

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**POSTOJE SESTER K INTERPERSONÁLNÍM KONFLIKTŮM
NA PRACOVÍŠTI**

Diplomová práce

MUDr. Jan Tuček

2010

Bc. Andrea Švadlenková

ABSTRACT

A number of factors can disrupt cooperation between members of nursing and medical teams that can lead to conflicts. Interpersonal conflicts can manifest themselves as decreased cohesion among work teams and decreased performance of their members, which can impact the quality of nursing care. The theoretical section of the thesis contains expert knowledge in the sphere of conflicts. The objective of the research section of the thesis was to chart the sources of interpersonal conflicts at the workplace, their possible impact on the work of nurses, and nurses' stances regarding the resolution of conflicts. Quantitative research was carried out utilizing the anonymous questionnaire method to gather data. The research was carried out at the Na Homolce Hospital in four inpatient wards and one outpatient ward. Ninety-three nurses took part. We ascertained that conflicts have a negative impact on the activities of nurses, reduce their ability to concentrate on their work, decrease their attentiveness, are a source of psychosocial stress, and affect teamwork. The most frequent source of conflicts is faulty interpersonal communication. An essential finding was that nurses would like to resolve conflicts. If we resolve a conflict at its inception, this could be a source of new ideas, thinking, and issues that strengthen effective cooperation within the scope of the nursing process. The thesis has comprehensive information on the current situation in individual wards, which will have the opportunity to become acquainted with this information. It provides a summary of interrelationships, stances regarding conflicts, and the causes of conflicts from the viewpoint of nurses. The knowledge contained in the thesis should be taken into consideration and utilized when creating a new successful management of interpersonal conflicts concept.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Postoje sester k interpersonálním konfliktům na pracovišti 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských prací a systémem na odhalování plagiátů

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

Andrea Švadlenková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Janu Tučkovi za odborné vedení diplomové práce. Děkuji Mgr. Václavu Šnorkovi za odborné konzultace, cenné podněty a podporu při tvorbě diplomové práce. Rovněž bych ráda poděkovala Ing. Ivetě Mlezivové za cenné rady při statistickém zpracování výzkumných dat.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1. 1 Mezilidské konflikty	9
1. 1. 1 Definice konfliktu	9
1. 1. 2 Základní druhy konfliktů	10
1. 1. 3 Intrapersonální konflikt	10
1. 1. 4 Interpersonální konflikt	11
1. 2 Všeobecná sestra a týmová spolupráce ve zdravotnictví	12
1. 2. 1 Postavení sestry v ošetrovatelském týmu	13
1. 2. 2 Role sestry v ošetrovatelském týmu	13
1. 2. 3 Osobnost sestry	14
1. 3 Konflikty v ošetrovatelství	15
1. 4 Zdroje interpersonálních konfliktů v ošetrovatelství	16
1. 4. 1 Osobnostní dispozice	17
1. 4. 2 Motivace v ošetrovatelství	19
1. 4. 3 Interpersonální vztahy na pracovišti	22
1. 4. 4 Interpersonální komunikace na pracovišti	23
1. 4. 5 Vzdělání a kompetence sester	24
1. 4. 6 Pracovní prostředí a pracovní podmínky	25
1. 5 Důsledky konfliktů v ošetrovatelství	26
1. 6 Řešení interpersonálních konfliktů	27
1. 7 Prevence interpersonálních konfliktů	29
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotézy	31
3. METODIKA	32
3.1 Použitá metoda	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. VÝSLEDKY	35

4. 1 Zjištění v rámci výzkumu provedená na vybraných odděleních.....	35
4. 2 Zjištění v rámci výzkumu provedená na ambulancích	72
4. 3 Zjištění provedená v celkovém souboru respondentů	82
5. DISKUZE	95
6. ZÁVĚR.....	101
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	103
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	109
9. PŘÍLOHY	110

ÚVOD

Ošetrovateľská péče se v současnosti značně rozvíjí, mění se její koncepce a je kladen větší důraz na profesní vzdělávání zdravotních sester. Všeobecná sestra je speciálně vyškolená odbornice, která úzce spolupracuje s lékařem. Je součástí léčebného týmu, jehož cílem je zkvalitnění poskytované zdravotní péče. Tým si uvědomuje individuální rozdíly u jednotlivých pacientů, v jejich potřebách, osobnostních rysech i motivaci k uzdravení. Nezaměřuje se pouze na fyzické strádání, ale přispívá i k ozdravení psyché.

Sestry se ve své práci pohybují ve vzájemných interakcích s kolegyněmi, lékaři a ošetrovateľským managementem. Každý z nich odlišně vnímá nároky, vize a očekávání o pracovních povinnostech, postavení a rolích sester ve zdravotnickém týmu. To může být následně zdrojem neochoty, nervozity, napětí v jednání sester a jejich nespokojenosti v zaměstnání. Kvalitní mezilidské vztahy na pracovišti jsou důležitým aspektem pracovní spokojenosti, odráží se na profesionálním výkonu a efektivní spolupráci sester. Nezřídka se objevují na oddělení problémové situace, které mohou vyústit až v interpersonální konflikt. Tento faktor může ovlivnit nejen kooperaci pracovníků v týmu, ale následně se může promítnout do poskytované zdravotní péče směrem k nemocným.

Konflikty nelze úplně eliminovat, lze k nim však zaujmout určitý postoj, který je podložen zkušenostmi. Podstatné je pokusit se jim předcházet a co nejčasněji je řešit. I konflikt může být konstruktivní, ukazuje nám nové možnosti, nápady, slabá místa a podporuje kreativitu. Naopak dlouhodobě neřešený spor zvyšuje psychosociální zátěž sester, je jedním ze stresorů, který může přispět k psychickému, fyzickému a emocionálnímu vyčerpání. U sester se mohou objevit psychosomatické potíže, neurózy a deprese.

Tato práce se bude podrobněji věnovat právě konfliktům v interpersonálních vztazích na pracovišti. Zmapujeme v kontextu zdroje konfliktů a jejich vliv na práci sestry a celého ošetrovateľského týmu.

1. SOUČASNÝ STAV

1. 1 Mezilidské konflikty

Slovo konflikt má latinský původ – conflictus, ve volném překladu znamená srážku, srážení. Samotné slovo lze rozdělit na dvě části. Předpona „con“ vyjadřuje vzájemné střetnutí s někým druhým. Jádrem slova tvoří sloveso „fligo“ - bojovat, utkat se, srazit se, (Křivohlavý 2002, str. 17). Stejně tak i v českém jazyce máme pro konflikt mnoho slov vyjadřujících stejný i podobný výraz, např. rozpor, nesvár, konfrontace, soutěžení, rozkol, střetnutí, neshoda aj.

Pro vznik konfliktní situace je důležitá přítomnost dvou stran, které daný stav vnímají, pocítují a vyhodnotí jako konflikt, a to bez ohledu na okolí. „*Existence a neexistence konfliktu je záležitostí prožitku*“ (Čákr 2000, str. 11).

1. 1. 1 Definice konfliktu

V literatuře nalezneme řadu definic, které vysvětlují konflikt nejednotně. V jednom se však všichni shodují, jedná se o protichůdné působení dvou nebo více sil ve vztahu ke stejnému podnětu s cílem získat převahu. Hartl (2000, str. 268) vymezuje slovo konflikt „*jako rozpor, spor, současné střetávání protichůdných tendencí.*“

Čákr (2000, str. 12) formuluje konflikt „*jako proces, v němž jedna strana vynakládá vědomé úsilí ve formě blokačních činů na zmaření snahy jiné strany, s cílem znemožnit dosažení jejích záměrů nebo sledování jejích zájmů.*“ Konfliktní situace mají určité znaky. Jedním z nich je protichůdnost zájmů a cílů dvou či více stran, kdy chybí nebo jsou omezeny prostředky a zdroje (ekonomické, sociální aj.). Jejich nouze podnítl snahu získat pro sebe co nejvíce na úkor druhé strany, která se brání a vzniká střet neboli konflikt. (Čákr 2000)

Wilmot (2004, str. 68) definuje konflikt „*jako vyjádření neshody mezi nejméně dvěma vzájemně závislými stranami, které vnímají nekompatibilní cíle, nedostatek zdrojů a zasahování druhých při dosahování svých cílů.*“ I v této formulaci lze nalézt společné činitele. Pro konflikt jsou potřeba nejméně dva lidé, partneři, přátelé, spolupracovníci, kteří nahlízejí rozdílně na konkrétní dění a snaží se prosadit své zájmy.

Podle Vander Zandena (1987, in Nakonečný 2009b, str. 349) je interpersonální konflikt „*forma interakce, v níž lidé (individuálně nebo ve skupinách) se vnímají jako angažovaní v boji o vzácné zdroje nebo sociální hodnoty.*“

Křivohlavý (2002) rozumí konfliktem střet mezi dvěma lidmi, kdy naplnění potřeb a tužeb jedné strany zamezí uspokojení potřeb strany druhé.

Konflikt je dynamický proces, který se podobá našemu životnímu příběhu, zrodí se, vyrůstá, dozrává a vyvrcholí. Mikuláščík (2007, str. 87) dodává, že „*člověk má pod kontrolou jen některé jeho aspekty, pokouší se jej řešit a konflikt nakonec umírá.*“

Někdy je těžké si konflikt přiznat a pojmenovat ho, jindy probíhá jako dlouhodobě skrytý. Časté neřešené spory a sváry mezi lidmi mohou vést k vzájemnému nepřátelství, nezdravé kompetici až agresí. Narušují a deformují především sociální percepci, důvěru ve vztahu a respekt k lidem.

Základním principem konfliktu je tedy rozpor, odehrávající se vně či zevně a z toho vyplývají skupiny jednotlivých konfliktů.

1. 1. 2 Základní druhy konfliktů

Konflikty se dělí dle různých kritérií. Nejznámější je rozdělení podle počtu osob, které se ho účastní, na čtyři kategorie: intrapersonální (vnitřní, intrapsychický) konflikt, interpersonální (mezilidský) konflikt, skupinový a meziskupinový konflikt, (Křivohlavý 2002).

Dále se mohou rozdělovat podle času na dlouhodobé, krátkodobé, dle závažnosti, řešitelnosti, intenzity a účelnosti. Holá (2003) uvádí též konflikty mezi generacemi.

Z psychologického hlediska je známá kategorizace na konflikty představ, názorů, postojů a zájmů. Přiřadit konflikt do přesné kategorie je velmi obtížné, častěji se setkáváme se smíšenými typy konfliktů. (Křivohlavý 2002)

1. 1. 3 Intrapersonální konflikt

Odehrává se uvnitř osobnosti, jedná se o vnitřní dialog člověka se sebou samým. Teorie konfliktu, jejímž představitelem je K. Lewin, popisuje intrapersonální konflikt

jako vzájemné působení pozitivních hodnot – apetencí a negativních hodnot – averzí, (Nakonečný 2009a). Nejmenším zlem je pro nás konflikt mezi dvěma pozitivními hodnotami a naopak, nejtěžší je řešit rozpor mezi averzemi, kdy si vybíráme mezi dvěma nepříjemnými situacemi. Střet kladné a záporné pohnutky se může projevit jako ambivalence, tj. dvojsmyslné prožívání emocí, vnitřní rozpor. Typické pro ambivalentní konflikt je odsouvání náročných rozhodnutí a úkolů na později. (Nakonečný 2003; Smékal 2004)

Konflikt je zvláštním druhem frustrace (Nakonečný 2009a). Frustrací se rozumí stav závažného neuspokojení lidských potřeb, zmaření touhy, zklamání, kde dochází k potlačení tužeb a hromadí se negativní energie v těle (tenze). Výsledkem hledání náhradní cesty odreagování, která je spojena s řadou silných nepříjemných emocí, jako je tíseň, podrážděnost, zmatek a vztek, může být fyzické a emocionální vyčerpání projevující se změnami chování vůči okolnímu světu. Tyto stavy jsou často spojeny s narušením vnitřní rovnováhy jedince, pocity neúspěchu a selhání, což se promítá do vlastního sebehodnocení. (Nakonečný 2009a)

Vnitřní konflikt vzniká nejčastěji na základě neřešených citových problémů, a to během celého vývojového období člověka. Mezi další faktory lze řadit přílišnou sebekritičnost při posuzování vlastních chyb, např. nadměrné nároky na sebe, přehnaná očekávání a vnější překážky. Spouštěčem též může být rozdílnost ve vnímání vnitřních motivů a pojetí osobní role. (Nakonečný 2003)

Vnitřní konflikty, tenze, ambivalence ovlivňují interpersonální konflikty, „ruku v ruce“ se vzájemně prolínají a navazují na sebe. Vyrovnání lidé s vysokou mírou sebehodnocení odvážněji směřují k řešení svých vnitřních konfliktů, což následně snižuje jejich konfliktnost vůči okolí. Tito jedinci bývají také odolnější při zvládání problémových incidentů. (Křivohlavý 2001; Mikuláščík 2007)

1. 1. 4 Interpersonální konflikt

Interpersonálním konfliktem rozumíme rozpor mezi dvěma jedinci. Filley (1975, in Nakonečný 2009b, str. 350) popisuje určité společné znaky pro interpersonální konflikt. Prvním je interakce nejméně dvou osob. Každá z nich se snaží prosadit své

zájmy tím, že má tendenci řídit a přemoci konkurenta. Typickým znakem je protiklad vzájemných reakcí. Vzniká tzv. „*bludný kruh trestání*“, z něhož je obtížné najít cestu ven. V konfliktu jedinec uplatňuje dva způsoby chování: obranu a útok. Nakonečný (2009b, str. 351) ji nazývá „*útočnou a obrannou agresí*“, s nenávistí, s cílem poškodit druhého, zasadit zraňující úder. Dopadem bývá narušení vzájemného vztahu, pocity nepřátelství.

Křivohlavý (2002) hovoří o čtyřech kategoriích interpersonálních konfliktů z hlediska dominance převažující charakteristiky:

- Konflikty představ
- Konflikty názorů
- Konflikty postojů
- Konflikty zájmů

Každý člověk vnímá a zpracovává rozdílně smyslové podněty ze svého okolí. Rozdílnost v percepci počitků, vjemů a obrazů může vést ke konfliktu. Pokud vnímané spojíme s rozdílným hodnotícím úsudkem, může vzniknout konflikt názorů. Názory s emočním podtextem a jejich rozkol nám může vyústit v konflikt postojů. U zájmů jde především o rozpor vztahující se k motivační energii a jejího vlivu na konečný výsledek kdo vyhraje a kdo bude poražen. (Křivohlavý 2002)

1. 2 Všeobecná sestra a týmová spolupráce ve zdravotnictví

Obecně lze tým definovat jako seskupení lidí, kteří mají jednotný cíl a jsou mu oddáni, doplňují se svými schopnostmi a rozhodující je stejná míra odpovědnosti za pracovní výsledek (Škrála, Škrlová 2003). Zaměřují se především na plnění určitých úkolů (Hayes 2003). Vizitkou skutečného týmu je jeho výkonnost. Vzájemně kooperující tým se podílí na vytvoření celkové atmosféry na pracovišti, členové lépe chápou společný záměr, účelně komunikují a nevyhýbají se řešení problémů (Hayes 2005). Pro efektivní fungování profesionálního týmu je nezbytná disciplína, vnitřní pravidla, řízení, motivace a dostatečná kvalifikace vztahující se k určité odborné činnosti (Škrála, Škrlová 2003).

1. 2. 1 Postavení sestry v ošetrovatelském týmu

Na počátku 21. století je moderní ošetrovatelská péče chápána jako samostatný vědní obor a všeobecná sestra (dále sestra) jako autonomně pracující odbornice. V současnosti hovoříme o vzájemné kooperaci ošetrovatelského a léčebného týmu.

Sestra se stává rovnocennou součástí zdravotnického týmu, pracovním partnerem lékaře (Bártlová 2006). I přesto cesta k funkční samostatnosti v sesterském povolání naráží na řadu překážek. Jednou z nich jsou samotní lékaři, kteří neuznávají ošetrovatelství jako obor jim rovný a nerespektují zvyšující se odbornost a kvalifikaci kolegyň (Bártlová 2005a, 2007b). Z posilování pozic sesterské profese mohou vyplývat nepříjemné střety právě s lékaři. Naše snaha by však měla směřovat k vzájemné spolupráci posilující kvalitu poskytované péče.

1. 2. 2 Role sestry v ošetrovatelském týmu

Role sestry se historicky vyvíjela. Zpočátku byla zaměřena na základní tělesnou péči o nemocné. Dnešní koncept ošetrovatelství vychází z holistického pojetí člověka (Beňadíková, Rapčíková 2009). Znalosti o biologické, psychologické, sociální a spirituální rovině sestře pomohou pochopit jedinečnost a osobitost každého pacienta. Ošetrovatelství poskytuje péči a podporu ve všech osobnostních rovinách.

Do pojetí tradiční role sestry Bártlová (2005b, 2006) zahrnuje sestru jako pečovatelku, psychoterapeutku, která pomáhá pacientovi i jeho rodině vyrovnat se s nemocí, edukátorku nemocného, a to i v oblasti preventivní, organizátorku, realizátorku a administrátorku plánovaného ošetrovatelského procesu. Důležitá je technická zdatnost sestry a její podíl na rozvoji disciplíny ošetrovatelství. Erudovaná sestra má své kompetence, na jejichž základě se samostatně rozhoduje, zná a respektuje práva pacientů a svůj etický kodex (Beňadíková, Rapčíková 2009).

Svým charakterem je sesterská role vnitřně konfliktní, což může přinášet nesnáze při jejím uskutečňování. Původcem nejčastěji bývají pevně dané normy ošetrovatelských činností, které jsme nuceni uplatňovat. Uvědomujeme si však specifika určitých situací, což může způsobit vnitřní rozpory. (Janáčková 2008, Bártlová 2005b)

Zdravotní sestra by si měla rozšiřovat svoji odbornost, adaptovat se na svoji profesní roli, pěstovat své profesionální „umění“ (Beňadíková, Rapčíková 2009) a podílet se na plnění společných úkolů v týmovém duchu.

1. 2. 3 Osobnost sestry

Předpoklady pro výkon povolání zdravotní sestry plynou z náročnosti její profese. Důraz je kladen na odbornou přípravu, profesionální výkon, schopnost adaptability a zvládání psychosociální zátěže v práci i osobním životě. Do vývoje sestry profesionálky zasahuje vrozená vnitřní výbava, vnější stimuly (fyzické, psychické), sebeutváření vlastní cesty, smyslu života, životních hodnot, postojů a sebepoznání. (Lorencová, Rohlíková 2009)

Zacharová (2007) hovoří o nezbytných osobnostních předpokladech zdravotníka, kam lze řadit např. tvořivost, trpělivost, smysl pro povinnost a odpovědnost, lidskost, rozvážnost, respekt, sebeovládání a především empatii. Empatie je součástí komunikačních dovedností. Její umění tkví v naslouchání, porozumění a sdělení zpětné vazby ve vztahu k emocím a jednání druhého člověka, tzv. vnímání jeho světa (Matoušek 2003). „*Empatie začíná tam, kde opustíme vlastní myšlenky, city a představy a začneme uvažovat o tom, jak bychom se my sami cítili v situaci druhého člověka*“ Jacobs (1985, in Křivohlavý 1993, str. 64). Nejedná se o soucit, ale soucítění. Její význam oceníme jak v běžném sociálním styku, tak v rámci analýzy problémové situace mezi kolegy na pracovišti.

