují



Nejvíce dotazovaných sester (46%) uvedlo, že pracují v kolektivu čítajícím 11-15 osob, 27% sester pracuje v kolektivu s více než 20 osobami, 19% sester tvoří kolektiv s 15-20 osobami, 5% je součástí pracovní skupiny o 6-10 osobách a 3% mají méně než 5 spolupracovníků.

## 5 Analýza výsledků vlastního výzkumu

Na otázky týkající se zjištění toho, jak sestry vnímají své postavení v pracovním týmu, mohli respondenti označit jednu nebo více z nabízených možností. V některých otázkách dopisovali ještě další alternativu odpovědi, která nebyla součástí původního dotazníku, ale je zohledněna ve výsledku výzkumu. U otázek, kterých se to týká, bude tato možnost vždy uvedena s vysvětlením. Dotazník k bakalářské práci tvoří Přílohu č. 1. Otázky č. 10 a č. 22 dávaly volný prostor k vyjádření vlastního námětu či postoje bez předem definovaných možností.

### Otázka č. 3:

Atmosféru na vašem pracovišti považujete spíše za

- a) přátelskou až rodinnou, můžete se na sebe obrátit s pracovními i soukromými problémy
- b) neutrální
- c) napjatou až konfliktní

Tabulka č. 8 Atmosféra na pracovišti sester

Atmosféra na pracovišti	Počet	Procenta
přátelská až rodinná	46	61%
neutrální	27	36%
napjatá až konfliktní	2	3%
Celkem	75	100%

Graf č. 7 Procentuální vyjádření počtu sester podle atmosféry na pracovišti



Více než polovina dotazovaných sester (61%) považuje atmosféru na svém pracovišti za přátelskou až rodinnou, kdy se na sebe mohou vzájemně obrátit s pracovními i soukromými problémy. 36% sester pracuje v neutrální pracovní atmosféře a 3%, tedy 2 sestry označily atmosféru na svém pracovišti jako napjatou až konfliktní. Obě tyto sestry pracují na standardním lůžkovém oddělení, první v kolektivu s 11- 15 kolegyněmi/ kolegy, je ve věkové kategorii do 25 let, s odbornou praxí do pěti let, se středním odborným vzděláním (SZŠ). Druhá sestra působí na pracovišti o 15-20 osobách, její věk je mezi 26-35 lety, s odbornou praxí 6 – 10 let a středním odborným vzděláním (SZŠ).

#### Otázka č. 4

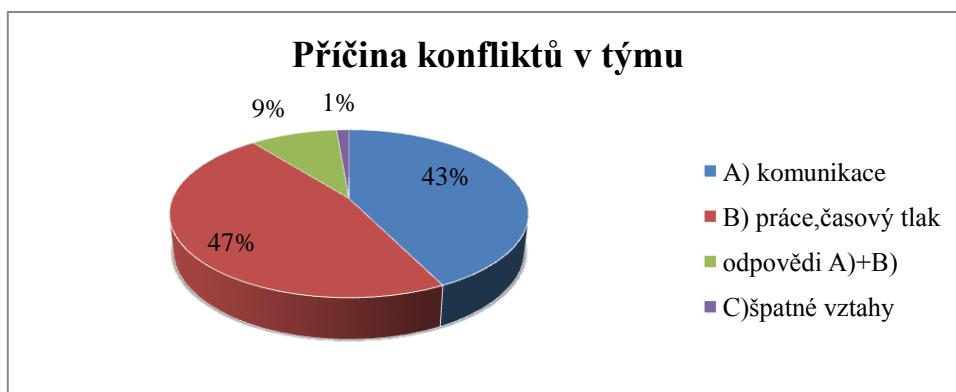
Vyskytnou – li se ve vašem týmu konfliktní situace, je to nejčastěji v souvislosti s

- a) vzájemným nepochopením, nedostatky v komunikaci, špatným přenosem informací
- b) náročností práce a časovým tlakem
- c) špatnými interpersonálními vztahy
- d) v jiné souvislosti, prosím uveďte.....

Tabulka č. 9 Souvislosti výskytu konfliktních situací v týmu

Příčina konfliktů v týmu	Počet	Procenta
a) nepochopení, nedostatky v komunikaci	32	43%
b) náročnost práce, časový tlak	35	47%
a) + b)	7	9%
c) špatné interpersonální vztahy	1	1%
Celkem	75	100%

Graf č. 8 Procentuální podíl faktorů na vzniku konfliktní situace



Nejčastější příčinou vzniku konfliktů na pracovišti se u dotazovaného souboru ukázala náročnost vykonávané práce a časového tlaku, kterému jsou sestry vystaveny. Tuto možnost označilo 47% respondentů. Druhou nejčastější příčinou je vzájemné nepochopení, špatný přenos informací a nedostatky v komunikaci, které se na vzniku konfliktů podílí 43%. 9% sester označilo kombinaci obou možností, tedy komunikační nedostatky a náročnost práce v časovém tlaku. Pouze 1 sestra považuje za příčinu konfliktů ve svém týmu špatné interpersonální vztahy.

### Otázka č. 5

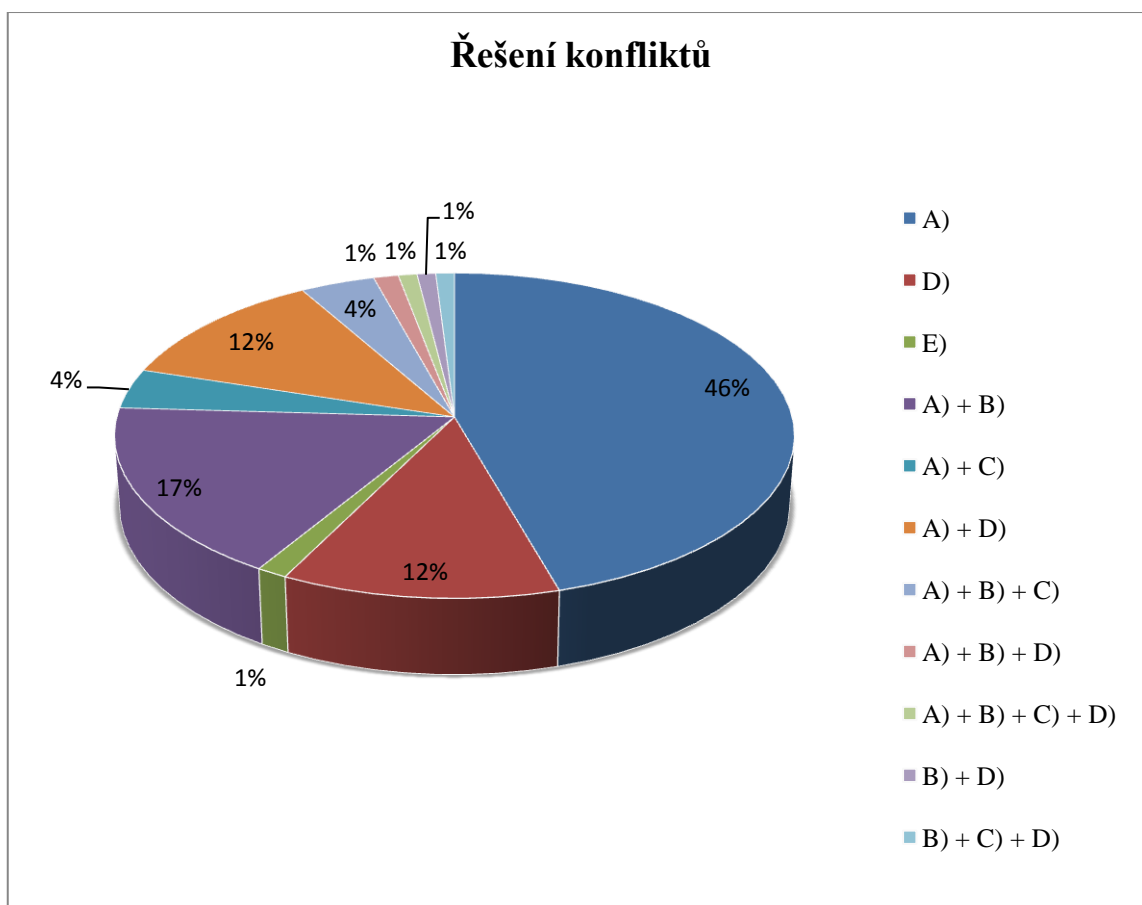
Jak řešíte konfliktní situace? (Můžete označit i více možností)

- a) sama (sám) s tím, koho se to týká
- b) přes nadřízeného pracovníka
- c) na společných provozních poradách
- d) vyhýbám se konfliktům
- e) konflikty neřeším
- f) jinak, prosím uveďte.....

Tabulka č. 10 Způsob řešení konfliktních situací

Řešení konfliktů	Počet	Procenta
A) sama (sám) s tím, koho se to týká	34	46%
D) vyhýbám se konfliktům	8	12%
E) konflikty neřeším	1	1%
A) + B) sama (sám) + přes nadřízeného	13	17%
A) + C) sama (sám) + na poradách	3	4%
A) + D) sama (sám) + vyhýbám se konfliktům	9	12%
A) + B) + C) sama (sám) + přes nadřízeného + na společných poradách	3	4%
A) + B) + D) sama (sám) + přes nadřízeného + vyhýbám se konfliktům	1	1%
A) + B) + C) + D) sama (sám) + přes nadřízeného + na společných poradách + vyhýbám se konfliktům	1	1%
B) + D) přes nadřízeného + vyhýbám se konfliktům	1	1%
B) + C) + D) přes nadřízeného + na společných poradách + vyhýbám se konfliktům	1	1%
Celkem	75	100%

Graf č. 9 Procentuální vyjádření způsobu řešení konfliktů



Vyřešení konfliktu pouze přímo s tím koho se týká, používá 46% dotázaných, 12% sester se konfliktům vyhýbá a 1% je vůbec neřeší. Velké zastoupení (17%) má skupina respondentů, kteří spory řeší sami nebo přes nadřízeného pracovníka, a také ti, kteří je řeší sami nebo se konfliktům vyhýbají (12%). 4% sester řeší konflikty s tím, koho se týkají a také na společných poradách. Ti, kteří volí možnost řešení přes nadřízeného pracovníka, na společných poradách nebo si své konflikty řídí sami, jsou zastoupeni také čtyřmi procenty. Čtyři sestry označily různé kombinace možných řešení svých konfliktů, z nichž každá tvoří 1% z celkového počtu dotazovaných.

## Otázka č. 6

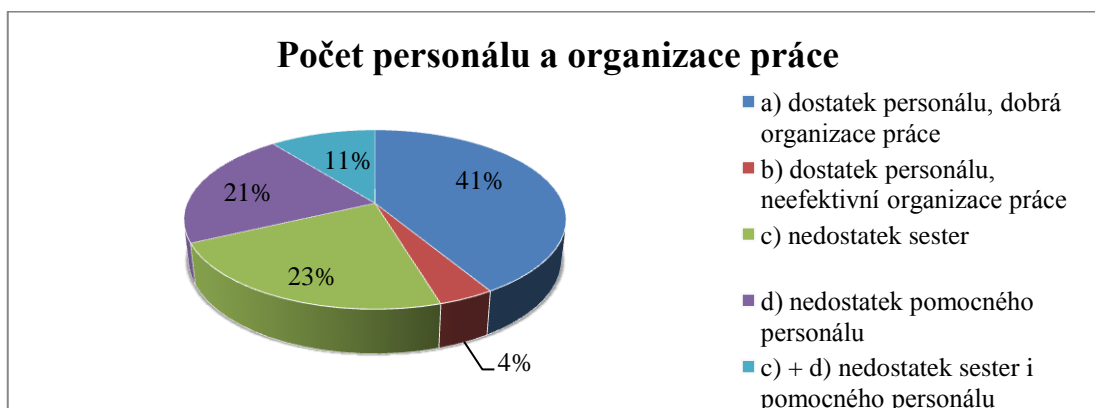
Máte pocit, že na jednotlivých směnách na Vašem pracovišti pracuje dostatečný počet personálu, včetně pomocného, a práce je dobře organizovaná?

