

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

-

**Začlenění vysokoškolsky vzdělané sestry
do multidisciplinárního týmu**

Bc. Alena Polanová

Martin Minařík

2009

Abstract

My bachelor thesis „Integration of university-educated nurses into multidisciplinary teams“ deals with integration of nurses into working teams where such cooperation takes place. The theoretical part of the thesis refers to the history of nursing, the today's conditions for this profession, roles played by nurses and relations they have to cope with. The thesis outlines the concepts of team, medical multidisciplinary team and advantages of multidisciplinary. It also points to potential pathological phenomena in case of poor acceptance and cooperation. University-educated nurses have been working in various departments as members of nursing teams, as well as multidisciplinary teams. The first objective of my thesis was to find out whether university-educated nurses are included into multidisciplinary teams. The second objective of my thesis was to find out how the university-educated nurses are accepted by medical doctors. A quantitative method using anonymous questionnaires was used to collect the data and to meet the established objectives; the questionnaire was developed based on information obtained from professional literature and it was divided into two sections. The first section contained questions for all members of the multidisciplinary teams and the other section was intended specifically for the university-educated nurses.

The results of the quantitative survey have shown that university-educated nurses have been included into teams, i.e. the hypothesis - The university-educated nurses are included into multidisciplinary teams - has been confirmed. The second hypothesis – The university-educated nurses are not accepted by medical doctors - has been also confirmed. On the contrary, the third hypothesis - University-educated nurses are accepted by nurses with secondary education - has not been confirmed.

Results of this thesis may be used by the higher and top management of the surveyed hospital and they should be also used for improvement of care of the clients.

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma *Začlenění vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu* vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování:

Rád bych touto cestou poděkoval Bc. Aleně Polanové za shovívavé vedení a ochotnou konzultaci všech problémů této bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1. Historie ošetrovatelství.....	4
1.1.1. Nejstarší doba.....	4
1.1.2. Středověk.....	4
1.1.2.1. Křesťanství a rozvoj ošetrovatelství.....	4
1.1.3. Novověk.....	5
1.1.3.1. Milosrdní bratři.....	5
1.1.3.2. Pokrok reformami Marie Terezie a Josefa II.....	6
1.1.3.3. Krymská válka a Florence Nightingelová.....	6
1.1.4. Moderní dějiny.....	7
1.2. Současné formy a legislativa vzdělávání sester.....	8
1.2.1. Způsobilost bez odborného dohledu a s dohledem.....	8
1.2.2. Formy vzdělávání.....	9
1.2.2.1. Celoživotní a specializační vzdělávání.....	10
1.2.3. Registrace sester.....	10
1.3. Role sester.....	11
1.4. Sestra a vztahy na pracovišti.....	13
1.4.1. Vztah sestra – zaměstnavatel.....	14
1.4.2. Vztah sestra – lékař.....	14
1.4.3. Vztah sestra – klient.....	15
1.5. Týmová spolupráce.....	16
1.5.1. Tým.....	16
1.5.1.1. Velikosti týmů a rozdělení.....	17
1.5.1.2. Role v týmu.....	17

1.5.1.3.	Výhody a nevýhody práce v týmu.....	18
1.5.2.	Zdravotnické multidisciplinární týmy.....	19
1.6.	Syndrom vyhoření, mobbing a bossing na pracovišti.....	20
1.6.1.	Syndrom vyhoření.....	20
1.6.1.1.	Podmínky vzniku syndromu vyhoření.....	21
1.6.1.2.	Prevence syndromu vyhoření.....	21
1.6.2.	Mobbing a bossing.....	22
1.7.	Multidisciplinarita.....	23
2.	Cíl práce a hypotézy.....	24
2.1.	Cíl.....	24
2.2.	Hypotézy.....	24
3.	Metodika.....	25
3.1.	Použitá metodika.....	25
3.2.	Charakteristika výzkumného souboru.....	25
4.	Výsledky.....	26
5.	Diskuse.....	52
6.	Závěr.....	58
7.	Seznam použité literatury.....	60
8.	Klíčová slova.....	63
9.	Přílohy.....	64

„Sami toho zvládneme tak málo, ale když se spojíme, zvládneme cokoli.“

Helen Keller

Úvod

Ošetřovatelství se stalo nenahraditelnou součástí vyspělé společnosti. Zařadilo se mezi uznávané vědy jako biologie, chemie, matematika,... a jemu nejbližší medicíně, s kterou tvoří nerozlučnou dvojici v péči o zdraví společnosti.

Hlavním zástupcem v ošetřovatelství se stala sestra, které se nyní dostává vysokoškolského vzdělání. Je nedílnou součástí každého zdravotnického zařízení i dokonce působí i samostatně. Díky univerzitnímu vzdělávání dostává mnoho nových a hlubších znalostí, umožňující ji i další kompetence. To přináší změnu na pracoviště oproti tradiční péči. Lékaři nebo i ostatní spolupracovníci se tak mohou obávat omezení svých pravomocí a autority. Vysokoškolsky vzdělaná sestra proto může být považována za nevítaný element na pracovišti.

Bakalářská práce „Začlenění vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu“ se zabývá právě začleněním sestry, poukazuje na vývoj ošetřovatelství, dnešní podmínky pro výkon povolání, role sester a vztahy se kterými se musí vypořádávat. Nastiňuje co je tým a v závěru jsou ukázány možné patologické jevy při špatném přijetí a spolupráci.

Toto téma bakalářské práce je ožehavé ke zpracování. I já přijdu na pracoviště a do multidisciplinárních týmů, proto mě toto téma zaujalo. Snad bude na konci s pozitivními výsledky.

1. Současný stav

1.1 Historie ošetřovatelství

1.1.1 Nejstarší doba

Již od nejstarších dob postihovaly lidský organismus různé neduhy, úrazy a choroby. Lidé měli málo znalostí o vzniku a důvodech nemocí. Obávali se neznámého, které si vysvětlovali jako zásah nadpřirozené síly. Na léčení nemocí se používaly rituály a přírodní prostředky. Jako příklad můžeme uvést různé bylinky a z nich připravované směsi, olejíčky, masti a lektvary. Tyto znalosti o léčivých či dokonce „magických“ účincích byli předávány z generace na generaci léčitelů – starých zkušených žen, které ošetřovaly nemocné v domácím prostředí.^(8,11,19)

1.1.2 Středověk

1.1.2.1 Křesťanství a rozvoj ošetřovatelství

Po příchodu křesťanství na naše území vzniká charitativní ošetřovatelství. Ošetřovatelská forma péče je pozvolna přesunována na půdu charitativních institucí – hospitálů. Vzhledem k povaze poskytované péče a době vzniku, se personál nemusel nijak zvlášť vzdělávat. Z hospitálů, tedy útulků pro poutníky, vznikaly postupně středověké špitály. Z dochovaných písemných památek se dočítáme, že: „Už v 10. století byl postaven špitál v Týně (v místě dnešního Staroměstského náměstí). Byl pro 12 nemocných, které opatrovalo 7 žen.“ (Kafková, str. 2) Jména těchto žen byla na věky zaznamenána do Hájkovy kroniky, jsou to: Čeřeva, Chynica, Bolemila, Myslna, Vlastica, Krasata a Květana. Tyto špitály byly určeny k poskytování nejzákladnější péče a přístřeší lidem z řad chudiny. „Pod jednou střechou bylo pečováno o vdovy, nemocné, sirotky, staré.“ (Bártlová, str. 127)^(2,11,19)

Později se na našem území dále rozrůstaly počty špitálů. Ty vznikaly obvykle ve spojitosti se stávajícím nebo nově vznikajícím klášterem, kostelem nebo kaplí. Ale ani tato nově zřizovaná zařízení nestačila na pokrytí všech potřebných. Hlavní úlohu v péči

o lid, a to hlavně v době epidemií, hrají církevní mužské a ženské řády, které se začaly zabývat opatrovnictvím a péčí potřebným.^(11,27)

Na péči a ošetřování ve špitálech se ovšem významně podílely ženy, které byly přispěvatelkami financí, příslušnicemi nebo dokonce zakladatelkami různých řádů. „K opatrovnictví přiváděly ženy náboženské pohnutky“ (Kafková, str.3), neboť obětovaly-li se a trpěla, měla možnost šťastného života po smrti. Z české historie jsou nejznámější svatá Zdislava z Lemberka, o které je v Dalimilově kronice známo: „Pět mrtvých Boží mocí vzkřísila, mnoha slepým zrak vrátila, chromých a malomocných mnoho uzdravila.“ (Pacovský, str.39), a svatá Anežka Česká pocházející z rodu Přemyslovců, která se rozhodla vzdát světského postavení a oddala se službám Bohu. „Traduje se, že napsala první pokyny, jak v klášteře ošetřovat chudé a nemocné.“ (Pacovský, str. 39) Vybudovala špitál v Praze i jinde po Českém království. Podařilo se jí tak vytvořit první sociální síť zařízení v Evropě. Ve středověku však docházelo k sociálním nerovnostem. Do špitálu byly brány osoby, které mohly zaopatřit zisk danému špitálu. Nemocní chudáci, starci a nemajetní přicházeli na řadu až jako druzí.^(11,18,19)

1.1.3 Novověk

Počátek novověku je poznamenán řadou válek, strádáním lidu a nepředstavitelnými hygienickými poměry, které vedly ke vzniku epidemií, proti kterým byly i lékařské znalosti bezmocné. Dochází ke vzniku nových opatrovnických řádů, ale také dochází ke stagnaci lékařské vědy a nových poznatků. Mezi nejvýznamnější řád patřili milosrdní bratři.⁽²⁷⁾

1.1.3.1 Milosrdní bratři

Hlavním posláním řádu, který vznikl roku 1572, byla široce založená hospitální služba ve vlastních špitálech. Ti pečovali, bez rozdílu v náboženství nebo národnosti, o všechny nemocné, a to po stránce tělesné nebo duševní. Dochází zde k odbornému zaškolování noviců po dobu jednoho roku, než mohou složit slib a samostatně opatrovat nemocné. Milosrdní bratři působili například v Praze Na Františku

již od roku 1620. Tato nemocnice byla pouze pro mužské pacienty, ale i tak díky nim byla tato oblast známá její dobrou úrovní charitativní péče.^(11,27)

1.1.3.2 Pokrok reformami Marie Terezie a Josefa II.

Kvůli válkám docházelo k všeobecnému úpadku, propukaly morové a jiné epidemie. K rozvoji dochází až za osvěcenské vlády Marie Terezie a Josefa II., kdy jsou uplatňovány pokrokové prvky. Ty se týkaly především hygieny. Od poloviny 18.století se začínají zakládat první všeobecné nemocnice. Z rozhodnutí císaře Josefa II. se drobné a roztroušené špitály přesouvají do všeobecných nemocnic. Vlivem osvěcenských reforem dochází k omezování moci katolické církve. Dochází k přesunu od charitativního ošetřovatelství k profesionálnímu ošetřování, které je charakterizováno profesionalitou, systematickým vzděláváním a novými objevy ve zdravotnické technice a medicíně.^(11,19)

1.1.3.3 Krymská válka a Florence Nightingelová

K největším změnám v péči o člověka došlo během Krymské války (1854-1856). „V tomto období se rozhodlo o potřebě odborně připravené ženy pro péči o raněné a nemocné.“ (Kafková, str. 8) K tomuto rozhodnutí došlo jak na straně východní (Ruska), tak západní (Anglie). Myšlenku uplatnit ženy v zázemí boje jako ošetřovatelky přednesl I. Pirogov. V Rusku tak došlo k vycvičení prvních 30 dobrovolných ošetřovatelek, které se ještě stihly zúčastnit krymské války. Nezávisle na této ruské kampani vzniklo na západní straně stejné úsilí od Florence Nightingelové.^(11,18)

F. Nightingelová byla vyslána se 37 pomocnicemi pečovat o nemocné a raněné na válečném území krymské války. Obětavě se starala o raněné ve dne v noci. Začalo se jí říkat „dáma s lampou“. Zabývala se vlivem prostředí na nemocné, zavedla řadu hygienických opatření, pravidelné stravování, prádelnu a ošetřovatelskou péči. Jako první začala zpracovávat údaje o počtu ošetřovaných vojáků a jejich úmrtí a výsledky pečlivě zaznamenávat. Pod jejím vedením péče klesla úmrtnost z počátečních 42% na 2,2% na konci války. Své poznatky a zkušenosti s ošetřováním publikovala roku 1859

knihou „Poznámky o ošetrovatelství“. Popisuje v ní základní znaky zdravého prostředí: čistou vodu, čistý vzduch, čistotu prostředí, světlo a funkční kanalizaci.^(11,20)

„Zasloužila se o vznik první ošetrovatelské školy v Londýně, která se stala vzorem pro ostatní země.“ (Kafková, str. 9) Její pojetí bylo odlišné od škol té doby. Třídy byly méně formální, zavedla uniformy, lékaři vyučovali některé předměty, teoretická část se střídala s praktickou. Jen tak mohlo vzniknout systematické vzdělávání ošetrovatelek pro svou práci. F. Nightingalová se zasloužila o přeměnu charitativního ošetrovatelství v profesionální, které se tak stalo skutečně odborným a hluboce lidským povoláním. „Právem je tak F. Nightingalová pokládána celým ošetrovatelským světem za zakladatelku ošetrovatelství.“ (Kafková, str. 9) Na její počest byl den ošetrovatelství stanoven na datum jejího narození.^(8,11,20)

1.1.4 Moderní dějiny

Díky válkám a válečné medicíně, kterých se účastnila F. Nightingalová a další, se nahodilá ošetrovatelská činnost začala měnit v činnost organizovanou. V Čechách díky Ženskému výrobnímu spolku, založenému E. Krásnohorskou a K. Světlu roku 1872, který vychovával ženy k určitému povolání, došlo ve spolupráci se Spolkem českých lékařů k založení první české ošetrovatelské školy otevřené roku 1874 v Praze. Sedm let se zde vzdělávaly ženy-ošetrovatelky. Poté byla škola za nevyjasněných okolností zavřena. Až roku 1914 došlo k vydání ustanovení o školení ošetrovatelského personálu ve dvouletých ošetrovatelských školách. Kdy po absolvování kurzu a složení zkoušky mají získat titul diplomovaná ošetrovatelka. Vznik školy byl však oddálen válkou. K založení došlo až roku 1916 v Praze.^(8,11)

Po rozpadu Rakouska-Uherska a vzniku ČSR roku 1918 začíná docházet k rozvoji zdravotní péče o obyvatelstvo. Česká Státní dvouletá ošetrovatelská škola vzniklá roku 1916 měla první absolventky. K výuce na ní byly pozvány americké sestry. Jejich zásluhou došlo k vypracování konceptu teoretické a praktické výuky. Dlouhou dobu však tato civilní škola zůstávala jedinou na českém území. Až roku 1937 se podařilo otevřít školu v Moravské Ostravě.⁽⁸⁾

Druhá světová válka byla zatěžkávacím obdobím pro naše území. Zdravotnictví bylo však oblastí potřebnou pro válečné činnosti. Tak i přes různé perzekuce a poněmčování vznikaly další ošetrovatelské školy.⁽⁸⁾

Po konci války byla řada nemocnic v ubohém stavu. Chyběl materiál stejně jako kvalifikovaný personál, bylo tak zapotřebí začít od začátku. Vznikaly další ošetrovatelské školy, a dokonce i Vyšší ošetrovatelská škola v Praze. Došlo k většímu uznávání ošetrovatelské profese a začaly být sestřím svěřovány odpovědnější úkoly. Bylo umožněno i vysokoškolské vzdělávání určené především pro vyučující ošetrovatelství.⁽⁸⁾

Po roce 1989 se otevíráme světu, přichází spousta změn, které zasahují i do ošetrovatelství. Přijímáme nové trendy. Ošetrovatelství je bráno jako vědní obor, dochází ke změně orientace role a postavení sestry ve společnosti, mění se systém vzdělávání, ošetrovatelské praxe a výzkumu v ošetrovatelství.⁽⁸⁾

1.2 Současné formy a legislativa vzdělávání sester

Ošetrovatelská péče je dnes poskytována zdravotnickými pracovníky v rozsahu, který jim ukládá zákon č. 96/2004 Sb. a vyhláška 424/2004 Sb. Jejich způsobilost se dělí na zdravotnické pracovníky, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Tato nová koncepce členění a vzdělávání sester je ve shodě se strategií Evropské unie a souhlasí tak s celosvětovými tendencemi.^(2,22)

1.2.1 Způsobilost bez odborného dohledu a s dohledem

Aby byl zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu, musí získat odbornou způsobilost kvalifikačním studiem, které probíhá na Vyšších zdravotnických školách, a kde získá titul DiS, nebo vysokých školách v akreditovaných programech. A dále pak celoživotním vzděláváním, kterým se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a

způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.^(22,35)

Součástí celoživotního vzdělávání je možné specializační vzdělávání se zaměřením na klinické obory, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhající v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je v oboru ošetrovatelství možné získat vyšší stupně akademického vzdělání, tedy magisterské a doktorské.⁽²²⁾

Pracovníci ve zdravotnictví způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením, získávají kvalifikaci na středních zdravotnických školách nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu. Dále se také účastní celoživotního vzdělávání, kde obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru.⁽²²⁾

1.2.2 *Formy vzdělávání*

Evropská ústředna Světové zdravotnické organizace roku 2000 v Mnichově zformulovala a vymezila nové úkoly sester do nového století, sjednotila základní principy klasifikace a zvýšila požadavky na vzdělávání sester, z důvodů narůstající náročnosti ošetrovatelské praxe. Česká republika se svým podpisem zavázala k naplnění tohoto plánu.⁽²⁶⁾

Ošetrovatelství a příprava sester se přesunuly na akademickou půdu vysokých škol, kde minimální možné vzdělání sestry je dosažení titulu bakaláře ošetrovatelství a to v akreditovaném a pravidelně hodnoceném vzdělávacím programu odpovídajícím strategii Evropskému regionu SZO. Podmínkou pro vystudování vysoké školy je pak úspěšné ukončení střední školy s maturitou, nejméně tříleté studium na vysoké škole a její úspěšné ukončení státní závěrečnou zkouškou, kterou se získá osvědčení k výkonu profese samostatně pracující sestry. Ostatní pracovníci v oboru ošetrovatelství jsou pak definováni jako zdravotní asistenti, kteří mají nižší vzdělávací stupeň. Obsah ošetrovatelského vzdělávání je zaměřen na podporu a udržování zdraví jednotlivců, rodin a komunit a na individuální péči o nemocné. Vzdělávací obsah ošetrovatelství je

také veden k multiprofesní a interdisciplinární péči, která je poskytována týmovou prací. To vše pak musí být opřeno o zákonné normy národní legislativy.⁽²⁶⁾

1.2.2.1 Celoživotní a specializační vzdělávání

Zdravotnictví je obor, který se neustále vyvíjí. Dochází ke změnám v postupech prevence a léčby, vyvíjí se nové léky a technika léčící a usnadňující život. Vzhledem k tomuto náročnému povolání je nutné, aby sestra jevila zájem a dále se kontinuálně vzdělávala ve svém oboru.⁽¹⁶⁾

V současné době je řada možností, jak se dále vzdělávat. Může se účastnit mnoha konferencí a seminářů, které jsou pořádány akreditovanou institucí nebo nemocnicí.⁽²⁶⁾

Další z forem celoživotního vzdělávání je specializační vzdělávání (SV), které navazuje na dříve získanou způsobilost k výkonu odborného zdravotnického povolání. Sestra tím získá způsobilost k výkonu specializované činnosti v oblasti klinických oborů nebo formu terénní a nemocniční péče, mezi kterými si zvolí a absolvuje daný modul v akreditovaném zařízení umožňujícím toto vzdělávání. V rámci specializačního vzdělávání se rozlišují moduly základní, které dávají největší váhu na teoretický základ a jsou povinné pro všechny specializace, odborné, u kterých se pojí znalost se zručností, a speciální, ve kterém je propojena dovednost do speciální činnosti volené sestrou na potřeby svého zaměření. Program SV pak trvá 36 měsíců, ale i déle nebo méně, v rozsahu 640 hodin. Minimálně polovina času je věnována praktické výuce. Po vykonání závěrečné zkoušky získá diplom o specializaci v příslušném oboru.^(7,26)

1.2.3 Registrace sester

Z důvodu kontroly celoživotního vzdělávání sester a o jejich odborném růstu, byla zřízena centrální registrace sester. Ta vytvořila možnost kontroly v plánování ošetrovatelské péče. Sestra se během doby, po kterou chce vykonávat svou profesi, musí prokazovat v pravidelných intervalech profesionálním růstem a zdokonalování svých znalostí. Jinak jí nebude uznána kvalifikace. Sestra je tak nucena dále se vzdělávat. Za

to se může prokázat svému zaměstnavateli, kolegyním a veškerým spolupracovníkům registračním osvědčením o jejích kvalitách a odbornosti.^(8,26)

1.3 Role sestry

Během druhé poloviny 20. století došlo k velkému rozvoji moderní společnosti, ošetrovatelství a sestry. Sestra se společně s dalšími zdravotními profesemi posunula kupředu. Byl to složitý vývoj, který probíhá ještě dnes a díky němu získala nové kompetence. „Zdravotníci nelékaři se stávají samostatnými rovnocennými spolupracovníky lékařů.“ (Marek, Kalvach, str. 251)^(2,15)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje roli a funkci sestry jako osobu pomáhající klientům, rodinám a skupinám k dosažení maximální možné kapacity v oblasti fyzické, mentální a sociální. Udržující ji i v daném prostředí, ve kterém se klienti vyskytují a žijí. To vše za podpory jim daných kompetencí k rozvíjení a podpoře faktorů podporujících a udržujících zdraví a předcházení nemocem. Kompetence získané úspěšným ukončením studií tak nutné pro požadovanou kvalifikaci k výkonu ošetrovatelské praxe ve členském státu WHO, kde je tento vzdělávací ošetrovatelský program zajišťován. Svou praxi mohou činit v nemocničních zařízeních nebo přímo v komunitách. Jejich oprávnění jim pak poskytuje možnost práce samostatně nebo jako člen zdravotnického týmu. „Za určitých okolností mohou delegovat na asistenty zdravotnické péče, odpovědnost za péči si však ponechávají, provádějí v případě nutnosti dozor a jsou zodpovědné za svá rozhodnutí a jednání.“ (WHO, str.37-38) Sestra také aktivně zapojuje klienty, rodiny, sociální skupiny a komunity do zdravotní péče a povzbuzuje tak jejich samostatnost a zodpovědnost za zdraví jedinců a celé společnosti.⁽³²⁾

Můžeme uvést několik rolí sestry, ale jedna sestra nemusí vykonávat všechny najednou. Povolání sestry vyžaduje na rozmanitých pracovištích různé přístupy a plnění odborných úloh v rozličných podobách. Sestra nezastává pouze jednu roli. Během svého profesního působení plní vždy více rolí. „Povolání sestry tvoří celý systém

společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné.“ (Bártlová, str. 136.) Sestra tak může zastávat profesionální role v různých oblastech.^(2,8)

První z nich je ošetrovatelsko-pečovatelská oblast, ve které plní sestra svou primární úlohu, poskytovat ošetrovatelskou péči. V zájmu jedince a skupiny v holistickém pojetí jejich potřeby rozpozná, zajistí plán jejich řešení a uspokojí je. Sestra svou péči o nemocné poskytuje v nemocnici i v terénní péči.^(8,26)

Druhá role sestry se nachází v oblasti organizačně administrativní, tedy role sestry manažerky. Sestry dnes zastávají více hlavních postů než dříve, díky vzdělávání, které se jim dostává. Nacházíme je na různých úrovních řízení a organizace ať na úrovni místního zdravotnického zařízení, regionální tak i ve státní úrovni. Sestra je manažerkou i v péči o jednotlivce a skupiny, když vede ošetrovatelský proces. Nedojde-li k vžití do této role, pak dochází k neefektivní péči.⁽⁸⁾

Třetí role sestry vedoucí k podpoře a výchově ke zdraví. Sestra v rámci svého působení edukuje jedince i skupiny. „Sestra je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví.“ (Farkašová, str. 182) K roli sestry-edukátorky je nutné získat dostatek vědomostí, které sestra přenáší dál na jedince a skupiny, chovat se uvědoměle a činit to co nakazujeme jiným.^(8,26)

Čtvrtou roli sestry můžeme najít u lůžka klienta, kdy sestra zastává roli advokátky. Sestra přichází do přímého kontaktu s klientem nejčastěji ze všech zdravotnických pracovníků. Vytváří se zde tak nejužší vztah. Uplatňováním role advokátky dokazuje zájem o klienta. Představuje a vysvětluje mu jeho práva. Pokud není schopný samostatné obhajoby, hájí jeho práva a zájmy.^(8,26)

Za páté sestra-nositelka změn. V ošetrovatelství a celém zdravotnictví dochází k neustálým změnám. Pro účinnou ošetrovatelskou péči se nesmí sesterská práce zastavit na jednom místě. Sestry se musí neustále vzdělávat v nových metodách a trendech v ošetrování, technice a zdravém životním stylu. Sestry by měly prosazovat nové trendy a být jejich hnacími silami ve společnosti.⁽⁸⁾

Šestou rolí je sestra jako výzkumnice. Pro dosažení vysoké prestiže a profesionality v oblasti ošetrovatelství je nutné vytvářet důvěryhodné vědecké

výzkumy, které povedou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Sestra provádí výzkumy na základě znalostí získaných vzděláváním a vnáší svoji jedinečnou kapacitu.⁽⁸⁾

Sedmá role je role sestry jako mentorky, která má dohled nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Pro tuto roli je nutná přiměřená klinicky a pedagogicky znalá osobnost.⁽⁸⁾

Osmá role je rolí asistenta, kdy sestra asistuje diagnosticko-terapeutické lékařské péči. Účastní se řady vyšetření a léčebných zásahů, kde je nutná příprava a asistence sestry.⁽²⁶⁾

Devátá role - koordinátora není méně důležitá jen, proto, že je uvedena poslední. Sestra v ošetrování a přístupu ke klientovi musí spolupracovat a realizovat péči s ostatními členy ošetrovatelského a zdravotnického týmu. Ale i v koordinaci nemocného a jeho rodiny v aktivní spolupráci pro co nejlepší péči.⁽²⁶⁾

Sestry vykonávají své role v různých oblastech. Můžeme je tak najít v ošetrovatelsko-pečovatské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské oblasti, v oblasti podpory a výchovy ke zdraví, organizaci a administrativě a našli by se i určité další oblasti.⁽²⁾

1.4 Sestra a vztahy na pracovišti

Na pracovišti a posléze mezi kolegy dochází k vzájemné interakci, při které dochází ke vzniku vztahů. Pro vzájemnou soudržnost mezi spolupracovníky je důležitý vzájemný respekt. Za nezbytné se považuje kooperativní a produktivní provázanost mezi jednotlivými členy, která vede k efektivní spolupráci.⁽⁹⁾

V týmech, ve kterých je nutné řešit závažné otázky klienta, se vyžaduje jak od sestry, tak od dalších, vzájemná spolupráce a zvládání mezilidských problémů. Ve spolupráci však dochází ke vzniku problémů. Mohou se projevat s financováním, malým oceněním práce, konflikty zájmů, obavou o ztrátu postavení a další. Vzniká tak vzájemné soupeření mezi zaměstnanci a jednotlivými obory. Aby k těmto napjatým vztahům nedocházelo, je nutné pochopit ostatní členy a obory pracoviště, na kterém se nacházíme. Vidět celý průběh léčby a ne jen svůj příspěvek na ní. Východiskem z této

situace pak může být týmová spolupráce, vznik a rozvoj zdravotnických multidisciplinárních týmů, které povedou k bližší spolupráci, vzájemné závislosti a pochopení odbornosti ostatních pracovníků týmu, podílejících se na léčbě z jiných oborů a s jiným stupněm vzdělání.^(2,3)

1.4.1 Vztah sestra – zaměstnavatel

Vstupem do zaměstnaneckého poměru se sestra stává členem určité organizace, jejíž filozofii, cíle a hodnoty musí uznávat a podporovat je. Zároveň však musí zůstat z části autonomní, aby mohla zachovat svou profesní věrnost, kterou dala slibem vůči klientům. Současně musí také projevat věrnost danou ostatním kolegům.⁽⁹⁾

Zaměstnavatel musí vytvářet podmínky pro své zaměstnance, aby mohli plně rozvinout své schopnosti a plnit svou roli v organizaci. „K poctivému zacházení se zaměstnanci patří respektování práva zaměstnanců na řádný proces, spravedlivé jednání a na osobní růst, naplnění, lidskou důstojnost a emoční zdraví.“ (Grohar, str. 113)⁽⁹⁾

1.4.2 Vztah sestra - lékař

Profese sestry prošla a prochází mnoha změnami a vztah mezi sestrou a lékařem také. Stejně jako se přetvořil vztah klienta a zdravotníka z autoritativního vztahu na vztah partnerský, kdy se klient aktivně podílí na svém zdraví a léčbě, tak stejně by se měl přetvořit vzájemný postoj sestry a lékaře. Spolupráce mezi nimi by měla být na úrovni partnerské a rovnoprávné. Založené na vztahu důvěry a respektu k přínosu práce druhého. Lékaři často nechápou rozdělení rolí a odpovědností, které přináší moderní lékařství a ošetrovatelská péče, která dosáhla vysokoškolského vzdělávání a stala se vědou. Setkáváme se s názory ze stran lékařů, že ošetrovatelství nemá zasahovat do jejich oblasti. Musí vzájemně dojít k pochopení, že nedojde k vměšování se do rolí sestry a lékaře. Sestry mohou spadat často pod dvě různé subordinace, jsou podřízeny lékařům, ale také sesterskému managementu. Vzniká rozpol a ten naruší vztahy mezi sestrou a lékařem. Lékař cítí strach o ohrožení svého dominantního postavení a autority. Dochází tak k narušení vzájemných vztahů a na pracovišti je pak cítit nevraživá pracovní atmosféra. Sestry nejsou spokojeny s chováním lékařů a lékaři dál vidí sestru

jako svou podřízenou pracovníci. Docházet k soupeření kdo z koho, já nebo ty, by vůbec nemělo. Co takhle zkusit spolupracovat, vzájemně zjistit co je na tom pozitivní a jestli přišlo i něco negativního. Je ale nutné podotknout, že ke změnám už dochází, sestry pomalu posilují své postavení a lékaři částečně ztrácejí něco z výsadního postavení.^(2,3,15,31)

Ve vztahu sestra - lékař nacházíme prozatím čtyři základní interakce, kdy dojde k bezproblémovému podřízení se, což můžeme považovat za nezměněný způsob uvažování ve vztahu sestra-lékař, dále k neformálnímu skrytému rozhodování, kdy se sestra snaží nepřímo ovlivnit proces rozhodování, k neformálnímu neskrytému rozhodování, při kterém sestra dává své zkušenosti a názory do pléna a diskutuje s lékaři. A konečně formálnímu neskryvanému rozhodování, tedy rozhodování o léčbě klienta za pomoci ošetřovatelského procesu.⁽²⁾

Činnost sestry je však dnes celospolečensky podporována a vytvářejí se tak příznivé podmínky pro její nezávislou činnost. Bude se tak nadále snad vytvářet pozitivní atmosféra na poli pracovním mezi sestrami a lékaři.⁽²⁾

Je důležité uvědomit si, že nemocný vidí sestru a lékaře jako hlavní dva komponenty ošetřujícího týmu, který se o něj stará a jen s plnou vzájemnou důvěrou, nasazením a úplným plněním zadaných úkolů se stanou dobrými zdravotníky.⁽³¹⁾

Hlavně by mělo zůstat na paměti, že: „Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami, vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotnické etiky, morálky a mravnosti.“ (Šamánková, str.29) A i přes rozpory ve vztazích spolupracovat tak na léčbě a prevenci s největším možným nasazením, protože: „Při spolupráci každý nakonec dostane něco, takže všichni jsou na konce o něco bohatší než na začátku.“ (Křivohlavý, str. 42)^(14,29)

1.4.3 Vztah sestra-klient

Vztah sestra a klient je dán jejich vzájemnou blízkostí. Přichází s ním do kontaktu nejčastěji ze všech zdravotnických povolání. Při jakékoli potřebě, volá sestru. Pomáhá mu při jeho základních biologických potřebách. Utváří se tak velmi blízký

profesionální vztah na základě důvěry. Sestra je „advokátka“ klienta, to je dokonce jednou z jejích rolí. Sestra se často stává zdrojem informací o dění okolo, poskytuje mu rady. Uspokojuje tak většinu jeho potřeb a přání. Snaží se svou pomocí dosáhnout co možná největší soběstačnosti, uspokojení a blaha klienta, tím, že mu naslouchá a radí. Klient musí vycítit, že sestra stojí na jeho straně, zná jeho potřeby a cítí s ním.⁽²⁾

Setra tvoří vrchol trojúhelníku ve vztahu lékaře, sestry a klienta. Navzájem spojuje tyto dvě strany, spolupracuje s lékařem, aplikuje jeho nařízení a zároveň prezentuje, brání klienta a tvoří mu rádce.⁽²⁾

1.5 Týmová spolupráce

1.5.1 Tým

Definice týmu dle Katzenbacha a Smithe zní: „Malá skupina lidí se vzájemně se doplňujícími dovednostmi, kteří jsou oddáni společnému účelu, pracovním cílům a přístupu k práci, za něž jsou vzájemně odpovědni.“ (Kolajová, str. 15)⁽¹²⁾

Slovo tým (angl. team) je vlastně složeno ze čtyř anglických slov (Together, Everybody, Achieves, More), které mohou být volně přeloženy jako: „Společně dosáhneme více.“ (Kolajová, str. 12)⁽¹²⁾

Tým je uskupení tří a více lidí, jdoucí za jedním společným cílem, navzájem spolupracujících a organizovaných. Tým ví, čeho chce dosáhnout, ale zatím neví, jak toho dosáhne. Snaží se získat informace o způsobu řešení. Pro dosažení cíle musí být rozmanitě složen, stanovuje stejnou odpovědnost všech za výsledek a předpokládá se víra v dosažení cíle. Z týmu musí vyzařovat jednota. Pokud jeden člen nesouhlasí s rozhodnutím, musí přesvědčit všechny nebo se podřídí většině. Pokud členové netáhnou za jeden provaz, nemůže pak dojít k synergetickému efektu. Je tedy skupinou na sobě vzájemně závislých, nesoucí odpovědnost za dosažení cíle a velkým skrytým potenciálem.^(12,23)

1.5.1.1 Velikosti týmů a rozdělení

Obecně platí o velikosti týmů, že u větších týmů může být ovlivněna soudržnost a výkon, ale optimální počet členů v ideálním týmu je běžně uváděn od pěti do sedmi členů. Závisí tak na důvodu vzniku týmu, na dřívější zkušenosti a organizaci, v které tým pracuje.^(12,23,28)

Týmy mohou vznikat na omezenou dobu za určitým účelem nebo na neomezenou dobu, kdy přecházejí od jednoho úkolu k druhému. Dále se dělí na formální, zaměřující se na problém a dosažení organizačního cíle a neformální, u kterých jde o uspokojení potřeb členů, což jsou zájmová sdružení, kluby nebo sebeřídící týmy. Většina týmů je však finančně, materiálně a časově ohraničena.^(12,23)

1.5.1.2. Role v týmu

Týmová role je chování jedince uvnitř týmu vlastní jeho osobě a ostatními členy týmu přijímané. Role určuje postoj a chování k ostatním členům, náhled na řešení a způsob, kterým ho bude chtít řešit.⁽¹²⁾

Pan Belbin rozdělil role v týmu následovně, je ale nutné podotknout, že zastávání role je ovlivněno hodnotami a postoji člověka, problémem, který se řeší vzniklou momentální situací, sloužením a atmosférou v týmu.⁽¹²⁾

1. Konceptor je rolí, která stanoví pravidla a pole působnosti práce. Jsou to lidé energičtí, vnášející do týmu život a jsou plni soutěživosti. Stávají se z nich dobří manažeři týmu díky tlaku, který vytvářejí na své okolí. Díky svému temperamentu se nebojí udělat neoblíbená rozhodnutí, které mohli zpomalovat chod věcí. Pro efektivní funkčnost týmu jsou tak nezastupitelní.

2. Koordinátor představuje cíle, kterých je nutné dosáhnout. Bývají to starší členové týmu, kteří už mají zkušenosti a díky nim přehled, který vzbuzuje respekt. Jejich zralost a důvěra v ostatní pomáhá při každodenní práci ve vedení týmu, kde je zastoupeno více lidí s více osobnostními, znalostními i oborovými rozdíly. Jejich snaha o klidné řešení může být v rozporu s mladým energetickým konceptorem. Raději tak spolupracují s kolegy stejně starými na stejné úrovni.

3. Inovátor – Pro tým vytváří nové postupy, techniky a pomůcky. Od týmu si snaží udržet odstup, jsou velice uzavření. Jejich inovace je hlavním přínosem týmu.

4. Zdrojař – Dynamická role, osoba velmi komunikačně nadaná, vyhledávající příležitost a nové kontakty. S vlastním nápadem přijdou málokdy, ale myšlenky ostatních dokáží uchopit a dál rozvíjet. Přenáší a přináší informace z vnějšku, ale i mezi členy týmu.

5. Role hodnotitele – Seriózní člověk, který jen tak pro nic nevzplane. Vše musí důkladně a kriticky promyslet. Týmovým přínosem jsou pro svoji schopnost objektivně ohodnotit daný problém.

6. Pracant – Je disciplinovaný a užitečný člen týmu. Nevadí mu náročná práce. Sice nemají vlastní spontánnost, ale jejich spolehlivost a schopnost aplikovat různé poznatky to plně vynahradí.

7. Humanizátor – Projevuje se zájmem o ostatní členy týmu. Je velice oblíbený právě pro svoji vnímavost a diplomatičnost. Stmeluje tým dohromady.

8. Dotahovač – Role, která opravdu věci dotáhne až do konce. Jejich horlivost je vede k uzavření celého procesu vedoucího k cíli týmu. Pro úkoly, v kterých je nutné vysoké soustředění, jsou nezastupitelní. Mají cit pro detail a dokončení akce.⁽¹²⁾

Těchto osm rolí uvádí pan Belbin jako základní. Role většiny členů v týmu jsou však proměnné, vznikají a zanikají podle dané potřeby. Nikdo tak není přesný typ koordinátora nebo pracanta.⁽¹²⁾

1.5.1.3 Výhody a nevýhody práce v týmu

Tým přináší pozitiva, ale i možná negativa, jako možnost konfliktů mezi členy, časovou náročnost, nutnost spolupráce a vycházení s lidmi. Mezi pozitiva týmové práce určitě patří synergický efekt, kdy součet práce jednotlivců nedosahuje takové hodnoty jako vzájemně se doplňující, obohacující a inspirující se práce v týmu. Synergický efekt pak zvýší efektivnost práce. Všeobecně se dá říci, že: „Víc hlav, víc ví.“ Dovednosti, zkušenosti, myšlenkové pochody, jiný náhled na věc...To vše přináší každý člen týmu a je dalším pozitivem. Dále dochází k rozvíjení a podněcování. Mohou vznikat i netradiční řešení, rozvíjí se kreativita a vznikají podněty k vyšším výkonům.

Práce v týmu nutí lidi k vzájemné komunikaci, buduje vztahy mezi lidmi, jasně vymezuje role a odpovědnost a mnohé další.^(12,23,33)

U vedoucích pracovníků však může docházet k neochotě pracovat v týmu a partnerství z důvodu strachu o ztrátu své pozice a roli specialisty na danou problematiku. Proto je nutné dokazovat, že více kvalitně vyškolených spolupracovníků neznamená ztrátu pozic, ale dokazuje to možnosti pro dokonalejší řešení úkolů.⁽²⁶⁾

1.5.2 Zdravotnické multidisciplinární týmy

V dnešní době dochází k nahrazování ošetřujícího lékaře ošetřujícím týmem. Dochází tak k zrovnoprávnění nelékařských oborů a jejich následnému začleňování do péče, ve které jsou dále zvětšovány pravomoci a zodpovědnost nelékařského personálu. Díky této emancipaci dochází k výraznější flexibilitě a efektivnosti systému zdravotní péče.⁽¹⁵⁾

V zemích, jako je Irsko, Holandsko a Belgie, je již dnes praktikován tzv. irský model multidisciplinární spolupráce, který je považován za velmi kreativní a sestra zde hraje velmi významnou roli.⁽²¹⁾

Tento systém týmů zdravotnické péče by pak měl zajistit prostředí spolupráce sester s ostatními zdravotníky a odborníky z dalších oborů. Zdravotnický systém by pak měl správně podporovat zdraví, předcházet vzniku nemocí a dokázat zajistit plnou péči o nemohoucí.⁽¹⁾

Každý člen zdravotnického multidisciplinárního týmu zastává specifickou úlohu. Profese zastoupená v týmu má tak vymezené své místo a specifické činnosti a ostatní členové týmu je znají a respektují. V rámci komplexního či holistického pohledu na klienta/pacienta dochází někdy k překrývání pracovních činností mezi členy týmu. K tomuto by však mělo docházet jen málokdy.^(15,29)

Složení zdravotnického multidisciplinárního týmu je většinou složeno z lékařů a farmaceutů, vysokoškolsky vzdělaných sester, sester specialisek, diplomovaných sester a sester se základní kvalifikací získanou na SZŠ, zdravotnických asistentů, nižších zdravotnických pracovníků (ošetřovatel, ošetřovatelka atp.), sanitářů a dalších jako

například psychologů, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků, duchovních a učitelů.⁽²⁹⁾

V irském modelu je přímo ukázána role sestry. Ta přímo vytváří multidisciplinární tým na základě jí známé anamnézy klienta. Členy tohoto týmu pak obvykle bývají: lékař specialista, dietoterapeut, fyzioterapeut, sestra specialista, sociální pracovník, edukační sestra, sestra z domácí péče a další podle daných potřeb péče. Takto sestavený tým vytvoří plán společné péče, kde každý navrhne část za svůj obor a pravidelně společně s klientem hodnotí návrhy péče, které klient odsouhlasí a přijme navržený postup. Irský model, vycházející z modelu používaného nejčastěji v ekonomické oblasti, má pro přístup ke klientovi především výhody ve vysoké profesionalitě členů týmu, je zde jednotná dokumentace, která vede ke zjednodušení administrativy, vytváří se kreativní přístup a další. Sestra se z tradiční role dostává do role manažera. A hlavně díky zapojení klienta, komunikací s ním, jeho edukací vznikne velká spolupráce z jeho strany a zájem o vlastní zdraví. Nevýhodou multidisciplinárního týmu se pak stává časová náročnost, kdy nemusí být možné, aby se všichni členové sešli nebo byli v dosahu v jeden čas. A v neposlední řadě se musí počítat s možnou ztrátou autonomie jednotlivých členů.⁽²¹⁾

1.6 Syndrom vyhoření, mobbing a bossing na pracovišti

1.6.1 Syndrom vyhoření

Patří mezi velmi nepříjemné a negativně emocionální jevy v lidském životě. První zmínky o syndromu vyhoření či vyhaslosti (angl. burnout) byly publikovány v USA doktorem H. J. Freudenbergerem v letech 1974 – 1975. V dalších letech se stal jednou z nejkoumanějších oblastí při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku člověka. Definování syndromu vyhoření a jeho chápání ještě dnes není zcela ustáleno. Ale současná psychologická literatura však nejčastěji udává pojetí syndromu vyhoření ve smyslu psychického stavu vyčerpání, jakožto důsledek chronických stresových podmínek v práci.^(3,17)

Třebaže může dojít k vyhoření v mnoha profesích, došlo k upozornění na tento nebezpečný jev právě ze zdravotnictví. S tímto syndromem se psychologové poprvé potkali u hospicových sester, které poskytovaly péči umírajícím. Tyto sestry byly častěji než ostatní vystavovány smrti pacientů, kterou často braly jako osobní prohru.⁽¹⁷⁾

1.6.1.1 Podmínky vzniku syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se objevuje tam, kde jsou kladeny vysoké pracovní nároky, dochází k intenzivnímu kontaktu s lidmi a současně mnohdy s neadekvátním ohodnocením vykonávané práce. Je nutné ale také dodat určitou závislost na lidské individualitě a postoji k práci. Zdravotnické pomáhající profese jsou tedy zatíženy možností vzniku tohoto syndromu. Při pohledu na sesterské zaměstnání se na jeho vzniku může podílet jejich přetíženost, kdy v současné době prožívá zdravotnictví akutní nedostatek všeobecných sester. Z důvodu neadekvátně ohodnocené práce a nepřitažlivé práce, ve které probíhá mnoho změn. A je doplněna nevyhovujícím systémem vzdělávání.^(3,6,17,34) A špatné vztahy na oddělení a v pracovních týmech, kde nemusejí nacházet dostatek podpory ať ze strany nadřízených tak i ostatních spolupracovníků.^(3,34)

Obecně se dá říci, že syndromem vyhoření jsou ohroženi zejména ti, kteří si kladou vysoké ideály a jsou pak zklamaní, mají zpočátku mimořádné nadšení a vysoká angažovanost jim naplňuje smysl života, zvyšují na sebe neustále nároky a nedokáží se vyrovnat s neúspěchem, nedokáží přenést zodpovědnost i na ostatní, nedokáží odpočívat, vypnout od práce, jsou pod tlakem z více stran, trpí nízkým sebevědomím a neumějí říci ne nadměrným úkolům.⁽³⁴⁾

1.6.1.2 Prevence syndromu vyhoření

Prevencí syndromu vyhoření na pracovišti pro všechny členy týmu by mělo být vyzařování pozitivních emocí, které uvolňují napětí a nedovolí tak průchod negativním pocitům. Jednotlivci by se měli vidět co nejvíce pozitivně, dokázat se za něco pochválit a pokud se něco nedaří, tak je nutné mít na mysli, že nikdo není neomylný. Na pracovišti musí být vytvářeno takové prostředí, ve kterém budou udržovány dobré

mezilidské vztahy díky vzájemné komunikaci, aktivnímu zapojení všech do týmové práce a spravedlivé dělbě práce a tedy pomoci druhým. V soukromém životě používat relaxační techniky a najít si zájmy a koníčky, které budou pozitivní a doplní energii odebranou náročnou prací. Nemluvit o práci, je důležité vypnout. Ustanovit si životní cíle, které nebudou jen snem, ale dokázat je realizovat. Zájem na této prevenci by měl být ze strany jednotlivců, kteří mohou být ohroženi, ale i ze strany organizace, které hrozí ztráta produktivity a lidských zdrojů.^(10,17,34)

1.6.2 Mobbing a bossing

Mezi další nežádoucí situace na pracovišti patří mobbing a bossing. Teorie vykládá pojem mobbing jako: „Úmyslné intrikování, šikanování ze strany spolupracovníků, které ovšem není jednorázové.“ A bossing jako: „Úmyslné intrikování, šikanování ze strany nadřízeného.“⁽¹³⁾

Za vznik mobbingu můžou být považovány řady faktorů, kdy se například šikanující kolektiv vypořádává s neustálým tlakem na zvyšování pracovního výkonu a zároveň za poklesu potřebných nákladů, dále v kolektivu a organizaci s nízkou kulturou a etikou, kde vládne závist a konkurenční pohnutky, pod vedením nedostatečně kvalifikovaných pracovníků. Nedostatkem důvěry a vzájemné tolerance mezi jednotlivými osobami. A konečně také dnes všudypřítomným strachem před ztrátou svého zaměstnání a tedy i postavení ve společnosti. Toto vše je ovšem jen ukázka z řad možných příčin.⁽¹³⁾

Při šikanování ze strany spolupracovníků a nadřízených dochází k psychické i fyzické zátěži šikanovaného pracovníka. U toho posléze dochází k nechuti pracovat v takovém kolektivu, sníží se tak jeho pracovní výkon, dochází k časté dlouhodobé pracovní neschopnosti a následně dochází k fluktuaci pracovních sil. Což nakonec vede k většímu vytížení a ztrátivosti celé organizace.⁽¹³⁾

1.7 Multidisciplinarita

Spolupráce odborníků z různých oborů v multidisciplinárním týmu vede ke zkvalitnění péče o klienta, která se stává komplexní a návaznou. Dochází ke vzniku jednotné dokumentace a vzájemné komunikaci, které v dnešní přetechizované době není mnoho. V konečném efektu za multidisciplinárním týmem nenacházíme jen lepší péči o klienta, ale i nižší celkové náklady na péči.⁽²⁴⁾

Sestra je důležitou součástí pro správně fungující tým. Zajišťuje ošetrovatelskou péči v nejrůznějších oblastech (domácí, nemocniční, hospicové a mnohé další péče). Na vysoké škole, kde dnes dochází k výchově a vzdělávání nové generace všeobecných sester, vede sestry k uspokojování potřeb klienta, ale učí i starost o psychické a sociální oblasti klienta. To vše probíhá podle stanov, které jsou doporučeny Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní radou sester a dalších.⁽²⁴⁾

S nabitými vědomostmi z vysokoškolského studia sestra přináší do týmu odbornost, ale je stále tou osobou, která je klientovi nejbližší a klient ji tak i vnímá. Pro klienta vnáší lidskost do prostředí plného neznáma a strachu. Hraje i řadu dalších rolí, které vedou k lepší péči a organizaci práce. Není tak jen nepotřebným článkem, který se vyskytl na trhu práce, ale může řadu věcí změnit a zdokonalit, jak v samostatné práci, tak v multidisciplinárním týmu.⁽²⁴⁾

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl

- 1) Zjistit zda jsou vysokoškolsky vzdělané sestry začleněny do multidisciplinárního týmu.
- 2) Zjistit jak přijímají vysokoškolsky vzdělané sestry lékaři.

2.2 Hypotézy

- H1) Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou začleněny do multidisciplinárního týmu.
- H2) Vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou akceptovány lékaři.
- H3) Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou akceptovány středoškolskými sestrami.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

Ke sběru informací a dosažení cíle, byla použita kvantitativní metoda dotazování pomocí dotazníku (viz. Příloha 1), který byl sestaven na základě informací načerpaných z odborné literatury a rozdělen na dvě části. První část dotazníku tvořily otázky pro všechny členy multidisciplinárního týmu a druhá část byla speciálně určena pro vysokoškolsky vzdělané sestry.

Dotazník byl zcela anonymní, určený pro zaměstnance nemocnice podléající se na péči o klienta. Byl tvořen 25 otázkami, z toho 17 otázkami uzavřenými, 4 polouzavřenými a 4 otevřenými otázkami.

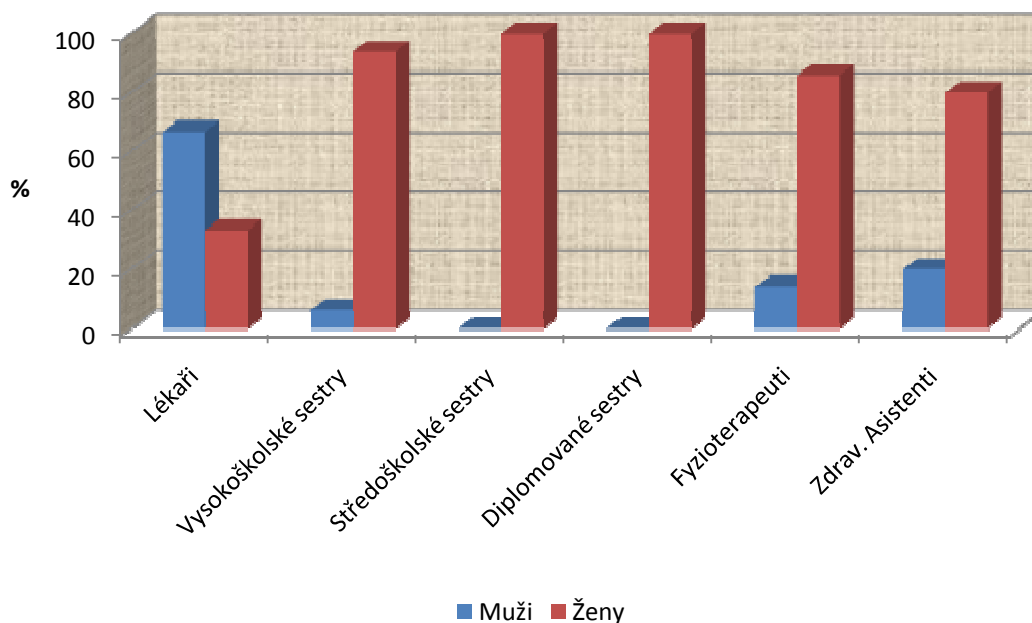
Dotazníků bylo rozdáno 126 dotazníků. Správně vyplněných dotazníků bylo navraceno 90. Celková návratnost tak byla 71,43%.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl určen pro zaměstnance v nemocnici České Budějovice a. s. Výzkumný soubor tedy tvořili členové multidisciplinárního týmu na chirurgickém oddělení, traumatologickém oddělení a JIP, onkologickém oddělení, rehabilitačním oddělení a oddělení následné péče. Výzkumu se tak zúčastnili sestry, lékaři, rehabilitační pracovníci a zdravotní asistenti.

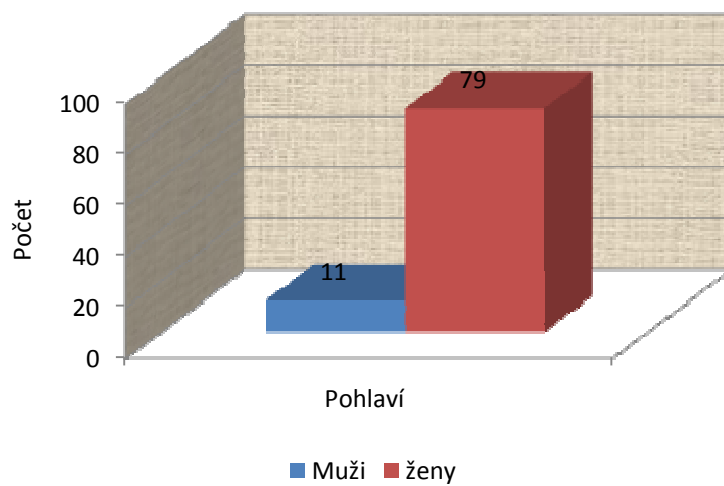
4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví



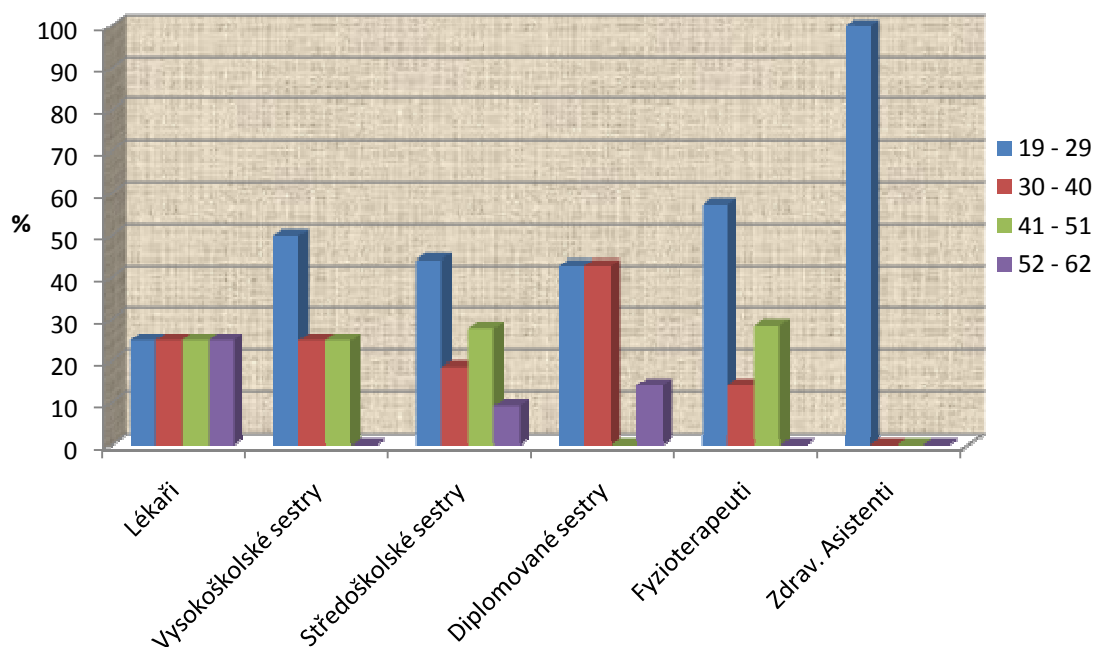
Z celkového počtu 90 dotázaných odpovědělo, že z 12 lékařů je 8 (66,67%) lékařů mužů a 4 (33,33%) jsou ženy. Z 16 vysokoškolsky vzdělaných sester je 1 (6,25%) muž a 15 (93,75%) žen. Ze 43 středoškolských sester je 43 (100%) žen. Diplomované sestry, kterých odpovědělo 7, jsou všechny (100%) ženy. Ze 7 odpovídajících fyzioterapeutů je 1 (14,29%) muž a 6 (85,71%) žen. A z 5 zdravotnických asistentů je 1 (20%) muž a 4 (80%) ženy.

Graf 2 Zastoupení pohlaví



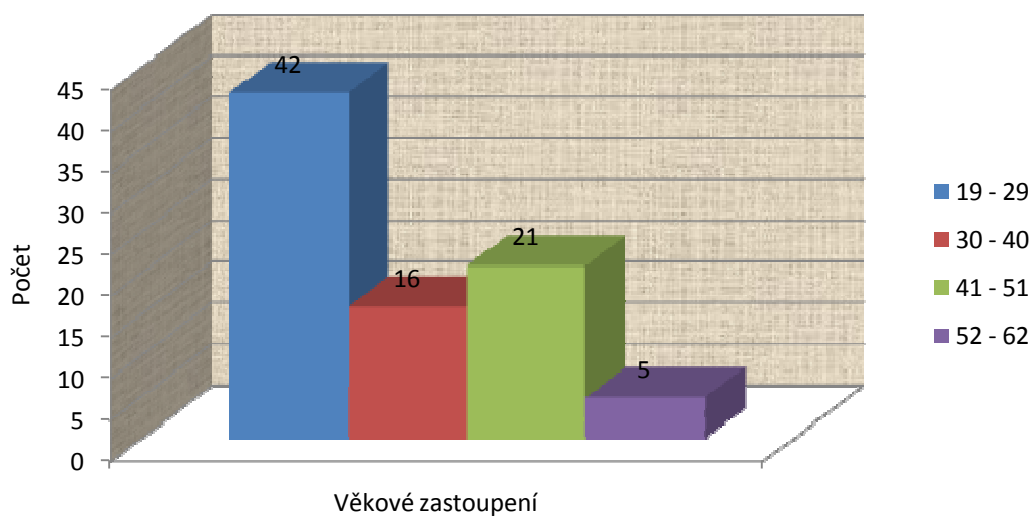
Z celkového počtu 90 dotazovaných bylo 11 mužů (12,22%) a 79 žen (87,78%).

Graf 3 Věk



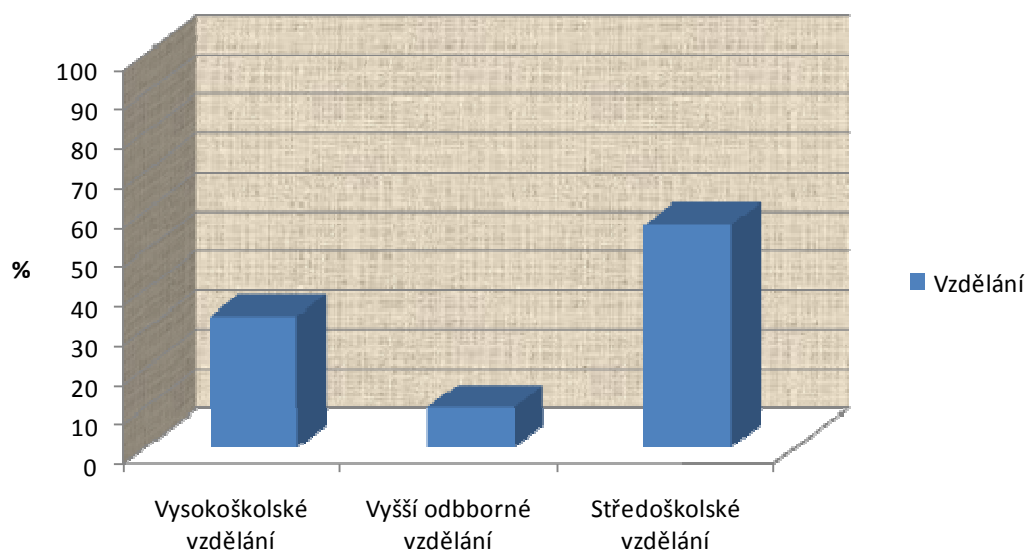
Z celkového počtu 90 dotazovaných odpovědělo, že do skupiny 19 – 29 let patří 3 lékaři (25%), 8 (50%) vysokoškolské sestry, 19 (44,19%) středoškolské sestry, 3 (42,86%) diplomované sestry, 4 (57,14%) fyzioterapeuti a 5 (100%) zdravotních asistentů. Do skupiny 30 – 40 let patří 3 (25%) lékaři, 4 (25%) vysokoškolské sestry, 8 (18,6%) středoškolské sestry, 3 (42,86%) diplomované sestry a 1 (14,29%) fyzioterapeut. Do skupiny 41 – 51 let patří 3 (25%) lékaři, 4 (25%) vysokoškolské sestry, 12 (27,91%) středoškolské sestry a 2 (28,57%) fyzioterapeuti. Do skupiny 52 – 62 let patří 3 (25%) lékaři, 4 (9,3%) středoškolské sestry a 1 (14,28%) diplomovaná sestra.

Graf 4 Věkové zastoupení



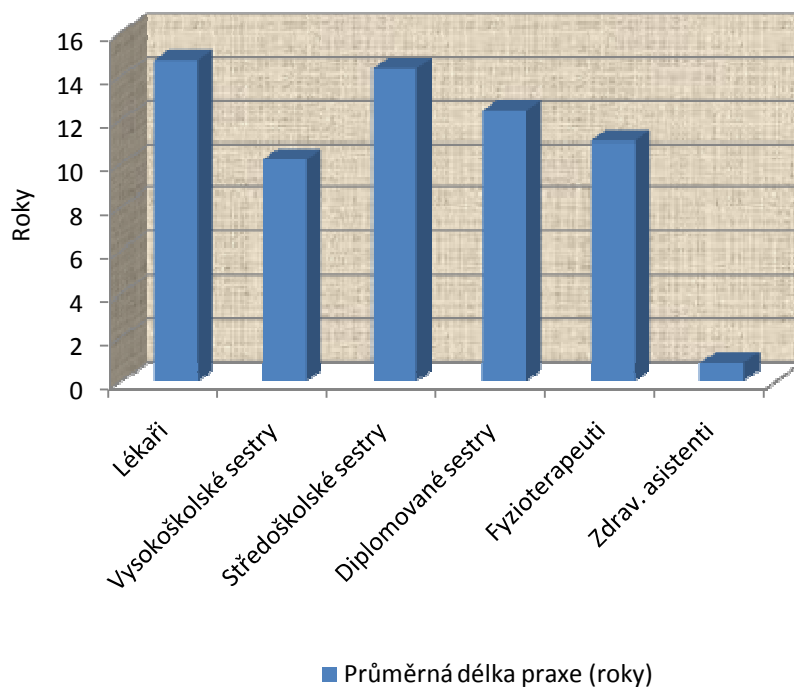
Z celkového počtu 90 zúčastněných jich bylo 42 ve věku 19 – 29 let, 16 ve věku 30 – 40 let, 21 ve věku 41 – 51 let a 5 ve věku 52 – 62 let.

Graf 5 Nejvyšší dosažené vzdělání



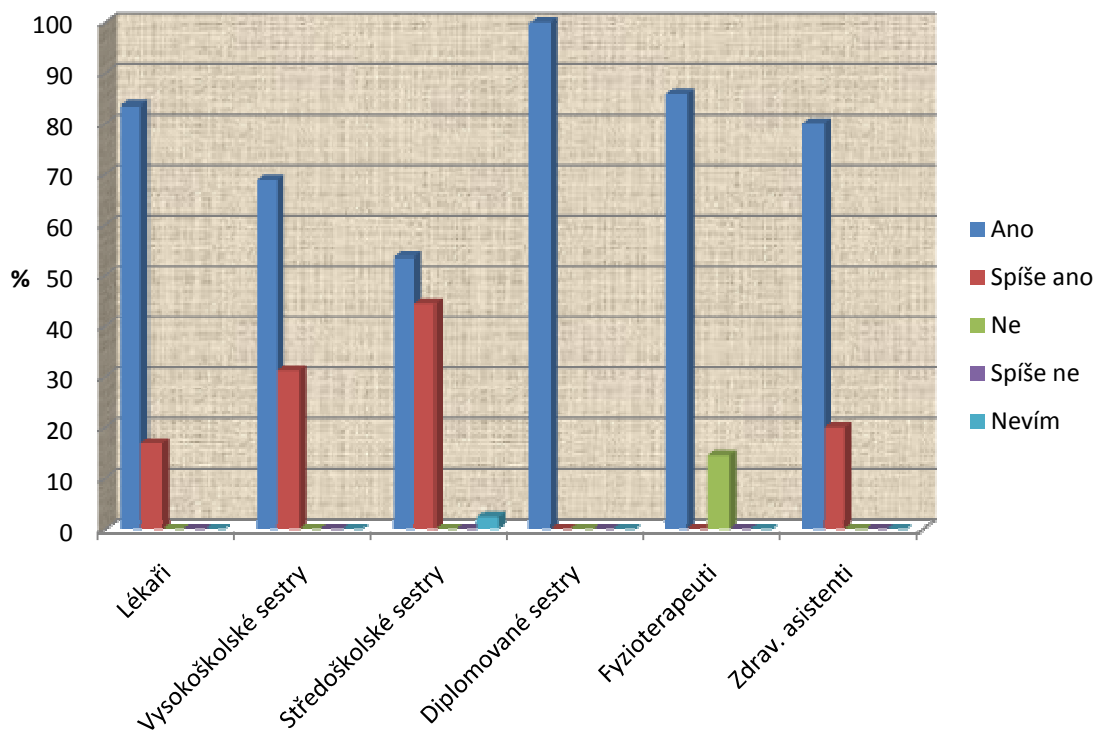
Z celkového počtu 90 dotazovaných má 30 (33,33%) vysokoškolské vzdělání, 9 (10%) vyšší odborné vzdělání a 51 (56,67%) středoškolské vzdělání

Graf 6 Průměrná délka praxe



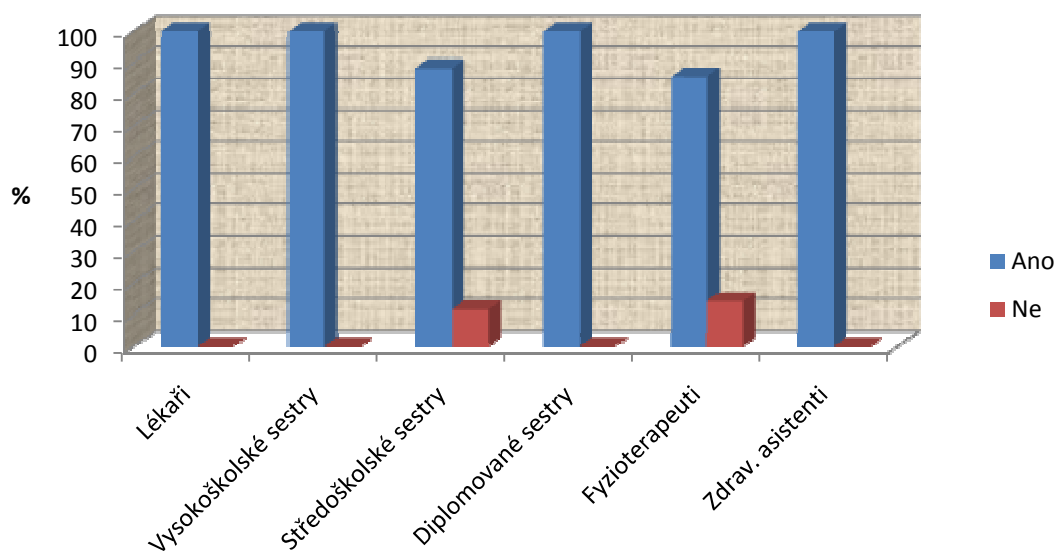
Z 90 dotázaných vyšla průměrná doba praxe u odpovídajících lékařů 14 let, vysokoškolských sester 10 let, středoškolských sester 14 let, diplomovaných sester 12 let, fyzioterapeutů 11 let a zdrav. asistentů 10 měsíců.

Graf 7 Výhodnost práce v týmech



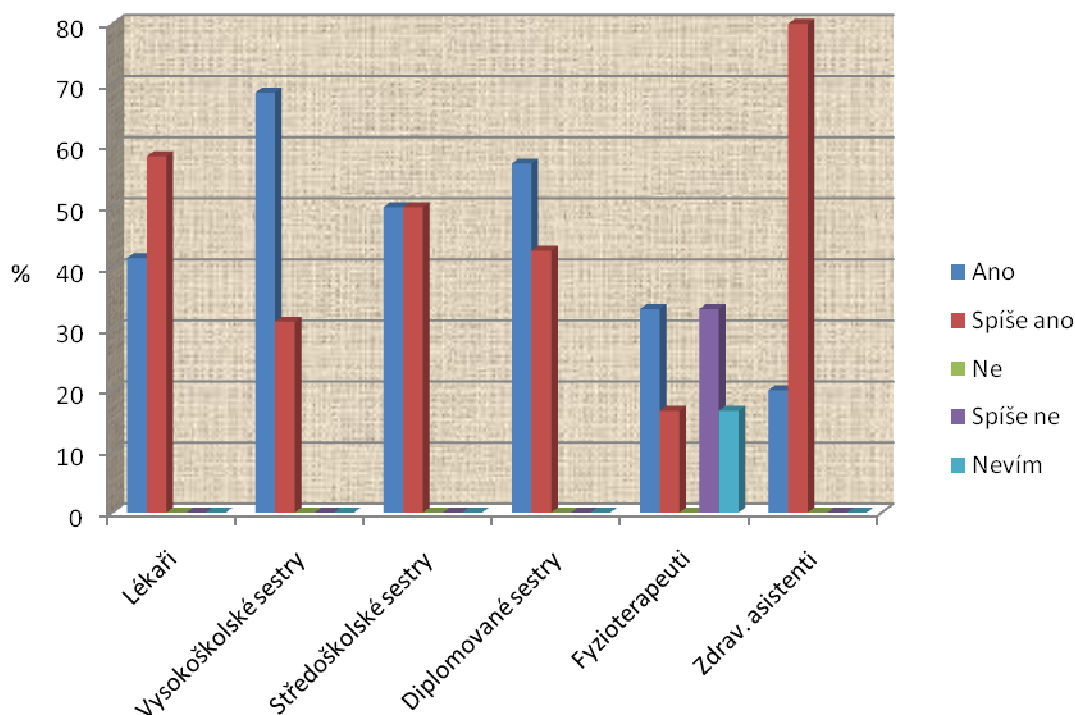
Z celkového počtu 90 dotázaných odpovědělo 10 (83,33%) lékařů, 11 (68,75%) vysokoškolských sester, 23 (53,49%) středoškolských sester, 7 (100%) diplomovaných sester, 6 (85,71%) fyzioterapeutů a 4 (80%) zdravotních asistentů, že je práce v týmech výhodná. Spíše ano uvedli 2 (16,67%) lékaři, 5 (31,25%) vysokoškolských sester, 19 (44,18%) středoškolských sester a 1 (20%) zdravotní asistent. Odpověď, že práce v týmech není výhodná, uvedl 1 (14,29%) fyzioterapeut. Odpověď spíše ne se neobjevila ani jednou a nevím uvedla 1 (2,33%) středoškolská sestra.

Graf 8 Práce v týmu



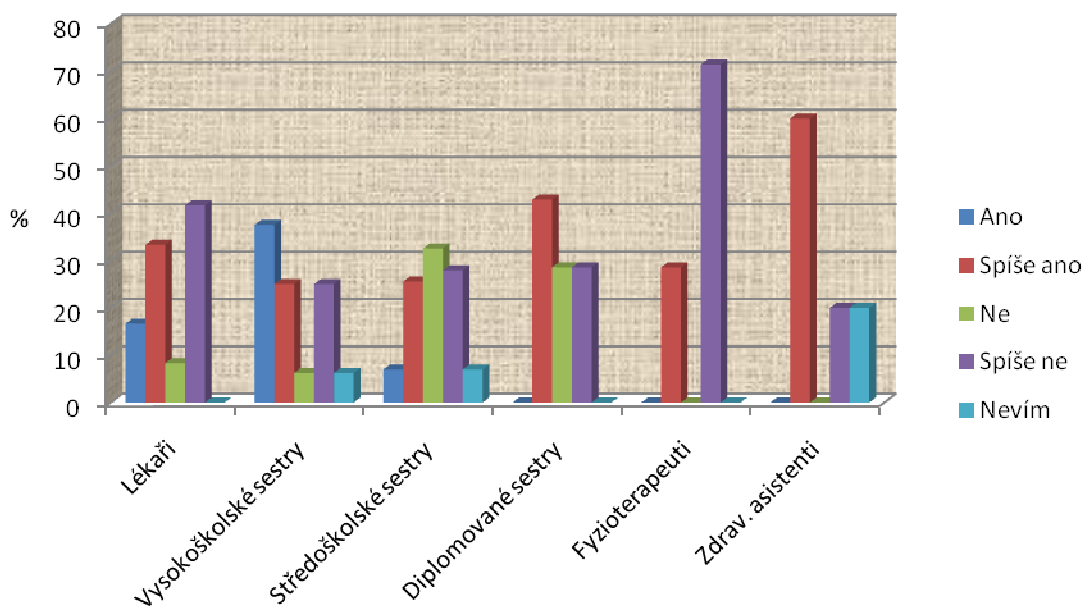
Z celkového počtu 90 dotázaných uvedlo 12 (100%) lékařů, 16 (100%) vysokoškolských sester, 38 (88,37%) středoškolských sester, 7 (100%) diplomovaných sester, 6 (85,71%) fyzioterapeutů a 5 (100%) zdrav. asistentů, že pracují v týmu. Ne odpovědělo 5 (11,63%) středoškolských sester a 1 (14,29%) fyzioterapeut.

Graf 9 Spokojenost s prací v týmu



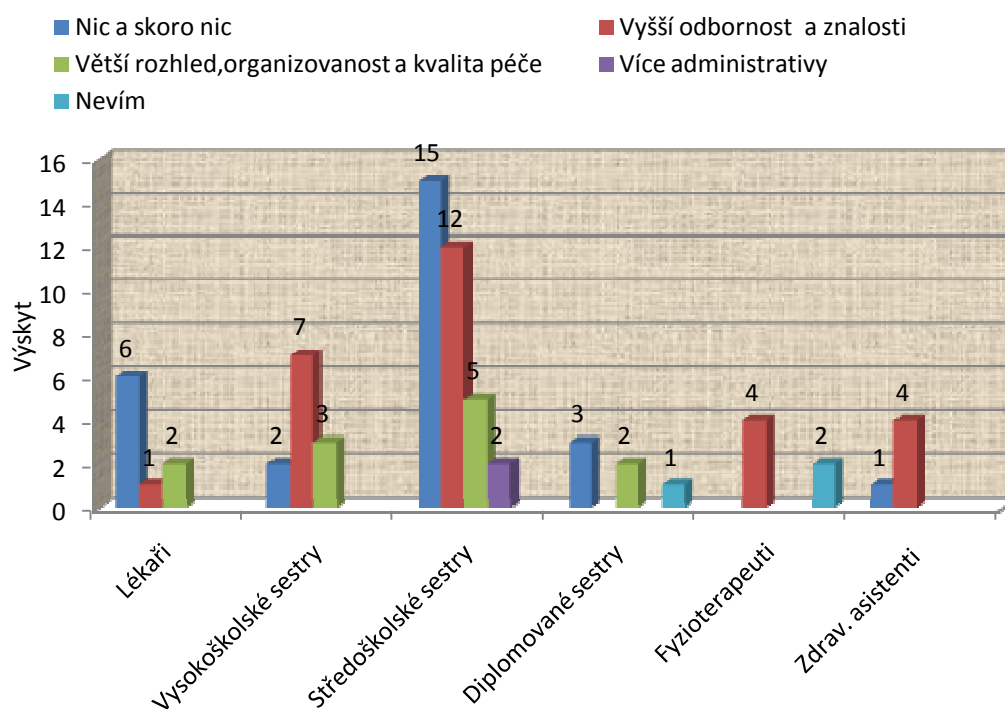
Z celkového počtu 84 odpovídajících (12 lékařů, 16 vysokoškolských sester, 38 středoškolských sester, 7 diplomovaných sester, 6 fyzioterapeutů a 5 zdrav. asistentů) odpovědělo ano 5 (41,67%) lékařů, 11 (68,75%) vysokoškolských sester, 19 (50%) středoškolských sester, 4 (57,14%) diplomované sestry, 2 (33,33%) fyzioterapeuti a 1 (20%) zdravotnický asistent. Spíše ano uvedlo 7 (58,33%) lékařů, 5 (31,25%) vysokoškolských sester, 19 (50%) středoškolských sester, 3 (42,86%) diplomované sestry, 1 (16,67%) fyzioterapeut a 4 (80%) zdravot. asistenti. Odpověď ne nikdo neuvedl. Spíše ne uvedli 2 (33,33%) fyzioterapeuti. 1 (16,67%) uvedl, že neví.

Graf 10 Přínos vysokoškolského vzdělávání sester pro péči o klienta



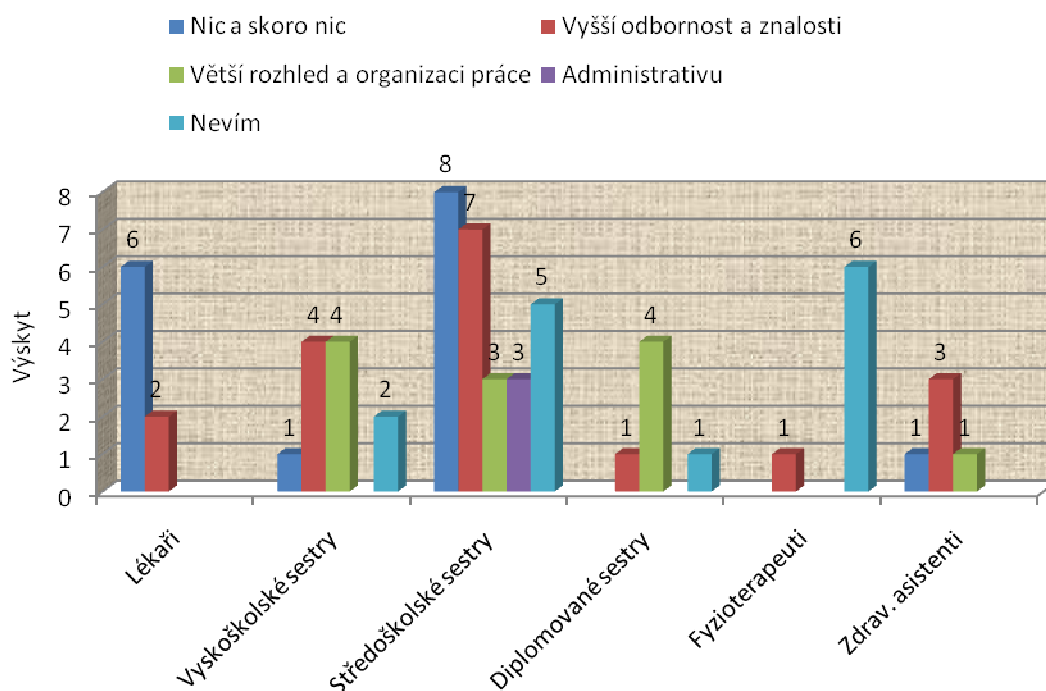
Z celkového počtu 90 dotázaných na otázku, zda je vysokoškolské vzdělávání sester přínosem pro péči o klienta, odpověděli 2 (16,67%) lékaři, 6 (37,5%) vysokoškolských sester a 3 (6,98%) středoškolské sestry, že je sestra přínosem pro péči o klienta. Spíše ano odpověděli 4 (33,33%) lékaři, 4 (25%) vysokoškolské sestry, 11 (25,58%) středoškolských sester, 3 (42,86%) diplomované sestry, 2 (28,57%) fyzioterapeuti a 3 (60%) zdravot. asistenti. Odpověď ne uvedl 1 (8,33%) lékař, 1 (6,25%) vysokoškolská sestra, 14 (32,56%) středoškolských sester a 2 (28,57%) diplomované sestry. Spíše ne odpovědělo 5 (41,67%) lékařů, 4 (25%) vysokoškolské sestry, 12 (27,91%) středoškolských sester, 2 (28,57%) diplomované sestry, 5 (71,43%) fyzioterapeutů a 1 (20%) zdravot. asistent. Odpověď nevím označila 1 (6,25%) vysokoškolská sestra, 3 (6,98%) středoškolské sestry a 1 (20%) zdravot. asistent.

Graf 11 **Přínos do péče o klienta vysokoškolsky vzdělanou sestrou**



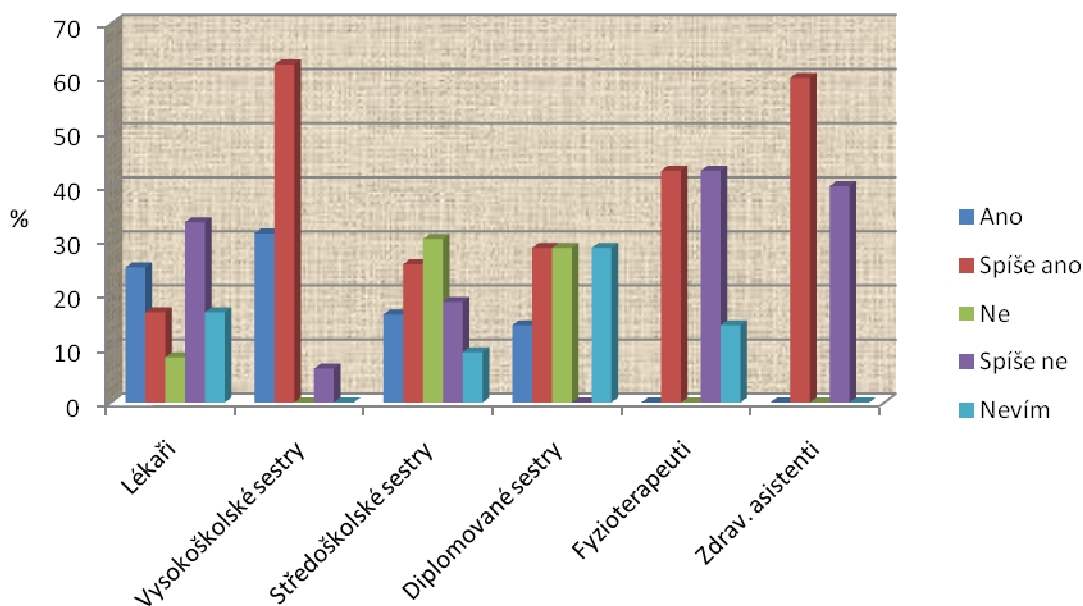
Z celkového počtu 90 dotázaných se u lékařů 6krát vyskytla odpověď nic a skoro nic, 1krát byla uvedena vyšší odbornost a znalosti a 2krát větší rozhled, organizovanost a kvalita péče. Vysokoškolské sestry napsaly 2krát odpověď nic a skoro nic. 7krát, že přináší vyšší odbornost a znalosti, a 3krát uvedly větší rozhled, organizovanost a kvalitu péče. Skupina všeobecných sester uvedla 15krát, že vysokoškolská sestra nepřináší nic a skoro nic do péče o klienta. 12krát se objevilo, že přináší vyšší odbornost a znalosti. 5krát byl uveden přínos ve větším rozhledu, organizovanosti a kvalitě péče. 2krát bylo od středoškolských sester napsáno, že vysokoškolské sestry přináší více administrativy. Diplomované sestry uvedly ve 3 případech, že vysokoškolské sestry nepřináší nic nebo skoro nic, 2krát uvedly větší rozhled, organizovanost a kvalitu péče. 1 bylo napsáno neví. Fyzioterapeuti 4krát uvedli, že vysokoškolsky vzdělaná sestra přináší větší odbornost a znalosti v péči o klienta, a 2krát neví. 1 zdrav. asistent uvedl, že vysokoškolsky vzdělaná setra nepřináší nic, a 4 odpovědi byly vyšší odbornost a znalosti.

Graf 12 Přínos vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu



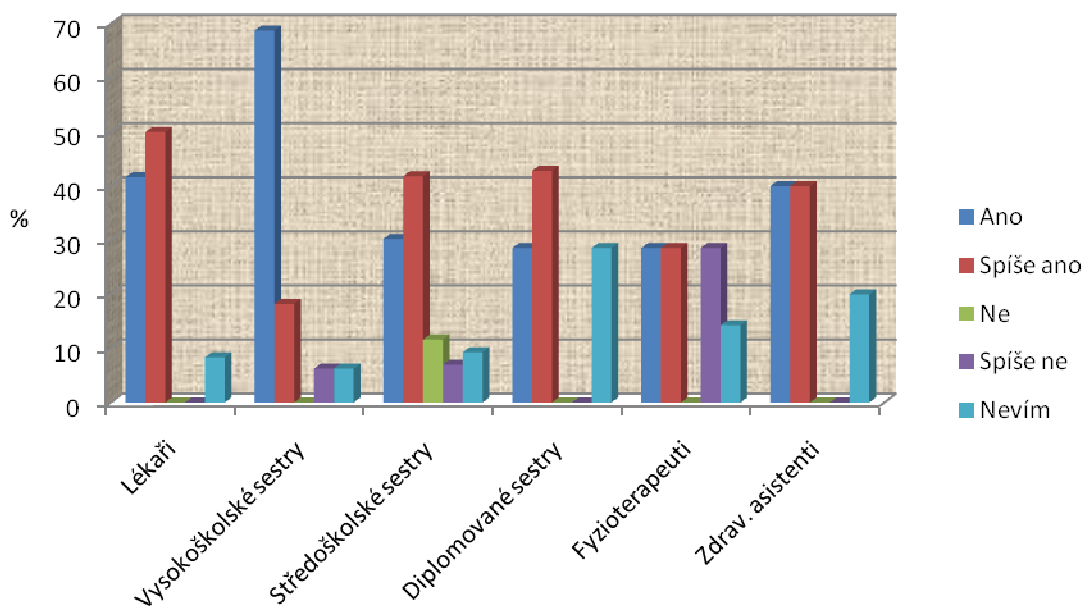
Z celkového počtu 90 dotázaných se u lékařů 6krát vyskytla odpověď nic nebo skoro nic a 2krát, že přináší vyšší odbornost a znalosti. Vysokoškolské sestry uvedly 1 nic nebo skoro nic, 4krát vyšší odbornost a znalosti, 4krát větší rozhled a organizaci práce a 2krát nevím. Středoškolské sestry uvedly 8krát nic nebo skoro nic, 7krát vyšší odbornost, 3 odpovědi byli větší rozhled a organizaci práce, 3krát bylo uvedeno administrativu a 5krát bylo uvedeno nevím. Diplomované sestry uvedly 1krát vyšší odbornost a znalosti, 4krát větší rozhled a organizaci práce a 1krát nevím. Fyzioterapeuti uvedli 1krát vyšší odbornost a znalosti a 6krát bylo uvedeno nevím. Zdravotní asistenti uvedli 1krát nic nebo skoro nic, 3krát, že přináší větší odbornost a znalosti do multidisciplinárního týmu, a 1krát větší rozhled a organizaci práce.

Graf 13 Podpora vzdělávání sester na vysoké škole



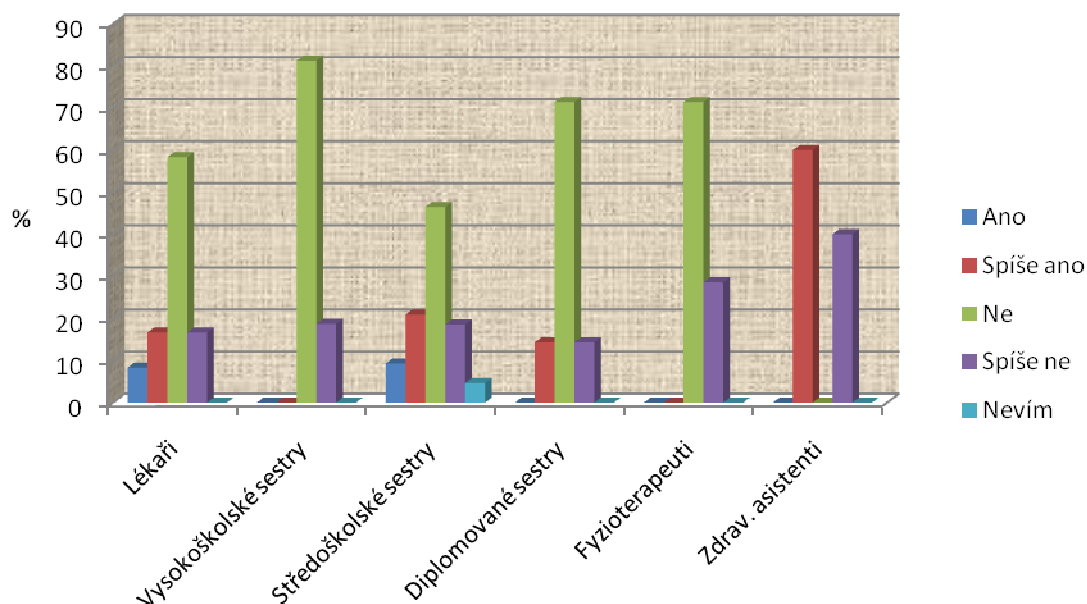
Z celkového počtu 90 dotázaných odpověděli 3 (25%) lékaři, 5 (31,25%) vysokoškolských sester, 7 (16,28%) středoškolských sester a 1 (14,29%) diplomovaná sestra, že by se sestry měly vzdělávat na vysoké škole. Spíše ano uvedli 2 (16,67%) lékaři, 10 (62,5%) vysokoškolských sester, 11 (25,58%) středoškolských sester, 2 (28,57%) diplomovaných sester, 3 (42,86%) fyzioterapeuti a 3 (60%) zdrav. asistenti. Ne odpověděl 1 (8,33%) lékař, 13 (30,23%) středoškolských sester, 2 (28,57%) diplomované sestry. Spíše ne odpověděli 4 (33,33%) lékaři, 1 (6,25%) vysokoškolská sestra, 8 (18,6%) středoškolských sester, 3 (42,86%) fyzioterapeuti a 2 (40%) zdrav. asistenti. Nevím odpověděli 2 (16,67%) lékaři, 4 (9,3%) středoškolské sestry, 2 (28,57%) diplomované sestry a 1 (14,29%) fyzioterapeut.

Graf 14 Vysokoškolská sestra jako člen multidisciplinárního týmu



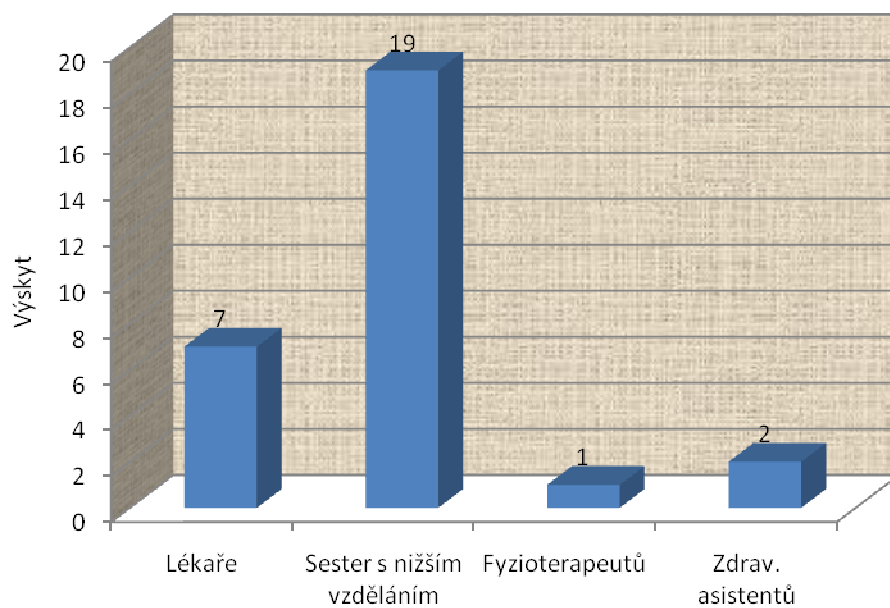
Z celkového počtu 90 dotázaných se 5 (41,67%) lékařů, 11 (68,75%) vysokoškolských sester, 13 (30,23%) středoškolských sester, 2 (28,57%) diplomované sestry, 2 (28,57%) fyzioterapeuti a 2 (40%) zdrav. asistenti se domnívají, že vysokoškolsky vzdělaná sestra patří do multidisciplinárního týmu. Spíše ano odpovědělo 6 (50%) lékařů, 3 (18,25%) vysokoškolských sester, 18 (41,86%) středoškolských sester, 3 (42,86%) diplomované sestry, 2 (28,57%) fyzioterapeuti a 2 (40%) zdrav. asistenti. Odpověď ne, že vysokoškolsky vzdělané sestry nepatří do multidisciplinárního týmu, uvedlo pouze 5 (11,63%) středoškolských sester. Spíše ne uvedla 1 (6,25%) vysokoškolská sestra, 3 (6,98%) středoškolské sestry a 2 (28,57%) fyzioterapeuti. Nevím odpověděl 1 (8,33%) lékař, 1 (6,25%) vysokoškolská sestra, 4 (9,3%) středoškolské sestry, 2 (28,57%) diplomované sestry a 1 (14,29%) fyzioterapeut a 1 (20%) zdravotní asistent.

Graf 15 Snížení kompetencí ostatních přítomností vysokoškolské sestry v multidisciplinárním týmu



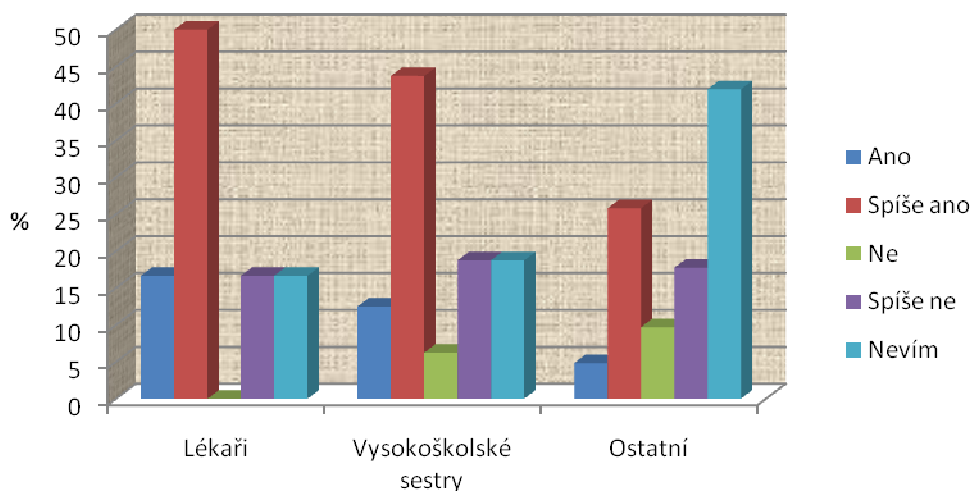
Z celkového počtu 90 dotázaných odpověděl 1 (8,33%) lékař a 4 (9,3%) středoškolské sestry, že vysokoškolsky vzdělané sestry ubírají na kompetencích ostatních členů týmu. Spíše ano odpověděli 2 (16,67%) lékaři, 9 (20,93%) středoškolských sester, 1 (14,29%) diplomovaná sestra a 3 (60%) zdravotní asistenti. Odpověď ne označilo 7 (58,33%) lékařů, 13 (81,25%) vysokoškolských sester, 20 (46,51%) středoškolských sester, 5 (71,43%) diplomovaných sester a 5 (71,43%) fyzioterapeutů. Spíše ne označili 2 (16,67%) lékaři, 3 (18,75%) vysokoškolské sestry, 8 (18,6%) středoškolských sester, 1 (14,29%) diplomovaná sestra, 2 (28,57%) fyzioterapeuti a 2 (40%) zdrav. asistenti. Nevím označily 2 (4,65%) středoškolské sestry.

Graf 16 Povolání, které vysokoškolsky vzdělaná sestra ubírá kompetence



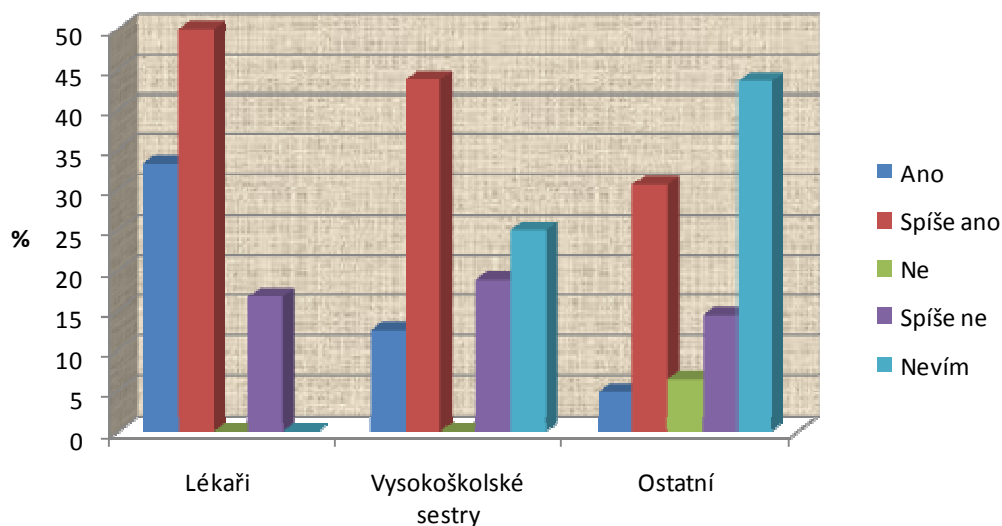
Z 20 odpovídajících označilo 7krát ubírání kompetencí lékaře, 19krát sester s nižším vzděláním, 1krát fyzioterapeutů a 2krát byla označena možnost ubírání kompetencí zdrav. asistentů.

Graf 17 Úroveň spolupráce mezi vysokoškolskými sestrami a lékaři



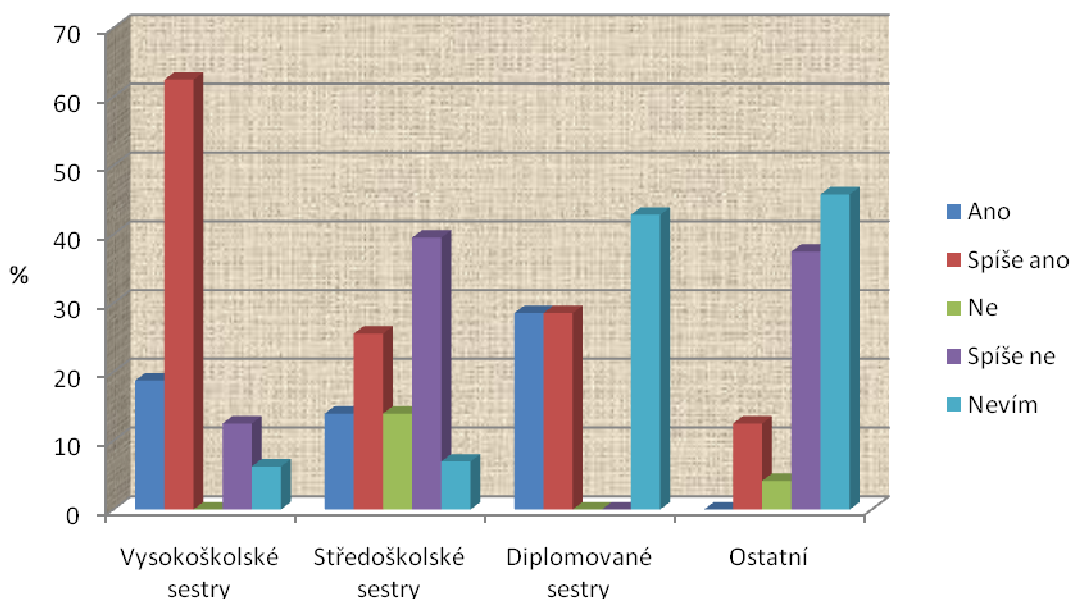
Z 90 dotázaných odpověděli 2 (16,67%) lékaři, 2 (12,5%) vysokoškolské sestry a 3 (4,84%) ze skupiny ostatní (středoškolské sestry, diplomované sestry, fyzioterapeuti a zdrav. asistenti – dále jen ostatní) odpověděli ano, mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a lékaři je spolupráce na dobré úrovni. Spíše ano uvedlo 6 (50%) lékařů, 7 (43,75%) vysokoškolských sester a 16 (25,81%) ostatních. Odpověď ne označila 1 (6,25%) vysokoškolská sestra a 6 (9,68%) ostatních. Spíše ne pak označili 2 (16,67%) lékaři, 3 (18,75%) vysokoškolské sestry a 11 (17,74%) ostatních. Nevím uvedli 2 (16,67%) lékaři, 3 (18,75%) vysokoškolské sestry a 26 (41,93%) ostatních.

Graf 18 Úroveň vztahů mezi vysokoškolskými sestrami a lékaři



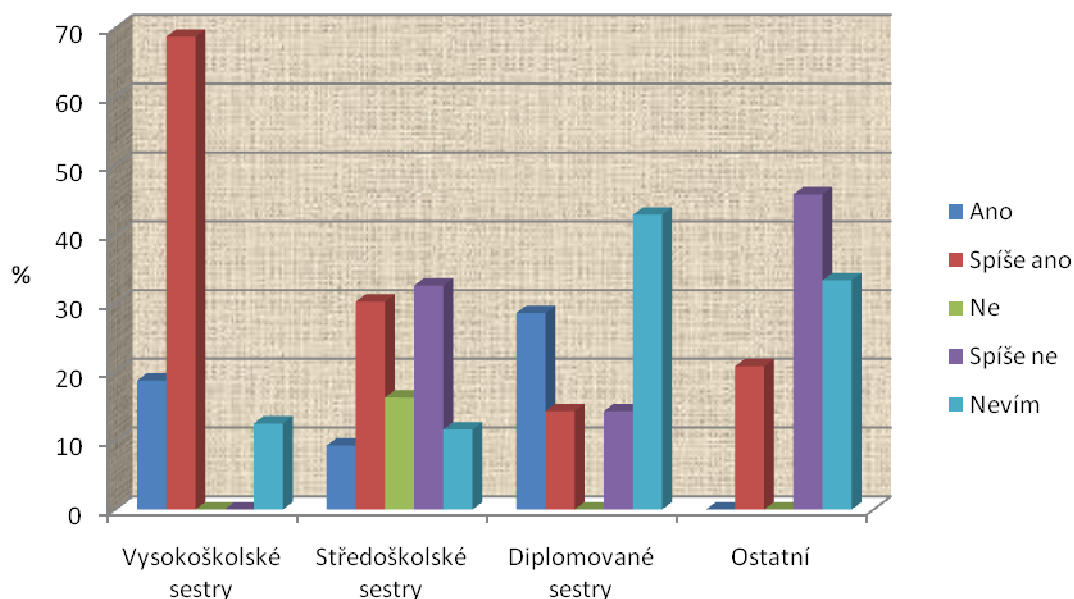
Z celkového počtu 90 dotázaných 4 (33,33%) lékaři, 2 (12,5%) vysokoškolské sestry a 3 (4,84%) ze skupiny ostatní (středoškolské sestry, diplomované sestry, fyzioterapeuti a zdrav. asistenti – dále jen ostatní) odpověděli ano, vztahy mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a lékaři jsou na dobré úrovni. Spíše ano odpovědělo 6 (50%) lékařů, 7 (43,75%) vysokoškolských sester a 19 (30,64%) ze skupiny ostatní. Ne odpověděli 4 (6,45%) ostatní, konkrétně 4 středoškolské sestry. Spíše ne odpověděli 2 (16,67%) lékaři, 3 (18,75%) vysokoškolské sestry a 9 (14,52%) ostatních. Nevím odpověděli 4 (25%) vysokoškolské sestry a 27 (43,55%) ostatních.

Graf 19 Úroveň vztahů mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami



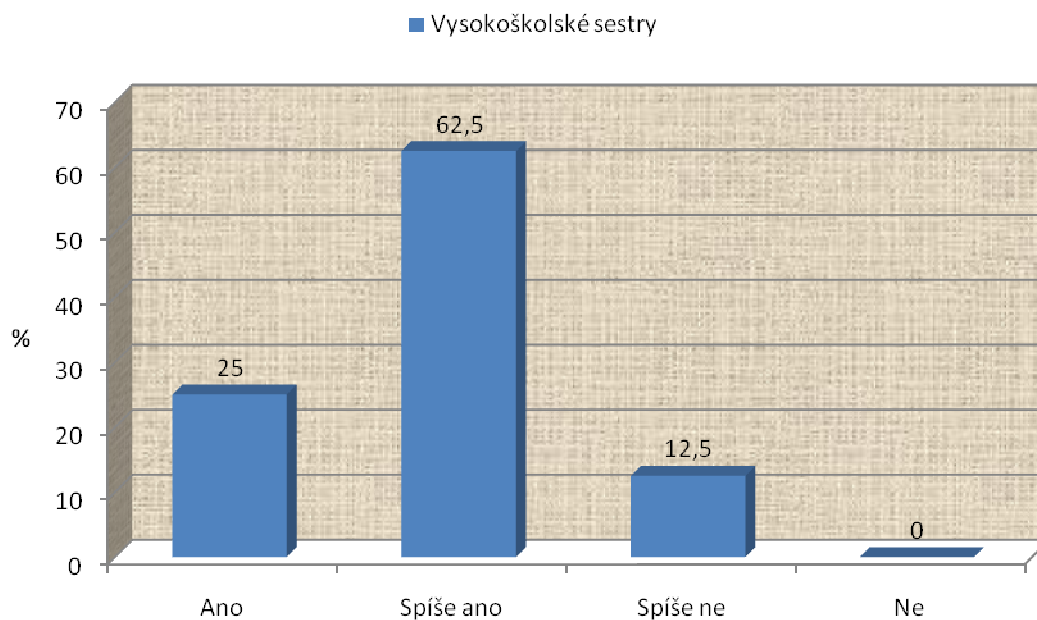
Z celkového počtu 90 dotázaných odpověděly 3 (18,75%) vysokoškolské sestry, 6 (13,95%) středoškolských sester a 2 (28,57%) diplomované sestry odpověděli na otázku ano, vztahy mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami jsou na dobré úrovni. Spíše ano odpovědělo 10 (62,5%) vysokoškolských sester, 11 (25,58%) středoškolských sester, 2 (28,57%) diplomované sestry a 3 (12,5%) ostatní (lékaři, fyzioterapeuti a zdrav. asistenti – dále jen ostatní). Odpověď ne označilo 6 (13,95%) středoškolských sester a 1 (4,17%) ze skupiny ostatních. Odpověď spíše ne se objevila u 2 (12,5%) vysokoškolských sester, 17 (39,53%) středoškolských sester a 9 (37,5%) ostatních. Odpověď nevím se objevila u 1 (6,25%) vysokoškolské sestry, 3 (6,98%) středoškolských sester, 3 diplomovaných sester a 11 (45,83%) ostatních.

Graf 20 Úroveň spolupráce mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami



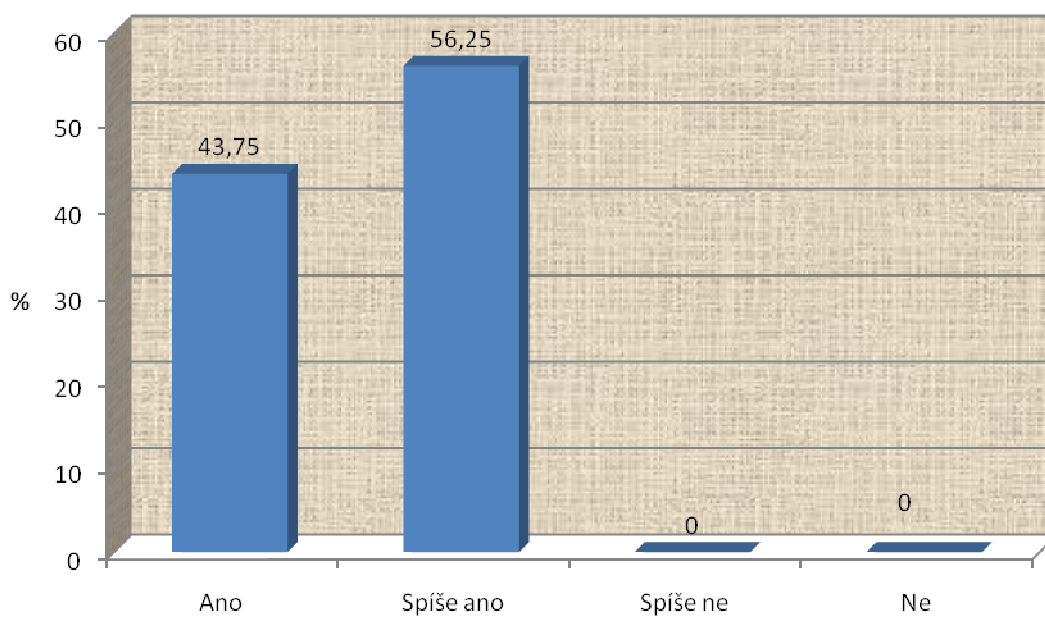
Z celkového počtu 90 dotázaných odpověděly 3 (18,75%) vysokoškolské sestry, 4 (9,3%) středoškolské sestry a 2 (28,57%) diplomované sestry odpověděly ano, spolupráce mezi vysokoškolskými sestrami a sestrami je na dobré úrovni. Spíše ano uvedlo 11 (68,75%) vysokoškolských sester, 13 (30,23%) všeobecných sester, 1(14,29%) diplomovaná sestra a 5 (20,83%) ostatních (lékaři, fyzioterapeuti a zdrav. asistenti – dále jen ostatní). Záporné ne, spolupráce není mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami na dobré úrovni, uvedlo 7 (16,28%) středoškolských sester. Spíše ne uvedlo 14 (32,56%) středoškolských sester, 1 (14,29%) diplomovaná sestra a 11 (45,83%) ostatních. Odpověď nevím se objevila u 2 (12,5%) vysokoškolských sester, 5 (11,63%) středoškolských sester, 3 (42,86%) diplomovaných sester a u 8 (33,33%) ostatních.

Graf 21 **Spokojenost v práci.**



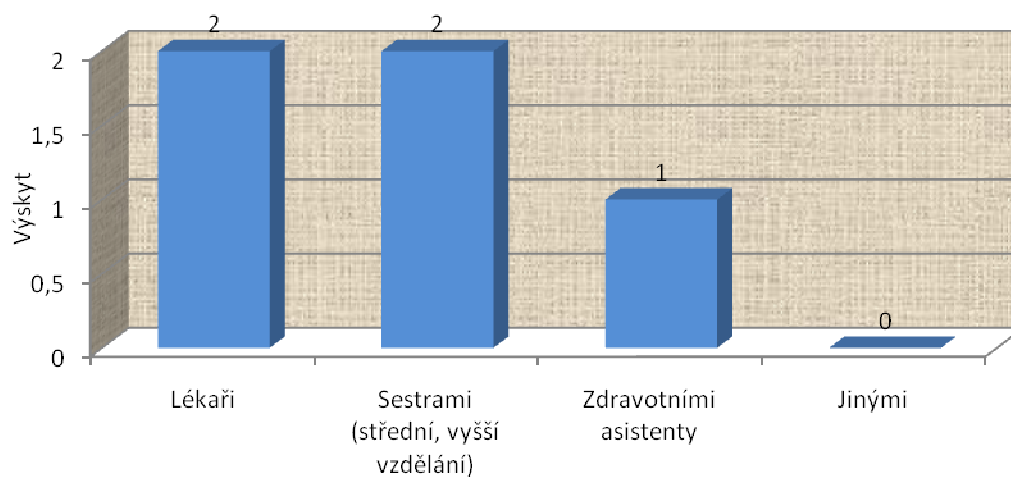
Z celkového počtu 14 odpovídajících vysokoškolských sester odpověděly 4 (25%) sestry, že se cítí být v práci spokojeny. 10 (62,5%) jich uvedlo, že jsou v práci spíše spokojeny a 2 (12,5%) uvádí, že ve své práci spíše nejsou spokojeny (Spíše ne). Odpověď ne, nebyla zaškrtnuta ani jednou.

Graf 22 **Přijetí na pracovišti.**



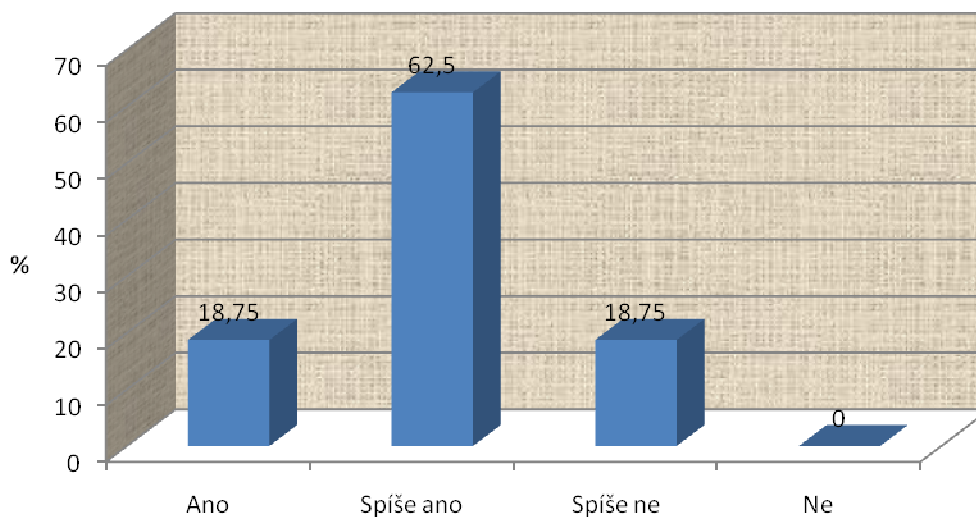
Na otázku – Domníváte se, že jste na svém pracovišti dobře přijata? – odpovědělo 7 (43,75%) sester, že je na svém pracovišti dobře přijato. Dalších 9 (56,25%) sester uvedlo, že se cítí spíše přijato (Spíše ano). Odpovědi Ne a Spíše ne se mezi dotazovanými nevykly.

Graf 23 Nepřijetí na pracovišti a v týmu



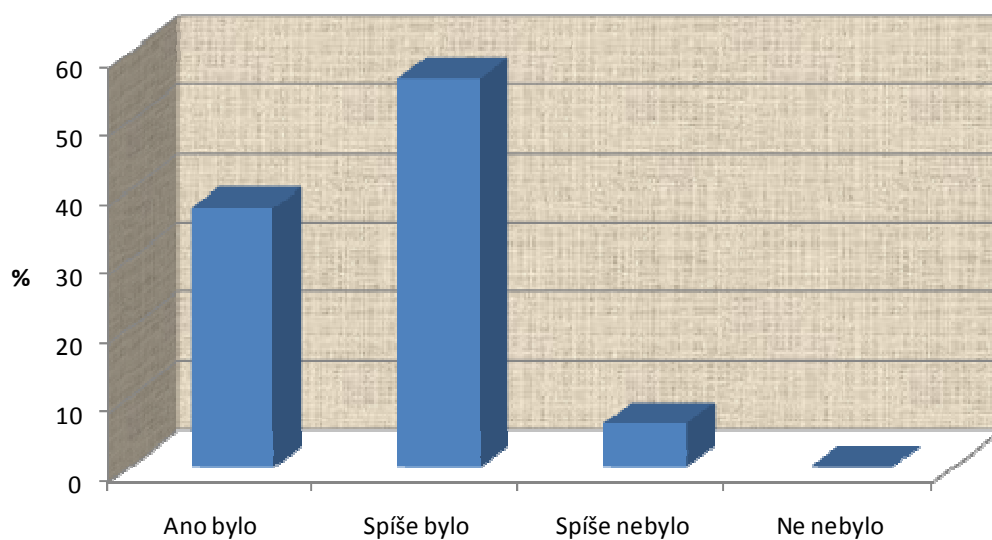
Z celkového počtu 16 vysokoškolských sester odpovědělo 5 sester, že se necítí být někým přijata na pracovišti a v týmu. 2krát byla označena skupina lékařů, 2krát skupina sester (střední, vyšší vzdělání) a 1 zdravotními asistenty.

Graf 24 Pocit plnohodnosti v multidisciplinárním týmu



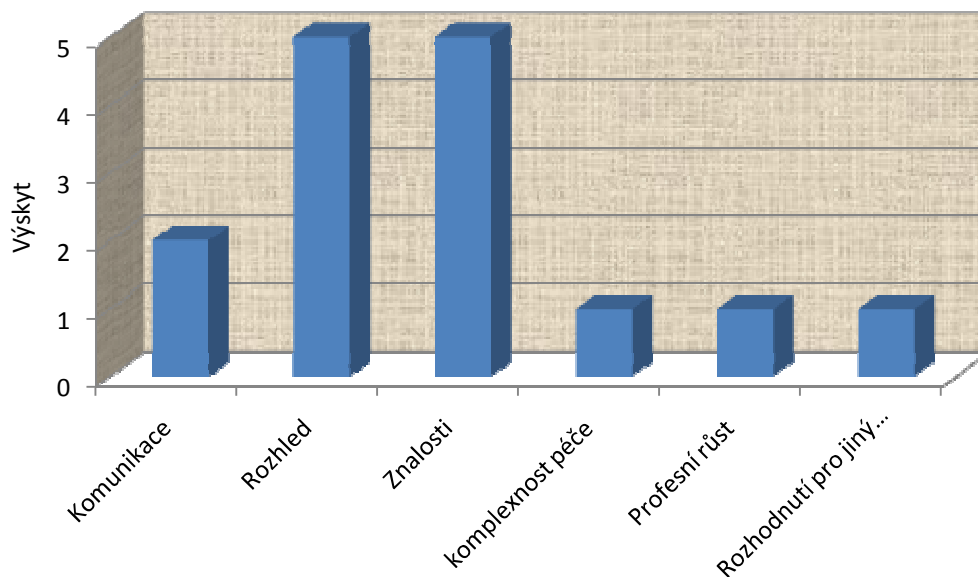
Z celkového počtu 16 vysokoškolských sester odpovědělo 3 (18,75%) vysokoškolsky vzdělané sestry se cítí plnohodnotnými členy týmu. Spíše ano uvedlo 10 (62,5%) vysokoškolských sester. 3 (18,75%) další sestry se spíše necítí být plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu. Odpověď ne se neobjevila ani jednou.

Graf 25 Pohled vysokoškolských sester na vysokoškolské vzdělávání



Z celkového počtu 16 vysokoškolských sester odpovědělo 6 (37,5%) vysokoškolských sester studium na vysoké škole za přínosně, dalších 9 (56,25%) považuje studium na vysoké škole za spíše přínosné. 1 (6,25%) vysokoškolská sestra spíše nepovažuje přínos vysokoškolského studia.

Graf 26 V čem byl přínos studia na vysoké škole



Z celkového počtu 16 vysokoškolských sester odpovědělo na otevřenou otázku, v čem byl přínos vysokoškolského studia, 9 vysokoškolských sester bylo. 2krát se objevila odpověď komunikace, v 5 odpovědích byl uveden rozhled a dále se objevily 5krát znalosti. 1 vysokoškolsky vzdělaná sestra uvedla komplexní péči, 1 také uvedla profesní růst a 1 v rozhodnutí o přestupu do jiného oboru (povolání).

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou vysokoškolsky vzdělané sestry začleněny do multidisciplinárního týmu. A také zjistit jak jsou přijímány lékaři a všeobecně všemi dalšími členy týmu. Předpokládanou první hypotézu - Vysokoškolsky vzdělaná setra je začleněna do multidisciplinárního týmu - bylo možné potvrdit hlavně na základě výsledků grafů číslo 9, 14, 15, 17, 18, 21, 22 a 24. Druhou hypotézu – Vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou akceptovány lékaři – potvrdily výsledky z grafů číslo 10, 11, 12 a 13. A třetí hypotézu - Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou akceptovány středoškolskými sestrami - naopak vyvrátily hlavně výsledky z grafů číslo 10, 11, 13, 19 a 20. Ale hezky od začátku...

K rozčlenění výsledných dat získaných z anonymního dotazníku bylo nutné použít základní otázky typu pohlaví, věk, povolání, nevyšší dosažené vzdělání a doba, po kterou dotazovaní vykonávají svou profesní praxi. Právě k těmto otázkám se vztahují grafy číslo 1, 2, 3, 4, 5 a 6.

Celkový počet 90 odpovídajících byl rozdělen do skupin lékařů, vysokoškolských sester, středoškolských sester, diplomovaných sester, fyzioterapeutů a zdravotnických asistentů dle uvedeného povolání. Snaha byla o co možná nejvíce rozmanité druhy povolání, která se vyskytují v multidisciplinárním týmu, a která se vyskytují v množství větším než jeden, aby byla zaručena anonymita výzkumné metody. Největší skupina středoškolských sester byla zastoupena 43 sestrami, skupina vysokoškolských sester 16 sestrami, skupinu lékařů tvořilo 12 odpovídajících, diplomované sestry zastoupilo 7 sester, skupinu fyzioterapeutů 7 zástupců tohoto povolání a 5 zástupců od zdravotních asistentů.

U grafu číslo 1 a 2 popisujících rozdělení pohlaví podle skupin a celkového zastoupení pohlaví se dalo předpokládat větší zastoupení ženského pohlaví, které nakonec tvořilo celých 87,78% ze všech 90 dotázaných. Což odpovídá výsledkům předešlých výzkumů, jako například z práce Vacková – Vysokoškolsky vzdělaná sestra jako člen ošetrovatelského týmu z roku 2008, prováděných v týmech pečujících o klienta v nemocničním zařízení.⁽³⁰⁾

Tento jev je z jedné strany zapříčiněn největším zastoupením povolání sestry na pracovištích a na druhé straně do jisté míry i tradičním pojetím sesterské ošetrovatelské péče jako ženského prvku.

Grafy 3 a 4, které se zabývají věkem dotazovaných, dokazují, že kolektiv pracujících v multidisciplinárních týmech je z velké části (46,67%) tvořen mladšími lidmi v rozmezí mezi 19 – 29 lety. Z výsledků vyplývá, že za pomyslné „benjamíny“ v multidisciplinárních týmech může být uvedena skupina zdravotnických asistentů, kteří se objevují ve zdravotnických zařízeních teprve od roku 2008.⁽³²⁾ A jejich průměrná doba praxe je tak nejmenší a dosahuje pouhých 10 měsíců (Graf 6). Z grafu číslo 6 se dále dozvídáme, že druhá nejnižší průměrná doba praxe (10 let) se vyskytuje právě u vysokoškolsky vzdělaných sester. Průměrná doba praxe je dále u lékařů a středoškolských sester 14 let, diplomovaných sester 12 let a 11 let u fyzioterapeutů.

Samotné týmové práci a práci v něm se zabývají grafy číslo 7, 8 a 9. Výsledky z nich ukazují, že práce v týmech je podle odpovědí pro naprostou většinu výhodná. Pouze u skupiny fyzioterapeutů se vyskytla záporná odpověď. To, že ale většina uvedla kladné odpovědi, by mělo být považováno za všeobecně pozitivní jev, díky kterému může vznikat kvalitní spolupráce a týmový duch vedoucí ke zkvalitnění péče.⁽¹⁰⁾ Přináší-li práce v týmech výhody, vzrůstá spokojenost s prací v týmu, ta je dále spjata i s dalšími faktory jako je úroveň vzájemné spolupráce mezi členy týmu. Spolupráci mezi lékaři a vysokoškolskými sestrami na dobré úrovni, kterou popisuje graf č. 17, uvedla většina lékařů (66,67%) a vysokoškolských sester (56,25%). Naopak v grafu č. 20 popisujícím úroveň spolupráce mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami došlo k jevu obrácenému a námi nepředpokládanému. Kdy vysokoškolské sestry v 87,5% uvedly spolupráci na dobré úrovni nebo alespoň spíše na dobré úrovni, ale naproti tomu u středoškolských sester došlo k opačnému výsledku, kdy 48,84% uvedlo, že spolupráce není na dobré úrovni nebo spíše není, což byla nadpoloviční většina díky 11,63% středoškolských sester, které uvedly odpověď nevím. Stejný jev jako u středoškolských sester se ale neopakoval u skupiny diplomovaných sester. Podobně vyšly i vzájemné vztahy mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami, na které odpovědělo kladně (ano jsou na dobré úrovni a spíše ano) 81,25% vysokoškolských

sester a naopak záporně odpovědělo 53,48 středoškolských sester. Mezi lékaři a vysokoškolskými sestrami na otázku vzájemných vztahů v grafu č. 18 došlo ke kladné vzájemné shodě, kdy většina uvedla, že vztahy jsou mezi nimi na dobré úrovni. Díky grafům číslo 19 a 20 došlo k vyvrácení třetí předpokládané hypotézy, že jsou vysokoškolsky vzdělané sestry akceptovány sestrami středoškolskými.

Tuto hypotézu dále vyvrací graf číslo 10 o přínosu vysokoškolského vzdělávání sester pro péči o klienta, který vyšel mimo vysokoškolských sester a zdravotních asistentů negativně. Žádný přínos nebo skoro žádný přínos vysokoškolského studia uvedlo 60,47% středoškolských sester, 57,14% diplomovaných sester, 50% lékařů a 71,43% fyzioterapeutů. Vacková ve své bakalářské práci rozebírá v grafu č. 16 také přínos vysokoškolského vzdělávání sester v kvalitnější péči o klienta. Od středoškolských sester se setkala se stejným negativním výsledkem, kdy 61,7% středoškolských sester odpovědělo ne, ale na rozdíl od našeho výzkumu se lékaři postavili k přínosu sester pozitivně, kdy celých 72,4% uvedlo ano. Na otázku proč tomu tak u středoškolských sester je? Odpovídá výtahem z Březinové, že na sestry je vyvíjen nátlak společnosti, aby se neustále a výše vzdělávaly. Ty se potom cítí ponížene, protože nemají a nestudují školu, kterou jim předkládané vzory sestry vysokoškolačky mají.^(5,30)

Na obhajobu středoškolských sester musí být ale řečeno, že přispívají v samotné péči o klienta pomalu stejnou měrou, ne-li dokonce stejnou. Protože mohou být totiž stejné odbornice jako sestry vysokoškolské díky své praxi. Jen nemusí mít rozhled a s ním související komplexní přístup v péči, získávaný právě studiem vysoké školy.

Proč, ale došlo na rozdíl od práce Vackové k takovému nárůstu negace lékařů? Nebo zde hraje rozdíl mezi umístěním výzkumu v různých nemocnicích? To zůstává otevřenou otázkou, která může být srovnávána v dalších pracích. Zda zde v nemocnici cítí větší strach o své postavení nebo nemají takovou důvěru k systému vzdělávání než v Plzeňské nemocnici, kde byl prováděn výzkum v loňském roce Vackovou.⁽³⁰⁾

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA v rozhovoru pro časopis Týden uvedla, že zvýšením vzdělávání sester se automaticky nezvedl pohled lékařů na sestry, jako někoho kdo může přinést lepší znalosti v péči, ale tvrdí, že se v čase i mezi lékaři a

vysokoškolskými sestrami mění.⁽⁴⁾ Vysokoškolské sestry v grafu č. 25 vidí zpětně své studium na vysoké škole jakožto přínosné, což je velmi povzbudivé pro pokračování současného systému vzdělávání.

Na graf č. 10 navazují dva další o přínosu do péče o klienta vysokoškolsky vzdělanou sestrou (graf 11) a o přínosu vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu (graf 12). Lékaři, vysokoškolské sestry, středoškolské sestry, diplomované sestry, fyzioterapeuti a zdravotní asistenti odpovídali na dvě otevřené otázky, z kterých vyšly nejčtenější odpovědi o přínosu formátu nic a skoro nic, u kterých se od odpovídajících často objevoval dovětek o tom, že nepřináší nic nového co by nepřinášela středoškolská sestra. Další v pořadí četnosti byla naštěstí uváděna vyšší odbornost a znalosti. Stalo se tak, že se znalosti a odbornost na rozdíl od práce Vackové dostaly až na druhé místo, což vykreslilo opět negativní výsledek výzkumu. Jako třetí v pořadí vyšly větší rozhled, organizovanost práce a kvalita péče, kterou uvádějí vysokoškolské sestry spolu se znalostmi a lepší komunikací v grafu č. 26 jako přínos studia na vysoké škole. Tento přínos je dán kvalitní a ucelenou formou vzdělávání, která vede ke komplexnímu či holistickému nahlížení na klienta, multiprofesní a interdisciplinární péčí, která by měla být poskytována kvalitní týmovou prací s nejlepšími dostupnými prostředky.⁽²⁶⁾

V otázce, zda by podle odpovídajících mělo docházet k vzdělávání sester na vysoké škole, kterou znázorňuje graf č. 13, odpověděla skupina lékařů v 41,66% případů, že by sestry neměly nebo spíše neměly být vzdělávány na vysoké škole. Procentuálně největší názor proti vzdělávání sester na vysoké škole uvedly právě sestry středoškolačky. To je dáno zřejmě pocitem nedocenění, které jejich profesi přináší, a současná legislativní úprava, kdy středoškolské vzdělání nestačí.

Ovšem pokud sestra dosáhla vysokoškolského vzdělání, tak podle jednoznačné většiny odpovědí patří do multidisciplinárního týmu (graf č. 14). Což potvrzuje danou hypotézu o začlenění vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu.

Pro potvrzení situace, jak nahlíží ostatní na vysokoškolské sestry, byla položena otázka, zda se domnívají, že vysokoškolsky vzdělané sestry ubírají na kompetencích a vážnosti lékaře nebo ostatních členů multidisciplinárního týmu. To znázorňuje graf č.

15, který vyšel ve většině pozitivně. Jen skupina zdravotních asistentů uvedla, omezení kompetencí a to zvláště sester s nižším stupněm vzdělání a svých. Tedy pokud byla označena odpověď, že někomu ubírá na kompetencích, tak nejčastěji byla označena právě sestra s nižším stupněm vzdělávání a na druhém místě se vyskytl lékař.

Samy vysokoškolské sestry se vidí na svém pracovišti a týmu být přijaty, kdy se nevyskytla žádná záporná odpověď (graf č. 22). Pokud se od někoho jednotlivě cítily být nepřijaty, uvedly ve dvou případech lékaře, ve dvou případech sestry s nižším stupněm vzdělání a jednou zdravotními asistenty (graf č. 23). Jak samy sebe vidí vysokoškolské sestry v multidisciplinárním týmu aneb jejich pocit plnohodnotnosti, uvádí sestry v 81,25% pocit plnohodnotnosti nebo odpověď spíše ano. Jen 18,75% uvádí, že ještě spíše ne. To vede k závěru, že se vysokoškolsky vzdělané sestry cítí být začleněny v multidisciplinárním týmu.

Hypotéza číslo 1 „*Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou začleněny do multidisciplinárního týmu*“ byla potvrzena.

Hypotéza číslo 2 „*Vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou akceptovány lékaři*“ byla potvrzena.

Hypotéza číslo 3 „*Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou akceptovány středoškolskými sestrami*“ byla vyvrácena. Mylně jsme se domnívali, že vysokoškolské sestry jsou akceptovány středoškolskými sestrami. Vysokoškolské sestry se sice cítí být přijaty a spolupráci a vztahy středoškolskými sestrami uvádí na dobré úrovni, ale naopak středoškolské sestry uvádí ve spolupráci a vztazích opak. První stanovený cíl byl splněn. Odpověď na něj zní ano, pokud jsou vysokoškolské sestry součástí multidisciplinárního týmu tak jsou do něj začleněny. I když s výhradami jednotlivců a možná i některých skupin zvláště proti vzdělávání sester na vysoké škole. Druhý cíl, kterým jsme chtěli zjistit přístup lékařů, jak přijímají vysokoškolské sestry, byl splněn. Z výzkumu vyplynulo zjištění, že lékaři nevidí přínos nebo rozdíl mezi vysokoškolskými a středoškolskými sestrami, proto nepodporují ani vzdělávání sester na vysokých školách. Ovšem pokud sestra dosáhla vysokoškolského vzdělání, přijímají ji jako člena multidisciplinárního týmu. Kdy převládá pocit dobré úrovně spolupráce a

vztahů, jak ze strany lékařů tak sester. Otázkou zůstává jestli se tento trend bude rozvíjet dál.

6. Závěr

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou vysokoškolsky vzdělané sestry začleněny do multidisciplinárního týmu. A jak jsou přijímány lékaři. Postup ke zjištění cílů byl analýzou a zhodnocením získaných dat z anonymního dotazníku, který byl určen pro členy multidisciplinárního týmu a svou závěrečnou částí pouze pro vysokoškolsky vzdělané sestry. Lze konstatovat, že cílů bylo dosaženo.

Péče o nemocného vede k vzájemné spolupráci a tedy týmové práci, do které každý člen musí vnášet jen to nejlepší, pokud chtějí dosáhnout co nejlepších výsledků. Vysokoškolská sestra se dnes objevuje na mnoha pracovištích a zasahuje tak i do multidisciplinárních týmů. Aby v nich mohla působit a vnést do nich veškeré svoje znalosti a schopnosti, musí být kladně přijata všemi z týmu. Z výzkumu je zřejmé, že sestry cítí být začleněny, to potvrzuje hypotézu číslo 1. Jen někteří lékaři a zejména středoškolské sestry nevidí takový přínos ve vysokoškolském vzdělávání sester. Pokud ale sestra vysokoškolského vzdělání dosáhne, zařazují jí jako posilu do multidisciplinárního týmu, což je pozitivní jev.

Hypotéza číslo 2 – Vysokoškolské sestry nejsou akceptovány lékaři – se také potvrdila. Sestry by se podle nich měly vzdělávat na vysoké škole jen v menším množství. Pokud ale sestra získala vysokoškolské vzdělání, byla přijata i lékaři jako člen do multidisciplinárního týmu.

U středoškolských sester došlo k vyvrácení hypotézy číslo 3 – Vysokoškolsky vzdělané sestry jsou akceptovány středoškolskými sestrami, kdy sestry uvedly, že nevidí rozdíl mezi vysokoškolskou sestrou a jinou sestrou v péči o klienta. Ukázalo se též, že nejsou spokojeny se vzájemnou spoluprací a vztahy mezi nimi a vysokoškolskými sestrami. Musí se vzít také v úvahu, že mohla do výsledků práce zasáhnout aktuální krize spojená s nízkým počtem sester, která umocňuje emoce díky přetížení pracovišť a nízkému ohodnocení této záslužné činnosti v péči o klienty.

Výsledky práce by měli být použity ve vyšším a vysokém managementu nemocnice pro lepší přístup v péči o klienta a zkvalitnění celého nemocničního procesu ve prospěch jak klienta, tak vedení nemocnice, protože pokud bude multidisciplinární

tým pracovat, jako celek dosáhne se tak lepších výsledků ve všech oblastech a bude to přínosem pro všechny zúčastněné.

7. Seznam použité literatury

1. ALEXANDER, M. RUNCIMAN, P. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. L. Dobrovodská, M. Tesáčková. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2003, 57 s. ISBN 80-7013-392-9
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Přepřacované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
4. BEZDĚKOVÁ, Marie. Šéfka asociace sester: Kolik nás chybí? Pět tisíc. (online) Dostupné: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/sefka-asociace-sester-kolik-nas-chybi-pet-tisic_90153.html, 24. 4. 2009
5. BŘEZINOVÁ, J. *Povolání sestry*. Sestra. Praha:2006, roč. 16, č. 11, s. 18-20. ISSN 1210-0404
6. ČTK, ČAS: *Za nedostatkem sester vzdělávací systém a mzdy* [cit.2009-02-12] Dostupné: http://www.sportovninoviny.cz/tema/index_view.php?id=337720&id_seznam=9302
7. DRDULOVÁ, A. OPLATKOVÁ, K. *Vše o specializačním vzdělávání*. Florence. Praha: 2008. roč. 4, číslo 9, str. 328, ISSN 180-464X
8. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
9. GROHAR-MURRAY, M.E. DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. s. 320. ISBN 80-247-0267-3
10. HONZÁK, R. *Burnout syndrom*. Časopis Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č.4, s. 27-28. ISSN 1210-0404
11. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 1992, 185 s. ISBN 80-7013-123-3

12. KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce: Jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 112 s. ISBN 80-247-1764-6
13. KOUKALOVÁ, A. *Mobbing na pracovišti*. Sestra. Praha: 2008, roč. 18, číslo 4, s.20. ISSN 1210-0404
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. přep. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X
15. MAREK, J., KALVACH, Z., SUCHARDA, P. a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001, 652 s. ISBN 80-7254-174-9
16. MERHAUTOVÁ, I. *Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech*. Časopis Sestra. Praha: 2008, roč. 18, č.10. ISSN 1210-0404
17. MOROVICSOVÁ, E. *Profese sester a syndrom vyhoření*. Florence. Praha: 2008, roč. 4, číslo 2, s. 67-68. ISSN 180-464X
18. NOVÁKOVÁ, R. *Pečovatelsví I., Učební text pro studenty oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008, 119 s. ISBN 978-80-7387-085-0
19. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Jazykozpyt medicíny*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008, 121 s. ISBN 978-80-7262-514-7
20. PAVLÍKOVÁ, S., HOROVÁ, H. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 149 s. ISBN 80-247-1211-3
21. PINKAVOVÁ, H. *Multidisciplinární spolupráce*. In: Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí. *Multidisciplinární tým*. Brno: NCONZO, 2006, s 5-6 ISBN 80-7013-437-2
22. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vyd. Brno: NCONZO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8
23. ROBBINS, S., COULTER M. *Managment – sedmé vydání*. Přel. V. Šafaříková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004, 600 s. ISBN 80-247-0495-1
24. SLAMKOVÁ, A. POLEDNÍKOVÁ, Ľ. SCHMIDTOVÁ, Z. *Príprava sestry jako potencionálneho člena multidisciplinárneho tímu*. In: Sborník z Odborné

- konference s mezinárodní účastí. *Multidisciplinární tým*. Brno: NCONZO, 2006, s. 6-9 ISBN 80-7013-437-2
25. STACKE, É. *Koučování pro manažery a firemní týmy*. Přel. L.Desbrosseová, E. Černá. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, 156 s. ISBN 80-247-0937-6
26. STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2002, 78 s. ISBN 80-7013-368-6
27. STAŇKOVÁ, Marta. Z historie charitativní a ošetrovatelské péče. Časopis sestra. Praha: 2003, roč. 13, č. 6. Mimořádná příloha časopisu sestra. ISSN 1210-0404
28. STUHLÍK, R. *Tým snů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 160 s. ISBN 978-80-247-1776-0
29. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4
30. VACKOVÁ, J. *Vysokoškolsky vzdělaná sestra jako člen ošetrovatelského týmu*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 68 s.
31. VITOŠOVÁ, M. *Komunikace mezi sestrou a lékařem*. časopis Sestra. Praha: 2007. roč. 17. č. 5, str. 22, ISSN 1210-0404
32. WHO. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9
33. ZAHŘÁDKOVÁ, E. *Teambuilding: Cesta k efektivní spolupráci*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2005, 176 s. ISBN 80-7367-042-9
34. ZACHAROVÁ, E. *Syndrom vyhoření v klinické praxi*. Florence. Praha: 2008, roč. 4, číslo 7-8, s. 305-306. ISSN 180-464X
35. Zákon 96/2004 Sb., *O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. [cit.2009-02-11]
Dostupný z: http://www.clk.cz/zakpred/zakon_96-2004-1.html

8. Klíčová slova

Všeobecná sestra

Multidisciplinární tým

Týmová spolupráce

Vysokoškolsky vzdělaná sestra

Role sester

9. Přílohy

9.1 *Seznam příloh*

Příloha 1 Dotazník

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martin Minařík a studuji třetí ročník bakalářského oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. V rámci své závěrečné bakalářské práce – Začlenění vysokoškolsky vzdělané sestry do multidisciplinárního týmu – bych Vás chtěl požádat o maximálně 5 minut Vašeho cenného času nad vyplněním tohoto anonymního dotazníku.

Veškeré takto získané informace budou použity pouze do bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za upřímné vyplnění otázek mého dotazníku.

Martin Minařík

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Věk:

- 19 – 29
- 30 – 40
- 41 – 51
- 52 – 62
- 63 a vyšší

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Vysokoškolské vzdělání
- Vyšší odborné vzdělání
- Středoškolské vzdělání
- Jiné

Povolání:

- Lékař
- Sestra
- Fyzioterapeut
- Zdravotnický asistent
- Jiné

Kolik let jste již v profesní praxi?

.....

Je podle Vás práce v týmech výhodná?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

Pracujete v týmu?

- Ano
- Ne

Pokud jste na předešlou otázku odpověděl/a ano: Jste spokojen/a s prací v týmu?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

Je podle Vás vysokoškolské vzdělávání sester přínosem pro péči o klienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Co podle Vás vysokoškolsky vzdělaná sestra přináší do péče o klienta?

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

Co podle Vás přináší vysokoškolsky vzdělaná sestra do multidisciplinárního týmu?

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

Měli by se podle Vás sestry vzdělávat na vysoké škole?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Domníváte se, že vysokoškolsky vzdělaná sestra patří do multidisciplinárních týmů?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Domníváte se, že vysokoškolsky vzdělané sestry ubírají na kompetencích a vážnosti lékaře nebo ostatních členů multidisciplinárního týmu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

Pokud ano koho?

- Lékaře
- Sester s nižším vzděláním
- Fyzioterapeutů
- Jiné

Myslíte, že mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a lékaři je spolupráce na dobré úrovni?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Jsou vztahy mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a lékaři na dobré úrovni?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše Ne
- Ne
- Nevím

Jsou vztahy mezi vysokoškolsky vzdělanými sestrami a ostatními sestrami na dobré úrovni?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

Je spolupráce mezi vysokoškolskými sestrami a ostatními sestrami na dobré úrovni?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

.....
Pokud nejste vysokoškolsky vzdělaná sestra tak Vaše práce na vyplnění tohoto dotazníku právě končí. Já Vám za to děkuji a přeji příjemný zbytek dne.

A jste-li vysokoškolsky vzdělaná sestra pokračujte, prosím, ještě v dalších pár otázkách pro vysokoškolsky vzdělané sestry na další straně:

Jste v práci spokojen/a?

- Ano jsem
- Spíše ano
- Spíš ne
- Ne nejsem

Domníváte se, že jste na svém pracovišti dobře přijat/a?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Domníváte se, že nejste někým vítána na pracovišti a v týmu? Kým?

- Lékaři
- Sestrami (střední, vyšší vzdělání)
- Zdravotnickými asistenty
- Fyzioterapeuty
- Jinými

Cítíte se plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Bylo pro Vás vysokoškolské vzdělávání přínosné?

- Ano bylo
- Spíše bylo
- Spíše nebylo
- Ne nebylo

Pokud ano v čem?

.....
.....

Děkuji Vám za vyplnění.