

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Kateřina Horová

Komunikace v ošetřovatelství se zaměřením na ambulantní složky - konflikty

Communication in healthcare with orientation on ambulatory treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanov, CSc.

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti jiných kvalifikačních prací.

V Praze, 15. 11. 2011

Kateřina Horová

Identifikační záznam:

Horová, Kateřina. Komunikace v ošetrovatelství se zaměřením na ambulantní složky - konflikty. [*Communication in healthcare with orientation on ambulatory treatment*]. Praha, 2011. 83 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství. Vedoucí práce Mellanová, Alena.

Abstrakt

Cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny konfliktů v ambulantních složkách. Dále bylo zkoumáno, jaký vliv a zda vůbec má vzhled a chování všeobecné sestry na další případné konfliktní jednání pacienta. Posledním cílem bylo zjistit, jak těmto konfliktům v ambulantních složkách předcházet.

V teoretické části se zabývám vymezením pojmu komunikace a její charakteristikou. Popisuji druhy komunikace a zdůrazňuji její důležitost v profesi všeobecné sestry. Následuje osobnostní charakteristika všeobecné sestry. Je zmíněno asertivní chování, jehož osvojení může přispět ke zlepšení komunikace všeobecných sester s pacientem.

V empirické části popisuji kvantitativní metodu sběru dat formou dotazníkového šetření. Popisuji administraci dotazníku, jeho návratnost a matematické zpracování získaných dat.

Následuje uvedení výsledků a jejich interpretace. Závěrem práce je provedeno vyhodnocení formulovaných hypotéz, které vplynuly ze stanovených cílů bakalářské práce.

Klíčová slova

Konflikt

Komunikace

Asertivita

Pacient

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to find out the most frequent causes of conflicts in ambulant components. It was further investigated if there is any influence or whether the appearance and behavior of a nurse has any impact on a problem behavior of a patient. The last goal was to determine how to prevent these conflicts in the area of ambulant components. The theoretical part is focused on definition of the concept of communication and its characteristics. I have focused on the types of communication and emphasize its importance in the profession of a nurse. It is followed by personal characteristics of a nurse. Assertive behavior, which can help to improve the communication between a nurse and a patient, is also mentioned.

The empirical part describes a quantitative method of the data collection by questionnaires. The administration of questionnaires, their return and mathematical processing of the data are also described.

All is followed by the results and their interpretation. At the end of the thesis there is an evaluation of the formulated hypotheses that have emerged from the objectives of the thesis.

Keywords

Conflict

Communication

Assertiveness

Patient

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení práce a její nezdolnou trpělivost. Zároveň chci poděkovat MUDr. Leoši Vysoudilovi, MBA, řediteli v Městské nemocnici v Litoměřicích. Nadále bych chtěla poděkovat své rodině a všem, kteří se svou pomocí na této bakalářské práci svým způsobem podíleli.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část.....	9
1. Komunikace	9
1.1. Psychologie a komunikace ve zdravotnictví	9
1.2. Verbální komunikace.....	12
1.3. Neverbální komunikace.....	13
1.4. Dorozumívání se mezi zdravotníkem a nemocným	15
2. Problematika práce sestry v ambulantní složce	24
2.1. Osobnostní charakteristika úspěšné sestry	25
2.2. Práce sestry na ambulantní složce	26
3. Konflikty	28
3.1. Druhy konfliktů	30
3.2. Řešení konfliktů.....	31
3.3. Role osobnosti sestry	32
3.4. Konflikty v ambulantní složce.....	34
3.5. Asertivní chování.....	37
Empirická část.....	47
4. Cíle a hypotézy výzkumné práce	47
4.1. Cíle výzkumné práce	47
4.2. Hypotézy výzkumné práce	47
5. Metodika výzkumu.....	48
5.1. Charakteristika zkoumaného vzorku	48
5.2. Vyhodnocení dotazníkového šetření	49
6. Diskuse.....	69
7. Závěr	72
Literatura	
Přílohy	

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože mě zaujala svým tématem, a to nejen proto, že je tento problém aktuální, ale i vážný a také proto, že mám k této problematice velmi blízko. Pracuji jako všeobecná sestra na ambulanci Centrálního příjmu, která je také současně jako Lékařská Služba První Pomoci (dále jen LSPP) pro dospělé v Městské nemocnici v Litoměřicích. Komunikace a konflikty nás provázejí celý náš život. Zejména pak umění správné komunikace je velmi ceněno, hlavně v profesích jako je například ta má. S komunikací a konflikty se v ambulantních složkách setkáváme dnes a denně. To byl také impuls pro výběr tématu a rozhodla jsem se zabývat touto problematikou. Na začátku práce v teoretické části Vás seznámím s pojmy, které se zdravotnické komunikace a konfliktů týkají.

Na základě osobních zkušeností ze zaměstnání vím, že všeobecná sestra funguje jako styčný důstojník mezi pacientem a lékařem (zdravotnickým zařízením). Také vím, že ne každá všeobecná sestra se chová tak jak by měla, či tak jak by chtěli samotní klienti. Proto si myslím, že by se mělo dbát na profesionalitu v komunikaci všeobecných sester, asertivním chování jak všeobecných sester, tak klientů a předcházení konfliktům zejména ze strany všeobecných sester.

Klienti přicházejí do zdravotnického zařízení většinou ve své nelehké životní situaci a tudíž jejich chování je jiné, dá se říci citlivější, než kdy jindy kdy jsou v životní rovnováze. Pak o vzniku konfliktu rozhoduje pouze jen maličkost, která pacienta povzbudí ke konfliktnímu chování.

Ve své práci se v úvodu zmiňuji o některých pojmech ve zdravotnické komunikaci, které pomohou dále pochopit problematiku komunikace a konfliktů.

Cílem mé práce je zjistit nejčastější příčiny konfliktů v ambulantní složce, jaký vliv a zda vůbec má vzhled a chování všeobecné sestry při prvním kontaktu s klientem pro případný následný konflikt a jak případně těmto konfliktům předcházet.

Praktická část práce je postavena na výzkumu formou dotazníků. V dotazníkovém šetření se zajímám o to, jaký vliv má vzhled všeobecné sestry na klienta z hlediska konfliktů, protože já sama si myslím, že vliv rozhodně má, také zda je klient více či méně vzhledem všeobecné sestry ovlivněn, také jaké konflikty jsou nejčastější a co je nejvíce vyvolává. Vyhodnocení dotazníkové akce je vyobrazeno v grafech a dáno do tabulek s popisem. Vše je pak řádně připojeno k nahlédnutí v příloze.

Teoretická část

1. Komunikace

1.1. Psychologie a komunikace ve zdravotnictví

Protože se o pojmech medicínská psychologie, klinická psychologie či lékařská psychologie diskutuje, uvedu pár názorů našich i cizích autorů.

Guensberger se domnívá, že pojem lékařská psychologie je studium osobního vlivu lékaře na nemocného. Medicínská psychologie je pak podle něj psychologie tělesně nemocného, vsazuje sem hypnózu, či studium abnormálních jevů.¹

Dobiáš pod pojmem lékařská psychologie uvádí souhrn znalostí a dovedností, které používá lékař při své činnosti. Tento souhrn poznatků umožňuje lékaři uvědoměle volit a zaměřeně užívat psychologických prostředků v kterékoliv fázi styku s nemocným.²

Stančák vymezuje pojem lékařské psychologie pro lékařovu práci, práci zdravotnického personálu i pro nemocniční prostředí. Tím se tedy myslí význam interakce lékař-klient a jeho význam v léčebném procesu.³

Sovětský autor M. Kabanov je nástupcem prof. Mjasiščeva, který definuje medicínskou psychologii, jako oblast psychologie, která se zabývá zkoumáním psychických faktorů, jež ovlivňují vývoj nemoci, její profylaxi, léčbou a vztahem mezi charakterem nemocného a jeho mikroprostředím. Shrnu-li to, pak z toho vyplívá, že psychologie v medicíně není jen otázkou psychopatologie, ale otázkou celé medicíny.

¹⁻²⁻³ VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. Vyd. 1. Praha : Jiří Kocourek, 1999. 278 s.
ISBN 80-86123-08-1.

lékařská psychologie

„Lékařská psychologie je aplikovaným psychologickým oborem majícím interdisciplinární a transdisciplinární charakter. Představuje aplikaci psychologických poznatků ve zdravotnictví“⁴

klinická psychologie

Kdybychom se chtěli zvlášť zabývat pojmem klinická psychologie, jak ji chápou jednotlivci, bylo by to opravdu rozsáhlé téma, tudíž ve zkratce uvedu, co pojem obecně zahrnuje. Jedno pojetí klinické psychologie je v aplikaci psychologie na medicínskou klinickou praxi, druhá koncepce pak rozšiřuje klinickou psychologii na oblast zdravého člověka a oblast zvířat. U nás tuto druhou rozšířenou koncepci klinické psychologie představovaly poradny a později psychodiagnostické ústavy. V socialistickém státě se pak tyto poradny staly psychologickými a výchovnými klinikami a pedagogicko-psychologickými poradnami.

zdravotnická psychologie

Zdravotnická psychologie je nadřazeným pojmem, kdy klinická psychologie je její nedílnou (podstatnou) částí.

Klinickou psychologii pak chápeme jako aplikaci psychologie na klinické problémy – je to tedy aplikace teoretických a praktických poznatků i metod v oblasti klinické medicíny

Klinická medicína a s ní klinická psychologie má tyto úkoly: teoreticko-výzkumné,
diagnostické, terapeutické, preventivní, posudkové,
zdravotně výchovné

psychologie zdraví

Speciální psychologická vědní disciplína, která se zabývá působením psychických faktorů na udržování dobrého zdravotního stavu, na prevenci nemocí, na vyrovnávání se s chronickými nemocemi a na psychologické pomoci pacientům v průběhu uzdravování. Ohniskem psychologie péče o nemocného je vztah mezi nemocným a léčebným prostředím:

⁴ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Vyd.1. Praha : Jiří Kocourek, 1999. 278 s.ISBN 80-86123-08-1.

lékař a nemocný, všeobecná sestra a nemocný, ale přesněji, vztah mezi: lékař – všeobecná sestra – nemocný.

Příčiny opožděného rozvoje zdravotnické psychologie:

Základní příčinou jsou zásadní změny medicínského myšlení. V první čtvrtině 20. století léčil lékař nemoc nikoli pacienta. Teprve v druhé čtvrtině 20. století byl tento pohled vystřídán antropometrickým pohledem - zaměřením na pacienta, jeho osobnost a celou jeho historii.

V dnešní době se objevuje další pohled a to sociocentrický, to znamená pohled z hlediska sociální situace pacienta.

Jedním ze signálů vývoje lékařské psychologie je její zařazení do povinné výuky na lékařských fakultách.

Komunikace ve zdravotnictví

Ve vztahu mezi zdravotníkem a nemocným, ale i v běžném životě je nezbytná správná komunikace.

Komunikace je obecně sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků – písmo, gesta, jiné formy neverbálního chování, tisk, rozhlas, či další média.

Komunikace tvoří veškerý základ ošetrovatelské péče. V rámci ošetrovatelské profese klade vysoké nároky na komunikační dovednosti, které by se měl zdravotník naučit během studia. Zdravotník (všeobecná sestra) používá dovednost komunikovat s pacientem jako část profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Komunikaci je důležité neustále rozvíjet, chtít, moci a umět ji rozvíjet.

Za následek zhoršených komunikačních dovedností nemocného mají například - nemoc, odloučení od rodiny či nemožnost pracovat. A právě zde je prostor pro zdravotníka (všeobecnou sestru) rozvíjet tyto dovednosti.

Průběh komunikace

Jak jsem již prve uvedla, komunikace je výměna informací. Při informaci mezi lidmi hovoříme o komunikaci sociální nebo o sociální interakci.

Záměrem každé komunikace je vyvolat odpověď, proto komunikaci označujeme jako děj. Komunikační proces je složen z pěti složek, pokud některá chybí, komunikace nemůže být úplná.

- komunikátor (mluvčí) – osoba, od které informace vychází
- komunikant (příjemce) – osoba, které je informace určena
- komuniké – zpráva, která je vysílána
- zpětná vazba (reakce, odpověď) – zpráva o tom, že informace byla přijata
- situační kontext – situace a prostředí, ve které komunikace probíhá

1.2. Verbální komunikace

V komunikaci informujeme druhého o našem vztahu k němu. To vše můžeme vyjádřit buď mluveným slovem – verbální komunikací, či mluvou těla – neverbální komunikací.

Na účelné komunikaci často závisí úspěch léčby pacienta a spokojenost obou stran. Při verbální komunikaci dochází ke sdělování informací pomocí slov. Tato komunikace se liší podle kultury, společensko-ekonomickým postavením či vzděláním.

Pro produktivní a správné předávání informací, tedy komunikaci je za potřebí **základních kritérií účinné komunikace:**

- jednoduchost- používání běžných a srozumitelných slov
- stručnost – zde je problém zkratk, které mohou působit problémy
- zřetelnost – přesné vyjádření toho co chceme sdělit
- načasovanost a závažnost – zpráva, která má mít správný dopad musí být dobře načasována
- přizpůsobivost – zpráva se mění dle reakce příjemce
- důvěryhodnost – dá se říct, že je nejdůležitějším kritériem účinné komunikace, důležitou roli zde hrají znalost problematiky, dostupné informace a naprosto přesvědčivé podání

Řeč:

Řeč a komunikace mají velmi důležitou, nezastupitelnou úlohu v mezilidském styku. Řeč má také řadu funkcí – sděluje myšlenky, přináší nové informace, udržuje vzájemné vztahy a také lidi spojuje.

V řeči sledujeme: obsahovou stránku řeči, neobsahovou (paralingvistickou) stránku řeči, ale ta už patří do komunikace neverbální

Obsahová stránka řeči: - uvědomění si, co je obsahem, základním prvkem řeči, pomlky a členění, intonace, dynamika řeči, správné porozumění slova

Proto znalost a zkušenost jak v obsahové stránce tak paralingvistické stránce má velký význam ve zdravotnické praxi.⁵

1.3. Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci se někdy říká „řeč těla“. Neverbální komunikace, tedy komunikace beze slov je mnohokrát důležitější než komunikace verbální tedy slovní. Svou neverbální komunikaci tolik neuhlídáme, nemáme nad ní takovou kontrolu, jako nad řečí.

Například neverbální komunikací – řečí těla, vyjadřujeme lépe některé své emoce, povzbuzení či porozumění

Neobsahová (paralingvistická) stránka řeči – jde o sledování prvků, které se netýkají obsahové stránky řeči a přes to mají důležitý význam pro příjemce:

intenzita hlasu, tón hlasu, barva hlasu, rychlost řeči, přestávky v řeči, chyby v řeči, jeden nebo více hovořících

Do neverbální komunikace řadíme: chůze a držení těla, vzdálenost (proxemika), postoj (posturika), mimika, pantomimika (gestikulace), haptika (tělesný kontakt), pohledy (zrakový kontakt)

Chůze a držení těla:

Často je ukazatelem momentální nálady, sebehodnocení a také zdraví.

Vzpřímený postoj – je často spojený s rázným krokem, ukazuje na to, že se člověk cítí dobře

Shrbený postoj – je spojený s pomalou chůzí, ukazuje na sklíčenost a nemoc

Napjatý postoj – spolu s rychlou a neuvolněnou chůzí prozradí strach nebo hněv

⁵ VYBÍRAL, Z.: *Psychologie komunikace*. Vyd.2. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1

Vzdálenost:

Na první pohled nás informuje o vztahu dvou lidí, záleží také ale na uspořádání prostoru a na situaci. Každé porušení komunikační zóny se projevuje emocí a to buď kladnou, nebo zápornou. Zvláště ve zdravotnictví je porušována zóna osobní a intimní. Proto záleží na profesionalitě zdravotníka a na zachování jeho diskrétnosti.

Intimní (soukromá) zóna – 15-30cm, je to zóna doteku, osobního kontaktu, objetí a důvěry

Osobní (přátelská) zóna – 45-120cm, zóna dotyku, společenského posezení, je zde možná

haptika i detaily mimiky, setkáváme se s ní u přátel či manželů

Sociální (formální) zóna – 150-350cm, zóna úředního a služebního styku, dává možnost

kontrolovat nadřízenému jeho podřízeného

Veřejná (lhostejná) zóna – kolem 800cm, je zóna používaná například k veřejnému

vystoupení, někdy se setkáme také s názvem „únikové pásmo“,

např. u herců či řečníků

Postoj (posturika):

Naznačuje nám celkový psychický stav člověka. Svou tělesnou polohou informuje okolí jak mu je. Také soulad postojů mezi lidmi je zde důležitý – všeobecná sestra by neměla nad pacientem stát, když pacient leží na lůžku, ale měla by být co nevíce přiblížena výšce jeho očí, tedy nejlépe sedět u lůžka.

Mimika:

Neboli výraz obličeje. Svou mimikou můžeme sdělit ohromné množství informací. Jde o vyjádření psychického stavu výrazem v obličeji.

Horní polovina obličeje nám sděluje hlavně těžké prožitky – strach, úzkost či bolest.

Dolní polovina obličeje nám zase naopak sděluje spíše klady – úsměv, klid či uvolnění.

Úsměv sám o sobě je ve zdravotnictví, respektive u všeobecných sester velmi důležitý.

Můžeme jím pacienta zklidnit nebo jen navázat kontakt.

Pantomimika (gestikulace):

Jinak také, „řeč rukou“. V komunikaci dvou lidí je zásadně důležitá. Jako první si všímáme podání ruky. Stisk by neměl být moc silný, ale přiměřený.

Ruce složené na hrudi vypovídají o tom, že váhám a jsem nejistý.

Ruce v kapsách či za zády, napovídají, že nemám zájem komunikovat.

Dlaně a paže by měly být vstřícné.

Ruce jsou nedocenitelný komunikační prostředek pro lidi s komunikačními problémy, například u neslyšících či u pacientů po operaci a na ORL odděleních.

Haptika (tělesný kontakt):

Je sdělení, jde o kontakt kůže na kůži či kontakt hmatem. Tento kontakt obecně zahrnuje vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění a bolesti.

Tělesný kontakt je ve zdravotnictví, zejména pak u hospitalizovaných pacientů na denním pořádku. Ne vždy je však příjemný na obou stranách. Sestra by měla umět vzít za ruku, pohladit, či povzbudit.

Pohledy (zrakový kontakt):

Neboli sdělení pohledem. Často je zrakový kontakt tím prvním komunikačním prostředkem mezi dvěma lidmi. Prvním pohledem to začíná a někdy také končí.

Pohledy jsou různé a mají každý svůj význam. Také zde hodnotíme určité parametry.