- a) ano, personálu je dostatek, práce je dobře organizovaná
- b) ano, personálu je dostatek, ale organizace práce je neefektivní
- c) ne, personálu je nedostatek, zejména sester je ve směně málo
- d) ne personálu je nedostatek, chybí zejména pomocný personál

Tabulka č. 11 Organizace práce na oddělení

Počet personálu a organizace práce	Počet	Procenta
a) dostatek personálu, dobrá organizace	31	41%
b) dostatek personálu, neefektivní organizace práce	3	4%
c) nedostatek personálu, zejména sester	17	23%
d) nedostatek personálu, zejména pomocného	16	21%
c)+d) nedostatek sester i pomocného personálu	8	11%
Celkem	75	100%

Graf č. 10 Procentuální vyjádření názorů na počty personálu



Z odpovědí na počet personálu vyplývá, že je většina respondentů přesvědčena o nedostatku personálu. Jako nedostatečný označilo počet sester 23% dotázaných, 21% dotázaných vnímá nedostatek pomocného personálu a v 11% chybí na pracovišti sestry i pomocný personál.

Respondentů spokojených s personálním zajištěním a organizací práce je 41% ze všech dotázaných a 4% vadí neefektivní organizace práce při dostatečném počtu zdravotníků.

## Otázka č. 7

Které z vašich pracovních činností považujete za největší zátěž?

- a) fyzická zátěž spojená s péčí o pacienty
- b) odborná péče o pacienty
- c) administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace
- d) vykonávání práce za nižší zdravotnický personál
- e) jiné, prosím uveďte.....

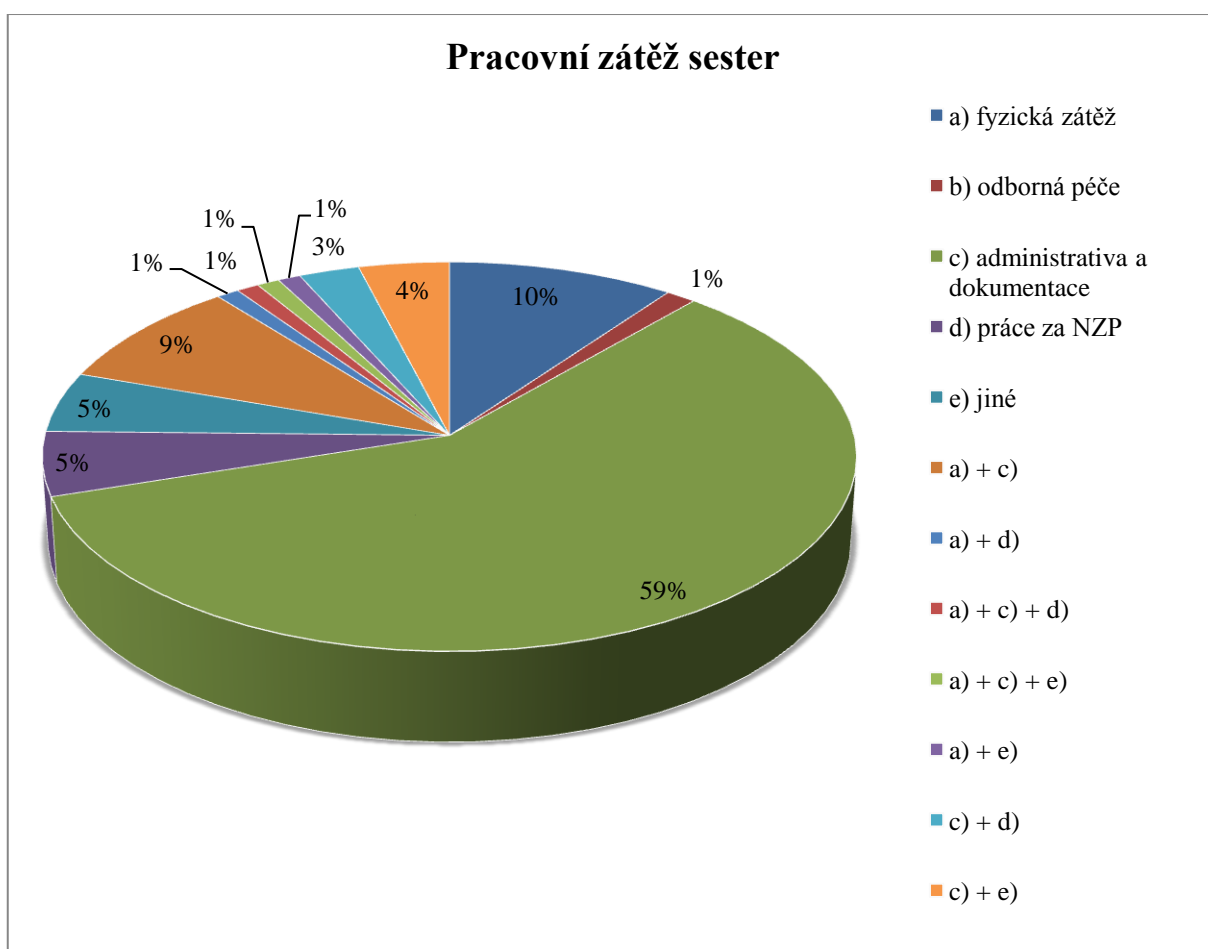
Tabulka č. 12 Nejvíce zatěžující pracovní činnosti

Největší pracovní zátěž	Počet	Procenta
a) fyzická zátěž spojená s péčí o pacienty	7	10%
b) odborná péče o pacienty	1	1%
c) administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace	44	59%
d) práce za nižší zdravotnický personál	4	5%
e) jiné	4	5%
a) + c) fyzická zátěž + administrativa	6	9%
a) + d) fyzická zátěž + práce za NZP	1	1%
a) + c) + d) fyzická zátěž+administrativa+práce za NZP	1	1%
a) + c) + e) fyzická zátěž+administrativa+jiné	1	1%
a) + e) fyzická zátěž + jiné	1	1%
c) + d) administrativa + práce za NZP	2	3%
c) + e) administrativa + jiné	3	4%
Celkem	75	100%

Tabulka č. 13 Pracovní činnosti, uváděné pod možností e)

Odpověď na možnost otázky č.7 e) jiná zátěž	Počet sester
psychická	5
nové odborné výkony	1
práce s ošetrovatelskými diagnózami	1
občasná komunikace s méně chápavými klienty	1
spolupráce s lékaři	1
komunikace s rodiči dětských pacientů	1

Graf č. 11 Největší pracovní zátěž vyjádřená v procentech



Z vyhodnocení odpovědí na otázku ohledně největší pracovní zátěže, které jsou sestry ze svého pohledu vystaveny, vychází nejhůře administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace. Tuto možnost označilo 59% dotázaných a také se objevuje u 9% společně s fyzickou zátěží, u 3% společně s prací za NZP, u 4% společně s jinou zátěží. 1% sester za největší zátěž považuje fyzickou námahu s administrativou a prací za NZP a další 1% fyzickou námahu, administrativu a jinou zátěž. Druhou největší zátěží pro sestry se ukázala být fyzická námaha spojená s péčí o pacienty, a to u 10% dotázaných, z nichž 1 pracuje na standardním oddělení, 2 na JIP nebo ARO, 3 na lůžkách následné péče a 1 sestra na hemodialyzačním středisku. Dále se fyzická námaha objevovala v kombinacích odpovědí uvedených výše a také u 1% společně s jinou zátěží. 5% sester nejvíce zatěžuje práce na nižší zdravotnický personál a 5% jiná zátěž, podrobněji zmíněná v tabulce č. 13.

## Otázka č. 8

Jak jste za svou práci odměňován/a?

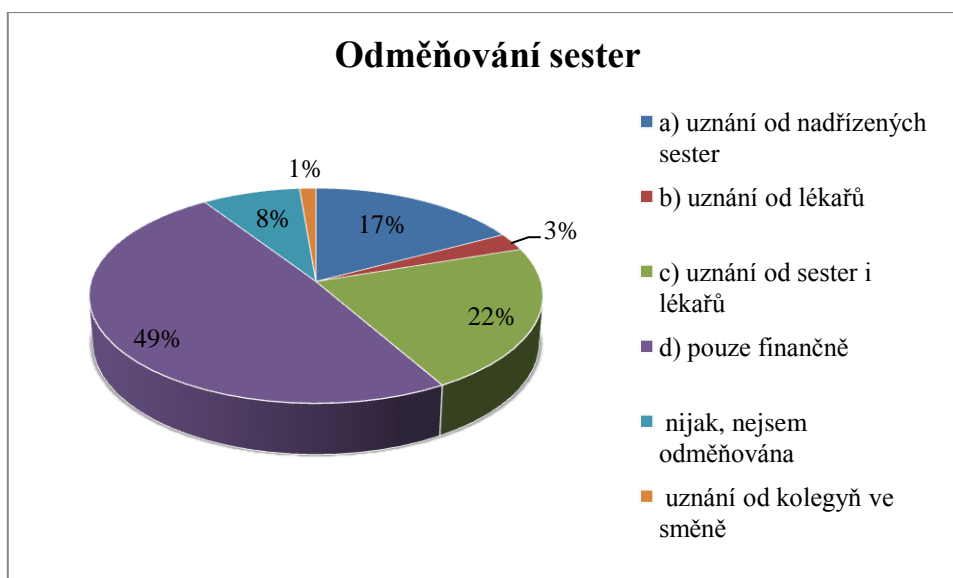
- a) dostává se mi uznání od nadřízených sester
- b) dostává si mi uznání od lékařů
- c) dostává se mi uznání od nadřízených sester i lékařů
- d) pouze finančně

U této otázky doplnilo 7 respondentů (9%) možnost **e)**, která nebyla v nabídce odpovědí v původním dotazníku, kde 6 z nich dopsalo e) nijak, nejsem odměňována, a 1 sestra dopsala možnost e) uznání od kolegyň ve směně. Tyto odpovědi jsou zohledněny ve výsledcích výzkumu.

Tabulka č. 14 Odměňování sester za práci

Jak jste za svou práci odměňován/a?	Počet	Procenta
a) dostává se mi uznání od nadřízených sester	13	17%
b) dostává se mi uznání od lékařů	2	3%
c) dostává se mi uznání od nadřízených sester i lékařů	16	22%
d) pouze finančně	37	49%
e) nijak, nejsem odměňována	6	8%
uznání od kolegyň ve směně	1	1%
Celkem	75	100%

Graf č. 12 Typ odměňování sester vyjádřený v procentech



49% sester považuje za jediné ohodnocení své práce finanční odměnu – výplatu, kde se u této možnosti v dotaznících několikrát objevil dovětek, že ani finanční ohodnocení není dostačující. Téměř čtvrtině dotázaných (22%) se dostává uznání od nadřízených sester a lékařů. Uznání pouze od nadřízených sester označilo 17% a pouze od lékařů 3% dotázaných.

8% (6) respondentů se cítí být odměňováno nijak, necítí uznání nadřízených a finanční ohodnocení nepovažují za adekvátní odměnu své práce. Čtyři z těchto sester pracují na standardních odděleních, jedna na JIP nebo ARO a jedna na oddělení LDN. Délka jejich praxe je ve dvou případech do pěti let. U dvou sester 11 – 20 let a dvě sestry mají praxi více než 21 let.

Jedna sestřička dopsala k odpovědím, že je odměňována uznáním od kolegyň ve směně, pracuje na standardním lůžkovém oddělení v kolektivu 11 – 20 osob a délka její praxe je do pěti let.

### Otázka č. 9

Myslíte si, že máte u lékařů odborné uznání?

