

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Jana Kočková

**Interakce a komunikace ve zdravotnickém
týmu**

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: Jana Kočková

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová, PhD.

Oponent práce: Mgr. Marie Vlachová

Datum obhajoby: 9. 6. 2015

Bibliografický záznam

KOČKOVÁ, Jana. Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 2. lékařská fakulta. Ústav ošetrovatelství, 2015, 78s.

Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, PhD.

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“ je zaměřena na problematiku kvality a způsobu komunikace a věnuje se spokojenosti lékařů a sester s pracovními vztahy na jejich pracovištích. Pozornost je zaměřena nejen na vztah sestry - lékař, ale i na interakci a komunikaci v jejich kolektivech. Práce má dvě části - teoretickou a empirickou. Teoretická část se věnuje historii, způsobům komunikace a jejich charakteristice. Dále se v ní poukazuje na způsoby sociální interakce, vztahy a v neposlední řadě i na samotný tým. Empirická část obsahuje výčet poznatků z dotazníkového šetření, které proběhlo na vybraných klinikách ve Fakultní nemocnici v Motole a pracovištích Thomayerovy nemocnice. Anonymního šetření se zúčastnili sestry a lékaři vybraných pracovišť. Závěr práce tvoří zhodnocení výsledků vlastního šetření a porovnání s výsledky dříve realizovaných studií.

Abstract

Bachelor thesis theme “interaction and communication in health care team” is focused on issues of quality and communication methods and elaborates the satisfaction of physicians, nurses in their workplace labor relations. Its' prime objective is not only the relation between nurses and doctors, but also the interaction and communication with in their community as one group. The thesis consist softwoparts-theoretical and empirical. The theoretical part deals with the history, ways of communication and their characteristics. Furthermore, it shows possibilities of social interaction seven within the team it self. The empirical part presents the out comes of the question on the redistributedatselected clinics at the University HospitalMotol and departments of Thomayer's Hospital. In this anonymous survey participatednurses and doctors from these selected workplaces. The conclusionis evaluation of survey results and its' comparison with results of previously conducted studies.

Klíčová slova

Interakce. Kooperace. Neverbální komunikace. Týmová komunikace. Verbální komunikace. Zásady komunikace.

Keywords

Interactions. Cooperation. Nonverbal communication. Team communication. Verbal communication. Principles of communication.

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Jana Kočková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

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

Název práce: **Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu**

Zásady pro vypracování:

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

Seznam odborné literatury:

KŘÍŽOVÁ, E. Proměny lékařské profese z pohledu sociologie. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 142s. Studie (Sociologické nakladatelství), sv. 43. ISBN 80-864-2957-1.
LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152s. ISBN 978-802-4717-845.
KŘIVOHLAVÝ, J. Povídej – naslouchám. 1. vyd. Praha: Navrat, 1993, 105s. ISBN 80-854-9518-X.
HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. Třetí, rozšířené vydání Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.
HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. 2. vydání Praha: Galén, 1997. 165s. ISBN 80-7262-032-0.
VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

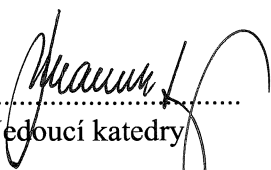
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka**

Oponenti: **Mgr. Vlachová Marie**

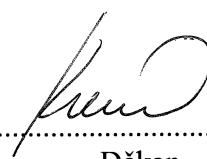
Konzultanti: **Mgr. Polívková Lenka**

Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 20.3.2014


.....
Děkan

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

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

18.8.2014

Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,


Jmenuji se Jana Kočková a jsem studentkou 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Všeobecná sestra. Žádám Vás touto cestou o povolení dotazníkového průzkumu na vybraných klinikách FN Motol. Dotazník je anonymní a má zachytit spokojenost sester a lékařů s komunikací na pracovišti. Výsledky použiji výhradně ke zpracování empirické části mé bakalářské práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“.

Děkuji za kladné vyřízení

S pozdravem

Jana Kočková

Plzeňská 99
150 00 PRAHA 5
e-mail: Kockova.Janina@seznam.cz

21. 8. 14 souhlasím. 

Vážená paní
Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Thomayerovy nemocnice
Vídeňská 800
140 59 PRAHA 4

18.8.2014

Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,

Jmenuji se Jana Kočková a jsem studentkou 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Všeobecná sestra. Žádám Vás touto cestou o povolení dotazníkového průzkumu na vybraných klinikách Thomayerovy nemocnice. Dotazník je anonymní a má zachytit spokojenost sester a lékařů s komunikací na pracovišti. Výsledky použiji výhradně ke zpracování empirické části mé bakalářské práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“.

Děkuji za kladné vyřízení

S pozdravem

Jana Kočková

Plzeňská 99
150 00 PRAHA 5

e-mail: Kockova.Janina@seznam.cz


Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA



**THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Pokyny pro žadatele

Žádost musíte podat písemně, uvést datum a váš podpis. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

Písemná žádost musí obsahovat

Příjmení a jméno žadatele *KOČKOVÁ JANA*
Kontaktní adresu *PLKĚNSKÁ 99, 150 00 PRAHA 5*
Telefon *428 416 606*
E-mail *koekova.jezirka@seznam.cz*
Škola/Fakulta *2. LF UK*
Obor studia *VŠEOBECNÁ SESTRA*
Ročník studia *3.*
Účel sběru šetření *EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE*
Způsob provedení sběru dat *DOTAZNÍK*
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci
Termín sběru
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden *INTERNÍ ODDĚLENÍ*
Presentace dat

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum *19. 11. 2014*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat ANO

NE přednosta Doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.
-2-

Požaduji vyjádření etické komise ANO

NE

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: *20. 11. 2014*

Podpis vedoucího kliniky / oddělení
..... *[Signature]*

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat ANO

NE

Datum: *20. 11. 2014*

Thomayerova nemocnice
Videňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč
Náměstek pro nelekárská zdravotnická
Podpis odpovědného náměstka



**THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Pokyny pro žadatele

Žádost musíte podat **písemně, uvést datum a váš podpis**. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

Písemná žádost musí obsahovat

Příjmení a jméno žadatele *KOČKOVÁ JANA*
Kontaktní adresu *PLZEŇSKÁ 99, 150 00 PRAHA 5*
Telefon *428 416 606*
E-mail *kočkova.jarira@seznam.cz*
Škola/Fakulta *2. LF UK*
Obor studia *VŠEOBECNÁ SESTRA*
Ročník studia *3.*
Účel sběru šetření *EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE*
Způsob provedení sběru dat *DOTAZNÍK*
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci
Termín sběru
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden *NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ*
Presentace dat

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum *19. 11. 2014*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat

ANO

NE

Thomayerova nemocnice (2)
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
Neurologické oddělení

Požaduji vyjádření etické komise

ANO

NE

primář MUDr. Jolana Marková

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: *19. 11. 2014*

Tavlaridu Eleni

Podpis vedoucího kliniky / oddělení

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat

ANO

NE

Thomayerova nemocnice
Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč
Náměstek pro lékařskou zdravotnická

Datum: *20. 11. 2014*

Podpis odpovědného náměstka

Zadávací protokol

Prohlášení

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

V Praze, 13. 4. 2015

Jana Kočková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Šárce Tomové, PhD. za trpělivý, vlídný a velmi ochotný přístup při konzultacích, odborné vedení a za poskytnutí velmi cenných rad. Dále bych chtěla poděkovat mým dětem za podporu a pomoc, kterou mi během celého studia a zvláště během psaní bakalářské práce poskytly.

OBSAH

ÚVOD.....	7
CÍLE PRÁCE	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 ZÁKLADNÍ TECHNIKY KOMUNIKACE.....	9
1.1 Verbální komunikace.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.2 Paralingvistika.....	12
1.3 Neverbální komunikace.....	13
1.4 Komunikace v týmu.....	16
1.5 Bariéry komunikace.....	17
1.6 Asertivita.....	18
1.7 Poslouchání a naslouchání.....	19
2 ZDRAVOTNICKÝ TÝM.....	20
2.1 Role sestry.....	21
2.2 Role lékaře.....	22
2.3 Vztah sestra - lékař.....	23
3 SOCIÁLNÍ INTERAKCE.....	25
3.1 Pracovní vztahy.....	25
3.2 Týmová spolupráce.....	26
3.3 Evalvace a devalvace.....	27
3.4 Kritika a pochvala.....	27
4 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST.....	29
5 CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY.....	29
5.1 Cíle empirické části práce.....	29
5.2 Pracovní hypotézy.....	29
6 METODIKA ŠETŘENÍ.....	30
6.1 Metodika vlastního šetření.....	30
6.2 Stavba dotazníků.....	30
7 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT.....	30
7.1 Organizace šetření.....	30

7.2	Popis zpracování dat.....	31
7.3	Charakteristika a popis zkoumaného vzorku.....	31
7.4	Výsledky vlastního šetření.....	32
7.5	Vyhodnocení statistických hypotéz.....	63
7.6	Diskuze.....	69
	ZÁVĚR.....	73
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77
	PŘÍLOHY.....	78

SEZNAM ZKRATEK

a kol. – a kolektiv

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

et al. – a kolektiv

n. – absolutní četnost

např. – například

obr. – obrázek

s. – strana

tab. – tabulka

tj. – to je

tzv. – tak zvané

% - relativní četnost

ÚVOD

Komunikace je schopnost lidí využívat slovních a mimoslovních výrazových prostředků k projevům své vůle, myšlenek, citů a předávání informací. Komunikace je prostředkem sociální interakce, kde dochází k působení a ovlivňování zúčastněných stran.

Komunikace ve zdravotnictví je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, proto je velmi důležitá. Od kvality předávání informací se pak odráží i kvalita ošetrovatelské péče. Bez komunikace mezi členy zdravotnického týmu by nefungoval chod žádného oddělení. Ošetrovatelská péče je velmi náročná a to hlavně časově. Proto bychom měli dbát na kvalitu, srozumitelnost, úplnost předávané informace, aby nedocházelo k dezinformacím. Zapomenutí nebo nepřesné předání informace může mít fatální následky. Nezbytnou součástí osobnostní výbavy ošetřujícího personálu jsou tedy odborné komunikační dovednosti. Pokud tyto dovednosti zdravotnický personál postrádá, není schopen poskytovat efektivní a smysluplnou ošetrovatelskou péči.

Do komunikace lze zahrnout i vztahy na pracovišti. Každý obor se vyznačuje svými specifiky interpersonálních vztahů a komunikačními zvláštnostmi. Ne vždy jsou tyto vztahy na odděleních optimální. Někdy jsou hranice únosnosti překračovány a to samozřejmě vrhá špatné světlo na celé zdravotnické zařízení. Ve zdravotnických oborech je komunikace velmi náročná, neboť se zde setkávají rozmanité skupiny komunikátorů. Funkční kolektiv by měl být veden kvalitním vedoucím týmu s odpovídajícím vzděláním, který zná všechny členy svého týmu, je spravedlivý a chápavý, na druhé straně však musí mít přirozenou autoritu. Dalšími faktory fungujícího týmu jsou ochota ke spolupráci, stanovení cílů, náročnost práce. Velkou roli zde hrají i charakterové vlastnosti a objevují se také specifika související s věkem, vzděláním a sociálním postavením. Samozřejmě zde hraje velkou roli i délka praxe členů týmu, který tvoří převážně ženy.

V lékařské profesi je zastoupení žen i mužů vyrovnanější. I zde se ale na vzájemné spolupráci odráží délka praxe, dosažené vzdělání a postavení, které jednotlivci v týmu zaujímají.

Vztahy mezi oběma týmy jsou významným prvkem v poskytování zdravotnické péče. Vzájemná spolupráce obou kolektivů prošla v historii značným vývojem a v dnešní době se vzájemná spolupráce jen zdokonaluje. Ovšem komunikační i autoritativní bariery mnohde stále přetrvávají. Vztah mezi sestrami a lékaři je jedním z významných a důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti, vyžaduje proto mnohostranný přístup.

Téma své bakalářské práce „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“ jsem si vybrala proto, že tato problematika je mi blízká a za mnohaleté působení v sesterské profesi a vystřídání několika pracovišť mohu porovnávat a hodnotit komunikaci a vztahy uvnitř týmů, kde jsem dříve pracovala a některé jsem i pro velmi špatné vztahy a jednání opustila. S odstupem let porovnávám své počáteční nadšení a ideály s danou realitou: postavení sestry, kolektivní spolupráce, vztahy na pracovišti, ohodnocení sester.

Účelem této bakalářské práce bylo zachytit pohled sester a lékařů vybraných klinik FN Motol a pracovišť Thomayerovy nemocnice na interpersonální vztahy a spokojenost se současnou komunikací na oddělení.

K dosažení tohoto závěru byly stanoveny tyto cíle:

- Zjistit, zda má správně vedená komunikace mezi sestrami a lékaři vliv na úroveň pracovních vztahů
- Zjistit názor na interpersonální komunikaci u všech členů zdravotnického týmu
- Zjistit oblast komunikace, ve které jsou lékaři i sestry nejvíce nespokojeni
- Provést analýzu dat a jejich vyhodnocení

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části se věnujeme jednotlivým technikám komunikace a jejich charakteristice, vztahům a sociálním interakcím na pracovišti a v neposlední řadě i zdravotnickému týmu. Úvod věnujeme komunikaci a jejím technikám. Dále následuje pohled na zdravotnický tým a vztah sestry – lékaře. V závěru se pak zaměříme na sociální interakce a pracovní vztahy.

1 ZÁKLADNÍ TECHNIKY KOMUNIKACE

Komunikace je slovo cizího původu. Do češtiny se převádí jako „spojení, dorozumívání“ nebo také „spolupodíleli se“ atd. (Křivohlavý, 1988, Slovník cizích slov, 1995). Komunikace pochází z latinského „communicare“, a je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími (Šenková, 2002).

Jde o proces sdělování (sdílení), přenosu a výměny významů a hodnot nejen v oblasti informací, ale zahrnující i další projevy a výsledky lidské aktivity (Pokorná, 2008). „Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. Jde tedy o transakční proces, ve kterém může každá osoba fungovat současně jako mluvčí i posluchač.“ (Pokorná, 2008, s. 9).

Komunikujeme proto, abychom něco vyjádřili, něco sdělili, komunikací navazujeme vztahy a uspokojujeme lidské potřeby. Dále potvrzujeme určité kompetence a vlastnosti, svou identitu. Komunikujeme, abychom zviditelnili svoji roli a abychom se udržovali v psychickém zdraví (Vybíral, 2000).

Dále uvádí Pokorná (2008) výrok Lasswella, který znázorníme jako posloupnost komunikačního cyklu Kdo → říká co → jakým kanálem → komu → s jakým efektem (Pokorná, 2008, s. 9).

Dle Pokorné (2008, s. 9) jsou důležitými prvky procesu sdělování tyto články:

- Komunikátor – ten, kdo má informace, důvod ke komunikaci;
- Kódování – převedení komunikátorových myšlenek do systematického souboru;
- Zpráva – výsledek kódovacího procesu;
- Prostředek – nositel zprávy;
- Dekodující příjemce – dekodování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností;

- Zpětná vazba – reakce příjemců na sdělení, informaci;
- Šum – všechny možné faktory měnící záměr zprávy a její pochopení či přijetí.

Komunikační proces má mnoho funkcí, které jsou významné pro efektivitu a splnění účelu, záměru. Mohou se vzájemně překrývat a pomáhají chápat význam samotné komunikace. Mezi tyto funkce řadíme:

- Funkce informativní – předávání informací, faktů, dat;
- Funkce instruktivní – tj. funkce informativní, která je posílena vysvětlením významů, popisů, návodů, jak něčeho dosáhnout, jak a co dělat;
- Funkce přesvědčovací – působením na jiného člověka dosáhnout změny jeho názoru, postoje, chování atd.;
- Funkce posilovací a motivující – úkolem je posílení určitých pocitů např. sebevědomí, posilování vztahů k něčemu, vlastní potřebnosti;
- Funkce socializační a společensky integrující – posiluje pocit sounáležitosti a vzájemné závislosti, vytváří vztahy mezi lidmi, navozuje kontakty, sblížuje;
- Funkce osobní identity – pomáhá nám zodpovědět otázky – kdo jsme, kam směřujeme, uspořádat si své postoje, názory;
- Souvztažnost – souvislosti, pomáhající nám lépe chápat a vstřebat;
- Funkce vzdělávací a výchovná – uplatňována prostřednictvím institucí (Mikuláščík, 2010).

„Rozhovor mezi lidmi je běžnou interpersonální aktivitou, kterou používá každý z nás několikrát denně. Ne každý dovede komunikovat efektivně a mnohdy tomu ani nepomůže kvalitní odborné vzdělání. Někdo preferuje spíše verbální komunikaci tváří v tvář, jiný dává přednost elektronické, písemné či telefonické formě. Někdo je lepší ve vyjadřování pomocí slov, jiný spíše prostřednictvím neverbálních prostředků.“ (Mikuláščík, 2010, s. 97).

1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace, též komunikace sdělování mluvením tj. slovy, je nejčastější definicí... Dle mého názoru je nejpřesnějším výrokem vystihujícím význam komunikace výrok Jiřího Tomana: *„Bez schopnosti řeči by člověk nebyl člověkem.“* (Křivohlavý, 1988, s. 112).

Mluvení znamená vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí, případně dorozumívání se nějakým jazykem (Křivohlavý, 1988).

„Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se navzájem určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace. Zvažujeme-li její význam v životě jednotlivce i lidstva, pak se nedivíme, že se stala předmětem studia řady vědních oborů.“ (Křivohlavý, 1988, s. 112).

Mezi nejdůležitější vědní obory, které se zabývají touto problematikou, by se mohly zařadit dle Křivohlavého (1988, s. 113 - 114):

- Lingvistika (z latinského lingua – jazyk) – jazykověda;
- Filologie (z řeckého Philologos – ten, kdo má rád řeč) – věda o lidské řeči;
- Filozofie řeči (z řeckého philos – milovník a sophos – moudrost) – filozofické aspekty řeči;
- Fonologie a fonetika (z řeckého phone – zvuk) – věda o akustické stránce lidské řeči – intonace, rytmus;
- Etymologie (z řeckého etymos – pravý a logia – prozkoumávat) – studuje historický vývoj slov;
- Sémantika (z řeckého séma – znamení) – věda o významu slov;
- Paralingvistika (z řeckého para – to, co leží za něčím) – studium „svrchních“ tónů řeči, tj. rychlost produkce slov, nespisovné zvuky, délka přestávek atd.;
- Gramatika (z řeckého technégrammatiké – umění číst a psát) – nauka o správném tvaru slov používaných v určitém jazyce a o jejich pravopisu;
- Rétorika (z řeckého rhéma – řeč a rhétoriké – dovednost mluvit) – řečnické umění, které bylo v určitých historických údobích považované za nejdůležitější.

Ve výčtu těchto věd bychom mohli dlouze pokračovat. Patří sem i sociální psychologie, která se zabývá verbální sociální komunikací.

Myšlení a řeč (jazyk) jsou na sobě závislé, každý jedinec má svůj charakteristický styl. Způsob, jakým se každý z nás vyjadřuje, jak myslí, jaká volí slova a jak tato slova vkládá do vět.

De Vito (2008) uvádí hlavní cíle společné pro komunikaci: učit se a získávat znalosti o druhých, o sobě a celém světě, tím i utvářet a spojovat vztahy s druhými a vzájemně reagovat.

Je nutné si uvědomit, že při komunikaci jsou slova vždy doprovázena neverbálními prvky, do kterých řadíme i aspekty paralingvistické. Slova nelze oddělit od neverbálních projevů komunikace (Špatenková, Králová, 2009).

Verbální komunikace znamená fyzickou blízkost, rychlou výměnu názorů, bezprostřednost. Není příliš času na dlouhé promýšlení a při větším počtu komunikujících se snižuje i možnost kontroly. V mluveném projevu si často můžeme všimnout určité nadsázky, barvitosti, kterou Křivohlavý (1988) označuje jako jazyk poezie. Jazyk poezie je všem lidem bližší než jazyk logiky.

Pokud o někom říkáme, že rozumí našemu jazyku, rozumí i našim myšlenkám.

1.2 Paralingvistika

Dle Pokorné (2008, s. 29) jsou paralingvistické aspekty verbálního projevu přechodem od mimoslovních ke slovním způsobům sdělování. Bohužel význam paralingvistiky není dostatečně doceňován v interpersonální komunikaci a také nebývá mimoslovní komunikace zdaleka tak využívána jako jsou její možnosti. Paralingvistika dotváří denotativní význam jazyka konotativními prvky, všeobecně akceptovaný význam lidmi určité jazykové a kulturní příslušnosti.

Paralingvistické aspekty verbálního projevu:

- Akcent a slovosled jsou velmi významnými činiteli. Akcent ovlivňující porozumění a efektivitu komunikace a slovosled umožňující snazší pochopení obsahu sdělení.
- Hlasitost verbálního projevu ovlivňuje „příjemnost“ či „nepříjemnost“ projevu, působí na schopnost koncentrace posluchačů a determinuje také význam obsahu sdělení.
- Rychlost verbálního projevu

Velmi rychlá řeč je vnímána velmi obtížně, vede k častému kolísání pozornosti, nemusí být zachycena všechna fakta. V průběhu delšího projevu je vhodné tempo řeči měnit. Tempo pomalé je naopak projevem rozvahy, vyrovnanosti, ale může vyjadřovat i určitou váhavost, celkovou zpomalenost. Rychlost řeči úzce souvisí s členěním řeči – frázováním, které umožní lepší orientaci v obsahu sdělovaného.

- Plynulost verbálního projevu
V průběhu verbálního projevu dochází k pomlčkám, které mohou být úmyslné nebo neúmyslné. Neměly by být však vyplňovány tzv. parazitárními slovy, slovní vatou či pomocnými citoslovci nebo adjektivy. Úmyslné pomlky mohou poskytovat posluchačům čas reagovat, zamyslet se. Neúmyslné pomlky vyvolávají dojem nedostatečných schopností řečníka.
- Intonace či melodie řeči bývá spolu s proměnlivostí hlasového zabarvení projevem emocí mluvčího. Umožňuje identifikovat postoj mluvčího k obsahu sdělení. Monotónní projev působí nudně a naopak přehnaná melodičnost působí nepřirozeně, mluvčí tzv. přehrává.
- Chyby v řeči jako jsou například koktání, přeřikávání se, zadrhávání, polykání koncovek, nesprávná výslovnost atd. Správnost výslovnosti podmiňuje pochopení obsahu slov. Zejména u osob s výraznou poruchou výslovnosti může dojít k nepochopení nejen jednotlivých slov, ale i celkového obsahu sdělení. Vhodné je vždy využít správné zpětné vazby (Pokorná, 2008).
- Kvalita řeči – věcnost hovoru určuje míru redundance sdělení (nehospodárnost, užití nadbytečných prvků oproti minimální potřebě).
- Vokalizace jsou zvuky při pláči, smíchu apod. umožňují identifikovat prožívání a emoce.

Osoby v pomáhajících profesích by si měly být vědomy, že správné využívání paralingvistických prvků uplatněných v projevu významně ovlivňují vztahy v interpersonální komunikaci a tím i compliance jedince s nímž pracují.

1.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace značí komunikaci beze slov. Pochází z latinského verbum – slovo, non – ne. Je vývojově starší a existovala dávno předtím, než se vyvinula řeč. Z neverbální komunikace lze vyčíst mnoho o pocitech, postojích komunikátora. Umožňuje doplnit verbální projev anebo ho v některých případech i nahradit. Mnoho znaků či projevů neverbální komunikace si člověk přináší z dětství okopírovaných od svých vrstevníků, především však rodičů (podobná gesta, mimika apod.). Neverbální komunikace není tak přesná a efektivní, je však považována za upřímnější. Je užívána celosvětově, má však také svá nářečí a ta mohou být velmi odlišná (Venglářová, Mahrová, 2006).

