



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na  
standardním lůžkovém oddělení a jednotce  
intenzivní péče**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Martina Blažková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

České Budějovice 2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče*“ jsem vypracoval/a 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby 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 10.8.2022

.....

Bc. Martina Blažková

## **Poděkování**

Mé poděkování patří především Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. Děkuji za cenné rady při tvorbě této diplomové práce, za motivaci, inspiraci a laskavý přístup. Dále za čas, který mi věnovala a za ochotu a trpělivost.

Děkuji také všem informantům, kteří se podíleli na realizaci výzkumného šetření v této diplomové práci.

Děkuji svým nejbližším, kteří při mně stáli po celou dobu mého studia.

## **Efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče**

### **Abstrakt**

Při výzkumném šetření byl předem stanoven cíl zmapovat efektivitu spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče.

Cíle bylo dosaženo prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, a to pomocí nestandardizovaných individuálních rozhovorů. Rozhovory byly realizovány s dvanácti všeobecnými sestrami, čtyřmi lékaři a čtyřmi sanitáři, pracujícími na oddělení chirurgického typu, a to jak na standardním lůžkovém oddělení, tak jednotce intenzivní péče.

Efektivita spolupráce zdravotnického týmu, která stále nabývá na významu, je jedním z nejdůležitějších aspektů poskytování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Možná je často opomíjena potřeba budovat efektivitu na vlastním oddělení a minimalizovat chyby, které by mohly vést k narušení efektivity spolupráce např. mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče. Efektivní spoluprací mezi zdravotnickými týmy standardního oddělení a jednotkou intenzivní péče je zvyšována především kvalitou péče o pacienty, u kterých je překlad mezi těmito stanicemi velmi častým postupem. Dobrou spoluprací mezi těmito týmy dochází k zabránění vzniku profesního pochybení v péči, či dokonce k poškození pacientů.

Tato práce je vhodná jako materiál, který by mohl motivovat nejen všeobecné sestry, ale i lékaře, sanitáře a ošetrovatele. Dále může být přínosem pro management oddělení, který by výsledky této práce mohl považovat za prostředek ke zkvalitnění nejen péče o pacienty, ale i postupů a organizace práce, řešení konfliktních situací a utužování mezilidských vztahů na svém pracovišti.

Z kvalitativního výzkumného šetření vyšlo najevo, že má zdravotnický personál představu o efektivní spolupráci. Je však zřejmé, že ve zdravotnickém týmu dochází nejen k chybám v komunikaci, ale také ke konfliktům, které mohou ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že co nejefektivnější spolupráci brání překážky nejen časové a pracovní, ale také překážky osobního charakteru a interpersonálních vztahů na pracovišti. Většina personálu z našeho výzkumného šetření se necítí být uznávána a motivována ze strany vedení, což může ovlivnit nejen spolupráci, ale i spokojenost na daném pracovišti a poskytování kvalitní péče o pacienty.

**Klíčová slova:** efektivní spolupráce; zdravotnický tým; standardní lůžkové oddělení;  
jednotka intenzivní péče; ošetrovatelská péče

# **Effective Healthcare Team Collaboration in a Standard Inpatient Ward And Intensive Care Unit**

## **Abstract**

In this survey research, the pre-set objective was to map the effectiveness of healthcare team collaboration in a standard inpatient ward and intensive care unit.

The objective was achieved by means of a qualitative research inquiry, using non-standardized individual interviews. They were conducted with twelve general nurses, four doctors and four orderlies working in a surgical ward, both in a standard inpatient ward and an intensive care unit.

Effective collaboration of the healthcare team, which is becoming increasingly important, is one of the most important aspects of providing the highest-quality nursing care. An often overlooked need is perhaps the need to build efficiency in one's own ward and minimise errors that could lead to a breakdown in the effectiveness of collaboration between, for example, a standard inpatient ward and an intensive care unit. Effective collaboration between the healthcare teams of the standard ward and the intensive care unit is particularly conducive to improving the quality of care for patients for whom transfer between these stations is a very common procedure. Good collaboration between these teams prevents professional misconduct in care or even harm to patients.

This work is suitable as a material that could motivate not only general nurses but also doctors, orderlies and nursing staff. Furthermore, it could be of use to the ward management, who could consider the results of this work a means to improve not only patient care but also work procedures and organization, resolving conflict situations and strengthening interpersonal relationships at their workplace.

The qualitative survey research revealed that the medical personnel have an idea of effective collaboration. However, it is evident that not only mistakes in communication occur in the healthcare team, but also conflicts that can affect the quality of nursing care. The research further revealed that the most effective collaboration is hindered by obstacles in terms of time and work as well as in terms of personal and interpersonal relationships at the workplace. Most personnel do not feel appreciated and motivated by their management, which can affect not only collaboration but also workplace satisfaction and the delivery of quality patient care.

**Keywords:** effective collaboration; healthcare team; standard inpatient ward; intensive care unit; nursing care

## **OBSAH**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1.1 Ošetrovatelství .....</b>   | <b>9</b>  |
| 1.1.1 Charakteristika ošetrovatelství .....  | 9         |
| 1.1.2 Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech .....                                | 10        |
| 1.1.3 Metody ošetrovatelské péče .....   | 10        |
| <b>1.2 Typy péče a oddělení.....</b>   | <b>12</b> |
| 1.2.1 Standardní lůžkové oddělení .....  | 13        |
| 1.2.2 Jednotka intenzivní péče (JIP) .....   | 14        |
| <b>1.3 Získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry .....</b>               | <b>16</b> |
| 1.3.1 Vzdělávání sester v současném ošetrovatelství .....                              | 16        |
| 1.3.2 Potřebná kvalifikace všeobecné sestry .....                                      | 17        |
| 1.3.3 Specializační vzdělávání sestry v intenzivní péči .....                          | 18        |
| <b>1.4 Týmová spolupráce v ošetrovatelství .....</b>                                   | <b>19</b> |
| 1.4.1 Charakteristika týmu .....   | 19        |
| 1.4.2 Zdravotnický tým .....   | 20        |
| 1.4.3 Interakce členů zdravotnického týmu na odborném pracovišti .....                 | 23        |
| 1.4.4 Konflikty v týmu a jejich dopad na ošetrovatelskou péči .....                    | 24        |
| 1.4.5 Komunikace jako součást týmové spolupráce .....                                  | 25        |
| 1.4.6 Specifika komunikačního procesu v intenzivní péči mezi sestrou a pacientem ..... | 28        |
| <b>1.5 Role sestry a managementu v ošetrovatelství .....</b>                           | <b>29</b> |
| 1.5.1 Sestra jako součást zdravotnického týmu.....                                     | 29        |
| 1.5.2 Role managementu oddělení .....  | 31        |
| <b>2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, OPERACIONALIZACE POJMŮ .....</b>                      | <b>35</b> |
| <b>2.1 Cíl práce .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>2.2 Výzkumné otázky .....</b>   | <b>35</b> |
| <b>2.3 Operacionalizace pojmů .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>3 METODIKA .....</b>  | <b>37</b> |
| 3.1 Design kvalitativního výzkumného šetření .....                                     | 37        |
| 3.2 Charakteristika výzkumného šetření .....   | 37        |
| 3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....   | 38        |
| <b>4 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....</b>                              | <b>40</b> |
| 4.1 Seznam tabulek a schémat .....   | 40        |
| <b>5 DISKUZE .....</b>   | <b>85</b> |
| <b>6 ZÁVĚR .....</b>   | <b>93</b> |



|  |            |
|--|------------|
| <b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>  | <b>96</b>  |
| <b>8 SEZNAM PŘÍLOH.....</b>  | <b>102</b> |
| PŘÍLOHA 1 Otázky k rozhovorům s všeobecnými sestrami, lékaři a sanitáři..... | 103        |
| <b>9 SEZNAM ZKRATEK.....</b>   | <b>105</b> |

## ÚVOD

Efektivní spolupráce mezi personálem zdravotnického zařízení je nezbytnou součástí plynulého chodu celého oddělení. Mnohdy je ohnisko zájmu orientováno na spolupráci mezi samostatnými nemocničními zařízeními, či odděleními, ale spolupráce mezi personálem na jednotlivých odděleních, či mezi jednotlivými stanicemi je opomíjena, přestože právě ta je zásadní ve fungování celého systému a v poskytování kvalitní péče.

Spolupráci na oddělení nepřisuzujeme pouze interakci v sesterském kolektivu, ale také mezi sestrami a lékaři, či sestrami a sanitáři a tímto zdravotnickým personálem s vedoucími pracovníky, zejména se staničními a vrchními sestrami a přednosty oddělení.

Právě vedoucí manažeři mají ve svých rukou spokojenost zaměstnanců, jelikož mohou zasahovat nejen do pracovních záležitostí, ale také do interpersonálních vztahů mezi pracovníky, či případně vzniklých problémů. Management oddělení může pozitivně přispět k utváření kvalitního zdravotnického týmu, který spolu efektivně spolupracuje a poskytuje kvalitní péči pacientům na svém oddělení. Efektivní spolupráce mezi zaměstnanci zdravotnického zařízení však není důležitá pouze pro management, zdravotnické pracovníky, ale také pro pacienty, tzn. pro všechny zainteresované strany.

Za cíl této diplomové práce bylo zvoleno zmapování efektivní spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče. Zvolili jsme personál na oddělení chirurgického typu, a to sestry, lékaře a sanitáře. Tyto informanty jsme zvolili proto, že se zdravotnický tým skládá z více zaměstnanců více kvalifikací a kompetencí a na nemocničním oddělení se jedná o členy týmu, mezi kterými spolupráce probíhá nejčastěji.

V této diplomové práci se nezabýváme pouze spoluprací a její efektivností mezi členy týmu, ale také vznikem konfliktů, kterým jsme věnovali jednu z kapitol v této práci. Za další z kapitol jsme zvolili tu, která charakterizuje tým a objasňuje a popisuje definici a členy týmu zdravotnického. V dalších kapitolách se také věnujeme vzdělávání sester v naší republice a specializačnímu vzdělávání, jelikož to úzce souvisí s vykonáváním ošetrovatelské činnosti na jednotce intenzivní péče, která je také předmětem naší diplomové práce. V závěru teoretické části popisujeme jednotku intenzivní péče, standardní lůžkové oddělení a věnujeme se i kompetencím sester, které se odlišují dle charakteru těchto stanic.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Ošetřovatelství

### 1. 1.1 Charakteristika ošetřovatelství

Ošetřovatelství a jeho počátky můžeme pozorovat už v raném středověku, kde jsou spojovány s šířením křesťanství. Historii ošetřovatelství jako takovou můžeme rozdělit do několik etap, ve kterých se tato profese vyvíjela. Mezi základní etapy ošetřovatelství a jeho rozvoj můžeme zahrnout ošetřovatelství charitativní a profesionální, kde nesmíme opomenout zakladatelku moderního ošetřovatelství Florence Nightingale (Kutnohorská, 2010). Tento fakt zmiňuje i Bártlová (2005), která profesi sestry popisuje jako velmi proměnlivou a udává, že zprvu se její podstata vyvíjela díky charitativnímu ošetřovatelství a následně se postupně vyvíjela vlivem změn, které v okolí nastávaly, mezi jinými i války, kde také vyzdvihuje Florence Nightingale, která měla na vývoj ošetřovatelství obrovský vliv.

Jak uvádí Dingová Šliková et al. (2018), ošetřovatelství dnes vnímáme jako samostatný multidisciplinární obor, který má nejen rozmanitý teoretický základ, ale i bohatou praktickou základnu. Dále je dle těchto autorů mnoho humanitních oborů, které se opírají o poznatky z dalších věd, kterými jsou například vědy přírodovědné

a společenské.

Pojetí člověka v ošetřovatelství, jakožto celku a respektování celé jeho lidské bytosti, nikoli pouze části, je základním principem ošetřovatelství. Tento přístup se nazývá holismus, jehož jádro tkví v uspokojování potřeb člověka ve všestranném měřítku, zejména tedy ve směru, který přispívá k udržení, či zlepšení zdraví nebo k uspokojování potřeb, které vznikly nebo byly změněny příchodem nového onemocnění (MZČR, 2021). Tento názor sdílí i Dingová Šliková et al. (2018), která dodává, že holismus je filozofický směr, který se do ošetřovatelství prolíná a vyzdvihuje tak nutnost pohledu na člověka jako celku, nutnost celostního přístupu.

Nedílnou součástí ošetřovatelství je i výzkum, jak udává Bártlová et al. (2009) a dodává, že k tomu, aby docházelo ke zvyšování kvality ošetřovatelské péče je zapotřebí, aby sestry považovaly výzkum za součást své profese. Plevová et al. (2018) s těmito názory souhlasí a přispívá informací, že je ošetřovatelský výzkum jeden z nástrojů celé ošetřovatelské profese, který by měly sestry ovládat. Dále tato autorka zdůrazňuje, že se především u nás, v České republice, vývoj ošetřovatelství zrychlil

až v posledních letech a je dáván do souvislosti s vysokoškolským vzděláváním sester v současnosti.

### **1. 1.2 Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech**

Jak už bylo nastíněno, ošetrovatelství a s ním související ošetrovatelská péče je péče, která je poskytována v souladu s přihlédnutím na všechny lidské oblasti a potřeby člověka, a to potřeby bio – psycho – sociální a spirituální. Ošetrovatelská péče má své dělení, které v České republice podléhá konkrétní legislativě. Jedná se o péči, kterou poskytuje zdravotnický personál různých kvalifikací a různého vzdělání, a to dle zákona č. 96/2004 Sb., který byl v roce 2017 novelizován a změněn zákonem 201/2017 Sb. Činnosti, pro které má tento personál kompetence, jsou udány ve vyhlášce

č. 55/2011 Sb. Právě dle této vyhlášky můžeme ošetrovatelskou péči dělit na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou, přičemž ošetrovatelská péče specializovaná a vysoce specializovaná je poskytována na speciálně technicky i personálně vybavených jednotkách, zejména JIP a ARO vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Co se týče přímo ošetrovatelství v chirurgických oborech, jedná se o odbornou péči, která je poskytována pacientům, kteří trpí onemocněním, které vyžaduje nějaký chirurgický zásah. Obsahem práce tohoto oboru je péče především o pacienty, kteří se nachází v čase před chirurgickým operačním zákrokem, či po něm nebo je vyžadována asistence u různých invazivních výkonů, které se u pacienta plánují vykonávat (Janíková a Zeleníková, 2013).

Jedním z nejdůležitějších požadavků na zdravotnický personál v tomto oboru je pozorování, hodnocení stavu pacienta, a především znalost nejen daného onemocnění, vyskytující se u konkrétního pacienta, ale také předcházení, či včasné odhalení rizik, komplikací, či již vzniklých problémů a schopnost je řešit (Janíková a Zeleníková, 2013). S tímto tvrzením se ztotožňuje i Libová et al. (2019), která dodává, že se jedná o komplexní poskytování péče ze strany sestry, která musí být schopna rozeznat rozdíly od normálního průběhu onemocnění či stavu pacienta a včas na ně reagovat.

### **1. 1.3 Metody ošetrovatelské péče**

Jak popisuje Plevová et al. (2018) k tomu, aby byla ošetrovatelská péče co nejefektivnější a co nejpřínosnější pro pacienta, je vhodné si stanovit metodu, dle které se budou zdravotničtí pracovníci řídit. Metodou se snažíme stanovit si co nejlepší průběh ošetrovatelské péče, tzn. organizační věc práce, což vede k

vyšší úrovně této péče. Tento fakt zdůrazňuje i Brabcová (2016), která dále udává, že metody poskytování ošetrovatelské péče spočívají především ve stanovení si optimálního počtu personálu, čímž je udávána právě kvalita ošetrovatelské péče, která musí korespondovat nejen s kompetencemi zdravotnických pracovníků, ale také s ošetrovatelskými standardy. Vytejková et al. (2011) k tomuto dodává, že je zapotřebí, aby měl každý člen týmu svůj úkol, tudíž je nutné zvolit vhodnou metodu ošetrovatelské péče, a byla tak poskytována péče komplexní a přihlížející ke každému pacientovi individuálně.

Při výběru metody je vhodné vzít v potaz strukturu zdravotnického týmu, který má o pacienta pečovat a také to, jakého charakteru je daná práce, jakého je rozsahu a nutné je přihlížet i na vybavenost jednotky a možnosti techniky na ní. K tomu, aby byla poskytována co nejefektivnější ošetrovatelská péče, známe pět možných metod, a to funkční, celkovou a týmovou metodu, a dále metodu ošetrování kontaktní sestrou a case management (Plevová et al., 2018).

Funkční metoda, nebo také výkonová metoda, spočívá ve stanovení si cíle, kterého je zapotřebí dosáhnout a každý z členů ošetrovatelského týmu má přidělený úkol, který plní u všech pacientů na dané jednotce. Jedná se například o provedení převazů ran (Plevová et al., 2018). Jako největší nevýhodu udává autorka nekomplexní pohled na pacienta. Brabcová (2016) tento názor sdílí a dále zmiňuje, že byl tento typ péče výraznější především v minulosti a bohužel neumožňuje holistický pohled na nemocného. Toto zmiňuje i Vytejková et al. (2011), která tento způsob také nepovažuje za holistický, ale pouze zaměřený na jednotlivý výkon.

Celková, také nazývána skupinová metoda, je typ ošetrovatelské péče, při které je sestře ve službě přidělena skupina pacientů, za které zodpovídá, včetně jejich ošetrovatelské dokumentace. Na konci celé směny sestra veškeré informace o pacientovi předá sestře, která nastoupí na směnu následující (Plevová et al., 2018). U tohoto způsobu péče vidí Vytejková et al. (2011) největší výhodu v tom, že může sestra pacienta v přidělené skupině lépe poznat, jelikož se věnuje menšímu počtu pacientů. Další výhodu vidí v tom, že o takto přidělenou skupinu se stará většinu času jeden lékař, který taktéž pacienty lépe zná, což zkvalitňuje nejen péči o pacienty, ale také vztah lékaře a sestry mezi sebou.

Plevová et al. (2018) také popisuje třetí typ ošetrovatelské péče jako týmovou péči, která je nazývána vícestupňová. Při této metodě je sestavena skupina pracovníků různé kvalifikace, které je přidělen pacient, či větší počet pacientů, o které po celou dobu pečují.

Za vedoucí tohoto týmu je považována všeobecná sestra, která nese zodpovědnost za práci všech ostatních členů tohoto seskupení. K této vedoucí pozici všeobecné sestry v takovémto týmu přispívá svým názorem i Venglářová (2011), která týmovou spolupráci považuje za velmi specifickou záležitost, v níž má každý zdravotnický pracovník svoji pozici, kterému dá dobrá vedoucí sestra možnost rozvíjet svoje individuální schopnosti, což poté vede ke zkvalitnění nejen celé ošetrovatelské péče, ale také ke zkvalitnění spolupráci mezi jednotlivými členy tohoto týmu.

Čtvrtou metodou ošetrovatelské péče je metoda ošetřování kontaktní sestrou, která by pro pacienta měla být k dispozici po celou dobu vykonávání své činnosti, tudíž se na ní pacient může kdykoliv obrátit (Plevová et al., 2018). K této metodě Brabcová (2016) ještě dodává, že sestra, která má pacienta na starosti, péči o něj plánuje na celých čtyřiaadvacet hodin a pacienta zapojuje nejen do plánování, ale i do realizace a hodnocení celé péče.

Z této metody vychází i metoda pátá, zvaná case management neboli metoda zaměřená na případ, kdy je sestře přidělen pacient na základě diagnózy, která mu byla stanovena. Péče při této metodě není omezena pouze na dobu hospitalizace, ale spočívá i v zajištění péče po ní. Důležitá je tedy komunikace mezi jednotlivými složkami zdravotnického týmu (Plevová et al., 2018).

## 1.2 Typy péče a oddělení

Čeledová a Holčík (2018) popisují systém zdravotní péče jako soubor všech organizací a institucí, které slouží k tomu, aby docházelo k co nejefektivnějšímu vykonávání zdravotnických činností, jejichž primárním cílem je zlepšení zdraví. Stejně tak i Hamplová (2019) popisuje tento systém jako část společenského systému, která se skládá jak z institucí, tak z činností, které se snaží zlepšit zdraví jednotlivce, ale také celé společnosti a dále dodává, že základní podmínkou pro fungující zdravotní systém je dostupnost péče a její kvalita. V České republice spočívá základní kámen poskytování zdravotní péče v poskytnutí přiměřené úrovně péče všem občanům republiky, to znamená, že se každému občanovi dostane dostupné kvalitní zdravotní péče (Čvela et al., 2015).

Systémy zdravotnictví můžeme rozdělit dle způsobu hrazení zdravotní péče, a to na dva modely, kterými jsou státní zdravotnictví, kde je péče, která je poskytována, hrazena z veřejných zdrojů. Druhým modelem je poskytovaná péče založena na pojištění,

kteřé můžeme členit na veřejné a soukromé, které je dobrovolné. Druhý typ modelu je zaveden od 90. let 20. století také v České republice (Hamplová, 2019).

Pokud ale budeme brát v potaz druhy zdravotní péče z hlediska naléhavosti a neodkladnosti, můžeme je rozdělit na akutní přednemocniční, primárně preventivní, sekundární ambulantní, zvláštní ambulantní, zvláštní ústavní a terciální péči (Brabcová, 2016).

Ministerstvo zdravotnictví rozděluje péči na ambulantní, která je poskytována jako primární, specializovaná a péče ve stacionářích. Stejně tak je rozdělována péče lůžková, která je poskytována ve zdravotnických zařizováních a je členěna na péči standardní, intenzivní, následnou a dlouhodobou. Zdravotní péče členěna na ambulantní, jednodenní, lůžkovou a péči poskytovanou ve vlastním prostředí nemocné osoby (Zákon č. 375/2011 Sb.)

## **1. 2.1 Standardní lůžkové oddělení**

Budeme-li se zabývat péči lůžkovou, konkrétně poskytováním zdravotnické péče na standardním lůžkovém oddělení a také jednotce intenzivní péče, péče o pacienty na standardních odděleních je poskytována osobám, které trpí chronickým onemocněním, které se náhle zhoršilo a pacient potřebuje akutní péči, ale nejedná se o stav, kdy by docházelo k selhávání důležitých životních funkcí. Pokud k tomuto dochází, nebo takovéto stavy lze předpokládat, je pacient hospitalizován na jednotce intenzivní péče (MZČR, 2012). Přesné znění těchto pojmů však můžeme vyhledat v zákoně 327/2011sb., zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, kde můžeme standardní lůžkovou péči dále rozšířit na péči, kde je u pacientů nutný operační zákrok, který nelze provést na úrovni ambulantní péče (Zákon 327/2011 Sb.)

Jak vysvětluje Slezáková et al. (2019), standardní lůžkové oddělení chirurgického typu je členěno na aseptickou a septickou část. Na aseptických lůžkových odděleních se hospitalizují pacienti, u kterých byla zvolena konzervativní léčba, či u nich po chirurgických zákrocích probíhá primární hojení, kdežto na chirurgických odděleních septických se vyskytují pacienti, u nichž dochází k sekundárnímu procesu hojení.

Sestra na standardním lůžkovém oddělení má mnoho úloh, které jsou pojaty velmi komplexně jak v předoperačním, tak pooperačním období pacienta. Hlavními úkoly a činnostmi sestry na těchto odděleních je u pacientů, kteří vyžadují chirurgickou léčbu,

hodnotit, ošetřovat a volit vhodné krycí materiály na chronické či operační rány, dbát u těchto pacientů na prevenci přenosu infekce, dostatečně je edukovat, posilovat jejich soběstačnost, či v případě terminálního stádia onemocnění zajistit důstojné a bezbolestné umírání (Janíková, Zeleníková, 2013).

## 1. 2.2 Jednotka intenzivní péče (JIP)

Jak už bylo zmíněno výše, intenzivní péče je poskytována pacientovi, jehož důležité životní funkce selhávají nebo je selhání jeho životních funkcí předpokládáno. Intenzivní péče je velmi uznávaným odvětvím a její přítomnost je v nemocničních zařízeních více než nutná (Zadák et al., 2017).

Jak udává Kapounová (2020), která se s touto definicí ztotožňuje, intenzivní péče je vhodná pro pacienty, u kterých je riziko selhání alespoň jednoho životně důležitého orgánu nebo u něj tento závažný stav hrozí. Tato péče je poskytována na specializovaných jednotkách intenzivní péče nebo na ARO. Dle této autorky je intenzivní péče rozdělena do tří stupňů. První stupeň pečuje o pacienty s orgánovými dysfunkcemi, kde je nutná kontinuální monitorace životních funkcí a pacient je odkázán na menší nejen přístrojovou, ale i farmakologickou podporu. Do druhého stupně intenzivní péče spadají pacienti, kterým selhala jedna základní životní funkce a do stupně tři zařazujeme osoby, kterým selhaly dvě a více životní funkce a jsou často odkázány například na UPV (Kapounová, 2020). S tímto souhlasí i Zadák et al. (2017) a přispívá informací, že základní aktivitou na jednotkách nižší intenzivní péče, tzn. stupně I. je monitorace pacienta, a to kontinuální. Do dalších stupňů spadá krom kontinuálního monitorování i náhrada za selhávající životně důležitý orgán.

Ošetrovatelská péče o pacienta na jednotce intenzivní péče je velmi náročná, vzhledem k tomu, že se zdravotní stav pacienta ve většině případů často mění, což vede i ke změnám jeho potřeb, které se na tomto oddělení nejčastěji týká dýchání, výživy, vyprazdňování a také soběstačnosti a vyrovnanosti v oblasti psychiky (Kapounová, 2020). K tomu, aby byly všechny potřeby pacienta uspokojeny v jeho prospěch, a aby docházelo k vysoce kvalitní péči o tyto pacienty je potřeba odborná zdatnost a zaujetí a zájem o práci na jednotce intenzivní péče. Právě tento fakt je považován za základní předpoklad práce sestry na JIP (Zadák et al., 2017).

Zadák et al. (2017) dále vysvětluje, že nejen v rámci efektivní týmové spolupráce je nutné, aby spolu se sestrami na jednotce intenzivní péče pracovali i lékaři, kteří se věnují především práci na JIP a mají perfektní znalosti a zkušenosti v této oblasti.



Autor dále zmiňuje, že je pro JIP a pacienty prospěšné, aby měla každá jednotka intenzivní péče určeného svého vedoucího lékaře, který má v této oblasti specializaci.

Velmi důležité je zmínit, že nejen sestry a lékaři na JIP jsou prospěšní pro péči o pacienty, ale do celého týmu musíme zařadit i rehabilitační pracovníky a nutriční terapeuty (Zadák et al., 2017). S těmito názory se ztotožňují i Ervin et al. (2018), který do kolektivu jednotky intenzivní péče zařazuje dále i klinické farmaceuty a klinické psychology a odůvodňuje náročnost péče na této stanici i tím, že má personál na JIP velmi nízkou časovou stabilitu, čímž dochází i ke snížené týmové dynamice.

Toto zmiňuje i Bartůněk et al. (2016), který hlavně dostatek vzdělaného personálu považuje za nutnost pro efektivně fungující jednotku intenzivní péče, k čemuž ještě zmiňuje nutnost dostatečného množství technického vybavení a přístrojů, které slouží ke zlepšování, či záchraně zdraví pacientů, zde hospitalizovaných.

Za velmi důležitý aspekt, týkající se organizace JIP, považuje Zadák et al. (2017) zaopatření co nejméně nutného pohybu personálu k pacientům, jednotka intenzivní péče by tedy měla být strukturována tak, aby měl personál možnost být v kontaktu s pacientem co nejdříve. Dle tohoto autora by bylo velmi přínosné, aby byla JIP kombinací jak otevřeného systému, tak uzavřeného, což by představovalo otevřený systém intenzivní jednotky, ve kterém by se nacházely i izolované boxy. Dingová Šliková et al. (2018) souhlasí s tím, že by jednotky intenzivní péče měly být řešeny tak, aby bylo možné co nejlépe poskytnout rychlou kvalitní péči, a co nejrychleji řešit akutní stavy u pacientů, proto je důležité, aby byla JIP co nejlépe prostorově zorganizovaná. Autorka také dodává, že nezbytnou součástí jednotky intenzivní péče je kvalitně vybavené lůžko, na kterém pacient tráví spoustu času během své hospitalizace.

Budeme-li se zabývat vybavením lůžka, je žádoucí, aby bylo každé z nich vybaveno monitorovacím systémem, systémem odsávání, bezpochybně je nutný rozvod kyslíku přímo u lůžka. Samozřejmostí je také dostatečné množství přívodu elektřiny, tedy zásuvek a v neposlední řadě i dostatek světla, ideálně regulátorů osvětlení z různých úhlů (Zadák et al., 2017).

Jak zmiňují Chowdhury a Duggal (2017) můžeme rozlišovat jednotky intenzivní péče otevřené, uzavřené či polouzavřené. K tomuto se vyjadřuje i Mahútová (2017), která uzavřený typ nazývá boxovým typem, a dle které je otevřený systém nevýhodný v tom, že je tu velké riziko přenosu infekce mezi pacienty, jelikož se jedná o typ jednotky intenzivní péče, kde jsou lůžka uspořádána v jednom velkém prostoru, odděleny pouze závěsy, které zaručují dodržování důstojnosti pacienta nejen například při hygieně.

## 1.3 Získání způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry

### 1. 3.1 Vzdělávání sester v současném ošetrovatelství

Vzdělávání sester patří bezesporu do velmi důležitých témat celého ošetrovatelství. Budeme-li se nejdříve zabývat vzděláváním v ošetrovatelství postupem času až do současnosti, budeme se probírat dlouhým obdobím, než dojdeme do modelu vzdělávání sester, jak ho známe dnes.

Jak udává Plevová et al. (2018) rozkvět vzdělávání sestry začal až ve třetí etapě ošetrovatelství, tedy v tom profesionálním. Tomu však předcházelo formování této profese nejprve na úrovni charitativního ošetrovatelství. Kutnohorská (2010) uvádí, že potřeba vzniku škol, kde se sestry mohly vzdělávat tak, aby měly znalosti a byly by schopny na profesní úrovni pečovat o nemocné a zraněné, vznikla na základě vzniku obav z nové války.

Plevová et al. (2018) první známky vzdělávání v ošetrovatelství vidí až na konci osmnáctého století, kdy došlo k otevření první ošetrovatelské školy v Londýně, jako první svého druhu na světě, a její zakladatelkou byla Florence Nightingale.

U nás, v českých zemích, byla založena první ošetrovatelská škola v roce 1874, a to v Praze (Plevová et al., 2018).

Následující roky probíhal rychlý vývoj vzdělávání sester, ale až po roce 1948 došlo ke vzniku středních zdravotnických škol, které vznikly sloučením ošetrovatelských škol se sociálními a rodinnými. Co se týče vysokoškolského vzdělávání sester, na to si nelékařské zdravotnické profese musely počkat až do roku 1992, kdy jim bylo umožněno vzdělávat se nejdříve v rámci pregraduálního vzdělávání na bakalářských oborech. Později se otevřely i magisterské obory, což proběhlo ale až v roce 1999 (Plevová et al., 2018). Kutnohorská (2010), která také zmiňuje rok 1948, do kterého byly ošetrovatelské školy pouze dvouleté, avšak po tomto roce došlo ke vzniku již zmíněných středních zdravotnických škol, kde studium probíhalo čtyři roky, s čímž se tato autorka ztotožňuje s Plevovou (2018). Dingová Šliková et al. (2018), také toto téma zmiňuje a největší průlom v České republice v souvislosti se vzděláváním v ošetrovatelství vidí až po roce 1989, kdy docházelo k otevírání již zmíněných bakalářských oborů pro sestry, které fungovaly při lékařských fakultách.

K vysokoškolskému vzdělání sester přispěla Evropská komise právě roku 1989, která doporučila vysokoškolské vzdělání sester, které by získaly akademický titul, diplom, a mohly se tak dál ve svém oboru vzdělávat. Od roku 2004 se všeobecné sestry

kvalifikují pouze na vyšších odborných a vysokých školách, které fungují jako součást lékařských fakult, či jako samostatné fakulty se zaměřením na ošetrovatelství a práci všeobecné sestry (Plevová et al., 2018).

### 1. 3.2 *Potřebná kvalifikace všeobecné sestry*

K tomu, aby bylo možné vykonávat profesi všeobecné sestry je zapotřebí, aby zájemce o tuto profesi dosáhl zákonem požadované kvalifikace, či následně specializace. Studium, prostřednictvím kterého zájemci o tuto profesi dosáhnou požadovaného vzdělání, má v současné době více variant. Co je ale podstatné zmínit je fakt, že toto vzdělávání obnáší nejen prohlubování znalostí a vědomostí v oblasti ošetrovatelství, ale také komunikace, edukace a rozvíjení kritického myšlení, znalostí v oblasti práva a managementu, což je dalším nezbytným aspektem kvalitní spolupráce v týmu, vhodném přístupu k pacientům a ovládnutí své profese tak, aby se předcházelo nejen konfliktům v týmu, ale také nežádoucím událostem.

