



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Interpersonální vztahy a jejich projekce do kvality
poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách
intenzivní péče**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Zdeněk Fürst

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Interpersonální vztahy a jejich projekce do kvality poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče*“ jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. června 2020.

.....

Bc. Zdeněk Fürst

Poděkování

Mé vřelé poděkování patří doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za její cenné a podnětné rady a bezmeznou ochotu a čas, které mi věnovala při řešení dané problematiky. Taktéž děkuji statistické konzultantce Mgr. Olze Dvořáčkové a všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

Interpersonální vztahy a jejich projekce do kvality poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče

Abstrakt

Předkládaná práce se zabývá interpersonálními vztahy a jejich projekcí do kvality poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. Za tímto účelem byly stanoveny 3 cíle a následně definováno 8 hypotéz, které byly statisticky analyzovány. Zmiňovaných cílů bylo dosaženo prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření realizovaného technikou nestandardizovaného dotazníku (návratnost validních dotazníků: 56,5 %). Výzkumný soubor je tvořen záměrně vybranými 173 respondenty z řad nelékařských zdravotnických pracovníků.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že na pracovištích jednotek intenzivní péče se vyskytují převážně pozitivní interpersonální vztahy (61,3 %). S kolegy se mimo pracovní dobu setkává 87,3 % respondentů. Interpersonální problémy se vyskytují u 44,5 % respondentů, kdežto výskyt interpersonálních konfliktů byl zaznamenán u 59,5 % respondentů. Výskyt šikany byl registrován u 26,6 % respondentů. Nejvíce se respondenti během vykonávání profese setkávají zejména s hádáním a agresivitou (22,1 %), dále s urážkami a ponižováním (18,2 %) a taktéž s pomluvami (18,2 %). Kvalita ošetrovatelské péče byla definována na základě názorů respondentů a jejich schopnosti vzájemné spolupráce. Podíl zastoupení kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče se neliší ($p = 0,323$). Zásadním zjištěním je výsledek, že kvalita ošetrovatelské péče s pozitivními a negativními vztahy se liší ($p < 0,001$); negativní vztahy snižují kvalitu ošetrovatelské péče.

Předkládanou problematiku považujeme za aktuální. Práce přináší náhled na danou problematiku a může být podkladem pro další výzkumné projekty. Prostřednictvím empirických dat zdůrazňuje význam regulace interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče a vybízí k realizaci intervencí, které budou tyto vztahy pozitivně ovlivňovat, což může mít žádoucí efekt na kvalitu ošetrovatelské péče.

Klíčová slova

ošetrovatelství; intenzivní péče; kvalita ošetrovatelské péče; interpersonální vztahy; týmová spolupráce; interpersonální problémy; konflikty

Interpersonal relationships and their projections into the quality of nursing care provision in intensive care units

Abstract

This thesis deals with interpersonal relationships and their projection into the quality of the provision of nursing care at intensive care units. 3 goals were set for this purpose and 8 hypotheses were subsequently defined and statistically analysed. The above-mentioned goals were achieved by the means of a quantitative research in which the technique of non-standardized questionnaires was applied (valid questionnaires returned: 56.5%). The research sample consisted of 173 intentionally selected respondents from among non-doctoral healthcare workers.

The research has shown that positive interpersonal relationships prevail at intensive care units (61.3%). 87.3% of the respondents met their colleagues outside of working hours. Interpersonal troubles occurred among 44.5% of respondents, while interpersonal conflicts were noted among 59.5% of respondents. The occurrence of bullying was noted among 26.6% of respondents. Respondents mostly faced arguing and aggressiveness (22.1%) within the performance of their duties. They also faced offence and humiliation (18.2 %) and slandering (18.2%). The quality of nursing care was defined on the basis of the opinions of the respondents and their ability to cooperate. The proportion of the occurrence of good-quality and poor-quality nursing care does not differ ($p = 0.323$). The fact that the quality of the nursing care with positive and negative relationships differs ($p < 0,001$) was a significant finding; negative relationships reduce the quality of nursing care.

We consider the issue this research deals with to be topical. The thesis presents an insight into the problems in question and can serve as a basis for further projects. The thesis also points out the importance of the regulation of interpersonal relationships at intensive care units on the basis of empiric data, and urges that interventions positively affecting these relationships be implemented — as they can have a desirable impact on the quality of nursing care.

Key words

nursing; intensive care; quality of nursing care; interpersonal relationships; teamwork; interpersonal troubles; conflicts

Obsah diplomové práce

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Vymezení oboru ošetrovatelství.....	8
1.1.1. Osobnost a potřeby v ošetrovatelství.....	14
1.2 Ošetrovatelství na jednotkách intenzivní péče	17
1.3 Kvalita poskytované zdravotnické péče.....	23
1.3.1. Kvalita a kvalita zdravotní péče	23
1.3.2. Systémy a modely řízení kvality péče	27
1.3.3. Ošetrovatelské standardy, akreditace a audit.....	28
1.3.4. Management rizik a nežádoucí události v ošetrovatelské praxi	30
1.4 Interpersonální vztahy, týmová spolupráce a komunikace v ošetrovatelství...	33
1.4.1. Interpersonální vztahy a týmová spolupráce	33
1.4.2. Komunikace v ošetrovatelské praxi.....	37
1.4.3. Konflikty, násilí na pracovišti a supervize	41
2 Cíle práce a hypotézy	48
2.1 Operacionalizace pojmů a hypotéz	49
3 Metodika	51
3.1 Výzkumný design.....	51
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	52
3.3 Statistická analýza kvantitativních dat	52
4 Výsledky.....	53
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření	53
4.2 Statistické testování hypotéz	73
5 Diskuze.....	81
6 Závěr	94
7 Seznam literatury.....	95
8 Seznam příloh a obrázků	103
9 Seznam zkratk	104

Úvod

Ošetrovatelství představuje samostatný vědní obor, jehož cílem je holistická saturoace potřeb jedinců, čímž zaujímá v současném zdravotnictví nezastupitelné místo. Je proto nezbytné, aby poskytování ošetrovatelské péče dosahovalo vysoké kvality. Zmiňovaného cíle ošetrovatelství dosahuje prostřednictvím týmů nelékařských zdravotnických pracovníků. Ti svou činnost vykonávají v určité atmosféře, která je jistým dílem určována charakterem interpersonálních vztahů, které se mezi nimi vyskytují. Interpersonální vztahy na pracovišti mohou být velmi rozmanité ve formách od pozitivních až k negativním. Je proto důležité těmto interpersonálním vztahům na pracovištích věnovat pozornost, neboť mohou být determinantem kvality ošetrovatelské péče, která je v současném ošetrovatelství stále více zdůrazňována. Proto považujeme tuto problematiku za velice aktuální. Předkládaná práce se věnuje integraci interpersonálních vztahů a kvality ošetrovatelské péče na pracovištích jednotek intenzivní péče. Cílem práce je především prostřednictvím empirických dat poukázat na to, jakým způsobem interpersonální vztahy ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče, a dále zdůraznit důležitost řízení mezilidských vztahů v pracovním prostředí. Věříme, že na základě předkládaných informací můžeme zvýšit zájem manažerů o interpersonální vztahy na pracovišti, což následně může vést k realizaci intervencí, které budou mít na mezilidské pracovní vztahy pozitivní vliv. To pokládáme za jeden z dílčích předpokladů pracovní spokojenosti zaměstnanců v ošetrovatelství, kteří v součinnosti s lékaři pečují o to nejcennější, co v životě máme – zdraví naše a všech, na kterých nám záleží.

1 Současný stav

*„Život představuje pro člověka jistě základní hodnotu.
Bez ohledu na naše světové zaměření vnímáme vlastní život jako **dar**.“*
(Jankovský, 2018, s. 118)

Ošetrovatelství reprezentuje jedno z nejhumnějších povolání, neboť díky jemu je pečováno o jednu z nejvýznamnějších hodnot lidského života, kterou je zdraví, anebo, v případě, kdy o toto zdraví pečovat nelze, zajišťuje eliminaci obtíží a důstojné umírání (Vytejková et al., 2011). Je vědou humanitní, která vychází zejména z principů filozofie humanismu s její orientací na hodnoty lidství a lidských práv (Šliková – Dingová et al., 2018). Vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických ošetrovatelských dovedností a vědomostí (Plevová et al., 2011), a má – li poskytovat profesionální a citlivou péči, vyžaduje sesterské sledování reakcí pacienta na poskytnuté intervence, hájení a podporu práva na soukromí a respekt důstojnosti osoby (Heřmanová et al., 2012).

Kvalita poskytované péče v oblasti zdravotních služeb je v současné době stále více akcentována (Bartůnek et al., 2016). Legislativně je spojena se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a s vyhláškou č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Týmová spolupráce je neodmyslitelnou součástí při zajišťování kvality ošetrovatelské péče (Vévoda et al., 2013).

1.1 Vymezení oboru ošetrovatelství

Ošetrovatelství je obor představující komplexní část péče o nemocné (Vytejková et al., 2011) a i přesto, že během svého vývoje prošel velkými změnami, jeho osobitý charakter zůstal nedotknut (Plevová et al., 2011). Celková charakteristika tohoto oboru je uvedena v koncepci Ministerstva zdravotnictví ČR (Vytejková et al., 2011). Tato koncepce pojednává například o definici, cílech a charakteristice oboru, o jeho pracovnících, ošetrovatelském procesu, ošetrovatelském managementu, ošetrovatelském výzkumu či o hodnocení kvality ošetrovatelské péče (MZ ČR, 2010). Z cílů ošetrovatelství vychází etika v ošetrovatelství, jejímž předmětem je vztah a postoj sestry k pacientovi a dále kolegiálnost mezi sestrami, dále mezi sestrami a lékaři a dalšími spolupracovníky (Kutnohorská, 2007).

Budeme – li chtít zodpovědět otázku, odkdy lze hovořit o prvopočátcích péče o nemocné, dojdeme k odpovědi, že tato péče je stará jako lidstvo samo (Pospíšilová

a Tóthová, 2014). Ošetrovatelství historicky ovlivňovaly především sociální, kulturní, ekonomické a politické faktory v součinnosti s vědeckými objevy, válkami, epidemiemi, ale i s ošetrovatelskými osobnostmi (Farkašová et al., 2010). Odborné publikace klasifikují tři hlavní linie péče o nemocné, kterými ošetrovatelství procházelo, a jimiž jsou ošetrovatelství neprofesionální, charitativní a profesionální (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Významnými osobnostmi světového ošetrovatelství jsou Florence Nightingaleová, Henri Jean Dunant, Nikolaj Ivanovič Pirogov a Theodor Fliedner, kdežto s českým ošetrovatelstvím jsou spojovány osobnosti jako Anežka Přemyslovna, Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská, Alice Masaryková a Marta Staňková (Plevová et al., 2011). Ve 20. století jsou významnými osobnostmi českého ošetrovatelství zase například Julie Molnárová, Vlasta Kákalová či Jarmila Hennerová a dále osobnosti jako Virginia Avenel Hendersonová, Ethel Gordon Bedfordová – Fenwicková a Dorothea E. Oremová, jsou spojovány s tím, že kladly důraz na vzdělání a koncipovaly ošetrovatelství jako vědu (Kutnohorská, 2010).

Ošetrovatelství je multidisciplinární obor s vlastní teoretickou bází a její aplikací v praxi (Plevová et al., 2011). Jeho východiskovými vědními obory jsou vzhledem k jeho bio – psycho – socio – spirituální klasifikaci potřeb jednotlivé medicínské disciplíny a disciplíny humanitní (Farkašová et al., 2006). Současné moderní ošetrovatelství je disciplína, která je založená na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři a s dalšími odborníky (Plevová et al., 2011). Podle MZ ČR (2010) jde o samostatnou vědeckou disciplínu, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je utvářeno nejen jako věda, která svým pracovníkům skýtá moudrosti, ale i jako umění rozvíjející například jejich cit, lásku či vůli a schopnost pomáhat, což následně ve vzájemné součinnosti umožňuje poskytovat efektivní pomoc zdravým i nemocným lidem a zajišťovat jejich jistoty v nejrůznějších obdobích života (Farkašová et al., 2006).

V péči o zdraví člověka je ošetrovatelství nepostradatelné (MZ ČR, 2010), s čímž souhlasí i Vytejková et al. (2011), kteří uvádějí, že právě ošetrovatelství má v oblasti péče o zdraví jedince a celé populace nezastupitelnou roli. Jeho předmětem je studium ošetrovatelských aspektů péče o jedince a skupiny; studuje tedy interakci a determinaci mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků uspokojování potřeb (Farkašová et al., 2006). Toto koreluje s tvrzením Šlikové – Dingové et al. (2018), kteří udávají, že metaparadigmatem, čili základním předmětem zkoumání oboru ošetrovatelství, jsou čtyři specifické jevy, které původně pocházejí z koncepce Florence Nightingalové,

a které zahrnují člověka / jedince, prostředí / okolí, zdraví a ošetrovatelskou činnost. Tito autoři dále doplňují, že tzv. paradigmat, neboli koncepční modely oboru, představují souhrn základních předpokladů o předmětu zkoumání a jsou jeho základním schématem (Šlikové – Dingové et al., 2018). Tyto konceptuální modely, představující soubor abstraktních a všeobecných představ a tvrzení zahrnutých do smysluplných uspořádání, jsou kategorizovány například na modely vývojové, modely systémů, interakční modely, modely potřeb, humanistické modely, modely podpory, apod. (Plevová et al., 2011).

Cílem ošetrovatelství je podpora a upevňování zdraví, podílení se na jeho navracování, ale též i zmírňování utrpení nemocného člověka a zajišťování klidné a důstojné smrti (MZ ČR, 2010). Ošetrovatelská péče tak představuje soubor odborných činností cílených na udržení, podporu a navracování zdraví a saturaci veškerých potřeb modifikovaných či vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jedinců či skupin, dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti, přičemž její součástí je i péče o nevléčitelně nemocné ve formě zmírňování jejich utrpení a zajišťování klidného umírání a důstojné smrti (Vytejková et al., 2011). Péče o umírající pacienty je pro zdravotnický personál velmi náročný úkol, který sestává z péče zdravotní, psychologické, sociální a spirituální (Jankovský, 2018).

Ošetrovatelská péče se rozděluje na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou, a zároveň představuje různé činnosti, které jsou ošetrovatelskými pracovníky realizovány (Plevová et al., 2011). Charakteristickým znakem ošetrovatelství je individualizovaná péče vycházející z aktivní a plánované saturace potřeb člověka (Vytejková et al., 2011). Podle MZ ČR (2010) jsou jeho charakteristické rysy reprezentovány například poskytováním individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytováním péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistickým přístupem k nemocnému, apod.

Pracovníci v tomto oboru bývají často jediným spojovatelem jednak mezi pacientem a lékařem, a jednak mezi pacientem a jeho rodinou (Tomová a Křivková, 2016). Na tyto pracovníky, sestry, jsou kladeny určité osobnostní předpoklady, které zahrnují poznání sebe sama, všímání si sebe a svých reakcí a schopnost komunikace o svých potřebách, vizích a potížích (Venglářová et al., 2011). V této souvislosti Jankovský (2018) doplňuje, že abychom mohli porozumět ostatním a poznat je, měli bychom se zároveň snažit porozumět sobě samým. Profesionální role sester jsou měnné v čase, nicméně k současné struktuře sesterských rolí patří role sestry ošetrovatelky, edukátor-

ky, komunikátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky, týmové hráčky a výzkumnice (Špidurová, 2015). Mezi základní etické principy sestry – ošetřovatelky patří pečování, obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce, přičemž k principu spolupráce patří i vlastní pečování (Kutnohorská, 2007). Bártlová a Matulay (2009) dále uvádějí, že pro role sester platí určité vzory chování, jimiž jsou funkční specifita, univerzalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita.

Hlavní metodou ošetřovatelského personálu je ošetřovatelský proces, jehož cílem je prevence, odstraňování či eliminace problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů / klientů (MZ ČR, 2010). Pacientem se rozumí raněná či nemocná osoba lékařsky ošetřována či toto ošetřování potřebující (Pokorná et al., 2019). Zacharová (2017) udává, že toto označení vychází z latinského slova „patiens“, jež znamená „trpělivý, trpící“. Do současnosti byla popsána řada definic ošetřovatelského procesu, nicméně všechny propojuje prvek, kterým je systémový komplexní výkon ošetřovatelské činnosti, která zdůrazňuje přihlížení k individuálním potřebám ošetřovaného, dále k řešení jeho problémů a jejím předcházením (Tóthová et al., 2014). Jeho rozvoj je spjat s rozvojem ošetřovatelství jako oboru ve specifických podmínkách Spojených států amerických (Plevová et al., 2011). Skládá se z pěti fází, kterými jsou posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová et al., 2014). Během tohoto procesu získáme a ověříme informace o zdravotním stavu, formulujeme ošetřovatelské diagnózy, vytyčíme ošetřovatelské strategie a intervence, které následně realizujeme a zhodnotíme (Plevová et al., 2011). Ošetřovatelská diagnóza je klinickým posouzením lidské reakce na zdravotní stav, procesy či tendence jedince, rodiny, skupiny nebo komunity k takové reakci a obvykle se skládá ze dvou částí, kterými jsou deskriptor nebo modifikátor a ohnisko diagnózy neboli klíčový koncept diagnózy (NANDA International, 2015). Práce s metodou ošetřovatelského procesu, jak popisují Tóthová et al. (2014), přináší určité benefity jak pro pacienta (např. návaznost a kontinuita péče, účast pacienta na péči), tak pro poskytovatele ošetřovatelské péče (např. spokojenost v zaměstnání, odborný růst či vyhnutí se rozporu se zákonem).

Ošetřování, jak uvádí Kutnohorská (2013), je morální umění a morálka je podle ní součástí kulturního kontextu a každá sestra a další zdravotníci by proto měli být vybaveni multikulturními kompetencemi. Olišarová, Tóthová a Toumová (2017) uvádějí, že transkulturní ošetřovatelství chápeme jako legitimní, nepostradatelnou a metodicky rozpracovanou disciplínu, jejímž smyslem je citlivé naplňování lidských potřeb tak, aby pacient neměl důvod péči odmítat. Podle Kutnohorské (2013) se ošetřovatelství zaměřu-

je na porozumění kulturám a na z toho vycházející specifické potřeby péče. V české a slovenské ošetrovatelské literatuře převažuje používání pojmu „multikulturní ošetrovatelství“, nicméně samotná zakladatelka, Madeleine Leiningerová, a další odborníci zabývající se danou problematikou používají označení „transkulturní ošetrovatelství“ (Plevová et al., 2019). Plevová et al. (2019) dále doplňují, že nejvýznamnější celosvětovou organizací, která se transkulturním ošetrovatelstvím zabývá, je Transcultural Nursing Society. Vizí této organizace, jejímž podtitulem je moto „Many Cultures One World“, což ve volném překladu znamená „Mnoho kultur, jeden svět“, je snaha o poskytování teoretické základny sestrám a jiným pracovníkům, což je klíčové pro zabezpečení kulturní odborné způsobilosti v praxi, vzdělávání, výzkumu a administrativy (TCNS, 2019). Šliková – Dingová et al. (2018) v této souvislosti popisuje kulturní šok, který je charakteristický významným stresem a pocití dezorientace při vstupu jedince do kulturně odlišného prostředí. Olišarová, Tóthová a Toumová (2017) dále udávají, že migrace, která v současném světě nabývá obrovských měřítek, však není novým jevem, poněvadž lidé se stěhovali vždy, a zvyšování počtu migrujících je determinováno jednak aktuálně rostoucím počtem lidí a dále důvody, kvůli nimž lidé opouštějí své domovy. Česká republika, jakožto cílový stát některých migrantů, by měla být připravená na to, že i zde se budou vyskytovat jedinci odlišného původu, víry, náboženství, apod., a stávají se tak možnými příjemci zdravotní péče (Kutnohorská, 2013). K poslednímu prosinci roku 2017 tvořili cizinci v ČR přibližně 4 %, přičemž nejvíce byli zastoupeni na prvním místě Ukrajinci, na druhém místě Slováci a na místě třetím Vietnamci (Plevová et al., 2019).

Zaměříme – li se nyní opět na role sestry, Špidurová (2015) udává, že jednou z výčtu rolí sester je role výzkumnice. Ošetrovatelský výzkum, který je obsažen v koncepci ošetrovatelství (MZ ČR, 2010), lze podle Bártlové, Sadílka a Tóthové (2008) vymezit jako činnost, při níž empirickými metodami zkoumáme platnost hypotéz o vztazích mezi jevy v ošetrovatelství. Tento výzkum je klíčový pro rozvoj oboru a pro rozvoj osobnostní výbavy zdravotnického pracovníka (Kutnohorská, 2009). Podle Plevové et al. (2011) bude ošetrovatelský výzkum 21. století zaměřen na rozvoj vědecké poznatkové základny, která sestrám pomůže realizovat praxi založenou na důkazech. Ošetrovatelská praxe založená na důkazech, jak udávají Jarošová a Zeleníková (2014), představuje proces, který integruje nejlepší praxi (důkaz výzkumu) s odbornou zkušeností sestry a potřebami pacienta. Další rolí sestry je role edukátorky (Špidurová, 2015). Edukace pochází z latinského slova „educō“, které znamená vést vpřed či vychovávat, a lze

ji chápat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem dosažení pozitivní změny v jeho znalostech, postojích, návycích a dovednostech (Juřeníková, 2010). Edukační proces, jak popisují Šulistová a Trešlová (2012), stejně tak jako ošetrovatelský proces vyžaduje prvotní zhodnocení, dále plánování, realizaci a hodnocení. Tyto autorky doplňují, že základními konstituenty edukace jsou edukant (učící se), edukátor (vyučující) a učení (Šulistová a Trešlová, 2012). Cílem edukace ve zdravotnictví je prevence nemocí, udržení či navracování zdraví nebo přispívání ke zvýšení kvality života (Juřeníková, 2010).

Výkon zdravotnických povolání je doprovázen mimořádnou pracovní zátěží (Bartůněk et al., 2016). Ošetřování nemocných je fyzicky i psychicky náročná a odpovědná činnost a klade tak vysoké nároky na sociální a morální zralost a odborné, teoretické i praktické ošetrovatelské dovednosti (Vytejšková et al., 2011). Jankovský (2018) hovoří podobně, neboť podle něj jsou na poskytovatele služeb druhým kladeny nároky, mezi které patří osobní dispozice, vzdělání a i ochota přinášet oběti. Podle Bártlové a Matulay (2009) představuje psychosociální zátěž při výkonu profese v oboru ošetrovatelství základní faktor její náročnosti. Podobně hovoří i Venglářová et al. (2011) uvádějící, že profese ošetrovatelství v důsledku přímé pracovní zátěže, neustálého vzdělávání a učení se a styku s řadou stresorů patří k těm nejnáročnějším. Tito autoři uvádějí, že jedinci pomáhající druhým lidem jsou nejvíce ohroženi syndromem vyhoření (Venglářová et al., 2011). Během vykonávání profese dochází v důsledku dlouhodobého působení nepřiměřených požadavků a omezování pozitivní sociální odezvy k projevům chronické nespokojenosti, tzv. vyhasnutí, poruchám adaptace a pracovní demotivaci (Bártlová a Matulay, 2009). Syndrom vyhoření představuje stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace či ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, jenž vede k poklesu efektivity práce (Bartůněk et al., 2016). Kopřiva (2011) uvádí, že do stavu syndromu vyhoření se člověk dostává v důsledku dlouhodobé záporné energetické bilance, protože pomáhající profese, jak popisuje Jankovský (2018), mohou energii dávat, ale mohou ji i odebírat, poněvadž výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Za zakladatele zkoumání problematiky syndromu vyhoření je považován Herbert Freudenberger, který tento syndrom v roce 1974 popsal (Venglářová et al., 2011). Samotný syndrom nevzniká náhle, ale jde o výsledek dlouhého a pozvolného procesu, který zahrnuje fázi nadšení, stagnace, frustrace, apatie a konečného vyhoření (Bartůněk et al., 2016). Nejvíce ohroženi syndromem vyhoření jsou lidé, kteří jsou pracovití, důslední, příliš usilovně pracující, považující neúspěch jako

osobní porážku, lidé s minimálními mimopracovními zájmy, apod. (Venglářová et al., 2011). Hlavní projevy syndromu vyhoření zahrnují ztrátu schopnosti radovat se, negativní postoj vůči vlastní osobě, emocionální problémy, agresivitu, únavu, abúzus drog, ztrátu zájmu až vývoj silných depresí a jiných psychických poruch (Bártlová a Matulay, 2009). Příznaky syndromu vyhoření lze klasifikovat do tří oblastí, a to do oblasti tělesného, psychického a emocionálního vyčerpání (Venglářová et al., 2011). Mezi fyzické příznaky patří například bušení v hlavě, palpitace, nespavost; dále kognitivní a emoční příznaky jsou prezentovány například zvýšeným smutkem či potížemi s pamětí a taktéž příznaky pracovními, ke kterým patří například pokles až ztráta zájmu o pracovní tematiku (Bartůněk et al., 2016). Příčiny vzniku syndromu vyhoření zahrnují podle Bártlové a Matulay (2009) individuální faktory (např. neschopnost požádat o pomoc, stres, konfliktní napětí) a faktory pracovní a organizační (např. monotónní rutina, absence sociální podpory). Pracovní a organizační faktory, které podporují rozvoj syndromu vyhoření, obsahují například špatné vztahy na pracovišti, přetíženost v důsledku nedostatečného množství personálu, nevyhovující pracovní podmínky či přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence (Venglářová et al., 2011). Kopřiva (2011) zase popisuje tři cesty vedoucí k syndromu vyhoření, kterými jsou ztráta ideálů, workoholismus a teror příležitostí (jedna příležitost s sebou přináší řadu dalších lákavých příležitostí). Bartůněk et al. (2016) uvádí, že rozvoj syndromu vyhoření podporují i některé osobnostní charakteristiky, například perfekcionalismus, idealismus, apod. Dotazníkové metody, mezi něž patří metoda MBI či dotazník BDG Pines, mohou podle Jankovského (2018) sloužit jako relevantní ukazatel stavu zaměstnanců z hlediska syndromu vyhoření.

Naopak příjemný pocit, který je spojen s vykonávanou prací, a to konkrétně v uplatnění vlastních schopností, ve finančním ohodnocení práce, v užitečnosti výsledků činnosti, v sociálním a technickém prostředí, v němž je realizována, vyjadřuje pracovní spokojenost (Bártlová a Matulay, 2009). Souhrnné faktory pracovní spokojenosti sester zahrnují podle Špidurové (2015) například dobrý pracovní kolektiv a pracovní vztahy, skladbu pracovního týmu, humor a dobrou náladu, pracovní atmosféru, dále uzdravování pacientů a zlepšování jejich zdravotního stavu či dobrou mzdu.

1.1.1. Osobnost a potřeby v ošetrovatelství

Ošetrovatelství se zabývá osobou a její interakcí s prostředím (Farkašová et al., 2006) a jednotlivce považuje za komplexní, holistickou bytost (Plevová et al., 2019).

Osobnost lze chápat jako relativně stabilní systém, jako komplex integrace somatických a psychických funkcí, který ovlivňuje prožívání, uvažování a chování jedince, a z toho plynoucí jeho vztah s prostředím (Vágnerová, 2005). Podle Farkašové et al. (2006) je osobnost jedinečný a neopakovatelný celek fyzických a psychických vlastností, které spolu vzájemně souvisí, podmiňují se a tvoří určitou jednotu. Zacharová (2017) hovoří podobně: osobnost je dána jednotou a vzájemným působením faktorů biologických, psychických a sociálních, přičemž toto pojetí je východiskem pro pochopení osobnostních projevů pacienta. Jankovský (2018) zase uvádí, že člověka vnímáme nejen jako bytost bio – psycho – sociální, ale též i jako bytost spirituální, poněvadž tyto složky navzájem tvoří dynamickou jednotu, a vynecháme – li některou z nich, dopouštíme se nebezpečného redukcionismu.

Hledání základních vlastností jedince má dlouhou tradici a důležitým výsledkem tohoto psychologizování je vyčlenění tzv. triády základních vlastností osobnosti, které zahrnují schopnosti, temperament a charakter (Helus, 2011). Schopnost je vymezena jako vlastnost osobnosti potřebné k pohotovému vykonávání určité aktivity (Zacharová a Šimíčková – Čížková, 2011). Temperament podle Vágnerové (2005) vyjadřuje individuálně charakteristický typ reaktivity a dynamiky psychiky, který představuje základ průběhu duševních dějů i projevů chování. Charakter označuje, jak uvádí Helus (2011), vlastnosti související s morálkou jedince, s principy a zásadami, hodnotami, přičemž charakterové vlastnosti se aktualizují v postojích a jednáních. Další pohled zase přináší pět univerzálních osobnostních vlastností, mezi něž patří extraverte (společenská – samotářství), vstřícnost (ochota – neochota), otevřenost (závislost – nezávislost), svědomitost (spolehlivost – nespolehlivost) a neuroticismus (vyrovnanost – úzkostlivost), které představují tzv. pětifaktorový model osobnosti (Cakirpaloglu, 2012), se kterým se do určité míry ztotožňuje i Vágnerová (2005). Ta popisuje pět bimodálních psychologických dimenzí, jejichž krajní varianty se ale vyskytují velmi vzácně, a řadí k nim vlastnosti shodné se zmiňovaným pětifaktorovým modelem, jen v obměněných názvech, kterými jsou introverze – extraverte, stabilita – labilita, dominance – submise, hostilita – láska a senzitivita – rozumovost (Vágnerová, 2005).

Zaměříme – li se na osobnost a nemoc, v této Zacharová (2017) uvádí agravaci, simulaci a repudiaci. Tato autorka dále doplňuje, že tzv. premorbidní osobnost, která znázorňuje osobnost a její vlastnosti před začátkem onemocnění, je klíčová pro posouzení postoje člověka k nemoci. Podobně hovoří i Šamánková et al. (2011), kteří uvádějí, že pro saturaci potřeb v době nemoci je důležité seznámit se s osobností jedince před

onemocněním, k čemuž můžeme využít informací, jako je například temperament, hierarchie hodnot, zdravotní uvědomění, apod.

Pro formování osobnosti použila evoluce, jak uvádí Plamínek (2018), dva odlišné procesy, a to procesy zděděné, které mohou být sdílené (projevující se v chování zejména při kritických situacích, kdy jde o individuální nebo rodové přežití či o základní hodnoty) či rozdílné (projevující se nejvíce v nejistých situacích, obsahujících nejednoznačnost a riziko), a procesy učení, jež mohou být vědomé a nevědomé. Farkašová et al. (2006) zase uvádějí, že formování osobnosti ovlivňují genetické faktory, prostředí, výchova a činnosti.

Zásadní otázkou zůstává, co je hybnou silou toho, že se člověk mění, přetváří, formuje tak, jak mění a přetváří společenské vztahy, jak ovládá a přetváří nejen okolní svět, přírodu, ale především sebe (Plevová et al., 2019). Tyto hybné síly našeho jednání a konání představují motivaci, která je důležitá pro uspokojování potřeb (Šamánková et al., 2011). Motivované chování vycházející z potřeb jedince vede k nějakému druhu uspokojení (Plevová et al., 2019). Potřeba charakterizuje fyzické, psychické, sociální či spirituální požadavky pro pocit blaha nebo taktéž vědomí nedostatku a chtění určitého prostředku k určitému účelu (Gladkij et al., 2003). Podle Zacharové (2017) je to vlastnost organismu pobízející k vyhledávání určité podmínky, která je pro život nepostradatelná. Základní a obvykle univerzální existující potřeby lze diferenciovat do různých kategorií, a to například z hlediska jejich vzniku i zaměření na potřeby základní, neboli biologické a psychické, a sekundární potřeby psychosociální (Vágnerová, 2005), přičemž podobné dělení nabízí i hledisko holistické, které klasifikuje potřeby na biologické, psychické, sociální a duchovní (Plevová et al., 2019). Potřeby lze ale dále členit například i dle počtu zainteresovaných lidí na individuální a kolektivní, podle obsahu na materiální a nemateriální, dle způsobu vyvolání na hlavní a doplňkové či na základě naléhavosti nebo četnosti výskytu (Šamánková et al., 2011). Uspokojování potřeb je dynamický proces, který ovlivňují obecné a společenské faktory a patologické stavy (Zacharová, 2017). Faktory, které mohou ovlivňovat uspokojování potřeb, zahrnují individualitu jedince, jeho vývojové stádium, kulturu, rodinu a onemocnění, ale i životní styl, adaptaci na stres, faktory prostředí či pohlaví (Plevová et al., 2019). Farkašová et al. (2006) uvádějí příklady biologických (péče o tělo, příjem potravy), psychických (odstraňování a mírnění bolesti), sociálních (mírnění sociální izolace), kulturních (sledování společenského a kulturního dění) a spirituálně – duchovních (respektování náboženské svobody) potřeb. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné

rovnováhy organismu (Šamánková et al., 2011). Vývojově nižší potřeby jsou spojeny s uspokojením, které je dáno redukcí (např. hlad je redukován nasycením), kdežto vývojově nejvyšší potřeby se od nich liší tím, že za příjemné je považováno udržování napětí, čili indukce (Plevová et al., 2019). Mezi zdravím a nemocí lze podle Jankovského (2018) vést jen velmi obtížně ostrou hranici a změna, kterou nemoc představuje, poukazuje na to, jak velmi můžeme být zranitelní. Ve zdraví je obvykle každý jedinec schopen saturovat své potřeby bez asistence druhých lidí (Šamánková et al., 2011), nicméně v době nemoci dochází k omezení životních potřeb (Zacharová, 2017). Potřeby pacientů mají svou specifickou podobou, která se odvíjí především od charakteru nemoci, ale i od samotného pacienta a jeho sociálních poměrů (Bártlová a Matulay, 2009). Každý proces změny zdravého člověka v pacienta má svoji stránku fyziologickou, patofyziologickou i psychologickou a sociální (Zacharová, 2017). Podle Šamánkové et al. (2011) jde svým způsobem o krizovou situaci, na kterou je nutno se adaptovat, ať už aktivní či pasivní formou. Bártlová a Matulay (2009) dále uvádějí, že v době nemoci se doporučuje klasifikovat potřeby do tří skupin, a to na potřeby nemocí neměnné, potřeby nemocí modifikované a potřeby nemocí vzniklé. Sestrám ve snaze orientovat se v potřebách a zaměřit tak pozornost a péči na základní potřeby pomáhá Maslowova pyramida potřeb, na jejímž základě jsou potřeby fyziologické a směrem k jejímu vrcholu je následují potřeby jistoty a bezpečí, lásky a pocitu příslušnosti, sebeúcty a seberealizace (Farkašová et al., 2006). Poskytovatelé zdravotní a ošetrovatelské péče jsou zavázáni k vyhledávání způsobů uspokojování biologických potřeb (Šamánková et al., 2011) a musí proto být s potřebami obeznámeni v takové míře, která jim umožní rozpoznat, pochopit a zajistit jejich saturaci (Farkašová et al., 2006).

1.2 Ošetrovatelství na jednotkách intenzivní péče

Historické kořeny intenzivní péče nelze nespojovat s britskou zdravotní sestrou Florence Nightingaleovou, která v roce 1854 v průběhu Krymské války položila jakési počáteční pojetí soustředěné intenzivní péče tím, že kategorizovala raněné podle stupně závažnosti zranění (Bartůněk et al., 2016). Pravděpodobně první dokumentaci toho, že rozdělovat nemocné podle závažnosti poranění, je přínosné, zveřejnil francouzský lékař Dominique Larrey, ačkoliv prvotně z jiného záměru, což uvádějí Ševčík et al. (2014), který poté představuje dalšího průkopníka intenzivní péče Nikolaje Ivanoviče Pirogova, jenž se taktéž účastnil Krymské války. Počátek moderní intenzivní péče je následovně datován rokem 1950 a je spojován s profesorem Peterem Safarem, který

byl díky svým zásluhám svými kolegy označován za Michelangela intenzivní medicíny (Bartůněk et al., 2016). Další rozvoj péče o kriticky nemocné byl spojen především s rychlým rozvojem technických pomůcek, z nichž lze jmenovat například tzv. železné plíce nasazované pacientům při léčbě poliomyelitidy (Bartůněk et al., 2016). Ševčík et al. (2014) uvádí, že zakladatelem první jednotky intenzivní péče ve světě byl Bjørn Ibsen, který během svého života nabyl řadu zkušeností, mimo jiné i v souvislosti právě s epidemií poliomyelitidy. V tehdejší Československu vznikla první jednotka intenzivní péče v roce 1967 z iniciativy primáře Hermana, první koronární jednotka pak o dva roky déle v IKEMu v Praze – Krči (Bartůněk et al., 2016).

