

Závěrem této části je nutné upozornit, že tak jako řešení mnoha složitých medicínských, etických a jiných otázek se dále rozvíjí a nově formuje lékařská profese, tak se s přechodem na tržní hospodářství zkoumá a řeší mnohá sociologická hlediska spojená s rolí lékaře. Jde zejména o **důsledky zavedení privátní praxe a o podobu profese lékaře jako svobodného povolání**. Vzestup ekonomického momentu ovlivňuje postavení pacienta, což se již vyjadřuje zaváděním pojmu klient. Lze předpokládat, že zesílí bezprostřední orientace lékaře na klienta a kontrola lékaře klientem. Nově se formují vztahy mezi nemocnicí a privátní praxí. Uplatnění zásady hospodárnosti vede ke zkracování pobytu v nemocnici. Nemoci, u kterých není žádoucí pobyt v nemocnici ani diagnosticky ani terapeuticky, si vyžadují delší léčení doma, čímž vystupuje do popředí domácí péče a úloha rodiny v procesu léčby a rehabilitace. Sociologie se podílí na objasňování a ověřování těchto změn jak teoreticky, tak i prakticky.

Pochopení lidských hodnot, postojů, chování a sociální situace nemocného se stane pro lékaře nutnou součástí odborné činnosti stejně jako znalost sociálních faktorů spojených se zdravím a nemocí. Vzestup odborné úrovně a rozšíření odborné kompetence lékaře v tomto směru lze očekávat. Sociologie medicíny zde hraje významnou úlohu.

6 Role sestry

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátkém údobí takové změny jako profese sestry. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí, středověkých hospitalů, které byly určeny k poskytnutí útulku a nezákladnější péče pro jednotlivce z řad chudiny, o které se nemohla postarat rodina. Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré. Jednalo se o charitativní (dobročinnou) činnost, stojící výlučně na náboženském základě, prováděnou převážně církevními řády. Samotný charakter péče v hospitalech nevyžadoval odbornou přípravu personálu.

Od první poloviny 19. století se začaly hospitaly diferencovat na chudobince, nemocnice (špitály), starobince, sirotčince. Ale v těchto institucích neprobíhalo i nadále léčení za účasti lékaře, zachovávaly si původní charitativní charakter. Teprve v druhé polovině století proniká do nemocnice racionální medicína a postupně se do nich přesouvá jak těžiště lékařské činnosti, tak i medicínského poznání. Tímto vývojem byl položen i základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka schopného odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných. **K pochopení vývoje role sestry je potřebné připomenout dvě skutečnosti.** První spočívá v tom, že nemocnice té doby byly určeny pouze pro chudinu, zatímco majetné vrstvy dávaly přednost stonání v rodině. To platilo jednoznačně do první světové války. Teprve po druhé světové válce se staly nemocnice místem nejkvalitovanější lékařské pomoci. **Druhou** skutečností je, že novodobé nemocnice vznikaly převážně místně i personálně z dřívějších špitálů, a proto zcela přirozeně na ně byla přenášena charitativní hlediska. Proto byla sociální role nově vznikající profese civilních sester jakýmsi kompromisem dvou časově po sobě následujících subkultur: nábožensko-charitativní a medicínsko-racionální. Tato zátěž podstatně ovlivnila podobu profese sestry na dlouhou dobu.

Významné místo v rozvoji ošetrovatelství měla Florence Nightingalová, anglická ošetrovatelka, která založila v Londýně v roce 1860 první ošetrovatelskou školu. Nightingalová se snažila prosazovat ošetrovatelství jako autonomní povolání, spíše spojené s lékařským povoláním, jako mu podřízené. Zdůrazňovala nutnost aktivních přístupů k nemocnému a k jeho prostředí, kladla důraz na dosažení vysoké úrovně ošetrovatelského personálu. I u Nightingalové se v koncepci ošetrovatelství spojují dva vývojové trendy

– charitativní a medicínský, které postupně pronikají do výchovně vzdělávacího procesu.

Vedle výše zmíněných skutečností byl ovlivněn další vývoj role sestry i medicínou samou. Převládlo v ní úzce přírodovědné pojetí zdraví a nemoci (přírodovědná, orgánová, laboratorní medicína). Pozornost byla obrácena k jednotlivým orgánům a funkcím, k líčení nemoci jako izolovaného jevu, nemocný byl víceméně pasivním objektem péče zdravotníků. Tak i ošetřování ve spojitosti s jeho racionalizováním se postupně stávalo spíše souhrnem jednotlivých úkonů, aplikací injekcí, měření teploty, podávání léků atd., zkratka převládala technická stránka sesterské činnosti. Také obsah výuky na školách se stále více zaměřoval na nácvik ošetřovatelských technik než na péči o člověka, jenž je bio-psycho-sociální bytost. Tento vývoj byl umocněn v polovině minulého století nebyvalým rozvojem medicínských věd a doslova vpádem technických prostředků do nemocnice. Důsledkem byla i hlubší specializace lékařů a následně bylo nutné i přizpůsobit pracovní profil spolupracujících zdravotníků (např. lékař – instrumentářka). Vznikaly nové a nové specializace, nejdříve v laboratorních oborech, později i u sester. Každá specializace vedla k hlubšímu poznání dílčích stránek, ale současně oslabovala pohled na celek.

Nemocnice jako instituce prodělala v dějinném vývoji řadu změn od středověkých špitálů až k nemocnicím, které léčí na základě racionální medicíny. V nemocnici existují tři funkční okruhy: medicínský, ošetřovatelský a administrativní. Každý okruh má své typické představitele: medicínský – lékaře, ošetřovatelský – zdravotní sestru a administrativní – úředníka. Rohde se domnívá, že tyto okruhy jsou stále ještě relativně uspořádané, částečně se navzájem překrývající hierarchické systémy, s lékařstvím na špičce a administrativou na dně hierarchie. Administrativa a technický sektor se však rychle šíří a vzájemné propojení je čím dál tím komplexnější.

Komplexnost organizačních struktur je navíc zesílena dvěma různými formami subordinace: profesionální a personální. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem: lékaři, jak to vyžadují medicínské řády, a sesterskému managementu, jak to vyžadují povinnosti sester. Tato vícenásobná podřízenost vede k mnoha konfliktům. Rohde hovoří o „chaosu v oprávnění vydávat příkazy“ a o komunikačních liniích, které jsou „vysoce komplikované a rozvětvené“ (Rohde JJ, 1974, s. 217).

Ještě je třeba připomenout jeden faktor, který působil na podobu role sestry. Je to růst velikosti nemocnic, ze kterých se často staly ohromné kolosy. Velikost zařízení a větší náročnost na vzájemnou návaznost mezi speci-

zovanými odděleními přináší i nároky na vlastní provoz nemocnice. Pro lékaře, ale především pro sestry narůstají nové činnosti, které bezprostředně nesouvisí s ošetřováním nemocných, dochází k přetěžování sester agendou a jejich dalšímu vzdalování od pacienta. Toto vše vedlo k určité dehumanizaci ošetřování, stejně jako léčebné péče vůbec, která je všeobecně uznávána.

V posledních desetiletích se s rozvojem moderní společnosti ošetřovatelství a sestra posunuly kupředu spolu s ostatními zdravotnickými profesemi. V. Hendersonová, která významně ovlivnila ošetřovatelství v polovině minulého století, vidí základní funkci sestry v tom, že „pomáhá zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti“ (Matulník J, 1990, s. 152).

