

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče



Bc. Lenka Polívková

**POROVNÁNÍ POTŘEBY SOUNÁLEŽITOSTI VE ZDRAVOTNICKÉM
TÝMU NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE A STANDARDNÍCH
ODDĚLENÍCH**

Comparison of need for cooperation in a medical team at a unit of intensive care
and standard department

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Praha, 2011

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze, dne:

Bc. Lenka Polívková

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

POLÍVKOVÁ, Lenka. *Porovnání potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. [Comparison of need for cooperation in a medical team at a unit of intensive care and a standard department]*. Praha, 2011. 99 s., 5 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Novotná, Jana.

Abstrakt

Téma: Porovnání potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních.

Cílem diplomové práce je zjistit míru uspokojení potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. Ve své teoretické části se zabývám podrobným rozbořením potřeby sounáležitosti. Charakterizuji problematiku lidských potřeb a jejich důležitost při působení v pracovním kolektivu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. Poukazuji na příčiny a projevy frustrace této potřeby. Zabývám se fluktuací zdravotnických pracovníků a pohlížím na narušení potřeby sounáležitosti, jako na jeden z důvodů proč sestry mění pracovní místa.

Praktická část práce je zpracována formou kvantitativního výzkumu. Metodou dotazníkového šetření jsem získala data od 142 respondentů (všeobecných sester, sanitářů, fyzioterapeutů ve fakulturních a krajských nemocnicích). V dotazníku jsem sledovala tyto oblasti: základní faktografické údaje, frustraci potřeby sounáležitosti a její projevy, důvody fluktuace, motivaci v pracovním kolektivu.

Zpracováním dat jsem došla k závěru, že sestry znají význam výrazu potřeba sounáležitosti. Subjektivně více vnímají frustraci sounáležitosti zdravotničtí pracovníci ze standardních oddělení než zdravotníci z jednotek intenzivní péče. Za hlavní vlivy frustrace potřeby sounáležitosti byly označeny špatné vztahy na pracovišti a konflikty. Frustrace potřeby sounáležitosti má dle odpovědí respondentů vliv na setrvání na jednom pracovišti.

Klíčová slova: potřeby, potřeba sounáležitosti, fluktuace, jednotka intenzivní péče, standardní oddělení, multidisciplinární tým

Abstract

Theme: Comparison of need for cooperation in a medical team at a unit of intensive care and standard department

The thesis target is to find a satisfaction rate of the need of belonging at the medical team in the intensive care units and in the standard units. I analyze the need of belonging at the theoretical section of my thesis. I explain the issues of the humans' needs and its importance which is effecting the work in the intensive care and standard units. I show the reasons and the symptoms of the frustration of this need. I deal with the staff turnover and I show the interruption of the need of belonging. I think it is one of the reasons why the nurses change their job.

The practical section of my thesis is processed like a quantitative research. I used the questionnaires and I got the answers from 142 respondents (nurses, scrub nurses, physiotherapists at the university or county hospitals). I monitored this sections: the basic facts, the frustration of the need of belonging and its symptoms, the reasons for the staff turnover and the motivation at the team.

I processed the data and my conclusions are: nurses know the meaning of the word „the need of belonging“. The frustration of belonging has a larger influence on the workers in the standard units than in the intensive care units. The main influence on the frustration have the bad relationships and the conflicts at work. The frustration of the need of belonging has the effect on whether the staff will or won't stay at work.

Key words: the needs, the need of belonging, the staff turnover, the intensive care unit, the standard unit, the multidisciplinary teams

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji p. Mgr. Janě Novotné za cenné rady a pomoc při psaní této diplomové práce. Dále děkuji všem hlavním a vrchním sestřím, které mi ve svých nemocnicích umožnily provádět průzkumné šetření. V neposlední řadě děkuji všem zdravotnickým pracovníkům, kteří se na výzkumu podíleli za čas strávený vyplněním dotazníku.

Bc. Lenka Polívková

Obsah:

ÚVOD	1
1 Potřeby	3
1.1 Definice pojmu potřeba	3
1.2 Pojem potřeba z různých pohledů	4
1.3 Klasifikace potřeb	4
1.3.1 Klasifikace potřeb dle Maslowa	6
1.3.1.1 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa:	7
1.3.2 Klasifikace potřeb dle Chloubové	8
1.4 Vyšší psychosociální potřeby	10
1.4.1 Definice	10
1.4.2 Vyjmenování a charakteristika vyšších psychosociálních potřeb	11
1.4.2.1 Potřeba bezpečí a jistoty	11
1.4.2.2 Potřeba lásky a sounáležitosti	11
1.4.2.3 Potřeba uznání a sebeúcty	12
1.4.2.4 Potřeba seberealizace	12
1.4.3 Maslowovy teze o vyšších potřebách	13
1.4.4 Různá pojetí vyšších psychosociálních potřeby	14
1.4.4.1 Složky sebepojetí	14
1.4.5 Pocity při uspokojení vyšších psychosociálních potřeb	15
1.4.6 Možnosti uspokojování vyšších psychosociálních potřeb	15
1.4.7 Frustrace vyšších psychosociálních potřeb	15
1.4.7.1 Reakce na frustraci vyšších psychosociálních potřeb:	16
1.4.7.2 Formy maladaptivního chování	17
1.5 Potřeba sounáležitosti	18
1.5.1 Definice	18
1.5.2 Podrobný rozbor potřeby	18
2 Multidisciplinární tým	19
2.1 Definice	19
2.2 Složení multidisciplinárního týmu	19
2.3 Multidisciplinární tým na JIP	20
2.3.1 Definice intenzivní péče	20
2.3.2 Personální zajištění JIP	20
2.3.2.1 Lékaři	21
2.3.2.2 Nelékařští zdravotničtí pracovníci	21
2.3.3 Vzdělávání sester intenzivní péče	23
2.3.3.1 Cíl specializačního vzdělání	23
2.3.3.2 Obsah specializačního vzdělávání	24
2.4. Multidisciplinární tým na standardním oddělení	24
2.4.1 Definice standardního oddělení	24
2.4.2 Personální zajištění standardního oddělení, náplň činnosti	25
2.4.2.1 Všeobecná sestra	25
2.4.2.2 Fyzioterapeut	26
2.4.2.3 Sanitář (platová třída 2,3)	26
2.4.2.4 Ošetřovatel (platová třída 5,6)	27
2.4.2.5 Zdravotnický asistent – praktická sestra (platová třída 7,8,9)	27
2.4.2.6 Porodní asistentka (platová třída 9, 10, 11, 12)	28
2.4.3 Vzdělávání multidisciplinárního týmu na standardním oddělení	30

2.4.3.1 Všeobecná sestra	30
2.4.3.2 Porodní asistentka	31
2.4.3.3 Fyzioterapeut	32
2.4.3.4 Zdravotnický asistent	32
2.4.3.5 Ošetrovatel	33
2.4.3.6 Sanitář.....	34
3 Fluktuace	36
3.1 Definice pojmu fluktuace	36
3.2 Problematika fluktuace zaměstnanců	36
3.3 Dopady fluktuace	37
3.4 Faktory ovlivňující zvýšenou míru fluktuace.....	37
3.4.1 Ztráta motivace.....	37
3.4.2 Odměna za práci.....	38
3.4.3 Vztahy na pracovišti.....	38
3.4.5 Možnosti růstu, podílení se na rozhodování.....	39
3.4.6 Neefektivní supervize.....	39
3.5 Fluktuace ve zdravotnictví	39
4 Cíle, hypotézy, úkoly práce, výzkumná otázka.....	42
4.1 Výzkumná otázka:	42
4.2 Cíle a hypotézy:.....	42
4.3 Úkoly práce	43
5 Metodika a realizace průzkumu	43
5.1 Zjišťování empirických dat	43
5.2 Vybraný vzorek	44
5.3 Realizace	44
6 Výsledky.....	45
6.1 Charakteristika souboru – faktografické údaje.....	45
6.2 Fluktuace, pracovní motivace,spokojenost ve zdravotnické týmu.....	57
7 Zhodnocení výsledků k jednotlivým cílům a hypotézám.....	86
7.1 Cíl č. 1 – hypotéza č. 1	86
7.2 Cíl č. 2 – hypotéza č. 2	87
7.3 Cíl č. 3 – hypotéza č. 3	87
7.4 Cíl č. 4 – hypotéza č. 4, č. 5	88
8 Diskuze.....	89
8.1. Diskuze k výsledkům	90
9 Závěr.....	92
10 Seznam zdrojů	94
Seznam zkratk	96
Seznam cizích výrazů.....	97
Seznam příloh.....	98

ÚVOD

V této diplomové práci se chci zabývat problematikou potřeby sounáležitosti u členů zdravotnického týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. K výběru tohoto tématu mě přivedl fakt, že problematikou potřeb zdravotnických pracovníků se v dnešní době příliš nikdo nezabývá.

Dalším důvodem, proč jsem si zvolila právě toto téma, bylo, že z mého pohledu velká část zdravotníků si nebude uvědomovat důležitost uspokojené a následků frustrované potřeby sounáležitosti. Vycházím z předpokladu, že značné množství členů zdravotnického týmu opouští zaměstnání právě v důsledku narušení této potřeby.

Během tohoto studia jsem navštívila mnoho jednotek intenzivní péče a měla možnost mluvit s řadou všeobecných sester a jiných zdravotníků o jejich problémech v kolektivu a dalších potížích na pracovišti. Dle těchto zkušeností tedy usuzuji, že narušenou potřebu sounáležitosti budou častěji pociťovat zdravotničtí pracovníci na jednotkách intenzivní péče.

Dalším důvodem, proč jsem si nakonec toto téma vybrala, byla znalost problematiky potřeb z prvního ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na 1. lékařské fakultě.

Všechny výše uvedené aspekty přispěly ke zvolení tématu *Porovnání potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních*.

Výzkumná otázka této diplomové práce zní: Jaká je míra uspokojení potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních?

Teoretická část

1 Potřeby

1.1 Definice pojmu potřeba

Podle Trachtové je potřeba projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. ⁽¹¹⁾

Chloubová definuje potřeby člověka jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy, pohody. Potřeby jsou základní motivační silou udržení homeostázy nejen uvnitř organismu, ale i mezi organismem a prostředím. Přispívají k orientaci v prostředí a adaptaci člověka na jeho změny a zároveň pomáhají samotnému člověku díky aktualizaci a seberealizaci prostředí také měnit. ⁽⁷⁾

Nekonečný charakterizuje potřeby jako stav organismu resp. individua jako biologické a sociální bytosti, který je reakcí na nějaký nedostatek, tedy na něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. ⁽¹⁰⁾

V termínu potřeba je důležitá rovnováha mezi vnitřním a vnějším prostředím, každá potřeba je projevem něčeho z prostředí. Potřeby se během vývoje mění, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako dané, zvenčí neovlivnitelné. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jiným způsobem. Je důležité si uvědomit, že potřeby všech lidí jsou stejné, ale jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. Potřeby se dají uspokojovat mnoha způsoby – žádoucími nebo nežádoucími.

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s 10. ISBN 108070133244.

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. 160 s. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

⁽¹⁰⁾ NEKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. vydání 1 dotisk 2003. Praha : Akademie věd České republiky, 2003. 437 s. ISBN 8020006257.

Za žádoucí považuje takové, které nepoškozují okolí a jsou ve shodě se sociokulturními hodnotami jedince, i v mezích zákona.

Potřeby můžeme chápat jako základní motivy vyjadřující nějaký nedostatek, tedy narušenou psychickou nebo psychofyzilogickou rovnováhu, a současně snahu k jejímu obnovení. Rozlišení pojmu potřeba vystupuje nejméně ve třech různých významech, tj. pojem biologický, ekonomický a psychologický (viz níže).

1.2 Pojem potřeba z různých pohledů

1. **Biologický pohled:** potřeba vyjadřuje stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy). Některé biologické potřeby, např. potřeba vápníku, vitamínů nemají psychickou odezvu.
2. **Ekonomický pohled:** potřeby tu obvykle vyjadřují nutnost nebo žádost vlastnit a užívat určitý objekt, např. barevný televizor, boty, šactvo, byt apod., což je poukazem spíše na to, že potřebou je míněn určitý prostředek k dosahování nějakého psychologického cíle.
3. **Psychologický pohled:** je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby je spojen s významem sociálním, vyjadřujícím nedostatky v sociálním životě jednotlivce.⁽¹¹⁾

1.3 Klasifikace potřeb

Vágnerová (2004) dělí potřeby do tří základních druhů:

1. **Základní biologické potřeby**, které jsou vrozené a lze je za normálních okolností navodit u všech lidí.
2. **Základní psychické potřeby**, které se rozvíjejí z vrozených dispozic, ale jsou výrazně formovány učením. Mohou mít rozmanitější podobu.
3. **Psychosociální potřeby** sekundárního charakteru, které vrozené nejsou. Vytvářejí se pod vlivem sociokulturních podmínek společnosti, v níž člověk žije, a vyplývají z jeho pozice sociální bytosti. Jsou mnohem diferencovanější a individuálně specifitější.⁽¹⁴⁾

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s.11 ISBN 108070133244.

⁽¹⁴⁾ VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2007. s178. ISBN 9785024608419.

Rozdělení odpovídá pojetí člověka jako bytosti současně biologické a sociální, z pohledu ošetřovatelství odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku. Pojem potřeba pak vyjadřuje jednak určité nedostatky nebo přebytky biologické (nedostatek jídla, pohybu, odpočinku, jednak nedostatky v sociálním životě jedince (zázemí opory, projevů úcty, lásky apod.). Jde o dělení poněkud umělé, protože některé potřeby sociální, např. potřeba něžnosti, společnosti, tělesného kontaktu, mají zřejmě vrozený, a tedy biologický základ. Naproti tomu většina sociálních potřeb vyjadřuje nějaké nedostatky v sociálních podmínkách života jedince, na něž si zvykl, nebo které vystupují ve srovnání s jinými jedinci.⁽¹¹⁾

Vrozené, biologické potřeby bývají nazývány pudy. Pojem pud byl navrhnut roku 1918 R. S. Woodworthem. Lze ho popsat jako vrozenou tendenci k uspokojování základních biologických potřeb. Jsou charakteristické prožitkem tlaku, vedoucího k určité aktivitě a uspokojení některé z těchto potřeb. Nemusí být závislé na zkušenostech nebo rozumovém zhodnocení situace. Pudy mají dva základní cíle zachovat sebe sama a rod.

Biologické potřeby jsou fylogeneticky nejstaršími a ontogeneticky nejranějšími motivačními funkcemi. Jestliže některá z těchto potřeb není po delší dobu dostatečně uspokojována, stává se na přechodnou dobu osobně dominantním motivem. Za takových okolností ovlivňuje celkové hodnocení situace i chování, které z něho vyplývá. Obecně platí: v důsledku dlouhodobějšího strádání se intenzita příslušné potřeby zvyšuje, zároveň roste úsilí a rozšiřuje se okruh způsobů zaměřených na dosažení žádoucího cíle.⁽¹⁴⁾

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s11-12. ISBN 10807013324

⁽¹⁴⁾ VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2007. s178. ISBN 9785024608419.

1.3.1 Klasifikace potřeb dle Maslowa

Abraham H. Maslow byl psycholog a první prezident Společnosti pro humanistickou psychologii. Tato škola je v mnoha směrech v opozici proti školám behavioristickým a psychoanalytickým.

Humanističtí psychologové byli inspirováni existenciální filozofií. Pronikla do Spojených států po druhé světové válce a mnoha psychology a psychiatry byla přijata velmi kladně. Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchie potřeb (viz. příloha č. 1). Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala též filozofie hodnot.⁽¹¹⁾

Hierarchická teorie potřeb se odvíjí od jeho bohatých klinických zkušeností. Lidské potřeby rozdělil podle jejich vývojové závislosti. Jeho teorie vychází z předpokladu, že jednotlivé potřeby vytvářejí hierarchizovanou strukturu, tedy že některé potřeby jsou jiným podřízené. Podle této teorie je nutné nejprve uspokojit základní fyziologické potřeby a teprve poté jsme schopni být otevřeni dalším potřebám. Rozlišoval potřeby na primární a sekundární.

„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“⁽¹¹⁾

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Br : NCONZO, 2004. s13. ISBN 10807013324

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s14. ISBN 10807013324

1.3.1.1 Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa:

1. **Fyziologické potřeby** se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak požadavky organismu, slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil potřeby, dříve než se stanou aktuálními – dodržování denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku apod. V situaci kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivňují celkové chování a jednání člověka.⁽¹¹⁾
2. **Potřeby bezpečí:** jsou definovány jako tendence vyhýbat se neznámým, neobvyklým, tj. potenciálně ohrožujícím podnětům a naopak. Do této kategorie patří potřeba tělesného bezpečí, řádu a celkové jistoty. Může mít i složitější varianty, které jsou stimulovány pocitem ztráty jistoty a projevují se tendencí k jejímu znovunalezení. Tato potřeba může existovat v mnoha variantách jako vrozený mechanismus, regulující základní způsob reagování, ale i jako požadavek jistot sociálního charakteru (preferance známých lidí, známého prostředí, stálého zaměstnání apod.).
3. **Vztahové potřeby**, které mají vždycky sociální charakter, vyplývají ze vztahů s ostatními lidmi. Potřeba lásky a sounáležitosti, to znamená potřeb být někým akceptován a milován, potřeba být začleněn do nějakého společenství, někam patřit. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty.** Jedná se o dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení a vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislosti na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu nebo prestiže uvnitř sociální skupiny, vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.⁽¹⁴⁾

Člověk potřebuje být oceněn, tímto způsobem si potvrzuje vlastní hodnotu. Sociální hodnocení ovlivňuje sebehodnocení a z něho vyplývající sebeúctu.

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s14. ISBN 10807013324

⁽¹⁴⁾ VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2007. s176. ISBN 9785024608419.

4. **Potřeba sebeaktualizace** se projevuje prostřednictvím tendence rozvinout a uplatnit své podklady, tj. stát se tím čím se daný jedinec stát může. Směřování k dalšímu osobnímu růstu vyplývá ze vztahu dvou základních, protikladných tendencí : progresivní tendence, která tento růst posiluje, a regresivního tlaku, který se projevuje strachem ze ztráty jistoty a bezpečí, a ulpíváním na současném stavu. Potřeba sebeaktualizace zahrnuje 17 metapotřeb, některé z nich mají kognitivní charakter (potřeba poznání a porozumění), jiné jsou zaměřeny na objevování smyslu, další jsou estetické. Důležitá je i potřeba transcendence, duchovního naplnění. Metapotřeby nejsou hierarchizované, mohou se vzájemně nahrazovat. Na této úrovni jsou mezi lidmi největší rozdíly, tyto potřeby se nemusí vytvořit vždycky, všichni lidé se na tuto nejvyšší úroveň nedostávají.⁽¹⁴⁾

1.3.2 Klasifikace potřeb dle Chloubové

Chloubová, která vychází ve své teorii z Maslowa, aplikuje problematiku teorií lidských potřeb v ošetrovatelství na Domu životních potřeb (viz. příloha č. 2) Hierarchické uspořádání Chloubové vychází z myšlenky, že každý člověk si během svého života staví svůj Dům životních potřeb. K tomu, aby dům mohl dobře stát, musí mít „pevné základy“.⁽⁷⁾

1.3.2.1 Tělesné - fyziologické potřeby: dýchání, kardiovaskulární funkce, hydratace, výživa, vyprazdňování moče a stolice, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí- být bez bolesti, očista a hygiena, sexuální a mateřské potřeby.

Tyto potřeby jsou nejzákladnějšími a tvoří přízemí domu. Jsou dané tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje s velkými obtížemi, neboť jeho existence je přímo ohrožená. Zdraví lidé jim nevěnují pozornost, nepřipisují jim velký

⁽¹⁴⁾ VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2007. s176. ISBN 9785024608419.

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s25. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

význam a považují je za samozřejmost. Uvědomují si, že tělesné zdraví není cílem, ale prostředkem a cestou k vyšším životním hodnotám.⁽⁷⁾

1.3.2.2 Psychosociální potřeby: tyto potřeby mají pro člověka velkou hodnotu (např. zdraví, láska, spokojenost, úspěch, svoboda pochopení aj.). Proto je rovněž můžeme nazvat životními hodnotami, přáními, či přímo životními cíli. Mají daleko silnější dynamiku: zaměření pozornosti, aktivit, emocí, pevných postojů čili motivů chování člověka. Psychosociální potřeby člověka jsou mnohem složitější.

Psychosociální potřeby člověka vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jsou velmi individuální, jelikož jsou závislé nejen na individuálních osobnostních předpokladech, ale také na prostředí, do kterého člověk proniká. Rovněž jsou závislé i na sociálním prostředí a okolnostech, které umožňují socializaci člověka (výchova, vzdělávání, kultura, náboženství, politické uspořádání, materiální možnosti atd.)⁽⁷⁾

1.3.2.3 Potřeby existenciální: tyto potřeby umožňují orientaci a adaptaci v novém prostředí. Pro nemocného člověka mají zcela základní význam, protože souvisejí z jeho existencí.

1.3.2.4 Vyšší psychosociální potřeby:

Potřeby vztahové - afiliační, sociální, lásky, sounáležitosti. Jsou to potřeby, které se stávají důležité = v okamžiku, jakmile jsou uspokojeny potřeby tělesné a existenciální. Člověk touží po citovém vztahu, po lásce, chce někam patřit, mít někde kořeny, někomu pomáhat, aby někdo pomáhal jemu.

Self(„já“) potřeby – sebepojetí sebeúcty. Tyto potřeby zahrnují všechny myšlenky, vjemy a hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí „Kdo a co jsem a co dokáži? Toto vnímané „Já“ pak ovlivňuje jak se člověk chová a jak vnímá svět.

Potřeba seberealizace- sebeaktualizace. Sem patří potřeby tvůrčí duchovní, kulturní, estetické, pracovní atd.⁽⁷⁾

⁽⁷⁾ . KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s26. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

⁽⁷⁾ . KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s27. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

1.4 Vyšší psychosociální potřeby

1.4.1 Definice

Jakmile člověk uspokojí nižší potřeby (existenciální tělesné a psychosociální) zatouží po uspokojení potřeb vyšších. Vyšší psychosociální potřeby jsou nejen závislé na přírodních a materiálních podmínkách, ale jsou i společensky, kulturně, nábožensky a historicky podmíněné. ⁽⁷⁾

K vyšším potřebám jsou maslowem řazeny ještě tzv. metapotřeby či potřeby „růstu“, které vyjasňují specifické tendence seberealizující se osoby. Řadíme sem také kognitivní potřeby, které se projevují jako potřeby poznávat, rozumět a potřeby estetické. ⁽¹⁰⁾

Vyšší psychosociální potřeby Maslow popisuje jako potřebu dosahovat úspěšného výkonu a potřebu prestiže, potřebu být druhými vážen, ceněn a sám sebou kladně hodnocen.

Rozlišuje dva základní typy:

1. **Úcta k sobě samému**- pohled na vlastní důstojnost, zahrnující přání způsobilosti, důvěry, úspěchu, nezávislosti a svobody.
2. **Úcta (váženost) od druhých**- týkající se renomé - prestiže, uznání, reputace, postavení, ocenění a přijetí. ⁽¹⁾

Maslowovy vyšší potřeby, tedy potřeby vývojově mladší jsou typicky lidské (potřebu lásky můžeme pozorovat i u primátů, ale například potřebu sebeaktualizace má jen člověk). Vyšší potřeby jsou produktem ontogenetického vývoje. Čím je potřeba vyšší, tím je méně naléhavá pro přežití, tím snáze proto zůstává neuspokojená. Uspokojená vyšší potřeba je však subjektivně velmi žádoucí a vede k hlubšímu prožitku uspokojení.

⁽¹⁰⁾ NEKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. vydání 1 dotisk 2003. Praha: Akademie věd České republiky, 2003. 437 s. ISBN 8020006257.

⁽¹⁾ ATKINCON, C.; ATKINCON, R. *Psychologie*. Praha : Portál, 2003. s457. ISBN 80-7178-640-3.

1.4.2 Vyjmenování a charakteristika vyšších psychosociálních potřeb

1.4.2.1 Potřeba bezpečí a jistoty

Potřeba bezpečí je komplexní, patří sem potřeba přístřeší, ochrany, jistoty, stálosti a řádu ve světě věcí a lidí. Máme potřebu vyhýbat se věcem, které nás jakýmkoliv způsobem ohrožují. Můžeme cítit ohrožení fyzické, psychické i sociální. K uspokojení potřeby bezpečí patří pocit, že jsou věci předvídatelné, že mají řád, pravidelnost a že dávají smysl. Neuspokojení potřeby bezpečí se promítá do chování jedince, vyvolává u něj pocit ohrožení, strachu, úzkosti, nejistoty, nedůvěry a další.

1.4.2.2 Potřeba lásky a sounáležitosti

Kontakt s lidmi slouží nejen jako zdroj jistoty a bezpečí, ale je zdrojem dalších specifických zkušeností. Máme potřebu milovat a být milováni, přijímání členy různých skupin.

Podle Maslowa jsou tyto potřeby charakterizovány jako: „*Nutnost člověka někam a někomu patřit, být přijímán a milován, přijímat a milovat.*“ Dominujícím cílem je skupinové příbuzenstvo, láskyplné vztahy s druhými, potřeba mít své místo v rodině.

Chloubová, která ve svém pojetí vychází z Maslowa jej popisuje jako: Touhu člověka po citovém vztahu, po lásce, přátelství. Člověk chce někam patřit, mít někde své kořeny, touží někomu pomáhat a naopak, aby někdo pomáhal jemu.“Člověk je součástí různých sociálních prostředí (rodiny, partnerství, skupin, společenství atd.), charakterizovaných vztahy, komunikací, integrací, důvěrou, náklonností, láskou, sounáležitostí, přátelstvím, péčí o druhé, závislostí, dominancí.⁽⁷⁾

Všeobecně lze lásku popsat jako velmi silné emocionální pouto, vzájemnou sounáležitost s bytostmi, které milujeme. Důležitým aspektem je důvěra, porozumění a připravenost obětovat se. Láska se opírá o vzájemnou sounáležitost, která v sobě zahrnuje něhu, dobrotu, shovívavost.

Psychologickým základem lásky je vzájemná důvěra, porozumění, připravenost přinášet oběti. Za podstatné znaky lásky se pokládají (přijetí druhého, potřeba jeho

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s32. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

blízkosti, potřeba identity s druhými, snaha mít druhého pro sebe, poskytovat oporu, ochranu a něžnost, chápat ho atd.

Láska je nejsilnějším emočním stavem, nezměřitelným a zcela subjektivním. Láska je citový vztah, kdy dochází k souznění. Potřeba lásky je velkou životní hodnotou, je to cesta k radosti, štěstí, a zdraví - pokud je vzájemná.

1.4.2.3 Potřeba uznání a sebeúcty

Tato potřeba představuje potřebu být respektován, oceňován jako důležitá, hodnotná osoba. Každý jedince vnímá potřebu si sám sebe vážít, mít pocit, že je v nějaké oblasti úspěšný. Sebeúcta je do jisté míry ovlivněna chováním lidí z blízkého okolí a tím, jak si jejich chování interpretujeme a prožíváme. K potřebě uznání patří i potřeba úspěchu. K dosažení úspěchu není zapotřebí s někým soutěžit, někoho porážet. Základem naplnění úspěch je dělat věci tak, jak nejlépe je umíme. Neuspokojení potřeby má za vliv vznik pocitu méněcennosti, křivdy, beznaděje.

1.4.2.4 Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace je potřebou, která vede k rozvoji vlastních předpokladů, k dosažení něčeho a sebetvrzení, které z toho vyplývá. Patří sem snaha pochopit sebe sama i druhé, naplnit své možnosti růstu a rozvoje. V lidské společnosti je velká řada možností, kterými je možné potřebu seberealizace uspokojit, ať už například dobrým výkonem, prostřednictvím sociální pozice, úspěšností v určité životní roli. Každý člověk chce rozvinout, uplatnit své schopnosti a být za ně pozitivně ohodnocen. Hodnocení okolí nám poskytuje zpětnou vazbu a významně se podílí na našem sebehodnocení. Máme-li možnost rozvíjet a využívat své schopnosti naplňuje nás to pocitem radosti, uspokojení. Potřeba seberealizace se skládá s několika oblastí.

Potřeba objevovat, porozumět světu, v němž žijeme. Potřebujeme pochopit jak svět a věci v něm fungují. K tomu musíme mít přiměřené množství podnětů za svého okolí. Jednotlivci se liší v tom co, do jaké míry chtějí poznávat.

Potřeba něco v životě dokázat. Člověk potřebuje nejen něco dělat, ale i vědět, že to co v životě dělá je k něčemu dobré. Uspokojení přináší i dokončení nějakého díla a vědomí, že se práce zdařila.