Zaměření pohledu – kam je veden, délka pohledu, četnost pohledů, sled pohledů, průměr zorniček, mrkací pohyby, tvar a pohyb obočí a příjemné a nepříjemné pohledy.

Správné posouzení pohledu je další z metod ve zdravotnictví pro základní diagnosticko – terapeutickou činnost.

Naučit se a pak správně ovládat neverbální komunikaci je jedním z hlavních předpokladů zdravotnického personálu. Komunikace jako taková je velmi složitá a však velmi důležitá.⁶

1.4. Dorozumívání se mezi zdravotníkem a nemocným

Ošetrovatelská péče jako taková, je bez komunikace mezi zdravotníkem a nemocným či mezi zdravotníky navzájem nemyslitelná. Tato komunikace potřebuje zvláštní dovednosti, kterým se všeobecné sestry učí již během profesionální přípravy na zdravotnických školách.

K úspěšnému průběhu diagnosticko-terapeutického procesu patří i pozorování nemocných. A k celému zkvalitnění ošetrovatelského procesu patří úspěšné propojení

⁶ VYBÍRAL, Z.: *Psychologie komunikace*. Vyd.2. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1

komunikačních metod, jako je **rozhovor a pozorování**. Máme samozřejmě i další metody pro komplexní poznání osobnosti a to anamnestické metody a metody posuzování výsledků činnosti.

1 Pozorování ve zdravotnictví

Pozorování je druh smyslového vnímání. Je to metoda, kdy z toho, co vidíme na venek, usuzujeme to, co je uvnitř.

Pozorování je ve zdravotnictví užíváno dnes a denně. Velkou výhodou je, že nemocný si ničeho nevšimne. Vyhodnocení a posouzení skutečnosti je však jen a jen na pozorovateli resp. jeho zkušenostech a dovednostech. Proto mohou být rozdílná hodnocení téhož pacienta z pohledu různých sester.

Při pozorování je nutné brát v úvahu: stupeň celkové citlivosti, citovou reaktivitu, úroveň adaptability

Cílem pozorování je poznat osobnost nemocného, jeho sociální prostředí a jeho motivační a hodnotový systém. Jen tak může zdravotník správně reagovat na potřeby nemocného

1 pozorování:

krátkodobé – bezprostřední kontakt s nemocným

dlouhodobé – u dlouhodobě léčených a hospitalizovaných

2 pozorování:

přirozené (volné) – v běžném prostředí a situaci, která právě probíhá

navozené (řízené) – v připravených podmínkách

3 pozorování:

náhodné (bezděčné) – je vyvoláno nápadným podnětem – vizita či konzilium u lůžka

soustavné – probíhá podle připraveného plánu

4 pozorování:

celkové – sledujeme celkový stav nemocného či skupiny

částečné – zaměřujeme se na jednu vyměřenou oblast – strach či úzkost před vyšetřením

5 pozorování:

individuální – pozorování určené osoby (nemocného)

skupinové – určitý počet pozorovaných osob

interakční – sledování vztahů mezi určitou skupinou

6 pozorování:

významné životní situace – je to druh pozorování, které vyvolává významné rysy osobnosti

Abychom dosáhli úspěšných výsledků v pozorování, musí být splněno několik zásad úspěšného pozorování:

Plán pozorování - vždy musíme mít cíl našeho pozorování – zodpovědné plnění ošetřovatelského procesu

Objektivnost – úzce souvisí se stavem pozorovatele, který může být subjektivně ovlivněn svými emocemi, dovednostmi, motivací a schopnostmi zpracovávat zjištěná fakta, využíváme informací od co největšího počtu zdravotníků pečujících o nemocného

Pravdivost – navazuje na objektivnost, u zdravotnických pracovníků dochází k tomu, že udělají závěr ještě dříve, než začnou pozorovat, nebo si špatně zvolí cíl, který chtějí pozorovat

Seznámení s dokumentací – je důležité pro stanovení cíle našeho pozorování

Podmínky pozorování – podmínky k pozorování by měly být pokud možno stejné, ale v ošetřovatelském procesu je toto těžko splnitelné

Nenápadnost – je důležitá a je to také problém, nemocný, který si uvědomí, že je sledován, se začne chovat jinak,

Správnost závěrů – závisí na pravdivosti, průběžném zaznamenávání do dokumentace a na hodnocení dosažených výsledků

2 Rozhovor ve zdravotnictví

„Rozhovor je způsob řečové komunikace mezi dvěma či více účastníky, jde tedy o zvláštní případ sociální interakce, kdy sdělujeme a sdílíme určité významy, což se děje účelově. Vytváříme jím vztah, pracovní společenství, pacienta prostřednictvím rozhovoru ovlivňujeme, dodáváme a získáváme potřebné informace.“⁷

Každý rozhovor má stránku dynamickou, věcnou a sociálně emoční. V rozhovoru mezi zdravotníkem a nemocným, má vždy navrch zdravotník, který rozhovor řídí, přímo či nepřímou.

Rozhovory, které využíváme ve zdravotnictví, se mohou dle účelu a cíle rozdělovat do rozhovorů kde:

⁷ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Vyd. 1. Praha : Jiří Kocourek, 1999. 278 s. ISBN 80-86123-08-08-

Získáváme informace:

- je to rozhovor, kdy všeobecná sestra přichází poprvé do kontaktu s nemocným či jeho příbuznými,

anamnestický rozhovor – je hlavním zdrojem informací pro sestru, zajímá se o

biologickou, psychologickou a sociologickou stránku života pacienta

diagnostický rozhovor – mnohokrát se překrývá s anamnestickým rozhovorem, pomáhá tam, kde není už moc dalších diagnostických metod a jako jeden z hlavních se používá spolu s pozorováním jako psychiatrická vyšetřovací metoda

explorativní rozhovor – je to rozhovor zaměřený na jednu určitou oblast nemocného (životaspráva nemocného či jiné)

Dodáváme informace:

- rozhovor, kdy jeho prostřednictvím něco sdělujeme nemocnému – výsledky vyšetření (lékař), prognózu onemocnění (lékař), průběh vyšetření (všeobecná sestra) či seznámení s léčebným postupem (všeobecná sestra i lékař)

závěrečný rozhovor – užívá se zejména před propuštěním nemocného ze zdravotnického zařízení, kdy rozhovor je bohatý na informace, nemocnému bychom měly dát dostatek prostoru na otázky, které ho zajímají, případně spolu s klientem edukovat i rodinu

poradensko-informační rozhovor – poskytuje nemocnému možnost promluvit si o svém onemocnění, doplnit si chybějící informace, pozor však na vmanipulování nemocným pro poskytování rad a tím přejímání odpovědnosti na zdravotníka (tento rozhovor se povětšinou týká lékařů)⁸

Navozujeme změnu psychického stavu:

- tuto změnu navozujeme pomocí psychoterapeutických rozhovorů

nedirektivní empatický rozhovor – postupně se do nemocného vcitujeme a také mu to

⁸ VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. Vyd. 1. Praha : Jiří Kocourek, 1999. 278 s. ISBN 80-86123-08-

průběžně sdělujeme, podporujeme jeho sebeexploraci, navozujeme atmosféru bezpečí a důvěry, napomáháme mu lépe se orientovat v jeho duševním životě

interpretující rozhovor – všeobecná sestra v tomto rozhovoru sděluje nemocnému, jak asi souvisí jeho projev a myšlenky s motivací, opatrně mu sděluje „co asi za tím vším může být“

podpůrný a uklidňující rozhovor – všeobecná sestra nemocného povzbuzuje a dává mu najevo, že je tu a neopustí ho, optimistický pohled a projevená naděje by neměla být neúměrná realitě - falešná

přesvědčující rozhovor – je to direktivně vedený rozhovor, který maximálně využívá autoritu všeobecné sestry a racionalitu, chceme nemocnému ukázat v čem se mýlí, logické argumenty se spojují se sugestivním působením

Při rozhovorech pro získání či dodání informací je za potřeby naprosté srozumitelnosti, to znamená nepoužívat odborné termíny, kterým klient nerozumí. Udržujeme intelektovou úroveň klienta podle jeho vzdělání a aktuálního zdravotního stavu. Rozhovor by neměl klienta zatěžovat a měl by být veden šetrně.

Hlavními cíli rozhovoru s klientem jsou:

- doplnit a upřesnit informace v dokumentaci a při pozorování
- doplnit a upřesnit anamnestické údaje pro ošetrovatelskou péči
- získat a objektivizovat údaje o subjektivních potížích
- poučit a uklidnit klienta
- uspokojit potřebu jeho sociálního kontaktu
- získat klienta k další spolupráci v ošetrovatelském procesu

„Zásady správné komunikace s nemocným“:

„Jak je nemocný schopen komunikovat“

„Vstupní rozhovor by měl být vždy připraven a předem dohodnut“

„Při vstupním rozhovoru respektujeme přání nemocného o účasti někoho blízkého“

„Předem se dohodneme na délce rozhovoru“

„Při rozhovoru nejlépe sedíme – jsme v úrovni nemocného a díváme se mu do tváře“

„Klademe jednoduché a krátké otázky, přiměřeně nahlas“

„Nemocného oslovujeme příjmením“

„Důležitá je trpělivost všeobecné sestry“

*„Upravený zevnějšek“*⁹

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

K úspěšnému vedení rozhovoru a k tomu aby rozhovor splnil svůj cíl, je potřeba důvěra a spolupráce mezi zdravotníkem a nemocným.

Dorozumívání mezi zdravotníkem a nemocným záleží z velké části na jejich vztahu.

Tyto vztahy by mely být založeny na vzájemné důvěře a respektu. To znamená, že zdravotník uznává osobnost člověka v jakémkoli stadiu nemoci.

Každý zdravotník je vázán mlčenlivostí, kterou mu určuje zákon a ctí etický kodex svého povolání.

Nemocný se na zdravotní péči obrací ve chvíli své životní krize. Čím větší a vážnější je stav nemocného, tím komplikovanější je jeho psychologický stav ke zdravotnickému zařízení a jeho zaměstnancům.

*„Vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu“*¹⁰

Vhodná komunikace mezi zdravotníkem (všeobecnou sestrou) a nemocným dokáže zabránit mnohým konfliktním situacím a ve výsledku příznivě ovlivňuje průběh nemoci.

Co nemocný očekává od zdravotníka (všeobecné sestry)? Očekává vysokou odbornost, předpokládá taktní a ohleduplné jednání a psychickou podporu ve složitých situacích.

Postavení všeobecné sestry je zde složitější a to z důvodu, že nemocný vnímá zdravotní sestru jako nedílnou součást celého zdravotnického týmu. Všeobecná sestra je v úzké spolupráci s lékařem, ale i jako samostatně pracující. Musí budit v nemocném důvěru v její odborné znalosti, být taktní a trpělivá.

*„Nemocný člověk má právo na informace, které se týkají jeho osoby a onemocnění.“*¹¹

⁹ STAŇKOVÁ, M.: *České ošetřovatelství 4 praktická příručka pro sestry*. Vyd.1. NCONZO Brno 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3

¹⁰ ZACHAROVÁ, E; HERMANOVÁ, M; ŠRÁMKOVÁ, J: *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. vyd.1. Praha 2007 : Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

¹¹ KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Vyd.2. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN978-80-7367-407-6

Při zaměření na vztahy mezi zdravotníkem a nemocným se zaměřím hlavně na vztah mezi všeobecnou sestrou a nemocným.

„*Objektem práce sestry je člověk.*“¹² Od všeobecné sestry se očekává, že ovlivňuje prožívání a jednání nemocného a unese jak fyzické tak psychické nároky svého povolání.

Jsou určeny zásady chování zdravotních sester, které byly vydány Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy i v Etickém kodexu zdravotních sester a ošetrovatelek v České republice – Podpora zdraví: předcházení nemocem, navrácení zdraví, zmírnění utrpení

Sestra a nemocný:

Anamnéza: slouží k navázání osobního kontaktu, je zdrojem informací, sestra může k doplnění a prohloubení anamnézy podstatně přispět (jak k somatické stránce, tak psychologické a sociální stránce), významná jsou – pozorování týkající se osobnosti, vlastností pacienta (pacient se svěřuje obsáhleji se svými problémy, konflikty a frustracemi)

Povinnost mlčení

Zákon č. 20 z r. 1966 O zdraví lidu ukládá zdravotníkům povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dověděli o nemocných v souvislosti s výkonem povolání.

V zásadě je možné podat sdělení o nemoci a nemocném s jeho souhlasem.

Lékař je zproštěn mlčenlivosti – u trestných činů – jako je vražda, velezrada, sabotáž, či oznamovací povinnosti – pedofilie, úrazy, infekce a další.

Sestra není oprávněna podávat informace nikomu

Sdělení nálezu:

Je zásadně věcí lékaře, ale je účelné, aby sestry věděly, jak byl pacient informován, a mohly vhodným chováním vůči nemocnému lékařovo působení podpořit. Zdravotníci musí obecně zeslabovat vliv některých „toxických diagnóz“ (např. termín infarkt lze obejít závěrem o dočasné poruše srdečního svalu), výklad o nemoci či jiná edukace pacienta by měla být přístupná znalostem pacienta a jeho IQ.

¹² KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Vyd.2. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN978-80-7367-407-6

Profesionální psychická deformace: Rozvíjí se pomalu z profesionální adaptace. Jsou takové postoje a projevy, jimiž vyjadřuje zdravotník takovou míru otrlosti při své práci, že na pacienta to činí dojem záměrného cynismu (např. vyprávění vtipů u pacienta v bolestech). Je také projevem dlouhodobého neuvědomělého návyku. Může být příčinou iatrogenního poškozování nemocných.

Chyby ve zdravotnické práci

zaviněné – vznikají nezodpovědností a nedbalostí pracovníka a nedostatky v jeho vzdělání a sebevzdělání

nezaviněné – vyplývají z úrovně současné medicíny a zdravotní péče

Ke vzniku chyb přispívají situační a psychické faktory jako jsou – spěch, únava, onemocnění zdravotníka; dále povrchní práce s dokumentací, s laboratorním materiálem, ledabylý kontakt s nemocným

Iatropatogenie

Je léčebný, vyšetřovací či preventivní postup lékaře, který má za následek poškození zdraví nemocného.

sororigenie – znamená poškození sestrou

somatická iatropatogenie – poškození pacienta léky, operací, zářením, nesprávně provedeným ošetrovatelským úkonem

psychická iatropatogenie – jde o negativní psychoterapii, kdy slovo působí jako jed

Zdrojem iatrogenie jsou:

- projevy zdravotníků – suverénní, sebevědomé závěry i bezradnost „co mám s Vámi dělat?“
- osobnost nemocného – vnímavý, citlivý, úzkostlivý, citově zranitelný, vztahovačný pacient
- situace

Důsledky mohou být: neurózy (fobická; hypochondrická), i suicidia

Přístup všeobecné sestry ke klientovi, by měl brát na zřetel všechny na něj působící bio-psycho-sociální složky. Ale sama sestra se naopak musí bránit své emocionální únavě,

profesionální deformaci, či neúměrně zjednodušenému pohledu na nemocného. Všeobecná sestra by měla jednat s nemocným jako s člověkem a ne jako s „případem”.¹³

¹³ JANÁČKOVÁ, L.; Weiss, P. : *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd.1. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9

2. Problematika práce sestry v ambulantní složce

Dnes již rozvoj medicíny a trendy v diagnosticko – terapeutické oblasti umožňují některé problémy nemocného řešit ambulantní péčí. Ambulantní péče by měla odpovídat zdravotnímu stavu nemocného a jeho duševnímu stavu.

Faktory ovlivňující ambulantní péči:

- častá změna lékaře
- opakované náročné vyšetření
- doprava do zařízení
- minulá negativní zkušenost
- dlouhá doba čekání či nevhodné chování zdravotnického personálu

Důležitou roli v ambulantní péči a v psychice nemocného při čekání hraje čekárna. Místnost kde nemocný tráví někdy, ne zrovna krátkou dobu před vstupem do ordinace. Čekárna by měla splňovat hygienicko-estetické požadavky. Měl by zde být vytvořen systém pořadí, zajistit vhodnou osvětovou literaturu – třeba formou letáků či nástěnkami a různými kontakty na další potřebná zařízení. Ale vůbec nejdůležitějším faktorem, který v čekárně působí na čekajícího nemocného, je všeobecná sestra v ambulanci. Všeobecná sestra zajišťuje kontakt mezi čekárnou a ambulancí.

Měly by zde pracovat sestry vlídné a zdvořilé, které dovedou jednat s lidmi a pozitivně ovlivnit psychický stav nemocného.

Právě zde na tomto místě v kontaktu čekárny s ambulancí prostřednictvím všeobecné sestry vznikají konflikty. Ať už jsou to konflikty ze strany sestry nebo nemocného. Nemocný přichází z pravidla do ambulance ne zrovna v psychické i tělesné pohodě a to by zdravotní sestra měla respektovat a podle toho se vhodně chovat a komunikovat.

Problematika práce sestry tak spočívá v neustálém odrážení osobních pocitů a nálad nemocného, který přichází do ambulance. Všeobecná sestra by měla být vždy profesionální, ale ne vždy se jí to podaří. I zachmuřený výraz v obličejí všeobecné sestry tak může vyvolat v nemocném jakousi nevoli a předebrat tak vzniku konfliktu.

Sám nemocný je ve stavu, kdy mu není dobře a může sám konflikt vyvolávat, aniž by si toho byl plně vědom. Potom je na zdravotníkovi (všeobecné sestře), aby toto varování včas rozpoznal a konfliktu předešel, nebo se o to alespoň pokusil.¹⁴

„Ambulantní sestra poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči metodou ošetrovatelského procesu.

Sestra na ambulanci vede pacienta k aktivní účasti na svém zdraví, prevenci a posilování zdraví a změně životního stylu. Působí také nejen v podpoře zdraví, udržení zdraví a zdravotní výchově, ale také zachovává přístup na základě holismu. Pacient na ambulanci se stává pro sestru partnerem při plánování a hodnocení zdravotní ambulantní péče“¹⁵

2.1. Osobnostní charakteristika úspěšné sestry

Osobnost zdravotníka

Zdravotník, který je na prahu svého povolání, mívá většinou po citové stránce k psychologii nemocného blíže než zdravotník, který je rutinovaný.

Humánní vztah k nemocnému má být ohleduplný a citlivý, chápatý a šetrný, vnímavý a přemýšlivý.

Vyrovnaná osobnost zdravotníka má pozitivní vliv na nemocného a podílí se na jeho uzdravení.