Dle Matouška (2003) charakteristika pracovníka v pomáhajících profesích zahrnuje fyzickou zdatnost a praktickou zručnost, dále předpoklady intelektové, schopnosti pružně reagovat na proměnlivost situace, analyzovat ji a vybrat vhodná řešení. Dále jsou to sociální dovednosti, pozitivní vztahy k lidem, komunikace, důvěryhodnost, jakožto základní kameny všech sociálních interakcí. Svoji roli zde sehrává také přitažlivost pracovníka a to nejen fyzický vzhled, ale jeho pověst a odborné vědomosti. I mezi sestrami se najdou jedinci nesplňující tyto požadavky, což může znamenat překážku a znesnadnění spolupráce v ošetrovatelském týmu. (Matoušek 2003; Bártlová 2005b)

Z výzkumu Kopřivy (1994), kde sestry subjektivně hodnotily nejdůležitější osobnostní předpoklady pro svoji práci s klienty, vyplývají jako klíčové vlastnosti náklonnost, trpělivost, empatie, které vyjadřují vztahový potenciál k jinému člověku. V sesterské profesi představuje lidský vztah, ať ke klientům či kolegům významnou roli, neboť sestra je v neustálém kontaktu s lidmi. (Kopřiva 2006)

1. 3 Konflikty v ošetrovatelství

Konflikty mezi lidmi se objevují jak v osobním, tak pracovním životě. Nelze je úplně eliminovat, jsou a budou součástí našeho bytí. Vychází z našich individuálních rozdílů, každý z nás má odlišná očekávání, pojetí a motivaci. Jinak tomu není ani u zdravotnického personálu. (Almost 2006; Kristová a kol. 2006)

Ošetrovateľské tímy majú svoju vnútornú štruktúru, spolupracujú s kolegami v postavení nadřízený, podřízený a sobě rovný, ve stejné pozici. Jednotliví členové týmu se doplňují a jsou na sobě závislí při pracovní činnosti. Jejich společným cílem je poskytování vysoké úrovně zdravotní péče pacientům. Právě ono partnerství, jak to bývá i v osobním životě, plodí řadu konfliktních situací. (Škrla, Škrlová 2003)

Z výzkumu realizovaného Kramerem a Schmalenbergem (in Grohar-Murray 2003, str. 95) vyplývají běžné konflikty vyskytující se v ošetrovatelství. Příklady konfliktů rozřídily podle jednotlivých typů následovně:

- *Profesionální/byrokratické konflikty* vznikají na základě dvou protikladů vnímaných sestrou, nároku oddělení a profesních zásad a úkolů. Důsledkem bývají pocity úzkosti a frustrace.
- *Konflikty sestra/sestra*: sestry mají jednotný záměr, nacházíme však rozdíly v pohledech a chápání smyslu samotného ošetřování. To může narušit kooperaci týmové práce.
- *Konflikty sestra/lékař* nastávají, když obě strany nerespektují významnost své profese, každý má jiný úhel pohledu a jiná očekávání. Jádrem konfliktu je nerovnoměrné nastavení moci v systému.
- *Konflikt z nedostatku osobní kompetence* nastává, pokud schopnosti sestry neodpovídají tomu, co od sebe v praxi očekávala. Požadavky dílčích oddělení na

odbornost sestry se mohou lišit, důležité je projít adaptačním procesem a obeznámit se s oblastmi své působnosti.

- *Konflikt konkurenčních rolí*: sestra vykonává svoji roli na pracovišti, ale zároveň je v roli matky, manželky nebo studentky. V dnešní době je to velmi častý jev, např. sestry se vrací ke své profesi již v době rodičovské dovolené, zejména z ekonomických důvodů. Tyto role vyžadují dostatek času, energie a pozornosti, což může ve svém důsledku zvyšovat vnitřní napětí a stres.
- *Expresivní/instrumentální konflikty* se vyskytují zejména na jednotkách intenzivní péče, kde se sestry pohybují mezi technickými požadavky péče a skutečnými potřebami nemocných. Tento typ konfliktu ovlivňuje řada etických a právních aspektů.
- *Konflikty pacient/sestra*: difference ve vnímání ošetrovatelských cílů sestrami a pacienty. Sestra respektuje rozhodnutí nemocného a jeho rodiny. Reakce nemocných vnímá v kontextu jejich aktuálního prožívání.

I přes společný cíl ošetrovatelství se objevují konfrontace mezi kolegy poměrně často. Interpersonální konflikty mohou ovlivňovat nejen vztahy na pracovišti, produktivitu práce, ale také mohou narušit pracovní morálku. Rozdílná stanoviska, pohledy, postoje a hodnocení způsobující rozpory v práci sami o sobě nemusí být problémem. Prioritou zůstává, jak přistupujeme k jejich řešení. (Almost 2005)

1. 4 Zdroje interpersonálních konfliktů v ošetrovatelství

Je mnoho činitelů, které determinují vznik, průběh a přístup k řešení interpersonálních konfliktů na pracovišti. Příčiny konfliktu lze nalézat v těchto oblastech: osobnostní dispozice, mezilidské vztahy na pracovišti, neuspokojivá komunikace, organizace práce a vedení, pracovní prostředí a podmínky, vzdělání a odbornost jak lékařů, tak sester. Některé důvody sporů mohou souviset s aktuální životní situací pracovníka, sociální, ekonomickou a rodinou krizí. (Almost 2005; Čákrť 2000) Podstatou konfrontace, jak bylo zmíněno výše, je obvykle protiklad ve vnímání cílů, hodnot, motivů, představ, postojů, ale také postavení a moci.

Rozhodující roli zde hraje vědomé vnímání konkrétní situace jako konfliktní, čeho se rozpor týká, naše emocionální rozpoložení v průběhu konfliktu a nevědomá reflexe našich vnitřních rozporů. (Čákr 2000; Křivohlavý 2002)

1. 4. 1 Osobnostní dispozice

Každý z nás je osobností a naším celoživotním úkolem v průběhu socializace je rozvíjet vložené vklady na základě získaných zkušeností. Osobnost zásadním způsobem předurčuje naše chování, myšlení a jednání v sociálních kontaktech. *„Člověk je osobností tehdy, když má svou tvář, když je autorem svých činů, když nekopíruje a nenapodobuje, ale když zodpovědně stojí za tím, co dělá, když jedná s vědomím důsledků svých činů“* (Smékal 2004, str. 28). Podle Schmidbauera (2000, str. 7) je ve všech pomáhajících profesích *„osobnost tím nejdůležitějším nástrojem profesního výkonu, kdy hranice možností jejího zatížení a její flexibility jsou zároveň hranicemi jejího konání.“*

Obecně mezi hlavní rysy osobnosti patří temperament, charakter, schopnosti, emocionalita a volní vlastnosti (sebeusměrňování), (Nakonečný 2005).

Temperament vyjadřuje komplex vlastností vztahujících se k citovému rozpoložení, náladě a vzrušivosti jedince. Říčan (2010, str. 65) hovoří v souvislosti s temperamentem o *„barvitosti a živosti prožitků“* projevujících se navenek. Smékal (2005, str. 35) obrazně chápe pojem temperament jako *„most mezi tělem a osobností“*, jehož determinujícími faktory jsou dědičnost a přirozené zvláštnosti člověka.

V odborné literatuře nalezneme řadu teorií temperamentu, ale klasické pojetí tzv. humorální vytvořené antickými lékaři Hippokratem a následně zpracovaný Galénem z Pergamu je platné dodnes. Rozlišujeme sangvinika, cholerika, melancholika a flegmatika, jimž jsou připsány určité vlastnosti vyjadřující rozdíly mezi lidmi. V souvislosti s pracovním jednáním vidí Smékal (2005) sangvinika jako pohotového kooperativního optimistu, cholerika jako výbušného diktátora, melancholika jako opatrného, nedůvěřivého člověka se sklonem ke stereotypům a flegmatika jako vyrovnaného, v extrému až apatického jedince nezasahujícího do práce druhých. I přesto, že řada vědců kritizuje tuto typologii pro její kategorický přístup, nelze však

předpokládat vyhraněný typ temperamentu. Jednotlivé druhy se v osobnosti člověka kombinují v závislosti na specifické situaci. (Smékal 2005, 2009)

H. J. Eysenck vytvořil temperamentový osobnostní model, který je empiricky podložen a prakticky využitelný. Popsal tři základní faktory osobnosti, mezi něž patří extroverze a její protipól introverze a dimenze neuroticismu neboli duševní stabilita – labilita (Říčan 2010, str. 68). Charakterističtí extroverti jsou lidé družní, společenší, vyhledávají živou zábavu a vzrušení. Vážně u nich citová sebekontrola, mohou mít sklony k agresivnímu jednání a bývají méně spolehliví. Introverti jsou spíše klidnějšího naturelu, introspektivní, hlídají si hranice ve vztazích a regulují prožívání svých citů navenek. V životě uznávají určitý řád. Psychicky labilní člověk s vysokým skórem neuroticismu bývá přecitlivělý, zvýšeně dráždivý, úzkostný, emočně nestálý s pocity méněcennosti. Časté doprovodné projevy na tělesné úrovni jsou bolesti hlavy, závratě, poruchy spánku aj. (Nakonečný 2009a; Říčan 2010)

Další významnou součástí struktury osobnosti ovlivňující její chování a jednání je charakter. G. Allport (in Smékal 2005, str. 34, Nakonečný 2009a str. 455) hovoří o charakteru, jako o „*zhodnocené osobnosti*.“ Smékal (2005, str. 35) dodává „*o charakteru víme, že je mostem mezi osobností a druhými lidmi a že je ovlivňován výchovou a podněty ze světa lidí*.“ Podstatou charakteru je naše svědomí, kde hodnotíme své činy.

Schopnosti lze chápat jako potenciál zvládat naučit se určité činnosti a prakticky je provádět. Rozlišujeme intelektové schopnosti, praktické dovednosti, zručnost a obratnost. Nejvýznamnější schopností, která slouží k rozpoznání a řešení problémů je obecná inteligence. Říčan (2010, str. 80) o ní hovoří jako o „*chápavosti nebo důvtipnosti*“, schopnosti vyznat se v nové životní situaci a adaptovat se na ni. Jednou ze složek inteligence je tzv. emoční inteligence, jejíž koncept vytvořili v roce 1990 P. Salovey a J. D. Mayer (Nakonečný 2000, str. 191). Jde o schopnost vnímat pocity své i druhých, adekvátně na ně reagovat a verbálně se podělit o vlastní pocity s druhými lidmi. D. Goleman, autor populárního svazku o emocionální inteligenci tento pojem chápe jako „*úspěšné zvládání mezilidských vztahů, které předpokládá také úspěšné sebeovládání*“, (1995, in Nakonečný 2009a, str. 213, 2000, str. 191). Řada psychologů

tento termín odmítá, ale má svůj význam a vyvíjí se zejména v souvislosti s psychologii práce, mezilidskými vztahy na pracovišti a řízením lidí v organizaci (Lorencová, Rohlíková 2009). Pojem sociální inteligence neboli sociální obratnost v interakcích, která se s emoční částečně překrývá, popsal již v roce 1920 E. L. Thordike, který ji charakterizuje slovy „*schopnost moudrého jednání v mezilidských vztazích*“ (1920, in Nakonečný 2009a str. 212). Jednotlivé složky inteligence spolu nekoreluji.

Emocionalita dle Nakonečného (2003, str. 299) „*reprezentuje vnitřní dispozice k emocionálním reakcím, které určují vlastnosti emocí.*“ Prolíná se s temperamentem, který vyjadřuje intenzitu emoční reakce, kdežto emocionalita v sobě zahrnuje intenzitu emoce, cítění a jeho vývojovou zralost (Nakonečný 2009a). Za emocionálně zralého člověka Nakonečný (2003, str. 299) považuje „*toho, kdo je schopen kontrolovat projev svých afektů a kdo jedná s rozvahou a odpovědností za své činy tak, že nepodléhá okamžitému vlivu emocí vůbec.*“ Tento fakt se projevuje zejména v oblasti mezilidských vztahů. Základním rysem emocionálně nezralé osoby, která neumí ovládat své emoce, je především infantilnost, egocentrismus a konfliktnost ve vztazích.

Tyto jednotlivé střípky popisující osobnost, odborné psychologické knihy jí věnují stovky stran, dohromady tvoří celek, který je třeba poznat, abychom mohli porozumět jednání sester v průběhu konfliktních situací. Důležitým faktorem k pochopení chování pracovníka, s nímž se můžeme setkat během konfliktu, jsou jeho osobnostní vlastnosti, (Høyce a Severinsson 2009).

1. 4. 2 Motivace v ošetrovatelství

Pokud se věnujeme dynamice lidského chování a jednání v konfliktních poměrech, nemůžeme opomenout její základní složku – motivaci. Motivace je vnitřní energie, hybná síla usměrňující naše chování, jednání a prožívání určitým směrem, (Hartl 2000; Nakonečný 2005). Základním zdrojem motivace jsou potřeby, návyky, zájmy, hodnoty a ideály participující na utváření motivace lidské činnosti.

Potřeba vyjadřuje vědomé někdy nevědomé prožívání nedostatku něčeho, co je pro člověka důležité. Vnímáme stav stupňujícího se vnitřního tlaku, který je nepříjemný a ve snaze ho zmírnit svoji potřebu uspokojíme. (Nakonečný 2009a)

Nejznámější teorii potřeb sestavil A. Maslow (1954), představitel humanistické psychologie. Potřeby jsou uspořádány hierarchicky, podle důležitosti a posloupnosti vývojových stádií jedince. V základním systému potřeb rozlišujeme, (in Wagnerová 2005, str. 13):

- Biologické a fyziologické potřeby – potrava, voda, spánek a sexuální potřeby
- Potřeba jistoty a bezpečí – stabilita
- Potřeba sounáležitosti a lásky – přátelství a láska
- Potřeba uznání a úcty – vysoký status
- Potřeba seberealizace – naplnit smysluplné cíle

Pokud si tyto základní potřeby převedeme do motivace pracovního jednání, je primární potřebou plat za odvedenou práci. Mzda slouží jako nástroj pro uspokojení vyšších potřeb. Potřeba bezpečí znamená jistotu zaměstnání, sociální a důchodové zabezpečení. Status zaměstnaného má svůj smysl v uspokojení základních existenčních potřeb, je to prostředek přežití a tím výrazně vzrůstá jeho hodnota (Křivohlavý 2006). Potřeba sounáležitosti se dotýká kvalitních pracovních vztahů, založených na spolupráci a partnerství. Potřeba úcty je spojena s vysokým postavením na pracovišti, s pocitem úspěch z dobře odvedené práce a pozitivního hodnocení od nadřízeného. Seberealizací rozumíme uplatnění vlastního tvořivého potenciálu, možnosti profesního rozvoje a růstu. (Nakonečný 2003; Wágnerová 2005)

Lucká a Koblíková (in Vodáčková 2007) uvádějí základní lidské potřeby vycházející z teorie A. Pessa a D. Boyden, tzv. Pessa – Boyden typologie vývojových potřeb. Filosofie této teorie spočívá v úsilí rozvíjet původní dar člověka a pracovat na jeho reparaci a oživení. Potřeby zahrnují:

- Potřebu místa
- Potřebu podpory
- Potřebu péče
- Potřebu bezpečí
- Potřebu limitu

Podívejme se na jednotlivé potřeby z hlediska ošetrovatelského pracovníka. Potřeba místa vyjadřuje ukotvení a atmosféru na pracovišti, kdy se sestra adaptuje

do ošetrovateľského tímu. Potreba podpory na profesionálnej a ľudskej úrovni v tíme môže byť vyjadrená slovnou, napr. stojím za tebou, alebo neverbálne úsmevom, gestom. Potreba péče znamená krmenie nejen potravou, ale také podnety z okolia. U pomáhajúcich je dôležité myslieť na odpočinok, relaxáciu a pestovať kvalitné vzťahy. Potrebu bezpečia môžu narušiť práve konflikty na pracovisku. V práci sa necítíme bezpečne, pokiaľ s nami niekto manipuluje a zneužíva nás k vlastným účelom. Pre bezpečné prostredie vo zdravotníctve je sťažné používanie ochranných pomôcok pri práci. A potreba limitu znamená stanoviť si hranice svojho osobného priestoru, času, hľadania a rešpektovanie svojich profesionálnych kompetencií. (Lucká, Koberle 2007)

Deficit v dôležitých oblastiach jednotlivých potrieb môže viesť k frustrácii a vnútornému konfliktu. Pokiaľ sa jednotlivec dostane do frustrujúceho stavu, je dle Mikuláščíka (2007) pravdepodobné, že dochádza k narušeniu samoregulačných duševných mechanizmov (napr. racionálnosť, taktnosť a emočná stabilita). Emočné reakcie sa stávajú mocnejšie, prejavujú sa napr. rozrušením, podráždenosťou a útlom, človek má sklony k prehnaným reakciám, zkrátovému jednaniu s naučenými stereotypmi. V tej chvíli sa v jeho vystupovaní objaví emocionálna nevyrovnanosť, výbušnosť, agresivita s prejavmi maladaptívneho správania. (Mikuláščík 2007)

Herzberg (1957, in Škrľa, Škrlová 2003, str. 280) popsal celú škálu motivačných činiteľov. Za silné motivátory v oblasti profesionálnej ošetrovateľskej práce považuje úspech, pochvalu, vlastnú prácu, zodpovednosť, rásť a postup v profesnej kariére. Výrazne sa podieľa na pracovnej spokojnosti sestier.

Významným motivačným faktorom pre samotné sestry je ochota pomáhať. Vyplýva to z výskumu Zacharové (2010), kde sestry subjektívne vnímali tento sociálny motív ako zásadný pri voľbe svojho povolania.

Kolízna situácia na pracovisku, zejména pokiaľ sú dlhodobé neřešené, demotivujú sestry i lekárov v ich pracovnej činnosti. Typické znaky sú ztráta iniciatívy, zájmu o kooperáciu, čímž sa môže znížiť produktivita a kvalita práce. Sestra sa stáva apatickou nejen k vlastnému tímu, ale také k pacientom. (Škrľa, Škrlová 2003)

1. 4. 3 Interpersonální vztahy na pracovišti

Z výzkumu Beňadíkové a Rapčíkové (2009) vyplývá, že dobré interpersonální vztahy pozitivně ovlivňují pracovní výkonnost sester. Na straně druhé nekvalitní interpersonální vztahy jsou jedním z významných faktorů zvyšujících zátěž a napětí v týmové práci.

I přes náročnost profese sestry kvalitní mezilidské vztahy na pracovišti mají přímou souvislost s pracovní spokojeností, atmosféra na pracovišti je poklidná a spolupráce v ošetrovatelském týmu se stává efektivnější. Vizitkou špatných vztahů bývá častá fluktuace sester na oddělení, ztráta motivace a běžnou součástí dne se stávají spory mající spíše osobní charakter. Vzájemná neupřímnost, nedbalost se záměrem ublížit kolegovi naruší důvěrnost a kooperaci pracoviště. To se následně odráží v práci s pacienty, kteří spoludotvářejí náladu na oddělení. (Škrála, Škrlová 2003)

Pracovní vztahy můžeme dělit na služební a osobní, dále přátelské vztahy na pracovišti a kolegiální, které hodnotíme podle stupně reciproční intimity mezi personálem, (Nakonečný 2005).

Na oddělení se setkáváme s kolegy ve stejném postavení, vztah sestra- sestra, kde dochází k velmi úzkému partnerství. Sestry tráví nejvíce času s nemocným, mohou spolupracovat, vzájemně se podporovat, ale také si mohou konkurovat. Hodně diskutovaným tématem bývá také šikana na pracovišti, neboli mobbing. Jedná se o záměrný, časově dlouhodobý psychický teror mezi pracovníky se stejným statutem. Ze strany nadřízeného mluvíme o tzv. bossingu. Na počátku šikany často stojí nezvládnuté nebo nekorektně řešené interpersonální konflikty. (Lorencová, Rohlíková 2009)

Na oddělení přicházíme do kontaktu také s lékaři. Sestra funguje jako filtr mezi lékařem a nemocným, je lékařovi rovnocennou partnerkou. Podstatná pro tento vztah je opět kooperace založená na vzájemném respektu. Ošetrovatelská péče komplementuje léčebnou péči a naopak. V praxi vidíme dva protipóly. Někteří lékaři berou sestru jako svoji spolupracovnici, jiní pocítují ohrožení svého postavení a tomuto tvrzení se vyhýbají. Přílišná dominance a mocenské hry ze strany lékaře i sestry jsou prvky způsobující problémy ve vztahu. (Bártlová 2006)

Svoji roli ve vztahu sestra - lékař sehrává i tzv. pohlavní identita – gender a naše očekávání pramenící ze zažitých gendrových odchylek. Pojmem gender rozumíme kulturně a společensky vytvořené diferenciaci mezi muži a ženami (Bártlová 2005a). Můžeme sledovat rozdílnost v přístupu a chování během konfrontací na pracovišti z hlediska obou pohlaví (Mikuláščík 2007; Willmot 2004).

Vrchní a staniční sestra na oddělení jsou přímí nadřízení, manažerky ošetrovatelského týmu. Jejich úkolem je koordinovat, řídit ošetrovatelskou péči a zajistit personální obsazení oddělení. Bez podpory sester by jejich práce pozbývala smyslu a obráceně. Oceňují a hodnotí personál, což může být bezedná zásobárna motivace sester, ale zároveň zdroj vzájemného konfliktu. (Groha-Murray, Dicroce 2003)

Wágnerová (2005) hovoří o hodnotícím rozhovoru a jeho psychohygienickém významu. Hodnocení uzavírá určité období a nahlíží na perspektivu do budoucnosti. Během hodnotící konverzace se může projevit i potlačovaný skrytý konflikt, postupně se uvolňuje vnitřní napětí, člověk prožívá emoce vyjádřené úzkostí, strachem, někdy též agresivitou. Podstatné je nechat proběhnout všechny tyto silné reakce a smysluplně je zpracovat. To se týká jak pracovníka, tak jeho hodnotitele – nadřízeného. (Wágnerová 2005)

1. 4. 4 Interpersonální komunikace na pracovišti

Začneme slovy teoretika komunikace P. Watzlawicka (Bedrnová, Nový 2007, str. 189) „*není možné nekomunikovat.*“ Obecně lze komunikaci definovat jako předávání informací pomocí rozmanitých signálů a nástrojů. Nebo jinými slovy, sociální proces vzájemné výměny informací. Prostředky používané v komunikační sféře se dělí na verbální mluvenou řeč, písemná sdělení a neverbální projevy, např. mimika, gesta, haptika, zrakový kontakt aj.

