

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

**Ošetrovatelství
Všeobecná sestra**



Valeria Mýtinová

Operační tým

Operating team

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková, RN

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26. 3. 2012

VALERIA MÝTINOVÁ

Podpis:

Touto cestou chci poděkovat paní Mgr. Evě Markové, RN za kvalitní vedení práce, za její
podmětne připomínky, které přispěly ke zkvalitnění této bakalářské práce.
Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili studie v rámci této
práce.

Abstrakt

Tato bakalářská práce si kladla za cíl provést kvalitativní sondu do života lékařů, sester a sanitářů pracujících v rámci operačního týmu na operačním sále. Zkoumaný vzorek obsahoval šestnáct respondentů, se kterými byly prováděny rozhovory. Ty byly zaznamenány a následně vyhodnoceny pomocí metody zakotvené teorie. Výsledkem jsou základní východiska o představách a potřebách jednotlivých členů operačního týmu, která jsou nezbytná pro provádění dalšího zkoumání.

Je možné v tomto výzkumu pokračovat dál a detailněji prostudovat vazby na osobní život respondentů s možností rozšíření kvalitativní sondy na větší zkoumaný vzorek popřípadě i z jiných klinik a pracovišť.

Klíčová slova: tým, operační tým, týmová spolupráce, role členů týmu, kvalitativní výzkum, kvalitativní sonda, psychická zátěž.

Abstract

This bachelor thesis had target, made probe of quality to life doctors, nurses and orderly, who works within operating team in operating room. Sample of research include sixteen respondents. With these respondents was to interviewed. This interview was recorded and evaluated by method anchor theory. The result are basic way about notions and needs members within of operation team. This result are necessary for next research.

It is the possibility go on in this research and make research in personal life of respondents as well as it is the possibility expand this probe about next member of operating team.

Keywords: team operating team, cooperation in team, role members of team, quality research, quality probe, psychical load.

Obsah

Abstrakt.....	4
Abstract.....	5
Obsah	6
1. Úvod.....	8
2. Cíl bakalářské práce.....	10
2.1 Výběr jednotlivých členů operačního týmu	10
3. Tým.....	12
3.1 Co je tým	12
3.2 Než vznikl operační tým; chirurgie v historii.....	14
3.3 Typy týmů	15
3.4 Budování týmu	15
3.5 Úspěšnost (efektivita) týmu	16
3.6 Vlivy působící na tým	17
3.7 Role v týmu.....	18
3.8 Vůdce týmu.....	19
3.9 Komunikace ve zdravotnickém týmu	20
4. Způsoby týmové práce.....	23
5. Operační tým.....	24
6. Operační tým – tým v týmu	29
6.1 Chirurgický tým.....	29
6.2 Anesteziologický tým	31
7. Kvalitativní výzkum	34
7.1 Použití kvalitativního výzkumu ke zkoumání operačního týmu.....	34
7.2 Základní typy přístupů kvalitativního výzkumu	35
7.3 Návrh plánu výzkumu	36
7.4 Získávání kvalitativních dat	37
7.5 Metody vyhodnocení a interpretace	40
8. Výzkumný plán a získávání dat	41
8.1 Výzkumný plán.....	41
8.1.1 Účel kvalitativní sondy	41
8.1.2 Výzkumná otázka	41
8.1.3 Metody	41
8.1.4 Strategie výběru	41
8.1.5 Validita výzkumu.....	41
8.2 Získávání dat.....	42
8.2.1 Sběr informací.....	42
8.2.2 Popis zkoumaného vzorku	42
8.3 Průběh rozhovorů.....	46
9. Analýza a vyhodnocení zakotvené teorie	47
9.1 Otevřené kódování	48
9.2 Axiální kódování.....	49
9.3 Selektivní kódování	50
9.4 Vztah ke zdravotnické profesi	51
9.5 Stresové faktory při práci a technická vybavenost sálů.....	52
9.6 Vztahy v rámci týmu.....	55

9.7 Jaké vlastnosti preferuje zkoumaný soubor u svých kolegů v rámci týmu	57
9.8 Životospráva respondentů.....	60
10. Závěr	62
11. Seznam citací	64
11.1 Seznam bibliografických citací.....	64
11.2 Seznam internetových citací	65
11.3 Prameny práva	66
12. Seznam tabulek, grafů, obrázků a zkratk	67
12.1 Seznam tabulek	67
12.2 Seznam grafů	67
12.3 Seznam obrázků	67
12.4 Seznam zkratk	67
13. Seznam příloh	69
Příloha A – Rámcový seznam otázek kladených při rozhovoru.....	69
Příloha B – Schválené žádosti o dotazníkovou akci	71

1. Úvod

Mnoho mladých lidí, nejen studentů, kteří si za svůj profesní cíl vybrali práci na operačním sále, vnímají tuto profesi jako adrenalinový zážitek ve stylu seriálů *Nemocnice Chicago Hope*, nebo *Pohotovost*. Už méně (spíše vůbec ne) si uvědomují, že tým se neskládá pouze z lékařů v bílých pláštích s fonendoskopem zavěšeným okolo krku. Okamžikem nástupu na operační sál se stávají součástí buď anesteziologického, nebo chirurgického týmu. Ať tak či onak není zde prostor pro individualisty a sólové hráče. Tým pracuje jako celek, spolupracuje v průběhu operace a společně také odpovídá za výsledek. Ohleduplnost, profesionalita, empatie jsou (nebo by spíš měly být) nezbytné vlastnosti každého člena operačního týmu, a to vás žádný televizní seriál nenaučí.

Se stále rychlejším rozvojem zdravotnictví a ošetrovatelství se nejen mění role jednotlivých členů týmu, které se začínají překrývat, ale dochází i k vysokému technickému rozvoji přístrojů a pomůcek, s nimiž lékaři a sestry pracují. To klade vysoké nároky na technickou odbornost členů operačního týmu, ale zároveň je třeba si uvědomit, že i ta sebelepší technika může selhat. Pak jsou nejlepšími pomocníky jejich znalosti a odborný úsudek.

Bakalářská práce popisuje členy operačního týmu, jejich pracovní náplň, potřebné vzdělání a postavení uvnitř týmu. Týmy anesteziologický a chirurgický vnímám jako součást většího celku operačního týmu. V empirické části je provedena kvalitativní sonda pomocí strukturovaných otevřených otázek do profesního i osobního života jednotlivých členů týmu.

Stávající poznání není v této oblasti příliš určující, protože jsem nenašla žádnou práci, která by se zabývala kvalitativní sondou, nebo studií členů operačního týmu. Zdroje jsem si rozdělila do dvou rovin — zdroje, které byly použity pro čerpání v oblasti týmové práce, popř. týmové práce ve zdravotnictví, a zdroje, které byly věnovány kvalitativnímu výzkumu.

Operační tým jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala z několika důvodů. Hlavním důvod je, že sama jsem součástí operačního týmu a že vše, co se kolem operačního týmu děje, mě opravdu zajímá. Dalším důvodem je, že se o tým, týmové práci, budování týmu, vztazích v týmu... mluví a píše všude. Po zadání hesla například *týmová práce* se na Googlu objeví 439 000 odkazů. Zaujalo mě vyjádření na portálu e-api.cz, kde se praví:

„... týmová práce prochází takřka kultovní hysterií. Většina manažerů, často pod vlivem zaručených studií, se domnívá, že pouhým zavedením týmové práce, resp. jmenováním týmu, se jako by zázrakem dostaví výkonnější, produktivnější a tvořivější organizační jednotka“ (Strachota, Strachotová, 2010).

Tato slova mě zaujala také proto, že zdůrazňování týmu může sice být módní záležitostí, to ale nikterak nezmenšuje zásadní význam týmu a týmové práce, které jsou navíc používány po staletí. Také jsem si uvědomila, že operační tým (který je také velmi starou záležitostí), se liší od některých jiných pracovních týmů. Například tím, jak je vytvářen, jak se mění, čím jsou (také) ovlivňovány jeho vztahy. Rozhodla jsem se, že právě operační tým a to, co ovlivňuje vztahy v týmu, a proto i jeho výkon, bude tématem mé bakalářské práce.

2. Cíl bakalářské práce

Cílem mé bakalářské práce je popsat operační tým a jednotlivé role členů týmu – posouzení faktorů ovlivňujících týmovou spolupráci členů operačního týmu a schopnost zvládnutí zátěže na operačním sále, zjištění vzájemné spolupráce jednotlivých členů a ostatního personálu na operačním sále, míra spokojenosti s povoláním a očekávání zdravotníků vzhledem ke zdravotnické profesi.

V praktické části si bakalářská práce klade za cíl provést kvalitativní sondu do života lidí, kteří jako součást operačního týmu pracují na operačním sále, a na základě rozhovoru pomocí metod zakotvené teorie popsat vlastnosti a jevy charakteristické pro tuto skupinu lidí. Tyto poznatky jsou nezbytným základem pro další navazující výzkum. Popsání této teorie může být velice prospěšné pro sestavování jednotlivých operačních týmů a utváření firemní kultury, jakou jsou orientace na kolektiv, rodinu, firemní večírky, rozpis služby atd.

Základním stavebním prvkem rozhovoru jsou standardizované otázky, které byly pro všechny respondenty stejné. Otázky se snaží obsáhnout celou šíři problematiky a podstatné faktory ovlivňující týmovou spolupráci v operačním týmu. Konstrukce otázek a jejich povaha mají být takové, aby respondentovi bavily a zajímaly, a ne aby ho odpuzovaly a nudily. Formulace otázek musí být postavena tak, aby jejich význam byl jednoznačný. Otázky použité v rozhovoru jsem sestavovala samostatně po konzultaci s vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evou Markovou, RN.

2.1 Výběr jednotlivých členů operačního týmu

Kvalitativní sonda do života operačního týmu je sondou do operačního týmu jako celku. Sonda právě do tohoto týmu je i z mé pozice všeobecné sestry se specializací na intenzivní péči v anesteziologii (anesteziologické sestry) velice zajímavá, protože v operačním týmu trávím většinu svého pracovního času. Navíc můžu využít participační (přímé) pozorování zkoumaných objektů.

Jednotliví členové operačního týmu:

- operatér,
- asistenti,
- perioperační sestra,
- druhá perioperační sestra (obíhající sestra),
- sálový sanitář,
- lékař se specializací na anesteziologii a resuscitaci (anesteziolog),
- anesteziologická sestra.

O rozhovor byli požádáni zástupci právě těchto profesí.

3. Tým

*„Síla týmu je v tom,
že se dá spolehnout na
jednotlivé hráče“*

Patrik Eliáš 15/5/2011 MS v Bratislavě

3.1 Co je tým

Psycholožka Kolajová (2006) uvádí zajímavý „kryptogram“ Anglické slovo TEAM můžeme vnímat jako zkratku klíčových slov:

Together

Everybody

Achieves

More

Volně přeloženo: „**společně dosáhneme víc**“ (Kolajová, 2006, s. 12). Zároveň uvádí svoji definici týmu:

- „Týmem rozumíme nejlépe tři a více jedinců, kteří jsou ve vzájemné interakci a mají pocit společné identity, společného vědomí ‚my‘.
- Všichni se snaží dosáhnout téhož cíle.
- Dodržují většinou nepsané normy či pravidla, podle kterých dobrovolně a z vlastní vůle pracují a jednají“ (Kolajová, 2006, s. 12).

Z textu dále vyplývá, že rozlišuje mezi týmem a skupinou, přičemž ve skupině hraje mnohem větší roli vedoucí, který také nese větší odpovědnost. Někteří jiní autoři však takto striktně rozdíl mezi těmito pojmy nevnímají. Například Hayes (2005) z Británie, jedna z předních psycholožek zabývajících se týmovou prací, tým charakterizuje:

„... týmem mám na mysli skupinu lidí zaměřených na úkol a pracujících koordinovaně, přičemž každý přispívá vlastní energií, tím, pro co má vlohy a co umí“ (Hayes, 2005, s. 40).

Přesto skupinu a tým rozlišuje, což je patrné z vyjádření:

„... zjistí, že to, co se prezentovalo jako ‚tým‘, je všechno možné jen ne tým. Je to častěji skupina lidí, kteří dělají svou práci...“ (Hayes, 2005, s. 39).

Tým a skupinu však nerozlišují Katzenbach a Smith. Podle nich tým je: „*Malá skupina lidí se vzájemně se doplňujícími dovednostmi, kteří jsou oddáni společnému účelu,*

pracovním cílům a přístupu k práci, za něž jsou vzájemně odpovědní“ (Kolajová, 2006, s. 15).

Gladkij (2003) popisuje pracovní skupinu jako typickou malou sociální skupinu. Tvoří ji lidé z jednoho pracoviště, kteří jsou spojeni společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením.

Uvádí i základní znaky pracovní skupiny podle Bedrnové a Nového (Gladkij, 2003):

- společné cíle, které oddělují skupinu od okolí,
- společná činnost, s jejíž pomocí směřuje skupina k realizaci těchto cílů,
- přesné vymezení jednotlivých pracovních míst a s tím spojené vymezení pravomocí a odpovědnosti,
- časté vzájemné osobní kontakty mezi spolupracovníky,
- relativně trvalé sociální vztahy,
- společné pracoviště,
- vědomí příslušnosti ke skupině.

Gladkij (2003) popisuje, že mezi pracovními skupinami jsou odlišnosti. Jejich příčinou jsou zejména subjektivní rozdíly (osobnost, pohlaví, kvalifikace apod.) jednotlivých pracovníků a také subjektivní charakteristiky práce a pracovní podmínky.

Pracovní tým je specifickým druhem pracovní skupiny. (Gladkij, 2003). Označuje zpravidla vnitřně formálně nestrukturovanou malou skupinu lidí, kteří v jejím rámci podávají po stanovenou dobu společný výkon. Vytváření těchto týmů je vhodné pro řešení složitých, interdisciplinárních, nestrukturovaných, nejednoznačných, těžko algoritmizovatelných (nelze vymezit jednotlivé kroky při řešení) úkolů. Je důležité vážit výběr pracovníků pro vznikající tým a respektovat určité zásady týmové práce:

- každý uznává druhého jako rovnocenného partnera,
- vyžaduje se vyjadřování názorů, hodnocení návrhů,
- názorové rozdíly jsou chápány jako zdroj informací,
- konflikty se odkrývají a diskutuje se o jejich příčinách,
- žádoucí je kritika, ale ne zesměšňování, ironizování,
- všichni členové mají být hodně informováni.

„Podle zákona kontrastu zkusme si představit nejdříve profese vhodné pro introvertní povahy. Pomineme-li profese tak výjimečné, jako je astronom držící službu někde sám a sám na osamělé observatoři, můžeme se shodnout, že introverty najdeme mezi umělci, kteří mnohdy píšou, malují, tvoří nejraději sami, že se s nimi setkáme ve vědeckých ústavech, mezi lékaři apod. Ale i zde se už setkáváme stále více s týmovou prací“ (Kohout, 2010, s. 5).

3.2 Než vznikl operační tým; chirurgie v historii

Podle Duškové (2009) se chirurgické zákroky prováděly již za starověku. Máme o tom dokonce i písemné zprávy. Již několik tisíc let před naším letopočtem se používaly nástroje, které bychom mohli označit jako chirurgické. Koneckonců i Hippokrates, jehož přísahu skládají čerství absolventi lékařských fakult při promoci, žil na přelomu 5. a 6. století před naším letopočtem. Za jeho doby také byly zřizovány první lékařské školy. Předtím řadu lékařských zákroků, včetně chirurgických, prováděli kněží.