Důležitými osobnostními předpoklady jsou:

intelektové předpoklady – mít dobrou paměť a logické myšlení

estetické předpoklady - pro vytváření pozitivního vztahu mezi nemocným a všeobecnou sestrou, pozitivnější vlastnosti jsou přisuzovány lidem čistým, upraveným a hezkým

senzomotorické předpoklady - šikovnost, zručnost, rychlost

Sociální předpoklady jsou požadovány v nadprůměrné výši, vzhledem k intenzivní interakci s nemocnými a s ostatními zdravotnickými pracovníky.

¹⁴ KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ E.: *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4.ročník*. Vyd.1. Praha 2009: Grada Publishing, a.s.,2009.140 s.ISBN 978-80-247-2831-5

¹⁵ VČELIČKOVÁ, M: *Vztah sestra-pacient v ambulantním sektoru*. Písek, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

Konkrétně jde o schopnosti a dovednosti: navázat kontakt, mít pozitivní vztah k druhým lidem, vést produktivní dialog, umět se vcítit do psychického stavu druhého, umět z neverbálních projevů odhadnout prožívání a jeho intenzitu, umět jednat s lidmi, spolupracovat a organizovat, přejímat různé sociální role, ovládat chování a projevy verbální a neverbální

Autoregulační předpoklady

Znamená odolnost vůči fyzickým a psychickým zátěžím, která závisí na vrozených vlastnostech organismu, hlavně typu vyšší nervové činnosti, úlohu mají i zkušenosti z období raného dětství. Důležitým faktorem je frustrační tolerance (míra neuspokojenosti potřeb, kterou jedinec unese), zárukou vysoké úrovně frustrační tolerance je vyzrálost osobnosti. V odolnosti hrají roli volní vlastnosti, včetně sebeovládání a sebekázně. Schopnost pracovat i v náročných situacích bez chyb a maladaptivních reakcí.

Požadavky na vlastnosti osobnosti

Práce klade zvýšené nároky na: přesnost, důslednost a schopnost soustředit se. Probíhá v kolektivní interakci, klade tak tudíž nároky na spolupráci, iniciativu, podřídit se nebo naopak vést a organizovat.

Je nutná adaptace na týmovou práci a dovednost jednat s druhými lidmi a pochopit jejich tak změněné reakce vlivem nemoci.

2.2. Práce sestry na ambulantní složce

Sestra na ambulanci plní mnoho povinností:

- regulace příjmů k hospitalizaci a pořadí pacientů
- zakládá a vyhledává dokumentaci v kartotéce
- asistuje lékaři při vyšetřování
- měří fyziologické funkce, provádí základní vyšetření
- aplikuje léky, udržuje čistotu ordinace, doplňuje pomůcky a jiný materiál
- komunikuje s pacienty, lékařem, příbuznými pacienta a ostatními spolupracovníky
- objednává pacienty k vyšetření

- provádí záznamy do zdravotnické dokumentace a počítače ¹⁶

Čekání pacientů v čekárně:

„Pořadí vyšetřovaných pacientů určuje lékař nebo sestra bez ohledu na narůstající množství čekajících pacientů.

- je nezbytné udržovat s pacienty v čekárně slovní a oční kontakt, délka čekací doby na ošetření, vyšetření nebo zákrok se nedá v ambulantním provozu nikdy přesně naplánovat

- ambulantní čekárna je velice frekventovaný prostor a celkový počet ošetřených pacientů je během dne velmi vysoký, na ošetření zde čekají nejen pacienti mobilní, ale také nemohoucí na pojízdných vozících nebo lůžkách

- náhlé příjezdy vozů rychlé záchranné služby nejsou na ambulancích ničím výjimečným, pro pacienty čekající na ošetření může taková situace, kdy se setkávají s bolestí, závažnými stavy a utrpením ostatních pacientů, být velice stresující

- čekající pacient hodnotí nejen prostředí, ale zároveň sleduje celkový chod ambulantního provozu, o své zážitky ze svého sledování se ochotně podělí nejen s ostatními čekajícími, ale také se svými příbuznými a známými. Určitá část pacientů čeká po ošetření na odvoz sanitním vozem, taková čekací doba může být častým zdrojem nespokojenosti, která vede k stížnostem či konfliktům“¹⁷

¹⁶⁻¹⁷ VČELIČKOVÁ, M: *Vztah sestry-pacient v ambulantním sektoru*. Písek, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

3. Konflikty

Konflikty byly, jsou a budou. Ty malé, které se odehrávají každý den v nás a mezi námi a ty velké, které zasáhly celý svět (vátky). Kdybychom byly každý na vlas stejní, ke konfliktům by nedocházelo, ale lidstvo by se ani o píd' nehnulo. Není problém v tom, že konflikty jsou a vznikají, ale v tom jak je řešíme, respektive (ne)umíme řešit.

Co je to „konflikt“?

„Nedorozumění, neshody, rozpory, sváry, střety, srážky, souboje, bitky, zápasy, boje, vátky...“¹⁸

Slovo konflikt se skládá ze dvou částí, předpony *con* a jádra *fliktus*. Kdy předpona *con* znamená vzájemné střetnutí dvou účastníků a ne jednostrannou záležitost. Jádro *fliktus* pak znamená náraz, úder.

„Konflikt pak znamená střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí.“¹⁹

„ Slovo konflikt můžeme také vyložit jako - „aspekt, ohrožující nebo porušující rovnováhu nebo stabilitu systému. Zároveň jde o aspekt, který svým napadáním rovnováhy v systému, případně stability, vnáší dynamiku.“²⁰

spor - je interpersonální konflikt, kde alespoň jedna strana konfliktu určuje určité vyhovující řešení

problém - je interpersonální konflikt, kde všichni zúčastnění hledají nejlepší řešení

spor x problém - jádrem sporu mezi sporem a problémem je na straně člověka, protože problém a lidský faktor rovná se spor a spor a lidský faktor rovná se problém – řešením tedy je eliminovat lidský faktor

Pozitivní přístup ke konfliktům:

„Považujeme-li za přirozené, že názory se liší, a je-li přípustné rozdílné názory mít a vyjadřovat, je také zcela logické a přirozené, že vznikají konflikty.“

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, J: *Konflikty mezi lidmi*. Vyd.2. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN978-80-7367-407-6

¹⁹⁻²⁰ PLAMÍNEK, J. *Synergický management*. Vyd.1. Praha : Argo, 2000. 328 s. ISBN 80-7203-258-5

Konflikt je legitimní formou lidské interakce – je nejen legitimní, ale v mnoha ohledech i užitečný.”²¹

Jednotlivé (nezbytné) složky konfliktu:

- nejméně dvě strany, které pro sebe chtějí získat to samé
- opodstatněnost požadavku, proč to mít právě ta ona strana
- vzájemná závislost jednotlivých stran – jedna druhou potřebují
- přibližně stejná síla obou stran

„ Přínosy konfliktu:

- podporuje rozvoj, protože nás učí překonávat překážky ve spolupráci s druhými lidmi
- podporuje tvořivost a vylepšení, nutí nás hledat řešení a překonávat rozdíly mezi sebou
- rozvíjí umění jednat s lidmi, nutí nás s lidmi vycházet a to přes to, že máme jiný názor
- podporuje vzájemné pochopení různých hodnot
- podporuje společenské změny a pokrok
- zpochybnění úhlu pohledu může podpořit naši originalitu a schopnost reflexe

Stinné stránky konfliktu:

- napětí mezi stranami
- nižší produktivita, protože zdroj, který směřuje ke konfliktu a ne k práci
- nižší mezilidská soudržnost – lidé se přidávají ke své straně
- čas vynaložený na hledání řešení může být dost dlouhý a vyčerpávající a může pak následně chybět v důležitějších záležitostech
- postavení a samolibost někdy získávají vyšší důležitost nežli rozum a skutečnost
- zvýšení nákladů na řešení sporu – vyjednávání, jednání, arbitráž či soudní výlohy”²²

Jak předcházet konfliktu:

- je to něco jako bojové umění, pokud jdete současně s druhým člověkem, pak ho najednou obrátíte, kdybychom hned řekli „ne”, tak bychom vystupňovali napětí a tím i konflikt, pokud bychom hned řekli „ne, protože...”, mohlo by dojít k hádce, odpovíme-li způsobem zápasníka v bojovém umění, pak vypadáme uvážlivě.

²¹⁻²² PLAMÍNEK, J. *Synergický management*. Vyd.1. Praha : Argo, 2000. 328 s. ISBN 80-7203-258-5

Postup:

- souhlasný výrok - souhlasíme s druhou osobou
- změkčující výrok - dám najevo, že chápu stanovisko druhé strany
- náznak - naznačím, že chci také něco říct
- důvod stanoviska - vysvětlím svůj postoj
- negativní výrok - řeknu „ne“
- nabídka kompromisu - pokud to jde, nabídnu náhradní řešení

3.1. Druhy konfliktů

Podle psychologické charakteristiky:

konflikty představ – každý máme jinou představu o tom daném jevu (předmětu)

konflikty názorů – každý z nás má jiný názor na tu samou věc, ale jiný názor je pořád přijatelnější rozdílnost než jakákoliv jiná

konflikty postojů – je to názor zabarvený osobním citovým vztahem

konflikty zájmů – souboj, duel – můžeme zde hovořit o konfliktu dvou neurvalců, či o konfliktu dvou džentlmenů, či o interpersonálních konfliktech zájmů

Interpersonální konflikty zájmů jsou jedny z nejtěžších konfliktů. Tvoří nejzávažnější skupinu mezilidských konfliktů.

Podle počtu zúčastněných osob:

intrapersonální konflikty – vnitřní (osobní) konflikty jednoho toho samého jedince

interpersonální konflikty – konflikty mezi dvěma lidmi,

skupinové konflikty – konflikty dějící se mezi určitou skupinou lidí

mezi skupinové konflikty – konflikty mezi jednotlivými skupinami lidí

I přes toto členění konfliktů nelze říci, že ten daný konflikt patří do té určité skupiny. V životě a v praxi se setkáváme spíše se smíšenými konflikty.²³

²³ EGGERT, M. A.; FALZON, W. *Řešení konfliktů. [s.l.] : Portál, 2005. 112 s. ISBN 80-7367-011-9.*

3.2. Řešení konfliktů

Řešení konfliktů má 4 fáze:

- určení problému
- argumenty a odpovědi
- hledání a hodnocení možností
- řešení a dohoda

určení problému – nejlepší je odhalit fakta, držet se jich a udržovat diskusi, nesmíme brát v potaz emoce – klepy a dojmy – při řešení konfliktu jsou pouze okrajové

argumenty a odpovědi – jinak řečeno je to fáze vyjednávání, během tohoto vyjednávání se obě strany snaží co nejdůrazněji prosadit to své, pak nám zbývá spolupracovat – ujistit jaké stanovisko protistrana zaujímá a proč právě toto

hledání a hodnocení možností – v této fázi se navrhuje řešení, rodí se nápady a dělají se ústupky, pomalu ustupuje konflikt a nastupuje oboustranně přijatelné řešení

řešení a dohoda - obě strany se shodují na řešení nebo postupu, který je přijatelný pro obě strany, v ideální situaci tak vyhrávají obě strany, ať už je dohoda jakákoliv, obě strany se shodují na tom, že konflikt je vyřešen

Řešení konfliktů zásahem třetí strany:

Zásah třetí strany je buď dohodnutý oběma stranami, nebo může být výsledkem předchozího smluvního ujednání či může být stanoveno zákonem.

zprostředkování – pomocí zprostředkovatele

smírčí řízení – podání stížnosti arbitrovi, který určí řešení závazné pro obě strany

Pro některé konflikty je lepší varianta zprostředkování, pro jiné konflikty zase varianta smírčího řízení.

Zprostředkování

Zprostředkovatel – musí být akceptovatelný pro obě strany a měl by mít výjimečné vlastnosti: umění jednat s lidmi, umění naslouchat, vynikající komunikační dovednosti, nestrannost a nezávislost, umění poradit, přizpůsobivost, trpělivost, tvůrčí schopnosti, umění přesvědčovat a ovlivňovat

Hlavním jeho úkolem je pomoci oběma stranám prozkoumat, aby na problém nahlížely zvenčí – jinýma očima, aby se strany snažily hledat řešení.

Zprostředkovatel musí zůstat nezávislý a nesmí soudit:

Fáze – zahájit – zjistit – sjednotit – uzavřít

Smírčí řízení

V případě smírčího řízení je o konečném výsledku rozhodnuto třetí stranou a obě strany mají řešení nařízené ze zákona či smluvené.

Obě strany se na smírčí řízení obracejí s tím, že s rozhodnutím, které se vysloví, nemusí ani jedna strana souhlasit a přes to jsou vázány k tomu, aby tomuto rozhodnutí dostála.

Arbitr se zajímá o obsah konfliktu, skutečnosti a důvody, které k němu vedly. Musí posoudit všechny důkazy a argumenty a doplňující faktory, než dospěje k rozhodnutí.

Smírčí řízení se obvykle provádí v komerčních záležitostech. Je také vhodné v případě dlouhodobého konfliktu, kde obě strany uvízly v kruhu.

Smírčí řízení také nepotřebuje přítomné sporné strany.²⁴

3.3. Role osobnosti sestry

Role sestry

Role je ustálený vzorec chování, který se vyvíjí po celou dobu trvání role a posléze tu roli charakterizuje. Čím je historie role delší, tím jsou také pevnější, ustálenější vzorce chování.

Role můžeme dělit na: role osobního života, role profesního života, zájmové role

Má-li jedinec úspěšně plnit roli, měl by si **osvojit požadavky, ale i práva a privilegia role.**

Jsou 3 nejdůležitější rolové znaky sestry:

1 Sociocentrismus (kolektivní orientace):

- je hlavní hodnotou role sestry

²⁴ EGGERT, M. A.; FALZON, W. *Řešení konfliktů. [s.l.] : Portál, 2005. 112 s. ISBN 80-7367-011-9.*

- znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb nemocného
- orientace na druhého by se měla pro sestru stát samozřejmou
- tento přístup a postoj je spojen s nezištností, schopností sebezapření a výraznou motivací
- preference potřeb druhého před vlastními je charakteristická pro sociálně zralou osobnost
- kolektivní orientace vytváří žádoucí postoje k profesi a usnadňuje ztotožnění s požadavky role

2 Univerzalismus:

- sestra je schopna zaujmout svoji roli vůči všem pacientům stejně bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim
- chová se stejně dobře k lidem, kteří jsou jí sympatičtí i k těm, kteří jí sympatičtí nejsou
- totéž by mělo platit i ve vztahu ke spolupracovníkům

3 Emocionální neutralita

- sestra je schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole
- umožňuje výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů

Rodinné prostředí má nezastupitelný význam. Je důležitá kvalita rodiny. Rodina vytváří prostor pro naučení se rolím osobního života, získání potřebných postojů, motivů a aktivit, které s realizací jednotlivých rolí souvisí

Přes citovou vazbu na matku dívka přijímá své pohlaví a osvojuje si různé ženské role. Díky vztahu k otci se učí vztahu k druhému pohlaví a svému budoucímu partnerovi.

- rodina je místo, kde by se dívka měla naučit vychovávat děti

Shrnutí sociálního vývoje ženy: role dítěte, role pubescentky, role partnerky, role milenky, role manželky, role matky, další role lidského života (babička, vdova atd.)

Charakteristické znaky role sestry

Současné role sestry:

1 tradiční: pečovatelka – ošetrovatelská péče

asistentka – sestra se podílí na diagnosticko- terapeutické lékařské péči

2 nové: edukátorka – edukuje klienta – o sebezpečí, edukuje rodinu, komunitu či veřejnost
– laická péče

obhájkyň (advokát) – v případě, kdy nemocný není schopen projevit své

potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, neboť prostřednictvím ošetrovatelského procesu má možnost ho dobře poznat, podporuje tak jeho pocit bezpečí a jistoty
koordinátorka – v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestry spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu i s rodinou

Rozdíl sestry × jiné profesní skupiny žen

Sestry jsou:

- emocionálně stabilnější, snížené množství psychosomatických onemocnění, mají tendence ke konvenčním postojům, přísné svědomí, potřebu organizovanosti prostředí, dále vyšší skóre maskulinity, nižší míru heterosexuality (více homosexuality), potřeba ponížení, pokoření od druhých, takže masochistické tendence a kvalitní sestry jsou orientované na druhé lidi
V jednotlivých skupinách specializací se sestry v osobnostních rysech nijak zvlášť neliší.

3.4. Konflikty v ambulantní složce

Zátěž ambulantních sester můžeme rozdělit na:

běžnou - jedná se o úkoly, které člověk zvládá bez větších těžkostí

zvýšenou – kdy nutností je řešit neobvyklé situace

„ Stresovou reakci u sestry v ambulanci vyvolá pacient, který se mračí, uhýbá pohledem, je nervózní, neustále si stěžuje, kritizuje a snaží se vzbudit lítost „²⁵

Nadměrná zátěž sestry

Nadměrná zátěž sestry je nebezpečná nejen pro ni, ale také pro pacienty. *„ Mezi negativní pracovní podmínky v práci ambulantní sestry patří časový tlak, přerušování práce, protichůdné pokyny, neustále narůstající administrativa, nízká úroveň dovedností a znalostí sestry.²⁶*

Spokojenost sestry je předpokladem pro spokojeného pacienta.

²⁵⁻²⁶ VČELIČKOVÁ, M.: *Vztah sestry-pacient v ambulantním sektoru*. Písek, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

Pacient na ambulanci

Pacienta na ambulanci zpravidla přivádí příznaky nemoci. Být pacientem není role, ale stav, který je spojený s negativními pocity i důsledky.

Pacient prožívá obavy a strach, které mohou být v některých případech plané či přehnané. „*Většina pacientů přichází na ambulanci dobrovolně, s určitými obavami, nadějí i v rozpacích*“²⁷. Mnozí pacienti tuto situaci prožívají poprvé a je pro ně velkou neznámou.

„*Pacient přichází na ambulanci s jistou představou o zdravotnickém zařízení, sestře i nemoci. Pacient může také přicházet na ošetření nepříznivě senzibilován trapnými zážitky z minulosti. Velmi důležitou úlohu zde hraje samotná osobnost pacienta. Sám pacient, jeho povaha, postoje a zkušenosti jsou základem pro jeho hodnocení situace a chování.*

Pacient a sestra mají na nemoc odlišný pohled. Pacient má příznaky, uvědomí si je, stanoví si sám diagnózu a rozhoduje se, že půjde k lékaři. Už v této chvíli přemýšlí, jak dlouho jeho léčba potrvá, jaká omezení s léčením a nemocí souvisí. Při vlastním rozhodování je ovlivněn množstvím faktorů. Příkladem je bolest, konkrétní potíže, důvěra, očekávání, obavy, ale současně předchozí zkušenosti s ošetřením.“²⁸

Komunikace sestra – pacient

V mezilidské komunikaci udržuje rovnováhu zpětná vazba. Rozhovor na ambulanci má vždy tyto úrovně: úvod, vzestup, vrchol s rozuzlením problému, závěr

Verbální i neverbální složka musí být vždy ve vzájemné shodě, protože jedině tak je komunikace správná, zdravá a působí upřímným dojmem.