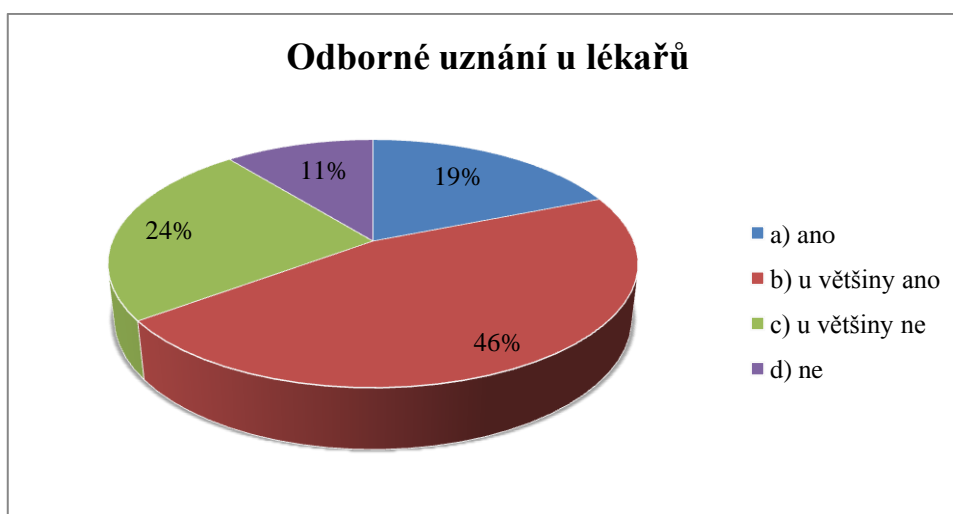
- a) ano
- b) u většiny ano
- c) u většiny ne
- d) ne

U této otázky 1 respondentka napsala odpověď **nevím**, proto bylo vyhodnoceno 74 odpovědí.

Tabulka č. 15 Odborné uznání u lékařů

Myslíte si, že máte u lékařů odborné uznání?	Počet	Procenta
a) ano	14	19%
b) u většiny ano	34	46%
c) u většiny ne	18	24%
d) ne	8	11%
Celkem	74	100%

Graf č. 13 Názor na uznání sester lékaři vyjádřený v procentech



O svém odborném uznání ze strany lékařů je přesvědčeno 19% dotázaných. Největší skupinou (46%) jsou sestry, které jsou přesvědčeny o uznání u většiny lékařů. 24% si naopak myslí, že u většiny lékařů uznání nemají a 11% sester je přesvědčeno, že nemají u lékařů uznání vůbec.

### Otázka č. 10

Co si myslíte, že mohou sestry samy udělat pro celkové zvyšování vlastní prestiže a ocenění?

Otázka nenabízela žádnou možnost odpovědi, respondentům byl ponechán prostor k vyjádření vlastního názoru, což využilo 53 dotázaných. Někteří napsali i větší počet návrhů, tyto jsou seřazeny v tabulce sestupně dle četnosti výskytu.

Tabulka č. 16 Návrhy na aktivity ke zvýšení prestiže sester

Návrhy aktivit ke zvýšení prestiže sester	Četnost
sebevzdělávání, studium, zvyšování kvalifikace	33x
pracovat profesionálně, důsledně, zodpovědně, kvalitně a se zájmem	12x
profesionální chování, vystupování, důvěryhodnost	7x
nic	5x
nevím	4x
sjednocení se, sdružování v profesních organizacích, hájení zájmů sester	3x
lidskost, vstřícnost	2x
prezentovat náročnost profese veřejnosti	2x
nepodceňovat sama sebe, umět se prodat	2x
proč? Stejně snahu nikdo neocení	2x
flexibilita	1x
bezkonfliktnost	1x
specializace	1x
prosazení ošetrovatelského názoru	1x
zlepšit komunikaci s vedoucími pracovníky	1x
přetrhnout se	1x

## Otázka č. 11

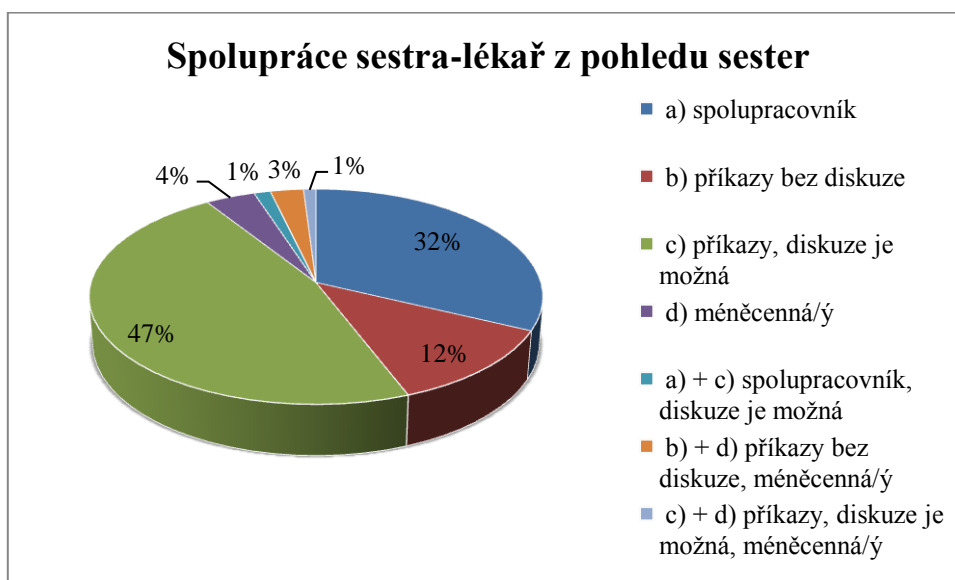
Ve vztahu k lékaři se cítíte jako

- a) spolupracovník
- b) vykonavatel příkazů bez diskuzí
- c) vykonavatel příkazů diskuze je možná
- d) méněcenná/ý

Tabulka č. 17 Úroveň spolupráce sestry - lékař z pohledu sester

Ve vztahu k lékaři se cítíte jako	Počet	Procenta
a) spolupracovník	24	32%
b) vykonavatel příkazů bez diskuzí	9	12%
c) vykonavatel příkazů, diskuze je možná	35	47%
d) méněcenná/ý	3	4%
a) + c) spolupracovník, diskuze je možná	1	1%
b) + d) příkazy bez diskuze, méněcenná/ý	2	3%
c) + d) příkazy, diskuze je možná, méněcenná/ý	1	1%
Celkem	75	100%

Graf č. 14 Spolupráce sestry - lékař z pohledu sester vyjádřená v procentech



V oblasti spolupráce mezi sestrami a lékaři vyplývá z výsledků, že se 32% sester cítí být spolupracovníkem lékaře a 47% jako vykonavatel lékařových příkazů, o kterých je možné vést diskuzi. Oproti tomu 12% sester uvedlo, že se cítí být vykonavatelem příkazů bez možné diskuze a pocit méněcennosti má ve vztahu k lékaři 4% respondentů, tedy 3 sestry. Všechny tři pracují na standardním oddělení, dvě z nich jsou ve věkovém rozmezí 26 – 35 let, věk třetí z nich je 36 – 45 let.

Jedna sestra uvedla, že se cítí být lékařovou spolupracovnicí s možnou diskuzí při vykonávání jeho příkazů. Dvě ze sester označili kombinací možností, kde vyjadřují pocit méněcennosti společně s vykonáváním příkazů bez diskuzí a jedna dotázaná se cítí být ve vztahu k lékaři méněcennou, ale udala možnost diskuze nad jeho příkazy.

### Otázka č. 12

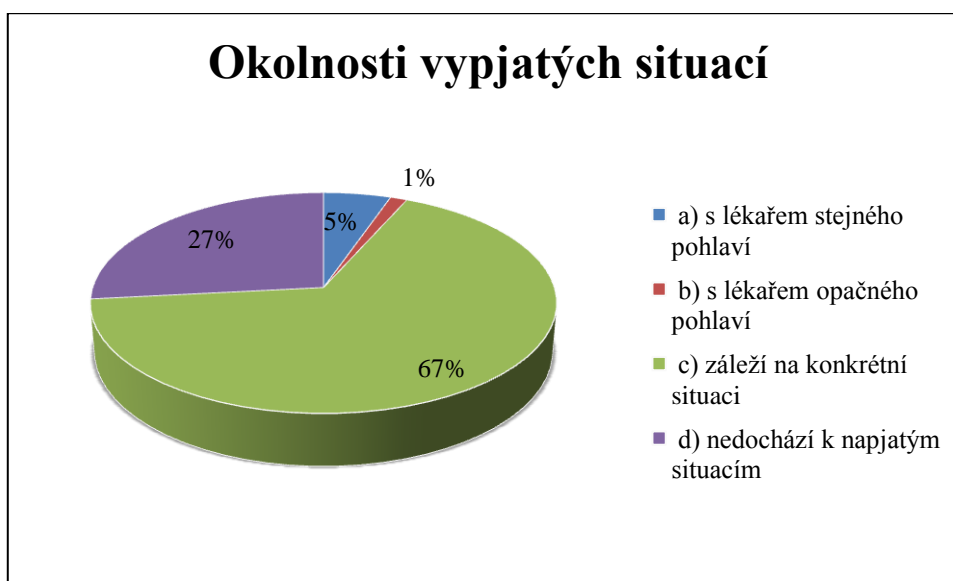
Pokud se mezi Vámi a lékařem vyskytnou napjaté situace, je to spíše

- a) s lékařem stejného pohlaví, jako jste Vy
- b) s lékařem opačného pohlaví
- c) záleží spíše na konkrétní situaci
- d) mezi Vámi a lékaři nedochází k napjatým situacím

Tabulka č. 18 Napjaté situace mezi sestrami a lékaři

Pokud se mezi Vámi a lékařem vyskytnou napjaté situace, je to spíše	Počet	Procenta
a) s lékařem stejného pohlaví, jako jste Vy	4	5%
b) s lékařem opačného pohlaví	1	1%
c) záleží spíše na konkrétní situaci	50	67%
d) mezi Vámi a lékaři nedochází k napjatým situacím	20	27%
Celkem	75	100%

Graf č. 15 Okolnosti vypjatých situací vyjádřené v procentech



Dojde-li mezi sestrami a lékaři k vypjatým situacím, je to u 67% respondentů závislé na konkrétní situaci, u 5% sester to bývá s lékařem stejného pohlaví a u jedné sestry spíše s lékařem opačného pohlaví. 27% dotázaných sester se nedostává s lékaři do napjatých situací.

### Otázka č. 13

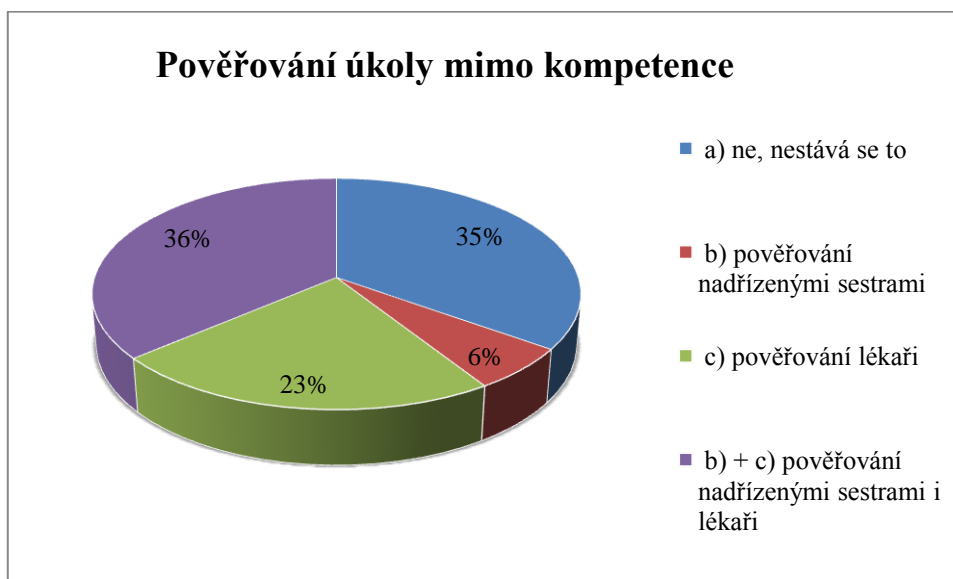
Stává se, že na Vašem pracovišti býváte pověřován/a úkoly, které přesahují rámec Vašich kompetencí a pracovních povinností?