Jak popisuje Šupšáková (2017), znalost zákonů a také přehled o tom, kde se tyto zákony a vyhlášky nacházejí, je důležitou znalostí nejen manažerů, kteří vedou některé zdravotnické zařízení, či oddělení. Tento přehled je velmi důležitý především proto, že je systém zdravotnictví a vše kolem velmi složitou záležitostí, a také proto, že se touto znalostí a přehledem dá předejít značnému riziku, a to například ve smyslu porušení legislativy, ohrožení pacienta a snížení kvality ošetrovatelské péče.

V současnosti lze získat způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry několika způsoby. První z možností je studium vysokoškolského tříletého bakalářského oboru, zakončeného státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu Bc., psaného před jménem. Absolvent tohoto oboru je bakalář. Dalšími je například studium, zakončené absolutoriem se získáním titulu Dis., psaného za jménem na vyšší odborné škole, taktéž v rozmezí tří let. Absolvent tohoto oboru je diplomovaný specialista. Třetí z možností je tzv. systémem 4+1. Tento způsob získání způsobilosti k výkonu všeobecná sestra spočívá v nástupu do vyššího, tedy ne prvního ročníku, vyšší odborné školy

- a po zvládnutí přijímacích zkoušek tak moci vykonávat profesi všeobecní sestry. Jednou z podmínek k tomuto typu studia je předchozí již ukončená kvalifikace praktické sestry, porodní asistentky nebo také zdravotnického záchranáře (Havelková, 2017).

Jedním ze zákonů, který nám udává podmínky získávání způsobilosti k tomu, abychom mohli vykonávat povolání všeobecné sestry je již výše zmiňovaný zákon č. 201/2017, dříve 96/2004 Sb. Kromě toho, že zdravotnický pracovník splňuje

podmínky, které obsahuje tento zákon, je nutné, aby měl čistý trestní rejstřík a byl k vykonávání tohoto povolání zdravotně způsobilý (Malíková, 2020).

S tím se ztotožňuje i Karpíšková (2017), která tento zákon považuje za hlavní dokument a základní pilíř v legislativě týkající se vzdělávání sester v České republice a doplňuje poznatek, že tento zákon prošel řadou změn, přičemž poslední novelizace tohoto zákona se konala v roce 2017.

V souvislosti se zaměřením na vykonávání ošetrovatelské činnosti v konkrétním oboru, například v chirurgickém ošetrovatelství, či ošetrovatelství v intenzivní péči, může sestra získat specializační vzdělávání v daném oboru, přičemž činnosti sester s danými specializacemi, můžeme dohledat ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. Tato vyhláška nese název vyhláška o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Janíková a Zeleníková, 2013).

### **1. 3.3 Specializační vzdělávání sestry v intenzivní péči**

Jak vysvětlují Bartůněk et al. (2016), sestra v intenzivní péči není samostatným povoláním, ale považujeme ho za specializaci nelékařské profese všeobecná sestra, což lze rozvést tak, že sestra, vykonávající pracovní činnost na jednotce intenzivní péče je způsobilá a schopna vykonávat i profesi všeobecné sestry na jakémkoliv jiném oddělení. Z toho lze vyvodit skutečnost, že podmínkou k tomu, aby mohla sestra vykonávat činnost na jednotce intenzivní péče je potřeba, aby dosáhla způsobilosti k výkonu všeobecná sestra.

K tomu, aby sestra měla přímo specializaci v oboru intenzivní péče je potřeba, aby absolvovala některý ze specializačních programů, které jsou ukončeny atestační zkouškou nebo navazujícím magisterským programem specializace v intenzivní péči (Bartůněk et al., 2016). S tím se ztotožňuje i Plevová et al. (2019), která dodává, že specializační vzdělávání sester patří do tzv. postgraduálního vzdělávání.

Vzdělávání je umožněno prostřednictvím akreditovaného pracoviště, které splnilo podmínky a získalo akreditaci Ministerstva zdravotnictví České republiky podle vzdělávacího programu (Věstník MZČR 5/2020). Bartůněk et al. (2016) dále udává, že podmínkou pro to, aby sestra mohla v tomto programu specializaci absolvovat je nutné, aby splňovala způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry na území naší republiky a v případě, že tuto způsobilost získala v zahraničí, musí být nejprve uznána již zmiňovaným Ministerstvem zdravotnictví. Program obsahuje výuku jak teorie, tak praxe, které je nutno absolvovat pro řádné ukončení této specializace,

jež spočívá v úspěšném složení atestační zkoušky. S tím souhlasí i Plevová et al. (2019), která upřesňuje, že se tento vzdělávací specializační program člení do modulů, které společně tvoří část programu, který je ohodnocen určitým množstvím kreditů a vzdělávací program obnáší daný počet hodin jak teoretické, tak praktické výuky.

Specializačními obory se z pohledu legislativy zabývá nařízení vlády č. 31/2010 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou odborností (Bartůněk et al., 2016). Tato specializace je také považována za formu celoživotního vzdělávání (Plevová et al., 2019). Výsledkem specializace v intenzivní péči se získání schopností a kompetencí k poskytování specializované a vysoce specializované intenzivní péče. Kompetence můžeme rozdělit do dvou skupin, a to poskytování specializované péče bez indikace lékaře a na základě indikace lékaře. Do první skupiny můžeme zařadit například edukaci pacientů ve specializovaných postupech, přípravu standardů, týkající se specializovaných postupů v intenzivní péči, pečování o dýchací soustavu při UPV, či o arteriální vstupy. Do druhé skupiny, tedy do skupiny výkonů, které sestra vykonává na základě indikace lékaře, můžeme řadit zavádění gastrických sond, dekanylaci CŽK, či aplikace léků do epidurálního katétru (Věstník MZČR, 5/2020).

## **1.4 Týmová spolupráce v ošetřovatelství**

### **1. 4.1 Charakteristika týmu**

Dolanová (2012) popisuje tým jako celek, v němž jsou na sobě jednotlivci závislí, míří cestou společného cíle a za svoji práci a splnění cíle nesou patřičnou odpovědnost. Jako celek, kde mezi sebou jedinci úzce spolupracují, je tým zodpovědný nejen za úspěchy, ale samozřejmě i neúspěchy. Máchal et al. (2015) popisují tým také jako skupinu osob, který mají společný cíl, s čímž nepřímo souhlasí s Dolanovou (2012), a dále přispívá informací, že dovednosti a schopnosti každého člena týmu na sebe vzájemně navazují, a zároveň dává takováto týmová spolupráce prostor k rozvoji každého jednotlivého člena v něm.

Tým můžeme stejně tak chápat jako skupinu lidí, ale skupinu jinou, odlišnou, něčím neobyčejnou, jak k tomuto tématu přispívá i Plamínek (2018), který tým dále popisuje jako skupinu lidí, kteří jsou sehraní, a i za ne vždy příznivých podmínek podávají slušné výkony, které směřují k cíli, který si zadali hned na počátku své práce.

Tento autor také zmiňuje fakt, že základním pojivem mezi lidmi, kteří tvoří tým, jsou sdílené myšlenky, ve smyslu hodnot a daných, již zmiňovaných, cílů.

Další informací, týkající se týmu, přispívá Plevová et al. (2018), která popisuje znaky dobrého týmu. Za dobrý tým považuje tým, ve kterém si jeho členové uvědomují, že jsou tým a musí na základně tohoto vědomí vhodně spolupracovat. Další pozitivní známkou týmu je fakt, že v něm probíhá jasná, daná a efektivní komunikace. Rosengarten (2019) k tomuto ještě dodává, že za velmi kladný výsledek týmu může být považována i skutečnost, že nastane situace, kdy dojde k vyřešení obtížných úkolů, které se zdály být nezvladatelnými a dodává, že každá sestra by si výhod týmové spolupráce měla být vědoma.

V neposlední řadě je dobré zmínit, i že dobrá kvalita týmu je vyznačována tím, že dochází k pozitivní interakci mezi členy týmu a třetí osobou (Plevová et al., 2018).

Za týmovou spolupráci je poté považována práce jednotlivých osob, které oplývají různými schopnostmi, vlastnostmi a také zkušenostmi, a jak už bylo zmíněno, jejich zájem směřuje k jednomu, či více společným cílům (Máchal et al., 2015).

## **1. 4.2 Zdravotnický tým**

Jak popisuje Dolanová (2012), je nepředstavitelné, aby péči o člověka, pohledem holistickým, zvládal pouze jeden zdravotnický pracovník. Autorka uvádí, že k tomu, aby bylo dosaženo prvotních cílů, čímž se rozumí především udržení co nejvyšší možné kvality života a co nejefektivnější uzdravení v nemoci, či odstranění co nejvíce faktorů diskomfortu v období nemoci, je nutný profesionální multioborový tým. K tomu Epstein (2014) přispívá informací, že právě péče o pacienta zdravotnickým týmem způsobuje větší spokojenost nejen pacientů, ale i zdravotnického personálu. Kang et al. (2020) s tímto souhlasí a přidávají poznatek, že fungující zdravotnický tým snižuje problémy, související se zdravotním stavem pacienta, a dokonce přispívají informací, že je prokázána i nižší míra komplikací vedoucím až k úmrtnosti těchto pacientů.

Dingová Šliková et al. (2018) zdůrazňuje, že poskytování ošetrovatelské péče nebylo ihned od začátku týmovou záležitostí, ale tato skutečnost se vyvíjela po celé staletí. Týmovou práci popisuje jako vzájemnou spolupráci, doplňování a vhodnou komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky, jejichž společným cílem je dobře a kvalitně ošetřený pacient. Kompetence a získání kvalifikací u jednotlivých členů ošetrovatelského týmu

můžeme vyhledat v již zmíněném zákoně č. 201/2017 Sb. Dle Koncepce ošetrovatelství z roku 2021 do ošetrovatelského týmu patří sestry všeobecné, dětské, praktické, porodní asistentky a dále například ošetrovatelé a sanitáři (MZČR, 2021). Tým můžeme chápat také jako neformálně stanovenou jednotku, skládající se z osob různých specializací, jak lékařů, sester, tak například fyzioterapeutek, jejímž cílem není pouze plnění úkolů, jež jsou předem definované, ale i jedinečných situací a problémů (Vévoda et al., 2013).

Zdravotnický tým můžeme popsat jako skupinu zdravotnických pracovníků s různými kvalifikacemi a zaměřením, různým vzděláním a odborností. Jedná se o lékaře, sestry, ošetrovatelky, sanitáře, fyzioterapeuty, ale také psychology, jak uvádí Hlinovská et al. (2018). Vytejčková et al. (2011) popisuje zdravotnický tým jako skupinu zdravotnických pracovníků, kteří mají různou úroveň vzdělání a různou kvalifikaci, dle ní se jedná o multidisciplinární tým, do něhož patří nejen lékaři a sestry, ale také další pracovníci, včetně ošetrovatelek a sanitářů.

Jak uvádí Zacharová (2017), role lékaře byla vždy vnímána jako autoritativní, a to nejen ve vztahu k pacientovi, ale i k sestře, což se postupem času a vzhledem k modernizaci celého postojů ke zdravotnictví a zdravotníkům mění, jelikož je nyní sestra chápána nejen jako pomocnice a poskytovatelka základní ošetrovatelské péče, ale také jako lékařova rovnocenná profesní partnerka, manažerka, pacientova poradkyně, a také jako prostřednice mezi lékařem a pacientem.

Jak vysvětluje Vévoda et al. (2013), zdravotnický tým má jeden hlavní společný cíl, a to v co nejkratším časovém úseku a zároveň co nejefektivněji pomoci pacientovi, a to v nejrůznějších situacích. Hlinovská et al. (2018) dodává, že pokud vše v týmu funguje tak, jak má a vztahy mezi personálem fungují, je péče o pacienta daleko kvalitnější a efektivnější. Vytejčková et al. (2011) zdůrazňuje, že hlavním společným cílem, by pro zdravotnický tým měl být spokojený pacient.

Pro to, aby byla týmová práce co nejefektivnější je nutné, aby zmíněné profese vzájemně respektovaly kompetence jednotlivých členů týmu. S tím ve své knize souhlasí i Dingová Šliková et al. (2018), která zdravotnického pracovníka popisuje jako osobu, která splnila a získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle platné legislativy, již zmíněném zákonu. Brabcová (2016) vyzdvihuje výhodu ošetrovatelského týmu právě v tom, že o pacienta pečují všichni členové zdravotnického týmu. K tomuto přispívá velmi zajímavým názorem i Tawfik et al. (2017), který vysvětluje, že právě týmová práce je jedním z aspektů, kteří určují kvalitu péče o pacienty na dané jednotce a dodává, že právě zvyšování kvality ve zdravotnictví, včetně kvalitní péče,

je nekonečnou výzvou pro celý zdravotnický systém. Bártlová (2013) týmovou spolupráci považuje za základní kámen úspěšné jak lékařské, tak ošetrovatelské péče a udává, že pokud zdravotničtí pracovníci pracují v týmu, mají daleko větší úspěchy v péči o pacienty, než když by tuto péči poskytovali jako jednotlivci bez týmového zázemí. K tomuto se vyjadřuje i Gluyas (2015) a přispívá informací, že k tomu, aby tým dosáhl cílů, které si stanovil, je nutná nejen spolupráce mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu, ale je nezbytná i koordinace práce a co neefektivnější komunikace mezi nimi a také zmiňuje fakt, že efektivní týmová práce vede k co nejkvalitnější péči o pacienty, s vyskytující se co nejmenším počtem pochybení.

Jednou ze situací, které vznikají na oddělení, je příjem, překlad nebo propuštění pacienta, při kterém musí zdravotnický tým spolupracovat tak, aby nedocházelo k problémům, či ohrožení pacienta ze strany zdravotnického personálu. Jak uvádí Duková (2018), přijetí pacienta můžeme členit na akutní a na plánovaný, přičemž při této situaci nedbáme pouze na zařízení všech potřebných dokumentů a informovaných souhlasů,

ale také na dostatečnou edukaci pacienta nejen o vykonávaných činnostech, ale i o vize do budoucna. Jak popisují Ptáček, Bartůněk et al. (2011), spolupráce například při překlada pacienta by měla být jasná, korektní a profesionální a vždy by mělo dojít jak ke spolupráci, komunikaci, ústní, tak i písemnou formou, přičemž je nutné, aby si personál předal nejzásadnější informace o tomto pacientovi, pod kterými si můžeme představit především shrnutí aktuálního stavu pacienta, jeho proměnlivost před překladem a během něj, hodnoty monitorace a další velmi důležité náležitosti, týkající se dané osoby, jako jsou například alergie, ostatní onemocnění apod. Vytejková et al. (2011) dodává, že pokud na oddělení funguje systémová nebo primární péče o pacienty, jedná se o spolupráci sestry a ostatního zdravotnického personálu nejen na počátku hospitalizace, ale po celou její dobu a upozorňuje na to, že k dokumentaci pacienta má po celou dobu přístup celý ošetrovatelský tým, který si musí informace důkladně předávat.

Jak je uvedeno ve vyhlášce 55/2011 Sb., všeobecná sestra vykonává svoji základní i specializovanou ošetrovatelskou činnost, která probíhá prostřednictvím ošetrovatelského procesu, bez odborného dohledu. Dle tohoto zákona je všeobecná sestra zodpovědná a dohlíží na práci ošetrovatelky, která vykonává pod dohledem všeobecné sestry základní péči o pacienta, spočívající například v provádění hygieny, podávání stravy a pečování o vyprazdňování pacientů. Sanitář, který taktéž musí být pod dohledem



pracovníka ve zdravotnictví, který je způsobilý k činnosti bez odborného dohledu, je kompetentní k pomáhání při ošetrovatelských činnostech, jako je například taktéž provádění hygieny, podávání stravy, odnos biologického materiálu do laboratoří a je nápomocen při polohování nebo fixaci pacienta nejen v lůžku, ale i na operačním stole.

#### **1. 4.3 Interakce členů zdravotnického týmu na odborném pracovišti**

I v jiných oborech, či sociálních situacích dochází k tzv. sociální interakci, která se odehrává jak na úrovni fyzické, tak sociální, dochází k vytváření vztahů

mezi zdravotními pracovníky, které jsou velmi důležité pro prospěšný chod oddělení a kvalitní péče o pacienty, jak udává Plevová et al. (2018).

Ve zdravotnickém týmu můžeme pozorovat vztahy jak formální, tak i neformální, přičemž formální vztahy mezi pracovníky se vyznačují především vzájemnou úctou, dodržování vzdálenosti mezi těmito lidmi a rovinnou jazykového vyjádření. Za neformální vztahy se označují takové vztahy, které oplývají vřelostí, kladnými emocemi a oproti neformálním vztahům zde dochází ke konverzaci na celou řadu různých témat (Plevová et al., 2018).

Bártlová (2013) vysvětluje, že náročnost a komplikovanost nejen lékařské, ale i ošetrovatelské péče vyžaduje profesionální spolupráci členů zdravotnického týmu, a to především sester s lékaři a dodává, že nepostradatelnou součástí tohoto partnerského profesionálního vztahu mezi lékařem a sestrou je bezesporu správná komunikace. Vévoda et al. (2013) vidí právě vztah mezi sestrou a lékařem ve zdravotnickém týmu jako téma, které je zejména v posledních letech předmětem zvýšené pozornosti a vysvětluje, že bez jasně daných výsledných výzkumných dat nelze vztah sestry a lékaře považovat za automaticky konfliktní záležitost, kde dochází k určité nadřazenosti lékaře nad sestrou. Oproti tomuto názoru tomu však Plevová et al. (2018) udává, že problémy ve spolupráci mezi lékaři a sestrami vznikají, a to především z toho důvodu, že se sestry velmi často stávají terčem lékařů, kteří se nachází ve stresových situacích. Tato autorka dále vysvětluje, že problémy mezi těmito profesemi vznikají především z toho, že jak lékař, tak i sestry považují důležitost a specifitu léčebného procesu odlišně. K tomuto tvrzení přidává Bártlová (2013) informaci, že je často vztah mezi lékařem a sestrou ovlivněn pocitem a přesvědčením, týkající se pohledem na rozdílnou moc

a postavení těchto dvou profesí. Autorka dále dodává, že dalším faktorem, který ovlivňuje vztah mezi lékařem a sestrou je postoj a vzájemný přístup jeden k druhému.

#### 1. 4.4 Konflikty v týmu a jejich dopad na ošetrovatelskou péči

Slovo konflikt, pocházející z latinského výrazu conflictus, je překládáno jako srazit se, což už napovídá ne na pozitivní situaci mezi dvěma stranami. Toto slovo lze vyložit například i jako neshodu, rozpor, či dokonce boj, válku (Venglářová, 2011).

Plamínek (2012) vykládá konflikt jako faktor, který zasahuje negativním způsobem do celistvosti zavedeného systému, pokud však konflikt do systému zasahuje tak, že ohrožuje i jeho stabilitu, můžeme pojednávat nikoliv pouze o konfliktu, ale přímo o krizi, která může zapříčinit vážné ohrožení tohoto celku. Plevová et al. (2012) popisuje konflikt jako střet dvou proti sobě jdoucích sil, které nevedou ke stejnému cíli a dodává, že je naprosto normální a běžné, že ve správně fungujícím týmu ke konfliktům dochází. Bártlová (2013) souhlasí a dodává, že je konflikt považován za naprosto běžný jev v týmu a není v niších silách konflikty přímo vymýtit, či jim zabránit a vysvětluje to tak, že by se mohlo vyskytnout riziko neschopnosti adekvátně reagovat na jakoukoliv novou změnu, která se v tomto prostředí vyskytla. Grubaugh a Flyn (2018)

však upozorňují na to, že neefektivní řešení konfliktů je velikou hrozbou pro soudržnost a fungování celého takového týmu a dodávají, že je velkým problémem i fakt, že mnohý zdravotnický personál nemá dostatek znalostí o tom, jak co nejlépe danou konfliktní situaci řešit.

Konflikty můžeme dle Venglářové (2011) rozdělit do tří skupin, a to na konflikty vnitřní, konflikty interpersonální a konflikty skupin, což je velký problém obzvláště v ošetrovatelských a lékařských profesích, kde velmi často dochází právě ke konfliktním situacím mezi sestrami a lékaři a dalším zdravotnickým personálem, jakým jsou ošetrovatelky anebo také například sanitáři. Plamínek (2012) se s touto autorkou téměř shoduje a za druhy konfliktu považuje konflikty extrapersonální, interpersonální a intrapersonální. Jedná se o druhy konfliktů tak, jak je vnímají lidé, přičemž první typ není vůbec konflikt mezi lidmi, ale jedná se o jakýsi rozpor mezi dvěma předměty, které spolu určitým způsobem zápasí. Další dva typy se týkají osob, přičemž intrapersonální vztah se týká psychiky a vnitřního boje dané osoby a interpersonální konflikty vznikají právě v již zmíněném týmu.

Jak vysvětluje Venglářová (2011), i skvělý tým někdy zažije situace a období, kdy dojde ke konfliktu, či dokonce ke krizi, což může mít velmi neblahý dopad na péči o pacienty. Autorka však upozorňuje na dva typy konfliktů, a sice konflikt mobilizující a konflikt destruktivní. Oproti druhému typu, který přináší neblahou atmosféru a dopady na celý kolektiv a jejich práci, je typ první prospěšný, jelikož vede k aktivnímu řešení

daného problému, či obtížné situace. Plevová et al. (2012) k tomuto tvrzení přispívá poznatkem, že ve zdravotnické praxi se můžeme setkat s několika typy konfliktů, a to především s konfliktem mezi dvěma sestrami na společné směně, mezi sestrou a lékařem, konflikty kvůli konkurenčním rolím a samozřejmě také dochází ke konfliktům mezi sestrou a pacientem, či pacientem a lékařem.

Budeme-li se zabývat především vztahy a konflikty mezi sestrami mezi sebou a mezi sestrami a lékaři, jedná se především o problém ve filozofii poskytované péče daných jednotlivců. Pokud tedy dochází ke konfliktu mezi sestrou a druhou sestrou, jde velmi často o rozdílný pohled na péči o pacienta, přičemž jedna sestra může být zaměřena pouze na danou činnost, daný výkon, který u pacienta provádí, zatímco sestra druhá nahlíží na pacienta holisticky a tím dochází ke konfliktním situacím (Plevová et al., 2012). K tomuto přispívá i Bártlová (2013), která popisuje příčiny vzniku konfliktů mezi zdravotnickým personálem jako velmi širokospektré a mezi nejčastější zdroje těchto potíží vyzdvihuje například informační nedorozumění, rozdíly mezi osobnostmi zdravotnického personálu, nejasně definované cíle, či v neposlední řadě střety a odlišnosti názorů jednotlivých pracovníků.

Jak popisuje McKibben (2017), konflikt je nevyhnutelnou součástí práce ve zdravotnictví a vzniká především v kombinacích nejen změn a interpersonálních vztahů, ale také vlivem špatného vedení týmu. Autor ve svých výsledcích zkoumání, na toto téma, zdůrazňuje důležitost dobrého vedení při řešení konfliktů, zajištění dynamičnosti v týmu a dodává, že pokud vedení o svůj tým pečuje, podporuje tím i řešení konfliktů, která vede k dobrým vztahům v týmu, což vede k dobré péči a spokojeným pacientům.

#### **1. 4.5 Komunikace jako součást týmové spolupráce**

Dle MZČR (2021), je ošetřovatelství považováno za samostatnou vědní disciplínu. Dingová Šliková et al. (2018), udává, že se jedná o obor, který na člověka nahlíží komplexně a čerpá z dalších věd, jako jsou vědy fyzikální, behaviorální a také například vědy humanitní. Dle ministerstva zdravotnictví České republiky se tedy jedná o multidisciplinární obor, kde je však velmi podstatná a nezbytná samostatnost sestry a týmové spolupráce nejen s lékaři, ale i ostatními členy zdravotnického týmu (MZČR, 2021).

Za nejdůležitější aspekt ve spolupráci ve zdravotnickém týmu je proto dle Plevové et al. (2019) považována komunikace, která je neodmyslitelnou

součástí spolupráce mezi zdravotnickým personálem. Lee a Doran (2017) upozorňují na to, že nevhodnou a neefektivní komunikací je ohrožena bezpečnost pacientů a jedním z faktorů, které tuto komunikaci ovlivňují, jsou personální vztahy mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky.

Tomová a Křivková (2016) upozorňují na skutečnost, že není schopnost komunikace charakteristickou vlastností pro každého jedince, ale jedná se o celoživotní proces, který si postupem času osvojujeme a zdokonalujeme se v něm, a je jedním ze základních stavebních kamenů celého ošetrovatelství. Dle Klímové a Brabcové (2019) je komunikace dovedností, prostřednictvím které můžeme zvládnout řešit nejen aktuální, ale i dlouhodobé problémy, ale je to i jedna z nejzranitelnějších oblastí našeho zdravotnictví, což můžeme pozorovat například na soudních sporech nebo stížnostech na zdravotníky ze strany pacientů a jejich rodin. Plevová et al. (2019) také upozorňuje na to, že prostřednictvím komunikace nejen sestra informace předává a získává, ale také edukuje, motivuje, navozuje důvěru, a především buduje vztahy jak s pacienty, tak i s ostatními členy zdravotnického týmu, což je velmi podstatné pro efektivní spolupráci mezi členy tohoto týmu. Takto na podstatu komunikace nahlíží i Zacharová (2016), dle které je v současnosti nutnost správné komunikace a prohlubování dovedností v ní nezbytná, a to především kvůli toku nových informací v medicíně, zdokonalování zdravotnického vybavení, změnám v profesi sestry a mnohem větší otevřenosti zdravotnictví laické veřejnosti. Dle této autorky se tím mění i role sestry

a vyžaduje dokonalejší schopnost komunikace nejen s pacienty a jejich blízkými, ale právě i schopnost efektivně komunikovat v rámci zdravotnického týmu.

Klímová a Brabcová (2019) k těmto názorům přispívají doplněním, že je komunikace velmi důležitá nejen mezi pracovníky zdravotnického týmu, ale zejména u vedoucích členů, kteří mají tým na starosti. Dle těchto autorek právě komunikace spadá do tzv. sociálních kompetencí, pod čímž si můžeme představit především schopnost domluvit se s ostatními lidmi a svoje myšlenky, nápady a názory před nimi umět nejen přednést, ale také si je obhájit, a v případě nutnosti o nich ostatní pracovníky týmu i přesvědčit, což vyžaduje umění správně komunikovat.

Bártlová (2005) zmiňuje v souvislosti s rolí sestry její tradiční pojetí sestry poskytovatelky základní péče nemocným, což můžeme považovat i za základní funkci ošetrovatelství, ale vzhledem ke změnám, které v ošetrovatelství probíhají, získala postupem času sestra nové další zodpovědnosti, mezi které, dle Bártlové, patří například činnosti, které souvisí s mentální hygienou, kam bezpochybně patří i schopnost správné

komunikace. Zacharová (2016) se k tomuto názoru přidává a popisuje komunikaci jako základ ošetrovatelské praxe, který zaujímá v praxi velmi podstatné místo a je považována jako součást profesionálního vybavení. Vévoda et al. (2013) za základní předpoklad pro úspěšnou práci v týmu považují právě komunikaci, která by měla oplývat profesionalitou jak u sester, tak u lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků. Autoři dále uvádějí, že komunikace je právě jeden z nejdůležitějších aspektů, které formují interpersonální vztahy v týmu, ve kterém je proto důležité, aby komunikace probíhala správným způsobem a na správné úrovni, a žádného z týmu nijak neomezovala, či nepotlačovala jeho potenciál, ale naopak mu dodávala sílu a pomáhala mu jeho profesi vykonávat co nejefektivněji.

Právě proto, aby komunikace plnila svůj účel a pracovníkům přispívala, nikoli jim škodila, je důležité, aby daný jedinec znal a využíval zásady správné efektivní komunikace a vyhnul se určitým bariérám, které se mohou, během komunikování s druhými, vyskytovat. Takovéto obecnější zásady komunikace popisují Klímová a Brabcová (2019), které krom nutnosti při komunikaci sdělovat pravdivé informace, což udá danému sdělení věrohodnost, popisují jako důležitou komunikační zásadu také schopnost porozumět nejen ostatním, ale i vlastnímu já a umět respektovat názor, který může být odlišný od toho našeho. Další předpoklady k tomu, aby byla komunikace ve zdravotnictví co nejkvalitnější, jsou například jednoduchost, stručnost, ale také vhodně zvolená doba ke sdělení konkrétní informace, jak vysvětlují Tomová a Křivková (2016), které jako další přínosný aspekt v komunikaci ze strany sestry považují i kognitivní přizpůsobivost, což vysvětlují tak, že se sestra dokáže snadno a rychle adaptovat na situaci, v níž se komunikace odehrává.

Jako bariéry, které se mohou v komunikaci vyskytnout, uvádí Klímová a Brabcová (2019) například tendence naléhání a napravování, lhostejnosti, či vynášení soudů, což souvisí s výrazným prosazováním vlastních názorů. Konkrétnějšímu rozboru překážek v komunikaci v týmu se věnují Tomová a Křivková (2016), které tuto problematiku dělí do dvou oblastí, a sice komunikační bariéry interní a externí. Do interních bariér zařazují tyto autorky problémy, týkající se přímo osobnosti komunikujícího, kam můžeme zařadit například strach ze selhání při komunikaci, či neúctu nebo také nesympatie k tomu, komu dané informace sděluje. K těmto problémům v komunikaci se vyjadřuje i Vévoda et al. (2013), který tyto bariéry považuje za problematické především ve smyslu chybnosti sdělování informací a riziku poškození pacienta, a vyzdvihuje sílu slova nejen jako prostředku útěchy, ale také urážky

a ranění. Naopak do externích bariér Tomová a Křivková (2016) zařazují rušivé elementy, vznikající v okolí místa, kde komunikace probíhá, za což můžeme považovat například hluk, či zasahování do rozhovoru třetí osobou nebo také nevhodnou hlasovou úroveň komunikujícího.

#### 1. **4.6 Specifika komunikačního procesu v intenzivní péči mezi sestrou a pacientem**

Vzhledem k tomu, že je jednotka intenzivní péče pro pacienta mnohem více stresující než běžná standardní jednotka, je nutné, abychom tomu přizpůsobili i úroveň naší komunikace a našli její vhodnou metodu tak, aby došlo k co nejlepší interakci mezi námi a pacientem (Tomová a Křivková, 2016). S tím souhlasí i Kapounová (2020), která upozorňuje na to, že se na jednotkách intenzivní péče často nachází pacienti ve velmi vážném stavu a je nutné zde aplikovat speciální formy komunikace, a to od komunikace pasivní, přes komunikaci pomocí odezírání ze rtů, používání gest, až k použití speciálních komunikačních karet, či abecedních nebo obrázkových tabulek.

Mezi faktory, které nám určují kvalitu komunikace s pacientem na JIP patří bezesporu stav vědomí pacienta a schopnost s námi komunikovat, což může ovlivnit nejen řada medikamentózních přípravků, jež jsou pacientovi podávány, ale také charakter jeho onemocnění, jeho psychický stav, fyzická zdatnost, kde musíme přihlížet zejména na jeho dechovou kapacitu a v neposlední řadě je pro nás velmi důležitá vůle a odhodlání pacienta s námi vést rozhovor (Tomová a Křivková, 2016). K tomuto se přidává právě i Kapounová (2020), která potřebu specifické komunikace vidí zejména u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami, pacientů zmatených, agresivních, depresivních a zdůrazňuje, že ani u pacientů v bezvědomí nesmí být komunikace opomíjena a vysvětluje, že právě u takovýchto pacientů se jedná sice o tzv. pasivní komunikaci, kdy hovoří a vede rozhovor pouze sestra bez zpětné odezvy, ale je nutné i v tomto stavu pacienta řádně oslovovat a důkladně mu popisovat úkony, která u něj provádíme. K tomuto Dvořáková (2016) přispívá informací, že se na těchto jednotkách intenzivní

péče nachází pacienti například s tracheostomií, či s již zmíněnými poruchami vědomí,

čímž má sestra omezené komunikační možnosti a musí se takovéto situaci rychle

přizpůsobit a jmenuje jako jednu z možností komunikace s takovýmito pacienty bazální

stimulaci, prostřednictvím které můžeme s pacientem nejen komunikovat, ale máme možnost ho aktivizovat, což může vést ke zlepšení jeho komunikačních dovedností.