K objasnění nových sfér činností sester vedl dosud nejrozsáhlejší výzkum lidských potřeb z pohledu ošetřovatelské péče v 11 evropských zemích – členských státech Světové zdravotnické organizace (SZO) v letech 1978–1985. Stal se teoretickým základem vědy ošetřovatelství, která podstatně přispívá k hledání identity profese sestry v současném světě plném změn.

Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví. Do popředí se dostávají činnosti ve vztahu k mentální hygieně, kdy jde o pomoc, kterou sestra poskytuje pacientovi při zdolávání nemoci nebo mu pomáhá se s ní vyrovnat, dále činnosti spojené s funkcí vychovatele, neboť nejjednodušší léčení se může stát zdrojem napětí a stresů, a konečně, činnosti spojené s rozšiřováním odborné funkce sestry ve zvyšování úrovně léčebné péče i v její účasti na rozvoji ošetřovatelské teorie.

Změny v profesi sestry byly předmětem I. evropské konference o ošetřovatelství, která se konala ve Vídni v roce 1988 pod záštitou SZO. Na konferenci byla zdůrazněna nová role sestry v podmínkách realizace strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V deklaraci z konference se uvádí, že role sestry spočívá v tom, že má „působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízení místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví a poskytovat jasné a správné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích rozličných typů chování a o výhodách a nákladech při vol-

bě určité péče“ (European Conference on Nursing, Summary Report, Vídeň 21.–24. června 1988, s. 5). Je tím zdůrazněna **úloha ošetrovatelské péče v primární zdravotnické péči s tím, že inovované ošetrovatelské služby se mají rozvíjet více se zaměřením na zdraví než na nemoc. Hlavní zásady sester v primární zdravotnické péči** byly na konferenci charakterizovány takto:

- upevňování a ochrana zdraví, prevence,
- zahrnování jednotlivce, rodiny a veřejnosti do péče a umožnění jim vzít na sebe větší odpovědnost za své zdraví,
- uspokojování potřeby celé populace, především těch, kteří mají nedostačnou péči,
- vícedisciplinární a víceoborová spolupráce,
- zajišťování kvality péče a využívání technologie.

Naléhavost přeměn ve vývoji ošetrovatelství vyplynula – jak zdůraznila konference – z analýzy struktury populace, nemocnosti a dalších ukazatelů. Mimo jiné rychle vzrůstá i počet onemocnění podmíněných psychickými a psychosociálními důvody. I rodina – primární sociální skupina zajišťující bezpečnost svých členů ve zdraví a nemoci – se zmenšuje, již není sebeobsažnou ekonomickou a sociální jednotkou. Žije ve společnosti, která není jednoduchá, ale rychle se mění. Rodina nezávisí jen na vlastních zdrojích, je zranitelná a snadno narušitelná. Není již schopna být vším pro všechny své členy. Vznikají proto požadavky na speciální odpovědnosti sester vůči pacientovi a jeho rodině.

Ve světě se v současné době upouští v systému zdravotní péče nejen od převažující orientace na chorobu, ale i od soustředování pacientů především v nemocnicích. Světová zdravotnická organizace (SZO) prosazuje novou strategii, která spočívá především v tom, že zdůrazňuje péči, při které by většina nemocných lidí měla být léčena a ošetrována doma.

• **Systém domácí péče** (Home Care) je oblast péče, které začaly vyspělé státy věnovat pozornost od 70. let. Vedly je k tomu důvody humánní, medicínské, organizační, ale též ekonomické. Prakticky všechny vyspělé členské země SZO disponují určitou formou domácí péče na nejrůznějších principech. Součástí transformace českého zdravotnictví je též zavádění tohoto systému.

Filozofie domácí péče vychází z toho, že každý jedinec je zodpovědný za své zdraví. Pokud tento úkol již není schopen sám zvládat, potom nastupuje pomoc rodiny, dobrovolných pracovníků a teprve až na posledním místě činnost erudovaného odborného pracovníka. Všechny služby jsou podříze-

ny tomu, aby poskytovaná péče umožnila pacientovi co nejdéle pobývat ve známém rodinném prostředí. Cílem takového působení je snaha umožnit pacientovi co nejdelší pobyt v domácím zázemí, oddálit eventuální přijetí do nemocnice, umístění v pečovatelském nebo jiném zařízení (Bártlová S, 1992, s. 15).

Je povolání sestry autonomní profesí?

V posledních letech je v materiálech Světové zdravotnické organizace věnována pozornost problematice ošetrovatelství a postavení sestry v systému zdravotnické péče. V těchto materiálech se objevuje **požadavek na profesionalizaci sestry**. Také u nás se často užívají termíny „profesionální ošetrovatelství“ a „profesionální ošetrování“. Ve většině dokumentů je zdůrazňováno, že doporučení musí být přizpůsobena stavu, podmínkám a možnostem jednotlivých zemí.

Ze sociologického hlediska lze profesi nazvat jako povolání, odbornost nebo odbornou přípravou na požadované povolání. Pojem profese se vztahuje především k pracovním rolím. Hlavním společným jmenovatelem pracovních rolí je omezený a regulovaný přístup k jejich výkonu. Např. lékařem se může stát jen ten, kdo úspěšně absolvoval zpravidla šestileté univerzitní studium. Toto studium zahrnuje teoretické i vědecké složky medicínského vědění a obsahuje závazek celoživotního vzdělávání. Příprava sester v průmyslově vyspělých zemích, ale i v ČR je podle zákona č. 96/2004 Sb. zpravidla tříletá. Obsahuje rovněž závazek celoživotního vzdělávání. Jakými znaky tedy můžeme profesi vymezit?

Profese je charakterizována následujícími znaky:

- Existenci **systematické teorie**, o kterou se opírá stránka výkonu profese. Osvojení profese vyžaduje zvládnout teorii, jež je s výkonem profese spjata. Studium musí být prováděno určitou společensky uznávanou formou a je zpravidla legislativně upraveno. Z tohoto znaku plyne, že pracovník jedné profese nemůže být nahrazen pracovníkem jiné profese, aniž by si osvojil další jinou kvalifikaci.
- **Profesní autoritou**, jež vychází z ovládnutí vědomostí, jimiž běžný laik nedisponuje. Je schopen určit, co jeho klient potřebuje a co mu škodí.
- Systémem **profesních asociací** plnících více funkcí, především pečujících o růst kvalifikace svých členů. Tím systémem je posilován monopol na odbornou kompetenci.
- **Profesní etikou** normující vztahy odborníka vůči klientům i vzájemné vztahy mezi kolegy v profesi. Obsahem je např. zákaz zneužívání vlivu

nad klientem k prosazování vlastních zájmů, snižování autority kolegů před klienty apod.

Existují i další znaky profesí, např. neostré ohraničení pracovní doby a volného času, pocit závaznosti činící z výkonu profese něco víc než jen prostředek pro získávání obživy apod. (Keller J, 2002, s. 185–186).

Snaha o profesionalizaci je ve vyspělých průmyslových zemích považována za přirozenou a legitimní. Přesto se někteří sociální kritici znepokojují nad příliš velkým důrazem, který se klade na formální akreditaci (certifikaci) školskými diplomy. Tato snaha je vedena především touhou po prestiži, což s profesionalizací úzce souvisí, ale i jinými ohledy, mezi nimiž hraje úlohu naděje na větší stálost pracovních míst, na příležitost k opravdové kariéře, na možnosti pravidelného postupu i zlepšení finančního ohodnocení kvalifikovaných činností.

