



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Význam efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Eliška Bejčková

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Hana Kubešová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Význam efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024

.....

Eliška Bejčková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce PhDr. et Mgr. Haně Kubešové za pomoc, trpělivost, laskavý přístup a cenné rady. Dále bych ráda poděkovala všem informantům, kteří se ochotně zapojili do výzkumného šetření. Poděkování také patří mé rodině za velkou podporu během mého studia.

Význam efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na význam efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu. Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv má komunikace na práci v ošetrovatelském týmu při vykonávání ošetrovatelských činností. Dále pak zjistit, jaký vliv má komunikace probíhající mezi personálem na jejich vzájemné vztahy. Posledním cílem bylo zjistit, zda efektivní komunikace minimalizuje pochybení v ošetrovatelské praxi.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část byla věnována obecné komunikaci, následně pak komunikaci ve zdravotnictví, členům ošetrovatelského týmu, osobnosti zdravotníka, konfliktům, syndromu vyhoření, péči o zdraví a v závěru byly uvedeny základní informace o resortních bezpečnostních cílech.

V praktické části byl využit kvalitativní výzkum, který byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru, jenž byl následně zpracován do schémat. Výzkum byl realizován se členy ošetrovatelského týmu na různých odděleních nemocnice.

Výsledky této práce odhalily, že dotazovaní informanti jsou si vědomi, jaký vliv má komunikace na jejich práci a vzájemné vztahy v kolektivu i s pacienty. Také uvedli nejčastěji řešené konfliktní situace a většina informantů uvedla jejich následné adekvátní řešení. Kromě jednoho informanta se všichni dotazovaní shodli, že personál neefektivní komunikací vystavuje pacienta riziku, ať už v souvislosti s jeho duševním nebo fyzickým zdravím.

Cíle práce byly splněny a budou přínosem, jak pro personál pracující v nemocničním prostředí, tak i pro studenty studující tento obor. Výsledky práce by mohly také být ukazatelem kvality komunikace a motivací pro její zlepšení.

Klíčová slova

Komunikace, ošetrovatelský tým, pacient, ošetrovatelská péče, konflikty

The importance of effective communication in the nursing team

Abstract

This bachelor thesis is focused on The importance of effective communication in the nursing team. The aim of this thesis was to find out the impact of communication in the nursing team when performing nursing activities. Then to find out what kind of effect communication between staff has on their relationships with each other. The final objective was to determine if effective communication minimizes errors in nursing practice.

The thesis was divided into theoretical and practical part. The theoretical part was devoted to general communication, followed by communication in health care, members of nursing team, personality of the health care worker, conflicts, burnout syndrome, health care, and finally basic information about departmental safety goals.

In the practical part, qualitative research was conducted in the form of a semi-structured interview, which was subsequently processed in the form of diagrams. The research was conducted with members of the nursing team in different hospital departments.

The results of this thesis revealed that the interviewed informants are aware of the impact of communication on their work and relationships within the team and with patients. They also indicated the most frequently resolved conflict situations and most informants indicated their subsequent adequate resolution. With the exception of one informant, all interviewees agreed that staff put patients mental and physical health at risk through ineffective communication.

The objectives of the thesis were met and will be of benefit, both for staff working in the hospital setting and for students studying this field. The results of the thesis could also be an indicator of the quality of communication and a motivation for it's improvement.

Key words

Communication, nursing team, patient, nursing care, conflicts

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Komunikace	9
1.2 Dělení komunikace.....	10
1.2.1 Verbální komunikace	11
1.2.2 Neverbální komunikace	12
1.3 Komunikace ve zdravotnictví	15
1.3.1 Komunikace sestra – pacient	17
1.3.2 Komunikace sestra – sestra.....	18
1.3.3 Komunikace sestra – lékař	18
1.4 Negativní dopad neefektivní komunikace na pacienta.....	18
1.5 Ošetrovatelský tým.....	19
1.5.1 Osobnost zdravotníka	22
1.6 Konflikty	24
1.7 Syndrom vyhoření.....	25
1.8 Péče o fyzické a duševní zdraví	27
1.9 Resortní bezpečnostní cíle.....	27
2 Cíle a výzkumné otázky	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	30

3.2	Tvorba rozhovoru.....	30
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4	Výsledky výzkumu.....	32
4.1	Charakteristika informantů.....	32
4.2	Výsledky výzkumného šetření	34
5	Diskuze.....	52
6	Závěr.....	57
	Seznam literatury.....	59
	Seznam příloh.....	63
	Přílohy.....	64
	Seznam tabulek.....	66
	Seznam schémat.....	67
	Seznam zkratk.....	68

Úvod

Komunikace je proces výměny a předávání informací. Je to velice rozsáhlá problematika, které ne vždy věnujeme velkou pozornost, jakou bychom měli. Je součástí našeho každodenního života, ve kterém hraje důležitou roli. Obzvlášť ve zdravotnictví tvoří nepostradatelnou část. Schopnost komunikace na profesionální úrovni je dobrým základem pro kvalitní ošetrovatelskou péči. Pacient v této náročné životní fázi potřebuje psychickou oporu a pomoc, kterou by mu měl zdravotník poskytnout. Pacient je v této situaci citlivější než kdy jindy a je tedy důležité volit slova opatrně a s rozmyslem.

Pohybovat se v tomto oboru není jednoduché a jsou důležité určité osobnostní předpoklady. Kromě teoretických a praktických znalostí by měla sestra umět dobře komunikovat a dokázat si získat pacientovu důvěru. Člověk během pobytu v nemocnici vnímá také vzájemné vztahy a způsob předávání informací mezi ošetrojícím personálem, a to má na něj také velký vliv. Efektivní komunikace posiluje dobrou spolupráci mezi členy ošetrovatelského týmu. Pro tento obor jsou dobré vzájemné vztahy a tolerance klíčové.

V teoretické části byly shrnuty nejdůležitější základy komunikace, ať už ve zdravotnictví, tak obecně. Mezi problémy, které mohou narušovat výkon povolání, patří například konfliktní situace nebo syndrom vyhoření a následné možnosti jejich řešení. Jelikož jde o zaměstnání velice psychicky náročné, tak nesmí být opomenuta ani kapitola s tématem týkajícím se péče o duševní zdraví pracovníka. Poslední část této práce byla věnována resortním bezpečnostním cílům.

V praktické části byl využit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který byl realizován se členy ošetrovatelského týmu na různých odděleních nemocnice. Cílem bylo zjistit, zda komunikace ovlivňuje práci v ošetrovatelském týmu, jaký má vliv na jejich vzájemné vztahy a zda snižuje riziko pochybení v praxi.

Tato práce by mohla být přínosem jak pro personál pracující v nemocničním prostředí, tak i pro studenty studující tento obor.

1 Současný stav

1.1 Komunikace

Slovo komunikace má svůj původ v latinském slově „*communicare*“, což v českém překladu znamená sdílení, sdělení, něco činit společným. Obecně lze říci, že komunikace je nástroj pro každodenní kontakt mezi lidmi. Jde o proces dorozumívání, předávání informací, sdělování postojů a názorů (Zášková et al., 2021). Komunikace představuje sociální interakci, která nám umožňuje výměnu informací, díky které se mohou lidé vzájemně ovlivňovat a působit jeden na druhého (Kořínková et al., 2023).

Jedná-li se o výměnu informací mezi jedinci, tak hovoříme o komunikaci sociální (Zacharová, 2017). Člověk je sociální bytost, která se právě řečí, gesty a jinými pohyby liší od ostatních živočichů (Kelarová, Matějková, 2014a). Využívá komunikaci ve svém každodenním životě. Jejím prostřednictvím se jedinec může začleňovat do určitých skupin a uspokojovat tak potřebu sociálního kontaktu (Zacharová, 2016). Aby mohl člověk plnohodnotně existovat, potřebuje, aby mu druzí naslouchali a mohl jim předávat informace. Díky tomu uspokojuje potřebu sounáležitosti (Kopecká, 2012).

Sociální komunikaci lze rozdělit do několika různých typů. Za interpersonální komunikaci je považována ta, která probíhá mezi dvěma či více účastníky rozhovoru. Druhým typem je komunikace skupinová, která se týká hlavně sociálních sítí, ve kterých se tvoří složité řetězce mezi komunikujícími. Různí posluchači či čtenáři spadají do veřejné komunikace. Posledním typem je komunikace masová neboli hromadná, která probíhá za pomoci různých médií (Kořínková et al., 2023).

Mezi činitele tvořící základní strukturu komunikace patří:

- a) komunikátor, který informaci sděluje a předává,
- b) komunikant, který sdělení přijímá,
- c) komuniké představuje obsah sdělení (Zášková et al., 2021),
- d) komunikační jazyk, díky kterému informaci předáváme
- e) a komunikační kanál. Je to způsob předávání sdělení. Může být zprostředkovaný přímým kontaktem osob anebo nepřímým, který je v dnešní době hojně využíván.

Mluvíme o komunikačním kanále písemném, elektronickém a telefonickém (Zacharová, 2017).

Během sdělování informací na nás působí velké množství podnětů. Vnímáme například to, co nám druhý říká, zda udržuje oční kontakt, jak se chová, jaký má výraz v obličeji. Vliv má také vztah, který mezi sebou komunikující vzájemně mají (Zášková et al., 2021).

Do rozhovoru mohou zasahovat komunikační šумы (Kopecká, 2012). Tyto šумы způsobují to, že dojde k nepochopení obsahu sdělení (Bečvářová, Humlerová, 2013). Pokud jde například o hluk, nevyhovující teplotu nebo osvětlení, mluvíme o externím neboli vnějším šumu. Do vnitřního, interního šumu patří vnitřní prožívání jedince. Jedná se například o pocity, jako je žízeň, hlad nebo únava (Kopecká, 2012). Šумы se mohou dále dělit na fyzické, kam patří hluk v okolí, ve kterém komunikační proces probíhá. Sémantické šумы, kam se řadí nepochopení významu předávané informace, například při používání cizího jazyka (Zášková et al., 2021). Dalším rušivým vlivem jsou šумы fyziologické, kdy se jedná o komunikační bariéry jednoho z účastníků rozhovoru. Lze sem zařadit různé vady, ať už sluchu, řeči nebo zraku (Kopecká, 2012). Jako poslední jsou vlivy psychologické, kde jde například o nedůvěru a jiné emoční bariéry mezi hovořícími osobami (Zášková et al., 2021).

Během rozhovoru se můžeme setkat s tzv. řečnickými zlovyky, které mohou hovořícímu člověku pomoci během komunikace. Mohou být pomocníkem pro udržení návaznosti vět, tempa řeči nebo při nervozitě. Člověk si během řečnění může hrát s různými předměty, jako je například propiska nebo řetízek. Mezi časté zlovyky pak patří parazitní slova. Jde o slova, která jedinec často opakuje, například „prostě“ nebo „ale“. Také může používat parazitní pavuky, jako je například „hm, ehm“ nebo si pokašlávat (Kopecká, 2012).

1.2 Dělení komunikace

Komunikace se dělí na verbální a neverbální. Tyto dva typy dorozumívání souvisí s obsahem sdělení. U verbální se jedná o kognitivní obsah, jako jsou například vědomosti, a má úmyslný charakter (Zášková et al., 2021). Využívá verbální prostředky, jako je mluvené či psané slovo (Výrost et al., 2019). Pokud ale jde o emoční stránku, jako jsou například nálady, tak ta dominuje u neverbální. Oproti verbální komunikaci má většinou

charakter neúmyslný, bezděčný (Zášková et al., 2021). Používá prostředky mimoslovní, jako jsou gesta a jiné projevy (Výrost et al., 2019). Větší význam klademe převážně na komunikaci slovní, jelikož nám jde především o předávání informací (Špatenková, 2013). Avšak tyto dva druhy komunikace se vzájemně doplňují, mohou se navzájem zastupovat, ale také být v některých situacích v rozporu (Zacharová, 2017).

1.2.1 Verbální komunikace

Pochází z latinského „*verbum*“ neboli slovo, které se užívá kratší dobu než neverbální a je považována za nejdokonalejší způsob dorozumívání (Zášková et al., 2021). Je nepostradatelnou součástí sociálního života (Zacharová, 2017). Spočívá v používání jazyka a řeči, která je člověkem nejvíce využívána během komunikace (Bečvářová, Humlerová, 2013). Slovní zásoba se u člověka v průběhu věku mění, v dospělosti může dosáhnout přibližně 20 – 25 000 slov (Zášková et al., 2021). Tento druh komunikace zahrnuje jak mluvenou, tak i psanou formu (Bečvářová, Humlerová, 2013). V průběhu lidského vývoje se mění forma myšlení a následně i jazyk. V dnešní době není komunikace závislá pouze na přímém fyzickém kontaktu, ale informace je díky stále se vyvíjejícím technologiím schopna se během okamžiku rozšířit po celém světě (Zášková et al., 2021).

Pro úspěšnou komunikaci je důležité umět ovládat její základy. Dokázat hovořit plynule, přiměřenou rychlostí, hlasitostí a vyhýbat se parazitním slovům. Je dobré využívat krátké pauzy a dát příjemci čas na přemýšlení. Předávat informace jasně, stručně, srozumitelně a volit vhodnou jazykovou náročnost podle možností a věku příjemce. Důležité je také správné načasování rozhovoru (Kelnarová, Matějková, 2014a). Volit klidné prostředí, naslouchat, nepřerušovat hovořící osobu, nabídnout porozumění a udržovat přiměřený oční kontakt. Buďte během komunikace přesvědčiví a dejte si pozor, abyste nepůsobili nejistě (Sibiya, 2018).

Verbální komunikaci může narušit například přehnané kritizování, stěžování, omlouvání, poučování, lhaní a moralizování. Dokonce i zesměšňování a pomlouvání může ovlivnit průběh rozhovoru (Zášková et al., 2021).

Mezi nejčastější chyby sestry v rámci verbální komunikace patří například vyhýbání se očnímu kontaktu, přílišné poukazování na svůj podíl v péči o pacienta a používání odborných výrazů, kterým pacient nerozumí (Zacharová, 2017).

1.2.2 Neverbální komunikace

Na rozdíl od předchozí zmiňované komunikace zde jde o tzv. „řeč těla“ (Zášková et al., 2021). Neverbální komunikace je charakteristická tím, že informace jsou předávány bez použití slov. Jde o různé způsoby chování, které nenesou jazykový obsah (Keutchafo et al., 2020). Tento druh dorozumívání je starší než verbální komunikace (Kopecká, 2012). Mimoslovní komunikací předáváme 60–80 % informací (Kelnarová, Matějková, 2014a). Je velmi často používána, úzce spjata s verbální komunikací a dotváří téměř každý komunikační proces (Boukalová et al., 2023).

Je to komunikace prostřednictvím našeho těla a jeho signálů, které mohou dotvářet slovní sdělení. Signály se mohou také lišit kulturou, ve které žijeme. To, co je v některé zemi chápáno jako zdvořilé, nemusí však být přijato jinde. Význam může být pro danou oblast odlišný. Může se to týkat například podání ruky nebo udržování očního kontaktu (Zášková et al., 2021).

Sestra by měla být schopna zvládnout jak vlastní neverbální chování, tak dokázat vnímat i pacientovy mimoslovní projevy. Aby lépe pochopila emocionální stav klienta, jeho aktuální potřeby a byla schopna porozumět pacientům, kteří pro svou komunikaci využívají pouze řeč těla (Zacharová, 2017).

Do tohoto druhu komunikace lze zařadit určité oblasti, jako je například:

- a) **Posturika (posturologie)**, která zkoumá držení těla a fyzický postoj, který člověk během komunikace zaujímá (Bečvářová, Humlerová, 2013). Dělí se na postoj otevřený a uzavřený. Při otevřeném postoji stojí dotyčný rovně, s rukama volně podél těla. Ukazuje okolí svou uvolněnost a dostatek energie. Zatímco uzavřený postoj se projevuje shrbenými zády a sklopenou hlavou. Člověk v tomto postoji cítí strach a napětí (Zášková et al., 2021).

Držení těla a jeho poloha nám mohou poskytnout potřebné informace a usnadnit nám přiblížit se k člověku, se kterým chceme komunikovat (Kopecká, 2012). Během rozhovoru s pacientem by sestra měla volit rovnocennou polohu (Zacharová, 2017).

- b) **Gestika** je komunikace prostřednictvím gest, a to zejména za pomoci pohybu rukou (Kopecká, 2012). V běžném životě je často používáme místo pozdravu, jako

například mávnutí ruky. Chybou může být nedostatečná nebo naopak přehnaná gestikulace (Zášková et al., 2021).

- c) **Kinezika** zahrnuje pohyby těla a jejich koordinaci (Bečvářová, Humlerová, 2013).
- d) **Proxemika** znamená vzdálenost, kterou mezi sebou komunikující zaujmají. Porušování této zóny je jednou z nejčastějších chyb v neverbální komunikaci (Bečvářová, Humlerová, 2013). Výběr vzdálenosti mezi komunikujícími záleží na jejich vzájemném vztahu, čím více se lidé znají, tím blíže se k sobě postaví. Také záleží na věku, osobnosti daného člověka, zda je introvert nebo extrovert, jaké je národnosti a jaká je povaha schůzky. Jistou roli hraje i bydliště, ve kterém dotyčný žije. Lidé z vesnice udržují až dvakrát bližší intimní zónu než lidé z města (Kopecká, 2012).

Sestra se u většiny výkonů ocitá v pacientově intimní zóně. Měla by mít na paměti, že to může být pro pacienta nepříjemné a měla by zajistit dostatek soukromí. Dalším častým problémem bývá naopak přílišná vzdálenost sestry. To může na pacienta působit sociálním odstupem (Zacharová, 2017).

Proxemické zóny: (příloha č. 1)

- i. **Intimní zóna** (do 45 cm). V této nejbližší zóně se může člověk dotýkat (Kopecká, 2012). Patří nejbližším osobám, rodině a partnerovi. V některých situacích, nebo pokud se jedná o člověka nám cizího, nesympatického, se může tato zóna stát nepříjemnou a dotyčný raději poodstoupí nebo se vyhýbá očnímu kontaktu (Zášková et al., 2021).
- ii. **Osobní zóna** (45 cm – 1,2 m) patří cizím osobám, které potkáváme například venku na ulici (Kopecká, 2012).
- iii. **Sociální zóna** (1,2 m – 3,7 m). Jinak se také označuje jako zóna společenská, která se využívá při jednání nebo při zkoušení žáka ve škole (Kopecká, 2012). Je pro neosobní vztahy, například při skupinové konverzaci (Zášková et al., 2021).
- iv. **Veřejná zóna** (3,7 m a více) je využívána například při přednáškách nebo jiných veřejných vystoupeních (Kopecká, 2012).

