



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Anna Bohdanská, DiS.

**Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na
standardní ošetrovací jednotce pro dospělé**
*Effective Cooperation of the Health Care Team at
Standard Care Unit for Adults*

Bakalářská práce

Praha, květen 2009

Autor práce:	Anna Bohdanská, DiS.
Studijní program:	Ošetřovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Křížová, PhD.
Pracoviště vedoucího práce:	Ústav ošetřovatelství 3. LF UK
Odborný konzultant práce:	Mgr. Jana Holubová
Pracoviště konzultanta práce:	Ústav ošetřovatelství 3. LF UK
Datum a rok obhajoby:	červen 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 3. 5. 2009

.....
Anna Bohdanská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Evě Křížové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji především za trpělivost a cenné rady, které mi během sepisování práce poskytla.

Mé poděkování patří též konzultantce Mgr. Janě Holubové a všem, kteří mi umožnili realizaci výzkumu.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1. ZDRAVOTNICKÝ TÝM	8
1.1 Tým	8
1.2 Zdravotnický tým	9
1.3 Pozice a kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu ve zdravotnickém týmu na standardní ošetřovací jednotce pro dospělé	10
1.4 Profesionální role a vlastnosti zdravotních sester bez odborného dohledu	11
1.4.1 Komunikátorka	12
1.4.2 Manažerka	13
1.4.3 Nositelka změn	13
1.4.4 Koordinátorka; schopnost spolupráce	13
1.4.5 Kontrolorka; možnost týmového hodnocení	14
1.4.6 Týmové role	14
1.4.7 Kritické myšlení	16
1.4.8 Kreativní myšlení	16
1.4.9 Emoční inteligence	17
1.5 Výhody týmové práce	18
2. EFEKTIVITA ZDRAVOTNICKÉHO TÝMU	20
2.1 Efektivita; hodnocení efektivity; kvalitní péče	20
2.2 Strategie k úspěšnému fungování týmu	21
2.2.1 Spolupráce	21
2.2.2 Soudržnost a společná identita	21
2.2.3 „Vítej na palubě“	22
2.2.4 Efektivní komunikace	22
2.2.5 Manažerské aspekty	23
2.3 Selhávání týmové práce / neefektivní týmová práce	24
2.3.1 Interpersonální konflikty a jejich řešení	25
2.3.2 Management problémových sester	26
2.4 Hodnocení efektivity zdravotnických týmů na standardních ošetřovacích jednotkách pro dospělé	28

EMPIRICKÁ ČÁST

3. PILOTNÍ VÝZKUM	29
3.1 Cíl výzkumu	29
3.2 Metodika výzkumu; výzkumný vzorek; sběr dat	29
3.3 Pracovní hypotéza	30
3.4 Analýza výsledků výzkumu	32
3.4.1 Základní osobní údaje	32
3.4.2 Vztahy na pracovišti	33
3.4.3 Předávání informací - formální i neformální cestou	37
3.4.4 Organizace práce; vedení týmu; kompetence	40
3.4.5 Celoživotní vzdělávání	42
3.4.6 Hodnocení kvality a efektivity péče	43
3.5 Zhodnocení hypotéz	47
4. REKAPITULACE VÝZKUMU	53
DISKUZE A ZÁVĚRY	56
ABSTRAKT	58
SUMMARY	59
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ	60
SEZNAM GRAFŮ	62
SEZNAM TABULEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

TEORETICKÁ ČÁST

Úvod

Tématem mé bakalářské práce je: „*Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé*“. Hlavním podnětem pro zvolení této problematiky k výzkumnému šetření jsou především mé vlastní zkušenosti s provozem na oddělení. Během svého působení na různých nemocničních odděleních jsem poznala, jak je efektivní spolupráce a vůbec týmová spolupráce důležitá pro bezproblémový chod oddělení. Proto jsem se rozhodla o dané oblasti zdravotnictví dozvědět víc. Studium dostupné české i zahraniční literatury jsem získala větší přehled o tom, co je vůbec zdravotnický tým, kdo do něj náleží, jaké role v něm vykonává zdravotní sestra bez odborného dohledu, jaké jsou výhody týmové práce, jak vlastně dosáhnout efektivní spolupráce v týmu, kdy může docházet k selhávání týmové spolupráce a jak efektivitu týmové spolupráce zhodnotit. Sepsáním bakalářské práce jsem chtěla rozšířit své vědomosti o efektivní spolupráci v týmu a možná též vzbudit zájem zdravotníků právě o tuto problematiku.

Práce je rozdělena do dvou hlavních celků. Na část teoretickou a empirickou. V teoretické části se zaměřuji na zdravotnický tým a jeho efektivitu, empirická část se opírá o výsledky výzkumu, který jsem prováděla formou dotazníku. Výzkumný vzorek tvořilo 40 náhodně vybraných respondentů. Získané informace jsou shrnuty v závěrečné části práce.

Poznámka: Ve své práci značně využívám, kromě jiných, také termíny „*zdravotní sestra*“ a „*pacient*“. V současné době se často mezi odbornou veřejností řeší, jestli pojem „*pacient*“ vyhovuje představě o postavení člověka ve zdravotnictví. Tento termín využívám v textu k zachování jisté variability. Pod pojem „*pacient*“ zahrnuji muže i ženy a nepoukazuji na vztah člověka ke zdravotnickému zařízení. Označení „*sestra*“ či „*zdravotní sestra*“ používám pro muže nebo ženu, tedy odborně vzdělaného člověka v oblasti ošetrovatelství, který je registrovaný pracovník bez odborného dohledu.

V celém textu hovořím o této práci jako o své. Převážně tedy píši v jednotném čísle. Neznamená to však, že bych zapoměla na podíl vedoucí a konzultantky práce, kterým bych tímto ráda poděkovala i mimo oficiální stránku, která je tomuto účelu věnovaná.

1. Zdravotnický tým

1.1 Tým

Definice či specifikace slova „tým“ je snadná pouze zdánlivě. Snad právě pro jeho využitelnost, rozšířenost a možnost uplatnění v mnoha oblastech. Jsou však jisté charakteristické asociace, které se při vyslovení tohoto pojmu vybaví. Dalo by se říci, že termín tým je zdaleka nejvyužívanější v souvislosti se sportem. Vzpomeneme-li si například na hokejové utkání, v myslí se nám objeví souvislosti jako spolupráce, táhnutí za jeden provaz, týmový hráč, snaha o dosažení stejného cíle, sčítání síly i vědomostí s maximálním nasazením. Ale v každém z nás sídlí také individualita, od které se odvíjí i jistá míra rivality a touha získat v týmu své místo, svou jistou pozici, která se každému vybaví při vyřčení našeho jména.

Literatura uvádí, že tým je základní jednotkou organizace práce. (4) Jeho členové jsou zpravidla koordinováni a podporováni vůdcem, který je však součástí pracovního týmu. Každý z kolektivu má právo na vzájemné doplňování získaných vědomostí i dovedností. Veškeré činnosti jednotlivců vyžadují spolupráci a směřují k plnění společných cílů. Proto je jedním z charakteristických znaků pracovních týmů také stanovení jasných pozic a požadovaných rolí. (14)

Kolektiv spolu vzájemně spolupracuje, ale každý rovněž plní přidělené vlastní úkoly. Činnosti lidí na sebe navazují, jsou účelné, smysluplné, směřující k vytyčenému cíli a do určité míry jsou na sebe závislé. „*Různí členové týmu mají různé role a všichni se podílejí na celkovém výsledku.*“ (HAYES, 2005, str. 20)

Pracovní atmosféru doplňuje společná odpovědnost. Členové týmu spolu pravidelně komunikují, řeší problémy a konflikty vznikající uvnitř i vně skupiny, dělají společná rozhodnutí za současného přijetí pravidel, norem sociálního chování a systému činností na daném pracovišti. (14) „*Týmy jsou přizpůsobivé, vyvíjí se, mění se v závislosti na měnících se podmínkách.*“ (MIKULÁŠTÍK, 2003, str. 190)

Pracovní činnosti jsou rozmanité a jejich plnění závisí na pružnosti jednotlivců i celého týmu. Členové týmu jsou si rovni. Každý má své místo. V týmu by se neměla vyskytovat nadřízenost či podřízenost. (8, 4) „*Podstatou týmové práce je převést odpovědnost na pracovní týmy tak, aby mohly plnit své úkoly, aniž by neustále musely žádat vyšší složky organizace o schválení. To znamená, že týmy musí být dostatečně autorizovány k tomu, aby mohly zajistit řádné plnění úkolů.*“ (HAYES, 2005, str. 20)

1.2 Zdravotnický tým

Zdravotnický tým lze popsat jako skupinu lidí pracujících v oboru zdravotnictví. Jejich společným cílem je poskytování kvalitní a finančně dostupné zdravotní péče. (8)

Hranice zdravotnického týmu nejsou vždy stejné. Složení jednotlivých týmů může být velmi různorodé. Vychází z potřeb pracoviště, náplně práce, odpovídá požadavkům personálních standardů i vyhlášce ministerstva zdravotnictví o minimálních počtech zdravotnických pracovníků. Centrem zájmu všech týmů i každého jednotlivého zaměstnance vždy zůstává příjemce péče, tedy nemocný. Ten by měl být ústřední postavou, ke které směřují veškeré plány a cíle zdravotnického týmu.

Minimální personální vybavení k zajištění kvalitní zdravotnické péče na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé je uvedeno ve vyhlášce ministerstva zdravotnictví č. 331/2007 Sb. Počty jednotlivých pracovníků se liší v závislosti na počtu lůžek. Personál, který je v těchto požadavcích vyjmenován, je následující: lékaři, vysokoškolsky vzdělaní nelékařští zdravotničtí pracovníci (klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut se specializovanou způsobilostí a zvláštní odbornou způsobilostí), zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu s příslušnou specializací, zdravotničtí pracovníci bez a s odborným dohledem a zdravotničtí pracovníci s odborným dohledem bez maturity. (15)

V této práci budu na problematiku zdravotnických týmů nahlížet především z pohledu zdravotních sester bez odborného dohledu. Pro ujasnění používaného pojmu „zdravotní sestra bez odborného dohledu“ využiji část zákona č. 96/2004 Sb., který upřesňuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Základní kvalifikační příprava všeobecné zdravotní sestry, která má vykonávat svou práci bez odborného dohledu, probíhá ve vzdělávacích institucích, které zajišťují akreditované bakalářské studium všeobecných sester, nebo tříleté studium oboru diplomovaná všeobecná sestra. (16)

1.3 Pozice a kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu ve zdravotnickém týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé

Pokud se zamyslíme nad tím, kde ve zdravotnickém týmu vlastně zdravotní sestra bez nutnosti odborného dohledu stojí, lze vyslovit názor, že se nachází právě v jeho středu. Silný střed zdravotnického týmu je základem vyhovění standardům pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Na jakékoli standardní ošetrovací jednotce je zdravotní sestra jakýmsi spojovacím článkem v síti personálu, který poskytuje zdravotnickou péči nemocnému. Ne vždy, ale po většinu času je sestra nejviditelnějším člověkem, na kterého se obrací lékaři a ostatní zdravotnický personál (s odborným dohledem i bez něj), členové jiných týmů působících ve stejném zdravotnickém zařízení i jinde v okolí a mnohdy i z jiných měst, a v neposlední řadě především sám nemocný. Pro toho je sestra nejdůležitější osobou, která se věnuje jeho potřebám. Vyslechne, poradí, pomůže, ošetří.

Co se týká kompetencí, zákon uvádí, že „*za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče*“. (zákon č. 96/2004 Sb.)

Dle vyhlášky 424/2004 Sb. (viz příloha č. 2) se ošetrovatelskou péčí rozumí „*soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin*“.

nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti“ „Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“ (zákon č. 96/2004 Sb.)

1.4 Profesionální role a vlastnosti zdravotních sester bez odborného dohledu

Povolání zdravotní sestry je rozmanité, náročné psychicky i fyzicky, ale je to také práce s lidmi, která přináší pocit uspokojení, seberealizace a výjimečnosti. Očekávaná profesionální role zdravotních sester nebyla vždy taková, jaká je dnes. Domnívám se, že je důležité alespoň stručně připomenout, co je na pozadí postavení, pozici či roli zdravotních sester. Profesionální role zdravotních sester se začala formovat již v 19. století, kde se tradiční model poskytování péče o nemocné odrážel ve dvou hlavních pozicích. Jednak v pozici lékaře (což býval pravidelně muž), a jednak v pozici sestry (což bývala pravidelně žena). Ženy měly v tehdejší společnosti zcela rozdílnou funkci než dnes. Dominance a rozhodování bylo svěřeno mužům. Z toho se také odvíjela pozice sestry, která byla vykonavatelka přání a pokynů lékařů. S narůstajícím počtem nemocničních zařízení se zvyšovala i potřeba zdravotních sester. Spolu s nároky na množství zdravotních sester se stupňovaly i nároky na náplň jejich práce. Vývoj samostatného oboru ošetrovatelství byl jen logickým výsledkem potřeb doby a měnících se pozic lékařů a sester. (7) Dnes je mnoho uznávaných lékařek – žen, stejně tak, jako je mnoho nepostradatelných mužů pracujících v oboru ošetrovatelství. Profese pečující o nemocné, které se později ještě rozšířily z původních dvou rolí (sestra, lékař), přestaly být vázané na pohlaví. K novodobým tématům, kterými se profese poskytující péči zabývají, patří též spolupráce mezi zdravotnickými obory a role zdravotních sester uvnitř týmu na oddělení.

Jaký je tedy současný pohled na zdravotní sestry? „*V dnešní době sestry všech vyspělých zemí usilují o image sestry profesionálky – jedince progresivního,*

sofistikovaného a asertivního, jedince, který se vzdělává a snaží se dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče.“ (ŠKRLA – ŠKRLOVÁ, 2003, str. 335) Veřejnost dnes sestry vnímá jako profesionálně vzdělané odborníky, kteří se umějí samostatně rozhodovat a jsou vnímaví k potřebám pacientů. Sestra by se měla stát rovnocennou členkou multidisciplinárního zdravotnického týmu a nebýt „jen“ pomocnou rukou lékaře. (8) Velký vliv na aktuální image zdravotních sester ze strany veřejnosti má jistě vlastní nazírání samotných sester na ošetrovatelské povolání. Osvojení a adaptace sester umožňuje zvyšování prestiže této všestranné profese u ostatních zdravotnických pracovníků i laické veřejnosti. Bez osobního přesvědčení o důležitosti sesterského povolání by nebylo možné dosáhnout změny v nahlížení na úlohu zdravotních sester ve zdravotnickém týmu.

To, že zdravotní sestra během své pracovní doby plní řadu povinností, vychází z povahy její práce. Rolí, ve kterých sestra vystupuje je mnoho. Zmínila bych zejména oblast ošetrovatelstvo – pečovatelskou, psychologickou, výchovnou, edukační, poradenskou, instrumentální (technickou), výzkumnou, preventivní, léčebnou, organizační, administrativní a další. (1) Aby nám neunikla souvislost s tématickým okruhem práce, zaměřím se pouze na ty profesní role sester, které se výrazněji vztahují k práci ve zdravotnickém týmu.

1.4.1 Komunikátorka (18)

Komunikace je jednou ze součástí profesionálního vybavení zdravotní sestry (9) bez odborného dohledu. Komunikace v ošetrovatelství je jedním z vyučovaných předmětů na institucích poskytujících sestřím kvalifikační vzdělávání. Zde je možné osvojit si elementární dovednosti, avšak komunikační schopnost je třeba rozvíjet trvale. Je jednou z dominant poskytování odborné péče nemocným, podmínkou spolupráce s ostatními členy týmu a také umožňuje navázání kontaktu s rodinou, blízkými a přáteli pacienta. Nezapomínejme, že pro potřebu vzájemné interakce všech účastníků komunikace, je nutné ovládat také umění naslouchat.

1.4.2 Manažerka

Role manažerky je důležitá pro organizaci a vedení vlastní práce, práce dalších členů v týmu a v případě vedoucího pracovníka také vedení a organizace zdravotnického týmu jako celku. (6) Sestra manažerka bývá člověk dominantní, ve skupině lidí je vidět, nerad ustupuje, je ochoten brát na sebe vyšší míru odpovědnosti a motivuje ostatní k práci. (5) Důležitou součástí této role bývá dovést pacienta k aktivní spoluúčasti na péči o vlastní zdraví. (6)

1.4.3 Nositelka změn (18)

Nositelka změn je profesionální role, která umožňuje zavádění nových způsobů práce za účelem dosažení kvalitnější péče. V moderním ošetřovatelství je běžná praxe založená na důkazech. Snahou sester by proto měla být také účast na výzkumných pracích potřebných k prohloubení znalostí a zlepšení ošetřovatelských dovedností. (6) Týmová spolupráce je v těchto projektech nepostradatelná.

1.4.4 Koordinátorka; schopnost spolupráce

Slovník cizích slov definuje pojem „koordinace“ jako uvedení do vzájemného souladu či jako optimální spolupráci. (16)

V běžném provozu sestra plánuje a dále koordinuje činnosti své i ostatních členů týmu. Spolupráce je jedním ze základních prvků pro plánování, poskytování, rozvíjení, koordinaci a hodnocení ošetřovatelského plánu. Podporu týmové práce lze dosáhnout udržováním bezpečného a harmonického pracovního prostředí. (6)

Schopnost koordinace se odráží na mezilidských vztazích mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, vztazích s příjemci péče a jejich rodinami, ale i na vztazích mezi týmy v rámci zdravotnického zařízení i mimo něj. (6)

1.4.5 Kontrolorka; možnost týmového hodnocení

Práce zdravotní sestry vyžaduje přesnost až preciznost. Přesto je na místě průběžná kontrola. K hodnocení vykonaných aktivit a efektivity poskytované péče slouží na každém oddělení ošetrovatelská dokumentace. Ta je součástí dokumentace zdravotnické, která je pečlivě zakládána u všech pacientů. (6) Hodnocení týmové práce by mělo být sledováno na týmových poradách, kde má každý člen týmu možnost vyjádřit své pocity, názory, postřehy, návrhy a třeba i stížnosti. Včasným zhodnocením aktuální situace, vzájemným nasloucháním a ohodnocením spolupráce týmu jako celku se může předcházet komplikacím. Způsob kontrolování a hodnocení funkčnosti týmu i jednotlivých členů závisí na zvyklostech a potřebách oddělení. Někde hodnotí individuální přínos sester v úspěšnosti naplánovaných intervencí, jinde je do okruhu témat pro diskuzi zahrnut také pacient či jeho příbuzní. Při kontrole efektivity poskytované péče by se nemělo zapomínat na zdravotnické pracovníky s odborným dohledem, kteří mohou být užitečnými zdroji informací o chodu týmu a reakcích pacientů na způsob poskytování péče.