Ve zdravotnictví je komunikace zásadním předpokladem pro vytváření zdravé profesionální spolupráce, a to zajistí účinnost a kvalitu poskytované péče (Škrála, Škrlová 2003). Proces efektivní komunikace se dotýká všech dimenzí interpersonálních vztahů na oddělení.

Na pracovišti se můžeme setkat s řadou překážek blokujících komunikaci. V první řadě to mohou být problémy osobního rázu a obava z neúspěchu, strach z neznámého. Další překážkou mohou být nedorozumění, kdy jde o nepochopení sdělovaného. Také komunikační šumy ovlivňují příjem informací a můžeme sem řadit hluk, akustiku pracoviště, vady výslovnosti kolegy, předsudky, momentální emoční rozpoložení, zdravotní problémy, časový pressure aj., (Lorencová, Rohlíková 2009).

Holá (2003, str. 45) hovoří o konfliktech jako „o *dysfunkční komunikaci*.“ Zdrojem a následkem konfliktu může být oslabení komunikace na pracovišti. Holá (2003, str. 46) dodává „*komunikace je příčinou, projevem a řešením interpersonálního konfliktu*.“ Konfrontace ve vztazích na oddělení se promítají do prožívání personálu. Vyvolávají sled emocí od hněvu po zlost až agresivitu a zbavují nás sebekontroly. Následkem dochází k vytrácení úcty a respektu, toliko důležitého v partnerství a k nezdvořilému chování narušující spolupráci v týmu. (Holá 2003)

Jak bylo uvedeno výše, do výbavy profesionální sestry patří komunikační dovednosti. Součástí dovedností je i aktivní naslouchání vyjadřující naši angažovanost v rozhovoru (Mikuláščík 2003). Sestra porozumí, plně chápe sdělované a dokáže se vcítit do pocitů druhých lidí. V komunikaci je podstatným prvkem zpětná vazba. Představuje odezvu a zájem vůči vnímanému výroku.

Nedorozumění v interpersonální komunikaci může končit konfliktem. Používáme určité techniky, které konfliktům předcházejí a patří do zpětné vazby. Sumarizování neboli rekapitulace řečeného, jímž můžeme předcházet nedorozumění v týmové práci. Parafrázování objasnění myšlenky jinými slovy mluvčím pro posluchače. Reflexe neboli zrcadlení, kdy ujišťujeme sebe i druhého, zda jsme vše správně pochopili. (Jarošová 2000)

1. 4. 5 Vzdělání a kompetence sester

Se vstupem České republiky do Evropské unie a transformací zdravotnictví se výrazně změnila koncepce vzdělávání v ošetrovatelství. Jak už bylo několikrát zmíněno, souvisí to s vyššími nároky na sesterskou profesi, zvyšování kvalifikace a odbornosti. Vzdělání se přesouvá na akademickou půdu, popřípadě vyšší zdravotnické školy

(Mádlová 2005). Legislativa vzdělávání je upravena v Zákoně č. 94/2004 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 a Vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2004). V obou předpisech se můžeme seznámit se stávajícími možnostmi vzdělávání, kompetencemi sester a s předpoklady pro získání osvědčení k výkonu své profese (Mádlová 2005).

V sesterském povolání je kladen důraz na povinné celoživotní vzdělávání formou certifikovaných kurzů, specializačního studia, interaktivních a odborných seminářů. Vlastní iniciativou je absolvování různých sebezpoznávacích i dlouhodobých výcviků, kde je výrazné časové a finanční zatížení.

Univerzitně vzdělaná sestra poskytuje vysoce odbornou ošetrovatelskou péči, dokáže flexibilně, aktivně a samostatně řešit problémové situace, nelpí na názorových stereotypech (Grohar-Murray, Dicroce 2003). Ve své práci má větší pravomoci a ze strany kolegů získává mnohem větší respekt. Někdy však mohou být reakce rozporuplné, nepochopení ošetrovatelských úkonů a negativní přístup k novým postupům, názorům mohou ve zdravotnickém týmu způsobit řadu kolizních situací. Konflikty mohou také vznikat na podkladě pověřování činnostmi, které nespádají do kompetencí sester, nejčastěji od lékařů a ošetrovatelského managementu oddělení. (Bártlová 2007a, 2005a)

1. 4. 6 Pracovní prostředí a pracovní podmínky

Pugnerová (2006, str. 15) definuje pracovní prostředí jako „*soubor činitelů a podmínek působících na činnost člověka v určitém prostoru.*“

Mezi činitele determinující klima oddělení patří:

- Fyzikální faktory, např. hluchost, osvětlení, vlhkost a teplota vzduchu, barevné řešení a uspořádání interiéru pracoviště
- Materiální a technické vybavení oddělení, např. zdravotnická technika, nezbytné pracovní pomůcky

- Sociální podmínky, např. vztahy na pracovišti
- Organizační podmínky, např. organizace práce ošetrovatelského týmu, pravidla, směnnost, dovolená
- Subjektivní faktory, např. vědomosti, schopnosti pracovníků, (Pugnerová 2006)

Ve zdravotnictví je důležité dbát na ochranu a bezpečnost při práci, a to směrem k sobě i pacientům.

Sociální klima na oddělení má přímou souvislost se vzájemnými mezilidskými vztahy a způsobem řízení pracoviště. O interpersonálních vztazích pojednává samostatná kapitola, ale připomeňme si, že konfliktní vztahy mohou ovlivňovat nejen společenské klima oddělení, ale především produktivitu práce a výkon sester (Grohar-Murray, Dicroce 2003).

V oblasti vedení sehrává zásadní roli ošetrovatelský management oddělení. Jeho hlavní funkce spočívá v plánování, organizaci a kontrole ošetrovatelského týmu. (Grohar-Murray, Dicroce 2003) Deleguje pravomoci na vedoucí směn a poskytuje jim zpětnou vazbu o provedené práci. Ošetrovatelský management také udržuje zdravou organizační kulturu oddělení. Termínem organizační kultura rozumíme způsob práce na oddělení, mínění a hodnoty utvářející jednání sester. (Škrta, Škrlová 2003)

Jedním ze stěžejních úkolů managementu je motivace personálu. „*Motivovat lidi a vést je, je vždy ve značné míře uměním, na které není lehké najít recept*“ (Wágnerová 2005, str. 33).

1. 5 Důsledky konfliktů v ošetrovatelství

V české kotlině hovoříme o konfliktu v negativním slova smyslu, vnímáme jeho destruktivní povahu, znamená něco nepříjemného, z čeho máme strach a většinou se mu snažíme vyhnout. Není však pravidlem, že se v konfliktech ztratíme. Naopak, jak uvádí Čákr (2000, str. 66) „*konflikty často slouží jako odrazový můstek skutečně tvořivého řešení.*“ Mikuláščík (2007) vidí konflikt jako neškodný, pokud se dodržují určitá pravidla. Sestra se může z konfliktu leccos naučit, lépe poznat samu sebe, realizovat se.

Pro jednotlivce může konflikt znamenat zátěžovou situaci. Reakce je závislá na předmětu sporu a situaci. Holá (2003) dělí reakce lidí v konfliktu dle jejich

závažnosti. Běžnou a zvýšenou zátěž člověk zvládá bez újmy na zdraví. Probouzí své vnitřní síly a čerpá z nových zkušeností poznatky, které se stávají nutným předpokladem pro jeho duševní rozvoj. Hraniční zátěž se objevuje v případě disonance připravenosti jedince a nároky zevního prostředí. Zde se mobilizuje vnitřní energie na maximum, provází je tělesné změny, zvyšující se psychický tlak doprovázený řadou emocí nebo naopak strnulostí. Tento proces už ohrožuje výrazně duševní rovnováhu jedince. V extrémní zátěži selhávají psychické síly čelit příliš silnému napětí a člověk podléhá. Výsledkem je porucha fyzického i duševního zdraví. I samotný konflikt či konfliktní situace na oddělení, kde se sestra setkává s celou škálou zátěžových situací, může umocnit typ reakce a přispět k výraznému narušení psychického zdraví. (Holá 2003)

Pozitivní aspekty mezilidských konfliktů vidí Mikuláščík (2007) v upevnění recipročních vztahů, sestra vnímá a toleruje názory svých kolegů, přistupuje k nim empaticky a je ochotna konflikt řešit. Výhodou do budoucna je zachování důvěry v silnější, uspokojivější vztahu a prostor pro respekt obou stran. To, že se snažíme vynaložit určité úsilí problém řešit, značí, že nám na vztahu k partnerovi záleží (De Vito 2001). Pro některé lidi jsou dokonce konflikty výzvou, probouzí v nich tvůrčího ducha a motivují je v pracovním jednání.

Negativní hledisko konfliktu má svůj význam v případě dlouhodobě neřešeného konfliktu, který se projeví různými somatickými obtížemi, nesoustředěností a snahou utéci od problému (Dwyer 2000; Lorencová, Rohlíková 2009). Zdravotník může hledat pomoc v utěšujících prostředcích a především alkohol funguje jako opěrná berlička. De Vito (2001) uvádí jako záporný efekt konfliktu zbytečné plýtvání energií, kterou vynakládáme špatným směrem.

1. 6 Řešení interpersonálních konfliktů

Každý z nás přistupuje individuálně k řešení konfliktních situací, reakce vycházejí ze zažitých schémat opírajících se o osobní zkušenosti. Odezva na konfrontaci je rozmanitá a přesto se objevuje snaha o jejich kategorizaci, najít tu správnou strategii a techniku zvládání konfliktů. Často lidé reagují nevědomě, ale také

účelně či afektivně. Kombinují se rozličné techniky a metody, aby došlo k vyrovnání se s konfliktní situací. V prvotní fázi konfliktu nejčastěji vznikají spontánní reakce, které můžeme nazývat obrannými mechanismy. Patří sem např. únik, agrese, popření, kompenzace, rezignace, racionalizace aj., (Holá 2003 str. 19). Jsou součástí našeho běžného projevu a udržují psychickou rovnováhu jedince, který se přizpůsobuje novým podmínkám. Chrání nás před úzkostí (Křivohlavý 2001). Přijatelnost jednotlivých obranných mechanismů závisí na věku jedince, obsahu a oblasti sporu.

Křivohlavý (2002) hovoří o dvou stylech řešení konfliktů. První se dotýká vzájemného soupeření, rivalry, kdy vyhrává pouze jeden. Protipólem je spolupráce založená na důvěře a dohodě. Obě tyto verze představují extrém a většina řešení leží v jejich mezích. Výběr stylu je ovlivněn osobnostními a situačními faktory. (Křivohlavý 2002)

Čákr (2000) popisuje pět způsobů, jak lidé zvládají konfliktní situace, patří sem: kooperace, konfrontace, vyhýbání se konfliktu, útěk a kompromis. Pojem zvládání konfliktu má svůj význam. Někteří autoři se domnívají, že konflikt nelze zcela vyřešit. Spíše se soustředíme na vyřešení určité konfliktní epizody k vzájemné spokojenosti. Každý mechanismus zvládání konfliktu, pokud funguje tak jak má je v podstatě samotné řešení, kde dojde k uspokojení alespoň určitých zájmů účastníků konfrontace. (Čákr 2000)

Kooperace znamená spolupráci při hledání výhodného řešení. Efektivní forma řešení problému, kdy se vyjasní stanoviska, rozdíly a konflikt se snadněji vyřeší. Klade však na zúčastněné vyšší nároky ve smyslu řízení vzájemného dialogu na bázi oboustranného respektu. (Čákr 2000; Křivohlavý 2000)

Konfrontace neboli snaha prosadit své zájmy. Zde zcela chybí ochota spolupracovat a respekt k druhým lidem. Lze ji však také chápat konstruktivně, v kontextu motivace protistran řešit spor, rovnosti kompetencí a informací vztahujících se k danému problému může vynést na povrch důležité otázky, odpovědi, názory, (Grohar-Murray, Dicroce 2003).

Další formou je vyhýbání se konfliktu, tzv. „mrtvý brouk“. Vychází z přesvědčení, že konflikt je škodlivý a lépe je ho potlačit, neřešit. Pokud ho ignorujeme, tak vlastně neexistuje (Škrla, Škrlová 2003).

Ústup souvisí s nízkým sebehodnocením, kdy zájmy ostatních nadřadíme zájmům vlastním. Je spojený se strachem vstoupit do vzájemné konfrontace, diskutovat a nacházet platné argumentace. Pokud se tento způsob opakuje, může vést k využívání a manipulaci rezignujícího člověka. (Křivohlavý 2000)

Pracovní spory jsou spojeny s hledáním určitého kompromisu neboli dohody. Člověk sice vyjádří srozumitelně své stanovisko a názor, ale obětuje vlastní prospěch vyššímu společnému cíli. Zde sehrává nezastupitelnou roli komunikace, která je věcná bez osobních výpadů, jasně formulovaná, aby se snížilo riziko nedorozumění a podpořilo se tak nacházení konstruktivních řešení sporů. (Bedrnová, Nový 2007; Čakrt 2000)

Někdy je potřeba konflikt na pracovišti řešit prostřednictvím třetí osoby, tzv. mediátora (Nakonečný 2005). Ve zdravotnictví tuto úlohu sehrává nejčastěji ošetrovatelský management. Holá (2003, str. 52) definuje mediaci jako „*metodu řešení konfliktu komunikací, při níž neutrální kvalifikovaná osoba pomáhá účastníkům konfliktu ve vzájemném dorozumívání*“. Má své principy a pravidla, se kterými by se osoba provádějící mediaci měla seznámit.

Konflikt je potřeba rozluštit již v jeho zárodku. Chronické napětí, jehož může být neřešený rozpor zdrojem, zhoršuje psychogenní zátěž sester na jejich pracovišti. Stává se tak jedním z významných stresových faktorů, který může výrazně zhoršit situaci sester, prohloubit jejich duševní krizi a vést k syndromu vyhoření. Po splnění určitých podmínek jako je analýza problému, vytvoření strategie pro řešení, efektivní komunikace, dialog a poslední krok evaluace výsledků je nakročeno ke zdárnému konci. (Dwyer 2000; Škrla, Škrlová 2003)

1. 7 Prevence interpersonálních konfliktů

Sebepoznávání je základním předpokladem pro úspěšné vykonávání práce pomáhajících. I. Kant řekl: „*Sebepoznání je počátkem vší moudrosti*“ (in Mikuláščík

2007, str. 33). Pokud se chceme ve své práci zdokonalovat, zvyšovat svůj potenciál a angažovat se, začneme u sebepoznání. Je to nelehký celoživotní proces, člověk pochopí některé podněty až s odstupem času, mívá zažité nevědomé stereotypy chování, je nejistý a neustále se setkává s novými životními situacemi (Mikuláščík 2007). Je to však výzva ponořit se do své psychiky. Lépe se poté budeme orientovat i v konfliktních situacích, porozumíme svému jednání a chování druhých.

Jednou z forem poznávání sebe sama jsou v rámci celoživotního vzdělávání interaktivní semináře zaměřené např. na rozvoj osobnosti sestry, praktické zvládnutí komunikačních dovedností a prevence syndromu vyhoření, kde se sestra seznámí s tímto pojmem a osvojí si základy duševní hygieny.

Nezbytnou součástí ošetrovatelského vzdělávacího systému se pozvolna stává supervize. Podle Matouška (2003, str. 349) je supervize *„celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí.“* Jičínská (2006) chápe význam supervize v ošetrovatelství jako nový směr, otevření dalších obzorů, které pomohou jak sestrám, tak celému ošetrovatelskému týmu upevnit kompetence, reflektovat vlastní styl práce, rozpoznat slabší místa a získat oporu v komplikovaných situacích.

Další metody sebepoznávání jsou dlouhodobé výcviky formou zážitku na sobě. Jsou součástí vzdělávání v psychoterapii a poradenství, specifikované dle psychoterapeutického směru. Pro sestry finančně i časově nákladné.

Kopřiva (2006) v souvislosti s pomáhajícími profesemi hovoří o lidském těle jako o studnici poznání a zásobárně energie. Tělo nám přináší důležité zprávy zejména při interakcích s druhými lidmi. Měli bychom se k němu chovat s úctou, což se týká životosprávy a být s ním v kontaktu. Jednou z metod je např. autogenní trénink a jiné podoby relaxace. V sesterském povolání jsou tyto techniky součástí psychohygieny. (Kopřiva 2006; Křivohlavý 2010)

Prioritou v prevenci konfliktů na pracovišti je nejen sebepoznání, ale také pozitivní přístup ošetrovatelského managementu, sociální opora od kolegů, rodiny, nejbližších a především dodržování pravidel slušného chování ve vztazích.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zmapovat oblast zdrojů interpersonálních konfliktů na pracovišti a jejich možný dopad na poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Výzkumné cíle:

1. Zjistit vliv interpersonálních konfliktů na pracovní činnost sester
2. Zjistit nejčastější zdroje interpersonálních konfliktů, jak je vnímají sestry
3. Zjistit přístup sester k řešení interpersonálních konfliktů na pracovišti

2.2 Hypotézy

H1. Sestry vnímají negativní vliv konfliktu na jejich pracovní činnost

H2. Sestry se domnívají, že nejčastěji konflikty na pracovišti plynou z nedostatků v komunikaci

H3. Sestry mají pozitivní postoj k řešení konfliktů

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Ke sběru dat výzkumného souboru byla zvolena metoda dotazování, technika anonymního dotazníku. Dotazník byl vlastní konstrukce, obsahově vychází ze studia odborné literatury o konfliktech, z předcházejících výzkumů a vlastních praktických zkušeností.

Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné. Strukturovali jsme ho na tři části. První část tvořily sociálně demografické údaje, jako věk, pohlaví, délka praxe a vzdělání.

Druhá část dotazníku se týkala postojů sester ke konfliktům. Postoje vyjadřují hodnotící vztahy a emoční reakce, ať kladné či záporné, vztahující se k určitému podnětu. Otázky byly postaveny z hlediska trojího zaměření postojů: kognitivního, emocionálního a konativního. (Nakonečný 2005) Celkem bylo 13 otázek, k jejichž posouzení jsme použili čtyřstupňovou hodnotící škálu. Využili jsme techniku tzv. nucené volby bez středních hodnot „nevím“ (Disman 2007). Intenzitu svého postoje respondenti vyjadřovali, pomocí variant - rozhodně souhlasím – spíše souhlasím – spíše nesouhlasím – rozhodně nesouhlasím. Některé položky měly pozitivní, jiné negativní charakter.

Třetí část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na vzájemné interpersonální vztahy a příčiny konfliktu na pracovišti. Poslední otázka byla otevřená a respondenti se v ní mohli vyjádřit k názoru jak předcházet konfliktům.

Dotazník tedy obsahuje 28 otázek uzavřených, tři polootevřené a jednu otevřenou.

Zpracování výsledků probíhalo v programu Microsoft Office Excel 2007. Pro výpočty byly použity základní statistické funkce relativní a absolutní četnosti. Dále jsme využili analýzu druhého stupně třídění při zjišťování významných vztahů mezi dvěma vybranými proměnnými. Výsledky prezentujeme prostřednictvím tabulek a grafů. Shromážděná data byla vzhledem k malému počtu respondentů na vybraných odděleních zaokrouhlena na jedno a dvě desetinná místa podle velikosti souborů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření jsme provedli v Nemocnici Na Homolce. Výběr jednoho zařízení nebyl náhodný, šlo nám o nastavení shodných podmínek řízení, kontroly a struktury organizace. K realizaci výzkumu jsme si vybrali čtyři lůžková oddělení a ambulanci. Jednalo se o volbu konkrétních oddělení. Hodnotili jsme dvě jednotky intenzivní péče (1 specializovaná chirurgie a 1 specializovaná interna) a dvě standardní oddělení (1 všeobecná chirurgie a 1 všeobecná interna). Každé pracoviště má jistě svá určitá specifika, ale do jisté míry zde nalezneme i podobnosti.

V úvodu šetření jsme požádali o souhlas náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, která byla s cílem výzkumu a jeho realizací podrobně seznámena. Dále jsme navštívili vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení, které pokud s šetřením souhlasily, jsme následně instruovali, jak sběr dat provést. Nejlépe by bylo sehnat všechny zúčastněné sestry ve stejný čas na stejné místo, což nebylo organizačně možné. Výzkum tedy proběhl třetí týden v lednu 2010.