- e) **Mimika** je výraz obličeje. Tvář je velice důležitá oblast těla, neboť jejím prostřednictvím člověk vyjadřuje své emoce. Žádnou jinou částí těla nedokáže jedinec tak dobře vyjádřit své pocity (Kopecká, 2012). Je doporučováno, aby hovořící osoba udržovala oční kontakt 60 % času. Pokud ale v komunikaci hraje roli posluchače, tak dokonce až 85 % (Kořínková et al., 2023).
- f) Sestra by při své práci s lidmi neměla zapomínat na úsměv, který je dobrý pro snížení napětí, posiluje a povzbuzuje pacienta (Zacharová, 2017).
- g) **Haptika** je komunikace prostřednictvím doteku, kde velmi záleží na vztahu mezi komunikujícími (Zášková et al., 2021). Tento druh neverbální komunikace je také ovlivněn věkem, pohlavím, postavením člověka ve společnosti a kulturou, ve které žije (Bečvářová, Humlerová, 2013). Jedná se například o podání ruky, políbení či pohlazení po vlasech (Kopecká, 2012).
- h) **Paralingvistické projevy**. Má-li být komunikace efektivní, nestačí jen vnímat obsah sdělení. Důležitou roli hrají i doprovodné hlasové projevy, tzv. paralingvistické. Mezi ně se řadí hlasitost řeči, která se liší podle situace a obsahu sdělení (Kopecká, 2012). Pokud má člověk tichý projev, budí to dojem nedostatečného sebevědomí a nejistoty (Zášková et al., 2021). Oproti tomu hlasitý projev využíváme tehdy, pokud na sebe chceme upoutat pozornost (Kopecká, 2012). Nebo může budít dojem rozrušení či dokonce rozčilení (Zášková et al., 2021). Druhým paralingvistickým projevem je výška hlasu, která je pro každého člověka individuální (Kopecká, 2012). Hlubší hlas působí autoritativně. Výše položený hlas pak vyvolává dojem křehkosti. Mezi třetí projev patří tempo mluvy. Přesvědčivě a jistě působí přiměřená rychlost řeči. Pokud se ovšem jedná o téma, které dobře známe, může to vést k rychlejšímu projevu nebo působit nejistotou mluvčího (Zášková et al., 2021). Jako další do paralingvistických projevů patří intonace, plynulost řeči, množství předávaných informací a chyby, které mohou sdělení doprovázet, jako je například přerývání se (Kopecká, 2012).
- i) **Úprava zevnějšku** zahrnuje nejen péči o vlastní vzhled, ale také úpravu prostředí kolem nás. První dojem, který si o druhých vytváříme, je výrazně ovlivněn tím, jak v danou chvíli vypadáme a co máme na sobě (Kopecká, 2012).

j) *Chronemika* zahrnuje například to, zda je člověk dochvilný nebo chodí pozdě na schůzky.

k) *Zacházení s předměty* a další (Kelnarová, Matějková, 2014a).

1.3 *Komunikace ve zdravotnictví*

Je pravděpodobné, že právě komunikace je jednou z nejslabších stránek v celém našem zdravotnictví (Špatenková, 2013). Poslední průzkum Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci zjistil, že se mezi hlavními stresory v práci ve zdravotnictví objevuje právě komunikace, ať už mezi samotnými zaměstnanci, tak i mezi zaměstnanci a vedením. V České republice je hlavním stresorem špatná komunikace, která se objevuje hned na prvních třech místech. Až 62 % zaměstnanců souhlasí, že problémy při práci jim vznikají z důvodu nedostatečné komunikace mezi ostatními členy týmu. Pro 65 % zaměstnanců je stresorem špatná komunikace mezi personálem a vedením nemocnice. První místo se 79 % zaujímá dokonce komunikace s pacienty. Oproti tomu v jiných zemích je na prvních místech stresující nedostatek času, nízká bezpečnost nebo přesčasy (European Agency for Safety and Health at Work, 2010).

Komunikace na dobré úrovni je zásadní pro efektivní provoz a fungování organizace (Sibiya, 2018). Většina společností se však v této oblasti potýká s problémy. Jinak tomu není ani ve zdravotnictví, kde velkou roli hraje i vedení nemocnice. Vzájemná komunikace zaměstnanců a vedení nesmí být podceňena. Organizace může informace sdělovat i pomocí časopisů, nástěnek, zápisů z porad, ale také pořádat různé večírky a jiné akce. Také prostředí, ve kterém zaměstnanci pracují, vybavení, stravování a sociální podmínky. To vše má vliv na personál, který si následně utváří určitý názor a postoj k fungování daného zařízení. V rámci výsledků šetření kvality interní komunikace ve zdravotnickém zařízení byl vytvořen návrh pro její zlepšení. Jedním z doporučení je vytvoření důvěrného a otevřeného prostředí v organizaci s cílem minimalizovat obavy zaměstnanců při komunikaci s vedením. Dále pak například zavedení pravidelného hodnocení manažerů ze strany zaměstnanců a zapojení personálu při vytváření návrhů pro zlepšení chodu organizace (Šoukalová et al., 2013).

V oblasti zdravotnictví jsou využívány různé typy komunikace. První je komunikace interní, která probíhá mezi zaměstnanci. Druhým typem je komunikace s klienty zdravotnických zařízení, neboli mezi zdravotnickým personálem a pacienty, popřípadě

členy rodiny. Třetí je externí komunikace, která se vztahuje k interakci s veřejností (Hekelová, 2012).

Komunikace hraje klíčovou roli v ošetrovatelství napříč různými činnostmi, jako je například oblast prevence, terapie, rehabilitace a edukace (Kourkouta, Papathanasiou, 2014). Nedostatečná komunikace je často podkladem pro většinu stížností, nedorozumění a jiných problémů mezi zdravotníky a pacienty či jejich rodinou (Ptáček et al., 2014). Umění správného jednání s lidmi také závisí na zkušenostech a vzdělání sestry. Pro dosažení úspěchu ve své práci by sestra měla absolvovat specializované kurzy a stáže v rámci rozšíření svých vědomostí v oblasti komunikace a mezilidských vztahů (Kourkouta, Papathanasiou, 2014). Znalost komunikace a schopnost předcházení vzájemného nepochopení účastníků je dobrým podkladem jak pro spolupráci s pacienty, tak i v ošetrovatelském týmu nebo v soukromém životě (Kopecká, 2012). Je nedílnou součástí tohoto povolání. Je jedním z nástrojů zdravotnických pracovníků, a proto je velice důležité ji umět ovládat (Bednařík, Andrášiová, 2020). Probíhá-li komunikace jasně, znamená to, že jsou informace mezi členy efektivně předávány (Sibiya, 2018). Komunikace na kvalitní úrovni může být nápomocna k docílení spokojenosti jak pacientů a jejich rodinných příslušníků, tak i samotných zaměstnanců. Pro vybudování pozitivních vztahů, ať už s klienty, jejich rodinou nebo personálem, má komunikace zásadní podíl. Základem je jasnost, srozumitelnost a stručnost (Špatenková, 2013). Také respekt, vzájemné naslouchání, vnímání a pozitivní přístup je pro úspěšnou efektivní komunikaci klíčový (Kořínková et al., 2023). Je nutné se ji důkladně naučit již v průběhu studia a příprav na toto povolání. Zdravotník musí počítat s individuálním přístupem ke specifickým skupinám pacientů s určitým druhem onemocnění, postižení. Jedná se například o komunikaci s nemocnými seniory, dětmi, handicapovanými, dlouhodobě nemocnými a umírajícími pacienty (Zacharová, 2017). Sestra přichází do kontaktu s pacienty a jejich příbuznými, kteří mají různou úroveň vzdělání, sociálního a kulturního zázemí. Proto musí být pečlivá, přistupovat ke všem profesionálně a ovládat efektivní komunikaci (Sibiya, 2018). Cílem je dosáhnout spokojenosti pacienta, a to jak v péči o jeho fyzické a sociální zdraví, tak i jeho psychiku. Důležité je si získat jeho důvěru a tím se vyhnout strachu a obavám. Každý pacient je jedinečný a je tedy důležité ke každému přistupovat individuálně, s úctou a empatií (Bednařík, Andrášiová, 2020).

1.3.1 Komunikace sestra – pacient

V komunikaci ve zdravotnictví nejde pouze o předávání informací, ale také o vytváření určitého vztahu mezi sestrou a pacientem a budováním vzájemné důvěry (Andršová, 2012). Na vytváření vztahu mohou mít vliv například předchozí zkušenosti pacienta s nemocničním zařízením nebo jeho aktuální psychický stav (Urbanová, 2021). Pokud chce sestra vytvořit dobrý vztah, je rozhodující první okamžik, kdy je důležité si pacienta získat. Tomu může přispět klidné prostředí rozhovoru bez rušivých elementů, dostatek času a srozumitelně pokládané otázky (Kourkouta, Papathanasiou, 2014). Každý vztah začíná nenápadnou, nesmělou komunikací obou stran, kdy se mezi jedinci buduje sympatie nebo naopak nesympatie. Postupně se pak vytváří vzájemná důvěra a porozumění (Tomová, Bartošová, 2013). Při kontaktu s pacientem se od zdravotníka očekává určitá psychologická znalost, pohotovost a empatie (Plevová et al., 2018). Komunikace může být v mnoha ohledech různorodá a u každého jedince individuální. Každý člověk je jedinečný, ať už s ohledem na svůj věk, pohlaví, aktuální zdravotní stav, náboženské vyznání, sociální zázemí a další faktory, které mohou průběh komunikace ovlivnit. Pacient se nachází v těžké situaci, se kterou se snaží nějak vyrovnat. Na to by měla být sestra připravena a neměla by pacienta soudit, natož odsuzovat, ale být mu v tuto těžkou chvíli oporou (Špatenková, 2013).

Pomocí komunikace sestra edukuje, vysvětluje účel a průběh odborných činností, vyšetření, motivuje a povzbuzuje pacienta. Sestra tráví denně s pacientem více času než lékař a díky tomu má větší možnost se s ním lépe poznat (Zacharová, 2017). Efektivní komunikace může mít pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče. Ve zdravotnických zařízeních je komunikace zásadní pro navázání vztahu mezi sestrou a pacientem a následného zapojení do naplňování jeho potřeb (Keutchafo et al., 2020). Sestra musí dodržovat profesní chování, dokázat ovládat své emoce a stavět zájmy a potřeby pacienta nad své (Kelnarová et al., 2015).

Komunikace mezi sestrou a pacientem může probíhat na stejné úrovni, symetricky. Kdy jsou si oba rovni, každý má svá práva a možnost říct svůj názor. Nebo se může jednat o styl asymetrický, kde se ukáže závislost pacienta na sestře. Zdravotník je aktivnější, doporučuje a dává rady. Péče bude efektivní pouze tehdy, když se nastaví symetrický vztah, kdy pacient nebude pouze pasivní příjemce, ale na své léčbě se bude aktivně podílet (Zacharová, 2016).

1.3.2 *Komunikace sestra – sestra*

Sestra musí být schopna efektivně komunikovat jak s pacienty, tak i ostatními kolegy. Tato dovednost je klíčovým faktorem pro kvalitní týmovou spolupráci a poskytovanou péči (Špatenková, 2013).

Problémy se mohou vyskytovat v ošetrovatelském týmu, který se skládá převážně z ženských kolektivů. Přestože v lékařském odvětví počet žen stále roste, podíl mužů v profesi sester je stále nízký. Možným zdůvodněním může být skutečnost, že ošetrovatelství je stále vnímáno jako méně hodnotné, s nižší prestiží a nižším finančním ohodnocením než lékařská profese. Dokud tyto dva obory nebudou brány jako stejně hodnotné, tak bude obtížné muže motivovat pro volbu tohoto povolání (Plevová et al., 2018).

1.3.3 *Komunikace sestra – lékař*

Profesionální komunikace mezi sestrou a lékařem je předpokladem pro poskytování kvalitní péče a úspěšného fungování týmu. Sestra a lékař musí být schopni společně diskutovat a řešit obtížné situace, které se týkají jak pacientů, tak i samotného kolektivu (Bártlová, 2013).

Mezi sestrami a lékaři se klade důraz na rozdílnost jednotlivých částí léčebného procesu (Plevová et al., 2018). Kompetencí lékaře je diagnostika a léčba onemocnění daného pacienta a sestra následně zajišťuje potřebnou ošetrovatelskou péči. Svými činnostmi tak obě profese přispívají k péči o pacienta (Bártlová, 2013). Lékaři často vyjadřují názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich odborné sféry. Bohužel i v dnešní době jsou někdy sestry brány jako osoby podřízené, které mají plnit a respektovat nařízení lékaře. Avšak vzájemné vztahy mezi sestrami a lékaři na pracovišti jsou klíčové. Sestry jim přikládají velký význam při hodnocení jejich spokojenosti. V případě vzniku konfliktu mezi sestrou a lékařem je důležité nezapomínat na vzájemný respekt a toleranci obou stran (Plevová et al., 2018).

1.4 *Negativní dopad neefektivní komunikace na pacienta*

Zlepšení komunikační úrovně ve zdravotnictví je celosvětovou prioritou (Foronda et al., 2016). Roku 2023 se konala již třetí odborná konference, jejímž tématem byla spolupráce mezi pacienty a zdravotníky. Jedním z témat byla diskuze o vlivu komunikace na

pacienta. Neefektivní komunikace ošetřujícího personálu může mít negativní dopad na psychiku pacienta a dokonce může ohrozit jeho zdravotní stav. Výzkum provedený ve Spojených státech odhalil, že až 98 000 lidí za rok zemře z důvodu nedostatečné a neefektivní komunikace s lékařem (MZČR, 2023). Špatné předávání informací může mít vliv na správnou a včasnou diagnostiku a s tím související následnou léčbu. Neefektivní komunikace může zapříčinit chybně nastavenou medikaci, zranění či dokonce smrt pacienta. Překážkou pro efektivní komunikaci může být nedůvěra, nevyhovující a rušné prostředí, ve kterém je zdravotní péče poskytována, a také nedostatek zkušeností. Komunikační dovednosti personálu je dobré posílit prostřednictvím praktického tréninku a různými simulačními situacemi (Foronda et al., 2016).

Hospitalizovaný pacient se ocitá v těžké situaci a je citlivější než kdy jindy. Zdravotník nesmí zapomínat na to, že pacienta ovlivňuje i způsobem jeho komunikace. Slova s sebou nesou obrovskou sílu, umí potěšit, ale také ranit, na to je důležité myslet. Nemoc a hospitalizace je pro pacienty velmi náročné období plné obav, nejistoty a strachu (Bednařík, Andrášiová, 2020). Neměli bychom zapomínat na to, že pacientovi můžeme ublížit nejen po fyzické stránce, ale také psychické. Některá slova již nejdou vzít zpět, a proto je důležité je volit opatrně a rozvážně (Zacharová, 2016). Špatná komunikace představuje riziko a může vést k nedorozumění. Sestra se proto musí v komunikačních schopnostech stále vzdělávat a zlepšovat (Sibiya, 2018).

V praxi se můžeme setkat s pacienty, kteří nemají potřebu se dozvědět více informací a stačí jim pokyny zdravotníků. Ale převážná většina projevuje zájem o získání maximálních možných informací. Může se to týkat například závažnosti jejich onemocnění, následujícího postupu léčby nebo možných komplikací. Pacienti, kteří jsou nedostatečně informováni nebo se bojí personálu zeptat, se postupně stávají nejistější. Mají strach, co je čeká, a nemají ke zdravotníkům důvěru. V takových případech však zřídka dochází ke zlepšení zdravotního stavu. Oproti tomu pacienti, kteří jsou dobře edukováni a seznámeni s následující léčbou, jsou klidnější, mají kontrolu nad situací a také větší důvěru k zaměstnancům (Zacharová, 2016).

1.5 Ošetřovatelský tým

Ošetřovatelský tým je složen ze zdravotnických pracovníků, kteří mají různou úroveň vzdělání (Strnadová et al., 2021). Každý člen provádí odborné výkony na základě svých

získaných schopností a kompetencí během studia (Mikšová et al., 2014). Cílem celého týmu je poskytovat kvalitní a bezpečnou péči všem pacientům.

Do ošetrovatelského týmu se řadí všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, praktické sestry, ošetrovatelé a sanitáři.

- a. Všeobecná sestra poskytuje pacientům ošetrovatelskou péči. Spolupracuje s lékaři a podílí se tak na preventivní, diagnostické, léčebné a jiné potřebné léčbě. Své vzdělání k výkonu praxe pak absolvuje ve studijním programu Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole zdravotnické nebo tříletým studiem na vysoké škole, v programu Všeobecné ošetrovatelství.
- b. Dětská sestra poskytuje ošetrovatelskou péči novorozencům a ostatním dětem. Stejně jako všeobecná sestra spolupracuje s lékaři a podílí se na léčbě (Strnadová et al., 2021).
- c. Porodní asistentka poskytuje odbornou péči v oblasti porodní asistence. Dohlíží a pečuje o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí. Tak jako všeobecná a dětská sestra spolupracuje s lékaři a podílí se na prevenci, diagnostice a léčbě (MZČR, 2021a).
- d. Specifickou přednemocniční neodkladnou péči nebo péči na urgentním příjmu či akutních lůžkách zajišťuje zdravotnický záchranář.
- e. Praktická sestra samostatně provádí činnosti, ke kterým má odborné dovednosti a kompetence. Specializovanou ošetrovatelskou péči vykonává pod přímým vedením všeobecné sestry, dětské sestry nebo porodní asistentky (Strnadová et al., 2021).
- f. Ošetrovatel absolvuje tři roky studia na střední škole s obdržáním výučního listu (Kelnarová et al., 2015). Vykonává svou práci pouze pod vedením zdravotnického pracovníka, který je způsobilý k samostatnému výkonu povolání (Mikšová et al., 2014).
- g. Sanitář pro svou činnost absolvuje kurz v nemocničním zařízení nebo na střední škole (Kelnarová et al., 2015). Stejně jako ošetrovatel není oprávněn vykonávat ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu (Mikšová et al., 2014).