1.4.6 Týmové role

Jestliže se na pracovní tým podíváme z delšího časového hlediska, je možné odhalit, že každý člen má své individuální osobnostní rysy, typické vlastnosti, které s sebou do týmu přináší. Pokud toto charakteristické trvalé jednání vypozerujeme, lze jej využít pro týmovou roli. *„Je to způsob, jakým se každý jedinec zapojuje do spolupráce s jinými lidmi. Někdo přichází stále s novými nápady, někdo jiný se zaměřuje spíše na udržování dobrých vztahů ve skupině, někdo další zase hlídá dotahování úkolů, případně časové termíny.“* *„Role ve skupině se vzájemně doplňují. Určité kombinace rolí zefektivňují práci v týmu.“* (MIKULÁŠTÍK, 2003, str. 192) Práci kolektivu mohou komplikovat jedinci, kteří se nezapojují, jsou samotářští a snaží se od týmu izolovat.

Jedna z teorií týmové spolupráce (dle Belbina) vyčleňuje devět základních týmových rolí. Mějme však na paměti, že nikdo není absolutně vyhraněn a často se v jednom člověku odráží několik charakteristik. (5) Za jiných situačních podmínek se může zvýraznit jiná dominanta.

Myslitel

Bývá zdrojem nových, originálních myšlenek, nápadů a návrhů řešení nejrůznějších situací. (5)

Vyhledávač zdrojů

Využívá informace zvenčí, upozorňuje na ně a vnáší je do týmu. (5)

Koordinátor

Koordinuje činnosti týmu, sjednocuje lidi v cestě za plněním cílů, které pomáhá sám stanovovat. Je vyzrálý, v lidech vzbuzuje důvěru. (5)

Formovač

Formuje nápady a plány své i ostatních členů týmu, je emocionální, může se až hádat. Hledá způsoby, jak se vypořádat s překážkami. (5)

Kontrolor a vyhodnocovač

Bývá kritický, přemýšlivý, málokdy se mýlí, hodnotí získané informace. (5)

Týmový pracovník

Takový pracovník má významné komunikační dovednosti, často to bývá on, kdo v týmu urovnává interpersonální problémy. Umí naslouchat, je ochotný ke kompromisům. (5)

Realizátor

Realizátor je praktik. Z prvotních návrhů vytřídí priority, vytvoří plány a dovede tým k jejich realizaci. Jeho práce bývá efektivní, abstraktní představy dokáže aplikovat do praxe. (5)

Kompletovač, finišer

Sleduje dokončování úkolů, hlídá dodržování časového plánu, je detailní, bývá nekompromisní k méně aktivním členům v jeho týmu. (5)

Specialista

Je to odborník, mnohdy ve své pozici nenahraditelný. Je iniciativní, zaujatý pro věc. (5)

1.4.7 Kritické myšlení

Přívlastek „kritické“ v nás jistě neevokuje nic pozitivního. Po přečtení definice takového myšlení je ale zjevné, že tato schopnost či dovednost patří z základům profesionální zdravotní sestry bez odborného dohledu.

Kritické myšlení je cílené, kontrolované myšlení založené na důkazech a faktech (ne na domněnkách či emocích). Kriticky myslící zdravotní sestra je člověk, který přemýšlí aktivně, ověřuje si informace, ptá se, nečiní ukvapené závěry. Je ochotna jít vytrvale za naplánovanými cíli. Ovládá komunikační schopnosti, není ovládána emocemi, má otevřenou mysl (bere v úvahu i názory jiných). Vytváří si vlastní úsudky, snaží se proniknout k jádru věci, je poctivá k sobě i ostatním, umí předvídat potíže a dělá vše proto, aby k nim nedošlo. Její práce je organizovaná, systematická a kvalitní. Své dovednosti stále zlepšuje, ale zároveň zná své limity, své možnosti. Má smysl pro týmovou práci (je schopna spolupracovat s ostatními za účelem dosažení společného cíle). (8)

Schopnost kritického myšlení je využitelná zejména při řešení nejrůznějších problémů. Je tedy klíčová v poskytování péče pomocí ošetřovatelského plánu (8), kde sestra najde a definuje problém, se kterým pacient přichází, dále naplánuje, zrealizuje a zhodnotí intervence k potencionálním či aktuálním obtížím pacienta.

1.4.8 Kreativní myšlení

Kreativita je schopnost vytvořit novou představu nebo myšlenku. „*Je to proces, během kterého nová myšlenka vzniká kombinací, pozměněním nebo aplikací již existujících myšlenek.*“ (ŠKRLA – ŠKRLOVÁ, 2003, str. 407)

Z definice je zřejmé, že kreativní myšlení je nedílnou součástí profesionální role zdravotní sestry. Využitelnost kreativní práce v ošetřovatelství je rozsáhlá. Existují sepsané doporučované postupy sesterských výkonů, ale nikdy nelze stejnou věc dělat dvakrát. Například při aplikaci léčivé látky do svalu, musí zdravotní sestra ke každému nemocného přistupovat individuálně. To znamená upravit komunikaci, chování, postoj, výběr místa aplikace, musí zvážit úroveň

soběstačnosti pacienta, jeho schopnost spolupráce a další okolnosti. Každý člověk je originální a jistým způsobem neopakovatelný. Proto je sestra motivována hledat nové postupy, techniky vyšetření či výkonů. Stále zdokonalovat již zaběhlé normy a vymýšlet stále kvalitnější způsoby plnění pracovních povinností. Kreativní myšlenky mohou vznikat také za spolupráce celého zdravotnického týmu. Jednotlivé návrhy a nápady na „zlepšováky“ mohou dát podnět ke změnám na ošetrovací jednotce.

Práce s lidmi vyžaduje kreativní přístup. Z vlastní zkušenosti ze zahraničí mohu říci, že zvláště české sestry jsou vysoce ceněny právě pro míru kreativity, například ve využívání pomůcek jinými novými způsoby nebo v pohotových řešeních neobvyklých situací.

1.4.9 Emoční inteligence

V praktickém každodenním životě na oddělení znamená pro zdravotní sestru emoční inteligence schopnost chápat nejen své vlastní pocity a reakce, ale také pocity a reakce ostatních členů zdravotnického týmu. Emoční inteligence je těžko měřitelná. Výzkumy však ukazují, že na její míře závisí úspěšnost člověka v dané společnosti a možnost růstu v kariéře. (8)

„Stupeň naší emoční inteligence odpovídá míře, s jakou zvládneme pět jejích základních disciplín: sebeuvědomění, motivaci, seberegulaci, empatii a adaptabilitu ve vztahu k okolí.“ (GOLEMAN, 2000, str. 34)

Dokážeme ale vyjmenované schopnosti uplatnit v pracovním procesu? V oblasti mezilidských vztahů je důležitá především obratnost ve společenském styku. To zahrnuje schopnost komunikace, vůdčí schopnosti (ovlivnit tým lidí a dovést je k vybranému cíli), ochotu ke změnám v pracovních činnostech, schopnost zvládat konflikty, tvorbu stabilních vztahů v týmu, stmelení lidí a schopnost týmové spolupráce. (2)

1.5 Výhody týmové práce

„Týmová práce povzbuzuje lidi k větší profesionalitě a plnému převzetí odpovědnosti.“ (HAYES, 2005, str. 20) Pracovní prostředí je přátelštější, umožňuje se využít tvořivosti a potenciálu jednotlivců, což pomáhá vystavět silný základ týmů a rozvíjet celou organizační strukturu zdravotnického zařízení. Jednotlivec cítí, že není jen poslední článek v obrovské masě zaměstnanců, ale stává se rovnocennou součástí většího celku, což je také jistou motivací ke stálému zdokonalování vlastní práce a výkonnosti. Obtížné úkoly je možné řešit společnými silami - tak se zkrátí doba potřebná pro hledání zdroje potíží a zbývá více času na nemocné. To také podporuje pocit uspokojení z práce, seberealizace a radosti s dostatečným kontaktem s lidmi, kteří naši péči potřebují. (4)

Práce v týmu je charakteristická společnou snahou o dosahování kolektivních cílů. Zároveň je ale každému ponechána potřebná autonomie, samostatnost, prostor pro prosazení vlastní osoby, prostor pro individualitu. Činnost jednotlivce je závislá na činnostech týmu a naopak tým je závislý na činnostech každého jejího člena.

Důležitost a význam týmové spolupráce lze jednoznačně ukázat pomocí skupinového IQ. Dlouholeté výzkumy dokazují, že ve skupině lidí, kde panují neshody, jsou podávány výsledky pod průměrným výkonem jednotlivců. Ale ve skupině lidí, která prokazuje vysokou úroveň spolupráce, jsou podávány výsledky převyšující i samostatný výkon nejlepšího jedince. (2) *„Dobrá spolupráce uvnitř skupiny totiž zvyšuje „skupinové IQ“ – což představuje součet talentů všech členů, vybičovaných na nejvyšší míru.“* (GOLEMAN, 2000, str. 200)

Ústřední roli na výsledcích týmové práce hraje motivace. Pokud jednotlivým členům záleží na dosažení společného cíle, práce kolektivu je usilovnější a s lepšími výkony. Pracovní atmosféru, která umožňuje stálý rozvoj členů týmu, lze podpořit kultivací mezilidských vztahů. Jisté studie zjistily, že k hlavním vlastnostem úspěšného týmu patří pěstování trvalých přátelských vztahů na pracovišti, ochota spolupracovat na dosažení stanovených cílů a podpora práce v týmu.

Týmová spolupráce více ujasní vlastní role, pozice a funkce. Dále pomáhá poznat a porozumět rolím ostatních členů týmu. Kladně se hodnotí také větší míra kontaktu a diskuzí se spolupracovníky. Lepší komunikace dovoluje zapojení celého kolektivu do ošetrovatelského procesu zaměřeného na nemocné. Zlepšuje se pocit pohody, lidé se těší do práce. Zdravotní sestry se cítí více schopné a méně nejisté. Určitou míru potěšení z práce přináší také vědomí, že svou činností přispívají k plnění týmových cílů. Tím je značně posíleno vnímání efektivity týmu jako celku. (14)

Práce v týmu neskrývá výhody jen pro jeho členy. Pacienti a jejich rodiny či přátelé si mohou být více jisti kvalitou poskytované péče. Ukazuje se, že k nemocnému se dostává více informací a sociálního kontaktu, tím se zlepšuje jeho vnitřní pocit pohody a to se odráží i na lepší snášenlivosti léčby. Umožněná spolupráce v péči o vlastní zdraví je motivující, zlepšuje se samostatnost nemocných a dostavuje se pocit spokojenosti s vykonanou prací. Spolupráce pacienta a jeho rodiny vede k lepšímu stanovení ošetrovatelských diagnóz, cílů a intervencí. Čím je účast pacienta na tvorbě a plnění plánů větší, tím větší je šance na dřívější dosažení stanovených cílů. Potřeby nemocných a jejich rodin jsou tak saturované lépe a rychleji. (14)

2. Efektivita zdravotnického týmu

2.1 Efektivita; hodnocení efektivity; kvalitní péče

Efektivita vyjadřuje praktickou účinnost lidské činnosti a bývá hlavním kritériem při posuzování úspěšnosti. (17)

Efektivita týmu má úzkou souvislost s produktivními výkony týmu. Na hodnocení výsledků práce však jinak nahlíží samotní členové zdravotnického týmu, popřípadě zdravotnické zařízení a jinak příjemci péče. Měřítko pro hodnocení efektivity jsou různá. Z pohledu pacientů je jistou známkou efektivní práce zdravotnického týmu jejich spokojenost, saturace základních potřeb, pohoda na těle i na duši. Takové posuzování efektivity je silně subjektivní. Jak ale změřit míru efektivnosti práce? Z pozic poskytovatelů zdravotnické péče je nejvýhodnější zaměřit se na plnění stanovených cílů. Jak bylo uvedeno, jedním z hlavních cílů zdravotnického týmu je poskytování kvalitní zdravotní péče.

„Definice kvality zdravotní péče jsou ovlivněny hodnotami, které v dané společnosti převládají a individuálními hodnotami těch, kteří tyto definice vytvářejí.“ (SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE: REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU, 1996, str. 96) Kvalitní péče je výsledek „dohody“ mezi zdravotníky, pacienty a vládou. K tomu, aby bylo možné objektivně zhodnotit, zda je poskytovaná péče kvalitní či nikoli, je nutné stanovit, co je pokládáno za standard kvalitní péče. Podle těchto standardů je pak možné hodnotit, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, tedy kvalitní ošetrovatelské péče. Tím lze ověřit efektivitu, neboli účinnost vykonané práce ve zdravotnickém týmu. V moderním ošetrovatelství se standardy kvality péče zabývají zejména tématy jako *„využívání ošetrovatelského procesu, pozorování sester při práci, kontrola ošetrovatelské dokumentace, ošetrovatelský výzkum, dotazování lidí, kteří používají ošetrovatelské služby, hodnocení ze strany spolupracovníků, hodnocení vlastní práce, sledování hlášení sester při předávání služby“*. (SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE: REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU, 1996, str. 109) Poznáním dílčích výsledků v plnění stanovených cílů si lze vytvořit komplexní obraz o efektivnosti jakéhokoliv týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé.

2.2 Strategie k úspěšnému fungování týmu

2.2.1 Spolupráce

V úvodu práce, kde jsem se zabývala definicí pojmu tým, bylo zmíněno, že při volných asociacích se člověku pravděpodobně vybaví charakteristiky jako týmové hráčství, snaha o dosažení stejného cíle, sčítání síly i vědomostí, táhnutí za jeden provaz. Všechny tyto termíny spojuje jediné slovo - spolupráce.

Spolupráce v týmu je pro výkonnost esenciální komponenta. Klíčový faktor, který je pilířem spolupráce, je důvěra, která je založena na silných interpersonálních vztazích mezi členy týmu. Kde existuje nedostatek důvěry a nemožnost spolehnout se na kolegy, bude docházet k nedostatkům v komunikaci, v delegování pravomocí a v kvalitě poskytované péče. Týmová práce je rozpoznávána jako nezbytnost organizační úspěšnosti. Přestože je řada faktorů, které výkonnost týmu určují, důvěra je chápána jako základní opora. Z těchto důvodů by hlavním cílem manažerského plánování měla být podpora takových interpersonálních vztahů na pracovišti, kde si lidé vzájemně důvěřují a mohou se na sebe spolehnout. (12)

2.2.2 Soudržnost a společná identita

Soudržnost je pouto, které k sobě váže jednotlivé členy týmu. To vede k pocitům sounáležitosti. Nejde jen o členství v nějaké skupině. Jde o vědomí, že právě do této skupiny patřím, a o hrdost s tím spojenou. Pozitivní atmosféra, kterou týmová soudržnost nastoluje, je často provázena nízkou fluktuací zaměstnanců, vysokou mírou spokojenosti a zapojením do pracovního procesu. (4) Další známkou soudržnosti je zdravá reakce na odchod jednoho člena z týmu. Vše probíhá klidně, s jasnou komunikací, s ohledem na pocity druhých. Tam, kde je stmelenost kolektivu nízká nebo vůbec žádná, může být přemístění člena vnímáno negativně a daná situace se stává nepříjemnou. (11)

2.2.3 „Vítej na palubě“

Nábor nových zaměstnanců není vždy jednoduchý. Během adaptačního období je potřeba sledovat, jaké jsou vědomostní i praktické dovednosti nového pracovníka. I přesto, že zjistíme jen minimální schopnosti, kterými nový člen týmu oplývá, je třeba mít na paměti, že adaptační období slouží právě k tomu, aby zaběhlí pracovníci pomohli dotyčnému všechny schopnosti rozvíjet. Dostatek času a trpělivosti upevní vztahy v týmu a sníží fluktuaci nových zaměstnanců. Ideální je určit mentora, který nové osobě pomůže s učením. Tím „nováček“ získá pocit jistoty, klidu, snáze zapadne do kolektivu a rychleji pochopí svou roli a pozici v týmu. Přátelské podněbí je důležité pro první kroky v neznámém prostředí. Některé týmy sázejí na formální přístup, kdy je další spolupracovník veřejně představen a uveden do pracovního procesu, jiné týmy doprovodí novou osobu například na neformální oběd. (10)

2.2.4 Efektivní komunikace

Efektivní zdravotnický tým tvoří pevná síť vztahů mezi kolegy. Ta vede k lepším výkonům, úspěchům, k radosti z práce, z profesního růstu a z celkové odolnosti skupiny. Funkceschopnost takové jednoty lidí předpokládá efektivní komunikaci.

Ve zdravotnickém týmu patří naslouchání k základním komunikačním dovednostem, které je možné se naučit. V komunikaci zaujímá významný časový prostor. Naslouchání je aktivní a komplexní. V kontaktu s druhými lidmi nevnímáme pouze slovní projev, zaměřujeme se i na gesta, grimasy, postoj a pozici těla, příjemnost či nepříjemnost osoby, které nasloucháme. Za aktivního můžeme označit posluchače, který na druhé reaguje a poskytuje zpětnou vazbu. Reflektivní naslouchání je nejlepší způsob, jak porozumět druhému člověku. Naslouchající se musí vcítit do pocitů toho, kdo se mu svěřuje. Zpětná vazba posluchače by měla být otevřená k dalším projevům mluvčího. Zrekapitulovat, jak jsem to slyšel já, a zeptat se na další podrobnosti probíraného tématu. (5)

Pro zajištění efektivity týmu by se měl kolektiv pravidelně scházet na formálních poradách, kde bývá hlavním nástrojem komunikace vyjednávání,

sdílení informací a zpětná vazba pro reflexi činností týmu. „*Vyjednávání je rozhovor, v němž se role tazatele a dotazovaného spontánně mění. V jednání jde o vyřešení problémů, o zhodnocení minulých zkušeností a nástin budoucí aktivity.*“ (MIKULÁŠTÍK, 2003, str. 143) Během vyjednávání mohou vznikat různé potíže. Může docházet k intruzi, tedy „skákání do řeči“, hovořící osoba může mluvit dlouze, monotónně, nezajímavě nebo příliš zaujatě. Tomu lze předejít řízením týmu při vyjednávání, stanovením časového harmonogramu, naplánováním témat a ponecháním prostoru každému, aby se vyjádřil k jednotlivým částem programu. (5)

Informovanost má zásadní význam nejen pro příjemce zdravotnické péče, ale také pro její poskytovatele. Kromě výše zmíněných porad existují i další způsoby formální komunikace, které zaručují dostatečné předávání informací potřebných k funkčnosti celého týmu: vzdělávací přednášky, elektronické kurzy, pravidelně vydávané časopisy, věstníky, nástěnky, zápisové knihy (například hlášení sester), ale také předávání služeb mezi jednotlivými směny, vizity a jiné. Pozornost by měla být upřena také na neformální komunikaci, která je často základním předpokladem dobrých vztahů na pracovišti. Společné „akce“ pořádané mimo pracovní dobu přispívají k soudržnosti členů v týmu.