Do rozvoje lékařství a chirurgie (schválně odděluji chirurgii od lékařství, protože dlouho byla v mnoha zemích považována za „méněcenný“ obor, za řemeslo) se výrazně zapsali Arabové. Pomohlo jim to, že vytvořili rozlehlou říši, která v době svého rozkvětu zasahovala z Arabského poloostrova až po poloostrov Pyrenejský. Arabové přijímali a uchovávali znalosti, které pocházeli z vrcholného období antického Řecka a Říma. Protože jejich muslimský svět nebránil v přírodovědném bádání, jak se stávalo ve světě křesťanském, rozvíjeli získané znalosti dále. Ostatně Ibn-Sína, známější pod latinskou podobou svého jména Avicena, se zapsal do dějin lékařství velmi výrazně.

K dalšímu významnému rozvoji lékařství docházelo potom, co byly zakládány první univerzity (nejstarší vznikla v italské Bologni v roce 1119). Ve středověku také vznikl spis Rogeriuse Salemitanuse Chirurgia, a tak postupně přestaly být chirurgické zásahy prováděny především ranhojiči. V Čechách byla na Univerzitě Karlově otevřena fakulta chirurgie v roce 1773 (lékařská fakulta byla na univerzitě od jejího vzniku v roce 1348). V současné době již chirurgie patří mezi velmi uznávané lékařské obory. Stejně jako celá medicína má chirurgie řadu specializovaných oborů, například transplantační, ortopedická, kardiologická atd.

3.3 Typy týmů

Hayes (2005) rozděluje týmy na produkční (poskytující služby), realizační/vyjednávací týmy, projektové a vývojové týmy a týmy poradní. Katolický (2001) (aka.blogspot.cz) z Akademie managementu AKA—KONZULT rozčleňuje týmy na takové, jejichž cílem je najít konečné řešení úkolů, týmy poradenské a týmy koordinační. Navíc do typů týmů zahrnuje i dobu jejich trvání, to znamená týmy dočasné a trvalé.

Dělení týmů na různé typy se může lišit. Hayes (2005) zařazuje operační tým mezi realizační/vyjednávací týmy. K těm podle ní patří třeba i posádky pilotní kabiny nebo bojové jednotky, ale také sportovní týmy nebo hudební skupiny. V těchto týmech každý člen plní svoje úkoly podle své odbornosti a tím přispívá ke splnění společného úkolu. Podle charakteristiky realizačního týmu sem tedy určitě operační tým patří.

3.4 Budování týmu

K budování týmu můžeme postupovat z různých hledisek. V týmu je velmi významný a někdy až rozhodující pocit sounáležitosti, pocit, že pro dosažení týmového cíle dělají členové všechno podle svých možností. A právě schopnost nadřadit při práci „my“ nad „já“, je jedním z přístupů, jak lze budovat tým. Podle Hayes (2005) se tento přístup nazývá interpersonální. Další způsob, kterým bývá utvářen tým, spočívá v tom, že je založen na rolích, které se v týmu vyskytují, případně rolích, které je třeba do týmu doplnit. Členy týmu se však mohou stávat lidé i podle toho, jak jsou schopni s ostatními sdílet jejich hodnoty. Pokud bude tým vytvářen tímto způsobem, je nezbytně nutné přesně formulovat úkol, který před týmem stojí. Týmový úkol je rozhodující při výběru jednotlivých členů i tehdy, kdy je vybíráme s ohledem na důležité dovednosti, které jsou nutné pro splnění úkolu. Pokud bychom měli charakterizovat přístup, kterým je vybírán operační tým, rozhodně je to posledně popsaný přístup. Je nutné vědět, jaký úkol před týmem stojí, a podle toho pak vybrat členy, kteří svou odborností jsou schopni úkol splnit. Odbornost tedy stojí na prvním místě. Rozhodně však nelze podceňovat i další vlastnosti jednotlivců, kteří do týmu vstupují; je nevýhodné, když se na jednom úkolu sejdou lidé, kteří jsou sice výborní odborníci, ale jejich osobní vlastnosti jim komplikují spolupráci. Správné vybudování týmu výrazně ovlivňuje jeho úspěšnost.

3.5 Úspěšnost (efektivita) týmu

Když má nový tým správné složení, když už všichni přijmou týmový úkol za svůj, je potřeba stanovit pravidla, která mají zajistit takovou součinnost týmu, aby dosáhl vytčeného cíle co nejschůdnější (tj. nekonfliktní) cestou. Navíc sám fakt, že všichni pojmu úkol za svůj a jsou schopni se na něm podílet s velkým nasazením, neznamená, že se během práce neobjeví nejistota, únava, zklamání, nechuť a další nepříjemné pocity. Proto je potřeba, aby byly oceňovány výkony jednotlivých členů již v průběhu práce (stačí slovo, povzbudivý pohled). Je totiž nutné zajišťovat, aby tým zůstával týmem a nezačal se rozpadat. Vztahy ve stabilních, dlouhodobých týmech je však potřeba udržovat dlouhodobě. Proto mnoho firem pořádá výjezdy — při výjezdních jednáních v jiném prostředí je větší šance získat větší odstup a vyjasnit si některé problémy. (Kolajová, 2006).

Některé firmy pořádají výjezdy, kdy týmy spolu tráví delší čas, například víkend „na táboře“, kdy se při plnění různých úkolů jednak utužují vztahy, jednak je někdy přítomen i psycholog, který chování jednotlivých lidí pozoruje. Způsob takto organizovaných výjezdů se u operačních týmů nepoužívá.

Týmy (včetně operačních), se však mohou setkávat neformálně. V takovém případě iniciativa k setkání vychází od některého z členů týmu. Toto neformální setkávání je určitým signálem, že tým pocít sounáležitosti opravdu cítí. Může se však stát, že některý člen týmu není na taková setkání zván. Ale to bychom se dostali zase k dalšímu aspektu, a to, že i v jinak fungujícím týmu může být člen, který stojí poněkud stranou. Z různých důvodů. Těch důvodů může být řada.

To, co je napsáno výše o úspěšnosti týmů, by se dalo shrnout do několika bodů:

1. Tým musí být správně sestaven.
2. Tým musí mít správně stanovený a správně předložený úkol.
3. Členové týmu musí stanovený úkol přijmout za svůj.
4. Členové musí mít pocit sounáležitosti s týmem.
5. Členové týmu musí mít pocit uspokojení z práce. (Kolajová, 2006).

V případě, že jsou všechny tyto body splněny, může tým dokonce dosahovat lepších výsledků, než by bylo dosaženo pouhým „matematickým součtem“ schopností všech členů. V takovém týmu jsou členové schopni podávat i výkony „nad svoje možnosti“, potom

mluvíme o takzvaném synergickém efektu.

3.6 Vlivy působící na tým

Jak jsem se zmínila výše, práci každého týmu rozhodně ovlivňuje kvalita jednotlivých členů. To samo o sobě však nestačí. Pokud je tým tvořen vynikajícími odborníky, ale ti jsou naprostými individualisty a nemají schopnost spolupráce, pak tým nemůže fungovat kvalitně. Stejně rozhodující je tedy osobnostní charakteristika jednotlivých členů. Pokud už jsou v týmu lidé, kteří umí spolupracovat, nastupuje další otázka, a to jak jsou schopni spolu jednotliví členové týmu komunikovat, jak si důvěřují, zda se navzájem na sebe mohou spolehnout. Každý, kdo se stane členem týmu, by s ním měl být ztotožněn. Čím tým vykazuje větší soudržnost, tím bývá úspěšnější. Proto je velmi důležité, jak jednotliví členové týmu vnímají (prožívají) svoje postavení v něm. Každý touží po úspěchu a chce, aby byl jako úspěšný vnímán. Pokud má člen týmu dojem, že jeho činnost není dostatečně oceňována, nedokáže se s týmem ztotožnit a oslabuje ho. Stejně tak může být tým oslaben, když má někdo pocit, že pracuje „pod svoji úroveň“, že má na víc a vlastně by měl být někde jinde. Stejně je tým limitován ve svém výkonu, pokud jsou jeho členové přesvědčeni, že se ostatní nesnaží dělat maximum pro splnění úkolů, nebo si myslí, že úkol není dostatečně důležitý. Označila bych tento jev za opak synergického efektu (viz kap. 3.5). V literatuře zabývající se sociální psychologií nebo týmovou spoluprací je nazýván jako Ringelmannův efekt. Tento název získal podle zemědělského inženýra Ringelmana, který zjistil, že když se o provaz přetahuje například osm lidí, nedosáhnou ani čtyřnásobek výkonu jednotlivců. Pro tento jev označovaný také jako sociální lenost, existuje řada důvodů:

- „Ostatní to odbývají, proč já bych se měl namáhat?“
- Ztráta osobní odpovědnosti (ztratím se v davu).
- Snížení motivace při pomyšlení na společnou odměnu (Proč se snažit, když všichni dostanou stejně?).
- Zhoršení koordinace — každý se zapojí v jinou dobu“ (Kolajová, 2006, s. 48).

Je tedy zřejmé, že efektivní fungování týmu je složitou záležitostí. Jeho činnost může ovlivnit, jakou roli v týmu jednotliví členové zastávají.

3.7 Role v týmu

Publikace, které se zabývají týmovou prací, používají rozdělení týmových rolí podle Belbina (Kolajová, 2006), které definoval na základě výzkumu na Administrative Staff College v Henley. Základních rolí definoval osm – překlad názvů jednotlivých rolí do češtiny se v různých publikacích liší, uvádím názvy podle publikace Kolajové (2006):

1. **konceptor** – formuje tým, vytváří jeho pravidla, stanovuje a vysvětluje cíle týmu,
2. **koordinátor** – dokáže členy týmu nasměrovat ke splnění společného úkolu,
3. **novátor** – přichází s novými podněty a způsoby práce,
4. **zdrojař** – vyhledává nové zdroje a kontakty, které jsou důležité pro splnění cíle,
5. **hodnotitel** – zvažuje různé okolnosti, které práci ovlivňují, a kriticky je hodnotí,
6. **pracant** – je ukázněný, praktický a spolehlivý,
7. **humanizátor** – má schopnost empatie, mírní rozepře, a je tak velkou oporou týmu,
8. **dotahovač** – umí rozeznat detaily, má velkou schopnost dotahovat úkoly do konce.

Mimo tyto základní role Belbin (Kolajová, 2006) pojmenovává i role jiné, například oponent nebo specialista.

Ve skutečném týmu se však nesetkáme s lidmi, kteří by odpovídali jednotlivým rolím přesně tak, jak jsou popsány. Většinou některé schopnosti u lidí převažují, stává se také, že se role prolínají nebo někdo zastává dvě role. Výše popsané vlastnosti se u lidí nevyskytují v tak vyhraněné podobě.

Belbinovo (Kolajová, 2006) rozdělení týmových rolí však není jediné. Margerison a McCaan (Kolajová, 2006) sice také zachovávají osm rolí, ale jejich pojmenování je jiné – zpravodaj, tvůrce, průzkumník, hodnotitel, iniciátor, producent, kontrolor a podporovatel.

Role mohou být také označena písmeny řecké abecedy:

alfa – velmi aktivní člen týmu, neformální vůdce,

beta – člen, který má zvláštní předpoklady pro vykonávání určité činnosti,

gama – tvoří většinu týmu, nechají se vést,

omega – člen týmu nacházející se v okrajové pozici.

K těmto čtyřem typům může přibýt také obětní beránek.

Kromě těchto rolí však existují i role, které působí destruktivně. Například

vztekloun, dezertér, přizvukovač, blokující, vyhýbající se, autoritář atd. Jejich charakteristika není nezbytná, je naprosto zřejmá už z názvů.

Výraznou roli hraje osobnost vůdce týmu.

3.8 Vůdce týmu

Vůdce týmu by měl působit tak, aby pod jeho vedením tým směřoval k cíli co nejefektivněji. Objevují se i názory, že vůdce týmu není potřeba, ale obecně panuje shoda, že vůdce, tedy někdo, kdo vede ke splnění úkolu, kdo motivuje jednotlivé členy týmu a ovlivňuje vztahy mezi nimi atd., potřeba je.

Každý člověk je však jiný a každý člověk používá pro splnění svého záměru jiné způsoby. Vůdci samozřejmě nejsou výjimkou. Podle různých nuancí chování vůdce můžeme vymezit dva základní typy. Existují lidé, kteří vedou tým hodně autoritativně. Takový vůdce jasně formuluje úkoly a způsoby, jakými mají být plněny, aniž by měl třeba jen snahu vyslechnout názor některého týmového kolegy. Ostatně členové týmu ho respektují (to sloveso není přesné, jen nechci napsat poslouchají) především z obavy, jaké by měly jejich případné projevy nesouhlasu následky.

Další typ týmového vůdce dává členům k vyjadřování názorů mnohem větší prostor, podporuje osobitější přístup. Členy týmu bývá respektován (a teď je sloveso použito podle mě přesněji) právě pro svůj přístup.

Podle mého názoru jsou první a druhý typ vůdce odlišné osobnosti. Oba typy musí mít sebevědomí. U druhého typu je to sebevědomí, které, aniž by utrpělo, dokáže přiznat chybu, snese, když má pravdu někdo jiný, a dokonce se o názory ostatních opravdu zajímá. První typ vůdce má buď přehnané sebevědomí, nebo se potýká i s pocitem méněcennosti — má sebevědomí narušené. Přehnaně sebevědomý vůdce si vůbec nepřipustí, že by mohl mít špatný názor, ostatní považuje za nástroje pro plnění úkolů, dívá se na ně „svrchu“. Pokud má vůdce sebevědomí narušené, působí sice navenek stejně suverénně, ale jeho autoritativní chování je vyvoláno i obavou z toho, aby někdo neodhalil jeho nedostatky. Nemůže tedy připustit, aby měl někdo lepší nápad nebo řešení, natož aby ho někdo kritizoval. To by totiž výrazně narušilo jeho duševní rovnováhu. Proto se také častěji dovolává svého postavení (ve stylu: „Víte, kdo já jsem?“) a častěji vystupuje řeckně hlučně (zaplaší tak svoji nejistotu; jinak je to u cholera, ale to ponechme stranou).

Vůdci v operačním týmu také mohou být prvního a druhého typu, ale jejich situace je přece jen jiná. Hlavní chirurg, který je „vůdcem“ při jedné operaci, u další může asistovat jinému hlavnímu chirurgovi a tak se stane z vůdce řadovým členem týmu. Navíc k některým problémovým operacím může být přivolán ještě jiný specialista a na určitou dobu přebírá vůdcovskou roli on. V každém týmu je tedy důležitá komunikace.

3.9 Komunikace ve zdravotnickém týmu

Všeobecná sestra komunikuje se dvěma stranami: s ostatními kolegy (zdravotníky) a s pacientem a jeho okolím. Pacientovi sestra pomáhá vyrovnat se s diagnózou, vysvětluje mu (podle toho, jak je potřeba) další postupy, případně mu sděluje další informace související s léčením, například ho seznámí s nutnou dietou nebo dalšími omezeními, která vycházejí z jeho zdravotního stavu. I když postup léčení vysvětluje pacientovi lékař, sestra stejně hraje nezastupitelnou úlohu. Je totiž v kontaktu s pacientem častěji, a tak by se dalo říci, že i těsněji. Velmi tedy záleží na tom JAK umí komunikovat. Komunikace však nespočívá jen v tom, že něco někomu sdělujeme. Při předávání informací je zásadní i to, jestli při mluvení volíme správnou rychlost, správnou intonaci, jestli se vyjadřujeme srozumitelně, jednoduše a zřetelně. Stejně důležité je však umění naslouchat.

Měli bychom naslouchat:

„ušima — vnímáme, co člověk, který mluví, říká, ale také jak to říká,

očíma — vnímáme výraz obličeje hovořícího, jeho postoj i pohyby,

srdcem — zaujímáme vnitřní postoj k tomu, co je sdělováno“ (Venglařová, 2006, s. 15).