Neverbálním způsobem můžeme sdělovat:

- Své emoce, pocity, nálady;
- Projev zájmu o navázání určitého vztahu;
- Své postavení, představení svého já;
- Snahu o ovlivnění názorů a postojů druhé strany, partnera (Křivohlavý, 1988).

Podle Pokorné (2008, s. 17-29) jsou mezi složky neverbální komunikace zařazovány:

Vizika neboli řeč očí

Oči hrají v komunikaci velmi důležitou roli. Přebírají kontrolu zpětné vazby, regulují tok informací, působí jako sdělovače a zároveň jako přijímače (Mikuláščík, 2010). U očí můžeme pozorovat zaměření pohledu – upoutá nás pěkné či nevzhledné oblečení, určitá osoba, věc; doba výdrže pohledu – déle pohledem spočíváme na osobách, u nichž stojíme o pozornost; četnost a sled pohledů, kdy častěji věnujeme pohled osobám příjemným, blízkým; pohyb očí – velmi důležitý ukazatel především při prvním kontaktu; pohled přímý či „po očku“; počet mrknutí – při pocitu jistoty, suverenity, v klidu mrkneme asi pětkrát za minutu, nervózní jedinec mrkne až dvacetinásobně častěji; rozšiřování zornic – oči jsou zrcadlem duše, zornice se rozšiřují v závislosti na emocionálním stavu jedince.

Mimika

Mimikou chápeme schopnost jedince komunikovat prostřednictvím svalů tváře. Lidský obličej je schopen vyjádřit stovky emocí. Emoce je schopen člověk vyjadřovat hlavními obličejovými zónami, kterými jsou oblast čela a obočí, která vyjadřuje pocity překvapení, údivu; oblast očí a víček značí projevy strachu, smutku; dolní část obličeje, tváře, nos, ústa umožňují vyjádření štěstí.

Gestika

Gestika pochází z latinského gero, gerere – projevovat cit, smýšlení, vlastnost. Gestika je řečí našich pohybů, je součástí kineziky. Gestikou jsou myšleny záměrné pohyby rukou, hlavy, popřípadě nohou, které mohou doprovázet verbální sdělení, případně je nahradit. Gesta mají výrazný sdělovací účel, jejich smyslem je též vyjádření emocí, jsou plné různých významů, pro určité kultury výrazně specifických. Mezi nejčastěji uváděné druhy gest řadíme gesta:

- Významová – sémantická (kulturně odlišné, vymezené významy);

- Ilustrační – doprovodná (doprovází určitý popis, např. směr, velikost, tvar);
- Regulační – ukazovací, upozorňovací, organizující;
- Emočně výrazová – vyjádření emočního stavu (stud, nervozitu, zoufalství, agresivitu);
- Adaptační – sebemanipulující – vyjádření stavu, citu, například lomení rukama, tření rukou, škrábání se (Mikuláščík, 2010).

Haptika

Haptika je dorozumívání doteky a podáváním rukou. Dotyková komunikace je pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace. Hmat se rozvíjí dříve, než ostatní smysly. Doteky mohou mít různý význam, mohou být formální, neformální, přátelské či intimní. Nejčastěji používaným dotekem je podání ruky, poplácání po rameni nebo po zádech. Doteky mají v životě nezastupitelnou roli a jsou víceúčelové. Při nedostatku haptických podnětů může dojít k haptické deprivaci, jež je závažným problémem v další sociální interakci jedince.

Chronemika

Je charakterizována způsobem, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas. Jedná se o to, jak člověk komunikuje v časových souvislostech. Týká se vzájemné vyváženosti obou stran, tedy toho, jak každý z účastníků respektuje právo obou stran na stejné časové vstupy do rozhovoru.

Kinezika

Kinezikou rozumíme spontánní pohyby různých částí těla. Nemají však význam gest. Pro každého jedince jsou tyto pohyby jeho specifíkem. Lze sledovat harmonii či disharmonii, soulad či nesoulad, koordinaci či diskoordinaci pohybů komunikujících jedinců.

Proxemika

Proxemika neboli sdělování přiblížením a oddálením. Vzdálenost mezi dvěma osobami je hodnocena horizontálně a vertikálně. Každá osoba má svoji stabilní zónu (teritorium, odstup), kterou dodržuje a cítí se v ní nejbezpečněji. Z pojetí teritorií pak vychází jednotlivé zóny pro kooperaci a komunikaci jedinců:

- Intimní sféra;
- Osobní sféra;
- Sociální sféra;
- Veřejná sféra (Křivohlavý, 1988).

Různí autoři uvádějí různé distance a rozlišení proxemických zón. Tyto zóny jsou v závislosti na věku, pohlaví, frekvenci setkání, temperamentu a emocionální reaktivitě, na poloze a aktuální společenské situaci.

Sdělování činy

Lidská činnost je většinou spjata s tím, co člověk říká a komu to říká. V tomto sdělování vyjadřujeme k ostatním lidem svoji úctu, respekt, opovržení. Tato kategorie komunikace je tedy zaměřena na to, co děláme, jak se chováme a jak jednáme.

Posturologie

Též značena jako posturika, je charakterizována jako řeč fyzických postojů. Komunikujeme tak pomocí držení těla, napětím či uvolněním, nakloněním, nasměrováním těla atd. Hodnotíme nejen postoje jedince, ale také postoje členů určité sociální skupiny. V posturice rozlišujeme dva dominantní jevy a to kongruenci – představující soulad, harmonii, shodu komunikujících subjektů a inkongruenci – vyjadřující naopak nesoulad, neshodu mezi komunikujícími subjekty.

1.4 Komunikace v týmu

Zdravotnický tým je skupina, ve které všichni členové míří ke stejnému tj. společnému cíli. Každý člen týmu se na tomto procesu podílí individuálním způsobem, avšak výsledkem by měl být jednoznačně spokojený pacient. Základním předpokladem dobrých vztahů a účinné komunikace mezi všemi členy týmu musí být absolutní vzájemná důvěra, úcta, respektování jednotlivých osobností a názorů, zodpovědnost, ochota, vstřícnost (Glasa et al., 1998).

Týmová komunikace je jednou z nejdůležitějších komponent při formování těchto vztahů (Hayes, 2005, s. 75).

Tyto vztahy se samozřejmě vyvíjí a prohlubují od nesmělých počátků až po konečnou pevnou vazbu. Skupinová koheze (soudržnost) je též ovlivňována typem pracoviště, pracovní pozicí, vztahy mezi přáteli, zájmy, velikostí samotné skupiny a schopností a hlavně ochotou naslouchat.

„Je prokázáno, že změnou řeči vlastního těla měníme mnohé ve svém přístupu k životu. Touto cestou je možné dosáhnout pocitu větší jistoty na pracovišti, stát se oblíbenějším mezi spolupracovníky, být přesvědčivější v pracovních situacích a vystupovat profesionálněji.“ (Peasovi, 2012)

1.5 Bariéry komunikace

V procesu komunikace může docházet a často i dochází k mnoha problémům, nejasnostem a nepřesnostem, které interpersonální (týmovou) komunikaci komplikují (Honzák, 1997).

Hajerová (2014) uvádí, že autoři, kteří se věnují této problematice, hovoří v tomto smyslu o komunikačních bariérách (např. De Vito, Mikuláščík), a komunikačních pastech (Křivohlavý). Uvědomění si těchto bariér, problémů, obtíží je prvním krokem k tomu, abychom se s nimi dokázali vyrovnat a následně je také řešit. Poznání bariér nám pomůže předcházet jejich vzniku. Křivohlavý (1997) poukazuje, že slabá místa v komunikaci mohou být v každém komunikačním kanálu. Takovouto bariérou může být prostředí, kde převládá nedůvěra, antipatie. Jde o tzv. filtr důvěry a nedůvěry. Donnelly a kol. (2000) mezi nejobvyklejší bariéry komunikace řadí odlišnost postojů, názorů, znalostí a zkušeností, časovou tíseň, přetížení.

Komunikační bariéry dělíme na interní, které zahrnují osobnostní problém komunikujícího a externí, které způsobují rušivé elementy z prostředí.

Mezi interní bariéry můžeme řadit:

- Obavu z neúspěchu, ze selhání;
- Problémy osobního rázu zasahující do prožívání, do emočního stavu a tím narušení morálních pravidel slušného chování;
- Sémantické bariéry – odlišná jazyková úroveň, odlišnost kultury, nepochopení danému tématu;
- Bariéru v podobě xenofobie, povýšenectví, odporu nebo nesympatie;
- Skákání do řeči - intruze;
- Nepřipravenost ke komunikaci;
- Nesoustředěnost;
- Stereotypizaci, kategorizování – přiřazování různých vlastností, předpojatost;
- Myšlenkové chyby;
- Fyzické nebo psychické zhoršení funkčnosti.

Externí bariéry zahrnují:

- Nezvyklé prostředí – uspořádání nábytku, design, nesprávná vzdálenost mezi aktéry;
- Demografické bariéry – rozdíly věku, pohlaví;

- Vyrušování třetí osobou, vizuální rozptýlení, hluk;
- Organizační bariéry týkající se samotné organizace. (Mikuláščík, 2010, s. 36,37)

1.6 Asertivita

Asertivita, jako způsob komunikace či v širším smyslu způsob jednání, se zrodila asi před padesáti lety ve Spojených Státech a jejím krédem bylo: „Neříkejte ano, když chcete říct ne.“ Autorem metody asertivního tréninku je Američan Andrew Salter. Nejlepší cestou k uspokojení potřeb je kompromis. Nikdo z nás není dokonalý, příležitosti, abychom se změnili, máme celý život a celý život se můžeme i učit.

Ten, kdo se chce slušně, přitom jednoznačně projevovat, odolávat manipulacím, by podle Medzihorského (1991, s. 45) měl znát a respektovat zásady známé jako asertivní práva.

1. Člověk má právo posuzovat své vlastní chování, myšlenky a emoce a být za ně zodpovědný.
2. Člověk má právo se neomlouvat, vylouvat, ospravedlňovat svoje chování.
3. Člověk má právo posoudit, na kolik je zodpovědný za řešení problémů druhých lidí
4. Člověk má právo změnit svůj názor.
5. Člověk má právo říci: „Já nevím“.
6. Člověk má právo být nezávislým na dobré vůli ostatních.
7. Člověk má právo dělat chyby a být za ně zodpovědný.
8. Člověk má právo dělat nelogická rozhodnutí.
9. Člověk má právo říci: „Já ti nerozumím“.
10. Člověk má právo říci: „Je mi to jedno“.
11. Člověk má právo se sám rozhodnout, zda bude jednat asertivně či nikoli.

Vymezením asertivních technik se zabývají mnozí autoři. Medzihorský (1991, s. 47) je vymezuje jako asertivní dovednosti. Mezi nejčastěji uváděné patří:

Asertivní NE – na nepřijatelné požadavky vznesené na nás z našeho okolí;

Přijatelný kompromis – najít vhodné východisko pro oba partnery komunikace;

Technika otevřených dveří – reagovat na pravdivou kritiku, přijímat své chyby a omyly, přehlížet lži;

Zaseknutá (pokažená) gramodeska – vytrvalost, odhodlanost stát za svými názory a požadavky, neustupovat, být přátelský, ale nebýt agresivní.

Dalšími technikami jsou pak:

Souhlas s oprávněnou kritikou – kritika investicí budoucnosti;

Zvládání negativní asertivity – schopnost zvládat své nedostatky, hledat a řešit chyby (Vymětal, 2008, s. 145).

1.7 Naslouchání a poslouchání

Mikuláščík (2010, s. 85) kapitolu Poslouchání a naslouchání začíná citátem Franka Tigera „Sluch je jedním z pěti smyslů, ale naslouchání je umění.“ a citátem Michaela Jacobse „Musíš být zticha, abys slyšel.“ Poslouchání zaujímá v komunikačních procesech nejvýznamnější místo. „*Slyšení je fyziologická schopnost smyslových orgánů. Poslouchání je dovednost, kterou se můžeme naučit. Opravdové naslouchání vyžaduje úsilí. Předstíráním pozornosti okrádáme lidi o čas a narušujeme vyváženost ve vztazích.*“ (Mikuláščík, 2010, s. 85).

Ušima slyšíme, k poslouchání však musíme připojit zájem, pochopení, pozornost, které jsou završeny zpětnou vazbou, tzv. komplexní reakcí. Při poslouchání dochází k důležitým procesům, které ovlivňují výsledný efekt. Jsou jimi:

- Filtr nezávažných sdělení;
- Pozornost, kterou vstřebáváme to, co chceme vědět;
- Selektivní pozornost – schopnost eliminovat veškerý šum, rušící při vnímání závažných informací – její kapacita je však omezená a velmi brzy dochází k její oscilaci.

Kvalita pozornosti je individuální a je ovlivňována mnoha dalšími faktory.

Aktivní naslouchání

„*Aktivní naslouchání se vyznačuje určitou iniciativou. Není jen slyšením, ale i viděním. Není jen příjmem informací, ale i pokusem o jejich zpracování do určitého přehledu a smysluplného obrazu. Není jen lhostejným (apatickým) záznamem emocím, ale empatickým (soucítěním proniklým) souzněním (rezonancí). Není jen zachováním všeho, co partner řekl, ale zároveň pokusem o vedení partnera k hlubším a podstatnějším věcem, případně k většímu nadhledu a rozhodnutí.*“ (Křivohlavý, 1993, s. 53).

Aktivním naslouchajícím je ten, který se soustředí, má zájem, správně reaguje na dané informace svými dotazy, dokáže podpořit, dává zpětnou vazbu, neuhýbá pohledem, je vstřícný atd.

Kritické poslouchání

Kritickým posloucháním označujeme určitou reakci na danou informaci formou vlastního hodnocení, namítání, pochybování, nesouhlasu. Reagujeme vlastními postřehy, argumentujeme. Empatie je neodmyslitelnou součástí naslouchání, potažmo i dialogu. Je velmi složitým psychologickým dějem. Může být ovlivňována celou řadou faktorů, které si člověk ani neuvědomuje. Mikuláščík (2010) uvádí: „*Schopnost empatie závisí na vývojové úrovni osobnosti, na množství zážitků, na množství vztahů, které jedince ovlivňují, na vzorech chování. Není to nějaká trvalá vlastnost, v průběhu života se může různým způsobem měnit.*“ (Mikuláščík, 2010, s. 92).

2 ZDRAVOTNICKÝ TÝM

Koncept ošetrovatelského týmu se vyvinul v padesátých letech 20. století ve snaze zvýšit spokojenost pacienta a řešit problémy týkající se kvality ošetrovatelství (Cherry, Jacob, 2002).

Právě kvalitní ošetrovatelská péče je důkazem dobře fungujícího, sehraného týmu. Vytvořit takovýto tým je velmi náročné a zodpovědné a může být i problematické. Je nutné, aby tento tým, který se skládá ze sester, lékařů a dalších nelékařských profesí byl skutečným týmem s vytyčeným jasným cílem. Tým by měl být sestaven z jedinců, které dobře známe. Do kvalitního týmu by se neměli přijímat lidé konfliktní, nepřátelští, pesimističtí, kteří nechtějí prosazovat změny. Každý tým by si měl stanovit takové cíle, aby jim porozuměli všichni členové. „*Hlavním cílem skutečného týmu je výkonnost. Týmová práce sama o sobě ji ale nezaručuje. K tomu je třeba také týmové disciplíny.*“ (Škrála, Škrlová, 2003, s. 358). Nelze očekávat, že bude takto fungovat okamžitě, musí projít náročnou cestou vývoje. Je nutné, aby každý člen týmu měl a plnil určitou úlohu, která úzce souvisí s jeho osobností. Každý jedinec má své zájmy, zkušenosti a odlišná očekávání týkající se týmové spolupráce.

„*Spolupráce a efektivní komunikace mezi členy týmu jsou nezbytně nutné pro zajištění optimální péče o pacienta.*“ (Richards, Edwards, 2004, s. 17).

2.1 Role sestry

Sestry reprezentují nejpočetnější profesní skupinu, která působí v ošetrovatelství, jdou bok po boku lékařům, pacientům, ale i jejich blízkým. Z tohoto postavení plyne mimořádnost a současně i složitost jejich role (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 239).

Profese sestry prošla, jako jedno z mála povolání, velmi složitým vývojem a mění se stále. Všeobecná sestra je povolání nesmírně náročné. Má nenahraditelnou a mnohostrannou funkci v ošetrovatelském procesu. Na sestry jsou kladeny stále větší nároky. Jsou nucené přizpůsobovat se všem novým rolím moderního ošetrovatelství.

Z mnoha definic ošetrovatelství jsem vybrala následující: „*Ošetrovatelství je utvářející se vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí starat.*“ (Farkašová a kol., 2006, s. 13).

Věstník ministerstva zdravotnictví definuje ošetrovatelství takto: „*Je to samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka a péči o jeho zdraví*“ (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 239).

Přes všechny změny probíhající v současné době v ošetrovatelství, zůstává sestra strážkyní zájmů pacienta. Zastává též funkci spojovacího článku se světem a zdrojem informací. Sestra je vyslancem a zástupcem lékaře. Všem požadavkům kladeným na její osobu může vyhovět jen tehdy, když sama neustále studuje a usiluje o vyšší úroveň vzdělání. Pro sestru platí vzory chování jako u lékaře. Jsou to funkční specifita, emocionální neutralismus, universalismus a kolektivní orientace, liší se však specifikou odborného obsahu činnosti. To znamená, že se liší odborně kompetenčně (Bártlová, 2006, s. 136).

Sestra nezastává jen jednu roli, ale vždy se jedná o roli více. Tyto role ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie. Mezi nejčastější role sestry patří:

- Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče; charakterizuje holistická chápání jedince a skupiny, zohledňuje jejich zdraví a uspokojování potřeb.

- Sestra – manažerka; podílí se na řízení ošetrovatelského procesu, na jeho organizaci a dohlíží na jeho dodržování. Neztotožní-li se s touto rolí, má to za následek neefektivní péči.
- Sestra – edukátorka; pomáhá vytvářet a formovat uvědomělé a zodpovědné chování a jednání jedince a skupiny v zájmu podpory udržení zdraví nebo jeho navrácení.
- Sestra – advokátka; sestra působí jako obhájkyně pacienta, reprezentuje jeho práva, překládá a tlumočí jeho názory a požadavky, obhajuje jeho zájmy.
- Sestra – nositelka změn; sestra by měla být hnací silou stále se vyvíjejícího ošetrovatelství, podílet se na změnách a přizpůsobovat se jim osobním vývojem.
- Sestra – výzkumnice; tato role je aktuální ve společnosti, kde se ošetrovatelství stává sociálně významným, důvěryhodným vědním oborem jako záruka kvality. Předpokládá přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkum v ošetrovatelství.
- Sestra – mentorka; v této roli sestra zodpovídá za vzdělávání studentů, předává jim své vědomosti a zkušenosti, dohlíží na jejich práci, připravuje je na budoucí povolání (Farkašová, 2006, s. 182).

Vlivem transformace ošetrovatelství a medicíny se mění i postavení sestry. Vysokoškolské vzdělávání sester přináší i nové vyšší kompetence a tím i snahu udržet kvalitu ošetrovatelské péče na co nejvyšší úrovni. V současnosti je ošetrovatelská péče zaměřena hlavně na kvalitu v oblasti poskytované zdravotní péče (Raisová, 2008). Komunikace v ošetrovatelském procesu je nezbytnou součástí zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Každý krok v ošetrovatelském procesu se neustále přizpůsobuje dané situaci. Úspěch ošetrovatelského procesu je v závislosti na způsobu vedené komunikace mezi sestrou a pacientem (Staňková, 2005).

2.2 Role lékaře

S lékařskou profesí se setkáváme již od starověku. O současné koncepci lékařské profese můžeme hovořit od konce 19. století, kdy se formovaly nemocnice jako zdravotnická zařízení. Lékařská profese je i v dnešní době považována za prestižní povolání.

„Současnou podobu lékařské profese můžeme chápat jako důsledek vývojového stupně moderního průmyslového období, přinášejícího medicinalizaci společnosti, jejímž následkem je rozšiřování trhu pro lékařské služby.“ (Bártlová, 2005, s. 108).

Role lékaře zaujímá rozhodující pozici, která je ovlivněna mnoha faktory, kterými jsou kompetence odlišné odborností, sociálními vazbami, postavením ve vztazích nadřizený – podřízený. Činnost lékaře je zaměřena hlavně na člověka, na ochranu a upevňování jeho zdraví, na diagnostiku, léčbu, na záchranu života (Bártlová, 2005).

Jakákoli nepřesnost, nesprávné nebo chybné rozhodnutí může mít nezvratné následky. V současné době pocítují lékaři tzv. konflikt rolí, ocitají se na pomyslném tenkém ledě, když musí rozhodovat o možné léčbě s přihlédnutím na velmi omezené finanční zdroje.

Křížová (2006, s. 27 – 30) uvádí 4 znaky lékařských rolí, které popsal Talcott Parsons. První nazval funkční specificitou, která vyjadřuje nutnost formální a faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Druhému dal název emocionální (afektivní) neutralita, v níž se od lékaře očekává způsob jednání bez emocionální účasti. Třetí označil jako univerzalismus, kde se vyžaduje od lékaře poskytnutí pomoci všem, kdo je nemocný. Poslední čtvrtý je kolektivní orientace a znamená, že lékař staví blaho pacienta nad své vlastní zájmy a potřeby.

2.3 Vztah sestra – lékař

Vztahy mezi zdravotnickým personálem, zvláště pak vztah sestra – lékař jsou významným prvkem v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Vztahy mezi lékaři a sestrami mají významný dopad na spokojenost v zaměstnání, jejich stabilitu a na celkovou atmosféru na pracovišti. Stres na pracovištích dosahuje rozměrů epidemie a sestry jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin. Stres má za následek řadu závažných faktorů. Ovlivňuje pracovní výkonnost, kvalitu ošetrovatelské péče, fluktuaci atd. (Bártlová, 2005).

Bártlová (2005) uvádí poznatky Wicksové (1999): Vztah mezi sestrou a lékařem ovlivňuje spousta faktorů, opakovaně jsou zkoumány interakce na základě genderového přístupu. Tato jejich identita je vytvářena společností, v níž jsou na vedoucích pozicích převážně muži. Další faktor ve vztahu sestra – lékař je hluboce zakořeněn ve vedoucích lékařských strukturách. Pro některé lékaře je ošetrovatelství stále jen pomocná role. Sestru vnímají jen jako jim podřízenou pracovníci. Faktorem narušení vztahů může být i komplikovanost organizačních struktur. Sestra je podřízena dvojitým způsobem, jednak lékařům a jednak prostřednictvím vrchní sestry příkazy vrcholového managementu.

Bártlová (2005, s. 148) uvádí následující typy interakcí:

- Bezproblémové podřízení se – sestra o ničem nerozhoduje, striktně dodržuje příkazy lékaře;
- Neformální skryté rozhodování – sestra vykazuje respekt lékařům, snaží se nepřímo ovlivnit rozhodovací proces;
- Neformální neskryté rozhodování – sestra nabízí své zkušenosti a názory, otevřeně s lékařem komunikuje;
- Formální neskrývané rozhodování – sestra využívá ošetrovatelský proces při rozhodování o léčbě pacienta.

Základem pro vybudování pevného vztahu mezi sestrami a lékaři by měla být důvěra a respekt k práci druhého (Vitošová, 2007, s. 22).

Vytvářejí se podmínky pro nový pohled na roli lékaře a sestry a na kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být na úrovni rovnoprávných vztahů. Je tedy nutné společné, otevřené komunikaci a spolupráci věnovat co nejvíce času a podporovat je. Upevňují pracovní vztah mezi oběma skupinami a především zkvalitňují ošetrovatelskou péči.

3 SOCIÁLNÍ INTERAKCE

Sociální interakce je proces, který spočívá v působení jedince či skupiny na jiného jedince či skupinu. Toto působení je následováno zpětnou vazbou, která přináší reakci a které se člověk svým chováním přizpůsobuje (Komárková et al., 2001). Tento proces může mít podobu verbální i neverbální. Toto působení vyvolává reakci.