2.2.5 Manažerské aspekty

„*Vedení lze popsat jako využití vlastních dovedností k ovlivnění druhých, aby podali podle svých schopností co nejlepší výkon.*“ (SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE: REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU, 1997, str. 125) Dobrý vůdce týmu pomáhá stanovit jasné aktuální cíle, pěstuje v každém členovi týmu oddanost a sebedůvěru, oceňuje schopnosti a dovednosti a podporuje jejich kontinuální rozvoj. Dává najevo spokojenost s prací kolektivu a udržuje dobré vztahy s okolními týmy. Úspěšný vůdce zdravotnického týmu přenechává odpovědnost ostatním členům a dává jim příležitost k autonomii. Vůdce odvádí skutečnou práci, je začleněn do pracovního procesu a na plnění naplánovaných cílů se podílí společně s celým kolektivem. (4)

Techniky, které využívá vedoucí ke stmelení týmu, ke spolupráci všech jeho členů a k dosažení vysoké úspěšnosti v plnění úkolů, jsou následující. Definiuje jasný obraz budoucnosti, vizi týmu jako celku. To umožní pracovat na realizaci cílů. Vedoucí musí být důvěryhodný a spolehlivý. Nelže, nedává plané rady. Vhodnými otázkami a následným nasloucháním udržuje smysluplnou komunikaci. Dává druhým prostor pro vlastní názor. Hovoří otevřeně i o nepříjemných tématech. Ví, že vyhýbání se problému nevede k jeho řešení. Vůdce podporuje „týmové hráče“, kteří pracují na pozitivních vztazích v týmu a naopak netoleruje jedince, kteří odmítají spolupráci a stěžují komplexní práci týmu na plnění definovaných cílů. Udržuje pozitivní atmosféru prostřednictvím podpory neformálních schůzek po pracovní době. (13)

Literatura definuje tři základní styly vedení. Autokratický, demokratický a liberální. Autokratický (diktátorský) styl vedení předpokládá, že vedoucí nebere ohled na názor ostatních, všechna rozhodnutí dělá samostatně. Demokratický (participační) styl vedení je charakteristický tím, že vedoucí všechna rozhodnutí konzultuje s ostatními členy, kterým je umožněno navrhovaný proces, popřípadě změnu, ovlivnit. Liberální styl vedení poskytuje členům skupiny plnou volnost a samostatnost. Skupina činí vlastní rozhodnutí. Požadavkům na efektivní fungování zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce nejvíce vyhovuje demokratický styl vedení. Typicky zde můžeme nalézt situace, kdy vedoucí identifikuje problém, navrhne možná řešení, ale před jejich zavedením do praxe zjišťuje návrhy a názory ostatních členů. Teprve po konzultaci a shodě celého týmu na možném řešení aktuálního problému je změna aplikována do chování a jednání celého pracovního týmu. (3)

2.3 Selhávání týmové práce / neefektivní týmová práce

Týmy mohou selhávat při plnění svých cílů. Efektivní tým umí problém identifikovat a najít jeho vhodné řešení. V neefektivním týmu může selhávat komunikace, rozhodují pouze někteří jedinci, vedení týmu může být příliš autoritativní nebo příliš liberální, chyba může být v nejasných kompetencích, rolích, členové týmu mají nedostatečnou motivaci ke spolupráci nebo nemají pocit odpovědnosti. Zásadní vliv na efektivitu týmu může mít i systém hodnocení,

podpory nebo odměn. Při nedostatečném oceňování odvedené práce, může pracovníkům scházet nadšení pro plnění dalších činností, dostavuje se mrzutost, není motivace k dalšímu rozvoji schopností, dovedností, vytrácí se zájem o navázání pozitivních vztahů a není důvod další spolupráce. V některých týmech může být problémem malé nebo zbytečně velké personální vybavení. Členové se pak cítí přepracovaní nebo naopak nevyužití. Jinde mohou mít pracovníci omezen přístup k dalšímu vzdělávání. Pravděpodobně nejčastější, s čím se v pracovním týmu setkáme, jsou interpersonální konflikty. Proto se jimi v následujícím textu zabývám podrobněji.

2.3.1 Interpersonální konflikty a jejich řešení

Konflikty vznikají ve všech oblastech našeho života. Na oddělení k nim dochází zejména kvůli odlišným přesvědčením, hodnotám, postojům, cílům, prioritám, povahám, zájmům či motivům. Konflikty mezi lidmi se označují za interpersonální. V psychicky i fyzicky náročném zaměstnání ve zdravotnickém týmu na standardní ošetrovací jednotce, jsou sestry často vnímány jako „hromosvod“ nejen pro emoce pacientů a jejich rodin, ale i pro frustrace ostatních členů týmu. Přidají-li se k tomu všemu ještě konflikty mezi sestrami samými, je velmi obtížné zvládat vysilující situace s nadhledem a profesionalitou. (8)

Téměř vždy se najde člověk, který nám náš život dokonale „otraví“. S problémovými lidmi se setkáme v našem týmu, v týmu, který pracuje na vedlejší oddělení, u nadřízených, v řadách pacientů i jejich rodin. Takový člověk si může neustále stěžovat, šíří pomluvy, hledá na druhých jen chyby, nechválí, užívá vulgarismy, může být až agresivní, nespolupracující, šíří kolem sebe napětí a nevráživost. Pohnutky jednání takových lidí jsou různorodé. Často se chtějí zviditelnit, upoutat pozornost druhých, někteří jsou zarputilí reformátoři, touží po změně, jiní mají nevrlost zakořeněnou v povaze. Problémová osoba ještě zvýší náročnost sesterského povolání, pracovní zátěž a stres. Udržet v takové situaci profesionální tvář bývá vysilující. Přítomnost takového člena v týmu bývá spojena se snížením efektivity kolektivu, příchod do zaměstnání doprovází psychický útlum, klesá motivace k výkonnosti, pracovní doba se stává významným stresorem. Vynaložená energie, pro vytouženou změnu chování spolupracovníka, se zdá být zbytečná. (8)

Existují však možná řešení. Jedním z přístupů je pochopit, že problémovou osobu nezměníme. Je to fakt, se kterým se musíme smířit. Úspěšné zvládnání potíží je jedním z projevů profesionální role zdravotní sestry. Vědomí, že každý člověk je osobitý, má své klady, ale i zápory, je ukázkou silné osobnosti a profesní vyzrálosti. Pochopením sebe sama můžeme snadněji přistupovat k problémům druhých. Změnou našeho postoje můžeme zjistit, že osoba, se kterou máme problémy, se neorientuje na nás, ale má například trvalé rozpory v osobním životě. Nepříjemné chování může být jen přirozenou reakcí na jeho či její vlastní potíže. (8)

Zásadní místo v řešení interpersonálních střetů a konfliktů zaujímá komunikace. Soukromý rozhovor s osobou, která nás „nemá ráda“, může spor zlepšit, či dokonce vyřešit. Jak bylo uvedeno výše, důvody k nepříjemnému chování jsou různého původu. Otevřenou komunikací, nahlédnutím do jádra problému, změnou postojů, uvažování a návrh možné další spolupráce může zlepšit nejen náš pracovní život, ale i efektivnost celého zdravotnického týmu na ošetrovací jednotce. Nedílnou součástí prevence konfliktů s problémovými pracovníky je správný výběr zaměstnanců na dané pozice, často i s přihlédnutím k jejich osobnostní výbavě.

2.3.2 Management problémových sester

Práce ve zdravotnickém týmu na standardní ošetrovací jednotce s sebou přináší i nutnost řešení problémů, pokud se vyskytnou. Včasný a úspěšný zásah ze strany vedoucího týmu vyžaduje alespoň základní informovanost o nejčastějších problémech spojených se zaměstnanci na oddělení. Jedná se zejména o absentérství, neochotu ke spolupráci, nízkou produktivitu, emoční problémy či užívání návykových látek. Přístup ke zjištěným potížím musí být takový, aby se minimalizoval dopad na péči o pacienty a na morálku ostatních členů týmu a vytvořila příležitost k nápravě, je-li to možné. (8)

Absentérství je negativně vnímáno jak ze strany spolupracovníků nepřítomné osoby, tak ze strany pacientů. Chybění personálu se může odrazit na kvalitě poskytované péče, efektivita týmu se snižuje. Nemocným se dostává menší pozornosti, časové možnosti pro saturaci jejich potřeb jsou menší, únava

a stres přítomného kolektivu, stejně jako i kladené požadavky, jsou výraznější. V případě nezajištění dostatečného množství personálního vybavení, jsou sestry trvale přetížené, což může vést k pochybení při poskytování péče nebo se zvýrazňují konflikty mezi sestrami. Doplnění stavu pracujících sester nově příchozí nemusí povinnosti nijak zmenšit. Činnosti, které je třeba udělat se rozrostou o zaškolování sestry, která nezná chod ošetrovací jednotky. V tom případě je třeba, aby vedou pracovník vyzdvihl dočasnost této situace a podpořil motivaci ke spolupráci týmu jako celku. (8)

Neproduktivní spolupráce může být zakořeněna v nedostatečných schopnostech nebo v nízké motivaci k výkonnosti. Úkolem vedoucího je odhalit základní příčinu nespolečné práce a učinit kroky k jejímu odstranění. V případě nedostatečných schopností personálu je na místě zajistit edukaci, popřípadě reedukaci či tématické školení. Nedostatek motivace k odvádění pracovních povinností může být řešen pouze otevřeným přístupem a komunikací. Nejkrajnějším východiskem je změna pracoviště. (8)

Zvládnání každodenní pracovní zátěže a soukromého života se může někdy vymknout kontrole. To, že je zdravotní sestra nepříjemná k pacientům, může znamenat přenášení osobních problémů do pracovního procesu. Ztráta profesionálního přístupu je nepříjemná pro kolegy i nemocné. Náročné životní období, které je důsledkem emocionální nestability, může pomoci zvládnout profesionál zabývající se lidskou psychikou. Sestra ve vedoucí pozici může pomoci odborníka najít. (8)

V případě zneužívání návykových látek některého člena z týmu je úlohou vedoucího pracovníka tuto závislost zjistit a navrhnout způsob profesionální pomoci. Za indicie závislosti můžeme považovat absentérství, nízkou produktivitu práce, zpomalené reakce, chybná rozhodnutí nebo nepřiměřené reakce v chování dotyčného. (8)

Důležitou roli při managementu problémových sester hraje dokumentování celé situace. Výsledky nepřinese ani odkládání řešení zjištěného problému, nedostatečná komunikace, příliš sympatizující přístup anebo emoční

výbuchy. (8) Ke sledování chodu na oddělení mohou sloužit pravidelné evaluační schůzky, kde se může vyjádřit každý člen týmu.

2.4 Hodnocení efektivity zdravotnických týmů na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé

Při hodnocení zdravotnického týmu lze vycházet z indikátorů efektivních týmů. Měřit můžeme především objektivní stránku efektivity, jako dosažení stanovených cílů, vlastní výkonnost týmu, plnění kompetencí nebo poskytování kvalitní zdravotnické péče, jejíž měřitelná kritéria jsou zanesena v národních i lokálních standardech. Nemalý vliv na efektivní fungování týmu má také spokojenost všech členů. Pocit vnitřního přijetí role, seberealizace, sounáležitosti, důležitosti, vědomí, že každý člen týmu má svou pozici, své místo, znalost svých kompetencí, krátkodobých i dlouhodobých cílů. Samozřejmostí pro funkční tým jsou odpovídající pracovní podmínky zajištěné vedoucím týmu i samotnou organizací. Předpokládá se, že nejvhodnější způsob vedení kolektivu pro maximální zajištění efektivity je vedení demokratické. Funkčnost týmu dále podporuje vhodná kombinace formální a neformální komunikace, možnost vyjádřit vlastní názor a prezentovat své problémy, například s nějakým výkonem či s komunikací s rodinou pacienta a podobně. Dále společné překonávání překážek anebo řešení interpersonálních konfliktů. Za indikátor efektivního týmu lze považovat také vydávání časopisů, aktualizaci nástěnek, podporu celoživotního vzdělávání zdravotníků anebo zveřejňování informací pro pacienty.

Efektivita týmu může být hodnocena prostřednictvím dotazníků, rozhovorů, pozorování spolupráce týmu, sledování dokumentace, zjišťování spokojenosti zaměstnanců i pacientů, dosahování cílů, hodnocení poskytované péče, analýzy incidentů a frekvencí pochybení, sledování předávání služeb a způsobu, jakým probíhají vizity, popřípadě zapojení všech členů do týmové spolupráce.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Pilotní výzkum

3.1 Cíl výzkumu

Problematika efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé zahrnuje řadu oblastí. Některým z nich jsem se věnovala v teoretické části, kde jsem zmínila např. kompetence a profesionální role zdravotních sester bez odborného dohledu ve zdravotnickém týmu, schopnost kritického a kreativního myšlení, emoční inteligenci a byly vypsány také zásadní výhody týmové práce. Ve druhém tématickém celku jsem se věnovala efektivitě zdravotnického týmu - jak poznat efektivní tým, jak efektivitu práce zhodnotit, jaké jsou strategie k úspěšnému fungování týmu, ale také jak může vypadat neefektivní týmová práce. Tyto informace byly využity k tvorbě dotazníku. Získaná data mi pomohla odpovědět na předem definované otázky, které mě inspirovaly ke stanovení šesti základních hypotéz (*viz podkapitola 3.3*).

Hlavním cílem mého pilotního výzkumu k tématu „*Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé*“ bylo zjistit, zda je spolupráce ve zdravotnických týmech na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé efektivní.

3.2 Metodika výzkumu; výzkumný vzorek; sběr dat

Pro získání podkladů k pilotní studii na téma „*Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé*“ jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Dotazník byl sestaven s ohledem na teoretickou část práce (*viz příloha č. 3*). Ve své studii jsem využila především uzavřené a polouzavřené otázky. U některých otázek jsem do závorky uvedla doplňující poznámky - někde se jedná o upřesnění otázky, jinde jde o podrobnější návod pro optimální výběr odpovědí. Dotazník obsahuje úvodní část, kde se respondentům představuji, ujišťuji je o anonymitě a především se snažím o motivaci k pravdivému vyplnění. Poté následuje vlastní obsah dotazníku, a to dvacet jedna otázek (některé z nich jsou doplněny o upřesňující dotazy). Ty byly uspořádány do sedmi tématických celků. Tématické oblasti odpovídají stanoveným hypotézám tak, aby bylo následně možné platnost hypotéz

ze získaných údajů zhodnotit. Potvrzení či vyvrácení hypotéz je uvedeno v podkapitole 3.5.

Jak je vysvětleno v úvodu dotazníku, snažila jsem se o maximální zachování anonymity dotázaných. Proto jsem dotazníky rozdávala i sbírala osobně nejpozději do 2 dnů. Náhodný výzkumný vzorek tvořilo 40 zdravotních sester bez odborného dohledu. Pro realizaci pilotního výzkumu jsem zvolila dvě zdravotnická zařízení. Fakultní nemocnici Motol, která v letošním roce získala certifikát na základě auditu, kdy bylo prokázáno splnění požadavků normy ČSN EN ISO 9001:2001 a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. V **tabulkách č. 1 a 2** (viz příloha č. 4) jsou přehledně vypsána oddělení a počty rozdaných dotazníků. Jak je z tabulek patrné, v obou nemocnicích bylo rozdáno 20 dotazníků. Návratnost byla 100%. Než bylo možné dotazníky na oddělení roznést, osobně jsem navštívila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestry a staniční sestry (případně jejich zástupkyně), se kterými jsem se domluvila na způsobu rozdvání i sbírání dotazníků. Dotazník jsem vytvářela během druhé poloviny března po sepsání teoretické části bakalářské práce, pilotní výzkum jsem realizovala v prvním dubnovém týdnu. Doporučení dotazníku k dalšímu výzkumu uvádím v závěrečné části práce pojmenované „*Diskuze a závěry*“.

3.3 Pracovní hypotéza

Pojem efektivita se zdá být až abstraktní. Převést ho do praxe, popsat, co všechno vlastně zahrnuje a definovat měřitelná kritéria, není jednoduché. Téma efektivit je velmi rozsáhlé a využitelné v řadě oborů. V této bakalářské práci jsem se blíže zaměřila na efektivitu spolupráce ve zdravotnickém týmu na standardních ošetrovacích jednotkách ve zdravotnických zařízeních. Po sepsání úvodních stran teoretické části se však ukázalo, že i toto zúžení tématu je nedostatečné. Proto jsem se o efektivní spolupráci v týmu zajímala pouze z pohledu zdravotních sester bez odborného dohledu. V teoretické části práce jsou vypsány hlavní poznatky v oblasti týmové spolupráce, ze kterých také vychází způsob hodnocení efektivit týmů. Objektivně zhodnotit, zda je spolupráce ve zdravotnickém týmu efektivní, můžeme pomocí jistých indikátorů.