Při péči o pacienta je týmová spolupráce nedílnou součástí povolání (Kelnarová, Matějková, 2014b). Bez ní nemůže být poskytnuta kvalitní péče pacientům. Vzájemným vztahům na pracovištích, a to především mezi sestrami a lékaři, se v posledních letech přikládá větší pozornost a zájem (Bártlová, 2013). Dobré vzájemné vztahy mezi

zaměstnanci jsou klíčové pro dosažení úspěšného fungování (Hekelová, 2017b). Je nutná spolupráce se všemi odborníky, kteří se podílejí na péči o pacienta, a schopnost členů si vzájemně předávat informace (Strnadová et al., 2021). Kvalita mezilidských vztahů na pracovišti závisí na vzájemném působení jednotlivých členů. Nezbytnou součástí práce ve zdravotnictví je sehranost týmu (Tomová, Bartošová, 2013). Pracují-li jednotliví členové jako tým, dosahují výrazně vyšší produktivity a úspěšnosti (Plevová et al., 2018). Zodpovědnost za organizaci a výsledky týmu má vedoucí pracovník daného oddělení (Holá et al., 2019).

Každý zdravotník má smluvně danou svoji roli, povinnosti, kompetence a s tím spojenou zodpovědnost za vykonávání své práce. Členové ošetrovatelského týmu jsou na sobě vzájemně závislí (Kelnarová, Matějková, 2014b). Pracovní postupy jsou propojené a jednotlivé činnosti, které daný člen týmu vykonává, na sebe navazují. Další pracovník nemůže dále postupovat ve výkonu, pokud není dokončena práce jiného člena. Práce každého člena je nepostradatelná (Bártlová, 2013).

Aby tým dosáhl kvalitní péče, je nutno nové členy pečlivě vybírat podle osobnostních předpokladů (Kelnarová, Matějková, 2014b). Avšak vytvořit dobrý a fungující tým není jednoduché. Důležité je také vybírat členy podle teoretických a praktických znalostí (Tomová, Bartošová, 2013).

Pro efektivní práci je nepostradatelná kvalitní komunikace, úcta a důvěra mezi jednotlivými členy (Kelnarová, Matějková, 2014b). Péče nemůže být na dostatečně vysoké úrovni a kvalitě, pokud mezi sebou ošetrovatelský tým nekomunikuje a nemá dobré vztahy. To samé platí i mezi personálem a pacienty (Tomová, Bartošová, 2013). Tým má vytyčený společný cíl, který respektuje. Jeden na druhého se může spolehnout a vzájemně si naslouchají. Každý člen zaujímá své místo a je přínosem pro tým (Kopecká, 2015).

Problémem v týmové kooperaci může být vzájemná nedůvěra, neloajalita. Zaměstnanci nevědí jasně, kdo je jejich vedoucí týmu. To může zapříčinit špatnou organizaci činností. Pracovníkům není jasné, kdo co má dělat (Kelnarová, Matějková, 2014b). Pracovní spokojenost ovlivňuje výkonnost zaměstnanců a má dopad i na efektivitu celé organizace, její fungování a výsledky. Spokojený personál je základem pro spokojenost pacientů (Holá et al., 2019).

Na pracovištích se běžně setkávají tři generace, které mají odlišné hodnoty, přístupy a očekávání. Mladí zaměstnanci často považují starší kolegy za pomalé, nepřizpůsobivé, se zastaralými pracovními postupy. Ale tato věková skupina má více zkušeností. Naopak starší zaměstnanci mohou mladší generaci vnímat jako nezodpovědnou. Ti jsou však zase energičtí a flexibilní. Podle odhadů lze očekávat, že v budoucnu poroste převážně věková skupina lidí ve věku nad 50 let. Mezigenerační nedorozumění zvyšují nejen nespokojenost, ale i nejistotu a fluktuaci. Přirozeně tím klesá výkonnost jednotlivých členů týmu. Úroveň vztahů mezi různými věkovými skupinami závisí na kultuře daného pracoviště. Ideální je, pokud je sesterský tým složen z různých věkových skupin (Hekelová, 2017a).

Pro budování, rozvoj a posílení týmové spolupráce je vhodné pořádání teambuildingových akcí, s cílem zlepšit kvalitu poskytované péče a výkonnost kolektivu. Tento pojem se v oblasti zdravotnictví začíná čím dál tím víc využívat. Může se realizovat v rámci týmu v podobě zážitku, výletu nebo jiných společných aktivit, které pomáhají uvolnit atmosféru a napětí mezi členy (Bártlová, 2013).

1.5.1 Osobnost zdravotníka

Práce ve zdravotnictví, jakožto pomáhající profese, je posláním. Je důležitý profesionální přístup pracovníka, aby svou práci vykonával poctivě a svědomitě (Kopecká, 2015). Jedná se o práci s nemocnými lidmi a jsou tedy kladeny vysoké nároky na formy chování a jednání s pacienty, ale i ostatními členy zdravotnického týmu (Zacharová, 2017). Je tedy důležité, aby zdravotník měl pozitivní vztah k práci s lidmi. Pro pacienta je nemoc náročná životní situace, a proto potřebuje mít ve zdravotníkovi oporu. Práce ve zdravotnictví je velice náročné povolání, které má vysoké nároky. I přes všechny tyto vysoké požadavky, tato profese stále nenachází dostatečné uznání, jaké by si zasloužila (Kopecká, 2015).

V tomto povolání najdou své místo jak extroverti, tak i introverti, kterým lidé často připisují vlastnosti, jako je pomalost a nedostatek názorů. Avšak tento typ osobnosti má velmi bohatý vnitřní život, i když to nedává svému okolí najevo. Introverti komunikují s pacienty a ostatními zaměstnanci s větší rozvahou a vše mají pečlivě promyšlené předem. Neradi vyvolávají konfliktní situace, tak se jim raději vyhýbají. Nevýhodou je ale nedostatečná komunikace z jejich strany, což má za následek nedostatečné předávání informací kolegům a pacientům. Oproti tomu extroverti rádi komunikují. Avšak i to bývá

v některých situacích problémem, jelikož někdy rychleji mluví a předávanou informací nemají důkladně promyšlenou (Hekelová, 2017b).

Profesionální chování je další pojem, který je charakteristický pro konkrétní profesi, a vyvíjí se po celou dobu existence tohoto povolání. Čím je vykonávaná profese starší, tím je stabilnější i forma chování a jednání. Jsou známy dvě základní formy chování, a to expresivní a adaptivní. Expresivní chování je výsledkem prožívání jedince. Projevy člověka odpovídají jeho emocím a aktuálnímu psychickému stavu. Oproti tomu adaptivní chování je opakem, či je dokonce v rozporu s expresivními projevy. Jedná se o upravené chování, kterého by se měl zdravotník držet (Mellanová, 2017). Pracovník dokáže ovládat své emoce a nedá na sobě znát, co si myslí a jaké je jeho prožívání (Kopecká, 2015).

Pro úspěšné vykonávání této profese jsou nutné určité osobnostní předpoklady, jako je například dostatečné vzdělání, slušné vystupování, dokázat si získat pacientovu důvěru, spolehlivost, zodpovědnost, dobré komunikační schopnosti a empatie (Urbanová, 2021). Právě pro úspěšné vykonávání tohoto povolání je vysoká úroveň komunikačních dovedností nezbytná (Sibiya, 2018). Také znalost osobnostní typologie může sloužit jako cenný nástroj pro vytváření harmonických vztahů a zajistit určitou míru pochopení mezi členy týmu i mezi personálem a pacienty. To se týká i osob na manažerské pozici. Ti by tuto znalost měli mít jako součást práce, neboť umožňuje lépe porozumět potřebám a preferencím členů týmu. Pomáhá snížit výskyt konfliktů na pracovišti a minimalizovat fluktuaci neboli častou obměnu zaměstnanců, která je v dnešní době velkým problémem z důvodu nedostatku zdravotnického personálu (Hekelová, 2017b). Pro zdravotníka je také nezbytná vnitřní stabilita, zručnost, šikovnost a schopnost naslouchat. Neporušená pohyblivost a dobré smyslové vnímání jsou dalším z nezbytných předpokladů pro výkon práce (Plevová et al., 2018). Důležitá je také úcta a tolerance k pacientovi. Zdravotník musí být schopen pracovat s moderními technologiemi, ovládat administrativní část, dokázat unést psychický a fyzický nápor tohoto povolání, umět jednat s pacienty a být schopen řešit jak pracovní, tak i rodinné problémy (Zacharová, 2017). Důležité jsou nejen odborné vědomosti a praktické znalosti jednotlivých výkonů, ale také pravidelné sebevzdělávání a učení nových postupů (Kelnarová, Matějková, 2014b). Musí být také schopen se přizpůsobit směnnému provozu v nemocnici. Ve zdravotnictví se nebere v úvahu, zda je víkend nebo svátek (Kelnarová et al., 2015). Personál je vystaven většímu stresu a vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření (Hekelová, 2017a).

Nesmí být opomenuta ani povinnost mlčenlivosti, která zavazuje tyto pracovníky (Zacharová, 2017). Pacient má právo na zachování důvěrnosti svých osobních údajů a informací o svém zdravotním stavu (Kelnarová et al., 2015). Sestra má v rámci své pracovní náplně omezené kompetence poskytovat informace o pacientech rodinným příslušníkům či ostatním osobám, pokud k tomu dal pacient souhlas. To se vztahuje i na vyjadřování se k výsledkům vyšetření, diagnóze a tak podobně. Pozor si musí také dávat při telefonické komunikaci (Zacharová, 2017). Nebo jaké informace sděluje na veřejnosti, přátelům nebo v domácím prostředí (Kelnarová et al., 2015). V rámci komunikace s rodinnými příslušníky pacienta se rozhovor převážně zaměřuje na organizační záležitosti nebo například edukaci. Sestra se jinak dále nevyjadřuje k diagnóze, výsledkům nebo prognóze. To vše je v roli ošetřujícího lékaře. Předávané informace nesmí být v rozporu s informacemi poskytované lékařem. Z toho důvodu je spolupráce mezi sestrou a lékařem velice důležitá (Špatenková, 2013).

1.6 Konflikty

V konfliktu jde o střet dvou či více rozdílných názorů, zájmů, citů nebo hodnot. Řadí se do náročných životních situací (Kopecká, 2015). Tento pojem vychází z latinského slova „*conflictus*“, což v překladu znamená srazit se spolu. Jedná se o přirozenou součást každé organizace a jejího provozu, bez které by docházelo ke stagnaci a ztrátě schopnosti adekvátně reagovat na nové změny (Bártlová, 2013). V konfliktu obvykle jedna strana usiluje o obranu nebo nátlak za účelem dosažení určitého výsledku navzdory odporu druhé strany (Tomová, Bartošová, 2013). Největší problém nastává v situaci, kdy jedinec ztrácí kontrolu sám nad sebou, vyskytují se různé emocionální reakce a argumentace, které jsou nelogické. V takovém okamžiku racionální myšlení a jednání ustupují do pozadí (Bártlová, 2013). Ovšem i konflikt má pozitivní vliv. Pomáhá k růstu, vývoji, podněcuje jedince k řešení daného problému. Je neodmyslitelnou součástí lidského života (Kopecká, 2015). Jak v životě, tak i v komunikaci nemusí dojít vždy k porozumění obou stran. Odlišné názory jsou často podkladem pro vznik sporu (Bednařík, Andrášiová, 2020). Sociální konflikt zahrnuje dvě a více osob, bez ohledu na jejich vzájemný vztah (Kopecká, 2015).

Ve zdravotnictví se setkáváme převážně s ženskými kolektivy na pracovištích, ve kterých dochází častěji ke konfliktům než v mužských týmech (Hekelová, 2017a). V tomto oboru se můžeme setkat s několika druhy konfliktů. Jedná se například o konflikt

intrapersonální neboli vnitřní. Týkají se jedné osoby a jejího nitra. Velkou roli zde sehrávají emoce. Dalším druhem je konflikt interpersonální, vnější, který se odehrává mezi lidmi. Konflikt, ve kterém dochází ke střetu dvou a více skupin, se nazývá meziskupinový (Tomová, Bartošová, 2013).

V případě konfliktu je klíčové se ho nestránit, nebát se ho. Zřídka se jedná o záležitost, která sama od sebe odezní, a proto je důležité se s konfliktem umět aktivně vypořádat. Následné vyřešení problému může dokonce přinést úlevu a pomoci vyčistit atmosféru (Hekelová, 2012). Dokázat zvládnout konflikt se nemusí vždy ukázat jako lehká věc. Někdy dojde spíše k jeho prohloubení, vystupňování. Jindy pak raději člověk z hádky ustoupí (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nejhorší cestou řešení rozporu je vyhýbání se mu nebo vzájemné soupeření (Hekelová, 2012). Nejlepším řešením je pokusit se porozumět druhé straně a najít společné řešení, kompromis (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nápomocné může také být uvědomění si příčiny vzniku konfliktu (Hekelová, 2012). Ideální řešení je to, které strany společně hledají, a je tedy přijatelné pro všechny zúčastněné. Důležité je si uvědomit, zda pro nás má větší hodnotu vítězství konfliktu anebo člověk, se kterým jsme v rozporu. Vítězství v konfliktu a posílení ega, totiž nemusí vždy znamenat výhru (Kopecká, 2015).

1.7 Syndrom vyhoření

Z anglického *burn-out syndrome*, neboli syndrom vyhoření, vyhasnutí (Kopecká, 2015). Jeho rozvoj je postupný, trvá měsíce až roky (Mellanová, 2017). Jedná se o stav duševní vyčerpanosti, kdy se postižený ocitá v nerovnováze mezi výdejem, zátěží a příjmem neboli relaxací, odpočinkem. Dochází k tomu z důvodu chronického stresu a zanedbávání vlastních potřeb (Andršová, 2012).

Hlavní rizikovou skupinou jsou osoby, které se věnují pomáhajícím profesím. Jedná se například o lékaře, zdravotní sestry a další pracovníky. Jejich každodenní setkávání s utrpením, beznadějí i smrtí je pro ně velmi psychicky náročné. Syndrom vyhoření ovlivňuje pracovní nasazení a také zvyšuje počet chyb, které mohou mít fatální následky (Bednařík, Andrášiová, 2020). Ohroženi jsou nejčastěji pracovníci, kteří nedokáží druhého člověka odmítnout, usilovně pracují, jsou plni energie, mají málo volnočasových aktivit a nepřipouští si, že by se syndrom vyhoření mohl týkat právě jich (Kopecká, 2015). Větší riziko nastává i u osob, které nepoznaly dostatečně blízko profesi, kterou se rozhodly vykonávat a mají zkreslené představy o náplni daného povolání. I z tohoto

důvodu je důležité při přijímacím řízení zjistit, jaké zkušenosti v oboru uchazeč má (Mellanová, 2017).

Rizikovým faktorem pro vyhoření zdravotníka je také pracovní prostředí, ve kterém se pohybuje. Patří sem špatné vztahy mezi personálem, nevhodný přístup ze strany nadřízených, nedostatečné ocenění, ať už hmotné nebo lidské. Neuspokojivé pracovní podmínky a přepracování z důvodu nedostatečného počtu zaměstnanců (Kopecká, 2015). Dalším faktorem může být nadměrné kladení pravidel a podmínek ze strany vedení, které mají za následek nedostatek samostatnosti zaměstnance (Kelnarová, Matějková, 2014b).

Vyhořelý člověk postupně prochází několika stádii. První fáze je nadšení, kdy je jedinec namotivovaný a zapálený do práce. Druhá fáze je stagnace, kdy postupně mizí prvotní nadšení (Kelnarová, Matějková, 2014b). Třetí stádium je frustrace. Pro zdravotníka je práce zklamáním a pacienty vnímá negativně (Kopecká, 2015). Čtvrtou fází je apatie. Člověk se vyhýbá komunikaci, dalšímu vzdělávání, ve kterém nevidí smysl a provádí jen ty nejnужnější úkony. V poslední fázi dochází k samotnému vyhoření (Kelnarová, Matějková, 2014b).

Mezi příznaky syndromu vyhoření patří fyzické vyčerpání, jako je slabost, nedostatek energie, vleklá únava, poruchy spánku a změny ve stravování. Každá tato činnost je pro člověka velice náročná a zatěžující (Bednařík, Andrášiová, 2020). Postiženého trápí bolesti hlavy a pohybového aparátu (Kopecká, 2015). Také dochází ke změnám tělesné hmotnosti, přibývání na váze či hubnutí (Kelnarová, Matějková, 2014b). Následkem může být rozvoj psychosomatického onemocnění, jako je například vysoký krevní tlak (Bednařík, Andrášiová, 2020). Postižený může také nadměrně užívat alkohol, drogy a léky (Kopecká, 2015). Dochází ke konzumaci většího množství kávy a tabákových produktů (Andršová, 2012). Také se může objevit emocionální vyčerpání v podobě deprese a nedostatku empatie (Bednařík, Andrášiová, 2020). Zdravotník je citově chladný. Není schopen naslouchat pacientům, poslouchat jejich trápení a starosti (Kelnarová, Matějková, 2014b). Člověk zpochybňuje svou práci a úspěch. Má pocit, že jeho život ztrácí smysl (Bednařík, Andrášiová, 2020). Je negativní, zapomíná a je nesoustředěný. Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky (Kelnarová, Matějková, 2014b). Vyhoření má dopad i na sociální vztahy. Postižený omezuje kontakt s ostatními lidmi. Zvyšuje se výskyt konfliktů jak v pracovním, tak i soukromém životě (Andršová, 2012).

V rámci prevence a terapie je důležité snížit nároky sám na sebe. Důležité je stanovit si priority a naučit se říkat ne (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nezapomínat také na péči o sebe samého a dělat si radost z maličností (Andršová, 2012). Pravidelně a vhodně se stravovat, naplánovat si pravidelné přestávky a najít si svůj způsob relaxace. Efektivně komunikovat, brát některé věci s nadhledem, dokázat oddělit osobní život od pracovního (Bednařík, Andrášiová, 2020). Pečovat nejen o zdraví druhých, ale také o své vlastní (Kopecká, 2015). Každý pracovník, který je vystaven riziku vzniku syndromu vyhoření, by měl znát zásady duševní hygieny (Mellanová, 2017). Je nutné tento problém začít včas řešit a něco ve svém životě změnit (Bednařík, Andrášiová, 2020). Nebát se odmítnout nabídku pomoci či si o ni říct sám (Andršová, 2012).

1.8 Péče o fyzické a duševní zdraví

Definovat zdraví je složitý problém. Dokonce se někteří autoři domnívají, že ho nelze jednoznačně popsat (Zacharová, 2017). Podle Světové zdravotnické organizace je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (World Health Organization, 2024).

Péče o duševní zdraví zahrnuje všechny potřebné prvky, které pomáhají psychické zdraví udržet. Dobrá fyzická a psychická kondice, sociální kontakty a prostředí, ve kterém žijeme, jsou základem pro kvalitní úroveň života. Pokud je jedna ze složek narušena, tak dochází ke zhoršení kvality života (Kelnarová, Matějková, 2014b).