Jandourek (2007, s. 220) hovoří o jednání, jehož výsledkem je vzájemné ovlivňování jedinců či skupin. K formám sociální interakce patří např. kooperace nebo konflikt. V utváření sociálních vztahů má nejdůležitější vliv rodina. Ta formuje sociální osobnost již od raného dětství. Za prvotní fázi sociální interakce považujeme vztah matky a dítěte. Interakce provází člověka celý život, nejprve je to jen rodina, postupně se však okruh autorit rozšiřuje.

3.1 Pracovní vztahy

Mezilidské vztahy mají mnoho podob. Mohou být povrchní, hluboké, intimní, dále formální nebo neformální, pozitivní nebo negativní, krátkodobé nebo dlouhodobé.

Kvalitní vztah by měl být založen na nějakém závazku, na potřebě, touze obou stran tento vztah prohlubovat, pokračovat v něm.

„Ve všech vztazích je důležitá citlivost na zpětnou vazbu partnera. To je ta úroveň zpětné vazby, která určuje, zda je možno vztah dále rozvíjet, postoupit do další fáze. Jestliže se má vztah prohlubovat, je nezbytné očekávat u obou partnerů určitou míru přizpůsobování, přibližování se k sobě navzájem, ustupování ve svých vlastních nárocích.“ (Mikuláščík, 2010, s. 72 - 73).

Pokud chceme udržet pozitivní vztah (a nejen pracovní), musíme dodržovat určitá pravidla:

- Podpořit druhého, v jeho nepřítomnosti se ho zastat;
- Sdílet úspěchy, neúspěchy, sdílet i emoce;
- Vzájemná důvěra;
- Umět si pomáhat;
- Usilovat o to, aby se druhý v mé přítomnosti cítil dobře.

Pracovní vztahy jsou určovány především formálním systémem daného pracoviště a způsobem jeho práce. V ošetrovatelském týmu jsou to sestry a lékaři, kteří tvoří profesní partnery. Zvláště v tomto vztahu je velmi důležitá vzájemnost, kdy na sebe obě strany působí jako zdroj síly a energie, vlivu, podpory, zdroj osobní spokojenosti. Pomocí těchto zdrojů můžeme kvalitu vztahu měřit a hodnotit.

3.2 Týmová spolupráce

Skupinu tvoří minimálně dva lidé, kteří jsou ve vzájemném vztahu, působí na sebe, vzájemně se ovlivňují. Tým není totéž co skupina. Týmem je skupina, jejíž členové mají společný cíl, každý se na něm podílí jiným způsobem a jejich činností na sebe vzájemně navazují a bývají na sobě zcela závislí (Kolajová, 2006).

Týmem se stává skupina tehdy, když splňuje několik základních podmínek:

- Společný cíl a sdílení zaujetí pro jeho dosažení;
- Rozmanitost pracovních úkolů v ošetrovatelském týmu;
- Vysoká míra autonomie a demokracie v týmu;
- Jednoznačně vymezené role, odpovědnost, kompetence;
- Efektivní komunikace, spolupráce, férové a neformální vztahy, důvěra;
- Konflikty řeší daný problém, nejsou tedy negativem;
- Heterogenní funkčnost týmu jako celku;
- Odvození pozic a rolí z neformální činnosti a spolupráce;
- Vzájemná podpora, stimulace, ochota naslouchat;
- Vzájemná závislost a návaznost týmových rolí;
- Mnohem vyšší nasazení, zaujetí, iniciativa (Mikuláščík, 2010).

Mezi negativa ovlivňující týmovou práci zahrnujeme vyhýbání se zodpovědnosti, absenci dobrých výsledků při zachování pracovní aktivity, dále je to dělení týmu na menší podskupiny, přehnaná obava z případných chyb, nic neřešící, uměle protahované schůzky týmu (Mikuláščík, 2010).

Mikuláščík (2010) uvádí výrok Belbina: „*Neexistuje ideální člověk jako pracovník, ale může existovat ideální tým.*“ (Mikuláščík, 2010, s. 199).

3.3 Evalvace a devalvace

Každá interakce má v sobě něco kladného nebo negativního. Neutralita v tomto případě neexistuje.

Evalvace je vyjádřením úcty, uznání, vážnosti. Je to pozitivně hodnocený vztah s vyjádřením podpory, pomoci se snahou nás hájit.

„Hodnotíme-li vlastnosti osobnosti, často vycházíme ze vzájemného srovnání projevů lidského chování.“ (Bartošíková, 2000, s. 29).

Devalvace je projev neúcty, obvinění, zneužívání. Negativně vyjádřený vztah, který může snižovat sebevědomí, problematizuje komunikaci.

3.4 Kritika a pochvala

Kritika je nedílnou součástí lidského konání. Je však nutné, aby ji kritizovaný uměl přijmout a aby na něj nepůsobila negativně. Je považována za neúčinnější manipulaci. Může být oprávněná, pravdivá, nepravdivá – a to buď úmyslně, nebo neúmyslně a reakce na ni asertivní, agresivní a pasivní. Pro kritizovaného je vhodné sdělení kritiky přesné a mezi čtyřma očima (Mikuláščík, 2010).

U většiny lidí kritika vzbuzuje pramalé nadšení, a to oboustranně – u kritizovaného i kritizujícího. Nikdo ji nemá rád. Výhodou je přijímat kritiku jako podnět ke zlepšení, k vyvolání zpětné vazby. Může být hnacím motorem ve směřování k nápravě chyb, rozvoji pracovníka. *„Vypadá to nevinně, ale k nevinnosti to má daleko. Permanentní, důsledná, umíněná koncentrace na kritiku, kterou je náš národ, bohužel, dosti prostoupen (doslova prolezlý), ničí ambice člověka, podemílá jeho sebevědomí a tím i výrazně snižuje jeho potenciál.“* (Rychtaříková, 2008, s. 13).

Kritiku je nutné vždy ukončit pochvalou nebo spíše pozitivním závěrem. Pochvala či pozitivní závěr by měli být součástí kritiky. Pochvala má vliv na zvyšování výkonu a kvality práce, ale na druhé straně její nadměrné užívání přináší laxnost kritizovaného (Mikuláščík, 2010).

Pochvala působí jako pochvala, člověka chválíme za něco, co se mu povedlo. Pozitivní kritikou motivujeme. Měla by kritizovanému připomenout, že je schopný své výkony zlepšit, že mu stále důvěřujeme a že zůstává i nadále plnohodnotným členem týmu.

4 PŘEHLED DŘÍVE REALIZOVANÝCH STUDIÍ

Tématem problematiky vztahů a komunikace ve zdravotnickém týmu se zabývalo již mnoho autorů. Uvádím zde nedávné studie, které jsou svým tématem nejbližší tématu této bakalářské práce.

Šindelářová, Alena Bc. Komunikace v ošetrovatelském týmu. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty Bratislava, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram, 2012. 94 s. Vedoucí diplomové práce: Dagmar Kalátová, doc., PhDr., PhD.

Ježková, Kateřina. Interakce a komunikace v rámci zdravotnického týmu. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ústav ošetrovatelství, 2013. 83 s. Vedoucí bakalářské práce: Šárka Tomová, PhDr., PhD.

Vízková, Alena Bc. Vztah sestry – lékaře v současném systému zdravotnictví. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2008. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

Účelem této bakalářské práce bylo zmapovat pohled sester a lékařů vybraných klinik FN Motol a pracovišť Thomayerovy nemocnice na interpersonální vztahy a spokojenost se současnou komunikací na oddělení.

K dosažení tohoto závěru byly stanoveny tyto cíle:

- Zjistit, zda má správně vedená komunikace mezi sestrami a lékaři vliv na úroveň pracovních vztahů
- Zjistit názor na interpersonální komunikaci u všech členů zdravotnického týmu
- Zjistit oblast komunikace, ve které jsou lékaři i sestry nejvíce nespokojeni
- Provést analýzu dat a jejich vyhodnocení

Na základě výše stanovených cílů byly formulovány následující pracovní hypotézy. Platnost těchto hypotéz byla ověřena provedením průzkumného šetření a vyhodnocena v empirické části této bakalářské práce.

- H1: Domnívám se, že sestry budou uvádět častěji vliv dobrých vztahů na pracovišti na pracovní výkonnost, než lékaři.
- H2: Domnívám se, že kritika či pochvala vychází více ze strany sester než lékařů.
- H3: Domnívám se, že lékaři hodnotí svoji komunikaci se sestrami častěji známkami výborně a velmi dobře, zatímco sestry hodnotí svou komunikaci s lékaři častěji známkami dobře, špatně a velmi špatně.
- H4: Domnívám se, že sestry přikládají vysokoškolskému vzdělání vyšší vliv na vzájemnou spolupráci, než lékaři.
- H5: Domnívám se, že sestry považují svou schopnost naslouchat kolegům či kolegyním za výraznější, než lékaři.

6 METODIKA ŠETŘENÍ

6.1 Metodika vlastního šetření

Sběr potřebných dat proběhl formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky jsem distribuovala lékařům a sestřám na vybraných klinikách Fakultní nemocnice v Motole a pracovištích Thomayerovy nemocnice v Krči. Jako prostředek ke zpracování informací byl zvolen program Microsoft Excel 2010.

6.2 Stavba dotazníku

Dotazník čítá tři otázky sloužící k charakteristice zkoumaného vzorku a zbylých dvacet se zabývá danou problematikou. Respondentům obou skupin byly rozdány obsahově stejné dotazníky, pro lepší srozumitelnost stylisticky upravené. Dotazník byl sestaven z otázek otevřených, které ho uzavírají, dále uzavřených, kterých byla většina. Zde respondenti mohli vybírat z nabídnutých odpovědí. Pět otázek (6, 8, 9, 10, 11) se zakládalo na škálovém hodnocení s možností respondenta vyjádřit názor na významnost, důležitost různých prvků komunikace. Některé z otázek bylo možno doplnit slovní odpovědí a u jedné z otázek bylo možné udat více odpovědí.

7 ORGANIZACE ŠETŘENÍ A POPIS ZPRACOVÁNÍ DAT

7.1 Organizace šetření

Šetření probíhalo od počátku ledna do konce února 2014 mezi všeobecnými sestrami a lékaři na vybraných klinikách Fakultní nemocnice v Motole a pracovištích Thomayerovy nemocnice v Krči. Šetření proběhlo se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči obou nemocnic Mgr. Novákové a Mgr. Mrkvičkové. Tohoto šetření se zúčastnili i vrchní sestry a primáři daných oddělení. Před vlastní distribucí proběhlo pilotní šetření k ověření srozumitelnosti otázek. Tohoto se zúčastnili čtyři všeobecné sestry a dva lékaři, kteří shledali dotazník srozumitelným. Tato data nebyla v závěrečném vyhodnocení použita.

7.2 Popis zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí Microsoft Excel 2010 do výsečových diagramů a tabelárních přehledů. Ke zpracování byly použity i tabulky četnosti.

7.3 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

První výzkumný soubor tvořilo 82 sester (100% pro toto šetření) z interních a neurologických oddělení Thomayerovy nemocnice v Krči a klinik Fakultní nemocnice v Motole. K výzkumu bylo rozdáno 100 tištěných dotazníků, z toho jich bylo vráceno 82, návratnost dotazníků tedy činila 82%. Celkový počet respondentů z řad sester je 82, což je výchozích 100% pro šetření.

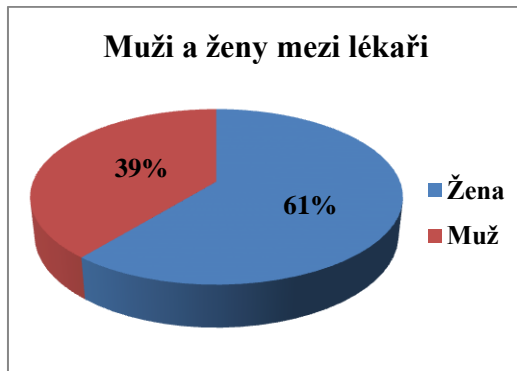
Z celkového počtu 82 sester (100%) jich bylo 72 žen (88%) a 10 mužů (12%). Z nich mělo střední odborné vzdělání 41 respondentů (50%), vyšší odborné vzdělání 9 respondentů (11%) a vysokoškolské vzdělání 19 respondentů (4%).

Druhý výzkumný soubor tvořilo 41 lékařů (100% pro toto šetření) z interních a neurologických oddělení Thomayerovy nemocnice v Krči a klinik Fakultní nemocnice v Motole. K výzkumu bylo rozdáno 100 tištěných dotazníků, z toho jich bylo vráceno 41, návratnost dotazníků tedy činila 41%. Celkový počet respondentů z řad lékařů je 41, což je výchozích 100% pro šetření.

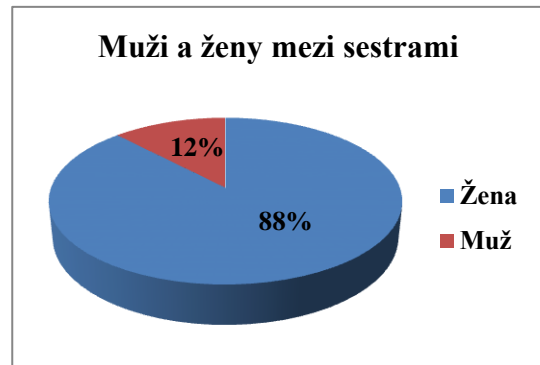
Z celkového počtu 41 lékařů (100%) jich bylo 25 žen (61%) a 16 mužů (39%).

7.4 Výsledky vlastního šetření

Obr. 1a: Muži a ženy mezi lékaři

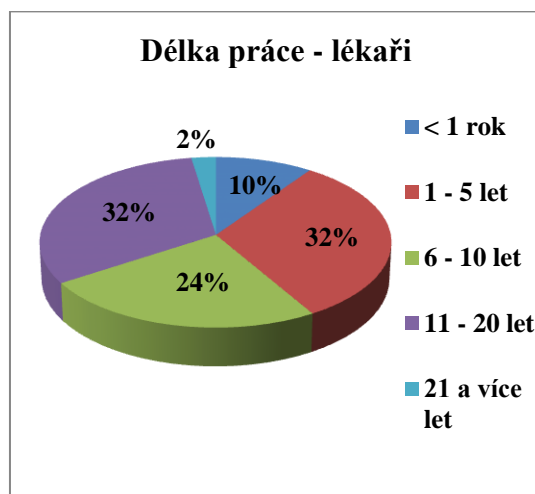


Obr.1b: Muži a ženy mezi sestrami

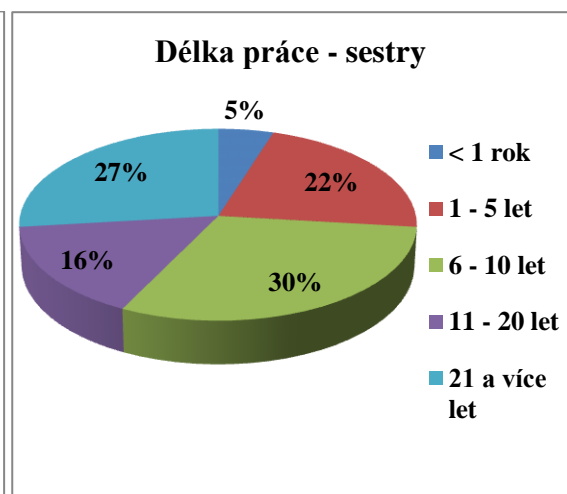


Obrázek 1a popisuje relativní četnost mužů a žen ve zkoumaném vzorku lékařů. Mezi lékaři bylo 16 mužů (39%) a 25 žen (61%). Obrázek 1b popisuje relativní četnost mužů a žen ve zkoumaném vzorku sester. Mezi sestrami bylo 10 mužů (12%) a 72 žen (88%).

Obr.2a: Délka práce – lékaři

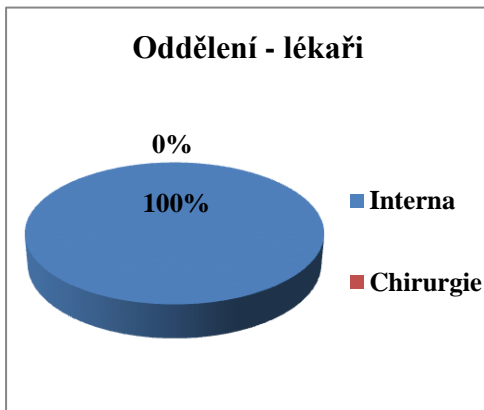
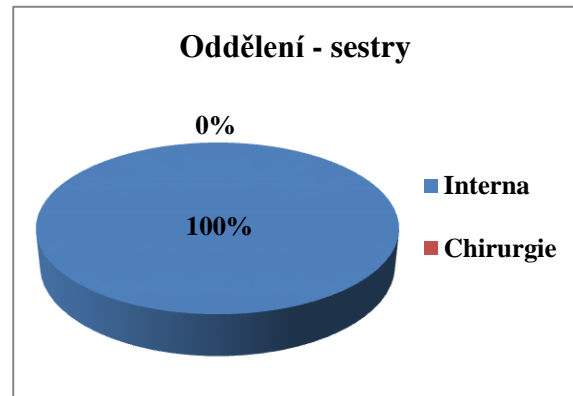


Obr.2b: Délka práce – sestry



Obrázek 2a popisuje relativní četnost délky praxe lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) činila délka praxe u 4 lékařů (10%) 1 rok, u 13 lékařů (32%) 1-5 let, u 10 lékařů (24%) 6-10 let, u 13 lékařů (32%) 11-20 let a u 1 lékaře (2%) 21 a více let.

Obrázek 2b popisuje relativní četnost délky praxe sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) činila délka praxe u 4 sester (5%) 1 rok, u 18 sester (22%) 1-5 let, u 25 sester (30%) 6-10 let, u 13 sester (16%) 11-20 let a u 22 sester (27%) 21 a více let.

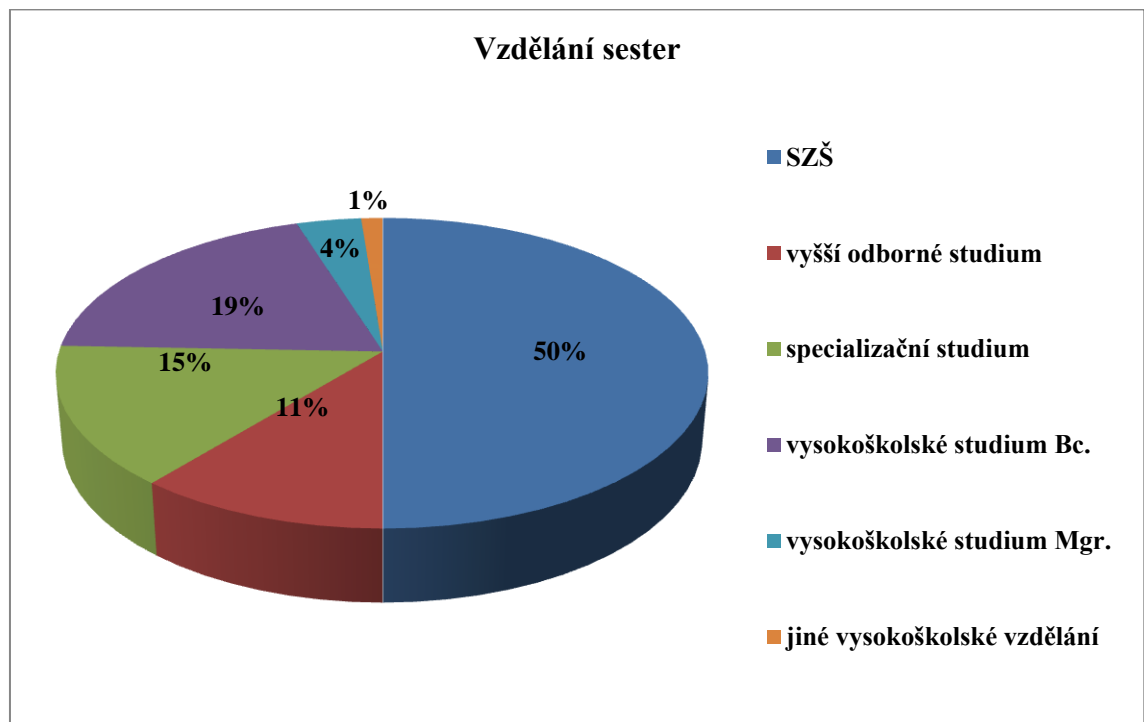
Obr.3a: Oddělení – lékaři**Obr. 3b:** Oddělení – sestry

Obrázek 3a popisuje relativní četnost typu oddělení, na kterém pracují lékaři. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) pracovalo 41 lékařů na interním typu oddělení.

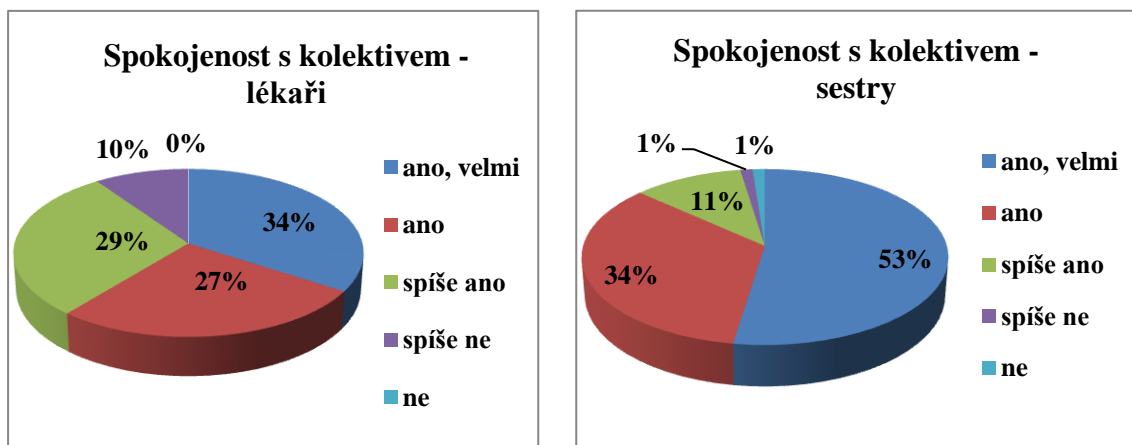
Obrázek 3b popisuje relativní četnost typu oddělení, na kterém pracují sestry. Z celkového počtu 82 sester (100%) pracovalo 82 sester na interním typu oddělení.

Obr.4a: Pracovní pozice lékařů

Obrázek 4a popisuje relativní četnost pracovních pozic, které lékaři na pracovišti zaujímají. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) pracovalo 19 lékařů (46%) v pozici lékař, 21 lékařů (51%) v pozici sekundární lékař a 1 lékař (3%) jako vedoucí lékař oddělení.

Obr.4b: Vzdělání sester

Obrázek 4b popisuje relativní četnost různých úrovní vzdělání sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) bylo 41 sester (50%) vzděláno na SZŠ, 9 sester (11%) VOS, 12 sester (15%) specializačním studiem, 16 sester (19%) VŠ Bc., 3 sestry (4%) VŠ Mgr., 1 sestra (1%) jiné VŠ vzdělání.

Obr.5a: Spokojenost s kolektivem – lékaři **Obr. 5b:** Spokojenost s kolektivem – sestry

Obrázek 5a popisuje relativní četnost spokojenosti lékařů s kolektivem, ve kterém pracují. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 14 lékařů (34%) ano velmi, 11 lékařů (27%) ano, 12 lékařů (29%) spíše ano, 4 lékaři (10%), nikdo z dotazovaných lékařů (0%) neodpověděl ne.

Obrázek 5b popisuje relativní četnost spokojenosti sester s kolektivem, ve kterém pracují. Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo 43 sester (52%) ano velmi, 28 sester (34%) ano, 9 sester (11%) spíše ano, 1 sestra (1%) spíše ne, 1 sestra (1%) ne.