Za takové indikátory efektivity lze považovat:

- ❖ dosažení stanovených cílů (ve zdravotnictví se jedná především o poskytování kvalitní péče)
- ❖ znalost kompetencí a možnost jejich uplatnění v praxi
- ❖ ošetřování nemocných dle lokálních i národních standardů
- ❖ úroveň formálního i neformálního předávání informací mezi členy týmu
- ❖ spokojenost zdravotníků v týmu
- ❖ možnost celoživotního vzdělávání
- ❖ možnost začlenění se do týmu
- ❖ způsob vedení a organizace týmu (nejvíce vyhovuje demokratické vedení)
- ❖ frekvenci pochybení
- ❖ frekvenci interpersonálních konfliktů

Dle vyjmenovaných kritérií předpokládám vztahy mezi přítomnými indikátory a efektivitou týmu. Domnívám se, že efektivnější jsou takové zdravotnické týmy, které pociťují atmosféru pracoviště jako přátelskou, kde se vyskytuje minimum interpersonálních konfliktů, týmy, kde konflikt není důvodem k opuštění kolektivu, týmy, které mají dostatečnou možnost formálního předávání informací mezi jednotlivými členy, týmy, které se scházejí i mimo pracovní dobu. Dále předpokládám souvislosti mezi efektivitou zdravotnického týmu a takovým předáváním informací o nemocném, kde je přítomno více osob z týmu a kde jsou zdravotní sestry i ostatní zdravotnický personál považovány za důležitý zdroj informací o pacientovi. Dalšími předpoklady k dosažení efektivity týmu mohou být: demokratické vedení týmu, umožnění celoživotního vzdělávání v oboru, určený mentor, který se na oddělení stará o nově příchozí členy, a také minimum případů pochybení při poskytování zdravotnické péče. Důležitá je i celková spokojenost kolektivu.

Pro tuto pilotní studii jsem ve vztahu k hlavnímu výzkumnému cíli stanovila následující hypotézy:

Hypotéza č. 1 Domnívám se, že minimálně 80% respondentů považuje spolupráci ve svém zdravotnickém týmu za efektivní.

Hypotéza č. 2 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a četností vážných interpersonálních konfliktů v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s nižším výskytem interpersonálních konfliktů.

Hypotéza č. 3 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a počtem osob přítomných u předávání služeb v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšším počtem osob přítomných u předávání služeb.

Hypotéza č. 4 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a uspokojováním bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší mírou uspokojování psycho-sociálních a duchovních potřeb nemocných.

Hypotéza č. 5 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a spokojeností s organizací práce v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší spokojeností s organizací týmu.

Hypotéza č. 6 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a vážným pochybením při poskytování ošetrovatelské péče v tom smyslu, že výskyt vážného pochybení se bude pojít s nižším hodnocením efektivity spolupráce v týmu.

3.4 Analýza výsledků výzkumu

Otázky v dotazníku byly rozděleny do 6 tématických celků. V závorkách jsou uvedena čísla otázek, které zjišťovaly informace k jednotlivým tématům.

1. Základní osobní údaje (otázky č. 1, 19, 20, 21)
2. Vztahy na pracovišti (otázky č. 2, 3, 17, 18)
3. Předávání informací - formální i neformální cestou (otázky č. 5, 6, 7)
4. Organizace práce; vedení týmu; kompetence (otázky č. 8, 9, 16)
5. Celoživotní vzdělávání (otázky č. 10, 11)
6. Hodnocení kvality a efektivity péče (otázky č. 4, 12, 13, 14, 15)

V následujících podkapitolách budou získané informace podrobně rozepsány slovně, některé z nich budou také uvedeny v grafech či tabulkách. Pro větší přehlednost budou otázky uváděny v tématických celcích.

3.4.1 Základní osobní údaje

Z celkového počtu **40 respondentů** tvořilo výzkumný vzorek **37 žen a 3 muži**. Výběr dotázaných byl náhodný, je tedy zjevné, že na standardních ošetrovacích jednotkách převládá ženský element.

Nejvíce, v **50%**, byla zastoupena věková kategorie **mezi 21 a 30 lety**. Sedm oslovených (17,5%) se zařadilo do věkové kategorie mezi 31 a 40 lety, šest zdravotních sester (15%) bylo ve věku mezi 41 a 50 lety. Zbylé tři kategorie byly zastoupeny ve čtyřech a méně případech (tedy v 10% a méně).

Většina dotázaných, 31 osob, tedy **77,5%**, získala nejvíce **středoškolský diplom**. Dalšíh 22,5% účastníků dosáhlo vyššího než středoškolského vzdělání. Magisterský stupeň v oboru ošetrovatelství dokončil pouze jeden respondent.

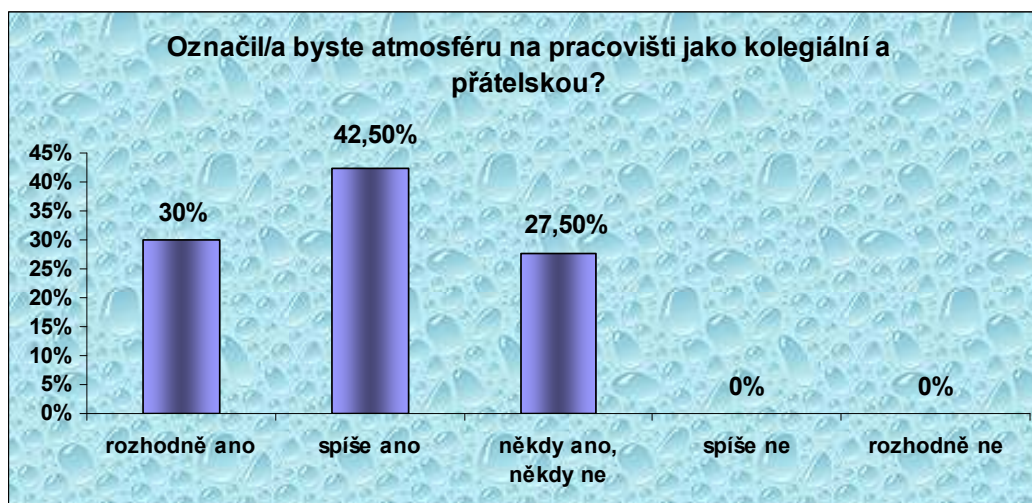
Otázka zabývající se délkou pracovního poměru zdravotních sester na oddělení, přinesla řadu neočekávaných výsledků. Přestože byl výzkumný vzorek relativně malý, udávaná doba působení na daném pracovišti byla v rozptýlu od 3 měsíců po 36 let. Průměrně tedy 7,64 let. Zajímavostí rovněž byly rozdíly v jednotlivých zařízeních. **Průměrná délka pracovního poměru** na stejném oddělení ve Fakultní nemocnici **Motol** byla **3,76 roku**, zatímco ve Fakultní nemocnici **Královské Vinohrady** byla tato průměrná doba **11,53 let**. Z celkového počtu 40 dotázaných bylo 67,5% na daném pracovišti méně než 5let. 42,5% z celku pracovalo na oddělení od 3 do 5 let, rovná $\frac{1}{4}$ (25%) méně než rok. 12 sester ze 40 (tedy 30%) pracovalo na stejném oddělení 10 let a více.

3.4.2 Vztahy na pracovišti

Druhý tématický celek se zabývá atmosférou na pracovišti, interpersonálními konflikty, fluktuací na oddělení a také uvažováním o změně současného pracoviště.

Jak ukazuje **graf č. 1**, **žádný** ze 40 respondentů necítí, že by **atmosféra** na oddělení byla zásadně **nekolegiální či nepřátelská**. Větší čtvrtina dotázaných (27,5%) však jistou míru diskomfortu cítí. Uvedli, že atmosféra na pracovišti má občas svá negativa. Oproti tomu **42,5%** zdravotních sester označilo atmosféru na pracovišti za **kolegiální a přátelskou**.

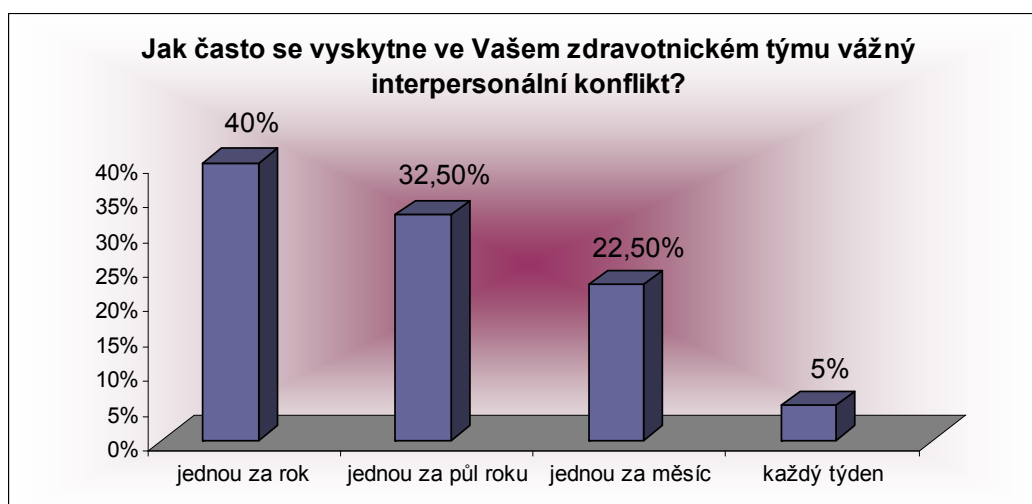
Graf č. 1



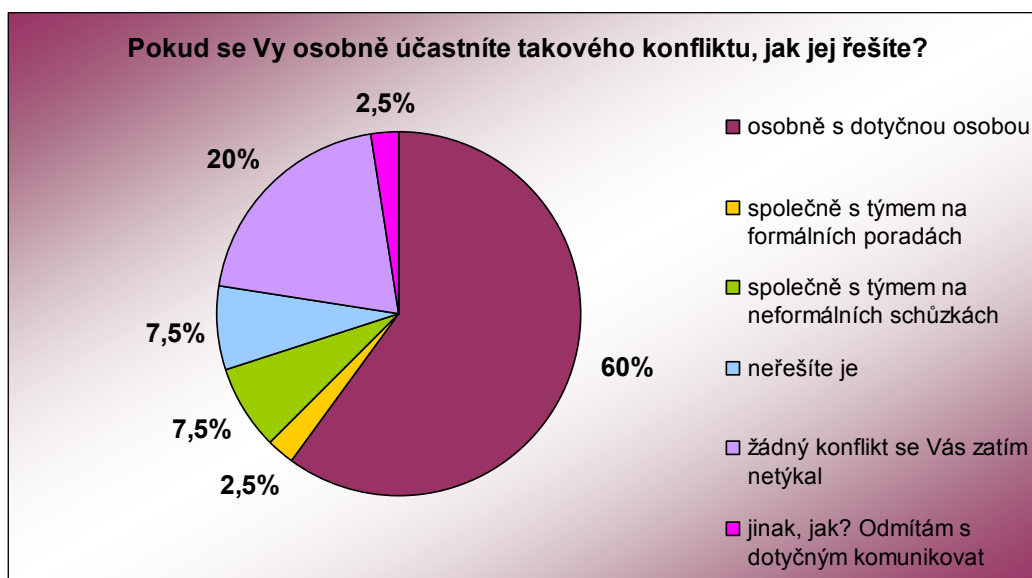
Následující dvě otázky se věnovaly interpersonálním konfliktům. **Graf č. 2** naznačuje, že **40%** respondentů vybralo odpověď s nejmenší frekvencí výskytu vážných interpersonálních konfliktů (**jednou za rok**). Jako příklad jsem k zadání otázky v dotazníku uvedla hlasitou hádku, ostrou výměnu názorů, odmítnutí spolupráce, bouchnutí dveřmi nebo jiné podobné gesto. Necelých **33%** oslovených se domnívá, že se vážný konflikt mezi členy týmu stane přibližně **jednou za půl roku**, **22,5%** odpovědělo, že je to častěji – jednou za měsíc a jen **5%** zdravotních sester uvedlo, že je výrazný konflikt tzv. „na denním pořádku“.

V případě, že se někdo z dotázaných přece jen s interpersonálním konfliktem setká a dokonce je jeho přímým účastníkem, rovných **60%** sester naznačilo, že takovou situaci nejčastěji **řeší osobně s dotyčným člověkem**. Za zmínku také stojí **20%** respondentů, kterých se žádný konflikt zatím netýkal. Procenta vybraných odpovědí přehledně uvádí **graf č. 3**.

Graf č. 2



Graf č. 3



17. otázka dotazníku zněla: „Řekl/a byste, že je na Vaší ošetrovací jednotce vysoká míra fluktuace?“ Z odpovědí vyplynulo, že celých **45%** dotázaných se domnívá, že míra **fluktuace** zdravotních sester na oddělení **je vysoká**, **37,5% nepovažuje** fluktuaci na pracovišti **za vysokou** a 17,5% respondentů uvedlo, že na tuto otázku neví jednoznačnou odpověď. Všichni dotázaní měli možnost také uvést přibližný počet nově příchozích středních zdravotnických pracovníků na oddělení během jednoho roku. 27 ze 40 respondentů tuto možnost využilo. Uvedené počty nově příchozích byly v rozptýlu od nuly do jedenácti. Zajímavé jsou jistě **údaje o stálém složení**

středního zdravotnického personálu na oddělení, stejně tak, jako počet **11 nově příchozích**. Podrobněji a přehledněji jsou získaná data od 27 účastníků rozepsána v **tabulce č. 3**.

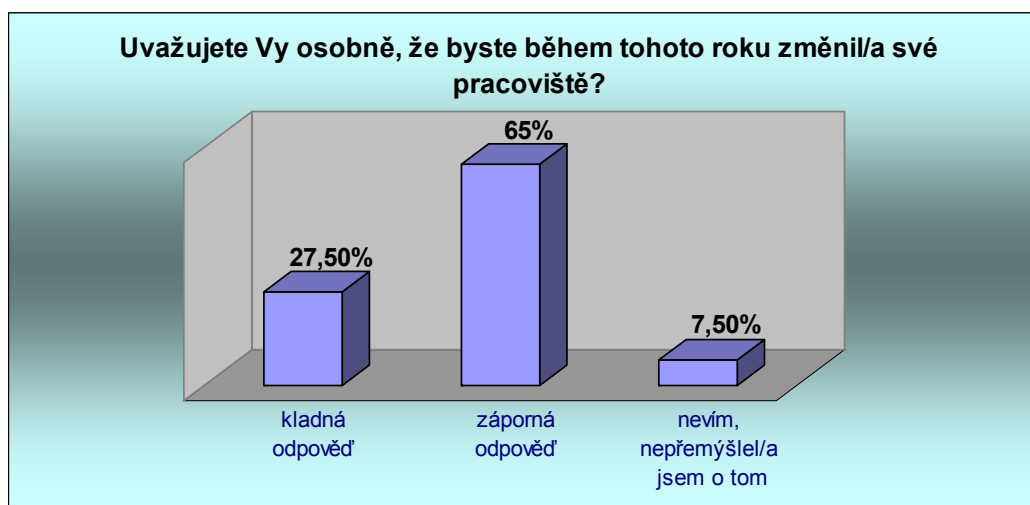
Tabulka č. 3

Počty nově příchozích středních zdravotnických pracovníků na oddělení během jednoho roku.	
počty nově příchozích pracovníků	počty odpovědí v daném rozmezí (27 respondentů)
<i>žádný nově příchozí</i>	3
<i>1 – 2</i>	6
<i>3 - 5</i>	11
<i>6 - 8</i>	6
<i>11</i>	1

Také následující otázka dotazníku byla zařazena pod tématický okruh „*Vztahy na pracovišti*“. Spokojenost s atmosférou na pracovišti a vytvoření pozitivních vztahů na oddělení může přispívat ke stálosti zdravotnického týmu. Na **grafu č. 4** je nejvýraznější sloupec s počty záporných odpovědí. To znamená, že **65%** oslovených sester **neplánuje změnu svého pracoviště** během následujícího roku. Uváděné důvody k tomuto rozhodnutí byly např. dobrý kolektiv, spokojenost s prací anebo dostatečné finanční ohodnocení.

V **tabulce č. 4** jsou počty jednotlivých odpovědí uvedeny podrobněji než v grafu. Uvádí se zde, že 4 zdravotní sestry bez odborného dohledu odpověděly, že v následujícím roce rozhodně chtějí své aktuální pracoviště změnit. Na doplňují otázku, co je k takové odpovědi vede, napsaly toto: „*Nedostatek personálu*“, „*vysoká zátěž*“, „*nespokojenost*“, „*finance*“, „*pracovní vytížení*“.

Graf č. 4



Tabulka č. 4

Uvažujete Vy osobně, že byste během tohoto roku změnil/a své pracoviště?					
odpovědi	<i>rozhodně ano</i>	<i>spíše ano</i>	<i>spíše ne</i>	<i>rozhodně ne</i>	<i>nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom</i>
počet odpovědí (40 respondentů)	4	7	11	15	3

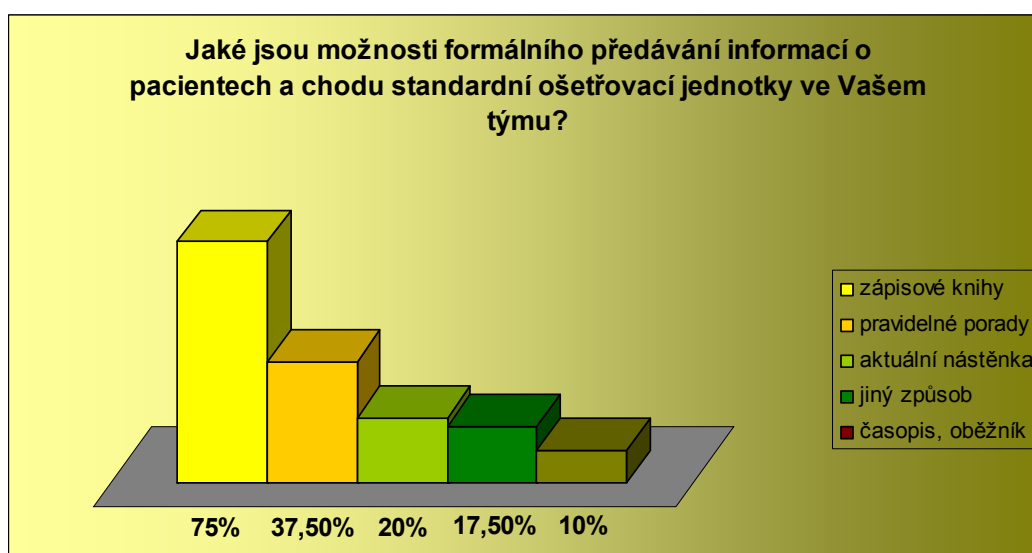
3.4.3 Předávání informací - formální i neformální cestou

Jedním z indikátorů hodnocení efektivity zdravotnického týmu je také možnost a využívání formálních i neformálních způsobů předávání informací v kolektivu. Mezi formální způsoby můžeme zařadit vydávání časopisu nebo oběžníku v rámci zdravotnického zařízení, aktuální nástěnku pro interní záležitosti týmu, pravidelné porady a zasedání týmu, zápisové knihy (například hlášení sester) a jiné.