Nejčastěji používanou komunikací a metodami na ambulanci je komunikace terapeutická a kombinace pozorování s rozhovorem.

Směr komunikace určuje sestra. Za každých okolností vždy profesionálně.

„*Současně musí dbát na zachování důstojnosti pacienta, přistupovat k němu s úctou a respektem, protože lidská individualita je považována za jednu z nejvyšších hodnot. Sestra nemusí vždy souhlasit s postojem pacienta, ale vždy ho musí tolerovat. Aktuální stav pacienta velmi ovlivňuje jeho schopnost komunikovat a především porozumět. Pacientovi musí být vždy*

²⁷⁻²⁸ VČELIČKOVÁ, M.: Vztah sestra-pacient v ambulancním sektoru. Písek, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

*umožněno dostatečné vyjádření svých pocitů a potíží, sestra naopak kontroluje, zda informace, které sdělí, pacient přijímá. Pro vzájemné porozumění je nejdůležitějším předpokladem empatie.*²⁹

Úvod rozhovoru se ponechává pacientovi. Sestra následně cílenými otázkami zjišťuje konkrétní informace a postupuje od obecného ke konkrétnímu. Pacient sestře říká, co si myslí, co cítí. Při rozhovoru by rozhodně sestra neměla budit dojem, že spěchá či naléhá. Během rozhovoru sestra povzbuzuje pacienta k vyjádření problémů, využívá empatie a naslouchání. Zpočátku používá otevřené otázky a adekvátně reaguje povzbuzením.

Rozhovor řídí všeobecná sestra nenásilně bez větších zásahů a snaží se zjistit podstatu.

Informace pro pacienta sestra předává vždy tak, aby tomu pacient porozuměl a byl tak nadále schopen si informace zapamatovat a sám je používat.

V průběhu rozhovoru s pacientem by sestra neměla odbíhat ani k telefonu. To je ovšem při ambulantním provozu někdy nerealizovatelné.

Bariéry v rozhovoru sestry – pacient: jazyková bariéra, věk, výslovné a verbální defekty, hluk, duševní poruchy, emoce sestry, vztah sestry k lidem a její postoj k nim

Komunikační zlozvyky (skákání do řeči) - jsou častou příčinou konfliktní komunikace, stoupající nespokojenosti a podrážděnosti. Velmi nepříjemné pro druhou stranu je absence zpětné vazby.

Sestra by neměla být příliš dominantní. *„Chladné úřední chování je stejně škodlivé, jako velká důvěrnost. Překážky v komunikaci brání dobrému vyjádření i pochopení informací. Nutností všeobecné sestry je včas odhalit tyto bariéry a zabránit tak negativnímu vlivu na vztah sestry s pacientem.*“³⁰

Bariéry můžeme rozdělit na: vnější, vnitřní

Mezi vnitřní komunikační bariéry patří - obava z neúspěchu, problémy osobního rázu, vlastní jazyk zdravotníků nesrozumitelný pacientovi, vzájemná neúcta, komunikační nepřipravenost

²⁹⁻³⁰ VČELIČKOVÁ, M.: *Vztah sestry-pacient v ambulantním sektoru*. Písek, 2010. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta

a fyzická nepohoda. Mezi vnější komunikační bariéry patří - vliv prostředí, přítomnost dalších osob a komunikační šum.

3.5 Asertivní chování

Asertivní chování může předcházet konfliktům, nebo může pomoci konflikty řešit.

Asertivita je komunikační styl - přímé, přiměřené a upřímné vyjadřování vlastních názorů negativních i pozitivních, aniž bychom porušovali práva jiných lidí i svá vlastní.

Američan A.Salter učil své žáky: spontánním reakcím, přiměřenému projevu emocí, umění dát najevo svá přání, požadavky, vyjádřit vlastní stanovisko, nebát se oponovat, taktiky, jak prosadit svůj oprávněný požadavek, říkat „ne“ na nepříjemné nároky (aniž by byla dotčena práva druhých), vyrovnávat se s kritikou i vlastními chybami

Co je asertivní chování?

Je to otevřená, upřímná a přiměřená komunikace s druhými lidmi, vyrovnaný a čestný přístup k řešení problémů. Aktivní snaha o dosažení toho, co chceme (ne pasivně čekat, až se to stane).

Jednání s plným nasazením kdy nejde o výhru, ale i o jednání, při kterém jde o nalezení nejlepšího řešení problému (při zachování sebeúcty).

Jasně formulování vlastních potřeb a přání (asertivně vyžadujeme to, co nám patří, aniž bychom poškozovali druhé). Klidná reakce odmítnutí.

Asertivně jednající člověk dokáže přesně a jasně definovat, o co mu jde, jak situaci vidí, co si o ní myslí a jak ji prožívá. Má pozitivní postoj k druhým lidem i přiměřené sebevědomí. Celou svojí bytostí sděluje, že ví, že jeho požadavek je oprávněný a splnitelný a druhá strana je korektní a nemá jiný zájem než věc kladně vyřešit. Chová se přiměřeně sebejistě, respektuje partnera a ctí důstojnost druhých. Umí také naslouchat, zvažuje informace od druhých. Proto je schopen změnit svůj názor pod tíhou argumentů a přistoupit na kompromisu. Protože považuje ostatní lidi za „dobré“ – není mu trapné požádat sám o laskavost nebo ji poskytnout.

Asertivní jednání je klidné, člověk působí uvolněným dojmem, mluva je přiměřeně hlasitá a srozumitelná. Oční kontakt je přímý. Umí rozpoznat a ubránit se manipulaci.³¹

Co je agresivní chování?

Přímá agrese: je prosazování na úkor ostatních, nerespektování práv a oprávněných požadavků druhých, dále ponižování a srážení sebedůvěry ostatních, neochota naslouchat druhé straně, skákání do řeči, přerušování druhého, křik, nadávky, snaha „odrovnat druhého“ či zastrašování druhé strany

Nepřímá agrese: je manipulování s lidmi, rozladěnost, šíření špatné nálady, jízlivost, uštěpačné komentáře, citové vydírání, významné pohledy, praskání dveřmi, pokrytecké poznámky, vyvolává zdání síly

Co je pasivní chování?

Je to snížení aktivity, stavění se do role oběti, vzdávání se odpovědnosti za sebe a své činy. Nedostatek nápadů, stěžování si, nařikání, pocity „proč se to stává právě mně“.

Člověk nedovede jasně sdělit svá přání a potřeby, stejně bezbranný je i vůči požadavkům druhých, chybí jistota v jednání, nedovede se přiměřeně uplatnit. Není odolný vůči manipulativním trikům, stačí trocha kritiky z druhé strany a hned se začne omlouvat, vymlouvat, vysvětlovat, nedosáhne často svých cílů - vyvolává pocit poraženectví

Ne každé vyhovění druhé straně či vzdání se vlastních cílů je však projevem pasivity! Člověk se může rozhodnout, zda mu určitá věc stojí za úsilí, stejně tak má právo být k druhým velkorysý. Pak vlastně tím, že ustoupí, realizuje své přání.

Nikdo s námi nemůže úspěšně manipulovat, pokud mu to nedovolíme. Manipulace je vlastně ovlivňování druhých, prostřednictvím skrytých manévřů, která zasahují bolavá místa, sebevědomí a vyvolávají pocity viny.

Asertivní lidská práva:

I Právo každého člověka samostatně posuzovat své vlastní chování, myšlenky a emoce a být za jejich důsledky odpovědný.

³¹ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

Maxima v této sféře člověk dosahuje, jedná-li mravně bez kontroly, ne jen pro to, že je pod kontrolou. Člověk je sám soudcem svého chování.

Manipulační pověry ve výchově: nemůžeš posuzovat nezávisle sám sebe, musíš být posuzován autoritou moudřejší, než jsi ty.

2 *Právo nenabízet žádné výmluvy a omluvy ospravedlňující jeho názory, postoje, rozhodnutí a chování.*

Když toto právo neakceptujeme, zaplétáme se do vysvětlování a tím nabízíme agresorovi další informace.

Manipulační pověry ve výchově: musíš druhým zdůvodnit svůj názor, zejména tehdy, když se odlišuješ.

Chovej se tak, ať tě druzí mají rádi

3 *Právo každého sám se rozhodnout, zda a jak se zapojí do řešení problémů jiných lidí. Právo odmítnout odpovědnost za činnost institucí a lidí.*

Př. stojím ve frontě na poště a je mi lidmi dáváno najevo, že zdržuji.

Manipulační pověra ve výchově: jsi zodpovědný za své blízké, musíš k nim mít závazky.

4 *Právo každého změnit svůj názor.*

Často lidé setrvávají na svém názoru, protože je to pro ně výhodné; snaží se, aby nevybočili z řady. Nepřináší to vnitřní spokojenost.

Manipulační pověry: seriózní člověk si stojí za svým názorem, nemůže přece měnit názor, ke kterému se už jednou přiklonil.

5 *Právo dělat chyby a být za ně zodpovědný.*

Asertivní je přijmout kritiku a být za ni zodpovědný

Manipulační pověra: nikdy nesmíš dělat chyby, a když je uděláš Raduško, tak se styd'.

6 *Právo říci „já nevím“*

Manipulační pověry: má-li mít někdo autoritu, měl by být neomylný

7 *Právo být nezávislý na dobré vůli jiných.*

Abych se zavděčila okolí, nechám se zmanipulovat, vnitřně mě to mrzí, mám na sebe vztek. Př. dám se ostříhat a chovám se tak, aby mě druzí měli rádi

8 *Právo dělat nelogická rozhodnutí.*

př. jsem otužilá a plavu, když je mínus 80

9 *Právo říct „já ti nerozumím“*

10 *Právo říci „je mi to jedno“*

Manipulační pověra: „nemůže ti být jedno, co si druzí o tobě myslí“³²

Asertivní povinnosti:

„Upřímně a otevřeně vyjadřovat své pocity a nálady, informovat o tom, jak situaci prožíváme a jak ji chápeme - komunikační dovednosti.

Respektovat osobní práva druhého, jeho názory, pocity, přesvědčení i životní styl a postoj. I přes rozdílné názory si ho vážit.

Kontrolovat své emoce, nést odpovědnost za následky svého jednání, být si vědom odpovědnost vůči sobě i vůči druhému.

Realisticky se dívat na sebe i druhé, nic si nenalhávat. Brát v úvahu, že jakýkoliv pohled na svět, věci, události, lidi, je u konkrétního člověka subjektivní může být tedy i neobjektivní.

Snažit se o poznání a pochopení skutečného stanoviska druhého, jeho názorů, postojů, potřeb, cílů, aspirací, hodnot a snažit se vžít se do jeho situace (empatie). Naučit se pozorně a trpělivě naslouchat druhému.

Nesnažit se vždy zvítězit nad druhými. Nebrat každou situaci jako soutěž či duel, kde vítězství znamená porážku druhého. Naučit se hledat kompromis, alternativy řešení.

Přiznat svůj omyl a bezodkladně se ho snažit napravit bez pocitu prohry. Za své chyby berme odpovědnost. Nesvalovat vinu na jiné.”³³

Celé asertivní jednání je závislé především na dovednosti jasně a věcně se vyjadřovat.

Nejčastější a zároveň nejobtížnější zásady asertivity:

Dejte zřetelně znát, že lidem nasloucháte a dáte na jejich mínění. “

„Chápu, proč máte pocit ukřivdění, asi bych ho také měla... “

„Uvědomuji si, že je to pro vás velmi těžké, jsem však přesvědčena, že... “

Dejte jednoduše, přímo a zdvořile najevo, jak se cítíte a co si myslíte, mluvejte především v první osobě.

„Mám pocit, že jsem dost dobře nepochopila váš názor... “

³² JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd.1. Brno 2000: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně,2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4

³³ JANIŠ, K.; BARTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

„Myslím si, že tohle nemohu zvládnout a proto chci...“

Vyjadřujte přesně svá přání i to, co chcete, aby se udělalo.

„Ráda bych, abyste...“ „Chci, aby...“ „Nechci, aby...“ „Co byste řekl...“ „Pomohlo by, kdyby...“ „³⁴

Asertivní techniky

V asertivním jednání a komunikaci často využíváme techniky, kterými dosahujeme kompromisu, domluvy či prosazení oprávněného požadavku. Zde jsou uvedeny nejčastěji používané asertivní techniky:

Využití zpětné vazby

Reakce na určité chování, je základem pro asertivní komunikaci, zpětná vazba může být pozitivní i negativní.

Asertivní vyjádření „ne“ či „ano“

Jde o nácvik odpovědi „NE" nebo „ANO" na nepřijatelné požadavky aniž by měl člověk pocit viny vůči druhému. Mnohým lidem tato technika dělá velké problémy, protože člověk musí rozumět svým vlastním pocitům. Velkou roli zde hraje naše výchova.

Odmítnutí či nevyhovění požadavkům toho druhého, vyvolává agresi či zlost a toho se mnozí bojíme – proto raději odpovídáme kladně, aniž bychom s tím vlastně vnitřně souhlasili.

„Chci opravdu vyhovět nebo naopak?" Přesto ale máme právo odmítnout, pro nás nevyhovující požadavek. Odmítnout můžeme přímo či s vysvětlením. Záleží na dané situaci.

Pokažená gramofonová deska

„Je to klidné a vytrvalé opakování toho, co chcete. Technika učí vytrvalosti v prosazování svého, bez nutnosti připravených argumentů a bez pocitu zlosti. Umožňuje ignorovat manipulativní a argumentační léčky a trvat přitom na svém.“³⁵

Otevřené dveře

Technika učí jak akceptovat manipulativní kritiku, a to tak, že klidně přiznáte kritikovi, že, může mít pravdu. Tato technika umožňuje přijímat kritiku klidně, bez úzkosti a zároveň neposkytuje kritikovi žádné posílení.

³⁴⁻³⁵ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4.

Sebeotevření

Usnadňuje sociální komunikaci a redukuje manipulaci. Umožňuje klidně vyjádřit i takové věci, které vám dříve působily pocity viny či úzkost.

Volné informace

Technika snižuje plachost při zahajování rozhovoru. Usnadňuje ho proto, že my nebo partner nabízíme volné informace o sobě.

Negativní aserce

Učíme se přijímat své chyby a omyly, aniž bychom se museli omlouvat. A to tak, že jednoznačně souhlasíme s kritikou našich skutečných negativních kvalit. Můžeme tak posoudit své chování bez úzkosti a obrany a současně s tím redukuje agresivitu kritika.

Negativní dotazování

*„Technika vede k aktivní podpoře kritiky s cílem použít získané informace (jsou-li konstruktivní) k našemu zkvalitnění nebo je vyčerpá (jsou-li manipulativní). Kritik je přitom veden k větší asertivitě a menší závislosti na manipulativních taktikách.“*³⁶

Selektivní ignorování

Reakce na kritiku je výběrová (selektivní). Dáme všem jasně najevo, že jsme slyšeli, ale nebudeme se k tomu vyjadřovat. Technika nám umožňuje vyhnout se zkratovému jednání.

Přijatelný kompromis

Tuto techniku použijeme tehdy, kdy netrpí naše sebeúcta. Můžeme nabízet kompromis přijatelný pro obě strany. Obvykle v dané situaci nepoužíváme jen jednu techniku, ale několik. Podle toho, jak se situace vyvíjí.

Asertivní komunikační dovednosti

Vyjadřování žádosti

Máme právo na vyslovení žádosti a zrovna tak má ten druhý právo na odmítnutí. Zachovávejte tyto zásady: - mluvte stručně a jasně, udejte důvody své žádosti, zbytečně se neomlouvejte, nechodte na věc s oklikou, zbytečně nelichoťte, Nemanipulujte.

³⁶ JANIŠ, K.; BARTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4.

Odmítání žádosti

Máme plné právo žádost odmítnout, v našich podmínkách, ale je nečekané odmítnutí bráno téměř jako urážka. Jsou 4 způsoby odmítnutí žádosti:

Přímo - a to třeba: „Nechci... .”, „Raději bych pomohla jinak... .”, vyvarujte se slova „Nemůžu, protože... .”, když vám pak ten druhý vaši odpověď vyvrátí, musíte souhlasit a vypadá to jako výmluva

S udáním důvodu - používá se často, když je mezi jednotlivci nějaký vztah

S omluvou! - omlouváme se jen tehdy, když k tomu máme pádný důvod nebo je-li nám to skutečně líto, hlavně ženy se někdy omlouvají až přes příliš

Kritizování

Má-li být kritika konstruktivní, musí být vyslovena přímo, slušně a asertivně. Doporučuje se postupovat následovně: zvolit vhodný čas a místo, jít přímo na věc, formulovat konkrétní problém, požádat o odpověď, projednat řešení, formulovat řešení

Nesmíme zapomínat na neverbální komunikaci, která by měla být také asertivní a měla by se shodovat s verbální komunikací – správná komunikace.

Přijímání kritiky

Lidé přijímají kritiku oprávněnou i neoprávněnou, každý po svém, každý s jinými emočními reakcemi. Zobecňování kritiky pak bývá často důvodem k agresivním či pasivním reakcím. Obojí pak pro člověka a jeho psychiku nezdravé.

Asertivní přijímání kritiky vyžaduje hlavně:

- pozorně a klidně vyslechnout obsah sdělení a všechny informace kritiky;
- reagovat vždy klidně, konkrétně a specificky (vyjadřovat se v 1. osobě);
- informovat o svých pocitech, pohnutkách a konečném rozhodnutí;
- při odpovědi použít: zpětné vazby, negativního dotazování, asertivního souhlasu, negativní aserce, empatie;
- nenechat se vyprovokovat k hádce, snažit se partnera vést k objasnění jeho stanoviska tak, aby nám sdělil, co vlastně od nás chce.

Vyjádření a přijetí komplimentu

V životě nám často dělá problém vyjádřit či přijmout kompliment. Komplimenty bychom měli používat stále častěji jako motivační prostředek.³⁷

³⁷ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

Nešvary v sociální komunikaci

Objevují se v komunikaci mužů i žen, některé projevy převládají více u žen, druhé u mužů. Tyto nešvary znehodnocují asertivní mluvu, ale i chování a jednání obou partnerů. Projevuje se to mluvením buď velmi stroze, nebo naopak zbytečně zeširoka a vzniká podráždění či neochota vést další rozhovor. Asertivně jednající člověk se snaží těmto nešvarům vyvarovat.

Upovídánost

Správně bychom se měly obejít bez zbytečných „vycpávek“ a popsat jasně a stručně situaci a sdělit svůj požadavek.