Nejdůležitějším prvkem profesionalizace ošetrovatelství je nástup „nového systému ošetrovatelství“ v 80. letech 20. století. Tento systém částečně vychází ze změn ve způsobu vzdělávání sester. Ve většině vyspělých západních zemí byl zaveden radikálně změněný syllabus pro sestry, které žádají o státní registraci. Do konce 90. let 20. století bylo v podstatě všechno vzdělávání sester přesunuto na univerzity. Někteří autoři, jako například Freidson (1988), uvádějí, že profesionalizace se stala jediným směrem, jímž se vydalo povolání ošetrovatelství. Rozhodujícím kritériem profese je dle tohoto autora autonomie a dominance. Říká: „Představitelé uchazečských povolání včetně ošetrovatelství ... trvají na tom, že jejich povolání vyžaduje dlouhodobé vzdělávání vedoucí k získání speciálních dovedností, včetně vzdělání v teorii nebo abstraktních znalostech, ... ale jejich význam je sporný, protože obsah a délka vzdělání k určitému povolání, včetně abstraktních znalostí a teorie, je často produktem záměrné akce těch, kdo chtějí dokázat, že jejich povolání je profesí a mělo by tudíž dostat autonomii.“ (Freidson E, 1988, s. 79–80).

Problém ošetrovatelství vidí v tom, že začalo příliš zjevně organizovat své vzdělávání s jediným záměrem získání vyššího postavení ve společnosti. Je jisté, že ošetrovatelství zvýšilo svůj status jako povolání a stále v tom pokračuje. Pokus sester o autonomii a dominanci v určité oblasti práce je však mimo jiné nepříznivě ovlivněn také tlakem poskytovat ekonomicky efektivní zdravotnické služby s vyšším obratem pacientů. Většina pacientů dnes v důsledku rozvoje medicíny nestráví, nebo by neměla strávit, v nemocnici dlouhou dobu jen z toho důvodu, aby byly uplatněny principy nového ošetrovatelství. Uspokojování biologických, psychologických, sociálních

a duchovních potřeb pacientů je problematické, pokud pacient zůstává v nemocnici pouze několik hodin. Zjišťování potřeb pacientů nemusí být vůbec možné během jejich krátkodobého pobytu v moderní nemocnici, v níž je rychlý obrát pacientů, nebo při návštěvě v komunitě. Freidson (1988) tvrdí, že ošetrovatelství nemůže být nikdy nic jiného než jakási poloprofese (semiprofession), neboť vědomostní základna ošetrovatelství zůstává v kompetenci lékařského modelu.

Lékaři jsou odpovědní za diagnózu, terapii, přijímání a propouštění „svých“ pacientů ve většině klinických situací, a proto mají velký vliv na ošetrovatelskou praxi. Podle Freidsona, ale i jiných autorů, jako jsou Smith (1993), Dingwall (1986), Rafferty (1996), je ošetrovatelství ve své podstatě podřízenou profesí. Na profesi lékařů lze nahlížet tak, že je i nadále silná. Naproti tomu ošetrovatelství představuje doposud relativně bezmocnou profesi.

Tak jako všechny společenské organizace, podléhají stejně i profese změnám, které jsou následkem vývoje v globálním, celostátním i regionálním měřítku. Profese ošetrovatelství v boji o určitou autonomii naráží na profesi lékařů, která už na jejím poli působí. Tím se dotýká potřeb, zájmů a kompetence lékařů a vzbuzuje protitlak. Bylo by nešťastným řešením, kdyby v hledání postavení sester docházelo mezi nimi a lékaři ke konfrontaci, protože výsledkem konfrontace bývá jeden vítěz a druhý poražený. V případě spolupráce je možný prospěch pro všechny strany.

V bývalých zemích tzv. východního bloku měl proces **profesionalizace** poněkud jinou podobu. V minulých režimech došlo k jakési řízené, formální profesionalizaci pracovních oborů navazující na systém předepsaného vzdělání. Tím se rozšířil pojem profese, ale současně ubylo jejich rigorózních atributů, včetně snížení profesní prestiže. Význam profesních osvědčení přestal být zárukou perfektního zvládnutí oboru. Vznikla **častá diskrepance** mezi formálním kvalifikačním osvědčením a skutečnou profesionalitou vykonávané práce. V bývalém Československu se vžilo chápání profese jako profesionálního vykonávání určité práce. Vzhledem k tomuto vývoji se mohou v posttotalitních režimech objevovat jiné nároky, jiný typ hnutí za profesionalizaci, např. za přehodnocení výkonnosti a náročnosti profesí, systému profesní přípravy a také částečně za navrácení původního smyslu pojmům profese, professionalismus, profesionál (Velký sociologický slovník II, 1996, s. 853).

Nároky na výkon a vzdělávání lékařů a sester jsou doposud značně rozdílné. Přesto lze sledovat v posledním desetiletí určitou konvergenci statusu

obou profesí. Sbližování statusu těchto obou zdravotnických profesí (lékařů a sester) může zvýšit citlivost ve vzájemných vztazích sestra – lékař. Nová koncepce vzdělávání sester podle zákona č. 96/2004 Sb. je v souladu se strategií EU a zohledňuje celosvětový trend. Jsou s tím ale spojeny i určité požadavky na proměnu celé hierarchie zdravotnického systému. Tento systém směřuje k restrukturalizaci rolí, které má plnit lékař, kvalifikovaná sestra a další zdravotnický personál.

Sestra v České republice splňuje nesporně všechny uvedené znaky profese. **Povolání sestry je tedy profesí a její hlavní činnost – ošetřování – je také profesionální.** Problémem u nás není ani sama profesionalizace jako taková, ale úroveň, které nyní dosahuje. Proto se nabízejí otázky, zda je adekvátně ošetřena úloha a postavení sestry ve stávající legislativě (v zákonech, vyhláškách, směrnicích, rádech apod.). Dále, jaké má sestra podmínky pro efektivní výkon svých profesionálních úloh, do jaké míry kooperující profese a pacienti respektují její odbornou kompetenci, jakou úroveň mají kooperující vztahy, jaké postoje má veřejnost k profesi sestry, jaká prestiž se jí připisuje a řada dalších otázek. Na tyto otázky nelze dnes dát jednoznačné odpovědi především proto, že celý zdravotnický systém se nachází v souvislosti s širším společenským rámcem v procesu hlubokých změn.

Role sestry nejen že prodělala složitý vývoj v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestřích nové dovednosti, které se nepožadovaly v minulosti. Tyto dovednosti jsou v mnoha směrech jiného řádu, než byly požadavky dřívější. Jde o širší spektrum dovedností, a to zejména ve vztahu k sociálním problémům, které obklopují a provázejí stále více nemoc a zdraví jedince nebo skupiny.

Sociologické teorie, týkající se rozhodujících funkcí role sester v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Jde například o sociologické poznatky, které pomáhají sestře rozpoznat a pochopit:

- postoje a hodnoty jednotlivců nebo skupin, včetně rodin, s nimiž pracuje, a které ji učí provádět změny v těchto postojích a hodnotách;
- dynamiku sociálního systému sestra – lékař – pacient, zejména specifčnost její role v něm tak, aby dokázala spolupracovat v tomto systému k dosažení péče, která podporuje pozitivní zdraví a solidaritu ve všech skupinách, kde péče probíhá;
- zdravotní potřeby jednotlivce i rodiny v populaci mimo terapeutické ústavy tak, aby je pomocí svých dovedností vyřešila nebo pacienta navedla na jiné zdravotní profesionály nebo činitele; aby dokázala vysvětlit

- potřeby ostatnímu zdravotnickému personálu i porozumět tomu, jak jsou potřeby viděny ostatními pracovníky (looking-glass self);
- obecné i kulturně specifické kompetence, aby byla sestra schopná pochopit hodnoty a kulturní imperativy fungující v rámci kulturního prostředí dané osoby, zejména ty, které mohou ovlivňovat, jakým způsobem tato osoba chápe zdraví a nemoc a také její očekávání, pokud jde o tělesné funkce, a poskytovat tak kulturně citlivou péči o nemocného;
- vlastní roli a normy pro její jednání a chování, neboť jediné tak může měřit vlastní praxi, aby mohla pracovat k jejímu zdokonalení, kdykoliv je to nutné;
- možnosti a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví, aby využívala příležitosti, aby podněcovala v rámci svých možností společenské dění k účelnému a ekonomicky efektivnímu poskytování zdrojů a iniciativnímu jednání v oblasti zdravotní politiky a péče o zdraví atd.

