

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Simona Linhartová, Dis.

**Vybrané měkké dovednosti a jejich
hodnocení v práci sestry**

Bakalářská práce

Praha 2016

Autor práce: **Simona Linhartová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, PhD.**

Oponent práce: **PhDr. Daniel Jirkovský, PhD., MBA**

Datum obhajoby: **2016**

Bibliografický záznam

LINHARTOVÁ, Simona. Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2016. 102 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, PhD.

Abstrakt

V bakalářské práci se budu zabývat vybranými měkkými dovednostmi a jejich hodnocením v práci sestry. Vybrala jsem si takové měkké dovednosti, které jsou dle mého názoru důležité při výkonu povolání zdravotní sestry. Domnívám se totiž, že ne vždy jimi sestry v dostatečné míře disponují, což bych ve své práci ráda zjistila.

V teoretické části v úvodu vysvětluji, proč mne dané téma zaujalo. Definuji zde, co je cílem mé práce a stanovené hypotézy. Dále se věnuji vysvětlení pojmu měkké dovednosti, z nichž tři mnou zvolené dovednosti rozeberu podrobněji.

Praktická část je zaměřena na kvantitativní průzkum, jež byl proveden formou dotazníkového šetření, které bylo provedeno v Krajské zdravotní nemocnici v Chomutově. Získaná data jsou prezentována v tabelárních a grafických přehledech.

Abstract

In my Bachelor's thesis I am going to deal with the chosen soft skills and their assessment for a job as a sister. I chose the soft skills, which are important for a good nurse's output according to me. In my opinion many people can't handle it as they are supposed to. And that is what I would like to find out in my task.

In the preface of the theoretic part I am explaining why I am interested in this topic. I am defining there the purpose of my work and stated hypotheses. Next I am following up the explanation of the concept of the soft skills, which three of them I am going to analyze in detail.

The practical part is focused on quantitative research, which was made as a questionnaire in a regional hospital in Chomutov. The data I obtain are presented in a tabular and graphical reports.

Klíčová slova

Aktivní naslouchání. Dovednost vysvětlování. Komunikační dovednosti. Měkké dovednosti. Řešení konfliktu

Keywords

Activelisting. Ability to explain. Communication skills. Soft skills. Conflictresolution

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Simona Linhartová**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- MIKULAŠTÍK, M., Komunikační dovednosti v praxi, 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
DEVITO, A., J., Základy mezilidské komunikace, 6. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
MUHLEISEN, S.; OBERHUBER, N., Komunikační a jiné měkké dovednosti – Soft skills v praxi. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2662-5.
PTÁČEK, R.; BARTUNĚK, P. aj. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
HEKELOVÁ, Z., Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4
VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1262-8.
VYBÍRAL, Z., Psychologie komunikace. Praha:Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-387-1

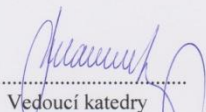
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, PhD.**

Oponenti: **PhDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 25.11.2015

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....

Vedoucí katedry



.....

Děkan

V Praze dne 25.11.2015

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 15. 4. 2016

Simona Linhartová

Poděkování

Děkuji p. PhDr. Šárce Tomové PhD. za odborný dohled nad mou bakalářskou prací a za konzultace. Dále děkuji hlavní sestře za umožnění provedení průzkumného šetření. Těž děkuji všem sestrám, jež byly ochotné vyplnit dotazníky. V neposlední řadě děkuji mé rodině a přátelům za jejich trpělivost a oporu během studia a vypracovávání této práce. Velký dík patří též p. Bc. Janu Kolářovi a sl. Mgr. Lucii Budaiové za jejich pomoc a neocenitelný nadhled.

OBSAH

ÚVOD.....	11
2 MĚKKÉ DOVEDNOSTI.....	13
2.1 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI.....	14
2.2 SCHOPNOST AKTIVNÍHO NASLOUCHÁNÍ	15
2.2.1 Poslouchat versus naslouchat.....	16
2.2.2 Reflektivní a empatické naslouchání	17
2.2.3 Pravidla pro aktivní naslouchání.....	19
2.2.4 Překážky v naslouchání	20
2.2.5 Přístupy k naslouchání	20
2.3 DOVEDNOST VYSVĚTLOVÁNÍ	21
2.3.1 Třífázová struktura vysvětlování	22
2.3.2 Zpětná vazba.....	22
2.3.3 Pravidla úspěšné zpětné vazby	23
2.4 UMĚNÍ ŘEŠIT KONFLIKT.....	24
2.4.1 Teorie konfliktu	24
2.4.2 Pohled na konflikt.....	25
2.4.3 Příčiny vzniku konfliktů	25
2.4.4 Vznik konfliktu	26
2.4.5 Typy konfliktů	27
2.4.6 Intrapersonální konflikt	27
2.4.7 Příznaky blížícího se konfliktu	28
2.4.8 Konfliktní situace.....	28
2.4.9 Konfliktní lidé aneb jak je zvládnout.....	29
2.4.10 Užitečnost konfliktu.....	30
2.4.11 Řešení konfliktní situace.....	30
2.4.12 Mediátor.....	32
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	33
3.1 CÍLE PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY.....	33
3.2 METODIKA PRÁCE	33
3.2.1 Zdroje odborných poznatků	33
3.3 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	34
3.4 UŽITÁ METODA MĚŘENÍ	34
3.5 ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	35
3.6 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
3.7 VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	37
4 DISKUZE.....	86
4.1 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	93
ZÁVĚR	96
REFERENČNÍ SEZNAM	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	101
PŘÍLOHY.....	102

ÚVOD

Téma své bakalářské práce „Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry“ jsem si vybrala na základě svých zkušeností ze zdravotnictví, byť nejsou příliš velké (ve zdravotnictví se pohybuji 10 rokem). Měkké dovednosti jsou určité pravomoce v oblasti chování. Každý z nás jimi disponuje, některými více či méně.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na dovednosti komunikační, kam patří mnou vybrané aktivní naslouchání a vysvětlování, a na schopnost řešit konflikt. Dle mého názoru jsou to dovednosti, kterými by sestra měla disponovat.

Aktivní naslouchání a vysvětlování jsou dle mého názoru velmi důležité dovednosti, které by měly být doménou nelékařských zdravotnických pracovníků. Jsou informace, které se pacientům nezdají dosti důležité, aby je sdělili lékaři. Pakliže se pacient rozhodne svěřit sestře, měla by projevit zájem, protože i zdánlivě zbytečná informace může být pomocníkem v léčbě.

Dovednost vysvětlování je neméně důležitá a mnohdy navazuje na schopnost aktivního naslouchání. Pacient Vám sdělí své obavy a z rozhovoru mnohdy vyplyne, že netuší, co jej čeká, jak se má na dané vyšetření připravit, čím může být nápomocen. Stává se, že lékař vysvětlí, ale pacient se ani na vše nevyptá, aby lékaře nezdržoval. Proto je důležité, aby sestra dokázala odpovědět a vysvětlit srozumitelným způsobem to, co lékař možná podal spíše odborněji.

A na závěr jsem si vybrala řešení konfliktních situací. Konflikty jsou všudypřítomné. Bez nich není možný žádný vývoj, ne vždy musí být konflikt negativní, může být i prospěšný. Pokud budeme k sobě slušní a naučíme se dodržovat určitá pravidla chování při konfliktu, je pravděpodobnost pozitivního výsledku pro obě strany výrazně vyšší.

Cíle práce

1. Zjistit, jak sestry sebehodnotí svou dovednost vysvětlování a jak pacienti hodnotí srozumitelnost podaných informací.
2. Zhodnotit, jak sestry sebehodnotí svou schopnost aktivního naslouchání v komunikaci s pacienty.

3. Zjistit, jak sestry zvládají řešení konfliktů s pacienty tak, aby došlo k oboustranné spokojenosti.

4. Přinést základní přehled relevantních poznatků o měkkých dovednostech, které jsem si pro svoji práci zvolila.

5. Sestavit a zadat nestandardizovaný dotazník ke zjištění komunikačních dovedností sester (tentýž upravený dotazník zodpoví i pacienti).

6. Zjištěné informace vhodně interpretovat a porovnat s výsledky dříve realizovaných studií.

2 MĚKKÉ DOVEDNOSTI

Měkkými dovednostmi nazýváme určité pravomoce v oblasti chování. Mají úzký vztah k sociální a emoční inteligenci. Opakem měkkých dovedností jsou dovednosti tvrdé, které mají konkrétní předmět (mluvíme například o určitých dovednostech v daném odvětví). Měkké dovednosti tvoří soubor metod, způsobů, technik, schopností, dovedností, jak ony tvrdé dovednosti získat a dále rozvíjet.

Je třeba si uvědomit, že dnes už k úspěchu nepotřebujeme pouze odborné znalosti, ale je nutné mít i vědomosti, které patří do oblasti emocí a komunikace. Tyto vědomosti jsou obzvláště důležité pro všechny, kteří pracují s lidmi. Mezi základní měkké dovednosti řadíme komunikační dovednosti, sebereflexi, sebevědomí, schopnost vcítit se, analytické myšlení, důvěryhodnost, disciplína, zvědavost, schopnost prosadit se, schopnost zvládat konflikty, schopnost přijímat kritiku a objektivně kritizovat a v neposlední řadě schopnost týmové spolupráce. Všechny tyto dovednosti využijeme při kontaktu s jinými lidmi, ale pomohou nám zamyslet se i nad sebou samým, vidět se objektivně a s těmito informacemi o sobě dále pracovat a zlepšovat se (Peters-Kuhlinger, Friedel, 2007, s. 13).

Jejich změna vyžaduje delší dobu. Jsou důležité ve spolupráci s lidmi, s čím větším množstvím lidí spolupracujeme, tím více by měly být naše měkké dovednosti rozvinuté.

Pokud bychom chtěli zlepšit naši schopnost měkkých dovedností, musíme je neustále trénovat a rozvíjet. V dnešní době je na trhu mnoho knih, můžeme se zúčastnit seminářů s touto tematikou. Hodně také záleží na osobnosti daného jedince. Introvert nebude komunikovat v takové míře, jako extrovert. Pokud ale bude chtít, může i on zlepšit své schopnosti, posunout své hranice a to jde především.

Jak tedy začít pracovat na zlepšení svých měkkých dovedností? Začneme nejdříve u sebe, jakýmsi rozhovorem se sebou samým. Poznejme nejdříve sami sebe. Všimněme si věcí, kterých bychom si za běžných okolností vůbec nevšimli. Postupem času přijdeme na to, co je naší silnou stránkou a co nám naopak vadí, čeho bychom se sami rádi v komunikaci s jinými vyvarovali. Je zapotřebí určité duševní rovnováhy, protože ten, kdo dobře zná sám sebe, umí mnohem lépe odhadnout a ocenit ostatní.

Peters-Kuhlinger (2007, s. 16) o rozvoji měkkých dovedností tvrdí: „*Rozvoj měkkých dovedností znamená rozvíjet své emocionální schopnosti. Můžeme je trénovat každý den, třeba již od rána. Každý den se mohou naskytnout situace, kdy můžete dostat prostor k tréninku dovedností. Například: Jindy velmi komunikativní kolegyně je dnes nezvykle uzavřená a tichá. Vhodně zvolenou komunikací můžeme zjistit, co se děje, avšak pozor. Nikdo nestojí o nepříjemného dotěru, ale o přítele, který je ochoten v dané situaci pomoci.*“

2.1 Komunikační dovednosti

Komunikace patří k základním potřebám nejen lidí, ale i zvířat. Umožňuje přežít, být úspěšný, prosadit se, porozumět a pomáhat druhým. Je jednou z nejčastějších aktivit člověka. Pomocí komunikace shromažďujeme a předáváme informace, můžeme popisovat, vysvětlovat, vyjadřovat, vést jiné lidi, ovlivňovat nebo se nechat ovlivňovat, vytvářet vztahy (Mikuláščík, 2010, s. 20).

Komunikace může poskytnout mnoho zábavy a potěšení. Ovšem stává se, že se nemusí ubírat zrovna směrem, který bychom si přáli. Může vyvolat nedorozumění, strach, obavu z vystoupení před publikem nebo špatné navazování kontaktu s druhou osobou. Takové problémy mohou výrazně ovlivnit sebevědomí jedince a mezilidské vztahy. Převažuje názor, že komunikační dovednosti by si měl zlepšovat ten, kdo má jakoukoli vadu výslovnosti, což je pochopitelně omyl (DeVito, 2008, s. 28).

Pokud spolu hovoří dva lidé stejným jazykem, nemusí to nutně znamenat, že si budou ve všem dobře rozumět. Myšlenkové schéma každého z nás je zcela odlišné. Máme odlišnou slovní zásobu, odlišné schopnosti, zkušenosti, odlišné pocity a motivy, odlišnou víru a postoje, odlišnou profesi. To vše ovlivňuje náš názor k danému tématu rozhovoru.

Při rozhovoru nevnímáme jen slova, jež jsou nám sdělována, ale vnímáme i neverbální projevy. Některé neverbální projevy totiž mohou být klamné (např. skutečný a falešný smích).

Komunikace má obsahové a vztahové pojetí. V obsahovém pojetí komunikace jsou zprostředkovávány artikulované informace. Při vztahovém pojetí jsou zřejmé vazby mezi komunikujícími stranami a k tematickému obsahu komunikace pomocí gest, mimiky aj. Rozdíl mezi těmito dvěma pojetími komunikace může vést k nedorozumění a možnému konfliktu (Plaňava, 2005, s. 73).

Základem dobré komunikace je dle Plamínka (2012, s. 82) dodržování následujících bodů:

Rozumět sám sobě – každý z nás by měl začít nejdříve sám u sebe. Pokud pochopím sebe samotného, mohu se poté snažit pochopit i druhé.

Mluvit pravdu – toto by mělo být jedním z hlavních pravidel dobré komunikace. Ne vždy je příjemné říct někomu pravdu, která je nelichotivá. Nemá však smysl „chodit kolem horké kaše“ či jinak zaobalovat fakta. Říci pravdu je dobrým základem proto, aby nám mohla dotyčná osoba důvěřovat, mít v nás oporu.

Rozumět ostatním – schopnost empatie – když s někým vedeme rozhovor, buď mluvíme nebo se k tomu chystáme. Ne vždy máme dostatek času, abychom zároveň také naslouchali, což pro nás může znamenat i ztrátu důležitých informací.

Respektovat ostatní – empatie nemusí být jen technikou, pokud se spojí s upřímností, stává se spíše rysem celkového přístupu k lidem a světu. Tím, že budeme akceptovat názor někoho jiného, nemusí to nutně znamenat, že s ním souhlasíme a přijímáme jeho názory za své.

Komunikační dovednost je tedy schopnost efektivního komunikování s ostatními s ohledem na dosažení daného cíle. Komunikační dovednosti můžeme zkoumat z několika částí, mezi něž patří – komunikační techniky a pozice (které zastáváme), umění naslouchat druhým, přesvědčování, argumentace aj.

2.2 Schopnost aktivního naslouchání

Ve své práci bych ráda podrobněji rozebrala schopnosti aktivního naslouchání a vysvětlování, protože se domnívám, že jsou v oblasti práce s lidmi velmi důležité. Obávám se, že ne vždy jsou zdravotní sestry ochotné pacienta vyslechnout, vše řádně vysvětlit a pomoci mu od jeho obav např. z nepříjemného vyšetření, které jej čeká.

Sama jsem se setkala, co by hospitalizovaný doprovod malého dítěte, s nedostatečným přísunem informací. Sestru nezajímaly mé obavy. Zjistila, co potřebovala a v momentě, kdy zjistila, že jsem též zdravotní sestra, neměla potřebu mi již více nic vysvětlovat či mě vyslechnout. V situaci, v jaké jsem byla, by se mi tehdy hodilo, kdyby mě třeba zdravotnický pracovník povzbudil, uklidnil, důkladně mi vysvětlil, nač se připravit. Nebyla bych později tak nervózní a doba hospitalizace by se zkrátila na dobu, která byla zpočátku předpokládána.

Aktivní naslouchání by, dle mého názoru, mělo být jednou z nejdůležitějších vlastností, kterou by měl disponovat každý zdravotník. Nelékařští zdravotničtí pracovníci mnohdy tráví s pacienty více času, než samotní lékaři. Pacient nám často sděluje informace, které se mu zdají být nepodstatné na to, aby je sdělil lékaři. Ale jsou mnohdy informace, které mohou léčbě pacienta napomoci nebo ji zásadně ovlivnit. Proto je dobré, abychom se naučili naslouchat. Sama jsem se při psaní této kapitoly přesvědčila o tom, že dělám nevědomě chyby, kterých bych si jinak nevšimla. Nemám problém s nasloucháním druhému. Z vlastní zkušenosti vím, jak je to důležité a že mě samotné by se také nelíbilo, kdybych se potřebovala svěřit a mluvila s někým, koho to absolutně nezajímá.

2.2.1 *Poslouchat versus naslouchat*

Základem úspěšné komunikace mezi lidmi je schopnost si naslouchat. Naslouchat však neznamená jen poslouchat, co nám druhá osoba sděluje. Naslouchat znamená, že se snažíme porozumět a pochopit obtíže, se kterými dotyčná osoba potýká. Naslouchání je tedy psychologický jev, kdežto poslouchání je jev fyziologický. Při naslouchání musíme zapojit mozek, soustředit se. U poslouchání pouze vnímáme slova, různé zvuky, ale nepřikládáme tomu žádný větší význam.

Z hlediska psychologického dělíme naslouchání na aktivní a pasivní. Aktivní naslouchání psychologové charakterizují slovy: vcítit se, soucítit, vytušit, rozpoznat, porozumět a pochopit. Během aktivního naslouchání poskytujeme zpětnou vazbu, můžeme si na mluvčího připravit dotazy, aktivně vyhledáváme to, co jest pro nás zajímavé. U pasivního naslouchání nemusí být zpětná vazba. Mluvčí pouze potřebuje někoho, kdo jej vyslechne. Není jasné, zda posluchač mluvčímu rozumí, pouze pasivně naslouchá (Plamínek, 2012, s. 58).

Aktivní naslouchání je dovednost, které se můžeme naučit, ale k onomu naučení je třeba trpělivosti. Naučit se aktivnímu naslouchání je však velice těžké a je to tzv. běh na dlouhou trať. Především proto, že jsme zvyklí soustředit se hlavně sami na sebe a poslouchat svůj hlas. Mnohdy myslíme rychleji, než mluvíme a vzhledem k rychlosti myšlenek se může stát, že myšlenkami zabloudíme jinam a uteče nám tak zásadní informace. Často se též stává, že si utvoříme vlastní názor ke sděleným informacím a více již nevěnujeme pozornost dalším informacím, které mohou být pro mluvčího důležité (Possehl, Kittel, 2008, s. 92).

Cílem naslouchání je vyslechnout, co se nám snaží druhá osoba říci. Pakliže s někým hovoříte, věnujte mu svoji pozornost. Mluvčí musí mít pocit, že se snažíte mu porozumět, že Vám jeho pocity a obtíže nejsou lhostejné (Vymětal, 2008, s. 42).

2.2.2 Reflektivní a empatické naslouchání

„Carl Rogers, o jednom z nevlivnějších psychologů a myslitelů 20. století, se často hovoří jako o tichém revolucionáři. S jeho jménem je spojován rozvoj originálního psychoterapeutického směru-přístupu zaměřeného na člověka (The Person-Centred Approach, PCA), který výrazně ovlivnil podobu současné psychoterapie a posunul naše úvahy o povaze člověka a mezilidských vztazích“ (Zdroj: <http://www.pca-institut.cz/cs/page/14-carl-rogers/>).

A právě Carl Rogers mezi prvními popsal moderní pojetí empatie a následně používal v poradenství. Jeho teorie říká, že nejlepším způsobem, jak může posluchač naslouchat mluvčímu a poskytnou mu také zpětnou vazbu, je odložení vlastních pocitů a vcítit se do pocitů mluvčího, jenž se mu svým problémem svěřuje. V jeho teorii mluvíme o poslouchání nejen ušima, ale také hlavně očima a srdcem.

„Naslouchající používá obě hemisféry mozku, intuitivně chápe, smyslově cítí, naslouchá, aby porozuměl, soustředí se na sdělení“ (Mikuláščík, 2010, s. 92).

Pakliže se mluvčí svěřuje se svým pocitem, není na místě jej bagatelizovat, komunikace by skončila. Je třeba se zeptat, proč se tak cítí a dát mu tím tak prostor k vyjádření svých pocitů a podmínek, za nichž ke vzniku těchto pocitů došlo.

Úroveň empatie závisí na našich charakterových a temperamentových vlastnostech. Schopnost empatie závisí na vývojové etapě osobnosti, na množství prožitých vztahů, zážitků a vzorech chování, které nás mohou značně ovlivnit. Empatie není vlastnost trvalá, což lze ale v průběhu života změnit.

Vžití se stává empatií, pakliže daný problém zpracujeme, dokážeme pochopit souvislosti v problémech mluvčího a následně jsme schopni je pojmenovat, příp. interpretovat. Neznamena to však, že svůj názor musíme mluvčímu ihned sdělit. Názor je čistě pro posluchače a mluvčímu je sdělen jen zřídka. Posluchač je zde v pozici, kdy má hlavně naslouchat, sdílet, chápat a nikoli prezentovat své názory.

Převaha rozumu v empatii není na místě. Pakliže posluchač uvažuje racionálně, mohl by smýšlet dle nějakých racionálních schémat či pravidel a nemohl by tak vystihnout danou situaci, v jaké se mluvčí nachází.

Mikuláščík (2010, s. 92) ve své knize popisuje tři fáze empatického a reflektivního naslouchání. K těmto fázím patří:

Fáze identifikace – je popisovaná jako velmi obtížná, mluvčí se svěřuje se svými pocity, tísní, nejistotou. Posluchač by v této fázi měl reagovat takovým způsobem, aby vyvolal v mluvčím potřebu svěřením se. Reakce posluchače by měla vypadat asi nějak takto: „*Vypadáš opravdu našťavaně, stalo se něco?*“

Fáze vyslechnutí a porozumění – fáze, ve které má mluvčí potřebu vyjádřit všechny své pocity, proto svůj problém vypráví formou příběhu. V průběhu vyprávění můžeme zaznamenat širokou škálu pocitů a emocí. A protože ze sebe všechny tyto emoce potřebuje dostat, posluchač by měl vyjádřit určité sympatie, kterými podpoří mluvčího ve vyprávění. Na místě je i parafrázování, které může pomoci mluvčímu slyšet své myšlenky i v jiné podobě, než v které byly vysloveny. Dáváme tím mluvčímu prostor rozpoznat své pocity a v pozici posluchače se můžeme ujistit, zda jsme všemu dobře porozuměli.

Fáze vyřešení problému mluvčím – řada z nás se jistě již v takové fázi ocitla. Jsou situace, kdy pouze potřebujeme vyslechnout, sdělit někomu, co nás tíží a dostaví se tolik potřebná úleva. Pocit, že na daný problém nejsem sám/a. Posluchač by v této fázi měl položit otázku typu: „*Co dál?*“ Můžeme položit i otázku, která nabízí možný způsob řešení dané situace: „*Nebylo by vhodné si spolu promluvit?*“ Je však důležité neřešit za mluvčího problém. Musí si jej vyřešit sám, dává mu to poté pocit sebejistoty, že dokázal nepříjemnou situaci dobře zvládnout.

Pakliže je mluvčí rozčilený a v afektu nám sděluje, co se mu přihodilo, nevnímejme jej kriticky. Posluchač by se měl zaměřit na to, co jej tak rozčílilo a proč. Od posluchače se očekává, že se bude snažit vžít do situace, kterou s ním mluvčí sdílí.

Je potřeba též oddělit aktivní naslouchání od empatického. U aktivního naslouchání se očekává porozumění s určitou dávkou racionálního nadhledu. Empatické naslouchání řeší psychické problémy v mezilidských vztazích. Je komplikované a přitom v životě tak běžné.

2.2.3 *Pravidla pro aktivní naslouchání*

Pokud se chceme naučit schopnost aktivního naslouchání, je třeba naučit se dodržovat jednoduchá pravidla. Hovoříme – li s někým, věnujeme mu svoji maximální pozornost. Měli bychom v dotyčné osobě vzbudit pocit, že se jí snažíme porozumět. Je třeba sledovat i neverbální komunikaci. Můžeme tak posoudit, zda je adekvátní vzhledem k situaci, jež mluvčího trápí. Snažme se vcítit, projevíme zájem a to i tehdy, jsme – li v opozici.

Aktivní naslouchání vyžaduje – oční kontakt, otevřenou pozici v postoji těla, občasně pokyvování hlavou, parafrázování, kladení vhodných otevřených otázek, shrnutí a poděkování za důvěru, kterou v nás mluvčí vložil (Edmuller, Wilhelm, 2003, s. 31).

Vyvarujte se v průběhu aktivního naslouchání skákání do řeči, projevování nesouhlasu, nedávejte najevo netrpělivost nebo nedostatek času, neudělujte rady (mluvčí se na váš názor jistě zeptá sám), neuhýbejte očima.

Zde je již v bodech 6 pravidel, která bychom měli během aktivního naslouchání dodržovat:

Povzbuzování - dejte druhé straně prostor a čas přemýšlet a mluvit. Zaměřte svou pozornost nejen sami na sebe, ale i na druhého. Soustředte se na daný okamžik s určitou dávkou respektu, povzbuzujte.

Objasnění - buďte otevření novým myšlenkám, perspektivám a možnostem. Můžete mít na danou situaci jiný názor, který jistě v pravý okamžik budete moci vyjádřit, nesudte a nekritizujte. Ziskávejte více informací např. tím, že se budete více vyptávat v případě nejasností. Pomozte dotyčné osobě najít i jiný úhel pohledu na daný problém, než je ten její.

Parafráze - při parafrázi shrneme to hlavní, co jsme se dozvěděli a ujistíme se tak, že jsme dobře rozuměli a slyšeli, co nám bylo sděleno. Nemusíme dávat najevo souhlas či nesouhlas. Jen chceme mít jistotu, že bylo zmíněno vše důležité. Je to určitý odraz informací, kdy i mluvčí má možnost vidět, že jsme skutečně poslouchali a problém nás zajímá.

Zrcadlení pocitu - položte otázku, pokud něčemu zcela nerozumíte. Pokládejte otázky tak, aby měla protistrana prostor pro rozvedení své odpovědi. Pomozte mluvčímu přehodnotit jeho pocity.

Shrnutí - shrňte vše důležité, co již bylo řečeno. Pomůže to i k tomu, zda obě strany chápou daný problém stejně. Můžete zmínit podobnou situaci, ve které jste se již v minulosti sami ocitli a dát tak prostor pro další komunikaci a třeba i možnost pro vyřešení problému, který dotyčného trápí.

Uznání - fakt, že si vás někdo vybral za účelem, aby se svěřil, jasně hovoří o důvěře, kterou ve vás také vložil. Oceňte fakt, že si mluvčí vybral právě vás (Borg, 2013, s. 95).

2.2.4 Překážky v naslouchání

Překážky aktivního naslouchání mohou být osobní, kdy můžeme mít určité předsudky nebo názory na daného člověka. Pak mohou být také překážky vlivem nedostatku času, používáním nevhodných slov, neustálým přerušováním, v neverbální komunikaci (Plevová, 2011, s. 41). Zde jsou dva druhy překážek v naslouchání, které jsou časté a ve kterých se mnozí z nás najdou:

Naslouchání zapnuté/vypnuté - rychleji mluvíme, než myslíme. V praxi to znamená, že během naslouchání máme dost času nad přemítáním o tom, jak bychom danou situaci řešili my a přitom neuvažujeme nad tím, co nám říká druhý.

Naslouchání se zavřenou myslí - stává se, že rychle usoudíme, že toto jsme již mnohokrát slyšeli, víme, jak to dopadne, dotyčný lže, téma je nudné, mluvčí nás ničím nezaujal. A v takovém případě přestáváme naslouchat (Antai-Otong, 2007, s. 41).

2.2.5 Přístupy k naslouchání

Pokorný (2004) popisuje 7 druhů pozic, jak přistupovat k aktivnímu naslouchání. Tyto pozice vyjadřují náš postoj a chování, když se nám potřebuje mluvčí svěřit.

Neutrální pozice - nasloucháme, aniž bychom jakkoli reagovali na to, co nám je sdělováno. Při této pozici jen nasloucháme, své myšlenky a názory si necháváme i nadále pro sebe.

Angažovaná pozice - sledujeme, co v nás sdělení vyvolává a sdělíme dotyčnému reakci na jeho výroky. Snažíme se do dané problematiky zasvětit a najít s tím, jenž se svěřil, nějaké východisko. Dáváme najevo svůj názor na danou situaci a tím i možnost jiného úhlu pohledu pro mluvčího.

Inspirující pozice - snažíme se dotyčnou osobu vyburcovat, aby s námi svá úskalí sdílela aktuálně. Můžeme jako příklad situaci, ve které jsme se ať už my či někdo jiný našli, a co nám pomohlo ji vyřešit. Inspirujeme tak mluvčího k jiným možnostem, jak řešit daný problém, který jej tíží.

Zrcadlová pozice - vybíráme si z rozhovoru s dotyčnou osobou to, co považujeme za podstatné a můžeme to doslovně zopakovat či parafrázovat. Nesmíme však do své reakce vnést dojmy či hodnocení. Chceme pouze vystihnout, co bylo na sdělení od dotyčného nejdůležitější.

Pozice odpovědnosti - usměřňujeme rozhovor tak, aby vyprávějíci bral plnou odpovědnost za to, co nám sděluje. Musíme se snažit vyprávějíciho přivést k tomu, že každou situaci lze nějakým rozumným způsobem vyřešit.

Sebeodhalující pozice - všímáme si vzpomínek, které se během vyprávění objevují. Sdělíme vyprávějíci, že si takového otevření vážíme. Můžeme sdělit vyprávějíci i vlastní obdobné problémy, což vede k poznání, že i chyby a zážitky vyprávějíciho nejsou nikterak výjimečné, mohou se stát i ostatním.

Empatická pozice - snažíme se rozpoznat skryté předpoklady, které mohou tvořit základ problému, který vyprávějíciho trápí (Pokorný, 2004).

Plamínek (2012, s. 60) popisuje 6 možných přístupů, kdy můžeme naslouchání předstírat, bojkotovat, částečně se zajímat nebo se nezajímat vůbec, až můžeme být úplně lhostejní.

2.3 Dovednost vysvětlování

Vysvětlování je velmi důležitou součástí komunikace v mnoha profesích. Mnohdy se v praxi setkávám se zvláštním postojem sester. Aby měly splněný úkol a podepsaný souhlas pacienta, v rychlosti vysvětlí daný léčebný postup a urychleně přechází z pacientova pokoje. V závěru pak pacient ani netuší, co a proč se bude dít a co pro to může nebo musí sám udělat, protože se jej nikdo nezeptal, zda všemu dobře rozumí a nepotřebuje něco lépe vysvětlit.