## 1.5 Role sestry a managementu v ošetrovatelství

### 1. 5.1 Sestra jako součást zdravotnického týmu

Budeme – li se zabývat rolí jako takovou, můžeme ji rozdělit na roli sociální a roli profesní. Jak udává Špirudová (2015), role sociální je takové chování lidské bytosti, které je od něj očekáváno vzhledem k jeho zastoupení ve společnosti. Zatímco role profesní je chování a vystupování jedince, které je očekáváno vzhledem k tomu, v jaké profesi figuruje. S tímto se naprosto ztotožňuje Plevová et al. (2018), a doplňuje tento názor vysvětlením, že každá profese musí mít jasně definované role, které jsou ukotveny v legislativě a každý, kdo takovouto profesní roli naplňuje, musí mít přehled o svých povinnostech a kompetencích.

Budeme – li nyní brát v potaz roli sestry přímo v ošetrovatelství, Bártlová (2005) vysvětluje, že byla sestra v týmu považována v tradičním pojetí pouze jako poskytovatelka ošetrovatelské, především fyzické péče, což je i v současnosti bráno za její hlavní funkci, ale vzhledem k působení nových vlivů okolí a společnosti, dochází ke vzniku aktuálnějších požadavků na sestru, která tak nese další novou odpovědnost.

Jak udává Plevová et al. (2018), rychle postupujícím vývojem techniky, která více a více prostupovala do stále se zdokonalující medicíny, se postupem času začala měnit i role nelékařského personálu, zejména sester, od kterých se stále více očekává nejen flexibilita, ale i schopnost reakce na změny v péči o pacienty. Dle této autorky je role sestry velmi náročná a je ovlivněna nejen již zmíněným pokrokem v medicíně, ale její celistvost tvoří i prvky z oblasti ošetrovatelské, pečovatelské, výchovné, poradenské, organizační, administrativní, či oblast týkající se podpory a výchovy ke zdraví. Vévoda et al. (2013) udává, že stále se vyvíjející medicína a ošetrovatelství mění v postupu času roli sestry, jakožto členku zdravotnického týmu, a mění se tím i její role ve vztahu k lékaři, kde v tomto případě vzniká profesní partnerské postavení. Sestra je považována za zodpovědnou, samostatnou a kvalifikovanou jednotku týmu.

Bártlová (2005) upozorňuje na to, že právě pro pochopení role sestry je zapotřebí, abychom porozuměli dvěma skutečnostem. První z nich je fakt, že v období před první světovou válkou se v tehdejších nemocnicích ošetrovaly pouze osoby nižších vrstev,

zatímco vyšší vrstvy upřednostňovaly léčení nemocných v kruhu rodinném, což se změnilo až právě po první světové válce, kdy se z nemocnic stalo místo

poskytování profesionální péče. Druhou skutečností je vznik nynějších nemocnic, které mají základy v těch tehdejších, a to i z hlediska personálního, což můžeme chápat jako nově vzniklou roli sestry, která balancovala na hranici jak nábožensko – charitativní, tak i medicínsko – racionální. Zjednodušeně lze říci, že díky prolnutí a návaznosti těchto dvou časových subkultur vzniklo nové pojetí role sestry, jakožto profesionálky a také pomocnice lékaře, schopné racionálního uvažování a vhodné komunikace s nemocnými (Bártlová, 2005).

Zacharová (2016) také souhlasí s tím, že roli sestry postihlo v minulé, relativně krátké době, mnoho změn a apeluje na to, že pokud se sestra se svojí rolí ztotožní a porozumí jí, promítne se to nejen do její osobnosti, ale bude to blahodárně působit i na vykonávání její činnosti.

Špirudová (2015) také profesní roli popisuje jako stále se měnící v čase, a to vlivem již zmíněných nových technologií a postupů. Dodává však, že role sestry nelze konkrétně vymezit, jelikož je ovlivněna mnoha sociálními, politickými a ekonomickými vlivy, které řídí výsledný obraz profesní role sestry v daném čase. Špirudová (2015) však i přes tento fakt jmenuje konkrétní role sestry, které patří do základního pojetí sestry moderního ošetrovatelství. Tato autorka vymezuje roli sestry jako ošetrovatelky, edukátorky, poradkyně, komunikátorky, sestry nositelky změn, dále považuje sestru za advokátku, výzkumnici a také manažerku.

Rolí sestry manažerky se zabývá i Brabcová (2016), která tuto sestru ve vedoucí pozici vidí jako velmi důležitý aspekt k dobře fungující zdravotnické organizaci, kde je role sestry manažerky důležitá k motivaci pracovníků, a také k udržení si dostatečného počtu personálu, což s motivací souvisí. Za klíčové vědomosti a znalosti Brabcová (2016) považuje několik hlavních oblastí, čímž jsou rozhodování, komunikace, plánování, vedení, ale také kreativita. Gurková a Zeleníková (2017) přidávají a kladou důraz na další roli sestry, a to roli sestry jako mentorky, která je nezbytná ke vzdělávání budoucích sester a doprovázení těchto studentů v klinickém prostředí, jejíž rolí není pouze vedení, ale také podpora a hodnocení. Plevová et al. (2019) ještě shledává dvě role sestry, a to ve vztahu k ošetrovatelskému výzkumu. Jako první rolí, kterou by v tomto odvětví ošetrovatelství měla sestra zaujímat je role sestry jako spotřebitele, což si můžeme vyložit tak, že se sestra aktivně zajímá o výsledky výzkumů, čtení odborných článků a tyto poznatky aplikuje do praxe. Za druhou roli sestry v této oblasti je považována sestra přímo jako výzkumnice, kdy je do výzkumného šetření začleněna nebo přímo sama výzkum provádí. Dalším vymezením rolí sestry přispívá

i Venglářová (2011), která rozlišuje roli sestry jako roli funkční a roli týmovou. Tato autorka jako funkční roli sestry vnímá jako post, který je jasně daný, definovatelný a snadno představitelný. Jako příklad uvádí roli směnové sestry, či roli sestry v ambulantním provozu na pozici vedoucí. Za týmovou roli je v tomto případě považována role, kdy je od sestry vyžadováno určité chování v týmu, přiměřené reakce, které jsou především dány osobností sestry, či předešlými zkušenostmi (Venglářová, 2011).

Zacharová (2016) doplňuje, že pokud si sestra svoji roli osvojí a dokáže se snadno přizpůsobit na další role, či nové funkce, promítá se to pozitivně na společenské prestiži této profese. Bártlová (2005) k tomuto dále dodává, že osvojení si role sestry slouží i jako prevence k nevhodnému chování a porušování pravidel při vykonávání této profese.

## **1. 5.2 Role managementu oddělení**

Management v ošetrovatelství můžeme bezpochyby označit jako proces, prostřednictvím kterého dosahujeme optimálních podmínek na oddělení a prostřednictvím kterého dosahujeme poskytování kvalitní a řádné ošetrovatelské péče, jak uvádí Ondřiová a Fertal'ová (2021).

Sestra manažerka je nezbytnou součástí celého ošetrovatelského managementu, tudíž i zdravotnického týmu a hraje podstatnou roli pro udržení dostatečného množství personálu a plynulého chodu oddělení, pro což je nutné, aby měla tato sestra dovednosti nejen v oblasti vedení a komunikace, ale také v oblasti motivace, rozhodování a plánování (Brabcová, 2019).

Jak udává Plevová et al. (2012), vedení lidí v týmu a co nejefektivnější proces v tomto směru spočívá nejen ve správné komunikaci s těmito lidmi, ale i ve zvolení si vhodného stylu řízení a přiřkládání úkolů tak, aby bylo co nejlépe dosaženo cíle, který byl zvolen. Autorka dále vysvětluje, že nestačí mít schopnost vedoucího pracovníka, ale také je zapotřebí znát lidi, které chceme řídit, znát charakter a rozsah práce a pracovní nároky a uvědomit si, že především zdravotnictví je obor, který je více sledovaný a je nezbytně nutné dodržování etiky a etických kodexů.

Jak vysvětlují Klímová a Brabcová (2019), proces, který si stojí za profesionálními zájmy sester, nazýváme vůdcovství a je nezbytnou součástí zdravotnického týmu, bez něhož by nebylo možné dosáhnout cílů, které jsou zapotřebí k tomu, aby byl chod na oddělení plynulý a ničím nerušený.

Klímová a Brabcová (2019) k tomuto ještě dodávají, že právě tyto vedoucí funkce ve zdravotnictví musí nést vlastnosti vůdce, jakými jsou například vysoká motivace k dosažení cíle a úspěchu celého oddělení, dostatek energie, perspektivnost, schopnost prezentovat cíle a schopnost vytrvat při neúspěchu nebo komplikacích při jejich dosahování. Brabcová (2016) upozorňuje na to, že je nutné, aby sestra manažerka znala sama sebe, myslela co nejpozitivněji, držela se etických zásad a kodexů, ovládala efektivní komunikaci a byla motivací nejen pro sebe samou, ale především pro ostatní členy zdravotnického týmu. Dále autorka vyzdvihuje nezbytnou schopnost vedoucí sestry poskytovat feedback svým zaměstnancům, který by měl probíhat mezi dvěma osobami v naprostém soukromí a s respektem k tomu druhému. Ondriová a Fertařová (2021) s tímto souhlasí a dodávají, že sestra manažerka může být každá sestra, nikoli jen sestra ve vedoucí funkci, která plánuje, realizuje a hodnotí péči, která se týká nejen pacienta jako jednotlivce, ale i jeho rodiny a komunity. V ošetrovatelství považujeme za manažera náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, tedy sestru hlavní, vrchní sestru a sestru staniční, jak uvádí Plevová et al. (2012). Ondriová a Fertařová (2021) rozdělují tyto pozice do tří managerských úrovní, a to vrcholový manager, kam spadá právě hlavní sestra, middle class (střední manager), kam řadíme vrchní sestru a manager první úrovně, do které řadíme sestru staniční.

Budeme-li se zabývat jednotlivými vedoucími pozicemi v ošetrovatelství, hlavní sestra, jakožto náměstkyně pro ošetrovatelskou péči má ve svém zájmu ošetrovatelský úsek v rámci celé organizace. Jejím úkolem je plánování, a zajišťování potřebného ke kvalitně poskytované péči v rámci tohoto ošetrovatelského úseku, její významnou činností je personální, finanční a materiální zajišťování zdrojů tak, aby docházelo k již zmiňovanému plynulému chodu tohoto úseku a poskytování kvalitní péče o pacienty v něm, jak vysvětlují Ondriová a Fertařová (2021). Vytejková et al. (2011) udává, že hlavní sestra stojí na samém vrcholu managementu ošetrovatelství dané zdravotnické organizace a jejím úkolem je mimo jiné reprezentace její instituce nejen v rámci republiky, ale i mimo ni.

Pracovní náplň vrchní sestry spadá do tzv. středního managementu v ošetrovatelství

a spočívá především v odpovědnosti za chod celého odborného oddělení, za kvalitu

poskytované péče. Vrchní sestra se podílí na vytváření standardů pro dané oddělení,

na přijímání nových zaměstnanců, stará se o možnosti dalšího vzdělávání svých zaměstnanců a orientuje se v organizačním řádu a komunikuje s vedením (Plevová et al., 2012). Tato sestra zodpovídá hlavní sestře za kvalitně poskytnutou péči

a ošetrovatelskou činnost na celém oddělení. Zároveň je kompetentní k tomu, aby řídila činnost staniční sestry a podílela se na změnách, které na oddělení probíhají, je managerkou ošetrovatelské péče (Ondriová a Fertařová, 2021).

Staniční sestra, dle Plevové et al. (2012), spadá to tzv. liniového manažera ošetrovatelství a její role se vyznačuje především v manažerské starostlivosti o jedince, to znamená, že jejím hlavním úkolem je organizovat a dbát na práci jednotlivých sester tak, aby byl ve výsledku chod oddělení plynulý a správně zorganizovaný. S tím souhlasí i Ondriová a Fertařová (2021) a dodávají, že role staniční sestry spočívá ve vedení celého ošetrovatelského týmu a dohlížení na kvalitu vykonaných činností každé sestry. Vytejková et al. (2011) k tomu dodává, že je úkol staniční sestry nejen kontrola práce ostatních, ale i hospodaření s majetkem oddělení, ve smyslu nábytku, materiálu a přístrojové techniky a informuje o tom, že právě staniční sestra by měla být ta, kdo na oddělení vnáší pozitivní atmosféru, podporu druhých, motivaci a chuť pracovat.

Za další můžeme rozlišovat několik specifických rolí sestry manažerky, mezi které patří například provádění supervize, kdy pracovník pod odborným vedením sestry manažerky vyjadřuje své pocity a názory ve vztahu ke své práci, a má tak možnost se během tohoto rozhovoru zamyslet nad svým postojem k práci, pacientům a svým kolegům, dále nad úspěchy, neúspěchy a nedostatky, což následně vede k lepší práci v týmu a rozvíjení schopnosti seberegulace (Vévoda et al. 2013). Jak vysvětlují Gurková a Zeleníková (2017) v České republice není supervize prozatím běžnou praxí ve všech nemocničních zařízeních, a je prováděna pouze na vybraných klinických pracovištích nebo v praktické klinické výuce studentů zdravotnických oborů a dodávají, že právě supervize je jedním z nástrojů, jak zefektivnit spolupráci mezi zdravotnickým personálem v týmu. S tím souhlasí i Venglářová et al. (2013), která supervizi považuje za prostředek k lepší spolupráci v týmu, jelikož by měla být středem zájmu především zodpovědnost pracovníka a vykonávání jeho práce dle etických norem, a postoj nejen k pracovním činnostem, které jsou náplní jeho práce, ale také k ostatním kolegům a pacientům na daném oddělení. Musíme si však uvědomit, že supervizor z řad vedoucích pracovníků není psycholog ani mentor (Venglářová et al., 2013).

Mentorem může být kvalifikovaná všeobecná sestra, která dovršila délku praxe minimálně dvou let a ideálně také absolvovala mentorský kurz. Základními úkoly sestry mentorky je být vzorem, jít příkladem, poskytovat odborné rady, zkušenosti a seznamovat studenta, či nově přichozí sestru s chodem, specifikou pracovní náplně a organizací



oddělení. Dalším podstatným úkolem této sestry je podpora v náročných situacích, regulace negativních postojů, či chování a motivace (Plevová et al. 2018).

Za další roli vedoucí sestry je považována také možnost realizace teambuildingových akcí na daném pracovišti. Venglářová (2011) charakterizuje teambuilding jako prostředek k utužování vztahů na pracovišti a zefektivňování týmové spolupráce, tudíž i možnost poskytovat kvalitnější péči. Tyto akce vedou také k zefektivnění spolupráce v týmu, jelikož dojde k bližšímu seznámení se personálu, vyjádření vlastních názorů, analýze případných problémů a možností návrhů na změny na pracovišti. Jedná se o vzdělávání prostřednictvím zážitků, které vedou také k učení na základě uvědomění si vlastního jednání a chování se ke svým kolegům a pacientům (Vévoda et al., 2013).

## **2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, OPERACIONALIZACE POJMŮ**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat efektivní spolupráci zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**VO1** Jak všeobecně sestry hodnotí efektivitu spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče?

**VO2** Jak hodnotí efektivitu spolupráce na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče ostatní členové zdravotnického týmu?

**VO3** Jaké jsou z pohledu sester klady ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

**VO4** Jaké jsou z pohledu sester záporny ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

**VO5** Jaké aspekty by z pohledu sester vedly ke zlepšení spolupráce mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

Přestože se operacionalizace pojmů využívá především u kvantitativního výzkumného šetření, vzhledem k našemu tématu této diplomové práce považujeme za nutné objasnění a definování stěžejních pojmů této práce.

Pojmy jsou základním stavebním kamenem v poznávání reality vědeckého světa a jejich přesné definování zároveň tvoří i přesnost přenosu informací, které jsou pro vědu stěžejní a nezbytné (Ochrana, 2021).

**Efektivní týmová spolupráce** – spolupráce, kde hraje hlavní roli jasný a reálný cíl, se kterým souhlasí všichni členové týmu, kteří splňují nejen profesní, ale také osobností předpoklady k práci v týmu, vhodně mezi sebou komunikují, mají jasně daná pravidla a respektují názory ostatních členů týmu (Kolajová, 2006).

Pro nás efektivní spolupráce v týmu znamená spolupráci věcnou, cílenou a využívající všech dostupných prostředků všemi členy týmu vedoucími k jasnému závěru,

se kterým souhlasí všichni členové takového týmu a společnými silami k němu dospějí. To vše se vzájemnou důvěrou, respektem a tolerancí jeden k druhému.

**Zdravotnický tým** – skupina osob s různými kvalifikacemi, kompetencemi a rolemi, kteří mezi sebou spolupracují, komunikují a pracují na jednotném cíli a kvalitně poskytnuté péči pacientovi (Dingová Šliková et al., 2018).

Zdravotnický tým vnímáme jako skupinu lidí se zdravotnickým zaměřením různého vzdělání, odlišných kompetencí, zkušeností a také přesvědčení, kteří jdou však za stejným cílem, kterým je kvalitně ošetřený pacient, u kterého jsou uspokojeny všechny jeho potřeby, vzhledem ke stavu, ve kterém se nachází.

**Standardní lůžkové oddělení** – nemocniční oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, u kterých je vyžadována konzervativní či chirurgická léčba. Zpravidla se tato oddělení v chirurgii dělí na aseptické a septické, vzhledem k charakteru onemocnění (Slezáková, et al., 2019).

Nemocniční oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, kteří nejsou v bezprostředním ohrožení života, ale jejich stav vyžaduje hospitalizaci a péči takovou, kterou by v domácím prostředí nezvládl, či by mohla více ohrozit jeho zdraví. Jedná se o oddělení, kde pacienti čekají na plánovaný výkon, či po něm u nich dochází k rekonvalescenci pod dohledem zdravotnického personálu.

**Jednotka intenzivní péče** – součást oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují monitoring, jelikož nejméně jedna z jejich životních funkcí je v ohrožení, ať už v důsledku akutní či chronické nemoci, či poúrazovém stavu, či už k selhání nejméně jedné životní funkce došlo. Intenzivní péče je zpravidla dělena do tří stupňů, a to dle závažnosti stavu pacientů (Bartůněk et al., 2016).

Jednotka intenzivní péče je dle nás lůžková část oddělení, kde jsou hospitalizováni pacienti, kteří vyžadují kontinuální monitoraci fyziologických funkcí, nepřetržitou pozornost zdravotnického personálu a možnost okamžité pomoci v případě akutního zhoršení zdravotního stavu.

### 3 METODIKA

#### 3. *1 Design kvalitativního výzkumného šetření*

Empirická část práce byla zpracována za pomoci kvalitativního výzkumného šetření, a to za pomoci individuálních nestandardizovaných rozhovorů. Výběr informantů probíhal na základě metody sněhové koule, tzv. snowball sampling.

#### 3. *2 Charakteristika výzkumného šetření*

Na základě rešerše odborných zdrojů byla provedena sondáž výzkumného prostředí, která odhalila důležité oblasti, které se staly předmětem našeho výzkumného nástroje.

Bylo pokládáno celkem 39 otázek, směřujících k objasnění výzkumných otázek. Dalších 5 otázek bylo identifikačních. Velmi často bylo využito položení doplňujících otázek, které vedly k rozšíření odpovědí a specifikování tak problematiky, na kterou bylo tázáno.

První okruh otázek se týkal vnímání efektivity spolupráce na stanicích oddělení, kde informanti pracovali. Tyto otázky souvisely nejen s vnímáním efektivní spolupráce, ale také s vnímáním atmosféry na pracovišti, motivací ze strany nadřízených, spokojeností na oddělení, komunikací mezi zaměstnanci, či činností, které zde nejčastěji vykonávají. K dalším výzkumným otázkám spadaly dotazy týkající se kladů a záporů ve spolupráci mezi zaměstnanci a také návrhů, které by dle informantů spolupráci zlepšily. V souvislosti se zápory ve spolupráci jsme se dotazovali i na vznik konfliktů, případně na jejich řešení jak ze strany zaměstnanců, tak ze strany vedení. U aspektů, které by tuto spolupráci mohly zlepšit jsme se tázali na probíhající teambuildingové akce, či představu o nich.

Rozhovory se všemi informanty probíhaly při osobním setkání. Informanti byli předem seznámeni s tématem této diplomové práce a s otázkami, na které byli následně dotazováni. Byli seznámeni s anonymitou jejich odpovědí a celého tohoto výzkumného šetření. Všichni ze zúčastněných s rozhovory souhlasili a byli informováni i o detailním přepisu jejich odpovědí, a o zveřejnění některých jejich částí do této diplomové práce. Všichni informanti měli kdykoliv během rozhovoru možnost od tohoto výzkumného šetření odstoupit.

Každý z rozhovorů byl ihned zaznamenáván prostřednictvím počítače do programu MS WORD. Tuto metodu jsme zvolili především proto, že se dle nás informanti cítili lépe, než kdybychom rozhovor nahrávali. Jednali jsme tak na základě vlastní zkušenosti z role informanta, kdy jsme se sami účastnili výzkumného šetření.

Výzkumným souborem byli všeobecné sestry, lékaři a sanitáři, pracující na oddělení chirurgického typu, a to na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče. Oddělení chirurgického typu jsme si zvolili proto, že je nám velmi blízké a takovýto typ oddělení známe z vlastní zkušenosti<sup>0</sup>. Domníváme se, že se jedná o náročné prostředí a práci v něm, kde dochází mnohem více k problémům v efektivní spolupráci mezi personálem pracujícím na takovýchto odděleních.

Kritériem pro zařazení informantů do tohoto výzkumného šetření byl typ oddělení a profese. Prvotní výběr informantů se odvíjel od našeho zaměření na chirurgické obory, na kterých jsme výzkum realizovali. Základním kritériem výběru bylo tedy oddělení chirurgického typu se všeobecnými sestrami, u kterých bylo důležité také vzdělání, jelikož se na oddělení vyskytovaly i sestry praktické, dále poté lékaři a sanitáři, svou činnost vykonávají nejen na standardním lůžkovém oddělení, ale také na jednotce intenzivní péče. Pomocí metody sněhové koule jsme získali i sanitáře a lékaře, pracující na tomto oddělení. Důležitým kritériem pro zařazení informantů do výzkumu byla také ochota spolupracovat.

Po zrealizování rozhovoru byly následně rozhovory převedeny do tištěné podoby, a za pomoci metody „tužka a papír“ byly kódovány. Kódům byly následně shledány názvy, které byly shrnuty do podkategorií a kategorií. Vše bylo vyobrazeno pomocí schémat, které byly taktéž vytvořeny pomocí programu MS WORD, kde byla využita funkce pro tvorbu schémat Smart Art.

Doba jednotlivých rozhovorů se lišila. Délka jednoho rozhovoru se pohybovala okolo jedné a půl hodiny a nepřesáhla dobu dvou hodin. Nejdelší rozhovory probíhaly s lékaři, jejichž odpovědi byly obsáhlejší a rozvinutější a často v nich bylo nutno využít doplňující otázky. Nejkratší dobu trvaly rozhovory se sanitáři, jejichž odpovědi byly stručnější, jasnější a kratší.

Výzkumné šetření bylo realizováno v období od začátku března do poloviny května roku 2022. Rozhovory byly realizovány v jedné z nemocnic v jižních Čechách, na oddělení chirurgického typu. Celý tento výzkum byl ukončen v momentě, kdy došlo k nasycení teoretických dat.

### **3. *3 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor obsahuje celkem dvacet informantů.

Do tohoto výzkumného šetření byli zapojeni celkem čtyři lékaři pracující na oddělení chirurgického typu, kteří svoji činnost vykonávají především na jednotce intenzivní péče, dále se tohoto výzkumného šetření zúčastnili čtyři sanitáři, taktéž pracující na takovémto

oddělení, vykonávající svojí činnost na obou stanicích, s převahou na standardní lůžkové stanici. Největším zastoupením zúčastněných je však dvanáct všeobecných sester, přičemž část rozhovorů byla realizována za pomoci sedmi všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče, k tomuto oddělení náležícím, a pěti všeobecných sester, které pracují na oddělení standardní lůžkové péče.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem devět mužů a jedenáct žen, s praxí ve zdravotnictví od jednoho roku do devatenácti let (viz tabulka 1 a 2).

## 4 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 4. *1 Seznam tabulek a schémat*

**Tabulka 1** Identifikační znaky informantů JIP

**Tabulka 2** Identifikační znaky informantů standardního lůžkového oddělení

**Schéma 1** Nejčastější náplň práce personálu

**Schéma 2** Vnímání efektivní spolupráce a její podstata

**Schéma 3** Vnímání pracovního klima a kolektivu na pracovišti

**Schéma 4** Pracovní spokojenost a podpora ze strany vedení

**Schéma 5** Probíhající supervize

**Schéma 6** Komunikace mezi personálem

**Schéma 7** Vnímání spolupráci mezi stanicemi standardního lůžkového oddělení a

JIP **Schéma 8** Zlepšení spolupráce mezi personálem **Schéma 9** Vznik konfliktů na pracovišti mezi personálem

**Schéma 10** Postoj vedení ke konfliktům a problémům na pracovišti očima vedení i personálu

**Schéma 11** Realizování teambuildingových akcí na pracovišti

**Tabulka 1 Identifikační znaky informantů JIP**

| JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE | VZDĚLÁNÍ   | SPECIALIZACE                               | DÉLKA PRAXE NA TOMTO ODDĚLENÍ | CELKOVÁ DÉLKA PRAXE |
|--------------------------|------------|--|-------------------------------|---------------------|
| <b>Informant 1</b>       | VŠ. – Bc.  | ne   | 4 roky                        | 4 roky              |
| <b>Informant 2</b>       | SZŠ        | ARIP                                       | 2 roky                        | 19 let              |
| <b>Informant 3</b>       | VŠ – Bc.   | probíhající specializace v chirurgii       | 0,5 roku                      | 5 let               |
| <b>Informant 4</b>       | VŠ – Mgr.  | specializace v chirurgických oborech, ARIP | 6 let                         | 15 let              |
| <b>Informant 5</b>       | VŠ – Bc.   | ne   | 3 roky                        | 4 roky              |
| <b>Informant 6</b>       | VŠ – Mgr.  | specializace v chirurgických oborech       | 6 let                         | 6 let               |
| <b>Informant 7</b>       | VŠ – Bc.   | ne   | 5,5 roku                      | 5,5 roku            |
| <b>Informant 8</b>       | VŠ– MUDr.  | všeobecná chirurgie                        | 10 let                        | 10 let              |
| <b>Informant 9</b>       | VŠ – MUDr. | všeobecná chirurgie                        | 12 let                        | 12 let              |
| <b>Informant 10</b>      | VŠ – MUDr. | všeobecná chirurgie                        | 5 let                         | 11 let              |
| <b>Informant 11</b>      | VŠ – MUDr. | všeobecná chirurgie                        | 15 let                        | 15 let              |

Legenda: VŠ. – Bc. – vysokoškolské vzdělání, ukončeno státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu bakalář; VŠ – Mgr. – vysokoškolské vzdělání, ukončeno státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu magistr, SZŠ – střední zdravotnická škola, VŠ. – MUDr. – vysokoškolské vzdělání, doktor medicíny; ARIP – specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Tabulka 1 prezentuje identifikační znaky informantů, které byly zjištěny během realizace výzkumného šetření.

Délka praxe u všeobecných sester, znázorněných v tabulce jako „informant 1-7“, se pohybuje v rozmezí od čtyř do devatenácti let. Čtyři z těchto informantů dosáhli vysokoškolského bakalářského vzdělání, zakončeného státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu bakalář, dvě z nich vzdělání vysokoškolského, zakončeného státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu magistr, přičemž jedna z těchto informantů vlastní i specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče.



Informant 2 má vzdělání na Střední zdravotnické škole, na které maturovala v roce 2003. Dále má však také specializaci v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

Čtyři, z celkového množství jedenácti informantů, jsou lékaři, se získaným titulem MUDr. a absolvováním atestační zkoušky z všeobecné chirurgie. Celková délka jejich praxe se pohybuje od deseti do patnácti let. Z řad lékařů, pracujících na tomto oddělení již od absolvování vysoké školy. Pouze jeden z nich je na oddělení z celkové délky své praxe jedenácti let, pouze pět roků.

V rámci identifikačních údajů byli informanti tázáni i na množství personálu na jedné směně a přehled o této skutečnosti a pocitu dostatečného, či nedostatečného množství personálu pracujícího na této stanici. V otázce 4 odpovídali informanti na otázku, kolik na jedné směně pracuje personálu, a to jak sester, ošetrovatelek, lékařů a sanitářů a zda jsou s takovýmto množstvím spokojeni, či nikoliv.

V počtu personálu se informanti celkem shodují. Informant 8 neměl pouze ponětí o množství sanitářů na jedné směně. Uvedl: *„Na JIP 3 sestry na denní, 2 sestry na noční. V tomto případě byla použita doplňující otázka: „Kolik lékařů, sanitářů? přijde Vám tento počet dostačující?“ „Na denní směně JIP obvykle 2 lékaři, přes noc 1 lékař. V rámci pohotovostní noční služby dostačující. Počet sanitářů neznám.“*

Z celkového množství osmi informantů z jednotky intenzivní péče je pouze jeden z nich spokojený s množstvím zdravotníků na směně, a to informant 7, který uvedl: *„Záleží na staniční sestře, jak napíše služby. Někdy na denní směně pracují 2 sestry + staniční sestra, někdy zas 3 sestry + staniční sestra. Na noční směně zas pracují 2 sestry.“ „A kolik lékařů a sanitářů?“ „Dva lékaři většinou a někdy jeden sanitář a někdy dva. A to mi přijde, že stačí.“*

**Tabulka 2 Identifikační znaky informantů standardního lůžkového oddělení**

| STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ | VZDĚLÁNÍ    | SPECIALIZACE | DÉLKA PRAXE NA TOMTO ODDĚLENÍ | CELKOVÁ DÉLKA PRAXE |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------------------------|---------------------|
| Informant 1                 | VŠ – Bc.    | ne           | 2 roky                        | 4 roky              |
| Informant 2                 | VOŠ. -Dis.  | ne           | 3 roky                        | 3 roky              |
| Informant 3                 | VŠ – Bc.    | ne           | 4 roky                        | 8 let               |
| Informant 4                 | VOŠ. – Dis. | ne           | 2, 5 roku                     | 2, 5 roku           |
| Informant 5                 | VŠ – Bc.    | ne           | 2 roky                        | 8 let               |
| Informant 6                 | SOU         | ne           | 4 roky                        | 4 roky              |
| Informant 7                 | SOU         | ne           | 6 let                         | 6 let               |
| Informant 8                 | SOU         | ne           | 2 roky                        | 5 let               |
| Informant 9                 | SZŠ         | ne           | 1 rok                         | 1 rok               |

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Legenda: VŠ. – Bc. – vysokoškolské vzdělání, ukončeno státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu bakalář; VOŠ – Dis. – Vyšší odborná škola, zakončena absolutoriem a získáním titulu Dis. – diplomovaný specialista, SOU – střední odborné učiliště, SZŠ – střední zdravotnická škola

Tabulka 2 prezentuje identifikační znaky informantů, které byly zjištěny během realizace výzkumného šetření.

Tři z celkového množství informantů, pracující na standardním lůžkovém oddělení, vlastní titul bakalář, další dva titul Dis., získaný na Vyšší odborné škole zdravotnické. Jeden z informantů absolvoval Střední zdravotnickou školu v oboru praktická sestra, pracuje však na pozici sanitáře. Tři další informanti mají výuční list na středním odborném učilišti, nyní pracují jako sanitáři.