Intenzivní medicína je v současné době uznanou a podstatnou specializací, která má v řadě nemocnic nepostradatelný význam, poněvadž poskytuje léčbu pacientům s akutními, život ohrožujícími onemocněními ve formě poruch, které těží z hospitalizace na těchto jednotkách (Zadák, Havel et al., 2017). Intenzivní medicína (intensive care medicine nebo critical care medicine) charakterizuje medicínský obor pečující o nemocné s akutními, život ohrožujícími stavy prostřednictvím diagnostiky, kontinuálního sledování a terapie pacientů s potenciálně kurabilními zmiňovanými stavy (Ševčík et al., 2014). V této souvislosti Gladkij et al. (2003) uvádějí, že akutní péče vyjadřuje nemocniční péči poskytovanou u krátkodobých onemocnění a urgentních stavů, jejichž délka hospitalizace zpravidla nepřesahuje 30 dnů. Bartůněk et al. (2016) popisují jednotky intenzivní péče podobně: jde o poskytování péče pacientům vyžadující monitoring a léčbu z důvodu potenciálního selhávání jedné či více fyziologických funkcí v souvislosti s akutním či chronickým onemocněním, s následkem úrazu, chirurgickou nebo kteroukoliv jinou lékařskou intervencí, nebo dále z důvodu selhávání aktuálního, přičemž lze u těchto selhávání očekávat funkční reverzibilitu. Kapounová (2007) také uvádí, že pracoviště intenzivní péče jsou určeny pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů a poskytují permanentní možnost diagnostiky, prevence a léčby. Ševčík et al. (2014) se s citovanými autory taktéž ztotožňují a i Vytejčková et al. (2011) jednotkou intenzivní péče rozumí specializovanou ošetrovací jednotku, kterou je nutné využít v případě, kdy nastane změna stavu nemocného a zhoršení tohoto stavu. Na všech typech jednotek intenzivní péče dochází ke kontinuálnímu sledování stavu pacienta sestrou, která následně tyto informace zaznamenává do jeho dokumentace (Kapounová, 2007).

Současná efektivní jednotka intenzivní péče musí kontinuálně pečovat o přiměřené množství nemocných pacientů plně kvalifikovaným zdravotnickým personálem za po-

moci tomu odpovídajícího technického a přístrojového příslušenství (Bartůněk et al., 2016). Zadák, Havel et al. (2017) uvádějí, že jednotky intenzivní péče mohou mít oborový charakter (př. interní, metabolická, infekční) či charakter multidisciplinární, s čímž se ztotožňují i Ševčík et al. (2014), kteří klasifikují jednotky intenzivní péče identicky. Samozřejmostí pro intenzivní medicínu je těsná kooperace mezi lékařským, nelékařským a dalším zdravotnickým personálem (Bartůněk et al., 2016). Stavebním uspořádáním by tyto jednotky měly mít optimální prostor pro jednoho pacienta 20 m², dále možnost izolace a svým uspořádáním by měla vyhovovat různým požadavkům (Ševčík et al., 2014). Každé lůžko na těchto jednotkách musí být minimálně obstaráno určitým vybavením (Zadák, Havel et al., 2017). Tito autoři též doplňují, že názory na počty lůžek se významně liší na evropském kontinentě a ve Spojených státech amerických. Je – li pacient přijímán na jednotku intenzivní péče, je nutné podle jeho celkového stavu zajistit dýchací cesty, kontinuální monitoring, invazivní a neinvazivní vstupy, odběry biologického materiálu a veškerou medicínskou a ošetrovatelskou péči vedoucí ke stabilizaci stavu pacienta (Kapounová, 2007). Těmto pacientům je poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče (Vytejková et al., 2011), která využívá určité fixní a variabilní náklady, přičemž oba druhy nákladů sestávají z nákladů přímých, souvisejících přímo s péčí o pacienta, a nepřímých (Ševčík et al., 2014).

Heřmanová et al. (2012) uvádějí, že práce na odděleních intenzivní péče vyžaduje nejen vynikající teoretické, praktické a technické znalosti, ale též citlivost při manipulaci s kriticky nemocnými pacienty a schopnost dobře komunikovat ve vypjatých situacích. Poskytování ošetrovatelské péče v intenzivní péči je v rukou sestry a splnění požadavků a potřeb pacienta je determinováno jejími znalostmi, zkušenostmi a citem pro identifikaci těchto potřeb (Tomová a Křivková, 2016). V této souvislosti Kapounová (2007) uvádí, že zdravotní stav pacientů je variabilní, což vede k proměnlivosti nejen nároků na ošetrovatelskou péči, ale též k proměnlivosti potřeb pacienta, jejichž uspokojování je podle Vytejkové et al. (2011) právě pro ošetrovatelství tak typické. K nejčastějším potřebám v intenzivní péči patří potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti a psychické stability (Kapounová, 2007). Zmiňovaná autorka též uvádí, že v rámci komunikace je nutné jim poskytnout speciální formu komunikace v souvislosti s určitou diagnózou, např. bezvědomí, neklid a zmatenost, zajištění dýchacích cest, apod.

Množství poskytované péče na jednotkách intenzivní péče je obecně klasifikováno do tří stupňů, kde každý z nich vyžaduje intenzivní péči ve formě nepřetržitého monito-

rování a ve větší či menší míře farmakologické a přístrojové podpory (Bartůněk et al., 2016). Ševčík et al. (2014) také uvádějí, že pracoviště intenzivní péče jsou dělena do tří stupňů a že tato diferenciací byla navržena v roce 1997. I Zadák, Havel et al. (2017) uvádějí, že intenzivní péče je na základě praktických zkušeností a literárních doporučení členěna do tří stupňů, přičemž tyto tři stupně neznamenají tři typy jednotek intenzivní péče, nýbrž determinant doporučeného kalkulačního vzorce pro vybavení a personál intenzivní péče. Zmiňovaný personál dále Ševčík et al. (2014) konkretizují poměrem sestra/nemocný pro stupeň první 1:3, druhý 1:2 a třetí 1:1. I Bartůněk et al. (2016) udávají, že struktura složení pacientů ovlivňuje počet sesterského a lékařského personálu, ale i přístrojového vybavení, přičemž lze obecně uvést, že čím více fyziologických funkcí selhává, tím složitější a náročnější je nutná terapie a péče. Hrazení péče financované zdravotními pojišťovnami je v současné době realizováno prostřednictvím tzv. TISS systému, který cenu počítá na základě vztahování určitého bodového skóre ke zdravotnickým výkonům prováděných u jednoho pacienta, např. antibiotická terapie či podpora oběhu (Kapounová, 2007).

Vlastní pokrok v intenzivní medicíně, umožněný v posledních 40 – 50 letech rozvojem vysoce kvalitní přístrojové techniky, s sebou však vedle možností nových diagnosticko – terapeutických variant přinesl i řadu problémů, jejichž obsah je komentován v dlouholetých diskuzích, kterých se vedle lékařů účastní i etici, filozofové, zastupitelé církvi a politici (Bartůněk et al., 2016). Tito autoři dále hovoří i o specifických etických otázkách na poli intenzivní péče, které zahrnují dystanázii (prodlužování pacientova života v situacích, kdy je vzhledem k jeho stavu smrt nevyhnutelná, ale díky technologickým postupům k ní nemůže dojít) a marnou léčbu (léčba velmi nedostačující či minimálně účinná léčba, na jejímž poskytování se shodnou lékaři i přes nesouhlas pacienta či rodiny), dále pravidlo DNR (z anglického Do – Not – Resuscitate), dříve vyslovená přání a eutanázii.

Urgentní medicína, zabývající se podle Ptáčka a Bartůňka et al. (2011) akutními stavy všech medicínských oborů veškerého věkového spektra, se během ošetřování pacientů vyznačuje poměrně rychlou variabilitou jejich stavu, což činí monitorování paradigmatickým kvalitní péče (Šeblová et al., 2018). Požadavek kontinuálního monitoringu je právě jednou z častých indikací k hospitalizaci na jednotkách intenzivní péče (Kapounová, 2007). Pojem monitorování, jehož doposud nepřekonanou definici v roce 1984 navrhl Leonard Hudson, vychází z latinského slova „monere“ vyjadřující „varovat či připomínat“ (Ševčík et al., 2014), a je jím rozuměn soubor činností vedoucích ke sle-

dování aktuálního stavu pacienta, přičemž nejde o terapeutickou metodu, nýbrž o zdroj informací vedoucí k poskytování adekvátní péče (Bartůněk et al., 2016). Podle Kapounové (2007) monitoring představuje opakované či trvalé sledování vitálních funkcí pacienta a činností přístrojů za účelem podpory těchto funkcí, včasné detekce abnormalit v těchto funkcích a případného terapeutického zásahu. Tato včasná detekce abnormalit fyziologických funkcí je podmínkou moderního pojetí intenzivní péče (Ševčík et al., 2014). Monitorování umožňuje mnohem přesnější a cílenější zhodnocení odchylek od fyziologického stavu, což následně ovlivňuje včasnost a cílenost léčebných intervencí (Šeblová et al., 2018). Monitorování může probíhat v různých časových intervalech nebo kontinuálně a jeho jednotlivé metody se odlišují podle stupně rizika pro daného pacienta a podle míry invazivity (Bartůněk et al., 2016), kterou Ševčík et al. (2014) rozumějí porušení zevní imunologické bariéry pacienta. V případě významné dynamiky stavu je potřebné naměřené hodnoty kontrolovat častěji (Šeblová et al., 2018). Kapounová (2007) uvádí, že monitoring lze realizovat různými způsoby, jako bedside monitoring (u lůžka nemocného), centrální monitoring (centralizace péče na jedno místo) a kombinovaný monitoring integrující dva způsoby předešlé. Získaná data jsou důležitá, neboť slouží pro posouzení aktuálního stavu nemocného a taktéž k pozdějšímu hodnocení stavu pacienta a pro vedení jeho dokumentace (Kapounová, 2007). Tato autorka dále uvádí, že přináší i některé nežádoucí aspekty, například nepřesné měření, chyby při sledování hodnot, komplikace a bolest spojené s monitorovací technikou i tzv. data overloading vyjadřující přítomnost velkého množství dat disponující určitými riziky determinující efektivitu poskytované péče. Volba monitorovací techniky vychází z klinického přínosu zvažovaného způsobu monitorování (Ševčík et al., 2014). K základním sledovaným parametrům řadí Bartůněk et al. (2016) srdeční rytmus a frekvenci, dechovou frekvenci, tělesnou teplotu, saturaci hemoglobinu kyslíkem a diurézu.

K hodnocení rázu akutního onemocnění a ke včasné diagnostice kritického stavu, dále ke stanovení rizika komplikací a k predikci mortality v intenzivní péči slouží tzv. skórovací systémy (Bartůněk et al., 2016). Obvykle jsou složeny ze dvou částí, a to z části závažnosti skóre a pravděpodobnosti úmrtí (Ševčík et al., 2014). Posouzení závažnosti u nemocného je klíčové, poněvadž definuje stupeň naléhavosti léčby, eventuálně může ovlivňovat využívání specifických léčebných postupů a napomáhat k posouzení prognózy nemocného (Ševčík et al., 2014). Podle Kapounové (2007) tyto systémy slouží nejen k definici závažnosti onemocnění a náročnosti péče, ale

i k srovnávání léčebných postupů pro audit či výzkumné účely. Podobně hovoří i Zadák, Havel et al. (2017), kteří uvádějí, že tyto systémy pomáhají nejenom k hodnocení závažnosti akutního onemocnění, rizik komplikací a úmrtí v dané situaci, ale i k definování srovnatelnosti skupin pacientů pro vědecké studie, posuzování kvality péče a nákladů na léčbu. V rámci výběru dalšího postupu péče Ševčík et al. (2014) informují, že skórovací systémy mají mít primárně informační funkci, nikoliv funkci rozhodovací. První klinický systém, nesoucí název Apgar score, byl do praxe uveden v roce 1953 a následně byla navržena a ověřena řada skórovacích systémů pro intenzivní péči, přičemž některé z nich jsou používány dodnes (Ševčík et al., 2014). Bartůněk et al. (2016) mezi základní skórovací systémy řadí GCS, APACHE II, SAPS II a SOFA score. Celosvětově používané skórovací systémy zahrnují GCS, APACHE II, SOFA, TS, ISS, RTS a TRISS (Kapounová, 2007). V současné době lze podle Ševčíka et al. (2014) klasifikovat pět základních skupin skórovacích systémů, mezi které patří prognózovací systémy (např. APACHE II), terapeutické skóre (např. TISS), skórovací systémy pro vývoj orgánových funkcí (např. SOFA), orgánově a diagnosticky specifické skórovací systémy (např. GCS) a traumatické skórovací systémy (např. ISS).

K hlavním rysům moderního ošetrovatelství patří zavedení kvalitní ošetrovatelské dokumentace, jejímž úkolem je například zaznamenávání ošetrovatelské péče, záznamů reakcí pacienta na lékařské intervence či poskytování údajů pro kontrolování kvality ošetrovatelské péče (Kapounová, 2007). Základní podmínkou efektivní jednotky intenzivní péče je přehledná, komplexní a systematická dokumentace, která zahrnuje informace o zdravotním stavu pacienta a celém diagnosticko – terapeutickém procesu, ale i údaje související s technickými procesy a činností personálu (Zadák, Havel et al., 2017). Jde o systematicky vedený soubor, který poskytuje nejen zdroj informací o nemocném, o změnách jeho zdravotního stavu a postupech zdravotnické péče, ale i nástroj zajišťující návaznost péče pro veškeré členy zdravotnického týmu (Bartůněk et al., 2016). Tato dokumentace podle Kapounové (2007) musí obsahovat podepsaný informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, a je – li pacient ve stavu, kdy není schopen tento souhlas poskytnout, je zapotřebí vyplnit formulář k tomu určený a neprodleně jej zaslat na příslušný obvodní soud. Základní pravidla kladená na práci s dokumentací zahrnují respektování požadavků legislativy, objektivitu, čitelnost, srozumitelnost a pravopis, dále soulad mezi sestřerskou a lékařskou dokumentací, apod. (Bartůněk et al., 2016). V dokumentaci je zakázáno přelepovat, neboť jakékoliv přelepování či nečitelnost ošetrovatelskou dokumentací zpochybňuje (Kapounová, 2007).

1.3 Kvalita poskytované zdravotnické péče

V současné době je stále více akcentována kvalita poskytované péče v oblasti zdravotních služeb. Děje se tak z důvodů, mezi které patří například udržení, zvyšování počtu a spokojenosti pacientů, zajištění dobrého jména zdravotnického zařízení a pracoviště a dále standardizace služeb či snížení nákladů (Bartůněk et al., 2016). Totéž tvrdí i Šupšáková (2017), neboť uvádí, že aktuálně je jak ze strany zdravotnické veřejnosti, tak ze strany Ministerstva zdravotnictví kvalitě a bezpečí poskytování zdravotní péče přikládána stále větší pozornost.

Válková (2015) uvádí, že s pojmem kvalita v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, jenž v současné době představuje hledisko vytváření zdravotních reforem, se významněji setkáváme v rádech posledních dvou desítek let, nicméně tento pojem skýtá terminologicky dlouhou historii, s čímž souhlasí i Madar et al. (2004) a doplňuje, že kvalita se sledovala již při první výrobě nástrojů. Kilíková a Jakušová (2008) vysvětlují, že historii kvality reprezentují cechy, což byly první organizace, které se kvalitě věnovaly. I Madar et al. (2004) hovoří o těchto ceších, které stanovovaly pravidla a kontrolovaly jejich dodržování. Největší rozvoj v oblasti kvality nastal po druhé světové válce (Kilíková a Jakušová, 2008), kdy vznikla veliká poptávka po nedostatkových výrobcích, u kterých hrála kvalita v konkurenčním boji rozhodovací roli (Madar et al., 2004). V literatuře se lze vedle pojmu kvalita setkat i s pojmem jakost, jehož používání v praxi je spojeno s jakostí výrobků, kdežto pojmu kvality je využíváno ve všech ostatních oblastech řízení organizace a v oblasti služeb (Plevová et al., 2012). V návaznosti na služby Vašítková (2014) udává, že služby lze klasifikovat podle tzv. odvětvového třídění na služby terciární (př. ubytovací a stravovací služby), kvartérní služby (př. doprava) a kvintérní služby, které zahrnují právě například zdravotní péči.

Ačkoliv se stále hovoří o kvalitě, kuriozitou je, že jde právě o tzv. míru nekvality, jejímž prostřednictvím je měřen a hodnocen její výsledek (Bednařík, 2018).

1.3.1. Kvalita a kvalita zdravotní péče

Kvalita není lehce definovatelná, poněvadž nesouvisí pouze se souborem metod, technik a pracovních postupů, ale i s filozofií organizační struktury reprezentovanou hodnotami, chováním a postoji zaměstnanců (Škrála a Škrlová, 2003). Madar et al. (2004) hovoří podobně, protože kvalita je podle nich intuitivní pojem vyžadující definici, jejíž popis je vzhledem k množství literárních zdrojů nelehký. Bednařík (2018)

taktéž popisuje, že jednoznačně definovat kvalitu je velmi náročné, neboť musí respektovat řadu proměnlivých faktorů, např. prostředí či legislativu. Gladkij et al. (2003) popisuje kvalitu jako souhrn vlastností výrobků či služeb vyjadřujících oprávnění k uspokojování potřeby, k nimž jsou určeny. Obecně kvalita znamená nepřítomnost vad, uspokojení zákazníka, bezporuchový chod či provádění správných věcí správným způsobem (Válková, 2015). I Bednařík (2018) uvádí, že obecně kvalita vyjadřuje schopnost uspokojovat potřeby zákazníka. K rozmanitosti definice kvality přispívá i Pokorná et al. (2019), neboť jí vyjadřuje jako kategorii popisující v kvalitativně – kvantitativních pojmech úroveň poskytované péče nebo poskytovaných služeb. Kilíková a Jakušová (2008) udávají, že v odborné literatuře nacházíme celou řadu výroků definujících kvalitu, z nichž nejznámějšími je např. P. B. Crosby (Kvalita je shoda s požadavky), W. E. Deming (Kvalita je, vrátí – li se zákazník, nikoliv výrobek) nebo A. V. Feigenbaum (Kvalita označuje souhrn vlastností umožňující produktu uspokojovat potřebu, pro nějž byl vytvořen). V souvislosti s osobnostmi je nutné zmínit, že svými definicemi a poznatky přispěly k posunu řízení kvality, např. W. E. Deming, J. M. Juran, K. Ishikawa či P. B. Crosby, (Madar et al., 2004). Kvalita je komplexní pojem a má celou řadu dimenzí, mezi které patří bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost a úcta a vnímavost (Škrála a Škrlová, 2003). Mezi kritéria, podle kterých zákazník obvykle hodnotí kvalitu služeb, patří hmotné prvky (např. oblečení a vzhled zaměstnanců), spolehlivost, schopnost reakce, jistota i empatie a pochopení (Vašítková, 2014). Kvalitu lze pozorovat z několika úhlů, přičemž nejznámějšími třemi pohledy, tzv. perspektivami, jsou perspektiva lékařského a ošetrovatelského personálu, perspektiva pacienta a perspektiva výstupu (Škrála a Škrlová, 2003). Existují dvě základní složky kvality služeb, mezi které patří technická kvalita vztahující se k relativně měřitelným prvkům služby a funkční kvalita, která souvisí se způsobem jejího poskytování (Vašítková, 2014).

Kvalitní ošetrovatelská péče představuje základní cíl ošetrovatelství (MZ ČR, 2010). V rámci kvality zdravotní péče je potřebné popsat zdravotnický systém, který lze chápat jako organizace poskytující zdravotní služby a další organizace, které zásadním podílem ovlivňují zdraví jedince i celé populace (Brabcová, 2016). Systém kvality ve zdravotnictví lze následně definovat jako souhrn uspořádání organizace, jejich odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, jež jsou zapotřebí k nepřetržitému zlepšování kvality zdravotnických služeb, jejichž cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování

kvality života spokojenosti obyvatel, o něž pečují (Gladkij et al., 2003). Služba představuje produkt v nehmotné formě, spočívající v činnosti odehrávající se mezi zákazníkem a poskytovatelem, přičemž v oblasti zdravotnictví jsou zákazníky myšleni pacienti, zdravotní pojišťovny a samoplátci (Madar et al., 2004). Kvalita zdravotní péče představuje dělat správné věci, správným způsobem, ve správný čas správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků (Gladkij et al., 2003).

Definice kvality ve zdravotnictví je vyjadřována v rámci řady definic, jež jsou v dostupných pramenech popisovány (Válková, 2015). Kvalitní péče je podle Bartůňka et al. (2016) poskytována individuálně, ekonomicky, podle nejnovějších výsledků, dostupně a s ohledem na potřeby jedince. Farkašová et al. (2006) zase uvádějí, že kvalitní ošetrovatelská péče je například poskytována metodou ošetrovatelského procesu, vychází z potřeb pacienta a respektuje jeho práva, poskytuje ji odborně připravený a dobře motivovaný ošetrovatelský tým, apod. Kvalita ve zdravotnictví musí být považována za komplexní službu, jejímž základním hlediskem je kvalita léčebného výkonu, neboť doprovodné služby, jako například strava nebo organizace péče, mají pouze doprovodný charakter (Madar et al., 2004). Kvalita zdravotní péče reflektuje úroveň dokonalosti jejího poskytování vzhledem k aktuálnímu teoretickému a technologickému rozvoji, přičemž základní podmínkou pro nabídku vysoce kvalitní zdravotnické péče je zajištění dostatečného množství kvalifikovaného personálu a jeho vzdělávání (Brabcová, 2016). Gladkij et al. (2003) popisují, že kvalita zdravotnické péče zahrnuje tři vzájemně spjaté prvky, a to strukturu péče (souhrn zdrojů a podmínek péče), vlastní proces (diagnosticko – terapeutické procesy a jednání zdravotnických pracovníků s pacienty) a výstupy (př. počet provedených vyšetření a ošetření) s výsledky (př. podíl vyléčených či zlepšených pacientů) péče. Ve zdravotnických zařízeních existují tři dimenze kvality, kterými jsou kvalita služeb z hlediska pacienta, kvalita služeb z hlediska profesionálního a kvalita služeb z hlediska řízení (Kilíková a Jakušová, 2008). Škrála a Škrlová (2003) uvádějí, že v rámci kvality ve zdravotnictví je možné sledovat kvalitu produktu (př. rentgenové snímky, léky, dokumentace), kvalitu péče či služeb (př. ošetrovatelská a lékařská péče), kvalifikace zaměstnanců (př. sestry, lékaři, dodavatelé) a prostředí (př. pracovní prostředí, nábytek). Co se posuzování kvality v intenzivní péči týká, Zadák, Havel et al. (2017) uvádějí, že k základním posuzovaným faktorům patří hodnocení tíže kritického stavu, náročnost ošetrovatelské péče a její náklady, úmrtnost dle vybraných diagnóz, výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí a iatrogenní komplikace. Ošetrovatelská péče je na těchto intenzivních pracovištích zpravidla vzhledem k značné náročnosti

a komplexnosti péče nastavena na vysoké úrovni (Bartůněk et al., 2016).

Poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče na straně jedné a finanční limity instituce na straně druhé představují v managementu ošetrovatelství střet protikladných cílů, jejichž integrace je úkolem vedoucích pracovníků ve zdravotnictví (Brabcová, 2016). Aktualizované zásady managementu kvality zahrnují zaměření na zákazníka, vedení, angažovanost lidí, procesní přístup, zlepšování, rozhodování a management vztahů (Bednařík, 2018). Fáze implementace zlepšování kvality zdravotní péče zahrnují počáteční vyhodnocení (součástí je tvorba a měření indikátorů), reorganizaci a výchovu, vlastní proces zlepšování kvality (podle doporučeného cyklického desetistupňového modelu), dále vyhodnocování, monitorování a soustavné zvyšování kvality a konečnou fázi rozšiřování a expanze (Gladkij et al., 2003). Existují čtyři zdroje dat, jejichž pomocí lze měřit a vyhodnocovat kvalitu zdravotnické péče, přičemž jde o informace od pacientů a jiných interních a externích klientů, dále externí odborníci, audity a indikátory kvality (Škrála a Škrlová, 2003).

Kvalita je měřitelná prostřednictvím indikátorů kvality a v současné době zavádějí veškerí poskytovatelé zdravotnické péče do praxe tzv. program kontinuálního zvyšování kvality (Brabcová, 2016), jehož složitý proces popisují Škrála a Škrlová (2003) modelem 4P (plánování, provádění, překontrolování a pokračování), který schematicky představuje Demingův kruh neustálého zvyšování kvality (Madar et al., 2004). Válková (2015) uvádí, že indikátor kvality představuje kvantitativní měřitelné kritérium, jenž v porovnání s určitým standardem, směrnicí či požadavkem vyjadřuje míru jeho dosažení, přičemž se může týkat struktury (př. kvalifikace sester), procesu (př. úroveň zdravotnické péče) a výstupu (náklady na lůžko za den). Škrála a Škrlová (2003) popisují dva druhy indikátorů, mezi které patří poměrové indikátory (např. rehospitalizace dělená celkovým počtem propuštěných pacientů) a strážní indikátory vztahující se zejména na mimořádné události. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče patří personální obsazení a jeho kvalifikační struktura, prevalence dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů, počet nežádoucích událostí spojených s ošetrovatelskou péčí, počet pádů a počet katérových infekcí (Brabcová, 2016). Plevo-ová et al. (2012) zase uvádějí, že mezi některé sledované indikátory ve zdravotnických zařízeních patří například pády a zranění pacientů při hospitalizaci, infekce vzniklé s invazivními vstupy, medikační pochybení, záměna pacientů, spokojenost pacientů či nežádoucí události.

1.3.2. Systémy a modely řízení kvality péče

Válková (2015) uvádí, že zakladatelem systému řízení kvality byl na počátku 20. století v Americe Ernest Codman, a dále doplňuje, že v roce 1951 vznikla první Společná komise pro akreditaci nemocnic; u nás vzniká o 47 let později SAK. Systémy řízení kvality ve zdravotnickém zařízení, s výjimkou laboratorních úseků, jsou rozděleny na systémy interní, zaváděné a hodnocené zdravotnickým zařízením, a externí, též zaváděné zdravotnickým zařízením, ale kontrolované externí akreditační či certifikační organizací (Bartůněk et al., 2016). Základní rámec pro řízení kvality ve zdravotnických zařízeních zahrnuje předvídavé vedoucí pracovníky, zodpovědný přístup k zákazníkovi, týmovou práci zaměstnanců, zainteresovanost zaměstnanců, propojení oddělení a systémů a využití uznávaných postupových modelů (Kilíková a Jakušová, 2008). Bednařík (2018) uvádí, že důležitou skupinu metod a nástrojů systémů řízení kvality představuje 7 základních nástrojů managementu kvality, tzv. starých nástrojů pro řízení kvality, které zahrnují vývojový diagram (zobrazuje návaznost činností daného procesu), formulář pro sběr údajů, histogram (grafické vyjádření distribuce dat formou sloupcového diagramu), diagram příčin a následků (tzv. Ishikawův diagram), Paretovu analýzu (nástroj pro stanovení priorit při řešení problému), korelační diagram (sledování závislosti mezi dvěma proměnnými) a regulační diagram (statistická regulace procesů).

Úroveň kvality péče ve zdravotnictví lze podle Bednaříka (2018) posuzovat modely, které jsou v literatuře členěny do následujících kategorií: modely systémů řízení podle norem ISO, modely akreditačních standardů národních (SAK ČR) a nadnárodních (JCAHO), modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ALPHA), modely excelence (Six Sigma), speciální modely (př. klinické audity) a benchmarking. Benchmarking popisuje Gladkij et al. (2003) jako srovnávání a hodnocení instituce s jinými institucemi téhož typu dle určitých kritérií a výsledků. Škrla a Škrlová (2003) v rámci dělení systémových modelů kvality klasifikují pouze čtyři první systémy uvedené v předchozí větě.

ISO norma představuje nejrozšířenější model kvality, který je zaměřen na procesní řízení kvality, na zákazníka, na způsob vedení dokumentace a zaměstnance (Válková, 2015). Označení ISO je zkratkou pro International Organization for Standardization (Šupšáková, 2017).

Spojená akreditační komise ČR, neboli SAK ČR (Madar et al., 2004), vznikla v roce 1998 a jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotnické péče v ČR (SAK, 2019). Prokáže – li tato organizace soulad mezi akreditačními stan-

dardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení, je jí udělen akreditační certifikát (Válková, 2015). Oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče je od 21. června 2012 (SAK, 2019). Mimo to existuje v ČR od roku 2012 Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s. r. o., které dne 16. 10. 2012 vydalo ministerstvo rozhodnutí, jímž udělilo oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče dle ustanovení § 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb. (ČSAZ, 2015).

1.3.3. Ošetřovatelské standardy, akreditace a audit

Kvalitu ošetřovatelské péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria (MZ ČR, 2010). K zajištění kvality péče jsou vytvářeny tzv. standardní postupy (Bartůněk et al., 2016). Ti dále uvádějí, že tzv. garanty kvality poskytované péče jsou vedoucí pracovníci ve zdravotnictví, neboť jsou povinni na svém pracovišti kvalitu poskytované péče průběžně hodnotit. Standardizace v oblasti kvality má své historické kořeny z doby přibližně před 4000 lety, kdy král Chammurapi vytvořil první právní kódy, standardy (Škrála a Škrlová, 2003). Aby bylo možné stanovit určitou objektivní míru kvality, je zapotřebí definovat základní kritéria právě v podobě zmiňovaných ošetřovatelských standardů (Farkašová et al., 2006). Standard je model či základní norma pro srovnávání a závazná míra pro hodnocení (Gladkij et al., 2003). Podle MZ ČR (2010) se jím rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Měly by být odpovídající, pochopitelné, měřitelné, akceschopné a dosažitelné (Válková, 2015). Standard péče tedy charakterizuje metodu či postup, jež je v rámci organizace zaveden či akceptován na národní či nadnárodní úrovni pro diagnosticko – terapeutický proces (Pokorná et al., 2019). Ošetřovatelské standardy, které podle Farkašové et al. (2006) v minulosti vznikly jako reakce zdravotníků na vyhlášení Charty práv nemocných, jsou podle Plevové et al. (2012) dohodnutou profesní normou kvality vymezující minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Válková (2015) popisuje, že standardy zdravotní péče představují odborníky popsané závazné normy umožňující hodnocení poskytované péče a zajišťující pacientům bezpečí, dále chránící zdravotnické pracovníky před neoprávněným postihem a sloužící i jako akreditační nástroj. Podle Farkašové et al. (2006) ošetřovatelské standardy představují platnou a dohodnutou definici akceptovatelné ošetřovatelské péče a hodnotící kritérium toho, zda ošetřovatelská péče vyhovuje požadované úrovni. Vznikají několika způsoby, například statistickými výstupy, poučením z praxe, vlastní tvorbou, převzetím ze zahraničí či zpětnou vazbou od pacien-

tů (Šupšáková, 2017). Podle MZ ČR (2010) mohou být vydávány jako právní předpisy, metodická opatření či jsou vytvořeny zdravotnickým zařízením, profesní organizací, apod. Při zpracování a aplikaci standardů jde o multioborovou spolupráci odborníků, přičemž jedním z nejpoužívanějších postupů pro zpracování standardů je metoda Dynamického systému sestavování standardů, tzv. DySSSy, která sestává z osmi kroků. (Válková, 2015). Gladkij et al. (2003) zase uvádí, že obvyklý doporučovaný postup pro tvorbu standardů nebo doporučených postupů sestává ze současné kvality, informací, analýzy vzorků, interpretace a korektivní činnosti vedoucí k následné kvalitě, která zároveň ovlivňuje fázi „informací“. Je – li vytvořen standard, pak musí být vytyčena i jeho kritéria, která představují objektivní, měřitelné a přizpůsobivé indikátory kvality péče, přičemž jsou členěny na kritéria strukturní, procesuální a výsledková (Farkašová et al., 2006).

Akreditace charakterizuje veřejné uznání národním zdravotnickým akreditačním orgánem splnění akreditačních standardů zdravotnické organizace, přičemž tohoto uznání je dosaženo nezávislým externím hodnocením úrovně výkonnosti organizace vzhledem ke standardům (Gladkij et al., 2003). I SAK (2019) uvádí, že jde o druh externího hodnocení kvality ve zdravotnictví prostřednictvím posuzování shody procesů s akreditačními standardy. Kilíková a Jakušová (2008) ji zase popisuje jako postup, ve kterém správní orgán vydává oficiální stanovisko, jímž je uznání charakterizující oprávněnost jedince anebo organizace provádět specifické úlohy.

Jsou ale prokázány důkazy toho, že existuje mezera mezi skutečně poskytovanou a doporučovanou zdravotní péčí (WHO, 2010). Ověřování reálnosti shody, eventuálně neshody, s konkrétními kritérii za účelem odstranění slabých míst se označuje pojmem „audit“ (Válková, 2015). Audit vyjadřuje jednak obecně přezkoumání s účelem ověření souladu s naplánovanými programy, dále v lékařství ověření souladu postupů s obecně uznávanými standardy, ale takéž verifikaci správnosti účetních dokladů auditorem (Gladkij et al., 2003). Audit kvality charakterizuje systematické a nezávislé zkoumání shody činností s plánovanými záměry, a zda se tyto záměry realizují efektivně (Kilíková a Jakušová, 2008). Fáze auditu zahrnují přípravu, stanovení programu, realizaci, vyhodnocení, závěrečná jednání a ukončení (Válková, 2015). Plný auditní cyklus sestává z definování standardů, měření současné praxe – audit, porovnání výsledků praxe se standardy, dále z reflexe, plánování a implementace, a z kontrolního auditu, který opět vede k sérii těchto kroků (Pokorná et al., 2019). Audity mohou být externí / interní, plánované / neplánované, retrospektivní / souběžné, proces / produkt (Válková, 2015).

1.3.4. Management rizik a nežádoucí události v ošetrovatelské praxi

Management rizik je jedním z bazálních elementů moderního managementu a zabývá se neustálým uvažováním nad množstvím výskytů nežádoucích událostí a náročností, účinností a ekonomikou preventivních opatření významných pro snižování jejich výskytu (Škrála a Škrlová, 2003). Jde tedy o soubor koordinovaných činností pro vedení a řízení organizace (Bednařík, 2018), jehož cílem je eliminace výskytu nežádoucích událostí (Brabcová, 2016). Ve zdravotnictví prezentuje nástroj kontroly kvality, který zároveň představuje jednu z klíčových součástí kontinuálního zvyšování kvality a v širším kontextu součást řízené péče o pacienty (Bednařík, 2018). V rámci poskytování zdravotních služeb můžeme rizika rozdělit do dvou základních skupin, a to na rizika spojená se zdravotní péčí, např. lékařská a ošetrovatelská péče, a na rizika provozní, např. personalistika, finance, apod. (Šupšáková, 2017). Riziko vyjadřuje pravděpodobnost či možnost nebezpečí, ztráty nebo poškození, což lze vztáhnout na zdraví a pohodu zaměstnanců a veřejnosti, na majetek, pověst, prostředí, fungování organizace, finanční stabilitu, sdílení na trhu a další záležitosti a hodnoty (Gladkij et al., 2003). Podle Pokorné et al. (2019) riziko představuje nebezpečí, vysokou míru pravděpodobnosti nežádoucí události. Ačkoliv je v současné době riziko nejčastěji považováno spíše za negativní jev, původně byl jeho smysl pocházející ze 17. století vnímán pozitivně, neboť vyjadřoval odvalu či odvážit se (Šupšáková, 2017). V komparaci zase Bednařík (2018) uvádí, že v minulosti pojem riziko charakterizoval úskalí, jemuž je nutné se vystříhat. Teorií a modelů charakterizujících vznik rizika existuje celá řada, nicméně pro účely poskytování zdravotní péče se jeví jako nejjednodušší a velice akceptovaný model „švýcarského sýra“, spočívající v představě, že na počátku rizika stojí rizika, hrozby a hazard, které mohou proniknout bariérami obsahující „díry v sýru“, jež představují možná selhání, k nimž v závislosti na kombinaci všech různých okolností může, ale nemusí dojít (Šupšáková, 2017). V oblasti zdravotnictví je definice rizika spojována se snahou o zajištění bezpečného diagnosticko – terapeuticko – ošetrovatelského prostředí (Bednařík, 2018). Pro detekci rizik lze v praxi využít reaktivní (retrospektivní) metody, dále proaktivní metody či metody kombinovaného přístupu (Šupšáková, 2017). V souvislosti s metodami analýzy rizik a nežádoucích událostí zmiňuje Brabcová (2016) dva různé nástroje, které pomáhají efektivně vyhodnocovat rizika a předcházet pochybením, ev. zmírňovat jejich důsledky, a jsou jimi reaktivní analýza kořenových příčin událostí, tzv. RCA, a proaktivní analýza možností vzniku a následků selhání, tzv. FMEA. Negativní dopad rizika tkví ve ztrátě, a to zdraví, života, financí,

majetku, hodnot, pověsti, apod. (Šupšáková, 2017). Ošetření rizik představuje výběr možností pro úpravu rizika jako kompromis mezi vynaloženými náklady a potenciálními dopady daného rizika (Bednařík, 2018), ale i přes nejpreciznější a nejpředvídavější připravenost na možná rizika dochází k nečekaným situacím, které nikdo nezvažoval ani nepředvídal (Šupšáková, 2017). Ta uvádí, že tento fakt je označován jako fenomén černé labutě, a to na základě ornitologů, kteří se v minulosti zmýlili ve výskytu o druzích labutí (Šupšáková, 2017).