Šetření se zúčastnily sestry na kardiochirurgické jednotce pooperační a resuscitační péče, kde se starají o pacienty po operaci srdce, jež jsou bezprostředně ohroženi na životě. Další spektrum nemocných tvoří delší dobu ventilovaní pacienti. Typická je značná fluktuace nemocných. Kolektiv sester je velký, jedna sestra má na starosti jednoho pacienta a prioritou je trvalá přítomnost lékaře – anesteziologa. Na kardiologii jsme rozdali 34 dotazníků, navrátilo se 33 (97 %) z nich.

Akutní kardiologie je oddělení, kde se také pečuje o pacienty bezprostředně ohrožené na životě i chronicky nemocné se srdečním selháním. Kolektiv sester je též velký, jedna sestra pečuje maximálně o dva pacienty dle jejich intenzity. Trvale je přítomen kardiolog, fluktuace nemocných není vysoká. Na kardiologii jsme dali 26 dotazníků, vrátilo se 24 (92 %) z nich.

Chirurgické oddělení standard pooperační jednotka, kde se během dne vystřídá relativně dost pacientů, kteří čekají nebo jsou po operaci. Lékaři – chirurgové jsou sice trvale v dosahu, ale zároveň odbíhají na operační sál. Kolektiv je menší, sestry mají na starosti více nemocných. Na chirurgii bylo dodáno 11 dotazníků, které se vrátily 100%.

Interní oddělení standard pečuje převážně o chronicky nemocné, nebo čekatele na určité vyšetření. Denní obrat pacientů zde není tak značný, kolektiv je malý a sestry mají na starosti více nemocných. Trvale přítomen lékař – internista. Na interně jsme rozdali 12 dotazníků a návratnost činila 100 %.

Ambulance jsme hodnotili pouze z hlediska postojů ke konfliktům, neboť sestry patřící do výzkumného souboru byly z různých sektorů. Zde jsme poskytli 25 dotazníků, vrátilo se 16 (64 %).

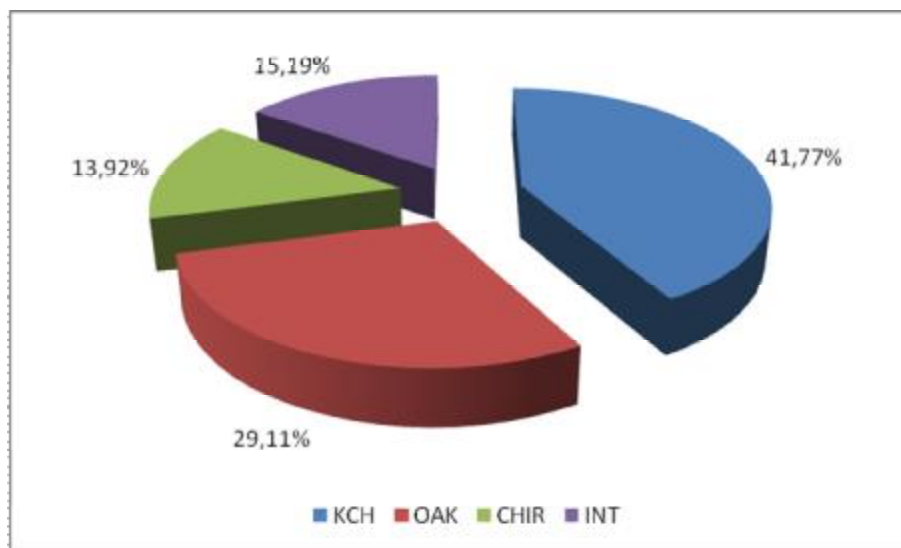
Celkem tedy bylo rozdáno 108 dotazníků, návratnost činila 89 % (96). Ke konečnému zpracování jich bylo použito 93 (86 %), neboť během analýzy dat jsme vyřadili 3 špatně vyplněné dotazníky.

Cílovou zkoumanou skupinou byly řadové všeobecné sestry z výše uvedených oddělení, pracující na plný úvazek, s délkou praxe více než jeden rok a alespoň půl ročním pobytem na stávajícím pracovišti. Vzali jsme do úvahy, že sestry prochází v prvních měsících po nástupu adaptačním procesem a seznamují se s kulturou pracoviště.

4. VÝSLEDKY

4. 1 Zjištění v rámci výzkumu provedená na vybraných odděleních

Graf č. 1: Počet respondentů výzkumného souboru na vybraných odděleních



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Výzkumu na jednotlivých vybraných odděleních se celkem zúčastnilo 79 (100 %) respondentů z čehož, 33 (41,77 %) sester bylo z kardiochirurgické jednotky pooperační a resuscitační péče (KCH), 23 (29,11 %) sester z oddělení akutní kardiologie (OAK), chirurgické standardní oddělení (CHIR) reprezentovalo 11 (13,92 %) respondentů a na interním standardním oddělení (INT) se šetření účastnilo 12 (15,19 %) sester.

Tabulka č. 1: Zastoupení pohlaví ve zkoumaném souboru respondentů vybraných oddělení (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
žena	96,97	95,65	90,91	100,00
muž	3,03	4,35	9,09	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Ve zkoumaném souboru bylo zastoupeno na oddělení kardiochirurgie (KCH) 96,97 % žen a 3,03 % mužů, na oddělení akutní kardiologie (OAK) pracovalo 95,65 % žen a 4,35 % mužů, na chirurgickém standardním oddělení (CHIR) 90,91 % žen a 9,09 % mužů a interní standardní oddělení (INT) bylo zastoupeno 100 % počtem žen. Výzkumný soubor tvořilo 76 (96,20 %) žen a 3 (3,80 %) muži.

Tabulka č. 2: Věk respondentů na vybraných odděleních (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
do 30 let	75,76	39,13	63,64	41,67
31 - 40	24,24	52,17	36,36	33,33
41 - 50	0,00	8,70	0,00	25,00
51 a více	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém oddělení (KCH) se věk sester pohyboval do 30 let u 75,76 % dotázaných, 31-40 let uvedlo 24,24 % respondentů, ve věku 41-50 let a 51 a více let nebyla žádná ze sester.

Na akutní kardiologii (OAK) byla zastoupena věková kategorie do 30 let 39,13 % respondentů, 31-40 let 52,17 % sester, ve věku 41-50 let 8,70 % dotázaných sester. Nad 51 let nebyla žádná sestra.

Na chirurgickém standardním oddělení (CHIR) bylo nejvíce sester ve věku do 30 let 63,64 %, 31-40 let uvedlo 36,36 % dotázaných a jiný věk sestry neuváděly.

Na interním standardním oddělení (INT) bylo 41,67% sester ve věku do 30 let, dále 33,33 % respondentů ve věku 31-40 let a 25,00 % uvedlo věk 41-50 let.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání sester na vybraných odděleních (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
SZŠ, specializační studium	66,67	73,91	63,64	83,33
VZŠ	12,12	4,35	27,27	8,33
VŠ Bc	15,15	17,39	9,09	8,33
VŠ Mgr.	6,06	4,35	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 33 (100 %) sester na kardiochirurgickém oddělení (KCH) nejvíce dotazovaných sester absolvovalo střední zdravotnickou školu (SZŠ) a specializační studium 66,67 %, vyšší zdravotnickou školu (VZŠ) uvedlo 12,12 % respondentů. Vysokoškolské vzdělání tvoří méně početnou skupinu, sester bakalářek (VŠ Bc.) je 15,15 % a magisterské studium (VŠ Mgr.) zaznamenalo 6,06 % dotázaných sester.

Z dotazovaných sester (23) na oddělení akutní kardiologie (OAK) největší skupinu tvoří sestry se SZŠ, specializačním studiem 73,91 %, VZŠ absolvovalo 4,35 % dotázaných respondentů. Bakalářské studium (VŠ Bc.) uvedlo 17,39 % sester a magisterské (VŠ Mgr.) 4,35 % sester.

Z celkového počtu 11 (100 %) chirurgických sester (CHIR) 63,64 % uvedlo SZŠ, specializační studium, dále 27,27 % vystudovalo VZŠ. Vysokou školu má 8,33 % dotázaných sester ve formě bakalář (VŠ Bc.), žádná ze sester neuvedla ukončené magisterské studium.

Z 12 (100 %) oslovených sester na interním standardu vystudovalo 83,33 % SZŠ, specializační studium, dále 8,33 % má VZŠ a 8,33 % má titul bakalář/ka.

Tabulka č. 4: Délka praxe sester na vybraných odděleních (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
1-5 let	42,42	21,74	63,64	16,67
6-10 let	27,27	17,39	18,18	33,33
11-20 let	30,30	52,17	18,18	41,67
21 a více	0,00	8,70	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Ze sester na kardiochirurgickém oddělení (KCH) má 42,42 % praxi 1-5 let, odpracovaných 11-20 let uvedlo 30,30 % respondentů a 27,27 % sester pracovalo 6-10 let. Ve skupině 21 a více let na kardiochirurgickém oddělení není žádná ze sester.

Z celkového počtu respondentů na oddělení akutní kardiologie (OAK) délku praxe 1-5 let udává 21,74 % sester, dále 17,39 % dotázaných respondentů uvedlo praxi v trvání 6-10 let. Největší skupinu tvoří sestry s délkou praxe 11-20 let (41,67 %) a nad 21 let má odpracováno 8,70 % sester na kardiologii.

Na chirurgickém standardním oddělení (CHIR) uvedlo délku praxe 1-5 let nejvíce, a to 63,64 % sester, dále 18,18 % respondentů má praxi 6-10 let a stejný počet 18,18 % udává délku své praxe na 11-20 let, praxi delší než 21 let nemá žádná ze sester.

Nejvíce sester na interním oddělení (INT) uvádí praxi v délce 11-20 let 41,67 %, dále 6-10 let má odpracováno 33,33 % sester a 16,67 % respondentů má praxi dlouhou 1-5 let. Nejmenší skupinu tvoří sestry s praxí 21 a více 8,33 %.

Tabulka č. 5: Při konfliktech vážne spolupráce mezi kolegy v ošetrovateľském týmu (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	57,58	56,52	45,45	16,67
spíše souhlasím	27,27	34,78	36,36	50,00
spíše nesouhlasím	15,15	8,70	0,00	25,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	18,18	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Ze sester kardiochirurgického oddělení (KCH) vnímá tento výrok rozhodně souhlasně 57,58 % sester, spíše souhlasí 27,27 % dotázaných respondentů. Spíše nesouhlasí s tímto tvrzením 15,15 % sester.

Tento výrok vnímá rozhodně souhlasně 56,52 % sester pracujících na oddělení akutní kardiologie (OAK), spíše souhlasí 34,78 % dotázaných sester a 8,70 % si nemyslí, že během konfliktu vážne kooperace ošetrovateľského týmu.

Početnější skupina 45,45 % chirurgický sester (CHIR) rozhodně souhlasí s tvrzením, spíše souhlasí 36,36 % respondentů. S negativním vlivem konfliktu na týmovou spolupráci rozhodně nesouhlasí 18,18 % sester na chirurgii.

Polovina sester z interního standardu (INT) 50,00 % spíše souhlasí s výrokem, že konflikty omezují týmovou spolupráci, rozhodně souhlasí 16,67 % sester. Na interním oddělení se vyskytuje nejvíce tvrzení proti 25,00 % respondentů spíše nesouhlasí a 8,33 % nesouhlasí rozhodně.

Tabulka č. 6: Konfliktní situace zvyšují pracovní zátěž sester (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	78,79	82,61	63,64	83,33
spíše souhlasím	21,21	17,39	27,27	16,67
spíše nesouhlasím	0,00	0,00	9,09	0,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Sestry na kardiochirurgii (KCH) souhlasí s tvrzením, rozhodně 78,79 % a spíše 21,21 % z nich. Žádná ze sester nevolila variantu, nesouhlasím.

Podobně je tomu na oddělení akutní kardiologie (OAK), kde 82,61 % sester rozhodně souhlasí, že konflikty zvyšují pracovní zátěž a 17,39 % souhlasí spíše. Nesouhlasné postoje se zde nevyskytují.

Na chirurgii (CHIR) 63,64 % sester vnímá tento výrok rozhodně souhlasně, 27,27 % souhlasí spíše. Zde se objevuje jediné nesouhlasné stanovisko, a to 9,09 % chirurgických sester s výrokem spíše nesouhlasí.

Na interním oddělení (INT) též dominují souhlasné postoje, a to 83,33 % respondentů rozhodně souhlasí s vlivem konfliktu na zátěž sester a 16,67 % souhlasí spíše.

Tabulka č. 7: Konflikty mezi kolegy nezmění příznivé klima na oddělení (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
spíše souhlasím	0,00	0,00	18,18	0,00
spíše nesouhlasím	27,27	21,74	36,36	58,33
rozhodně nesouhlasím	72,73	78,26	45,45	41,67
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém pracovišti (KCH) nevyužila možnost, souhlasím žádná ze sester. Nesouhlasně se k němu staví 27,27 % sester spíše a 72,73 % rozhodně.

Také na oddělení akutní kardiologie (OAK) žádná ze sester nepoužila odpověď, souhlasím, naopak 78,26 % rozhodně s tvrzením nesouhlasí a 21,74 % nesouhlasí spíše.

Na chirurgickém oddělení (CHIR) rozhodně nesouhlasí 45,45 % a spíše udává 36,36 % chirurgických sester. Souhlasí 18,18 % dotázaných sester

V tabulce vidíme i jasné nesouhlasné stanovisko sester na interně (INT), kdy 58,33 % spíše nesouhlasí s tímto tvrzením a 41,67 % sester si rozhodně nemyslí, že konflikty nemají dopad na atmosféru oddělení.

Tabulka č. 8: Konflikty mezi kolegy snižují jejich pracovní pozornost (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	30,30	47,83	54,55	16,67
spíše souhlasím	48,48	30,43	27,27	58,33
spíše nesouhlasím	21,21	21,74	18,18	25,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto tvrzením se ztotožnilo 48,48 % kardiochirurgických sester (KCH) a 30,30 % souhlasí jednoznačně. Zhruba 1/5 (21,21 %) sester na oddělení spíše nesouhlasí.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) rozhodně souhlasí 47,83 % dotázaných a spíše vnímá tento výrok jako souhlasný 30,43 % sester. Opět zhruba 1/5 (21,74 %) se domnívá, že konflikty nesnižují pozornost kolegů.

Na chirurgii (CHIR) více jak polovina sester rozhodně souhlasí s výrokem (54,55 %), spíše souhlasí 27,27 % a nesouhlasně se k postoji staví 18,18 % dotázaných respondentů.

Na interně (INT) sestry též v nadpoloviční většině souhlasí, nicméně jednoznačně souhlasně toto tvrzení vnímá 16,67 % a spíše souhlasně 58,33 % sester. Zde se domnívá 1/4 (25,00 %) respondentů, že konflikt nesníží pracovní pozornost spolupracovníků.

Tabulka č. 9: Konfliktní situace vyjasní stanoviska mezi kolegy (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	9,09	8,70	36,36	8,33
spíše souhlasím	51,52	52,17	54,55	25,00
spíše nesouhlasím	36,36	34,78	9,09	58,33
rozhodně nesouhlasím	3,03	4,35	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém oddělení (KCH) spíše souhlasí 51,52 % sester, rozhodně souhlasí 9,09 %. Spíše nesouhlasně se k výroku staví 36,36 % a 3,03 % nesouhlasí rozhodně.

Akutní kardiologie (OAK) je na tom obdobně jako kardiochirurgie, nejvíce sester spíše souhlasí s tvrzením, že konflikt vyjasní stanoviska mezi kolegy, a to 52,17 %, jednoznačně souhlasí 8,70 %. Konfliktní situace jako zdroj vyjasňující stanoviska nevnímá 34,78 % sester spíše a 4,35 % rozhodně.

Na chirurgii (CHIR) se nejčastěji objevují souhlasné postoje, rozhodně souhlasí 36,36 % respondentů a spíše souhlasí 54,55 % sester. Nesouhlasně se k výroku staví na tomto oddělení pouze 9,09 % dotázaných sester.

Jako jediné oddělení interna (INT) dominuje svým nesouhlasným postojem, spíše nesouhlasí 58,33 % a rozhodně 8,33 % sester. Svůj souhlas s výrokem vyjádřilo 25,00 % sester spíše a 8,33 % respondentů rozhodně.

Tabulka č. 10: Nálada panující při konfliktu v týmu mi nevyhovuje (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	36,36	30,43	27,27	8,33
spíše souhlasím	30,30	52,17	63,64	41,67
spíše nesouhlasím	30,30	13,04	9,09	41,67
rozhodně nesouhlasím	3,03	4,35	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém pracovišti (KCH) rozhodně souhlasí 36,36 % sester, spíše souhlasí 30,30 % a spíše nesouhlasí též 30,30 % sester. Rozhodně nevnímá výrok jako pravdivý 3,03 % dotázaných sester.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) vnímá tvrzení spíše souhlasně 52,17 % respondentů, dále 30,43 % souhlasí rozhodně. Spíše nesouhlasí 13,04 % a rozhodně nepocituje výrok souhlasně 4,35 % sester na kardiologii.

Nejvíce chirurgických (CHIR) sester spíše souhlasí v 63,64 %, rozhodně souhlasí 27,27 % z nich. Nesouhlasí a to spíše 9,09 % respondentů.

Sestry na interním oddělení (INT) spíše souhlasí 41,67 % a rozhodně 8,33 %. Stejně je tomu v druhé části tabulky, spíše nesouhlasí 41,67 % a rozhodně nesouhlasí 8,33 % dotázaných sester. Na interně tvoří souhlasné a nesouhlasné postoje poměr 50 %.

Tabulka č. 11: Pokud jsem účastníkem konfliktu, nejraději bych utekl/a (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	21,21	26,09	27,27	8,33
spíše souhlasím	30,30	30,43	18,18	25,00
spíše nesouhlasím	30,30	30,43	45,45	66,67
rozhodně nesouhlasím	18,18	13,04	9,09	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

V tabulce č. 11 vidíme, že 21,21 % sester by rozhodně uteklo a 30,30 % na kardiochirurgickém oddělení (KCH) by se také raději vyhnulo konfliktu. Na druhé straně 30,30 % se staví k výroku spíše nesouhlasně a 18,18 % rozhodně nesouhlasí.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) odpovědělo 26,09 % sester, že rozhodně souhlasí a 30,43 % souhlasí spíše. Rozhodný nesouhlas uvedlo 13,04 % a spíše nesouhlasí 30,43 % kardiologických sester.

Na chirurgickém oddělení (CHIR) sestry v nadpolovičním počtu nesouhlasí s výrokem „nejraději bych utekl/a“ 45,45 % spíše a 9,09 % rozhodně. Naopak souhlasí rozhodně 27,27 % chirurgických sester a 18,18 % souhlasí spíše.

Také interní sestry nevnímají výrok jako souhlasný, a to v 66,67 %. Rozhodně souhlasí 8,33 % a spíše 25,00 % interních sester.

Na prvních dvou odděleních kardiochirurgii (51,51 %) a kardiologii (56,52%) jsou celkové postoje souhlasné, sestry na chirurgii (66,67 %) a na interně (54,54 %) s výrokem, že by chtěly utíkat z konfliktů, nesouhlasí.

Tabulka č. 12: V průběhu konfliktu se cítím dobře, když si hájím své zájmy (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	15,15	4,35	27,27	16,67
spíše souhlasím	54,55	52,17	54,55	8,33
spíše nesouhlasím	30,30	39,13	9,09	66,67
rozhodně nesouhlasím	0,00	4,35	9,09	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší počet 54,55 % kardiochirurgických (KCH) sester vnímá výrok jako spíše souhlasný a 15,15 % rozhodně souhlasí, že se cítí dobře, když si hájí své zájmy. Nesouhlasně se k výroku staví 30,30 % dotázaných sester na kardiochirurgickém oddělení.

I na akutní kardiologii (OAK) největší počet 52,17 % sester spíše souhlasí, rozhodně souhlasí s tím, že se cítí dobře 4,35 % respondentů. Spíše nesouhlasně se k postoji staví 39,13 % respondentů a rozhodně nesouhlasí 4,35 % kardiologických sester.

Chirurgické (CHIR) sestry také v 54,55 % pocítují tento výrok spíše jako souhlasný, rozhodně s ním souhlasí 27,27 %. Spíše nesouhlasí 9,09 % a rozhodně stejné procento.

Jako na jediném oddělení interní (INT) sestry spíše nesouhlasí (66,67 %), že se cítí dobře, když si hájí své zájmy, jednoznačně nesouhlasí 8,33 %. Souhlasně k postoji přistupuje 16,67 % interních sester rozhodně a 8,33 % spíše souhlasí.