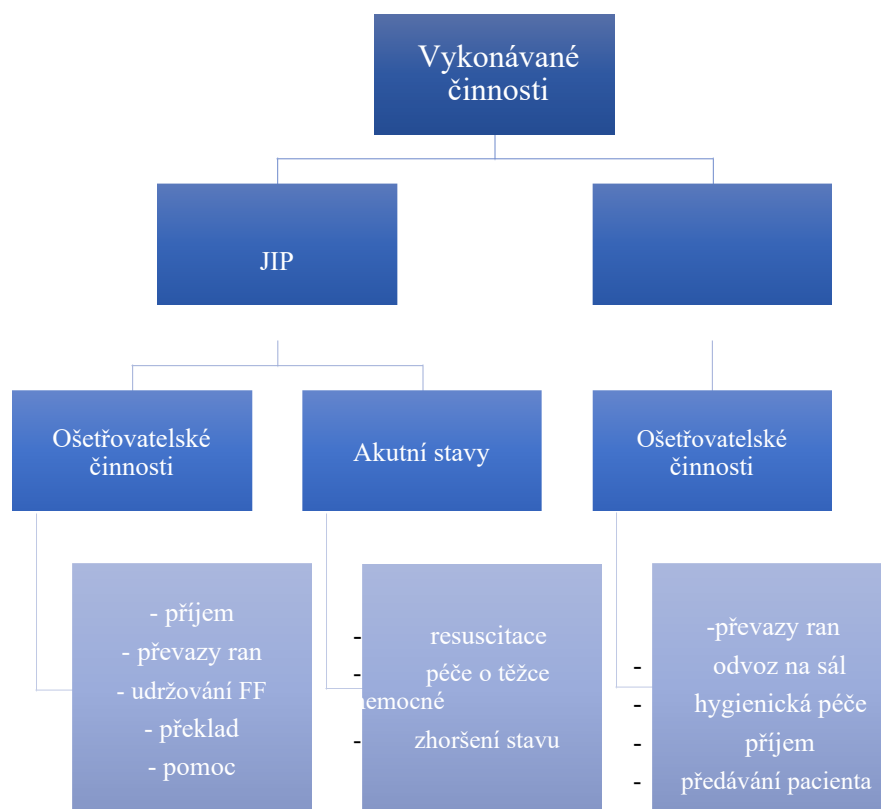
Ani jeden z dotazovaných nemá žádnou specializaci v oboru, pouze poslední čtyři zmínění informanti absolvovali sanitářský kurz.

Celková délka praxe ve zdravotnictví všech informantů na tomto oddělení se pohybuje od jednoho roku do osmi let.

Odpovědi informantů, ze standardního lůžkového oddělení, na množství personálu a pocit dostatku či nedostatku, jsou také velmi podobné. Kromě informanta 6, sanitáře, který neměl konkrétní představu o množství lékařů na jedné směně, uvedl pouze: „Doktorů je tam vždycky hodně.“, měli všichni představu o množství, jen pouze část z nich uváděla množství i na noční směně či připočítávala staniční sestru.

Co je ale důležité, je fakt, že ani jeden z tázaných informantů není spokojený s množstvím personálů, který uvedli, na jedné směně.

### Schéma 1 Nejčastější náplň práce personálu



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Legenda: FF – fyziologické funkce

Schéma 1 prezentuje nejčastěji vykonávané činnosti na obou stanicích. V této kategorii jsou zaznamenány úkony, které jsou dle personálu na jednotce intenzivní péče a personálu na standardním lůžkovém oddělení vykonávány nejčastěji a také mezi oběma stanicemi. Schéma tedy zobrazuje kombinaci odpovědí na otázku, týkající se nejčastějších činností nejen mezi personálem na jednotce intenzivní péče, ale také mezi personálem jednotky intenzivní péče a standardního lůžkového oddělení. Z odpovědí od informantů z JIP vyllynuly dvě podkategorie s názvy *Ošetrovatelské činnosti* a *Akutní stavy*. První z podkategorií obsahuje celkem pět kódů, podkategorie druhá kódy tři. Informanti ze standardního lůžkového oddělení nejvíce zmiňovali ošetrovatelské činnosti, ze kterých vyllynula jedna jediná podkategorie se stejnojmenným názvem. Tato podkategorie obsahuje pět kódů.

## JIP

### Ošetrovatelské činnosti

V této podkategorii vznikly kódy „příjem“, „převazy ran“, „udržování FF“, „překlad“ a „pomoc“. Všechny odpovědi informantů ohledně této tematiky byly velmi stručné a jasné. Příklad odpovědi informanta 3 zní: „*Převazy, hodně příjmy a překlady z jiných oddělení.*“

Další informant 6 se s předchozím ztotožnil, ale rozvinul svoji odpověď ještě k dalším výkonům: „*Příjem pacienta, převazy, hygieny, podávání transfuzí.*“, stejně tak jako informant 7: „*Udržovat fyziologické funkce v normálu a ošetrovatelská péče. Částečná rehabilitace.*“ Rozvinutější odpověď, s dalšími úkony, popisuje informant 4: „*Určitě nejčastěji při překladu pacienta, nebo je potřeba zapůjčil léky, pomůcky, a tak dále.*“ Informant 10 uvedl: „*Jak už jsem říkal, často nechávám přeložit pacienta při zhoršení stavu, takže je to jednoznačně i přeložení pacienta, právě z toho důvodu, že se jeho zdravotní stav rapidně zhoršil a vyžaduje péči na vyšší úrovni.*“ Odlišnější odpověď byla zaznamenána od informanta 8, která zní: „*Pomoc jipových sester při složitějších úkonech na standardním oddělení, když je potřeba pomoci*

s *pacienty.*“

### Akutní stavy

Do této podkategorie bylo vytvořeno kódy „resuscitace“, „péče o těžce nemocné“, a „zhoršení stavu“.

Informant 5 uvedl jasnou a stručnou odpověď: „*Péče o pacienty po větších či těžších operacích.*“ Informant 10 uvedl: „*Často tam nechám přeložit pacienta při zhoršení stavu, je to velmi časté, takže to pokládám za jednu z nejčastějších náplní práce nejen lékařů, ale samozřejmě i sestřiček.*“

## STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

V kategorii můžeme opět pozorovat podobnost odpovědí informantů, kterým byl položen dotaz, jaké nejčastější činnosti vykonávají v rámci svojí profese na jejich stanici. Podkategorie a kódy reagují na kombinaci odpovědí, týkající se nejen oblasti nejčastěji vykonávaných činností přímo na standardním lůžkovém oddělení, ale i mezi standardním lůžkovém oddělení a jednotkou intenzivní péče. Informanti i v této oblasti odpovídali velmi podobně, a vznikla tak jedna jediná podkategorie s názvem *Ošetrovatelské činnosti*, která nese pět kódů, kterými jsou „převazy ran“, „odvoz na sál“, „hygienická péče“, „příjem“ a „předávání pacienta“.

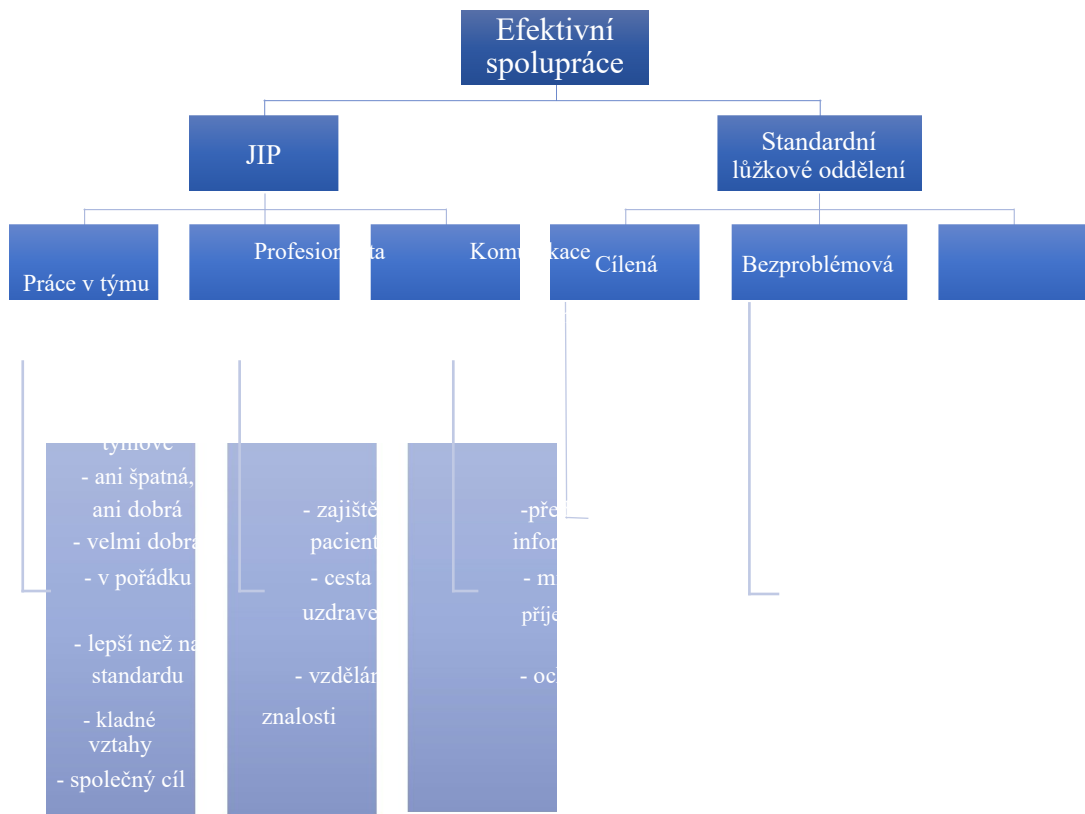
## Ošetrovatelské činnosti

Jak již bylo zmíněno výše, kódy, které byly odvozeny z odpovědí informantů nesou názvy, které naznačují, jaké nejčastější činnosti provozuje personál na standardním lůžkovým oddělením a mezi ním a JIP. Následující odpovědi informantů popisují, co personál nejčastěji na těchto stanicích vykonává, někteří z nich odpovědi rozšířili, a popsali tak ještě více činností, než vyznačují kódy.

Zde je příklad odpovědi informanta 3: *„Převaz rány, převoz pacienta na operační sál, odvoz pacienta ze sálu, překlád pacienta na jiné oddělení“*, a informanta 4: *„Při převazech, při příjmu, při vizitách, při resuscitaci výjimečně.“* Informant 8 popisuje nejčastěji vykonávané činnosti takto: *„nejčastěji jsem přítomný u příjmů, vozím pacienta na oddělení z ambulance, takže je to rozhodně příjem.“*

Při otázce, zda by mohli informanti popsat přímo činnosti, které probíhají mezi jednotkou intenzivní péče a standardním lůžkovým oddělením opět informant 3 uvádí: *„Překlád pacienta z JIP na běžné oddělní a opačně. Týká se to předávání zdravotní dokumentace, osobních věcí pacienta, jeho léků a podobně.“* Informant 5 se shoduje a dodává další způsob spolupráce personálu mezi těmito stanicemi: *„Při vzájemném předání pacientů ze standardu na JIP a naopak. Jinou spolupráci tam moc nevidím. Maximálně že si třeba vzájemně vypůjčíme pomůcky nebo léky.“* I informant 2 jednoznačně odpovídá a shoduje se s ostatními informanty: *„Právě při předávání pacienta.“*

**Schéma 2 Vnímání efektivní spolupráce a její podstata**



-  
neo  
ožu  
í  
- práce v  
týmu

Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 2 prezentuje vnímání efektivní spolupráce na jednotce intenzivní péče a standardním lůžkovém oddělení. Toto schéma vzniklo na základě odpovědí týkajících se kombinace pokládaných otázek na téma vnímání efektivní spolupráce ze strany informantů, nejdůležitějších aspektů v této spolupráci, jejich představě o vhodné spolupráci a celkového pohledu na efektivní spolupráci na jejich pracovišti.

K této kategorii vznikly celkem tři podkategorie, a to v případě obou stanic. U jednotky intenzivní péče vznikly kódy s názvy *Práce v týmu*, *Profesionalita a vědomosti* a *Komunikace a chování*. Pod první podkategorii spadá osm kódů, k druhé podkategorii náleží tři kódy, a ke třetí podkategorii také tři.

## **JIP**

### **Práce v týmu**

V první podkategorii se objevují kódy, které nesou znaky týmové spolupráce. Jedná se o kódy „prováděna týmově“, „vzájemná důvěra“, „ani špatná, ani dobrá“, „velmi dobrá“, „v pořádku“, „lepší než na standardu“, „kladné vztahy“, „společný cíl“. Informanti uváděli velmi podobné odpovědi. Uvádíme zde nejvýstižnější odpověď informanta 5: „*Je to týmová spolupráce, kde má každý svoje místo a ví, co dělat.*“. Informant 7 poskytl tuto odpověď: „*Vysvětlila bych tento pojem tak, aby spolupracovníci*



*takzvaně táhli za jeden provaz. Jelikož podle mě, aby byla efektivní spolupráce, tak musí být sehranost kolektivu“.*

Dalším kódem je kód „vzájemná důvěra“ plynoucí z odpovědi informanta 8, lékaře, jehož odpověď zní: *„Spolupráce při vzájemné důvěře všech zúčastněných stran.“*

V této oblasti docházelo k pokládání většího množství doplňujících otázek, jelikož i přes pozitivní odpověď byl často dodatek negativního rázu, směřující například na spolupráci nejen se sestrami, ale i s ostatním personálem na stanici JIP. Jako příklad vysvětlení je odpověď informanta 2: *„Spolupráce zde je docela dobrá, ale mám dojem, že o případnou pomoc si vždy dotyčný musí říct, samostatně mi přijde s nabídkou pomoci jen pár jedinců, a to jen v oblasti sester, sanitáři se tváří kysele a jen když fakt naléhám, tak jdou, a o doktorech vůbec nemluví, to je spolupráce hrozná.“* Jelikož nás zajímalo, proč informant považuje spolupráci s lékaři

za takto negativní, položili jsme doplňující otázku: *„V čem je hrozná spolupráce s lékaři? Na tento dotaz nám informant velmi jasně odpověděl: „Jsou strašně arogantní a myslí si, že jsme prostě sluhové nebo co, a to za ně kolikrát děláme i to, co nemusíme.“* Po této odpovědi jsme opět položili další dotaz, jelikož nás zajímalo, co sestry dělají nad rámec svých povinností, dle tohoto informanta, a proto jsme se zeptali: *„Jako například co?“* Informant bez přemýšlení odpověděl: *„Například jim hlídáme vyšetření výsledků, což si mají dělat sami.“* S tímto příkladem se shoduje i informant 4, který udává: *„Velmi dobře, dostatečně, trochu to vážne s doktorama občas, protože jsou unavený asi, ale jinak dobrý.“* Vzhledem k tomu, že nás zajímala i spolupráce s ostatními pracovníky, zeptali jsme se přímo: *„A spolupráce se sanitáři?“* Na tuto otázku nám informant odpověděl takto: *„Záleží, kdo je na směně, ale celkově bych řekla, že jsou prostě nevrlí z toho důvodu, že je jich tam málo, jinak vždy udělají, co po nich chceme a pomůžou.“*

Z pohledu lékaře, informanta 8, nám byla poskytnuta taky velmi zajímavá odpověď, se zaměřením přímo na sestry: *„Vesměs pozitivně co se týče sester. Jsou zkušené, vědí, co dělají, lze se na ně spolehnout, až na pár výjimek.“* I informant 1 odpověděl velmi stručně a jasně. Jeho odpověď je zajímavá především tím, že srovnal obě stanice tohoto oddělení a odpověděl následovně: *„Mnohem lepší než na standardu.“* Byla položena doplňující otázka: *„Jak si tuto skutečnost vysvětlujete? Proč tomu tak je?“* *„Protože u nás je ten kolektiv stálý, u nich se to hodně střídá“*, odpověděl. Informant 3 stručně vysvětlil: *„No, asi jako spolupráce, při které se všichni shodnou na cíli a dojdou k němu společně.“*

## **Profesionalita a vědomosti**

V této podkategorii vznikly kódy s názvy „zajištění pacienta“, „cesta k uzdravení“ a „vzdělání a znalosti“.

Informanti při tomto dotazování brali v potaz důležitost rychlé a efektivní péče o pacienta. Takto vnímá efektivní spolupráci informant 2, jehož odpověď zní: *„Jako stav, kdy je konkrétní pracovní tým schopen rychle a efektivně zajistit pacienta s využitím technických i netechnických dovedností.“*

Další skupinou názorů, vyplývajících z odpovědí informantů, byla oblast vzdělání a odborných znalostí mezi personálem této stanice. Odpověďmi, směřující k důležitosti vzdělání a odborných zkušeností zdravotnického personálu, přispělo hned několik informantů. Například s jednou z takto orientovaných odpovědí přispěl informant 5, který udává: *„Sestry, lékaři, a i ošky by měli mít znalosti a odbornost.“*

Informanti lékaři se převážně shodli, například informant 8 uvedl: *„Nejdůležitější je profesionalita, a to ne jenom z pohledu přístupu k pacientům, ale také v tom smyslu, že musí ten lékař, i ta sestra vědět, co a proč dělají, má k tomu dostatečné vzdělání a dále například specializaci v tom oboru, znát specifika toho oddělení, to je nesmírně důležité.“* Informant 10 uvedl: *„Za velmi důležité považuji především vzdělání, zkušenosti a dostatečnou kvalifikaci personálu, bez kterého by to nešlo. Navazuje to jedno na druhé, od komunikace, po chování jeden k druhému, ale také hlavně to, že ta sestra i lékař musejí vědět, co dělají, musí mít profesionální přístup k pacientům, a hlavně mít přehled o tom co se děje a jak využít toho, co umí.“*

## **Komunikace a chování**

Komunikace a chování byla další oblastí, kterou informanti považují za velmi důležitý aspekt efektivní spolupráce a hladkému fungování celého týmu. Pod touto podkategorií se vyskytují kódy „předání informací“, „milá a příjemná“ a „ochota“.

Jak kódy napovídají, informanti nevidí důležitost pouze ve stylu komunikace, ale také v jejím obsahu, co se týče dostatečného množství informací.

Odpověď poskytl informant 4: *„Spolupráce, kdy si všichni rozumí a jednají spolu stručně a jasně a pomáhají si.“* Dále uvádíme odpověď informanta 11, který vnímání spolupráce vysvětlil takto: *„Je to spolupráce, kde je prioritní hlavně efektivní komunikace, bez které by si v podstatě nikdo nerozuměl a nevěděl, co má dělat.“* A také za důležitý aspekt považuje kladné vztahy, jež doplňuje v následující odpovědi: *„Důležité jsou i kladné vztahy mezi námi a taky to, abychom 49*

*se nad sebou nepovyšovali.“ Informant 2 komunikaci a spolupráci na oddělení hodnotí následovně: „Kladně, při příjmu či resuscitaci si rozdělíme každá co budeme dělat a dle toho fungujeme. Vždy záleží na domluvě a složení personálu. Problém je v dovolání se lékaře, ale vždy se to nějak udělá.“ A dále dodává: „Jako asi každý jiný, máme celkem dobré vztahy, někdy ale převládá přetvářka, faleš a lži, asi jako v každém ženském kolektivu. Jinak si myslím, že se můžeme spolehnout jedná na druhou co se pracovních věcí týče. Co se týče lékařů, to je katastrofa, jsou to arogantní bytosti.“*

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

U kategorie, týkající se standardního lůžkového oddělení vznikly tři podkategorie, s názvy *Cílená*, *Bezproblémová* a *Komunikace a chování*. První z podkategorií obsahuje čtyři kódy, druhá jeden, třetí čtyři a čtvrtá kódy dva.

### **Cílená**

V této podkategorii vznikly kódy „smysluplný výsledek“, „jasný cíl“, a „plynulá péče“.

Uvádíme zde odpověď informanta 4, kterou pokládáme za velmi konkrétní a z níž vyplývá první z kódů: *„Je to podle mě spolupráce, která má vždy smysluplný výsledek, na kterém se všichni dohodli a šli si za nim.“* Dále uvádíme odpověď informanta 5, která je velmi podobná té předchozí: *„To je spolupráce, která funguje a plní svůj účel. Když si všichni navzájem pomáhají, vycházejí si vstříc a jde jim o společný cíl, aby všechno bylo dobře.“*

Za důležitou pokládáme také odpověď informanta 2, která je o další informace rozšířenější: *„Bezproblémové překlady pacientů jak na JIP, tak z JIP na oddělení, dostatečné množství informací o pacientovi při předání, ochota vyjít vstříc při pomoci s péčí o daného pacienta.“* Za velmi zajímavou a přínosnou považujeme i odpověď informanta 5: *„Asi správnou návaznost v péči o pacienty při předávání oběma směry, věnovat pozornost pečlivému předání informací o daném pacientovi, aby druhá sestra mohla v péči o něj plynule pokračovat. Také si myslím, že je důležité, aby lékaři informovali sestry o tom, že vůbec třeba překlad bude, dost často se stává, že se do dozvíme až právě od druhých sester.“*

Kód „práce v týmu“ plyne pak z odpovědi informanta 3: *„Je to vlastně taková týmová práce třeba sester, a když je ta spolupráce efektivní a správná, tak se lépe dosáhne třeba pracovních výsledků a cílů.“*

## **Bezproblémová**

Zde vznikly kódy „bez potíží“, „dobrá“, „dostačující“ a „neohrožující“.

Zde uvádíme odpovědi několika informantů, které považujeme za velmi konkrétní, tudíž přínosné a zajímavé. Informant 2 vysvětluje svůj pohled na efektivní spolupráci tímto způsobem: *„Když spolupráce na daném oddělení funguje bez problémů, personál si vzájemně pomáhá a spolupracuje.“* Informant 7, sanitář, odpovídá takto: *„To bych vysvětlil jako práci, která probíhá má hladký bezproblémový průběh, nikdo na nikoho nekřičí, vše šlape tak, jak má a pacient je taky v pohodě.“*

Přinášíme i odpověď informanta 5, který odpovídá slovy pozitivního rázu: *„Ke spolupráci mezi personálem na standardním oddělení nemám připomínky. Myslím, že si všichni vycházíme vstříc a pomáháme si, jak to jde.“* Stejně tak jako informant 3: *„Kladně. Všichni si mezi sebou snaží pomáhat, nevím, co víc bych dodala.“* Za další kladné odpovědi považujeme tu od informanta 6: *„Z mého pohledu probíhá většinou bez potíží, v pohodě“*, a informanta 9, který se také shoduje s předchozími: *„Spolupráce na oddělení je dobrá, nevidím žádný problém.“*

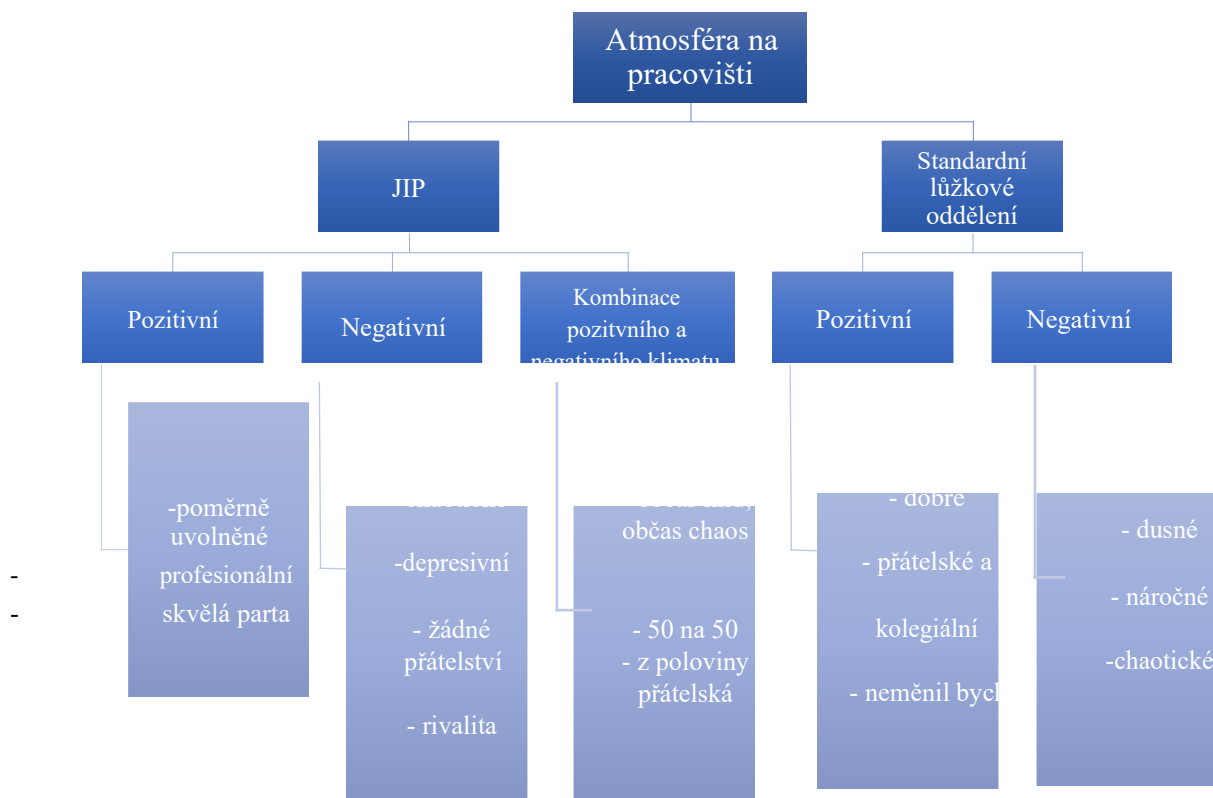
Poslední z kódů je odvozen z odpovědi informanta 4, kterou považujeme také za velmi podstatnou a trefnou: *„Taková spolupráce, která neohrožuje pacienta, víme o něm dostatek informací a nikdo na nikoho nenadává.“*

## **Komunikace a chování**

Zde vznikly kódy „správné jednání“ a „vzájemný respekt a slušné chování“.

Kódy vyplynuly z odpovědi několika informantů, kteří však odpovídali velmi stručně, dvouslovně. Za přínosnou a rozvinutější odpověď považujeme odpověď informanta 1: *„Představím si dostatečné předávání informací o pacientovi na to druhé oddělení, které probíhá rychle, jasně a stručně, bez nějakých zbytečností.“* Informant 8 uvádí více položek, které ho pod tímto pojmem napadají, uvádíme proto také jeho odpověď: *„Pod tím se mi vybaví stručné a jasné pokyny, po kterých vím, co mám dělat, kde mám být a jak moc je to akutní. Také si pod tím představím vzájemnou toleranci, ochotu, slušné chování a vzájemnou pomoc mezi personálem.“*

### Schéma 3 Vnímání pracovního klima a kolektivu na pracovišti



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 3 prezentuje pohled a vnímání atmosféry na pracovišti ze strany informantů jednotky intenzivní péče. Schéma bylo vytvořeno na základě odpovědí, týkajících se vnímání klima na pracovišti ze strany personálu, a vnímání kolektivu ze strany personálu na jejich pracovišti. Informanti byli dotazováni na to, zda by tyto dvě složky, tedy klima/atmosféru a kolektiv popsali a vysvětlili, jaký z něj mají pocit, jak ho vnímají. Toto schéma bylo vytvořeno právě na základě takto pokládaných otázek, z jejichž odpovědí byly vytvořeny podkategorie s názvem: *Pozitivní*, *Negativní* a *Kombinace pozitivního a negativního*. První z podkategorií obsahuje tři kódy, druhá čtyři a poslední tři. U standardního lůžkového oddělení vznikly dvě podkategorie také s názvy *Pozitivní* a *Negativní*. První i druhá nese tři kódy.

#### JIP

##### Pozitivní

V této podkategorii se vyskytují kódy „poměrně uvolněné“, „profesionální“ a „skvělá parta“. Značí tak pozitivitu, která je obsažena v odpovědích informantů na otázku, týkající se vnímání klimatu a kolektivu na pracovišti.

První kód vyplývá z odpovědi informanta 2, který atmosféru popsal takto: „Ve většině případů jako poměrně uvolněné. Kolektiv bych popsala jako

*nicméně je podle mě poměrně složité se začlenit.*“ Zde byla dodatečně položena doplňující otázka, jelikož nás zajímalo, jaký je problém v začlenění do kolektivu: „Proč je to těžké?“, na což byla získána jednoznačná odpověď: *„Protože si ten starý kolektiv drží jednu partu a málokoho mezi sebe pustí, nevěří nám.*“ Za další zajímavou odpověď je považováno odvěti informanta 3: *„Je to skvělá parta lidí, pomáháme si, jsme tým, přátelé, ale pokaždý se najde někdo, kdo je třeba bez nálady a tak, ale to se prostě stává, není každý den růžový.“*

Informant 6 objasňuje: *„Klima na pracovišti mi připadá celkem dobré, záleží na situaci, která se právě na oddělení řeší a dle toho se klima pak odvíjí. Jinak se na pracovišti cítím dobře.“* Informant 4 vysvětluje vnímání kolektivu: *„Přátelský kolektiv fajn lidí, až na výjimky, ale to je všude.“*

### **Negativní**

a V této podkategorii se vyskytly kódy „chaotické“, „depresivní“, „žádné přátelství“ „rivalita“.

Uvádíme zde velmi zajímavou odpověď, kterou nám poskytl informant 1: *„Záleží na tom, v jaké situaci. Když je hodně práce, je tam chaos, ale vlastně bych celkově řekla, že tam hodně panuje rivalita a závist.* Jako reakce na tuto odpověď byla použita doplňující otázka: „Čím si to vysvětlujete? Může to mít nějaký vliv na spolupráci v týmu?“

Na což tento informant zareagoval slovy: *„Myslím si, že je to hlavně tím, že tam jsou prostě závistiví lidé a závidí třeba i lepší vzdělání nebo to, že někomu něco jde lépe nebo že je třeba oblíbený u vrchní a tím pádem by u ní neměl třeba takovej problém, kdyby něco. A určitě to ovlivňuje spolupráci, někdo dělá naschvály, někdo zase spoléhá na to, že mu nic nehrozí, a proto tu práci odflákne.“*

Další odpověď, nesoucí se v negativním duchu, s velmi zajímavým obsahem, poskytl informant 8 svojí odpovědí, která zněla: *„Negativistické, depresivní, panuje zde závist a ponižování.“* Po této odpovědi byla opět položena doplňující otázka: *„Proč si myslíte, že to tak je, v čem vidíte největší příčinu? Myslíte si, že takovéto klima může ovlivňovat péči o pacienta?“* Velmi rozšířená a zajímavá odpověď na tuto otázku byla: *„Myslím, že je to dané jednak skladbou různých individuálních povah pracovníků, jednak pracovními podmínkami, které jsou jak po vybavenostní stránce, zastaralé prostory oddělení, nedostatek některého zdravotnického materiálu, nefunkčnost technického zázemí, tak po stránce finančního ohodnocení tragické. Velkou roli také hraje vedení oddělení a jednotlivých úseků, jež na podkladě povah jednotlivých vedoucích nesmyslně upřednostňuje a zvýhodňuje některé pracovníky před jinými.“*

*Neprofesionální chování vedoucích pracovníků – pomlouvání svých podřízených před ostatními podřízenými. Péči o pacienta to samozřejmě může ovlivňovat, zejména negativním směrem.*“ Tímto se tento informant a informant 1 viditelně shodují. Informant 1 dále kolektiv popisuje: *„Jako kolektiv lidí, co spolu musí vycházet kvůli práci, ale žádné přátelství mezi nimi není.“* Na což navazovala doplňující otázka: *„A proč si myslíte, že to tak je?“* Odpověď informanta zněla: *„Protože tam je každý jen proto, aby přišel, oddělal si to, co musí a odešel, my si jako lidi moc nesedli prostě. Nevěříme si.“* Na což bylo opět zareagováno doplňující otázkou: *„A máte nějaké programy, kde byste se mohli více poznat, nějaké teambuildingové akce?“* Odpověď zněla: *„Ne, to nemáme a když je třeba nějaký návrh, že bychom mohli něco podniknout, tak se k tomu stejně nikdo nemá.“*

Informant 10 uvedl: *„Většinu času tam panuje jen rivalita a nepřátelství, ale já to беру spíš z pohledu lékaře, do sester takhle moc nevidím, proto je lepší dělat sám na sebe v určitém ohledu, než se na někoho spoléhat a pak jen snášet nějaké podrazy.“*

### **Kombinace pozitivního a negativního klimatu**

V poslední z podkategorií můžeme shledat kódy „občas klid, občas chaos“, „50 na 50“, „z poloviny přátelská“.

V těchto odpovědích se shodl informant 5, který uvedl: *„Občas klid, občas chaos, z pohledu práce i personálu.“* s informantem 7: *„Klima? Dost dusno, ale občas i přátelsky“.* Odpovědi informanta 8 byly velmi zajímavé a doplňovány přídatnými otázkami. Zde uvádíme jeho odpověď: *„Část kolektivu je přátelská, ochotná, spolupracující. Část je povýšená, nepřátelská, falešná. 50 na 50.“* Následovala přídatná otázka: *„Myslíte si, že je možnost jak toto změnit? Jakým způsobem by se, dle Vás, dalo docílit toho, aby byl personál profesionální, ochotný a přátelštější? Vidíte nějakou souvislost s tímto chováním a přístupem nadřízených?“* Informant odpovídal samozřejmě slovně, avšak odpovědi vyjádřil v číselném pořadí následovně: *„Samozřejmě, že existují možnosti. 1) významně zvýšit finanční ohodnocení 2) modernizovat pracovní prostředí a technické zázemí celého oddělení 3) ukončit pracovní poměr některým pracovníkům, včetně vedoucích, kteří mají negativní vliv na atmosféru na oddělení a nahradit je inteligentnějšími, vyrovnanějšími a schopnějšími lidmi.“*

Vzhledem k tomu, že byli informanti dotazováni na vnímání kolektivu a atmosféry na pracovišti, byli dále tázáni na to, na jakou pozici by se do týmu zařadili. Odpovědi

byly různorodé, avšak plnily společné znaky, které by se daly shrnout do podkategorií *Vůdce*, *Podřízený* a pozice *Dle okolností* a *Průměrný pracovník*. Odpovědi jsou zaznamenány bez grafického znázornění, avšak spadají pod schéma s názvem „Atmosféra na pracovišti“.

