

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**POSTOJE VŠEOBECNÝCH SESTER K
INTERPERSONÁLNÍM KONFLIKTŮM NA PRACOVIŠTI**

Bakalářská práce

Autor práce: **Eva Smutná**

Vedoucí práce: **Bc. Hana Ulrychová**

2011

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**POSITION OF GENERAL NURSES TO WORK IN
INTERPERSONAL CONFLICT**

Bachelor's thesis

Author: **Eva Smutná**

Supervisor: **Bc. Hana Ulrychová**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné konzultace, ochotu při vedení bakalářské práce a velkou trpělivost paní Bc. Haně Ulrychové a všem sestřám Oblastní nemocnice Kolín a.s. za spolupráci při získávání dat. Dále bych ráda poděkovala své rodině za obrovskou trpělivost a podporu při mém studiu

OBSAH

Obsah.....	5
Úvod	7
Teoretická část	9
1 Konflikt.....	9
1.1 Definice konfliktu.....	9
1.1.1 Základní druhy konfliktů.....	10
1.1.2 Intrapersonální konflikt	11
1.1.3 Interpersonální konflikt.....	12
1.1.4 Komunikace	13
1.2 Týmová spolupráce ve zdravotnictví.....	14
1.2.1 Postavení sestry v ošetrovatelském týmu	15
1.2.2 Osobnost sestry	18
1.2.3 Role sestry v moderním ošetrovatelství	20
1.2.4 Rolová socializace sester	23
1.2.5 Syndrom vyhoření	24
1.3 Konflikty v ošetrovatelství	26
1.3.1 Příčiny konfliktů	27
1.3.2 Příznaky konfliktů	28
1.3.3 Zdroje konfliktů v ošetrovatelství	28
1.3.4 Důsledky interpersonálních konfliktů v ošetrovatelství	29
1.3.5 Mobbing	31
1.3.6 Řešení interpersonálních konfliktů	32
1.3.7 Prevence interpersonálních konfliktů	36
Empirická část.....	37
2 Zkoumaný soubor a použité výsledky	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Metodika práce	37
2.2.1 Charakteristika respondentů	37
2.2.2 Užitá metoda šetření.....	38
2.2.3 Zpracování získaných dat	39
3 Výsledky	40

3.1 Interpretace dat.....	40
Diskuze	90
Závěr	94
Anotace	96
Použitá literatura a prameny	97
Seznamy	100
Přílohy	103

ÚVOD

Konflikty mezi lidmi se objevují neustále a objevovat budou, neboť každý člověk je jiný, má své specifické představy, očekávání, snahy atd. Obecně lze říci, že pro zdravotníky vzájemně na sebe odkázané na pracovišti jsou konflikty pevnou součástí jejich pracovního dne. Zvládnutí konfliktních situací je tudíž zásadní pro fungování tohoto prostředí. Bez konfliktů není možný žádný vývoj a ne vždy musí být konflikt nepříjemným zážitkem. Ve zdravotnictví se stejně jako na jiných pracovištích setkáváme s lidmi, kteří jsou naši nadřízení, podřízení, kolegové a mají stejné nebo podobné postavení. Se členy všech těchto skupin se sestra může dostat do konfliktních situací.

Týmová orientace práce sestry je jeden z charakteristických rysů moderního ošetrovatelství. Zdravotnický tým pečuje o nemocné a každý z členů má přesně vymezené kompetence. Sestra již není pouze asistentkou lékaře, jak jsme byli zvyklí v dřívějších dobách, ale pracuje samostatně a v souladu s ošetrovatelským procesem. Není však výjimkou, že lékaři často přenášejí své kompetence na sestru. Jestliže je na oddělení nedostatek personálu, sestra navíc vykonává práci i za jiné členy týmu, což může pociťovat jako omezení při naplňování své profesní identity. V důsledku pracovního přetížení s nutností přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících od přímé péče o pacienta, často dochází ke značnému stresu. Po určité době i ke vzniku syndromu vyhoření, jakož i konfliktům a frustraci. To má za následek řadu závažných důsledků, které ovlivňují pracovní výkonnost, kvalitu odváděné práce, fluktuaci a loajalitu sester ke zdravotnickému zařízení. Sestra, která je nespokojena se svým pracovním prostředím nebude motivována k tomu, aby se angažovala v oblasti kvalitní ošetrovatelské péče. Proto je třeba se touto tematikou soustavně zabývat.

Konflikty nelze odstranit, lze k nim však zaujmout postoj, který je podložen zkušenostmi, co nejčasněji je řešit, a v neposlední řadě se jim pokusit předcházet.

Ošetrovatelské profese jsou u nás i v zahraničí zejména doménou žen, i když se zde pomalu objevují i muži. Možná to souvisí s historickým chápáním a zažitými představami, že sestra je žena. Žena jako nositelka určité životní energie, obětavosti a vytrvalosti, se schopností vcítit se do prožívání druhého člověka a intuitivním chápáním reality. To vše hraje významnou roli při řešení problémů pacientů, jakož i ostatních mezilidských vztahů.

Téma postoje sester k interpersonálním konfliktům mě zaujalo, neboť pracuji jako úseková sestra na chirurgické JIP a denně jsem svědkem menších či větších konfliktů, které mají různé příčiny a různé následky. Dost často jsou zbytečné, neboť vzniknou právě díky špatné komunikaci, rozdílným názorům a velmi často jsou to osobní malicherné spory, které

na pracoviště ani nepatří. Cílem práce je zjistit vliv interpersonálních konfliktů na pracovní činnost sester, jejich nejčastější zdroje, zjistit přístup sester k řešení interpersonálních konfliktů na pracovišti. Dále rozdílnost v přístupu k řešení podle délky praxe a pracoviště (intenzivní péče x standardní lůžka).

TEORETICKÁ ČÁST

1 Konflikt

1.1 Definice konfliktu

Konflikt (slovní základ lze nalézt v latinském slově *conflictus* = srážka, střet, *con* = s něčím, spolu, *fligo* = udeřit, někoho něčím zasáhnout) znamená střet dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí. (Křivohlavý, 2002, s.17)

Konflikt představuje v systému destabilizující prvek. Destabilizace ovšem nemusí být vždy pouze nežádoucím jevem, může mít i pozitivní význam. Narušením stávajících poměrů dochází ke změně, která je nezbytnou podmínkou vývoje. V lidské společnosti se navíc vyskytují různé individuality, jejichž jednání i zájmy se často velmi navzájem liší. Proto jsou konflikty v životě nevyhnutelné. Konflikt vnímáme v naší kultuře většinou jako něco nepříjemného, nežádoucího, něco co je spojené s narušením stavu věcí, rozvratem, něco čemu je třeba se pokud možno vyhnout v zájmu udržení řádu, jistoty, případně klidu.

Pro většinu lidí konflikt představuje nepříjemnou situaci a rozumnou reakcí je snaha, aby k němu vůbec nedošlo. I když nelze považovat konflikty za jednoznačně negativní, je důležité se podstatou a příčinami mezilidských konfliktů zabývat, pokud máme na mysli optimální lidské sociální fungování. Konflikty mezi lidmi i v jejich nitru, zejména ty nezvládnuté a neuspokojivě řešené sebou mnohdy přinášejí tolik závažných rušivých vlivů a negativních důsledků, že jejich pozitivní vývojový důsledek je zanedbatelný. Proto je z praktického hlediska potřebné jim předcházet nebo je alespoň mírnit.

Teoreticky lze stanovit u konfliktu jeho určitou stránku nebo znak, který relativně převažuje nad ostatními. Například emocionální vyhocení (zlost, strach), nebo jsou významné jeho poznávací či motivační stránky (poznatky o předmětu sporu, různé zájmy něčeho dosáhnout vzájemně neslučitelné). Konflikty v podstatě vycházejí ze situační konstelace, v níž dochází k aktuálnímu souběhu určitého stavu věcí a psychického stavu zúčastněných osob. (Paulík, 2007, s.75)

Konflikt lze také definovat jako destabilizující aspekt systému. Systém je něco, co je definovatelné vůči svému okolí a uvnitř čeho lze rozlišit nějaké menší části. Pod pojmem destabilizující aspekt si lze představit vztah v systému, který může způsobit podstatnou

změnu jeho stavu. Stavem systému je vlastně jeho rovnováha, která mu dává životaschopnost a je jednou ze základních tendencí systému. (Plamínek, str. 21)

1.1.1 Základní druhy konfliktů

Konflikty dělíme podle různých hledisek. Podle zřetelnosti jen lze rozdělit na konflikty otevřené, skryté či potenciální. Dále se mohou rozdělovat podle času na dlouhodobé, krátkodobé, náhlé, připravené.

Podle efektivity na funkční – jejich vyřešením se problém posune do příznivější polohy, než byl před konfliktem, či dysfunkční – v podstatě nic neřeší.

Podle počtu osob dělíme do čtyř tříd:

1. intrapersonální konflikty - vnitřní, osobní konflikty jedné osoby
2. interpersonální konflikty - konflikty mezi dvěma lidmi
3. skupinové konflikty - konflikty existující uvnitř dané skupiny lidí
4. meziskupinové konflikty – konflikty mezi dvěma skupinami lidí

Poslední dvě skupiny můžeme rozdělit ještě podle toho, jde-li o velké či malé skupiny lidí, přičemž malá skupina je skupina lidí vídajících se tvář v tvář. Zvláštní druh skupinového konfliktu je konflikt jedince se skupinou.

Dělení konfliktů podle psychologického obsahu:

- konflikty představ
- konflikty názorů
- konflikty postojů
- konflikty zájmů

Nelze jednoznačně říci, že by bylo možné říci konkrétně který konflikt kam zařadíme, většinou jsou konflikty smíšené. (Křivohlavý, 2002,s.20-22)

1.1.2 Intrapersonální konflikt

Intrapersonální konflikt je vnitřní subjektivní konflikt jedné osoby, kdy se střetávají dva (nebo více) – pro jedince významných – cílů, hodnot nebo potřeb. Týká se přestav, nejistot ve věci společenských norem, názorů, postojů, zájmů - osobních či společenských.

Častým případem vnitřního konfliktu jedince je konflikt rolí, které současně zastává. Jedinec se musí v daném okamžiku mezi alternativami rozhodnout, protože nelze současně realizovat obě. Intrapersonální konflikty mohou mít pro nositele různé důsledky. Zpravidla vedou k získání životních zkušeností a zrání osobnosti i k poznání ostatních lidí. Někdy však mohou vést k nedůvěře v sebe sama, frustraci, nejistotě i ve vztahu k ostatním lidem.

Frustrace je stav závažného neuskutečnění našich potřeb, které jsou pro každého individuální: každého tedy může frustrovat něco, co druhého nechá v klidu. Frustrování můžeme být z opakovaného odmítnutí nebo z výzvy, která přesahuje naše schopnosti. Ovšem nejen naše potřeby rozhodují o tom, co nás frustruje a co nás ještě nechá v klidu.

Dalším faktorem je frustrační tolerance, která je mírou odolnosti jedince. Ač je dvěma lidem stejná situace skutečně nepříjemná, ten s vyšší mírou frustrační tolerance ji snáší nepochybně lépe. Pokud tomuto stavu čelíme častěji, frustrační tolerance se zvyšuje. Postupně začneme rozdělovat věci na podstatné (velké), na nichž nám skutečně záleží a na nepodstatné (malé), kvůli nimž nemá smysl se rozčilovat.

Frustraci lépe snáší dospělí než děti nebo starší osoby. Frustrující situace se také mnohem lépe překonává, pokud se v tomto stavu ocitne více osob. Člověk pak nemá pocit, že je na vše sám. (Nakonečný, 1998, s.542)

„Pro většinu lidí je po většinu času většina stresu, se kterým se setkají, vyvolána jimi samými.“ (Davidson, 1998, s.27)

Při prožívání hlubokého vnitřního konfliktu jedinec přenáší projevy své vnitřní situace (nervozita, smutek, nesoustředěnost) i do okolního světa. Někdy budí účast jindy vyvolávají nepříjemné pocity jako je nesouhlas a nelibost, nebo také (zejména ti agresivní a vůči okolí nepřátelsky ladění) strach. (Paulík 2007, s.78)

Napětí, které vzniká, může vyústit do interpersonálního konfliktu (mezi dvěma a více lidmi, uvnitř skupiny, mezi jedincem a skupinou nebo mezi skupinami).

1.1.3 Interpersonální konflikt

Interpersonální konflikty jsou střety s jinými lidmi, a to buď: jedinec s jedincem, jedinec se skupinou, skupina se skupinou. V konfliktu jedinec uplatňuje dva způsoby chování: obranu a útok. Vyvolávají různě intenzivní emoční odezvu. Mohou mít i dopad do oblasti vnitřních intrapersonálních konfliktů, s nimiž se můžou různě kombinovat a prolínat.

Podle počtu zúčastněných osob se mohou rozlišovat konflikty:

1. dvou jedinců,
2. jedince a sociální skupiny,
3. dvou skupin,
4. konflikty v rámci jedné skupiny.

Podle psychologického obsahu dělíme konflikty na konflikty: představ

názorů

postojů

zájmů

Intenzita konfliktu záleží na druhu a síle střetávajících se tendencí. Průvodním znakem konfliktu je vnitřní subjektivní napětí které prožívají zúčastněné osoby.

Konflikt se vyvíjí a roste stupňovitě, v průběhu vývoje může vlastní záležitost ztratit na významu a konflikt se stane osobním. (Baum, 2009, s.55)

1.1.4 Komunikace

Komunikace má klíčové postavení v problematice interpersonálních vztahů. Komunikace je dynamický a kontinuální proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. Účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací. (Špatenková, Králová, 2009, str.9)

Komunikaci dělíme na verbální – prostřednictvím slov, neverbální – prostřednictvím řeči těla a paralingvistiku – tón a síla hlasu.

Základní formou verbální komunikace je rozhovor. Rozhovorem rozumíme záměrný jazykový styk, při kterém člověk sděluje něco o něčem druhému člověku a který probíhá v konkrétní předmětné a sociální situaci. (Janoušek et al., 1988, str.45)

Základem efektivní komunikace je naslouchání. Naslouchání může být pasivní (příjem a zpracování zvukových signálů, bez snahy porozumět a dekodovat, není poskytnuta zpětná vazba) nebo aktivní (správné chápání a porozumění, schopnost interpretace – zpětná vazba). Součástí naslouchání je také umění se ptát. To znamená nejen slyšet, ale také plně chápat a porozumět. (Gladkyj, et al. 2003, str.197)

Potíže provázející komunikační proces nazýváme komunikační šumy. Komunikační šum je všechno, co správné komunikaci brání (např. hluk, únava, spěch, používání nejednoznačných symbolů,...) Velké části komunikačního šumu můžeme zabránit tím, že používáme komunikaci se zpětnou vazbou, která zajišťuje průběžnou kontrolu oboustranného porozumění. (Šamánková, et al. 2006, str. 43)

Problémy interpersonálních vztahů jsou většinou problémy komunikace.

1.2 Týmová spolupráce ve zdravotnictví

Péče o člověka je týmová a celostní. Ošetřovatelská terminologie používá termín péče holistická, chápající člověka ve všech složkách jeho osobnosti.

Zdraví znamená bio - psycho - sociální rovnováhu. Rovnováhu, která udrží všechny složky (bio - tělesný a fyziologický stav, psycho - poznávací , emoční a duchovní, sociální - společenské prostředí, intrapersonální a interpersonální vztahy) ve vzájemném rovnocenném vztahu. Protože se všechny složky ovlivňují, hovoříme o vzájemném psychosomatickém vztahu. Tělo a psychika jsou ve vzájemné interakci. Nerovnováhou jedné složky dojde k nerovnováze v celém systému a organismus reaguje nemocí.

Zásadní úlohu v nerovnováze hraje stres (reakce organismu na požadavky vnitřního nebo vnějšího prostředí - smutek, mnoho životních změn, sociální izolace, bolest a jiné fyzické utrpení), stresory (stresové faktory) a schopnost "soudržnosti" všech složek. Stres snižuje odolnost organismu vůči nemoci a člověk ho prožívá jako psychický i tělesný diskomfort. Nerovnováha psychická vyvolá nerovnováhu tělesnou a opačně.

Každý člen zdravotnického týmu má svoji nezastupitelnou úlohu. Jeden bez druhého nemůže splnit své poslání, na které se připravil svým vzděláním, úlohy všech členů týmu se vzájemně prolínají.

V týmu zdravotnických pracovníků bývají převážně zastoupeny tyto profese:

- Lékaři a farmaceuti
- Sestry – SZP
- Nižší zdravotničtí pracovníci – NZP (ošetřovatelky)
- Sanitáři – PZP
- Další členové zdravotnických týmů jsou např. psychologové, učitelé, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, duchovní

Sestry v lůžkových zařízeních poskytují péči dvěma základními způsoby:

1. skupinová péče – sestra má na starosti skupinu pacientů na celém oddělení o které se komplexně stará
2. diferencovaná péče – určitá sestra má na starosti jednotlivé výkony, například převazy na celém oddělení, podávání léků atd.

V sestřských týmech jsou také tzv. primární sestry. Primární sestra má obvykle ve své komplexní péči 3 – 5 pacientů o které se stará, je prostředníkem v komunikaci a v řešení jejich problémů. (Šamánková et al., 2006, str.27-28)

1.2.1 Postavení sestry v ošetrovatelském týmu

Předmětem profesionální činnosti sestry je ošetrovatelská péče o nemocné nebo postižené, péče o zdravé ve smyslu ochrany a upevňování jejich zdraví. Zvolit si povolání všeobecné sestry znamená svobodně se rozhodnout pro osobní službu jinému člověku, která spočívá v poskytování pomoci při ochraně, zlepšování a navrácení zdraví.

Sestra vstupuje při vykonávání svojí profesionální činnosti do rozmanitých a mnohdy velmi náročných mezilidských vztahů. Nejdůležitější je vztah k pacientovi, ale stejně významné jsou i její vztahy se spolupracovníky.

Profesní autonomie vyjadřuje, do jaké míry představitelé určitého povolání jako skupina rozhodují o důležitých otázkách týkajících se jejich práce a povolání. Autonomní profese se v současnosti řídí do značné míry prostřednictvím svých profesních organizací. Tyto organizace jsou oprávněné (často i zákonem) určovat obsah činností vykonávaných v rámci daného povolání, formulovat normy týkající se práce příslušníků daného povolání, stanovovat podmínky, které musí splňovat uchazeči o dané povolání a vymezovat obsah profesní přípravy a dalšího vzdělávání. Zároveň mají oprávnění kontrolovat kvalitu práce příslušníků daného povolání, udělovat disciplinární postihy a chránit svoji profesi tím, že zabraňují příslušníkům jiných povolání, aby jim v dané sféře konkurovali. Pro profesní autonomii je dále charakteristické, že příslušníci dané profese využívají při práci určitý ucelený systém teoretických a praktických poznatků, jejich odborná příprava je dlouhodobá a formalizovaná, ve vztahu ke klientovi jsou v dominantním postavení, mají vypracované etické kodexy, vytvářejí si profesní organizace. Je třeba říci, že ošetrovatelství jako profese v plné míře splňuje všechny uvedené charakteristiky a požadavky.

Profesní autonomie určuje svým způsobem i charakter profesní struktury zdravotní péče. V současnosti působí v tomto systému výrazná profesní dominance lékařů. To znamená, že každá práce, kterou vykonávají příslušníci jiných povolání a která se týká služby pacientovi, je podřízená pokynům lékařů. Postavení jediné skutečně autonomní profese získali lékaři zejména proto, že za posledních sto let dokázali mimořádně zvýšit účinnost svojí práce zásluhou vědeckého, technického a technologického pokroku. Jejich prestiž a vliv má i širší společenský kontext. Ve společnosti, která je bohatá, převládá v ní všední, světské chápání

lidského blaha, lékař představuje někoho, kdo je schopný zabezpečit zdraví jako významnou společenskou hodnotu.

Tyto skutečnosti podmiňují i současnou pozici sester. Můžeme říci, že základ, na kterém tradičně spočívala autorita lékařů (medicínské poznatky, léčba) se výrazně rozšířil, ale zároveň jakoby ustoupily do pozadí humánní a duchovní hodnoty, které jsou v souladu se základním posláním ošetrovatelského povolání a na kterých buduje svoji autoritu. V posledních desetiletích vyvíjejí profesní organizace sester na celém světě nemalé úsilí za zvýšení autonomie sesterského povolání. Na tomto progresivním vývoji má nemalý podíl zejména moderní ošetrovatelství jako samostatný vědní obor. (Glasa, Šoltés, et al., 1997, str.79-80)

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína integrující poznatky z přírodních humanitních a společenských vědních oborů. Vychází z filozofických teorií a uznává, že lidé jsou součástí přírodního a společenského prostředí, s nímž jsou v neustálé interakci. Předmětem zkoumání je člověk, zdraví, prostředí a ošetrovatelská péče. Systémovou metodou praxe je ošetrovatelský proces. (Šamánková, et al., 2006, str.21)

Mnohé zahraniční výzkumy potvrzují, že lékaři berou autonomii sester na vědomí a nechávají je, aby vykonávaly různé diagnostické a léčebné výkony, pokud jsou v dostatečné míře standardizované (např. práce sester na jednotkách intenzivní péče). Na druhé straně se v této situaci vynořuje problém jisté technizace a byrokratizace práce sester, což znamená vzdalování se od pacienta.

V současnosti se zdravotní péče vyznačuje zřetelným rozčleněním práce a využíváním složité a nákladné technologie. Proto je velmi důležité, aby se všechny činnosti efektivně koordinovaly a materiální i finanční zdroje se účelně využívaly. Pozornost se zaměřuje zejména na strukturu řízení ve které se stále víc uplatňuje i sestra v souladu se svojí odborností a specifickými kompetencemi.

Role i pozice sestry se v dnešní zdravotní péči postupně mění a obohacuje. Na druhou stranu je velmi naléhavé realizovat povolání sestry jako vysoce profesionální a morální činnost v rámci konkrétní ošetrovatelské péče. Není mnoho povolání ve kterých by byla morální angažovanost tak výrazná. Je však zapotřebí, aby sestry v jejich úsilí podporovala celá společnost. S tím souvisí i otázka společenského uznání a ocenění jejich práce. (Glasa, Šoltés, et al. 1997, str.80-81)

Podle šetření Centra pro výzkum veřejného mínění, ve kterém zkoumalo prestiž vybraných povolání v České republice vyplývá, že nejvíce si Češi váží lékařů, druhé místo obsadili vědci a třetí patří zdravotním sestřím. Toto povolání bylo nově zařazeno a

objevilo se hned mezi třemi nejvíce ceněnými profesemi u nás. Ukázalo se, že prestiž povolání sestry veřejnost zajímá, respondenti uznávají psychickou i fyzickou tíhu sesterského povolání. Důvodem je zcela jistě i to, jak se sestry v posledních letech prezentují a jak se chovají k pacientům i samy k sobě, vzdělávají se, ukazuje se jejich práce, znalosti a erudovanost. (Kůt, 2011, str.1)

V současnosti probíhá rozšiřování kompetencí všeobecných sester, delegování specializovaných činností z lékařů na sestry. Mění se i vztahy mezi pracovníky různých specializací, rozšiřuje se spolupráce. Kompetence sester v České republice legislativně upravuje nově zákon č. 105/2011 Sb. tzv. Malá novela, kterým se mění 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), ve znění pozdějších předpisů. (Šmídová, 2011, str. 15)

Od všech zdravotnických pracovníků se očekává kontinuální vzdělávání po celé profesní období. Sestry si mohou svoji kvalifikaci zvyšovat formou vysokoškolského studia, specializačního studia, certifikovaných kurzů, interaktivních a odborných seminářů.

1.2.2 Osobnost sestry

Ošetrovatelské povolání je velmi náročné po stránce psychické i fyzické a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Toto povolání je jak u nás, tak i v jiných zemích převážně záležitostí žen. A to zejména z důvodu schopnosti ženy vcítit se do pocitů druhého člověka, lépe mu porozumět, ať už se to týká jeho osobních problémů anebo mezilidských vztahů. Sestra uplatňuje při vykonávání ošetrovatelského povolání přirozené ctnosti, svoje osobní hodnoty a postoje a samozřejmě získané vědomosti, zkušenosti a schopnosti.

- Jako žena – přirozeně inklinuje k jednotě a harmonii
- Jako matka – přirozeně projevuje soucit, pochopení a spoluúčast, poskytuje oporu a péči
- Jako spolupracovnice – projevuje přirozený cit pro pořadí důležitosti úkolů
- Jako odbornice – využívá svoje vědomosti, zkušenosti a dovednosti

V praxi se sestra často dostává do velmi náročných situací, které musí zvládnout nejen odborně, ale především lidsky. Sesterské stavovské ctnosti obsahují hlubší rozměr a můžeme je popsat následovně:

- Cílevědomost – jasně definovaný cíl a kroky k jeho realizaci.
- Diskrétnost – umění poslouchat a umění mlčet.
- Důvěryhodnost – znalost dané problematiky a věrohodné poskytování informací.
- Kolegialita – pracovní soudržnost, která respektuje úroveň, schopnosti a osobnost druhého.
- Lásky k nemocnému – pramení z etické odpovědnosti vůči nemocnému, je pochopením pro jeho bolest a nadějí pro jeho očekávání.
- Nezištnost – opak sobectví, umění dávat bez čekání na odměnu.
- Obětavost – schopnost přinášet větší či menší oběti.
- Odpovědnost – sestra má spoluzodpovědnost za zdraví a mnohdy i život člověka, tím je odpovědná vůči všem podobám identity a kvality života nemocného.
- Ohleduplnost – respektuje člověka v jeho identitě, jeho věk, nemoc, postižení, náboženství, kulturu.
- Ochota – činí sestru vnímavou pro všechny potřeby nemocného.
- Optimismus – víra v pozitivní budoucnost.
- Otužilost – odolnost snášet značnou tělesnou i duševní zátěž.

- Poctivost – odmítá falešnou naději a neztrácí zájem ani o nevléčitelně nemocné.
- Radost – vnitřní radost je projevem vyrovnané a harmonické osobnosti. Podobně jako optimismus, tak i radost z člověka vyzařuje.
- Sebeovládání – schopnost zachovat si důstojnost a rozvážnost ve vyhraněných konfliktních situacích.
- Sociální cítění – respektuje důstojnost člověka, jeho základní životní potřeby, lidská práva.
- Spolehlivost – seriózní jednání, které sestra uskutečňuje na základě aktuálně vysoce odborných vědomostí a třídění nových informací.
- Taktnost – dokonalé ovládání vlastních slov, gest, citů a vystupování na základě empatie a pochopení situace ve které se pacient nachází.
- Trpělivost – projevuje se jako otevřená statečnost v boji s nemocí a vytrvalé chápání problémů nemocného.
- Tvořivost – napomáhá k nalezení nových přístupů k řešení relevantních odborných problémů a v kultivaci vlastní osoby.
- Vlídlost – vystupování s trpělivostí, ochotou, taktností, vždy s klidem a úsměvem.
- Velkorysost – umění odpouštět, správně vidět své schopnosti.

Chování a jednání zdravotnických pracovníků by se mělo řídit obecně platnými etickými a morálními zásadami vycházejícími z obecně platných etických principů, etických zásad, zdravotnické etiky, morálky a mravnosti. (Kutnohorská, 2007, str.44-45)

1.2.3 Role sestry v moderním ošetřovatelství

Role sestry se historicky vyvíjela.. V současnosti je jednou z mála profesí, které v relativně krátké době prodělala velké změny. Prvotně se formovala na půdě charitativních institucí středověkých hospitalů jako charitativně – dobročinná činnost.

Zásadní zlom v rozvoji ošetřovatelství nastal v polovině 19. století, v období Krymské války. Všestranně vzdělaná anglická ošetřovatelka Florence Nightingalová se s ošetřovatelským systémem seznámila v Anglii, Německu, Francii a dalších státech Evropy. Získala na svou dobu velmi široké zdravotnické zkušenosti a znalosti. Anglickou vládou byla poslána na Krymské bojiště. Po návratu do Anglie byla vládou odměněna značnou finanční částkou, kterou zcela nezištně věnovala na založení první ošetřovatelské školy na světě v Londýně v roce 1860. Poprvé v historii začaly být pro svou práci systematicky vzdělávány ošetřovatelky pro nemocniční i domácí službu. (Rozsypalová, Staňková et al., 1996, str. 15)

Činnost Nightingalové obsahovala prvky, kterými se dnes prezentuje moderní ošetřovatelství a jeho cíle: vzdělání, prevence, zdraví a pohoda, uspokojování potřeb, individualizovaná péče, komplexní – holistický přístup, týmová péče, vědecký přístup, aktivní péče. Působením F. Nightingalové započala éra organizované, ošetřovatelské profesionální péče, která se postupně rozšiřovala do celého světa. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, str.16)

Profesní role sestry zahrnuje v současnosti rozmanité činnosti. Jsou to činnosti zaměřené na uspokojení biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb jak u nemocného, tak i u zdravého člověka. Pozornost věnovaná zdravým lidem souvisí s nejnovějšími trendy zdravotní péče, které zdůrazňují především ochranu a podporu zdraví, prevenci nemoci a osobní zodpovědnost za kvalitu svého života.

