

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Bc. Jana Mášková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Spolupráce vybraných zdravotnických pracovníků
při výkonu zdravotnického povolání**

diplomová práce

Autor práce: Jana Mášková, Bc.
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

Datum odevzdání práce: 21. 5. 2012

Spolupráce vybraných zdravotnických pracovníků při výkonu zdravotnického povolání

Téma diplomové práce se dotýká problematiky spolupráce a komunikace v pracovním týmu. Týmová práce a efektivní komunikace zaujímá klíčovou úlohu při poskytování ošetrovatelské péče. Práce v týmu a efektivní naplánování poskytované péče zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče a prestiž jednotlivých nelékařských zdravotnických pracovníků.

Teoretická část práce se zabývá problematikou poskytování ošetrovatelské péče v souvislosti s osobnostními předpoklady a zákonem danými požadavky pro výkon povolání. Je zde nastíněna i důležitost komunikace a její efektivní využívání při poskytování ošetrovatelské péče. S komunikací úzce souvisí problematika týmové spolupráce a vztahů na pracovišti. V práci je zmíněna i problematika konfliktů a možností jejich zvládnutí.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, jak hodnotí spolupráci v týmu vybraní zdravotničtí pracovníci a zjistit, kde vidí nedostatky a jaká opatření by mohla vést ke zlepšení dané situace. Dalším cílem práce bylo zmapovat pohled pacienta na spolupráci zdravotnických pracovníků a zjistit možnosti jeho zapojení do ošetrovatelské péče.

Při výzkumném šetření byla použita kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří tvořily výzkumný soubor. Pro tuto část výzkumu bylo stanoveno pět hypotéz souvisejících s tématem. Pro šetření v oblasti pohledu pacienta na poskytovanou péči byla použita kvalitativní metoda. Výzkumný soubor tvořilo pět pacientů, se kterými byl uskutečněn hloubkový rozhovor.

Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly zpracovány do přehledných tabulek. Kvalitativní šetření bylo zpracováno formou přepisu rozhovorů. Výsledky práce lze využít v praxi jako zdroj informací o aktuálních nedostatcích ve spolupráci jednotlivých pracovníků při výkonu povolání. Zjištěné výsledky lze použít také jako podklad pro vzdělávání pracovníků formou seminářů nebo konferencí.

Cooperation of Selected Health-service Workers in Performing of Their Occupation

The topic of the thesis touches the issue of co-operation and communication in teams of workers. Teamwork and efficient communication play the key role in providing nursing care. Good teamwork and efficient planning of care enhance the quality of nursing care as well as the prestige of individual paramedical workers.

The theoretical part of the thesis deals with the issue of providing nursing care in connection with personal disposition and in connection with the law given requirements for the exercise of the profession. The importance of communication and the effective use of communication in providing nursing care is also outlined in this part on the thesis. The issues of teamwork and relationships in the work place are closely connected with communication. The issues of conflicts and the possibilities of conflict management are also mentioned in this part of the thesis.

The aim of this thesis was to map how chosen health service workers evaluate teamwork cooperation and to find out where they see gaps and which measures could lead to the improvement of the situation. Another aim of the thesis was to map the views the patient on co-operation of health service workers and to find out possibilities of his involvement in nursing care.

The quantitative method in the form of the anonymous questionnaire was used in the research for the paramedics who were involved in the examined group. Five hypothesis connected with the topic were set for this part of research. The qualitative method was used for the research of the view of the patient on provided care. The examined group consisted of five patients and they were subjects of in-depth interviews.

The results of the quantitative research were summarised in well arranged tables. The results of qualitative research were processed in the form of transcripts of the interviews. The results of the thesis can be used in the field - as a source of information on current gaps in co-operation of individual workers in performing of their occupations. The results obtained can also be used in the form of seminars or conferences - as a basis for staff training.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2012

.....

Jana Mášková, Bc.

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za odborné vedení práce a za ochotu a vstřícnost. Dále děkuji své rodině za vytrvalou podporu, pochopení a klidné zázemí během studia.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO TEORETICKÁ ZÁKLADNA PRO VÝKON POVOLÁNÍ	4
1.1.1 Zajištění potřeb nemocných formou ošetrovatelského procesu.....	5
1.1.2 Vědomosti a dovednosti v rámci realizace ošetrovatelského procesu.....	6
1.1.3 Osobnostní předpoklady pro výkon zdravotnického povolání.....	7
1.1.4 Činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků.....	9
1.1.5 Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání	10
1.2 KOMUNIKAČNÍ PROCES VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ.....	12
1.2.1 Aspekty komunikace v ošetrovatelství.....	13
1.2.2 Komunikace jako nezbytný proces.....	15
1.2.3 Komunikace v týmu zdravotnických pracovníků.....	17
1.3 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE	20
1.3.1 Pracovní skupina v organizaci	22
1.3.2 Pracovní pozice a role ve skupině	25
1.3.3 Pracovní vztahy.....	27
1.3.4 Charakteristika týmových rolí	29
1.3.5 Teambuilding	30
1.4 KONFLIKTY NA PRACOVÍŠTI.....	32
1.4.1 Druhy konfliktů	34
1.4.2 Průběh a řešení konfliktu.....	35
1.4.3 Předcházení konfliktům.....	36
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	38
2.1 CÍL PRÁCE.....	38
2.2 HYPOTÉZY	38

3	METODIKA	39
3.1	POUŽITÉ METODY	39
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	40
3.3	REALIZACE VÝZKUMU	40
4	VÝSLEDKY	42
4.1	VYHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍ ČÁSTI ŠETŘENÍ NA ZÁKLADĚ DOTAZNÍKU	42
4.2	VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍ ČÁSTI ŠETŘENÍ	83
5	DISKUZE	91
6	ZÁVĚR	99
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	101
8	KLÍČOVÁ SLOVA	107
9	PŘÍLOHY	108

Úvod

Velikost každého povolání
je především v tom, že spojuje lidi.

Antoine De Saint Exupéry

Problematika týmové spolupráce v ošetrovatelství je stále aktuálním tématem. Na jednotlivých odděleních nemocnic o pacienty pečují nelékařští zdravotničtí pracovníci s různým typem vzdělání a s rozdílnými kompetencemi. Na základě těchto skutečností by měl mít každý pracovník jasně vymezené činnosti, které v rámci poskytování ošetrovatelské péče vykonává. Vzhledem k tomu, že každý zdravotnický pracovník se určitým způsobem podílí na uspokojování potřeb pacientů, je důležité snažit se dosáhnout společného cíle týmu. Cílem týmové spolupráce v ošetrovatelství je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a spokojenost pacienta.

Spolupráce týmu v péči o pacienta není jednoduchá. Už samotné slovo spolupráce vyjadřuje, že členové týmu pracují spolu. Je tomu opravdu tak? Nenazývá se někdy spolupráci i styl, kdy jednotlivci provádí činnosti vedle sebe, aniž by došlo k propojení do jednotného celku? Téma spolupráce a týmů se možná na první pohled zdá být jednoduché a jasné, ale jde o složitou otázku vztahů, dovedností, schopností, vůle a dalších komponentů, které mají vliv na interpersonální vztahy.

Pokud se dotkneme interpersonálních vztahů, otevírá se nám široká a velmi zajímavá problematika komunikace. Jestliže vycházíme z předpokladu, že mluvit umí všichni zdravotničtí pracovníci, potom samozřejmě komunikují. Jenomže pro efektivní komunikaci na profesionální úrovni pouhé mluvení nestačí. Aby mohl tým dosáhnout svých cílů, musí být každý jeho člen komunikačně zdatný a umět i naslouchat druhým. Je praxe skutečně taková?

Téma práce jsem si zvolila pro jeho aktuální problematiku a zajímavost. Má osobní zkušenost z praxe mě vede k názoru, že v oblasti spolupráce a vztahů nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování ošetrovatelské péče se stále může mnohé zdokonalovat.

1. Současný stav

1.1 Ošetřovatelství jako teoretická základna pro výkon povolání

Ošetřovatelství jako samostatný vědní obor lze charakterizovat jako odvětví nebo disciplínu, která má specifický předmět a poznání. Na úrovni vědecko-teoretické je ošetřovatelství multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a vlastní praktickou aplikací. Věda v ošetřovatelství se dělí na systém specifických teoretických vědeckých poznatků, což představuje předmět zkoumání v oboru, a na metodu praxe, která odpovídá výkonu povolání formou ošetřovatelského procesu (Mastiliaková, 2003).

Stejně jako jiné obory má ošetřovatelství svou filozofii, jejíž jádro tvoří nauka o bytí (ontologie) a teorie poznání (gnoseologie). Mezi další doplňkové disciplíny patří například sociologie, politologie, estetika, filozofie vědy, logika. Filozofie ošetřovatelství je založena na holistickém přístupu, který vychází z přesvědčení, že všechny živé organismy jsou jako jednotné celky v neustálé interakci se svým okolím. Celek člověka můžeme vyjádřit biologickou, kognitivní, společenskou, emocionální a duchovní složkou. Pokud v jedné z uvedených částí celku dojde k disharmonii, je automaticky narušený celý systém. Zdraví člověka z pohledu holistické teorie zahrnuje celou jeho osobnost (Mastiliaková, 2003).

Mezi ústřední koncepce metaparadigma ošetřovatelství řadíme člověka jako příjemce ošetřovatelských činností, jeho zdraví, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ošetřovatelskou činnost, kterou provádí sestry v zájmu příjemce a v jeho spolupráci. Metaparadigma ošetřovatelství se vyvíjí od doby, kdy Florence Nightingalová popsala vliv působení okolních vlivů v souvislosti s výkonem ošetřovatelské péče. Ošetřovatelství má samozřejmě i své paradigma, tedy teorii oboru, kterou tvoří koncepční modely a teorie. Model lze charakterizovat jako abstraktní vyjádření reality, neboli zjednodušený pracovní rámec, který je sestavený tak, aby mohl ověřit danou teorii. Jednotlivé teorie a modely odpovídaly potřebám zdravotnické péče v daném období. V každém období se snaží odrážet podstatu ošetřovatelství a jejich společným cílem je pomoci sestřám zkvalitnit jejich práci (Mastiliaková, 2003).

V rámci poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné zmínit metodologii ošetrovatelství, tedy ošetrovatelský proces. Ten představuje sled plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení konkrétního cíle (Mastiliaková, 2003). Jde tedy o analyticko-syntetickou metodu řešení problému, kterou využívá kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocení účinnosti poskytované péče. Ošetrovatelský proces je v dnešní době mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe (Tóthová, 2009).

Obor ošetrovatelství vymezuje také výzkum. Jeho cílem je zkvalitnit péči o zdraví z hlediska celostátního pojetí člověka. V poslední době je upřednostňován systém poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků a důkazů (evidence based nursing). Pochopení podstaty metod výzkumu je nezanedbatelné pro pracovníky v oblasti realizace a rozvoje ošetrovatelské péče. Výzkum je podřízen platným právním předpisům a mezinárodním etickým směrnicím pro biomedicínský výzkum. V ošetrovatelství má své nezastupitelné místo také systém vzdělávání a existence národních a mezinárodních profesních organizací (Mastiliaková, 2003; Koncepce ošetrovatelství, 2004).

1.1.1 Zajištění potřeb nemocných formou ošetrovatelského procesu

Při poskytování ošetrovatelské péče nemocným vychází všeobecné sestry z teorie ošetrovatelského procesu, který aplikují v praxi. Jak už bylo zmíněno, jedná se o metodologii ošetrovatelství. Při poskytování moderní ošetrovatelské péče sestra dokáže propojit ošetrovatelské činnosti tak, aby správně reagovala na potřeby jednotlivců, rodin a komunit v různých situacích a prostředí (Mastiliaková, 2003).

Samotný proces znamená sled plánovaných a předem promyšlených činností, které směřují ke splnění daného cíle a dosažení určitého výsledku. Před zavedením ošetrovatelského procesu do praxe sestry vykonávaly činnosti dle ordinací lékaře. Tyto činnosti byly však často zaměřeny více na samotné onemocnění a neakceptovaly individuální potřeby nemocného člověka. Uspokojení těchto potřeb je cílem

ošetřovatelského procesu. Aby mohl být tento cíl splněn, musí sestry postupovat dle zavedených teoretických postupů. To znamená, že zhodnotí celkový stav nemocného, pokud možno s jeho spoluprací, určí aktuální a potencionální problémy a sestaví plán ošetřovatelské péče. Dále zajistí realizaci naplánované péče a poté vyhodnotí skutečnost s očekávanými výsledky. Pro kvalitní aplikaci ošetřovatelského procesu je nutné, aby sestra získala potřebné vzdělání a dovednosti v oblasti interpersonální, technické a intelektové (Mastiliaková, 2003; Tóthová, 2009).

Ošetřovatelský proces je zapotřebí pro systémový a komplexní přístup při řešení problému. To je nutné, aby nedocházelo ke ztrátě prioritní potřeby člověka, k rozdílným postupům při diagnostických a terapeutických výkonech, k nedostatkům v komunikaci mezi členy lékařsko-ošetřovatelského týmu a mezi ošetřujícími a ošetřovanými. V důsledku nesystémového přístupu pak dochází k dehumanizaci nemocného a vykonaný zákrok je upřednostňován nad uspokojováním komplexních biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Ošetřovatelský proces lze hodnotit jako základní kámen moderního a vyspělého ošetřovatelství. Je to vztah mezi sestrou a pacientem, který nikdy nekončí (Tóthová, 2009).

1.1.2 Vědomosti a dovednosti v rámci realizace ošetřovatelského procesu

Pro poskytování kvalitní péče formou ošetřovatelského procesu jsou nezbytné komponenty typu vědomosti, dovednosti a péče o někoho. Díky vědomostem jsme schopni identifikovat důležitost daných činností. Dovednosti a schopnosti nám pomáhají v realizaci činností ošetřovatelské péče. Při realizaci ošetřovatelské péče formou ošetřovatelského procesu je nezbytné, aby sestra měla dostatek interpersonálních, manuálních a intelektových dovedností. V oblasti interpersonální se jedná zejména o umění kvalitně komunikovat, naslouchat a projevovat zájem. K tomu je zapotřebí určitých vědomostí a informací, aby tyto činnosti byly prováděny na profesionální úrovni. V oblasti technických zručností je nutná schopnost sestry ovládat různá zařízení a přístroje k zajištění ošetřovatelského procesu. Z intelektuálních dovedností by sestra měla být schopna řešit problémy, ovládat kritické myšlení a utvářet

přesné úsudky v rámci ošetrovatelské péče. Potřebné znalosti a dovednosti sestra aplikuje v průběhu všech fází ošetrovatelského procesu. Mezi intelektové dovednosti, které mají vliv na kvalitu ošetrovatelského procesu, patří již zmíněné kritické myšlení. Sestra, která je schopna kriticky myslet, umí předvídat, předcházet problémům, nedělá ukvapené závěry a vychází z daných faktů a informací. Taková sestra je motivována pro svou činnost, je kreativní a ochotná investovat do péče o nemocného čas a námahu. Takovou sestru potřebuje každý pacient. Kritické myšlení v ošetrovatelství je promyšlené, vede k soudům na základě adekvátních informací, využívá vědecké principy a metody. Pro výkon ošetrovatelské péče požaduje vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Sestra, která využívá kritické myšlení při výkonu povolání je schopna lépe porozumět lidem, umí identifikovat reálné i potencionální problémy, vyhodnocuje možná rizika a snaží se o jejich maximální redukci. Při tomto postupu práce je vysoká pravděpodobnost pozitivních výsledků ošetrovatelské péče, které mají vliv na zpětné sebehodnocení sestry (Tóthová, 2009).

Ochota pečovat o někoho znamená, že člověk přijímá všechny dané činnosti v souvislosti s pomocí o druhé. Tedy, že respektuje hodnoty a přesvědčení druhých, poskytuje péči i přes zhoršení stavu, pečuje sám o sebe, aby mohl pomáhat jiným. Schopnost pečovat o druhé vyžaduje pochopení jak sebe samého, tak druhého člověka. Proces pochopení sebe sama může probíhat po celý život. Je zapotřebí si uvědomit vlastní hodnoty, reakce a zvyky. Zhodnotit, do jaké míry ovlivňují naše myšlení. Pro pochopení druhého člověka je zapotřebí umět aktivně naslouchat a vžít se do jeho způsobu myšlení. Díky tomu snadněji určíme jeho priority a lépe najdeme společné cíle (Tóthová, 2009).

1.1.3 Osobnostní předpoklady pro výkon zdravotnického povolání

K tomu, aby sestra, či jiný zdravotnický pracovník, byl schopen porozumět rozdílům v chování různých lidí, je zapotřebí poznat sám sebe. Sebepoznání je dáno neustálým uvědomováním si svých vlastností, schopností, předností i nedostatků a pocitů. Je zapotřebí charakterizovat vlastní silné a slabé stránky, pak je možné najít

v široké škále oborů místo vhodné pro vlastní předpoklady. Základní řadu našich reakcí ovlivňují základní rysy osobnosti a to extroverze a introverze. Extrovert je zpravidla společenský, impulzivní, má rád vzrušení, legraci a změnu. Avšak brzy se unaví, ztrácí trpělivost a není na něj vždy spolehnutí. Naproti němu je introvert tichý, uzavřený, nevyhledává společnost, je trpělivý, často pesimistický a jeho jednání bývá plánované. V jednotlivých typech má své místo labilita a stabilita. Labilní typ je podrážděný, má silné dlouhotrvající reakce, trpí pocity méněcennosti. Stabilní typ je opakem labilního. Je klidný, sebevědomý, odolný vůči zátěži, spolehlivý a dobře adaptivní. Na úroveň výkonu povolání má bezpochyby vliv také sociální inteligence jedince. Jedná se o jeho sociální dovednosti a schopnosti. Ty zahrnují sociální percepci, kterou můžeme popsat jako určitý talent vnímání druhých lidí. Na základě vyhodnocení dané situace pak volíme vhodné strategie v přístupu k nemocným. Na výkon zdravotnického povolání se bezesporu hodí lidé s otevřenou komunikativní povahou, kteří jsou přátelští, veselí a otevření vůči ostatním. Tito lidé odpovídají temperamentem stabilnímu extrovertovi a mají v profesi určitou výhodu. Schopnost týmové spolupráce a umění řešit problémy může do jisté míry ovlivnit kvalitu vykonávané péče a celkové klima na pracovišti (Venglářová, 2011).

Vliv na úspěšnost či neúspěšnost v profesi mají bezesporu schopnosti. Bělohlávek (2010) uvádí, že některé schopnosti, jako inteligence nebo osobní tempo, jsou vrozené, proto není snadné docílit změny jejich úrovně. Nedostatek inteligence může vyústit v opakované nepochopení úkolů a chybování v náročných situacích. Taktéž nepřiměřené tempo, ať už příliš rychlé nebo pomalé, vede k chybovosti při výkonu povolání. Vysoké tempo vede k nepozornosti a příliš pomalé tempo způsobuje nedodržení termínů stanovených pro dané činnosti. Tyto vrozené předpoklady jsou základem pro rozvoj znalostí a dovedností. Na jednání lidí se podílí celá řada faktorů, patří mezi ně dosavadní zkušenosti, vlastnosti, motivy k jednání, postoje k dané realitě a bezesporu úroveň sebedůvěry (Bělohlávek, 2010).

Při sebehodnocení je zapotřebí brát v úvahu i vlastnosti, které ztěžují výkon profese a přispívají k pracovnímu vyčerpání. Pevná vůle a odhodlanost se může na první pohled zdát jako přínos, ale z ní pramení časté konflikty na pracovišti z důvodu

odmítání vzdát se a přiznat chybu. Dalším ne příliš vhodným předpokladem je perfekcionalismus. Tito lidé mají nastavenou příliš vysokou laťku jak pro sebe, tak pro ostatní, nesnáší neobale odvedenou práci a ocitají se snadno pod vlastním tlakem. Workholici se snadno dopustí chyby v důsledku přepracovanosti. Neustále pracují s vysokým nasazením a neumějí odpočívat, což může být nebezpečné pro jejich okolí i pro ně samotné. Další nevýhodou v osobnostních vlastnostech je přecitlivělost a přehnaná empatičnost. Tito lidé nerespektují své citové hranice, příliš se oddávají problémům druhých a těžce je nesou. Pokud mají pracovníci snížené sebevědomí, dostávají se do časového stresu, několikrát po sobě práci kontrolují a nevěří si. Mezi nevýhody při výkonu povolání ze strany personálu patří bezesporu také nadměrná soutěživost, nutnost dosažení úspěchu a uznání, sklony k soběstačnosti, kdy pracovníci raději pracují sami, než aby požádali o radu. Ztrácejí tak čas vymyšlením postupu a zabývají se maličkostmi, než aby pracovali v týmu. Někteří pracovníci mohou cítit odpor k pravidlům. Neumí pracovat dle zaběhnutého řádu, potřebují volnost a flexibilitu, možnost improvizace při výkonu povolání. Jejich neochota dodržovat daný režim vede často k narušení denního režimu a standardních ošetrovatelských postupů na pracovišti. Vzhledem k daným skutečnostem je vhodné, aby pracovník při výběru oboru, ve kterém bude pracovat, přihlédl ke svým přednostem i nedostatům. Může tak předejít nespokojenosti a stagnaci osobního růstu. Naopak správně zvolený obor bude jistě pracovníka motivovat a zvyšovat jeho sebehodnocení, což se projeví i ve kvalitě ošetrovatelské péče (Venglářová, 2011).

1.1.4 Činnosti nelékařských zdravotnických pracovníků

Činnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků jsou vymezeny vyhláškou č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Touto vyhláškou se ruší původní vyhláška č.424/2004 Sb. a vyhláška č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška 424/2004 Sb. Vyhláška č. 55 z roku 2011 vymezuje v §2 pojmy jako je ošetrovatelská péče, základní ošetrovatelská péče, specializovaná ošetrovatelská péče a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Dále v jednotlivých

paragrafech určuje činnosti konkrétních zdravotnických pracovníků. Pro poskytování ošetrovatelské péče v rámci lůžkového oddělení je důležitý zejména §4 vyhlášky, který vymezuje činnosti všeobecné sestry, dále §9, který určuje činnosti zdravotně-sociálního pracovníka, §14 – nutriční terapeut, §25 – fyzioterapeut, §30 – zdravotnický asistent, §37 – ošetrovatel a § 43 – sanitář. Vyhláška přesně vymezuje činnosti zdravotnických pracovníků v jednotlivých zařazeních a udává jejich kompetence vzhledem k výkonu povolání (Vyhláška MZČR, č.55/2011).

1.1.5 Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání

Podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání jsou určeny zákonem č.96/2004 Sb. a jeho novelou, kterou představuje zákon č.105/2011 Sb.

Hlava I §2 zákona č.96/2004 definuje pojem zdravotnické povolání jako souhrn činností při poskytování zdravotní péče dle tohoto zákona. Zdravotnickým pracovníkem je dle zákona fyzická osoba, která zdravotnické povolání vykonává. Pacienta zákon definuje jako fyzickou osobu, které se zdravotní péče poskytuje.

Zákon v §3 uvádí: „Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo má odbornou způsobilost podle tohoto zákona, nebo jemuž byla uznána odborná kvalifikace k výkonu zdravotnického povolání v souladu s ustanovením hlavy VII nebo VIII tohoto zákona; je zdravotně způsobilý; je bezúhonný.“ (Zákon 96/2004 Sb.)

Hlava II tohoto zákona popisuje v jednotlivých paragrafech možnost získání způsobilosti zdravotnického pracovníka pro dané obory. Určuje odbornou způsobilost k výkonu povolání např. všeobecné sestry, zdravotně-sociálního pracovníka a nutričního terapeuta. Po získání odborné a specializované způsobilosti může vykonávat zdravotnické povolání v souvislosti s lůžkovým oddělením zdravotnického zařízení klinický logoped a fyzioterapeut. Pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením může vykonávat povolání zdravotnický asistent, ošetrovatel, sanitář a další (Zákon č.96/2004 Sb.).