Informant 4 odpověděl následovně: „*Asi na roli organizátora a kontrolora. Vždy rozdávám úkoly, abych měla pod kontrolou, co se děje, když je třeba honem něco udělat, mám ráda přehled a potom jsem i ráda, když vidím, že má každý něco na starosti a ve výsledku bude ta práce hotova, ale není to pokaždé samozřejmě.*“ Informant 10 zase uvedl: „*Já jsem spíše organizátor, mám rád věci pod kontrolou, přehled o tom, jestli je vše, tak jak má, jestli jsou rozdělené úkoly a nikde to nevázne.*“

Tito informanti tak vyznačují role vedoucího pracovníka v týmu a dominanci, kterou rozvíjí a vysvětlují velmi dobře ve svých odpovědích.

Informant 7 oproti předešlým odpovídal tímto způsobem: „*Na pozici všeobecné sestry. Prostě pečuji o pacienty, snažím se zkvalitňovat jejich pobyt v nemocnici. Pečovat o jejich rány, a to jak psychické, tak fyzické.*“ Na což byla položena upřesňující otázka: „*Myslím jako v týmu, například vedoucí typ, podřízený?*“ Informant odpověděl následovně: „*No to vedoucí nejsem rozhodně, já jsem prostě řadová sestra, do vedoucí pozice by mě nikdo nedostal ani v rámci týmu mezi sestřičkami.*“ Odpověď informanta 5 zase zní: „*Jsem spokojená, tak jak jsem, sestra ve směně, co si raději nechává přidělit úkoly.*“ A další z informantů odpověděl následovně naprosto stručně: „*Směnná sestra*“. Tito informanti se tedy považují za součást týmu, ale nevyzdvihují žádným způsobem dominantnější postavení proti ostatním.

Oproti tomu se vyskytovaly i odpovědi, kdy informanti svoje postavení vnímali ve vztahu k situaci, atmosféře, ve které se momentálně nachází, a to například vzhledem k situaci, která právě vznikne. Informant 1 například uvádí: „*To úplně neumím popsát, někdy jsem ta, co ráda řídí a někdy si taky nechám ráda poradit nebo pomoci o ostatních. Záleží hlavně na náladě.*“ Další názor sděluje informant 4 „*Občas si taky nechám ráda poradit nebo pomoci od ostatních. Záleží na práci, která na oddělení zrovna je.*“

Další názor prezentuje vnímání pracovníka jako „průměrného“, můžeme tak chápat z odpovědi informanta 2: „*Průměrného pracovníka.*“ Na základně této odpovědi byla položena prosba o její konkretizaci: „*Šlo by to upřesnit?*“ Informant vysvětlil následovně: „*No, přijdu, odpracuju si, co musím a do ničeho se obzvlášť nějak hodně nehrnu, ale svoji práci odvádím dobře a ve prospěch pacienta.*“



Zajímavou odpovědí odpověděl i lékař, informant 8, který otázku pojal odlišněji, než předchozí informanti a na položenou otázku odpověděl: „*Zlatý střed obecně, špička odborně.*“

## STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

### Pozitivní

Pod tuto podkategorii náleží kódy „dobré“, „přátelské a kolegiální“ a „neměnil bych“. Je tedy viditelně patrné, že se personál v kolektivu cítí dobře, panuje zde přátelská atmosféra a dobré vztahy mezi zaměstnanci na tomto oddělení.

Informanti většinou odpovídali jednoduše, v krátkých větách. Za výstižnou odpověď považujeme a uvádíme odpověď informanta 4, jehož vnímání atmosféry a kolektivu vypadá takto: „*Přátelské. Jako kolegyně si rozumíme a pomáháme, jsem spokojena.*“

Další z informantů, informant 3 popisuje pracovní klima následovně: „*Dle situace, ale většinou přátelské a klidné.*“ Uvádíme zde i odpověď informanta 6: „*Atmosféra je v pohodě, vždy si všichni vyhovíme, i když je toho hodně, ale někdy si člověk taky přijde jako v blázcinci*“, a informanta 1: „*Jak už jsem zmínila, myslím si, že kolektiv máme opravdu dobrý. Rozumíme si.*“ Podobnou odpověď uvedl i informant 5, který také popisuje kolektiv v pozitivním slova smyslu: „*Náš kolektiv je přátelský, vzájemně si pomáháme. Myslím, že jsme taky dobře organizovaní, i když to tak na první pohled asi nevypadá, a každý dobře ví, co má v danou chvíli dělat.*“

Pěknou odpovědí disponuje i informant 3, který zmiňuje i vztah s lékaři a sanitáři, což považujeme za velmi kladný prvek v odpovědi, jelikož nás i personální vztahy s lékaři a sanitáři zajímaly: „*Jsmo dobrá parta holek. Vzájemně se podporujeme, sdílíme zážitky například rodinné události, chodíme ve volném čase třeba si někam sednout a podobně. Naše paní staniční opravdu bezva ženská, vzala si nás, takřikajíc, všechny pod ochranná křídla. Také naši lékaři jsou pohodoví a sanitáři jsou taky fajn.*“

Pro jiný úhel pohledu prezentujeme i odpovědi sanitářů, které považujeme také za velmi podstatné. Výstižnou odpověď poskytl informant 8: „*Když vezmu partu nás kluků sanitářů, jsem spokojený a dohromady se sestřičkama bych opravdu neměnil, nemůžu si na nic stěžovat.*“ Také informant 9 uvádí: „*Kolektiv je kamarádský, nejen v práci, ale i mimo ni, jsem spokojený.*“

### Negativní

Zde se vyskytují kódy „dusné“, „náročné“ a „chaotické“. Odpovědi, které následují, se týkají spíše celkové atmosféry, na kterou byli informanti dotazováni, jedná

se tedy spíše o klima, které na pracovišti informanti vnímají, vyjma toho, že kolektiv považují za kladný a přátelský. Z odpovědí je patrné, že se vnímání atmosféry na pracovišti týká především v souvislosti s pracovní náročností a náplní, ne personálních vztahů na standardním lůžkovém oddělení.

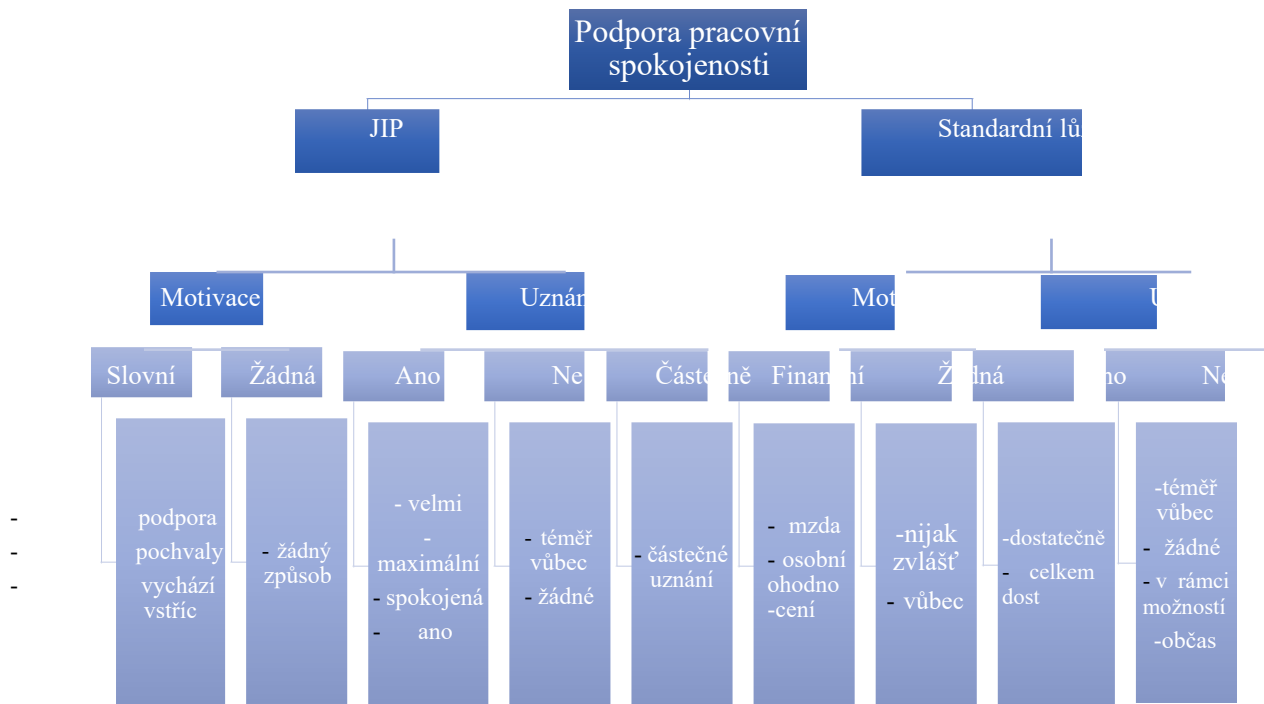
Vyzdvihujeme zde několik odpovědí, které považujeme za velmi důležité, jelikož informanti svoje odpovědi rovnou zdůvodňují a udávají tak podstatu svých odpovědí negativního rázu. Informant 4 uvádí: *„Občas docela dusné a náročné hlavně kvůli práci, je toho někdy hodně.“* Shoduje se i informant 6, který vysvětluje: *„Je to náročné, i občas ta atmosféra, ale není to kvůli tomu, že bychom se to neměli rádi, to vůbec ne, spíš kvůli tomu, že je tó práce moc, a někdy se to sejde všechno najednou.“* Informant 9 se shoduje a dodává: *„Na mě je to někdy chaotické, když je moc práce, pak jsme všichni otrávený a bez energie.“*

K tomuto schématu dále náleží odpovědi informantů, kteří svými odpověďmi měli určit, na jakou pozici se v týmu, kolektivu, zařazují. Pouze jeden dotazovaný informant odvětil, že by se zařadil na pozici, organizátora. Jeho odpověď zní následovně: *„Na pozici organizátora, musím mít vše pod kontrolou a ráda rozdělují úkoly, abych měla přehled o tom, kdo co dělá a co se musí ještě dodělat.“*

Ostatní dotazující se do role organizátora nezařadili, ale spíše se pojmenovávali „podřízenými“, „podpůrnými silami“, či „směnovými sestrami“ a „vůbec ne vůdčím typem“.

Odpovědi některých z informantů jasně poukazují na to, na jakou pozici v týmu se řadí, například informant 1 udává: *„Myslím, že jsem spíš ta, co si nechá poradit. Nejsem vůdčí typ a ani o to nestojím být v nějaký vedoucí pozici nebo mít za úkol mít zodpovědnost za druhý.“* Zajímavá pro nás byla i odpověď informanta 6: *„Podpůrná síla, od toho je sanitář, aby mu ostatní přidělovali úkoly, jsem tak zvyklý, je to moje práce.“* Informant 5 popisuje svoje zařazení v týmu takto: *„To těžko říct, rozhodně ne na žádnou vedoucí nebo řídicí pozici, to ne, asi někam doprostřed, mezi lidi.“*

## Schéma 4 Pracovní spokojenost a podpora ze strany vedení



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 4 prezentuje podporu pracovní spokojenosti ze strany vedení na jednotce intenzivní péče a standardním lůžkovém oddělení. Schéma souvisí s pracovní spokojeností na těchto dvou stanicích. Schéma znázorňuje kombinaci několika otázek, a to přímo na pracovní spokojenost, na to, zda se se ze strany vedoucích cítí dostatečně motivování, popřípadě jakým způsobem, a zda se ze strany vedení cítí být za svoji práci uznáván.

U jednotky intenzivní péče vznikly dvě podkategorie, a to *Motivace* a *Uznání*. Každá z podkategorií byla rozčleněním do dalších, a to vždy na kladnou a zápornou a v případě druhé podkategorie ještě na podkategorii, která značí částečný pocit uznání.

Kategorie *Motivace* znázorňuje odpovědi týkající se způsobu motivace personálu ze strany jejich nadřízených. V této kategorii vznikly podkategorie, nesoucí názvy *Slovní*

a *Žádná*.

### JIP

#### Motivace – slovní

V této podkategorii se vyskytují kódy „podpora“, „pochvaly“, a „vychází vstříc“

Uvádíme zde odpověď informanta 3, který ji jako jeden z mála dotazovaných více rozšířil: „Staniční nás podporuje hodně slovy, povzbuzuje nás a pomáhá, s vrchní moc v kontaktu nejsem během směny, to spíš jen když nám chce říct něco důležitého.“



Informant 6 se s ním vcelku ztotožňuje a vysvětluje: „*Ze strany staniční sestry různé pochvaly, ze strany vrchní sestry mě nic nenapadá, s tou nejsme tolik.*“

### **Motivace – Žádná**

Pod touto podkategorií se nachází kód „žádný způsob“.

Tyto kódy vznikly z odpovědí, které jednoznačně od informantů ukazují na to, že ze strany nadřízených žádnou motivaci nepocítují.

Uvádíme zde naprosto zápornou odpověď informanta 7, který vysvětluje: „*Nijak. Nadřízení mě vůbec nemotivujou. Naopak velice mě demotivujou. Mě motivujou pacienti a jejich odezva ke mně a k mé péči.*“ Na tuto odpověď navázala doplňující otázka, jelikož jsme chtěli zjistit, jakým způsobem dochází k demotivaci ze strany personálu: „*Čím Vás nadřízení demotivují?*“ Informant nám poskytl velmi negativně situovanou odpověď: „*Tím, že mě podceňují, pomlouvají a nechovají se profesionálně.*“ Jiný informant zase uvedl: „*Vůbec nejsem motivována.*“ Opět byla přidána doplňující otázka: „*A chtěla byste být? Byl by Váš přístup k práci jiný?*“ Odpověď zněla jednoznačně s následným vysvětlením: „*Chtěla, samozřejmě, ale přístup k práci jako takový by mi to nezměnilo, spíš přístup do práce, jestli mi rozumíte, spíš bych do té práce chodila raději, protože bych věděla, že z ní má radost třeba i to vedení, což by vlastně motivující bylo.*“

Informant 8 přímo konkretizoval motivaci, kterou by od vedení očekával, na doplňující otázku, zda by chtěl být motivovaný uvedl: „*Samozřejmě, že chtěl. Motivace jednak finanční, jednak projevení vstřícného gesta, např. poděkování, ocenění za dobře odvedenou práci.*“ Informant 10 uvedl: „*Motivaci nevidím žádnou a ze strany nadřízených už vůbec ne.*“ Odpověděl podobně, avšak trochu jiným způsobem i informant 2: „*Největší motivací je pro mě, že mi vycházejí vstříc s organizací služeb, tak abych si dále mohl doplňovat vzdělání, a když mě pochválí.*“

### **Uznání – Ano**

Pocit uznání, kde vznikly kódy „velmi“, „maximální“, „spokojená“ a „ano“, popisují informanti následovně: „*Staniční mě chválí, takže docela ano.*“ Za uznání tedy považuje i pochvalu. Informant 3 odpověděl stručně: „*Ano, cítím.*“ Většina našich informantů odpovídala velmi jednoduše, jednoslovně.

### **Uznání - Ne**

V podkategorii vznikly kódy „téměř vůbec“, „žádné“. Většina z těchto informantů odpovídala velmi stručně odpovědí „*vůbec*“, informant 5 odpověděl s doplňující otázkou,

zda by chtěla být více uznáván, takto: „*Asi necítím žádné uznání. Ano byla, více by mě to motivovalo, ale už jsem si zvykla.*“

### **Částečně**

V této podkategorii vnikl jeden kód „částečné uznání“. Vznikl na základě odpovědi lékaře, informanta 8, jehož celá odpověď zní: *Z 35 % uznáván, z 65 % případů uznání postrádám.* Na doplňující otázku: „*Ovlivňovalo by Vaši práci a chuť do ní to, kdyby Vás nadřízení uznávali více a dávali Vám to dostatečně najevo?*“ Odpověděl jednoznačně: „*Ano.*“

Otázka na informanty byla položena i konkrétní, a to, zda jsou spokojení na svém pracovišti. I v tomto případě se vyskytly odpovědi jak kladné, záporné, tak i takové, které značí pouze částečnou spokojenost zaměstnanců této stanice. Informant 6 například velmi stručně vystihuje: „*Jsem spokojená maximálně.*“ Naopak odpověď informanta 2: „*Práce zde mi nevyhovuje, chtěl bych přejít na vyšší pracoviště či na ZZS.*“ Za velmi zajímavou odpověď může být považována odpověď informanta 8, který vysvětluje: „*spokojený jsem na 40 %.*“ Na doplnění byla položena otázka: „*A co by zvýšilo spokojenost na Vašem oddělení?*“ Na kterou byla jasná odpověď: „*Výměna vedoucích pracovníků za skutečně kompetentní, nezávislé jedince. Modernizace pracovního prostředí. Zvýšení mzdového odhodnocení na úroveň odpovídající výši mé zodpovědnosti a kvality práce.*“

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

U této stanice vznikly dvě podkategorie, související s tématem otázek, *Motivace* a *Uznání*. Každá z těchto podkategorií ještě nese svoji vlastní podkategorii, která značí negativní či pozitivní názor informantů na danou oblast. *Motivace* byla rozdělena na *Finanční* a *Žádnou*, přičemž první z nich obsahuje pouze dva kódy a druhá také dva. Co se týče pocitu pracovního uznání ze strany vedoucích pracovníků, zde se objevovaly odpovědi buďto jednoznačně kladné, nebo negativní, či nejisté, částečné. Podkategorie *Uznání – Ano* nese dva kódy. Podkategorie *Uznání – Ne, občas*, obsahuje kódy čtyři.

### **Motivace**

Jak již bylo zmíněno, tato podkategorie je rozdělena na *Finanční* a *Žádnou*. Často se jednalo o velmi jasnou, stručnou a jednoslovnou odpověď.

Přinášíme zde příklady odpovědí informantů, které pokládáme za velmi přínosné. Informant 1 vidí motivaci takto: „*Máme teda určité finanční osobní ohodnocení, ale to je tak vše.*“ Stejnou podstatu v motivaci vidí i informant 4, jehož odpověď uvádíme: „*Nemyslím si, že by mě nadřizený motivoval, maximálně mě motivuje osobní ohodnocení.*“

U informantů, kteří ve svém zaměstnání nepocítují žádnou motivaci ze strany zaměstnavatelů, můžeme pozorovat odpovědi znázorňující postrádání motivace. Prezentujeme zde odpověď informanta 5: „*Nemyslím si, že by tady ze strany nadřizených pro mě byla vůbec nějaká motivace... u nás se moc nechválí, ale ani nekárá.*“

Z pozice sanitáře není také patrné, že by byla motivace pocíťována, což můžeme vidět na odpovědi informanta 9, sanitáře: „*Motivace tu není žádná, žádnou nevidím, беру to tak, že se do práce chodit musí.*“

### **Uznání - Ano**

Za odpověď, která přímo neznačí pocit uznání, ale bere v potaz pochvalu jako uznání, přinášíme odpověď informanta 1, který svůj vjem popisuje: „*Dostatečně, když беру jako uznání to, že nic nevytýká a chválí se, což se dá považovat za určitou formu uznání.*“ Informant 2 odpověděl velmi stručně, byla tedy využita doplňující otázka, jelikož přímo nespécifikoval způsob, díky kterému pocit uznání cítí. Prvotní odpověď zněla: „*Celkem dost.*“ Proto jsme využili možnosti dotázat se následovně: „*A jakým způsobem?*“ Informant odpověděl opět stručně, avšak konkrétně a pro nás dostatečně: „*Třeba že mě pochválí.*“, takže se shoduje s informantem 1.

Na otázku, která se netýká jednotlivě motivace nebo uznání, ale celkové spokojenosti na oddělení například informant 1 odpovídá: „*Jsem spokojena velmi. Hledala jsem a chtěla jsem pracovat na takovém typu oddělení.*“ Informant 5 přispívá odpovědí a vysvětluje: „*Na oddělení jsem spokojena. Kolektiv máme super, a i když je práce mnohdy až nad hlavu všechno se vždycky nějak zvládne i s humorem.*“

### **Uznání - Ne, občas**

Informanti, kteří pocit uznání a celkovou spokojenost na oddělení nepovažují za zrovna kladné a celkově se necítí na oddělení spokojeně z pohledu pracovní spokojenosti, odpovídali následovně. V některých případech bylo využito doplňujících otázek proto, abychom dosáhli co nejpřesnější odpovědi a přehledu v této problematice.

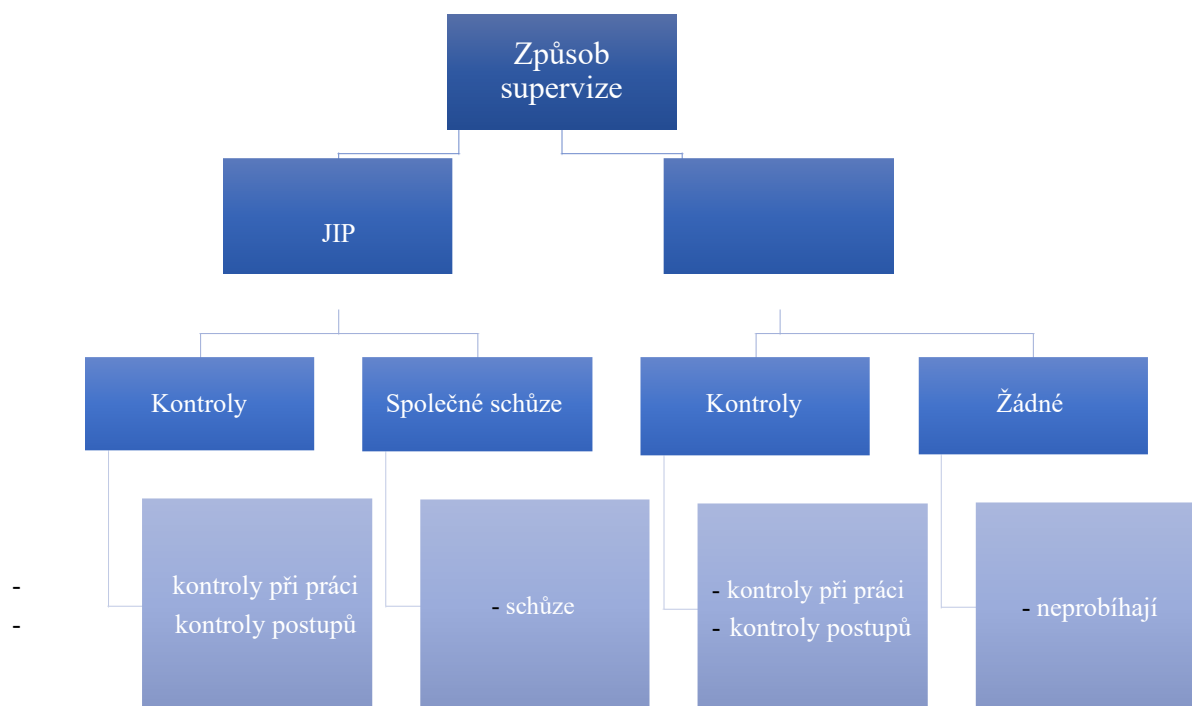
Jako příklad uvádíme odpověď informanta 4: „*Moc se uznávaná necítím.*“ Po této odpovědi nás zajímalo především to, zda by se informant chtěl cítit více uznávan za svoji práci, proto jsme položili otázku, která odpověď umocní: „*A chtěla byste?*“ Byla

nám poskytnuta pro nás dostačující odpověď: „Samozřejmě, že ano, bylo by to o něčem jiném.“

Z pohledu sanitáře, informanta 8, přinášíme odpověď podobného rázu, jako u předešlého informanta: „Uznávám se za svoji práci necítím ani trochu, všichni to berou tak trochu automaticky, že zavolají a já jdu.“

Vzhledem ke spokojenosti celkové na oddělení byly doplněny tyto odpovědi informantem 4: „Jsem spokojena v rámci možností, pracovat se musí.“, a informantem 6, sanitáře: „Asi jako každý kdekoliv jinde, je to práce... někdy mě štve, ale jindy jsem zase spokojený a do práce se i těším. Půl na půl.“ Souhlasí i informant 9: „Občas spokojený jsem, občas ne, celkově spíše ano, ale stoprocentní to taky není, je to hodně nárazový.“

### Schéma 5 Probíhající supervize



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 5 prezentuje způsob supervize na stanicích. Kategorie *Způsob supervize* byla rozdělena dle stanic na JIP a Standardní lůžkové oddělení. Ke každé stanici byly vytvořeny dvě podkategorie. U Jednotky intenzivní péče vznikly podkategorie *Kontroly* a *Společné schůze*. U standardního lůžkového oddělení *Kontroly* a *Žádné*.



## JIP

### Kontroly

V této podkategorii se nachází kódy „kontroly při práci“ a „kontroly postupů“. Jako příklad uvádíme odpověď informanta 2, který vysvětluje pohled na supervize takto: *„Řekl bych, že nijak. Spíš, jakože kontrolují během práce, ale jinak nic moc.“* Podobným způsobem odpověděl i informant 4. Zde prezentujeme příklad jeho odpovědi: *„Kontrolují správné postupy při převazech, kontrolují dokumentace pacientů.“*

### Společné schůze

Zde se vyskytuje kód „schůze“. Tento kód vyplývá z odpovědi několika informantů. Přinášíme příklady některých z nich. Informant 1 odpovídal poněkud zaskočeným dojmem, avšak jeho odpověď je rozvinutá a věcná: *„Touto otázkou jste mě zaskočila. Ted' přemýšlím, jestli u nás vůbec nějaká supervize probíhá. Jednou za čtvrt roku máme schůzi, kde řešíme různé organizační věci, ale to je tak vše. Vlastně ještě jednou za rok máme individuální sezení se staniční, kdy se ptá, jak se nám líbí na oddělení, jestli s něčím máme problém a podobně.“* Informant 3 popisuje: *„Supervize na našem oddělení moc často neprobíhá. Já osobně jsem se zatím zúčastnila jen jednoho sezení. Probíhalo to tak, že se sedělo v jedné místnosti společně se supervizorem, který probíral nějaký problém a hledalo se k němu řešení.“* Zde byla položena doplňující otázka, jelikož nás zajímalo, proč tato situace nastala: *„A to probíhalo na základně vzniku nějakého problému nebo se to zorganizovalo jen tak, na zkoušku?“* Informant nám stručně odpověděl: *„Vznikl problém.“* Dále uvádíme příklad odpovědi sanitáře, informanta 6: *„Občas proběhne sezení, kde jsou všichni sanitáři a jsou nám vytykány chyby nebo třeba to, co chtějí, aby bylo jinak nebo nějaký novinky.“* S tímto se shoduje i informant 7: *„Probíhá schůze s vedením a námi sanitáři o tom, jaký jsou změny a co děláme špatně a je potřeba to změnit nebo jinak zorganizovat.“*

## STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

### Kontroly

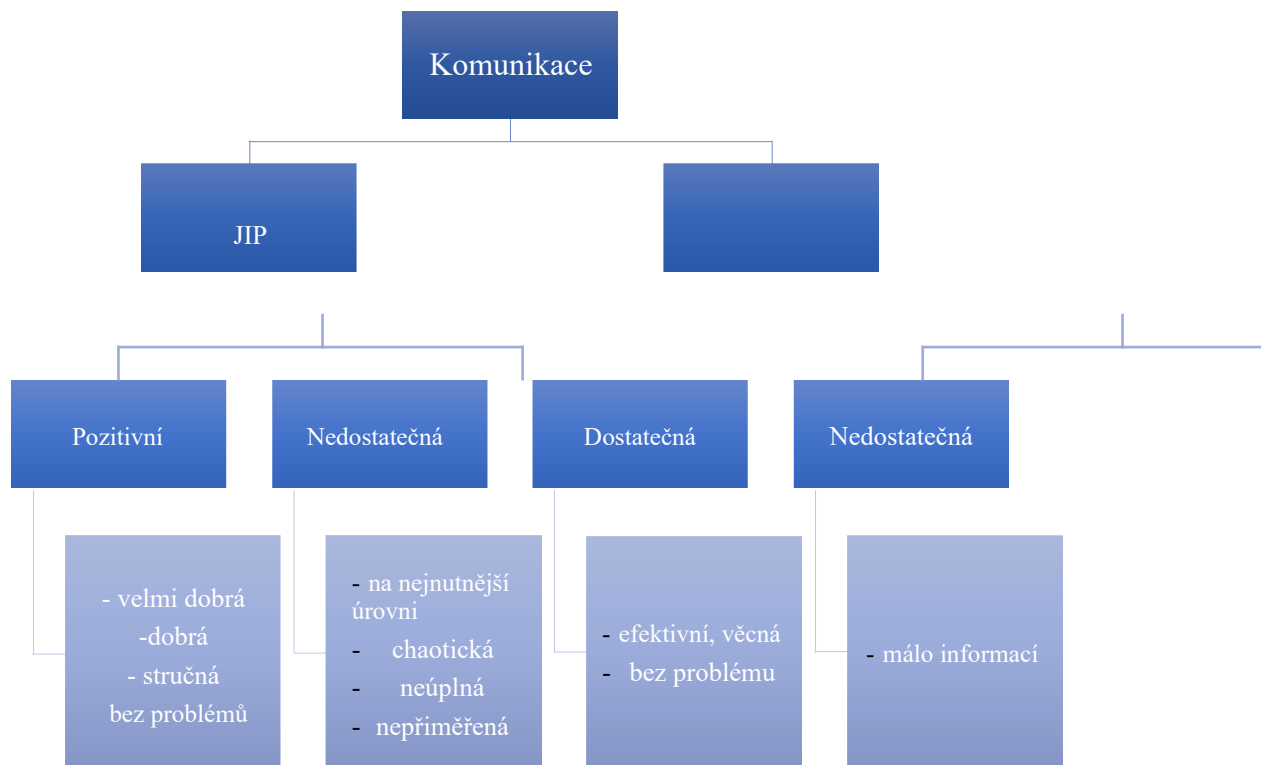
V této podkategorii se nachází kódy „kontroly při práci“ a „kontroly postupů“. Jako příklad uvádíme odpověď informanta 2, který supervizi vnímá takto: *„Většinou chtěli pouze abych jim oznámil, že jsem daný úkon již vykonal a zda jsem měl nějaký problém, popřípadě jaký, kontrolovali práci prostě.“* Za další přínosné odpovědi uvádíme odpověď informanta 3: *„Supervize? no, asi nás staniční občas kontroluje, jestli je vše*

*tak jak má, ale není to nic, co by nám vadilo. Asi to není úplně supervize, spíš občas koukne, jestli je vše doplněné nebo jestli je všechno podepsané atd., a když není, tak nám to řekne, jinak nevím o jiným způsobu.“*

### **Žádné**

Zde se vyskytuje kódy „neprobíhají“. Tento kód vznikl na základě několika odpovědí informantů, kteří si nejsou supervizí na svém oddělení vědomi. Uvádíme zde příklad informanta 7: *„Víte, že ani nevím. Nikdy jsem si nevšimla nějaké supervize, asi žádné.“* Informant 5 oponuje podobnou odpovědí: *„Myslím, že nic, co by se dalo nazvat supervizí u nás asi ani neprobíhá.“*

### **Schéma 6 Komunikace mezi personálem**



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 6 prezentuje komunikaci mezi personálem. Kategorie vznikla na základě položené otázky na téma charakteristiky komunikace mezi personálem na jednotce intenzivní péče a stanici standardního oddělení, a to například při příjmu pacienta nebo kardiopulmonální resuscitaci, a také mezi standardním lůžkovým oddělení a JIP. Celkem byly u JIP vytvořeny dvě podkategorie, a to podkategorie s názvem *Pozitivní* a *Nedostatečná*. Podkategorie *Pozitivní* obsahuje čtyři kódy, stejně tak jako podkategorie *Nedostatečná*. U standardního lůžkového oddělení byly vytvořeny podkategorie *Dostatečná* a *Nedostatečná*. První z podkategorií obsahuje dva kódy, druhá nese kód jeden.

## **JIP**

### **Pozitivní**

V této podkategorii jsou obsaženy kódy „velmi dobrá“, „dobrá“, „stručná“ a „bez problémů“.

