



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Postavení sestry v multidisciplinárním týmu
pečujícím o seniory**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Martin Moravec

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Postavení sestry v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

(Martin Moravec)

Poděkování

Velmi rád bych tímto způsobem poděkoval Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D. za skvělé vedení, cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Taktéž děkuji všem sestrám, které se rozhodly zúčastnit výzkumného šetření.

Postavení sestry v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory

Abstrakt

Úvod: Každá sestra bude jednou součástí multidisciplinárního týmu. Rozdíly budou jen v pacientech, o které se bude starat a s tím úměrné budou i cíle a realizace plánů multidisciplinárních týmů. Ovšem podstata a záměr zůstává stejný. Uspokojit potřeby pacienta a vnímat jeho potřeby jako potřeby od holistické bytosti. K tomu je vyžadováno více odborníků z řad jednotlivých oborů v multidisciplinárním týmu, který plně spolupracuje za dosažení tohoto cíle.

Cíl: Pro bakalářskou práci byly stanoveny celkem dva cíle. Prvním cílem bylo zhodnotit, jak vnímají sestry své postavení v multidisciplinárním týmu, který pečuje o seniory. Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry vnímají přínos multidisciplinárního týmu jako takového.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda. V rámci kvantitativního výzkumného šetření, kdy cílová skupiny byly sestry pracující v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory. Dotazník obsahoval 22 uzavřených otázek včetně jedné tabulky.

Výsledky: Z výsledků je patrné, že sestry vnímají pozitivně přínos multidisciplinárního týmu jako takového. U sester bylo prokázáno, že se cítí plnohodnotnými členy multidisciplinárních týmů a že spolupracují s ostatními členy v uspokojování potřeb svých pacientů. Sestry, pracující ve fungujících multidisciplinárních týmech mají taktéž větší přehled o individuálních potřebách svých pacientů a s informacemi od multidisciplinárního týmu dokážou poskytovat kvalitnější ošetrovatelskou péči. Sdílení informací v rámci multidisciplinárního týmu sestry rovněž hodnotí jako pozitivní.

Závěr: Došli jsme k závěru, že správně fungující multidisciplinární tým, který obsahuje sestry je nedílnou součástí správné a kvalitní péče o pacienty. Výsledky této práce by mohly být přínosem v oblasti vzdělávání, praxe.

Klíčová slova

Multidisciplinární tým; ošetrovatelství; péče o seniory; postavení sestry; vztah sestra senior

Position of a Nurse in a Multidisciplinary Team that is Taking Care of Retired People

Abstract

Introduction: Each nurse will be part of a multidisciplinary team. The differences will be only in the patients who will take care of them, and the goals and implementation plans of multidisciplinary teams will be proportional to that. However, the essence and intention remain the same. Satisfy the needs of the patient and perceive his needs as needs from a holistic being. To do this, more experts from individual fields in a multidisciplinary team are required, who fully cooperate to achieve this goal.

Objective: A total of two objectives were set for the bachelor's thesis. The first goal was to evaluate how nurses perceive their position in a multidisciplinary team that cares for the elderly. The second goal was to find out how nurses perceive the benefits of a multidisciplinary team as such.

Methodology: A quantitative method was used for the research survey. A questionnaire collection, where the target groups were nurses working in a multidisciplinary team caring for the elderly. The questionnaire contained 22 closed questions, including one table.

Results: The results show that the nurses perceive the contribution of the multidisciplinary team positively as such. Nurses have been shown to feel as complete members of multidisciplinary teams and to work with other members to meet the needs of their patients. Nurses working in functioning multidisciplinary teams also have a better overview of the individual needs of their patients and, with information from the multidisciplinary team, are able to provide better nursing care. Nurses also consider the sharing of information within the multidisciplinary team to be positive.

Conclusion: We conclude that a well-functioning multidisciplinary team of nurses is an integral part of proper and quality patient care. The results of this work could be beneficial in the field of education, practice.

Key words

Care for the elderly; multidisciplinary team; nurse senior relation; nursing; position of nurse

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav	9
1.1 Multidisciplinární tým	9
1.1.1 Fáze vývoje multidisciplinárního týmu	10
1.1.2 Struktura multidisciplinárního týmu.....	11
1.1.3 Charakteristika všeobecné sestry jako člena multidisciplinárního týmu	12
1.1.4 Management a sběr informací pro multidisciplinární tým	13
1.1.5 Cíle multidisciplinárního týmu obsahujícího všeobecné sestry	14
1.1.6 Rodina seniora jako součást multidisciplinárního týmu.....	15
1.1.7 Podpora funkčnosti multidisciplinárního týmu	15
1.1.8 Sestra jako součást multidisciplinárního týmu	16
1.2 Podpora zdraví seniorů	17
1.2.1 Zdravotní změny v seniorském věku.....	19
1.2.2 Nemoci v seniorském věku	19
1.2.3 Zdravotnická péče o seniory.....	20
1.3 Ošetrovatelská péče a služby pro seniory	21
1.3.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.....	22
1.3.2 Ošetrovatelská péče poskytována seniorům, organizace.....	22
1.3.3 Právní ochrana seniorů při poskytování ošetrovatelské péče	24
2. Cíle práce a hypotézy	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Hypotézy	25
2.3 Operacionalizace pojmů	25
3. Metodika	26
3.1 Metoda užita při výzkumném šetření.....	26

3.2	Charakteristika výzkumného souboru	26
4.	Výsledky	27
4.1	Charakteristika výzkumného souboru	27
4.2	Subjektivní hodnocení multidisciplinárního týmu.....	29
4.3	Kompetence členů multidisciplinárního týmu a orientace v týmu	37
4.4	Statistické zhodnocení hypotézy 1	43
4.5	Statistické zhodnocení hypotézy 2.....	44
4.6	Statistické zhodnocení hypotézy 3.....	49
5.	Diskuse	54
6.	Závěr.....	60
7.	Seznam literatury	61
8.	Seznam příloh	71

Úvod

Správná myšlenka, důkladné plánování a výsledná realizace každé spolupráce v multidisciplinárním týmu, který pečuje o jakéhokoliv pacienta či klienta je nedílnou součástí kvalitní zdravotnické péče. Pacient uspokojený ve všech jeho potřebách je výsledkem adekvátně vedeného multidisciplinárního týmu. Vzhledem k faktu, že každý člen multidisciplinárního týmu je profesionálem svého oboru, přináší do týmu své znalosti a zkušenosti, jsou sestry nedílnou součástí multidisciplinárního týmu a jejich přispívání týmu je velmi prospěšné pro pacienta i pro ostatní členy týmu. Ať už se nacházíme v nemocnici či v domovech pro seniory, musí multidisciplinární tým reagovat na veškeré změny u svých pacientů. Plnění jednotlivých potřeb pacientů vyžaduje mnoho pozorovatelů z řad profesí, které jsou v multidisciplinárním týmu obsaženy. Každý profesionál z týmu používá své zkušenosti a znalosti, aby co nejlépe identifikoval problém či potřebu pacienta a díky multioborové spolupráci tento problém, potřebu vyřešil. Sestra jako součást multidisciplinárního týmu s sebou do týmu přináší nejen nadhled ošetrovatelský, ale taktéž nadhled individuální. Diskutováním o problémech s pacienty, dokáže mnohdy nasbírat více informací díky faktu, že je často jedním z pracovníků, který se s pacientem setkává nejčastěji a v co největší míře oproti některým jiným členům multidisciplinárního týmu. Sestra je oporou, rádcem, staví se na pozici partnera v konverzaci případně v řešení problémů týkajících se ošetrovatelské péče. Toto téma jsme si vybrali, jelikož jsme chtěli poukázat na důležitost sester v multidisciplinárním týmu, stejně tak jako na důležitost správně fungujícího multidisciplinárního týmu v jakékoliv péči o pacienty. Zajímalo nás, jak fungují multidisciplinární týmy při péči o seniory a zda se sestry cítí jako plnohodnotné členky těchto multidisciplinárních týmů. Názory, pocity a zkušenosti sester byly velmi důležité pro nás.

1. Současný stav

1.1 Multidisciplinární tým

„Péče o kompletně celého člověka nutně vyžaduje, aby i sám ošetřující byl celým, kompletním člověkem. Než se někdo takový objeví, použijeme tým!“ (Mount, 2003, str. 42). Práce ve fungujícím týmu je dle moderního ošetrovatelství jedním s pozitivních přínosů navrácení zdraví. Ovšem mnoho vědců se potýká s problémem přesné definice slov tým a týmová práce (Persily, 2013). Slovo tým vysvětluje Oxfordský slovník (2010) jako skupinu lidí, kteří spolupracují na určité práci. Dle Nancarrow et. al (2013) je multidisciplinární spolupráce dynamický probíhající proces, kde se zúčastňují alespoň dvě zdravotnické profese plnící a sdílející jeden společný úkol a tím je kvalitní péče o bio – psycho – spirituo – sociální aspekty pacienta. Správná organizace, struktura a složení fungujícího multidisciplinárního týmu skýtá ohromné benefity jak pro jednotlivé členy multidisciplinárního týmu, tak pro pacienty či klienty, o které se daný tým stará. Multidisciplinární tým umožňuje všem jeho členům správný holistický přístup k pacientům stejně tak jako podporu jedinců v týmu (Mental Health Commission, 2006). Práce jakéhokoliv multidisciplinárního týmu musí být podporována vedoucími pracovníky ale i vedením celé organizace. Aby byla multidisciplinární spolupráce úspěšná, je třeba rovnoměrného rozložení odpovědnosti mezi jednotlivými členy, kteří jsou tímto schopni kreativně plnit jednotlivě stanovené cíle (Holub in Jankovský, 2015). Národní zdravotní služba ve Velké Británii v publikaci Multi-disciplinary Team handbook (2014) uvádí, že multidisciplinární způsob práce *„je přiměřené využití znalostí, zkušeností a nejlepších praxí více disciplín s překlenutím hranic jednotlivých poskytovatelů péče (zdravotní, sociální, neformální péče) za účelem redefinování, změny rozsahu a rámce poskytování zdravotních a sociálních služeb a dosahování řešení na základě lepšího společného porozumění komplexních potřeb pacientů.“* (Národní zdravotní služba, 2014, s. 12.). Jankovský et. al. (2015) kladou důraz na mezioborovou spolupráci, kdy celý multidisciplinární tým složený z různých pracovníků v různých oborech spojuje jednotné prostředí, ve kterém se nachází pacient. Podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) je multidisciplinární týmová péče naprosto základní pro poskytování jakékoliv sociální a zdravotní péče. Kolektiv, kde spolu pracovníci spolupracují a panuje mezi všemi členy naprostá důvěra, která je velmi důležitá, se dá považovat za multidisciplinární tým. V České republice se užívá termín multidisciplinární spolupráce či multidisciplinární tým a aby tento tým fungoval správně, je předpokladem několik základních bodů, které musí

multidisciplinární tým mít. Mezi tyto body patří naplňování cílů, za které nese každý člen týmu zodpovědnost, zastávání rolí, které jsou přiřazené každému členovi týmu a velmi důležitou roli hraje komunikace v týmu (Hrdá, 2018). Díky těmto informacím jsme schopni vytyčit několik vlastností, které by měl mít multidisciplinární tým a všichni jeho členové (Persily, 2013).

- „Mezioborová závislost
- Spolupráce
- Otevřená a upřímná komunikace
- Společné rozhodování“ (Persily, 2013, str. 5.)

Za další ze zásadních schopností každého multidisciplinárního týmu se považuje schopnost adekvátně řešit střety a spory, které mohou být přínosem pro zájmy pacienta či klienta (Jankovský, 2015).

1.1.1 Fáze vývoje multidisciplinárního týmu

Předpokladem správné práce s jakoukoliv skupinou je správná znalost fází vývoje skupiny, případně multidisciplinárního týmu. Vývoj multidisciplinárního týmu či jakékoliv skupiny je rozdělen do několika fázových modelů. Mezi ně patří například Tuckmanův, Kreitnerův, nebo Cogův model (Novotná, 2010). Dalšími předpoklady počátku plánování fází multidisciplinárního týmu, je stanovení a odsouhlasení předem zvolených opatření. Každý multidisciplinární tým by měl respektovat základní body vedoucí k jeho stabilitě a funkčnosti (Persily, 2013).

- Mezioborová spolupráce
- Důvěra platící pro všechny členy multidisciplinárního týmu
- Rovnocennost mezi všemi členy multidisciplinárního týmu
- Soulad mezi členy multidisciplinárního týmu
- Předem stanovený společný cíl
- Sdílená odpovědnost v multidisciplinárním týmu (Persily, 2013)

Pro maximalizování funkčnosti a výkonu multidisciplinárního týmu zformuloval Bruce Tuckman v roce 1965 vývojové fáze multidisciplinárního týmu (Hrdá, 2018).

- Fáze formování – jednotliví členové se seznamují. Formují se pravidla a hranice v daném týmu. Základním bodem této fáze je vymezení rolí členů týmu, úkolů, tvorba společných cílů a kompetencí (Calvello, 2021).

- Fáze bouření – tato fáze se označuje za nejvíce kritickou. Členové týmu se vzájemně učí spolupracovat mezi sebou. Může docházet ke zpochybnění společně stanovených cílů, rolí. V této fázi hraje velkou roli komunikace a jednání mezi jednotlivými členy formujícího se multidisciplinárního týmu. Tým musí otevřeně komunikovat o svých problémech a pocitech (Calvello, 2021).

- Fáze normování – po zvládnutí předchozí fáze přichází tato fáze. Multidisciplinární tým v této oblasti spolupracuje, utváří pouto díky znalosti jedinců mezi sebou. Rozdělují se role, které má každý jedinec mít (Calvello, 2021).

- Fáze výkonnostní – tato fáze je nejvíce přínosná pro spolupráci všech jedinců z multidisciplinárního týmu. Plní se stanovené cíle a v týmu by měla nastávat pohoda, produktivita. V této fázi je tým schopný řešit případné problémy, které mohou nastat, jednodušeji než ve fázi bouření (Calvello, 2021).

- Fáze ukončování – fáze, kdy končí spolupráce multidisciplinárního týmu, jelikož všechny cíle byly splněny. Členové z daného týmu jsou přiřazováni do dalších projektů a fáze se opakují (Calvello, 2021).

Důvod, proč je Tuckmanův model nejvyhledávanější a preferovaný vychází z výsledků, které udávají, že Tuckmanův model z roku 1965 byl citovaný více než 8000krát v různých podobách. Díky tomu je Tuckmanův model relevantní i v dnešní literatuře (Serban, Vaida, 2021).

1.1.2 Struktura multidisciplinárního týmu

Smylem rozdělování struktury multidisciplinárního týmu je funkční rozdělení veškeré práce mezi členy týmu, koordinace jejich činnosti s účelem dosažení společných cílů. Správně rozložená struktura multidisciplinárního týmu napomáhá k zajištění efektivní činnosti týmu, přidělení úkolů a zodpovědnosti jednotlivým členům týmu (Bělohávek et. al, 2006). Aby struktura týmu správně fungovala, identifikoval Molyneux (2001) 3 indikátory, které jsou přínosem pro týmovou práci. Personální kvality společně s nasazením zaměstnanců, správná týmová komunikace a možnost rozvíjet kreativní přístupy a metody společně s týmem. Nedílnou součástí struktury a správného fungování je týmová spolupráce, kterou uznávali Henneman et. al (1995) za velmi důležitou složku multidisciplinárního týmu. Malíková (2020) tvrdí, že všeobecná sestra jakožto nelékařský pracovník spolupracuje s dalšími nelékařskými pracovníky, nejčastěji s fyzioterapeuty a

ergoterapeutů, je nadřazená pracovníkům v sociálních službách ale podřízená vrchní sestře.

1.1.3 Charakteristika všeobecné sestry jako člena multidisciplinárního týmu

V roce 2000 byla provedena revize a schválení mezinárodního etického kodexu sester, který byl stanoven poprvé v roce 1953 Mezinárodní radou sester. Česká asociace sester podporuje tento revidovaný kodex od roku 2003 v plném znění všech 4 článků a úvodu. Tento kodex zdůrazňuje a vymezuje povinnosti sester. Pečovat o zdraví pacienta, předcházet nemocem, navrátit zdraví a zmírnit utrpení člověka (Malíková, 2020). Každý pracovník, který poskytuje ošetrovatelskou péči musí znát a mít stanovené své kompetence. Kompetence se odvíjejí od zaměření oddělení, po variaci pacientů a osobních znalostí a zkušeností, dovedností. Při určování kompetencí pro pracovníky je třeba vycházet z platné legislativy (Plevová et. al, 2012). Člověk z řad pomáhajících profesí si sám osobně musí uvědomovat a vědět, proč chce ostatním pomáhat. Pokud je takový člověk plně přesvědčen o tom, že je třeba pomoc nabízet, zvýší se jeho vlastní ochota pomáhat druhým. Pokud ale člověk takovou práci dělá pouze z nutnosti, pak se tento přístup projeví i na samotném aktu pomoci (Hubinková, 2008). „*Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, jejímž cílem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018). Práce všeobecné sestry je podmíněna zákonem č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, který stanovuje přesnou definici, podmínky a uznávání kvalifikace a kompetence pro získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Profesní kompetence všeobecné sestry jsou stanovené pomocí zákonů. Profesi všeobecné sestry nemůže proto vykonávat nikdo jiný, kdo nemá odpovídající vzdělání. Problémem je historicky determinovaná velmi pomalu se měnící skutečnost, kdy v některých zdravotnických zařízeních vstupují do role vedoucího pracovníka lidé, kteří nemají primární vzdělání v oboru ošetrovatelství (Špirudová, 2015). Specifické předpoklady pro sestru stanovují trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost, v neposlední řadě i odbornou způsobilost (Malíková, 2020). Sestry, pracující ve zdravotnických zařízeních by měly dbát a pracovat podle principů praxe založené na důkazech. Ovšem často se stává, že samy sestry narážejí na bariéry při realizaci těchto postupů, které zvyšují kvalitu péče o pacienty (Jarošová,

Zeleníková, 2014). Vedoucí pracovníci zdravotnických zařízení často nemají snahu upevnit pozici sester-manažerek a mnohdy jsou tyto pozice velmi slabě obsazeny a podporovány. Vedoucí sestry by měly být schopné se nezávisle rozhodnout, stejně jako umět nést zodpovědnost za svá rozhodnutí (Špirudová, 2015). Je ovšem velmi důležité, aby všeobecná sestra uměla komunikovat v týmu a své kompetence uměla prosadit vhodným způsobem za použití slušnosti a asertivního chování (Drábková, 2011). Jedním ze špatných příkladů chování je horizontální elitářství. To nastává, když skupina sester na specifickém oddělení považuje sebe sama za důležitější a shazuje práci ostatních kolegyně z jiných oddělení, které se zaměřují na méně specializovanou péči (Bártlová, 2007).

1.1.4 Management a sběr informací pro multidisciplinární tým

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020) má ve své publikaci Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 hned několik zmínek ohledně vytvoření kvalitního nástroje, který má pomáhat koordinaci při poskytování služeb. Konkrétně v opatření číslo 1.3.2, kdy je cílem zajistit efektivnější práci multidisciplinárních týmů pro veškerý lékařský i nelékařský zdravotnický personál, sociální pracovníky a psychology. Pokud má management multidisciplinárního týmu fungovat, je třeba rozčlenit jednotlivé variace manažerů fungujících dle organizací. Existuje mnoho variací manažerů, ale za základní rozdělení se považuje následující. Vrcholový manažeři, střední manažeři a linioví manažeři (Bělohlávek et. al., 2001). K tomuto doplňuje Plevová et. Al. (2006), že každý manažer má své činnosti, funkce, úlohy a cíle, které by měly zabezpečit dosažení předem stanovených cílů, přičemž by měl být každý jednotlivý člen multidisciplinárního týmu vnímán jako zdroj rozvoje daného týmu. V ideálním případě se do čela multidisciplinárního týmu staví jako manažer sestra v roli case manažera. Nedílnou součástí správného postavené sestry do role case manažera je fakt, že sestry jsou v častějším kontaktu s pacienty než jiní pracovníci oddělení (Cohen et. al, 2004). Tento case manager má za úkol zajistit koordinaci služeb pro klienta. Mezi jeho úkoly v péči o klienta patří mnoho věcí. Posouzení individuálních potřeb, vypracování plánu péče, zajištění individualizované péče, dohlížení a kontrola nad kvalitou péče, spolupráce s klientem a jeho zpětná reflexe (Mental Health Commission, 2006). Základní složkou získávání informací je anamnéza. Při získávání anamnézy je velmi důležitá důvěra obou účastníků. Pracovník odebírající anamnézu by měl být znalý v komunikaci, managementu a měl by klást cílené otázky (Dobiáš, Bulíková, 2021). Hrdá (2018) zdůrazňuje důležitost

užívání adekvátně odborných výrazů v rámci komunikace celého multidisciplinárního týmu. Je třeba případnou užitou odbornou terminologii vysvětlit všem členům multidisciplinárního týmu, aby se předešlo nedorozuměním. Komunikace je velmi náročný proces zahrnující aktivní i pasivní část. Při zapojování nového pracovníka do multidisciplinárního týmu je klíčová správná komunikace, která způsobí maximalizaci využití potenciálu všech účastněných jedinců komunikace (Mičudová, Pokorná, Zítková, 2015). Maroon (2012) považuje supervizi jako součást struktury v prevenci syndromu vyhoření. Pro další vzdělávání pracovníků a členů multidisciplinárních týmů je supervize užitečným nástrojem pro rozvor. Ovšem neinformovanost pracovníků či neznalost této skutečnosti brání často v plné implementaci supervizí do běžného chodu oddělení či nemocnic, firem (Špačková, Zítková, 2014).