Obr.6a: Vliv na pracovní výkon – lékaři

Obr. 6b: Vliv na pracovní výkon – sestry

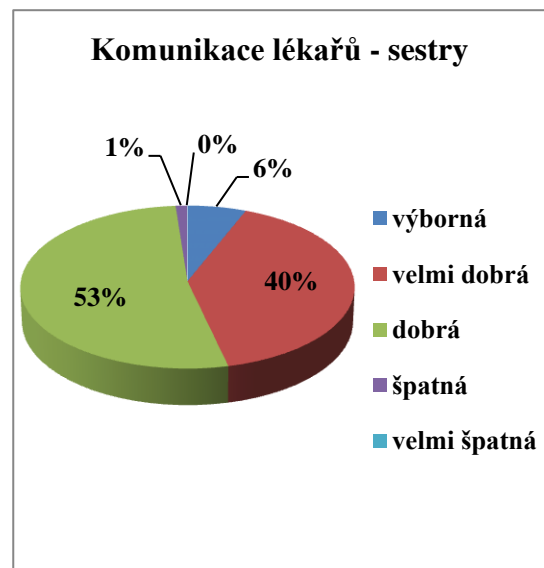
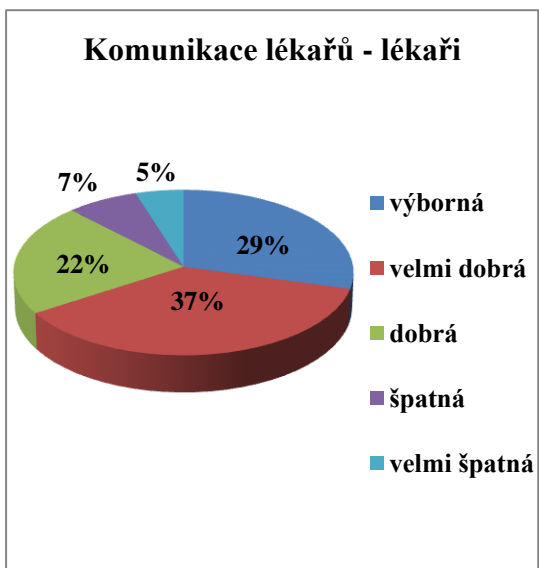


Obrázek 6a popisuje relativní četnost vlivu pracovních vztahů na pracovní výkon lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 40 lékařů (98%) ano, 1 lékař (2%) ne, nikdo z dotazovaných lékařů (0%) neodpověděl neumím posoudit.

Obrázek 6b popisuje relativní četnost vlivu pracovních vztahů na pracovní výkon sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo 81 sester ano, 1 sestra (1%) ne, žádná z dotazovaných sester (0%) neodpověděla neumím posoudit.

Obr.7a: Komunikace lékařů – lékaři

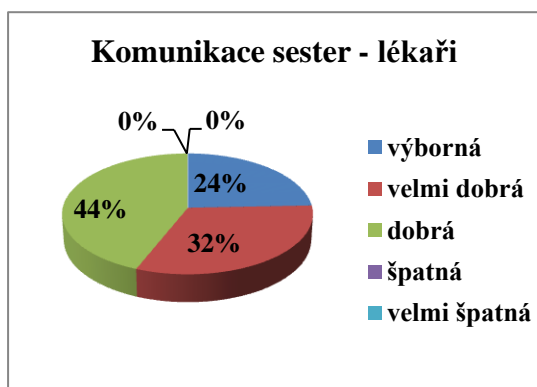
Obr. 7b: Komunikace lékařů – sestry



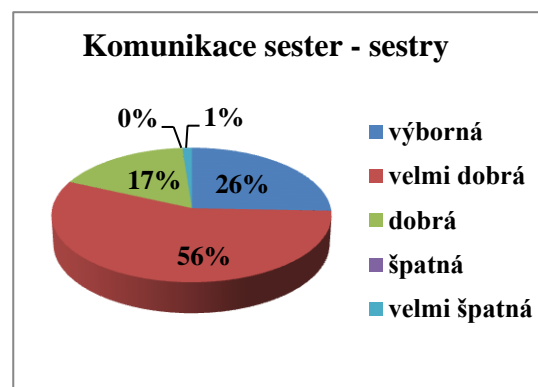
Obrázek 7a popisuje relativní četnost úrovně komunikace mezi lékaři na pracovišti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotilo 12 lékařů (29%) komunikaci mezi lékaři výborně, 15 lékařů (37%) velmi dobře, 9 lékařů (22%) dobře, 3 lékaři (7%) špatně, 2 lékaři (5%) velmi špatně.

Obrázek 7b popisuje relativní četnost úrovně komunikace na pracovišti mezi lékaři z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotilo 5 sester (6%) komunikaci mezi lékaři výborně, 33 sester (40%) velmi dobře, 43 sester (52%) dobře, 1 sestra (1%) špatně a žádná sestra (0%) neodpověděla velmi špatně.

Obr.8a: Komunikace sester – lékaři



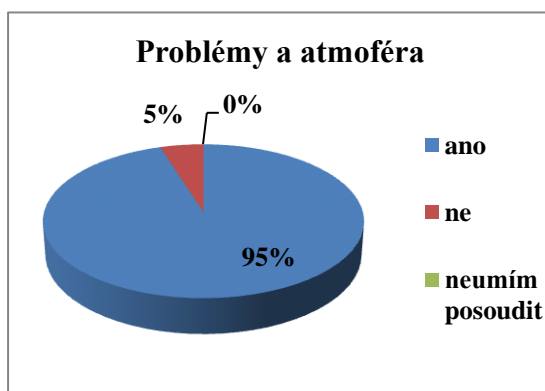
Obr. 8b: Komunikace sester – sestry



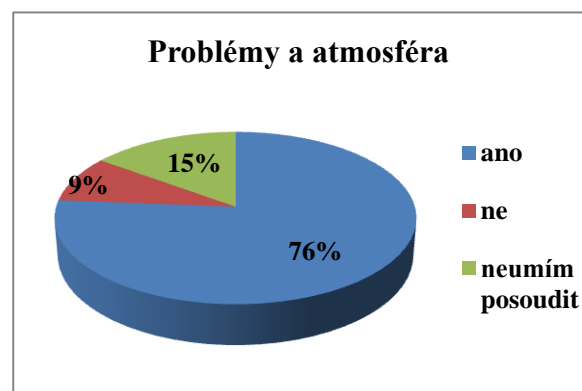
Obrázek 8a popisuje relativní četnost úrovně komunikace mezi sestrami na pracovišti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) jich 10 (24%) označilo komunikaci hodnocením výborně, 13 (32%) velmi dobře, 18 (44%) dobře, nikdo (0%) ji neoznačil za špatnou nebo velmi špatnou.

Obrázek 8b popisuje relativní četnost úrovně komunikace na pracovišti mezi sestrami z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) jich 21 (26%) označilo komunikaci hodnocením výborně, 46 (56%) velmi dobře, 14 (17%) dobře, nikdo (0%) ji neoznačil za špatnou, 1 sestra (1%) ji označila za velmi špatnou.

Obr.9a: Problémy a atmosféra – lékaři



Obr. 9b: Problémy a atmosféra – sestry

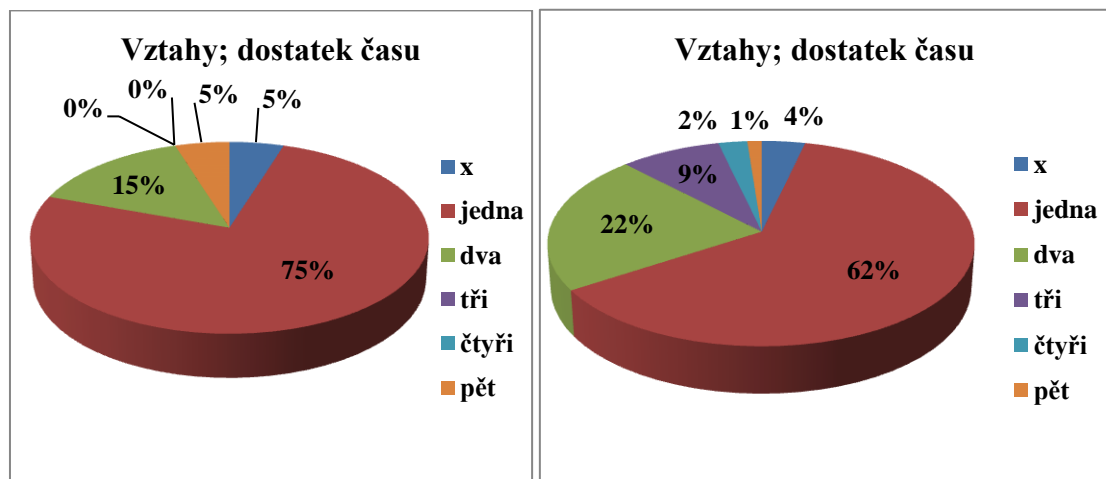


Obrázek 9a popisuje relativní četnost problémů ovlivňujících atmosféru na pracovišti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 39 lékařů (95%) ano, 2 lékaři (5%) ne, nikdo z lékařů (0%) neodpověděl neumím posoudit.

Obrázek 9b popisuje relativní četnost problémů ovlivňujících atmosféru na pracovišti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo 61 sester (76%) ano, 7 sester (9%) ne, žádná ze sester (0%) neodpověděla neumím posoudit.

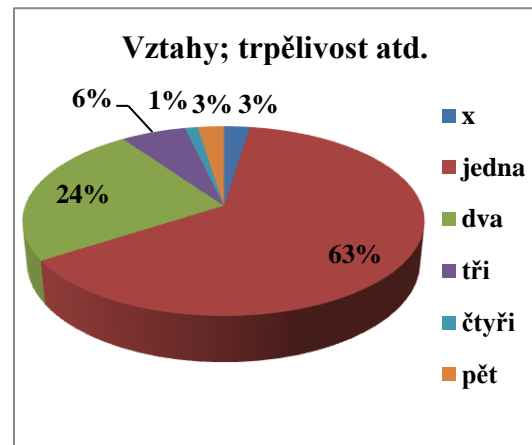
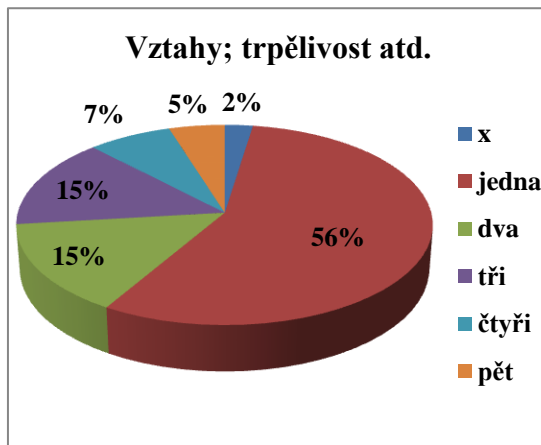
Obrázky 10a, 10b, 11a, 11b, 12a, 12b, 13a, 13b, 14a a 14b byly hodnoceny podle významnosti, kdy 1 znamená velmi důležité a 5 znamená nedůležité. Z důvodu úspory místa jsou nevyplněné odpovědi označeny písmenem X.

Obr.10a: Vztahy; dostatek času – lékaři **Obr. 10b:** Vztahy; dostatek času – sestry



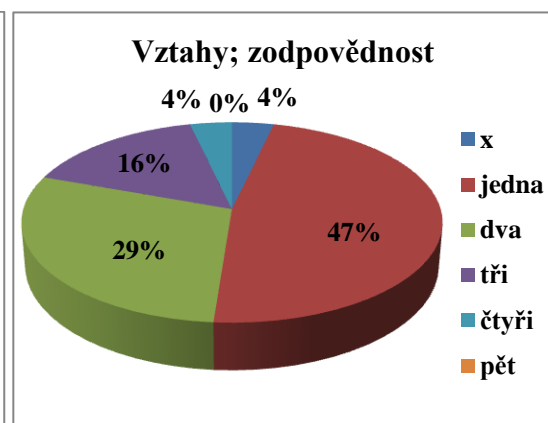
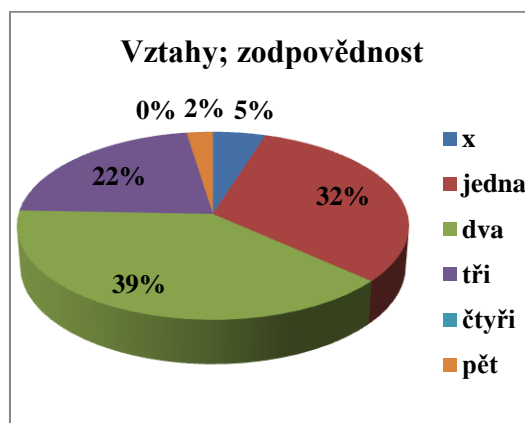
Obrázek 10a popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů dostatkem času pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotilo tuto možnost takto: 2 lékaři (5%) nehodnotili, 31 lékařů (76%) jedna, 6 lékařů (15%) dva, nikdo z lékařů (0%) nehodnotil tři ani čtyři, 2 lékaři (5%) hodnotili pět.

Obrázek 10b popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů dostatkem času pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotilo tuto možnost takto: 3 sestry (4%)nehodnotily, 51 sester (62%) jedna, 18 sester (22%) dva, 7 sester (9%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr.11a: Vztahy; trpělivost atd. – lékaři**Obr. 11b:** Vztahy; trpělivost atd. – sestry

Obrázek 11a popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí trpělivosti, tolerance a ochoty pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotilo tyto možnosti takto: 1 lékař (2%) nehodnotil, 23 lékařů (56%) jedna, 6 lékařů (15%) dva, 6 lékařů (15%) tři, 3 lékaři (7%) čtyři, 2 lékaři (5%) pět.

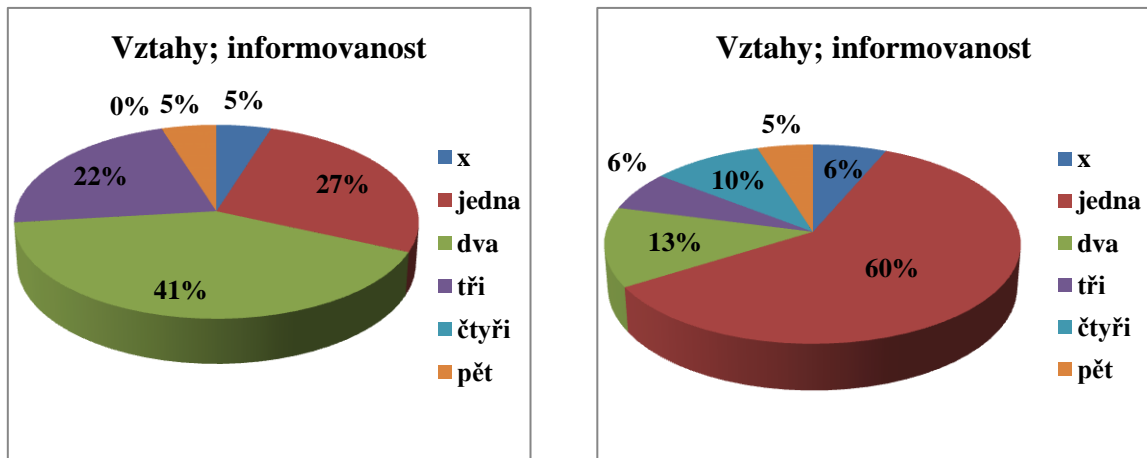
Obrázek 11b popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí trpělivosti, tolerance a ochoty pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotilo tyto možnosti takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 52 sester (63%) jedna, 20 sester (24%) dva, 5 sester (6%) tři, 1 sestra (1%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

Obr.12a: Vztahy; zodpovědnost – lékaři**Obr. 12b:** Vztahy; zodpovědnost – sestry

Obrázek 12a popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí zodpovědnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotilo tuto možnost takto: 2 lékaři (5%) nehodnotili, 13 lékařů (32%) jedna, 16 lékařů (39%) dva, 9 lékařů (22%) tři, nikdo z lékařů (0%) nehodnotil čtyři, 1 lékař (2%) pět.

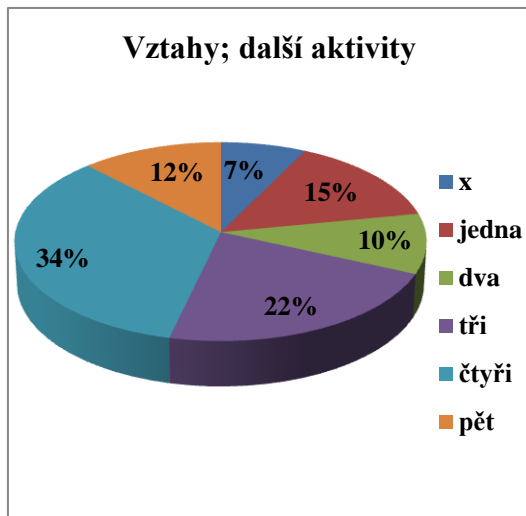
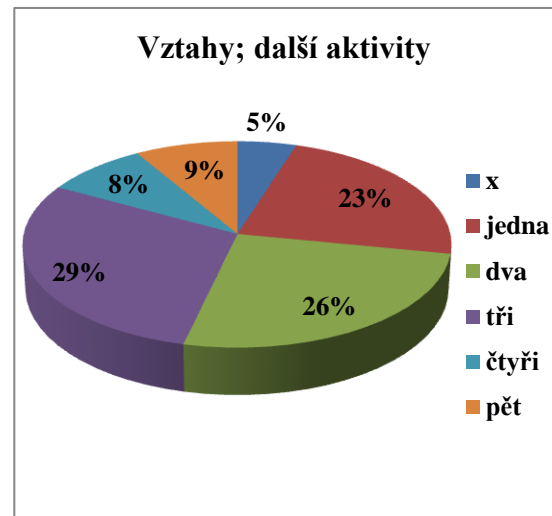
Obrázek 12b popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí zodpovědnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotilo tuto možnost takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 39 sester (48%) jedna, 24 sestry (29%) dva, 13 sester (16%) tři, 3 sestry (3%) čtyři, žádná ze sester (0%) nehodnotila pět.

Obr.13a: Vztahy; informovanost – lékaři **Obr. 13b:** Vztahy; informovanost – sestry



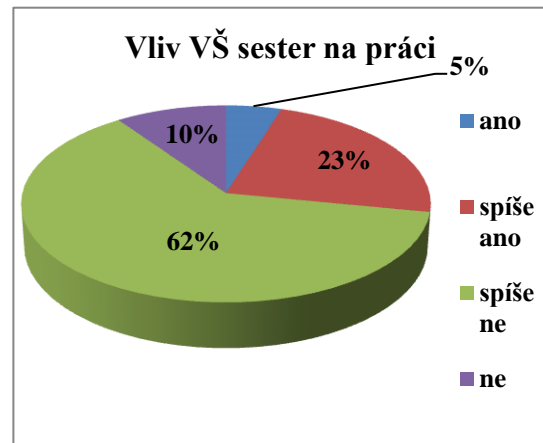
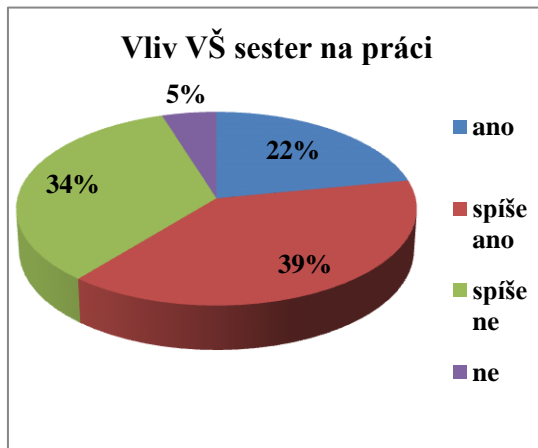
Obrázek 13a popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů prostřednictvím lepší informovanosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) byla tato položka hodnocena takto: 2 lékaři (5%) nehodnotili, 11 lékařů (27%) jedna, 17 lékařů (41%) dva, 9 lékařů (22%) tři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil čtyři, 2 lékaři (5%) pět.

Obrázek 13b popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů prostřednictvím lepší informovanosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) tato položka hodnocena takto: 4 sestry (6%) nehodnotily, 37 sester (60%) jedna, 8 sestry (13%) dva, 4 sestry (6%) tři, 6 sester (10%) čtyři, 3 sestry (5%) pět.

Obr.14a: Vztahy; další aktivity – lékaři**Obr. 14b:** Vztahy; další aktivity – sestry

Obrázek 14a popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí dalších, mimopracovních aktivit pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) tuto možnost hodnotili takto: 3 lékaři (7%) nehodnotili, 6 lékařů (15 %) jedna, 4 lékaři (10%) dva, 9 lékařů (22%) tři, 14 lékařů (34%) čtyři, 5 lékařů (12%) pět.

Obrázek 14b popisuje relativní četnost možnosti zlepšení interpersonálních vztahů pomocí dalších, mimopracovních aktivit pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) tuto možnost hodnotily takto: 4 sestry (5%) nehodnotily, 19 sester (23%) jedna, 21 sester (26%) dva, 24 sestry (29%) tři, 7 sester (9%) čtyři, 7 sester (9%) pět.

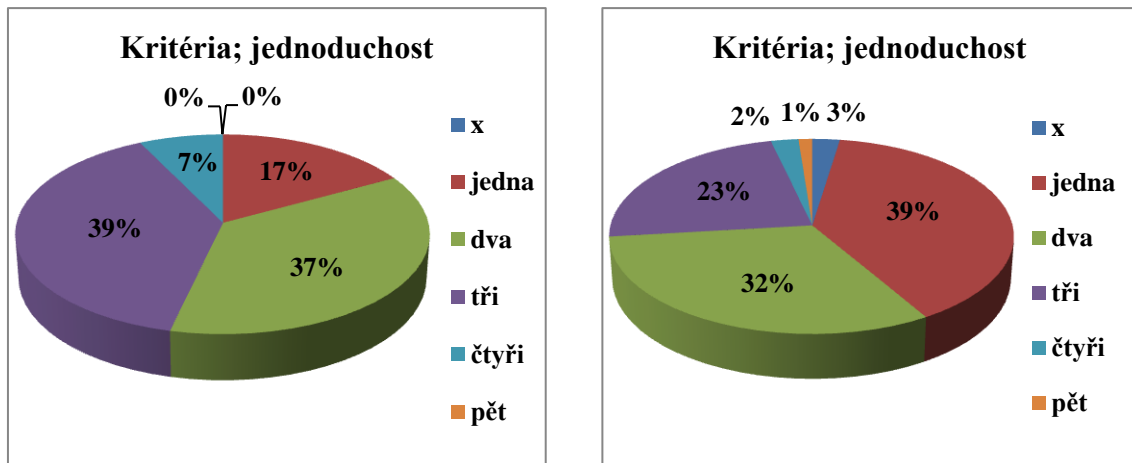
Obr.15a: Vliv VŠ sesterna práci – lékaři**Obr. 15b:** Vliv VŠ sesterna práci – sestry

Obrázek 15a popisuje relativní četnost vlivu vysokoškolsky vzdělaných sester na vzájemnou spolupráci s lékaři z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotilo 9 lékařů (22%) ano, 16 lékařů (39%) spíše ano, 14 lékařů (34%) spíše ne, 2 lékaři (5%) ne.

Obrázek 15b popisuje relativní četnost vlivu vysokoškolsky vzdělaných sester na vzájemnou spolupráci s lékaři z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) si myslily 4 sestry (5 %) ano, 19 sester (23%) spíše ano, 51 sester (62%) spíše ne, 8 sester (10%) ne.