Nejčastěji se uvádí tyto role sestry:

- Ošetřovatelka
- Komunikátorka
- Edukátorka (ve smyslu zdravotně výchovného působení)
- Poradkyně
- Pacientova advokátka
- Nositelka změn
- Manažerka
- Výzkumný pracovník

Poznání profesionální role sestry umožňuje její posouzení z etického hlediska a učinit potřebné změny v obsahu anebo ve způsobu a podmínkách jejího vykonávání. (Glasa, Šoltés, et al. 1997, str.78)

Pojetí ošetřovatelství a ošetřovatelské péče se od pojetí medicínských oborů liší právě zaměřením na lidské potřeby. Ošetřovatelství vyhledává, předchází a odstraňuje či zmírňuje problémy v oblasti lidských potřeb a současně tím podporuje odborné zaměření dalších profesí multidisciplinárního zdravotnického týmu ve prospěch zdraví populace. V rámci oboru ošetřovatelství působí v praxi dvě regulované zdravotnické profese – všeobecné sestry a porodní asistentky. Obě profese poskytují individuální, cílenou péči uživatelům zdravotnických služeb. Jejich profesionální role má čtyři části, jež by měly být obsaženy v popisu pracovní náplně všeobecných sester a porodních asistentek ve všech zdravotnických organizacích:

1. Část autonomní – obsahuje odborné zdravotnické činnosti, ke kterým patří diagnostika ošetřovatelských problémů v oblasti lidských potřeb pacienta, erudované užívání ošetřovatelské terminologie a diagnostických pojmů, tvorba plánů ošetřovatelské péče s nastavením intervencí, vedení denních záznamů o realizované ošetřovatelské péči, zpracovávání propouštěcích ošetřovatelských zpráv, prevence vzniku ošetřovatelských problémů, onemocnění a deficitu ve zdraví, poskytování informací a edukace odpovídající kompetenci ošetřovatelských profesionálů, podpora a provázení osob a rodin v krizových a zdraví odlišných situacích, podpora rodiny a blízkých při změněném stavu pacienta.
2. Část kooperativní – představuje soubor aktivit, ke kterým patří např. spolupráce na opatřeních zdravotnického týmu ve prospěch zdraví pacienta, účelná komunikace při spolupráci se zdravotnickým týmem, respektování rolí ostatních lékařských a nelékařských zdravotnických odborníků, respektování vlastních ošetřovatelských kompetencí jejich nepřesahování, spolupráce s rodinou a blízkými pacienta.
3. Část výzkumná a rozvojová – vede k využívání nových poznatků v oboru ošetřovatelství, k zájmu o odbornou literaturu, ke spolupráci nebo i vedení rozvojových či výzkumných projektů, k účasti na tvorbě standardů ošetřovatelské péče, na vývoji formulářů důsledné ošetřovatelské dokumentace, ke kontinuálnímu celoživotnímu vzdělávání, k podpoře a

využívání principů EBN (evidence based nursing – ošetřovatelství založené na důkazech), k rozvoji všech oblastí ošetřovatelství a porodní asistence, včetně jejich terminologie i komunitní péče.

4. Část koordinační a řídicí – se specifikuje na koordinaci práce ošetřovatelského týmu v roli primární sestry nebo primární porodní asistentky (koordinace je zaměřená směrem k přidruženým či skupinovým sestřím, zdravotnickým asistentům a ošetřovatelkám, vždy ve prospěch skupiny pacientů dané primární sestry nebo porodní asistentky), zavádění skupinové a primární ošetřovatelské péče, sledování efektivity ošetřovatelské činnosti u klientů své primární skupiny, řízení či účast v ošetřovatelském auditu, hodnocení, řízení a vzdělávání podřízených pracovníků (event. mentorskou činností), užívání informačních a komunikačních technologií k důsledné práci s daty ošetřovatelské reality a jejich využívání pro sledování nákladovosti ošetřovatelské péče. (Marečková, Jarošová, 2005, str.7-10)

S rozvojem medicíny přibývá výkonů a ordinací, které přecházejí z lékařů na sestry nebo sestry lékařům při jejich výkonech pomáhají a zajišťují organizaci vyšetření, funkčnost a bezpečnost používaných přístrojů. Moderní přístrojové vybavení sice usnadňuje práci sestřím a v některých případech ulehčuje vyšetření a léčbu pacientů, ale sestry musí věnovat daleko více času provozu údržbě a těchto přístrojů na úkor času věnovaného pacientům. Objevuje se nový termín „technická sestra“, která je rychlá, zručná, vzdělaná v určité problematice, ale odklání se od pacienta, ať už z důvodu nedostatku času, nechuti se pacientovi věnovat nebo z přesvědčení, že pro něj udělala maximum, když zajistila použití přístroje pro vyšetření či léčbu. Vytrácí se tedy holistický přístup sestry a z povolání se stává zaměstnání zaměřené na výkony, odpracování požadovaných hodin za peněžní odměnu. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, str.17)

1.2.4 Rolová socializace sester

Pro sestru platí stejné vzory chování jako pro roli lékaře (funkční specifita, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita). To ovšem neznamená, že jejich role jsou zaměnitelné, ale určují společný základ myšlenkových vzorců, tj. že základní orientace jednání zůstává u lékaře a sestry ve specifických činnostech stejná, liší se však zásadně podle věcně specifického odborného obsahu činností.

Povolání sestry tvoří celý systém podrolí (dílčích rolí), což může způsobovat vnitřní rolový konflikt. Na přizpůsobení se širokému rolovému očekávání by mělo sestry připravit jejich vzdělávání. Z psychologického hlediska je rolová adaptace sester zvláště obtížná. Určujícím jádrem role sestry - jak bylo uvedeno- universalismus a kolektivní orientace. To znamená, že sestra je zásadně aktivovatelná vůči každému, koho je možné určit jako nemocného, je schopna zanedbání vlastních zájmů, sebezapření, ochotná k obětem ve prospěch opatrovaného. Přitom však vyšla z prostředí, které není takto kolektivně orientované, její návyky a postoje byly převážně individuální. Také není jednoduché si osvojit emocionální neutralitu, která není chápána jako nepřítomnost citů, ale jako ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázovým aktem přizpůsobení se na roli sestry. Vyžaduje to velkou energii duševních sil, silnou motivaci a stálý trénink a vzdělávání. Tím spíše, že jde o profesi jejíž funkce a podoba se neustále rychle mění, zatímco mínění společnosti i ostatních profesí při posuzování role sestry za touto změnou neustále zaostává. (Bártlová, 2005, str. 137)

Role sestry i ostatního zdravotnického personálu je navíc vnitřně konfliktní, protože pro výkony většiny činností jsou ve zdravotnictví stanoveny přesné normy a standardy, ale ony jsou nuceny je vykonávat v jedinečných a nestandardních situacích. Tyto i ostatní pomáhající profese jsou obecně nejvíce ohroženy syndromem vyhoření.

1.2.5 Syndrom vyhoření

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikované v roce 1974 v USA psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem. Jeho definice z roku 1980 uvádí že syndrom vyhoření představuje stav únavy a frustrace, způsobený úplným oddáním se věci, způsobu života či vztahu, který však nesplnil svoje očekávání. Nejčastěji citovaná definice ve výzkumu syndromu vyhoření, kterou zformulovala v roce 1981 Christina Maslach, říká: „Burn - out je psychologický syndrom emocionálního vyčerpání a poklesu osobní výkonnosti, který se může objevit u osob, jejichž profese se zabývá prací s lidmi.“

Syndrom vyhoření se objevuje v profesích, které jsou charakteristické vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a neadekvátním ohodnocením.

Na vzniku syndromu vyhoření se u sester mohou podílet: frustrace, negativní vztahy v rámci zdravotnického týmu, přílišná emocionální zátěž v rámci interakce sestry – pacient, vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce, nereálná očekávání a ztráta ideálů při nástupu do zaměstnání.

Projevy syndromu vyhoření: 1) Somatické – poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, bolesti hlavy, bolesti páteře, trávicí problémy.

2) Psychické – deprese, střídání nálad, ztráta zájmu o to co ho před tím těšilo, pocit nedostatku energie, nespokojenost se sebou, okolím, životem, prací.

3) Sociální projevy – omezování sociálních kontaktů, necitlivý přístup k pacientům, neochota ve vztahu ke spolupracovníkům, neochota spolupracovat a přizpůsobit se, depersonalizace.

Samotné vyhoření je výsledek dlouhého pozvolného procesu, který má následující fáze:

- Nultá fáze: jedinec pracuje co nejlépe, snaží se, přesto má pocit, že požadavkům není možné dostát a jeho snaha není dostatečně ohodnocena, tato fáze představuje jakési podhoubí pro vznik syndromu vyhoření.
- 1. fáze: pocit, že jedinec nic nestíhá, jeho práce začíná ztrácet systém.
- 2. fáze: vyskytují se symptomy neurózy (např. úzkost) spolu s pocitem, že jedinec stále musí něco dělat, přičemž výsledkem je chaotické jednání.
- 3. fáze: pocit, že „něco uděláno být musí“, mizí a nahrazuje ho opačný pocit – že se nemusí nic, pouhá přítomnost druhých lidí jedince dráždí, přidružuje se ztráta veškerého nadšení a zájmu, převládá únava, zklamání a vyčerpání.

Vyhořením je třeba zabývat se dřív než k němu dojde. Možnosti prevence a zvládnání syndromu vyhoření u zdravotníků jsou zejména: vyvážený životní styl, naučit se odpočívat, mít útočiště, pěstování přátelských vztahů na pracovišti, důkladné plánování relaxačních aktivit, dodržování odstupů od pacientů, obměňování pracovních postupů, učit se efektivně zvládat stres, zlepšovat komunikační schopnosti, pěstování koníčků, permanentní edukace, odměna za úspěchy.

U zdravotnických profesí se s projevy syndromu vyhoření počítá jako s následkem zvýšeného pracovního stresu. Zodpovědnost za život a pohodu pacienta může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se zdravotnický personál cítí vyčerpaný, nebo přepracovaný. Faktory jako sociální opora, lepší platové ohodnocení, nižší věk a s ním spojená kratší doba praxe v oboru jsou spojené s nižším rizikem vyhoření. Také osobnostní faktory, jako jsou nízká úroveň emocionální lability a sociální vnímavost, mohou preventivně působit ve vztahu k vyhoření.(Ondřiová, 2010, str.29-31)

1.3 Konflikty v ošetrovatelství

Mezi důležité předpoklady spokojenosti v práci, odvádění profesionálního pracovního výkonu a dobrých pracovních výsledků patří dobré vztahy na pracovišti i celková atmosféra, která na pracovišti panuje. Tyto faktory nesporně ovlivňují práci lékařů i sester, kteří se na pracovišti dostávají nečíslně do složitých pracovních situací. K tomu nepochybně přispívá i skutečnost, že v rámci pracovních vztahů spolupracují s řadou zdravotnických profesí i jiných odborných pracovníků, ale také s managementem, s pacienty a jejich blízkými. Tyto skupiny mohou mít často odlišné požadavky, jiná očekávání a představy o roli a povinnostech jednotlivých profesí. Vztahy na pracovišti mohou být z tohoto důvodu zdrojem napětí, neklidu a nespokojenosti s prací.

Konflikty (konfliktní situace) nalézáme ve všech sférách společnosti a ošetrovatelská profese vůči nim není imunní. Konflikt sám o sobě není negativním projevem sociálních vztahů. Není něčím, čemu bychom se měli nevyhnutelně vyhýbat. Konflikt je sice nepříjemný, protože přináší pocity diskomfortu, ale je také jedinečnou a možná neopakovatelnou příležitostí pro změnu. Je šancí udělat něco jinak – a třeba lépe. Konflikty zabraňují stagnaci vztahů, podněcují věcné řešení problémů, zhodnocují vztahy a uvolňují napětí. Mezi zdravotnickými pracovníky dochází k intenzivní konfrontaci názorů, postojů, potřeb, zájmů, přání, cílů, hodnot. Problém není v tom, jak vyloučit konflikty z pracoviště, ale jak se je naučit zvládat. Nejběžnějším typem konfliktů při poskytování ošetrovatelské péče je interpersonální konflikt – konflikt mezi jedinci. Mohou to být spolupracovníci, ale může to být i konflikt mezi sestrou a pacientem, či jeho blízkými. Zdrojem konfliktu může být také nevhodně poskytnutá kritika. Poskytování, ale i přijímání kritiky je pro mnoho lidí obtížné, proto se tomu raději vyhýbáme. Vyhýbání se však není právě efektivním prostředkem zvládnutí konfliktů. Dochází ke kumulaci napětí a může dojít k vyhocení v naprosto nevhodnou dobu. (Špatenková, Králová, 2009, str.43-44)

1.3.1 Příčiny konfliktů

Konflikty zřídka kdy vznikají bez příčiny a neočekávaně. Mohou propuknout náhle, ale ve většině případů mají svoji delší historii. Nejčastější příčiny konfliktů jsou následovné:

- Nepochopení, nedorozumění
- Nečestnost (neříkáme si pravdu a dříve či později se objeví konflikt)
- Polopravdy, nevyřčené pravdy
- Nedbalost (nedodržení slova, zodpovědnosti)
- Záměr (nejsilnější zdroj pro vznik a řešení konfliktů)
- Rozdílné názory, přesvědčení bez akceptace druhého
- Nevytvoření hranic (co chceme a co nechceme)
- Nezvládnutí konfliktu (konfliktu se vyhýbáme anebo nejsme ochotni ho řešit, často potom reagujeme emocionálně, z hněvu nebo ze strachu a proto útočíme, bráníme se)
- Strach je zdrojem mnohých konfliktů (najdeme ho za nečestností, nedbalostí, nevytvořením osobních hranic)

(Ondriová, 2011, str.30)

V pracovních vztazích se jedná o střety mezi sestrou a lékařem, které sestra pociťuje jako nejvíce devalvující, zejména když se stanou před očima pacientů nebo jsou do konfliktu vtaženi kolegové. Časté jsou problémy při přesunování lékařských kompetencí na sestru, ke kterým mohou být navíc nuceny okolnostmi. Další oblastí je rozhodování o prioritách v ošetřování nemocných, kdy lékař vyžaduje asistenci u výkonu, když sestra vykonává jinou činnost a lékařský výkon není pro pacienta akutní. Pokud chybí vzájemná tolerance, jsou pracovní vztahy narušeny. Samozřejmě také nepřátelské vztahy mezi sestrami navzájem vedou k tíživé atmosféře, v níž se nejen špatně pracuje, ale tyto potíže vycítí i pacienti. Třetí oblastí, která v zaměstnání působí sestrám potíže, jsou situace, v nichž chybí dostatek materiálu nebo čistého prádla, pracovní doba je organizována nevyhovujícím způsobem, aktivity sester jsou omezovány nedostatečnými prostory či klimatickými podmínkami v různých ročních obdobích, dále negativně působí hluk, ale i finanční podhodnocení. Musíme si přiznat i prohlubující se nedostatek sester a pomocného personálu. Při setkání s takovou situací se sestra může cítit bezradná a ublížená. Sestry prožívající lítost nebo zlost, u nichž se situace neřeší a neventiluje, situaci nedokáží samy zvládnout. Svoji roli zde hraje ošetrovatelský management, který je buď podpoří a poradí jim, nebo celou situaci bagatelizuje, čímž ovšem neplní jednu ze svých funkcí. Všechny tyto zdroje narušují fyzickou, psychickou a sociální pohodu účastníků. (Zachová, 2008, str.249)

1.3.2 Příznaky konfliktů

V první řadě se zhoršuje komunikace mezi zúčastněnými, stává se více strohou, formálnější, častěji než dříve se objevují rozdílné názory na jisté věci, objevují se hádky kvůli maličkostem, místo řešení problémů se hledají viníci, kdo může za vzniklou situaci, jaký podíl má na jejím přetrvávání, lidé se více odvolávají na pravidla, příkazy, nařízení, práva, podstatný není problém, ale spíše myšlenky na to, jak si to spolu vyřídit, účastníci konfliktu jsou frustrováni a postupně stále více energie vynakládají na zaměštnávání se přetrvávajícím konfliktem. (Ondriová, 2011, str.31)

1.3.3 Zdroje konfliktů v ošetrovatelství

Nejčastější zdroje konfliktů v ošetrovatelské praxi :

- Nedostatky v organizaci práce – nejsou jasná pravidla
- Povrchní vztah k práci – nedbalé plnění úkolů
- Malá objektivita při hodnocení vlastní práce – jde o nekritické myšlení
- Nízká disciplinovanost
- Charakterové vlastnosti a osobnostní předpoklady – zaměňování domněnek za fakty
- Nadměrná fyzická a psychická zátěž – pracovní klima, charakter práce
- Nepříznivé klima a mezilidské vztahy – přehlížení konfliktů, nevhodný styl řízení
- Nedostatečná informovanost a nevhodná komunikace

K příkladům klasických konfliktů v ošetrovatelství patří:

Profesionální byrokratické konflikty: jsou důsledkem neslučitelnosti nároku systému a vnímaných profesionálních zásad a povinností. Jádrem tohoto konfliktu je nerovnováha moci, což způsobuje u sester bezmocnost a frustraci.

Konflikty sestra – sestra: dochází k nim v případě když sestry, které spolu musí spolupracovat, mají rozdílnou filozofii ošetrování. Rozdíly narušují týmovou práci, čímž mohou nastat problémy mezi sestrami, jejichž práce je orientovaná na výkony a sestrami, které poskytují holistickou péči. (Ondriová, 2011, str.31)

Konflikty sestra – lékař: řada konfliktních situací vychází ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci současného lékařství a ošetrovatelství. Každý z těchto oborů klade jiný důraz na jednotlivé části léčebného procesu. Často se také můžeme setkat s názorem lékařů, že by sestry neměly zasahovat do oblasti lékařského působení. Někteří

lékaři bohužel stále vnímají sestru pouze jako jim podřízeného pracovníka, který se svými znalostmi nemůže lékaři konkurovat, a který by měl striktně dodržovat jejich rozkazy a plnit ordinace. Důvodem může být i to, že ošetrovatelství jako věda má kratší historii než lékařství a má také nižší společenský status. Mezi lékařským a sesterským přístupem jsou rozdíly, každý z nich zdůrazňuje jiné aspekty zdravotní péče, které se však vzájemně doplňují. Konflikty pak vznikají vlivem nerovnováhy moci v systému. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, str.68)

Konflikty z nedostatku osobní kompetence: vznikají, když úroveň vědomostí je v rozporu s tím, co se očekává v praxi.

Konflikty konkurenčních rolí: nastává, když osoba plní mimo roli sestry i roli studentky, manželky, rodiče, což vyvíjí tlak na čas, energii a pozornost této osoby.

Expresivní, instrumentální konflikty: vznikají, když jsou sestry rozpolcené mezi technickými nároky na péči a lidskými, nebo expresivními potřebami pacientů. Sestry musí nejenom efektivně pracovat, ale i zvládat citlivé situace s rodinami.

Konflikty pacient – sestra: vznikají, když se ošetrovatelské cíle liší od cílů a očekávání pacienta. Je potřebné respektovat rozhodnutí pacienta, i když to není vždy lehké. Sestry musí být připravené takovým konfliktům zabránit, nebo je efektivně zvládnout, aby jejich dopad byl minimální.

Z výzkumu Ondriové (2011) vyplývá, že nejvíce se v ošetrovatelském týmu vyskytují konflikty způsobené lhaním, závistí, netolerancí, nepochopením, nespravedlností. Často se vyskytovaly i rozdílné názory, či pracovní spory.

1.3.4 Důsledky interpersonálních konfliktů v ošetrovatelství

Běžné konflikty nezanechávají výraznější stopy v prožívání a chování zainteresovaných subjektů. Výraznější konflikty, které mají podobu dlouhodobě neřešitelných sporů, mohou vést k nebezpečným duševním poruchám, chorobám. Konflikty se dají řešit konstruktivně, bez vzájemného zraňování anebo odsuzování. Pro oddělení je velmi důležité, aby řešení konfliktů nezanechávalo za sebou jizvy a narušené vztahy. Porozumění mezi stranami v složitém pracovním prostředí zlepšuje efektivní komunikaci a zdravá dynamika skupiny ulehčuje rozhodování. Kvalitní rozhodování podporuje efektivní řízení konfliktu. Ne všechny konflikty jsou škodlivé, ale ty, které jsou, je třeba zvládnout a dostat pod kontrolu. Některé konflikty podporují růst a vedou k oživení úsilí. Zkušenosti s rozhodováním a

řízením konfliktů vedou k preciznější komunikaci a zlepšení vztahu ve skupině. Při ošetřování se někdy vyskytnou rozdílné názory na různé události, proto je důležité, aby sestry dokázaly konflikt ocenit jako výrazný prvek ovlivňující ošetrovatelskou praxi. (Ondriová, 2011, str.31)

Pracovní vztahy chápeme jako výsledek působení lidí ve specifické skupině, která se vyznačuje sociometrickými prvky a zákonitostmi. Jsou jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti, a proto vyžadují mnohostranný přístup. Kvalita pracovních vztahů ovlivňuje nejen spokojenost jejich účastníků, ale také podaný výkon i jeho kvalitu. Je rovněž významná pro oblast motivace a sebevědomí. Člověk uprostřed pozitivních pracovních vztahů je výkonnější, je schopen uvolněně komunikovat a adekvátně reagovat. V případě pozitivních pracovních vztahů není svázán předsudky a strachem z pochybení a selhání. Pracovní vztah je významný pro úroveň a harmonii spolupráce, která je definována a modelována dynamikou změn pracovních systémů v různých oborech a možnostech praxe.

Interpersonální vztah je především tvořen sociální a profesní komunikací jedinců v oblasti verbální, nonverbální a v oblasti činů. Vyjádřené dovednosti v těchto oblastech prezentují osobní postoje k věcem, osobám a hodnotám, což je nezanedbatelný prvek ovlivňující vztahy.

Vztahy mezi zdravotnickým personálem, především mezi lékaři a sestrami, jsou významným prvkem v poskytování zdravotnické péče. Ve zdravotnictví není výjimkou práce ve dvanáctihodinových směnách. Být vystaven zátěži ve formě odpovědnosti za zdraví a život lidí, vnímat stesky a problémy pacientů, účastnit se situací, kdy pacient prožívá aktuální nebo chronickou nemoc i její terminální stadium, vede často k negativním a impulzivním reakcím. Proto cílená tvorba a udržování pozitivních pracovních vztahů jsou pro zdravotnický tým velmi významné.

Interpersonální vztahy na pracovišti mají významný dopad na spokojenost pracovníků v zaměstnání, jejich stabilitu a na celkovou atmosféru na pracovišti. U sester v důsledku nedostačujícího personálního obsazení, pracovního přetížení, nutností přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících je od přímé péče o pacienta, často dochází ke značnému stresu, vzniku syndromu vyhoření, konfliktům a frustraci. Stres na pracovištích dosahuje rozměrů epidemie a sestry jsou považovány za jednu z nejvíce ohrožených skupin. Velká psychická zátěž vyplývá, jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské praxi dochází. Jde však o práci i fyzicky velmi náročnou.

Stres na pracovišti má za následek řadu závažných důsledků – ovlivňuje pracovní výkonnost, kvalitu, fluktuaci a loajalitu zdravotnických pracovníků ke zdravotnickému

zařízení. Schopní lidé odcházejí, protože nechtějí setrvat na konfliktním pracovišti. Následkem toho může docházet až ke snížení kvality poskytované péče a tím trpí i pacient. Zdravotnický pracovník, který je nespokojen se svým pracovním prostředím nebude motivován k tomu, aby se angažoval v oblasti kvalitní medicínské a ošetrovatelské péče. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, str.69)

1.3.5 Mobbing

Jsou-li konflikty na pracovišti vyvolávány cíleně, ve snaze poškodit někoho z kolegů, lze tyto označit jako mobbing. V případě, že jejich iniciátory jsou nadřízení, jedná se o bossing. Příčinami mohou být konkurenční tlaky, touha získat moc, závist, nebo nenávisť a další důvody projevující se nadměrnou kritičností, zesměšňováním, ponižováním, pomlouváním a intrikami. Mobbing může postihnout každého, ale u určitých jedinců lze předpokládat, že se touto „obětí“ stanou. Například lidé se sníženým sebevědomím. Jedinec, který je určitým stylem nápadný, či nový pracovník, který se dostane do sehraného kolektivu. Nelze opomenout ani úspěšné a aktivní pracovníky, kteří díky své pracovitosti nezapadají do pracovního kolektivu a stávají se terčem nenávisti jak kolegů, tak i nadřízených, kteří se mohou cítit ohroženi.

Základní strategií mobbingu je izolace postiženého pracovníka. Takto postižený kolega je ignorován, není zván na společné akce kolektivu, nikdo s ním nekomunikuje. Další častou metodou je šíření pomluv, kdy je neustále přetřásán soukromý i pracovní život oběti. Chyby, kterých se dopustí jsou neúměrně zveličovány a přidá se několik polopravd či vyslovených lží. Sabotování práce je další účinnou mobbingovou strategií. Jedinci se například záměrně neposkytují důležité informace, ať již oficiální, či neoficiální. Oběť se nechává v záměrné nevědomosti a lehce se dostává do dalších potíží. Znevažování výkonů a schopností nebo naopak přehlížení dobrých výkonů je mimořádně rozšířenou strategií. Poškození soukromí je strategie, která zasahuje do osobního života oběti. V kolektivu se rozebírá soukromý partnerský i intimní život, napodobují se gesta, chůze, nevhodně se komentuje vzhled nebo názory oběti. Oběť či jeho rodina dostává anonymní dopisy, e-maily, textové zprávy.

Následky mobbingu jsou psychické (deprese, poruchy koncentrace pozornosti, snížené sebevědomí, stavy úzkosti až psychiatrické syndromy s myšlenkami na sebevraždu) a psychosomatické (poruchy srdeční činnosti a krevního oběhu, vysoký krevní tlak, svíravé

pocity při dýchání, bolesti hlavy, šije, zad, kožní onemocnění, zažívací potíže, zhoršení zraku, nechutenství anebo naopak bulimie). Nejdůležitější prostředek eliminace tohoto nežádoucího jevu na pracovišti je prevence.

Prevence mobbingu spočívá v dodržování několika základních pravidel:

- informovanost, otevřenost anebo vzdělávání zaměstnanců,
- vhodný způsob řešení konfliktů, aby zaměstnanci dokázali posoudit závažnost svého jednání, přiměřeně reagovali na různé podněty anebo se od nich odpoutali,
- systém účinných opatření proti možnému mobbingu (vypracovaný na pracovišti),
- jasně definovaná pravidla chování na pracovišti (buď v podobě etických kodexů, případně jiné formy vnitropodnikových předpisů, které by zaměstnanci vnímali jako závazné a na základě kterých by jejich porušení či nedodržení bylo postihnutelné) (Ondriová, Dučaiová, 2010, str.26-27)

1.3.6 Řešení interpersonálních konfliktů

Efektivní řešení konfliktů je základem dobrých vztahů na pracovišti. Neřešené problémy mohou narůstat a narušit stabilitu celého oddělení. Je-li konflikt zvládnut vhodným způsobem, má dobrý vliv na vztahy na pracovišti, druhotně podporuje kreativitu zúčastněných, umožňuje vývoj atd. Při řešení konfliktů je podstatným faktorem mít pod kontrolou emoce a nenechat se ovlivnit rivalitní a nepřátelskou atmosférou. Sebekontrola umožní racionální náhled na věc. Zúčastněné strany by si měly uvědomit vzájemné pozice, ujasnit si postoje, zájmy a cíle a v neposlední řadě by si měly vzájemně naslouchat. Tam, kde by situaci nezvládaly vyřešit samy, se mohou obrátit na někoho třetího. Třetí osoba musí být nezávislá k danému problému. Může to být staniční sestra, vrchní sestra, či lékař. Řešení konfliktních situací má svá pravidla. V první fázi by zúčastnění měli mít možnost rozebrat problém ze svého pohledu. Jak ho sami vnímají, jak je ovlivňuje, jak se cítí v důsledku jednání toho druhého a jaká jsou fakta a argumenty z jeho pohledu, ale neměly by se vyvozovat závěry. V druhé fázi by měli aktéři situaci posoudit společně a uvědomit si rozdíly ve vnímání. Nezbytné je pozorně naslouchat a dát druhému zpětnou vazbu o tom, jak to chápe on. V konfliktních situacích jsou důležitou součástí i pocity, tudíž by si je zúčastnění měli mezi sebou sdělit. Když se účastníci shodnou na faktech, je potřeba ujasnit si názorovou a postojovou shodu. Tam kde ke shodě nedošlo, je třeba hledat cestu k možným řešením, ústupkům na obou stranách. Další fází je znovu zaměření na přání a potřeby každého

z účastníků a v tomto směru hledat možnosti při kompromisech, neboť kompromisy jsou v konfliktních situacích nezbytnou součástí. V poslední fázi se zhodnotí řešení a spokojenost obou stran. Aby nedošlo k tomu, že konflikt bude přetrvávat v latentní podobě, je možné a odstupem času tuto fázi opakovat, případně přehodnotit.