Uvádíme hodnocení komunikace z pohledu informanta 5: *„Kladně, při příjmu, či resuscitaci si rozdělíme každá co budeme dělat a dle toho fungujeme. Vždy záleží na domluvě a složení personálu. Problém je v dovolání se lékaře, ale vždy se to nějak udělá.“* Podobně odpověděl i informant 7: *„Bez problému. V tomhle jsme opravdu sehraní. Jak sestry, tak lékaři, když se jim dovoláme. Ale ARO přijde vždy, tak co.“* Informant 11 dodává: *„V komunikaci nevidím až tak problém, je dobrá, nemůžu si vůbec stěžovat, jak mezi lékaři, tak mezi sestrami, teď беру v potaz především nějakou krizovku.“* Další, i když stručnou odpověď prezentujeme od informanta 7: *„Jako nemám co vytknout. Bez problému.“* Souhlasí i informant 5, který zohledňuje komunikaci při překladu: *„Komunikace například při překladu probíhá bez problému.“*

### **Nedostatečná**

V této podkategorii vznikly kódy „na nejnutnější úrovni“, „chaotická“, „neúplná“ a „nepřiměřená“. Tato podkategorie znázorňuje negativní pohled na komunikace mezi personálem oddělení.

Zajímavou odpověď přinesl informant 1, který podrobněji popisuje: *„Komunikace celkem vážně, řekla bych, že si spoustu informací nepředáváme, že někomu třeba nepřijdou o tom pacientovi podstatné. Třeba že má alergii na to a to, protože se to u nás nepodává, ale pak přijde na jipku a tam je s tím problém, že jsme to nepředali, jenže my si to na směně ani nepředali mezi sebou, takže jsme to potom nevěděli. A taky mi přijde, že záleží na složení směň, že někdo s někým třeba ani komunikovat moc nechce, proto předá jen to nejnutnější a jde domu, na konci směny.“*

U každého z následujících informantů byla položena dodatečná otázka, kterou by informant odůvodnil svoji odpověď. Informant 3 udává: *„Je to jedno přes druhé, chaotické, ale vždy se nějak dorozumíme. Ono fakt záleží, s kým zrovna kdo slouží, někdo to má zmáknutý, a někomu člověk zase musí říkat, aby se vzpamatoval, je to o člověku a o situaci.“* Následně byla doplněna otázka, která nám pomohla rozšířit pohled na komunikaci s dalšími pracovníky na oddělení: *„A co komunikace s lékaři a sanitáři?“* Informant 3 nám vysvětlil: *„S lékaři je to složitější, ty, když nemají náladu, tak jen bručí, sanitáři jsou zase otrávení z toho, že musí něco dělat, tak jsou nepřijemní, ale ve výsledku se to vždycky nějak udělá a jde to, musí.“*

Informant 2 uvedl: „Řekl bych, že je zde komunikace pouze na nejnужnější úrovni. Nic moc.“ Opět nás zajímalo, proč takto informant komunikaci vnímá, proto jsme zvolili následující dotaz: „Čemu tuto skutečnost přikládáte?“ Na tuto otázku nám byla poskytnuta jednoznačná odpověď: „Prostě není čas, je toho moc.“

Dále uvádíme odpověď informanta 5, kterou také považujeme za velmi přínosnou: „To bych řekla, že je nedostatečná, hlavně kvůli tomu, že si nepředáme všechny potřebné informace, je chyba na obou stranách, u sester nejen teda.“ I v tomto případě jsme se ptali na komunikaci s lékaři: „A komunikace s lékařem?“ Informant popisuje situaci a komunikaci velmi konkrétně: „Lékař jen přijde, že pacienta přeložíme a jde pryč, bere už jako samozřejmost, že předáme pacienta dobře, kolikrát to ale ani neoznámí na tom oddělení, kam máme pacienta dávat, takže to je pak problém a sestry jsou otrávený.“ Informant 4 velmi stručně komunikaci popisuje: „Nedostatečnou, kolikrát si zapomeneme říct nějaké informace.“

## STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

### Dostatečná

Pod tuto podkategorii spadají kódy „efektivní, věcná“ a „bez problému“.

Uvádíme příklad odpovědi informanta 5, ze kterého kódy vyplynuly: „Myslím, že komunikace je ucházející a odvíjí se od toho, jak dlouho společně pracujeme. S některou kolegyní to jde snáz, s jinou hůře, ale je to o zvyku, ve výsledku to jde.“

Následovně byl doplněn i dotaz na komunikaci s lékaři na oddělení: „A jak je to s komunikací mezi Vámi a lékařem?“ Odpověď informanta zněla: „No, docela to jde, ale někdy mi přijde, že je stejně všechno na sestře.“

Dalším příkladem je odpověď informanta 3: „Jsme dobrý kolektiv a pomáháme si, komunikujeme podle pravdy a upřímně. Když se třeba stane, že noční služba zapomene něco udělat, tak si to řekneme, ale nevyčítáme si to. Stane se, neděláme z toho tragédii. Pokud by to bylo něco závažnějšího, tak to staniční konkrétní sestře vysvětlí, probere to s ní a snaží se to vyřešit, to se ale moc neděje, jen výjimečně.“

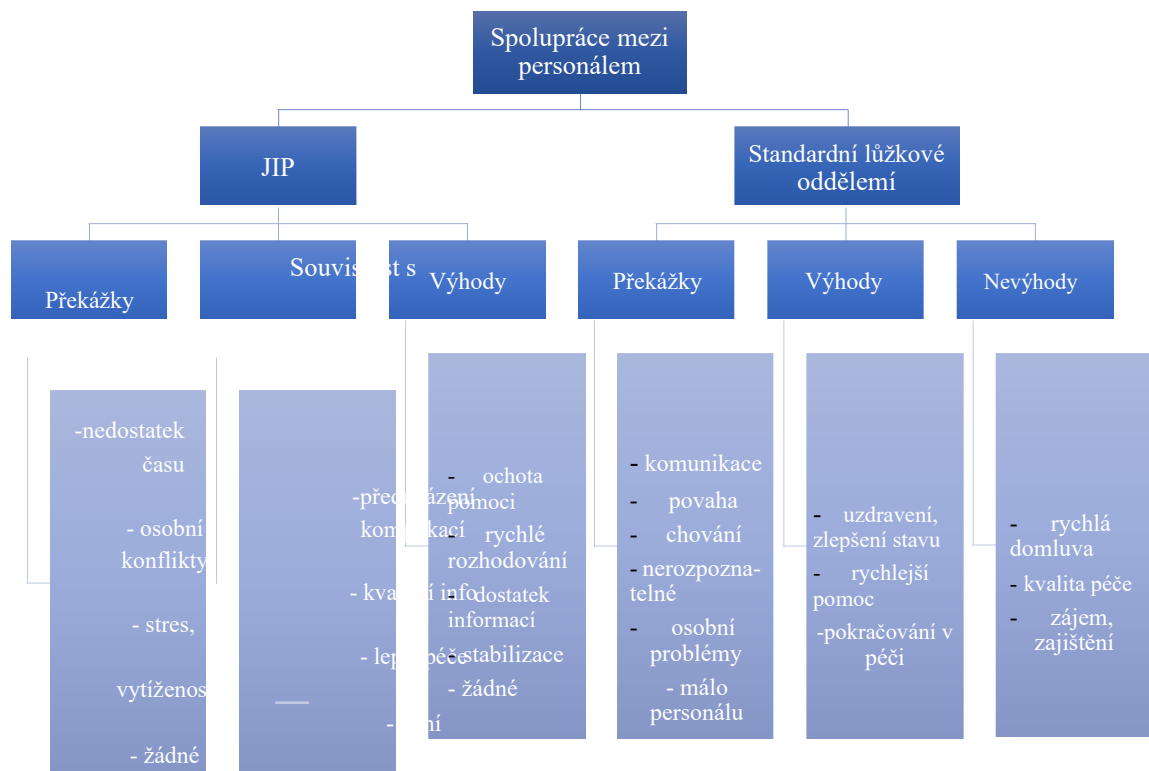
Informant 8 uvádí: „Komunikace je dobrá, bez problémů, nemám s tím žádný problém.“ Co se týče přímo otázky na oblast komunikace mezi jednotlivými stanicemi, všichni z informantů se shodli na kladné odpovědi a komunikaci popisují následovně. Informant 1 odvětil: „Bez problému, pokud překlad neprobíhá v nevhodný moment, kdy je na standardním oddělení spousta neodkladné práce.“ Byla položena doplňující otázka: „A pokud ten nevhodný moment je, jakým způsobem je to sděleno?“ „Sestry řvou

*že nemají čas a jsou velmi nepříjemné, přitom nás tam třeba lékař pošle, ale my už jsme zvyklí, takže prostě počkáme a zkusíme to za chvíli a oni vychladnou.“ Informant 2 udává: „S jipkou je komunikace fajn, při překladu se vždy všechno dozvíme.“ Z pohledu sanitáře, informanta 9, zní odpověď takto: „Mně ta komunikace tam přijde normální, není v ní žádný problém, ale nevím, jestli je to z mojí pozice dobře hodnotitelný, když tam nejsem tak často.“*

### **Nedostatečná**

U této podkategorie vznikl jediný kód a to „málo informací“. Vznikl na základě odpovědi informanta 4, který popisuje: *„Řekla bych, že si dost často předáváme málo informací. Komunikace při příjmu pacienta je bezvadná mezi námi, ale o pacientovi nám spoustu věcí chybí, nebo spíš při předávání si služeb, například alergie nevíme nebo co ho čeká brzy ráno za vyšetření, to si musíme dohledávat třeba o noční nebo se toho pacienta ptát, ale to jsme si zvykli, takže vlastně je problém jen v tomhle, už si na to dáváme docela pozor.“*

## Schéma 7 Vnímání spolupráce mezi stanicemi standardního lůžkového oddělení a JIP



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 7 prezentuje spolupráci mezi personálem. Tato kategorie vznikla na základě odpovědí na několik otázek, týkajících se pohledu na spolupráci mezi personálem jejich očima. Otázky se týkaly toho, zda personál na jednotce intenzivní péče a standardním lůžkovém oddělení nějaké překážky ve spolupráci vidí, zda si myslí, že mají nějakou souvislost s péčí o pacienty a zda vnímají pozitiva ve spolupráci mezi personálem nejen jednotky intenzivní péče, ale také mezi jednotlivými stanicemi. Toto schéma u JIP nese tři podkategorie s názvy *Překážky*, *Souvislost s péčí* a *Výhody*. Stejné podkategorie vznikly i u standardního lůžkového oddělení. Výhody jsou chápány ve smyslu toho, jaké výhody vidí informanti při efektivní spolupráci mezi nimi.

### JIP

#### Překážky

Podkategorie *Překážky* reaguje na otázku týkající se překážek, které personál vidí v co nejefektivnější spolupráci mezi stanicemi jednotky intenzivní péče a standardního lůžkového oddělení. Celkem tato podkategorie obsahuje sedm kódů. Dalo by se říci, že díky odpovědím informantů vznikly snadno definovatelné oblasti, které lze vyčíst

z kódů a rozlišit tak překážky na časové, překážky osobního charakteru, personální, stresové, ale také žádné.

Odpovědi byly velmi stručné. Takto například odpovídal informant 3, který jednoduše udal: „*Nedostatek času.*“ Dále uvádíme odpověď informanta 2: „*Jedinou překážkou si myslím, že jsou příliš rozdělené kolektivy.*“ Informant 1 zase udává: „*Myslím si, že jsou. Určitě jsou to nějaký osobní nesympatie, že spolu ty sestry moc nechtějí mluvit.*“ Informant 8, lékař, odpovídal způsobem, na který bylo opět zareagováno přidáním otázkou. Udává tyto překážky: „*Vyřízení jednotlivých sester v danou chvíli nedostupných pro spolupráci. Také neochota některých sester přijmout zodpovědnost.*“ V tomto případě byla využita doplňující otázka, jelikož jsme potřebovali specifikovat, zda informant vidí problém jen na straně sester: „*Vidíte problém především tedy v sestrách? Nebo byste do tohoto problému zařadil i lékaře a proč?*“ Informant bez váhání odpověděl: „*Ano, vidím problém především v sestrách. S lékaři je v tomto ohledu problém zanedbatelný.*“ Tento informant následně rozvinul svoji odpověď při položení další otázky a to, jaké překážky vidí konkrétně na stanici jednotky intenzivní péče. Jeho velmi rozsáhlá odpověď, rozšířena pomocí přidávaných otázek zní: „*Nekompetentní vedení na všech vedoucích pozicích. Nedostatečná odborná zkušenost některých zejména mladších sester. Neochota přijmout zodpovědnost v náročnějších situacích.*“ V tomto případě nás zajímalo především to, zda informant vidí východisko z této situace, a proto jsme se tázali: „*Myslíte si, že je řešení pro tuto situaci? Vidíte problém v nedostatečném zaškolování personálu od vedoucích funkcí, tzn. staniční, vrchní sestra? Pociťujete tuto problematiku i u lékařů?*“ Informant nám i po položení tohoto dotazu poskytl velmi rozšířenou a zajímavou odpověď: „*Největší problém je samotná volba konkrétních jedinců do vedoucích pozic, jak sester, tak lékařů. Tato volba závisí prakticky na jednom člověku, primáři oddělení, popřípadě vrchní sestře. O kvalitě těchto dvou lidí a jejich schopnosti správně rozhodovat a vybírat vhodné pracovníky lze též polemizovat. Zaškolování do funkcí též vážne, ale to není ten hlavní problém. Řešení? Například volit vedoucí pracovníky na základě hlasování všech pracovníků oddělení.* Dále uvádíme odpověď informanta 11: „*Vidím problém v tlaku ze strany vedení, oni si kolikrát myslí, že stihneme psát vizity, obstarat stanici, a ještě nás vypíšou na sál, to mi hlava nebere, nedá se to stihnout.*“ Prezентujeme zde i odpověď informanta 2: „*Tou největší je za mě nejspíše neochota přijmout nové metody a postupy při ošetřování, nebo při organizaci práce na oddělení.*“



Pouze jeden informant nevidí ve spolupráci mezi personálem žádné překážky, napovídá tomu velmi jednoduchá, jasná a stručná odpověď. Informant 5 stručně vysvětlil: „*Ne, nevidím žádné.*“

### **Souvislost s péčí**

Podkategorie Souvislost s péčí pojednává o vnímání informantů v souvislosti efektivní spolupráce s péčí o pacienta. K této podkategorii vzniklo šest kódů s názvy „předcházení komplikacím“, „kvalitní info“, „lepší péče“, „není“, „pomalé jednání“ a „horší péče“.

Informant 1 uvedl: „*Když tak nad tím přemýšlím, určitě to souvislost má, a to si myslím, že nejvíc to, že čím víc si předáme informací o tom pacientovi, tím víc ho známe a můžeme předcházet nějakým komplikacím.*“ S tímto tvrzením se shodl i informant 4, který vysvětluje: „*Určitě ano, čím lepší spolupráce, tím lepší péče a předcházení nějakých nežádoucích událostí.*“ Dále uvádíme odpovědi informanta 2, která je sice velmi stručná, ale výstižná: „*Nic mě nenapadá, žádná souvislost.*“ Za velmi přínosnou odpověď považujeme i odvěti informanta 4: „*Ano, pokud to nefunguje mezi sestrami a lékaři a celkově, tak ta péče je méně kvalitní. Čím jsou lepší vztahy mezi personálem, hlavně teda mezi sestrama a lékařema, tak tím je lepší ta péče*“, a také informanta 8: „*Ano, například zbytečné čekání pacientů na chodbě nebo na výkon v důsledku chaotického či pomalého jednání sester.*“ Informant 9 uvedl: „*Samozřejmě, že souvislost vidím, čím je lepší spolupráce mezi personálem, tím je lepší péče, naopak, pokud je horší spolupráce, je logicky i horší péče o pacienty.*“

### **Výhody**

Podkategorie Výhody vznikla na základě dotazování se informantů na vnímání pozitiv, kladů, výhod ve spolupráci personálu mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče. Celkem zde vzniklo pět kódů s názvy „ochota pomoci“, „rychlé rozhodování“, „dostatek informací“, „stabilizace“ a „žádné“.

Z pohledu lékaře, informanta, 8 uvádíme tuto odpověď: „*Jipové sestry jsou schopné a obvykle i ochotné odborně pomoci sestram na standardním oddělení.*“ Informant 1, se i z pohledu sestry shoduje: „*Klady? asi rychlost toho předání informací a taky ochota pomoci od sestram na standardu, když si s něčím neví rady.*“ Také uvádíme názor informanta 7: „*Vždy jsou milé, není nikdy problém se s nimi na něčem domluvit, třeba když není vhodný čas na překlad.*“

Další z kódů vznikl z odpovědi informanta 2: *„Dostatečné množství předaných informací a jejich rychlost předání.“* Presentujeme také odpověď informanta 6, která zní takto: *„Zajištěné „lepší“ invazivní vstupy, hlavně stabilizovaný pacient, monitorace atd.“* Pouze jeden z informantů nevidí žádné klady ve spolupráci personálu. Odpověď je velmi stručná a jasná: *„Klady nevidím žádné.“*

## STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ

### Překážky

Pod touto podkategorií se objevují kódy „komunikace“, „povaha“, „chování“, „nerozpoznatelné“, „osobní problémy“ a „málo personálu“

Informant 4 popisuje: *„Komunikace.“* Požádali jsme o upřesnění odpovědi: *„Můžete odpověď upřesnit?“* Na což nám byla poskytnuta odpověď: *„Nevím, jak upřesnit, ale je to komunikací, vždycky je problém v komunikaci, buď chybí informace nebo se lidi bojí mluvit.“* Informant 5 udává: *„Možná to, že některé sestry na JIP si myslí, že když jsou na JIP tak jsou něco víc, chovají se povýšeně a pohlíží na sestry z oddělení tak trochu shora.“* Dále uvádíme příklad odpovědi informanta 3: *„Možná je to někdy v sestrách, v jejich chování. Někdy slouží třeba sestra, která je míň ochotná než zase ta jiná. Když nám překládá pacienta, tak o něm moc nepoví, chvátá, protože má na JIP zase jinou práci a předání je pak honem honem a já si musím zbytek sama vyčíst z papírů pacienta. S podobnou informací přispívá i sanitář, informant 6, který popisuje: „Krom lidského faktoru, který je ale všude přítomný, nejen ve zdravotnictví, takže chování sester, nic víc mě nenapadá.“*

Za další přínosné příklady odpovědí považujeme odpovědi informanta 7: *„Já, jak tam jsem jen na skok, vždycky jen někoho přivezu nebo pro něco skočím, tak do toho moc nevidím, těžko říct“*, a informanta 9: *„To nevím, z mého pohledu je to těžké takhle říct, opravdu nevím.“*

V případě, že byli informanti tázáni pouze na jejich oddělení, tedy na standardní oddělení, zmiňovali překážky tohoto charakteru: Informant 1 odpovídá stručně a jasně: *„Někdy moc velké řešení osobních věcí.“* Informant 2 se shoduje: *„Osobní problémy, které se tahají do práce.“* Informant 4 se k vyjadřuje takto: *„Když má třeba někdo nějaký problém, tak to řeší ostatní a pak to dělá špatnou atmosféru, řekla bych, že největší překážkou mezi námi je to, že si nikdo nehledí svého, že je na prvním místě řešení osobních věcí toho druhého a ne práce.“*

Dalším problémem, který mnohdy informanti uváděli, bylo nedostatečné množství personálu. Problém v množství personálu vidí naprosto všichni ze všech dotazovaných sanitářů, informant 6 odpověděl velmi stručně: „Hlavně málo lidí, nás sanitářů i sester.“ Informant 7 uvedl: „Málo lidí na směně, hlavně nás kluků, jsme jen dva a někdy je to fakt fuška.“ Informant 9 vysvětluje: „Největší problém a překážky jsou v množství personálu, je ho málo, nedá se to kolikrát stíhat.“

Další oblastí, kterou informanti vyzdvihovali, byla komunikace. Informant 3 vysvětluje: „Možná málo efektivní komunikace mezi staniční a vrchní sestrou. Vrchní řekne něco staniční a ta to zapomene říct nám a my to nesplníme, logicky, takže je pak vrchní nepříjemná a celkově se to pak veze po celým tom oddělení nějakou dobu, než to nepřejde.“ Informant 5 zase přispívá takovýmto zajímavým názorem: „Možná tedy občas problém v komunikaci sestra-lékař a lékař-lékař. Lékaři mezi sebou obecně moc nekomunikují, tedy alespoň ne o tom, o čem by měli.“

### **Souvislost s péčí**

Pod touto podkategorií vznikly kódy „uzdravení“, „rychlejší pomoc“, „lepší péče“, „zlepšení stavu“ a „pokračování v péči“.

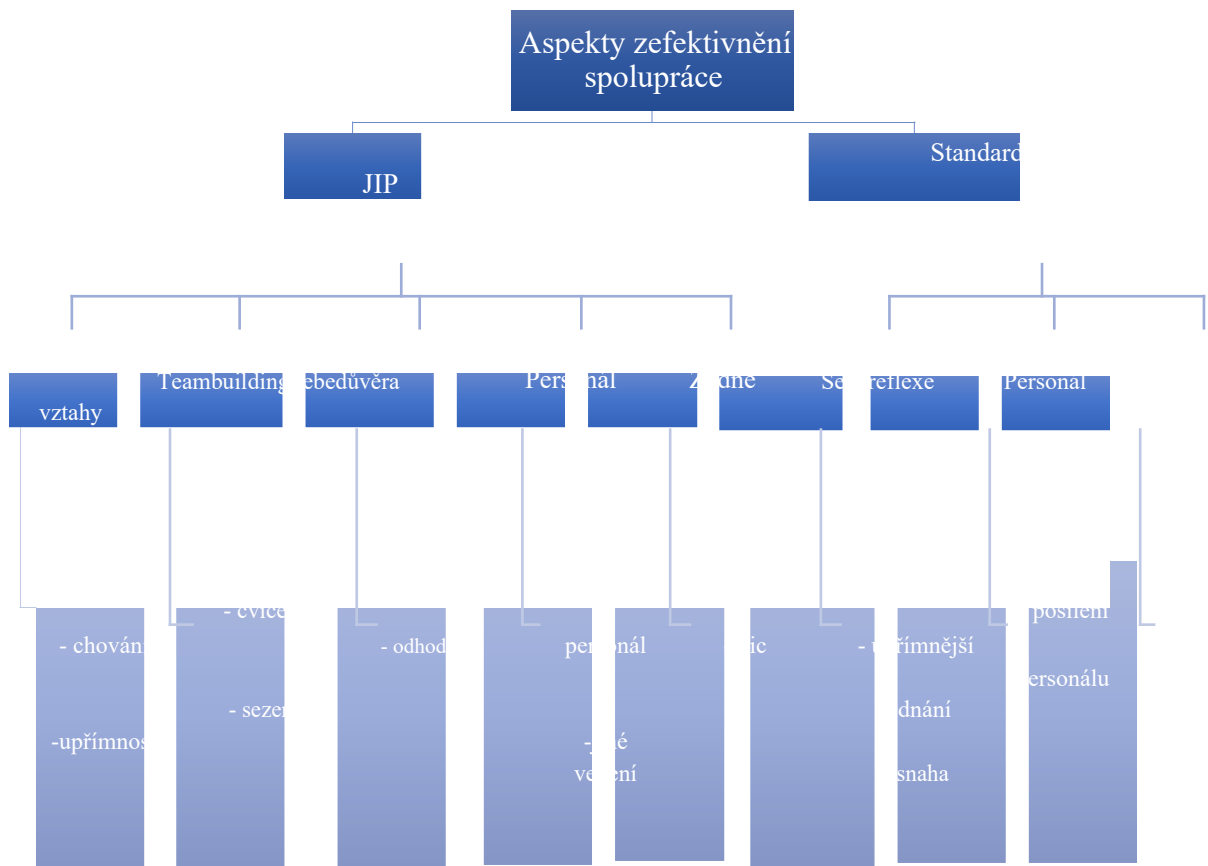
Informant 1 udává: „Lepší spolupráce rovná se rychlejší uzdravení pacienta. Informant 3 rozsáhle popisuje: „Samozřejmě pokud bude tato spolupráce efektivní na obou stranách, tak péče o pacienta bude rozhodně lepší a kvalitnější. Pořád je to o té komunikaci, o ochotě třeba napojit drén, podat léky. Nevím, to je jako když mi nedávno sestra předávala pacienta z jipu, tak mi hned u předání řekla, že má kanylu, ale že už tolik nedrží, snad nebude protékat, pacient měl špatné žíly, že se snažila jí ještě přelepit a snad do večera ještě vydrží. A já tak hned věděla, že si musím dávat pozor na kanylu, aby si jí třeba nevytrhl, tak jsem mu jí přelepila a opravdu do večera vydržela. Kdyby mi to u předání neřekla, tak si na to nedám pozor a pacient by si třeba omylem kanylu vyndal a nemohl by dostat důležitou infúzi a podobně. Informant 6, sanitář, odpovídá podobně, avšak velmi stručně a jasně: „Ovlivňuje to stav pacienta k lepšímu, když je dobrá spolupráce.“ Informant 8, sanitář, udává: „Když je ta spolupráce tak, jak má, tak se tomu pacientovi rychleji pomůže, protože mezi tím nevznikají žádné problémy bych řekl, všechno to odsejpá.“ Informant 5 vysvětluje: „Pořád je to o těch informacích, když mi sestra z JIP řekne podrobně, jak na tom pacient je, můžu plynule navázat a v péči pokračovat bez nějakého většího prodlení.“

## Výhody

Podkategorie, vzniklá z odpovědí informantů v souvislosti vidin výhod co nejlepší spolupráce mezi personálem na stanici standardu i mezi ním a jednotky intenzivní péče, obsahuje tyto kódy „rychlá domluva“, „kvalita péče“ a „zájem, zajištění“.

Prezentujeme odpověď informanta 1: „*Myslím si, že komunikace mezi námi je dostatečná, panují mezi námi i dobré vztahy*“, a informanta 7, sanitáře, který odpovídá takto: „*Moc do toho nevidím, ale přijde mi, třeba při překlada, že si to holky hrozně rychle vysvětlí a zařídí, že tam funguje fakt rychlá a dobrá domluva.*“ Za další přínosnou odpověď považujeme tu od informanta 2: „*Ve výsledku dobrá péče o pacienty*“, a informanta 5: „*Ve výsledku kvalita péče poskytovaná pacientovi, lze tak i zamezit případným chybám. Když se třeba pacient zhorší a my ho předáme na jipku, tak máme jistotu, že je ta péče o to lepší a bezpečnější, když je pacient na monitoru a sestry na něj mají více času, když jich tam nemají tolik.*“

## Schéma 8 Zlepšení spolupráce mezi personálem



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 8 prezentuje Aspekty zefektivnění spolupráce. Tato kategorie reaguje na odpovědi informantů, kterým byla položena otázka týkající se věcí, které by dle nich spolupráci udělaly více efektivnější. Odpovědi se zde poněkud lišily, proto vzniklo u

jednotky intenzivní péče až pět podkategorií s názvy *Lepší vztahy*, *Teambuilding*, *Sebedůvěra*, *Personál* a *Žádné*. Standardní lůžkové oddělení nese tři podkategorie

s názvy *Sebereflexe*, *Personál* a *Žádné*, a poukazuje na to, jaké nejdůležitější oblasti vnímá personál ohledně zlepšení spolupráce mezi personálem na oddělení.

## **JIP**

### **Lepší vztahy**

V této podkategorii vznikly kódy „znát se“, „chování“ a „upřímnost“.

Informant 5 udává: *„Vadí mi, že pokud někomu něco vadí, že to neřekne do očí a radši pomluví, byla by potřeba větší upřímnost.“* Uvádíme zde také odpověď informanta 3, kterou považujeme za velmi zajímavou a přínosnou: *„Především lepší chování, více důvěry, lepší informace, více odbornosti u sester, větší zájem o pacienty. A taky bych uvítala, kdyby se k nám lékaři chovali méně nadřazeně a třeba počítali s tím, že v té rychlosti potřebujeme kolikrát něco třeba zopakovat. A taky mi vadí, že třeba ordinují ústně a pak je musíme dohánět, aby to zapsali do dokumentace, to mě hrozně štve.“*

### **Teambuilding**

V této podkategorii se vyskytují dva kódy a to „sezení“ a „cvičení“. Kódy vyplynuly nejen z odpovědi informanta 2, který uvádí konkrétní návrhy, které sám zdůvodňuje: *„Společně cvičení KPR, komunikace v týmu, nebo naučení se stejných postupů při ošetrovatelských intervencích, dosáhne se tak maximálně kvalitní péče při ošetřování.“*

### **Sebedůvěra**

V této podkategorii vznikl jeden jediný kód a to „odhodlání“, na základě odpovědi informanta 4: *„Chybí mi odhodlání vyjádřit svůj názor a nebát se ho prezentovat před ostatními sestrami nebo staniční sestrou.“*

### **Personál**

V této podkategorii vznikly kódy „výměna“, díky odpovědi lékaře, informanta 8, jehož odpověď považujeme za velmi striktní a zajímavou: *„Výměna některých patologických jedinců za nové pracovníky.“* Dalšími kódy jsou „lepší personál“ a „jiné vedení“. Prezentujeme odpověď informanta 10, která také působí velmi radikálním dojmem, téměř totožným s informantem 8: *„Určitě bych vyměnil personál a vyměnil lidi ve vedení. Lepší vedení by podle mě mnohé změnilo a usnadnilo.“*

## **Žádné**

I v této podkategorii vznikl pouze jeden kód „nic“. Odpověděl tak informant 7: *„Mně osobně nic nechybí. Nebo spíš nevím momentálně co bych přidala do efektivnější spolupráce.“*

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

### **Sebereflexe**

Tato podkategorie obsahuje kódy „přijímání kritiky“, „upřímnější jednání“ a „snaha“. Přinášíme odpověď informanta 1, která je velmi zajímavou a inspirativní: *„Myslím si, že se u nás moc nedaří vyjádřit ani přijímat kritiku. Od toho se pak odvíjí i efektivní spolupráce. Takže lépe přijímat kritiku.“* S krásnou odpovědí taktéž přichází informant 4, který popisuje problematiku takto: *„Přidala bych více snahy, pozitivního myšlení a taky bych si přála, aby si k sobě lidi chovali líp, aby si uvědomili, že jsme fakt jen lidi a děláme chyby.“*

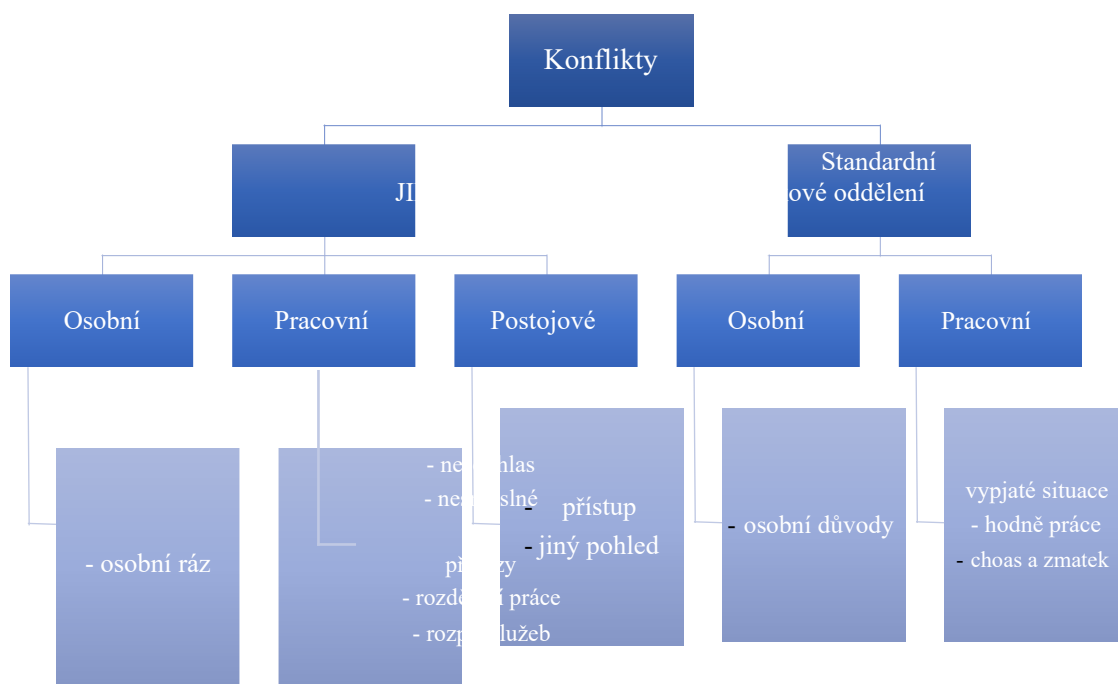
### **Personál**

Tato podkategorie obsahuje kód „posílení personálu“. Tento kód vznikl na podkladě odpovědi informanta 6, sanitáře, který odpovídal následovně: *„Určitě více lidí, více personálu, více sester, sanitářů, ošek, prostě více všech.“* Na podobné odpovědi se shodli všichni sanitáři. Uvádíme příklad informanta 8: *„Všemu by pomohlo navýšení personálu, alespoň o dva sanitáře navíc na směnu.“*

## **Žádné**

Zde vznikl kód „nic“. Tento kód jsme odvodili z odpovědi informanta 2: *„Aktuálně mě nic nenapadá dle mého názoru je dostatečně efektivní.“*

**Schéma 9 Vznik konfliktů na pracovišti mezi personálem**



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 9 prezentuje konflikty na pracovišti mezi personálem. Kategorie vznikla na popud odpovědí, kdy byla vznesena na informanty otázka, zda na jejich pracovišti vznikají konflikty a pokud ano, jakého charakteru. Na základě odpovědí informantů z jednotky intenzivní péče byly vytvořeny tři podkategorie s názvy *Osobní*, *Pracovní*, *Postojové*. První z kategorií obsahuje jeden kód. Druhá nese celkem čtyři kódy, třetí obsahuje kódy pouze dva. Co se týče standardního lůžkového oddělení, na základě odpovědí byly vytvořeny dvě podkategorie *Osobní a Pracovní*, z nichž první nese jeden kód a druhá tři kódy.