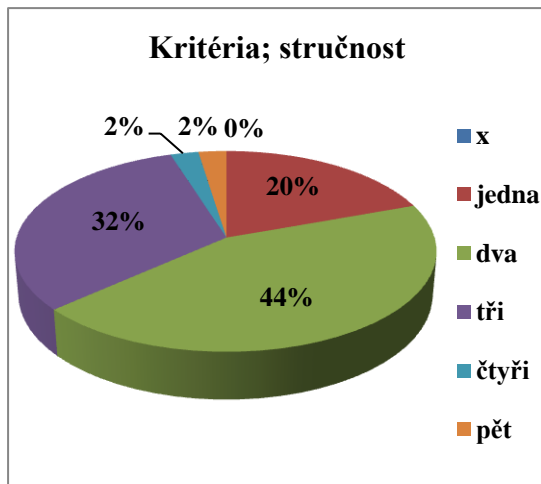
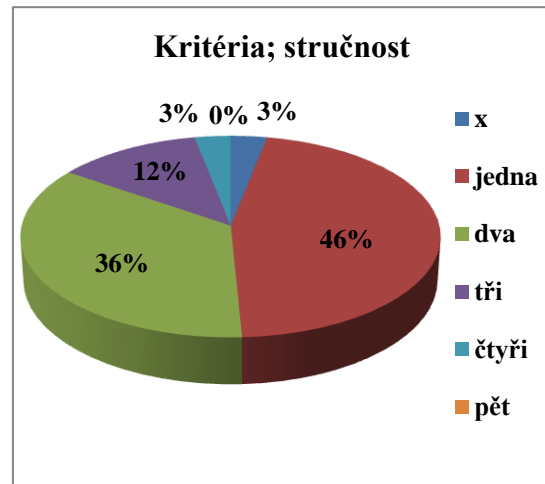
Obrázky 16a, 16b, 17a, 17b, 18a, 18b, 19a, 19b, 20a a 20b byly hodnoceny podle významnosti na stupnici 1-5 , kdy 1 = velmi důležité; 5 = nedůležité. Z důvodu úspory místa jsou nevyplněné odpovědi označeny písmenem X.

Obr.16a: Kritéria; jednoduchost – lékaři **Obr. 16b:** Kritéria; jednoduchost – sestry



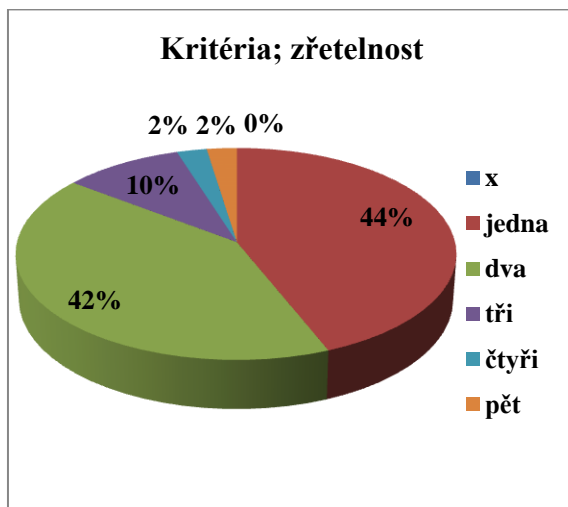
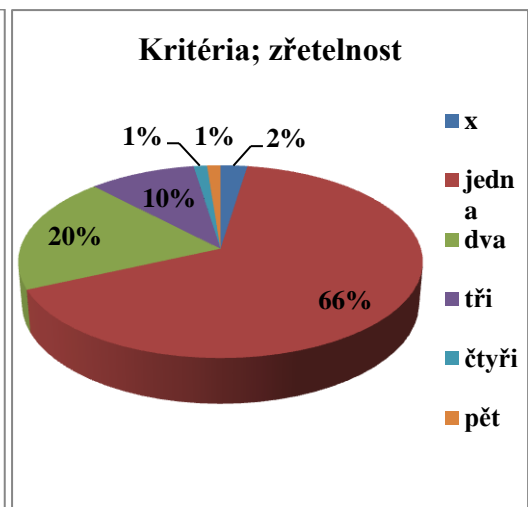
Obrázek 16a popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím jednoduchosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 7 lékařů (17%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 16 lékařů (39%) tři, 3 lékaři (7%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 16b popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím jednoduchosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 32 sestry (39%) jedna, 26 sester (32%) dva, 19 sester (23%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr.17a: Kritéria; stručnost – lékaři**Obr. 17b:** Kritéria; stručnost – sestry

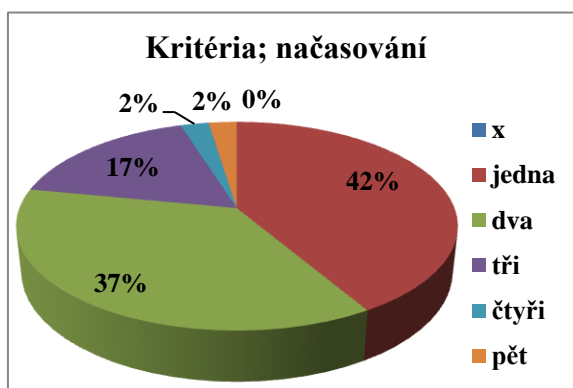
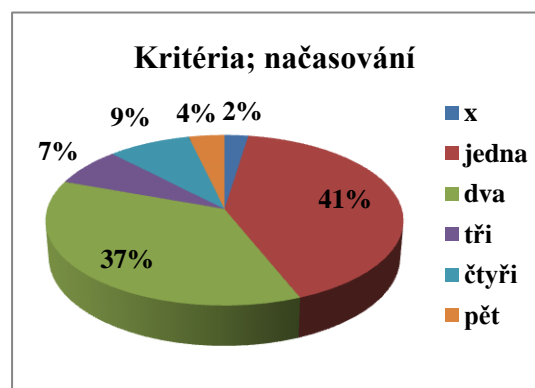
Obrázek 17a popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím stručnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 8 lékařů (20%) jedna, 18 lékařů (44%) dva, 13 lékařů (32%) tři, 1 lékař (2%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 17b popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím stručnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (3%) nehodnotily, 30 sester (46%) jedna, 23 sester (35%) dva, 8 sester (12%) tři, 2 sestry (3%) čtyři, žádná ze sester (0%) nehodnotila pět.

Obr. 18a: Kritéria; zřetelnost – lékaři**Obr. 18b:** Kritéria; zřetelnost – sestry

Obrázek 18a popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím zřetelnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 18 lékařů (44%) jedna, 17 lékařů (41%) dva, 4 lékaři (10%) tři, 1 lékař (2%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 18b popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím zřetelnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 54 sestry (66%) jedna, 16 sester (20%) dva, 8 sester (10%) tři, 1 sestra (1%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

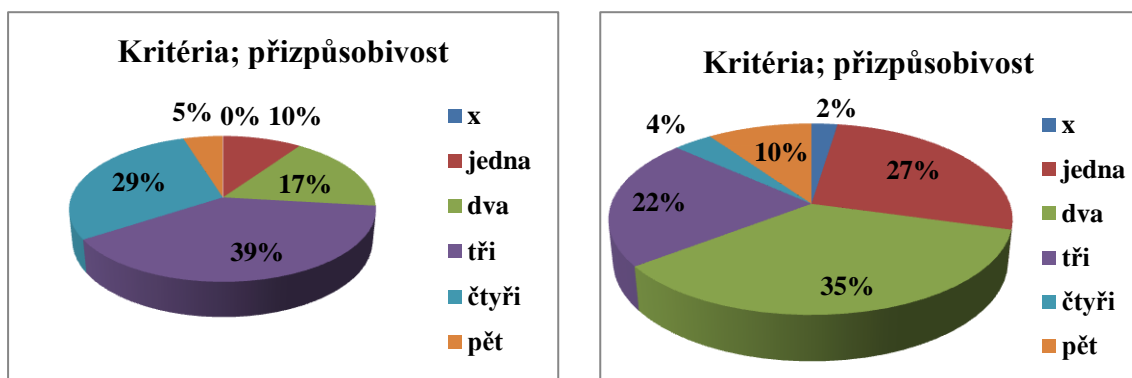
Obr. 19a: Kritéria; načasování – lékaři**Obr. 19b:** Kritéria; načasování – sestry

Obrázek 19a popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím vhodného načasování z pohledu lékařů.

Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto možnost takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 17 lékařů (41%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 7 lékařů (17%) tři, 1 lékař (2%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 19b popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím vhodného načasování z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto možnost takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 34 sestry (41%) jedna, 30 sester (37%) dva, 6 sester (7%) tři, 7 sester (9%) čtyři, 3 sestry (4%) pět.

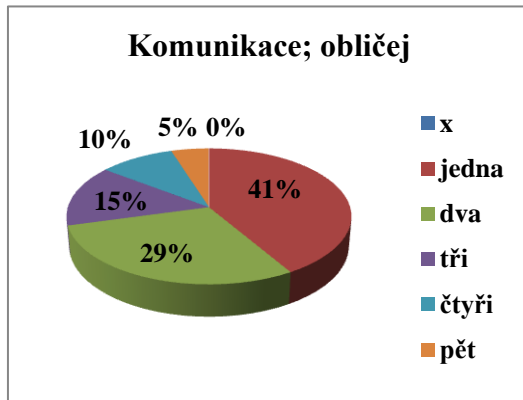
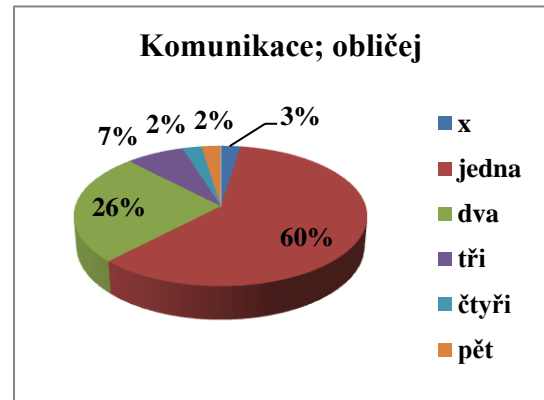
Obr. 20a: Kritéria; přizpůsobivost – lékaři **Obr.20b:** Kritéria; přizpůsobivost – sestry



Obrázek 20a popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím přizpůsobivosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto možnost takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 4 lékaři (10%) jedna, 7 lékařů (17%) dva, 16 lékařů (39%) tři, 12 lékařů (29%) čtyři, 2 lékaři (5%) pět.

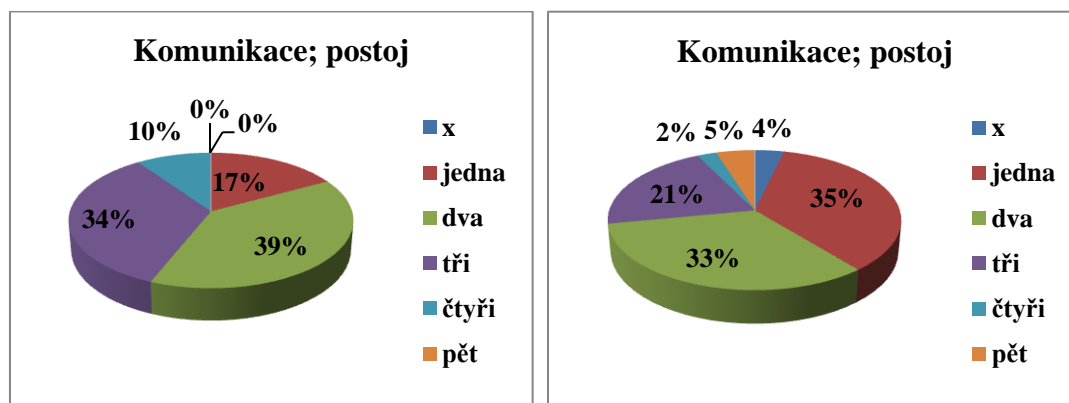
Obrázek 20b popisuje relativní četnost kritérií úspěšnosti verbální komunikace podle hodnocení významnosti použitím přizpůsobivosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto možnost takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 22 sestry (27%) jedna, 29 sester (35%) dva, 18 sester (22%) tři, 3 sestry (4%) čtyři, 8 sester (10%) pět.

Obrázky 21a,21b,22a,22b,23a,23b,24a,24b,25a,25b,26a,26b,27a,27b,28a,28b byly hodnoceny podle významnosti na stupnici 1-5, kdy 1 znamená velmi důležité a 5 nedůležité. Z důvodu úspory místa jsou nevyplněné odpovědi značeny písmenem X.

Obr. 21a: Komunikace; obličej – lékaři**Obr. 21b:** Komunikace; obličej – sestry

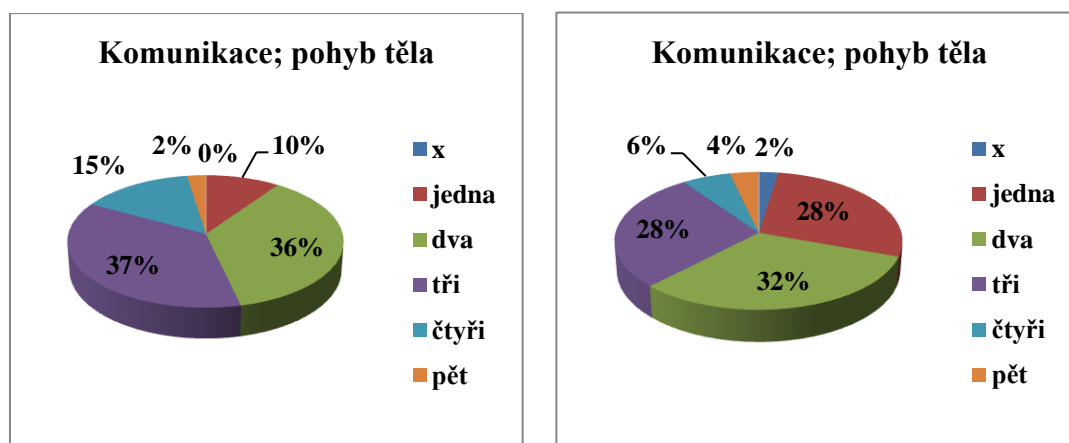
Obrázek 21a popisuje relativní četnost výrazu obličej v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 17 lékařů (41%) jedna, 12 lékařů (29%) dva, 6 lékařů (15%) tři, 4 lékaři (10%) čtyři, 2 lékaři (5%) pět.

Obrázek 21b popisuje relativní četnost výrazu obličej v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 49 sester (60%) jedna, 21 sestry (26%) dva, 6 sester (7%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

Obr. 22a: Komunikace; postoj – lékaři**Obr. 22b:** Komunikace; postoj – sestry

Obrázek 22a popisuje relativní četnost postoje v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 7 lékařů (17%) jedna, 16 lékařů (39%) dva, 14 lékařů (34%) tři, 4 lékaři (10%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 22b popisuje relativní četnost postoje v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 29 sester (35%) jedna, 27 sester (33%) dva, 17 sester (21%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 4 sestry (5%) pět.

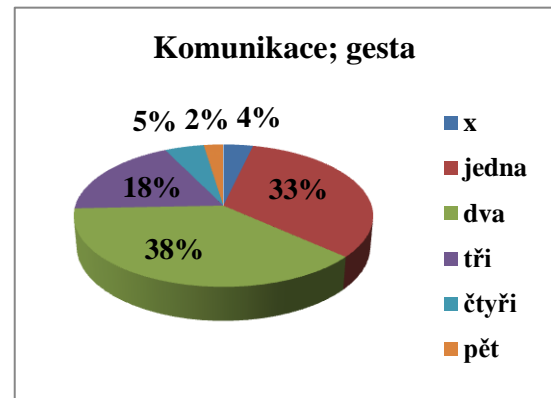
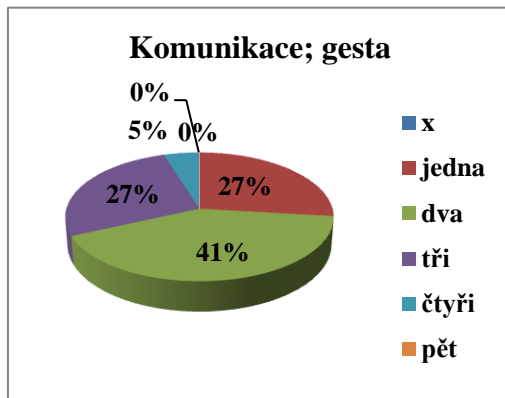
Obr. 23a: Komunikace; pohyb těla – lékaři**Obr. 23b:** Komunikace; pohyb těla – sestry

Obrázek 23a popisuje relativní četnost pohybů těla v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 4 lékaři (10%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 15 lékařů (37%) tři, 6 lékařů (15%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 23b popisuje relativní četnost pohybů těla v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 23 sester (28%) jedna, 26 sester (32%) dva, 23 sester (28%) tři, 5 sester (6%) čtyři, 3 sestry (4%) pět.

Obr. 24a: Komunikace; gesta – lékaři

Obr. 24b: Komunikace; gesta – sestry

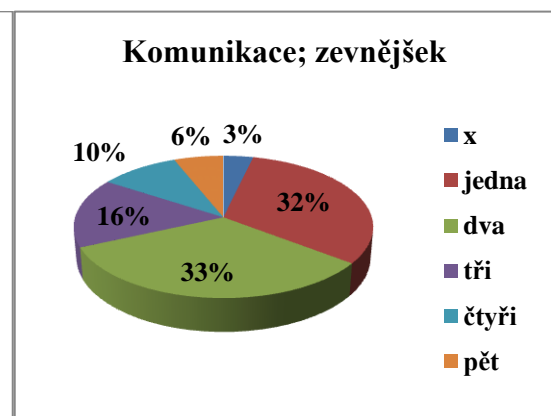
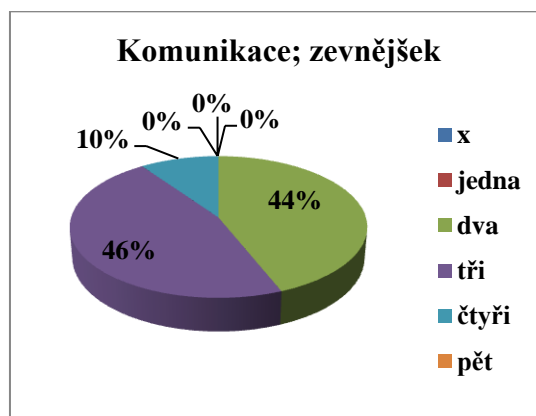


Obrázek 24a popisuje gesty relativní četnost v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 11 lékařů (27%) jedna, 17 lékařů (41%) dva, 11 lékařů (27%) tři, 2 lékaři (5%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil 5.

Obrázek 24b popisuje gesty relativní četnost v neverbální komunikaci podle hodnocení významnosti z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 27 sester (33%) jedna, 31 sester (38%) dva, 15 sester (18%) tři, 4 sestry (5%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

Obr. 25a: Komunikace; zevnějšek – lékaři

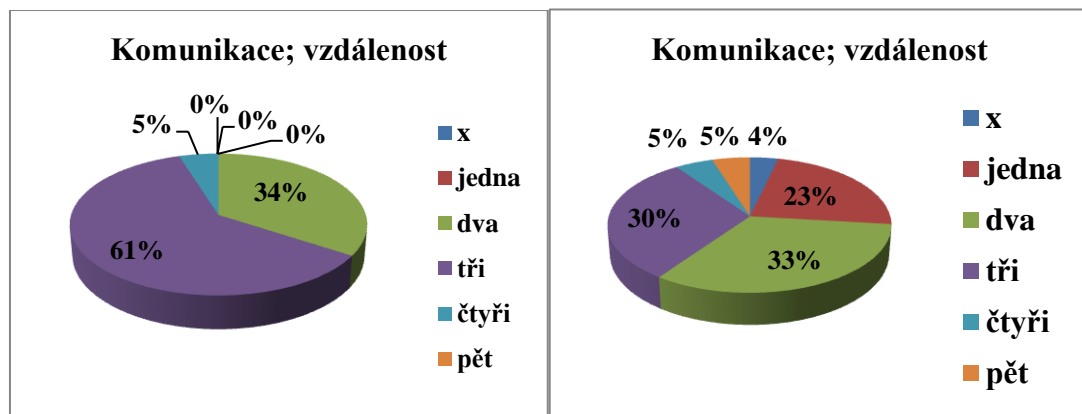
Obr. 25b: Komunikace; zevnějšek – sestry



Obrázek 25a popisuje relativní četnost úpravy zevnějšku v neverbální komunikaci z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, žádný z lékařů (0%) nehodnotil jedna, 18 lékařů (44%) dva, 19 lékařů (46%) tři, 4 lékaři (10%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

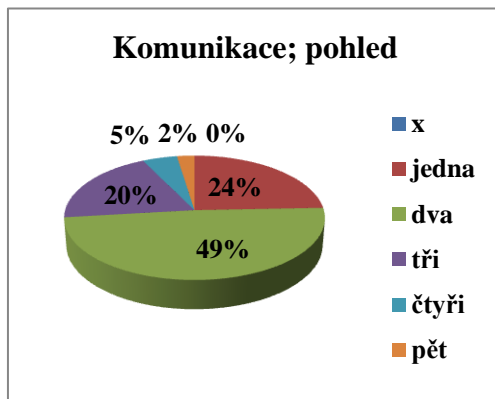
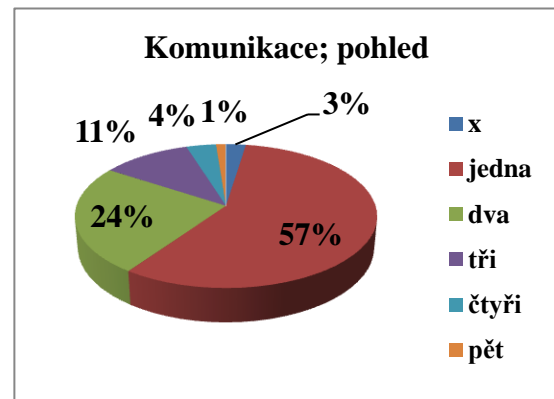
Obrázek 25b popisuje relativní četnost úpravy zevnějšku z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 26 sester (32%) jedna, 27 sester (33%) dva, 13 sester (16%) tři, 8 sester (10%) čtyři, 5 sester (6%) pět.

Obr. 26a: Komunikace; vzdálenost – lékaři **Obr. 26b:** Komunikace; vzdálenost – sestry



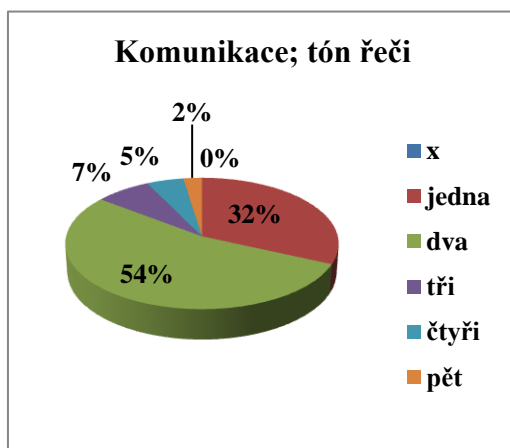
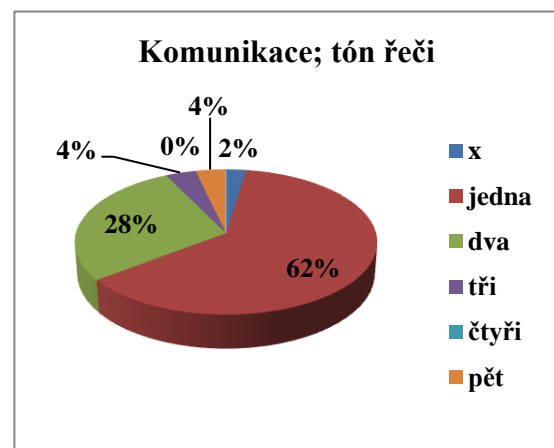
Obrázek 26a popisuje relativní četnost vzdálenosti v neverbální komunikaci z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, žádný z lékařů (0%) nehodnotil jedna, 14 lékařů (34%) dva, 25 lékařů (61%) tři, 2 lékaři (5%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 26b popisuje relativní četnost vzdálenosti v neverbální komunikaci z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 19 sester (23%) jedna, 27 sester (33%) dva, 25 sester (30%) tři, 4 sestry (5%) čtyři, 4 sestry (5%) pět.