Další informací o kvalitě a bezpečí poskytované péče o pacienta ve zdravotnictví představuje výskyt nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2019). Nežádoucí (mimořádné) události charakterizují jednak události či okolnosti, které mohly mít nebo měly za následek, předtím preventabilní, tělesné poškození pacienta, dále případy, kdy dojde pouze k psychickému či socioekonomickému poškození pacienta, a rovněž události, kdy se poškozeným stane zdravotnické zařízení či zaměstnanec (Bartůněk et al., 2016). Jde o situaci, při které dojde k poškození pacienta či k riziku vzniku tohoto poškození, přičemž toto poškození je způsobeno zdravotnickým personálem (Brabcová, Bártlová et al., 2015), čili představuje incident způsobený tzv. péčí non lege artis (Brabcová, 2016). MZ ČR (2016) uvádí, že k těmto událostem patří i tzv. téměř dokonaná pochybení („near miss“). V zahraničí jsou nežádoucí události nejčastěji označovány pojmy „incident“ nebo „adverse event“ (Pokorná et al., 2019). Monitorace těchto událostí je zásadním indikátorem kvality ve zdravotnictví a jejich metodika naznačuje základní a správné nastavení systému řízení kvality i rizik (Bartůněk et al., 2016). Monitorace, vyhodnocování a zpracování nežádoucích událostí v současné době zastupují klíčové místo v procesu zvyšování bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče (Šupšáková, 2017). Druhy nežádoucích událostí podle MZ ČR (2016) zahrnují pády, dekubity, klinickou administrativu, klinický výkon, medikaci a intravenózní roztoky, transfuze a krevní deriváty, dietu a výživu, medicínální plyny, medicínské přístroje a vybavení, chování osob, nehody a neočekávaná zranění, technické problémy, zdroje a management organizace, neočekávané zhoršení klinického stavu a jiné nežádoucí události. Podle stupně závažnosti fyzického poškození pacienta lze nežádoucí události klasifikovat na ireverzibilní či smrtelné, dále reverzibilní řešené hospitalizací, operací či výkonem, poté události bez následků vyžadující monitoraci a následovně tzv. téměř pochybení, jemuž bylo v poslední chvíli zabráněno (Brabcová, Bártlová et al., 2015). V souvislosti s nežádoucími událostmi byl do praxe aplikován pro jednotnost názvosloví a označování pro možnost srovnávání mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních

služeb tzv. taxonomický slovník (Šupšáková, 2017), jehož poslední aktualizovaná verze k 1/2019 je k dispozici na webových stránkách Národního portálu Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU, 2016). Sledování nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb je zajišťováno na centrální úrovni prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR s metodickou podporou Systému hlášení nežádoucích událostí, a na úrovni lokální prostřednictvím jednotlivých poskytovatelů (Pokorná et al., 2019). Systémy detekce nežádoucích událostí jsou velmi variabilní a mohou být zaměřeny na stanovení výskytu nežádoucích událostí, na zjištění mechanismu vzniku či příčiny a podpůrných faktorů (Brabcová, Bártlová et al., 2015). Pokorná et al. (2019) uvádějí, že nejrozvinutější systémy sledující nežádoucí události zatím fungují v USA a Velké Británii s primárním cílem sdíleného učení a doplňují, že v evropských zemích je toto sledování velmi heterogenní, metodicky nejednotné a poměrně často založené na projektech s retrospektivní analýzou izolovaného problému. Každá nežádoucí událost by měla být neodkladně nahlášena, zaevidována a následně řešena, přičemž nedílnou součástí by měl být i její rozbor v podobě stanovení kořenové příčiny vzniku a v realizaci nápravných a preventivních opatření (Bartůněk et al., 2016). Pokorná et al. (2019) uvádějí, že poškození pacienta je podle odhadu mezinárodních statistik 14. nejčastější příčinou ekonomické zátěže související se zdravotní péčí, což je srovnatelné s nemocemi, jako je např. tuberkulóza (Pokorná et al., 2019). Pochybení v ošetrovatelské a lékařské praxi je tématem, jež v současné době vyvolává diskuze v řadách odborníků i laické veřejnosti, ačkoliv do 90. let 20. století byla tato tematika utajována (Brabcová, Bártlová et al., 2015). Mezi situace, které mohou vyústit pochybením, patří nedostatečná zkušenost, nedostatek času, nedostatečná kontrola, nedostatečně provedený výkon či úkon a neadekvátní informace (Šupšáková, 2017). Pochybení zdravotnických pracovníků s sebou přináší negativní vlivy na celou zdravotnickou organizaci, devaluje její prestiž a stále častěji je doprovázeno soudním řešením, v jehož verdiktu může být zdravotníkovi přidělena podmínka či odnětí svody (Brabcová, Bártlová et al., 2015). Je zásadní brát v potaz, že každý chybí, a proto na významnosti nabývá úloha tzv. self – monitoringu, díky němuž můžeme rozpoznat vlastní rizikový stav vedoucí k vyššímu riziku chybovosti (Šupšáková, 2017). Všeobecná pravidla pro předcházení mimořádných událostí zahrnují vytváření pracovních postupů pro jednotlivé oblasti zdravotnické péče, dále sledování rizikových oblastí a vedení záznamů o nežádoucích událostech a nastavení kontrolních mechanismů (Bartůněk et al., 2016).

1.4 Interpersonální vztahy, týmová spolupráce a komunikace v ošetrovatelství

1.4.1. Interpersonální vztahy a týmová spolupráce

Budeme – li se zabývat člověkem a lidskou společností, dojdeme k závěru, že po celou dobu evoluční historie existujeme v síti vztahů s ostatními lidmi (Bednář et al., 2013). Člověk, jako sociální bytost, je velice závislý na interpersonálních vztazích, jejichž elementárním předpokladem a charakteristikou je alespoň občasná interakce dvou lidí, která zanechá určitý dojem, například příjemný nebo nepříjemný pocit, pocit ochoty či neochoty k novému setkání, apod. (Slaměník, 2011).

Interpersonální, též mezilidské vztahy, jsou vztahy, v jejichž interakčních a komunikačních vazbách jsou osobnosti (Nový et al., 2006). Vztahy mohou vznikat neformálně, na základě vzájemné atraktivity a předpokladu uspokojení některých potřeb, či formálně, kdy osobní preference nemají žádný vliv na jejich vznik (Vágnerová, 2005). Tyto vztahy mají variabilní formu, poněvadž mohou být povrchní či hluboké, formální či neformální, pozitivní či negativní, krátkodobé či dlouhodobé (Mikuláščík, 2010). Podobně hovoří i Vágnerová (2005) uvádějící, že vztahy s lidmi mohou mít velmi různorodé podoby a mohou se lišit z hlediska svého vzniku, průběhu, délky trvání i charakteru. Podstatnou roli v sociálních vztazích hrají emoce, které se podílejí na jejich navazování, formování i rozpadu, a patří mezi ně rozpaky, stud, vina, žárlivost, závist a láska (Slaměník, 2011). Podle Nového et al. (2006) se interpersonální vztahy vyznačují silným emocionálním nábojem, který může být pozitivní (sympatie, přátelství, láska, důvěra, apod.) či negativní (antipatie, nepřátelství, nenávisť, závist). Vztahy s lidmi mohou saturovat různé potřeby, například potřebu sociálního kontaktu a sounáležitosti s ostatními lidmi, potřebu pozitivní akceptace, potřebu seberealizace, apod. (Vágnerová, 2005). Dobrý vztah vychází z nějakého závazku, z touhy obou stran pokračovat a prohlubovat vztah, a existuje v něm prostor pro diskuzi jedinců o vztahu samotném, čímž tak mohou nacházet řešení problémových situací, konfliktů, apod. (Mikuláščík, 2010). Interakce může probíhat na úrovni kooperace či kompetice, přičemž kooperace úzce souvisí s evalvací a kompetice obvykle s devalvací (Mellanová, 2017). Pro přehlednost lze diferenciovat základní formy interakce, které zahrnují koexistenci, koordinaci, kooperaci, soupeření a rivalitu, soutěžení a manipulaci (Vágnerová, 2005). V pracovních i nepracovních vztazích je důležitá vzájemnost, kdy jeden na druhého působí jako zdroj síly a energie, vlivu, podpory, sdílení a osobní spokojenosti (Mikuláščík, 2010). Mezi strategie, které lidé volí, aby ve společnosti nějakým způsobem „přežili“, řadí Bednář et al. (2013) strategii „od lidí“ (lose – lose)“ (př. shlukování do skupinek, vyhýbání se

rizikovým oblastem práce, berou vše na lehkou váhu), strategii „s lidmi (win – win)“ (př. vnímání sebe sama i ostatních v pozitivním duchu, nepotřeba ponižování či vtírání), strategii „k lidem (lose – win)“ (př. naslouchání druhým, snaží se plnit přání druhých, ustupují jim, dávají dárky) a strategii „proti lidem (win – lose)“ (př. znevažování druhých, dávají rady, vtírají se, lžou, vyhrožují, vzbuzují v druhých nejistotu).

Zajištění kvality ošetrovatelské péče je nepředstavitelné bez týmové spolupráce (Vévoda et al., 2013), s čímž se do určité míry ztotožňuje i Venglářová et al. (2011), kteří uvádějí, že práce ve zdravotnictví vyžaduje kooperaci s dalšími lidmi, neboť zdravotnická praxe vždy vyžadovala spolupráci jednotlivců i nejrůznějších oborů. V této souvislosti uvádějí Škrla a Škrlová (2003), že tým je nepostradatelný pro poskytování finančně efektivní a vysoce kvalitní péče a doplňují dále, že týmová atmosféra a týmový přístup k práci jsou paradigmatem efektivní ošetrovatelské péče na odděleních. Kutnohorská (2007) dále uvádí, že spolupráce zahrnuje aktivní účast sester při zajišťování kvalitní péče.

Tým charakterizuje menší počet lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, orientují se na společný cíl, mají společné výkonnostní záměry a sdílenou zodpovědnost (Škrla a Škrlová, 2003). Týmy a týmová práce představují organizační nástroj, jehož základním smyslem v současném managementu je využití schopností několika lidí k vytváření takových řešení, která by byla pro jednotlivce se specializovanými znalostmi velmi náročná (Kubátová et al., 2013). Plamínek (2018) hovoří podobně, neboť uvádí, že podniky vznikají za předpokladu, že jednotlivci společnou prací dosáhnou více, než by dosáhli sami, a komentuje dále, že výsledek této interakce dvou lidí závisí na jejich vztahu, přičemž nejefektivnější interakcí je podle něj tzv. synergická spolupráce, při níž vzniká nebývalá kvantita či kvalita, v porovnání například s přímým konfliktem, u něhož dochází k odečítání jejich sil nebo v případě náhodné interakce vedoucí k pouhému skládání sil. I Kubátová et al. (2013) popisují, že týmy jsou založeny na tezi, že žádný jedinec neví vše, a spoléhají na synergické spolupůsobení odlišných lidí s různými schopnostmi a dovednostmi. Tým představuje menší skupinu lidí pracujících na stejném cíli s tím, že každý člen týmu má jasně přiřazenou formální roli (Bednář et al., 2013).

Bednář et al. (2013) uvádějí, že mezilidské vztahy a vzájemné vazby mezi lidmi vznikají a jsou realizovány formou sociálních interakcí, jež mají podstatu ve vzájemném působení jednotlivce či skupiny na jednotlivce a skupiny, a lze je pro základní rozčleně-

ní klasifikovat podle subjektů v interakci (jedinec vs. jedinec, tzv. dyadická interakce, jedinec vs. skupina a skupina vs. skupina), dále podle proximity (přímá a nepřímá) a podle motivace (záměrná, nezáměrná). Význam sociálních vztahů na pracovišti je určen zejména tím, že právě v jejich oblasti dochází k saturaci sociálních potřeb člověka (Pauknerová et al., 2012). Pracovní vztahy jsou rozmanité formální a neformální vztahy, které vznikají mezi lidmi v organizaci a mimo ni (Šikýř, 2014). Podobně hovoří i Bednář et al. (2013), kteří uvádějí, že v organizacích existují dva, respektive tři druhy vztahů – vztahy formální, určené strukturou, dále vztahy neformální, vznikající mimo tuto strukturu, a vztahy reálné dané průnikem dvou předešlých zmiňovaných vztahů. Formální vztahy vyplývají z organizační struktury sociálních vztahů (Pauknerová et al., 2012) a rozumí se jimi především pracovně právní vztahy, které se rozlišují na vztahy individuální a kolektivní (Šikýř, 2014). V rámci formálních vztahů začíná člověk na základě svých potřeb a subjektivních preferencí (sympatie, antipatie) selektovat jednotlivce, se kterými začíná svůj kontakt zintenzivňovat, a jednotlivce, s nimiž svůj kontakt naopak záměrně částečně či úplně omezuje, čímž tak vytváří síť neformálních vztahů a kontaktů (Pauknerová et al., 2012). Neformální vztahy pak označují běžné mezilidské a společenské vztahy, které vznikají uvnitř i vně organizace spontánně a jsou významným determinantem jejich jednání, ale i celkového fungování organizace (Šikýř, 2014). I Koubek (2011) uvádí, že pracovní vztahy a jejich kvalita výrazně ovlivňují dosahování firemních, pracovních a životních cílů jednotlivých pracovníků. Neformální postavení jednotlivce ve skupině je determinováno jeho osobnostními kvalitami, sociálním složením skupiny, způsobem řízení činnosti dané skupiny a situačními vlivy (Pauknerová et al., 2012). Osobnostní styly lidí v organizaci zahrnují styl příjemný, odpovědný, disciplinovaný, okouzlující, hravý a vážný (Bednář et al., 2013).

Proces vývoje vztahů je obvykle postupný a prochází určitými fázemi, a čím více je vztah rozvinutý, tím větší nároky obvykle bývají kladeny na ústupky a adaptaci (Zacharová, 2016). Vznik vztahů mezi lidmi v organizaci je umožněn dvěma způsoby, a to způsobem vzniku souběžným s organizační strukturou, a způsobem neustálého znovuvytváření (Bednář et al., 2013). Formování příznivých pracovních vztahů je založeno na dodržování zákonů, lidských práv a zásad lidského chování mezi všemi zaměstnanci (Šikýř, 2014). Objevují – li se uvnitř skupiny takové vztahy, které podporují důvěru a spolupráci, pak dochází k vyšší soudružnosti této skupiny (tzv. skupinová koheze), nicméně existují i skupiny charakterizované konkurenčními vztahy, ve kterých jsou lidé schopni spolupracovat pouze vzácně (Pauknerová et al., 2012). Hlavní směry

vztahů na pracovišti pak zahrnují vztah mezi nadřízenými a podřízenými, vztahy mezi podřízenými navzájem, vztahy mezi nadřízenými, vztahy mezi zaměstnanci společnosti a významnými cizinci, vztah firma – zákazník a vztah majitelé – management (Bednář et al., 2013).

Týmy stmeluje společný cíl, přičemž podmínkou jeho správné funkce je rovnoprávnost jeho členů (Kubátová et al., 2013). Zdravotnický tým je týmem multidisciplinárním, složený ze zdravotnických pracovníků s různými stupni odborného vzdělání a kvalifikace, jehož jediným společným cílem je zdravý a spokojený pacient a jehož součástí je i tým ošetrovatelský zastávající významnou úlohu, neboť jeho členové jsou nejbližšími spolupracovníky lékaře a zároveň lidmi trávícími s pacienty nejvíce času (Vytejková et al., 2011). Tým charakterizuje skupinu lidí, kteří společně dosahují společného cíle (Šmída, 2007). V souvislosti s týmovou spoluprací uvádí Plamínek (2018) kvantifikaci celkového dopadu souvisejících aktivit skupiny lidí, který determinuje koeficient závisící na vztazích mezi subjekty a jejich aktivitami, dále počet lidí ve skupině a dílčí aktivity těchto subjektů, přičemž pro koeficient <1 je typická konfliktní situace a naopak pro koeficient >1 synergická spolupráce. Týmová spolupráce je dána podmínkovou dualitou, která zahrnuje na straně jedné sdílení cílů a cest a na straně druhé diverzitu v lidech a rolích (Plamínek, 2018) a zahrnuje i určité osobnostní předpoklady, mezi něž patří společný cíl, jasná komunikace, pozitivní ladění a pozitivní komunikace směrem ven (Venglářová et al., 2011). Její výhody spočívají v tom, že tým více ví, má synergický efekt, podněcuje a rozvíjí, vyrovnává, ale i uspokojuje potřeby svých členů (Vévoda et al., 2013). Šmída (2007) zase uvádí, že týmová práce skýtá zvýšením efektivnosti, rychlosti, zvýšením kvality, výkonnostního procesu a vytvářením synergického efektu.

Co se rolí v týmu týká, udává Kubátová et al. (2013), že řada jejich modelů je charakterizována v literatuře, a následně překládá Belbinovy tři základní skupiny rolí, jež zahrnují role spojené s vedením týmového procesu (předseda, naháněč), role tvořivé (inovátor, průzkumník) a role podpůrné (organizátor, kritik, podporovatel a dokončovatel). Každý člen týmu je nositelem formální role, mezi které patří role seniorního vedoucího, středního vedoucího, nižšího managementu, výkonného zaměstnance, cizince, cestujícího a dozorce, a role neformální, nejběžněji zahrnující roli lídra, mentora, troublemakera, šedé myši, přísluhovače, stmelovače a obětního beránka (Bednář et al., 2013).

Nezbytné podmínky determinující úspěch týmů zahrnují například komunikaci vyjadřující podporu, konstruktivní kritiku, vytvoření synergie, aktivní naslouchání, dodr-

žování dohody, flexibilitu, apod. (Škrla a Škrlová, 2003). Dovednosti ovlivňující správnou funkci týmu zahrnují odborné dovednosti, schopnost řešit problémy a pečovat o interpersonální vztahy (Venglářová et al., 2011). Správně fungující tým musí být sestaven správným výběrem jeho členů, potřebuje mít vytvořenou určitou míru vnitřní solidarity, která v případě úspěšné realizace vede k rozvoji spolupráce, a musí být budován zejména interním manažerským vedením (Bednář et al., 2013). Charakteristické vlastnosti úspěšných týmů zahrnují kvalitní vztahy, možnosti rozvoje, kvalitní komunikaci, sdílené cíle, sdílené cesty a rozdělení rolí (Plamínek, 2018). Efektivní tým je charakterizován vyjádřeným účelem, neformálností, sourodostí, oddaností, výkonnou úrovní participace, otevřenou komunikací, vzájemným respektem, apod. (Škrla a Škrlová, 2003). Pravidla pro udržení pozitivních vztahů zahrnují podporování druhého, zastávání se druhého, sdílení informací o úspěších i neúspěších, vzájemnou důvěru, pomáhání si a usilování o to, aby se druhý cítil v mé společnosti dobře (Mikuláščík, 2010). Budování dobrých kolegiálních vztahů lze podporovat například zdravením, úsměvem, představením se, podporováním a povzbuzováním, diskretností a chválením (Špatenková a Králová, 2009). S lidmi, se kterými nelze vyjít i přes největší vůli, jsou označováni jako problémoví lidé a patří mezi ně dotěra, trouba, váhavec, pedant, drsňák, nedůvěřivec, hulvát, snob, věčný kritik, švejk, robot a solitér (Bednář et al., 2013).

1.4.2. Komunikace v ošetrovatelské praxi

Civilizace v průběhu svého vývoje daly vznik znakům, symbolům, gestům a mimice, čili všemu, co lidem napomáhá v pracovních i mimopracovních vztazích efektivněji předávat informace a přesněji a niterněji pochopit druhého (Molek, 2011). Člověk jako sociální tvor se od ostatních živočichů na planetě Zemi odlišuje tím, že jedině on je schopný využívat řeč jako nástroj dorozumívání a myšlení (Kristová, 2004). Komunikace v našem životě hraje důležitější roli, než si sami dokážeme uvědomit (Jankovský, 2018). Podle Zacharové (2016) komunikace představuje univerzální jev lidské společnosti a přímý regulátor úrovně mezilidských vztahů. Ztráta schopnosti komunikace je často faktor, který vztahy ohrožuje (Venglářová a Mahrová, 2006).

Lidská komunikace vyjadřuje složitý a mnohvrstevný proces, který je determinován individuální psychickou charakteristikou, inteligencí, vzděláním a individuálními i sociálními zkušenostmi (Linhartová, 2007). Pojem komunikace vychází z latinského slova „communicare“, jež v přeložení do českého jazyka charakterizuje „společné provádění“ (Kristová, 2004). Gladkij et al. (2003) uvádějí, že charakterizuje proces výměny

informací mezi dvěma či více zúčastněnými s cílem dosažení jejich součinnosti, dorozumění a žádoucího cílového chování. Tento jednotlivý přenos informací od jednoho člověka k druhému označuje Plamínek (2012) jako „komunikační buňku“. I Bednář et al. (2013) charakterizují komunikaci jako výměnu informací probíhající mezi jednotlivými v interakci, která může být přenášena různými komunikačními kanály. Podle Venglářové a Mahrové (2006) může být komunikace prostředkem saturace potřeb.

Jednotlivé složky, které se během sociální komunikace vzájemně prolínají, zahrnují komunikátora, komunikanta, komuniké, komunikační kanál, zpětnou vazbu, kontext a prostředí (Kristová, 2004). Zpětná vazba vyjadřuje jakoukoliv formu komunikace, která nám poskytne informace o vlastním jednání a její nepostradatelný význam má v oblasti učení a v oblasti koordinace, ve které představuje nezastupitelný nástroj spolupráce (Kubátová et al., 2013). Podle Tomové a Křivkové (2016) jde o odezvu příjemce na přijatou zprávu, která vyjadřuje přijetí a pochopení sdílené informace, a to například ve formě úsměvu, přikývnutí, apod. Existují různé formy zpětné vazby, které obsahují například zpětnou vazbu anonymní / neanonymní, formální / neformální, horizontální / vertikální, apod. (Kubátová et al., 2013). Cokoliv, co se kříží s příjmem sdělení, a v extrémním případě může vést až k zabránění sdělení k příjemci, se označuje jako „komunikační šum“, přičemž nejvíce závažný je šum fyzický, fyziologický, psychologický a sémantický (DeVito, 2008). Užitečné návyky pro efektivní komunikaci zahrnují sebezpřijetí, opravdovost, porozumění, respekt, nadhled a nestrannost (Plamínek, 2012). V souvislosti s efektivní komunikací DeVito (2008) popisuje zajímavou teorii komunikační akomodace, podle níž se mluvčí adaptují svým posluchačům za účelem například společenského uznání a větší efektivity komunikace. Molek (2011) uvádí, že klíčovým faktorem efektivní komunikace je naslouchání, které lze realizovat třemi základními způsoby, a to ušima, očima a srdcem. Naslouchání, které vyjadřuje proces přijímání verbálních a nonverbálních sdělení, konstrukce jejich významů a reakce na ně, je rozhodující složkou komunikace a sestává z pěti fází, kterými jsou příjem signálů, dešifrování, zapamatování, hodnocení a reakce (DeVito, 2008).

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se způsobem, který umožní vzájemné pochopení aktérů komunikace (Špatenková a Králová, 2009). Mezi typy sociální komunikace, jak uvádí Kristová (2004), patří komunikace jednosměrná, obousměrná, kruhová, řetězová, ohnisková, všekanálová, vertikální a horizontální, a uskutečňuje se na úrovni denotativní (obsahové) a konotativní (vztahové). Podle Linhartové (2007) se komunikace dělí na osobní,

mezilidskou (interpersonální), neosobní (extrapersonální), masovou a biologickou (přenos informací z organismu a mezi organismy). Interpersonální komunikace je složena z vysílání a příjmu verbálních i neverbálních sdělení mezi dvěma či více lidmi (DeVito, 2008). Z hlediska toku komunikačních informací lze rozeznávat komunikaci vertikální, horizontální a diagonální (Molek, 2011). Komunikace, během níž dokážeme prosadit svůj názor a zároveň respektovat potřeby druhých, se označuje jako tzv. asertivní komunikace, která je mimo jiné prostředkem synergie (Šulistová a Trešlová, 2012).

DeVito (2008) uvádí, že dřívější modely nebo teorie nahlížely na komunikaci jako na lineární proces (mluvčí hovoří, posluchač poslouchá), který dále následoval tzv. interakční proces (oba účastníci se střídají v rolích mluvčího a posluchače), nicméně v současnosti je mnohem uspokojivější model transakční (oba účastníci zároveň fungují jako mluvčí i zároveň jako posluchač).

V rámci sociální interakce se využívají tři druhy komunikace, a to komunikace verbální, neverbální a paralingvistická (Kristová, 2004). Verbální komunikace, která vychází z latinského slova „verbum“ vyjadřující slovo, využívá jazyk a řeč (Bednář et al., 2013). Činitelé, kteří se podílejí na tvorbě verbální komunikace, zahrnují situační kontext, vnitřní dispozice jedince a motivaci ke komunikaci (Venglářová a Mahrová, 2006). Bez ní není možná žádná složitější spolupráce nebo aktivita (Bednář et al., 2013). Složky verbálního projevu zahrnují rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost embolických slov, tzv. slovních parazitů, délku projevu a intonaci (Venglářová a Mahrová, 2006). Řeč má funkci informační, instruktážní, sbližovací, posilující a přesvědčující (Kristová, 2004). Neverbální komunikace představuje až 65% komunikace a zahrnuje mimoslovní sdělení, které předáváme naší protistraně, ať už vědomě nebo nevědomě (Bednář et al., 2013). Neverbální komunikaci lze kategorizovat na proxemiku a teritorialitu, mimiku, pohledy, gestikulaci, haptiku, posturiku, kinetiku, vzhled a úpravu (Kristová, 2004). Důležitými vztahovými funkcemi nonverbální komunikace jsou utváření a řízení dojmů, utváření a definování vztahů, členění konverzace a společenské interakce, ovlivňování a klamání a vyjadřování emocí (DeVito, 2008). Paralingvistická komunikace zahrnuje například intonaci, přízvuk, rychlost řeči, ale i pláč, jehož funkce je katarzní, čili úlevová, a signalizující (Kristová, 2004). Též mlčení má v rámci paralingvistických projevů významnou funkci (DeVito, 2008). Konativní komunikace charakterizuje tu stránku komunikace, která je zaměřena na naše činy, jednání a chování, a zahrnuje například spolupráci či soupeření, a dále evaluaci, projevující úctu a vzájemnou vážnost, či naopak devaluaci (Venglářová a Mahrová, 2006).

Komunikační styly podle Zacharové (2016) mohou být konvenční (konverzace a stvrzení daného stavu), konverzační (výměna názorů, informací, pobavení, potěšení), operativní (využíván zpravidla při asymetrii, kdy jedna pozice je „nad“ a druhá „pod“), vyjednávací a osobnostní až intimní. Plamínek (2012) zase popisuje a charakterizuje pět komunikačních stylů, a to styl kazatelský, soudcovský, programátorský, moderátorský a interakční a zdůrazňuje, že jejich znalost příznivě ovlivňuje zvládání interpersonálních konfliktů.

Nejvlivnější faktory způsobující problémy v komunikaci zahrnují neúplné či zastaralé informace nebo naopak přesycení informacemi, dále například narušené vztahy, extrémní soupeřivost či nefunkční způsob předávání informací (Venglářová et al., 2011). Plamínek (2012) uvádí, že mezi komunikační poruchy patří jednak spontánně vznikající potíže, mezi které patří vynášení soudů, naléhání a napravování, separace a ideová partenogeneze a lhostejnost, a jednak manipulativní techniky, jež zahrnují tertium non datur (vyhrocování postojů), podsouvání argumentů, vyhrožování, nálepkování, zesměšňování, falešné apely (podmíněné přiřazení komunikačního partnera do inteligentní skupiny pod podmínkou souhlasu), slibování, logická salta (dokazování zdánlivou podporou logiky) a zavádějící srovnávání. V souvislosti s faktory ovlivňující komunikaci DeVito (2008) hovoří o tzv. etnocentrismu, který vyjadřuje tendenci vnímat druhé a jejich chování podle měřítek vlastní kultury, jenž může ovlivňovat naši komunikaci, poněvadž lidé s vysokým stupněm etnocentrismu zauímají znevažující postoj, kdežto lidé s nízkým stupněm zase postoj rovnocennosti.

Základním kamenem týmu je účinná komunikace, poněvadž pouze za předpokladu dostatečné informovanosti se mohou věnovat práci, předcházet omylům a přehmatům (Venglářová et al., 2011). Podmínkou účinné, efektivní a kontinuální ošetrovatelské péče je bezproblémový vzájemný kontakt členů tuto péči poskytujících, a to i z hlediska jejich komunikace, která často naráží na problém odlišné terminologie (Vondráček, Wirthová a Pavlicová, 2011). Kvalitní ošetrovatelskou péči nelze poskytovat bez komunikace (Kapounová, 2007). Komunikaci v ošetrovatelství lze rozlišit na dvě oblasti, a to na oblast komunikace s pacienty a jejich okolím a na oblast komunikace s kolegy (Venglářová a Mahrová, 2006). Hlavní bariéry ovlivňující komunikaci v ošetrovatelství zahrnují například informační přetížení, rozdílnost v kódování a dekódování sdělení, absenci zpětné vazby, společenské postavení, interpersonální konflikty, osobnostní dispozice jedince či devalvační projevy (Tomová a Křivková, 2016). Dobré vztahy s kolegy jsou odrazem dobrých komunikačních dovedností, a poněvadž je péče o paci-

enta týmovou záležitostí, je proto v zájmu pacienta, aby spolupracující aktéři poskytující péči dobře komunikovali (Špatenková a Králová, 2009).

1.4.3. Konflikty, násilí na pracovišti a supervize

Konflikt je přirozenou součástí lidského života, bez nějž nelze existovat a který dělá člověka člověkem (Bednář et al., 2013). Slovo konflikt má původ v latinském slově „conflictus“, vyjadřující „srazit se spolu“ (Venglářová et al., 2011). Bednář et al. (2013) uvádějí, že konflikt je náročná životní situace, vyvolávající v lidech stresovou reakci, která vychází z typologie základních fyziologických reakcí a zahrnuje agresi (konfrontační reakce), únik (vyhýbání se konfliktu) a pasivitu (popírání konfliktu). Řada lidí, nachází – li se v konfliktní situaci, využívá zažitý styl chování, který vychází z charakteru člověka, jeho zkušeností, znalostí a schopností vypořádat se s konfliktem (Molek, 2011). Při propagaci názorů, uplatňování oprávněných požadavků a práv a při řešení konfliktů se mezi lidmi vyskytují tři, respektive čtyři základní typy chování, a to chování pasivní, agresivní, asertivní a specifický způsob manipulativní, který obsahuje prvky chování pasivního a asertivního (Zacharová, 2016). Bednář et al. (2013) upozorňují, že je důležité odlišovat problém a konflikt, poněvadž jsou to dva odlišné módy kolize mezi dvěma či více lidmi, které se od sebe liší tím, že problém má racionální jádro a může být řešen, kdežto konflikt, má – li mezilidskou úroveň, není možné nikdy uspokojivě vyřešit pro všechny zúčastněné strany.

Každý tým prochází obdobím klidu a náročnějším obdobím (Venglářová et al., 2011). V každé organizaci jsou některé typy konfliktů nevyhnutelné a pravděpodobně jejich výskyt souvisí s faktem, že v rámci plnění některého úkolu formou spolupráce se objevuje několik názorů (Kubátová et al., 2013). Konflikty v organizaci nejsou a nemohou být něčím výjimečným a představa o jejich kompletním odstranění je velice iluzorní (Bednář et al., 2013). Konfliktní situace se v pracovních týmech vyskytují neustále, ale aby nenarušovaly kladné vztahy mezi jejich členy, je klíčové si uvědomit jejich existenci a osvojit si řešení skýtající pozitivní výsledek (Vévoda et al., 2013). Absence nebo přítomnost konfliktů má přímý vliv na vitalitu systémů, poněvadž výskyt konfliktů narušuje jejich stabilitu a přináší tak s sebou dynamizující účinek (Plamínek, 2018). Ne všechny konflikty musí být škodlivé, ale ty, které jsou, je nutné korigovat (Vévoda et al., 2013). I Bednář et al. (2013) uvádějí, že každý konflikt nepředstavuje pro firmu problém, protože je – li transformován z destruktivní formy konfliktu na formu konstruktivní, lze zvítězit a využít jej ve svůj prospěch. Podnětné a konstruktivní konflikty

jsou podle Kubátové et al. (2013) v lidské kooperaci nejen nevyhnutelné, ale i přínosné, poněvadž bez jejich existence by organizace přestala růst a učit se. Konflikty mají význam pro evoluci, neboť v případě, kdy se v systému konflikty nevyskytují, dochází ke stagnaci, a naopak v případě, kdy se konflikty vyskytují a jsou kvalitně řešeny, přináší evoluci, a v případě nekvalitního řešení revoluci (Plamínek, 2018). Podle Venglářové et al. (2011) mohou mít konflikty mobilizující charakter, spočívající v aktivním řešení nevyhovující situace, a charakter demobilizující, též destruktivní, který končí rozvrácením vztahů. Problém není v odstraňování konfliktů z pracoviště, ale je nutné osvojit si jeho zvládnání (Špatenková a Králová, 2009). V závislosti na tom, zda se střetávají kladné či záporné hodnoty nebo zájmy, existují tři základní typy konfliktů, a to konflikt „plus – plus“, konflikt „minus – minus“ a konflikt „plus – minus“ (Molek, 2011). Konflikt má také své složky, mezi něž patří složka jevová, názorová, postojová, motivační, situační a záměrná složka vzniku konfliktu (Kutnohorská, 2007).

Konflikty mohou podle Bednář et al. (2013) být intrapersonální (rozpory se odehrávají uvnitř jednoho člověka), interpersonální (rozpory mezi dvěma či více lidmi) a skupinové (rozpory v rámci jedné skupiny) a meziskupinové (rozpory mezi dvěma či více skupinami). Podobně hovoří i Venglářová et al. (2011), kteří popisují tři druhy konfliktů, mezi které patří vnitřní intrapsychický konflikt, interpersonální konflikt a konflikt mezi skupinami. Konflikty se mohou vyskytovat ve dvou formách, a to ve formě latentní, a to v nejběžnější podobě konfliktu o zdroje, o moc či o společenskou pozici, či ve formě manifestované. Zvláštní typy konfliktů, které se mohou v organizaci vyskytovat a být příčinou značných potíží, zahrnují generační a genderový, čili mezipohlavní konflikt (Bednář et al., 2013). Generačním konfliktem se rozumí rezervovaný či odmítavý postoj k některým sdíleným normám a hodnotám, které nová generace považuje za neaktuální (Bártlová a Matulay, 2009).

Různí lidé nemají ke konfliktům stejný sklon a lidé, kteří mají větší tendenci k jejich vyvolávání, jsou označováni jako konfliktogenní (Kutnohorská, 2007). V každé organizaci se najdou problémoví lidé, kteří zapříčiňují, že náročná práce zdravotníků se stává ještě náročnější, a existuje řada kategorizací těchto zaměstnanců, nicméně v zásadě jde o zaměstnance s třemi vzorci chování, a to chování nekontrolovatelné / přípustné, kontrolovatelné / nepřípustné a nekontrolovatelné / nepřípustné (Škrála a Škrlová, 2003). Podle Bednáře et al. (2013) jsou lidé, kteří mají vyšší konfliktní potenciál, ať už z důvodu predispozice či výchovy, zahrnující například jedince cholerickeho zaměření (produkuje konflikt jako reakci na stresující zátěž) či lidi, kteří jsou ke

konfliktu vyprovokování a následně jsou nadměrně destruktivní.

Konflikty vznikají ze dvou základních příčin, mezi které patří na straně jedné různé ideologie a cíle, např. odlišné normy, vzorce chování, a na straně druhé odlišné chování ve společném teritoriu, např. teritoriální žárlivost nebo jeho přelidnění (Kubátová et al., 2013). Zdrojem konfliktu může být i nevhodně poskytnutá kritika (Špatenková a Králová, 2009). Příčiny interpersonálních konfliktů zahrnují rozdílnost představ a postojů, odlišnou motivaci a cíle, souběh a nevyjasněnost rolí, usilování o uznání či ocenění a výhody, dále osobnostní faktory, nadměrné množství stresorů či změn v organizaci a následovně chyby managementu (Venglářová et al., 2011). Existuje řada situací, které vyvolávají konflikty, přičemž mezi nejčastěji se vyskytující patří například nedostatek zdrojů a nutnost se o ně dělit, neochota managementu reagovat na problémové situace či jakákoliv výraznější sociální změna v týmu (Bednář et al., 2013). Na oddělení vznikají konflikty v důsledku odlišných přesvědčení, hodnot, postojů, cílů, metod, povah, apod. (Škrála a Škrlová, 2003). Ačkoliv jsme zvyklí řešit konfliktní situace prostým určením viny, při bližším zamyšlení je zřejmé, že většinou nemáme dostačující znalost o tom, zda měl dotyčný možnost svobodné volby a mezi jakými alternativami volil (Kopřiva, 2011).

Standardní vývoj konfliktu podle Plamínka (2018) zahrnuje fázi klidu („homeostáza“), fázi konfliktu neboli tzv. deakvilibrizace (varovné signály, rozvoj odlišností a zdůrazňování odlišností, tzv. polarita), fázi krize neboli destabilizace (separace, destrukce a vyčerpání) a následně opět fázi klidovou. Podle Venglářové et al. (2011) konflikt probíhá ve čtyřech následujících fázích: spouštěč konfliktu, rozjždění, střet a zklidňování. Eskalace konfliktu zahrnuje latentní konflikt, vědomý konflikt se snahou o racionální řešení, emocionální konflikt, otevřený konflikt se snahou uškodit a spirálový efekt s neschopností naslouchat (Kubátová et al., 2013). Podle Škrly a Škrlové (2003) zase probíhá konflikt ve čtyřech fázích, které zahrnují frustraci (vycházející z pocitu blokáce jejich úsilí), konceptualizaci (učinění názoru o konfliktu), akci (potřeba řešit konflikt) a výsledky. Kutnohorská (2007) zase uvádí následující stádia vývoje a řešení konfliktu, které zahrnují období inkubace, prvotních symptomů, propuknutí, polarizace, adaptačního stádia, výskytu variant řešení a procesu konsensu.

Úspěšné řešení konfliktu se řídí čtyřmi podmínkami, mezi které patří analýza vlastního postoje a problému, přístup – vytvoření strategie, dovednosti a evaluace řešení (Škrála a Škrlová, 2003). Metody řešení konfliktů zahrnují, jak uvádí Plamínek (2018), mediaci, facilitaci, delegaci, pasivitu, vyjednávání, projednávání, náhodu a násilí. Ven-

glářová et al. (2011) je zase spatřují v neřešení konfliktu, v prosazení vlastního názoru či ve zvolení spolupráce. Postup řešení konfliktu lze realizovat taktikou zaměřenou na obsah konfliktu, taktikou zaměřenou na vztahy a taktikou zaměřenou na proces (Kubátová et al., 2013). Kroky nebo body, které by měly být dodržovány při řešení konfliktních situací, zahrnují správné místo a správný čas, přístup s chladnou hlavou, odpovídající prostor pro prezentaci svého pohledu a názoru, respektování odlišných názorů, aktivní naslouchání a hledání kompromisů (Bednář et al., 2013). Přístupy v řešení konfliktů zahrnují strategii vyhýbání nebo odtažení se, dále uhlazování, přizpůsobování se, následovně soutěžení nebo agresivní přístup, kompromis nebo vyjednávání a spolupráci (Škrla a Škrlová, 2003). Existuje – li některá osoba, která pomáhá při řešení mezilidských konfliktů, je důležité, aby zaujímala neutrální postoj (Kopřiva, 2011).

Účinná prevence výskytu konfliktů zahrnuje znalost a eliminaci jejich příčin, přičemž mezi hlavní regulátory konfliktního potenciálu patří zpětná vazba, vytváření důvěry mezi jednotlivými členy týmů, skupin a samotných týmů, a v neposlední řadě období relaxace po stresujících zátěžích (Bednář et al., 2013). Ti taktéž uvádějí, že primárním prostředkem předcházení konfliktů je komunikace. Úkolem manažerů, ale i ostatních pracovníků, je rozpoznání příznaků konfliktu, který je ještě podnětným, a prevence jejich eskalace, která vede k jejich nezvladatelnosti a závažnějším následkům (Kubátová et al., 2013). Včasným řešením konfliktů lze zabránit neshodám, hněvu, nenávisti a narušení vztahů (Škrla a Škrlová, 2003). Vývoj interpersonálního konfliktu totiž může být častou příčinou šikany na pracovišti (Cakirpaloglu et al., 2016). Mezilidský či skupinový konflikt je spolehlivým znakem toho, že vztah nebo skupina mají problém (DeVito, 2008). I Molek (2011) uvádí, že problémy mezilidských vztahů jsou zpravidla problémy komunikace. Mezi příznaky charakteristické pro vznik obtížně řešitelných konfliktů patří špatná komunikace, nepřátelství a žárlivost, osobní neshody, dále klepy, mýty a pravidla, nedostatečná vůle nebo úsilí a přesouvání konfliktu k vyšším úrovním managementu (Kubátová et al., 2013).

Pracovní činnost, od níž očekáváme například seberealizaci, zdroj finančního příjmu či zprostředkování osobní identity, tvoří neoddelitelnou součást života každého jedince, ale může též uvádět do různých psychosociálních problémů, včetně násilí (Chromý, 2014). Vztahy na pracovišti mohou být velmi dobré, přátelské, ale i nepřátelské (Kelnarová a Matějková, 2010) nebo, jak je již jednou uvedeno výše, pozitivní a negativní (Mikuláščík, 2010). V posledních 20 letech se stala šikana na pracovišti velmi diskutovaným tématem (Cakirpaloglu et al., 2016). Chromý (2014) uvádí, že ná-

sílí představuje negativní incident, jako je slovní útok (zesměšnění, urážka, pomluva), šikana (manipulace, vydírání), fyzický útok, vyhrožování fyzickým útokem či jakékoliv formy sexuálního obtěžování. V souvislosti s násilím na pracovišti cituji International labour organization, která je jediná tripartitní agentura Organizace spojených národů spojující vlády, zaměstnavatele a pracovníky 187 členských států za účelem vytvoření pracovních standardů, rozvíjení politiky a vypracování programů podporující důstojnou práci pro všechny muže a ženy (ILO, 2020). Jejím hlavním cílem je prosazování práv v práci, podpora slušných pracovních příležitostí, posilování sociální ochrany a posilování dialogu o otázkách souvisejících s prací (ILO, 2020). Chromý (2014) udává, že rizikovými faktory násilí na pracovišti jsou faktory individuální, skupinové, organizační a společenské a popisuje dále, že mezi specifické formy násilí na pracovišti patří mobbing, bossing, staffing a chairing. Mobbing je pojem vyjadřující systematické šikanování, terorizování a poškozování osoby na pracovišti a jde o něj v okamžiku, kdy je člověk terorizován pravidelně, alespoň jedenkrát týdně, nejméně po dobu půl roku (Wagnerová et al., 2011). Kelnarová a Matějková (2010) zase uvádějí, že mobbing bývá označován jako sociální stres i jako teror na pracovišti, kdy dochází k obtěžování, pronásledování až týrání na pracovišti, kdy je postižený devalvován, až často sám pracoviště opouští. Využívá nadměrné kritičnosti, zesměšňování a intrik a dochází při něm k narušování sociálních vztahů, sociální reputace a zdraví osoby (Novák, 2010). Spouštěcím mechanismem mobbingu bývá konflikt (Kelnarová a Matějková, 2010). Mezi formy mobbingu patří například devalvace, pomluvy, otevřené osočování, předávání nepravdivých informací o kolegovi nadřízenému či zveličování nedostatků a chyb (Kelnarová a Matějková, 2010). Výzkumy studující problematiku mobbingu byly prvně realizovány zejména v severských zemích, dále ve střední Evropě, v Německu, Rakousku, Maďarsku a v letech 2001 a 2003 též v České republice (Wagnerová et al., 2011). V České republice je problematice mobbingu věnována pozornost již několik let, nicméně reprezentativních výzkumů je jen několik (Cakirpaloglu et al., 2016). Výskyt mobbingu lze zjistit například prostřednictvím dotazníku, který si všímá faktorů, kterými jsou útok prostřednictvím organizačně – administrativních postupů, sociální izolace, útok na soukromí, fyzický útok, útok proti postojům, ponižující techniky (křik, nadávky, hanlivá označení) a pomluvy (Novák, 2010). Beňo (2015) následně popisuje pojem antimobbing jako trvalý boj za důstojné lidské vztahy a též za ideály a hodnoty demokracie a humanismu, a poté popisuje čtyři roviny a zásady antimobbingu, kterými jsou rovina osobní (nezůstávat osamocen se svými problémy), institucio-

nální (spojení sil za účelem většího úspěchu), veřejná (zveřejnění problémů) a rovina mezinárodní spolupráce (neopakovat stejné chyby a pokračovat tam, kde jiní skončili). Mobbing je dlouhodobý proces s vlastním vývojem a průběhem a popisem jeho fází se zabýval například Leymann, Egeh či Lutgen Sandvik (Cakirpaloglu et al., 2016). Provádění mobbingu se může lišit podle toho, na jaké úrovni probíhá, ale i podle pohlaví aktéra (Wagnerová et al., 2011). Oběťmi mobbingu může být kdokoliv na pracovišti, žena pracující v mužském kolektivu, muž pracující v ženském kolektivu, nově nastupující mladý pracovník, apod. (Kelnarová a Matějková, 2010). Je též vhodné zmínit, že individuální rovina analýzy mobbingu se zabývá složitou proměnlivostí pracovních a mezilidských vztahů v pracovním kolektivu a vystupují zde zejména mobber, oběť a přihlížející zaměstnanci, kdežto skupinová rovina se projevuje narušenou dynamikou, kolizí pracovních úkolů, poklesem kvality týmové komunikace a spolupráce, apod. Co se prevence mobbingu týče, rozděluje se na primární, sekundární a terciární (Cakirpaloglu et al., 2016). Specifickou a rozšířenou formu mobbingu je bossing, jehož autorem je Nor S. Kile (Wagnerová et al., 2011). Bossing vyjadřuje týrání a pronásledování ze strany šéfa, který jej může realizovat prostřednictvím zesměšňování, přidělování nepřiměřených úkolů či úkolů ponižujících status podřízeného (Novák, 2010). Důvody nepřizně nadřízeného jsou často iracionální, ale pro podřízeného jsou tak nepříjemné a vedou jej ke změně zaměstnání (Kelnarová a Matějková, 2010). Stalking zase charakterizuje pronásledování opakovaným a gradujícím obtěžováním (Novák, 2010). Podstata kontroly specifických forem násilí na pracovišti tkví v nalézání a objevování účinných mechanismů, jejichž realizace povede k prevenci vzniku, rozvoje a řešení těchto problémů (Chromý, 2014).

Supervize je setkání, kterého se účastní pracovníci a supervizor, jehož tématem jsou situace z praxe (Venglářová et al., 2011). Základní význam supervize vychází z jeho etymologie, kde z latinského překladu slova „super“ vyjadřující „nahore, nadvrchu, shora“ a slova „visus“ znamenající „vidění, pohled“, lze výsledně uvést, že jde o různé podoby „vidění shora“ (Baštecká et al., 2016). Podle Vávrové (2012) lze supervizi chápat jako jeden z prostředků metadoprovázení pracovníků v pomáhajících profesích a též jako účinný prostředek prevence syndromu vyhoření. Počátky supervize jsou nejvíce spojeny s vývojem psychoanalýzy a její další vývoj byl spojen se vznikem tzv. balintovských skupin (Jeklová a Reitmayerová, 2007). V rámci supervizního procesu dochází k interakcím mezi supervizorem a supervidovanými, kteří jsou konfrontováni s tím, jak probíraný případ vnímají druzí lidé a jak je chápána druhými jejich role

(Vávrová, 2012). Venglářová et al. (2011) popisují tři formy supervize, mezi které patří supervize týmová, skupinová a individuální. Ve zdravotnických zařízeních nejčastěji probíhá týmová supervize, která je určena pro všechny členy týmu, je zaměřena na jejich spolupráci, zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů a řeší například vztahy uvnitř týmu, vztahy v organizaci či vztahy k vnějšku. V procesu skupinové supervize pracovních týmů zase dochází k vzájemnému sdílení znalostí a zkušeností a u jednotlivých členů k sebereflexi a případné autoregulaci chování (Vávrová, 2012). Supervizi dále lze rozlišovat, jak uvádí Jeklová a Reitmayerová (2007), podle předmětu a zaměření (případová, podpůrná, vzdělávací), podle pozice supervizora (interní, externí), podle četnosti a účelu provádění (pravidelná, příležitostní, krizová) a podle funkcí (poradenská, manažerská). Mezi specifické metody supervize patří koučink, manažerská supervize, případová supervize a Balintovská skupina (Venglářová et al., 2011).

Zadavatelem supervize bývá člověk zodpovědný za vedení organizace (Baštecká et al., 2016) a podle Jeklové a Reitmayerové (2007) je nejefektivnější v situacích, kdy v organizacích něco nefunguje (například vztahy na pracovišti, velká fluktuace pracovníků, apod.). Podle Špidurové (2015) mezi indikátory, které signalizují potřebu klinické ošetrovatelské supervize, zahrnují zjištění středního a vysokého stupně ohrožení či rozvinutí syndromu vyhoření u většího počtu sester, dále projevy konfliktů a šikany na pracovišti, zvýšená fluktuace zaměstnanců a absence zaměstnanců na konkrétním pracovišti, problémy v oblasti kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče a stížnosti pacientů a jejich blízkých na ošetrovatelskou péči. Špidurová (2015) dále uvádí, že faktory, které podporují rozvoj klinické ošetrovatelské supervize, zahrnují například široké organizační změny a růst složitosti, politiku směrnic, obavy z odpovědnosti při práci s rizikem, zlepšování standardů a péče o klienty, vzdělávací faktory, apod. Funkce supervize popisuje Venglářová et al. (2011) ve třech následujících kategoriích – funkce vzdělávací (rozvoj klienta), podpůrná (základní pilíř prevence syndromu vyhoření) a řídicí (kontrola odbornosti a kvality péče). Podle Špidurové (2015) zase plní funkci normativní (dodržování, norem, standardů, podpora kvality a bezpečnosti poskytování služeb, apod.), funkci formativní (rozvoj profesních vědomostí a dovedností) a posilující, též restorativní (poskytuje podporu pro výkon profese).

2 Cíle práce a hypotézy

Cíle práce:

- Cíl 1: Zmapovat charakter interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče.
- Cíl 2: Zjistit, které interpersonální problémy se na jednotkách intenzivní péče vyskytují nejvíce.
- Cíl 3: Porovnat, zda se kvalita ošetrovatelské péče liší na jednotkách intenzivní péče s pozitivními a negativními interpersonálními vztahy.

Hypotézy práce:

- Hypotéza 1: Nedostatek ošetrovatelského personálu ovlivňuje interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče.
- Hypotéza 2: Hodnocení interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je determinováno délkou praxe.
- Hypotéza 3: Podíl pozitivních interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je větší než podíl vztahů negativních.
- Hypotéza 4: Interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují schopnost vzájemné spolupráce.
- Hypotéza 5: Osobnostní a pracovní příčiny konfliktů na jednotkách intenzivní péče jsou zastoupeny stejně.
- Hypotéza 6: Podíl kvalitní ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče je výrazně větší (nadpoloviční).
- Hypotéza 7: Kvalita ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče s pozitivními a negativními interpersonálními vztahy se liší.
- Hypotéza 8: Interpersonální problémy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.

2.1 Operacionalizace pojmů a hypotéz

Operacionalizace charakterizuje definování pojmů, které popisují pro výzkum důležité vlastnosti sociálních jevů za účelem empirického měření (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008). Základními pojmy předkládaného výzkumného šetření jsou interpersonální vztahy, kvalita péče, jednotka intenzivní péče a délka praxe.

- **Interpersonální (mezilidské) vztahy** – vztahy, v jejichž interakčních a komunikačních vazbách jsou osobnosti (Nový et al., 2006) a které jsou charakteristické alespoň občasnou interakcí dvou lidí, která v nich zanechá určitý dojem (Slaměník, 2011). Pro předkládané výzkumné šetření je v rámci interpersonálních vztahů klíčové jejich hodnocení (a), výskyt a druh interpersonálních problémů (b) a výskyt a příčina interpersonálních konfliktů (c).

a) *hodnocení interpersonálních vztahů* – data byla získána prostřednictvím otázky 7 „Jak byste obecně hodnotil/(a) interpersonální vztahy ve Vašem pracovním kolektivu?“, přičemž respondenti volili jednu variantu ze škály. Pro statistické testování hypotéz byla využita data jak nekategorizovaná, v podobě kardinálních dat, tak i data kategorizovaná v podobě 2 kategorií, kterými jsou interpersonální vztahy „pozitivní“ (7,5 bodu a více) a „negativní“ (méně než 7,5 bodu).

b) *výskyt a druh interpersonálních problémů* – data byla získána prostřednictvím otázky 9 „Vyskytují se ve Vašem pracovním kolektivu nějaké interpersonální problémy?“, jejíž odpověď volili respondenti ze dvou možných variant (ano, ne), a prostřednictvím otázky 10 „Vyberte prosím, které interpersonální problémy se ve Vašem kolektivu objevují častěji.“, kde respondenti volili jednu z pěti předkládaných možností.

c) *výskyt a příčina interpersonálních konfliktů* – data byla získána prostřednictvím otázky 11 „Vyskytují se ve Vašem pracovním kolektivu konflikty?“, jejíž odpověď volili respondenti ze dvou možných variant (ano, ne), a prostřednictvím otázky 12 „Vyberte prosím, které problémy jsou nejčastěji příčinou konfliktů ve Vašem kolektivu“, kde respondenti volili jednu ze tří předkládaných možností.

- **Kvalita péče** – souhrn vlastností výrobků nebo služeb opravňující k uspokojování potřeb, k nimž jsou určeny (Gladkij et al., 2003). V předkládaném výzkumném šetření jsou zastoupeny pojmy „názor na kvalitu ošetrovatelské péče“ (a) a „kvalita ošetrovatelské péče“ (b).

- a) *názor na kvalitu ošetrovatelské péče* – data byla získána prostřednictvím otázek 21 „Vyberte prosím, jak kvalitně Vy osobně poskytujete ošetrovatelskou péči?“ a 22 „Vyberte prosím, jak byste celkově zhodnotil/(a) kvalitu ošetrovatelské péče Vašich kolegů“. Odpověď na obě otázky respondenti uváděli výběrem z předkládané číselné škály. Ve statistickém testování hypotéz jde o nekategorizovaná kardinální data, která vznikla průměrováním uváděných otázek u každého jednoho respondenta.
- b) *kvalita ošetrovatelské péče* – data byla získána prostřednictvím otázky 17 „Jak byste Vy osobně popsal/(a) schopnost členů Vašeho kolektivu vzájemné spolupráce?“ a otázek 21 a 22 („názor na kvalitu ošetrovatelské péče“). Ve statistickém testování hypotéz jde o kategoriální data, která jsou klasifikována do kategorií „kvalitní péče“ a „nekvalitní péče“. Kvalitní péče je pro účely předkládaného výzkumného šetření definována dvěma kritérii, kterými jsou „názor na kvalitu“ rovným nebo větším než 7,5 bodu a zároveň splněním podmínky „vynikající schopnosti spolupráce“ (odpověď „vynikající“ na dotazníkovou otázku 17). V případech, kdy „názor na kvalitu péče“ je roven nebo větší než 7, 5 bodu, ale s „horší schopností spolupráce“ (odpověď „průměrná“ nebo „podprůměrná“ na dotazníkovou otázku 17), anebo též v případě „názoru na kvalitu péče“ menším než 7,5 bodu, bez ohledu na podmínku spolupráce, je péče hodnocena jako nekvalitní. Zohlednění kritéria „vynikající schopnosti spolupráce“ bylo pro definování kvalitní ošetrovatelské klíčové, poněvadž zajištění kvality ošetrovatelské péče je bez týmové spolupráce nepředstavitelné (Vévoda et al., 2013). Postup hodnocení kvality ošetrovatelské péče popisuje Tabulka 5.

- **Jednotka intenzivní péče** – poskytuje péči pacientům vyžadující monitoring a léčbu z důvodu potenciálního či aktuálního selhávání jedné či více fyziologických funkcí v souvislosti s onemocněním, úrazem či lékařskou intervencí u pacientů s funkční reverzibilitou (Bartůněk et al., 2016). Jde o kategoriální data, která byla získána prostřednictvím otázky 5 „Uveďte prosím medicínský obor jednotky intenzivní péče, na které aktuálně pracujete“.
- **Délka praxe** – kardinální data získaná prostřednictvím otázky 4 „Uveďte prosím celkovou délku Vaší ošetrovatelské praxe (počet let)“.

3 Metodika

Empirická část probádané problematiky byla realizována formou kvantitativního výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření spočívá v návrhu testu pro přijetí či zamítnutí některého tvrzení nebo hypotézy a jeho úkolem je statistický popis typu a intenzity závislosti mezi proměnnými (Bártlová, Sadílek a Tóthová, 2008). Výběr této formy výzkumného šetření vycházel z předem stanovených, výše uvedených cílů práce.

3.1 Výzkumný design

Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno v období září 2019 až prosinec 2019. Uskutečnilo se v rámci jednoho kraje v šesti zdravotnických zařízeních, jejichž výběr byl cílený a jejichž vedení poskytlo s realizací tohoto šetření písemný souhlas. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní, a proto v této práci nebudou žádné identifikační znaky těchto zařízení a taktéž ani jejich poskytnuté souhlasy. Poskytnuté souhlasy jsou však pro případ potřeby k dispozici u autora práce. Informace o cílech výzkumného šetření a též o anonymitě tohoto šetření byly respondentům sděleny prostřednictvím úvodních informací uvedených v předkládaném dotazníku (Příloha 1a).

Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno technikou nestandardizovaného dotazníku. Dotazník prezentuje jednu z nejpoužívanějších výzkumných technik pro získávání dat prostřednictvím předem formulovaných otázek (Plevová et al., 2011). Předkládaný nestandardizovaný dotazník (Příloha 1b) je sestaven ze tří oblastí, kterými jsou demografické údaje o respondentech, informace o jejich interpersonálních vztazích a informace o kvalitě ošetrovatelské péče. Celkem obsahuje 28 otázek a jeho časová náročnost činí maximálně 15 minut. Před jeho použitím ve výzkumném šetření byla provedena pilotáž. Pilotáže se zúčastnilo 5 dobrovolných informantů, kteří nejsou zastoupeni ve výzkumném vzorku, a v jejímž rámci proběhla diskuze o vytvořeném dotazníku, která vedla k drobné úpravě některých otázek. Celkově bylo distribuováno 306 dotazníků a vrátilo se 244 dotazníků (návratnost 79,7 %). Z tohoto počtu navracených dotazníků bylo nutné z důvodů nesprávného či nedostatečného vyplnění pro statistické testování hypotéz 71 dotazníků (23,2 %) vyřadit. Počet validních dotazníků následně činil 173 dotazníků (56,5 %). Návratnost dotazníků popisuje Tabulka 1.

Data získaná tímto šetřením byla následně převedena do formy elektronické do počítačových programů Microsoft Excel 2019 a IBM SPSS 24.0., ve kterých proběhlo jejich zpracování. Z veškerých dotazníkových otázek, případně z jejich kombinací, byly

vytvořeny četnostní tabulky a grafy, které byly následně rozřazeny podle určitých kritérií do tří kategorií, které kopírují oblasti předkládaného dotazníku (Tabulka 2). Poté proběhlo statistické testování stanovených hypotéz. Konkrétní metodika statistického testování hypotéz je uvedena v kapitole 3.3 Statistická analýza kvantitativních dat. Následně byl na základě zpracování a analýzy získaných empirických dat vytvořen v programech Microsoft Excel 2019 a Microsoft Word 2019 poster, který shrnuje celou probádanou problematiku (Příloha 2).

Tabulka 1 – návratnost dotazníků

	Distribuce	Návrat	Vyřazeno	Návratnost
Absolutní počet	306	244	71	173
Relativní počet	100,0 %	79,7 %	23,2 %	56,5 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvantitativního výzkumného šetření tvoří zaměstnanci jednotek intenzivní péče na pozici sestry v šesti nemocnicích jednoho konkrétního kraje. Vzhledem k dobrovolné účasti respondentů na výzkumném šetření, a tudíž hrozícímu vysokému negativnímu samovýběru, byly jedinými kritérii pro výběr respondentů minimální délka praxe v oboru ošetrovatelství 0,5 roku a aktuální profese v intenzivní péči. Velikost výzkumného souboru byla konzultována se statistikem, celkem jej tvoří **173** respondentů.

3.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Statistické zpracování kvantitativních dat proběhlo v počítačových programech Microsoft Excel 2019 a IBM SPSS 24.0. Nejprve byla empirická data uspořádána tak, aby mohla být statisticky testována a aby z nich bylo možné vygenerovat příslušné grafy. U vybraných dotazníkových otázek byly některé varianty odpovědí pro účely statistického testování hypotéz sloučeny (tento krok bude u daných hypotéz konkrétně popsán). Následně pak bylo u spojitých dat, které jsou podkladem pro hodnocení některých hypotéz, provedeno testování normality dat prostřednictvím testu Shapiro – Wilk (tento krok bude u daných hypotéz uveden). Poté proběhlo samotné statistické testování hypotéz ve statistickém programu IBM SPSS 24.0. prostřednictvím dvou neparametrických testů, kterými jsou chí kvadrát test a Spearmanův korelační test (Spearmanovo ρ). Stanovená hladina významnosti (α) byla ve všech testech **0,05**.

4 Výsledky

Výsledky výzkumného šetření jsou rozčleněny do dvou částí. V první části jsou uvedeny kategorizované jednotlivé výsledky výzkumného šetření. V druhé části je uvedeno statistické testování hypotéz.

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

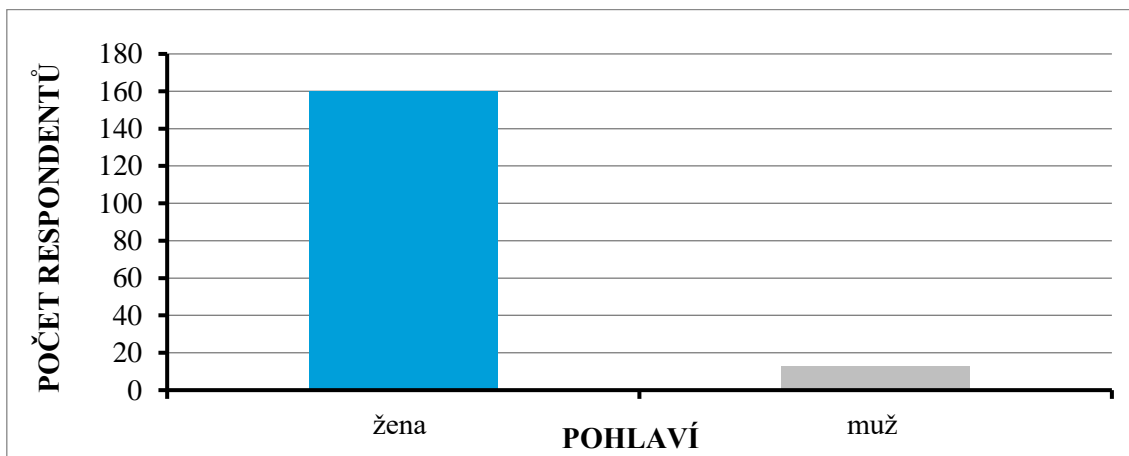
Tabulka 2 – Kategorizace výsledků kvantitativního šetření

KATEGORIE VÝSLEDKŮ	
A	Demografické údaje o respondentech a o jejich profesi v oboru ošetrovatelství
B	Interpersonální vztahy a jejich problémy
C	Kvalita ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

A) Demografické údaje o respondentech a o jejich profesi v oboru ošetrovatelství

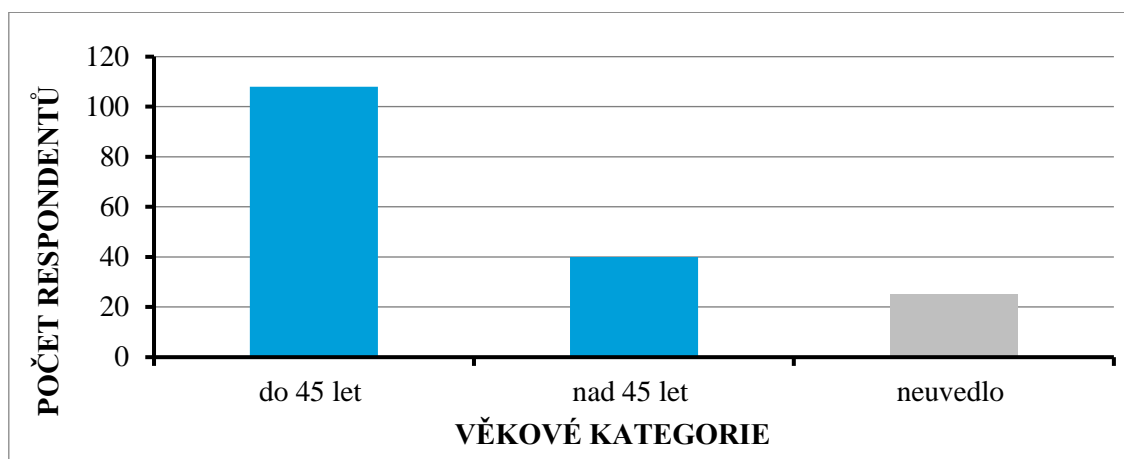
Graf 1 – Pohlaví respondentů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 1 popisuje strukturu výzkumného souboru z hlediska pohlaví respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů jej tvoří 160 žen (92,5 %) a 13 mužů (7,5 %).

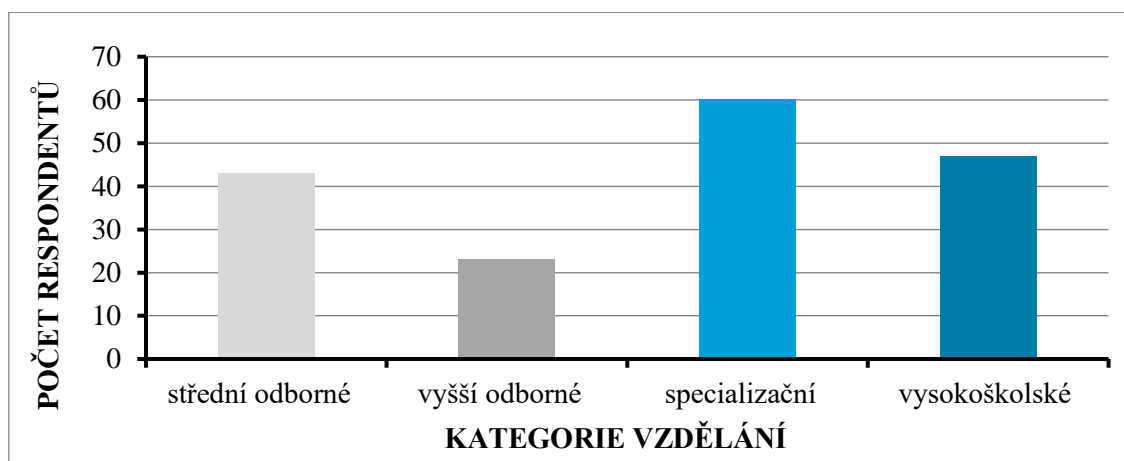
Graf 2 – Věk respondentů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 2 prezentuje strukturu výzkumného souboru z hlediska věku respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů je zastoupeno 108 osob (62,4 %) ve věkové kategorii „do 45 let“, dalších 40 osob (23,1 %) ve věkové kategorii „nad 45 let“ a zbývajících 25 osob (14,5 %) tuto informaci neuvedlo.

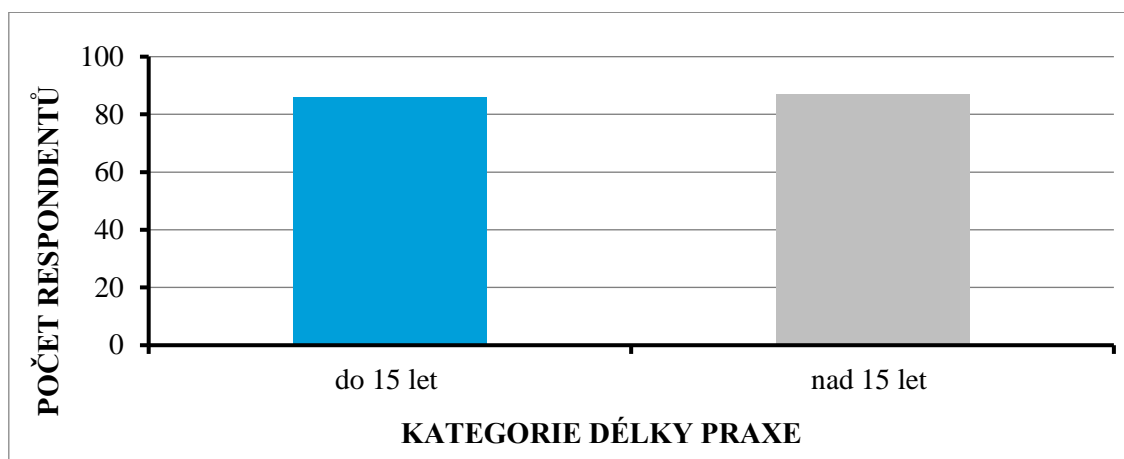
Graf 3 – Vzdělání respondentů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 3 zachycuje strukturu výzkumného souboru z hlediska dosaženého stupně vzdělání respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů má 43 osob (24,9 %) dokončené „středoškolské odborné“ vzdělání, 23 osob (13,3 %) dokončilo „vyšší odborné“ vzdělání, 60 osob (34,7 %) má „specializační“ vzdělání a 47 osob (27,2 %) úspěšně absolvovalo „vysokoškolské“ vzdělání, přičemž z nich 31 osob (17,9 %) dokončilo bakalářské studium a 16 osob (9,2 %) studium magisterské.

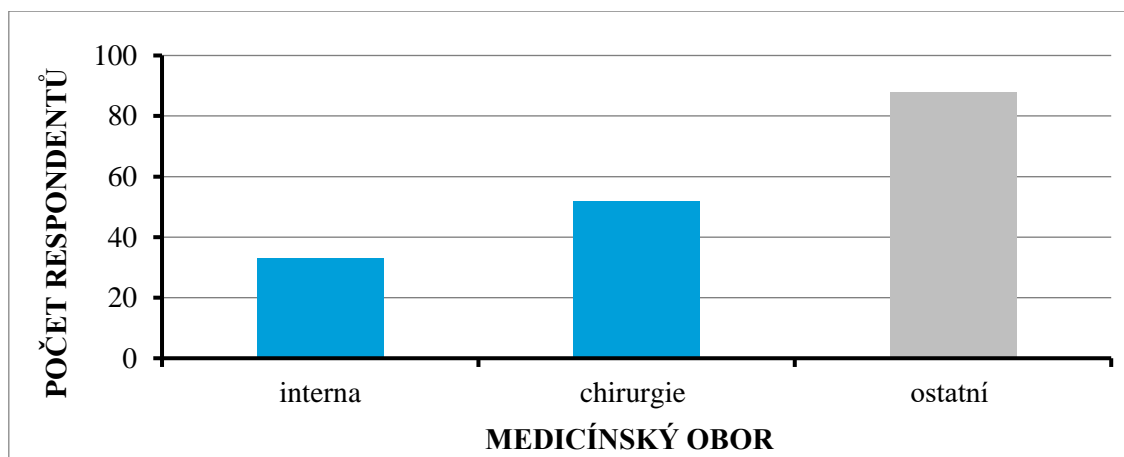
Graf 4 – Délka praxe respondentů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 4 prezentuje strukturu výzkumného souboru z hlediska délky praxe respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů je zastoupeno 86 osob (49,7 %) v kategorii délky praxe „do 15 let“ a 87 osob (50,3 %) v kategorii délky praxe „nad 15 let“.

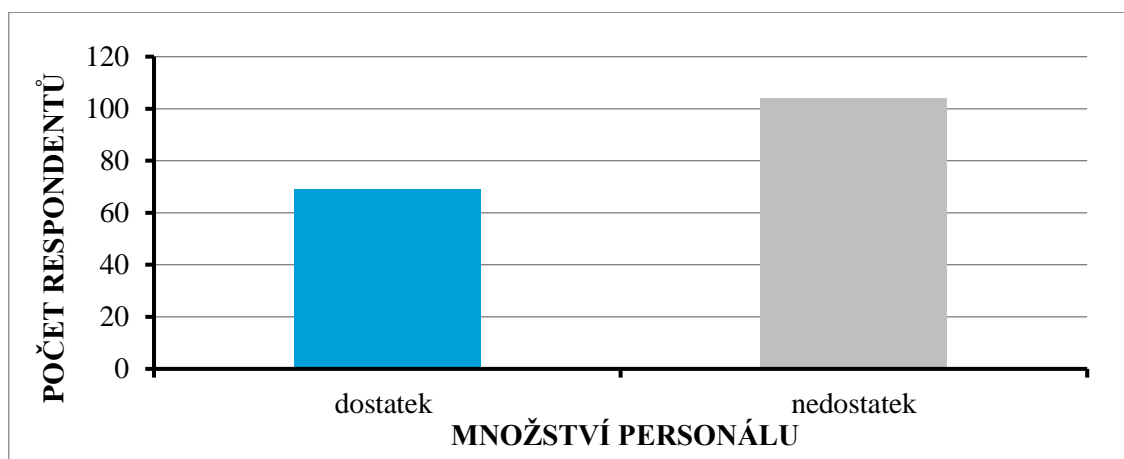
Graf 5 – Medicínské obory JIP (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 5 znázorňuje strukturu výzkumného souboru z hlediska medicínského oboru JIP. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů pracuje 33 osob (19,1 %) na „interním“ oddělení, 52 osob (30,1 %) na „chirurgickém“ oddělení a 88 osob (50,9 %) na některém z méně reprezentovaných oddělení (kategorie „ostatní“), mezi něž patří pediatrie (19), gastroenterologie (10), kardiologie (9), následná intenzivní péče (9), traumatologie (8), urologie (7), neurologie (6), neurochirurgie (6), onkologie (6), ortopedie (5) a infekční oddělení (3).

Graf 6 – Názor respondentů na množství ošetrovatelského personálu (n = 173)

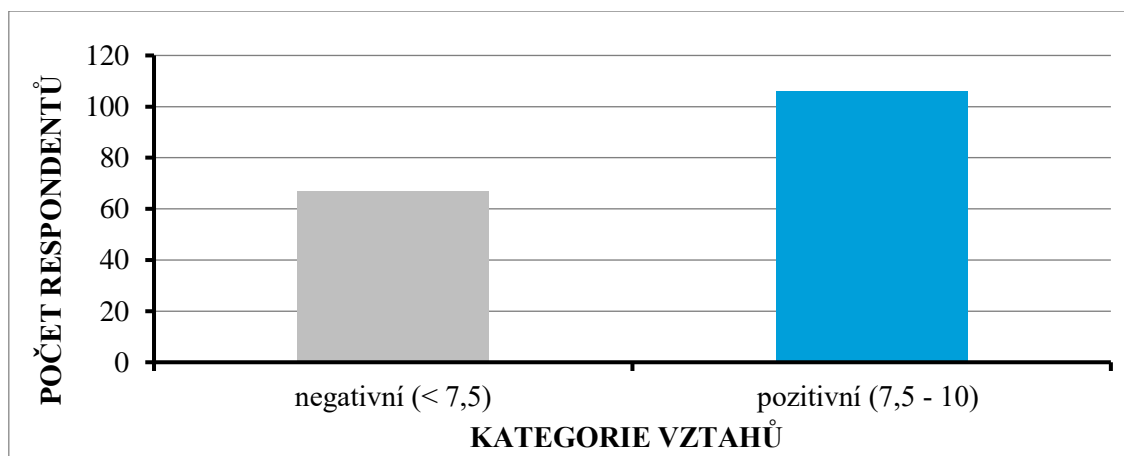


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 6 nastiňuje názor respondentů na množství („dostatek“) ošetrovatelského personálu vzhledem k práci. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů si 69 osob (39,9 %) myslí, že má dostatek personálu, kdežto zbývajících 104 osob (60,1 %) si myslí opak.

B) Interpersonální vztahy a jejich problémy

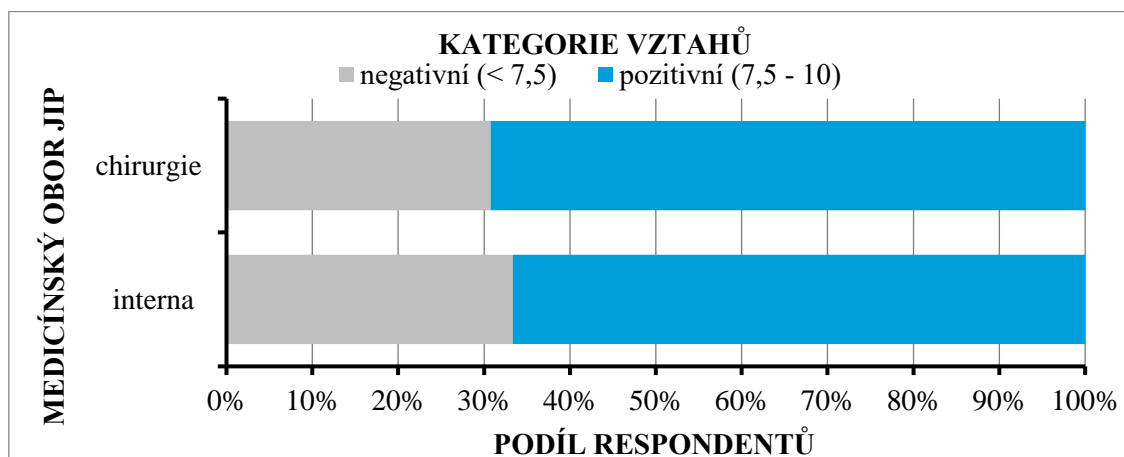
Graf 7 – Hodnocení interpersonálních vztahů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 7 prezentuje hodnocení interpersonálních vztahů respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů hodnotí interpersonální vztahy 67 osob (38,7 %) jako negativní a 106 osob (61,3 %) jako pozitivní.

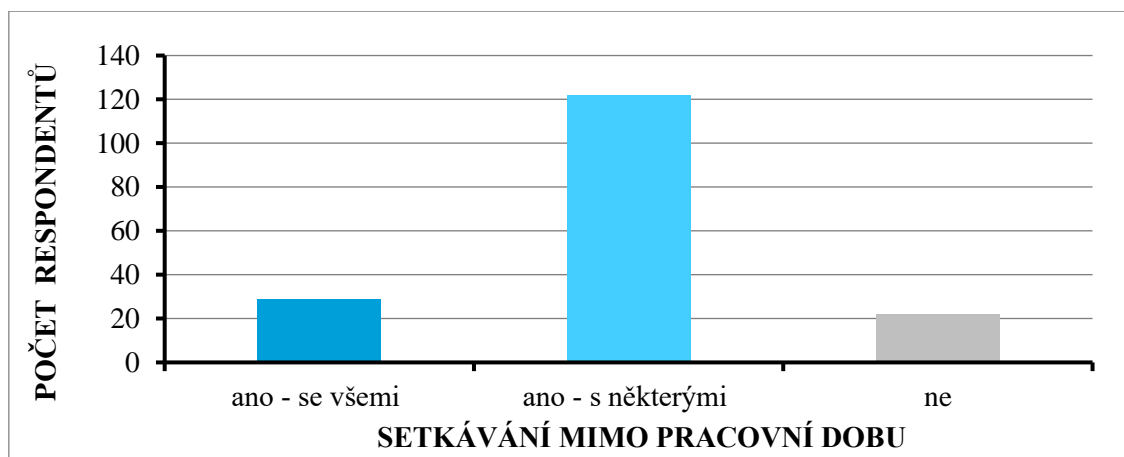
Graf 8 – Hodnocení interpersonálních vztahů na JIP z hlediska interního a chirurgického medicínského oboru (n = 85)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 8 prezentuje hodnocení interpersonálních vztahů ve dvou nejčastěji zastoupených medicínských oborech, tj. na chirurgii a interně. Z celkového počtu 52 osob (100 %) pracujících na chirurgii hodnotí interpersonální vztahy jako pozitivní 30 osob (57,7 %) a 22 osob (42,3 %) jako negativní. Na interně je to podobné, poněvadž z celkového počtu 33 osob (100 %) pracujících na interně hodnotí interpersonální vztahy pozitivně 20 osob (60,6 %) a negativně 13 osob (39,4 %).

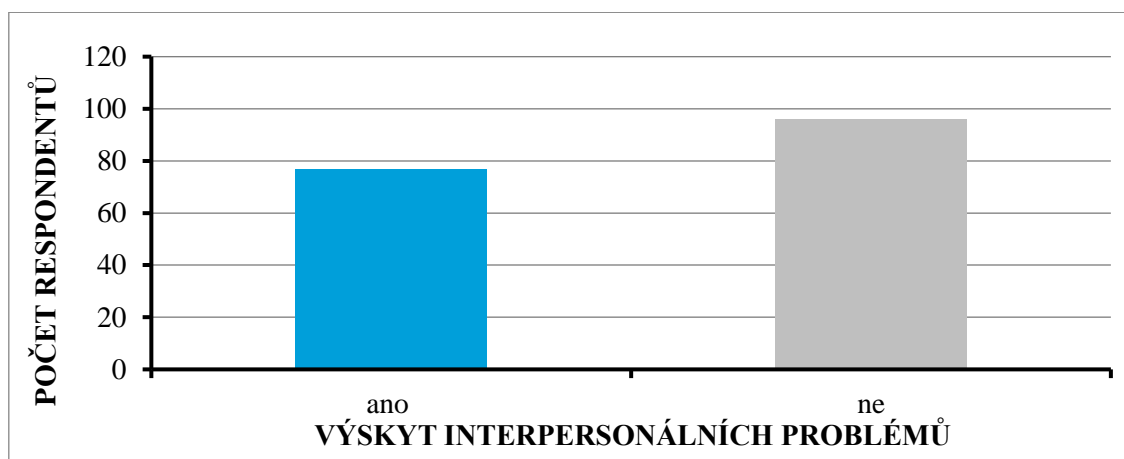
Graf 9 – Setkávání respondentů mimo pracovní dobu (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 9 zachycuje setkávání respondentů s kolegy mimo pracovní dobu. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů se 29 osob (16,8 %) se „setkává se všemi kolegy“, dalších 122 osob (70,5 %) se „setkává pouze s některými kolegy“, kdežto zbývajících 22 osob (12,7 %) s kolegy mimo pracovní dobu „nesetkává“.

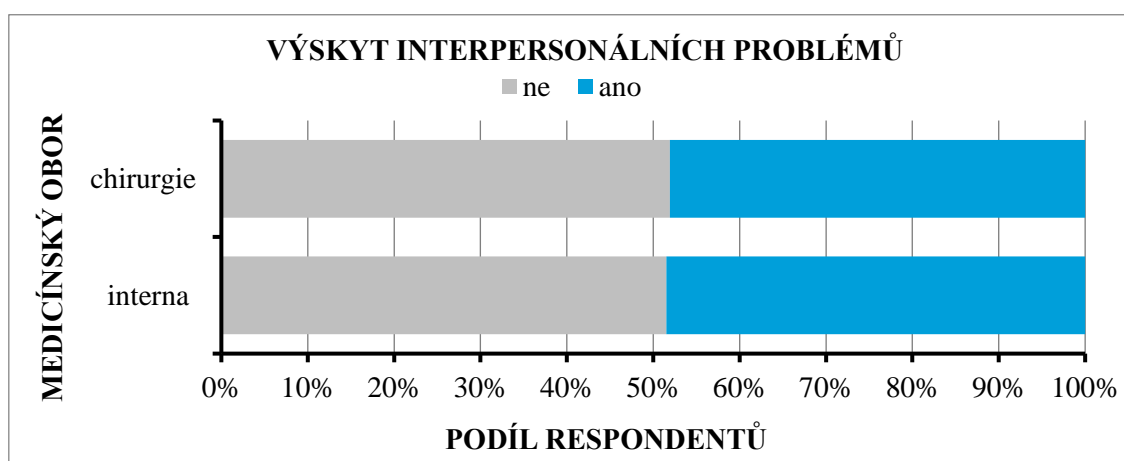
Graf 10 – Výskyt interpersonálních problémů v pracovním kolektivu (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 10 uvádí výskyt interpersonálních problémů v pracovním kolektivu respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů výskyt interpersonálních problémů na pracovišti uvedlo 77 osob (44,5 %), kdežto zbývajících 96 osob (55,5 %) uvedlo opak.

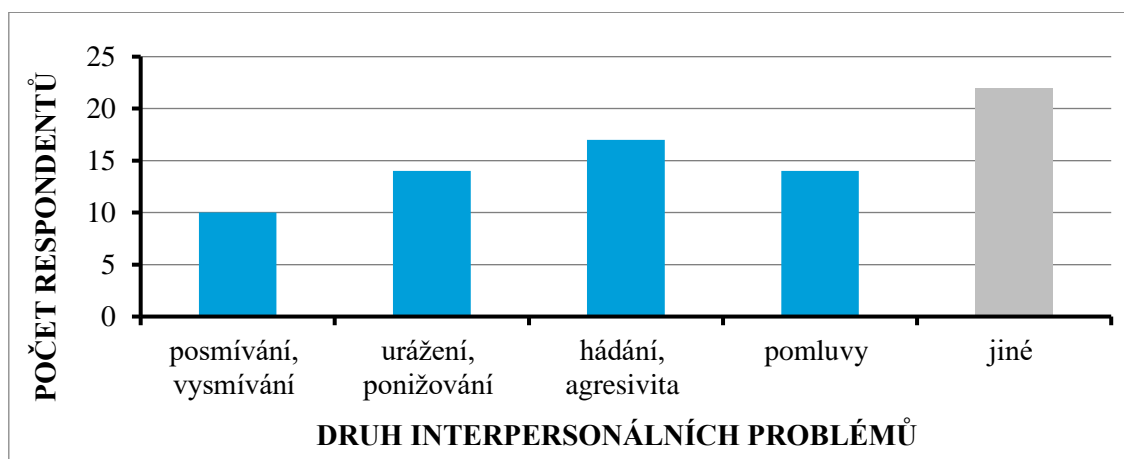
Graf 11 – Výskyt interpersonálních problémů v pracovním kolektivu z hlediska interního a chirurgického medicínského oboru (n = 85)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 11 prezentuje výskyt interpersonálních problémů na dvou nejčteněji zastoupených medicínských oborech, tj. na interně a chirurgii. Z celkového počtu 52 osob (100 %) pracujících na chirurgii uvedlo výskyt interpersonálních problémů na pracovišti 25 osob (48,1 %) a zbývajících 27 osob (51,9 %) tyto problémy nejuje. Na interně je to téměř identické; z celkového počtu 33 osob (100 %) výskyt interpersonálních problémů na pracovišti uvedlo 16 osob (48,5 %) a zbývajících 17 osob (51,5 %) nikoliv.

Graf 12 – Druh interpersonálních problémů (n = 77)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 3 – Jiné druhy interpersonálních problémů (n = 22)

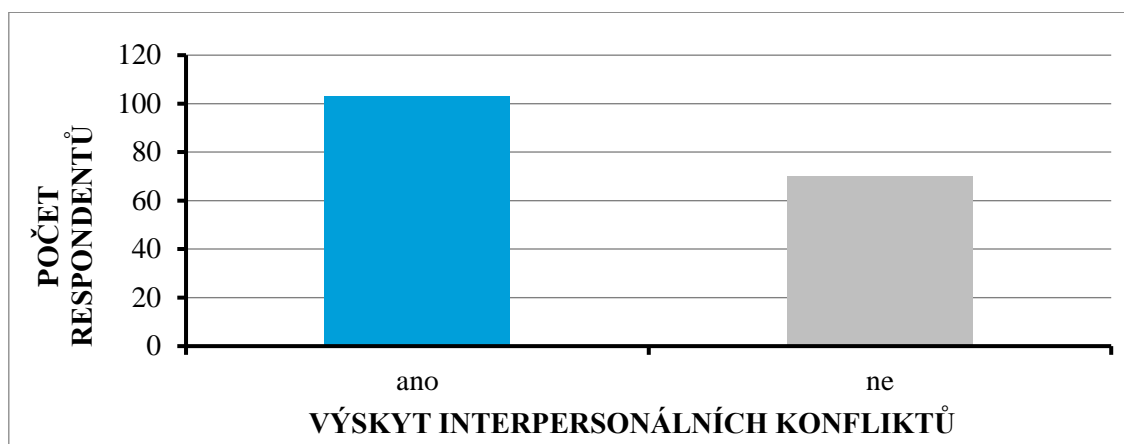
Jiné druhy interpersonálních problémů	Četnosti	%
osobní	4	18,2 %
integrace	4	18,2 %
manipulace	3	13,6 %
nespokojenost	2	9,1 %
různorodost názorů	1	4,5 %
dohady	1	4,5 %
povyšování	1	4,5 %
donášení	1	4,5 %
nesympatie	1	4,5 %
dezinformace	1	4,5 %
konfliktogenní povaha	1	4,5 %
neuvedeno	2	9,1 %
Celkem	22	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 12 zachycuje druhy interpersonálních problémů v pracovním kolektivu respondentů. Z celkového počtu 77 (100 %) respondentů se 10 osob (13,0 %) setkává s „posmíváním, vysmíváním“, 14 osob (18,2 %) prožívá „urážení, ponižování“, 17 osob (22,1 %) se potýká s „hádáním, agresivitou“, 14 osob (18,2 %) zažívá „pomluvy“ a zbývajících 22 osob (28,6 %) se setkává s „jinými“ interpersonálními problémy. Jednotlivé možnosti odpovědí kategorie „jiné“ prezentuje Tabulka 3.

Pozn.: Odpověď „jiné“ na dotazníkovou otázku 10 tvořily nejčastěji pomluvy, což bylo důvodem pro vytvoření nové kategorie „pomluvy“. Kategorie „šikana“ nebyla vzhledem k nulové četnosti výskytu do grafu zahrnuta.

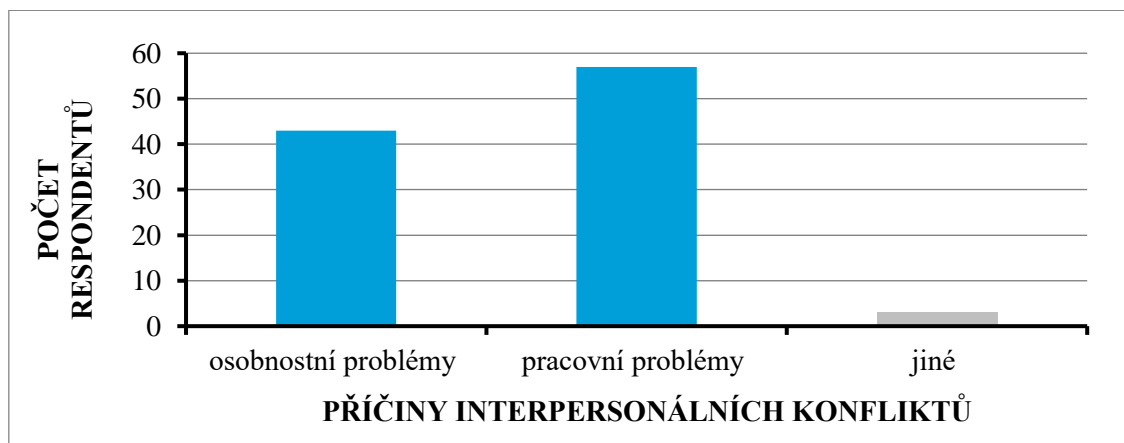
Graf 13 – Výskyt interpersonálních konfliktů v pracovním kolektivu (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 13 uvádí výskyt interpersonálních konfliktů v pracovním kolektivu respondentů. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů uvedlo výskyt interpersonálních konfliktů na pracovišti 103 osob (59,5 %), kdežto zbývajících 70 osob (40,5 %) uvedlo opak.

Graf 14 – Příčiny interpersonálních konfliktů (n = 103)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 4 – Jiné příčiny interpersonálních konfliktů (n = 3)

Jiné příčiny interpersonálních konfliktů	Četnosti	%
odlišnost názorů	1	33,3 %
faleš	1	33,3 %
neuvedeno	1	33,3 %
Celkem	3	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 14 zachycuje příčiny interpersonálních konfliktů v pracovním kolektivu respondentů. Z celkového počtu 103 (100 %) respondentů jsou u 43 osob (41,7 %) příčinou interpersonálních konfliktů „osobnostní problémy“, u 57 osob (55,3 %) „pracovní problémy“ a u 3 osob (2,9 %) jsou příčinou interpersonálních konfliktů „jiné“ problémy. Jednotlivé odpovědi kategorie „jiné“ prezentuje Tabulka 4.

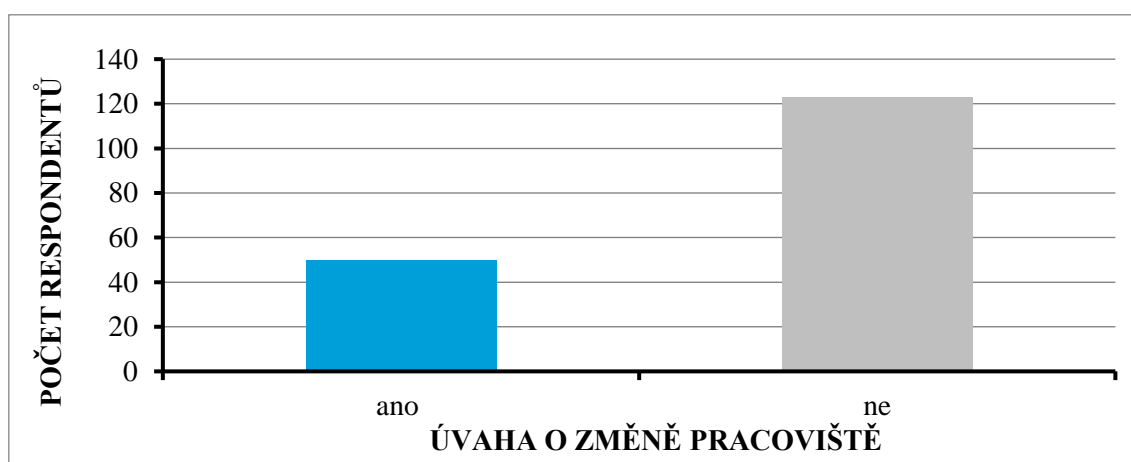
Graf 15 – Vliv interpersonálních konfliktů na ošetrovatelskou péči (n = 103)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 15 znázorňuje názor na vliv interpersonálních konfliktů na ošetrovatelskou péči. Z celkového počtu 103 respondentů (100 %) ovlivnil interpersonální konflikt ošetrovatelskou péči na JIP u 16 osob (15,5 %), kdežto u zbývajících 87 osob (84,5 %) neovlivnil.

Graf 16 – Úvaha o změně pracoviště kvůli interpersonálním vztahům (n = 173)

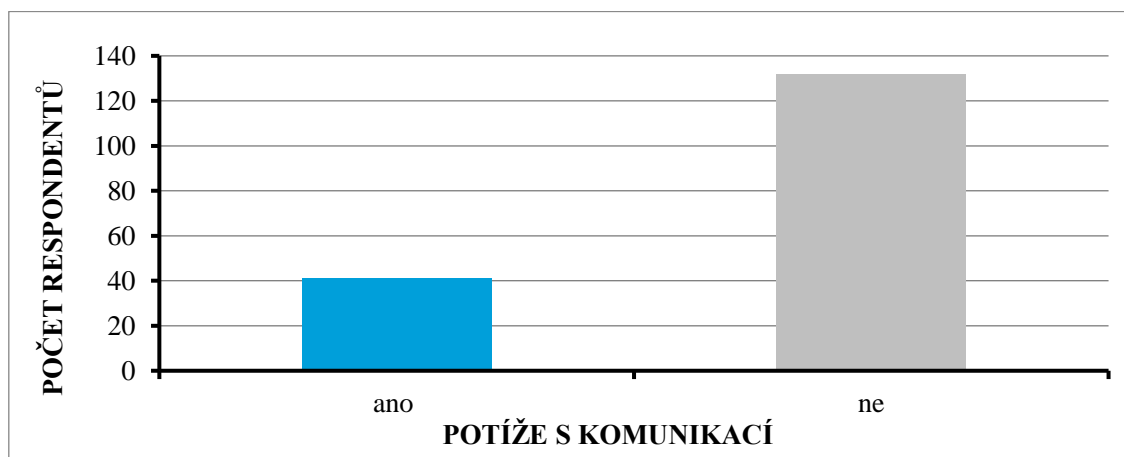


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 16 nastiňuje úvahy respondentů o změně pracoviště kvůli interpersonálním vztahům. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) reálně o změně pracoviště kvůli interpersonálním vztahům uvažovalo 50 osob (28,9 %), kdežto zbývajících 123 osob (71,1 %) o této změně neuvažovalo.

Graf 17 – Komunikační potíže s osobou, se kterou respondenti neradi spolupracují

(n = 173)

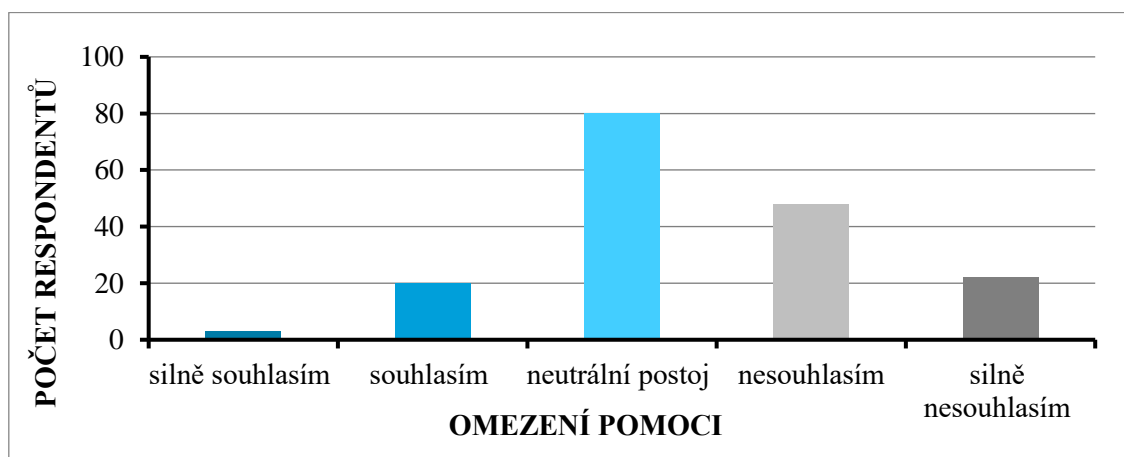


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 17 prezentuje potíže respondentů s komunikací s osobami, se kterými neradi spolupracují. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) má 41 osob (23,7 %) potíže komunikovat s osobou, se kterou respondenti neradi spolupracují, kdežto zbývajících 132 osob (76,3 %) s těmito osobami komunikuje bez potíží.

Graf 18 – Omezení pomoci osobě, se kterou respondenti neradi spolupracují

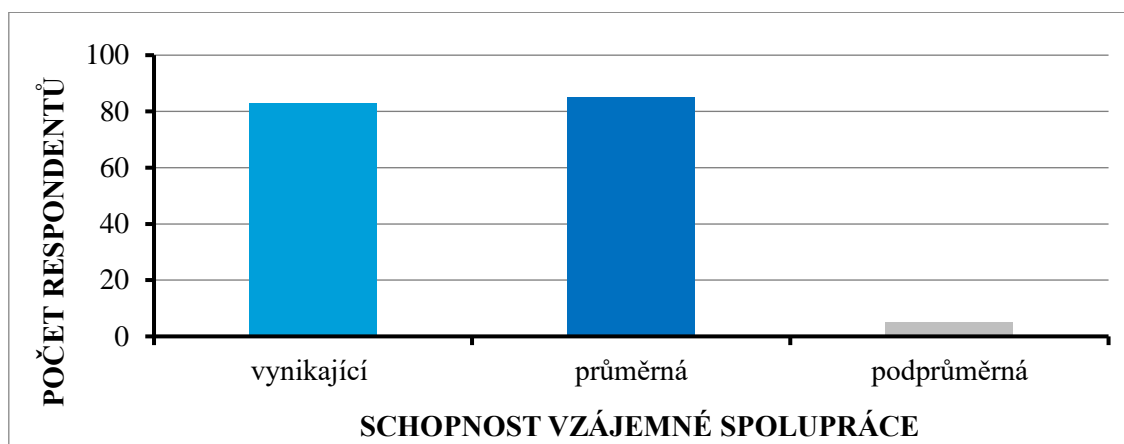
(n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 18 znázorňuje omezení pomoci osobě, se kterou respondenti neradi spolupracují. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) „silně souhlasí“ 3 osoby (1,7 %) a 20 osob (11,6 %) „souhlasí“, dalších 80 osob (46,2 %) zaujímá „neutrální postoj“, dalších 48 osob (27,7 %) „nesouhlasí“ a zbývajících 22 osob (12,7 %) „nesouhlasí silně“.

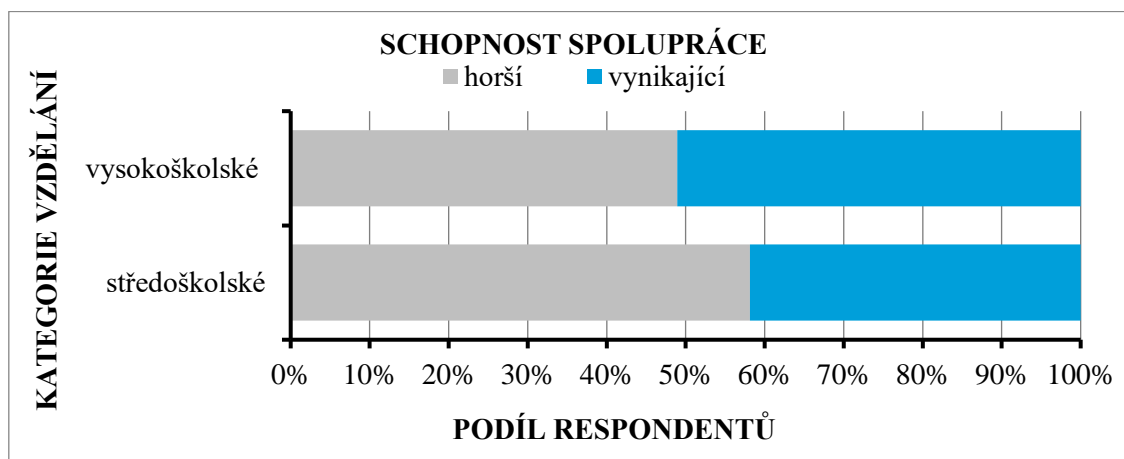
Graf 19 – Celková schopnost vzájemné spolupráce (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 19 zachycuje celkovou schopnost pracovního kolektivu vzájemné spolupráce. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) popisuje schopnost vzájemné spolupráce jako „vynikající“ 83 osob (48,0 %), dalších 85 osob (49,1 %) jako „průměrnou“ a zbývajících 5 osob (2,9 %) jako „podprůměrnou“.

Graf 20 – Celková schopnost vzájemné spolupráce z hlediska stupně vzdělání (n = 90)

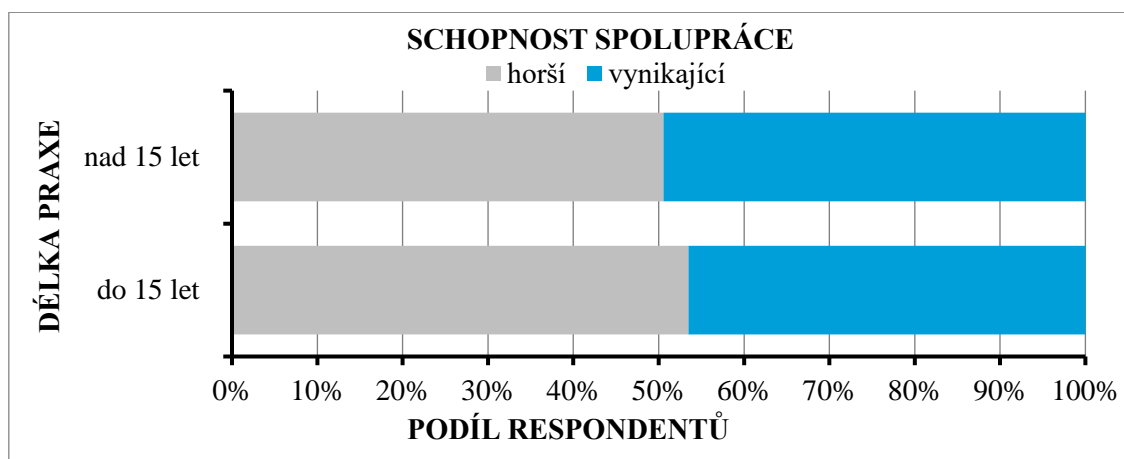


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 20 popisuje celkovou schopnost vzájemné spolupráce z hlediska středoškolského a vysokoškolského stupně odborného vzdělání. Z celkového počtu 47 (100 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů popisuje schopnost vzájemné spolupráce jako „horší“ 23 osob (48,9 %) a 24 osob (51,1 %) jako „vynikající“. U 43 středoškolsky vzdělaných respondentů (100 %) popisuje tuto schopnost jako „horší“ 25 osob (58,1 %) a 18 osob (41,9 %) jako „vynikající“.

Pozn.: Kategorie „horší“ u celkové schopnosti vzájemné spolupráce vznikla sloučením možností odpovědí „průměrná“ + „podprůměrná“ dotazníkové otázky 17. Kategorie „vysokoškolského“ vzdělání zahrnuje bakalářský i magisterský stupeň.

Graf 21 – Celková schopnost vzájemné spolupráce z hlediska délky praxe (n = 173)

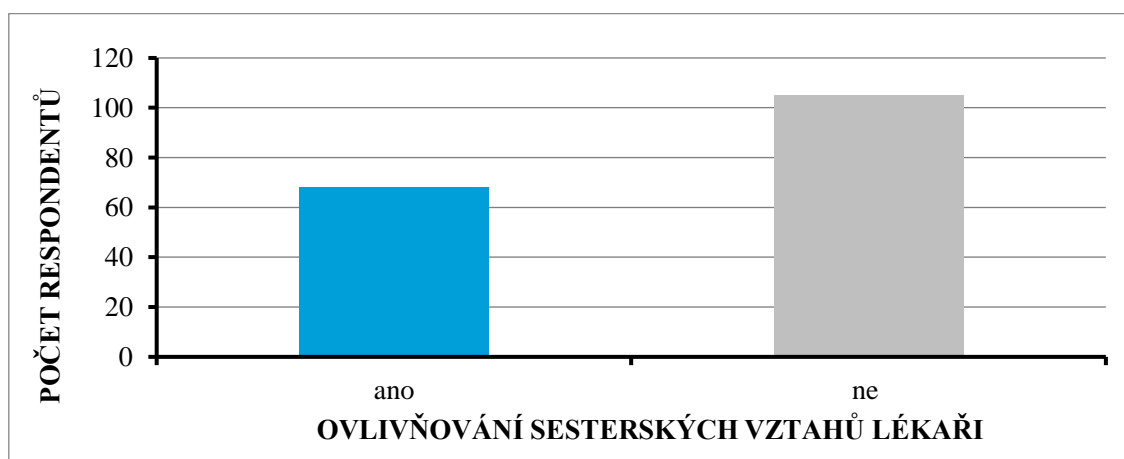


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 21 popisuje celkovou schopnost vzájemné spolupráce z hlediska délky praxe. Z celkového množství 87 (100 %) respondentů s praxí „nad 15 let“ uvedlo „horší“ schopnost vzájemné spolupráce 44 osob (50,6 %) a „vynikající“ 43 (49,4 %) osob. Dalších 86 (100 %) respondentů s délkou praxe „do 15 let“ uvedlo „horší“ schopnost spolupráce 46 osob (53,5 %) a 40 osob (46,5 %) vynikající.

Pozn.: Kategorie „horší“ u celkové schopnosti vzájemné spolupráce vznikla sloučením možností odpovědí „průměrná“ + „podprůměrná“ dotazníkové otázky 17.

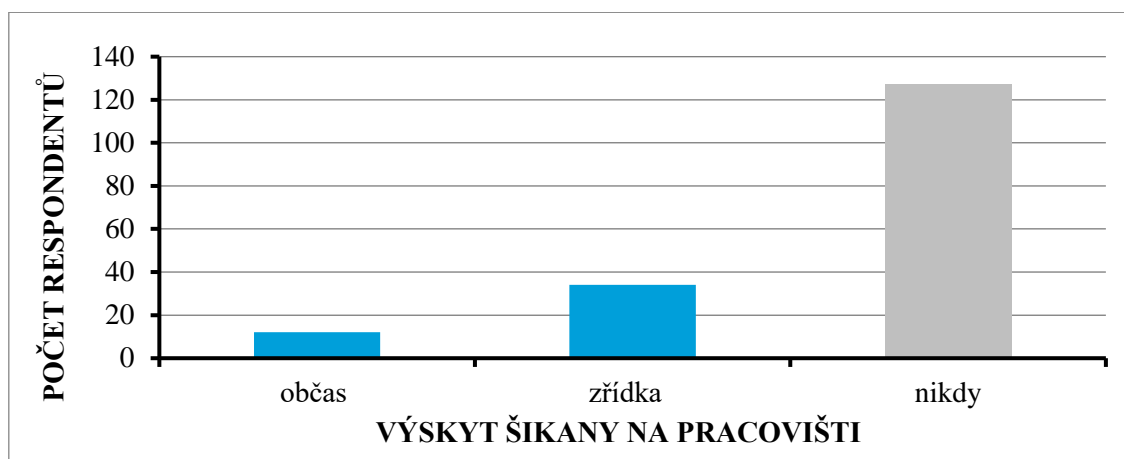
Graf 22 – Názor respondentů na ovlivňování sesterských interpersonálních vztahů lékařů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 22 nastiňuje názor respondentů na ovlivňování sesterských interpersonálních vztahů lékařů. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) si 68 osob (39,3 %) myslí, že lékaři sesterské interpersonální vztahy ovlivňují, kdežto zbývajících 105 osob (60,7 %) si myslí opak.

Graf 23 – Výskyt šikany na pracovištích (n = 173)

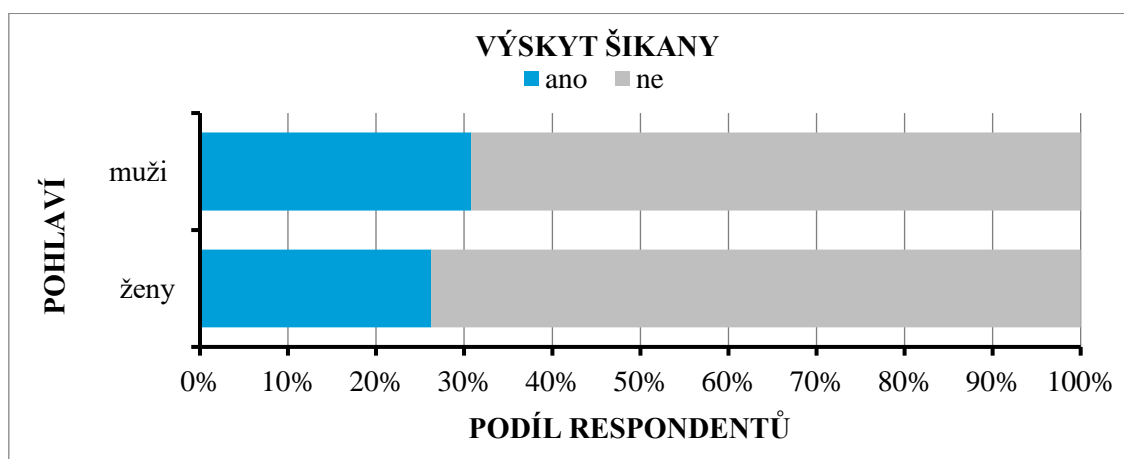


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 23 prezentuje výskyt šikany na pracovištích respondentů. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) se s šikanou „občas“ potýká 12 osob (6,9 %), 34 osob (19,7 %) se s šikanou potýká „zřídka“ a 127 osob (73,4 %) se s šikanou nepotýká („nikdy“).

Pozn: Kategorie „vždy“ a „většinou“ nebyly vzhledem k nulové četnosti výskytu do grafu zahrnuty.

Graf 24 – Výskyt šikany na pracovištích z hlediska pohlaví respondentů (n = 173)

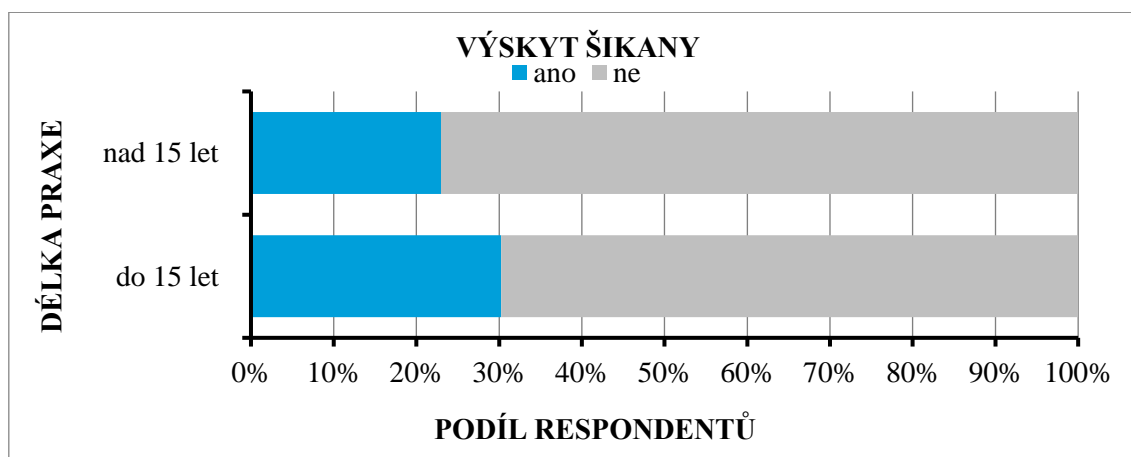


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 24 popisuje výskyt šikany na pracovištích z hlediska pohlaví respondentů. Z celkového množství 13 mužů se šikana vyskytuje u 4 respondentů (30,8 %) a u 9 respondentů (69,2 %) nikoliv. Co se žen týká, z jejich z celkového množství 160 respondentek (100 %) se šikana vyskytuje u 42 osob (26,3 %) a u 118 osob (73,8 %) nikoliv.

Pozn.: Kategorie „ano“ u výskytu šikany vznikla sloučením možností odpovědí „občas“ + „zřídka“ dotazníkové otázky 19. Kategorie „ne“ prezentuje možnost odpovědi „nikdy“ na dotazníkovou otázku 19.

Graf 25 – Výskyt šikany na pracovištích z hlediska délky praxe respondentů (n = 173)



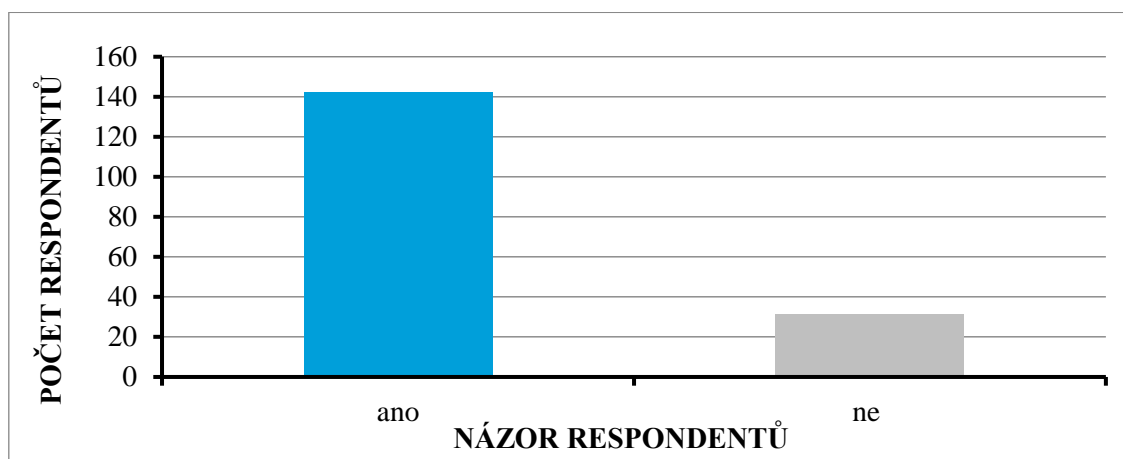
Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 25 zachycuje výskyt šikany na pracovištích z hlediska délky praxe respondentů. Z celkového počtu 87 respondentů (100 %) s délkou praxe „nad 15 let“ byla šikana zjištěna u 20 respondentů (23,0 %), kdežto u zbývajících 67 respondentů (77,0 %) nikoliv. U 86 respondentů (100 %) s délkou praxe „do 15 let“ byla šikana pozorována mírně více, neboť u 26 respondentů (30,2 %) byla šikana zjištěna, kdežto u zbývajících 60 respondentů (69,8 %) nikoliv.

Pozn.: Vznik kategorií „ano“ + „ne“ u výskytu šikany viz popis Grafu 24.

C) Kvalita ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče

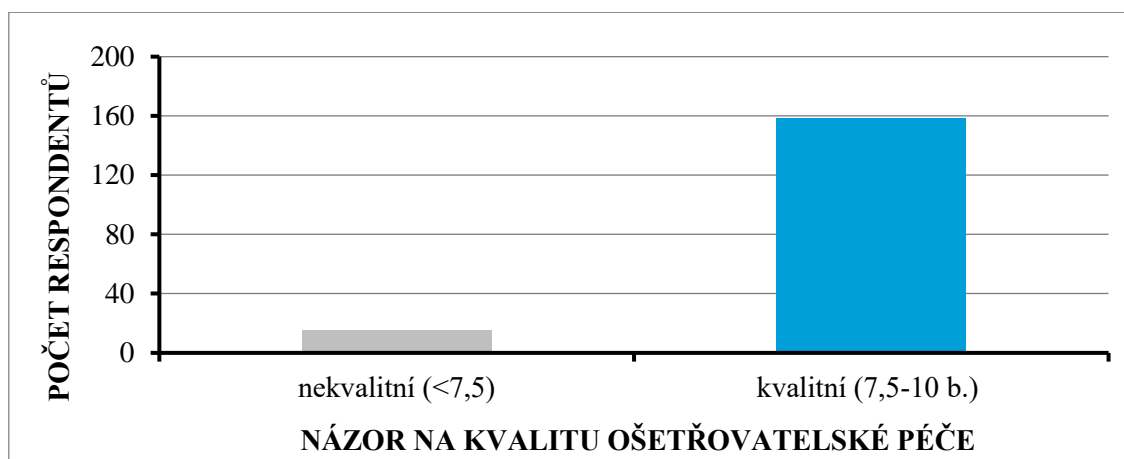
Graf 26 – Názor respondentů na samozřejmost kvalitní ošetrovatelské péče (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 26 nastiňuje názor respondentů na samozřejmost poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) považuje 142 osob (82,1 %) kvalitní ošetrovatelskou péči za samozřejmost, kdežto zbývajících 31 osob (17,9 %) ji za samozřejmost nepovažuje.

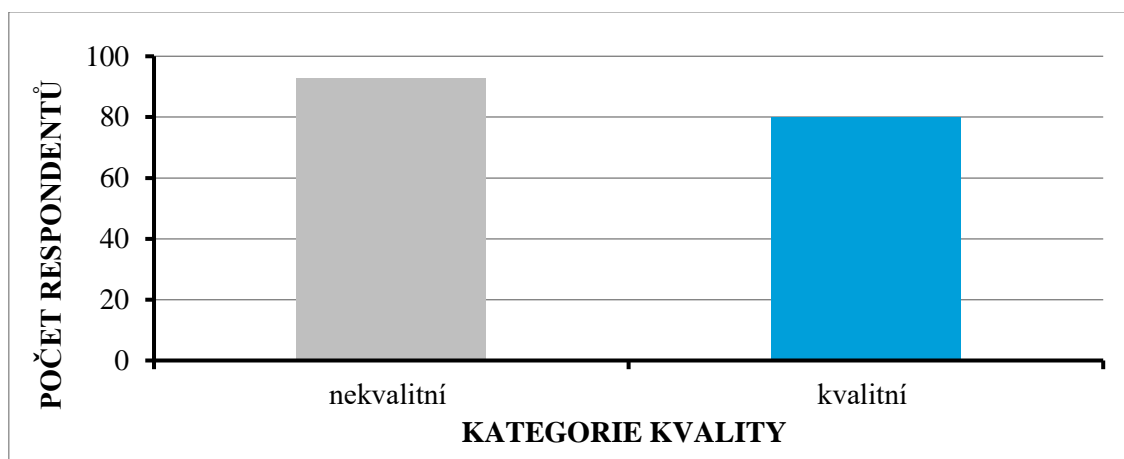
Graf 27 – Názor respondentů na kvalitu ošetrovatelské péče (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 27 nastiňuje názor respondentů na kvalitu ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů bylo 15 osob (8,7 %) ošetrovatelskou péčí jako „nekvalitní“, kdežto zbývajících 158 osob (91,3 %) jako „kvalitní“.

Graf 28 – Kvalita ošetrovatelské péče (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

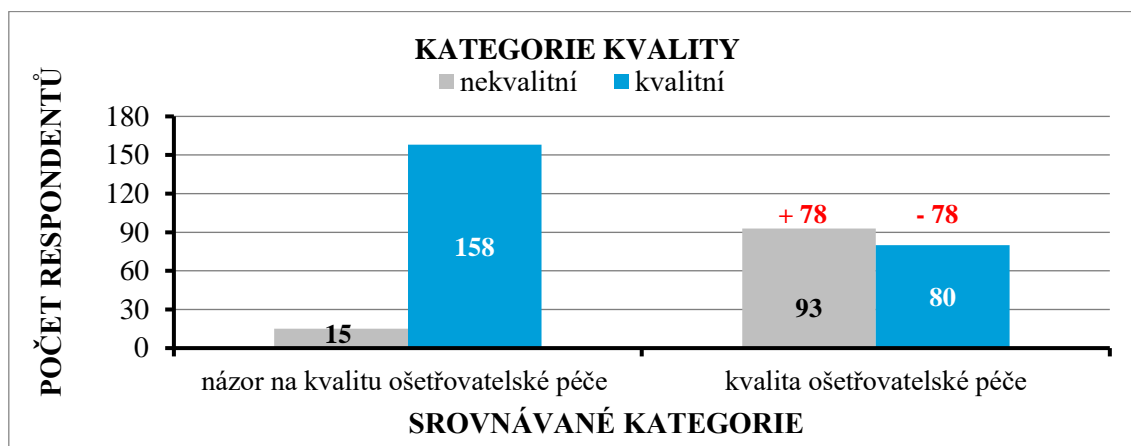
Tabulka 5 – Postup hodnocení kvality péče

Kritérium I		∩	Kritérium II		=	Výsledek	
Body	Četnosti		Spolupráce	Četnosti		Kvalita péče	Četnosti
< 7,5	15		horší	78	=	nekvalitní	93
≥ 7,5	158		vynikající	80		kvalitní	80
						Celkem	173

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 28 prezentuje kvalitu ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů je zastoupeno 93 osob (53,8 %) v kategorii „nekvalitní péče“, kdežto zbývajících 80 osob (46,2 %) v kategorii „kvalitní péče“. Postup hodnocení (kategorizace) kvality ošetrovatelské péče prezentuje Tabulka 5.

Graf 29 – Srovnání „názoru na ošetrovatelskou péči“ a „kvality ošetrovatelské péče“
(n = 173)

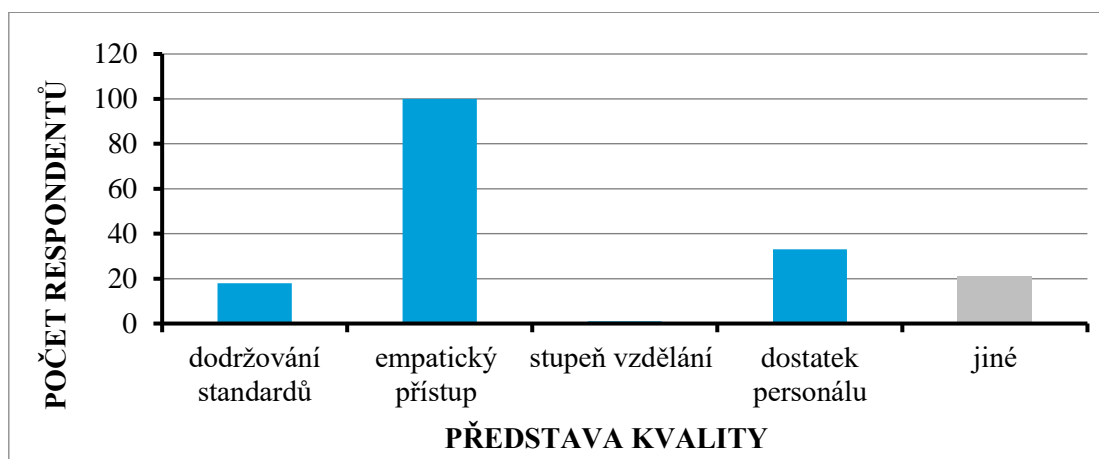


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 29 prezentuje srovnání „názoru na kvalitu ošetrovatelské péče“ a „kvality ošetrovatelské péče“. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) uvádějících „názor na kvalitu ošetrovatelské péče“ bylo 15 osob (8,7 %) zařazeno do kategorie „nekvalitní“ a zbývajících 158 osob (91,3 %) do kategorie „kvalitní“. Co se samotných kategorií „kvality ošetrovatelské péče“ týká, z jejich celkového počtu taktéž 173 respondentů (100 %) bylo 93 osob (53,8 %) zastoupeno v kategorii „nekvalitní“ a dalších 80 osob (46,2 %) v kategorii „kvalitní“. Červené hodnoty vynesené v Grafu 29, umístěné nad sloupci „nekvalitní“ (šedivé) a „kvalitní“ (modré) v obou srovnávaných kategoriích, znázorňují rozdílnost srovnání zmiňovaných kategorií; zastoupení „nekvalitní ošetrovatelské péče“ v porovnání s „názorem o nekvalitní ošetrovatelské péči“ stoupl o 78 osob (45,1 %), kdežto zastoupení „kvalitní ošetrovatelské péče“ v komparaci s „názorem o kvalitní ošetrovatelské péči“ o těchto 78 osob (45,1 %) kleslo.

Pozn.: V kapitole 2. 1 je uvedeno, že pro kategorizaci „kvality ošetrovatelské péče“ byla použita dvě kritéria, kterými jsou „názor na kvalitu ošetrovatelské péče“ a „schopnost vzájemné spolupráce“. Skutečnost, jak kritérium „vynikající schopnosti vzájemné spolupráce“ ovlivnilo výsledné kategorie „kvality ošetrovatelské péče“, zachycuje právě Graf 29.

Graf 30 – Představa kvality (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 6 – Jiné představy o kvalitě ošetrovatelské péče (n = 22)

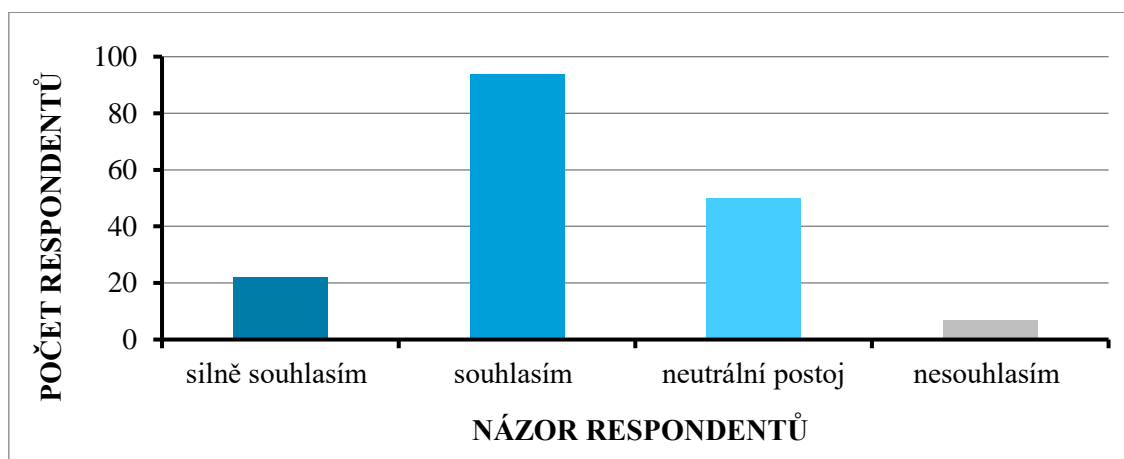
Jiné představy o kvalitě ošetrovatelské péče	Četnosti	%
integrace některých možností	18	85,7 %
spokojenost a zajištěnost pacientů	2	9,5 %
důvěra na pracovišti	1	4,8 %
Celkem	21	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 30 zachycuje představu, ve které respondenti spatřují kvalitu ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 (100 %) respondentů 18 osob (10,4 %) spatřuje kvalitu ošetrovatelské péče v „dodržování standardů“, 100 osob (57,8 %) v „empatickém přístupu k pacientům“, 1 osoba (0,6 %) ve „stupni odborného vzdělání“, 33 osob (19,1 %) v „dostatečném množství personálu“ a 21 osob (12,1 %) ji spatřuje v něčem „jiném“. Jednotlivé možnosti odpovědí kategorie „jiné“ prezentuje Tabulka 6.

Pozn.: Kategorie „úhledná, bezchybná a detailní dokumentace“ nebyla vzhledem k nulové četnosti výskytu do grafu zahrnuta.

Graf 31 – Názor respondentů na pozitivní interpersonální vztahy na JIP (n = 173)

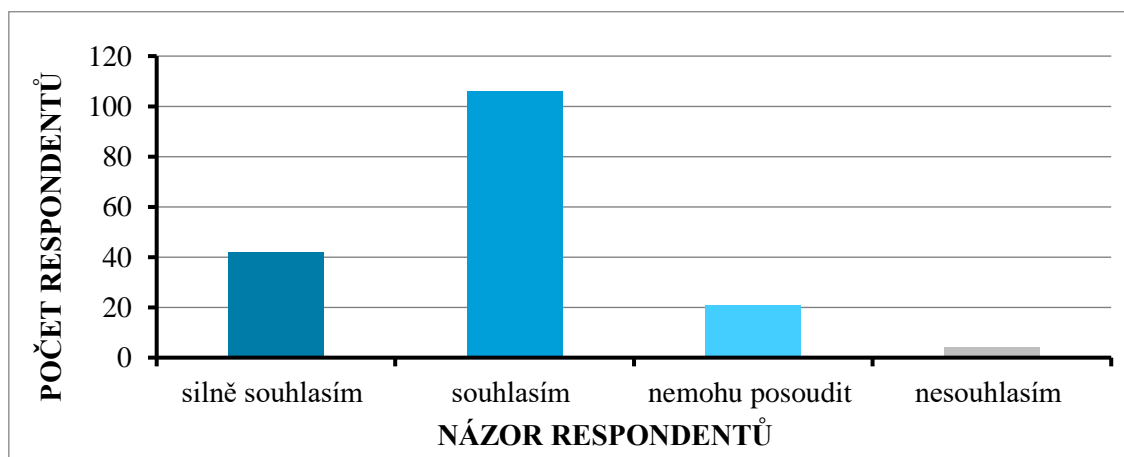


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 31 nastiňuje názor respondentů, zda by se na JIP měly vyskytovat pouze pozitivní interpersonální vztahy. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) „silně souhlasí“ 22 osob (12,7 %), 94 osob (54,3 %) pouze „souhlasí“, dalších 50 osob (28,9 %) zaujímá „neutrální postoj“ a zbývajících 7 osob (4,0 %) „nesouhlasí“.

Pozn.: Kategorie „silně nesouhlasím“ nebyla vzhledem k nulové četnosti výskytu do grafu zahrnuta.

Graf 32 – Názor respondentů na pozitivní ovlivňování kvality pozitivními vztahy (n = 173)

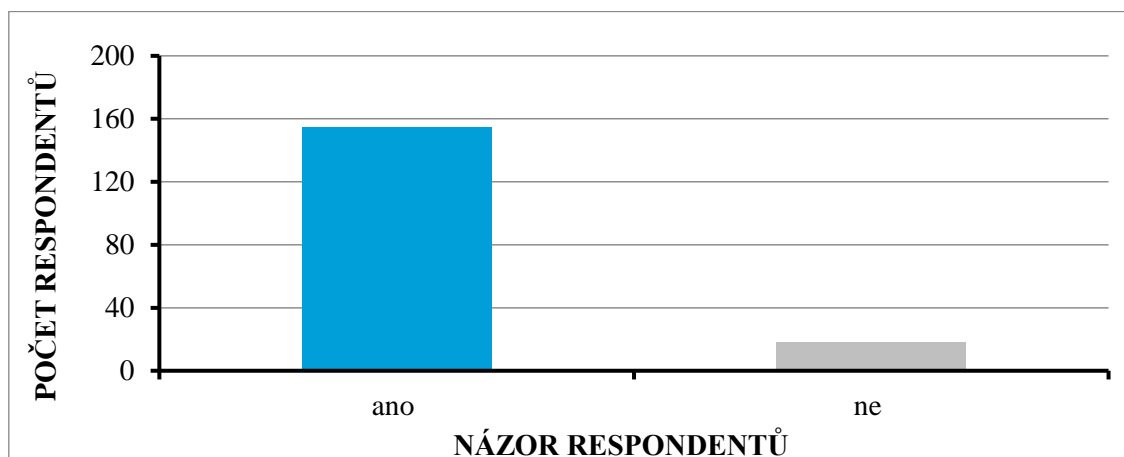


Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 32 uvádí názor respondentů, zda pozitivní interpersonální vztahy pozitivně ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) „silně souhlasí“ 42 osob (24,3 %), 106 osob (61,3 %) „souhlasí“, dalších 21 osob (12,1 %) zaujímá „neutrální postoj“ a zbývajících 4 osoby (2,3 %) „nesouhlasí“.

Pozn.: Kategorie „silně nesouhlasím“ nebyla vzhledem k nulové četnosti výskytu do grafu zahrnuta.

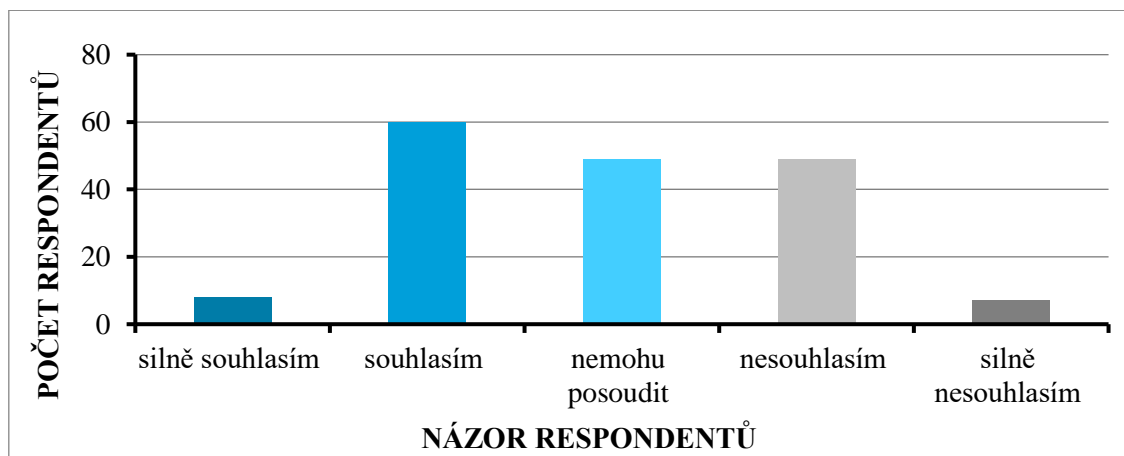
Graf 33 – Názor respondentů na řešení akutního stavu s kterýmkoliv členem kolektivu
(n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 33 popisuje názor respondentů, zda by dokázali řešit akutní stav s kterýmkoliv členem pracovního kolektivu. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) uvedlo 155 osob (89,6 %), že „ano“, kdežto zbývajících 18 osob (10,4 %) uvedlo opak.

Graf 34 – Názor respondentů na ovlivňování výsledné kvality ošetrovatelské péče
sloužícím personálem (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 34 nastiňuje názor respondentů, zda složení sloužícího personálu ovlivňuje výslednou kvalitu ošetrovatelské péče. Z celkového počtu 173 respondentů (100 %) „silně souhlasí“ 8 osob (4,6 %), 60 osob (34,7 %) pouze „souhlasí“, 49 osob (28,3 %) toto „nemůže posoudit“, dalších 49 osob (28,3 %) „nesouhlasí“ a zbývajících 7 osob (4,0 %) „silně nesouhlasí“.

Tabulka 7 – Nejvlivnější determinanty kvality ošetrovatelské péče na pracovištích respondentů (n = 173)

Nejvlivnější determinanty kvality péče	Četnosti	%
harmonické prostředí	35	20,2 %
interpersonální vztahy	24	13,9 %
spolupráce	10	5,8 %
komunikace	8	4,6 %
neshody	5	2,9 %
chybovost v managementu	5	2,9 %
nestabilita kolektivu	4	2,3 %
manipulace	3	1,7 %
únava	3	1,7 %
rivalita	2	1,1 %
chaos	2	1,1 %
různorodost názorů	1	0,6 %
vztahy mezi stanicemi	1	0,6 %
napětí mezi sestrami	1	0,6 %
nekategorizováno	8	4,5 %
neuvedeno	61	35,3 %
Celkem	173	100,0 %

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 7 představuje nejvlivnější determinanty kvality ošetrovatelské péče na pracovištích respondentů. Mezi tři nejčetnější determinanty kvality ošetrovatelské péče patří harmonické prostředí (35 osob; 20,2 %), interpersonální vztahy (24 osob; 13,9 %) a spolupráce (10 osob; 5,8 %).

Pozn.: Determinanty harmonické prostředí, interpersonální vztahy, spolupráce a komunikace vztahovali respondenti nejen na nelékařský personál, ale i na personál lékařský a na pacienty.

4.2 Statistické testování hypotéz

Hypotéza 1: Nedostatek ošetrovatelského personálu ovlivňuje interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče.

H_0 : Množství ošetrovatelského personálu neovlivňuje hodnocení interpersonálních vztahů na JIP.

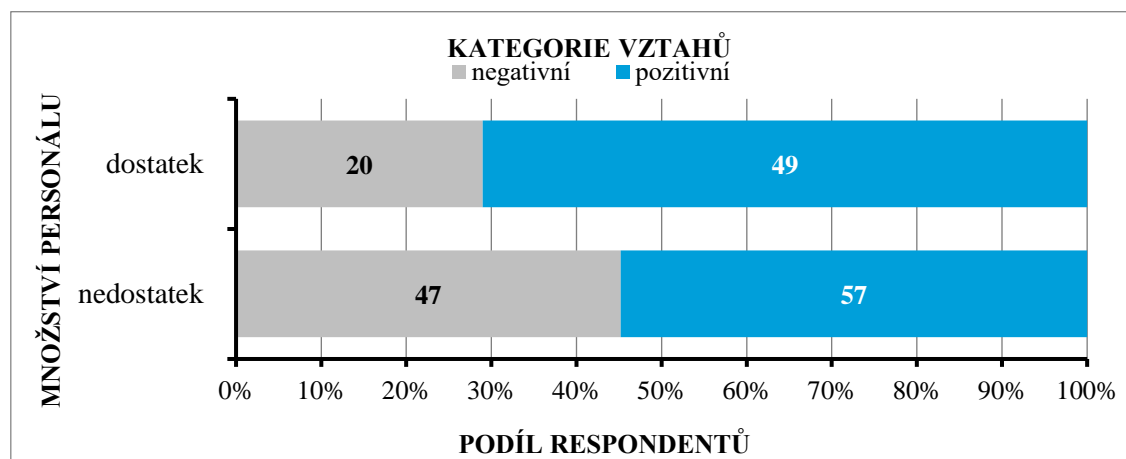
H_A : Množství ošetrovatelského personálu ovlivňuje hodnocení interpersonálních vztahů na JIP.

Tabulka 8 – Závislost hodnocení interpersonálních vztahů na množství personálu

MNOŽSTVÍ PERSONÁLU		KATEGORIE VZTAHŮ		
		negativní	pozitivní	Celkem
Četnosti	nedostatek	47	57	104
	dostatek	20	49	69
	Celkem	67	106	173
Řádková procenta	nedostatek	45,2 %	54,8 %	100,0 %
	dostatek	29,0 %	71,0 %	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST		p = 0,032		

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 35 – Srovnání zastoupení negativních a pozitivních interpersonálních vztahů v závislosti na množství personálu (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 8 a Graf 35 prezentují výsledky statistického hodnocení kontingence množství personálu a hodnocení interpersonálních vztahů na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p = 0,032$) bylo zjištěno, že množství ošetrovatelského personálu ovlivňuje hodnocení interpersonálních vztahů na JIP (platí H_A). Graf 35 zachycuje skutečnost, že pozitivní hodnocení interpersonálních vztahů se více vyskytuje na pracovištích, kde je zachováno dostatečné množství personálu.

Hypotéza 1 byla statistickým testováním přijata.

Hypotéza 2: Hodnocení interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je determinováno délkou praxe.

H₀: Délka praxe respondentů a jejich hodnocení interpersonálních vztahů na JIP nejsou vzájemně závislé proměnné.

H_A: Délka praxe respondentů a jejich hodnocení interpersonálních vztahů na JIP jsou vzájemně závislé proměnné.

Tabulka 9 – Hodnocení normality délky praxe a hodnocení interpersonálních vztahů

TEST SHARPIRO – WILK	p
Délka praxe respondentů	< 0,001
Hodnocení interpersonálních vztahů	< 0,001

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

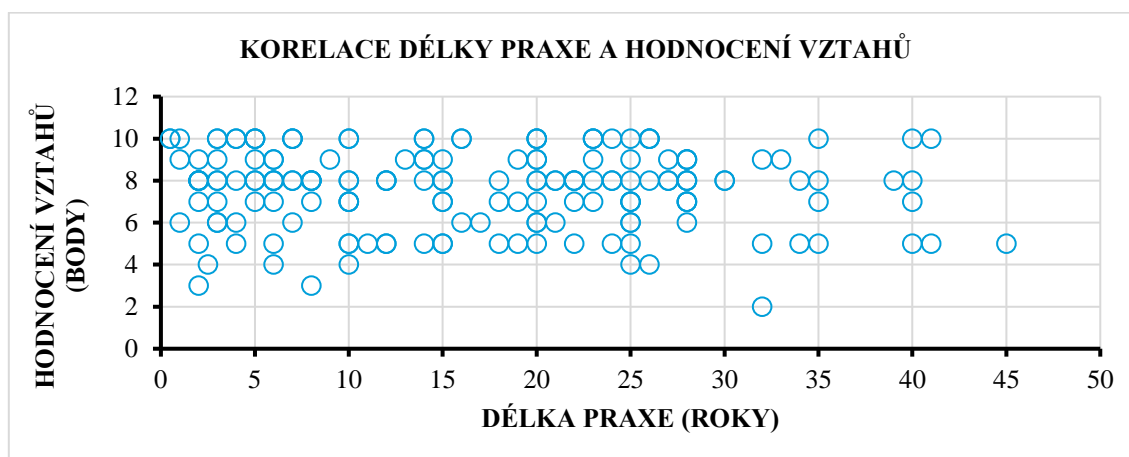
Výsledky hodnocení normality sledovaných proměnných prokázaly statisticky významný rozdíl od normálního rozložení. Pro hodnocení vzájemného vztahu byla použita metoda neparametrické korelace.

Tabulka 10 – Hodnocení korelace délky praxe a hodnocení interpersonálních vztahů

SPEARMANOVO RÓ
korelační koeficient = -0,068
p = 0,372

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 36 – Grafické zachycení korelace délky praxe respondentů a jejich hodnocení interpersonálních vztahů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulky 9, 10 a Graf 36 prezentují výsledky statistického hodnocení korelace délky praxe respondentů a jejich hodnocení interpersonálních vztahů na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti testu neparametrické korelace ($p = 0,372$) bylo zjištěno, že délka praxe respondentů a hodnocení interpersonálních vztahů nejsou vzájemně závislé proměnné (platí H₀).

Hypotéza 2 byla statistickým testováním vyvrácena.

Hypotéza 3: Podíl pozitivních interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je větší než podíl vztahů negativních.

H₀: Podíl pozitivních a negativních interpersonálních vztahů na JIP se neliší.