Sociologická teorie se tak stává jedním z důležitých článků nejen v objasňování, ale i v realizaci současných změn v roli sestry. A to nejen jako důležitá součást odborné výchovy a odborného profilu sestry, ale i jako teorie, pomocí které jsou zkoumány pracovní podmínky sester, napětí a konflikty mezi sestrami a pacientem, mezi sestrami a lékařem a mezi ostatním zdravotnickým personálem navzájem. Stejně tak nabízí možnost zkoumání organizace činností sester, prestiže tohoto povolání a mnoho jiných sociologických problémů spjatých nebo vyvolaných transformačním procesem, který probíhá v našem zdravotnictví, včetně problému privatizace. Pokud je snaha rozvíjet ošetřovatelství jako praxi s výzkumnou základnou, vyžaduje se rovněž, aby sestry měly určité vědomosti a znalosti z výzkumné práce. Proto by výuka základních výzkumných metod, technik a hodnocení výsledků výzkumu měla být zahrnuta do všech stupňů vzdělávání sester.

6.1 Osvojení si role sestry

Poznání vlastní role je u sestry nadmíru důležité, protože jen její dokonalé osvojení (internalizace role) může vyloučit na jedné straně rigorózní vázání se na pravidla a na druhé straně nedomyšlené a lehkomyšlné porušování pravidel a chování.

Sociologicky participuje **role sestry** na základní orientaci lékaře. **Platí pro ni vzory chování** uvedené u role lékaře, a to: **funkční specifcita, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita.** Není proto nutné znovu tyto čtyři aspekty popisovat. Paralely jsou evidentní. To však,

že pro roli lékaře a roli sestry platí stejné vzory, může vyvolat námitku, že v sociologickém poznání nelze dostatečně diferencovat mezi lékařem a sestrou. Může se dokonce tvrdit, že v takovém případě sestra může převzít roli lékaře a naopak, což by však byl naprosto chybný výklad. Jde o to, že základní orientace jednání zůstává u lékaře a sestry ve specifických činnostech stejná, liší se však zásadně podle věcně – specifického (odborného) obsahu činnosti. To znamená, že se zcela liší odborné kompetenční pole lékaře a sestry.

Podat charakteristiku podoby role sestry z hlediska skladby činností, je velice složité. Příslušníci jednoho povolání nevykonávají totiž stejné činnosti, plní úlohy odborně, kvalifikačně i funkčně v různé podobě, skladbě i rozsahu. **Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné.** Při charakteristice činností sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o **vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry.** Znamená to, že se jedná o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když momentálně je nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává (Paseka V, 1971).

V podstatě jde o „dílčí“ role v následujících oblastech:

- ošetrovatelsko-pečovatelská,
- expresivní,
- výchovná,
- instrumentální (technická),
- poradenství (rodina, veřejnost atd.),
- podpora a výchova ke zdraví (prevence),
- organizace a administrativa atd.

Sociologicky správná míra skladby „dílčích“ rolí v sesterské profesi spočívá v optimálním kontaktu při ošetrování pacienta, v optimální funkci sestry uvnitř kooperační sítě a v optimální rolové integritě. V současné době budou nepochybně probíhat v souvislosti s transformací zdravotnictví další změny role sestry.

Centrálním kritériem realizace profesionální role je její vlastní výkon. Realizaci role sestry ztěžuje především to, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Největší zdroj konfliktnosti vyplývá z toho, že pro výkon většiny činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přesné normy, ale zdravotničtí pracovníci jsou nuceni je přitom uplatňovat v jedinečných situacích. Tento rozpor představuje jednu ze stěžejních otázek správného osvojení si role sestry a její realizace v praxi. Ovlivňování správného osvojování si role je

ztíženo i tím, že vzhledem k povaze práce nelze vlastní činnost sester v dostatečném rozsahu kontrolovat.

Z psychologického hlediska je **rolová adaptace** zvláště obtížná. Normativním jádrem role sestry je – jak bylo uvedeno – univerzalizmus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné definovat jako chorého, je schopná zanedbávání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Přitom ale vyšla z prostředí, které není takto kolektivně orientované, její návyky a postoje byly převážně individuální. Není ani jednoduché osvojit si emocionální neutralitu, která se nechápe jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázovým aktem adaptace na roli sestry. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání se. Tím více, že jde o profesi, jejíž funkce a podoba se neustále mění vzhledem k měnícím se potřebám zdraví a nemoci, struktury populace a úrovně a pravidel kultury nejen ve společnosti, ale i v jednotlivých regionech a skupinách obyvatelstva.

Osvojení si role a adaptace na nové funkce a odpovědnosti, na nové vzory chování, závisí značně na společenské prestiži povolání. Ve výzkumu, který v roce 1990 provedlo Středisko empirických výzkumů SÚ ČSAV ve spolupráci s Ústavem teorie a historie vědy, kdy byla posuzována prestiž padesáti povolání, se umístila sestra na devátém místě (10. horník, 13. inženýr ve výzkumu, 14. právník, 18. projektant). Její umístění před řadou vysokoškolských a uměleckých profesí a před všemi technickými a dělnickými profesemi je dosti překvapivé (Názory na privatizaci ve zdravotnictví. Praha: 1991, ÚSLOZ).

Naproti tomu v mezinárodní prestižní škále, přiřazující všem profesím bodové hodnoty od 100 do 0, jsou sestry uprostřed škály spolu s novináři, učiteli a programátory (byly hodnoceny 53–55 body).

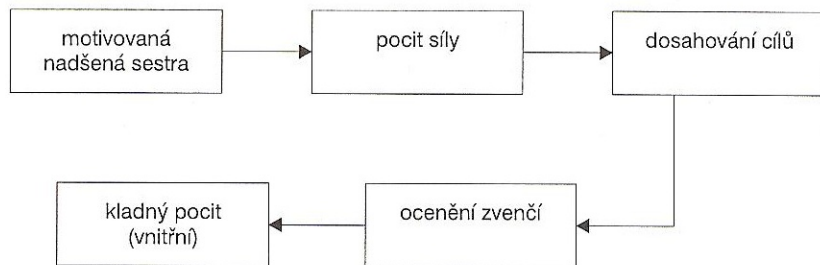
Z těchto výzkumů, jak se ukazuje, nelze zjednodušeně usuzovat na skutečnou společenskou prestiž. Jejich věrohodnost by musela být ověřena dalšími výzkumy. U nás lze přepokládat, že se společenská prestiž povolání sestry podstatně změnila vlivem změn probíhajících ve zdravotnictví.

