UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020 Bc. Kristýna Lienertová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spolupráce všeobecných sester v multidisciplinárním týmu

Bc. Kristýna Lienertová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Kristýna Lienertová**
Osobní číslo:	**Z18338**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce:	**Spolupráce všeobecných sester v multidisciplinárním týmu**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. BAŠTECKÁ, Bohumila; ČERMÁKOVÁ, Veronika; KINKOR, Milan, 2016. *Týmová supervize: Teorie a praxe*. Praha: Portál. 325 s. ISBN 978-80-262-0940-9.
2. BELBIN, R. Meredith, 2012. *Týmové role v práci*. Wolters Kluwer ČR, a.s.. 172 s. ISBN 978-80-7357-892-3.
3. HOLÁ, Jana, 2017. *Interní komunikace v teorii a praxi*. Univerzita Pardubice. 159 s. ISBN 978-80-7560-099-8.
4. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
5. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů: Multiprofesní edice*, 2016. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 270 s.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. dubna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 5. 2020

Kristýna Lienertová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za vstřícný přístup a cenné rady při odborném vedení této práce.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na spolupráci členů multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví. Předmětem zkoumání jsou především zkušenosti všeobecných sester s týmovou spoluprací na jejich pracovišti. Práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a výzkumné. Teoretická část práce se zabývá charakteristikou týmu, procesem týmové spolupráce a týmovou spoluprací ve zdravotnictví. Ve výzkumné části práce jsou formou kvalitativního výzkumného šetření, za pomoci rozhovorů, zjišťovány a porovnávány zkušenosti deseti všeobecných sester pracujících ve směnném provozu na různých odděleních různých nemocnic. Cílem této práce je popsat, na základě zkušeností vybraného vzorku všeobecných sester, problematiku týmové spolupráce a její význam ve zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Tým, spolupráce, týmová spolupráce, všeobecná sestra, zdravotnictví, zkušenost

TITLE

Teamwork of general nurses in a multidisciplinary team

ANNOTATION

The diploma thesis is aimed at collaborating members of the multidisciplinary team in health care. The experience of general nurses with teamwork in their workplace is the main subject of scrutiny. The thesis consists of two main parts – theoretical and research. The theoretical part of the thesis deals with the characteristics of the team, the process of team cooperation and team cooperation in health care. In the research part of the thesis, the experience of ten general nurses working in exchange operations at different wards of different hospitals is surveyed and compared in the form of a qualitative research survey, using interviews. The aim of this thesis is to describe, based on the experience of a selected sample of general nurses, the issue of teamwork and its importance in health care.

KEYWORDS

Team, cooperation, teamwork, general nurse, healthcare, experience

OBSAH

Úvod **11**
Cíl práce **12**
1 TEORETICKÁ ČÁST **13**
1.1 TÝM 13
1.1.1 Charakteristika týmu 13
1.1.2 Velikost týmu 14
1.1.3 Tým a skupina 14
1.1.4 Fáze vývoje týmu 16
1.1.5 Vedení týmu 17
1.1.6 Týmové role 18
1.1.7 Sestavení týmu 20
1.2 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE 21
1.2.1 Pozitiva a negativa týmové spolupráce 22
1.2.2 Delegování pravomocí 23
1.3 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ 24
1.3.1 Faktory negativně působící na týmovou spolupráci ve zdravotnictví 25
1.3.2 Faktory pozitivně působící na týmovou spolupráci ve zdravotnictví 27
1.3.3 Spolupráce členů zdravotnického týmu 28
1.3.4 Komunikace členů zdravotnického týmu 29
1.3.5 Pacient jako součást zdravotnického týmu 31
2 VÝZKUMNÁ ČÁST **34**
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY 34
2.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR 34
2.4 SBĚR DAT 35
2.5 ANALÝZA DAT 36
2.6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ 36
2.6.1 Složení týmu 37
2.6.2 Systém práce 43
2.6.3 Komunikace 49
2.6.4 Interpersonální vztahy 53
3 DISKUZE **61**

3.1 VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 1: Jakou mají všeobecné sestry zkušenost s týmovou spoluprací na pracovišti? 61
3.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 2: Jak všeobecné sestry vnímají vzájemnou spolupráci s ostatními členy v multidisciplinárním týmu? 63
3.3 VÝZKUMNÁ OTÁZKA č. 3: Jaká pozitiva a negativa všeobecné sestry vnímají u týmové spolupráce na svém pracovišti? 66
4 ZÁVĚR 68
5 POUŽITÁ LITERATURA 70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Rozdíl mezi skupinou a týmem dle Baštecké a kol.....15
Tabulka 2 – Rozdíl mezi skupinou a týmem dle Svobodníka.....16
Tabulka 3 – Výčet pozitiv a negativ týmové spolupráce.....23
Tabulka 4 – Kategorie a přiřazené kódy.....37

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd.	a tak dále
cit.	citováno
č.	číslo
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
JIP	jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
např.	například
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PC	osobní počítač
R1-10	respondentka číslo 1-10
resp.	respektive
s.	strana
tj.	to je
tzv.	tak zvaný

ÚVOD

Cílem ošetřovatelství obecně je komplexní a soustavné uspokojování potřeb pacienta – tj. udržení nebo navrácení jeho zdraví, resp. zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu jeho nemoci případně umírání, a to s plným respektem k jeho individualitě. Při dosahování těchto cílů ošetřovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky (MZ ČR, ©2014).

Ve zdravotnictví je nepředstavitelné, aby jeden člověk uskutečňoval celkovou péči o zdraví zdravých lidí, anebo sám pečoval o nemocné. K dosažení cílů, jako je udržení nejvyšší možné kvality života zdraví jedinců a také jejich uzdravení v nemoci nebo zmírnění následků v důsledku nemoci, je nutná vzájemná spolupráce jednotlivců, profesionálů, kteří zabezpečují péči o jedince na úrovni své profese a dle svých kompetencí. Důležité je si uvědomit, že se zvyšujícími se požadavky na medicínskou i ošetřovatelskou péči se zdravotnictví bez kvalitního multidisciplinárního týmu neobejde (Plevová a kol., 2012, s. 81).

Nejen v nemocnici, jako ve zdravotnickém zařízení, je nevyhnutelná a nezbytná týmová spolupráce lidí. Termín týmová spolupráce je termínem, který se často používá, avšak leckdy se obtížně chápe. Každý tým je složen z různého počtu lidí. Jedná se o členy týmu, rozdílných lidských povah, s různými schopnostmi a motivací, různého věku a vzdělání, nestejných kompetencí. Avšak pouze součinností všech těchto lidí lze dosáhnout stanoveného cíle. Zda bude spolupráce bezproblémová nebo problémová je závislé na faktorech vnitřních i vnějších.

Tato diplomová práce pojednává o spolupráci týmů zdravotníků na pracovišti, kterým je lůžkové oddělení v nemocničním zařízení. Zabývá se přednostně týmovou spoluprací všeobecných sester, velkou skupinou členů multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví. Účelem práce je na základě kvalitativního výzkumného šetření zjistit, jak probíhá týmová spolupráce na pracovišti, jaké faktory týmovou spolupráci ovlivňují, jak se všeobecné sestry cítí v týmu a jak vnímají vzájemnou spolupráci s ostatními členy, zdravotníky i nezdravotníky multidisciplinárního týmu.

Vzhledem k tomu, že označení profese zdravotní sestry postupem času procházelo jistým vývojem, jsou v této diplomové práci používány termíny sestra, zdravotní sestra, všeobecná sestra jako synonyma, i když podle zákona č. 96/2004 je správné označení jen všeobecná sestra.

CÍL PRÁCE

Cílem je zjistit, jaké zkušenosti s týmovou spoluprací mají všeobecné sestry, které pracují u lůžka v nemocnici.

Dílčí cíle Teoretické části

Popsat nejnovější poznatky o týmu a týmové spolupráci, multidisciplinární týmové spolupráci ve zdravotnictví, a roli pacienta jako člena týmu.

Dílčí cíle Výzkumné části

Zjistit, kde všeobecné sestry vnímají pozitiva a negativa, jaká je jejich vzájemná spolupráce s ostatními členy týmu, jestli je pro ně pacient a jeho rodina součástí týmu, a jak by eventuálně zlepšily týmovou spolupráci na svém pracovišti.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Tým

Slovo tým pochází z anglického slova **TEAM = Togeteher, Everybody, Achieves, More = SPOLEČNĚ VŠICHNI DOSÁHNEME VÍCE** (Kolajová, 2006, s. 12). Jako synonymum slova tým může být použito označení uskupení lidí ve vztahu k práci: **parta** (z němčiny) s označením „skupina osob, která pracuje na stejném úkolu“, dále **četa** (ze srbochorvatštiny) jako organizovaná pracovní skupina, nebo **kolektiv** (z latiny) což označuje skupinu lidí obvykle pracujících na společném díle a zainteresovaných na společném cíli (Baštecká a kol., 2016, s. 74).

1.1.1 Charakteristika týmu

Představa týmu nezřídka používá ustálenou metaforu „jedna velká rodina“, avšak mnohdy to, co se prezentuje jako „tým“, je všechno jiné jen ne tým (Hayes, 2005, s. 39).

V literatuře se můžeme setkat s různými definicemi týmu a existují mezi nimi i značné rozdíly. Například psycholog zabývající se optimalizací týmové práce Eduardo Salas definuje tým jako rozeznatelnou skupinu s omezeným trváním členství dvou nebo více lidí, kteří spolupracují dynamicky, vzájemně se přizpůsobují ke splnění společného a významného cíle/účelu/mise, a každému z nich byla přidělena specifická role nebo funkce (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 134). Oproti tomu německý pedagog zabývající se personálním rozvojem Rolf Meier tým definuje jako skupinu, kde převládá spolupráce bez dané hierarchie, všichni členové zastávají stejná práva a povinnosti, a rozdílné zkušenosti a vědomosti přispívají k optimalizaci výsledků (Plevová a kol., 2012, s. 82). Manažeři manželé Petr a Magda Škrlovi (2003, s. 358) hodnotí tým jako malý počet lidí, vzájemně se doplňujících ve svých dovednostech, se společnou odpovědností, výkonnostním záměrem, cílem.

Lojda (2011) uvádí, že **základem kvalitního týmu je:**

- vynikající komunikace,
- vysoká motivace jednotlivých členů,
- společný cíl.

Se samotným pojmem tým přicházíme do styku v každodenním běžném životě, především tam, kde působí lidský faktor. Může to být zdravotnictví, sport, všechny formy podnikání, politika, pěvecký sbor, škola, armáda, policie, průmysl atd. V literatuře se objevuje několik typologií týmů. Existují kritéria, podle kterých se týmy dále rozdělují. A to například podle

zaujímání společných cílů – formální, neformální, **délky trvání týmu** – na dobu určitou, na dobu neurčitou, **složení odborníků** – interdisciplinární, multidisciplinární, **typů osobnosti jednotlivých členů** - heterogenní, homogenní, **aktivity** – sportovní, procesní, pracovní atd. Každá organizace může být tvořena jedním nebo několika týmy s odlišnou představou (Kubátová a spol., 2013, s. 216-219).

1.1.2 Velikost týmu

Velikost týmu záleží na tom, co je objektem činnosti týmu a co je cílem jeho činnosti. Z toho vyplývají nároky na počet členů týmu. Je tedy zřejmé, že velikost týmu závisí na mnoha faktorech a proto může být značně variabilní. Nejmenší počet členů tvořících tým je dva. Obvykle je velikost týmu určována organizací (Meier, 2009, s. 10-11).

Teoreticky v obecné poloze převládá názor, že menší tým je efektivnější. V odborné literatuře se uvádí, že ideální počet členů v týmu je 4-8 lidí a většinu by v něm měli tvořit lidé zkušení v práci s týmovými procesy. Pokud je zapotřebí zapojit více členů, je možné hlavní tým rozdělit na další malé týmy (Kubátová a kol., 2013, s. 215). Podle Meiera (2009, s. 10-11) tvoří ideální počet členů v týmu 5-7 lidí, protože v týmech s dvanácti a více členy dochází k vytváření podskupin, kdy týmový vedoucí není schopen současně vést neomezený počet členů týmu, a oproti tomu v týmech s menším počtem členů se často nerozvine optimální spolupráce. Kolajová (2006, s. 20) ačkoliv přesně nespecifikuje ideální počet členů v týmu, uvádí, že v malých týmech lépe vznikají vzájemné neformální vztahy mezi členy a je zde dostatečně rozdělená práce. U velkých týmů upozorňuje na náročnou komunikaci, horší osobní spokojenost jednotlivých členů, delší čas potřebný pro řešení problémů (Kolajová, 2006, s. 20). Schmutz; Meier; Manser (2019) při srovnávání velikosti týmů uvádějí, že větší týmy oproti menším vykazují menší míru vazeb mezi členy a s rostoucí velikostí mají týmy problémy s jeho vývojem, odpovědností, koordinací, udržováním struktury.

Existuje také názor, že velikost týmu ovlivňuje výkon týmu, a počet členů není tak důležitý jako je složení týmu samotného (Baštecká a kol., 2016, s. 79).

Velikost týmu není rozhodující pro rozlišení mezi skupinou a týmem.

1.1.3 Tým a skupina

Rozdíl mezi týmem a skupinou je založený na tom, že skupina se stává skupinou už v momentě jejího založení, ale s týmem je to o něco složitější, je zapotřebí určitého zrání, které probíhá v několika na sebe navazujících fázích. Nejčastěji nejdříve vznikne skupina, ze které se časem stane tým (Plevová a kol., 2012, s. 83).

Pro mnoho lidí význam rozdílu mezi skupinou a týmem se stírá, a často mají mylnou představu o týmu především jako o skupině lidí, kteří spolu pracují na určitém úkolu v přátelském duchu, bez společných cílů, bez koordinace, bez vědomí týmové práce a přitom nechápou, že se jedná jenom o pracovní skupinu, a ne o tým (Hayes, 2005, s. 40).

Tým se vyznačuje rozdílnými rolemi jednotlivých členů se vzájemnou spoluprací na jednom společném cíli, nepanuje zde hierarchie, všechny pracovní úkony jsou stejně důležité. U týmů je velmi důležitá vzájemná podpora jednotlivých členů, mít stanovena jasná pravidla a bezproblémová komunikace. **Skupina** se vyznačuje psanou hierarchií a zodpovědností, a náplň práce je vymezená interními předpisy, kdy pracovníci nezávisle na sobě vykonávají podobnou práci (Baštecká a kol., 2016, s. 88).

Nejčastěji uváděné rozdíly mezi týmem a skupinou jsou představeny v následně uvedených tabulkách. Pro porovnání jsou uvedeny pohledy dvou autorů. Baštecká a kol. (2016) a Svobodník (2009) se shodují v komunikaci jako pozitivum pro tým, a nezávislosti a samostatnosti jako pozitivum pro skupinu, naopak na chybná rozhodnutí lze pohlížet jako na výhodu i nevýhodu týmů.

Autorka Baštecká a kol. navíc uvádí stres jako faktor, který se při práci v týmu snižuje a zvyšuje při práci ve skupině.

Tabulka 1 Rozdíl mezi skupinou a týmem dle Baštecké a kol. (Baštecká a kol., 2016, s. 88-89)

	skupina	**tým**
výhody	• rychlost • samostatnost • malá závislost na ostatních členech • zodpovědnost	• snižuje stresovou zátěž • napomáhá širší výměně názorů • snižuje počet chybných rozhodnutí • lepší komunikace v organizaci
nevýhody	• slabá podpora pocitu sounáležitosti ke skupině • postrádá celkový smysl práce • malá podpora kreativity • zvyšuje stresovou zátěž	• možné přehlížení problémů • potřebuje mnoho času a energie na posilování vztahů • neřešení možných konfliktů u členů • kontraproduktivní u specifického úkolu, o kterém má lepší přehled jeden specialista

Tabulka 2 Rozdíl mezi skupinou a týmem dle Svobodníka (Svobodník, 2009, s. 109-110)

	skupina	**tým**
výhody	• pracovníci se přizpůsobují rozhodování • pracovníci se starají jen o svůj úkol • pracovníkům je přesně zadán úkol co mají vykonat • nezávislost na druhých	• vzájemná spolupráce • vzájemné porozumění • kolegiální výpomoc • otevřená komunikace
nevýhody	• vzájemná nedůvěra • vázne komunikace • konflikty se neřeší otevřeně • malý rozvoj dovedností a znalostí	• neshoda při řešení složitých úkolů • odpovědnost nese vedoucí týmu • pracovníci se nebojí chybovat • důležitost vzájemné závislosti

1.1.4 Fáze vývoje týmu

Proces vývoje týmu probíhá zároveň jako zvládnutí společného úkolu, zvládnutí vnitřní organizace týmu, vývojem mezilidských vztahů v týmu (Svobodník, 2009, s. 111).

Během vývoje se především mění pozornost členů vznikajícího týmu, kdy zájmem se prvně stává rozdělení vlivu ve skupině, pak po přerodu skupiny v tým členové věnují pozornost věcným aspektům a procesním aspektům práce. Naposledy se pozornost upíná na jednotlivce. Takto popsaný přerod skupiny v tým se může zastavit, ale i opakovaně vracet (Plamínek, 2009, s. 23-24).

Teorie uvádí sedm fází vývoje týmu, které na sebe vzájemně navazují (někteří autoři popisují čtyři nebo pět následně jmenovaných fází vývoje).

Fáze vývoje týmu podle Plevové a kol. (2012, s. 84-86):

1. Formování

První fáze vývojového stadia nového týmu se vyznačuje jeho vznikem, neurčitostí, vysvětlováním, orientací jednotlivých členů, seznamováním se, vymezení si jednotlivých rolí, začátek plnění úkolu. Vedoucí týmu zavádí pravidla.

2. Bouření

V této fázi dochází ke střetům mezi členy, vzájemnému zkoušení a prověřování, skupina se formuje, členové sledují svoji roli v týmu, skupina jako celek plánuje dosažení optimálního výsledku.

3. Normování

Pro třetí fázi je typické uklidnění všech členů, kteří se identifikují se svojí rolí a vzájemně spolupracují. Dochází k soudržnosti, členové respektují pravidla, konflikty jsou vyřešeny jasnou komunikací, je zde zvýšený tok informací.

4. Vykonávání

Tato fáze se někdy stává poslední fází pro trvalou skupinu. V týmu panuje harmonie, dobrá nálada, členům se zvyšuje sebevědomí a dochází ke zlepšení vzájemných vztahů. Tým pracuje efektivně, se zaujetím.

5. (Ukončení)

Pro dočasné týmy je tato fáze konečná, úkol byl splněn a členové skupinu opouštějí.

6. Zklamání

Tato fáze se vyznačuje zklamáním jednotlivých členů, ztrácí se pocit sounáležitosti, vytvářejí se podskupiny, nesledují se zájmy týmu jako celku, objevuje se negativní atmosféra, snižuje se výkonnost týmu.

7. Přijetí

V této fázi dochází za pomoci neformálního vůdce k sjednocení skupiny, objevuje se nový zápal pro práci, jsou nově zavedená pravidla, je zde snaha o kvalitní práci.

V průběhu těchto fází se celková atmosféra v týmu mění. Předně přichází nadšení, potom narušení vzájemných vztahů, zhoršení výkonnosti, a pak se tým znovu rozběhne. Pro tým je i v průběhu jednotlivých fází typický odchod některých členů nebo rozštěpení týmu, vznik týmu nového (Lojda, 2011, s. 172).

1.1.5 Vedení týmu

Zásadní vliv na výkonnost, úspěch týmu má vedoucí člen týmu. Kdo vlastně je pokládán za ideálního lídra? Je lepším vůdcem ten, který je pro tým nejpřijatelnější svým chováním a svou image anebo ten, který umožní týmu dosáhnout vytyčených cílů? Z dlouhodobého hlediska je vždy lepší variantou efektivní vůdce před vůdcem populárním (Belbin, 2012, s. 49-50).

Vůdce (lídr) je považován za klíčového člena týmu, který využívá schopnost komunikovat, motivovat, rozhodovat. Efektivita vedení je výsledkem chodu celého týmu a organizace. Jeho role je výsadní, orientovaná na vedení lidí, nikoliv na řízení manažerské práce v souvislosti s dosahováním cílů organizace. Jeho role je uskutečňovat vizi, přijímat riziko, počítat s obtížemi, hledat nové cesty, těžit z konfliktů, brát nezdar na sebe, svými dovednostmi

ovlivňovat lidi a dynamiku týmu. Vedoucí člen vytváří podmínky pro práci u sebe i u podřízených, vytváří vztahy uvnitř i vně týmu (Baštecká a kol., 2009, s. 418-420).

Je normální, že odlišnou představu o vlastnostech vedoucího pracovníka má zaměstnavatel, nadřízený a podřízený pracovník, a jinou má klient (Gladkij a kol., 2003, s. 200). Pro lídra je charakteristická jak formální, tak i neformální autorita. Za ideální stav se považuje, když ještě neexistující tým má již na základě neformální autority zvoleného svého vůdce, který se pak snadno převede do role lídra s formální autoritou (Lojda, 2011, s. 164).

Vedoucí pracovník neznamená nadřazený člen týmu s výsadními privilegii, ale tzv. první mezi rovnými. Rovnoprávnost všech členů týmu je významná pro samotnou práci týmu (Lojda, 2011, s. 168).