Zdravý životní styl je nepostradatelným základem pro dobré vykonávání zdravotnického povolání. Personál by měl dbát na správnou životosprávu, dostatečný pitný režim a zdravé stravování. Práce ve směnném provozu má totiž dopad i na pravidelnost příjmu potravy a tekutin, které jsou často přijímány ve spěchu. Volný čas je ideální věnovat pohybu na čerstvém vzduchu, kterého bývá v nemocnici nedostatek. Výlety, procházky v přírodě nebo jiné sportovní aktivity. Pro dobrou regeneraci sil je nutný pravidelný a kvalitní spánek. Důležitá je také osobní hygiena, jelikož se zdravotník pohybuje v nemocničním prostředí (Kelnarová et al., 2015).

1.9 Resortní bezpečnostní cíle

Jedná se o opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky (2021b), které představuje minimální požadavky na zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče pacientům. Toto nařízení se týká všech poskytovatelů

zdravotních služeb. Standardy jsou vytvářeny s ohledem na specifika konkrétní oblasti péče a jejich cílem je sebehodnocení poskytovatele zdravotních služeb, který sám vyhodnotí kvalitu nastavených postupů. Pravidelné interní hodnocení vykonávají pověřené kvalifikované osoby, jejichž úkolem je posoudit kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče. Získané výsledky ukáží na nejslabší místa v dané oblasti a jsou impulzem pro přijetí nápravných opatření. Díky dlouhodobému a pravidelnému provádění sebehodnocení dochází ke shromažďování objektivních dat a zjišťování zlepšení poskytovaných služeb. Tato opatření se týkají jak lůžkové oblasti, tak i jednodenní péče, ambulantní péče a záchranné služby. Standardy se mohou zaměřovat například na bezpečnou identifikaci pacientů, prevenci pádů, hygieny rukou, prevence vzniku dekubitů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkým a také nesmí chybět námi zmiňovaná bezpečná komunikace. Nesprávnou komunikací může dojít k nedorozumění a někdy bohužel i k poškození samotného pacienta. Stanovení pravidel pro bezpečnou komunikaci napomáhá snížit riziko takovýchto pochybení, což je také cílem standardu.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistí, jaký vliv má komunikace na práci v ošetrovatelském týmu při vykonávání ošetrovatelských činností.

Cíl 2: Zjistí, jaký vliv má komunikace probíhající mezi personálem na jejich vzájemné vztahy.

Cíl 3: Zjistí, zda efektivní komunikace minimalizuje pochybení v ošetrovatelské praxi.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Je kvalita ošetrovatelských činností ovlivněna neefektivní komunikací?

VO 2: Jaká je nejčastější příčina komunikačních neshod?

VO 3: Jaký negativní dopad na pacienta může mít nevhodná komunikace ze strany ošetrujícího personálu?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

V této práci byl využit kvalitativní výzkum. Šetření bylo prováděno pomocí polostrukturovaného rozhovoru na jednotlivých pracovištích nemocnice. Předmětem výzkumu byl ošetrovatelský tým. Výzkumné šetření bylo prováděno v nemocnici Plzeňského kraje, na oddělení chirurgie, interny, následné péče a jednotce intenzivní péče.

Pro umožnění výzkumu v dané nemocnici byla podána Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce, která byla kompetentní osobou zdravotnického zařízení schválena. Následně byli informováni vedoucí jednotlivých pracovišť a osloven ošetrovatelský personál. Účast každého informanta byla zcela dobrovolná. Před začátkem každého rozhovoru byl informant seznámen s tématem bakalářské práce a následným využitím získaných odpovědí. Byl informován o jeho průběhu, anonymitě a způsobu záznamu odpovědí, které byly s jeho svolením zvukově nahrávány. Každý informant byl s těmito skutečnostmi srozuměn a ústně souhlasil s tímto postupem. Rozhovory byly provedeny v období od 29. ledna do 9. února 2024.

3.2 Tvorba rozhovoru

Rozhovor se skládá ze základních identifikačních údajů o informantovi a 13 hlavních otázek, z nichž některé byly dále rozvedeny na podotázky. Veškeré pokládané otázky jsou doloženy v příloze práce (příloha č. 2).

Na začátku rozhovoru byly získávány základní informace o daném informantovi, které jsou zaznamenány a popsány v níže uvedených tabulkách (tab. 1, tab. 2). Dále byly položeny otázky, které se vztahovaly k samotnému tématu bakalářské práce. Bylo zjišťováno, jak informant chápe pojem efektivní komunikace, jaký vliv má na spolupráci v ošetrovatelském týmu a na co by v rámci komunikace neměl zapomínat. Mezi další otázky byly zapracovány dotazy na možné pochybení u pacienta, pokud není komunikace efektivní a zda se daný informant během své praxe někdy setkal s nevhodným přístupem a chováním ze strany personálu nebo pacienta vůči zaměstnancům. Dále byly pokládány otázky týkající se spokojenosti se zaměstnáním, kolektivem, vzájemnou spoluprací, komunikací na oddělení a co naopak informant postrádá na daném pracovišti. Součástí rozhovoru byl také okruh otázek vztahujících se ke konfliktům na oddělení, jak mezi

samotným ošetřujícím personálem, tak mezi personálem a pacienty a jejich následné řešení. Nesměl být opomenut ani dotaz na spokojenost personálu s vedením nemocnice. Poslední položenou otázkou bylo téma zaměřující se na volnočasové aktivity informanta a péči o sebe samého.

Po dokončení realizace rozhovoru byly odpovědi z audionahrávky převedeny do tištěné podoby pomocí počítačového programu Microsoft Word. Následně byl text zpracován metodou „tužka-papír“, kategorizován a dále zpracován do příslušných tabulek a schémat.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Do rozhovoru se zapojilo celkem 12 informantů. Jedná se o členy ošetrovatelského týmu, jako jsou vrchní, staniční sestry, všeobecné a praktické sestry. Dále pak ošetrovatelé a sanitáři, kteří se do výzkumného šetření zapojili. Jednalo se o zaměstnance z chirurgického oddělení, interního oddělení, oddělení následné péče a jednotky intenzivní péče, z čehož největší účast byla zaznamenána z interního pracoviště.

4 Výsledky výzkumu

Kapitola 4 se zabývá samotnými výsledky výzkumu, kde jsou nejprve uvedeny základní identifikační údaje o informantech, které jsou zpracovány do tabulek v následující podkapitole (tab. 1, tab. 2). Odpovědi informantů jsou pak dále zaznamenány pomocí schémat.

4.1 Charakteristika informantů

Tabulka č. 1: Identifikační údaje informantů

	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Aktuální studium
Informant 1	Žena	44 let	VŠ – Bc.	Ne
Informant 2	Žena	26 let	Středoškolské vzdělání s maturitou	Ano
Informant 3	Žena	62 let	Středoškolské vzdělání se specializací	Ne
Informant 4	Žena	63 let	Středoškolské vzdělání se specializací	Ne
Informant 5	Žena	42 let	Středoškolské vzdělání s maturitou a sanitářský kurz	Ano
Informant 6	Žena	47 let	Střední vzdělání s výučním listem a sanitářský kurz	Ne
Informant 7	Žena	60 let	VOŠ – Dis.	Ne
Informant 8	Žena	50 let	SZŠ	Ne
Informant 9	Žena	21 let	SZŠ	Ano
Informant 10	Žena	54 let	Střední vzdělání s výučním listem a sanitářský kurz	Ne
Informant 11	Žena	60 let	SZŠ	Ne
Informant 12	Žena	27 let	Středoškolské vzdělání s maturitou	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Legenda: VŠ – Bc. – Vysokoškolské vzdělání, titul bakalář; VOŠ. – Dis. – Vyšší odborná škola, titul diplomovaný specialista; SZŠ – střední zdravotnická škola

Tabulka číslo 1 informuje o základních údajích o informantech, vyplývá z ní, že se jedná o ženy ve věku od 21 do 63 let. Přičemž průměrný věk je 46 let. V rámci studia mají dva informanti střední vzdělání s výučním listem, jeden informant má vysokoškolské vzdělání a informant č. 7 má vyšší odbornou školu. Ostatní personál má střední školu s maturitou, z čehož 4 informanti nyní studují vysokou školu, obor všeobecná sestra.

Tabulka č. 2: Identifikační údaje informantů

	Oddělení	Délka praxe	Pracovní pozice	Ranní/směnný pracovník
Informant 1	Chirurgie	15 let	Všeobecná zdravotní sestra	Směnný
Informant 2	Chirurgie	5 let	Ošetřovatelka	Směnný
Informant 3	Interna	42 let	Vrchní sestra	Ranní
Informant 4	Interna	35 let	Staniční sestra	Ranní
Informant 5	Interna	7 let	Sanitář	Ranní
Informant 6	Interna	20 let	Sanitář	Směnný
Informant 7	Interna	16 let	Všeobecná zdravotní sestra	Směnný
Informant 8	Následná péče	1 měsíc	Staniční sestra	Ranní
Informant 9	Následná péče	2 roky	Praktická sestra	Směnný
Informant 10	Následná péče	24 let	Sanitář	Směnný
Informant 11	JIP	10 let	Všeobecná zdravotní sestra	Směnný
Informant 12	JIP	4 roky	Ošetřovatelka	Ranní

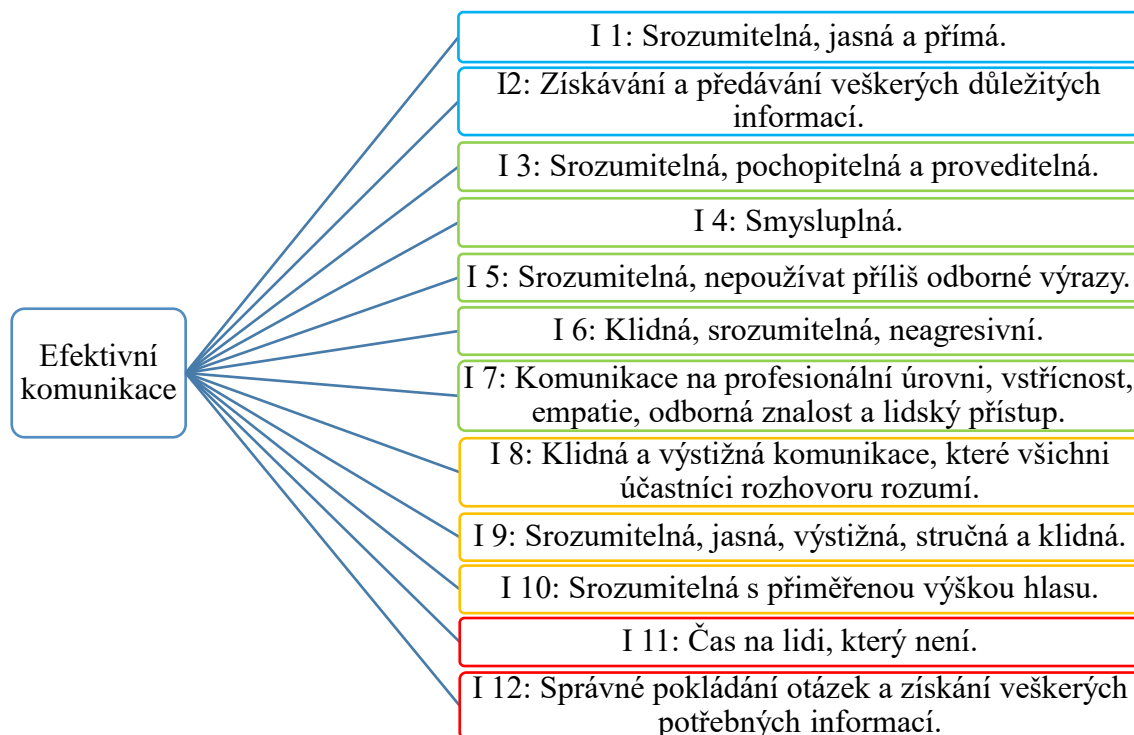
Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Z druhé navazující tabulky vyplývá, že do výzkumu se zapojilo nejvíce personálu z interního oddělení. Délka zaměstnání se pohybuje od 1 měsíce do 42 let. Průměrná doba zaměstnání je pak 15 let. V rámci pracovních pozic se zapojila 1 vrchní a praktická sestra,

2 staniční sestry, 3 všeobecné sestry, 2 ošetřovatelky a 3 sanitářky, z čehož je nejvíce informantů ve směnném provozu.

4.2 Výsledky výzkumného šetření

Schéma č. 1: Pojem efektivní komunikace



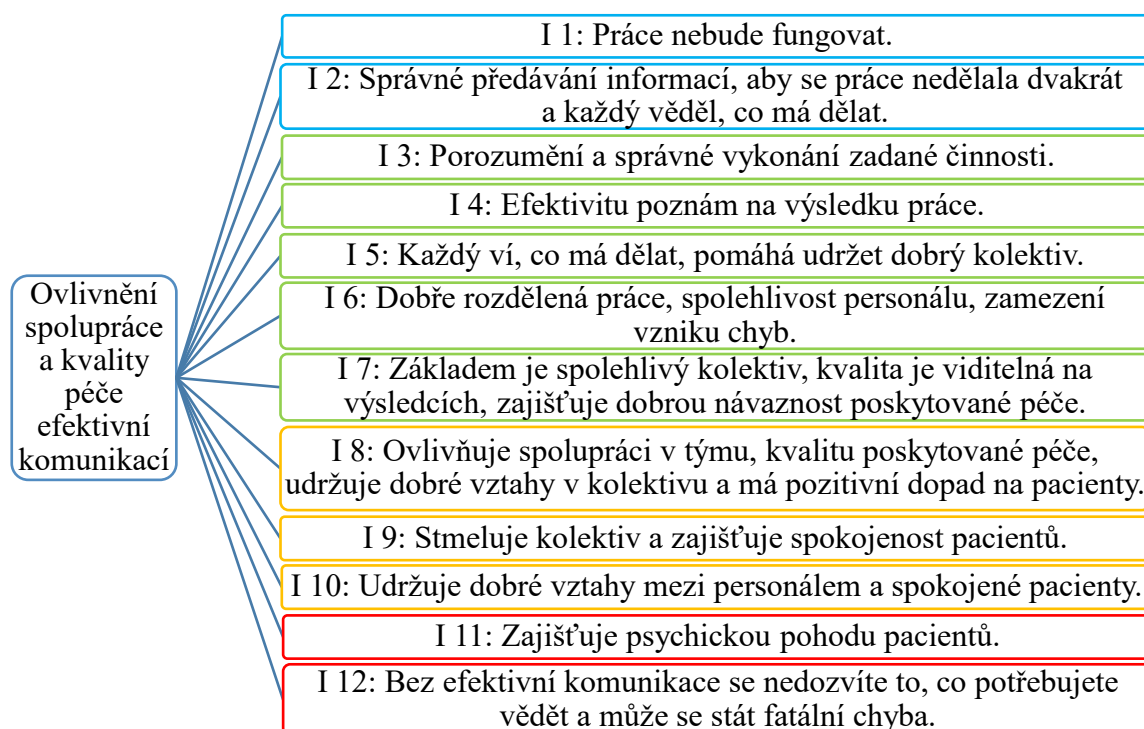
Legenda: chirurgické oddělení, interní oddělení, oddělení následné péče, jednotka intenzivní péče

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

První schéma bylo zaměřeno na samotný význam pojmu efektivní komunikace, kde bylo zjištěno, že se většina informantů shoduje na tom, že efektivní komunikace by měla být srozumitelná, klidná, přímá a jasná. Informant č. 2 na tuto otázku odpověděl tak, že efektivní komunikaci lze využívat k získávání a předávání informací, které potřebujeme vědět a je velmi důležitá nejen při komunikaci s pacienty, ale i lékaři. Informant č. 4 poukazuje na smysluplnost a informant č. 5 a 7 upozorňuje na vhodnost vyvarování se příliš odborným výrazům. Informant č. 6 odpověděl, že je důležité: „*Nebýt agresivní a nekřičet na sebe. Dokázat vše v klidu vysvětlit, popřípadě zopakovat.*“ Informant č. 7 ještě uvedl: „*Představím si komunikaci na profesionální úrovni, která je v našem oboru velmi důležitá. Důležitá je vstřícnost, empatie, odborná znalost a lidský přístup.*“

Umět pacientům vše vysvětlit a nepoužívat příliš odborné výrazy.“ Informant č. 9 doplnil, že komunikace má být výstižná a stručná. Informant č. 10 upozornil na důležitost přiměřené výšky hlasu a informant č. 11 uvedl, že na efektivní komunikaci je potřeba dostatek času, který ale není. Informant č. 12 odpověděl: „*Pod efektivní komunikací si představím takovou komunikaci, kdy já jako dotazovatel se dozvím všechno, co potřebuji od toho pacienta. Je to vzájemná komunikace s tím pacientem, abych správně pokládala otázky a on mi odpovídal na to, co já potřebuji.*“