Kličkování a opatrnické vyjadřování

Nejčastěji se jedná o slova a výrazy, které, když je používáme příliš často, značně oslabují naši věrohodnost a ochotu něco závazně a zodpovědně řešit. Často je doprovází ještě nevhodná řeč těla, např. provinilý úsměv, pokrčení ramen, nejistý hlas či omluvný tón.

Popírání vlastního sdělení

Jedná se o výroky, kterými sdělujeme vlastní názor, ale současně snižuje vlastní tvrzení. To v očích toho druhého snižuje naši vlastní hodnotu.

Doplňkové otázky

Jedná se o otázky, které kladou při zakončení řeči zvláště ženy. Jsou to nevýznamné dotazy, které změní jasné rozhodné sdělení na nevýznamný dotaz. Celkový dojem z takto vedeného rozhovoru pak působí slabošky a nerozhodně, téměř dětsky.

Používání zdrobnělin

Jedná se o určitý zlovyk, používají ho. Jedná se o slova typu: trošičku, jen tak lehce, malinkatá chybička, drobný nedostatek a podobně.

Prázdná přídavná jména

Při vyjadřování svých pocitů, používáme často nic neříkající přídavná jména, může tak vzniknout dojem, že spíše „tlacháme“ než se konkrétně vyjadřujeme.

Přílišná zdvořilost

Také tento způsob komunikace nepatří mezi asertivní mluvu. I když se takto hodně používá při výchově dívek ke slušnosti, přehnaná zdvořilost působí neosobně, až falešně. Je daleko vhodnější vyjadřovat se klidně, sebejistě, bez zbytečného balastu.³⁸

Sebe znevažující výroky

Ženy, ale i muži, mají tendenci znevažovat sami sebe i svou práci. Nedovedou přijímat oprávněné komplimenty za svou práci a jejich výroky zlehčují jakékoliv ocenění své osoby.

Vycpávková slova

Jde o tzv. nic neříkající slova - vycpávky, používají ji ženy i muži, ale ženy převažují. Z toho pak vzniklo, že žena se neumí jasně a konkrétně vyjádřit.

Čtení myšlenek

„Při naslouchání může dojít k nedorozumění proto, že příjemce „slyší jen to, co chce slyšet“. Předem totiž hledá „skrytý význam“ sdělení (viz věcná a vztahová rovina). To se pak projevuje tzv. čtením myšlenek. Tento zlozvyk vzniká tehdy, jestliže předem něco očekáváme nebo se něčeho bojíme, případně máme z rozhovoru nepříjemný pocit.“³⁹

Skákání do řeči

Jedná se o další zlozvyk, kdy naslouchající osoba si domýšlí myšlenky druhé osoby. Je to častý projev netrpělivosti posluchače a jeho prosazování se. Toto chování však vyvolá nejistotu partnera při rozhovoru a jeho další nechť v komunikaci pokračovat.

Nereagování na sdělení

Jedná se o častý zlozvyk. Druhá osoba nám neposkytuje dostatečnou zpětnou vazbu. Třeba pokyvování hlavou, zrakový kontakt, dotazy a podobně. Nabýváme pak dojmu, že jsme ignorováni nebo že nám ten druhý nerozumí. Tento pocit v nás vyvolá i neverbální odmítání a to je tehdy kdy jeho verbální a neverbální komunikace není v souladu. Asertivní komunikace tuto situaci naprosto vylučuje.

Vyjadřování pocitů oklikou

³⁸ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

³⁹ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

Jde o vyjadřování svých pocitů oklikou. Znamená to, že nechceme sdělit přímo své negativní pocity, ale volíme způsob „náznaku“, očekáváme tedy, že to druhý pochopí.

Přehánění a značkování

Žena řekne svému muži: „Stokrát jsem tě prosila, abys to spravil, ale ty jsi budižkničemu, nemožný lenoch.“

Nadměrné zobecňování

V tomto případě se jeden detail v chování toho druhého příliš zveličuje a přenáší na celou skutečnost. „*Důvody pro konflikt mohou spočívat i v situaci, kdy se připisují úmysly, překrucuje se skutečnost nebo se utíká od tématu, případně i prohnánymi emočními reakcemi (Praško, Prášková, 1996).*“⁴⁰

Zlovyků v lidské komunikaci je opravdu hodně. Zvládat je asertivně vyžaduje mnohdy hodně trpělivosti a tolerance. Vyžaduje to také znalosti a dovednosti asertivních technik, které lze uplatnit v různých životních situacích.

„*Zvládnutá asertivní mluva posílí naše sebevědomí a tím současně vyvolá respekt u veřejnosti i spolupracovníků (Capponi, Novák, 1994).*“⁴¹

Naše empatie, vcítění se do pocitů druhých, zvláště ve zdravotnictví, zůstává stále dominancí naší mluvy, ovšem bez zbytečných zlovyků.

⁴⁰ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

⁴¹ JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z.: *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové : Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4

Empirická část

4. Cíle a hypotézy výzkumné práce

4.1. Cíle výzkumné práce

Na začátku mé práce jsem si stanovila tyto cíle:

- C1: Zjistit nejčastější příčiny konfliktů v ambulantních složkách.
- C2: Zjistit, jaký vliv a zda vůbec, má vzhled zdravotní sestry při prvním kontaktu s klientem pro případný následující konflikt.
- C3: Zjistit, jaký vliv a zda vůbec, má chování zdravotní sestry při prvním kontaktu s klientem pro případný následující konflikt.
- C4: Zjistit, jak konfliktům v ambulantních složkách předcházet.

4.2. Hypotézy výzkumné práce

Na začátku mé práce jsem si stanovila tyto hypotézy:

- H1: Domnívám se, že nejčastější příčinou konfliktů v ambulantních složkách je špatná komunikace sestry s pacientem.
- H2: Předpokládám, že vzhled zdravotní sestry při prvním kontaktu s klientem, klienta dále ovlivňuje v jeho případném následujícím konfliktu.
- H3: Předpokládám, že chování zdravotní sestry při prvním kontaktu s klientem, klienta dále ovlivňuje v jeho případném následujícím konfliktu.
- H4: Domnívám se, že konfliktům lze předcházet použitím asertivního chování v komunikaci mezi zdravotní sestrou a pacientem.

5. Metodika výzkumu

Pro vlastní výzkum, splnění cílů a ověření či vyvrácení hypotéz, jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Jedná se o kvantitativní metodu, která je rychlá, objektivní a hlavně efektivní. Dotazník jsem vypracovala s ohledem na stanovené cíle a hypotézy a dotazník sloužil pouze pro účel vlastního výzkumu.

Dotazník byl zaměřen na sběr informací od čekajících pacientů v čekárnách ambulancí. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, otevřené i polootevřené. Pacienti tak měli možnost plně se vyjádřit k dané problematice. Dotazník byl zcela anonymní, o 21 otázkách. Úvodní otázky měly identifikační charakter. První polovina otázek se zabývala vlivem vzhledu a chování všeobecné sestry na vyvolání konfliktu a druhá polovina otázek se soustředila na samotné konflikty v ambulantních složkách a jejich řešení. Veškeré výsledky výzkumného šetření jsem znázornila pomocí jednotlivých tabulek a grafů, které jsou součástí mé práce.

V příloze pak dokládám vzorový dotazník, který byl dán do oběhu v Městské nemocnici v Litoměřicích na základě schváleného souhlasu stávajícího ředitele (viz. příloha).

Zkoumaným vzorkem pro mou práci byli pacienti čekající v čekárně na interní ambulanci – centrální příjem (LSPP) a chirurgickou ambulanci.

Bylo rozdáno 100 dotazníků, které byly umístěny do čekáren v období měsíce srpna 2011. Dotazníky mohli pacienti vyplňovat před vchodem do ambulance, ale i poté. Bylo na pacientech kdy, a jak dotazník vyplní a odevzdají do sběrné krabice.

Z celkového počtu dotazníků se 28 dotazníků vrátilo nevyplněných, návratnost tak činila 72%, všechny dotazníky byly plnohodnotně vyplněny a mohly se tak zpracovat.

5.1. Charakteristika zkoumaného vzorku

Ke zpracování údajů bylo zařazeno 72 dotazníků. Dohromady se dotazníkového šetření zúčastnilo 48 (66,67%) žen a 28 (38,89%) mužů. Věkový rozptyl respondentů byl od nejnižšího věku 18 let po nejvyšší věk 78 let. Průměrný věk všech respondentů tedy byl 43,90 let. Co se týká vzdělání respondentů, bylo to hodně různé. Shrnu-li to na velmi obecné údaje tak vychází, že nejvyšší počet 40 (55,56%) respondentů, mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitou a nejnižší počet 6 (8,33%) respondentů, dosahoval pouze základní

vzdělání. Z celkového počtu 72 (100%) respondentů bylo nejvíce vdaných/ženatých, celkem 37 (51,39%) a nejmenší počet byl vdovec/vdova a to celkem 6 (8,33%) respondentů.

5.2. Vyhodnocení dotazníkového šetření

Celkový počet hodnocených respondentů je 72.

Složení respondentů dle skupin je znázorněno v následujících grafech a tabulkách. To vše je znázorněno v relativní četnosti (n_i) a četnosti absolutní (f_i).

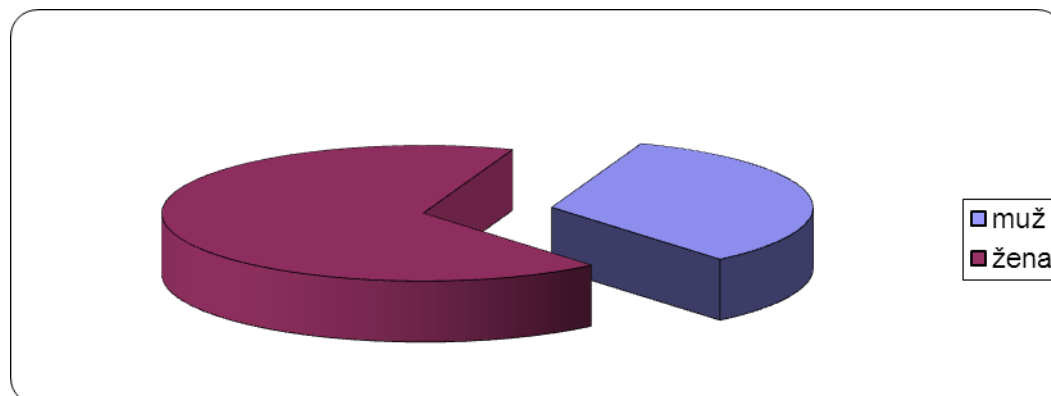
První otázka zjišťovala pohlaví respondentů:

Tabulka č. 1

Pohlaví respondentů	n_i	f_i v %
muž	24	33,33
žena	48	66,67
celkem	72	100,00

Z celkového počtu 72 respondentů bylo 48 (66,67%) žen a 24 (33,33%) mužů.

Graf č. 1: Pohlaví respondentů.



Věk respondentů:

Tabulka č. 2

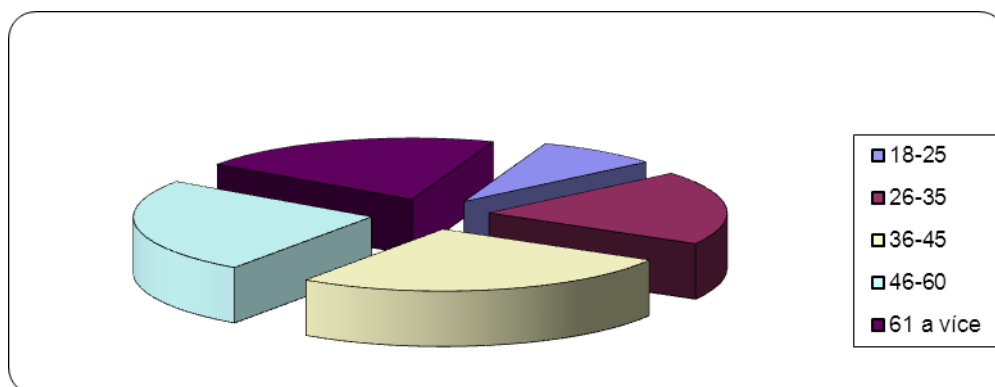
Věk respondentů	n_i	f_i v %
18-25	6	5,56
26-35	14	19,44
36-45	19	26,39

46-60	18	25
61 a více	15	20,83
celkem	72	100,00

Tabulka znázorňuje věkové rozložení respondentů, ze kterého je patrné, že nejsilnější skupinou, která odpovídala je střední věková skupina 36-45let a to 19 respondentů (26,39%). Nejslabší skupinu respondentů 6 (5,56 %) tvořila věková skupina 18-25 let.

Průměrný věk respondentů byl 43,90 let, kdy nejmladším respondentem byl muž 18 let a žena 20 let a nejstarším respondentem byla žena 76 let a muž 64 let.

Graf č. 2: Věk respondentů.



Zaměstnání dotazovaných respondentů

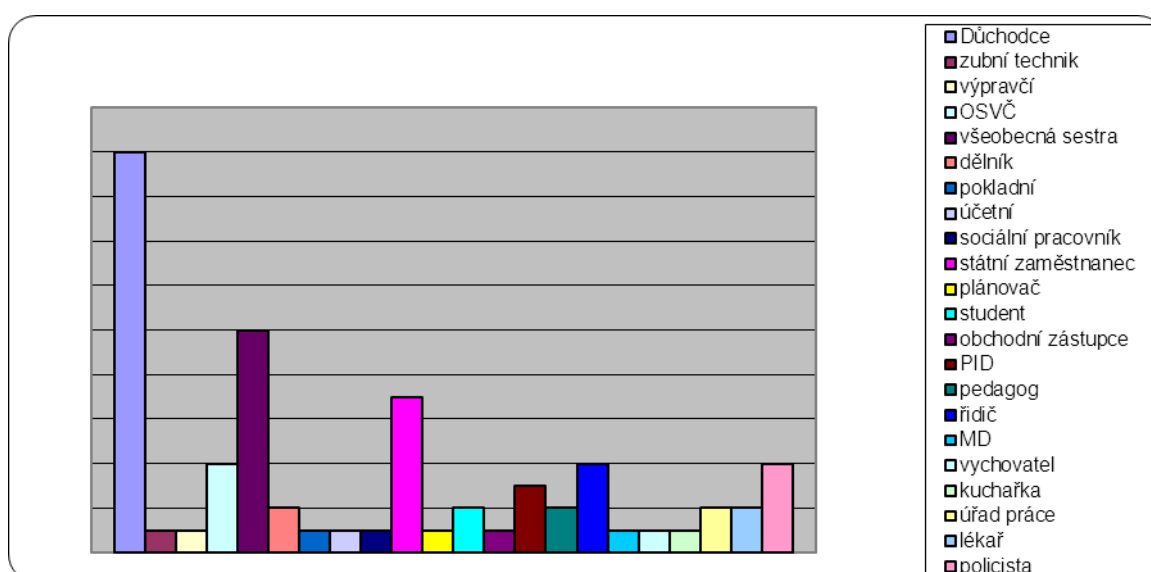
Tabulka č. 3

Zaměstnání	n_i	$f_{i v} \%$	Zaměstnání	n_i	$f_{i v} \%$
důchodce	18	25	student	2	2,78
zubní technik	1	1,39	obchodní zástupce	1	1,39
výpravčí	1	1,39	PID	3	4,17
OSVČ	4	5,56	pedagog	2	2,78
všeobecná sestra	10	13,89	řidič	4	5,56
dělník	2	2,78	MD	1	1,39
pokladní	1	1,39	vychovatel	1	1,39
účetní	1	1,39	kuchařka	1	1,39

sociální pracovník	1	1,39	úřad práce	2	2,78
státní zaměstnanec	7	9,72	lékař	2	2,78
plánovač	1	1,39	policista	4	5,56
			celkem	72	100,00

V této tabulce jsou znázorněna zaměstnání dotazovaných respondentů, nejvíce je zde zastoupena skupina důchodců 18 (25%), další zaměstnání byla různorodá. Za zmínku dále stojí, že dotazník vyplnily také samotné sestry a to počtem 10 (13,89%).

Graf č. 3: Zaměstnání dotazovaných respondentů



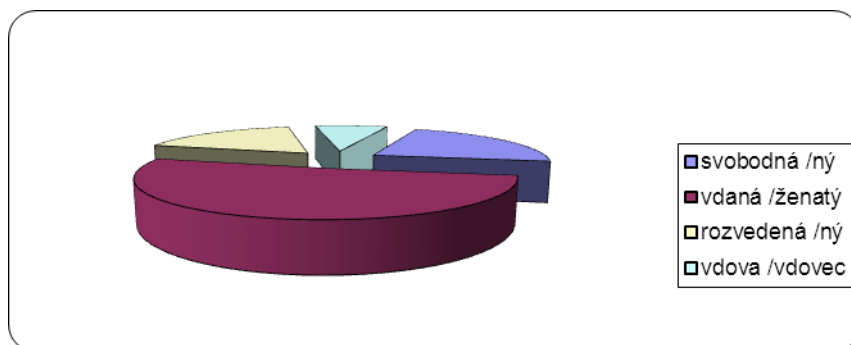
Rodinný stav dotazovaných:

Tabulka č. 4

Rodinný stav	n_i	f_i v %
svobodná /ný	16	22,22
vdaná /ženatý	37	51,39
rozvedená /ný	13	18,06
vdova /vdovec	6	8,33
celkem	72	100,00

Z tabulky vyplívá, že nejvíce dotazovaných respondentů bylo ve svazku manželském 37 (51,39%). Nejméně pak byla zastoupena skupina vdovec/vdova počtem 6(8,33%) respondenty.

Graf č. 4: Rodinný stav dotazovaných.



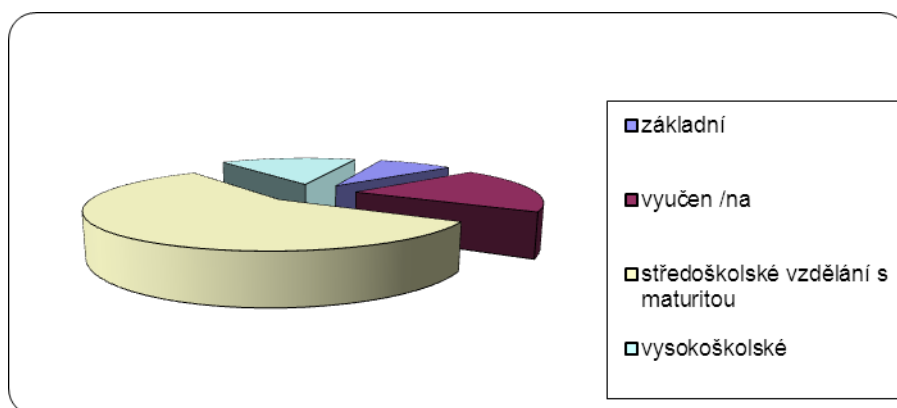
Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů:

Tabulka č. 5

	n_i	$f_{i v} \%$
základní	6	8,33
vyučen /na	14	19,44
stře.vzdělání s maturitou	41	56,94
vysokoškolské	11	15,28
celkem	72	100,00

Nejvyššího dosaženého vzdělání dosáhlo podle dotazníkového šetření 14 respondentů tedy (19,44%), kdy nejvíce respondentů mělo dosažené střední vzdělání s maturitou 41 (56,94%), nejmenší počet tvořili respondenti se základním vzděláním, 6 (8,33%) respondentů.

Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



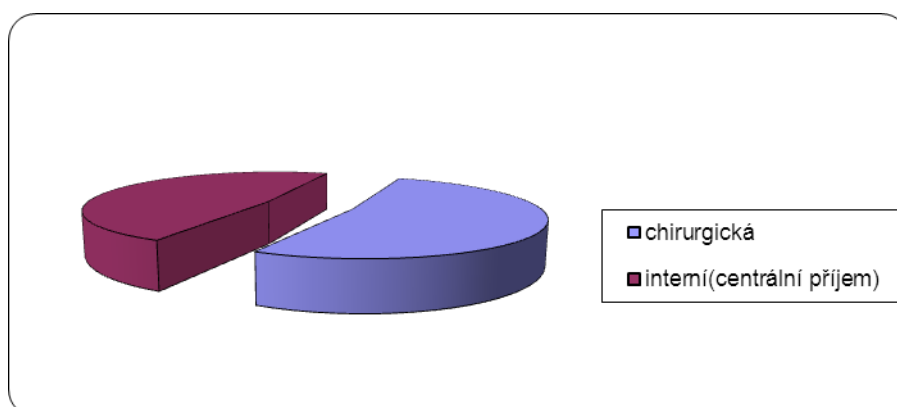
Tato otázka zjišťovala, do jaké ambulance nemocný právě šel.

Tabulka č. 6

Druh ambulance	n_i	f_i v %
chirurgická	37	51,39
Interní (centrální příjem)	34	47,22
celkem	72	100,00

Tabulka vypovídá o návštěvnosti jednotlivých ambulancí, ve kterých respondenti vyplňovali dotazník. Na chirurgickou ambulanci šlo celkem 37 (51,39%) respondentů a na interní ambulanci – konkrétně na Centrální příjem (LSPP) 34 (47,22%) respondentů.

Graf č. 6: Druh ambulance kde pacienti čekali.



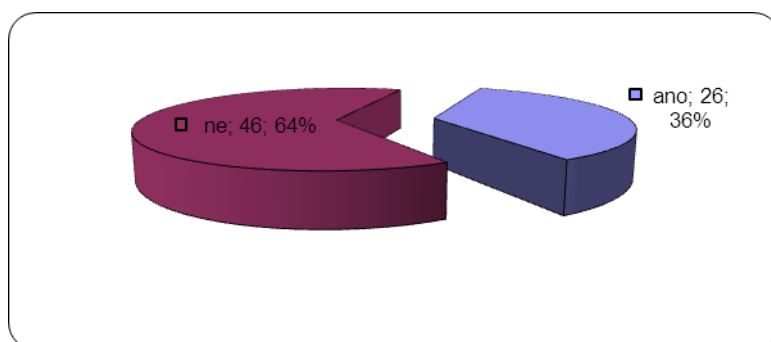
Otázka rozdělila respondenty na ty, kteří byli na ambulanci poprvé, nebo opakovaně.

Tabulka č. 7

Jste na této ambulanci poprvé?	n_i	$f_{i v} \%$
ano	26	36,11
ne	46	63,89
celkem	72	100,00

O tom zda jsou zde nemocní poprvé či opakovaně nám vypovídá tato tabulka. 46 (63,89%) respondentů bylo na dané ambulanci opakovaně a 26 (36,11%) respondentů bylo na dané ambulanci poprvé.

Graf č. 7: Jste na této ambulanci poprvé?



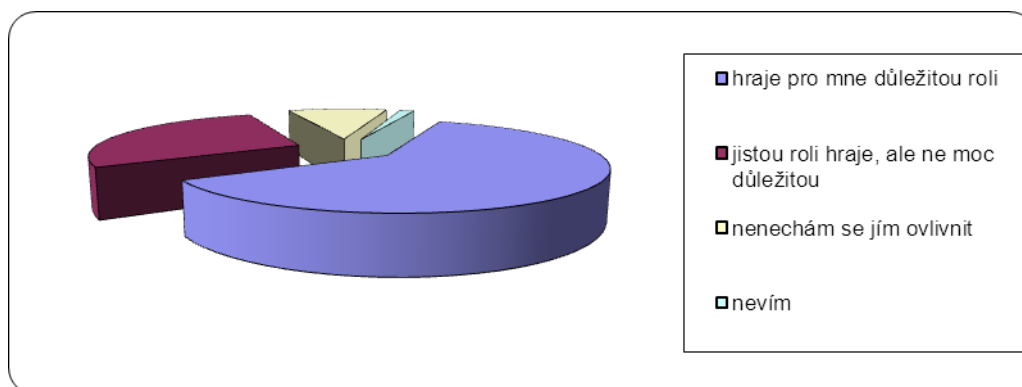
V této otázce jsem řešila, jak důležitou roli u nemocného hraje první dojem na všeobecnou sestru při prvním kontaktu s ní. Pacient zde odpovídá jak je pro něho tento první dojem důležitý.

Tabulka č. 8:

	n_i	$f_{i v} \%$
hraje pro mne důležitou roli	44	61,11
jistou roli hraje, ale ne moc důležitou	20	27,78
nenechám se jím ovlivnit	7	9,72
nevím	1	1,39
celkem	72	100,00

První dojem hrál důležitou roli pro 44 (61,11%) respondentů. 1 (1,39%) respondent odpověděl „nevím“. Z toho vyplývá, že první dojem z prvního kontaktu se všeobecnou sestrou v ambulantních složkách je pro nás nemocné velmi důležitý.

Graf č. 8: Jakou roli u vás hraje „první dojem“ při pohledu na všeobecnou sestru ve dveřích ambulance?



Otázka č. 9, měla v úmyslu zjistit, kterému vyjadřování všeobecné sestry dávají nemocní přednost, jestli vzhledu či chování. Respondenti zde odpovídali pouze jednou odpovědí, měli ale možnost vyjádřit i jiný vzor chování, než který jim byl nabídnut.

Tabulka č. 9

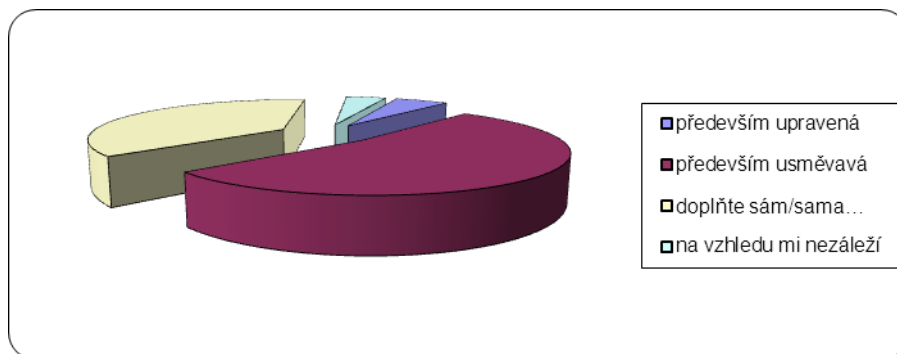
Všeobecná sestra by podle vás měla být?	n_i	f_i v %
především upravená	4	5,56
především usměvavá	38	52,78
doplňte sám/sama...	27	37,5 viz tab.
na vzhledu mi nezáleží	3	4,17
celkem	72	100,00

Respondenti v této otázce dávali přednost chování sestry před vzhledem. Na otázku „jaká by sestra měla být“, odpovědělo 72 (100%) respondentů, z toho 38 (52,78%) z nich upřednostnilo chování sestry, že má být usměvavá. 27 (37,5%) respondentů odpovědělo, že má být sestra upravená. Tyto dvě odpovědi spolu úzce souvisí, neboť upravený zevnějšek a úsměv na rtech je největší odzbrojující zbraní všeobecné sestry na pacienta, který přichází ne vždy s dobrou náladou.

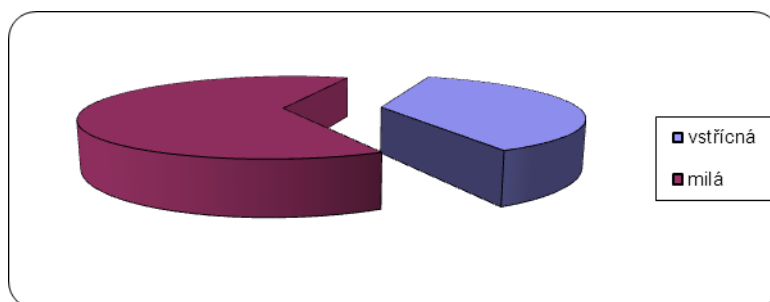
Odpověď, kde respondenti měli odpovídat podle svého výběru, vyplnilo 27 (100,00%) dotazovaných. Tito respondenti doplnili dva další vzorce chování, které mají nebo by si přáli mít u chování všeobecných sester. 10 (37,03%) respondentů odpovědělo, že má být všeobecná sestra milá a 17 (62,96%) respondentů odpovědělo, že má být všeobecná sestra vstřícná.

	n_i	$f_{i v} \%$
vstřícná	10	37,03
milá	17	62,96
celkem	27	100,00

Graf č. 9: Všeobecná sestra by podle vás měla být?



Při odpovědi, kde respondenti odpovídali podle svého, vychází graf takto:



Dotaz týkající se věku respondentů je znázorněn v následující tabulce.

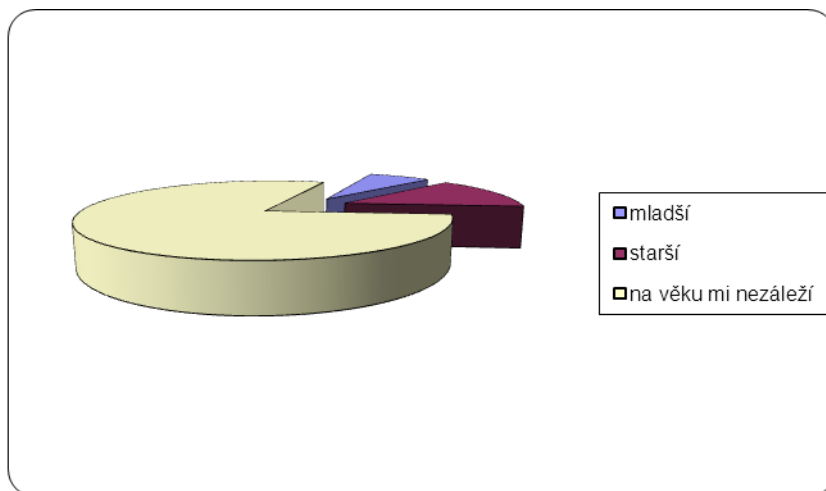
Tabulka č. 10

Vyvolává ve vás důvěru spíše všeobecná sestra?	n_i	$f_{i v} \%$
mladší	5	6,94

starší	10	13,89
na věku mi nezáleží	57	79,17
celkem	72	100,00

K otázce ohledně věku všeobecných sester z hlediska důvěry se vyjádřilo všech 72 (100%) respondentů. Respondenti odpověděli celkem jednoznačně počtem 57 (79,17%) respondenty, že na věku všeobecné sestry nezáleží.

Graf č. 10: Vyvolává ve vás důvěru spíše všeobecná sestra?



Jak by se podle vás měla všeobecná sestra při prvním kontaktu s pacientem chovat?

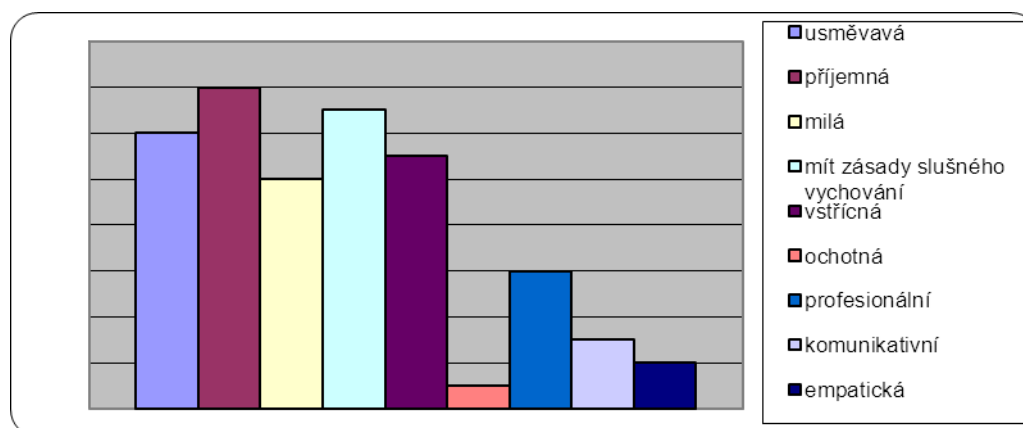
Tabulka č. 11

	n_i	$f_{i v} \%$
usměvavá	12	16,67
příjemná	14	19,44
milá	10	13,89
mít zásady slušného vychování	13	18,05
vstřícná	11	15,28
ochotná	1	1,39
profesionální	6	8,33
komunikativní	3	4,17
empatická	2	2,78

celkem	72	100,00
--------	----	--------

Tato otázka figurovala v dotazníku, jako kontrolní otázka o jeho plnohodnotnosti. Vychází zde, že důležitost jak se všeobecná sestra chová, jak jedná a jak vypadá, není pacientům lhostejné. Ze 72 (100%) respondentů odpovědělo 14 (19,44%), že by měla být všeobecná sestra příjemná. Tato charakteristika ve mně vzbuzuje kompletnost všech kladných vzorců chování všeobecné sestry k pacientovi. Pouze 1(1,39%) respondent si myslel, že má být sestra ochotná.

Graf č. 11: Jak by se podle vás měla všeobecná sestra při prvním kontaktu s pacientem chovat?



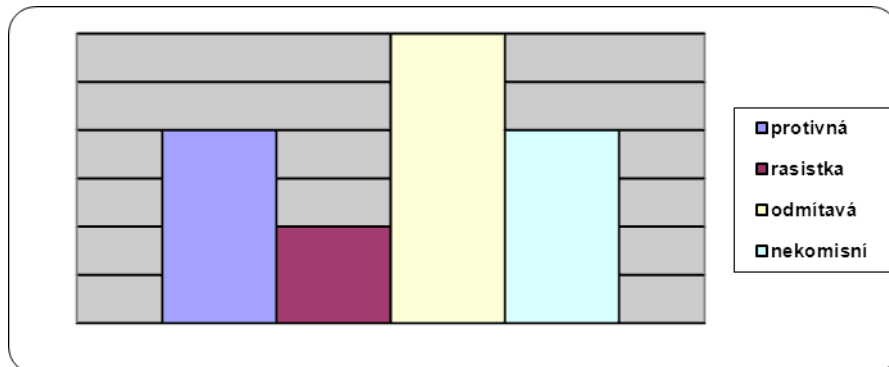
Mimo jiné se také objevily vzory chování, jaká by sestra být neměla. Tato odpověď se objevila u 8 dotazovaných.

Všeobecná sestra by neměla být...	n _i	f _{i v} %
protivná	2	25
rasistka	1	12,5
odmítavá	3	37,5
nekompromisní	2	25
celkem	8	100,00

Tyto charakteristiky si zaznamenaly sami respondenti. Vyplývá z toho, že 3 (37,5%) respondenti si nepřejí všeobecnou sestru odmítavou, 2 (25%) respondenti všeobecnou sestru

protivnou, 2 (25%) respondenti si nepřejí všeobecnou sestru nekompromisní a 1 (12,5%) respondent si nepřeje sestru rasistku.

Graf, který znázorňuje vzorce chování, které si pacienti u všeobecných sester nepřejí:



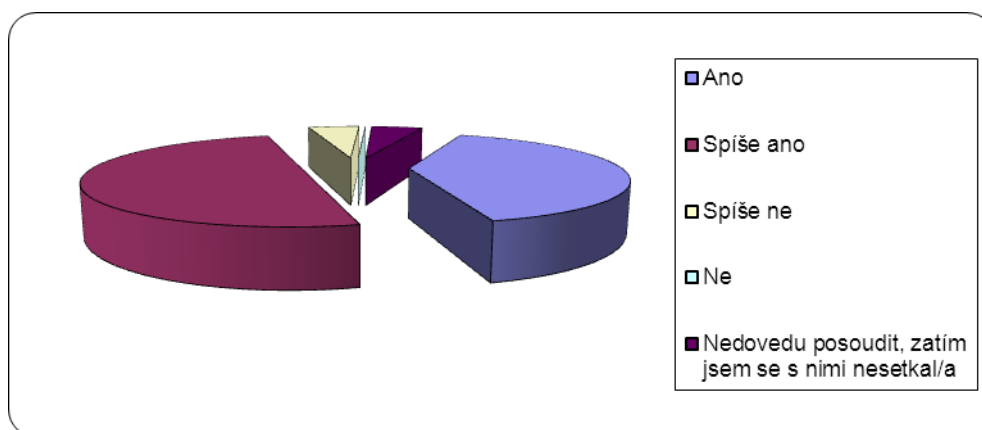
Otázka zjišťovala důvěryhodnost všeobecných sester v daných ambulancích.

Tabulka č. 12

Působí na vás všeobecné sestry v této ambulanci důvěryhodně?	n_i	f_i v %
ano	25	34,72
spíše ano	31	43,06
spíše ne	3	4,17
ne	0	0
nedovedu posoudit, zatím jsem se s nimi neseťkal/a	3	4,17
celkem	72	100,00

Z celkového počtu 72 (100%) respondentů odpovědělo 31 (43,06%), že „spíše ano“. Na možnost odpovědi „ne“ odpovědělo 0 (0%) respondentů. Znamená to, že pacienti všeobecným sestřám v daných ambulancích spíše důvěřují.

Graf č. 12: Působí na vás všeobecné sestry v této ambulanci důvěryhodně?