Nejvyšším stupněm „naslouchání srdcem“ je empatie, tedy schopnost vžít se do pocitů toho druhého.

Ať už nasloucháme, nebo mluvíme, vstupuje do vztahu mezi komunikujícími ještě jeden důležitý faktor — neverbální komunikace. Při neverbální komunikaci záleží na tom, jak jsme upraveni nebo jak podáme svému protějšku ruku, jak sedíme/stojíme, jaký máme výraz v obličeji, jak tento výraz měníme, jaký je pohled našich očí — jak navazujeme oční kontakt.

Jedním z pravidel neverbální komunikace je i dodržování „vhodné“ vzdálenosti mezi komunikujícími; nesmíme být příliš daleko, ani příliš blízko. To už souvisí s teorií osobních zón.

„Osobní zóny jsou děleny právě podle vzdálenosti na:

intimní — horní hranice je 15 až 30 centimetrů; tuto hranici překračují jen blízcí přátelé a rodinní příslušníci,

osobní — dolní hranice je 45 až 75 centimetrů, horní 120 centimetrů; začíná tedy tam, kde se můžeme jeden druhého dotknout, a končí ve vzdálenosti, kterou mezi sebou mají lidé např. při úředním jednání,

společenské — začíná na 120 centimetrech a končí na 210 až 360 centimetrech, je to vzdálenost např. učitele a žáků, obchodních partnerů;

veřejné — horní hranice je 360 až 760 centimetrů, někdy i delší; sem patří například herci při vystoupení, politici atd.“ (Venglářová, 2006, s. 50–51) .

Tyto obecně platné osobní zóny mohou být ve zdravotnictví narušeny. Týká se to vztahu zdravotník — pacient. Je totiž naprosto běžné, že zdravotníci narušují intimní zónu pacienta. Ale lze vstoupit do intimní zóny pacienta, aniž by byla narušena intimní zóna zdravotníka? Podle mého názoru je to vyloučeno. Přesto to však není totéž — pacient a zdravotník nejsou ve stejné pozici. Zdravotník, který si toto povolání vybral, ví, že k těsnému kontaktu s pacientem bude docházet. Pacient s tím sice také počítá, když jde k lékaři nebo je hospitalizován, jenže to nebývá jeho volba. Pacient se ocitá v situaci, že zdravotníka, kterého si většinou ani nemůže vybrat, pouští do velmi intimní zóny. Navíc je někdy ve stresu, má strach, je nejistý. O to více je důležitý přístup zdravotníka.

Podle Chloubové (2010) je důležitá také komunikace mezi zdravotníky. Jak spolu mluví jednotliví členové zdravotnického týmu, závisí především na tom, jací jsou tito lidé „v civilu“. Přátelský člověk bude pravděpodobně vstřícnější a přístupnější i při komunikaci v pracovním týmu než člověk uzavřený do sebe, který nerad dává najevo své pocity. Do komunikace a vztahů pracovního týmu vstupují ještě jiné faktory — zejména postavení v týmu, které vychází z profesního zaměření. Významu tedy nabývá vztah lékař — sestra, případně lékařka — sestra. Lékař jako muž často vystupuje vůči ženám-zdravotnicím méně nekompromisně a dominantně, což u lékařek nebývá tak časté. Je možné, že je tento způsob chování ovlivněn tím, jak se ženy-lékařky musely naučit jednat rozhodně a dominantně. Chloubová (2010) ve své publikaci uvádí i následující výzkumy, které tento vztah řeší podrobněji, např. Gjerberg a Kjolsrod, Morrall, Sociologický ústav Akademie věd České republiky (AV ČR).

Genderové hledisko je však jen jedním z aspektů, který ovlivňuje komunikaci v týmu a vztahy v něm, a má tedy dopad na výkonnost jednotlivých členů. Všechny vztahy jsou ovlivňovány způsobem komunikace. Nejde však jen o komunikaci během lékařského zákroku (v našem případě tedy operace). Již během přípravy zákroku, ale i při kterémkoli jiném, třeba jen náhodném, kontaktu, se začíná vytvářet vyvážený, nebo nevyvážený vztah. Pokud sestra nabývá dojem, že se lékař/ka na ni dívá „svrchu“, a ne jako na spolupracovníka, snižuje to její spokojenost, může to ovlivňovat její sebevědomí, a tak může být narušen i její pracovní výkon – pak může být ovlivněn výkon celého týmu. Neznamená to však, že nelze sdělovat kritické připomínky. Záleží však na tom, jak je připomínka pronesena (jak co do výběru slov, tak tónu hlasu a volby gest). Mimo způsob sdělování je nutné nezapomínat na „*druhou část*“ komunikace – naslouchání.

Vztahy na pracovišti také ovlivňuje jeho vybavenost – od přístrojového vybavení až po např. klimatizaci. Dobře vybavené pracoviště přispívá ke spokojenosti jednotlivých lidí a tak podporuje jejich pracovní výkon.

4. Způsoby týmové práce

Každý tým si musí najít způsob, jak spolupracovat. Jednotliví členové mohou přicházet s návrhy, jak práci vylepšit a změnit, s nápady na využití dalších možností, které se před týmem mohou objevit. Všechny tyto podněty by měly být zváženy a probrány s ostatními členy – je to pochopitelné, protože je nutné, aby nové směřování týmu nebo způsob práce byly všemi přijaty. Možnosti, jak probrat návrhy, jsou různé: od toho, že se mohou přímo vyjadřovat všichni, přičemž je jim umožněno dodávat svoje poznámky, další náměty a doplňky, až po „papírkovou“ metodu, kdy mají členové možnost se vyjádřit anonymně písemnou formou. Tento způsob může pomoci těm, kteří mají problém vystupovat před lidmi nebo si netroufají vznášet připomínky veřejně. Druhý způsob může uvolit „kverulantské“ sklony některých lidí, kteří všechno kritizují, ale sami s ničím novým nepřijdou.

Operační tým je však v poněkud jiné situaci. Postupy během operace jsou přesné a změny se dějí na základě studie a ověření a s podnětem ke změně může přijít kterýkoliv člen operačního týmu. Tyto změny se nemusejí týkat pouze operačních postupů, může se jednat o změny personální v rámci operačního týmu, změnu technického vybavení, změnu časového rozpisu jednotlivých operací a další. To se týká i využití konkrétních materiálů. Nápady se mohou týkat například některých přístupů k pacientovi nebo úpravy na operačním sále.

5. Operační tým

„Operace je kolektivní prací, jejíž výsledek je společným dílem operátora a všech členů operačního týmu. Každý z nich musí dobře znát svůj úkol a spolehlivě ho plnit. Na operačním oddělení pracují vedle lékařů všeobecné sestry – specialistky-perioperační sestry, sáloví neboli operační sanitáři, zvaní též zřízenci, a pomocnice. Dalšími pracovníky mohou být ošetrovatelky, technik, popřípadě další specialisté podle rozsahu a charakteru prováděných operací. Kromě lékaře jsou ostatní pracovníci zpravidla stálým personálem operačního oddělení. Vyžaduje to náročnost práce, pro kterou je potřebná značná specializace“ (Duda, 2000, s. 69).

„Malé operační výkony, jako injekce, punkce, incize apod., může lékař provádět sám, nebo za pomoci sestry. K větší operaci potřebuje spolupracovníky, jejichž počet záleží na druhu a rozsahu operace a na způsobu anestezie. Operační tým tvoří lékaři, stážisté, medicí, sestry, radiologičtí asistenti a sanitáři. Do vlastního operačního týmu patří:

- operátor,
- 1 až 3 asistenti,
- perioperační sestra,
- perioperační neboli „obíhající“ sestra,
- sálový sanitář,
- anesteziolog,
- anesteziologická sestra.

Operaci vede hlavní operátor, který provádí výkon, nebo jeho nejobtížnější část, řídí operační tým a zodpovídá za průběh a výsledek operace. Určuje povinnosti jednotlivých spolupracovníků, zejména asistentů. Asistenti pomáhají operátorovi s bezprostřední přípravou nemocného před operací a v jejím průběhu aktivně napomáhají ke zdárnému provedení výkonu. V sehraném týmu znají přesně své povinnosti“ (Duda, 2000, s. 69) .

„Perioperační sestry zabezpečují úkoly související s provozem operačního sálu, zahrnující přípravu operačního materiálu, nástrojů, sterilizaci, údržbu operačních pomůcek a přístrojů. Pečují o veškeré vybavení sálů, organizují a řídí úklid v prostorách operačního traktu a udržují aseptické podmínky provozu. Podílejí se na vedení dokumentace. Veškerá

jejich činnost pak vrcholí účastí na operaci – instrumentováním. Po mytí a převlečení do sterilního operačního úboru provádí rouškování nemocného a oblékání operačního týmu. Vlastní instrumentování znamená včasné podávání potřebných nástrojů a ostatních pomůcek operátérovi a asistentům. V případě potřeb se sestra podílí na asistování, například držením háčků. Důležitou povinností sestry před uzavřením každé tělní dutiny je zkontrolovat počet břišních roušek, longet a operačních nástrojů a hlásit souhlas operátérovi. Druhá perioperační, „obíhající“ sestra pomáhá v práci operační skupině a tvoří spojkou mezi operačním týmem a okolím. Doplnuje a podává instrumentářce potřebný materiál“ (Duda, 2000, s. 70).

Sanitářů je na operačních sálech několik. Jeden má na starost operační sál a pacienty, ostatní sanitáři jsou k dispozici, když je potřeba přinést nebo odnést přístroje, odnést vzorky na histologické a hematologické vyšetření.

Sanitář, který má na starost operační sál, zodpovídá za včasné přivezení správné pacientky, za správné polohování a zajištění pacientky před operačním výkonem, během výkonů a po něm, přípravu operačního sálu, transport nemocného, jeho ukládání na operační stůl, pomoc při dezinfekci a osvětlení operačního pole.

Pokud během operačního zákroku nastanou komplikace, mohou být někteří členové nahrazeni jiným členem, nebo tým může být doplněn. Každý ze členů operačního týmu musí znát svůj úkol a všechny činnosti s ním spojené musí být prováděny naprosto spolehlivě. Na tom a na naprosté souhře týmu závisí výsledek operačního zákroku.

Když mluvíme o operačním týmu, musíme zmínit (možná přesněji řečeno zdůraznit) to, že operační tým se mění. Výše jsem popsala, kdo všechno je členem operačního týmu, a že ho vede hlavní operatér. Složení týmu se mění podle toho, o jaký chirurgický zákrok jde, a tak je tým tvořen specialisty – kardiochirurgy, ortopedy, neurochirurgy, gynekology, urology atd.

Anesteziologové, zdá se, by mohli při různých operacích zůstat stále stejní. Vždyť jejich úkolem je, aby pacienta, bez ohledu na to o jaký zákrok se jedná, správně připravili už před operací, dobře ho uvedli do anestezie, správně anestezii vedli a dobře pacienta probudili na konci operačního výkonu. Také když nastanou nečekané komplikace, anesteziolog musí umět pohotově reagovat a komplikaci vyřešit v co nejkratším časovém intervalu. Ale i v tomto oboru se často setkáváme se specialisty – anesteziology

pediatrickými, kardiologickými...

Úkolem anesteziologické sestry je starat se o pacienta před operací, sledovat ho i během operace a po ní. Asistuje anesteziologovi.

Naše nemocnice je fakultní, tak se na sále setkáváme i s mediky a stážisty. Medici jsou přítomni během operačního výkonu buď jako pozorovatelé, doprovázení lékařem-asistentem, který pečlivě vysvětluje přípravu a průběh daného operačního výkonu, nebo jsou sterilně umytí a oblečení do empírů a rukavic a asistují přímo u operace. Mohou si tak na chvíli přímo vyzkoušet, jaké to je být opravdovým lékařem. Je na nich vidět nervozitu už při sterilním mytí rukou. Perioperační sestra jim pečlivě vysvětluje jak správně se k operaci umýt a jak se už nedotknout ničeho, čím by se stali nesterilními. Asistent během operace pokládá medikům otázky týkající se anatomie a nástrojů, které se během operace používají. Vydržet stát na jednom místě několik hodin bez jídla a pití a dýchat vzduch pod rouškou, vidět přímo do krvácející rány je někdy pro mediky tvrdá zkouška. Někteří v ní těžko obstojí a zkolabují přímo u operačního stolu. Stážisté k nám přicházejí z celé České republiky, ale také ze zahraničí. Vyměňují si zkušenosti s našimi lékaři.

Součástí některých operačních týmů je také radiologický asistent. Při práci na operačním sále je nutno dodržovat všechny normy pro práci s rentgenovými zařízeními a pro ochranu před zářením. Tento člen v týmu zodpovídá za bezpečný provoz všech přístrojů, usměrňuje tok ionizujícího záření do cílové oblasti pacienta a tím nejen minimalizuje ozáření operačního týmu, ale zároveň zodpovídá za takové množství dávky záření, aby nepoškodilo organismus pacienta. I při této činnosti je důležité respektovat sterilitu.

Je zřejmé, že stát se členem operačního týmu vyžaduje dlouhodobou přípravu. Lékaři, kteří jsou součástí tohoto týmu, nemohou po absolvování lékařské fakulty hned operovat nebo poskytovat anesteziologickou péči. Musí projít náležitou přípravou a absolvovat atestaci.

Pečlivá příprava spočívá v neustálém studiu nejen oboru, pro který se absolventi rozhodli, ale taky studiem jiných oborů. Součástí předatestační přípravy lékařů je absolvování několik stáží na vybraných pracovištích, aktivní a pasivní účast na povinných seminářích v rámci kliniky i mimo ni. Je povinný i počet daných výkonů, které musí lékaři absolvovat před atestační zkouškou. Po uplynutí nejméně pěti let a absolvování všech

potřebných stáží a výkonů si mohou mladí lékaři podat žádost o atestaci k přednostovi kliniky, který žádost potvrdí, nebo zamítne. Podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře jsou uvedeny ve znění zákona č. 95/2004 Sbírky zákona (Sb). Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ve znění pozdějších předpisů.

Než dojde k tomu, aby mohl lékař samostatně operovat nebo se stal skutečným anesteziologem, uběhne nějaký čas. Zpočátku sleduje práci zkušenějších kolegů a může jim asistovat, musí se však seznámit i s prací různých chirurgických oborů. Své první zákroky provádí pod dohledem zkušenějších kolegů. Skutečným chirurgem se mladý lékař stane až tehdy, když na základě výše popsané průpravy získá od lékařské komory licenci k vykonávání praxe.

Také sestry, perioperační a anesteziologická, musí mít patřičné odborné vzdělání a specializaci.

Perioperační sestry zabezpečují provoz operačních sálů. Rozsah jejich činností je stanoven ve znění zákona č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a ve znění vyhlášky č. 55/2011 Sb., která v § 56 specifikuje práci perioperační sestry.

Rozsah činnosti sestry pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii je stanoven vyhláškou č. 55/2011 Sb., která v § 55 specifikuje práci sestry v intenzivní péči v anesteziologii a vykonávání činností souvisejících s anesteziologickými výkony.

V současné době si stále více sester zvyšuje vzdělání bakalářským a magisterským studiem na vysoké škole. Každá anesteziologická sestra musí projít důkladným zaškolováním staniční sestrou nebo sestrou určenou k zaškolování nových sester, musí mít specializační studium – intenzivní péče: Sestra pro intenzivní péči (SIP) .