Lze rozlišit tři základní strategie řešení konfliktu:

- Pasivní a nepřímé strategie – nevedou k přímému řešení a diskuzi o problému
- Individuálně zaměřené strategie – jde o výslovné potvrzení střetu a komunikace s očekáváním ústupků druhého.
- Integrační strategie – jedná se o potvrzení konfliktu a respektování partnera jako rovnocenného.

Všechny konfliktní situace však řešit nelze např. pokud některý z účastníků je konfliktním typem a v takových to situacích nachází uspokojení. Je potřeba brát v úvahu charakterové vlastnosti jednotlivců. Obtížně se konfliktní situace řeší s příliš dominantním člověkem, neboť nerad ustupuje, ale také s egoisty a výbušnými lidmi, kteří jednájí impulzivně a bez rozvahy. V takových situacích návody a modelové situace mohou selhat. Pro úspěšné řešení je nedílným předpokladem dodržování pravidel, která zvyšují pravděpodobnost pozitivního výsledku.

Pro zdravotnické pracovníky, kteří jsou vzájemně na sebe odkázaní na pracovišti, jsou konflikty pevnou součástí jejich pracovního dne. Bez konfliktů není možný žádný vývoj a ne vždy musí být konflikt nepříjemným zážitkem. Dobré vztahy mezi kolegy jsou zárukou harmonické spolupráce v celém zdravotnickém týmu, proto je potřeba konfliktům předcházet a již vzniklé umět efektivně řešit. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010, str.70-72)

Konflikt se můžeme pokusit řešit například vyjednáváním. Vyjednávání je proces při kterém se různá hlediska posléze stávají jedním, vzájemně přijatelným výsledkem. Vyjednávání je kombinací empatické komunikace a kreativní spolupráce.

Také čas je důležitý při řešení konfliktu. Čas k probrání problému a nalezení řešení ve spolupráci obou stran. Zdravotničtí pracovníci jsou však často tak zaneprázdněni, že nemají dost času na přemýšlení o interpersonálním konfliktu. Přesto by ale mělo být řešení problému na oddělení prioritou, neboť ve svém důsledku se přenáší na pacienty. Další podmínka k řešení konfliktu se vztahuje na schopnost řešit konflikt. Získání schopností a znalost zdrojů má zásadní význam pro řízení konfliktu. Role vedoucí sestry se zdá být nezbytná pro řízení konfliktu v ošetrovatelských jednotkách. Bylo však prokázáno, že vedoucí sestry řešení konfliktu nevěnují dostatek času. Jedním z důvodů může být i fakt, že vedoucí sestry cítí, že

nemají dostatečné vzdělání a trénink k řešení konfliktů, neboť role vedoucí sestry je novým typem výzvy v sesterské profesi. A protože role vedoucích sester je pro efektivitu vynaložených prostředků důležitá, měl by být dán dostatečný důraz na jejich proškolení.

Konflikt má pozitivní i negativní důsledky, může vést k tvůrčí aktivitě, ale také k sabotáži. Lidé by měli umět konflikt rozpoznat, řešit ho. Znáť 5 hlavních strategií řešení konfliktu: 1) soupeření

2) vyhýbání

3) přizpůsobení

4) útěk

5) spolupráce

Není jasně daná správná či nesprávná cesta řešení. Dostatek času, souvislosti, typ společnosti (kultura) a typ osobnosti, by měly být vzaty v úvahu při řešení konfliktu. Primární metodou sester při řešení konfliktu podle výzkumu Vivarové je vyhýbání se. Jsou tři hlavní důvody, proč sestry tuto metodu nejčastěji používají:

1. historické souvislosti (vztah lékař-sestra)

2. sestry mají málo času k probrání konfliktu, protože jsou obvykle velmi vytíženy. Tento nedostatek času zastírá komunikaci a pojmenování konfliktů

3. vedoucí sestry mají málo znalostí jak konflikt řešit, protože vedoucí role, kterou nově zaujímají je výzvou posledního období a potřebuje jako taková více prozkoumat a lépe nacvičit. Proto by měly být pro vedoucí pracovníky k dispozici kurzy o konfliktech a jejich zvládání, dále by se mělo zlepšit personální a materiální vybavení ošetrovatelských stanic, provést alespoň proškolení ošetrovatelského personálu stran konfliktů. (Vivar, 2006)

Ve výzkumu, který provedla J. Morrison sestry užívaly při řešení konfliktů nejčastěji přizpůsobení. Nejméně užívaly spolupráci, přestože spolupráce korelovala s vysokou emoční inteligencí. Spolupráce se považuje za pozitivní způsob zacházení s konfliktem, proto se jeví přínosným rozvíjet a posilovat schopnosti emoční inteligence sester. Sestry s vysokou emoční inteligencí dokážou vycítit, co je správné nebo špatné, a mají potřebné dovednosti, aby mohly přijímat správná rozhodnutí v konfliktní situaci. Emoční inteligenci lze naučit a dále rozvíjet. (Morrison, 2008)

Ačkoliv je konflikt vnímán jako přirozený fenomén každého lidského vztahu, užívaly sestry na jednotkách intenzivní péče vyhýbání jako strategii při jeho zvládání, pro očekávání, která souvisejí s pohlavím a očekávaným chováním, otázkami sebevědomí a styly organizace práce a vedení. Sestry se takto chovaly proto, protože si byly vědomy, že společnost od nich očekává, že budou „milé“, obětující a podřizující se a pokud budou zataženy do konfliktu,

budou označeny za příliš emoční nebo nefeminní ženy. Je ale obecně známo, že při zvládnání konfliktu je nezbytné se soustředit na problémy a ne na osobnosti.

Sestry se vyhýbaly konfliktům pro neproporcionálně zastoupenou část mužské populace v administrativních a vedoucích pozicích a jejich (mužské) dominance na lékařském poli. Bylo diskutováno, že historicky podmíněná nízká hladina sebevědomí a existence autokratických vedoucích struktur podporovaly v ženách vyhýbání se konfliktům. Je diskutabilní, zda lékem na tento problém jsou sestry, které hledají samostatnost a kontrolu nad svojí vlastní praxí a které mobilizují nezávislé myšlení k sebedůvěrné konfrontaci konfliktu, místo aby se spoléhaly na přimknutí k pravidlům a hierarchickým strukturám. Myslí se, že proměna ve vedoucích funkcích vedla sestry k posílení, inovativním postupům a odvaze konfrontovat se s konflikty.

Nízké sebevědomí a sebeúcta mohou pramenit z historického pojetí, kdy se na sestry pohlíželo jako na osoby s nízkým sociálním postavením a podřadnou důležitostí ve zdravotním systému, profesi se věnovaly jen „ztroskotankyně společnosti atd. (Kelly, 2006)

Při řešení konfliktu je důležité soustředit se na problém a navrhnout pozitivní zpětnou vazbu, ovládat svůj temperament. Při řešení skupinového problému má každý člen právo být soustředěně vyslechnutý a s respektem.

Je třeba stanovit jasná pravidla před začátkem diskuze a dodržovat je. Nejprve si promluvit každý sám se sebou. Zdůraznit existenci shodných názorů, postojů a zájmů. Vysvětlit svoje stanoviska objektivním způsobem. Vyhnout se hodnocení minulých stanovisek druhé strany, vyhnout se útočení, ironii či provokaci druhé strany. Snažit se hledat kompromis. Konflikt řešit v ústraní, bez zbytečného „divadla“. Snažit se porozumět druhému. Tvrzení bez důkazů, nevydávat za argument, neodbíhat od tématu. Nesnažit se za každou cenu mít poslední slovo a nesnižovat osobní důstojnost oponenta. Nezaměňovat dialog za monolog a dát řešení problému dostatek času na promyšlení si problému. (Ondriová, 2011, str. 34)

1.3.7 Prevence interpersonálních konfliktů

Důkladnější pochopení příčiny konfliktů v prostředí ošetrovatelské práce by umožnilo posun od řešení konfliktů k předcházení konfliktům. Chceme-li změnit pracovní prostředí, manažeři a sestry potřebují společně chápat to, co představuje konflikt. Jeho důsledky z hlediska dopadu na jednotlivou sestru a tým by měly být uznány. Primární prevence začíná vzděláváním pracovníků ve všech oblastech ošetrovatelství, včetně klinických pracovišť, rozvoj studijních programů pro bakalářské programy a rozvoj programů orientovaných na podporu nových absolventů v prvním roce praxe. Je již dlouho známo, že konflikt je nevyhnutelný, je součástí života. Sestry se musí naučit, jak eliminovat jejich ničivé účinky, a zároveň podpořit konstruktivní účinky. Snížení množství konfliktů v každodenním pracovním prostředí závisí na pochopení zdrojů a následků konfliktu mezi sestrami. Je třeba upřednostnit prevenci konfliktů, neboť konfliktní situace má vliv na pohodu sester a nakonec i na péči o pacienty. (Almost, 2006)

Nejlepší prevencí je do konfliktů se vůbec nedostávat a vyhýbat se jim. Napomáhá nám k tomu dodržování norem a pravidel, respektování firemní kultury, svědomité plnění úkolů, kolegiálnosti, vstřícnosti a hlavně otevřená komunikace. Dále dostatek taktu, schopnosti naslouchat, ohleduplnosti, empatie, diplomacie, ale i zdravé upřímnosti, ochoty komunikovat a dávat prostor k otevřenému dialogu či naopak potlačení vlastní sebestřednosti, asertivita, supervize. Osvojit si dovednost otevřeně přijímat kritiku a vyrovnat se s ní, ať je pozitivní či negativní. Pro předcházení konfliktům je důležité zejména respektování „zlatého pravidla“ chování: *"Chovej se k jiným tak, jak chceš, aby se jiní chovali k tobě"*.

EMPIRICKÁ ČÁST

2 Zkoumaný soubor a použité výsledky

2.1 Cíle práce

Cíl práce: Zjistit postoje všeobecných sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti.

Dílčí cíle: 1) zjistit vliv interpersonálních konfliktů na pracovní činnost sester

- 2) zmapování nejčastějších zdrojů konfliktu
- 3) zjistit přístup sester k řešení konfliktů na pracovišti
- 4) zhodnocení rozdílnosti v přístupu k řešení konfliktu podle délky praxe
- 5) zhodnocení rozdílnosti v přístupu k řešení konfliktu podle pracoviště (intenzivní péče x standardní lůžka)

2.2 Metodika práce

2.2.1 Charakteristika respondentů

Výzkumné šetření bylo provedeno v Oblastní nemocnici Kolín a.s. v období od 5.8.2011 do 5.9.2011. K realizaci výzkumu byla vybrána oddělení standardní péče (interní oddělení, urologické oddělení) a intenzivní péče (Interna JIP, RES, VOJ).

Na interním oddělení standard sestry pečují o převážně chronicky nemocné, nebo čekající na vyšetření. Jednotlivé stanice standardního oddělení zahrnují celkem 81 lůžek rozdělených do 3 stanic. Pro kriticky nemocné, nestabilní pacienty v ohrožení života je k dispozici 11 lůžek jednotky intenzivní péče a 3 lůžka intermediární péče. Na standardní oddělení jsem rozdala po stanicích celkem 36 dotazníků, návratnost byla 28 (78%) z nich. Na Interní JIP jsem dala 12 dotazníků, vrátily se všechny (100%).

Oddělení RES zajišťuje na 7 lůžkách komplexní diagnostiku a léčbu pacientů v kritických stavech. Závažnost onemocnění těchto pacientů vyžaduje podporu základních životních funkcí nebo náhradu již selhaných orgánových systémů. Zde bylo rozdáno 30 dotazníků, navrátilo se 24 (80%) z nich.

Jednotka víceoborové intenzivní péče – VOJ slouží k monitoraci vitálních funkcí a základní podpoře orgánových systémů. Zajišťuje na 8 lůžkách komplexní péči o pacienty v perioperačním období a intenzivní konzervativní péči. Jedná se o pacienty operačních oborů, tedy chirurgie, urologie, gynekologie a ORL. Spektrum pacientů doplňují pacienti s traumaty vyžadující kontinuální monitoraci životních funkcí. Z 12 rozdaných dotazníků se

vrátilo 11 (92%).

Urologické oddělení se specializuje na onemocnění ledvin, vývodných močových cest a pohlavních orgánů. Lůžková část je vybavena 24 lůžky. Na urologii bylo dodáno 10 dotazníků , které se vrátily všechny (100%).

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, návratnost činila 85 % (85). Ke konečnému zpracování jich bylo použito 83 % (83), neboť během analýzy dat byly vyřazeny 2 nekompletně vyplněné dotazníky.

2.2.2 Užité metoda šetření

K získání dat byla použita metoda dotazování, technika anonymního dotazníku. Dotazník vychází z předcházejících výzkumů. (Švadlenková , 2010)

Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné, dotazník byl strukturován na tři části. První část tvořily sociálně demografické údaje, jako věk, pohlaví, délka praxe a vzdělání.

Druhá část se týkala postojů všeobecných sester k interpersonálním konfliktům. Postoje jsou komplexním souborem hodnocení lidí, věcí i myšlenek ve třech dimenzích:

- a) emocionální - skládá se z emocí, které se váží k objektu postoje a z emocionálních reakcí, které objekt vyvolává,
- b) kognitivní – skládá se z názorů, myšlenek a přesvědčení vůči objektu,
- c) konativní (behaviorální) - týká se sklonů k jednání a pozorovatelného chování ve vztahu k objektu postoje.

Konkrétní postoj může být založen primárně na jedné ze složek, ale zároveň obsahuje i ty ostatní. Postoje vykazují značnou stálost a odolnost vůči změnám. (Vaculík, 2006, str. 5)

Celkem bylo 13 otázek, se čtyřstupňovou hodnotící škálou, bez nucené volby středních hodnot „nevím“. Intenzitu svého postoje respondenti vyjadřovali pomocí variant: rozhodně souhlasím, spíše souhlasím, spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím. Některé otázky měly pozitivní, jiné negativní charakter.

Třetí část dotazníku je zaměřena na vzájemné interpersonální vztahy a příčiny konfliktů na pracovišti. Závěrečná otázka byla otevřená a respondenti se mohli vyjádřit k tomu, jak konfliktům předcházet.

2.2.3 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníků byla zapisována a dále zpracovávána ručně do tabulky četnosti za pomoci čárkovací metody. Získané výsledky byly převedeny do jednoduchých tabulek četností a doplněny výpočty relativních četností podle vzorce $f = n / N$

f.....relativní četnost

n.....absolutní četnost

N.....četnost celková

Relativní četnost poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se uvádí v % a výsledek se vynásobí 100 se zaokrouhlením na dvě desetinná čísla.

V bakalářské práci jsou použity sloupcové grafy. Pro rekonstrukci tabulek byl použit Microsoft Word, pro konstrukci grafů byl využit Microsoft Office Excel.

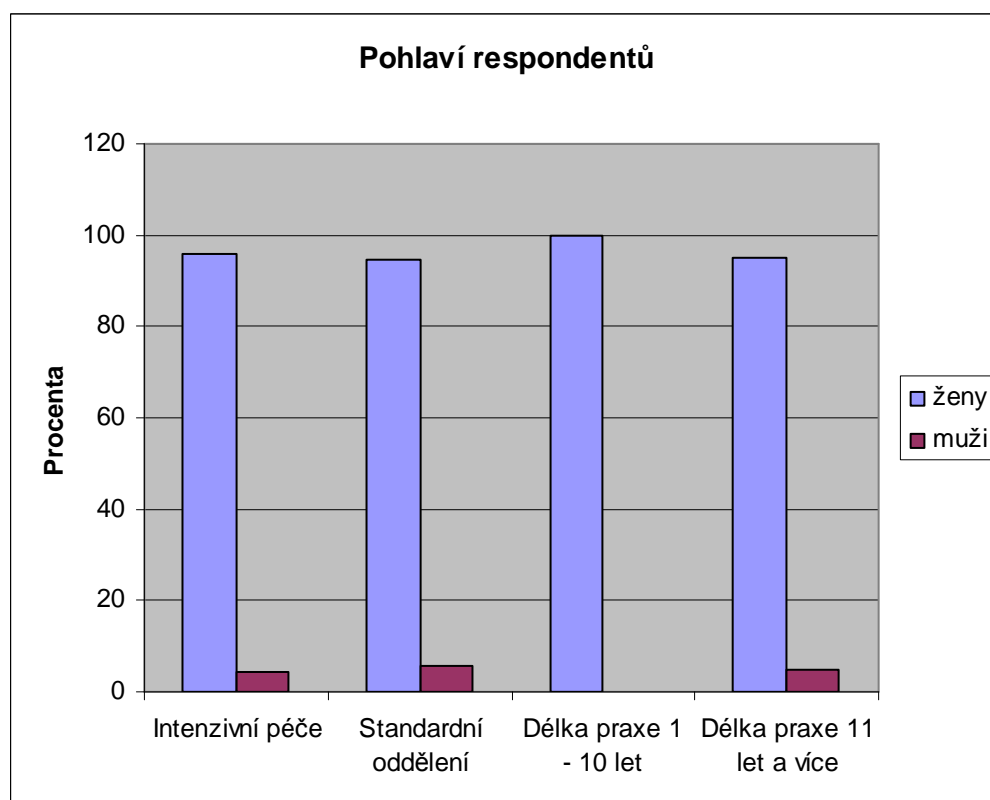
3 Výsledky

3.1 Interpretace dat

V první části dotazníku odpovídali respondenti na položky, které se zjišťovaly osobní údaje týkající se pohlaví, věku, vzdělání a délky praxe.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů ve zkoumaném souboru (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
žena	95,74	94,44	100,00	95,18
muž	4,26	5,56	0,00	4,82
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 1 Pohlaví respondentů ve zkoumaném souboru (v %)

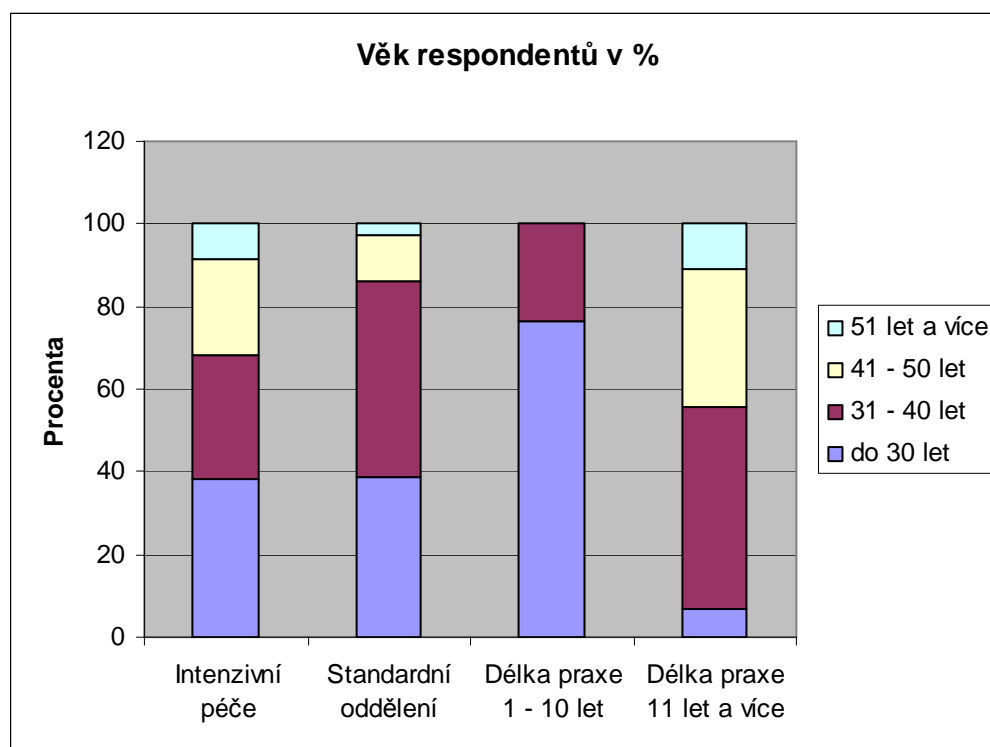
Položka č. 1 Pohlaví respondentů

Ve zkoumaném souboru bylo na intenzivní péči zastoupeno 95,74 % žen a 4,26 % mužů. Na standardních odděleních pracuje 94,44 % žen a 5,56 % mužů.

Respondenti s praxí 1-10 let jsou u mužů zastoupeni 10,53 %, ženy jsou zastoupeny 89,47 %. U respondentů s praxí 11 a více let jsou 100 % zastoupeny ženy. Z celkového množství 83 respondentů (100 %) bylo zjištěno 79 žen (95,18 %) a 4 muži (4,82 %).

Tabulka č. 2 Věk respondentů (v %)

Věk	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
do 30 let	38,30	38,89	76,32	6,67
31 – 40 let	29,79	47,22	23,68	48,89
41 – 50 let	23,40	11,11	0,00	33,33
51 let a více	8,51	2,78	0,00	11,11
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 2 Věk respondentů (v %)

Položka č. 2 Věk respondentů

Na intenzivní péči se věk sester pohyboval do 30 let u 38,30 % dotázaných, 31 – 40let uvedlo 29,79 %, ve věku 41 – 50 let bylo 23,40 % a ve věku 51 let a více bylo 8,51 %.

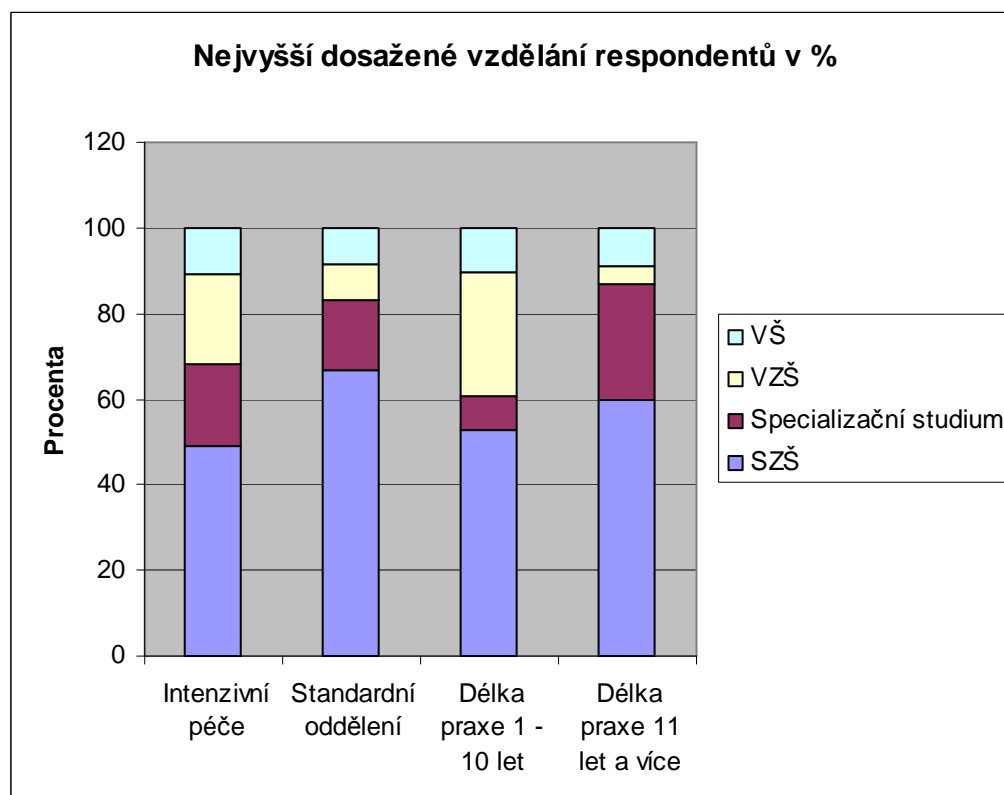
Na standardním oddělení bylo ve věku do 30 let 38,89 % sester, ve věku 31 – 40let bylo 47,22 % sester, 41 – 50 let uvedlo 11,11 %, sester starších 51 let bylo 2,78 %.

U sester s praxí 1-10 let bylo ve věku do 30 let 76,32 %, ve věku 31 – 40let bylo 23,68 %. Ve věku 41 – 50 let a 51 let a více nebyla žádná sestra.

Sester s praxí 11 a více let bylo do 30let věku 6,67 %, věk 31 – 40 let uvedlo 48,89 %, ve věku 41 – 50 let bylo 33,33 % a starší 51 let bylo 11,11 % sester.

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
SZŠ	48,94	66,67	52,63	60,00
Specializační studium	19,15	16,67	7,89	26,67
VZŠ	21,27	8,33	28,95	4,44
VŠ	10,64	8,33	10,53	8,89
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání (v %)

Položka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Ze 47 sester na intenzivní péči absolvovalo 48,94 % střední zdravotnickou školu (SZŠ), specializační studium uvedlo 19,15 % sester, vyšší zdravotnickou školu (VZŠ) má 21,27% sester a vysokou školu zaznamenalo 10,64 % dotázaných.

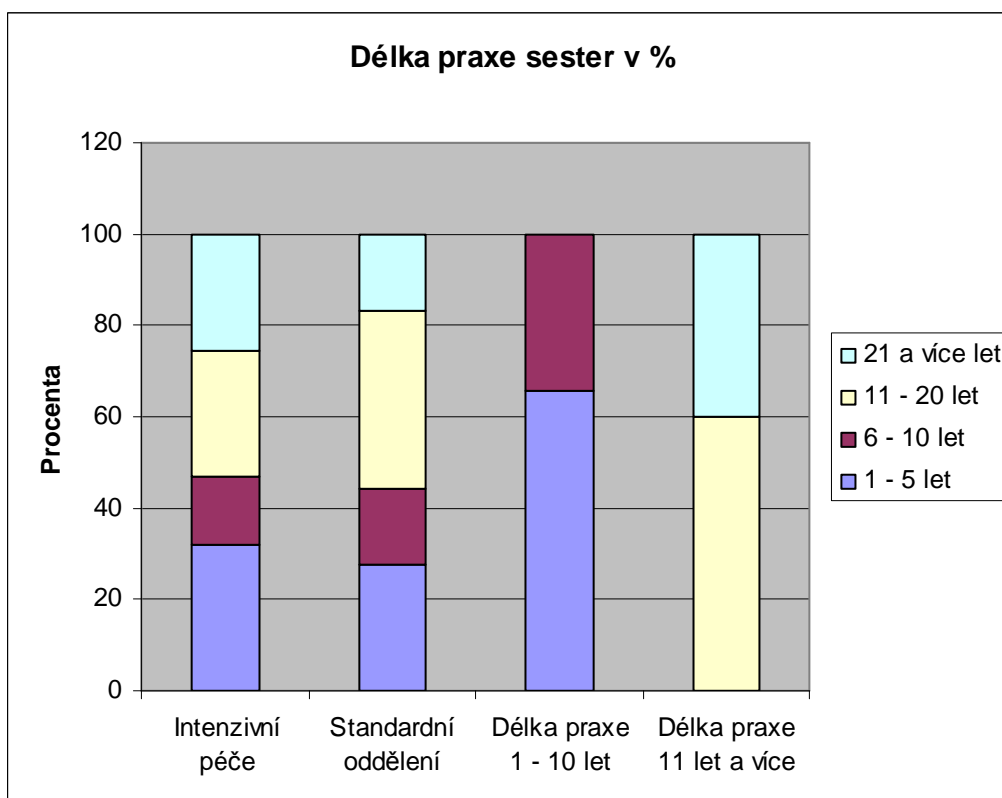
Z dotazovaných 36 sester na standardním oddělení uvedlo 66,67 % střední zdravotnickou školu (SZŠ), specializační studium 16,67 % sester, vyšší zdravotnickou školu absolvovalo (VZŠ) 8,33 % a vysokou školu vystudovalo 8,33 % dotázaných sester.

Z celkového počtu sester s praxí 1 – 10 let (38) udává střední zdravotnickou školu (SZŠ) 52,63 % , specializační studium uvedlo 7,89 % sester, vyšší zdravotnickou školu (VZŠ) absolvovalo 28,95 % a vysokou školu vystudovalo 10,53 % sester.

U sester s praxí 11 a více let (45) má střední zdravotnickou školu (SZŠ) 60 % sester, specializační studium uvádí 26,67 % , dále 4,44 % vystudovalo VZŠ a vysokou školu 8,89 % .

Tabulka č. 4 Délka praxe sester (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
1 – 5 let	31,92	27,77	65,79	0,00
6 – 10 let	14,89	16,67	34,21	0,00
11 - 20 let	27,66	38,89	0,00	60,00
21 a více let	25,53	16,67	0,00	40,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 4 Délka praxe sester (v %)

Položka č. 4 Délka praxe sester

Ze sester na intenzivním oddělení má 31,92 % praxi 1 – 5 let, 14,89 % sester odpracovalo 6 – 10 let, délku praxe 11 – 20 let udává 27,66 % sester a nad 21 let má odpracováno 25,53 % dotazovaných sester.