Potřeba tvořit. Někteří jedinci (umělci) nebo děti mají tuto potřebu silněji než jedinci ostatní. Pro většinu z nás tato potřeba znamená mít hezký domov, uvařit chutné jídlo atd.

Potřeba identity. Potřeba identity je propojena s potřebou sebeúcty. Potřebujeme se cítit výjimečně, odlišní od ostatních. ⁽¹³⁾

1.4.3 Maslowovy teze o vyšších potřebách

1. Vyšší potřeby jsou pozdějším stupněm fylogenetického vývoje.
2. Vyšší potřeby jsou vyšším stupněm ontogenetického vývoje.
3. Čím vyšší potřeba, tím je méně důležitá pro pouhé přežití, tím déle může být její uspokojení odkládáno a tím snáze se potřeba trvale ztrácí.
4. Žití na úrovni vyšších potřeb vede k vyšší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku, chuti k jídlu.
5. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé.
6. Uspokojení vyšších potřeb vede k žádoucnějším subjektivním výsledkům, tj. hlubšímu pocitu štěstí, klidu a bohatství vnitřního života.
7. Sledování a uspokojování vyšších potřeb současně znamená všeobecnou tendenci ke zdraví, tedy tendenci směřující dál od psychopatologie.
8. Vyšší potřeby musí mít při svém vzniku splněno více předběžných podmínek.
9. Vznik vyšších potřeb vyžaduje příznivější vnější podmínky.
10. Ti, u nichž došlo k uspokojení obou druhů potřeb, cení si obvykle vyšších potřeb víc než nižších.
11. Čím vyšší je úroveň potřeby, tím širší je okruh identifikace láskou, tj. tím vyšší je počet lidí s láskou se identifikujících.
12. Sledování a uspokojování vyšších potřeb má žádoucí občanské a společenské důsledky.
13. Uspokojování vyšších potřeb má k seberealizaci blíže než uspokojování potřeb nižších.
14. Sledování a uspokojování vyšších potřeb vede k větší, silnější a opravdovější individualitě.
15. Čím vyšší je úroveň potřeb, tím svobodnější a účinnější může být psychoterapie, na úrovni nižších potřeb je stěží platná.

⁽¹³⁾ KOPŘIVA, Pavel, et al. *Respektovat a být respektován*. 3. vydání. Kroměříž : Spirála, 2008. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.

16. Nižší potřeby jsou mnohem lokalizovanější, hmatatelnější a omezenější než potřeby vyšší.⁽¹¹⁾

1.4.4 Různá pojetí vyšších psychosociální potřeby

Existují ještě jiná dělení pohledu sama na sebe, které člověka během celého života významně ovlivňují. Zahrnujeme sem pohled druhých (jak mně vidí osoby pro mne významné), sociální komparace (jaký jsem ve srovnání se sobě rovným), interpretace a hodnocení vlastní osoby (jak hodnotím své vlastní názory a chování), kulturní vlivy (jak se řídím učením kultury, ke které patřím).

Chloubová v Domu životních potřeb nazývá potřebu vlastního „Já“-self: jako potřeby vnitřního obrazu vnímání sebe sama- sebepojetí. Do sebepojetí čili self zahrnuje: „, všechny myšlenky, vjemy, hodnoty, které charakterizují „Já“, zahrnují vědomí- „kdo a co jsem a co dokáži?“ Toto vnímané „Já“ ovlivňuje, jak se člověk chová a jak vnímá svět. Každá zkušenost je hodnocena ve vztahu k sebepojetí. Jedinec se poté chová v souladu se svým sebeobrazem, chce mít úspěch, dosáhnout uznání druhých, neudělat ostudu, být dobrý a první, pochopit sebe i postavení sebe ve společnosti a světě, chce si zachovat autonomii- svobodu, důstojnost, uchovat si intimitu, mít svou vlastní identitu- jedinečnost.⁽⁷⁾

1.4.4.1 Složky sebepojetí

1. **Kognitivní** – poznávací: sebepoznávací, sebehodnocení (představy, mínění, vnímání sebe sama- v reálném já a i ideálním já)
2. **Emocionální**- prožívání: sebeúcta, sebevědomí, svědomí)jak se cítím, jak se mám rád, jak se sobě líbím)
3. **Konativní**- usilující: sebedůvěra, sebejistota (pohotovost k jednání obsahuje motivaci a je předpokladem pro seberealizaci a sebeaktualizaci)

⁽¹¹⁾ TRACHTOVÁ, Eva a kol . *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. s12. ISBN 108070133244.

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s32. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

4. **Nevědomá:** (nepoznaná složka osobnosti)⁽⁷⁾

1.4.5 Pocity při uspokojení vyšších psychosociálních potřeb

Uspokojování vyšších potřeb přináší lidem radost. Pocit, že chovat se správně je dobré, pocit být pro společnost přínosný a cítit se do ní začleněn nám udává smysl života. Pokud je člověk obklopen prostředím strohým, nudným, nezajímavým může toto prostředí mít za následek pocit smutku, marnosti a tím přispět k emočnímu otupění. Často se také stává, že člověk dlouhodobě působící v negativním prostředí svým chováním vzhled prostředí ještě zhoršuje.

1.4.6 Možnosti uspokojování vyšších psychosociálních potřeb

V souvislosti s Maslowovým rozdělením potřeb na nižší a vyšší rozděluje také dva druhy uspokojování. Charakteristickým způsobem uspokojování nižších potřeb je redukce výchozího motivačního stavu (mám hlad, tak se najím). Na rozdíl od potřeb vyšších, které jsou v podstatě neukojitelné, dosažení uspokojení potřeby naopak ještě stimuluje k dalším snahám o uspokojení.

1.4.7 Frustrace vyšších psychosociálních potřeb

Neuspokojení čili frustrace potřeb vzniká porušením vnitřní nebo vnější rovnováhy, tj. objektivním nedostatkem biologicky významných látek (kyslíku, vody, potravy), nebo nedostatkem základních podmínek života, jako pocitu bezpečí, jistoty, lásky, uznání apod. Neuspokojená potřeba je signalizována nejprve subjektivními pocity. U tělesných potřeb jsou to pocity poměrně jasné a specifické pro každou

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s30-31. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

tělesnou potřebu, protože jsou fyziologicky dané a souvisí s fyziologickými pudry, reakcemi a funkcemi.⁽⁷⁾

Složitější je signalizace frustrovaných vyšších psychosociálních potřeb, protože pocity strachu, úzkosti, hněvu, bolesti, nejistoty, bezmoci, beznaděje, ohrožení, smutku, osamělosti, a další nejsou specifické pro jednotlivé potřeby, ale naopak jsou to často pocity neurčité a týkající se několika frustrovaných potřeb. Jsou velmi individuální a závislé na mnoha faktorech daných osobností (věk, typ osobnosti, genetické vlivy, sociální zralost, zkušenosti, výchova, atd.) či vnějšími podmínkami. Člověk je hůře vyjadřuje a někdy je i popírá, třeba proto, že se stydí nebo není schopen je rozpoznat ve vztahu k určité potřebě.⁽⁷⁾

Pro projevy frustrace vyšších psychosociálních potřeb jsou typické určité způsoby myšlení a chování, kterými jedinci na neuspokojení určité potřeby reagují. Dlouhodobou frustraci nazýváme deprivací.

1.4.7.1 Reakce na frustraci vyšších psychosociálních potřeb:

- 1. Agrese** – chování projevující se aktivním bojem s odstraněním domnělého nebezpečí a nejistot - brachiální (fyzické násilí), verbální (ironie, hádky).
- 2. Asertivita** – naučené chování.
- 3. Únik** – chování, které pomáhá zbavit se ohrožení a nejistot jinou cestou, únikem od nebezpečí, úniky do nemocí, fantazie, drog.

Ochranné, nevědomé chování jedince vyvolané dlouhodobým neuspokojením některé z lidských potřeb nazýváme maladaptivním. Formy maladaptivního chování můžeme rozdělit do dvou skupin, na agresivní reakce mezi které řadíme egocentrismus, racionalizaci, identifikaci a další a na formy únikové (bagatelizace, negativismus, regrese, ...).

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s30-31. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s30-31. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

1.4.7.2 Formy maladaptivního chování

1. Únikové formy maladaptivního chování

- **Negativismus** – chování, kdy se člověk negativně, buď sevřeně, nebo skrytě, vyjadřuje o sobě samém, nepřijímá pozitivně zpětné vazby druhých a podceňuje se.
- **Regrese** – znamená návrat k vývojově primitivnějšímu chování na nižší úroveň než odpovídá současnému věku.
- **Bagatelizace** – je to chování, které zlehčuje, znevažuje nebo podceňuje situace, informace ve svém životě nebo v životě druhých.
- **Rezignace** – vzdání se dosažení cíle.
- **Fixace** – znamená ustrnutí na určitém způsobu chování k jiné osobě nebo na určitém způsobu uspokojování potřeby, i když se situace či osoba již změnila a bylo by potřeba chování vůči ní upravit.
- **Sociální izolace** – vyhýbání se sociálním situacím a styku s lidmi.

2. Agresivní formy maladaptivního chování

- **Racionalizace** – myšlenkovými operacemi člověk upravuje význam nepříjemné zkušenosti tak, aby mohla být přijata v souladu s jeho sebepojetím.
- **Kompenzace (odčinění)** – tito lidé si zpravidla uvědomili svou nedostatečnost, či nepříjemnou zkušenost a vykompenzovali ji (nahradili) nebo odčinili jinou schopností, či výkonem, aby byli v souladu se svým sebepojetím.
- **Projekce** – jsou formy chování, kdy člověk projektuje (přenáší) své nedostatky, nepříjemné zkušenosti, negativní pocity na jiné lidi.
- **Represe (popření, odmítnutí)** – tito lidé „zapomněli- odmítli“ velmi nepříjemnou „zranující zkušenost“ (znásilnění, bytí, zneužívání, ublížení...), chovají se jako by ta zkušenost neexistovala, protože je nepříjemná pro jejich sebepojetí.
- **Přesunutí, přenesení** – člověk se naučil odreagovat svou agresivitu na něčem či někom jiném (zařízení, pes, dítě...), nebo ve výkonu práce.
- **Egocentrismus** – v jednání, myšlení a chování je pozornost zaměřena na vlastní osobu, na svůj prospěch bez ohledu na to, zda takové chování poškozuje druhé.⁽⁷⁾

⁽⁷⁾ KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. s31-33. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

1.5 Potřeba sounáležitosti

1.5.1 Definice

Potřebu sounáležitosti lze charakterizovat jako potřebu člověka identifikovat se v nějaké společnosti (rodině, sociální skupině – zaměstnání, klubu, škole, třídě), cítit se touto skupinou přijat. Podílet se spolu se svými kolegy na týmové práci, být v týmu užitečný a pozitivně přijímaný.

1.5.2 Podrobný rozbor potřeby

V mezilidských vztazích dominují nejrůznější tendence (míra dominance a submise). Člověk potřebuje dominovat, vládnout, ale zároveň se nechat vést, spolupracovat a navazovat různě založené vztahy. Potřebujeme, být přijímáni druhými takový jací jsme, mít s lidmi v určité sociální skupině intenzivní citové vztahy.

Potřeba cítit se součástí kolektivu, někam patřit, být druhými přijímán, je významnou složkou lidské motivace, která ovlivňuje setrvání v nějaké sociální skupině (např. zaměstnání) a dělá ho pro jedince příjemnějším. To nakonec přeroste ve snahu podílet se na fungování skupiny, s cílem cítit se oceněný a důležitý.

Charakteristické pro potřeby afiliační, tedy potřebu sounáležitosti, mít rád a další je, že člověk vyhledává sociální kontakty = vztahy, proto jim také jinak říkáme potřeby vztahové.

Zjistilo se, že vyčleňování ze skupiny bolí. Lidé, kteří jsou sociálně odmítáni, prožívají bolest, kterou lze srovnávat se silnou fyzickou bolestí. Pro savce a člověka obzvláště je udržování svazků se společenstvím otázkou přežití. Lidské bytosti se cítí nejlépe ve společnosti lidí, ke kterým mají důvěru, kde se cítí přijímáni a milováni, cítí se špatně, pokud jsou z takového společenství vyloučeni. Vyloučení jedince ze společnosti je považováno za nejtěžší trest.

Pokud jsou potřeby lásky a sounáležitosti frustrovány, pokud jedinec trpí nedostatkem zájmu a lásky může prožívat smutek, lítost, osamocení, stesk, pocit nejistoty, pocit zbytečnosti, ale zároveň hněv, chuť pozornost získat za každou cenu. Každý jedince nejprve získává pozornost pozitivním způsobem, ale pokud se mu to nepodaří, celkem brzy zjistí, že další možnost, jak získat pozornost okolí je agresivním

chováním, skákáním do řeči, nedochvilností. Dlouhodobá frustrace má za následek citovou plochost, neschopnost vcítit se do pocitů druhých.

Závěrem této kapitoly uvádím báseň švédského literáta Hjalmara Soderberga, která vystihuje problematiku frustrace potřeby sounáležitosti.

Chceme být milováni.

Neuspějeme – li, chceme být obdivováni.

Neuspějeme – li, chceme být obáváni

Neuspějeme – li, chceme být nenáviděni a opovrženi.

Chceme probudit v druhých nějaké emoce.

Duše se třese před prázdnotou

a po kontaktu touží za každou cenu.⁽¹³⁾

2 Multidisciplinární tým

2.1 Definice

Multidisciplinární tým lze charakterizovat jako skupinu zdravotnických pracovníků s nejrůznějším zdravotnickým vzděláním, kteří v péči o pacienty využívají celostní pohled na potřeby jednotlivců.

2.2 Složení multidisciplinárního týmu

Složení multidisciplinárního týmu můžeme rozdělit do dvou základních skupin na lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky, které dále dělíme na všeobecné sestry, sestry specialistky v nejrůznějších oborech, porodní asistentky, sanitáře, ošetřovatele, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, nutriční terapeuty, sociální pracovníky a řadu dalších. Každý člen multidisciplinárního týmu dle svých kompetencí navrhuje postup léčby.

⁽¹³⁾ KOPŘIVA, Pavel, et al. *Respektovat a být respektován*. 3. vydání. Kroměříž : Spirála, 2008. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.

2.3 Multidisciplinární tým na JIP

2.3.1 Definice intenzivní péče

Intenzivní péče je specifická zdravotní péče o vážně nemocné pacienty, kteří jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo kterým selhává jedna nebo více životně důležitých orgánových funkcí. Péče o takové pacienty zahrnuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy ošetřování, monitorování životních funkcí případně jejich podporu (např. napojení pacienta na ventilátor, dialýzu apod.) Péče je poskytována po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu. Délka intenzivní péče může být krátkodobá (dny) nebo dlouhodobá (týdny). Charakter intenzivní péče a k tomu nutné lékařské přístroje vyžadují zvláštní pracoviště jednotky intenzivní péče (JIP), které se podle rozsahu péče dělí na:

- **typ A** - jednotky nižší intenzivní péče s převahou funkce monitorovací
- **typ B** - jednotky vyšší intenzivní péče (resuscitační) s převahou funkce léčby orgánových selhání

Z důvodu organizace a péče o pacienty se doporučuje počet lůžek na jednotce intenzivní péče v rozsahu 6-12 lůžek, pro větší množství lůžek je účelné zřídit dvě a více jednotek. V případě většího množství JIP je nezbytné s ohledem na flexibilitu a společné zázemí personálu jednotky situovat do jednoho místa. Při umístění JIP v areálu nemocnice je důležité brát na vědomí umístění spolupracujících oddělení. ⁽²⁰⁾

2.3.2 Personální zajištění JIP

- Lékaři
- Nelékařští zdravotničtí pracovníci

⁽²⁰⁾ *Stavební standardy* [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Standard pro jednotku intenzivní péče. Dostupné z WWW: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:1dei4CDr-HYJ:www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx%3FsouborID%3D5188%26typ%3Dapplication/pdf%26navez>>.

2.3.2.1 Lékaři

Na jednotce intenzivní péče mohou působit lékaři pracující s odbornou způsobilostí pouze pod odborným dohledem, nebo lékaři s ukončenou specializací v oboru (stanovenou vzdělávacím programem, zmocněné na vyhlášku) samostatně. Obory specializace lékařů pracujících na JIP – anesteziologie a resuscitace, intenzivní péče, příslušné klinické obory.

2.3.2.2 Nelékařští zdravotničtí pracovníci

Do této kapitoly jsem zařadila zdravotnické pracovníky, se kterými jsem se v průběhu svého výzkumu na odděleních setkávala a získávala od nich data ke zpracování empirické části práce.

Všeobecná sestra pod odborným dohledem

Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a neodkladné péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje. Zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech nebo po nich.⁽¹⁷⁾

Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo lékaře na vysoce specializované ošetrovatelské péči. Pod dohledem lékaře aplikuje nitrožilní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzního přípravku, bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu podání transfuze a ukončuje ji.⁽¹⁷⁾

Sestra pro intenzivní péči

Sestra pro intenzivní péči vykonává péči o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména bez indikace a odborného dohledu - sleduje a analyzuje informace

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

o zdravotním stavu nemocného (fyziologické funkce, zahajuje KPR), pečuje o dýchací cesty nemocného včetně odsávání z dolních dýchacích cest, sleduje funkčnost přístrojové techniky a Zajišťuje její připravenost, provádí defibrilaci srdce elektrickým výbojem. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí analýzu a měření fyziologických funkcí za pomoci přístrojové techniky a invazivních metod, provádí katetrizaci močového měchýře u mužů, zavádí nasogastrickou a jejunální sondu pacientům v bezvědomí, provádí výplach žaludku u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami. Pod dohledem lékaře provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami, provádí endobronchiální laváže u pacientů s tracheální intubací nebo tracheostomií, předchází jejím komplikacím, případně je řeší. Pod přímým vedením lékaře provádí punkci arterií, zejména arterie radialis, femoralis k jednorázovému odběru krve a k invazivní monitoraci krevního tlaku, provádí extubaci tracheální rourky.

Sestra pro intenzivní péči se dále dělí na sestru pro intenzivní péči - se zaměřením na neodkladnou péči, sestru pro intenzivní péči - se zaměřením na dlouhodobou plicní ventilaci, sestru pro intenzivní péči - se zaměřením na očišťovací metody krve.⁽¹⁸⁾

Porodní asistentka

Porodní asistentka vykonává činnosti podle §3 odstavce 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.⁽¹⁷⁾

Zdravotnický asistent

Zdravotnický asistent vykonává pod odborným dohledem všeobecné sestry základní ošetrovatelskou péči a specializovanou péči v rámci ošetrovatelského procesu, podílí se na získávání informací nutných k sestavení

⁽¹⁸⁾ Česká republika. Věstník ministerstva zdravotnictví. In *Věstník ministerstva zdravotnictví*. 2006, 2, s. 4-10.

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

ošetřovatelských diagnóz, v míře určené všeobecnou sestrou, plní ošetřovatelský plán a provádí ošetřovatelské výkony. Zejména sleduje fyziologické funkce, provádí prevenci proleženin, rozděluje stravu pacientům podle diet, dohlíží na dodržování pitného režimu, Zajišťuje aplikaci tepla a chladu. Provádí nácvik sebeobsluhy v rámci zvyšování soběstačnosti pacienta. ⁽¹⁷⁾

Sanitář

Všeobecný sanitář pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče přitom zejména pečuje o hygienu prostředí, dováží stravu na oddělení, transportuje biologický materiál, doprovází pacienty na vyšetření, podílí se na přijímání prádla atd. ⁽¹⁷⁾

Ošetřovatel

Ošetřovatel provádí pod dohledem všeobecné sestry základní ošetřovatelskou péči v rámci ošetřovatelského procesu, přitom zejména- provádí hygienickou péči u pacientů, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka. Pomáhá pacientům při podávání stravy, popřípadě je krmí. Pečuje o vyprazdňování pacientů, případně provádí očistné klyzma. ⁽¹⁷⁾

2.3.3 Vzdělávání sester intenzivní péče

2.3.3.1 Cíl specializačního vzdělání

Cílem vzdělávacího programu pro získávání specializované způsobilosti v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči je připravit všeobecné sestry pro poskytování vysoce specializované ošetřovatelské péče o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí,

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

v rozsahu dovedností a vědomostí odpovídajících požadavkům specializované způsobilosti podle § 48 a § 49 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.⁽¹⁷⁾

2.3.3.2 Obsah specializačního vzdělávání

Vzdělávací program pro získání specializované způsobilosti v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči představuje formu celoživotního vzdělávání, při které se účastník věnuje jak teoretické tak praktické přípravě.

Teoretická výuka prohlubuje vědomosti z vědních oborů, jejíž základy byly položeny v rámci kvalifikačního studia a seznamuje účastníky vzdělávacího programu s novými vědními disciplínami nutnými pro činnost všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

Praktická výuka se zaměřuje na automatizaci stávajících dovedností a fixaci dovedností nových, včetně pracovních postupů vysoce specializovaných ošetrovatelských činností.

Vzdělávací program je koncipován modulovým způsobem, zahrnuje modul základní, odborný a moduly speciální. Dále jsou moduly děleny na povinné, doporučené a povinně volitelné.⁽¹⁸⁾

2.4. Multidisciplinární tým na standardním oddělení

2.4.1 Definice standardního oddělení

Standardní lůžková stanice je zařízení, které umožňuje z funkčního a organizačního hlediska integrovanou realizaci činností, které souvisejí s lékařskou péčí, ošetrovatelskou péčí a zajištěním komplexu služeb (hotelového typu) během hospitalizace pacienta. Z hlediska pacientů se jedná o činnosti, které souvisí s pobytem, odpočinkem, rekonvalescencí a regenerací.

⁽¹⁷⁾ Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004: činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.

⁽¹⁸⁾ Česká republika. Věstník ministerstva zdravotnictví. In *Věstník ministerstva zdravotnictví*. 2006, 2, s. 1- 123.

Z důvodu organizace a hospodárnosti péče o pacienty se doporučuje počet lůžek v jednotce 20-30. Při větším počtu je účelné vytvořit dvě nebo více jednotek, které mohou mít menší počet lůžek. Jednotka by měla disponovat nejméně 18 lůžky.⁽²¹⁾

2.4.2 Personální zajištění standardního oddělení, náplň činnosti

Multidisciplinární tým na standardním oddělení se skládá z všeobecných sester pracujících pod odborným dohledem, všeobecných sester pracujících bez odborného dohledu, ze zdravotnických asistentů, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů, na některých jednotkách i ergoterapeutů, ošetrovatelů, sanitářů a v neposlední řadě lékařů, lékařů specialistů.

2.4.2.1 Všeobecná sestra

Všeobecná sestra – pod odborným dohledem (platová třída 9)

1. Poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu pod odborným dohledem

Náplň činnosti všeobecné sestry pod odborným dohledem viz. příloha č. 3

Všeobecná sestra – bez odborného dohledu (platová třída 10)

1. Plánování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu bez odborného dohledu.

2. Poskytování ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu bez odborného dohledu.

3. Provádění základní zdravotní výchovy pacientů i laické veřejnosti v oblasti ochrany a podpory zdraví a v ošetrovatelských postupech

4. Poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče pod odborným dohledem⁽²²⁾

Všeobecná setra vykonává činnosti podle (paragrafu) 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči pod

⁽²¹⁾ *Standardy* [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Manuál stavební . Dostupné z WWW: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HwD-QlmhTXQJ:www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor>>

⁽²²⁾ Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Nařízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.

dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

2.4.2.2 Fyzioterapeut

Fyzioterapeut – pod odborným dohledem (platová třída 9)

1. Provádění vstupního a kontrolního fyzioterapeutického vyšetření u pacienta nebo klienta sociálních služeb pod odborným dohledem v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, 278 stanovení krátkodobého a dlouhodobého fyzioterapeutického plánu. Provádění základních léčebných fyzioterapeutických úkonů, technik manuální terapie, aplikování metod fyzikální terapie včetně úkonů vodoléčebných.

Fyzioterapeut – bez odborného dohledu (platová třída 10)

1. Provádění komplexních fyzioterapeutických postupů a komplexního kineziologického vyšetření bez odborného dohledu včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému diagnostiky bolestivých a spoušťových bodů, algeziologického vyšetření, analýzy běžných denních aktivit u pacientů nebo klientů sociálních služeb, vypracovávání krátkodobých a dlouhodobých fyzioterapeutických plánů. Provádění elektrodiagnostiky, její interpretace a aplikace složitější funkční terapie. Provádění funkčního vyšetření a ergonomického poradenství.
2. Provádění komplexní fyzioterapie pod odborným dohledem u pacientů s reálným rizikem selhání životních funkcí.
3. Seznamování pacientů s možnostmi sociální péče a podílení se na sociální rehabilitaci.⁽²²⁾

2.4.2.3 Sanitář (platová třída 2,3)

2. platová třída

1. Provádění jednoduchých pomocných a obslužných činností, například péče o hygienu prostředí, dovoz stravy, transport biologického materiálu, doprovod pacientů nebo klientů sociálních služeb na příslušná oddělení a úkony s tím související, pomoc při úpravě těl zemřelých.

⁽²²⁾ Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Nařízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286

3. Platová třída

3. platová třída

1. Provádění pomocných a obslužných činností při poskytování základní ošetrovatelské péče (pacientům nebo klientům sociálních služeb), například zajišťování hygienické péče o pacienta, polohování pacientů a manipulace s nimi.⁽²²⁾

2.4.2.4 Ošetrovatel (platová třída 5,6)

5. platová třída

1. Provádění jednoduchých výkonů základní a specializované ošetrovatelské péče pacientům nebo klientům sociálních služeb, například úprava lůžka, základní hygienická péče, podávání léčebné výživy a pomoc při podávání stravy a krmení pacientů, práce spojené s přijímáním nebo propouštěním pacientů, úprava prostředí pacientů a péče o umírající a tělo zemřelého.

6. platová třída

1. Provádění složitějších výkonů základní a specializované ošetrovatelských péče u pacientů nebo klientů sociálních služeb s omezenou pohyblivostí nebo nepohyblivých, inkontinentních, se závažnými změnami psychického stavu, případně s těžkým zdravotním postižením, asistence při provádění ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů při zvlášť náročných specializovaných ošetrovatelských postupech a nebo podíl na zajišťování herních a výchovných aktivit dětí při poskytování zdravotní péče.

2. Provádění dílčích výkonů vysoce specializované ošetrovatelské péče pod přímým vedením, například u pacientů v bezvědomí, s těžkým tělesným nebo mentálním postižením.⁽²²⁾

2.4.2.5 Zdravotnický asistent – praktická sestra (platová třída 7,8,9)

7. platová třída

1. Provádění dílčích výkonů základní ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského plánu pod odborným dohledem.

⁽²²⁾ Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Nařízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.

⁽²²⁾ Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Nařízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.

2. Provádění odborných zdravotnických dokumentačních a evidenčních činností, například v kartotékách zdravotnických zařízení.

8. platová třída

1. Poskytování základní nebo dílčí specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského plánu pod odborným dohledem.

9. platová třída

1. Poskytování základní ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského plánu bez odborného dohledu.

2. Poskytování specializované ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelského plánu pod odborným dohledem.

3. Provádění dílčích výkonů, které jsou součástí vysoce specializované ošetrovatelské péče pod přímým vedením, například péče o základní potřeby pacientů ohrožených selháním základních životních funkcí, usměrňování herních aktivit dětí při poskytování zdravotní péče.

4. Provádění dílčích zvlášť náročných specializovaných ošetrovatelských nebo rehabilitačních výkonů, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení, a pro něž je nutné získání zvláštní odborné způsobilosti.⁽²²⁾

2.4.2.6 Porodní asistentka (platová třída 9, 10, 11, 12)

9. platová třída

1. Poskytování ošetrovatelské péče v porodní asistenci pod odborným dohledem při fyziologickém průběhu těhotenství, při porodu nebo v šestinedělí.

10. platová třída

1. Plánování ošetrovatelské péče v porodní asistenci bez odborného dohledu.

2. Poskytování, případně zajišťování ošetrovatelské péče v porodní asistenci bez odborného dohledu a poskytování rad ženám během těhotenství, při porodu a v šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky. Vedení fyziologického porodu, péče o fyziologické novorozence, diagnostika těhotenství a příprava rodiček k operačním výkonům. Provádění poradenské činnosti v oblasti reprodukčního zdraví a plánovaného

⁽²²⁾Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Nařízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.

rodičovství, sexuálně přenosných chorob, epidemiologické ochrany a sexuálního zneužívání. Předepisování nebo provádění vyšetření nezbytných ke sledování fyziologického těhotenství.

11. platová třída

1. Poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče v gynekologii a péče v porodní asistenci bez odborného dohledu na základě specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti při komplikovaném porodu a vysoce specializovaných gynekologických výkonech a instrumentace při porodu císařským řezem.
2. Zajišťování cílených preventivních programů včetně zajišťování gynekologického screeningu, ke kterému je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti.
3. Příprava a obsluha přístrojového vybavení na operačních sálech nebo na specializovaných diagnostických nebo terapeutických pracovištích, instrumentace při operačních diagnostických a terapeutických výkonech.
4. Provádění zdravotní výchovy žen a dalších osob včetně přípravy edukačních materiálů. Zajišťování a provádění celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků včetně specializačního vzdělávání v oboru příslušné specializace.