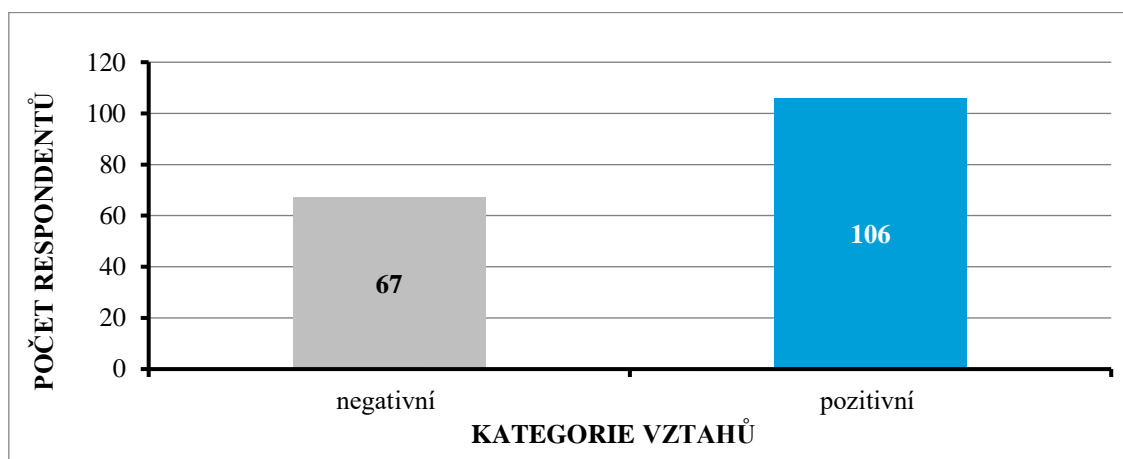
H_A: Podíl pozitivních a negativních interpersonálních vztahů na JIP se liší

Tabulka 11 – Zastoupení pozitivních a negativních vztahů na JIP

KATEGORIE VZTAHŮ	POZOROVANÉ		OČEKÁVANÉ	
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
negativní	67	38,7 %	86,5	50,0 %
pozitivní	106	61,3 %	86,5	50,0 %
Celkem	173	100,0 %	173	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST			p =	0,003

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 37 – Srovnání zastoupení pozitivních a negativních vztahů na JIP (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 11 a Graf 37 prezentují výsledky statistického hodnocení podílů kategorií interpersonálních vztahů na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p = 0,003$) bylo zjištěno, že podíl negativních a pozitivních interpersonálních vztahů na JIP se liší (platí H_A). Graf 37 zachycuje skutečnost, že podíl pozitivních interpersonálních vztahů na JIP je větší než očekávaná hodnota.

Hypotéza 3 byla statistickým testováním přijata.

Hypotéza 4: Interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují schopnost vzájemné spolupráce.

H₀: Hodnocení interpersonálních vztahů neovlivňuje schopnost vzájemné spolupráce na JIP

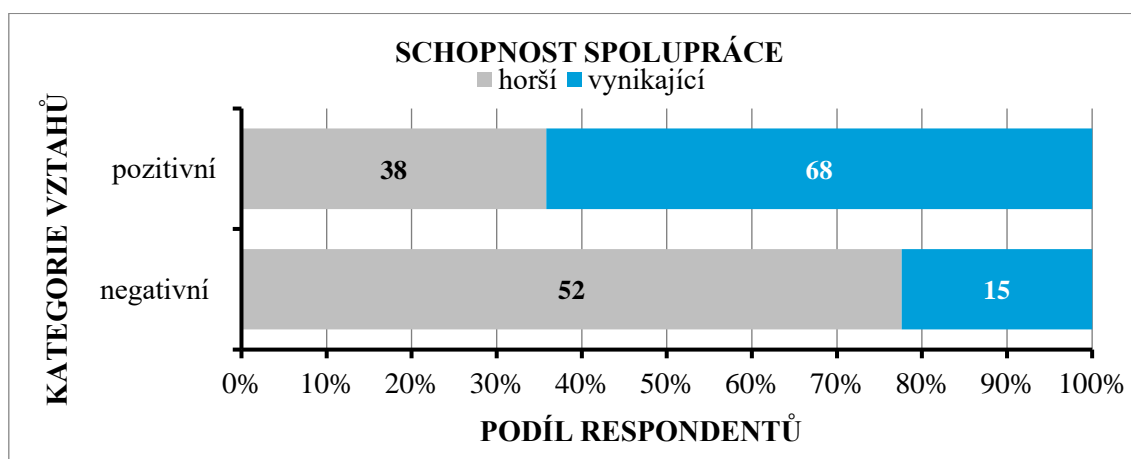
H_A: Hodnocení interpersonálních vztahů ovlivňuje schopnost vzájemné spolupráce na JIP.

Tabulka 12 – Závislost schopnosti vzájemné spolupráce na hodnocení interpersonálních vztahů

KATEGORIE VZTAHŮ		SCHOPNOST SPOLUPRÁCE		
		horší	vynikající	Celkem
Četnosti	negativní	52	15	67
	pozitivní	38	68	106
	Celkem	90	83	173
Řádková procenta	negativní	77,6 %	22,4 %	100,0 %
	pozitivní	35,8 %	64,2 %	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST		p= < 0,001		

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 38 – Srovnání zastoupení horší a vynikající schopnosti vzájemné spolupráce v závislosti na hodnocení interpersonálních vztahů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 12 a Graf 38 prezentují výsledky statistického hodnocení kontingence hodnocení interpersonálních vztahů a schopnosti vzájemné spolupráce na JIP. Kategorie „horší“ schopnosti vzájemné spolupráce vznikla sloučením možností odpovědí „průměrná“ + „podprůměrná“ dotazníkové otázky 17. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p < 0,001$) bylo zjištěno, že hodnocení interpersonálních vztahů ovlivňuje schopnost vzájemné spolupráce na JIP (platí H_A). Graf 38 zachycuje skutečnost, že vynikající schopnost spolupráce se více vyskytuje na pracovištích s pozitivním hodnocením interpersonálních vztahů.

Hypotéza 4 byla statistickým testováním přijata.

Hypotéza 5: Osobnostní a pracovní příčiny konfliktů na jednotkách intenzivní péče jsou zastoupeny stejně.

H_0 : Podíl osobnostních a pracovních příčin konfliktů na JIP se neliší.

H_A : Podíl osobnostních a pracovních příčin konfliktů na JIP se liší.

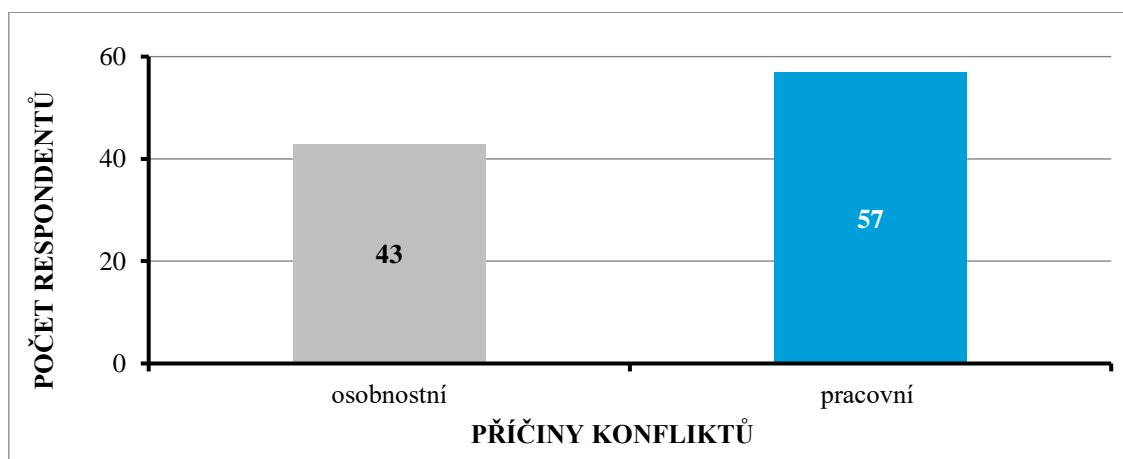
Tabulka 13 – Zastoupení osobnostních a pracovních příčin konfliktů na JIP

PŘÍČINY KONFLIKTŮ	POZOROVANÉ		OČEKÁVANÉ	
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
osobnostní	43	43,0 %	50	50,0 %
pracovní	57	57,0 %	50	50,0 %
Celkem	100	100,0 %	100	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST			p =	0,162

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 39 – Srovnání zastoupení osobnostních a pracovních příčin konfliktů na JIP

(n = 100)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 13 a Graf 39 prezentují výsledky statistického hodnocení podílů příčin interpersonálních konfliktů na JIP. Kategorie „ostatní příčiny konfliktů“ byla pro účely statistického testování hypotézy vyřazena. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p = 0,162$) bylo zjištěno, že podíl osobnostních a pracovních příčin interpersonálních konfliktů na JIP se neliší (platí H_0).

Hypotéza 5 byla statistickým testováním přijata.

Hypotéza 6: Podíl kvalitní ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče je výrazně větší (nadpoloviční).

H_0 : Podíl kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na JIP se neliší.

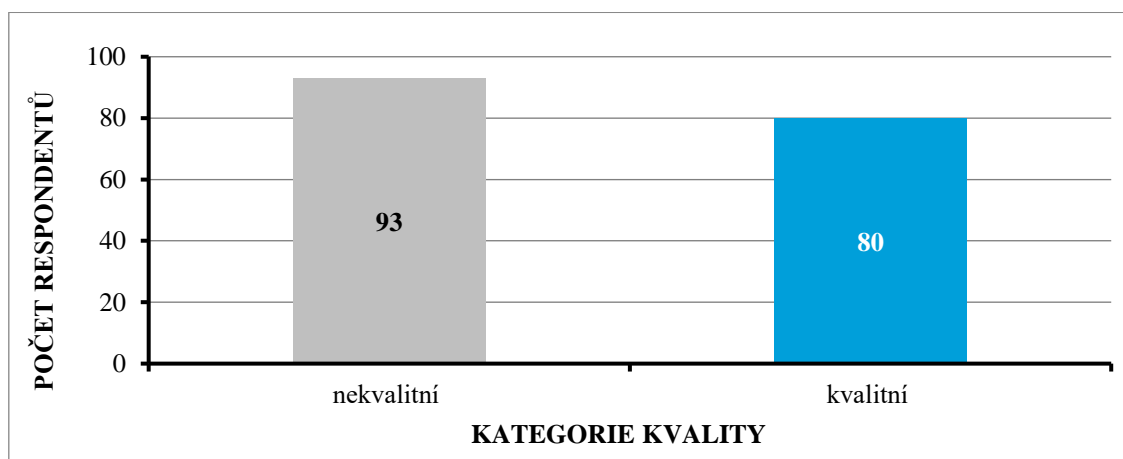
H_A : Podíl kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na JIP se liší.

Tabulka 14 – Zastoupení kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na JIP

KATEGORIE KVALITY	POZOROVANÉ		OČEKÁVANÉ	
	Četnosti	Procenta	Četnosti	Procenta
nekvalitní	93	53,8 %	86,5	50,0 %
kvalitní	80	46,2 %	86,5	50,0 %
Celkem	173	100,0 %	173	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST			p =	0,323

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 40 – Srovnání zastoupení kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na JIP (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 14 a Graf 40 prezentují výsledky statistického hodnocení podílů kategorií kvality ošetrovatelské péče na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p = 0,323$) bylo zjištěno, že podíl kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na JIP se neliší (platí H_0).

Hypotéza 6 byla statistickým testováním vyvrácena.

Hypotéza 7: Kvalita ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče s pozitivními a negativními interpersonálními vztahy se liší.

H₀: Kvalita ošetrovatelské péče na JIP s pozitivními a negativními vztahy se neliší.

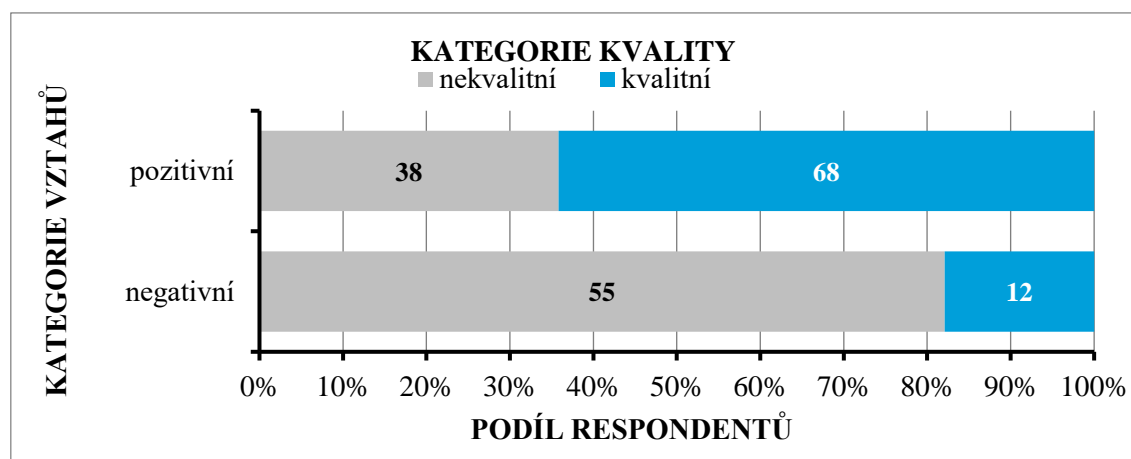
H_A: Kvalita ošetrovatelské péče na JIP s pozitivními a negativními vztahy se liší.

Tabulka 15 – Závislost kvality ošetrovatelské péče na hodnocení interpersonálních vztahů

KATEGORIE VZTAHŮ		KATEGORIE KVALITY		
		nekvalitní	kvalitní	Celkem
Četnosti	negativní	55	12	67
	pozitivní	38	68	106
	Celkem	93	80	173
Řádková procenta	negativní	82,1 %	17,9 %	100,0 %
	pozitivní	35,8 %	64,2 %	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST		p= < 0,001		

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 41 – Srovnání zastoupení kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče v závislosti na hodnocení interpersonálních vztahů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 15 a Graf 41 prezentují výsledky statistického hodnocení kontingence hodnocení interpersonálních vztahů a kvality ošetrovatelské péče na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p < 0,001$) bylo zjištěno, že kvalita ošetrovatelské péče na JIP s pozitivními a negativními vztahy se liší (platí H_A). Graf 41 zachycuje skutečnost, že kvalitní ošetrovatelská péče se více vyskytuje na pracovištích s pozitivním hodnocením interpersonálních vztahů.

Hypotéza 7 byla statistickým testováním přijata.

Hypotéza 8: Interpersonální problémy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.

H₀: Výskyt interpersonálních problémů neovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče na JIP.

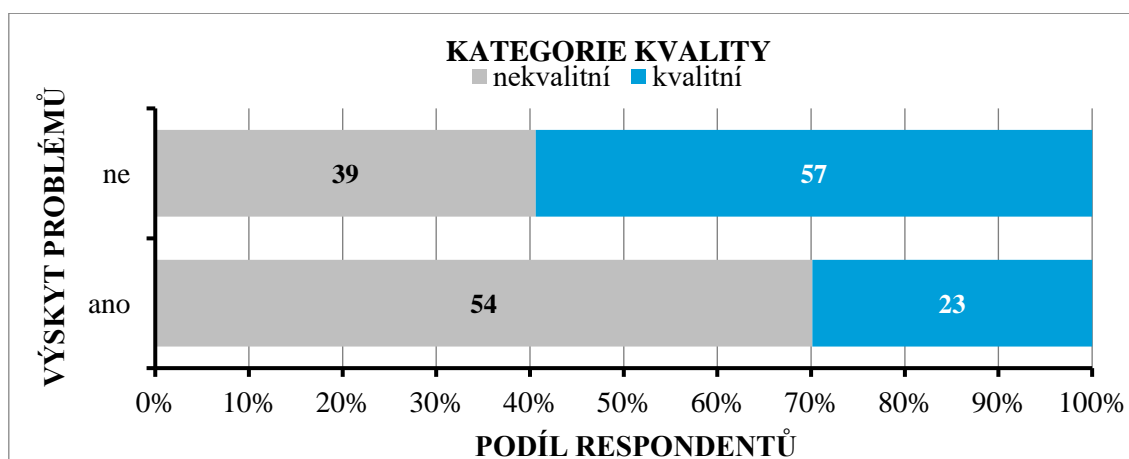
H_A: Výskyt interpersonálních problémů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče na JIP.

Tabulka 16 – Závislost kvality ošetrovatelské péče na výskytu interpersonálních problémů

VÝSKYT PROBLÉMŮ		KATEGORIE KVALITY		
		nekvalitní	kvalitní	Celkem
Četnosti	ano	54	23	77
	ne	39	57	96
	Celkem	93	80	173
Řádková procenta	ano	70,1 %	29,9 %	100,0 %
	ne	40,6 %	59,4 %	100,0 %
CHÍ KVADRÁT TEST		p= < 0,001		

Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Graf 42 – Srovnání nekvalitní a kvalitní ošetrovatelské péče v závislosti na výskytu interpersonálních problémů (n = 173)



Zdroj: vlastní výzkumné šetření (2019)

Tabulka 16 a Graf 42 prezentují výsledky statistického hodnocení kontingence výskytu interpersonálních problémů a kvality ošetrovatelské péče na JIP. Na základě dosažené hladiny významnosti v chí kvadrát testu ($p < 0,001$) bylo zjištěno, že výskyt interpersonálních problémů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče na JIP (platí H_A). Graf 42 zachycuje skutečnost, že kvalitní ošetrovatelská péče se více vyskytuje na pracovištích, kde se nevyskytují interpersonální problémy.

Hypotéza 8 byla statistickým testováním přijata.

5 Diskuze

Život představuje pro člověka jistě základní hodnotu (Jankovský, 2018) a dle našeho názoru jde právě o jednu z hodnot, které se váží ke zdravotnické profesi. Jeho průběh s sebou přináší různé spektrum situací od těch nejradostnějších až k těm neradostným. Jsme přesvědčeni, že k těm neradostným situacím patří ztráta života či snížení jeho kvality v podobě poškození zdraví nemocemi. Právě v těchto momentech nabývá obor ošetrovatelství na své unikátnosti a významnosti, neboť díky němu je podle Vytejškové et al. (2011) pečováno o jednu z nejvýznamnějších hodnot lidského života, kterou je zdraví, anebo jehož prostřednictvím dochází k redukci svízelnů a zajišťování klidného umírání nevyлéčitelně nemocných jedinců. Tato ošetrovatelská péče je poskytována zdravotnickým týmem, který sestává z určitého množství pracovníků, mezi nimiž se na pracovištích vyskytují nejrozmanitější druhy interpersonálních vztahů. Hlavním cílem předkládané práce realizované kvantitativním výzkumným šetřením bylo zmapovat interpersonální vztahy na pracovištích JIP a zjistit, jak tyto vztahy ovlivňují kvalitu poskytované péče, která je podle Bartůňka et al. (2016) v současné době stále více zdůrazňována. Na tomto základě bylo následně stanoveno osm hypotéz, které byly statisticky analyzovány.

První hypotéza, kterou jsme statisticky testovali, zněla: „*Nedostatek ošetrovatelského personálu ovlivňuje interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče.*“ Tato hypotéza (Tabulka 8, Graf 35) byla prostřednictvím statistického testování přijata. Na jejím základě lze konstatovat, že negativní hodnocení interpersonálních vztahů na JIP se více vyskytuje na pracovištích, kde je nedostatek personálu. Navážeme – li na Mikuláščíka (2010), který uvádí, že v pracovních vztazích je důležitá vzájemnost, kdy jeden na druhého působí jako zdroj energie a síly, podpory, sdílení a osobní pohody, je možné považovat toto negativní hodnocení vztahů za projev určité formy osobního strádání respondentů. Další příčinu tohoto negativního hodnocení vztahů v souvislosti s nedostatkem personálu lze také spatřovat v pracovní nespokojenosti zaměstnanců. Nedostatek sester ve směně, jak ve své publikaci uvádí Špidurová (2015), patří například k faktorům pracovní nespokojenosti sester spolu např. s pomluvami či konflikty na pracovišti. Je též přípustné, že k tomuto negativnímu hodnocení vztahů respondenty může vést i skutečnost, kterou popisuje Elasrag a Abu – Snieneh (2020) ve své studii, v níž konstatuje, že personální obsazenost sester je jedním z faktorů přispívajících k chybám při podávání medikace. I Šupšáková (2017) uvádí, že mezi situace, které mohou vyústit pochybením, patří například i nedostatek času. Ten je podle nás

zapříčiněn právě nedostatkem personálu. Dle našeho mínění může tato zmiňovaná skutečnost vést k pochybení jako takovému a může tak zásadně ovlivňovat hodnocení pracovních schopností kolegů, což se následně může projektovat i do hodnocení vztahů. Jsme přesvědčeni i o tom, že nedostatek personálu v důsledku nejen omezuje pracovníkům možnosti dalších názorů a zdrojů znalostí a informací, ale též může vést ke stereotypu a rutinně v pracovním životě. To může ovlivňovat i hodnocení interpersonálních vztahů. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že s nedostatkem personálu se potýká přibližně 60 % (60,1 %) respondentů. Zvážíme – li v této souvislosti tvrzení Bartůňka et al. (2016), že struktura složení pacientů ovlivňuje také počet sesterského personálu, jde o poměrně zásadní zjištění. Čím složitější a náročnější péče je nutná, tím více v souvislosti s nedostatkem personálu dochází k přetěžování pracovníků, což s sebou může přinášet řadu negativních důsledků. Další zjištěný výsledek, že na pracovištích s nedostatkem personálu převyšuje pozitivní hodnocení interpersonálních vztahů nad negativním hodnocením pouze o necelých 10 % (9,6 %), je podle nás alarmující. Ministr zdravotnictví v únoru 2020 uvedl, že v trendu snižování počtu sester ve zdravotnictví byla v minulém roce, tj. v roce 2019, zaznamenána stagnace tohoto sestupu (ČT 24, 2020). Přesto ale na tomto základě lze nedostatek personálu v současné době považovat za problém, kterému obor ošetrovatelství čelí. Je možné tedy předpokládat, že pokud nedojde k eliminaci tohoto problému, mohou popisované faktory, ale i další faktory a jejich kombinace vést k nárůstu negativního hodnocení interpersonálních vztahů. To v důsledku může vést k některým nepříznivým následkům, které by potenciálně determinovaly nejen atmosféru na pracovišti, nýbrž i pracovní výkon, a snižovaly tak kvalitu ošetrovatelské péče na JIP. K této myšlence nás vedl fakt, že základní podmínkou pro nabídku vysoce kvalitní zdravotnické péče je také zajištění dostatečného množství kvalifikovaného personálu (Brabcová, 2016). Pro zajímavost ještě doplňujeme odhad profesních komor, podle kterého v ČR celkově chybí více než 3 000 sester (ČT 24, 2020).

Druhá hypotéza, kterou jsme analyzovali, byla: „*Hodnocení interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je determinováno délkou praxe*“. Mikuláščík (2010) udává, že dobrý vztah vychází z nějakého závazku, z touhy obou stran pokračovat a prohlubovat vztah. Předpokládali jsme, že tento závazek či prohlubování vztahu bude souviset s délkou praxe respondentů, a proto jsme predikovali pozitivní korelaci délky praxe s hodnocením interpersonálních vztahů. Obě kategorie délky praxe, které jsou rozděleny hranicí 15 let, jsou zastoupeny v poměru 49,7 % : 50,3 % (Graf 4).

Předkládaná druhá hypotéza (Tabulka 9, 10 a Graf 36) byla však vzhledem k dosažené hladině významnosti ($p = 0,372$) vyvrácena. Přesto stojí za zmínění fakt, že v případě přijetí alternativní hypotézy by se vzhledem ke korelačnímu koeficientu ($-0,068$) jednalo o případ negativní korelace. Fakt, že nebyly zjištěny žádné souvislosti mezi délkou praxe a hodnocením interpersonálních vztahů, se nám jeví jako překvapivý. O některých souvislostech mezi zmiňovanými proměnnými jsme byli přesvědčeni. Předkládané zjištění nás vede k zamýšlení nad příčinou této skutečnosti. Domníváme se, že jednou z příčin může být proměnlivost pracovního kolektivu způsobená fluktuací sester. Ta podle Gurkové a Zeleníkové (2017) patří společně s globálním nedostatkem sester či s předčasným odchodem sester z profese k zásadním demografickým, sociopolitickým a ekonomickým faktorům sesterské profese. Podle našeho názoru na základě této fluktuace, která jistě způsobuje určitou nestabilitu pracovního kolektivu, dochází k narušení kontinuity hodnocení interpersonálních vztahů, která se může manifestovat právě v podobě nulové hypotézy. Další variantou může být též v čase stálá absolutní rovnováha mezi jednotlivými neformálními rolemi v týmu, o nichž hovoří Bednář et al. (2013). Je také nutné zvážit možnost limitů našeho šetření, a to, že uvedené zjištění může být ovlivněno velikostí výzkumného souboru. Bylo by proto vhodné analyzovat tuto hypotézu znovu s jiným výzkumným souborem, ale i s odlišnými výzkumnými technikami. V souvislosti s délkou praxí jsme pozornost věnovali i schopnosti vzájemné spolupráce (Graf 21) a výskytu šikany (Graf 25). Celková schopnost vzájemné spolupráce je téměř identická jak u respondentů s praxí do 15 let (46,5 %), tak u respondentů s praxí nad 15 let (49,4 %). Nicméně lze konstatovat, že vynikající schopnost vzájemné spolupráce v obou kategoriích dosahuje 50 % hraničně, a lze tak toto zjištění považovat za poměrně důležité, neboť podle Venglářové et al. (2011) činnost ve zdravotnictví vyžaduje spolupráci (kooperaci). Podobně hovoří i Bartůněk et al. (2016), kteří v návaznosti na intenzivní medicínu zmiňují, že těsná kooperace mezi lékařským, nelékařským a dalším zdravotnickým personálem je samozřejmostí. Co se výskytu šikany na pracovišti z hlediska délky praxe týká, její podrobnější popis je uveden níže při komentování páté hypotézy. Na základě výše prezentovaných výsledků se tedy domníváme, že délka praxe respondentů je problematikou, na níž by měla být v rámci dalších výzkumných projektů zaměřena pozornost, neboť i ona dle našeho přesvědčení může modifikovat výslednou kvalitu ošetrovatelské péče na JIP v souvislosti s interpersonálními vztahy.

Třetí hypotéza, kterou jsme se ve výzkumném šetření zabývali, zněla: „*Podíl pozitivních interpersonálních vztahů na jednotkách intenzivní péče je větší než podíl vztahů negativních.*“ Nový et al. (2006) uvádějí, že interpersonální vztahy se vyznačují silným emocionálním nábojem, který může být pozitivní či negativní. Tyto vztahy nejen u zdravotníků mohou mít velmi různorodé podoby a mohou se lišit z hlediska svého vzniku, průběhu, délky trvání i charakteru (Vágnerová, 2005). Jak již bylo zmiňováno, dobrý vztah vychází z nějakého závazku, z touhy obou stran pokračovat a prohlubovat vztah, a existuje v něm prostor pro diskusi jedinců o vztahu samotném, čímž tak mohou nacházet řešení problémových situací, konfliktů, apod. (Mikuláščík, 2010). Na základě těchto informací jsme následně předpokládali, že i navzdory nejruznějším problémům vyskytujících se na pracovištích, budou pozitivní interpersonální vztahy na JIP zastoupeny četněji, než vztahy negativní. Tuto hypotézu (Tabulka 11, Graf 37) jsme následně statistickým testováním potvrdili. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že podíl pozitivních vztahů na JIP činí přibližně 60 % (61,3 %). Výsledek našeho výzkumného šetření se pokusíme spojit s publikací Bednáře et al. (2013). Ti zde uvádějí strategie, které lidé volí, aby mohli nějakým způsobem fungovat ve společnosti. V našem výzkumném souboru pak lze částečně identifikovat strategii „win – win“ či strategii „lose – win“. Vzhledem k zjištění, že pozitivní vztahy na pracovišti jsou prezentovány 60 %, lze tak uvažovat i o částečné kvalitě pracovních vztahů výzkumného souboru, která podle Plamínka (2018) patří mezi charakteristické vlastnosti úspěšných týmů. Uvažovat lze i o určité skupinové kohezi (Pauknerová et al., 2012). Kvalita vztahů může být do určité míry ovlivněna tím, že drtivá většina respondentů (87,8 %) se setkává s kolegy mimo pracovní dobu (Graf 9). Špatenková a Králová (2009) udávají, že budování dobrých kolegiálních vztahů lze podporovat například úsměvem, povzbuzováním či diskretností, z čehož podle nás můžeme velmi opatrně usuzovat, že tyto faktory jsou částečně přítomny v našem výzkumném souboru, nicméně pro faktické potvrzení této úvahy by bylo nezbytné její vědecké ověření. Identicky lze nahlížet i na dodržování pravidel udržujících pozitivní vztahy, o nichž hovoří Mikuláščík (2010). Též zde uvádíme hodnocení vztahů z hlediska dvou nejčetněji zastoupených medicínských oborů, kterými byly chirurgie a interna (Graf 8). Podíl pozitivního hodnocení vztahů byl v obou zmiňovaných oborech zastoupen přibližně stejně (chirurgie: 57,7 %; interna: 60,6 %). Zajímavým výsledkem také je zjištění, že většina respondentů souhlasí s tím, že na JIP by se měly vyskytovat pouze pozitivní vztahy (60,0 %) a že pozitivní vztahy pozitivně ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče (85,6 %), což demonstrují Grafy 31 a 32.

Co se dále negativních vztahů týká, jejich podíl činil necelých 40 % (38,7 %). Vzhledem k tomu zjištění lze v rámci příčin negativního hodnocení zvažovat diskutovaný nedostatek personálu, ale i Molkovo (2011) tvrzení, že problémy mezilidských vztahů jsou zpravidla problémy komunikace. Podstatnou roli v sociálních vztazích hrají ale i emoce, které tyto vztahy ovlivňují, např. rozpaky, stud, vina, žárlivost, závist a láska (Slaměník, 2011) a je proto důležité při hodnocení vztahů i je považovat za možný determinant. Domníváme se také, že možné příčiny negativního hodnocení lze sledovat rovněž v násilí na pracovišti a ve výskytu interpersonálních problémů na pracovišti. Navážeme – li zde opět na Bednáře et al. (2013), lze na základě negativního hodnocení interpersonálních vztahů ve výzkumném souboru uvažovat o strategii „lose – lose“ či o strategii „win – lose“. V souvislosti s interpersonálními vztahy je na místě podotknout, že necelých 30 % (28,9 %) respondentů uvažovalo v této souvislosti o změně pracoviště (Graf 16). Zajímavým zjištěním byl i výsledek, že respondenti spíše popírají ovlivňování sesterských vztahů lékaři (Graf 22). V souvislosti s předkládanou třetí hypotézou považujeme za podstatné taktéž předložit, že tato hypotéza je vzhledem k problematice interpersonálních vztahů a kvality ošetrovatelské na JIP obzvláště významná, neboť podle Plamínka (2018) výsledek interakce dvou lidí závisí na jejich vztahu, což defacto charakterizuje ústřední myšlenku celé řešené problematiky.

Čtvrtá hypotéza, kterou jsme se zabývali, zněla: „*Interpersonální vztahy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují schopnost vzájemné spolupráce.*“ Týmy a týmová práce představují organizační nástroj, jehož základním smyslem je v současném managementu využití schopností několika lidí k vytváření takových řešení, která by byla pro jednotlivce se specializovanými znalostmi velmi náročná (Kubátová et al., 2013). Podobně hovoří i Plamínek (2018), který uvádí, že jednotlivci společnou prací dosáhnou více, než by dosáhli sami. Týmová práce vede ke zvýšení efektivnosti, rychlosti, zvýšení kvality, výkonnostního procesu a vytváří synergický efekt (Šmída, 2007). Výzkumným šetřením byla zjištěna vynikající schopnost spolupráce u 48,0 % respondentů, průměrná u 49,1 % respondentů a podprůměrná u necelých 3 % (2,9 %) respondentů (Graf 19). Jsme si vědomi toho, že zmiňovaná schopnost spolupráce může být ovlivňována řadou činitelů, např. provozem oddělení, nedostatkem personálu, vztahy uvnitř personálu, ale i stupněm vzdělání. Bylo zjištěno, že vynikající schopnost vzájemné spolupráce je více zastoupena u vysokoškolsky vzdělaných respondentů (51,1 %) oproti těm středoškolsky vzdělaným (41,9 %), což prezentuje Graf 20. Vrátime – li se nyní zpět ke čtvrté hypotéze (Tabulka 12 a Graf 38), tu jsme následně prostřednictvím statis-

tické analýzy přijali. Toto zjištění jsme očekávali na základě tvrzení Plamínka (2018), který uvádí, že výsledek interakce dvou lidí závisí na jejich vztahu. Na základě výsledků této hypotézy lze konstatovat, že horší schopnost spolupráce je signifikantně více zastoupena na pracovištích s negativním hodnocením vztahů. Na těchto pracovištích převyšuje podíl horší schopnosti spolupráce přibližně o 42 % (41,8 %) v porovnání s pracovišti s pozitivním hodnocením (Tabulka 12). I přesto, že kategorie negativního hodnocení vztahů je ve výzkumném šetření méně zastoupena (38,7 %), jsme přesvědčeni o tom, že hodnota necelých 40 % je poměrně významná (Graf 7). Na základě tvrzení Vévody et al. (2013), podle kterých je zajištění kvality ošetrovatelské péče bez týmové spolupráce nepředstavitelné, považujeme toto zjištění za podstatné. Tørring et al. (2019), kteří se rovněž zabývali dynamikou komunikace a vztahů v chirurgických operačních týmech, uvádějí, že pro udržení kvalitní léčby a bezpečnosti pacientů je obzvláště důležité, aby týmová spolupráce dobře fungovala. Je proto na místě pátrat po příčině, která vede k této zmiňované skutečnosti. Zde si dovolíme navázat na Plamínka (2018), který uvádí, že týmová spolupráce je dána podmínkovou dualitou (sdílením cílů a cest + diverzitou v lidech a rolích). Zvažujeme tedy, že na pracovištích s negativním hodnocením vztahů se může vyskytovat extrémní odlišnost názorů pracovníků na ošetrovatelskou péči (např. v cílech ošetrovatelské péče, v prioritách ošetrovatelské péče, ve formách ošetrovatelské péče, atp.). V této souvislosti můžeme zmínit určité specifické etické otázky na JIP, které podle Bartůňka et al. (2016) zahrnují například marnou léčbu. Ukončení život udržující léčby na konci života je složitý fenomén, v jehož důsledku sestry a lékaři intenzivní péče čelí péči o tyto pacienty i o jejich podporující rodiny (Wiegand, Cheon a Netzer, 2019). Tito autoři se ve své studii snažili prozkoumat a popsat zkušenosti sester a lékařů v intenzivní péči, jež se účastnili procesu odnětí léčby. Touto problematikou se též zabývali Taylor et al. (2020), kteří závěrem uvádějí, že sestry zažily problémy a emoční reakce v průběhu účasti při nadměrné léčbě či při léčbě, se kterou nesouhlasily. Na tomto základě lze uvést, že může jít o určitý etický konflikt, o němž hovoří například Pavlish et al. (2020). Ti uvádějí, že etické konflikty komplikují klinickou praxi a často ohrožují komunikaci a týmovou práci mezi pacienty, rodinami a kliniky, v důsledku vede k nespokojenosti a snižování kvality a bezpečnosti péče. Je proto dle našeho mínění zmiňovanou problematiku, která může v pracovním týmu vyvolávat určité neshody, brát v úvahu, neboť může mít vliv na schopnost vzájemné spolupráce. Též je ale nutné pomýšlet na různou emotivitu pracovníků (Slaměník, 2011), různé formy mezilidské interakce (Vágnerová, 2005), disharmo-

nii rolí i přítomnost problémových lidí v kolektivu (Bednář et al., 2013). Horší schopnost spolupráce na pracovištích s negativním hodnocením lze připsat i na vrub absenci osobnostních předpokladů pro týmovou spolupráci (Venglářová et al., 2011), mezi něž patří například společný cíl či jasná komunikace. Špatná komunikace ve zdravotnictví je považována za hlavní příčinu medicínských pochybení, a proto je pro ošetrovatelské vzdělávání nutné, aby zlepšilo týmovou práci a dovednosti v oblasti spolupráce za účelem zvyšování bezpečnosti a kvality péče (Badowski, 2019). V rámci postgraduálního ošetrovatelského vzdělávání může být pro zlepšení týmové práce a komunikačních dovedností, ale i pro obohacení vztahů a zvýšení kritického myšlení, efektivní vzdělávací strategie společného testování (collaborative testing), která umožňuje studentům pracovat v týmech při zakončování zkoušky (Philips, Munn a George, 2019). Emich (2018), která studovala konceptualizaci spolupráce v ošetrovatelství, považuje spolupráci v ošetrovatelství za intra-profesionální nebo inter-profesionální proces, při kterém se sestry setkávají a tvoří tak tým. Tento tým podle citované autorky společně řeší problémy a s respektem sdílí své znalosti a zdroje (Emich, 2018). Z uvedených informací je zjevné, že schopnost vzájemné spolupráce je pro kvalitu ošetrovatelské péče klíčová, neboť představuje jeden z rámců pro řízení kvality (Kilíková a Jakušová, 2008).