Uvedená zjištění nevypovídají také nic o spokojenosti sester samých. Je známo, že výkon role sestry je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí „dílčích“ rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek, ve kterých se výkon role odehrává. Stále častěji je diskutován u zdravotních sester **syndrom vyhoření** (vypálení) – čímž je označován stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako vyprahlost, vyhaslost a je již studován ví-

ce než 20 let. Řada studií je zaměřena na práci sester pracujících na exponovaných pracovištích, jako ARO, JIP, dialyzační střediska apod., vzhledem k názoru, že v této oblasti dochází nejvíce k psychické zátěži. Tento názor bývá často v poslední době zpochybňován, neboť jiné studie uvádějí, že nejen intenzivní péče, ale i sestry pracující ve standardních medicínských oborech interny, chirurgie a psychiatrie jsou rovněž vystaveny celé řadě faktorů, způsobujících psychickou zátěž vedoucí až k syndromu vyhoření. Tento syndrom byl poprvé popsán v roce 1974. Setkáváme se s ním však i u dalších profesí, jejichž pracovní náplní je především pomáhat lidem. Syndrom vyhoření „burn out syndrome“ může být jak akutní, tak chronický.

Příčiny vzniku tohoto syndromu lze hledat jak v individuálních faktorech (jako jsou zvyšující se nároky na sebe, neschopnost požádat druhého o pomoc, souhrnná zátěž i v soukromí, stres, konfliktní napětí atd.), tak především v pracovních a organizačních faktorech (jako je nátlak sociální role, nedostatek autonomie, absence sociální podpory, monotónní rutina apod.). K tomu přistupuje značná fyzická zátěž, nebezpečí infekcí atd. Syndrom vyhoření není obyčejná únava. Je vždy spojen s otázkou po smyslu vlastní práce.

U syndromu vyhoření dochází k narušení následujícího řetězce:



Proces, jehož vyvrcholením je vyhoření, trvá často několik let a probíhá v určitých fázích.

1. Nadšení. Sestra přichází do práce s určitými ideály, jak bude pomáhat nemocným v uzdravování, často s plným nasazením a přesvědčením, že bude poskytovat pacientům kvalitní péči. Je ochotna pracovat nad rámec svých pracovních povinností.

2. Stagnace. Počáteční očekávané nadšení a motivace časem otupí, sestra začíná slevovat ze svých ideálů, požadavky pacientů ji začínají pozvolna

unavovat a někdy i obtěžovat. Vyhýbá se kontaktům s pacienty, přesouvá vinu za problémy na pacienty.

3. Frustrace. Sestra začíná prožívat velkou deziluzi a zklamání ze svého povolání.

4. Apatie. Sestra se snaží dělat jen nejnnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s pacientem, ostatními zdravotnickými pracovníky, vyhýbá se dalšímu vzdělávání.

5. Vyhoření. Je dosaženo stavu plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům.

K hlavním projevům syndromu vyhoření patří v oblasti psychické:

- ztráta schopnosti radovat se, těšit se ze života, ztráta vůle angažovat se, ztráta schopnosti empatie, ztráta pocitu zodpovědnosti,
- negativní postoje vůči vlastní osobě, vůči práci, instituci, společnosti a životu vůbec,
- emocionální problémy, agresivita, netrpělivost, nervozita,
- únava, vyčerpání, pití, abúzus drog, ztráta zájmů, až po vývoj těžké deprese a jiných psychických poruch.

Pokud je stav postižené tak vážný, že se projevuje depresemi, myšlenkami na sebevraždu apod., je nutné vyhledat odbornou pomoc psychologa nebo psychiatra.

Podle expertů budou právě deprese v roce 2020 na 2. místě celosvětového žebříčku DALY (Disability Adjusted Life Years – ukazatele, spojujícího kritérium nemocnosti a úmrtnosti, vyjadřujícího zátěž populace danou chorobou).

V oblasti tělesných příznaků lze hovořit o poruše spánku, poruše chuti k jídlu, zvýšené náchylnosti k nemocem, psychosomatickým potížím apod.

V počátečních fázích lze proces zvrátit kratšími přestávkami v práci např. kratší dovolenou, aby sestra nabrala nové síly. Čím je však proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování. Někteří autoři uvádějí, že syndrom vyhoření není jen osobní problém, ale i organizační, a proto se musí řešit v těchto dvou sférách. Ti, kteří jsou zasaženi tímto syndromem, potřebují pomoc druhého člověka, protože sami sobě nejsou schopni pomoci. Postižení většinou potřebují v akutní fázi získat určitý odstup a více odpočívat. Často se doporučuje změna oddělení, rotace, přechod do jednosměnného provozu, zkrácení pracovní doby. Vhodná je výměna zkušeností se všemi, kteří jsou ve stejné pracovní situaci, i když syndromem vyhoření nejsou právě postiženi. Ke snížení výskytu syndromu přispívá vzájemná podpora členů pracov-

ního týmu, výměna názorů a zkušeností, týkající se profesionálního růstu, možnosti dalšího vzdělávání, spravedlivého finančního ohodnocení, rozpisů služeb apod. Syndrom vyhoření může být i podnětem k přehodnocení svých priorit, k rozpoznání svých slabých a silných stránek, hranic svých možností, k vybudování podpůrné sítě, která napříště pomůže předejít vyhoření.

Syndromem vyhoření není postižena jen zdravotní sestra, ale v důsledku jejího vyčerpání dochází k tomu, že může být postižen i pacient. Sestra se vyhýbá pacientům, nekomunikuje s nimi a dochází i tomu, že je zhoršena kvalita ošetrovatelské péče.

Syndrom vyhoření nemá za následek jen negativní postoj k sobě samému a k pacientům, ale ovlivňuje též postoj ke spolupracovníkům, přátelům a rodinným příslušníkům. Může být příčinou manželských konfliktů a může působit ničivě i na mezilidské vztahy. Člověk, který není dostatečně ve své práci spokojen, obvykle očekává o to více od partnera a blízkých přátel a tento neustálý tlak stále se zvyšujících požadavků vydrží málokterý vztah.

Ve svém osobním životě by sestra měla dbát na tyto oblasti (Bártlová S, Jobánková M, 2001, s. 78–79):

- zdravá životospráva,
- sport či jakékoliv jiné pohybové aktivity (procházky, turistika, vycházky se psem, tanec atd.),
- naučit se odpočívat, když je unavena (naučit se naslouchat potřebám svého těla),
- mít dobré přátele a nejen mezi spolupracovníky,
- dobré mezilidské vztahy, sociální podpora,
- mít svého koníčka, což obnáší dělat něco jen pro své potěšení,
- dál se učit a vzdělávat,
- nebát se změn, brát změny jako výzvy,
- jednat jako aktivní činitel a ne jako oběť událostí,
- stanovovat si dosažitelné cíle,
- schopnost projevit emoce a humor,
- zdravotník by si také měl uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, když ji potřebuje.

Osvojení si a vlastní výkon role sestry vyžadují proto nejen soustavnou pozornost školských a řídicích článků, ale i vědeckovýzkumných pracovníků a institucí. **Vědecké konstruování modelu současné role sestry jako**

vzoru a hlavně jako programu je nutné pro úspěšnou realizaci změn v praxi.