- a) Ne, nestává se to
  - b) Ano bývám pověřován/a nadřízenými sestrami, zejména pracemi za nižší zdravotnický personál
    - doprovázení pacientů na vyšetření
    - odnášení materiálu do laboratoře
    - úklidové práce
    - jiné, prosím uveďte.....
  - c) Ano, bývám pověřována lékaři, zejména odbornými výkony
    - ordinace lékařem po telefonu
    - aplikace transfuzí
    - cévkování muže (netýká se sester pro intenzivní péči)
    - chirurgické převazy
    - jiné.....
- nebo administrativními výkony
- vyplňování žádanek
  - agenda pojišťovny
  - sjednávání konziliárních vyšetření
  - jiné.....

Tabulka č. 19 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence

Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence	Počet	Procenta
a) ne, nestává se to	26	35%
b) ano, pověřování od nadřízených sester	5	6%
c) ano, pověřování od lékařů	17	23%
b) + c) pověřování od nadřízených sester a lékařů	27	36%
Celkem	75	100%

Graf č. 16 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence v procentech



Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že 35% sester nebývá pověřováno úkoly nad rámec svých kompetencí a pracovní náplně. Naproti tomu téměř stejný počet sester (36%) bývá těmito úkoly pověřováno od nadřízených sester i lékařů.

23% dotázaných označilo, že vykonávají navíc pouze úkoly, které jsou v kompetencích lékařů, a 6% sester vykonává činnosti za nižší zdravotnický personál, kterými je pověřují nadřízené sestry.

V následujících tabulkách je výčet činností nad rámec kompetencí a pracovní náplně sester, seřazen sestupně podle četnosti výskytu v sedmdesáti pěti dotaznících.

Tabulka č. 20 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence nadřízenými sestrami

Pověřování nadřízenými sestrami	Četnost
odnášení materiálu do laboratoře	25x
úklidové práce	24x
doprovázení pacientů na vyšetření	23x
jiné: doplňování materiálu	1x
náplň práce NZP	1x
sekretářka	1x

Tabulka č. 21 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence lékařem – odborné výkony

Pověřování lékařem - odborné výkony	Četnost
ordinace lékařem po telefonu	37x
chirurgické převazy	20x
aplikace transfuzí	6x
jiné: zavádění periferního žilního katétru	1x
cévkování muže	0

Tabulka č. 22 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence lékařem – administrativa

Pověřování lékařem - administrativa	Četnost
vyplňování žádanek	23x
sjednávání konziliárních vyšetření	22x
jiné: DNP (neschopenky)	4x
agenda pojišťovny	3x

#### Otázka č. 14

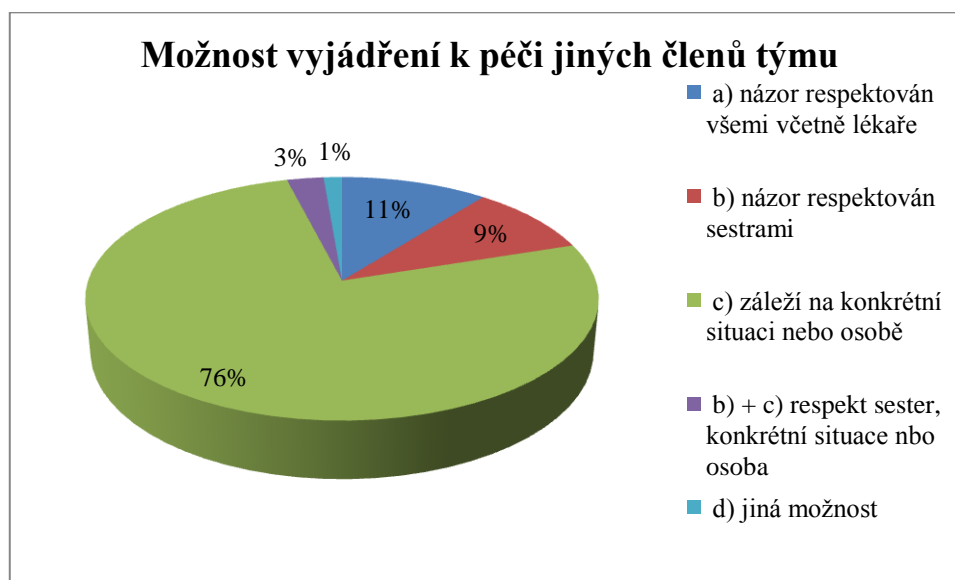
Máte možnost vyjádřit nesouhlas s postupy péče o pacienta realizovanou jiným členem týmu?

- a) můj názor jako sestry je respektován všemi členy týmu včetně lékaře
- b) můj názor je respektován pouze sestrami
- c) záleží na konkrétní situaci nebo osobě
- d) jiná možnost, prosím uveďte.....

Tabulka č. 23 Možnost vyjádření k poskytované péči o pacienta

Možnost nesouhlasu s péčí jiného člena týmu	Počet	Procenta
a) můj názor je respektován všemi včetně lékaře	8	11%
b) můj názor je respektován pouze sestrami	7	9%
c) záleží na konkrétní situaci nebo osobě	57	76%
b) + c) respekt pouze u sester, záleží na situaci nebo osobě	2	3%
d) jiná možnost - s touto situací jsem se dosud nesetkala	1	1%
Celkem	75	100%

Graf č. 17 Respekt k názorům sestry vyjádřený v procentech



U většiny sester (76%) je možnost vyjádření nesouhlasu s péčí poskytované jiným členem týmu závislá na situaci, ve které se vše odehrává nebo na osobě, která péči provádí.

Názor 11% sester je respektován všemi členy týmu včetně lékaře a 9% sester může projevit svůj nesouhlas s péčí poskytovanou sestrami.

Dvě sestry označily kombinaci odpovědí b) a c), tedy že je jejich názor respektován pouze sestrami a záleží na konkrétní situaci nebo osobě.

Jedna sestřička označila d) jiná možnost, kde uvedla: „Nesetkala jsem se dosud s touto situací, vždy byla péče provedena po dohodě mezi všemi“.

### Otázka č. 15

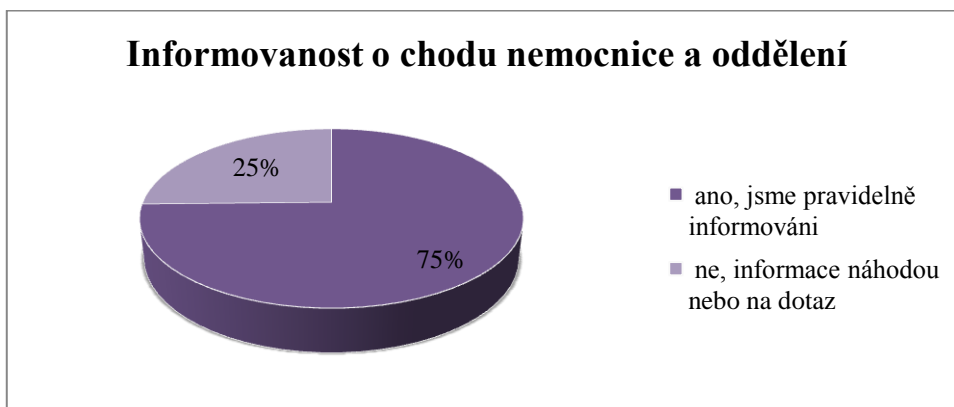
Dostává se Vám od vedení Vašeho týmu dostatek informací o chodu nemocnice a oddělení?

- a) ano, jsme pravidelně informováni
- b) ne, informace se k nám dostanou spíše náhodou nebo se musíme na ně dotazovat
- c) jiná možnost, prosím uveďte.....

Tabulka č. 24 Informovanost o chodu nemocnice a oddělení

Informovanost o chodu nemocnice a oddělení	Počet	Procenta
ano, jsme pravidelně informováni	56	75%
ne, informace spíše náhodou nebo se musíme dotazovat	19	25%
Celkem	75	100%

Graf č. 18 Informovanost o chodu nemocnice a oddělení v procentech



Pravidelně informováno o provozu vlastního oddělení a celé nemocnice je 75% dotázaných sester.

25% respondentů uvedlo, že se k nim důležité informace o chodu oddělení dostanou spíše náhodou nebo se na ně musí sami dotazovat.

## Otázka č. 16

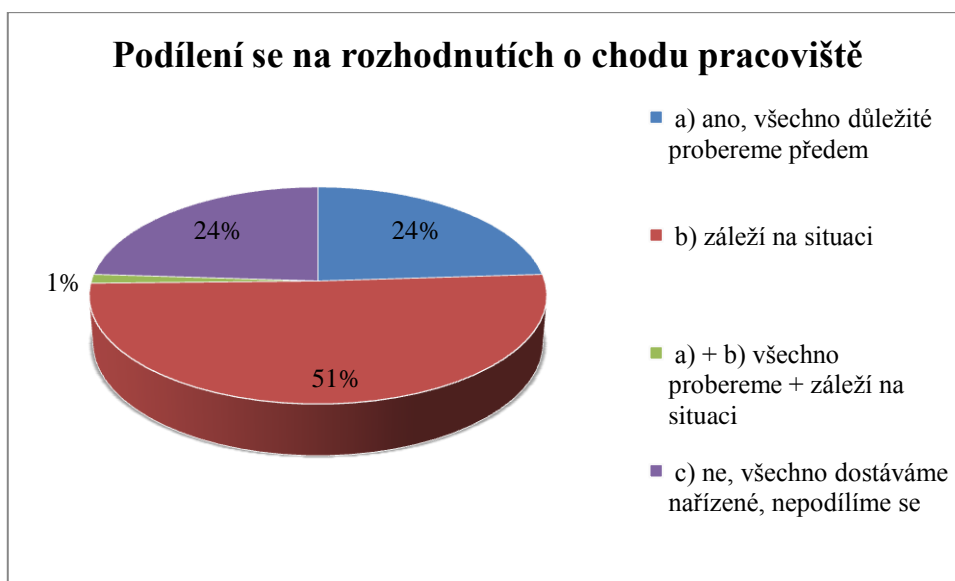
Máte možnost se podílet na důležitých rozhodnutích týkajících se Vašeho pracoviště?

- a) ano, všechna důležitá rozhodnutí ohledně provozu prodiskutujeme předem na provozních schůzkách
- b) záleží na konkrétní situaci
- c) ne, všechno dostáváme nařízené, nemáme možnost se podílet

Tabulka č. 25 Možnost podílet se na rozhodnutí o chodu pracoviště

Podílení se na rozhodnutích o chodu pracoviště	Počet	Procenta
a) ano, všechno důležité probereme na provozních schůzkách	18	24%
b) záleží na konkrétní situaci	38	51%
a) + b) ano, důležité probereme + záleží na situaci	1	1%
c) ne, všechno dostáváme nařízené, nemáme možnost se podílet	18	24%
Celkem	75	100%

Graf č. 19 Podílení se na rozhodnutích o chodu pracoviště v procentech



Možnost podílet se na rozhodnutích ohledně provozu na pracovišti, a vyjádřit se k nim předem, uvedlo 24% dotázaných. Stejný počet, tedy 24%, uvedl, že nemá možnost se podílet na žádných rozhodnutích a všechno dostávají nařízeno. Podle 51% respondentů záleží na konkrétní situaci.

Jedna sestra označila v odpovědích, že se má možnost na důležitých rozhodnutích podílet, ale záleží také na konkrétní situaci.

### Otázka č. 17

Co považujete za největší pozitivum práce ve Vašem kolektivu?  
(můžete označit více možností)

- a) dobré vzájemné vztahy
- b) uznání a respekt Vaší práce ostatními v týmu
- c) poskytování kvalitní ošetrovatelské péče
- d) získávání zkušeností od ostatních členů týmu
- e) jiná možnost, prosím uveďte.....