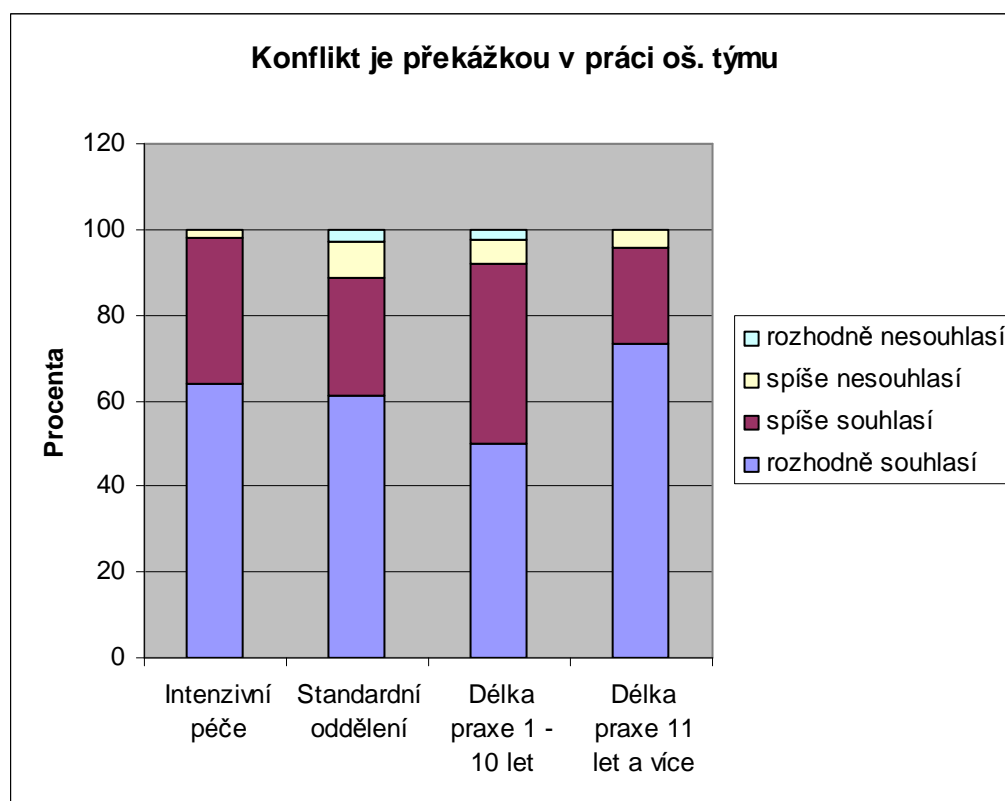
Na standardním oddělení uvedlo délku praxe 1 – 5 let 27,77 % sester, odpracovaných 6 – 10 let praxe udává 16,67 % sester. Největší skupinu s délkou praxe 11 – 20 let tvoří 38,89 % dotazovaných a praxi delší než 21 let má 16,67 % respondentů.

Ve skupině sester s praxí 1 – 10 let je 65,79 % sester s praxí 1 – 5 let a 34,21 % sester s praxí 6 – 10 let.

Z celkového počtu sester s praxí 11 a více let má odpracováno 60% dotazovaných 11 – 20 let praxe a 40 % respondentů má praxi delší než 21 let.

Tabulka č. 5 Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	63,83	61,11	50,00	73,33
spíše souhlasím	34,04	27,78	42,11	22,22
spíše nesouhlasím	2,13	8,33	5,26	4,45
rozhodně nesouhlasím	0,00	2,78	2,63	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 5 Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu (v %)

Položka č. 5 Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu

Ze sester na intenzivní péči tento výrok vnímá rozhodně souhlasně 63,83 % dotázaných, spíše souhlasí 34,04 % dotázaných respondentů a 2 % spíše nesouhlasí s tímto tvrzením. Nikdo z respondentů s tvrzením rozhodně nesouhlasí.

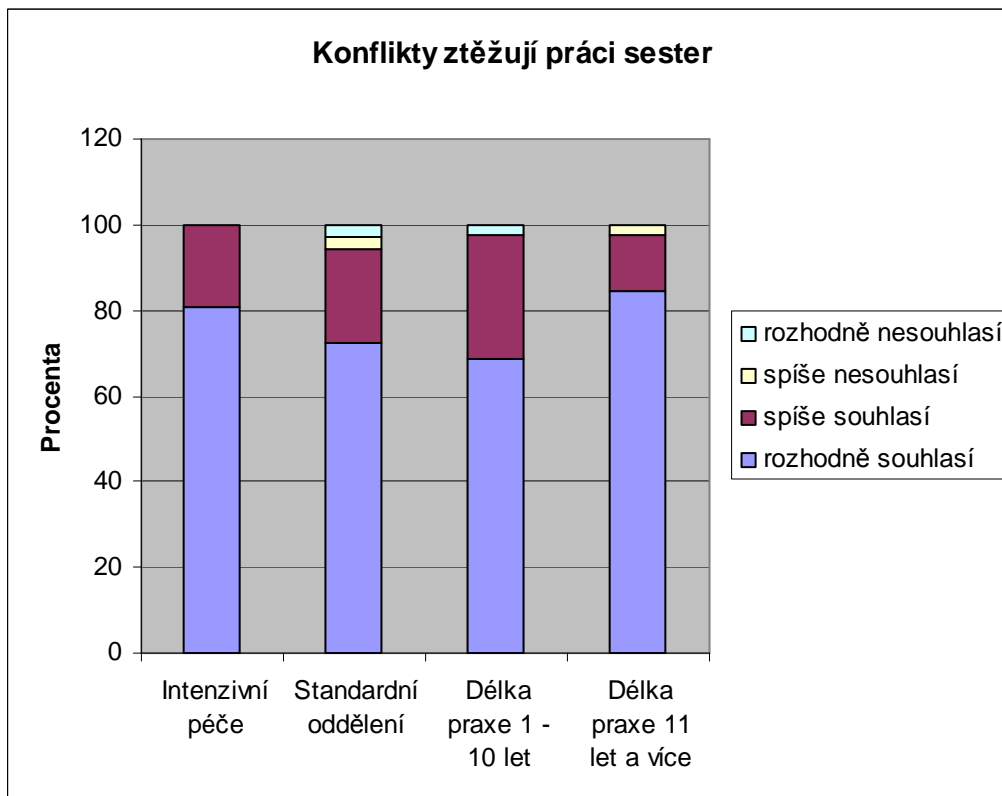
Na standardní péči vnímá tento výrok rozhodně souhlasně 61,11 % sester, spíše souhlasí 27,78 % dotázaných. S negativním vlivem konfliktu na týmovou spolupráci spíše nesouhlasí 8,33 % a rozhodně nesouhlasí 2,78 % respondentů.

Polovina sester s praxí 1 – 10 let 50 % s výrokem, že konflikty omezují týmovou spolupráci rozhodně souhlasí, spíše souhlasí 42,11 % dotázaných, 5,26 % s výrokem spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 2,63 %.

Sestry s praxí 11 a více let které s negativním vlivem konfliktu rozhodně souhlasí je z dotazovaného počtu nejvíce 73,33 %, spíše souhlasí 22,22 % a spíše nesouhlasí 4,45 %.

Tabulka č. 6 Konflikty ztěžují práci sester (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	80,85	72,22	68,42	84,44
spíše souhlasím	19,15	22,22	28,95	13,34
spíše nesouhlasím	0,00	2,78	0,00	2,22
rozhodně nesouhlasím	0,00	2,78	2,63	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 6 Konflikty ztěžují práci sester (v %)

Položka č. 6 Konflikty ztěžují práci sester

Sestry na intenzivní péči souhlasí s tvrzením rozhodně 80,85 % a spíše 19,15 %. Žádná ze sester nezvolila nesouhlasnou variantu.

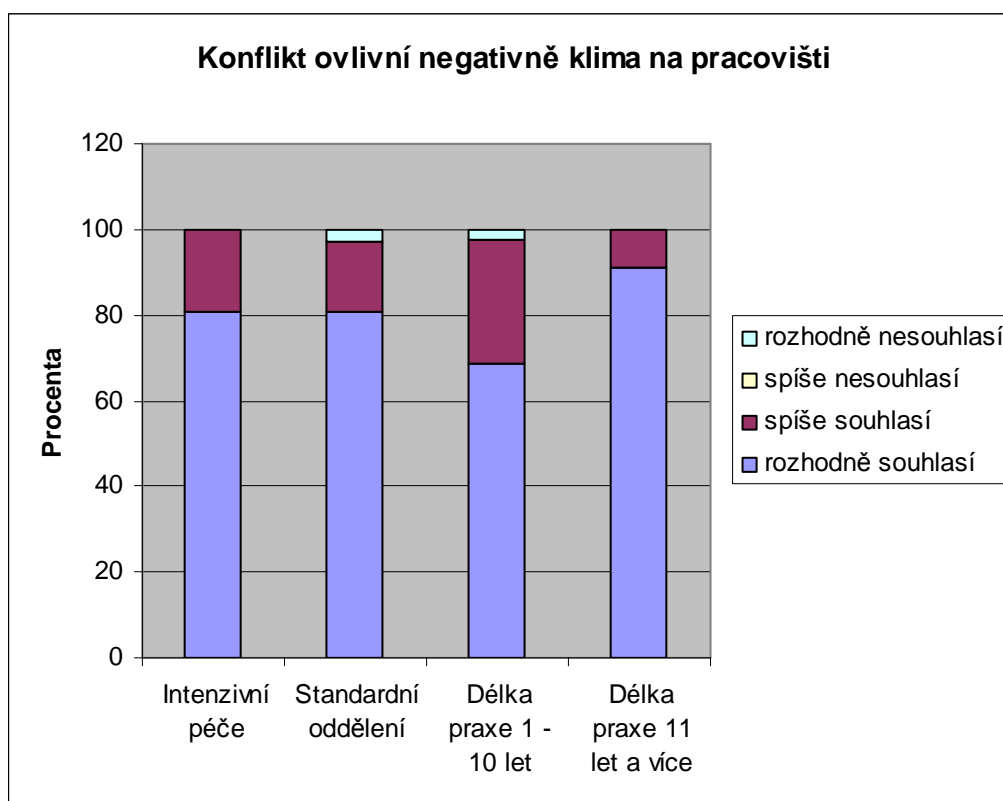
Podobně jsou na tom sestry na standardních odděleních, kde 72,22 % rozhodně souhlasí s tvrzením, 22,22 % sester spíše souhlasí. Objevila se i nesouhlasná stanoviska a to v jednom případě u spíše nesouhlasné odpovědi 2,78 % a stejně tak u rozhodně nesouhlasné odpovědi 2,78 %.

V porovnání s délkou praxe sestry s praxí 1 – 10 let vnímají tento výrok rozhodně souhlasně v 68,42 %, spíše souhlasí 28,95 %, žádná ze sester spíše nesouhlasí a jedna 2,63 % rozhodně nesouhlasí.

U sester s praxí 11 a více let dominují rozhodně souhlasné postoje v 84,44 %, spíše souhlasné stanovisko má 13,34 % sester, jedna setra uvádí spíše nesouhlasné stanovisko 2,22 % a žádná ze sester neuváděla rozhodně nesouhlasné stanovisko.

Tabulka č. 7 Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	80,85	80,55	68,42	91,11
spíše souhlasím	19,15	16,67	28,95	8,89
spíše nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	2,78	2,63	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 7 Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti

Položka č. 7 Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti

S tímto tvrzením na intenzivní péči rozhodně souhlasí 80,55 % dotazovaných sester, spíše souhlasí 19,15 % sester a nesouhlasná stanoviska spíše nesouhlasím a rozhodně nesouhlasím nevyužila žádná z dotázaných sester.

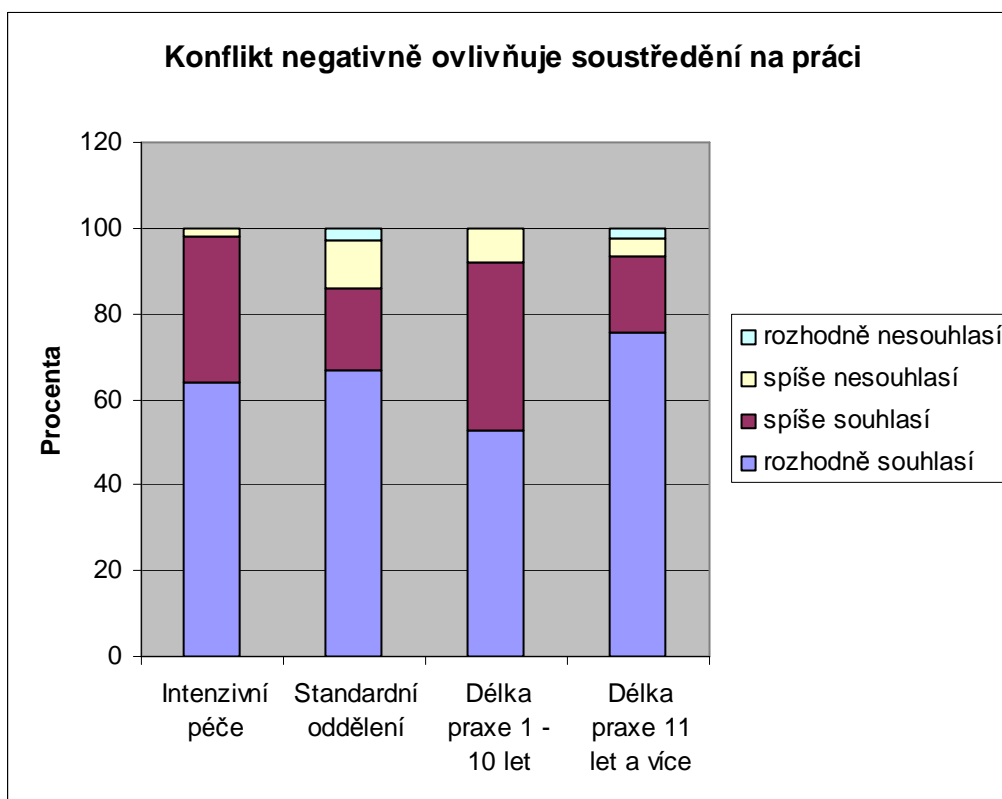
Na standardním oddělení rozhodně souhlasí 80,55 % sester, spíše souhlasí 16,67 % dotázaných, možnost spíše nesouhlasím nevyužila žádná ze sester a rozhodně nesouhlasí s tímto tvrzením jedna sestra 2,78 %.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let v 68,42 % rozhodně souhlasí s negativním dopadem konfliktu na klima na pracovišti, spíše souhlasí 28,95 % dotázaných, spíše nesouhlasnou možnost nepoužila žádná a rozhodně nesouhlasí s tvrzením jedna sestra 2,63 %.

U sester s praxí 11 a více let jednoznačně dominuje rozhodně souhlasná odpověď 91,11 % a spíše souhlasí 8,89 %. Nesouhlasnou možnost spíše a rozhodně nevyužila žádná dotazovaných.

Tabulka č. 8 Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	63,83	66,67	52,63	75,56
spíše souhlasím	34,04	19,44	39,48	17,78
spíše nesouhlasím	2,13	11,11	7,89	4,44
rozhodně nesouhlasím	0,00	2,78	0,00	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 8 Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci (v %)

Položka č. 8. Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci

S tímto tvrzením rozhodně souhlasí 63,83 % sester na intenzivní péči, spíše souhlasí 34,04 %, jedna sestra spíše nesouhlasí 2,13 % a rozhodně nesouhlasí žádná ze sester.

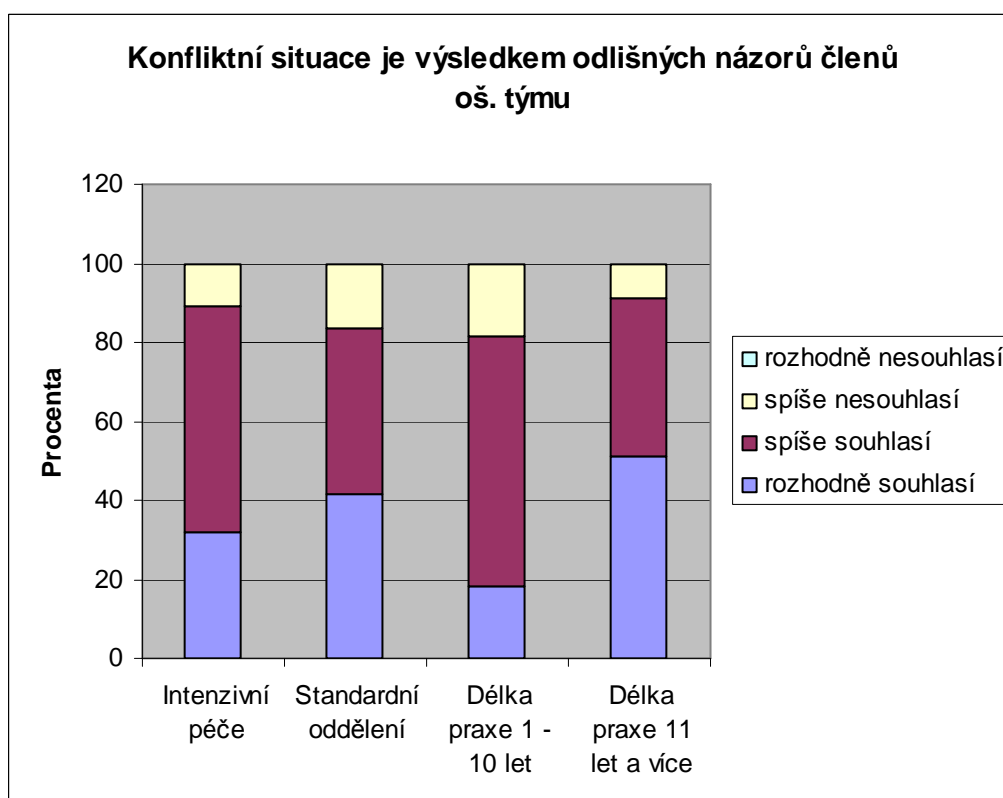
Na standardním oddělení rozhodně souhlasí 66,67 %, spíše souhlasí 19,44 % dotázaných, spíše nesouhlasí 11,11 % a možnost rozhodně nesouhlasím využila jedna sestra 2,78 %.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let s negativním vlivem konfliktu na soustředění na práci rozhodně souhlasí v 52,63 %, spíše souhlasí 39,48 % a 7,89 % s tvrzením spíše nesouhlasí. Rozhodně nesouhlasnou možnost nevyužila žádná ze sester.

U sester s délkou praxe 11 a více let je dominující rozhodně souhlasné stanovisko 75,56 %, spíše souhlasí 17,78 % dotázaných, 4,44 % spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasnou možnost využila jedna sestra 2,22 %.

Tabulka č. 9 Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	31,91	41,67	18,42	51,11
spíše souhlasím	57,45	41,67	63,16	40,00
spíše nesouhlasím	10,64	16,66	18,42	8,89
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 9 Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu (v %)

Položka č. 9. Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu

Na intenzivní péči s tvrzením rozhodně souhlasí 31,91 %, spíše souhlasí 57,45 %. Spíše nesouhlasně se vyjádřilo 10,64 %. Možnost rozhodně nesouhlasnou nevyužil nikdo.

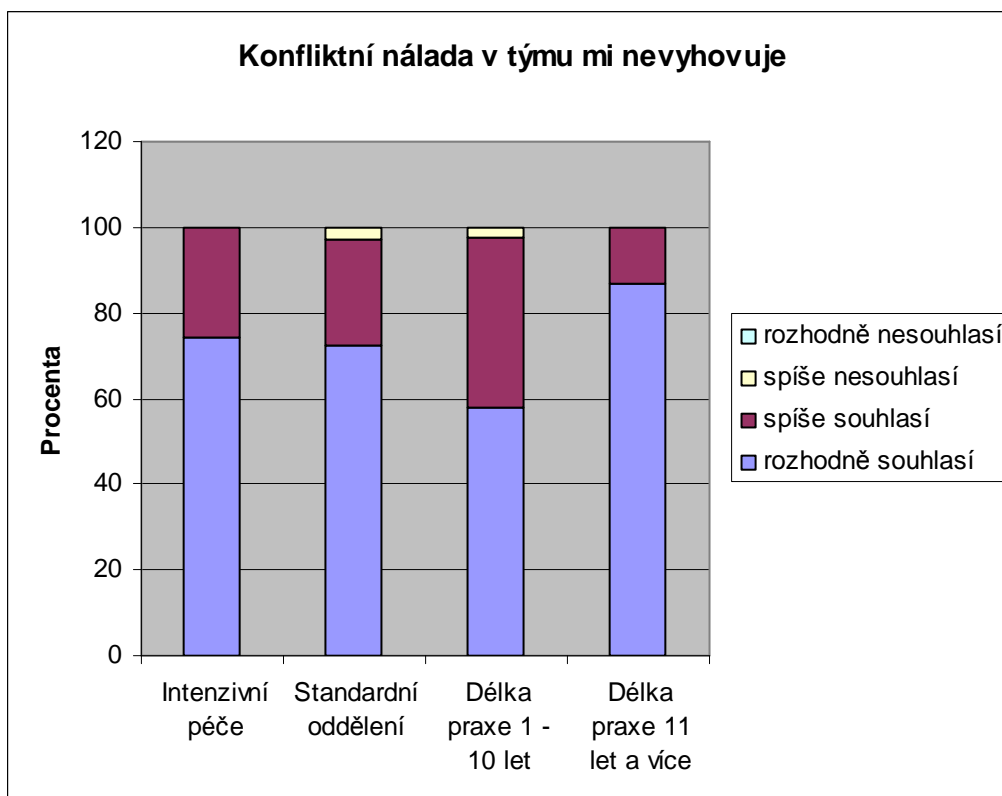
Sestry standardních oddělení rozhodně souhlasily v 41,67 %, spíše souhlasily taktéž v 41,67 %, 16,66 % jich spíše nesouhlasilo a rozhodně nesouhlasnou možnost opět nikdo nevyužil.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let rozhodně souhlasí s tvrzením, že konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu v 18,42 %, spíše souhlasí v 63,16 %. Spíše nesouhlasně se k výroku staví 18,42 % a rozhodně nesouhlasně nikdo.

Sestry s praxí 11 a více let se k výroku staví rozhodně souhlasně v 51,11 %, spíše souhlasně ve 40,00 %. Spíše nesouhlasně se vyjádřilo 8,89 % a rozhodně nesouhlasně se nevyjádřil nikdo.

Tabulka č.10 Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	74,47	72,22	57,90	86,67
spíše souhlasím	25,53	25,00	39,47	13,33
spíše nesouhlasím	0,00	2,78	2,63	0,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 10 Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje (v %)

Položka č.10 Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje

Na intenzivní péči rozhodně souhlasí s tvrzením 74,47 % dotázaných sester, spíše souhlasí 25,53 %. Nesouhlasné stanovisko se nevyskytlo žádné.

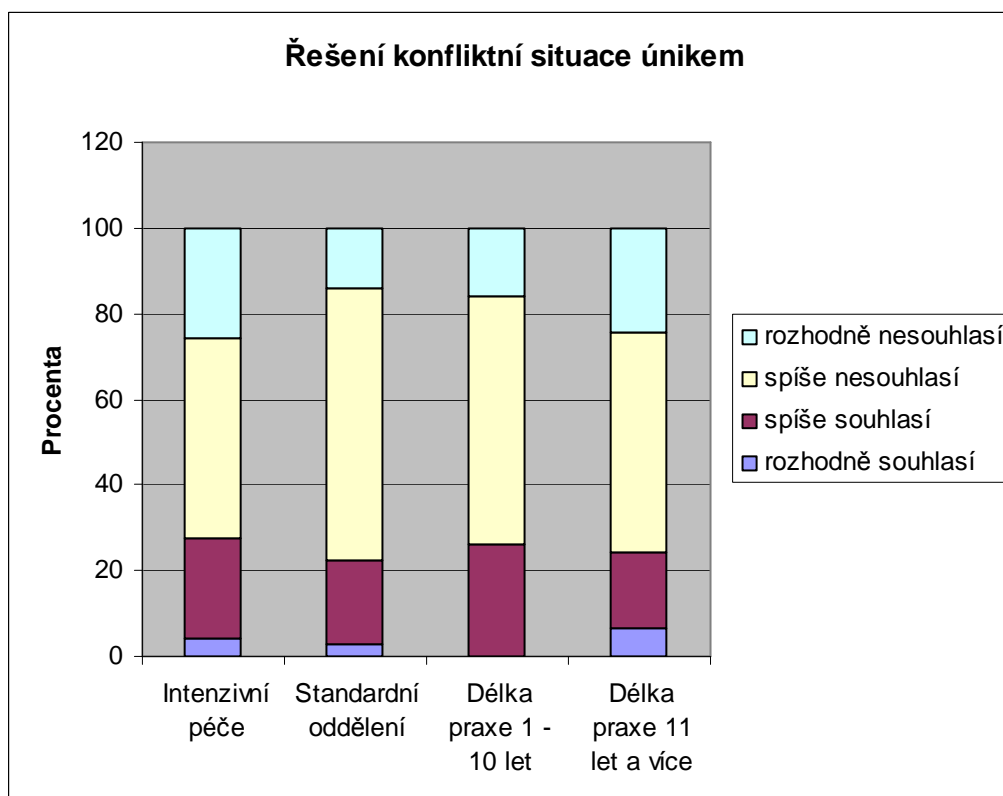
Sestry na standardním oddělení rozhodně souhlasí v 72,22 %, spíše jich souhlasí 25 %. Spíše nesouhlasné stanovisko vyjádřila jedna sestra 2,78 %. Rozhodně nesouhlasně se nevyjádřil nikdo.

Sestry s praxí 1 – 10 let s tvrzením rozhodně souhlasí v 57,90 % a 39,47 % spíše souhlasí. Nesouhlasí a to spíše jedna sestra 2,63 %.

U sester s praxí 11 a více let jednoznačně dominuje souhlasné stanovisko s tvrzením, rozhodně souhlasí 86,67 % a spíše souhlasí 13,33 %. Nesouhlasné stanovisko s tvrzením v této skupině nevyjádřil nikdo.

Tabulka č. 11 Řešení konfliktní situace únikem (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	4,26	2,78	0,00	6,67
spíše souhlasím	23,40	19,44	26,32	17,78
spíše nesouhlasím	46,81	63,89	57,89	51,11
rozhodně nesouhlasím	25,53	13,89	15,79	24,44
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 11 Řešení konfliktní situace únikem (v %)

Položka č. 11 Konfliktní situaci řeším únikem

Při konfliktní situaci by na jednotkách intenzivní péče rozhodně uniklo 4,26 % dotázaných sester a 23,40 % by se také raději vyhnulo konfliktu únikem. Na druhé straně 46,81 % sester s tímto výrokem spíše nesouhlasí a 25,53 % rozhodně nesouhlasí.

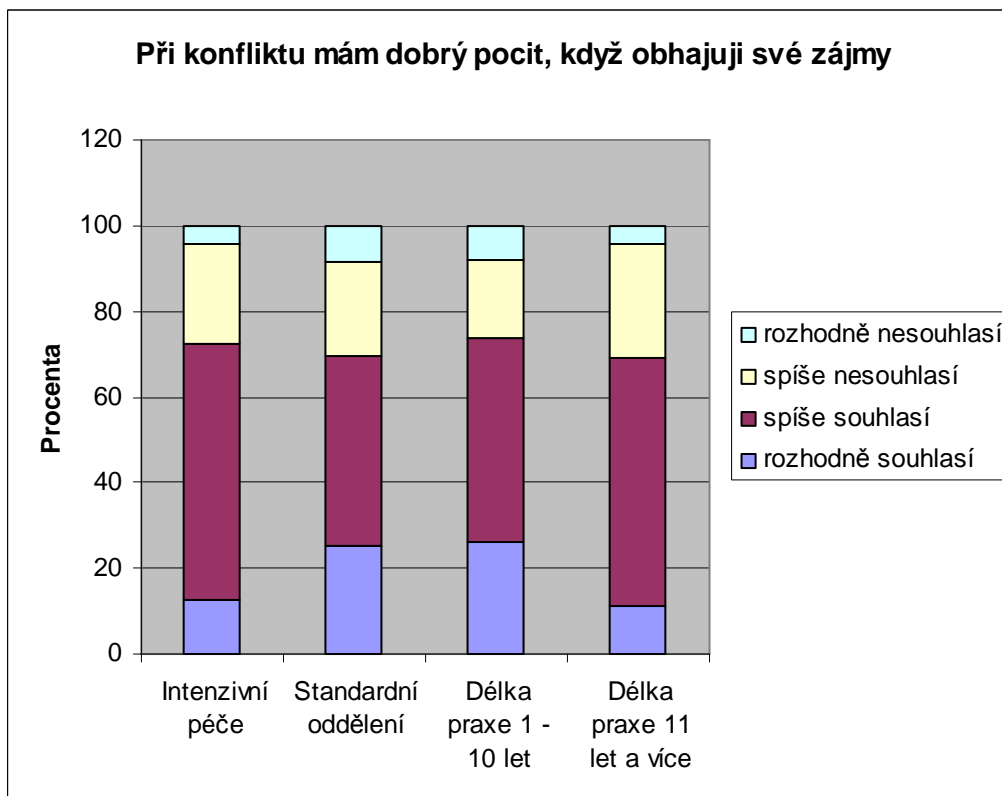
Na standardních odděleních 2,78 % sester rozhodně souhlasí s tvrzením, spíše souhlasí 19,44 %. Nadpoloviční většina 63,89 % dotázaných by v konfliktní situaci spíše neunikla a 13,89 % rozhodně ne.