19

6.2 Vztah sestra – pacient

Uprostřed všech změn, o kterých bylo hovořeno, zůstává sestra strážkyní zájmů pacientů. Její přínos v tomto směru je nutné akceptovat jakožto spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v medicíně, v ošetrovatelství a v technice vést ke zvýšení úrovně léčebné péče. **Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař.** Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb (např. pití, jídlo, osobní hygiena, močení, stolice apod.). Jakmile pacient cokoliv potřebuje (např. vstát z lůžka, zmírnit bolest apod.), nejprve volá sestru. Protože sestra obstarává jeho osobní přání a potřeby, je pacient na ní často plně závislý. Sestra též supluje společenské vztahy, je jediná v pravidelném styku s pacientem, je spojkou se světem a zdrojem informací. Sestra je pro nemocného člověkem, který zajišťuje uspokojení většiny jeho potřeb, zná možnosti jak pomoci, radí mu ze zkušeností. Zná lékařská nařízení a má spojení s lékařem. Komunikace sestry s pacientem je tedy řízena a rozvíjena především tak, aby vedla k identifikování potřeb pacienta a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, který je pro něj přijatelný. Toho dosahuje sestra tím, že zaznamenává a rozlišuje, jak pacient přijímá bezprostřední terapeutickou funkci. Identifikuje shody a neshody mezi tím, co říká pacient a skutečností, jak je vnímána jí samotnou. Po zhodnocení shody a objasnění neshody mezi vyjádřením pacienta a svým přístupem, poskytuje ošetrovatelskou pomoc tak, aby umožnila pacientovi dosažení nejvyšší možné úrovně osobního uspokojení a blaha tím, že mu nejen poskytuje vše v ošetrovatelské péči z hlediska onemocnění, ale že mu zároveň pomáhá vyrovnat se s osobními situacemi, které jeho onemocnění provází. Sestra v tomto směru postupuje s vědomím, že pro pacienta je optimum úrovně péče spojené s jeho pocitem, že jde skutečně o něj.

Role pacienta je vždy spojena s více či méně konfliktními situacemi. V mnoha případech vážné potíže nemocného člověka vyplývají z rozkolu jednání – v jeho rolích. Před nemocí byl pacient zaměstnaný, nezávislý, podílející se na rozhodování. Nyní je nemocný a nemůže plnit svou dřívější sociální roli. Jako pacient je více závislý než nezávislý, poslouchající nařízení, než aby je mohl dávat sám. Je vcelku vždy více v pozici podřízenosti. Přitom lékař i sestra předpokládají, že se bude v nové roli chovat podle očekávání.

Přijmout však okamžitě tak velké změny ve své roli není tak jednoduché. Sestra si musí proto být vědoma možnosti rozvratu jednání v roli pacienta a neustále musí pacienta v tomto směru ovlivňovat a vést.

Častý problém, který se promítá do oblasti vztahů sestra – pacient, je **problém realizace vlastní role sestry ve vztahu k pacientovi**. Problém, že by se sestry chovaly k pacientům příliš „mateřsky“ se vyskytuje poměrně vzácně. Objevují se však stížnosti pacientů, že postrádají zájem sestry o sebe, o svoje problémy, stížnosti na nepřítisť humánní přístup k pacientům, který někdy může vésti až k porušení právních norem. Vztah k pacientovi je v takových případech ohrožen neosobní a standardní rutinou v chování a v práci sestry. Výsledky některých výzkumů ukazují (Engelhardt K, Wirth A, Kindermann L, 1973, s. 165), že sestra mnohdy, i když měla čas a možnost navázat s pacientem kontakt, důkladněji se jím zabývat, snažit se mu porozumět, této příležitosti nevyužila. V takových případech sestra neplní svou roli ve vztahu k pacientovi, neboť se od ní očekává, že bude pacienta připravovat psychologicky i společensky na jeho roli pacienta, že bude znát sociální situaci nemocného (např. společenské prostředí nemocného, věk nemocného, vzdělání apod.). Problémy tohoto druhu spočívají především v rozdílech mezi normativně a odborně stanovenou rolí a její realizací v praxi. Napomáhají tomu i rozdíly v pojetí samé role sestry. Tak například ve výzkumu obvodního systému (Sociomedicínský výzkum funkční a strukturální problematiky obvodních zdravotnických služeb, 1971) bylo vyjmenováno 12 činností obvodní sestry. Lékaři, sestry a pacienti se vyjadřovali k jednotlivým činnostem z hlediska jejich důležitosti. Rozdíly v hodnocení činností byly značné. Lékaři a sestry dávali například administrativní a dokumentační činnost na poslední místo, pacienti na místo třetí. Jiná zjištění ukazují, že sestra je v bezprostředním kontaktu s nemocným (ať je motivován čimkoliv) pouze 40 % své pracovní doby. Přitom tato doba zahrnuje úkony „kvalifikované“ a „nekvalifikované“ (Pacovský V, 1975, s. 54).

V knize „Kranke im Krankenhaus“ (Engelhardt K, Wirth A, Kindermann L, 1973, s. 165) je uvedeno rozdělení pacientů na „dobré“ a „špatné“, jehož podkladem je emoční reakce sestry na pacienta a její posuzování pacienta na základě morálních měřítek. Bylo zjištěno, že zkoumané sestry vycházely především z toho, jak mnoho je pacient na základě svých potřeb ruší a jak mnoho potřebuje individuální péče. O „dobrých“ pacientech se sestry vyjadřovaly následovně: pacient je milý, vlídný, nedělá těžkosti, je vděčný, nebo: pacient je klidný, vyrovnaný, neruší, nechá si všechno líbit. „Špatné“ pacienty charakterizovaly sestry následovně: je to hrozný člověk, choulosti-

vý, myslí si, že sestra je v nemocnici jen pro něho. Neoblíbeni se ukázali také pacienti, kteří mnoho kritizují, mají určité lékařské znalosti a chtějí je prosadit. Podobný výzkum byl proveden u nás formou standardizovaného rozhovoru v souboru 1000 obyvatel a 360 lékařů Severomoravského kraje vybraných kvótním výběrem, a v souboru posluchačů 6. ročníku lékařské fakulty. V souvislosti se studiem jednání lidí při pocitu nemoci se zjišťovalo, jaký model vlastností je dnes u nás z hlediska profesionálního i laického považován pro pacienta za obecně žádoucí. Respondenti měli 21 vlastností seřadit tak, jak je považují za důležité. Zatímco občané kladli na první místo takové vlastnosti, jako čistý, trpělivý, nic nezatajující; lékaři a medicí ve shodě kladli na první místo spolupracující s lékařem, čistý, nic nezatajující atd. (Gladkij I, 1974, s. 702–706).

Všechny uvedené výzkumy ukazují, že složitý sociální systém – zjednodušeně zobrazen schématem lékař – sestra – pacient má řadu funkčních problémů. Má-li se však systém udržet a dobře fungovat, musí směřovat k jednotnému cíli, a to na bázi pokrokového chápání jeho realizace; vzájemné vztahy mezi členy systému musí být harmonické a každý člen je má cítit dobré jak pro sebe, tak pro skupinu.

V podstatě jde o vnější funkci směřující k cíli, která je nazývána **funkcí instrumentální**, a o vnitřní funkci udržení vzájemných vztahů a motivační rovnováhy a napětí u jedinců, tj. **funkcí expresivní**. Z analýzy činností v tomto směru vyplývá, že zatímco lékař provádí především instrumentální funkce, pak **sestra provádí hlavně funkce expresivní**, tj. ty, které jsou spojeny s vytvářením terapeutického prostředí, s duševní podporou a pochopením pacienta, s pomocí pacientovi přizpůsobit se atd. Expresivní funkce má velký význam pro integraci sociálního systému, jehož je pacient nedílnou součástí, pro ucelení výsledků léčebných činností.