Schéma č. 2: Ovlivnění kvality a týmové spolupráce efektivní komunikací

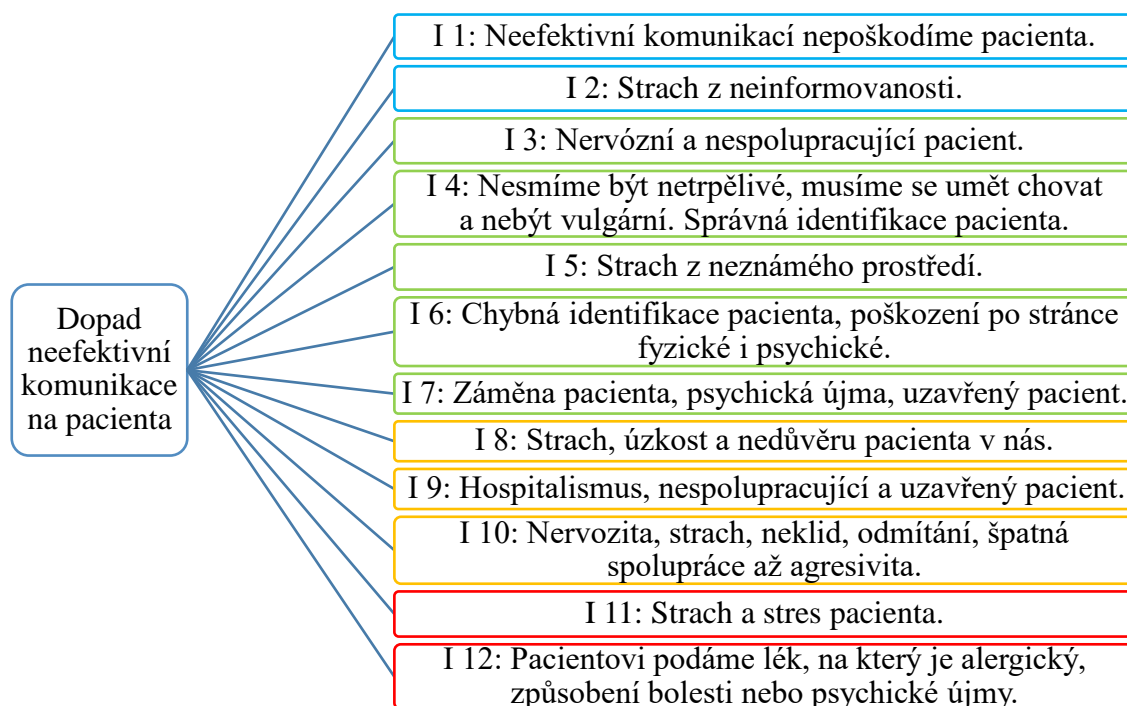


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Toto schéma zobrazuje odpovědi informantů na otázku týkající se ovlivnění spolupráce a kvality poskytované péče efektivní komunikací. Všichni informanti odpověděli, že efektivní komunikace ovlivňuje úroveň poskytované péče a většina informantů se shoduje, že efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu udržuje dobrý kolektiv, psychickou pohodu hospitalizovaných pacientů, pomáhá rozdělovat práci a snižovat riziko pochybení. Informant č. 1 uvedl, že by práce bez dobré komunikace nefungovala a poukazuje na důležitost soudržnosti týmu. Informant č. 2 odpověděl: „*Určitě ovlivňuje. Předávání informací, aby jeden člověk nedělal už práci, která je hotová nebo aby nepředával informace pacientovi, které byly již předány od kolegyně. Aby každý věděl, co má dělat.*“ Informant č. 4 uvedl: „*Efektivitu poznám na výsledku té práce. Když budu*

dobře komunikovat například s kolegy, tak ta činnost bude provedena rychle, dobře a ne nějak zmatečně a výsledek nebude špatný. Má to také dopad na pacienta.“ Informant č. 6 doplnil, že je důležité se dokázat na sebe vzájemně spolehnout, že každý odvede správně svoji zadanou práci. Informant č. 7 na otázku reagoval: „Určitě ovlivňuje. Základem je dobrý kolektiv, který se na sebe může spolehnout. Kvalita je určitě pak viditelná na výsledcích a spokojenosti pacientů, kteří jsou pro nás prioritou. Efektivní komunikace zajišťuje dobrou návaznost poskytované péče.“ Informant č. 8 poukazuje na důležitost dobrých vztahů v kolektivu a informant č. 9 doplnil, že díky dobré komunikaci na sebe poskytovaná péče navazuje a je na profesionální úrovni. Informant č. 12 odpověděl: „Určitě, já si myslím, že to hraje významnou roli v ošetřování pacientů. Pokud nemáte efektivní komunikaci, tak se nedozvíte to, co potřebujete, abyste toho pacienta mohla nějak léčit nebo mu mohla ulevit od bolesti. Takže je to určitě důležité. Co se týče kolektivu, tak tam si myslím, že to hraje úplně tu největší roli. Pokud neumíte komunikovat, tak se může stát nějaká fatální chyba.“

Schéma č. 3: Negativní dopad neefektivní komunikace na pacienta

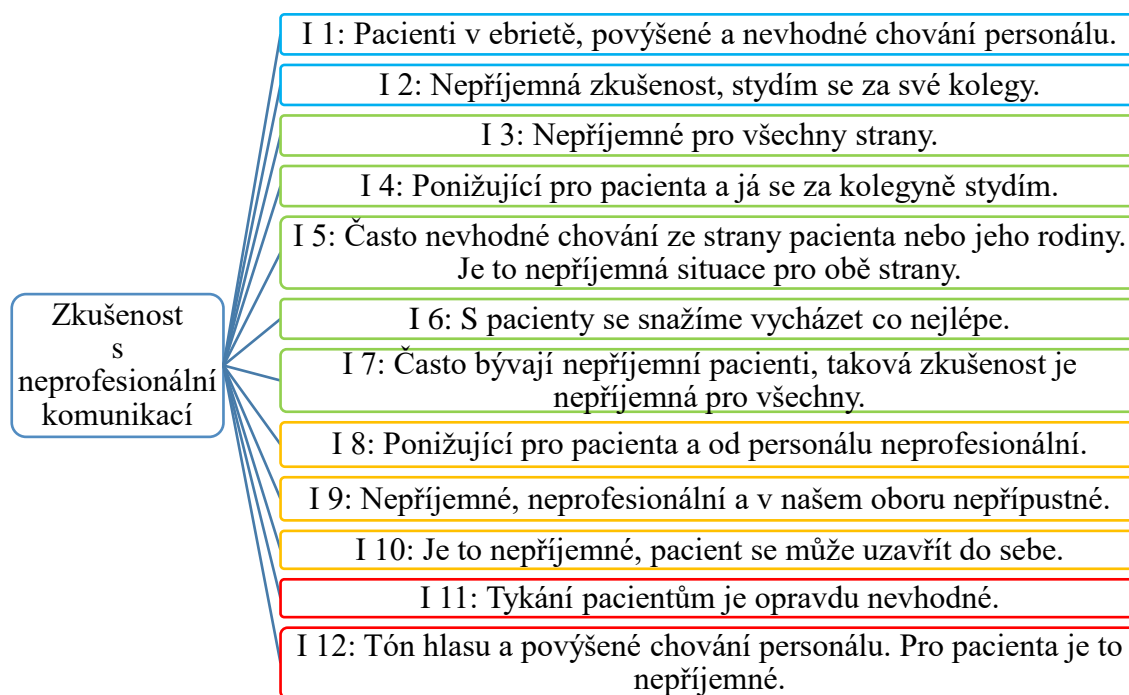


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma 3 prezentuje možnosti poškození pacienta při neefektivní komunikaci. Odpovědi informantů se nejvíce shodovaly v důležitosti správné identifikace pacienta, aby nedošlo k jeho záměně. Dále také mezi negativní dopady uvedli strach, nervozitu, nespolupráci

a uzavření pacienta do sebe. Informant č. 1 jako jediný reagoval na tuto otázku tak, že neefektivní komunikací mezi personálem nelze poškodit pacienta. Informant č. 2 doplnil, že je důležité neopomínat pacientovi dobře vysvětlit například na jaké vyšetření jde, proč a jak bude probíhat. Informant č. 4 uvedl: „*Můžeme ho samozřejmě poškodit. Nesmíme být netrpělivé, musíme se umět chovat a nebýt vulgární. Musím své kolegyně poučit a dávat jim jasné úkoly. Stalo se tady, že jsme omylem zaměnili jméno pacienta a poslali jsme ho na vyšetření, tam mu rozkapali oči. Všechno musí být proto jasné a přesně dané.*“ Informant č. 5 a 8 upozorňuje na důležitost vybudování důvěry pacienta v ošetřovatelský personál. Informant č. 6 ještě doplnil: „*Je důležité si pacienta umět získat ke spolupráci a být empatický. Pacienta bychom mohli poškodit jak po stránce fyzické, tak i psychické.*“ Informant č. 8 uvedl: „*Samozřejmě špatnou komunikací můžeme způsobit nedůvěru pacienta v nás, jako ošetřovatelský personál. Může mít strach a úzkost, která se pak podepíše na celkovém zdravotním stavu. Naším úkolem je pacientův stav zlepšit a ne mu ještě více ublížit. Dobrý psychický stav je základ.*“ Informant č. 9 varuje před rizikem vzniku hospitalismu u pacienta a informant č. 10 doplňuje, že pacient může být odmítavý až agresivní.

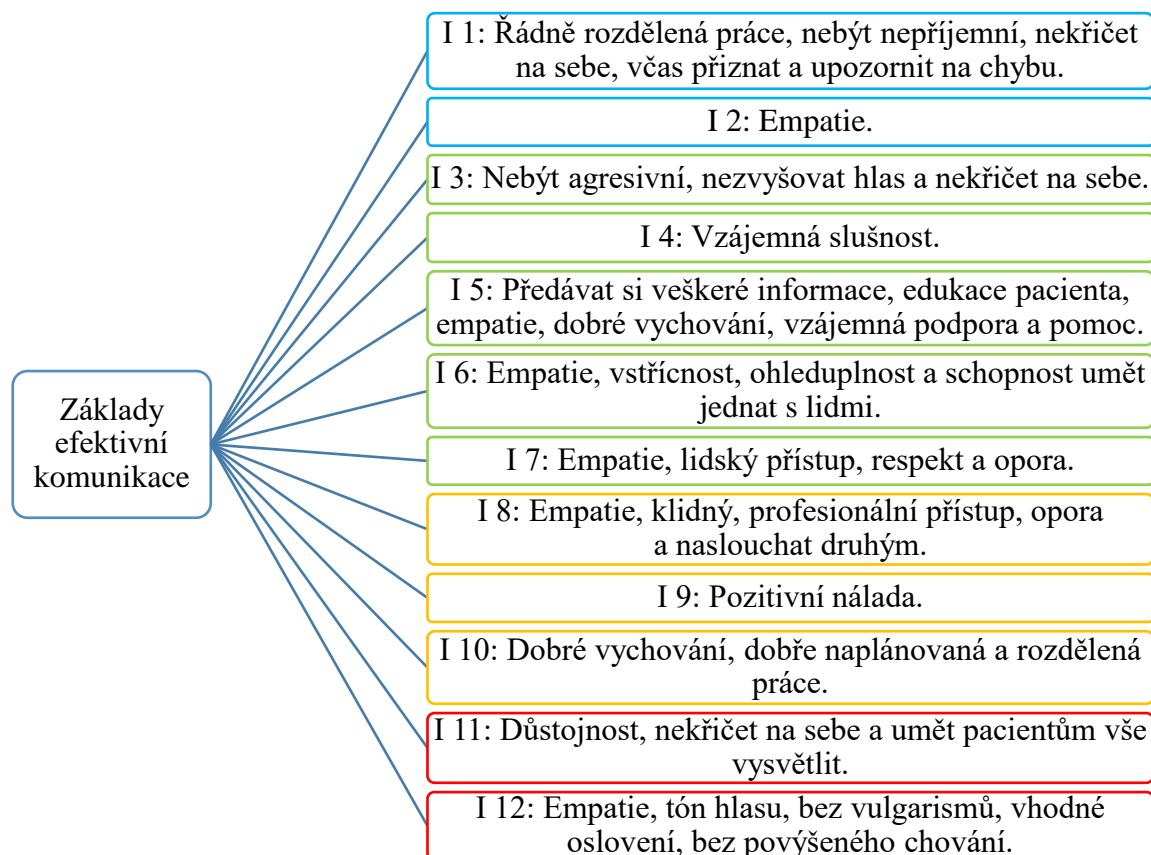
Schéma č. 4: Zkušenosti ošetřovatelského personálu s neefektivní komunikací v praxi



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma číslo 4 je zaměřeno na zkušenosti informantů při neprofesionálním přístupu personálu vůči pacientům, kde se většina odpovědí shoduje, že se jedná o nepříjemnou situaci pro všechny. Ze všech odpovědí lze vyvodit, že se každý informant s takovouto zkušeností setkal, což je v tomto oboru velmi neprofesionální a nepřijatelné. Informant č. 1 uvedl špatné zkušenosti z praxe, týkající se nevhodného a povýšeného chování ze strany staniční sestry a náročnost komunikace s pacienty v ebrietě. Informant č. 2 uvedl, že se v takové situaci stydí za chování svých kolegů a někdy i lékařů. Informant č. 4 odpověděl: *„Sešla jsem se s tím spíš teď v zaměstnání. Já když ty holky slyším z pokoje pacientů, tak by se někdy měly slyšet. Často si to samy na tom pokoji neuvědomují. Myslím si, že je to někdy pro toho pacienta až ponižující a já se zase styděla.“* Informant č. 5, 6 a 7 naopak poukazuje na nevhodné chování ze strany pacienta nebo jeho rodiny a informant č. 7 dodal: *„Často však na nás bývají nepříjemní pacienti. Někdy vyžadují více pozornosti, ale toho času tady opravdu moc nemáme, hlavně když je plné oddělení. Člověk se musí umět ovládat v takovéto profesi.“* Informant č. 8 uvedl: *„Pro pacienta je to velice ponižující a od personálu neprofesionální. Jak jsem říkala, pacient v nás může ztratit důvěru, a to má pak negativní dopad na celou dobu hospitalizace. Tuto nepříjemnou zkušenost si může pacient pak nést i do další hospitalizace.“* Informant č. 9 odpověděl: *„Je to neprofesionální a v našem oboru je to nepřijatelné, ale bohužel se to děje. Chápu, že každý den nemá člověk dobrou náladu, ale nesmí se to přenášet na lidi kolem nás a už vůbec ne na pacienty. Ne každý pacient nám může být sympatický, ale my musíme být profesionálové a ke všem přistupovat rovnocenně.“* Informant č. 10 doplnil, že podle závažnosti pochybení může dojít až k propuštění daného zaměstnance. Informant č. 11 upozornil na nevhodnost tykání pacientům. Informant č. 12 uvedl: *„Na praxi jsem se s tím setkala a vůbec se mi nelíbil ten tón a povýšené chování, které se zobrazovalo v té komunikaci s pacientem. To se mi nelíbilo. Pacientovi je to hodně nepříjemné a hlavně on si připadá, že je ten poslední tady. Přitom on je ten první, o kterého my se tady máme starat. Takže pacient pak ztrácí důvěru v nás a celkově ve zdravotnictví, a to není dobré.“*

Schéma č. 5: Základní pravidla pro efektivní komunikaci mezi personálem nebo personálem a pacienty

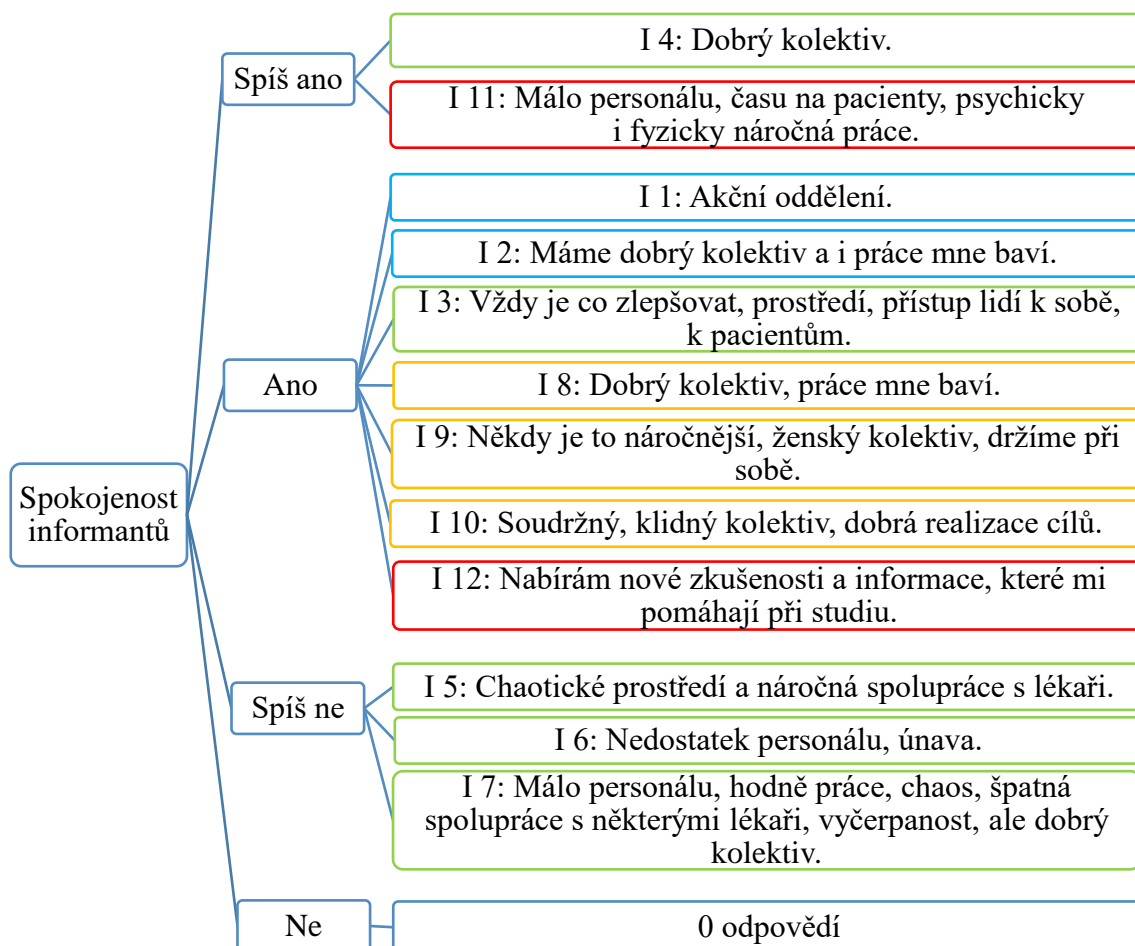


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma 5 prezentuje, co informanti pokládají za důležité v rámci efektivní komunikace, ať už v týmu samotném, tak i mezi personálem a pacienty. Většina informantů se shoduje, že základem pro efektivní komunikaci je empatie a přiměřená výška hlasu. Informant č. 1 a 10 poukazuje na důležitost řádně rozdělené práce a včasné upozornění na pochybení. Informant č. 3 uvedl, že komunikace musí být příjemná, ne agresivní a podle informanta č. 4 je důležité nezapomínat na slušnost. Informant č. 5 odpověděl: „*Předávat si veškeré informace a řádně edukovat pacienta, aby všemu rozuměl. Důležitá je empatie a dobré vychování. Umět se vzájemně podpořit a pomáhat si.*“ Informant č. 6 ještě doplnil, že dobrým základem efektivní komunikace je vstřícnost, ohleduplnost a umění jednat s lidmi. Informant č. 7 uvedl: „*U pacienta určitě empatie a lidský přístup. Respektovat jejich strachy a dokázat jim být oporou. Co se týče kolegů, tak musím vždy dobře předat službu a informovat sestru o změně stavu pacienta, aby věděla, co se na oddělení děje.*“ Pro informanta č. 8 je základem profesionální přístup, schopnost

vyslechnout druhé a být jim oporou a pro informanta č. 9 je to pozitivní nálada. Informant č. 11 odpověděl, že je důležité zachovat důstojnost a dokázat pacientům vše jednoduše a v klidu vysvětlit. Informant č. 12 upozornil na důležitost ne vulgární komunikace na profesionální úrovni, bez povýšeného chování a hlavně vhodného oslovení pacienta.