Graf č. 5 nabízí přehled nejvyužívanějších metod formálních způsobů předávání informací. Respondenti zde měli možnost označit více odpovědí

najednou. Zpracované výsledky ukázaly, že při předávání informací se sestry nejvíce spoléhají na **zápisové knihy**. Tuto variantu vybralo celých **75%** dotázaných. Téměř na **38%** odděleních se dále využívají **pravidelné porady**, ve **20%** je důležitá aktuální **nástěnka** a v 10% se ve zdravotnickém zařízení vydává časopis či oběžník. 17% respondentů zvolilo rovněž otevřenou možnost odpovědi a uvedlo ještě jiný způsob předávání informací. Čtyři dotázaní napsali „ústní předání“, u jednoho respondenta mají na oddělení k dispozici „deník o novinkách na oddělení“, jiný oslovený zmínil „mimořádné schůze“ a další „intranet“.

Graf č. 5

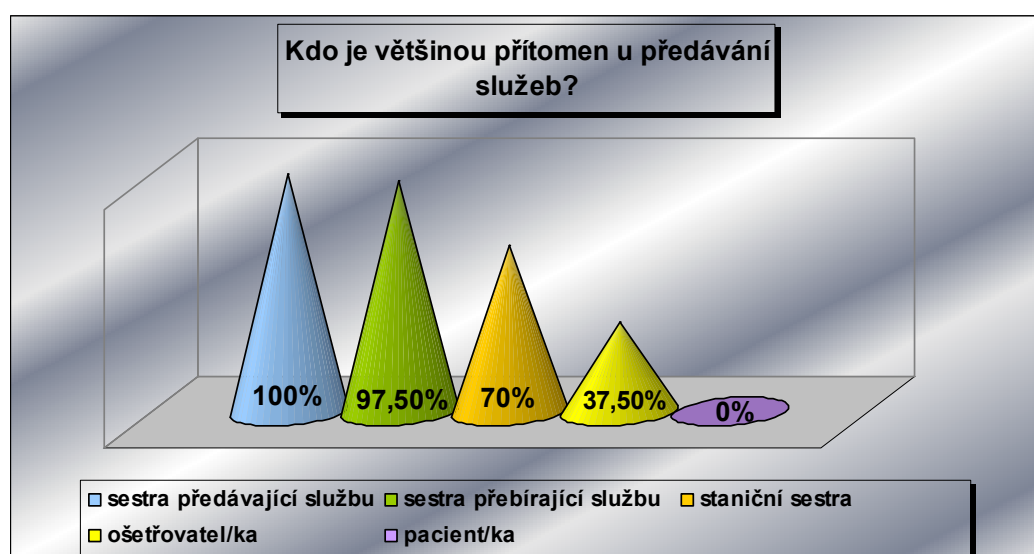


Následující dvě otázky dotazníku se zabývaly neformálními způsoby předávání informací. Sem můžeme zahrnout oslavy narozenin, oslavy k narození dítěte, scházení se na svatbách a při jiných příležitostech, společné nepracovní obědy, večere a jiné „akce“. 31 dotázaných (**77,5%**) zvolilo v odpovědích možnost *a*), tedy **ano** na otázku, zda se **kolektiv schází i mimo pracovní dobu** - neformálně. Z toho 30 respondentů přiznalo účast na takovém setkání v posledním půlroce.

Další dotaz byl zaměřen na přítomnost osob u předávání služeb. Respondenti měli určit všechny osoby, které se předávání služeb účastní. Jak je z **grafu č. 6** zřejmé, ve 100% je přítomna zdravotní **sestra**, která službu

předává a kromě jednoho osloveného, uvedli všichni také **sestru**, která službu **přebírá**. Poměrně vysoké zastoupení (70%) má přítomnost **staniční sestry**. Ve 37,5% je přítomen rovněž **ošetřovatel** (ev. **ošetřovatelka**). Zarážející je, že při předávání informací o pacientovi je sám **pacient** z tohoto procesu **vynechán**.

Graf č. 6



Velmi zajímavě zvolenou otázkou v dotazníku byl dotaz: „*Jaká je Vaše funkce při vizitách?*“. Řada zdravotních sester odpovídala tak, jak by se dalo předpokládat: „*Asistence lékaři*“, „*asistence u převazů, plnění ordinací*“, „*odkrytí operačních ran, napolohování pacienta, vydávání drénů*“, „*poskytování aktuálních informací o pacientovi*“.

Vyskytly se však také odpovědi, které jasně ukazují nefungující spolupráci a někde až neúctu k pozici zdravotní sestry bez odborného a k jejím kompetencím. „*Nošení dekurzů*“, uklízení pokojů před vizitou, „*stání u lůžka pacientů*“, „*sestra se vizity většinou neúčastní, pouze staniční sestra u velké vizity*“, „*na vizity nechodíme*“. Na některých odděleních je zdravotní sestra „*pozorovatel*“ anebo „*pouze účastník lékařské vizity*“, jinde sestry cítí svou funkci u vizity jako žádnou nebo zanedbatelnou.

S vyplněnými dotazníky se mi také vrátilo několik odpovědí, které zajisté nepotřebují další komentář. Některé zdravotní sestry bez odborného dohledu

se při lékařských vizitách cítí jako: „*Držák dekurzů*“, „*hromosvod*“, „*nosič dekurzů, dokumentace*“.

3.4.4 Organizace práce; vedení týmu; kompetence

Organizace práce a způsob vedení zdravotnického týmu jsou základní podmínky pro efektivní spolupráci kolektivu. Pro zajištění optimálních podmínek k vybudování a udržení efektivního týmu ve zdravotnictví nejlépe vyhovuje demokratický styl vedení. Rozhodnutí vedoucího jsou tak do praxe aplikována až po formální konzultaci se všemi členy v týmu. Z šetření vyplynulo, že ze 40 respondentů **77,5% pracuje** na standardní ošetrovací jednotce **pod demokratickým vedením**.

S tím pravděpodobně také souvisí **spokojenost s organizací práce** na odděleních, která se ze **65%** přiklání na stranu pozitivního hodnocení. 27,5% není plně rozhodnuto, na kterou stranu se přiklonit, organizaci práce na jejich ošetrovací jednotce někdy považují za dobrou a jindy zase ne. 7,5%, tedy 3 dotázaní ze 40, s organizací práce týmu spokojeni nejsou. Podrobně jsou výsledky zpracovány v **tabulce č. 5** a v **grafu č. 7**.

Tabulka č. 5

Jste spokojen/a s organizací práce na Vaší standardní ošetrovací jednotce?	
možnosti odpovědí	počet odpovědí (40 respondentů)
<i>rozhodně ano</i>	13
<i>spíše ano</i>	13
<i>někdy ano, někdy ne</i>	11
<i>spíše ne</i>	2
<i>rozhodně ne</i>	1

Graf č. 7



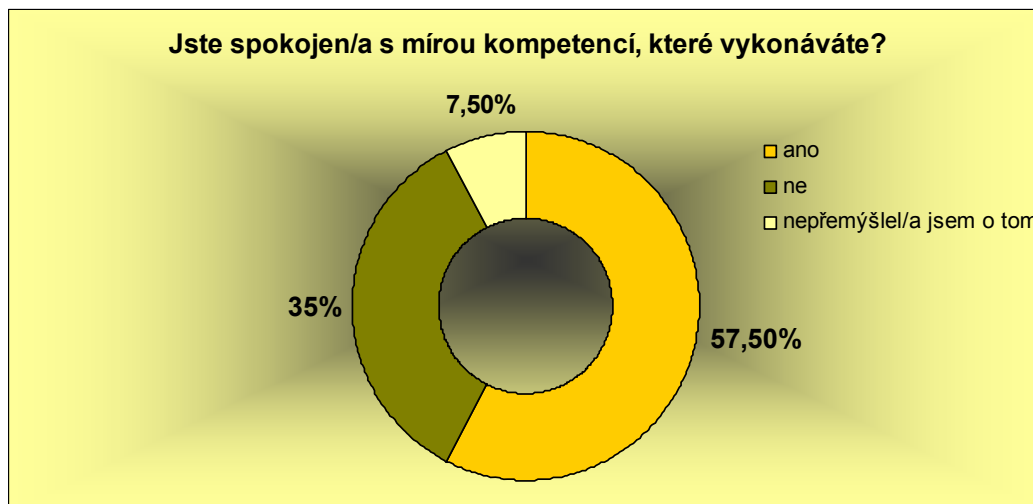
Zde bych ještě zmínila několik autentických odpovědí. Ti, kteří uvedli, že jsou s organizací práce na oddělení rozhodně spokojeni, svou odpověď odůvodnili takto: *„Nic bych neměnila“, „je zde velmi silný lídr, zavedený určitý styl práce, velmi dobrá vzájemná spolupráce mezi středním a nižším zdravotnickým personálem“, „každý ví, co má přesně dělat, nepanuje žádný zmatek na oddělení“, „efektivní rozdělení povinností, přehledná dokumentace“, „máme kvalitní a profesionální staniční sestru s přirozenou autoritou a přátelským přístupem, která má cit pro týmovou práci a celkovou organizaci práce“.*

Ti, kteří napsali, že s organizací práce jsou někdy spokojeni a jindy zase ne, a ti, kteří označili, že spokojeni nejsou, svou odpověď odůvodnili takto: *„Chybí mi větší důvěra k samostatné práci“, „s některými kolegyněmi se pracuje strašně“, „vážne spolupráce lékařů se sestrami, pozdní dodání vizit“, „malý počet sester na velké oddělení“.*

Poslední otázkou tohoto bloku byla otázka na spokojenost sester s kompetencemi k vykonávání ošetrovatelských činností. Větší polovina dotázaných (57,5%) uvedla, že jsou **s mírou kompetencí spokojeni**. Druhou nejpočetnější skupinu (17,5%) tvořily zdravotní sestry, které zvolily druhou nabízenou možnost odpovědi, a to, že kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu by se měly rozšířit. Proto s mírou kompetencí nejsou plně

spokojeni. V **grafu č. 8** jsou všechny záporné odpovědi (tedy, že sestry nejsou jakkoli spokojeny s mírou kompetencí) sloučeny do jedné kategorie pro lepší představu o celkové spokojenosti.

Graf č. 8



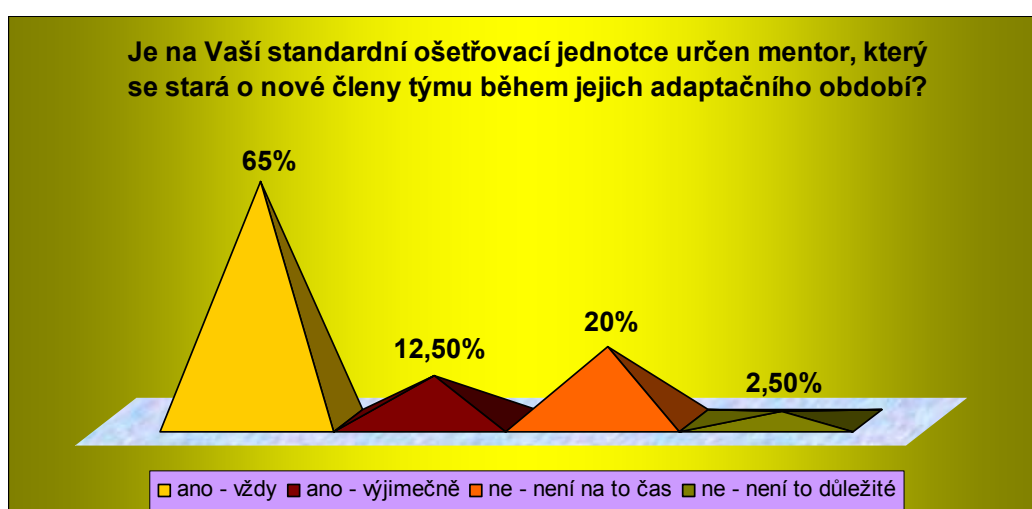
3.4.5 Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání je jednou z podmínek zachování registrace zdravotních sester bez odborného dohledu. Zaměstnavatel by se proto měl zajímat o možnosti sester se celoživotně vzdělávat a tyto podmínky by měl aktivně podporovat. Ať již uvolněním ze zaměstnání nebo poskytováním informací o probíhajících kurzech či konferencích anebo by měl vzdělávací akce přímo pořádat.

V mém šetření vypověděla větší polovina zdravotních sester (**57,5%**), že **podmínky** pro celoživotní **vzdělávání** na jejich pracovišti jsou **dobré**. Zaměstnavatel jim bez problémů umožní účast na vzdělávací akci v pracovní době alespoň jednou za 6 měsíců. 10 respondentů (**25%**) uvedlo, že **podmínky** pro celoživotní vzdělávání na jejich pracovišti jsou **velmi dobré** – zaměstnavatel pořádá vzdělávací akce nebo poskytuje finanční podporu alespoň jednou za 3 měsíce. Špatné podmínky (tedy, že možnosti dalšího vzdělávání v oboru jsou omezeny a sestry si je musí složitě vyjednávat) identifikovalo 17,5% dotázaných, avšak **velmi špatné podmínky** (např. obavy o registraci) **nevedl nikdo**.

Ke známám efektivního zdravotnického týmu náleží také pocity sounáležitosti každého jednotlivého člena. Toho lze mimo jiné dosáhnout i tím, že novému kolegovi (či kolegyni) se přidělí mentor, který se stará o to, aby byl proces adaptace co nejkratší a co nejúspěšnější. Z dotázaných sester uvedlo rovných **65%**, že na jejich oddělení **je vždy určen mentor**, který novému členovi týmu pomáhá. V **grafu č. 9** je výraznější také odpověď se 20%, kde 8 respondentů zvolilo zápornou odpověď. Jako důvod k takové volbě uvedli přílišné pracovní vytížení.

Graf č. 9

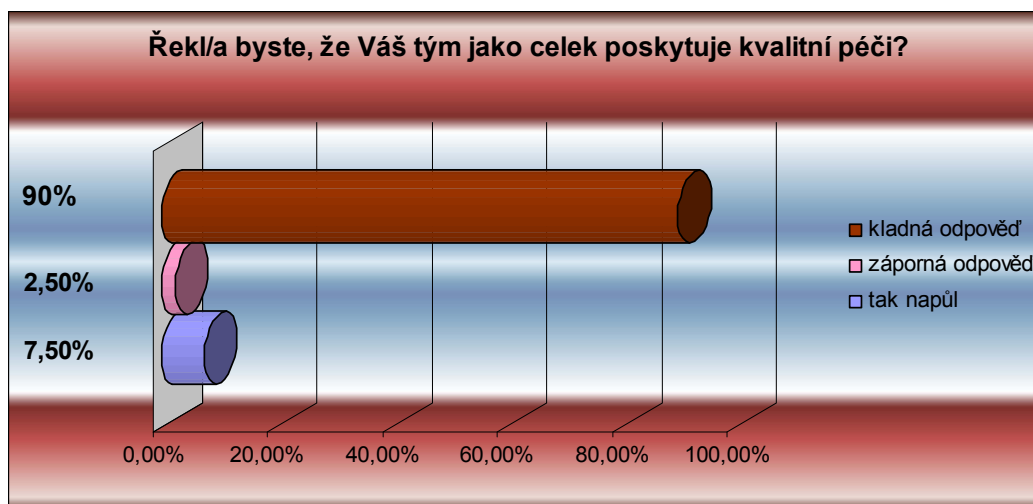


3.4.6 Hodnocení kvality a efektivity péče

V této závěrečné sekci jsou zhodnoceny také dvě základní otázky, ke kterým se vztahují ostatní otázky v dotazníku. Lze říci, že jsou základním kamenem výzkumné části. Otázky byly zaměřeny na subjektivní hodnocení kvality péče a efektivity spolupráce ve zdravotnickém týmu.

Jak je barevně znázorněno v **grafu č. 10**, celých **90%** dotázaných považuje týmem poskytovanou **péči** za více či méně **kvalitní**. Nikdo z oslovených nepovažuje poskytovanou péči za výrazně nekvalitní, mírnější formu negativní odpovědi zvolilo 2,5% respondentů. Za příčinu této situace označili z nabízených možností nedostatek času, nedostatek personálu, nerespektování kompetencí a nedostatečné materiální vybavení. Zde bych zmínila také jednu ručně vypsanou odpověď: „*Věčné papírování neumožní pořádnou péči o pacienta*“.

Graf č. 10



V otázce č. 13: „Nastalo na Vaší ošetrující jednotce v posledním roce nějaké vážné pochybení při poskytování ošetrovatelské péče?“, byla každá odpověď zastoupena přibližně $\frac{1}{3}$ oslovených. Téměř **33%** zdravotních sester **mělo službu** v době, kdy došlo například k pádu nemocného, **27,5%** dotázaných se o takové události doslechlo **od ostatních** členů týmu a necelých **38%** respondentů zvolilo poslední nabízenou odpověď, tedy že o žádném podobném pochybení **nevědí**. Za důležité zjištění můžeme považovat to, že žádná z dotázaných zdravotních sester neuvěděla, že by taková událost (jako pád nemocného nebo poranění sestry, při kterém by se mohla infikovat) nebyla řádně dokumentována.

Následující otázka byla zaměřena na dostupnost ošetrovatelských standardů na odděleních. **95%** respondentů odpovědělo, že má **snadný přístup ke všem standardům** ošetrovatelské péče. Jeden dotázaný na otázku neodpověděl a jeden zvolil zápornou odpověď.

Zajímavě zvolenou otázkou byla otázka patnáctá. „*Jaká péče je poskytována na Vaší standardní ošetrovací jednotce?*“ Respondenti měli k dispozici vypracovanou tabulku, do které zanášeli své odpovědi. Otázka byla rozčleněna na 4 oblasti. Zajímalo mě, jaká míra pozornosti je věnována jednotlivým částem péče. V moderním ošetrovatelství je jednou z hlavních myšlenek holistický, tedy celostní přístup k nemocnému. Zjednodušeně je možné

řící, že ke každému člověku ve zdraví i v nemoci je důležité přistupovat jako k celku. To znamená, že pozornost zdravotních sester by měla být zaměřena na potřeby biologické, psychické, sociální i duchovní. Respondenti měli v dotazníku možnost odpovídat pomocí číselné škály od nuly do sto, kde nula vyjadřovala žádnou péči v dané oblasti a uvedení čísla sto asociovalo maximální možnou péči v dané sféře.