Pátá hypotéza, kterou jsme v rámci statistické analýzy věnovali pozornost, zněla: **„Osobnostní a pracovní příčiny konfliktů na jednotkách intenzivní péče jsou zastoupeny stejně.“** Konflikt je přirozenou součástí lidského života (Bednář et al., 2013). V pracovních týmech se vyskytují neustále, ale aby nenarušovaly kladné vztahy mezi jejich členy, je důležité myslet na jejich existenci a znát možnosti jejich řešení za účelem dosažení pozitivního výsledku (Vévoda et al., 2013). Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že interpersonální konflikty se vyskytují u téměř 60 % (59,5 %) respondentů, což dokumentuje Graf 13. Tato poměrně vysoká hodnota nás mírně překvapila, přesto že konflikty v organizaci nejsou něčím výjimečným a nelze je z ní kompletně odstranit (Bednář et al., 2013). Z uvedeného výsledku lze konstatovat, že výzkumný soubor pracuje v relativně konfliktním prostředí. Na základě této konfliktní situace lze předpokládat, že koeficient, který determinuje celkový dopad souvisejících aktivit skupiny lidí, je menší než 1 (Plamínek, 2018). Zde je též na místě uvést, že interpersonální konflikt na pracovišti ovlivnil ošetrovatelskou péči na JIP u 15,5 % respondentů (Graf 15). Konflikty podle Kubátové et al. (2013) vznikají ze dvou základních příčin, kterými jsou různé ideologie a cíle a odlišné chování ve společném teritoriu. Venglářová et al. (2011) oproti tomu popisují více příčin, mezi které patří například různé odlišnosti (představy,

motivace, cíle), souběh a nevyjasněnost rolí, osobnostní faktory, nadměrné množství stresorů, chyby managementu, apod. Pro účely výzkumného šetření jsme tedy stanovili dvě základní kategorie příčin interpersonálních konfliktů na JIP. První kategorií jsou osobnostní příčiny, kterými jsme rozuměli problémy na mezilidské úrovni. Druhou kategorií jsme pak spojili s problémy souvisejícími s profesí (pracovní příčiny). Na základě dosažené hladiny ($p = 0,162$) jsme zjistili, že podíl osobnostních a pracovních příčin konfliktů na JIP se neliší, čímž jsme předkládanou pátou hypotézu přijali (Tabulka 13 a Graf 39). Vzhledem k výsledkům, které prezentuje Graf 14, jsou příčinou interpersonálních konfliktů spíše pracovní příčiny (55,3 %). Toto zjištění je pro nás do určité míry pozitivní, neboť na jeho základě se můžeme domnívat, že dojde – li k odstranění pracovních problémů, dojde k redukci výskytu nejvíce zastoupených konfliktů na JIP. Je však nezbytné podotknout, že některé pracovní problémy mohou souviset i s určitými charakterovými vlastnostmi pracovníků (například pozdní příchody či zapomínání). Tím by mohlo dojít ke sloučení obou kategorií příčin interpersonálních konfliktů na JIP, což by vyžadovalo další strategii pro redukci výskytu konfliktů. Obrátíme – li nyní pozornost k osobnostním příčinám konfliktu, pátrání po řešení, které by vedlo k eliminaci výskytu těchto konfliktů, je jistě složité. Vzhledem k tomu, že každý pracovník je osobnost, která je podle Farkašové et al. (2006) jedinečná a neopakovatelná, nemůžeme pravděpodobně nikdy docílit toho, aby si veškerí členové na osobnostní úrovni vzájemně vyhovovali. Příčin, které mohou vést k osobnostním konfliktům na pracovišti, může být celá řada. Například odlišné názory, fyzické a psychické vlastnosti, chování ke kolegům a k pacientům, atp. V úvahu je ale nutné brát i jednotlivé interpersonální problémy (Graf 12). Významnou roli ale může hrát i věk nebo pohlaví, o čemž hovoří Bednář et al. (2013), který uvádí, že zvláštní typy konfliktů, které se mohou v organizaci vyskytovat a být příčinou značných potíží, zahrnují konflikt generační a genderový. Vzhledem k tomu, že většina respondentů je zastoupena ve věkové kategorii do 45 let (62,4 %), což zachycuje Graf 2, lze uvažovat o výskytu generačního konfliktu ve výzkumném souboru. Je možné pomýšlet i na genderový konflikt, neboť ve výzkumném souboru jsou zastoupeni i muži (7,5 %). Výše zmiňované kategorie příčin interpersonálních konfliktů mohou v důsledku vést k násilí na pracovišti, neboť vývoj interpersonálního konfliktu může být častou příčinou šikany na pracovišti (Cakirpaloglu et al., 2016). Šikana je podle těchto autorů v posledních 20 letech velmi diskutovaným tématem. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že šikana se v různé míře vyskytuje u necelých 30 % (26,6 %) respondentů (Graf 23). Konkrétním formám šikany na praco-

višti či jejím příčinám nebyla v našem výzkumném šetření věnována pozornost. Nicméně na základě Bednáře et al. (2013) a Kelnarové a Matějkové (2010) jsme alespoň ze získaných dat věnovali pozornost šikaně na pracovišti z hlediska pohlaví (Graf 24) a z hlediska délky praxe respondentů (Graf 25). V rámci výskytu šikany z hlediska pohlaví bylo zjištěno, že šikana se o trochu více vyskytuje u mužů (30,8 %) v porovnání se ženami (26,3 %). Ve výzkumném šetření Cakirpaloglu et al. (2016) bylo zjištěno, že muži častěji čelí například vykonávání práce pod jejich kompetence, kdežto ženy se častěji setkávají s ignorováním a nepřátelstvím ze strany ostatních zaměstnanců, čemuž by odpovídaly problémy prezentované v Grafu 12. Co se výskytu šikany z hlediska délky praxe respondentů týká, její výskyt byl u respondentů s délkou praxe do 15 let mírně vyšší (30,2 %), než u respondentů s délkou praxe přesahující 15 let (23,0 %). Vzhledem k tomuto výsledku se částečně lze přiklonit k tvrzení Kelnarové a Matějkové (2010), podle nichž může být obětí mobbingu nově nastupující mladý pracovník. Domníváme se, že na základě zjištění bylo vhodné se problematice šikany věnovat dále. Chromý (2014) udává, že je vhodné uvažovat o tom, jak lze násilí na pracovišti lépe omezovat a uvádí dále, že kapitoly týkající se osobní ochrany před násilím na pracovišti by se měly stát pravidelnou součástí kurikula pregraduálního studia. Jsme přesvědčeni o tom, že problematice konfliktů na pracovišti by měla být dále taktéž věnována pozornost, neboť jednotlivé konflikty mohou zapříčinit další problémy v pracovních týmech a být tak zdrojem nechuť spolupracovat s jeho určitými členy. To prezentuje Graf 18, kdy bylo zjištěno, že 13,3 % respondentů má omezenou ochotu pomáhat těm kolegům, s nimiž neradi spolupracují.

Následující dvě hypotézy byly zaměřeny na kvalitu ošetrovatelské péče na JIP. Kvalita představuje souhrn vlastností výrobků či služeb vyjadřujících oprávnění k uspokojování potřeb, k nimž jsou určeny (Gladkij et al., 2003). Na tomto základě jsme definovali kvalitu ošetrovatelské péče pro naše výzkumné šetření, přičemž naším cílem bylo v rámci této definice zohlednit dvě kritéria. Prvním z nich byl názor respondentů na to, jak oni kvalitně poskytují ošetrovatelskou péči (Graf 27). Zde jsme zjistili, že necelých 8,7 % respondentů bylo zařazeno do kategorie nekvalitní ošetrovatelské péče. Druhým kritériem pak byla schopnost vzájemné spolupráce (Graf 19), neboť právě ona je nepostradatelným předpokladem kvality, jak udávají Vévoda et al. (2013). To, jak kritérium vynikající schopnosti vzájemné spolupráce ovlivnilo výsledné kategorie kvality ošetrovatelské péče, prezentuje Graf 29. Výsledné kategorie kvality ošetrovatelské péče na JIP pak zachycuje Graf 28. Obrátíme – li nyní v této souvislosti

pozornost zpět k hypotézám, konkrétně jsme se zabývali hypotézou šest: „*Podíl kvalitní ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče je výrazně větší (nadpoloviční).*“ a hypotézou sedm: „*Kvalita ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče s pozitivními a negativními interpersonálními vztahy se liší.*“ Hypotézu šest jsme následně na základě dosažené hladiny významnosti (0,323) vyvrátili (Tabulka 14, Graf 40). Obě kategorie jsou totiž zastoupené přibližně stejně (nekvalitní: 53,8 %; kvalitní: 46,2 %), což odpovídá nulové hypotéze. Toto zjištění je tak z našeho hlediska pojetí kvality ošetrovatelské péče v mírném rozporu s tvrzením Bartůňka et al. (2016), kteří uvádějí, že ošetrovatelská péče na intenzivních pracovištích je zpravidla nastavena na vysoké úrovni. Očekávali bychom proto zastoupení kvalitní péče alespoň nadpoloviční, což jsme nepozorovali. Naopak jsme ale přijali hypotézu sedm (Tabulka 15, Graf 41), kde jsme na základě dosažené hladiny významnosti ($p < 0,001$) zjistili, že kvalita ošetrovatelské péče na JIP s pozitivními a negativními vztahy se liší. Na základě toho lze konstatovat, že nekvalitní ošetrovatelská péče je signifikantně více poskytována na pracovištích s negativním hodnocením vztahů. Vzhledem k tomu můžeme uvést, že na pracovištích s negativním hodnocením vztahů pravděpodobně dochází ke snižování dimenzí kvality, kterými podle Škrly a Škrlové (2003) jsou bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost a úcta a vnímavost. Navážeme – li na Vašítkovou (2014), ovlivněna mohou být i kritéria, podle kterých zákazník obvykle hodnotí kvalitu služeb, např. spolehlivost, schopnost reakce, jistotu, empatii, pochopení. Následná úvaha, že v důsledku negativních vztahů může docházet v oblasti ošetrovatelské péče k poklesu bezpečnosti, kontinuity a včasnosti, schopnosti reakce, spolehlivosti a jistoty, je podle nás na místě. Domníváme se proto, že uvedené zjištění je velice podstatné, a mělo by se tak stát předmětem dalších výzkumných studií za účelem identifikace a eliminace vyvolávajících příčin. Vzhledem k předkládanému výsledku bychom proto pokládali za přínosné, aby byly interpersonální vztahy na pracovišti považovány nejen za indikátor pracovní spokojenosti, o čemž hovoří například Špidurová (2015), ale i za regulérní indikátor kvality ošetrovatelské péče. Indikátory ošetrovatelské péče představují určitá měřitelná kritéria, která hodnotí míru určitého dosažení (Válková, 2015). Patří k nim například pády a zranění pacientů při hospitalizaci, infekce vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy, medikační pochybení, záměna pacientů, spokojenost pacientů či nežádoucí události (Plevová et al., 2012). Tyto indikátory ošetrovatelské péče nesouvisí pouze s ošetrovatelskou péčí jako takovou, nýbrž i s pracovníky v ošetrovatelství, o čemž ho-

voří i Brabcová (2016). Až doposud jsme se zabývali námi definovanou kvalitou ošetrovatelské péče. Nyní bychom se zaměřili na kvalitu ošetrovatelské péče z hlediska respondentů (Graf 30, Tabulka 6). Ti spatřují kvalitu ošetrovatelské péče zejména v empatickém přístupu k pacientům (57,8 %), dostatečném množství personálu (19,1 %) či v dodržování standardů (10,4 %). Přibližně 12 % (12,1 %) respondentů bylo zařazeno do kategorie „jiné“ představy o kvalitě ošetrovatelské péče, která zahrnuje integraci některých možností, spokojenost a zajištěnost pacientů, ale i důvěru na pracovišti (Tabulka 6). Veškeré předkládané odpovědi respondentů lze roztřídit do jednotlivých kategorií kvality, o nichž hovoří například Kilíková a Jakušová (2008) či Škrla a Škrlová (2003). Zajímavým zjištěním výzkumného šetření je fakt, že přibližně 10 % (10,4 %) by nedokázalo řešit akutní stav s kterýmkoliv členem pracovního týmu (Graf 33). Přestože hodnota 10 % není hodnota příliš vysoká i tak zde sledujeme určité ohrožení některých dimenzí kvality (Škrla a Škrlová, 2003), a to konkrétně ohrožení bezpečnosti, dostupnosti a kontinuity. Dále nelze nezmínit ani zjištění, že necelých 40 % (39,3 %) souhlasí s tím, že složení personálu ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče (Graf 34). Zde by bylo vhodné prozkoumat, v jakém složení personálu dochází k pozitivnímu ovlivňování kvality ošetrovatelské péče a v jakém zase k negativnímu. I této oblasti by měla být podle našeho názoru věnována pozornost za účelem zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Poslední, osmou testovanou hypotézou, byla hypotéza: „*Interpersonální problémy na jednotkách intenzivní péče ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.*“ I tato poslední hypotéza byla statistickým testováním přijata (Tabulka 16, Graf 42). Na základě dosažené hladiny významnosti ($p < 0,001$) bylo zjištěno, že výskyt interpersonálních problémů ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče na JIP. Na základě toho můžeme shledat, že nekvalitní ošetrovatelská péče se více vyskytuje na pracovištích s výskytem interpersonálních problémů. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že interpersonální problémy se vyskytují u necelých 45 % (44,5 %) respondentů (Graf 10), což je dle našeho mínění důležitý poznatek. Uvážíme – li, že u téměř poloviny respondentů se signifikantně více vyskytuje nekvalitní ošetrovatelská péče, jde o poměrně alarmující výsledek. Na pracovištích s výskytem interpersonálních problémů převyšuje nekvalitní ošetrovatelská péče v porovnání s bezproblémovými pracovišti o 29,5 % (Tabulka 42). Na tomto místě je vhodné se zamyslet nad příčinami, které vedou k výskytu těchto problémů na pracovišti. V této souvislosti nás zajímalo, bude – li se lišit výskyt interpersonálních problémů z hlediska dvou nejčetněji zastoupených oborů. Tento výsledek znázorňuje Graf 11,

z něhož je patrné, že výskyt problémů na interně a chirurgii je téměř identický (chirurgie: 48,1 %; interna: 48,5 %). Na tomto základě se lze domnívat, že odbornost medicínského oboru pravděpodobně neovlivňuje výskyt interpersonálních problémů stran jeho charakteristik. Dovolíme si tedy předpokládat, že příčiny interpersonálních problémů pravděpodobně pramení pouze z pracovní atmosféry. Co se druhů interpersonálních problémů na pracovišti týká (Graf 12), respondenti se z předkládaných variant často ztotožňovali s hádáním a agresivitou (22,1 %), dále s urážením a ponižováním (18,2 %) nebo s pomluvami (18,2 %). Nejvíce však respondenti volili možnost „jiné“ (28,6 %), což zachycuje Tabulka 3, z nichž za nejdůležitější považujeme osobní problémy, manipulaci, různorodost názorů, povyšování, dezinformaci a konfliktogenní povahu. Komparujeme – li veškeré tyto problémy s Kubátovu et al. (2013), lze zkonstatovat, že se v zásadě jedná o příznaky typické pro vznik obtížně řešitelných konfliktů. Lze tedy předpokládat, že interpersonální problémy povedou k interpersonálním konfliktům. Nastat tak mohou tři situace, přičemž druhá situace je dle našeho mínění nejpravděpodobnější. Za první může být problémů méně než konfliktů, za druhé může zastoupení problémů a konfliktů být stejné, anebo za třetí bude problémů více než konfliktů. Srovnáme – li proto zmiňované dvě kategorie (Graf 10 vs. Graf 13), zjistíme, že výskyt interpersonálních problémů je menší (44,5 %) než výskyt konfliktů (59,5 %). Jak jsme uváděli, očekávali bychom, že zastoupení bude stejné, nicméně fakt, že rozdíl mezi těmito kategoriemi činí 15 %, nás vede k zamyšlení nad jeho příčinou. Lze tedy předpokládat, že problémy nedosahují takové úrovně, aby vedly ke konfliktům, anebo že někteří respondenti dokáží tyto problémy efektivně řešit. Zaměříme – li se dále na Molko-vo (2011) tvrzení, že problémy mezilidských vztahů jsou zpravidla problémy komunikace, lze vzhledem k prezentovaným výsledkům u části spolupracovníků respondentů v rámci konativní komunikace pozorovat prvky devalvace (Venglářová a Mahrová, 2006) a obecně prvky násilí na pracovišti (Chromý, 2014). Je proto logické, že špatné vztahy podle Venglářové et al. (2011) mohou potencionovat rozvoj syndromu vyhoření. Profese všeobecné sestry je náročná sama o sobě a je proto velmi důležité, aby management zdravotnických zařízení věnoval těmto problémům pozornost, efektivně je řešil a udržoval tak na pracovištích harmonické prostředí. Jarden et al. (2020) závěrem studie uvádějí, že v současné době je pohoda sester pracujících v intenzivní péči podceňována. Jednou z možných variant řešení těchto problémových situací může být supervize, která je podle Jeklové a Reitmayerové (2007) neefektivnější právě v situacích, kdy v organizacích něco nefunguje (například vztahy

na pracovišti). Huang et al. (2020) ve své studii uvádějí, že intervence v podobě Balintovské skupiny za účelem redukce zmiňovaného syndromu vyhoření a zvýšení kvality pracovního života by byla účinným nástrojem. Je na místě podotknout, že i výskyt interpersonálních problémů vede ke snížení kvality ošetrovatelské péče a může tak vést ke snižování jejích dimenzí.

Závěrem diskuze je vhodné podotknout, že zmiňovaná problematika kvality ošetrovatelské péče na JIP byla probádána a komentována z hlediska pracovníků se zaměřením na schopnost spolupráce. Bylo by taktéž vhodné zpracovat tuto problematiku z hlediska odlišného pojetí kvality ošetrovatelské péče a z hlediska dalších úhlů (např. výsledky auditů, sledování mimořádných událostí, dodržování standardů, apod.). Domníváme se, že by bylo vhodné problematiku prostudovat taktéž pohledem pacientů, čímž se zabývali například Kisorio a Langley (2019).

6 Závěr

„Klid a pohoda u sester vytváří klid u pacientů.“

(vlastní výzkumné šetření, 2019, R25)

Předložená práce se věnuje problematice interpersonálních vztahů a jejich projekcí do kvality poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. Za účelem dosažení tří předem stanovených cílů byl zvolen kvantitativní vědecký přístup realizovaný prostřednictvím techniky nestandardizovaného dotazníku. Definováno bylo osm hypotéz, které byly statisticky analyzovány. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že negativní interpersonální vztahy a výskyt interpersonálních problémů na jednotkách intenzivní péče výrazně snižují kvalitu ošetrovatelské péče. Zjištění, že podíl kvalitní a nekvalitní ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče je stejný, by podle nás nemělo zůstat bez povšimnutí. V rámci interpersonálních problémů, které se vyskytují téměř u poloviny respondentů, byly zmiňovány zejména hádání a agresivita, urážení a ponižování a pomluvy. Zjistili jsme rovněž, že nedostatek ošetrovatelského personálu vede k vyššímu negativnímu hodnocení vztahů na jednotkách intenzivní péče. Zjištěn byl i fakt, že interpersonální konflikty, které byly zaznamenány u nadpoloviční většiny respondentů, jsou dle statistické analýzy způsobovány osobnostními a pracovními příčinami shodně. Tyto konflikty následně ovlivnily ošetrovatelskou péči u necelé čtvrtiny respondentů. Přesto jsme ale zaznamenali, že podíl pozitivních vztahů na jednotkách intenzivní péče je očekávaně větší než podíl vztahů negativních, z čehož lze i navzdory negativním zjištěním uvažovat o určité kvalitě a kohezi týmů.

Tři předem stanovené cíle se nám prostřednictvím empirické části této práce podařilo splnit. Během komparace informací z odborné literatury společně s výsledky empirické části jsme nepozorovali žádné závažné odlišnosti. Přínos předkládané práce spatřujeme v tom, že jsme vytvořili práci, která přináší další náhled na probádanou problematiku. Další přínos shledáváme i v tom, že práce může sloužit jako inspirace k dalším výzkumným projektům zabývajících se touto problematikou. Určitá zjištění uvedená v diskuzi by bylo vhodné dále zmapovat detailněji. Perspektivně by bylo problematiku zajímavé studovat z jiného hlediska či jinými výzkumnými technikami. Práci lze v praxi využít pro argumentaci významnosti interakce mezilidských vztahů na pracovišti a kvality ošetrovatelské péče (poster). Dále taktéž jako možné kritérium pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. Poslání celé předložené práce lze obecně shrnout odpovědí jedné respondentky, která uvádí, že spokojenost pacientů vychází ze spokojenosti a harmonie pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči.

7 Seznam literatury

1. BADOWSKI, D., 2019. Peer Coaching Integrated in Simulation: Improving Intraprofessional Teamwork. *Journal of Professional Nursing*. 35(4), 325-328. DOI: 10.1016/j.profnurs.2018.11.001
2. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny – Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotních oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 712 s. 978-80-247-4343-1.
5. BAŠTECKÁ, B., et al., 2016. *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál. 328 s. ISBN 978-80-262-0940-9.
6. BEDNÁŘ, V. et al., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.
7. BEDNAŘÍK, M., 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Praha: Ústav práva a právní vědy. 45 s. ISBN 978-80-87974-14-8.
8. BEŇO, P., 2015. *Šarmantní násilníci: antimobbingová příručka*. Praha: Portál. 198 s. ISBN 978-80-262-0938-6.
9. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v ČB. 66 s. ISBN 978-80-7394-604-3.
10. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. 287 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
11. CAKIRPALOGLU, P., 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. 287 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
12. CAKIRPALOGLU, P., et al., 2016. *Šikana na pracovišti v České republice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 175 s. 978-80-244-5080-3.
13. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví (ČSAZ), 2015. [online] [cit. 2020-02-13]. O nás. Dostupné z: <http://www.csaz.cz/o-nas/>

14. Česká televize (ČT) 24, 2020. Nedostatek personálu v nemocnicích, 17.2.2020. In: Česká televize [online] [cit. 2020-03-21]. Dostupné z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/11412378947-90-ct24/220411058130217/>
15. DEVITO, J., A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
16. ELASRAG, G.A.E., ABU – SNIENEH, H.M., 2020. Nurses' perception of factors contributing to medication administration errors. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*. 11(1), 44-56. DOI: 10.26452/ijrps.v11i1.1781
17. EMICH, C., 2018. Conceptualizing collaboration in nursing. *Nursing forum*. 53(4), 567-573. DOI: 10.1111/nuf.12287
18. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2010. *História ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
19. FARKAŠOVÁ, D., et al., 2006. *Ošetrovatel'ství – teorie*. Martin: Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
20. GLADKIJ, I., et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press®. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
21. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9180-2.
22. HELUS, Z., 2011. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
23. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatel'ské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
24. HUANG, H., et al., 2020. Effect of Balint group training on burnout and quality of work life among intensive care nurses: A randomized controlled trial. *Neurology Psychiatry and Brain Research*. 35, 16-21. DOI: 10.1016/j.npbr.2019.12.002
25. CHROMÝ, J., 2014. *Násilí na pracovišti: charakteristika, rizikové faktory, specifické formy a právní souvislosti*. Praha: Wolters Kluwer. 213 s. ISBN 978-80-7478-552-8.
26. International Labour Organization (ILO), 2020. About the ILO. [online] [cit. 2020-02-08]. Dostupné z: <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang-en/index.htm>
27. JANKOVSKÝ, R., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.

28. JARDEN, R. J., et al., 2020. Intensive care nurses' well-being: A systematic review. *Australian Critical Care*. 33(1), 106-111. DOI: 10.1016/j.aucc.2018.11.068
29. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
30. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2007. *Interní supervize*. Praha: vzdělávací institut ochrany dětí. 24 s. ISBN 978-80-86991-06-1.
31. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
32. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 352 + 16 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
33. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie 1. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 168 + 16 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
34. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V., 2008. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
35. KISORIO, L.C., LANGLEY, G.C., 2019. Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*. 24(6), 392-398. DOI: 10.1111/nicc.12409
36. KOPŘIVA, K., 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
37. KOUBEK, J., 2011. *Personální práce v malých a středních firmách*. 4. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 281 s. ISBN 9788024738239.
38. KRISTOVÁ, J., 2004. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
39. KUBÁTOVÁ, S. et al., 2013. *Tajemství spolupráce v týmech*. Praha: Management Press a TC Busniess School. 259 s. ISBN 978-80-7261-259-8.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
41. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
43. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

44. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně – pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
45. MADAR, J. et al., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
46. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
47. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
48. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR), 2010. Věstník č. 9/2004. [online] [cit. 2019-10-05]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-osetrovatelstvi_3196_3.html
49. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR), 2016. Věstník č.7/2016. [online] [cit. 2019-09-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc7/2016_12350_3442_11.html
50. MOLEK, J., 2011. *Řízení organizací sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 254 s. ISBN 978-80-7416-083-7.
51. NANDA INTERNATIONAL, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice & klasifikace 2015 – 2017*. 10. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-271-9009-6.
52. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU), 2016. Obecná metodika – taxonomický slovník. [online] [cit. 2019-09-11]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/obecna-metodika/>
53. NOVÁK, T., 2010. *Sám sobě psychologem 2*. Praha: Grada. 187 s. ISBN 978-80-247-2956-5.
54. NOVÝ, I. et al., 2006. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 287 s. ISBN 80-247-1705-0.
55. OLÍŠAROVÁ, V., TÓTHOVÁ, V., TOUMOVÁ, K., 2017. *Teoretická a filozofická východiska problematiky menšin v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: ZSF JČU. 67 s. ISBN 978-80-7394-674-6.
56. PAUKNEROVÁ, D., et al., 2012. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-7656-9.
57. PAVLISH, C.L., et al., 2020. A team-based early action protocol to address ethical concerns in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 29(1), 49-58. DOI: 10.4037/ajcc2020915

58. PHILIPS, T.A., MUNN, A.C., GEORGE, T.P., 2019. The impact of collaborative testing in graduate nursing education. *Journal of Nursing education*. 58(6), 357-359. DOI: 10.3928/01484834-20190521-07
59. PLAMÍNEK, J., 2012. *Komunikace a prezentace: Umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-4484-1.
60. PLAMÍNEK, J., 2018. *Vedení lidí, týmů a firem: praktický atlas managementu*. 5. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0629-5.
61. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
62. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
63. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 198 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
64. POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 248 + 8 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
65. POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetřovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. 180 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
66. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
67. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
68. Spojená akreditační komise (SAK), 2019. O spojené akreditační komisi. [online] [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/default/5>
69. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
70. ŠEBLOVÁ, J., et al., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2. doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. 479 s. ISBN 978-80-271-2145-8.
71. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. Přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. 1 195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.
72. ŠIKÝŘ, M., 2014. *Nejlepší praxe v řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-5212-9.

73. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
74. ŠLIKOVÁ – DINGOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 310 s. ISBN 978-80-271-2324-7.
75. ŠMÍDA, F., 2007. *Zavádění a rozvoj procesního řízení ve firmě*. Praha: Grada. 293 s. ISBN 978-80-247-1679-4.
76. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace - komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
77. ŠPIDUROVÁ, L., 2015. *Doprovázení sester v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
78. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči*. České Budějovice: ZSF JČU. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
79. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
80. TAYLOR, I.H.F., et al., 2020. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 56, no page. DOI: 10.1016/j.iccn.2019.102768
81. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
82. TØRRING, B., et al., 2019. Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*. 19(1), no page. DOI: 10.1186/s12913-019-4362-0
83. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
84. Transcultural Nursing Society (TCNS), 2019. Home. [online] [cit. 2019-10-08]. Dostupné z: <https://tcns.org/>
85. VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Základy psychologie*. Praha: Univerzita Karlova. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
86. VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 78 s. ISBN 978-80-87023-45-7.

87. VAŠTÍKOVÁ, M., 2014. *Marketing služeb – efektivně a moderně*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-5037-8.
88. VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
89. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
90. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
91. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
92. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-7315-5.
93. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2012. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 39, s. 1737-45. ISSN 1211-1244.
94. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
95. WAGNEROVÁ, I. et al., 2011. *Psychologie práce a organizace: Nové poznatky*. Praha: Grada. 155 s. ISBN 978-80-247-3701-0.
96. WIEGAND, D.L., CHEON, J., NETZER, G., 2019. Seeing the Patient and Family Through: Nurses and Physicians Experiences With Withdrawal of Life-Sustaining Therapy in the ICU. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 36(1), 13-23. DOI: 10.1177/1049909118801011
97. World Health Organization (WHO), 2010. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. [online] [cit. 2019-09-22]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2010/using-audit-and-feedback-to-health-professionals-to-improve-the-quality-and-safety-of-health-care>
98. ZADÁK, Z., HAVEL, E., et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0922-7.
99. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

100. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teoretická a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
101. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
102. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1a – Nestandardizovaný dotazník (úvodní strana)

Příloha 1b – Nestandardizovaný dotazník (dotazník)

Příloha 2 – Poster charakterizující problematiku

9 Seznam zkratek

APACHE II – Acute Psysiology and Chronic Health Evaluation

GCS – Glasgow Coma Score

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

ISS – Injury Severiny Score

JIP – jednotka intenzivní péče

OŠE – ošetrovatelství

RTS – Revise Trauma Score

SAK – Spojená akreditační komise

SAPS II – New Simplified Acute Psysiology Score

SOFA score – Sequential Organ Failure Assessment score

TISS – Therapeutic Intervention Scoring System

TRISS – Trauma Score Injury Severiny Score

TS – Trauma score

Příloha 1a – Nestandardizovaný dotazník (úvodní strana)

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY A JEJICH PROJEKCE DO KVALITY POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Vážená sestro,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci při realizaci výzkumného šetření ke zmapování interpersonálních vztahů a jejich promítání do kvality poskytování ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče. Na základě dat získaných tímto šetřením bude možné přispět k posouzení aktuální kvality ošetrovatelské péče, eventuálně k jejímu zlepšení.

Dovoluji si Vás tedy požádat o laskavou účast ve výzkumném šetření a vyplnění předkládaného dotazníku.

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ JE ZCELA ANONYMNÍ

Vyplněním a odevzdáním dotazníku souhlasíte se svou účastí ve výzkumném šetření a se zpracováním uvedených dat. Se všemi získanými daty budeme nakládat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

Dotazník obsahuje 28 otázek. Časová náročnost pro vyplnění dotazníku je maximálně 15 minut.

POKUD NENÍ UVEDENO JINAK, ZAKROUŽKUJTE VŽDY POUZE JEDNU ODPOVĚĎ

ZA SPOLUPRÁCI A VÁŠ ČAS STRÁVENÝ PŘI VYPLŇOVÁNÍ TOHOTO DOTAZNÍKU DĚKUJI PŘEDEM

Bc. Zdeněk Fürst, student Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v ČB

Příloha 1b – Nestandardizovaný dotazník (dotazník)

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY A JEJICH PROJEKCE DO KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

1. Vyberte prosím vaše pohlaví.
- a) žena
b) muž
2. Uveďte prosím Váš věk (počet let).
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- a) střední odborné vzdělání
b) vyšší odborné vzdělání
c) specializační vzdělání
d) bakalářské vzdělání
e) magisterské vzdělání
4. Uveďte celkovou délku Vaší ošetrovatelské praxe (počet let).
5. Uveďte prosím medicínský obor jednotky intenzivní péče, na které aktuálně pracujete.
6. Myslíte si, že počet personálu na Vašem oddělení odpovídá množství práce?
- a) ANO
b) NE
7. Jak byste obecně hodnotil(a) interpersonální vztahy ve Vašem pracovním kolektivu?
- | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------|
| špatně | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | výborně |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------|
8. Setkáváte se s členy Vašeho pracovního kolektivu i mimo pracovní dobu?
- a) ano, se všemi členy pracovního kolektivu
b) ano, ale pouze s některými členy pracovního kolektivu
c) ne, mimo pracovní dobu se nestýkám s nikým
9. Vyskytují se Vašem pracovním kolektivu nějaké interpersonální problémy?
- a) ANO
b) NE (pokračujte otázkou č. 11)
10. Vyberte prosím, které interpersonální problémy se ve Vašem kolektivu objevují častěji. (vyberte pouze 1 možnost)
- a) posmívání, vysmívání
b) urážení, ponižování
c) hádání, agresivita (slovní i fyzická)
d) šikana
e) jiné, jaké (doplňte prosím)
11. Vyskytují se Vašem pracovním kolektivu konflikty?
- a) ANO
b) NE (pokračujte otázkou č. 14)
12. Vyberte prosím, které problémy jsou nejčastěji příčinou konfliktů ve Vašem kolektivu? (vyberte pouze 1 možnost)
- a) osobnostní problémy (např. nesympatie, povaha, chování)
b) pracovní problémy (např. nedodělávání věcí, pozdní příchody, zapomínání, časté měnění služeb)
c) jiné, jaké (doplňte prosím)
13. Ovlivnil některý konflikt Vaše poskytování ošetrovatelské péče?
- a) ANO
b) NE
14. Přemýšlel(a) jste někdy o tom, že byste kvůli interpersonálním vztahům změnili (a) pracoviště?
- a) ANO
b) NE
15. Máte potíže komunikovat s někým z Vašeho pracovního kolektivu, s kým neradi spolupracujete?
- a) ANO
b) NE
16. Když sloužím s někým, s kým nerad(a) spolupracuji, ovlivňuje to mou ochotu mu pomáhat.
- | | | |
|-----------------|------------------|-------------------|
| Souhlasím | Neutrální postoj | Nesouhlasím |
| Silně souhlasím | Průměrná | Silně nesouhlasím |
17. Jak byste Vy osobně popsal(a) schopnost členů Vašeho kolektivu vzájemně spolupráce?
- | | | |
|------------|----------|-------------|
| Vynikající | Průměrná | Podprůměrná |
|------------|----------|-------------|
18. Myslíte si, že někteří lékaři negativně ovlivňují sesterské interpersonální vztahy?
- a) ANO
b) NE
19. Vyskytuje se ve Vašem sesterském pracovním kolektivu šikana?
- | | | | | |
|------|----------|-------|--------|-------|
| Vždy | Většinou | Občas | Zřídka | Nikdy |
|------|----------|-------|--------|-------|
20. Myslíte si, že poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je samozřejmostí?
- a) ANO
b) NE
21. Vyberte prosím, jak kvalitně Vy osobně poskytujete ošetrovatelskou péči.
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----------|
| ☺ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | ☹ | |
| nekvální | | | | | | | | | | | | kvalitní |
22. Vyberte prosím, jak byste celkově zhodnotil(a) kvalitu ošetrovatelské péče Vašich kolegů.
- | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----------|
| ☺ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | ☹ | |
| nekvální | | | | | | | | | | | | kvalitní |
23. Co pro Vás osobně nejvíce představuje kvalitní ošetrovatelskou péči? (vyberte pouze 1 možnost)
- a) dodržování standardů
b) vřelý a empatický přístup k pacientům
c) uhlavná, bezchybná a detailní dokumentace
d) stupeň odborného vzdělání
e) dostatečný počet personálu
f) jiné, jaké (doplňte prosím)
24. Myslíte si, že na jednotce intenzivní péče by se měly vyskytovat pouze harmonické interpersonální vztahy?
- | | | | | |
|-----------------|-----------|------------------|-------------|-------------------|
| Silně souhlasím | Souhlasím | Neutrální postoj | Nesouhlasím | Silně nesouhlasím |
|-----------------|-----------|------------------|-------------|-------------------|
25. Pozitivní, harmonické interpersonální vztahy pozitivně ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.
- | | | | | |
|-----------------|-----------|-----------------|-------------|-------------------|
| Silně souhlasím | Souhlasím | Nemohu posoudit | Nesouhlasím | Silně nesouhlasím |
|-----------------|-----------|-----------------|-------------|-------------------|
26. Dovedete si představit, že byste měl(a) řešit některý náhlý akutní stav pacienta s kterýmkoliv členem Vašeho pracovního kolektivu?
- a) ANO
b) NE
27. Myslíte si Vy osobně, že to, s kým sloužíte, ovlivňuje výslednou kvalitu ošetrovatelské péče?
- | | | |
|-----------------|------------------|-------------------|
| Souhlasím | Neutrální postoj | Nesouhlasím |
| Silně souhlasím | Průměrná | Silně nesouhlasím |
28. Uveďte prosím, jaké vztahy na Vašem pracovišti nejvíce ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče?

Zkontrolujte prosím, zda jste zodpověděli (a) na veškeré otázky (28).

VŘELE DĚKUJI ZA SPOLUPRÁCI A VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU.

Příloha 2 – Poster charakterizující problematiku

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY A JEJICH PROJEKCE DO KVALITY POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE

VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE – AUTOŘI: Bc. ZDENĚK FÜRST A DOC. PHDR. SYLVA BÁRTLOVÁ, PH. D.
(výzkumný soubor: 173 respondentů z celkem 6 zdravotnických zařízení)