1.1.5 Cíle multidisciplinárního týmu obsahujícího všeobecné sestry

Proces rozvoje, jako je stanovení cílů vyžaduje, aby za schvalováním úkolů byl vždy odpovědný určitý zaměstnanec. Správně určené cíle v multidisciplinárním týmu napomáhají nejen zdravotnické administrativě, ale i všem členům multidisciplinárního týmu v plnění daných postupů při dosahování jednotlivých cílů (Plevová et. al, 2012). Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádějí, že pokud má jakákoliv péče o seniora být co nejvíce kvalitní a komplexní, s cílem uzdravit a povzbudit seniora, je třeba plná spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu. Při stanovování cílů je nutné postupovat podle specifických kroků. Metoda, využívaná ke správnému stanovení cílů se jmenuje metoda SMART (Svozilová, 2016). Zkratka SMART se skládá z pěti bodů, kdy každé písmeno reprezentuje postup. Specifický, kdy je cílem adekvátní popsání situace pro všechny členy multidisciplinárního týmu. Měřitelný, jehož cílem je naplnit dosažením určité skutečnosti. Ambiciózní postup, při kterém se zvyšuje motivace týmu a je třeba si dávat pozor, aby byl splněný, jelikož může být kontraproduktivní pro morálku celého týmu, pokud není splněn. Realistický (realistic), kdy se zpětně kontrolují předchozí body. Posledním bodem je termínovaný (term) postup, jehož cílem je určení časové osy plnění a splnění plánu (Hrdá, 2018). „*Strategické cíle by měly být stanoveny tak, aby byly dostatečně specifické, realistické a pro společnost dosažitelné, měly by s nimi souhlasit všechny zainteresované strany a musí být měřitelné a sledovatelné v čase.*“ (Machková, 2015, str. 59).

1.1.6 Rodina seniora jako součást multidisciplinárního týmu

Rodina je pro seniora nenahraditelnou součástí jeho života. Je velmi důležité, aby měl senior pocit, že ho stále někdo potřebuje a že je pro rodinu nenahraditelným. Pro psychologické i fyzické aspekty seniora je rodina nemyslitelnou součástí a podporou (Hrozenková, Dvořáčková, 2013). Mlýnková (2011) taktéž potvrzuje a udává, že v některých rodinách je tradicí, že děti se o své rodiče seniory starají. Senior se ve své rodině cítí bezpečněji než jinde. Zapříčiněným změnám ve stáří, kdy se často mohou změnit bio-psycho-sociální aspekty se může u seniorů vyvinout sociální izolace. Seniori mohou trpět strachem, nejistotou a pocitem opuštění (Dvořáčková in Mojžíšová, 2019). Rodina seniora přichází do kontaktu s multidisciplinárním týmem, který se stará o seniory. Díky této skutečnosti mohou přispět velmi cennými informacemi ohledně seniora. Jelikož při sběru informací či řešení problému jsou důležité veškeré informace jak od seniora, tak ale i od jeho rodiny (Hrdá, 2018). Klevetová (2017) udává, že velmi důležitým nástrojem v komunikaci s rodinou a seniorem je rozhovor. Správně vedený rozhovor dokáže informovat rodinu ohledně spolupráce s multidisciplinárním týmem a jejich užitku pro danou péči a spolupráci. Kooperace v multidisciplinárním týmu pomocí sdílení informací umožní taktéž ventilování individuálních pocitů, kterým je vystavený každý člen multidisciplinárního týmu (Bártlová, 2005). V multidisciplinárním týmu hraje velkou roli vliv jednotlivých členů na pacienta. Pro udržení vztahů mezi pacientem a rodinou je vhodné zanechat vliv i pro ni, stejně jako pro ostatní členy multidisciplinárního týmu (Bartůněk, Ptáček et. al., 2014).

1.1.7 Podpora funkčnosti multidisciplinárního týmu

Špirudová (2015) upozorňuje na skutečnost, že u některých sester může vznikat úzkost či pocity ohrožení a nejistoty způsobené návalem nových metod, standardů a papírů, které je třeba vyplňovat. Z tohoto důvodu sestry se věnují z velké části jen papírování a na pacienty zbývá velmi málo času. Na důležitost správného předávání informací v multidisciplinárním týmu poukazuje Hrdá (2018). Efektivní předávání informací musí být podporováno správným vedením dokumentace ve které musí být veškerá evidence služeb, činností a výsledků péče dané služby. Jako klíčový aspekt důležitosti komunikace vedly Nestel a Kidd (2006) výzkum, který se zabýval komunikací perioperačních sester na operačním sále a předáváním informací mezi sestrami a lékaři. Zjistily, že sestry trpěly frustrací kvůli neadekvátnímu předávání informací mezi

operatéry a perioperačními sestrami. Studie sama potvrdila, že kdyby se zlepšila komunikace mezi pracovníky, stres a frustrace by se umírnily. Manažeři díky podpoře z vedení mohou dosahovat svých stanovených cílů. Jejich úkolem je upravit a aplikovat své znalosti načerpané z různých výzkumů a přidělit je jednotlivým členům týmu tak, aby úkoly odpovídaly schopnostem každého člena multidisciplinárního týmu (Rigolosi, 2012). Kvalitní vedení má jedinečnou šanci v edukaci členů multidisciplinárního týmu a pomáhá jim myslet jednotně. Vedoucí manažer daného týmu má k dispozici kompletní přehled informací o svých spolupracovnících ale i o výkonech, které provádějí. Manažer by měl být hlavním podporovatelem multidisciplinárního týmu a vždy by měl být oporou pro všechny členy multidisciplinárního týmu (Korniewicz, 2015). Podpora z řad vedoucí pozice může být využívána k podpoře mezi jednotlivými pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu. Vedení a podpora funkčnosti vede k lepší integraci sester ve všech aspektech ošetrovatelského procesu a zvyšuje a zajišťuje kvalitnější ošetrovatelskou péči o pacienty (Huber in Huber, Joseph, 2021).

1.1.8 Sestra jako součást multidisciplinárního týmu

Kvalifikovaná sestra jako součást multidisciplinárního týmu je velkým přínosem pro zlepšení kvality péče a její role je v tomto uskupení nezastupitelná, přičemž je v multidisciplinárním týmu její postavení partnerské s ostatními profesemi (Bártlová, Chloubová, 2009). V mnoha případech je sestra nepostradatelná pro multidisciplinární tým díky její každodennímu styku s pacientem. Díky této skutečnosti je sestra přínosem pro multidisciplinární tým a zvyšuje možnost úspěchu stanovených cílů (Crookes, Griffiths, Brown in Daly, Speedy, Jackson, 2009). Dle Špirudové (2015) je profese sester v neustálém rozvoji z důvodu vstupování jiných oborů do problematiky ošetrovatelství a jejich snaha nastavovat podmínky pro samotné sestry jinými odborníky. Sestra společně s multidisciplinárním týmem pečují o seniory a podporují všechny holistické aspekty. Společenský život je důležité pro seniory a cílem multidisciplinárního týmu je udržet tento sociální kontakt. Zahrnujeme zde veškerou pomoc, od oblékání, hygieny po dopravu na příslušné místo konání společenské akce (Malíková, 2020). Sestra v paliativní péči je většinou první, kdo zahajuje představování pacienta, kterého má na starost. Ostatní členové multidisciplinárního týmu mají možnost vyjádřit se k celkově prováděné péči, upravit cíle či stanovit jiné priority v péči o daného klienta. Díky tomu dostává celý tým přehled o pacientově situaci (Marková, 2010). Hodnotící škály mají pomoci sestrám v shromáždění jednotlivých údajů o aktuálním stavu pacienta. Informace, kterými sestra

díky těmto výsledkům disponuje jsou vysoce důležitou a neoddělitelnou součástí intervencí sestry v multidisciplinárním týmu (Archalousová, Solgajová, Vörösová, 2015). Jarošová (2007) udává, že sestry jsou velmi důležitými členy multidisciplinárního týmu. Podílejí se na hodnocení a komplexní péči o obyvatele. Urden (2014) v publikaci Critical Care Nursing – E-Book udává, že všeobecná sestra se musí umět přizpůsobit moderním trendům, které jsou aktuální ve společnosti. Přiznává a sděluje důležitost všeobecných sester a poukazuje na skutečnost, že sestry jsou nezastupitelným článkem v multidisciplinární péči ale stejně jako všechny ostatní obory v multidisciplinární péči spoléhají i na další profese, stejně jako ostatní profese spoléhají na sestry. Brabcová (2021) taktéž potvrzuje důležitost sester jako člena multidisciplinárního týmu, který pečuje o rány u pacientů. Dle slov Brabcové (2021) ale ovšem neznáme, do jaké míry a v jakém rozsahu může sestra zasahovat do hojení z hlediska kompetencí. Všeobecná sestra má dvě role, které plní během své práce. První rolí je ošetřovatelka, mající za úkol ošetřování pacientů a podporu všech holistických aspektů pacienta. Druhá role sestry je role koordinátora a organizátora kompletní péče o pacienta, která je velmi komplexní a zahrnuje každodenní koordinaci všech ošetřovatelských postupů stejně jako podpory pacienta (Huber in Huber, Joseph, 2021).

1.2 Podpora zdraví seniorů

„Podpora zdraví a péče o zdraví je individuální záležitostí každého jedince, ale je i významným celospolečenským konceptem, který souvisí se společenskými podmínkami, strategiemi a možnostmi.“ (Krahulcová, Ondrušová, 2020, str. 325). Pojmy stáří a stárnutí, často používané v dnešní společnosti, bývají spojené s důsledky osobními ale i společenskými. Mnoho seniorů si nepřeje být v jakémkoliv porovnání s jinými seniory (Kalvach, Čevela, Čeledová in Čevela, Čeledová, 2014). Sami senioři a seniorky mohou pozitivně přispět k jejich vnímání ve společnosti. Seniorům je třeba poskytovat prostor, podmínky k účasti na aktivitách a společenských akcích (Klevetová, 2017). Senioři jsou společností vnímáni jako starší dospělí lidé, kteří podstupují mnoho změn. Například z hlediska pracovního, kdy neplní funkce zaměstnanců na plné úvazky a přebírají nižší nebo zkrácené úvazky. V dalším řadě můžeme vnímat změny sociálního začlenění a změnou soběstačnosti (Ptáčková, Ptáček et. al., 2021). Podpora seniorů je obsažena i v dokumentu WHO Zdraví pro všechny ve 21. století, kde je prezentován program s cílem zlepšit zdravotní stav obyvatelstva zdůrazňující zdravé stárnutí. Zdravotní gramotnost je součástí dlouhodobé přípravy na stáří (Malý, Ondrušová in Krahulcová, Ondrušová,

2020). Zdravé stárnutí zahrnuje podporu seniorů tím, že mají možnosti déle pracovat, podporují se a oddaluje se potřeba zdravotnických či sociálních služeb. Více se podporuje domácí péče jako alternativa ústavní péče, kdy již existující služby se ještě více rozvíjejí. (Burda, Šolcová, 2016). Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013), byl dřív v totalitním režimu známý pojem takzvané sendvičová generace. Kdy se střední generace starala nejen o své děti, ale i o své rodiče případně prarodiče a umístění prarodičů či rodičů do pobytových zařízení pro seniory bylo vnímání a bráno jako morální selhání střední generace, která se o ně měla postarat. Světová zdravotnické organizace udává důležitost aktivního stárnutí, které může být příspěvkem pro daná města užívající koncept Age-friendly Cities, který vznikl v roce 2005 během konání světového kongresu gerontologie a geriatrie v Rio de Janeiru. Cíl Age-friendly Cities je podporovat a inspirovat města, aby vítali seniory a podporovaly jejich potřeby, začleňovali seniory do různých oblastí, jelikož do roku 2030 bude zhruba tři z pěti lidí žít ve městě (Hamplová, 2019). Pojem aktivní stárnutí vychází z bodů a zásad, které reprezentují jednotlivé body v péči o seniory a jejich životě. Nezávislost, důstojné zacházení, péče a možnost seberealizace a nezávislost jedince. Organizace spojených národů taktéž klade důraz na respektování práv starších osob, možnost účastnit se veřejných rozhodování a akceptování faktu, že senioři nejsou homogenní skupinou (Dvořáčková, 2012). Každá nemoc, zejména dlouhodobě trvající, může být stresující pro pacienta. Díky stresující situaci se může člověk chovat jinak než obvykle. Stres má vliv na mnoho věcí, od komunikace verbální či neverbální po celkovou náladu. Důležité je najít si cíle, kterých se daný nemocný člověk dosáhnout a držet se jich, jelikož onemocnění často nevyřadí člověka ze společnosti, ale zhoršuje některé činnosti (Bartlová, Poděbradská, Pszcolková, 2020). Je třeba si dát pozor na přehlcení multidisciplinárního týmu a jednotlivých členů, jelikož každý den se realizuje a plní mnoho cílů. Zde platí přímá úměra, která zdůrazňuje nutnost regulace cílů, které si na sebe jednotliví členové multidisciplinárního týmu kladou. Pokud členové multidisciplinárního týmu zvládají svojí práci, mají ve zvyku přidávat si větší množství úkolů, které pak mohou vést k vyčerpání a zvyšují riziko syndromu vyhoření (Hrdá, 2018). Vostrý a Veteška (2021) definují syndrom vyhoření jako součást emocionálního a fyzického přetížení jednotlivce. Důležité je proto vyhýbat se stresorům a dbát na prevenci tohoto syndromu. V dnešní době existuje nemalý výběr kompenzačních pomůcek, které jsou k dispozici pro všechny seniory. Lékař má možnost mnoho z nich dokonce předepsat a nechat je proplatit pojišťovnou po předchozím schválení (Klevetová, 2017).

1.2.1 Zdravotní změny v seniorském věku

Zprvu slovo stárnutí není chápáno jako negativní, jelikož prakticky stárneme od svého vlastního narození. Ovšem postupem času nastává mnoho změn. Samotné chápání pojmu stárnutí začíná být méně a méně optimistické, objevují se různé regrese jednotlivých funkcí organismu, které mohou způsobit od všemožných sociálních, zdravotních, soukromých omezení po závažné zdravotní onemocnění (Mudrák, Slepíčka, Slepíčková, 2016). Jakákoliv změna z hlediska zdraví je velmi náročná pro seniora. Ve stáří je senior vystavován mnoha psychickým a somatickým obtížím v závislosti na plnění sociálních rolí a kompetencí. Jakékoliv onemocnění je pro seniora jakousi událostí, která může ohrozit či zhoršit jeho zdravotní stav (Krahulcová, Ondrušová, 2020). Venglářová (2007) tvrdí, že změny u seniorů přicházející s věkem se odehrávají v několika rovinách. V rovině tělesné, sociální a psychické, přičemž jednotlivé roviny se navzájem propojují a ovlivňují jedna druhou a je třeba, aby se na ně senior adaptoval (Venglářová, 2007).

1.2.2 Nemoci v seniorském věku

Samo o sobě přináší starší věk zvětšený výskyt akutních, chronických zdravotních obtíží (Topinková, 2005). Český statistický úřad provedl v roce 2013 výběrové šetření osob se zdravotním postižením. Z tohoto výzkumu vyplývá, že v roce 2013 žilo na území České republiky celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením. Věková struktura se vyznačovala vysokým podílem žen nad 75 let. Vzhledem k vysokému číslu osob se u 41,3 % nevyžaduje žádná péče a přesahuje míra soběstačnosti, u 31,4 % je vyžadující míra pomoci jen na několik hodin denně (Tomeš, Šámalová et. al., 2017. str. 89). V České republice je výskyt chronických chorob u seniorské populace podobný, jako v jiných zemích. Důležitým aspektem je zhoršování kvality života z důsledků, jako je ztráta kondice, špatný životní styl (Kalvach et. al., 2006). Starší lidé, senioři, trpí takzvanou geriatrickou křehkostí. Jejich potenciál zdraví klesá, stejně jako veškeré aspekty funkčního zdraví, zdatnosti, odolnosti, výkonu. Často jsou u nich prováděny některé zdravotnické výkony, invazivní metody, zbytečně a neuváženě (Čeledová, Holčík et. al., 2018). Geriatrická křehkost zasahuje do všech aspektů funkčního zdraví jako je somatická část, psychická, sociální a spirituální část seniora a díky dominovému efektu může dojít k postupné dekompenzaci (Ptáčková, Ptáček et. al., 2021, s. 40.). Onemocnění výrazně zhoršující kvalitu života je deprese. Deprese není součástí stáří, ale vede k narušování života jak seniora, tak lidí v jeho blízkosti. Velmi důležitou roli v rámci deprese hraje

časná a správná diagnostika daného stavu seniora. Jako určující změny by se mělo brát v potaz změněné chování a prožívání daných situací (Venglářová, 2007). Procházková (2019) dodává, že s vyšším počtem seniorů trpících demencí se také úměrně zvyšuje potřeba specializovaných služeb a kvalitně vzdělaného personálu, který se o dané seniory stará. Dodává také, že je velmi důležité stanovit měřitelné ukazatele, stejně tak jako zapojení multidisciplinárních týmů. Zvýšenou pozornost vyžaduje v péči o seniory riziko pádu. U seniorů lze klasifikovat více druhů pádu, respektive způsobů, které v pádu napomohli. Jedná se o pády, způsobené vnějším nebo vnitřním prostředím, přičemž vnější prostředí zastávají realizace denních aktivit seniora. Vnitřní faktory jsou zastoupeny různými somatickými onemocněními v anamnéze seniora (Miertová, 2019). S přibývajícím věkem vzniká pokles celkové tělesné vody. Díky tomu organismus seniora reaguje pomaleji na dehydrataci či hyponatrémii. Klesá pocit žízně a v kombinaci s poklesem celkové tělesné vody je pacient ohrožen dehydratací. Při podávání léků, které se rozpouštějí ve vodě je třeba dbát na fakt, že mohou přinášet větší nežádoucí reakce u seniorů (Vágnerová, 2020). Vytejšková et. al. (2011) udává, že do nejvíce častých příčin vzniku imobility patří neurologické poruchy, u vědomí poruchy kvantitativní i bezvědomí, věk a stav člověka stejně tak jako chronická bolest, poruchy podpůrného tělesného aparátu či deprese. Vostrý a Veteška (2021) dodávají, že imobilita při uspokojování základních potřeb člověka velmi ohrožuje celkovou soběstačnost. Stejně tak mohou imobilitu ovlivnit i nežádoucí účinky léků.

1.2.3 Zdravotnická péče o seniory

Kdo je vlastně pacientem geriatric, zaznívá často tato otázka mezi odborníky na geriatric. Ovšem geriatric jako lékařský obor neurčuje věkovou hranici, ale respektuje holistické aspekty každého jednotlivého seniora (Höschl, Štěpánková, Vidovcová, 2015). Součástí práce a péče o seniory není jen řešit otázky v oblasti stáří a stárnutí, nemoci, ale i otázky v oblasti smrti (Vostrý, Veteška, 2021). Bártlová (2019) odhalila ve výzkumu Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje, že zdravotní gramotnost je změněna s přibývajícími zdravotními potížemi. Senioři často nemají potřebné zkušenosti s předáváním informací a edukací v dnešním věku a existuje pouze malé množství zdrojů, které přímo cílí na seniory. V tomto případě vstupuje do své nezastupitelné role všeobecná sestra, kdy její povinností jsou splněné ordinace od lékaře, provádění řady intervencí, hodnocení, monitorace soběstačnosti seniora, aktivizace a zajištění pohybového režimu a bezpečnosti seniora (Pokorná et. al., 2013). Členové z řad

pomáhajících profesí u seniorů jsou součástí širokého souboru s různými oblastmi a variací kompetencí, které jsou směřovány do jednotného bodu a tím je komunikace a péče o seniory. Samotná osobnost každého pracovníka a jeho vlastní hodnoty se poté odráží v dané péči (Vostrý, Veteška, 2021). Je třeba dbát na skutečnost, že každá generace seniorů bude jiná. Momentální situace, kdy senioři jsou většinou narozeni před 2. světovou válkou se podepisuje i na službách, které očekávají od multidisciplinárního týmu, který provádí zdravotnickou a další péči. S průběhem času se generace seniorů budou obměňovat a každá z nich bude dbát na jiné aspekty jejich péče, stejně tak jako na náročnost dané péče (Procházková, 2019). Při spolupráci seniora a multidisciplinárního týmu je třeba vytvořit prostředí, které je laskavé, podporující, vstřícné a kde je vždy smysl pro humor. Pokud členové multidisciplinárního týmu přistupují k seniorovi osobně a mají respekt k jeho chování a rozhodování, podporují ho, tak tyto akce vedou k posílení sebedůvěry seniora. Je třeba seniora podpořit ve faktu, že existuje nejen bolest, ale i příjemné aspekty života (Klevetová, 2017). Při setkáním se seniorem v urgentní péči je třeba dávat pozor na zmatenost seniora. Mnohdy je zmatenost důvodem vyhledání péče, nebo naopak komplikací při správné diagnostice problému. Jelikož může zmatenost vést k získávání špatných údajů při sbírání anamnézy je třeba odlišit, zda se nejedná o delirium nebo demenci (Knor, Šeblová et. al., 2018).

1.3 Ošetrovatelská péče a služby pro seniory

Pokud se s pacientem jedná jako s osobou, a nikoliv jako s případem, dokáže být terapie velmi rozsáhlá a můžeme využít samotné osobnosti pacienta. Moderní sestra je schopna tuto výhodu využít a porozumět pacientovi jako osobě. Možná ten nejdůležitější aspekt je právě schopnost sestry (Halloran, 1996). Ošetrovatelská péče musí být odborná, kontinuální a systematická, aby bylo možné zajistit komplexní péči v různých zařízeních pro seniory (Malíková, 2020). Vzhledem k tomu, že kvalita života v seniorském věku je přímo závislá na zdravotnické péči a zdraví, je třeba dbát na udržení seniorů v co nejvíce maximální soběstačnosti (Hudáková, Majerníková, 2013). Aby byla ošetrovatelské péče optimální, je třeba mít předem připravený plán ošetrovatelské péče. Pro správné stanovení ošetrovatelského plánu a tím i zlepšení a větší efektivita ošetrovatelské péče je třeba stanovit si plán odpovídající skutečnosti (Messer, 2016).

1.3.1 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

„Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotnických služeb.“ (§ 45 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Zákon o zdravotních službách ve svém znění upravuje podmínky vedoucí k poskytování zdravotních služeb, způsobilost personálu k výkonu zdravotnického povolání. Udává a stanovuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb. Zákon o zdravotních službách zformoval postupy při péči o zemřelého pacienta, postupy při úmrtí, stanovuje sankce při porušování daných postupů v peněžní hodnotě. Díky zákonu o zdravotních službách jsou nyní definovány formy a druhy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotní péče (Švarc in Hosák, Hrdlička, Libinger, 2015). Pokud chce poskytovatel sociálních služeb zavést i služby zdravotnické ve svém zařízení, není potřeba získávat žádné oprávnění. Poskytovatel má ale povinnost tuto skutečnost nahlásit krajskému úřadu. Všechny personál pracující ve zdravotnických službách ale musí splňovat podmínky stanovené zákonem, které ukládají odbornost, pojištění zodpovědnosti zaměstnanců, vedení zdravotnické dokumentace dle legislativy a povinnou mlčenlivost (Tomeš, Šámalová et. al., 2017).