žádná péče

maximální péče

0 20 40 60 80 100

V **tabulce č. 6** jsou uvedeny průměry získaných hodnot z obou zdravotnických zařízení. Je zřejmé, že absolutně **největší část péče je věnována biologickým potřebám** nemocných. Na podobné úrovni stojí psychické a sociální potřeby člověka, které zdravotní sestry průměrně ohodnotily číslem kolem 80 z možných 100. Poslední místo v poskytované péči zaujímá péče o **duchovní potřeby** pacientů. Ty jsou saturovány přibližně **z jedné poloviny**.

Tabulka č. 6

Jaká péče je poskytovaná na Vaší standardní ošetrovací jednotce?	
poskytovaná péče	průměry z uvedených odpovědí
<i>péče o biologickou podstatu člověka</i>	94,34
<i>péče o psychickou podstatu člověka</i>	80,66
<i>péče o sociální podstatu člověka</i>	79,34
<i>péče o duchovní podstatu člověka</i>	49,87

V této otázce jsou zajímavé také odlišnosti v odpovědích sester z jednotlivých zdravotnických zařízení. Srovnání obou nemocnic je zaneseno v **tabulce č. 7**. Výraznější jsou zejména první dvě hodnoty, tedy poskytovaná péče o biologickou a psychickou podstatu člověka. Ve Fakultní nemocnici Motol zdravotní sestry pocítují péči, kterou věnují biologickým potřebám nemocných za téměř maximální, zatímco ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady

se průměrná hodnota odpovědí ustálila přibližně na čísle 90. Rozdíl v poskytované péči o psychické hodnoty člověka je ještě zřetelnější. Zdravotní sestry ve Fakultní nemocnici Motol průměrně uvedly hodnoty mírně nad 85, ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (v tabulce jako FNKV) přibližně o 10 bodů méně.

Tabulka č. 7

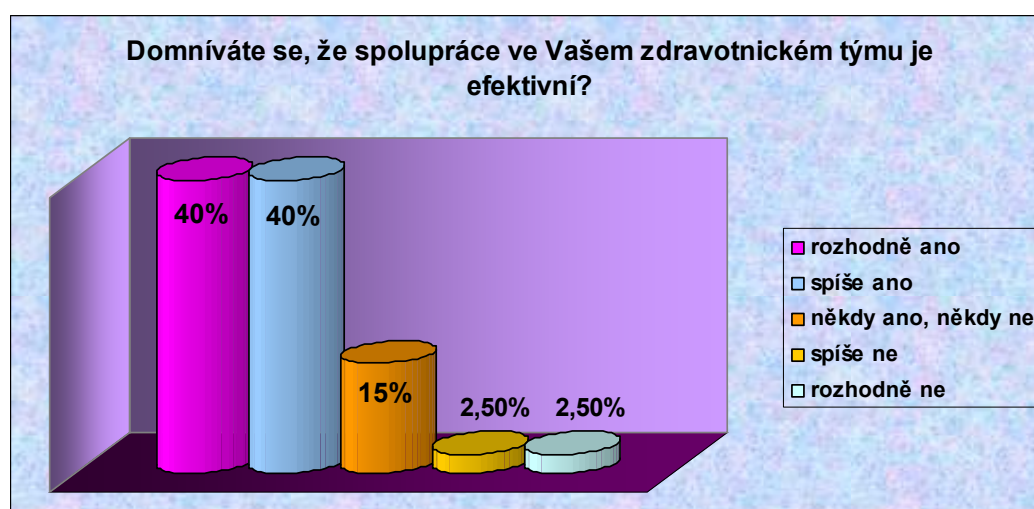
Jaká péče je poskytovaná na Vaší standardní ošetrovací jednotce?		
poskytovaná péče	průměry z uvedených odpovědí	
	Motol	FNKV
<i>péče o biologickou podstatu člověka</i>	97,50	90,83
<i>péče o psychickou podstatu člověka</i>	85,75	75,00
<i>péče o sociální podstatu člověka</i>	77,50	81,39
<i>péče o duchovní podstatu člověka</i>	52,25	47,22

Na závěr této sekce uvádím zhodnocení výsledků získaných dat k otázce č. 4, která se přímo zaměřuje na subjektivní hodnocení efektivity spolupráce ve zdravotnickém týmu.

Celých **80%** respondentů, 32 sester, (jak znázorňuje **graf č. 11**) se domnívá, že **spolupráce** v jejich zdravotnickém **týmu je více či méně efektivní**. Nejzajímavější důvody, proč se dotázaní rozhodli právě pro kladnou odpověď, byly: *„Jsme tým“, „dokážeme navzájem spolupracovat, vyhovujeme si navzájem“, „dobrá domluva vůči kolegům“, „stýkáme se i mimo pracovní dobu, kde je možnost si vše vyříkat“, „mladý kolektiv, velmi dobré vybavení, vzájemná pomoc kolegů, zaujetí pro práci, dobré interpersonální vztahy“, „spokojený pacient“, „výsledky naší práce – spokojený pacient, splněné ordinace, aktivní ošetrovatelská péče“, „jsme sehraný kolektiv, odvádíme dobrou práci“, „dobrá organizace práce“, „vynikající vztahy v kolektivu, což se velmi pozitivně odráží v pracovním procesu“, „zpětná vazba od pacientů, výsledky léčby chronických ran“, „dlouhodobá zkušenost“.*

A jaké byly důvody k volbě negativní nebo nerozhodné odpovědi?
„Špatná komunikace“, „špatný kolektiv, špatná organizace práce“, „nadřazené chování některých kolegů“, „nový kolektiv → spousta věcí ještě neznají.“

Graf č. 11



3.5 Zhodnocení hypotéz

Vzhledem k výzkumnému cíli (zda je spolupráce ve zdravotnických týmech na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé efektivní) jsem určila související hypotézy. Za základní hypotézu je možné považovat hypotézu č. 1, která se zabývá subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu. Následující hypotézy byly sestaveny v souvislosti s předpokládanými vztahy mezi hodnocením efektivity spolupráce v týmu a některými dalšími oblastmi výzkumu, které lze označit za indikátory týmové efektivity (*viz podkapitola 3.3*). K těmto indikátorům patří např. frekvence vážných interpersonálních konfliktů, úroveň formálního předávání informací mezi členy týmu, poskytování kvalitní ošetrovatelské péče – tedy také holistický přístup v ošetrování nemocných, způsob organizace týmu nebo frekvence vážných pochybení.

Hypotéza č. 1 Domnívám se, že minimálně 80% respondentů považuje spolupráci ve svém zdravotnickém týmu za efektivní.

● Jak vyplývá z **grafu č. 11** (viz *podkapitola 3.4.6*), celých 80% respondentů odpovědělo kladně. To znamená, že 80% dotázaných považuje spolupráci ve svém zdravotnickém týmu za efektivní. 5% zdravotních sester se přiklonilo k odpovědi záporné a 15% oslovených sester se domnívá, že spolupráce v týmu někdy efektivní je a jindy zase ne.

➤ HYPOTÉZA SE POTVRDILA

Hypotéza č. 2 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a četností vážných interpersonálních konfliktů v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s nižším výskytem interpersonálních konfliktů.

● Ze sester, které hodnotí týmovou spolupráci ve svém týmu jako více či méně efektivní, celá polovina uvedla nejnižší frekvenci vážných interpersonálních konfliktů. To znamená, že tato polovina výzkumného vzorku zažívá vážný konflikt přibližně jednou za rok. Naopak v týmech, kde je týmová spolupráce hodnocena hůře, bylo za nejnižší frekvenci vážných interpersonálních konfliktů uváděno období půl roku. Z **tabulky č. 8** je zřejmé, že v kolektivech s vyšším hodnocením spolupráce v týmu klesá četnost konfliktů v závislosti na zkracujícím se časovém období. Naopak větší polovina respondentů (téměř 63%) z týmů hodnotících spolupráci jako ne příliš efektivní zažívá vážný konflikt v týmu nejméně jednou za měsíc. Vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a četností vážných interpersonálních konfliktů je zřetelný.

➤ HYPOTÉZA SE POTVRDILA

Tabulka č. 8

Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus výskyt vážných interpersonálních konfliktů		
přibližný výskyt konfliktů v týmu	odpovědi v % (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako efektivní)	odpovědi v % (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako neefektivní)
<i>jednou za rok</i>	50%	0%
<i>jednou za půl roku</i>	31,3%	37,5%
<i>jednou za měsíc</i>	15,6%	50%
<i>každý týden</i>	3,1%	12,5%

Hypotéza č. 3 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a počtem osob přítomných u předávání služeb v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšším počtem osob přítomných u předávání služeb.

● Ve zdravotnických týmech, které hodnotí týmovou spolupráci jako více či méně efektivní, je při předávání služeb průměrně přítomno 3,53 osob. V týmech hodnotících efektivitu spolupráce hůře, je průměrný počet osob přítomných u předávání služeb 3,38. Rozdíl mezi oběma skupinami není výrazný, ale obecně lze situaci zhodnotit tak, že vztah mezi hodnocením efektivity spolupráce v týmu a počtem osob přítomných u předávání služeb v tomto výzkumném vzorku existuje.

➤ **HYPOTÉZA SE POTVRDILA**

Hypotéza č. 4 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a uspokojováním psycho-sociálních a duchovních potřeb v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší mírou uspokojování psycho-sociálních a duchovních potřeb nemocných.

● Respondenti byli v dotazníku informováni, že u otázky s poskytovanou péčí mohou jednotlivé části péče hodnotit pomocí bodového rozmezí od 0 do 100. Nula měla být přidělena péči, které není věnována žádná pozornost, zatímco stem bodů měla být ohodnocena péče, která je plně saturována. Ze získaných dat byly vypočítány průměry, které znázorňuje **tabulka č. 9**. Respondenti jsou rozděleni do dvou skupin podle toho, jak odpovídali v otázce hodnotící týmovou spolupráci. Výsledky ukázaly, že biologickým potřebám nemocných je věnována největší část péče u obou skupin. Významné jsou však rozdíly především v péči o psychické, sociální a duchovní potřeby pacientů. Nejvýraznější je rozdíl v podílu péče o duchovní, tedy spirituální hodnoty člověka. Skupina, která týmovou efektivitu hodnotí hůře, saturuje duchovní potřeby nemocných téměř o polovinu méně než skupina hodnotící spolupráci v týmu za kvalitní. Holistickému přístupu k nemocným se tedy více přibližují týmy, které spolupráci ve svém zdravotnickém týmu hodnotí jako více či méně kvalitní.

➤ HYPOTÉZA SE POTVRDILA

Tabulka č. 9

Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus poskytování bio-psycho-sociální a duchovní péče		
poskytovaná péče	průměry přidělených bodů (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako efektivní)	průměry přidělených bodů (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako neefektivní)
<i>péče o biologickou podstatu člověka</i>	94,35	94,29
<i>péče o psychickou podstatu člověka</i>	83,06	70,00
<i>péče o sociální podstatu člověka</i>	84,35	57,14
<i>péče o duchovní podstatu člověka</i>	55,32	25,71

Hypotéza č. 5 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a spokojeností s organizací práce v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší spokojeností s organizací týmu.

● Otázka na spokojenost respondentů s organizací práce na standardní ošetrovací jednotce, která byla v dotazníku zařazena pod číslem 9, byla volena jako otázka uzavřená. Zdravotní sestry tudíž měly možnost výběru jedné z nabízených odpovědí. Každé odpovědi byla přiřazena hodnota od jedné do pěti v tomto pořadí.

1 = ano, s organizací práce jsem rozhodně spokojen/a

2 = ano, s organizací práce jsem spíše spokojen/a

3 = s organizací práce jsem někdy spokojen/a, někdy ne

4 = ne, s organizací práce jsem spíše nespokojen/a

5 = ne, s organizací práce jsem rozhodně nespokojen/a

Ve skupině dotázaných, kteří ohodnotili spolupráci v týmu více či méně efektivně, byla průměrná hodnota spokojenosti s organizací práce 1,81. Zatímco ve skupině, která týmovou spolupráci za efektivní nepovažovala, byla průměrná hodnota spokojenosti 3,38. To znamená, že v týmech, kde je efektivita spolupráce hodnocena lépe, je zároveň větší spokojenost s organizací práce a naopak v týmech, kde je efektivita spolupráce hodnocena hůře, jsou respondenti také méně spokojeni s organizací práce na jejich ošetrovací jednotce. Vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a spokojeností s organizací práce je tedy zřejmý.

➤ HYPOTÉZA SE POTVRDILA

Hypotéza č. 6 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a vážným pochybením při poskytování ošetrovatelské péče v tom smyslu, že výskyt vážného pochybení se bude pojít s nižším hodnocením efektivity spolupráce v týmu.

● V **tabulce č. 10** jsou rozpracovaná data respondentů, kteří v jedné otázce hodnotili efektivitu týmové spolupráce a v otázce druhé uváděli výskyt pochybení

na ošetrovací jednotce v posledním roce. Zatímco sestry, které hodnotily spolupráci v týmu jako více či méně efektivní, zaznamenaly vážné pochybení při poskytování ošetrovatelské péče v přibližně 55%, dotázaní, kteří hodnotili týmovou spolupráci jako ne příliš efektivní, zmínili výskyt vážného pochybení v necelých 88%. Vztah, mezi výskytem vážných pochybeních při poskytování ošetrovatelské péče a subjektivním hodnocením efektivity týmové spolupráce, je zjevný.

➤ HYPOTÉZA SE POTVRDILA

Tabulka č. 10

Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus výskyt vážného pochybení při poskytování ošetrovatelské péče během posledního roku		
výskyt pochybení při poskytování ošetrovatelské péče	odpovědi v % (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako efektivní)	odpovědi v % (respondenti, kteří hodnotí spolupráci v týmu více či méně jako neefektivní)
<i>ano</i>	54,8%	87,5%
<i>nevím o tom</i>	45,2%	12,5%

4. Rekapitulace výzkumu

- Hlavním cílem mého pilotního výzkumu bylo zjistit, zda je spolupráce ve zdravotnických týmech na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé efektivní.
- Pro získání podkladů k pilotní studii jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
- Náhodný výzkumný vzorek tvořilo 40 zdravotních sester bez odborného dohledu.
- Pro realizaci pilotního výzkumu jsem zvolila dvě zdravotnická zařízení. Fakultní nemocnici Motol a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.
- V každé pražské nemocnici bylo rozdáno 20 dotazníků. Návratnost byla 100%.
- Otázky v dotazníku byly rozděleny do 6 tématických celků.
 - Základní osobní údaje
 - Vztahy na pracovišti
 - Předávání informací - formální i neformální cestou
 - Organizace práce; vedení týmu; kompetence
 - Celoživotní vzdělávání
 - Hodnocení kvality a efektivity péče
- Z celkového počtu respondentů tvořilo výzkumný vzorek 37 žen a 3 muži.
- Nejvíce, v 50%, byla zastoupena věková kategorie mezi 21 a 30 lety.
- Většina dotázaných, 31 osob, tedy 77,5%, získala nejvíce středoškolský diplom.
- Přestože byl výzkumný vzorek relativně malý, udávaná pracovní doba byla v rozptylu od 3 měsíců po 36 let. Zajímavé byly rozdíly v jednotlivých zařízeních. Průměrná délka práce na stejném oddělení ve Fakultní nemocnici Motol byla 3,76 roku oproti Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, kde tato průměrná doba byla 11,53 let.
- Žádný ze 40 respondentů necítí, že by atmosféra na oddělení byla zásadně nekolegiální či nepřátelská. 42,5% zdravotních sester přímo označilo atmosféru na pracovišti za kolegiální a přátelskou.

- 40% respondentů vybralo odpověď s nejmenší frekvencí výskytu vážných interpersonálních konfliktů, tedy přibližně jednou za rok. 32,5% oslovených se domnívá, že se vážný konflikt mezi členy týmu stane přibližně jednou za půl roku.
- V případě, že je někdo z dotázaných přímým účastníkem interpersonálního konfliktu, 60% sester nejčastěji takovou situaci řeší osobně s dotyčným člověkem.
- 45% respondentů se domnívá, že míra fluktuace zdravotních sester na oddělení je vysoká. Nejčastěji udávaný počet nově příchozích pracovníků byl od 3 do 5.
- 65% dotázaných sester neplánuje změnu svého pracoviště během následujícího roku.
- Nejvyužívanější metodou formálního předávání informací (v 75%) jsou zápisové knihy, na které se sestry při předávání informací spoléhají nejvíce.
- 31 dotázaných (77,5%) uvedlo, že se pracovní kolektiv schází i mimo pracovní dobu – neformálně.
- Předávání služeb se nejčastěji účastní zdravotní sestra, která službu předává, sestra, která službu přebírá, až v 70% je na předávání služeb přítomná staniční sestra a v některých kolektivech také ošetřovatel (ev. ošetřovatelka). Pacient je z tohoto procesu vynechán.
- Nejčastější funkce zdravotních sester bez odborného dohledu u vizit, které probíhají na oddělení, jsou: *„Asistence lékaři; asistence u převazů; plnění ordinací; odkrytí operačních ran, napolohování pacienta, vyndávání drénů; asistence lékaři při vyšetřování pacienta; poskytování aktuálních informací o pacientovi.“*
- 77,5% respondentů pracuje na standardní ošetrovací jednotce pod demokratickým vedením.
- 65% dotázaných je více či méně spokojeno s organizací práce na oddělení.
- Větší polovina dotázaných (57,5%) uvedla, že jsou spokojeni s mírou kompetencí, které vykonávají. 17,5% sester by uvítalo rozšíření stávajících kompetencí.
- Větší polovina zdravotních sester (57,5%) vypověděla, že podmínky pro celoživotní vzdělávání na jejich pracovišti jsou dobré. Špatné podmínky identifikovalo 17,5% dotázaných, avšak velmi špatné podmínky neuvedl nikdo.