Vytváření **terapeutického prostředí** zahrnuje vhodně působící fyzické prostředí, pohodlné, nehlukné prostředí a příjemné sociální klima. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Důležitá je duševní podpora a pochopení nebo akceptování pacienta. Nejdůležitější příspěvek není v tom, co řekne, ale v její přítomnosti v potřebné chvíli, v pochopení, v trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit. Pacient je v novém prostředí, neví, co ho očekává, potřebuje adekvátní vysvětlení a přípravu na léčebné úkony. Sestra tak pomáhá pacientovi přizpůsobit se. Když vytvoří příjemné fyzické a psychické prostředí, pečuje o pacienta, jsou tyto hodnoty „péče o pacienta“ důležité pro jeho emocionální blaho. Když ošetřuje sestra pacienta jako fyzický předmět a ne jako osobu, které poskytuje

péči, terapeutický aspekt její činnosti je zeslaben nebo dokonce ohrožen. Součástí role sestry jako člena uvedeného systému je **znát terapeutickou funkci své expresivní role** a rozeznat, že se tato expresivita může stát kontraindikací, jestliže je hnána příliš daleko. Sestra má být schopna odhadnout a posoudit efekt svého chování vůči pacientovi a nebýt „falešně“ expresivní. Sestra může pečovat o pacienta jako o osobu a podporovat ho, i když zároveň udržuje schopnost posuzovat efektivitu svého chování.

Sestra slouží též jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Udržuje přirozený postoj k pacientovi a k lékaři a snaží se udržovat stejnoměrně vzájemný vztah. Pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její odpovědnosti. Pro nejlepší terapeutické výsledky je podstatné, **aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný. Sestra dělá tento celek operativním, plní funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem, je interpretem lékaře a jeho činnosti ve vztahu k nemocnému, zaměřuje své úsilí na získávání pacienta ke spolupráci s ošetřujícími lékaři.** Lékař jako vedoucí činitel je odpovědný za hlavní rozhodnutí týkající se pacientova léčení, ale jestliže pacient nedůvěřuje lékaři nebo ho nepochopí, jeho léčení může být méně efektivní. Zůstává na sestře vytvořit vztah odpovědnosti a udržet harmonický vzájemný vztah mezi těmito dvěma.

Ze všeho, co bylo řečeno o vztahu sestra – pacient, vyplývá, že v **sociologických úvahách o povolání sestry nejde jen o jedince provádějícího určité činnosti určitým způsobem, ale i o to, jakou roli hraje v sociálním systému lékař – sestra – pacient.**

6.3 Vztah sestra – lékař

Tradiční vztah lékař – sestra se postupně měnil v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti a nelze přitom opomenout ani měnící se postavení role nemocného.

Po dlouhá staletí, či spíše tisíciletí, byla role žen v rodině a v kontextu společnosti naprosto stejná. Žena, především středních vrstev, byla zajištěna pouze sňatkem a jejím jediným společensky uznávaným posláním byla starost o manžela, děti a domácnost.

Povolání sestry je tomuto pojetí tzv. „přirozeného údělu ženy“ velmi blízké a není proto divu, že profesionální ošetřování se jevilo jako jedna z poměrně nejvýhodnějších cest k osamostatnění se u žen. Při uskutečňování této cesty však bylo zapotřebí docílit systémových změn. Pracovní podmínky, které mohly být přijatelné pro příslušnice církevních řádů, poskytu-

jících ošetrovatelskou péči z ryze náboženských motivací, nebyly akceptovatelné pro ženy, které hledaly nejen společenské začlenění spojené se zaopatřením, ale i vlastní smysl svého života. Tuto situaci dobře vystihuje německý sociolog J. J. Rohde, když říká: „Zásluha Florence Nightingalové netkví zajisté v takové míře v tom, že začala se systematickým vzděláním sester... , ale spíše v jejím úspěšném úsilí vytvořit takové nemocniční poměry, které by byly pro ženy ze středních a vyšších vrstev ochotných poskytovat pomoc méně odpudivé nežli dosud a jež by zabezpečily světskému ošetrovatelskému povolání veřejné uznání. Překonala názor, pocházející ze středověku, že úctyhodnost povolání sestry závisí na příslušnosti k řádu... Tím bylo v jistém smyslu i zahájeno ženské hnutí, vždyť se zde nabízela možnost přístupu k povolání, možnost odlehčení rodinám neprovdaných dcer bez řádového slibu, který byl v té době již těžko překročitelnou překážkou.“ (Rohde JJ, 1974, s. 87).

Ještě výrazněji formuluje vztah vzniku profese sestry s emancipačním hnutím J. Siegrist: „Je ale jisté, že snahy po profesionalizaci, jak byly nejrozhodněji sledovány Florence Nightingalovou od poloviny 19. století, záměrně směřovaly k odloučení vzdělávání od pracoviště. Jednotlivé nemocnice neměly nadále čerpat z ošetrovatelského sdružení asociovaného s nemocnicí. Ošetrovatelství mělo být spíše „svobodné“ povolání, které se řídí tržním zákonem nabídky a poptávky.“ (Siegrist J, 1975, s. 74). Úzkou souvislost vzniku povolání sestry s emancipačním hnutím dokládá i skutečnost, že první ošetrovatelský kurz v našich podmínkách organizoval Ženský výrobní spolek v Praze.

Zdravotnické školy vznikají poměrně pozdě a jejich provozovateli byly nemocnice, různé organizace, jako Červený kříž a nebo církve. Kapacita škol byla nedostačující, školení se dostalo jen menšímu počtu sester, většina jich byla jen zaškolená na pracovišti. Jednou z příčin tohoto stavu bylo, že lékaři často, i když třeba pod neuvědomělým vlivem dřívějších vzorů, podceňovali potřebu odborně sestry připravovat.

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

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

Poněkud jinou vývojovou situaci je možno sledovat v profesi sester. Tak jak se projevil rozvoj vysokých škol medicínského zaměření, tak je v poválečném období patrné i **zvyšování počtu zdravotnických škol**. S rostoucími nároky na profesi sestry se začínají objevovat **kvalifikační programy pro sestry i na vysokých školách**. Vysokoškolsky vzdělané sestry pracují samostatně, asistence lékařů se stává pouze jednou z částí jejich nezávislé práce. Sestra se tak z někdejší pomocnice lékaře proměnila ve speciálně školenou odbornici se zcela určitými zvláštními nezávislými povinnostmi a odpovědnostmi vůči pacientovi. Sestra má tedy stejně rovnoprávné postavení jako její mužský protějšek v zaměstnání, má možnost vysokoškolského studia ve svém oboru a vzhledem k pozdějšímu nástupu do praxe po ukončení vysokoškolského studia vykonává své povolání ve zralejším věku.

Během posledního desetiletí získalo vzdělávání sester určitou autonomii, rovněž se rozšířila sféra odpovědnosti sester za svou práci. V konkrétních případech sestry kontrolují a také řídí profesní vzdělávání sester. Toto lze vysledovat i v mezinárodním měřítku, v jiných průmyslově vyspělých zemích.

Interakce mezi sestrou a lékařem je často zkoumána na základě **genderového přístupu**, kdy sestry mohou být znevýhodněny pro svou gender identitu. (Gender chápeme nejenom jako pohlaví – nikoli ve smyslu biologickém, ale ve smyslu kulturním, psychologickém či společenském.) Tato jejich identita je vytvářena společností, již dominují ve vedoucích postaveních v medicíně převážně muži. Příslušnost k určitému pohlaví hraje důležitou roli, když se vysvětluje pozice sester. Řada autorů se pokusila tuto myšlenku interpretovat.

Nejnámější je studie Steina, která popisuje vztah mezi lékařem a sestrou jako tzv. „komunikační hru“. Sestře umožňuje, aby lékaře informovala a radila mu, aniž by ohrožovala jeho sociální pozici, tedy myšlenka skrytého rozhodování sestry. „V této hře platí pravidlo, že je třeba se za každou cenu vyhnout otevřenému konfliktu mezi hráči“ (Stein I, 1967, s. 110). Myšlenka skrytého rozhodování sestry získala širokou podporu, ale v poslední době už začíná být zpochybňována. Hughes (1988) upozorňuje na to, že vzájemný

sociální vztah mezi lékařem a sestrou je zřejmě variací v závislosti na jednotlivých různých okolnostech.