Schéma č. 6: Spokojenost dotazovaných informantů s prací na daném oddělení

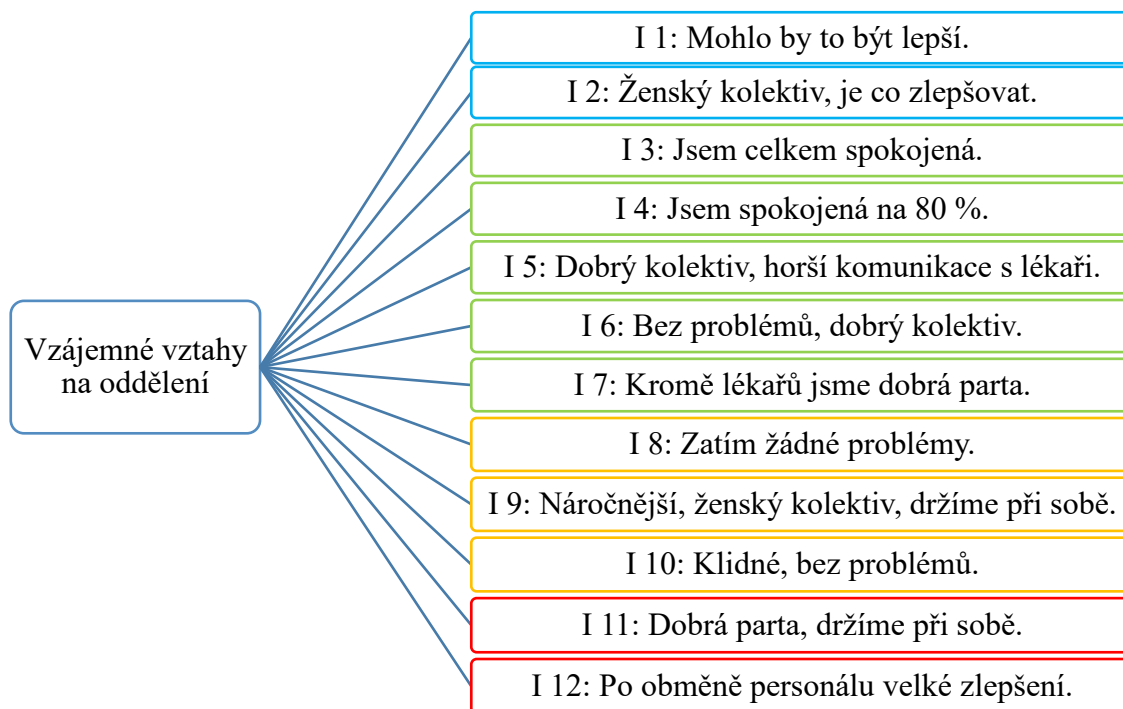


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Výše uvedené schéma zobrazuje spokojenost informantů s prací na daném oddělení, vyplývá z něho, že více jak polovina informantů je v zaměstnání spokojená. Tito informanti se shodují na dobrém kolektivu a práci. Dva z informantů jsou spíše spokojeni s prací na svém oddělení, z čehož informant č. 11 odpověděl: „*Je nás strašně málo, ale opravdu strašně. Je to psychicky i fyzicky náročné. Ta práce mě opravdu baví, ale chtěla bych mít třeba dva pacienty, abych na ně měla fakt čas. Abych mohla ráno přijít, říct jim, co je čeká a nemine a ne jim říct, teď ne, nemám na Vás čas. Mně se to přičí a oni mají vyvalené oči, co se s nimi bude dít. Není čas, ale chtěla abych.*“ Jistá nespokojenost byla

zaznamenána na interním oddělení, kde informanti postrádají personální zajištění, lepší spolupráci s lékaři, organizaci práce a více času na osobní život. Pozitivním výstupem je, že žádný z informantů není úplně nespokojen se svým zaměstnáním.

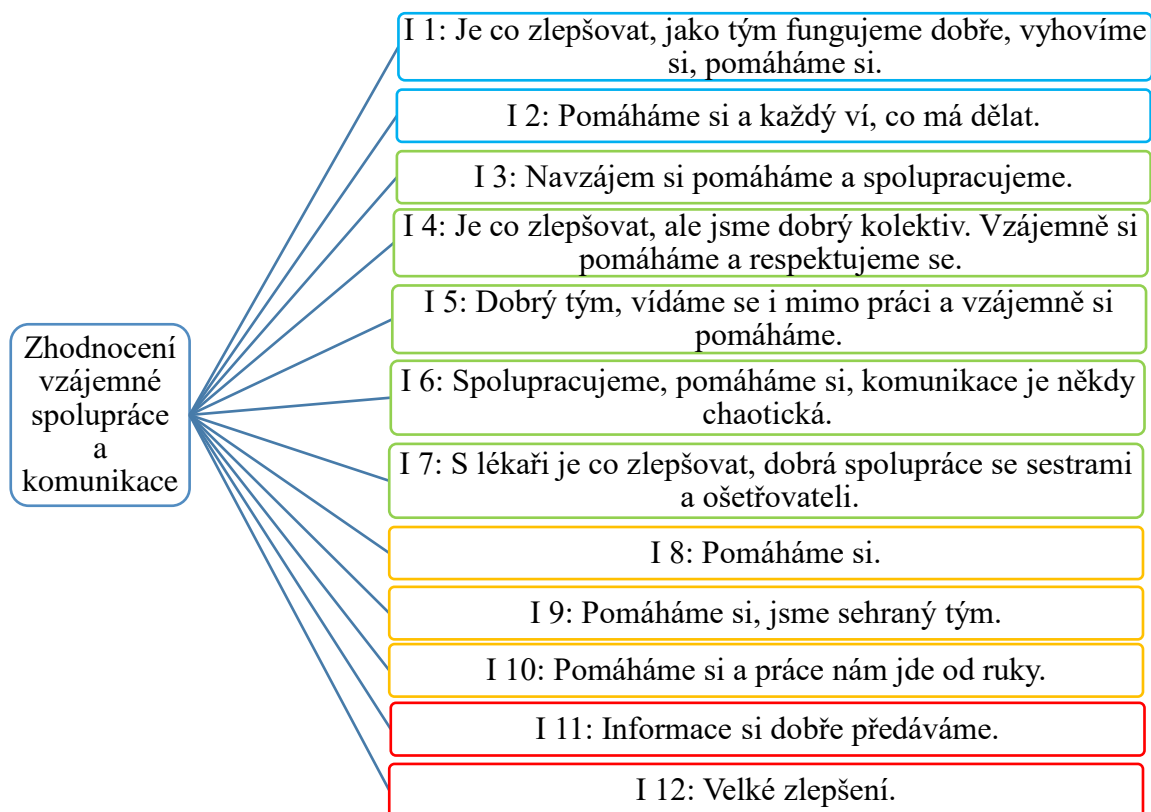
Schéma č. 7: Kvalita vzájemných vztahů na pracovišti



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 7 se zaměřuje na kvalitu vztahů mezi personálem na pracovišti. Ukazuje, že většina personálu je spokojená, ale jak někteří informanti uvádějí, tak je vždy co zlepšovat, jelikož se jedná o ženský kolektiv. Informant č. 1 uvedl, že by vzájemné vztahy na oddělení mohly být lepší. Informant č. 5 a 7 odpověděl, že mají na oddělení potíže s lékaři. Informant č. 9 a 11 uvedl, že si nemůže stěžovat, jako kolektiv drží při sobě. Informant č. 12 odpověděl: „Myslím, že se to teď hodně zlepšilo. Hodně se obměnil personál. Teď je to lepší. Dřív se tady člověk bál něco říct a teď jsme se naučili mluvit narovinu. S tím, že když vidíme na někom chybu, tak mu to řekneme do očí. Neříkáme to za zády. To pomlouvání tady již tolik není, takže je to tu teď dobrý.“

Schéma č. 8: Zhodnocení vzájemné spolupráce a komunikace v ošetrovatelském týmu

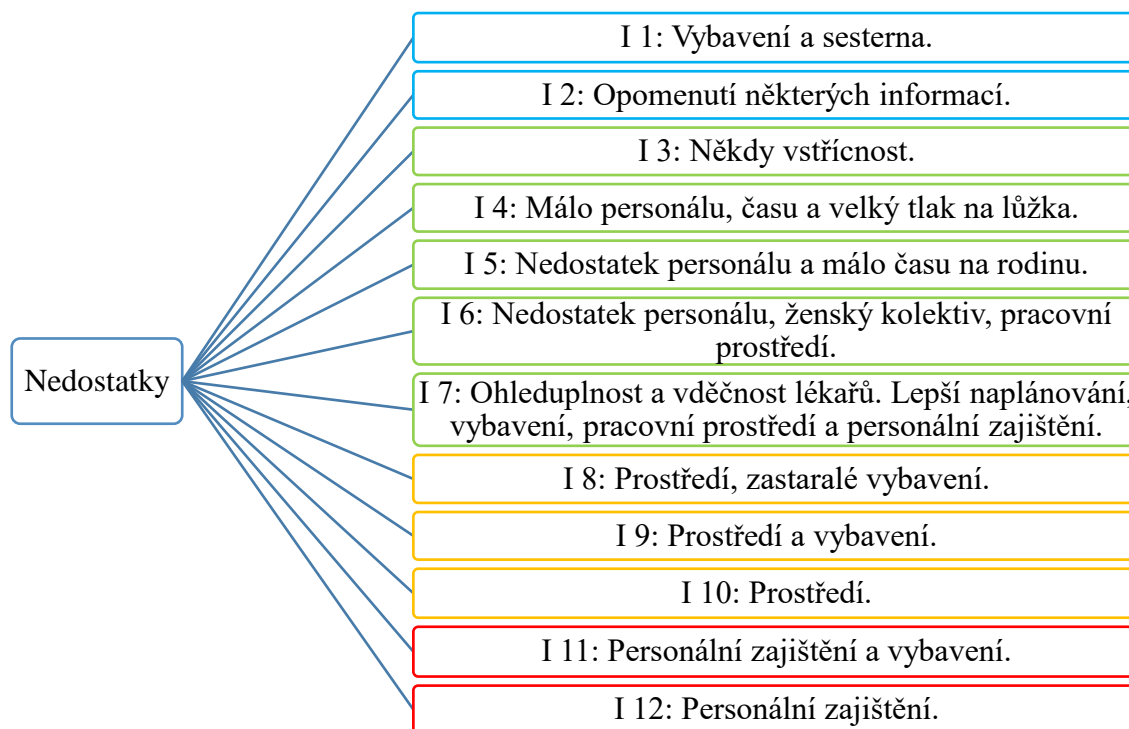


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma číslo 8 bylo zaměřeno na zhodnocení vzájemné spolupráce a komunikace v ošetrovatelském týmu, ve kterém jsou informanti převážně spokojeni. Informant č. 1 uvedl: „Je co zlepšovat, a to hlavně ze strany staniční sestry, ale jako ošetrovatelský tým si myslím, že fungujeme celkem dobře. Vyhovíme si a vzájemně si pomáháme. Se sanitáři je to dobré. Když zavolám, tak přijdou hned nebo řeknou, ať chvílku počkám, že přijdou.“ Informant č. 4 je s kolektivem spokojený, vzájemně se respektují, pomáhají si, ale dle jeho slov je co zlepšovat. Informant č. 5 dokonce uvádí, že se s kolegy vidají i ve volném čase. Informant č. 6 odpověděl: „Myslím, že spolupracujeme dobře. Nemáme problém si navzájem pomoci, když někdo něco nestíhá. Komunikace bývá někdy chaotická, protože je tady hodně práce a málo personálu, takže každý spěchá a chce toho za krátkou chvíli vysvětlit moc. To bývá hlavně z důvodu pozdních ordinací z vizit. Lékaři moc neřeší to, že my pak nestíháme.“ Informant č. 7 uvedl, že jako ošetrovatelský tým fungují dobře, ale s lékaři je spolupráce horší. Informant č. 12 odpověděl: „Jak jsem říkala. Myslím, že se to teď hodně zlepšilo. Určitě je to důležité, protože ta práce ve zdravotnictví stojí na tom

kolektivu. Pořád musíte mít vedle sebe oporu. Když přijde těžký pacient s těžkým onemocněním, tak vy vždycky víte, že ta druhá tu pro vás je. Protože pokud je ta komunikace nějak narušená, tak se opravdu špatně pracuje.“

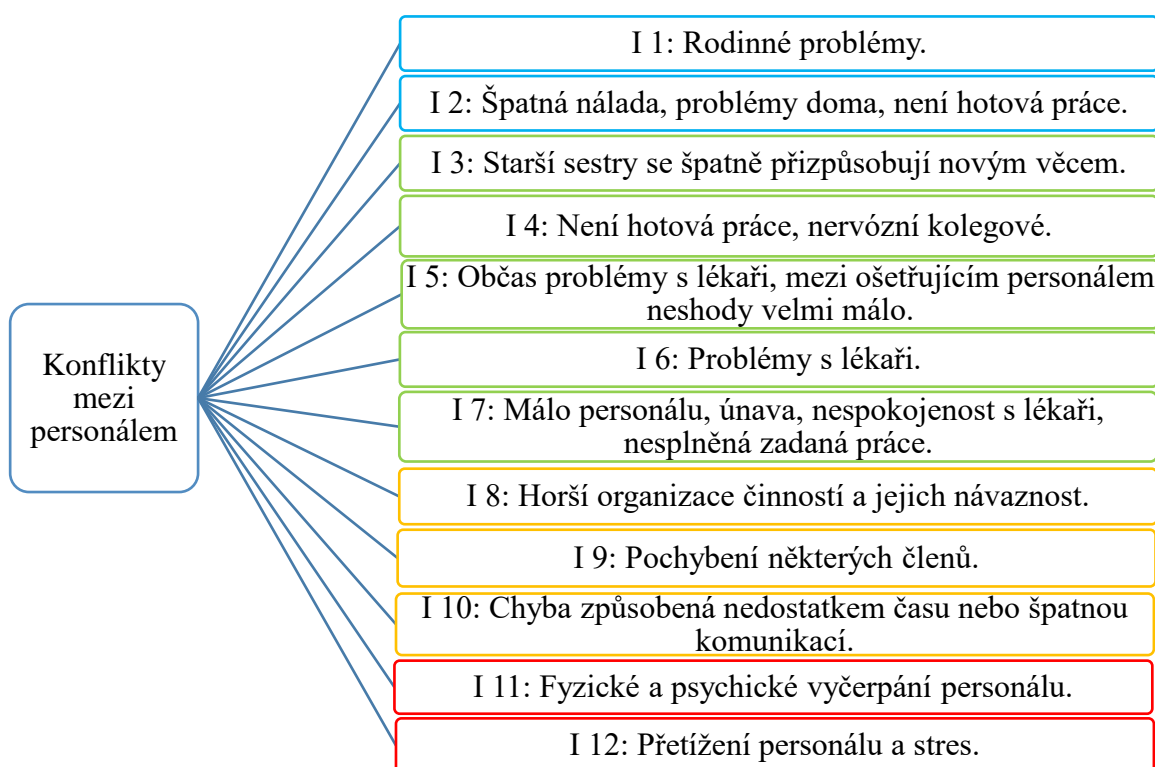
Schéma č. 9: Nedostatky na oddělení v rámci ošetrovatelského týmu



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 9 prezentuje odpovědi informantů ohledně nedostatků v rámci ošetrovatelského týmu. Reakce informantů se spíše týkají nevyhovujícího prostředí a vybavení nemocnice a velmi často nedostatku personálu. Informant č. 2 uvedl, že v rámci komunikace se občas zapomenou některé informace předat, ale to bývá hlavně z důvodu nedostatečného času. Informant č. 3 někdy postrádá vstřícnost. Informant č. 4 odpověděl, že na oddělení chybí personál a aktuálně se potýkají s velkým tlakem na lůžka. Informant č. 5 ještě dodal, že z důvodu nedostatku zaměstnanců musí trávit většinu času v práci a nemá čas na rodinu. Informant č. 6 by uvítal mezi zaměstnanci více mužského personálu. Informant č. 7. uvedl, že postrádá: „*Ohleduplnost a vděčnost ze strany lékařů. Lepší naplánování, vybavení, hezčí pracovní prostředí a personální zajištění.*“