S trochou nadsázky bychom však mohli říci, že v poslední době se členem operačního týmu stává i robot. Využití robotů se od osmdesátých let 20. století, kdy byly použity poprvé, stále rozšiřuje. Použití robotů v lékařství je však poněkud jiné, než s jakým se můžeme setkat například v továrnách. Tam roboty nahrazují práci různých, především dělnických, profesí. V medicíně to však tak není. Díky robotu se dá zkvalitnit práce

chirurga. Robot má mnoho výhod. Pro zákrok v těle pacienta mu stačí mnohem menší řez, což je pro pacienta mnohem méně zatěžující. Robot je samozřejmě zbytečný u zákroků, při nichž se například aplikuje kloubní náhrada, to pak např. centimetrový otvor nestačí. Je však řada chirurgických zákroků, kdy je robotická operace vůči pacientovi velmi šetrná a z lékařského hlediska přesná, například při zákrocích v srdci nebo mozku. Při operacích s robotem chirurg ovládá rameno robota, které drží chirurgický nástroj (nástroje) a simuluje pohyby chirurga, který vše sleduje ve 3D zobrazení na monitoru. Chirurg se tak nedívá přímo do rány.

6. Operační tým – tým v týmu

V předchozí části své práce (viz kap. 5) jsem uváděla, které členy má podle obecného popisu operační tým. Já však vnímám operační tým trochu jinak. Vidím ho jako dva týmy: tým chirurgický a tým anesteziologicko-resuscitační. Oba týmy jsou však během práce natolik provázány, že vytváří zdání jednoho týmu, a proto mluvím o týmu v týmu. Při práci hranice mezi nimi splývají – úkol je totiž společný, a to dovést úkol, tj. operaci, do úspěšného konce.

Součástí chirurgického týmu je hlavní operátor-lékař (chirurg), první asistent-lékař, druhý asistent-lékař nebo medik, perioperační sestra, druhá perioperační sestra, sanitář. Součástí anesteziologického týmu je anesteziolog a anesteziologická sestra. V naší fakultní nemocnici anestezie nespadá pod vedení operačních sálů.

6.1 Chirurgický tým

„Chirurgický tým je organizační jednotka, která kontinuálně pečuje o pacienta od předoperační přípravy, během operace a v pooperačním období. Samotnou operaci vede hlavní chirurg, který provádí nejobtížnější část práce sám a zároveň řídí zbytek operačního týmu. Po absolvování lékařské fakulty prochází chirurg dalším specializovaným tréninkem. Tato průprava trvá 5 let. Chirurg začíná jako asistent při operacích staršího chirurga, později vykonává operace pod jeho dozorem a nakonec operuje sám. Existuje seznam výkonů, které chirurg musí během své přípravy provést, dále musí projít některými speciálními kurzy a stážovat na odděleních jiných lékařských specializací. Když splní všechny podmínky, skládá praktickou a ústní zkoušku. Na základě průpravy a zkoušky, která probíhá pod patronací Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví a ministerstva zdravotnictví, požádá chirurg u lékařské komory o licenci o vykonávání praxe“ (Dušková, 2009, s. 78).

Každý chirurg je součástí několika týmů. Jednou je součástí týmu na oddělení, kde má svůj tým, s kterým úzce spolupracuje – dělá pravidelně vizity, odesílá klienty na předoperační nebo kontrolní vyšetření a vyhodnocuje výsledky vyšetření. Podruhé je součástí operačního týmu, kde má svoji nezastupitelnou roli během operačního výkonu. Neodmyslitelnou součástí chirurgického týmu jsou asistenti, kteří pomáhají operátorovi od přípravy pacienta až po konec operačního výkonu. Dobrý asistent se musí vžít do

myšlenkových pochodů operátora a přesně reagovat na jeho postup. Aktivní asistování neznamená přebírat činnost operátora, ale vytvářet takové podmínky, aby operující mohl co nejdříve a nejpohodlněji plánovaný úkon provést.

„Zvyklosti při asistování i instrumentování mohou být na jednotlivých pracovištích různé. První asistence obvykle provádí rouškování, při operaci vymezuje operační pole, nastavuje a přibližuje orgány a jednotlivé struktury operátorovi a usnadňuje tím preparaci, zachytává krvácející cévy, stříhá podle pokynů operátora struktury, pouští peány, adaptuje tkáň při šití. Druhá asistence přebírá méně aktivní úkoly. Dezinfikuje operační pole, rozevívá operační ránu a za pomoci háků vymezuje operační prostor, stříhá ligatury a odstraňuje je mimo operační ránu, nastavuje osvětlení, pokud je to možné provádět sterilně. Nepotřebné nástroje a použité longety se vrací ihned zpět na instrumentační stůl a nenechávají se ležet v okolí operační rány. Při asistování nesmíme pracovat nad rukama a předloktím operátora, křížit je. Stejně je nepřijatelné podávat cokoli pod paži nebo dokonce za zády operačního týmu. Asistenti zaujmají při operaci takové postavení, aby nebránili ve výhledu a práci vedoucímu týmu“ (Duda, 2000, s. 70).

Perioperační sestra zajišťuje provoz operačního sálu z hlediska hygienicko-epidemiologického režimu. Připravuje a sestavuje operační instrumentarium v dostatečném množství tak, aby hladký průběh operace nenarušila absence či nefunkčnost některého z nástrojů. Zajišťuje péči o nástroje, jejich funkčnost, dekontaminaci, mytí, čištění a sterilizaci. Dbá o zajištění aseptického průběhu operace, musí znát a dodržovat nové vyhlášky. Samozřejmostí je dokonalá znalost anatomie a operačních postupů, které perioperační sestra musí ovládat tak, aby zvládla případné komplikace během operačního výkonu a aby byla připravena k desítkám různorodých výkonů. Povolání perioperační sestry je fyzicky a psychicky velmi náročné. Sestra tráví většinu času v jedné poloze u operačního stolu, musí počítat s neustálým stresem a psychickým tlakem. Namáhavost této profese potvrdila i studie Roubalové a Židkové. (Bittnerová, 2003). Podle jejich zjištění přesahují sálové sestry kritickou hodnotu přetížení, neurotických a zrakových potíží a špatně se vyrovnávají s pracovním stresem. (Bittnerová, 2003).

V chirurgických oborech je velký rozvoj techniky, přibývá jednotlivých přístrojů i nástrojů. To vše vyžaduje od sálových sester plné nasazení. Dobrá perioperační sestra se pozná ve chvíli, kdy nastanou komplikace. Sestra nesmí znervóznět, ale naopak snažit se

problém vyřešit. Profesionalita a kvalita dobré perioperační sestry se pozná při pohotovém reagování v kritických situacích během operačního výkonů. (Adámek, 2003).

6.2 Anesteziologický tým

V nemocnici, ve které pracuji, má anestezie samostatnou kliniku – Klinikou anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, která poskytuje anestezilogickou péči pro pět chirurgických oborů (všeobecná chirurgie, kardiochirurgie, urologie, gynekologie a porodnictví, oční, otorhinolaryngologie a stomatologie). Tato klinika má vlastní organizační strukturu vedení od přednosta a primáře přes vrchní sestru a staniční sestry na různých pracovištích až po lékaře a sestry.

Vrchní sestra je členkou vedení kliniky. Je zodpovědná náměstkovi ošetrovatelské péče za celkovou činnost ošetrovatelského personálu na klinice, výkonů na operačním sále se přímo neúčastní. Není tedy přímým účastníkem operačního týmu. Podílí se na plánování rozpočtu, personálním zabezpečení, odborném růstu pracovníků a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Je manažerkou ošetrovatelské péče, určité kompetence deleguje na nižší články – staniční nebo úsekové sestry. Jejím úkolem je současně vzdělávat podřízené a pomáhat jim v komplexní zodpovědnosti za péči o pacienta. (Jarošová, 2006).

Staniční (úseková) sestra je vedoucí anestezilogického týmu na jednotlivých klinikách. Je manažerkou ošetrovatelské péče o jedince. Pověřuje ošetrovatelskými činnostmi jiné sestry a další členy týmu, dohlíží na kvalitu jejich činností a vyhodnocuje je. Zajišťuje chod oddělení po technické, personální i materiální stránce a podílí se na jeho dalším rozvoji. Zabezpečuje kontinuální komunikaci v ošetrovatelském týmu. Klade velký důraz na kvalitu ošetrovatelských služeb a kontroluje ji přímou účastí na operačním sále během operačních výkonů. (Kotrba, 2009).

Práce anestezilogické sestry v týmu začíná už den před operací. Anestezilog informuje anestezilogickou sestru o aktuálním operačním programu, o eventuelních změnách v programu (zrušení plánovaného operačního výkonu kvůli nemoci, nedostatečné přípravě pacientky/pacienta, nebo přidání pacientky/pacienta do operačního programu), o začátku operace, o speciální přípravě a o tom, v jaké anestezii budou operační výkony probíhat.

Anestezilog informuje perioperační sestry o časových změnách přivezení pacientek

na sál a speciální anesteziologické přípravě, např. o kanylaci epidurálního katetru a invazivních katetrů.

Ráno se týmy setkávají ještě před příchodem pacientky na sál. Perioperační sestra informuje anesteziologickou sestru o aktuálních změnách v operačním programu (o přidání akutních operací, změně v pořadí operačních výkonů, o včasné premedikaci). Takle první týmová spolupráce je důležitá, právě na ní závisí včasný a psychicky klidný začátek operace a průběh celého operačního programu. Pokud dojde už ráno k narušení spolupráce v týmech, jak v týmu anesteziologickém, tak v týmu chirurgickém, ovlivní to celý operační tým (oba operační týmy). Mluvím-li o narušení spolupráce, mám v tomto případě na mysli především komunikaci. Kvalita komunikace, a to jak komunikace „meztýmové“, tak komunikace v rámci jednotlivých týmů, je totiž jedním z velmi důležitých ukazatelů kvality týmu.

Anesteziologický tým, musí odhadnout časovou přípravu pacienta/pacientky na sále a její průběh, což záleží na více faktorech; některé můžeme ovlivnit, některé ovlivnit nelze. Anesteziologická sestra musí znát časovou délku přípravy operačního sálu (příprava narkotizačního přístroje, pomůcek k zajištění dýchacích cest, příprava léků k celkové, regionální nebo kombinované anestezii, příprava sterilních stolků na kanylaci invazivních katetrů) a předoperační přípravu pacientky, která záleží na druhu operačního výkonu. Nastane-li jakýkoli problém v přípravě operačního sálu, musí ho sestra vyřešit ještě před přivezením prvního pacientky/pacienta na sál, aby zabránila psychické zátěži pacienta/pacientky, což by pak mohlo ovlivnit začátek a průběh operace.

Psychická zátěž, která je kladená na práci anesteziologické sestry, je velká a záleží na sestře, na jejích zkušenostech, vzdělání a schopnostech, s jakými se k problému postaví a v co nejkratším časovém horizontu problém vyřeší. Někdy jde jen o nepozornost při přípravě ze strany sestry; nepozornost může být způsobena únavou, rodinnými, osobními nebo pracovními problémy.

Problém může být i technického rázu, například porucha nějakého přístroje; sestra musí reagovat pohotově, buď závadu odstranit, když ví o jakou závadu jde, nebo nahradit přístrojem funkčním a nahlásit závadu staniční sestře.

Spolupráce v anesteziologickém týmu může být narušena také nezkušeností jak ze strany sestry, tak ze strany lékaře. Pak tým vystupuje nejistě. V takovém týmu není cítit

úplnou pohodu a jistotu a může to mít vliv na práci týmu jako celku.

Na našem pracovišti pracuje tým zkušených sester a lékařů. Z vlastní zkušenosti vím, že když jsem začala pracovat na operačním sále jako anesteziologická sestra, stále jsem se vyptávala kolegyň a lékařů, měla jsem spoustu dotazů, byla jsem si v nějakých situacích nejistá. Až praxí jsem získala potřebné zkušenosti. Rozhled jsem si rozšířila také studiem – jednak specializací SIP a pak vysokoškolským studiem, což mi pomáhá v týmové práci. Totéž platí i pro lékaře. Čerstvý absolvent lékařské fakulty, lékař bez atestace, nemá potřebné zkušenosti a praxi, aby mohl pracovat bez dohledu staršího a atestovaného kolegy.

Příchod anesteziologa na sál ještě předtím, než přivezou pacienta/pacientku, umožní anesteziologické sestře dostatečný přísun informací o požadavcích anesteziologa na úvod, průběh a závěr anestezie. Sestra tak má dost času na přípravu před začátkem operace a nemusí odbíhat a stresovat se během operačního výkonu.

Celý operační tým je připraven intenzivně pečovat o pacienty od jejich příchodu na sál, během celého operačního zákroku a doprovází je po operačním zákroku na Jednotku intenzivní péče (JIP) nebo na dospávací (zotavovací, probouzecí) pokoj, kde je předává jinému týmu, který o ně neustále pečuje, monitoruje je, zajišťuje jejich životní funkce a uspokojuje jeho individuální potřeby.

7. Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum se může odvolat na dlouhou tradici, jež v sociálních vědách sahá až k jejím počátkům. Za jednu z raných linií lze považovat obecně terénní výzkumy a zvláště pak etnologii, která jako věda má své počátky v 15. a 16. století. Od této doby prochází kvalitativní výzkum pozvolným vývojem až do přelomu 19. a 20. století. Tradiční zkoumání především Malinowského (Hendl, 2008), který zkoumá zejména etnografii cizí kultury a společenství nacházející se na okraji společnosti. Někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase jako protipól, nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné na přírodovědeckých základech postavené vědě. Kvalitativní výzkum postupně získal v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Neexistuje jediný obecně platný postup jak vymezit, nebo provádět kvalitativní výzkum. V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky jsou obvykle modifikovány a doplňovány v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za pružný typ výzkumu. V jeho průběhu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy a nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán, jak pokračovat při sběru dat i jejich analýze. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakákoliv data a jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. (Hendl, 2008).

7.1 Použití kvalitativního výzkumu ke zkoumání operačního týmu

Působení jednotlivých vlivů na vztahy v týmu lze zjistit psychologickým výzkumem. Musela jsem se rozhodnout, kterou metodu a který přístup použiji. Zvolila jsem přístup kvalitativní.

„Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovatelných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod“ (Miovský, 2010, s. 18).

U kvalitativního přístupu celý výzkum výrazně ovlivňuje osoba (lépe možná

osobnost) výzkumníka. Mnohem více záleží na tom, jaké vlastnosti výzkumník má, jak je schopen „minimalizovat“ vliv svých životních postojů, své osobní situace. Záleží i na tom, v jakém rozpoložení se výzkumník nachází v ten který moment výzkumného procesu. Výzkumník totiž vstupuje do vztahu s osobami, které jsou objektem zkoumání. V této souvislosti uvádí Miovský (2010): „*O bariéry mezi výzkumníkem a ostatními účastníky výzkumu tak můžeme uvažovat v nových souvislostech, které mají dopad na několik oblastí*“ (Miovský, 2010, s. 72).

Podle Miovského (2010) vztah mezi výzkumníkem a účastníky ovlivňují následující aspekty:

- **Vzájemná pozice mezi výzkumníkem a ostatními účastníky výzkumu**

U kvalitativního výzkumu počítáme i s vlivy, které vstupují do výzkumné situace a mění ji. Snažíme se porozumět tomu, do jaké míry situaci mění. Zároveň se však výzkumník snaží situaci ovlivňovat, aby mohl stále sledovat svůj cíl výzkumu. Přitom nesmí ostatním účastníkům vnucovat svoji představu.

- **Způsob komunikace mezi účastníky výzkumu**

Vztah mezi účastníky výzkumu se samozřejmě projevuje i ve způsobech komunikace. Velmi často je výzkumník vnímán jako expert, který celou situaci řídí. Pokud se nedaří takové vnímání výzkumníka potlačit, může docházet k nepřesnému vyhodnocení získávaných dat.