Sestry s praxí 1 – 10 let spíše souhlasí 26,32 %, rozhodně žádná. Spíše nesouhlasí 57,89 % a rozhodně nesouhlasí 15,79 %.

Sestry s praxí 11 a více let rozhodně souhlasí s výrokem v 6,67 %, spíše souhlasí 17,78 %. A opět nadpoloviční většina sester 51,11 % by spíše neunikla při konfliktu a 24,44 % by neunikla rozhodně.

Tabulka č. 12 Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	12,77	25,00	26,32	11,11
spíše souhlasím	59,57	44,45	47,37	57,78
spíše nesouhlasím	23,40	22,22	18,42	26,67
rozhodně nesouhlasím	4,26	8,33	7,89	4,44
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 12 Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy (v %)

Položka č. 12 Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy

Sestry na intenzivní péči vnímají výrok, že se cítí dobře při konfliktu, když hájí své zájmy, rozhodně souhlasně v 12,77 % a nadpoloviční počet sester 59,57 % spíše souhlasí. Nesouhlasné stanovisko zaujalo a to spíše 23,40 % dotázaných a 4,26 % nesouhlasí rozhodně.

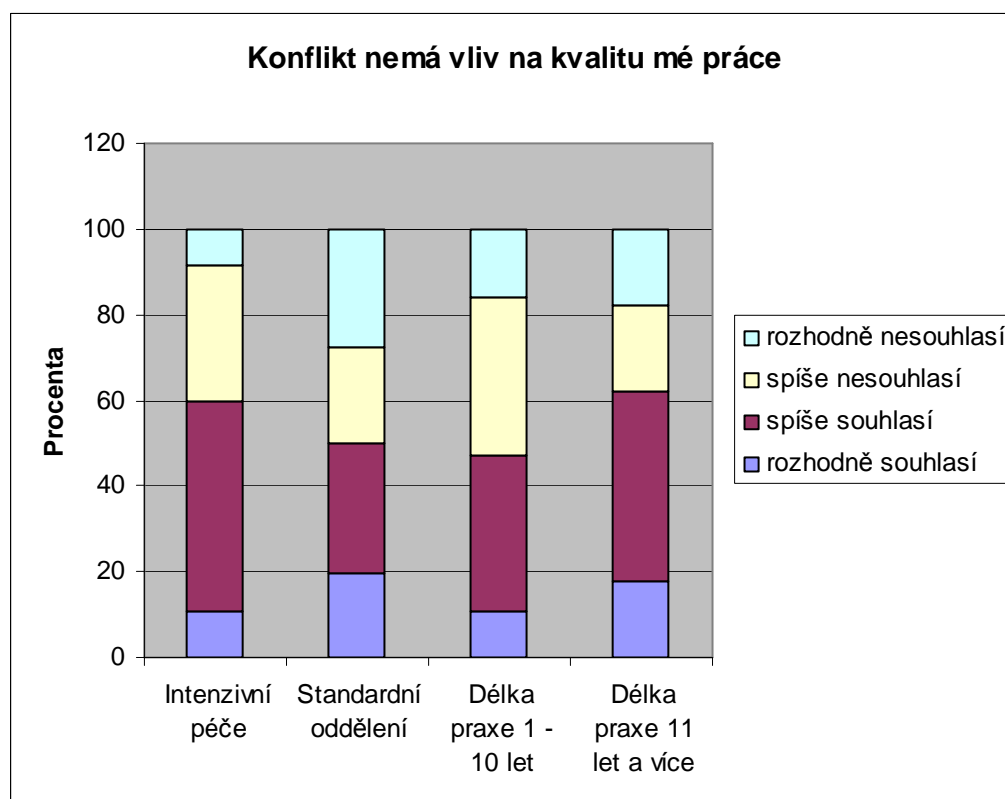
Sestry ze standardních oddělení rozhodně souhlasí ve 25,00 % a 44,45 % spíše souhlasí s tvrzením, že se cítí dobře. Spíše nesouhlasně se k tvrzení staví 22,22 % respondentů a rozhodně dobře se necítí 8,33 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let pocítují toto tvrzení jako rozhodně souhlasně ve 26,32 %, spíše souhlasí 47,37 % sester. Spíše nesouhlasí 18,42 % a 7,89 % rozhodně.

Sestry s praxí 11 a více let rozhodně souhlasí v 11,11 %, spíše souhlasí nadpoloviční počet sester 57,78 %. Spíše nesouhlasné stanovisko zaujalo 26,67 % a rozhodně nesouhlasí 4,44 % dotázaných.

Tabulka č. 13 Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	10,64	19,44	10,53	17,78
spíše souhlasím	48,94	30,56	36,84	44,44
spíše nesouhlasím	31,91	22,22	36,84	20,00
rozhodně nesouhlasím	8,51	27,78	15,79	17,78
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 13 Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce (v %)

Položka č. 13 Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce

Na jednotkách intenzivní péče 10,64 % sester rozhodně souhlasí s tvrzením, že konflikt neovlivňuje kvalitu jejich práce, 48,94 % spíše souhlasí. 31,94 % vnímá toto tvrzení spíše nesouhlasně a 8,51 % sester rozhodně nesouhlasí.

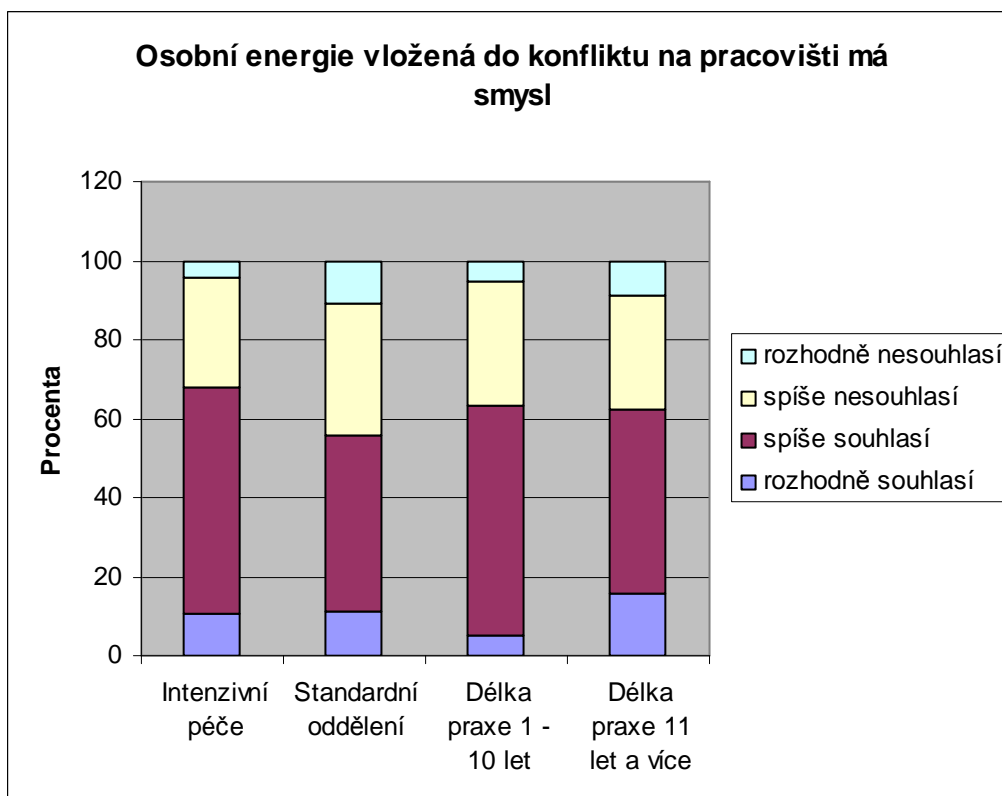
Na standardních odděleních rozhodně souhlasí s tvrzením 19,44 %, spíše souhlasí 30,56 % sester. K nesouhlasnému stanovisku se přiklání spíše 22,22 % a rozhodně 27,78 % dotazovaných.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají toto tvrzení rozhodně souhlasně v 10,53 %, spíše souhlasně ve 36,84 %. Stejně množství 36,84 % sester spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 15,79 %.

U sester s praxí 11 let a delší s výrokem rozhodně souhlasí 17,78 % a spíše souhlasí 44,44 % dotazovaných. Spíše nesouhlasné stanovisko zaujalo 20,00 % a rozhodně nesouhlasí 17,78 % sester.

Tabulka č. 14 Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	10,64	11,11	5,26	15,56
spíše souhlasím	57,45	44,45	57,90	46,67
spíše nesouhlasím	27,66	33,33	31,58	28,89
rozhodně nesouhlasím	4,25	11,11	5,26	8,88
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 14 Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl (v %)

Položka č. 14 Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl

Respondenti na intenzivní péči se nadpoloviční většinou domnívají, že energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl, rozhodně souhlasí 10,64 % a spíše souhlasí 57,45 %. S tvrzením spíše nesouhlasí 27,66 % a rozhodně nesouhlasí 4,25 % respondentů.

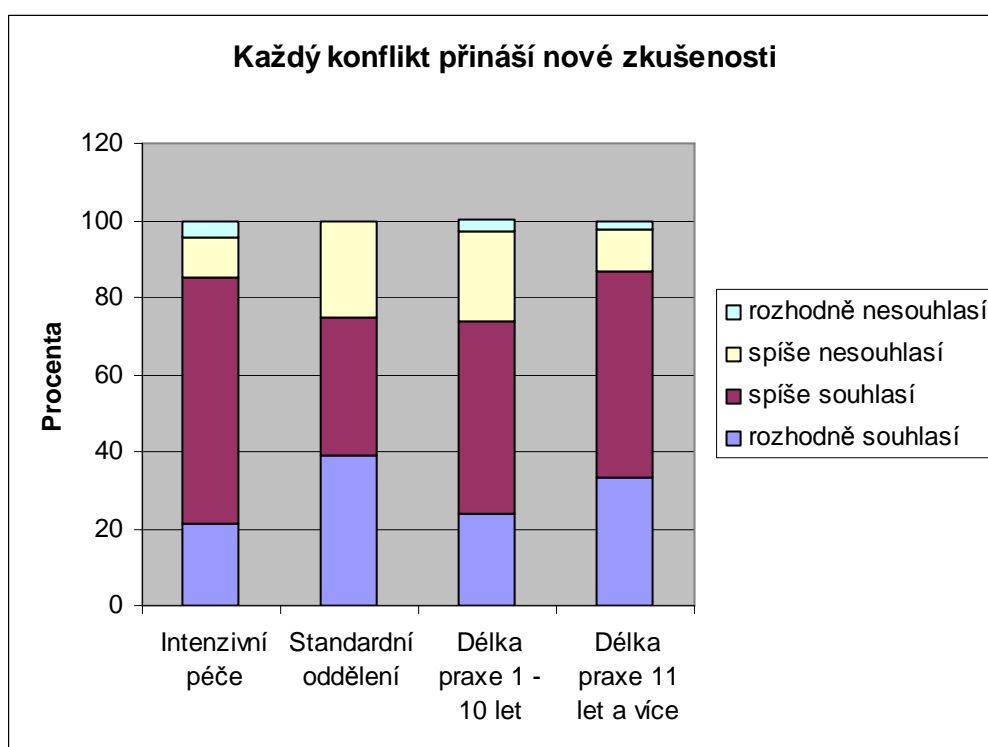
Na standardních odděleních sestry rozhodně souhlasí v 11,11 % a spíše souhlasí 44,45 %. Tedy opět nadpoloviční většina. Sester co spíše nesouhlasí je 33,33 % a rozhodně nesouhlasí 11,11 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let rozhodně souhlasí v 5,26 %, spíše souhlasí v nadpolovičním většině 57,90 %. Spíše nesouhlasné stanovisko zaujalo 31,58 % a rozhodně nesouhlasné stanovisko 5,26 % sester.

Sestry s praxí 11 a více let s tvrzením rozhodně souhlasí v 15,56 %, spíše souhlasí 46,67 % dotazovaných. Spíše nesouhlasný názor mělo 28,89 % a rozhodně nesouhlasilo 8,88 % sester.

Tabulka č. 15 Každý konflikt přináší nové zkušenosti (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	21,27	38,89	23,68	33,33
spíše souhlasím	63,83	36,11	50,00	53,34
spíše nesouhlasím	10,64	25,00	23,68	11,11
rozhodně nesouhlasím	4,26	0,00	2,64	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 15 Každý konflikt přináší nové zkušenosti (v %)

Položka č. 15 Každý konflikt přináší nové zkušenosti

Na jednotkách intenzivní péče 21,27 % sester rozhodně souhlasí s tvrzením, že konflikt přináší nové zkušenosti, 63,83 % spíše souhlasí. 10,64 % vnímá toto tvrzení spíše nesouhlasně a 4,26 % sester rozhodně nesouhlasí.

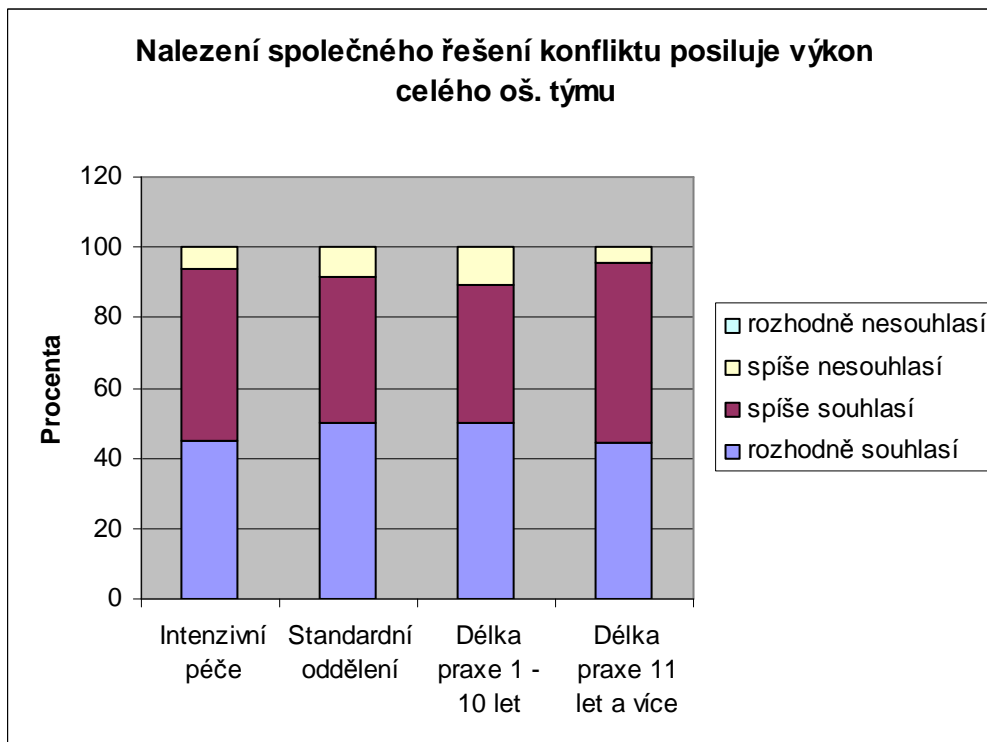
Na standardních odděleních rozhodně souhlasí s tvrzením 38,89 %, spíše souhlasí 36,11 % sester. K nesouhlasnému stanovisku se přiklání spíše 25,00 % a rozhodně nikdo.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají toto tvrzení rozhodně souhlasně v 23,68 %, spíše souhlasně v 50,00 %. Stejně množství 23,68 % sester spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí 2,64 %.

U sester s praxí 11 let a delší s výrokem rozhodně souhlasí 33,33 % a spíše souhlasí 53,34 % dotazovaných. Spíše nesouhlasné stanovisko zaujalo 11,11 % a rozhodně nesouhlasí 2,22 % sester.

Tabulka č. 16 Nalezení společného řešení konfliktu je posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	44,68	50,00	50,00	44,45
spíše souhlasím	48,94	41,67	39,47	51,11
spíše nesouhlasím	6,38	8,33	10,53	4,44
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 16 Nalezení společného řešení konfliktu je posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu (v %)

Položka č. 16 Nalezení společného řešení konfliktu je posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu

Z respondentů na intenzivní péči s tvrzením, že nalezení společného řešení konfliktu posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu, rozhodně souhlasí 44,68 % a spíše souhlasí 48,94 %. S tvrzením spíše nesouhlasí 6,38 % a rozhodně nesouhlasí nikdo.

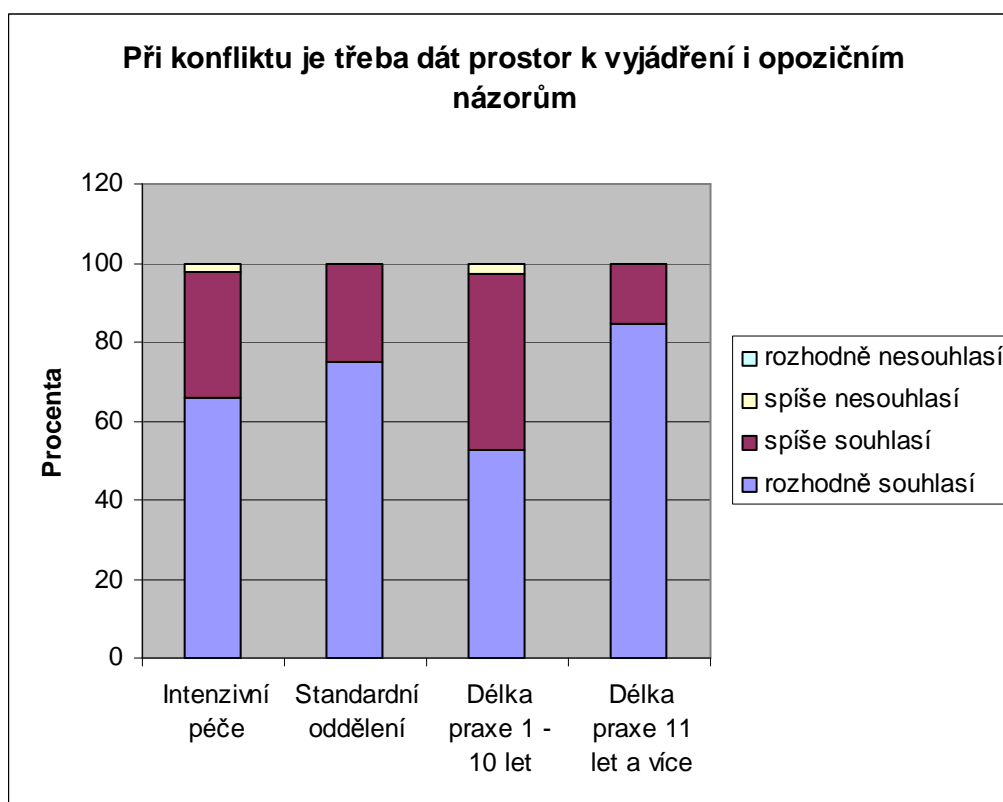
Na standardních odděleních sestry rozhodně souhlasí v 50,00 % a spíše souhlasí 41,67 %. Sester co spíše nesouhlasí je 8,33 % a rozhodně nesouhlasí nikdo.

Sestry s praxí 1 – 10 let rozhodně souhlasí v 50,00 %, spíše souhlasí 39,47 %. Spíše nesouhlasné stanovisko zaujalo 10,53 % a rozhodně nesouhlasné stanovisko žádná ze sester.

Sestry s praxí 11 a více let s tvrzením rozhodně souhlasí v 44,45 %, spíše souhlasí 51,11 % dotazovaných. Spíše nesouhlasný názor mělo 4,44 % a rozhodně nesouhlasila žádná ze sester.

Tabulka č. 17 Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
rozhodně souhlasím	65,96	75,00	52,63	84,44
spíše souhlasím	31,91	25,00	44,74	15,56
spíše nesouhlasím	2,13	0,00	2,63	0,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 17 Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům (v %)

Položka č. 17 Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům

Na jednotkách intenzivní péče 65,96 % sester rozhodně souhlasí s tvrzením, že při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům, 31,91 % spíše souhlasí. 2,13 % vnímá toto tvrzení spíše nesouhlasně a žádná ze sester rozhodně nesouhlasí.

Na standardních odděleních rozhodně souhlasí s tvrzením 75,00 %, spíše souhlasí 25,00 % sester. K nesouhlasnému stanovisku se nepřiklání nikdo.

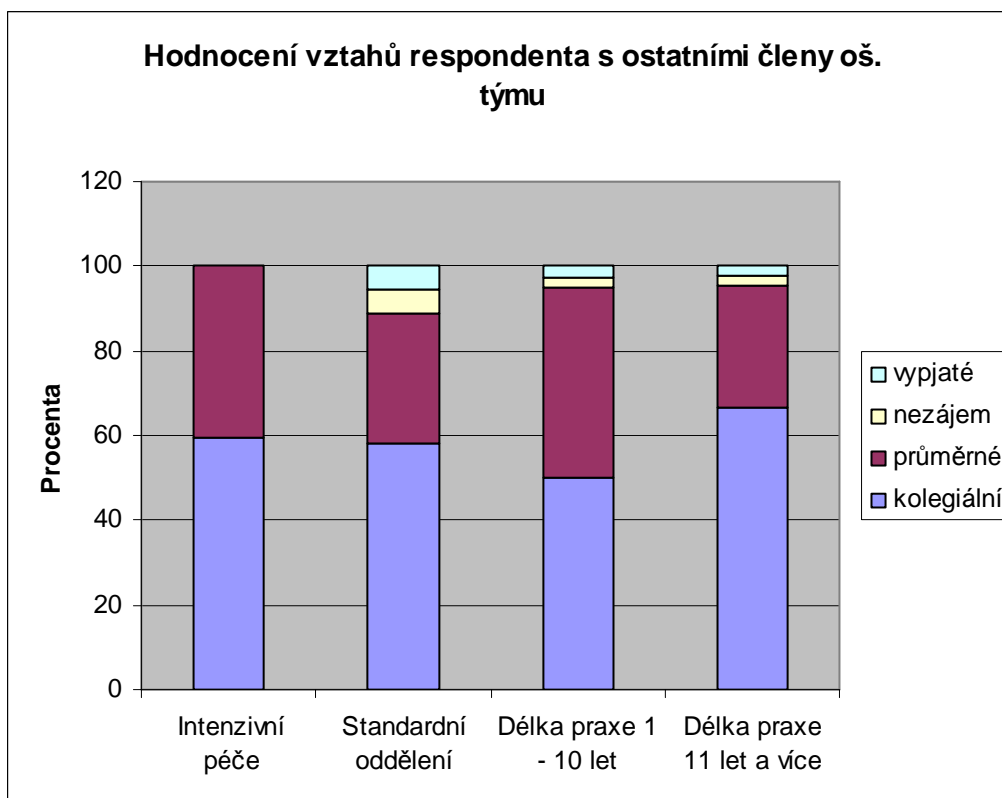
Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají toto tvrzení rozhodně souhlasně v 52,63 %, spíše souhlasně ve 44,74 %. Pouze 2,63 % sester spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí žádná.

U sester s praxí 11 let a delší s výrokem rozhodně souhlasí 84,44 % a spíše souhlasí 15,56 % dotazovaných. Nesouhlasně se nevyjádřil žádný respondent.

Tabulka č. 18 Hodnocení vztahů respondenta s ostatními členy ošetrovatelského týmu

(v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
kolegiální	59,57	58,33	50,00	66,67
průměrné	40,43	30,55	44,74	28,89
nezájem	0,00	5,56	2,63	2,22
vypjaté	0,00	5,56	2,63	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 18 Hodnocení vztahů respondenta s ostatními členy oš. týmu (v %)

Položka č. 18 Váš vztah s ostatními hodnotíte jako.....

Sestry na intenzivní péči hodnotí své vztahy s ostatními členy oš. týmu v 59,57 % jako kolegiální a 40,43 % jako průměrné. Nezájem, či vypjaté vztahy nevedla žádná ze sester.

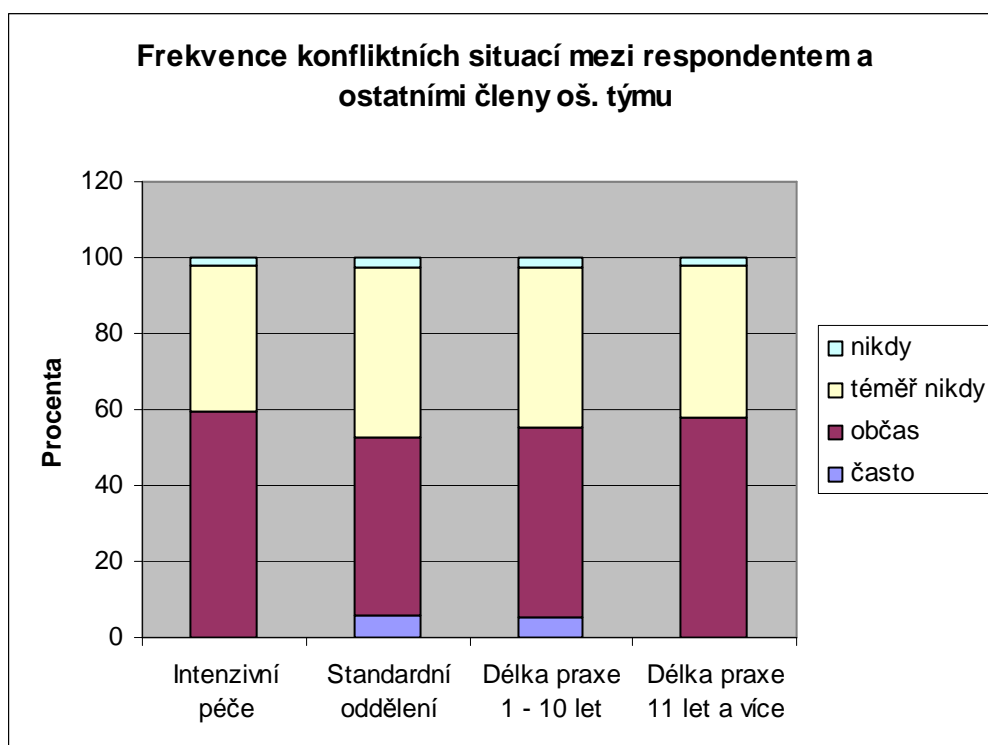
Na standardních odděleních vnímá 58,33 % sester své vztahy jako kolegiální, 30,55 % jako průměrné. Nezájem uvádí 5,56 % a vypjaté vztahy taktéž 5,56 %.

Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají své vztahy s ostatními členy oš. týmu jako kolegiální v 50,00 %, 44,74 % je hodnotí jako průměrné. Vyskytl se nezájem 2,63 % a vypjaté vztahy 2,63 %.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí své vztahy jako kolegiální v 66,67 % a průměrné v 28,89 %. Nezájem uvádí 2,22 % a vypjaté vztahy také 2,22 % dotázaných.

Tabulka č. 19 Frekvence konfliktních situací mezi respondentem a ostatními členy týmu
(v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
často	0,00	5,56	5,26	0,00
občas	59,57	47,22	50,00	57,78
téměř nikdy	38,30	44,44	42,11	40,00
nikdy	2,13	2,78	2,63	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 19 Frekvence konfliktních situací mezi respondentem a ostatními členy oš. týmu
(v %)

Položka č. 19 Jak často se nalézáte v konfliktní situaci mezi Vámi a ostatními členy týmu

Sestry na intenzivní péči uvádějí, že se v konfliktní situaci s ostatními členy týmu v 57,57 % nacházejí občas, variantu téměř nikdy volilo 38,30 % sester a nikdy 2,13 %. Často

neuvekla žádná z dotázaných.