Schéma č. 10: Komunikační neshody v ošetrovatelském týmu

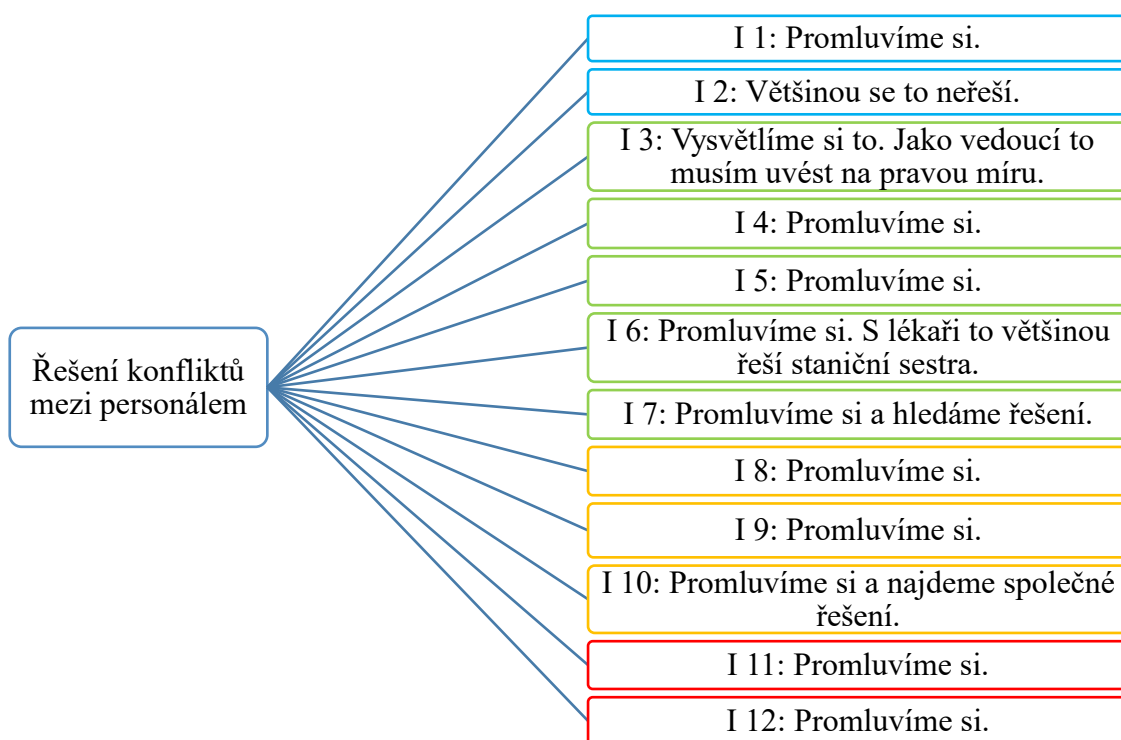


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma číslo 10 se zaměřuje na nejčastější příčiny vzniku komunikačních neshod mezi personálem. Informant č. 1 uvedl, že se jedná spíše o problémy rodinného rázu, které si pak daný kolega, nejčastěji staniční sestra, nosí do práce a zatěžuje tím ostatní personál. Informant č. 2 se shoduje s předchozí odpovědí, že se nejčastěji jedná o špatnou náladu personálu, kterou si přinese z domova a v rámci práce se jedná hlavně o zapomenutí a nesplnění zadané činnosti. Informant č. 3 odpověděl: „*Tady řešíme to, že ty starší sestry, které jsou na něco zvyklé, tak se špatně přizpůsobují novým věcem a trvají si na tom, v jakém systému dělaly dřív. Nechtějí novinky a nelíbí se jim, že ty mladé sestry to dělají jinak. Tak to je u nás asi nejčastější příčina problémů.*“ Informant č. 4 uvedl, že se jedná hlavně o nervozitu personálu a nesplnění povinností. Informant č. 5 reagoval na tuto otázku: „*Jak jsem již říkala, s lékaři zde čas od času bojujeme. Mají na všechno dost času a my to pak všechno musíme dohánět a vysvětlovat to pacientům. Za mě jsou pacienti někdy nedostatečně informováni. Jinak mezi ošetřujícíím personálem máme neshody díky bohu velmi málo.*“ Informant č. 6 se shoduje s předchozí reakcí na špatnou situaci s lékaři. Informant č. 7 odpověděl: „*Pozdní ordinace lékařů, kdy my pak těžko stíháme. Málo personálu, což má pak za následek únavu a vyšší sklony ke konfliktům. Čas od času je*

problém, že někdo nemá včas hotovou zadanou práci, na kterou pak navazují další výkony.“ Informant č. 8 uvedl, že se nejčastěji jedná o špatnou organizaci činností a její návaznost. Informant č. 9 odpověděl: „Nejčastěji asi pochybení některých členů. Ale naštěstí to nebylo nikdy nic velkého, že by došlo k poškození pacienta. Snažíme se pak chybu napravit a někdy se to bez zvýšení hlasu neobejde.“ Informant č. 10 uvedl, že počet konfliktů je minimální a jsou většinou způsobené nedostatkem času a nepochopením se. Informant č. 11 doplnil: „Já si myslím, že je to spíš fyzické a psychické vyčerpání, že to není účel.“ Poslední informant se shoduje s předchozí odpovědí, že se nejčastěji jedná o únavu personálu, kdy uvedl: „Já si myslím, že je to přetížení té dané osoby, co se týče stresu a práce, protože tady jeden člověk dělá práci za dva lidi. Ten stres a ta únava hraje velkou roli v té komunikaci. Takže to si myslím, že je nejhlavnější. To přetížení toho zdravotnického personálu.“

Schéma č. 11: Řešení komunikačních neshod mezi personálem

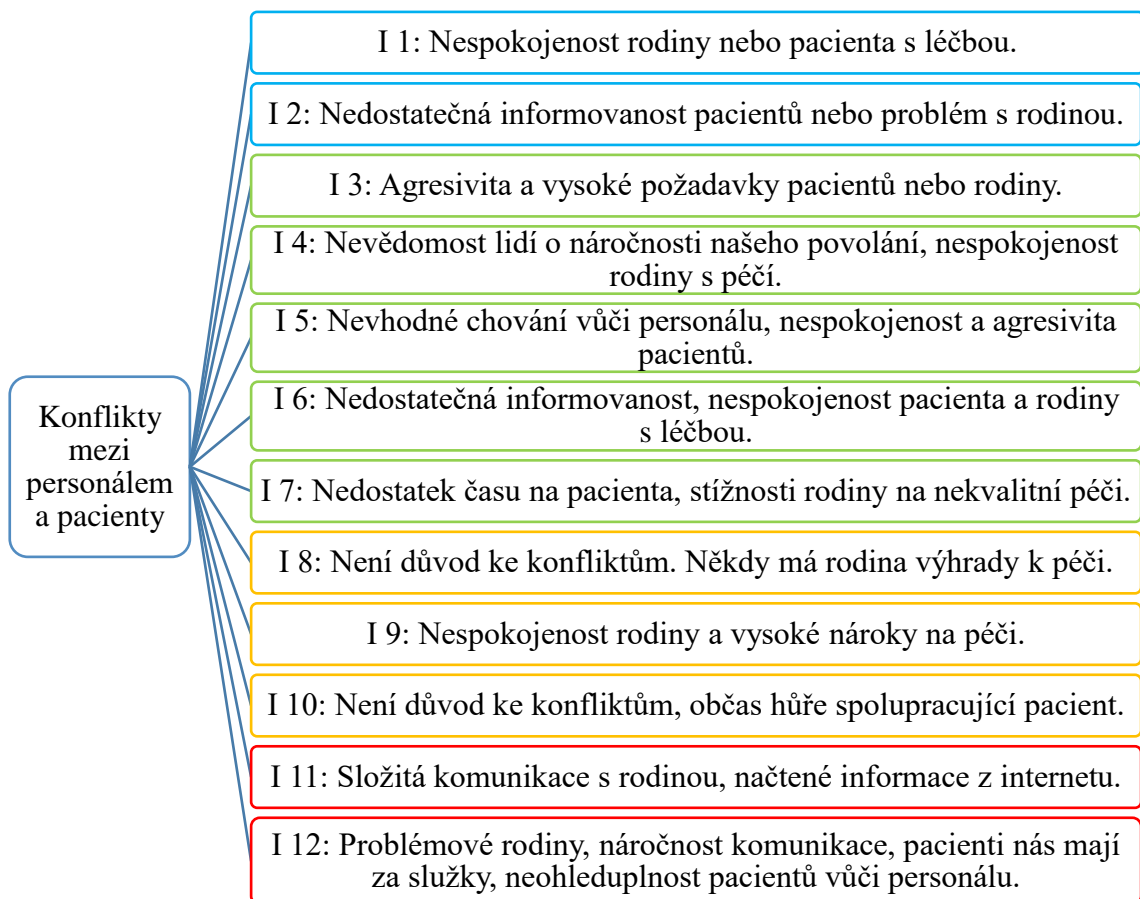


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 11 tvoří podotázkou k předchozímu schématu. Týká se řešení konfliktů mezi personálem na oddělení. Většina informantů řeší tuto situaci domluvou a hledáním společného řešení. Informant č. 2 odpověděl: „Většinou se tady všechno zamete pod koberec a neřeší se to.“ Informant č. 3 uvedl, že se neshody snaží jako vedoucí uvést na

pravou mírou. Informant č. 5 negativně zhodnotil řešení neshod s lékaři: „*S děvčaty si to většinou vyřikáme a jsme zase zadobře. Horší je to s lékaři, kteří musí mít vždy pravdu a poslední slovo. V takovém případě se konflikty spíše neřeší.*“ Informant č. 6 uvedl, že konflikty s lékaři většinou řeší staniční sestra, ale bez efektu. Informant č. 7 reagoval, že neshody s lékaři se většinou neřeší. Informant č. 11 odpověděl: „*Řekneme si to mezi sebou. Naštěstí nikdy nikdo nebyl ohrožen na životě.*“ Informant č. 12 uvedl: „*Pokud nějaký konflikt vyvstane, tak jsme se hodně naučili si to říct. Vyřešit to hned na místě, ústně mezi sebou a určitě se nepomlouvát mezi ostatními. Vyřešit to na místě s tou danou osobou, aby se ten vzduch pročistil. Tady se to nepromlčí. Ve mně to pak vře, takže to řešíme okamžitě. Dohodli jsme se, že když bude nějaký problém, tak se bude řešit hned.*“

Schéma č. 12: Komunikační neshody mezi ošetřujícím personálem a pacienty

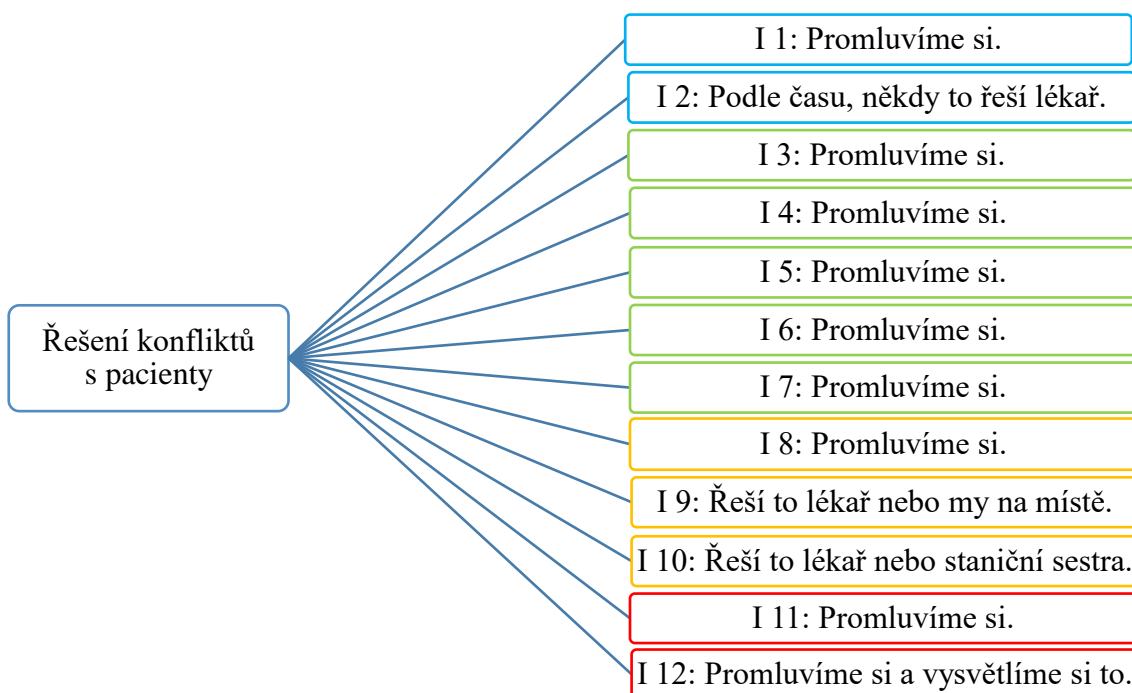


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 12 prezentuje nejčastěji řešené konflikty mezi personálem a pacienty, z čehož se velká část informantů shoduje na tom, že v takové situaci hraje velkou roli i rodina pacienta. Nejčastěji se jedná o nespokojenost rodiny nebo pacienta s nastavenou léčbou a péčí. Informant č. 1 ještě doplnil: „*Nejdříve udeří na nás a poté to řeší s lékařem. Ale*

úplně první reakcí je vždy, že za to může sestra. Spíše si stěžuje rodina a pacienti jen přikyvují.“ Informant č. 2 ještě dodal, že se velmi často jedná o konflikty vzniklé na podkladě nedostatečné informovanosti pacienta a jeho rodiny. Informant č. 3 a 5 uvedl, že častým rizikem pro vznik konfliktu je agresivita a náročnost pacientů nebo rodin. Informant č. 4 odpověděl, že problémem je nemoc samotná, také záleží na povaze pacienta a jeho informovanosti. Informant č. 7 uvedl, že velkou roli hraje nedostatek času, který by personál rád pacientům věnoval, ale za provozu to bohužel není možné. Informant č. 8 a 10 se shodují, že na jejich oddělení není důvod ke konfliktům. Informant č. 9 uvedl, že rodiny a pacienti mají někdy příliš vysoké požadavky na péči. Informant č. 11 poukazuje na náročnou komunikaci s rodinou a vliv dostupných informací na internetu. Informant č. 12 odpověděl: „Máme poslední dobou hodně problémové rodiny. Ta komunikace s nimi je velmi náročná. Za prvé, co se týče pacientů, tak ti si z nás dělají služby, a to se nám hodně nelíbí. Když si pacient už po 150x zazvoní, ale ne že by to byly důležité věci, ale když vidí, že my tady lítáme třeba kolem příjmu a on zvoní kvůli banalitě, třeba že se mu vypla televize, tak už asi každý je na toho pacienta odměřený. Já si myslím, že musí oboustranně fungovat ohleduplnost. Poslední dobou na nás vůbec neberou ohled, takže potom ta komunikace je špatná, když je pacient takhle náročný. Co se týče té rodiny, tak tam my musíme mít asertivní chování. Milé, klidné, všechno jim vysvětlíme. Když to nechápu a křičí na nás, že si budou stěžovat, tak to já už třeba psychicky nedám a odcházím. Ale jinak se snažíme tu rodinu pochopit, že se bojí o své blízké, ale někdy je to opravdu náročná komunikace. Člověka to zamrzí, když se snaží a oni si chtějí stěžovat. Pacienti si poslední dobou myslí, že my jsme jejich služby, a to je pro nás hrozně náročné. Za prvé v personální krizi a za druhé jsme vyčerpaní a nejsme služby. Když se jim to snažíme vysvětlit, tak oni to špatně chápou. Jdou do té nemocnice s tím, že sestřička pro vás udělá všechno, od a po z.“

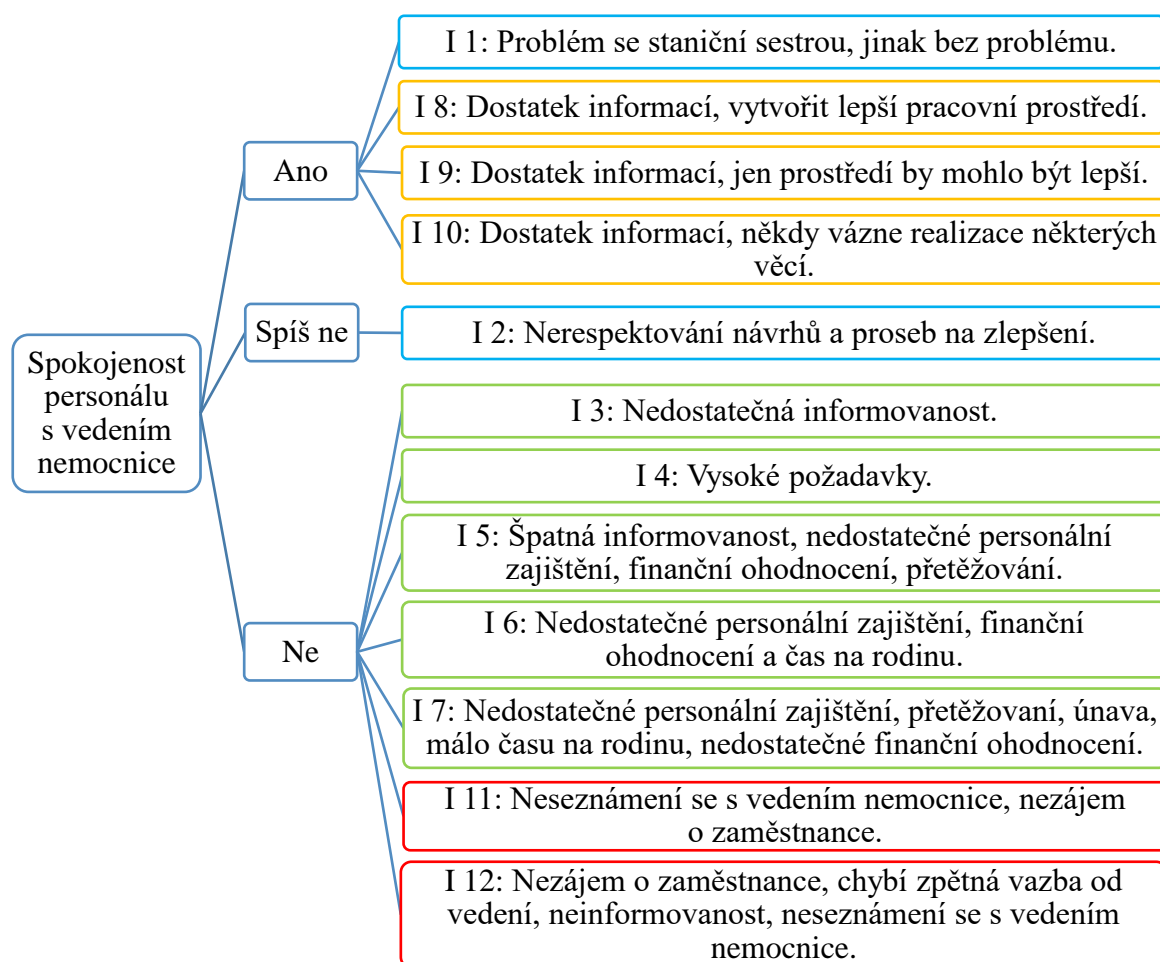
Schéma č. 13: Řešení komunikačních neshod mezi personálem a pacienty



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma č. 13 je podotázkou k předchozímu schématu. Prezentuje řešení konfliktů mezi personálem a pacienty. Většina dotazovaných informantů řeší neshody tak, že si s danou osobou promluví. Informant č. 1 dodal, že je vhodné, když s pacientem promluví lékař a ošetrovatelský personál na něj následně naváže. Informant č. 2 také poukázal na nedostatek času na komunikaci a také, že některé problémy řeší spíše lékař. Informant č. 7 odpověděl: „*Snažíme se jim to vysvětlit. Někdy je pacient opravdu náročný. Jsou často agresivní a nadávají nám. S takovými se pak těžko mluví.*“ Informant č. 8 upozorňuje, že je důležité takové problémy řešit ihned. Informant č. 9 odpověděl: „*Co se týče léčby, tak to řeší lékař nebo pak ostatní staniční sestra. Menší nesrovnalosti pak vyřešíme na místě i my, sestry.*“ Informant č. 10 uvedl, že konflikty na oddělení řeší lékař nebo staniční sestra. Informant č. 11 odpověděl: „*Psali jsme jednou mimořádné hlášení, že byla napadena jedna doktorka, tak my. Naštěstí zatím jen verbálně. Zavolali městskou policii. S 99 % lidmi se domluvíme. Tak tady byl asi jediný problém, jinak se s nimi dá domluvit. Jednou za čas prostě narazíte na člověka, se kterým se obtížně domluvíte.*“