## **JIP**

### **Osobní**

V této podkategorii se vyskytuje kód „osobní ráz“. Uvádíme odpověď informanta 1: „*Ano, vznikají. Často osobního charakteru, což se pak tahá do práce a také když třeba zvoní pacient a není na mém úseku, tak tam ta druhá sestra nedojde, a to pak ten konflikt vznikne rychle.*“ Za podobnou odpověď považujeme i slova informanta 3: „*Ano, vznikají, hodně se to týká osobních problémů, které se pak přenáší do práce nebo také nesympatie ke kolegyním z druhé stanice.*“ Po této odpovědi nás zajímalo, zda se konflikty objevují i mezi ostatním personálem, a to lékaři a sanitáři: „*Vznikají konflikty i mezi vámi a lékaři nebo sanitáři?*“ Byla nám poskytnuta odpověď kladného charakteru, která značí přítomnost konfliktů mezi sestrami a lékaři,



či sestrami a sanitáři: „*Ano, jak jsem zmínila, že musíme dohánět lékaře, aby zapisovali všechno do dokumentace, tak u toho asi vzniká nejvíce konfliktů. Se sanitáři je to jak o na houpačce, těm se nelíbí pořád něco, jsou otrávený a protivný a také je to hodně osobní, obzvlášť mezi sestrama a doktorama, tam je to šílený.*“

### **Pracovní**

V této podkategorii se objevují kódy „nesouhlas“, „nesmyslné příkazy“, „rozdělení práce“, a „rozpis služeb“.

Informant 4 nám vysvětlil: „*Ano, vznikají, většinou vzniknou na základě toho, že nesouhlasíme s překladem pacienta, který na tom ještě není tak dobře, aby šel na standard, ale kvůli volným místům musíme a lékař nám pak dává dost jasně najevo, kdo je tady pánem, takže ten konflikt vznikne spíš z toho důvodu, jakým způsobem spolu mluvíme a taky kvůli tomu, že si myslíme, že ten pacient není na ten překlad no.*“

Díky odpovědi informantů 8 a 9 jsme zjistili, že konflikty probíhají i v řadách lékařů, a to velmi často s vedením. Odpovědi těchto dvou informantů uvádíme zde: „*Ano. Často. Nesmyslné příkazy vedoucího, mnohdy odborně irelevantní. Indikace zbytečných vyšetření a výkonů ze strany nadřízeného pracovníka.*“ A zde: „*konflikty vznikají a nejčastěji kvůli nespravedlivému rozdělení práce, někdo se válí na lékařáku a někdo je zase celý den na sále, pak to mezi námi tvoří dusno. Taky je kolikrát nepochopitelné, co po nás vedení chce, jak nesmyslné požadavky na nás mají, myslím tím teď například vyšetření u pacientů, u kterých to nemá smysl, indikace k tomu prostě není.*“

### **Postojové**

„Přístup“ a „jiný pohled“ jsou dva kódy obsaženy v podkategorii Postojové. Vysvětluje informant 6: „*Ano, většinou se jedná o problémy týkající se péče o pacienty, jiný pohled na péči.*“ Informant 2 se přidává podobnou odpovědí: „*Ano, ale maximálně v některých případech k nejnovějším evropským doporučením ohledně KPR.*“

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

### **Osobní**

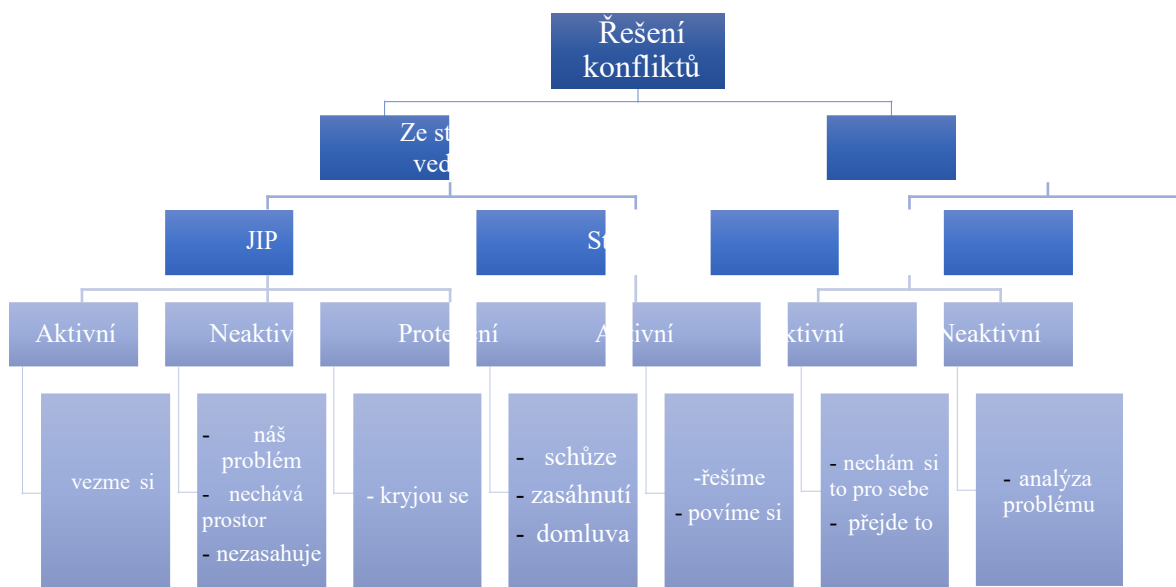
V této podkategorii vidíme „osobní důvody“. Vyplývá z odpovědi několika informantů, kteří jako problém mezi personálem a příčinu vzniku konfliktů vidí osobní věci, například pomluvy, či osobní nesympatie. Přinášíme zde příklad odpovědi informanta, který odpovídá i na doplňující otázku následovně: „*Ano, různé neshody, které vycházejí z vzájemných pomluv personálu.*“ V tomto případě nás zajímalo, zda k těmto situacím dochází pouze mezi sestrami, či i mezi dalším personálem,

proto jsme se tázali: „*Pouze mezi sestrami nebo i lékaři a dalším personálem?*“ Odpověď zní od tohoto informanta takto: „*Mezi všemi. Lékaři často roznáší pomluvy více než sestry, je to začarovaný kruh. Celkově se tam hodně řeší osobní věci.*“

### Pracovní

V této podkategorii vznikly kódy „vypjaté situace“, „hodně práce“ a „chaos a zmatek“. Informant 1 vysvětluje: „*Samozřejmě, že vznikají. Často se jedná o konflikty ve vypjatých situacích, když je moc práce nebo se nějak rychle zhorší pacient a musí se rychle jednat.*“ Příklad odpovědi z okruhu sanitářů, konkrétně informanta 6, zní: „*Nejčastěji asi když nikdo z nás nestíhá. V tu chvíli sestřičky obvolávají všechny sanitáře a nemohu se dovolat.*“ Informant 9 uvádí: „*Konflikty vznikají málo, ale když už, tak jen kvůli tomu, že je ve všem chaos a zmatek a nikdo neví, co dřív.*“

**Schéma 10** Postoj vedení ke konfliktům a problémům na pracovišti očima vedení i personálu



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 10 prezentuje řešení konfliktů, a to jak ze strany vedení, tak i personálu. Kategorie vznikla na základě dvou pokládaných otázek na informanty, a to ve smyslu toho, jak řeší oni sami konflikty mezi sebou, což můžeme vidět v pravé části schématu a v té levé je znázorněno řešení konfliktů ze strany vedení, taktéž na základě odpovědí informantů z řad všeobecných sester a lékařů. Schéma znázorňuje postoj vedení

i personálu jak na jednotce intenzivní péče, tak na standardním lůžkovém oddělení. U jednotky intenzivní péče vznikly podkategorie *Aktivní* a *Neaktivní*, zatímco u standardního lůžkového oddělení pouze podkategorie s názvem *Aktivní*, což poukazuje na aktivní řešení problémů na této stanici.

## **JIP**

### **ZE STRANY VEDENÍ**

V kategorii Řešení konfliktů ze strany vedení byly pojmenovány tři podkategorie a to *Aktivní*, která obsahuje pouze jeden kód, *Neaktivní*, která obsahuje celkem tři kódy poslední z podkategorií s názvem *Protekční*, která obsahuje také jeden kód.

#### **Aktivní**

V této podkategorii se vyskytuje kód „vezme si nás k sobě“.

Zde uvádíme odpověď informanta 3, z jehož odpovědi tento kód vyplynul: „*Když o tom vedení ví, většinou si nás vezme vrchní dokonce i s primárkou k sobě, mně se to nestalo, ale vím, že tam byly ostatní kolegyně a tam místo toho, aby je povzbudili, tak jim vyčítají, co ta sestra udělala špatně a že si na to má dávat příště pozor.*“

#### **Neaktivní**

V této podkategorii se vyskytují kódy „náš problém“, „nechává prostor“, a „nezasahuje“.

Informant 1 uvádí: „*Já tedy upřímně ve vedení zastání nemám a nikdy jsem ho nezažila. Vedení nám často řekne, že je to náš problém, tak si ho musíme vyřešit mezi sebou.*“ K tomu se přidává informant 7, který odpovídá takto: „*Vedení do toho vůbec nezasahuje, to si jen špitá.*“. Další informanti odpovídali krátkými větami, tedy „*nezasahuje*“, či „*nezasahuje vůbec nijak.*“

#### **Protekční**

Zde se vyskytuje pouze jeden kód, a to „kryjou se“. Tento kód vyplynul z odpovědi několika informantů, především lékařů, kteří se takřka shodují. Udáváme zde odpověď informanta 8 „*Nejvyšší management kryje záda nižšímu managementu. Obvykle vše odnese běžný pracovník*“, a informanta 11: „*Řešení konfliktů je všelijaké, většinou se ti, co se mají rádi kryjou a nic se pořádně nevyřeší. Pokud má vedení toho dotyčného, co má problém, rádo, zamete to pod koberec.*“

## **ZE STRANY PERSONÁLU**

V kategorii Řešení konfliktů ze strany personálu vznikly pouze dvě podkategorie, které nesou název *Aktivní* a *Neaktivní*, přičemž obě obsahují po dvou kódech.

### **Aktivní**

V této podkategorii se vyskytly kódy „řešíme“, a „povíme si“.

Jeden z informantů, informant 6, z jehož odpovědi jeden z kódů vyplynul, udává „*Tomu dotyčnému to řeknu, popřípadě problém řeším se staniční sestrou, která to ale stejně neřeší.*“ Dále informant 7 vysvětluje: „*Když máme nějaké neshody tak si s tím dotyčným sedneme a z očí do očí o tom mluvíme.*“

### **Neaktivní**

Zde byly vytvořeny dva kódy a to „nechám si to pro sebe“ a „přejde to“. Informant 4 odpovídá: „*Většinou jeden z nás ustoupí a nějak to vyšumí.*“

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

### **Ze strany vedení**

Tato podkategorie obsahuje kódy „schůze“, „zasáhnutí“, „domluva“.

Uvádíme příklad odpovědi informanta 1, který zásah do konfliktu v řešení problému popisuje následovně: „*Zasahuje a občas mi přijde, že až nepřiměřeně k dané situaci.*“ V tomto případě nás zajímalo, jakou formou vedení do konfliktů zasahuje, proto jsme položili dotaz, týkající se této problematiky k upřesnění: „*A jakým způsobem zasahuje?*“ Informant přispěl odpovědí: „*Přijde mezi nás a na férovku jmenovitě řekne, kdo s čím a kým má problém, takže to potom ví všichni a nic se tím nevyřeší, akorát mezi námi pak panuje o to větší dusno.*“ Informant 2 odpovídá podobně a také vznáší odpověď i na doplňující otázku, týkající se efektivity uspořádané schůze, po vzniku problému: „*Uspořádání schůze, kde se tyto problémy řeší a zde se probírají návrhy, jak řešit tyto problémy.*“ „*A pomůže to potom?*“ „*Jen krátkodobě, protože všichni ví, že na to určitou dobu vedení dohlíží, pak to zase opadne.*“ Odpověď informanta 5 potvrzuje předchozí tvrzení: „*Zasahuje, ale spíš jen jakože slovně, vy výjimečných případech si všichni sedneme a řešíme to.*“

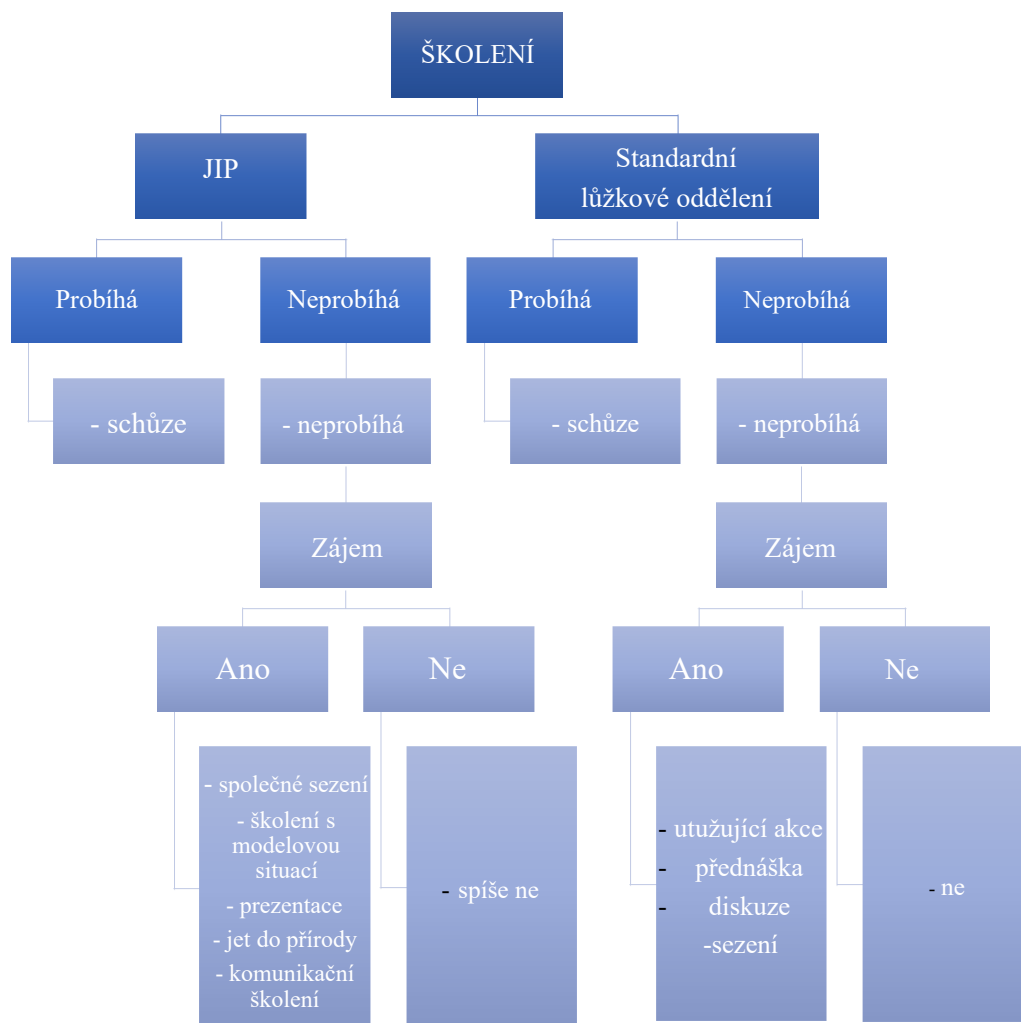
Z řad sanitářů uvádíme příklad odpovědi informanta 8: „*Jak už jsem říkal, jednou za čas se sejdeme na schůzi a tam si řekneme i tyhle problémy, nebo to, co se stane novýho a návrhy na zlepšení.*“

### **Ze strany personálu**

Zde vznikl kód „analýza problému“.

Tento kód vznikl na základě odpovědi několika informantů, pro příklad uvádíme odpověď informanta 6: „Většinou si to s kolegy v krátkosti vyřikáme“, a informanta 3: „Probereme si to, aspoň se o to tak snažíme. Vysvětlíme si to, řekneme si pro a proti. Samozřejmě někdy to také nejde, ale snažíme se.“ Informant 4 souhlasí a dodává: „Vyřikáme si to mezi sebou.“

**Schéma 11 Realizování teambuildingových akcí na pracovišti**



Zdroj: vlastní zpracování, 2022

Schéma 11 prezentuje realizování teambuildingových akcí na pracovišti. Informanti v tomto případě odpovídali na otázku: „Probíhá u Vás na oddělení nějaké školení na téma spolupráce, práce v týmu apod.“ Z posledních pokládaných dotazů vyplynula kategorie „Školení“. Výše uvedené schéma, s vytvořenými podkategoriemi *Probíhá*, *Neprobíhá*, bylo vytvořeno na základě odpovědí informantů, kteří byli tázáni ohledně toho, zda na jejich odděleních probíhají školení na téma spolupráce, komunikace. Schéma

znázorňuje odpovědi informantů jak z jednotky intenzivní péče, tak ze standardního lůžkového oddělení.

## **JIP**

### **Probíhá**

Zde byl vytvořen kód „schůze“.

Informant 8 odpověděl kladným typem odpovědi, byly zde využity přídatné otázky: „*Ano.*“ Zajímalo nás, jaký typ školení na pracovišti probíhá, proto jsme zvolili doplňující otázku k upřesnění: „*Mohl byste uvést jaké školení? Jakého typu a jak probíhá? Vyhovuje Vám?*“ Informant velmi podrobně školení popsal: „*Softskills*“ školení o mezilidské komunikaci na pracovišti, jak komunikovat přátelsky, ale efektivně, jak sdělit co jsem a co nejsem schopen udělat atd. probíhá formou diskuze s koučem, formou her a scének. Ale jen mezi lékaři, zatím.

*Pro mě osobně to bylo jen málo přínosné. Myslím, že do hloubi povah některých jedinců tento typ školení nedosáhne a jejich přístup k ostatním pracovníkům to nezmění.*

Informant 9 uvedl: „*Probíhá u nás školení na téma komunikace, jak zlepšit komunikaci atd, ale probíhá to jen na úrovni vedení a lékařů, u sester zatím asi ne.*“

### **Neprobíhá**

Zde byly vytvořeny kódy „neprobíhá“.

Informant 2 stručně odpověděl: „*Nevím o tom.*“ Informant 5 uvedl: „*Ne, neprobíhá.*“

V případě, že odpověděl informant kladně, bylo dále zjišťováno, jakého typu je a jakým stylem toto školení probíhá. V případě, že informant odpověděl, že žádné takové školení u nich na pracovišti neprobíhá, byl dotazován na to, zda by měl o takovéto školení zájem, a v případě že ano, jakou formou by si ho představoval. V případě, že informant odpověděl zápornou odpovědí, byla vytvořena kategorie „Zájem“, pod kterou poté spadají podkategorie *Ano* a *Ne*. Přičemž první z nich obsahuje šest kódů a druhá pouze jeden.

### **Zájem - Ano**

Byly zde vytvořeny tyto kódy „společné sezení“, „školení s modelovou situací“, „prezentace“, „jet do přírody“ a „komunikační školení.“

Přinášíme odpověď informanta 1: „*Já bych chtěla, abychom si třeba sedli a řekli si, v čem vidíme problém a proč je to tak, jak to je a třeba něco navrhli, nějaký postupy, jak to vyřešit. Třeba bych to zavedla jednou za měsíc, kdy bychom se sešli a povídali si o problémech. Udělala bych to formou nějakýho společnýho sezení.*“ Další, velmi

zajímavý nápad, plyne z odpovědi informanta 3: „*Líbila se by se mi třeba nějaká prezentace, kde by bylo pár teoretických informací a potom třeba nějaké hry, které by pomohli stmelit ten kolektiv a třeba bychom si mohli i zahrát nějaké scénky, které by nám pomohli v určitých situacích komunikovat. A hlavně by tam měli být doktoři u toho, aby se naučili, jak jednat se sestrou.*“ Uvádíme zde i odpověď informanta 6 „*Komunikační školení, názorná ukázka, obsahem by mohlo být řešení si hlavních problémů, nechat vyjádřit všechny, pak si předvést nějaké scénky, kdy by se názorně ukázalo, jak má správná komunikace vypadat, probíhat by to mohlo jako nějaký seminář*“

### **Zájem - Ne**

Zde byl vytvořen pouze jeden kód „spíše ne“. Informant 7 odpověděl: „*Spíše si myslím, že ne, nejsem ten typ na tyhle stmelovací akce.*“

## **STANDARDNÍ LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ**

Kategorie znázorňuje odpovědi na téma realizace školení, v souvislosti se spoluprací, komunikací na daném oddělení. Pouze informanti z řad sanitářů odpověděli kladným způsobem, kde byl vytvořen kód „schůze“. Příklad odpovědi informanta 6 zní: „*Ano, mezi sanitáři probíhá schůze, kde řešíme, co se má, co ne, co je nového, jako nemůžu úplně říct, že by to mělo utužovat kolektiv, ale zase je fajn si s klukama takhle sednout, vyslechnout si, co je třeba, aby to fungovalo, pak třeba někam i zajdeme, je to fajn.* Zde byla využita doplňující otázka: „*Jak často se takovéto schůze u vás konají?*“ Informant odpověděl: „*Klasicky jednou, až dvakrát do roka, to svolá vrchní, anebo když se vyskytne nějaký problém nebo přijde nějaká změna, třeba v navázení na sály nebo z ambulancí a tak dále.*“

Ostatním byla proto dále položena otázka, zda by měli o takovéto školení zájem. Pouze jeden z dotazovaných odpověděl, že ne, a to pouze jednoslovnou, stejně znějící, odpovědí Ostatních pět informantů odpovědělo konkrétními odpověďmi, které shrnuje podkategorie Ano.

### **Zájem – Ano**

Zde se objevují kódy „*utužující akce*“, „*přednáška*“, „*diskuze*“ a „*sezení*“. Informant 1 vysvětluje: „*Tím, že nevím, co bych od těchto přednášek mohla očekávat, tak moc nevím, co by mělo být jeho obsahem. Ale třeba řešení konfliktů v rámci jednotlivců i oddělení. Podávání a řešení problémů při poskytování péče. Probíhat by to mohlo jako přednáška a následné posezení s kolektivem sester z toho daného*

*oddělení a formou diskuse.*“ Dalším příkladem odpovědi je ta od informanta 2, která také značí, že by případný zájem o nějakou teambuildingovou akci byl: „*Ne, ale bylo by dobré mít nějaké utužující akce, abychom se lépe poznali a věděli, jak se, kdy chovat, jak řešit věci a tak.*“ Za velmi zajímavou odpověď považujeme i odpověď informanta 5: „*Asi by byla fajn forma nějakého povídání, případně diskuse. O tom, co zlepšit, na co si třeba dávat pozor v rámci komunikace mezi sebou a tak. Slyšet i to, jak se na věc dívají i jiný, sestry z jip a podobně.*“



## 5 DISKUZE

Cílem naší diplomové práce bylo zmapovat efektivitu zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče. Zdravotnický tým a práce v něm je charakterizována především vzájemnou spoluprací všech členů, kteří jsou ve vzájemné interakci a jdou si společně za stejným cílem (Vévoda et al., 2013). Pro realizaci výzkumného šetření jsme zvolili kvalitativní metodu, jehož záměrem je odhalení podstaty dané problematiky prostřednictvím sdělování informací (Plevová et al., 2018). Výzkumný soubor tvořil zdravotnický personál pracující na standardním lůžkovém oddělení chirurgického typu a na jednotce intenzivní péče, k němu náležící. Mezi informanty byly nejen všeobecné sestry, ale i lékaři a sanitáři, jelikož podstata celého zdravotnického týmu tkví ve vzájemném doplňování se a spolupráci mezi členy celého týmu, jehož hlavním výsledkem je kvalitně poskytnutá péče o pacienta (Dingová Šliková et al., 2018). Kvalitativní výzkumné šetření v této diplomové práci prokázalo, že je vnímání efektivní spolupráce velmi individuální, avšak můžeme zpozorovat jisté znaky, které jsou pro většinu informantů společné. Mezi tyto znaky patří především myšlenka, že by měla být efektivní spolupráce prováděna týmově, profesionálně a měla by při ní být využita vhodná komunikace a chování, což je nezbytnou součástí a základním stavebním kamenem pro úspěšné fungování v týmu, a také poskytování co nejvhodnější péče o pacienta (Vévoda et al., 2013). Analýza výsledků po tomto výzkumném šetření prokázala, že sestry, lékaři a sanitáři mají v každém případě představu o efektivní spolupráci ve zdravotnickém týmu, avšak jsou znatelné velké nedostatky v této spolupráci a nízká podpora vedoucích pracovníků.

Naše kvalitativní výzkumné šetření bylo rozděleno na dotazování všeobecných sester na standardním oddělení, a také na jednotce intenzivní péče. Do dotazovaných ze standardního lůžkového oddělení jsme zařadili i sanitáře, kteří se více vyskytují právě zde. Lékaře jsme naopak přiřadili k dotazovaným na jednotce intenzivní péče, jelikož se výskyt těchto pracovníků také více orientoval na tuto stanici. Budeme-li se nejdříve zabývat informanty ze standardního lůžkového oddělení, bylo dotazováno celkem pět všeobecných sester a čtyři sanitáři. Na jednotce intenzivní péče se do tohoto výzkumného šetření začlenilo sedm všeobecných sester a čtyři lékaři, tudíž byl výzkumný soubor větší než na standardním oddělení. Naší metodou sběru dat byly u všech zúčastněných individuální nestandardizované rozhovory, ve kterých hraje podstatnou roli

především přirozenost komunikace a také předpoklad, že bude potřeba individuálně rozhovor upravit na každého jedince, avšak musíme mít striktně dané, na jakou otázku hledáme odpověď (Kutnohorská, 2009). Jeden z rozhovorů byl předčasně ukončen ze strany informanta, který odmítl pokračovat po položení otázky, týkající se podpory ze strany vedení. Tento informant tak nebyl zařazen do tohoto výzkumného šetření. Vzhledem k reakci informanta a rychlému odstupu od rozhovoru, na otázku týkající se vedení si myslíme, že měl informant obavy o anonymitu, se kterou byl sice předem seznámen, ale vzhledem k charakteru dotazu dostal strach, aby se informace nedostaly k vedení. Usuzujeme tedy, že kladnou odpovědí by tento informant na náš dotaz do tohoto výzkumného šetření nepřispěl. Z analýzy výsledků můžeme říct, že se vyskytuje určitá

podobnost a shoda v odpovědích. Vytvořili jsme 11 schémat, která znázorňují odpovědi informantů a také dvě tabulky, které obsahují informace o vzdělání, získání specializace v oboru, celkové délce praxe v oboru a také délku praxe na daném oddělení.

Co se týče vnímání efektivní spolupráce, sestry a lékaři z jednotky intenzivní péče se shodovali na nutnosti profesionality a vědomostí, kde zdůrazňovali především odbornost a znalosti, ale také technické dovednosti. S tímto souhlasíme, jelikož právě znalosti jsou základem pro vhodné poskytování péče, které následně aplikujeme do praxe. Za znalosti však nepovažujeme pouze ty, které spadají do ošetrovatelských činností jako takových, ale které se týkají především komunikace, která je dalším znakem, kterou považují informanti za důležitou pro efektivní spolupráci. Ptáček et al. (2011) komunikaci řadí mezi prioritu poskytování ošetrovatelské péče. Dalším stavebním kamenem pro efektivní spolupráci je dle sester a lékařů z této jednotky práce, která je prováděna týmově, a to ve smyslu souhry celého týmu. Informanti z řad sester však poukazovali na ne příliš ideální spolupráci s lékaři a sanitáři. V těchto případech docházelo z naší strany k pokládání dotazů, které nám pomohly rozšířit a konkretizovat odpovědi informantů. Z rozhovorů vyplynulo, že poměrně často dochází ze strany lékařů k povrchnímu arogantnímu jednání, ale také k nevrlosti v důsledku velkého množství práce a časové tísně. Vévoda et al. (2013) takovéto chování lékařů přisuzuje pracovnímu přetížení a emočnímu vypětí, které vzniká v důsledku náhle vzniklých situací na pracovišti, které však může mít dopad na kvalitu poskytované péče. Z velmi podobných důvodů sestry verbalizují za horší i spolupráci se sanitáři, není tomu však v každém případě. Lékaři však spolupráci ze strany sester popisují jako kladnou, ve většině případů. Personál ze standardního lůžkového oddělení vidí efektivní spolupráci jako práci cílenou, týmovou, bezproblémovou a také vyzdvihují

nutnost vhodné komunikace a chování. Informanti se shodují na tom, že jde o práci, která má smysluplný výsledek a jasný cíl, za kterým si všichni z týmu společně jdou a pracují na něm. Informant 5 zmiňuje i nutnost dobré informovanosti sester ze strany lékařů, bez které by práce neměla hladký průběh a nevědělo by se například o překladu pacienta z jedné stanice na druhou, což by přerušilo plynulost péče.

Jak udává Bednář (2015), atmosféra na pracovišti je tvořena kombinací několika faktorů a situací, jež vytváří nezaměnitelnou atmosféru každého pracoviště a také spokojenost zaměstnanců v tomto prostředí. V podkategorii „atmosféra na pracovišti“ jsme zjišťovali, jak vnímají atmosféru na stanicích standardního lůžkového oddělení a jednotky intenzivní péče sestry, lékaři i sanitáři. I zde můžeme pozorovat určitou shodu a podobnost v odpovědích. Jak je patrné ze schématu 3, na pracovišti je atmosféra vnímána jako přátelská a uvolněná, ale také jako depresivní, chaotická, či půl na půl, což uváděli především informanti z jednotky intenzivní péče, s odvoláváním se jak na práci, tak personál. Zhuand et al. (2022), popisuje finanční ohodnocení, interakci mezi zaměstnanci a pracovní podmínky jako tři nejdůležitější oblasti ve spokojenosti zaměstnanců na pracovišti, s čímž koreluje i výpověď informanta 8, z postu lékaře, který atmosféru vnímá zejména v souvislosti s chováním svých kolegů, které definuje jako povýšené, nepřátelské a falešné. Možnou změnu v takovémto chování, tedy i změnu atmosféry na pracovišti, pak tento lékař vidí především ve zvýšení finančního ohodnocení, zmodernizování stanice a jejího vybavení a co je zásadní, šanci na změnu vidí i v ukončení pracovního poměru některých z pracovníků, včetně těch na vedoucích pozicích. Na standardním lůžkovém oddělení je patrný důvod negativní atmosféry především v množství práce, nikoli v personálních vztazích či povahách a chování jednotlivých pracovníků.