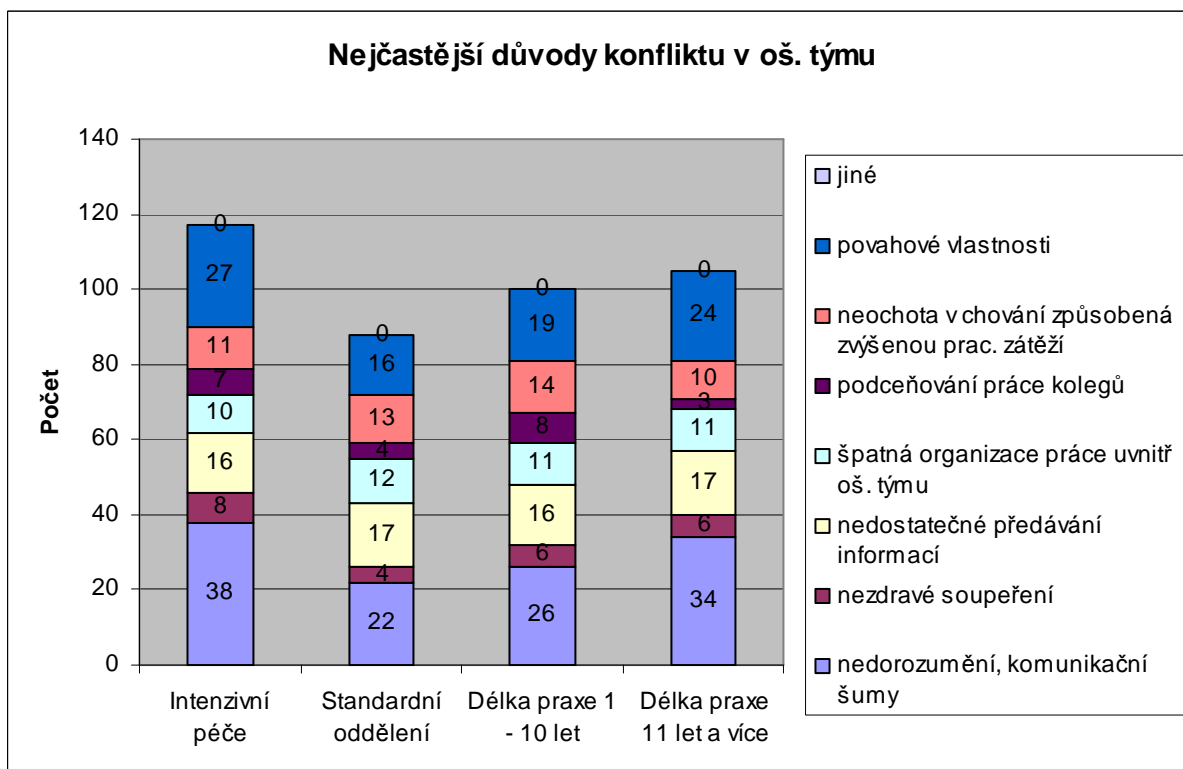
Sestry na standardních odděleních se v konfliktních situacích s ostatními nacházejí často v 5,56 %, občas 47,22 %, téměř nikdy udává 44,44 % a nikdy 2,78 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let se do konfliktních situací s ostatními členy oš. týmu dostávají často v 5,26 %, občas v 50,00 %, téměř nikdy 42,11 % a nikdy ve 2,63 %.

Sestry s praxí 11 let a více let uvádějí, že se konfliktní situace mezi nimi objevují občas v 57,78 %, téměř nikdy volilo 40,00 % sester a nikdy 2,22 %. Často se v konfliktních situacích s ostatními nenachází žádná z dotázaných v této skupině.

**Tabulka č. 20 Nejčastější důvody konfliktu v ošetrovatelském týmu
(frekvence odpovědí)**

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
nedorozumění, komunikační šumy	38	22	26	34
nezdavé soupeření	8	4	6	6
nedostatečné předávání informací	16	17	16	17
špatná organizace práce uvnitř oš. týmu	10	12	11	11
podceňování práce kolegů	7	4	8	3
neochota v chování způsobená zvýšenou prac. zátěží	11	13	14	10
povahové vlastnosti	27	16	19	24
jiné	0	0	0	0



Graf č. 20 Nejčastější důvody konfliktu v ošetřovatelském týmu (frekvence odpovědí)

Položka č. 20 Které jsou nejčastější důvody konfliktu v ošetřovatelském týmu

V této otázce bylo možno označit až tři odpovědi, proto přesahuje součet absolutních četností odpovědí celkový počet respondentů (n = 83).

Na intenzivní péči sestry nejčastěji uváděly jako odpověď nedorozumění a komunikační šumy celkem 38krát, povahové vlastnosti 27krát, nedostatečné předávání informací 16krát, neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží 11krát, špatná organizace práce uvnitř ošetřovatelského týmu 10krát, nezdravé soupeření 8krát, podceňování práce kolegů 7krát.

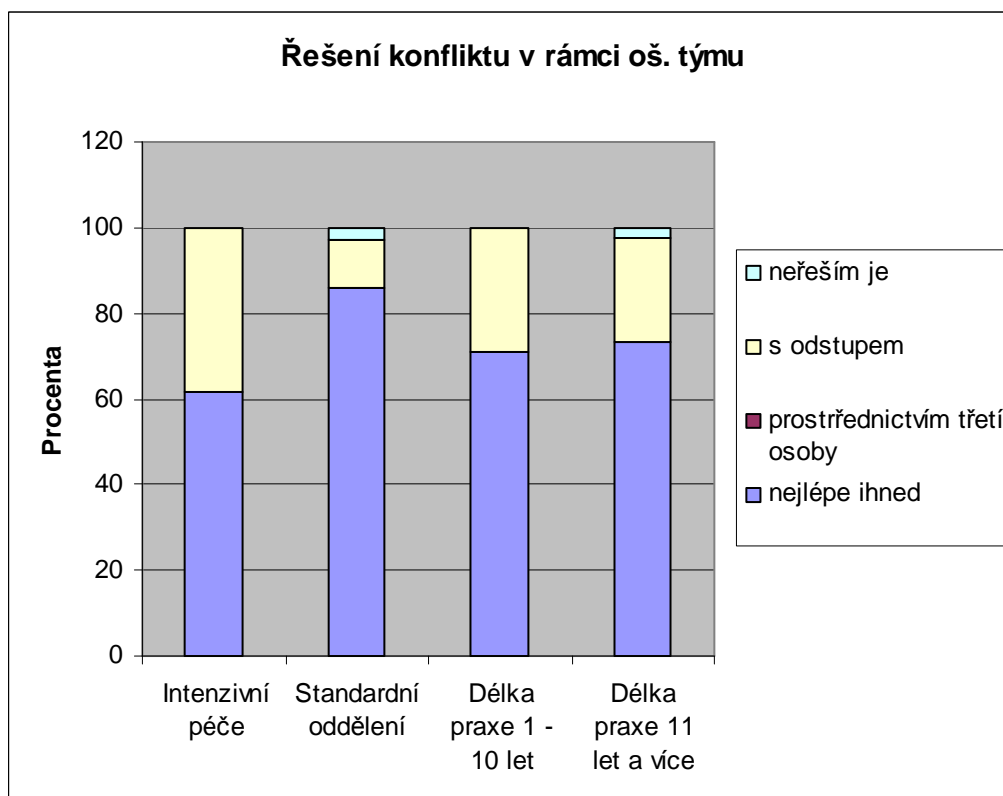
Sestry na standardních odděleních označily 22krát odpověď nedorozumění a komunikační šumy, 17krát nedostatečné předávání informací, 16krát povahové vlastnosti, 13krát neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 12krát špatnou organizaci práce uvnitř ošetřovatelského týmu, 4krát nezdravé soupeření a 4krát podceňování práce kolegů.

Sestry s praxí 1 – 10 let uvedly 26krát odpověď nedorozumění a komunikační šumy, 19krát povahové vlastnosti, 16krát nedostatečné předávání informací, 14krát neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 11krát špatná organizace práce uvnitř ošetřovatelského týmu, 8krát podceňování práce kolegů, 6krát nezdravé soupeření.

Sestry s praxí 11 s více let zaškrtyly 34krát odpověď nedorozumění a komunikační šumy, 24krát povahové vlastnosti, 17krát nedostatečné předávání informací, 11krát špatná organizace práce uvnitř ošetrovatelského týmu, 10krát neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 6krát nezdravé soupeření a 3krát podceňování práce kolegů.

Tabulka č. 21 Řešení konfliktních situací (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
nejlépe ihned	61,70	86,11	71,05	73,34
prostřednictvím třetí osoby	0,00	0,00	0,00	0,00
s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí	38,30	11,11	28,95	24,44
neřeším je	0,00	2,78	0,00	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 21 Řešení konfliktních situací v rámci oš. týmu (v %)

Položka č. 21. Konflikt řešíte...

Z výzkumu vyplývá, že sestry na intenzivní péči konflikty mezi sebou řeší nejlépe hned v 61,70 % a ve 38,30 % s odstupem po opadnutí vypjatých emocí. Možnost řešení pomocí prostředníka a neřešení konfliktu neoznačila žádná ze sester.

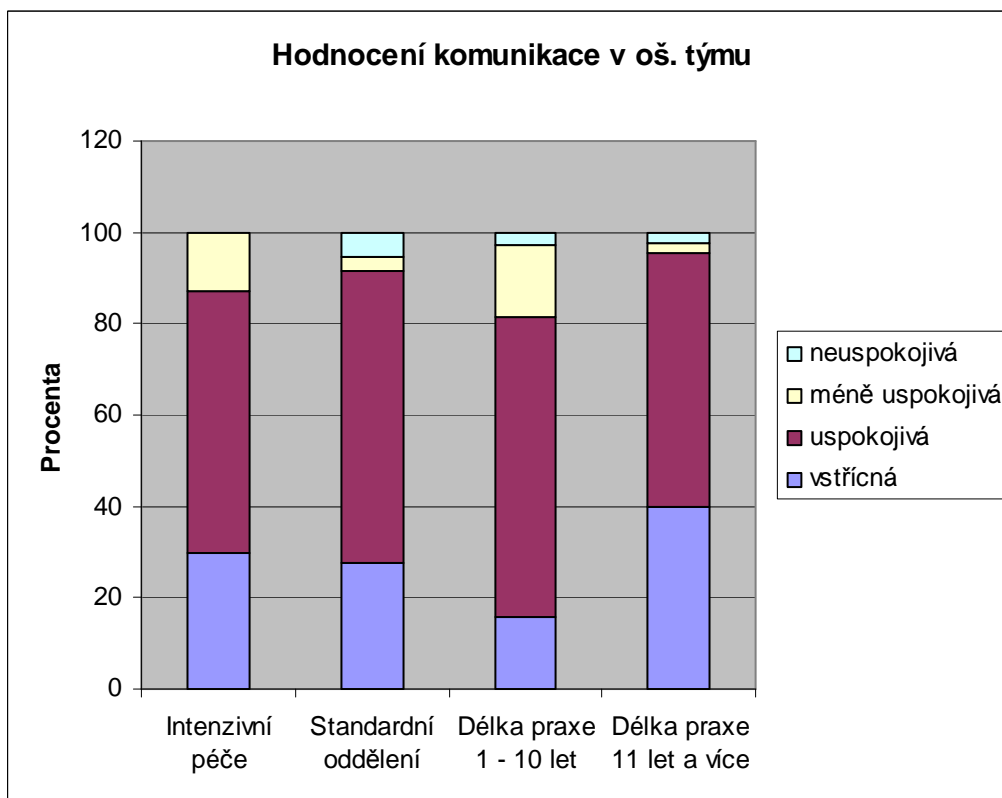
Sestry na standardních odděleních konflikty mezi sebou řeší též nejlépe hned a to v 86,11 % a ve 11,11 % s odstupem po opadnutí vypjatých emocí. Neřeší je 2,78 %. Možnost řešení pomocí prostředníka a neřešení konfliktu neoznačila žádná ze sester.

Sestry s praxí 1 – 10 let konflikty mezi sebou řeší nejlépe hned v 71,05 % a ve 28,95 % s odstupem po opadnutí vypjatých emocí. Možnost řešení pomocí prostředníka a to že konflikt neřeší neoznačila žádná z dotázaných.

Sestry s praxí 11 a více let řeší konflikt nejlépe hned v 73,34 %, s odstupem po opadnutí vypjatých emocí 24,44 % a 2,22 % ho neřeší.

Tabulka č. 22 Hodnocení komunikace v oš. týmu (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
vstřícná	29,79	27,78	15,79	40,00
uspokojivá	57,45	63,89	65,79	55,56
méně uspokojivá	12,76	2,78	15,79	2,22
neuspokojivá	0,00	5,55	2,63	2,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 22 Hodnocení komunikace v oš. týmu (v %)

Položka č. 22 Vaše hodnocení komunikace v oš. týmu

Sestry na intenzivní péči hodnotí komunikaci mezi sebou ve 29,79 % jako vstřícnou, 57,45 % ji vnímá jako uspokojivou a 12,76 % sester ji označilo za méně uspokojivou. Jako neuspokojivou ji nevnímá žádná z dotazovaných.

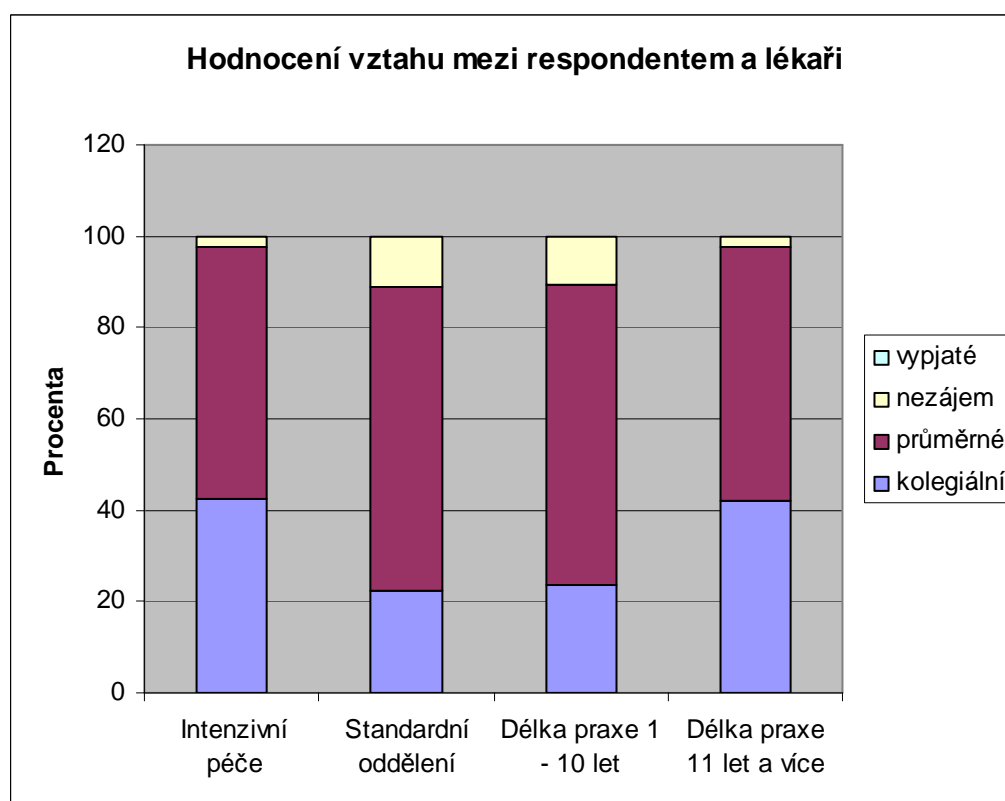
Sestry na standardních odděleních jako vstřícnou vnímají komunikaci mezi sebou ve 27,78 %, jako uspokojivou v 63,89 %, méně uspokojivou 2,78 % a neuspokojivou 5,55 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let udávají komunikaci mezi sebou jako vstřícnou v 15,79 %, uspokojivou v 65,79 %, jako méně uspokojivou ji vnímá 15,79 % a neuspokojivou 2,63%.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí komunikaci mezi sebou jako vstřícnou ve 40,00 %, uspokojivou v 55,56 %, jako méně uspokojivou ji vnímá 2,22 % a neuspokojivou 2,22 %.

Tabulka č. 23 Hodnocení vztahů mezi respondentem a lékaři (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
kolegiální	42,55	22,22	23,68	42,22
průměrné	55,32	66,67	65,79	55,56
nezájem	2,13	11,11	10,53	2,22
vypjaté	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 23 Hodnocení vztahů mezi respondentem a lékaři (v %)

Položka č. 23 Vztahy mezi Vámi a lékaři hodnotíte jako

Sestry na intenzivní péči hodnotí své vztahy s lékaři v 42,55 % jako kolegiální a v 55,32 % jako průměrné. Nezájem uvádí 2,13 %, vypjaté vztahy neuvedla žádná ze sester.

Na standardních odděleních vnímá 22,22 % sester své vztahy s lékaři jako kolegiální, 66,67 % jako průměrné. Nezájem uvádí 11,11 %.

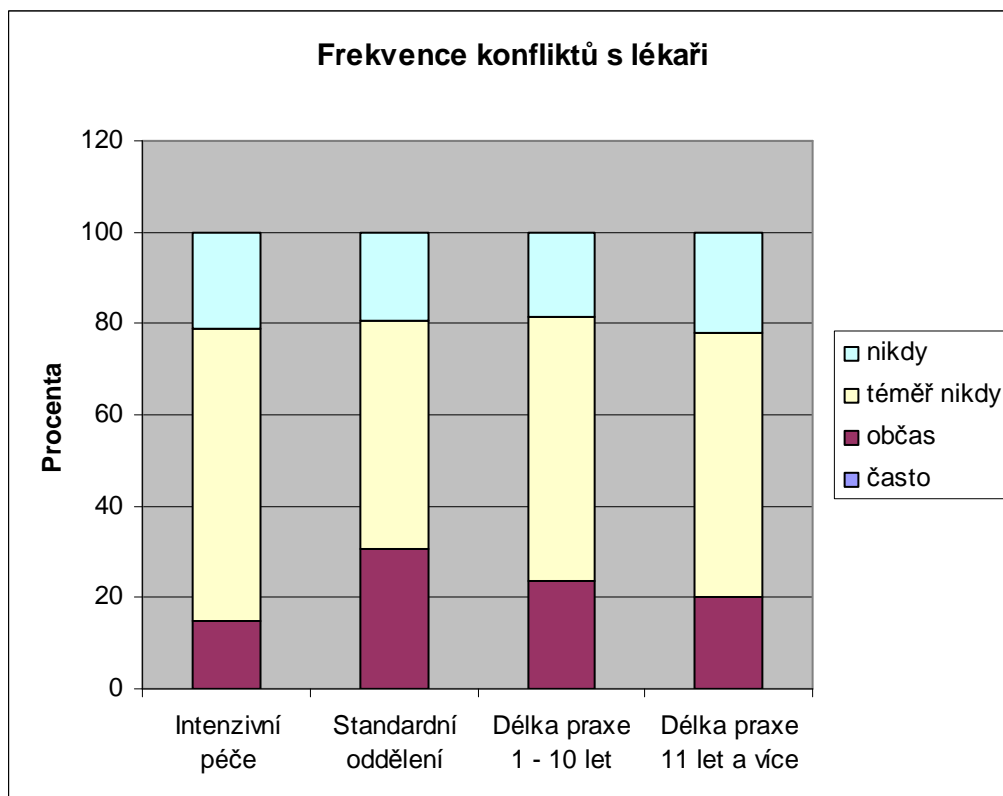
Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají své vztahy s lékaři jako kolegiální v 42,22 %, 55,56 % je hodnotí jako průměrné. Vyskytl se nezájem 10,53 %.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí své vztahy jako kolegiální v 66,67 % a průměrné v 28,89 %. Nezájem uvádí 2,22 %.

Vypjaté vztahy mezi sestrou a lékařem nepociťuje žádná ze sester.

Tabulka č. 24 Frekvence konfliktů s lékaři (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
často	0,00	0,00	0,00	0,00
občas	14,89	30,56	23,68	20,00
téměř nikdy	63,83	50,00	57,90	57,78
nikdy	21,28	19,44	18,42	22,22
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 24 Frekvence konfliktů s lékaři (v %)

Položka č. 24 Jak často máte konflikt s lékaři

Sestry na intenzivní péči uvádějí, že se v konfliktní situaci s lékaři v 14,89 % nacházejí občas, variantu téměř nikdy volilo 63,83 % sester a nikdy 21,28 %.

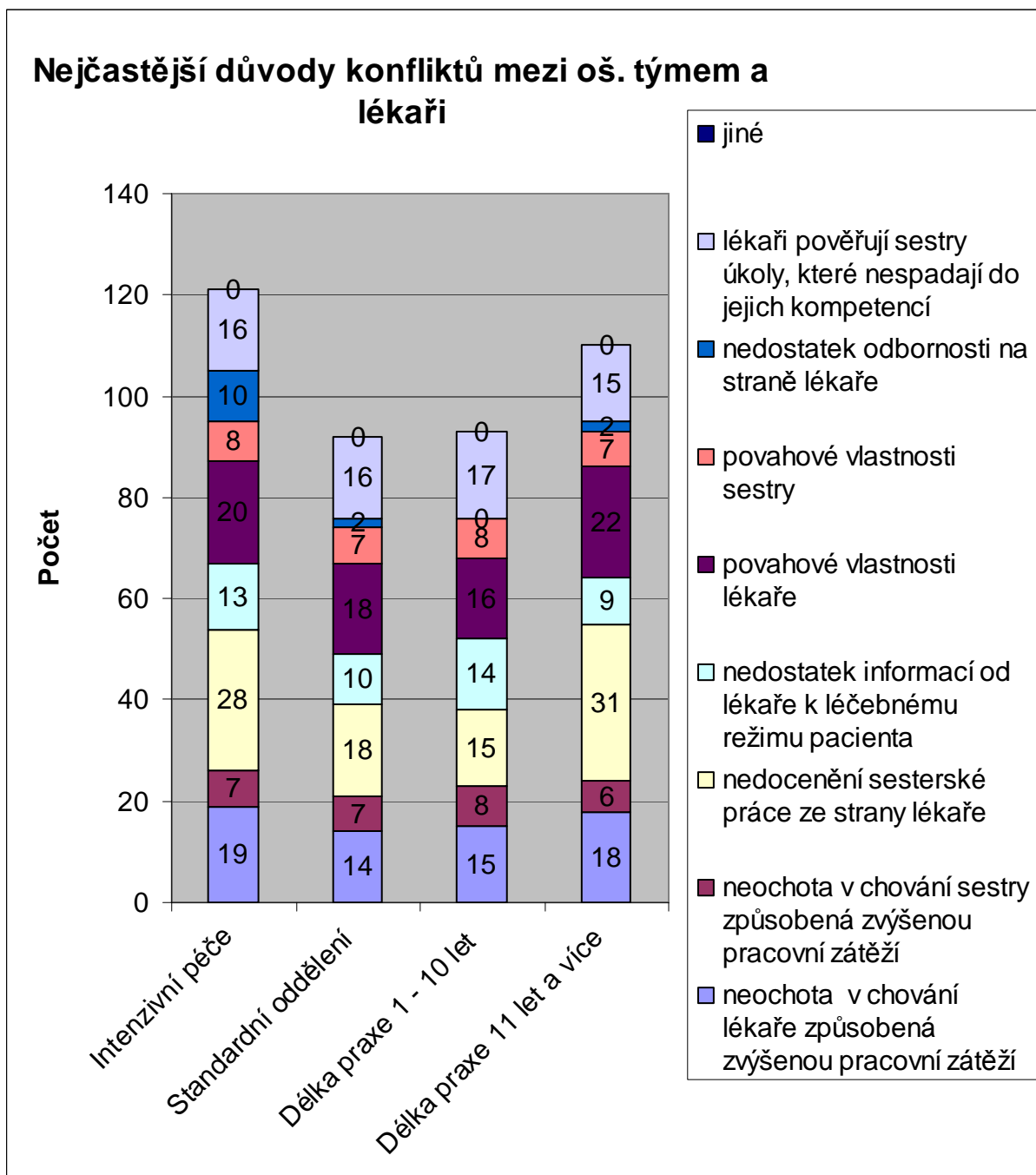
Sestry na standardních odděleních se v konfliktních situacích s lékaři nacházejí občas ve 30,56 %, téměř nikdy udává 50,00 % a nikdy 19,44 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let se do konfliktních situací s lékaři dostávají občas v 23,68 %, téměř nikdy 57,90 % a nikdy ve 18,42 %.

Sestry s praxí 11 a více let uvádějí, že se konfliktní situace mezi nimi a lékaři objevují občas ve 20,00 %, téměř nikdy volilo 57,78 % sester a nikdy 22,22 %. Často se v konfliktních situacích s lékaři nenachází žádná z dotázaných sester.

Tabulka č. 25 Nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetrovatelským týmem a lékaři (frekvence odpovědí)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží	19	14	15	18
neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží	7	7	8	6
nedocení sesterské práce ze strany lékaře	28	18	15	31
nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta	13	10	14	9
povahové vlastnosti lékaře	20	18	16	22
povahové vlastnosti sestry	8	7	8	7
nedostatek odbornosti na straně lékaře	10	2	0	2
lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí	16	16	17	15
jiné	0	0	0	0



Graf č. 25 Nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetřovatelským týmem a lékaři (frekvence odpovědí)

Položka č. 25 Které jsou nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetřovatelským týmem a lékaři

V této otázce bylo možno označit až tři odpovědi, proto přesahuje součet absolutních četností odpovědí celkový počet respondentů (n = 83).

Na intenzivní péči sestry nejčastěji uváděly jako odpověď nedocení sesterské práce ze strany lékaře 28krát, povahové vlastnosti lékaře 20krát, neochota v chování lékaře

způsobená zvýšenou pracovní zátěží 19krát, lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí 16krát, nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta 13krát, nedostatek odbornosti na straně lékaře 10krát, povahové vlastnosti sestry 8krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 7krát.

Sestry na standardních odděleních označily 18krát nedocení sestřské práce ze strany lékaře stejně tak 18krát povahové vlastnosti lékaře, 16krát odpověď lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí, neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží 14krát, nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta 10krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 7krát a stejně tak povahové vlastnosti sestry 7krát, nedostatek odbornosti na straně lékaře 2krát.

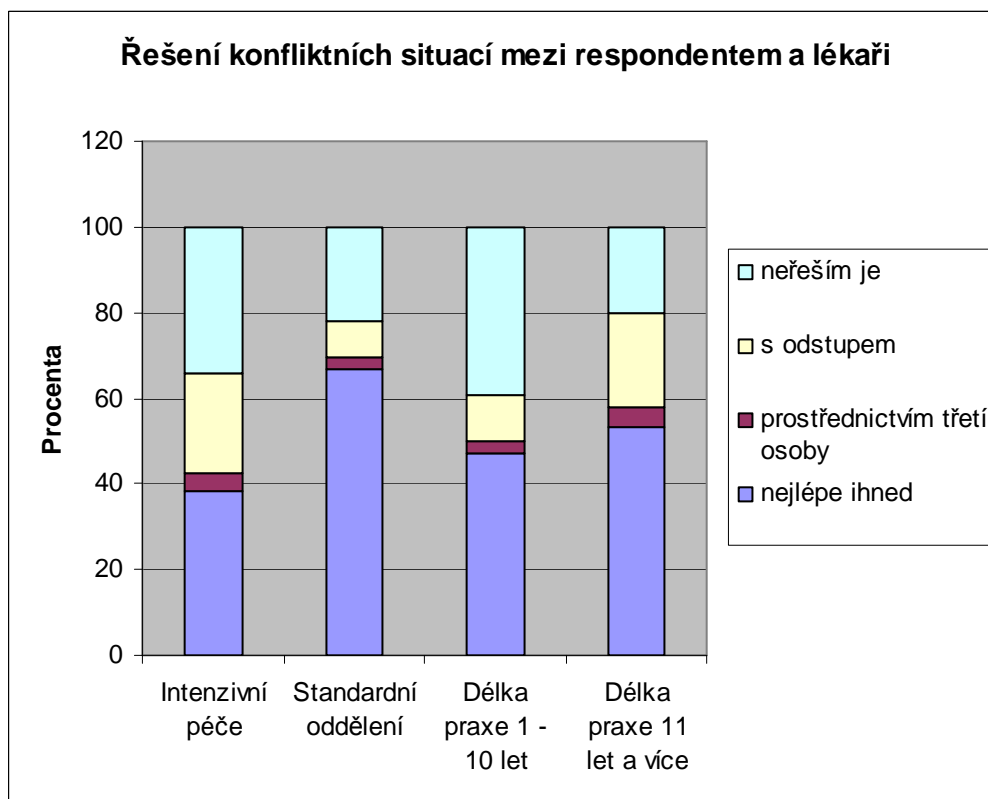
Sestry s praxí 1 – 10 let uvedly, že lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí 17krát, povahové vlastnosti lékaře 16krát, nedocení sestřské práce ze strany lékaře 15krát a stejně tak neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží 15krát, nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta 14krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 8krát, povahové vlastnosti sestry 8krát, nedostatek odbornosti na straně lékaře nevedla žádná.

Sestry s praxí 11 a více let zaškrtnly nedocení sestřské práce ze strany lékaře 31krát, povahové vlastnosti lékaře 22krát, neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží 18krát, lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí 15krát, nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta 9krát, povahové vlastnosti sestry 7krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 6krát, nedostatek odbornosti na straně lékaře 2krát.