Svensson (1996) uvádí, že mnohem vhodnějším teoretickým rámcem než model chápání vztahu mezi lékařem a sestrou jako „hry“, je pojímat současný vztah mezi lékařem a sestrou jako proces vzájemného vyjednávání dalších perspektiv. Říká, že změny ve zdravotnictví modifikují podmínky, za nichž probíhá vyjednávání mezi lékařem a sestrou. Sestry mají v současné době mnohem větší prostor pro vyjednávání.

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

Vztah mezi lékařem a sestrou však může být ovlivněn celou řadou dalších faktorů. Jedním z nich může být i **komplikovanost organizačních struktur v nemocnici**, která je zesílena dvěma různými formami subordinace. To vede k tomu, že sesterský personál je podřízen dvojím způsobem, a to jednak lékařům a jednak sesterskému managementu. Sestry přijímají příkazy lékařů a přes vrchní sestru příkazy vrcholového managementu. Tato vícenásobná podřízenost může vést k narušení vztahů lékař – sestra.

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

Mění se role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický – autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Tento **partnerský vztah se promítá i do vztahu lékař – sestra**. Vytváří se podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů. Lze očekávat, že s přibližováním České republiky vyspělým evropským zemím tlak na změnu chápání vztahu pacient – zdravotník zesílí a to s sebou přinese i nutnost změny postojů ve vztahu lékař – sestra. Lze říci, že vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče.

Zdálo by se, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta budou spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl. Avšak řada problémů ve vztahu sestra – lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti. V některých zemích se lékaři cítí ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi.

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

V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je proto vhodné, aby dřívější lékařsko-sesterské vztahové stereotypy byly zrušeny.

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

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

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

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

A. H. Rosenstein uvádí v časopise *American Journal of Nursing* výsledky šetření vztahu sestra – lékař, jehož cílem bylo zhodnocení atmosféry a významu vztahů lékař – sestra a určení vlivu nevhodného chování lékařů na spokojenost a udržení pracovního začlenění sester. Výsledky průzkumu stejně jako řada dalších studií, poukazují na problematické chování lékaře jako na rušivou, stresující sílu na pracovišti, z čehož vyvstává otázka: Kolik lékařů si je vědomo, že jejich mnohdy každodenní negativní interakce se sestrami může významným způsobem ovlivnit pracovní spokojenost sester? Respondenti byli požádáni, aby identifikovali problémy, okolnosti a události, které předcházely nevhodnému chování lékaře.

Sestry uvedly, že tento typ chování se nejčastěji vyskytoval:

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

Lékaři uvedli jako primární příčinu svého nevhodného chování:

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

Analýza 1200 odpovědí sester, lékařů a vedoucích pracovníků nemocnic naznačuje, že každodenní interakce mezi sestrami a lékaři silně ovlivňují pracovní morálku sester. Všichni respondenti považovali vztah sestra – lékař a atmosféru, kterou vytvářejí, za velmi důležité. Závěry naznačují, že zdravotnická zařízení ve snaze udržet sestry v práci a snížit jejich fluktuaci, se musí zabývat kvalitou vztahu sestra – lékař. Zajímavá i pro nás je následující strategie, kterou navrhuji respondenti v daném výzkumu (2002, s. 32–34):

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

Vztah mezi sestrami a lékaři je jeden z významných aspektů celkové atmosféry na pracovišti, a proto bude vyžadovat mnohostranný přístup. U sester, v důsledku nepostačujícího personálního obsazení, pracovního přetížení s nutností přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících je od přímé péče o pacienta, často dochází ke značnému stresu. Po určité době i ke vzniku syndromu vyhoření, jakož i konfliktům a frustraci. To má za následek řadu závažných důsledků, které ovlivňují pracovní výkonnost, kvalitu odváděné práce, fluktuaci a loajalitu sester ke zdravotnickému zařízení. Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče. Proto je třeba se soustavně touto problematikou zabývat.

Některé z faktorů vztahu sestra – lékař jsou hluboce zakořeněny ve vedoucích lékařských strukturách, kde dominují převážně muži. U některých vedoucích lékařů je ošetrovatelství bráno jako pomocná role při péči o nemocného. Proto je jimi někdy tolerováno i problematické chování lékařů ve vztahu k ošetrovatelství. Jiné problémy se však mohou přímo dotýkat prostředí na pracovišti. Vztahy mezi lékaři a sestrami lze v konkrétním případě pravděpodobně zlepšit, pokud budou řešeny uvedené výchozí faktory.

V budoucnosti je proto **nutné podporovat v práci lékařů a sester multidisciplinární týmovou práci, zlepšit komunikaci a spolupráci všech členů léčebného i ošetrovatelského týmu, jehož jediným společným cílem by měl být zájem o pacienta.**

7 Společenské souvislosti a systém zdravotní péče

V této kapitole je poukázáno ve stručnosti na společenské vlivy, které ovlivňují problematiku zdravotnictví na dvou tématech, a to na příkladu vývoje sociální nerovnosti ve zdraví a systému zdravotní péče v ČR.

7.1 Sociální nerovnost a zdraví

Ve všech typech politických a sociálních systémů lze zaznamenat diference ve stavu zdraví, a to jak mezi rozličnými sociálními skupinami lidí, tak i mezi geografickými oblastmi. Rozdíly lze pozorovat podle M. Whiteheadové (Whiteheadová M, 1993, s. 4) např. mezi městským a venkovským obyvatelstvem. Znevýhodněné skupiny lidí mají horší podmínky na přežití, kdy např. ve Španělsku umírá dvakrát více dětí v rodinách zemědělců než v rodinách inteligence. Značné rozdílnosti jsou prokazatelné i v tom, jak choroby probíhají. Ekonomicky slabší skupiny populace trpí během onemocnění většími obtížemi než ostatní, ale i začátek chronického stadia a invalidita se u nich vyskytuje dříve. Ve Finsku např. 42 % lidí s nejnižšími příjmy trpí nemocemi chronického charakteru, ve skupině s vysokými příjmy je to pouze 18 %. Ostatní dimenze zdraví a životní pohody vykazují podobně horší charakteristiky. Nezaměstnaní lidé v mnoha zemích mají oslabené duševní zdraví a jejich děti bývají menšího vzrůstu, oproti dětem, jejichž rodiče pracují. Vztah nerovnosti v příjmu na domácnost a úmrtnosti porovnal studie provedená v padesáti státech USA v letech 1980 a 1990. Úmrtnost lidí, kteří žili v domácnostech spadajících do nižší poloviny příjmové stupnice byla významně vyšší než úmrtnost lidí, kteří žili v domácnostech spadajících do vyšší příjmové poloviny (Kaplan GA, 1996).

Rozdíly jsou též v dostupnosti a kvalitě zdravotnických služeb. Extrémním příkladem nerovného přístupu je, když lidé nemohou využívat zdravotní péči vzhledem k nízkým příjmům, vzdělání, rase, pohlaví, věku, náboženství nebo jiným faktorům, které nejsou ve vztahu s potřebnou péčí. Hodnocením dostupných údajů o vztahu mezi zdravím a ekonomickou nerovností se zabýval J. Najman (1993). Srovnáním dat z řady zemí dospěl k závěru, že v kategorii nejchudších 20 % obyvatel je průměrná úmrtnost o 50 až 150 % vyšší než u „horních“ 20 % dané populace. Nespravedlnost