I když převažuje názor o potřebnosti mít vůdce v týmu, mnozí výzkumníci zastávají názor, že některé týmy se mohou obejít bez svého vedoucího člena. Týká se to především tzv. autonomních týmů (týmů složených z členů s podobnými osobnostními rysy), ve kterých je možné, aby si jednotliví členové sami organizovali svoji práci, byli samostatní, spolupracovali spolu, aniž by nad sebou měli dohled určitého lídra (Hayes, 2005, s. 98).

1.1.6 Týmové role

Týmovou rolí se rozumí způsob chování jednotlivého člena v týmu, která je ovlivněna osobností, životními zkušenostmi a očekáváním. Také velmi záleží i na ostatních spolupracovnících a je vhodné, když se jednotlivé role vzájemně doplňují (Venglářová a kol., 2011, s. 87-88).

Týmové role neznamenají role při plnění práce. Pouhé dodržování náplně práce je typické pro skupinové uspořádání. Každý člen týmu musí znát a plnit své pracovní role, tým jako celek zaujímá i role týmové (Baštecká a kol., 2016, s. 80).

V odborné literatuře existují různé přehledy týmových rolí, kdy všechny jsou v různé úpravě odkazem na Mereditha Belbina. Sám autor ve své knize uvádí, že role nepřetržitě probíhaly svým vývojem a s jistými úpravami nejnověji popsal devět týmových rolí, které obsahují své silné i slabé stránky. Pro práci v týmu jsou žádoucí lidé se širokou škálou schopností (Belbin, 2012, s. 20, 23).

Všechny role jsou stejně důležité a zkušený týmový hráč se snaží ovládat co nejširší spektrum týmových rolí, kdy velkou výhodou je rychlá adaptace jednotlivců při práci týmu (Kubátová a kol., 2013, s. 225).

Přehled týmových rolí:

1. Inovátor:

Rád řeší složité problémy, nezaobírá se detaily, má spoustu nápadů, občas má problémy s efektivní komunikací, je inspirací pro ostatní členy (Belbin, 2012, s. 25, 70).

2. Vyhledávač zdrojů:

Vytváří kontakty, komunikativní, tolerantní, optimistický, brzy ztrácí zájem (Belbin, 2012, s. 25, 73).

3. Koordinátor:

Dobře umí delegovat, odpovědný, sebevědomý, schopný vedoucí pracovník, má sklon manipulovat s lidmi, je schopen dávat i přijímat příkazy (Belbin, 2012, s. 25, 74).

4. Usměrňovač:

Má sílu a odvahu překonávat překážky, náročný, rád pracuje pod tlakem, necitlivý, provokující, dokáže se snadno prosadit a dosáhnout povýšení (Belbin, 2012, s. 25, 68).

5. Monitor vyhodnocovač:

Jeho mínění je často správné, dokáže zhodnotit všechny alternativy, přemýšlivý, neprůbojný, kritický, nerozhodný (Belbin, 2012, s. 25, 71).

6. Týmový pracovník:

Dokáže naslouchat druhým, tvořivý, urovnává konflikty, diplomatický, často se nechá ovlivnit druhými, nerozhodný. Představuje typ člena, se kterým se nejlépe spolupracuje (Belbin, 2012, s. 25, 75).

7. Realizátor:

Má disciplínu, je na něj spolehnutí, je výkonný, konzervativní, nedůvěřivý, dokáže myšlenky a nápady převést do reality (Belbin, 2012, s. 25).

8. Kompletovač – finišer:

Výsledky své práce odevzdává včas, svědomitý, pečlivý, hledá chyby druhých členů, má sklony k úzkosti, nerad deleguje odpovědnost na jiné členy (Belbin, 2012, s. 25).

9. Specialista:

Oplývá výjimečnými schopnostmi a dovednostmi, cílevědomý, občas není objektivní, je prospěšný pouze v úzké oblasti (Belbin, 2012, s. 25).

Bělohlávek (2008, s. 29) popisuje podle Mereditha Belbina jako velmi efektivní tým složený ze tří, čtyř nebo pěti lidí za předpokladu, že každý z členů vykonává současně několik rolí najednou. Optimální tým by měl vždy zastupovat všechny role. Pokud některá z rolí v týmu chybí, tým pracuje neúspěšně. Jednotliví členové týmu málokdy přesně odpovídají popsaným

rolím, často jsou kombinací několika rolí, což odpovídá různorodosti lidských povah a vztahu k práci.

1.1.7 Sestavení týmu

Správné složení týmu je předpokladem pro jeho úspěšné fungování a každý jednotlivec může, ale i nemusí mít předpoklady pro týmovou práci (Kolajová, 2006, s. 29). Bělohlávek (2008, s. 29) uvádí, že lidé jsou většinou do týmu vybíráni podle svých profesních znalostí a dovedností tak, aby došlo v rámci mezioborového týmu k pokrytí celého spektra odborností, které jsou zapotřebí pro úspěšné splnění úkolu. Často dochází k problémům vycházejícím z nevhodné skladby jednotlivých osobností, nikoliv z nedostatečné profesionality (Bělohlávek, 2008, s. 29).

Profesní zdatnost se prověřuje nejsnadněji. Patří sem dokončené vzdělání, odborná praxe, reference. Správného odborníka z pohledu profesní odbornosti hledáme snadněji než odborníka s profesní odborností a navíc s osobnostními předpoklady (Kolajová, 2006, s. 29).

Osobní vlastnosti se prověřují obtížněji. Poznat povahu nového člena týmu je složité. Tým je tvořen vždy z více jedinců, kteří si mohou být v něčem podobní, a v něčem vůbec. Někdy se doporučuje varianta dlouhodobější spolupráce určitých členů, kteří se znají z práce či mimo práci, a u kterých se předpokládá lepší soulad mezi sebou, doplňování se, spolupráce. Pro práci v týmu se nehodí lidé pesimističtí, konfliktní, stěžující si, nepřátelští. Týmový duch by měl být založen na zdravém sebevědomí, sebedůvěry, tolerance, pokory. Je důležité mít na mysli, že úplně od odlišného člověka než jsem já, se mohu něčemu zajímavému přiučit či něco zajímavého se dozvědět (Kolajová, 2006, s. 30-32).

Pokud dojde k sestavení určitého funkčního týmu, je doporučováno o tento tým pečovat, utužovat, posilovat, budovat. Mluví se o budování týmu, kde je velmi důležité vytvořit silné a pozitivní vztahy uvnitř skupiny, a cílem je navodit pocit bezpečí, a vytvoření takových podmínek, aby se členové vnímali mezi sebou jako „my‘‘(Hayes, 2005, s. 62). Budování týmu neboli teambuilding lze provádět několika způsoby, a to se v současnosti provádí formou pořádání jakékoliv aktivity, jako jsou různé sešlosti, besídky, zájezdy, sportovní kurzy (Plevová a kol., 2012, s. 87-88).

Především v pomáhajících profesích je pro získávání dobrého výsledku práce zapotřebí pracovníka podporovat a průběžně ho hodnotit. Pracovní výkon probíhá v čase a je důsledkem učení pracovníka. Únava, monotonie, přetížení pracovníka nastupují po určitém čase vykonávání činnosti. **Vědět, chtít, smět** jsou faktory ovlivňující pracovní výkon člena

týmu. Vědět zahrnuje vědomosti, dovednosti závislé na fyzické, intelektové, odborné schopnosti člověka. Chtít začleňuje motivaci nutnou k aktivizaci chování člověka k dosažení cíle. Smět zahrnuje vnější podmínky jako je pracovní prostředí, průběh práce, a dále sociálně-ekonomické prostředí jako je způsob řízení, vztahy na pracovišti, hodnocení člověka. Pro tým je nezbytná zpětná vazba, která pracovníka informuje, jak pracuje, jak působí v týmu (Baštecká a kol., 2009, s. 249-251).

1.2 Týmová spolupráce

Říká se, že se schopností týmové spolupráce se buď narodíme, nebo se ji můžeme naučit, nebo k ní mít správný postoj (Mühleisen a Oberhuber, 2008, s. 111).

Petr a Magda Škrlovi (2003) uvádí, že **koncepce týmové spolupráce** je tvořena:

- kvalitní komunikací,
- jednotou poslání,
- ochotou spolupracovat,
- odhodlaností.

Týmová spolupráce je označení určitého vztahového chování v týmu. Je cílem snažení řady jednotlivců, které má příznivý efekt při plnění pracovního úkolu, ale i mezi jednotlivými členy, kde vzájemně zvyšuje důvěru. Spolupráce by vždy měla směřovat k zisku všech zúčastněných členů, ale ne vždy všichni získávají. Někdy mohou někteří nebo i všichni ztratit (Plamínek, 2009, s. 14-18).

Proces týmové spolupráce znamená proces součinnosti a komunikace lidí v týmu, jejich vzájemného chování a jednání při dosahování společného cíle. Patří sem zejména to, jestli jsou členové aktivní či pasivní, jestli spolu spolupracují nebo soutěží, jak na sebe hledí, jestli se spolu hádají. Jedná se o komplikovanou a náročnou situaci. Osobnost jednotlivce je vždy individuální směsicí jeho hodnot, schopností a motivace. Při týmové spolupráci se schází originální sestava různých individualit. Je zapotřebí si uvědomit, že součástí celkového týmu je jeden velký člen navíc, a to součet všech individualit dohromady (Kubátová a kol., 2013, s. 210).

Je vhodné si připomínat, že každý druh týmu potřebuje odlišný přístup k týmové spolupráci. Charakteristika týmové práce je závislá na faktorech ovlivňující sociální situaci, ve které probíhá. Například pro tenisový nebo atletický tým je typické, že všichni členové týmu hrají

samostatně. Oproti tomu multiprofesní tým ve veřejné službě funguje úplně na jiném principu (Payne, 2000, s. 8).

Pro efektivní týmovou spolupráci je významný tzv. **synergický efekt**. Znamená to, že členové jsou spojeni vazbami, navzájem se ovlivňují, a nedostatky jednoho jsou doplňovány přednostmi druhých členů týmu. Vzniká většinou až v sehraném týmu, protože energie v začínajícím, nesehraném týmu je nejdříve využívána k budování svého místa v týmu, a až později je využita pro kvalitní práci (Svobodník, 2009, s. 108-109).

Přidanou hodnotou synergie jsou **rozdílné znalosti a zkušenosti**, které jsou výhodné při řešení složitého úkolu, zvyšují efektivitu při řešení úkolu. Další hodnotou je **inspirace** pro ostatní členy týmu, kdy nápady různých členů jsou považovány za kreativní. Různý **přístup k práci** zefektivňuje provedení úkolu. **Odpovědnost vůči spolupracovníkům** je možno chápat ve smyslu nezklamat je, zapadnout do týmu – tj. být jeho platným členem. **Tlak spolupracovníků** povzbuzuje členy ke zvyšování vlastní práce. Tým jako **opora** pro slabší členy tvoří podporu a povzbuzování ostatními spolupracovníky. **Prezentace výsledků práce** je důvěryhodnější a lépe ostatními přijímána od týmu než od jednoho člena (Bělohlávek, 2008, s. 13-14).

Je žádoucí, když u procesu týmové spolupráce dochází k tzv. pozitivní synergii, ale může dojít i k opačné tzv. negativní synergii, kdy výsledky týmu jsou z různého důvodu horší než souhrn úsilí jednotlivých členů (Bělohlávek, 2008, s. 14).

1.2.1 Pozitiva a negativa týmové spolupráce

Týmová spolupráce je postavená na hlubokých psychologických motivech a procesech, stává se tak cennou zkušeností pro jednotlivé členy. Práce v týmu dává členům sílu, rozvíjí sebepoznání, snižuje napětí, je zdrojem hlubokého pracovního uspokojení, posiluje vlastní pocit úspěšnosti (Hayes, 2005, s. 172).

Týmová spolupráce se velmi odlišuje od tradičního, přísného, autoritativního vedení, které se objevuje častěji. Striktní, autoritativní systémy mohou vytvářet zatrpklé, pasivní zaměstnance. Spolupráce v týmu se stává mnohem účinnější, pokud se lidem svěří odpovědnost. Pak si počínají mnohem odpovědněji, týmová práce vede k profesionalitě zaměstnanců, a je velkým přínosem pro organizaci (Hayes, 2005, s. 20).

V následující tabulce jsou shrnuty nejčastěji odbornou literaturou uváděné přínosy a negativa týmové spolupráce. Pokud jsou negativa známa je možno je lépe eliminovat.

Tabulka 3 Výčet pozitiv a negativ týmové spolupráce (Bělohlávek, 2008, s. 14-15; Mikuláštík, 2010, s. 208-209)

Pozitiva týmové spolupráce	Negativa týmové spolupráce
• zvyšuje pracovní spokojenost • snižuje fluktuaci pracovníků • zvyšuje produktivitu • snižuje strukturu úrovně řízení • zvyšuje kvalitu produktů a služeb • zvyšuje loajalitu pracovníků • zvyšuje flexibilitu • zlepšuje pracovní život pracovníků	• konflikty • potlačuje individualitu • neschopnost spolupracovat • různé cíle členů • časová náročnost • vyhýbání se odpovědnosti • vytváření podskupin • lenost v týmu

1.2.2 Delegování pravomocí

„ Každý tým stojí a padá na kompetencích svých členů (Meier, 2009, s. 14).*“*

Delegováním pravomocí/kompetencí se rozumí rozdělení svých pravomocí/kompetencí na ostatní členy týmu společně s odpovědností z důvodu urychlení výsledku cíle práce. Je to jedna z důležitých dovedností týmové spolupráce.

Delegování bude úspěšné do té míry, jak zvládneme a využijeme interpersonální situaci. Aby delegování správně plnilo svůj účel, je důležité znát konkrétní situaci, znát základní a praktické postupy delegování, vědět důvody, proč delegujeme. Delegováním nastavujeme vztah spolupráce a soutěživosti, které se podílejí na formování kultury organizace. Pokud má jeden člen v týmu vyšší kompetence než ostatní členové, a pokud tento člen své schopnosti nepřenáší delegováním na jiné členy, často se objeví problémy ve smyslu nepostradatelnosti, neschopností spolupráce s ostatními. Častým důvodem, proč se delegování pravomocí nevyužívá v praxi, je nedostatek důvěry ve schopnosti a loajality jednotlivých členů (Kubátová a kol., 2013, s. 82-86).

Dělba pravomocí neumožňuje vedoucím pracovníkům zbavit se jejich odpovědnosti a vůbec neznamená bezvládí, kde lze cokoliv (Forsyth, 2009, s. 83). Kubátová a kol. (2013, s. 94) uvádí, že u delegování pravomocí platí pravidlo, kdy delegovat lze pouze na zkušené členy týmu s odpovídající mírou kompetencí. Záleží přitom i na tom, jak je ten, na kterého jsou

pravomoci delegovány schopen objektivně posoudit svoje schopnosti (Kubátová a kol., 2013, s. 94).

Při delegování by měli být úkoly rozdělovány podle kapacit a schopností jednotlivého člena. Nikdy by nemělo docházet k nevytížení nebo přetížení jednotlivce (Meier, 2009, s. 46).

Přínosem delegování pro týmovou spolupráci je využívání odborných znalostí a zkušeností všech členů týmu, podněcování a rozvíjení dovedností a kompetencí členů týmu, motivace k výkonu a spokojenosti s prací (Meier, 2009, s. 45).

Kritéria efektivního delegování kompetencí podle Forsytha (2009, s. 66-86):

- ***jasná politika*** (každý člen týmu ví, co je cílem a zná svoji pozici v týmu),
- ***dobrá komunikace*** (je naprosto nezbytná, a je dána dohodnutou formou, jak jsou informace sdělovány),
- ***nepatrné vměšování*** (vedoucí týmu musí nastavit pravidla tak, aby se členové týmu cítili nezávislými a nemuseli provádět svoji práci pod jejich stálou kontrolou),
- ***zapojování do rozhodování*** (delegování pravomocí spojená s pravidelnou konzultací členů týmu),
- ***zpětná vazba*** (hledat stále lepší způsoby, jak věci provádět),
- ***rozvoj*** (stálé vzdělávání všech členů týmu).

1.3 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Cílem týmové spolupráce ve zdravotnictví je komplexní uspokojování potřeb pacienta. To znamená jeho vyléčení, popřípadě zamezení vzniku komplikací v souvislosti s léčbou respektive zmírnění jeho utrpení. Zdravotnický tým tvoří mnoho profesionálů, přičemž počet členů a skladba týmu se liší podle oblasti zdravotnictví, kde je péče poskytována. Skladba a funkce zdravotnického týmu je jiná v ambulantní sféře, v nemocnici, hospici, agentuře domácí péče atd. (Plevová a kol., 2012, s. 105-106).

Ukazuje se, že univerzální přístup vhodné týmové spolupráce na různých odděleních, v různých oborech zdravotnických zařízení neexistuje. Ve zdravotnictví se uplatňují rozmanité normy a rutiny týmové spolupráce. Kvalitní týmové práce může být dosaženo za pomocí týmových školení, společné reflexe týmové práce, zdokonalením systému zařízení (Schmutz; Meier; Manser, 2020).

Kvalitní týmová spolupráce zdravotnických pracovníků zvyšuje nejen spokojenost s prací, ale významně snižuje výskyt syndromu vyhoření (Pokojová a Bártlová, 2017).

Nejčastějším typem týmu ve zdravotnictví je **tým multidisciplinární**, do kterého patří lékaři, farmaceuti, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetřovatelé, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychoterapeuti, sanitáři, sociálně-zdravotničtí pracovníci, administrativní pracovníci, duchovní, dobrovolníci, uklízečky, techničtí pracovníci, studenti zdravotnických a sociálních oborů. Vyspělé chápání multidisciplinárního týmu považuje pacienta a jeho rodinu, nebo jeho jinou blízkou osobu, za součást týmu. Jsou nepostradatelní při plánování a realizaci intervencí potřebných k dosažení stanoveného cíle, dochází k prohlubování vzájemné spolupráce, je zlepšeno bezpečí a kvalita poskytované péče (Plevová a kol., 2012, s. 106).

Týmy ve zdravotnictví se můžou **rozdělovat podle specializace** na týmy chirurgické, internistické, intenzivní péče, paliativní, vědecké atd.. Pro dosažení komplexní zdravotní péče musí mezi jednotlivými týmy existovat úzká spolupráce. **Přístup k vzájemné spolupráci** označujeme jako partnerský (rovnocenný). V praxi se můžeme setkat s přístupem paternalistickým (nadřazeným) nebo submisivním (podřízeným), které ovšem do týmové spolupráce nepatří (Plevová a kol., 2012, s. 109).

1.3.1 Faktory negativně působící na týmovou spolupráci ve zdravotnictví

Efektivní spolupráci týmů ve zdravotnictví omezují zejména tyto překážky:

1. Výměna rolí:

V mnoha zdravotnických zařízeních se role různých zdravotnických pracovníků překrývají. Někteří pracovníci nemají příslušnou kvalifikaci, ale přesto jsou důležitými členy týmu. Jsou případy, kdy jsou někdy žádáni, aby splnili úkol, na který nejsou vyškoleni. Ale často také, aby úkoly, na které nejsou vyškoleni, plnili trvale (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

2. Změna v nastavení:

Zdravotní péče se mění dle poskytování příslušných služeb zdravotníky, jako je například ambulantní sféra, pečovatelské prostředí v domácím ošetřování (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

3. Nedostatečná podpora organizace:

Patří sem například nedostatečný nebo špatný odměňovací systém, nemožnost vzdělávání a školení, nedostatečné informace ze strany organizace a nedostatečné materiální zdroje (Hayes, 2005, s. 170).

4. Hierarchie ve zdravotnictví:

Zdravotní péče je silně hierarchická a někdy to může být kontraproduktivní pro účinné týmy (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

5. Individualistická povaha zdravotní péče:

Ošetřovatelství, ale i celá medicína je založená na autonomním individualistickém vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Patří sem například neochota klinických pracovníků sdílet péči o své pacienty, lékařsko-právní důsledky týmové práce (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

6. Nestabilita týmů:

Zdravotní týmy jsou většinou přechodné a to klade velký důraz na kvalitu školení nových členů týmu (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

7. Konflikt:

Souvisí se složením týmu, s vedením týmu a podmínkami, ve kterých tým pracuje (Plamínek, 2009, s. 49). Je dobré si uvědomit, že bez konfliktů nelze dosáhnout žádného vývoje. Konflikt nemusí být vždy nepříjemným zážitkem, protože vede k diskuzi, a díky němu může vzniknout něco nového, lepšího (Mikuláštík, 2010, s. 234). Nebezpečnými se konflikty stávají v okamžiku, kdy je jednotliví členové neumějí zvládat, anebo jich je tolik, že oslabují samotný výkon a vztahy v týmu (Plamínek, 2009, s. 49). Někdy se stává, že některé konflikty řešit nelze, například když členové nenaleznou žádný uspokojující cíl. Ztěžuje to i obtížná komunikace s egoisty, dominantními, agresivními lidmi (Mikuláštík, 2010, s. 236). V multidisciplinárním týmu způsobují konflikty samy sestry, lékaři, pomocný personál, management a rodinní příslušníci či blízcí pacientů. Tito členové jsou poté vystaveni určitému stresu, napětí, obavám, a to pak ovlivňuje chování a komunikaci každého z nich (Trešlová a kol., 2010). Velmi častý je konflikt s kolegou a vzájemná antipatie bez viditelné příčiny, které pak můžou vést až k tomu, že na pracovišti vznikají další konflikty na základě zástupných problémů (Hekelová, 2012, s. 97). Nejhorší je opakující se konflikt na stále stejné téma, například vždy pro někoho nespravedlivý rozpis služeb, kdy u aktérů dochází k postupnému vyčerpávání (Hekelová, 2012, s. 99). Výjimkou není konflikt mezi zdravotníkem a pacientem, který je zapříčiněný buď nevhodnou komunikací nebo věcným problémem (Hekelová, 2012, s. 102-103). Konflikt můžeme řešit buď dohodou o spolupráci nebo kompromisem, přizpůsobením se, soupeřením, únikem (Hekelová, 2012, s. 98). Pokud dojde ke konfliktu, je vždy žádoucí zůstat profesionální, potlačit emoce, ctít etické zásady, dát najevo pochopení a mít především snahu se domluvit na společném řešení (Hekelová, 2012, s. 102-103).