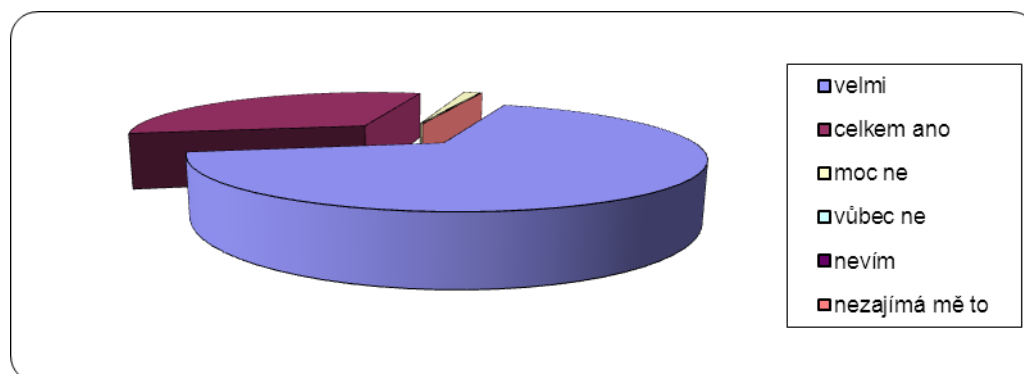
Jak moc záleží pacientovi na tom, aby prvotní komunikace se všeobecnou sestrou byla pozitivní nám odpovídala tato otázka.

Tabulka č. 13

Jak moc vám záleží na tom, aby prvotní komunikace se všeobecnou sestrou byla pozitivní?	n_i	f_i v %
velmi	48	66,67
celkem ano	23	31,94
moc ne	1	1,39
vůbec ne	0	0
nevím	0	0
nezajímá mě to	0	0
celkem	72	100,00

Aby prvotní komunikace se všeobecnou sestrou byla pozitivní, odpovědělo všech 72 (100%) respondentů. Pouze 1 (1,39%) respondent odpověděl záporně. Jinak 48 (66,67%) respondentům záleželo velmi na pozitivním prvním kontaktu a 23 (31,94%) respondentů odpovědělo, že celkem ano, záleží.

Graf č. 13: Jak moc vám záleží na tom, aby prvotní komunikace se všeobecnou sestrou byla pozitivní?



Jaké podmínky by podle vás měli být splněny, aby ve zdravotnictví nedocházelo ke konfliktům?

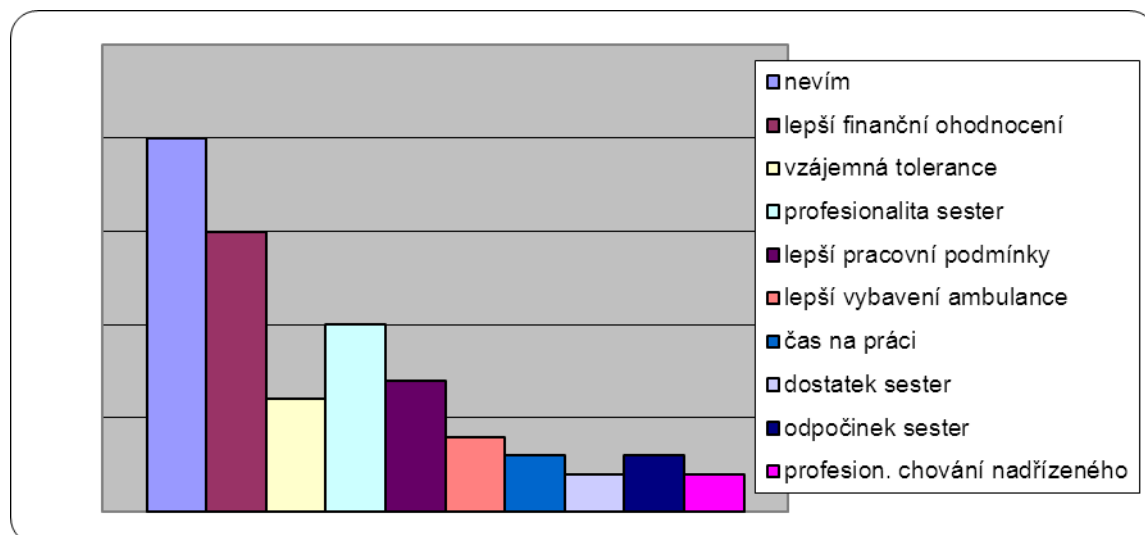
Tabulka č. 14:

	n_i	$f_{i v} \%$
nevím	20	27,78
lepší finanční ohodnocení	15	20,83
vzájemná tolerance	6	8,33
profesionalita sester	10	13,89
lepší pracovní podmínky	7	9,72
lepší vybavení ambulance	4	5,56
čas na práci	3	4,17
dostatek sester	2	2,78
odpočinek sester	3	4,17
profesionální chování nadřízeného	2	2,78
celkem	72	100,00

Odpovědi respondentů vyjadřovaly jejich názor na celkový vliv prostředí, ve kterém všeobecné sestry pracují a jak asi ovlivňuje jejich chování k pacientům. Nejvíce respondentů - 20 (27,78%), odpovědělo, že neví, druhá nejpočetnější skupina 15 (20,83%) respondentů odpověděla, že by všeobecným sestrám prospělo lepší finanční ohodnocení za jejich odvedenou práci a třetí početnější skupinou bylo 10 (13,89%) respondentů, kteří si myslí, že

by měla být lepší profesionalita sester – tudíž vzdělávání se v komunikaci a ošetřování pacientů.

Graf č. 14: Jaké podmínky by podle vás měli být splněny, aby ve zdravotnictví nedocházelo ke konfliktům?



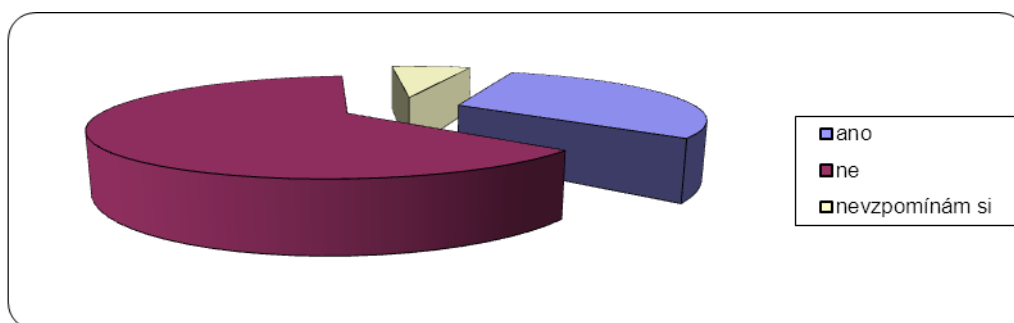
Máte za sebou nějaký konflikt se zdravotním personálem?

Tabulka č. 15:

	n_i	$f_{i v} \%$
ano	22	30,56
ne	45	62,50
nevzpomínám si	5	6,94
celkem	72	100,00

Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných, odpovědělo 45 (62,50%) záporně – neměli žádný konflikt. 22 (30,56%) dotazovaných odpovědělo kladně – měli konflikt se zdravotnickým personálem.

Graf č. 15: Máte za sebou nějaký konflikt se zdravotním personálem?



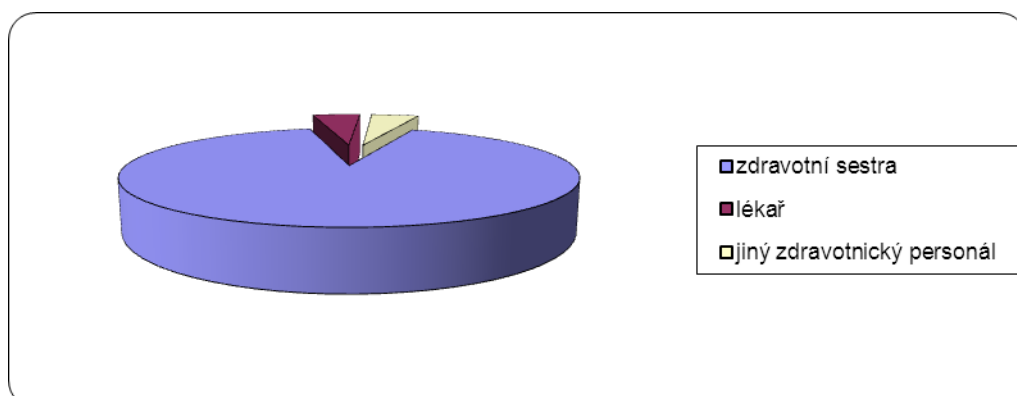
Pokud „ano“, měli jste konflikt, tak s kým?

Tabulka č. 16:

	n_i	f_i v %
zdravotní sestra	20	90,91
lékař	1	4,55
jiný zdravotnický personál	1	4,55
celkem	22	100,00

Respondenti, kteří odpověděli, že konflikt se zdravotnickým personálem měli, odpovídali dále na otázku: „s kým“. Z celkového počtu 22 (100%) respondentů mělo 20 (90,91%) respondentů konflikt se všeobecnou sestrou.

Graf č. 16: Pokud „ano“ s kým?



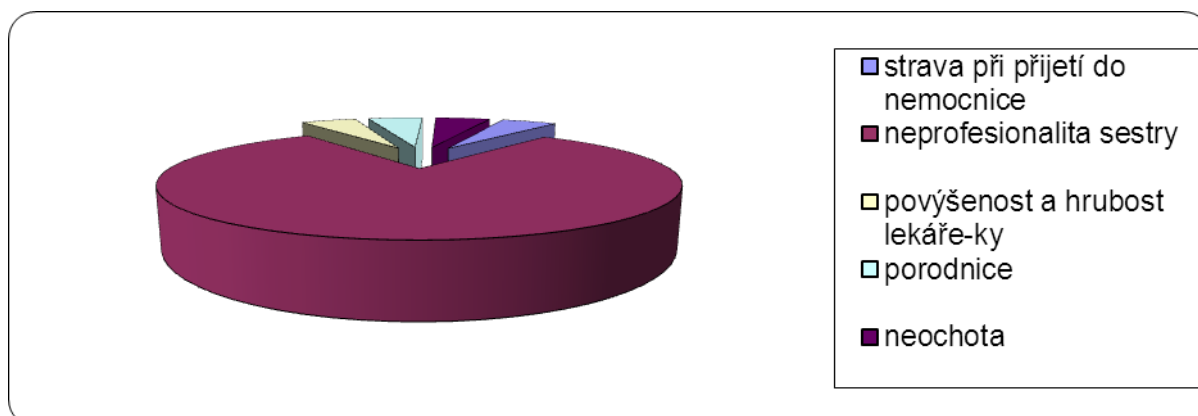
Čeho se váš konflikt týkal?

Tabulka č. 17:

	n_i	$f_{i v} \%$
strava při přijetí do nemocnice	1	5,00
neprofesionalita sestry	18	81,82
povýšenost a hrubost lékaře/lékařky	1	5,00
porodnice	1	5,00
neochota	1	5,00
celkem	20	100,00

Z tabulky je patrné, že konflikty se nejčastěji týkaly neprofesionálního chování sestry, na to odpovědělo 18 (81,82%) dotazovaných. To znamená nedostatečná komunikace a špatné chování sestry.

Graf č. 17: Čeho se váš konflikt týkal?



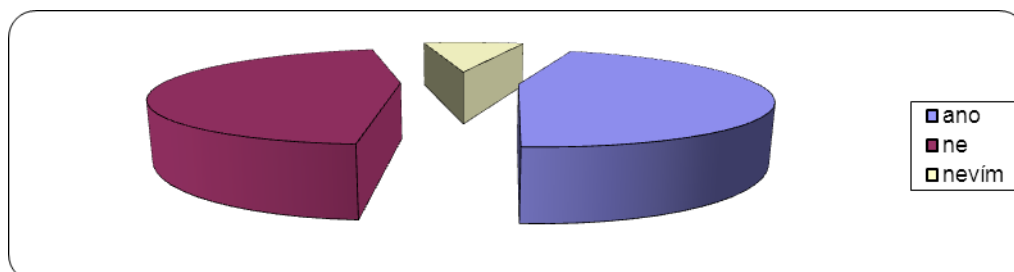
Byl dle vašeho pohledu konflikt nevyhnutelný?

Tabulka č. 18:

	n_i	$f_{i v} \%$
ano	10	45,45
ne	10	45,45
nevím	2	9,09
celkem	22	100,00

Zde se respondenti rozdělily na tři skupiny a to tak, že 10 (45,45%) dotazovaných odpovědělo „ano“ a 10 (45,45%) dotazovaných odpovědělo „ne“. Pouze 2 (9,09%) dotazovaní odpověděli neví.

Graf č. 18: Byl dle vašeho pohledu konflikt nevyhnutelný?



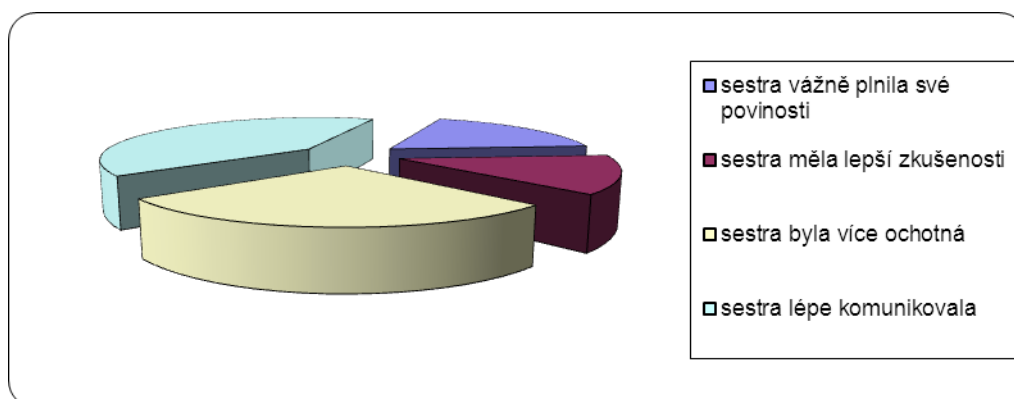
Podotázkou byl dotaz:

Ke konfliktu by podle vás nedošlo kdyby?

	n_i	$f_i v \%$
sestra vážně plnila své povinnosti	4	18,18
sestra měla lepší zkušenosti	3	13,64
sestra byla více ochotná	6	27,27
sestra lépe komunikovala	9	40,91
celkem	22	100,00

Ke konfliktu by podle 9 (40,91%) respondentů nedošlo, kdyby všeobecná sestra uměla lépe komunikovat. Podle 6 (27,27%) respondentů, by ke konfliktu nedošlo, kdyby byla více ochotná, dále pak 3 (13,63%) respondenti si mysleli, kdyby měla lepší zkušenosti a 4 (18,18%) respondenti byli toho názoru, že ke konfliktu by nedošlo, kdyby všeobecná sestra plnila vážně své povinnosti.

Graf č. 18: Podotázka: Ke konfliktu by podle vás nedošlo kdyby?



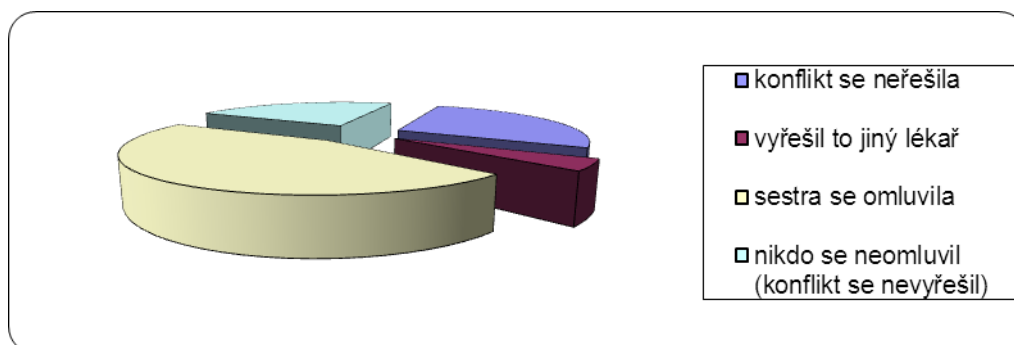
Jak se tento konflikt vzhledem k vaší osobě vyřešil?

Tabulka č. 19:

	n _i	f _{i v %}
konflikt se neřešil	6	27,27
vyřešil to jiný lékař	1	4,55
sestra se omluvila	10	45,45
nikdo se neomluvil (konflikt se nevyřešil)	5	22,73
celkem	22	100,00

Nejčastějším řešením konfliktů, 10 (45,45%) dotazovaných, uvádí omluvu zdravotnického pracovníka a to z celkového počtu 22 (100%) respondentů, kteří odpověděli kladně na dotaz, zda měli konflikt ve zdravotnictví. Konflikt se neřešil u 6 (27,27%) respondentů, celým 5 (22,73%) respondentům se nikdo neomluvil a 1 (4,55%) respondent uvádí řešení konfliktu jiným lékařem.

Graf č. 19: Jak se tento konflikt vzhledem k vaší osobě vyřešil?



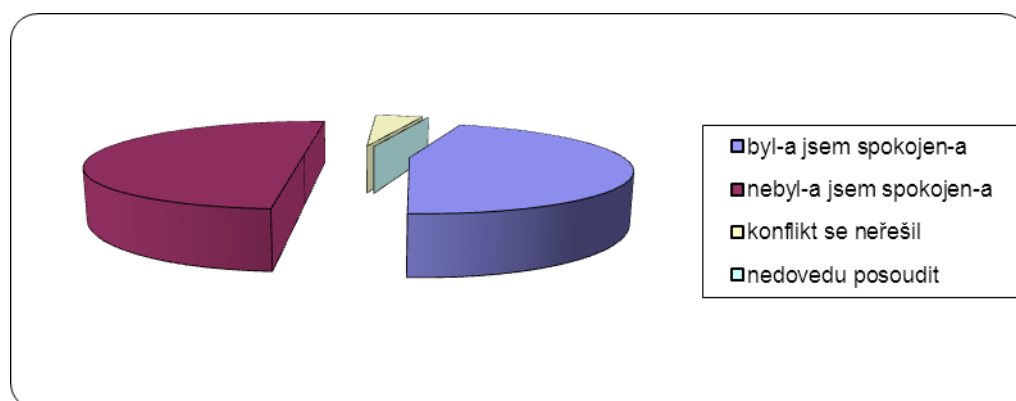
Byl/la jste s tímto řešením spokojen/na?

Tabulka č. 20:

	n_i	f_i v %
byl-a jsem spokojen-a	10	45,45
nebyl-a jsem spokojen-a	11	50,00
konflikt se neřešil	1	4,55
nedovedu posoudit	0	0,00
celkem	22	100,00

Celkem bylo spokojeno s řešením 10 (45,45%) respondentů a 11 (50,00%) respondentů spokojeno s řešením nebylo. 1 (4,55%) respondent konflikt neřešil.