Tabulka č. 13: Při konfliktní situaci nepocítuji, že by bylo ovlivněno mé soustředění na práci (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	12,12	4,35	0,00	0,00
spíše souhlasím	24,24	26,09	9,09	41,67
spíše nesouhlasím	21,21	30,43	36,36	50,00
rozhodně nesouhlasím	42,42	39,13	54,55	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

V tabulce vidíme, že na kardiochirurgickém oddělení (KCH) s výrokem rozhodně nesouhlasí 42,42 % sester a 21,21 % odpovědělo, spíše nesouhlasím. Souhlasně výrok vnímá 24,24 % spíše a 12,12 % sester rozhodně.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) 39,13 % sester rozhodně nesouhlasí s tvrzením a 30,43 % nesouhlasí spíše. Souhlasím, a to spíše odpovědělo 26,09 % respondentů a rozhodně 4,35 %.

Dále z tabulky vyplývá, že chirurgické (CHIR) sestry nesouhlasí s výrokem v největším počtu, a to 54,55 % rozhodně a spíše nesouhlasí 36,36 %. Souhlasně se k výroku staví 9,09 % chirurgických sester.

Sestry na interním oddělení (INT) mají pocit, že rozhodně konflikty mají vliv na jejich soustředění, a to 8,33 % z nich a spíše 50,00 % dotázaných. S tvrzením souhlasí 41,67 % interních sester.

Pokud shrneme výsledky tabulky č. 13, vidíme na všech odděleních nadpoloviční většinu sester, které cítí, že konflikty mají vliv na jejich pracovní soustředění.

Tabulka č. 14: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	9,09	17,39	27,27	16,67
spíše souhlasím	36,36	26,09	36,36	41,67
spíše nesouhlasím	45,45	47,83	36,36	41,67
rozhodně nesouhlasím	9,09	8,70	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z tabulky č. 14 vyplývá, že kardiochirurgické (KCH) sestry spíše nesouhlasí s tímto výrokem, a to v 45,45 % a rozhodně nesouhlasí 9,09 % z nich. Souhlasně se na výrok dívá 36,36 % kardiochirurgických sester spíše a rozhodně 9,09 %.

V tabulce vidíme postoje kardiologických (OAK) sester, které v 47,83 % spíše nesouhlasí a v 8,70 % rozhodně nesouhlasí s výrokem. Spíše souhlasí s tvrzením 26,09 % kardiologických sester a 17,39 % z nich rozhodně souhlasí s investicí energie do řešení konfrontací.

Na chirurgickém standardním oddělení (CHIR) sestry spíše uvádějí, že mají chuť do řešení, a to v 36,36 % a rozhodně souhlasí s výrokem 27,27 % respondentů. Spíše nesouhlasí 36,36 % z nich.

Na interně (INT) sestry spíše souhlasí s tvrzením v 41,67 % a rozhodně v 16,67 %. Nesouhlasně výrok vnímá 41,67 % interních sester.

V celkovém souhrnu nám tabulka č. 14 ukazuje rozdíly na jednotlivých odděleních. Na KCH (54,54 % nesouhlasí) a OAK (56,53 % nesouhlasí) nemají sestry příliš chuť věnovat svoji energii do řešení pracovních konfliktů. Naopak na CHIR (63,63 % souhlasí) a INT (58,34 % souhlasí) chtějí převážně investovat čas i energii do řešení konfliktů.

Tabulka č. 15: Každý konflikt pro mne znamená poznání nových zkušeností (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	30,30	26,09	45,45	8,33
spíše souhlasím	54,55	43,48	36,36	58,33
spíše nesouhlasím	15,15	26,09	18,18	33,33
rozhodně nesouhlasím	0,00	4,35	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

V tabulce vidíme, že 54,55 % kardiochirurgických (KCH) sester spíše souhlasí s tímto výrokem a rozhodně souhlasí 30,30 % z nich. Odpověď, spíše nesouhlasím, označilo 15,15 % respondentů pracujících na kardiochirurgii.

Dále nám tabulka ukazuje, že 43,48 % sester akutní kardiologie (OAK) spíše souhlasí s výrokem a 26,09 % souhlasí rozhodně. Spíše nesouhlasně výrok vnímá 26,09 % kardiologických sester a 4,35 % nesouhlasí rozhodně.

Na chirurgické oddělení (CHIR) nejvíce sester rozhodně souhlasí s tvrzením 45,45 %, spíše souhlasí zhruba 36,36 % respondentů. Nesouhlasný postoj vyjádřilo 18,18 % chirurgických sester.

Respondenti na interní standardní oddělení (INT) odpověděli v 58,33 %, že spíše souhlasí s výrokem, dále 8,33 % souhlasí rozhodně. Spíše nesouhlasně výrok vnímá 33,33 % interních sester.

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

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	60,61	47,83	45,45	25,00
spíše souhlasím	33,33	39,13	45,45	58,33
spíše nesouhlasím	6,06	13,04	9,09	16,67
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgii (KCH) největší počet 60,61 % sester s výrokem rozhodně souhlasí, spíše souhlasí 33,33 % z nich. Nesouhlas udává pouhých 6,06 % respondentů.

Z tabulky dále vyplývá, že také největší počet 47,83 % sester na oddělení akutní kardiologie (OAK) rozhodně souhlasí s výrokem, spíše souhlasí 39,13 % sester a spíše nesouhlasí 13,04 % dotázaných respondentů na kardiologii.

S tvrzením jednoznačně souhlasí 45,45 % sester z chirurgie (CHIR) a obdobné procento 45,45 % souhlasí s výrokem spíše. Nesouhlasně odpovědělo 9,09 % respondentů ze standardního chirurgického oddělení.

Na interně (INT) sestry též souhlasí, spíše 58,33 % z nich a rozhodně 25,00 %. Spíše nesouhlasím, tuto odpověď použilo 16,67 % interních sester.

Tabulka č. 17: Vždy jsem při konfliktu připraven/a vyslechnout názor protistrany (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
rozhodně souhlasím	36,36	43,48	72,73	25,00
spíše souhlasím	63,64	56,52	27,27	75,00
spíše nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
rozhodně nesouhlasím	0,00	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto výrokem se ztotožňují všechny sestry na kardiochirurgickém oddělení (KCH), rozhodně souhlasí 36,36 % z nich, spíše souhlasí 63,64 % dotázaných sester.

Z tabulky též vyplývá, že také sestry na oddělení akutní kardiologie (OAK) 100 % souhlasí, rozhodně 43,48 % z nich a spíše 56,52 %.

Na chirurgickém oddělení (CHIR) rozhodně s výrokem souhlasí 72,73 % sester a spíše souhlasí 27,27 % dotázaných.

Také na interním oddělení (INT) spíše souhlasí s výrokem 75,00 % respondentů a 25,00 % sester uvádí odpověď, rozhodně souhlasím.

Tabulka č. 18: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti z hlediska délky praxe – hodnocení dvou proměnných na kardiochirurgickém oddělení (v %)

KCH	praxe 1-5	p 6-10	p 11-20	21 a více	celkem
souhlasím	18,18	15,15	12,12	0,00	45,45
nesouhlasím	24,24	12,12	18,18	0,00	54,54
celkem	42,42	27,27	30,30	0,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgii sestry s praxí 1-5 let (24,24 %) a 11-20 (18,18 %) nesouhlasí, naopak optimističtěji působí sestry s praxí 6-10let.

Tabulka č. 19: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti z hlediska délky praxe – hodnocení dvou proměnných na oddělení akutní kardiologie (v %)

OAK	praxe 1-5	p 6-10	p 11-20	21 a více	celkem
souhlasím	13,05	4,35	21,74	4,35	43,49
nesouhlasím	8,70	13,05	30,40	4,35	56,50
celkem	21,75	17,40	52,14	8,70	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na oddělení akutní kardiologie naopak sestry s nejkratší praxí s výrokem souhlasí (13,05 %). Největší skupinu tvoří sestry s praxí 11-20 let, které jasně nesouhlasí (30,40 %) a nestojí investovat čas do řešení konfliktů na pracovišti ani sestrám s praxí 6-10 let (13,05 %).

Tabulka č. 20: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti z hlediska délky praxe – hodnocení dvou proměnných na chirurgickém oddělení (v %)

CHIR	praxe1-5	p 6-10	p 11-20	21 a více	celkem
souhlasím	45,45	9,09	9,09	0,00	63,63
nesouhlasím	18,18	9,09	9,09	0,00	36,36
celkem	63,63	18,18	18,18	0,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na chirurgickém oddělení převládají sestry s praxí 1-5 let a vyjadřují své pozitivní stanovisko k řešení konfliktu, a to ve 45,45 %.

Tabulka č. 21: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti z hlediska délky praxe – hodnocení dvou proměnných na interním oddělení (v %)

INT	praxe1-5	p 6-10	p 11-20	21 a více	celkem
souhlasím	0,00	16,67	33,34	8,33	58,34
nesouhlasím	16,67	16,67	8,33	0,00	41,67
celkem	16,67	33,34	41,67	8,33	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Zde vidíme převládající souhlas u sester s praxí 11-20 let (33,34 %), kterých je také největší počet.

Tabulka č. 22: Vztahy na vybraných pracovištích mezi dotazovanou sestrou a kolegyněmi (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
kolegiální	63,64	69,57	54,55	75,00
průměrné	30,30	30,43	45,45	25,00
vypjaté	6,06	0,00	0,00	0,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 33 sester na kardiochirurgickém oddělení (KCH) 63,64 % hodnotí vzájemné vztahy jako kolegiální, jako průměrné je vnímá 30,30 % a 6,06 % vnímá reciproční vztah jako vypjatý.

Z celkového počtu 23 sester na oddělení akutní kardiologie (OAK) uvádí kolegiální vztahy 69,57 % oslovených sester, 30,43 % se domnívá, že vzájemné vztahy jsou průměrné a vypjatý vztah neuvádí žádná ze sester.

Na chirurgickém oddělení (CHIR) se šetření účastnilo 11 sester, z nichž, 54,55 % vnímá vztahy jako kolegiální, jako průměrné je hodnotí 45,45 %. Vypjatý vztah neuvádí žádná z chirurgických sester.

Z tabulky také jednoznačně vyplývá, že z celkového počtu 12 sester na interním standardním oddělení (INT) největší skupina 75,00 % se domnívá, že vzájemné vztahy jsou kolegiální. Průměrné vztahy vnímá 25,00 % dotázaných respondentů a vypjatý vztah neuvádí žádná sestra pracující na interně.

Tabulka č. 23: Frekvence konfliktů na vybraných odděleních mezi sestrami (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
často	12,12	4,35	0,00	0,00
občas	69,70	73,91	100,00	91,67
nikdy	18,18	21,74	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Kardiochirurgické (KCH) sestry se shodují, že se konflikty mezi nimi objevují občas v 69,70 %, častý výskyt udává 12,12 % z nich a 18,18 % si myslí, že se konflikty nevyskytují vůbec.

Také na kardiologii (OAK) největší skupinu tvoří sestry, které se domnívají, že se konflikty mezi nimi vyskytují občas, a to 73,91 % z nich, častý výskyt uvedlo 4,35 % kardiologických sester a 21,74 % se domnívá, že se nevyskytují vůbec.

Na chirurgii (CHIR) se sestry ve 100 % shodují na občasném výskytu konfliktů.

Také na interně (INT) je nejpočetnější skupina sester, domnívajících se, že se mezi nimi objevují konflikty občas 91,67 %, a nikdy uvedlo 8,33 % z nich. Frekvenci častý nepoužila jako odpověď žádná ze sester pracujících na interně.

Tabulka č. 24: Nejčastější zdroje konfliktu ve vztahu sestra – sestra (frekvence odpovědí)

	KCH	OAK	CHIR	INT
komunikační šumy, nedorozumění	25	14	8	9
nezdravé soupeření S	5	6	0	2
nedostatek informací mezi S	10	8	7	2
špatná organizace práce v ose týmu	5	4	1	2
podceňování kolegů	10	9	2	4
neochota v chování S způsobená zvýšenou pracovní zátěží	16	14	8	5
povahové vlastnosti S	21	11	4	5
jiné	0	0	0	0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

V otázce bylo možno označit až tři odpovědi, z tohoto důvodu překračuje součet absolutních četností celkový počet sester na vybraných odděleních ($n = 79$).

Na kardiologickém oddělení (KCH) sestry nejčastěji uváděly jako odpověď komunikační šumy a nedorozumění celkem 25krát, povahové vlastnosti sester zaškrtnuly 21krát, odpověď neochota v chování sester způsobená zvýšenou pracovní zátěží byla uvedena 16krát, dále nedostatek informací mezi sestrami a podceňování kolegů v 10 případech a 5krát byla zaznamenána odpověď nezdravé soupeření mezi sestrami a špatná organizace práce v ošetrovatelském (dále ose) týmu.

Sestry na oddělení akutní kardiologie (OAK) uvedly 14krát odpověď komunikační šumy, nedorozumění a neochotu v chování kolegů z důvodu zvýšené

pracovní zátěže. Dále byly 11krát uvedeny povahové vlastnosti sester, 9krát podceňování kolegů, 8krát nedostatek informací, 6krát sestry uvedly nezdravé soupeření a 4krát byla označena odpověď špatná organizace práce v ose týmu.

Chirurgické (CHIR) sestry nejvíce 8krát označily odpověď komunikační šumy, nedorozumění a neochota v chování sester způsobená zvýšenou pracovní zátěží. 7krát uvedly nedostatek informací, 4krát povahové vlastnosti sester a 2krát zaznamenaly odpověď podceňování ze strany kolegů. Špatná organizace práce se na chirurgii objevila jako zdroj konfliktu 1krát, a nezdravé soupeření mezi kolegyněmi neuvedla žádná ze sester.

Nejvíce odpovědí na interně (INT), a to 9 získaly komunikační šumy, nedorozumění, 5krát se vyskytla odpověď neochota v chování sester způsobená zvýšenou pracovní zátěží a povahové vlastnosti sester jako faktory pro vznik konfrontací mezi interními sestrami. Podceňování kolegů označily 4krát. Nezdravé soupeření a špatná organizace práce byla uvedena 2krát.

Nejčastěji se na všech odděleních opakovaly dvě možnosti jako zdroj konfliktů mezi sestrami - komunikační šumy, nedorozumění a neochota v chování sester způsobené zvýšenou pracovní zátěží.

Tabulka č. 25: Řešení konfliktních situací mezi sestrami (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
nejlépe hned	63,64	73,91	63,64	41,67
prostřednictvím třetí osoby	0,00	4,35	9,09	8,33
s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí	24,24	17,39	27,27	41,67
neřeším	12,12	4,35	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z tabulky vyplývá, že kardiochirurgické (KCH) sestry řeší mezi sebou rozpory nejlépe hned, a to 63,64 % z nich. S odstupem po opadnutí vypjatých emocí uvádí 24,24 % kardiochirurgických sester a 12,12 % konflikty neřeší. Prostředníka nevyužívá žádná ze sester.

Dále v tabulce vidíme, že kardiologické (OAK) sestry řeší též konflikty nejlépe hned, a to 73,91 % z nich. Řešení s odstupem uvádí 17,39 % kardiologických sester, 4,35 % je vůbec neřeší a stejný počet 4,35 % využívá pomoci prostředníka.

Chirurgické (CHIR) sestry řeší nejlépe rozpory hned 63,64 % dotázaných, po opadnutí vypjatých emocí odpovědělo 27,27 % respondentů a 9,09 % uvádí dopomoc třetí osoby. Neřeším konflikty, neudala žádná z chirurgických sester.

Na interně (INT) sestry řeší konflikty shodně hned a bez emocí, a to v 41,67 %. Neřeší je 8,33 % a prostředníka využívá k řešení sporů 8,33 % sester na interně.

Tabulka č. 26: Komunikace ve vztahu sestra – sestra (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
uspokojivá	36,36	47,83	45,45	25,00
vstřícná	39,39	43,48	54,55	50,00
neuspokojivá	24,24	8,69	0,00	25,00
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na oddělení kardiochirurgie (KCH) vnímá komunikaci 39,39 % sester jako vstřícnou, 36,36 % jako uspokojivou a neuspokojivou uvádí 24,24 % respondentů.

V tabulce vidíme, že nejvíce sester na oddělení akutní kardiologie (OAK) udává komunikaci mezi sestrami v 47,83 % jako uspokojivou, dále 43,48 % jí vnímá jako vstřícnou a neuspokojivou komunikaci uvádí 8,69 % kardiologických sester.

Chirurgické (CHIR) sestry se domnívají, že komunikace mezi nimi je v 54,55 % vstřícná, komunikaci jako uspokojivou uvádí 45,45 % respondentů a neuspokojivou nezaznamenala žádná ze sester.

Interní (INT) sestry nejvíce uvádí komunikaci jako vstřícnou, a to u 50,00 % z nich, jako uspokojivou jí vnímá 25,00 % a stejné procento se domnívá, že je vzájemná interpersonální komunikace neuspokojivá.

Tabulka č. 27: Vztahy na vybraných pracovištích mezi dotazovanou sestrou a lékařem (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
kolegiální	24,24	47,83	45,45	8,33
průměrné	69,70	47,83	54,55	75,00
vypjaté	6,06	4,35	0,00	16,67
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z tabulky vyplývá, že na kardiochirurgickém oddělení (KCH) sestry uvádějí vztahy s lékaři jako průměrné, a to 69,70 % z nich. Dále se 24,24 % sester domnívá, že vztahy mezi nimi a lékaři jsou kolegiální a 6,06 % uvedlo odpověď vypjaté.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) kolegiální vztahy zaznamenalo 47,83 % a stejné procento je vnímá jako průměrné. Vypjaté vztahy sestra – lékař udává 4,35 % sester na kardiologii.

Na chirurgickém oddělení (CHIR) nejvíce 54,55 % vnímá vzájemné vztahy sestra lékař jako průměrné, kolegiální uvádí 45,45 % z nich. Vyhrocené vztahy nevnímá žádná z chirurgických sester.

Na interním oddělení (INT) nejvíce sester 75,00 % vnímá vztahy sestra – lékař jako průměrné, kolegiální uvádí 8,33 % sester a napjaté 16,67 % respondentů.

Tabulka č. 28: Frekvence konfliktů na vybraných odděleních mezi sestrou a lékařem (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
často	3,03	4,35	0,00	8,33
občas	60,61	47,83	90,91	58,33
nikdy	36,36	47,83	9,09	33,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém oddělení (KCH) z celkového počtu 33 (100 %), 60,61 % sester se domnívá, že konflikty mezi nimi a lékařem vznikají občas, 3,03 % popisuje frekvenci konfliktu jako častou a 36,36 % sester udává, že rozpory nevznikají nikdy.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) z počtu 23 (100 %) sester, shodně 47,83 % se domnívá, že konflikt mezi nimi a lékařem vzniká občas anebo nikdy. Častou frekvenci vnímá 4,35 % kardiologických sester.

Též na chirurgii (CHIR) z celkového počtu 11 (100 %) sester nejvíce uvádí odpověď občas a to v 90,91 %, nikdy použilo jako odpověď 9,09 % z nich. Často neuvedla žádná ze sester.

Sestry interního oddělení (INT), kterých je celkem 12 (100 %) se domnívají, že konflikty mezi nimi a lékaři vznikají nejvíce občas 58,33 %, nikdy zaznamenalo 33,33 % respondentů a častou frekvenci uvedlo 8,33 % sester.

Tabulka č. 29: Nejčastější zdroje konfliktních situací mezi sestrou a lékařem (frekvence odpovědí)

	KCH	OAK	CHIR	INT
jiné	0	0	0	1
neochota v chování L způsobená zvýšenou pracovní zátěží	6	7	8	6
neochota v chování S způsobená zvýšenou pracovní zátěží	2	1	0	1
nedocení S práce	17	15	2	7
nedostatek informací k léčebnému režimu	9	10	2	5
povahové vlastnosti L	19	9	6	2
povahové vlastnosti S	6	4	1	0
nedostatek odbornosti L	3	0	1	0
pověřování úkoly mimo kompetence S	25	16	4	3

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku bylo možno uvést až tři odpovědi, z tohoto důvodu překračuje součet absolutních četností celkový počet sester na vybraných odděleních ($n = 79$).

Na kardiochirurgickém pracovišti (KCH) byla nejčastěji uváděnou odpovědí pověřování úkoly nespádající do sesterských kompetencí, a to 25krát, druhá nejčastější odpověď byly povahové vlastnosti lékaře 19krát a třetí nedocení sesterské práce uvedené v 17 případech. Dále 9krát byla zaznamenána odpověď nedostatek informací k léčebnému režimu, 6krát povahové vlastnosti sester a neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží. Nedostatek odbornosti lékaře sestry zaškrtnuly 3krát a neochotu v jednání ze zvýšené zátěže, na své straně pouze 2krát.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) sestry nejčastěji uváděly jako zdroj konfliktních situací pověřováním úkoly nespádající do pravomocí sester 16krát. Druhou nejčastější odpovědí bylo nedocení sesterské práce, uvedeno 15krát, následně s 10 odpověďmi nedostatek informací k léčebnému režimu. Dále následovaly jako zdroj konfliktu ve vztahu sestra – lékař jeho povahové vlastnosti opakující se 9krát, 7krát se vyskytla odpověď neochota v jejich chování způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 4krát povahové vlastnosti sester a 1krát neochota v jednání sester způsobená zvýšenou pracovní zátěží.