8. Mobbing:

V překladu znamená šikanování na pracovišti. Jedná se o typ destruktivního konfliktu. Zahrnuje širokou problematiku, která se nevyskytuje pouze ve zdravotnictví. Je časté, že

samotní mobbéři i jejich oběti si nejsou tohoto problému vědomi. Patří sem například různé pomluvy, obtěžování, nepřiměřené kontrolování, ignorování, ponižování, pronásledování, slovní útoky atd.. Řešení mobbingu není lehké, je důležité včasné rozpoznání problému. Existují doporučované preventivní postupy různých organizací, které se tímto problémem zabývají (Plevová a kol., 2012, s. 101-105).

1.3.2 Faktory pozitivně působící na týmovou spolupráci ve zdravotnictví

Efektivní týmová spolupráce ve zdravotnictví může být docílena překonáváním výše jmenovaných překážek. Patří sem podpora a vhodná příprava těch členů týmu, kteří nemají příslušnou kvalifikaci ke splnění zadaného úkolu. Dále je důležitý vývoj nových týmů a úprava týmů stávajících z důvodu moderního rozvoje poskytování zdravotní péče ve zdravotnických službách. Hierarchii ve zdravotnictví můžeme zmírnit, když názory všech členů týmu budou stejně důležité. Vedoucím týmu ve zdravotnických službách nemusí být pouze lékař. Stabilitu týmů lze vylepšit, pokud se bude věnovat větší pozornost vzdělávání a odborné přípravě nových členů týmu, a nebude se veškerá síla zaměřovat pouze na poskytování služeb. Zásadní je správný výběr vedoucího týmu, pak i dalších členů (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 140-141).

Pozitivní přístup k práci ze strany organizace vůči členům týmu může být zlepšován dobrou informovaností, odpovídajícím odměňovacím systémem, dostatečnými materiálními zdroji, umožňováním vzdělávání a školení členů týmu (Hayes, 2005, s. 170).

Efektivní týmovou spolupráci posiluje kvalitní komunikace zdravotnických pracovníků, především dovednost naslouchat, zdvořilost a slušnost. Úroveň komunikace je vždy obrazem úrovně mezilidských vztahů (Bunešová; Klementová; Skalická, 2008).

Návrhem na zlepšení týmové spolupráce ve zdravotnictví může být zapojení výuky procesu a aplikace týmové spolupráce ve zdravotnictví již na středních zdravotnických školách. Jana Maděrová (2002) po zkušenostech v německých zdravotnických školách považuje praktickou výuku budoucích zdravotních sester v Česku nedostačující. Uvádí, že odborná učitelka v Německu má na starosti jednu studentku, v České republice deset studentek. Upozorňuje na neefektivní spolupráci mezi sestrami a chybějící skupinovou péči o pacienty na mnohých odděleních v České republice. Dále zdůrazňuje jiný systém organizace práce, který je nezbytný pro poskytování profesionální ošetřovatelské péče pro pacienta a zdravotní sestru (Maděrová, 2002, s. 236).

Ukazuje se rozdíl mezi potřebami a dovednostmi manažerek v pozici všeobecná sestra. A protože manažeři nesou odpovědnost za výsledky svých týmů, jednou z možností, jak zvyšovat spokojenost zaměstnanců, může být zařazení manažerských komunikačních dovedností jako předmětu celoživotního vzdělávání pro manažery v nemocnicích nebo v jiné zdravotnické organizaci (Holá; Moravcová; Hlaváčková, 2020).

1.3.3 Spolupráce členů zdravotnického týmu

Ve zdravotnictví převládá hierarchické uspořádání (ve zdravotnickém týmu se jednotliví členové podřizují příkazům druhých členů podle svých kompetencí). Máme i nehierarchické uspořádání typické pro jednotlivé týmové podskupiny (členové týmu mají stejné kompetence, jsou funkčně na stejné úrovni, např. tým všeobecných sester ve směnném provozu)(Plevová a kol., 2012, s. 105-106).

Zdravotnické týmy se skládají z členů s různou úrovní kvalifikace. Týmy jsou spíše nestabilní, tvořeny převážně ženami. Existuje v nich častější fluktuace jednotlivých členů. Pokud jsou týmy stabilní, tak většinou stejně nepracuje celý tým pohromadě, pracuje ve skupinách. I přes tyto specifika je týmová práce v povolání sestry velmi důležitá, protože bez úzkých vzájemných vztahů, nejen mezi sestrami, se sestry neobejdou (Plevová a kol., 2012, s. 108-109).

Týmová spolupráce lékař-sestra je velmi důležitá, protože vede k příznivým výsledkům léčby prostřednictvím nejenom vzájemných odborných znalostí. Zároveň však spolupráce mezi lékařem a sestrou není vždy optimální a často v tomto vztahu dochází ke konfliktům. Zdravotní sestry na rozdíl od lékařů přikládají větší důležitost vzájemné spolupráci ve vztahu lékař-sestra a zdravotní sestry u tohoto vztahu projevují větší zájem na společném vzdělávání v týmové spolupráci. Je prokázáno, že efektivní spolupráce mezi lékařem a zdravotní sestrou nevede jenom k vzájemné spokojenosti, ale má pozitivní vliv i na pacienta ve smyslu kvalitnější péče, zkracování pobytu pacienta v nemocnici, vede k celkové spokojenosti pacienta. Přesto mnoho lékařů stále nepřijímá profesní samostatnost sester většinou z důvodu autority a výhradní odpovědnosti za léčbu. Lékaři považují sestry za méně důležité členy týmu, nespolupracují s nimi při rozhodování při léčení pacienta. Z toho vzniká nedůvěra k zdravotní sestře ze strany pacienta i jeho rodiny. V současné době dochází k rozšiřování rolí zdravotních sester, vlivem akademické ošetřovatelské profese dochází k zvyšování odborných znalostí, díky kterým sestry lépe zvládají cíle péče a to jim pomáhá neplnit jen pouhé příkazy

od lékařů. Zdravotní sestry na rozdíl od lékařů jsou neustále přítomny u lůžka pacientů a mohou tím lépe pacienta poznat (Mahboube et al., 2019).

Ve výzkumném šetření, ve kterém se autorky Beňadiková a Rapčíková (2009) zabývaly **postavením všeobecné sestry v týmu**, bylo zjištěno, že většina sester dává přednost malému pracovnímu týmu. Necelá polovina dotazovaných získává od ostatních členů týmu nové dovednosti a znalosti. Necelá polovina sester v případě záchrany života pacienta přebírá na sebe kompetence lékařů. Pro necelou polovinu dotazovaných sester jsou důležitější praktické zkušenosti před kontinuálním vzděláváním. Většina má zájem o zvyšování odborné způsobilosti a vedoucí pracovníci je v tom podporují. Především na nočních směnách většina sester provádí práci za nižší zdravotnický personál. Necelá polovina sester musí opakovaně kontrolovat delegovaný úkol nižšímu zdravotnickému personálu z důvodu malé spolehlivosti.

Odpovědnost členů zdravotnického týmu by měla být kolektivní, ale zásadní je i odpovědnost každého člena za jednotlivé úkony provedené v rámci jeho kompetencí. Celý tým nese odpovědnost za provedení holistické péče u pacienta, například mezi lékařem a zdravotní sestrou je přidělena odpovědnost na základě odbornosti získané vzděláním, zkušenostmi a nácvikem. Kolektivní odpovědností se rozumí i odpovědnost funkční, kdy se jedná o odpovědnost za zadání úkolu, vytyčení způsobu jeho provedení, výběr členů týmu (Plevová a kol., 2012, s. 110).

Všeobecná sestra, která pracuje u lůžka v nemocnici, je schopna zastoupit práci více členů zdravotnického týmu a dokonce v mnoha případech je to od ní vyžadováno. Tímto způsobem dochází ke zvyšování její odpovědnosti v rámci celého týmu. Stále narůstající objem práce, často nesouvisející s kompetencemi všeobecné sestry, je pádným důvodem pro dobře fungující týmovou spolupráci ve zdravotnickém týmu (Marková a Bártlová, 2013).

1.3.4 Komunikace členů zdravotnického týmu

Atmosféra pozitivní komunikace na pracovišti zvyšuje produktivitu členů týmu. Jednotliví členové se musejí v týmu cítit bezpečně, tak, aby mohli volně vystoupit s nápady nebo kritikou, aniž by je někdo kritizoval. Je potřeba si vyměňovat informace, hovořit společně o názorech, spolupracovat (Maxwell, 2015, s. 71).

Dovednost aktivního naslouchání, umění se ptát, předcházení nedorozumění a minimalizovat komunikační šumy tvoří základ kvalitní komunikace (Gladkij a kol., 2003, s. 197-198).

Při vzájemném dorozumívání dvou a více lidí hraje stejně důležitou, někdy i důležitější roli, komunikace nonverbální oproti verbální. Komunikace také může probíhat na formální a neformální úrovni. Neformální komunikace nám pomáhá v rychlé orientaci a slouží k překonávání překážek mezi jedincem a organizací. Dále vypovídá o úrovni kultury v organizaci jako například, jestli správně funguje týmová spolupráce nebo zda je v celé organizaci přátelská otevřená atmosféra (Holá, 2017, s. 61-62).

Komplikací každého týmu, ale i organizace jsou komunikační bariéry, jako například dvoustranné domluvy nebo nadstandartní vztahy. Komunikace v týmu není pouze ovlivňována vedoucím členem, ale především tzv. problémovými členy týmu, kterých je více typů. Úkolem vedoucího týmu je umět spolupracovat se všemi typy členů tak, aby všichni společně došli ke společnému cíli (Lojda, 2011, s. 169).

Nejen ve zdravotnictví je uplatňována tzv. **interní komunikace**, která má velký vliv na fungování celé instituce a stejně důležitá je i tzv**. integrovaná komunikace**, která cílí na všechny zájmové skupiny, jako jsou například pacienti, osoby blízké pacientů, obchodní partneři, veřejná správa (Holá, 2017, s. 22-23).

Holá (2012) zabývající se interní komunikací, ve výzkumném šetření provedeném v konkrétním zdravotnickém zařízení, poukazuje na podceňování významu interní komunikace ze strany managementu. Jako příčinu uvádí neznalost, nepochopení významu interní komunikace, nedostatek času, nedostatek finančních prostředků organizace k zajištění informační a komunikační technologie.

Holá (2011) uvádí **tři základní formy interní komunikace:**

- *osobní* (porady, rozhovory),
- *písemná* (předpisy, směrnice, nařízení),
- *elektronická* (internet, e-mail).

Ve zdravotnictví probíhá vzájemné dorozumívání s kolegy, s pacientem a s rodinnými příslušníky. Na komunikaci má vliv vyšší míra stresu při práci, vyšší počet týmů, které mezi sebou spolupracují, osobnostní typologie jednotlivých pracovníků, a to hlavně sester (Hekelová, 2012, s. 85-106).

Komunikace s kolegy probíhá na úrovni sestupné (proudí od osob na vyšších stupních k osobám na nižším stupni), vzestupné (směrem od osob na nižší pozici k osobám na vyšší pozici), horizontální (probíhající u osob na stejné úrovni řízení)(Svobodník, 2009, s. 30).

Důležitým předpokladem pro efektivní spolupráci u této komunikace je dodržování vzájemného respektu, autonomie a kompetence u každé ze stran komunikace (Hekelová, 2012, s. 86).

Podle von Knorring et al. (2020) nekonzistentní komunikace mezi kolegy narušuje důvěru pacientů směrem ke zdravotnickému personálu. Nejednotná komunikace mezi zaměstnanci je důsledkem nesprávně fungující týmové spolupráce a způsobuje mnoho nežádoucích událostí ve zdravotnictví. Kvalitní komunikace mezi kolegy je potencionálním přínosem nejen pro pacienty ve smyslu lepších výsledků.

Komunikace s pacientem vyžaduje dodržování jistých pravidel, jakými jsou: správné dávkování informací, podávání stejných informací od různých členů týmu, podávání informací na úrovni znalostí pacienta, brát na vědomí mentální a biologický věk pacienta, dávat si pozor na neobvyklé situace (Hekelová, 2012, s. 100).

Pacienti upozorňují na špatnou či nedostatečnou komunikaci od lékařů a zdravotních sester a často uvádějí, že vztah zdravotník-pacient není rovnocenný. Na kvalitní komunikaci s pacienty mají zdravotníci málo času a nedostatek zdrojů. Jsou také zaneprázdnění systémovými požadavky. Pacienti se cítí izolováni, osamělí ve své péči o své zdraví (Oocloo et al., 2020).

Komunikace s rodinnými příslušníky je označována řadou zdravotníků jako nejnáročnější. Je nezbytné využívat taktu, vstřícnosti, znalosti svých kompetencí, dodržovat přání pacienta a vědět komu a jakým způsobem předávat informace (Vévoda a kol., 2013, s. 71).

Oocloo et al. (2020) poukazují na stále existující mocenskou nerovnost a paternalismus lékařů a zdravotních sester při komunikaci s příbuznými pacientů. Tato nerovnost brání příbuzným v naslouchání, diskuzi o svých obavách, dostat odpovídající informace o klinickém stavu a léčbě pacienta.

1.3.5 Pacient jako součást zdravotnického týmu

Roli pacienta jako člena zdravotnického týmu není v dostupné literatuře věnována taková pozornost, jakou by si, vzhledem k současné diskusi na toto téma mezi zdravotnickým personálem, zasluhovala. V současnosti je účast pacienta jako člena multidisciplinárního týmu hodně diskutovaná v programu Bezpečné péče, a to zejména jako možnosti pacienta podílet se na bezpečné zdravotní péči, zabránění poškození pacienta zapříčiněné pochybením zdravotníků.

Podmínkou přijetí pacienta jako rovnocenného člena je posun od pasivního (tradičního) přístupu k poskytované péči k přijetí aktivní role pacienta jako partnera všech zdravotnických pracovníků (Brabcová; Bártlová a kol., 2015, s. 191).

Podle Raudenské a Javůrkové (2011, s. 84-114) většina evropských pacientů inklinuje k pasivnějšímu vztahu k léčbě a spolupráci, který je označován jako tzv. paternalistický model, model vztahu nadřízeného zdravotníka a podřízeného pacienta. Přístup zdravotníka k pacientovi lze popsat jako tzv. ideální (partnerský) a tzv. běžný (paternalistický). Ideální pacient dokáže dobře určit, co ho trápí, kdežto u běžného pacienta se musí zdravotník cíleně dobrat toho, co ho trápí. Pacient při léčení může být aktivní či pasivní, a je to ovlivněno různými faktory jak ze strany zdravotníků, tak i pacienta. Pacienti u zdravotníků hledají oporu, úlevu, zklidnění. Pokud je vztah mezi zdravotníkem a pacientem chápán jako partnerský, umožňuje to navodit činný podíl pacienta na léčbě, lepší dodržování léčby, zlepšení znalostí pacienta zvyšující spolupráci na léčbě a adaptaci na nemoc.

Jak uvádí Haškovcová (1996, s. 9-16) paternalismus může být v budoucnosti zachován pouze v určitých, zvláštních situacích jako je např. poskytování první pomoci nebo neodkladné péče. K partnerství pak bude docházet spontánně, a to z důvodu například nárůstu dlouhodobě nemocných, vzdělávání nemocných, vývoje lidských práv a individuální svobody, rozvoje vědecké medicíny. V současné době se proto někdy setkáváme s označením pacienta jako klienta, protože je v tomto slovu více zdůrazněna rovnost rolí. Pacient má právo znát svoji situaci a zdravotník by jeho názor měl brát vždy v úvahu. Je žádoucí, aby pacient i zdravotník hledali co nejlepší možné řešení společně. K tomu je nejen nutné hledat nový způsob vzájemné komunikace a kvalitativních nových vzorců chování. Práva pacientů můžou sloužit jako určité vodítko k navázání spolupráce mezi pacientem a zdravotníkem.

Zdravotničtí pracovníci a pacienti vzájemně spolu vytvářejí jedinečný vztah, který je obohacením pro obě strany. Vztah může trvat hodiny, dny, měsíce, ale i roky. Podle psychologa Carla R. Rogerse tvoří *respekt, autentičnost, empatie, aktivní naslouchání, důvěra, diskrétnost* základní předpoklad vzájemného vztahu, který podporuje léčení pacienta (in Mareš a kol., 2016, s. 79-80).

O zapojení pacienta do procesu spolupráce postupně usilují v současné době zatím jen někteří lékaři a sestry, především z důvodu nárůstu chronických a civilizačních onemocnění s často nepřehlednou etiologií, která je spojena s životním stylem pacienta i celé společnosti, kdy se v tomto případě pacient stává odborníkem nejen na vlastní nemoc. Role lékaře se mění

z autoritativní osobnosti dávající direktivní rozkazy na roli vedoucího týmu, který koordinuje práci jednotlivých členů, doporučuje, kontroluje, dává rady. Pacient vystupuje ne jen jako objekt péče, ale stává se angažovaným a plně účastnícím se členem týmu v léčebném procesu. Jeho role má velký význam při sestavování diagnózy a volbě léčby. Pokud je pacient aktivně zapojen do procesu léčení stávají se léčebné a ošetřovatelské procesy bezpečnější. Všichni zdravotničtí pracovníci by se měli lépe naučit, jak mají správně reagovat na otázky pacientů, tolerovat otázky pacientů (Brabcová; Bártlová a kol., 2015, s. 191-197).

Pacient jako člen týmu má zájem o svoji vlastní péči, chce být součástí komunikace, jako jediný člen týmu je přítomen po celou dobu péče, má odborné znalosti v oblasti prožitku své nemoci**.** Bylo prokázáno, že pokud je nahlíženo na pacienta jako na člena týmu, dochází ke snižování pochybení, eliminují se potencionální nežádoucí příhody (*Příručka k osnově o bezpečí pacientů*, 2016, s. 135-136).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části práce je zjistit zkušenosti s týmovou spoluprací u všeobecných sester pracujících u lůžka v nemocnicích.

2.1 Metodika výzkumu

Vzhledem k předmětu a stanovených cílů diplomové práce byla jako vhodnější varianta zvolena kvalitativní výzkumná metoda vedená prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda oproti kvantitativní výzkumné metodě, umožňuje získat o daném tématu podrobnější informace a více nám ho umožňuje prozkoumat do hloubky (Kutnohorská, 2009, s. 25). Dále u kvalitativní výzkumné metody lze, mimo jiné, lépe popisovat vzájemné vztahy, různé okolnosti a poměry lidí (Bártlová; Sadílek; Tóthová, 2009, s. 24-25). Jako přístup kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). IPA je doporučována jako vhodný postup při zjišťování, popisování a analyzování toho, jaký význam analyzovaná skupina osob přikládá svým zkušenostem (Řiháček a kol., 2013, s. 9).

2.2 Výzkumné otázky

Po stanovení cílů diplomové práce byly identifikovány výzkumné otázky, které nám v kvalitativním výzkumu dávají možnost vymezit výzkumný problém na skutečnou zkoumanou velikost (Bártlová; Sadílek; Tóthová, 2009, s. 70). Na základě zvoleného výzkumného přístupu byly zformulovány následující fenomenologické otevřené výzkumné otázky:

1) Jakou mají všeobecné sestry zkušenost s týmovou spoluprací na svém pracovišti?
2) Jak všeobecné sestry vnímají vzájemnou spolupráci s ostatními členy v multidisciplinárním týmu?
3) Jaká pozitiva a negativa všeobecné sestry vnímají u týmové spolupráce na svém pracovišti?

2.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor zahrnuje všeobecné sestry, které pracují ve směnném provozu na odděleních interního typu v různých nemocnicích. Jednalo se o záměrný výběr respondentů. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla: kvalifikace, pracovní zařazení, souhlas s výzkumem, délka odborné praxe dva roky a více na stávajícím pracovišti, osobní známost respondenta z důvodu předpokládané větší otevřenosti. O celkovém počtu respondentů nebylo na počátku rozhodnuto, konečný počet byl ovlivněn saturací dat, kdy další výběr již

neposkytoval nové údaje. Konečný stav nakonec tvoří 10 respondentek. Dvě dvojice z deseti dotazovaných v době výzkumného šetření pracovaly na stejném oddělení a ve stejném kolektivu. Dvě respondentky z deseti v době výzkumného šetření pracovaly na nestejném oddělení typu JIP, ostatní pracovaly na standartních odděleních. Délka odborné praxe všeobecné sestry u respondentek byla rozmanitá, ve výsledku činila průměrně 12 let, nejkratší byla 2 roky a nejdelší 47 let.

2.4 Sběr dat

Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o typ rozhovorů vyznačující se velkou pružností celého postupu získávání informací, s přesně určeným účelem a stanovenou osnovou (Hendl, 2008, s. 164). Před zahájením výzkumného šetření byla provedena pilotní studie, kterou byla ověřena proveditelnost, a plán výzkumného šetření byl následně lehce poupraven. Před zahájením rozhovorů byla každá respondentka seznámena s tématem rozhovoru, předpokládanou délkou trvání, způsobem uchování získaných dat a jejich publikací, ochranou identity a byla jí nabídnuta možnost při pochybách kdykoli ukončit rozhovor. Každé respondentce byl poskytnut prostor pro případné otázky a získán její souhlas s výzkumným šetřením. Každý rozhovor byl nahráván na diktafon a následně převeden do písemné podoby v PC programu Microsoft Word pro následné zpracovávání získaných dat. Přepis rozhovorů byl proveden technikou doslovné transkripce, rozhovory nebyly jakkoliv upravovány. Místo rozhovoru bylo zvoleno dle volby respondentky. Jednalo se vždy o klidné místo (knihovna, kavárna, domácnost). Rozhovory trvaly průměrně 26 minut, nejdelší trval 56 minut a nejkratší 15 minut. Rozhovory byly realizovány od prosince 2019 do února 2020. Aby bylo zaručeno, že se respondentky budou vyjadřovat k dané problematice, byl stanoven okruh témat otázek, které zachycují podstatu zkoumaného fenoménu:

- týmová spolupráce na pracovišti,
- členové týmu,
- delegování kompetencí,
- pozitiva týmové spolupráce,
- negativa týmové spolupráce,
- zlepšení týmové spolupráce.

Přesně stanovený seznam otázek nebyl vypracován. Každý rozhovor byl vždy zahájen první všeobecnou otázkou vycházející z první výzkumné otázky, na kterou respondentky volně vyprávěly. Poté byly postupně kladeny další otázky, které se týkaly druhé a třetí výzkumné

otázky, a vodítkem, pro tento případ, byl výše stanovený okruh otázek. Jednotlivé podpůrné a usměrňující otázky byly u každé respondentky voleny a přizpůsobeny podle jejího vyprávění.

2.5 Analýza dat

Cílem fenomenologického zkoumání je porozumění významů prožité zkušenosti určitého jedince nebo skupiny jedinců s daným fenoménem. Výstupem analýzy je text, který pravdivě vypovídá o zkušenostech s fenoménem pro toho, kdo ji měl a poskytuje náhled tomu, kdo ji neměl (Hendl, 2008, s. 126-127).

Pro rozbor výzkumného šetření v této diplomové práci byla využita metoda, která se doporučuje v IPA. Willig (2001) cit., podle Řiháčka a kol. (2013, s. 16) uvádějí, že účelem IPA je formulace témat zachycující podstatu fenoménu, který tvoří předmět výzkumu.

Postup analýzy dat byl proveden dle doporučeného postupu autorů Řiháčka a kol. (2013, s. 16-21), kteří popisují postup analýzy v několika na sebe navazujících krocích:

1) Čtením a opakovaným čtením vyvoláváme aktivní zájem o data a zaměřujeme svoji pozornost na respondenta.
2) Zaznamenáváním si počátečních poznámek a komentářů se zabýváme detaily, hledisky zkoumaného fenoménu.
3) Rozvíjíme vznikající témata a provádíme zmenšování objemu dat, za pomoci svých poznámek a komentářů formulujeme rodící se témata. Kategorizace pojmů je provedena metodou otevřeného kódování.
4) Hledáme souvislosti mezi tématy, tím mapujeme vzájemné propojování, jakým způsobem se témata k sobě vztahují. Organizujeme témata podle různých klíčů, kdy některá témata vyloučíme, jiná se propojí v jedno téma, z některých se stanou hlavní témata.
5) Hledáním vzorců napříč tématy propojujeme jednotlivé analýzy, výsledkem může být grafické nebo tabulkové znázornění vztahů mezi tématy.

2.6 Prezentace výsledků

Po analýze získaných výzkumných dat jsem za použití otevřeného kódování sestavila tabulku ústředních kategorií. Ke každé ústřední kategorii jsem přiřadila jednotlivé kódy podle výskytu četnosti a vypovídající hodnoty. Následně jsem všechny kategorie s přidělenými kódy detailněji představila a doplnila přímou citací deseti respondentek (R1-10). Citace

respondentek jsou do přepisu vybírány tak, aby vystihovaly zjištění zkoumaného fenoménu. Obsah citací není žádným způsobem upravován.

Tabulka 4 Kategorie a přiřazené kódy

Kategorie	Přiřazené kódy
SLOŽENÍ TÝMU	členové týmu, postavení pacienta v týmu, postavení rodiny nebo blízkých pacienta v týmu, vedoucí člen týmu, generační rozdíly, fluktuace členů týmu
SYSTÉM PRÁCE	skupinová péče x funkční systém, adaptační proces, podskupiny v týmu, hierarchie v týmu, narůstající množství práce, individualismus, delegování kompetencí
KOMUNIKACE	komunikace v týmu, komunikace členů týmu s pacientem, komunikace členů týmu s rodinou pacienta
INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY	lékař, vrchní sestra, staniční sestra, praktická sestra, nižší zdravotnický personál, sympatie, konflikty, prvky šikany

2.6.1 Složení týmu

Členové týmu

U všech respondentek je naprostá shoda v tom, že pro tým je charakteristická souhra všech členů, kteří spolu pracují nebo se pohybují na pracovišti. Většinou respondentky zahrnují do zdravotnického týmu lékaře, sestru, sanitáře (pomocný personál). Některé zdravotnický tým dále rozšiřují o další členy týmu a nejčastěji jmenují (v tomto pořadí) uklízečku, paní z kuchyňky, ošetřovatele, rehabilitačního pracovníka, psychologa, nutriční sestru, specialistu – konziliáře.

R1: *„Prostě všichni, kteří se pohybují na mém pracovišti tvoří určitě tým."*

R4: *„Člen týmu je určitě lékař, sestra, ošetřovatelky, rehabilitační, psycholožka. To je tým, který se tam vyskytuje nepřetržitě."*

R5: *„Já si prostě i vysoce cením uklízečky nebo paní v kuchyňce, to jsou nepostradatelný lidi. Já si myslím, že tam patříme všichni jako sestry, lékaři, sanitáři, pomocný personál."*

R9: *„Všichni, kteří přijdou s tím pacientem do styku. Vcelku sestry, lékaře, sanitáře, praktické a všeobecné sestry (ty obojí), i třeba tu paní z kuchyňky, rehabilitační sestřičky, v podstatě i nějaké specialisty pokud přijdou, jako třeba ortoped, když přijde, nutriční sestra."*

Jedna respondentka dále rozlišuje členy svého týmu na osoby jí bližší a osoby jí vzdálenější.

R2: *„Vrchní sestra je člen týmu, ale ne tak blízký člen našeho oddělení. Má na starosti více*

jednotek. ... Není tam celý den, neví co se tam děje, neví co tam máme za problémy s pacientama.“

Další respondentka poukazuje na to, že ačkoli do týmu patří všichni spolupracovníci, kteří se zapojují do péče o pacienta, ne každý odvádí práci stejnou mírou.

R10: *„Správně by jsme tam měli být úplně všichni. No, v péči o pacienta si myslím, že se zapojujeme všichni. Někdo víc, někdo míň.“*

Postavení pacienta v týmu

V rozhovorech s respondentkami o složení multidisciplinárního týmu žádná z nich neuváděla pacienta jako člena takového týmu. Při konkrétním dotazu na to zda považují pacienta jako člena jejich týmu, byly respondentky touto otázkou zjevně překvapeny, avšak následně v rozhovoru byly převážně ochotny jej za člena týmu považovat. Některé s výhradou, že pacient je členem týmu za předpokladu pokud spolupracuje. V celkovém kontextu odpovědí všech respondentek je zřejmé, že pacien,ta nepovažují za rovnocenného člena týmu.

R2: *„Pacient má samozřejmě významnou roli. Pokud pacient nespolupracuje, tak je všechno ztížené. Pokud nespolupracuje, tak není členem týmu a komplikuje nám práci.“*

R3: *„Beru ho v podstatě jako někoho, kvůli kterému tuhle práci dělám a kdo, když mě pochválí, tak mi to udělá daleko větší radost, než když mě pochválí vedoucí. Beru ho jako rovnocenného partnera. ... Mám obavy, že už to není tak jak to bývalo, ten člověk je hodně neinformovaný, i když ty lékaři tvrdí opak. ... Takže toho pacienta nemůžu brát jako člena týmu, protože ty informace všechny nemá, i když ti ostatní tvrdí že jo, že je v různých fázích, atd..“*

R5: *„No, tak jako to je ten nejdůležitější člen kvůli kterému tam my všichni jsme, že jo. No vidíš, ale nenapadlo by mě ho hned jmenovat.“*

R9: *„No, na toho jsem zapomněla. Určitě ano. Jsou takový, kteří se zapojujou víc do péče, chtějí být součástí. A jsou pacienti, kteří to vcelku nechávají na tobě, nezapojují se moc do toho. Určitě je lepší, když se zapojuje.“*

Tři respondentky pacienta neberou za člena týmu vůbec.

R6: *„No vidíš to mě vůbec nenapadlo. No vlastně ne, neberu ho, i když je to logický, že asi jako jo, že by tam měl být. ... Asi mě přijde primárně, že by měl fungovat ten zdravotnický tým na 100% a vlastně jako ten pacient už potřebuje jenom naše služby, a my by jsme měli jenom realizovat to, co vlastně umíme jako s ním.“* Pro dvě respondentky je ještě pacient navíc objektem péče nikoli subjektem péče. **R7:** *„Podle mě pacient není člen týmu. Podle mě je pacient hlavní objekt kolem kterého se má všechno točit.“* **R8:** *„No, kdyby tam nebyl, tak*

nemáme co na práci, že jo. A díky nim si já vydělám peníze, takže jsou vlastně důležitý ty pacienti.“

Postavení rodiny, blízkých pacienta v týmu

Většina respondentek víceméně bere rodinu nebo blízké pacienta jako součást týmu pouze za předpokladu, že rodina nebo blízcí pacienta chtějí spolupracovat. Některé z nich jsou navíc nakloněny tomu brát rodinu pacienta za člena jen tehdy, když to vyhovuje zdravotníkům. Opět z odpovědí všech respondentek vyplývá, že ani rodina nebo blízcí pacienta nejsou považováni za rovnocenné členy týmu.

R3: *„Beru je jako součást týmu, jsou důležití, snažím se je zapojovat do péče.“*

R5: *„Víš co, já v tom nedělám rozdíl, protože ty lidi jsou pro toho pacienta nejdůležitější prakticky, tak je nemůžeš brát jako bokem. ... Je dobré, když se rodina zapojí, ale většinou se snaží.“*

R8: *„Pokud se s nima dá rozumně mluvit, tak určitě. Oni můžou udělat hodně pro toho pacienta.“*

R7: *„Můžu vzít tu rodinu, která je ochotná spolupracovat. To znamená, že tam chodí často, domlouváme se, je to určitej člen, ale úplný člen mi to nepřijde.“* Posléze tato respondentka v rozhovoru uvádí příklad srovnání postavení rodiny pacienta jako člena týmu se sportovním týmem a tím deklaruje, že rodinu pacienta vlastně nebere za člena týmu. **R7:** *„Jako bych si představila třeba sportovní tým. Já tam můžu chodit a nosit jim vlajku, ale nejsem člen týmu, protože nehraju s nima fotbal.“*

Pro dvě respondentky je kontakt s rodinou pacienta více intenzivnější, protože pracují na odděleních s dětmi, kde můžou být při hospitalizaci dětí přítomni rodiče po celou dobu pobytu.

R1: *„Jsou nezbytní, protože nám pomáhají. My zajišťujeme medicinskou stránku a sociální stránku (pohlazení, pomazlení) dostávají od těch rodičů. ... Spolupráce je velká. ... Když se dělají výkony a chci mít sterilní prostředí nebo se něco dramatického děje, tak to nevítám, jsem ráda když odejdou.“*

R6: *„No asi by se měli brát, protože se seznámí s tím řádem toho oddělení nebo s tou léčbou a musejí nebo by měli by nám být jako nápomocní.“*

Dvě respondentky se na toto téma vyjadřují váhavě.

R2: *„Přímo členy týmu, nevím. Někteří nás mají jako odkladiště. Někteří zase jsou velice ochotní. Je to různé.“*

R4: *„Záleží jak se ta rodina chová.“*

Jedna respondentka přímo uvádí, že rodinu pacienta nebere jako součást týmu a odůvodňuje to tím, že rodina neparticipuje na péči o pacienta.

R9: *„No, jako vím, že by se správně brát měli, ale musím říci, že je tak úplně nevnímám. Je fakt, že tady není tolik těch rodin, co by se zapojovali.“*

Vedoucí člen týmu

Jednotný názor na to kdo by měl být vedoucím členem týmu není u respondentek zcela vyhraněný. Respondentky se většinou shodují na tom, že vedoucím členem týmu by měla být staniční sestra.

R4: *„Vedoucím je určitě staniční.“*

R10: *„Hele řekla bych, že pohromadě to drží staniční sestra, i když takovým zvláštním způsobem, ale jo.“*

U dvou respondentek, které pracují na oddělení typu JIP, považují za lídra týmu služebně nejstarší, nejzkušenější sestru - kolegyni ve směně.

R1: *„Je to ten nejzkušenější a služebně nejstarší a každý to tak bere, i lékaři, prostě každý.“*

R8: *„Měla by to být ta nejzkušenější sestra, která je na směně.“*

Některé respondentky pokládají za lídra týmu osobu lékaře i sestry.

R2: *„Úplně ten hlavní je primář a vedoucím našeho sesterského je to staniční sestra.“*

R7: *„U nás by to měla být staniční sestra a za lékaře vedoucí lékař.“*

Ve dvou případech respondentky označují staniční sestru lídrem týmu, ačkoliv je patrné, že ve skutečnosti ji tak nevnímají.

R3: *„Je to dané, kdo je vedoucím a kdo ne, že... Vedoucí týmu, těžko pro mě říci, když já nevím, tak se obracím na kolegyně i na tu staniční, ale ne vždy se mi dostane adekvátní odpovědi, že mi někdo poradí.“* V tomto i v následujícím tvrzení se ukazuje, že respondentky vlastně někdy nevědí, koho považovat za vedoucího člena týmu. Formálně je to dané, ale neformálně je to někdy jinak. **R7:** *„To je velmi složitý, pokud se ovšem najdou osoby, které si myslí, že jsou jediný, které to dělají dobře a ostatní to dělají špatně, a budou do všeho rejt, budou podkopávat všechno co ta staniční řekne, pak už vlastně ta staniční není vedoucím členem, protože ji tam někdo šťourá do toho, zpochybňuje všechno co řekne.“*

Generační rozdíly

Tento bod mimo jiné odhaluje atmosféru pracoviště. Respondentky ve svých rozhovorech o týmové spolupráci na svém pracovišti rozdělují své kolegy na služebně „mladé“ a služebně „staré“. Toto rozdělení se ve výpovědích nevztahuje pouze na všeobecné sestry, ale často i na lékaře.

R3: *„S lékařema jsou teď takové problémy, ale je to hodně o té generaci. Jsou tam mladý doktoři a jsou zvyklí jinak přemýšlet. ... Máme víc mladých lékařů, než těch starých. Ty mladý hodně ordinují, neumějí si absolutně přiznat to, že ten člověk je smrtelnej a zvolit prostě i to, aby toho člověka příliš nezatěžovali, neordinovali. ... Ale co jsem kde mluvila, tak je to všude, ta generace těch mladých.“*

R7: *„Daleko lépe se mi spolupracuje se staršíma lékařema, než s těma mladýma. Dřív to tak nebylo. Teď ta mladá generace co tam jsou a nejsou ani odatestovaný, prostě tam je to opravdu náročný. Ale říkám, nejsou to všichni. Je jich víc než jich bylo než třeba před dvaceti lety.“*

Nejčastěji charakterizují „staré“ kolegyně jako pomalé, méně výkonné, rigidní, a na druhé straně zase obětavé, zkušené, pečlivější. „Mladé“ kolegyně respondentky charakterizují jako rychlé, výkonné, s chutí ke změnám, ale také málo zkušené. Obě skupiny se v týmu cítí být určitým způsobem znevýhodněnými. Mezi skupinami jsou velké rozdíly v chování, názorech, postoji k práci.

Dvě dotazované vypráví své zkušenosti z pohledu „mladých“ kolegyň.

R4: *„Na našem oddělení týmová spolupráce moc nefunguje, protože tam jsou sestry, moje kolegyně, které na tom pracovišti mají 20, 30 let praxe na tom oddělení a jsou to prostě sestry s dlouholetou praxí. A já jsem tam nejkratší dobu ze všech pracovnic co tam pracují. A je to komplikované, protože i když mám nějakou praxi z předchozích oddělení, tak přeci jenom ty co tam jsou 20, 30 let, tak to neberou jako praxi, protože tam s nimi nejsem na tom oddělení. Pořád budu ta nová. Je tam rigidní personál. Měly by se vystřídat a zjistit názory jiných lidí. Nikdy se samy nevyhnou třeba odchodu do důchodu. Mají to tam všechno nalajnované, mají to tam tak dvacet let a tak to bude.“*

R6: *„No, já se tam cítím jednoznačně blbě. ... Většinou jsou to holky, které jsou starší než já a jsou tam strašných let na tom oddělení, takže ony to mají takhle najetý, ony to nebudou prostě měnit nebo nebudou jiný, a já se snažím to nějak respektovat a vzít si z toho to nejlepší co jako jde, a tak jsem si to uzavřela.“*

Tři dotazované vypráví své zkušenosti z pohledu „starých“ kolegyň.

R1: *„Mladé sestry si nenechají moc poradit, mají svoji představu a nerady slyší kritiku a výtku. ... Jsou kolegyně, které mají problémy, když je někdo zaučuje, zvláště mladé sestry, ty si nenechají nic říct.“*

R3: *„Je fakt, že tam jsou takové rozdíly, mladý a starý sestry, jak to teď je všude, že ta generace Y, Z jak se různě značí, tak je to vidět, že ty názory jsou opravdu jiné. ... Jsou tam vidět prostě generační rozdíly, jak u nás, tak třeba i lékaři říkají, že mezi sebou vidí rozdíly.*

Ta generace je vidět, že jsou jiní a budou jiní. ... Mladé sestry nejsou tak jako jsme byli my, tak obětavé, všechno hned. Teď je tam takové to, že se podceňují staré sestry, protože nejsou tak výkonný jako ty mladý. Stará si k té ordinaci řekne své, kdežto ta mladá se usměje a jde to udělat. Je to tak, že si oddělají to svoje a vidí jenom to svoje, a nevidí to širší. ... Když mladší kolegyni něco řeknu, tak to bere jako šikanu, někdy se tak chovají, jsi ta špatná. ... Mě i vadí, že u předání mladé sedí a staré stojí. ... Mladé mají sklon si vybírat lepší pacienty a staniční jim nic neřekne. ... Já jsem říkala té naší staniční, že bych ji chtěla vidět, kdyby jsme ji my všichni staré odešli, zůstali ji jenom ty mladé sestry, tak nevím co by si počala.“

R7*: „Mladá děvčata si myslí, že my starý jsme brzdy provozu. My jsme starý a pomalý, ale zase si nedokážou připustit jaká je jejich daň té jejich rychlosti a to, že my to pak za ně dotahujeme. Ale protože my jsme něco za ten život přeskákali, my mlčíme, necháme je vycukat a ony na to za čas přijdou. Ale někdy je to na bednu! Je jiná doba. Je jiná doba, ty mladý jsou jinak vychovávané než jsme byli my. A ten trend, který je, ta televize, ty všecky některý šílený filmy, jo a, ty lidi jsou pořád nějak ponoukaný a to se přenáší na tu mládež, která jde pracovat do zdravotnictví nebo kamkoliv, jo.“*

Dvě respondentky na svých tvrzeních dokládají, že je pro tým vlastně žádoucí, aby byl složený z „mladých“ i „starých“ členů současně, protože se navzájem doplňují a výsledek práce je pak efektivnější.

R1: *„Třeba jedna skupina nastoupila ve stejný čas, mají stejnou praxi a u nich to moc nefunguje, protože tam není autorita, nepodávají tak dobrý výkon.“*

R4: *„Ty mladší mají méně zkušeností, ale na určité věci se dívají jinak a ty dvě skupiny se pak mohou mezi sebou naučit navzájem.“*

Fluktuace členů týmu

Je evidentní, že fluktuace personálu je faktor, který nesouvisí pouze se členy týmu, ale i se systémem práce jednotlivých týmů, systémem samotné organizace. Tři respondentky ve svých rozhovorech si stěžují na aktuální fluktuaci personálu, která jim vadí, a přály by si zlepšení dané situace. Stěžují si především na to, že z jejich pracoviště odcházejí starší, zkušenější kolegyně a zaškolování nových kolegyň je zatěžuje nad rámec jejich běžných povinností. První respondentka dává za příčinu odchodu zkušených kolegyň do souvislosti se špatnými platovými podmínkami, druhá respondentka o příčině odchodů zkušeného personálu nehovoří.

R2: *„Momentálně tam máme kolegiální krizi, že nám odcházejí zkušené sestry a přicházejí nové sestry. Hodně řešíme právě zapracování těchto nových sestřiček. Je to složité. ...*

Odcházejí, protože nejsou spokojeny s platovými podmínkami. ... Proto odešlo z našeho oddělení hodně zkušených sester. A nové sestry se do nemocnice nehlásí. ... Dříve tam byl stabilní, zkušený tým a nemůžu si stěžovat. ... Je nedostatek personálu, pořád nám odcházejí sestřičky. ... Momentálně, jelikož se nám to rozpadá, tak se necítím příliš jistě. Teď musím hlídat ty nové a je to více starostí.“

R9: *„Já si myslím, že teď je tady hodně mladýho nezkušenýho personálu. Ty sestřičky s delší praxí hodně odešly. Někdy, když jsou ty pacienti hodně těžký nebo se něco děje, tak je ta služba hodně náročná. Kdyby těch sester zaučených bylo víc, bylo by to lepší. ... Trochu vázne týmová spolupráce se sanitářema. Teďka hodně, jak se nám střídají. Tam to úplně nefunguje. ... Kolektiv je, no, myslím si, že bylo lépe, ale myslím si, že může být hůř... Teď se nás vrchní sestra hodně ptá jak to tady funguje personálně, jako mezi sebou. Je to z důvodu, že furt máme málo personálu, sestřičky které nastoupily nebyly úplně šikovné, takže musely odejít jinam, protože to nezvládaly.“*

Z rozhovorů s dalšími respondentkami vyplývá, že s fluktuací personálu nemají problémy nebo je patrné, že jejich týmy jsou víceméně stabilní.

R3: *„Ne, teď nemáme problémy s fluktuací sester, ale byly doby, kdy jsme to zažili.“*

2.6.2 Systém práce

Skupinová péče x funkční systém

V současné době je v nemocnicích na ošetřovatelských jednotkách upřednostňována péče skupinová (jedna sestra je přidělena určené skupině pacientů, u kterých zajišťuje během služby celý léčebný a ošetřovatelský program, a je za něj zodpovědná) před funkčním systémem (každá sestra na směně má přidělen jednotlivý konkrétní úkol, který pak plní u každého nemocného). Uvádí to všechny respondentky. Kromě dvou respondentek převažuje názor, že jsou spokojeny s touto formou péče.

R4: *„Máme skupinovou péči. A funguje to dobře.“*

Jedna respondentka se setkává na svém pracovišti s kombinací obou systémů.

R5: *„Jinak mě se líbí to rozdělení na ty skupiny, že jedna sestra má dva pokoje a o ty se stará. Nelíbí se mi, když jeden jezdí s lékama a druhá sestra dělá převazy, třetí sestra dělá vizity. My si pacienty dělíme na pokoje, děláme to tam takhle jak mi vyhovuje. Když má jedna sestra víc práce, tak si pomůžeme. Řídím si to já a mám přehled o těch svých lidech. Víš mluvím o tom, protože jsem svědkem i účastnicí toho nerozdělování pacientů, a to když je u nás dvakrát ročně přestěhované jiné akutní oddělení, a celá organizace práce je v jejich rukou, my jim tam vypomáháme. ... Když nefunguje týmová spolupráce, je to špatně zorganizované. To se*

pak lidé nadřou zbytečně, třeba se dablujou při nějaké práci. Sice třeba dostaneš pokoj, ale jiný ti tam dává léky a ty pak jenom za ten pokoj píšeš papíry. Prakticky tam dělá všechno někdo jiný.“

Dále jsou uvedeny opačné pohledy na systémy péče, zkušenosti s funkčním systémem péče, kdy tento systém převažoval, jeho výhody a nevýhody, a osobní preference v kontextu s týmovou spoluprací na tyto dvě formy péče o pacienta.

R7: *„Dřív jsme byli daleko víc jako týmová práce, protože dřív jsme si nedělili ty pacienty. Teď je máme rozdělené. Dřív jedna vzala lékárnu a rozvezla po celém oddělení léky, druhá nachystala injekce, třetí udělala na celém oddělení převazy. Teď dostanu určitý počet pokojů a ty si musím obhospodařit sama. Ale pak už záleží na tom, protože nikdy nemáme stejný objem práce, jestli ti někdo pomůže. Pak se tam teprve ukáže ten kolektiv, když vidí, že tam toho jedna má hodně a nestíhá to, zda jí půjdou pomoct.“*

R8: *„Musím říci, že si vzájemně pomáháme. ... Nikdy nevíš, kdy ty budeš potřebovat pomoc a nikdy nevíš, kdy ji bude potřebovat ten druhý.“*

<u>Adaptační proces</u>

Z výzkumného šetření vyplývá, že správné vedení adaptačního procesu nového člena týmu je naprosto klíčové. Tento proces neprobíhá na všech pracovištích stejně. Z rozhovorů je patrné, že jsou rozdílné názory na to, jak se adaptační proces provádí a na to, jak by se měl provádět. Polovina respondentek se ve svých rozhovorech odkazuje buď na své začátky v týmu, nebo hodnotí proces zaučování sester ve svém týmu.

R1: *„Ta pod dohledem neustále chodí se zkušenou kolegyní a sleduje její práci, tak se postupně učí.“*

R2: *„Když jsem nastoupila, tak jsem pracovala pod dohledem se svoji školitelkou. ... Když jsem byla tenkrát nová, tak jsem se cítila dobře. ... Kolegyně byly ke mě milé, vstřícné, snažily se mě zapracovat.“*

R3: *„Zaučování těch holek je různé, to je taky vidět, některé jsou zaučené blbě.“*

R6: *„Ze začátku se mě hrozně věnovala staniční sestra. Hodně mě toho předala těch informací, naučila mě. ... Já už teď si to taky umím lépe zorganizovat, ale trvá mě to.“*

R10: *„Na to zaučení ty praktický i všeobecný sestry potřebují víc času. My jsme na ně moc měkký. Takové ty, co nemají žádnou praxi a přijdou hned po škole, s těma je to těžký. ... Jsou sestry, které přijdou a jsou v pohodě a jsou sestry, které chyby dělají pořád. Ukončuje se jim adaptační proces, aby si ty chyby dělaly na svoji hlavu.“*

Jedna respondentka dává do souvislosti adaptační proces všeobecné sestry s chybějícím adaptačním procesem nové staniční sestry, která na základě pouhého vzdělání přebírá odpovědnost za jiné členy týmu, ale sama nemá dostačující zkušenosti a znalosti.

R3: *„Největší sranda je ta, že naši staniční nikdo nezaučoval, ona se nikomu nezpovídala, nikdo s ní nechodil. Ta vystuduje tu vysokou školu, přijde a z fleku velí, podepisuje se třeba za tu asistentku, sama neví, ale je v pohodě. Ty pak máš na hrbu tři měsíce sestru, která se pomalu nemůže bez tebe vyčůrat.“*

Jedna respondentka upozorňuje na formálnost adaptačního procesu na jejím pracovišti.

R10: *„U nás pomalu ani neslouží školící sestra s tou novou sestrou. Školící s ní má tak dvě služby do měsíce. Kdyby měla školící sestra víc času na to začlenění té nové do kolektivu, do té práce, tak by to vypadalo také trošku jinak. U nás je to takový rychloadapťák. Tady adaptační proces trvá půl roku jak u praktické, tak u všeobecné sestry. Po půl roce začnou řešit jestli někoho budou zkoušet nebo nebudou zkoušet a ukončí se to. ... Třeba jedné všeobecné sestře to ukončili předčasně, protože měli ostatní chřipku, neměl být kdo v práci, zbyly tady tři praktické sestry.“*

<u>Podskupiny v týmu</u>

Na základě výzkumného šetření lze předpokládat, že pokud jsou zaměstnanci jedné stanice, jedné skupiny tvořeni z třiceti a více všeobecných sester dochází k tomu, že se ve skupinách, v týmu (má-li jeho charakteristiku) vytváří tzv. podskupiny. Dvě respondentky pracující v týmech složených z třiceti a více všeobecných sester toto tvrzení potvrzují. Respondentky z těchto velkých týmů se shodují na tom, že pokud je narušena již vytvořená podskupina, tak tým nepracuje efektivně.

R1: *„My sestry tam jsme rozškatulkované na různé skupiny. Na pracovišti jsou udělané celkem 4 týmy, který spolu spolupracují. Ty týmy jsou složené z 6 lidí. ... Když jsme promíchaná skupina, v době svátků, prázdnin, tak to nefunguje tak dobře jak jsme zvyklé, protože každá z nás má jiný styl práce a opravdu nejsme schopny se dohodnout. ... Ty naše skupiny to mají každá jinak, musejí si lidé spolu sednout i lidsky.“*

R8: *„Je nás dohromady 50 všeobecných sester na dvě Jipky, kde se vzájemně točíme. Dříve měla každá JIP svůj stálý kolektiv sester, ale je to asi dva roky, kdy vedoucí lékař chtěl, aby jsme se všechny sestry točily. To ztížilo situaci, protože dříve lidi, kteří se spolu nemuseli, tak se rozdělili na jednu či druhou JIP. ... Nikdy si nemohou všichni spolu sednout.“*

Hierarchie v týmu

Ve všech týmech, v nichž všechny respondentky pracují, existuje standardní hierarchické uspořádání (lékař/ka – vrchní sestra – staniční sestra – všeobecná sestra – praktická sestra – sanitář/ka – pomocný personál), k němuž žádná z nich neuvádí nějaké zásadní připomínky. V rozhovorech většina respondentek akceptuje autoritu ve vztahu k vedoucím pracovníkům.

R6: *„Ta staniční, ta si to tam tak jako organizuje."*

R9: *„Ačkoliv jsou věci na kterých se spolu se staniční neshodneme, tak ale je to můj vedoucí pracovník. Vyjádřím svůj názor, ale když mi řekne ne bude to takhle, tak to respektuju, že to bude podle ní."*

Avšak respondentky vyžadují respekt od podřízených spolupracovníků.

R2: *„Sanitáři by měli pracovat pod vedením sestry... pečují o pacienty, ale odpovědnost za péči má sestra."*

R3: *„Sanitářky berou naše pokyny jak kdy a jak od koho."*

R6: *„V žádným případě si nemyslím, že mě sanitářky berou jako nadřízenou. Víceméně však splní můj pokyn. Ty starší kolegyně sestry jsou asi pro ně větší nadřízené než já."*

Ve výpovědích některých respondentek se objevuje dominance, paternalismus doktorů vůči pacientům.

R7: *„Ten tým musí dodržovat určitou hierarchii, protože ta staniční sestra je staniční. ... Lékař má stoprocentní autoritu, vždycky. Přesvědčuji se o tom stále. Pacienti se mě na něco zeptají, já jim odpovím, ale oni se stejně vzápětí na to zeptají lékaře jestli jsem jim to řekla dobře, i když třeba mladej lékař toho ví míň než já."*

R10: *„Přijde mi to furt za těch starších dob, kdy doktor má tu hlavní dominantní roli, kdy pacientům to on spíš diktuje než, že se ten pacient rozhoduje."*

Jedna respondentka vnímá paternalismus lékařů vůči ostatním členům zdravotnického týmu.

R8: *„V drtivé většině tam doktor nebere sestru jako parťáka. ... Někteří lékaři by si představovali, že my budeme fungovat jako cvičený opice."*

Narůstající množství práce

Všechny respondentky uvádějí, že jim stále na pracovištích narůstá množství práce. Z toho vyplývá nedostatek času na jednotlivé úkony, přibývající přesčasy, únava z práce. Nejčastějším důvodem narůstajícího množství práce je nedostatek personálu. Některé respondentky pak hovoří o následcích, které z toho plynou, a navrhují, jak zlepšit tuto situaci.

R2: *„Nové sestry se do nemocnice nehlásí, proto také dochází v práci k přesčasům. Máme málo volna na osobní život a odpočinek. ... Kdyby se tým posílil, bylo by více volného času na regeneraci. Pozoruji, že ty lidi jsou poslední dobou unavení.“*

R3: *„Ta práce se zvyšuje, ty infuze nonstop, akuťák, transfuze u pěti lidí odpoledne ..., no hrůza. ... Té práce je čím dál víc, každý se pak snaží tu práci nějak ošidit.“*

R4: *„Měly bychom být na oddělení tři sestry, to rozhodně, protože jsou na oddělení čím dál tím víc těžší pacienti.“*

R6: *„Já jsem přešla jako z tý interny, kde sice bylo strašný množství práce, těch vyšetřeních, v té hrůze práce, co člověk nestíhal, tam bylo rodinné zázemí v týmu, co jsem cítila od těch kolegyň.“*

R7: *„Dřív jedna vzala lékárnu a jela dvě hodiny, protože prostě každý se na něco ptal a ona to vysvětlila. To je teď pasé. To si nemůžeš vůbec dovolit. Na to nemáš čas. ... Ty nemáš čas na to, aby jsi pacientům dala psychickou podporu, promluvila s nimi, na to není kdy. To je strašný nešvar, který se stal. My hrozně ochuzujeme pacienty. Když tohle chtěli udělat měli navýšit počty zaměstnanců.“*

R10: *„Je pravda, že lékaři po mě chtěli, abych je zedukovala o enterální výživě do Pegu a měla jsem na to asi 15 minut. To se fakt nedá stihnout.“*

Individualismus

Většina respondentek se ve svém týmu setkává s kolegy individualisty. Individualistu vnímají jako člena týmu, svého kolegu, který se nepřizpůsobuje týmové spolupráci, někdo tomu říká týmový a netýmový člen.

R7*: „Pokud se sejde kolektiv, kdy každý je schopen potlačit svoje já a přizpůsobit se kolektivu, prostě názoru většiny, pak to funguje. Ale pokud jsou někteří těžký individualisti, kteří si myslí, že jenom oni mají pravdu, pak jako se to dost těžko skloubí dohromady.“*

R10*: „U toho fasování je to tak, že když má službu někdo týmovej, tak ho napíše.“*

R6: *„Ale je to taky takový sólový hráč. Není to podle mě vůbec, co já jsem zažila v těch předchozích zaměstnání, podle mě to není člověk do týmu.“* Dále respondentka dokonce uvádí, že na jejím pracovišti je většina kolegů individualistů a týmová spolupráce tam tudíž nefunguje. **R6:** *„Ty kolegyně moje jsou takový individualistky a hodně si každý hraje na tom svým písečku. Týmová spolupráce nebo dokonce rodinný duch to tam vůbec není. ... Já si užívám, když tam jsem prostě sama, jako třeba při těch víkendech nebo při těch nočních. To je doba, kdy tam člověk má takové svoje království a všechno si fakt uděláš sama.“*

Jedna respondentka chce raději pracovat samostatně než ve spolupráci s kolegy.

R3: *,,Stejně za vše ručím já a nemůžu všechny pohlídat. Víš, kdyby jsme byly na denní službu tři, čtyři sestry pak by jsme se obešly bez těch sanitářek. Radši bych si dělala všechno sama, všechno bych pak o pacientech věděla.“*

Delegování kompetencí

Respondentky v rozhovorech zmiňují předávání kompetencí od lékaře na sestru, od staniční sestry na lékaře, od staniční sestry na sestry, mezi sestrami navzájem, od sestry na nižší zdravotnický personál. Je patrné, že většině dotazovaných nedělá delegování kompetencí problém.

R3: *,,Já si hodně věcí udělám sama, třeba když vím, že na ten pokoj půjdu, tak to udělám. Na druhou stranu, když vidím, že sedí* (sanitářky)*, tak se nezdráhám jim říci, aby něco udělaly. ... A furt je to stejné, musíš se jich doprošovat, aby polohovaly lidi, i když je to v jejich kompetenci. Ještě lžou, že polohují lidi, ale já vím, že pacient stále leží na zádech. Já si myslím, že nejsem člověk, který je honí.“*

R4: *,,Takže ta staniční je vedoucím členem. Ta deleguje novým i starším lékařům jak by mělo, co by mělo být a tak. Pak tam jsou i lékaři na částečný úvazek, ti nevědí pořádně co a jak, staniční je koriguje.“*

R5: *,,U nás to funguje tak, že když něco potřebuju, tak jim řeknu nebo jdeme pracovat spolu. Když jdeš na nějakého ležícího pacienta, tak si sanitář taky sám neporadí a musíš jít s ním. Vyhovíme si, ale je to podle lidí. Ale řekla bych, že to funguje celkem dobře.“*

R6*:* *,,Ale myslím si, že ony hodně sázejí na to, že jsou tam dýl, jsou si pevné v kramflecích oproti mě. A v žádným případě si nemyslím, že mě berou jako nadřízenou, že vůbec. Víceméně však splní můj pokyn, víceméně jo. Někdy tam nejsou k dispozici, nemohu je najít, tak si to udělám sama.“*

R8: *,,My víme dopředu koho to bude pacient. Pokud je můj, jdu si k lůžku, druhé řeknu obstarej mi papíry, další řeknu o odběry, další mi pomáhá. Já si to diriguju a všichni si beze slov pomáháme. ... I když třeba nejde jenom o šokovýho pacienta, ale mám víc práce než ostatní, tak druhá* (sestra) *automaticky přijde a zeptá se co chci, já ji řeknu, ona to udělá. Funguje to i naopak. ... Žádný, že by tam někdo reptal, že mě musí chodit za pacientem, to u nás neexistuje.“*

Z některých výpovědí respondentek je také patrné, že ne vždy je delegování kompetencí, zejména od nadřízených pracovníků, vnímáno pozitivně.

R3: *,, Třeba jenom ty tlaky, lékaři si je neměří a my máme ráno třeba 30 tlaků, máme toho čím dál víc.“*

R10: *,,Spoustu věcí hází na druhé lidi. Jako psaní lékárny, fasování materiálu. Ona pak nemá absolutní přehled o tom čeho se kolik spotřebuje, kolik se čeho píše. To musíme psát my všeobecné sestry, praktické sestry.“*

2.6.3 Komunikace

Komunikace v týmu

V každém rozhovoru se komunikace objevuje v dominantním postavení a všechny respondentky vždy zdůrazňují důležitost komunikačního procesu v práci týmu. Všechny respondentky uvádějí, že komunikace na jejich pracovištích není zcela efektivní. V rozhovorech se zaměřují na komunikaci mezi sestrami všech úrovní, mezi lékařem a sestrou, sestrou a sanitářem, sestrou a ostatních členů multidisciplinárního týmu. Některé respondentky uvádějí, že bariéry, které narušují komunikaci mezi členy týmu, jsou zejména nedostatečné předávání informací mezi členy týmu, cizí národnost členů týmu, charakterové vlastnosti členů týmu. Podle některých dotazovaných lze zlepšit situaci lepší vzájemnou informovaností, větší otevřeností a uplatňováním supervize.

R1: *,,Já, když se mi něco nelíbí, tak to hned řeknu dotyčné osobě, že se mi to nelíbí.“*

R2: *,,Dalším problémem je cizí národnost lékařů, ne vždy dobře mluví česky. Proto mohou vzniknout pochybení způsobené špatným porozuměním.“*

R3: *,,No a teď ukončení léčby sděluje pacientovi náš lékař a sestřička z paliativního týmu. A my vůbec, které s nimi pracujeme, tak nevíme co oni jim řekli, ty informace nemáme. ... Ta sestra z toho paliativního týmu pak něco pošeptá naší asistentce, která tam je jenom na převazy, nanejvýš to pošeptá naší staniční sestře a odejde. A my nic nevíme. My bychom si to mezi sebou řekli a hlavně by jsme u toho měli být s tím lékařem, protože my pak jsme ty, které říkáme, že je vhodné pacientovi dát antidepresiva. ... Psycholog chodí na vyžádání k pacientovi, ale zase my u toho nejsme a nemáme o tom žádné informace. ... Ještě lžou* (sanitářky)*, že polohují lidi, ale já vím, že pacient stále leží na zádech. ... Já to kolegyním řeknu, ale jsou holky, které to v sobě drží a přemýšlejí o tom.“*

R4: *,,I ti starší i ti noví lékaři s námi diskutují. Ptají se a diskutují s námi. Hodně s námi komunikují. Se sestrami s tou mnoholetou praxí s nimi moc nediskutují, těch se rovnou zeptají co by podala, protože tam opravdu...“*

R5: *,,Zatím máme s praktickýma sestrama a se sanitářema zkušenost, že se domluvíme. ... Abys něco vůbec mohla dělat musíte se domluvit. ... Kolikrát v tom kolektivu se neřeknou třeba nepříjemný věci víš, nevyčistí se tam vzduch. Kdyby tam někdo přišel z venku a pomohl by nám, tak by se lépe pracovalo.“*

R6: *,,Prostě ty kolegyně nejsou vysloveně jako takové přátelské, ale v podstatě se s nima dá taky asi domluvit, když si člověk dodržuje takové ty svoje hranice. ... No, právě třeba co se týká té práce, že ona* (staniční sestra) *ti prostě už třeba při tom předávání nedá informaci, aby mi ulehčila práci. ... A co je ještě nepříjemné a stalo se mi to už několikrát i s ní, i s jinýma holkama, i se sanitárkama, že hodně věcí řeší před lidma, a to mě je hodně nepříjemný.“*

R7: *,,Když ten vedoucí nebude naslouchat žádným klevetám, donáškám a prostě umravní ten kolektiv, že na to nebude nadávat nebo se na férofku zeptá, tak ten kolektiv začne pracovat automaticky. Protože to donášení se vždycky provalí.“*

R8: *,,Se sanitářkama se domluvíme, protože se domluvit musíme. ... Samozřejmě ty svůj názor říci můžeš, ale dost často je nežádoucí, protože ty nemáš co lékaři kecat do práce. Jsou i takoví, kdy sestra ví, že by to mohlo být lepší, ale tomu lékaři to neřekne, protože se se zlou potáže. ... Stejně přijdou kolegyně za mnou a zeptají se, když jim řeknu že si řeknu, tak za mnou pak nelezou a spoléháme se na sebe.“*

R9: *,,S někým ta komunikace je taková složitější, je to asi tím charakterem toho člověka.‘‘*

R10: *,,Občas ta týmová práce pokulhává, jako třeba když doktor místo, aby se domluvil se sestrou ohledně edukace, aby na vše byl čas, tak jen řekne, že rodina s pacientem za 15 minut odjíždí, tak ať je zedukuju.“*

Komunikace členů týmu s pacientem

Z rozhovorů respondentek vyplývá, že komunikace zdravotníků s pacientem je nejenom nezbytná a je součástí práce, ale dle respondentek klíčová k navázání vzájemné spolupráce. V odpovědích dotazované kladou větší důraz na roli lékaře při komunikaci s pacientem. Většina respondentek hodnotí komunikaci s pacientem ve vztahu všeobecné spolupráce nebo nespolupráce pacienta. Pokud pacient spolupracuje, mají respondentky pocit efektivnější komunikace s ním než naopak. Některé všeobecné sestry hovoří o nedostatečné informovanosti pacienta ze strany lékařů a naráží na problematiku sdělování pravdy pacientovi. Ukazuje se, že pacient není respondentkami brán za rovnocenného člena týmu.

R3: *,,Snažím se na ně mluvit česky ne latinsky, snažím se mu vše vysvětlit, když něčemu nerozumí. ... A přijdeš na noční a vůbec nevíš, co ty informace s těmi lidmi dělají. ... Oni potřebují si o tom promluvit, potřebují to probrat. Třeba na noční by s tebou rádi o tom promluvili, ale my nevíme co můžeme říkat. My jenom můžeme pomocí otázek se ptát: Co vy o té nemoci víte? Co jste mluvil s panem doktorem? Tak něco vyzvědět. ... Takže toho pacienta nemůžu brát jako člena týmu, protože ty informace všechny nemá, i když ti všichni ostatní tvrdí že jo, že je v různých fázích atd.. Já si myslím, že se jim to špatně říká, nepracuje*

se s nimi. Měli by jim to sdělovat tak jako lidově, narovinu, aby to lépe pochopili. ... Už se mi stalo, že pacient jel do hospice a ani nevěděl co tam bude, co ho tam čeká. Nebo na dokumentaci je cedulka, aby se pacientovi nesdělovali informace a čeká se, že mu podají informace těsně před tím než má odjet do hospice. ... Říkám, že každý z nás by si měl do té postele lehnout a vyzkoušet si to jaké to je být tím pacientem. Vědět jak důležité je už jenom to oslovení pacienta, když přijdeš na pokoj, navázání rozhovoru a tak, natož pak, aby byl zapojen do léčby. ... Bylo prima si vyzkoušet roli pacienta, rodiny, lékaře a jak mezi sebou komunikovat, jako ze života.“

R4: *„Pokud se chce zapojit a je ochotný udělat něco pro své zdraví, tak samozřejmě diskutuji, dělám rozhovory s pacienty. ... Snažím se zjistit v čem je problém, jestli v tom, že nemá informace. Většinou se mi to podaří zjistit. Většinou ne napoprvé. Rodina mi to většinou řekne rychleji než ten pacient.“*

R5*: „Chci aby se mnou mluvil a byl aktivní. ... Vždycky nemůžeš vyhovět pacientovi ve všem, třeba z organizačních důvodů, ale snažím se, když už mu nevyhovím, tak abych mu to vysvětlila. Když se k těm lidem chováš slušně, mluvíš s nimi, tak spolupracujou.“*

R7: *„Když ta komunikace nefunguje, tak ten člověk začne být nejistý. Ten člověk a ty lidi okolo něj potřebují informace. Pacientovi se musejí dávat velmi, velmi obezřetně, protože ty pacienti přemílají každé slovo, co se jim řekne. A když my jsme potom ve stresu a spěcháme, tak pak lépe nic neříkat. To si neuvědomíš. Ty to myslíš dobře a ono to od tebe vyzní úplně jinak než bys chtěla, aby to vyznělo, a on jako lajk zaprvé, ty musíš k němu přistoupit, a říct mu to úplně polopatě, pokud mu chceš něco říct. A na to musíš mít čas. Když ho nemáš, tak je lepší vůbec nic neříkat, protože pak nadělάš víc škody než užitku. Nehledě na to, že tohle by měli především lékaři ovládat, aby ty lidi informovali po všech stránkách dobře. ... Každá pravda se dá říct mnoha způsoby. Je velké umění říci pacientovi, že je zle, ale lze něco udělat. Sebrat člověku naději je nejjednodušší. ... Halt nemůžeme plácat, co se nám na jazyk přinese, to nejde. A právě, že ty lidi se chytají každého slova co bylo vyřčený. Oni nerozlišují ta má tři měsíce kurzu a ta má nástavbu a ještě Bc., to jim je jedno, oni se nechtějí ptát lékařů, a ptají se nás.“*

R9: *„Jsou tady takový, kterým můžeš říkat co chceš a stejně si to budou dělat po svým. Nevysvětlíš jim to, musela bys se s nima dohadovat.“*

R10: *„Jak ho vidí lékaři, když ty pacienty neumí pořádně zinformovat o průběhu jejich léčby, aby se mohli vůbec rozhodnout.“*

Komunikace členů týmu s rodinou pacienta

Z výzkumného šetření je patrné, že respondentky komunikují s rodinou pacienta méně než s pacientem samotným. Některé respondentky komunikaci s rodinou pacienta dávají opět do souvislosti spolupráce rodiny pacienta - pokud rodina má zájem spolupracovat, respondentky s rodinou více komunikují. Bariéry v komunikaci mohou být na straně rodiny pacienta, ale i na straně zdravotníků. Respondentky převážně vnímají rodinné příslušníky jako nedostatečně informované od lékařů. Samy jsou opatrné v komunikaci s rodinou pacienta, protože si nejsou jisté, jaké informace jim mohou sdělovat. Opět se ukazuje, že rodina pacienta není pro respondentky rovnocenným členem týmu.

R3: *„Já nevím jaké informace ta rodina má a špatně se mi s nimi komunikuje. Začarovaný kruh to je, protože někdy chtějí pacienta šetřit, nechtějí se s námi před pacientem bavit, a radši se bavíme s rodinou za zády pacienta, ale dokážou to pochopit. My nevíme co ví rodina, co ví pacient a je s nima obtížná komunikace. Myslím si, že rodina je větší problém než ten pacient. Já si myslím, že teď se nejvíce lékaři bojí toho, aby je rodina nežalovala a zbytečně pak zatěžují pacienta nesmyslnými požadavky. ... Já jsem chtěla, aby se její staré mamince, které mohlo být tak 80 let řekla pravda, protože ona to nevěděla. Stále za námi chodila o víkendu a ptala se divně na otoky atd., nebyla dostatečně informovaná od lékařů. ... Prostě se na chodbě sdělují takovéto věci, protože je problém, že taky tady lékaři nemají prakticky žádnou místnost, kde by s těmi lidmi mluvili. ... Lékaři neumějí komunikovat, mají se co učit. My sestry jsme daleko vnímavější, ale zase nemáme ty kompetence, běda kdyby jsme něco řekly.“*

R4: *„Záleží na té rodině, jak jsou informováni. Někdy si stěžují na úplné blbosti, třeba na jídlo. ... No, záleží, jak se ta rodina chová.“*

R7: *„Já je neinformuju úplně ve všem, tak jako informuji svoji kolegyni. Oni jsou, mě přijde, že jsou s týmem dobře nebo špatně spolupracující, nebo nespolupracující vůbec.“*

R8: *„Rozhovory s rodinou nedělám před tím pacientem, aby on to neviděl. Protože kolikrát má ten pacient pocit, že se na něj domlouváme. Takže když mluvím s tou rodinou beru si je ideálně stranou a snažím se je pošťouchnout k tomu, aby pacientovi nenadávali, nic nevyčítali jako, že se válí v nemocnici a doma stojí práce. Snažím se, aby na něj šli pozitivně, aby nedocházelo k tomu, že oni ho ještě demotivujou.“*

R10: *„Třeba tady byl před vánocema pán a já si myslím, že špatně zedukovali manželku o tom, že pán nesmí tekutiny. Lékaři jim prostě neřekli nic, oni tu překladovku jenom dají a jedeme.“*

2.6.4 Interpersonální vztahy

Lékař

Většina respondentek odděluje lékařskou a ošetřovatelskou péči o pacienta. Spolupráci s lékaři hodnotí převážně jako dobrou. Z výpovědí vyplývá, že vztah lékař – sestra je i ze strany lékařů vnímán jako nepostradatelný, pro pacienta nezbytný.

R1: *„U nás to hodně dobře funguje, spolupráce u nás je velmi důležitá, hodně nezbytná, lékař bez nás neudělá nic, my bez lékaře taky nic, je to hodně vyrovnané. Nesrovnávám se s nimi, protože mají medicinskou stránku věci zmáknutou.“*

R2: *„Teď vědí, že tam jsem nějakou dobu a tak si nechají i poradit. Ti mladí lékaři i třeba ohledně medikace. A samozřejmě lékař za vše odpovídá, co si naordinuje. ... Spolupráce s lékaři na oddělení je dobrá. Vzhledem k tomu, že se známe již spoustu let a tím pádem jsme sehraný tým.“*

R5: *„Záleží zase na osobnosti toho lékaře a situaci. Někdy je spolupráce dobrá a někdy není. Myslím si, že tam kde jsem máme mezi sebou pěkné vztahy.“*

R6: *„S doktorama je domluva, dají si říci, když něco chceme. Berou mě, je s nima dobrá domluva.“*

Některé respondentky uvádí, že spolupráce s lékaři není partnerská, výjimkou bývá dodržování kompetencí mladých lékařů nebo lékařů, kteří se nevyskytují v týmu často.

R3: *„Ty mladý hodně ordinují, neumějí si absolutně přiznat to, že ten člověk je smrtelnej a zvolit prostě i to, aby toho člověka příliš nezatěžovali, neordinovali, protože i nás s tím zatěžují a přijde mi, že i z nás vyrábějí potencionální pacienty, protože na nás toho nanášej hrozně moc, a nejsou vůbec si vědomi, že on to dvě minuty píše, a já to hodinu dělám.“*

R8: *„Někteří lékaři by si představovali, že my budeme fungovat jako cvičený opice. ... Spíš se na můj názor zeptá lékař, který slouží jenom o víkendu nebo noční služby, který tam s náma není pořád. Ten, když si není jistý, tak přijde a zeptá se: Hele dělá se to takhle nebo jak to uděláme? Já mu řeknu takhle a on jo, jo, tak to tak udělejte.“*

R9: *„Samozřejmě máme mladé lékaře, takže někdy je to taková spolupráce, že jim říkáme, co mají dělat, ale chovají se velice dobře. ... Teď tady třeba máme mladého lékaře na kolečku z transfuzní stanice a dělal u nás poprvé příjem. On se mě zeptá jak má dát kapat výživu, já mu řeknu, že to musí naordinovat on. On mi řekne: A jak byste to dala kapat? Já mu řeknu jak to dáváme standardně, ale rozhodnutí je samozřejmě na něm, já mu to nemůžu diktovat, je to jeho věc a když tak ať se poradí s vedoucím lékařem jestli je to v pořádku, nastíním mu.“*

Jedna respondentka srovnává vzájemnou spolupráci se svými pracovními začátky, kde spolupráce s lékaři nebyla optimální s nynější spoluprací, která je téměř partnerská.

R10: *„Dřív, když jsem byla nová, to oni si taky nebyli jistý co vím a co nevím, tam to nebylo. Ale teď poslední půlrok, tři čtvrtě rok, možná od té doby co jsem všeobecná sestra, tak mě přijde, že když něco řeknu, tak se nad tím alespoň zamyslí nebo se jdou poradit s vedoucím lékařem, už ten můj názor berou v potaz. Já, když si myslím, že dělají oni něco blbě, tak se převážně taky ozvu, pokud se to děje zrovna mě.“*

Jedna respondentka dává rozšířené kompetence sester do souvislosti s výhradním postavením lékaře.

R7: *„Já si stále stojím za tím a ještě mě stále nikdo nepřesvědčil, že by to bylo jinak. Prostě ten rozdíl lékař – sestra bude vždycky strašně velkej. A může mít sestra deset titulů před jménem a za jménem a stejně, neříkám že všichni, ale většina lékařů ji k sobě nevezme. A kompetence pro sestry je velmi ošemetná věc. Nechtěla bych to, protože když to udělá sestra, tak ten pacient na tom hledá mouchy. Řekne: „Ta sestra mi to udělala špatně“. Když tu samou věc udělá lékař, tak je všechno dobře, protože to udělal lékař. ... Aby sestra něco vykonávala bez lékaře, na to naše společnost není připravena. Lékař má stoprocentní autoritu, vždycky. ... Kompetence typu, že já mám rozhodnout, co s tím pacientem v danou chvíli bude a je to na mým triku, to já nic takového nechci, protože to vždycky pro tu sestru je hrozně rizikový. Lékaři si vždycky přikrejou záda, vždycky.“*

<u>Vrchní sestra</u>

Převládajícím názorem respondentek je, že vrchní sestra patří mezi okrajové členy týmu, její kompetence vnímají výhradně jako manažerské. Podle osobních zkušeností se jejich názory různí. Některé respondentky s ní přicházejí do styku více než jiné.

R1: *„Vrchní sestra je sice na stejné budově, ale v podstatě na oddělení není, takže nemám s ní přímou spolupráci. Ta řeší administrativu.“*

R2: *„Vrchní sestru v provozu potkám jednou denně. Provozní věci řeší se staniční sestrou a nás se zeptá jenom jestli je vše v pořádku. Není tam celý den, neví co se tam děje, neví co tam máme za problémy s pacientama.“*

R6: *„Vrchní k nám na oddělení chodí každý den, ptá se co bylo o službě, o víkendu, ptá se nás všech. ... Sama vrchní chodí úplně na nehlášené kontroly.“*

R7: *„Jsou lidi v managementu, kteří jsou naprosto úžasní a jdou do funkce, a jsou nesnesitelní. Neodhadneš dopředu jak je ta funkce změní. Někdo se změní, protože se bojí a pak dělá všechno pro to, aby na ně nikdo nemohl. Někdo zase dostane jenom tu vytyčenou metu.“*

R8: *„Je to asi rok, co máme novou vrchní sestru a já jsem ji viděla celkem třikrát ve smyslu, že poprvé mi dala podepsat nějaký papír, pak mi dělala školení dezinfekce rukou a potřetí přišla nevím proč.“*

Dvě dotazované nevnímají spolupráci vrchní sestry pozitivně a je patrné, že pro ně není dostatečnou autoritou.

R3: *„Nebo taky paní vrchní jedné sestře vynadala, že nechala čistou infuzi kapat bez pumpy. Ta vůbec neví o čem to je. ... To je člověk, který neví. Neříkám, že teoreticky, ale prakticky neví nic, je to znát.“*

R10: *„Ona není schopna v podstatě zařídit nic. Ona volá kvůli každé blbosti. ... To jak přijímá výpovědi a jaký zaujímá postoj, když ji řekneš, že v blízké době budeme dávat výpovědi všichni, protože se to tady už nedá snášet. Ona ti řekne: Tak ji přijmu, no, to mě mrzí, a co.“*

<u>Staniční sestra</u>

Většina respondentek se shoduje na tom, že staniční sestra v jejich týmu plní především organizační a administrativní úlohu, je určitým dozorem. Staniční sestra se podle většiny respondentek jen minimálně zapojuje do ošetřovatelského procesu.

R1*: „Ona spíš je takový dozor. Ona s námi moc nespolupracuje. Spíše poradí ohledně techniky, ale v podstatě do týmu nezasahuje a ani u lůžka moc není. ... Dříve měla staniční méně práce s administrativou a počítači. Měla čas prakticky nám sestrám pomoci, znala podrobněji práci, nyní nestíhá doplnit si znalosti a zastat se nás v plné míře. ... Je tam potřeba, i když bych si představovala, aby byla více zapojena. ... Ta staniční dnes stále něco zařizuje, vyřizuje, ale není to už o té sestře. Je mi jako sestra vzdálenější, protože s námi není celou směnu nebo v noci.“*

R3: *„Kdo nezná naši práci z našeho pohledu, tak to nemůže vědět. Ona nevzešla z nás. Já preferuju Baťovský systém, jak to bylo dříve. Je fajn, že holka má vysokou školu, management, určitě je to důležité, ale měl by každý projít oddělením od začátku aby věděl. Měl by to být člověk z kliniky. ... Ona spoustu věcí neví.“*

R6: *„Ta staniční, ta si to tam tak jako organizuje a prostě ráno se věnuje pacientům, a pak přes den, jen když něco hoří, tak pomáhá. Když někdo něco rychle potřebuje, ale spíš si hlídá takové ty organizační věci, lékárnu, telefonuje si, něco objednává.“*

R8: *„No, napíše služby. Po pracovní stránce je to těžké, ony nic neumějí. ... Staniční nám nezasahuje do naši práce, vše si řídíme samy.“*

Dvě respondentky vnímají staniční sestru jako všestranného člena týmu, který je pro ně současně autoritou.

R2: *,,Pomůže nám s čímkoliv. Udělá za nás příjem. Zastoupí nás plnohodnotně jako sestry.''*

R5: *,,Ta se normálně začleňuje do týmu, pomůže, poradí, řeší organizační věci, je důležitá.“*

Praktická sestra

Spolupráci s praktickými sestrami většina dotazovaných hodnotí jako bezproblémovou. Některé respondentky v odpovědích označují praktické sestry zdravotnickým asistentem, které vychází z dřívějšího označení této skupiny pracovníků. Z výpovědí většiny respondentek je patrné, že na některých pracovištích se kompetence praktických sester prolínají s kompetencemi všeobecných sester nad stanovený rámec, ale jsou i pracoviště, kde jsou kompetence těchto pracovníků pevně dodržovány. Na postoj ke kompetencím těchto pracovníků může mít vliv i celkový počet praktických sester k počtu všeobecných sester, sanitářek v týmu. Dvě respondentky nemají ve svých týmech zastoupeny praktické sestry.

R3: *,,Větší problém tam máme s naší jedinou asistentkou, která tam pracuje na jednu směnu. Ty ji třeba poprosíš, aby šla cévkovat a ona ti normálně řekne, že to není její kompetence. My ani pořádně nevíme ty její kompetence. Je nám tam k ničemu. Ani jsme pořádně nepochopily k čemu jí tam vlastně máme. Ta asistentka nemá přidělené své pacienty. Asistentka nám provádí převazy, za staniční sestru odebírá ráno krev a pak by nám sestrám měla u našich pacientů vypomáhat. ... Sanitářky a asistentka nemůžou skoro nic, tak to nechápu, třeba jenom ty tlaky, lékaři si je neměří, máme toho čím dál víc, sanitářky s asistentkou ti nepomohou.“*

R4: *,,Máme dvě praktické sestry. Ty tam jsou vždy s všeobecnou sestrou, nepracují samy. Všeobecná sestra za ni ručí v i.v. infuzích. Ony nesmějí akorát zapisovat do opiátové knihy a podepisovat se k infuzím, jinak dělají všechno.“*

R5: *,,Praktické sestry mají u nás taky své pokoje na starosti a my za ně ručíme, a pomáháme si navzájem.“*

R8: *,,Asistenty máme, ale už se jim říká praktická sestra. Máme dva, tři kluky v týmu. Správně by měli být navíc, protože nemají kompetence, jako ta sestra. Na směnu jsme na jedné JIP 4 sestry, ne vždycky to tak je, někdy jsou ty kluci čtvrtý.“*

R10: *,,Praktické sestry mají s námi všeobecnými sestrami pokoje dohromady, tak nám to rozděluje staniční sestra. S jednou praktickou sestrou mám společně čtyři pokoje. Je na nás všeobecných jak si to zorganizujeme. Já pracuji s nima dohromady na všech pokojích. Já si myslím, že fungujeme jako tým, jsme sehraný.“*

Nižší zdravotnický personál

Všechny respondentky ve svých týmech spolupracují s nižším zdravotnickým personálem, do kterého řadí sanitáře, sanitářku, ošetřovatelku. Často z této spolupráce mají dotazované smíšené pocity. Respondentky uvádějí, že často kompetence tohoto personálu samy suplují.