1.3.2 Ošetrovatelská péče poskytovaná seniorům, organizace

Geragogika čili vzdělávání seniorů a jejich výchova je pedagogická disciplína, kde se rozděluje edukace seniorů a edukace kmetů (Kalnický, 2009). Janiš a Skopalová (2016) dodávají, že edukátoři musejí být seznámeni s faktem, že konají vzdělávací akci pro seniory a musí díky tomu adekvátně uzpůsobit podávání informací (Klevetová, 2017). Zákon 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, definuje všechny typy služeb, které se mohou seniorům poskytnout. Senior má možnost volby mezi ambulantními a terénními službami, případně poradentstvím. Tyto služby musí senior hradit, ovšem jejich cena je regulována (Suchá et. al., 2019). Malíková (2020) upozorňuje na novou skutečnost, a tím je příprava nové pobytové služby s názvem ošetrovatelské domovy. Tyto domovy mají být evolučním opatřením v sociálních službách ale i zdravotnických, které budou poskytovat. Samotní obyvatelé těchto domovů budou mít nárok dostávat příspěvky na péči a samotné ošetrovatelské domovy budou moci čerpat finance z dotací. Základem péče o seniory je prevence primární, kterou poskytuje praktický lékař společně se

sekundární i terciární prevencí. Lékař by měl spolupracovat společně s rodinou a je doporučována domácí péče, pokud to stav seniora splňuje. Agentury zajišťující domácí péči pro seniory jsou často rozdělené do sekcí státních, městských, charitativních či plně soukromých (Dvořáčková, Hrozenská, 2013). Mezi důležité intervence při umístění seniora do zařízení takové péče patří správná integrace seniora do kolektivu a do chodu celého oddělení, které má často svá vlastní pravidla a časově nastavené doby, které nemusí seniorovi zcela vyhovovat (Ptáčková, Ptáček et. al., 2021). V České republice existuje organizace se jménem Spojená akreditační komise, která má za úkol zabývat se kvalitou zdravotní péče, která je poskytována. Dále se zabývá bezpečím pacienta ale i zdravotnických pracovníků. Ke správnosti a kontrole dané zdravotní péče využívá standardy, které má rozdělené do osmi přehledů. Dále do oblasti kontroly Spojené akreditační komise spadá i řízení organizace, její správa a kontrola bezpečného prostředí (Šupšáková, 2017). Mezi organizace poskytující péči seniorům se v České republice řadí například sdružení GEMA, které od roku 1993 plně podporuje rozvoj gerontologie, kvalitu péče o seniory. Další sdružení se jmenuje Život 90, provozuje komunitní centrum a je funkční od roku 1995. Fungující služba s názvem Elpida, která slouží jako tísňová linka pro seniory je v dnešní době taktéž využívána (Klevetová, 2017). Pobytové služby pro seniory se rozdělují na dva typy, které se liší specializací. Prvním jsou domovy pro seniory, které zajišťují od ubytování po veškeré zázemí pro člověka, který má sníženou soběstačnost. Druhým typem jsou domovy se zvláštním režimem, kde jsou ubytováni lidé z důvodu duševního onemocnění, lidé s Alzheimerovou chorobou a jejich péče vyžaduje specifický ošetrovatelský přístup. Dále jsou k dispozici odlehčovací služby, které slouží jako dočasná ubytovací, sociální a ošetrovatelská péče pro rodiny, které se starají o seniora v domácím prostředí (Suchá et. al., 2019). Zrubáková, Krajčík et. al. (2016) dodávají, že pro schválení pobytu a zahájení sociálních, ošetrovatelských služeb klienta v domovech se zvláštním režimem je vyžadováno, aby splňoval klient predispozice, díky kterým má být do tohoto zařízení umístěn a jako častou příčinu umístování klientů do těchto zařízení je rozvinutá demence u klienta. Díky systémům organizací, které se rozdělily na zařízení pro dospělé osoby a zařízení pro seniory se specifickým zaměřením či zvláštním režimem, se lépe realizují přístupy k individuálním problémům a potřebám klientů. Individuální práce s klientem a jeho následná aktivizace zajišťuje bezpečnost pro klienty i pro multidisciplinární tým (Malíková, 2020).

1.3.3 Právní ochrana seniorů při poskytování ošetrovatelské péče

V domovech pro seniory má úlohu zajišťovat sociálně právní ochranu právě pracovník v sociálních službách. V další řadě sociální pracovník musí zajistit seniorům kontakt s rodinou, okolím a zajistit přístup k sociálně terapeutickým činnostem. Sociální pracovník pracuje se seniorem, je mu oporou, naslouchá a je empatický (Dvořáčková, 2012). Jedním ze základních aspektů získávání informací, anamnézy od seniora je svolení ke shromažďování informací a jejich následnému zpracování. Poskytnutí souhlasu je dle zákona stanovené a souhlas nemusí být v písemné podobě, ovšem poskytovatel péče je povinen doložit a prokázat se souhlasem po celou dobu poskytování péče. Poskytovatel péče je povinen sdělit klientovi za jakým účelem je souhlas vyžadován (Hauke, 2014). Multidisciplinární tým se taktéž může dostat do kontaktu se seniorem, kterému může hrozit domácí násilí. Je proto třeba aby každý člen týmu, který se setkává s klienty uměl identifikovat varovné signály, které mohou znamenat skutečnost, že je praktikováno domácí násilí na člověku. V takových případech, kdy je domácí násilí prokázáno lze pro seniora využít intervenční centra, kde pracují kvalifikovaní a proškolení odborníci z řad multidisciplinárního týmu, tvořící sociální pracovníky, právníky a psychology, specializujícího se na tyto případy (Špatenková et. al., 2017). Šupšáková (2017) udává, že při poskytování zdravotních služeb by se měl stanovit a fungovat pracovník, který by měl být odpovědný za komplexní řízení kvality péče a bezpečí jak pro klienty, tak pro personál. Působení tohoto pracovníka a jeho týmu by mělo být rozsáhlé po celé struktuře daného zařízení. Díky správné funkčnosti tohoto týmu se rozšíří dobrá informovanost a kvalita péče pro celé zařízení. Ovšem v požadavcích Spojené akreditační komise není tato povinnost existence pracovníka stanovená (Šupšáková, 2017).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak vnímají sestry své postavení v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory?

Cíl 2: Zjistit, jak vnímají sestry přínos multidisciplinárního týmu?

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestra jako součást multidisciplinárního týmu hodnotí kvalitu spolupráce v týmu kladně.

Hypotéza 2: Sestra při spolupráci multidisciplinárního týmu má zvýšené znalosti o potřebách jednotlivých klientů.

Hypotéza 3: Spokojenost sester s multidisciplinárním týmem je závislá na základě schopnosti práce týmu ve specifických činnostech.

2.3 Operacionalizace pojmů

Multidisciplinární tým: Skupina odborníků z různých oborů, týmově spolupracujících, přinášející lepší výsledky poskytované péče v mnoha ukazatelích (Vévoda, et. al., 2013).

Ošetrovatelská péče: Praktická část vědecké disciplíny ošetrovatelství. Péče je vykonávána v určitém čase pro určitou osobu (Plevová, et. al., 2018).

Potřeby pacienta: S vyvíjením zdravotního stavu pacienta se rovněž vyvíjí specifické potřeby (Kapounová, 2020).

3. Metodika

3.1 *Metoda užitá při výzkumném šetření*

Výzkumná část bakalářské práce je zpracována pomocí kvantitativního šetření. Zvolená forma techniky byl zvolen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Nestandardizovaný dotazník obsahoval celkem 22 otázek. Dotazník konkrétně obsahoval 19 uzavřených otázek typu single choice, 1 tabulku formou matice otázek, 2 polouzavřené otázky s možností multi choice. Vyplnění dotazníku zabralo zhruba 10–15 minut. Konstrukce dotazníku byla postavena za účelem získání dat potřebných pro identifikaci a zhodnocení hypotéz. V první třetině dotazníku se nachází obecné otázky (týkající se pohlaví, věku, pracovní pozice). Stěžejní část dotazníku se skládá z více specifických otázek zaměřené na identifikaci spolupráce a spokojenosti multidisciplinárního týmu (otázky 5-14). Zbytek otázek (15-22) se zaměřovaly především na orientovanost v multidisciplinárním týmu. Pro záznam, tvorbu tabulek a grafů byl využit program Microsoft Excel. Pro analýzu dat, vyhodnocení hypotéz byly využity programy SASD (Statistická analýza dat) a IBM SPSS 20. Během kódování, analýzy a interpretace dat se s dotazníky pracovalo souhrnně a dotazník neobsahoval žádnou specifikovanou otázku pro určení pracovního zařízení respondenta. Tudíž lze předpokládat, že respondenti pracují ve zdravotnických zařízeních a zdravotně-sociálních zařízeních se specifikací oddělení péče o seniory. Pro daný dotazník platí pravidlo, že je zcela anonymní a byl rozeslán v online formě, poté co byla zjištěna velmi malá návratnost tištěné formy dotazníků (ze 100 rozeslaných se vrátilo 47 dotazníků). Výzkumné šetření probíhalo v době února až dubna roku 2022 v oblasti České republiky.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

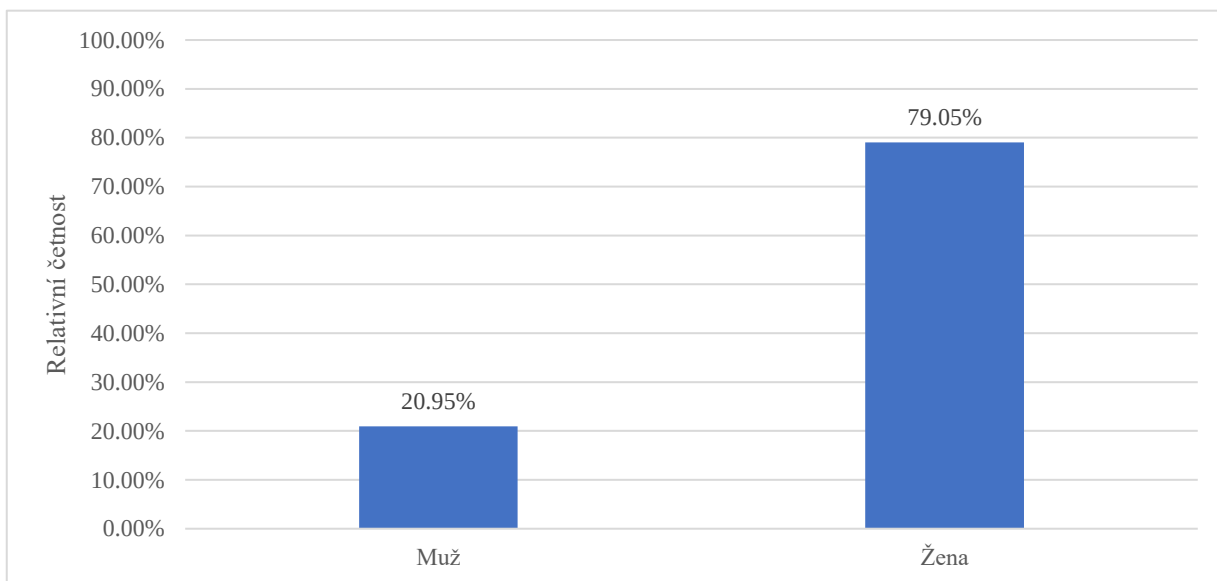
Výzkumný soubor byl předem stanoven v úvodu dotazníku. Sestry pracující ve zdravotnickém či zdravotně-sociálním zařízení, pečující o seniory. Výzkumný soubor tvoří sestry z Jihočeského kraje. Jelikož dotazníkové šetření bylo anonymní, ze statistických dat v největší míře odpovídaly sestry ve věku 21–30 let, které se identifikovaly jako ženy.

4. Výsledky

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výsledky zaznamenané v následující části vycházejí z dotazníkového šetření. Zaměření otázek je spojené se základními informacemi ohledně respondentů, jejich pracovní pozicí.

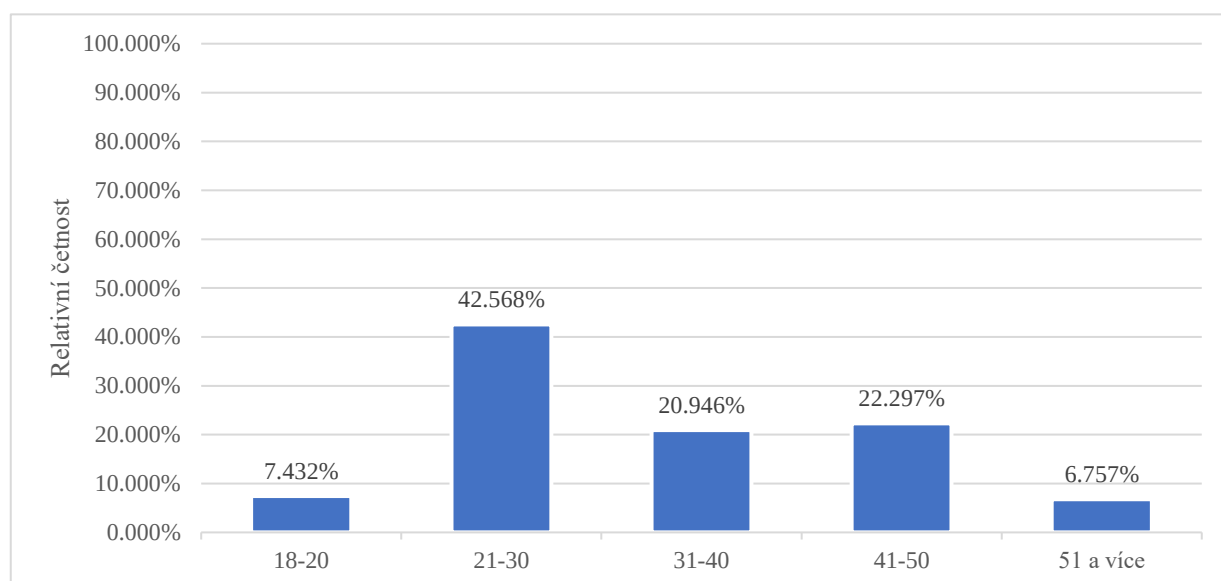
Graf 1 Pohlaví respondentů (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku č. 1 „*Jaké je Vaše pohlaví?*“ v grafu 1 odpovědělo 148 (100 %) respondentů. Z celkové počtu respondentů uvedlo 117 (79,05 %) variantu žena a 31 (20,95 %) variantu muž.

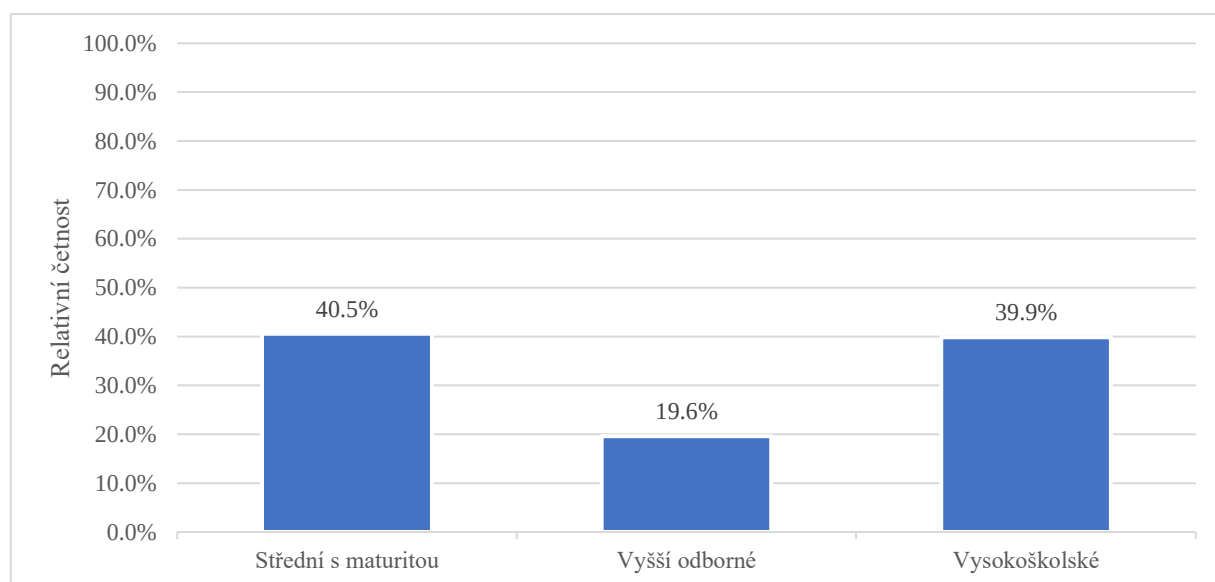
Graf 2 Věk respondentů (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku č. 2 „*Jaký je Váš věk?*“ v grafu 2 odpovědělo 148 (100 %) respondentů. Celkem 11 (7,432 %) respondentů uvedlo věk 18-20, variantu 21-30 uvedlo 63 (42,568 %) respondentů, variantu 31-40 uvedlo celkem 31 (20,946 %) respondentů. Věk 41-50 uvedlo 33 (22,297 %) respondentů a možnost 51 a více uvedlo 10 (6,757 %) respondentů.

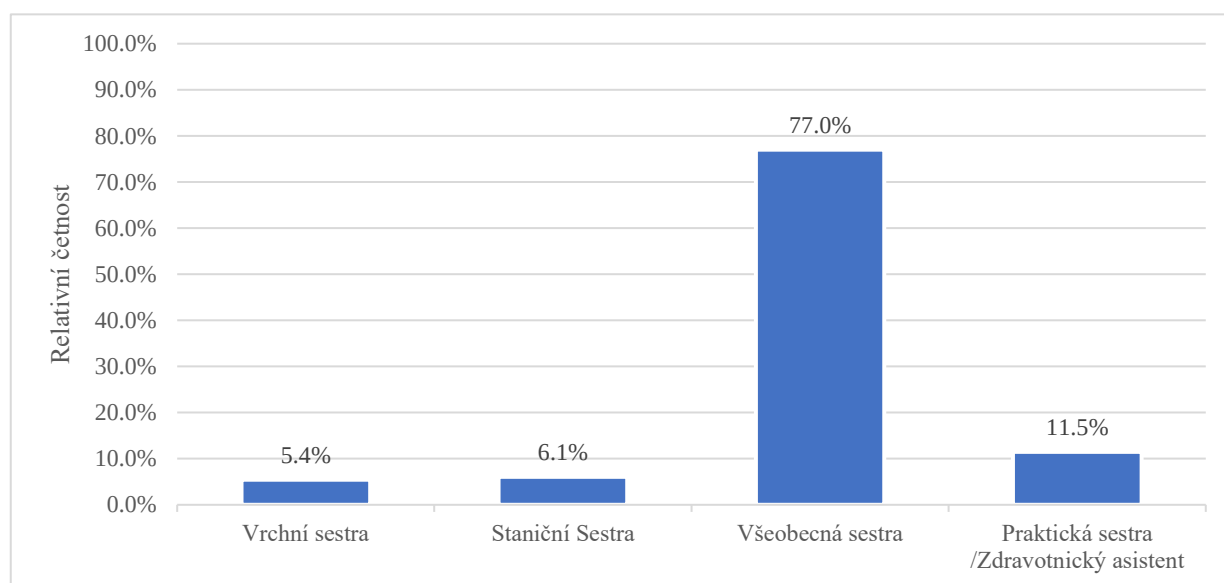
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Respondenti odpovídali na otázku č. 3 „*Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?*“. Celkem 60 (40,5 %) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Možnost vyššího odborného vzdělání zvolilo 29 (19,6 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání dle odpovědí má 59 (39,9 %) respondentů.

Graf 4 Pracovní pozice (n= 148)



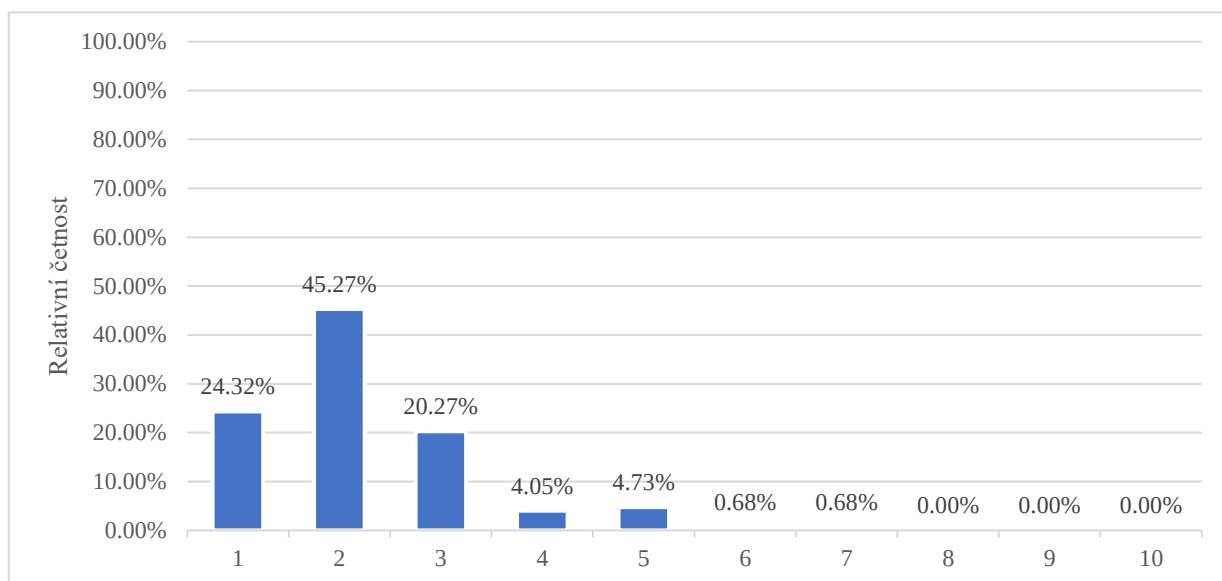
(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 4 „*Na jaké pozici pracujete v tomto zařízení?*“ měla také plný počet respondentů. Na pozici vrchní sestra pracují 8 (5,4 %) respondentů. Možnost staniční sestra vybralo celkem 9 (6,1 %) respondentů. Na pozici všeobecná sestra pracuje 114 (77,0 %) respondentů. Možnost praktická sestra/zdravotnický asistent zvolilo celkem 17 (11,5 %) respondentů.