- **Posílení významu autoreflexe vlastní práce**

Výzkumník musí správně reflektovat svoje chování vůči zkoumaným osobám. Nemělo by se mu stávat, že kvůli osobním pocitům jedná s některým ze zkoumaných osob jinak (třeba odtažitěji, méně trpělivě atd.).

- **Etika výzkumu**

Při kvalitativním výzkumu výzkumník často zasahuje do soukromí účastníků. Pokud k průniku do soukromí dochází, mělo by to být dostatečně zdůvodnitelné a zkoumaná osoba by měla s takovým postupem souhlasit.

7.2 Základní typy přístupů kvalitativního výzkumu

Základními typy přístupů kvalitativního výzkumu podle Hendla (2008) jsou:

- **Případová studie**, přičemž jako případ označujeme jakýkoli zkoumaný objekt (osobu,

skupinu lidí...). Zkoumají se vlivy různých faktorů na zkoumaný objekt. V případové studii se zkoumá jeden, nebo několika málo případů a je sbíráno velké množství dat o jednom, nebo několika málo jedincích. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.

- **Zakotvená teorie** neoznačuje nějakou určitou teorii, nýbrž určitou strategii výzkumu a zároveň způsoby analýzy a zpracování dat. Cílem výzkumu vycházejícího ze zakotvené teorie je návrh teorie pro fenomén v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech získaných během výzkumu.

- **Fenomenologické zkoumání**, jehož hlavním cílem je popsat a analyzovat prožitou zkušenost se specifickým fenoménem, kterou má určitý jedinec, nebo skupina jedinců.

- **Terénní výzkum**, kdy výzkum probíhá v co nejpřirozenějším prostředí.

Miovský (2010) rozšiřuje základní typy přístupů kvalitativního výzkumu o:

- **Kvalitativní experiment**, kdy do prostředí zkoumané skupiny nebo jednotlivce zasáhneme, abychom mohli sledovat jejich reakce; například zkoumáme jejich reakci na agresivní chování.

- **Kvalitativní evaluace**, která se provádí především u chystaných programů. Zkoumají připravované metody, prostředky atd.

Pro svoji práci jsem zvolila práci v přirozeném prostředí týmu, tedy terénní výzkum, případovou studii.

7.3 Návrh plánu výzkumu

Hendlův (2008) návrh plánu výzkumu je významnou částí výzkumné akce. Zásadou má být, že výzkumná strategie a použité metody musí být vhodné pro zodpovězení zkoumané otázky. Výzkumný plán sestává z několik aspektů:

- **Účel:** Rozhodujeme se, čeho chceme dosáhnout. Ptáme se, zda chceme něco popsat, nebo vysvětlit, či něčemu porozumět.

- **Výzkumná otázka:** Klademe si základní otázku a další specifické otázky. Co je zapotřebí zodpovědět, abychom dosáhli cíle. Přitom uvažujeme o omezení našich zdrojů. Čím jsou zdroje menší, tím skromněji by měly znít naše otázky.

- **Metody:** Podle otázky určíme příslušné metody výzkumu, určíme, jakým způsobem budeme shromažďovat data a následně je zpracovávat.
- **Strategie výběru:** Problém výběru, neboli vzorkování, hraje významnou roli v každém výzkumu. Výběr zkoumaných jednotek ve statistickém šetření, nebo experimentu má zajistit možnost zobecnění výsledků na populaci, z níž jednotky pocházejí.
- **Validita:** Řeší úkoly se zajištěním aspektů ovlivňujících kvality naší studie.

7.4 Získávání kvalitativních dat

„Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Vyznačují se lokální zakotveností a nejsou vytrženy z kontextu dění. Mají popisovat podrobnosti případu sledovaného často v delším časovém období. Výběr metody pro sběr dat se zakládá na požadovaném typu informace i na tom, od koho ji budeme získávat a za jakých okolností se tak bude dít“ (Hendl, 2008, s. 161).

Miovský (2010) rozlišuje ve své publikaci následující metody:

- **Pozorování.** Pozorování a rozhovor jsou nejstarší metody získávání kvalitativních dat.
- **Introspektivní přístup, extrospektivní metody.** U introspektivního přístupu zkoumáme sebereflexi, protože výrazným způsobem ovlivňuje lidské chování. Extrospektivní metody se zaměřují na vnější projevy člověka.
- **Metoda moderovaného rozhovoru, telefonní interview.** Při této metodě probíhá rozhovor s jedním až třemi osobami. Rozhovor je veden s určitým cílem. Souběžně s rozhovorem probíhá i pozorování (u telefonního interview tato možnost samozřejmě není).
- **Interview strukturované, nestrukturované, polostrukturované...** Při tomto rozhovoru záleží na tom, jak dalece je stanoveno schéma, podle kterého postupujeme.
- **Skupinové interview a ohniskové skupiny.** V tomto případě probíhá rozhovor s počtem osob větším než tři. Při ohniskové skupině vymezujeme oblast, která bude předmětem našeho zájmu.
- **Rozdělení ohniskových skupin a jejich moderování.** Skupiny rozdělujeme podle toho, jak direktivně je rozhovor veden.

- **Kvalifikovaný odhad.** V tomto přístupu využíváme zkušeností člověka s nějakým jevem, který nás zajímá. Bývá užíván jako alternativní zdroj dat.
- **Jiné kvalifikované metody získávání dat.** Sem patří například textové dokumenty, filmové materiály, kresby, architektura či jiné materiální lidské výtvořiny. Varianty, výhody a omezení jednotlivých typů sběrů dat uvádí tabulka 1.

Tabulka 1. Základní metody kvalitativního sběru dat (typy, varianty, výhody a nevýhody)

Typ sběru dat	Volby	Výhody	Omezení
Pozorování	<ul style="list-style-type: none"> • Úplný participant • Pozorovatel jako participant • Úplný pozorovatel 	<ul style="list-style-type: none"> • Výzkumník má zkušenosti „z první ruky“. • Užitečné v situacích, kdy je nevýhodný rozhovor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Výzkumník může ovlivňovat dění. • O některých soukromých záležitostech nelze informovat.
Rozhovor	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor s návodem • Skupinový rozhovor • Neformální rozhovor 	<ul style="list-style-type: none"> • Užitečné, jestliže není možné pozorovat. • Lze zaznamenat i to, co bylo. • Dovoluje kontrolu situace během sběru dat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nepřímé informace filtrované. • Často v umělých podmínkách. • Lidé neumějí vyprávět.
Dokumenty	<ul style="list-style-type: none"> • Veřejné dokumenty • Soukromé dokumenty 	<ul style="list-style-type: none"> • Umožňuje analyzovat jazyk i slova. • Nevtravný způsob. 	<ul style="list-style-type: none"> • Může se jednat o chráněné informace. • Vyžaduje vyhledání informací. • Materiál může být nekompletní.

Hendl, 2008, s. 162

Patton (2002) popisuje mnoho způsobů vzorkování v kvalitativním výzkumu. Jejich charakteristiky stručně zachycuje tabulka 2.

Tabulka 2. Typy vzorkování kvalitativního výzkumu

A. Náhodný výběr	Reprezentuje dobře populaci.
B. Účelové vzorkování	Volba informačně bohatých případů pro hlubší studie. Počet případů a jejich výběr závisí na účelu studie.
1. Extrémní, nebo deviantní vzorkování	Učíme se z neobvyklých manifestací fenoménů (výborný sportovec, špatný student).
2. Intenzivní vzorkování	Případy, které intenzivně manifestují daný fenomén. Nejde však o extrémní případ (dobrý student, špatný student).
3. Vzorkování o maximální variaci	Dokumentuje maximální variantu fenoménu (např. intenzitu).
4. Homogenní vzorkování	Je zaměřeno na redukci variace. Zjednodušuje analýzu. Umožňuje vytvoření určité diskusní skupiny.
5. Typické případy	Ilustruje, co je typické.
6. Stratifikované účelové vzorkování	Ilustruje charakteristiky určitých podskupin. Příprava pro srovnání.
7. Volba kritických případů	Umožňuje logické zobecnění. Co platí pro tento případ, platí pravděpodobně pro ostatní.
8. Sněhová koule	Volba dalších případů na základě doporučení již zkoumaných jedinců. Vhodné pro rozhovor.
9. Kriteriaální vzorkování	Výběr všech jedinců, kteří splňují daná kritéria.
10. Vzorkování na základě teorie, nebo konstruktů	Hledání manifestace teoretického konstruktů, aby bylo možné ho lépe navrhnout.
11. Konfirmační, nebo falzifikující (negativní) případy	Hledání výjimek, nebo potvrzení návrhu teorie.
12. Oportunistické vzorkování	Sledování nové stopy v terénní práci, využívá náhlého objevu.
13. Náhodné účelové vzorkování	Zvyšuje kredit vzorku.

Hendl, 2008, s. 152

7.5 Metody vyhodnocení a interpretace

Při kvalitativní analýze a interpretaci jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy. Všechny kroky tohoto procesu se mají dokumentovat, čímž se zajišťuje průhlednost a kontrola kvality celého procesu. Kvalitativní data nemají strukturovanou podobu dat jako u kvantitativního výzkumu, což může komplikovat jejich vyhodnocení. Kvantitativní data se vyznačují svojí kontextuálností a vzpírají se provedení redukce. To se projevuje i ve zprávě o jejich analýze. Interpretace dat je doplňovaná plnými citacemi částí rozhovoru, výňatky z terénních zápisků nebo poznámkami z provedených skupinových diskusí. S organizováním dat a jejich analýzou se začíná již ve fázi sběru dat. V mnoha případech směřuje analýza výzkumníka k novým zdrojům dat. (Hendl, 2008).

8. Výzkumný plán a získávání dat

8.1 Výzkumný plán

8.1.1 Účel kvalitativní sondy

Najít společné charakteristické rysy, které spojují lékařský a nelékařský personál pracující na operačním sále. Posouzení faktorů ovlivňujících týmovou spolupráci respondentů při výkonu povolání. Těmito poznatky vytvořit základní soubor dat, které mohou být použity jako výchozí pro obsáhlejší kvalitativní výzkum. Údaje z tohoto výzkumu mohou být užitečné při personálním sestavování jednotlivých operačních týmů, při rozpisech služeb lékařů, sester a sanitářů. Vyhodnotit vliv a motivační faktory firemní kultury na výkon jejich povolání.

8.1.2 Výzkumná otázka

Jak aspekty (pracovní, rodinné, sociální, osobní) ovlivňují pracovní život lékařů, sester a sanitářů pracujících na operačním sále.

8.1.3 Metody

Shromažďování probíhalo pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Jako metoda pro vyhodnocování byla zvolena metoda zakotvené teorie.

8.1.4 Strategie výběru

Odpovídajícími (respondenty) byli lidé pracující na operačním sále ve Všeobecné fakultní nemocnici na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a na Gynekologicko-porodnické klinice.

8.1.5 Validita výzkumu

Výzkum může být ovlivněn tím, že byl prováděn pouze z poměrně malého vzorku 16 respondentů. Pro zevšeobecnění výsledků na pracovníky na operačním sále kterékoliv kliniky by bylo vhodné zkoumaný soubor rozšířit. Protože sama pracuji na operačním sále a někteří lidé ze zkoumaného souboru jsou mými kolegy, uplatila jsem ve studii i dlouhodobé pozorování při jejich profesi, tím jsem výzkumu dodala větší kvalitu a validitu. Na druhou stranu jsem sama ovlivněna podmínkami a mezilidskými vztahy, které panují na pracovišti,

a můj úsudek se může lišit od úsudku výzkumníka, který by byl na tomto pracovišti nezávislý.

8.2 Získávání dat

Vzorkování, na základě kterého byl utvořen soubor dotazovaných jedinců, bylo kombinované. Na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny bylo zvoleno kritériální vzorkování. Jediným kritériem bylo, aby jedinec byl součástí operačního týmu. Protože na této klinice pracuji a potenciální respondenty znám osobně, nebylo nutné postupovat vzorkováním pomocí metody sněhové koule. Vzorkování podle této metody bylo použito na Gynekologicko-porodnické klinice.

8.2.1 Sběr informací

Jako základní metoda pro získávání kvalitativních dat od zkoumaného vzorku byl zvolen strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru sestával z řady pečlivě připravených otázek a byl vybrán s cílem co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Dále se také redukuje pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých strukturovaných rozhovorech budou výrazně lišit.

Před sběrem informací byly vyžádány písemné souhlasy s prováděním výzkumu od primáře oddělení, vrchní sestry a hlavní sestry Všeobecné fakultní nemocnice (kopie těchto souhlasů jsou uvedeny v přílohách této práce).

Sběr informací probíhal v časovém úseku od 1. 8. 2011 do 1. 10. 2011. Rozhovory byly prováděny po dohodě s respondentem ve Všeobecné fakultní nemocnici. Respondenti otázky dopředu neznali, byli pouze seznámeni s tím, čeho by se měl rozhovor týkat, s tím, že jejich odpovědi budou využity pouze pro potřeby této bakalářské práce a s tím, že rozhovor je plně anonymní. Skutečnost anonymity je velice zásadní za předpokladu, že odpovědi mají být pravdivé, protože my tak dostaneme korektní vstupní informace pro naši studii.

8.2.2 Popis zkoumaného vzorku

Tato studie byla prováděná se členy operačního týmu, tedy mezi gynekologickými

lékaři a perioperačními sestrami, anesteziologickými sestrami a lékaři anesteziology ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (tabulka 3.). Počet respondentů ve zkoumaném souboru je celkem šestnáct – členové operačního týmu v rozložení osm sester a sedm lékařů-anesteziologů a jeden sanitář. Respondenti byli vybráni tak, aby byli různých věkových skupin, různého pohlaví a různé délky praxe (tabulka 4.), aby vzorek co nejvíce vystihoval vlastnosti jednotlivých členů operačního týmu scházejícího se na jednom pracovišti.