Graf č. 20: Byl/la jste s tímto řešením spokojen/na?



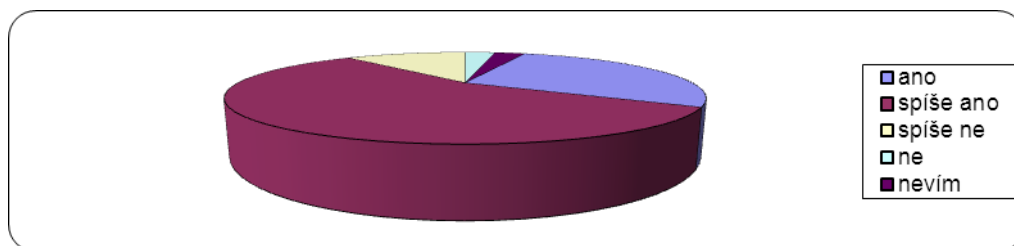
Myslíte si o sobě, že zvládáte náročné životní situace?

Tabulka č. 21:

	n_i	f_i v %
ano	20	27,78
spíše ano	40	55,56
spíše ne	8	11,11
ne	2	2,78
nevím	2	2,78
celkem	72	100,00

O zvládnání náročných životních situací si 40 (55,56%) dotazovaných myslí, že je „spíše ano“. Z celkového počtu 72 (100%) dotazovaných si 20 (27,78%) respondentů myslí, že „ano“ zvládají náročné životní situace, a zbytek respondentů si myslí, že náročné životní situace nezvládají nebo nevědí.

Graf č. 21: Myslíte si o sobě, že zvládáte náročné životní situace?



6.Diskuse

V jakékoliv době, zvláště té dnešní je povolání všeobecné sestry hodně těžké. Po té co si všeobecná sestra vybuodovala na světě pozici zdravotnického uznávaného personálu a měla autoritu i uznání, v dnešní době mi to tak už nepřipadá. Pacienti jsou čím dál víc náročnější, háklivější a co se týká práce sester, to od státu nemáme moc ulehčené. Jako by všeobecná sestra měla být stroj, který nemá právo na reakci a na omluvu. Má si nechat všechno líbit? Jen proto, že když se na klienta špatně podívá tak si říká o konflikt ne-li o žalobu?

Proto mě komunikace ve zdravotnictví všeobecně zajímá. Pracuji na ambulanci třetím rokem. Před tím jsem pracovala vždy u lůžka, dohromady činí má praxe 11 let. Z vlastní zkušenosti můžu říct, že mezi komunikací sestrou a klientem za hospitalizace a komunikací mezi sestrou a klientem v ambulantní péči je opravdu veliký rozdíl.

Zajímalo mě tedy, jak ambulantní klienti vůbec celkově pohlízejí na zdravotnické pracovníky, zvláště na všeobecné sestry v ambulantních složkách. Zda je zajímá to, jak sestra vypadá, či jak se chová, nebo je to vůbec nezajímá. Zda vůbec sestru vnímají jako člověka. Nebo jestli ji berou jen jako někoho, kdo jen říká: „Další...“, „Dobrý den...“ a „Na shledanou...“.

Veškeré informace od respondentů jsem získala formou dotazníkového šetření. Bylo rozdáno 100 dotazníků pacientům v ambulantních složkách na interně a na chirurgii. Respondenti odpovídali na 21 otázek. Vyplněné dotazníky pak respondenti vhažovali do sběrných krabic umístěných v čekárnách daných ambulancí. Zpět se vrátilo 72 plnohodnotně vyplněných dotazníků.

Některé výsledky jsme očekávaly, ale některé i překvapily. Například výsledky z dotazu na vliv vzhledu a chování všeobecné sestry na případný vznik konfliktů byly předpokládány a následně potvrzeny. Celé dvě třetiny dotazovaných dávalo přednost chování všeobecné sestry před vzhledem všeobecné sestry. Znamená to tedy, že chování všeobecné sestry ovlivňuje pacienta v jeho následném chování, tedy případném vzniku konfliktů. Dalším předpokládaným výsledkem bylo, zda je pro klienta důležitý první dojem, který v něm sestra zanechá při prvním kontaktu a zda to má vliv na případný

následný konflikt. Ano, zase dvě třetiny dotazovaných odpovědělo, že první dojem ze všeobecné sestry ve dveřích ambulance je velmi důležitý a ovlivňuje případný následný konflikt.

Klienti také podle očekávání odpovídali na další otázky v dotazníku. Dvě třetiny z dotazovaných bylo na ambulanci opakovaně. Mezi odpovědi, zda má být sestra usměvavá nebo upravená, dávali respondenti jednoznačně přednost všeobecné sestře usměvavé. Ohledně otázky, zda vyvolává důvěru sestra mladší či starší, volili respondenti opět jednoznačně, že na věku všeobecných sester jim nezáleží.

Na opak, výsledek, který mě překvapil, nebyl jen jeden. Při dotazu, jak by se sestra měla chovat, nám dotazovaní také vyjmenovali pár vzorců chování, které si u všeobecných sester nepřejí. U dotazu, kde měli respondenti odpovídat otevřeně na otázku, za jakých podmínek by ve zdravotnictví, jako celku, ke konfliktům vůbec nedocházelo, nejvíce klientů, hned po odpovědi „nevím“ odpovědělo, že by všeobecné sestry měly být lépe finančně ohodnoceny.

Ohledně otázek v dotazníku, které se vztahovaly ke konfliktům, a jejich řešení odpovídala pouze čtvrtina dotazovaných. Dvě třetiny dotazovaných konflikt nemělo. Tato otázka je však irelevantní, protože, myslím si, že klienti mohli volit snadnější a rychlejší postup při vyplňování dotazníku. Otázkou tedy je, zda opravdu klienti konflikt neměli, či se jim nechtělo vyplňovat dalších 5 otázek.

Po pravdě, ještě jedna záležitost mě překvapila. Poslední otázka v dotazníku byla velmi osobní. Ptala se klienta: „Zda si myslí, že zvládá náročné životní situace?“ O této otázce jsem velmi pochybovala, předpokládala jsem, že respondenti odmítnou na tuto otázku odpovědět, přes to všechno jsem ji do dotazníku zařadila. Výsledky mě však mile překvapily a to ve smyslu, že na ni odpovědělo všech 72 dotazovaných.

Na začátku diskuse jsem se zmínila o rozdílu konfliktů na lůžkovém oddělení a na ambulanci. Na konflikty mezi zdravotnickým personálem, respektive všeobecnou sestrou a klientem byl už výzkum proveden. Jen pro srovnání budu velice stručná. Hlavní rozdíl mezi konflikty na lůžkovém oddělení a na ambulanci je ve zdroji konfliktu, tedy v tom kdo konflikt vyvolává.

Na lůžkovém oddělení nejčastěji konflikt vyvolává klient. A to především svým chováním a postojem k nemoci.

Na ambulantní složce je tomu na opak. Konflikt zde nejčastěji vyvolává sama všeobecná sestra. A to svou neprofesionalitou svého chování (to znamená nedostatečnou znalost komunikace mezi klientem a jí samotnou) a svou neochotou.

Když tuto práci shrnu. Vychází mi práce na téma komunikace a konflikty, která byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, pro samotný výzkum bylo použito dotazníkové šetření. Dotazníkové šetření probíhalo na ambulancích interny a chirurgie. Respondenti odpovídaly na dotazy ohledně vzhledu a chování sestry a jeho vlivu na případný následný konflikt, na dotazy ohledně konfliktů – zda ho vůbec měli, s jakým zdravotnickým personálem a jak se konflikty řešily či neřešily. Zde, v otázkách dotazníku, bych při opětovném výzkumu, kladla větší důraz na konflikty. Předpokládala jsem, že respondenti nebudou příliš vstřícní k otevřeným otázkám, ale opak byl pravdou. O konfliktech respondenti chtějí mluvit, jen by bylo vhodné rozšířit dotazníkové šetření i o pár rozhovorů, kde se respondenti více otevřou.

7. Závěr

Hlavním cílem předložené bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou nejčastější příčiny konfliktů v ambulantních složkách.

Pro sběr dat jsme použili kvantitativní metodu sběru dat formou dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 72 respondentů. Zpracování veškerých dat a informací z dotazníkového šetření bylo provedeno programem Microsoft Word a Microsoft Excel. Dotazníky byly rozdány na chirurgickou a interní ambulanci v Městské nemocnici v Litoměřicích. Sledovanými byli pacienti čekající v čekárně na danou ambulanci. Dohromady se dotazníkového šetření zúčastnilo 48 (66,67%) žen a 28 (38,89%) mužů. Věkový rozptyl respondentů byl od nejnižšího věku 18 let po nejvyšší věk 78 let. Průměrný věk všech respondentů tedy byl 43,90 let. Co se týká vzdělání respondentů, bylo to hodně různé. Shrnu-li to na velmi obecné údaje tak vychází, že nejvyšší počet a to 40 (55,56%) respondentů mělo středoškolské vzdělání ukončené maturitou a nejnižší počet respondentů dosahoval pouze základní vzdělání a to u 6 (8,33%) respondentů. Z celkového počtu 72 (100%) bylo nejvíce vdaných/ženatých, celkem 37 (51,39%) a nejmenší počet byl vdovec/vdova a to celkem 6 (8,33%) respondentů.

Byly sledovány 4 cíle. Z výsledků dotazníkového šetření jsme vysledovali hlavní cíl, jaké jsou nejčastější příčiny konfliktů v ambulantních složkách. Konflikty v ambulantních složkách se týkají převážně dle výzkumného šetření, nedostatečné profesionality všeobecných sester a nedostatečné komunikace mezi všeobecnou sestrou a klientem v ambulantní složce. Druhý a třetí cíl spolu souvisely, z dotazníkového šetření vyplynulo, že klienti hodnotí všeobecnou sestru hlavně podle prvotního chování a teprve potom podle vzhledu a že obojí má velký vliv na následné případné konfliktní jednání pacienta. Pacienti, kteří nejsou s chováním a vzhledem všeobecné sestry spokojeni, mají při následném jednání se sestrou sklon ke konfliktnímu jednání. Čtvrtý cíl se nám nepodařilo vysledovat zcela. Tento cíl se týkal oblasti předcházení konfliktům. Domnívali jsme se, že vysledujeme jak konfliktním situacím v ambulantních složkách předcházet. Výzkum však nebyl natolik dlouhý, abychom tuto hypotézu zcela potvrdili a tak se můžeme domnívat, že případným vyhovujícím chováním a vzhledem všeobecné sestry,

také v některých případech použití asertivního chování u všeobecné sestry, lze konfliktním situacím předcházet.

Zároveň byly stanoveny čtyři hypotézy. Kdy H_1 byla potvrzena. H_2 a H_3 byly potvrzeny rovněž a H_4 nebyla ani potvrzena ani vyvrácena z časových důvodů, které nedovolovaly sledovat, zda se sestry chovají či nechovají asertivně, nebo zda používají či nepoužívají asertivní styl jednání.

Literatura:

1. ČAKRT, M. *Konflikty v řízení a řízení konfliktů*. Vyd.1. Praha : [s.n.], 2000. 181 s. ISBN 80-85943-81-6.
2. ČECHOVÁ, V.; MELLANOVÁ, A.; ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. [s.l.] : [s.n.], 1997. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
3. ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. [s.l.] : [s.n.], 2001. 105 s. ISBN 80-7013-343-0.
4. EGGERT, M. A.; FALZON, W. *Řešení konfliktů*. [s.l.] : Portál, 2005. 112 s. ISBN 80-7367-011-9.
5. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Vyd.1. Praha : Galén, 1997. 148 s. ISBN 80-85824-60-4.
6. JANÁČKOVÁ, L.; Weiss, P. : *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd.1. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
7. JANIŠ, K.; BÁRTOVÁ, Z. *Uplatnění asertivity v sociální komunikaci*. Vyd.1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. 78 s. ISBN 80-7041-379-4
8. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd.1. Brno 2000: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně,2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4
9. KELNAROVÁ, J.; MATĚJKOVÁ E.: *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4.ročník*. Vyd.1. Praha 2009: Grada Publishing, a.s.,2009.140 s.ISBN 978-80-247-2831-5
10. *Konflikty [online]. psycholousek, 17. 11. 2008, [cit. 2010-06-02]. [www.psycholousek.cz/downloads/konflikty_jelinkova.pdf Dostupné online.] (česky), 12. 7. 2011*
11. *Konflikty a jejich řešení [online]. Záhoran, 18. 6. 2009, [cit. 2010-06-01]. [www.zahoran.cz/data/zahoran_se_vzdelava/upload/Konflikty.doc Dostupné online.] (česky) 12. 7. 2011*
12. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Konflikty mezi lidmi*. Vyd.2. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN978-80-7367-407-6
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. [s.l.] : [s.n.], 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
14. Mc CONNON, M. and SHAY: *Conflict Management in the Workplace*. Vyd.3. How To Books Ltd: Oxford 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-3003-5

15. PLAMÍNEK, J. *Řešení konfliktů a umění rozhodovat. [s.l.] : Copyright, 1994.*
198 s. ISBN 80-85794-14-4.
16. PLAMÍNEK, J. *Synergický management.* Vyd.1. Praha: Argo, 2000. 328 s. ISBN
80-7203-258-5
17. VYBÍRAL, Z.: *Psychologie komunikace.* Vyd.2. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN
978-80-7367-387-1
18. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie.* Vyd. 1. Praha: Jiří Kocourek, 1999. 278 s.
ISBN 80-86123-08-1.
19. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická
psychologie-teorie a praktická cvičení.* vyd.1. Praha 2007 : Grada Publishing, a.s.,
2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Přílohy:

Příloha 1. :

Dotazník

Vážená paní (pane),

prosím Vás o laskavé vyplnění dotazníku. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro účely bakalářské (závěrečné) práce s názvem: **Komunikace v ošetrovatelství se zaměřením na ambulantní složky – téma konflikty**. Tento dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost odpovědi. Dotazníková akce bude probíhat v této nemocnici na ambulancích chirurgie, interny a na centrálním příjmu. Prosím o odevzdání dotazníku do sběrné krabice. Předem Vám moc děkuji za vyplnění a spolupráci.

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Věk:

3. Vaše zaměstnání:

4. Rodinný stav:

- svobodná/ný
- vdaná/ný
- rozvedená/ný
- vdovec/vdova

5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- vyučen/a
- středoškolské vzdělání s maturitou
- vysokoškolské vzdělání

6. Do jaké ambulance nyní jdete?

- chirurgické
- interní
- centrální příjem

7. Jste na této ambulanci poprvé?

- ano
- ne

8. Jakou roli u Vás hraje „první dojem“ při pohledu na sestru ve dveřích ambulance?

- hraje pro mne důležitou roli
- jistou roli hraje, ale ne moc důležitou
- nenechám se jím ovlivnit
- nevím

9. Zdravotní sestra by podle vás měla být... (zvolte pouze jednu odpověď)

- především upravená
- především usměvavá
- doplňte sám/sama.....
- na vzhledu nezáleží

10. Vyvolává ve Vás důvěru spíše zdravotní sestra:

- mladší
- starší
- na věku nezáleží

11. Jak by se podle Vás měla zdravotní sestra při prvním kontaktu s pacientem chovat?

Prosím, uveďte nějaký příklad:

.....
.....

12. Působí na vás zdravotní sestry v této ambulanci důvěryhodně?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nedovedu posoudit, zatím jsem se s nimi nesetkal/a

13. Jak moc vám záleží na tom, aby prvotní komunikace se zdravotní sestrou byla pozitivní?

- velmi
- celkem ano
- moc ne
- vůbec ne
- nevím
- nezajímá mě to

14. Jaké podmínky by podle vás měly být splněny, aby ve zdravotnických zařízeních nedocházelo ke konfliktům? (týká se to zdravotních sester)

.....
.....

15. Máte za sebou nějaký konflikt se zdravotnickým personálem?

(nemusí se týkat této nemocnice)

- ano
- ne
- nevzpomínám si

Pokud ne nebo si nevzpomínáte, přejděte k otázce č. 21, v ostatních případech pokračujte otázkou č. 16.

16. Pokud „Ano“, s kým?

- zdravotní sestra
- lékař
- jiný zdravotnický personál

17. Čeho se váš konflikt týkal? (popište stručně předmět konfliktu)

.....
.....

18. Byl dle vašeho pohledu konflikt nevyhnutelný?

- ano
- ne
- nevím

Ke konfliktu by podle vás nedošlo, kdyby:

.....
.....

19. Jak se tento konflikt vzhledem k vaší osobě vyřešil? *(popište stručně způsob vyřešení)*

.....
.....

20. Byl/a jste s tímto řešením spokojen/a?

- byl/a jsem spokojen/a s řešením
- nebyl/a jsem spokojen/a s řešením
- konflikt se nevyřešil
- nedovedu posoudit

21. Myslíte si o sobě, že zvládáte náročné životní situace?

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

Ještě jednou Vám moc děkuji za vyplnění dotazníku.

Kateřina Horová,

3. ročník bakalářského studia oboru Všeobecná sestra

1. lékařské fakulty UK v Praze

Příloha 2. :

Horová Kateřina
Dlouhá 1056/15
Lovosice 410 02

MUDr. Leoš Vysoudil
Městská nemocnice v Litoměřicích
Žitenická 18
Litoměřice 412 01

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážený pane řediteli,

Žádám Vás o umožnění výzkumného šetření na ambulanci Centrálního příjmu-LSP, chirurgické ambulanci a interní ambulanci. Jsem studentka 3 ročníku bakalářského studia 1. LF UK v Praze a součástí mé bakalářské práce je výzkum na téma: Komunikace ve zdravotnictví se zaměřením na ambulantní složky – konflikty. Průzkum bude zaměřen na nejčastější důvody vzniku konfliktů v ambulantních složkách a jejich případnému předcházení. Současně s touto žádostí přikládám vzorový dotazník pro zjištění potřebných údajů.

Po skončení výzkumného šetření a jeho vyhodnocení poskytnu zjištěné údaje Městské nemocnici v Litoměřicích k dalšímu využití

Děkuji Vám za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Horová Kateřina

Seznam zkratek:

LSPP – Lékařská služba první pomoci

tzv. – tak zvaně

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

závěrečné práce předané do ÚVI

Pracoviště:

Obor:

Studium:

Poř. č.	<i>Absolvent</i> <i>Příjmení*, Jméno (vč. titulů):</i>	<i>Název vysokoškolské kvalifikační práce</i>	Poznámka
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

* Příjmení se musí shodovat s příjmením uvedeným ve vysokoškolské kvalifikační práci, pokud se mezitím například absolventka provdala, prosíme, uveďte rodné příjmení v závorce.

Datum:

Předal/a:

Převzal/a: