

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Libuše Winklerová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Libuše Winklerová

Ošetrovatelský tým jako funkční prvek v poskytování zdravotnické péče
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2011

Univerzita Palackého v Olomouci - Fakulta zdravotnických věd

Anotace bakalářské práce

Název práce v ČJ:

Ošetrovatelský tým jako funkční prvek v poskytování zdravotnické péče

Název práce AJ:

The nursing team as a functional element in the provision of health care

Datum zadání: 7.1.2011

Datum odevzdání: 30.4.2011

Vysoká škola, fakulta: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Autor práce: Libuše Winklerová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá ošetrovatelským týmem, jako funkčním prvkem v poskytování zdravotnické péče. Cílem práce bylo stanovit, jaké informace existují o ošetrovatelském týmu, jeho efektivním vedení a o celkové strategii jeho budování. Ze získaných poznatků můžeme zaznamenat, že se objevují nové trendy v oblasti managementu a sestavování zdravotnických pracovních týmů. Do popředí se dostává demokratický styl vedení lidí a stále více je brán zřetel na plnění zadaných úkolů v rámci kompetencí jednotlivce. Jedním z cílů práce byla také sumarizace poznatků o oblasti interpersonálních vztahů na pracovišti, konkrétně v ošetrovatelském týmu. Vztah lékaře a sestry se stává kolegiálním, pacient je partnerem lékaře při léčebném procesu, sestry si zvyšují kvalifikaci a svou odbornost, jsou více empatické a méně anonymní. Ve zdravotnických zařízeních postupně dochází ke změnám v mezilidských vztazích na základě využití vhodných komunikačních technik a zpětné vazby.

Abstrakt v AJ:

The bachelor's thesis is concentrating on a nursing team as a functional unit providing health care. The purpose of the work was to specify which information there are about nursing teams, about nursing team management and team building. Thanks to retrieved findings, we can notice that there are new trends in managing and creating nursing teams. Democratic leading style is getting more and more popular and more focus is paid to fulfilling individual's duties. Another aim of the work was also to summarize the findings about interpersonal relations among staff members, especially among the nursing team. The doctor-nurse relationship gets more collegial, the patient becomes the doctor's partner in the sense remedy, nurses increase their qualification and workmanship, they are more empathetic and less anonymous towards patients. Thanks to using the correct kind of communication techniques and the feedback, there are progressive changes in personal relationships at hospital.

Klíčová slova v ČJ: ošetřovatelský tým, interpersonální vztahy, komunikace, motivace, lékař, všeobecná sestra

Klíčová slova v AJ: nursing team, interpersonal relationships, communication, motivation, doctor, nurse

Rozsah stran : 36 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2011



.....
podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji primáři MUDr. Vladimíru Košovi, Antonínu Lašákovi a Jarmile Kuncové za podporu a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Obsah:

1	ÚVOD.....	9
1.1	Odůvodnění vybrané problematiky.....	9
1.2	Cíle bakalářské práce	9
1.3	Citace vstupní literatury:.....	10
2	PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ.....	10
2.1	Zdravotnický tým a jeho členové.....	11
2.2	Motivace členů týmu	14
2.3	Řešení problémů v týmu	18
2.4	Strategie budování zdravotnického týmu.....	20
2.5	Nejvýznamnější členové zdravotnického týmu	27
3	ZÁVĚR.....	35
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	37
	POUŽITÁ LITERATURA.....	38

„Tajemství úspěchu v životě není dělat, co se nám líbí, ale nalézt zalíbení v tom, co děláme.“

Thomas Alva Edison

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá otázkou vytvoření funkčního a efektivního týmu lidí, který by byl schopen poskytovat zdravotní péči na nejvyšší úrovni. Podívejme se očima autorů článků a odborných publikací na to, jak správně tým sestavit, co neopomenout při výběru členů týmu, jak členy týmu správně vést a motivovat, jak správně komunikovat. Analyzujeme blíže vztahy lékař - sestra, lékař - pacient, sestra - pacient a udělejme si představu o tom, jak vypadá ošetřovatelský tým jako funkční prvek ve zdravotnické péči.

1.1 Odůvodnění vybrané problematiky

V dostupných literárních a informačních zdrojích lze nalézt mnoho teoretických informací o tom, jak správně formovat pracovní skupinu, jak ji motivovat a jak v ní komunikovat. Praktické zkušenosti jsou však publikovány zřídka. Práce se soustředí na získané informace o zdravotnickém týmu a jeho členech. Zaměřuje se na nejvýznamnější členy týmu a jejich vztahy. Dále se práce zabývá celkovou strategií při budování týmu, blíže se věnuje způsobu motivace a řešení problémů v kolektivu pracovníků a zmiňuje narušené interpersonální vztahy.

1.2 Cíle bakalářské práce

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké existují informace o zdravotnickém týmu.

Dílčími cíli byly:

Cíl 1 : Shrnout poznatky vztahující se k motivaci pracovníků

Cíl 2 : Předložit poznatky týkající se řešení problémů v týmu

Cíl 3 : Sumarizovat poznatky o strategii a budování týmu

Cíl 4 : Popsat vztah lékař – sestra, lékař – pacient, sestra – pacient

1.3 Citace vstupní literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S., a CHLOUBOVÁ, I. *Postavení sestry v multidisciplinárním týmu*. Kontakt. Praha. ISSN 1212-4117. 2009, č. 1, s. 252-254. [cit.24.2.2011]
2. BÁRTLOVÁ, S., a HAJDUCHOVÁ, H. *Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou*. Kontakt. Praha. ISSN 1212-4117. 2010, č. 1, s. 31-32. [cit.28.1.2011]
3. BEŇADÍKOVÁ, D., a RAPČÍKOVÁ, T. *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210 - 0404. 2009, roč. 19, č. 12, s. 30. [cit.9.1.2011]
4. BŘEZINOVÁ, J. *Bude zdravotní sestra nadále pouhý doplněk?* Medical Tribune. Praha. 2010, č. 10, s. 23. [cit.24.1.2011]
5. DAŇKOVÁ, M. *Asertivita - a jak ji zvládnout*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2007, roč. 17, č. 2, s. 19. [cit.7.1.2011]
6. FEIK Š. *Mezi lékaři a sestrami chybí týmová práce*. Medical Tribune. Praha. 2010. č. 22 [cit.16.1.2011]
7. GULÁŠOVÁ, I. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2004, roč. 14, č. 6, s. 8-9. [cit.5.1.2011]
8. JANOTOVÁ, M. *Vedení týmu a komunikace*. Diagnóza a ošetrovatelství. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2008, roč. 4, č. 9, s. 5. [cit.12.1.2011]
9. MIČUDOVÁ, E. *Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti*. Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2007, roč. 17, č. 5, s. 20. [cit.6.1.2011]
10. PRŮŠA, J. *Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví*. Medical Tribune. Praha. 2010, č. 5. [cit.13.1.2011]
11. STEHLÍKOVÁ, J., a TREŠLOVÁ, M. *Využití role sestry rozhodovatelky v praxi*. Florence. Praha: Ambit Media. 2010, roč. 6, č. 4, s. 41-43. [cit.8.1.2011]
12. ŠKOCHOVÁ, D. *Dobrý lídr umí komunikovat o své vizi*. Florence. Praha: Ambit Media. ISSN 1801-464X. 2006, roč. 2, č. 2, s. 57-59. [cit.14.1.2011]
13. TOMOVÁ, Š. *Komunikace - dorozumívání, nebo porozumění?* Sestra. Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 9, s. 26. [cit.10..2011]
14. *Pracovníci ve zdravotnictví* [cit.16.4.2011 v 10,00 hod.]
dostupné na WWW: farmeko.cz/data/66/vz5pracvezdravprez.doc
15. Zákon 95/2004 Sb. [cit.16.4.2011]
16. Zákon 96/2004 Sb. [cit.17.4.2011]

2 PŘEHLED PUBLIKOVANÝCH POZNATKŮ

Tato kapitola je věnována přehledu prostudované vstupní literatury. Přináší poznatky z jednotlivých oblastí mající vztah k hlavní problematice, kterou přehledová práce řeší. Sumarizované poznatky se soustředí na tým a jsou předkládány podle důležitosti.

2.1 Zdravotnický tým a jeho členové

Co je tým? Adair (1986) ve své odborné publikaci uvádí, že slovo *tým*, které se volně nahrazuje synonymem *skupina*, má svůj vlastní význam. „*Nebo spíše, slovy Bernarda Babingtona Smitha, tým je: Skupina, v níž jednotlivci mají společný cíl a v níž pracovní činnosti a dovednosti každého člena vzájemně na sebe účelně a plynule navazují, jako - užijeme-li mechanické a statické analogie - na sebe navazují jednotlivé části skládačky, dohromady vytvářející nějaký vzor*“ (Adair, 1986, s. 97). Podle Adaira (1986) lze tedy říci, že efektivní tým je skupina lidí se společným cílem, vzájemnou podporou a spoluprací. Díky efektivitě může tým dosáhnout stanovený cíl a později, pokud to bude nutné, může převzít i náročnější úkoly. (Adair, 1986, s. 97)

Palán (2002) popisuje výchovu dospělých v týmu buď jako afirmativní, která může znamenat nekritické až pasivní přejímání zastaralých, mnohdy demagogických postojů, nebo naopak nonfirmativní, která je demokratická, klade důraz na svobodné rozhodování a individualitu osobnosti. (Lidské zdroje, Palán, 2002, s. 8)

Ve zdravotnictví tvoří tým zdravotničtí pracovníci. Ti se buď přímo, nebo nepřímo podílejí na zdravotní péči. Jejich úkolem je udržet, podpořit a navrátit zdraví nebo zajistit klidné umírání a důstojnou smrt pacienta, bez ohledu na věk, rasu, pohlaví a vyznání. (Pracovníci ve zdravotnictví, dostupné na internetu: [WWW: farmeko.cz/data/66/vz5pracvezdravprez.doc](http://WWW:farmeko.cz/data/66/vz5pracvezdravprez.doc))

Jak uvádí Mastiliaková (2002) dělíme kategorie zdravotnických pracovníků podle dosaženého vzdělání a pracovního zařazení. Správné rozdělení a začlenění zdravotnických pracovníků vytváří efektivní zdravotnický tým. Jednotlivé kategorie odborníků mají své specifické znalosti a dovednosti a svoji nepostradatelnou roli

v péči o zdraví člověka. Míra těchto znalostí a dovedností nemusí být vždy jasně stanovena a může se překrývat. (Mastiliaková, 2002, s. 187)

Zdravotnický tým tvoří profesionálové s různým stupněm dosaženého vzdělání a podle něj se dělí do těchto kategorií:

a) lékař - podmínky pro získání odborné způsobilosti pro povolání lékaře (zákon č. 95/2004 Sb.) jsou: nejméně šestileté prezenční studium a praktická a teoretická výuka v magisterském akreditovaném studijním programu všeobecné lékařství

b) zubní lékař - podmínky pro získávání odborné způsobilosti pro povolání zubního lékaře (zákon č. 95/2004 Sb.) jsou: nejméně pětileté prezenční studium a praktická a teoretická výuka v magisterském akreditovaném studijním programu zubní lékařství a stomatologie - zahájen nejpozději v akademickém roce 2003-2004

c) farmaceut - podmínky pro získání odborné způsobilosti pro povolání farmaceuta (zákon č. 95/2004 Sb.) jsou: nejméně pětileté prezenční studium a praktická a teoretická výuka v magisterském akreditovaném studijním programu farmacie (z toho buď šest měsíců praxe v lékárně, nebo zahájení studia nejpozději v akademickém roce 2003/2004

Postgraduální vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů je povinné, a to celoživotně. Dále mohou získat specializovanou způsobilost ukončenou atestací a vydáním diplomu o specializaci v příslušném specializačním oboru. (zákon 95/2004 Sb.)

Podle zákona 96/2004 Sb. (zákon 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004) musí nelékařský zdravotnický pracovník splňovat tyto podmínky pro získání a uznání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče bez odborného dohledu:

- *všeobecná sestra* (toto povolání se získává absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia všeobecná sestra, diplomovaná sestra, diplomovaná sestra v oboru psychiatrie a oboru dětská diplomovaná sestra s počátkem studia nejpozději v roce 2003/2004, absolvováním studia oboru všeobecná sestra na SZŠ s počátkem studia 1. ročníku v roce 2003/2004 nebo absolvováním SZŠ v oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra v psychiatrii, porodní asistentka, sestra pro intenzivní péči a ženská sestra se započatým studiem v roce 1996/1997 a diplomovaná porodní asistentka s datem započetí studia nejpozději v roce 2003/2004)

- *porodní asistentka* (toto povolání lze získat absolvováním nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru porodní asistentka, dále

v oboru diplomovaná porodní asistentka s počátkem studia v roce 2003/2004 a mohou je získat i absolventi SZŠ v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka se započítáním studia nejpozději v roce 1996/1997)

- *nutriční terapeut* (mohou jej vykonávat absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru nutriční terapie, absolventi tříletého diplomovaného studia v oboru dietní sestra se započítáním studia v roce 2004/2005 a diplomovaný nutriční terapeut, dále absolventi SZŠ v oboru dietní sestra se započítáním studia nejpozději v roce 2004/2005)

- *ergoterapeut* (povolání mohou vykonávat absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru ergoterapie, absolventi tříletého diplomovaného studia v oboru ergoterapeut se započítáním studia v roce 2004/2005, absolventi SZŠ v oboru ergoterapeut se započítáním studia nejpozději v roce 1998/1999 a absolventi SZŠ v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia v oboru léčba prací s datem započítání studia v roce 2003/2004)

-*radiologický asistent* (mohou jimi být absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru radiologický asistent, absolventi tříletého diplomovaného studia v oboru radiologický asistent se započítáním studia v roce 2004/2005, absolventi SZŠ v oboru radiologický laborant se započítáním studia nejpozději v roce 1996/1997)

- *zdravotní laborant* (povolání mohou vykonávat absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia v oboru zdravotní laborant, a nebo přírodovědného zaměření, absolventi tříletého diplomovaného studia v oboru zdravotní laborant se započítáním studia v roce 2004/2005, absolventi SZŠ v oboru zdravotní laborant se započítáním studia nejpozději v roce 2004/2005)

- *zdravotně-sociální pracovník* (mohou jej vykonávat absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studia v oboru sociálního zaměření a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník nebo specializační studium v oboru zdravotně-sociální péče)

- *fyzioterapeut* (mohou jej vykonávat absolventi nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského a magisterského studia v oboru fyzioterapie, tříletého studia diplomovaný fyzioterapeut a absolventi SZŠ v oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník se započítáním studia nejpozději v roce 1996/1997)

Zdravotnický pracovník s odborným dohledem:

- *zdravotnický asistent* (povolání mohou vykonávat absolventi čtyřletého studia na SZŠ, dále absolventi zdravotnického akreditovaného kurzu zdravotnický asistent a zdravotničtí záchranáři a porodní asistentky)
- *laboratorní asistent* (mohou jím být absolventi zdravotnické školy v oboru laboratorní asistent)
- *ošetřovatel* (toto povolání může vykonávat absolvent kvalifikačního kurzu v oboru ošetřovatel, charitativní ošetřovatel se započítáním studia nejpozději v roce 2004 a absolvent tříletého studia na SZŠ v oboru ošetřovatel, dále absolvent čtyř semestrů magisterského akreditovaného studijního programu všeobecného lékařství, absolvent nejméně tří semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studia, absolvent akreditovaného čtyřletého studia zdravotnický asistent studia)
- *sanitář* (tímto může být absolvent kvalifikačního kurzu v oboru všeobecný sanitář, sanitář pro: operační sál, pro laboratoř a transfúzní oddělení, pro zařízení lékárenské péče, pro lázně a léčebnou rehabilitaci, pro autoptické oddělení a pro pitevnu)

Nelékařský zdravotnický pracovník pracující s odborným dohledem i bez odborného dohledu je povinen se celý život vzdělávat.

2.2 Motivace členů týmu

Aby nedošlo ke stagnaci a tým dobře fungoval, je potřeba do něj vnést energii a to tvůrčím způsobem, konstatuje Adair. (1993) Jak lidi rozhybat a tedy vhodně motivovat popisuje následovně. Základem pro motivaci je *jednotlivec a tým* a tvůrčí způsob jeho organizování. (Adair, 1993, s. 143)

Správná motivace v týmové práci je dalším stupněm k úspěchu. Ne každý zaměstnanec je však správně motivován. Jak Adair (1993) popisuje, nelze vše uplatit penězi. Je nutné umět člověka motivovat i takovým způsobem, který je mu blízký a modeluje charakter jeho osobnosti, vyzdvihuje jeho klady a neguje zápory. Podmiňuje a energizuje jeho jednání v určitých situacích, které je nutné vysledovat a směřovat jejich rozvoj správnou cestou. (Adair, 1993, s. 153)

V situaci, kdy je tým založen za určitým účelem, s jasně stanovenými cíli a vhodnou organizací, již nemluvíme o motivaci, ale *sebemotivaci*. Tyto orientace jsou interaktivní. Jednotlivec má potřeby, které uspokojuje tím, že je zapojen do kolektivní

činnosti a dochází ke společnému uspokojování potřeb. Stejný úkol a jeho splnění nám přináší pocit dobře vykonané práce, postavení a uznání, zatímco skupina přináší uspokojení v oblasti sociálních potřeb. V tomto případě peníze fungují jako výměnný prostředek za jídlo, pití, bydlení a teplo, neboli fyziologické uspokojení lidských potřeb. V 50. letech se touto teorií zabýval Maslow. Avšak Douglas McGregor poukázal, že práce manažerů se v této oblasti přiklání spíše na dva vzájemně protikladné soubory explicitních či implicitních předpokladů o lidech s názvem teorie X a teorie Y. Z popisu jeho teorie vyplývá skutečnost, že jednotlivec se chová podle toho, jak mu napovíme, aby se choval. Jestliže někomu řekneme, že je velmi líný, většinou naše tvrzení splní. Pokud naopak pochválíme někoho, kdo není až tak dobrý, může se stát, že naše vize jeho lepší stránky bude splněna. (Adair, 1993, s. 143)

„Přirození vůdci se tímto předpokladem ve své činnosti řídí odjakživa. Navzdory důkazům svědčícím o opaku věří v tvůrčí a strategický potenciál lidí.“ (Adair, 1993, s. 142). Další příklad vhodné sebmotivace je popsán v práci Fredericka Herzberga, amerického psychologa. (Adair, 1993, s. 143) V polovině 50. let provedl pohovory se svými spolupracovníky v Pittsburghu a jeho snahou bylo vyzkoumat, proč jsou některé situace v pracovním dění uspokojivé méně a jiné více. Uspokojivé situace nazval „*motivátory*“ a méně uspokojivé „*hygienické faktory*“. *Motivátory* vyvolávají spokojenost a *hygienické faktory* naopak nespokojenost, nejsou-li v pořádku. Zesílíme-li hygienický faktor, dochází u jedince ke snížení jeho nespokojenosti či krátkodobému uspokojení. Mnoho odborníků na téma Herzbergovy teorie polemizuje pro její jednoduchost a binární interpretaci. Odborníci se také pozastavují nad otázkou, zda lze peníze nazývat hygienickým faktorem či nikoliv. Přes veškeré pře docílil Herzberg v oblasti motivace vysokých výsledků a projevů uznání, které se projevilo v oblasti pracovního uspokojení při praktické aplikaci na individuální potřeby. Podle zmiňovaného (Adair, 1993, s. 145) jsou motivátory: úspěšnost, uznání, zajímavost práce, odpovědnost a služební postup. Mezi hygienické faktory řadí: podnikovou politiku a administrativu, řízení, interpersonální vztahy, plat, postavení, pracovní jistotu, osobní život a pracovní podmínky. (Adair, 1993, s. 142-146)

Názor Plamínka (2006) je odlišný od Adaira (1993). Říká, že k naplňování firemních myšlenek a cílů nás povzbuzují *motiv*y a *stimuly*. Fungují jako pohonná látka pro náš výkon. Rozdílné jsou v tom, že motivy na nás působí vnitřní silou a stimuly, které si postupně bereme za vlastní, na nás působí z vnějšího prostředí. *Motivaci*

nazýváme činnost jednotlivce, která je vedena jeho již existujícími vnitřními potřebami a nelze je ovlivnit. Musíme znát své lidi velmi dobře a včas postřehnout a rozeznat jejich aktuální motivy. Ty jsou zdrojem jejich úsilí. Pokud se nám to nedaří, zájem opadá a motivace ustupuje. U *stimulace* se jedná o jiný proces. O lidech nemusíme mít detailní informace, stimulujeme je finančně. Za těchto okolností však musíme být připraveni na to, že pokud omezíme dané úsilí, čas a prostředky, stimulace bude klesat, až se zastaví, konstatuje Plamínek. (2006) Pro dosažení dobrých výsledků a úspěšnosti volíme nejdříve stimulaci a tu posléze měníme na motivaci. Záleží nejen na volbě správným směrem, ale i na daných podmínkách a schopnostech manažera. Výsledek působení motivů a stimulů na jedince může být vnímán jako vektorový součet. Důležité je, aby stimuly nešly proti motivům, ale byly vzájemně v souladu. Stejně jako Herzberg a Adair i Plamínek konstatuje, že se může ve finální fázi celý proces vložit do rukou jedince a dochází u něj k sebemotivaci. Práce jej naplňuje do takové míry, že sám hledá podněty a příznivé okolnosti k vlastnímu růstu. Přebírá kompetence od vedoucího pracovníka a je řízen firemním myšlením. Principem motivace je soulad mezi vnitřními pocity jednotlivce a úkolem, kterým je pověřen. Existují dva výstupy z této situace. V jednom případě se zaměstnanec přizpůsobí danému úkolu a v tom druhém se uzpůsobí úkol jedinci. Ze zkušeností víme, že nelze vždy úkol jedinci dobře přizpůsobit, proto hledáme alespoň dobré podmínky pro plnění našich požadavků. „*Zlaté pravidlo - nepřitesávejte lidi k obrazu jejich úkolu, ale snažte se spíše přizpůsobit úkoly lidem a jejich aktuálním motivům.*“ (Plamínek, 2006, s. 76). Manažer je v tomto případě ve složité situaci mezi úkolem a jedincem. Vytváří kombinaci dvou produktů, jimiž jsou požadovaný výsledek a lidská spokojenost. Ta se skládá nejméně ze tří vrstev. Vynaložené úsilí je komplexně podnětem těchto tří vrstev. Vede k lidské spokojenosti, kterou dělíme na věcnou, procesní a osobní. Věcná spokojenost je dáována do souvislosti s pracovním místem zaměstnance. Procesní spokojenost souvisí s pracovním procesem. Pokud jsou pracovní podmínky v pořádku, je spravedlivě zacházeno se všemi zaměstnanci, přijme jednotlivec chybu snadněji. Osobní spokojenost je spojena s rolí zaměstnance. Jestliže je v práci uznáván a se svojí rolí spokojen, pak se lépe smiřuje s ostatními dvěma nespokojenostmi. Dobrý vedoucí by měl mít zkušenosti ve všech těchto vrstvách spokojenosti jedince a umět je vhodně kombinovat a přizpůsobovat okolnostem. Je dobré si zapamatovat, že pokud nejsou schopni do sebe zapadnout úkol a jednotlivec, dáváme přednost motivaci před

stimulací. Podle Plamínka (2006) má motivace tři složky, jimiž jsou: motivační založení, motivační poloha a motivační naladění.

Motivační založení je neměnné, člověku vrozené, nelze jej změnit, pouze se jej snažíme poznat a pochopit. Ke změnám v této oblasti dochází jen velmi pomalu a v malé míře. Stane se tak zejména v neočekávaných situacích, kdy nad sebou ztrácíme kontrolu a neovládáme se.

Motivační poloha je ovlivnitelná. Týká se životních a pracovních podmínek, které je možné měnit. V jistých situacích může být tato poloha dominantní a může potlačovat motivační založení. Podle Maslowa a Herzberga se projevuje zejména při neuspokojování základních potřeb nebo tehdy, je-li požadováno specifické chování, například u sociálních rolí.

Motivační naladění je okamžitý stav vnitřního chování a jednání. Jedná se o stav přechodný (například krátkodobé rozčilení či špatná nálada po probdělé noci). Zkušený vedoucí rozpozná tyto nálady a ví, že brzy přejdou.

Autor v podstatě říká, že cílové řešení v týmu odhalí člověk v roli *objevovatele*, cestu k cíli najde usměrňovatel, lidské zdroje a cestu k cíli řeší *slad'ovatel* a výkon dotáhne do konce *zpřesňovatel*. (Plamínek, 2006, s. 76-84)

Harvey (1994) podotýká, že pokud se zamyslíme nad tím, kolik lidí nás v životě motivovalo, budeme překvapeni jejich malým počtem. Z pedagogů to bude jeden či dva a z vedoucích žádný nebo jeden. Stává se velkým uměním opravdově člověka motivovat. Je jen hrstka těch, kteří znají správnou strategii a umí z ostatních vykresat a najít v nich to nejlepší. Tito jednotlivci utvoří kolem sebe skupinu lidí, kteří je věrně následují, neboť to považují za jedinečnou příležitost. Návod na schopnost kladně povzbudit jedince je složen ze tří součástí a je možné jej použít pro všechny věkové kategorie a v každé pracovní skupině. Trojdílný návod, jak správně motivovat, se skládá z přesné formulace toho, co bylo správně provedeno, dále ze zdůraznění, jak tato správně vykonaná činnost prospěla jednotlivci a celému týmu a nakonec z vyjádření upřímného uznání. K návodu je nutné připojit čtyři přístupy a pak jsme schopni si za krátkou dobu sami připravit vhodný motivační postup. Jde o přístup k zaměstnancům, k loajálnosti, k dobrovolnosti a k nadřizenému. (Harvey, 1994, s. 55-57)

Nejdříve se musíme rozhodnout, koho chceme motivovat. Vypracujeme si osnovu, jak jednotlivce pozitivně naladit. Vyzkoušíme si svůj sestavený postup kladné motivace na někom ze svého okolí. Nakonec zavoláme dvěma lidem a vyzkoušíme si

na nich svoji teorii kladné motivace. Oni nás kladně nabijí a to nás přiměje k dalšímu pokračování ve výzkumu. Mějme přitom na paměti, že kladné povzbuzování se nám vrátí v dobré práci a navykneme si na něj tak, že se bez něj nebudeme moci obejít. (Harvey, 1994, s. 57-58)

Jedince vždy povzbudíme, vyzvedneme jeho klady v tom, co už dokázal a následovně jej pochválíme. Chválu neustále opakujeme. Tím dosáhneme vysokého pracovního úsilí každého jedince. (Harvey, 1994, s. 59)

2.3 Řešení problémů v týmu

K zajištění dobrých interpersonálních vztahů dopomáhá více faktorů, říká dále Adair. (1994) Nejdůležitějším z nich je správné řešení problémů. Kdy nastává důvod problém řešit? Tehdy, když jedinec či skupina lidí chce nebo potřebuje najít řešení. Také tehdy, pokud nemá pro vyřešení správný postup a chce jej nebo musí najít. Všechny úkony jsou pro další postup velmi důležité. První z nich vyžaduje řešit situaci atraktivním způsobem, jež zaujme všechny zainteresované účastníky. Dalším předpokladem je, že společné řešení nebude nalezeno ihned. Ovšem, čím déle řešení trvá, tím více skepse je u jednotlivých členů vytvořeno a upadá víra ve vyřešení situace, což je mnohdy pravda. Dobrý vedoucí musí vzít zřetel k tomu, jaké vztahy existují mezi úkolem, skupinou a jednotlivcem a řešit problém komplexně. Je nutné v tuto chvíli udržet dobrou morálku vstříc mnohým či opakovaným nezdarům. V tomto kontextu je třeba povznést tvůrčí myšlení, jež je nedílnou součástí řešení komplikací. Tehdy nové a neočekávané řešení můžeme nazvat tvořivostí. Je nutné zdůraznit, že týmy samy o sobě nejsou tvořivé, ale jsou to jednotlivci, kteří přicházejí s novými nápady. Někdy tým vytvoří kontext a v něm se společnému tvůrčímu myšlení daří. Atmosféra, komunikace, standardy, vedení a morálka společně přispívají k pozitivnímu klimatu, které povzbuzuje, stimuluje a rozvíjí objevné myšlenky jednotlivců. (Adair, 1994, s. 151-155)

V tabulce č. 1 „*Některé faktory ovlivňující proces rozhodování*“ (Adair, 1994, s. 154) jsou vyjmenovány faktory, které mají členové týmu vrozené (faktory osobnosti), zdokonalené vzděláním (faktory zkušenosti) a odborným výcvikem (faktory kognitivní). Nedílnou součástí těchto faktorů jsou jejich silné a slabé stránky.

Dokonalý jedinec s vysokou měrou kladu v oblasti silných i slabých stránek je výjimečný. Většina z nás je v jednom či více faktorech z výše uvedené tabulky slabší nebo naopak v některých vyniká. Proto předpokládáme, že nejlépe je tyto složky v týmu vyvážit a to z hlediska osobnosti a praxe nebo znalostí. (Adair, 1994, s. 151-5)

Tabulka č. 1 Některé faktory ovlivňující proces rozhodování

<i>Faktory osobnosti</i>	<i>Faktory zkušenosti</i>	<i>Kognitivní faktory</i>
stres, tlak	věk	paměť
zájem, motivace	dřívější profesionální a odborné zkušenosti	analytické schopnosti
obava z realizace	znalost řešení- hledání strategií	logika a zdůvodnění
odpor k předčasnému uzavření	znalost problému a jeho kontextu	schopnost syntézy
vytrvalost		schopnost hodnotit
		schopnost vidět celek
		představivost
		intuice
		umění počítat
		gramotnost

Nejdůležitějšími duševními schopnostmi jsou podle Adaira (1994) analytická schopnost, logické myšlení, syntetická schopnost, holistické myšlení, hodnotící schopnost, intuice, paměť, tvořivost a umění počítat a psát. Schopný vedoucí by měl být ve všech těchto oblastech dobře vycvičen. Musí si uvědomit, že kvalita jeho myšlení ovlivňuje všechna jeho rozhodnutí. V týmu je nutné uvažovat o každém jednotlivci. Měli bychom si uvědomit, čím je jednatel pro tým důležitý a čím přispěje. Také je-li schopen akceptovat neznalost v určité oblasti a tolerovat příspěvi jiného člena do této oblasti. V neposlední řadě je nutné zvážit, jaké významné mentální schopnosti v týmu chybí a čím je potřeba je doplnit. (Adair, 1994, s. 151-5)

2.4 Strategie budování zdravotnického týmu

Autoři odborných publikací a článků, zabývajících se sestavováním týmů, popisují několik cest a strategií, jak funkční tým sestavit. Důležité je nejen vybrat správné členy, ale také je postavit na správná místa a přidělit jim funkce, tzv. šité na míru. Stěžejním bodem v tomto procesu je manažer. Najít schopného manažera s uměním tým vést, budovat a zároveň správně motivovat, je půl úspěchu. Zbývající polovina je na lidech, kteří pod jeho vedením pracují. Jestliže se zaměříme na zdravotní péči, musí se jednat o lidi s vysokým stupněm altruismu, empatie, lidského přístupu a porozumění. Nelze také opomenout stupeň a kvalitu jejich vzdělanosti. Tu je potřeba neustále rozvíjet a zkvalitňovat. Příslušník zdravotnického týmu se musí vzdělávat celý život. Sledovat nové trendy, analyzovat je a správně využít ve své praxi. Učit se nové pracovní postupy a jejich správný algoritmus. Sledovat výzkum a jeho výsledky. V neposlední řadě je nutné myslet na to, že naše veřejnost začíná být v oblasti zdravotnictví velmi informována, a to především prostřednictvím internetu a jiných médií. Dožaduje se vzdělaných a vysoce kvalifikovaných odborníků poskytujících zdravotnické služby. S nimi úzce souvisí nadstandardní péče, tedy péče hrazena pacienty a pojišťovny. V této oblasti hrazené péče lze očekávat další rozvoj a ten klade vysoké nároky na její poskytovatele. (Plamínek, 2005, s. 131)

Každý tým, jako celek, má za cíl vytvořit nové návrhy, řešit problémy a činit určitá rozhodnutí. Dílčí problémy řeší členové týmu mezi sebou, říká Adair (1994) a rozhodující záležitosti řeší vedoucí. Jde-li o schopného vedoucího týmu, který je si dobře vědom své zodpovědnosti, je jeho snahou zapojit do společné práce všechny členy. Na správném rozhodnutí, které ve finále vedoucí udělá, se tím pádem podílejí všichni členové stejnou měrou. Čím více se jednotlivec podílí na společném rozhodnutí, tím více je motivován. Každý přinese určitý díl zkušeností, znalostí, představitosti, perspektivy a zralého úsudku. Důležitým bodem ve fungujícím týmu jsou dobré vztahy na pracovišti. (Adair, 1994, s. 151)

Progrese pracovních týmů se odvíjí od jejich efektivnosti. Srovnáme-li tým efektivní a neefektivní, vychází nám skutečnost, že v efektivním týmu všichni spolupracují. Vědí, že je potřeba úsilí jednotlivce pro dokonalost celku a díky jednotnosti je tým schopen správně definovat své silné i slabé stránky a dále je rozvíjet. Naopak v neefektivním týmu spolupráce chybí. Hlavní slovo má jen několik

jedinců, ostatní jen nečinně přihlížejí a jsou nespokojeni. Dochází k autokracii a strnulosti. Problémy nejsou řešeny konstruktivně. Dominantní členové utiskují ostatní a přicházejí neshody a konflikty. (Škrlovi, 2003, s. 360)

V Uživatelském manuálu Aupha, Modul 5 (1995-6), nalezneme další z mnoha návodů, jak vytvořit správný tým. V počátku se manuál shoduje s Adairem a Kochem tím, že stavebními kameny týmu jsou dobrá vnitřní spolupráce a správná komunikace uvnitř týmu. Pracovní skupina se stává týmem tehdy, má-li společnou cestu ke splnění daného cíle. *„Zdravotnictví je podle Thompsona charakteristické tzv. „reciprocal interdependence - vzájemnou spoluzávislostí. Nutnost koordinace je o to větší, o co je i závislost vyšší.“* (Aupha, modul 5, s. 7). Manuál je také ve shodě s Bártlovou, Chloubovou (2009), pokud jde o vztah lékař - sestra a vztahy mezi ostatními nelékařskými pracovníky. K dosažení maximálně dobré péče o pacienty/klienty je důležitá souhra všech členů týmu. Dobrou vzájemnou komunikací lze dosáhnout vyšších záměrů a zároveň účelného řešení nedostatků na vysoké úrovni. (Aupha, Modul 5, Uživatelský manuál, 1995-96, Řídící výbor, s. 7-9)

Koch (1995) radí začít budovat tým tak, že se vedoucí seznámí se všemi členy týmu a jejich kompetencemi. Toto je vhodné provést během prvních deseti dnů vedoucího pracovníka ve funkci. Měl by vyslechnout jednotlivé členy týmu, jejich strategie, vize, návrhy, rady, ale i problémy, neuzavírat se před nimi, ale naopak snažit se je pochopit, utvrdit se v prvním dojmu, zaujmout určité stanovisko. Zvážit, zda není potřeba změnit styl jejich práce. Vymyslet novou strategii vedení. Určit pravomoci jednotlivých pracovníků, stanovit si zástupce. Je nutné každému pracovníkovi založit složku, která by měla obsahovat: pět jeho důležitých předností, stupnici našeho odhadu, zda je introvert/extrovert, dále tři body určující jeho výkonnost a roli v týmu. (Koch, 1995, s. 75) Dále by si mohl určit jeho osobnost podle Lavitta - zda se jedná o vizionáře, analytika či člověka činu (Leavitt Hal, 1-2-3 test, *Corporrate Pathfinders*, Penguin Books, London, 1986, s. 69, 83-61, (Koch, 1995, s. 68-69), závěrem si zaznamená, jakým je pro nás dotyčný přínosem. (Koch, 1995, s. 75)

Stýblova metoda (1994) výběru spolupracovníků pomocí speciálních metod zaručuje podle něj vysokou pravděpodobnost správného výběru zaměstnanců na určená pracovní místa. Jistý zkušený manažer utrousil poznámku, že bez těchto metod by byl jako mládenec v pohádce, vybírající si z dvanácti zahalených panen. Existují různé formy testů pro uchazeče o zaměstnání. Příkladem jsou psychologické testy.

Někteří manažeři jsou přesvědčení, že tyto testy jsou pro přijetí zaměstnance zcela zásadní a vypovídají o něm mnohé. Opomíjejí tak předchozí zkušenosti a vývoj uchazeče. Jiní mají opačný názor. Myslí si, že psychologické testy jsou určeny zcela ke klinickým účelům a správný manažer pozná *toho správného uchazeče* i bez nich. Pravda je podle Stýbla někde napůl cesty. Říká, že v zásadě lze soubor metod výběru zaměstnanců rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří tzv. základní metody. Jde o metody všeobecné, které lze uplatnit při přijetí širokého spektra pracovníků. Jsou to metody typu personální anamnéza - životopis, dotazník a výběrový rozhovor. Jinou skupinou metod rozšiřující obě předcházející je testování způsobilosti - odborné, psychické a speciální. Jde především o odborné testy posuzující psychickou způsobilost, zejména používané u vedoucích pracovníků. Dále lze použít testování speciální způsobilosti a testy grafologické. (Stýblo, 1994, s. 48-49)

2.4.1 Vedení zdravotnického týmu

Podle výzkumu Stehlíkové, Trešlové (2010) je nutno efektivně využívat roli manažera a to zejména jako *motivátora a komunikátora*. Tímto způsobem budou potom manažeři schopni přesvědčit své podřízené o nutnosti rozhodovat se a kriticky myslet, pracovat kreativně. Při implikaci rozhodovací role sestry je důležitým úkolem manažera hájit zájmy a kompetence sester. Často se totiž stává, že role sestry bývá zastíněna lékařem nebo manažerem samotným. Z výzkumu Stehlíkové, Trešlové dále vyplývá skutečnost, že sestrám chybí empatie a porozumění klientům při poskytování ošetrovatelské péče. Pacient/klient je holistická bytost a jako takovou by ji měly sestry chápat i se všemi jejími potřebami. Další zjištěnou skutečností je, že sestry s vysokoškolským vzděláním nejsou vhodně zapojovány do práce ošetrovatelských týmů. Zapojením těchto pracovníků zajistíme širší rozhled v týmu a posílíme roli sestry jako rozhodovatelky a tím docílíme vyšší efektivity v poskytování zdravotnické péče. (Stehlíková, Trešlová, Florence 4/2010, s. 41)

Gladkij a kol. (2003) předkládá návod na správné řízení týmu v těchto sedmi principech: „*dosahujte výsledků, buďte pragmatičtí, uplatňujte strategickou skromnost, buďte zaměřeni na pacienta, buďte oddáni věci, naučte se být optimisty a přijímejte zodpovědnost.*“ (Gladkij a kol, 2003, s. 184) Roli schopného vedoucího se lze naučit, důležitější je vybrat si korektní spolupracovníky, zadat jim vhodný úkol, řešit vzniklé

problémy, hodnotit vývoj týmu, sledovat spokojenost pacientů, napravovat vzniklé omyly, chránit svůj tým a vzájemně propojit všechny jeho členy takovým způsobem, který jim dopomůže k lepším výsledkům nyní i do budoucna. (Gladkij a kol, 2003, s. 184-185).

Adair (1993) upřednostňuje ve vedení lidských zdrojů využití a pochopení vlastních řídicích schopností, a to ve všech směrech, z každého úhlu pohledu. Znamená to prohloubit a uvědomit si teoretické znalosti, kdy je jedinec má a kdy ne. Citlivě vnímat důležitost funkce jednotlivce a vytvářet kvalitní prostředí pro efektivní spolupráci všech členů týmu. Dále je nutné porozumění principům, požadavkům či funkcím vedení a to na základě svých vlastních zkušeností. To je důležité zejména tehdy, nemá-li vedoucí pracovník předchozí zkušenosti nebo jej nikdo neseznámil s pravidly vedení. Tehdy může dojít k pochybení. Správný vedoucí pracovník zná své postavení a chápe a ví, co od svých podřízených požadovat. Důležité je rozvinout své znalosti ku prospěchu správného vedení celého týmu. (Adair, 1993, s. 7-8)

Podle Plamínka (2006) je dobrou strategií v metodice řízení tzv. Management by Competencies, dále jen MbC (Řízení pomocí kompetencí). „*Vznikl propojením tří hlavních zdrojů: teorie vitality (Jiří Plamínek, 2000), teorie omezení (Eliyahu M. Goldratt, 1990), a kompetenčního pravidla (Roman Fišer, 2004)*“. (Plamínek, 2006, s. 160) Tyto tři zdroje fungují jako propojené celky, které se vzájemně doplňují a prolínají. *Vitalita*, tedy životnost, energičnost, určuje konečný cíl a strategii systému. *Teorie omezení* nachází zdroj, do kterého vléváme vitalitu. Plánovitě určuje místo působení. *Kompetenční pravidlo* říká, že změnou kompetencí jednotlivých pracovníků dosáhneme oživení systému pracovních činností, nastolíme nové pracovní postupy k dosažení předurčených cílů. (Plamínek, 2006, s. 146)

Zcela jinou strategii v počátku vedení zastává Koch. (1995) Podle něj bychom si nejdříve měli *zmapovat terén*, ve kterém budeme pracovat, poté připravit správnou strategii, nastudovat prostředí, ve kterém začneme sestavovat tým, abychom byli připraveni na případné překážky, které se mohou vyskytnout při našem nástupu. Je nutné se důkladně připravit a naplánovat si první dny ve své funkci. Dopředu si ujasnit, co a jak chceme nebo nechceme změnit. Pokud uvažujeme o změně, tak v jakém rozsahu. Budeme přemýšlet o předchozím vedoucím a jeho strategii, předchozí práci týmu a jeho pověsti v širokém i blízkém okolí. (Koch, 1995, s. 25-26)

Škrlovi (2003) ve své knize uvádějí, že nejčastěji se styl vedení dělí podle klasifikace amerických badatelů Lippita a Whitea. Rozlišují typ *autokratický*. Jde o styl samovládcy, který zadává úkoly bez vysvětlení, proč je zadává. Nikdo nesmí klást odpor, dává vše příkazem, neuposlechnutí trestá, nebere ohled na přání a potřeby zaměstnanců. Dalším typem je *demokrat*, člověk, který po zadání úkolu dává prostor pro diskusi, nechá si poradit a podává informace o cílech. Za splnění úkoly odměňuje. Zajímá se nejen o profesní, ale i osobní život zaměstnance. Rozvíjí jejich úsilí ve zvyšování vzdělanosti a vhodně ji využívá. Třetím typem je *vedoucí uplatňující nezúčastněný styl*, kdy se zaměstnanci řídí sami, vedoucí jim do ničeho nezasahuje, nekontroluje je a nečiní rozhodnutí. Ze tří uvedených rolí je preferován typ demokrata, který nejúčinněji působí na zaměstnance a pod jehož vedením jsou ochotni dosáhnout stanovených cílů a všestranné spokojenosti. (Škrlovi, 2003, s. 265)

2.4.2 Komunikace ve zdravotnickém týmu, interpersonální vztahy

Může nastat situace, že sestavíme tým, který má správného vedoucího, efektivní strategii, dobře stanovené cíle a pacienti si přesto stěžují na péči. Tehdy musíme hledat chybu v lidech a správně řešit problémy, které nastaly z jejich pochybení. V mnoha pracovních týmech to bývá špatná komunikace a narušené interpersonální vztahy. (Plamínek, 2005, s. 130)

Vhodné řešení konfliktů je důležitým prvkem pro správné fungování týmu a týmové práce vůbec. K tomuto prvku přispívá dobrá komunikace členů týmu. Využití příslušného komunikačního vzorce a jeho uplatnění v praxi, lze mnohým konfliktním situacím předcházet. (Škrlovi, 2003, s. 360)

V článku Janotové (2008) se utvrdíme v názoru, že pro dobré interpersonální vztahy a fungování týmu je důležitá komunikace. Komunikujeme za účelem získání informací nebo přesvědčení. Na počátku využití komunikačního vzorce bychom měli vědět, s kým a jak budeme komunikovat, připravit si plán a styl řeči. Dále za jakým účelem a s jakým cílem komunikujeme. Myslíme na to, jak srozumitelně informace podáme, abychom dosáhli pochopení a správně motivovali a povzbuzovali pracovníky nebo podřízené. Existuje několik možností, jak komunikovat. Buď ústně, mezi čtyřma očima, na poradě s více lidmi nebo telefonem, emailem, přes skype, apod. Způsob, který zvolíme, je velmi důležitý. Formu komunikace volíme také podle toho, s kým a

proč komunikujeme. Informace, kterou týmu podáváme, musí být přesná, ucelená, podána včas, zakládající se na pravdě a dobře dostupná pro všechny. V závěru interpretace je dobré všechny informace kumulovat a znovu zopakovat. V týmu je správná komunikace základem dobré týmové spolupráce. (Janotová, Diagnóza a ošetřovatelství, 4/ 2008, s. 5)

Škočová (2006) říká, že pokud nám záleží na tom, aby nás někdo poslouchal a vnímal, co říkáme, musíme tyto myšlenky s ostatními sdílet. Pokud chceme někoho něco naučit, musíme začít sami u sebe. Dobře znát danou problematiku, abychom znalosti a dovednosti mohli předat ostatním. Nutné je umět naslouchat jiným, abychom provedli konfrontaci jejich a vlastního názoru. Porozumění ostatním nám pomáhá pochopit sám sebe. „*Nepřesvědčujte druhé o vlastním názoru, ptejte se, hledejte, podívejte se na problém z jejich perspektivy. Přeformulujte stanovisko druhých tak, aby byli spokojeni dřív, než začnete obhajovat svůj vlastní názor - je to nesmírně obtížné, ale jistě se to vyplatí.*“ (Škočová, Florence, 2/2006, s. 57-58)

V komunikaci je důležitý postoj nejen k sobě, ale i k ostatním. Pokud chceme dosáhnout správné komunikace s ostatními, chováme se k nim tak, jak chceme, aby se chovali oni k nám. Nevnučujeme jim naši představu komunikačního vzorce, ale orientujeme se na jejich osobní představu, vcítíme se do ní. Lidé rádi plní své představy. V důležitém rozhovoru postupujeme tak, že se nebojíme mluvit, neuvádíme mnoho číselných informací, mluvíme jasně a srozumitelně, snažíme se zapůsobit na posluchače. Nastudujeme si téma. Jsme si vědomi, že náš úspěch je úspěchem všech. Používáme máloslovné spojení s pomlkami. Dáváme najevo, že víme, že rétor se vyznačuje inteligencí, logickým myšlením, lidskostí a empatií. Jeho projev je plynulý, zábavný, nesmí uspávat a být monotónní. (Škočová, Florence, 2/2006, s. 59)

Podle Uživatelského manuálu Aupha, Modul 5 (1995-96) je komunikace proces, který využívá především nástroje verbální a neverbální komunikace. *Verbálními nástroji* jsou myšleny řeč a poslech. Jejich účinek je podmíněn slovy a symboly. Nutností pochopit význam tohoto účinku je vzájemná shoda v komunikaci. Každý jedinec vstupuje do komunikace z jiného prostředí a z toho důvodu může dojít k nepochopení se navzájem. Slova a symboly jednotlivců mají jiný původ a pro každého jiný význam. V komunikaci je důležité porozumět tomu, co nám druhý chce říci. Často dochází k nepochopení proto, že si myslíme, že jsme racionálně uvažující osoba, stejně jako náš protějšek. Ne vždy tomu tak je a tehdy dochází k problému

v komunikaci. Správným posluchačem nemůže být každý. Musíme se učit umění naslouchat, stejně tak jako mluvčí mluvit. Umění správně naslouchat je stejně důležité jako správná interpretace toho, co chceme říci. Jestliže se manažer zeptá podřízeného, zda rozuměl a on odpoví kladně, ještě neznamená, že mu správně porozuměl. Vhodné je využít zpětné vazby, tedy říci podřízenému, aby zopakoval, co po něm nadřízený chce. Teprve nyní zjistíme, zda podřízený otázku správně pochopil. *Stejně důležitá je i komunikace neverbální. Zahrnujeme do ní: čas, místo, prostor a gestikulaci. Jde o řeč těla. Jejím prostřednictvím můžeme mnoho říci. Řeč těla zahrnuje spoustu výrazů a vytváří rámec tiché řeči, který je specifický pro jednotlivé kultury. Pomocí těla člověk sděluje nevědomě či vědomě, co chce říci. Je na něm vidět nadšení i nezájem. Stejně tak, zda spěchá nebo má dostatek času. V neverbální komunikaci hraje roli také čas, místo a prostor. Příkladem je pevný stisk ruky, který může mít v různých kulturách různý význam. Stejně tak i po které straně jde muž vedle ženy. Dalším příkladem neverbální komunikace spojené s časem, místem a prostorem je únik informací v nesprávnou dobu (například, když se zaměstnanci donese, že je propuštěn ze zaměstnání ještě dříve, než je sám informován, nebo když nadřízený říká, že dveře jeho kanceláře jsou stále otevřeny všem a vy čekáte půl hodiny před zavřenými dveřmi). Také zpoždění se běžně považuje v mnoha kulturách za projev neúcty. Mluva prostřednictvím času je stejně důležitá a významná jako mluvené slovo. Za tichou řeč můžeme považovat rovněž místo. Stůl v kanceláři vedoucího a jeho poloha má též svůj význam, vedoucí si tak chrání svůj prostor (například umístění stolu mezi ním a zaměstnancem). Stejně tak, pokud vedoucí nemá v kanceláři židli a podřízený musí stát nebo v jiném případě je posazen proti oknu. V těchto pozicích je podřízený vždy v nevýhodě. Zajímavé je také sledovat, jak je brán zřetel na osobní zónu jednotlivce. V Americe je tento prostor značně rozšířen. Naopak v Egyptě je velmi malý. Také pronajímání kanceláře či ordinace na významném místě má svůj význam. Předvádíme takto všem svoji pozici a prestiž. Pokud si pronajmeme místo na vesnici, nemůžeme očekávat, že nás někdo bude obdivovat a vyvyšovat. Komunikaci ovlivňuje také reklama. Vše je v ní lepší a větší. Dokáže člověka manipulovat. Komunikace je v ní prostředek, jak jednotlivosti vtáhnout do celku. (AUPHA, Modul 5, uživatelský manuál, 1995-96, Řídící výbor, s. 20-22)*

2.5 Nejvýznamnější členové zdravotnického týmu

Za hlavní členy zdravotnického týmu jsou považováni lékaři a sestry. Do vztahu mezi nimi se promítá i měnící se role pacienta z role paternalistické na roli partnerskou. Díky této změně se jinak nahlíží i na roli lékaře a sestry, na kvalitu jejich profesionálního chování a na rovnoprávnost jejich vztahů. Podle očekávání se Česká republika více přibližuje ve svém vývoji velkým evropským zemím a jejich novým trendům. Tím se mění i vztah pacient - zdravotník, což povede k další neodmyslitelné změně a následně i stabilitě ve vztahu lékař - sestra. Tato vyváženost přispívá k lepší kvalitě poskytované zdravotní péče. (Bártlová, Chloubová, Kontakt 1, 2009, s. 253)

Stehlíková, Trešlová (2010) ve svém výzkumném šetření došly k závěru, že zkoumaný vzorek sester, odpovídající kladně na otázku rozhodovací role sestry v týmu, je v práci spokojen. Vztahy na jejich pracovišti jsou dobré až výborné. Lze takto usuzovat, že s mírou spokojenosti v interpersonálních vztazích stoupá míra rozhodnosti? Ano, dobrá atmosféra, na které se sestry samy podílejí, nekonfliktní vztahy a jejich spokojenost, vede k efektivitě práce v týmu. Hlavními budovateli týmu na pracovišti by měly být manažerky. (Stehlíková, Trešlová, Florence 4/2010, s. 40)

Gulášová (2004) ve svém článku zastává názor, že sestra působí na pacienta komplexně. Není jen léčitelkou jeho nemoci, ale pacient u ní hodnotí její přístup, profesionalitu, vstřícnost, vystupování, vzdělanost a přizpůsobivost.

Pokud není kladně hodnocena ze strany pacienta, ztrácí u něj důvěru. Sestra s kladným hodnocením by měla mít mnoho pozitivních vlastností, které Gulášová (2004) konkrétně vyjmenovává: *„čestnost, poctivost, schopnost sebekritiky, snášenlivost, svědomitost, obětavost, ochotu, ohleduplnost, velkodušnost, pozornost, jemnost, slušnost, vlídnost, citlivost, soucit, shovívavost, srdečnost a taktnost v jednání, upřímnost a pravdomluvnost, schopnost vytvářet dobré mezilidské vztahy se spolupracovníky, ke kterým je člověk zároveň i náročný. Důvěru a úctu u pacienta sotva vzbudí ten, kdo je bezcharakterní, nezásadový, nesvědomitý v plnění svých povinností, kdo je člověkem dvou tváří, zákeřný, podlézavý, kdo pomlouvá a osočuje své spolupracovníky, nadřizené, případně i pacienty, kdo je nesnášenlivý, kdo roznáší klevety, je lhovostejný, nepřístupný, hrubý a netaktní.“* (Gulášová, Sestra, 6/2004, s. 8)

Sestra musí mít víru v sebe sama, hodnotí dále Gulášová (2004), nesmí se podceňovat. Není dobré, pokud je také příliš sebevědomá a povýšenecká. Nesmí dávat

volný průchod svým emocím a citům, musí mít schopnost sebezapření a ovládnání se, musí se umět zasmát a stejně tak se nad určitými situacemi povznést a přejít je s pochopením. Nemalou roli v jejím chování hraje její vystupování, znalost etického kodexu a její celkový vzhled a upravenost. Je jisté, že neupravená sestra s malou sebedůvěrou nepůsobí na pacienta kladným dojmem. V neposlední řadě je důležitý její vhodný přístup, jednání a empatie. Sestra zaujímá u pacienta roli matky a lékař roli otce. Neléčí se u něj jen jeho choroba, ale pacient je brán jako celek a přístup k němu, jako jednotlivci, je prvořadý. Sestra přistupuje nejen odborně, ale i s vysokou profesionalitou. (Gulášová, Sestra, 6/2004, s. 8)

Bártlová, Chloubová (2009) ve svém výzkumném šetření uvádí, že náročnost povolání sestry vyžaduje neustálé zdokonalování a sebevzdělávání. Bártlová, Chloubová (2009) jsou ve shodě s Gulášovou (2009), že sestra se účastní komplexní léčby pacienta nejen prakticky, ale zajímá ji pacient jako celek, po celou dobu hospitalizace. Je důležité vytvořit pro pacienta dobré prostředí, aby se zde cítil spokojeně a mohl co nejdříve odejít do svého domácího prostředí a do zaměstnání. (Bártlová, Chloubová, Garantovaný projekt NR/7960-3, Kontakt 1, 2009, s. 253)

Březinová (2010) popisuje ve svém článku sestru viděnou různými očima. Sama pracuje již třicet let ve zdravotnictví a má problém s tím, aby si zachovala svoji důstojnost a profesionalitu. Percipuje své pocity a vnímá zkušenosti jiných. Podívejme se, podle Březinové (2010), na sestru z pohledu různých lékařů:

Sestra očima mladého hloupého lékaře, lékařky - Je viděna jako služka. Já mám titul a ona mě bude poslouchat, protože mě na fakultě všechno naučili a ona mi nebude konkurovat. Jak je možné, že si mě dovolí upozornit, zda jsem se neupsal nebo napsal něco špatně. Každou otázkou útočí proti mně. Někdy sice nevím, co mám dělat, ale přece se neshodím a nebudu se jí ptát. Nepotřebuji ji, ona je nic a já jsem někdo, tedy neodmlouvat.

Sestra očima mladého chytrého lékaře, lékařky - Sestra je pomocník, vše zařídí, objedná, jen na to pomyslím. Pokud si nevím s něčím rady, kde co je, jak se co zařizuje, jak se léčí, neváhá mi pomoci. Ještě že je tu sestra, která všechno ví.

Sestra očima staršího hloupého lékaře, lékařky - Může za všechno, špatně podá nástroj, proto se operace nedaří, špatně podá injekci, proto se lékař netrefí, mám špatnou náladu, zhojím si ji na sestře. Já ji nepotřebuji, ona může být vděčná za to, že smí být v mé blízkosti. Tedy stručně řečeno lékař = Bůh.

V očích staršího chytrého lékaře, lékařky - Sestra je nedílnou součástí péče o pacienta. Je si vědom, že léčba by nebyla účinná, kdyby nebyl pacient čistý, najezený a spokojený. Na sestru je spolehnoutí, je s pacienty ve stálém kontaktu a ví o nich vše. Z informací sestry lékař čerpá. Je si vědom, že antibiotika nejsou k ničemu, když pacient trpí žízni. Bez sestry si svou práci neumí představit.

Březinová dále konstatuje, že sestry sice studují vysoké školy a vzdělávají se, avšak neumí se prosadit, jsou nedocenené, protože si o své ocenění neumí říct a čekají, až to za ně udělá někdo jiný. Jako sestra říká: „*Dokud budeme vyskakovat ze své vlastní židle, na svém vlastním pracovišti a uvolňovat ji přicházejícímu lékaři, budeme neviditelné, neexistující, vše zvládající šedé myšky.*“ (Březinová, Medical Tribune, 2010).

Jak vidí pozici sestry Mičudová? (2007) Ve svém článku uvádí, že sestra očima veřejnosti není dostatečně vnímána do té doby, než ji potřebují. Jinak je pro laickou veřejnost, podle Mičudové, spíše jako seriálová „sestra Ina“, tedy bytost bez vlastního rozumu, ne příliš inteligentní. Náročnost jejího povolání jde v tomto případě stranou a jsou zde hodnoceny jen její vztahy s lékařem. Nelze tvrdit, že vztahy mezi sestrami a lékaři jsou výborné, ale mediálně známé jsou spíše „*postelové scény*“, nikoliv jejich pracovní úsilí a výkony. Společností je vnímána jako vykonavatel příkazů lékaře, nikoliv jako samostatný pracovník. Teprve v posledních deseti letech se změnilo postavení sestry z realizátora příkazů na pomocníka a partnera. Sestra není kompetentní vykonávat takové množství úkonů, jako její kolegyně v zahraničí. Určité odborné kompetence jí byly přiděleny, ale ty přímo souvisí s úrovní jejího dosaženého vzdělání. Přes velkou míru náročnosti tohoto povolání a odpovědnosti není nejlépe finančně ohodnocena. Stojí spíše v pozadí a nijak zvlášť se neprosazuje. V minulosti byla sestra vnímána především jako modrobílá uniformovaná osoba s naškrobeným čepcem. Role sestry byla touto formou dána. Nyní je pozice sestry degradována díky boji mezi jednotlivými odbornými společnostmi. Samy se tedy musí integrovat do dnešní společnosti a zvyšovat svoji prestiž nejen výší a kvalitou poskytované zdravotní péče, ale prosazením se a prezentováním svých dosažených úspěchů i v médiích. Při takovém množství registrovaných sester, které dnes máme, může být tento cíl reálný. (Mičudová, Sestra, 5/2007, s. 20)

Daňková (2007) ve svém článku uvádí stručný návod, jak se prosadit. Nelze asertivitu podědit, ale je nutno se jí naučit. Při setkání se silnějším protějškem ustupujeme jeho názoru a nejsme schopni uplatnit ten svůj (například když odcházíme

nespokojení s výsledkem jednání, které pro nás skončilo nevýhodně). V asertivním chování nelze být agresivní, přehlížet druhé, provokovat a napadat. Existuje deset asertivních práv, které je nutno dodržovat. Patří k nim: právo na posuzování vlastního chování, myšlenek a pocitů a nést si za ně odpovědnost, právo neomlouvat se, nevymlouvat se a nevysvětlovat, právo vytyčit si vlastní odpovědnost za řešení problémů druhých, právo změny názoru, právo chybovat a nést za to odpovědnost, právo říci, že něco nevím, právo být nezávislý na dobrotě jiných, právo nelogicky rozhodovat, právo nerozumět a právo říci, že je mi to jedno. Tato práva nám poskytnou asertivní přístup k řešení každého problému, který se nám naskytne. Lze je začlenit i do režimové léčby skupinové psychoterapie. (Daňková, Sestra, 2/2007, s. 19)

Postavení sestry ve zdravotnickém týmu je klíčové, říkají Beňadíková a Rapčíková (2009), v závěru svého článku, jež se zabývá postavením sestry ve zdravotnickém týmu. Jejich výzkumu se účastnilo 200 sester z různých nemocnic a pracujících v různých oborech. Existuje mnoho studií na téma sestra a ošetrovatelská péče, ale méně jich řeší postavení sestry ve zdravotnickém týmu. Z dostupných informačních zdrojů víme, že není o tomto tématu mnoho napsáno. Dále z výzkumu vyplývá skutečnost, že sestry označují tým, jako svoji rodinu s lidmi, na které je spolehnouti, mající stejný cíl, a to spokojenost pacienta a kvalitní péči o něj. Jsou obohacovány o zkušenosti svých kolegů, zejména v menším týmu. Větší tým je hodnocen, podle zkoumaného vzorku sester, negativně. V žádném jiném pracovním odvětví není potřeba celoživotního vzdělávání v takové míře, jako ve zdravotnictví. Polovina sester je přesvědčena, že největší zkušenost je získána z praxe a dvě třetiny sester souhlasí s dalším vzděláváním, přičemž jsou podporovány svými manažerkami. V první řadě mají na mysli spokojenost pacienta a při akutním stavu přebírají kompetence lékaře. Výzkumem Beňadíková a Rapčíková (2009) také poukazují na to, že lékaři znevažují roli sestry a její kompetence. Sestra sama mnohdy supluje role nižšího zdravotnického personálu a je nucena je neustále kontrolovat, zda nechybují. Pro praxi, autorky článku navrhuje, lépe sestry odborně připravit a vhodně motivovat. Brát na zřetel, že jednotliví členové týmu jsou za svou práci odpovědní a ošetrovatelská péče je multidisciplinární. Pro stanovení kvalitních norem péče podporovat zručnost všech členů. Poskytnout jim vhodné pracovní podmínky pro vykonávání stanovených cílů a vytvořit příjemné prostředí. Nezbytná je kontrola, aby týmy splňovaly normativy personálního zabezpečení. V neposlední řadě

nezapomeneme chválit a mít úctu k sestřám, plnicím své poslání. (Beňadíková, Rapčíková, Sestra 12/2009, s. 28-30)

Ve své příručce Haškovcová (2001) hovoří o postavení a roli lékaře. Z dřívějších dob známe lékaře, jako vysoce medicínsky i lidsky erudované osobnosti, zcela rozhodující v otázce zdraví pacienta. *“Na diagnostickém i léčebném procesu se podílel výhradně jeden lékař.”* Pacient byl nevzdělaný a zcela důvěřoval lékaři, bez výhrad přijímal jeho rozhodnutí. Mnohdy pacient neuměl číst ani psát. V dnešní době je situace jiná. Lékař má k pacientovi partnerský vztah, jsou si občansky rovni. (Haškovcová, 2001, s. 22)

V současnosti je postavení lékaře, při léčbě pacienta, na zcela jiné úrovni. Pacient se stává partnerem při svém léčebném procesu. Zná svá práva a povinnosti. Má právo znát léčebný postup u svého onemocnění a účastnit se léčby. Společně s lékařem rozhoduje o jejím dalším průběhu. Má právo nesouhlasit s plánovaným léčebným postupem. Výjimku tvoří *„vitální indikace“*, kdy pacient buď není schopen o dalším průběhu léčby rozhodnout, nebo odmítnutí léčby jej přímo ohrožuje na životě. Lékař má ve své kompetenci veškeré ordinace týkající se léčby pacienta. Sestra je pouze vykonavatelkou ordinací lékaře. Jen ve výjimečných případech lékař sestru pověří odborným úkonem. Jde o úkony, které provádí sestra specialista na JIP a ARO. (Bártlová, Chloubová, Kontakt 1/2009 s. 255)

Bártlová, Hajduchová (2010) ve svém článku poukazují na skutečnost, že jen malá část lékařů (18,5%) z celé České republiky souhlasí s tím, aby některé jejich kompetence byly předány sestřám. Většina lékařů (81,5%) s předáním kompetencí sestřám spíše nebo zcela nesouhlasí. Jestliže hovoří lékaři o předání některých kompetencí, jde především o administrativní práce a ordinování kontinuálních léčebných přípravků, převazy ran a ordinace analgetik. Názor některých lékařů je takový, že by moderní ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich kompetencí. Diskuze o kompetencích lékařů a sester zásadně ovlivňuje jejich vztah a je vnímána jako velký problém. Pro zvyšování kvality péče o pacienta a vytvoření pozitivního pracovního prostředí, pro medicínu i ošetrovatelství je však spolupráce těchto dvou disciplín velmi důležitá. (Bártlová, Hajduchová, Kontakt 1/2010, s. 31-33)

Vztahem lékař - pacient se zabývá Vašková (2010) ve svém článku. Říká, že komunikace mezi lékařem a pacientem je velmi rozmanitá a je ovlivněna mnoha faktory. Lékař je pro pacienta nejen autoritou, ale i poskytovatelem informací,

týkajících se jeho zdraví. Pokud pacient pocítuje nezájem ze strany lékaře, může nastat problém v komunikaci. Pacient se uzavře a nepodá lékaři přesné informace o svém zdravotním stavu, což může vést k jeho špatnému zhodnocení ze strany lékaře a následně ke špatnému stanovení diagnózy u pacienta. Naopak vstřícný přístup ze strany lékaře je pacientem lépe akceptován a lékař se s pacientem mnohem lépe domluví na léčebných postupech. Při podávání informací musí lékař taktně volit slova, aby pacienta nepoškodil nevhodně podanými informacemi. (Vašková, Sestra 6/2009, s. 23)

2.5.1 Charakteristika vztahu lékař- sestra

Bartlová a Chloubová (2009) se zaměřily konkrétně na postavení lékaře a sestry v multidisciplinárním týmu. Podle nich je zásadní, pro správné fungování týmu, dobrá komunikace a vyvážené interpersonální vztahy. Autorky říkají, že tyto dva psychologické faktory mohou inhibičně změnit výkony jednotlivců. Dochází k transformaci vztahů mezi lékaři a sestrami. Děje se tak zejména z toho důvodu, že ve vyspělých zemích přechází část pravomocí lékaře na sestry a tím končí výsadní postavení lékaře. Sestry mají možnost se více vzdělávat a své znalosti uplatňovat. Přebírají kompetence lékaře. Nelze zapomínat také na vývoj medicíny, kompetenční management, vysoké pracovní nasazení spojené s dynamikou a řízením na vysoké úrovni, etickými kodexy. Bez podkladů ověřených empirickým výzkumem nelze přesně definovat příčinu konfliktů mezi lékaři a sestrami. Jejich vztahy navenek fungují dobře. Na mnoha pracovištích dnes už tomu tak je. Případné spory tak vyvěrají spíše jen u jednotlivců a jsou součástí osobnosti každého zvlášť. V konečném důsledku je vztah sestra - lékař velmi důležitý a mnohdy udává atmosféru na pracovišti a musí mu být věnována dostatečná pozornost. Nelze opomenout i přítomnost ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich interpersonálních vztahů. (Bártlová, Chloubová, Kontakt 1/2009, s. 253).

Nad problematikou sestra versus lékař se zamýšlí Feik (2010) ve svém článku. Sestra má více kompetencí a samostatnosti. Může čerpat informace z dokumentace, sledovat výsledky vyšetření a podle nich se orientovat, to bylo dříve nemyslitelné. Lékařům chybí cit pro týmovou práci a především ti mladší nesdílejí své problémy se svými kolegy a neradí se s nimi, ale požadují radu od sester. (Feik, Medical Tribune, 2010)

Z výzkumného šetření v článku Bártlové, Chloubové (2009), kterého se účastnilo 1200 respondentů (lékařů, sester a vedoucích pracovníků z různých nemocnic), dále vyplývá skutečnost, že narušené vztahy mezi lékaři a sestrami pramení jednak z nervozity a napětí v jejich jednání, a jednak z přemíry práce, což tvrdí víc jak polovina dotázaných. Často bývají přetížení službami a zadanými úkoly spadajícími do kompetence někoho jiného, podotýká třetina dotázaných. Jako třetí příčinou neshod uvádějí respondenti neplánované zásahy v práci a podceňování práce sester ze strany lékařů. Mladší sestry na odborných odděleních jako je ARO a JIP bývají často zatěžovány pracemi nespádajícími do jejich kompetencí. (Bártlová, Chloubová, Garantovaný projekt NR/7960-3, Kontakt, 1/2009, s. 255)

Tomová (2009) se zamýšlí nad komunikací mezi lékaři a sestrami. Konstatuje, že projevem komunikace je výraz ve tváři, náš pohyb, naše existence. Svým konáním předáváme mnoho informací druhé straně. Zanecháváme vjem, který bude buď vstupenkou do komunikačního prostoru druhého, nebo způsobí zamítnutí. O komunikaci lékař versus sestra se napsalo mnoho. Známe různé úhly pohledu a různá prostředí. Zamysleme se nad prvními hodinami a dny pobytu mladého lékaře na oddělení. Důležitý je první dojem, který na něj sestra udělá již při vstupu na ošetřující jednotku. Osobnost a vystupování sestry jen dokreslí celkovou atmosféru prostředí, do kterého vstupuje. Vnímejme skutečnost, jak na lékaře sestra působí: informace předané v rychlosti, bez rozmyslu, mu budou ještě dlouho znít v uších, vzhled sestry, výraz obličeje, pohled a jeho délka, hlas, jeho tón, zevnějšek a celkový postoj sestry může ovlivnit jeho stanovisko k utváření budoucích interpersonálních vztahů. Negativní hodnocení sestry má na začínajícího lékaře velký vliv. Podle sestry hodnotí úroveň poskytované péče a celou ošetřovací jednotku. Při negativním pohledu může být vůči sestrami nedůvěřivý i do budoucna. Je obecně známo, že role sestry je velmi náročná a vyčerpávající. Spolu s rolí matky a manželky na sebe bere pracovní roli rádce, ošetřovatele, poskytovatele kvalitní a odborné péče. Z toho důvodu je pro ni důležitý respekt lékaře, jeho důvěra, úcta k její práci a k ní samotné. Při vstupu mladého lékaře na oddělení je potřeba v tomto duchu uvažovat a vést jej k tomu, aby jeho budoucí chování a jednání bylo v souladu s představami sestry. Porozumění, dobrá komunikace, vstřícnost, laskavost a pochopení jsou vlastnosti, kterými již dnes disponuje stále více sester. Nejsou to už jen poučky z knih, ale skutečnost. Za pomoci pozitivního a citlivého přístupu je možno formovat budoucího lékaře ve slušného,

odpovědného a tolerantního spolupracovníka. Sestra dokazuje tímto přístupem svoji vysokou úroveň odbornosti a profesionality, podmíněnou lidskostí a opravdovostí. Svým pozitivním přístupem si buduje svoji neotřesitelnou pozici ve zdravotnickém týmu. (Tomová, Sestra 9/2009, s. 26)

3 ZÁVĚR

Po prostudování velkého množství vstupní literatury bylo zjištěno, že problematice zdravotnického týmu je věnována malá pozornost. Relevantní literární zdroje se touto otázkou zabývají pouze okrajově.

Publikované články v odborných časopisech se shodují v názoru, že zdravotnický tým musí tvořit profesionálové s příslušnou kvalifikací. Povinností jednotlivých členů týmu je celoživotní vzdělávání. U nelékařských zdravotnických pracovníků došlo v posledních letech ke změně. K výkonu svého povolání musí splňovat podmínky pro práci bez odborného dohledu a s odborným dohledem. Bez dostatečného vzdělání nelze zdravotní péči poskytovat. (zákon 96/2004 Sb.)

V přehledu poznatků týkajících se motivace členů týmu lze nalézt mnoho způsobů, jak postupovat. Nejvyšším stupněm motivace je sebemotivace (Adair, 1993, s. 143). Ta je vhodná v týmu, který správně funguje. Dalším příkladem sebemotivace je použití Herzbergových motivátorů a hygienických faktorů. (Adair 1993, s. 145) Odlišnou silou na nás působí motivy a stimuly. Motivace se skládá ze tří složek: motivační založení, které je neměnné, motivační poloha, která je ovlivnitelná a motivační naladění, jímž je okamžitý stav. (Plamínek, 2006, s. 76) Za nejúčinnější metodu motivace je považována pochvala. (Harvey, 1994, s. 59)

Řešení problémů v týmu je velmi diskutovaná problematika. Posloupnost je následující: najít problém, stanovit vhodný postup pro jeho vyřešení a spor co nejdříve urovnat. (Adair, 1994, s. 151)

Pro správnou strategii a budování týmu je důležité postavit do jeho čela dobrého manažera. Práce vedoucího týmu je velmi náročná. Je u něj nutná vysoká profesionální úroveň ve vedení lidí a v organizaci jejich činností. Rozvoji manažerských schopností u vedoucího je potřeba věnovat mnoho času a pozornosti. Manažeři musí velmi dobře porozumět rozdílu mezi vedením a řízením, roli vedoucího a otázkám v oblasti přístupu k vedení jak po stránce osobní i organizační. Je nutné také vhodně využít alternativní přístup k organizaci práce. Získávání pracovníků pro zadaný úkol, jejich správná motivace a získání podpory u zaměstnanců je jeden z nejtěžších úkolů manažera. Čím lépe manažer pochopí celkovou strategii ve vedení lidí a její dynamiku, překážky při zavádění změn a jejich překonávání, tím snáze docílí dobrého výsledku a

celkových změn ve své organizaci. Dobrou strategií v metodice řízení je MbC - řízení pomocí kompetencí. (Plamínek, 2005, s. 131) Způsob vedení podle Lippita a Whitea je v dnešní době nejnámější. Podle klasifikace těchto badatelů jde o styl autokratický, demokratický a vedoucí uplatňující nezúčastněný styl. Preferován je typ demokrata. (Škrlovi, 2003, s. 265)

Efektivní tým může fungovat jen za předpokladu, že nejsou narušeny interpersonální vztahy. V týmu je základem dobré týmové spolupráce nejen jeho efektivita, ale především dobrá komunikace. (Janotová, 2008, s. 5)

Z uvedených dostupných literárních zdrojů vyplývá, že vztah lékař - sestra, lékař - pacient a sestra - pacient prošel velkou proměnou. Vzpomeneme-li na dřívější černobílé filmy, ve kterých vidíme sestru výhradně podřízenou lékaři, máme pocit, že není samostatně myslící bytostí. Dnes je sestra v mnoha případech brána jako kolegyně lékaře a členka týmu. Cílem jejich týmové práce je spokojený pacient. Korektní spolupráci mezi lékařem a sestrou podporuje kompetenční management, který stanovuje pravomoc a odpovědnost jak lékaře, tak sestry.

Ve vztahu lékař - pacient se nemocný stává partnerem lékaře a vesměs se umí orientovat v oblasti péče o své zdraví natolik, že je schopen ovlivňovat efekt léčby.

Bylo zjištěno, že sestram chybí empatie, kreativita a samostatnost. Čeká je ještě dlouhá cesta za uznáním a pochopením, nejen ze strany lékařů, ale i veřejnosti. Do budoucna je nutné, aby se sestry více prosazovaly a bojovaly za své postavení v ošetřovatelském týmu.

Závěrem lze konstatovat, že hlavní cíl byl splněn. Prostudování vstupní literatury naznačuje problém v nedostatečné informovanosti lidí o dané problematice. Je nutno dodat, že velký podíl na špatném obeznámení veřejnosti mají samotní zdravotničtí pracovníci. Sami se podílejí na reklamě svého povolání.

Dílčí cíle byly rovněž splněny. Existuje dostatečné množství poznatků na téma motivace, řešení problémů a strategie budování týmu. Autoři článků a odborných publikací udávají nové trendy v oblasti komunikace a řešení interpersonálních vztahů. Moderním přístupem je využití zpětné vazby a supervize.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP Jednotka intenzivní péče

MbC Management by Competencies

SZŠ Střední zdravotnická škola

POUŽITÁ LITERATURA

1. AUPHA, MODUL 5 *Vytváření týmů a komunikace*, Uživatelský manuál, 1995-96, vydala: Association of University Program in Health Administration, A.I.H.A., 1996. 35 s. ISBN 0-910591-26-1
2. ADAIR, J. *Jak efektivně vést druhé příručka sebezdokonalování pro manažery*, 1. vyd., Praha: Management press, 1993. 231 s. ISBN 80-85603-40-3
3. ADAIR, J. *Vytváření efektivních týmů*, 1. vyd., Praha: Management press, 1994. 199 s. ISBN 80-85603-70-5
4. BÁRTLOVÁ, S. a HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*, 1. vyd., Brno: IDVZP, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2
5. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6.*, přepracované a doplněné vyd., Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
6. GLADKIJ, I. a kol., *Management ve zdravotnictví*, 1. vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
7. GROHAR-MURRAY, M.E. DiCROSE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, 1. vyd., Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3
8. HARVEY, C. *Umění motivovat-cesta k úspěchu*, přeložil Josef Heger, 2. nepřepřac. vyd., Praha: Informatorium, 1994. 109 s. ISBN 80-85427-46-X
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry, Brno: IDVZP, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X
10. KOCH, R. *Prvních 100dnů úspěšného šéfa*, přeložil Jan Roubal, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 134 s. ISBN 80-7169-173-9
11. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým k dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd., Praha: Grada, 2006. 106 s. ISBN 80-247-1764-6
12. MADEJOVÁ, L. *Ošetrovatelství pro bakalářské studium 1. díl*. 1. vyd., Ostrava: Ostravská universita, 1998. 200 s. ISBN 80-7045-316-1
13. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství 1. díl, Systémový přístup*, 1. vyd., Praha: Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
14. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství 2. díl, Systémový přístup*, 1. vyd., Praha: Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0428-0
15. PALÁN, Z. *Lidské zdroje Výkladový slovník*, Akademie věd České republiky, Praha: Academica, 2002. 280 s. ISBN 80-200-0950-7

16. PLAMÍMEK, J. *Vedení lidí, týmů a firem*, Praktický atlas managementu, 2. přeprac. a rozšiř. vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. 175 s. ISBN 80-247-1092-7
17. ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetrovatelský management*, 1. vyd., Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1
18. STÝBLO, J. *Jak vybírat spolupracovníky*, 1. vyd., Ostrava: Montanex, 1994. 123 s. ISBN 80-85 780-06-2
19. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol.: *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult I. a 2. díl*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9
20. WAN, T.T.H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotnické péče, integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*, 1. vyd. Olomouc: Vyd. Univerzita Palackého, 1998, 256 s. ISBN 80-7067-834-8