Obr. 27a: Komunikace; pohled – lékaři**Obr. 27b:** Komunikace; pohled – sestry

Obrázek 27a popisuje relativní četnost pohledu v neverbální komunikaci z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 10 lékařů (24%) jedna, 20 lékařů (49%) dva, 8 lékařů (20%) tři, 2 lékaři (5%) čtyři, jeden lékař (2%) pět.

Obrázek 27b popisuje relativní četnost pohledu v neverbální komunikaci z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 47 sester (57%) jedna, 20 sester (24%) dva, 9 sester (11%) tři, 3 sestry (4%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr. 28a: Komunikace; tón řeči – lékaři**Obr. 28b:** Komunikace; tón řeči – sestry

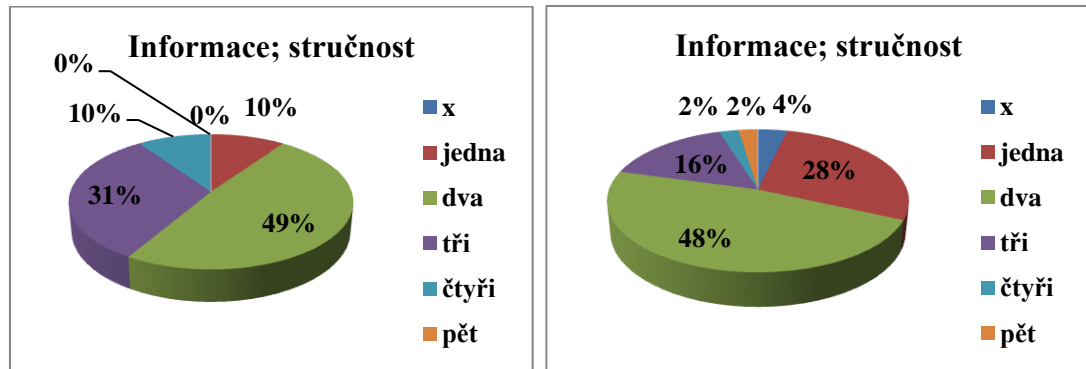
Obrázek 28a popisuje relativní četnost tónu řeči v neverbální komunikaci z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 13 lékařů (32%) jedna, 22 lékařů (54%) dva, 3 lékaři (7%) tři, 2 lékaři (5%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 28b popisuje relativní četnost tónu řeči v neverbální komunikaci z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 47 sester (57%) jedna, 20 sester (24%) dva, 9 sester (11%) tři, 3 sestry (4%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

nehodnotily, 51 sester (62%) jedna, 23 sester (28%) dva, 3 sestry (4%) tři, žádná ze sester (0%) nehodnotila čtyři, 3 sestry (4%) pět.

Obr. 29a: Informace; stručnost – lékaři

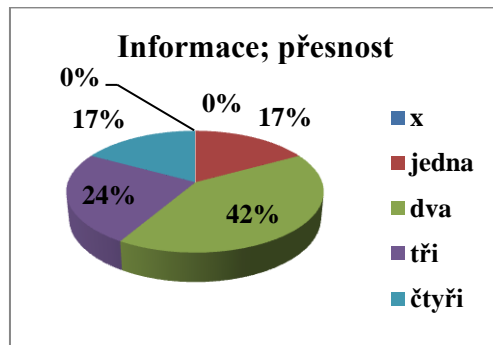
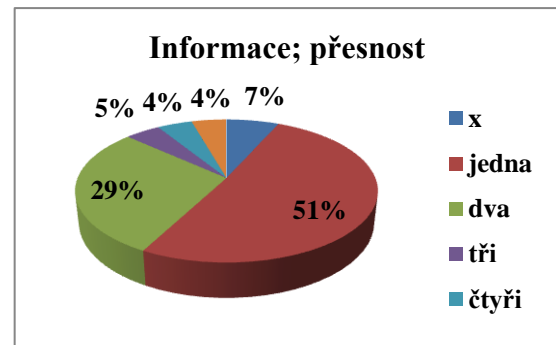
Obr. 29b: Informace; stručnost – sestry



Obrázek 29a, 29b, 30a, 30b, 31a, 31b, 32a, 32b, 33a, 33b, 34a a 34b byly hodnoceny známkou 1 – 5 jako ve škole.

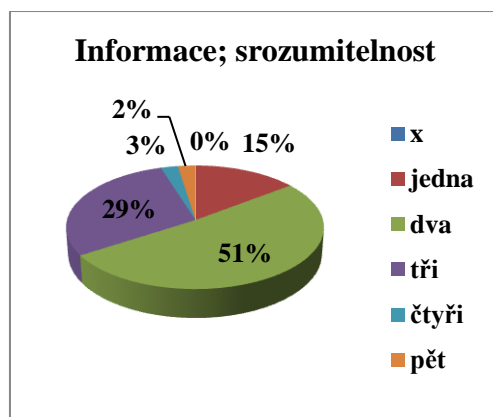
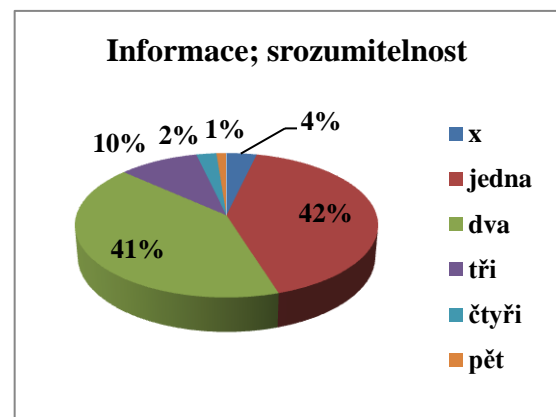
Obrázek 29a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou stručnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 4 lékaři (10%) jedna, 20 lékařů (49%) dva, 13 lékařů (32%) tři, 4 lékaři (10%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 29b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou stručnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento bod takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 23 sester (28%) jedna, 39 sester (48%) dva, 13 sester (16%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

Obr. 30a: Informace; přesnost – lékaři**Obr. 30b:** Informace; přesnost – sestry

Obrázek 30a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou přesnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 7 lékařů (17%) jedna, 17 lékařů (41%) dva, 10 lékařů (24%) tři, 7 lékařů (17%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 30b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou přesnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento bod takto: 3 sestry (7%) nehodnotily, 23 sester (51%) jedna, 13 sester (29%) dva, 2 sestry (4%) tři, 2 sestry (4%) čtyři, 2 sestry (4%) pět.

Obr. 31a: Informace; srozumitelnost – L**Obr. 31b:** Informace; srozumitelnost – S

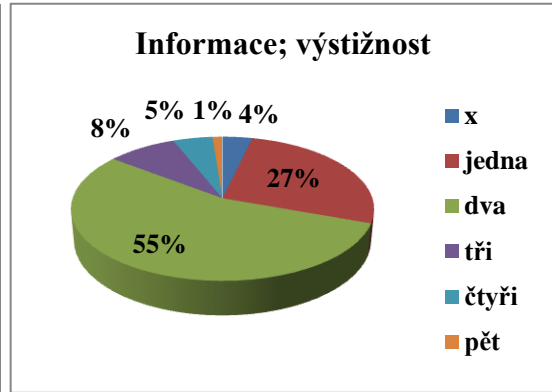
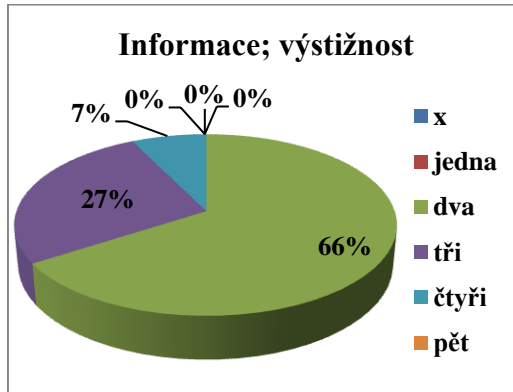
Obrázek 31a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou srozumitelnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 6 lékařů (15%) jedna, 21 lékařů (51%) dva, 12 lékařů (29%) tři, 1 lékař (2%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 31b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou srozumitelnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento

bod takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 34 sester (41%) jedna, 34 sester (41%) dva, 8 sester (10%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr. 32a: Informace; výstižnost – lékaři

Obr. 32b: Informace; výstižnost – sestry

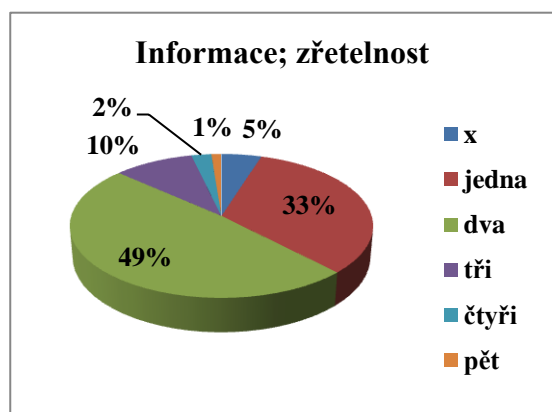
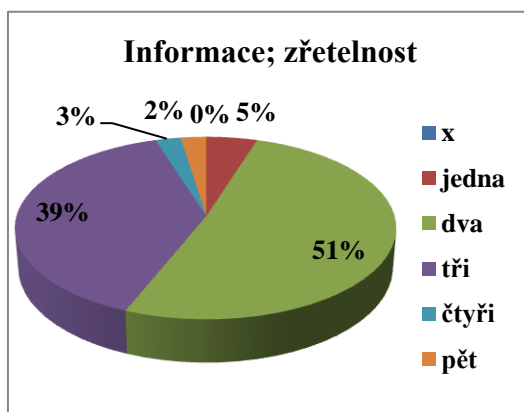


Obrázek 32a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou výstižnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, žádný z lékařů (0%) nehodnotil jedna, 27 lékařů (66%) dva, 11 lékařů (27%) tři, 3 lékaři (7 %) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 32b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou výstižnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento bod takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 22 sester (27%) jedna, 45 sester (55%) dva, 7 sester (9%) tři, 4 sestry (5%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr. 33a: Informace; zřetelnost – lékaři

Obr. 33b: Informace; zřetelnost – sestry

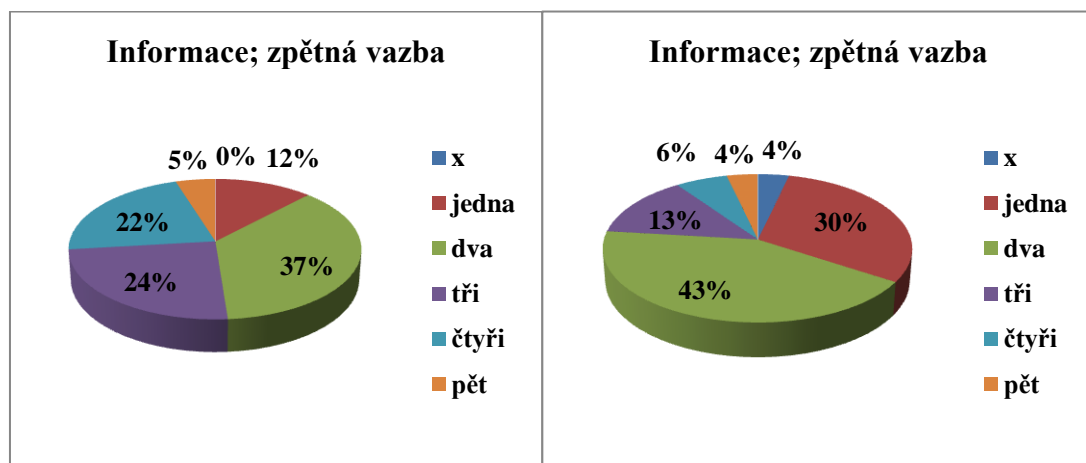


Obrázek 33a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou zřetelnosti pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 2 lékaři (5%) jedna, 21 lékařů (51%) dva, 16 lékařů (39%) tři, 1 lékař (2%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 33b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou zřetelnosti pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento bod takto: 4 sestry (5%) nehodnotily, 27 sester (33%) jedna, 40 sester (49%) dva, 8 sester (10%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 1 sestra (1%) pět.

Obr. 34a: Informace; ZV – lékaři

Obr. 34b: Informace; ZV – sestry

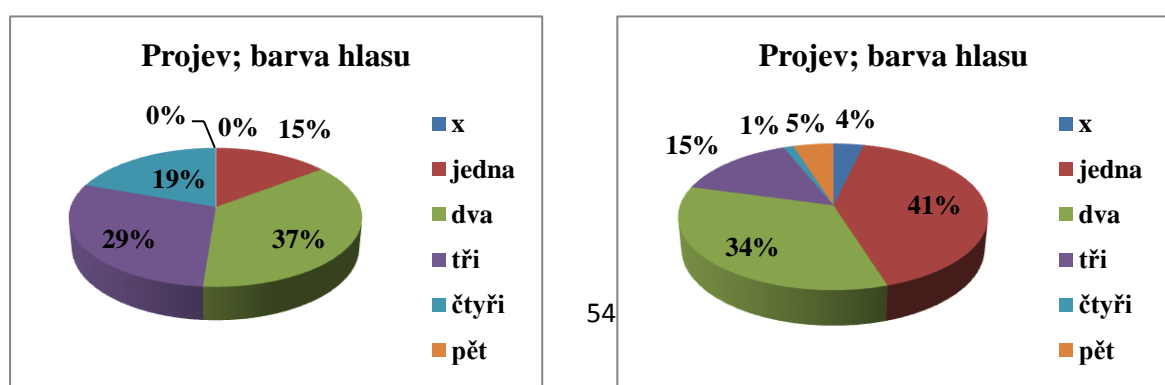


Obrázek 34a popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou zpětné vazby pohledem lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tento bod takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 5 lékařů (12%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 10 lékařů (24%) tři, 9 lékařů (22%) čtyři, 2 lékaři (5%) pět.

Obrázek 34b popisuje relativní četnost obecné úrovně předávání informací formou zpětné vazby pohledem sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tento bod takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 25 sester (30%) jedna, 35 sester (43%) dva, 11 sester (13%) tři, 5 sester (6%) čtyři, 3 sestry (4%) pět.

Obr. 35a: Projev; barva hlasu – lékaři

Obr. 35b: Projev; barva hlasu – sestry

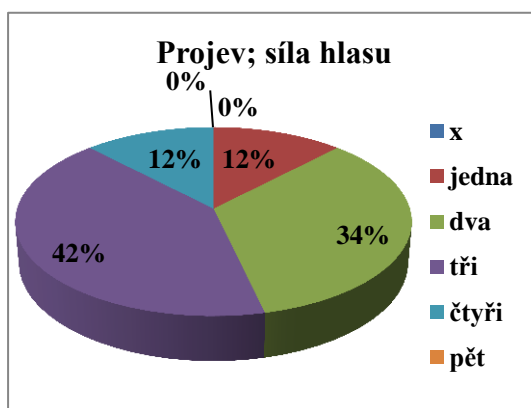


Obrázky 35a, 35b, 36a, 36b, 37a, 37b, 38a, 38b, 39a, 39b, 40a a 40b byly hodnoceny podle významnosti na stupnici 1 – 5, kdy 1 = velmi důležité a 5 = nedůležité. Z důvodu úspory místa jsou nevyplněné odpovědi značeny písmenem x.

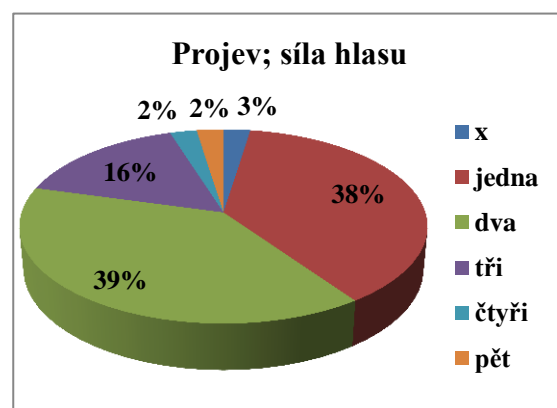
Obrázek 35a popisuje relativní četnost barvy hlasu v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 6 lékařů (15%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 12 lékařů (29%) tři, 8 lékařů (20%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 35b popisuje relativní četnost barvy hlasu v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 34 sestry (41%) jedna, 28 sester (34%) dva, 12 sester (15%) tři, 1 sestra (1%) čtyři, 4 sestry (5%) pět.

Obr. 36a: Projev; síla hlasu – lékaři

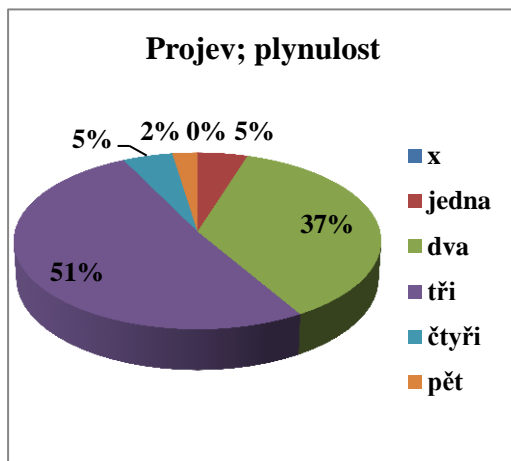
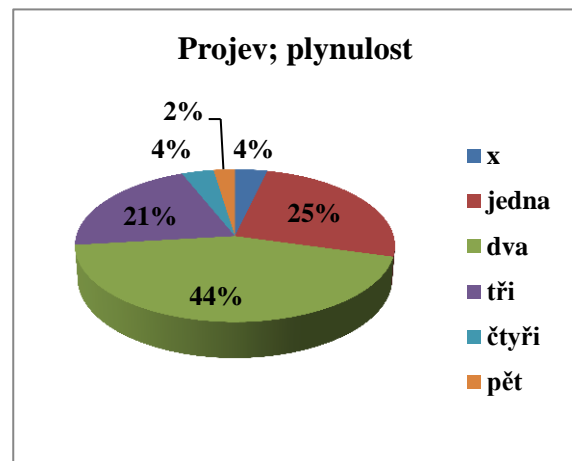


Obr. 36b: Projev; síla hlasu – sestry



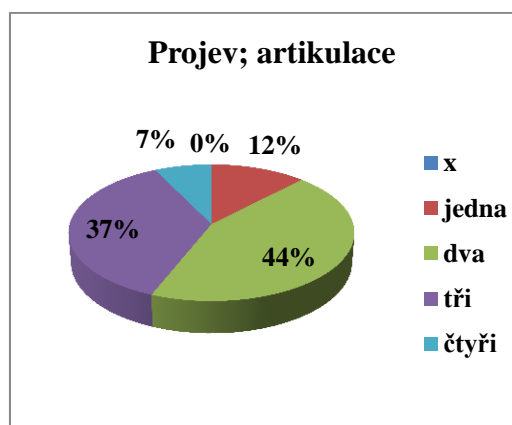
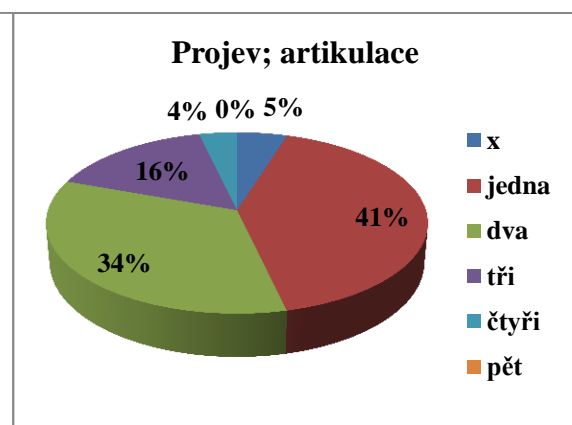
Obrázek 36a popisuje relativní četnost síly hlasu v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 5 lékařů (12%) jedna, 14 lékařů (34%) dva, 17 lékařů (41%) tři, 5 lékařů (12%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 36b popisuje relativní četnost síly hlasu v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 31 sester (38%) jedna, 32 sester (39%) dva, 13 sester (16%) tři, 2 sestry (2%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

Obr. 37a: Projev; plynulost – lékaři**Obr. 37b:** Projev; plynulost – sestry

Obrázek 37a popisuje relativní četnost plynulosti a pomlky v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 2 lékaři (5%) jedna, 15 lékařů (37%) dva, 21 lékařů (51%) tři, 2 lékaři (5%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 37b popisuje relativní četnost plynulosti a pomlky v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 21 sester (26%) jedna, 36 sester (44%) dva, 17 sester (21%) tři, 3 sestry (4%) čtyři, 2 sestry (2%) pět.

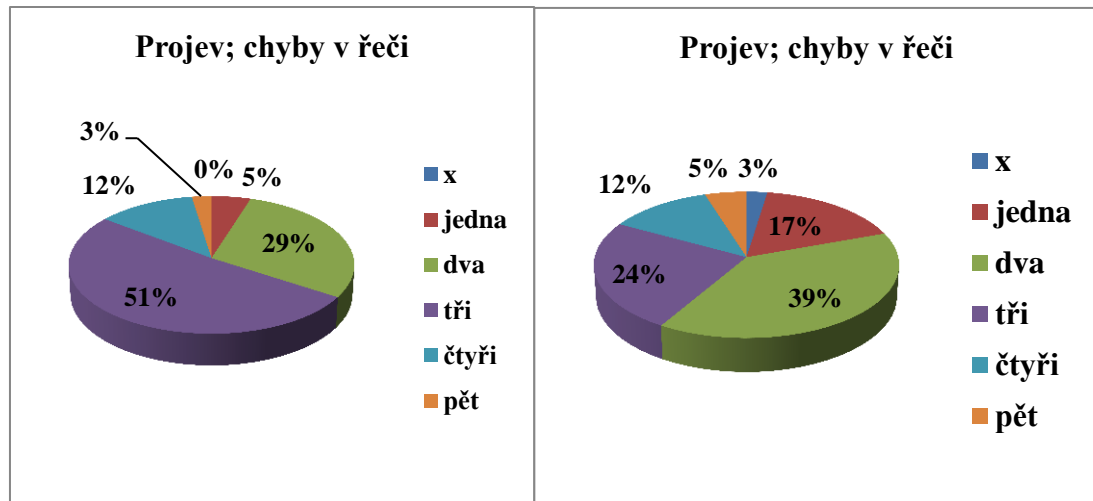
Obr. 38a: Projev; artikulace – lékaři**Obr. 38b:** Projev; artikulace – sestry

Obrázek 38a popisuje relativní četnost artikulace v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 5 lékařů (12%) jedna, 18 lékařů (44%) dva, 15 lékařů (37%) tři, 3 lékaři (7%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 38b popisuje relativní četnost artikulace v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 4 sestry (5%) nehodnotily, 34 sester (41%) jedna, 28 sester (34%) dva, 13 sester (16%) tři, 3 sestry (4%) čtyři, žádná ze sester (0%) nehodnotila pět.