Vyhodnocováním odpovědí na tuto otázku vzniklo velké množství kombinací, které jednotlivé sestry označily, proto budou výsledky shrnuty do tabulky sestupně podle četnosti jednotlivých odpovědí, tedy, u kolika z celkového počtu sedmdesáti pěti respondentů se která možnost objevila.

Tabulka č. 26 Největší pozitiva práce v kolektivu, řazeno sestupně

Největší pozitivum práce v kolektivu	Četnost
c) poskytování kvalitní ošetrovatelské péče	48x
a) dobré vzájemné vztahy	47x
d) získávání zkušeností od ostatních členů týmu	42x
b) uznání a respekt vlastní práce ostatními v týmu	17x
e) jiná možnost: vzájemné pochopení	1x
žádné pozitivum	1x

Za největší klad, který jim přináší práce v současných pracovních týmech, považují sestry poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, kdy se tato odpověď objevila u čtyřiceti osmi z celkového počtu 75 respondentů. Druhým, nejčastěji uváděným (47x) pozitivem, jsou dobré vzájemné vztahy a dále získávání zkušeností od ostatních členů týmu, označeno 42x. V menším počtu se objevovala odpověď b) uznání a respekt vlastní práce ostatními v týmu, pouze 17x. Jedna respondentka doplnila možnost e), kde uvedla, že ve svém kolektivu nejvíce oceňuje vzájemné pochopení.

Žádné pozitivum práce ve svém týmu nevidí jedna sestra s odbornou praxí 11 – 20 let, ve věku 46 – 55 let, která pracuje na oddělení LDN.

## Otázka č. 22

Volný prostor pro vyjádření vlastních názorů respondentů. Této možnosti využilo 5 sester, tedy pouhých 7% ze 75 dotázaných.

Uvádím zde přesné citace jejich názorů, postřehů, připomínek.

„V současné době došlo k modernizaci pracoviště, což mělo za následek narušení dobrých vzájemných vztahů příchodem nových zaměstnanců.“

„Práce ve zdravotnictví už není o lidech, ale o papírech!!!“

„Nikdo mě ničím nepověřuje, pakliže konám něco mimo rámec, je to pro vyšší efektivitu práce. Důležitá je spolupráce a kvalitní vztahy se sestrami a lékaři jiných oddělení, protože v této souvislosti se nejvíce vyskytují konfliktní situace různého typu.“

„Sestry jsou podhodnoceny, neustále zatěžovány „sbíráním bodů“ ve svém volném čase, neustále nuceny do přesčasové práce...“

„Zmodernizování ordinací, nábytek, pomůcky...“

## 5 Diskuze

Diskuzi směřuji k porovnání výsledků svého výzkumného šetření zejména s pracemi Doc. PhDr. Sylvy Bártlové, Ph. D. ze Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, publikovanými v časopisech *Sestra* a *Zdravotnictví v České republice* v letech 2006, 2007 a 2010. Dále porovnám závěry výzkumu s prací Mgr. Daniely Beňadikové a PhDr. Tatiány Rapčíkové, publikovanou v časopise *Sestra* v roce 2010 a některé z otázek bude možné porovnat i se závěry testování škály spolupráce mezi lékaři a sestrami Rei Ushiro z Lékařské univerzity Tochigi, Japonsko, uveřejněné v *Journal of Advanced Nursing* v roce 2009.

### 5.1 Diskuze k cíli č. 1 Zjistit jaká panuje atmosféra ve zdravotnických týmech

V úvodu se zaměřím na prostředí panující na pracovištích dotazovaných sester, kde 61% sester vnímá atmosféru jako přátelskou až rodinnou, členové týmu se na sebe mohou obrátit s pracovními i soukromými problémy. 36% sester pracuje v neutrální atmosféře a 3% ji pociťuje jako napjatou až konfliktní. Podobných výsledků bylo dosaženo i v průzkumu docentky Bártlové, kde jako přátelskou a kooperativní hodnotilo atmosféru na pracovišti 66,5% dotázaných, jako neutrální 30,1% a jako napjatou a konfliktní 3,4% dotázaných ze souboru 1040 sester.

#### Dílčí cíle:

##### ◆ Identifikovat nejčastější příčiny v týmu

V otázce zabývající se konflikty v týmu z výzkumu vyplynula jako nejčastější příčina náročnost práce a časový tlak, které označilo 47% respondentů, dále vzájemné nepochopení a nedostatky v komunikaci (43%), pro 9% sester jsou to společně obě možnosti, tedy náročná práce v časovém tlaku a nedostatky v komunikaci. Pouhé 1% dotázaných označilo jako příčinu konfliktů špatné interpersonální vztahy. Ve výzkumu provedeném Mgr. Beňadikovou a PhDr. Rapčíkovou nebyly dotazovány příčiny konfliktů, ale nejvíce stresující faktory v týmu. Zde označilo špatné interpersonální vztahy v týmu jako největší stresor 42% z dvou set sester, náročnost práce na směnách i za nižší zdravotnický personál 31% dotázaných, pro

15,5% je největším stresem neustále se měnící personál a 7% stresuje nízký stupeň empatie členů týmu vůči sobě navzájem. Z porovnání obou výzkumů vyplývá zajímavá skutečnost ohledně špatných interpersonálních vztahů, které v mém výzkumu vyznívají jako nejméně častá příčina konfliktů a naproti tomu ve slovenských nemocnicích vnášejí do týmů největší stres.

♦ **Charakterizovat způsoby řešení konfliktních situací**

Konfliktní situace je potřeba řešit, neboť přehlížené či opomíjené napětí může negativně ovlivňovat pracovní prostředí. Sestry v mém výzkumu označovaly i několik možných řešení, proto vznikla velká množina kombinací odpovědí blíže popsanych v oddílu 5 Analýza vlastních výsledků výzkumu, přesto nejvíce preferují vyřešit konflikt samostatně s tím, koho se týká (46%) a velká skupina také současně i přes nadřízeného pracovníka (17%). 12% sester uvedlo, že se konfliktům vyhýbá. Otázku řešení konfliktů, s nabídkou mírně odlišných možností odpovědí, pokládaly ve svém výzkumu i autorky Beňadiková a Rapčíková. 66% jejich respondentek uvedlo, že se snaží konflikt ihned prodiskutovat, na vedoucího týmu jej však přenese pouhé 1,5%. Oproti 12% z účastníků mého šetření se ve slovenské studii 32% sester konfliktům vyhýbá.

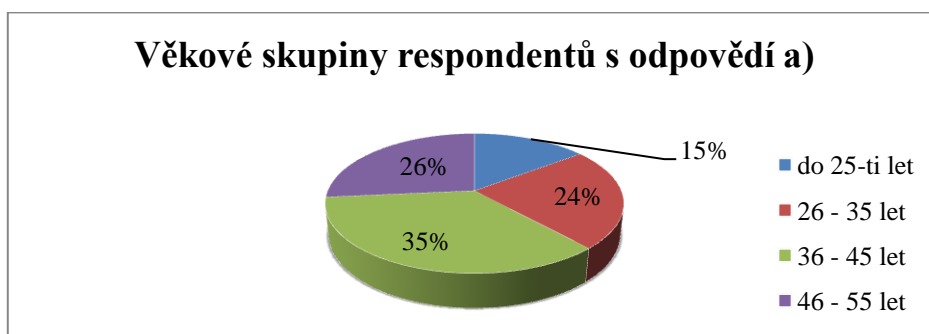
♦ **Porovnat způsob řešení konfliktů vzhledem k věku a délce praxe respondentů**

Zaměřením se na věkovou strukturu a délku praxe dotazovaných jsem zjistila, že samostatně řeší své konflikty nejvíce sestry ve věkovém rozmezí 36 – 45 let (35% těch, které označily tuto možnost řešení konfliktů), a délkou praxe 11-20 let (44% těch, které označily tuto možnost řešení konfliktů).

Tabulka č. 27 Věkové zastoupení respondentů, kteří řeší konflikty sami s osobou, které se to týká

Odpověď A) - konflikty řeším sám s tím, koho se to týká	Počet	Procenta
věk do 25-ti let	5	15%
26 - 35 let	8	24%
36 - 45 let	12	35%
46 - 55 let	9	26%
celkem	34	100%

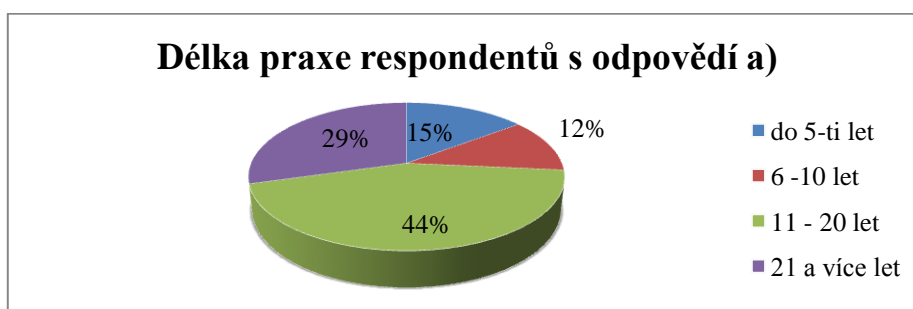
Graf č. 20 Zastoupení věkových skupin sester, které řeší své konflikty samy



Tabulka č. 28 Délka praxe respondentů, kteří své konflikty řeší sami, s tím koho se týkají

Odpověď A) - konflikty řeším sám s tím, koho se to týká	Počet	Procenta
délka praxe do 5-ti let	5	15%
délka praxe 6 - 10 let	4	12%
délka praxe 11 - 20 let	15	44%
délka praxe 21 a více let	10	29%
Celkem	34	100%

Graf č. 21 Procentuální zastoupení skupin sester, které řeší své konflikty samy, podle délky praxe



## 5.2 Diskuze k cíli č. 2 Zjistit optimálnost personálního zajištění na pracovištích

Nyní se zaměřím na spokojenost sester s organizací práce a personálním zajištěním provozu na oddělení. Pozitivním zjištěním pro mne byl fakt, že 41% sester v naší nemocnici pracuje na

oddělení s dostatkem personálu a dobrou organizací práce. S nedostatečným počtem sester je nespokojeno 23 % dotázaných a dvaceti jednomu procentu respondentů chybí nejvíce pomocný personál. Autorky Beňadiková a Rapčíková se zaměřily pouze na pomocný personál. V otázce na jeho počet odpovědělo 43% dotázaných, že mají dostatek pomocného personálu pouze na denních službách, 34% má dostatek v průběhu celého dne a naopak nedostatek personálu na denních i nočních službách uvedlo 23% sester.

### **5.3 Diskuze k cíli č. 3 Identifikovat nejvíce zatěžující pracovní činnosti**

Nyní se obrátím k pracovním činnostem, které jsou sestrami považovány za největší zátěž. Jednoznačně nejvíce zatěžující se dle výsledků výzkumu ukázala být administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace, a to pro 59% dotázaných. Celkově je toto číslo ale mnohem vyšší, protože mnoho sester označilo administrativu společně s dalším typem zátěže (viz oddíl 5 Analýza výsledků). Fyzická zátěž spojená s péčí o pacienty je významná pro 10% respondentů, práce za nižší zdravotnický personál zatěžuje 5% sester. V práci slovenských autorek Beňadikové a Rapčíkové zaujímá ošetrovatelská dokumentace a jiná administrativa pomyslnou první příčku s 54% dotázaných, které jí označily. Fyzická zátěž spojená s ošetrovatelskou péčí o pacienty nejvíce zatěžuje 15%, ale vyšší počet sester než v mém vzorku respondentů označilo jako zatěžující vykonávání práce za nižší zdravotnický personál (27%).

### **5.4 Diskuze k cíli č. 4 Zjistit postavení sester vůči lékařům a ostatním členům v týmu**

Z vyhodnocení odpovědí na otázku pracovního vztahu k lékaři odpovědělo 47% sester, že jsou v pozici vykonavatele příkazů bez diskuzí, ale velká část (32%) dotázaných se cítí být spolupracovníkem lékaře. Rovněž 46% sester je přesvědčeno o svém odborném uznání u většiny lékařů a 19% o uznání u všech lékařů. Z dostupných výzkumů mohu tento výsledek porovnat s výzkumem doc. Bártlové, která dotazovala lékaře, zda vnímají sestru jako rovnocenného partnera při péči o pacienty. 42,1% lékařů uvedlo, že vnímá sestru jako rovnocenného partnera určitě, a 46,7% odpovědělo „spíše ano“. R. Ushiro z japonské univerzity v Tochigi ve své zprávě o vývoji testovací škály spolupráce mezi sestrami a lékaři

uvádí, že 99% z 1217 sester a 98% ze 446 lékařů dotazovaných v jeho šetření souhlasí s tvrzením „Sestry a lékaři společně konzultují své návrhy ohledně budoucího směřování péče o pacienta“.

#### **Dílčí cíle:**

##### **◆ Vysledovat nejčastější způsob odměňování sester**

Jednoznačně nejvíce sester (49%) vnímá ohodnocení své práce pouze finančními prostředky – tedy mzdou (platem). Celkem 42% dotázaných bývá chváleno nadřízenými sestrami, lékaři nebo oběma skupinami profesí. Poměrně negativním zjištěním je fakt, že 8% sester má pocit, že za svou práci nedostává odměnu žádnou.

##### **◆ Porovnat vyjádření uznání od nadřízených sester a lékařů**

Pochvaly nebo uznání se od nadřízených sester a lékařů dostává 22% dotázaných, ve výzkumu autorek Beňadikové a Rapčíkové to bylo 21,5% sester, což je téměř totožný výsledek. Uznání od nadřízených sester slýchá 17% respondentů v mém výzkumu a 6% sester ve slovenské studii, uznání od lékařů se dostává 3% dotázaných v naší nemocnici a 5% je lékaři oceňováno na Slovensku.

##### **◆ Shrnout možnost vyjádření vlastního názoru na péči o pacienta**

Možnost vyjádřit i nesouhlasné stanovisko s péčí o pacienta a projevit svůj názor na poskytovanou péči se mi jeví jako důležitý předpoklad spolupráce ve zdravotnickém týmu. Zjistila jsem, že v naší nemocnici u 76% dotázaných velmi záleží na konkrétní situaci nebo osobě, aby mohla sestra projevit svůj názor. 11% dotázaných pracuje v týmech, kde je názor respektován všemi včetně lékaře a 9% může vyjádřit své stanovisko pouze vůči jiné sestře. Podobně odstupňované výsledky publikovaly autorky Beňadiková a Rapčíková, kde na konkrétní situaci záleží u 66,5% dotázaných, všichni členové týmu respektují názor 18,5% sester a pouze sestrami je respektováno stanovisko 10,5% respondentů. V japonské studii R. Ushiro je uvedeno, že 99% z 1217 sester a 97% ze 446 lékařů souhlasí s tvrzením „Sestry a lékaři si vyměňují názory na řešení problémů spojených s léčbou/ péčí“.

## 5.5 Diskuze k cíli č. 5 Upozornit na pověřování sester úkoly mimo kompetence

Narušování kompetencí všeobecných sester může být zdrojem problémů ve zdravotnických týmech, proto jsem se zaměřila na zjištění, zda se to týká i pracovního prostředí v naší nemocnici. Z průzkumu vyplynulo, že se 35% sester s touto situací nesešlo a naopak 36% dotázaných bývá pověřováno úkoly mimo své kompetence nadřízenými sestrami i lékaři, dalších 23% pouze lékaři a 6% pouze nadřízenými sestrami. Výzkum doc. Bártlové ukázal, že 47,5% dotázaných sester **nebývá** pověřováno úkoly ze strany lékaře a 78,7% **nebývá** pověřováno úkoly od nadřízených sester.

### Dílčí cíle:

#### ♦ Charakterizovat úkoly od nadřízených sester

Spektrum úkolů, kterými jsou pověřovány sestry svým nadřízeným managementem je široké, přes úklidové práce až po administrativní úkony. Jejich výčet se liší u mnou dotazovaných sester s výzkumem doc. Bártlové, nelze tedy porovnat počty sester pověřovaných jednotlivými úkoly. V tabulce jsem seřadila činnosti podle frekvence jejich výskytu v odpovědích sester od nejčastějších po nejméně uváděné. Při porovnání obou výzkumů je jednoznačné, že všeobecné sestry bývají svým managementem pověřovány nejčastěji pracemi za nižší a pomocný zdravotnický personál.

Tabulka č. 29 Porovnání četnosti – úkoly mimo kompetence – nadřízené sestry, řazeno sestupně

Výzkum Langová	Výzkum Bártlová
odnášení materiálu do laboratoře	úklidové práce, převozy a doprovod pacientů na vyšetření, odnášení vzorků do laboratoří
úklidové práce	administrativa – psaní výkazů, inventury, zaškolování nových pracovníků
doprovázení pacientů na vyšetření	aplikace intravenózních injekcí, infuzí
doplňování materiálu, náplň práce NZP, sekretářka	ergoterapie, rehabilitace

#### ◆ Charakterizovat úkoly od lékařů

Na kompetence přenášené na všeobecné sestry lékaři je možno pohlížet jako na administrativní a odborné výkony. Administrativní výkony jsem já ve svém dotazníku rozdělila na vyplňování žádanek, sjednávání konziliárních vyšetření, jiné výkony (DNP, recepty, apod.), agenda pojišťovny (zde řazeno podle frekvence výskytu v odpovědích sester – přesné počty, viz oddíl 5 Analýza výsledků). Ve výzkumu doc. Bártlové je spektrum administrativy rozšířeno o kódování výkonů, sestavování výkazů, jednání se zdravotními pojišťovnami, přepisy ordinací lékařů. V jejím výzkumu není specifikováno procentuální vyjádření ani počty u jednotlivých položek, přesto je výčet činností možné porovnat po obsahové stránce jako velmi podobný až totožný.

Odborné činnosti vykonávané všeobecnými sestrami je možné v obou výzkumech porovnat. Následující tabulka nabízí jejich výčet sestupně řazený podle frekvence výskytu v odpovědích sester.

Tabulka č. 30 Porovnání četnosti – úkoly mimo kompetence – lékaři, řazeno sestupně

Výzkum Langová	Výzkum Bártlová
ordinace lékařem po telefonu	zavádění permanentní cévky u mužů, zavádění kanyl, sond, drénů
chirurgické převazy	chirurgické převazy, extrakce stehů a drénů, sádrování
aplikace transfúzí	sdělení diagnózy a informování příbuzných o zdravotním stavu
zavádění periferního žilního katetru	dávkování léků a jejich úpravy
	provádění odběru krve a vyhodnocování výsledků
	ordinace lékařem po telefonu
	očkování, vedení terapeutické skupiny

## 5.6 Diskuze k cíli č. 6 Shrnutí největšího pozitivního týmové práce

Práce v kolektivu lidí s různými zájmy, postoji a typy charakteru nemusí být vždy jednoduchou záležitostí. Ve zdravotnických nebo lépe řečeno ošetrovatelských týmech je situace specifická ještě tím, že v nich pracují převážně ženy. Zajímalo mne, zda vůbec a

případně jaká pozitiva vidí sestry v práci ve svých týmech. Pouze 1 z dotázaných nevidí žádné pozitivum, v ostatních dotaznících se objevilo označených i několik možností, proto součet procent, která zde uvedu pro porovnání s jiným výzkumem, bude vyšší než 100%. Pro lepší přehlednost porovnání svého šetření s výsledky výzkumu autorek Beňadikové a Rapčíkové uvádím v tabulce.

Tabulka č. 31 Největší pozitiva týmové práce – řazeno sestupně

Výzkum Langová	Výzkum Beňadiková - Rapčíková
poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (64%)	nové vědomosti a zručnosti od ostatních členů týmu (40,5%)
dobré vzájemné vztahy (63%)	dostávám prostor k seberealizaci a maximální využití svých schopností (23%)
získávání zkušeností od ostatních členů týmu (56%)	vytváření pocitu pohody a uvolnění (21%)
uznání a respekt vlastní práce ostatními v týmu (23%)	podpora v kritických situacích (15%)
jiná možnost: vzájemné pochopení (1%)	jiné: někteří členové týmu se nebrání novým myšlenkám a postupům (0,5%)

Při pohledu na tabulku je zjevné, že nejvíce si sestry, zastoupené v obou šetřeních, cení poskytování odborné péče týmem, od kterého se mohou mnoho naučit a získat nové zručnosti.

## Závěr

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a spokojený pacient by mělo být cílem celého zdravotnického týmu. K tomu aby tým mohl k tomuto cíli směřovat, potřebuje být složen z odborníků, kteří rozumí své práci, vzájemně si cení svých schopností, ale zároveň si tzv. lidsky sedí, vládne mezi nimi příznivá atmosféra a dokážou spolu komunikovat.

Záměrem teoretické části mé bakalářské práce bylo nahlédnout na dlouhou cestu ošetrovatelek a sester od počátků charitativního ošetrovatelství do současnosti. Sestry, v kontextu historického vývoje ošetrovatelství jako oboru, krůček po krůčku budovaly své postavení ve zdravotnických týmech a celé společnosti. Popisuji podmínky, za kterých dřívější ošetrovatelky a ošetrovatelé poskytovaly potřebnou péči nemocným a raněným. Shrnuji systém vzdělávání zdravotnic, jak se vyvíjel s požadavky doby od několikátýdenních kurzů až po vysokoškolské vzdělávání dnešních všeobecných sester. Podávám výčet nejdůležitějších kompetencí a předkládám pohled na vzájemné vztahy lékařů a sester, sester mezi sebou a důležitost vzájemné komunikace.

Empirickou část jsem zaměřila na zjištění postavení současných všeobecných sester. Průzkumné šetření jsem provedla pomocí anonymního dotazníku rozdaného sestřám pracujícím bez odborného dohledu v Nemocnici s poliklinikou v České Lípě. Dotazník sestával z dvaceti dvou otázek, z nich 6 zjišťovalo identifikační údaje o respondentech a 2 otázky ponechávaly volný prostor k vyjádření vlastního názoru dotázaných. Ostatní otázky byly zaměřené na vnímání atmosféry v týmu, odborného uznání a odměňování sester ze strany lékařů a sesterského managementu, dodržování kompetencí v týmu a nalezení kladných stránek týmové práce.

Výzkumný vzorek sestával ze sedmdesáti pěti dotázaných, z čehož byli 72 ženy a 3 muži. Nejvíce respondentů tvořily sestry ve věku 26 – 45 let (64%) s nejvyšším vzděláním na Střední zdravotnické škole (60%), délkou praxe 11 – 20 let (36%), pracující na standardních lůžkových odděleních (51%). Kolektivy, ve kterých sestry v naší nemocnici pracují, čítají nejčastěji 11 – 15 osob (46%).

**Poznatky k cíli č. 1** *Zjistit jaká panuje atmosféra ve zdravotnických týmech a dílčím cílům Identifikovat nejčastější příčiny konfliktů v týmu, Charakterizovat způsoby řešení konfliktních situací, Porovnat způsob řešení konfliktů vzhledem k věku respondentů*

Vyzkoumala jsem, že většina sester v naší nemocnici (61%) působí na pracovištích s atmosférou přátelskou až rodinnou, ve které se na sebe jednotliví členové týmu mohou obrátit s pracovními, ale i soukromými problémy. Podle mého názoru je to zjištění velmi pozitivní, protože dobrý a spokojený tým je schopen poskytnout kvalitnější péči a důsledkem toho je spokojený i pacient.

Pokud se vyskytnou v kolektivu konfliktní situace, na jejich příčině se téměř stejnou měrou podílí náročnost práce vykonávané pod časovým tlakem (47%) s nedostatky v komunikaci a vzájemné nepochopení při přenosu informací (43%). Z výzkumu vyplynulo, že ve většině případů jsou sestry zvyklé si své konflikty vyřešit samy s osobou, se kterou se do konfliktu dostaly. Zjistila jsem také, že tento způsob řešení konfliktů preferují respondenti ve věkové skupině 36 – 45 let, s praxí v oboru 11 – 20 let.

### **Poznatky k cíli č. 2** *Zjistit optimálnost personálního zajištění na pracovištích*

Pozitivním zjištěním pro mne byla skutečnost, že 2/5 dotázaných sester pracuje na oddělení, kde je dostatek jak sester, tak i pomocného personálu a mají efektivně zorganizované činnosti. Mé očekávání stesků nad nedostatkem pomocného personálu vyplnila 1/5 sester. Negativním zjištěním byl fakt, kdy 1/5 respondentů chybí na pracovišti více sester a 11% pociťuje nedostatek sester i pomocného personálu. Otázkou zůstává, proč tomu tak je? Jsou to normativy pojišťoven, politika zaměstnavatele nebo v médiích prezentovaný obecný nedostatek sester?

### **Poznatky k cíli č. 3** *Identifikovat nejvíce zatěžující pracovní činnosti*

Musím přiznat, že výsledky směřující k tomuto cíli pro mne nebyly žádným překvapením, administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace jsou jednoznačným „vítězem“. Stížnosti na přebujelou administrativu slýcháme ve zdravotnictví ze všech stran společně s názorem o přibývání papírů a ubývání času na pacienta. Zde bude do budoucna jistě žádoucí, aby samy sestry pracovaly na zjednodušení dokumentace, braly ji jako pomocníka a záruku pro poskytnutí kvalitní péče a ne jako alibi po jejím neposkytnutí.

**Poznatky k cíli č. 4** *Zjistit v jakém postavení se cítí sestry být vůči lékařům a ostatním členům v týmu a dílčím cílům: Vysledovat nejčastější způsob odměňování sester, Porovnat vyjádření uznání od nadřízených sester a lékařů, Shrnout možnost vyjádření vlastního názoru na péči o pacienta*

Spolupracovníkem lékaře neboli jeho pravou rukou se cítí být 32% dotázaných sester. Více, téměř 1/2, je těch, které mohou s lékařem diskutovat, ale přesto se cítí být jen vykonavatelem jeho příkazů. Je to zřejmě dáno tradiční hierarchií ve zdravotnickém systému, kde lékař je vždy nadřazen sestře, ať je její odborná úroveň jakákoliv. O tom, že si přesto většina lékařů cení sestry jako odborníka, je přesvědčeno 46% sester z mého šetření. Její názor na postupy péče však není vždy plně respektován, u 76% sester záleží na situaci, za jakých okolností jej sdělují a komu. Lékaři by měli sestřím uznání vyjadřovat více a častěji, aby se do budoucna snížil počet těch, které jsou za svou práci odměňovány pouze finančně (49%). Stejně tomu je i v postojích ošetřovatelského managementu, který chválí jen 17% svých sester.

**Poznatky k cíli č. 5** *Upozornit na pověřování sester úkoly mimo kompetence a dílčím cílům: Charakterizovat úkoly od nadřazených sester, Charakterizovat úkoly od lékařů*

Negativní skutečností vyplývající z výzkumu pro mne bylo 65% sester pověřovaných činnostmi mimo své kompetence nadřazenými sestrami, lékaři nebo zástupci obou profesí. Od managementu dostávají sestry nejčastěji úkoly spadající do kompetencí nižšího nebo pomocného zdravotnického personálu, včetně transportu materiálu a úklidu. Lékaři z odborných výkonů nejčastěji prostřednictvím sester ordinují po telefonu a po administrativní stránce sestry nejvíce delegují k vyplňování žádanek a sjednávání konziliárních vyšetření. Otázkou zůstává, nakolik jsou si sestry a lékaři vědomi svých kompetencí a hranice jejich překročení.

**Poznatky k cíli č. 6** *Shrnutí největší pozitivní týmové práce*

Shledala jsem, že za největší klady v týmové práci na odděleních českolipské nemocnice je považováno poskytování kvalitní ošetřovatelské péče. Na stejné úrovni stojí dobré vzájemné vztahy a rovněž vysoce ceněna je možnost získávat zkušenosti od ostatních členů v týmu. Jak jsem již uvedla výše, jen spokojené sestry tvoří fungující tým, a jen fungující tým může poskytovat péči, se kterou je spokojen pacient. Všeobecné sestry, zúčastněné v mém výzkumu většinou v takových týmech pracují a jsou přesvědčeny o svých odborných schopnostech. Vědí, že upevňování postavení v týmu a zvyšování prestiže jejich povolání nepřijde samo od sebe a je potřeba na něm pracovat studiem, prohlubováním znalostí, zvyšováním kvalifikace, ale i uvědoměním si vlastní ceny, přestože není vyjádřena adekvátní sumou na výplatních páskách.

Svou nezastupitelnou úlohu, v posilování pozice sester, zastává management nemocnice na všech úrovních, včetně úrovně nejvyšší. Za úsek ošetřovatelství je to hlavní sestra, která již

při schvalování výzkumu projevila o výsledky mé studie zájem. Snad závěry, ke kterým jsem dospěla, povedou k zamyšlení nad pocity sester, které jsou duší i srdcem každé nemocnice, tu naši nevyjímaje.

## **Anotace**

**Autor:** Jana Langová

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové

Oddělení ošetrovatelství

**Název práce:** Postavení všeobecné sestry ve zdravotnickém týmu

**Vedoucí práce:** Mgr. Eva Vachková

**Počet stran:** 91

**Počet příloh:** 1

**Rok obhajoby:** 2011

**Klíčová slova:** sestra, zdravotnický tým, postavení sestry, multioborová spolupráce

Bakalářská práce pojednává o postavení sestry ve zdravotnickém týmu. Shrnuje vývoj pohledu na sestru a její postavení v porovnání s historickým vývojem ošetrovatelství jako oboru. Popisuje systém vzdělávání sester a rozložení kompetencí v multidisciplinárním týmu. Zdůrazňuje potřebnost efektivní komunikace a týmové spolupráce.

Empirickou část práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření zaměřené na zmapování postavení současných sester a pracovní prostředí v jejich týmech. Zkoumaný vzorek tvoří všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu v Nemocnici s poliklinikou Česká Lípa.

The bachelor's thesis deals with the status of nurses in the health care team. It summarizes the development of view of nurse and her position in comparison with the historical development of nursing as a discipline. It describes the system of nursing education and the distribution of competencies within a multidisciplinary team. It emphasizes the need for effective communication and cooperation.

The empirical part is a quantitative survey aimed at mapping the current status of nurses and working environment in their teams. The research sample consisted of nurses working without professional supervision in the hospital in Česká Lípa.

## Použitá literatura a prameny

1. BÁRTLOVÁ, S.: Gender a zdravotnictví. *Ošetřovatelství: Teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. 2008. č. 3-4, s. 49-54. ISSN 1212-723X.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2006. č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
3. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. 2006. č. 4, s. 166-169. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. 2007. ročník 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
5. BÁRTLOVÁ, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vydání 6., přepracované a doplněné. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BÁRTLOVÁ, S.: Týmová spolupráce z pohledu lékařů. Vztah všeobecná sestra – lékař. *Zdravotnictví v České republice*. 2010. č. 1, s. 174-181. ISSN 1213-6050.
7. BEŇADIKOVÁ, D. – RAPČÍKOVÁ, T.: Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009. ročník 19, č. 12, s. 28. ISSN 1210-0404.
8. BURIÁNEK, J.; MALINA, A. Pracovní spokojenost zdravotních sester: Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu. *Zdravotnictví v České republice*. 2009. č. 3, s. 82-89. ISSN 1213-6050.
9. CULLEY, F.: Předepisování léků nelékaři, zejména sestrami. Přeložila L. Dobrovodská. *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. 2008. ročník IV, číslo 4, s. 139-140. ISSN 1801-464X.

10. DRÁBKOVÁ, J.: Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 2008. ročník IV, číslo 4, s. 164-167. ISSN 1801-464X.
11. FEHLAU, E. G.: *Konflikty v práci: Jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0533-8.
12. FRIEDLOVÁ, K. - ANASTISSIADOU, H. Pojetí ošetrovatelství u nás a v zahraničí. In MAREČKOVÁ, J. - VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3.tisíciletí : Sborník příspěvků II.konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s. 27-29. ISBN 80-86257-21-5.
13. GOLDMANN, R. - CICHÁ, M.: *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
14. HONZÁK, R.: Umění správné komunikace Sestra-lékař. *Sestra*. 2001. ročník 11, č. 2, s. 50, vychází měsíčně, ISSN 1210-0404.
15. HONZÁK, R.: Umění správné komunikace Sestra-sestra. *Sestra*. 2001. ročník 11, č. 4, s. 46, vychází měsíčně, ISSN 1210-0404.
16. JANOUŠKOVÁ, H. – MELLANOVÁ, A.: Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví. *Sestra*. 2005. ročník 15, č. 11, s. 22, vychází měsíčně, ISSN 1210-0404.
17. JAROŠOVÁ, D. : *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s., ISBN 80-85866-55-2.
18. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*, 1. Vydání. Brno: IDVPZ, 1992, 185 s., ISBN 80-7013-123-3.
19. KUTNOHORSKÁ, J.: *Historie ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
20. MAYEROVÁ, M.: *Stres, motivace a výkonnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1997. 136 s. ISBN 80-7169-425-8.

21. PLAŠKOVÁ, P.: *Postavení sestry v české společnosti*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 77 s. 10 s. příloh. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
22. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství 1 : Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. Vydání druhé přepracované. Brno: NCONZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
23. STAŇKOVÁ, M.: *Sestra- reprezentant profese, České ošetřovatelství 1*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s., ISBN 80-7013-368-6.
24. STAŇKOVÁ, M.: *Základy teorie ošetřovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Dotisk. Praha: Karolinum, 1997. 193 s., ISBN 80-7184-243-5.
25. ŠIMEK, J. Image sestry. Sociálně psychologické aspekty sesterské profese. In MAREČKOVÁ, J. - VRÁNOVÁ, V. *Ošetřovatelství na prahu 3. tisíciletí: Sborník příspěvků II. konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. s. 119-121. ISBN 80-86257-21-5.

## Elektronické zdroje

1. *Abz.cz* [online]. 2005-2006 [cit. 2010-10-05]. ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>.
2. *Metodický pokyn-všeobecná sestra: Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra* [online]. 2008 [cit. 2010-09-17]. Metodický pokyn-všeobecná sestra. Dostupné z <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra\\_2197\\_947\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html)>.
3. *Historie řádu/ Rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou*. [online] 2009. [cit. 2011-3-24]. Dostupné z <<http://www.krizovnici.eu/historie-radu>>
4. TABERY, P. Tisková zpráva: Prestiž povolání. In *Naše společnost – projekt kontinuálního výzkumu* [online]. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2008 [cit. 2010-09-29]. Dostupné z WWW: <[http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100819s\\_eu80829.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/100819s_eu80829.pdf)>.
5. USHIRO, R.: Nurse-physician Collaboration Scale: development and psychometric testing, *Journal of Advanced Nursing (JAN)*[online]. Volume 65, Nr. 7, July 2009, pp. 1497-1508(12) [cit.2010-09-01]. Dostupné z <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738564/>>
6. *Zákon 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* [online], [cit. 2010 – 09 - 10] Dostupné z <<http://portal.gov.cz/zakon/96/2004>>.

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Respondenti – celkem, muži/ ženy .....	str. 31
Tabulka č. 2 Věková struktura respondentů .....	str. 33
Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání sester .....	str. 34
Tabulka č. 4 Délka praxe jednotlivých respondentů.....	str. 35
Tabulka č. 5 Pracoviště dotazovaných sester.....	str. 36
Tabulka č. 6 Upřesnění odpovědi sester „Jiné pracoviště“ .....	str. 36
Tabulka č. 7 Velikost pracovního kolektivu a počet sester, které v něm pracují .....	str. 38
Tabulka č. 8 Atmosféra na pracovišti sester .....	str. 39
Tabulka č. 9 Souvislosti výskytu konfliktních situací v týmu .....	str. 41
Tabulka č. 10 Způsob řešení konfliktních situací .....	str. 42
Tabulka č. 11 Organizace práce na oddělení .....	str. 44
Tabulka č. 12 Nejvíce zatěžující pracovní činnosti .....	str. 45
Tabulka č. 13 Pracovní činnosti, uváděné pod možností e).....	str. 45
Tabulka č. 14 Odměňování sester za práci .....	str. 47
Tabulka č. 15 Odborné uznání u lékařů .....	str. 49
Tabulka č. 16 Návrhy na aktivity ke zvýšení prestiže sester .....	str. 50
Tabulka č. 17 Úroveň spolupráce sestry - lékař z pohledu sester .....	str. 51
Tabulka č. 18 Napjaté situace mezi sestrami a lékaři .....	str. 53
Tabulka č. 19 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence .....	str. 54
Tabulka č. 20 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence nadřízenými sestrami.....	str. 55
Tabulka č. 21 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence lékařem – odborné výkony .....	str. 56

Tabulka č. 22 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence lékařem	
– administrativa.....	str. 56
Tabulka č. 23 Možnost vyjádření k poskytované péči o pacienta .....	str. 57
Tabulka č. 24 Informovanost o chodu nemocnice a oddělení .....	str. 59
Tabulka č. 25 Možnost podílet se na rozhodnutí o chodu pracoviště.....	str. 60
Tabulka č. 26 Největší pozitiva práce v kolektivu, řazeno sestupně .....	str. 62
Tabulka č. 27 Věkové zastoupení respondentů, kteří řeší konflikty sami s osobou, které se to týká .....	str. 65
Tabulka č. 28 Délka praxe respondentů, kteří své konflikty řeší sami, s tím koho se týkají .....	str. 66
Tabulka č. 29 Porovnání četnosti – úkoly mimo kompetence – nadřízené sestry, řazeno sestupně.....	str. 69
Tabulka č. 30 Porovnání četnosti – úkoly mimo kompetence – lékaři, řazeno sestupně .....	str. 70
Tabulka č. 31 Největší pozitiva týmové práce – řazeno sestupně .....	str. 71

## Seznam grafů

Graf č. 1 Podíl mužů a žen vyjádřený v procentech .....	str. 32
Graf č. 2 Věková struktura respondentů – zastoupení vyjádřené v procentech.....	str. 33
Graf č. 3 Nejvyšší dosažení vzdělání.....	str. 34
Graf č. 4 Délka praxe jednotlivých respondentů v procentech.....	str. 35
Graf č. 5 Procentuální vyjádření počtu sester na jednotlivých pracovištích.....	str. 37
Graf č. 6 Procentuální vyjádření počtu sester podle velikosti kolektivu, ve kterém pracují .....	str. 38
Graf č. 7 Procentuální vyjádření počtu sester podle atmosféry na pracovišti.....	str. 40
Graf č. 8 Procentuální podíl faktorů na vzniku konfliktní situace.....	str. 41
Graf č. 9 Procentuální vyjádření způsobu řešení konfliktů .....	str. 43
Graf č. 10 Procentuální vyjádření názorů na počty personálu .....	str. 44
Graf č. 11 Největší pracovní zátěž vyjádřená v procentech .....	str. 46
Graf č. 12 Typ odměňování sester vyjádřený v procentech .....	str. 47
Graf č. 13 Názor na uznání sester lékaři vyjádřené v procentech.....	str. 49
Graf č. 14 Spolupráce sestra - lékař z pohledu sester vyjádřená v procentech.....	str. 51
Graf č. 15 Okolnosti vypjatých situací vyjádřené v procentech .....	str. 53
Graf č. 16 Pověřování úkoly mimo pracovní náplň a kompetence v procentech .....	str. 55
Graf č. 17 Respekt k názorům sestry vyjádřený v procentech.....	str. 57
Graf č. 18 Informovanost o chodu nemocnice a oddělení v procentech.....	str. 59
Graf č. 19 Podílení se na rozhodnutích o chodu pracoviště v procentech .....	str. 60
Graf č. 20 Zastoupení věkových skupin sester, které řeší své konflikty samy .....	str. 66
Graf č. 21 Procentuální zastoupení skupin sester, které řeší své konflikty samy, podle délky praxe.....	str. 66

## **Slovník cizích slov**

Autonomní = nezávislý

Dekret = úřední výnos, ustanovení

Delegování = vyslání zástupce, přenos moci

Destruktivní = ničivý, rozkladný

Diferenciace = rozlišení, rozrůznění

Dominantní = převládající, mající převahu

Edukátorka = vychovatelka, učitelka

Fluktuace = pohyb, častá změna zaměstnání

Holistický = celostní

Image = obraz, vnější působení, celkový dojem

Intervence = zásah, zákrok

Intradisciplinární = pracovníci stejné profese

Kompetence = rozsah působnosti

Konvent = shromáždění, budova kláštera

Kontext = souvislost

Kooperativní = spolupracující

Koordinátorka = uvádí cílevědomě do souladu, součinnosti

Korespondovat = shodovat se, být v souladu

Manažerka = osoba s řídicí a organizační funkcí

Multidisciplinární = mnohooborový

Negramotná = nevzdělaná, neznalá čtení a psaní

Paliativní = mírnící bolest, ale neodstraňující příčinu choroby a bolesti

Preskripce = předeapsání

Prestiž = vážnost, významnost, hodnocení nebo ocenění ostatními

Standard = měřítko, obecně uznávaný vzor

Terminální = závěrečný, poslední

## Seznam použitých zkratk

apod. – a podobně

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

dipl. – diplomovaný

JIP – Jedinotka intenzivní péče

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

např. – například

Sb. – sbírka

SZŠ – Střední zdravotnická škola

tj. – to je

tzv. – tak zvaný

VOŠ – Vyšší odborná škola

VZŠ – Vyšší zdravotnická škola

VŠ – vysoká škola

# Příloha 1 - Dotazník

## Dotazník k bakalářské práci

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je určen všeobecným sestřám pracujícím bez odborného dohledu. Dotazník je anonymní a je součástí závěrečné práce, kterou zpracovávám v rámci bakalářského studia Ošetrovatelství na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Tématem bakalářské práce je Postavení všeobecné sestry ve zdravotnickém týmu. Odpověď, která je Vám nejbližší prosím označte křížkem nebo zakroužkujte.

Velmi si vážím času, který vyplnění dotazníku věnujete, a děkuji Vám za spolupráci.

Jana Langová

1. Vaším pracovištěm je
  - standardní lůžkové oddělení
  - JIP nebo ARO
  - ambulance
  - jiné, prosím uveďte.....
2. Jak velký je kolektiv, ve kterém pracujete
  - do 5 – ti osob
  - 6 – 10 osob
  - 11 – 15 osob
  - 15 – 20 osob
  - více než 20 osob
3. Atmosféru na vašem pracovišti považujete spíše za
  - a) přátelskou až rodinnou, můžete se na sebe obrátit s pracovními i soukromými problémy
  - b) neutrální
  - c) napjatou až konfliktní
4. Vyskytnou – li se ve vašem týmu konfliktní situace, je to **nejčastěji** v souvislosti s
  - a) vzájemným nepochopením, nedostatky v komunikaci, špatným přenosem informací
  - b) náročností práce a časovým tlakem
  - c) špatnými interpersonálními vztahy
  - d) v jiné souvislosti, prosím uveďte.....
5. Jak řešíte konfliktní situace? (Můžete označit i více možností)
  - a) sama (sám) s tím, koho se to týká
  - b) přes nadřízeného pracovníka
  - c) na společných provozních poradách
  - d) vyhýbám se konfliktům
  - e) konflikty neřeším
  - f) jinak, prosím uveďte.....

6. Máte pocit, že na jednotlivých směnách na Vašem pracovišti pracuje dostatečný počet personálu, včetně pomocného, a práce je dobře organizovaná?
- a) ano, personálu je dostatek, práce je dobře organizovaná
  - b) ano, personálu je dostatek, ale organizace práce je neefektivní
  - c) ne, personálu je nedostatek, zejména sester je ve směně málo
  - d) ne, personálu je nedostatek, chybí zejména pomocný personál
7. Které z vašich pracovních činností považujete za největší zátěž?
- a) fyzická zátěž spojená s péčí o pacienty
  - b) odborná péče o pacienty
  - c) administrativa a vedení ošetrovatelské dokumentace
  - d) vykonávání práce za nižší zdravotnický personál
  - e) jiné, prosím uveďte.....
8. Jak jste za svou práci odměňován/a?
- a) dostává se mi uznání od nadřízených sester
  - b) dostává se mi uznání od lékařů
  - c) dostává se mi uznání od nadřízených sester i lékařů
  - d) pouze finančně
9. Myslíte si, že máte u lékařů odborné uznání?
- a) ano
  - b) u většiny ano
  - c) u většiny ne
  - d) ne
10. Co si myslíte, že mohou sestry samy udělat pro celkové zvyšování vlastní prestiže a ocenění?
- .....
- .....
11. Ve vztahu k lékaři se cítíte jako
- a) spolupracovník
  - b) vykonavatel příkazů bez diskuzí
  - c) vykonavatel příkazů, diskuze je možná
  - d) méněcenná/ý
12. Pokud se mezi vámi a lékařem vyskytnou napjaté situace, je to spíše
- a) s lékařem stejného pohlaví, jako jste Vy
  - b) s lékařem opačného pohlaví
  - c) záleží spíše na konkrétní situaci
  - d) mezi Vámi a lékařem nedochází k napjatým situacím

13. Stává se, že na Vašem pracovišti býváte pověřován/a úkoly, které přesahují rámec Vašich kompetencí a pracovních povinností?
- Ne, nestává se to
  - Ano, bývám pověřován/a nadřízenými sestrami, zejména pracemi za nižší zdravotnický personál
    - doprovázení pacientů na vyšetření
    - odnášení materiálu do laboratoře
    - úklidové práce
    - jiné, prosím uveďte.....
  - Ano, bývám pověřován/a lékaři, zejména odbornými výkony
    - ordinace lékařem po telefonu
    - aplikace transfuzí
    - cévkování muže (netýká se sester pro intenzivní péči)
    - chirurgické převazy
    - jiné.....
- nebo administrativními výkony
- vyplňování žádanek (např. na konziliární vyšetření)
  - agenda pojišťovny
  - sjednávání konziliárních vyšetření
  - jiné.....
14. Máte možnost vyjádřit nesouhlas s postupy péče o pacienta realizovanou jiným členem týmu?
- můj názor jako sestry je respektován všemi členy týmu včetně lékaře
  - můj názor je respektován pouze sestrami
  - záleží na konkrétní situaci nebo osobě
  - jiná možnost, prosím uveďte.....
15. Dostává se Vám od vedení Vašeho týmu dostatek informací o chodu nemocnice a oddělení?
- ano, jsme pravidelně informováni
  - ne, informace se k nám dostanou spíše náhodou nebo se musíme na ně dotazovat
  - jiná možnost, prosím uveďte.....
16. Máte možnost se podílet na důležitých rozhodnutích týkajících se Vašeho pracoviště?
- ano, všechna důležitá rozhodnutí ohledně provozu prodiskutujeme předem na provozních schůzkách
  - záleží na konkrétní situaci
  - ne, všechno dostáváme nařízené, nemáme možnost se podílet

17. Co považujete za největší pozitivum práce ve Vašem kolektivu?  
(můžete označit více možností)

- a) dobré vzájemné vztahy
- b) uznání a respekt Vaší práce ostatními v týmu
- c) poskytování kvalitní ošetrovatelské péče
- d) získávání zkušeností od ostatních členů týmu
- e) jiná možnost, prosím uveďte

.....  
.....

18. Jste

- Žena
- Muž

19. Váš věk

- do 25 – ti let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 a více

20. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Střední odborné (SZŠ)
- Vyšší odborné (VOŠ)
- Vysokoškolské
- Specializační studium (ARIP, PSS, apod.)

21. Délka Vaší praxe

- do 5 - ti let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 let a více

22. Jestliže Vás při vyplňování dotazníku napadlo něco dalšího, co byste rád/ráda sdělila, využijte prosím tento prostor. Děkuji

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