Vysvětlování může být:

- *interpretační* - vysvětluje, oč se jedná
- *popisné* - odpovídá na otázku, jak co funguje a vypadá
- *zdůvodňované* - odpovídá na otázku: Proč? (Mikuláščík, 2010, s. 128).

2.3.1 *Třífázová struktura vysvětlování*

Vysvětlování probíhá ve třech jednoduchých fázích, kterými jsou:

Identifikace – identifikujeme problém. Najdeme jej, snažíme se o něm co nejvíce dozvědět. Ne vždy se to, co nám někdo jiný líčí, musí zakládat na pravdě.

Proces – průběh řešení problému.

Výsledek – dá se nějakým způsobem ověřit, např. zpětnou vazbou. Pakliže komukoli cokoli vysvětlujeme, potřebujeme vědět, že jsme byli dostatečně srozumitelní.

Při vysvětlování musíme dbát na to, abychom nezatížili ostatní přílišnými informacemi, které mohou být řečeny nesrozumitelně. Vysvětlování by nemělo vyznívat nepřesvědčivě, ani by nemělo být podáno netrpělivě. Umění dobře vysvětlovat spočívá tedy především v tom, že vysvětlení musí být srozumitelné a prezentováno tak, aby bylo snadno zapamatovatelné (Mikuláščík, 2010, s. 128).

Má zkušenost z praxe. Měla jsem možnost pracovat v ambulanci stomatochirurga. Je to obor, který je pro pacienta mnohdy velmi nepříjemný, a tudíž je velmi důležité, aby pacient odcházel tzv. “z křesla“ dostatečně poučený. V ordinaci jsme to s lékařkou praktikovaly tak, že ona sama pacienta poučila a než odcházel, tak jsem znovu zopakovala, co mu již bylo řečeno. Může se to zdát zbytečné, ale člověk, který zažije nějaký nepříjemný zážitek (např. komplikace během ošetření), poté již tolik nevnímá a leckteré části a doporučení snadno vypustí. Proto je vysvětlování velmi důležité.

2.3.2 *Zpětná vazba*

Zpětná vazba neboli feedback je komunikační proces, při kterém shromažďujeme od mluvčího informace, které hodnotíme. Pokud chceme poskytovat zpětnou vazbu správně, musíme se vyvarovat některých chyb např.: přerušování toku informací sdělovaných mluvčím, vágnosti (neurčitosti) sdělení nebo předvídat reakci druhé osoby (Allhoff, 2008, s. 137).

Při přijímání zpětné vazby je třeba vyvarovat se komunikačních zlovyků. Například pasivita není na místě, nesnažíme se pak o aktivní vyhledávání zpětné vazby. Protiútok též bývá jedním z častých komunikačních zlovyků, kdy můžeme nepřiměřeně reagovat na zpětnou vazbu, jež nám není příjemná a to vede k defenzivnímu postoji obou stran (DeVito, 2008, s. 28).

2.3.3 *Pravidla úspěšné zpětné vazby*

Naučme se otevřeně říkat, co si myslíme (žádné polopravdy či zaobalování našeho názoru). Respektujme osobnost, názory, myšlenky druhých a nečinně to, co se nelíbí nám, druhým. Snažme se vést komunikaci (ač to nemusí vždy být snadné) k pozitivním výsledkům tím, že si stanovíme cíle, kterých chceme v průběhu diskuze dosáhnout.

Při poskytování zpětné vazby je vhodné najít komunikační kompromis. Nemusíme se přehnaně snažit porozumět pocitům mluvčího. Mohli bychom mu tak omezit prostor pro jeho vyjádření, což může vyvolat negativní reakci. Co je tedy nutné k poskytnutí zpětné vazby?

Chápat zpětnou vazbu jako zdroj informací – zpětná vazba má vstup a výstup (informace, jež do komunikace mezi dvěma lidmi vstupují a vystupují). Ten, kdo informace získává (příjemce), by měl poskytnout odpovídající komentář a závěr. Ten, kdo informace sděluje (poskytovatel), by se měl soustředit na srozumitelný popis dané situace a na závěry, které mu příjemce sdělí. Oba se musí soustředit hlavně na podstatné informace daného problému a neměli by komunikaci zatěžovat zbytečnými emocemi.

Než poskytneme zpětnou vazbu, rozmysleme se – **pozorování-význam-cíl** – nesmí ve zpětné vazbě chybět, nezáleží přitom na jejich pořadí. Je nutné si uvědomit, co nás přivedlo k poskytnutí zpětné vazby a čím se chceme zabývat. Musíme si také uvědomit, co je v dané problematice pro příjemce důležité a čemu bychom se měli raději vyhnout.

Požadovat zpětnou vazbu – aby byla mezi lidmi lepší komunikace, není na škodu o zpětnou vazbu požádat.

Naslouchat – pokud nám chce někdo poskytnout zpětnou vazbu, měli bychom zjistit, co se nám snaží říci, jak velký význam pro něj daný problém má a čeho chce tímto sdělením dosáhnout. Proto pokládáme otázky, které nám mohou pomoci získat informace o **pozorování-významu-cílech**. Otázky nám mohou ujasnit, co se nám dotyčný snaží sdělit.

Vést osobní komunikaci – zpětná vazba je záležitostí dvou lidí a je tedy nutné, aby probíhala osobně. Poznámky ve formě formuláře či dotazníku nám mohou posloužit pouze jako podklad.

U zpětné vazby je tedy důležité popsat situaci ze svého úhlu pohledu, kdy dosáhneme určité shody ve společném pohledu na danou problematiku. Dobrá zpětná vazba nezastírá a nezaobaluje problémy (Faerber, Stowe, 2007).

2.4 Umění řešit konflikt

Slovo konflikt (pocházející z latinského *conflictus* – srážka) je dle mého názoru nejčastěji skloňované slovo dnešní doby. Média neustále přinášejí nejnovější zprávy o konfliktech na dálném východě, o konfliktech mezi politiky aj. Konflikt je všudypřítomný, je jednou z forem problémové komunikace. Konflikt obecně znamená střetnutí dvou nebo více navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí (Vévoda, 2013, s. 54).

Bývá často doprovázen nejistotou, nervozitou, strachem a může vést až k agresi. V konfliktu se mísí prvky věcné a iracionální. Konfliktní situace se objevují stále. Podstatné je snažit se jim předcházet. Pokud vzniknou, umět je řešit a efektivně využít pro vývoj.

Konflikt nejčastěji vzniká mezi lidmi tehdy, kdy dojde k narušení komunikace. Příčin vzniku konfliktu je mnoho (ekonomické, kulturní, sociální). Konflikt může nastat i v okamžiku, kdy druhá strana zastává jiný názor, má jiné životní priority, zájmy a představy.

2.4.1 Teorie konfliktu

Teorie konfliktu mluví společnosti, která je různorodá. Lidé ve společnosti spolu bojují a snaží se prosadit zájmy, nejčastěji svoje vlastní. Právě při rozdílných zájmech mohou ve společnosti vznikat neustále konflikty. Tyto teorie konfliktu zkoumají vztahy mezi zvýhodněnou a znevýhodněnou skupinou lidí ve společnosti. Pojďme si teď představit některé teoretiky konfliktu a jejich názory.

Charles Wright Mills – věnoval svou teorii rozboru skupin lidí a konfliktům mezi nimi. Jeho přičiněním se rozmohl pojem „*bílé límečky*“, tzv. *nová střední třída* – *zaměstnanci, kteří provádí duševní práci (patří sem vědci, odborníci, technokrati i manažeři) a získávají za ni větší finanční odměny a uznání než tzv. límečky modré, tedy dělnická třída. Z těchto bílých límečků se ovšem často stávají „veselí roboti“ – moderní lidé, kteří jsou manipulováni, ztrácejí kontrolu nad svým životem a dělají rutinní, nudnou práci a přesto jsou šťastní*“ (Mills, 1951, s. 102).

Lewis Coser – rozlišuje konflikty vnitřní (v nitru skupiny) a vnější (mezi skupinami). Konflikt s cizí skupinou pomáhá udržet soudržnost ve vlastní skupině. Coser také dělí konflikt na realistický a nerealistický. V realistickém konfliktu vítězí silnější. V nerealistickém konfliktu je hlavním cílem agrese a nekončí vítězstvím nikoho ze zúčastněných.

Ralf Dahrendorf – postavil svou teorii na rozporu dvou protikladných sil. Teorie se zabývá intenzitou a násilností během konfliktu (Holá, 2011, s. 35).

2.4.2 Pohled na konflikt

V průběhu let došlo s vývojem názorů na konflikty také ke změně v pohledu. Rozlišujeme klasický pohled na konflikt, pojetí konfliktu z hlediska lidských vztahů a systémové pojetí konfliktu. Všechny tři varianty popisují Kubičková a Rais (2012, s. 102) následovně:

Klasický pohled na konflikt – konflikt je v tomto pohledu charakterizován jako dysfunkce v organizaci. Cílem konfliktu zde bylo získání dominantního postavení. Očekává se, že všichni budou se vším souhlasit a konflikt je špatný. Na bázi podobné filozofie dodnes funguje velké množství kolektivů.

Pojetí konfliktů z hlediska lidských vztahů – zde se předpokládá, že je konflikt přirozený a musí být akceptován. V tomto pojetí se mluví o chybě v komunikaci mezi lidmi. Pokud dojde k nápravě chyby, je po problému. Očekává se zde zpětná vazba, kdy se zjišťuje proč a za jakých okolností došlo ke vzniku konfliktu.

Systémové pojetí konfliktu – připouští možnost konfliktu v jedinci samotném, mezi jedinci, ve skupině nebo mezi skupinami lidí. V tomto pojetí konfliktu dochází k boji o zdroj, probíhá ve skupině lidí na všech úrovních, cílem může být poškození či eliminace oponentů.

2.4.3 Příčiny vzniku konfliktů

Hlavní příčinou vzniku konfliktů lidí při vykonávání jejich profese bývají špatné mezilidské vztahy, ekonomická oblast, špatné pracovní podmínky a nepříjemná sociální atmosféra. Tyto uvedené příčiny mohou být spouštěcím momentem jak pro vznik psychických poruch, tak i morálních problémů, kdy může dojít u dotčené osoby ke vzniku apatie, neochoty spolupracovat.

Za příčinu vzniku konfliktů se považuje i rozdílné vnímání vzdělávání profese všeobecné sestry. Univerzitně vzdělané sestry jsou v konfliktních situacích mnohem flexibilnější, jelikož jsou schopné ocenit pestrost názorů na případ. Všeobecné sestry s nižším vzděláním většinou lpí na svých názorech jako na těch správných (Grohar-Murray, 2003, s. 95). Ke konfliktu mezi sestrou a pacientem mnohdy dochází tehdy, kdy plány ošetrovatelské se kříží s plány pacientovými.

Ve zdravotnictví se může vyskytovat celá řada konfliktů. Může být konflikt sestra – pacient, kterým se zabývám v dotazníkovém šetření. Dále může být konflikt sestra – lékař, kdy příčinou bývají odlišné role a kompetence. V konfliktu mohou být i sestry mezi sebou. I zde může být příčinou postavení (např. vrchní sestra versus řadová sestra z oddělení), jak ve své knize popisuje Grohar – Murray (2003, s. 95).

Pojďme si teď vymežit i pojmy „spor“ a „problém“, které jednoznačně ke konfliktním situacím patří. Spor je druh interpersonálního konfliktu, kdy vždy jedna strana hodlá prosadit své vlastní řešení. Může zde dojít k tomu, že do se k tomuto druhu konfliktu přidají i emoce a může tak být ještě více vyhrocen. Problém je též druh interpersonálního konfliktu. Ovšem s tím rozdílem, že jej obě strany hodlají vyřešit (Plamínek, 2012).

2.4.4 Vznik konfliktu

Ne vždy je konfliktní situace nevyhnutelná. Záleží na povahových rysech každého z nás. Mohu si dovolit s někým nesouhlasit, a přesto to nemusí hned znamenat, že se nalézáme v konfliktu. Konflikt je dílem komunikace, ke které může dojít vlivem odlišných názorů. Zpravidla stačí nevhodná skladba slov. Zde uvádím několik způsobů, jak je možné konflikt vystupňovat:

Vyčítání – nikdo není dokonalý a každý z nás může chybovat. Když vyčítáme, je to znakem našeho trápení, nepohody ať už s konkrétní situací či celkově. Vyčítání bývá často zneužíváno v manipulaci, protože máme pocit, že nejlepší obranou je útok.

Obviňování – používají jej lidé, kteří ze svých problémů viní všechny ostatní. Mají pocit, že je vůči nim páchána nespravedlnost a brání se.

Skákání do řeči – v partnerovi vyvolává pocit, že mu nenasloucháme, jeho postoj nás nezajímá a chceme prosadit hlavně sami sebe (Praško, 2005, s. 50).

Povýšené chování – představa o vlastní morální převaze. „Já jsem něco víc.“

Odporování – nesouhlasení. Dle mého názoru nemusí vždy nutně vést k vystupňování konfliktu. Pokud ale debatují dva jedinci dominantních povah, mohou se lehce do konfliktu dostat.

Přehánění – úmyslné zveličování

Osobní urážky a používání vulgarismů – jeden z nejčastějších nešvarů dnešní doby. Lidé přestávají být schopní komunikovat v mezích slušnosti.

Ironie a výsměch – úmyslná volba slov, kdy je význam obvykle protikladný a má za úkol zesměšnit, ponížit.

Agresivní jednání – útočné a nepřátelské jednání vůči druhému člověku (McConnon, 2009, s. 38).

2.4.5 Typy konfliktů

Pakliže budeme pozorovat konflikty z lidského pohledu, zjistíme, že jsou tři druhy konfliktů dle míry účasti lidí samotných. Dle Plamínka (2012, s. 131) tedy existuje:

„Extrapersonální konflikt – hlavními účastníky nejsou lidé. Jedná se zde např. o konflikty mezi zvířaty, mezi živly aj.

Interpersonální konflikt – odehrává se mezi lidmi nebo skupinami lidí. Patří sem de facto mnoho situací v běžném životě (spory generační, politické, manželské aj.)

Intrapersonální konflikt – působí v prostředí psychiky každého člověka zvlášť. Mluvíme zde o konfliktech našich životních rolí, mezi tím, co bychom měli udělat a naše svědomí s tím nesouhlasí.“

2.4.6 Intrapersonální konflikt

Intrapersonální (vnitřní) konflikty mohou vést jak k obohacení a novým životním zkušenostem, tak ke ztrátě důvěry a to nejen v sebe sama, ale i k ostatním lidem. Vnitřní konflikt není vždy jen niterně uzavřen, často jej dokážeme přenášet i na ostatní. Projevuje se nesoustředěností, lhostejností, nervozitou. Intrapersonální konflikt a napětí s ním spojené může přejít v konflikt interpersonální, což je konflikt mezi dvěma a více lidmi. Intrapersonální konflikt dělíme dle psychologických aspektů a dle působení cílů.

Dle psychologických aspektů:

Konflikt představ – když je verbální projev v rozporu s neverbálním jednáním. Když nevíme, jaké chování a jednání se od nás očekává.

Konflikt názorů – když si nejsme jisti tím, jaký názor si na daného člověka a danou situaci vytvořit.

Konflikt postojů – pakliže dle fakt musíme zaujmout postoj a ne vše je v souladu s postojem, který hodláme zaujmout. Velkou roli zde hrají emoce.

Konflikt zájmů – tento druh konfliktu můžeme rozdělit na konflikt společenských nebo osobních zájmů, kdy máme ve společnosti jisté postavení a povinnost nám velí mu dostát. A přes to bychom se raději v té době věnovali něčemu nám příjemnějšímu (Mikuláščík, 2015, s. 81).

Dle působení sil

„ *Apetence versus apetence, aneb konflikt dvou kladných sil – rozhodujeme se mezi dvěma stejně pozitivními alternativami, kdy nemůžeme dosáhnout splnění obou naráz.*

Averze versus averze, aneb konflikt dvou záporných sil – opak předchozího konfliktu. Jedná se o velmi nepříjemné rozhodování. A pakliže se rozhodneme pro jednu z variant, začneme vyvíjet úsilí o splnění daného cíle, které ale brzy začne ochabovat a stojíme opět na začátku – tedy u rozhodování.

Apetence versus averze, aneb konflikt obou sil – jsou alternativy, které nás mohou současně přitahovat i odpuzovat. Stává se, že čím blíže jsme rozhodnutí k dané alternativě přistoupit, tím více se jí bojíme a odrazuje nás to“ (Paulík, 2010, s. 51).

2.4.7 Příznaky blížícího se konfliktu

Je dobré si uvědomit příznaky, které nám mohou naznačit riziko blížícího se konfliktu. Komunikace mezi zúčastněnými osobami se začíná zhoršovat. Nejsou schopni se domluvit a jednají na formálnější úrovni. Přibývá drobné popichování a sarkasmus, který si protistrana může vyložit po svém. Neustále se objevují rozdílné názory k danému problému, dochází k hádkám kvůli maličkostem. Místo, aby se všichni domluvili na řešení daného problému, hledají se viníci, kteří situaci zapříčinili. Obě strany jsou v myšlenkách, jak si danou situaci spolu vyřídit. Dochází k frustraci a tím se vytrácí i efektivita práce (Plamínek, 2012, s. 47).

2.4.8 Konfliktní situace

Vývoj konfliktů má mezi jedinci určité fáze, v nichž konflikt vzniká, sílí, vrcholí a zase se tlumí a zaniká. Je vhodné umět jednotlivé fáze rozeznat. A jak konfliktům předcházet nebo jej regulovat. Plamínek (2008) uvádí fáze konfliktů následovně:

Fáze nula (rovnováha) je stav klidu předtím, než dojde k vypuknutí konfliktu.

První fáze (varování) je to stav, kdy již vypukl konflikt a pokud zůstane nepovšimnutý, přechází do další fáze.

Druhá fáze (odlišnost) je stav, kdy si strany hájí své rozdíly ve sporu. Tady můžeme ještě konflikt vyřešit jako problém. Ale tato fáze je velmi vrtkavá a může se snadno zvrhnout ve spor.

Třetí fáze (polarita) je stav, kdy obě strany, jež jsou v konfliktu, jsou ve fázi, ve které není možné konflikt řešit. Interakce nabývá charakteru „*kdo z koho*“, což nemůže to trvat věčně.

Čtvrtá fáze (separace) v této etapě obě strany konfliktu přerušují kontakty a vstupují do krize (je narušena stabilita). Pokud spolu nežijí či nepracují, může zde dojít k vyřešení a ukončení konfliktu. Pokud však mají nebo musejí spolu něco vytvářet, pak konflikt přechází do další etapy. Výhodnější možnosti vývoje této etapy je přeskočení destruktivní fáze a přejít přímo k fázi vyčerpání.

Pátá fáze (destrukce) je stav, kdy spor může mít za následek likvidaci daného systému nebo nezpůsobí-li kolaps systému, tak postupně přechází přes únavu do další fáze.

Šestá fáze (vyčerpání) je stav, kdy účastníci konfliktu jsou unavení, zmožení a slabí. Pokud zde nedojde k zhroucení systému, pak přecházíme do další fáze.

Sedmá fáze (latence) je období, kdy se jedinec může pod vlivem času vrátit do stavu klidu a stability – tedy do fáze 0 (Plamínek, 2008, s. 32).

2.4.9 Konfliktní lidé aneb jak je zvládnout

Pakliže se dostaneme do konfliktu s někým, kdo se evidentně konfliktně chová, je třeba zjistit, zda takto jedná záměrně. Proto je třeba při komunikaci dbát přijatelné komunikace při vysvětlování dané situace.

Pokud nejsme při vysvětlování úspěšní a je zřejmé, že problematika byla bez možných oklik jasně vysvětlena, je zřejmé, že se dotyčný chová konfliktně, protože si je problému vědom.

Jak si tedy s konfliktním člověkem poradit? Neměňme ho, ani nám by se nelíbilo, kdyby se o to pokoušel někdo v našem případě. Zkusme hledat příčiny konfliktu nejprve u sebe. Pokud konfliktní člověk ví, že svým jednáním způsobuje potíže, pokuste se najít něco, co by mohlo jeho jednání zmírnit nebo odstranit. A pokud ani tak nedojde ke zlepšení, problémy přetrvávají a stávají se vážnějšími, požádejte o pomoc specialistu – mediátora (Plamínek, 2008, s. 95).

2.4.10 Užitečnost konfliktu

Může být konflikt vůbec užitečný? Jistěže, můžeme jej brát jako odrazový můstek ke změně, která je nevyhnutelná. Belz a Siegrist (2001) tvrdí, že z pohledu pozitivního přínosu mohou konflikty upozornit na daný problém, vést k inovacím, podpořit komunikaci a odstartovat změny. Konflikty ale také mohou vést k tomu, že stimulují kreativitu a upevní skupinu lidí, která se s konfliktem potýkala (Belz, Siegrist, 2001, s. 270).

Dle Kohoutka vznikla také metoda konstruktivního konfliktu, který má za úkol najít řešení a ne za každých okolností porazit oponenta. U této metody bychom v případě vypjatých situací měli mít emoce pod kontrolou, neužívat vulgarismy, nezbavovat se zpětné vazby a naslouchat. Měli bychom se snažit najít společné řešení pro daný problém a předem si vymezit, oč se jedná a čeho bychom rádi dosáhli (Štěpaník, 2008). Opak můžeme nalézt v destruktivním konfliktu, kdy jsou slova rychlejší než myšlenky, vulgarismy jsou v komunikaci běžné a o společném hledání řešení nemůže být řeč.

2.4.11 Řešení konfliktní situace

Přestože jsou přístupy ke konfliktům velmi rozmanité, můžeme je rozdělit zhruba do 4 základních kategorií, jak můžeme konfliktní situace řešit:

Vyhnutí se či útěk od konfliktu – postavit se konfliktní situaci vyžaduje notnou dávku sebevědomí a umět komunikovat. Pakliže někdo těmto dovednostem příliš nevládne, volí právě možnost vyhnutí (nedojde ke vzniku konfliktu) či ústupu (konflikt se nebude moc dále rozvíjet).

Konfrontace – jsou lidé, kteří se k problémům staví čelem a snaží se je řešit. Pokud se dotyčný rozhodne ke konfrontaci, je nejspíš přesvědčen o své pravdě a bude se ji snažit prokázat. Taková debata může mít také sklon k agresi. Při konfrontaci je tedy jen malá šance na úspěšné vyřešení vyhrocené situace.

Kompromis – je nejlepší možnou volbou k řešení daného problému. Ten, kdo si zvolí kompromis, nepotřebuje příliš vědět, kdo má pravdu. Snaží se najít řešení, ve kterém obě strany zvítězí. Při kompromisu se však účastníci musí některých požadavků vzdát.

Prizpůsobení se protistraně – obě strany si vzájemně sdělí své potřeby a stanoviska a situace se vyřeší takovým způsobem, aby se nikdo nemusel ničeho vzdát. Vyhrávají obě dvě strany, aniž by byly nuceny ke kompromisu (Plamínek, 2008, s. 90).

Konflikty lze také řešit spontánně (obránné mechanismy k vyrovnání se zátěží) či záměrně. Při záměrné řešení konfliktu se o to snaží buď samotní účastníci, nebo dojde k přizvání třetí nezúčastněné osoby (mediátora), která přebírá iniciativu k vyřešení dané situace.

Plamínek ve své knize popisuje základní techniky řešení konfliktů, které jsou rozděleny dle toho, jak účastníci konfliktu rozhodují o výsledku či způsobu řešení.

Pasivita – některé druhy konfliktů lze tímto postojem řešit. Záleží ovšem na závažnosti, protože může dojít ke značnému ochlazení ve skupinách, které se konfliktu zúčastnily.

Delegace – lze svěřit vyřešení problému někomu jinému (ať už je to nadřízený či osoba k tomu určená). V případě toho řešení konfliktu nelze sledovat průběh a výsledek. Plamínek zde uvádí příklad soudního řešení, které je dáno zákony, výsledek je v rukou advokátů a soudců. Ne vždy musíme být s rozsudkem spokojeni.

Náhoda – způsob řešení, kdy rozhoduje třeba náhodný los. Obě strany si jasně stanoví, jak bude náhodná volba probíhat a kdy bude znám výsledek. Tedy průběh řešení mohou ovlivnit, výsledek však nikoli. Výhodou náhody je, že bývá rychlá a spravedlivá.

Vyjednávání a projednávání – ideální způsob řešení konfliktu. Obě strany mohou kontrolovat průběh a výsledek. Důležitá je přímá komunikace mezi oběma stranami.

Facilitace a mediace – „je technika, která umožní dovést skupinu k cíli složitého jednání navzdory úskalí neefektivní komunikace, nedorozumění a nejasností mezi účastníky“ (Zdroj: <http://www.amcr.cz/sluzby-facilitace/>). Facilitaci tedy volíme, pakliže potřebujeme vyřešit problém. V případě sporu volíme mediaci. Roli mediátora rozebírám o několik řádků níže v kapitole Mediátor.

Násilí – řešení, které je nevhodné a nelegitimní. Konflikty by měly být řešeny nenásilně tak, aby všichni účastníci konfliktu s výsledkem svobodně souhlasili. Výsledek by měl být též nenásilný, aniž by poškozoval kohokoli z účastníků konfliktu (Plamínek, 2009, s. 29).

2.4.12 Mediátor

„Mediátor je nestranná osoba, která je vázána mlčenlivostí. Zpravidla se jedná o osoby s právním, psychologickým nebo jiným humanitním vzděláním, které s řešením konfliktů či komunikací úzce souvisí. Mediátor nerozhoduje. Mediátor umožňuje stranám lépe komunikovat a vede je za pomoci specifických komunikačních technik a strategií k řešení. V českém prostředí převládá facilitativní přístup k mediaci, kdy mediátor nijak neradí, nevymýšlí řešení, stranám nepředkládá argumenty ke změně pozice“ (Zdroj: <http://mediator-praha.cz/cs/mediace>).

Mediace se využívá k řešení konfliktních situací, pakliže spolu protistrany komunikují alespoň na minimální úrovni. Uplatňuje se tehdy, když jsou lidé v konfliktu k sobě vázáni nějakým vztahem (ať už rodinný či pracovní). Dává prostor se mezi sebou dohodnout. Není vhodná, pokud nejsou strany schopny se domluvit či spolu komunikovat. Za takových okolností se mediace nevyužívá (Holá, 2013, s. 435).

Mediátora by nemělo nic zaskočit. Jeho úkolem je racionalizovat emoce, uvědomit si pocity a priority, které přivedly obě strany k využití jeho služeb.

Finální (mediační) dohoda, je pro obě strany přijatelná a stvrzená podpisy obou stran. Pokud je mediace stvrzena dle zákona, připojuje se k podpisu i sám mediátor. Pakliže je mediace konána nezávisle na zákoně, připojuje se mediátor k podpisu, pokud jej o to obě strany požádají. V takovém případě je v dohodě třeba zmínit, že byla sjednána na základě mediace (Plamínek, 2013, s. 112).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce a pracovní hypotézy

Cíl 1: Zjistit, jak sestry sebehodnotí svou dovednost vysvětlování a jak pacienti hodnotí srozumitelnost podaných informací.

Cíl 2: Zhodnotit, jak sestry sebehodnotí svou schopnost aktivního naslouchání v komunikaci s pacienty.

Cíl 3: Zjistit, jak sestry zvládají řešení konfliktů s pacienty tak, aby došlo k oboustranné spokojenosti.

Hypotézy

1. Komunikační oblast – vysvětlování

H1: Předpokládáme, že existuje více sester, které při vysvětlování (např. výkonu či přípravy na vyšetření) používají cizí – odborné výrazy, než těch, které je při vysvětlování nepoužívají.

2. Komunikační oblast – naslouchání

H2: Domníváme se, že existuje více sester, které nechají vždy pacienta při rozhovoru domluvit a rozhovor nepřerušují, než těch, které vstupují pacientovi do řeči.

3. Komunikační oblast – konflikt

H3: Usuzujeme, že existuje více sester, které se ve většině případů snaží vyhnout konfliktům s pacienty, než těch, které se snaží vyhnout konfliktům pouze v některých případech či nikdy.

3.2 Metodika práce

3.2.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky o tématu vybraných měkkých dovedností byly získány z českých odborných řešení, prostudováním odborné ošetrovatelské a lékařské literatury, z přednášek, odborných (bakalářských a magisterských) prací a odborných článků.

Jako informační prameny byly použity: Katalog Národní knihovny České Republiky, Katalog Národní lékařské knihovny v Praze, Katalog Střediska knihovnických a kulturních služeb v Chomutově, Katalog 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, internetové vyhledávače Google, Seznam a informační síť internet.

K nabytým vědomostem byly připojeny zkušenosti z jednotlivých stáží a praxí během celého vysokoškolského studia z navštívených oddělení (např. interní a chirurgické oddělení nemocnice v Chomutově, neurochirurgické, psychiatrické, gynekologické či dětské oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole aj.).

Zdrojem informací o měkkých dovednostech a jejich hodnocení v práci sestry na jednotlivých vybraných odděleních byly zdravotní sestry, vrchní a staniční sestry a v neposlední řadě také pacienti hospitalizovaní na těchto vybraných pracovištích.

Před vytvořením dotazníku bylo nutné prostudovat veškeré informační prameny.

3.3 Charakteristika respondentů

Do průzkumu bylo zahrnuto jedno zdravotnické zařízení z Ústeckého kraje a to Krajská zdravotní a.s. nemocnice Chomutov – tj. celkem 6 chirurgických a interních pracovišť.

Vybraný vzorek respondentů tvořily zdravotní sestry pracující na vybraných pracovištích a pacienti, jež byli hospitalizováni na těchto odděleních. Celkem bylo do průzkumu zařazeno 97 respondentů, tj. 46 zdravotních sester a 51 pacientů.

3.4 Užitá metoda měření

Metodou k uskutečnění praktické části bakalářské práce byly dva dotazníky (viz. příloha č.1 a viz.příloha č. 2). Tzn., že jeden dotazník byl pro zdravotní sestry a jeden pro hospitalizované pacienty. Dotazníky jsou nestandardizované. Po prozkoumání odborné literatury jsme dotazníky vypracovaly podle stanovených cílů (cíl č. 1., 2., 3.). Dotazníky jsou anonymní.

Dotazníky pro sestry obsahují 28 otázek, tzn. 24 otázek ohledně komunikačních dovedností a dále 4 otázky zjišťující identifikační údaje, jež charakterizují respondenty. Po úvodním seznámení respondentů s informacemi o dotazníkovém šetření a instrukcích o způsobu odpovídání, je dotazník rozdělen do čtyř částí: část A zjišťuje demografické údaje (položky 1 – 4), část B je zaměřena na komunikační oblast vysvětlování (položky 5 – 8, zároveň se vztahují k cíli č. 1), část je zaměřena na komunikační oblast aktivního naslouchání (položky 9 – 13, zároveň se vztahují k cíli č. 2) a poslední část D zjišťuje informace o konfliktech (položky 14 – 24, zároveň se vztahují k cíli č. 3).