4.2 Subjektivní hodnocení multidisciplinárního týmu

Tato část je zaměřena na subjektivní hodnocení multidisciplinárního týmu, členů multidisciplinárního týmu a hodnocení důležitosti multidisciplinárního týmu respondenty.

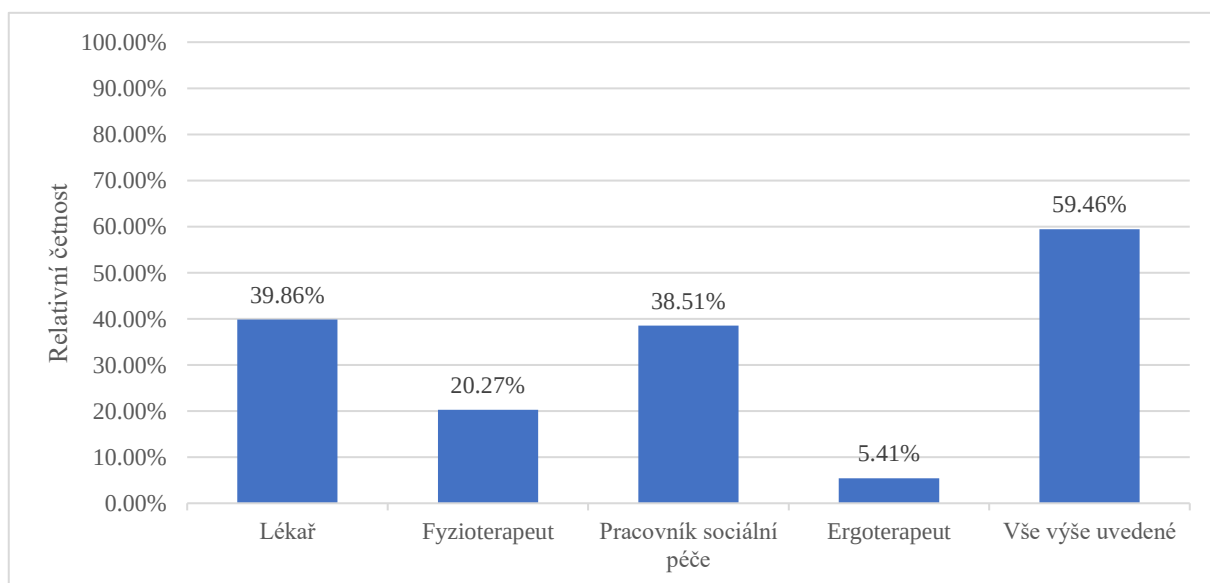
Graf 5 Pozice v multidisciplinárním týmu (1 nejlepší, 10 nejhorší) (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 5 se zaměřovala na subjektivní pocit respondentů. Její znění bylo „*Jak vnímáte svoji pozici v multidisciplinárním týmu?*“. Byla zde přiložena škála od 1 do 10, kdy 1 byla nejlepší vnímaná pozice a 10 byla nejhorší vnímaná pozice. Možnost 1, nejlepší možná pozice v týmu vybralo celkem 36 (24,32 %) respondentů. Možnost číslo 2 vybralo 67 (45,27 %) respondentů. Možnost číslo 3 vybralo 30 (20,27 %) respondentů. Možnost číslo 4 vybralo celkem 6 (4,05 %) respondentů. Možnost číslo 5 vybralo celkem 7 (4,73 %) respondentů. Možnost číslo 6 vybral 1 (0,68 %) respondent a možnost 7 vybral 1 (0,68 %) respondent, přičemž žádný z dotazovaných nevybral možnost 8, 9, 10.

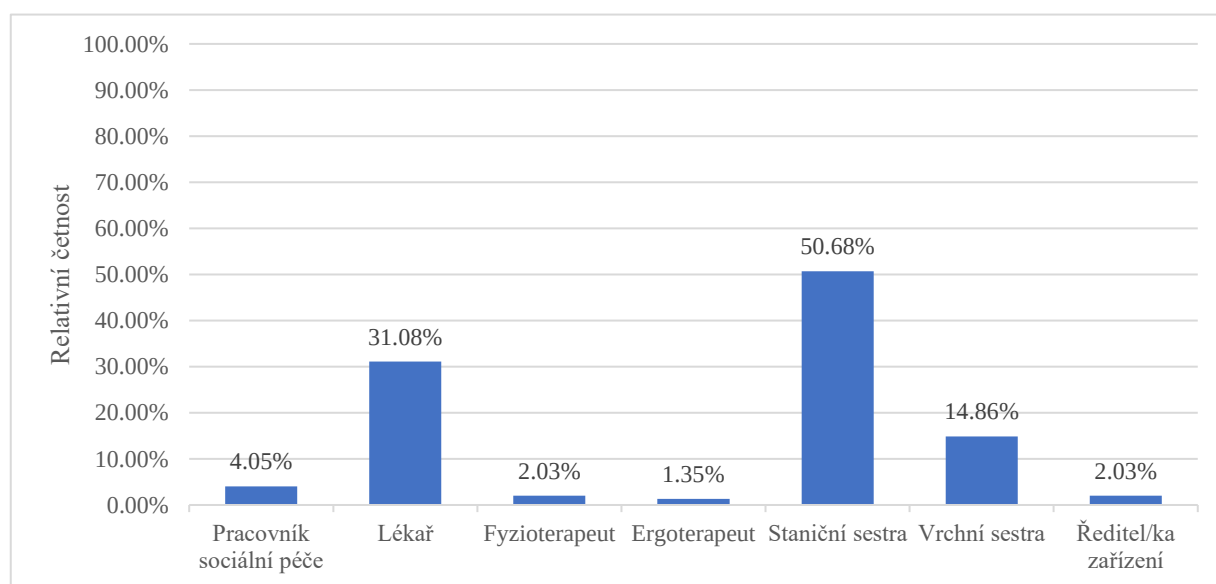
Graf 6 Jací členové multidisciplinárního týmu se nachází na pracovišti (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 6 ve svém znění „*Jací členové multidisciplinárního týmu se nacházejí u Vás v zařízení?*“ byla otázkou s formou multi choice. Nicméně celkový počet respondentů čítající 88 (59,46 %) dotazovaných uvádí, že se na jejich pracovišti nachází všichni výše uvedení. Dále respondenti v počtu 59 (39,86 %) tvrdí, že se u nich nachází lékař. Pracovníka sociální péče má v počtu 57 (38,51 %) respondentů na svém oddělení. Fyzioterapeuta má 30 (20,27 %) respondentů a ergoterapeut se nachází u 8 (5,41 %) respondentů.

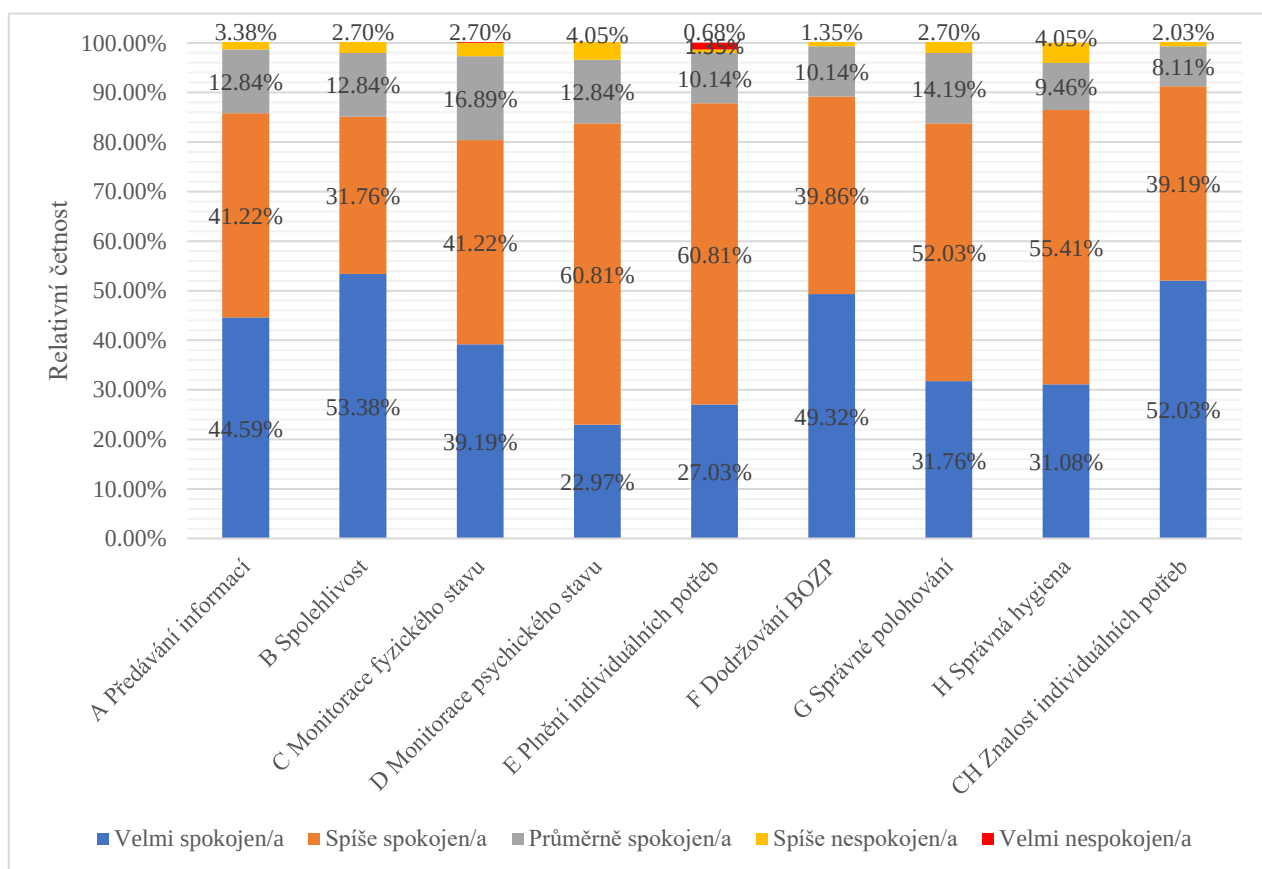
Graf 7 S kým nejvíce spolupracujete (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 7 zněla „*S jakým členem multidisciplinárního týmu spolupracujete nejvíce?*“ Nejvíce respondentů 75 (50,68 %) uvedlo, že nejvíce spolupracují se staniční sestrou jako se členem multidisciplinárního týmu. Dále 46 (31,08 %) respondentů uvedlo, že spolupracuje s lékařem. Celkem 6 (4,05 %) respondentů uvedlo, že spolupracuje nejvíce s pracovníkem sociální péče. 3 (2,03 %) z dotazovaných uvádí, že spolupracují nejčastěji s fyzioterapeutem. Další respondenti v počtu 22 (14,86 %) uvádí, že spolupracují s vrchní sestrou. Spolupráce s ergoterapeutem volí 2 (1,35 %) z dotazovaných a s ředitelkou jako s členem multidisciplinárního týmu spolupracují nejčastěji 3 (2,03 %) respondenti.

Graf 8 Spokojenost a spolupráce multidisciplinárního týmu při specifických výkonech
(n = 148) – matice otázek



(Zdroj: vlastní výzkum)

V otázce č. 8 je zvolený typ zvaný matice otázek. Otázka měla následující znění. „*Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?*“ Celkem bylo 9 kategorií, které vyplnil plný počet respondentů. Ovšem někteří respondenti vyplnili více odpovědí u jednotlivých kategorií. Ve statistickém přehledu bude vzhledem k situaci interpretován průměr z těchto hodnot. V přehledu jsou uvedena všechna data z odpovědí i přes jejich disparitu v celkovém počtu respondentů.

U kategorie A. předávání informací, se vyjádřilo 66 (44,59 %) respondentů velmi spokojeně. Dále se vyjádřilo 61 (41,22 %) respondentů jako spíše spokojeni. Celkem 19 (12,84 %) respondentů jsou průměrně spokojeni a 5 (3,38 %) respondentů jsou spíše nespokojeni v této kategorii. V této kategorii bylo zaznamenáno 151 odpovědí.

U kategorie B. spolehlivost, se vyjádřilo 79 (53,38 %) respondentů jako velmi spokojeni, 47 (31,76 %) respondentů jako spíše spokojeni, 19 (12,84 %) respondentů jako průměrně spokojeni a 4 (2,70 %) respondenti jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 149 odpovědí.

U kategorie C. monitorace fyzického stavu klienta, se vyjádřilo celkem 58 (39,19 %) respondentů jako velmi spokojeni, 61 (41,22 %) respondentů jako spíše spokojeni, 25 (16,89 %) respondentů jako průměrně spokojeni, 4 (2,70 %) respondenti jako spíše nespokojeni a 2 (1,35 %) respondenti jako velmi nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 150 odpovědí.

U kategorie D. monitorace psychického stavu klienta, se vyjádřilo celkem 34 (22,94 %) respondentů. Dále se vyjádřilo celkem 90 (60,81 %) respondentů jako spíše spokojeni, 19 (12,84 %) jako průměrně spokojeni, 6 (4,05 %) jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 149 odpovědí.

U kategorie E. plnění individuálních potřeb klientů, se vyjádřilo celkem 40 (27,03 %) respondentů jako velmi spokojeni, 90 (60,81 %) respondentů jako spíše spokojeni, 15 (10,14 %) respondentů jako průměrně spokojeni a 1 (0,68 %) respondent jako velmi nespokojen, dále 2 (1,35 %) respondenti jako velmi nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 148 odpovědí.

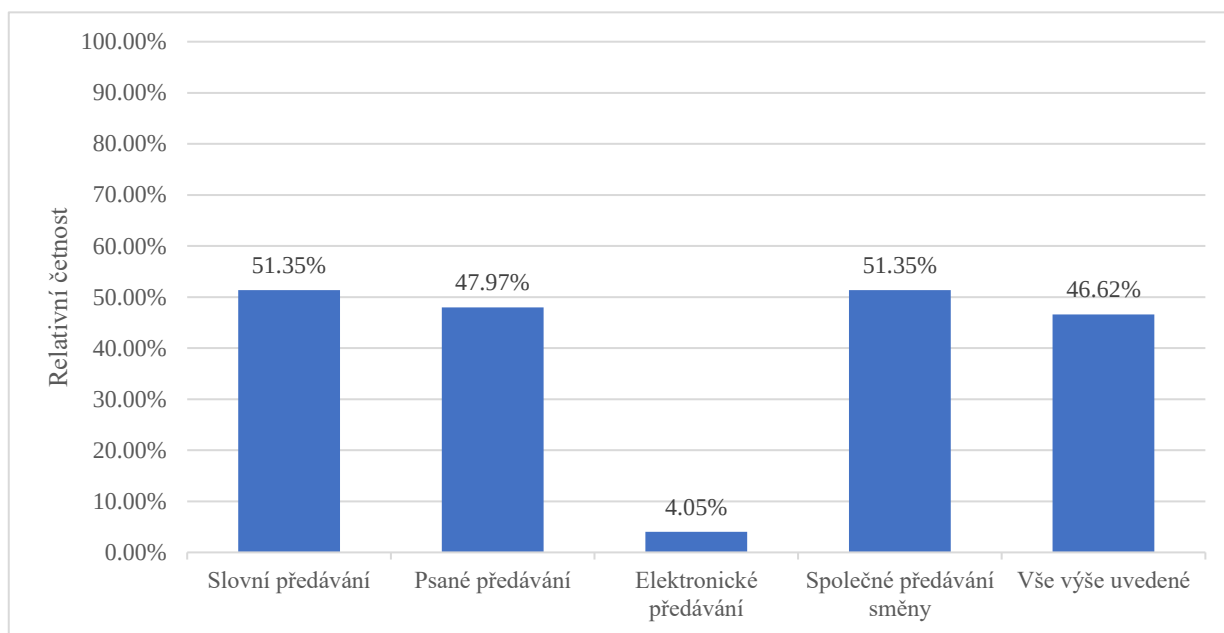
U kategorie F. dodržování BOZP, se vyjádřilo 73 (49,32 %) respondentů jako velmi spokojeni, 59 (39,86 %) respondentů jako spíše spokojeni, 15 (10,14 %) jako průměrně spokojeni a 2 (1,35 %) respondenti jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 149 odpovědí.

U kategorie G. správné polohování imobilních klientů, se vyjádřilo celkem 47 (31,76 %) respondentů jako velmi spokojeni, 77 (52,03 %) respondentů jako spíše spokojeni, 21 (14,19 %) respondentů jako průměrně spokojeni a 4 (2,70 %) respondenti jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 149 odpovědí.

U kategorie H. správná hygiena klientů, se vyjádřilo celkem 46 (31,08 %) respondentů jako velmi spokojeni, 82 (55,41 %) respondentů jako spíše spokojeni, 14 (9,46 %) respondentů jako průměrně spokojeni a 6 (4,05 %) respondentů jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 148 odpovědí.

U kategorie CH. znalost individuálních potřeb klientů, se vyjádřilo celkem 77 (52,03 %) respondentů jako velmi spokojeni, 58 (39,19 %) respondentů jako spíše spokojeni a 12 (8,11 %) respondentů jako průměrně spokojeni a 3 (2,03 %) respondenti jako spíše nespokojeni. V této kategorii bylo zaznamenáno 150 odpovědí.

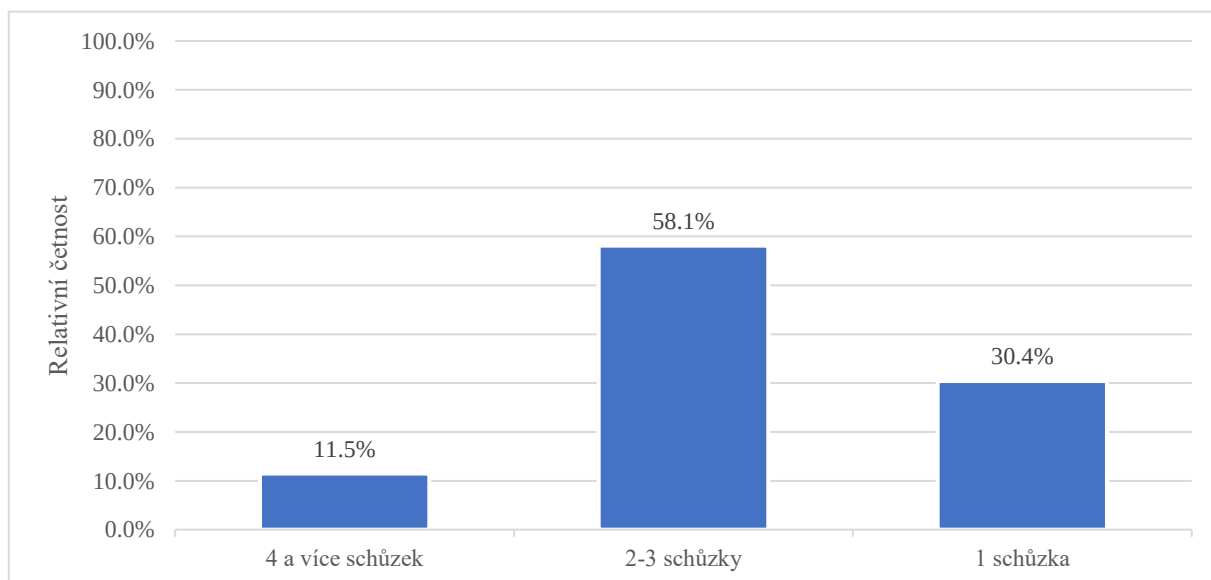
Graf 9 Průběh předávání informací mezi multidisciplinárním týmem (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 9 ve znění „*Jak probíhá předávání informací mezi členy multidisciplinárního týmu?*“ byla otázkou s možností multi choice. Výsledky jsou takové, že 76 (51,35 %) respondentů uvádí, že většinou si multidisciplinární tým předává informace pomocí slovního předávání a společného předávání směny. Celkem 69 (46,62 %) respondentů uvádí možnost vše výše uvedené. U 71 (47,97 %) respondentů se předává směna i pomocí psaného předávání. U celkem 6 (4,05 %) respondentů se uvádí možnost elektronického předávání.

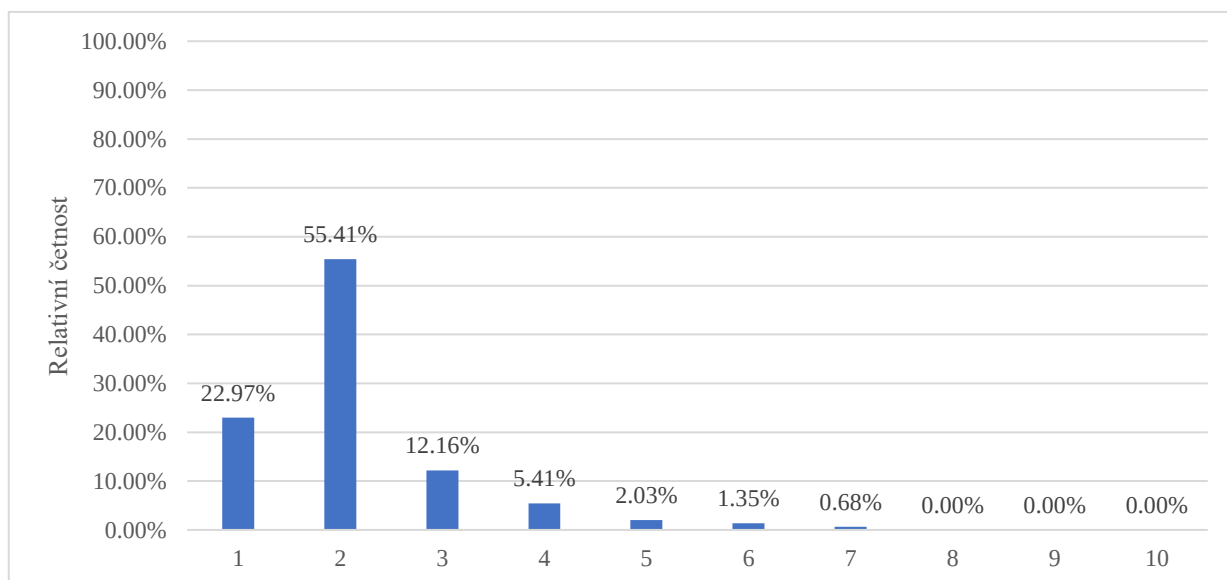
Graf 10 Četnost schůzek multidisciplinárního týmu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

U otázky č. 10 „*Jak často se multidisciplinární tým schází za účelem společných porad?*“ respondenti uvedli, že nejvíce 86 (58,1 %) se multidisciplinární tým schází 2-3 krát do měsíce. Respondenti v počtu 45 (30,4 %) osob udávají, že se scházejí 1 krát do měsíce. Celkem 17 (11,5 %) respondentů uvedlo, že se scházejí 4 a více krát do měsíce.