Tabulka 3. Struktura respondentů

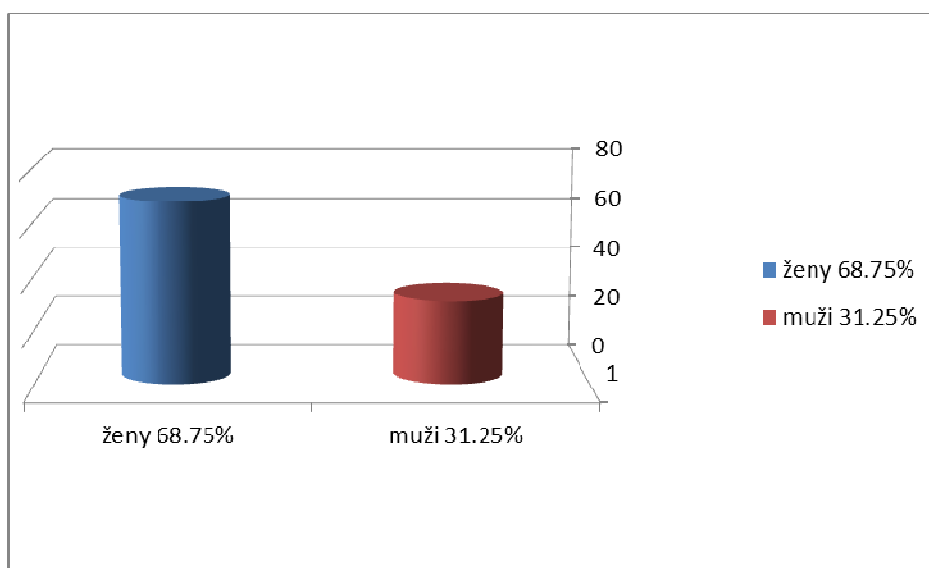
Pohlaví	Pracovní pozice	Průměrný věk	Rodinný stav	Průměrná délka praxe
Muži 30%, ženy 70%	Lékař 50% Sestra 50%	39,5 let	40% vdaná/ženatý 50% svobodný/ná 10% rozvedený/ná	17,3 let

Tabulka 4. Základní demografická charakteristika jednotlivých respondentů

Jméno respondenta	Pracovní zařazení	Věk	pohlaví	Rodinný stav	Délka praxe
Jan	Lékař	59	Muž	ženatý	35
Soňa	Sestra	41	Žena	vdaná	23
Dana	Lékařka	29	Žena	svobodná	4
Pavčina	Sestra	33	Žena	svobodná	14
Pavel	Lékař	27	Muž	svobodný	2
Petra	Sestra	53	Žena	vdaná	30
Jana	Sestra	32	Žena	vdaná	12
Tomáš	Lékař	32	Muž	svobodný	8
Martina	Lékařka	61	Žena	rozvedená	36
Hana	Sestra	28	Žena	svobodná	9
Erika	Sestra	33	Žena	svobodná	13
Věra	Sestra	28	Žena	svobodná	8

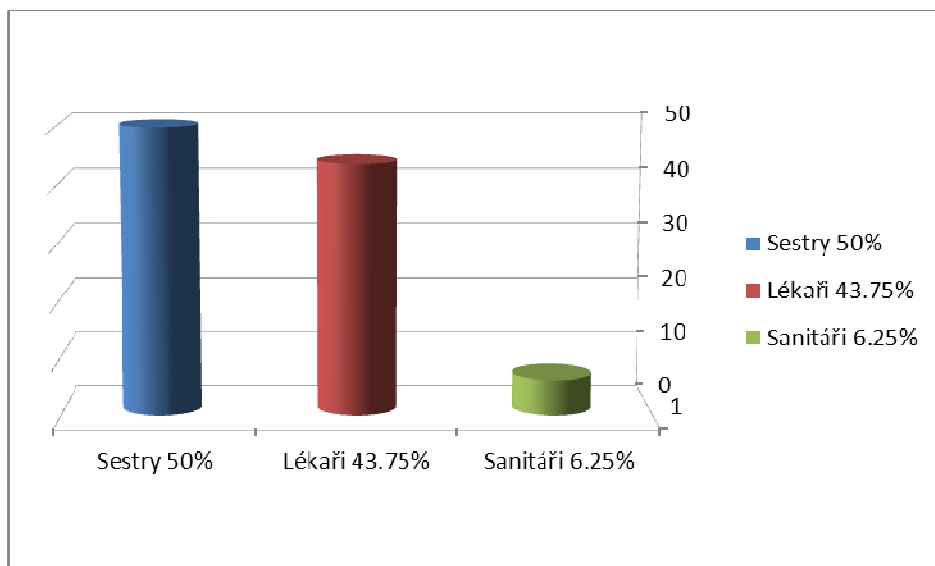
Filip	Lékař	42	Muž	ženatý	17
Martin	Sanitář	30	Muž	svobodný	8
Petr	Lékař	51	Muž	ženatý	26
Sofie	Sestra	45	Žena	rozvedená	28

Graf 1. Zastoupení žen / mužů ve zkoumaném souboru



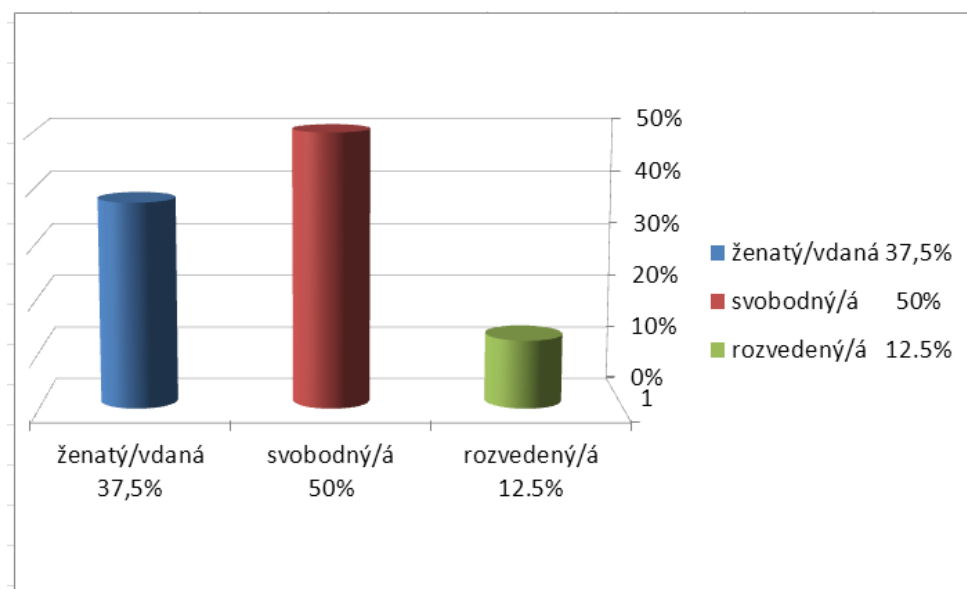
Z grafu 1. je patrné, že ve zkoumaném vzorku je 68,75% žen, což odpovídá 11 ženám, a 31,25% mužů, což odpovídá 5 mužům.

Graf 2. Pracovní zařazení respondentů



Z grafu 2. je patrné, že ve zkoumaném vzorku je 50% sester, což odpovídá 8 sestrám, 43,75% lékařů, což odpovídá 7 lékařům, a 6,25% sanitářů, což odpovídá 1 sanitáři.

Graf 3. Rodinný stav respondentů



Z grafu 3. je patrné, že ve zkoumaném vzorku je 37,5% respondentů ženatých/vdaných, což odpovídá 6 respondentům, 50% respondentů svobodných, což

odpovídá 8 respondentům, a 12,5% respondentů rozvedených, což odpovídá 2 respondentům.

Průměrný věk respondentů: 44,65 let

Průměrná délka praxe respondentů: 17,06 let

Jména byla účastníkům změněna. Klíč, podle kterého je možno spárovat jména uváděná v této práci a pravá jména respondentů, je uložen tak, aby bylo zamezeno přístupu dalších osob.

8.3 Průběh rozhovorů

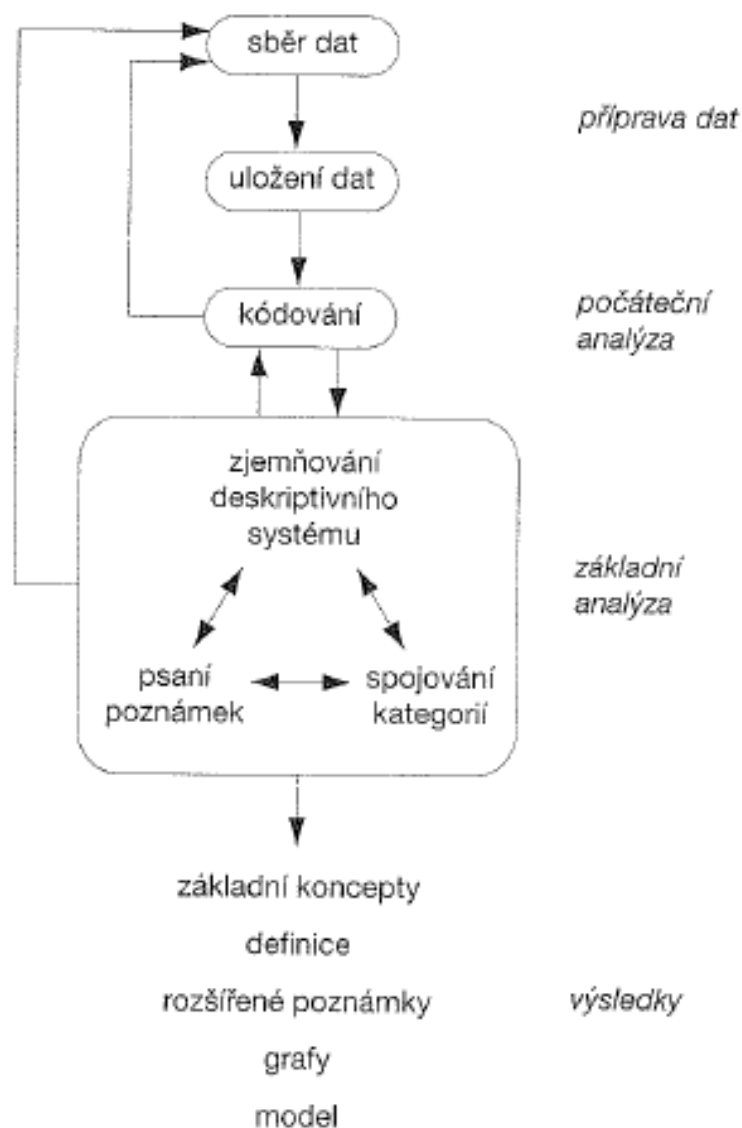
Každý rozhovor trval v průměru zhruba 70 minut. Prováděla jsem ho sama na základě vytvořeného souboru otázek. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány. V průběhu rozhovoru jsem se snažila nezasahovat do vyprávění respondenta a v žádném případě jeho odpovědi nějak neusměrňovat. Šlo o to, abych získala komplexní náhled na situaci v operačním týmu se vším, co je pro respondenta v této problematice podstatné. Samozřejmě, že zde záleželo na dalších vnějších okolnostech: jaká byla vzájemná symbióza respondent – tazatel, jaké byly časové možnosti toho kterého respondenta, jaké bylo psychické rozpoložení respondenta a tazatele v okamžiku provádění rozhovoru. Je pravda, že zkoumaný soubor může být ovlivněn faktem, že výzkum byl prováděn jen s lidmi, kteří dali k rozhovoru souhlas.

9. Analýza a vyhodnocení zakotvené teorie

Zpočátku jsem chtěla analyzovat faktory ovlivňující mezilidské vztahy na operačním sále. Po získání potřebných vstupních dat ze strukturovaných otevřených rozhovorů jsem zjistila, že tyto vztahy jsou velmi výrazně ovlivňovány i faktory, které se odehrávají mimo operační sál, zejména pak rodinným prostředím a rodinnou situací jednotlivých respondentů. Proto jsem se rozhodla původní hypotézu rozšířit i o rodinnou část jejich života. Kvalitativní sonda se v průběhu vyhodnocování a analyzování dat začala zabývat obecně faktory ovlivňujícími život lidí pracujících na operačním sále.

Blokové schéma jednotlivých etap a výsledků zakotvené teorie podle Glasera a Strausse (Hendl, 2008) uvádí obrázek 1.

Obrázek 1. Blokové schéma zakotvené teorie podle Glasera a Strausse



Hendl, 2008, s. 246

9.1 Otevřené kódování

Po uzavření prvního kola rozhovorů byly rozhovory pečlivě přepsány tak, aby bylo nad přepsaným textem dostatek místa na mé poznámky. Otevřené kódování bylo

aplikováno po řádcích strukturovaných přepsaných rozhovorů. Měla jsem při tom na vědomí, že hlavní cíl kódování bylo tematické rozkrytí textu. Z tohoto kódování bylo získáno velké množství kódů (údajů), které byly následně kategorizovány do 6 kategorií (tabulka 5.):

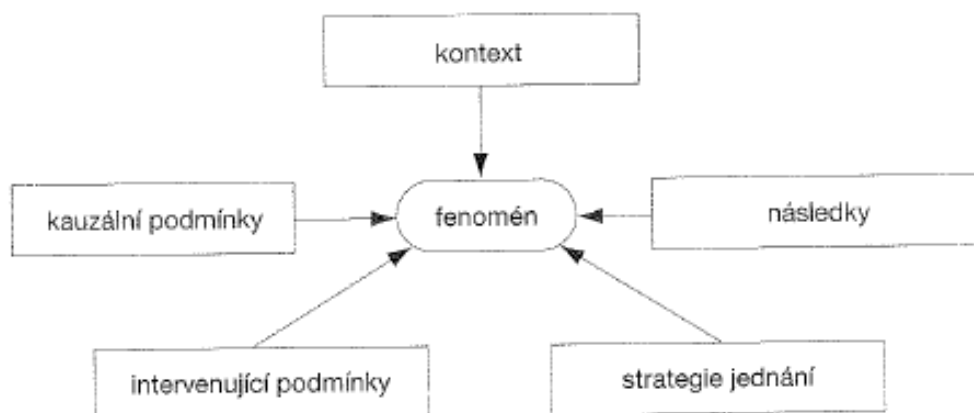
Tabulka 5. Kategorie a příklady kódů

Kategorie	Příklad kódů v daných kategoriích
Vztahy v práci	Práce na anestezii mě oslovila už na fakultě, v podstatě je pro mě důležitá anestezie...
Stravovací a hygienické návyky	Dávám si na to pozor; právě v důsledku špatné životosprávy jsem měla docela vážné zdravotní problémy v oblasti zažívání...
Rodina	Teď už není tolik času, co se nám narodilo dítě...
Stres	...teď už je to lepší... Mě tady zatím stresuje úplně všechno (smích)
Mimopracovní aktivity	...jasně, slavíme spolu třeba narožky... ...byla jsem s kolegyní na dovolené...
Při operaci	Táhneme všichni za jeden provaz... ...důležitý je výsledek, jinak se to dělat nedá...

9.2 Axiální kódování

V průběhu axiálního kódování (obrázek 2.) byl určen fenomén, jeho kauzální podmínka (příčina), strategie a následek (tabulka 6.).

Obrázek 2. Schéma axiálního kódování



Hendl, 2008, s. 250

Tabulka 6. Aplikace schématu axiálního kódování na fenomén “dobré vztahy mezi kolegy v práci”.

Fenomén	Dobré vztahy mezi kolegy v práci
Kausální podmínky	Otevřenost, upřímnost, empatie, přátelství
Následky	Dobrý pracovní kolektiv, příjemná pracovní atmosféra
Kontext	Přirozená autorita vedoucích týmů

9.3 Selektivní kódování

V selektivním kódování byla postupně vyvíjena a upravována teorie. Byly hledány případy, které by ilustrovaly dané téma, porovnání kódů a kontrastů. V průběhu selektivního kódování byly určovány hlavní témata a kategorie, které mají být ústředním tématem vznikající teorie. Probíhalo opakované doplnění dat (sběru informací) až do doby, kdy došlo k teoretické saturaci, další kódování a sběr dat nepřineslo nové poznatky. (Hendl, 2008)

9.4 Vztah ke zdravotnické profesi

Žádný z respondentů nikdy nepracoval mimo zdravotnictví na hlavní pracovní poměr. Nikdo z dotazovaných si také nedokázal představit, že by opustil zdravotnictví a pracoval v jiném oboru. Dotazovaní členové operačního týmu chtěli pracovat ve zdravotnictví již v dobách, kdy navštěvovali školu. Tento aspekt ukazuje na velkou cílevědomost respondentů. Jedna z jejich charakteristických vlastností je, že se uměli včas správně rozhodnout a jít si za svým cílem až do jeho naplnění.