Dotazník pro pacienty obsahuje celkem 26 otázek, tj. 24 otázek ohledně komunikačních dovedností sester a dále 2 otázky, jež zjišťují identifikační údaje o respondentech. Dotazník je rozdělen do čtyř částí: část A zjišťuje demografické údaje (položky 1 – 2), část B je zaměřena na komunikační oblast vysvětlování (položky 3 – 8, zároveň se vztahují k cíli č.1), část C je zaměřena na komunikační oblast aktivního naslouchání (položky 9 – 13, zároveň se vztahují k cíli č.2) a poslední část D zjišťuje informace o konfliktech (položky 14 – 24, zároveň se vztahují k cíli č.3).

V dotazníku byly použity položky zavřené, kde se respondentovi odpovědi nabízí. Dále byly použity otázky dichotomické, kdy si respondent vybral mezi odpovědi ano – ne či muž – žena. Dále byly použity polootevřené položky (respondent měl možnost výběru odpovědi či svou odpověď doplnit) a jedna zcela otevřená otázka, kde mohl respondent uvést svůj názor.

3.5 Organizace dotazníkového šetření

Po získání souhlasu s provedením průzkumu od hlavní sestry nemocnice, byly dotazníky distribuovány mezi zdravotní sestry a hospitalizované pacienty jednotlivých vybraných pracovišť. K distribuci dotazníků mezi sestry byly pověřeny staniční sestry jednotlivých vybraných pracovišť. Staniční sestry byly seznámeny s tématem a cílem bakalářské práce a informovány o jednotlivých položkách v anonymním dotazníku. Mezi hospitalizované pacienty jsem dotazníky distribuovala sama a ihned po vyplnění jsem je vybrala zpět.

Průzkum mi byl umožněn v Krajské zdravotní a.s. v nemocnici Chomutov a to konkrétně na interních odděleních (A, B, D, JIP, AAJ), na chirurgických odděleních (A, B, C, JIP), na gynekologicko – porodnickém oddělení a neurologickém oddělení. V dubnu 2015 byl proveden pilotní výzkum, kterého se zúčastnili 4 zdravotní sestry a 4 hospitalizovaní pacienti v nemocnici Chomutov.

Sběr dat byl proveden od května 2015 do konce září 2015. Bylo rozdáno celkem 60 dotazníků zdravotním sestřám a 60 dotazníků hospitalizovaným pacientům. Vrátilo se celkem 55 dotazníků od sester (návrtnost činila 91,67%) a 60 dotazníků od pacientů (návrtnost činila 100%). Z důvodu nevyplnění či nepřesného vyplnění dotazníků bylo 14 dotazníků sester a 9 dotazníků pacientů z průzkumného šetření vyřazeno. K vyhodnocení průzkumného šetření zbylo tedy 46 dotazníků od sester (76,67% z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků) a 51 dotazníků patientských (85% z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků).

3.6 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Sběr dat probíhal v průběhu pěti měsíců (květen 2015 – září 2015). Získaná data z jednotlivých vybraných pracovišť byla zpracována do četnostních tabulek a Pearsonova chí – kvadrátu, následně vyhodnocena. Získané výsledky byly přehledně zaneseny do četnostních tabulek a doplněny relativní četností. Pro konstrukci grafů, tabulek či výpočtů byl použit program Microsoft Word a Microsoft Excel.

Relativní četnost byla získána matematickou řadou:

$$f_i = n_i/N$$

f_i – relativní četnost (vyjádřena v %)

n_i – absolutní četnost

N – celková četnost

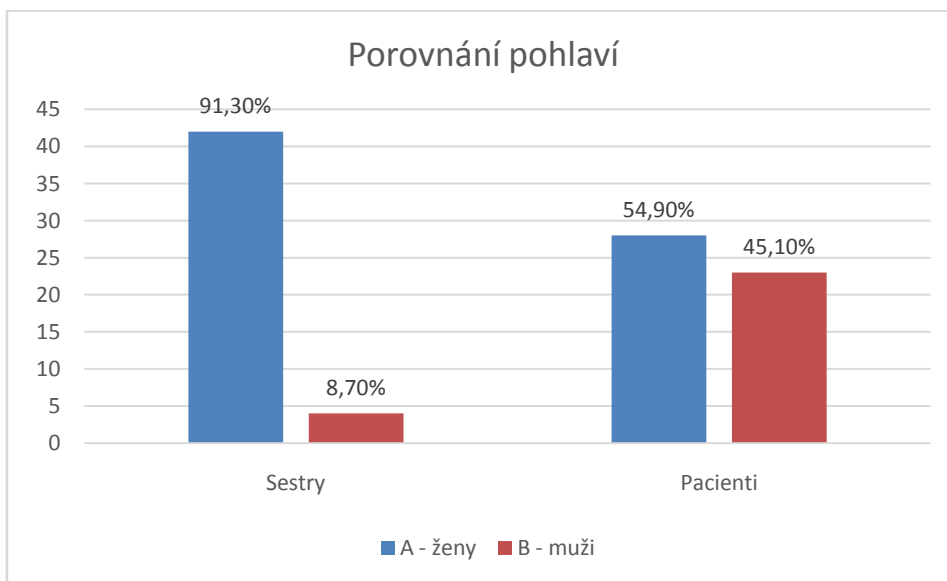
K testování hypotéz byla použita metoda Chí – kvadrát test dobré shody. Výpočet byl získán vzorcem pomocí program Statistica.

3.7 Výsledky vlastní práce

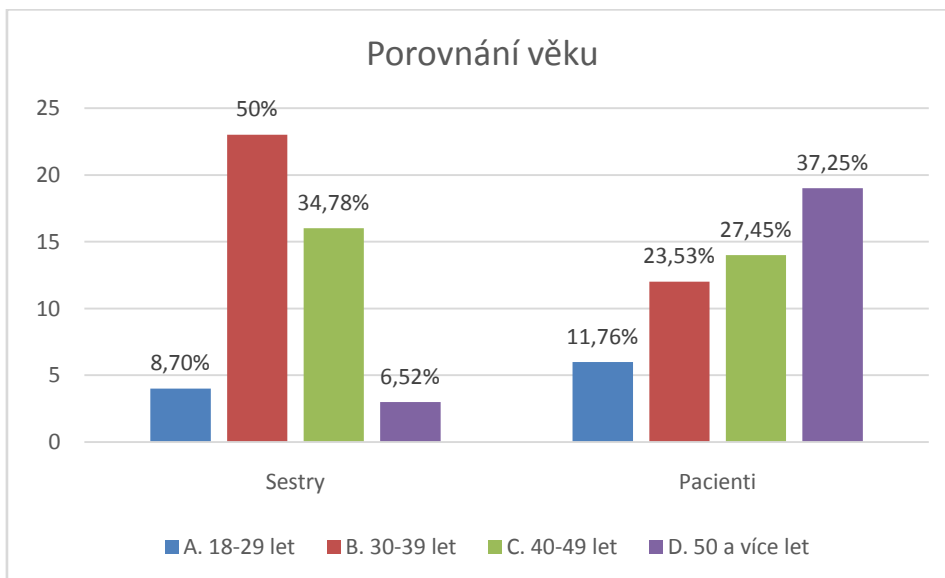
V této části bakalářské práce jsou vyhodnocené otázky z průzkumu podle jejich pořadí v dotazníku. Výsledky jsou znázorněny pomocí tabulek, komentářů a výšečových diagramů.

Část A. – identifikační údaje

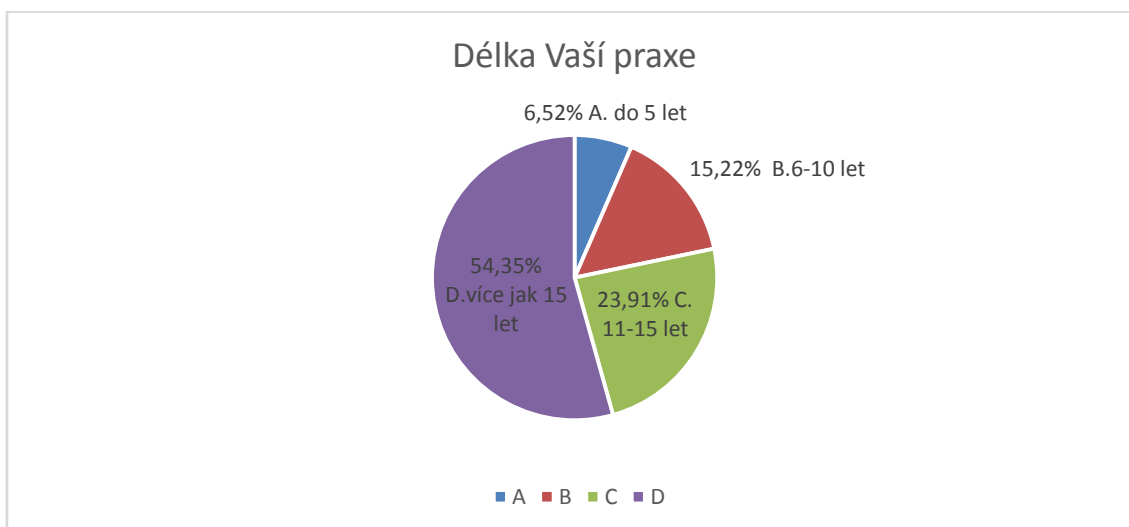
Obr. 1: Pohlaví respondentů



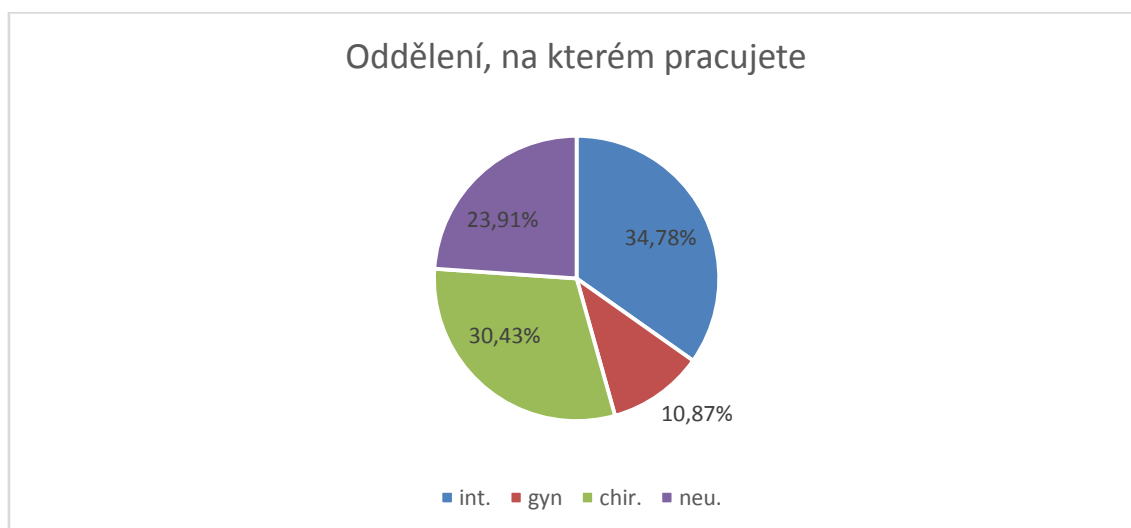
Celkem se průzkumu zúčastnilo 97 respondentů, z toho 46 sester a 51 pacientů. Ze zdravotnického personálu se zúčastnilo 42 (91,30%) žen a 6 (8,70%) mužů. Z pacientů se zúčastnilo 28 (54,90%) žen a 23 (45,10%) mužů.

Obr. 2: Věk respondentů – pacienti

Celkově odpovědělo 97 respondentů. Zúčastnilo se 8,70% (4 s.) sester a 11,76% (6 p.) pacientů ve věku 18 – 29 let, 23 (50%) sester a 12 (23,53%) pacientů ve věku 30 – 39 let, 16 (34,78%) sester a 14 (27,45%) pacientů ve věku 40 – 49 let a nakonec 3 (6,52%) sestry a 19 (37,25%) pacientů ve věku 50 a více let.

Obr. 3: Délka praxe sester

Z celkového počtu 46 sester pracuje ve zdravotnictví 25 (54,35%) více než 15 let, 11 dotazovaných (23,91%) uvedlo délku praxe 11-15 let, 7 (15,22%) jich pracuje ve zdravotnictví 6-10 let a možnost do 5 let si zvolili 3 respondenti (6,52%).

Obr. 4: Oddělení, na kterém pracujete

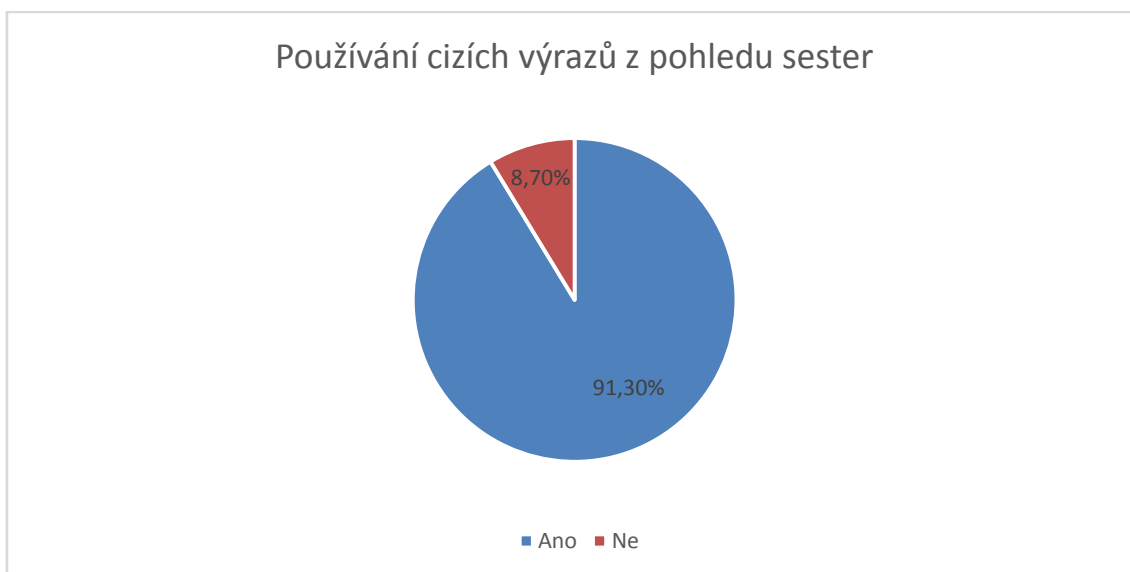
Na tuto otázku odpovědělo celkem 46 dotazovaných sester. V 16 případech (34,78%) byla zvolena možnost interní pracoviště, 14 (30,43%) chirurgie, 11 respondentů (23,91%) neurologie a 5 dotazovaných (10,87%) si zvolilo gynekologicko-porodnické oddělení.

Část B. Komunikační oblast – vysvětlování**Otázka č.1: Používání cizích výrazů např. při vysvětlování vyšetření**

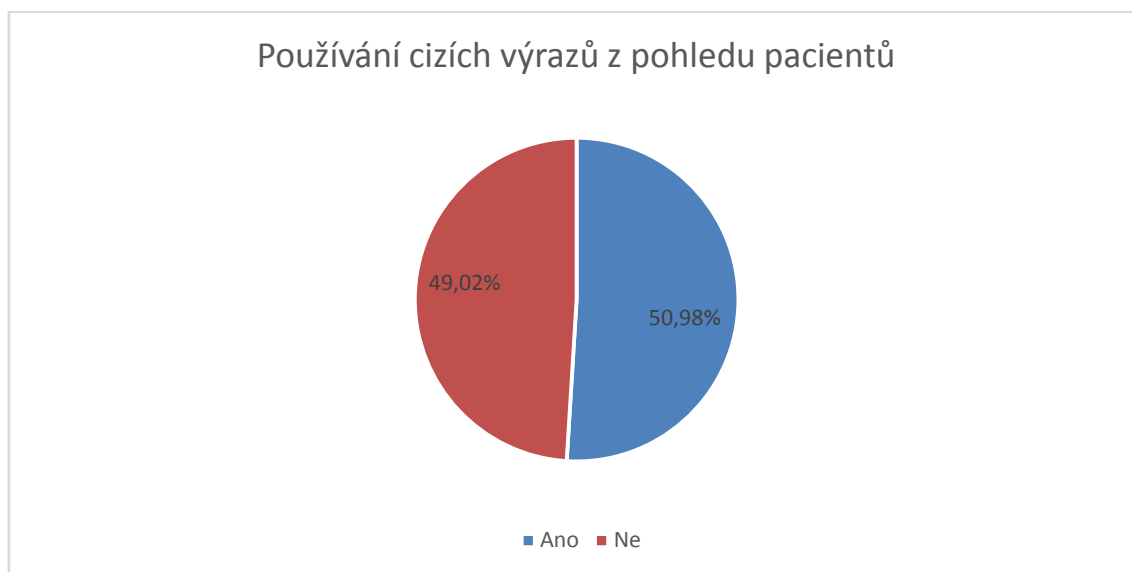
A. Uvědomujete si, že při vysvětlování (např. při přípravě na vyšetření) používáte cizí výrazy, kterým pacient/pacientka nemusí rozumět?

B. Použila sestra při vysvětlování (např. při přípravě na vyšetření) cizí výraz, kterému jste nerozuměl/a?

Obr. 5a: Používání cizích výrazů z pohledu sester



Z obrázku vyplývá, že 42 (91,30%) sester si je vědomo užívání cizích výrazů při komunikaci s pacienty a 4 sestry (8,70%) uvádí, že cizí výrazy nepoužívají. K této otázce se také vztahuje hypotéza č. 1, ve které předpokládám, že je více sester, které používají při vysvětlování cizí – odborné výrazy, než těch, které je nepoužívají.

Obr. 5b: Používání cizích výrazů sestrami z pohledu pacientů

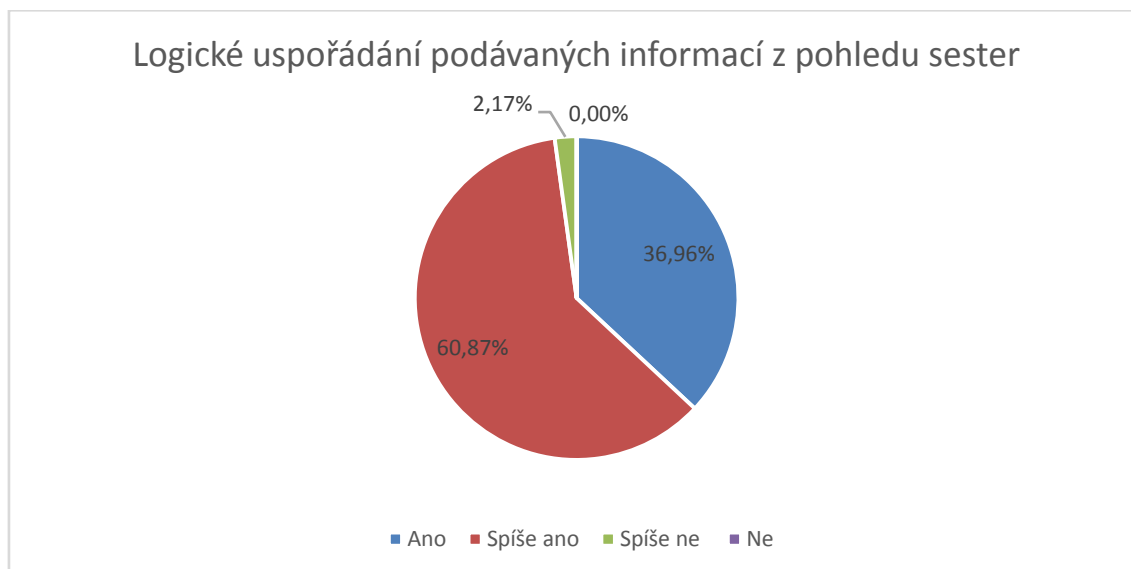
Z obrázku vyplývá, že 25 (49,02%) pacientů uvedlo, že zdravotní sestry nepoužívají cizí výrazy. Celkem 26 (50,98%) dotazovaných pacientů uvedlo, že zdravotní sestry používají cizí výrazy.

Otázka č. 2: Logické uspořádání podávaných informací

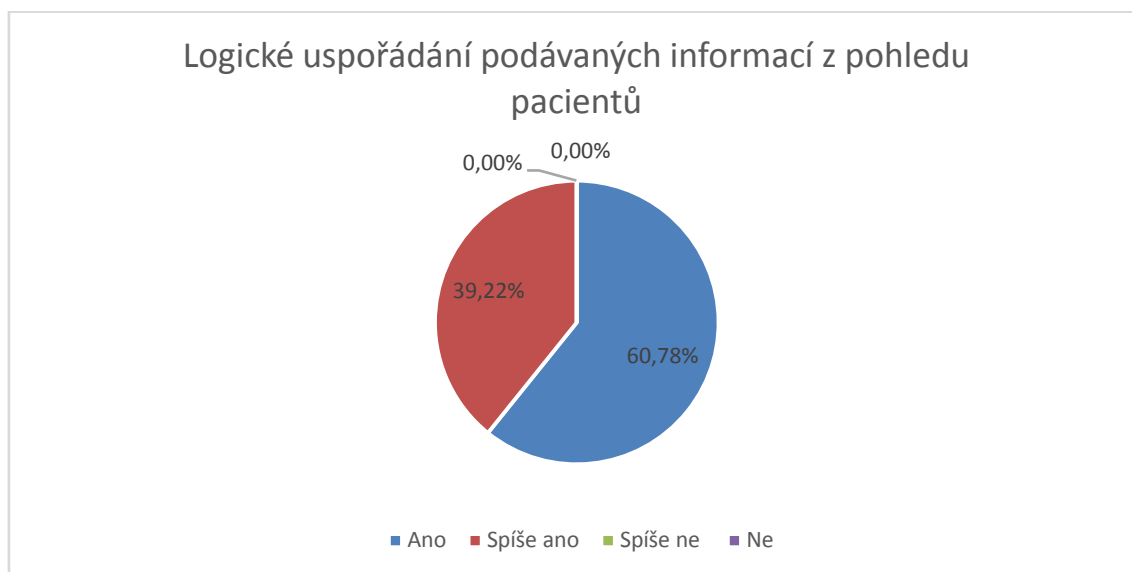
A. Jsou informace, které pacientům podáváte, dle Vašeho názoru, logicky uspořádané?

B. Byly informace, které jste dostal/a logicky uspořádané?

Obr. 6a: Logické uspořádání podávaných informací z pohledu sester



Obrázek znázorňuje, zda informace, které sestra pacientovi poskytovala, byly logicky uspořádané. Nejvíce, tj. 28 (60,87%) dotazovaných sester uvedlo odpověď „Spíše ano“. Odpověď „Ano“ uvedlo 17 (36,96%) dotazovaných sester. Pouze 1 sestra (2,17%) uvedla odpověď „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ nevedl nikdo.

Obr. 6b: Logické uspořádání podávaných informací sestrami z pohledu pacientů

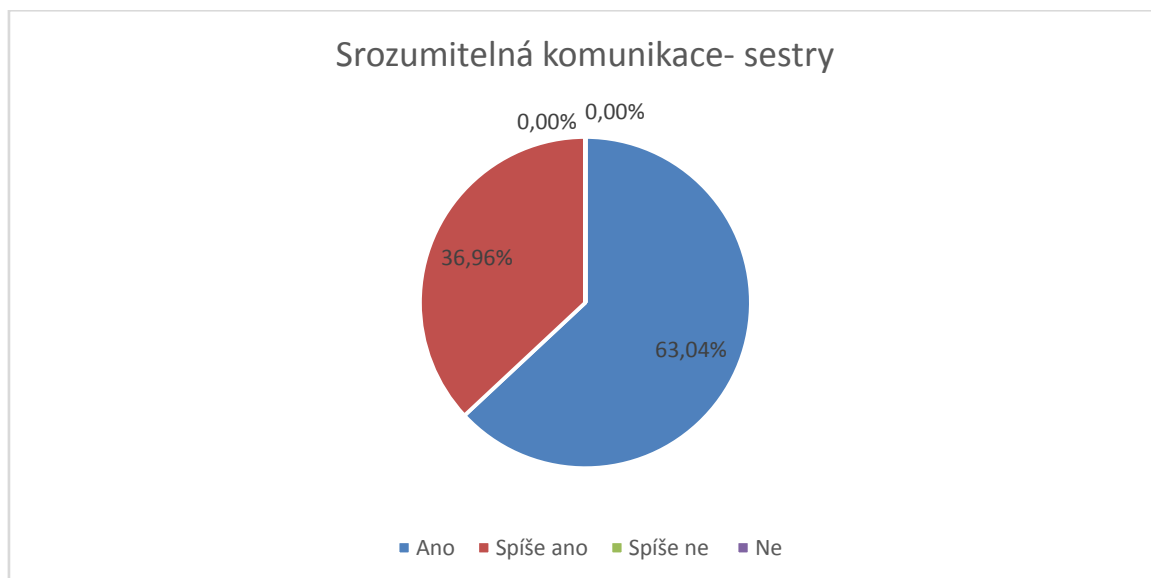
Obrázek vykresluje názor pacientů v otázce, zda informace, které sestra pacientovi poskytovala, byly logicky uspořádané. Nejvíce, tj. 31 (60,78%) dotazovaných pacientů uvedlo odpověď „Ano“. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo 20 (39,22%) dotazovaných. Odpověď „Spíše ne a Ne“ neuvedl nikdo.

Otázka č. 3: Srozumitelná komunikace

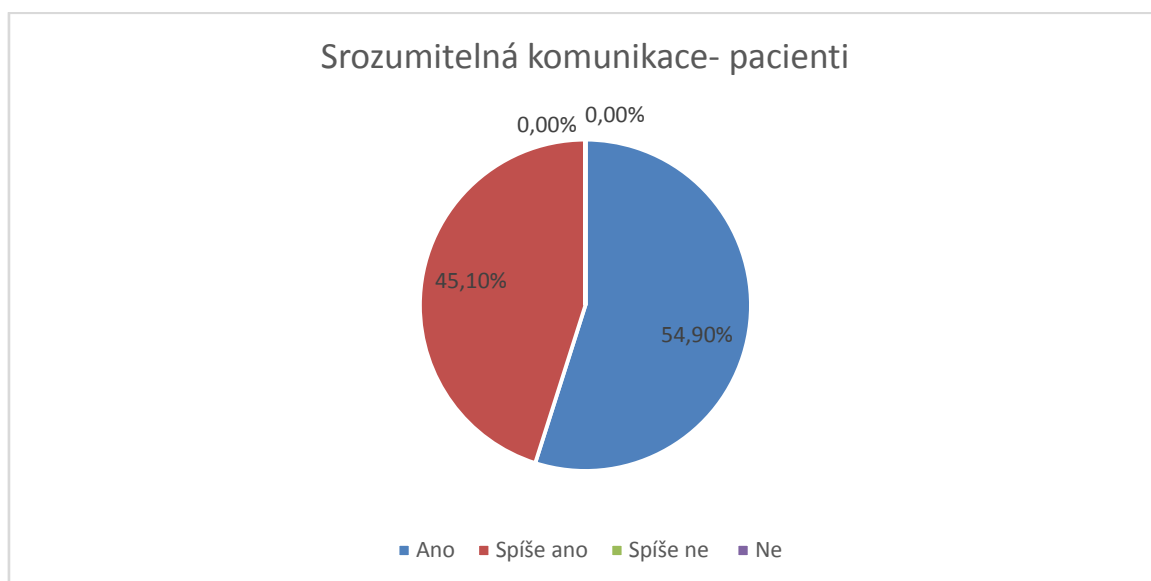
A. Mluvíte s pacienty, dle Vašeho názoru, dostatečně srozumitelně?

B. Mluvila s Vámi sestra dostatečně srozumitelně?

Obr. 7a: Srozumitelná komunikace z pohledu sester



Z tohoto obrázku vyplývá, že celkem 29 (63,04%) dotazovaných sester uvedlo, že s pacienty mluví dostatečně srozumitelně, tj. odpověď „Ano“. Zbytek dotazovaných sester, tj. 17 (36,96%) uvedlo odpověď „Spíše ano“. Jiné odpovědi sestry neuvedly.

Obr. 7b: Srozumitelná komunikace z pohledu pacientů

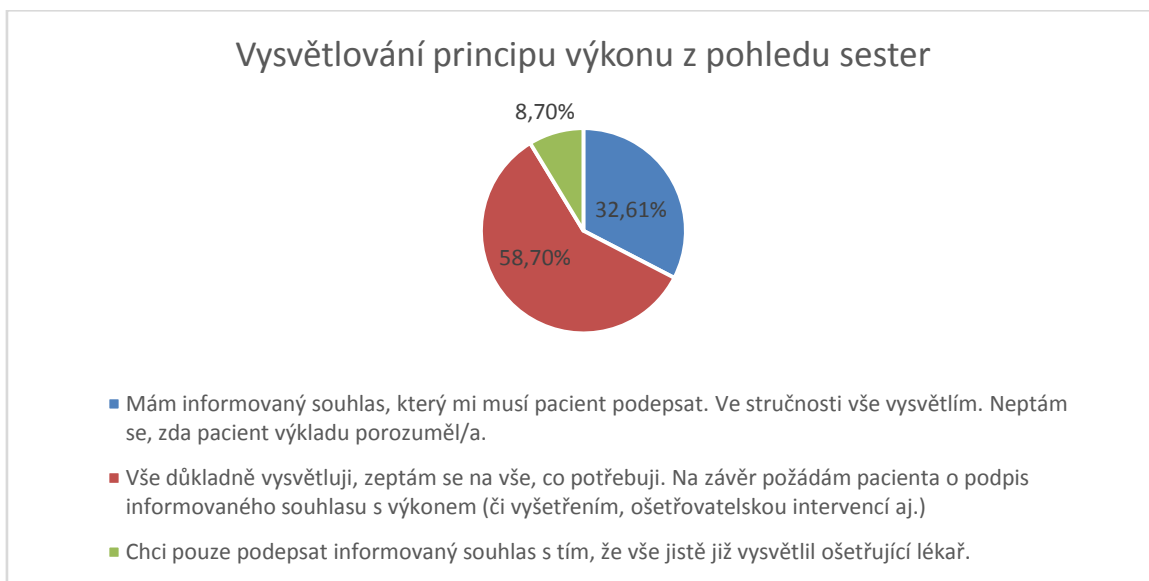
Zde z obrázku vyplývá, že celkem 28 (54,90%) dotazovaných pacientů uvedlo, že s nimi sestra mluvila dostatečně srozumitelně, to je odpověď „Ano“. Zbytek dotazovaných 23 pacientů (45,10%) uvedlo odpověď „Spíše ano“. Jiné odpovědi nebyly uvedeny.