- Z dotázaných sester uvedlo rovných 65%, že na jejich oddělení je vždy určen mentor, který pomáhá novému členovi týmu, aby se úspěšně zadaptoval.
- 90% respondentů považuje týmem poskytovanou péči za kvalitní.
- 60% oslovených během uplynulého roku zaznamenalo vážné pochybení při poskytování ošetrovatelské péče. O události se dozvěděli od ostatních nebo se stala během jejich služby.
- 95% zdravotních sester má snadný přístup ke všem standardům ošetrovatelské péče.
- Největší část péče je věnována biologickým potřebám nemocných. Pak následují potřeby psychické, sociální a poslední místo v poskytované péči zaujímá péče o duchovní potřeby pacientů.
- 80% dotázaných se domnívá, že spolupráce v jejich zdravotnickém týmu je více či méně efektivní.
- Na zkoumaném vzorku zdravotních sester byl zjištěno, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se pojí s nižším výskytem interpersonálních konfliktů.
- Ukázalo se, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se pojí s vyšším počtem osob přítomných u předávání služeb.
- Z výzkumu vyplynulo, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se pojí s vyšší mírou uspokojování psycho-sociálních a duchovních potřeb nemocných.
- Bylo zjištěno, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se pojí s vyšší spokojeností s organizací týmu.
- Šetření naznačilo, že výskyt vážného pochybení se pojí s nižším hodnocením efektivity spolupráce v týmu.
- Získaná data byla zpracovávána ve statistickém softwaru SPSS, grafy byly tvořeny v tabulkovém editoru Microsoft Excel a tabulky v textovém editoru Microsoft Word.

Diskuze a závěry

Pilotní výzkum na téma spolupráce ve zdravotnickém týmu byl koncipován tak, aby bylo možné ověřit aktuálnost problematiky a zjistit využitelnost metody kvantitativního výzkumu do budoucna. Domnívám se, že mé šetření se může stát podkladem k dalším výzkumům, které by se podobným okruhem zdravotnictví zabývaly. Z výsledků, ke kterým jsem v průběhu výzkumné práce dospěla, mohu říci, že zpracované téma je aktuální, protože obsahuje řadu neprozkoumaných oblastí. V průběhu vypracovávání šetření jsem nacházela další a další otázky, na které bych ráda znala odpověď. Téma spolupráce v týmu je značně rozsáhlé a zmapovat všechny související faktory je pro možnosti jedné výzkumné práce nereálné. Přesto se domnívám, že práce obsáhla základní vztahy, které s týmovou spoluprací souvisí. Ty mohou být předmětem podrobnějšího zkoumání dalších výzkumných šetření.

Domnívám se, že 100% návratnost dotazníků byla z velké části díky osobnímu přístupu k vedení klinik i zdravotním sestřím na odděleních. Jednáním sester jsem byla mile překvapena. Očekávala jsem potíže s vedením nemocnic, se staničnickými sestrami nebo se samotnými respondenty, ale má negativní očekávání se nenaplnila. Bylo vidět, že také zdravotní sestry na odděleních mají velký zájem na rozvoji ošetřovatelství jako vědy. Některé ze staničnických či vrchních sester a obě náměstkyně pro ošetřovatelskou péči si dokonce zažádaly o výsledky celého pilotního výzkumu.

Dotazník bych s drobnými úpravami doporučila i k dalšímu šetření na větším výzkumném vzorku. Při zpracovávání dat jsem zjistila, že některé okruhy by bylo vhodné doplnit o více informací – bohužel možnosti rozsahu pilotního výzkumu to neumožňují (např. se více zaměřit na práci zdravotních sester při lékařských vizitách, více se věnovat otázce organizace týmu, více se zabývat problematikou mentorů na standardních odděleních, jistě by bylo zajímavé zjistit důvody, proč je největší část péče věnována biologickým potřebám – jestli je na ostatní potřeby nedostatek času, personálu, pomůcek, ochoty, znalostí nebo něčeho jiného, blíže bych se zaměřila také na kompetence zdravotních sester, které by si přály vykonávat, specializovat nebo odejmout, také

zjistit důvod relativně vysoké fluktuace pracovníků – co je důvodem jejich odchodu – náročná práce, nedostatek peněz, nepřátelská atmosféra, někdy může být důvodem ke změně zaměstnání také nevyřešený konflikt anebo možná něco zcela jiného).

Výzkum byl zaměřen na subjektivní hodnocení efektivity spolupráce ve zdravotnickém týmu zdravotními sestrami bez odborného dohledu a na hodnocení souvisejících oblastí, které se dají označit za ukazatele efektivity spolupráce. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že celkově považují zdravotní sestry na standardních ošetrovacích jednotkách spolupráci v týmu za efektivní a věří, že pacientům poskytují maximálně možnou kvalitní péči. Přestože se v kolektivu vyskytují interpersonální konflikty, organizace práce není vždy ideální, holistický přístup k člověku není vždy naplněn, funkce sester při vizitách je podceňovaná, na výuku nových členů není vždy dostatek času, na odděleních dochází k pochybením při poskytování péče, přesto všechno většina sester neplánuje změnu současného pracoviště a snaží se o efektivní týmovou spolupráci.

Svou prací jsem chtěla upozornit na oblast zdravotnictví, která stále není příliš prozkoumaná. Informací o vlastní spolupráci ve zdravotnickém týmu není mnoho, především v české literatuře. Spolupráci v týmu se věnují publikace především v oblasti managementů velkých firem. Proto jsem využila také zahraniční odborné časopisy, které přímo věnovaly oblasti zdravotnictví a ošetrovatelství. Věřím, že má bakalářská práce přispěje k větší informovanosti zdravotníků. Této problematice bych se ráda věnovala také do budoucna, protože je zde mnoho oblastí, které není možné prozkoumat v jedné výzkumné práci. Výzkumné šetření je značně náročné na čas, ale tato práce mě těšila. Čtenáři jsem se to pokusila ukázat i snahou o úhlednou úpravu textu a o barevnost v odrážkách, tabulkách i grafech. Věřím, že mé výsledky najdou uplatnění především v praxi.

Abstrakt

Práce je zaměřena na výzkum efektivní spolupráce ve zdravotnickém týmu. Pozornost byla upoutána na zdravotní sestry bez odborného dohledu pracující na standardních ošetrovacích jednotkách.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část je věnována přehledu základních informací vztahujících se k oblasti efektivní spolupráce v týmu a empirická část představuje výsledky pilotního výzkumu. Ten byl realizován v dubnu 2009 ve Fakultní nemocnici Motol a ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Hlavním cílem šetření bylo zjistit, zda je spolupráce v týmech na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé efektivní. Studie se zúčastnilo 40 respondentů z devíti zdravotnických týmů vyplněním předem připraveného dotazníku. Výzkum zjišťoval efektivitu spolupráce v týmu přímým dotazem na subjektivní hodnocení efektivity, ale také dotazováním na indikátory týmové efektivity.

Získaná data ukázala, že 80% zdravotních sester považuje spolupráci v jejich zdravotnickém týmu za více či méně efektivní. Šetření také odhalilo vztahy mezi efektivitou týmu a frekvencí interpersonálních konfliktů, dále vztahy mezi efektivitou týmu a počtem osob přítomných u předávání služeb, také vztahy mezi efektivitou týmu a celostním (holistickým) přístupem k pacientovi, dále vztahy mezi efektivitou týmu a spokojeností sester s organizací týmu a v neposlední řadě také vztahy mezi efektivitou týmu a výskytem vážných pochybení při poskytování péče.

Summary

This work focuses on the research of effective cooperation inside a health care team. Attention was directed toward nurses working without close supervision in standard care units for adults.

This bachelor work is divided into two parts. The theoretic part reviews the basic information related to cooperation inside the team and the research part illustrates the results of a pilot research survey. The survey was conducted in April 2009 at the teaching hospitals Motol and Královské Vinohrady. The principal aim of this study was to determine the level of cooperation inside the teams. 40 respondents from nine health care teams answered a standard list of questions. The team effectiveness was determined by both subjective evaluation of the team effectiveness and also from objective indicators of team effectiveness.

The findings of the research showed that 80% of respondents believe that cooperation in their health care team is sufficient. This study also indicates:

- an inverse relation between team effectiveness and the frequency of interpersonal conflicts,
- a positive relation between team effectiveness and the number of people who are members of shift change reporting,
- a positive relation between team effectiveness and using a holistic approach to patient care,
- a positive relation between team effectiveness and satisfaction with the organization of the health care team,
- an inverse relation between team effectiveness and the incidence of serious nursing failures by the team.

Seznam použitých zdrojů informací

Publikace

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
2. GOLEMAN, D. *Práce s emoční inteligencí; Jak odstartovat úspěšnou kariéru*. 1 vyd. Praha: Columbus, spol. s r. o., 2000. 366 s. ISBN 80-7249-017-6.
3. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
4. HAYES, N. *Psychologie týmové práce; Strategie efektivního vedení týmu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 192 s. ISBN 80-7178-983-6.
5. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
6. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE:
REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno:
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996. 179 s.
ISBN 80-7013-234-5.
7. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE:
REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno:
Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 158 s.
ISBN 80-7013-244-2.
8. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
9. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Články v zahraničních časopisech

10. BOWEN Jr, J.J. Go Team!; Build a template for the ideal high-performance team in your practice. *Financial Planning*, 2008, Vol. 38, Iss. 12; pg. 25.

11. BOWEN Jr, J.J. Teaming Up; Building high-performance teams at your firm can improve internal and external performance. *Financial Planning*, 2008, Vol. 38, Iss. 11; pg. 33.

12. ERDEM, F., OZEN, J., ATSAN, N. The relationship between trust and team performance. *Work Study*, 2003, Vol. 52, Iss. 6/7; pg.337, 4 pgs.

13. HARKINS, P. High-Impact Team Leaders. *Leadership Excellence*. 2008, Vol. 25, Iss. 12; pg. 3, 2 pgs.

14. MICKAN, S. M. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, Vol. 29, Iss. 2; pg. 211, 7 pgs.

Právní předpisy

15. vyhláška MZ č. 331/2007 Sb. kapitola 5

16. zákon č. 96/2004 Sb.

Internetové zdroje

16. abz.cz: slovník cizích slov. [on-line]. [cit. 6. 3. 2009]. Dostupnost z www:

http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&typ_hledani=prefix&cizi_slovo=koordinace

17. wikipedia. [on-line]. [cit. 8. 3. 2009]. Dostupnost z www:

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Efektivita>

Další zdroje

18. přednášky PhDr. Gabriely Sedlákové, Ph.D.

Seznam grafů

Graf č. 1 Označil/a byste atmosféru na pracovišti jako kolegiální a přátelskou?	34
Graf č. 2 Jak často se vyskytne ve Vašem zdravotnickém týmu vážný interpersonální konflikt?	35
Graf č. 3 Pokud se Vy osobně účastníte takového konfliktu, jak jej řešíte?	35
Graf č. 4 Uvažujete Vy osobně, že byste během tohoto roku změnil/a své pracoviště?	37
Graf č. 5 Jaké jsou možnosti formálního předávání informací o pacientech a chodu standardní ošetřovací jednotky ve Vašem týmu?	38
Graf č. 6 Kdo je většinou přítomen u předávání služeb?	39
Graf č. 7 Jste spokojen/a s organizací práce na Vaší standardní ošetřovací jednotce?	41
Graf č. 8 Jste spokojen/a s mírou kompetencí, které vykonáváte?	42
Graf č. 9 Je na Vaší standardní ošetřovací jednotce určen mentor, který se stará o nové členy týmu během jejich adaptačního období?	43
Graf č. 10 Řekl/a byste, že Váš tým jako celek poskytuje kvalitní péči?	44
Graf č. 11 Domníváte se, že spolupráce ve Vašem zdravotnickém týmu je efektivní?	47

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Fakultní nemocnice Motol	příloha č. 4
Tabulka č. 2 Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	příloha č. 4
Tabulka č. 3 Počty nově příchozích středních zdravotnických pracovníků na oddělení během jednoho roku	36
Tabulka č. 4 Uvažujete Vy osobně, že byste během tohoto roku změnil/a své pracoviště?	37
Tabulka č. 5 Jste spokojen/a s organizací práce na Vaší standardní ošetrovací jednotce?	40
Tabulka č. 6 Jaká péče je poskytována na Vaší standardní ošetrovací jednotce?	45
Tabulka č. 7 Jaká péče je poskytována na Vaší standardní ošetrovací jednotce?	46
Tabulka č. 8 Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus výskyt vážných interpersonálních konfliktů	49
Tabulka č. 9 Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus poskytování bio-psycho-sociální a duchovní péče	50
Tabulka č. 10 Hodnocení efektivity spolupráce v týmu versus výskyt vážného pochybení při poskytování ošetrovatelské péče během posledního roku	52

Seznam příloh

Příloha č. 1: Projekt

Příloha č. 2: Právní předpisy

Příloha č. 3: Dotazník

Příloha č. 4: Tabulka č. 1, Tabulka č. 2

Příloha č. 5: Autentické odpovědi

Příloha č. 1

Projekt k bakalářské výzkumné práci 2008/2009

Anna Bohdanská, DiS.

Téma:

Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé

Cíl:

Teoretická část: Sepsat základní informace o zdravotnickém týmu a jeho významu, o jeho sestavení a organizaci, o předpokladech k úspěšnému fungování, kooperaci a komunikaci, o konfliktech, které se mohou v týmu vyskytnout a možnostech jejich zvládnutí, o postavení, kompetencích a náplni práce zdravotní sestry bez odborného dohledu ve zdravotnickém týmu.

Praktická část:

Zjistit, zda je spolupráce ve zdravotnických týmech efektivní.

Základní teze:

Moderní ošetrovatelství se snaží dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče. Na základě dostupné literatury jsem zjistila, že nejefektivnější způsob, jak kvalitní ošetrovatelské péče dosáhnout, je pracovat ve zdravotnickém týmu. Proto jsem se začala touto myšlenkou zabývat.

Abstrakt:

Práce je zaměřena na zdravotní sestry bez odborného dohledu pracující na standardních ošetrovacích jednotkách. Výzkum zjišťoval efektivitu spolupráce v týmu přímým dotazem na subjektivní hodnocení efektivity, ale také dotazováním na indikátory týmové efektivity. Získaná data ukázala, že 80% zdravotních sester považuje spolupráci v jejich zdravotnickém týmu za více či méně efektivní. Šetření také odhalilo vztahy mezi efektivitou týmu a frekvencí interpersonálních konfliktů, dále vztahy mezi efektivitou týmu a počtem osob přítomných u předávání služeb, také vztahy mezi efektivitou týmu a celostním (holistickým) přístupem k pacientovi, dále vztahy mezi efektivitou týmu

a spokojeností sester s organizací týmu a v neposlední řadě také vztahy mezi efektivitou týmu a výskytem vážných pochybení při poskytování péče.

Některé hypotézy:

Hypotéza č. 1 Domnívám se, že minimálně 80% respondentů považuje spolupráci ve svém zdravotnickém týmu za efektivní.

Hypotéza č. 2 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a četností vážných interpersonálních konfliktů v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s nižším výskytem interpersonálních konfliktů.

Hypotéza č. 4 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a uspokojováním bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší mírou uspokojování psycho-sociálních a duchovních potřeb nemocných.

Hypotéza č. 5 Předpokládám vztah mezi subjektivním hodnocením efektivity spolupráce v týmu a spokojeností s organizací práce v tom smyslu, že vyšší hodnocení efektivity spolupráce v týmu se bude pojít s vyšší spokojeností s organizací týmu.

Výzkumná metoda:

Výzkum bude realizován kvantitativní metodou. Požadovaná data budou získána pomocí dotazníků.

Místo a termín sběru dat:

Po domluvě s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči budou dotazníky rozdány v dubnu 2009 na 9 pracovištích. Vybráno bude jedno akreditované zdravotnické zařízení a jedno bez akreditace.

Předpokládaný vzorek:

Předpokládaný vzorek respondentů budou zdravotní sestry bez odborného dohledu na 9 pracovištích. Předpokládané množství respondentů bude od 40 do 56, dle situace na jednotlivých odděleních.

- h) specializovaným postupem postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročně z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d) a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání²⁾, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů,
- i) standardem písemně zpracovaný postup lege artis, tj. postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředku jiného ústředního správního úřadu,
- j) správnou laboratorní praxí postup v laboratoři, který odpovídá právním předpisům, normám ČSN, případně normám CEN a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratorně ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zajišťování a zlepšování jakosti; toto vymezení správné laboratorní praxe se nevztahuje na správnou laboratorní praxi v oblasti léčiv, která je upravena zvláštním právním předpisem³⁾,
- k) zdravotnickým přístrojem přístroj, který je zdravotnickým prostředkem podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- l) klinickou odpovědností za lékařské ozáření⁵⁾ odpovědnost za jednotlivé lékařské ozáření, kterou nese aplikující odborník, zahrnující zejména odpovědnost za odůvodnění lékařského ozáření, jeho optimalizaci a klinické hodnocení, praktickou spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky včetně získávání informací o předchozím vyšetření, poskytování radiologických informací nebo záznamů jiným aplikujícím nebo indikujícím odborníkům na jejich žádost, popřípadě za poskytování informací o riziku ionizujícího záření pacientům a jiným dotčeným osobám,
- m) praktickou částí lékařského ozáření konkrétní provedení lékařského ozáření a všechny podpůrné činnosti s tím související, včetně manipulace a používání radiologického vybavení, hodnocení technických a fyzikálních parametrů, včetně dávek záření, kalibrace, údržby vybavení, přípravy a podávání radiofarmak a vyvolávání filmů,
- n) aplikujícím odborníkem pro lékařské ozáření (dále jen „aplikující odborník“) lékař, zubní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je způsobilý podle této vyhlášky nebo podle zvláštního právního předpisu⁶⁾ převzít klinickou odpovědnost za lékařské ozáření,
- o) lékařem indikujícím lékařské ozáření (dále jen „indikující lékař“) každý ošetřující lékař nebo zubní lékař, který doporučuje aplikujícímu lékaři pacienta k lékařskému ozáření se svým písemným odůvodněním,
- p) zabezpečováním jakosti všechna plánovaná a systematická opatření nezbytná pro poskytnutí odpovídajících záruk za uspokojivé fungování zařízení, systémů, komponentů nebo postupů v souladu se schválenými standardy,
- q) určenou osobou zákonný zástupce pacienta nebo jiná osoba, kterou pacient nebo jeho zákonný zástupce určí.
- (2) Definice výkonu činností bez odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením jsou upraveny zvláštním právním předpisem⁷⁾.

ČÁST DRUHÁ

ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,

²⁾ § 54 odst. 1 písm. a), b) a d) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

³⁾ Vyhláška č. 504/2000 Sb., kterou se stanoví správná laboratorní praxe v oblasti léčiv.

⁴⁾ § 2 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 130/2003 Sb.

⁵⁾ § 2 písm. x) bod 2 zákona č. 18/1997 Sb., o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícího záření (atomový zákon) a o změně a doplnění některých zákonů, ve znění zákona č. 13/2002 Sb.

⁶⁾ Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

⁷⁾ § 4 zákona č. 96/2004 Sb.

- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy⁸⁾,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů⁹⁾, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.
- (2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.
- (3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti¹¹⁾ pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti
- poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
 - pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.
- (4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem¹²⁾.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrova-

telskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- zajišťuje herní aktivity dětí,
- zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
- orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,
- provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje

⁸⁾ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

⁹⁾ Například zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně.

¹⁰⁾ § 24 zákona č. 96/2004 Sb.

¹¹⁾ § 29 až 42 zákona č. 96/2004 Sb.

¹²⁾ Zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

- péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³⁾, (dále jen „léčivé přípravky“) a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměřením, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

- podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebrá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastriční a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾,
- spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikací,
- diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,
- připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

¹³⁾ Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴⁾ Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 25/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky.

Nařízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nařízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

¹⁵⁾ § 2 odst. 13 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

¹⁶⁾ § 2 odst. 14 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

Příloha č. 3

DOTAZNÍK

Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardní ošetrovací jednotce pro dospělé

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Anna Bohdanská, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě univerzity Karlovy v Praze.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce, kde se zabývám tématem efektivity zdravotnických týmů na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé. Dotazník je určen zdravotním sestram bez odborného dohledu na akreditovaných i neakreditovaných pracovištích.

Dotazník je zcela anonymní, získaná data budou použita pouze ve výzkumné části mé bakalářské práce.

V otázkách prosím zvolte odpověď, která bude nejbližší Vašemu názoru.

Děkuji za upřímnost a čas, který věnujete vyplňování tohoto dotazníku.

- (1) **Jak dlouho pracujete na této standardní ošetrovací jednotce jako zdravotní sestra bez odborného dohledu?** (uved'te prosím v letech, popř. částech roku – 1/3 roku apod. a nepočítejte do celkové doby mateřskou dovolenou)

.....

- (2) **Označil/a byste atmosféru na pracovišti jako kolegiální a přátelskou?**

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) někdy ano, někdy ne
- d) spíše ne
- e) rozhodně ne

- (3) **Jak často se vyskytne ve Vašem zdravotnickém týmu vážný interpersonální konflikt?** (např. hlasitá hádka, ostrá výměna názorů, odmítnutí spolupráce, bouchnutí dveřmi či jiné podobné gesto)

- a) velmi často – určitě každý týden
- b) často – jednou za měsíc
- c) občas – přibližně jednou za půl roku
- d) zřídka kdy – přibližně jednou za rok

Pokud se Vy osobně účastníte takového konfliktu, jak jej řešíte? (uved'te prosím nejčastější způsob)

- a) osobně s dotyčnou osobou
- b) společně s týmem na formálních poradách
- c) společně s týmem na neformálních schůzkách po pracovní době
- d) neřešíte je
- e) žádný konflikt se Vás zatím netýkal
- f) jinak, jak?

- (4) **Domníváte se, že spolupráce ve Vašem zdravotnickém týmu je efektivní?**
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) někdy ano, někdy ne
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne

Uved'te prosím důvod Vaší předchozí odpovědi. (z čeho tak usuzujete)

.....
.....

- (5) **Jaké jsou možnosti formálního předávání informací o pacientech a chodu standardní ošetrovací jednotky ve Vašem týmu? (uved'te prosím všechny využívané způsoby)**
- a) vydávání časopisu nebo oběžníku ve zdravotnickém zařízení
 - b) vždy aktuální nástěnka pro interní záležitosti týmu
 - c) pravidelné porady, zasedání týmu
 - d) zápisové knihy (například hlášení sester)
 - e) jiné, jaké?

- (6) **Stýká se většina týmu i mimo pracovní dobu, neformálně na společných „akcích“? (např. oslavách narozenin, narození dítěte, svatbách a jiných příležitostech nebo jen tak pro rozptýlení)**
- a) ano
 - b) ne

Pokud ano, účastnil/a jste se takového neformálního setkání i Vy v posledním půlroce?

- a) ano
- b) ne

- (7) **Kdo je většinou přítomen u předávání služeb? (uved'te prosím všechny, kteří se u Vás předávání služeb účastní)**
- a) zdravotní sestra, která službu předává
 - b) zdravotní sestra, která službu přebírá
 - c) staniční sestra
 - d) ošetrovatel/ka
 - e) zdravotní asistent/ka
 - f) ošetřující lékař/ka
 - g) pacient/ka
 - h) někdo jiný, kdo?

Jaká je Vaše funkce při vizitách?

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

- (8) **Jak byste charakterizoval/a styl vedení, který ve Vašem zdravotnickém týmu převládá?**
- a) spíše autokratický (vedoucí se nezajímá o názory ostatních členů týmu)
 - b) spíše demokratický (rozhodnutí jsou aplikována do praxe po konzultaci se všemi členy v týmu)
 - c) spíše liberální (funkce vedoucího není nijak výrazná, tým pracuje samostatně bez výrazného vedení)

- (9) **Jste spokojen/a s organizací práce na Vaší standardní ošetrovací jednotce?**
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) někdy ano, někdy ne
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne

Uved'te prosím důvod Vaší předchozí odpovědi. (z čeho tak usuzujete)

.....
.....

- (10) **Jaké jsou podmínky pro celoživotní vzdělávání na Vašem pracovišti?**
- a) velmi dobré – zaměstnavatel často pořádá vzdělávací akce nebo poskytuje finanční podporu (alespoň 1x za 3 měsíce)
 - b) dobré – zaměstnavatel bez problémů umožní účast na mnou zvolené vzdělávací akci v pracovní době (alespoň 1x za 6 měsíců)
 - c) špatné – možnosti dalšího vzdělávání v oboru jsou omezené, musím si je složitě vyjednávat
 - d) velmi špatné – možnosti na další vzdělávání jsou mizivé, obávám se o svou registraci, účast na vzdělávací akci mi byla zamítnuta (alespoň 1x v uplynulém roce)
- (11) **Je na Vaší standardní ošetrovací jednotce určen mentor, který se stará o nové členy týmu během jejich adaptačního období?**
- a) ano – vždy
 - b) ano – jen ve výjimečných případech
 - c) ne – není na to při pracovním vytížení čas
 - d) ne – není to důležité
- (12) **Řekl/a byste, že Váš tým jako celek poskytuje kvalitní péči?**
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) někdy ano, někdy ne
 - d) spíše ne
 - e) rozhodně ne

Pokud jste v odpovědi uvedli, že ne, co považujete za zásadní důvod této situace? (možno uvést více odpovědí)

- a) nedostatečné kompetence
- b) nejasné kompetence
- c) nerespektování kompetencí
- d) nedostatek času
- e) nedostatečné informace
- f) nedostatečné materiální vybavení
- g) nedostatek personálu
- h) něco jiného, co?.....

(13) **Nastalo na Vaší ošetřující jednotce v posledním roce nějaké vážné pochybení při poskytování ošetrovatelské péče? (např. pád pacienta, poranění sestry, při kterém se mohla infikovat, apod.)**

- a) ano, v tu dobu jsem měl/a službu
- b) ano, slyšel/a jsem o tom od ostatních
- c) o ničem takovém nevím

Bylo toto pochybení řádně dokumentováno?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Pokud ne, co bylo důvodem k nezaznamenání události?

.....

(14) **Máte na Vaší standardní ošetrovací jednotce snadný přístup ke všem standardům ošetrovatelské péče?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nikdy jsem je nehledal/a

(15) **Jaká péče je poskytovaná na Vaší standardní ošetrovací jednotce? (uveďte prosím číslo od 0 do 100 u každé kategorie, kde 0 = této části péče není věnována žádná pozornost, 100 = tato péče je poskytována v plném rozsahu)**

Poskytovaná péče	Uveďte číslo od 0 do 100
péče o biologickou podstatu člověka	
péče o psychickou podstatu člověka	
péče o sociální podstatu člověka	
péče o duchovní podstatu člověka	

- (16) **Jste spokojen/a s mírou kompetencí, které vykonáváte?**
- a) ano
 - b) ne, kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu by se měly rozšířit
 - c) ne, některé kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu by měly být odejmuty, konkrétně jaké máte na mysli?
 - d) ne, kompetence zdravotních sester bez odborného dohledu jsou příliš obecné, mělo by dojít ke specializaci kompetencí
 - e) ne, jiný důvod
 - f) nepřemýšlel/a jsem o tom
- (17) **Řekl/a byste, že je na Vaší ošetrovací jednotce vysoká míra fluktuace?** *(uveďte prosím odhadem počet nově příchozích středních zdravotnických pracovníků během jednoho roku)*
- a) ano – počet nově příchozích členů týmu je..... osob
 - b) ne - počet nově příchozích členů týmu je..... osob
 - c) nevím
- (18) **Uvažujete Vy osobně, že byste během tohoto roku změnil/a své pracoviště?**
- a) rozhodně ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) rozhodně ne
 - e) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

Co Vás k této odpovědi vede? *(vypište prosím jeden hlavní důvod)*

.....

Dovolte na závěr několik základních dotazů k Vaší osobě:

- (19) **Vaše pohlaví:** muž žena
- (20) **Váš věk:**
- do 20
 - 21 – 30
 - 31 – 40
 - 41 – 50
 - 51 – 60
 - 61 a více
- (21) **Vaše nejvyšší ukončené vzdělání v oblasti zdravotnictví:**
- a) středoškolské
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské – Bc.
 - d) vysokoškolské – Mgr.
 - e) jiné – jaké?

Příloha č. 4

Tabulka č. 1

Fakultní nemocnice Motol		
	oddělení	počet dotazníků
standardní lůžková oddělení v interních oborech	kardiologie	5
	interní klinika, 3. lůžková stanice	2
	interní klinika, 7. lůžková stanice, diabetologie	3
	celkem dotazníků	10
	standardní lůžková oddělení v chirurgických oborech	I. ortopedická klinika 1. LF UK, 2. lůžková stanice
III. chirurgická klinika, 1. oddělení		7
celkem dotazníků		10

Tabulka č. 2

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady		
	oddělení	počet dotazníků
standardní lůžková oddělení v interních oborech	III. interní – kardiologická klinika, lůžkové oddělení E	4
	II.interní klinika, oddělení A	5
	celkem dotazníků	9
standardní lůžková oddělení v chirurgických oborech	ortopedicko – traumatologická klinika, 3. stanice	6
	chirurgická klinika, 2. stanice	5
	celkem dotazníků	11

Příloha č. 5

Autentické odpovědi

Otázka č. 4

Domníváte se, že spolupráce ve Vašem zdravotnickém týmu je efektivní?

(Uveďte prosím důvod Vaší odpovědi)

a) rozhodně ano

- ✚ „jinak by to nefungovalo“
- ✚ „jsme tým“
- ✚ „dokážeme navzájem spolupracovat, vyhovujeme si navzájem“
- ✚ „jsme tým“
- ✚ „ze zkušeností“
- ✚ „mladý kolektiv, velmi dobré vybavení, vzájemná pomoc kolegů, zaujetí pro práci, dobré interpersonální vztahy“
- ✚ „jsme sehraný kolektiv, odvádíme dobrou práci“
- ✚ „dobrá organizace práce, ucelený kolektiv“
- ✚ „dobrý kolektiv, dobrá organizace práce“
- ✚ „vynikající vztahy v kolektivu, což se velmi pozitivně odráží v pracovním procesu“

b) spíše ano

- ✚ „stýkáme se i mimo pracovní dobu, kde je možnost si vše vyříkat“
- ✚ „zatím se nevyskytly žádné konflikty, vše je v naprostém pořádku“
- ✚ „na odd. vše funguje jak má, až na drobnosti“
- ✚ „spokojený pacient“
- ✚ „výsledky naší práce - spokojený pacient, splněné ordinace, aktivní ošetrovatelská péče“
- ✚ „respektují zkušenosti“
- ✚ „zpětná vazba od pacientů, výsledky léčby chronických ran“
- ✚ „ve dvou se to lépe a rychleji zvládne“
- ✚ „dlouhodobá zkušenost“

c) někdy ano, někdy ne

- ✚ „špatná komunikace“
- ✚ „dobrá domluva vůči kolegům“
- ✚ „nadřazené chování některých kolegyň“

🚦 „pacienti jsou spokojeni“

d) spíše ne

🚦 „nový kolektiv -> spoustu věcí ještě neznají“

e) rozhodně ne

🚦 „špatný kolektiv, špatná organizace práce“

Podotázka č. 7

Jaká je Vaše funkce při vizitách?

- 💠 „asistence lékaři“ (uvedeno 9x)
- 💠 „asistence lékaři, odkrývání končetin“
- 💠 „nošení dekurzů, před vizitou uklízím pokoje“
- 💠 „držák dekurzů“
- 💠 „hromosvod“
- 💠 „dokumentace a stání u lůžka pacientů“
- 💠 „nosič dekurzů, dokumentace“
- 💠 „na vizity nechodíme“
- 💠 „sestra se vizity většinou neúčastní, pouze staniční s. u velké vizity“
- 💠 „žádná“ (uvedeno 2x)
- 💠 „odkrytí op.ran, napolohování pacienta, vyndávání drenů“
- 💠 „asistence lékaři, poskytování aktuálních informací o pacientovi“
- 💠 „plnění ordinací lékaře, asistence při převazech ran, doplňování informací o pacientovi“
- 💠 „asistence u převazů, plnění ordinací“
- 💠 „asistence u převazů, asistence lékaři“
- 💠 „zdravotní sestra“ (uvedeno 2x)
- 💠 „pozorovatel“
- 💠 „zanedbatelná“
- 💠 „pouze účastník lékařské vizity“
- 💠 „asistence lékaři při vyšetřování pacienta“
- 💠 „asistence při vyšetření, podávání chorobopisů, podávání informací o pacientovi po ošetřovat. stránce“
- 💠 „asistence, předávání informací“
- 💠 „asistence lékaři u převazů, převazy, podávání informací o pacientovi lékaři“

Otázka č. 9

Jste spokojen/a s organizací práce na Vaší standardní ošetrovací jednotce?

(Uveďte prosím důvod Vaší odpovědi – z čeho tak usuzujete)

a) rozhodně ano

- „nic bych neměnila“
- „je zde velmi silný lídr, zavedený určitý styl práce, velmi dobrá vzájemná spolupráce mezi středním a nižším zdravotnickým personálem“
- „dobrá organizace práce“
- „každý ví, co má přesně dělat, nepanuje žádný zmatek na oddělení“
- „efektivní rozdělení povinností, přehledná dokumentace“
- „máme kvalitní a profesionální staniční sestru s přirozenou autoritou a přátelským přístupem, která má cit pro týmovou práci a celkovou organizaci práce“

b) spíše ano

- „jinak by to nefungovalo“
- „ne vždy souhlasím se změnami“
- „jinak bych zde nepracovala“
- „změny jsou předem domluveny, nikdo není zaskočen“
- „protože to tak funguje“
- „vše funguje, navazuje“
- „všechno funguje tak jak má“
- „naše jednotka pracuje velmi dobře“
- „má to řád“

c) někdy ano, někdy ne

- „chybí mi větší důvěra k samostatné práci“
- „malý počet sester na velké oddělení“
- „mám spoustu řešení, ale nejsou vyslyšena ze strany vedení“
- „s některými kolegyněmi se pracuje strašně“
- „ted' si nevzpomenu“
- „někdy není moc systematická“

d) spíše ne

- „vážne spolupráce lékařů se sestrami, pozdní dodání vizit“
- „nový kolektiv -> spousty věcí ještě neznají“

e) rozhodně ne

„špatná organizace, vedení“

Otázka č. 15

Jaká péče je poskytována na Vaší standardní ošetrovací jednotce?

(uveďte prosím číslo od 0 do 100 u každé kategorie, kde 0 = této části péče není věnována žádná pozornost, 100 = tato péče je poskytována v plném rozsahu)

- „bio.100, psycho.60, soc.90, duch.50“
- „bio.100, psycho.80, soc.90, duch.50“ (uvedeno 3x)
- „bio.100, psycho.100, soc.50, duch.0“
- „bio.70, psycho.85, soc.80, duch.90“
- „vše 100“ (uvedeno 10x)
- „bio.80, psycho.90, soc.80, duch.20“
- „bio.100, psycho.30, soc.0, duch.0“
- „bio.100, psycho.90, soc.90, duch.90“
- „bio.100, psycho.50, soc.50, duch.50“
- „bio.100, psycho.90, soc.80, duch.85“
- „bio.100, psycho.90, soc.80, duch.0“
- „bio.100, psycho.90, soc.50, duch.0“
- „bio.100, psycho.100, soc.50, duch.0“
- „bio.100, psycho.100, soc.80, duch.10“
- „bio.100, psycho.80, soc.70, duch.10“
- „bio.95, psycho.70, soc.95, duch.0“
- „bio.90, psycho.60, soc.90, duch.50“
- „vše 50“
- „bio.90, psycho.10, soc.50, duch.0“
- „bio.100, psycho.100, soc.100, duch.50“ (uvedeno 2x)
- „bio.70, psycho.40, soc.80, duch.30“
- „bio.80, psycho.60, soc.40, duch.0“
- „bio.80, psycho.70, soc.50, duch.50“
- „bio.90, psycho.70, soc.90, duch.50“
- „bio.100, psycho.50, soc.80, duch.10“
- „bio.90, psycho.90, soc.70, duch.0“

Otázka č. 18

Uvažujete Vy osobně, že byste během tohoto roku změnil/a své pracoviště?

(Co Vás k této odpovědi vede?)

a) rozhodně ano

- „finance, pracovní vytížení“
- „nedostatek personálu, vysoká zátěž“
- „práce v zahraničí“
- „nespokojenost“

b) spíše ano

- „velká zátěž na psychiku“
- „nadměrná zátěž sestry, vysoké požadavky, psychická únava -> syndrom vyhoření“
- „špatné vedení“
- „zájem o vyšší post“
- „osobní“

c) spíše ne

- „dobrý kolektiv“
- „jsem spokojená“
- „znám velmi dobře pracoviště“
- „finance“
- „plat“

d) rozhodně ne

- „jsem spokojená“ (uvedeno 3x)
- „jsem spokojená, výborný kolektiv“
- „jsem spokojená s prací i kolektivem“
- „jsem spokojená se svojí prací“
- „důchod“
- „studuji vysokou školu“
- „kolektiv“
- „nemám zájem nic měnit“
- „maximální spokojenost“ (uvedeno 2x)
- „práce je zajímavá“

e) nepřemýšlel/a jsem o tom

- „je to asi nejlepší odd., kde jsem dosud pracovala“