Možnosti vzdělávání a jejich formy určuje Hlava V zákona č.96/2004 Sb. Je zde zařazen akreditovaný kvalifikační kurz, po jehož absolvování je možno získat odbornou způsobilost v daných oborech. Kvalifikační kurzy může provádět jen akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace k uskutečňování tohoto vzdělávacího programu. Zákon také vymezuje celoživotní vzdělávání, což představuje průběžné zvyšování, obnovování a doplňování vědomostí a dovedností v příslušném oboru. Celoživotní vzdělávání je pro všechny zdravotnické pracovníky povinné. Mezi jeho formy zákon řadí specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, školicí akce, publikační a pedagogickou činnost a samostatné studium literatury. Další formou vzdělávání je specializační vzdělávání a specializovaná způsobilost. To uskutečňuje akreditované zařízení dle vzdělávacího programu. Jako další formu uvádí zákon certifikovaný kurz, jehož absolvováním získávají pracovníci zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené činnosti. Nelze jím ovšem nahradit odbornou nebo specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (Zákon 96/2004 Sb.)

Zákon č.96/2004 Sb. také popisuje osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Zejména této problematiky se týká jeho novela, tedy zákon č.105/2011 Sb., který nabyl účinnosti dnem 22. 4. 2011. Získáním osvědčení je zdravotnický pracovník oprávněn k výkonu povolání bez odborného dohledu a k vedení praktického vyučování ve studijních oborech (Zákon č. 105/2011Sb.). Osvědčení bylo původně vydáváno na období 6 let, nyní se doba platnosti prodlužuje o 4 roky. Prodloužení je prováděno automaticky. Novelou zákona se také snižuje správní poplatky za vydání nebo prodloužení osvědčení z 500 Kč na 100 Kč (Šmídová, 2011a). Seznam pracovníků, kterým bylo vydáno osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu vede registr zdravotnických pracovníků. Registr je veřejně přístupný, kromě rodného čísla a údajů o trvalém pobytu. O platnosti osvědčení se lze dozvědět v on-line náhledu Registru na stránkách NCO NZO (Hofštetrová Knotková, 2011).

Ministerstvo zdravotnictví připravuje další novelu zákona 96/2004 Sb., která by měla nabýt účinnosti 1. 1. 2013. Na přípravě se podílí Pracovní komise k transformaci

nelékařských zdravotnických povolání v České republice. V komisi jsou zastoupeni pracovníci z řad managementu zdravotnických zařízení, vysokých škol, středních a vyšších zdravotnických škol, České asociace sester, pověřených organizací a zástupci lékařů. První významnou změnou má být zrušení kvalifikačního studia na vyšších odborných školách. Další změnou má být zrušení práce zdravotnického asistenta pod odborným dohledem diplomované všeobecné sestry a změna názvu povolání ze zdravotnického asistenta na praktickou sestru. Nezanedbatelný je také návrh na zrušení celého kreditního systému a přenesení povinností kontroly nad celoživotním vzděláváním na profesní organizace (Merhautová, 2011; Šmídová, 2011b).

Sestra a další nelékařští zdravotničtí pracovníci se postupně vymaňují z role pomocníka lékaře a jeho asistenta, stávají se samostatnými odborníky v oblasti ošetrovatelské péče. Sestra se stává v rámci zdravotnického týmu rovnocennou partnerkou ostatních členů a je schopna pracovat a rozhodovat samostatně v oblasti svých kompetencí (Bártlová, Hajduchová, 2010).

1.2 Komunikační proces ve zdravotnickém prostředí

„Komunikace, i v medicíně, je veřejným statkem, bohatstvím, a s každým bohatstvím se musí nakládat tak, aby se udržovalo, rostlo a přinášelo užitek.“ (Linhartová, 2007: 9). V průběhu celého života je člověk v neustálém kontaktu s jinými lidmi, stejně je tomu i v pracovním procesu. Dochází zde k sociální interakci, tedy k vzájemnému ovlivňování a působení. Může se jednat o působení jedince na druhou osobu, nebo na skupinu lidí či pracovníků. V důsledku individuálních odlišností mezi lidmi je pravděpodobné, že komunikace mezi nimi neprobíhá vždy bez komplikací. V organizačním prostředí jsou rozdíly mezi jednotlivci navíc navýšeny jejich pracovní pozicí. Z toho vyplývá, že pro efektivní komunikaci a interakci je nezbytná sociální percepce. Navíc komunikace v pracovním prostředí nabývá o další specifické charakteristiky. Při komunikaci nejde vždy jen o věcnou výměnu informací nebo o sdílení prožitků v rámci společných sympatií. V organizaci jde často vzhledem ke svým individuálním charakteristikám a odlišným pozicím pracovníků o odlišné

či dokonce protichůdné zájmy a cíle. Na základě těchto pak dochází k nejrůznějším nedorozuměním a konfliktům (Bedrnová, 2007). Piers J. Howard uvádí: „ Umění mezilidské komunikace je stavebním kamenem duševního zdraví. Efektivní komunikace se dá považovat za nejvyšší vyjádření činnosti lidského mozku.“ (Howard, 2005: 362) Pro účinné řešení těchto situací je zapotřebí umět uplatňovat určitou strategii a taktiku. Už nestačí pouhá interakce, ale interakce specificky účelově zaměřená. To souvisí s odbornou připraveností pro výkon zdravotnického povolání v oblasti teoretické, sociálně komunikační a manažerské. Zdravotnický personál, který ovládá efektivní komunikaci, snáze iniciuje pacienty k podpoře zdraví, dokáže budovat funkční vztah s rodinami a ostatními členy léčebného týmu a rovněž dokážou snadněji zabránit právním problémům souvisejícím s výkonem povolání (Havlík; Vurm, 2004). Formou nenásilné komunikace snadno navážeme kontakt s ostatními lidmi i se sebou samými. Jsme schopni naslouchání na dostatečné úrovni, respektu, empatie. Nenásilná a efektivní komunikace má své místo i v prohlubování pracovních vztahů (Rosenberg, 2008).

1.2.1 Aspekty komunikace v ošetrovatelství

Komunikaci věnujeme značnou část svého aktivního života. V organizaci představuje komunikace prostředek k dosažení společného cíle. A právě v této oblasti dochází často k problémům. K přijímání informací z okolního prostředí slouží proces percepce neboli vnímání. V tomto procesu lze charakterizovat dvě hlavní části. Jedná se o výběr přijímaných podnětů z prostředí a jejich organizaci. Selektce podnětů má význam pro odfiltrování méně důležitých informací a zachování informací podstatných. Zde hrají významnou roli kritéria pro selekci. Je zapotřebí správně vyhodnotit důležitost jednotlivých informací. Smyslem percepční organizace je seskupování vnímaných podnětů do jednotlivých celků, které umožňují snazší orientaci v daném prostředí (Bedrnová, 2007).

Specifickým příkladem sociální percepce je percepce interpersonální. Ta je zaměřena na vnímání a poznávání druhých lidí. V tomto procesu se uplatňují zejména

tří komponenty. Prvním je vnímající osoba, druhým vnímaná osoba a třetím situační kontext. Vnímání druhých lidí mohou ovlivňovat jak faktory fyziologické, tak psychologické. Jsou to zejména zkušenosti, motivační zaměření a emocionální stav daného jedince. Zkušenosti patří mezi nejdůležitější faktor ovlivňující vnímání. Zkušenost z minulosti vytváří určitá očekávání a ta mohou výrazně změnit současné vnímání. Motivační zaměření je dáno individuálními potřebami, které jsou aktuální v daném okamžiku. Aktuální motivační tendence způsobují, že určité prvky prostředí se dostávají do centra pozornosti, zatímco jiné ustupují do pozadí. Další komponentou je emocionální stav. Patří sem zejména stavy zlosti, smutku, zklamání či radosti a mohou velmi významně ovlivnit dopad určitých skutečností na člověka. Neopomenutelným jevem v dané problematice je i percepční obrana. Ta je uplatněna v případech percepční selekce, kdy jedinec potlačuje signály, které chápe jako ohrožující. Jedná se o sklon věnovat více pozornosti signálům, které jsou v souladu s hodnotovými preferencemi a postoji daného jedince, a méně těm, které jsou s těmito postoji v konfliktu (Bedrnová, 2007).

Vnímání člověka je z jeho strany ovlivněno zejména fyzickým vzhledem, komunikačními projevy, sociálním statutem, chováním a výsledky jeho činností. Prvotní poznání druhých lidí se odehrává především prostřednictvím zrakového a sluchového vnímání, kdy dochází k zaměření na vnější statické a dynamické znaky. Mezi ty patří zejména výška postavy, fyzický zjev, výraz obličeje, úprava zevnějšku, postoj a chůze, mimika, gestikulace, hlas a jeho paralingvistické charakteristiky. Často dochází ke snaze vyvolat lepší dojem, kdy jedinci vystupují tak, aby vypadali lépe, než odpovídá skutečnosti. Často signalizují vyšší sociální status oblečením, více inteligence chápavých příkyvováním, skrývají, pokud něčemu nerozumí, zatajují skutečnosti, za které by se styděli. Vnímání jedince je ovlivněno také momentálně působícími činiteli, které dávají komunikaci osob situační kontext. Ten doplňuje informace o objektu a ovlivňuje jejich interpretaci (Bedrnová, 2007).

Jistou evropskou normou pro komunikaci zdravotnického personálu je Maastrichtský anamnestický a poradenský postup. Ten zahrnuje dovednosti nezbytné pro výkon ošetrovatelské praxe jako je umění povzbudit vzájemnou komunikací,

přiměřené emoční reakce, schopnost reagovat na emoční projevy pacienta, zvládnutí systému získávání anamnézy a jejího shrnutí, umění navodit uvolnění u pacienta nebo udržení přiměřeného tempa rozhovoru (Havlík; Vurm, 2004).

1.2.2 Komunikace jako nezbytný proces

Komunikační proces lze charakterizovat pomocí základního komunikačního trojúhelníku. Na jednotlivé vrcholy přiřadíme komunikátora, komuniké a komunikanta. Komunikátor je ten, který zprávu vysílá a volí komunikační prostředky. Komunikant zprávu přijímá, avšak do vnímání se promítá jeho osobnost a může způsobit odlišnou podobu zprávy přijímané od vysílané. Komuniké je určité sdělení nebo pocit, které předává komunikátor komunikantovi. Jeho forma může být verbální i neverbální. Nezanedbatelnou roli v procesu komunikace hraje kódování a dekodování sdělení. K tomu je zapotřebí využití komunikačního jazyka. Kvalita samotného kódování se odvíjí od znalosti jazyka, schopnosti přizpůsobení komunikace komunikantovi a schopnosti volit vhodné výrazy (Bedrnová, 2007).

Pokorná (2010a) uvádí, že na všech úrovních komunikačního řetězce může docházet k nesprávné interpretaci, různým nepochopením a bariérám z rozličných důvodů. Dle Janáčkové (2008) neznamená komunikace ve zdravotnictví pouze mluvení, ale proces získávání a sdělování informací, na kterých často závisí zdraví i život pacientů. Pro minimalizaci chyb v komunikaci zdůrazňuje Bedrnová (2007) dva významy jazyka. Denotativní, který představuje obsah pojmu a je objektivní, a konotativní, který vyjadřuje vztah člověka k pojmu a je subjektivní. V této souvislosti je nutné zmínit, že konotativní význam má v běžné mluvě 70% sdělení, zatímco denotativní pouze 30%. Snadno pak může dojít k chybě při dekodování sdělovaného.

Přenos informací se uskutečňuje pomocí komunikačního kanálu. Z hlediska efektivní komunikace má zásadní význam volba vhodného kanálu. Ta má vliv na efekt působivosti informace. Komunikačními kanály mohou být jednotlivé komunikační prostředky. Těmi se rozumí ústní komunikace formou face to face, skupinová komunikace, prezentace, telefon, televize a rozhlas. Dále komunikace písemná, do které

lze řadit dopis, oběžník, fax, tištěnou reklamu, počítačová data a elektronickou poštu. A jako poslední komunikace obrazová, což je kresba, graf, fotografie, plakát, nástěnka a film. V organizaci lze rozlišit také komunikační kanály vertikální a to vzestupné i sestupné v rámci pracovního zařazení, dále laterální mezi jednotlivými útvary na stejné úrovni a diagonální mezi pracovníky na různých úrovních v typicky demokratických organizacích. Dalším typem komunikačních kanálů je formální a neformální členění. Zde má význam zejména neformální kanál, jehož existence posiluje týmovou spolupráci, ale může se snadno stát prostředkem rozšiřování zkreslených informací a neověřených zpráv (Bedrnová 2007).

V komunikaci má nezastupitelné místo též zpětná vazba, která nás informuje o způsobu interpretace sdělení. Ta může být na úrovni vnímání, dále na úrovni kódu, kdy je pracovník schopen zopakovat sdělené, nebo na úrovni významu, kdy příjemce pochopil smysl sdělení, což lze ověřit kontrolou praktického provedení příkazu. Efektivní zpětná vazba má pracovníkovi pomáhat ve zlepšování kvality a nesmí se stát osobním útokem na pracovníka nebo jiného příjemce zprávy. Je důležité si uvědomit, jaké prostředky komunikace používáme. Slova předávají informace v 7 %, z tónu hlasu získáme 38 % informace a 55 % sdělení tvoří komunikace tělem. Výraz naší tváře, hlas, pohyby paží a těla jsou tedy často výmluvnější než náš jazyk (Klevetová, 2008).

Při aplikaci komunikace se můžeme setkat s různými problémy neboli šumy. Tyto poruchy lze rozdělit na vnější, vnitřní, momentální a dlouhodobější. Mezi vnější šumy řadíme nadměrný hluk, nepohodlí, horko, chladno, špatné osvětlení. Jako vnitřní rušivé faktory hodnotíme nepříznivý fyzický stav, bolesti hlavy, časový stres nebo emocionálně nepříznivé vyladění účastníka komunikace. Jako momentální faktory mohou vystupovat určité fyzické a psychické stavy, mezi dlouhodobější řadíme faktory osobnostní. Ty jsou z hlediska komunikačního procesu nejproblematictější z důvodu jejich skrytí na první pohled. Mohou se projevit zprostředkovaně popř. i za delší dobu. Každý člověk je jiný a jeho tzv. filtr určují zejména rozdíly v úrovni znalostí, kultury, jeho sociálního zařazení, emocí, postojů a vlastních komunikačních dovedností. Kromě zmíněných faktorů se mohou v komunikaci nepříznivě projevit i další nedostatky. Jedná se zejména o nedostatečnou přípravu, ztráty při přenosu dat, unáhlené hodnocení,

neosobní přístup, prostředí nedůvěry či přemíru informací. Narušení komunikace může vést až ke vzniku konfliktů (Bedrnová, 2007).

M. Leonard (2004:85), který pracuje jako vedoucí lékař v Oaklandu uvádí: „Efektivní komunikace a týmová práce je nutná pro poskytování vysoce kvalitní a bezpečné péče o pacienty. Poruchy komunikace jsou velmi častou příčinou neúmyslného poškození pacienta.“ Medicína je hierarchické prostředí, ve kterém je obtížné vést efektivní komunikaci. Vzhledem k psychické náročnosti, kulturním normám a nejistotě je zapotřebí přijmout kritický jazyk. Ten vytváří jasně definovaný komunikační model (Leonard, 2004).

Za efektivní komunikaci lze považovat takovou, při které dochází za vzájemného respektování k účelné výměně informací mezi účastníky komunikace. Ti jsou schopni správného kódování a dekódování a dokážou poskytnout adekvátní zpětnou vazbu. Pro efektivní komunikaci je zapotřebí řídit se danými pravidly. Jednak odesílatel musí vědět, co chce sdělit, symboly musí být srozumitelné pro obě strany, nesmí být podceňena příprava komunikace. Nezbytná je též shoda mezi tím, co se říká a jak se to říká. Neméně důležité jsou emoce a vztahy, neboť sociální komunikace není pouze výměnou informací. V souvislosti s efektivní komunikací se často hovoří o tzv. networkingu. Jedná se o síť kontaktů, lidí a organizací, které si mohou být navzájem prospěšné. V networkingu je nezbytný aktivní, systematický a vědomý přístup k navazování nových kontaktů a péči o kontakty stávající (Bedrnová, 2007).

1.2.3 Komunikace v týmu zdravotnických pracovníků

Pokud se chceme zabývat spoluprací a její efektivností, nemůžeme opominout komunikaci. Interní komunikací v organizaci je míněna komunikace v rámci dané organizace. Odborná literatura uvádí, že až 60% problémů v řízení organizace je dáno nedostatky a chybami v komunikaci. Vnitropodniková komunikace umožňuje zaměstnancům výměnu potřebných informací, napomáhá v předávání informací o cílech organizace a jejich plnění, stimuluje zaměstnance k hledání nových řešení a postupů v rámci plnění vnitropodnikových cílů (Vymětal, 2008). Většina pracovníků, kteří

spolupracují s jinými lidmi, považuje komunikaci za klíčovou pro výkon povolání. V týmu často dochází ke špatnému pochopení informací, jejich nekvalitnímu předávání a různým dezinformacím. Lidé často uvádějí, že nedostatkem v jejich práci je špatná komunikace. Ze studií, které se zabývají komunikačními dovednostmi zdravotnických pracovníků, vyplývá, že připravenost profesionálů v poskytování péče na různých funkčních úrovních v rámci mezioborového zaměření a znalost principů efektivní komunikace je nedostatečná (Pokorná, 2010b). Možných řešení jak ji zlepšit je mnoho. Nikdo vám však neporadí, co je kdy nejvhodnější. Změnit komunikaci obecně je v podstatě nereálné, protože s každým člověkem probíhá komunikace a následná interakce na jiné úrovni. Každý z nás preferuje určitý způsob přijímání informací a jejich množství, které je schopen zpracovat. Zdravotnický personál představuje pracovní tým lékařů, všeobecných sester, ošetrovatelek a dalších pracovníků s vysokým stupněm osobní zodpovědnosti a vzájemné kooperace. Základním faktorem ovlivňujícím kvalitu ošetrovatelské péče je úroveň komunikace, pocit sounáležitosti a důvěry, zaujetí pro tým a plnění jeho úkolů. Předpokladem pro úspěch je znalost svých kompetencí a povinností, uvědomění si své zodpovědnosti a hledání nejlepšího řešení při výkonu jednotlivých činností v rámci ošetrovatelské péče (Havlík; Vurm, 2004).

Dobré vztahy s kolegy na pracovišti se odvíjejí od kvalitních komunikačních dovedností. Základem solidních profesních vztahů je respekt, férové jednání s ostatními, pozitivní zpětná vazba, schopnost kompromisu, spolupráce a aktivní naslouchání. Zkrátka všechny dobré vztahy závisí na vstřícném chování a komunikačních dovednostech. Do komunikačního stylu řadíme i způsob rozhodování. Pro ten je typický sběr informací, na základě kterých se potom rozhodujeme. Rozhodování může probíhat podle tendence myšlení nebo na základě pocitových vzorců. Statistika uvádí, že dvě třetiny žen se rozhodují na základě cítění, kdežto muži se ve dvou třetinách rozhodují na základě rozumového rozhodování. V týmu často dochází k situacím, kdy je zapotřebí rozhodnout společně. Je proto vhodné, zjistit důvody pro dané rozhodnutí ostatních členů týmu a dostat se ke kritériím rozhodování a k důvodům, na základě kterých se tak rozhoduje. Často se tato diskuze považuje za ztrátu času, a proto se vynechává. Čas je

totiž nejčastější argument, proč lidé nejsou ochotni spolu komunikovat. V komunikaci má své místo i odpovědnost za výměnu informací. Budeme se jí zabývat v momentě, kdy dojde k nějakému pochybení. Typické je pak hledání viníka za nepředané informace, nezjištěné skutečnosti, nepochopení předávaného. Odpovědi nejsou vždy jednoznačné. Vliv komunikačního šumu je nevyhnutelný. V týmové komunikaci lze rozdělit odpovědnost pro vysílající a přijímací stranu. Vysílající strana je zodpovědná za jasné a srozumitelné sdělení všech důležitých informací, za dotazy ke zpětné vazbě, zda druhá strana porozuměla a má potřebné informace. Přijímající strana je odpovědná za vhodné otázky k pochopení sdělení, za sdělení „nerozumím“ a za usměrňování komunikace tak, aby získala všechny informace a pochopila sdělované (Špatenková; Králová, 2009).

V rozboru jedné hry se zaměřením na interpersonální komunikaci zaznělo: „My jsme nevěděli, že oni nevědí.“ (Zahrádková, 2005: 49). Na tuto problematiku lze nahlédnout skrze komunikační pyramidu v týmu. Je nutné znát a zkontrolovat potřebné informační vazby. Zjistit, zda lidé vědí o informačních vazbách a ověřit, jak procesy podporují komunikaci a jaký je přístup ke sdělování a vysílání informací. Základnu pyramidy tvoří cíl komunikace. Je zapotřebí znát cíl svého týmu, znát svůj osobní cíl a úkol a uvědomit si výsledky a důsledky své práce. Na základnu navazuje další část pyramidy, která zobrazuje komunikační vazby. Nastiňuje důležitost znát své komunikační partnery, kteří mohou být z řad kolegů, nadřízených, podřízených a lidí závislých na vaší práci. Uvědomit si od koho potřebujeme informace, jaké informace potřebujeme a jaké potřebují kolegové od vás. Třetím článkem pyramidy jsou komunikační procesy, které se zaměřují na systém předávání informací a na procesy spojené s výměnou informací. Špičku pyramidy tvoří osobní zodpovědnost. To, že chci komunikovat (Zahrádková, 2005).

Pracovníci ve zdravotnictví mohou narazit i na bariéry v souvislosti s komunikací. Jednu oblast komunikačních obtíží tvoří hodnoty, postoje a přesvědčení. Osobní hodnoty a přesvědčení zdravotnických pracovníků bezprostředně ovlivňují interakce v podobě utajených kritérií, která mají vliv na jejich rozhodování. Další bariéru v komunikaci tvoří nedostatek komunikačních dovedností. Sestry i další

zdravotničtí pracovníci se často chovají způsobem, který komunikaci nepodporuje, ba naopak blokuje. Tuto skutečnost si často neuvědomují a své komunikační schopnosti přeceňují (O'Connor, 2005).

Komunikace ve zdravotnictví má zásadní význam. V praxi totiž nepřicházíme do styku s nemocí, ale s nemocným člověkem. Pokud sdělující přizpůsobí styl komunikace schopnostem a dovednostem naslouchajícího, pravděpodobnost porozumění se zvýší a zároveň se sníží možnost nesprávného pochopení. Při komunikaci s pacienty není zapotřebí respektovat žádná výrazná omezení, avšak je nutné přistupovat ke každému jedinci individuálně a analyzovat jeho schopnosti a dovednosti v oblasti komunikace. Správnost úsudku má vliv na kvalitu výsledku a dosažení předpokládaných cílů. Zejména staří lidé bez ohledu na jejich deterioraci nemusí vykazovat ztrátu inteligence, ale mohou potřebovat více času pro verbalizaci svých myšlenek, které vyhledávají z dlouhodobé paměti (Janáčková, 2008; Pokorná, 2010a).

1.3 Týmová spolupráce

„Poznání zvláštností lidí kolem nás vede k pochopení, jakým způsobem s nimi můžeme vycházet.“ (Venglářová, 2011: 83)

Mezi ústřední otázky péče o zdraví patří problematika týmu, neboť předmětem ošetrovatelské péče je člověk a jeho zdraví. Základem organizace zdravotní péče jsou různé organizační útvary, ve kterých pracují zdravotničtí pracovníci jednotlivých specializací a druhů vzdělání daných zákonem. Historicky můžeme sledovat určitý způsob a podobu vztahů. V současné době dochází ke změnám ve vztazích a spolupráci mezi jednotlivými pracovníky vzhledem ke kompetencím. Pro práci ve zdravotnictví je výhodou osobnostní předpoklad pro týmovou spolupráci. Toto povolání spolupráci s dalšími lidmi přímo vyžaduje (Bártlová, 2010). Na základě životních zkušeností a předpokladů se každý může ohodnotit buď jako týmový nebo naopak sólový hráč. Pracovník s nízkou orientací na tým má potřebu samostatnosti při výkonu povolání,

nepotřebuje podporu spolupracovníků, upřednostňuje rychlé samostatné řešení problému. Naopak pracovník s vysokou orientací na tým je spokojený při spolupráci, je schopný respektovat skupinové řešení, rád se setkává s druhými lidmi a je schopný přijímat i poskytovat podporu. Týmový pracovní styl je v dnešní době jednoznačně preferován. V týmu skupina pracovníků aktivně spolupracuje na dosažení stanoveného společného cíle. Práci ve větším kolektivu budou zajisté preferovat extraverti, pro které je charakteristický sociální kontakt, spolupráce a vyjadřování emocí. Naproti tomu introvert upřednostňuje samostatnou práci, má smysl pro detail a velký sklon k pečlivosti. Dobrý manažer najde v týmu místo pro každého. Měl by umět odhadnout přednosti jednotlivých pracovníků a přidělovat jim úkoly v rámci jejich schopností a dovedností. (Venglářová, 2011)

Dovednosti, které jsou nezbytné pro fungování týmu, lze rozdělit do tří skupin. Do první skupiny řadíme odborné dovednosti a vědomosti. Na péči o pacienty se podílí více odborníků, z nichž každý má jasnou úlohu a vzájemně spolupracují. Lékař vede péči po medicínské stránce a spolupracuje s ošetrovatelským personálem, který může využívat spolupráci fyzioterapeutů, nutričních specialistů nebo logopedů či psychologů. V další skupině je zahrnuta schopnost řešit problémy a tím související rozhodování o dalším postupu. Zde vystupují do popředí manažerské schopnosti. Péče o interpersonální vztahy spadá do skupiny třetí (Venglářová, 2011).

Týmy tvoří základní stavební kameny zdravotní péče. Skládají se z různých odborníků, kteří ovládají celou řadu dovedností nezbytných k poskytování bezpečné a účinné péče. Ve skutečnosti je velmi obtížné dosáhnout ideální spolupráce v rámci interpersonálních týmů (Firth-Cozens, 2001).

Při budování skupiny nemá smysl snaha o vytvoření ideálního týmu. Ideální člověk neexistuje. V efektivním týmu je zapotřebí, aby každý pracovník měl svou roli a pracoval v týmu s ohledem na své přednosti. Správné zařazení jednotlivých pracovníků a přidělování úkolů ve snaze o zajištění funkčního týmu je jednou z povinností manažera. Pokud najde pro každého vhodné uplatnění, bude tým fungovat. Přímé ohrožení v týmu mohou způsobit lidé konfliktní, bez profesních předpokladů. Pro efektivní spolupráci je vhodné dodržovat specifická pravidla. Mezi ně patří

seznámení se spolupracovníky, sledování jejich stylu komunikace a chování, respektování lidské individuality. Pozitivní přínos má znalost daných úkolů a společné rozhodování o způsobu jejich plnění. Výhodou je umění řešit konflikty přímo, sdělit nespokojenost a problémy s jinými pracovníky. Vždy platí nutnost dodržovat běžná pravidla společenského chování, umět pozdravit, poděkovat a požádat o prominutí. Význam má i přijetí vlastní role v týmu a respektování role vedoucího (Venglářová, 2011).

Zajímavý je i pohled na autonomii sester v souvislosti s týmovou spoluprací. M. Rafferty (2001) udává, že sestry pracující v efektivním týmu vykazují vyšší úroveň samostatnosti a jsou více zapojeny do rozhodování. Interakce mezi týmovou prací a autonomií naznačuje spíše synergii než konflikt. Je tedy vhodné podporovat autonomii sester, neboť nenarušuje týmovou spoluprací. Není sice možné určit, zda autonomie podporuje spoluprací či naopak, ale jejich interakce je žádoucí.

1.3.1 Pracovní skupina v organizaci

Pracovní skupina je zásadní sociálně psychologický pojem. Lze ji definovat jako skupinu tří a více jedinců, mezi nimiž je navozen charakteristický společenský vztah. Skupinu lze charakterizovat mnoha způsoby. Mezi kritéria klasifikace můžeme zařadit velikost skupiny, typ vazby mezi členy skupiny, stupeň stálosti vnitřní vazby, charakter členství ve skupině, typ solidarity členů skupiny a význam skupinové vazby pro chování jedince (Bedrnová, 2007).

Velikost skupiny má z manažerského hlediska nezanedbatelný význam. Jednak nepřímo ovlivňuje směry a intenzitu sociálních vztahů, celkové sociální klima, strukturu pozic a rolí, dynamiku skupiny a řadu dalších skutečností. O malé skupině hovoříme v případě, že se jednotliví její členové setkávají a vytvářejí osobní vztahy neboli face to face relations, na rozdíl od velké skupiny, kde vzájemná komunikace závisí na lidských nebo technických zprostředkovatelích. Malé skupiny jsou základem všech organizací a jejich kvantitativní kritérium bývá nejčastěji v rozmezí tří až třiceti osob. Je zapotřebí brát v úvahu skutečnost, že čím početnější bude skupina, tím formálnější

a zprostředkovanější budou vzájemné vztahy a náročnější bude i jejich ovlivňování. V početnějších skupinách často dochází k rozdělování na další podskupiny, které mohou vystupovat zcela autonomně bez vazby na původní skupinu (Bedrnová, 2007).

Velmi obvyklé a známé je členění na skupiny s trvalým charakterem a na skupiny, jejichž existence je časově omezena. Toto členění nám udává stupeň stálosti vnitřní vazby. Kritériem trvalosti je skutečnost, zda skupina může existovat déle než po dobu působení jedné záležitosti. Pracovní tým, jehož trvání je závislé na jednorázovém a časově vymezeném úkolu nazýváme ad hoc tým (Bedrnová, 2007).

Multidisciplinární tým v rámci poskytování ošetrovatelské péče funguje nejen v České Republice. Celtová a Jankovičová (2008) popisují fungování týmu pracovníků v irském Dublinu. Na péči o pacienta se podílí celá řada odborných pracovníků, kteří společně vytváří pracovní skupinu. Jednotliví pracovníci mají jasně dané kompetence a jejich činnosti jsou navzájem propojeny, takže péče o pacienta je smysluplná a celistvá. Na péči o pacienty se podílí také rodina, která je edukována v průběhu hospitalizace kompetentní osobou. Počet lidí v týmu a jeho funkci považují v Irsku za největší plus při poskytování ošetrovatelské péče.

Cílem multidisciplinárního týmu je poskytování péče na vysoké úrovni s cílem zajistit spokojenost a pohodu pacienta. K tomu je zapotřebí dobrá koordinace týmu, která vyžaduje dobrou komunikaci mezi jednotlivými členy. Úspěšný tým je sehraný, motivovaný celek, kde každý nese část odpovědnosti a motivace k plnění úkolu. Multidisciplinární tým patří mezi moderní a progresivní způsob péče o pacienty. Snaha o poskytování péče tímto způsobem s sebou nese vysoké nároky na odborné a komunikativní dovednosti jednotlivých členů. Přesto snad bude těchto týmů přibývat (Bitzanová, 2007).

Zcela zásadní význam pro kritéria v týmu má charakter členství jednotlivců. Členy některých skupin se stáváme automaticky, zatímco do jiných vstupujeme na základě svého úsudku a rozhodnutí. Tato diferenciací je velmi významná z hlediska postavení jedince v týmu. Zařazení pracovníka do konkrétní pracovní skupiny patří mezi situace, kdy dochází ke kombinaci dobrovolného a automatického členství ve skupině. V zájmu optimalizace členství jednotlivých osob v příslušných skupinách je

zapotřebí zhodnotit osobnostní předpoklady a zájmy daného jedince v souvislosti se zájmy příslušných skupin, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním a konfliktům a tím ke snížení efektivního fungování skupiny (Bedrnová, 2007).

Cílem manažerů organizace je zajištění maximální identifikace jednotlivých členů skupiny s cíli a činností skupiny a s vlastní sociální pozicí a rolí. Přesto může reálný subjektivní vztah členů k těmto cílům nabývat nejrůznějších podob. Míru subjektivní identifikace se skupinou, sounáležitosti nebo naopak odmítání či nepřátelství vyjadřují pojmy vnitřní vnější. Pokud je jedinec v automatické nebo vynucené skupině z pohledu členství, může vzniknout pohrdání a nepřátelství, někdy dokonce až nenávisť ve vztahu ke skupině, jíž je členem (Bedrnová, 2007).

K harmonickému sdílení kompetencí v týmu pracovníků vede emoční inteligence. Skupiny, které dosahují vysokých výkonů, jsou složeny z členů, kteří podporují spolupráci, empatii a sociální dovednosti. Emočně inteligentní členové týmu touží po větší míře spolupráce, účasti a zapojení do úkolu. Výsledkem jsou velmi úspěšné sociální sítě, které podporují informovanost jednotlivců (Schulze, 2007).

Pracovní skupinu tvoří skupina lidí jednoho pracoviště, kteří mají společnou činnost, cíle a vnitřní strukturu rolí a jednotné vedení. Mezi základní znaky pracovní skupiny patří společné cíle, které odlišují skupinu od okolí, dále společná činnost, která posouvá skupinu k dosažení cílů, časté osobní kontakty mezi spolupracovníky, relativně stálé pracovní vztahy, společné pracoviště a vědomí příslušnosti ke skupině. Kromě základních znaků je potřeba si všimnout i dalších odlišností mezi jednotlivými pracovními skupinami. Tyto odlišnosti představují sociálně psychologickou charakteristiku pracovní skupiny a vyžadují specifický přístup manažera k jejímu řízení. Existenci těchto odlišností vyjadřují zejména subjektivní rozdíly v osobnosti, pohlaví, věku, kvalifikaci pracovníků apod. svůj význam mají samozřejmě i objektivní charakteristiky práce a pracovních podmínek. Jedná se zejména o pracovní režim, charakter práce, organizaci práce, její technickou vybavenost a systém odměňování (Bedrnová, 2007).

1.3.2 Pracovní pozice a role ve skupině

V každé pracovní skupině je vnitřně strukturovaný útvar, ve kterém každý pracovník zaujímá danou pracovní pozici. V rámci organizační a věcné stránky pracovního zařazení vyjadřuje pozice jedince, jeho objektivní postavení ve skupině a je závislá na popisu vykonávané práce a souhrnu práv a povinností vůči instituci. Dynamickou stránku pracovního zařazení představuje pojem pracovní role. Ta představuje očekávané jednání zaměstnance v souvislosti se zastávanou pracovní pozicí. Pracovní role má především objektivní charakter. Standard, který je spojován s konkrétní pracovní pozicí. Na druhé straně má i nezanedbatelný subjektivní charakter, který je určován v rámci subjektivních představ a očekávání v souvislosti s individuálním zvládnutím role. Subjektivní představy o zvládnutí role pochází často od velmi rozdílných subjektů, proto její profesionální zvládnutí není jednoduché. Uplatňují se zde vlastní představy o pracovní roli, do kterých spadá vlastní pojetí vykonávané práce, osobní hranice toho, co je vhodné a nevhodné, správné či chybné. Dále představy a očekávání spolupracovníků, manažerů, vnějšího okolí a skutečné zvládnutí role. Pokud pracovník není ochoten nebo schopen přijmout a zvládat svou aktuální pracovní roli, nemůže zastávat pracovní pozici, ze které tato role vyplývá a jejíž charakter vyjadřuje (Bedrnová, 2007).

Mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky je charakteristická role sestry. Povolání sestry je složitý systém různých společenských rolí. Tyto role jsou horizontálně i vertikálně členěné. Centrální kritérium pro realizaci sesterské role tvoří její vlastní výkon. Samotnou roli komplikuje fakt, že je svou povahou vnitřně konfliktní. Zdrojem této konfliktnosti je skutečnost, že pro jednotlivé činnosti ve zdravotnictví jsou stanoveny normy, které musí jednotliví pracovníci vykonávat v rozdílných a náročných situacích. Adaptace na roli sestry není jednoduchá. Základem role sestry je univerzalismus a kolektivní orientace. Sestra musí zvládat i emoční neutralitu ve smyslu ovládnutí citů. To vše nelze uskutečnit jednorázově. Je zapotřebí dostatek duševní síly, motivace, trénink a vzdělávání se (Bártlová, 2005).

V polovině 20. století popsal Benne a Sheats ve svém výzkumu organizace práce seznam různých rolí v organizaci, které zastávají jednotlivci při výkonu povolání a podílejí se tak na určitých činnostech skupiny. Role rozdělili do tří základních kategorií, z nichž každá obsahuje další podkategorie. První kategorii tvoří role zaměřené na úkol, které vystihují, jak se skupina vyrovnává s konkrétním úkolem nebo problémem. Mezi tyto role zařadili iniciátora, který přichází s novými nápady. Dále hledače informací, ten klade důraz na fakta a sběr informací od ostatních. Mezi další role v této kategorii patří zpracovatel, hledač názorů, koordinátor, kormidelník, hodnotící kritik, hybatel, procedurální technik a zapisovatel. Ve druhé kategorii, která se zabývá budováním a udržováním skupiny, lze zaznamenat roli povzbuzovatele, mediátora, hledače kompromisů, strážného, normovače, pozorovatele a stoupence. Do poslední kategorie zařadili Benne a Sheats role zaměřené na sebe, ty vyjadřují, jak některým lidem slouží role k naplnění osobních zájmů. V roli agresora se snaží jedinec prosadit ve skupině tím, že napadá ostatní. Brzdič se snaží pozastavit a zpomalit veškeré aktivity ve skupině a odmítá jít se skupinou. Hledač uznání je další rolí v této oblasti. Ten se pokouší vyzdvihnout vlastní úspěchy, aby získal pozornost skupiny. Zpovědník využívá skupinu, aby se vypořádal s osobními problémy. Playboy neustále vtipkuje a odvádí pozornost skupiny od úkolu. Další rolí je vládce, ten se snaží skupinu ovládnout. Hledač pomoci se snaží vyvolat soucit tím, že vyjadřuje vlastní neschopnost a nejistotu. Poslední rolí je obhájce vlastních zájmů, který donekonečna prosazuje vlastní práva. Tato klasifikace umožňuje jednotlivcům přijmout jakoukoli roli, která pro něj bude výhodná v daný okamžik, neboť si může osvojit jednu roli, která bude charakteristická při plnění daného úkolu. Tyto role nejsou stálé, jde o průběh interpersonálních interakcí ve skupině a styly intervencí. Nelze je chápat jako stálé rysy osobnosti jednotlivce, ale jako divadelní roli, kterou jedinec bude hrát, protože to vyžaduje momentální situace (Hayes, 2005).

1.3.3 Pracovní vztahy

Mezi předpoklady spokojenosti v práci, odvádění profesionálního výkonu a dobrých výsledků při výkonu povolání patří dobré vztahy a celková atmosféra na pracovišti. Tyto faktory bezesporu ovlivňují kvalitu výkonu lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků, kteří se v rámci výkonu povolání dostávají často do složitých pracovních situací. Hlavní úlohu zde hraje otázka spolupráce a komunikace vzhledem k širokému rozpětí profesí a odborných pracovníků (laboranti, fyzioterapeuti, ošetrovatelky, sanitáři, logopedi, programátoři...), kteří při péči o pacienta spolupracují. Tyto skupiny mají často rozdílné požadavky, očekávání a představy, proto může docházet ke vzniku napětí, neklidu a nespokojenosti na pracovišti (Bártlová, 2010b).

V poslední době dochází k posunu ve výzkumu organizace práce v otázce týmových rolí od konceptu pracovní skupiny k týmu. Tým nepředstavuje pouze seskupení pracovníků, kteří pracují na daných úkolech. Je mnohem více než skupina lidí pracujících v jedné kanceláři, oddělení nebo firmě. Tým je malá pracovní skupina, která je členěna podle funkcí, má společně stanovené cíle, má intenzivní vzájemné vztahy, výrazný kolektivní duch a mezi členy týmu panuje silná soudržnost (Svobodník, 2009).

Význam týmu můžeme zaznamenat ve třech oblastech. Jednak má význam pro samotného člena týmu, tedy pracovníka, dále pro vedoucího týmu, manažera a pro vedení organizace. Člena týmu obohacuje o nové poznatky a dovednosti v souvislosti s plněním cílů. Atmosféra důvěry a spolupráce přispívá k lepším pracovním výkonům. Vzhledem k prostoru pro tvořivou práci si pracovník zvyšuje sebevědomí. Pro manažera je výhodou nízká potřeba řešení osobních sporů mezi jednotlivci, je mu umožněna delegace složitých úkolů, vzniká zde klima pro tvorbu množství nápadů a možností řešení při dosahování daných cílů. Jednoznačným významem pro organizaci je zvyšující se výkonnost pracovníků, pružnost při potřebě aplikace změny, schopnost řešit složité situace a rozvoj odpovědnosti a zastupitelnosti pracovníků. Členové týmu jsou spojeni určitými vazbami a dochází k jejich vzájemnému ovlivňování. Nedostatky jednoho pracovníka jsou doplňovány přednostmi ostatních jednotlivců. Rozdíl výsledků práce

mezi efektivně pracujícím celkem a seskupením jednotlivců se nazývá synergický efekt (Svobodník, 2009).

Fungující tým se značně liší v plnění úkolů od seskupení jednotlivců. Seskupení pracovníků lze hodnotit jako administrativní záležitost, jednotlivci pracují nezávisle na sobě, může docházet ke křížení zájmů a jejich prosazování na úkor ostatních. Ve fungujícím týmu si všichni členové uvědomují důležitost vzájemné součinnosti a závislosti, společných cílů dosahují vzájemnou spoluprací, nemají snahu o prosazení individuálních zájmů. Při plnění úkolu panuje v týmu atmosféra vzájemného porozumění, pracovníci mají možnost otevřeně vyjadřovat vlastní pocity a názory. Existuje zde pocit zodpovědnosti za společný úkol a pracovníci podávají výkon nad rámec vlastních povinností a nebojí se chybovat, což ve svém důsledku vede k rozvoji jejich znalostí a dovedností. Pracovní vztahy patří mezi nejdůležitější aspekty atmosféry na pracovišti. Je zapotřebí věnovat se týmové práci, podporovat komunikaci a spolupráci členů zdravotnického týmu, jehož cílem by měl být především zájem o zdravotní stav pacienta (Heyes, 2005; Bártlová, 2007).

Atmosféra na jednotlivých pracovištích se odráží i v pracovních vztazích mezi sestrami, lékaři, ošetrovatelským managementem a pacienty. Úroveň vztahů má vliv na odvádění profesionálního výkonu a na vznik dobrých pracovních výsledků (Bártlová, Chloubová, 2009). Atmosféru na pracovišti popisuje Bártlová a Trešlová (2010) také v souvislosti s pracovními vztahy s lékaři. Zdůrazňují vztahy na pracovišti jako významný prvek při poskytování zdravotní péče. V souvislosti s pracovní zátěží a odpovědností za zdraví pacientů může docházet k negativním a impulzivním reakcím. Z těchto důvodů je cílená tvorba a udržování pozitivních pracovních vztahů velmi důležité.

Poměrně novým pojmem v souvislosti s pracovním výkonem je supervize. Jedná se o časový prostor, kdy pracovník pod odborným vedením hovoří o své práci a prostřednictvím reflexe a přemýšlení se z ní učí. Supervizor nabízí pracovníkům možnost stát se sebou samým a rozvíjet svůj potenciál. Supervize nabízí možnost pro vyjádření nadšení, spontánnosti i potlačovaných negativních emocí. Tyto emoce se snaží pracovník držet pod kontrolou v rámci profesionálního výkonu. Jedná se zejména

o zlost, frustraci, strach, bezmoc, stud nebo obavy ze selhání. Ve světě je běžně supervize využívána sestrami z různých oblastí klinického ošetřovatelství, neboť se jedná o jednu z nejnáročnějších lidských činností z hlediska citové angažovanosti a celkové zátěže (Vaňková, 2011).

1.3.4 Charakteristika týmových rolí

Osm základních týmových rolí identifikoval Meredith Belbin. Byly vymezeny na základě výzkumné práce ve Velké Británii a Austrálii. Belbin pozoroval mnoho různých týmů při plnění daných úkolů. Často byly týmy složené z pracovníků s podobnými povahovými vlastnostmi a předpoklady. Tyto týmy však nebyly zdaleka tak úspěšné jako týmy různorodější. Pokud dáme dohromady několik nesmírně inteligentních a tvůrčích lidí, budeme očekávat optimální výkon. Přestože se zdá tato teorie rozumná, Belbinovy výzkumy ukazují, že selhává. Optimální produktivní a vítězný tým je sestaven z jednotlivců, u kterých se individuální silné stránky doplňují, slabé stránky jsou pak tolerovány a mohou být i kompenzovány, pokud někdo jiný z týmu operuje relevantní silnou stránkou (Svobodník, 2009).

Mezi osm týmových rolí dle Belbina patří koordinátor, ředitel, chrlič, rejpal či hodnotící kritik, tahoun či realizátor, týmový hráč, sháněl a dotahovač. V úspěšném týmu budou zastoupeny nejlépe všechny role. Tým, který postrádá roli chrliče, který přináší nové nápady, nebude úspěšný, stejně tak tým, kde nikdo neplní roli dotahovače.

Další vývoj rolí byl zaznamenán v podobě kruhového týmového managementu Margerisona a McCanna v roce 1991. Ti charakterizovali osm rolí seskupených do čtyř kategorií, do kterých řadili průzkumníky, poradce, dozorce a organizátory. Tyto čtyři kategorie se dále členily na osm rolí, které se vzájemně překrývají. Role zahrnují propagaci týmu navenek, podávání zpráv, inovaci a tvorbu nových myšlenek, jejich hodnocení a rozvoj, uspořádání týmových aktivit, dotahování projektů, udržování a rozvoj společenských a pracovních vztahů v týmu a kontrolu a prověřování kvality práce. Typologie týmových rolí nám ukazuje, jak se různí lidé mohou podílet na týmové

práci a že pozitivní a aktivní činnost v týmu vyžaduje různorodost aktivity (Heyes, 2005).

Dalším pohledem na problematiku týmu se zabývali Katzenbach a Smith, kteří v roce 1993 charakterizovali dovednosti, které je nutné zajistit v týmu, aby bylo dosaženo konkrétního cíle. Dovednosti zařadili do tří skupin. Do první skupiny spadají dovednosti technického a odborného zaměření. Druhý typ se zaměřuje na řešení problémů a rozhodování. Tým by měl být schopen určit povahu problému, zhodnotit možnosti a intervence a rozhodnout, jaký postup by byl nejvhodnější pro jeho řešení. Třetí typ dovedností souvisí s interpersonálními interakcemi ve skupině. Tým může uspět pouze tehdy, pokud bude komunikace mezi jeho členy funkční a účinná. Tento přístup funkční týmové práce zahrnuje předpoklad postupného vývoje jednotlivců ve skupině. Je přirozené, že každý účastník týmu se bude učit, přizpůsobovat se a měnit své styly práce s tím, jak bude získávat zkušenosti (Heyes, 2005).

1.3.5 Teambuilding

Teambuilding je velmi široký pojem, který vychází z teorie malých společenských skupin a zabývá se týmem jak z pohledu profesního, tak vztahového. Spojuje mnoho cílů, cest a nástrojů k jejich dosažení. Jedná se o tvorbu nebo rozvoj týmu, jeho budování a zlepšení týmové spolupráce. Je formou zážitkového vzdělání, čili učení z důsledků vlastního jednání, překonávání úkolů a výzev v rámci týmu a hledání netradičního řešení. S realizací začal v pomáhajících profesích, ve snaze zajistit vyšší kvalitu práce a výkonnost pracovních kolektivů. V současné době se stále více objevuje ve zdravotnictví, kde se stal výhodným nástrojem při práci s týmy. Snahou teambuildingu je zlepšování mezilidských vztahů, zvyšování efektivity a úspěšnosti pracovních týmů. Tím se nepřímo podílí i na ovlivňování vzniku a řešení konfliktních situací. Napomáhá při orientaci ve vztazích na pracovišti a ovlivňuje postoje pracovníků na pracovišti (Venglářová, 2011).

Možnosti realizace teambuildingu jsou různé. Příkladem využívaných metod a technik jsou skupinové nácviky, simulace problémových situací, komunikační tréninky,

řešení konfliktů a krizí, podpora spolupráce, efektivního rozhodování a soudržnosti týmu. Lze hovořit o hraní her, které mají vliv na usměrňování činností vedoucích ke společnému cíli. Zážitky, zátěž a outdoorové akce spojují možnosti emocionálního prožitku a autentického vyjádření. Zvyšují přirozenou kooperaci, mění uspořádání v týmu a vedou k uvolnění napětí v týmu. Teambuilding je vhodný také pro pracovníky zdravotnických zařízení a jejich týmy. Nejčastějšími tématy využívanými zdravotnickými týmy bývá stírání hierarchie, rivalita mezi pracovníky a přehlížení společného cíle. Zdravotnická profese je zatížena vysokou dávkou stresu, má značné nároky na komunikaci a výdej energie. V technikách se zaměřením na rozhodování v krizových situacích a převzetí zodpovědnosti se ukazuje vysoká výkonnost týmu. Zdravotníci jsou schopni dělat zodpovědná rozhodnutí, což je dáno tím, že pracují v prostředí, kde jde o zdraví a životy jiných lidí (Venglářová, 2011).

V každé skupině mohou vzniknout určité poruchy, problémy a krize, které je třeba identifikovat a řešit. Tyto problémy mohou mít nejrůznější podobu. Mezi základní oblasti, které lze řešit v rámci teambuildingu patří složení týmu, dodržování pravidel, využívání zpětné vazby, selektivní vnímání a komunikace obecně. Mezi program teambuildingových aktivit patří stmelení kolektivu, kdy dochází k neformálnímu seznámení lidí ve skupině, stmelení kolektivu a podpoře důvěry v týmu. Dalším programem je budování týmu, které je zaměřeno na zefektivnění práce, zvýšení spolupráce, vyzdvižení společného cíle oproti cílům jednotlivců, práci s týmovými rolami a zvýšení úrovně komunikace (Venglářová, 2011).

Mezi teambuildingové aktivity patří i koučink skupiny nebo týmu, kdy je zapotřebí dlouhodobé provázení týmu při zavádění změny, během náročného období a při změnách v týmu. Neopomenutelné je i vzdělávání zážitkem. Jde o cílené vzdělávání na vybrané téma s důrazem na trénink a praktické využití. Hodnocení schopností a dovedností jednotlivců nebo týmu v terénu patří mezi programy tzv. outdoor assessment. Provádí se v přírodním prostředí a umožňuje přípravu komplikovaných situací a náročnějších aktivit. Zkoušku fungování týmu na reálných situacích umožňuje expedice a náročné projekty. Pracovníci týmu mohou zažít neobvyklé situace, mohou objevit své vlastní hranice a překonat je a tím zvýšit i své

sebevědomí. Pokud chceme v týmu zvýšit úroveň loajality a motivace je vhodný program formou zábavných akcí. Teabuilding je praktickým nástrojem ke zvyšování úrovně naší práce a také se podílí na ochraně nás samých před frustrací a syndromem vyhoření (Whitemore, 2009).

1.4 Konflikty na pracovišti

Slovo konflikt pochází z latinského *conflictus*, neboli srazit se spolu. Konfliktem už podle jeho názvu rozumíme střet názorů, neshodu či rozpor (Veselá, 2011).

V každé organizaci jsou konflikty přirozenou součástí jejího fungování. Nikdy je nelze zcela eliminovat a není to ani žádoucí, neboť by se organizace vystavovala riziku stagnace a ztráty schopnosti reagovat na změnu. Konflikty však nejsou vždy nositeli konstruktivních změn. Často se setkáváme v praxi se spoustou dysfunkčních jevů, které podporují vznik konfliktů mezi personálem. Jedná se zejména o sníženou ochotu k další spolupráci, nízkou motivovanost, zhoršení sociálního klimatu v organizaci, soupeření menších skupin v pracovním týmu apod. Konfliktním situacím nemá smysl se záměrně vyhýbat a obcházet je, daleko efektivnější je snaha o minimalizaci jejich možných destruktivních důsledků (Škrlovi, P.aM., 2003).

Zdroje konfliktů mezi personálem mohou být velmi různorodé. Mezi nejvýznamnější příčiny lze uvést např. odlišná rolová očekávání, informační zkreslení, osobnostní rozdíly, nevyjasněné cíle a odpovědnost jednotlivců, nedostatek zdrojů apod. Z hlediska typů konfliktů se může jednat o konflikty představ, které vznikají při odlišném vnímání situace různými lidmi. Dalším typem konfliktů jsou konflikty názorů, které vyplývají z různého hodnocení jednotlivých skutečností a jejich odlišné interpretace. Tam, kde jsou rozdílné tendence a přístupy pracovníků k jednání v obdobných situacích vznikají konflikty postojů. Posledním typem jsou konflikty zájmů, které vyjadřují rozdílné až protikladné úsilí jednotlivých účastníků komunikace o uspokojení jejich potřeb (Bedrnová, 2007).

Mezi principy konfliktu patří jeho negativní a pozitivní aspekty. Konflikt často vede k negativnímu pohledu na soupeře. Důvodem je časté použití nečestných způsobů boje, ve kterých převládá snaha zranit druhého. Někdy konflikt vede k uzavření se a tím je zabráněno smysluplné komunikaci. Mezi pozitivní aspekty konfliktu řadí DeVito (2008) skutečnost, že nutí zkoumat problém a pracovat na jeho řešení. Pokud je konflikt správně řešen, interpersonální vztah může posílit a být uspokojivý. Jednotlivec pak z něj může čerpat sílu, sebedůvěru a schopnost hájit svá práva. Projevy zájmu vypořádat se s konfliktem obvykle signalizují zájem o druhého a snahu zachovat vztah.

Zásadním problémem konfliktů v rámci komunikace je skutečnost, že při vzniklé konfliktní situaci dochází k potlačení racionálního jednání různými emocionálními reakcemi. To se projeví v nelogické argumentaci, dochází ke sníženému respektování autority, zkreslují se výklady minulých či současných událostí, účastníci ztrácí sebekontrolu a komunikace se stává zcela zdeformovanou. Pro většinu lidí znamená zapojení do konfliktní komunikace silné nepříjemné emocionální prožitky (Bedrnová, 2007). Není správné, když každého, kdo s námi nesouhlasí, označíme za problémového. Lidé, se kterými se dostáváme do konfliktu, nemusí být vždy přímo problémoví. Může se jednat o určité období, kdy prožívají určitou vnitřní nespokojenost nebo frustraci z různých pracovních či soukromých důvodů. K vyřešení těchto situací stačí potřebná dávka empatie, pochopení a porozumění (Škrlovi, P. a M., 2003).

Výkon a pohodu na pracovišti ovlivňuje celá řada faktorů, které ji ohrožují. Nedílnou součástí těchto činitelů jsou nefunkční interpersonální vztahy na pracovišti. V této situaci jsou jednotliví pracovníci snadno podráždění, přetížení a unavení. Proto by součástí pracovního týmu zejména ve zdravotnictví neměli být konfliktogenní lidé. Zásadou pro úspěch ve zdravotnické profesi je pozitivní motivace k výkonu povolání, která přináší dobrý pocit z vykonané práce a zvyšuje sebevědomí pracovníků (Haluzníková, 2010).

1.4.1 Druhy konfliktů

V běžném životě jsme svědky řady konfliktů mezi lidmi, skupinami lidí či národy. Také každý z nás si v sobě nese řadu protichůdných sil. Podle počtu osob, mezi kterými se konflikt odehrává, můžeme charakterizovat konflikty vnitřní, neboli intrapsychické, dále konflikt interpersonální a konflikt mezi skupinami (Venglářová, 2011).

Vnitřní konflikt v nás vzniká ve spojení s nutností nějaké volby. Často dochází k napětí, které je vyvoláno emocemi. To může být tak vysoké, že ochromuje naše mechanismy řešení a zvyšuje postupně nervozitu. S tímto problémem se snaží vypořádat psychika, která podává pomocnou ruku ve formě obranných mechanismů. Ty nám pomohou udržet určitou harmonii psychiky, ne však nadlouho a ne zadarmo. Mezi nejjednodušší obranný mechanismus patří popření. Co nevidím, neexistuje, nemusím to řešit. Další možností obrany je přemístění emocí. Často lidé řeší svůj vztek a zlost ze zaměstnání doma mezi svými blízkými. Špatná nálada se přenáší ve formě zvýšených nároků na ostatní členy domácnosti. Mezi obranné mechanismy patří i snaha o překonání svého nedostatku, tedy kompenzace. V tomto případě není efektivní, protože každý z nás má určité možnosti a limity, které není jednoduché překročit a tato snaha vede k vyčerpání a nespokojenosti. Poslední možností obrany je fixace. Jedná se o stálé opakování způsobu chování, komunikace nebo řešení situace, přestože nepřináší výsledek (Venglářová, 2011).

Dalším druhem konfliktů jsou konflikty interpersonální, které představují značnou část problémů na pracovišti. Mohou vznikat mezi dvěma nebo více pracovníky. Tyto konflikty vedou k vytvoření nepřátelského prostředí. Podmínky na pracovišti a celkové klima není dobré pro práci a energie pracovníků uniká mimo jejich pracovní úkoly. Situace může být velmi zatěžující pro citlivé jedince. Příčiny těchto konfliktů představují zejména rozdílné představy a postoje, odlišná motivace a cíle, nevyjasněnost rolí, usilování o uznání, ocenění a výhody, osobnostní faktory, přítomnost velkého množství stresorů a nefunkční management (Venglářová, 2011).

Ve zdravotnické praxi se můžeme setkat také s konfliktem skupin, který je velmi závažný. Častou formou je konflikt dvou profesních skupin, např. lékařů a sester (Venglářová, 2011).

1.4.2 Průběh a řešení konfliktu

Na vzniku konfliktu se podílí spouštěče, jejichž zdrojem je napětí vyvolané protichůdnými emocemi, které jsou ve spojení s jedním člověkem nebo událostí. V civilizované společnosti dochází k potlačování a omezování konfliktního jednání. Upozorněním, že něco není na pracovišti v pořádku lze vyčíst ze zvýšené nemocnosti, nadprůměrné fluktuace personálu, z nezájmu o spolupráci, nedostatečné předávání informací, fámy. Vrcholnou fází v konfliktu je střet. Ten je vyjádřen otevřeně, prezentují se různá stanoviska zúčastněných stran. Snadno může dojít k vyhocení. V napětí nelze vydržet dlouho, proto se většina lidí snaží zklidňovat rozbouřenou situaci a nastolovat příměří. Pokud však nedojde k vyřešení konfliktu, celý cyklus se bude opakovat (Venglářová, 2011).

Při vzniku konfliktu se nabízí různé možnosti řešení. Konflikt neřešit, což je snadné řešení, ale ne příliš účinné, neboť vede k určitému zahánění a prohlubování problémů na pracovišti. Praško (2007) uvádí několik neadaptivních forem chování při vzniku konfliktu. Jednou možností je popření problému, dotyčný se tváří, že problém neexistuje nebo se usmívá a žertuje. Ani mlčení či odvádění pozornosti není vhodným způsobem řešení konfliktu. Jinou neadaptivní formou chování v konfliktních situacích je pláč, úzkost, zhroucení se. Naopak ani vztek není příliš vhodnou formou řešení. Adaptivní formou dle Venglářové (2011) je prosazení svého názoru nebo volba spolupráce. Tyto možnosti by se měly pro efektivní vyřešení konfliktu prolínat. Snaha prosadit své není dostatečně účinná, pokud budeme ignorovat okolí. Kompromis je rychlé společné řešení, které vede k obnově spolupráce a zpravidla bývá účelný.

Zajímavé jsou bezpochyby i strategie, které užívají jednotlivci při vzniku konfliktu. Tyto strategie či vzorce chování jsou pevné a uplatňují se většinou nevědomě. Změnit je představuje obrovskou výzvu pro každého člověka, neboť se uplatňují více

než různé stavy vědomí a slouží k manipulaci s druhými lidmi. Jako nejčastější alternativy se uplatňují strategie hrdiny, žalobce a oběti. Ve většině konfliktních situací lidé uplatňují tu roli, kterou se naučili v dětství (Pletzer, 2009).

Při řešení blížícího se nebo již vzniklého konfliktu je dobré dodržet základní pravidla. Prvním pravidlem je umět rozeznat blížící se konflikt a umět mu předcházet. Dalším významným krokem je vzniklý konflikt řešit co nejdříve a zbytečně ho neodkládat. Nezbytné je i pravidlo objektivity. Zachování objektivity a spravedlnosti je předpokladem schůdného řešení konfliktu (Veselá, 2011). Při řešení problému je vhodné zaujmout jiný úhel pohledu. Dívat se na problém jako na jejich, ne vlastní. Tím se otevírá možnost hledání příležitostí, jak konflikt vyřešit. Scott (2006) nabízí jako vhodnou možnost řešení konfliktů model E-R-I. Nejdříve je zapotřebí zbavit se negativních emocí, pak přijde na řadu rozum k pochopení vzniklé situace a nakonec využít intuice, která pomůže vybrat vhodnou variantu k řešení.

Přestože každý konflikt nemusí mít řešení, měl by mít definovaný výstup, který nemusí být řešení, pouze závěr ke konkrétní situaci. Pokud není učiněn výstup, je pravděpodobné, že vznikne latentní konflikt. Na základě těchto latentních konfliktů mohou vznikat nepříjemné hádky (Medlíková, 2007).

1.4.3 Předcházení konfliktům

Jako jedna z možností se nabízí fér jednání. Každý je schopný většinou intuitivně odhadnout, jaké chování lze pokládat za fér a jaké ne. Pokud hovoříme o fér chování, znamená to, že každý má právo hájit své zájmy a přijímat stanoviska ze své vlastní vůle. Z toho vyplývá, že pokud je omezeno právo, aby jedinec hájil své zájmy, a jsou mu vnucovány názory, které nechce akceptovat, jedná se o chování neférové (Edmuller, 2010).

Dle Grohar-Murray (2003) zlepšuje porozumění mezi pracovníky v interpersonálních vztazích efektivní komunikace. Své místo zde zaujímá také dynamika skupiny, která usnadňuje rozhodování. Ne všechny konflikty musí být škodlivé, ovšem ty, které jsou, je zapotřebí dostat pod kontrolu. Zkušenosti

s rozhodováním a řízením konfliktů napomáhají k efektivnější komunikaci a vedou ke zlepšení vztahů v pracovním kolektivu.

Vhodným stylem chování v interpersonálních vztazích je asertivita. Asertivní pracovník si je vědom toho, co se od něj očekává. Plní úkoly zodpovědně, a pokud se mu něco nepovede, svůj nedostatek přizná. Takový pracovník si je vědom, že základní a podstatnou složkou asertivního chování je přiměřenost a otevřená komunikace. Jeho chování je shodné s tím, co sděluje. Neuchyluje se k agresi ani k nesmělosti. Nepředstírá, že všechno ví, je klidný, sebejistý a rozhodný. Takový jedinec zná svou cenu a své možnosti (Capponi, Novák, 1994).

Celou problematiku týmu, jeho perspektivy a efektivnosti lze shrnout slovy Evy Zahradkové: „Není dvou stejných lidí, není dvou stejných týmů, neexistuje kuchařka na efektivní spolupráci. Vše závisí na sladění schopností a dovedností jednotlivců, na jejich chtění a na podpoře okolního prostředí.“(Zahradková, 2005:27).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

- 1) Zjistit, jak hodnotí spolupráci v týmu jednotliví vybraní zdravotničtí pracovníci.
- 2) Zmapovat, kde vidí personál rezervy a nedostatky a jaká opatření by mohla vést ke zlepšení spolupráce v poskytování zdravotní péče o pacienta.
- 3) Zjistit pohled pacienta na spolupráci vybraných zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní péče.
- 4) Zjistit názor pacientů na jejich aktivní zapojení do ošetrovatelského procesu.

2.2 Hypotézy

- 1) Zdravotničtí pracovníci s delší praxí v oboru hodnotí své komunikační schopnosti pozitivněji než pracovníci s praxí do dvou let.
- 2) Při řešení konfliktních situací ve výkonu zdravotnického povolání hodnotí zdravotničtí pracovníci vysokoškolské vzdělání více přínosné než vzdělání středoškolské.
- 3) Všeobecné sestry se cítí více odpovědné za poskytovanou péči než ostatní zdravotnický personál.
- 4) Všeobecné sestry se cítí být více pozitivně motivovány ze strany managementu oddělení než ostatní zdravotničtí pracovníci.
- 5) Zdravotničtí pracovníci s praxí nad 10 let přikládají větší význam efektivitě týmu než pracovníci s kratší praxí.

3 Metodika

Pro zpracování výzkumné části diplomové práce byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda. Sběr dat pro potřebu výzkumného šetření probíhal v měsíci lednu až březnu 2012.

3.1 Použité metody

Pro sběr kvantitativních dat byl použit vlastní dotazník, který obsahoval celkem 27 otázek (příloha 1). Dotazník byl určen pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Úvodní otázky dotazníku se zaměřovaly na identifikační údaje jednotlivých pracovníků. Následující část otázek byla zaměřena na hodnocení spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Některé otázky se dotýkaly problematiky komunikace, konfliktů, motivace a odpovědnosti na pracovišti. Dvě otázky byly zpracovány formou tabulky, kde jednotliví zdravotničtí pracovníci odpovídali na otázku spolupráce a odpovědnosti u vybraných nelékařských pracovníků. Hodnocení bylo uvedeno formou školního známkování na škále od 1 do 5, kdy číslo 1 znamenalo výborné hodnocení a číslo 5 pak hodnocení nedostatečné. Další použité otázky v dotazníku byly uzavřené, polouzavřené a jedna otevřená pro vyjádření vlastního názoru k dané problematice.

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo provedeno zanesením dat do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007 a dalším zpracováním za pomoci programu SPSS 17,0 do jednoduchých a kontingenčních tabulek.

V kvalitativní části výzkumného šetření byl použit hloubkový rozhovor, který proběhl s pěti pacienty hospitalizovanými v nemocnici. Pro vedení rozhovoru bylo připraveno 5 otevřených otázek, které se během rozhovoru rozvíjely (příloha 2). Otázky v rozhovoru byly zaměřené na pohled pacienta na poskytovanou péči, spolupráci se zdravotnickými pracovníky a možnosti zapojení pacienta do péče. Výsledky rozhovorů byly zpracovány do jednotlivých kazuistik.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor pro kvantitativní část šetření tvořili respondenti z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. Dotazník byl na základě domluvy rozeslán do sedmi nemocnic v rámci Jihočeského kraje. Celkem bylo rozesláno 350 dotazníků na oddělení následné péče, oddělení interních oborů a oddělení rehabilitace. Z celkového počtu rozeslaných dotazníků se vrátilo 328 vyplněných a při následném zpracování bylo dalších 58 dotazníků vyřazeno pro chybné zpracování. Výzkumný vzorek v konečné fázi tvořilo 270 respondentů (100%).

V kvalitativní části výzkumného šetření tvořilo výzkumný soubor pět vybraných pacientů. Šetření bylo vedeno formou rozhovoru na základě připravených tematických okruhů a zaznamenáváno do formuláře. Pacienti byli vybráni na oddělení následné péče vzhledem k délce hospitalizace a tím spojené zkušenosti s nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Dalším kritériem pro výběr respondentů byla schopnost pacientů poskytnout rozhovor a uplatnit svůj názor na danou problematiku spolupráce zdravotnických pracovníků a zapojení do ošetrovatelské péče.

3.3 Realizace výzkumu

Kvantitativní výzkum byl proveden na základě schválení hlavní sestrou jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji. Po té byly kontaktovány vrchní sestry vybraných oddělení zaměřených na interní obory. Po telefonické domluvě byl na vybraná oddělení rozeslán dotazník pro předem dohodnutý počet personálu. Mile překvapivá byla vstřícnost všech vrchních sester při realizaci vlastního šetření. Návratnost dotazníků v předpřipravené ofrankované obálce byla 94%, což je velmi úspěšné. Z vyplněných dotazníků bylo následně při zpracování ještě 58 vyřazeno pro chybné zpracování. Nejčastěji se jednalo o označení více odpovědí na otázku namísto jedné. Pro výzkumné šetření bylo v konečné fázi použito 270 dotazníků, což činilo 77% z celkového počtu rozeslaných dotazníků.

Vzorek pro kvalitativní šetření tvořilo pět pacientů, se kterými byl veden rozhovor na oddělení následné péče během jejich hospitalizace. Přístup pacientů byl otevřený.

Na začátku rozhovoru jim sdělena informace o zajištění anonymity v souvislosti se zjištěnými údaji. Rozhovor byl veden na základě předpřipravených otázek týkajících se dané problematiky pohledu pacienta na poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Jednotlivé rozhovory se často odchylovaly od základního schématu otázek, ale vždy došlo k navrácení se do šetřené problematiky. Pacienti byli vstřícní a ochotní si povídat, měli pocit určité důležitosti a uplatnění. Rozhovory byly během jejich průběhu zaznamenávány na papír. Tato technika nečinila žádné potíže vzhledem k dostatku času a pomalému tempu rozhovoru. Rozhovory jsou zaznamenány s drobnými slohovými úpravami.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení kvantitativní části šetření na základě dotazníku

Tabulka 1 Účast nelékařských zdravotnických pracovníků z jednotlivých nemocnic

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Písek	56	16,0	20,7	20,7
Český Krumlov	35	10,0	13,0	33,7
Prachatice	27	7,7	10,0	43,7
Jindřichův Hradec	33	9,4	12,2	55,9
Tábor	41	11,7	15,2	71,1
Strakonice	24	6,9	8,9	80,0
České Budějovice	54	15,4	20,0	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 respondentů (100%) tvořilo 56 (20,7%) soubor z Nemocnice Písek, a.s., 35 (13%) respondentů bylo z Nemocnice Český Krumlov, a.s., 27 (10%) z Nemocnice Prachatice, a.s., 33 respondentů (12,2%) se účastnilo z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 41 respondentů (15,2%) bylo z Nemocnice Tábor, a.s., 24 (8,9%) z Nemocnice Strakonice, a.s. a 54 respondentů (20%) odpovědělo v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Tabulka 2 Věkové složení nelékařských zdravotnických pracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Do 25 let	36	10,3	13,3	13,3
26-35 let	74	21,1	27,4	40,7
36-45 let	75	21,4	27,8	68,5
46-55 let	72	20,6	26,7	95,2
56 let a více	13	3,7	4,8	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Tabulka popisuje věkové rozložení jednotlivých respondentů. Z dotázaných tvořilo skupinu do 25 let 36 respondentů (13,3%), mezi 26-35 lety 74 (27,4%), nejpočetnější skupinu 75 (27,8%) tvořili respondenti ve věkovém rozpětí 36-45 let, mezi 46-55 lety věku bylo 72 (26,7%) respondentů a 13 respondentů (4,8%) bylo nad 56 let.

Tabulka 3 Délka praxe nelékařských zdravotnických pracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Do 2 let	24	6,9	8,9	8,9
3-10 let	79	22,6	29,3	38,2
11-20 let	79	22,6	29,3	67,5
21-30 let	59	16,9	21,9	89,4
Nad 31 let	29	8,1	10,6	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů má praxi v oboru do 2 let 24 (8,9%), mezi 3-10 lety 79 (29,3%), stejný počet respondentů 79 (29,3%) uvedl délku praxe mezi 11-20 lety, 21-30 let praxe uvedlo 59 (21,9%) respondentů a praxi nad 31 let uvedlo 29 (10,6%) dotázaných.

Tabulka 4 Pracovní zařazení nelékařských zdravotnických pracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Sanitář(ka)	34	9,7	12,6	12,6
Ošetřovatel(ka)	11	3,1	4,1	16,7
Zdravotnický asistent	11	3,1	4,1	20,8
Všeobecná sestra	189	54,0	70,0	90,8
Fyzioterapeut	20	5,7	7,4	98,2
Zdravotně soc. pracovník	2	0,6	0,7	98,9
Logoped	3	0,9	1,1	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedlo pracovní pozici sanitáře nebo sanitářky 34 (12,6%), činnosti v zařazení ošetřovatelky vykonává 11 (4,1%) respondentů, stejné množství respondentů 11 (4,1%) odpovídalo na pozici zdravotnického asistenta, nejvyšší zastoupení ve výzkumném souboru 189 (70,0%) měly všeobecné sestry, pozici fyzioterapeuta uvedlo 20 (7,4%) respondentů, pozici zdravotně sociálního pracovníka uvedli 2 respondenti (0,7%) a 3 respondenti (1,1%) uvedli pracovní pozici logoped.

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Základní	2	0,6	0,7	0,7
Odborné s výučním listem	34	9,7	12,6	13,3
Střední s maturitou	169	48,3	62,6	75,9
Vyšší odborné	27	7,8	10,0	85,9
Vysokoškolské Bc.	28	8,0	10,4	96,3
Vysokoškolské Mgr.	10	2,7	3,7	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) uvedli 2 (0,7%) základní vzdělání, 34 (12,6%) respondentů uvedlo odborné s výučním listem, 169 (62,6%) uvedlo střední s maturitou, vyšší odborné označilo 27 (10,0%) respondentů, vysokoškolské vzdělání bakalářské uvedlo 28 (10,4%) respondentů a vysokoškolské magisterské 10 (3,7%) respondentů.

Tabulka 6 Typ oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Interní obor	94	26,9	34,8	34,8
JIP	41	11,7	15,2	50,0
Následná péče	106	30,3	39,3	89,3
Rehabilitace	29	8,2	10,7	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) uvedlo 94 (34,8%) respondentů jako své pracoviště interní obor, 41 (15,2%) respondentů uvedlo, že pracuje na JIP, 106 (39,3%) dotazovaných uvedlo následnou péči a 29 (10,7%) oddělení rehabilitace

Tabulka 7 Hodnocení spolupráce pracovníků na oddělení v rámci týmu

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	157	44,9	58,1	58,1
Spíše ano	103	29,4	38,1	96,2
Nevím	5	1,4	1,9	98,1
Spíše ne	5	1,4	1,9	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) uvedlo 157 (58,1%) dotazovaných, že na oddělení pracují v rámci týmu, 103 (38,1%) respondentů uvedlo, že spíše pracují v rámci týmu, 5 (1,9%) respondentů neví a stejný počet 5 (1,9%) dotazovaných uvedlo, že spíše nepracují v rámci týmu.

Tabulka 8 Hodnocení efektivní spolupráce týmu na oddělení

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	110	31,4	40,7	40,7
Spíše ano	132	37,7	48,9	89,6
Nevím	14	4,0	5,2	94,8
Spíše ne	8	2,3	3,0	97,8
Ne	6	1,7	2,2	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) hodnotí jako efektivní spolupráci týmu na pracovišti 110 (40,7%) respondentů, spíše efektivní hodnotí spolupráci 132 (48,9%) respondentů, 14 (5,2%) neví, 8 (3,0%) hodnotí spolupráci jako spíše neefektivní a 6 (2,2%) respondentů hodnotí spolupráci na oddělení jako neefektivní

Tabulka 9 Hodnocení vztahů na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborné	31	8,9	11,5	11,5
Velmi dobré	117	33,4	43,3	54,8
Dobré	91	26,0	33,7	88,5
Uspokojivé	28	8,0	10,4	98,9
Neuspokojivé	3	0,8	1,1	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) hodnotí vztahy na pracovišti jako výborné 31 (11,5%), jako velmi dobré vztahy hodnotí 117 (43,3%) respondentů, dobré vztahy na pracovišti uvedlo 91 (33,7%) respondentů, uspokojivě hodnotí vztahy 28 (10,4%) respondentů a 3 (1,1%) hodnotí vztahy na pracovišti jako neuspokojivé.

Tabulka 10 Zařazení jednotlivých pracovníků do pracovního týmu

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nepostradatelný člen	5	1,4	1,9	1,9
Rovnocenný partner	247	70,6	91,5	93,4
Osamělý člen týmu	18	5,1	6,6	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu respondentů 270 (100%) se cítí 5 (1,9%) jako nepostradatelný člen týmu, 247 (91,5%) jako rovnocenný partner a 18 (6,6%) se cítí jako osamělý člen týmu.

Tabulka 11 Význam funkčního týmu pro jednotlivé pracovníky

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Žádný	14	4,0	5,2	5,2
Motivační	55	15,7	20,4	25,6
Práce víc baví	164	46,9	60,7	86,3
Minimalizuje chyby	8	2,3	3,0	89,3
Snižuje únavu	29	8,3	10,7	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového množství 270 (100%) respondentů 14 (5,2%) uvádí, že funkční tým nemá žádný význam, 55 (20,4%) uvádí motivační význam, 164 (60,7%) respondentů uvádí, že je práce ve funkčním týmu více baví, 8 (3,0%) vidí význam v minimalizaci chyb a 29 (8,3%) uvádí, že funkční tým snižuje únavu.

Tabulka 12 Závislost kvality péče na úrovni komunikace a spolupráce

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	202	57,7	74,8	74,8
Spíše ano	62	17,7	23,0	97,8
Nevím	4	1,1	1,5	99,3
Spíše ne	1	0,3	0,4	99,6
Ne	1	0,3	0,4	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů 202 (74,8%) uvádí, že komunikace a spolupráce má vliv na kvalitu poskytované péče, 62 (23,0%) udává spíše ano, 4 (1,5%) neví, 1 (0,3%) se domnívá, že spíše nemá vliv a stejný počet respondentů 1 (0,3%) uvádí, že komunikace a spolupráce vliv na péči nemá.

Tabulka 13 Úroveň interpersonální komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	42	12,0	15,6	15,6
Profesionální	102	29,1	37,8	53,3
Dostačující	115	32,9	42,6	95,9
Jednostranná	6	1,7	2,2	98,1
Nedostačující	5	1,4	1,9	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů 42 (15,6%) hodnotí úroveň interpersonální komunikace jako výbornou, 102 (37,8%) jako profesionální, 115 (42,6%) uvádí, že úroveň komunikace je dostačující, 6 (2,2%) vidí interpersonální komunikaci jako jednostrannou a 5 (1,9%) ji hodnotí jako nedostačující.

Tabulka 14 Hodnocení vlastních komunikačních dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborné	21	6,0	7,8	7,8
Velmi dobré	107	30,6	39,6	47,4
Dobré	124	35,4	45,9	93,3
Uspokojivé	18	5,1	6,7	100,0
Neuspokojivé	0	0	0	
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotí 21 (7,8%) své komunikační schopnosti jako výborné, 107 (39,6%) jako velmi dobré, 124 (45,9%) považuje své komunikační schopnosti za dobré, 18 (6,7%) uvádí, že jejich komunikační schopnosti jsou uspokojivé a jako neuspokojivé neuvedl žádný respondent.

Tabulka 15 Hodnocení spolupráce s všeobecnou sestrou

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	135	38,6	50,0	50,0
Velmi dobrá	104	29,7	38,5	88,5
Dobrá	24	6,9	8,9	97,4
Dostatečná	6	1,7	2,2	99,6
Nedostatečná	1	0,3	0,4	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo spolupráci se všeobecnou sestrou 135 (50,0%) jako výbornou, 104 (38,5%) jako velmi dobrou, 24 (8,9%) uvádí, že spolupráce je dobrá, 6 (2,2%) ji hodnotí jako dostatečnou a 1 (0,4%) jako nedostatečnou.

Tabulka 16 Hodnocení spolupráce se zdravotnickým asistentem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	54	15,4	20,0	20,0
Velmi dobrá	37	10,6	13,7	33,7
Dobrá	23	6,6	8,5	42,2
Dostatečná	6	1,7	2,2	44,4
Není v týmu	150	42,8	55,6	100
Celkem	270	77,1	100	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo 54 (20%) spolupráci se zdravotnickým asistentem jako výbornou, 37 (13,7%) jako velmi dobrou, 23 (8,5%) hodnotilo spolupráci jako dobrou, 6 (2,2%) uvedlo nedostatečnou a 150 (55,6%) spolupráci se zdravotnickým asistentem nehodnotilo, protože se v jejich pracovním týmu nenachází.

Tabulka 17 Hodnocení spolupráce s ošetřovatelem/ošetřovatelkou

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	76	21,7	28,1	28,1
Velmi dobrá	73	20,9	27,0	55,1
Dobrá	35	10,0	13,0	68,1
Dostatečná	6	1,6	2,2	70,3
Není v týmu	80	22,9	29,7	100
Celkem	270	77,1	100	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo 76 (28,1%) spolupráci jako výbornou, 73 (27,0%) jako velmi dobrou, 35 (13,0%) jako dobrou, 6 (2,2%) hodnotilo spolupráci dostatečně a 80 respondentů uvedlo, že se v jejich pracovním týmu ošetřovatel(ka) nenachází.

Tabulka 18 Hodnocení spolupráce se sanitářem/sanitářkou

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	82	23,4	30,4	30,4
Velmi dobrá	108	30,9	40,0	70,4
Dobrá	51	14,6	18,9	89,3
Dostatečná	12	3,4	4,4	93,7
Není v týmu	17	4,8	6,3	100
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo spolupráci se sanitářem nebo sanitářkou 82 (30,4%) výborně, 108 (40,0%) velmi dobře, 51 (18,9%) dobře, 12 (4,4%) dostatečně a 17 uvedlo, že není v jejich pracovním týmu.

Tabulka 19 Hodnocení spolupráce s fyzioterapeutem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	85	24,3	31,5	31,5
Velmi dobrá	84	24,0	31,1	62,6
Dobrá	42	12,0	15,6	78,2
Dostatečná	10	2,9	3,7	81,9
Nedostatečná	4	1,1	1,5	83,4
Není v týmu	45	12,8	16,6	100
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo spolupráci s fyzioterapeutem 85 (31,5%) výborně, 84 (31,1%) velmi dobře, 42 (15,6%) dobře, 10 (3,7%) respondentů uvedlo spolupráci s fyzioterapeutem jako dostatečnou, 4 (1,5%) jako nedostatečnou, 45 (16,6%) uvedlo, že fyzioterapeut není v jejich pracovním týmu.

Tabulka 20 Hodnocení spolupráce s logopedem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	40	11,4	14,8	14,8
Velmi dobrá	47	13,4	17,4	32,2
Dobrá	18	5,1	6,7	38,9
Dostatečná	9	2,6	3,3	42,2
Nedostatečná	6	1,7	2,2	44,4
Není v týmu	150	42,9	55,6	100
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo spolupráci s logopedem 40 (14,8%) jako výbornou, 47 (17,4%) jako velmi dobrou, 18 (6,7%) jako dobrou, 9 (3,3%) uvedlo, že spolupráce s logopedem je dostatečná, 6 (2,2%) ji považuje za nedostatečnou a 150 (55,6%) s logopedem nespolupracuje.

Tabulka 21 Hodnocení spolupráce se zdravotně soc. pracovníkem

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	75	21,4	27,8	27,8
Velmi dobrá	72	20,6	26,7	54,5
Dobrá	25	7,1	9,3	63,8
Dostatečná	6	1,7	2,2	66
Nedostatečná	1	0,3	0,4	66,4
Není v týmu	91	26,0	33,6	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotilo spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem 75 (27,8%) výborně, 72 (26,7%) velmi dobře, 25 (9,3%) dobře, 6 (2,2%) dostatečně a 1 (0,4%) nedostatečně. 91 (33,6%) respondentů se zdravotně sociálním pracovníkem nespolupracuje.

Tabulka 22 Výskyt konfliktních situací na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Často	10	2,9	3,7	3,7
Někdy	144	41,1	53,3	57,0
Vyjímečně	114	32,6	42,2	99,3
Nikdy	2	0,6	0,7	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvádí 10 (3,7%), že výskyt konfliktů na jejich pracovišti je častý, 144 (53,3%) udává někdy, 114 (42,2%) vyjímečně a 2 (0,7%) uvedlo, že ke konfliktům nedochází.

Tabulka 23 Způsob řešení konfliktu

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Neřeší	4	1,1	1,5	1,5
Hádkou	8	2,3	3,0	4,4
Diskuzí	232	66,3	85,9	90,4
Pomoc kolegy	26	7,4	9,6	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedli 4 (1,5%), že konflikty na pracovišti neřeší, 8 (3,0%) je řeší hádkou, 232 (85,9%) diskuzí a 26 (9,6%) vyhledá pomoc kolegy.

Tabulka 24 Způsob předcházení konfliktům

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Efektivní komunikace	109	31,1	40,4	40,4
Jasně kompetence	51	14,6	18,9	59,3
Slušné chování	66	18,9	24,4	83,7
Personální zajištění	29	8,3	10,7	94,4
Nedá se předcházet	14	4,0	5,2	99,6
Jiné	1	0,3	0,4	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvádí 109 (40,4%) jako nejlepší způsob předcházení konfliktům efektivní komunikaci, 51 (18,9%) jasně definované kompetence, 66 (24,4%) upřednostňuje slušné chování, 29 (10,7%) dostatečné personální zajištění a 14 (5,2%) se domnívá, že konfliktům nelze předcházet.

Tabulka 25 Nejčastější příčiny konfliktů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nedostatečná komunikace	74	21,1	27,4	27,4
Nevhodné chování	29	8,3	10,7	38,1
Přehazování kompetencí	34	9,7	12,6	50,7
Náročnost práce	72	20,6	26,7	77,4
Časový stres	60	17,1	22,2	99,6
Jiné	1	0,3	0,4	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvádí 74 (27,4%) jako nejčastější příčinu vzniku konfliktu nedostatečnou komunikaci, 29 (10,7%) nevhodné chování, 34 (12,6%) přehazování kompetencí, 72 (26,7%) se domnívá, že častou příčinou konfliktů je náročnost práce a 60 (22,2%) udává časový stres.

Tabulka 26 Vliv vysokoškolského vzdělání na úroveň řešení konfliktů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	5	1,4	1,9	1,9
Spíše ano	30	8,6	11,1	13,0
Nevím	54	15,4	20,0	33,0
Spíše ne	82	23,4	30,4	63,3
Ne	99	28,3	36,7	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů se 5 (1,9%) domnívá, že vysokoškolské vzdělání má vliv na úroveň řešení konfliktů, 30 (11,1%) udává, že spíše ano, 54 (20,0%) neví, 82 (30,4%) si myslí, že spíše nemá vliv a 99 (36,7%) udává, že vliv nemá.

Tabulka 27 Nadřazené chování od spolupracovníků

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	22	6,3	8,1	8,1
Spíše ano	19	5,4	7,0	15,2
Nevím	28	8,0	10,4	25,6
Spíše ne	116	33,1	43,0	68,5
Ne	85	24,3	31,5	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů udává 22 (8,1%), že vnímá od spolupracovníků nadřazené chování, 19 (7,0%) spíše ano, 28 (10,4%) neví, 116 (43%) spíše tento styl chování nevnímá a 85 (31,5%) ho nevnímá.

Tabulka 28 Konflikty mezi jednotlivými pracovníky

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Sestra-sestra	78	22,3	28,9	28,9
Sestra-sanitář(ka)	113	32,3	41,9	70,7
Sestra- jiný pracovník	22	6,3	8,1	78,9
Sanitář(ka)- sanitář(ka)	27	7,7	10,0	88,9
Jiný	30	8,6	11,1	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů udává 78 (28,9%) nejčastější konflikty mezi všeobecnými sestrami navzájem, 113 (41,9%) se domnívá, že nejvíce konfliktů vzniká na úrovni sestra a sanitář(ka), 22 (8,1%) respondentů vidí nejvíce konfliktních situací mezi sestrou a jiným nelékařským zdravotnickým pracovníkem, 27 (10,0%) udává časté konflikty mezi sanitáři nebo sanitářkami a 30 (11,1%) respondentů vidí nejvíce konfliktů na jiné úrovni.

Tabulka 29 Charakteristika nejdůležitější vlastnosti pracovníka pro efektivní tým

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Soutěživý	1	0,3	0,4	0,4
Precizní	9	2,6	3,3	3,7
Otevřený	17	4,9	6,3	10,0
Empatický	30	8,6	11,1	21,1
Pravdomluvný	9	2,6	3,3	24,4
Klidný	13	3,7	4,8	29,3
Pohotový	27	7,7	10,0	39,3
Odborně vzdělaný	27	7,7	10,0	49,3
Se smyslem pro humor	6	1,7	2,2	51,5
Spolehlivý	131	37,4	48,5	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedl 1 (0,4%) jako důležitou vlastnost člena funkčního týmu soutěživost, 9 (3,3%) respondentů se domnívá, že by měl být precizní, 17 (6,3%) dává význam empaticčnosti, 9 (3,3%) uvádí pravdomlupnost, 13 (4,8%) se domnívá, že by měl být klidný, 27 (10,0%) uvádí pohotový, stejný počet 27 (10,0%) udává odborně vzdělaný, 6 (2,2%) upřednostňuje smysl pro humor a nejvíce respondentů 131(48,5%) vidí efektivitu pro tým ve spolehlivosti členů.

Tabulka 30 Motivace pro výkon povolání

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	8	2,3	3,0	3,0
Velmi dobrá	43	12,3	15,9	18,9
Dobrá	105	30,0	38,9	57,8
Uspokojivá	63	18,0	23,3	81,1
Neuspokojivá	51	14,6	18,9	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů udává 8 (3,0%) výbornou motivaci pro výkon svého povolání, 43 (15,9%) je motivováno velmi dobře, 105 (38,9%) dobře, 63 (23,3%) uvádí uspokojivou motivaci a 51 (18,9%) neuspokojivou.

Tabulka 31 Druh motivace k výkonu povolání

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Finanční zajištění	92	26,3	34,1	34,1
Pomoc druhým	88	25,1	32,6	66,7
Ocenění okolím	2	0,6	0,7	67,4
Dosažení vlastních cílů	5	1,4	1,9	69,3
Dosažení cílů týmu	23	6,6	8,5	77,8
Získávání zkušeností	16	4,6	5,9	83,7
Pocit seberealizace	44	12,6	16,3	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedlo 92 (34,1%) jako motivaci k výkonu povolání finanční zajištění, pro 88 (32,6%) respondentů je motivem pomoc druhým, 2 (0,7%) uvádějí ocenění okolím, 5 (1,9%) dosažení vlastních cílů, 23 (8,5%) dosažení cílů pracovního týmu, 16 (5,9%) motivuje možnost získávání zkušeností a 44 (16,3%) pocit seberealizace.

Tabulka 32 Pocit vlastní odpovědnosti nelékařských zdravotnických pracovníků při výkonu povolání

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	203	58,0	75,2	75,2
Spíše ano	61	17,4	22,6	97,8
Nevím	6	1,7	2,2	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů uvedlo 203 (75,2%), že cítí a uvědomují si vlastní odpovědnost při výkonu povolání, 61 (22,6%) uvedlo spíše ano a 6 (2,2%) neví. Žádný respondent nevyužil možnost odpovědi spíše ne nebo ne.

Tabulka 33 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost - všeobecná sestra

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	162	46,3	60,0	60,0
Velmi dobrá	87	24,9	32,2	92,2
Dobrá	15	4,3	5,6	97,8
Dostatečná	1	0,3	0,4	98,1
Nedostatečná	5	1,4	1,9	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů 162 (60,0%) uvedlo, že odpovědnost sester je výborná, 87 (32,2%) označilo možnost velmi dobrá, 15 (5,6%) se domnívá, že odpovědnost sester je dobrá, 1 (0,4%) ji hodnotí jako dostatečnou a 5 (1,9%) jako nedostatečnou.

Tabulka 34 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost – zdravotnický asistent

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	50	14,3	18,5	18,5
Velmi dobrá	46	13,1	17,0	35,5
Dobrá	18	5,1	6,7	42,2
Dostatečná	8	2,3	3,0	45,2
Nehodnotilo	148	42,3	54,8	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotí 50 (18,5%) odpovědnost zdravotnického asistenta jako výbornou, 46 (17,0%) jako velmi dobrou, 18 (6,7%) ji považuje za dobrou, 8 (3,0%) za dostatečnou, 148 (54,8%) respondentů nehodnotilo.

Tabulka 35 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost – ošetřovatel(ka)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	51	14,6	18,9	18,9
Velmi dobrá	84	24,0	31,1	50,0
Dobrá	48	13,7	17,8	67,8
Dostatečná	4	1,1	1,5	69,3
Nedostatečná	1	0,3	0,4	69,7
Nehodnotilo	82	23,4	30,3	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů považuje 51 (18,9%) odpovědnost ošetřovatele nebo ošetřovatelky za výbornou, 84 (31,1%) za velmi dobrou, 48 (13,7%) za dobrou, 4 (1,5%) se domnívají, že je odpovědnost jmenovaných pracovníků dostatečná a 1 (0,4%) ji považuje za nedostatečnou. 82 (30,3%) nehodnotilo.

Tabulka 36 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost – sanitář(ka)

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	66	18,9	24,4	24,4
Velmi dobrá	96	27,4	35,6	60,0
Dobrá	74	21,1	27,4	87,4
Dostatečná	12	3,4	4,4	91,8
Nedostatečná	2	0,6	0,7	92,5
Nehodnotilo	20	5,7	7,5	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotí 66 (24,4%) odpovědnost sanitáře nebo sanitářky jako výbornou, 96 (35,6%) jako velmi dobrou, 74 (27,4%) jako dobrou, 12 (4,4%) ji považuje za dostatečnou a 2 (0,7%) za nedostatečnou. 20 (7,5%) nehodnotilo.

Tabulka 37 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost - fyzioterapeut

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	86	24,6	31,9	31,9
Velmi dobrá	78	22,3	28,9	60,8
Dobrá	43	12,3	15,9	76,7
Dostatečná	15	4,3	5,6	82,3
Nedostatečná	5	1,4	1,9	84,2
Nehodnotilo	43	12,2	15,8	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů udává 86 (31,9%) že odpovědnost a spolehlivost fyzioterapeuta je výborná, 78 (28,9%) ji hodnotí jako velmi dobrou, 43 (15,9%) jako dobrou, 15 (5,6%) se domnívá, že odpovědnost je dostatečná a 5 (1,9%) ji hodnotí nedostatečně. 43 (15,8%) nehodnotilo.

Tabulka 38 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost - logoped

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	30	8,6	11,1	11,1
Velmi dobrá	41	11,7	15,2	26,3
Dobrá	25	7,1	9,3	35,6
Dostatečná	18	5,1	6,7	42,3
Nedostatečná	5	1,4	1,9	44,2
Nehodnotilo	151	43,1	55,8	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotí 30 (11,1%) odpovědnost logopeda jako výbornou, 41 (15,2%) jako velmi dobrou, 25 (9,3%) jako dobrou, 18 (6,7%) ji hodnotí dostatečně a 5 (1,9%) nedostatečně. 151 respondentů nehodnotilo.

Tabulka 39 Odpovědnost jednotlivých pracovníků za svěřené činnosti a věci a jejich spolehlivost – zdravotně sociální pracovník

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výborná	71	20,3	26,3	26,3
Velmi dobrá	73	20,9	27,0	53,3
Dobrá	24	6,8	8,9	62,2
Dostatečná	5	1,4	1,9	64,1
Nedostatečná	2	0,6	0,7	64,8
Nehodnotilo	95	27,1	35,2	100,0
Celkem	270	77,1	100,0	
Vyřazeno	80	22,9		
Celkem	350	100,0		

Z celkového počtu 270 (100%) respondentů hodnotí 71 (26,3%) odpovědnost zdravotně sociálního pracovníka jako výbornou, 73 (27,0%) jako velmi dobrou, 24 (8,9%) ji považuje za dostatečnou a 2 (0,7%) za nedostatečnou. 95 respondentů nehodnotilo.

**Kontingenční tabulka 1 Komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků
ve vztahu k délce praxe v oboru**

		Komunikační dovednosti				
		Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Celkem
Délka praxe v oboru	Do 2 let	1	10	11	2	24
	3 – 10 let	8	29	39	3	79
	11 – 20 let	8	35	30	6	79
	21 – 30 let	1	22	29	7	59
	Více než 31 let	3	11	15	0	29
	Celkem	21	107	124	18	270
Počet % ze všech	Do 2 let	4,2%	41,7%	45,8%	8,3%	100,0%
	3 – 10 let	10,1%	36,7%	49,4%	3,8%	100,0%
	11 – 20 let	10,1%	44,3%	38,0%	7,6%	100,0%
	21 – 30 let	1,7%	37,3%	49,2%	11,9%	100,0%
	Více než 31 let	10,3%	37,9%	51,7%	0%	100,0%
	Celkem	7,8%	39,6%	45,9%	6,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Do 2 let	o	o	o	o	
	3 – 10 let	o	o	o	o	
	11 – 20 let	o	o	o	o	
	21 – 30 let	-	o	o	o	
	Více než 31 let	o	o	o	o	

Své komunikační dovednosti hodnotí pracovníci s praxí do 2 let nejčastěji jako dobré (45,8%), respondenti s praxí v oboru od 3 do 10 let je hodnotí nejčastěji (49,4%) také jako dobré, pracovníci s praxí 11 – 20 let nejčastěji volili možnost velmi dobré (44,3%), pracovníci s praxí 21 – 30 let uvedli ve 49,2% komunikační dovednosti jako dobré, taktéž pracovníci s praxí nad 31 let (51,7%). V kontingenční tabulce nebyly zaznamenány významné rozdíly v hodnocení komunikačních dovedností jednotlivými pracovníky ve vztahu k délce praxe. Pouze pracovníci s praxí 21 – 30 let hodnotili své komunikační dovednosti méně často jako výborné.

Kontingenční tabulka 2 Význam efektivního týmu pro zdravotnické pracovníky ve vztahu k délce praxe v oboru

		Význam efektivního týmu					
		Žádný	Motivuje	Práce baví	Neděláte chyby	Jste méně unavená(ý)	Celkem
Délka praxe v oboru	Do 2 let	1	3	18	1	1	24
	3 – 10 let	5	16	51	4	3	79
	11 – 20 let	4	16	47	2	10	79
	21 – 30 let	3	12	30	1	13	59
	Více než 31 let	1	8	18	0	2	29
	Celkem	14	55	164	8	29	270
	Počet % ze všech	Do 2 let	4,2%	12,5%	75,0%	4,2%	4,2%
3 – 10 let		6,3%	20,3%	64,6%	5,1%	3,8%	100,0%
11 – 20 let		5,1%	20,3%	59,5%	2,5%	12,7%	100,0%
21 – 30 let		5,1%	20,3%	50,8%	1,7%	22,0%	100,0%
Více než 31 let		3,4%	27,6%	62,1%	0%	6,9%	100,0%
Celkem		5,2%	20,4%	60,7%	3,0%	10,7%	100,0%
Znaménkové schéma		Do 2 let	o	o	o	o	o
	3 – 10 let	o	o	o	o	-	
	11 – 20 let	o	o	o	o	o	
	21 – 30 let	o	o	o	o	++	
	Více než 31 let	o	o	o	o	o	
	Celkem						

V otázce významu efektivního týmu pro nelékařské zdravotnické pracovníky odpovídali respondenti ve všech kategoriích délky praxe nejčastěji, že práce v takovém týmu je

více baví. Kontingenční tabulka ve znaménkovém schématu ukazuje na odpovědi pracovníků od 3 do 10 let, kteří méně než ostatní odpovídali, že jsou méně unavení. Naopak pracovníci s praxí 21 – 30 let významně více odpovídali, že v efektivním týmu se cítí méně unavení.

Kontingenční tabulka 3 Pocit vlastní odpovědnosti za péči ve vztahu k pracovnímu zařazení nelékařských zdravotnických pracovníků

		Pocit vlastní odpovědnosti za péči			
		Ano	Spíše ano	Nevím	Celkem
Pracovní zařazení	Sanitář(ka)	21	10	3	34
	Ošetřovatel(ka)	6	4	1	11
	Zdravotnický asistent	8	2	1	11
	Všeobecná sestra	153	35	1	189
	Fyzioterapeut	12	8	0	20
	Zdravotně sociální pracovník	1	1	0	2
	Logoped	2	1	0	3
	Celkem	203	61	6	270
Počet % ze všech	Sanitář(ka)	61,8%	29,4%	8,8%	100,0%
	Ošetřovatel(ka)	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
	Zdravotnický asistent	72,7%	18,2%	9,1%	100,0%
	Všeobecná sestra	81,0%	18,5%	0,5%	100,0%
	Fyzioterapeut	60,0%	40,0%	0%	100,0%
	Zdravotně sociální pracovník	50,0%	50,0%	0%	100,0%
	Logoped	66,7%	33,3%	0%	100,0%
	Celkem	75,2%	22,6%	2,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Sanitář(ka)	o	o	++	
	Ošetřovatel(ka)	o	o	o	
	Zdravotnický asistent	o	o	o	
	Všeobecná sestra	+++	-	--	
	Fyzioterapeut	o	o	o	
	Zdravotně sociální pracovník	o	o	o	
	Logoped	o	o	o	

V problematice vlastní odpovědnosti za péči odpovídali všichni respondenti z jednotlivých pracovních zařazení nejčastěji, že cítí odpovědnost za péči o pacienty. Znaménkové schéma kontingenční tabulky potvrzuje, že významně více všeobecných sester odpovědělo, že cítí odpovědnost za péči o pacienty oproti ostatním pracovním zařazením. Sanitářky vyjadřovaly vyšší nerozhodnost v této oblasti, neboť významně

více odpovídaly, že neví, zda vnímají vlastní odpovědnost za vykonanou péči. V negativních hodnotách znaménkového schématu nalezneme, že významně nižší počet všeobecných sester uváděl odpověď v problematice odpovědnosti za péči – spíše ano a neví.

Kontingenční tabulka 4 Motivace pro výkon povolání ve vztahu k pracovnímu zařazení zdravotnických pracovníků

		Motivace pro výkon povolání					
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Uspokojivá	Neuspokojivá	Celkem
Pracovní zařazení	Sanitář(ka)	2	9	13	4	6	34
	Ošetřovatel(ka)	0	4	5	0	2	11
	Zdravotnický asistent	0	2	4	5	0	11
	Všeobecná sestra	5	25	77	44	38	189
	Fyzioterapeut	0	3	5	8	4	20
	Zdravotně sociální pracovník	1	0	0	1	0	2
	Logoped	0	0	1	1	1	3
	Celkem	8	43	105	63	51	270
Počet % ze všech	Sanitář(ka)	5,9%	26,5%	38,2%	11,8%	17,6%	100,0%
	Ošetřovatel(ka)	0%	36,4%	45,5%	0%	18,2%	100,0%
	Zdravotnický asistent	0%	18,2%	36,4%	45,5%	0%	100,0%
	Všeobecná sestra	2,6%	13,2%	40,7%	23,3%	20,1%	100,0%
	Fyzioterapeut	0%	15,0%	25,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Zdravotně sociální pracovník	50,0%	0%	0%	50,0%	0%	100,0%
	Logoped	0%	0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Celkem	3,0%	15,9%	38,9%	23,3%	18,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Sanitář(ka)	0	0	0	0	0	
	Ošetřovatel(ka)	0	0	0	0	0	
	Zdravotnický asistent	0	0	0	0	0	
	Všeobecná	0	0	0	0	0	

sestra						
Fyzioterapeut	o	o	o	o	o	
Zdravotně sociální pracovník	+++	o	o	o	o	
Logoped	o	o	o	o	o	

V problematice motivace k výkonu povolání odpovídali respondenti z vybraných pracovních kategorií v procentuální části kontingenční tabulky nejčastěji, že jsou motivováni dobře nebo uspokojivě. Znaménkové schéma ukazuje na významně vyšší odpověď zdravotně sociálního pracovníka, který se cítí být motivován výborně. Ostatní kategorie nezaznamenaly významný rozdíl v odpovědích.

Kontingenční tabulka 5 Vztahy na pracovišti ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům z vybraných nemocnic

		Vztahy na pracovišti						
		Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Neuspokojivé	Celkem	
Nemocnice, a.s.	Písek	7	23	19	6	1	56	
	Český Krumlov	8	19	4	4	0	35	
	Prachatice	1	9	12	5	0	27	
	Jindřichův Hradec	4	12	13	4	0	33	
	Tábor	2	16	18	5	0	41	
	Strakonice	2	10	10	1	1	24	
	České Budějovice	7	28	15	3	1	54	
	Celkem	31	117	91	28	3	270	
	Počet % ze všech	Písek	12,5%	41,1%	33,9%	10,7%	1,8%	100,0%
		Český Krumlov	22,9%	54,3%	11,4%	11,4%	0%	100,0%
Prachatice		3,7%	33,3%	44,4%	18,5%	0%	100,0%	
Jindřichův Hradec		12,1%	36,4%	39,4%	12,1%	0%	100,0%	
Tábor		4,9%	39,0%	43,9%	12,2%	0%	100,0%	
Strakonice		8,3%	41,7%	41,7%	4,2%	4,2%	100,0%	
České Budějovice		13,0%	51,9%	27,8%	5,6%	1,9%	100,0%	
Celkem		11,5%	43,3%	33,7%	10,4%	1,1%	100,0%	

Znaménkové schéma	Písek	0	0	0	0	0	
	Český Krumlov	+	0	--	0	0	
	Prachatice	0	0	0	0	0	
	Jindřichův Hradec	0	0	0	0	0	
	Tábor	0	0	0	0	0	
	Strakonice	0	0	0	0	0	
	České Budějovice	0	0	0	0	0	

Kontingenční tabulka popisuje vztahy na pracovišti podle odpovědí respondentů z vybraných nemocnic v Jihočeském kraji. Dle vyznačeného procentuelního schématu hodnotí respondenti vztahy nejčastěji jako velmi dobré nebo dobré. Znaménkové schéma tabulky ukazuje na významný rozdíl u respondentů z Českého Krumlova, kteří častěji než ostatní hodnotili pracovní vztahy jako výborné a významně méně hodnotili vztahy na pracovišti jako dobré.

Kontingenční tabulka 6 Komunikační dovednosti ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům z vybraných nemocnic

		Komunikační dovednosti				
		Výborné	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Celkem
Nemocnice, a.s.	Písek	6	22	24	4	56
	Český Krumlov	4	18	11	2	35
	Prachatice	1	6	17	3	27
	Jindřichův Hradec	2	10	18	3	33
	Tábor	1	20	19	1	41
	Strakonice	2	11	8	3	24
	České Budějovice	5	20	27	2	54
	Celkem	21	107	124	18	270
Počet % ze všech	Písek	10,7%	39,3%	42,9%	7,1%	100,0%
	Český Krumlov	11,4%	51,4%	31,4%	5,7%	100,0%
	Prachatice	3,7%	22,2%	63,0%	11,1%	100,0%
	Jindřichův Hradec	6,1%	30,3%	54,5%	9,1%	100,0%
	Tábor	2,4%	48,8%	46,3%	2,4%	100,0%
	Strakonice	8,3%	45,8%	33,3%	12,5%	100,0%
	České Budějovice	9,3%	37,0%	50,0%	3,7%	100,0%
	Celkem	7,8%	39,6%	45,9%	6,7%	100,0%
Znaménkové schéma	Písek	0	0	0	0	
	Český Krumlov	0	0	0	0	
	Prachatice	0	0	0	0	
	Jindřichův Hradec	0	0	0	0	
	Tábor	0	0	0	0	
	Strakonice	0	0	0	0	
	České Budějovice	0	0	0	0	

Procentuelní část kontingenční tabulky znázorňuje hodnocení komunikačních dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků z vybraných nemocnic. Dle barevného schématu je zřejmé, že nejčastěji hodnotili respondenti své komunikační dovednosti jako velmi dobré neb dobré. V této oblasti není ve znaménkovém schématu zaznamenán významný rozdíl v odpovědích respondentů z jednotlivých nemocnic.

Kontingenční tabulka 7 Nejčastější příčina konfliktů ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům z vybraných nemocnic

		Nejčastější příčina konfliktů						
		Nedostatečná komunikace	Nevhodné chování	Přehazování kompetencí	Náročnost práce	Časový stres	Jiné	Celkem
Nemocnice, a.s.	Písek	15	6	5	17	13	0	56
	Český Krumlov	11	2	9	3	10	0	35
	Prachatice	11	2	6	2	6	0	27
	Jindřichův Hradec	5	1	4	7	16	0	33
	Tábor	11	4	3	17	5	1	41
	Strakonice	2	3	2	12	5	0	24
	České Budějovice	19	11	5	14	5	0	54
	Celkem	74	29	34	72	60	1	270
	Počet % ze všech	Písek	26,8%	10,7%	8,9%	30,4%	23,2%	0%
Český Krumlov	31,4%	5,7%	25,7%	8,6%	28,6%	0%	100,0%	
Prachatice	40,7%	7,4%	22,2%	7,4%	22,2%	0%	100,0%	
Jindřichův Hradec	15,2%	3,0%	12,1%	21,2%	48,5%	0%	100,0%	
Tábor	26,8%	9,8%	7,3%	41,5%	12,2%	2,4%	100,0%	
Strakonice	8,3%	12,5%	8,3%	50,0%	20,8%	0%	100,0%	
České Budějovice	35,2%	20,4%	9,3%	25,9%	9,3%	0%	100,0%	
Celkem	27,4%	10,7%	12,6%	26,7%	22,2%	0,4%	100,0%	

Znaménkové schéma	Písek	0	0	0	0	0	0	
	Český Krumlov	0	0	+	--	0	0	
	Prachatice	0	0	0	-	0	0	
	Jindřichův Hradec	0	0	0	0	+++	0	
	Tábor	0	0	0	+	0	+	
	Strakonice	-	0	0	++	0	0	
	České Budějovice	0	++	0	0	--	0	

Kontingenční tabulka popisuje nejčastější příčiny konfliktů na pracovišti v jednotlivých nemocnicích. Pracovníci v písecké nemocnici vidí vznik konfliktů nejvíce na podkladě náročnosti práce (30,4%). Náročnost práce jako důvod ke vzniku konfliktů uvádí také pracovníci z Tábora (41,5%) a Strakonice (50,0%). V Českém Krumlově uvádí pracovníci jako příčinu konfliktů nedostatečnou komunikaci (31,4%). Stejný důvod uvádí i respondenti z Prachatic (40,7%) a Českých Budějovic (35,2%). Pracovníci v Jindřichově Hradci vnímají jako důvod ke vzniku konfliktů časový stres (48,5%). Znaménkové schéma tabulky upozorňuje na významné rozdíly v odpovědích respondentů. Pracovníci z Jindřichova Hradce významně častěji uváděli jako problém časový stres. Respondenti za Strakonice významně častěji volili odpověď náročnost práce a respondenti z českobudějovické nemocnice častěji uváděli jako příčinu konfliktů nevhodné chování. Respondenti z Českého Krumlova méně často uváděli jako příčinu konfliktů náročnost práce a pracovníci z Českých Budějovic méně volili odpověď časový stres jako důvod vzniku konfliktů na pracovišti.

Kontingenční tabulka 8 Motivace pro výkon povolání ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům z vybraných nemocnic

		Motivace pro výkon povolání						
		Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Uspokojivá	Neuspokojivá	Celkem	
Nemocnice, a.s.	Písek	0	9	12	17	18	56	
	Český Krumlov	3	12	11	8	1	35	
	Prachatice	0	1	9	7	10	27	
	Jindřichův Hradec	1	5	19	5	3	33	
	Tábor	2	3	21	11	4	41	
	Strakonice	0	4	12	2	6	24	
	České Budějovice	2	9	21	13	9	54	
	Celkem	8	43	105	63	51	270	
	Počet % ze všech	Písek	0%	16,1%	21,4%	30,4%	32,1%	100,0%
		Český Krumlov	8,6%	34,3%	31,4%	22,9%	2,9%	100,0%
Prachatice		0%	3,7%	33,3%	25,9%	37,0%	100,0%	
Jindřichův Hradec		3,0%	15,2%	57,6%	15,2%	9,1%	100,0%	
Tábor		4,9%	7,3%	51,2%	26,8%	9,8%	100,0%	
Strakonice		0%	16,7%	50,0%	8,3%	25,0%	100,0%	
České Budějovice		3,7%	16,7%	38,9%	24,1%	16,7%	100,0%	
Celkem		3,0%	15,9%	38,9%	23,3%	18,9%	100,0%	

Znaménkové schéma	Písek	0	0	--	0	++	
	Český Krumlov	+	++	0	0	--	
	Prachatice	0	0	0	0	+	
	Jindřichův Hradec	0	0	+	0	0	
	Tábor	0	0	0	0	0	
	Strakonice	0	0	0	0	0	
	České Budějovice	0	0	0	0	0	

V procentuelní části kontingenční tabulky je znázorněno, jak hodnotí jednotliví pracovníci motivaci k výkonu povolání na svém pracovišti. Jako neuspokojivou hodnotí motivaci většina pracovníků z písecké nemocnice (32,1%) a Prachatic (37,0%). Jako dobrou vidí motivaci pracovníci z Jindřichova Hradce (57,6%), Tábora (51,2%), Strakonice (50,0%) a Českých Budějovic (38,9%). Velmi dobře hodnotí motivaci k výkonu povolání pracovníci z Českého Krumlova (34,3%). Znaménkové schéma tabulky udává významně vyšší počet odpovědí píseckých pracovníků v kategorii neuspokojivé motivace a také významně nižší počet odpovědí v kategorii motivace dobré. Respondenti z Českého Krumlova významně častěji odpovídali v kategorii výborné a velmi dobré motivace a významně méně odpovědí bylo v kategorii neuspokojivé motivace. Jako neuspokojivou motivaci uvedl vyšší počet respondentů také z Prachatic a jako dobrou hodnotilo významně více pracovníků z Jindřichova Hradce.

Kontingenční tabulka 9 Druh motivace ve vztahu ke zdravotnickým pracovníkům z vybraných nemocnic

Nemocnice, a.s.	Druh motivace							Celkem
	Finanční zajištění	Pomoc druhým	Ocenění okolím	Dosažení vlastních cílů	Dosažení společných cílů	Získávání zkušeností	Pocit seberealizace	
Písek	19	21	0	2	5	3	6	56
Český Krumlov	6	11	1	0	3	1	13	35
Prachatice	21	3	0	1	0	0	2	27
Jindřichův Hradec	10	15	0	0	2	1	5	33
Tábor	13	10	0	1	4	5	8	41
Strakonice	6	10	1	0	3	4	0	24
České Budějovice	17	18	0	1	6	2	10	54
Celkem	92	88	2	5	23	16	44	270
Písek	33,9%	37,5%	0%	3,6%	8,9%	5,4%	10,7%	100,0%
Český Krumlov	17,1%	31,4%	2,9%	0%	8,6%	2,9%	37,1%	100,0%
Prachatice	77,8%	11,1%	0%	3,7%	0%	0%	7,4%	100,0%
Jindřichův Hradec	30,3%	45,5%	0%	0%	6,1%	3,0%	15,2%	100,0%
Tábor	31,7%	24,4%	0%	2,4%	9,8%	12,2%	19,5%	100,0%
Strakonice	25,0%	41,7%	4,2%	0%	12,5%	16,7%	0%	100,0%
České Budějovice	31,5%	33,3%	0%	1,9%	11,1%	3,7%	18,5%	100,0%
Celkem	34,1%	32,6%	0,7%	1,9%	8,5%	5,9%	16,3%	100,0%

Písek	0	0	0	0	0	0	0	
Český Krumlov	-	0	0	0	0	0	+++	
Prachatice	+++	-	0	0	0	0	0	
Jindřichův Hradec	0	0	0	0	0	0	0	
Tábor	0	0	0	0	0	0	0	
Strakonice	0	0	+	0	0	+	-	
České Budějovice	0	0	0	0	0	0	0	

Kontingenční tabulka uvádí preferovaný druh motivace pracovníků jednotlivých nemocnic v Jihočeském kraji. Finanční zajištění jako motiv k výkonu povolání uvedli pracovníci z Prachatic (77,8%) a Tábora (31,7%). Motiv pomoci druhým označili nejčastěji respondenti z Písku (37,5%), Jindřichova Hradce (45,5%), Strakonice (41,7%) a Českých Budějovic (33,3%). Pracovníci z Českého Krumlova vidí motivaci pro výkon povolání nejčastěji v pocitu seberealizace (37,1%). Znaménkové schéma kontingenční tabulky uvádí významný rozdíl v odpovědích pracovníků z Českého Krumlova, kteří významně častěji uvedli jako motivaci pro výkon povolání pocit seberealizace a významně méně finanční zajištění. Respondenti z prachatické nemocnice významně častěji volili odpověď finanční zajištění jako motivace k práci a významně méně uváděli jako motiv pomoc druhým. Strakoničtí pracovníci vidí motivaci pro výkon povolání významně více než ostatní v ocenění okolím a získávání zkušeností, naopak méně uváděli možnost motivace jako pocit seberealizace.

4.2 *Vyhodnocení kvalitativní části šetření*

1. **respondent**

Rozhovor s panem Petrem proběhl v parku nemocnice. Bylo příjemné počasí a pan Petr působil v prostředí mimo pokoj na oddělení uvolněně a spokojeně. Celý rozhovor byl veden v příjemné atmosféře a odpovědi pana Petra na mě dělaly dojem upřímnosti a otevřenosti.

Jak dlouho jste hospitalizovaný v nemocnici?

Pan Petr je nyní hospitalizovaný na oddělení následné péče necelé tři měsíce. Asi před rokem zde ležel také a jeho pobyt trval půl roku. Oddělení dobře zná, byl hospitalizován již několikrát v minulých letech. Nyní je hospitalizován z důvodu rozsáhlých dekubitů v sakrální oblasti, které vznikly při domácím ošetřování. Pan Petr je po úraze paraplegický. V rámci lůžka a bytu je soběstačný, v nedávné době se však jeho zdravotní stav zhoršil a zhoršila se i jeho mobilita. Nakonec nebyl schopen sám ani přesunu z lůžka na vozík. Nyní rehabilituje a znovu nabývá síly. Tato poslední hospitalizace je pro něj nejhorší. Říká: „Snáším to špatně, už tu všechno znám a nemá mě co překvapit. Je to tu dlouhé.“

Víte, jaký personál se o Vás stará?

Podle jména pan Petr zná jen některé pracovníky na oddělení. Kdo je všeobecná sestra a kdo sanitářka či ošetřovatelka pozná podle činností, které vykonávají. Ví, že sestry dělají zejména odbornou práci a sanitářky a ošetřovatelky se starají o hygienu, jídlo a úklid na pokoji. Rozdílly ve funkčním zařazení rozdílnoú barvou uniformy nevnímá. Prý si nevšiml, že mají rozdílnoú oblečení.

Jste spokojen se způsobem poskytované péče?

„Štvou mě snídaně, pořád to samé.“ Odtušil pan Petr na dotaz spokojenosti na oddělení. Spolupráci s personálem hodnotí pan Petr pozitivně. Nemá s nikým žádné potíže, i když přiznává, že občas si s nějakou sestrou nebo sanitářkou nesednou. Jsou to

prý vyjímečné situace a brzy se upraví. Pan Petr uznává, že i personál může mít „špatný den“. Pokud by měl hodnotit spolupráci sester a ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků, říká, že jsou na stejné úrovni. Neuvědomuje si, že by s určitými lidmi v rámci jednoho pracovního zařazení měl větší míru konfliktů nebo nedorozumění. Celkově mu ale chybí rehabilitace, které dřív na oddělení, než se rozdělilo na rehabilitační oddělení a oddělení následné péče, bývalo více. Ve volném čase luští křížovky a čte noviny. Na pokoji má k dispozici také televizor.

S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?

Nejvíce se dozví pan Petr od sester. O lékařce tvrdí: „Ta se do toho vždycky zamotá, ale nakonec neřekne nic.“ Když potřebuje pan Petr informaci, obrátí se na sestry ve službě. Rehabilitaci řeší s fyzioterapeutkou na oddělení.

Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?

„Sestry to berou podle sebe. Svoje tělo jsem znal dobře, když jsem byl zdravý, když jsem chorý, znám ho ještě mnohem líp.“ Pan Petr se často setkává s tím, že ho personál přesvědčuje o určitých potřebných náležitostech v souvislosti s poskytovanou péčí a vůbec neakceptují jeho názor na danou problematiku. Například nesnáší určitý typ náplasti, ale sestra mu jí stejně nalepí, protože je prý hypoalergenní. Druhý den má pan Petr puchýře. Další problém tvoří časový sled činností na oddělení. Vstávání panu Petrovi nevadí. Vadí mu ale, že se často jde koupat až po obědě, což mu nedělá dobře. Pan Petr chápe, že na oddělení je nastaven určitý řád a harmonogram, ale někdy ho mrzí, že jeho názor nikdo nechce slyšet. „Jede to, jako ve fabrice.“ Ukončil pan Petr téma spoluúčasti na péči o jeho osobu. Celkově nemá k systému péče na oddělení připomínky.

2. respondent

Rozhovor s paní Marií proběhl v denním koutku pro pacienty. Sešly jsme se tam v dopoledních hodinách, kdy paní Marie obvykle sleduje v televizi různé pořady. Atmosféra byla příjemná, i když chvílemi jsme byly rušeny denními činnostmi personálu na oddělení. I přesto jsme si hezky popovídaly a paní Marie byla spokojená a projevila radost nad naším setkáním.

Jak dlouho jste hospitalizovaná v nemocnici?

Paní Marie nyní leží na oddělení dva týdny. Na stejném oddělení ležela již před rokem a to po dobu šesti týdnů. Před hospitalizací paní Marie docházela do ambulance chronických ran s dlouhodobým problémem bércových vředů. Defekty na nohou se jí zanítily a paní doktorka jí doporučila hospitalizaci na oddělení následné péče ke zlepšení stavu chronických ran.

Víte, jaký personál se o Vás stará?

Paní Marie má dobrý přehled o barevném rozlišení pracovních oděvů jednotlivých zdravotnických pracovníků. Ví, že sestry mají modré halenky nebo modré pruhy na halenkách a že „pomocnice“ nosí žluté nebo šedé oblečení. Každý den se o ní stará někdo jiný. Denně jí vozí do koupelny a sprchují. Než ji přeložili na pokoj číslo 13, kde se střídají každý den jiné sanitářky, byla na pokoji číslo 8. Tam se o ni starala každý den sanitářka Romanka, kterou si oblíbila. Vyhovovalo jí, že se znají a paní Marie jí důvěřovala.

Jste spokojena se způsobem poskytované péče?

„Já si na nic nestěžuju, jsem zvyklá být vděčná za málo. Sestřičky jsou hodné, těch milých je tu víc. Každá má něco pěkného u sebe.“ Když paní Marie nastoupila na oddělení, byla mile potěšena, že ji některé sestřičky poznaly. S péčí je celkově spokojená. Když není v nemocnici, je v domově pro seniory, takže je zvyklá na podobný režim. V nemocnici jí chybí civilní oblečení. V košili se necítí dobře, když jí má celý den.

S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?

Paní Marie je informovaná o zdravotním stavu od paní doktorky při vizitě. Jinak se na nic neptá, nepotřebuje nic vědět. Ostatní věci řeší buď se sestřičkami nebo sanitářkami. Informace jí nechybí.

Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?

Paní Marie je spokojená s péčí. Nemá potřebu něco měnit, vyhovuje jí systém oddělení. „Všechno беру tak, jak to je, děkuju za každou pomoc a ani nejsem člověk, který by moc kritizoval.“

3. respondent

Tentokrát jsem si povídala s panem Milanem, který prodělal operaci kyčelního kloubu a nyní leží na oddělení následné péče z důvodu potřeby nácvičku soběstačnosti. Povídali jsme si na pokoji, protože pan Milan zatím nemůže sedět na židli z důvodu operace kyčle. Po dobu rozhovoru ležel pan Milan v lůžku, kde se cítil pohodlně.

Jak dlouho jste hospitalizovaný v nemocnici?

Pan Milan ležel původně na oddělení ortopedie na JIP, poté na standardním oddělení. Kyčel se hojí dobře, nyní nacvičuje chůzi s fyzioterapeutkou. Na oddělení následné péče je pět dní. Nikdy předtím na tomto oddělení neležel.

Víte, jaký personál se o Vás stará?

Pan Milan rozezná jednotlivé pracovníky podle činností, které vykonávají. Ví, že sestry rozdávají léky, hygienu zajišťují sanitářky a sanitáři. Pan Milan také sděluje, že nezná jména jednotlivých pracovníků. Ani těch, kteří jsou na oddělení denně. „Kromě operátora na ortopedii se mi nikdo nepředstavil.“ Pan Milan ale nepovažuje za nutné znát jména pracovníků, prý by si je stejně nepamatoval.

Jste spokojen se způsobem poskytované péče?

Pan Milan hodnotí péči jako dostatečnou. Nevyžaduje zvláštní péči a snaží se být co nejvíce soběstačný. Na pokoji si udělá všechno sám. Potřebuje pomoc jenom s hygienou, bojí se, aby neupadl. To se stalo jeho kamarádovi a ten musel jít znovu na operaci. Sestřičky jsou podle něj hodné, nestěžuje si. „Můžu si zazvonit, když něco potřebuju, ale snažím se, abych moc neotravoval.“ Říká pan Milan. Také uvádí rozdíl v péči na JIP a standardním oddělení. „Na jipce na mě měly sestry víc času, pořád tam někdo byl. Tady přijdou podle toho, co je potřeba a zase jsou pryč. Ale já nic zvláštního nepotřebuju.“

S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?

Pan Milan je informován lékařkou při vizitě. Ta mu odpoví na jednotlivé dotazy. Nejvíce však komunikuje o svém stavu s fyzioterapeutkou, protože zhoršená hybnost je momentálně jeho největší problém.

Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?

Na oddělení se musí pan Milan podřídit danému systému péče. Nějak zvlášť ho to neobtěžuje. Při komunikaci s personálem nemá problém. Sestry i ostatní zdravotnický personál s ním hovoří ochotně a vždy se dobře dohodnou. Větší problémy má pan Milan se spolupacienty, kteří podle něj obtěžují personál kvůli prkotinám a pořád používají signalizační zařízení k přivolání personálu. Pan Milan má rád klid a neustálý ruch na pokoji mu nevyhovuje.

4. respondent

Tentokrát jsem si povídala s paní Jarmilou. Vzala jsem jí na vozíku do parčíku před oddělení, protože bylo příjemné počasí a mohly jsme si nerušeně popovídat. Paní Jarmila nyní leží na sociálním lůžku při oddělení následné péče a čeká na volné místo v domově pro seniory. Je závislá na cizí pomoci při běžných denních činnostech a to jí

velmi omezuje. Chybí jí nezávislost, ale sestřičky jsou prý hodné a už si zvykla na jiný způsob života, i když to zpočátku nebylo jednoduché.

Jak dlouho jste hospitalizovaná v nemocnici?

Paní Jarmila už přesně neví, jak dlouho je v nemocnici. „Dny tady ubíhají jeden za druhým pořád stejně. Někdy ani nevím, co je zrovna za den. Jen víkendy jsou trochu jiné, je větší klid.“ Nakonec si paní Jarmila vzpomněla, že to bude asi tak půl roku, co je pryč z domova. Šla totiž do nemocnice na podzim, bylo ještě hezké počasí a neměla hotovou všechnu práci na zahrádce. Po té se jí nejvíc stýská. Má tam pár ovocných stromů. Nejlepší je třešeň a jedna jabloň. Ta má moc dobrá jablka. Paní Jarmila doufá, že jí děti na její zahrádku teď na jaře vezmou.

Víte, jaký personál se o Vás stará?

Podle slov paní Jarmily o ní pečují hodné sestřičky. Nerozlišuje je podle toho, co mají na sobě, nebo jaké činnosti vykonávají. Paní Jarmila říká: „Je tady také chlapec, ale s tím se koupat nechodím. Mám raději děvčata.“ Paní Jarmila je spokojená a všem zdravotnickým pracovnícím říká sestřičky.

Jste spokojena se způsobem poskytované péče?

O paní Jarmilu se podle jejích slov starají hezky, nemůže si stěžovat. „To víte, doma to bylo lepší, ale tam už nemůžu být sama a naši jsou celý den v práci. Tak snad mě tam vezmou alespoň se podívat. Můj syn je moc hodný, ale má toho hodně. Je pořád v práci.“ Paní Jarmila je celkem spokojená s danou situací. Věří, že bude jezdit domů alespoň občas s rodinou svého syna. V nemocnici se o ní starají hezky, nemá s nikým potíže.

S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?

Svůj zdravotní stav paní Jarmila řeší pouze v případě, že se jí udělá nevolno. Nemá žádné akutní onemocnění, ale když potřebuje, tak jí sestřička zavolá paní doktorku.

Většinu času tráví paní Jarmila s ošetrovatelským personálem, své potíže tedy konzultuje nejprve s nimi.

Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?

Paní Jarmila je spokojená, nepotřebuje s někým o péči mluvit. „Oni mi udělají, co potřebuju, tak jsem za to ráda. Na všechno je čas, nikam nespěchám, tak je jedno, kdy přijdou třeba na koupání. Je to tu takové celkem pravidelné a to mi vyhovuje. Dnes máme před obědem zpívání, to se mi líbí, na to se těším.“ Tak jsme se s paní Jarmilou rozloučily a já jsem jí odvezla do společenské místnosti, aby nezmeškala své oblíbené zpívání s panem kaplanem.

5. respondent

S paní Růženu jsem si domluvila rozhovor po obědě. Zůstaly jsme na pokoji pro pacienty, protože paní Růžena prodělala operaci kolenního kloubu a sezení na židli jí zatím dělá potíže. Na pokoji byla ještě jedna pacientka, ale ta po obědě usnula, tak jsme si s paní Růženu povídaly nerušeně.

Jak dlouho jste hospitalizovaná v nemocnici?

Paní Růžena je v nemocnici třetí týden. Asi deset dní ležela na ortopedii, kde ji operovali. Poté byla přeložena na oddělení následné péče k rehabilitaci. Paní Růžena je na oddělení celkem spokojená. Tento rok jí bude osmdesát čtyři let a už není, dle jejích slov, v takové kondici jako dříve. „To víš, holčičko, doma je doma, ale tam bych to teď sama nezvládla.“ Paní Růžena se těší, že až bude moci chodit, tak se vrátí domů.

Víte, jaký personál se o Vás stará?

„Jsou to všechno milá děvčátka.“ říká paní Růžena. Všem děvčatům na oddělení, kromě paní doktorky, říká sestřičko. Nepozná, kdo je sestra a kdo sanitářka nebo ošetrovatelka. Ani neví, že takové funkce na oddělení jsou. Ještě pozná fyzioterapeutku,

které říkají na pokoji cvičitelka – krotitelka. Cvičení paní Jarmilu baví, pomáhá jí a fyzioterapeutka je podle ní velmi milá a hodná.

Jste spokojena se způsobem poskytované péče?

Paní Růžena je celkem spokojená s péčí poskytovanou na oddělení. Vyhovuje jí, že je to zde pomalejší a režim je pravidelný na rozdíl od ortopedie, kde všechno probíhalo daleko rychleji a ve větším zmatku. Paní Růžena je na oddělení hlavně kvůli rozcvičení a těší se domů. Pobyt na oddělení bere jako nezbytný k znovuzískání soběstačnosti a je přizpůsobivá. Trochu jí chybí soukromí. Je zvyklá být sama. Manžel jí zemřel před pěti lety, od té doby si zvykla na klid. O to víc se snaží rehabilitovat, aby mohla jít brzy domů.

S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?

Zdravotní stav řeší paní Růžena především s fyzioterapeutkou, která vede její rehabilitační plán. Při vizitě konzultuje své pokroky s paní doktorkou. Pokud něco potřebuje mimo cvičení, obrací se na sestřičky. Po zdravotní stránce se cítí paní Růžena dobře, nemá potřebu konzultovat své potíže. Se sestřičkami si povídá o rehabilitaci, často jim ukazuje, co již dokáže. Také mi prozradila, že má od sestřiček zakázáno chodit sama bez doprovodu, aby neupadla. „Já to ale někdy zkusím alespoň kolem postele.“ Přiznává paní Růžena.

Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?

Paní Jarmila říká, že každé oddělení má určitý zaběhlý řád a režim. „Ze začátku je těžké se mu přizpůsobit, protože nevíte, co přijde. Za pár dní si ale zvyknete. Běžné denní činnosti zde běží pořád stejně. Nikdo se na nic neptá, prostě se to děje.“ Nejvíce hovoří paní Jarmila se svou fyzioterapeutkou, se kterou řeší rehabilitační plán a cvičení.

5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zmapovat situaci v oblasti spolupráce vybraných nelékařských zdravotnických pracovníků v rámci poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Zjistit možné problémy ve spolupráci a zaměřit se na způsob zvládnání problémových situací.

Tato problematika byla zkoumána v kvantitativní části výzkumného šetření na základě odpovědí vybraných zdravotnických pracovníků, kterým byl distribuován dotazník zaměřený na zkoumanou problematiku. Výzkumného šetření se zúčastnili pracovníci z nemocnic v Jihočeském kraji. Zastoupení z jednotlivých nemocnic znázorňuje *tabulka 1*. Nejvíce vyplněných a použitých dotazníků bylo z Nemocnice Písek, a.s. (20,7%) a z Nemocnice České Budějovice, a.s. (20%). Ostatní nemocnice se v účasti na výzkumném šetření podílely v rozmezí 9-15%. V identifikačních otázkách šetření bylo dále zjišťováno věkové rozmezí jednotlivých zúčastněných pracovníků (*tabulka 2*). Kategorie od 26-35 let, 36-45 let a 46-55 let byla téměř shodně zastoupena (27-28%). Podstatně nižší zastoupení měla kategorie do 25 let (13%) a nejméně zastoupena byla věková kategorie nad 56 let (5%). Dalším sledovaným faktorem byla délka praxe jednotlivých zdravotnických pracovníků (*tabulka 3*). Nejvíce odpovědí se objevilo v možnosti 3-10 let a shodně 11-20 let (29%). Naopak nejméně dotazovaných uvedlo délku praxe do 2 let (9%). Zjištěné údaje o praxi jednotlivých dotazovaných pracovníků korespondují s věkovou zastupitelností. V šetření bylo také sledováno zastoupení jednotlivých kategorií pracovníků dle platné legislativy (*tabulka 4*). Nejpočetnější skupinu tvořily všeobecné sestry (70%), v podstatně menší míře (13%) byli zastoupeni sanitáři a sanitářky, fyzioterapeuti tvořili 7% zkoumaného souboru. Nejmenší zastoupení měli ošetrovatelky a zdravotnický asistent (4%) a sociální pracovník (1%). Zastoupení jednotlivých pracovníků v rámci pracovního zařazení je přímo úměrné skladbě a zastoupení jednotlivých funkcí na odděleních. Zajímavé bylo i dosažené vzdělání dotazovaných (*tabulka 5*). Nadpoloviční většina uvedla vzdělání střední s maturitou (63%). Vyšší odborné a vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 10% pracovníků, vysokoškolské magisterské 4% dotazovaných. Ostatní pracovníci

označili vzdělání odborné s výučním listem nebo základní. Domnívám se, že podíl vysokoškolsky vzdělaných nelékařských zdravotnických pracovníků je zajímavý. Vzhledem k podmínkám získání způsobilosti k výkonu povolání dle zákona 96/2004 Sb. a jeho novely zákona 105/2011 Sb. se dá předpokládat, že podíl vysokoškolsky vzdělaných nelékařských pracovníků se bude do budoucna zvyšovat. Ve výzkumném šetření byl zjištěn i typ oddělení, na kterém dotazovaní pracují (*tabulka 6*). Zastoupení jednotlivých pracovišť není náhodné, neboť byla záměrně vybrána vzhledem k předpokladu účasti pracovníků větší funkční rozmanitosti a tím i širší okruh pracovníků v rámci týmu.

Následující část výzkumného šetření byla zaměřena na problematiku spolupráce na pracovišti a na vzájemné vztahy jednotlivých pracovníků (*tabulka 7*). Téměř všichni dotazovaní (96%) se shodli na tom, že spolupracují v rámci týmu na oddělení. Tento výsledek potvrzuje fakt, který uvádí Bártlová (2010) ve své publikaci, že samotné povolání spolupráci s dalšími lidmi přímo vyžaduje. Přestože Venglářová (2011) uvádí, že se každý pracovník může řadit buď mezi týmové, nebo sólové hráče, je spolupráce při ošetřování nemocných mezi jednotlivými pracovníky nezbytná. Otázkou zůstává, na jaké úrovni se tato spolupráce nachází. Touto problematikou se zabývá *tabulka 8*, ve které je uvedeno hodnocení jednotlivých pracovníků efektivnosti jejich pracovního týmu. *Tabulka* potvrzuje, že jako efektivní hodnotí spolupráci na oddělení 90% dotazovaných. Jak uvádí Bitzanová (2007), multidisciplinární tým je progresivní a moderní způsob péče o pacienty, který s sebou nese vysoké nároky na odborné a komunikativní dovednosti jednotlivých členů. Dle výsledků šetření lze konstatovat, že dotazovaní nelékařští pracovníci pracují v efektivních týmech, čímž plní cíl zajištění spokojenosti a pohody pacienta. Na otázku významu funkčního týmu pro jednotlivé pracovníky odpověděla většina dotazovaných, že je práce v takovém týmu víc baví (*tabulka 11*). Na druhém místě četnosti odpovědí byl uveden motivační charakter při práci v týmu, který je efektivní a funkční. V problematice vlivu efektivního týmu v souvislosti s pracovním zařazením jednotlivých pracovníků bylo zjištěno, že všechny pracovníky práce v takovém prostředí více baví (*kontingenční tabulka 2*). Významný rozdíl je zaznamenán u pracovníků s praxí 21-30 let, kteří častěji než ostatní odpovídali,

že jsou ve funkčním a bezproblémovém kolektivu méně unaveni. Naopak zdravotničtí pracovní s praxí 3-10 let využili této možnosti významně méně často než pracovníci v ostatních kategoriích. Dobré vztahy na pracovišti a celkovou atmosféru v kolektivu řadí Bártlová (2010) mezi předpoklady spokojenosti v práci. Vždy záleží na spolupráci a komunikaci zdravotnických pracovníků, kteří se během výkonu povolání dostávají do složitých situací, které musí řešit. Pokud na pracovišti cítí jednotliví pracovníci pohodu, jejich výkon stoupá a zvyšuje se kvalita poskytované péče. Celková atmosféra na pracovišti se odráží i ve spokojenosti pacientů, o které se tým stará. Můžeme zde uplatnit pravidlo, že spokojený zaměstnanec se rovná spokojený pacient. Tyto faktory jsou předpokladem pro dosahování cílů organizace jako celku, ve kterém jednotlivé pracovní týmy fungují.

Na funkčnosti týmu se bezesporu podílí i vztahy na pracovišti, které hodnotí jednotliví pracovníci již více nejednotně (*tabulka 9*). Nejvíce pracovníků hodnotí vztahy jako velmi dobré (43%), jen o něco méně uvádí dobré vztahy (34%). Vzhledem k tomu, že dobré vztahy na pracovišti jsou předpokladem spokojenosti v práci a odvádění profesionálního výkonu, jak uvádí Bártlová (2010), lze obecně usuzovat, že atmosféra na pracovištích a kvalita výkonu jednotlivých pracovníků jsou na dobré úrovni. V týmech se uplatňují i vztahy nadřazenosti a podřazenosti. O tom, že na zkoumaných pracovištích jsou nastaveny vztahy vzájemné spolupráce, nás informuje *tabulka 10*, která vyhodnocuje zařazení pracovníků do týmu. Většina dotázaných (92%) se cítí být rovnocenným členem týmu. Vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými pracovníky v rámci jejich pracovního zařazení hodnotí *tabulka 15-21*. Dotazovaní hodnotí spolupráci s vybranými nelékařskými zdravotnickými pracovníky nejčastěji výborně nebo velmi dobře, což odpovídá efektivní spolupráci a dobrým vztahům na pracovišti.

Pokud hodnotíme spolupráci mezi pracovníky, je nezbytné nastínit i téma komunikace. Rosenberg (2008) popisuje smysl efektivní a nenásilné komunikace v prohlubování pracovních vztahů. Pokud chce tým uspět, je komunikace prostředkem k dosažení společného cíle. I Havlík (2004) řadí komunikační dovednosti jako je umění povzbudit, přiměřená emoční reakce, schopnost reagovat či udržení přiměřeného tempa rozhovoru mezi dovednosti nezbytné pro výkon ošetrovatelské praxe. Ve výzkumném

šetření bylo zjištěno, že dotazovaní pracovníci si jsou vědomi závislosti kvality péče o pacienta na úrovni komunikace (*tabulka 12*). V oblasti interpersonální komunikace (*tabulka 13*) však vidí její úroveň nejčastěji jako dostačující, což svědčí o určitých mezerách v dané problematice. Rovněž hodnocení vlastních komunikačních dovedností je nejčastěji uvedeno jako dobré (*tabulka 14*). Z výsledků lze usoudit, že si pracovníci uvědomují jisté nedostatky v oblasti komunikačních dovedností. Přestože je komunikace základem úspěšné spolupráce v týmu, její úroveň je zapotřebí neustále zvyšovat a prohlubovat znalosti a dovednosti v této oblasti. Nedostatečná či neefektivní komunikace může vést ke vzniku různých nedorozumění či konfliktů. Tyto situace následně narušují plynulost poskytování zdravotní péče a narušují atmosféru na pracovišti. Předmětem šetření bylo také zjistit vztah mezi komunikačními dovednostmi zdravotnických pracovníků ve vztahu k délce praxe v oboru (*kontingenční tabulka 1*). Z výsledků vyplývá, že hodnocení komunikačních dovedností není významně ovlivněno délkou praxe jednotlivých pracovníků. Většina pracovníků v kategoriích dle délky praxe hodnotila své komunikační dovednosti na prvním místě jako dobré a následně jako velmi dobré. Pouze pracovníci s délkou praxe 3-10 let hodnotí svou komunikační úroveň převážně jako velmi dobrou a následně jako dobrou. Z výsledků šetření vyplývá, že délka praxe nemusí souviset s nárůstem komunikačních dovedností. Pracovníci s praxí v oboru 3-10 let byli pravděpodobně v oblasti komunikace vzděláváni v rámci přípravy na budoucí povolání. Mladší pracovníci mohou být také méně sebekritičtí a tudíž považují své schopnosti a dovednosti v oblasti komunikace za lepší než ostatní pracovníci. Z kontingenční tabulky vyplývá rozdíl v hodnocení komunikace pracovníků s praxí 21-30 let, kteří méně často hodnotili svou komunikační úroveň jako výbornou oproti pracovníkům v ostatních kategoriích.

Na problematiku konfliktů byla zaměřena jedna z oblastí dotazníkového šetření. Z *tabulky 22* vyplývá, že na pracovištích někdy ke konfliktům dochází. Jak uvádí Škrlovi (2003), jsou konflikty přirozenou součástí každé organizace. V praxi se setkáváme se spoustou jevů, které vznik konfliktů podporují. Zde se uplatňuje zejména snížená ochota k další spolupráci, nízká motivovanost, zhoršení sociálního klimatu na pracovišti či soupeření menších skupin v pracovním týmu. Pokud dojde ke vzniku

konfliktu, je důležitý způsob jeho řešení. Od toho se odvíjí jeho pozitivní či negativní aspekt. Pokud je konflikt správně řešen, může dle DeVita (2008) interpersonální vztah posílit. Naopak, pokud účastníci ztrácí sebekontrolu, stává se komunikace neefektivní. Výzkumné šetření potvrzuje, že nejčastějším způsobem řešení konfliktů na pracovišti je diskuze (*tabulka 23*). Domnívám se, že tento způsob řešení konfliktů či jiných nedorozumění je v oblasti interpersonálních vztahů vhodným řešením. Následně záleží na formě diskuze a na jejím výsledku. Při argumentaci je zapotřebí zdržet se nepatřičných emocionálních reakcí, vystříhat se nelogické argumentace a neztrácet sebekontrolu. Dle odpovědí jednotlivých zdravotnických pracovníků bylo zjištěno, že nejlepším způsobem, jak předcházet konfliktům je efektivní komunikace (*tabulka 24*). O komunikaci jsme se již v souvislosti se spoluprací zdravotnických pracovníků zmiňovali. Jak uvádí výsledky výzkumného šetření, je komunikace a její způsob skutečně důležitým faktorem v týmové spolupráci. V týmu nelze nekomunikovat. Pro správné jednání je zapotřebí mít opravdu osvojené funkční komunikační dovednosti. Jak vyplývá z *tabulky 25*, je nedostatečná komunikace nejčastější příčinou konfliktů na pracovišti. Pokud vezmeme v úvahu náročnost práce a časový stres, které uvádějí pracovníci na dalších místech, co se týče příčiny vzniku konfliktu, je zřejmé, že nestačí pro efektivní spolupráci běžné komunikační chování. Dle sdělení nelékařských zdravotnických pracovníků, nemá vysokoškolské vzdělání vliv na úroveň řešení konfliktů (*tabulka 26*). Zajisté je pravda, že každý člověk má určitý charakter a temperament, od kterého se může odvíjet způsob jeho jednání, avšak osobně bych očekávala od vysokoškolsky vzdělaného pracovníka určitou úroveň a sebekontrolu při vystupování. Zřejmě se tak v praxi neděje, což je samozřejmě škoda. Zajisté se v problematice řešení konfliktů a úrovně komunikace odráží osobnostní předpoklady každého jedince pro týmovou spolupráci. V otázce nejdůležitější vlastnosti pracovníka v efektivním týmu jednoznačně převažuje spolehlivost (*tabulka 29*). Ta je samozřejmě nezbytná pro práci v týmu. Když se mohou jednotliví pracovníci na sebe spolehnout, vytváří se příznivé klima a podporuje to návaznost a plynulost jednotlivých činností. Pokud se zaměříme na konflikty mezi jednotlivými pracovníky v souvislosti s jejich funkčním zařazením, vyplývá z šetření, že nejčastěji dochází ke konfliktům mezi

sestrou a sanitářem či sanitářkou. Tento problém může vznikat na základě největší závislosti těchto funkcí v zajištění kontinuity a kvality péče. Zajímavé zjištění je, že většina pracovníků nepocituje ani nevnímá nadřazené chování od svých spolupracovníků (*tabulka 27*). Tento fakt je jistě přínosem pro spolupráci jednotlivých pracovníků v rámci týmu, kde se uplatňují různá funkční zařazení a různé kompetence.

V oblasti vlastní odpovědnosti nelékařských zdravotnických pracovníků při výkonu povolání se tři čtvrtiny pracovníků shodly, že mají pocit odpovědnosti (*tabulka 32*). Při poskytování ošetrovatelské péče je pocit vlastní odpovědnosti za vykonanou činnost bezesporu důležitý. Této problematice se věnuje *kontingenční tabulka 3*, která zkoumá souvislost mezi pracovním zařazením nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich pocitem odpovědnosti za výkon povolání. Výsledky ukazují, že všichni pracovníci cítí vlastní odpovědnost v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Rozdíl byl zaznamenán v odpovědích všeobecných sester, které významně častěji než ostatní kategorie pracovníků odpovídaly, že cítí vlastní odpovědnost za vykonané činnosti. Na tento výsledek lze usuzovat ze skutečnosti, že všeobecná sestra je v praxi zodpovědná za péči o pacienta. Kontroluje činnosti podřízených pracovníků v souvislosti s naplánovanou péčí a její realizací. Na činnosti všeobecných sester se spoléhají také lékaři. Sestra musí zvládnout koordinovat a zajišťovat poskytování zdravotní péče od základní hygieny pacienta až po vysoce specializované a odborné činnosti v rámci vlastních kompetencí.

V následujících otázkách byl zjišťován názor pracovníků na odpovědnost a spolehlivost v oblasti svěřených činností a věcí jednotlivých vybraných nelékařských pracovníků (*tabulka 33-39*). Odpovědnost všeobecných sester hodnotí dotazovaní pracovníci většinou jako výbornou nebo velmi dobrou. Hodnocení se stejným výsledkem bylo i u zdravotnického asistenta. Odpovědnost ošetrovatelek hodnotí dotazovaní převážně jako velmi dobrou, sanitáře či sanitářky vidí v oblasti odpovědnosti jako velmi dobré a dobré. Kladné hodnocení získali i fyzioterapeuti – výborná nebo velmi dobrá odpovědnost. Logoped i zdravotně sociální pracovník byli v oblasti odpovědnosti hodnoceni převážně jako velmi dobří.

V problematice spolupráce zdravotnických pracovníků má své místo také motivace pro výkon činností. Z výsledků šetření je zřejmé, že nejvíce dotazovaných pracovníků považuje motivaci za dobrou, na druhém místě v četnosti odpovědí je motivace uspokojivá a na třetím místě motivace neuspokojivá. Jako výbornou hodnotí pouze 3% z celkového množství dotazovaných. Šetření potvrdilo, že motivace pro výkon tak náročného povolání není na vysoké úrovni. Mezi nejčastější motivační činitele pro výkon zdravotnického povolání spadá dle odpovědí dotazovaných pracovníků finanční zajištění a následně pomoc druhým (*tabulka 31*). Pro výkon zdravotnického povolání je bezesporu motivace pracovníků potřebná. Pokud provádí personál dané činnosti v souvislosti s motivem pro svou práci, odráží se výsledky ve spokojenosti pacienta i pracovníka. Naopak nedostatek motivace může být důvodem k předčasnému vyhoření personálu. V šetření problematiky motivace pracovníků v jednotlivém pracovním zařazení nebyly zaznamenány významné rozdíly (*kontingenční tabulka 4*). Pouze u zdravotně sociálního pracovníka byla uvedena ve vyšším procentuelním vyjádření výborná motivace. Vzhledem k nízkému počtu respondentů v této kategorii pracovníků není výsledek zcela vypovídající.

Zajímavé výsledky přineslo i zpracování vybraných výsledků dotazníkového šetření v souvislosti s respondenty z jednotlivých nemocnic Jihočeského kraje. Například pracovníci Nemocnice Český Krumlov, a.s. významně častěji uvádí výborné vztahy na pracovišti oproti ostatním nemocnicím (*kontingenční tabulka 5*). V oblasti hodnocení vlastních komunikačních dovedností nepřineslo porovnání odpovědí respondentů z vybraných nemocnic žádné významné rozdíly (*kontingenční tabulka 6*), ovšem problematika příčiny konfliktů na pracovišti je různorodá (*kontingenční tabulka 7*). V Jindřichově Hradci významně častěji uváděli pracovníci v kategorii příčiny konfliktů časový stres, pracovníci ze Strakonice vidí problém vzniku konfliktů častěji než ostatní v náročnosti práce a nelékařský zdravotnický personál v Českých Budějovicích vidí nevhodné chování jako důvod vzniku konfliktů na pracovišti významně více než pracovníci z ostatních měst. V otázce motivace pro výkon povolání (*kontingenční tabulka 8*) uvádí pracovníci Českého Krumlova významně častěji odpověď velmi dobrá a výborná. Naopak v písecké nemocnici a v Prachaticích hodnotí

pracovníci motivaci významně častěji jako neuspokojivou. Posledním zkoumaným kritériem v souvislosti s vybranými nemocnicemi byl druh motivace k výkonu zdravotnického povolání (*kontingenční tabulka 9*). V této problematice byly zaznamenány největší rozdíly u pracovníků z Prachatic, kteří významně častěji uváděli jako druh motivace finanční zajištění, naproti tomu pracovníci českokrumlovské nemocnice vidí motivaci významně častěji než ostatní v pocitu seberealizace.

Z pohledu pacientů na problematiku spolupráce jednotlivých pracovníků na oddělení je zřejmé, že někteří rozlišují zdravotnické pracovníky podle barvy oblečení, jiní si všímají činností, které vykonávají. Pacienti nazývají shodně všeobecné sestry, ošetrovatelky a sanitářky oslovením *sestřičko*. Jména personálu neznají, nepamatují si je. Pamatují si jen personál, který je na oddělení denně. Významně vnímají fyzioterapeutky, které s nimi denně cvičí. Pro pacienty není důležité pracovní zařazení nelékařských zdravotnických pracovníků, vnímají vstřícnost a ochotu. Vzhledem k závislosti na druhé osobě jsou pacienti vděční za každou pomoc a vlídné slovo. Pozitivně vnímají zájem o jejich osobu. Zejména pro starší pacienty není jednoduchá adaptace na cizí prostředí v nemocnici. Někteří pacienti projdou v rámci zdravotní péče i několika odděleními po sobě. Každé oddělení má jiný režim, jiný personál, jiné zvyklosti a priority. Přesto je většina pacientů schopna se po krátkém čase adaptovat na dané prostředí a přizpůsobit se režimu oddělení. Je velká škoda, že jsou pacienti automaticky zařazováni do systému oddělení, aniž by s nimi někdo promluvil o jejich prioritách a cílech. Cílem pracovního týmu každého oddělení je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Otázkou zůstává, co je cílem každého jednotlivého pacienta a jestli to někdo zjišťuje. Pravdou je, že pacienti jsou většinou spokojení. Dostává se jim pomoci v jejich nesoběstačnosti a je o ně postaráno. Vztahy mezi jednotlivými pracovníky a pacienty jsou vždy výsledkem komunikační úrovně pracovníků. Profesionální komunikace je základem pro efektivní poskytování péče pacientovi a odráží se ve vnímání úrovně těchto služeb pacientem.

6 Závěr

Úroveň spolupráce nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče se odráží v celkové atmosféře na pracovišti a v kvalitě poskytované péče. Vztahy na pracovišti jsou důležitým faktorem v rámci poskytování zdravotní péče a podílí se i na realizaci cílů pracovního týmu.

Cílem práce bylo zjistit, jak hodnotí spolupráci v týmu vybraní nelékařští zdravotničtí pracovníci a následně zmapovat problémové oblasti a navrhnout možná opatření ke zlepšení efektivity týmu. Dalším cílem bylo zjistit pohled pacienta na spolupráci zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče a zmapovat názor pacientů na jejich aktivní zapojení do ošetrovatelského procesu.

Pro oblast spolupráce zdravotnických pracovníků bylo stanoveno pět hypotéz. První hypotéza předpokládá, že zdravotničtí pracovníci s delší praxí v oboru hodnotí své komunikační schopnosti pozitivněji než pracovníci s praxí do dvou let. Tato hypotéza se nepotvrdila. V hodnocení komunikačních dovedností v závislosti na délce praxe nebyly zaznamenány významné rozdíly. Druhá hypotéza tvrdí, že při řešení konfliktních situací ve výkonu zdravotnického povolání hodnotí zdravotničtí pracovníci vysokoškolské vzdělání více přínosné než vzdělání středoškolské. Druhá hypotéza se nepotvrdila. Většina dotazovaných neudává pozitivní vliv vysokoškolského vzdělání na řešení konfliktů. Třetí hypotéza udává tvrzení, že všeobecné sestry se cítí více odpovědné za poskytovanou péči než ostatní zdravotnický personál. Tato hypotéza se potvrdila. Všeobecné sestry odpovídaly na otázku vlastní odpovědnosti nejčastěji kladně. Čtvrtá hypotéza říká, že všeobecné sestry se cítí být více pozitivně motivovány než ostatní personál. Tato hypotéza se nepotvrdila. Výzkumné šetření nezaznamenalo významný rozdíl v motivaci jednotlivých nelékařských zdravotnických pracovníků. Poslední pátá hypotéza tvrdí, že zdravotničtí pracovníci s praxí nad 10 let přikládají větší význam efektivitě týmu než pracovníci s kratší praxí. Tato hypotéza se nepotvrdila. Nebyly zjištěny významné rozdíly v hodnocení významu efektivity týmu pro pracovníky.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nelékařský zdravotnický personál hodnotí vztahy na pracovišti převážně jako velmi dobré nebo dobré. Stejně hodnocení uváděli

pracovníci v hodnocení vlastních komunikačních dovedností. Šetření potvrdilo závislost kvality poskytované péče na úrovni komunikace, kterou většina zdravotnických pracovníků hodnotí pouze jako dostačující. I oblast konfliktů v souvislosti s výkonem povolání je zaměřena na problematiku komunikace, jejíž nedostatečná úroveň je příčinou konfliktů na pracovištích. Rovněž v preventivních opatřeních vedoucích ke snížení vzniku konfliktů vidí nelékařští pracovníci ve zdravotnictví komunikaci jako stěžejní. Pozitivní není ani průměrné hodnocení motivace k výkonu povolání ze strany managementu pracoviště.

Z výsledků práce lze pro praxi doporučit vzdělávání pracovníků v oblasti komunikačních dovedností, podporovat budování interpersonálních vztahů a posilování týmové práce. Je zapotřebí zdůrazňovat propojení mezi efektivní týmovou spoluprací a kvalitou péče o pacienty. Výsledky práce lze uplatnit pro realizaci seminářů či konferencí pro zdravotnický personál. Jednou z možností ovlivnění spolupráce zdravotnických pracovníků je organizace otevřených diskuzí v rámci pracoviště, které povedou ke zvýšení povědomí všech pracovníků v oblasti aktuálních otázek v dané problematice.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*, 2007, ročník 17, č. 3, str. 14-17. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S., Týmová spolupráce z pohledu lékařů. *Zdravotnictví v České republice*, 2010a, ročník 13, č. 1, str. 174-181. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, S. a kol., *Vztah sestra – lékař*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2010b, 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.
5. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 2010, č.12, str. 20-33. ISSN 1212-4117.
6. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*, 2009, ročník 11, č., str. 252-256. ISSN 1212-4117.
7. BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M., Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt*, 2010, č.12, str. 7-19. ISSN 1212-4117.
8. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol., *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vydání. Praha : Management Press, 2007, 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
9. BĚLOHLÁVEK, F., *15 typů lidí: jak s nimi jednat, jak je vést a motivovat*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 121 s. ISBN 978-80-247-3001-1.

10. BITZANOVÁ, E., Zdravotník jako člen multidisciplinárního týmu. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, ročník 3, č. 9, str. 348. ISSN 1801-1349.
11. CAPPONI, V., NOVÁK, T., *Asertivně do života*. 1. vydání. Praha:Grada, 1994, 160 s. ISBN 80-7169-082-1.
12. CELTOVÁ, A., JANKOVIČOVÁ, M., Irsko: Za největší plus považujeme počet lidí v týmu. *Sestra*, 2008, ročník 18. č. 11, str. 27. ISSN 1210-0404.
13. DEVITO, J. A., *Základy mezilidské komunikace*. 1. vydání. Praha:Grada, 2008, 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
14. EDMULLER, A., *27 manipulativních technik: jak účinně manipulovat a ještě účinněji se bránit*. 1. vydání. Praha:Grada, 2010, 186s. ISBN 978-80-247-3300-5.
15. FIRTH-COZENS, J., Multidisciplinary teamwork: the good, bad, and everything in between or iallyse, *Quality in Health Car.*, 2001, č. 10, str.65–69.
16. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003, 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
17. HALUZÍKOVÁ, J., *Interpersonální vztahy na pracovišti. Cesta k modernímu ošetrovatelství XII*. 1. vydání. FN Motol, 2010, 165 s., str.56-57. ISBN 978-80-87347-03-4.
18. HAVLÍK, J., VURM, V., *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004, 89s. ISBN 80-7040-725-5.
19. HAYES, N., *Psychologie týmové práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, 192 s. ISBN 80-7178-983-6.

20. HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, M., Jak se registrovat po přijetí malé novely. *Sestra*, 2011, ročník 21, č. 6, str. 16-17. ISSN 1210-0404.
21. HOWARD, P. J., *Příručka pro uživatele mozku: praktické informace a návody pro každodenní život*. 4. vydání. Praha:Portál, 2005, 396 s. ISBN 80-7367-052-6.
22. JANÁČKOVÁ, L., *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 978- 80-7367-477-9.
23. KLEVETOVÁ, D., *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
24. LEONARD. M., The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004, č. 13, str. 85-90 doi:10.1136/qshc..010033.
25. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
26. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
27. MEDLÍKOVÁ, O., *Jak řešit konflikty s podřízenými*. 1. vydání. Praha:Grada, 2007, 136 s. ISBN 978-80-247-1732-6-
28. MERHAUTOVÁ, I., Co mohou přinést chystané změny ve vzdělávání NLZP?. *Sestra*, 2011, ročník 21, č. 10, str. 13-14. ISSN 1210-0404.
29. O'CONNOR, M., *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

30. PLETZER, M. A., *Emoční inteligence*. 1. vydání. Praha:Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-3057-8.
31. POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. vydání. Brno: NCO NZO, 2010a, 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
32. POKORNÁ, A., *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010b, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
33. PRAŠKO, J., *Asertivitou proti stresu*. 1. vydání. Praha:Grada, 2007, 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
34. RAFFERTY, M., Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care*, 2001, č.10. str. 32-37. doi:10.1136/qhc.0100032.
35. ROSENBERG, M. B., *Nenásilná komunikace*. 1. vydání. Praha:Portál, 2008, 224 s. ISBN 978-80-7367-447-2.
36. SCOTT, G. G., *Průvodce náročnými pracovními vztahy*. 1. vydání. Praha:Portál, 2006, 184 s. ISBN 80-7367-074-7.
37. SCHULZE, R., *Emoční inteligence*. 1. vydání. Praha:Portál, 2007, 368 s. ISBN 978-80-7367-229-4.
38. SVOBODNÍK, P., *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2009, 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.
39. ŠKRLA, P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha:Advent Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

40. ŠMÍDOVÁ, A., Malá novela zákona č.96/2004 Sb.. *Sestra*, 2011a, ročník 21, č. 6, str. 17-18. ISSN 1210-0404.
41. ŠMÍDOVÁ, A., Velká novela zákona č.96/2004 Sb.. *Sestra*, 2011b, ročník 21, č. 7-8, str. 15-16. ISSN 1210-0404.
42. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
43. TÓTHOVÁ, V. a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
44. VAŇKOVÁ, M., Supervize v ošetrovatelství aneb Vize pro budoucnost? *Sestra*, 2011, ročník 21, č. 11, str. 25-26. ISSN 1210-0404.
45. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., *Sestry v nouzi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
46. VESELÁ, J., *Sociologické aspekty managementu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 200 s. ISBN 978-80-247-2792-9.
47. Věstník MZČR, 2004. Metodická opatření, Koncepce ošetrovatelství, částka 9,
48. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
49. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ISSN 1211-1244.

50. VYMĚTAL, J., Průvodce úspěšnou komunikací. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
51. WHITMORE, J., *Koučování*. 3. vydání. Praha: Management Press, 2009, 243 s. ISBN 978-80-7261-209-3.
52. ZAHŘÁDKOVÁ, E., *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, 173 s. ISBN 80-7367-042-9.
53. *Zákon Ministerstva zdravotnictví 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.
54. *Zákon Ministerstva zdravotnictví č. 105/2011 Sb.*, kterým se mění zákon č. 96/2004Sb., 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.

8 Klíčová slova

Komunikace

Ošetřovatelství

Spolupráce

Tým

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Příloha 2: Oblasti pro rozhovor s pacienty

Příloha 1

Kvantitativní šetření – dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Vážená kolegyně (kolego),

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při šetření, které se týká spolupráce mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Výsledky šetření použiji pro svou diplomovou práci při studiu na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje jsou určeny pouze pro šetření v oblasti ošetrovatelství.

Děkuji Bc. Jana Mášková

*Odpověď označte křížkem, popř. doplňte slovy. Zaškrtněte **jednu odpověď** v každé otázce, pokud není uvedeno jinak.*

1. Označte Vaší věkovou kategorii.

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

2. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- do 2 let
- 3 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- více než 31 let

3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- sanitář(ka)
- ošetrovatel(ka)
- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- zdravotně-sociální pracovník
- logoped

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

základní
odborné s výučním listem
střední s maturitou
vyšší odborné
vysokoškolské – Bc.
vysokoškolské – Mgr.

5. Na jakém oddělení pracujete?

standardní – interní obor
standardní – chirurgický obor
JIP
ARO
následná péče
jiné.....
...

6. Spolupracují na Vašem oddělení jednotliví pracovníci v rámci poskytování ošetrovatelské péče?

ano
spíše ano
nevím
spíše ne
ne

7. Jeví se Vám tato spolupráce jako dostatečná?

ano
spíše ano
nevím
spíše ne
ne

8. Jak hodnotíte vztahy na Vašem pracovišti?

výborně
velmi dobře
dobře
uspokojivě
neuspokojivě

9. V pracovním týmu se cítíte jako:

nepostradatelný člen týmu
rovnocenný partner – jste součástí týmu
osamělý člen týmu, který lze nahradit
„mimo hřiště“ – vůbec nezapadnete

10. Jaký význam má pro Vás funkční pracovní tým?

- žádný
- motivuje mě
- práce mě baví
- nedělám chyby
- necítím se tak unavený(á) a vyčerpaný(á)

11. Domníváte se, že kvalita ošetrovatelské péče je závislá na úrovni komunikace a spolupráce členů pracovního týmu?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

12. Úroveň komunikace mezi personálem v rámci poskytování ošetrovatelské péče se Vám jeví jako:

- výborná
- profesionální
- dostačující
- jednostranná
- nedostačující

13. Vaše vlastní komunikační dovednosti hodnotíte:

- výborně
- velmi dobře
- dobře
- uspokojivě
- neuspokojivě

14. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními pracovníky ve Vašem týmu?

- bod 0 znamená, že se uvedený pracovník nenachází ve Vašem týmu
- bod 1 výborná
- bod 2 velmi dobrá
- bod 3 dobrá
- bod 4 dostatečná
- bod 5 nedostatečná

Všeobecná sestra	0	1	2	3	4	5
Zdravotnický asistent	0	1	2	3	4	5
Ošetrovatel(ka)	0	1	2	3	4	5
Sanitář(ka)	0	1	2	3	4	5
Fyzioterapeut	0	1	2	3	4	5
Logoped	0	1	2	3	4	5
Zdravotně-sociální pracovník	0	1	2	3	4	5

15. Ke konfliktním situacím dochází na Vašem pracovišti:

často
někdy
výjimečně
nikdy

16. Ke konfliktním situacím dochází na Vašem pracovišti:

často
někdy
výjimečně
nikdy

17. Pokud se vyskytne na oddělení problém, jak ho řešíte?

neřešíte – ignorujete ho
hádkou
diskuzí
požádáte o pomoc jiného pracovníka

18. Označte jeden - podle Vás nejlepší způsob předcházení konfliktů.

efektivní komunikace
jasně dané kompetence
slušné chování
dostatečné personální zajištění
nedá se předcházet
jiné.....

19. Uveďte jednu nejčastější příčinu konfliktů mezi pracovníky na Vašem pracovišti?

nedostatečná komunikace
nevhodné chování
přehazování kompetencí
náročnost práce
časový stres
jiné.....

20. Má podle Vás vysokoškolské vzdělání zdravotnických pracovníků vliv na úroveň řešení konfliktních situací?

ano
spíše ano
nevím
spíše ne
ne

21. Vnímáte nadřazené chování od svých spolupracovníků?

ano
spíše ano
nevím
spíše ne
ne

22. Na jakých úrovních podle Vás dochází nejčastěji ke konfliktům?

všeobecná sestra ↔ všeobecná sestra
všeobecná sestra ↔ sanitář(ka), ošetřovatel(ka)
všeobecná sestra ↔ jiný nelékařský zdravotnický pracovník –
jaký.....
sanitář(ka), ošetřovatel(ka) ↔ sanitář(ka), ošetřovatel(ka)
jiné.....

23. Jaký by měl být pracovník v efektivním týmu?

Označte jednu nejvýstižnější možnost.

soutěživý
precizní
otevřený
empatický
pravdomluvný
klidný
pohotový
odborně vzdělaný
se smyslem pro humor
spolehlivý

24. Jak se cítíte být motivován(a) pro výkon svého povolání?

výborně
velmi dobře
dobře
uspokojivě
neuspokojivě

25. Co Vás nejvíce motivuje k práci?

finanční zajištění
pomoc druhým
ocenění okolím
dosažení vlastních cílů
dosažení společných cílů týmu
získávání nových informací a zkušeností
pocit seberealizace

26. Máte pocit vlastní odpovědnosti při výkonu povolání?

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

27. Označte dle Vaší zkušenosti nejvíce zastoupenou míru odpovědnosti u jednotlivých pracovních zařazení na Vašem pracovišti (odpovědnost za svěřené činnosti a věci a spolehlivost):

- označte v každém řádku jednu možnost

- bod 0 znamená, že se uvedený pracovník nenachází ve Vašem týmu
- bod 1 výborná
- bod 2 velmi dobrá
- bod 3 dobrá
- bod 4 dostatečná
- bod 5 nedostatečná

Všeobecná sestra	0	1	2	3	4	5
Zdravotnický asistent	0	1	2	3	4	5
Ošetřovatel(ka)	0	1	2	3	4	5
Sanitář(ka)	0	1	2	3	4	5
Fyzioterapeut	0	1	2	3	4	5
Logoped	0	1	2	3	4	5
Zdravotně-sociální pracovník	0	1	2	3	4	5

28. Pokud máte k problematice spolupráce zdravotnických pracovníků nějaké doplňující informace či připomínky, využijte následující prostor:

.....

.....

.....

Příloha 2

Kvalitativní šetření – oblasti pro rozhovor s pacienty

OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
1. Délka hospitalizace v nemocnici	<i>Jak dlouho jste hospitalizovaný(á) v nemocnici?</i>
2. Přehled o pracovním zařazení nelékařských zdravotnických pracovníků na oddělení.	<i>Víte, jaký personál se o Vás stará?</i>
3. Úroveň poskytované péče.	<i>Jste spokojen(a) se způsobem poskytované péče?</i>
4. Poskytování informací v souvislosti se zdravotním stavem.	<i>S kým hovoříte o Vašem zdravotním stavu?</i>
5. Účast pacienta na poskytování ošetrovatelské péče.	<i>Máte možnost podílet se na péči o Vaši osobu? Zajímá někoho Váš názor?</i>