Možnosti jiné pro doplnění odpovědí podle vlastního uvážení nevyužila žádná ze sester.

Tabulka č. 26 Řešení konfliktních situací mezi respondentem a lékaři (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
nejlépe ihned	38,30	66,67	47,37	53,34
prostřednictvím třetí osoby	4,25	2,78	2,63	4,44
s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí	23,41	8,33	10,53	22,22
neřeším je	34,04	22,22	39,47	20,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 26 Řešení konfliktních situací mezi respondentem a lékaři (v %)

Položka č. 26 Jak řešíte konfliktní situaci mezi Vámi a lékaři

Z výzkumu vyplývá, že sestry na intenzivní péči konflikty s lékaři řeší nejlépe hned v 38,30 %, 34,04 % je neřeší, 23,41 % je řeší s odstupem po opadnutí vypjatých emocí a 4,25 % je řeší pomocí prostředníka.

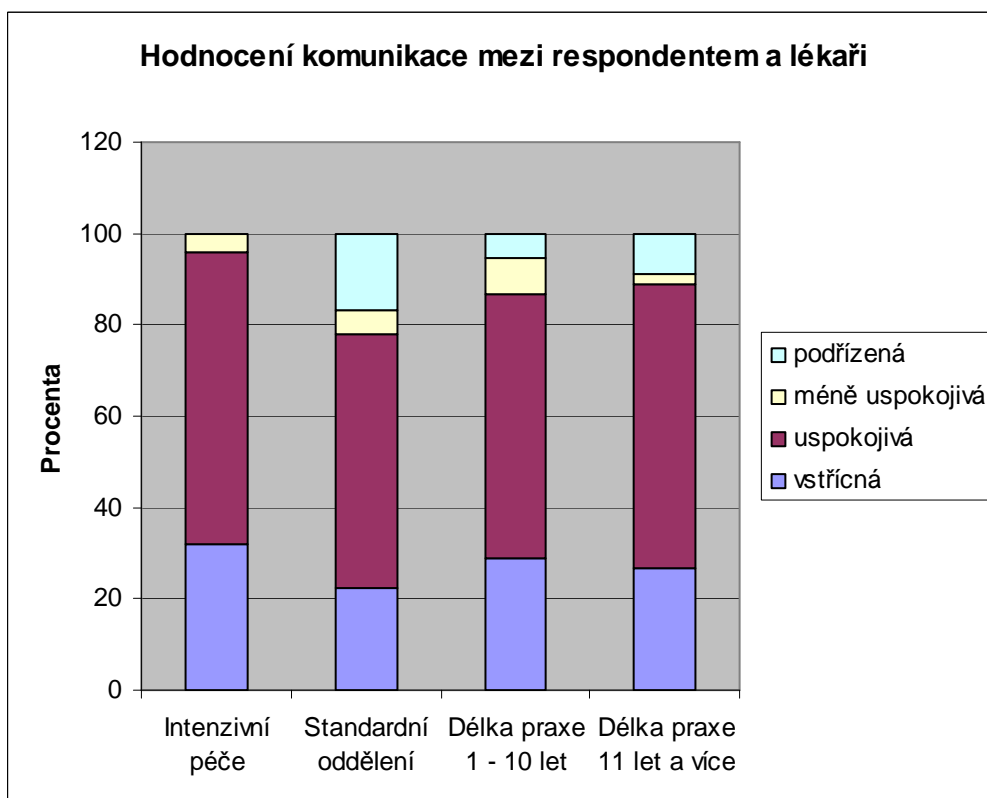
Sestry na standardních odděleních konflikty s lékaři řeší nejlépe hned a to v 66,67 %, neřeší je 22,22 %, s odstupem po opadnutí vypjatých emocí je řeší 8,33 %. Možnost řešení konfliktu pomocí prostředníka využívá 2,78 % sester.

Sestry s praxí 1 – 10 let konflikty s lékaři řeší nejlépe hned v 47,37 %, 39,47 % je neřeší, 10,53 % je řeší s odstupem po opadnutí vypjatých emocí a 2,63 % je řeší pomocí prostředníka.

Sestry s praxí 11 a více let řeší konflikt nejlépe hned v 53,34 %, s odstupem po opadnutí vypjatých emocí 22,22 %, 39,47 % je neřeší a 4,44 % je řeší pomocí prostředníka.

Tabulka č. 27 Hodnocení komunikace a spolupráce ve vztahu s lékařem (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
vstřícná	31,91	22,22	28,95	26,67
uspokojivá	63,83	55,56	57,89	62,22
méně uspokojivá		5,56	7,90	2,22
podřízená	0,00	16,66	5,26	8,89
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 27 Hodnocení komunikace a spolupráce ve vztahu s lékařem (v %)

Položka č. 27 Komunikaci a spolupráci ve vztahu s lékařem hodnotíte

Sestry na intenzivní péči hodnotí komunikaci a spolupráci s lékařem jako uspokojivou v 63,83 %, jako vstřícnou v 31,91 %. Jako méně uspokojivou ji vnímá 4,26 % a jako podřízenou ji nevnímá žádná z dotazovaných.

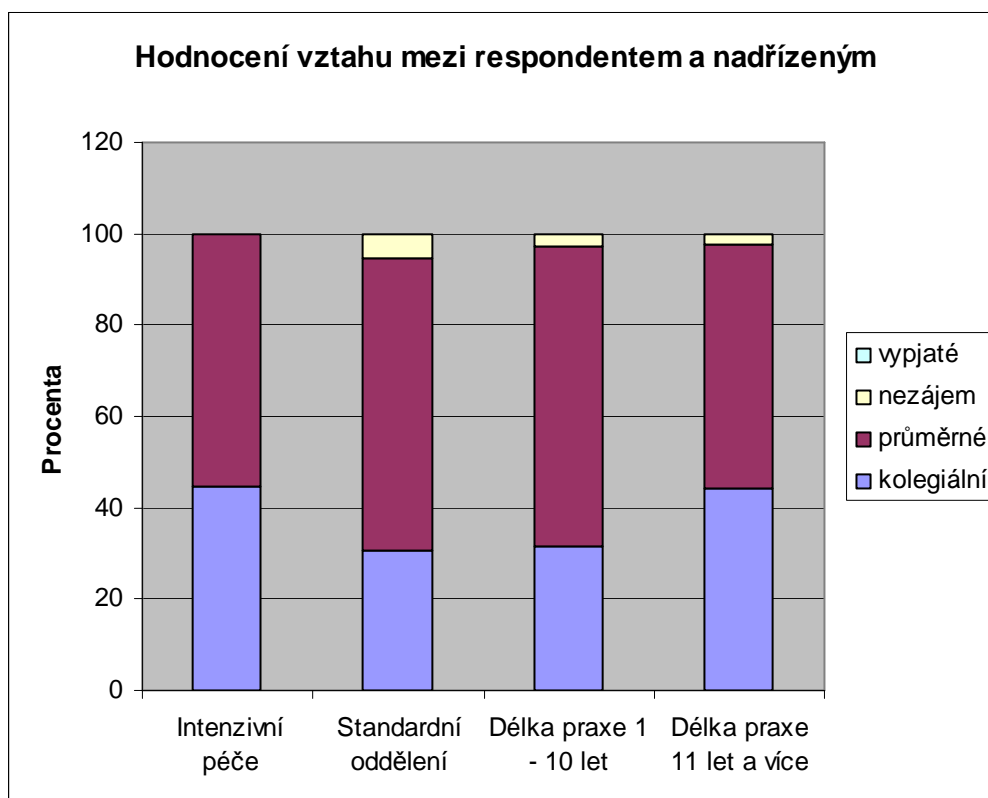
Sestry na standardních odděleních vnímají komunikaci a spolupráci s lékařem jako uspokojivou v 55,56 %, vstřícnou ve 22,22 %, jako podřízenou ji vnímá 16,66 % a jako méně uspokojivou 5,56 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let udávají komunikaci a spolupráci s lékařem jako uspokojivou v 57,89 %, vztahy jako vstřícné hodnotí 28,95 % dotázaných. Méně uspokojivé vztahy zaznamenalo 7,90 % a 5,26 % podřízenost.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí vztahy s lékaři jako uspokojivé v 62,22 %, vstřícné ve 26,67 %, podřízené v 8,89 % a jako méně uspokojivé je vnímá 2,22 % dotazovaných.

Tabulka č. 28 Hodnocení vztahů mezi respondentem a nadřízeným (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
kolegiální	44,68	30,56	31,58	44,44
průměrné	55,32	63,88	65,79	53,34
nezájem	0,00	5,56	2,63	2,22
vypjaté	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 28 Hodnocení vztahů mezi respondentem a nadřízeným (v %)

Položka č. 28 Vztahy mezi vámi a nadřízeným hodnotíte jako

Sestry na intenzivní péči hodnotí své vztahy s nadřízenými v 44,68 % jako kolegiální a v 55,32 % jako průměrné. Nezájem ani vypjaté vztahy neuvedla žádná ze sester.

Na standardních odděleních vnímá 30,56 % sester své vztahy s nadřízenými jako kolegiální, 63,88 % jako průměrné. Nezájem uvádí 5,56 %.

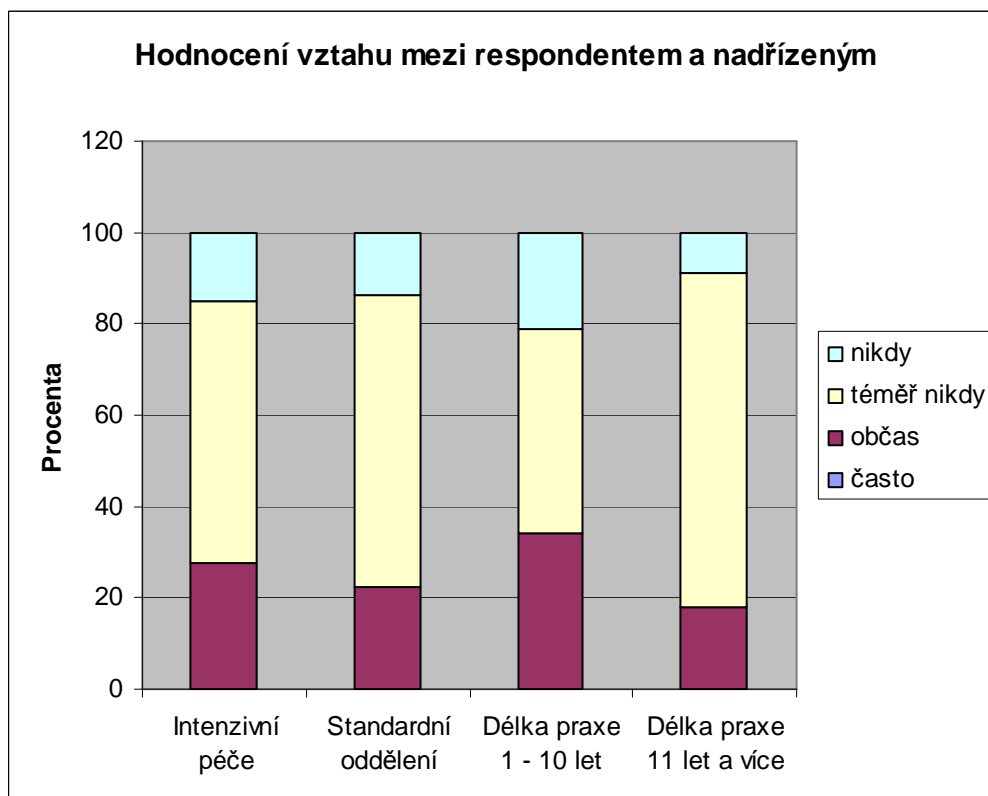
Sestry s délkou praxe 1 – 10 let vnímají své vztahy s nadřízenými jako kolegiální ve 31,58 %, 65,79 % je hodnotí jako průměrné, nezájem 2,63 %.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí své vztahy s nadřízenými jako kolegiální ve 44,44 % a průměrné v 53,34 %. Nezájem uvádí 2,22 %.

Vypjaté vztahy s nadřízenými nepociťuje žádná ze sester.

Tabulka č. 29 Frekvence konfliktů s nadřízeným (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
často	0,00	0,00	0,00	0,00
občas	27,66	22,22	34,21	17,78
téměř nikdy	57,45	63,89	44,74	73,33
nikdy	14,89	13,89	21,05	8,89
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 29 Frekvence konfliktů s nadřízeným (v %)

Položka č. 29 Konflikt s nadřízeným míváte

Sestry na intenzivní péči uvádějí, že se v konfliktní situaci s nadřízenými v 27,66 % nacházejí občas, variantu téměř nikdy volilo 57,45 % sester a nikdy 14,89 %.

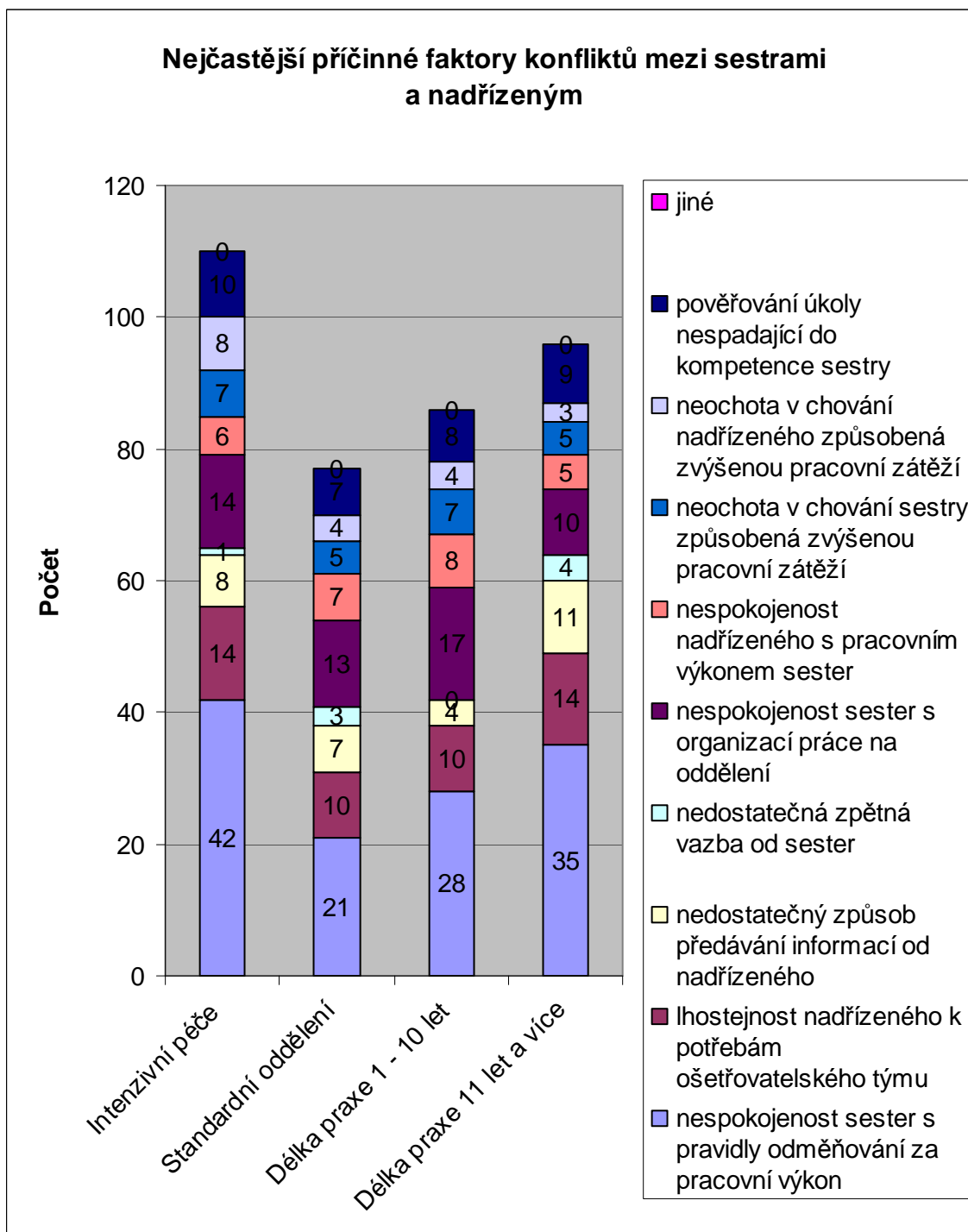
Sestry na standardních odděleních se v konfliktních situacích s nadřízenými nacházejí občas 22,22 %, téměř nikdy udává 63,89 % a nikdy 21,05 %.

Sestry s praxí 1 – 10 let se do konfliktních situací s nadřízenými dostávají, občas v 34,21%, téměř nikdy 44,74 % a nikdy 21,05 %.

Sestry s praxí 11 let a více let uvádějí, že se konfliktní situace mezi nimi a nadřízenými objevují občas v 17,78 %, téměř nikdy volilo 73,33 % sester a nikdy 8,89 %. Často se v konfliktních situacích s nadřízenými nenachází žádná z dotázaných.

**Tabulka č. 30 Nejčastější příčinné faktory konfliktů mezi sestrami a nadřízeným
(frekvence odpovědí)**

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon	42	21	28	35
lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu	14	10	10	14
nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného	8	7	4	11
nedostatečná zpětná vazba od sester	1	3	0	4
nespokojenost sester s organizací práce na oddělení	14	13	17	10
nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester	6	7	8	5
neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží	7	5	7	5
neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží	8	4	4	3
pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry	10	7	8	9
jiné	0	0	0	0



Graf č. 30 Nejčastější příčinné faktory konfliktů mezi sestrami a nadřízeným (frekvence odpovědí)

Položka č. 30 Které faktory jsou nejčastější příčinou konfliktů mezi sestrami a nadřízeným

V této otázce bylo možno označit až tři odpovědi, proto přesahuje součet absolutních četností odpovědí celkový počet respondentů (n = 83).

Na intenzivní péči sestry nejčastěji uváděly jako odpověď nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon 42krát, nespokojenost sester s organizací práce na oddělení 14krát, lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu 14krát, pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry 10krát, nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného 8krát, neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží 8krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 7krát, nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester 6krát, nedostatečná zpětná vazba od sester 1krát.

Sestry na standardních odděleních označily nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon 21krát, nespokojenost sester s organizací práce na oddělení 13krát, lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu 10krát, nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného 7krát, nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester 7krát, pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry 7krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 5krát, neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží 4krát, nedostatečná zpětná vazba od sester 3krát.

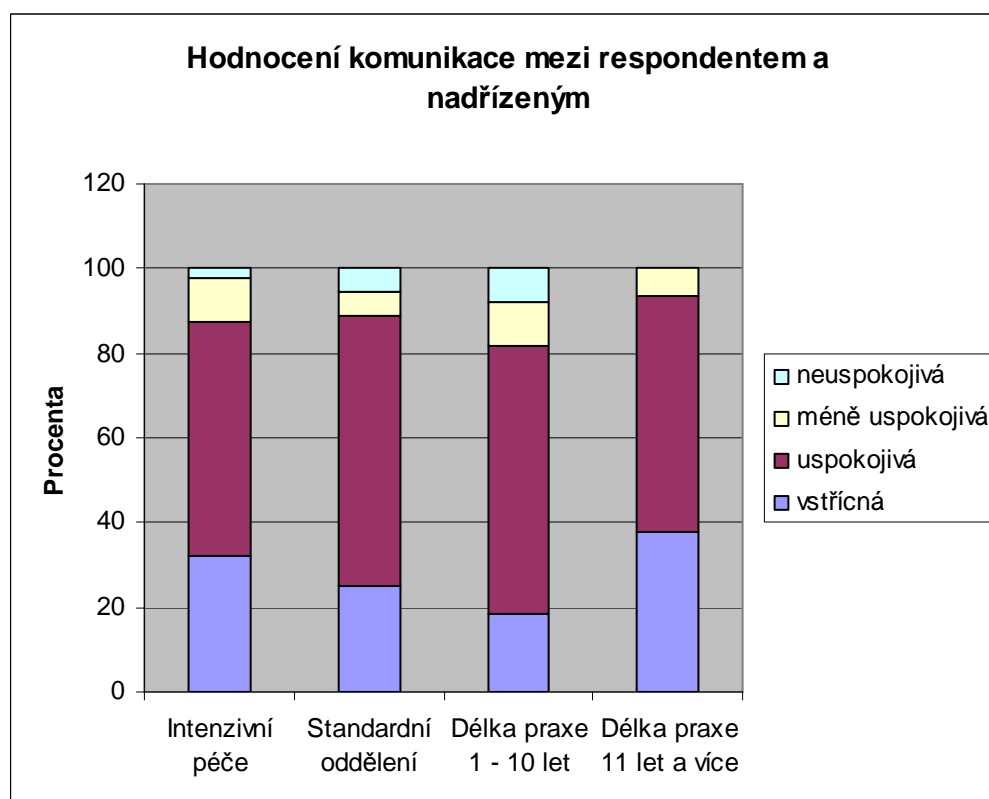
Sestry s praxí 1 – 10 let uvedly jako odpověď nejčastěji nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon 28krát, nespokojenost sester s organizací práce na oddělení 17krát, lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu 10krát, nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester 8krát, pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry 8krát, neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží 7krát, nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného 4krát, neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží 4krát. Nedostatečnou zpětnou vazbu od sester neuvedla žádná.

Sestry s praxí 11 a více let zaškrtnuly 35krát nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon, 14krát lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu, 11krát nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného, 10krát nespokojenost sester s organizací práce na oddělení, 9krát pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry, 5krát nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester, 5krát neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 4krát nedostatečná zpětná vazba od sester, 3krát

neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží. Možnosti jiné pro doplnění odpovědí podle vlastního uvážení nevyužila žádná ze sester.

Tabulka č. 31 Hodnocení komunikace mezi respondentem a nadřízeným (v %)

	Intenzivní péče	Standardní oddělení	Praxe 1 – 10 let	Praxe nad 11 let
vstřícná	31,91	25,00	18,42	37,77
uspokojivá	55,32	63,88	63,16	55,56
méně uspokojivá	10,64	5,56	10,53	6,67
neuspokojivá	2,13	5,56	7,89	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00



Graf č. 31 Hodnocení komunikace mezi respondentem a nadřízeným (v %)

Položka č. 31 Komunikaci mezi vámi a nadřízeným hodnotíte jako...

Sestry na intenzivní péči hodnotí komunikaci s nadřízenými ve 31,91 % jako vstřícnou, 55,32 % ji vnímá jako uspokojivou, 10,64 % sester ji označilo za méně uspokojivou a jako neuspokojivou ji vnímá 2,13 % .

Sestry na standardních odděleních vnímají komunikaci s nadřízenými jako vstřícnou ve 25,00 %, uspokojivou v 63,88 %, méně uspokojivou v 5,56 % a neuspokojivou rovněž 5,56%.

Sestry s praxí 1 – 10 let udávají komunikaci s nadřízenými jako vstřícnou v 18,42 %, uspokojivou v 63,16 %, jako méně uspokojivou ji vnímá 10,53 % a neuspokojivou 7,89 %.

Sestry s praxí 11 a více let hodnotí komunikaci s nadřízenými jako vstřícnou ve 37,77 %, uspokojivou v 55,56 % a jako méně uspokojivou ji vnímá 6,67 %. Komunikaci s nadřízeným žádná sestra z této skupiny nehodnotila jako neuspokojivou.

Položka č.32 Jak lze předcházet konfliktním situacím na pracovišti

Sestry uváděly své názory na prevenci interpersonálních konfliktů. Nejčastěji se opakovaly tyto výroky :

- „správná komunikace“
- „dostatečné a důsledné předávání informací“
- „vzájemná tolerance“
- „motivovat zaměstnance, finanční ohodnocení“
- „kolegiální spolupráce“
- „pravidelná sezení, vést diskuze se zpětnou vazbou“
- „vstřícné jednání“
- „konfliktům nelze předcházet“
- „ocenění práce druhých“
- „nepomlouvat“
- „zlepšit vzájemný přístup“
- „vzájemná úcta, pokora“
- „příjemnější pracovní prostředí“
- „pravdivost a upřímnost“
- „profesionální chování“
- „nepomlouvat“
- „říci si vše na rovinu“

- „dodržování kompetencí“
- „ochota řešit problémy“
- „správná a důkladná ošetrovatelská péče“
- „omezení kontaktu s konfliktními osobami“
- „nevyvolávat konflikt“
- „pochopení“
- „asertivita“
- „spolupráce“
- „včasné řešení problému“
- „stejný metr k pracovníkům ze strany nadřízených“
- „soudnost“
- „nepřetěžovat“
- „lepší zapracování nových sester“
- „méně papírování na úkor ošetrovatelské péče“
- „zajistit dostatek materiálu s ohledem na potřeby oddělení“
- „více sester a ošetrovatelek do směn“
- „více mužů na zdravotnické školy“
- „nepodceňovat sestry“
- „možnost výběru“
- „naslouchat“
- „slušné chování“

DISKUZE

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit vliv interpersonálních konfliktů na pracovní činnost sester, zmapovat jejich nejčastější zdroje, zjistit přístup sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti a rozdílnost v přístupu k řešení s ohledem na pracoviště (intenzivní péče x standardní oddělení) a délku praxe.

Potřebné údaje jsem získala formou anonymního dotazníku. Výzkum byl realizován na jednotkách intenzivní péče a standardních lůžkových odděleních. Výzkumný soubor respondentů tvořilo 79 žen (95,18 %) a 4 muži (4,82 %). Převážná část sester byla středoškolsky vzdělaná 56,63 %, specializační studium udává 18,07 %, vyšší zdravotnickou školu 15,66 % a 9,64 % má vysokou školu. Zúčastnily se ho sestry nejčastěji ve věku do 30 let (56,63 %), 31 – 40let (18,07 %), 41 – 50 let (15,66 %) a 51let a více (9,64 %). S převážnou délkou praxe 11 a více let (57,22 %), 1-10 let praxe (45,78 %).

Zajímal mě vliv interpersonálních konfliktů na pracovní činnost sester, jejich postoje, prožívání, vnímání, zda vidí nějaký smysl konfliktu a co jim přináší. K tomuto výzkumu se vztahovaly otázky č. 5 – 17.

Otázka č. 5 potvrdila, že konflikt je nesporně překážkou v práci ošetrovatelského týmu, souhlasně se projevilo 93,98 % sester, nesouhlasně pouhých 6,02 %.

Otázka č. 6 byla zaměřena obdobně, zda konflikty ztěžují práci sester. Souhlasně se projevilo 97,59 % sester, nesouhlasně 2,41 %.

Otázka č. 7 potvrdila působení konfliktu na negativní klima na pracovišti. Souhlasně odpovědělo 98,80 % sester, nesouhlasně 1,20 % a to na standardním oddělení a s délkou praxe 1 – 10 let.

Otázka č. 8 měla zjistit, zda konflikty negativně ovlivňují soustředění na práci. 92,77 % sester zaujalo souhlasné stanovisko, 7,23 % sester nesouhlasné. Na intenzivní péči bylo nevíce souhlasných odpovědí, obdobně vyšel výzkum i u sester s praxí 1 - 10 let. Standardní oddělení se blížilo výsledkem skupině s praxí 11 a více let, kde se vyskytla i rozhodně nesouhlasná odpověď.

Zda je konflikt výsledkem odlišných názorů členů týmu měla objasnit otázka č. 9. Souhlasně se vyjádřilo 86,75 % sester, nesouhlasně 13,25 %. Zde se výsledky na intenzivní péči opět velmi přibližovaly sestrám s praxí 1 – 10 let, standardní oddělení se velmi blížilo sestrám s praxí 11 let a více. V této skupině bylo nejvíce souhlasných hlasů, jak můžeme vidět v tabulce a grafu č.9.

Otázka č. 10 přinesla zjištění, že 98,80 % sestrám nevyhovuje konfliktní nálada

v týmu. Pro zajímavost, vyskytla se i jedna odpověď, že s tímto tvrzením nesouhlasí. Byla to sestra ze standardního oddělení s praxí 1 – 10 let.

Otázka č. 11 měla zjistit, zda konfliktní situaci řeší sestry únikem. Celkem by řešilo konflikt únikem 25,30 % sester a 74,70 % by neutíkalo. Když porovnáme sestry z intenzivní péče tak 27,66 % by uteklo, 72,34 % by se postavilo konfliktu čelem a sestry ze standardní péče 22,22 % by uteklo a 77,78 % ne. Obdobně je na tom porovnání s délkou praxe, nejsou markantní rozdíly. Nejvíce sester co by neutekly, bylo na standardním oddělení.