12. platová třída

1. Samostatné provádění nejnáročnějších vysoce specializovaných úkonů včetně péče o rizikového nebo patologického novorozence na porodním sále na základě specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti na úzce specializovaných pracovištích, které jsou vysoce náročné z hlediska techniky provedení, možného rizika pro pacienta a hodnocení jeho stavu.
2. Samostatné provádění a vyhodnocování diagnostických vysoce specifických vyšetření v porodní asistenci, například ultrazvukového nebo urodynamického vyšetření.
3. Stanovování zásadní strategie a koncepce péče v porodní asistenci nebo koncepce a realizace projektů podpory zdraví včetně koncepce strategie zdravotní výchovy v oboru, celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, metodické usměrňování péče v porodní asistenci v rámci oboru nebo zdravotnického zařízení včetně zajišťování její realizace a kontroly, zavádění systému kvality péče a bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních 265 nebo v rámci příslušného oboru či většího

organizačního celku. Aplikace výsledků výzkumu a vývoje v oboru ošetrovatelství do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru.⁽²²⁾

2.4.3 Vzdělávání multidisciplinárního týmu na standardním oddělení

2.4.3.1 Všeobecná sestra

(1) Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním: a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách, c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika-ošetrovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004, e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997 nebo g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

(2) Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písmene e) až g) může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle věty první se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.

⁽²²⁾ Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Naiřízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.

(3) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.⁽²³⁾

2.4.3.2 Porodní asistentka

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání porodní asistentky se získává absolvováním:

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu porodních asistentek,

b) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

c) střední zdravotnické školy v oboru ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Porodní asistentka, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. c), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání porodní asistentky. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.

(3) Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

(4) Pokud způsobilost k výkonu porodní asistentky získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti porodní asistent.⁽²³⁾

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

2.4.3.3 Fyzioterapeut

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta se získává absolvováním a) akreditovaného zdravotnického magisterského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů, b) akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů, c) tříletého studia v oboru diplomovaný fyzioterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 nebo d) střední zdravotnické školy v oboru fyzioterapeut nebo v oboru rehabilitační pracovník, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

(2) Do doby získání specializované způsobilosti fyzioterapeut pracuje ve zdravotnickém zařízení pod odborným dohledem fyzioterapeuta způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, z toho prvních 6 měsíců pod jeho přímým vedením.

(3) Fyzioterapeut, který získal odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. a), může vykonávat své povolání bez odborného dohledu, pokud prokáže minimálně 3 roky výkonu povolání v oboru.

(4) Za výkon povolání fyzioterapeuta se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační péče v oboru fyzioterapie.⁽²³⁾

2.4.3.4 Zdravotnický asistent

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta se získává absolvováním: a) střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, nebo b) akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36.

(2) Dále mají odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického asistenta zdravotničtí pracovníci, kteří získali způsobilost k výkonu povolání: a) zdravotnického záchranáře podle § 18, nebo b) porodní asistentky podle § 6.

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

(3) Za výkon povolání zdravotnického asistenta se považuje poskytování ošetrovatelské péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Dále se zdravotnický asistent ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.⁽²³⁾

2.4.3.5 Ošetrovatel

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání ošetrovatele se získává absolvováním: a) akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel, b) tříletého studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole v oboru ošetrovatel, c) akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel/ošetrovatelka-pěstounka, charitní ošetrovatel, ošetrovatel nebo pěstounka, pokud bylo studium zahájeno do konce roku 2004, d) studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole, zdravotnické odborné škole nebo středním odborném učilišti zdravotnickém v oboru ošetrovatel/ošetrovatelka, ošetrovatel/ošetrovatelka se zaměřením na rodinnou výchovu nebo v oboru zdravotník prvního zaměření - ošetrovatelské a pečovatelské práce, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004, e) nejméně 4 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství a složením zkoušky z předmětu ošetrovatelství, péče o nemocné nebo obdobného předmětu, f) 3 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester nebo porodních asistentek nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, g) 4 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, h) 3 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra, dětská sestra nebo zdravotní sestra, pokud jde o čtyřleté studium, nebo 1,5 ročníku studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotní sestra, dětská sestra, zdravotnický záchranář, ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud jde o dvouleté pomaturitní kvalifikační studium, případně nástavbové

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

studium pro absolventy středních škol, nebo i) 4 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent.

(2) Za výkon povolání ošetřovatele se považuje poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v oboru ošetřovatelství; dále se ošetřovatel ve spolupráci s lékařem podílí na léčebné, rehabilitační, neodkladné a diagnostické péči.⁽²³⁾

2.4.3.6 Sanitář

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání sanitáře se získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru všeobecný sanitář, sanitář pro operační sál, sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení, sanitář pro zařízení lékárenské péče, sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci, nebo sanitář pro autoptické oddělení nebo sanitář pro pitevnu.

(2) Dále odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání sanitáře mají fyzické osoby, které absolvovaly část studia na středních nebo vyšších zdravotnických školách nebo v akreditovaných zdravotnických studijních programech uskutečňovaných vysokými školami podle zvláštního právního předpisu, a to absolvováním: a) 3 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu všeobecné lékařství, a to v oboru všeobecný sanitář, sanitář pro operační sál, sanitář pro laboratoř a transfúzní oddělení a sanitář pro autoptické oddělení, b) 2 semestrů akreditovaného zdravotnického magisterského studijního programu farmacie nebo oboru diplomovaný farmaceutický asistent na vyšších zdravotnických školách, a to v oboru sanitář pro lékárenskou péči, c) 2 semestrů akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního programu pro přípravu všeobecných sester nebo porodních asistentek nebo zdravotnických záchranářů nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, a to v oboru všeobecný sanitář a sanitář pro operační sál, d) 3 semestrů akreditovaného zdravotnického vysokoškolského studijního programu pro přípravu fyzioterapeutů nebo ergoterapeutů nebo příslušného studijního oboru na vyšší

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

zdravotnické školy, a to v oboru sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci, e) 3 semestrů akreditovaného zdravotnického vysokoškolského studijního programu pro přípravu odborných pracovníků v laboratorních metodách nebo zdravotních laborantů nebo příslušného studijního oboru na vyšší zdravotnické škole, a to v oboru sanitář pro laboratoř a transfuzní oddělení, f) 3 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotnický asistent nebo 2 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotní sestra, dětská sestra nebo všeobecná sestra, pokud jde o čtyřleté studium, nebo 1 ročníku studia na střední zdravotnické škole v oboru zdravotní sestra, dětská sestra, ženská sestra nebo porodní asistentka, pokud jde o dvouleté pomaturitní kvalifikační studium, případně nástavbové studium pro absolventy středních škol, a to v oboru všeobecný sanitář, nebo g) 3 ročníků studia na střední zdravotnické škole v oboru laboratorní asistent, zdravotnický laborant, dietní sestra nebo nutriční asistent, a to v oboru sanitář pro laboratoř a transfuzní oddělení.

(3) Za výkon povolání sanitáře se považuje pomocná činnost v rámci poskytování zdravotní péče pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu. ⁽²³⁾

V následující kapitole své diplomové práce se zabývám problematikou fluktuace ve zdravotnictví. V hypotézách zpracovaných v praktické části práce vycházím z předpokladu, že sestry opouštějí pracovní místa v důsledku frustrované potřeby sounáležitosti. V kapitole 3 rozebírám příčiny, které všeobecné sestry a další členy zdravotnického týmu vedou ke změně zaměstnání.

⁽²³⁾ Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.

3 Fluktuace

3.1 Definice pojmu fluktuace

Původně výraz znamenal výkyv, proudění, změna. V dnešní době se termín využívá zejména ve smyslu časté změny pracovního místa, zaměstnavatele, profese. Do jisté míry je fluktuace projevem přirozené pracovní mobility. Vysokou fluktuaci považujeme za nežádoucí. Fluktuace souvisí s nabídkou a poptávkou na trhu práce. Faktory, které nejvíce ovlivňují fluktuaci jsou - rozdílná úroveň v jednotlivých podnicích, rozdílná výše mezd, kvalita životního a pracovního prostředí.⁽¹²⁾

Fluktuace je vyjádřena tzv. mírou fluktuace, která je procentuálním vyjádřením poměru rozvázaných pracovních smluv ku průměrnému počtu zaměstnanců za určité kalendářní období, nejčastěji jeden rok. Jako doporučenou míru fluktuace uvádí různé zdroje 5-7%, ale průměrná míra fluktuace je v České republice kolem 15%.⁽²⁴⁾

3.2 Problematika fluktuace zaměstnanců

Fluktuace zaměstnanců působí na většinu pracovníků v manažerských profesích jako ohrožení s negativními dopady na společnost, je vnímána jako důsledek něčeho negativního, čemu je nutné předcházet a zabránit. Někdy bývá fluktuace dopadem špatné manažerské práce. Úkolem manažerů je přemýšlet, zda-li je míra fluktuace v jejich společnosti negativním nebo pozitivní jevem, těmto faktům přizpůsobit chod společnosti a personální nástroje. Dobrý manažer zná důvody odchodu svých zaměstnanců.

Mezi nejčastější příčiny odchodů řadíme nevhodný styl vedení ze strany managementu, omezení možností osobního rozvoje a získávání další kvalifikace, vyváženost v pracovním a osobním životě, kolektiv spolupracovníků a v neposlední řadě míra mezd, absence ocenění výsledku za provedenou práci. Z jednotlivých průzkumů vyplývá, že velká část pracovníků je výrazně orientována na sociální vztahy

⁽¹²⁾ UNIVERSUM. *Všeobecná encyklopedie*. 1 vyd. Praha: Odeon, 2000. ISBN 80-207-1063-9 (3 Díl).

⁽²⁴⁾ *Personall.cz* [online]. 2005 [cit. 2011-03-15]. Fluktuace diagnosta, léčba. Dostupné z WWW: <http://www.personall.cz/Fluktuace_I.html>.

tn., že pokud správně nefunguje management a ani finanční odměna není dostatečná pracovníci díky dobrým pracovním vztahům svá pracovní místa stejně neopouštějí.

3.3 Dopady fluktuace

Vysoká míra fluktuace má za následek demotivaci zaměstnanců, nestabilní kolektiv, který může mít vliv na další odchod zaměstnanců s takovéto společnosti. Taková situace vede ke snížení produktivity práce.

Některé firmy míru fluktuace plánují tzv. plánovaná fluktuace, ta má pozitivní vliv na kolektiv i pracovní výkony. S příchodem nových zaměstnanců přichází nové názory, zkušenosti, pohledy. V takovém kolektivu dochází ke vzniku pozitivní konkurence.

Odchody pracovníků sebou nesou značné náklady, se kterými se musí společnost vyrovnávat. Je dobré pokud dopředu s takovou to situací počítá a má naplánovanou strategii jak ji řešit. Sleduje-li společnost míru fluktuace pravidelně, má důležitou zpětnou vazbu o vývoji vnitřní situace ve společnosti. Dalším krokem pro zjištění vnitřní situace ve společnosti je průzkum spokojenosti zaměstnanců, který poskytne ucelený obraz o demotivačních faktorech, které na jednotlivé zaměstnance působí. Demotivačně může na zaměstnance působit chování manažera, proto další možností jak zabránit vysoké fluktuaci ve společnosti je správné chování manažera při rozdělování práce, při odměňování, motivování, zda-li je ochoten při žádosti o pomoc vstřícně zareagovat. Měl by si všímat vztahů mezi kolegy, sledovat komunikaci, případně konflikty.

3.4 Faktory ovlivňující zvýšenou míru fluktuace

3.4.1 Ztráta motivace

Jedním za základních faktorů ovlivňující míru fluktuace je ztráta motivace, únava a syndrom vyhoření. Při nástupu do zaměstnání si většinou přinášíme nápady, odhodlání něčeho dosáhnout, jsme plni nadšení, energie, máme spoustu nápadů. Často je očekávání zaměstnanců z práce hodně vzdálené od reality. Začínající pracovník je odhodlán každému pomoci, věří, že pokud každému vyhoví, bude práci vykonávat dobře, bude za to odměněn.

V této fázi je zaměstnanec se svou prací spokojen, práce je často nejdůležitější aktivitou v jeho životě, tráví prací i volný čas. Často však dochází k přecenění sil, pracovník nezvládá vše, co si naplánoval, necítí odezvu za svou činnost od kolegů, nadřízených pracovníků. To vede ke ztrátě motivace, pocitu promarnění šance, neúspěchu. Dochází ke snížení na sebe kladených nároků, zvýšení zájmů o sebe v osobním životě. Jedinec považuje některé úkony za zbytečné, dochází k neshodám se spolupracovníky, nadřízenými pracovníky. Někteří pracovníci se snaží situaci řešit, dohodnout se na změnách, jiní zaměstnání opouštějí. Často dochází k rozvoji syndromu vyhoření.

3.4.2 Odměna za práci

Podstatným faktorem ovlivňujícím míru fluktuace je odměňování za práci. Čím větší je rozdíl mezi množstvím sil, které práci věnujeme a finančním ohodnocením, které za ni dostáváme, tím větší můžeme pociťovat frustraci, bezcennost, smutek. Nespokojenost s vyšší mzdy je velmi častá. Zaměstnanci mohou za vyšší mzdu bojovat, trápit se jí, opustit zaměstnání nebo se s tím smířit, najít jiný důvod proč tuto práci chci vykonávat.

3.4.3 Vztahy na pracovišti

Pro většinu pracovníků jsou důvodem spokojenosti na pracovišti dobré pracovní vztahy. Lépe se pracuje v takovém kolektivu, kde spolupráce převažuje nad rivalitou a vzájemnými intrikami. Jsou kolektivy spolupracovníků, kde je radost pracovat, tyto kolektivy vždy vytvářejí pouze lidé sami tím, jak se k sobě chovají, jak jsou ochotni si pomáhat. Náročnost práce na vztahy na pracovišti nemá velkou roli.

Vztahy na pracovišti vždy velmi úzce souvisí s komunikací. Je velmi důležité, abychom mezi sebou na pracovišti řešili, co se nám nelíbí, s čím nesouhlasíme, ale zároveň abychom byli schopni se vzájemně pochválit.

3.4.5 Možnosti růstu, podílení se na rozhodování

Ztráta zájmu se nejčastěji objevuje tam, kde se pracovníci přestanou vyvíjet, učit se novým postupům, technologiím. Nejen vzdělávání, ale také zvýšení autonomie (možnost podílet se na rozhodování) pracovníků zvyšuje angažovanost a tvořivost. Je důležité zajistit pohyb pracovníků po různých pracovištích, stáže, pracovní cesty, studijní pobyty. Management může zapojit pracovníky do rozhodování o změnách týkajících se modernizace, přestaveb, a dalších změn.

Například ve zdravotnictví při vybavování pracovišť je možné brát v potaz nejen zájem a potřeby pacientů, ale také se zaměřit na požadavky sester, které se tak podílejí na zlepšení. Spolupodílení na změnách a rozhodování sebou nese i větší podíl zodpovědnosti.

3.4.6 Neefektivní supervize

Supervize se zabývá konkrétními pracovními otázkami účastníků, otázkami spolupráce mezi osobami v různých rolích a funkcích s různými pracovními úkoly a na různých stupních hierarchie. Jejich cílem je zlepšení pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídající jednotlivým úkolům. Je orientován na podporu kvality práce a vzájemné spolupráce.

3.5 Fluktuace ve zdravotnictví

Špatné pracovní klima, neshody v týmu lékařů a sester, vlastní zdravotní problémy a situace v rodině jsou nejčastější příčinou úvah zdravotních sester o změně místa. Mnohým vadí také nízký plat, velká administrativní zátěž a náročnost práce spojená s únavou a vyčerpáním.

"Silnější flukтуаční tendenci lze konstatovat u 12,5 procenta sester, slabou nebo žádnou u 50,4 procenta. Silně stabilizovaná je zhruba pětina sester," zjistily autorky Sylva Bártlová a Hana Hajduchová v průzkumu mezi 537 sestrami z celé republiky. Téměř dvě třetiny sester podle tohoto průzkumu pociťují v poslední době tělesné vyčerpání, častěji ve směnném provozu. Pocity psychického vyčerpání má přes polovinu sester, hlavně kvůli špatným vztahům s lékaři a dalšími sestrami. Téměř 16 procent sester dokonce trápí smutek a beznaděj.

Syndrom vyhoření ohrožuje nejčastěji sestry v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, psychiatrii, neurologii a koronárních jednotkách. Velké zátěži jsou vystaveny také sestry na operačních sálech. Syndrom vyhoření není obyčejná únava, je spojen s úvahami o smyslu práce. Jeho propuknutí výrazně ovlivňuje pracovní prostředí, lze do něj zahrnout nedostatek sester, špatnou administrativní podporu ošetrovatelské péče a špatné vztahy mezi lékaři a sestrami. Výzkum ukázal, že na nemocničních odděleních, kde je dostatek sester, dobrá administrativní podpora sester a dobré vztahy mezi lékaři a sestrami, je více pacientů spokojených s péčí. Také sestry na těchto odděleních méně často uvádějí syndrom vyhoření. Více než třetina sester ve výzkumu uvedla, že se někdy setkala se situací, kdy nevhodné chování lékaře bylo důvodem k odchodu sester z oddělení. "Lze konstatovat, že zlepšení týmové práce může snížit fluktuaci zdravotnických pracovníků, zvláště sester," shrnují autorky. Poukazují na nutnost systematických opatření, kterými lze syndromu vyhoření předcházet, jako například vyvážení práce a osobního života a péče o duševní hygienu. Syndrom totiž může být "infekční", vzniká lavinová reakce, když se objeví u jednoho člověka v kolektivu, může spustit stejný problém i u dalších pracovníků. Pro vedoucí pracovníky i kolegy z toho podle výzkumnice vyplývá, že by měli rozpoznávat stadia u zdravotníků a včas a odpovídajícím způsobem na to reagovat. V Česku je zhruba 80.000 sester, ročně zhruba 300 jich žádá ministerstvo zdravotnictví o potvrzení, které jim umožní odejít za prací do ciziny. Mnohem větší však je odliv sester do jiných profesí v rámci ČR.⁽²⁵⁾

⁽²⁵⁾ ČTK. Sestry vyhání z nemocnic špatné pracovní klima, někdy i peníze. *Finanční noviny* [online]. 22.10.2010, není uvedeno, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <(http://www.financninoviny.cz/kariera/zpravy/sestry-vyhani-z-nemocnic-spatne-pracovni-klima-nekdy-i-penize/546058)>.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíle, hypotézy, úkoly práce, výzkumná otázka

4.1 Výzkumná otázka:

Jaká je míra uspokojení potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních?

4.2 Cíle a hypotézy:

Cíl 1 :

Zjistit, jaké množství členů zdravotnického týmu zná význam výrazu potřeba sounáležitosti.

Hypotéza₁ :

Předpokládám, že nadpoloviční většina dotazovaných členů zdravotnického týmu umí svými slovy definovat pojem potřeba sounáležitost.

Cíl 2:

Zjistit, jak je potřeba sounáležitosti u členů zdravotnického týmu uspokojená nebo není a srovnám jejich počet mezi standardními odděleními a jednotkami intenzivní péče.

Hypotéza 2:

Předpokládám, že členové zdravotnického týmu z jednotek intenzivní péče budou více subjektivně vnímat frustraci potřeby sounáležitosti než členové týmu ze standardních oddělení.

Cíl 3:

Zjistit vlivy, které narušují uspokojení potřeby sounáležitosti u členů zdravotnického týmu na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče.

Hypotéza 3:

Předpokládám, že mezi hlavní vlivy frustrace potřeby sounáležitosti jsou špatné vztahy na pracovišti a konflikty.

Cíl 4:

Zjistit, vliv uspokojení potřeby sounáležitosti na dobu setrvání na jednom pracovišti tj. nižší fluktuaci.

Hypotéza 4:

Předpokládám, že frustrace potřeby sounáležitosti je důvodem fluktuace členů zdravotnického týmu.

Hypotéza 5 :

Předpokládám, že na standardních odděleních je menší fluktuace z důvodu frustrace sounáležitosti než na jednotkách intenzivní péče.

4.3 Úkoly práce

- Získání souhlasu hlavních sester vybraných nemocnic a vrchních sester jednotlivých oddělení a klinik k provedení výzkumu,
- distribuce dotazníků na jednotlivá pracoviště,
- sběr dat,
- zpracování dat,
- závěry.

5 Metodika a realizace průzkumu

5.1 Zjišťování empirických dat

Metodou k uskutečnění průzkumné části diplomové práce je dotazník (viz příloha číslo 4). Dotazník jsem zpracovávala po nastudování odborné literatury za pomoci vedoucí práce. Je anonymní obsahuje celkem 23 otázek, 6 otázek je faktografických zaměřených na zjištění věku, pohlaví, vzdělání, délky praxe, pracovní pozice a oboru, ve kterém respondenti pracují, dalších 17 otázek je zaměřených na zjištění problematiky fluktuace ve zdravotnictví, spokojenosti ve zdravotnickém týmu a v neposlední řadě obsahuje otázky zabývající se konkrétně potřebou sounáležitosti a mírou jejího uspokojení.

Distribucí dotazníků na jednotlivá pracoviště byly pověřeny vrchní nebo staniční sestry oddělení, které se průzkumu zúčastnila.

5.2 Vybraný vzorek

Do průzkumu byly zařazeny celkem tři zdravotnická zařízení, jedno v Praze a dvě ve Středočeském kraji tj. celkem 6 oddělení standardních a 6 jednotek intenzivní péče. Vybraný vzorek respondentů tvořily převážně všeobecné sestry – 88,73%, 2,82% zdravotnických asistentů a 8,45% jiných nelékařských zdravotnických pracovníků (sanitářů, porodních asistentek, fyzioterapeutů) pracujících na vybraných standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Celkem bylo do průzkumu zařazeno 142 respondentů. Jedná se tedy o kvantitativní průzkum.

5.3 Realizace

Po předložení žádostí a získání souhlasu s provedením výzkumu od hlavních a vrchních sester byly dotazníky distribuovány mezi jednotlivé zdravotnické pracovníky vybraných pracovišť. Průzkum mi byl umožněn v jedné fakultní nemocnici v Praze a to na neurologické klinice, interní a chirurgické klinice, v krajské nemocnici středočeského kraje na ortopedickém oddělení a JIP, neurologickém oddělení a JIP, v jedné městské nemocnici ve středočeském kraji na gynekologickém oddělení a JIP, interním oddělení a JIP.

Sběr dat byl prováděn od druhé poloviny ledna do konce února 2011. Rozdáno bylo celkem 150 dotazníků, z důvodu nevyplnění, špatného vyplnění nebo ztráty dotazníků bylo z průzkumu vyřazeno celkem 8 dotazníků. Celková návratnost činí 94,67%.

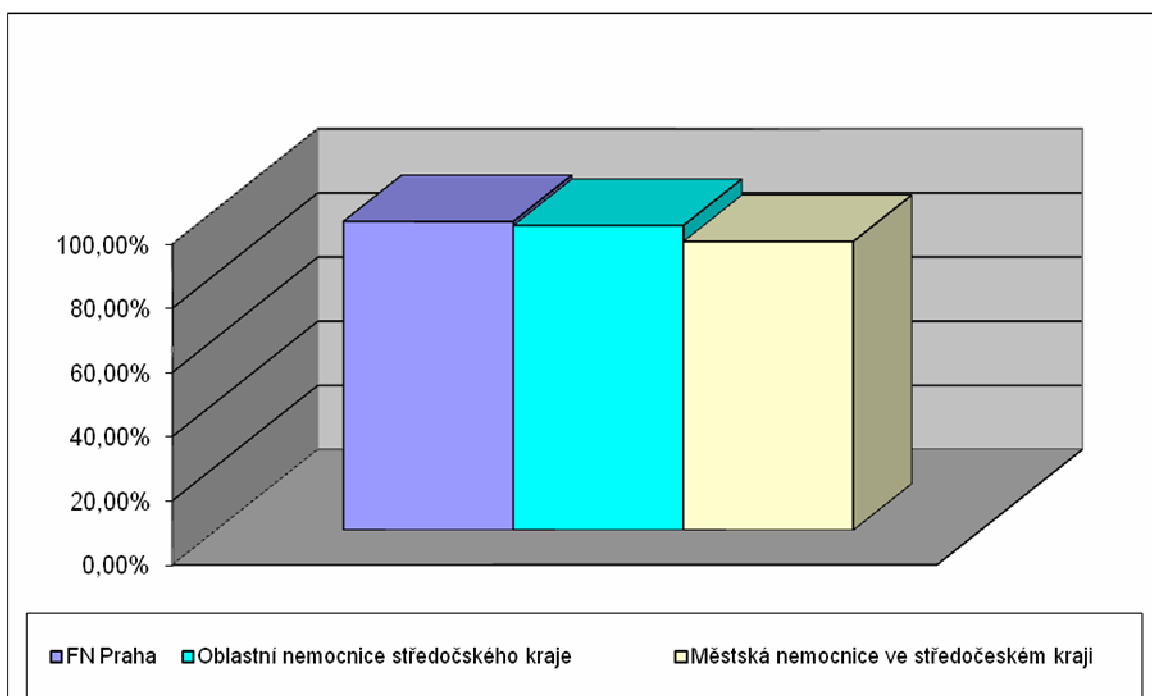
6 Výsledky

6.1 Charakteristika souboru – faktografické údaje

Tabulka č. 1: Návratnost vyplněných dotazníků

	Rozdáno	Vráceno	%
FN Praha	80	77	96,25
Oblastní nemocnice středočeského kraje	40	38	95,00
Městská nemocnice ve středočeském kraji	30	27	90,00
Suma	150	142	94,67

Graf č. 1: Procentuální znázornění návratnosti



Z tabulky č. 1 je patrné, že z rozdaných 150 dotazníků se vrátilo celkem 142 řádně vyplněných, v tabulce je vyznačeno kolik dotazníků bylo distribuováno do jednotlivých zdravotnických zařízení.

V **grafu č. 1** je znázorněná návratnost z jednotlivých nemocnic, která byla z fakultní nemocnice v Praze – 96,25 %, z oblastní nemocnice ve středočeském kraji – 95%, z městské nemocnice ve středočeském kraji – 90%. Celková návratnost činila – 94,67 %.

Tabulky č. 2: Věk

Tabulka 2/1 Věk respondentů na JIP

	Věk	n_i	f_i (%)
JIP	18-25	22	34,38
	26-35	22	34,38
	36-45	12	18,75
	45 a více	8	12,50
	N	64	100,00

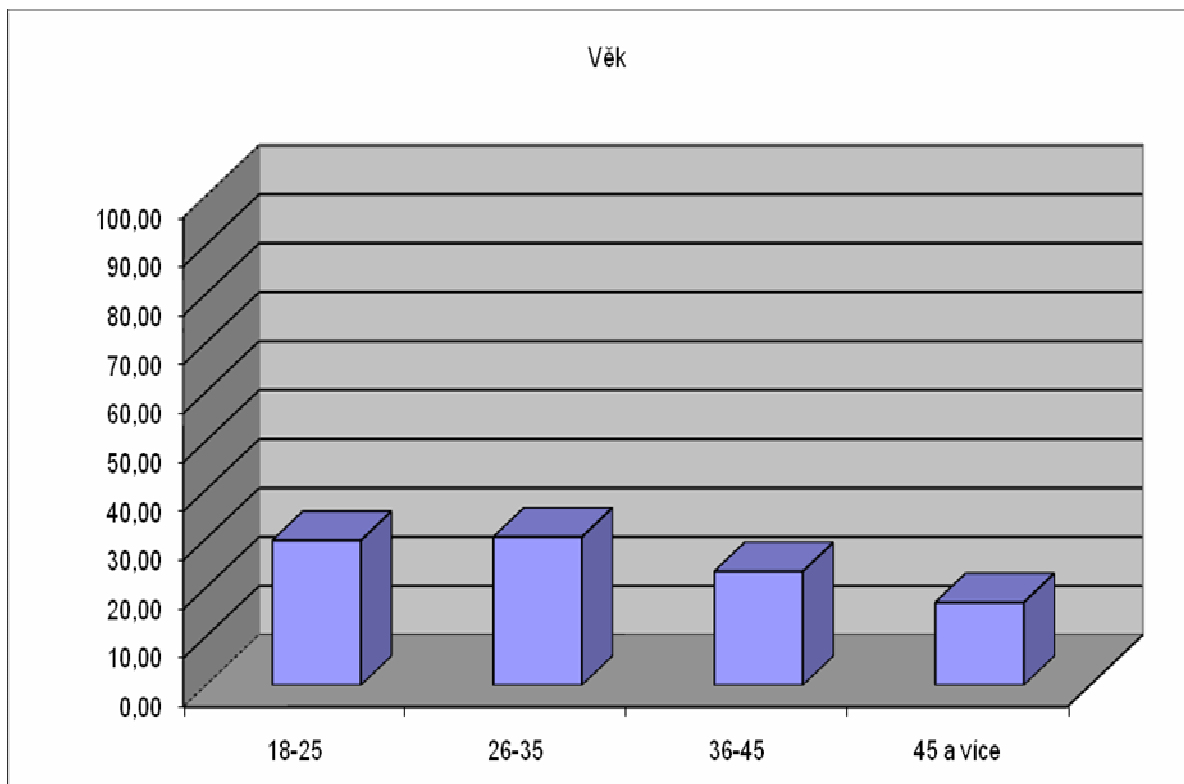
Tabulka 2/2 Věk respondentů na standardních odděleních

	Věk	n_i	f_i (%)
Standard	18-25	20	25,64
	26-35	21	26,92
	36-45	21	26,92
	45 a více	16	20,51
	N	78	100,00

Tabulka 2/3 Věk všech dotazovaných

	Věk	n_i	f_i (%)
SUMA	18-25	42	29,58
	26-35	43	30,28
	36-45	33	23,24
	45 a více	24	16,90
	N	142	100,00

Graf č. 2: Procentuální znázornění věku respondentů



V grafu č. 2 je znázorněn věk respondentů. Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů bylo ve věku 26 – 35 let – 30,28 %, další nejčastěji uvedený věk je 18 – 25 let – 29,28 %, věkové rozmezí 36 – 45 let zaznamenalo 23,24% a 16,90% dotazovaných zdravotnických pracovníků označilo, že jeho věk je 45 let a více.

V tabulce 2/1 vidíme, že na jednotkách intenzivní péče pracuje 34,38 % respondentů ve věku 18 – 25 let, 34,38 % respondentů ve věku 26 – 35 let, 18,75 % respondentů ve věku 36-45 let a jen 12,90% respondentů starších 45 let.

V tabulce 2/2 je zaznamenáno, že na standardních odděleních pracuje 25,64% respondentů ve věku 18-25 let, dále 26,92 % ve věku 26 – 35 let, 26,92 % ve věku 36-45 let a 20,51 % zdravotnických pracovníků starších 45 let.

Tabulky č. 3: Délka praxe ve zdravotnictví

Tabulka 3/1: Délka praxe ve zdravotnictví na JIP

	Délka praxe ve zdravotnictví	n_i	f_i (%)
JIP	do 1 roku	6	9,38
	2 roky	8	12,50
	2 až 5 let	15	23,44
	5 až 10 let	14	21,88
	více	21	32,81
	N	64	100,00

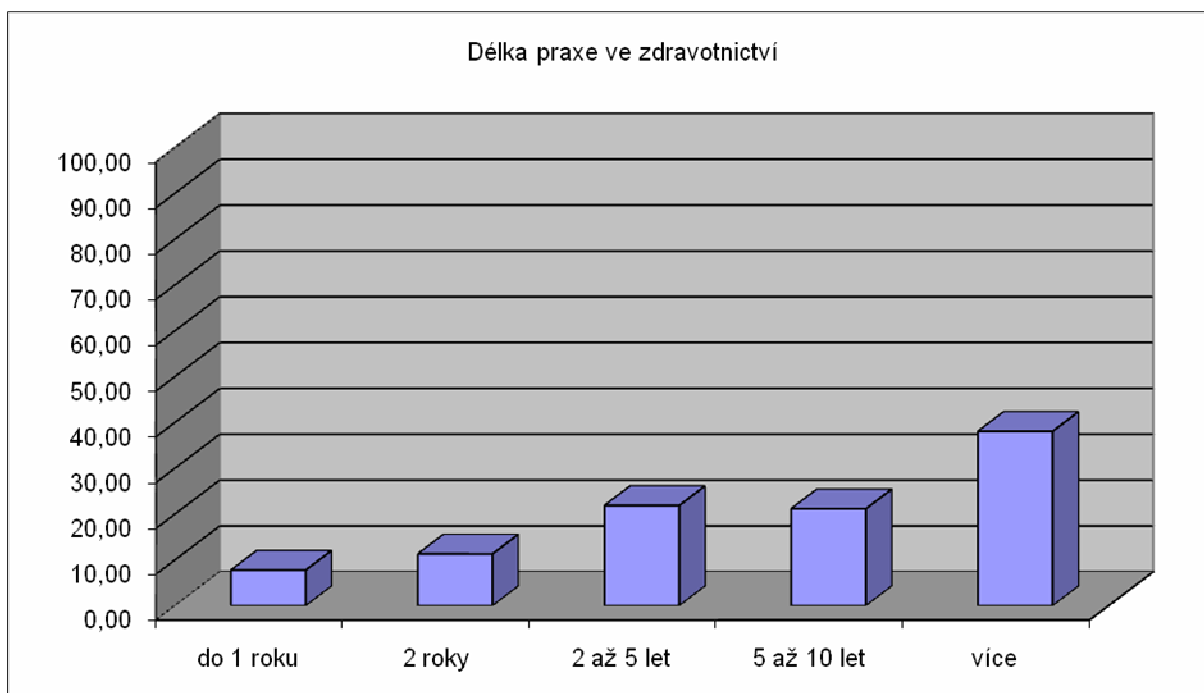
Tabulka 3/2: Délka praxe ve zdravotnictví na standardních odděleních

	Délka praxe ve zdravotnictví	n_i	f_i (%)
Standard	do 1 roku	5	6,41
	2 roky	8	10,26
	2 až 5 let	16	20,51
	5 až 10 let	16	20,51
	více	33	42,31
	N	78	100,00

Tabulka 3/3: Délka praxe ve zdravotnictví všech dotazovaných

	Délka praxe ve zdravotnictví	n_i	f_i (%)
SUMA	do 1 roku	11	7,75
	2 roky	16	11,27
	2 až 5 let	31	21,83
	5 až 10 let	30	21,13
	více	54	38,03
	N	142	100,00

Graf č. 3: Procentuální znázornění délky praxe ve zdravotnictví



Graf č. 3 poukazuje na to, jak dlouho dotazovaní členové multidisciplinárního týmu pracují ve zdravotnictví. Největší počet respondentů uvedl, že ve zdravotnictví pracuje více než 10 let – 38,03 %, dále 24,13% uvedlo délku praxe 5 až 10 let, 21,83 % pracuje ve zdravotnictví 2-5 let, 2 roky odpovědělo 11,27 % a do 1 roku 7,75 % respondentů.

Z tabulek 3/1 a 3/2 je patrné, že nejvíce dotazovaných zdravotnických pracovníků s praxí ve zdravotnictví 10 let a více je jednak na jednotkách intenzivní péče – 32,81 %, tak na standardních odděleních 42,31 %. Druhá nejčetnější skupina na jednotkách intenzivní péče uvádí praxi ve zdravotnictví 2 až 5 let – 23,44%, na standardních odděleních je na druhém místě také délka praxe 2 až 5 let 20,51 %, stejné množství respondentů na standardních odděleních uvedlo praxi 5- 10 let. Praxi do jednoho roku uvedlo 9,38% respondentů na JIP a 6,41% dotazovaných na standardních odděleních. 12,50% dotazovaných zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče má praxi ve zdravotnictví 2 roky, na standardních odděleních je tomu tak u 10,26% respondentů.

Tabulky č. 4: Pohlaví respondentů

Tabulka 4/1: Pohlaví respondentů na JIP

	Pohlaví	n_i	f_i (%)
JIP	Žena	61	95,31
	Muž	3	4,69
	N	64	100,00

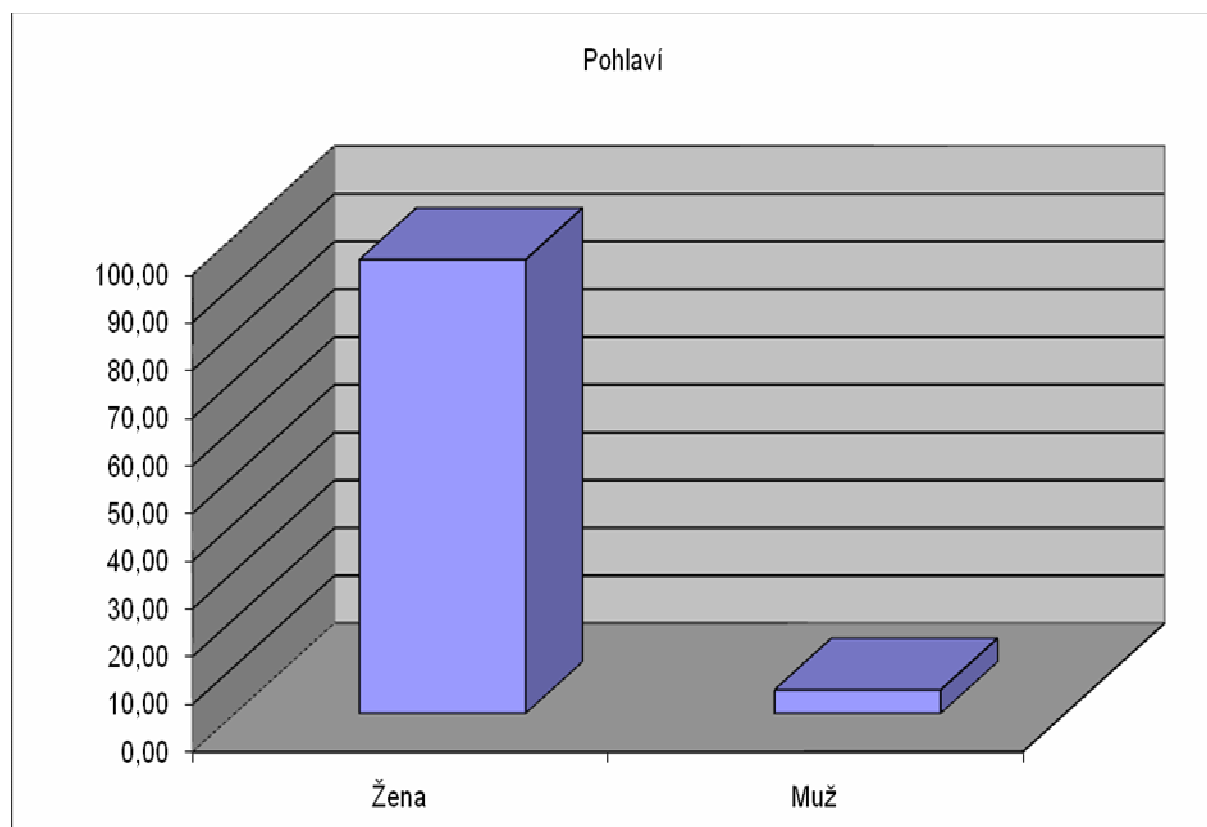
Tabulka 4/2: Pohlaví respondentů na standardních odděleních

	Pohlaví	n_i	f_i (%)
Standard	Žena	74	94,87
	Muž	4	5,13
	N	78	100,00

Tabulka 4/3: Pohlaví všech respondentů

	Pohlaví	n_i	f_i (%)
SUMA	Žena	135	95,07
	Muž	7	4,93
	N	142	100,00

Graf č. 4: Procentuální znázornění pohlaví respondentů



Z grafu č. 4 je patrné, že většina dotazovaných respondentů jsou ženy, které tvoří z celkového počtu 142 95,07 %, mužů bylo 4,93 %. V tabulce 4/1 a 4/2 je dále uvedeno množství žen a mužů na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. Na JIP bylo z 64 respondentů 95,31% žen a 4,69% mužů, na standardních odděleních z celkového počtu 78 respondentů tvořily 94,87% ženy a 5,13% muži.

Tabulky č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 5/1: Nejvyšší dosažené vzdělání na JIP

	Vzdělání	n_i	f_i (%)
JIP	Střední odborné (bez maturity)	0	0,00
	Středoškolské	24	37,50
	VOŠ	8	12,50
	ARIP	14	21,88
	SIP	2	3,13
	BC	14	21,88
	MGR	2	3,13
	N	64	100,00

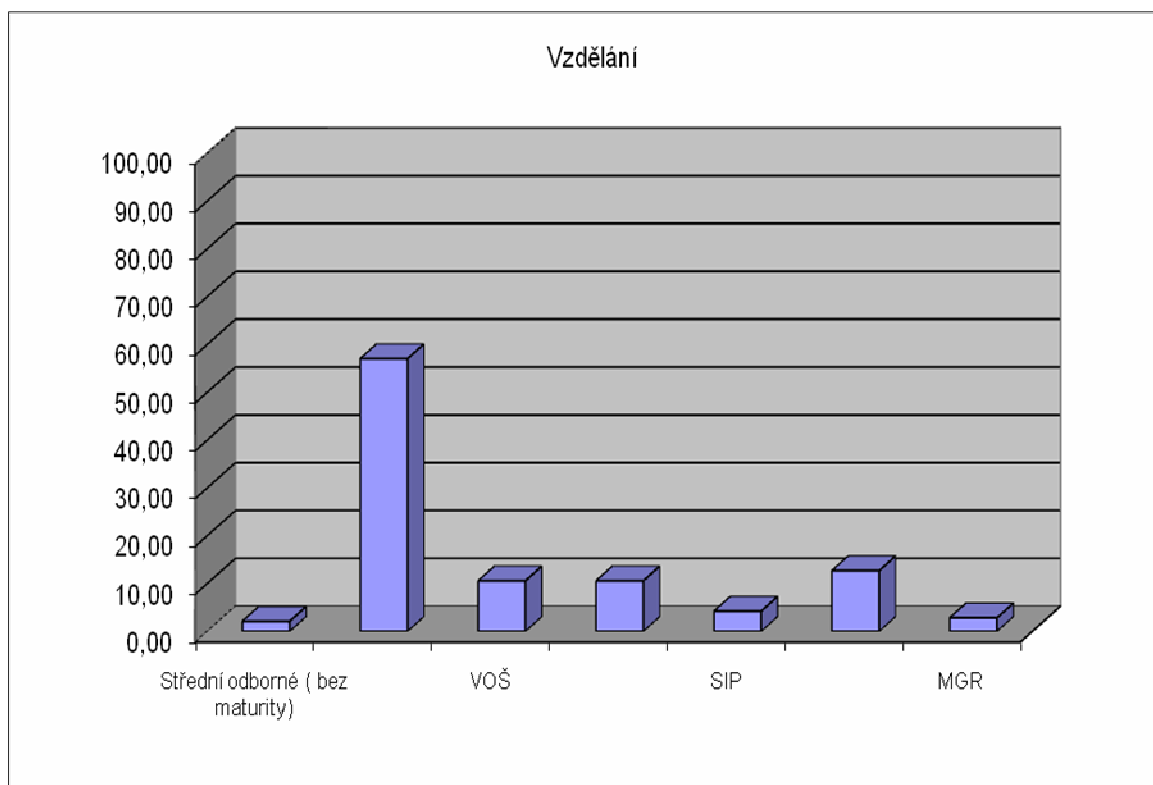
Tabulka 5/2: Nejvyšší dosažené vzdělání na standardních odděleních

	Vzdělání	n_i	f_i (%)
Standard	Střední odborné (bez maturity)	3	3,85
	Středoškolské	57	73,08
	VOŠ	7	8,97
	ARIP	1	1,28
	SIP	4	5,13
	BC	4	5,13
	MGR	2	2,56
	N	78	100,00

Tabulka 5/3: Nejvyšší dosažené vzdělání všech respondentů

	Vzdělání	n_i	f_i (%)
SUMA	Střední odborné (bez maturity)	3	2,11
	Středoškolské	81	57,04
	VOŠ	15	10,56
	ARIP	15	10,56
	SIP	6	4,23
	BC	18	12,68
	MGR	4	2,82
	N	142	100,00

Graf č. 5: Procentuální znázornění nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů



Graf č. 5 znázorňuje jaké je nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných zdravotnických pracovníků. Nejpočetnější skupina zdravotníků uvedla, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou, takto vzdělaných zdravotníků je 57,04%. Druhou největší skupinu z celkového počtu 142 respondentů tvoří zdravotníci s vysokoškolským vzděláním s titulem Bc., těch je 12,68 %, na třetím místě jsou současně zdravotníci s vyšším odborným vzděláním a sestry se specializací ARIP - 10,56 %.

Značné rozdíly ve vzdělání jsou patrné mezi zdravotníky ze standardních oddělení a z jednotek intenzivní péče, na prvním místě je současně u obou skupin uvedeno středoškolské vzdělání s maturitou a to 37,50% na JIP a 73,08% na standardních odděleních, na druhém místě je na jednotkách intenzivní péče skupina zdravotnických pracovníků se specializačním vzděláním ARIP a s vysokoškolským titulem Bc. a to 21,88% dále 12,50% respondentů má VOŠ a 3,13% SIP a MGR vzdělání. Na standardních odděleních uvedlo 8,97% respondentů vzdělání VOŠ, 5,13% vzdělání SIP a Bc., 2,56% respondentů uvádí titul MGR a 1,28% respondentů ze standardních oddělení má vzdělání ARIP.

Tabulky č. 6: Pracovní pozice respondentů

Tabulka 6/1: Pracovní pozice respondentů na JIP

	Pozice	n_i	f_i (%)
JIP	Všeobecná sestra	59	92,19
	Zdravotnický asistent	0	0,00
	Jiný NLZP	5	7,81
	N	64	100,00

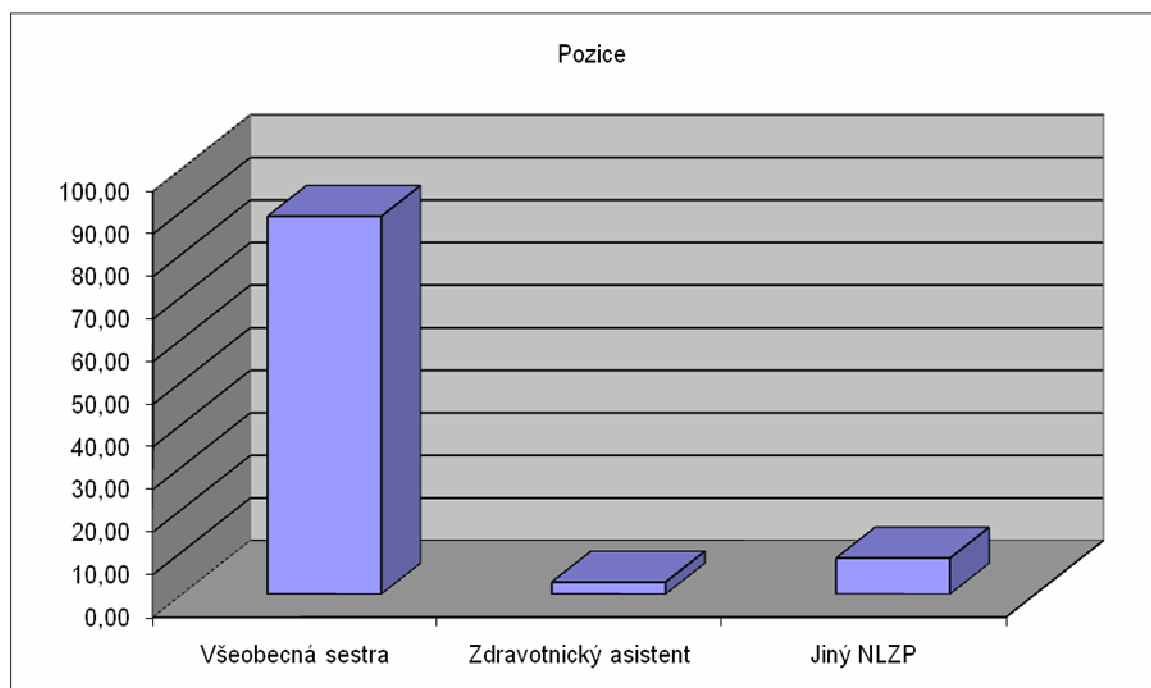
Tabulka 6/2: Pracovní pozice respondentů na standardních odděleních

	Pozice	n_i	f_i (%)
Standard	Všeobecná sestra	67	85,90
	Zdravotnický asistent	4	5,13
	Jiný NLZP	7	8,97
	N	78	100,00

Tabulka 6/3: Pracovní pozice všech respondentů

	Pozice	n_i	f_i (%)
SUMA	Všeobecná sestra	126	88,73
	Zdravotnický asistent	4	2,82
	Jiný NLZP	12	8,45
	N	142	100,00

Graf č. 6: Procentuální znázornění pracovní pozice respondentů

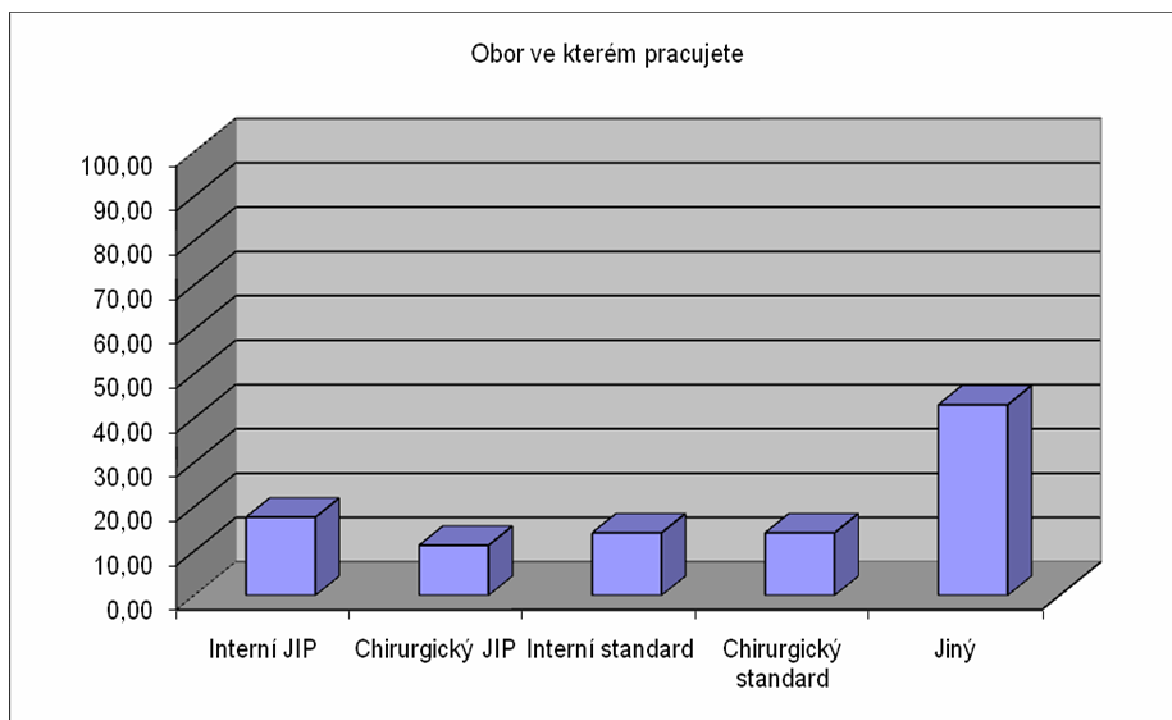


Z grafu č. 6 a tabulek je patrné, že z celkového počtu 142 respondentů pracovalo 88,73% na pozici všeobecné sestry. Z dotazovaných zdravotníků na JIP působí 92,19% na pozici všeobecné sestry, na standardních odděleních jich bylo 85,90%. Na jednotkách intenzivní péče nepracuje žádný zdravotnický asistent, v kategorii jiných nelékařských zdravotnických pracovníků na JIP bylo uvedeno 7,81% - tuto skupinu tvořily porodní asistentky z gynekologické jednotky intenzivní péče. Druhou nejčetnější skupinou zdravotníků na standardních odděleních jsou zdravotničtí asistenti – 5,13%, skupina jiných nelékařských zdravotnických pracovníků na standardních odděleních je tvořena sanitáři, fyzioterapeuty, porodními asistentkami – 8,97%

Tabulka č. 7 : Obor, ve kterém respondenti pracují

Obor, ve kterém pracujete	n_i	f_i (%)
Interní JIP	25	17,61
Chirurgický JIP	16	11,27
Interní standard	20	14,08
Chirurgický standard	20	14,08
Jiný	61	42,96
N	142	100,00

Graf č. 7: Procentuální znázornění oborů, ve kterých respondenti pracují

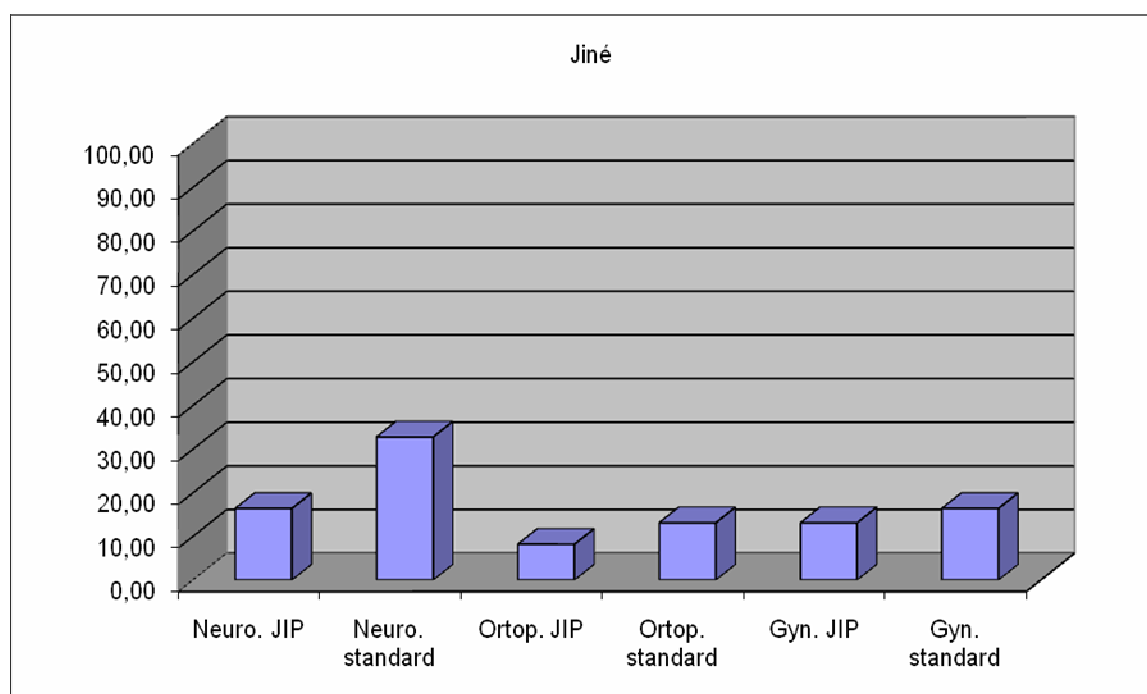


Graf č. 7 znázorňuje, ve kterých oborech respondenti pracují. 17,61% respondentů je z interních jednotek intenzivní péče, 14,08% respondentů pracuje na interním a chirurgickém standardním oddělení, 11,27% dotazovaných zdravotnických pracovníků je z chirurgické jednotky intenzivní péče. Další kategorie je tvořena různými obory, které jsou v tomto grafu znázorněny ve sloupci jiný – 42,96%, tato kategorie je dále rozpracována v tabulce a grafu č.8.

Tabulka č. 8: Rozpracování kategorie „jiný“

Jiné	n_i	f_i (%)
Neuro. JIP	10	16,39
Neuro. standard	20	32,79
Ortop. JIP	5	8,20
Ortop. standard	8	13,11
Gyn. JIP	8	13,11
Gyn. standard	10	16,39
N	61	100,00

Graf č. 8: Procentuální znázornění kategorie „jiný“



Tabulka č. 8 rozpracovává tabulku č. 7, ve které jsem uvedla sloupec jiný s hodnotou 42,96%, v grafu č.8 je patrné, že 32,79 % dotazovaných patří na neurologické standardní oddělení, 16,39% respondentů zaměstnává gynekologické standardní oddělení a neurologická jednotka intenzivní péče, na třetím místě v tomto grafu jsou zdravotničtí pracovníci z ortopedického standardního oddělení a gynekologické jednotky intenzivní péče – 13,11%.

6.2 Fluktuace, pracovní motivace, spokojenost ve zdravotnické týmu

Tabulky č.9: Frekvence změny zaměstnání

Tabulka 9/1: Frekvence změny zaměstnání respondentů na JIP

	Frekvence změny zaměstnání	n_i	f_i (%)
JIP	2x do roka	0	0,00
	1x za 2 roky	3	4,69
	1x za 5 let	24	37,50
	1x za 6 a více let	4	6,25
	Nikdy	33	51,56
	N	64	100,00

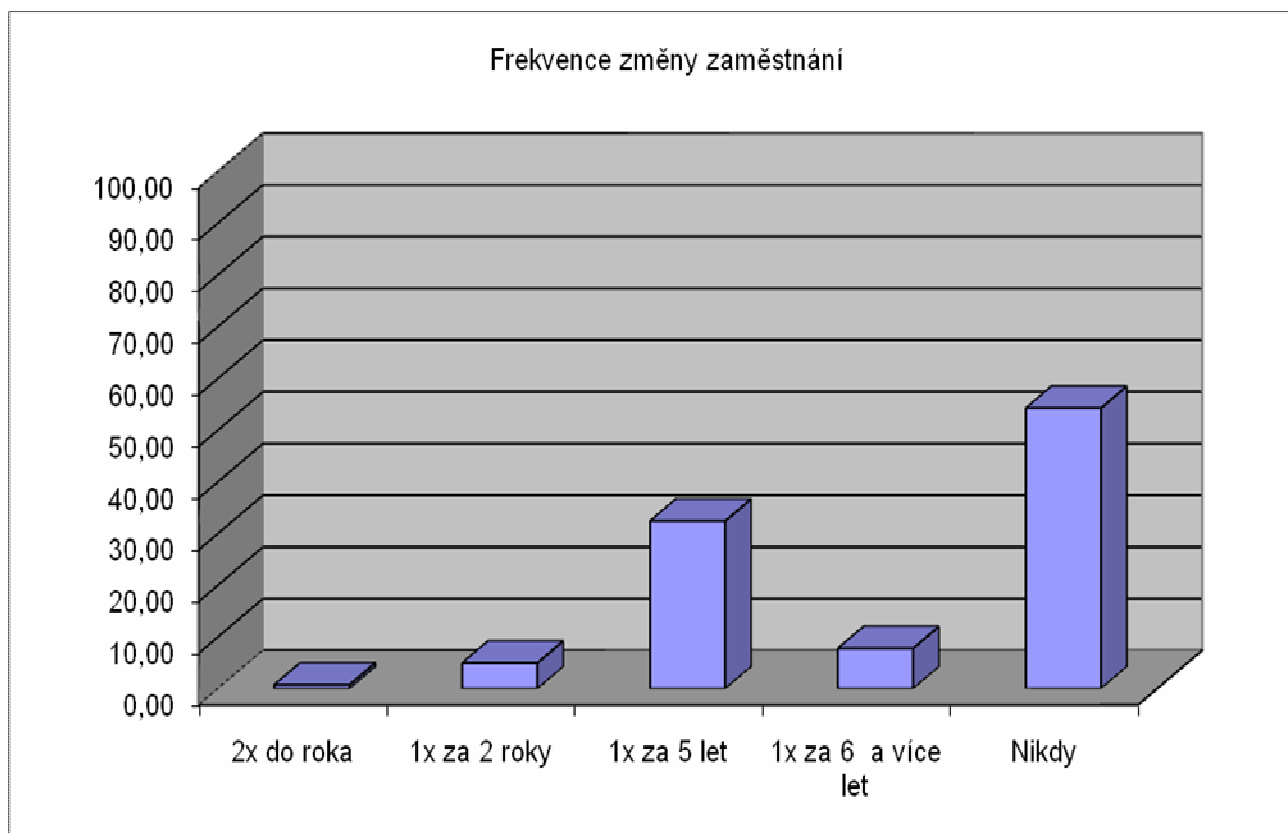
Tabulka 9/2: Frekvence změny zaměstnání respondentů na standardních odděleních

	Frekvence změny zaměstnání	n_i	f_i (%)
Standard	2x do roka	1	1,28
	1x za 2 roky	4	5,13
	1x za 5 let	22	28,21
	1x za 6 a více let	7	8,97
	Nikdy	44	56,41
	N	78	100,00

Tabulka 9/3: Frekvence změny zaměstnání všech responcentů

	Frekvence změny zaměstnání	n_i	f_i (%)
SUMA	2x do roka	1	0,70
	1x za 2 roky	7	4,93
	1x za 5 let	46	32,39
	1x za 6 a více let	11	7,75
	Nikdy	77	54,23
	N	142	100,00

Graf č. 9: Procentuální znázornění frekvence změny zaměstnání



Z grafu č. 9 je patrné, jak často jednotlivé skupiny respondentů mění zaměstnání v rámci zdravotnictví. Drtivá většina respondentů pracovní místo nezměnila nikdy, odpověď nikdy z celkového počtu 142 respondentů uvedlo 54,23%, na druhém místě byla dotazovanými zdravotnickými pracovníky uvedena odpověď, že zaměstnání mění 1x za 5 let - 32,39%, 7,75% dotazovaných zdravotníků mění zaměstnání 1x za 6 let a více, 4,93% 1x za 2 roky a pouze 0,70% respondentů zaznamenalo odpověď, že zaměstnání mění 2x do roka.

V tabulkách 9/1 a 9/2 jsou zaznamenány odpovědi respondentů z JIP a standardních odděleních. 56,41% ze 78 respondentů na standardních odděleních, a 51,56% respondentů z jednotek intenzivní péče uvedlo, že zaměstnání nezměnilo nikdy. Na druhém místě byla dotazovanými zdravotnickými pracovníky uvedena odpověď, že zaměstnání mění 1x za 5 let - 37,50% dotazovaných respondentů z jednotek intenzivní péče a 28,21% respondentů ze standardních oddělení. Odpověď 1x za 6 let a více označilo 6,25% dotazovaných zdravotníků z jednotek intenzivní péče

a 8,97% ze standardních oddělení. 5,13% respondentů ze standardních oddělení mění zaměstnání 1x za 2 roky a 1,28% 2x do roka. Na JIP odpověď 1x za 2 roky uvedlo 4,69% a 2x do roka žádný z respondentů.

Tabulka č. 10: Počet vystřídaných míst

Tabulka 10/1: Počet vystřídaných míst u respondentů na JIP

	Počet vystřídaných míst	n_i	f_i (%)
JIP	1	26	40,63
	2	20	31,25
	3	8	12,50
	4	6	9,38
	5 a více	4	6,25
	N	64	100,00

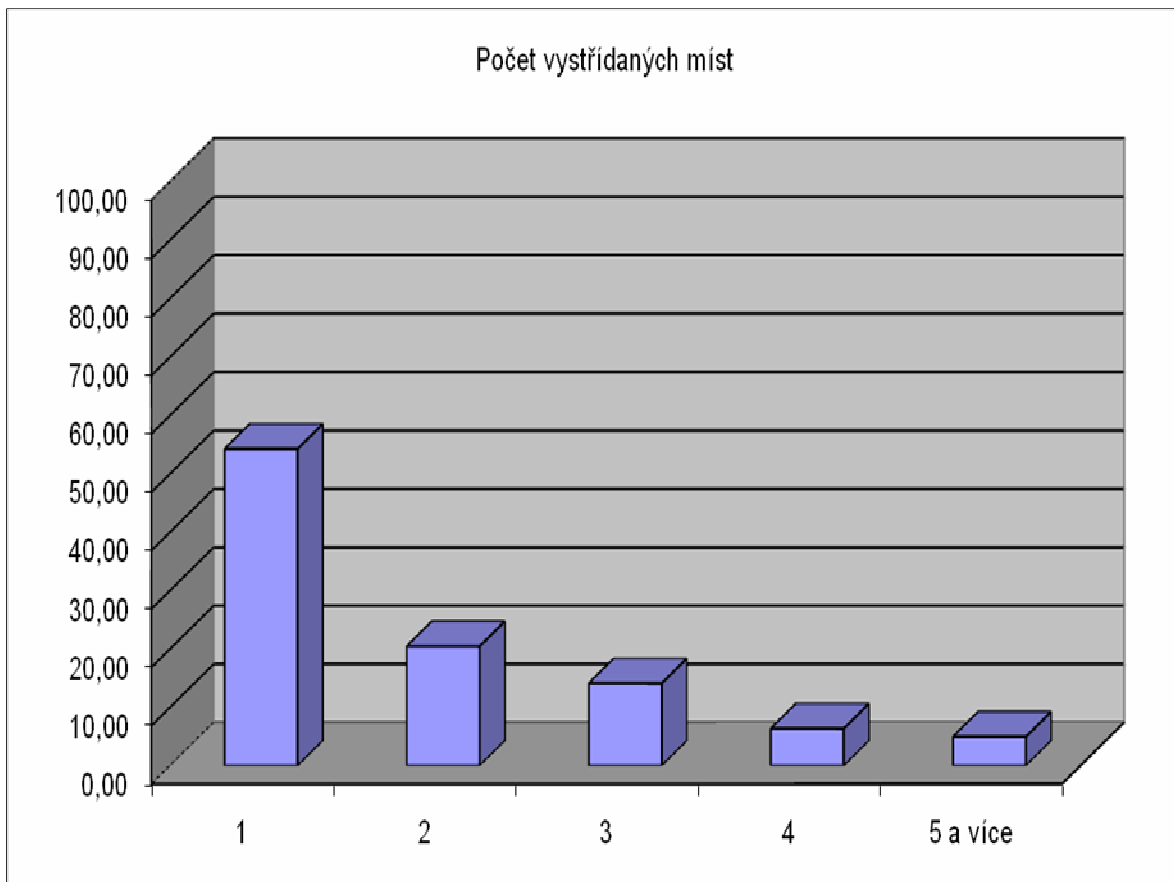
Tabulka 10/2: Počet vystřídaných míst u respondentů na standardních odděleních

	Počet vystřídaných míst	n_i	f_i (%)
Standard	1	51	65,38
	2	9	11,54
	3	12	15,38
	4	3	3,85
	5 a více	3	3,85
	N	78	100,00

Tabulka 10/3: Počet vystřídaných míst u všech respondentů

	Počet vystřídaných míst	n_i	f_i (%)
SUMA	1	77	54,23
	2	29	20,42
	3	20	14,08
	4	9	6,34
	5 a více	7	4,93
	N	142	100,00

Graf č. 10: Procentuální znázornění vystřídaných míst



Tabulky a graf č. 10 poukazuje na množství pracovních míst, která respondenti za svou profesní kariéru nelékaře vystřídali. Z grafu je patrné, že 54,23% dotazovaných pracuje v prvním zaměstnání, 20,42% je na druhém pracovním místě.

Nejvíce respondentů z jednotek intenzivní péče je na prvním pracovním místě - 40,63%, 31,25% na druhém a 12,50% na třetím, 9,38% dotazovaných uvedlo odpověď na 4 místě a 6,25 na 5 více.

U respondentů ze standardních oddělení je také nejčastější první pracovní místo - 65,38%, 15,38% působí na třetím a 11,54% na druhém místě, 3,85% respondentů uvedlo současně odpověď na 4 místě a 5 a více.

Tabulky č. 11: Nejdůležitější potřeby uvedené respondenty dle jejich žebříčku hodnot

Tabulka 11/1: Potřeby respondentů na JIP

	Potřeba	n_i	f_i (%)
JIP	Plnit své povinnosti	24	37,50
	Být oblíben, milován	13	20,31
	Být finančně zajištěn	12	18,75
	Mít zajímavou práci	9	14,06
	Pečovat o někoho	6	9,38
	N	64	100,00

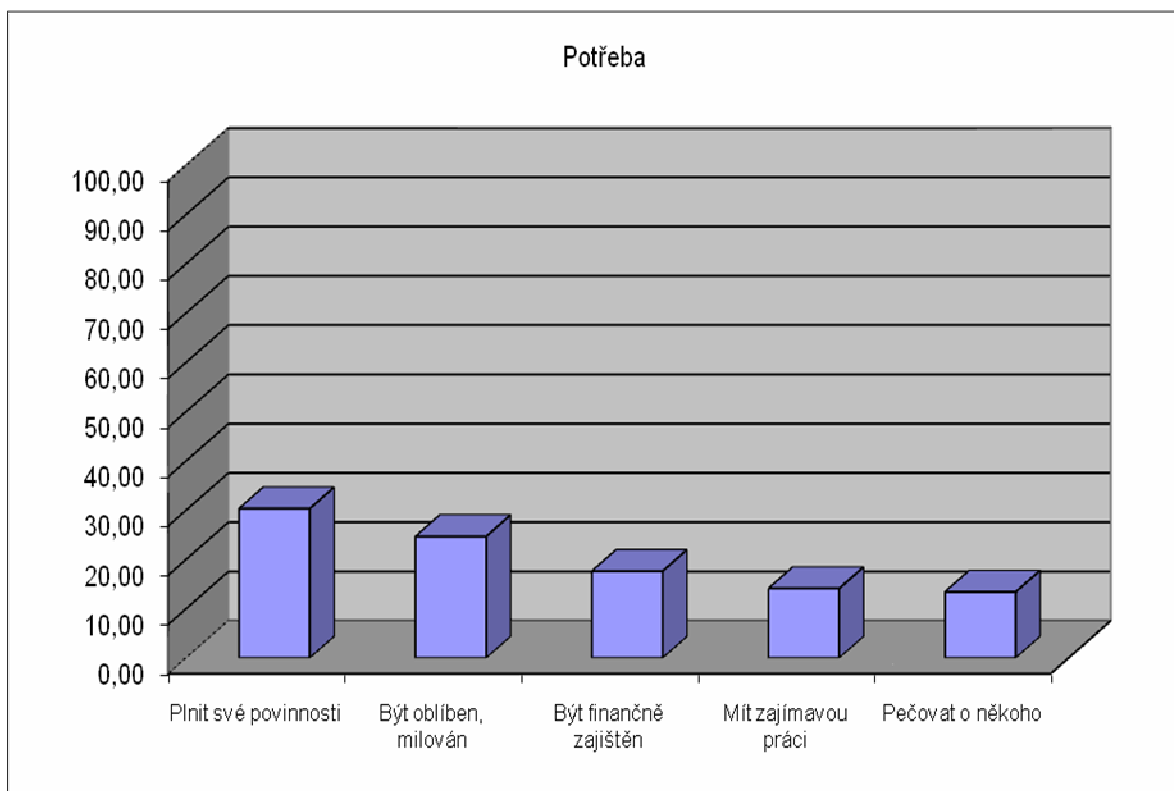
Tabulka 11/2: Potřeby respondentů na standardních odděleních

	Potřeba	n_i	f_i (%)
Standard	Plnit své povinnosti	19	24,36
	Být oblíben, milován	22	28,21
	Být finančně zajištěn	13	16,67
	Mít zajímavou práci	11	14,10
	Pečovat o někoho	13	16,67
	N	78	100,00

Tabulka 11/3: Potřeby všech respondentů

	Potřeba	n_i	f_i (%)
SUMA	Plnit své povinnosti	43	30,28
	Být oblíben, milován	35	24,65
	Být finančně zajištěn	25	17,61
	Mít zajímavou práci	20	14,08
	Pečovat o někoho	19	13,38
	N	142	100,00

Graf č. 11: Procentuální znázornění potřeb



V tabulkách 11 je vypsáno 5 lidských potřeb, z kterých respondenti měli označit nejdůležitější potřebu při vykonávání svého povolání. Ze 142 respondentů uvedlo za nejdůležitější potřebu plnit své povinnosti – 30,28%, 24,65% být oblíben, 17,61 % potřebuje být hlavně finančně zajištěných, pro 14,08% je důležité mít zajímavou práci a 13,38% respondentů potřebuje o někoho pečovat.

Zatímco respondenti ze standardních oddělení označili za nejdůležitější potřebu být oblíben – 28,61%, na jednotkách intenzivní péče 37,50% dotazovaných považuje za nejdůležitější plnit své povinnosti, 20,31% chce být oblíbených, 16,67% potřebuje být finančně zajištěných.

Na standardním oddělením je druhou nejčteněji uvedenou potřebou plnit své povinnosti – 24,36%, třetí být finančně zajištěn a potřebu o někoho pečovat – 16,67%.

Tabulky č.12: Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti**Tabulka 12/1: Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti na JIP**

	Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti	n_i	f_i (%)
JIP	Ano	54	84,38
	Ne	10	15,63
	N	64	100,00

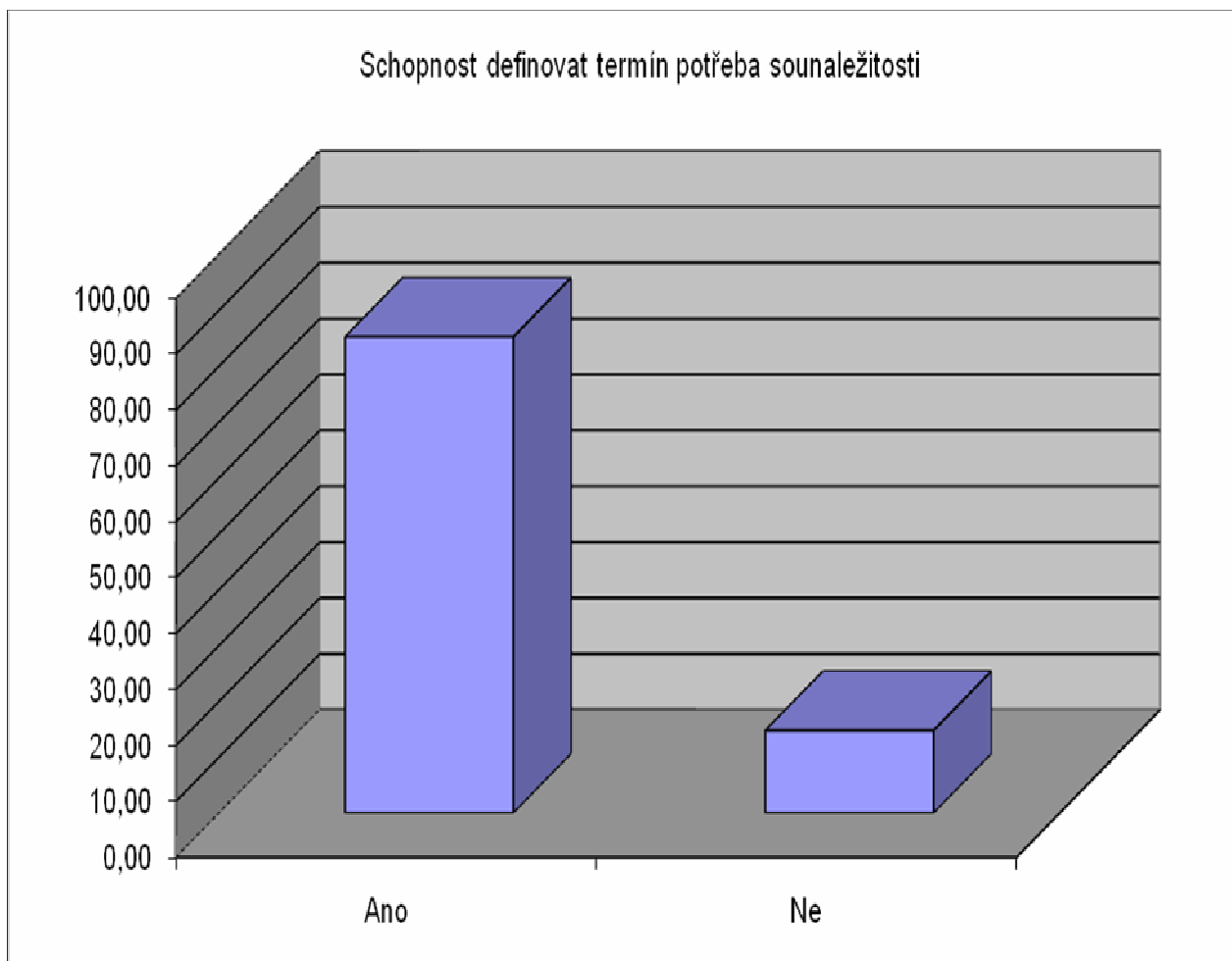
Tabulka 12/2: Schopnost definovat termín potřeba sounáležitost na standardních odděleních

	Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti	n_i	f_i (%)
Standard	Ano	67	85,90
	Ne	11	14,10
	N	78	100,00

Tabulka 12/3: Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti všemi respondenty

	Schopnost definovat termín potřeba sounáležitosti	n_i	f_i (%)
SUMA	Ano	121	85,21
	Ne	21	14,79
	N	142	100,00

Graf č.12: Procentuální znázornění schopnosti definovat termín potřeba sounáležitosti



V grafu č. 12 je patrné, že většina respondentů uměla svými slovy definovat termín potřeba sounáležitosti - 85,21%, 14,79% dotazovaných termín definovalo špatně nebo otázku nezodpovědělo.

Tabulky 12/1 a 12/2 zaznamenávají rozdíly v odpovědích na JIP a standardních odděleních. Na JIP správně definovalo termín potřeba sounáležitosti 84,38%, na standardních odděleních 85,90 dotazovaných. Zodpovědět nedokázalo 15,63% repondentů na JIP a 14,10 na standardních odděleních.

Tabulky č.13: Pocit začlenění do týmu

Tabulka 13/1: Pocit začlenění do týmu na JIP

	Začlenění do týmu	n_i	f_i (%)
JIP	Ano	36	56,25
	Spíše ano	19	29,69
	Ne	0	0,00
	Spíše ne	9	14,06
	N	64	100,00

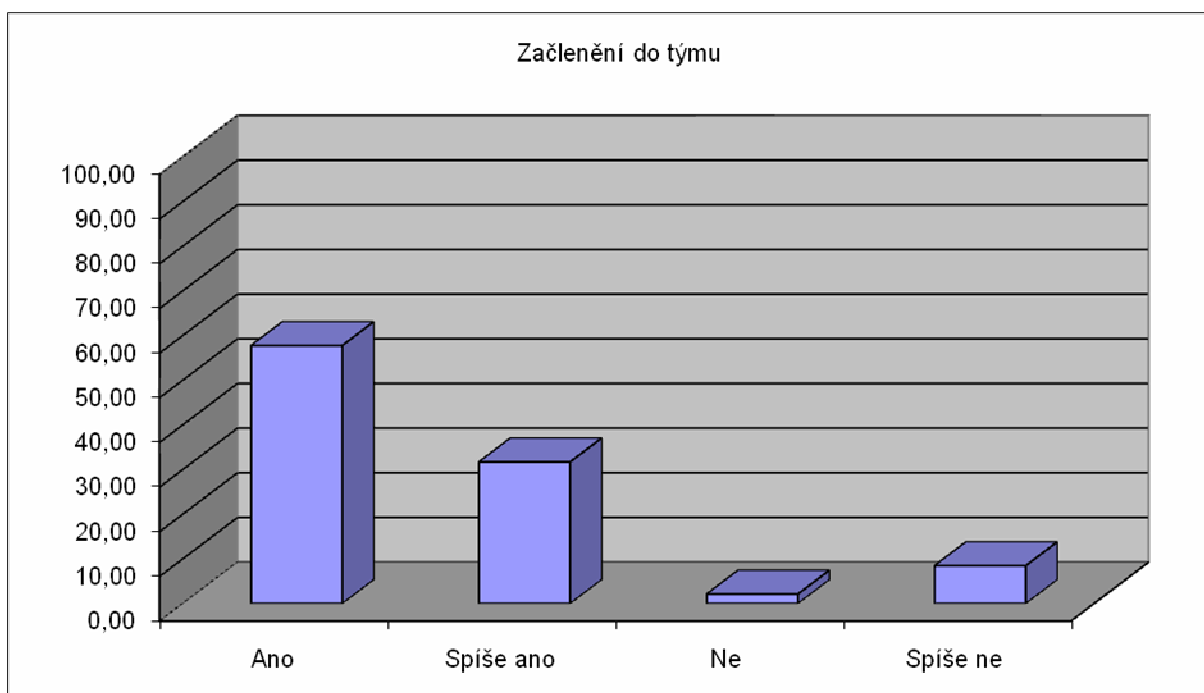
Tabulka 13/2: Pocit začlenění do týmu na standardních odděleních

	Začlenění do týmu	n_i	f_i (%)
Standard	Ano	46	58,97
	Spíše ano	26	33,33
	Ne	3	3,85
	Spíše ne	3	3,85
	N	78	100,00

Tabulka 13/3: Pocit začlenění do týmu všech respondentů

	Začlenění do týmu	n_i	f_i (%)
SUMA	Ano	82	57,75
	Spíše ano	45	31,69
	Ne	3	2,11
	Spíše ne	12	8,45
	N	142	100,00

Graf č. 13: Procentuální znázornění začlenění do týmu



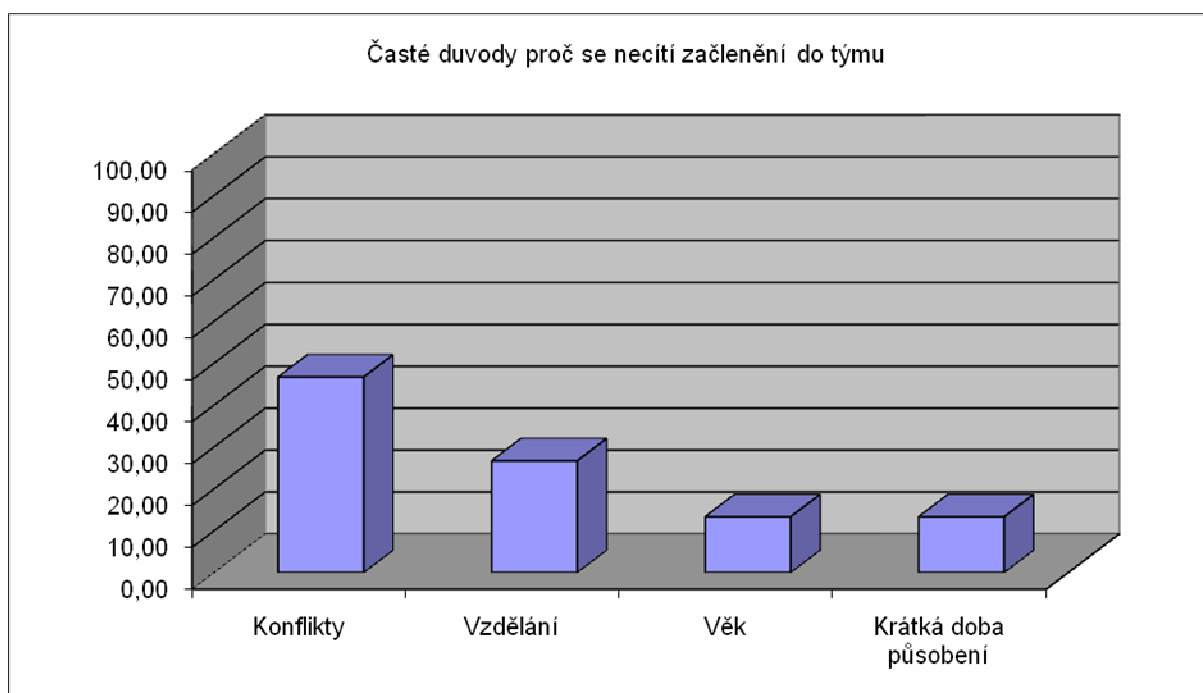
V tabulkách č. 13 je zaznamenáno, jestli se dotazovaní zdravotničtí pracovníci cítí začlenění do kolektivu. Ze 142 respondentů uvedlo 57,75% odpověď ANO, 31,69% spíše ano, 2,11% odpověď NE a 8,45% respondentů odpovědělo spíše NE.

Ano v dotazníku označilo 56,25% respondentů z jednotek intenzivní péče a 58,97% respondentů ze standardních oddělení, spíše ano napsalo z JIP – 29,69%, ze standardních oddělení 33,33%, ne odpověděli pouze zdravotníci ze standardních oddělení – 3,85% (ze 78 respondentů na standardních odděleních). Spíše ne uvedlo 14,06% zdravotníků z jednotek intenzivní péče a 3,85% dotazovaných na standardních odděleních.

Tabulka č. 14: Důvody, proč se sestry necítí začleněné do kolektivu.

Časté důvody proč se necítí začlenění do týmu	n_i	f_i (%)
Konflikty	7	46,67
Vzdělání	4	26,67
Věk	2	13,33
Krátká doba působení	2	13,33
N	15	100,00

Graf č. 14: Procentuální znázornění důvodů



V grafu č. 14 jsou znázorněny důvody, proč se respondenti necítí být začlenění do kolektivu. Pouze 15 ze 142 respondentů uvedlo, že se necítí být členy kolektivu. Nejčastěji uváděným důvodem jsou konflikty a to u 46,67% dotazovaných respondentů, na druhém místě vyšší vzdělání – 26,67%, na třetí pozici je věk a krátká doba působení na pracovišti.

Tabulky č. 15: Pocit ze své práce

Tabulka 15/1: Pocit z práce respondentů na JIP

	Pocit ze své práce	n_i	f_i (%)
JIP	Dobry	35	54,69
	Spíše dobrý	19	29,69
	Špatný	2	3,13
	Spíše špatný	8	12,50
	N	64	100,00

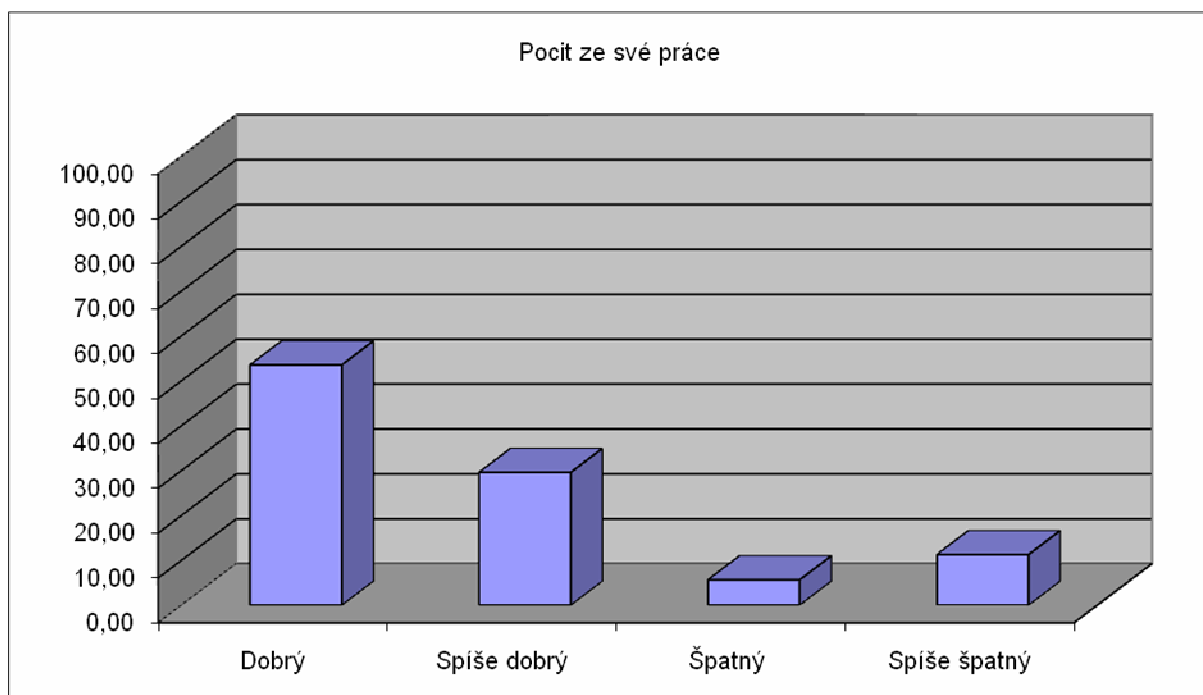
Tabulka 15/2: Pocit z práce respondentů na standardních odděleních

	Pocit ze své práce	n_i	f_i (%)
Standard	Dobry	41	52,56
	Spíše dobrý	23	29,49
	Špatný	6	7,69
	Spíše špatný	8	10,26
	N	78	100,00

Tabulka 15/3: Pocit z práce všech respondentů

	Pocit ze své práce	n_i	f_i (%)
SUMA	Dobry	76	53,52
	Spíše dobrý	42	29,58
	Špatný	8	5,63
	Spíše špatný	16	11,27
	N	142	100,00

Graf č. 15: Procentuální znázornění pocitu z práce

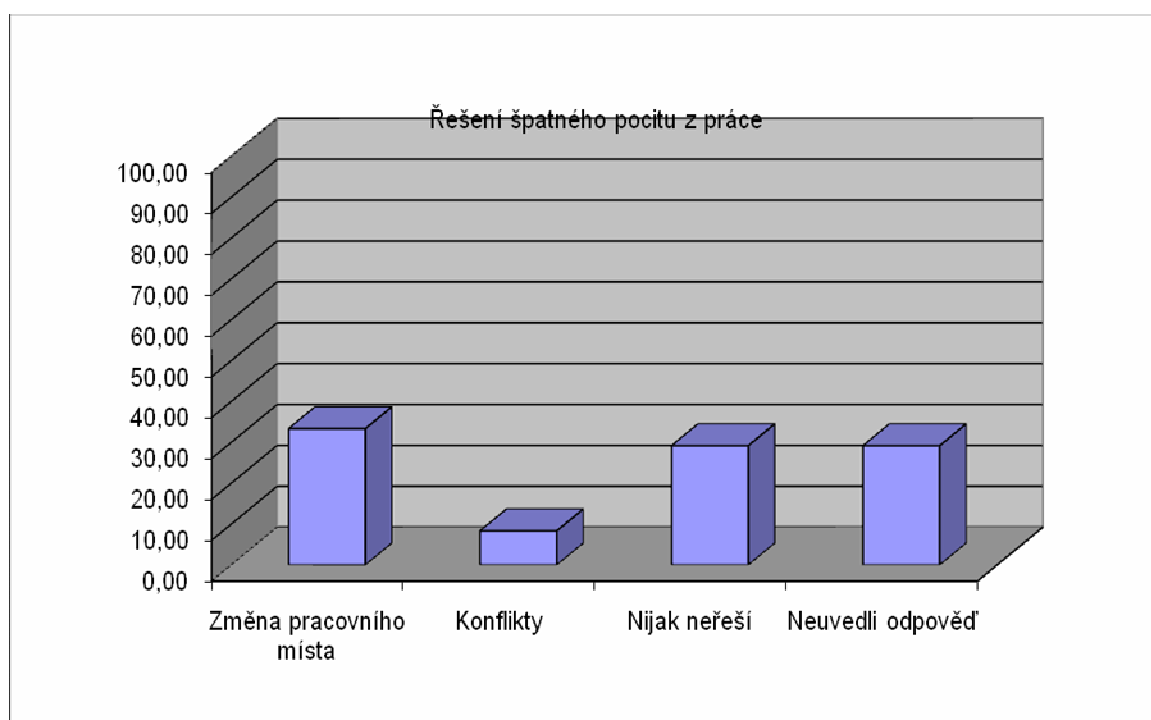


Z tabulek č. 15 je patrné, že 53,52% respondentů uvedlo dobrý pocit ze své práce, 29,58% dotazovaných uvedlo pocit ze své práce jako spíše dobrý, 14,27% respondentů má spíše špatný a 5,63% špatný pocit ze své práce. Rozdíl mezi jednotkami intenzivní péče a standardními odděleními je u odpovědi špatný a spíše špatný. Odpověď špatný z JIP uvedlo pouze 3,13%, na standardech tuto variantu odpovědi zadalo 7,69%.

Tabulka č. 16: Řešení špatného pocit

Řešení špatného pocitu z práce	n_i	f_i (%)
Změna pracovního místa	8	33,33
Konflikty	2	8,33
Nijak neřeší	7	29,17
Neuvedli odpověď	7	29,17
N	24	100,00

Graf č. 16: Procentuální znázornění řešení špatného pocitu

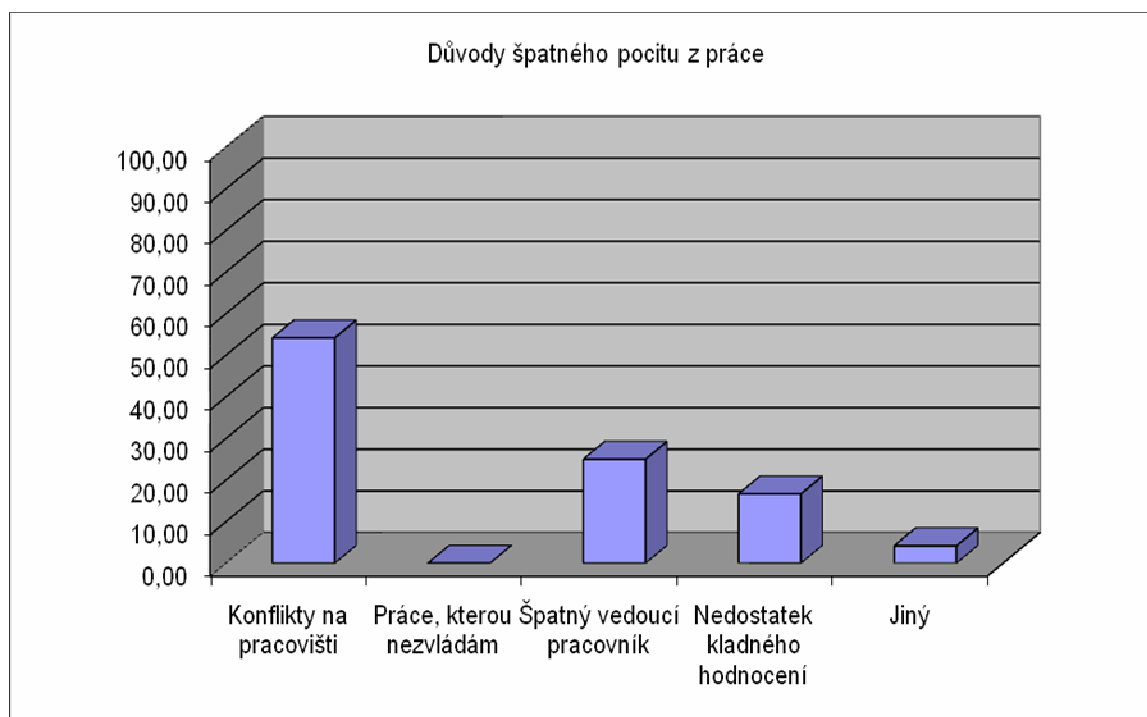


V tabulce č. 16 je uvedeno, jak dotazovaní zdravotníci řeší špatný pocit ze své práce. 33,33% respondentů chce špatný pocit řešit změnou pracovního místa, 29,17% tento problém nijak neřeší, stejné množství respondentů neuvedlo žádnou odpověď, 8,33% odpovědělo, že špatný pocit ze své práce řeší konflikty se spolupracovníky.

Tabulka č. 17: Důvody špatného pocitu

Důvody špatného pocitu z práce	n_i	f_i (%)
Konflikty na pracovišti	13	54,17
Práce, kterou nezvládám	0	0,00
Špatný vedoucí pracovník	6	25,00
Nedostatek kladného hodnocení	4	16,67
Jiný	1	4,17
N	24	100,00

Graf č.17: Procentuální znázornění důvodů špatného pocitu



Graf č. 17 uvádí důvody špatného pocitu z provedené práce. Respondenti napsali jako nejčtenější důvod konflikty na pracovišti – 54,17%, druhý v pořadí je špatný vedoucí pracovník – 25%, nedostatek kladného ohodnocení uvedlo 16,67% dotazovaných respondentů.

Tabulky č. 18: Důvody pro změnu dosavadního zaměstnání

Tabulka 18/1: Důvody pro změnu pracovního místa na JIP

	Důvody pro změnu dosavadního zaměstnání	n_i	f_i (%)
JIP	Opakované hádky	22	34,38
	Malé finanční ohodnocení	20	31,25
	Pocit osamělosti	18	28,13
	Malé pracovní vytížení	0	0,00
	Jiné	4	6,25
	N	64	100,00

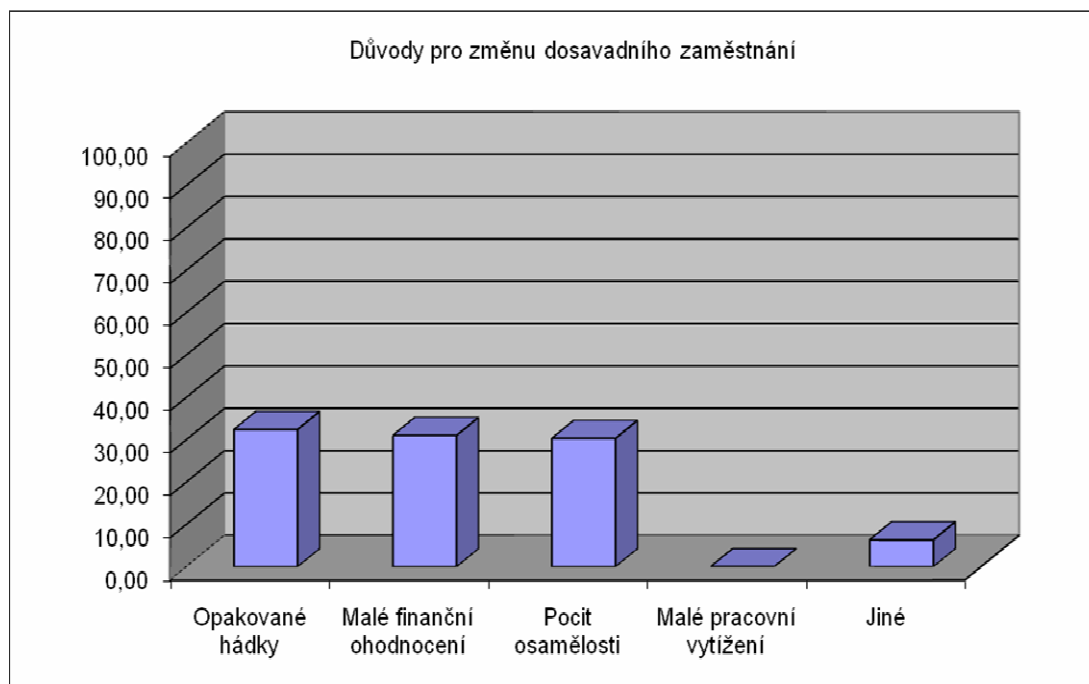
Tabulka 18/2: Důvody pro změnu pracovního místa na standardních odděleních

	Důvody pro změnu dosavadního zaměstnání	n_i	f_i (%)
Standard	Opakované hádky	24	30,77
	Malé finanční ohodnocení	24	30,77
	Pocit osamělosti	25	32,05
	Malé pracovní vytížení	0	0,00
	Jiné	5	6,41
	N	78	100,00

Tabulka 18/3: Důvody pro změnu pracovního místa u všech respondentů

	Důvody pro změnu dosavadního zaměstnání	n_i	f_i (%)
SUMA	Opakované hádky	46	32,39
	Malé finanční ohodnocení	44	30,99
	Pocit osamělosti	43	30,28
	Malé pracovní vytížení	0	0,00
	Jiné	9	6,34
	N	142	100,00

Graf č. 18: procentuální znázornění důvodů pro změnu pracovního místa



Graf č. 18 zobrazuje z jakého důvodu by dotazovaní zdravotníci pracovníci byli ochotni změnit své dosavadní zaměstnání. 32,39% respondentů uvedlo jako hlavní důvod opakované hádky, 30,99% zdravotníků za důvod ke změně zaměstnání považuje malé finanční ohodnocení, pocit osamělosti by vedl ke změně pracovního místa 30,28 % dotazovaných zdravotníků.

Tabulka č. 19: Vztahy na pracovišti

Tabulka 19/1: Vztahy na JIP

	Vztahy na pracovišti	n_i	f_i (%)
JIP	Všichni spolu vycházíme	41	64,06
	Neshody mezi směny	8	12,50
	Nevycházíme příliš dobře	11	17,19
	Starší si s mladšími nerozumí	4	6,25
	N	64	100,00

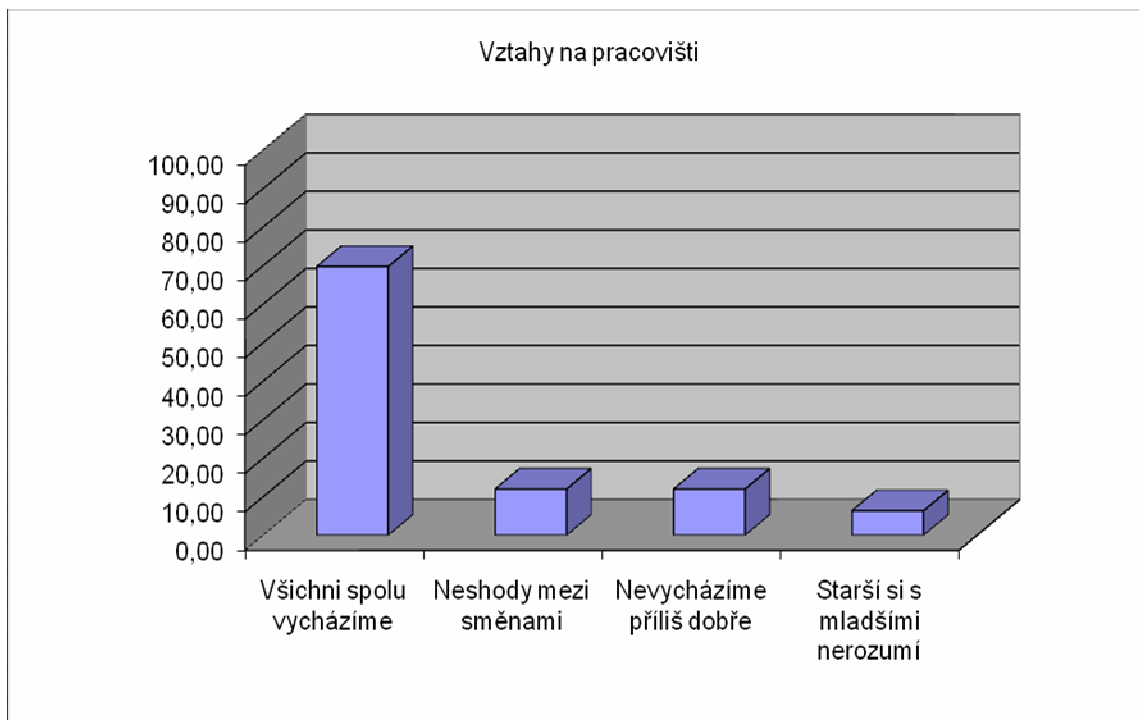
Tabulka 19/2: Vztahy na standardních odděleních

	Vztahy na pracovišti	n_i	f_i (%)
Standard	Všichni spolu vycházíme	58	74,36
	Neshody mezi směny	9	11,54
	Nevycházíme příliš dobře	6	7,69
	Starší si s mladšími nerozumí	5	6,41
	N	78	100,00

Tabulka 19/3: Vztahy na pracovištích všech respondentů

	Vztahy na pracovišti	n_i	f_i (%)
SUMA	Všichni spolu vycházíme	99	69,72
	Neshody mezi směny	17	11,97
	Nevycházíme příliš dobře	17	11,97
	Starší si s mladšími nerozumí	9	6,34
	N	142	100,00

Graf č. 19: Procentuální znázornění vztahů na pracovišti



Z tabulek č. 19 a grafu je patrné, jaké vztahy jsou na jednotlivých pracovištích zahrnutých do mé průzkumné práce. Z celkového počtu 142 respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti spolu vycházejí – 49,72%.

Vycházíme spolu uvedlo 74,36% respondentů ze standardních oddělení a 64,09% dotazovaných na jednotkách intenzivní péče. Neshody mezi směny do dotazníku zaznamenala 11,54% zdravotníků na standardech a 12,50% na jednotkách intenzivní péče. 17,19% respondentů z jednotek intenzivní péče uvedlo, že si spolu na pracovišti nerozumějí, na standardech tuto odpověď zvolilo 7,69 % dotazovaných. 6,25% na JIP a 6,41% respondentů na standardních odděleních uvedlo možnost – starší si s mladšími nerozumí.

Tabulky č. 20: Pracovní motivy

Tabulka 20/1: Pracovní motivy na JIP

	Pracovní motivy	n_i	f_i (%)
JIP	Kolektiv	14	21,88
	Pomoc lidem	7	10,94
	Respekt, pochvala	7	10,94
	Samotná práce	6	9,38
	Finance	12	18,75
	Jiné	18	28,13
	N	64	100,00

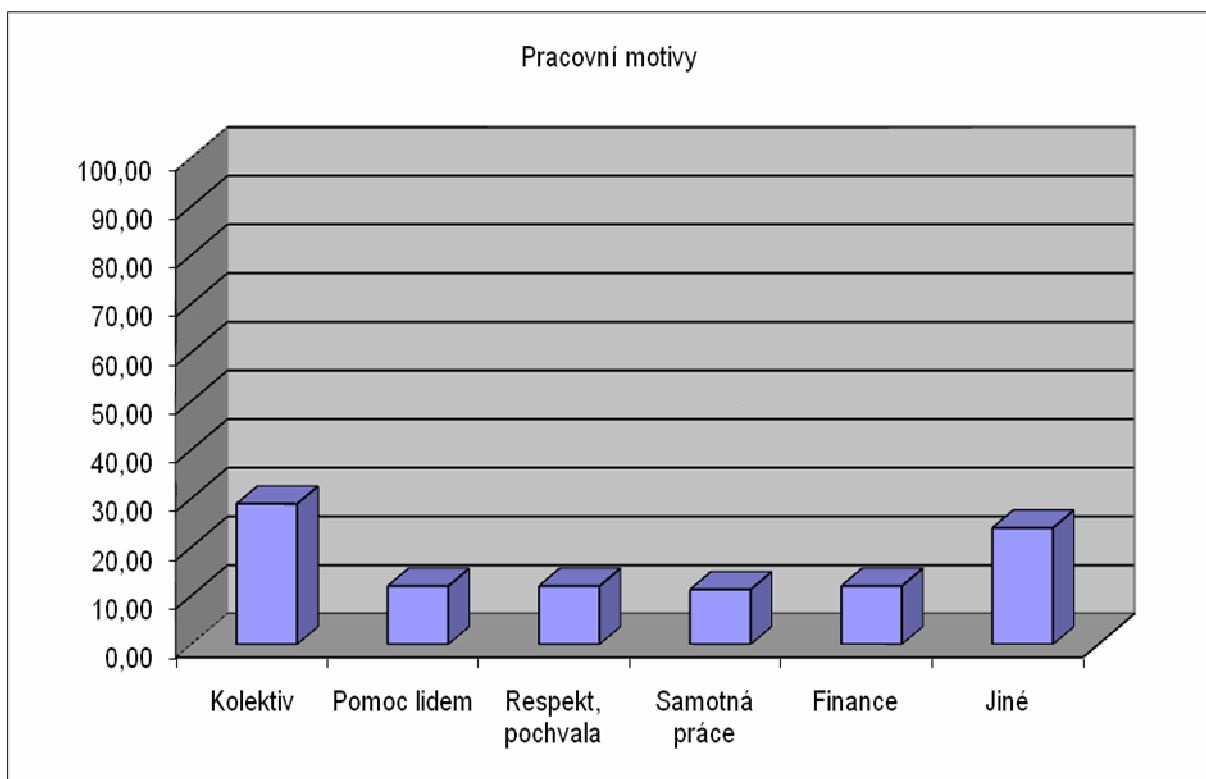
Tabulka 20/2: Pracovní motivy na standardních odděleních

	Pracovní motivy	n_i	f_i (%)
Standard	Kolektiv	27	34,62
	Pomoc lidem	10	12,82
	Respekt, pochvala	10	12,82
	Samotná práce	10	12,82
	Finance	5	6,41
	Jiné	16	20,51
	N	78	100,00

Tabulka 20/3: Pracovní motivy všech respondentů

	Pracovní motivy	n_i	f_i (%)
SUMA	Kolektiv	41	28,87
	Pomoc lidem	17	11,97
	Respekt, pochvala	17	11,97
	Samotná práce	16	11,27
	Finance	17	11,97
	Jiné	34	23,94
	N	142	100,00

Graf č. 20: Procentuální znázornění pracovních motivů



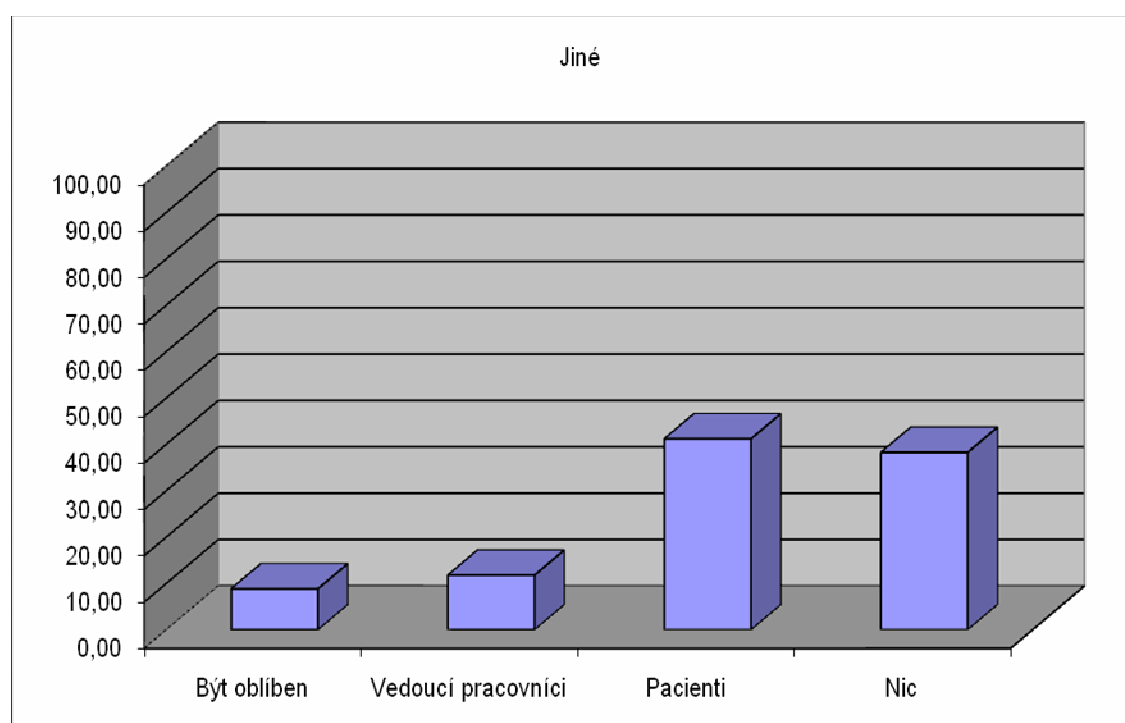
Graf č. 20 zaznamenává motivy které jednotlivé respondenty ovlivňují při výkonu povolání na jejich zdravotnickém pracovišti. Odpověď kolektiv napsalo 28,87% respondentů, 28,13% zodpovědělo „jiné“, pochvala a pomoc lidem motivuje 10,94% dotazovaných. 18,75% dotazovaných zdravotnických pracovníků motivují nejvíce finance.

V tabulkách 20/1 a 20/2 jsou zaznamenány odpovědi respondentů ze standardních oddělení a JIP. Respondenti ze standardních oddělení uvedli jako nejčastější motiv kolektiv – 34,62%, na druhém místě odpověď v tomto grafu zapsanou pod pojmem jiné – 20,51, kterou rozpracovávám v grafu č. 21 . Další tři možnosti uvedené v dotazníku zvolilo 12,82% zdravotnických pracovníků ze standardních oddělení, nejméně jsou motivováni financemi – 6,41 % . Na jednotkách intenzivní péče uvedlo 28,13% respondentů odpověď jiné, 21,88% kolektiv, na třetím místě je s hodnotou 18,75 možnost finance.

Tabulka č. 21: Jiné

Jiné	n_i	f_i (%)
Být oblíben	3	8,82
Vedoucí pracovníci	4	11,76
Pacienti	14	41,18
Nic	13	38,24
N	34	100,00

Graf č. 21: Procentuální zobrazení odpovědi jiné

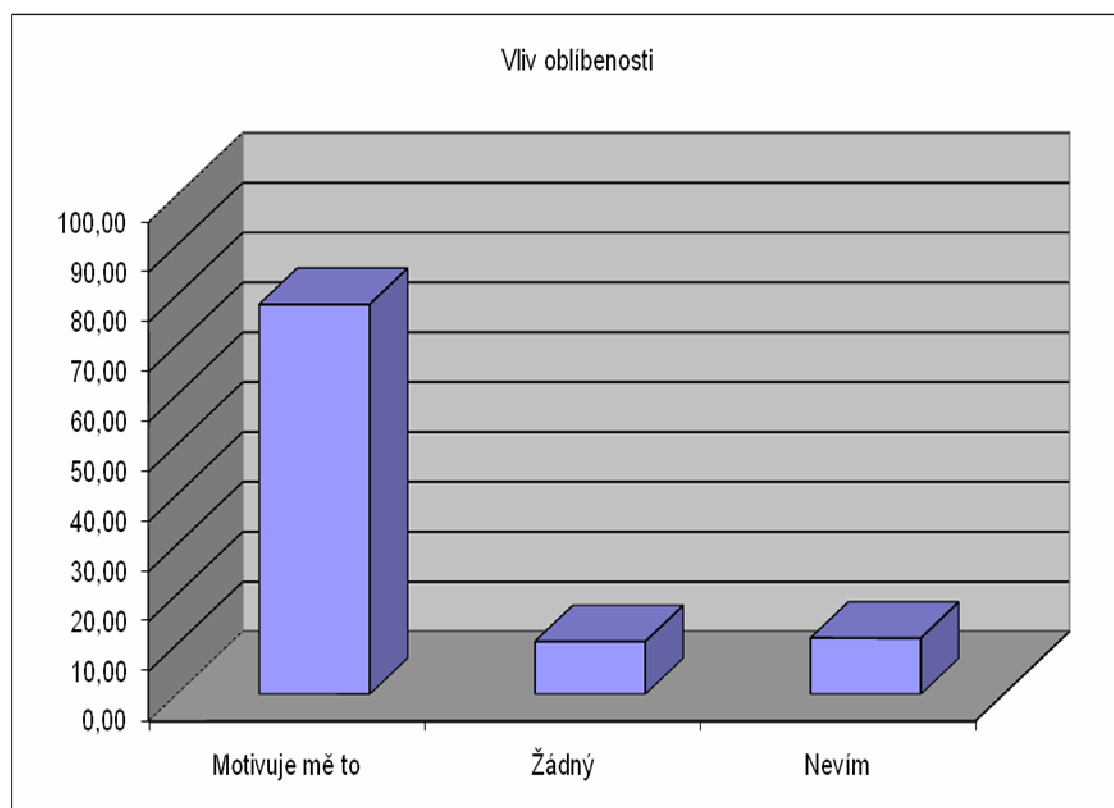


Graf č. 21 znázornuje jaké odpovědi uvedli respondenti, jejichž odpověď byla v tabulce č. 20 označena pojmem jiné. 41,19% dotazovaných je v práci motivováno pacienty a jejich uzdravením, 38,24 % není motivováno ničím, 11,76% jako motiv své práce napsalo vedoucího pracovníka, 8,82 % dotazovaných respondentů motivuje pocit, že jsou oblíbeni.

Tabulka č. 22: Vliv oblíbenosti

Vliv oblíbenosti	n_i	f_i (%)
Oblíbenost mě motivuje	111	78,17
Žádný	15	10,56
Nevím	16	11,27
N	142	100,00

Graf č. 22



Z grafu č. 22 je patrné, že 78,17% respondentů motivuje oblíbenost v pracovním kolektivu, na 10,56% dotazovaných zdravotnických pracovníků vliv oblíbenosti nijak nepůsobí. Odpověď nevím uvedlo 11,27% dotazovaných.

Tabulky č. 23: Zhodnocení vlastní potřeby sounáležitosti

Tabulka 23/1: Zhodnocení potřeby sounáležitosti na JIP

	Zhodnocení vlastní potřeby sounáležitosti	n_i	f_i (%)
JIP	Uspokojená	34	53,13
	Frustrovaná	19	29,69
	Nevím	11	17,19
	N	64	100,00

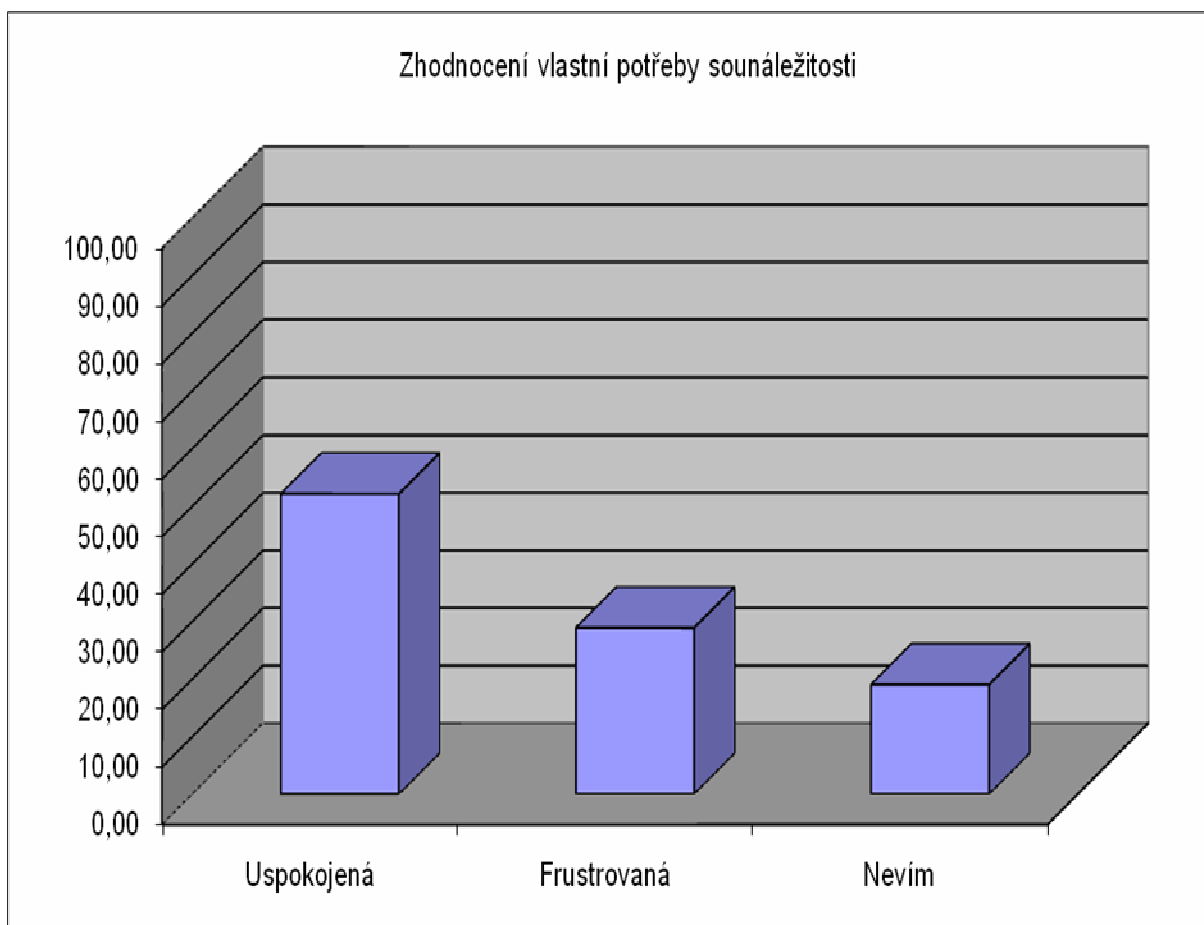
Tabulka 23/2: Zhodnocení potřeby sounáležitosti na standardních odděleních

	Zhodnocení vlastní potřeby sounáležitosti	n_i	f_i (%)
Standard	Uspokojená	40	51,28
	Frustrovaná	22	28,21
	Nevím	16	20,51
	N	78	100,00

Tabulka 23/3: Zhodnocení potřeby sounáležitosti všech respondentů

	Zhodnocení vlastní potřeby sounáležitosti	n_i	f_i (%)
SUMA	Uspokojená	74	52,11
	Frustrovaná	41	28,87
	Nevím	27	19,01
	N	142	100,00

Graf č. 23: Procentuální znázornění potřeby sounáležitosti



V tabulkách č. 23 s názvem: Zhodnocení vlastní potřeby sounáležitosti je zaznamenáno množství dotazovaných zdravotnických pracovníků, kteří zodpověděli, že jejich potřeba sounáležitosti v pracovním kolektivu je uspokojená – 53,13% respondentů z jednotek intenzivní péče a 51,28% ze standardních oddělení. Svou potřebu sounáležitost za frustrovanou z celkového počtu 142 respondentů uvedlo 28,87%, to 26,69% z jednotek intenzivní péče a 28,21% ze standardních oddělení. 17,19% dotazovaných zdravotníků z jednotek intenzivní péče uvedlo odpověď nevím, na standardním oddělení tomu tak bylo u 20,51% respondentů.

Tabulky č. 24: Čím je potřeba frustrovaná

Tabulka 24/1: Příčiny frustrace na JIP

	Čím je potřeba frustrovaná	n_i	f_i (%)
JIP	Nedostatečným ohodnocením	2	10,53
	Náročnou prací	4	21,05
	Vztahy v kolektivu	13	68,42
	Jiné	0	0,00
	N	19	100,00

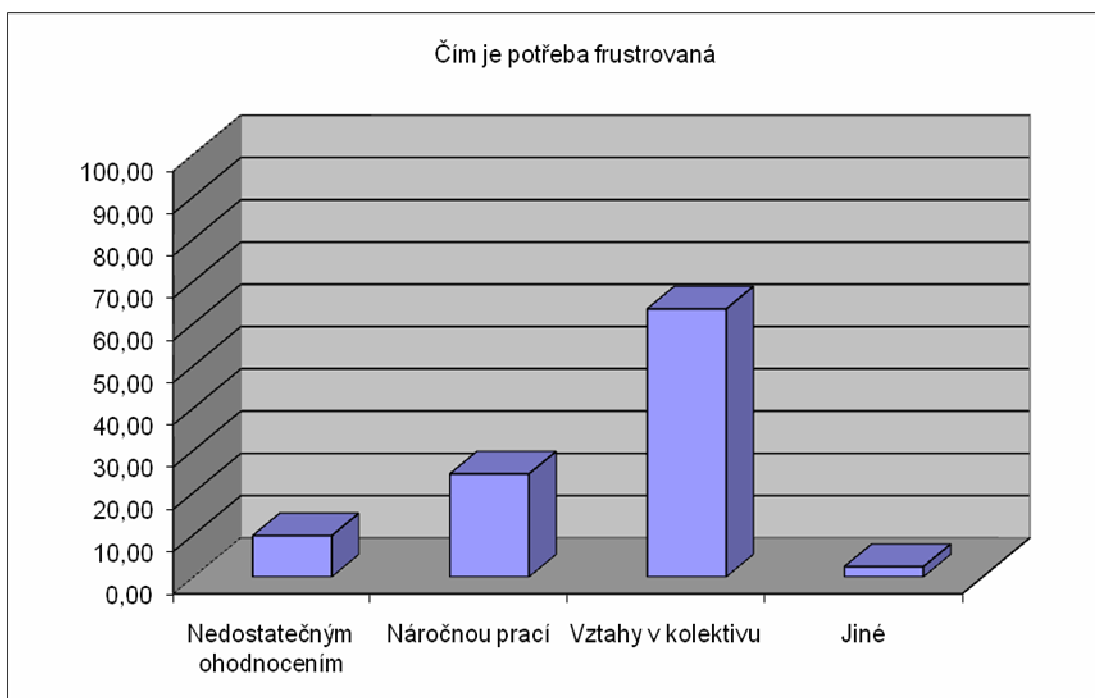
Tabulka 24/2: Příčiny frustrace na standardních odděleních

	Čím je potřeba frustrovaná	n_i	f_i (%)
Standard	Nedostatečným ohodnocením	2	9,09
	Náročnou prací	6	27,27
	Vztahy v kolektivu	13	59,09
	Jiné	1	4,55
	N	22	100,00

Tabulka 24/3: Příčiny frustrace všech respondentů

	Čím je potřeba frustrovaná	n_i	f_i (%)
SUMA	Nedostatečným ohodnocením	4	9,76
	Náročnou prací	10	24,39
	Vztahy v kolektivu	26	63,41
	Jiné	1	2,44
	N	41	100,00

Graf č. 24: Procentuální znázornění příčin frustrace potřeby sounáležitosti



Z grafu č. 24 je patrné, čím je potřeba sounáležitosti frustrována. Nejvíce respondentů uvedlo jako důvod frustrace potřeby sounáležitosti špatné vztahy v kolektivu – 63,41%, 24,39% dotazovaných zdravotnických pracovníků uvedlo, že důvodem frustrace je náročná práce, možnost nedostatečné ohodnocení zaznamenalo do dotazníku 9,76% respondentů s narušenou potřebou sounáležitosti.

Tabulka č. 25: Projevy frustrace potřeby sounáležitosti

Tabulka 25/1: Projevy frustrace na JIP

	Projev frustrace	n_i	f_i (%)
JIP	Smutek, úzkost	1	5,26
	Pocit méněcennosti	7	36,84
	Nechutí vykonávat práci	11	57,89
	Neprojevuje se	0	0,00
	Jiné	0	0,00
	N	19	100,00

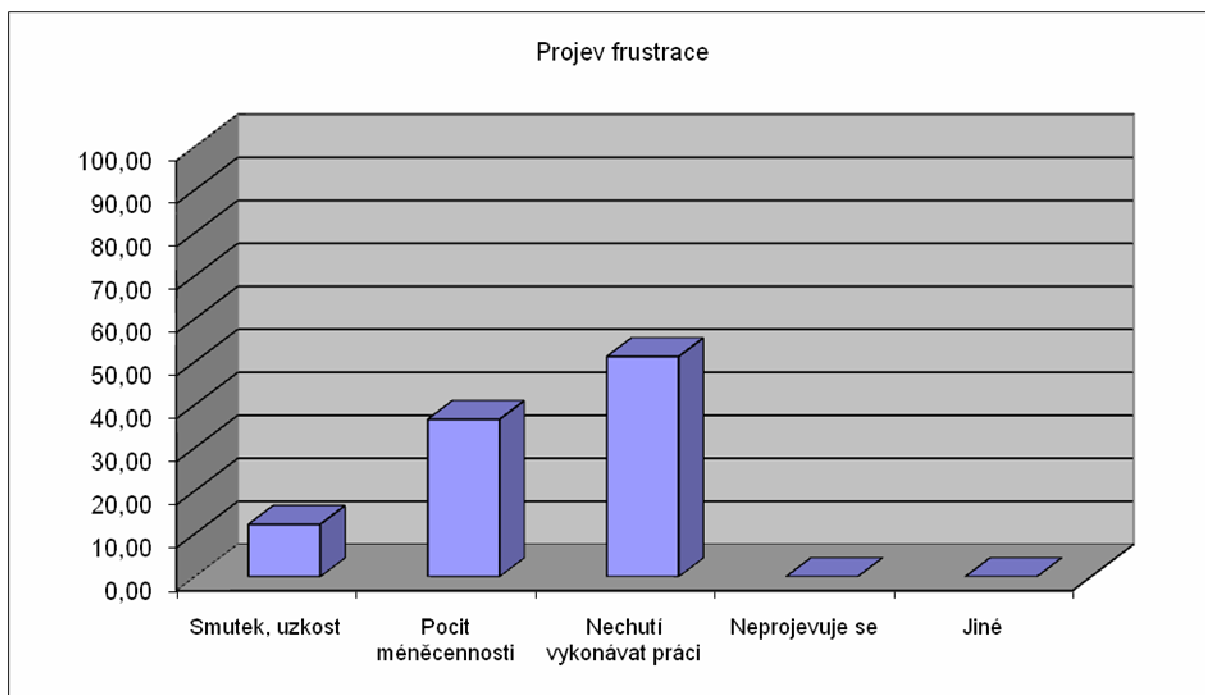
Tabulka 25/2: Projevy frustrace na standardních odděleních

	Projev frustrace	n_i	f_i (%)
Standard	Smutek, úzkost	4	18,18
	Pocit méněcennosti	8	36,36
	Nechutí vykonávat práci	10	45,45
	Neprojevuje se	0	0,00
	Jiné	0	0,00
	N	22	100,00

Tabulka 25/3: Projevy frustrace všech respondentů

	Projev frustrace	n_i	f_i (%)
SUMA	Smutek, úzkost	5	12,20
	Pocit méněcennosti	15	36,59
	Nechutí vykonávat práci	21	51,22
	Neprojevuje se	0	0,00
	Jiné	0	0,00
	N	41	100,00

Graf č. 25: Procentuální zhodnocení projevů potřeby sounáležitosti



Graf č. 25 znázorňuje pocity, kterými se frustrovaná potřeba sounáležitosti u respondentů projevuje. 51,22% respondentů uvedlo odpověď – Nechutí vykonávat práci, u dalších 36,59% dotazovaných se projevuje pocitem méněcennosti, u 12,20% smutkem a úzkostí. Mezi odpověďmi s jednotek intenzivní péče a standardních oddělení není významný rozdíl.

Tabulky č. 26: Dopady frustrace

Tabulka 26/1: Dopady frustrace u respondentů na JIP

	Dopady frustrace	n_i	f_i (%)
JIP	Přemýšlím o změně pracovního místa	3	15,79
	Odchod z oddělení	5	26,32
	Odchod do jiného ZZ	2	10,53
	Odchod mimo zdravotnictví	5	26,32
	Změním sebe	1	5,26
	Nijak to neřeším	3	15,79
	Jiné	0	0,00
	N	19	100,00

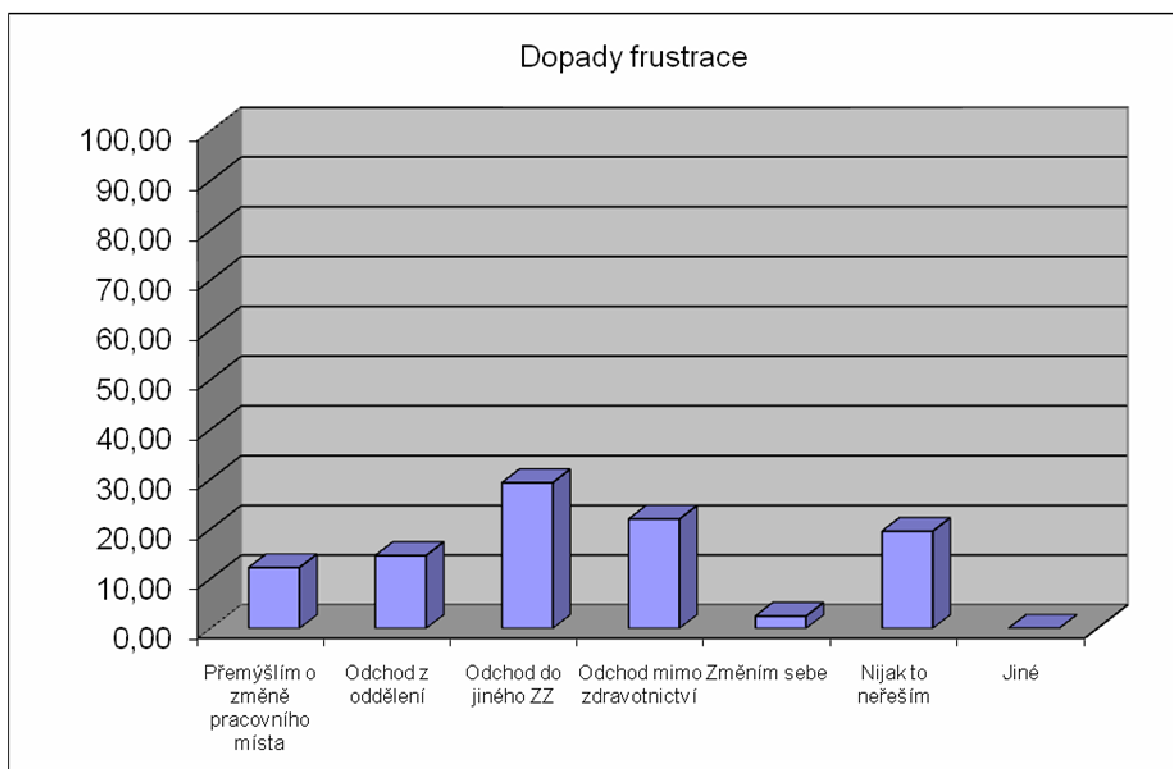
Tabulka 26/2: Dopady frustrace u respondentů na standardních odděleních

	Dopady frustrace	n_i	f_i (%)
Standard	Přemýšlím o změně pracovního místa	2	9,09
	Odchod z oddělení	1	4,55
	Odchod do jiného ZZ	10	45,45
	Odchod mimo zdravotnictví	4	18,18
	Změním sebe	0	0,00
	Nijak to neřeším	5	22,73
	Jiné	0	0,00
	N	22	100,00

Tabulka 26/3: Dopady frustrace u všech respondentů

	Dopady frustrace	n_i	f_i (%)
SUMA	Přemýšlím o změně pracovního místa	5	12,20
	Odchod z oddělení	6	14,63
	Odchod do jiného ZZ	12	29,27
	Odchod mimo zdravotnictví	9	21,95
	Změním sebe	1	2,44
	Nijak to neřeším	8	19,51
	Jiné	0	0,00
	N	41	100,00

Graf č. 26: Procentuální znázornění dopadů frustrace potřeby sounáležitosti



V grafu č. 26 jsou znázorněny možnosti jaký dopad na práci ve zdravotnictví má frustrovaná potřeba sounáležitosti. Nejvíce respondentů uvedlo, že by situaci řešili odchodem do jiného zdravotnického zařízení – 29,27%, 21,95% by odešlo ze zdravotnictví, 19,51% respondentů to nijak neřeší, 14,63% dotazovaných zvolilo odpověď odchod z oddělení a 12,20% přemýšlí o změně pracovního místa.

Tabulky 26/1 a 26/2 porovnávají výsledky na JIP a standardních odděleních. Na JIP by situaci řešilo 26,32% respondentů odchodem z oddělení či odchodem mimo zdravotnictví, 15,79% přemýšlí o změně pracovního místa, stejný počet respondentů uvedlo, že situaci nijak neřeší. 10,53% zaznamenalo odpověď odchod do jiného zdravotnického zařízení. 5,26% dotazovaných zdravotníků na jednotkách intenzivní péče uvedlo odpověď změním sebe.

Dotazovaní zdravotníci na standardních odděleních nejčastěji uváděli odpověď odchod do jiného zdravotnického zařízení, 22,73% dotazovaných situaci nijak neřeší. Odpověď odchodem ze zdravotnictví uvedlo 18,18% respondentů, 9,09% přemýšlí o změně pracovního místa a 4,55% by to řešilo odchodem z oddělení.

7 Zhodnocení výsledků k jednotlivým cílům a hypotézám

7.1 Cíl č. 1 – hypotéza č. 1

Cílem č. 1 bylo zjistit, jaké množství členů zdravotnického týmu zná význam výrazu potřeba sounáležitosti. Hypotéza č. 1 vycházela z předpokladu, že nadpoloviční většina dotazovaných členů zdravotnického týmu umí svými slovy definovat pojem potřeba sounáležitosti. Ze 142 respondentů uvedlo správné znění výrazu potřeba sounáležitosti 121 což je 85,21% a to 84,38% z 64 respondentů na jednotkách intenzivní péče, na standardních odděleních umělo výraz definovat 85,90 % ze 78 dotazovaných.

Hypotéza byla potvrzena - nadpoloviční většina respondentů umí svými slovy definovat význam výrazu potřeba sounáležitosti. Dále je z výsledků patrné, že výraz umí definovat více respondentů ze standardních oddělení, než dotazovaných respondentů na jednotkách intenzivní péče.

7.2 Cíl č. 2 – hypotéza č. 2

Cílem č. 2 bylo zjistit, jak je potřeba sounáležitosti u členů zdravotnického týmu uspokojená nebo není a srovnání jejich počtu mezi standardními odděleními a jednotkami intenzivní péče. Hypotéza č.2 - předpokládám, že členové zdravotnického týmu z jednotek intenzivní péče budou více subjektivně vnímat frustraci potřeby sounáležitosti než členové týmu ze standardních oddělení.

Ze 142 respondentů zhodnotilo 74 což je 52,11% svou potřebu sounáležitosti za uspokojenou, 28,87% za frustrovanou a 19,01% odpovědělo nevím. Ze standardních oddělení je 51,28% respondentů s uspokojenou potřebou sounáležitosti, 28,21% s potřebou frustrovanou a 20,51% uvedlo odpověď nevím.

Z celkového hodnocení vyplývá, že subjektivně více frustraci potřeby sounáležitosti pocítují členové zdravotnického týmu na standardních odděleních – hypotéza se tedy nepotvrdila.

K této hypotéze byly dále položeny otázky v dotazníku uvedené pod číslem 9 a 11. V otázce č. 11 jsem se respondentů ptala, jestli se cítí být členy týmu. Z celkového počtu 142 respondentů uvedlo 57,75% odpověď ano, spíše ano uvedlo 31,69%, ne odpovědělo 2,11% a 8,45% spíše ne. Ne nebo spíše ne odpovědělo 14,06% respondentů z jednotek intenzivní péče a 7,7 % respondentů ze standardních oddělení.

V otázce č. 9 jsem chtěla zjistit, jaké množství respondentů potřebuje být oblíbeno v kolektivu. Potřebu být oblíben uvedlo na prvním místě s vyjmenovaných 5 potřeb 24,65% respondentů, 28,21% dotazovaných ze standardních oddělení a 20,31% z jednotek intenzivní péče.

7.3 Cíl č. 3 – hypotéza č. 3

Cílem č. 3 bylo zjistit vlivy, které narušují uspokojení potřeby sounáležitosti u členů zdravotnického týmu na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Hypotéza č. 3 - předpokládám, že mezi hlavní vlivy frustrace potřeby sounáležitosti jsou špatné vztahy na pracovišti a konflikty.

Ze 41 respondentů, kteří svou potřebu sounáležitosti subjektivně vnímají, jako frustrovanou uvedlo, že hlavní vliv, proč cítí frustraci potřeby jsou špatné vztahy v kolektivu a to u 63,41%

dotazovaných zdravotnických pracovníků, 24,39% uvedlo náročnou práci, 9,76% se cítí nedostatečně ohodnoceni.

K potvrzení této hypotézy byla položena ještě otázka č. 12, uveďte důvod, proč se necítíte být členem týmu. 46,69% respondentů uvedlo jako důvod konflikty v kolektivu, 26,67% vzdělání, 13,33% respondentů uvedlo, že důvod proč se necítí být členy týmu je jejich nízký nebo vysoký věk vzhledem k ostatním členům multidisciplinárního týmu, 13,33% z důvodu krátké doby působení na nynějším pracovišti.

Z celkového hodnocení vyplývá, že hlavními vlivy, které způsobují frustraci potřeby sounáležitosti jsou vztahy v kolektivu a časté konflikty – hypotéza se potvrdila.

7.4 Cíl č. 4 – hypotéza č. 4, č. 5

Cílem č. 4 bylo zjistit vliv uspokojení potřeby sounáležitosti na dobu setrvání na jednom pracovišti tj. nižší fluktuaci. Hypotéza č. 4 - předpokládám, že frustrace potřeby sounáležitosti je důvodem fluktuace členů zdravotnického týmu. Hypotéza č. 5 předpokládám, že na standardních odděleních je menší fluktuace z důvodu frustrace sounáležitosti než na jednotkách intenzivní péče.

K potvrzení této hypotézy bylo položeno několik otázek. Otázka č. 22, jak se u respondentů frustrace potřeby sounáležitosti projevuje, v dotazníku byly uvedeny možnosti – smutkem a úzkostí, pocitem méněcennosti, nechutí vykonávat práci, neprojevuje se a jiné. Nechutí vykonávat práci uvedlo 51,22% respondentů. 57,89% dotazovaných na jednotkách intenzivní péče a 45,45% na standardních odděleních.

V otázce číslo 23 jsem se respondentů ptala, jaký dopad na ně má frustrovaná potřeba sounáležitosti, bylo uvedeno několik možností. Odpověď, přemýšlím o změně pracovního místa uvedlo 12,20% respondentů, to 15,79% z jednotek intenzivní péče a 9,09% ze standardních oddělení. Odchodem z oddělení to chce řešit 26,32% členů zdravotnického týmu z jednotek intenzivní péče a 4,55% dotazovaných ze standardních oddělení. 10,53% respondentů z jednotek intenzivní péče a 45,45% dotazovaných ze standardních oddělení situaci chce řešit odchodem do jiného zdravotnického zařízení. Odpověď odchodem ze zdravotnictví označilo 26,32% členů zdravotnického týmu na jednotkách intenzivní péče a 18,8 % členů týmu ze standardních oddělení.

Dále k potvrzení této hypotézy mohu uvést výsledky z otázky č. 16, kdy jsem se respondentů ptala, jaký nejdůležitější důvod by je vedl k tomu, aby byli ochotni změnit své

dosavadní zaměstnání. Možnost opakované hádky uvedlo 32,39% respondentů, 30,28% dotazovaných by vedl k odchodu pocit osamělosti a odstrčení v kolektivu.

Z celkového hodnocení je patrné, že frustrace potřeby sounáležitosti ovlivňuje dobu setrvání na jednom pracovišti tedy fluktuaci - hypotéza č. 4 byla potvrzena. Hypotéza č. 5 se nepotvrdila, větší fluktuace z důvodu frustrace potřeby sounáležitosti je dle výsledků na standardních odděleních vyšší než na jednotkách intenzivní péče.

8 Diskuze

V této diplomové práci s názvem *Porovnání potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních* jsem se zabývala problematikou potřeby sounáležitosti členů zdravotnických týmů na jednotkách intenzivní péče standardních odděleních. Snažila jsem se zjistit, do jaké míry je tato potřeba u členů zdravotnických týmů uspokojená nebo není, jak se u nich projevuje a jak tento problém řeší.

Zpracování výzkumu bylo z mého pohledu poměrně náročné, již při vypracovávání teoretické části a nastudování literatury jsem zjistila, že bude velmi složité sehnat literární a jiné zdroje pro její vypracování. Musela jsem se rozhodnout, jakým směrem se bude má práce na toto téma ubírat. Neobjevila jsem žádnou diplomovou ani jinou práci, která by zkoumala uspokojení potřeby sounáležitosti u všeobecných sester nebo jiných členů zdravotnického týmu. Nebylo tedy z čeho vycházet, ale vzhledem k častým stížím a praxím na JIP v průběhu tohoto studia, jsem měla možnost pozorovat vztahy a chování sester na těchto pracovištích. Vycházela jsem tedy při zpracování dotazníků ze svých vlastních postřehů. Před zahájením tvorby práce jsem se věnovala podrobnému nastudování problematiky lidských potřeb. Po domluvě s vedoucí práce Mgr. Janou Novotnou jsem práci zaměřila na míru uspokojení potřeby sounáležitosti, vlivy frustrace, její projevy a důsledky.

Při volbě metodiky výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkum. Dnes se domnívám, že jsem metodiky výzkumu mohla kombinovat, abych se dozvěděla více informací od jednotlivých respondentů, byla bych schopna lépe posoudit závažnost, kterou na jednotlivé členy zdravotnického týmu frustrace potřeby sounáležitosti dopadá.

Pro zkoumání potřeby sounáležitosti jsem zvolila vzorek 150 respondentů. Kde jsem se snažila, aby počet respondentů z jednotek intenzivní péče byl přibližně stejný, jako množství respondentů ze standardních oddělení. Ze 150 rozdaných dotazníků jsem

do výzkumu mohla zařadit data od 142 členů zdravotnického týmu, kteří dotazník vrátili či správně vyplnili. Konečný vzorek tvořilo 64 zdravotnických pracovníků z jednotek intenzivní péče a 78 zdravotníků ze standardních oddělení. Převážnou většinu dotazovaných zdravotníků tvořily všeobecné sestry, dále několik zdravotnických asistentů, fyzioterapeutů, sanitářů a na gynekologickém oddělení i několik porodních asistentek. Bohužel se mi nepodařilo dotazník rozdat ve stejné míře mezi jednotlivé členy zdravotnických týmů. Výběrem vzorku byly pověřeny vrchní a staniční sestry jednotlivých klinik a oddělení, které jsem poučila, pro koho je dotazník určen. Ve výzkumu je patrné, že nejpočetnější skupinou nelékařských zdravotnických pracovníků jsou všeobecné sestry s nejrůznějším vzděláním. Musím říct, že jsem byla mile překvapena ochotou vrchních sester své zdravotníky do výzkumu zařadit a s výzkumem mi pomoci.

8.1. Diskuze k výsledkům

Hypotéza ₁ k cíli č. 1 zněla: *Předpokládám, že nadpoloviční většina dotazovaných členů zdravotnického týmu umí svými slovy definovat pojem potřeba sounáležitost.* Ve výsledcích k hypotéze č. 1 mě překvapilo velké množství respondentů, které umělo správně vyjádřit význam výrazu potřeba sounáležitosti. Bylo i několik odpovědí, které se těžko hodnotili, dalo by se říct, že část z odpovědi byla správná a část ne. Nebyl významný rozdíl mezi respondenty schopnými termín definovat na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních. Velký rozdíl jsem ovšem zaznamenala mezi dotazovanými zdravotníky s vyšším než středoškolským vzděláním (myslím tím s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, ne sestry se specializací ARIP atd.) mezi kterými nebyl ani jeden respondent, který by nebyl schopen termín definovat. Více respondentů, kteří otázku nezodpovědělo správně bylo ve věku 45 a více. Soudím tedy, že sestry s vysokoškolským jsou vzdělanější v problematice potřeb než zbylé všeobecné sestry.

Hypotéza ₂ k cíli č. 2 zněla: *Předpokládám, že členové zdravotnického týmu z jednotek intenzivní péče budou více subjektivně vnímat frustraci potřeby sounáležitosti než členové týmu ze standardních oddělení.* Z výsledků vyplynulo, že více subjektivně vnímají frustraci potřeby sounáležitosti zdravotničtí pracovníci ze standardních oddělení. Zajímavostí vztahující se k této hypotéze je, že mnohem více uváděli frustraci potřeby zdravotníci s vysokoškolským vzděláním a zdravotníci pracující na svém oddělení do 1 roku.

Frustraci nevedl ani jeden dotazovaný muž. Na otázku v dotazníku - jak byste zhodnotil/a svou potřebu sounáležitosti při působení v multidisciplinárním týmu uvedli odpověď nevím většinou respondenti, kteří neuměli svými slovy definovat termín potřeba sounáležitosti.

Hypotéza₃ k cíli č. 3 zněla: ***Předpokládám, že mezi hlavní vlivy frustrace potřeby sounáležitosti jsou špatné vztahy na pracovišti a konflikty.*** Ve výsledcích se potvrdilo, že nejčastějším důvodem, proč zdravotničtí pracovníci pociťují frustraci potřeby sounáležitosti, jsou konflikty a z toho vyplývající špatné vztahy na pracovišti. Špatné vztahy na pracovišti nejčastěji v dotazníku uváděli respondenti ve věku do 35 let, ženy. Touto hypotézou jsem si potvrdila vlastní předpoklady získané v průběhu stáží na nejrůznějších odděleních.

Hypotéza₄ k cíli č. 4 zněla: ***Předpokládám, že frustrace potřeby sounáležitosti je důvodem fluktuace členů zdravotnického týmu.*** Z výsledků je patrné, že převážná většina respondentů frustrovanou potřebu sounáležitosti chce řešit změnou pracovního místa. Ve svém dotazníku jsem uvedla několik možností, jestli chtějí změnit oddělení v rámci jednoho zdravotnického pracoviště, nebo odchodem do jiného zdravotnického pracoviště či jestli hodlají opustit zdravotnictví jako takové. Nejvíce respondentů uvedlo odpověď – odchod do jiného zdravotnického zařízení, na druhém místě odchod mimo zdravotnictví. Jako zajímavost k této hypotéze bych uvedla, že respondenti ve vyšším věku s frustrovanou potřebou sounáležitosti uváděli nejčastěji možnost odchod z oddělení nebo nijak to neřeším. Oproti tomu respondenti mladší mají nejčastěji uvedeno, že by opustili zdravotnictví a hledali zaměstnání v jiném odvětví. Bohužel jsem již nevedla otázku, do jakého oboru by se ubírali.

Hypotéza₅ k cíli č. 4 zněla: ***Předpokládám, že na standardních odděleních je menší fluktuace z důvodu frustrace sounáležitosti než na jednotkách intenzivní péče.*** Na standardních odděleních je podle výsledků větší míra fluktuace z důvodu narušené potřeby sounáležitosti než na jednotkách intenzivní péče. Respondenti z jednotek intenzivní péče však ve větším procentu uvedli, že o změně místa přemýšlejí. Na otázky jaký vliv na ně frustrace má, uvedli na jednotkách intenzivní péče častěji, že nechutí vykonávat práci. Z celkového počtu 41 respondentů, kteří napsali, že mají frustrovanou potřebu sounáležitosti, je téměř jedna pětina, jež tuto situaci nijak neřeší.

9 Závěr

V diplomové práci Porovnání potřeby sounáležitosti v multidisciplinárním týmu na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních jsem se zabývala problematikou míry uspokojení potřeby sounáležitosti. Snažila jsem se zjistit nejčastější příčiny frustrace, jak ji jednotliví členové zdravotnického týmu prožívají a jak ji řeší.

Diplomová práce má část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce jsem definovala co je potřeba z pohledů různých autorů. Dále jsem potřeby rozdělila a uvedla klasifikaci dle Maslowa a Chloubové. Poté jsem se snažila charakterizovat vyšší psychosociální potřeby. Podrobně jsem rozebrala potřebu lásky a sounáležitosti, uvedla jsem možné projevy frustrace jako např. druhy maladaptivního chování. V dalších kapitolách jsem psala o členech multidisciplinárního týmu na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Podrobně rozebírám možnosti vzdělávání jednotlivých kategorií pracovníků, kteří se na těchto pracovištích vyskytují. Teoretickou část jsem ukončila kapitolou vztahující se k problematice fluktuace ve zdravotnictví, protože jsem vycházela z předpokladu, že zdravotníci s frustrovanou potřebou sounáležitosti budou mít tendenci změnit pracovní místo.

V praktické části jsem se snažila získat dostatek informací o vztazích v kolektivu na oslovených pracovištích, o míře uspokojení potřeby sounáležitosti, vlivech působících proti uspokojení této potřeby a jaký dopad má frustrace sounáležitosti jednotlivců na české zdravotnictví.

Mým cílem bylo zjistit jaké množství členů zdravotnického týmu zná význam výrazu potřeba sounáležitosti. Dále jsem zjišťovala, jak je potřeba sounáležitosti u členů zdravotnického týmu uspokojená nebo není a srovnávala jsem jejich počet mezi standardními odděleními a jednotkami intenzivní péče. Dalšími cíly bylo zjistit vlivy, které frustraci potřeby sounáležitosti způsobují a zdali má frustrovaná potřeba sounáležitosti nějaký vliv na odchod z pracoviště, tedy ovlivňuje – li fluktuaci.

Metodu, kterou jsem k získání informací použila (dotazník) jsem vytvořila na základě nastudovaných informací z teoretické části práce a za laskavé pomoci mé vedoucí diplomové práce Mgr. Jany Novotné. Pro tento výzkum jsem využila metodu dotazníkového šetření.

Z počtu pěti stanovených hypotéz se tři potvrdily a dvě vyvrátily. Vzhledem k náročnosti tématu si myslím, že by bylo zajímavé, na výzkum navázat podrobnějším výzkumem na větším počtu respondentů, při zpracování dat z dotazníků mi vyplynulo ještě

velké množství informací, které bych se od respondentů ráda dozvěděla. Jsem přesvědčená, že znalost problematiky potřeby sounáležitosti by mělo zásadní vliv na snížení fluktuace a na snížení množství zdravotníků, kteří zdravotnictví opouštějí.

10 Seznam zdrojů

1. ATKINCON, C.; ATKINCON, R. *Psychologie*. Praha : Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. 2007, 17, 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
3. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6.vydání. Praha : Grada , 2008. 502 s. ISBN 9788024720180.
4. GROHAR-MURRAY, M.E.; DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha : Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
5. HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
6. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání Praha: Triton, 2003. 233 s. ISBN 80-7254-329-6
7. KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. 160 s. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha : Grada, 2009. 175 s. ISBN 9788024727134.
9. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání Praha: Grada. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
10. NEKONEČNÝ, Milan. *Obecná psychologie*. vydání 1 dotisk 2003. Praha : Akademie věd České republiky, 2003. 437 s. ISBN 8020006257.
11. TRACHTOVÁ, Eva a kol . *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2004. Brno : NCONZO, 2004. 186 s. ISBN 108070133244.
12. UNIVERSUM. *Všeobecná encyklopedie*. 1 vyd. Praha: Odeon, 2000. ISBN 80- 207-1063-9 (3 Díl).
13. KOPŘIVA, Pavel, et al. *Respektovat a být respektován*. 3. vydání. Kroměříž : Spirála, 2008. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.
14. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 2007. 356 s. ISBN 9785024608419.
15. VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do psychologie*. 1.vydání. Praha : Karolinum, 1997. 210 s. ISBN 80-7184-421-7.
16. VONDÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy : Nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vydání. Praha : Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

17. Česká Republika. Vyhláška ministerstva zdravotnictví 424/2004 : činnosti zdravotnických pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká Republika*. 2004, 0, s. 1-80.
18. Česká republika. Věstník ministerstva zdravotnictví. In *Věstník ministerstva zdravotnictví*. 2006, 2, s. 1- 123.
19. Česká republika. Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva zdravotnictví*. 2004, 9 s. 20-25.
20. *Stavební standardy* [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Standard pro jednotku intenzivní péče. Dostupné z WWW: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ldei4CDr-HYJ:www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx%3FsouborID%3D5188%26typ%3Dapplication/pdf%26nazev>>.
21. *Standardy* [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Manuál stavební . Dostupné z WWW: <<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:HwD-QlmhTXQJ:www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor>>.
22. Česká Republika. NV 222/2010 : katalog prací. In *Narřízení vlády*. 2010, Díl 2.19, s. 259-286.
23. Česká Republika. ZÁKON č. 96/ 2004 Sb.: o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu. In *Sbírka zákonů*. 2004, 96, s. 1-128.
24. *Personall.cz* [online]. 2005 [cit. 2011-03-15]. Fluktuace diagnóza, léčba. Dostupné z WWW: <http://www.personall.cz/Fluktuace_I.html>.
25. ČTK. Sestry vyhání z nemocnic špatné pracovní klima, někdy i peníze. *Finanční noviny* [online]. 22.10.2010, není uvedeno, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <(http://www.financninoviny.cz/kariera/zpravy/sestry-vyhani-z-nemocnic-spatne-pracovni-klima-nekdy-i-penize/546058)>.

Seznam zkratk

např. – například

atd. – a tak dále

aj. – a jiné

tj. - to je

obr. – obrázek

č. - číslo

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

s. – strana

příl. – příloha

p. – paní

resp. - respektive

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulnární resuscitace

odst. – odstavec

ČR – Česká republika

SUMA – celkem

N – celkem

Seznam cizích výrazů

homeostáza – životní rovnováha
adaptace - přizpůsobení
holistický – celostní
fylogenetický – vývoj druhů organismů
ontogenetický – vývoj jedince
hierarchie – uspořádání nadřizenosti a podřizenosti
primární – prvotný
sekundární – druhotný
kognitivní - poznávací
integrace – začlenění
frustrace – neuspokojení potřeby
egocentrismus – sebestřednost
bagatelizace – popírání
negativismus – negativní postoje
regrese – ústup, návrat
fixace – přilnutí
projekce – přenesení
represe – odmítnutí
katetrizace – cévkování
arteria radialis – loketní tepna
arteria femoralis – stehenní tepna
rekonvalescence – zotavování
regenerace – oprava poškození

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Maslowova hierarchie potřeb

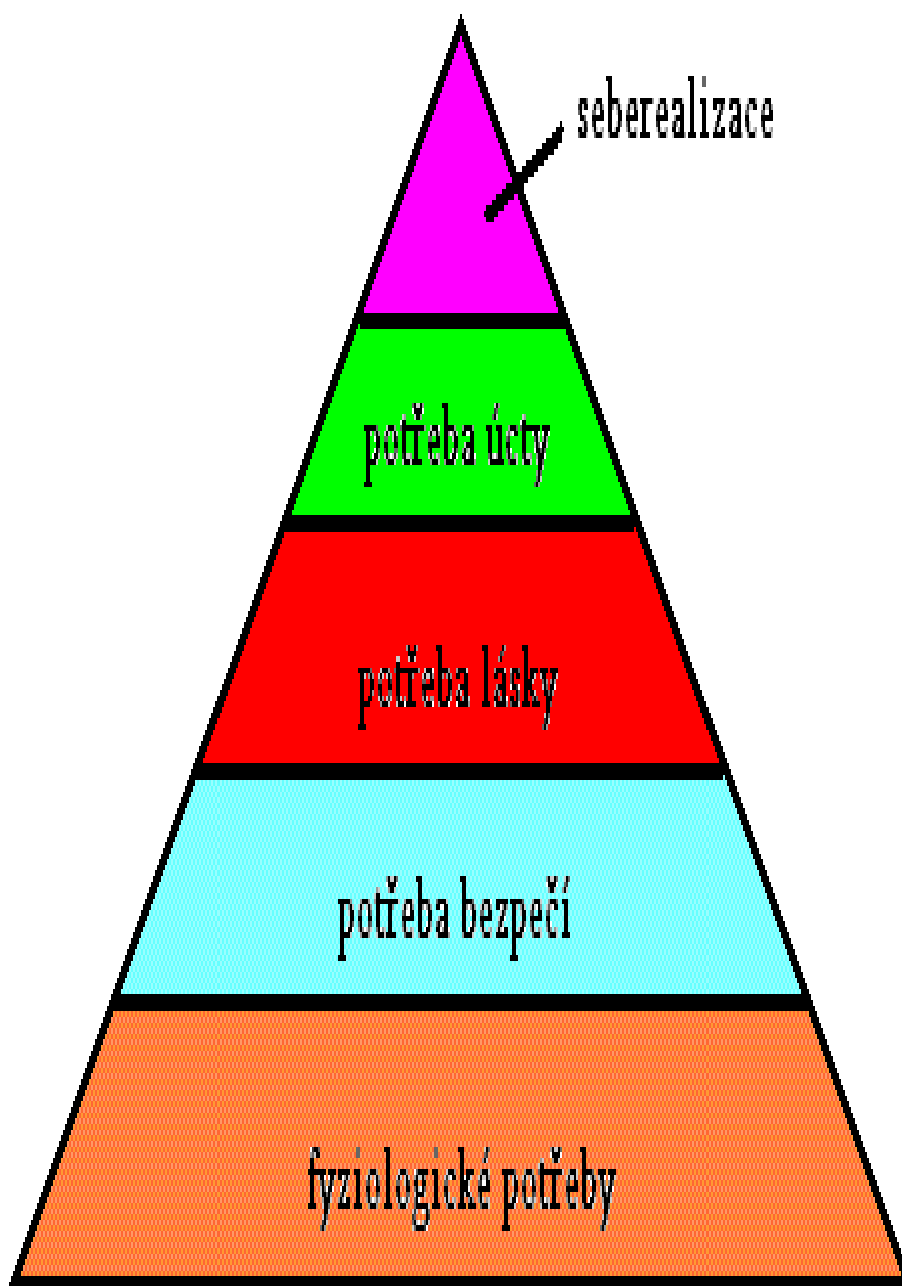
Příloha č. 2 – Dům životních potřeb

Příloha č. 3 – Náplň činnosti všeobecné sestry pod odborným dohledem

Příloha č. 4 – Dotazník

Příloha č. 5 – Žádost o dotazníkovou akci

Příloha č. 1 – Maslowova hierarchie potřeb



(25)

(25) *Wikiskripta* [online]. 2009 [cit. 2011-05-01]. [Http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow](http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow). Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow>.

Příloha č. 2 – Dům životních potřeb

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc submise	být první dobrodružství
láska	sounáležitosti	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení prostředí	informace podněty	naděje víra	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdňení moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo pohodlí (být bez bolesti)	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

(Chloubová –1992)

(7)

⁽⁷⁾ . KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života - osamělost ve stáří*. [s.l.], 2006/2007. 160 s. Diplomová práce. 1.lékařská fakulta UK v Praze.

Příloha č. 3 – Náplň činnosti všeobecné sestry pod odborným dohledem

Náplň činnosti

VŠEOBECNÁ SESTRA

Obecná náplň činnosti dle platné vyhlášky MZ ČR: Činnost zdravotnického pracovníka s odbornou a specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

- Poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy
- Poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře
- Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- Zúčastňuje se lékařských a ošetrovatelských vizit
- Dodržuje formu předávání služeb – výhradně na pokojích nemocných
- Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- Pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- Zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- Provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- Hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- Provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- Provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- Edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,

- Orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- Zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- Provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- Zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek, (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- Zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, dodržuje jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.
- Dodržuje hygienicko – epidemiologický režim a předpisy BOZP v důsledku zabránění vzniku nozokomiálních nákaz vč. profesionálních infekcí a poškození zdraví
- Pracuje dle Závazných pokynů (Standardy oš. péče) vydané NŘ – OP FTNsP
- Pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení
- Zachovává mlčenlivost
- Spolupracuje na výzkumu a zavádění nových metod
- Řídí se a jedná podle KODEXU práv pacientů, která jsou morálně závazná
- Při své činnosti spolupracuje s ostatními středními zdravotnickými pracovníky a vede nižší a pomocné zdrav. pracovníky

- Spolupracuje s rodinou klienta a praktickými lékaři klienta

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

- Podává léčivé přípravky i nitrožilní injekce, zavádí infuze s výjimkou radiofarmak;
- Zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- Provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- Provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- Provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- Provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- Provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.
- Podílí se na praktickém vyučování studentů zdravotnického zaměření

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- Aplikuje nitrožilně krevní deriváty, které jsou hromadně vyráběny frakcionizací lidské plazmy – např.: Albumin
- Spolupracuje při zahájení aplikace transfúzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Polívková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Prosím Vás o pravdivé a pečlivé vyplnění dotazníku, určeného ke zpracování mé Diplomové práce s názvem: “*Porovnání potřeby sounáležitosti ve zdravotnickém týmu na jednotkách intenzivní péče a standartních odděleních*“, aby závěr práce byl věrohodný. Zároveň se Vám zaručuji, že všechny poskytnuté informace jsou důvěrné, anonymní a v souladu ze 101/2000. Jednotlivé dotazníky nebudou nikde uveřejněny. V mé diplomové práci budou pouze statisticky zpracovaná data.

Prosím Vás o zakroužkování pouze jedné možnosti, u zvolení možnosti “jiné“ uveďte svou odpověď na místo teček. Dále pokračujte dle instrukcí u jednotlivých otázek.

Předem děkuji za ochotu a přeji hodně trpělivosti při vyplňování.

1. Věk:

- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 45 a více

2. Délka praxe ve zdravotnictví:

- Do 1 roku
- 2 roky
- 2 - 5 let
- 5 - 10 let
- Více

3. Pohlaví:

- Žena
- Muž

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- Střední odborné (bez maturity)
- SZŠ
- VOŠ
- Pomaturitní studium ARIP
- Pomaturitní studium SIP
- Vysokoškolské s titulem Bc.
- Vysokoškolské s titulem Mgr.

5. Na jaké pozici pracujete:

- Všeobecná sestra
- Zdravotnický asistent

- Jiný NLZP

6. Obor, ve kterém pracujete:

- Interní JIP
- Chirurgický JIP
- Standardní lůžkové interní oddělení
- Standardní lůžkové chirurgické oddělení
- Jiný

7. Zaměstnání v rámci zdravotnictví měníte:

- 2x do roka
- 1x za 2 roky
- 1x za 5 let
- Nikdy jsem nezměnil/a

8. Kolik míst jste již za svou profesní kariéru nelékaře vystřídal/a?

9. Seřad'te prosím, následující potřeby, které jsou pro Vás v zaměstnání důležité. Podle svého žebříčku doplňte hodnoty od 1 do 5 (1=nejvyšší hodnota, 5=nejnižší)

Potřeba	Hodnota
Plnit své povinnosti	
Být oblíben, milován	
Být finančně zajištěn	
Mít zajímavou práci	
Pečovat o někoho	

10. Napište, co si představujete pod pojmem „ Potřeba sounáležitosti“

.....

.....

.....

11. Cítíte se na pracovišti jako člen týmu?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše Ne

12. Pokud ne nebo spíše ne uveďte důvod?

.....

.....

13. Jak byste hodnotil/a pocit ze své práce?

- Dobrý
- Spíše dobrý
- Špatný
- Spíše špatný

Pokud odpovíte dobrý nebo spíše dobrý přejděte na otázku číslo 16.

14. Pokud špatný nebo spíše špatný jak to řešíte?.....

15. Jaké důvody Vás vedou ke špatnému pocitu ze své práce?

- Konflikty na pracovišti
- Práce, kterou nezvládám
- Špatný vedoucí pracovník (staniční sestra, vrchní sestra...)
- Nedostatek kladného hodnocení od kolegů
- Jiný.....

16. Zvolte pro Vás nejdůležitější důvod proč by jste byl ochoten(na) změnit své dosavadní zaměstnání

- Opakované hádky se spolupracovníky
- Malé finanční ohodnocení
- Pocit osamělosti a ostrčení v kolektivu
- Malé pracovní vytížení
- Jiné.....

17. Jaké vztahy máte na pracovišti?

- Všichni spolu vycházíme
- Mezi jednotlivými směny dochází k neshodám, ale u nás ve směně si rozumíme
- Nevycházíme spolu příliš dobře
- Služebně starší si s mladšími příliš nerozumí

18. Co Vás motivuje v práci? (nevím jestli mám uvést možnosti ????)

19. Jaký vliv na Vás má dobré postavení v kolektivu, oblíbenost?

- Motivuje mě to k setrvání v práci
- Žádný, neovlivňuje mě to
- Nevím

20. Jak byste zhodnotil/a svou potřebu sounáležitosti při působení v multidisciplinárním týmu?

- Uspokojenou
- Frustrovanou
- Nevím

Pokud Vaše odpověď zní uspokojenou nebo nevím, je Váš dotazník již řádně vyplněný, pokud jste odpověděli frustrovanou pokračujte prosím ještě ve vyplnění následujících tří otázek.

21. Pokud ne nebo spíše ne čím je potřeba frustrovaná?

- Nedostatečným ohodnocením práce
- Náročnou prací
- Vztahy v kolektivu
- Jiný důvod.....

22. Jak se u Vás frustrace v oblasti působení v multidisciplinárního týmu projevuje?

- Smutkem, úzkostí
- Pocitem méněcennosti
- Nechutí vykonávat práci
- Neprojevuje se
- Jiné.....

23. Jaký dopad na Vás má neuspokojení potřeby sounáležitosti?

- Přemýšlím o změně pracovního místa
- Odchod z oddělení (fluktuace v rámci zdravotnického zařízení)
- Odchod do jiného zdravotnického zařízení
- Odchod mimo zdravotnictví
- Změním sebe a své chování
- Nijak to neřeším
- Jiné.....

Příloha č. 5 – Žádost o provedení dotazníkové akce



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: POHODKA LUKA
Kontaktní adresa: KRÉTINŮVES 8, P. MOŠPOJÍN 243 22
Telefon: 432 241 544 e-mail: HoravaLuka@ftn.cz
Škola/Fakulta: 1. lékařská fakulta VŘ a TRÁŽE
obor studia: NAVAZUJÍCÍ AGR. STUDIUM IP
Téma závěrečné práce: MA JEDNOTKA ČM 17 A STAND. ODD.
Způsob provedení sběru dat: DOTAZNÍK Termín sběru: 3 ŘEZEN 2011
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: NEUROLOGICKÁ KLINIKA
Presentace dat: DIPLOMOVÁ TRÁŽE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum -2. 03. 2011

Podpis: Tavlaridu Eleni

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
neurologické klinice
přednostka Doc. MUDr. Otakar Keller CSc

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Úhrada

ANO NE

Datum: 16. 03. 2011

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nelékařská
zdravotnická povolání

Mgr. Jaroslava Mirkvičková, MBA

Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz



**FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: *7041UKOTA' LENKA*

Kontaktní adresa: *RKLETINĚVES 8, P. MOŠTOŽÍN 243 20*

Telefon: *730 241 544* e-mail: *YARALOVA-LEUKA@REZMAM.CZ*

Škola/Fakulta: *1. OČKOVACÍ FAKULTA UK V TRÁVĚ*

obor studia: *NAUČNÍ OBR. STUDIUM IP*

Téma závěrečné práce: *POROVNÁNÍ POTŘEBY DOPRAVY VE ZDR. TYPU NA JEDNOTLIVOU INTENZIVU DEČK A ZA NÁRŮČNĚ ODDELEČEN*

Způsob provedení sběru dat: *DOTAZNÍK* Termín sběru: *BŘEZEN 2011*

Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: *FTN S P - II. INTERNÍ KLINIKA*

Presentace dat: *DIPLOMOVÁ PRÁCE*

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum *3.3.11*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Karolína Václavová
Vedoucí centra IKT

Vyjádření odpovědného náměstka:

ANO NE

Souhlasím
3.3.11 *[Signature]*

Úhrada

ANO NE

**Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou**
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro nelékařská
zdravotnická povolání

Datum: *16.02.2011*

[Signature]
Mgr. Jaroslava Mrkvíčková, MBA
Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041-0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz



FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: POLÍKOVÁ Janka
Kontaktní adresa: KOETIMĚŘSKÉ Š, P. HRAZDÍN 243 221
Telefon: 732 241 544 e-mail: HARALOVALENUA@MAGPIA.CZ
Škola/Fakulta: 1. lékařská fakulta UC v PRAZE
obor studia: NAVAZUJÍCÍ AGR. STUDIUM IP
Téma závěrečné práce: POROVNÁNÍ TĚLESNÉ KONDICE ŽEN VE ŠDŘ. TYDŮ NA
JEDNOTLIVÉ INTENZIVNÍ TĚLE A STANĚ OŠD.
Způsob provedení sběru dat: DOTAZNÍK Termín sběru: BŘEZEN 2011
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden: FTN 2.7 - CHIRURGICKÁ KLINIKA
Presentace dat: DIPLOMOVÁ PRÁCE

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 3.3.11 Podpis: Políková

Vyplňuje Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou:

Vyjádření odpovědného náměstka: ANO NE
Truxová J.
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
předseda
doc. MUDr. Vladimír Váňa PhD.
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800

Úhrada

ANO NE

Datum: 1. 4. 2011

Fakultní Thomayerova nemocnice
s poliklinikou
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
náměstek pro lékařskou
zdravotnická povolání

Mgr. Jaroslava Mrkvíčková, MBA
Podpis odpovědného náměstka

BANKOVNÍ SPOJENÍ
KB Praha 4 č.ú.36831-041/0100

IČO
00064190

TELEFON
26108 1111
23433 1111

FAX
241721260

E-MAIL
ftn@ftn.cz