Otázka č. 4: Vysvětlování principu výkonu

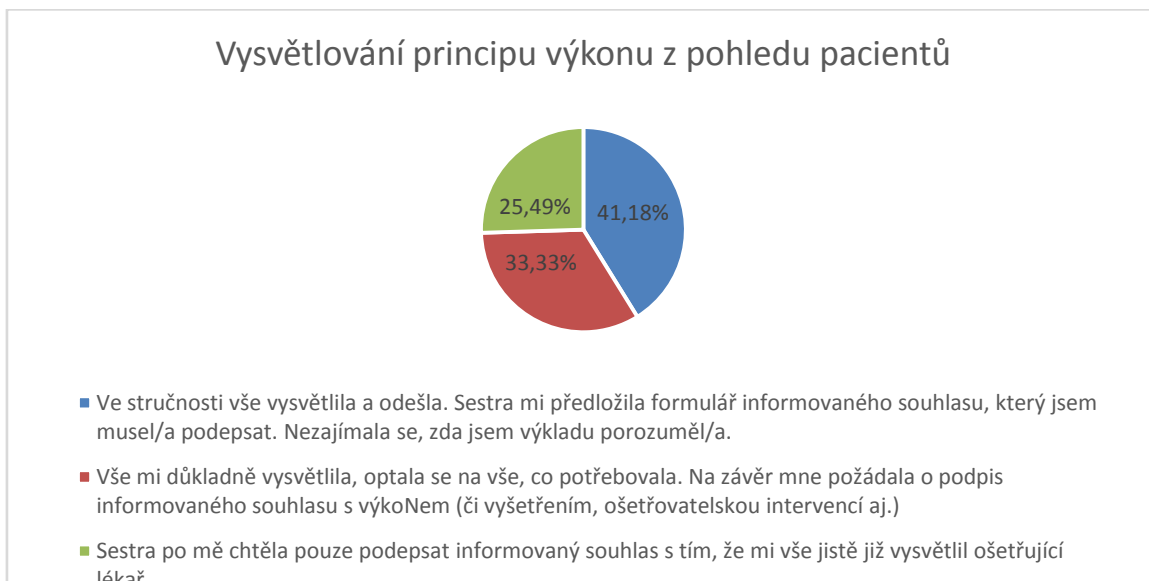
A. Jak postupujete při vysvětlování principu výkonu (či vyšetření, ošetřovatelské intervence aj.)?

B. Jak postupovala sestra, když Vám vysvětlovala princip výkonu (či vyšetření, ošetřovatelské intervence aj.)

Obr. 8a: Vysvětlování principu výkonu z pohledu sester



Obrázek znázorňuje, že 15 (32,61%) dotazovaných sester odpovědělo, že ve stručnosti pacientovi vše vysvětlí, dají podepsat informovaný souhlas a nepožadují po pacientovi zpětnou vazbu. Nejvíce dotazovaných sester, tj. 27 (58,70%), pacienta důkladně informuje, dá podepsat informovaný souhlas a požaduje zpětnou vazbu. Pouze 4 dotazované sestry (8,7%), požadují podepsat informovaný souhlas s tím, že vše jistě již vysvětlil lékař.

Obr. 8b: Vysvětlování principu výkonu z pohledu pacientů

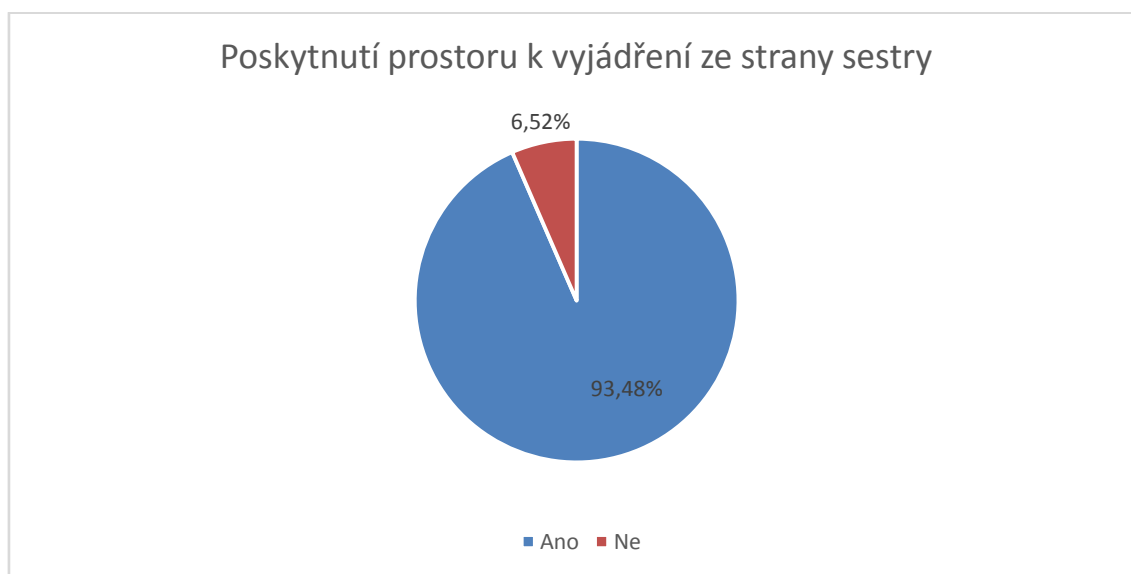
Z obr. 8b vyplývá, že 17 dotazovaných pacientů (33,33%) uvedlo, že jim sestra vše důkladně vysvětlila, na vše potřebné se optala a na závěr požádala o podepsání informovaného souhlasu. Celkem 13 (25,49%) pacientů uvedlo, že po nich sestra chtěla pouze podepsat informovaný souhlas s tím, že vše podstatné jim jistě již lékař vysvětlil. Odpověď: „*Ve stručnosti vše vysvětlila a odešla. Sestra mi předložila formulář informovaného souhlasu, který jsem musel/a podepsat. Nezajímala se, zda jsem výkladu porozuměl/a.*“ si nikdo z dotazovaných pacientů nezvolil“, si zvolilo 21 (41,18%) dotázaných pacientů.

Otázka č. 5: Prostor k vyjádření se porozumění

A. Dáváte pacientovi/pacientce, dle Vašeho názoru, prostor vyjádřit se, zda všemu správně porozuměl/a?

B. Dostal/a jste prostor vyjádřit se, zda jste všemu správně porozuměl/a?

Obr. 9a: Prostor k vyjádření porozumění ze strany sester



Z obrázku je patrné, že 43 (93,48%) dotazovaných sester uvedlo, že dává pacientovi dostatečný prostor k vyjádření se, zda všemu rozuměl. Menšina, tj. 3 (6,52%) dotazované sestry uvedla, že prostor k vyjádření se pacientovi nedávají.

Obr. 9b: Prostor k vyjádření porozumění z pohledu pacientů

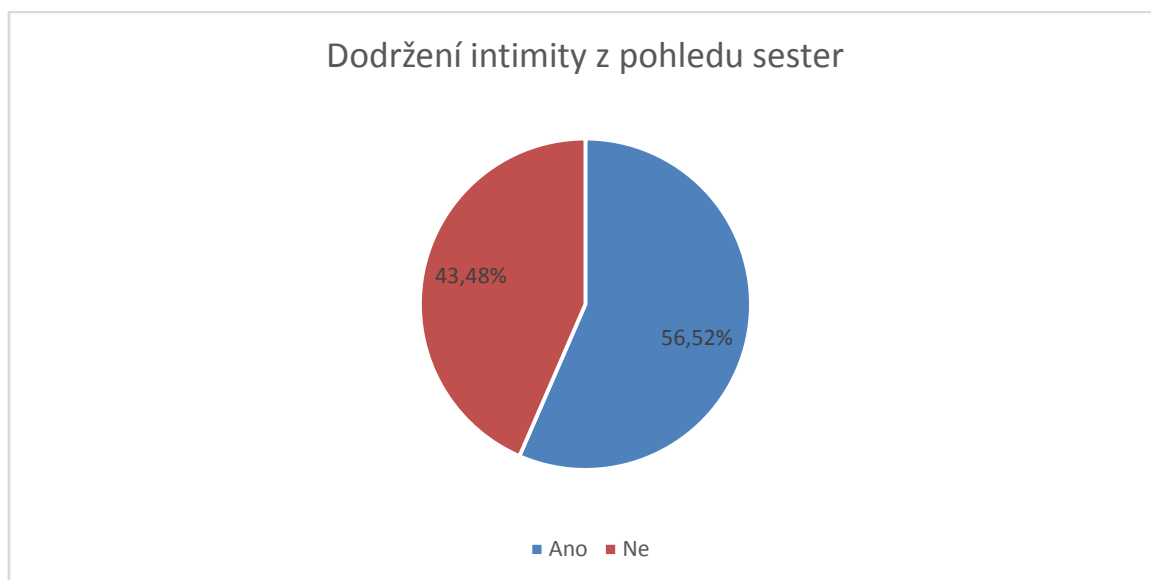
Je patrné, že 32 (62,75%) dotazovaných pacientů uvedlo poskytnutí dostatečného prostoru k vyjádření se porozumění ze strany sester. Zbýlých 19 (37,25%) dotazovaných pacientů uvedlo, že prostor k vyjádření se nedostali.

Otázka č. 6: Dodržení intimity při komunikaci

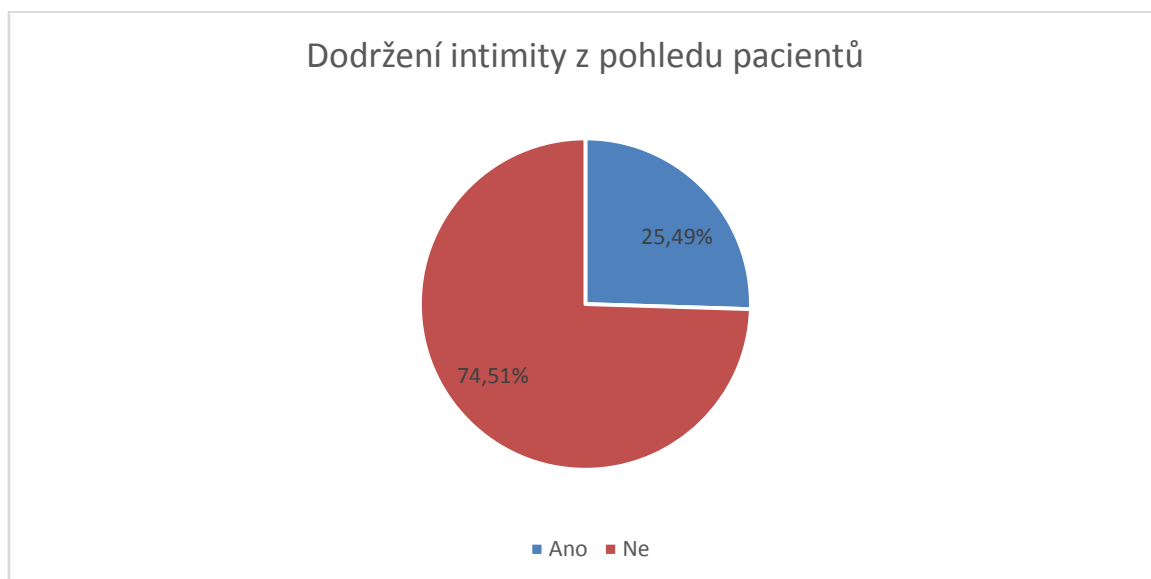
A. Dodržujete, dle Vašeho názoru, intimitu při komunikaci s pacientem? (možnost komunikace o samotě bez přítomnosti třetí osoby, klidné místo bez rušivých elementů)

B. Dodržela sestra intimitu při komunikaci s Vámi? (možnost komunikace o samotě bez přítomnosti třetí osoby, klidné místo bez rušivých elementů)

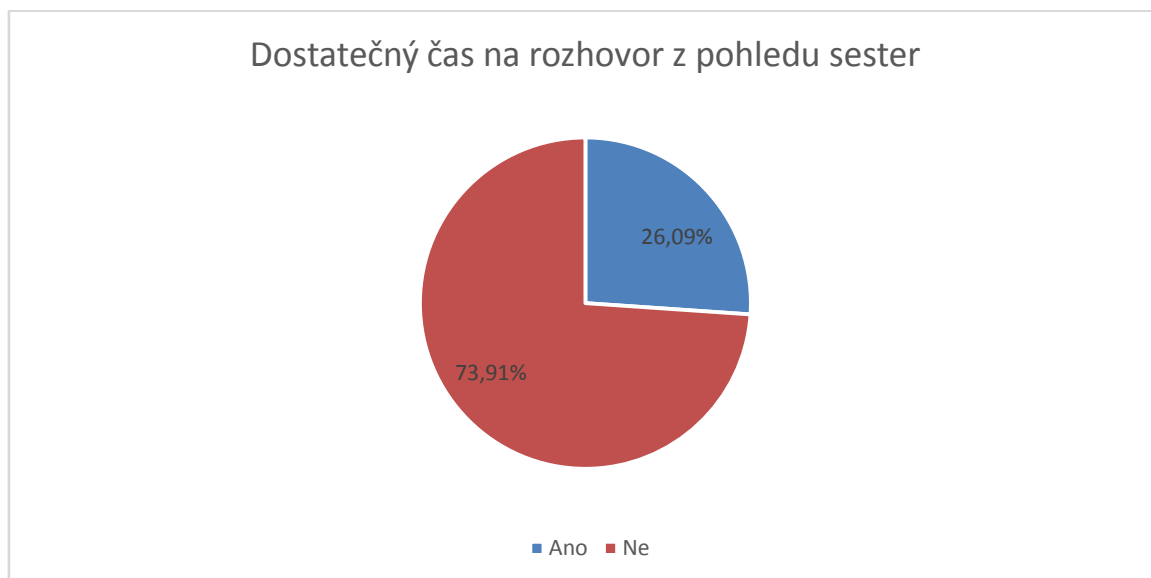
Obr. 10a: Dodržení intimity z pohledu sester



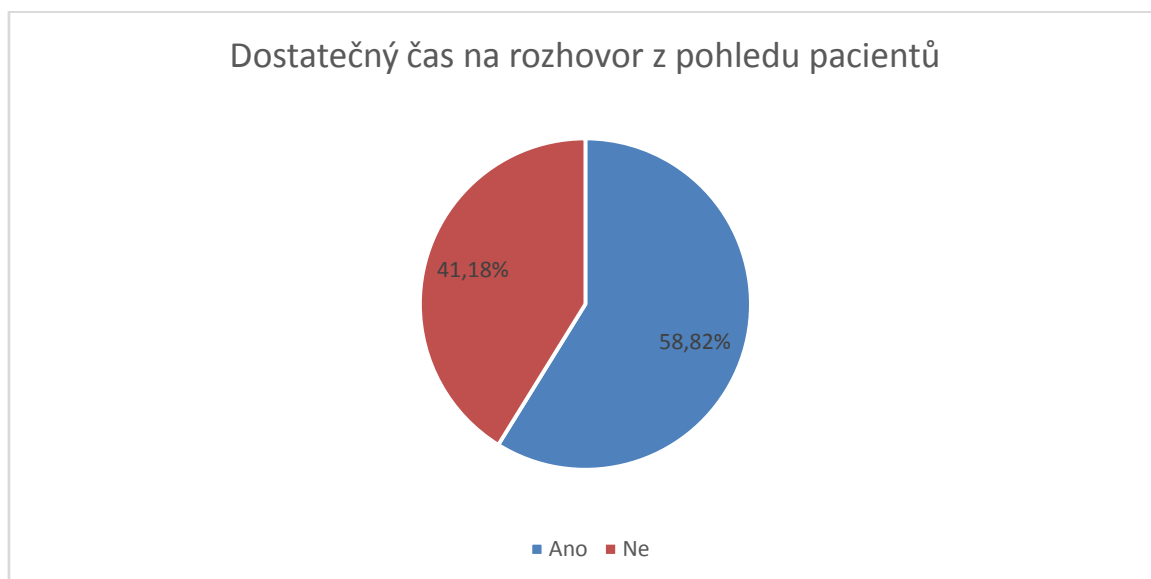
Zde je znázorněno, že 26 (56,52%) dotazovaných sester uvádí dodržování intimity při rozhovoru s pacientem. Až 20 (43,48%) sester uvádí, že intimitu při rozhovoru nedodržuje.

Obr. 10b: Dodržení intimity sestrami z pohledu pacientů

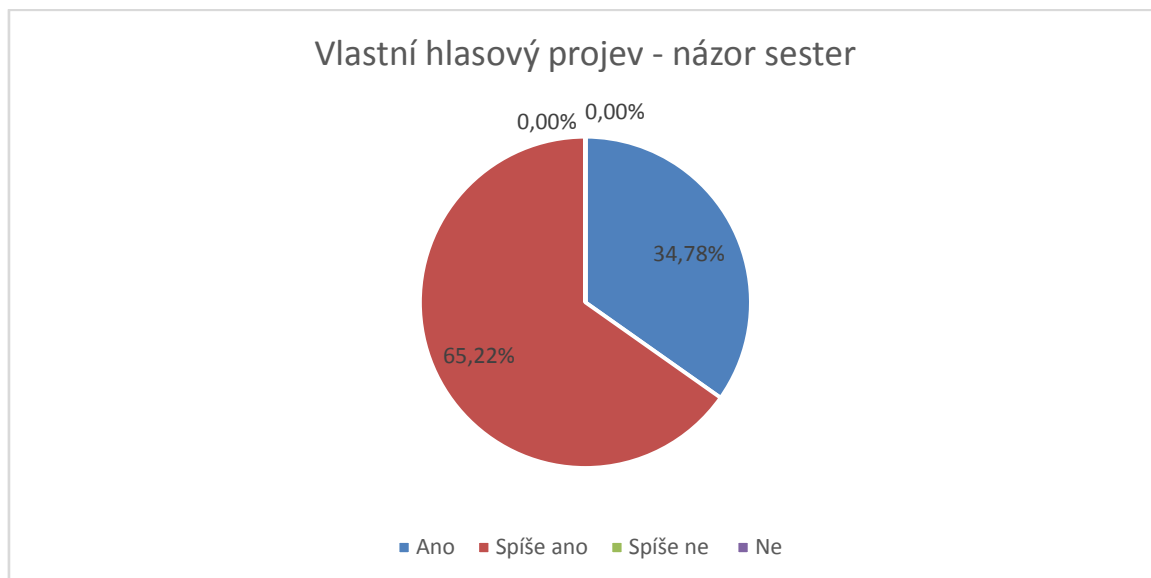
Obrázek uvádí, že nadpoloviční většina, tj. 38 (74,51%) dotazovaných pacientů uvádí, že při rozhovoru se sestrou nebyla zajištěna dostatečná intimita. Celkem 13 (25,49%) dotazovaných pacientů uvedlo, že byla dodržena intimita při rozhovoru.

Otázka č. 7: Dostatek času na rozhovor**A.** Máte pocit, že máte vždy dostatek času na rozhovor s pacientem/pacientkou?**B.** Měl/a jste pocit, že měla sestra dostatek času na rozhovor s Vámi?**Obr. 11a:** Dostatek času na rozhovor z pohledu sester

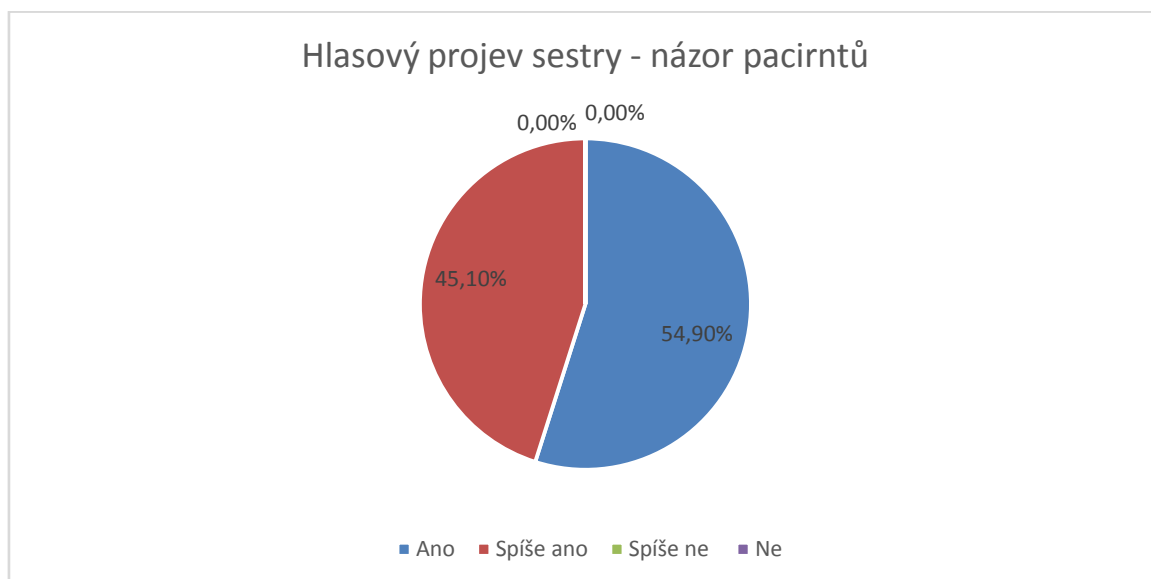
Obrázek 11a ukazuje na to, že až 34 (73,91%) dotazovaných sester nemá dostatek času na rozhovor s pacientem. Menší část, tj. 12 (26,09%) dotazovaných sester uvedlo, že má na rozhovor dostatek času.

Obr. 11b: Dostatek času sester na rozhovor z pohledu pacientů

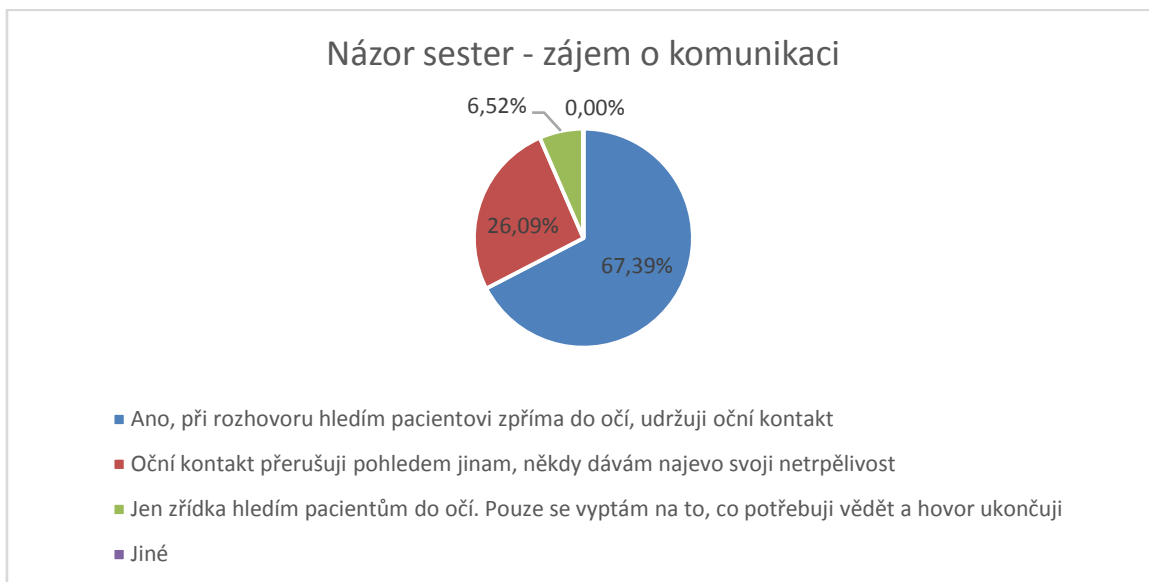
Zde je uvedeno, že 30 (58,82%) dotazovaných pacientů mělo dojem, že sestra měla dostatek času na rozhovor s ním. Menší část, tj. 21 (41,18%) dotazovaných pacientů uvedlo, že sestra na rozhovor dostatek času neměla.

Otázka č. 8: Hlasový projev sestry**A.** Domníváte se, že je Váš hlasový projev příjemný?**B.** Byl Vám příjemný hlasový projev sestry?**Obr. 12a:** Hlasový projev – názor sester

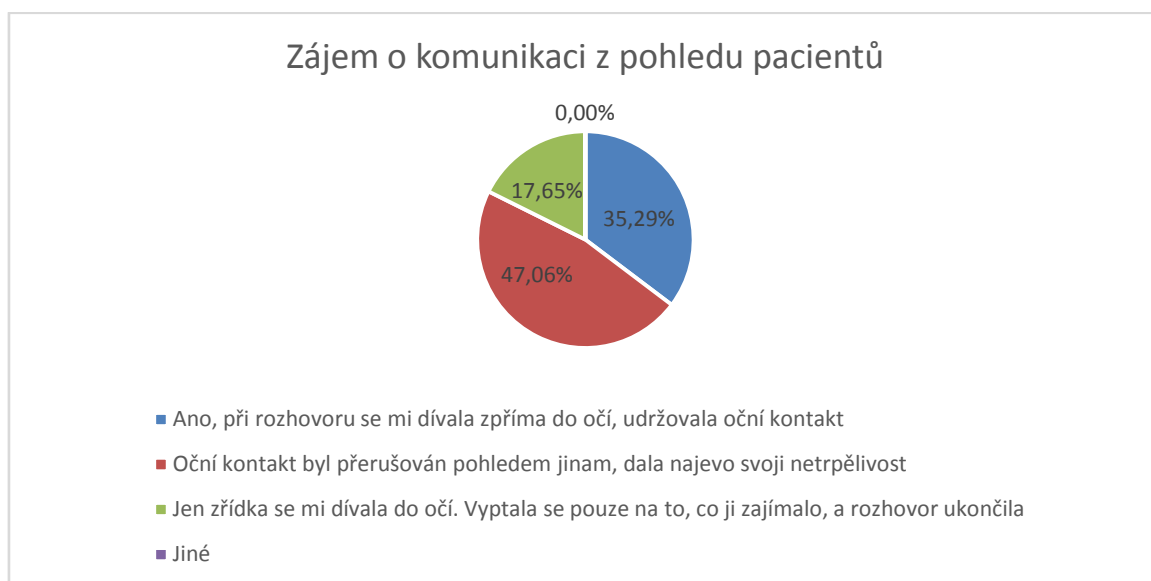
Obr. 12a ukazuje na názor sester o vlastním hlasovém projevu při rozhovoru s pacientem. Až 30 (65,22%) dotazovaných sester uvedlo odpověď „Spíše ano“ a 16 dotazovaných sester (34,78%) uvedlo odpověď „Ano“.

Obr. 12b: Hlasový projev sestry – názor pacientů

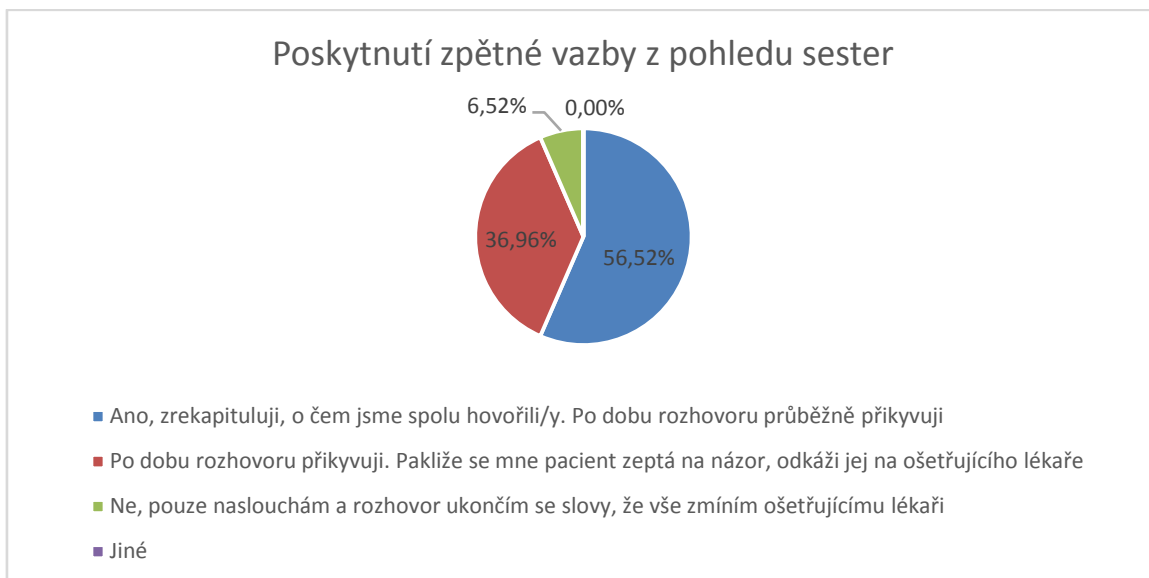
Obrázek ukazuje na názor pacientů o hlasovém projevu sestry při rozhovoru. Až 23 (45,10%) dotazovaných pacientů uvedlo odpověď „Spíše ano“ a 28 (54,90%) pacientů uvedlo odpověď „Ano“.

Otázka č. 9: Zájem o komunikaci**A.** Projevujete, dle Vašeho názoru, zájem o komunikaci s pacienty?**B.** Projevila sestra zájem o komunikaci s Vámi?**Obr. 13a:** Zájem o komunikaci – názor sester

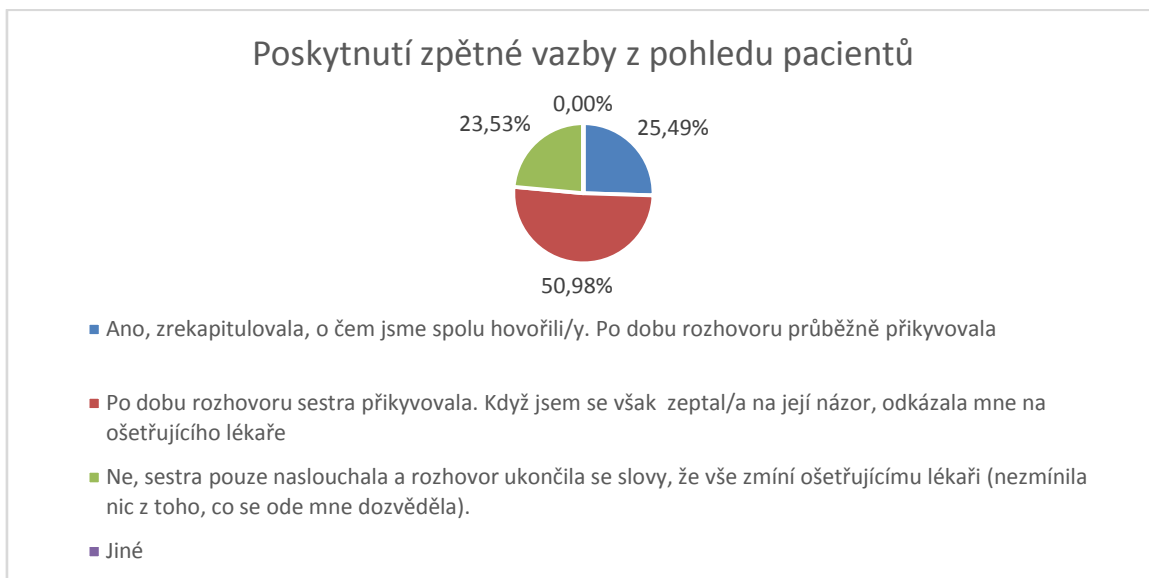
Obr. 13a znázorňuje, jak dotazované sestry komunikují s pacienty – jaký zájem o komunikaci projevují. Nejvíce sester, tj. 31 (67,39%) uvedlo, že udržují při rozhovoru oční kontakt s pacientem a projevují zájem, 12 (26,09%) sester uvedlo, že oční kontakt přerušují a jsou netrpělivé. Nejméně, tj. 3 (6,52%) sestry uvedly, že po získání nezbytných informací rozhovor ukončí.

Obr. 14b: Zájem o komunikaci z pohledu pacientů

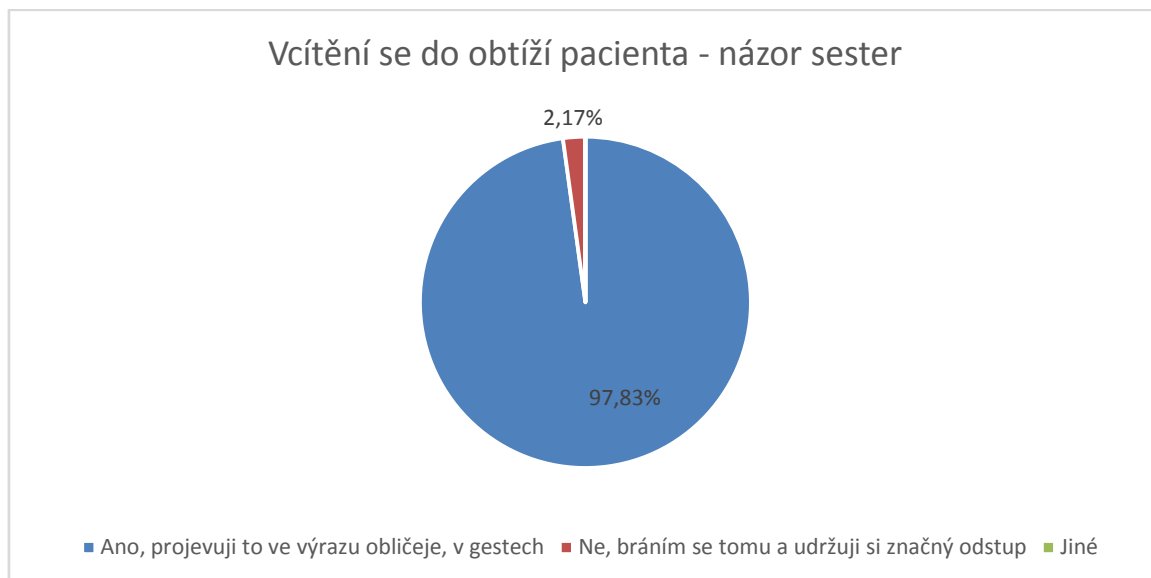
Na tomto obrázku je vyjádřen názor pacientů, zda sestra projevila zájem o pacienta při jejich rozhovoru. Téměř polovina, tj. 24 (47,06%) pacientů uvedla, že sestra působila netrpělivě a přerušovala oční kontakt. Až 18 (35,29%) dotazovaných uvedlo, že sestra projevovala zájem o komunikaci a udržovala oční kontakt. Nejméně pacientů, tj. 9 pacientů (17,65%) uvedlo, že sestra se vyptávala pouze na nezbytné věci a rychle rozhovor ukončila. Jinou odpověď nikdo neuvedl.

Otázka č. 10: Poskytnutí zpětné vazby po rozhovoru**A.** Poskytujete pacientovi, dle Vašeho názoru, po rozhovoru zpětnou vazbu?**B.** Poskytla Vám sestra po rozhovoru zpětnou vazbu?**Obr. 14a:** Poskytnutí zpětné vazby z pohledu sester

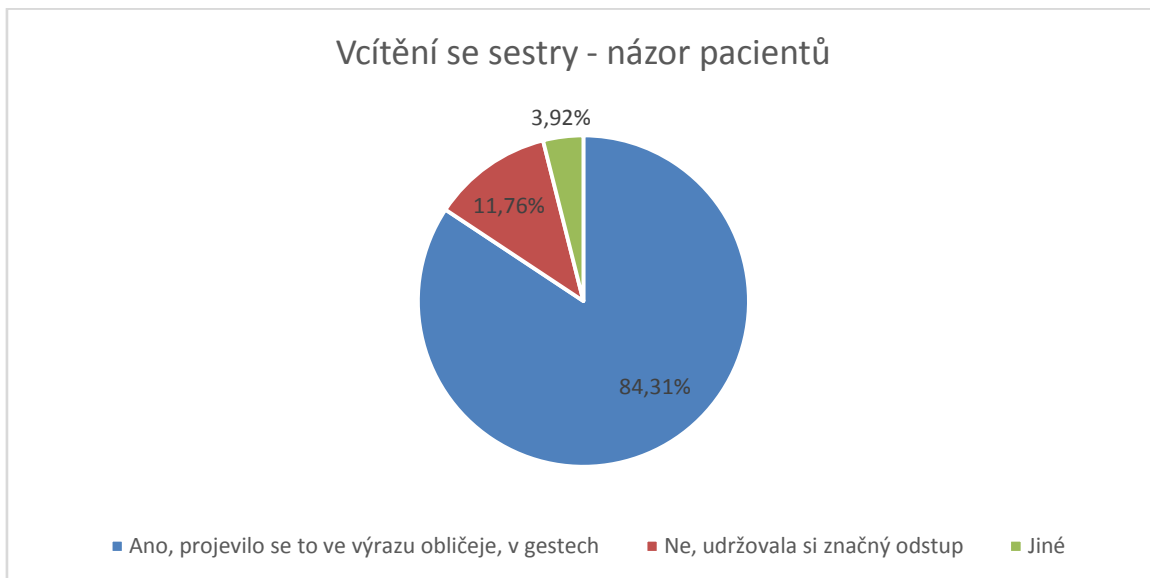
Obr. 14a vykresluje, zda sestry poskytují pacientovi možnost zpětné vazby. Nejvíce sester, tj. 26 (56,52%) uvedlo, že zpětnou vazbu poskytuje. Druhá největší skupina sester, tj. 17 (36,96%) uvedla, že zpětnou vazbu poskytuje pouze z části a pacienta s jeho případnými dotazy odkáže na lékaře. 3 sestry (6,52%) uvedly, že zpětnou vazbu neposkytují. Jinou odpověď nikdo nevedl.

Obr. 14b: Poskytnutí zpětné vazby sestrami z pohledu pacientů

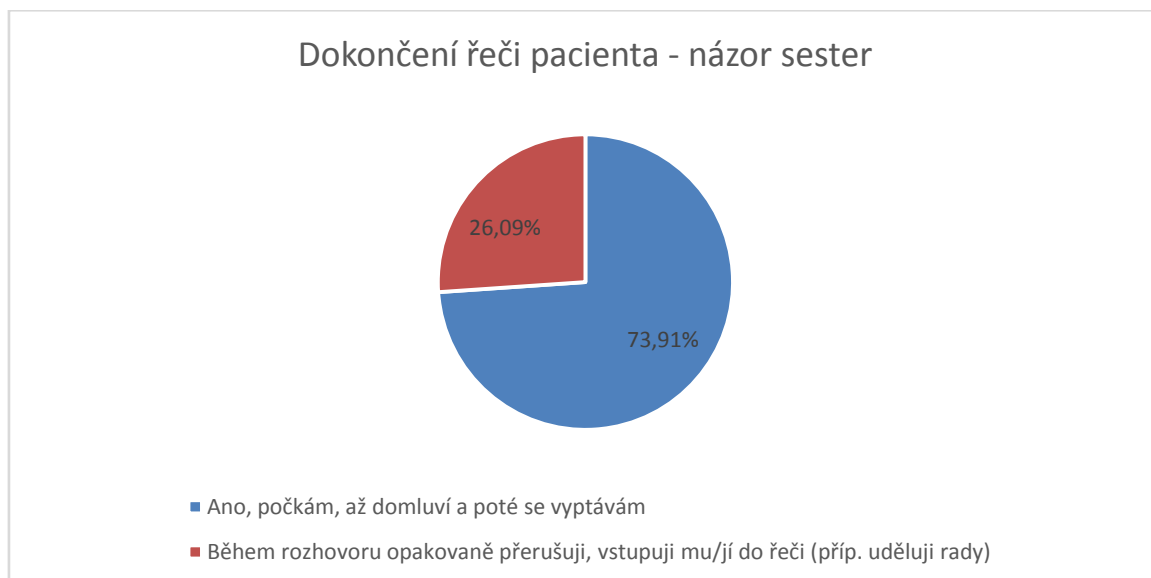
V tomto obrázku je znázorněn pohled pacientů na poskytování zpětné vazby (při rozhovoru) ze strany sester. Téměř polovina dotazovaných pacientů, tj. 26 pacientů (50,98%) uvedlo, že sestra při rozhovoru přikyvovala a poté je odkázala na lékaře. O druhou polovinu odpovědí se téměř rovným dílem dělí odpovědi, že sestry zpětnou vazbu poskytují (13 pacientů - 25,49%) a že sestry zpětnou vazbu neposkytují uvedlo 12 pacientů (23,53%). Jinou odpověď nikdo neuvedl.

Otázka č. 11: Vcítění se do obtíží pacienta**A.** Myslíte si, že se umíte vcítit do pacientových obtíží?**B.** Měl/a jste pocit, že má sestra snahu vcítit se do Vašich obtíží?**Obr. 15a:** Vcítění se do obtíží pacienta – názor sester

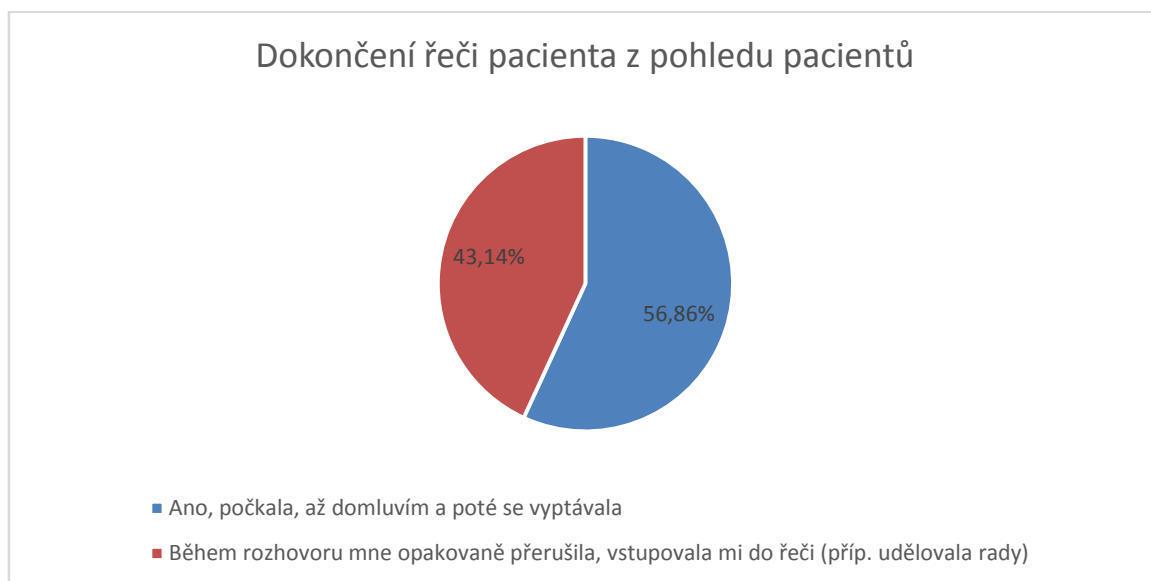
Z obr. 15a vyplývá, že většina sester, tj. 45 sester (97,83%), projevuje empatii s pacientem pomocí výrazu v obličeji a v gestech. Jen 1 sestra (2,17%) uvedla, že empatii nevyjadřuje.

Obr. 15b: Vcítění se sestry do obtíží pacienta – názor pacientů

Zde je znázorněn názor dotazovaných pacientů, zda sestra měla snahu vcítit se do jejich potíží. Nejvíce pacientů, tj. 43 (84,31%), uvedlo odpověď „*Ano, projevilo se to ve výrazu obličeje, v gestech.*“ 6 pacientů (11,76%) uvedlo odpověď „*Ne, udržovala si značný odstup.*“ U této odpovědi byla možnost napsat, jakým způsobem si sestra odstup udržovala. Pacienti zmínili postoj, neustálé sledování hodinových ručiček a oči hledící kamsi mimo pacienta. 2 pacienti (3,92%) uvedli jinou odpověď.

Otázka č. 12: Dokončení řeči pacienta**A.** Necháváte, dle Vašeho názoru, pacienta/pacientku bez přerušení domluvit?**B.** Nechala Vás sestra bez přerušení domluvit?**Obr. 16a:** Dokončení řeči pacienta – názor sester

Obr. 16a mapuje názor sester, zda nechávají pacienta při rozhovoru domluvit a nevstupují mu do řeči. Nadpoloviční většina, tj. 34 (73,91%) dotazovaných sester uvedlo, že pacienta při jeho řeči nepřerušují. Zbytek sester, tj. 22 (26,09%) uvedlo, že pacienty při rozhovoru opakovaně přerušují a vstupují mu do řeči.

Obr. 16b: Dokončení řeči pacienta sestrou – názor pacientů

Z obr. 16b je patrné, že 29 (56,86%) dotazovaných pacientů odpovědělo, že je sestra nechala bez přerušování domluvit. Až 22 (43,14%) dotazovaných pacientů uvedlo, že je sestra během rozhovoru opakovaně přerušovala.

Otázka č. 14: Konflikt

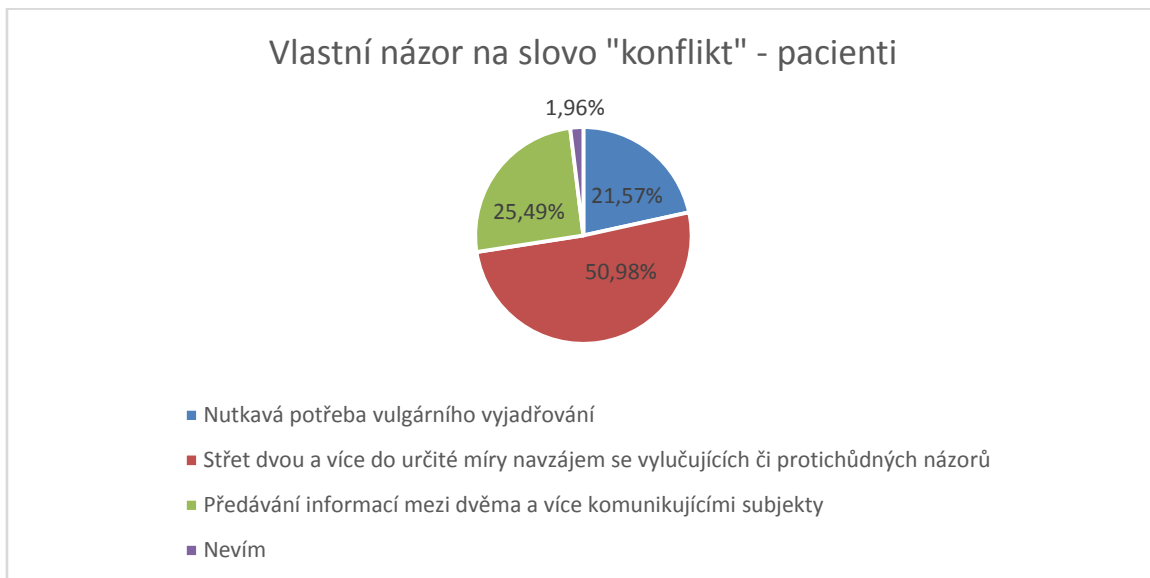
A. Které z následujících tvrzení, dle Vašeho názoru, vystihuje slovo konflikt?

B. Které z následujících tvrzení, dle Vašeho názoru, vystihuje slovo konflikt?

Obr. 17a: Vlastní názor na konflikt - sestry



Obr. 17a uvádí vlastní názor dotazovaných sester na slovo „konflikt“. Odpověď „*Nutková potřeba vulgárního vyjadřování*“ uvedlo 5 (10,87%) dotazovaných sester. Odpověď „*Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů*“ uvedlo 37 (80,43%) dotazovaných sester. Třetí odpověď „*Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty*“ uvedly 4 (8,70%) dotazované sestry. Odpověď „*Nevím*“ nikdo neuvedl.

Obr. 17b: Názor na konflikt - pacienti

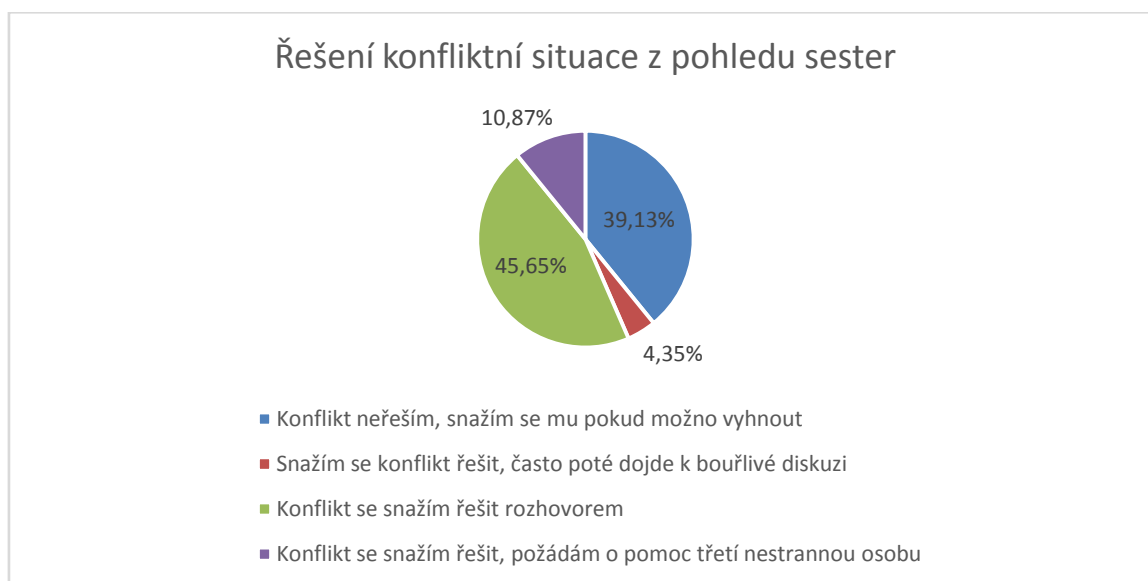
Obr. 17b uvádí vlastní názor dotazovaných pacientů na slovo „konflikt“. Odpověď „*Nutková potřeba vulgárního vyjadřování*“ uvedlo 11 (21,57%) dotazovaných pacientů. Odpověď „*Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů*“ uvedlo 26 (50,98%) dotazovaných pacientů. Třetí odpověď „*Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty*“ uvedlo 13 (25,49%) dotazovaných pacientů. Odpověď „*Nevím*“ uvedl 1 (1,96%) dotazovaný pacient.

Otázka č. 15: Řešení konfliktní situace

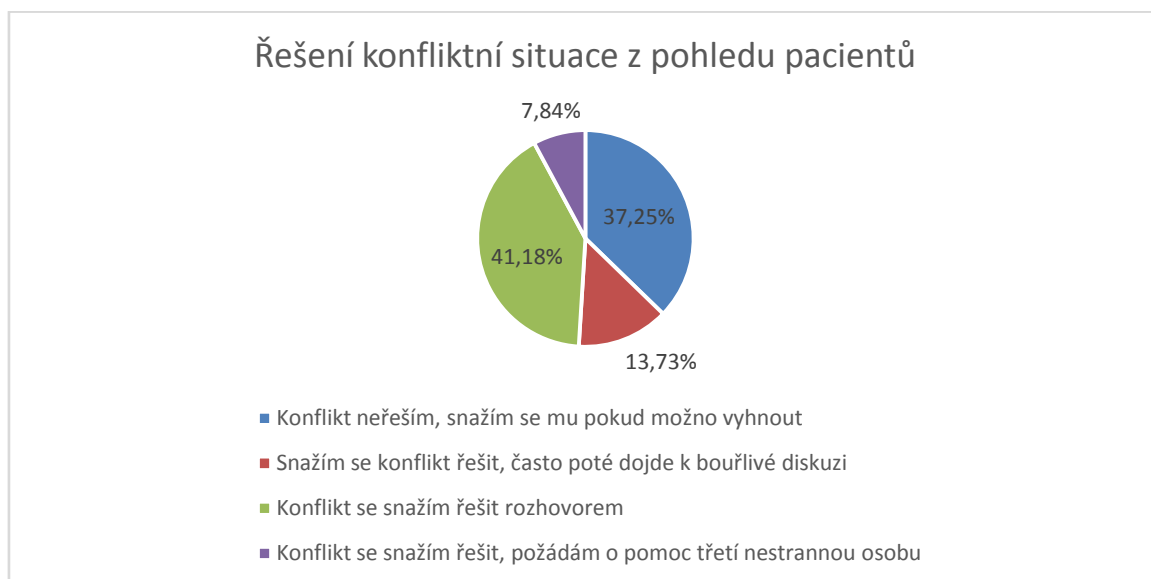
A. Pokud se dostanete do konfliktní situace s pacientem/pacientkou na oddělení, jak tuto situaci vyřešíte?

B. Pokud se dostanete do konfliktní situace se sestrou na oddělení, jak tuto situaci vyřešíte?

Obr. 18a: Řešení konfliktní situace z pohledu sester



Z obr. 18a vyplývá, jak dotazované sestry řeší konflikt vzniklý mezi sestrou a pacientem. Nejvíce dotazovaných sester, tj. 21 (45,65%) uvedlo, že konflikt řeší rozhovorem. Až 18 (39,13%) dotazovaných sester uvedlo, že konflikt neřeší a snaží se mu vyhnout. Třetí nestrannou osobu žádá o pomoc při řešení konfliktu 5 (10,87%) dotazovaných sester a 2 (4,35%) dotazované sestry tvrdí, že se snaží konflikt řešit a často poté dojde k bouřlivé diskusi.

Obr. 18b: Řešení konfliktní situace z pohledu pacientů

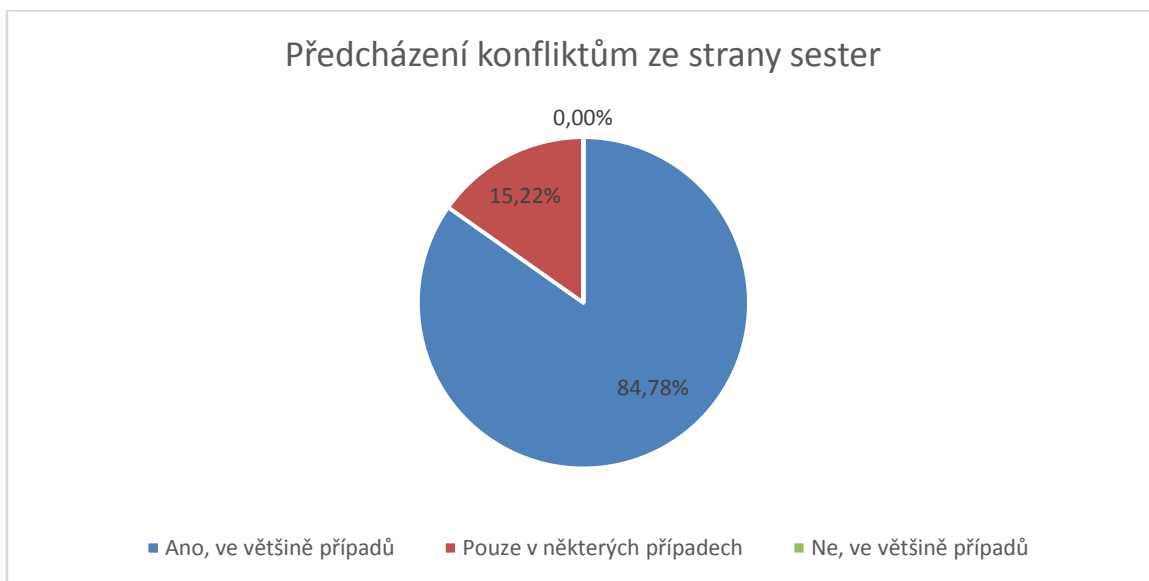
Obr 18b mapuje postoj pacientů k řešení konfliktní situace mezi sestrou a pacientem. Nejvíce dotazovaných pacientů, tj. 21 (41,18%) uvedlo, že konflikt řeší rozhovorem. Až 19 (37,25%) dotazovaných pacientů uvedlo, že konflikt neřeší a snaží se mu vyhnout. Třetí-nestrannou osobu žádá o pomoc při řešení konfliktu 7 (7,84%) dotazovaní pacienti a 4 (13,73%) dotazovaní pacienti tvrdí, že se snaží konflikt řešit a často poté dojde k bouřlivé diskuzi.

Otázka č. 16: Předcházení konfliktům

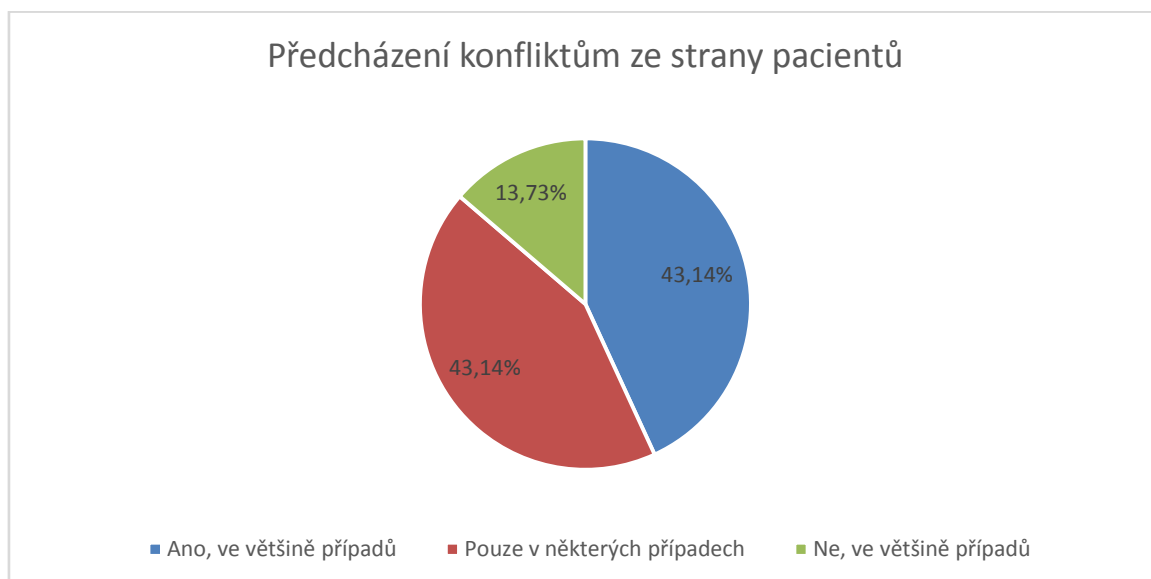
A. Do jaké míry byste se snažil/a – či se snažíte konfliktům s pacienty na oddělení předcházet?

B. Do jaké míry byste se snažil/a – či se snažíte konfliktům se sestrou na oddělení předcházet?

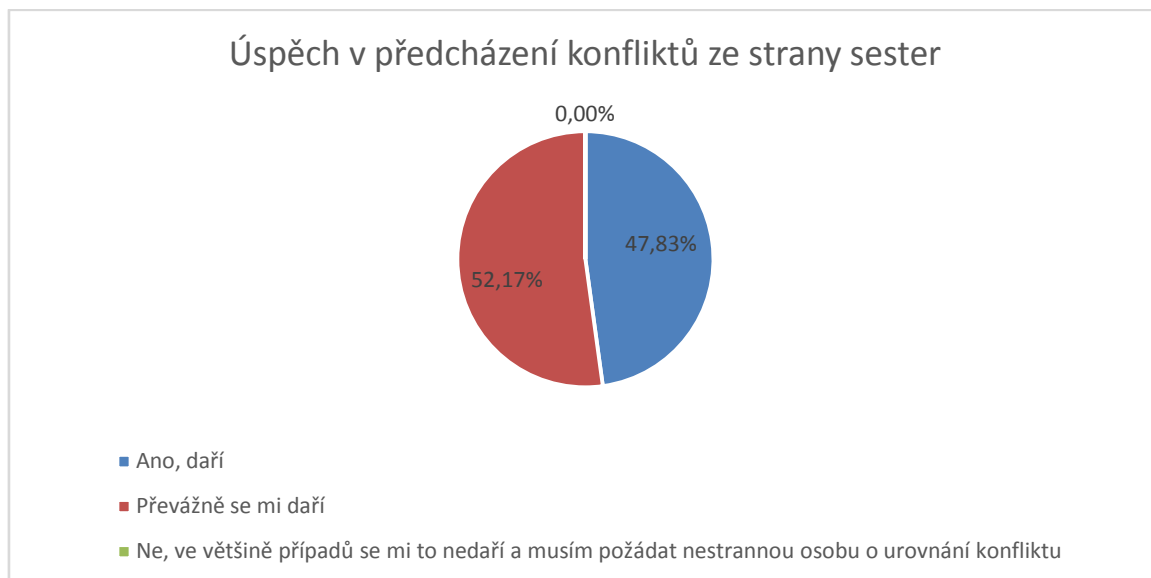
Obr. 19a: Předcházení konfliktům ze strany sester



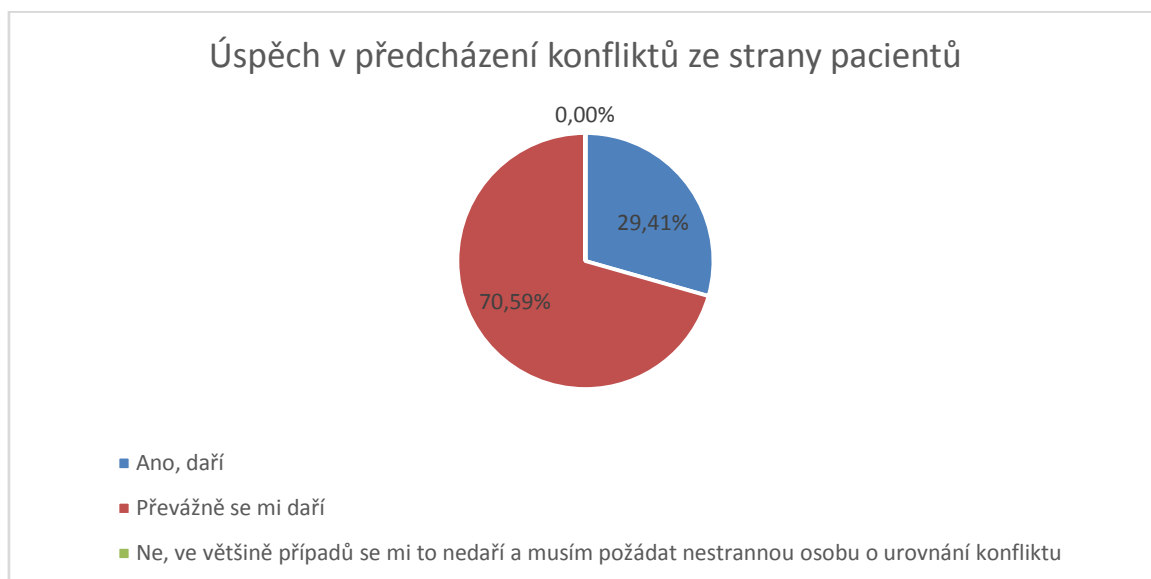
Z obr. 19a vyplývá, do jaké míry se dotazované sestry snaží konfliktním situacím předcházet. Většina sester, tj. 39 (84,78%) uvedla, že se snaží konfliktům předcházet ve většině případů. Zbytek tj. 6 (15,22%) dotazovaných sester uvedlo, že se snaží konfliktu vyhnout jen v některých případech. K této otázce se také vztahuje hypotéza č. 3, ve které usuzuji, že je více sester, které umí řešit konflikty než těch, které to neumí.

Obr. 19b: Předcházení konfliktům ze strany pacientů

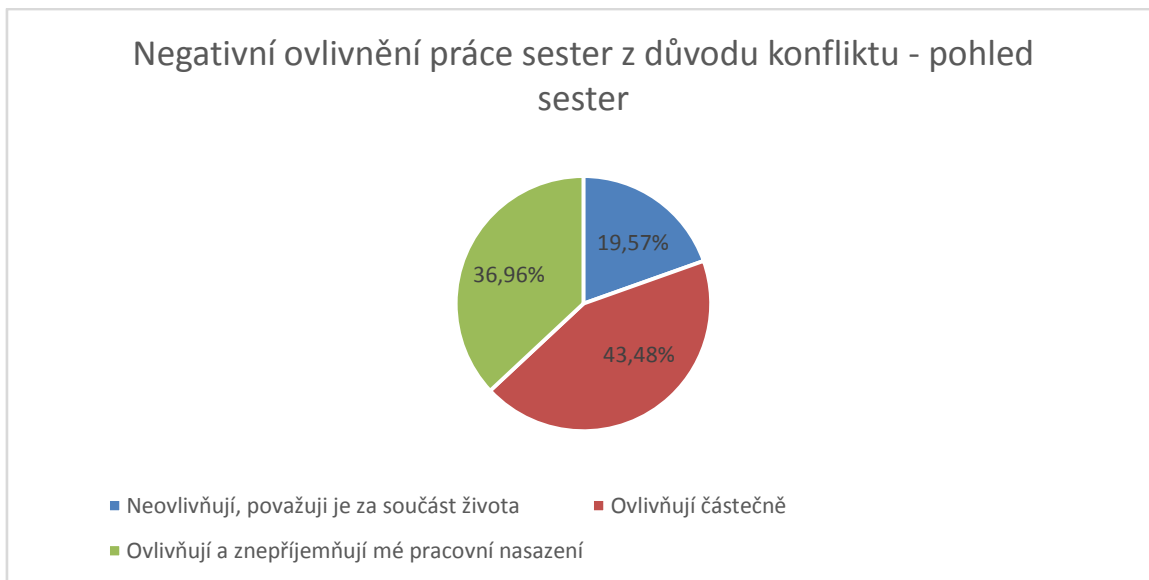
Z obr. 19b je patrné, do jaké míry se dotazovaní pacienti snaží konfliktním situacím předcházet. Až 22 (43,14%) dotazovaných pacientů uvedlo, že se snaží konfliktům předcházet ve většině případů, 22 (43,14%) dotazovaných pacientů uvedlo, že se snaží konfliktu vyhnout jen v některých případech a 7 (13,73%) dotazovaných pacientů uvedlo, že se nesnaží ve většině případů konfliktu předcházet.

Otázka č. 17: Úspěch v předcházení konfliktů**A.** Daří se Vám, dle Vašeho názoru, předcházet konfliktním situacím?**B.** Daří se Vám předcházet konfliktním situacím?**Obr. 20a:** Úspěch v předcházení konfliktů ze strany sester

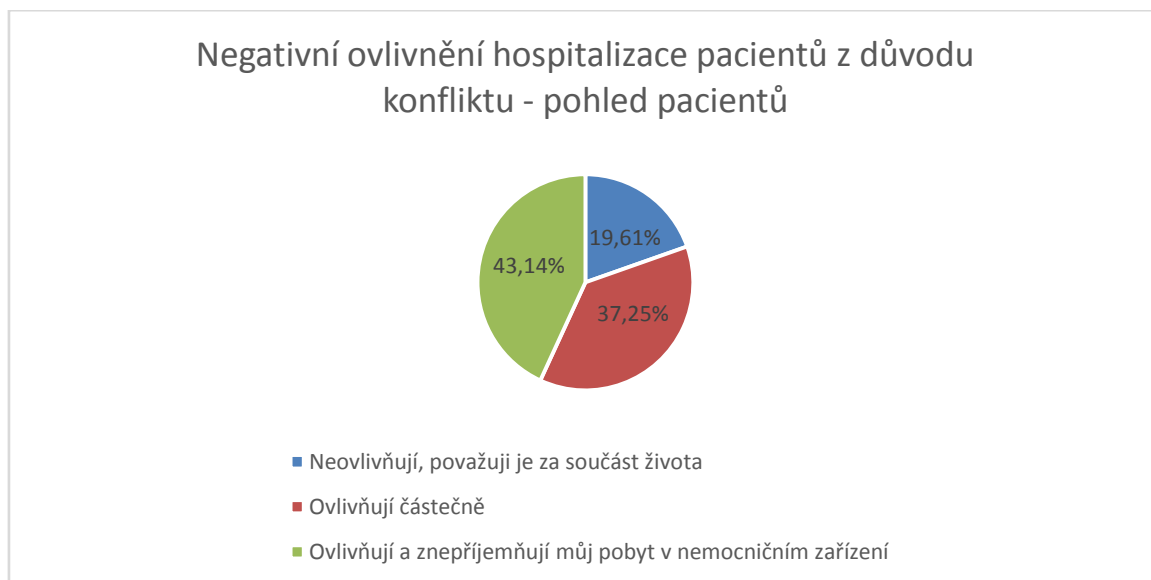
Z obr. 20a je zřejmé, zda se daří dotazovaným sestřím předcházet konfliktům. Zkušenosti dotazovaných sester se dělí téměř na poloviny. Celkem 24 (52,17%) sester uvedlo, že se jim převážně daří předcházet konfliktům a 22 (47,83%) sester uvedlo jasnou odpověď „Ano“. Odpověď „Ne“ nikdo nevedl.

Obr. 20b: Úspěch v předcházení konfliktů ze strany pacientů

Z obr. 20b je zřejmé, zda se daří dotazovaným pacientům předcházet konfliktům. Nadpoloviční většina dotazovaných pacientů, tj. 36 pacientů (70,69%) uvedla, že se jim převážně daří konfliktům předejít. Zbytek 15 (29,41%) dotazovaných pacientů uvedlo jasnou odpověď „*Ano, daří*“. Odpověď „*Ne*“ nikdo neuvedl.

Otázka č. 18: Negativní ovlivnění práce sester či hospitalizace pacientů z důvodu konfliktu**A.** Domníváte se, že mohou konflikty negativně ovlivnit Vaši práci na oddělení?**B.** Domníváte se, že mohou konflikty negativně ovlivnit Vaši hospitalizaci na oddělení?**Obr. 21a:** Negativně ovlivněná práce sester z důvodu konfliktu

Obr. 21a znázorňuje, zda mohou konflikty mezi sestrami a pacienty na oddělení negativně ovlivnit práci sester. Částečně konflikty ovlivňují 20 (43,48%) dotazovaných sester. 17 (36,96%) sester míní, že je konflikty na oddělení ovlivňují a znepríjemňují jim pracovní nasazení. Jen 9 (19,57%) sester považuje konflikty za součást života a proto jejich práci neovlivňují.

Obr. č. 21b: Negativní ovlivnění hospitalizace pacientů z důvodu konfliktů

Obr. 21b popisuje názor pacientů na otázku: „*Domníváte se, že mohou konflikty negativně ovlivnit Vaši hospitalizaci na oddělení?*“ Konflikty ovlivňují a znepríjemňují pobyt v nemocnici 22 (43,14%) pacientům. Částečně konflikty ovlivňují 19 (37,25%) pacientů a zbylých 10 (19,61%) pacientů neovlivňují, protože je považují za součást života.

Otázka č. 19: Ovlivnění kvality poskytované péče vzniklým konfliktem

A. Domníváte se, že kvalita péče poskytované zdravotníky může ovlivnit vznik konfliktních situací?

B. Domníváte se, že kvalita péče poskytovaná zdravotníky může ovlivnit vznik konfliktních situací?

Obr. 22a: Ovlivnění kvality poskytované péče vzniklým konfliktem - sestry



Obr. 22a poukazuje na možnost vlivu kvality poskytované péče zdravotníky na vznik konfliktních situací. 35 (76,09%) dotazovaných sester se domnívá, že ano. Zbýlých 11 (23,91%) dotázaných si zvolilo možnost „Ne“.

Obr. 22b: Ovlivnění kvality poskytované péče vzniklým konfliktem - pacienti

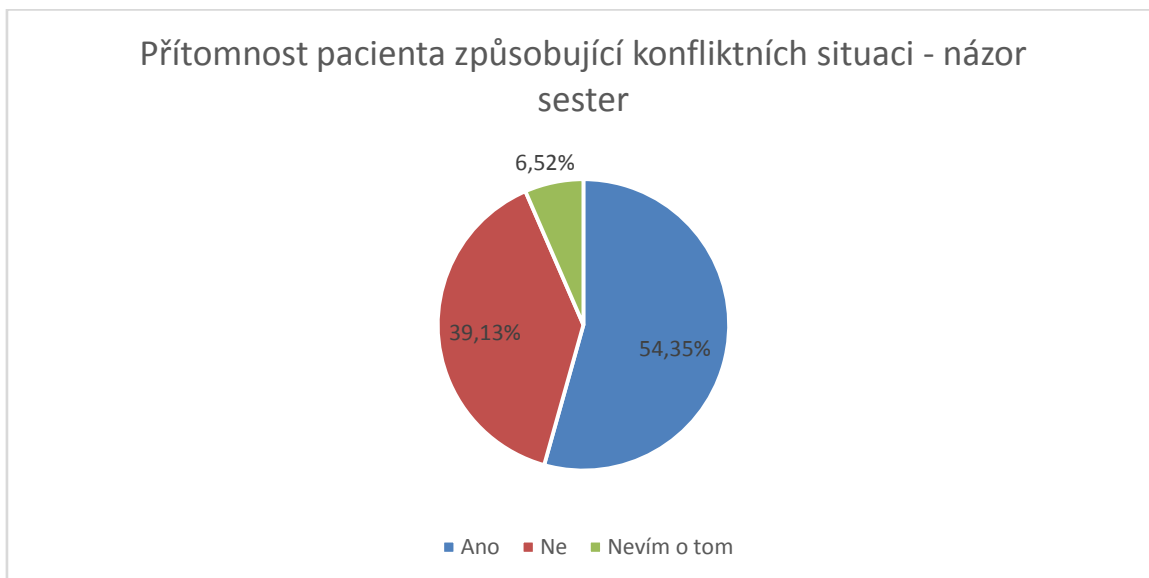
Obr. 22b poukazuje na názor pacientů, zda má vliv kvalita ošetrovatelské péče na vznik konfliktních situací. 32 pacientů (62,75%) se domnívá, že kvalita péče může ovlivnit vznik konfliktních situací. 19 (37,25%) dotazovaných o tom není přesvědčeno.

Otázka č. 20: Přítomnost zdroje (pacient, sestra) konfliktních situací

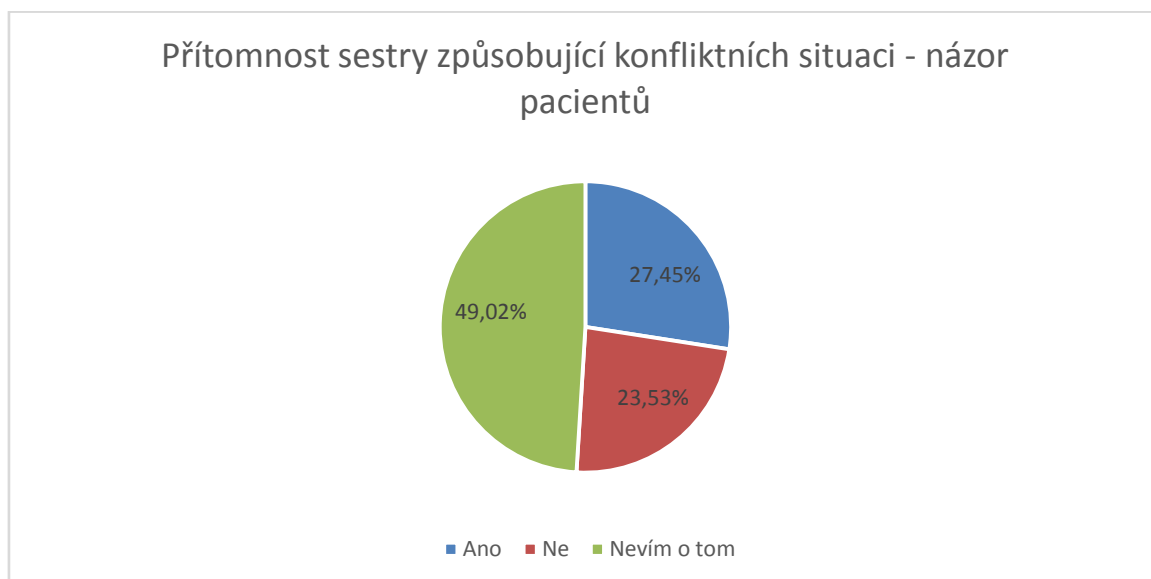
A. Je na oddělení pacient/pacientka, o němž/níž víte, že bývá zdrojem konfliktních situací?

B. Je na oddělení sestra, o níž víte, že bývá zdrojem konfliktních situací?

Obr. 23a: Přítomnost zdroje konfliktních situací - sestry



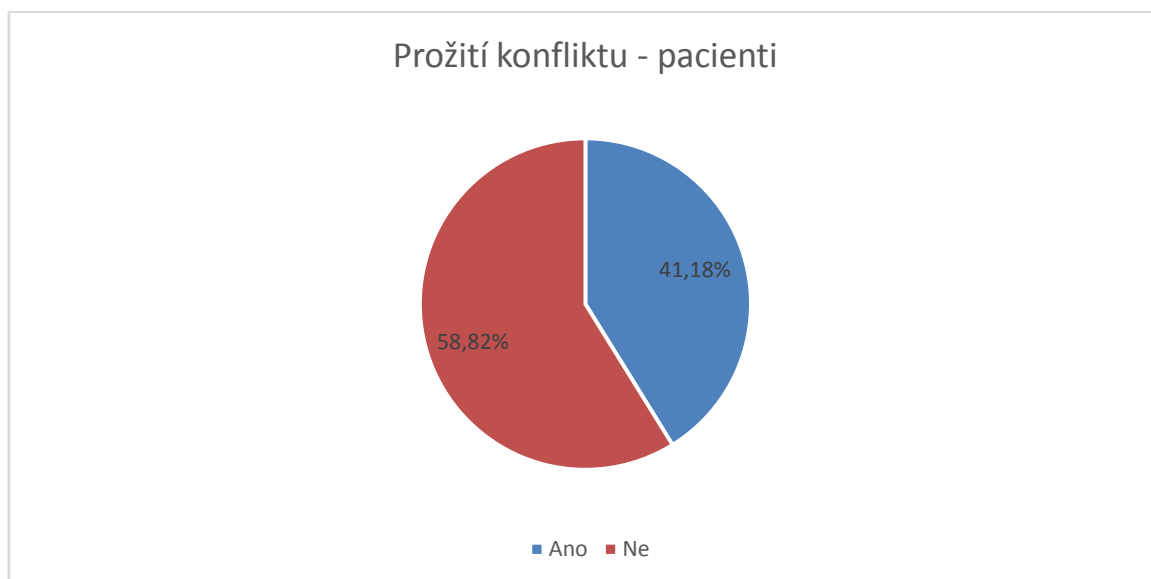
Z obr. 23a je zřejmé, že 25 (54,35%) sester si je vědomo pacientů na oddělení, kteří jsou zdrojem konfliktních situací. Dále 18 (39,13%) sester uvádí, že nikdo takový se na oddělení nenachází a zbylé 3 (6,52%) sestry o nikom takovém neví.

Obr. 23b: Přítomnost zdroje způsobující konflikty - pacienti

Obr. 23b znázorňuje, že 25 (49,02%) pacientů neví o žádné sestře na oddělení, která by byla zdrojem konfliktních situací. Odpověď „Ano“ a přítomnost konfliktní sestry na oddělení potvrdilo 14 (27,45%) dotázaných a 12 (23,53%) pacientů uvedlo, že na oddělení taková sestra není.

Otázka č. 21: Prožití konfliktu**A.** Dostal/a jste se do konfliktu s pacientem/pacientkou?**B.** Dostal/a jste se do konfliktu se sestrou?**Obr. 24a:** Prožití konfliktu - sestry

Na otázku, zda se dotazované sestry dostaly do konfliktu s pacientem, odpověděla většina sester, tj. 42 (91,30%), že ano. Zbylé 4 (8,70%) sestry konfliktní situaci s pacientem nezažily.

Obr. 24b: Prožití konfliktu - pacientu

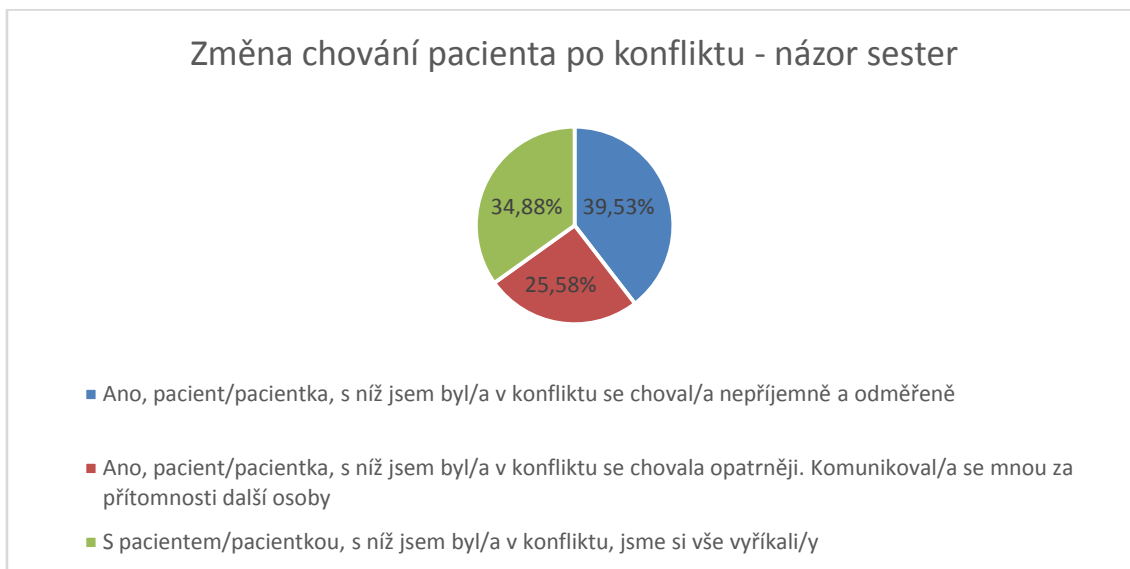
Z 51ti dotazovaných pacientů se 21 (41,18%) pacientů již někdy dostalo do konfliktu se sestrou. Ovšem 30 pacientů (58,82%) tuto zkušenost se sestrami nemá.

Otázka č. 22: Změna chování po konfliktu

A. Pokud ano, změnil se po konfliktu způsob pacientova chování?

B. Pokud ano, změnil se po konfliktu způsob schování personálu?

Obr. 25a: Změna chování po konfliktu - sestry



Ze 43 sester, které mohly na tuto otázku odpovědět, jich 17 (39,53%) zaznamenalo po konfliktu změnu v pacientově chování (nepříjemné a odměřené), 15 (34,88%) sester si konflikt s pacientem vyříkalo a u 11 sester (25,58%) se pacient poté choval opatrněji a komunikoval za přítomnosti třetí osoby.

Obr. 25b: Změna chování po konfliktu - pacienti

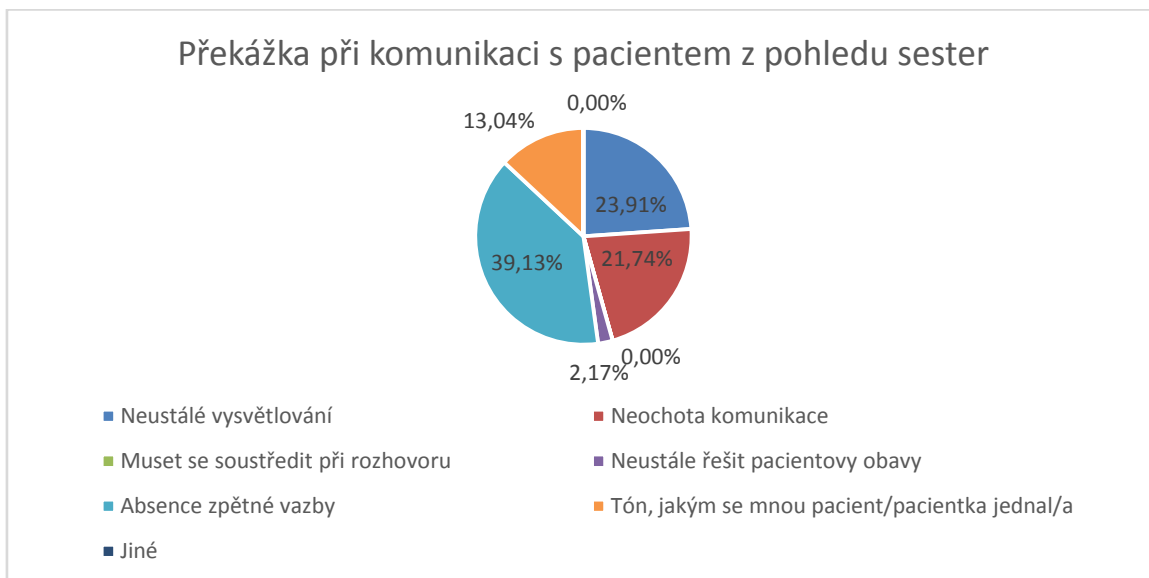
Z 22ti pacientů, kteří mohli otázku zodpovědět, jich 10 (45,45%) zažilo po konfliktu nepříjemné a odměřené chování ze strany sestry. U 7 (31,82%) pacientů se sestra po konfliktu chovala opatrně a jednala s pacientem za přítomnosti třetí nestranné osoby a u 5 (22,73%) pacientů došlo k vyřikání si situace se sestrou.

Otázka č. 23: Překážka v komunikaci

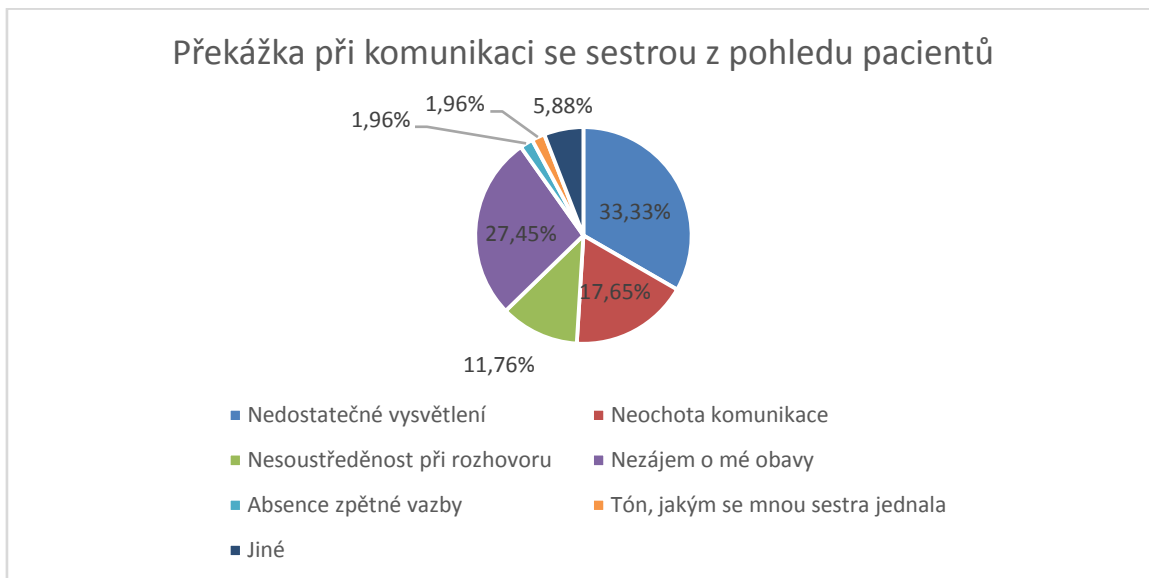
A. Co Vám při komunikaci s pacientem/pacientkou nejvíce vadilo?(označte prosím 1 možnost)

B. Co Vám při komunikaci se sestrou nejvíce vadilo?(označte prosím 1 možnost)

Obr. 26a: Překážka v komunikaci - sestry



Za nejdůležitější překážku v komunikaci ve vztahu sestra – pacient považuje 18 (39,13%) sester absenci zpětné vazby, 11 (23,91%) sester zvolilo možnost neustálého vysvětlování. 10 (21,74%) sester vadí neochota komunikace ze strany pacientů a 6 (13,04%) sester není příjemný tón, jakým s nimi pacienti jednají. Pouze 1 sestra (2,17%) nemá ráda neustálé řešení pacientových obav. S odpověďmi „*Jiné*“ a „*Muset se soustředit při rozhovoru*“ se neztotožnila žádná z dotazovaných sester.

Obr. 26b: Překážka v komunikaci - pacienti

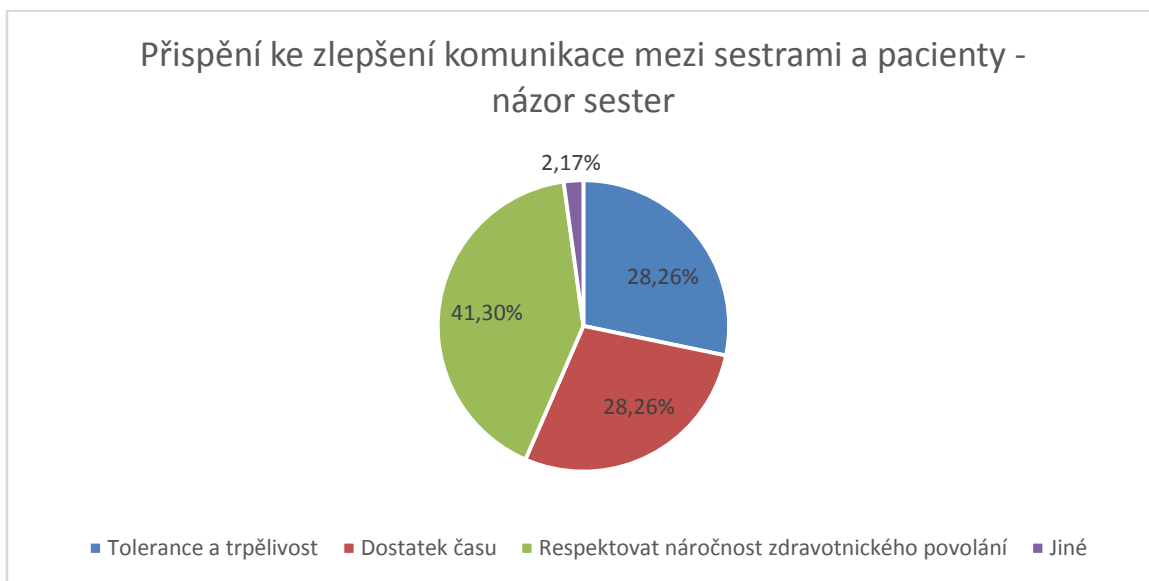
Z pohledu pacientů je pro 17 pacientů (33,33%) překážkou v komunikaci nedostatečné vysvětlení. 14 (27,45%) pacientů uvedlo nezáměr o pacientovy obavy. Variantu neochota komunikace si zvolilo 9 (17,65%) dotázaných. 6 (11,76%) pacientům vadí nesoustředěnost sester při rozhovoru. Jednomu pacientovi vadí absence zpětné vazby (1,96%), tón hlasu sestry při jednání s ním (též vadí jednomu pacientovi - 1,96%) a jiné neuvedené překážky 3 pacientům (5,88%).

Otázka č. 24: Přispění ke zlepšení komunikace

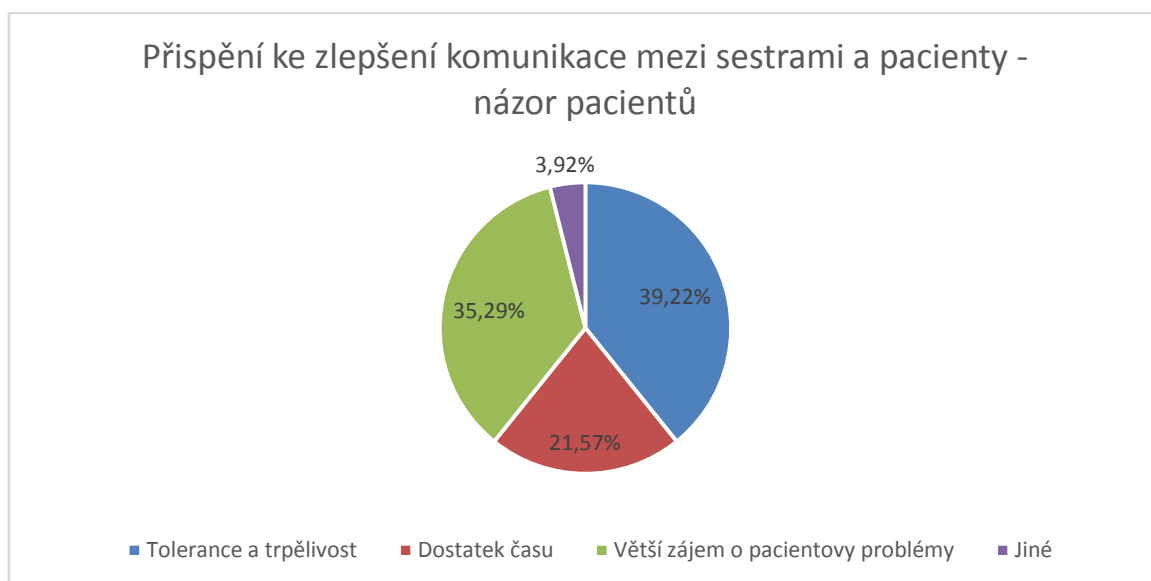
A. Co by, dle Vašeho názoru, nejvíce přispělo ke zlepšení komunikace mezi sestrami a pacienty?

B. Co by, dle Vašeho názoru, nejvíce přispělo ke zlepšení komunikace mezi sestrami a pacienty?

Obr. 27a: Přispění ke zlepšení komunikace - sestry



Obr. 27a umožňuje náhled na názor sester ke zlepšení komunikace ve vztahu sestra – pacient. Variantu o respektu a náročnosti zdravotnické povolání uvedlo 19 (41,30%) dotazovaných. Dále uvedlo 13 (28,26%) sester, že by pacienti měli být více tolerantní a trpěliví. Dalších 13 (28,26%) sester míní, že by k přispění lepší komunikace napomohl dostatek času. Pouze 1 sestra (2,17%) by zvolila jinou možnost ke zlepšení komunikace.

Obr. 27b: Přispění ke zlepšení komunikace - pacienti

Z 51ti dotazovaných pacientů uvedlo 20 (39,22%), že by sestry měly být více tolerantní a trpělivé. Větší zájem o pacientovi problémy by uvítalo 18 (35,29%) pacientů. 11 (21,57%) pacientů by ocenilo, kdyby na ně měla sestra dostatek času. Pouze 2 pacienti (3,92%) by ocenili jiný způsob ke zlepšení komunikace.

4 DISKUZE

Bakalářská práce na téma Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry je zaměřena na poznatky z oblasti měkkých dovedností, z nichž jsem si vybrala tři, které jsem se ve své práci rozhodla podrobněji rozebrat. Zaměřila jsem se na dovednosti, kterou jsou z mého pohledu v profesi sestry velmi důležité. Jsou jimi – aktivní naslouchání, dovednost vysvětlování a schopnost řešit konfliktní situace.

Po prostudování odborné literatury jsem se v teoretické části zabývala kapitolami o měkkých a komunikačních dovednostech. V kapitole o aktivním naslouchání jsem podrobněji zabývala pravidly aktivního naslouchání a překážkami, které nás mohou v naslouchání potkat. Kapitola o konfliktech je zdrojem informací o tom, jak rozeznat blížící se konflikt, popřípadě jak se zachovat, pokud se v konfliktní situaci nacházíme.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry ovládají zmíněné dovednosti (aktivní naslouchání a dovednost vysvětlování) a zda umí efektivně řešit konfliktní situace. Zdrojem informací o měkkých dovednostech a jejich hodnocení v práci sestry na jednotlivých vybraných odděleních byly zdravotní sestry, vrchní a staniční sestry a v neposlední řadě také pacienti hospitalizovaní na vybraných pracovištích (konkrétně chirurgické, interní, gynekologicko-porodnické a neurologické oddělení) v Krajské zdravotní a.s. nemocnici v Chomutově. Celkem bylo do průzkumu zařazeno 97 respondentů, tj. 46 zdravotních sester a 51 pacientů.

Bylo vyhotoveno celkem 60 dotazníků pro sestry a 60 dotazníků pro pacienty. Vrátilo se celkem 55 dotazníků od sester (návrtnost činila 91,67%) a 60 dotazníků od pacientů (návrtnost činila 100%). Z důvodu nevyplnění či nepřesného vyplnění dotazníků bylo 14 dotazníků sester a 9 dotazníků pacientů z průzkumného šetření vyřazeno. K vyhodnocení průzkumného šetření zbylo tedy 46 dotazníků od sester (tj.76,67% z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků) a 51 dotazníků patientských (tj.85% z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků).

K porovnávání otázek z vlastního průzkumu byly vybrány dvě rozdílné studie na podobné téma. Některé otázky z vlastního dotazníku jsou srovnávány s prací Kateřiny Ježkové z 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy z roku 2013, která se zabývala tématem „*Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu*“. Další otázky jsou srovnány s prací Radky Kubicové z Masarykovy Univerzity v Brně z roku 2012, která se zabývala tématem

„Řešení konfliktních situací při poskytování ošetrovatelské péče seniorům z pohledu sestry“.

Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo 97 respondentů. Demografickými hodnotami se zabývá v dotazníku část A. Ze zdravotnického personálu (míněny zdravotní sestry a bratři) se zúčastnilo 91,30% žen a 8,70% mužů. Z pacientů se zúčastnilo 54,90% žen a 45,10% mužů.

Část B je zaměřena na komunikační oblast vysvětlování. Otázky 1., 2., a 3. se zaměřují na to, zda si jsou zdravotní sestry vědomy používání cizích výrazů, zda jsou informace sestrami podávané logicky uspořádané a dostatečně srozumitelné. Používání cizích výrazů si je vědomo 91,30% dotázaných oproti 8,70%, které užívání cizích výrazů nepoužívají. Z pacientů 50,98% uvádí, že sestra při vysvětlování cizí výrazy použila. 49,02% pacientů si toho není vědomo nebo to v komunikaci nepostřehli. Na otázku logicky uspořádaných informací odpovědělo 60,87% sester, že je spíše logicky uspořádané podává. 36,96% sester si je jisto podáváním informací logickým způsobem a jen 2,17% si myslí, že jejich způsob podávání informací spíše logický není. Pacienti jsou v této otázce toho názoru, že v 60,78% všemu rozumí a informace sestrami podávané jsou logické. 39,22% pacientů si myslí, že jsou spíše logicky uspořádané. Možnost, že by dle informace logicky uspořádané nebyly, nikdo z pacientů nezvolil. O srozumitelnosti podávaných informací je přesvědčeno 36,96% sester, 63,04% dotazovaných sester s pacienty komunikuje spíše srozumitelně. Pacientům se zdají být informace podávané sestrami v 54,90% dostatečně srozumitelné, ve 45,10% jsou spíše srozumitelné. Je dobré vědět, že si sestry uvědomují používání odborných výrazů při vysvětlování pacientům. Uvědomují si to i pacienti, ale z odpovědí je zřejmé, že i přes užívání cizích výrazů jsou pro pacienty informace dostatečně srozumitelné a logicky uspořádané.

Otázky 4., 5., a 6. se zaměřují na postup při vysvětlování, na prostor k vyjádření porozumění a dodržování intimity při komunikaci. 58,70% sester při vysvětlování vše důkladně vysvětluje a nakonec požádá o podpis informovaného souhlasu. Pro 32,61% je spíše důležitý informovaný souhlas, než porozumění informacím pacientem a zbylých 8,70% sester chce pouze podpis informovaného souhlasu, protože pacienta již informoval lékař. Pacienti v 41,18% označili pouze stručné vysvětlení a informovaný souhlas, aniž by sestru zajímalo porozumění informacím. 33,33% pacientů bylo důkladně informováno a 25,49% pouze podepsalo informovaný souhlas. V otázce prostoru pro vyjádření porozumění si 93,48% sester věří, že prostor dává dostatečný.

Zbýlých 6,52% sester prostor neposkytuje. 62,75 pacientů dostalo možnost se vyjádřit, zbylých 37,25 to štěstí nemělo. Intimitu při komunikaci s pacientem se snaží dodržet 56,52% sester. Oproti tomu 74,51% pacientů tvrdí, že intimita při komunikaci dodržena nebyla. V těchto otázkách se odpovědi pacientů a sester poněkud rozcházejí. Sestry tvrdí, že důkladně vysvětlují nebo vysvětlují, aniž by je zajímalo pacientovo porozumění. Pacienti však tvrdí, že po nich byl požadován hlavně informovaný souhlas bez dotazu na porozumění, někteří byli i důkladně informováni. V tomto případě souhlasím s pacienty. Coby hospitalizovaný doprovod jsem od sestry dostala sama minimum informací, ale informovaný souhlas byl důležitý. I prostor pro vyjádření si sestry téměř jednoznačně myslí, že jej poskytují. Pacienti nejsou jednoznačně stejného názoru. V intimitě je znát, že si snad sestry uvědomují, že ne vždy je možné ji zajistit.

V otázkách 7. a 8. jsem se ptala, zda sestry mají dostatek času na rozhovor s pacientem a na jejich hlasový projev a jeho příjemnost/nepříjemnost. Překvapivě 73,91% sester si uvědomuje, že nemá dostatek času na rozhovor s pacientem. Zbýlých 26,09% si na pacienta a rozhovor s ním čas vyhradí. Na větší polovinu pacientů (58,82%) si sestra čas skutečně našla, 41,18% je opačného názoru. V otázce hlasového projevu se většina sester (65,22%) shodla, že je jejich hlasový projev spíše příjemný. Zbýlých 34,78% je o příjemnosti svého hlasového projevu přesvědčeno. Ani pacientům nebyl jejich hlasový projev nepříjemný a to konkrétně 54,90%. Nikdo z dotazovaných respondentů nezvolil možnost, že by měly sestry hlasový projev vysloveně nepříjemný. Zde stojí jistě za zmínku otázka času na pacienta. Ačkoliv se více sester domnívá, že si na pacienta dostatečný čas vyhradí, ne vždy to tak pacienti cítí.

Část C v průzkumném šetření byla zaměřena na oblast aktivního naslouchání. Otázky 9., 10. a 11 se ptají na projev zájmu o komunikaci, na poskytování zpětné vazby a na vcítění se do pacientových obtíží. Sestry v 67,39% tvrdí, že pacientům při rozhovoru zpřímá hledí do očí. 26,09% oční kontakt přerušuje pohledem mimo pacienta a zbylých 6,52% pacientům do očí takřka nehledí, pouze zjišťuje vše potřebné. Jinou možnost si sestry nezvolily. Názor pacientů je odlišný. U 47,06% pacientů sestra přerušovala oční kontakt, u 35,29% naopak sestra hleděla do očí a u nezanedbatelných 17,65% dotazovaných sestra do očí téměř nehleděla, jen se zajímala o potřebné informace. U zpětné vazby si 56,52% zvolilo možnost „*A. Ano, zrekapituluji, o čem jsme spolu hovořili/y. Po dobu rozhovoru průběžně přikyvuji.*“ S tímto tvrzením ovšem nesouhlasí 50,98% pacientů, kteří tvrdí, sestra sice přikyvovala v průběhu rozhovoru, ale při dotazu na svůj názor odkázala pacienta na ošetřujícího lékaře. Pouze 25,49

pacientů tvrdí, že přikyvovala a zrekapitulovala vše důležité. Nezanedbatelných 23,53% také potvrdilo, že sestra pouze naslouchala a rozhovor ukončila tím, že vše zmíní ošetřujícímu lékaři. Žádný z dotázaných respondentů si v otázce zpětné vazby ne zvolil možnost „*Jiné*“. V otázce vcítění se do pacientových obtíží si 97,83% sester věří a tvrdí, že vcítění projevuje ve svých gestech a výrazu obličeje. Souhlasí s nimi 84,31% pacientů. 11,76% pacientů tvrdí, že se tomu sestra bránila a kromě odstupu to dala najevo např. postojem, sledováním hodinových ručiček či hleděním kamsi. V otázce zájmu o komunikaci je zajímavé, že sestry podle svých tvrzení udržují oční kontakt, zatímco z pohledu větší části pacientů byla sestra netrpělivá a oční kontakt přerušovala. Stejně tak v otázce zpětné vazby, kde sestry spíše tvrdí, že zrekapituluji, co jim bylo řečeno, a přikyvují. Větší část pacientů ale tvrdí, že sestra sice přikyvovala, ale odkázala pacienta na lékaře, když se dožadoval jejího názoru.

Otázky 12. a 13. se ptají, zda sestry nechávají pacienty bez přerušení domluvit a co je známkou jak pro sestry, tak pro pacienty, že jim někdo naslouchá. Bez přerušení nechá pacienta domluvit až 73,91%, ostatních 26,09% během rozhovoru pacienta přerušuje a vstupuje mu do řeči. Pacienti z větší části (56,86%) se sestrami souhlasí a bylo jim umožněno bez přerušení domluvit. 43,14% pacientů však bylo během hovoru přerušeno. V další otázce měli respondenti možnost napsat způsob, jakým poznají, že je jim nasloucháno. Téměř všichni se shodli na očním kontaktu, dále byly zmíněny empatie, přikyvování, zpětná vazba, slovní kontakt, osobní zájem, oční kontakt, adekvátní odpovědi a reakce.

Část D je v dotaznících zaměřena na oblast konfliktů. V otázkách 14., 15. a 16. řeším, co dle názoru respondentů vystihuje slovo „konflikt“, jak řeší konfliktní situaci, popřípadě jak se snaží konfliktům předcházet. Slovo „konflikt“ dle 80,43% sester a 50,98% pacientů vystihuje odpověď: „*Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů*“, která je bezpochyby dobře zvolená. Dalších 25,49% pacientů uvedlo, že konflikt je předávání informací mezi dvěma komunikujícími subjekty, což si myslí i pouze 8,70% dotázaných sester. S názorem, že konflikty jsou nutkavou potřebou vulgárního vyjadřování se ztotožňuje 21,50% pacientů a 10,87% sester. V diplomové práci Radky Kubické z roku 2012 se sestry shodly celkem jednoznačně, že slovo konflikt znamená: „*Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů*“. Radka se ptala pouze sester z interních a chirurgických oborů. Pokud se sestry dostanou do konfliktních situací, snaží se je 45,65% rozhovorem, 39,13% se jim raději vyhne a neřeší je, 10,87% sester

by požádalo o pomoc třetí nezainteresovanou osobu. Jen 4,35% sester konflikt řeší tak, že často dojde k bouřlivé diskuzi. Pacienti jsou podobných názorů jako sestry ovšem s tím rozdílem, že u nich dochází k bouřlivým diskuzím ve větší míře (u 13,73%), než u sester a pomoc třetí nestranné osoby využívají jen v 7,84%. Konfliktům se sestry snaží předcházet z 84,78%, pouze v některých případech jim předcházejí z 15,22%. Pacienti se sice také snaží konfliktům ve většině případů předcházet (43,18%), zároveň ale 43,18% pacientů předchází konfliktům jen v některých případech. Ve většině případů konfliktům nepředchází 13,73% pacientů, tuto možnost si žádá ze sester nezvolila.

V otázkách konfliktů jsem se dále zajímala v 17., 18. a 19. otázce o to, zda se daří sestrám i pacientům předcházet konfliktům, o negativní ovlivnění práce sester na oddělení v případě konfliktů a také zda může kvalita poskytované péče zdravotníky ovlivnit vznik konfliktních situací. Sestry tvrdí, že se jim převážně daří (52,17%) nebo úplně daří (47,83%) předcházet konfliktním situacím. Pacientům se převážně daří předcházet konfliktům v 70,59%, úplně se to daří u 29,41% zbylých pacientů. Možnost, kdy by bylo zapotřebí k urovnání konfliktu požádat třetí nestrannou osobu nikdo z respondentů nevyužil. Částečně negativně mohou ovlivnit konflikty práci sester na oddělení u 43,48% dotázaných sester. Ovlivňují a znepríjemňují pracovní nasazení konflikty u 36,96% sester a za součást života je považuje 19,57% sester. Konflikty na oddělení ve vztahu sestra-pacient ovlivňují a život tím znepríjemňují u 43,14% pacientů. Částečně pacienty ovlivňují z 37,25%, zbylých 19,61% neovlivňují. O tom, že kvalita péče, která je poskytována zdravotníky, může ovlivnit vznik konfliktních situací je přesvědčeno 76,09% sester a 62,75% pacientů. Zbylých 23,91% sester a 37,25% pacientů kvalita péče ve vzniku konfliktu neovlivní. V těchto otázkách se sestry s pacienty shodují.

V otázkách 20., 21. a 22. se ptám, zda je na oddělení zdroj (ať už sestra či pacient) konfliktních situací, zda se mezi sebou sestra s pacientem dostali do konfliktu a pokud ano, jak se změnil způsob chování (ať už sestry či pacienta). Přítomnost pacienta, který je zdrojem konfliktů, si uvědomuje 54,35% sester. Dle 39,13% sester na oddělení žádný konfliktní pacient aktuálně není a 6,52% o nikom neví. Téměř polovina pacientů (49,02%) netuší, zda na oddělení je konfliktní sestra, což je jistě příjemné překvapení výzkumu. 27,45% tvrdí, že ano a 23,53% pacientů naopak tvrdí, že ne. Z průzkumu vyplývá, že téměř většina sester (91,30%) se již dostala do konfliktu s pacienty. Jen 8,70% sester tuto zkušenost zatím nemá. Zato 58,82% dotazovaných pacientů se zatím také ještě nedostalo do konfliktu se sestrou. Je příjemné zjištění, že je to větší část

pacientů. Na ot. č. 22 tedy mohli odpovědět jen ti respondenti, kteří mají zkušenost s konfliktní sestrou/pacientem. Ze 43 sester, které mohly na tuto otázku odpovědět, jich 39,53% zaznamenalo po konfliktu změnu v pacientově chování (nepříjemné a odměřené), 34,88% sester si konflikt s pacientem vyříkalo a u 25,58% se pacient poté choval opatrněji a komunikoval se sestrou za přítomnosti třetí osoby. Z 22ti pacientů, kteří mohli otázku zodpovědět, jich 45,45% zažilo po konfliktu nepříjemné a odměřené chování ze strany sestry. U 31,82% pacientů se sestra po konfliktu chovala opatrně a jednala s pacientem za přítomnosti třetí nestranné osoby a u 22,73% pacientů došlo k vyřikání si situace se sestrou. Z 22. otázky vyplývá, že větší zkušenosti s konflikty ve vztahu sestra-pacient mají jednoznačně sestry.

Poslední dvě otázky 23. a 24. se zaměřují na to, co sestrám či pacientům nejvíce v komunikaci vadilo a co by pomohlo ke zlepšení. V každé otázce byla možnost vybrat jen jednu odpověď. Sestrám z 39,13% nejvíce chybí absence zpětné vazby u pacientů, dále neustálé vysvětlování (23,91%), neochota komunikace (21,74%), pacientův tón hlasu při komunikaci (13,04%) a neustále řešení pacientových problémů (2,17%). Pacientům v komunikaci se sestrami nejvíce chybělo nedostatečné vysvětlení (33,33%), nezájem o jejich obavy (27,45%), neochota komunikace (17,65%), nesoustředěnost při rozhovoru (11,76%), absence zpětné vazby a tón sestřina hlasu při komunikaci (oba po 1,96%) a jiné (5,88%). Ke zlepšení komunikace by dle sester napomohlo respektovat náročnost povolání (41,30%), být tolerantní, trpělivý (28,26%), dostatek času (28,26%) a jiné (2,17%). Z práce Kateřiny Ježkové z roku 2013 (téma Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu) vyplynulo, že sestry by ke zlepšení komunikace uvítaly toleranci a dostatek času. Názory sester tedy zůstávají podobné, i když Kateřina zjišťovala vztahy uvnitř zdravotnického týmu, i tak je názor sester na to, co by napomohlo komunikaci podobný. Z pohledu pacientů by ke zlepšení komunikace přispěla tolerance a trpělivost ze strany sester (39,22%), více zájmu o pacientovy problémy (35,29%), dostatek času (21,57%) a jiné (3,92%). V otázce č. 23 narážíme na netrpělivost sester, kterým vadí neustálé vysvětlování a pacienti proto nemají dostatek informací.

Z mého pohledu sestry nedopadly v průzkumu tak špatně, jak jsem očekávala. Průzkum jsem prováděla v nemocnici, ve které v době průzkumu panovala a doteď panuje nespokojenost a nepříjemná nálada na straně sester. Co se týče používání cizích – odborných výrazů, sama se mnohdy přistihnu, že je používám. Je to pro nás zdravotníky automatické a ne vždy si uvědomíme, že pacienti našim výrazům nebo případnému žargonu nerozumí. Ráda bych také řekla svůj názor k informovaným

souhlasům. Často se mi zdá, že působí jako něco, zač se my zdravotníci můžeme schovat. V informovaných souhlasech bývá vše podrobně popsáno, možná mají ulehčit sestřím práci, aby nemusely tolik ztrácet čas vysvětlováním? Neulehčují však pacientům, kteří mohou mít obavy. Lékař sice vše vysvětlí, ale domnívám se, že pomoci pacientovi zmírnit jeho obavy a dodat mu odvalu bychom měly umět hlavně my sestry. Vždyť více času tráví pacienti s námi, než s lékaři. Důvěřují nám. Proto, když se pacient zeptá na náš názor, neměly bychom jej odbývat tím, že vše již jistě ví od lékaře.

Z posledních dvou otázek vyplynulo, že pacientům nejvíce vadila neochota komunikace, neúplné vysvětlení a nezáměr o jejich obavy. Je to smutné, protože tyto body mohou zapříčinit vznik konfliktní situace. K toleranci a trpělivosti, které by dle pacientů pomohli k lepší komunikaci se sestrami, bych osobně přidala také pokoru. Nikdy nevíme, co se může stát. A velice snadno se můžeme ocitnout v roli pacienta. Jak by nám asi bylo příjemné, kdyby s námi někdo jednal tak, jak jsme jednali my s ostatními?

4.1 Vyhodnocení hypotéz

K vyhodnocení hypotéz byla použita metoda – „Chí – kvadrát test dobré shody“.

1. Komunikační oblast – vysvětlování

H0: Existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením srozumitelnosti podávaných informací.

HA: Neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením srozumitelnosti podávaných informací.

Statistika	Délka Vaší praxe x Mluvíte s pacienty, dle Vašeho názoru, dostatečně srozumitelně?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	4,613111	df=3	p=,20242

$$p = 0,20242 > 0,05$$

Nelze přijmout nulovou hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe sester a pozitivním sebehodnocením srozumitelnosti podávaných informací.

2. Komunikační oblast – naslouchání

H0: Existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením schopnosti nechat pacienta bez přerušení domluvit.

HA: Neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením schopnosti nechat pacienta bez přerušení domluvit.

Statistika	Délka Vaší praxe x Necháváte, dle Vašeho názoru, pacienta/pacientku bez přerušení domluvit?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	3,760825	df=3	p=,28848

$$p = 0,28848 > 0,05$$

Nelze přijmout nulovou hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe sester a pozitivním sebehodnocením schopnosti nechat pacienta bez přerušení domluvit.

3. Komunikační oblast – konflikt

H0: Existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením ve zvládnání konfliktních situací sestrou.

HA: Neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením ve zvládnání konfliktních situací sestrou.

Statistika	Délka Vaší praxe x Daří se Vám, dle Vašeho názoru, předcházet konfliktním situacím?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	5,600861	df=3	p=,13273
M-V chí-kvadr.	5,723626	df=3	p=,12586

$$p = 0,13273 > 0,05$$

Nelze přijmout nulovou hypotézu, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe sester a pozitivním sebehodnocením ve zvládnání konfliktních situací sestrou.

ZÁVĚR

Tématem bakalářské práce byly vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry. Ve své jsem chtěla zjistit, zda sestry ovládají mnou vybrané měkké dovednosti (aktivní naslouchání, dovednost vysvětlování a umění řešit konflikt), které jsou z mého pohledu v práci sestry klíčové. Abych zjistila, zda odpovídají pravdivě, požádala jsem o vyplnění dotazníkového šetření také pacienty.

V teorii jsem se zabývala nejprve pojmem „měkké dovednosti“ a poté jsem se na jednotlivé zvolené dovednosti zaměřila podrobněji. V kapitole o aktivním naslouchání jsem se zabývala správným nasloucháním, a jaké chyby při naslouchání druhé osobě mnohdy děláme. Kapitola o konfliktech může napomoci rozpoznat blížící se konfliktní situaci. A pakliže si již v konfliktu nalézáme, je v této kapitole také popsáno několik možností, jak je vhodným způsobem řešit.

Dotazník k průzkumnému šetření byl sestaven po prostudování odborné literatury. Dotazník (pro sestry i pro pacienty) byl rozdělen do několika částí. Část A se zabývala identifikačními údaji respondentů, část B byla zaměřena na dovednost vysvětlování, část C byla zaměřena na schopnost aktivního naslouchání a poslední část D se zabývala schopností řešit konfliktní situace. Byl sestaven tak, aby byl srozumitelný a pro každou skupinu respondentů přehledný. Byl distribuován v Krajské zdravotní a. s. nemocnici v Chomutově. Jistě by bylo pro další studie přínosné porovnat např. názory sester v malých nemocnicích a ve velkých (jakou bezpochyby Fakultní nemocnice Motol je).

V empirické části práce byly stanoveny čtyři cíle a pět hypotéz. Na podkladě anonymního dotazníkového šetření byla získána potřebná data a cíle práce byly splněny a hypotézy statisticky vyhodnoceny.

Prvním cílem bylo zjistit, jak sestry sebehodnotí svou dovednost vysvětlování a jak pacienti hodnotí srozumitelnost podaných informací. Hypotéza č. 1 předpokládala, že existuje více sester, které podávají pacientům informace dostatečně srozumitelně, než těch, které je podávají nesrozumitelně. Na základě výsledků statistického zpracování nulovou hypotézu nezamítáme ($0,20242 > 0,05$). Můžeme předpokládat, že neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením srozumitelnosti podávaných informací.

Druhým cílem bylo zhodnotit, jak sestry sebehodnotí svou schopnost aktivního naslouchání v komunikaci s pacienty. V hypotéze č. 2 se domníváme, že existuje více sester, které nechají vždy pacienta při rozhovoru domluvit a rozhovor nepřerušují, než těch, které vstupují pacientovi do řeči. Na základě výsledků statistického zpracování nulovou hypotézu zamítáme ($0,28848 > 0,05$). Můžeme předpokládat, že neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením schopnosti nechat pacienta bez přerušení domluvit

Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry zvládají řešení konfliktů s pacienty tak, aby došlo k oboustranné spokojenosti. Z hypotézy č. 3 usuzujeme, že existuje více sester, které se ve většině případů snaží vyhnout konfliktům s pacienty, než těch, které se snaží vyhnout konfliktům pouze v některých případech či nikdy. Na základě výsledků statistického zpracování nulovou hypotézu zamítáme ($0,13273 > 0,05$). Můžeme předpokládat, že neexistuje statisticky významná závislost mezi délkou praxe a pozitivním sebehodnocením ve zvládnutí konfliktních situací sestrou.

V bakalářské práci byla nastíněna problematika aktivního naslouchání, vysvětlování a řešení konfliktů. Osobně (z mého pozorování a ze zkušeností) se domnívám, že zejména v Krajské zdravotní v Chomutově má s těmito dovednostmi problémy většina sester. Jistě, přispívá k tomu i nízké finanční ohodnocení. Proto si myslím, že by pro další práci nebylo špatné srovnání měkkých dovedností u sester v malých okresních nemocnicích a u sester ve velkých městech, které pracují třeba ve fakultních nemocnicích. Rozdíl by zde byl jistě značný.

Výsledky práce nelze porovnat a považovat za zcela průkazné, protože průzkumného šetření se zúčastnilo pouze 97 respondentů. Přesto zjištěná data mohou posloužit jiným studentům při zpracovávání dalších prací s touto tematikou.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha:Grada Publishing. 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2

ANTAI-OTONG, Deborah. *Nurse-Client Communication*. vyd. Jonas-Barlett Learning, 2007, 251 s. ISBN 978-076-3735-883

ASOCIACE MEDIÁTORU ČR. (online) . (cit. 23. 3. 2016). Dostupný z WWW: <http://www.amcr.cz/sluzby-facilitace/>

DEVITO, A., J., *Základy mezilidské komunikace*, 6. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80.247-2018-0.

EDMULLER, WILHEIM, Andreas, Thomas. *Nenechte sebou manipulovat!:Jak rozpoznat manipulaci a prosadit svou vůli*. Praha:Grada Publishing. 2003. 112 s. ISBN 80-247-0410-2

FAERBER, Yvonne. *Vedení lidí v praxi: Zlepšete své manažerské dovednosti*. Praha:Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-2009-8

GROHAR-MURRAY, Mary-Ellen. *Leadership and Management in Nursing*, vyd.Pearson. 2011. 336 s. ISBN 978-0135-1386-70

HEKELOVÁ, Z., *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4

HOLÁ, Lenka. *Mediace v teorii a v praxi*. Praha:Grada Publishing. 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3134-6

HOLÁ, Lenka a kol. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha:Grada Publishing. 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*. 2.dopl.vyd. Prah:nakl.Portál. 2009. 231 s. ISBN 978-80-7367-644-5

JEŽKOVÁ, Kateřina. *Interakce a komunikace v rámci zdravotnického týmu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2013. 93 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová.

KHELEROVÁ, Vladimíra. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 2.přepřac. a rozšíř.vyd. Praha: Grada, 2006. 142 s. ISBN 80-247-1677-1

KUBICOVÁ, Radka. *Proces řešení konfliktních situací při poskytování ošetrovatelské péče seniorům z pohledu sestry*. Brno:Masarykova Univerzita, Ústava ošetrovatelství. 2012. 114 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Zdeňka Dobešová.

KUBÍČKOVÁ, Lea: RAIS, Karel. *Řízení změn ve firmách a jiných organizacích*. Praha:Grada Publishing. 2012. 136 s. ISBN 978-80-247-4564-0

- McCONNON, Shay. *Jak řešit konflikty na pracovišti*. Praha: Grada Publishing. 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-3003-5
- MEDIATOR-PRAHA. (online). (cit. 23. 3. 2016). Dostupný z WWW: <http://mediator-praha.cz/cs/mediace>
- MIKULAŠTÍK, M., *Komunikační dovednosti v praxi*, 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MILLS, Wright C. *White Collar: The American Middle Classes*. Oxford University Press. 1951. s. 182. ISBN neznámé
- MUHLEISEN, S.; OBERHUBER, N., *Komunikační a jiné měkké dovednosti – Soft skills v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2662-5.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
- PCA INSTITUT PRAHA. *Carl Rogers*. (online). (cit. 23. 3. 2016). Dostupný z WWW: <http://www.pca-institut.cz/cs/page/14-carl-rogers/>
- PLAMÍNEK, Jiří. *Vedení lidí, týmů a firem. Praktický atlas managementu*. 4. zcela přeprac.vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. 160 s. ISBN 978-80-247-3664-8
- PLAMÍNEK, Jiří. *Konflikty a vyjednávání*. 3.uprav. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. 134 s. ISBN 978-80-247-4485-8
- PLAMÍNEK, Jiří. *Komunikace a prezentace: Umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2.dopl.vyd. Praha: Grada Publishing. 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-4484-1
- PLAMÍNEK, Jiří. *Mediace – nejúčinnější lék na konflikty*. Praha: Grada Publishing. 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-5031-6
- PLEVOVÁ, Ilona a kol.. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s., ISBN 978-80-247-3558-0
- POSSEHL, KITTEL, Gianna, Frank. *Jak se prosadit a přesvědčit ostatní*. Praha: Grada Publishing, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2677-9
- PRAŠKO, Ján. *Asertivita v partnerství*. 1. vyd.-dotisk. Praha: Grada Publishing. 2005. 231 s. ISBN 978-80-247-1246-8
- PTÁČEK, R.; BARTUNĚK, P. aj. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
- STONE, Douglas a spol. *Obtížné rozhovory – Jak vyjednávat o věcech, na nichž nejvíce záleží*. Praha: Management Press, 2013. 339 s. ISBN 978-80-7261-261-1

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 978- 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha:Grada Publishing. 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3

VYBÍRAL, Z., *Psychologie komunikace*. Praha:Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing. 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-6742-0

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník sester.....	102
Příloha č. 2: Dotazník pacientů.....	106
Příloha č. 3: Identifikační údaje – pohlaví (tabulka).....	110
Příloha č. 4: Identifikační údaje – věk (tabulka).....	110
Příloha č. 5: Délka praxe sester (tabulka).....	110
Příloha č. 6: Používání cizích výrazů (tabulka).....	110
Příloha č. 7: Logické uspořádání informací (tabulka).....	111
Příloha č. 8: Srozumitelná komunikace (tabulka).....	111
Příloha č. 9: Vysvětlení principu výkonu (tabulka).....	112
Příloha č. 10: Prostor k vyjádření porozumění (tabulka).....	112
Příloha č. 11: Dodržení intimity při rozhovoru (tabulka).....	113
Příloha č. 12: Dostatek času na rozhovor (tabulka).....	113
Příloha č. 13: Hlasový projev sestry (tabulka).....	113
Příloha č. 14: Zájem o komunikaci (tabulka).....	114
Příloha č. 15: Poskytnutí zpětné vazby po rozhovoru (tabulka).....	115
Příloha č. 16: Vcítění se do obtíží pacienta (tabulka).....	115
Příloha č. 17: Dokončení řeči pacienta (tabulka).....	116
Příloha č. 18: Konflikt (tabulka).....	116
Příloha č. 19: Řešení konfliktních situací (tabulka).....	117
Příloha č. 20: Předcházení konfliktům (tabulka).....	117
Příloha č. 21: Úspěch v předcházení konfliktům (tabulka).....	118
Příloha č. 22: Negativní ovlivnění práce sester (tabulka).....	118
Příloha č. 23: Ovlivnění kvality poskytované péče (tabulka).....	119
Příloha č. 24: Přítomnost zdroje konfl. situací (tabulka).....	119
Příloha č. 25: Prožití konfliktu (tabulka).....	119
Příloha č. 26: Změna chování po konfliktu (tabulka).....	120
Příloha č. 27: Překážka při komunikaci (tabulka).....	121
Příloha č. 28: Přispění ke zlepšení komunikace (tabulka).....	121

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník sester



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav ošetrovatelství

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol

Dobrý den vážená kolegyně, vážený kolego,
jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Karlově, 2. lékařské fakultě. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož výsledky využiji v mé závěrečné bakalářské práci na téma „Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry“. Dotazník je anonymní. Obsahuje 24 otázek, týkajících se komunikačních dovedností zdravotních sester a zvládnání konfliktních situací.

Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte.

Velice Vám děkuji za spolupráci a ochotu při účasti na průzkumu.

Simona Linhartová, Dis.

ČÁST A.

1. Pohlaví:

- A. Žena
- B. Muž

2. Věk:

- A. 18 – 29
- B. 30 – 39
- C. 40 – 49
- D. 50 a více

3. Délka Vaší praxe

- A. Do 5 let
- B. 6 – 10 let
- C. 11 – 15 let
- D. Více jak 15 let

4. Oddělení, na kterém pracujete

.....

ČÁST B. Komunikační oblast- vysvětlování

1. Uvědomujete si, že při vysvětlování (např. při přípravě na vyšetření) používáte cizí výrazy, kterým pacient/pacientka nemusí rozumět?

Ano – Ne

2. Jsou informace, které pacientům podáváte, dle Vašeho názoru, logicky uspořádané?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

3. Mluvíte s pacienty, dle Vašeho názoru, dostatečně srozumitelně?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

4. Jak postupujete při vysvětlování principu výkonu (či vyšetření, ošetrovatelské intervence aj.)?

A. Mám informovaný souhlas, který mi musí pacient podepsat. Ve stručnosti vše vysvětlím. Neptám se, zda pacient výkladu porozuměl/a.

B. Vše důkladně vysvětluji, zeptám se na vše, co potřebuji. Na závěr požádám pacienta o podpis informovaného souhlasu s výkonem (či vyšetřením, ošetrovatelskou intervencí aj.)

C. Chci pouze podepsat informovaný souhlas s tím, že vše jistě již vysvětlil ošetřující lékař.

5. Dáváte pacientovi/pacientce, dle Vašeho názoru, prostor vyjádřit se, zda všemu správně porozuměl/a?

- Ano – Ne

6. Dodržujete, dle Vašeho názoru, intimitu při komunikaci s pacientem? (možnost komunikace o samotě bez přítomnosti třetí osoby, klidné místo bez rušivých elementů)

- Ano – Ne

7. Máte pocit, že máte vždy dostatek času na rozhovor s pacientem/pacientkou?

- Ano – Ne

8. Domníváte se, že je Váš hlasový projev příjemný?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

ČÁST C. Komunikační oblast - aktivní naslouchání**9. Projevujete, dle Vašeho názoru, zájem o komunikaci s pacienty?**

A. Ano, při rozhovoru hledím pacientovi zpříma do očí, udržuji oční kontakt.

B. Oční kontakt přerušuji pohledem jinam, někdy dávám najevo svoji netrpělivost.

C. Jen zřídka hledím pacientům do očí. Pouze se vyptám na to, co potřebuji vědět a hovor ukončuji.

- D. Jiné -
-

10. Poskytujete pacientovi, dle Vašeho názoru, po rozhovoru zpětnou vazbu?

A. Ano, zrekapituluji, o čem jsme spolu hovořili/y. Po dobu rozhovoru průběžně přikyvuji.

B. Po dobu rozhovoru přikyvuji. Pakliže se mne pacient zeptá na názor, odkáži jej na ošetřujícího lékaře.

C. Ne, pouze naslouchám a rozhovor ukončím se slovy, že vše zmíním ošetřujícímu lékaři

D. Jiné -

.....

11. Myslíte si, že se umíte vcítit do pacientových obtíží?

A. Ano, projevuji to ve výrazu obličeje, v gestech.

B. Ne, bráním se tomu a dávám to najevo (popište jak).....

....., udržuji si značný odstup.

12. Necháváte, dle Vašeho názoru, pacienta/pacientku bez přerušení domluvit?

A. Ano, počkám, až domluví a poté se vyptávám.

B. Během rozhovoru opakovaně přerušuji, vstupuji mu/jí do řeči (příp. uděluji rady)

13. Co je pro Vás znakem, že Vám někdo naslouchá?

.....

.....

.....

ČÁST D. Komunikační oblast - konflikty**14. Které z následujících tvrzení dle Vašeho názoru vystihuje slovo konflikt?**

A. Nutková potřeba vulgárního vyjadřování

B. Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů

C. Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty

D. Nevím

15. Pokud se dostanete do konfliktní situace s pacientem/pacientkou na oddělení, jak tuto situaci vyřešíte?

A. Konflikt neřeším, snažím se mu pokud možno vyhnout.

B. Snažím se konflikt řešit, často poté dojde k bouřlivé diskuzi

C. Konflikt se snažím řešit rozhovorem

D. Konflikt se snažím řešit, požádám o pomoc třetí nestrannou osobu.

16. Do jaké míry byste se snažil/a – či se snažíte konfliktům s pacienty na oddělení předcházet?

A. Ano, ve většině případů

B. Pouze v některých případech

C. Ne, ve většině případů

17. Daří se Vám, dle Vašeho názoru, předcházet konfliktním situacím?

- A. Ano, daří
- B. Převážně se mi daří
- C. Ne, ve většině případů se mi to nedaří a musím požádat nestrannou osobu o urovnání konfliktu

18. Domníváte se, že mohou konflikty negativně ovlivnit Vaši práci na oddělení?

- A. Neovlivňují, považují je za součást života
- B. Ovlivňují částečně
- C. Ovlivňují a znepríjemňují mé pracovní nasazení

19. Domníváte se, že kvalita péče poskytované zdravotníky může ovlivnit vznik konfliktních situací?

Ano - Ne

20. Je na oddělení pacient/pacientka, o němž/níž víte, že bývá zdrojem konfliktních situací?

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím o tom

21. Dostal/a jste se do konfliktu s pacientem/pacientkou?

Ano – Ne

22. Pokud ano, změnil se po konfliktu způsob pacientova chování?

- A. Ano, pacient/pacientka, s níž jsem byl/a v konfliktu se choval/a nepříjemně a odměřeně.
- B. Ano, pacient/pacientka, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala opatrněji. Komunikoval/a se mnou za přítomnosti další osoby.
- C. S pacientem/pacientkou, s níž jsem byl/a v konfliktu, jsme si vše vyříkali/y.

23. Co Vám při komunikaci s pacientem/pacientkou nejvíce vadilo?(označte prosím 1 možnost)

- A. Neustálé vysvětlování
 - B. Neochota komunikace
 - C. Muset se soustředit při rozhovoru
 - D. Neustále řešit pacientovy obavy
 - E. Absence zpětné vazby
 - F. Tón, jakým se mnou pacient/pacientka jednal/a
 - G. Jiné-
-

24. Co by, dle Vašeho názoru, nejvíce přispělo ke zlepšení komunikace mezi sestrami a pacienty?

- A. Tolerance a trpělivost
- B. Dostatek času
- C. Respektovat náročnost zdravotnického povolání
- D. Jiné

Příloha č. 2: Dotazník pacientů**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav ošetřovatelství**

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 - Motol

Dobrý den vážená paní, vážený pane

jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Karlově, 2. lékařské fakultě. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, jehož výsledky využiji v mé závěrečné bakalářské práci na téma „Vybrané měkké dovednosti a jejich hodnocení v práci sestry“. Dotazník je anonymní. Obsahuje 24 otázek, týkajících se komunikačních dovedností zdravotních sester a zvládnání konfliktních situací.

Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte.

Velice Vám děkuji za spolupráci a ochotu při účasti na průzkumu.

Simona Linhartová, Dis.

ČÁST A.**1. Pohlaví:**

- A. Žena
- B. Muž

2. Věk:

- A. 18 – 29
- B. 30 – 39
- C. 40 – 49
- D. 50 a více

ČÁST B. Komunikační oblast- vysvětlování**1. Použila sestra při vysvětlování (např. při přípravě na vyšetření) cizí výraz, kterému jste nerozuměl/a?**

Ano – Ne

2. Byly informace, které jste dostal/a logicky uspořádané?

Ano
Spíše ano
Spíše ne
Ne

3. Mluvila s Vámi sestra dostatečně srozumitelně?

Ano
Spíše ano
Spíše ne
Ne

4. Jak postupovala sestra, když Vám vysvětlovala princip výkonu (či vyšetření, ošetrovatelské intervence aj.)

A. Ve stručnosti vše vysvětlila a odešla. Sestra mi předložila formulář informovaného souhlasu, který jsem musel/a podepsat. Nezajímala se, zda jsem výkladu porozuměl/a.

B. Vše mi důkladně vysvětlila, optala se na vše, co potřebovala. Na závěr mne požádala o podpis informovaného souhlasu s výkonem (či vyšetřením, ošetrovatelskou intervencí aj.)

C. Sestra po mě chtěla pouze podepsat informovaný souhlas s tím, že mi vše jistě již vysvětlil ošetřující lékař.

5. Dostal/a jste prostor vyjádřit se, zda jste všemu správně porozuměl/a?

Ano – Ne

6. Dodržela sestra intimitu při komunikaci s Vámi? (možnost komunikace o samotě bez přítomnosti třetí osoby, klidné místo bez rušivých elementů)

Ano – Ne

7. Měl/a jste pocit, že měla sestra dostatek času na rozhovor s Vámi?

Ano – Ne

8. Byl Vám příjemný hlasový projev sestry?

Ano

Spíše ano

Spíše ne,

protože.....

Ne,

protože.....

ČÁST C. Komunikační oblast – aktivní naslouchání

9. Projevila sestra zájem o komunikaci s Vámi?

A. Ano, při rozhovoru se mi dívala zpříma do očí, udržovala oční kontakt.

B. Oční kontakt byl přerušován pohledem jinam, dala najevo svoji netrpělivost.

C. Jen zřídka se mi dívala do očí. Vyptala se pouze na to, co ji zajímalo, a rozhovor ukončila.

D. Jiné -

10. Poskytla Vám sestra po rozhovoru zpětnou vazbu?

A. Ano, zrekapitulovala, o čem jsme spolu hovořili/y. Po dobu rozhovoru průběžně přikyvovala.

B. Po dobu rozhovoru sestra přikyvovala. Když jsem se však zeptal/a na její názor, odkázala mne na ošetřujícího lékaře.

C. Ne, sestra pouze naslouchala a rozhovor ukončila se slovy, že vše zmíní ošetřujícímu lékaři (nezmínila nic z toho, co se ode mne dozvěděla).

D. Jiné

11. Měl/a jste pocit, že má sestra snahu vcítit se do Vašich obtíží?

A. Ano, projevilo se to ve výrazu obličeje, v gestech.

B. Ne, projevilo se to například (popište jak)

....., udržovala si značný odstup.

C. Jiné

12. Nechala Vás sestra bez přerušení domluvit?

- A. Ano, počkala, až domluvíme a poté se vyptávala.
- B. Během rozhovoru mne opakovaně přerušila, vstupovala mi do řeči (příp. udělovala rady)

13. Co je pro Vás znakem, že Vám někdo naslouchá?

.....

.....

.....

ČÁST D. Komunikační oblast - konflikty**14. Které z následujících tvrzení, dle Vašeho názoru, vystihuje slovo konflikt?**

- A. Nutková potřeba vulgárního vyjadřování
- B. Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů
- C. Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty
- D. Nevím

15. Pokud se dostanete do konfliktní situace se sestrou na oddělení, jak tuto situaci vyřešíte?

- A. Konflikt neřeším, snažím se mu pokud možno vyhnout.
- B. Snažím se konflikt řešit, často poté dojde k bouřlivé diskuzi
- C. Konflikt se snažím řešit rozhovorem
- D. Konflikt se snažím řešit, požádám o pomoc třetí nestrannou osobu.

16. Do jaké míry byste se snažil/a – či se snažíte konfliktům se sestrou na oddělení předcházet?

- A. Ano, ve většině případů
- B. Pouze v některých případech
- C. Ne, ve většině případů

17. Daří se Vám předcházet konfliktním situacím?

- A. Ano, daří
- B. Převážně se mi daří
- C. Ne, ve většině případů se mi to nedaří a musím požádat nestrannou osobu o urovnání konfliktu

18. Domníváte se, že mohou konflikty negativně ovlivnit Vaši hospitalizaci na oddělení?

- A. Neovlivňují, považuji je za součást života
- B. Ovlivňují částečně
- C. Ovlivňují a znepríjemňují můj pobyt v nemocničním zařízení

19. Domníváte se, že kvalita péče poskytovaná zdravotníky může ovlivnit vznik konfliktních situací?

- Ano - Ne

20. Je na oddělení sestra, o níž víte, že bývá zdrojem konfliktních situací?

- A. Ano

- B. Ne
- C. Nevím o tom

21. Dostal/a jste se do konfliktu se sestrou?

Ano – Ne

22. Pokud ano, změnil se po konfliktu způsob schování personálu?

- A. Ano, sestra, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala nepříjemně a odměřeně.
- B. Ano, sestra, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala opatrněji a vždy s ní byla ještě jedna sestra, či ošetřovatelka.
- C. Se sestrou, s níž jsem byl/a v konfliktu, jsme si vše vyříkali/y a ostatní personál se choval stejně jako doposud.

23. Co Vám při komunikaci se sestrou nejvíce vadilo?(označte prosím 1 možnost)

- A. Nedostatečné vysvětlení
 - B. Neochota komunikace
 - C. Nesoustředěnost při rozhovoru
 - D. Nezájem o mé obavy
 - E. Absence zpětné vazby
 - F. Tón, jakým se mnou sestra jednala
 - G. Jiné-
-

24. Co by, dle Vašeho názoru, nejvíce přispělo ke zlepšení komunikace mezi sestrami a pacienty?

- A. Tolerance a trpělivost
- B. Dostatek času
- C. Větší zájem o pacientovy problémy
- D. Jiné

Příloha č. 3: Identifikační údaj – pohlaví**Tab. 1**

Pohlaví	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
žena	42	91,30%	žena	28	54,90%
muž	4	8,70%	muž	23	45,10%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 4: Identifikační údaj - věk**Tab. 2**

Věk	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
A. 18 – 29 let	4	8,70%	A. 18 – 29 let	6	11,76%
B. 30 – 39 let	23	50,00%	B. 30 – 39 let	12	23,53%
C. 40 – 49 let	16	34,78%	C. 40 – 49 let	14	27,45%
D. 50 a více let	3	6,52%	D. 50 a více let	19	37,25%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 5: Délka praxe sester**Tab. 3**

3. Délka Vaší praxe	Sestry	
	n_i	f_i
A	3	6,52%
B	7	15,22%
C	11	23,91%
D	25	54,35%
Celkem	46	100,00%

Příloha č. 6: Používání cizích výrazů, např. při vysvětlování vyšetření**Tab. 4: Ot. 1.**

Používání cizích výrazů např. při vysvětlování vyšetření	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	42	91,30%	Ano	26	50,98%
Ne	4	8,70%	Ne	25	49,02%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 7: Logické uspořádání podávaných informací**Tab. 5: Ot. 2.**

Logické uspořádání podávaných informací	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	17	36,96%	Ano	31	60,78%
Spíše ano	28	60,87%	Spíše ano	20	39,22%
Spíše ne	1	2,17%	Spíše ne	0	0,00%
Ne	0	0,00%	Ne	0	0,00%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 8: Srozumitelná komunikace**Tab. 6: Ot. 3.**

Srozumitelná komunikace	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	29	63,04%	Ano	28	54,90%
Spíše ano	17	36,96%	Spíše ano	23	45,10%
Spíše ne	0	0,00%	Spíše ne	0	0,00%
Ne	0	0,00%	Ne	0	0,00%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 9: Vysvětlování principu výkonu (vyšetření aj.)**Tab. 7: Ot. 4.**

Vysvětlování principu výkonu (vyšetření aj.)	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Mám informovaný souhlas, který mi musí pacient podepsat. Ve stručnosti vše vysvětlím. Neptám se, zda pacient výkladu porozuměl/a.	15	32,61%	Ve stručnosti vše vysvětlila a odešla. Sestra mi předložila formulář informovaného souhlasu, který jsem musel/a podepsat. Nezajímala se, zda jsem výkladu porozuměl/a.	21	41,18%
Vše důkladně vysvětluji, zeptám se na vše, co potřebuji. Na závěr požádám pacienta o podpis informovaného souhlasu s výkonem (či vyšetřením, ošetřovatelskou intervencí aj.)	27	58,70%	Vše mi důkladně vysvětlila, optala se na vše, co potřebovala. Na závěr mne požádala o podpis informovaného souhlasu s výkonem (či vyšetřením, ošetřovatelskou intervencí aj.)	17	33,33%
Chci pouze podepsat informovaný souhlas s tím, že vše jistě již vysvětlil ošetřující lékař.	4	8,70%	Sestra po mě chtěla pouze podepsat informovaný souhlas s tím, že mi vše jistě již vysvětlil ošetřující lékař.	13	25,49%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 10: Prostor k vyjádření se porozumění**Tab. 8: Ot. 5.**

Prostor k vyjádření se porozumění	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	43	93,48%	Ano	32	62,75%
Ne	3	6,52%	Ne	19	37,25%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 11: Dodržení intimity při komunikaci**Tab. 9: Ot. 6.**

Dodržení intimity při komunikaci	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	26	56,52%	Ano	13	25,49%
Ne	20	43,48%	Ne	38	74,51%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 12: Dostatek času na rozhovor**Tab. 10: Ot. 7.**

Dostatek času na rozhovor	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	12	26,09%	Ano	30	58,82%
Ne	34	73,91%	Ne	21	41,18%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 13: Hlasový projev sestry**Tab. 11: Ot. 8.**

Hlasový projev sestry	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano	16	34,78%	Ano	28	54,90%
Spíše ano	30	65,22%	Spíše ano	23	45,10%
Spíše ne	0	0,00%	Spíše ne	0	0,00%
Ne	0	0,00%	Ne	0	0,00%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00%

Příloha č. 14: Zájem o komunikaci**Tab. 12: Ot. 9.**

Zájem o komunikaci	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano, při rozhovoru hledím pacientovi zpříma do očí, udržuji oční kontakt	31	67,39%	Ano, při rozhovoru se mi dívala zpříma do očí, udržovala oční kontakt	18	35,29%
Oční kontakt přerušuji pohledem jinam, někdy dávám najevo svoji netrpělivost	12	26,09%	Oční kontakt byl přerušován pohledem jinam, dala najevo svoji netrpělivost	24	47,06%
Jen zřídka hledím pacientům do očí. Pouze se vyptám na to, co potřebuji vědět a hovor ukončuji	3	6,52%	Jen zřídka se mi dívala do očí. Vyptala se pouze na to, co ji zajímalo, a rozhovor ukončila	9	17,65%
Jiné	0	0,00%	Jiné	0	0,00%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 15: Poskytnutí zpětné vazby po rozhovoru**Tab. 13: Ot. 10**

Poskytnutí zpětné vazby po rozhovoru	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Ano, zrekapituluji, o čem jsme spolu hovořili/y. Po dobu rozhovoru průběžně přikyvuji	26	56,52%	Ano, zrekapitulovala, o čem jsme spolu hovořili/y. Po dobu rozhovoru průběžně přikyvovala	13	25,49%
Po dobu rozhovoru přikyvuji. Pakliže se mne pacient zeptá na názor, odkáži jej na ošetřujícího lékaře	17	36,96%	Po dobu rozhovoru sestra přikyvovala. Když jsem se však zeptal/a na její názor, odkázala mne na ošetřujícího lékaře	26	50,98%
Ne, pouze naslouchám a rozhovor ukončím se slovy, že vše zmíním ošetřujícímu lékaři	3	6,52%	Ne, sestra pouze naslouchala a rozhovor ukončila se slovy, že vše zmíní ošetřujícímu lékaři (nezmínila nic z toho, co se ode mne dozvěděla).	12	23,53%
Jiné	0	0,00%	Jiné	0	0,00%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 16: Vcítění se do obtíží pacienta**Tab. 14: Ot. 11**

Vcítění se do obtíží pacienta	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Ano, projevují to ve výrazu obličeje, v gestech	45	97,83%	Ano, projevilo se to ve výrazu obličeje, v gestech	43	84,31%
Ne, bráním se tomu a udržuji si značný odstup	1	2,17%	Ne, udržovala si značný odstup	6	11,76%
Jiné	0	0,00%	Jiné	2	3,92%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 17: Dokončení řeči pacienta**Tab. 15: Ot. 12.**

Dokončení řeči pacienta	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano, počkám, až domluví a poté se vyptávám	34	73,91%	Ano, počkala, až domluví a poté se vyptávala	29	56,86%
Během rozhovoru opakovaně přerušuji, vstupuji mu/jí do řeči (příp. uděluji rady)	12	26,09%	Během rozhovoru mne opakovaně přerušila, vstupovala mi do řeči (příp. udělovala rady)	22	43,14%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 18: Konflikt**Tab. 16: Ot. 14.**

Konflikt	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Nutková potřeba vulgárního vyjadřování	5	10,87%	Nutková potřeba vulgárního vyjadřování	11	21,57%
Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů	37	80,43%	Střet dvou a více do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných názorů	26	50,98%
Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty	4	8,70%	Předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími subjekty	13	25,49%
Nevím	0	0,00%	Nevím	1	1,96%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 19: Řešení konfliktní situace**Tab. 17: Ot. 15.**

Řešení konfliktní situace	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Konflikt neřeším, snažím se mu pokud možno vyhnout	18	39,13%	Konflikt neřeším, snažím se mu pokud možno vyhnout	19	37,25%
Snažím se konflikt řešit, často poté dojde k bouřlivé diskuzi	2	4,35%	Snažím se konflikt řešit, často poté dojde k bouřlivé diskuzi	7	13,73%
Konflikt se snažím řešit rozhovorem	21	45,65%	Konflikt se snažím řešit rozhovorem	21	41,18%
Konflikt se snažím řešit, požádám o pomoc třetí nestrannou osobu	5	10,87%	Konflikt se snažím řešit, požádám o pomoc třetí nestrannou osobu	4	7,84%
Celkem	46	100,00%	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 20: Předcházení konfliktům**Tab. 18: Ot. 16**

Předcházení konfliktům	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Ano, ve většině případů	39	84,78%	Ano, ve většině případů	22	43,14%
Pouze v některých případech	7	15,22%	Pouze v některých případech	22	43,14%
Ne, ve většině případů	0	0,00%	Ne, ve většině případů	7	13,73%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 21: Úspěch v předcházení konfliktů**Tab. 19: Ot. 17.**

Úspěch v předcházení konfliktů	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Ano, daří	22	47,83%	Ano, daří	15	29,41%
Převážně se mi daří	24	52,17%	Převážně se mi daří	36	70,59%
Ne, ve většině případů se mi to nedaří a musím požádat nestrannou osobu o urovnání konfliktu	0	0,00%	Ne, ve většině případů se mi to nedaří a musím požádat nestrannou osobu o urovnání konfliktu	0	0,00%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 22: Negativní ovlivnění práce sester či hospitalizace pacientů z důvodu konfliktu**Tab. 20: Ot. 18.**

Negativní ovlivnění práce sester či hospitalizace pacientů z důvodu konfliktu	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n _i	f _i		n _i	f _i
Neovlivňují, považují je za součást života	9	19,57%	Neovlivňují, považují je za součást života	10	19,61%
Ovlivňují částečně	20	43,48%	Ovlivňují částečně	19	37,25%
Ovlivňují a znepríjemňují mé pracovní nasazení	17	36,96%	Ovlivňují a znepríjemňují můj pobyt v nemocničním zařízení	22	43,14%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 23: Ovlivnění kvality poskytované péče vzniklým konfliktem**Tab. 21: Ot. 19**

Ovlivnění kvality poskytované péče vzniklým konfliktem	Sestry			Pacienti	
	Odpovědi	n _i		f _i	Odpovědi
Ano	35	76,09%	Ano	32	62,75%
Ne	11	23,91%	Ne	19	37,25%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 24: Přítomnost zdroje konfliktních situací**Tab. 22: Ot. 20**

Přítomnost zdroje (pacient, sestra) konfliktních situací	Sestry			Pacienti	
	Odpovědi	n _i		f _i	Odpovědi
Ano	25	54,35%	Ano	14	27,45%
Ne	18	39,13%	Ne	12	23,53%
Nevím o tom	3	6,52%	Nevím o tom	25	49,02%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 25: Prožití konfliktu**Tab. 23: Ot. 21.**

Prožití konfliktu	Sestry			Pacienti	
	Odpovědi	n _i		f _i	Odpovědi
Ano	42	91,30%	Ano	21	41,18%
Ne	4	8,70%	Ne	30	58,82%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 26: Změna chování po konfliktu**Tab. 24:** Ot. 22.

Změna chování po konfliktu	Sestry		Odpovědi	Pacienti	
	n_i	f_i		n_i	f_i
Ano, pacient/pacientka, s níž jsem byl/a v konfliktu se choval/a nepřijemně a odměřeně	17	39,53%	Ano, sestra, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala nepřijemně a odměřeně	10	45,45%
Ano, pacient/pacientka, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala opatrněji. Komunikoval/a se mnou za přítomnosti další osoby	11	25,58%	Ano, sestra, s níž jsem byl/a v konfliktu se chovala opatrněji a vždy s ní byla ještě jedna sestra, či ošetřovatelka	7	31,82%
S pacientem/pacientkou, s níž jsem byl/a v konfliktu, jsme si vše vyříkali/y	15	34,88%	Se sestrou, s níž jsem byl/a v konfliktu, jsme si vše vyříkali/y a ostatní personál se choval stejně jako doposud.	5	22,73%
Celkem	43	100,00 %	Celkem	22	100,00 %

Příloha č. 27: Překážka při komunikaci**Tab. 25: Ot. 23**

Překážka při komunikaci	Sestry			Pacienti	
	n_i	f_i		Odpovědi	n_i
Neustálé vysvětlování	11	23,91%	Nedostatečné vysvětlení	17	33,33%
Neochota komunikace	10	21,74%	Neochota komunikace	9	17,65%
Muset se soustředit při rozhovoru	0	0,00%	Nesoustředěnost při rozhovoru	6	11,76%
Neustále řešit pacientovy obavy	1	2,17%	Nezájem o mé obavy	14	27,45%
Absence zpětné vazby	18	39,13%	Absence zpětné vazby	1	1,96%
Tón, jakým se mnou pacient/pacientka jednal/a	6	13,04%	Tón, jakým se mnou sestra jednala	1	1,96%
Jiné	0	0,00%	Jiné	3	5,88%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %

Příloha č. 28: Přispění ke zlepšení komunikace**Tab. 26: Ot. 24.**

Přispění ke zlepšení komunikace	Sestry			Pacienti	
	n_i	f_i		Odpovědi	n_i
Tolerance a trpělivost	13	28,26%	Tolerance a trpělivost	20	39,22%
Dostatek času	13	28,26%	Dostatek času	11	21,57%
Respektovat náročnost zdravotnického povolání	19	41,30%	Větší zájem o pacientovy problémy	18	35,29%
Jiné	1	2,17%	Jiné	2	3,92%
Celkem	46	100,00 %	Celkem	51	100,00 %