Švadlenková (2010) ve své práci uvádí, že 51,6 % sester by neutíkalo. Uvádí ovšem, že podrobnější analýzou se objevily rozdíly na jednotlivých odděleních a s rostoucí praxí. Oproti tomu Kelly (2006) a Vivar (2006) uvádějí ve svých výzkumech, že sestry volí nejčastěji metodu uhýbání, bojí se následků, co se stane, když poukáží na to, že ve skupině je konflikt. Situace se může stát horší, pokud dají najevo své pocity. Pokud sestry čelí konfliktu, raději volí popření existence problému na stanici. Tato reakce vyhýbaní byla v literatuře označena jako primární strategie, kterou sestry používají při zvládnání konfliktu.

Otázka č.12 říká, že 71,08 % sester se při konfliktu, když obhajuje své zájmy cítí dobře. 28,92 % se dobře necítí. Zde se výsledky na intenzivní péči velmi blíží skupině sester s praxí 11 a více let a standardní oddělení sestrám s praxí 1 – 10 let.

Z otázky č. 13 vyplývá, že 55,42 % sester si myslí, že konflikt nemá vliv na kvalitu jejich práce a 44,58 % se domnívá, že konflikt kvalitu jejich práce ovlivňuje. Na intenzivní péči a u sester s praxí 11 a více let se nadpoloviční většina domnívá, že konflikt nemá vliv na kvalitu jejich práce.

Podle otázky č.14 se 62,65 % sester domnívá, že energie vložená do konfliktu má smysl, 37,35 % sester si to nemyslí. Na intenzivní péči souhlasí nejvíce sestry, stejně tak s praxí 11 a více let. Na standardním oddělení také zaujímají souhlasné stanovisko, ale vyskytuje se tu více sester co nesouhlasí než v jiných skupinách.

Zda každý konflikt přináší nové zkušenosti měla zjistit otázka č. 15. Pro 80,72 % sester je přínosem nových zkušeností a 19,28 % sester si to nemyslí.

Otázka č. 16 potvrdila, že nalezení společného řešení konfliktu posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu. S touto myšlenkou se ztotožnilo 92,77 % sester, 7,23 % tuto myšlenku nesdílí.

Podle odpovědí na otázku č. 17 by 98,80 % sester dalo prostor k vyjádření i opozičním názorům. Rozhodně nesouhlasná odpověď se nevyskytla, nicméně na intenzivní péči jedna sestra s praxí 1 – 10 let spíše nesouhlasí.

Mezi důležité předpoklady spokojenosti v práci, odvádění profesionálního pracovního

výkonu a dobrých pracovních výsledků patří dobré vztahy na pracovišti i celková atmosféra, která na pracovišti panuje. Tyto faktory nesporně ovlivňují práci sester i lékařů, kteří se na pracovišti dostávají nečistota do složitých pracovních situací.

Otázky č.18 – 31 se zaměřují na zdroje konfliktů, vzájemné interakce na pracovišti a interpersonální vztahy ve třech okruzích (sestra - sestra, sestra – lékař, sestra – ošetrovatelský management).

Podle odpovědí na otázku č. 18 vnímá své vztahy s ostatními sestrami jako kolegiální 59,04 % sester, jako průměrné 36,14 % sester, nezájem uvádí 2,41 % a jako vypjaté je hodnotí 2,41 % dotázaných. Na intenzivní péči se nevyskytla odpověď nezájem a vypjatost.

Otázka č. 19 byla zaměřena na frekvenci konfliktních situací mezi sestrami. Z dotazovaných sester uvádí konflikty jako časté 2,41 %, občas 54,22 %, téměř nikdy 40,96 % a nikdy je nemá 2,41 %. Výsledky z intenzivní péče jsou jako u praxe 11 a více let, zde se nevyskytla možnost často. Na standardním oddělení a u sester s praxí 1 – 10 let se možnost často vyskytla ojediněle.

Otázka č. 20 měla objasnit nejčastější příčiny konfliktů mezi sestrami. Nejčastěji sestry uváděly nedorozumění a komunikační šumy, nedostatečné předávání informací, povahové vlastnosti, neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží. Opět intenzivní péče a sestry 11 a více let praxe jsou velmi podobné.

Otázka č. 21 se zabývá řešením konfliktu mezi sestrami. Celkově sestry konflikt řeší hned v 72,29 %, po opadnutí emocí 26,51 %, neřeší je 1,20 % a prostřednictvím třetí osoby konflikt neřeší nikdo. Sestry na intenzivní péči konflikty mezi sebou řeší nejlépe hned v 61,70 % a ve 38,30 % s odstupem po opadnutí vypjatých emocí. Možnost řešení pomocí prostředníka a neřešení konfliktu neoznačila žádná ze sester. Porovnání mezi délkou praxe a pracovištěm můžeme vidět v tabulce a grafu č.21. V zásadě se přístup sester příliš neliší.

V otázce č. 22 sestry hodnotily komunikaci v ošetrovatelském týmu. Jako vstřícnou ji hodnotí 28,92 %, jako uspokojivou ji hodnotí 60,24 %, méně uspokojivou uvádí 8,43 % a neuspokojivou 2,41 %. Na intenzivní péči se nevyskytuje neuspokojivá komunikace.

Otázka č.23 se zabývá hodnocením vztahů s lékaři. Sestry hodnotí své vztahy s lékaři jako kolegiální ve 33,74 %, průměrné v 60,24 %, nezájem uvádí 6,02 %. Dotázané sestry uváděly spíše neutrální postoje. Z čehož můžeme usoudit, že se necítí být kolegyněmi lékaře. Nicméně sestry na intenzivní péči a s praxí 11 a více let udávaly kolegiální vztahy ve větší míře, než na standardních odděleních a sestry s praxí 1 – 10 let, zde se zřejmě promítá lepší přístup lékařů k sestram, které mají hodně zkušeností.

Otázka č. 24 byla zaměřena na frekvenci konfliktních situací s lékaři. Konflikty se vyskytují téměř nikdy v 57,83 %, občas ve 21,69 % a nikdy ve 20,48 %. Celkově se konflikty s lékaři příliš nevyskytují, nejmenší konfliktnost je na oddělení intenzivní péče.

Otázka č. 25 měla objasnit nejčastější příčiny konfliktů s lékaři. Nejčastěji sestry uváděly nedocení sesterské práce ze strany lékaře, povahové vlastnosti lékaře a to, že lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí. Ve výzkumu Bilavčikové a Karafiátové (2010) sestry přiznávají, že často vykonávají práci za ostatní členy týmu, nejen za lékaře a tím je pochopitelně ovlivněna kvalita poskytované ošetrovatelské péče.

Otázka č.26 se zabývá řešením konfliktu mezi sestrou a lékaři. Celkově sestry konflikt s lékaři řeší hned v 50,60 %, po opadnutí emocí 16,87 %, prostřednictvím třetí osoby 3,61 % a neřeší je 28,92 % sester. Nejvíce sester neřeší konflikty na intenzivní péči a s praxí 1 – 10 let. Bártlová (2010) uvádí, že v českém zdravotnictví dle vyjádření lékařů i sester převládá řešení konfliktu v rámci pracovního vztahu mezi lékařem a všeobecnou sestrou jen mezi zúčastněnými osobami a jiné osoby nejsou přizvány. Více než polovina dotazovaných sester uvedla, že pokud mezi nimi a lékařem vzniknou konfliktní situace, nejčastěji je řeší s lékařem samotným. Více než 1/5 sester požádá v takovém případě o řešení konfliktu nadřízenou staniční sestru, necelá 1/10 řeší konflikt nejčastěji prostřednictvím vrchní sestry. 13,4 % sester uvádí, že konfliktní situaci neřeší vůbec. V takových to případech, pak může dojít až k vystupňování konfliktní situace, což se může promítnout nejen do dalšího rozhodujícího řešení, ale hlavně do kvality spolupráce, sekundárně tedy i do kvality poskytované péče.

V otázce č.27 sestry hodnotily komunikaci a spolupráci s lékařem. Jako vstřícnou ji hodnotí 27,71 %, jako uspokojivou ji hodnotí 60,24 %, méně uspokojivou uvádí 4,82 % a podřízenou 7,23 %. Na intenzivní péči se nevyskytuje možnost podřízená, zřejmě z důvodu, že se zde sestry cítí být rovnocennými partnery lékaře.

Podle odpovědí na otázku č. 28 vnímá své vztahy s nadřízenými jako kolegiální 38,55 % sester, průměrně je hodnotí 59,04 %, nezájem udává 2,41 % sester. U sester na intenzivní péči se nevyskytl nezájem, ale i jinde je jeho množství zanedbatelné.

Otázka č. 29 byla zaměřena na frekvenci konfliktních situací s nadřízeným. Konflikty se vyskytují téměř nikdy v 60,24 %, občas ve 25,30 % a nikdy ve 14,46 %. Nejméně konfliktů mají sestry s praxí 11 a více let. Zřejmě za léta praxe nasbíraly zkušenosti a umí konfliktům předcházet.

Otázka č. 30 měla objasnit nejčastější příčinné faktory konfliktů s nadřízenými. Nejčastěji sestry uváděly nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon, nespokojenost sester s organizací práce na oddělení a lhostejnost nadřízeného k potřebám

ošetřovatelského týmu.

Otázka č. 31 sestry hodnotily komunikaci s nadřízeným. Jako vstřícnou ji hodnotí 28,92 %, jako uspokojivou ji hodnotí 59,04 %, méně uspokojivou uvádí 8,43 % a podřízenou 3,61 %. Více než tři čtvrtiny sester

Otázka č. 32 byla otevřená a sestry se měly dle svého uvážení vyjádřit k tomu, jak lze konfliktním situacím na pracovišti zabránit. Jednoznačně vede komunikace, tolerance a motivace.

ZÁVĚR

Konflikty (konfliktní situace) nalézáme ve všech sférách společnosti a ošetrovatelská profese vůči nim není imunní. Konflikt se stal každodenní součástí našeho života. Konflikt sám o sobě není negativním projevem sociálních vztahů. Není něčím, čemu bychom se měli nevyhnutelně vyhýbat. Máme tendenci konflikt hodnotit negativně, představuje totiž pro nás stresovou situaci, navíc není kulturně podporováno projevovat negativní emoce. Nelze jej hodnotit jednoznačně negativně či pozitivně, záleží na situačním kontextu, jak na aktéry působí, jak jej prožívají a hlavně jak jej řeší. Přináší i kladné prvky: konflikty poukazují na problémy, odhalují nesrovnalosti, nesou v sobě očistné procesy, rozrážejí strnulé struktury, vedou k reflexi vlastního počínání, podněcují komunikaci, iniciují změny. Mezi zdravotnickými pracovníky dochází k intenzivní konfrontaci názorů, postojů, potřeb, zájmů, přání, cílů, hodnot. Problém není v tom, jak vyloučit konflikty z pracoviště, ale jak se je naučit zvládat.

V teoretické části jsem se věnovala konfliktu jako takovému, komunikaci, týmové spolupráci ve zdravotnictví, postavení sestry v moderním ošetrovatelství, dále konfliktům v ošetrovatelství (příčiny, důsledky, řešení a prevence). Toto téma mě velmi zajímá, protože mi připadá, že vztahy na pracovišti jsou čím dál vyhrcořenější. A konfliktní situace se nesporně podepisují na práci sester, jak to vyplývá i z tohoto výzkumu a je to uvedeno v empirické části. Potvrdilo se, že sestry vnímají konflikt negativně, je překážkou ve spolupráci, negativně ovlivňuje soustředění na práci, působí negativně na klima na pracovišti a z toho se pak odvíjejí další důsledky. Proto je třeba konfliktům porozumět a naučit se je efektivně řešit. Pozitivní je i zjištění, že sestrami stojí za to investovat energii do konfliktu, a že konflikt i když není příjemný, přináší nové zkušenosti a sestry si uvědomují, že v případě neúspěchu společného řešení nepochybně posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu. Překvapilo mě zjištění, že sestry by konfliktní situaci neřešily únikem a to téměř tři čtvrtiny sester z výzkumného souboru, neboť v jiných publikovaných výzkumech i zahraničních se únik uvádí jako primární strategie řešení konfliktu u sester. Také jsem očekávala, že pokud by neutíkaly, byly by to spíše sestry z intenzivní péče, ale podle výsledků jich bylo více na standardních odděleních. Jako nejčastější příčinné faktory byly označeny nedorozumění a komunikační šumy, nedostatečné předávání informací, povahové vlastnosti, neochota v chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží, nedocenení práce sester ze strany lékaře, nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon. Očekávala jsem také, že budou výraznější rozdíly v řešení a přístupu ke konfliktům mezi sestrami na intenzivní péči a

na standardních odděleních. Dále jsem předpokládala rozdíly mezi sestrami s ohledem na délku praxe - rozdíly jsou minimální. Ovšem při podrobnějším náhledu jsou na intenzivní péči vztahy ucelenější, téměř se nevyskytují negativa. Je to zřejmě dáno částečně i charakteristikou oddělení, daleko užší spolupráci s lékaři, kdy i oni mohou důkladně poznat sesterskou práci a naopak a jeden druhého si pak více váží. Vědí, že se na sebe mohou spolehnout. Kolektiv je stmelenější.

Zejména z poslední otázky vyplynulo, že sestry o konfliktech, jejich příčinách a prevenci mají znalosti. V současné době probíhají v naší nemocnici v rámci programu „Učíci se nemocnice“ mimo jiné i kurzy „Komunikace ve zdravotnictví“, které jsou pro zdravotnický personál nepochybně přínosem. Je však zapotřebí další a opakované vzdělávání zdravotníků v této oblasti. Problémy interpersonálních vztahů jsou většinou problémy komunikace. Správné komunikaci se lze naučit, stejně tak pochopení příčiny konfliktů v prostředí ošetrovatelské práce by umožnilo posun od řešení konfliktů k předcházení konfliktům. Je třeba upřednostnit prevenci konfliktů, neboť konfliktní situace má vliv na pohodu sester a v konečném důsledku i na péči o pacienty..

ANOTACE

Autor:	Eva Smutná
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Postoje všeobecných sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti
Vedoucí práce:	Bc. Hana Ulrychová
Počet stran:	109
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2011

Klíčová slova: interpersonální konflikt, sestra, komunikace, vztahy

Bakalářská práce se zabývá postojem všeobecných sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti. Zahrnuje část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá konflikty, týmovou spoluprací ve zdravotnictví, konflikty v ošetřovatelství. Empirická část je založena na výzkumném šetření, které proběhlo v Oblastní nemocnici Kolín a.s.. K získání dat byla použita metoda dotazování, technika anonymního dotazníku. Cílem práce bylo zjistit vliv interpersonálních konfliktů na pracovišti na pracovní činnost sester, nejčastější zdroje konfliktů, zjistit přístup sester k řešení interpersonálních konfliktů na pracovišti. Dalším cílem bylo také porovnat zda se přístup sester liší v závislosti na pracovišti (intenzivní péče x standardní oddělení) a délce praxe.

The thesis deals with the attitude of nurses to interpersonal conflicts in their workplace. It consists of two sections, the theoretical and the empirical one. Conflicts, team work in health care services and conflicts in nursing are discussed in the theoretical part. The empirical part is based on research survey, which took place in the Regional Hospital Kolín a.s.. Personal interview and anonymous questionnaire technique were used as a working tool for the data acquisition. The aim of the work was to elicit the consequences of an interpersonal conflict on the quality of work. Also, the most common source of conflicts was searched and a preferred problem solving method used by the nurses was sought. The other objective was to notice whether the method chosen varies due to the type of a workplace (a standard unit versus an intensive care unit) and the length of practice of a nurse.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

- 1) ALMOST, J.: Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, roč. 53, č. 4, s. 444-453. ISSN 1365-2648.
- 2) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4
- 3) BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M.: *Vztah sestra – lékař*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6
- 4) BAUM, T.: *Umění přátelského řešení konfliktů*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 192s. ISBN 978-80-7367-525-7
- 5) BILAVČÍKOVÁ, P., KARAFIÁTOVÁ, M.: Jak vnímají sestry pracovní podmínky a psychosociální zátěž. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2010. roč. 20, č.9, s.26
- 6) DAVIDSON, J.: *Jak zvládnout stres*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1998. 302s. ISBN 80-7205-496-1
- 7) EBERHARD, G. F.: *Konflikty v práci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0533-8
- 8) GLADKYJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2003. 380s. ISBN 80-7226-996-8
- 9) GLASA, J., ŠOLTÉS, L. et al. *Ošetrovatel'ská etika 1*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 212s. ISBN 80-217-0594-9
- 10) HOLÁ, L.: *Mediace: způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 192s. ISBN 80-247-0467-6.
- 11) JANOUŠEK, J. et al. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. 192s. ISBN 14-686-88

- 12) KELLY, J.: An Overview of Conflict. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2006, roč. 25, č. 1, s. 22-28. ISSN 1538-8646.
- 13) KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 192s. ISBN 80-7178-642-X
- 14) KŮT, F. Povolání lékaře u nás stále nejprestižnější. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá Fronta a.s.. roč.60, č.16, s. 1-2. ISSN 0044-1996
- 15) KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
- 16) MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 86s. ISBN 80-7368-030-0
- 17) MORRISSON, J. The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 2008, roč. 16, č. 8, s. 974-983. ISSN 1365-2834.
- 18) NAKONEČNÝ, M.: *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 590s. ISBN 80-200-0689-3
- 19) ONDRIOVÁ, I., DUČAIOVÁ, J.: Mobbing ve zdravotnickém prostředí a možnosti jeho prevence. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2010. roč. 20, č.5, s. 26-28
- 20) ONDRIOVÁ, I.: Možnosti prevencie syndromu vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov pri ošetrovaní chorých v terminálnom štádiu ochorenia. *Florence*. Praha: Ambit Media a.s. ISSN 1801-464X. 2010. roč. VI. č. 7-8, s. 29-31
- 21) ONDRIOVÁ, I.: Konflikty v ošetrovateľskej praxi a možnosti ich kreatívneho riešenia. *Florence*. Praha: Ambit Media a.s. ISSN 1801-464X. 2011. roč.VII. č. 2, s. 30-34
- 22) PAULÍK, K.: *Psychologické základy lidské komunikace*. Učební text Universitas Ostraviensis. Ostrava 2007. CZ.04.1.03/3.2.15.3/0415 [on line] 96s. [cit.2011-07-22]. Dostupné na WWW<<http://www.fs.vsb.cz/euprojekty/415/psychologicke-zaklady-lidske-komunikace.pdf>>

- 23) PLAMÍNEK, J.: *Řešení konfliktů a umění rozhodovat*. Praha: Argo, 1994. 198s. ISBN 80-85794-14-4 .
- 24) ROZSYPALOVÁ, M. – STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství I/I*. 2. vyd. Praha: Informatorium s.r.o. 1996, 234s. ISBN 80-85427-93-1
- 25) ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4
- 26) ŠMÍDOVÁ, A. „Malá novela” zákona č.96/2004 Sb.. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2011. roč. 21, č.6, s.15
- 27) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Komunikace nejen pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135s. ISBN 978-80-7262-599-4
- 28) ŠVADLENKOVÁ, A.: Postoje sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti. Č. Bud., 2010. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta
- 29) VACULÍK, M. a kol.: *Vybrané pojmy ze sociální psychologie*. [online]. s.5. [cit.2011-09-11].
Dostupné na WWW<http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/fss/js06/psy108/Vybrane_pojmy_ze_socionalni_psychologie.pdf>
- 30) VIVAR, C. G.: Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, roč. 14, č. 3, s. 201-206. ISSN 1365-2834
- 31) ZACHOVÁ, V.: *Boj s profesionální deformací*. [online]. s.249-250. [cit.2011-08-21].
Dostupné na WWW< <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/05/11.pdf>>

Seznamy

Seznam tabulek

Tab. č. 1 Pohlaví respondentů ve zkoumaném souboru	40
Tab. č. 2 Věk respondentů	41
Tab. č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	42
Tab. č. 4 Délka praxe sester	43
Tab. č. 5 Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu	45
Tab. č. 6 Konflikty ztěžují práci sester	46
Tab. č. 7 Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti	48
Tab. č. 8 Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci	49
Tab. č. 9 Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu	51
Tab. č.10 Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje.....	52
Tab. č. 11 Řešení konfliktní situace únikem	54
Tab. č. 12 Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy	55
Tab. č. 13 Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce	57
Tab. č. 14 Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl	58
Tab. č. 15 Každý konflikt přináší nové zkušenosti	60
Tab. č. 16 Nalezení společného řešení konfliktu je posiluje výkon celého oš. týmu	61
Tab. č. 17 Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům	63
Tab. č. 18 Hodnocení vztahů respondenta s ostatními členy ošetrovatelského týmu	64
Tab. č. 19 Frekvence konfliktních situací mezi respondentem a ostatními členy týmu	66
Tab. č. 20 Nejčastější důvody konfliktu v ošetrovatelském týmu	67
Tab. č. 21 Řešení konfliktních situací	69
Tab. č. 22 Hodnocení komunikace v oš. týmu	70
Tab. č. 23 Hodnocení vztahů mezi respondentem a lékaři	72
Tab. č. 24 Frekvence konfliktů s lékaři	73
Tab. č. 25 Nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetrovatelským týmem a lékaři	75
Tab. č. 26 Řešení konfliktních situací mezi respondentem a lékaři	78
Tab. č. 27 Hodnocení komunikace a spolupráce ve vztahu s lékařem	79
Tab. č. 28 Hodnocení vztahů mezi respondentem a nadřízeným	81
Tab. č. 29 Frekvence konfliktů s nadřízeným	82
Tab. č. 30 Nejčastější příčinné faktory konfliktů mezi sestrami a nadřízeným.....	84
Tab. č. 31 Hodnocení komunikace mezi respondentem a nadřízeným	87

Seznam grafů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů ve zkoumaném souboru	40
Graf č. 2 Věk respondentů	41
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	42
Graf č. 4 Délka praxe sester	44
Graf č. 5 Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu	45
Graf č. 6 Konflikty ztěžují práci sester	47
Graf č. 7 Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti	48
Graf č. 8 Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci	50
Graf č. 9 Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu	51
Graf č.10 Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje.....	53
Graf č. 11 Řešení konfliktní situace únikem	54
Graf č. 12 Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy	56
Graf č. 13 Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce	57
Graf č. 14 Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl	59
Graf č. 15 Každý konflikt přináší nové zkušenosti	60
Graf č. 16 Nalezení společného řešení konfliktu je posiluje výkon celého oš. týmu	62
Graf č. 17 Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům	63
Graf č. 18 Hodnocení vztahů respondenta s ostatními členy ošetrovatelského týmu	65
Graf č. 19 Frekvence konfliktních situací mezi respondentem a ostatními členy týmu	66
Graf č. 20 Nejčastější důvody konfliktu v ošetrovatelském týmu	68
Graf č. 21 Řešení konfliktních situací	69
Graf č. 22 Hodnocení komunikace v oš. týmu	71
Graf č. 23 Hodnocení vztahů mezi respondentem a lékaři	72
Graf č. 24 Frekvence konfliktů s lékaři	73
Graf č. 25 Nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetrovatelským týmem a lékaři	76
Graf č. 26 Řešení konfliktních situací mezi respondentem a lékaři	78
Graf č. 27 Hodnocení komunikace a spolupráce ve vztahu s lékařem	80
Graf č. 28 Hodnocení vztahů mezi respondentem a nadřízeným	81
Graf č. 29 Frekvence konfliktů s nadřízeným	82
Graf č. 30 Nejčastější příčinné faktory konfliktů mezi sestrami a nadřízeným	85
Graf č. 31 Hodnocení komunikace mezi respondentem a nadřízeným	87

Přílohy

Příloha č. 1 Etický kodex zdravotnického pracovníka

Příloha č. 2 Dotazník

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.

Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.

Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je. Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.

Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.

Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.

Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.

Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou

dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi. Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče. Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.

Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdravé lidí.

Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.

Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.

Zdravotnickí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.

Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.

Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj: Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR, ročník 2004, částka 7

Celý věstník - viz příloha stažená z <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/371-vestnik-72004.html>.

Příloha 2

Vážená kolegyně, vážený kolego,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Jsem studentka LF Hradec Králové, obor Ošetrovatelství. Cílem mé práce je studie zkušeností zdravotních sester s mezilidskými konflikty na pracovišti a jejich vliv na týmovou spolupráci. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Děkuji za Vaše názory a spolupráci.

Eva Smutná

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte prosím pouze jednu odpověď.

Intenzivní péče Standardní oddělení

1. Jste:

1. Žena
2. Muž

2. Jaký je Váš věk:

1. do 30 let
2. 31 – 40
3. 41 – 50
4. 51 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

1. SZŠ
2. specializační studium
3. VZŠ
4. VŠ

4. Délka Vaší praxe

1. 1-5 let
2. 6-10 let
3. 11-20 let
4. 21 a více let

5. Konflikt je překážkou v práci v ošetrovatelském týmu

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

6. Konflikty ztěžují práci sester

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

7. Konflikt ovlivní negativně klima na pracovišti

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

8. Konflikt negativně ovlivňuje soustředění na práci

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

9. Konfliktní situace je výsledkem odlišných názorů členů týmu

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

10. Konfliktní nálada v týmu mi nevyhovuje

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

11. Konfliktní situaci řeším únikem

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

12. Při konfliktu mám dobrý pocit, když obhajuji své zájmy

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

13. Konflikt nemá vliv na kvalitu mé práce

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

14. Osobní energie vložená do konfliktu na pracovišti má smysl

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

15. Každý konflikt přináší nové zkušenosti

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

16. Nalezení společného řešení konfliktu posiluje výkon celého ošetrovatelského týmu

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

17. Při konfliktu je třeba dát prostor k vyjádření i opozičním názorům

1. rozhodně souhlasím
2. spíše souhlasím
3. spíše nesouhlasím
4. rozhodně nesouhlasím

18. Váš vztah s ostatními hodnotíte jako:

1. kolegiální
2. průměrné
3. nezájem
4. vypjaté

19. Jak často se nalézáte v konfliktní situaci mezi vámi a ostatními členy týmu:

1. často
2. občas
3. téměř nikdy
4. nikdy

20. Které jsou nejčastější důvody konfliktu v ošetrovatelském týmu (prosím, zaškrtněte maximálně 3 odpovědi):

1. nedorozumění, komunikační šumy
2. nezdravé soupeření
3. nedostatečný způsob předávání informací mezi sestrami
4. špatná organizace práce uvnitř ošetrovatelského týmu
5. podceňování práce kolegů
6. neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží
7. povahové vlastnosti
8. jiné, prosím doplňte.....

21. Konflikt řešíte:

1. nejlépe hned
2. prostřednictvím 3 osoby
3. s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí
4. neřeším je

22. Vaše hodnocení komunikace v oš. týmu (s ohledem na práci):

1. vstřícná
2. uspokojivá
3. méně uspokojivá
4. neuspokojivá

23. Vztahy mezi Vámi a lékaři hodnotíte jako:

1. kolegiální
2. průměrné
3. nezájem
4. vypjaté

24. Jak často máte konflikt s lékaři:

1. často
2. občas
3. téměř nikdy
4. nikdy

25. Které jsou nejčastější důvody ke konfliktu mezi ošetrovatelským týmem a lékaři (prosím zaškrtněte maximálně 3 odpovědi):

1. neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží
2. neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží
3. nedocení sesterské práce ze strany lékaře
4. nedostatek informací od lékaře k léčebnému režimu pacienta
5. povahové vlastnosti lékaře
6. povahové vlastnosti sestry
7. nedostatek odbornosti na straně lékaře
8. lékaři pověřují sestry úkoly, které nespádají do jejich kompetencí
9. jiné, prosím doplňte.....

26. Jak řešíte konfliktní situaci mezi Vámi a lékaři:

1. nejlépe hned
2. prostřednictvím 3 osoby
3. s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí
4. neřeším je

27. Komunikaci a spolupráci ve vztahu s lékařem hodnotíte jako:

1. vstřícná
2. uspokojivá
3. méně uspokojivá
4. podřízená

28. Vztahy mezi vámi a nadřízeným hodnotíte jako:

1. kolegiální
2. průměrné
3. nezájem
4. vypjaté

29. Konflikt s nadřízeným míváte:

1. často
2. občas
3. téměř nikdy
4. nikdy

30. Které faktory jsou nejčastější příčinou konfliktů mezi sestrami a nadřízeným (prosím zaškrtněte maximálně 3 odpovědi)

1. nespokojenost sester s pravidly odměňování za pracovní výkon
2. lhostejnost nadřízeného k potřebám ošetrovatelského týmu
3. nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného
4. nedostatečná zpětná vazba od sester
5. nespokojenost sester s organizací práce na oddělení
6. nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem sester
7. neochota v chování sestry způsobená zvýšenou pracovní zátěží
8. neochota v chování nadřízeného způsobená zvýšenou pracovní zátěží
9. pověřování úkoly nespádající do kompetence sestry
10. jiné, prosím uveďte.....

31. Komunikaci mezi vámi a nadřízeným hodnotíte jako:

1. vstřícnou
2. uspokojivou
3. méně uspokojivou
4. neuspokojivou

32. Jak lze předcházet konfliktním situacím na pracovišti podle vás (uveďte prosím maximálně 3 odpovědi)

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