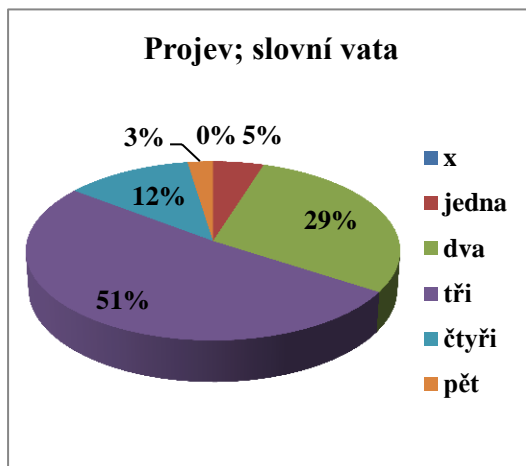
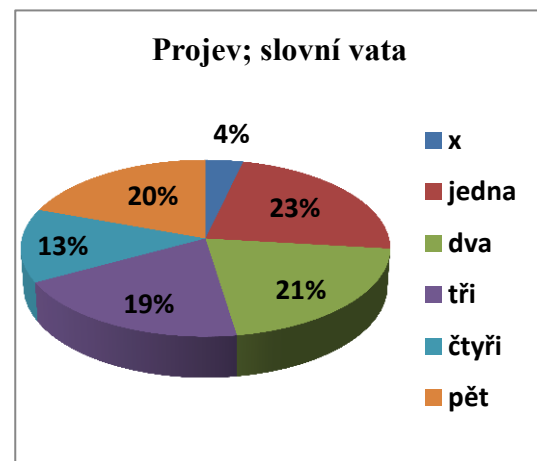
Obr. 39a: Projev; chyby v řeči – lékaři

Obr. 39b: Projev; chyby v řeči – sestry



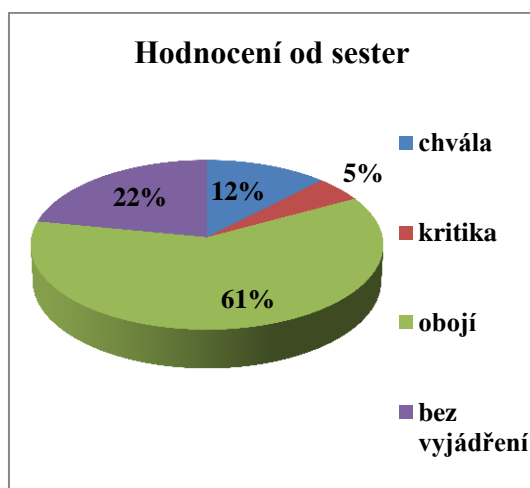
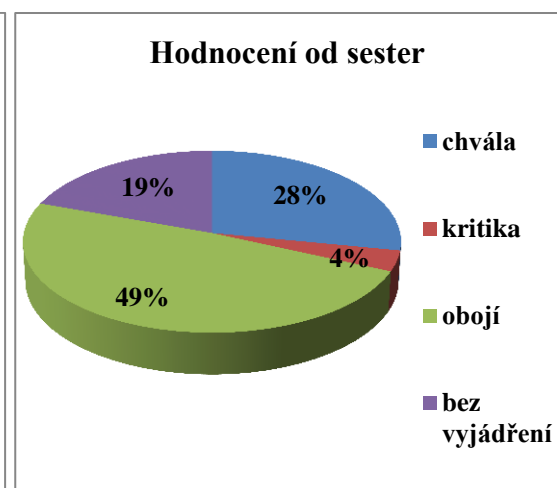
Obrázek 39a popisuje relativní četnost chyb v řeči v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 2 lékaři (5%) jedna, 12 lékařů (29%) dva, 21 lékařů (51%) tři, 5 lékařů (12%) čtyři, 1 lékař (2%) pět.

Obrázek 39b popisuje relativní četnost chyb v řeči v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 2 sestry (2%) nehodnotily, 14 sester (17%) jedna, 32 sester (39%) dva, 20 sester (24%) tři, 10 sester (12%) čtyři, 4 sestry (5%) pět.

Obr. 40a: Projev; slovní vata – lékaři**Obr. 40b:** Projev; slovní vata – sestry

Obrázek 40a popisuje relativní četnost slovní vaty v paralingvistickém projevu z pohledu lékařů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) hodnotili tuto položku takto: žádný z lékařů (0%) nebyl nehodnotící, 1 lékař (7%) jedna, 7 lékařů (47%) dva, 5 lékařů (33%) tři, 2 lékaři (13%) čtyři, žádný z lékařů (0%) nehodnotil pět.

Obrázek 40b popisuje relativní četnost slovní vaty v paralingvistickém projevu z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) hodnotily tuto položku takto: 3 sestry (4%) nehodnotily, 19 sester (23%) jedna, 17 sester (21%) dva, 16 sester (20%) tři, 11 sester (13%) čtyři, 16 sester (20%) pět.

Obr. 41a: Hodnocení od sester – lékaři**Obr. 41b:** Hodnocení od sester – sestry

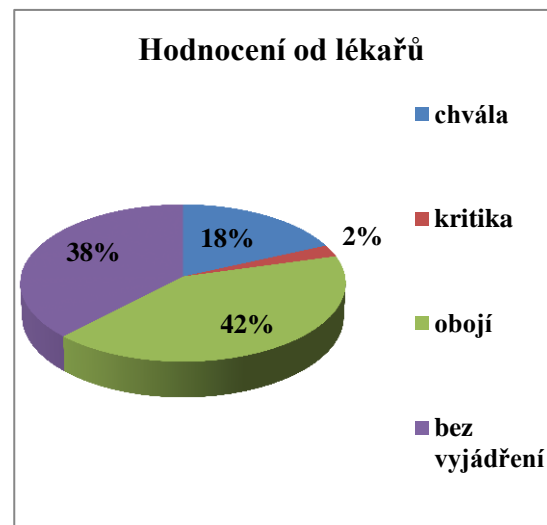
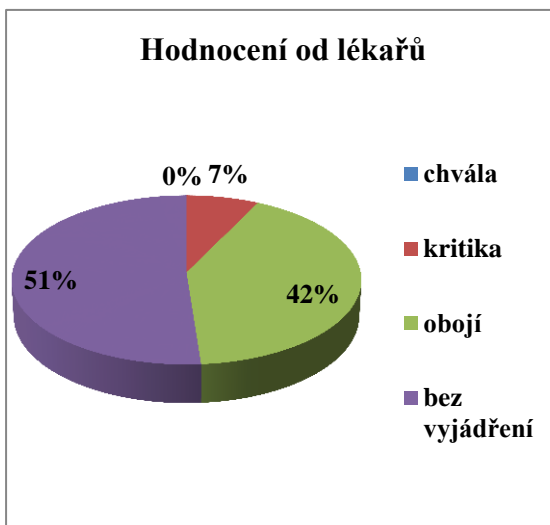
Obrázek 41a popisuje relativní četnost chvály a kritiky lékařů ze strany sester. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) bylo 5 lékařů (12%) chváleno, 2 lékaři (5%) byli

kritizováni, 25 lékařů (61%) chváleno i kritizováno a 9 lékařů (22%) zůstalo bez hodnocení.

Obrázek 41b popisuje relativní četnost chvály a kritiky lékařů ze strany svých kolegů. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) žádný z lékařů (0%) nebyl chválen, 3 lékaři (7%) byli kritizováni, 17 lékařů (41%) bylo chváleno i kritizováno, 21 lékařů (51%) zůstalo bez pochvaly i kritiky.

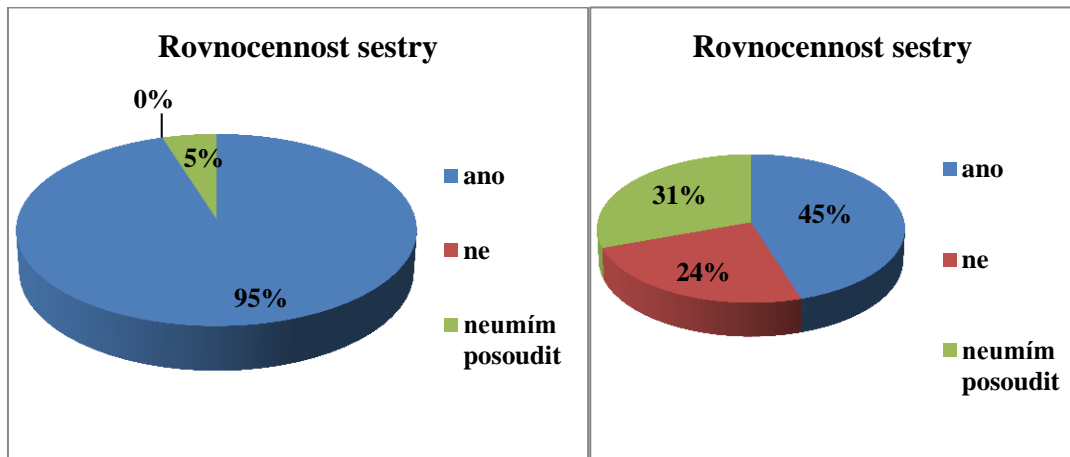
Obr. 42a: Hodnocení od lékařů – lékaři

Obr. 42b: Hodnocení od lékařů – sestry



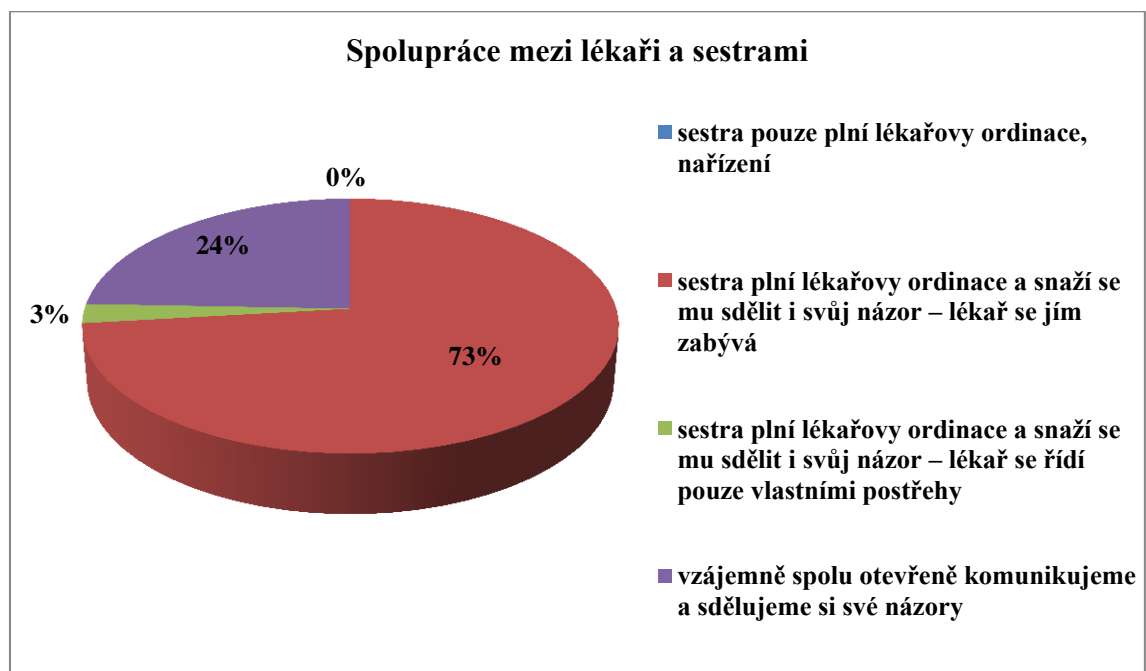
Obrázek 42a popisuje relativní četnost chvály a kritiky sester ze strany svých kolegyň. Z celkového počtu 82 sester (100%) bylo 23 sester (28%) chváleno, 3 sestry (4%) kritizovány, 40 sester (49%) bylo chváleno i kritizováno, 16 sester (20%) zůstalo bez hodnocení.

Obrázek 42b popisuje relativní četnost chvály a kritiky sester ze strany lékařů. Z celkového počtu 82 sester (100%) bylo 15 sester (18%) chváleno, 2 sestry (2%) kritizovány, 34 sester (41%) chváleno i kritizováno, 31 sester (38%) zůstalo bez hodnocení.

Obr. 43a: Rovnocennost sestry – lékaři

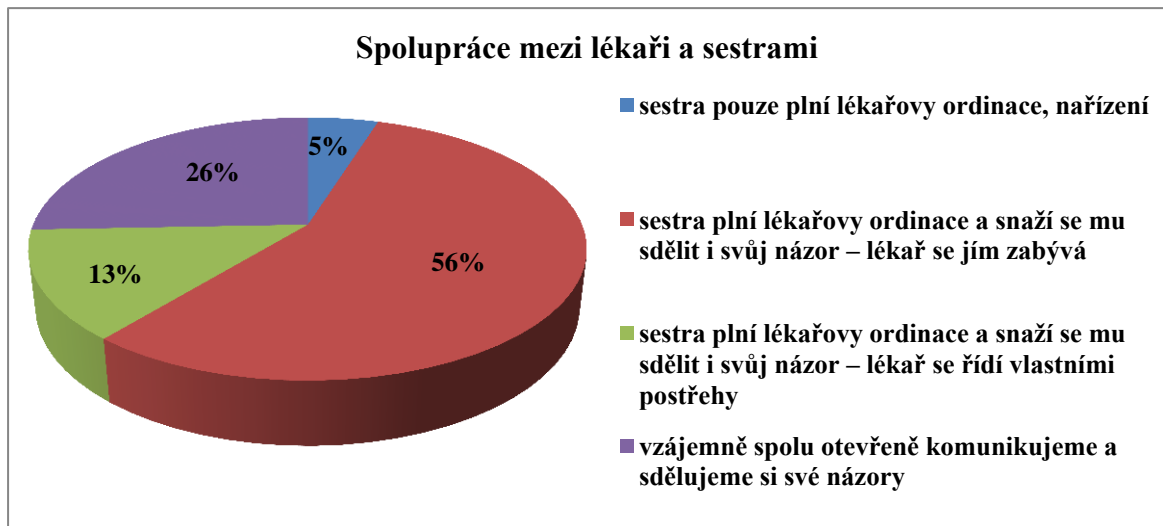
Obrázek 43a popisuje relativní četnost rovnocenného partnerství lékaře a sestry. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) 39 lékařů (95%) považuje sestru za rovnocenného partnera, žádný z lékařů (0%) nevyjádřilo opak, 2 lékaři (5%) neuměli posoudit.

Obrázek 43b popisuje relativní četnost rovnocenného partnerství lékaře a sestry. Z celkového počtu 82 sester (100%) se 37 sester (45%) cítí být rovnocenným partnerem lékaře, 20 sester (24%) se necítí být rovnocenným partnerem lékaře, 25 sester (30%) neumělo toto posoudit.

Obr. 44a: Spolupráce mezi lékaři a sestrami – lékaři

Obrázek 44a popisuje relativní četnost spolupráce mezi lékaři a sestrami z pohledu lékaře. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) se žádný z lékařů (0%) nevyjádřil, že sestra pouze plní lékařovy ordinace, 30 lékařů (73%) se zabývá názory sester, 1 lékař (2%) se řídí jen vlastními postřehy, 10 lékařů (24%) vzájemně se sestrami komunikují a sdělují si své názory.

Obr. 44b: Spolupráce mezi lékaři a sestrami – sestry



Obrázek 44b popisuje relativní četnost spolupráce mezi lékaři a sestrami z pohledu sester. Z celkového počtu sester 82 (100%) 4 sestry (5%) uvádí pouhé plnění nařízení lékařů, 46 sester (56%) uvádí, že se lékaři zabývají jejich názory, 11 sester (13%) uvádí, že se lékaři řídí vlastními postřehy, 21 sester (26%) uvádí vzájemnou otevřenou komunikaci se sdělením názorů obou stran.

Obr. 45a: Komunikace při výkonu – L



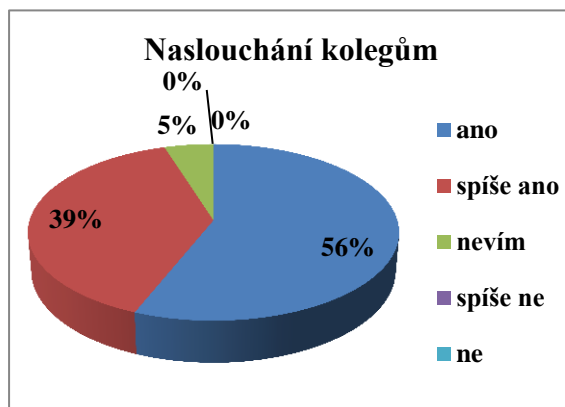
Obr. 45b: Komunikace při výkonu – S



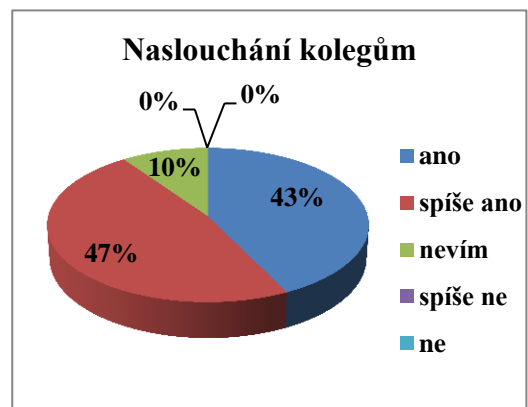
Obrázek 45a popisuje relativní četnost probíhající komunikace mezi lékařem a sestrou, která mu asistuje při daném výkonu. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) žádný z lékařů (0%) neuvádí tuto komunikaci jako probíhající beze slov, žádný z lékařů (0%) neuvádí vedení komunikace na základě striktních příkazů, 41 lékařů (100%) uvedlo, že vedení komunikace probíhá otevřenou formou týkající se daného výkonu.

Obrázek 45b popisuje relativní četnost probíhající komunikace mezi sestrou a lékařem při asistenci u daného výkonu. Z celkového počtu 82 sester (100%) uvádí 4 sestry (5%) asistenci probíhající beze slov, 4 sestry (5 %) uvádí při asistenci plnění striktních příkazů, 74 sester (90%) uvádí otevřené vedení komunikace v souvislosti s daným výkonem.

Obr. 46a: Naslouchání kolegům – lékaři

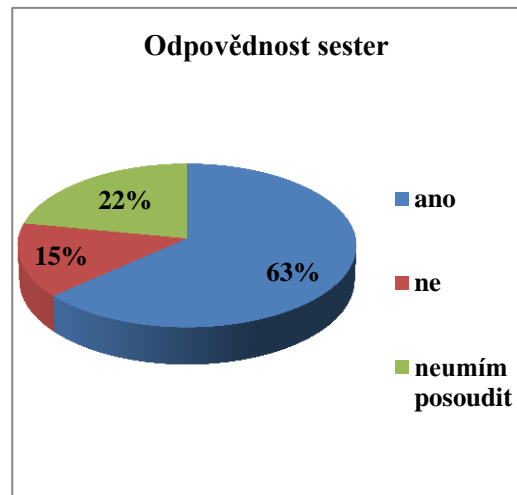
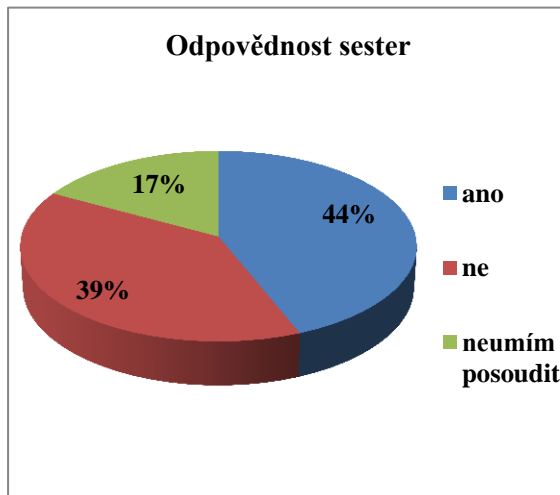


Obr.46b: Naslouchání kolegům – sestry



Obrázek 46a popisuje relativní četnost umění naslouchání svým kolegům ze strany lékaře. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo ano 23 lékařů (56%), spíše ano 16 lékařů (39%), nevím 2 lékaři (5%), spíše ne neuvědl žádný z lékařů (0%), ne neuvědl žádný z lékařů (0%).

Obrázek 46b popisuje relativní četnost umění naslouchání svým kolegyním ze strany sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo ano 35 sester (43%), spíše ano 39 sester (48%), nevím 8 sester (10%), spíše ne a ne neuvědla žádná ze sester (0%).

Obr. 47a: Odpovědnost sester – lékaři**Obr. 47b:** Odpovědnost sester – sestry

Obrázek 47a popisuje relativní četnost odpovědnosti kladené na sestry v závislosti na jejich kvalifikaci z pohledu lékaře. Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 18 lékařů (44%) ano, 16 lékařů (39%) odpovědělo ne, 7 lékařů (17%) neumělo posoudit.

Obrázek 47b popisuje relativní četnost odpovědnosti kladené na sestry a jejich odpovídající kvalifikaci z pohledu sester. Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo ano 52 sester (63%), ne 12 sester (15%), 18 sester (22%) neumělo posoudit.

7.5 Vyhodnocení statistických hypotéz

Na základě stanovených cílů bylo vymezeno pět pracovních hypotéz. Ty byly pomocí testu nezávislosti (Pearsonova chí-kvadrátu) ověřeny, zda je lze s odkazem na uvedený soubor přijmout nebo odmítnout.

Hypotéza 1: Domnívám se, že sestry budou uvádět vliv dobrých vztahů na pracovišti na pracovní výkonnost stejně často jako lékaři.

Tabulka 1: Hypotéza 1 - kontingenční tabulka pozorované četnosti

Domnívám se, že sestry budou uvádět častěji vliv dobrých vztahů na pracovišti na pracovní výkonnost, než lékaři.						
	ANO		NE		CELKEM	
	n	%		%	n	%
LÉKAŘI	4 0	98%		2%	4 1	100%
SESTRY	8 1	99%		1%	8 2	100%

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením sester a hodnocením lékařů v oblasti vlivu dobrých vztahů na pracovní výkonnost.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnocením sester a hodnocením lékařů v oblasti vlivu dobrých vztahů na pracovní výkonnost.

Tabulka 2: Hypotéza 1 – Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kvadrát	0	1	1

p: 1 > 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 1$ je vyšší než 0,05 hladina významnosti.

Lze proto přijmout nulovou hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti lze potvrdit, že hodnocení vlivu dobrých vztahů na pracovní výkon je stejné jak u sester, tak u lékařů.

Hypotéza 2: Domnívám se, že kritika či pochvala vychází více ze strany sester než lékařů.

Tabulka 3: Hypotéza 2 - kontingenční tabulka pozorované četnosti

Domnívám se, že kritika či pochvala vychází více ze strany sester než lékařů.						
	KRITIKA ČI POCHVALA		BEZ VYJÁDŘENÍ		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
SESTRY	98	80%	25	20%	123	100%
LÉKAŘI	71	58%	52	42%	123	100%

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl ve sdělování kritiky či pochvaly mezi sestrami a lékaři

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl ve sdělování kritiky či pochvaly mezi sestrami a lékaři

Tabulka 4: Hypotéza 2 – Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kvadrát	12,92	1	0,0003505

p: 0,0003505 < 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 1$ je nižší než 0,05 hladina významnosti.

Lze proto přijmout alternativní hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti lze potvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl ve sdělování kritiky či pochvaly mezi sestrami a lékaři.

Hypotéza 3: Domnívám se, že lékaři a sestry hodnotí svou vzájemnou komunikaci na pracovišti rozdílně.

Tabulka 5: Hypotéza 3 - kontingenční tabulka pozorované četnosti

Domnívám se, že lékaři hodnotí svoji komunikaci se sestrami častěji známkami výborně a velmi dobře, zatímco sestry hodnotí svou komunikaci s lékaři častěji známkami dobře, špatně a velmi špatně.												
	1		2		3		4		5		CELKE	
		%		%		%		%		%	M	
LÉKAŘI	0	24 %	3	32 %	8	44 %		0 %	0	0 %	1	100 %
SESTRY		6 %	3	40 %	3	52 %		1 %	0	0 %	2	100 %

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vzájemné komunikace mezi sestrami a lékaři.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vzájemné komunikace mezi sestrami a lékaři.

Tabulka 6: Hypotéza 3 – Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kvadrát	0,687	1	0,402

p: 0,402 > 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,402$ je vyšší než 0,05 hladina významnosti.

Lze proto přijmout nulovou hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti lze potvrdit, že neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vzájemné komunikace mezi sestrami a lékaři.

Hypotéza 4: Domnívám se, že sestry přikládají vysokoškolskému vzdělání vyšší vliv na vzájemnou spolupráci, než lékaři.