Z tabulky vyplývá, že na chirurgickém oddělení (CHIR) chápou sestry jako nejčastější zdroj konfliktu neochotu v chování lékaře s frekvencí 8 odpovědí, v 6 případech uvádí povahové vlastnosti lékaře a 4krát sestry zaznamenaly, pověřování úkoly mimi jejich pravomoci. Dále 2krát označily nedocení své práce a nedostatek informací k léčebnému režimu, 1krát udávají jako zdroj rozporu neodbornost na straně lékaře a své povahové vlastnosti. Ani jedna z chirurgických sester neoznačila odpověď neochota v chování sester způsobená zvýšenou pracovní zátěží.

Interní (INT) sestry nejčastěji uváděly nedocení své práce 7krát, na druhém místě se vyskytla neochota v chování lékaře jako důsledek zvýšené pracovní zátěže, a to 6krát. Jako třetí nejčastější zdroj sestry označily nedostatek informací k léčebnému režimu, celkem 5krát. Následují 3krát pověřování úkoly nespádající do kompetencí sester, 2krát odpověď povahové vlastnosti lékaře a 1krát neochota v chování sester. Možnosti jiné využila jedna interní sestra pro odpověď žádný zdroj. Sestry na interně též neoznačily odpovědi neodbornost na straně lékaře a povahové vlastnosti sester.

Tabulka č. 30: Řešení konfliktních situací mezi sestrou a lékařem (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
nejlépe hned	45,45	65,22	27,27	58,33
prostřednictvím třetí osoby	24,24	4,35	18,18	8,33
s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí	15,15	8,70	45,45	25,00
neřeším	15,15	21,74	9,09	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Konflikty s lékaři řeší sestry na kardiochirurgickém oddělení (KCH) nejlépe hned, a to v 45,45 %, prostřednictvím třetí osoby uvádí 24,24 % z nich. S odstupem označilo 15,15 % respondentů a možnost neřeším 15,15 % sester.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) také nejvíce 65,22 % sester řeší konflikt sestra – lékař hned, dále 21,74 % sester je neřeší vůbec. Prostředníka využívá 4,35 % kardiologických sester a řešení s odstupem uvedlo 8,70 % respondentů.

Na chirurgii (CHIR) byla nejčastější odpověď s odstupem, po opadnutí vypjatých emocí, a to v 45,45 %, hned uvedlo 27,27 % sester. Možnost prostřednictvím třetí osoby zaznamenalo 18,18 % chirurgických sester a neřeší je 9,09 % dotázaných sester.

Interní (INT) sestry nejčastěji konflikty s lékařem řeší hned, a to 58,33 % z nich, 25,00 % je řeší s odstupem. Neřeší je 8,33 % a prostředníka uvedlo též 8,33 % dotázaných sester.

Tabulka č. 31: Komunikace ve vztahu sestra – lékař (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
uspokojivá	24,24	26,09	9,09	25,00
vstřícná	57,58	60,87	90,91	66,67
podřízená	18,18	13,04	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na kardiochirurgickém oddělení (KCH) vnímá nejvíce sester 57,58 % vzájemnou komunikaci jako vstřícnou, dále 24,24 % uvádí komunikaci jako uspokojivou a 18,18 % jako podřízenou.

Na oddělení akutní kardiologie (OAK) je komunikace ve vztahu sestra – lékař chápána vstřícně, a to u 60,87 % sester, uspokojivou uvádí 26,08 % a podřízenou označilo 13,0 % respondentů.

V tabulce dále vidíme, že sestry na chirurgii (CHIR) se domnívají až v 90,91%, že komunikace mezi nimi a lékařem je vstřícná a 9,09 % jí vnímá jako uspokojivou. Neuspokojivá neuvedla žádná z dotázaných sester.

Interní (INT) sestry v 66,67 % hodnotí komunikaci mezi nimi a lékařem jako vstřícnou, dále 25,00 % jako uspokojivou a 8,33 % zaznamenalo vzájemnou komunikaci na podřízené úrovni.

Tabulka č. 32: Vztahy na vybraných pracovištích mezi dotazovanou sestrou a ošetrovatelským managementem (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
kolegiální	45,45	65,22	54,55	41,67
průměrné	54,55	34,78	45,45	50,00
vypjaté	0,00	0,00	0,00	8,33
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z tabulky vyplývá, že kardiochirurgické sestry hodnotí vzájemné vztahy s ošetrovatelským (dále ose) managementem nejvíce spíše jako průměrné, a to 54,55 % z nich, kolegiální vztah s nadřízeným vnímá 45,45 % sester. Vypjaté vztahy neudává žádná z nich.

Na oddělení akutní kardiologie jsou hodnoceny vztahy mezi sestrou a ose managementem jako kolegiální u 65,22 % dotázaných sester a průměrné udává 34,78 % kardiologických respondentů. Vypjaté neuvedla žádná ze sester.

Na chirurgickém oddělení též většina sester vnímá vztahy s ose managementem jako kolegiální, celkem 54,55 %. Průměrné vztahy zaznamenalo 45,45 % chirurgických respondentů. Vypjaté vztahy neuvedla žádná z nich.

Sestry interního oddělení nejvíce vnímají vztahy s nadřízeným jako průměrné, a to polovina (50,00 %) z nich a 41,67 % se domnívá, že vzájemné vztahy jsou kolegiální. Vypjatý vztah udává 8,33 % interních sester.

Tabulka č. 33: Frekvence konfliktů na vybraných odděleních mezi sestrou a ošetrovatelským managementem (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
často	0,00	0,00	0,00	8,33
občas	39,39	39,13	81,82	75,00
nikdy	60,61	60,87	18,18	16,67
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Kardiochirurgické (KCH) sestry se domnívají, že konflikty mezi nimi a ošetrovatelským (ose) managementem nevznikají vůbec, a to v 60,61 %, odpověď občas použilo 39,39 % respondentů. Často neuvedla žádná ze sester.

Na kardiologickém oddělení (OAK) také nejvíce sester vnímá, že konflikty nevznikají vůbec v 60,78 % a možnost občas uvádí 39,13 % dotázaných sester. Odpověď často nevyužila žádná ze sester.

Celkem 81,82 % chirurgických (CHIR) sester označila odpověď občasná frekvence konfliktu, dále 18,18 % si myslí, že nevznikají nikdy. Stejně jako na předchozích odděleních možnost často nevyužila žádná ze sester.

Interní (INT) sestry se domnívají, že konflikty mezi nimi a nadřízeným vznikají občas v 75,00 %, možnost nikdy uvádí 16,67 % dotázaných sester a častý výskyt konfliktů vnímá 8,33 % interních sester.

Tabulka č. 34: Nejčastější zdroje konfliktních situací mezi sestrou a ošetrovatelským managementem (frekvence odpovědí)

	KCH	OAK	CHIR	INT
nespokojenost S s organizací práce na oddělení	10	5	4	3
jiné	1	4	0	1
neochota v chování S způsobená zvýšenou pracovní zátěží	8	8	1	2
nedostatečný způsob předávání informací	6	1	2	1
pověřování úkoly mimo kompetence S	9	7	4	0
nespokojenost S s odměňováním	11	10	4	4
lhostejnost OSE managementu	9	2	1	3
nedostatečná zpětná vazba od S	7	6	3	4
nespokojenost nadřízeného s pracovním výkonem S	9	4	2	4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na otázku bylo možno uvést až tři odpovědi, z tohoto důvodu překračuje součet absolutních četností celkový počet sester na vybraných odděleních ($n = 79$).

Kardiochirurgické (KCH) sestry jako nejčastější příčinu vzájemného konfliktu uvádí nespokojenost sester se způsobem odměňování (11krát), druhým nejčastějším zdrojem je nespokojenost s organizací práce na oddělení (10krát), 9krát uvedly lhostejnost nadřízeného k jejich práci, nespokojenost nadřízeného s prací sester a pověřování úkoly

nespadající do kompetencí sester. Celkem 8krát byla označena odpověď neochota v chování sestry, 7krát nedostatečná zpětná vazba od sester, dále 6krát nedostatečný způsob předávání informací od nadřízeného a 1krát sestry odpověď jiné.

Kardiologické (OAK) sestry vnímají jako nejčastější příčinu rozporů též nespokojenost se způsobem odměňování (10krát), následuje neochota v jejich jednání z důvodu přetížení (8krát), pověřování úkoly nespadaající do sesterské pravomoci (7krát) a nedostatečná zpětná vazba označená 6krát. Dále následuje nespokojenost s organizací práce na oddělení (5krát), nespokojenost nadřízeného s výkonem sester a odpověď jiné označená 4krát. Dále sestry uvádějí 2krát lhostejnost nadřízeného k práci ose týmu a 1 sestra označila nedostatečný způsob předávání informací.

Z tabulky vyplývá, že sestry na chirurgii (CHIR) vnímají jako nejčastější příčinu konfliktů nespokojenost s organizací práce na oddělení, pověřování úkoly nad rámec jejich kompetencí a nespokojenost s odměňováním (4krát), dále je to nedostatečná zpětná vazba od sester (3krát), nedostatečný způsob předávání informací a nespokojenost nadřízeného s prací sester (2krát). Po jedné odpovědi sestry uvádějí neochotu chování z jejich strany a lhostejnost nadřízeného k jejich práci.

Sestry na interně (INT) nejčastěji uvádějí nespokojenost s odměňováním, nedostatečnou zpětnou vazbu z jejich strany a nespokojenost nadřízeného s výkonem sester (4krát). Lhostejnost nadřízeného a nespokojenost s organizací práce na oddělení udávají 3krát, neochotu v chování sester způsobenou zvýšenou pracovní zátěží 2krát. Nedostatek informací a odpověď jiné zaznamenalo po jedné sestře. Pověřování úkoly nespadaající do kompetence sester nezaznamenal žádný respondent na interně.

Tabulka č. 35: Komunikace ve vztahu sestra – ošetrovatelský management (v %)

	KCH	OAK	CHIR	INT
uspokojivá	39,39	26,09	27,27	16,67
vstřícná	57,58	69,57	63,64	66,67
neuspokojivá	3,03	4,35	9,09	16,67
celkem	100,00	100,00	100,00	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Sestry na kardiochirurgii hodnotí vzájemnou komunikaci jako převážně vstřícnou, a to 57,58 % z nich. Jako uspokojivou ji vnímá 39,39 % kardiochirurgických sester a neuspokojivou 3,03 %.

Na oddělení akutní kardiologie, také nejvíce sester vnímá komunikaci s nadřízeným jako vstřícnou 69,57 %, uspokojivá označilo 26,09 % z nich a neuspokojivou uvedlo 4,35 % respondentů.

Chirurgické sestry se domnívají, že jejich komunikace s nadřízeným je převážně vstřícná 63,64 %, uspokojivá uvedlo 27,27 % dotázaných sester a jako neuspokojivou vidí vzájemnou komunikaci s nadřízeným 9,09 % respondentů.

Také na interně označily sestry komunikaci, ve vztahu sestra – ošetrovatelský management jako vstřícnou v 66,67 %. Uspokojivě ji vnímá 16,67 % a stejné procento hodnotí komunikaci jako neuspokojivou

4. 2 Zjištění v rámci výzkumu provedená na ambulancích

Tabulka č. 36: Zastoupené pohlaví ve zkoumaném souboru sester na ambulanci

	Relativní četnost %
žena	100,0
muž	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 14 (100 %) ambulantních sester byly všechny ženy.

Tabulka č. 37: Věk sester na ambulanci

	Relativní četnost %
do 30 let	0,0
31-40 let	42,9
41-50 let	50,0
51 a více let	7,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 14 sester na ambulanci, 42,9 % uvedlo věk 31-40 let, 1/2 zkoumaného souboru tvořily sestry ve věku 41-50 let a poslední věková kategorie 51 a více let uvedlo 7,1 % dotázaných. Ve věku do 30 let není žádná z ambulantních sester.

Tabulka č. 38: Nejvyšší dosažené vzdělání sester na ambulanci

	Relativní četnost %
SZŠ, specializační studium	92,9
vyšší zdravotnická škola	7,1
vysoká škola	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Sestry na ambulanci uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu, specializační studium 92,9 %. Vyšší zdravotnickou školu vystudovalo 7,1 % sester a vysokou školu neudala žádná ze sester.

Tabulka č. 39: Délka praxe sester na ambulanci

	Relativní četnost %
praxe 1-5 let	0,0
praxe 6-10 let	0,0
praxe 11-20 let	42,9
praxe 21 a více let	57,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Délka praxe sestry na ambulanci uváděly 42,9 % délku 11-20 let. Početnější skupinu tvořily sestry s praxí 21 a více let 57,1 % dotázaných sester.

Tabulka č. 40: Při konfliktech vážne spolupráce mezi kolegy v ošetrovatelském týmu

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	35,7
spíše souhlasím	50,0
spíše nesouhlasím	14,3
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Největší skupina ambulantních sester s výrokem spíše souhlasí 50,0 %, rozhodně souhlasí 35,7 %. Nesouhlasně se k výroku staví 14,3 % dotázaných sester.

Tabulka č. 41: Konfliktní situace zvyšují pracovní zátěž sester

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	78,6
spíše souhlasím	21,4
spíše nesouhlasím	0,0
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Sestry na ambulanci s tímto výrokem souhlasí, celých 78,6 % rozhodně a 21,4 % spíše.

Tabulka č. 42: Konflikty mezi kolegy nezmění příznivé klima na oddělení

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	0,0
spíše souhlasím	0,0
spíše nesouhlasím	28,6
rozhodně nesouhlasím	71,4
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto tvrzením ambulantní sestry převážně nesouhlasí, 28,6 % spíše a 71,4 % rozhodně.

Tabulka č. 43: Konflikty mezi kolegy snižují jejich pracovní pozornost

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	57,1
spíše souhlasím	42,9
spíše nesouhlasím	0,0
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S výrokem rozhodně souhlasí 57,1 % ambulantních sester a spíše souhlasí 42,9 %. Nesouhlasně se k tomuto výroku sestry nestaví.

Tabulka č. 44: Konfliktní situace vyjasní stanoviska mezi kolegy

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	50,0
spíše souhlasím	35,7
spíše nesouhlasím	14,3
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Polovina (50,0 %) ambulantních sester se domnívá, že se rozhodně v konfliktech vyjasní stanoviska, 35,7 % souhlasí spíše a 14,3 % spíše nesouhlasí.

Tabulka č. 45: Nálada panující při konfliktu v týmu mi nevyhovuje

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	35,7
spíše souhlasím	57,1
spíše nesouhlasím	7,1
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto výrokem rozhodně souhlasí 35,7 % sester a spíše souhlasí 57,1 % dotázaných. Nesouhlasně se k němu staví 7,1 % ambulantních sester.

Tabulka č. 46: Pokud jsem účastníkem konfliktu, nejraději bych utekl/a

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	14,3
spíše souhlasím	28,6
spíše nesouhlasím	50,0
rozhodně nesouhlasím	7,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto postojem 1/2 (50,0 %) ambulantních sester spíše nesouhlasí a 7,1 % nesouhlasí rozhodně. Spíše souhlasné názory uvedlo 28,6 % sester a rozhodně souhlasí 14,3 % dotázaných.

Tabulka č. 47: V průběhu konfliktu se cítím dobře, když si hájím své zájmy

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	28,6
spíše souhlasím	35,7
spíše nesouhlasím	35,7
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 14 (100 %) ambulantních sester rozhodně souhlasí 28,6 %, spíše souhlasí 35,7 % dotázaných. Nesouhlasím, uvedlo 35,7 % sester.

Tabulka č. 48: Při konfliktní situaci nepociťuji, že by bylo ovlivněno mé soustředění na práci

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	14,3
spíše souhlasím	7,1
spíše nesouhlasím	35,7
rozhodně nesouhlasím	42,9
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Nejvíce ambulantních sester rozhodně nesouhlasí 42,9 %, spíše nesouhlasí 35,7 % z nich. Rozhodně souhlasím, že konflikt nemá vliv, na mé soustředění uvedlo 14,3 % a spíše 7,1 % dotázaných sester.

Tabulka č. 49: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	21,4
spíše souhlasím	57,1
spíše nesouhlasím	14,3
rozhodně nesouhlasím	7,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Ambulantní sestry se domnívají, že jim spíše stojí za to vložit svoji energii do řešení konfliktů, a to v 57,1 %, spíše souhlasí 21,4 % dotázaných. Spíše nesouhlasím, uvedlo 14,3 % a rozhodně 7,1 % ambulantních sester.

Tabulka č. 50: Každý konflikt pro mě znamená poznání nových zkušeností

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	7,1
spíše souhlasím	78,6
spíše nesouhlasím	14,3
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Rozhodně souhlasí s výrokem 7,1 % a spíše 78,6 % ambulantních sester. Nesouhlasí 14,3 % dotázaných.

Tabulka č. 51: Nalezení společného řešení konfliktu je posilující pro výkon celého ošetrovatelského týmu

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	35,7
spíše souhlasím	57,1
spíše nesouhlasím	7,1
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto výrokem největší skupina sester 57,1 % spíše souhlasí a rozhodně souhlasí 35,7 % dotázaných. Spíše nesouhlasí 7,1 % ambulantních sester.

Tabulka č. 52: Vždy jsem při konfliktu připravena vyslechnout názor protistrany

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	35,7
spíše souhlasím	64,3
spíše nesouhlasím	0,0
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Ambulantní sestry s tímto tvrzením spíše souhlasí v 64,3 % a rozhodně souhlasí 35,7 %. Nesouhlasné stanovisko neuvedla žádná ze sester.

Tabulka č. 53: Nejčastější zdroje vzniku konfliktní situace z pohledu ambulantních sester (frekvence odpovědí)

Ambulantní sestry	
komunikační šumy, nedorozumění	13
pověřování úkoly od L nespádající do kompetence sester	10
neochota v chování L způsobená zvýšenou pracovní zátěží	9
povahové vlastnosti S v jejich vztahu	7
nespokojenost s pravidly odměňování	7

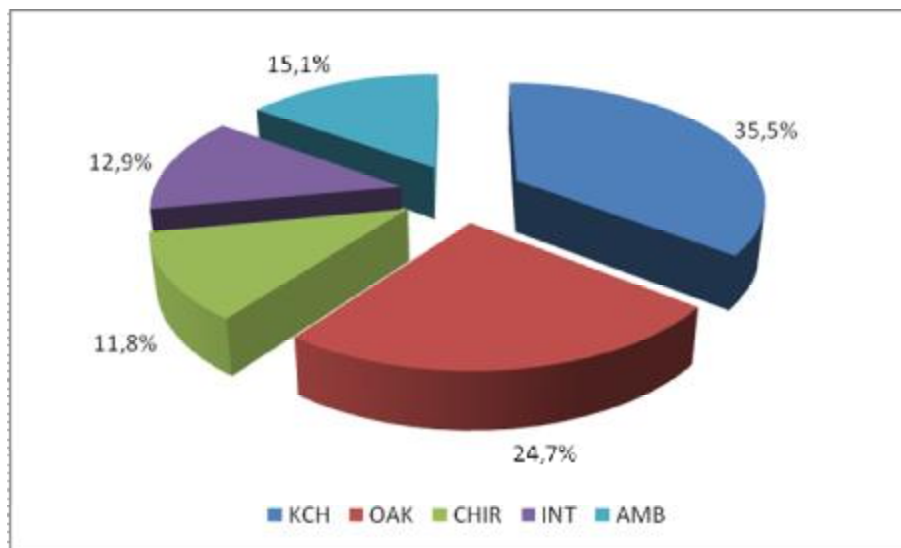
Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

V tabulce jsme shrnuli nejčastější uváděné odpovědi ambulantních sester. Na jednotlivé otázky bylo možno uvést až tři odpovědi, z tohoto důvodu překračuje součet absolutních četností celkový počet sester na ambulanci (14).

Nejčastěji ambulantní sestry uváděly možnost komunikační šumy, nedorozumění v jejich vztazích (13krát), pověřování úkoly od lékaře nespádající do kompetencí sester (10krát), dále byla 9krát zaznamenána možnost neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží, 7krát dotázané sestry označily odpověď povahové vlastnosti S v jejich vzájemném vztahu a nespokojenost s pravidly odměňování za práci.

4. 3 Zjištění provedená v celkovém souboru respondentů

Graf č. 2: Celkový soubor respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového souboru respondentů 93 (100 %) tvoří 35,5 % sestry z kardiochirurgické jednotky pooperační a resuscitační péče (KCH), akutní kardiologie (OAK) činní 24,7 % respondentů, chirurgické oddělení standard (CHIR) 11,8 % respondentů, interní standardní (INT) oddělení 12,9 % respondentů a ambulantní část (AMB) výzkumu tvoří 15,1 % sester.