Další složkou, kterou vnímáme jako důležitou pro efektivní spolupráci a kvalitně poskytovanou péči ve zdravotnickém zařízení je motivace. Ongori et al. (2021) je také zastáncem toho názoru, že dostatečná motivace pracovníku v nemocnici zvyšuje kvalitu poskytované péče a ovlivňuje výkon zaměstnanců. Společně s motivací jsme se také ptali na pocit uznání, což dle nás také může personál motivovat, a dále na celkovou spokojenost na pracovišti. Konkrétně jsme pokládali tyto otázky: *„Jakým způsobem jste motivována k vykonávání Vaší profese ze strany nadřízených? Jak moc se cítíte uznávána za svoji práci ze strany nadřízených. Jak jste s prací na tomto oddělení spokojen/á?“* Motivováno se cítí z řad dotazovaných jen velmi malé množství, a to jak ze standardního lůžkového oddělení, tak i jednotky intenzivní

péče. Zajímavostí však pro nás je, že velká část informantů považuje za motivaci i slovní pochvalu. Informant 7, opět lékař, přinesl velmi zajímavou odpověď, která je velkým přínosem do tohoto výzkumného šetření. Uvedl: „*Nijak. Nadřizení mě vůbec nemotivujou. Naopak velice mě demotivujou. Mě motivujou pacienti a jejich odezva ke mně a k mé péči.*“ Informant poté upřesnil způsob demotivace ve smyslu podceňování a neprofesionálního chování. Možnost, jak se cítit více motivován uvedl informant

8: „*Výměna vedoucích pracovníků za skutečně kompetentní, nezávislé jedince. Modernizace pracovního prostředí. Zvýšení mzdového odhodnocení na úroveň odpovídající výši mé zodpovědnosti a kvality práce*“, který podobnou odpověď uvedl již při dotazování se na atmosféru na pracovišti. Je tedy patrné, že to, jak je zaměstnanec motivován a spokojen ve svém zaměstnání poté ovlivňuje i jeho vnímání daného prostředí.

Do dalšího okruhu našeho zájmu spadají činnosti, při kterých zdravotnický personál nejčastěji spolupracuje, a to nejen v rozmezí svého oddělení, ale i mezi stanicemi standardního lůžkového oddělení a jednotky intenzivní péče. Nejčastěji byly uváděny překlady pacientů mezi stanicemi, či z jiného oddělení, tudíž i příjem. Mezi další nejčastěji vykonávané činnosti informanti uvádějí odvozy pacientů na sál, převazy ran, provádění hygienické péče, ale také péče o pacienty v těžkých stavech, neopomíjeli ani spolupráci při KPR.

Dále jsme se informantů ptali na to, jak vnímají komunikaci mezi sebou, či při spolupráci s druhou stanicí. Komunikace je dle nás zásadním aspektem mezilidských vztahů a je neodlučitelnou součástí efektivní spolupráce. Bekele et al. (2022) považuje komunikaci za prevenci určení nesprávné diagnózy a špatné, či opožděné péče o pacienta. Dle Trana et al. (2021), je komunikace klíčová pro dosahování co nejkvalitnější ošetrovatelské péče. Tento autor udává data z výzkumného šetření z roku 2021, kde je znatelné, že z celkového množství 145 sester, je pouze 12 % z nich plně kvalifikováno ke komunikaci hodné v nemocničním zařízení. Další zajímavostí, kterou nám tento autor přinesl je fakt, že sestry, které pracují na chirurgickém oddělení jsou v lepší interakci s pacientem než sestry pracující v interních oborech. Tuto skutečnost nemůžeme posoudit, vzhledem k realizaci našeho výzkumného šetření pouze na oddělení chirurgického typu, avšak je zcela zřejmé, že sestra v chirurgických oborech komunikuje s pacientem mnohem více, při akutních stavech, již zmíněných převazech ran, tudíž je veliká pravděpodobnost prokazatelně lepší interakce. Na jednotce intenzivní péče někteří informanti považují komunikaci

za nedostatečnou, ve smyslu nepřiměřené, neúplné, či chaotické. Na standardním lůžkovém oddělení je hodnocení komunikace kladnější, pouze někteří udávají, že jim chybí například při překladu pacienta stěžejní informace, což je dle nás ale velmi zásadní fakt. Za podstatnou pokládáme výpověď informanta 1: „*Komunikace*

*celkem vážne, rekla bych, že si spoustu informací nepředáváme, že někomu třeba nepřijdou o tom pacientovi podstatné. Třeba že má alergii na to a to, protože se to u nás nepodává, ale pak přijde na jipku a tam je s tím problém, že jsme to nepředali, jenže my si to na směně ani nepředali mezi sebou, takže jsme to potom nevěděli...“* Odpověď tohoto informanta ukazuje, jakou hrozbou nedostatek informací je, především v případě alergií. Naše otázky směřovaly i na komunikaci s lékaři a sanitáři, kteří z pozice sester nemají plně kladné hodnocení. Informant 3 nám vysvětluje: „*S lékaři je to složitější, ty, když nemají náladu, tak jen bručí, sanitáři jsou zase otrávení z toho, že musí něco dělat, tak jsou nepříjemní, ale ve výsledku se to vždycky nějak udělá a jde to, musí.“*

Schéma 7 znázorňuje překážky, souvislost s péčí a výhody, které personál vidí ve spolupráci na oddělení. Za zajímavost považujeme fakt, že zmíněné složky vidí personál z jednotky intenzivní péče jinak než ten ze standardního. Personál z jednotky intenzivní péče udává za největší překážky nedostatek času a personálu, osobní konflikty a také stres a vytíženost. Tento fakt přisuzujeme náročnější práci jak ošetrovatelské, tak technické a větší zátěži personálu. Personál na standardním lůžkovém oddělení vidí problémy v komunikaci a chování sester, osobní problémy a také nedostatek personálu. Junaid a Rafi (2019) považují překážky za behaviorální a manažerské, což můžeme v důsledku chápat stejně, jako udávali naši informanti. Manažerskou překážku můžeme vysvětlit především jako bariéru vzhledem k pracovním pozicím a autoritám. Lékař, informant 8, uvádí: „*Největší problém je samotná volba konkrétních jedinců do vedoucích pozic, jak sester, tak lékařů.“* Na tomto příkladu tedy můžeme pozorovat jak překážku manažerskou, tak behaviorální. Z našeho pohledu je za nutné zmínit i odpověď informanta 2: „*Tou největší je za mě nejspíše neochota přijmout nové metody a postupy při ošetřování, nebo při organizaci práce na oddělení.“* Což je i dle nás další velkou překážkou. Efektivní spolupráci a její souvislost s péčí vidí personál především v uzdravení pacienta, či zlepšení jeho zdravotního stavu a dále také v určité návaznosti v péči. Jako výhody byly nejčastěji uváděny kvalitní péče nebo například rychlá domluva a dostatek informací a zajištění pacienta. I v tomto případě se jeví značná shoda v odpovědích informantů.

Schéma 8 znázorňuje aspekty zlepšení spolupráce, kde se shoda v odpovědích téměř vůbec nevyskytuje. Pestřejší odpovědi můžeme pozorovat od informantů ze strany personálu jednotky intenzivní péče, kteří svými odpověďmi poukazovali především na lepší vztahy, a výměnu personálu včetně toho ve vedoucích pozicích. Za další aspekt považují konání teambuildingových akcí, což je dle Vévody et al. (2013) jeden ze způsobů, jak zlepšit spolupráci mezi členy týmu a zajistit tak i vyšší kvalitu poskytované péče pacientům. Právě realizace teambuildingových akcí byla další oblastí, která nás zajímala, což vidíme na schématu 11. Myslíme si, že právě tyto akce utužují kolektiv a umožňují personálu se lépe poznat, popřípadě dostat možnost sdělit pozitiva i negativa, která v týmu panují a vyřešit tak konflikty, které mezi členy týmu vzniknou. Co pro nás bylo ale překvapivé je fakt, že část ze stanice standardního lůžkového oddělení i z jednotky intenzivní péče uvedla, že žádné takovéto akce u nich na oddělení neprobíhají a část, že ano. Na jednotce intenzivní péče došlo díky lékařům k objasnění, které ukazuje, že teambuildingové akce probíhají pouze mezi lékaři. Informant 8 vysvětluje průběh tohoto školení: *„Softskills“ školení o mezilidské komunikaci na pracovišti, jak komunikovat přátelsky, ale efektivně, jak sdělit co jsem a co nejsem schopen udělat atd. probíhá formou diskuze s koučem, formou her a scének. Ale jen mezi lékaři, zatím.* Stejně tak jako informant 9: *„Probíhá u nás školení na téma komunikace, jak zlepšit komunikaci atd., ale probíhá to jen na úrovni vedení a lékařů, u sester zatím asi ne.“* Z následujících odpovědí je zřejmé, že ani na standardním lůžkovém oddělení neprobíhá teambuildingové školení jako takové, ale probíhá schůze například po vzniku konfliktu, či aplikace nových postupů do praxe. Vévoda et al. (2013) zmiňuje jako možnosti stmelení kolektivu například různé zážitkové akce, které umožní větší míru emocionálního prožitku a navázání tak hlubších vztahů, či větší možnost vyjádření svých názorů a postojů. Tyto akce se však v našem případě výzkumného šetření nekonají.

Je však patrné, že by někteří zaměstnanců o takovéto akce zájem měli. Vyplývá to z odpovědí informanta 2: *...bylo by dobré mít nějaké utužující akce, abychom se lépe poznali a věděli, jak se, kdy chovat, jak řešit věci a tak.*

Plamínek (2018) přikládá konfliktům jednoznačný význam a zdůrazňuje, že pokud konflikt v týmu vznikne, a je na místě schopnost členů týmu ho řešit, dojde tím k značnému pokroku, vývoji a umocnění vztahů v týmu. Za další oblast, kterou znázorňuje schéma 9 je tedy vznik konfliktů na pracovišti, což může dle nás také velmi ovlivnit vztahy a spolupráci mezi personálem, jak už bylo zmíněno. V tomto případě se jevila značná shoda ve výpovědi personálů z obou stanic. Konflikty

jsme zde zařadili do podkategorií *Osobní* a *Pracovní* v obou případech, u jednotky intenzivní péče vznikla ještě oblast konfliktů, způsobené přístupem či postojem k péči o pacienta, což pokládáme za velmi podstatné zjištění. Toto zjištění plyne především z odlišného pohledu sester například na postupy při KPR, či odlišný pohled na vhodnost péče o daného pacienta. Za osobní konflikty informanti považují především osobní neshody, jak vysvětluje informant 3: „*Ano, vznikají, hodně se to týká osobních problémů, které se pak přenáší do práce...*“ Co se týče konfliktů i s ostatním zdravotnickým personálem, byla nám poskytnuta velmi konkrétní odpověď od stejného informanta: „*Ano, jak jsem zmínila, že musíme dohánět lékaře, aby zapisovali všechno do dokumentace, tak u toho asi vzniká nejvíce konfliktů. Se sanitáři je to jako na houpačce, těm se nelíbí pořád něco, jsou otrávený a protivný a také je to hodně osobní, obzvlášť mezi sestrama a doktorama, tam je to šílený.*“ Zde tedy můžeme pozorovat jak konflikty vznikající z pracovních záležitostí, tak ty osobního rázu. Dalším takovýmto příkladem je pohled na konflikt z pozice lékaře, který vysvětlil a potvrdil vznik konfliktů takto: „*... je kolikrát nepochopitelné, co po nás vedení chce, jak nesmyslné požadavky na nás mají, myslím tím teď například vyšetření u pacientů, u kterých to nemá smysl, indikace k tomu prostě není...*“ Je tedy patrné, že mezi našimi informanty konflikty vznikají. Plamínek (2018) však zdůrazňuje i další výhody vzniků konfliktů, které pokud nevznikají, může dojít k jakési stagnaci v celém týmu, což je velmi neprospěšné až rizikové.

V souvislosti s konflikty nám přišlo velmi podstatné zjistit, jakým způsobem nejen personál, ale i vedení tohoto týmu konflikty řeší. Plamínek (2018) upozorňuje na to, že je velmi podstatným krokem k řešení konfliktu zvolit vhodnou komunikaci, emoční šetrnost a také postoj k danému problému. Naši informanti jen v malém množství viděli řešení problému ze strany vedení. Udávali většinou krátkou rozmluvu, kdy pouze sdělí svůj problém. Z dalších odpovědí vyplynulo, že vedení konflikty neřeší a nechává to na samotném personálu. Přitom řešení ze strany vedení je dle nás velmi podstatné a poukazuje nejen na autoritu vedoucího pracovníka, ale také na jeho snahu mít klidný, vyrovnaný tým, v jehož jádru se zaměstnanci cítí dobře. Konflikty v týmu dle nás mohou ovlivnit i stabilitu týmu, ve smyslu častých výpovědí a nově příchozích zaměstnanců, s čímž souhlasí i Sozen et al. (2021), který také vidí jako důsledek neřešených konfliktů právě častý odchod personálu a vidí problém především v manažerských funkcích, jejichž úkolem je také sledovat interakci mezi zaměstnanci, a při negativním rázu by mělo vedení zasáhnout a posilovat především

pracovní podpůrné vazby, nikoli pouze ty přátelské. Co nás ale velmi překvapilo, a na základě čehož u jednotky intenzivní péče vznikla podkategorie „*protekční*“, je výpověď lékaře, informanta 8: „...*nejvyšší management kryje záda nižšímu managementu. Obvykle vše odnese běžný pracovník*“, a informanta 11: „*Řešení konfliktů je všelijaké, většinou se ti, co se mají rádi kryjou a nic se pořádně nevyřeší...*“.

Což pokládáme za zásadní a velmi problémový fakt. Na standardním lůžkovém oddělení nás také šokovala jedna z odpovědí, jejíž podstatu nepovažujeme za vůbec vhodný způsob řešení problému. Informant 1 popisuje: „...*přijde mezi nás a na fěrovku jmenovitě řekne, kdo s čím a kým má problém, takže to potom ví všichni a nic se tím nevyřeší, akorát mezi námi pak panuje o to větší dusno*. S tímto se ztotožňuje i Moeta a Rand (2019), kteří prováděli výzkum, jehož cílem bylo zjistit, jak vedoucí pracovníci zvládají konflikty mezi svým personálem. Z výsledků jejich výzkumného šetření bylo znatelné, že jen malé množství manažerů je schopno konflikty efektivně řešit, a je tedy nutné, aby byli manažerští pracovníci více proškolení na toto téma, s čímž koreluje s naším názorem, jelikož z našeho výzkumného šetření vyplývá, že vedoucí pracovníci řeší konflikty jen zřídka a pokud ano, tak velmi nevhodně. Tyto manažery Moeta a Rand (2019) zařadili do třetí skupiny, kam spadají manažeři, kteří konflikt sice řeší, ale dosti nešťastným způsobem. Další skupinou jsou manažeři, kteří se konfliktům vyhýbají, tedy je přehlížejí a problémy shazují především na personál. Příklad informanta 6 vše bohužel jen potvrzuje: „*Když o tom vedení ví, většinou si nás vezme vrchní dokonce i s primářem k sobě, mně se to nestalo, ale vím, že tam byly ostatní kolegyně a tam místo toho, aby je povzbudili, tak jim vyčítají, co ta sestra udělala špatně a že si na to má dávat příště pozor.*“



## 6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá efektivní spoluprací zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče.

Předem stanovený cíl, kterým bylo zmapovat efektivní spolupráci na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče, jsme splnili za pomoci kvalitativního výzkumného šetření.

Co se týče tohoto kvalitativního výzkumného šetření a výzkumných otázek, které jsme si pro tento výzkum zvolili, došli jsme k velmi zajímavým výsledkům, které považujeme za motivující pro personál a inspirativní pro vedoucí pracovníky nemocničních zařízení.

Celkem jsme si zvolili pět výzkumných otázek:

VO1 Jak všeobecné sestry hodnotí efektivitu spolupráce zdravotnického týmu na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče?

VO2 Jak hodnotí efektivitu spolupráce na standardním lůžkovém oddělení a jednotce intenzivní péče ostatní členové zdravotnického týmu?

Všeobecné sestry, lékaři a sanitáři, mají konkrétní představu o efektivní spolupráci, kterou dokáží konkrétně popsat a vyzdvihnout její základní prvky, které vidí především v týmové spolupráci, společném cíli, profesionalitě, dostatečných vědomostech a jejich aplikaci v praxi, ale také ve vhodném chování, komunikaci a postoji k ostatnímu zdravotnického personálu. Vcelku vnímá personál spolupráci jako vhodnou a dostačující, avšak ve vztahu s vedením vidí značný problém, především v nepřiměřeném rozdělování práce, rozpisu směn, či neschopnosti řešit vzniklé problémy v týmu. Nejčastěji personál mezi sebou spolupracuje při překladači či příjmu pacienta nebo například při akutních stavech u něj. V tomto případě vnímají spolupráci jako dostatečnou, přestože jsou dle nich situace, kdy postrádají informace, které by dle nich usnadnily a více zlepšily péči o daného pacienta.

VO3 Jaké jsou z pohledu sester klady ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

Klady, které personál vidí ve spolupráci v týmu jsou především rychlost jednání, pomoc a zajištění pacienta a jeho stabilizace, ale také obecně kvalitní péče. Souvislost efektivní spolupráce a péče o pacienta pak personál vnímá zejména v lepší

a také kvalitnější péči v prevenci komplikací, ale také v tom, že pokud by spolupráce nefungovala, vzniká riziko poškození pacienta.

VO4 Jaké jsou z pohledu sester záporné ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

Naopak záporů a překážek ve spolupráci tohoto personálu je mnohem více. Ve shrnutí můžeme říci, že se jedná hlavně o časovou tenzi, nedostatek personálu a velké nároky na něj, stres, velké množství práce a také osobní konflikty, vzniklé na základě špatného chování a nevhodné komunikace. Jsou ale také informanti, kteří záporné ani překážky ve spolupráci na tomto oddělení nevidí.

VO5 Jaké aspekty by z pohledu sester vedly ke zlepšení spolupráce mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče?

Již zmiňované záporné by měly dle personálu řešení v podobě větší sebedůvěry sami v sebe, lepšího chování jeden k druhému, výměna některých pracovníků, a to včetně těch ve vedoucích pozicích a také lepšímu poznání se, čemuž by dle informantů mohla pomoci realizace nějaké teambuildingové akce. Tyto akce se na tomto oddělení konají pouze v rámci komunikačního školení mezi lékaři, sestry a ostatní zdravotnický personál do tohoto programu nebyl zatím, dle informantů, začleněn. Určitou formu teambuildingových akcí personál vnímá i ve formě uspořádání schůze, která ale vznikne převážně na popud vzniku konfliktů, problémů nebo příchodů novinek, se kterými je nutno personál seznámit. Ti, kteří se těchto teambuildingových akcí neúčastní, by je ale v převážné většině uvítali, a to ve formě sezení, prezentací, či outdoorových akcí v přírodě, kde by se kolektiv lépe poznal.

Tato práce může sloužit jako motivační materiál nejen pro všeobecné sestry u lůžka, ale také pro ty ve vedoucích pozicích. Dále může být motivací pro lékaře, sanitáře a další zdravotnický personál, mezi kterým je zapotřebí efektivní spolupráce k tomu, aby byla poskytována co nejvyšší péče pacientům a také proto, aby nedocházelo ke konfliktům na pracovišti. Práci lze využít stejně tak jako informační materiál, který obsahuje nejčastější překážky v efektivní spolupráci a komunikaci, a může být inspirací nejen pro zdravotnický personál, ale i studenty zdravotnických oborů a laickou veřejnost. Efektivitu spolupráce by však bylo vhodné zkoumat nejen na odděleních

chirurgického typu, které jsme si zvolili my do této diplomové práce, ale také na ostatních odděleních v nemocničním zařízení, kde je efektivní spolupráce mezi personálem stejně důležitá.

Výstupem práce bude informační materiál, který budou sloužit především zdravotnickému personálu jak na standardním lůžkovém oddělení, tak jednotce intenzivní péče a managementu těchto oddělení. Tento materiál bude obsahovat nejčastější problémy, které se ve spolupráci ve zdravotnickém týmu vyskytují a dále zde bude obsaženo „desatero“ předávání pacienta ze standardního lůžkového oddělení na jednotku intenzivní péče a opačně. Bude vytvořen manuál, který by měl přispět nejen k efektivnější spolupráci mezi personálem zdravotnického týmu, ale také k poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče.

Výsledky byly předány managementu oddělení. Postupem času se tyto výsledky stanou předmětem úkonů spojených s prosperitou daného oddělení. Je však důležité zmínit, že se jedná o výsledky kvalitativního výzkumného šetření a nelze je generalizovat na všechny chirurgická oddělení obecně, platí jen pro naši skupinu informantů.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTŮNĚK, P., et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 188 s. ISBN 80-7013-391-0.
3. BÁRTLOVÁ, S., et al. 2009. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J., et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 40-56. ISBN 978-80-247-473-23.
5. BEDNÁŘ, V., 2015. *Konflikty ve firmách: příčiny, následky, řešení*. Praha: Management Press. 144 s. ISBN 978-80-7261-347-2.
6. BEKELE, Y. et al., 2022. Patients' perceptions of nurses' communication in public hospitals of Harari Regional State, Eastern Ethiopia [online]. SAGE open medicine, [cit. 2022-02- 05]. 10 p. DOI:10.1177/20503121221097270.
7. BRABCOVÁ, I., 2016. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 66 s. ISBN 978-80-7394-604-3.
8. ČELEDOVÁ, L., 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.
9. ČEVELA, R. et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Karolinum, 2015. 160 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
10. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
11. DOLANOVÁ, D., 2012. Tým. In: PLEVOVÁ, I, et al., *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, s. 81-81. ISBN 978-80-247-824-6.
12. DVOŘÁKOVÁ, M., 2016. Bazální stimulace a komunikace s pacientem v intenzivní péči. In: BARTŮNĚK, P, et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 310-323. ISBN 978-80-247-4343-1.

13. EPSTEIN, E. N., 2014. *Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review*. [online]. *Surgical neurology international*. 5 (7). [cit. 2022-03-01]. 295-303. Doi:10.4103/2152-7806.139612.
14. ERVIN, J. N., 2018. *Teamwork in the intensive care unit*. *American Psychologist* [online]. 73(4). [cit. 2022-7-19]. 468–477. DOI: 10.1037. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/amp0000247>.
15. GLUYAS, H., 2015. *Effective communication and teamwork promotes patient safety*. [online]. *Nursing standard*. 29 (49). [cit. 2022-03-01]. 50-61. Doi:10.7748/ns.29.49.50.e10042
16. GRUBAUGH, M., 2018. *Relationships Among Nurse Manager Leadership Skills, Conflict Management, and Unit Teamwork*. [online]. *The Journal of nursing administration*. [cit. 2022-03-01]. 48 (8). 383-388. DOI:10.1097/NNA.0000000000000633.
17. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
18. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
19. CHOWDHURY, D., DUGGAL, A., 2017. *Intensive care unit models: Do you want them to be open or closed? A critical review*. [online]. *Neurology India*. [cit. 2022-01-11]. 65 (1). 39-45. DOI:10.4103/0028-3886.198205.0.
20. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
21. JUNAID, A., RAFI, M. S., 2019. *Communication Barriers between Doctors, Nurses and Patients in Medical Consultations at Hospitals of Lahore Pakistan*. [online]. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, [cit. 2022-02- 05]. 69 (3), 560–565. Available at: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=owf&AN=137512578&authtype=uid&user=rma-browserextension&password=Br0wserExtension789!> (Accessed: 17 July 2022).
22. KANG, X. L., et al., 2020. *The Association of Nurse-Physician Teamwork and Mortality in Surgical Patients*. [online]. *Western journal of nursing research*. [cit. 2022-03-01]. 42 (4). 245-253. DOI:10.1177/0193945919856338.
23. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2 vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

24. KARPÍŠKOVÁ, E., 2017. *Vzdělávání všeobecných sester*. Czech Rheumatology/ Česká Revmatologie. 25 (3), 114-115. ISSN 12107905.
25. KLÍMOVÁ, M., BRABCOVÁ, I., 2019. *Management zdravotnických služeb*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 164 s. ISBN 978-80-7394-777-4.
26. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada. 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
28. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
29. LEE, Ch., 2017. *The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork*. [online]. The Canadian journal of nursing research. [cit. 2022-03-01]. 49 (2). 75-93. DOI:10.1177/0844562117699349.
30. LIBOVÁ, L, et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
31. MAHÚTOVÁ, M., 2016. Hygienicko – epidemiologický režim. In: BARTUŇEK, P., et al. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 33-34. ISBN 978-80-247-4343-1.
32. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
33. MÁCHAL, P., et al., 2015. *Světové standardy projektového řízení: pro malé a střední firmy: IPMA, PMI, PRINCE2*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 9788024753218.
34. McKIBBEN, L., 2017. *Conflict management: importance and implications*. [online]. British journal of nursing. [cit. 2022-03-01]. 26 (2). 100-103. DOI:10.12968/bjon.2017.26.2.100.
35. MOETA, M. E., RAND, S. M., 2019. *Use of scenarios to explore conflict management practices of nurse unit managers in public hospitals*. [online]. Curationis. [cit. 2022-02-05]. 42(1), 1–11. DOI:10.4102/curationis.v42i1.1943.
36. MZČR., 2012. *Druhy zdravotní péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2022-7-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece>.

37. MZČR., 2020. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Věstník č. 5/2020. 28. [cit. 2022-7-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-5-2020>.
38. MZČR., 2021. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2022-7-19]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce\\_oseetrovatelstvi\\_vestnik\\_6\\_2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf).
39. MZČR., 2022. *Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2022-07-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarських-zdravotnickych-pracovniku>.
40. OCHRANA, F., 2021. *Metodologie sociálních věd*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 136 s. ISBN 978-80-246-4968-9.
41. ONDRIOVÁ, I., FERTAĀOVÁ, T., 2021. *Manažerská etika ve zdravotnické praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 9788027117284.
42. ONGORI, J. M., et al., 2021. *The Influence of Motivation on the Performance of Nursing Officers in Devolved Units, a Case of Nyeri County, Kenya*. [online]. Journal of Health, Medicine & Nursing. [cit. 2022-02-05]. 7(1), 19–36. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=owf&AN=152122900&authtype=uid&user=rmbrowserextension&password=Br0wserExtension789>.
43. PLAMÍNEK, J., 2012. *Konflikty a vyjednávání: umění vyhrávat, aniž by někdo prohrál*. 3. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4485-8.
44. PLAMÍNEK, J., 2018. *Vedení lidí, týmů a firem: praktický atlas managementu*. 5. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0629-5.
45. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
46. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
47. PLEVOVÁ, I., et al., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
48. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-23.

49. ROSENGARTEN, L., 2019. *Teamwork in nursing: essential elements for practice*. [online]. Nursing management. [cit. 2022-03-01]. 26 (4). 36-43. DOI:10.7748/nm.2019.e1850.
50. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2. vydání. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
51. SOZEN, C., et al., 2021. *The Impacts of Friendship, Advice and Negative Ties on Intention to Leave: The Case of Nurses in a Special Branch Hospital*. [online]. Asia Pacific Journal of Health Management, [cit. 2022-02- 05]. 16(4), 159–176. DOI:10.24083/apjhm.v16i4.651.
52. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 144 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
53. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
54. TAWFIK, D. S., et al., 2017. *Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience*. Clinics in perinatology, 44(3), 541–552. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.clp.2017.04.004>.
55. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
56. TRAN, T.V., et al., 2021. Nurse–patient communication: A quality assessment in public hospital. [online]. International Journal of Healthcare Management. [cit. 2022-02- 05]. 14 (4), pp. 1127–1133. DOI:10.1080/20479700.2020.1752987.
57. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
58. VENGLÁŘOVÁ, M., et al. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
59. VÉVODA, J., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
60. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
61. ZADÁK, Z., et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. vydání. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
62. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-0155-9.



63. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
64. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2022. [online]. *Zákony pro lidi*. [cit. 2022-7-19].  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
65. Zákon č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, 2017. [online]. Zákon pro lidi. [cit. 2022-7-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>.
66. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních – HLAVA V – FORMY VZDĚLÁVÁNÍ: *Předpis č. 96/2004 Sb.* 2022. [online]. [cit. 2022-7-19].  
Dostupné z: <https://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych-zdravotnickych-povolani-a-k-vykonu-cinnosti-souvisejicich-s-poskytovanim-zdravotni-pece-a-o-zmene-nekterych-souvisejicich-zakonu-zakon-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolanih/f2513428>.
67. ZHUAND, M. E., PAN, W. T., 2022. *Data Modelling in Human Resource Management: Influencing Factors of Employees*. [online]. Job Satisfaction. [cit. 2022-02-05]. 1–14. Doi:10.1155/2022/3588822.

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1 – Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami, lékaři a sanitáři

### ***PŘÍLOHA 1 Otázky k rozhovorům s všeobecnými sestrami, lékaři a sanitáři***

- Jak byste vysvětlil/a pojem efektivní spolupráce?
- Jak byste popsala klima na Vašem pracovišti?
- Kolik Vás na této stanici pracuje, považujete to za dostatečné množství?
- Kolik na jedné směně pracuje sester?
- Pracujete raději samostatně nebo v rámci kolektivu/ týmu?
- Jak byste popsala/charakterizovala Váš kolektiv?
- Na jakou pozici byste se v týmu zařadila?
- Jakým způsobem jste motivována k vykonávání Vaší profese ze strany nadřízených?
- Jak moc se cítíte uznávána za svoji práci ze strany nadřízený?
- Jak jste s prací na tomto oddělení spokojen/á?
- Vyhovuje Vám systém práce na Vašem oddělení, pokud ne, proč?
- Jakým způsobem u Vás probíhají supervize ze strany nadřízených?
- Jak hodnotíte spolupráci mezi personálem na standardním lůžkovém oddělení?
- Jak hodnotíte spolupráci mezi personálem na JIP?
- Jaké činnosti jsou dle Vás v souvislosti s efektivní spoluprací nejčastěji vykonávané na standardním lůžkovém oddělení?
- Jaké činnosti jsou dle Vás v souvislosti s efektivní spoluprací nejčastěji vykonávané na JIP?
- Co si představíte pod pojmem efektivní spolupráce mezi standardním lůžkovým oddělením jednotkou intenzivní péče?
- V jakých oblastech/situacích dle Vás nejčastěji sestry ze standardního lůžkového oddělení a JIP mezi sebou spolupracují?
- Jak konkrétně u vás vypadá spolupráce mezi standardním lůžkovém oddělení a JIP?
- Jak byste charakterizovala komunikaci na Vaši stanici? (příjmu, KPR)
- Jak byste charakterizovala komunikaci mezi stanicemi standardního oddělení a JIP? (např. při překladu)
- Co si myslíte, že je nejdůležitější ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělení a JIP?

- Myslíte si, že jsou nějaké překážky, které brání v co nejefektivnější spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a JIP? Pokud ano, jaké?
- Jaké překážky vidíte celkově na Vašem oddělení?
- Vidíte nějakou souvislost v efektivní spolupráci mezi sestrami s těchto dvou stanic a kvalitou péče o pacienta? Pokud ano, uveďte jakou.
- Jaké největší klady vidíte ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a JIP?
- Co byste přidala do spolupráce mezi personálem na Vašem oddělení, aby byla spolupráce efektivnější? Co Vám ve spolupráci chybí?
- Jaké největší zápory vidíte ve spolupráci mezi standardním lůžkovým oddělením a JIP?
- Vznikají ve Vašem týmu konflikty? V jakých situacích nejčastěji vznikají?
- Pokud spolupráce ve Vašem týmu nefunguje, čemu tuto skutečnost přikládáte?
- Jakým způsobem řešíte, pokud spolupráce ve Vašem týmu nefunguje?
- Pokud vznikne nějaký problém, jak se k tomu staví management Vašeho oddělení? Vedení? Zasahuje do řešení konfliktů ve Vašem týmu?
- Co by dle Vás zefektivnilo spolupráci sester mezi standardním lůžkovým oddělením a JIP?
- Probíhá u Vás na oddělení nějaké školení na téma spolupráce, práce v týmu apod.?
- Uvítali byste na téma spolupráce v týmu nějaké školení, přednášku?
- Jaký program by se Vám v rámci školení líbil, a co by dle Vás mohlo být jeho obsahem, jakým způsobem by mohl probíhat?
- Co byste od tohoto programu očekávala?
- Měla byste nějaké konkrétní body, kterým byste se v tomto programu chtěla věnovat? Co by Vás nejvíce zajímalo?
- Myslíte si, že by o takovýto program byl ve Vašem kolektivu zájem?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Máte nějakou specializaci?
- Jaká je Vaše celková délka praxe na pozici všeobecné sestry/ lékaře/ sanitáře?
- Jak dlouho pracujete na standardním lůžkovém oddělení/ JIP?
- Jak dlouho pracujete konkrétně na tomto oddělení?

## **9 SEZNAM ZKRATEK**

ARIP – specializační vzdělání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO – anesteziologicko - resuscitační oddělení

JIP – jednotka intenzivní péče

SOU – střední odborné učiliště

SZŠ – Střední zdravotnická škola

VOŠ Dis. - Vyšší odborná škola, zakončena titulem Dis. – diplomovaný specialista

VŠ Bc. - vysokoškolské vzdělání, ukončeno státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu bakalář

VŠ – Mgr. – vysokoškolské vzdělání ukončeno státní závěrečnou zkouškou se získáním titulu magistr

VŠ MUDr. - vysokoškolské vzdělání, doktor medicíny