Tabulka 7: Hypotéza 4 - kontingenční tabulka pozorované četnosti

Domnívám se, že sestry přikládají vysokoškolskému vzdělání vyšší vliv na vzájemnou spolupráci, než lékaři.						
	ANO, SPÍŠE ANO		SPÍŠE NE, NE		CELKEM	
	n	%	N	%	n	%
LÉKAŘI	25	61%	1 6	39%	4 1	100%
SESTRY	23	28%	5 9	72%	8 2	100%

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vlivu vysokoškolského vzdělání sester na vzájemnou spolupráci mezi sestrami a lékaři

HA: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vlivu vysokoškolského vzdělání sester na vzájemnou spolupráci mezi sestrami a lékaři

Tabulka 8: Hypotéza 4 – Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kvadrát	11,1084	1	0,0008594

p: 0,0008594 < 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,0008594$ je nižší než 0,05 hladina významnosti.

Lze proto přijmout alternativní hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti lze potvrdit, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení vlivu vysokoškolského vzdělání sester na vzájemnou spolupráci mezi sestrami a lékaři.

Hypotéza 5: Domnívám se, že sestry považují svou schopnost naslouchat kolegům či kolegyním za lepší, než lékaři.

Tabulka 9: Hypotéza 5 - kontingenční tabulka pozorované četnosti

Domnívám se, že sestry považují svou schopnost naslouchat kolegům či kolegyním za lepší, než lékaři.						
	ANO, SPÍŠE ANO		SPÍŠE NE, NE		CELKEM	
	n	%	n	%	n	%
LÉKAŘI	39	95%	2	5%	41	100%
SESTRY	74	90%	8	10%	82	100%

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami a lékaři ve schopnosti naslouchat kolegům či kolegyním

HA: Existuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami a lékaři ve schopnosti naslouchat kolegům či kolegyním doplnit

Tabulka 10: Hypotéza 5 – Pearsonův chí-kvadrát

Statistika	Chí-kvadrát	Sv	p
Pearsonův chí-kvadrát	0,3402	1	0,5597

p: 0,5597 > 0,05

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,5597$ je vyšší než 0,05 hladina významnosti.

Lze proto přijmout nulovou hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti lze tvrdit, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi sestrami a lékaři ve schopnosti naslouchat kolegům či kolegyním.

7.6 Diskuze

V diskuzi této bakalářské práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“ jsme chtěli poukázat na problematiku vedené komunikace mezi lékaři a sestrami v rámci interpersonálních vztahů. Budou zde porovnávány výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno kvantitativní formou, se stanovenými pracovními hypotézami a s výsledky dříve realizovaných studií vybraných pro tuto konfrontaci. K této konfrontaci byly vybrány tři studie na podobné téma. Vybrané otázky z vlastního dotazníkového šetření jsou porovnávány s prací Bc. Aleny Šindelářové z Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce sv. Alžběty v Bratislavě z roku 2013 na téma „Komunikace v ošetrovatelském týmu“, s výsledky šetření Kateřiny Ježkové z 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze z roku 2013, která se věnovala průzkumu v bakalářské práci na téma „Interakce a komunikace v rámci zdravotnického týmu“ a Aleny Vízkové z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – zdravotně sociální fakulty z roku 2008 se svou diplomovou prací „Vztah sestra – lékař v současném systému zdravotnictví“. Všechny autorky se ve svých pracích zabývají problémy komunikace ve zdravotnických týmech a z toho vyplývající reakce sester. O vztah sestra – lékař svou práci obohatila Kateřina Ježková, která ovšem tyto vztahy posuzovala jen jako studentka vykonávající na těchto pracovištích odbornou praxi, a Alena Vízková. Průzkumného šetření se zúčastnilo 82 sester, z toho 72 žen a 10 mužů. Praxe do deseti let byla u 47 sester (57%) a mezi 11 – 20 odpracovanými lety u 13 sester (16%). Nad 21 let praxe se zúčastnilo 22 sester (27%). Z počtu 82 sester bylo 20 sester vysokoškolsky vzdělaných, což činí 24%, 50% mělo středoškolské vzdělání a 26 % vyšší odborné nebo specializační vzdělání.

U hypotézy číslo 1 bylo domněnkou, že sestry budou uvádět vliv dobrých vztahů na pracovišti na pracovní výkonnost ve stejné míře jako lékaři. Na základě Pearsonova chí testu můžeme hypotézu číslo 1 přijmout. K této hypotéze patří otázky číslo 5 a 6. V otázce č. 5 jsme zjišťovali názor lékařů a sester na vliv problémů v komunikaci na atmosféru na pracovišti. 39 lékařů (95%) odpovědělo ano, 2 lékaři (5%) ne, 61 sester (76%) ano a 7 sester (9%) ne. V otázce č. 6 jsme se zabývali návrhy k dalšímu zlepšení interpersonálních vztahů obecně. Lékaři i sestry uvádějí z více možných odpovědí nejčastěji tyto varianty: dostatek času 31 lékařů (76%) a 51 sester (62%), trpělivost 23 lékařů (56%) a 52 sester (63%) a zodpovědnost 16 lékařů (39%) a 39 sester (48%). Mimopracovní aktivity se u obou stran setkaly s velmi malým úspěchem a v mnoha

případech byly tyto odpovědi doprovázeny vtipnými, leč nepublikovatelnými poznámkami. U obou otázek není v hodnocení významný rozdíl.

Domněnkou hypotézy číslo 2 bylo sdělování kritiky nebo pochvaly lékařům nebo sestřím. Otázka číslo 13, která je spjata s touto hypotézou, je rozdělena na dvě části – lékařů a sester. Ze strany lékařů bylo z celkového počtu 82 sester (100%) 15 sester (18%) chváleno, 2 sestry (2%) kritizovány, 34 sester (41%) chváleno i kritizováno a 31 sester (38%) zůstalo bez hodnocení.

Z celkového počtu lékařů 41 (100%) nebyl z řad svých kolegů žádný z lékařů (0%) chválen, 3 lékaři (7%) byli kritizováni, 17 lékařů (41%) chváleno i kritizováno a 21 lékařů (51%) zůstalo bez pochvaly i kritiky.

Ze strany sester bylo z celkového počtu 41 lékařů (100%) 5 lékařů (12%) chváleno, 2 lékaři (5%) kritizováni, 25 lékařů (61%) chváleno i kritizováno a 9 lékařů (22%) zůstalo bez hodnocení.

Z celkového počtu 82 sester (100%) bylo svými kolegyněmi hodnoceno 23 sester (28%) chválou, 3 sestry (4%) kritikou, 40 sester (49%) bylo chváleno i kritizováno a 16 sester (20%) zůstalo bez hodnocení.

V případě lékařů i sester a jejich použití těchto aspektů sociální interakce můžeme získanými výsledky na základě Pearsonova chí testu přijmout tuto hypotézu jako alternativní se statisticky významným rozdílem.

Hypotéza číslo 3 sleduje hodnocení vzájemné komunikace na pracovišti. Tato problematika ověření hypotézy se odráží v otázce č. 3. Skupiny lékařů a sester se vyjadřovaly ke komunikacím vlastních kolektivů a ve vztahu lékař – sestra. Toto hodnocení může být provedeno na základě výpočtu celkového počtu respondentů.

Z celkového počtu 123 respondentů odevzdalo 41 lékařů 82 odpovědí a 82 sester odevzdalo 164 odpovědí.

22 lékařských odpovědí bylo výborně (53%), velmi dobře hodnotilo 28 lékařů (69%), dobře 27 lékařů (66%) a špatně 5 lékařů (12%).

Ze strany sester 26 odpovědí (32%) bylo hodnoceno výborně, 79 odpovědí (96%) velmi dobře, 57 odpovědí (69%) dobře a 2 odpovědi (2%) velmi špatně. Dle hodnotících výsledků, jelikož se domněnka nepotvrdila, na základě Pearsonova chí testu tedy přijímáme nulovou hypotézu.

V hypotéze číslo 4 je domněnkou vliv vysokoškolského vzdělání sester na vzájemnou spolupráci. Je součástí otázky č. 7.

Z celkového počtu lékařů 41 (100%) hodnotilo 9 lékařů (22%) ano, 16 lékařů (39%) spíše ano, 14 lékařů (34%) spíše ne, 2 lékaři (5%) ne.

Z celkového počtu sester 82 (100%) hodnotily 4 sestry (5%) ano, 19 sester (23%) spíše ano, 51 sester (62%) spíše ne a 8 sester (10%) ne.

Na základě získaných výsledků se domněnka nepotvrdila, přijímáme tedy na základě Pearsonova chí testu alternativní hypotézu.

Osobně si myslím, že vysokoškolské vzdělání sester je velkým přínosem pro ošetrovatelskou péči. Zvláště v této době, kdy zdravotní školy produkují svou změnou výuky „jen“ zdravotnické asistenty, kteří svoji práci musí vykonávat pod odborným dohledem. K této hypotéze lze přiřadit i otázky č. 14, 15, 16 a 18. Otázka č. 14 měla zjistit. Zda lékař sestru považuje za rovnocenného partnera.

Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 39 lékařů (95%) ano, 2 lékaři (5%) odpověděli, že neumí posoudit.

Z celkového počtu 82 sester (100%) 37 sester (45%) odpovědělo ano, 20 sester (24%) ne a 25 sester (30%) neumí posoudit.

Otázka č. 15 nám ukazuje způsob spolupráce na oddělení. Z celkového počtu lékařů 41 (100%) 30 lékařů (73%) se vyjádřilo, že sestra plní lékařovi ordinace, vyslechnou její názor a zabývají se jím, 1 lékař (2%) se řídí pouze vlastními postřehy, 10 lékařů (24%) uvádí vzájemnou otevřenou diskuzi, spolupráci.

Z celkového počtu 82 sester (100%) 4 sestry (5%) striktně plní lékařovi ordinace, 46 sester (56%) sděluje lékaři svůj názor a on se jím zabývá, 11 sester (13%) lékař názor vyslechne, ale řídí se jen vlastními postřehy, 21 sester (26%) uvádí vzájemnou otevřenou diskuzi, spolupráci.

Otázka č. 16 zjišťuje průběh komunikace při asistenci sestry lékaři při výkonu.

Z celkového počtu 41 lékařů (100%) 41 lékařů (100%) uvádí, že se setrou otevřeně komunikují v souvislosti s výkonem. Možnosti průběhu beze slov a striktní plnění příkazů nebyli jako odpovědi lékařem uvedeny.

Z celkového počtu 82 sester (100%) 4 sestry (5%) výkon probíhá beze slov, 4 sestry (5%) plní striktní příkazy, 74 sester (90%) uvádí otevřenou komunikaci v souvislosti s výkonem.

Otázka č. 18 zjišťuje, zda kvalifikace sester odpovídá na ně kladeným odpovědnostem.

Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 18 lékařů (44%) ano, 16 lékařů (39%) ne, 7 lékařů (17%) neumí posoudit.

Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo 52 sester (63%) ano, 12 sester (15%) ne, 18 sester (22%) neumí posoudit.

Hypotézou číslo 5 je domněnka, že lepší schopnost naslouchat mají sestry než lékaři. S touto hypotézou souvisí otázka č. 17.

Z celkového počtu 41 lékařů (100%) odpovědělo 23 lékařů (56%) ano, 16 lékařů (39%) spíše ano, 2 lékaři (5%) nevím, spíše ne a ne neuvedl žádný z lékařů (0%).

Z celkového počtu 82 sester (100%) odpovědělo 35 sester (43%) ano, 39 sester (48%) spíše ano, 8 sester (10%) nevím, spíše ne a ne neodpověděla žádná ze sester (0%).

Na základě Pearsonova chí testu jsme tuto hypotézu nepotvrdili, proto můžeme přijmout nulovou hypotézu.

Fakt, že jsem měla možnost hodnotit nějaké výsledky je hlavně zásluhou zaměstnanců z řad lékařů i sester Thomayerovy nemocnice, kteří přispěli svou ochotou a vyplnili mnou rozdané dotazníky. Ze sto dotazníků pro sestry a lékaře se vrátilo 60 sesterských a 40 lékařských. Potom se tedy musím pozastavit nad výsledkem návratnosti rozdaných dotazníků ve Fakultní nemocnici v Motole, kde mi bylo vráceno ze sta dotazníků pro lékaře i sestry jeden z řad lékařů a dvanáct z řad sester. Toto zjištění mi připadá zdrcující, krajně nehorázné, nekolegiální, neprofesionální, zvláště pak když tato nemocnice nese název „fakultní“. Myslím, že arogance a neochota, s kterou mi bylo na interních a neurologických klinikách této nemocnice sdělováno, že mnou vypracované dotazníky prostě vyhodili, ztratili atd. nezná hranic. Je na pováženou, zda ti, kteří v ní pracují, takto zodpovědně a ochotně odvádí i svoji práci a zda se takto chovají ke všem, kteří se ve svém oboru chtějí dále vzdělávat a něco dosáhnout.

ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“ bylo mým cílem zhodnotit vztah mezi sestrami a lékaři, jež je významným aspektem pro kvalitní ošetrovatelský tým a hlavní podmínkou atmosféry na pracovišti. Sběr informací probíhal formou seznámení se se spoustou literatury, ve které se o komunikaci píše. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část se zabývá jednotlivými technikami komunikace, jejich charakteristikou, sociálními interakcemi a vztahy ve zdravotnickém týmu. Je zde snaha o co nejlepší možný popis verbální, neverbální i paralingvistické komunikace, asertivity, naslouchání.

V empirické části jsem si stanovila cíle a na jejich základě pracovní hypotézy. Sběr veškerých dat k mému šetření proběhl dotazníkovou formou. Dotazník jsem sestavila pomocí poznatků z odborné literatury, dříve realizovaných studií a v neposlední řadě i bohatých pracovních zkušeností. Dotazník byl upraven pro použití lékařů a sester. Výzkumné šetření proběhlo v Thomayerově nemocnici v Krči a Fakultní nemocnici v Motole, kde jsem se setkala s velmi neprofesionálním a neochotným přístupem. Z tohoto důvodu byl počet respondentů velmi nízký, avšak doufám, že i s těmito daty má práce svůj cíl splnila.

S rozvojem moderního ošetrovatelství je velmi nutné zaměřit se na problematiku interpersonálních vztahů. Hlavním, společným cílem lékařů i sester je kvalitní péče o pacienta. Je velmi důležité získat si v pracovním vztahu s lékařem partnerské postavení a chovat k sobě navzájem respekt, úctu a důvěru. Jen tak je možné dosáhnout vhodných podmínek pro naše poslání.

REFERENČNÍ SEZNAM

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Týmová spolupráce z pohledu lékařů: Vztah všeobecná sestra – lékař: Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, 1998 - 2010, roč. 13, č. 1, s. 174 – 181. ISSN 1213-6050;1805-9546
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Brno, Kontakt: vědecký časopis. 2006, roč. 8, č. 1, s. 31-35. ISSN 1212-4117;1804-7122
- BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. 2000. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: IDVP PZ, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4
- DE VITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: GradaPublishing a.s., 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0
- DONNELLY, J. H., GIBSON, J. L., IVANCEVICH, J. M. *Management*. Praha: GradaPublishing, 2000, s. 519 – 529
- FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-220-4
- GLASA, J., ŠOLTÉS, L. et al. *Ošetrovatel'ská etika*. 1. Učebnice prestrednezdravotnicke školy. 1. vyd. Martin: Osveta, 1998. 212 s. ISBN 80-217-0594-9
- HAJEROVÁ MÜLLEROVÁ, L. *Komunikační dovednosti*. Vysoká škola ekonomie a managementu. Vydání druhé, 2014, 105 s. ISBN 978-80-87839-15-7
- HAYES, Nicky. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 189 s. ISBN 80-717-8983-6
- HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vydání Praha: Galén, 1997, 165 s. ISBN 80-7262-032-0
- CHERRY, B., JACOB, S., R. *Contemporary nursing: issues, trends&management*. Missouri: Mosby, 2002. 630 s. ISBN 0-323-01631-6
- JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 288 s. ISBN 978-80-7367-269-0
- JEŽKOVÁ, Kateřina. *Interakce a komunikace v rámci zdravotnického týmu*. Praha: Karlova univerzita 2013. 93 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, PhD.

- KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 105 s. ISBN 80-247-1764-6
- KOMÁRKOVÁ et al. *Aplikovaná sociální psychologie III: sociálně psychologický výcvik*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 224 s. ISBN 80-247-0180-4
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Já a ty: o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-042-86
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. 235 s. ISBN 25-095-88
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Povídej – naslouchám*. 1. vyd. Praha: Návrat, 1993, 105 s. ISBN 80-854-9518-x
- KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006, 142 s. Studie sociologické nakladatelství, sv. 43. ISBN 80-864-2957-1
- MEDZIHORSKÝ, Š. *Asertivita*. 1. vyd. Praha: Elfa, Nakladatelství Jitky Studničkové, 1991, 76 s., ISBN 80-900-197-1-4
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: GradaPublishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6
- PEASE, Allan. *Řeč těla na pracovišti*. /Allan a Barbara Peasovi; z anglického originálu přeložila Hana Antonínová. Vyd. 1. – Praha: Portál, 2012. 128 s. Název originálu: Body language in the work place ISBN 978-80-247-3976-2
- POKORNÁ, A. 2006 *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Vyd. Praha: GradaPublishing, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2
- RICHARDS, A., EDWARDS, S. 2004. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: GradaPublishing, a. s. 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5
- RYCHTAŘÍKOVÁ, Yveta. *Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 135 s. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-2100-2
- Slovník cizích slov*. 2. vydání. Praha 2: Encyklopedický dům, spol. s. r. o., 1995. 251 s. ISBN 80-90-1647-0-6
- STAŇKOVÁ, M. 2002. *Sestra – reprezentant profese*. Brno: NCONZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6
- ŠENKOVÁ, S. 2002. *Latinsko – český, česko – latinský slovník*. 3. vydání. Olomouc: Nakladatelství Olomouc s. r. o., 2002. 262 s. ISBN 80-7182-144-6
- ŠINDELÁŘOVÁ, Alena. *Komunikace v ošetrovatelském týmu*. Příbram: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna. Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty, Bratislava 2013. 97 s. Vedoucí diplomové práce Dagmar Kalátová, doc., PhDr., PhD.

- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent – Orion s. r. o., 2003. 496 s. ISBN 80-7172-841-1
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: GradaPublishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- VITOŠOVÁ, M. *Komunikace mezi sestrou a lékařem*. Sestra. Praha: 2007. Roč. 17, č. 5, s. 22. ISSN 1210-0404
- VÍZKOVÁ, Alena Bc. *Vztah sestra – lékař v současném systému zdravotnictví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, 2008. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.
- VYBÍRAL, Z. 2000. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. Aktualiz. vyd., 1. vyd. v nak. Portál. Praha: Portál. 2003. 397 s. ISBN 80-717-8740-x
- VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 322 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro lékaře	11
Příloha č. 2: Dotazník pro sestry.....	12
Příloha č. 3: Žádost o povolení dotazníkového průzkumu 1.....	13
Příloha č. 4: Žádost o povolení dotazníkového průzkumu 2.....	14
Příloha č. 5: Pokyny k podání žádosti o umožnění sběru dat 1.....	15
Příloha č. 6: Pokyny k podání žádosti o umožnění sběru dat 2.....	16

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

18.8.2014

Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,


Jmenuji se Jana Kočková a jsem studentkou 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Všeobecná sestra. Žádám Vás touto cestou o povolení dotazníkového průzkumu na vybraných klinikách FN Motol. Dotazník je anonymní a má zachytit spokojenost sester a lékařů s komunikací na pracovišti. Výsledky použiji výhradně ke zpracování empirické části mé bakalářské práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“.

Děkuji za kladné vyřízení

S pozdravem

Jana Kočková

Plzeňská 99
150 00 PRAHA 5
e-mail: Kockova.Janina@seznam.cz

21. 8. 14 souhlasím. 

Vážená paní
Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Thomayerovy nemocnice
Vídeňská 800
140 59 PRAHA 4

18.8.2014

Žádost o povolení dotazníkového průzkumu

Vážená paní náměstkyně,

Jmenuji se Jana Kočková a jsem studentkou 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy obor Všeobecná sestra. Žádám Vás touto cestou o povolení dotazníkového průzkumu na vybraných klinikách Thomayerovy nemocnice. Dotazník je anonymní a má zachytit spokojenost sester a lékařů s komunikací na pracovišti. Výsledky použiji výhradně ke zpracování empirické části mé bakalářské práce na téma „Interakce a komunikace ve zdravotnickém týmu“.

Děkuji za kladné vyřízení

S pozdravem

Jana Kočková

Plzeňská 99
150 00 PRAHA 5

e-mail: Kockova.Janina@seznam.cz


Mgr. Jaroslava Mrkvičková, MBA



**THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Pokyny pro žadatele

Žádost musíte podat písemně, uvést datum a váš podpis. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

Písemná žádost musí obsahovat

Příjmení a jméno žadatele *KOČKOVÁ JANA*
Kontaktní adresu *PLKĚNSKÁ 99, 150 00 PRAHA 5*
Telefon *428 416 606*
E-mail *koekova.jezirka@seznam.cz*
Škola/Fakulta *2. LF UK*
Obor studia *VŠEOBECNÁ SESTRA*
Ročník studia *3.*
Účel sběru šetření *EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE*
Způsob provedení sběru dat *DOTAZNÍK*
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci
Termín sběru
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden *INTERNÍ ODDĚLENÍ*
Presentace dat

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum *19. 11. 2014*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat ANO

NE přednosta Doc.MUDr. Zdeněk Beneš, CSc.
-2-

Požaduji vyjádření etické komise ANO

NE

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: *20. 11. 2014*

Podpis vedoucího kliniky / oddělení
..... *[Signature]*

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat ANO

NE

Datum: *20. 11. 2014*

Thomayerova nemocnice
Víteňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč
Náměstek pro nelekárská zdravotnická
Podpis odpovědného náměstka
..... *[Signature]*



**THOMAYEROVA NEMOCNICE
140 59 PRAHA 4 - KRČ, VÍDEŇSKÁ 800**

POKYNY K PODÁNÍ ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ SBĚRU DAT V TN

Pokyny pro žadatele

Žádost musíte podat **písemně, uvést datum a váš podpis**. Žádost včetně příloh předáte osobně v Centru pro vzdělávání a vědu TN.

Písemná žádost musí obsahovat

Příjmení a jméno žadatele *KOČKOVÁ JANA*
Kontaktní adresu *PLZEŇSKÁ 99, 150 00 PRAHA 5*
Telefon *428 416 606*
E-mail *kočkova.jarira@seznam.cz*
Škola/Fakulta *2. LF UK*
Obor studia *VŠEOBECNÁ SESTRA*
Ročník studia *3.*
Účel sběru šetření *EMPIRICKÁ ČÁST BAKALÁŘSKÉ PRÁCE*
Způsob provedení sběru dat *DOTAZNÍK*
Použité výzkumné metody, popište, přiložte dokumentaci
Termín sběru
Pracoviště, kde bude sběr dat proveden *NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ*
Presentace dat

Poučení

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným sběrem dat. Použitá data budou anonymní. Dokumentace je přílohou žádosti (např. dotazník).

Po zpracování žadatel předloží výsledky Centru pro vzdělávání a vědu, budou dále předány příslušnému náměstkovi, který sběr dat povolil.

Prezentace výsledků s uvedením jména Thomayerovy nemocnice je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum *19. 11. 2014*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Thomayerova nemocnice

Vyjádření vedoucího kliniky / oddělení TN

Souhlasím se sběrem dat

ANO

NE

Thomayerova nemocnice (2)
140 59 Praha 4 - Krč, Vídeňská 800
Neurologické oddělení

Požaduji vyjádření etické komise

ANO

NE

primář MUDr. Jolana Marková

Stvrzuji, že budou ochráněna osobní data pacientů

Datum: *19. 11. 2014*

Tavlaridu Eleni

Podpis vedoucího kliniky / oddělení

Vyjádření odpovědného náměstka:

Souhlasím se sběrem dat

ANO

NE

Thomayerova nemocnice
Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 - Krč
Náměstek pro lékařskou zdravotnická

Datum: *20. 11. 2014*

Podpis odpovědného náměstka