Tabulka č. 54: Zastoupení pohlaví u zkoumaného počtu respondentů

	Relativní četnost %
žena	96,8
muž	3,2
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Výzkumu se účastnilo 96,8 % žen a 3,2 % mužů.

Tabulka č. 55: Typ oddělení

	Relativní četnost %
jednotka intenzivní péče	60,2
standardní oddělení	24,7
ambulance	15,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu sester 93 (100 %), pracovalo 60,2 % sester na jednotce intenzivní péče, dále 24,7 % na standardním oddělení a 15,1 % na ambulancích.

Tabulka č. 56: Nejvyšší dosažené vzdělání u zkoumaného souboru respondentů

	Relativní četnost %
SZŠ, specializační studium	74,2
vyšší zdravotnická škola	10,8
vysoká škola	15,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 93 dotazovaných sester 74,2 % absolvovalo střední zdravotnickou školu, specializační studium (SZŠ), dále 10,8 % vyšší zdravotnickou školu (VZŠ) a 15 % respondentů bylo vysokoškolsky vzdělaných (VŠ).

Tabulka č. 57: Věk respondentů

	Relativní četnost %
do 30 let	49,5
31-40 let	36,6
41-50 let	12,9
51 a více let	1,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Nejpočetnější skupinu tvořily sestry do 30 let (49,5 %), dále sestry ve věku 31-40 let (36,6 %). Sester ve věku 41-50 let bylo 12,9 % a nejmenší skupinu tvořily sestry ve věku 51 a více let.

Tabulka č. 58: Délka praxe

	Relativní četnost %
praxe 1-5 let	30,1
praxe 6-10 let	20,5
praxe 11-20 let	37,6
praxe 21 a více let	11,8
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 93 (100 %) sester, největší skupinu tvořily sestry s praxí v rozsahu 11-20 let 37,6 %, poté následuje délka praxe 1-5 roků uvádí 30,1 % dotázaných. Praxi v délce 6-10 let 20,4 % všech sester a 11,8 % udává praxi 21 a více let.

Tabulka č. 59: Při konfliktu vážné spolupráce mezi kolegy v ošetrovatelském týmu

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	47,3
spíše souhlasím	36,6
spíše nesouhlasím	12,9
rozhodně nesouhlasím	3,2
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu respondentů 93 rozhodně souhlasí 47,3 % sester, spíše souhlasí 36,6 %, spíše nesouhlasí 12,9 % a rozhodně nesouhlasí 3,2 %.

Tabulka č. 60: Konfliktní situace zvyšují pracovní zátěž sester

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	78,5
spíše souhlasím	20,4
spíše nesouhlasím	1,1
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 93 (100 %) sester se domnívá, že konflikty zvyšují zátěž v 78,5 %, spíše souhlasí 20,4 % sester a spíše s výrokem nesouhlasí 1,1 % dotázaných.

Tabulka č. 61: Konflikty mezi kolegy nezmění příznivé klima na oddělení

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	0,0
spíše souhlasím	2,1
spíše nesouhlasím	31,2
rozhodně nesouhlasím	66,7
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto tvrzením nejvíce (66,7 %) sester rozhodně nesouhlasí, spíše nesouhlasí 31,2 % a spíše souhlasí 2,1 % dotázaných.

Tabulka č. 62: Konflikty mezi kolegy snižují jejich pracovní pozornost

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	39,8
spíše souhlasím	41,9
spíše nesouhlasím	18,3
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z grafu je patrné, že s výrokem spíše souhlasí 41,9 % sester a rozhodně 39,8 %. To, že konflikty nesnižují pracovní pozornost, se domnívá spíše 18,3 % dotázaných sester. Možnost, rozhodně nesouhlasím, nevyužila žádná z nich.

Tabulka č. 63: Konfliktní situace vyjasní stanoviska mezi kolegy

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	18,3
spíše souhlasím	46,2
spíše nesouhlasím	32,3
rozhodně nesouhlasím	3,2
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S výrokem spíše souhlasí 46,2 % sester a rozhodně s ním souhlasí 18,3 % dotázaných. 32,3 % sester se spíše domnívá, že konflikty nevyjasní stanoviska a 3,2 % si to myslí rozhodně.

Tabulka č. 64: Nálada panující při konfliktu v týmu mi nevyhovuje

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	30,1
spíše souhlasím	45,2
spíše nesouhlasím	21,5
rozhodně nesouhlasím	3,2
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Zde se 45,2 % sester spíše domnívá, že konflikt naruší ovzduší na oddělení a 30,1 % si to myslí rozhodně. Spíše nesouhlasí s výrokem 21,5 % dotázaných a rozhodně to nevnímá 3,2 % sester.

Tabulka č. 65: Pokud jsem účastníkem konfliktu, nejraději bych utekl/a

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	20,4
spíše souhlasím	28,0
spíše nesouhlasím	39,8
rozhodně nesouhlasím	11,8
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Nejvíce 39,8 % sester s výrokem, že by nejraději utekly, spíše nesouhlasí, rozhodně nesouhlasí 11,8 % dotázaných. Spíše souhlasí celkem 28,0 % a rozhodně souhlasí s tvrzením 20,4 % sester.

Tabulka č. 66: V průběhu konfliktu se cítím dobře, když si hájím své zájmy

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	16,1
spíše souhlasím	45,2
spíše nesouhlasím	35,5
rozhodně nesouhlasím	3,2
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z grafu vyplývá, že 45,2 % sester spíše souhlasí a 16,1 % souhlasí rozhodně. S výrokem spíše nesouhlasí 35,5 % a rozhodně nesouhlasí 3,2 % dotázaných sester.

Tabulka č. 67: Při konfliktní situaci nepocítuji, že by bylo ovlivněno mé soustředění na práci

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	7,5
spíše souhlasím	22,6
spíše nesouhlasím	31,2
rozhodně nesouhlasím	38,7
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto tvrzením sestry povětšinou nesouhlasí, rozhodně 38,7 %, spíše 31,2 % z nich. Souhlasně k výroku přistupuje 22,6 % sester spíše a 7,5 % rozhodně.

Tabulka č. 68: Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	16,1
spíše souhlasím	37,6
spíše nesouhlasím	39,8
rozhodně nesouhlasím	6,5
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z grafu vyplývá, že investovat energii do řešení konfliktů vidí jako dobrý nápad a rozhodně souhlasí 16,1 % a spíše 37,6 % dotázaných sester. Spíše nesouhlasí 39,8 % a rozhodně nesouhlasí 6,5 % všech sester.

Tabulka č. 69: Každý konflikt pro mě znamená poznání nových zkušeností

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	24,7
spíše souhlasím	53,8
spíše nesouhlasím	20,4
rozhodně nesouhlasím	1,1
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Rozhodně pozitivně se k novým zkušenostem staví 24,7 % a spíše 53,8 % dotázaných sester. Spíše nesouhlasí 20,4 % a rozhodně 1,1 % respondentů.

Tabulka č. 70: Nalezení společného řešení konfliktu je posilující pro výkon celého ošetrovatelského týmu

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	47,3
spíše souhlasím	43,0
spíše nesouhlasím	9,7
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Na tuto otázku odpovědělo 47,3 % sester, že rozhodně souhlasí, 43 % sester spíše souhlasí, 9,7 % sester spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí žádná ze sester.

Tabulka č. 71: Vždy jsem při konfliktu připraven/a vyslechnout protistranu

	Relativní četnost %
rozhodně souhlasím	40,9
spíše souhlasím	59,1
spíše nesouhlasím	0,0
rozhodně nesouhlasím	0,0
celkem	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

S tímto výrokem rozhodně souhlasí 40,9 % sester, spíše souhlasí 59,1 % sester, spíše nesouhlasí a rozhodně nesouhlasí žádná ze sester.

Tabulka č. 72: Nejčastější zdroje interpersonálních konfliktů (frekvence odpovědí)

	KCH	OAK	CHIR	INT	AMB	celkem
komunikační šumy a nedorozumění	25	14	8	9	13	69
pověřování úkoly od L nespádající do kompetencí S	25	16	4	3	10	58
povahové vlastnosti S v jejich vztahu	21	11	4	5	7	48
neochota v chování mezi S způsobená zvýšenou pracovní zátěží	16	14	8	5	4	47
nedocení S práce od L	17	15	2	7	3	44
povahové vlastnosti lékaře	19	9	6	2	3	39
neochota v chování L způsobená zvýšenou pracovní zátěží	6	7	8	6	9	36
nespokojenost S s pravidly odměňování	11	10	4	4	7	36

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Shrnuli jsme celkové odpovědi do jedné tabulky. Nejčastěji sestry vnímají jako příčinu vzniku konfliktů na svém pracovišti komunikační šumy, nedorozumění, a to v 69 případech. Dále se 58krát opakovalo pověřování úkoly od lékaře, které nespádají do pravomocí sester. Povahové vlastnosti sester v jejich vzájemném vztahu byly uvedeny 48krát, neochota v chování sester jako důsledek zvýšené pracovní zátěže 47krát a nedocení sesterské práce ze strany lékařů zaznamenalo 44 sester. Následují

povahové vlastnosti lékaře (39krát), neochota v chování lékaře způsobená zvýšenou pracovní zátěží (36krát) a nespokojenost sester se způsobem odměňování za práci (36krát)

Tabulka č. 73: Pokud jsem účastníkem konfliktu, nejraději bych utekl/a z hlediska délky praxe – hodnocení dvou proměnných (v %)

	praxe1-5	p 6-10	p 11-20	21 a více	celkem
souhlasím	17,20	10,80	17,20	3,20	48,40
nesouhlasím	12,90	9,70	20,40	8,60	51,60
celkem	30,10	20,50	37,60	11,80	100,00

Zdroj: Vlastní výzkum, 2010

Z celkového počtu 93 sester, s výrokem souhlasí především respondenti s praxí 1-5 let (17,2 %). Postupně délkou praxe se souhlasná stanoviska v poměru sester snižují, a u sester s praxí 11-20 let se projevují převážně nesouhlasné postoje (20,4 %).

Otázka 32: Sestry uváděly své postřehy, jakým způsobem lze předcházet konfliktním situacím na pracovišti

Nejčastěji se opakovaly výroky jako:

- „otevřená komunikace, vstřícnost, dobrá nálada, ochota, motivace“
- „vzájemná tolerance, lidský přístup, spolupráce, slušné chování“
- „důvěra v ošetrovatelském týmu“
- „snížit pracovní zátěž sester“
- „oddělovat osobní a pracovní problémy“
- „dostatečné předávání informací“
- „jednat na rovinu, respektovat kolegy“
- „respektovat názory druhých a řešit konflikt ihned“
- „uklidnit se a řešit později“
- „jasná pravidla a jejich dodržování“
- „společné mimopracovní aktivity“
- „těžko, možná lepší a otevřená komunikace mezi všemi členy týmu, lepší informovanost a lepší organizace dalšího vzdělávání“
- „výhrady a nedostatky v práci, komunikaci řešit s osobou, které se to týká a to pokud možno hned“
- „nejdříve se zamyslet sám nad sebou než budu hodnotit druhé“
- „nepovyšovat se na mladší kolegyně“
- „dát lékaři hranice“
- „asertivní jednání“
- „vyslechnout všechny účastníky sporu a nedělat předčasné závěry“
- „dobrý výběr vedoucích pracovníků a jejich umění jednat s lidmi“
- „zcela předcházet nelze, jen konflikt zarazit na jeho počátku okamžitým objasněním, informací“

5. DISKUZE

Výzkumné šetření se týkalo podrobné analýzy příčin konfliktu na pracovišti a jejich vlivu na práci sester. Výsledky zcela vychází z dotazníkového šetření, které bylo provedeno v rámci vybraných oddělení.

Výzkum byl realizován na dvou jednotkách intenzivní péče, na dvou standardních odděleních a na ambulanci. Výzkumný soubor respondentů tvořily pouze řadové sestry.

Krátce se vraťme k charakteristice výzkumného souboru. Zúčastnily se ho sestry nejčastěji ve věku do 30 let (49,5 %) s převládající praxí 1-10let. Největší podíl těchto sester pracoval na kardiochirurgickém oddělení. Převažovalo ženské zastoupení (96,8 %), muži byli pouze 3 (3,2 %). Domníváme se, že jednou z příčin nedostatku mužského elementu v nemocnici je nízká prestiž sesterské profese zejména pro muže. Svoji roli zde sehrávají sociální a ekonomické faktory. Nemůžeme opomenout ani osobnostní aspekty. Mužskému uchu zní mnohem lépe muž – záchranář, než muž – pečovatelka. Největší skupinu tvořily sestry se středoškolským vzděláním (74,2 %) a nejmenší vysokoškolsky vzdělané sestry (15 %). Pokud se podíváme na jednotlivá oddělení, převažovaly sestry bakalářky a magistry na jednotkách intenzivní péče.

Dále nás zajímaly, postoje sester ke konfliktním situacím a jejich vliv na práci, atmosféru pracoviště i samotnou sestru. Ze stanovených výroků jsme zjišťovali, jak sestry z osobního hlediska vnímají, prožívají a vidí smysl konfliktů.

V literatuře se uvádí neblahý vliv konfliktu na atmosféru pracoviště. I z našeho výzkumu vyplývá, že konflikty naruší příznivé klima oddělení, s čímž souhlasí až 97,9 % sester. Také jsme zjistili, že sestrám nevyhovuje nálada, která panuje v týmu během konfliktních situací. Pokud přetrvává „dusná“ atmosféra efektivita práce se vytrácí, dochází k osobním rozmrškám, demotivaci a častým odchodům z pracoviště.

Sledovali jsme, do jaké míry konflikty ovlivňují pracovní nasazení sester. Téměř 84,9 % vnímá vážnou spolupráci ošetřovatelského týmu během konfrontace. Inspirativně hovoří o spolupráci Křivohlavý (2010), který ji nazývá souhrou. Představme si koncert dvou hudebníků, kterým jde o to přednést co nejlépe společnou skladbu. V průběhu hraní se na sebe podívají, usmějí se, jsou si vzájemnou oporou. Ale

i oni si musí před vystoupením natrénovat společný part, sladit si tóny svých nástrojů a domluvit se na prezentaci hudebního díla. Nikterak jednouchý proces, který však vnímají jako smysluplný, aby podali co nejlepší výkon k uspokojení potřeb svých posluchačů.

Téměř všechny sestry (98,9%) vnímají rozpory jako původce zvyšující se psychosociální zátěže v jejich práci. Zde se můžeme ztotožnit s Jobánkovou a Kvapilovou (2007), které mapovaly nejčastější zdroje psychosociální zátěže sester. Jako jeden z kritických faktorů sestry uvádějí právě interpersonální konflikty. Důležité pro nás bylo zjištění, že konflikty mezi kolegy snižují jejich pracovní pozornost, což vnímá 81,7 % sester. Mají také pocit (69,9 %), že konfliktní situace je omezující v soustředění se na práci. Zejména sestry na chirurgickém oddělení (90,9 %).

Sestry vnímají, že konflikty snižují pracovní pozornost mezi kolegy, omezují soustředění se na práci, jsou faktorem zvyšujícím jejich psychosociální zátěž a vážne při nich spolupráce v ošetrovatelském týmu, čímž **byla potvrzena první hypotéza, že konflikty mají negativní vliv na pracovní činnost sester.**

Významnou oblastí našeho zaměření byly nejčastěji definované zdroje konfliktu z pohledu sester, dokreslené vzájemnými interakcemi na pracovišti. Tuto sféru jsme rozdělili na tři okruhy interpersonálních vztahů, a to sestra – sestra, sestra – lékař a sestra - ošetrovatelský management.

Zjistili jsme, že na všech odděleních sestry mezi sebou vnímají nejčastěji vzájemné vztahy jako kolegiální. Myslíme si, že je to velmi dobrá zpráva a předpoklad pro kvalitní spolupráci. Stejně tak s nadřazeným převládá spíše partnerský přístup. Pouze na kardiouchirurgii a interně uvádějí sestry vztahy s ošetrovatelským managementem jako průměrné. Pokud se pozastavíme u vztahů s lékaři, uváděly dotázané sestry spíše neutrální postoje. Z čehož můžeme usoudit, že se necítí být rovnocennými partnery, kolegyněmi lékaře. Domníváme se, že to může být ovlivněno relativně nízkým věkem respondentů a vzděláním, kdy převažují středoškolsky vzdělané sestry. Chtěli bychom se zmínit o výzkumu provedeném Beňadíkovou a Rapčíkovou (2009), které se zabývaly postavením sestry v ošetrovatelském týmu. Na otázku, „co považuje sestra za pozitivum ovlivňující její výkon“, odpověděly

dotázané sestry dobré interpersonální vztahy, naopak špatné interpersonální vztahy jsou označovány jako největší stresor v týmové práci.

Dále sestry uvádějí, že se konflikty objevují příležitostně, a to ve všech vztahových dimenzích. Podíváme-li se na řešení vzájemných sporů na oddělení, dozvídáme se, že je z velké části zkusí vyřešit hned. To potvrzuje také výzkum Beňadíkové a Rapčíkové (2009), z něhož vyplývá, že se snaží problém okamžitě prodiskutovat. Z našeho šetření také vychází fakt, že jedinou výjimku tvoří sestry na chirurgii, které přistupují k řešení rozporů s lékaři až s odstupem času. Tento styl řešení konfliktu si dovolíme považovat za efektivnější. Často v konfliktu „bouchneme“ jako sopka a nedomýšlíme důsledky. V první fázi se řídíme především svými emocemi, v druhé fázi se již vrací racionální úsudek, kdy dokážeme klidněji problém prodebatovat.

Jedna ze vztahových položek se zabývala také komunikací. O níž víme, že je základním kamenem efektivního řešení konfliktů a má výsadní postavení v realizaci procesu komplexní ošetrovatelské péče. Nejčastěji sestry na odděleních vnímají vzájemnou komunikaci s kolegyněmi, lékaři i nadřízeným jako vstřícnou. Domníváme se, že tento výsledek je výborným předpokladem pro účinné řešení nesvárů na pracovišti.

Významnou doménu našeho výzkumu představují vnímané zdroje konfliktů na oddělení z pohledu sester. Ve vztahu sestra – sestra byly nejvíce uváděny komunikační šumy a nedorozumění (74,2 %). V rámci výzkumu se jedná o nejfrekventovanější zdroj interpersonálních konfliktů, čímž **byla potvrzena druhá hypotéza, že nejčastější konflikty plynou z nedostatků v komunikaci**. Někdy nelze bez předchozího vyjasnění informace fungovat dál. Komunikace je složitý proces, kterému se učíme již od narození. Přesto během života vzniká celá řada situací, kdy nevíme kudy kam. Vzájemnou komunikaci mezi sestrami, ale také lékaři a jiným zdravotnickým personálem determinuje celá řada faktorů, např. věk, pohlaví, osobnostní předpoklady, momentální psychické rozpoložení, pracovní zátěž, vzdělání a praktické zkušenosti. (Mikuláščík 2003) Myslíme si, že na tomto poli by byl největší prostor pro prevenci konfliktů. Pokud aktivně nasloucháme kolegovi při hovoru, všímáme si jeho

neverbálních projevů, zeptáme se, pokud nám něco není jasné a hlavně se celoživotně vzděláváme ve sféře sociální komunikace, odborně i dovednostmi, můžeme předejít nejednomu sporu.

Podkladem častějších nesvárů, kterých si sestry všimají mezi sebou, jsou povahové rysy a neochota v jejich chování podnícená zvýšenou pracovní zátěží. Předpokládáme, že tyto skutečnosti pramení z náročnosti práce sester. Často fungují pod tlakem, obrazně řečeno na principu parního hrnce. Hodně úkonů, nemocných kontra nedostatek času, což může mít za následek jejich nervozitu, podrážděnost, zvyšující se napětí až nebezpečí exploze. Z výzkumu Rosensteina a O'Danila (2005, in Bártlová 2006), vyplývá, že se sestry chovají nevhodně stejně často jako lékaři. Negativní jednání se promítá do komunikace, spolupráce, pozornosti aj. Varující informací, která vychází z jejich šetření je dopad nevhodného jednání mezi sestrami, lékaři a dalšími na bezpečí pacientů a kvalitu zdravotní péče.

Jako vůbec nejčastější zdroj konfliktu s lékařem sestry uvádějí pověřování úkoly nespádající do jejich kompetencí (62,4 %). Tato skutečnost převažovala zejména na jednotkách intenzivní péče a ambulanci. Potvrzení, že nejde o ojedinělý výsledek, nacházíme ve výzkumu Bártlové (2007a), která se zabývala pracovními vztahy a kompetencemi zdravotních sester. Také Zacharová (2010) ve svém výzkumu „Motivační faktory v povolání sestry“ upozorňuje na fakt, že sestry vykonávají různé druhy práce z pověření nebo místo lékaře.