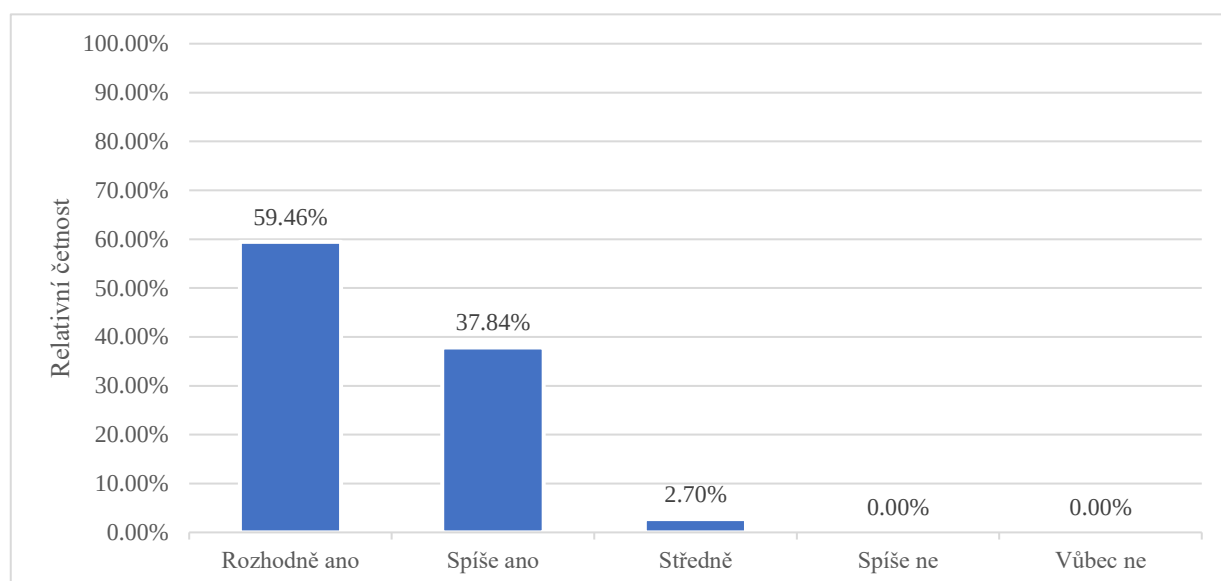
Graf 11 Zhodnocení spolupráce multidisciplinárního týmu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 11 se zaměřovala na subjektivní pocit respondentů. Její znění bylo „*Jak byste zhodnotil/a spolupráci Vašeho multidisciplinárního týmu?*“. Byla zde přiložena škála od 1 do 10, kdy 1 byla nejlepší vnímaná pozice a 10 byla nejhorší vnímaná pozice. Možnost 1 zvolilo celkem 34 (22,97 %) respondentů. Možnost 2 zvolilo 82 (55,41 %) respondentů. Možnost 3 zvolilo 18 (12,16 %) respondentů. Možnost 4 zvolilo 8 (5,41 %) respondentů. Možnost 5 zvolili 3 (2,03 %) respondenti. Možnost číslo 6 zvolili 2 (1,35 %) respondenti a možnost 7 zvolil 1 (0,68 %) respondenta. Možnosti číslo 8 až 10 nezvolil žádný z respondentů.

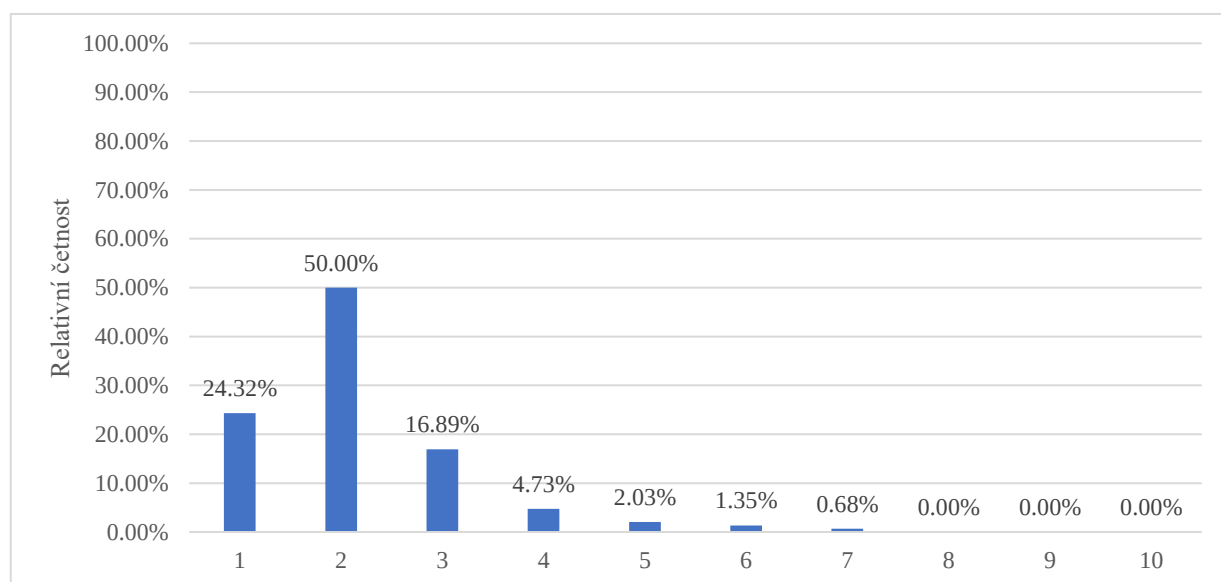
Graf 12 Důležitost role multidisciplinárního týmu v péči o klienty (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 12 byla ve znění „*Hraje podle Vás spolupráce multidisciplinárního týmu důležitou roli v péči o Vaše klienty?*“. Ze 148 respondentů celkem 88 (59,46 %) uvedlo rozhodně ano. Poté celkem 56 (37,84 %) uvádí, že spíše ano. Celkem 4 (2,70 %) respondenti uvádí možnost středně.

Graf 13 Odraz kvality multidisciplinárního týmu na kvalitě péče (n = 148)

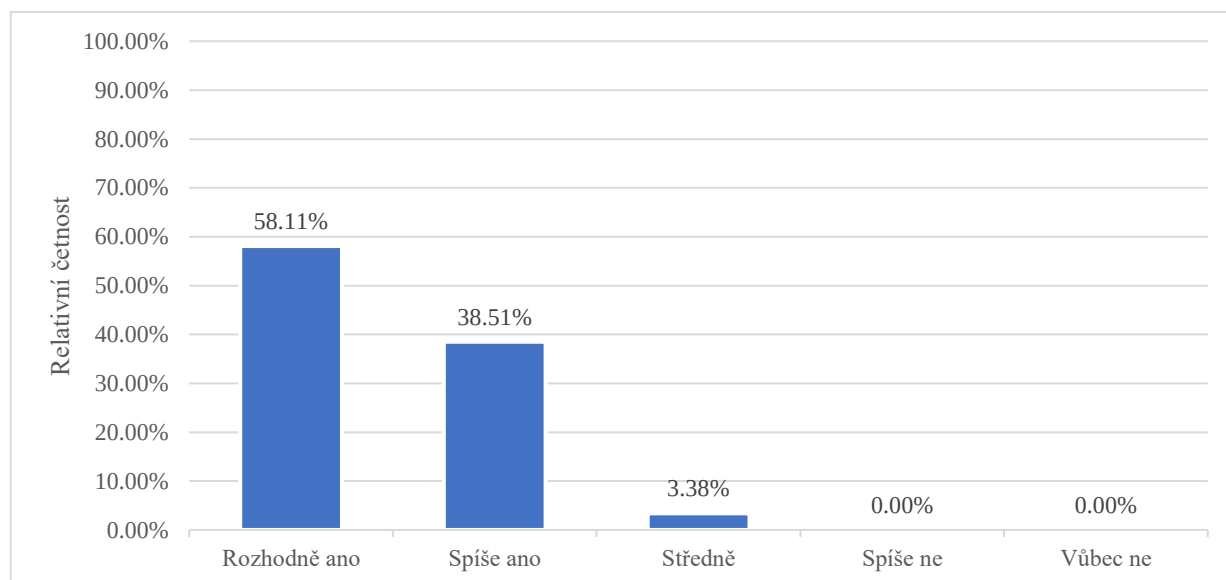


(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 13 ve znění „*Jak byste zhodnotil/a kvality poskytované péče multidisciplinárním týmem na kvalitě poskytované péče o Vaše klienty?*“ byla rovněž otázkou, kde byla k dispozici škála 1-10, kdy připadalo na možnost 1 nejlepší možný a na možnost 10 nejhorší možný. Celkem 36 (24,32 %) respondentů uvedlo možnost 1.

Možnost 2 zvolilo celkem 74 (50,00 %) respondentů. Možnost 3 zvolilo 25 (16,89 %) respondentů a možnost 4 zvolilo 7 (4,73 %) respondentů. Možnosti 5 zvolili 3 (2,03 %) respondenti. Dále možnost 6 zvolili 2 (1,35 %) respondenti a možnost 7 zvolil 1 (0,68 %) respondent. Možnosti 8 až 10 nebyly zvoleny ve výsledcích.

Graf 14 Spolupráce členů multidisciplinárního týmu v řešení problémů (n = 148)



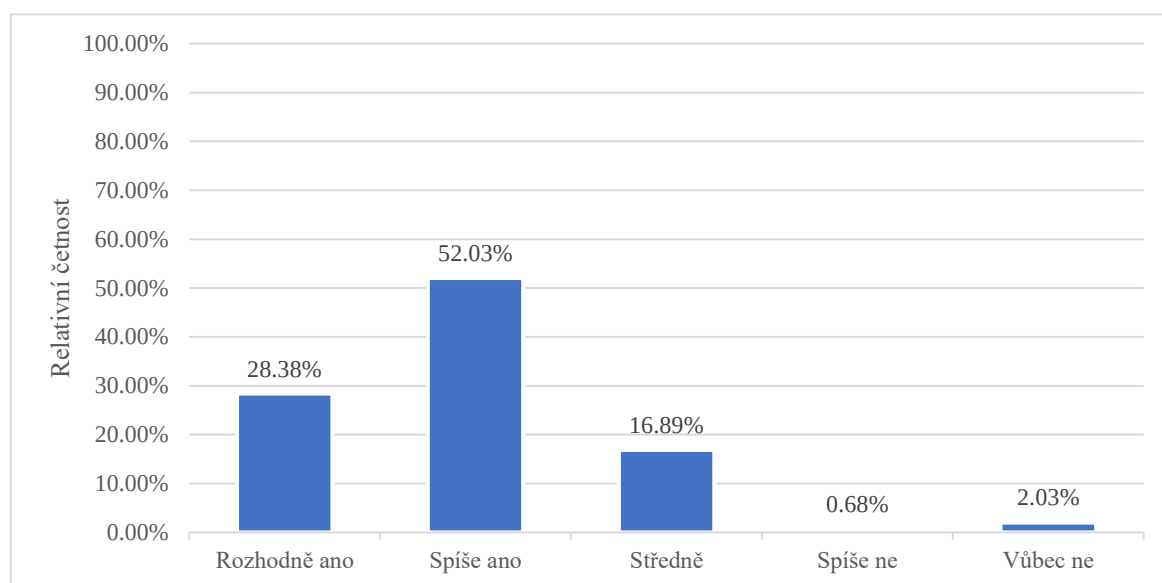
(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 14 zněla následovně: „*Pokud narazíte na problém v péči o klienta, spolupracujete s dalšími členy multidisciplinárního týmu abyste problém vyřešili co nejefektivněji?*“. Na tuto otázku odpovědělo celkem 86 (58,11 %) respondentů rozhodně ano. Celkem 57 (38,51 %) respondentů odpovědělo spíše ano a 5 (3,38 %) respondentů odpovědělo středně.

4.3 Kompetence členů multidisciplinárního týmu a orientace v týmu

Následující část byla stanovena za účelem zjištění orientovanosti respondentů v multidisciplinárním týmu a v organizační struktuře, která je pro tým typická.

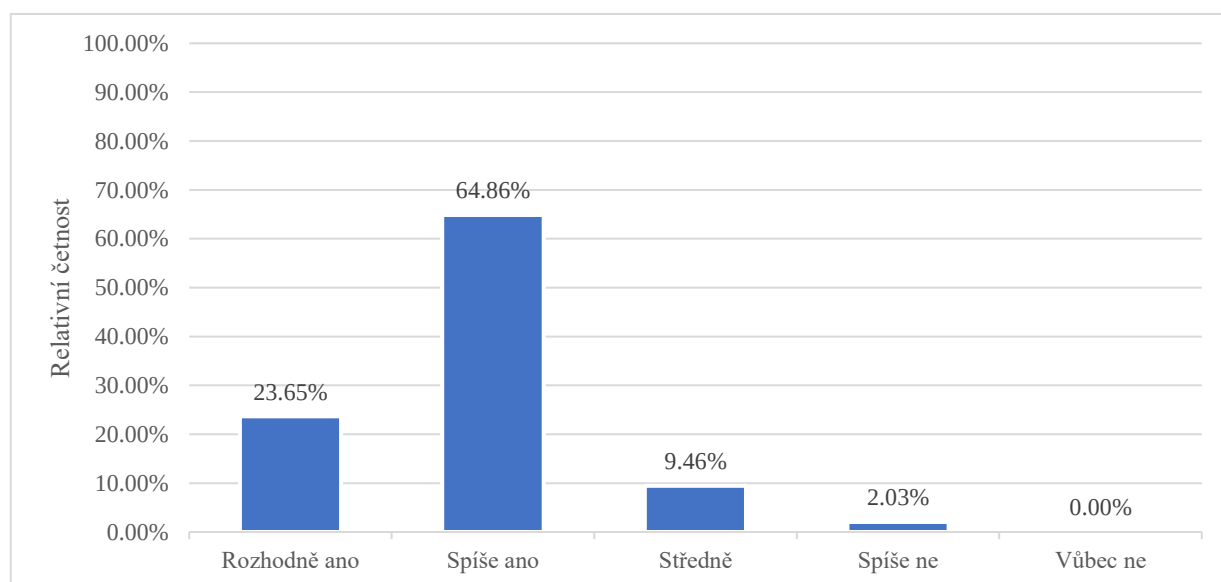
Graf 15 Znalost míry kompetencí členů multidisciplinárního týmu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 15 „Znáte míru kompetencí každého člena multidisciplinárního týmu?“. Na tuto otázku odpovědělo 42 (28,38 %) respondentů rozhodně ano. Celkem 77 (52,03 %) respondentů spíše ano, 25 (16,89 %) respondentů středně. Dále 1 (0,68 %) respondent odpověděl spíše ne a 3 (2,03 %) respondenti odpověděli vůbec ne.

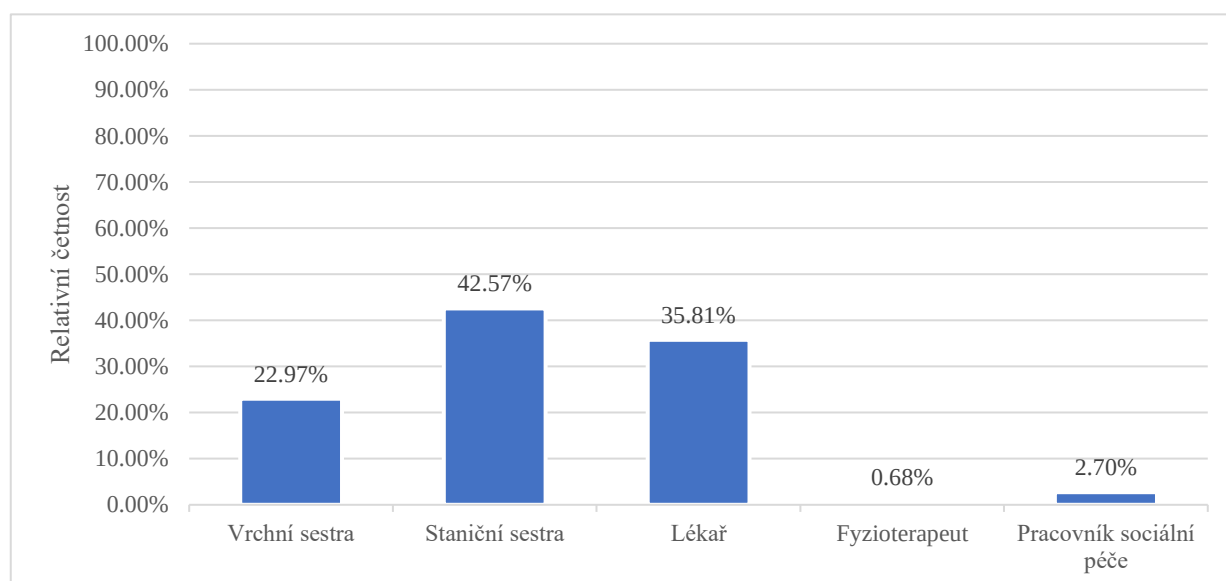
Graf 16 Určení kompetencí při předávání směny (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku č. 16 „Jsou tyto kompetence předem určené při předávání směny?“, odpovědělo 35 (23,65 %) respondentů rozhodně ano. Celkem 96 (64,86 %) respondentů odpovědělo spíše ano, 14 (9,46 %) respondentů odpovědělo středně a 3 (2,03 %) respondenti odpověděli spíše ne.

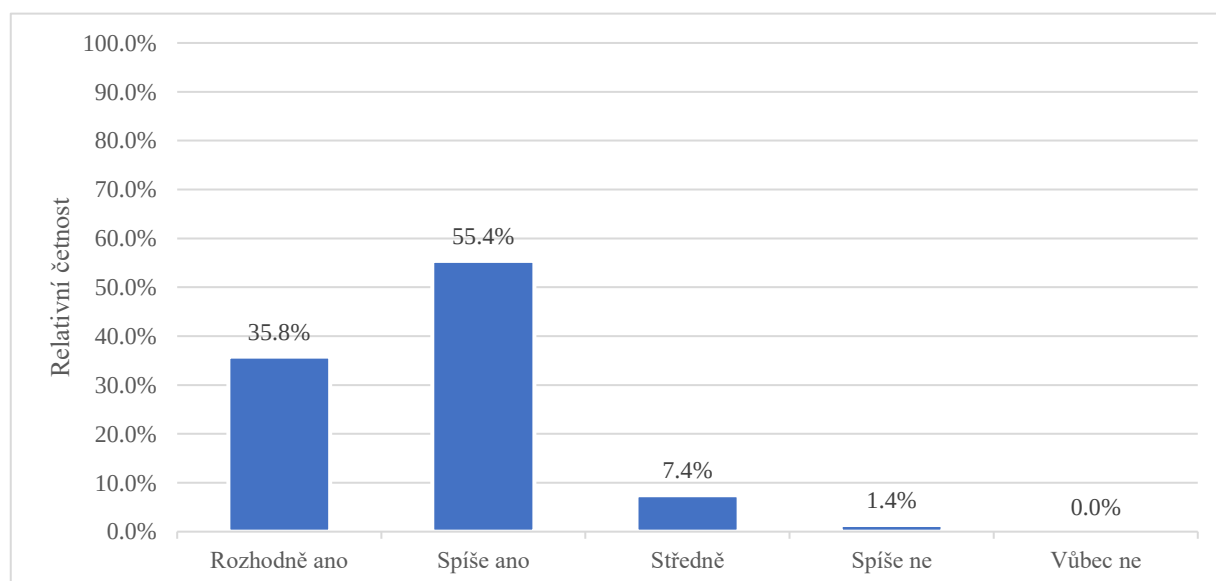
Graf 17 Pracovník s největším přehledem o potřebách klientů (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 17 „*Jaký pracovník v multidisciplinárním týmu má nejčastěji největší přehled o všech potřebách klientů a v případě potřeby je předává dále (zprostředkování komunikace mezi rodinou, změny zdravotního stavu...)?*“. U této otázky odpověděl největší počet respondentů 63 (42,57 %) staniční sestra. Dále 34 (22,97 %) respondentů uvádí vrchní sestru a 53 (35,81 %) respondentů uvádí lékaře. Celkem 4 (2,70 %) respondenti vybrali pracovníka sociální péče a 1 (0,68 %) respondent vybral fyzioterapeuta.

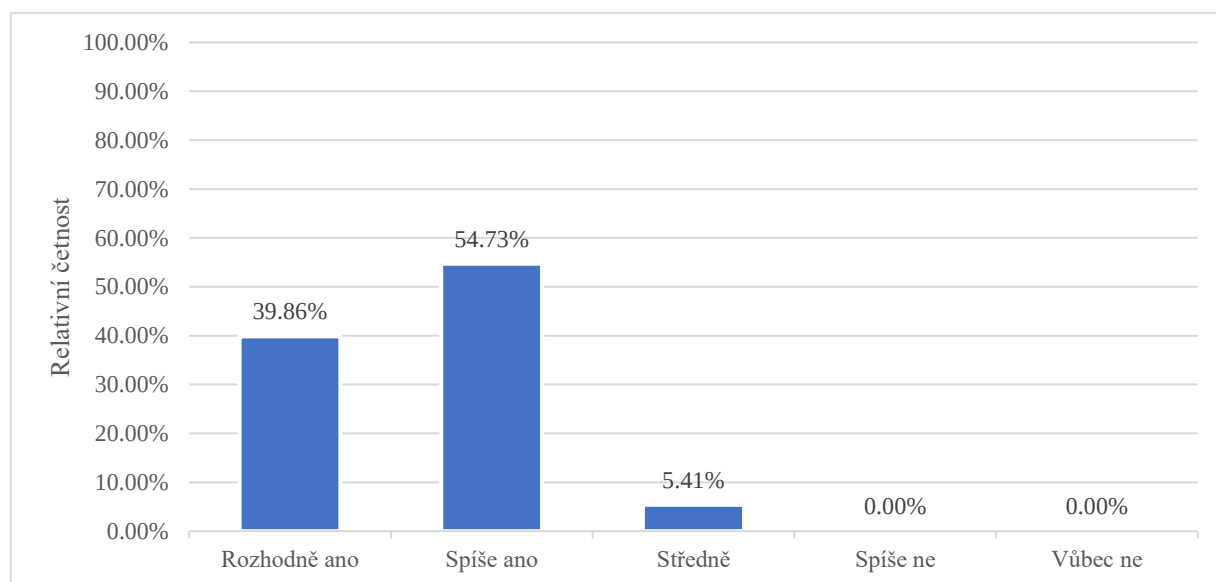
Graf 18 Stanovení zastupujících pracovníků (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 18 zní „*Má Váš multidisciplinární tým stanovené zastupující pracovníky v případě, že je odpovědný pracovník mimo službu, či nemocný?*“. Respondenti v počtu 53 (35,8 %) uvádějí, že rozhodně ano. Dále celkem 82 (55,4 %) respondentů uvádí, že spíše ano. Celkem 11 (7,4 %) respondentů uvádí že středně a 2 (1,4 %) respondenti uvádí, že spíše ne.

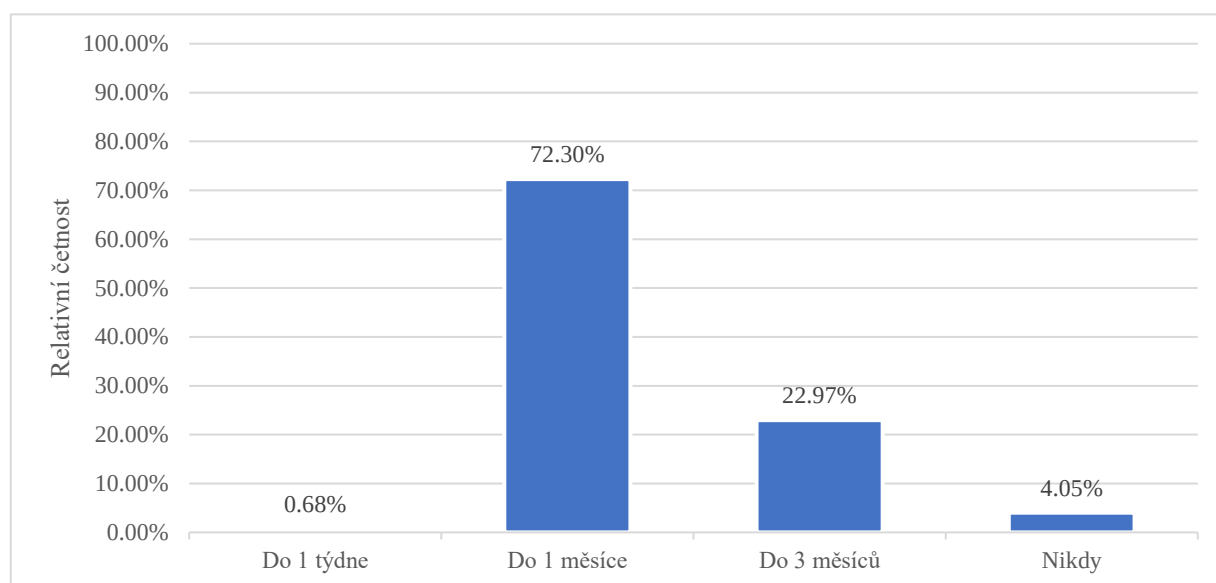
Graf 19 Přínos multidisciplinárního týmu ke zvýšení znalostí potřeb klientů (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 19 ve znění „*Považujete přínos multidisciplinárního týmu za pozitivní směrem ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů?*“ byla respondenty zodpovězena. Celkem 59 (39,86 %) respondentů udává, že rozhodně ano. Celkem 81 (54,73 %) respondentů udává, že spíše ano a 8 (5,41 %) udává středně.

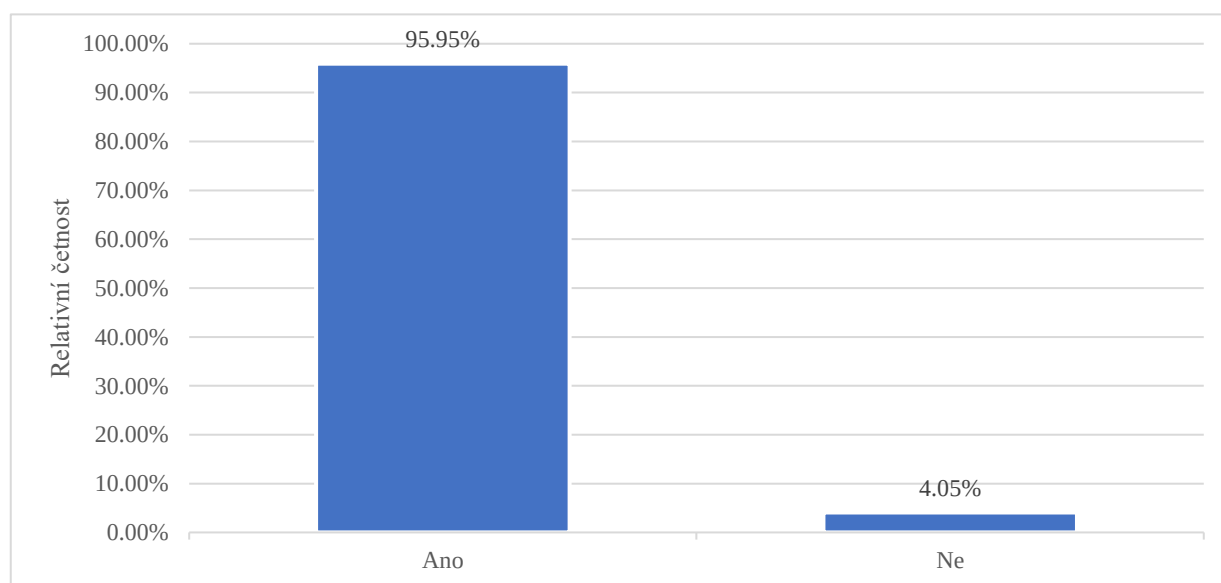
Graf 20 Začlenění pracovníků do multidisciplinárního týmu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 20 zní „*Jak dlouho trvalo, než jste byl/a začleněn/a do multidisciplinárního týmu?*“. Respondent 1 (0,68 %) tvrdí, že byl začleněn do prvního týdne na pracovišti. Respondenti v počtu 107 (72,30 %) udávají, že byli začleněni do 1 měsíce na pracovišti. Respondenti v počtu 34 (22,97 %) udávají, že byli začlenění během zkušebního období na pracovišti – do tří měsíců. Celkem 6 (4,05 %) respondentů udává, že nebyli začlenění nikdy.

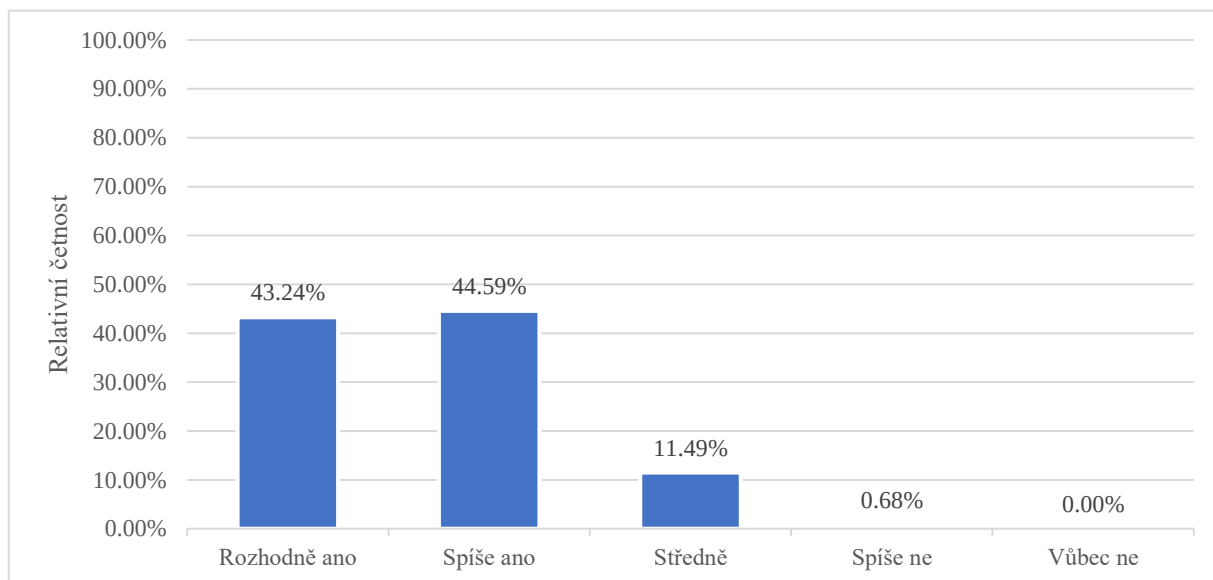
Graf 21 Prostředí pro schůzky multidisciplinárního týmu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

V otázce č. 21 ve znění „*Má multidisciplinární tým prostředí, ve kterém se může scházet?*“, udává 142 (95,95 %) respondentů pozitivní odpověď. Zbýlých 6 (4,05 %) respondentů, vybralo možnost ne.

Graf 22 Dodržování stanoveného etického kodexu (n = 148)



(Zdroj: vlastní výzkum)

Poslední otázka č. 22 zní „*Dodrжуje Váš multidisciplinární tým stanovený etický kodex?*“. Respondenti v počtu 64 (43,24 %) udávají rozhodně ano. Celkem 66 (44,59 %) respondentů udává spíše ano. Respondenti v počtu 17 (11,49 %) udávají středně a 1 (0,68 %) respondent udává spíše ne.

4.4 Statistické zhodnocení hypotézy 1

První hypotéza sleduje vztah otázek 11 a 14. Testovaná hypotéza bude ve tvaru:

H1.0: Mezi využíváním multidisciplinárního týmu k řešení problému a hodnocením kvality spolupráce v tomto týmu neexistuje statisticky významný vztah

H1.1: Mezi využíváním multidisciplinárního týmu k řešení problému a hodnocením kvality spolupráce v tomto týmu existuje statisticky významný vztah

Výsledky jsou uvedeny v tabulce 3 a na grafu 24. Z tabulky i grafu je patrné, že osoby, které využívají multidisciplinární tým k efektivnějšímu vyřešení problému v péči o klienta lépe hodnotí spolupráci v tomto týmu.

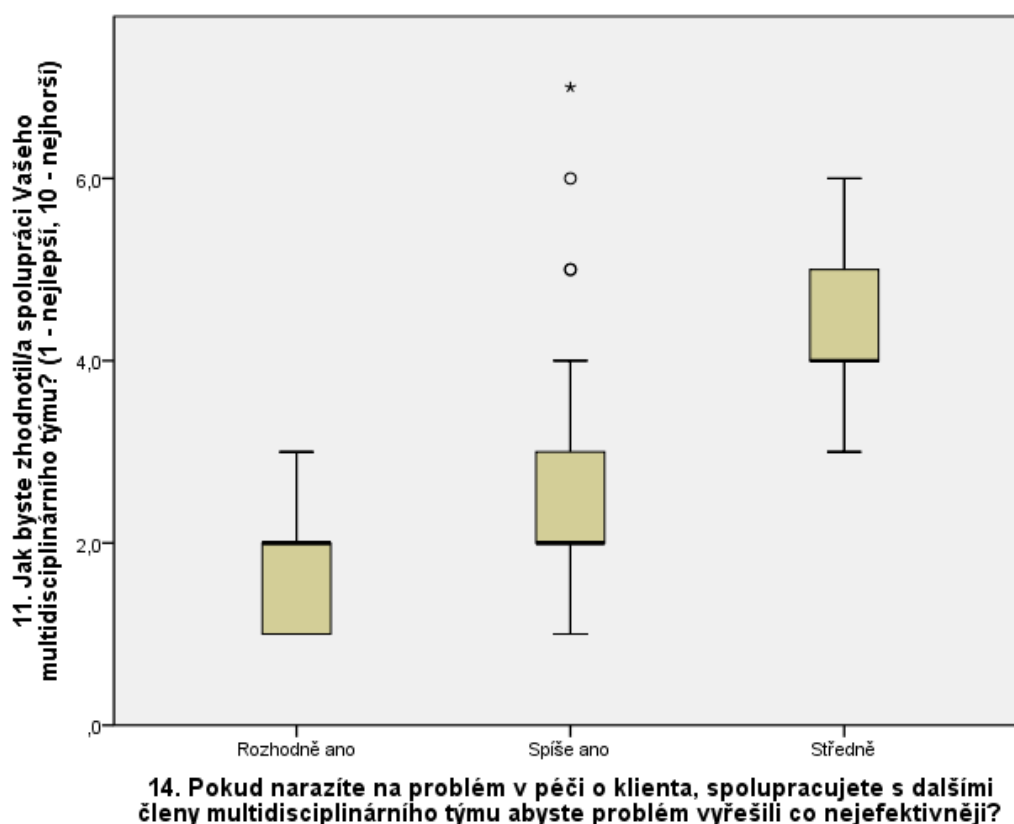
Jelikož je hodnocení spolupráce ordinální proměnná na 10bodové škále, a využívání týmu k řešení můžeme považovat také za ordinální proměnnou, pro vyhodnocení vztahu použijeme opět neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Na základě provedeného výpočtu ($R = 0,441$; $p\text{-hodnota} = 0,000$) testovanou hypotézu H4.0 na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme. **Mezi využíváním multidisciplinárního týmu k řešení problému a hodnocením kvality spolupráce v tomto týmu existuje statisticky významný vztah. Kladná hodnota koeficientu naznačuje, že s rostoucí četností využívání týmů k řešení problémů roste i spokojenost s tímto týmem (pozn. hodnocení je podle čísel obrácené – s nižší hodnotou hodnocení roste, stejně tak s rostoucí hodnotou využívání, klesá využívání, interpretace však zůstává shodná).**

Tabulka 3 Využíváním multidisciplinárního týmu k řešení problému a hodnocením kvality spolupráce

11. Jak byste zhodnotil/a spolupráci Vašeho multidisciplinárního týmu? (1 - nejlepší, 10 - nejhorší)	14. Pokud narazíte na problém v péči o klienta, spolupracujete s dalšími členy multidisciplinárního týmu abyste problém vyřešili co nejefektivněji?		
	1 - Rozhodně ano	2 - Spíše ano	3 - Středně
Počet	86	57	5
Průměr	1,8	2,5	4,4
Medián	2,0	2,0	4,0
Modus	2,0	2,0	4,0
Minimum	1,0	1,0	3,0
Maximum	3,0	7,0	6,0
Směr. Odchylka	0,7	1,2	1,1

(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 24 Využíváním multidisciplinárního týmu k řešení problému a hodnocením kvality spolupráce



(Zdroj: vlastní výzkum)

4.5 Statistické zhodnocení hypotézy 2

Hypotéza 2 sleduje vztah otázky 8 a 19. Testovaná hypotéza bude ve tvaru:

H2.0: Hodnocení dílčích položek spokojenosti nezávisí na hodnocení přínosu týmů ke zvyšování znalosti potřeb jednotlivých klientů

H2.1: Hodnocení dílčích položek spokojenosti závisí na hodnocení přínosu týmů ke zvyšování znalosti potřeb jednotlivých klientů

Jak bylo řečeno v hypotéze, jednotlivé specifické výkony budou vyhodnoceny zvlášť. Jelikož je hodnocení spolupráce ordinální proměnná, a hodnocení přínosu týmu je také ordinální, pro ověření vztahů využijeme neparametrický Spearmanův korelační koeficient.

V tabulce níže vidíme hodnocení jednotlivých specifických výkonů. Jelikož se u některých výkonů objevovalo více odpovědí, jako hodnota u daného respondenta je zvolen průměr těchto hodnot.

V tabulce 4 jsou uvedeny hodnoty Hodnocení spokojenosti se spoluprací v týmu podle hodnocení přínosu týmů ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů.

Tabulka 4 Hodnocení spokojenosti se spoluprací v týmu podle hodnocení přínosu týmů ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů

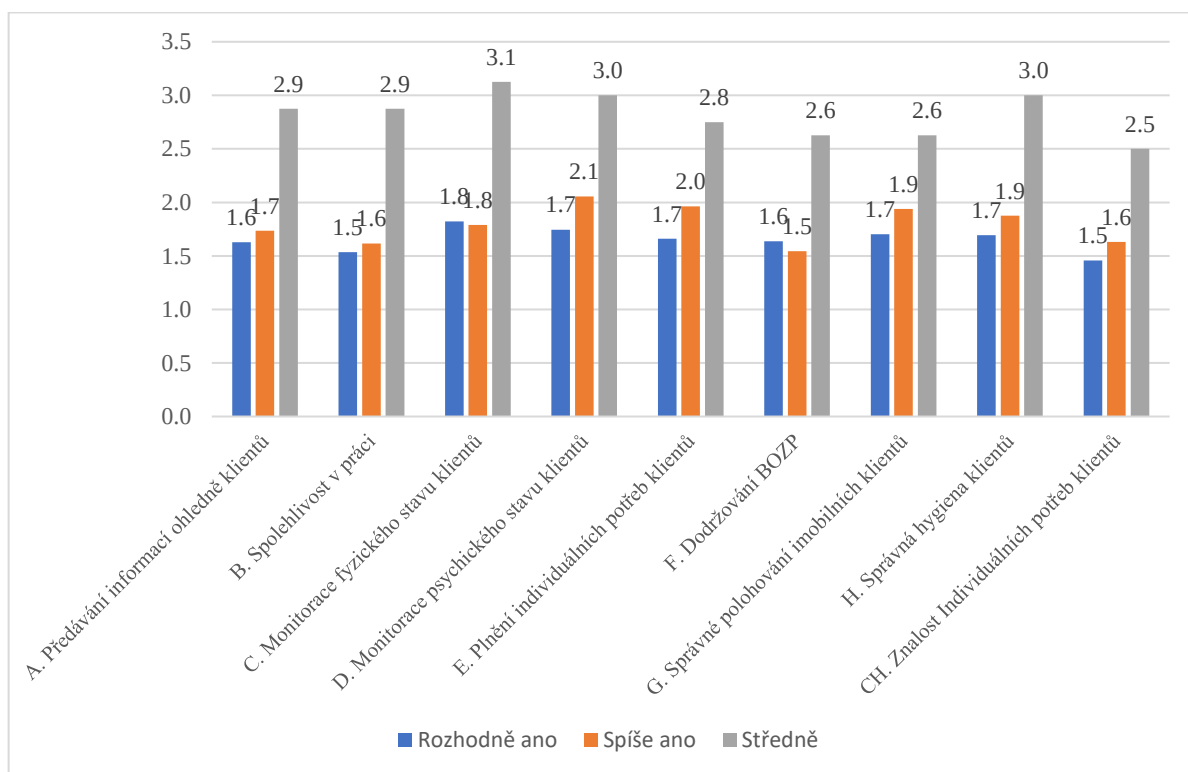
8. Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?		19. Považujete přínos multidisciplinárního týmu za pozitivní směrem ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů?		
		1 - Rozhodně ano	2 - Spíše ano	3 - Středně
A. Předávání informací ohledně klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,6	1,7	2,9
	Medián	2,0	2,0	3,0
	Modus	2,0	1,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,8	1,1
B. Spolehlivost v práci	Počet	59	81	8
	Průměr	1,5	1,6	2,9
	Medián	1,0	1,0	3,0
	Modus	1,0	1,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,7	0,7	1,2
C. Monitorace fyzického stavu klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,8	1,8	3,1
	Medián	2,0	2,0	3,5
	Modus	2,0	1,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	5,0	5,0
	Směr. Odchylka	0,7	0,8	1,4
D. Monitorace psychického stavu klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,7	2,1	3,0
	Medián	2,0	2,0	3,5
	Modus	2,0	2,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,6	1,3
E. Plnění individuálních potřeb klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,7	2,0	2,8
	Medián	2,0	2,0	2,5
	Modus	2,0	2,0	2,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	5,0	5,0
	Směr. Odchylka	0,5	0,7	1,3
F. Dodržování BOZP	Počet	59	81	8
	Průměr	1,6	1,5	2,6
	Medián	2,0	1,0	3,0
	Modus	2,0	1,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0

	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,7	0,9
G. Správné polohování imobilních klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,7	1,9	2,6
	Medián	2,0	2,0	3,0
	Modus	2,0	2,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,7	1,2
H. Správná hygiena klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,7	1,9	3,0
	Medián	2,0	2,0	3,5
	Modus	2,0	2,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,7	1,3
CH. Znalost Individuálních potřeb klientů	Počet	59	81	8
	Průměr	1,5	1,6	2,5
	Medián	1,0	1,0	2,5
	Modus	1,0	1,0	1,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,5	0,7	1,2

(Zdroj: vlastní výzkum)

Na grafu 25 jsou uvedeny Průměrné hodnocení spokojenosti spolupráce v týmu u jednotlivých specifických výkonech podle hodnocení přínosu týmu.

Graf 25 Průměrné hodnocení spokojenosti spolupráce v týmu u jednotlivých specifických výkonech podle hodnocení přínosu týmu



(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce 5 jsou uvedeny výsledné hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu. Statisticky významný vztah na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ existuje u položek **D. Monitorace psychického stavu klientů**, **E. Plnění individuálních potřeb klientů**, **G. Správné polohování imobilních klientů**, **H. Správná hygiena klientů** a **CH. Znalost Individuálních potřeb klientů**. Ve všech uvedených případech je p-hodnota menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$. U všech uvedených položek je hodnota koeficientu kladná, jelikož rostoucí hodnota spokojenosti znamená nespokojenost a rostoucí hodnota přínosu znamená nesouhlas, s rostoucím nesouhlasem pozitivního přínosu roste i nespokojenost se spoluprací v týmu u vybraných specifických výkonů.

Tabulka 5 Spearmanovi korelační koeficienty – H2

8. Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?		19. Považujete přínos multidisciplinárního týmu za pozitivní směrem ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů?
A. Předávání informací ohledně klientů	Korelační koeficient	0,146
	P-hodnota	0,077
	Počet	148
B. Spolehlivost v práci	Korelační koeficient	0,161
	P-hodnota	0,051
	Počet	148
C. Monitorace fyzického stavu klientů	Korelační koeficient	0,064
	P-hodnota	0,439
	Počet	148
D. Monitorace psychického stavu klientů	Korelační koeficient	0,298
	P-hodnota	0,000*
	Počet	148
E. Plnění individuálních potřeb klientů	Korelační koeficient	0,284
	P-hodnota	0,000*
	Počet	148
F. Dodržování BOZP	Korelační koeficient	0,043
	P-hodnota	0,602
	Počet	148
G. Správné polohování imobilních klientů	Korelační koeficient	0,208
	P-hodnota	0,011*
	Počet	148
H. Správná hygiena klientů	Korelační koeficient	0,217
	P-hodnota	0,008*
	Počet	148
CH. Znalost Individuálních potřeb klientů	Korelační koeficient	0,171
	P-hodnota	0,038*
	Počet	148

(Zdroj: vlastní výzkum)

4.6 Statistické zhodnocení hypotézy 3

Třetí hypotéza sleduje otázku 8 a otázku 12. V případě otázky 8 budeme používat upravené odpovědi, a to jejich průměry, v případě, že u respondenta bylo více odpovědí.

Testovaná hypotéza bude ve tvaru:

H3.0: Hodnocení spokojenosti spolupráce v dílčích položkách nezávisí na hodnocení důležitosti spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o klienty

H3.1: Hodnocení spokojenosti spolupráce v dílčích položkách závisí na hodnocení důležitosti spolupráce multidisciplinárního týmu v péči o klienty

Výsledky jednotlivých položek jsou uvedeny v tabulce 6.

Tabulka 6 Hodnocení spokojenosti se spoluprací v týmu podle hodnocení důležitosti spolupráce v multidisciplinárního v péči o klienty

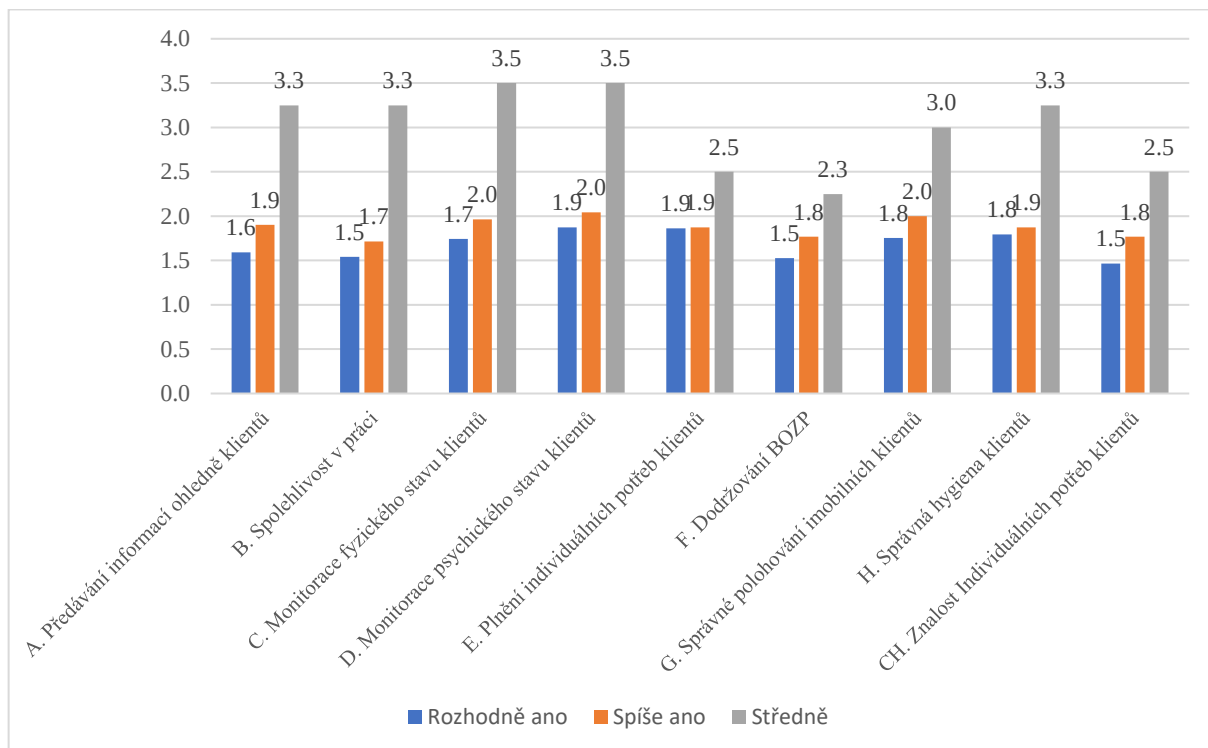
8. Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?		12. Hraje podle Vás spolupráce multidisciplinárního týmu důležitou roli v péči o Vaše klienty?		
		Rozhodně ano	Spíše ano	Středně
A. Předávání informací ohledně klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,6	1,9	3,3
	Medián	1,0	2,0	4,0
	Modus	1,0	2,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	4,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,7	0,7	1,5
B. Spolehlivost v práci	Počet	88	56	4
	Průměr	1,5	1,7	3,3
	Medián	1,0	2,0	3,5
	Modus	1,0	1,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	2,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,7	0,8	1,0
C. Monitorace fyzického stavu klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,7	2,0	3,5
	Medián	2,0	2,0	3,5
	Modus	1,0	2,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	3,0
	Maximum	5,0	5,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,8	0,8	0,6
D. Monitorace psychického stavu klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,9	2,0	3,5
	Medián	2,0	2,0	3,5
	Modus	2,0	2,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	3,0
	Maximum	4,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,7	0,6
E. Plnění individuálních potřeb klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,9	1,9	2,5
	Medián	2,0	2,0	2,5
	Modus	2,0	2,0	2,0
	Minimum	1,0	1,0	2,0
	Maximum	5,0	5,0	3,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,8	0,6
	Počet	88	56	4
	Průměr	1,5	1,8	2,3

F. Dodržování BOZP	Medián	1,0	2,0	2,5
	Modus	1,0	2,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	3,0
	Směr. Odchylka	0,7	0,7	1,0
G. Správné polohování imobilních klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,8	2,0	3,0
	Medián	2,0	2,0	3,0
	Modus	2,0	2,0	3,0
	Minimum	1,0	1,0	2,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,8	0,8
H. Správná hygiena klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,8	1,9	3,3
	Medián	2,0	2,0	4,0
	Modus	2,0	2,0	4,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	4,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,7	1,5
CH. Znalost Individuálních potřeb klientů	Počet	88	56	4
	Průměr	1,5	1,8	2,5
	Medián	1,0	2,0	2,5
	Modus	1,0	2,0	1,0
	Minimum	1,0	1,0	1,0
	Maximum	3,0	4,0	4,0
	Směr. Odchylka	0,6	0,8	1,3

(Zdroj: vlastní výzkum)

Na grafu 26 jsou uvedeny průměrné hodnoty hodnocení jednotlivých specifických výkonů podle hodnocení důležitosti role týmů v péči o klienty. Z grafu je patrné, že s rostoucí nespokojeností s rolí týmu v péči o klienty roste i nespokojenost se spoluprací členů týmu ve specifických výkonech u klientů.

Graf 26 průměrné hodnoty hodnocení jednotlivých specifických výkonů podle hodnocení důležitosti role týmů v péči o klienty



(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce 7 jsou uvedeny Spearmanovi korelační koeficienty sledující vztah těchto dvou hodnocení. **Statisticky významný vztah je u všech položek kromě E. Plnění individuálních potřeb klientů a H. Správná hygiena klientů. Ve všech případech se jedná o kladný lineární vztah, tj. s rostoucí nespokojeností s rolí týmu v péči o klienty, roste i nespokojenost se spoluprací členů týmu při specifických výkonech.**

Tabulka 7 Spearmanovi korelační koeficienty – H3

8. Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?		12. Hraje podle Vás spolupráce multidisciplinárního týmu důležitou roli v péči o Vaše klienty?
A. Předávání informací ohledně klientů	Korelační koeficient	0,256
	P-hodnota	0,002*
	Počet	148
B. Spolehlivost v práci	Korelační koeficient	0,186
	P-hodnota	0,024*
	Počet	148
C. Monitorace fyzického stavu klientů	Korelační koeficient	0,225
	P-hodnota	0,006*
	Počet	148
D. Monitorace psychického stavu klientů	Korelační koeficient	0,200
	P-hodnota	0,015*
	Počet	148
E. Plnění individuálních potřeb klientů	Korelační koeficient	0,029
	P-hodnota	0,723
	Počet	148
F. Dodržování BOZP	Korelační koeficient	0,201
	P-hodnota	0,014*
	Počet	148
G. Správné polohování imobilních klientů	Korelační koeficient	0,202
	P-hodnota	0,014*
	Počet	148
H. Správná hygiena klientů	Korelační koeficient	0,095
	P-hodnota	0,250
	Počet	148
CH. Znalost Individuálních potřeb klientů	Korelační koeficient	0,226
	P-hodnota	0,006*
	Počet	148

(Zdroj: vlastní výzkum)

5. Diskuse

Zdravotnická péče o člověka v sobě zahrnuje nejen účast různorodého týmu a v něm působící zdravotnické specialisty, ale i účast pacienta a jeho rodiny. Zapojením všech těchto složek pomocí správné koordinace a kooperace umožníme celému týmu poskytovat vyjímečnou péči (Cashell, Morley, 2017). Zaměření bakalářské práce bylo zjistit subjektivní vnímání sester, jako členek multidisciplinárního týmu, jejich pozici v týmu a jejich pocity týkající se právě této spolupráce v oblasti péče o seniory. Cíle práce spočívají již ve zmíněném pocitu vnímání sebe sama jako člena multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory a v přínosu multidisciplinárního týmu jako takového pro poskytování lepší a kvalitnější komplexní péče o seniora. Na základě výzkumného šetření byla pomocí nestandardizovaného dotazníku zjištěna data, z jehož výsledků lze určit, že při zajištěných 148 dotaznících bylo celkem 20,9 % muži a 79,1 % ženy. Málková (2018) ve svém výzkumu v bakalářské práci taktéž nachází podobnou četnost zastoupení mužů a uvádí 20 %. Vejsadová (2017) ve svém výzkumu v diplomové práci vyzkoumala fakt, že většina mužů pracujících jako všeobecná sestra je se svým označením spokojena, i když se nabízí alternativa oslovení a to je všeobecný ošetřovatel. Přesto si většina mužů nechává pracovní označení všeobecná sestra.

První výzkumný cíl byl zaměřený na **subjektivní pocit sester a na jejich vnímání svého postavení v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory**. Dle výsledků a statistického testování z nestandardizovaného dotazníku, konkrétně otázek číslo 4 a 5, jsme vyzkoumali, že vnímání pozice v multidisciplinárním týmu závisí na pracovní pozici respondentů. Největší rozdíl v hodnocení pozice byl mezi praktickými sestrami, kterých bylo celkem 11,5 % a vrchními sestrami, kterých dotazník vyplnilo celkem 5,4 %. Mezitímco praktické sestry měly průměrné hodnocení 2,8 z celkových 10 na Likertově škále, vrchní sestry dosahovaly pouze 1,5 z celkových 10 na Likertově škále. Staniční sestry v počtu 6,1 % a všeobecné sestry v počtu 77,0 % poté hodnotily v průměru 1,7 a 2,3 z celkových 10 na Likertově škále. Kaiser a Westers (2018) naopak tvrdí, že i přes výsledky a zkoumání multidisciplinárních týmů, role a odpovědnosti jsou dobře chápány. Nicméně dle výzkumu konaného pomocí průřezové studie mezi 1414 účastníky v rámci středozápadního zdravotnického systému, došly autorky k závěru, že sestry z jejich zkoumaných vzorků zastávaly spíše individualistické smýšlení, nežli kolektivní a týmově orientované myšlení multidisciplinárního týmu. Corrigan (2002) vedl výzkum v centru reprodukční medicíny v Bristolu, který měl za úkol povzbudit sestry, aby se staly

rovnocennými partnery v multidisciplinárním týmu. Sestry se pod jeho vedením staly rovnocennými ale bylo nutné aby se i subjektivně rovnocenně cítily. Toto se ve výzkumu Corrigan povedlo. Graham a Sevdalis (2019) kladou velký důraz na fakt, že se slova multidisciplinární, interdisciplinární a transdisciplinární v pojetí k týmu využívají jako zaměnitelná. Přičemž ve skutečnosti je v daných termínech jak akademický rozdíl tak samotné druhy týmu se formují jinak a mají zcela jiný cíl, přístup jednotlivých členů týmu a hlavně mají jiné dopady na péči. Vévoda, et. al. (2013) popisuje důležitost a zvyšující se potřebu propojení a interakce, návaznost jednotlivých pohledů a činností. Verbalizuje zvýšený zájem o propojování vztahů mezi lékaři a sestrami v poslední době. Práce multidisciplinárního týmu má také zajišťovat lepší kontinuitu péče (Heber in Blank, O'mahony, Selwyn, 2007). Výrazné zlepšení péče po zavedení multidisciplinárního přístupu potvrzuje taktéž retrospektivní výzkum dělaný mezi lety 2015 – 2019, kdy se analyzoval efekt multidisciplinární spolupráce vedené sestrami specialistkami v oblasti centrálních katétrů v čínské hlavní nemocnici v Šanghaji, kdy během těchto let stihli provést výzkum u 6576 pacientů (Jie, et. al., 2021). Francouzští výzkumníci Benoist, Dinahet, Clément et. al. (2019) rovněž přikládají důležitost multidisciplinárnímu týmu, kdy jejich výzkum ukázal 100 % míru spokojenosti pacientů i sester.

Dalším cílem bylo zjistit, **jak vnímají sestry přínos multidisciplinárního týmu** jako takového. Zejména se jedná o spokojenost spolupráce členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech, zda vůbec hraje spolupráce multidisciplinárního týmu nějakou roli v péči o seniory, zhodnocení odrazu kvality poskytované péče multidisciplinárním týmem na kvalitě poskytované péče o seniory a přínos multidisciplinárního týmu směrem ke zvýšení znalostí potřeb jednotlivých klientů. Právě spolupráci a spolehlivou týmovou práci v rámci multidisciplinárního týmu sdělují Benishek, Thompson, Pronovost, et. al. (2018) za klíčovou a sdělují, že neefektivní koordinace péče a neideální týmové procesy jsou velkým problémem veřejného zdraví. Spokojenost a spolupráce členů multidisciplinárního týmu obsazovala v dotazníku otázku číslo 8 formou matice otázek. Dle výsledků je pozoruhodné že se počty respondentů v oblasti velké spokojenosti a stavu být spíše spokojený drží ve většinách. Z čehož se dá vyvodit, že většina respondentů je s jednotlivými výkony v multidisciplinární spolupráci spokojena. V průměrné spokojenosti až nespokojenosti nikdy nepřesahuje počet respondentů 17,0 % což by odpovídalo faktu, že ze 148 respondentů je maximálně 25 průměrně spokojených až nespokojených v některých kategoriích z matice otázek. Nejvyšší průměrná nespokojenost dle výzkumu se nachází v počtu 16,9 % respondentů

v sekci monitorace fyzického stavu. Dle Vágnerové (2020) je třeba přistupovat individuálně ke klinickému stavu pacienta, protože během hospitalizace často dochází k různým změnám stavu a tak odhady pracovníků nemusí vždy být aktuálně pravdivé. Po zhodnocení výsledků z výzkumné části se konkrétně 59,5 % respondentů vyjádřilo pro velmi vysokou důležitost role multidisciplinárního týmu a dalších 37,8 % respondentů přikládá tomuto faktu na částečné pravdě. Tuto teorii podporuje i výzkum od Kaiser a Westers (2018) kdy během jejich výzkumu se prokázalo, že zvýšení týmové práce má přímý vliv na personální efektivitu pracovníků, poskytování a udržení kvalitní ošetrovatelské péče a spokojenost pracovníků. Ohledně kvality multidisciplinárního týmu v primární péči uvádí výzkum od autorů Saint-Pierre, Herskovic, Sepúlveda (2017), že dvě kombinace, konkrétně nehierarchická spolupráce ve vysoce multidisciplinarizovaných týmech a kooperace ve specializovaných týmech je nejpravděpodobnější, přičemž uvedli, že 52 % článků udává pozitivní výsledky ohledně této problematiky. Fernando a Hughes (2019) taktéž souhlasí a udávají důkazy podloženou skutečnost, že nejlépe poskytovaná péče je poskytována péčí pomocí multidisciplinárního týmu. Výsledky z našeho výzkumného šetření ukazují na zlepšující se kvalitu multidisciplinárního týmu, jelikož 58,1 % respondentů uvádí, že při nalezení nějakého problému či překážky v péči o pacienta, spolupracují ve velké míře dalšími členy multidisciplinárního týmu, aby tento problém co nejefektivněji vyřešili. Dalších 38,5 % přidává této problematice větší iniciativu a jen 3,4 % respondentů přidává částečnou iniciativu. Nicméně vzhledem k nulovému vztahu k negativním otázkám můžeme s jistotou prohlásit, že spolupráce multidisciplinárního týmu je důležitým aspektem správné péče o pacienty. Clark (2021) uvádí, že právě zmíněná multidisciplinární spolupráce se stala velmi osvědčeným postupem. Zlepšení péče a porozumění ostatním oborům a přínostu multidisciplinárního týmu rovněž podporují Denny et. al. (2017), kdy při jejich výzkumu zkoumali studenty a přímo prokazují užitečnost multidisciplinárního týmu.

Naše výzkumné řešení, muselo díky malé návratnosti nestandardizovaných tištěných dotazníků přejít na online podobu dotazníků se stejným zadáním. Díky internetovému dotazování se eliminuje nenávratnost dotazníků, ale omezí se kontakt s respondenty případně s nadřizenými respondenty. Určitě bych postupoval tímto způsobem, který jsem zvolil po špatné návratnosti, ihned. Domíváme se, že výsledky práce by se změnily při změně z kvantitativního výzkumu na výzkum kvalitativní už jen z důvodu pokrytí menšího množství respondentů pro výzkum. Každopádně si myslíme, že při změně

výzkumné metody bychom i nadále došli ke stejným či podobným výsledkům. Nicméně dle podložených výzkumů, viz. diskuse, je i naše přesvědčení stejné. Výhoda, důležitost, nutnost, správné fungování a podporování vzniků multidisciplinárních týmu a jejich udržování je rozhodně nadmíru užitečné. Schopnosti a kvality, kterého dosahují sestry a ostatní členové týmu v péči o své pacienty či klienty v nás jasně vzbuzuje nutnost prohlásit multidisciplinární tým za nesmírně důležitý. Bártlová (2006) uvádí, že pro pracovní spokojenost je důležité udržovat dobré vztahy na pracovišti, mít různorodou a dobře organizovanou práci. Spolupráci a schopnost spolupráce respondenti hodnotí velmi kladně v převážné většině. Celkem 23,0 % respondentů ji dokonce zařadilo jako velmi důležitou na Likertově škále. Konkrétně 55,4 % respondentů ji uvádí jako druhou nejlepší možnost na Likertově škále, z čehož vyplývá že díky spolupráce probíhá v multidisciplinárním týmu vyjímečně dobře. Kdybychom hodnotili negativní odpovědi na Likertově škále, v tomto ohledu by se dalo za negativní odpověď hodnotit možnost 6 až 10, z našich výsledků vyplývá, že celkem 1,4 % respondentů uvedlo právě možnost číslo 6 a jen 0,7 % respondentů uvedlo možnost číslo 7. Žádná profese jako jednotlivý článek nedokáže poskytnout kompletní zdroje a znalosti, které by obsáhly celistvou péči ve všech aspektech zdraví pacienta. Proto je třeba mnoho specialistů v jednotlivých oborech jako jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti, dietologové a jiní specialisté (Astin, Jennings, 2020).

Multidisciplinární týmy se stanovují ve všech oborech a oblastech zdravotnictví. Fangming (2020) stanovil výzkum v Beijingu pro zhotovení multidisciplinárního týmu v oblasti stomatologie. Multidisciplinární tým vznikl od začátku, tvořily se základní požadavky, cíle, struktury, organizační provoz a vyplňovaly se kritéria vzniku multidisciplinárního týmu. Jeho výzkum potvrzuje zvýšení úrovně péče o pacienty v stomatologii. Aby se struktura multidisciplinárního týmu formovala snáze, je důležité znát kompetence členů multidisciplinárního týmu. V našem výzkumu jsme zjistili, že znalost míry kompetencí členů multidisciplinárního týmu mezi sebou je poměrně dobře zastoupena. Necelých 80,0 % respondentů zná kompetence ostatních členů multidisciplinárního týmu. Zbytek respondentů čítajících necelých 20,0 % si není příliš jisto ohledně kompetencí členů týmu. Tak velká znalost kompetencí je zřejmě dána důsledkem předávání kompetencí mezi členy týmu. Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že necelých 90,0 % respondentů si předává kompetence při předávání směny, čímž jsou kompetence členů multidisciplinárního týmu vždy určené. Caldas, Foreman, Rajan et. al. (2013) referují ve svém výzkumu prováděném od roku 2009 do roku 2011 o implementaci

multidisciplinárního týmu a jeho rozhodování v řešení karcinomu prsu. Jejich výsledky udávají, že z celkových 3230 rozhodnutí a celkem 705 pacientů, přispělo celkem 2956 rozhodnutí jako shodné v multidisciplinárním týmu a tímto dostal multidisciplinární tým v této oblasti prioritu v řešení dalších případů. Dá se tedy prokázat důležitost správného předávání informací o pacientech.

Během výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry, které jsou převážně nespokojené v multidisciplinárních týmech mají tendence hodnotit negativně i samotnou spolupráci multidisciplinárního týmu. Díky této skutečnosti by mohlo jít o poměrně závažný problém. Nespokojenost členů multidisciplinárního týmu by mohla přinést mnoho negativního. Díky nespokojenosti by mohlo docházet ke vzniku syndromu vyhoření u jednotlivých nespokojených členů multidisciplinárního týmu. Cañadas-De la Fuente et. al. (2015) ve svém výzkumu obsahující 676 sester uvádí, že mnohé z nich trpěly průměrným až vysokým syndromem vyhoření. Statisticky významné rozdíly spojené s mírou syndromu vyhoření byly úzce spojeny se specifickými proměnnými. Jako prevenci syndromu vyhoření uvádí Suleiman-Martos et. al. (2020) správnou edukaci sester v oblasti všímavosti. Ve svém výzkumu uvádějí, že trénování všímavosti je schopno snížit úroveň vyhoření u většiny z 632 sester. Taktéž doporučují provést další randomizované klinické studie. Czeglédi et. al. (2019) prezentují ve své studii výsledky randomizovaných studií z oblasti Maďarska zaměřené na syndromy vyhoření. Přičemž ve výzkumu s 1201 respondenty uvádějí, že syndromem vyhoření bylo postiženo celkem 44,2 % respondentů a polovina z těchto respondentů byla postižena syndromem vyhoření a druhá polovina byla považována za vyhořelé. Taktéž sestry v průměru 93 % udávaly, že jejich práce je málo oceňována veřejností. Motta de Vasconcelos et. al. (2018) pomocí kvantitativní, popisné a průřezové studie získali výzkumný vzorek 91 sester pracujících v intenzivní péči. Pomocí výsledků a následné statistiky bylo vyhodnoceno, že syndromem vyhoření bylo postiženo 14,3 % ze vzorku. Autoři dodávají skutečnost, že jediná proměnná, která vykazovala významnou souvislost u syndromu vyhoření byla délka prázdnin, které sestry mají.

Výsledky zjištěné v této bakalářské práci by mohly poskytnout informace pro manažery v oblasti správného formování multidisciplinárního týmu. Na základě výsledků je udržení, formování a provozování multidisciplinárního týmu velmi náročný proces vyžadující nejen zkušené odborníky v oblasti managementu, ale i snahu všech členů multidisciplinárního týmu. Do jisté míry dotazníkové šetření a výsledky v něm obsažené mohou být určitou formou sebereflexe sester a jejich názorů, vnímání

multidisciplinárního týmu. Subjektivní pocity respondentů prezentovány zde pomocí výsledků jsou odrazem vnímání multidisciplinárního týmu. Dále jsou výsledky užitečné pro vzdělávání sester a rozšíření povědomí o skutečnosti a důležitosti multidisciplinárního týmu. Výsledky práce mohou najít uplatnění při dalších studiích na toto téma. Případně výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako podpůrný materiál při seminářích, formování multidisciplinárního týmu za účelem zvýšení kvality péče v jakékoliv oblasti ošetrovatelství.

6. Závěr

Každá sestra pracuje v určitém týmu, kolektivu, společenství, které má společný cíl a tím je plnění potřeb pacientů. Současná situace ve zdravotnictví a výzkumy podložený fakt zdůrazňuje pozitivní přínos multidisciplinární spolupráce směrem ke zlepšení kvality péče o pacienty, stejně tak jako zlepšení pracovních podmínek a snížení stresu pro pracovníky uvnitř tohoto multidisciplinárního týmu. Tato bakalářská práce se zabývá postavení sestry v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory a je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Výzkumná část byla zpracována pomocí kvantitativní metody. Výzkumný soubor tvoří sestry, pracující ve zdravotnickém či zdravotně-sociální zařízení, pečující o seniory. Pro sběr dat byl využitý anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby. Pro bakalářskou práci jsme stanovili dva výzkumné cíle, které jsme úspěšně zhodnotili. Prvním cílem bylo subjektivní zhodnocení sester vnímání svého postavení v multidisciplinárním týmu. Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry vnímají přínos multidisciplinárního týmu jako takového. Pro zpracování empirické části byly stanoveny celkem 3 hypotézy.

Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že sestry vnímají pozici v multidisciplinárním týmu v závislosti na pracovní pozici, přičemž sestry pracující jako praktické sestry, zdravotničtí asistenci, hodnotí svojí pozici nejhůře. Subjektivní hodnocení pozice v multidisciplinárním týmu ovšem dopadlo nečekaně. Bylo zjištěno, že sestry vnímají důležitost multidisciplinárního týmu a většina respondentů se cítí jako členi multidisciplinárního týmu s určitými rozdíly v hodnocení svého postavení. Při výzkumném šetření byla potvrzena hypotéza číslo 1, kdy se jasně prokázalo, že sestra hodnotí kvalitu spolupráce v multidisciplinárním týmu kladně. Při výzkumném byla potvrzena hypotéza 2, která jasně prokazuje kombinaci znalostí multidisciplinárního týmu za účelem řešení problémů a zajišťování kvalitnější péče o seniory. Díky výzkumnému šetření se potvrdila taktéž i hypotéza číslo 3, kdy spokojenost sester je závislá na základě schopnosti práce týmu ve specifických oblastech.

Výstupem bakalářské práce je zhodnocení subjektivního vnímání sester ohledně přínosu multidisciplinárního týmu v oblasti péče o seniory. Bakalářská práce může být využita ve výuce a v klinické praxi.

7. Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, E., PODĚBRADSKÁ, R., PSZCZOLKOVÁ, L., 2020. *Homeopatie pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1497-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. Profession of nurse, professionalism and elitism in nursing activity from the standpoint of sociology. *Kontakt*. 2007, **9**(2), 254-259. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2007.039
3. BÁRTLOVÁ, S., 2006. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Zdravotnictví v ČR*. **9**(3), 102-103. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6289-0.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2019. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2201-1.
6. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 2009, **11**(1), 252-256. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2009.042
7. BĚLOHLÁVEK, F. et. al., *Management*. Computer Press, 2006. ISBN 978-80-251-0396-8.
8. BĚLOHLÁVEK, F., ŠULEŘ, O., KOŠTAN, P. *Management*. Olomouc: Rubico, 2001. ISBN 80-858-3945-8.
9. BENOIST, H., DINAHET, A., CLÉMENT, C., SAINT-LORANT, G., 2019. Une collaboration pluriprofessionnelle au bénéfice des patients. *La Revue de l'Infirmière*. 68(255), 42-44. DOI: 10.1016/j.revinf.2019.09.012. ISSN 12938505. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1293850519303501>
10. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9253-3.
11. CALVELLO, M. *5 Stages of Team Development* [online]. Chicago, 2021 [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <https://fellow.app/blog/management/stages-of-team-development-and-how-to-navigate-them-smoothly/>
12. CAÑADAS-DE LA FUENTE, G.A. et al., 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. **52**(1), 240-249. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001. ISSN 0020-7489. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748914001710>

13. CASHELL, A., MORLEY, L., 2017. CONTINUING MEDICAL EDUCATION. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*. **48**(2), 207-216. DOI: 10.1016/j.jmir.2017.02.071. ISSN 1876-7982.
14. CLARK, W., 2021. Teamwork. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. **30**(4), 685-695. DOI: 10.1016/j.chc.2021.05.003. ISSN 10564993. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1056499321000523>
15. COHEN, E.L., CESTA, T.G., 2004. *Nursing Case Management: From Essentials to Advanced Practice Applications*. Mosby. ISBN 978-03-230-2765-6.
16. CORRIGAN, E., 2009. Nurses as equals in the multidisciplinary team. *Human Fertility*. 5(sup1), S37-S40. DOI: 10.1080/1464727022000199901. ISSN 1464-7273. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1464727022000199901>
17. CZEGLÉDI, E. et al., 2019. A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében: A systematic review and meta-analysis. *Orvosi Hetilap*. **160**(1), 12-19. DOI: 10.1556/650.2019.30856. ISSN 0030-6002. Dostupné také z: <https://www.akademiai.com/doi/10.1556/650.2019.30856>
18. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.
19. ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.
20. ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4756. ISSN 1211-1244.
21. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
22. DALY, J., SPEEDY, S., JACKSON, D., 2009. *Contexts of Nursing*. Elsevier Australia. ISBN 978-07-295-3925-8.

23. DOBIÁŠ, V., BULÍKOVÁ, T., 2021. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 2., přepracované a doplněné vydání. Přeložila Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3020-7.
24. DRÁBKOVÁ, K. Identita v profesi sestry z pohledu sester a rodinných příslušníků. *Florence*. 2011, **11**(5), 24-27. ISSN 1801-464X.
25. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
26. FANGMING, Z., 2020. Construction and implementation of oral multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment system. *中华口腔医学杂志 (Journal of Stomatology)*. **55**(10), 722-728. DOI: 10.3760/cma.j.cn112144-20200420-00219. ISSN 1002-0098. Dostupné také z: <http://rs.yiigle.com/CN112144202010/1248777.htm>
27. FERNANDO, G.V.M.C., HUGHES, S., 2019. Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*. **25**(9), 444-451. DOI: 10.12968/ijpn.2019.25.9.444. ISSN 1357-6321. Dostupné také z: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>
28. GEORGI, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2015. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
29. GRAHAM, E., SEVDALIS, N., 2019. Understanding and improving multidisciplinary team working in geriatric medicine. *Age and Ageing*. **48**(4), 498-505. DOI: 10.1093/ageing/afz021. ISSN 0002-0729.
30. HALLORAN, E.J., 1996. Virginia Henderson and her timeless writings. In: *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science, **23**(1), s. 17-24. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb03130.x. ISSN 03092402. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1996.tb03130.x>
31. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2826-6.
32. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
33. HEBERT, R., 2007. Palliative Care in Acute Care Hospitals. In: BLANK, A., O'MAHONY, S., SELWYN, A. *Choices in Palliative Care. Issues in Health Care Delivery*. XVOOO, s. 234. ISBN 378-0-387-70874-4.

34. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
35. HRDÁ, K., 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder. ISBN 978-80-907190-1-9.
36. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
37. HUBER, D., JOSEPH, M.L., 2021. *Leadership and Nursing Care Management*. Elsevier Health Sciences. ISBN 978-03-236-9712-5.
38. HUBINKOVÁ, Z., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3., aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1593-3.
39. HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
40. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9541-1.
41. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
42. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5345-4.
43. JENNINGS, C., ASTIN, F., 2017. A multidisciplinary approach to prevention. *European Journal of Preventive Cardiology*. **24**(3), 77-87. DOI: 10.1177/2047487317709118. ISSN 2047-4873. Dostupné také z: https://academic.oup.com/eurjpc/article/24/3_suppl/77-87/5926965
44. JEŽOVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, J., ZÍTKOVÁ, M., 2016. Klinická supervize očima účastníků – zkušenost z prostředí onkologického ošetrovatelství. *Psychologie pro praxi*. **51**(1-2). ISSN 1803-8670. Dostupné také z: <https://karolinum.cz/casopis/psychologie-pro-praxi>
45. JIE, C., CHUNXUE, P., JIAWEI, X., HONGMEI, L., HUOHONG, Q., 2021. Multidisciplinary cooperative mode led by infusion nurse specialists used to ensure the nursing quality of peripherally inserted central catheters in China: A 5-year retrospective study. *The Journal of Vascular Access*. **22**(4). DOI: 10.1177/11297298211033507. ISSN 1129-7298.

46. KAISER, J.A., WESTERS, J.B., 2018. Nursing teamwork in a health system: A multisite study. *Journal of Nursing Management*. **26**(5), 555-562. DOI: 10.1111/jonm.12582. ISSN 1365-2834.
47. KALNICKÝ, J., 2009. Efektivní sebevzdělávání dospělých a seniorů. In: *Dětství, dospělost, stáří: variace na lidský život*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 84. ISBN 978-80-7248-511-6.
48. KALVACH, Z., et. al., 2006. Geriatrický pohled na zdraví a nemocnost ve stáří – změna paradigmatu? *ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, **145**(12), 909-916. ISSN 0008-7335.
49. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1550-1.
50. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
51. JANKOVSKÝ, J., et. al., 2015 *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
52. KORNIWICZ, D.M., 2015. *Nursing Leadership and Management: The Advanced Practice Role*. DEStech Publications. ISBN 978-16-059-5158-4.
53. KRAJČÍK, Š., ZRUBÁKOVÁ, K. et. al., 2016. *Farmakoterapie v geriiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9028-7.
54. MACHKOVÁ, H. *Mezinárodní marketing: [strategické trendy a příklady z praxe]*. 4. vyd. Praha: Grada. 59 s. 2015. ISBN 978-802-4753-669.
55. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1638-6.
56. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1638-6.
57. MÁLKOVÁ, Š., 2018. *Muži v roli zdravotních sester*. Praha. Bakalářská práce. 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, UK. Vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová.
58. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
59. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
60. MESSER, B., 2017. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory*. Přeložil Renata HALMO. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0216-7.

61. MIČUDOVÁ, E., POKORNÁ, A., ZÍTKOVÁ, M., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9756-4.
62. MIERTOVIČ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2416-9.
63. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
64. MOJŽÍŠOVÁ, A., ed., 2019. *Sociální práce se seniory*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-761-3.
65. MOLYNEUX, J. Interprofessional teamworking: what makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*. 2009, **15**(1), 29-35. ISSN 1356-1820. Dostupné z: doi:10.1080/13561820020022855
66. MOLYNEUX, J., HENNEMAN, E. A., LEE, J. L., COHEN, J. I. Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1995, **21**(1), 103-109. ISSN 03092402. Dostupné z: doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x
67. MOUNT, B.M., 2003. Existential suffering and the determinants of healing. In: *European Journal of Palliative Care*. United Kingdom: Hayward Medical Communications, s. 42. ISSN 1352-2779.
68. *Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper*, 2006. St. Martin's House. ISBN 0-9549292-5-X. Dostupné také z: <https://www.lenus.ie/handle/10147/43830>
69. NANCARROW, S.A., 2013. Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*. **11**(19). ISSN 1478-4491. Dostupné z: doi:10.1186/1478-4491-11-19
70. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* [online], 2020. Praha [cit. 2022-1-29]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-v-cesku-2020-az-2030?typ=struktura>
71. NESTEL, D., KIDD, J., 2006. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: A focus group interview. *BMC Nursing*. **5**(1). DOI: 10.1186/1472-6955-5-1. ISSN 1472-6955.
72. NHS England: Multi-disciplinary Team Handbook. England: Westwood, 2014.

73. NOVOTNÁ, E., 2010. *Sociologie sociálních skupin*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2957-2.
74. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
75. ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
76. PERSILY, C.A., 2013. *Team Leadership and Partnering in Nursing and Health Care*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-9988-1.
77. PLEVOVÁ, I. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
78. POKORNÁ, A. et. al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: Hodnoticí nástroje*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-8769-5.
79. PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.
80. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9597-3.
81. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
82. PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.
83. RAJAN, S., FOREMAN, J., WALLIS, M.G., CALDAS, C., BRITTON, P., 2013. Multidisciplinary decisions in breast cancer: does the patient receive what the team has recommended?. *British Journal of Cancer*. **108**(12), 2442-2447. DOI: 10.1038/bjc.2013.267. ISSN 0007-0920. Dostupné také z: <http://www.nature.com/articles/bjc2013267>
84. RIGOLosi, E.L.M., 2012. *Management and Leadership in Nursing and Health Care: An Experiential Approach*. Third Edition. Springer Publishing Company. ISBN 978-08-261-0839-5.
85. ROSEN, M.A. et al., 2018. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*. **73**(4), 433-450. DOI: 10.1037/amp0000298. ISSN 1935-990X. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/amp0000298>
86. SAINT-PIERRE, C., HERSKOVIC, V., SEPÚLVEDA, M., 2018. Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review. *Family Practice*. **35**(2), 132-141.

- DOI: 10.1093/fampra/cmz085. ISSN 0263-2136. Dostupné také z: <https://academic.oup.com/fampra/article/35/2/132/4159391>
87. SLEPIČKA, P., MUDRÁK, J., SLEPIČKOVÁ, I., 2016. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3110-3.
88. STEVENSON, A., 2010. *Oxford Dictionary of English*. 3rd Edition. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-01-995-7112-3.
89. SUCHÁ, J. et. al., 2019. *Praktický rádce pro život seniora*. Praha: Albatros Media. ISBN 978-80-264-2769-8.
90. SVOZILOVÁ, A. *Projektový management: systémový přístup k řízení projektů*. 3., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0075-0.
91. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., et. al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2683-5.
92. ŠPATENKOVÁ, N. et. al., 2017. *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9951-8.
93. SULEIMAN-MARTOS, N. et al., 2020. The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. **76**(5), 1124-1140. DOI: 10.1111/jan.14318. ISSN 0309-2402. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14318>
94. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9673-9.
95. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
96. TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
97. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80726-2365-6.
98. TUCKMAN, B.W., 1965. Developmental sequence in small groups. *Psychological bulletin*. **65**(6), 384–399. ISSN 0033-2909. Dostupné z: doi:10.1037/h0022100
99. URDEN, L.D., KATHLEEN, M.S., LOUGH, M.E., 2014. *Critical Care Nursing - E-Book: Diagnosis and Management*. Elsevier Health Sciences. ISBN 978-03-232-9413-3.

100. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.
101. VAIDA, S., ȘERBAN, D., 2021. Group Development Stages. A Brief Comparative Analysis of Various Models. *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Psychologia-Paedagogia*. **66**(1), 91-110. ISSN 12218111. Dostupné z: doi:10.24193/subbypsyped.2021.1.05
102. VAUGHN, W.M., BUNDE, P.K., REMICK-ERICKSON, K., REBECK, S., DENNY, D., 2017. Forging Multidisciplinary Collaboration to Improve Mental/Behavioral Health. *NASN School Nurse*. **32**(5), 298-301. DOI: 10.1177/1942602X16689664. ISSN 1942-602X. Dostupné také z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1942602X16689664>
103. VASCONCELOS, E.M. de et al., 2017. Preditores da síndrome de burnout em enfermeiros de unidade de terapia intensiva: A systematic review and meta-analysis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. **38**(4), 12-19. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.04.65354. ISSN 1983-1447. Dostupné také z: <https://www.akademai.com/doi/10.1556/650.2019.30856>
104. VEJSADOVÁ, B., 2017. *Muži v roli zdravotních sester*. Praha. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií, UK. Vedoucí práce Doc. Věra Sokolová, Ph.D.
105. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-6497-9.
106. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
107. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5538-0.
108. VOSTRÝ, M., VETEŠKA, J., 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.
109. *Všeobecná sestra* [online]. Praha, 2017 [cit. 2021-10-14]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
110. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob*, 2014. [online]. Český Statistický Úřad. Praha [cit. 2022-1-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

111. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

8. Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

Dotazník k bakalářské práci.

Dobrý den, jmenuji se Martin Moravec a jsem studentem 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Tento dotazník obsahující 22 otázek slouží k získání informací do mé bakalářské práce s názvem *Postavení sestry v multidisciplinárním týmu pečujícím o seniory*. U některých otázek lze vybrat více možností (**otázky označené ***). Dotazník zabere cca 10-15 minut a je **anonymní**. Prosím neuvádějte nikde svá jména či jiné citlivé údaje. Jeho výsledky budou zveřejněny pouze v bakalářské práci.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2. Jaký je Váš věk?

- a. 18 – 20
- b. 21 – 30
- c. 31 – 40
- d. 41 – 50
- e. 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání?

- a. Střední s maturitou
- b. Vyšší odborné
- c. Vysokoškolské
- d. Jiné -

4. Na jaké pozici pracujete v tomto zařízení?

- a. Vrchní sestra
- b. Staniční sestra
- c. Všeobecná sestra
- d. Praktická sestra / zdravotnický asistent

5. Jak vnímáte svojí pozici v multidisciplinárním týmu? (1 – nejlepší, rovnocenná, 10 – nejhorší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

6. Jací členové multidisciplinárního týmu se nacházejí u Vás v zařízení?*

- a. Lékař
- b. Fyzioterapeut
- c. Pracovník sociální péče
- d. Ergoterapeut
- e. Vše výše uvedené
- f. Jiné -

7. S jakým členem multidisciplinárního týmu spolupracujete nejvíce?

- a. Pracovník sociální péče
- b. Lékař
- c. Fyzioterapeut
- d. Ergoterapeut
- e. Staniční sestra
- f. Vrchní sestra
- g. Ředitel/ka zařízení

8. Jak jste spokojen/a se spoluprací členů multidisciplinárního týmu při specifických výkonech?

	1 Velmi spokojen/a	2 Spíše spokojen/a	3 Průměrně spokojen/a	4 Spíše nespokojen/a	5 Velmi nespokojen/a
A. Předávání informací ohledně klientů					
B. Spolehlivost v práci					
C. Monitorace fyzického stavu klientů					
D. Monitorace psychického stavu klientů					
E. Plnění individuálních potřeb klientů					
F. Dodržování BOZP					
G. Správné polohování					

imobilních klientů					
H. Správná hygiena klientů					
CH. Znalost individuálních potřeb klientů					

9. Jak probíhá předávání informací mezi členy multidisciplinárního týmu?*

- a. Pomocí slovního předávání informací
- b. Pomocí psaného předávání informací
- c. Pomocí elektronického předávání informací
- d. Pomocí společného předávání směny
- e. Pomocí všech výše uvedených

10. Jak často se multidisciplinární tým schází za účelem společných porad?

- a. 4 a více schůzek měsíčně
- b. 2–3 schůzky měsíčně
- c. 1 schůzka měsíčně

11. Jak byste zhodnotil/a spolupráci Vašeho multidisciplinárního týmu? (1 – nejlepší, 10 – nejhorší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

12. Hraje podle Vás spolupráce multidisciplinárního týmu důležitou roli v péči o Vaše klienty?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně
- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne

13. Jak byste zhodnotil/a odraz kvality poskytované péče multidisciplinárním týmem na kvalitě poskytované péče o Vaše klienty? (1 – nejlepší, 10 nejhorší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

14. Pokud narazíte na problém v péči o klienta, spolupracujete s dalšími členy multidisciplinárního týmu abyste problém vyřešili co nejefektivněji?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně
- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne

15. Znáte míru kompetencí každého člena multidisciplinárního týmu?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně
- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne

16. Jsou tyto kompetence předem určené při předávání směny?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně
- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne

17. Jaký pracovník multidisciplinárního týmu má nejčastěji největší přehled o všech potřebách klientů a v případě potřeby je předává dále (zprostředkování komunikace mezi rodinou, změny zdravotního stavu...)?

- a. Vrchní sestra
- b. Staniční sestra
- c. Lékař
- d. Fyzioterapeut
- e. Ergoterapeut

18. Má Váš multidisciplinární tým stanovené zastupující pracovníky v případě, že je odpovědný pracovník mimo službu, či nemocný?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Vůbec ne

19. Považujete přínos multidisciplinárního týmu za pozitivní směrem ke zvýšení znalosti potřeb jednotlivých klientů?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně

- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne

20. Jak dlouho trvalo, než jste byl/a začleněn/a do multidisciplinárního týmu?

- a. Do prvního týdne na pracovišti
- b. Do prvního měsíce na pracovišti
- c. Během zkušebního období na pracovišti (Do tří měsíců)
- d. Nikdy jsem nebyl/a začleněn/a

21. Má multidisciplinární tým prostředí, ve které se může scházet?

- a. Ano
- b. Ne

22. Dodržuje Váš multidisciplinární tým stanovený etický kodex?

- a. Rozhodně ano
- b. Spíše ano
- c. Středně
- d. Spíše ne
- e. Vůbec ne