R2: *„Máme dvě sanitářky nebo ošetřovatelky k sobě. ... Měly by pracovat pod vedením sestry. Mají určité harmonogramy, které musí vykonávat a pečují o pacienty, ale zodpovědnost za péči má sestra.“*

R3: *„Sanitářky berou naše pokyny jak kdy a jak od koho. ... Některé sanitářky berou naše pokyny jako buzeraci, přitom je to jejich práce. Teď je zvykem, že si sanitářky velmi hledí svých kompetencí a navíc nic dělat nechtějí. ... Tady je hlavně problém v tom, že my máme kompetence na všechno, můžeme přebalit pacienta, můžeme i.v. Sanitářky u nás ani ti nezměří teplotu, nenakrmí do Pegu, nic, jenom myjí pacienty, stelou postele. ... Ty tam sedí a i když vidí, že tam lítám, tak se nezvednou, akorát sanitář, který rozváží pacienty mi chce pomoci.“*

R10*: „Poslední dobou je to tady fakt zlý se sanitářema. Ještě, že teď přišla nová sanitářka, s tou se dá skvěle domluvit, pacienti jsou v pořádku. Ale někteří sanitáři jsou trága.“*

Pouze jedna respondentka v rozhovoru uvádí, že sanitářka se nezapojuje do přímé péče o pacienty. Je na místě se domnívat, že příčinou je specifický typ oddělení – dětská JIP.

R1: *„U nás je to odlišné než jinde na odděleních. U nás třeba sanitářka nepečuje o pacienty, ale jenom dělá dezinfekci, doplňuje materiál.“*

V rozhovorech se opakuje názor na pozici ošetřovatelky v týmu. Podle některých dotazovaných by ošetřovatelka oproti sanitáři – sanitářce byla výhodnější pro tým, nejen z hlediska větších kompetencí

R7: *„Já osobně, když bych do tohohle mohla mluvit, tak za „socíku“ byl obor ošetřovatelka. Podle mého by tyhle sanitářky měly mít tyhle dva roky. Tři měsíce je málo. Tři měsíce sanitářského kurzu je málo a leckeré, leckteří mají pocit jako neuspokojených ambicí, už z toho důvodu, že si nechávají říkat „sestři“, taky se snaží dávat těm lidem rozumy. Oni, když už jsou tam malinko dýl, tak mají někteří pocit, že už tam jsou na výši. Pro mě ta dvouletá ošetřovatelka byla naprosto úžasná, ona mi změří tlak, udělá mi tohle. Jsme u těch kompetencí, kdy já teoreticky to po sanitářce můžu chtít, ale ručím za to já. Takže ona má v pracovní náplni, že já jí můžu pověřit. Někteří se jakýmkoliv pověření brání, takže nechtějí nic takového. Ale ty „ošky“ by byly naprosto úžasný. Zaprvé by měly dost znalostí za ty dva roky a pomohly by jim v určitých věcech, jak v komunikaci s pacientem, tak by i věděly, co mají a nemají říkat.“*

R9: *„Tam si myslím, že čím víc po nich toho chci, tím je to horší. Není na ně vůbec teďka spoleh. V podstatě cokoliv jim člověk zadá, jde to zkontrolovat, zjistí, že to není udělané nebo je to nekvalitně udělané. ... Já bych třeba chtěla tady mít ošetřovatelky, i když furt říkají, že na to nejsou kapacity, že to nejde. Mě by to vyhovovalo. Ať je tady jeden sanitář, který rozváží lidi po vyšetřeních. Ošetřovatelka by mohla krmit, převazovat. Myslím si, že by to fungovalo lépe, než když jsou tady jenom ty chlapy.“*

U dvou respondentek je z odpovědí patrné, že pozice sanitářky je pro ně rovnocenná pozici ošetřovatelce (není jasné jestli jim tak jenom říkají, anebo jestli je tak i berou).

R4*: „Sanitářky nebo ošetřovatelky nám pomáhají při hygienách, polohování, rozdávání snídaní, krmení pacientů. Výměna inkontinentních pomůcek, pomoc při převazech jako je držení končetiny.“*

R8: *„Sanitářka jako taková dělá hygieny, měla by dbát o čistotu kolem pacienta, připravit pacienta k jídlu. My jim říkáme ošetřovatelky. Chodí jenom na denní směnu.“*

<u>Sympatie</u>

Vzájemné osobní sympatie resp. antipatie v každém týmu mají na jeho efektivitu zásadní význam. Ve výpovědích respondentek je role vzájemných osobních sympatií resp. antipatií, jak mezi sebou, tak zejména ve vztahu k vedoucím pracovníkům, zřetelná a pro jejich hodnocení kvality týmu, v němž pracují určující.

R9: *„Třeba náš vedoucí lékař, my už se známe, ta spolupráce je dobrá, ale je to i z těch sympatií, že se přátelíme. Nové sestřičky to tak úplně snadný nemají.“*

Dvě respondentky hovoří o sympatiích ve vztahu k staniční sestře, které se navíc shodují i s jejich očekáváním.

R2: *„Já mám velice příjemnou staniční sestru, která se nám snaží ve všem vyhovět a pomoci. Zastoupí nás plnohodnotně jako sestry. Můžu se na ni obrátit i jako na člověka, protože se známe několik let co tam pracuji. ... Je to člověk na svém místě.“*

R3*: „Víš, staniční sestra je dobrá, hodná holka. ... Ale zaplaťpánbůh je staniční hodná, nemůžu si stěžovat.“*

Tři respondentky popisují své sympatie, antipatie ve vztahu ke svým spolupracovníkům, se kterými pracují na stejné nebo nižší úrovni.

R5: *„S někým si sednu, s někým ne, ale všichni tam patří. Někdy mě třeba úplně překvapí, že si o kolegyni nemyslím, že by svoji práci dělala dobře a ona mě pak šokuje. Prostě udělá něco, co mě by nenapadlo a říkám si: „to je teda dobrý,“ na to jaký je flink něco vymyslí a já bych na to nepřišla.“*

R8: *„Pomáhat musím i člověku, který mi není sympatický a naopak, jde o pacienta, ten nás potřebuje. ... Jsou tam i lidi, myslím kolegyně, které mi nejsou sympatický, na kafe bych s nima opravdu nešla, ale vycházet s nima musím. ... Teď spolupracujeme všechny skupiny dohromady a ty lidi, kteří se nesnášejí, když zjistí, že jsou spolu na službě, tak jsou od rána nafouknutý a hůře se jim pracuje.“*

R10: *„No, když třeba vezmu jednu moji kolegyni, která ti je schopna na odpoledne nechat čtyři transfuze a je jí to úplně jedno. Přijde mi to nefér, zvlášť kdyby tohle udělal člověk jí, tak se zhroutí. ... Ale někteří sanitáři jsou trága.“*

Konflikty

Respondentky se shodují na tom, že konflikty negativně ovlivňují spolupráci ve zdravotnickém týmu. Dotazované uvádí, že konflikty mohou souviset s prací v ženském kolektivu nebo v dlouhodobě neměnném kolektivu. Jejich příčinou může být rozpis služeb. Mohou je vyvolávat kolegové, vedoucí pracovníci, pacienti. Některé respondentky uvádějí, že konflikty si tým řeší sám, neventilují je navenek. Jedna respondentka uvádí jako možné řešení konfliktů v týmu střídání týmu (skupin).

R1: *„To negativum je, že hrozí osobní konflikty, protože tam jsme pořád se stejnými lidmi v týmu. Když do skupiny přijde někdo nový, tak se vzduch vyčistí a lépe se pracuje. ... Na tu práci je lepší, když se neměníme a na ty konflikty je lepší, když se prohodíme. ... Vždycky se snažíme problémy řešit mezi sebou, uvnitř týmu.“*

R2: *„Jelikož se jedná především o ženský kolektiv, občas dochází k menším konfliktům. Vlivem stresu v rámci pracovního dne někdy dojde k drobným konfliktům, ale vše si snažíme vyříkat. Dalším důvodem ke sporům bývá rozpis služeb, spíše taky dopisování služeb vlivem nemoci kolegů nebo služby o víkendech či svátcích.“*

R5: *„Když je nějaký konflikt třeba s pacientem, tak se lékař i staniční sestra k tomu postaví.“*

R6: *„Určitě to klima by mohlo být lepší, kdyby tam nebyla ta staniční. ... Kolegyně s ní taky nevycházejí. Třeba já i když jsem to nahlas řešila nebo jsem i brečela, polemizovala jsem jestli mám odejít, tak ony mě řekly narovinu, že pokud tady chci zůstat, tak se musím změnit sama, ona se nezmění.“*

R7: *„Pokud se najdou lidi, kteří mermomocí musejí prosadit co si myslí a neuvědomují si to, že když se to nelíbí mě, tak to znamená, že je to špatně, tak to pak nepřispívá k dobrému kolektivu.“*

Prvky šikany

Šikana na pracovišti, typ destruktivního konfliktu se v rozhovorech respondentek objevuje mimo jiné v souvislosti s adaptačním procesem a generačních rozdílech. Se šikanou se některé respondentky setkávají i u jiných členů zdravotnického týmu nebo s ní mají zkušenost z minulosti. Uváděnými projevy šikany jsou v tomto případě pomluvy, izolace, ignorace, kontrolování, napadání, záměrné zadržování informací. Některé respondentky v souvislosti s tímto bodem používají označení autostereotypu (my) a heterostereotypu (oni).

R1: *„V začátcích platilo pravidlo pomož si sám. Co jsem si nezjistila sama nebo neptala se, tak si mě nikdo nevšímal. Více mi pomáhali lékaři.“*

R3: *„Teď je problém s tou šikanou, protože já mám někdy pocit, že když mladší kolegyni něco vytýkám, tak to bere jako šikanu. Někdy se tak chovají, jsi ta špatná. Já jsem si šikanu zažila a tohle není šikana. S tou šikanou, to dříve za nás taky nebylo. ... Některé staré sestry ti řeknou, že nepředávají své zkušenosti, když vidí ty mladé sestry bez zájmu, ať se v tom vykoupou.“*

R4: *„Pro mladého člověka je to u nás očistec. ... Stálé kontroly, dokumentace, udělala jsi tohle a támhleto. Kolegyně to řeknou staniční sestře, napíšou to do kalendáře a pak si mě staniční zavolá a řeší to. ... Kolegyně, když jsou na směně, tak pomlouvají kolegyně, které na té směně nejsou. Druhé kolegyně zase pomlouvají ty první kolegyně, které nejsou na směně.“*

R7: *„ Nejsou to jenom třeba sestry nebo lékaři, dokážou si jít po krku navzájem i sanitářky. Dokážou toho člověka tak vydeptat.“*

R8: *„Jinak je u nás převážně ženský kolektiv, je to tam hrůza. Já kolikrát, když to poslouchám, jo, nejdříve na tebe úsměv, za 5 minut slyšíš jak o tobě sprostě mluví, jo až tak. ... Víceméně se tam cítím dobře, i když třeba na směně je jedna nebo dvě takové narušitelky.“*

R10: *„Když jsem chodila na různá oddělení po praxi, tak jinde to je mnohem horší, jako šikana a podobně. To tady není.“*

3 DISKUZE

V této části práce jsou porovnávány výsledky výzkumného šetření s jinými pracemi a vyvozovány závěry, které se vztahují k předem stanoveným výzkumným otázkám. Diskuze je zaměřena i na analýzu nejzajímavějších výsledků výzkumného šetření. Výzkumné šetření mělo zjistit, jaké jsou praktické zkušeností všeobecných sester s týmovou spoluprací na jejich pracovišti. Výsledky výzkumného šetření potvrzují již publikovaná zjištění podobných výzkumů a šetření uváděných v odborné literatuře.

3.1 Výzkumná otázka č. 1: Jakou mají všeobecné sestry zkušenost s týmovou spoluprací na pracovišti?

Z výzkumného šetření vyplývá, že i když všechny respondentky označují týmovou spolupráci za přínosnou pro jejich činnost, je zřejmé, že pod pojmem tým a týmová spolupráce má každá z nich jinou představu. Objevuje se např. názor, že úloha týmu ve zdravotnictví je důležitá, ale nejde tam o život jako např. u hasičů. Jiná respondentka si představuje tým, kde panuje „rodinný duch."

Na základě zjištěných skutečností lze konstatovat, že respondentky nepracují v dobře fungujících týmech, ale pouze ve skupinách. Žádná z dotazovaných se neztotožňuje s definicí týmu podle Rolfa Meiera, že tým je skupina, kde převládá spolupráce bez dané hierarchie, a kde všichni členové týmu zastávají stejná práva a povinnosti, přičemž jejich rozdílné zkušenosti a vědomosti přispívají k optimalizaci výsledků (Plevová a kol., 2012, s. 82). Všechny respondentky zastávají názor, že ve zdravotnictví, především v nemocnicích, je podmínkou pro správnou funkci týmu pevně daná funkční hierarchie. Podle Baštecké a kol. (2016, s. 88) se skupina od týmu liší právě tím, že ve skupině je psaná hierarchie se zodpovědností a náplň práce je zde vymezená interními předpisy.

I počet členů v týmu ve výzkumném šetření prozrazuje, že se jedná spíše o skupiny, které jsou složeny s většího počtu členů, kteří nepracují vždy společně a střídají se ve službách. Autoři odborné literatury jsou ve shodě, mezi nimi i Kubátová a kol. (2013), že optimální počet členů v týmu je maximálně deset. Čím je vyšší počet členů v týmu, tím se výrazně snižuje jeho výkonnost a efektivita. Beňadiková s Rapčíkovou (2009) ve svém výzkumném šetření zjistily, že pro 60% dotazovaných všeobecných sester je jednodušší stav, pokud pracují v menším týmu (2-15 členů), oproti tomu pro 1,5 % dotazovaných všeobecných sester představuje jednodušší stav velký tým (nad 40 členů). Otázkou také je, kdo je podle respondentek v tomto výzkumném šetření skutečným lídrem týmu. Převážná část

respondentek označuje vedoucím členem týmu staniční sestru, kterou ovšem většinou uznávají jen po formální stránce a vnímají ji pouze jako formální autoritu. Lojda (2011, s. 164) ve své knize charakterizuje lídra jako někoho, kdo má formální i neformální autoritu zároveň. Také nástup a začlenění nového člena do týmu jsou označovány většinou respondentek spíše za formální proces, ačkoliv jsou jedním z klíčových předpokladů úspěšně fungujícího týmu. Chrzová (2007) upozorňuje na nevhodně probíhající adaptační proces u sester, který má za následek ubývání sester v samotné profesi a dále popisuje, že sestry vlastně takto ničí nové kolegyně. Mayer cit. Zítková a kol. (2015, s. 7) zdůrazňuje důležitost adaptace nově přijatého pracovníka, především umožnit pochopit požadavky a očekávání do takové míry, aby byl schopen se připravit na svou pracovní roli. Kyasová cit. Zítková a kol. (2015, s. 8) uvádí, že zapracování nového pracovníka je vždy náročný proces, který je ovlivňován subjektivními i objektivními faktory, a proto je hned na začátku tohoto procesu nezbytné stanovit si postupně splnitelné cíle zaměřené na teoretické znalosti a získané praktické dovednosti.

Prvky autostereotypu (my) a heterostereotypu (oni) ve výzkumném šetření poukazují na to, že se v souboru respondentek nejedná o týmy, tak jak jsou definovány v teorii. Všechny respondentky rozdělují lékařskou a ošetřovatelskou stránku péče a oddělují tak tým lékařský od týmu ošetřovatelského. To ukazuje na skutečnost, kdy v ošetřovatelském týmu je spíše pravděpodobné, že dojde k vytvoření týmu, protože jednotliví členové se v něm mohou do určité míry zastupovat, jejich kompetence a náplň práce se zde prolíná. Oproti tomu kompetence a náplň práce mezi ošetřovatelstvím a lékařstvím jsou natolik rozdílné (všeobecná sestra nemůže zastupovat lékaře), proto nelze v těchto skupinách o týmu hovořit. Přesto však efektivní spolupráce mezi nimi, jakožto v celém multidisciplinárním zdravotnickém týmu, je nezpochybnitelná. Plevová a kol. (2012, s. 106) popisují, že pro multidisciplinární tým ve zdravotnictví je typická hierarchická (sestra se podřizuje lékaři), ale i nehierarchická (tým sester ve směnném provozu, které jsou funkčně na stejné úrovni) spolupráce. Prvky autostereotypu a heterostereotypu se u respondentek objevují nejen pro rozlišování „my sestry“ a „oni lékaři“, ale i v mezigeneračních rozdílech, kde dotazované hovoří buď z pozice „my staré“ a „oni mladé“ nebo naopak. V neposlední řadě se toto oddělování jednotlivých členů projevuje v sociálních vztazích, kde se objevují prvky mobbingu. Plevová a kol. (2012, s. 101) tuto problematiku popisují jako *„psychologický útisk zahrnující nepřátelskou a neetickou komunikaci zaměřenou systematicky jednou nebo více osobami na někoho, kdo je v důsledku takového útisku dotlačen do defenzivní pozice.“*

Překážky, které negativně ovlivňují týmovou spolupráci na jejich pracovištích vidí respondentky zejména v nesprávném fungování mezilidských vztahů a neefektivní komunikaci, které jsou příčinou vzniku konfliktů v týmu. Potvrzuje se shoda s Beňadikovou a Rapčíkovou (2009), které ve svém výzkumném šetření také zjistily, že pro sestry největším stresorem v týmu jsou špatné interpersonální vztahy. Vznik konfliktů v týmech respondentek, je podle nich důsledkem toho, že se jedná převážně o tým tvořený ženami. Křivohlavý (2002, s. 84-91) ve své knize zveřejnil výsledky rozsáhlého pokusu od A. Rapoporta z Michiganské univerzity, který se zabýval problematikou odlišností konfliktů mezi pohlavími. Výsledky pokusů prozrazují, že se nejedná o jednoduchou záležitost. Ženy se v konfliktních situacích chovají mezi sebou odlišně než muži. V konfliktních situacích ženy vzájemně nespolupracují a mají sklon řešit spory soutěživým způsobem, ze kterého se těžko vymaňují. Tímto zjištěním lze doložit názor respondentek, které často převažující ženský kolektiv uvádí jako potencionální příčinu problémů v týmové spolupráci. Problematikou genderu ve zdravotnictví se zabývají, mimo jiné, Wicksová (1999) cit. Bártlovou (2006), které potvrzují, že gender ovlivňuje vztahy v multidisciplinárním zdravotnickém týmu. Bártlová (2008) upozorňuje na feminizaci u nelékařských zdravotnických oborů, která v současnosti probíhá i v oborech medicínských. Ačkoliv stejně jako ženy hledají uplatnění v mužských povoláních, tak i muži dnes stále více nacházejí uplatnění v ošetřovatelství. Přesto počet žen v tomto oboru byl, je a bude vždy ve větším zastoupení. V neposlední řadě provedené výzkumné šetření ukazuje, že na vznik konfliktů na pracovišti mají dále vliv mezigenerační rozdíly a vzájemné sympatie resp. antipatie.

Fluktuace personálu a stále narůstající množství práce vyplývající z nedostatku personálu, málo zkušeného personálu jsou dalšími často uváděnými důvody, proč týmovou spolupráci na svých pracovištích respondentky nehodnotí jako plně efektivní. Existuje ale všeobecná shoda, že pokud na pracovišti narůstá množství práce, tak je pro tým fungující týmová spolupráce nepostradatelná.

3.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak všeobecné sestry vnímají vzájemnou spolupráci s ostatními členy v multidisciplinárním týmu?

Vzájemné vztahy mezi členy týmu jsou ovlivňovány osobními vlastnostmi členů, kvalitou komunikace, vzájemnými sympatiemi a antipatiemi. Respondentky do multidisciplinárního týmu v souladu s odbornou literaturou řadí všechny lékařské i nelékařské pracovníky. Všechny respondentky se shodují na tom, že nejvíce spolupracují se všemi sestrami, s lékaři, nižším zdravotnickým personálem, poté často jmenují uklízečku, rehabilitačního pracovníka,

psychologa, nutriční sestru, specialistu - konziliáře. Shodují se však na tom, že do týmu nezahrnují pacienta a jeho rodinu. Na pacienta většinou respondentky nahlížejí jako na pouhý objekt nikoli subjekt péče, kde se vyskytují prvky dominance či paternalismu.

Už před léty uvedla Haškovcová (1996, s. 9-16), že paternalismus ve zdravotnictví má být zachován jen v určitých situacích a převládat by měl partnerský přístup, ke kterému bude docházet spontánně. Rovněž Bártlová s Chloubovou (2009) vidí souvislost s probíhajícím, měnícím se vztahem mezi zdravotníkem a pacientem se vztahem mezi lékařem a sestrou, kdy hovoří o změně z role paternalistické – autoritativní na roli partnerskou, jakožto přispívající lepší kvalitě poskytované péče. Zacharová (2016, s. 78) uvádí, že se v současnosti v interakci mezi lékařem a pacientem dává přednost vztahu založeném na vzájemné participaci (lékař je pacientovi rádcem, konzultantem), ačkoliv moderní medicína zdůrazňuje vztah partnerský. Přestože je evidentní, že je dlouhodobě upozorňováno na důležitost partnerského vztahu při poskytování odborné péče ve zdravotnictví, výzkumné šetření ukazuje, že se tak neděje. Respondentky v odpovědích poukazují na spolupráci s lékaři, která není vždy partnerská a tato spolupráce často chybí i ve vztahu lékař – pacient, lékař – rodina pacienta, kde některé dotazované hovoří o stále dominantním postavení lékaře.