Za významnou příčinu konfliktnosti na oddělení sestry označily nedocení jejich práce ze strany lékaře (47,3 %), toto tvrzení převládalo na standardních odděleních. I Bártlová (2007a) uvádí ve svých výsledcích jako jednu z hlavních příčin problémů s lékaři podceňování sesterské práce. Stejně tak u Zacharové (2010) vidíme postoje sester, které mluví o tom, že se ve své práci cítí být podceňovány, což je jedním z demotivujících faktorů v jejich povolání. Potřebu ocenění jak sebe, tak druhých, vystihuje věta E. Berneho „*Člověk potřebuje několik pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha*“ (in Honzák 2008, str. 28).

Za důležité původce sporu též sestry považují charakter lékaře a neochotu v jeho jednání způsobenou pracovním přetížením. Otázkou chování ve vztahu sestra – lékař, se

ve svém výzkumu zabýval Rosenstein (2002). Poukazuje na problematické chování lékařů, které sestry vnímají jako rušivý element zvyšující napětí v interakcích na pracovišti.

Za častý zdroj konfliktu s nadřízeným dotázané sestry označily nespokojenost s odměňováním za svoji práci. V Lajkově (2008) výzkumu „Jak se žije českým sestrami“, je zcela evidentní stanovisko, že sestry nejsou spokojeny se svým finančním ohodnocením. I u Zacharové (2010) vidíme, že jedním z nejčastěji uváděných faktorů, které negativně ovlivňují profesi, je finanční podhodnocení sesterského povolání. V podstatě můžeme konstatovat, že se příčiny i zdroje problémů či konfliktů ve výzkumech zaměřených na dané téma opakují.

Poslední oblastí, kterou jsme zkoumali, byl přístup sester k řešení konfliktů. Sestry vnímají, že konflikty vyjasní stanoviska mezi kolegy (64,5 %). Zároveň nachází v konfliktu studnici poznání (78,5 %) a vyslechnou si názory svých kolegů. Sestry se také domnívají, že společně nalezené řešení posílí výkon celého ošetrovatelského týmu (90,3 %).

Zajímala nás též otázka prožívání konfliktů, zjistili jsme, že sestry nemají v úmyslu před konfliktem utíkat (51,6 %). Musíme však upozornit na fakt, že podrobnější analýzou jsme objevili rozdíly ve vnímání výroku na jednotlivých odděleních. Kardiochirurgické sestry a sestry z akutní kardiologie převážně pociťují, že by se nejraději se sporem mýjely. Kdežto na chirurgii, zvláště pak na interně a ambulanci, naprosto nesouhlasí. Celkové výsledky jsme podrobili druhému stupni třídění, kde jsme našli skutečnost, že s rostoucí praxí, tedy i zkušeností se postavíme spíše tváří v tvář problému a nebudeme se mu snažit vyhnout.

Dále nás zajímalo, stojí-li sestrami za to investovat svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti. Celkové výsledky zní kladně, zhruba 53,7 % z nich si myslí, že ano. Sestrami stojí za to vložit energii do řešení sporů na pracovišti, vnímají, že je zdrojem nových zkušeností, vyjasňuje postoje mezi kolegy a nalezení společného řešení konfliktu je posilující pro výkon celého ošetrovatelského týmu, tím **byla potvrzena třetí hypotéza, sestry mají pozitivní postoj k řešení konfliktů.**

I přesto, že byla hypotéza potvrzena, našli jsme drobné difference v rámci jednotlivých oddělení. Na jednotkách intenzivní péče (KCH, OAK) nemají sestry chuť investovat svůj vklad do řešení sporů. Naopak chirurgické, interní a ambulantní sestry jsou schopny využít svoje síly pro řešení konfliktů. Jednotlivá oddělení jsme v rámci těchto rozdílů posoudili z hlediska druhé proměnné, délky praxe. Nezjistili jsme však žádné významné vztahy. Klademe si tedy otázku, jak vysvětlit danou nejednotu? Toto téma jsme nenalezli zpracované v žádném výzkumné práci, ale napadá nás v první řadě souvislost s pracovním přetížením, které by mohlo být více patrné na jednotkách intenzivní péče, sestry nemají sílu ani čas na řešení sporů. Nejsou dostatečně motivovány. Na straně druhé je třeba říci, že se na jednotkách intenzivní péče jedná o velké kolektivy (30 a více zdravotníků), kde leckterý spor vyšumí bez řešení. Nebo naopak konflikty probíhají jako skryté a vzplanou nečekaně.

Možná jsme se nechali unést dnešním trendem pozitivního přístupu, nicméně největší břemeno sporů leží právě na tom, jak sestry dokážou přistupovat k jejich řešení. Domníváme se, že by nám práce měla přinášet radost, nadšení a spokojenost. Honzák (2008) v souvislosti se syndromem vyhoření hovoří o pročištění atmosféry na pracovišti, kladném přístupu k sobě samým a vytvoření kvalitních vztahů. Vyjasnění konfliktu je ta správná cesta k vzájemnému porozumění.

Výsledky, které jsme získali při šetření, nelze zevšeobecňovat. Výzkumný soubor tvořil menší počet respondentů a byl zaměřen na podrobnější rozbor vybraných jednotek. Bylo by však zajímavé rozšířit studii, obrátit se na lékaře, ošetrovatelský management a posoudit některé postoje ke konfliktům na pracovišti i z jejich pohledu.

6. ZÁVĚR

Konflikty jsou běžnou součástí našeho života. Je nerealistické myslet si, že je úplně vymýtíme. Pokud se je pokusíme co nejefektivněji řešit, mohou být konstruktivní, přinášejí nám nové nápady a myšlenky. Stávají se pro nás výzvou. Ve zdravotnictví je hlavním cílem poskytnout co nejvyšší péči směrem k nemocným, čehož může být konfliktní prostředí překážkou. Existuje celá škála faktorů determinujících vznik sporu. Pokusili jsme se je rozpoznat, pojmenovat a zjistit jejich důsledky na pracovišti.

Konfliktní situace se podepisují na práci sester, omezují soustředěnost, pozornost a fungují jako brzda týmové spolupráce. Patří do skupiny psychosociálních činitelů zvyšujících pracovní zátěž. Na podkladě daných skutečností byla potvrzena první hypotéza, že konflikty negativně ovlivňují pracovní činnost sester. V sesterském povolání, které je samo o sobě fyzicky a psychicky náročné, může neúměrné nakupení pracovní zátěže umocnit pocity selhání, frustrace, deprese a celkového vyčerpání organismu. Proto stále hovoříme o potřebě konflikty řešit.

Jako nejčastější zdroj konfliktu sestry vnímají komunikační šumy a nedorozumění, tím byla potvrzena druhá hypotéza, že nejčastěji konflikty na pracovišti plynou z nedostatků v komunikaci.

Často zujímáme postoje, ono se to nějak vyřeší, ale problém se nám po čase vrací jako bumerang zpět. Nevěříme sami sobě, že bychom právě my mohli být strůjci změny, ale víra a naděje má místo v každém z nás. Sestrám stojí za to investovat energii do řešení konfliktu na pracovišti, vnímají ho jako zdroj poznání vyjasňující stanoviska mezi kolegy, kdy společné vyřešení sporu posílí výkon celého ošetrovatelského týmu. Tím byla potvrzena třetí hypotéza, že sestry mají pozitivní postoj k řešení konfliktů.

Práce splnila svůj cíl a přináší ucelené informace o aktuální situaci na jednotlivých odděleních, která budou mít možnost se s ní seznámit. Poskytneme jim zprávu o nových poznatcích v oblasti konfliktů na pracovišti, které je třeba reflektovat a využít při další koncepci úspěšného řízení interpersonálních konfliktů.

V rámci doporučení navrhuje využití supervize ve zdravotnictví, která v nemocnicích chybí. Měla by se stát součástí celoživotního vzdělávání sester a nástrojem podpory a rozvoje profesionálního růstu. Zároveň představuje nabídku

sociální opory a pomoci při řešení nesnází v oblasti interpersonálních vztahů. Dále by bylo přínosné realizovat interaktivní semináře na podporu týmové spolupráce na oddělení, např. formou kolektivních her, využití arteterapie. Důležité je také zaměřit se na rozvoj komunikačních dovedností mezi jednotlivci i ošetrovatelským týmem. Prioritou zůstává pozitivní a motivující přístup ze strany ošetrovatelského managementu zvládat interpersonální konflikty na pracovišti.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALMOST, J. Conflict within nursing work environments: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, 53, s. 444-453. ISSN 0309-2402.

BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence sester v České republice. *Sestra*. 2007a, r. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007b, r. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, S. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči. *Kontakt*. 2006, r. 8, č. 1, s. 31-35. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, S. Je povolání sestry autonomní profesí?. *Sociální práce*. 2005a, 3, s. 108-113. ISSN 1213-6204.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005b. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BEDRNOVÁ, E.; NOVÝ, I., et al. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vyd. Praha: Management press, 2007. 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0.

BEŇADÍKOVÁ, D.; RAPČÍKOVÁ, T. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, r. 19, č. 12, s. 28-30. ISSN 1210-0404.

ČAKRT, M. *Konflikty v řízení a řízení konfliktů*. 1. vyd. Praha: Management press, 2000. 182 s. ISBN 80-85943-81-6.

DE VITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

DWYER, D. *Interpersonal Relationships*. 1. vyd. London: Routledge, 2000. 169 s. ISBN 0-415-19624-8, 0-415-19623-X.

GROHAR-MURRAY, M. E.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAYES, N. *Psychologie týmové práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 189 s. ISBN 80-7178-983-6.

HAYES, N. *Aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 220 s. ISBN 80-7178-807-4.

HOLÁ, L. *Mediace: způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 192 s. ISBN 80-247-0467-6.

HONZÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*. 2008, 18, 4, s. 27-28. ISSN 1210-0404.

HØYE, S; SEVERINSSON, E. Professional and cultural conflicts for intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010, 66, s. 858-867. ISSN 0309-2402.

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JIČÍNSKÁ, K. Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry. In *Změna v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Brno: NCONZO, 2006. s. 67 - 73. ISBN 80-7013-449-6.

JOBÁNKOVÁ, M.; KVAPILOVÁ, J. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. 2007, r. 17, č. 7 - 8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KRISTOVÁ, J, et al. Interpersonálne konfliktne situácie v pracovnom prostredí sestier. In *Změna v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Brno: NCONZO, 2006. s. 89 - 96. ISBN 80-7013-449-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-642-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej- naslouchám*. 1. vyd. Praha: Návrat, 1993. 105 s. ISBN 80-85495-18-X.

LAJKA, J. Jak se žije českým sestram?. *Zdravotnické noviny*. 2008, č. 10, s. 12. ISSN 1214-7664.

LORENCOVÁ, H.; ROHLÍKOVÁ, P. *Základy psychologie a sociologie pro ekonomy*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2009. 194 s. ISBN 978-80-86730-45-5.

LUCKÁ, Y; KOBRLE, L. Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence. In VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 174-179. ISBN 978-80-7367-342-0.

MÁDLOVÁ, I. Vzdělávání všeobecných sester v České republice po vstupu do Evropské unie. *Multidisciplinární péče* [online]. 2005, 0, 1, [cit. 2010-07-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=9>>. ISSN 1801-0199.

MATOUŠEK, O., et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

Ministerstvo Zdravotnictví České republiky. *Platné právní předpisy* [online]. 2010-01-19 [cit. 2010-07-16]. Zdravotnické povolání a odborná výchova. Dostupné z WWW: <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/36-zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova.html>>.

MIKULÁŠTÍK, M. *Manažerská psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1349-6.

MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009a. 620 s. ISBN 978-80-200-1680-5.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009b. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 228 s. ISBN 80-247-0577-X.

NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.

PUGNEROVÁ, M. *Kapitoly z psychologie práce*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 83 s. ISBN 80-244-1421-X.

ROSENSTEIN, A. H. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. *American Journal of Nursing*. June 2002, 102, č. 6, s. 26-34. Dostupný z WWW:<http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=278949#>. ISSN 0002-936X.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vyd. Praha: Grada, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadlení vědomí a jednání*. 3. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2009. 523 s. ISBN 978-80-87029-62-6.

SMÉKAL, V. *O lidské povaze: krátká zamyšlení nad psychickou a duchovní kulturou osobnosti*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2004. 203 s. ISBN 80-7295-069-X.

ŠKRLA, P; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

WAGNEROVÁ, I. *Řízení výkonnosti*. 1. vyd. Brno: Marek Konečný, 2005. 83 s. ISBN 80-903516-5-4.

WILMOT, W. W.; HOCKEROVÁ, J. L. *Interpersonálny konflikt*. 6.vyd. Bratislava: IKAR, 2004. 495 s. ISBN 80-51-0832-3.

ZACHAROVÁ, E. Motivační faktory v sesterském povolání. *Sestra*. 2010, r. 20, č. 6, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

ZACHAROVÁ, E; HERMANOVÁ, M; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Interpersonální konflikt

Komunikace

Motivace

Sestra

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Strategie zvládání konfliktu

Příloha č. 3 Zásady fair play při řešení konfliktních situací

Příloha č. 1

Vážená kolegyně, vážený kolego,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Jsem studentka Rehabilitace a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Mým cílem je studie vycházející ze zkušeností zdravotních sester, která mapuje zdroje mezilidských konfliktů na pracovišti a jejich vliv na týmovou spolupráci. Dotazník je dobrovolný a anonymní.

Děkuji za Vaše názory a spolupráci.

Andrea Švadlenková

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte prosím pouze jednu odpověď.

1. Jste:

1. Žena
2. Muž

2. Jaký je váš věk:

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

3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

1. SZŠ a pomaturitní specializace
2. VZŠ
3. VŠ bakalář
4. VŠ magistr

4. Délka vaší praxe

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

Jak vnímáte konfliktní situace na pracovišti

5. Při konfliktech vážne spolupráce mezi kolegy v ošetrovatelském týmu

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

6. Konfliktní situace zvyšují pracovní zátěž sester

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

7. Konflikty mezi kolegy nezmění příznivé klima na oddělení

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

8. Konflikty mezi kolegy snižují jejich pracovní pozornost

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

9. Konfliktní situace vyjasní stanoviska mezi kolegy

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

Jak se vaše prožívání při konfliktech, ztotožňuje s danými výroky

10. Nálada panující při konfliktu v týmu mi nevyhovuje

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

11. Pokud jsem účastníkem konfliktu, nejraději bych utekl/a

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

12. V průběhu konfliktu se cítím dobře, když si hájím své zájmy

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

13. Při konfliktní situaci nepocítuji, že by bylo ovlivněno mé soustředění na práci

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

Jak vnímáte smysl konfliktů

14. Stojí mi za to vložit svoji energii do řešení konfliktů na pracovišti

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

15. Každý konflikt pro mne znamená poznání nových zkušeností

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

16. Nalezení společného řešení konfliktu je posilující pro výkon celého ošetrovatelského týmu

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

17. Vždy jsem při konfliktu připraven/a vyslechnout názor protistrany

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

Vztahy sestra – sestra

18. Vztahy mezi vámi a kolegyněmi/kolegy jsou:

1. kolegiální
2. průměrné
3. vypjaté

19. Konflikty vznikají mezi vámi a kolegyněmi/kolegy:

1. často
2. občas
3. nikdy

20. Jaké situace bývají nejčastěji zdrojem konfliktu v ošetrovatelském týmu (prosím, zaškrtněte maximálně 3 odpovědi):

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

21. Konfliktní situace mezi vámi a kolegy řešíte:

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

22. Jak hodnotíte komunikaci v ose týmu (s ohledem na práci):

1. vstřícná
2. uspokojivá
3. neuspokojivá

Vztah sestra – lékař

23. Vztahy mezi vámi a lékaři hodnotíte jako:

1. kolegiální
2. průměrné
3. vypjaté

24. Konflikty vznikají mezi vámi a lékaři:

1. často
2. občas
3. nikdy

25. Jaké situace vedou nejčastěji ke konfliktům mezi ošetrovatelským týmem a lékaři (prosím zaškrtněte maximálně 3 odpovědi):

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

26. Konfliktní situace mezi vámi a lékaři řešíte:

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

27. Komunikaci a spolupráci ve vztahu vy sestra – lékař, hodnotíte jako:

1. vstřícná
2. uspokojivá
3. podřízená

Vztahy sestra – ošetrovatelský management

28. Vztahy mezi vámi a nadřízeným hodnotíte jako:

1. kolegiální
2. průměrné
3. vypjaté

29. Konflikty vznikají mezi vámi a nadřízeným:

1. často
2. občas
3. nikdy

30. Jaké situace bývají nejčastěji zdrojem konfliktů mezi sestrami a nadřízeným (prosím zaškrtněte maximálně 3 odpovědi)

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

31. Jak hodnotíte komunikaci mezi vámi a nadřízeným:

1. vstřícná
2. uspokojivá
3. neuspokojivá

32. Uveďte prosím, jakým způsobem lze podle vás předcházet konfliktním situacím na pracovišti (uveďte prosím maximálně 3 odpovědi)

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

Strategie zvládání konfliktů

Horší strategie	Lepší strategie
Vyvíjíte nátlak.	Pokoušejte se přesvědčovat.
Napadáte druhé osobním způsobem.	Těžištěm učiňte problém.
Pokoušíte se sám zvítězit a druhé zničit.	Hledejte společnou cestu k vyřešení problému.
Stanovíte své soudy příliš brzy.	Buďte i nadále otevřený argumentům, které vás mohou přesvědčit.
Jste upnutý na určité pozice.	Dávejte najevo svou otevřenost i pro jiná stanoviska a postoje.
Pro vás existuje jen „bud' a nebo“. Jiným možnostem jsou tím omezeny.	Ať pro vás existuje „více či méně“, tedy široká paleta možností.
Pokoušíte se zlomit vůli, odhodlanost, Záměr těch druhých.	Pokoušejte se druhého přesvědčit věcnými argumenty.
Záměrně druhého stresujete (např. časový faktor) a neponecháváte mu žádnou možnost ústupu.	Vycházejte druhému vstříc; ten pak může změnit svůj postoj bez ztráty tváře.

Zdroj: Nakonečný 2005

Zásady fair play při řešení konfliktních situací (podle Mikuláščík 2007)

- Každý má právo na stejné časové vstupy.
- Každý má právo říci svůj názor.
- Nemá se křičet a zvyšovat hlas.
- Neurážíme, nezesměšňujeme, neironizujeme.
- Používáme logickou argumentaci a stále si udržujeme racionální nadhled.
- Nevytahovat staré věci, hříchy.
- Nezesměšňovat a neútočit na věci či lidi, které má druhý rád a mají pro něho svoji hodnotu.
- Hovoříme pouze k aktuálnímu problému, k tomu o co nám teď jde.
- Názor druhého pozorně vyslechneme až do konce, neskáčíme do řeči a pak parafrázujeme to, co on řekl se záměrem zjistit, zda jsme to správně pochopili.
- Dobré je na konci dialogu vyzdvihnout některé pozitivní momenty v názorech opozičníka, protože jedině tak bude zase on ochoten udělat nějaké ústupky. Velký význam mají gesta smířlivosti, i když druhá strana stále útočí.
- Vyhýbejte se černobílému myšlení.
- Chovejme se nestranně, když jsou nejasnosti, snažme se je překonat.
- Přeorientujme svůj útok z člověka na problém.
- Ptejme se v duchu, zdali je konflikt založen na konkrétních faktech nebo na špatné interpretaci.
- Sledujme interpersonální rozdíly v hodnocení, v předpovědích, v rizikových projevech chování.
- Snažme se obnovit kontakt a spolupráci. Hledejme způsob jak srovnat protichůdné pozice.
- Doporučuje se vést vnitřní dialog, kde srovnáme všechna pro a proti, ať už je vyslovil opozičník nebo vy.

- Způsob komunikace vypadá tak, že nenapadáme druhého, ale začneme u svých pocitů, pokračujeme k příčině a dále k tomu co bychom chtěli.
- Zkusme změnit své myšlení v tom smyslu, že našeho oponenta vnímáme ne jako člověka, který nemá pravdu, ale spíše „co se z toho jeho pojetí mohu dozvědět nového, o co se z jeho názoru nebo postoje mohu obohatit“.
- Berme konflikt jako zkušenost, někteří lidé jsou takoví, jací jsou, nezměníme je, nepřístupujme na jejich hru. Nevracejme se po konfliktu svými emocemi (neprožívejme ji znovu se vztekem) k situaci, která nedopadla dle našich představ, je lepší když se s tím vyrovnáme.
- Ve vztazích nelze předstírat, že moje chyba nepotřebuje opravit, nebo že jsme vykonali dobrou práci, když jsme vykonali špatnou. Nelze předstírat, že rádi posloucháme někoho, když si stěžuje, pomlouvá nebo fňuká.