„Práce na anestezii mě oslovila už na fakultě. V podstatě je pro mě důležitá anestezie, pozice operátora by mě nebavila a asi bych v tom nebyl ani dobrý. Znáte to, když vás něco nebaví... U mě operační sál nebyl důsledek, ale následek. Jinde než na operačním sále se anestezie provádět nedá.“

(Jan)

„...tak k tomu celkově vedla dlouhá cesta. Poprvé jsem se zúčastnil operace jako medik na 1. lékařské fakultě. Už tehdy mě velice fascinovala anestezie a začal jsem se soustředit především na ni.“

(Tomáš)

„Bylo to moje velké přání pracovat tam (na operačním sále). Po skončení studií nebylo na operačním sále volné místo, tak jsem několik let pracovala na jipce. Tam to taky nebylo špatné, ale abych tak řekla, anestezie je anestezie. Té jsem se chtěla věnovat už od střední školy a povedlo se...“

(Soňa)

„...myslím, že mám velké štěstí, že můžu dělat práci, co mě opravdu baví. Protože pocházím z doktorské rodiny a moje sestra pracuje ve zdravotnictví taky, neměla jsem ani jinou možnost. Ale teďka nechci, aby to vyznělo, že jsem k tomu byla nějak donucená. Ani náhodou, jak už jsem řekla, ta práce je fakt super a mám ji moc ráda.“

(Petra)

„...jako chirurg. A jako co bych měl pracovat? Nechtěl jsem být vždycky lékař, jako malý jsem chtěl být kosmonaut. Ne, ale teď vážně. U nás už to bylo tak trošku dané, táta a jeho sestra byli oba dva lékaři a maminka taky pracovala ve zdravotnictví. Myslím, že to bylo logické vyústění domácího prostředí. Ale stejně už bych si nedokázal představit, že budu ten kosmonaut... (smích)“

(Petr)

9.5 Stresové faktory při práci a technická vybavenost sálů

Protože z výzkumu vyplynulo, že otázky stresových faktorů se velmi liší právě v závislosti na délce praxe, byl zkoumaný vzorek rozdělen do dvou souborů. Členové operačního týmu s délkou praxe do 10 let (tabulka 7.) a členové operačního týmu s délkou praxe nad 10 let (tabulka 8.).

Tabulka 7. Členové operačního týmu s praxí do 10 let

Jméno respondenta	Délka praxe
Dana	4
Pavel	2
Tomáš	8
Hana	9
Věra	8
Martin	8

Tabulka 8. Členové operačního týmu s praxí nad 10 let

Jméno respondenta	Délka praxe
Jan	35
Soňa	23
Pavčina	14

Petra	30
Jana	12
Martina	36
Erika	13
Filip	17
Petr	26
Sofie	28

Členové operačního týmu s délkou praxe menší než 10 let vnímají mnohem intenzivněji stresové faktory na operačním sále. Mezi kritické situace na sále považují i stavy, které jejich kolegové s větší délkou praxe považují za méně stresující, nebo dokonce za standardní. Respondenti zařazení do této kategorie vnímají jako stresující faktor vývoj anestezie a chirurgie i u méně náročných operací.

„...Ježíši, já jsem tady teprve dva roky, mě tady kromě automatu na kafe stresuje úplně všechno (smích). Ne, ale teďka vážně. Určitě jsou to situace na sále; sice už je to lepší, ale furt dost velkej adrenalin, ale co s tím dělat. Člověk se musí trošku otrkat. Ve druháku na vejšce jsem si taky všechno víc bral než na konci školy“

(Pavel)

„Situace, na které se nemůžete dopředu připravit a odhadnout je. Ty jsou vždy problematické. Pokaždé se snažíme si vytvořit nějaký scénář toho, co se bude v následujících minutách a hodinách odehrávat a jak by se měla operace vyvíjet. No bohužel každý člověk je jedinečný a vývoj není vždy takový, jaký si představujeme. To má někdy za následek pěkně horké situace.“

(Hana)

„...je to pořád docela drsný, i když už ne tak, jako před lety. Ale co se dá dělat, časem se to zlepšit.“

(Věra)

Respondenti zařazení do druhé skupiny vnímají jako stresové faktory spíše psychické rozpoložení jednotlivých členů týmu a komunikaci mezi nimi a velmi náročné neplánované a akutní operace. Běžnější výkony považují za částečně rutinní a předvídatelné.

„...za ta léta na operačním sále už mě jen tak něco nepřekvapí. Jasně, že si musím dávat pořád pozor, ale na ty normálnější výkony už jsem měla dost času si zvyknout. Nerada bych to zakřiknula, ale tam člověka hned tak už něco nepřekvapí. Nechci zase ale, aby to vypadalo, že je to vždycky pohoda, to není. Když dostaneme na stůl něco akutního, tak kolikrát nevím, kde mně hlava stojí, a může to bejt docela husté.“

(Petra)

„Mě osobně stresuje nejvíc, když je v práci nepohoda... Třeba když je v práci nějaké napětí, to mě osobně ztěžuje tu práci asi nejvíc. Všechno se dá zmáknout, když tým táhne za jeden provaz, ale když vás někdo už od rána v práci štve, kompiluje to i ten nejrutinnější výkon. Jo tak to asi je, když nejsme schopný si všechno vyříkat před začátkem, je to velké stres, v tom se fakt dělat nedá...“

(Martina)

Co se týká technického vybavení operačního sálu, jsou respondenti s menší délkou praxe mnohem více závislí právě na tomto vybavení. Jsou přesvědčeni, že technika může být v jejich práci velice nápomocná a může udělat část kontrolní práce za ně. Například používání flexibilních laryngoskopů a videolaryngoskopů velmi snížilo komplikace při zajištění dýchacích cest pacientů. S takovým vybavením se snížil stres pro oba členy anesteziologického týmu. Zdravotníci na anesteziologicko-resuscitačním oddělení s délkou praxe nad 10 let také nové a technicky lepší vybavení vítají, ale považují ho za příjemný doplněk, který není nezbytný k výkonu jejich bezchybné práce. Věří ve své schopnosti více než v novou techniku, která každého už aspoň jednou zradila, a spoléhají na svoje zkušenosti a praxi. Podle nich si zkušený anesteziolog musí pomoci v každé situaci i bez moderního vybavení.

„Vybavení pracoviště je velice důležité. Bez toho se naše práce dělat úspěšně nedá.“

(Jana)

„Vybavení je fajn, je to nutnost, kterou k naší práci potřebujeme, ale pozor na spoustu věcí, který za vás nikdy žádný stroj a přístroj neudělá. Vybavení je důležitý, ale není nad dobrou hlavu; i nejspolehlivější přístroj se může někdy zbláznit. Proto přebírat jenom bezhlavě hodnoty z přístrojů a vyloučit z toho vlastní úsudek je velice zavádějící a může to vést k pěknému maléru...“

(Jan)

„...ted' už je to pohodička, jestli to takto půjde dál, zbavíme chirurgii lidské chyby. Ale fakt je to podstatně lepší, než když jsem začínal. Někdy mně přijde, že to všechno máme jak na dlani.“

(Filip)

Psychické rozpoložení členů týmu a problémová komunikace jsou pro respondenty s praxí nad 10 let vnímány intenzivněji a spatřují v nich větší problém než respondenti, kteří mají praxi kratší než 10 let. Negativní rozpoložení jakéhokoliv charakteru se odráží na negativních výsledcích týmu jako celku.

9.6 Vztahy v rámci týmu

Zkoumaný soubor 16 respondentů, vychází mezi sebou na velice profesionální úrovni. Všichni z tohoto celku jsou si vědomi, že bezchybná komunikace na operačním sále i mimo něj je nezbytnou součástí toho, aby operační tým podal bezchybný a dokonalý výkon. To ovšem neznamená, že by se jejich vztahy omezily pouze na pracovní rovinu – kolega a kolegyně, nebo lékař a sestra. Jednotliví členové se zajímají o mimopracovní problémy svých kolegů a kolegyně. I tento upřímný zájem o druhé napomáhá k většinou velmi přátelské a vyrovnané atmosféře v rámci tohoto zkoumaného souboru respondentů. Z tohoto plyne i jejich poměrně časté společné trávení volného času, společné oslavy narozenin a v některých případech i dovolených. Na tento aspekt má vliv rodinný stav jednotlivých respondentů. Z průzkumu vyplynulo, že respondenti, kteří žijí v manželství, se

z časových důvodů těchto mimopracovních akcí zúčastňují méně. Nejedná se v žádném případě o nezáměr těchto kolegů, pouze před setkáním s kolegy dávají přednost rodinnému životu a svým povinnostem manžela, manželky, otce a matky. Z tohoto poznatku lze dále usuzovat, že se ženatí respondenti a vdané respondentky ze zkoumaného souboru se snaží vybudovat a nadále si udržet dobré rodinné zázemí, které je pro ně nezbytné k výkonu jejich psychicky a časově náročné profese. Tento fakt je podtržen i velmi malou rozvodovostí zkoumaného souboru respondentů.

„...tady zase záleží na jednotlivcích. Je vždy nezbytné, aby si lidé sedli profesně tak, aby tu byla orientace na pacienta, to je to, oč tu jde. Některé sestry vás klidně pozvou na narozeninovou party svých narozenin a ráda tam přijdu, s jinými mám spíš neutrální vztah, který je čistě profesní. Ale na sále táhneme vždy za jeden provaz...

...jak jsem říkala, někdy je nějaká narozeninová oslava nebo společenská akce z práce. Ale myslím si že těchto akcí je čím dál méně, to víte, doba je uspěchaná a člověk je rád, že vyšetří čas na rodinu.“

(Dana)

„...to si myslím, že z tohodle pohledu jsme dobrá parta, zrovna nedávno jsme byli u kolegyně na chatě a bylo to tam bezva. To víte, po tak psychicky náročné práci to chce nějaký ventil a odfrknou si s holkama na vínečku, nebo skočit k někomu na víkend je bezva.“

(Pavlína)

„...dokonce s některejma kolegyněma uvažujeme, že si založíme amatérský cyklistický tým. To je, co? Nás to prostě baví, tak proč do toho nejt...“

(Jana)

„...v práci je to v pohodě. Jsme dobrý tým, který umí táhnout za jeden provaz. Jinak, co vím, dělej občas nějakou akci, ale mě to časově moc nevychází, mám doma dvě malé děti a ty mě teď potřebujou.“

(Tomáš)

„...dobré vztahy mezi kolegama jsou velice důležitý, trávíme na pracovišti spolu hodně času a pracovat s lidma, když vám nesedí, nejde, občas to tam trošku zajiskří, ale bez toho to asi nejde nikde.“

(Jan)

„...všechno je to o lidech a tady je fakt super kolektiv, fakt fantastický lidi ... až na výjimky, ale ty jsou všude.“

(Martin)

9.7 Jaké vlastnosti preferuje zkoumaný soubor u svých kolegů v rámci týmu

Protože to byla pro většinu respondentů první pracovní zkušenost, při nástupu na toto místo měli všichni respondenti zkoumaného vzorku výjimečně shodné představy, jaké by měly být charakterové vlastnosti nejen jich samotných, ale také jejich kolegů v rámci celého operačního týmu. Podle respondentů by měli mít lidé pracující ve zdravotnictví nejen velkou míru profesní kvalifikace, ale také velké osobní kvality v čele s velkou mírou empatického vnímání pacientů a kolegů.

Postupem času si respondenti začali uvědomovat, že vlastnosti jich samotných ani jejich spolupracovníků nejsou a ani nemohou být dokonalé a ideální, jaké jsou například v televizních seriálech.

„...na začátku jsem si to moc idealizovala, skoro jako kdybychom neměli mít ani svoje životy a žít všechno podle pacienta. Být empatická, milá, profesionální, vždy k dispozici atd. ...takhle se to opravdu dělat nedá...“

(Hana)

„...hlavně naše vlastnosti neposuzujte podle amerických seriálů, třeba Chicago Hope, takhle to opravdu nefunguje. Moje iluze taky vzaly zasvé...“

(Pavel)

V současnosti respondenti preferují odbornost, empatii a profesionalitu na pracovišti. Velice důležitá je komunikace mezi jednotlivými členy týmu. Je důležité, aby se nikdo z týmu nebál upozornit na jakoukoliv skutečnost, která je důležitá před výkonem, v jeho průběhu i po něm.

„...empatie a odbornost, určitě to je nutné.“

(Martina)

„Bez toho, aby byl člověk rozhodný, empatický a aby byl především profesionál, se to dělat nedá, to si myslím, že toto jsou vlastnosti, které preferuji u svých kolegů.“

(Soňa)

„Profesionalita, to je to, čeho si vážím, myslím, že když je člověk profesionální, má tam schované všechny ostatní vlastnosti, co jsou potřeba k výkonu tohoto povolání.“

(Dana)

„Preferuji lidskost, umění se vcítit do druhého, odbornost a profesionalitu...“

(Pavel)

„Jedním slovním spojením obětavý profesionál.“

(Sofie)

Co se týká vedoucího týmu, je podle zkoumaného vzorku nezbytné přiměřené sebevědomí a rychlá a správná rozhodnost v neočekávaných situacích. Dále by měl mít vlastnosti, které mají řadové členové týmu. Tady profesionalitu, odbornost a empatii.

„Jaké vlastnosti by měl mít vedoucí týmu? To je jednoduchý, musí být profesionál a dobrý vedoucí, musí být asertivní s dobrou odborností...“

(Jan)

„Musí být odborník, přiměřeně sebevědomý, musí si stát za svým rozhodnutím a dělat včas kvalitní a správná rozhodnutí.“

(Dana)

„...musí si dobře umět zorganizovat čas a lidi, musí dobře vědět, co dělá, a stát si za tím. Mít vedoucího, který si není jistý svým rozhodnutím, nebo si nedokáže své rozhodnutí obhájit, bych nikomu nepřál. Já měl to štěstí, že jsem takového šéfa nikdy nepotkal, a doufám, že mě nepotká.“

(Martina)

„...přirozená autorita, jo to je to, co je nezbytné, komunikativnost a přirozená autorita, to v sobě zahrnuje vše.“

(Filip)

Pro dokreslení uvádím významné osobnosti (tabulka 9.), které by si respondenti vybrali jako součást operačního týmu, a jejich charakteristické vlastnosti.

Tabulka 9. Seznam významných osobností uvedených respondenty

Osobnost	Profese	charakteristické vlastnosti
Jan Pavel II.	papež	asertivita, empatie, upřímnost, přirozená autorita
Květa Fialová	herečka	klid, rozvaha, životní moudrost a nadhled, empatie
Florence Nightingalová	zakladatelka ošetrovatelství	empatie, laskavost, ctižádost, rozhodnost
RNDr. Václav Cílek	geolog	jednoduché a moudré názory, schopnost specifikovat své názory, rozhodnost
Prof. Pavel Pafko (tříkrát)	lékař	rozhodnost, moudrost, zkušenosti, klidná povaha
Nicholas Winton	bankovní makléř, záchránce 669 židovských dětí	rozhodnost, empatie, sebevědomí, odvaha, srdečnost
Emil Zátopek	sportovec	sebevědomí, pílě, čestnost

Prof. Jan Pirk (třikrát)	lékař	profesionalita, odbornost, cílevědomost
Sv. Anežka Česká	řeholní sestra	empatie, dobrosrdečnost, cílevědomost, odhodlání
Prof. Pavel Beneš (dvakrát)	lékař	empatie, odbornost, zkušenost
Geremy s Top Gear	komentátor	otevřenost, prozíravost

9.8 Životospráva respondentů

Většina respondentů během práce nedodrží správnou životosprávu. I přesto, že to jsou zdravotníci a uvědomují si, jak je správná životospráva důležitá. Ženy si převážně nosí jídlo z domova, ale ani to není zárukou jejich pravidelného stravování. Jediný respondent (Pavlína) si zakládá na svém pravidelném stravování v důsledku předcházejících zdravotních problémů. Muži si častěji kupují občerstvení v kantýně na klinice, pokud ovšem mají čas. Zde se dá koupit pouze studená kuchyně typu bageta nebo salát. Někteří respondenti si nechají během nočních nebo víkendových služeb jídlo dovést např. pizzu, nebo „činu“.

„Jsem sice lékařka, ale s tou životosprávou to fakt nějak nedávám (smích), znáte to, když je chuť, tak není čas, když je čas, není chuť.“

(Dana)

„...dávám si na to pozor; právě v důsledku špatné životosprávy jsem měla docela vážné zdravotní problémy v oblasti zažívání. To, čím jsem si prošla, stojí za to udělat si trošku času na pravidelné jídlo. Myslím, že většinou se ten čas dá najít.“

(Pavlína)

„...často si nosím jídlo z domova, ale někdy ho taky tak, jak jsem si ho přinesla, hezky odnesu večer domů, prostě nebyl čas, tak to potom večer doháním...“

(Hana)

Pouze jeden respondent využívá ke stravování místní jídelnu. Důvody proti častějšímu využívání tohoto zařízení jsou tři základní: nechutná a nevydatná strava, složité objednávání obědů předem a nemožnost stravování o víkendech a při nočních službách.

„Jak jsem říkala, chodím na obědy pravidelně, jeden ze způsobů, jak toho dosáhnout, je objednat si jídlo dopředu. Jo, chodím na obědy do jídelny...“

(Pavlína)

„S tím (s jídelnou) mám problém, musí se oběd objednávat vždy dopředu, a nikdy nevím, jak na tom druhý den budu.“

(Tomáš)

„Doufám, že nejsem nějaký vybírávej, ale v naší jídelně si nějak nevyberu, a když mám víkendovou službu, tak je jídelna stejně zavřená.“

(Pavel)

„...nic moc. Už jsem taky dostal doma vynadáno, prý celý den nic nejím a potom doma vyberu celou lednici...“

(Martin)

10. Závěr

Bakalářská práce provedla kvalitativní sondu do života členů operačního týmu. Rozkryla základní východiska důležitá pro další zkoumání tohoto tématu, které je u nás jen minimálně rozvíjeno.

- Lidé pracující v rámci operačního týmu jsou velice kolektivní a práce v kolektivu je naplňuje a dává jim pocit, že jsou součástí většího celku, který směřuje k plnění důležitých a složitých úkolů spojených s operačním výkonem. Operační tým se vždy a za každých okolností chová jako celek, společně přijímá rizika a následky svého jednání a společně zodpovídá za zdárný průběh operace. Z hlediska, ve společnosti zakotvených genderových stereotypů, se operační tým vymyká současným měřítkům. Například žena-lékařka má naprosto shodné postavení v operačním týmu jako její mužský protějšek. Nerozhoduje pohlaví jednotlivce, ale jeho kvalifikace, odbornost a přístup k práci. Většina členů operačního týmu je v práci spokojená a nedokážou si představit, že by dlouhodobě pracovali na jiné pozici mimo zdravotnictví. I přesto, že v práci tráví velké množství času, které výrazně převyšuje republikový průměr, zaujímá práce vysokou příčku v jejich hodnotovém žebříčku.

- Členové operačního týmu jsou převážně velice sociálně zaměřeni s velkým smyslem pro rodinný a partnerský život. Rozdíly mezi rodinným a pracovním životem se u těchto jedinců stírají. Většina z členů operačního týmu dává přednost rodině před budováním a upevňováním kariéry. Žijí převážně v harmonickém svazku, který jim dává dostatek podpory a síly pro výkon tohoto náročného povolání. Rodina a čas strávený s rodinou je pro tyto jednotlivce stěžejní. O tom vypovídá i poměrně nízká rozvodovost členů operačního týmu. Jednotliví členové tráví spolu mnoho času i mimo pracovní prostředí: oslavy narozenin, slavení životních úspěchů, společné dovolené. V určitém ohledu je jejich přístup k ostatním kolegům podobný jako přístup k jejich vlastní rodině. Proto se dá bez nadsázky říci, že někteří členové operačního týmu považují kolegy z práce za svoji druhou rodinu.

Teorie, které jsem popsala v této práci, slouží jako základ pro další a podrobnější kvalitativní sondu do života členů operačního týmu, která může být prováděna na jiném

pracovišti, než je Gynekologicko-porodnická klinika a Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ve Všeobecné fakultní nemocnici. Protože zkoumaný soubor byl vybrán právě z těchto dvou klinik, mohl být vzorek nevědomky ovlivněn tím, že pocházel z pracovišť, která mohou být specifická pro jednotlivce s určitými charakterovými rysy. Já sama jsem součástí tohoto operačního týmu na této klinice a mohla jsem využít pro sestavení teorií a pozorování i osobní zkušenosti, které jsem zde nasbírala v průběhu praxe. Zároveň je možné, že prováděné rozhovory mohly být v některých případech zkreslené, protože si někdo z respondentů chtěl před kolegyní zlepšit image.

11. Seznam citací

11.1 Seznam bibliografických citací

- BÁRTLOVÁ, I., TREFLOVÁ, M. 2010. *Vztah lékař – sestra*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
- BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- DUDA, M. A SPOL. 2000. *Práce sestry na operačním sále*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
- DUŠKOVÁ, M. A KOL. 2009. *Úvod do chirurgie: Učební text pro studenty 3.LF UK*. 1.vyd. Praha: 2009. 139 s. ISBN 97 –80–254–4656-0.
- FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 87s. ISBN 80-8063-229-4.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2.vyd. Praha : Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HAYES, N. 2005. *Psychologie týmové práce: Strategie efektivního vedení týmu*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
- GLADKIJ, I. A KOL. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.
- JAROŠOVÁ, D. 2006. *Základy managementu v ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotně sociální, 2006. 34.s.
- KOHOUT, J. 2010. *Komunikace a rétorika*. Praha: ESMA Czech management institute Praha: 2010. 119.s.
- KOLAJOVÁ, L. 2006. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
- KOTRBA, T. 2009. *Pracovní náplň staniční vrchní sestry v nemocnicích*, Brno: Vysoké učení technické v Brně, 2009. 64 s. ISBN 978-80-214-3893-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 87 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KŘÍŽKOVÁ, A. 2000. *Životní strategie manažerek: Případová studie*. 1.vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2002. 68 s. ISBN 80-7330-031-1.

MALÝ, V. 2009. *Marketingový výzkum*. Praha: ESMA Czech management institute Praha: 2009. 72 s.

MIOVSKÝ, M. 2010. *Kvalitativní přístupy a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2010. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

PATTON, M. Q. 2002. *Qualitative evaluation and research methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc, 2002. 598 s. ISBN 0761919716.

STRAUSS, A.L., CORBIN, J. 1990. *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc, 1990. 228 s. ISBN 0803932510.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

11.2 Seznam internetových citací

ADÁMEK, J. 2003. Dobrá instrumentářka se pozná v krizových situacích. *Zdravotnické noviny* [online]. 7. 8. 2003, č. 32 / 2003, [cit. 2011-11-24]. ISSN 1214 – 7644. Dostupný z <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/dobra-instrumentarka-se-pozna-v-krizovych-situacich-155907>

BITTNEROVÁ, Z. 2003. Sálové sestry cílevědomé pracují na své emancipaci. *Zdravotnické noviny* [online]. 7. 8. 2003, č. 32 / 2003, [cit. 2011-11-24]. ISSN 1214 – 7644. Dostupný z <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/salove-sestry-cilevedome-pracuji-na-sve-emancipaci-155903>

KATOLICKÝ, A. 2001. Týmová práce v systému procesního, znalostního a projektového managementu. *SystemOnline* [online]. č. 4 / 2001, [cit. 2011-09-7]. Dostupný z <http://www.systemonline.cz/clanky/tymova-prace-v-systemu-procesniho-znalostniho-a-projektoveho-managementu.htm>

STRACHOTA, S., STRACHOTOVÁ, D. 2010. Týmová práce – dobrý sluha, zlý pán. *Úspěch – Produktivita a inovace v souvislostech* [online]. 23.7. 2010, č. 2 / 2010, [cit. 2011-09-7]. ISSN 1803-5183. Dostupný z <http://e-api.cz/page/69839.tymova-prace-8211-dobry-sluha-zly-pan/>

11.3 Prameny práva

Česká republika. Zákon ze dne 26. října 2011, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011, roč. 2011, č. 346, 375.

Česká republika. Zákon ze dne 26. října 2011, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2011, roč. 2011, č. 105, 346, 375.

Česká republika. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1.3.2011, roč. 2011.

12. Seznam tabulek, grafů, obrázků a zkratk

12.1 Seznam tabulek

Tabulka 1. Základní metody kvalitativního sběru dat (typy, varianty, výhody a nevýhody), s. 38.

Tabulka 2. Typy vzorkování kvalitativního výzkumu, s. 39.

Tabulka 3. Struktura respondentů, s. 43.

Tabulka 4. Základní demografické charakteristiky jednotlivých respondentů, s. 43, 44.

Tabulka 5. Kategorie a příklady kódů, s. 49.

Tabulka 6. Aplikace schématu axiálního kódování na fenomén „dobré vztahy mezi kolegy v práci“, s. 50.

Tabulka 7. Členové operačního týmu s praxí do 10 let, s. 52.

Tabulka 8. Členové operačního týmu s praxí nad 10 let, s. 52, 53.

Tabulka 9. Seznam významných osobností uvedených respondenty, s. 59, 60.

12.2 Seznam grafů

Graf 1. Zastoupení žen/mužů ve zkoumaném vzorku, s. 44.

Graf 2. Pracovní zařazení respondentů, s. 45.

Graf 3. Rodinný stav respondentů, s. 45.

12.3 Seznam obrázků

Obrázek 1. Blokované schéma zakotvené teorie podle Glasera a Strausse, s. 48.

Obrázek 2. Schéma axiálního kódování, s. 50.

12.4 Seznam zkratk

a pod. = a podobně

atd. = a tak dále

AV ČR = Akademie věd České republiky

cit. = citováno

cz = czech = český

č. = číslo

ČR = Česká republika
ed. = editor
ESMA = Escuela Superior de Marketing y Administración
ISBN = International Standard Book Number=Identifikační desetimístné číslo přidělené každé knize k označení: země vydání, nakladatelství, titulu, obsahového zaměření apod.
ISSN = International Standard Serial Number = obdoba ISBN pro periodika
JIP = Jednotka intenzivní medicíny
kap. = kapitola
kol. = kolektiv
LF UK = lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MS = mistrovství světa
např. = například
NCO NZO = Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
roč. = ročník
s. = stránka
Sb. = Sběrka
SIP = sestra pro intenzivní péči
tj. = to je
vyd. = vydání

13. Seznam příloh

A- Rámcový seznam otázek kladených při rozhovoru, s. 69, 70.

B - Schválené žádosti o dotazníkovou akci, s. 71, 72, 73.



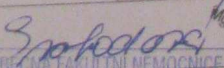
Příloha A – Rámcový seznam otázek kladených při rozhovoru

Otázky pro členy týmu na operačním sále

- Jak jste začínal/a na operačním sále, jak vás tým přijal? Jaké jste měl/a pocity? Jaké je to dnes, srovnejte.
- Domníváte se, že příchod nového člena do týmu práci komplikuje? Pokud ano, tak čím?
- Co bylo důvodem pro váš výběr práce na operačním sále?
- Vnímáte během operace psychické rozpoložení ostatních členů týmu? Pokud ano, jak na to reagujete?
- Ovlivní vás, když je v týmu někdo, kdo vám „nesedne“? A co děláte, když vám „nesedne“?
- Ovlivňuje Vaši práci technická vybavenost operačního sálu? Vyjádřete na škále neovlivňuje 1, 2...10.
- Co podle vás nejvíce narušuje práci operačního týmu?
- Které situace jsou při operaci podle vašeho mínění v operačním týmu nejkritičtější?
- Je pro vás více stresující náročná, ale naplánovaná operace, nebo náhlý neplánovaný výkon? Vyjádřete na škále nestresuje 1, 2...10 stresuje velmi.
- Ovlivňuje vás nějak fakt, že znáte některé údaje ze života pacienta? Pokud ano, do jaké míry Vás tyto informace ovlivňují?
- Které vlastnosti preferujete u svého šéfa?
- Jak hodnotíte vztahy mezi sestrami a lékaři?

- Schází se členové operačního týmu i mimo pracoviště? Pokud ano, účastníte se setkání, a co Vám to přináší?
- Jmenujte jednu světovou nebo českou osobnost, kterou byste si vybrali do operačního týmu a proč?
- Jakým způsobem relaxujete mezi operacemi a jakým po práci?
- Jak dodržujete pitný režim během operace?
- Jak se stravujete během služeb?
- Ovlivnilo kvalitu Vaší pokožky na ruku časté mytí, používání dezinfekce a rukavic?

Příloha B – Schválené žádosti o dotazníkovou akci

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2		F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
	Žádost o dotazníkovou akci		
Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Mýtinová Valeria		
Kontaktní adresa	Mělnická 311, Libiš 277 11		
Telefon	777 114 384	e-mailová adresa	valeria.zuravova@centrum.sk
Škola / fakulta	I.LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce			
Operační tým			
Termín sběru dat	1.8.2011 – 1.10.2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Klinika anesteziologie a resuscitace a intenzivní medicíny			
Zjišťované informace			
Posouzení faktorů ovlivňující týmovou spolupráci.			
Forma prezentace dat:			
Bakalářská práce			
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	25.7.2011	Podpis žadatele	Mýtinová Valeria
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	25/7/2011	Podpis	 MUDr. Jan Krístof PRÍM. MUDR. JAN KRÍSTOF VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE KLINIKA ANESTEZIOLOGIE A RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY U NEMOCNICE 2, PRAHA 2
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum		Podpis	 Mgr. Dita Šimková VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE NÁMĚSTEK PRO NELEKÁRSKÁ ZDRAVOTNICKÁ PŮVOLÁNÍ A KVALITU 128 00 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2

Věc: Žádost o povolení provedení šetření

Jsem studentkou 3. roč. na 1.LF UK, obor všeobecná sestra a obracím se na Vás se žádostí o povolení provedení šetření v oblasti ošetrovatelství. Bakalářská práce „Operační tým“ bude kvalitativní sondou do profesního života členů operačního týmu. Hlavním cílem bude posouzení faktorů ovlivňující týmovou spolupráci. Vedoucím práce je Mgr. Eva Marková.

Šetřicí problém, jež by měla práce řešit, spatřuji v následujícím:

- týmová spolupráce
- faktory ovlivňující týmovou spolupráci
- role jedince v rámci týmů

Šetření bude probíhat formou rozhovoru se sestrami a lékaři pracujícími na operačních sálech. Budu analyzovat rozhovory v duchu kvalitativního šetření. Popsat metodu a provedení výzkumného šetření.

Časový rozvrh

1.8.2011 – 1.10.2011

Předpokládám, že kvalitativní šetření a jeho vyhodnocení prováděné v rámci mé bakalářské práce určí stresující faktory, motivátory a demotivátory jednotlivých členů týmu a tím přispěje ke zlepšení týmové spolupráce v rámci týmu.

Průběžně budu informovat o dílčích výsledcích šetření. Po ukončení výzkumného projektu předám závěrečnou zprávu obsahující případná doporučení pro praxi.

Děkuji za Vaši laskavou vstřícnost

V Praze, dne ...25.7.2011

Mýšková Kateřka

Příloha: teze bakalářské práce, okruhy otázek



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F-VFN-075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele	Mýtinová Valeria		
Kontaktní adresa	Mělnická 311, Libiš 277 11		
Telefon	777 114 384	e-mailová adresa	valeria.zuravova@centrum.sk
Škola / fakulta	1.LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Operační tým		
Termín sběru dat	1.8.2011 – 1.10.2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko - porodnická klinika		
Zjišťované informace	Posouzení faktorů ovlivňující týmovou spolupráci.		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none">Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	25.7.2011	Podpis žadatele	<i>Valeria Mýtinová</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	22.7.2011	Podpis	<i>Jaroslav Kublík</i> Primář MUDr. Jaroslav KUBLÍK
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum	10.8.11	Podpis	<i>S. Štefánek</i> MUDr. Štefánek

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
NÁMĚSTEK PRO NEJLEPŠÍ
ZODPOVĚDNÁ POUČENÍ A KVALITU
128 00 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2