Ve svých odpovědích se respondentky často dotýkají kompetencí a problematické komunikace, obzvlášť v rámci spolupráce s praktickými sestrami a nižším zdravotnickým personálem, kde se často setkávají s neopodstatněným odmítáním pokynů a argumentováním, že příslušná věc nespadá do jejich kompetencí, nebo je jimi určitá činnost prováděna nekvalitně. Je skutečností, že na každém pracovišti jsou praktické sestry a nižší zdravotnický personál v různém zastoupení. Většinou však je nižší personál zastoupen v menším počtu, a proto jsou všeobecné sestry u tohoto personálu nuceny jeho kompetence samy suplovat. Zde se potvrzuje shoda s Mikšovou a kol. (2014), kteří dokládají na svém i na dalších výzkumných šetřeních stále vyskytující se využívání všeobecných sester pro vykonávání činností, které by měly být zajišťovány méně kvalifikovaným personálem. Některé respondentky svoji nespokojenost spolupráce se sanitáři, sanitářkami dokládají přáním, že by raději v týmu chtěly ošetřovatelku. Jako hlavní důvod uvádějí vyšší vzdělání a větší kompetence ošetřovatelky. Zásadním problémem je i nedostatečné začlenění praktické sestry v týmu. Některé respondentky si nejsou přesně vědomy úlohy praktické sestry v týmu, a tak ji neumí ani efektivně využívat a delegovat na ni úkoly. Jedna respondentka popisuje působení praktické sestry v týmu tak, že ji bere jako někoho navíc, protože jí chybí dostatečné kompetence, a tudíž pro ni není plnohodnotným členem ošetřovatelského týmu. Jedna

respondentka hovoří o malých kompetencích praktické sestry, a zároveň nemá pochopení pro její působením v týmu: *„Je nám tam k ničemu.“* Výzkumné šetření ukazuje, že na některých pracovištích respondentek se objevuje záměrné používání jiných odborností při označování některých spolupracovníků (sanitářkám se říká ošetřovatelka nebo sanitářky si nechávají říkat „sestři“). Tato záměna může zvyšovat prestiž dotyčného pracovníka, ovlivňovat jeho kompetence a narušovat vícestupňový systém práce v ošetřovatelském týmu. A to přináší zmatek, který se odráží v týmové spolupráci a také v mezilidských vztazích na pracovišti. Bártlová s Hajduchovou (2010) to popisují jako vzájemné nepochopení jednotlivých rolí a odpovědnosti v rámci multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví.

Ačkoliv v moderním pojetí multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví jsou pacient a jeho rodina, či blízcí pacienta, považováni za rovnocenné členy týmu (Plevová a kol., 2012, s. 106), respondentky je za členy týmu nepovažují. Příkladem je asociace jedné respondentky, která roli rodiny pacienta přirovnává k sportovnímu týmu, kde rodina zaujímá okrajovou roli, neúčastní se samotné hry. V dalších odpovědích je ze strany dotazovaných rodina pacienta dokonce vnímána jako překážka při práci. Často respondentky nahlíží na pacienta pouze jako na pouhý objekt péče.

To, že pacient i rodina pacienta nejsou pro respondentky v žádném případě plnohodnotnými členy týmu lze v provedeném výzkumném šetření doložit u kategorie komunikace. Některé respondentky poukazují na svízelnost při komunikaci s pacientem a rodinou pacienta což vyplývá především z nedostatku informací, které pacient nebo rodina má, respektive nemá. Ukazuje se shoda s Winklerovou a Jarošovou (2013), které ve výzkumném šetření zabývající se hodnocením spokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí uvádějí, že pacienti jsou nejméně spokojeni s podáváním informací jak v průběhu pobytu, tak (včetně jejich rodiny) před jejich propuštěním z nemocnice. Velmi zajímavý je názor jedné respondentky, která navrhuje, aby si každý zdravotník, v rámci komunikace, vyzkoušel roli pacienta, rodiny pacienta, lékaře. Jiná respondentka v rozhovoru u provedeného výzkumného šetření zdůrazňuje velkou obezřetnost při podávání informací pacientovi. Zdravotník na podávání informací pacientovi musí mít dostatek času, a pokud ho nemá, je lepší neříkat nic, protože špatně vyhodnocenou informací se může pacientovi nechtěně ublížit. Toto tvrzení dokládá Zacharová (2016, s. 98) věnující se prospěšnosti a škodlivosti podávaných informací pacientům, která zdůrazňuje vliv poskytnutých informací na průběh nemoci a apeluje na zdravotníky, aby používali slova opatrně, uvážlivě, protože při komunikaci s pacientem snadno dochází k tzv. iatropatogenii (poškození pacienta lékařem) či sororigenii (poškození pacienta sestrou). Linhartová (2007)

cit. podle Zacharová (2016, s. 104) mapovala problémové oblasti ve vzájemném vztahu mezi lékařem a pacientem, a v něm pacienti uváděli, že nejčastějším problémem a nedostatkem je zejména komunikace, která je špatná, nedostatečná, často nechtěně hrubá. Zacharová (2016, s. 101) dále v komunikačním procesu mezi zdravotníkem a pacientem velmi zdůrazňuje, že v obou směrech je potřeba si osvojit proces umění komunikovat, v kterém je potřeba, jakožto velmi náročné dovednosti, se neustále vzdělávat. Již jednou zmiňovaná Haškovcová (1996, s. 9-16) také už před mnoha lety zdůrazňovala, že je ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem zapotřebí hledat nové způsoby vzájemné komunikace a nové vzorce chování.

3.3 Výzkumná otázka č. 3: Jaká pozitiva a negativa všeobecné sestry vnímají u týmové spolupráce na svém pracovišti?

Nejčastější pozitivum týmové spolupráce respondentky jednoznačně spatřují v tom, že péče o pacienta není pouze záležitostí jednotlivce. Dále respondentky na týmové spolupráci pozitivně vnímají to, že společnou prací vždy dosáhnou cíle. Pozitivně hodnotí i různost v osobnostech a schopnostech jednotlivých členů, kteří se mohou navzájem doplňovat. Toto tvrzení obdobně charakterizují Kolajová (2006); Robbins, Coulter (2004) cit. Plevová a kol. (2012), kteří uvádějí, že tým víc ví, tým využívá potenciálu všech členů, tým vyrovnává. Shoda je i s Beňadikovou a Rapčíkovou (2009), které v kvantitativním výzkumném šetření uvádí, že pro dotazované sestry představuje největší pozitivum práce v týmu získávání nových vědomostí a zručností, které nabývají od ostatních členů týmu.

Negativa týmové spolupráce pro respondentky představují osobní vztahy jednotlivých členů mezi sebou a dále možné sdílení případných chyb celým týmem, individualismus u členů v týmu, někdy nežádoucí nutnost spoléhat se jeden na druhého, nechtěná akceptace špatné organizace práce, mnohočetný tým a nestejná míra zapojení jednotlivých členů týmu do společné práce. Z nefunkční spolupráce vyplývá stres, na který některé respondentky upozorňují. V odpovědích se vyskytuje shoda se Svobodníkem (2009), který nevýhodu týmu vidí v tom, že pracovníci se mohou spoléhat na to, že jejich chyby opraví jiní. Bělohlávek (2008) a Mikuláštík (2010) ve shodě s respondentkami označují za negativa týmové spolupráce vyhýbání se odpovědnosti, neschopnost spolupracovat, různé cíle u členů týmu.

Způsoby zlepšení týmové spolupráce na svých pracovištích, které některé respondentky navrhovaly, se týkaly jejich aktuálních potřeb na jejich pracovištích. Patří sem návrhy jako personální posílení týmu, výměna rolí členů týmu (lékař – sestra, lékař – pacient), možnost vyzkoušet si práci v jiném kolektivu, promíchat členy týmu, zlepšit adaptační proces,

supervize, změna managementu, zavedení tzv. Baťovského systému (zejména při obsazování vedoucích pozic). Autorka Culík Končitíková (2015, s. 110) pro tento případ charakterizuje Baťův systém řízení jako nutnost absolvování tzv. kolečka, kde všichni pracovníci v organizaci si postupně vyzkoušejí všechny pozice a tím dokonale poznají, co daná pozice obnáší, a pak teprve mohou podle svých schopností být zařazováni do vyšších funkcí. Jedna dotazovaná bezprostředně uvedla, že zlepšit týmovou spolupráci nikdo nedokáže. Ačkoliv některé respondentky upozorňují na špatnou komunikaci v týmu a je evidentní, že v žádném týmu není komunikace efektivní, přesto žádná z respondentek nepodává konkrétní návrh na zlepšení komunikačních dovedností v týmu.

Výsledky výzkumného šetření mohly být ovlivněny menším, specificky zaměřeným vzorkem respondentek, které tvořily pouze všeobecné sestry pracující ve směnném provozu v nemocnicích. Jejich odpovědi představují subjektivní názor a nemusejí tudíž přesně ukazovat objektivní skutečnost. Ovšem cílem tohoto výzkumu bylo zjistit subjektivní pohled respondentek. Hendl (2008, s. 50) uvádí, že získané výsledky u kvalitativního výzkumu představují soubor subjektivních dojmů a označuje to jako za jednu z nevýhod tohoto typu výzkumu. Také vzhledem ke zkoumanému fenoménu a volbě výzkumné metody, byla potřebná jistá míra osobní angažovanosti jednotlivých respondentek vyžadující větší otevřenost, která byla někdy spojena s pravděpodobnou úzkostí otevřeně někomu sdělovat svůj názor. Navíc pak, když názor bude zaznamenaný. Přestože všechny respondentky byly vybírány záměrně, kde jedním z kritérií byla vzájemná důvěra, ve dvou případech respondentky odmítly rozhovor když došlo na konkrétní problémy pracoviště, bály se vyjádřit svůj názor do záznamu. Některé všeobecné sestry uváděly, že pro ně přijatelnější formou u získá vání výzkumných dat představuje dotazník, kde lze stručně zaznamenat své názory. V potaz je nutno brát i menší zkušenost výzkumníka s touto formou výzkumu. Hendl (2008, s. 50) u kvalitativního výzkumu zdůrazňuje roli výzkumníka jako hlavní, důležitý prostředek při získávání dat.

4 ZÁVĚR

Efektivní týmová spolupráce v multidisciplinárním týmu představuje základní podmínku pro dosažení kvalitní odborné péče o pacienta a rovněž tak i dosažení spokojenosti členů týmu. Provedené výzkumné šetření ukázalo, že všeobecným sestrám pracujícím ve směnném provozu v nemocnicích nečiní spolupráce v multidisciplinárním týmu žádné potíže a v obecné poloze jim jsou dobře známy výhody a efektivita dobrého pracovního týmu, a týmové spolupráce. Respondentky jsou přesvědčeny, že jednotlivec nikdy nemůže docílit takových výsledků jako dobře pracující tým, protože péče o pacienta a jeho spokojenost vyžaduje souhru více lidí, kteří se navzájem doplňují, spolupracují.

Výzkumné šetření prokázalo, že respondentky za tým, který je pro jejich činnost běžný a v němž vnímají přínosy týmové spolupráce považují pouze nejužší okruh členů ošetřovatelského týmu, tj. všeobecné sestry a jejich nejužší spolupracující ošetřovatelský personál. Z jejich postojů ke spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu, preference pevně dané hierarchie na pracovišti a velkého množství členů v týmu lze oprávněně dovozovat, že respondentky nepracují v týmu, tak, jak je tým v teorii definován, ale ve skupině. Značná fluktuace na pracovišti a problémy se začleňováním nových pracovníků jsou pak dalšími aspekty, které mají negativní vliv na vznik dobře fungujícího týmu. Přestože respondentky vlastně nepracují v týmu nýbrž ve skupině či podskupině, je ve výzkumné části používáno označení tým místo termínu skupina.

Pro správné pochopení a efektivní využívání multidisciplinárních týmů v ošetřovatelském procesu je nezbytné takové pracovní týmy stabilizovat, precizovat úkoly jednotlivých členů týmu a týmovou spolupráci neustále jakoukoliv formou podporovat a cíleně budovat. Významná role v tom náleží průběžnému vzdělávání všech členů multidisciplinárního týmu, zejména pak v komunikačních dovednostech, i vzdělávání v samotném procesu týmové spolupráce, které začíná již na všech školách zdravotnického zaměření. V neposlední řadě se ukazuje nutná potřeba zdokonalit adaptační proces nově přijatých členů do týmu.

To, zda bude na pacienta nahlíženo jako na člena týmu nebo bude pouze brán jako objekt léčebného procesu tj. konzument zdravotnických služeb, závisí především na samotných zdravotnících, ale i na pacientech jak budou připravováni na své léčbě participovat. Výsledky výzkumného šetření ukazují na to, že role pacienta a jeho rodiny nemá v pracovním týmu žádný význam, respondentky je nepovažují za členy týmu. Jsou však přesvědčeny, že pokud

při léčení pacient a jeho rodina spolupracují, mohou být aktivními účastníky léčebného procesu.

Výsledky výzkumného šetření poskytují další možnosti ke zkoumání multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví, které povede k širšímu porozumění této problematiky. Je třeba zaměřit se na hlubší studium činnosti samotného multidisciplinárního týmu. Především, zda mohou sestry a lékaři vytvořit jeden společný tým nebo je rozdělení na jednotlivé týmy pracovníků těchto profesí nevyhnutelné. V tomto smyslu by mohly být dále zkoumány zkušenosti a názory dalších členů multidisciplinárního týmu s týmovou spoluprací. Vzhledem k rozdílným názorům na postavení pacienta a rodiny pacienta v týmu, vzájemného vztahu zdravotníka a pacienta, které vyplývají z výsledků výzkumu oproti odborné literatuře, je žádoucí tuto problematiku dále zkoumat s cílem zjistit zkušenosti pacientů a rodiny pacientů, zda se cítí být součástí týmu, který o ně pečuje.

5 POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*, 8, 31-5. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2008. Gender a zdravotnictví. *Ošetřovatelství (Hradec Králové),* roč. 10, č. 3-4, s. 49-54. ISSN: 1212-723X. Číslo grantové zprávy: NS9604.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ, 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*, 11, 252-6. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAJDUCHOVÁ, 2010. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 12, 20-33. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.), 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila, Veronika ČERMÁKOVÁ a Milan KINKOR, 2016. *Týmová supervize: teorie a praxe.* Praha: Portál. 325 s. ISBN 978-80-262-0940-9.

BELBIN, R. M., 2012. *Manažerské týmy: proč některé uspějí a jiné selžou*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 209 s. ISBN 978-80-7357-851-0.

BELBIN, R. M., 2012. *Týmové role v práci.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 159 s. ISBN 978-80-7357-892-3.

BEŇADIKOVÁ, Daniela, Tatiana RAPČÍKOVÁ, 2009. Sestra jako poskytovatelka ošetřovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra.* 19(12), 28-30. ISSN 1210-0404.

BĚLOHLÁVEK, František, 2008. *Jak vést svůj tým*. Praha: Grada. 142 s. ISBN 978-80-247-1975-7.

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ, 2015. *Management v ošetřovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny. 287 s. ISBN 978-80-7422-402-7.

BUNEŠOVÁ, Martina, Vilma KLEMENTOVÁ a Anna SKALICKÁ, 2008. Týmová spolupráce – komunikace. *Sborník příspěvků z konference Cesta k modernímu ošetřovatelství X.* s. 53.

CULÍK KONČITÍKOVÁ, Gabriela, 2015. *Podnikové vzdělávání Baťa*. Ve Zlíně: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta managementu a ekonomiky. 131 s. ISBN 978-80-7454-516-0.

FORSYTH, Patrick, 2009. *Jak motivovat svůj tým*. Praha: Grada. 98 s. ISBN 978-80-247-2128-6.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví, řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví, kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování.* Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1996. *Práva pacientů: komentované vydání*. Havířov: Alena Krtilová. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

HAYES, Nicky, 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry.* Praha: Grada. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. Vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HOLÁ, Jana, 2017. *Interní komunikace v teorii a praxi*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 159 s. ISBN 978-80-7560-099-8.

HOLÁ, Jana, 2012. Význam interní komunikace v managementu nemocnice. *Profese online.* Roč. V/1, s. 5-10. ISSN 1803-4330.

HOLÁ, Jana, 2011. *Jak zlepšit interní komunikaci: vyhněte se zbytečným škodám, odchodu zaměstnanců a ztrátě zákazníků.* Brno: Computer Press. 317 s. ISBN 978-80-251-2636-3.

HOLÁ, Jana, Markéta MORAVCOVÁ a Eva HLAVÁČKOVÁ, 2020. Communication competency: The topic of lifelong learning for nurse managers in hospitals. *Kontakt*, 22, 33-9. ISSN 1212-4117.

HOLEŠINSKÁ, Pavla (ed.), 2002. *Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. 376 s. ISBN 80-247-0536-2.

CHRZOVÁ, Anna, 2007. Adaptační proces – předpoklad přijetí profese na celý život. In: *Konference pro sestry: duševní a fyzické zdraví, předpoklad úspěchu sesterské profese: sborník.* Ostrava: Dům techniky Ostrava. s. 1-3.

KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Konflikty mezi lidmi.* Vyd. 2., přeprac., Praha: Portál. 189 s. ISBN 80-7178-642-X.

KUBÁTOVÁ, Sláva a kol., 2013. *Tajemství spolupráce v týmech*. Praha: Management Press. 260 s. ISBN 978-80-7261-259-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LOJDA, Jan, 2011. *Manažerské dovednosti*. Praha: Grada. 182 s. ISBN 978-80-247-3902-1.

MAHBOUBE, Lari et al., 2019. Comparing the attitude of doctors and nurses toward factor of collaborative relationships. *Journal of family medicine and primary care*, 8 (10), 3263-3267. Dostupné prostřednictvím PubMed z: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_596_19.

MAREŠ, Jiří a kol., 2016. *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*. Brno: MSD. 192 s. ISBN 978-80-7392-259-7.

MARKOVÁ, Eva, Sylva BÁRTLOVÁ, 2013. Historical development of the ward nurse position in the czech republic. *Journal of nursing, social studies and public health*. Roč. 4, č. 1-2. s. 37-46.

MAXWELL, J. C., 2015. *Týmová spolupráce*. Praha: Pragma. 128 s. ISBN 978-80-7349-388-2.

MEIER, Rolf, 2009. *Úspěšná práce s týmem: 25 pravidel pro vedoucí týmu a členy týmu*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-2308-2.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Martin ŠAMAJ, Lenka MACHÁLKOVÁ a Kateřina IVANOVÁ, 2014. Naplňování kompetencí členů ošetřovatelského týmu. *Kontakt*. 16(2), s. 130-142. ISSN 1212-4117.

MIKULÁŠTÍK, Milan, 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online], ©2014. Praha: MZČR [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/.

MÜHLEISEN, Stefan, Nadine OBERHUBER a Iva MICHŇOVÁ, 2008. *Komunikační a jiné měkké dovednosti: soft skills v praxi*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-2662-5.

OOCLO, Josephine et al., 2020. The importace of power, context and agency in improving patient experience through a patient and family centred care approach. *Health research policy and systems.* 18 (1), 10. Dostupné prostřednictvím PubMed z: https://doi.org/10.1186/s12961-019-0487-1.

PAYNE, Malcolm, 2000. *Teamwork in multiprofessional care*. New York: Palgrave. 268 s.

PLAMÍNEK, Jiří, 2009. *Týmová spolupráce a hodnocení lidí*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2796-7.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

POKOJOVÁ, Radka, Sylva BÁRTLOVÁ, 2017. The importance of teamwork for the provision of patient safety. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation.* 3-4. s. 128-135.

Příručka k osnově o bezpečí pacientů: multiprofesní edice. [2016]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 270 s.

RAUDENSKÁ, Jaroslava, Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK, Roman HYTYCH a kol., 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. 190 s. ISBN 978-80-210-6382-2.

SVOBODNÍK, Pavel, 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.

SCHMUTZ, J. B., L. L. MEIER and Tanja MANSER, 2019. How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 9 (9), e 028280. Dostupné prostřednictvím PubMed z: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent – Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

TREŠLOVÁ, Marie, Věra STASKOVÁ, Ivana CHLOUBOVÁ a Sylva BÁRTLOVÁ, 2010. Sestra ve střetu hierarchie, profesí a osobností. *Ošetřovatelský výzkum a praxe založená na důkazech.* s. 113-121. ISBN 978-80-7368-694-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

von KNORRING, Mia et al., 2020. Patient experience of communication consistency amongst staff is related to nurse-physician teamwork in hospitals. *Nursing open*, 7 (2), 613-617. Dostupné prostřednictvím PubMed z: https://doi.org/10.1002/nop2.431.

WINKLEROVÁ, Jarmila, Darja JAROŠOVÁ, 2013. Hodnocení spokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí. *Profese online*. Roč. VI/2, s. 36-40. ISSN 1803-4330.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9238-0.

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ, Erna MIČUDOVÁ, 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetřovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 165 s. ISBN 978-80-247-5094-1.