Schéma č. 14: Úroveň spokojenosti informantů s komunikací ze strany vedení nemocnice

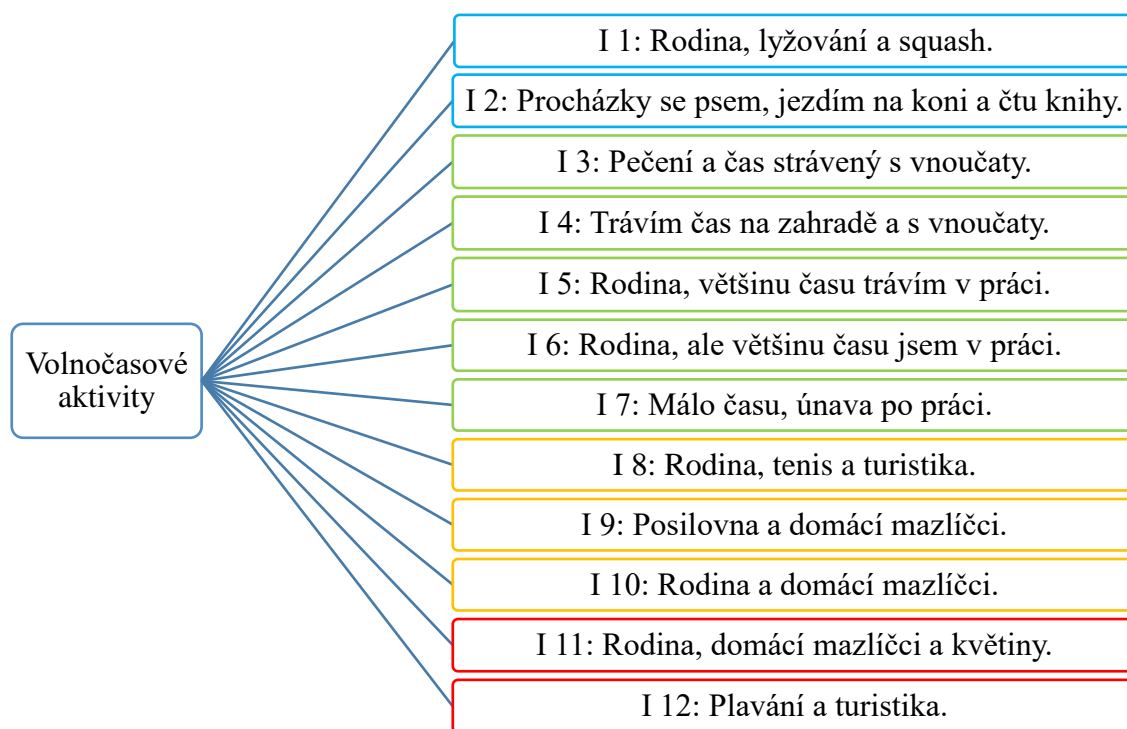


Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Schéma číslo 14 je zaměřeno na spokojenost personálu s komunikací ze strany vedení nemocnice, z něhož vyplývá, že pouze 4 informanti jsou spokojeni, 1 informant je spíše nespokojen a až 7 dalších informantů je nespokojených. Informant č. 8 a 9 se shodují, že jsou od vedení nemocnice dostatečně informováni, ale postrádají lepší pracovní prostředí. Oproti tomu informant č. 10 uvedl, že vážne realizace některých cílů. Informant č. 2 odpověděl: „*Asi ne. Například když máme nějaký problém, chtěli bychom na oddělení něco vylepšit, opravit, tak nemocnice dělá, že o tom neví.*“ Nespokojení informanti se většinou shodují na nedostatečné informovanosti, nedostatku personálu a finančního ohodnocení. Informant č. 5 uvedl: „*Naše informovanost je špatná. Vedení nemocnice jsem snad ani nikdy neviděla. Také si myslím, že z důvodu nedostatečného personálního zajištění jsme dosti přetěžované a nedostatečně finančně ohodnocené. Mají určitě co zlepšovat.*“ Informant č. 6 ještě doplnil, že postrádá motivaci a čas na rodinu. Informant

č. 7 odpověděl: „Máme málo personálu a hodně pacientů. Jsme přetěžovaní, unavení, vyhořelí a máme málo času na svoje rodiny. Také postrádám finanční ohodnocení, práce tady opravdu není lehká.“ Informant č. 11 a 12 postrádají zájem vedení o své zaměstnance a také o seznámení se s ním. Informant č. 12 uvedl: „Ne, v žádném případě ne. Mně vadí, že kdybych jednou neviděla pana ředitele tady na schůzi, tak vůbec nevím, jak vypadá. Nestará se, není o nás vůbec zájem. Komunikace s vedením je opravdu náročná. Chodí pokyny a ani nevíme od koho. Co se nahoře děje, to my se nedozvíme. Nemáme zpětnou vazbu. To, že jsme zvládli personální podstav, tak žádné ohodnocení. Je to škoda. Bývalá paní ředitelka se starala. Chápu, že na to třeba není čas běhat po odděleních, ale my jako gró špitálu, JIPka je nejvyšší pracoviště tady, tak by se mohl trochu starat. Všichni z vedení, nejen pan ředitel. Nemocnice není zas tak velká. Je to škoda, určitě bych to uvítala, aby se o nás více staral.“

Schéma č. 15: Volnočasové aktivity informantů v rámci péče o jejich zdraví



Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Poslední vytvořené schéma se zabývá volnočasovými aktivitami informantů. Pozitivním zjištěním je, že většina informantů má své koníčky, které jsou uvedeny ve schématu. Informant č. 4 doplnil: „Některé holky tady chodí do fitka. Každý se snaží. Je to důležité umět vypustit. Ale je to pro každého individuální.“ Informant č. 5 na tuto otázku reagoval: „Většinu času trávím v práci, a když přijdu domů, tak jsem tak unavená, že na žádné

aktivity nemám ani pomyslení. Většinou něco uvařím, udělám se synem úkoly a jdu spát. Ráno jdu opět do práce a tak furt dokola, jako křeček v kolečku. Čas od času vyrazíme na výlet, ale jinak nic moc.“ Informant č. 6 reagoval podobným způsobem, jako předchozí respondent: „Většinu času jsem tady v práci, takže si to asi dovedete představit. Snažím se zbytek volného času věnovat rodině.“ Stejně je na tom i informant č. 7: „Na ty moc času nemám. Po práci jsem vždy hrozně unavená. Uvařím, podívám se na televizi a jdu spát.“

5 Diskuze

Tématem této bakalářské práce je „Význam efektivní komunikace v ošetrovatelském týmu“. Byly stanoveny celkem tři hlavní cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit, jaký vliv má komunikace na práci v ošetrovatelském týmu při vykonávání ošetrovatelských činností. Druhým cílem bylo zjistit, jaký vliv má komunikace probíhající mezi personálem na jejich vzájemné vztahy a posledním cílem bylo zjistit, zda efektivní komunikace minimalizuje pochybení v ošetrovatelské praxi. Pro realizaci těchto cílů byly vypracovány tři výzkumné otázky. První položená otázka zní: „Je kvalita ošetrovatelských činností ovlivněna neefektivní komunikací?“ Následující výzkumná otázka se ptá: „Jaká je nejčastější příčina komunikačních neshod?“ Třetí otázka zní: „Jaký negativní dopad na pacienta může mít nevhodná komunikace ze strany ošetrujícího personálu?“

Ve výzkumné části byl využit kvalitativní výzkum. Tento způsob výzkumu byl vybrán z důvodu podrobněji získaných odpovědí na vytvořené otázky. Sběr dat proběhl prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který byl uskutečněn na jednotlivých odděleních nemocnice. Do výzkumného šetření se zapojilo celkem 12 informantů z chirurgického oddělení, interního oddělení, oddělení následné péče a jednotky intenzivní péče. Jednalo se o členy ošetrovatelského týmu, jako jsou vrchní sestry, staniční sestry, všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelé a sanitáři. Bylo vytvořeno celkem 13 hlavních otázek, z nichž byly některé dále rozvedeny na podotázky. Součástí rozhovoru bylo také zjištění základních identifikačních údajů o informantovi, které jsou uvedeny v tabulce č. 1 a 2 (kapitola 4.1). Vytvořené otázky jsou doložené v příloze práce (příloha č. 2). Jednotlivé odpovědi byly zaznamenány a prezentovány pomocí schémat, která jsou zpracována ve výše uvedené kapitole o výsledcích výzkumného šetření (kapitola 4.2). Forma zpracování prostřednictvím schémat byla vybrána z důvodu lepší orientace a organizace odpovědí. Pro lepší přehlednost byla jednotlivá oddělení nemocnice barevně rozlišena a následně popsána v níže doložené legendě pod schématem č. 1.

V následujícím textu budou uvedeny nejpodstatnější odpovědi, které se váží na stanovené cíle, a také nejvíce specifické odpovědi na některé položené otázky.

První informace se týkaly základních identifikačních údajů o informantech. Tyto údaje byly zaměřeny na pohlaví, věk, dosažené vzdělání, oddělení, pracovní pozici a zda se

jedná o ranního nebo směnného pracovníka. Důležité je zmínit, že se rozhovoru účastnily jen samé ženy. Důvodem nízkého zastoupení mužů v oboru ošetrovatelství může být nižší finanční ohodnocení a nižší prestiž než v lékařském odvětví. Z toho důvodu jsou týmy na oddělení převážně složeny z ženských kolektivů (Plevová et al., 2018). Myslím si, že přítomnost mužů v takovýchto kolektivech by byla přínosem nejen při práci, jako je například manipulace s nesoběstačným pacientem, ale také dobrá pro zlepšení vzájemných vztahů na oddělení. Následující údaj se týkal věkového uskupení personálu na oddělení, které vypovídá spíše o střední generaci. Výzkumného šetření se zúčastnily pouze tři informantky s věkem pod 30 let. Průměrný věk všech informantů je 46 let. Tento výstup se poměrně shoduje i s odhadem, že v budoucnu ve zdravotnictví bude převládat spíše věková skupina nad 50 let. Nejlepší variantou je však kolektiv složený z různých věkových skupin (Hekelová, 2017a). Do rozhovorů byli zapojeni informanti z různých pracovišť nemocnice, z čehož nejvíce informantů bylo zaznamenáno z interního oddělení. Průměrná délka praxe je 15 let. Celkem 7 informantů z 12 pracuje ve směnném provozu.

Druhá otázka byla zaměřena na význam pojmu efektivní komunikace, a co si pod tím daný informant představuje. Pozitivním výstupem je, že každý informant ví, co efektivní komunikace znamená a dokáže tento pojem svými slovy vysvětlit. Informanti se často shodovali na tom, že efektivní komunikace by měla být srozumitelná, klidná, přímá a jasná, což se shoduje s publikací od Špatenkové (2013). Důležitý je také respekt, vzájemné naslouchání, vnímání a pozitivní přístup (Kořínková et al., 2023).

Třetí položená otázka: „Myslíte si, že efektivní komunikace ovlivňuje spolupráci v týmu a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče? Jakým způsobem ji ovlivňuje?“ Komunikace je základním prvkem v ošetrovatelství a hraje klíčovou roli při vykonávání jednotlivých činností (Kourkouta, Papathanasiou, 2014). Všechny odpovědi informantů se shodovaly, že efektivní komunikace ovlivňuje spolupráci v týmu a kvalitu péče. Každý z informantů následně adekvátně reagoval na položenou podotázku. Někteří informanti uvedli, že komunikace na dobré úrovni má vliv na spokojenost pacientů, jejich rodin i samotných zaměstnanců, jak také uvádí Špatenková (2013). Dle Holé et al. (2019), je spokojený personál základem pro spokojené pacienty. Podle odpovědí informantů efektivní komunikace zajišťuje dobrou organizaci v týmu, návaznost činností, správné předávání a získávání informací, snižuje riziko pochybení a udržuje dobré vztahy mezi personálem. Jeden z informantů také uvedl, že efektivitu komunikace lze poznat na výsledcích práce.

Další otázka se zabývala negativním dopadem neefektivní komunikace na pacienta. Zde je důležité zmínit odpověď informanta č. 1, který jako jediný uvedl, že neefektivní komunikací mezi personálem nelze pacienta poškodit. Jak však ale uvádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2023), tak neefektivní komunikací lze pacienta ohrozit jak po stránce psychické, tak i fyzické. Také to může mít dopad na správnou a včasnou diagnostiku, léčbu a nastavenou medikaci (Foronda et al., 2016). Ostatní odpovědi informantů se shodují s výše uvedenými publikacemi. Uvádí, že pacient může mít strach z nedostatečné informovanosti a neznámého prostředí. Může být úzkostný, neklidný, nespolupracující s personálem, uzavřený, odmítavý až agresivní. Dle jedné z odpovědí může také dojít ke vzniku hospitalismu, ztrátě důvěry v ošetřující personál a v důsledku špatné nebo žádné identifikace pacientů může dojít i k jejich záměně.

Jak uvádí Špatenková (2013), tak právě komunikace patří do jedné z nejslabších stránek v našem celém zdravotnictví. To lze vyvodit i z odpovědí informantů. Otázka číslo 5 byla právě věnována zkušenostem personálu s neefektivní komunikací. Nepříjemným zjištěním v tomto výzkumu je, že se každý z informantů s takovou situací někdy sešel, ať už v rámci praxe nebo v zaměstnání. Vysoká úroveň komunikačních dovedností je předpokladem pro úspěšné vykonávání této profese (Sibiya, 2018). Osobně jsem se s nevhodným chováním ze strany personálu také setkala. Dle mého názoru je velice neuspokojivé, že se v dnešní době ve zdravotnictví s takovými situacemi stále setkáváme.

Spokojeností informantů s prací na daném oddělení se zabývala otázka číslo 7. Pozitivním výsledkem je, že až 9 informantů je spíše spokojených nebo spokojených z důvodu dobrého kolektivu a náplně práce. Dalším pozitivním zjištěním je, že žádný z dotazovaného personálu není zcela nespokojený. Částečná nespokojenost informantů je zapříčiněna chaotickým prostředím, těžkou spoluprací s lékaři, přetížením a nedostatkem personálu. Podstatným zjištěním také je, že všichni spíše nespokojení informanti pracují na stejném oddělení.

Další otázka byla zaměřena na zhodnocení vzájemných vztahů mezi personálem na pracovišti, těm je v poslední době věnován větší zájem a pozornost (Bártlová, 2013). Jak uvádí Hekelová (2017b), dobrá úroveň vztahů mezi kolektivem je základem pro úspěšné fungování. Z odpovědí informantů lze předpokládat, že většina z nich je spokojená. Jisté mezery byly zaznamenány v komunikaci s lékaři, a jak bylo již jednou zmiňováno, potíže se objevují také v důsledku ženského kolektivu. Dle Hekelové (2017a), právě v ženských

kolektivech dochází častěji k neshodám než v týmech složených převážně z mužů. Jak uvedli někteří informanti, tak je na oddělení v rámci vztahů vždy co zlepšovat, jelikož se jedná o kolektiv složený převážně z žen.

Otázka číslo 9 byla věnována zhodnocení vzájemné spolupráce a komunikace na oddělení, jelikož se jedná o nedílnou součást toho povolání (Kelnarová, Matějková, 2014b). Většina informantů odpověděla, že je spokojená, v kolektivu si vzájemně pomáhají a spolupracují. Nedostatky byly zjištěny ve spolupráci s lékaři a v komunikaci v důsledku nedostatku času. Pozitivním zjištěním byla také odpověď informanta č. 5, který uvedl, že se s kolegy vídají i mimo zaměstnání, což jak uvedla Bártlová (2013), tak společné aktivity pomáhají vybudovat a posílit vzájemné vztahy a spolupráci v týmu. Myslím si, že pořádání společných akcí v rámci ošetrovatelského týmu je jednou z nejlepších možností pro stmelení kolektivu. To se týká i lékařů, kteří mají na vzájemné vztahy a spolupráci také velký vliv.

Otázka číslo 11 se týkala nejčastější příčiny vzniku konfliktů mezi personálem a na ni navazuje podotázka, zaměřená na řešení takových situací. Po shrnutí odpovědí informantů se nejčastěji jedná o rodinné problémy, nesplněné zadané činnosti, o obtížnou komunikaci s lékaři, stres, nedostatek času, pochybení, špatnou komunikaci, organizaci, nedostatek personálu, a s tím související vyčerpání a přetěžování zaměstnanců. Jeden z informantů uvedl, že na jejich oddělení se jedná nejčastěji o nepřizpůsobivost staršího personálu novým věcem. Tato výpověď se shoduje s Hekelovou (2017a), která ve své publikaci uvádí, že mladý personál považuje starší kolegy za nepřizpůsobivé se zastaralými pracovními postupy, avšak tato věková skupina má zase více zkušeností. Ohledně řešení konfliktů se většina informantů shoduje, že neshody řeší převážně domluvou a hledáním společného řešení, což ve své publikaci uvádí také Bednařík a Andrášiová (2020). Jak uvádí Hekelová (2012), tak právě vyřešení daného problému může přinést úlevu a pomoci vyčistit atmosféru. Informant č. 2 odpověděl, že se na jejich oddělení konflikty většinou neřeší. Právě vyhýbaní se jejich řešení je jedním z nejhorších způsobů (Hekelová, 2012). Zjištěním Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci bylo, že až 62 % personálu souhlasí, že potíže při práci vznikají z důvodu nedostatečné komunikace mezi ostatními členy týmu (European Agency for Safety and Health at Work, 2010).

Následující otázka se věnovala komunikačním neshodám mezi ošetřujícím personálem a hospitalizovanými pacienty. Nejčastější odpovědí bylo, že se jedná zejména o nespokojenost rodiny nebo pacienta s nastavenou léčbou a poskytovanou péčí. Dle reakcí informantů je také zřejmé, že velkou roli zde sehrává právě rodina pacienta. Problémem také bývá nedostatečná informovanost, vysoké požadavky na péči, nevědomost, nedostatek času na pacienty, nevhodné chování vůči personálu a jeho využívání. Personál musí mít však na paměti, že pacient se nachází v náročné situaci a měl by být pacientovi oporou (Špatenková, 2013). Dva informanti se shodují, že na jejich oddělení není důvod ke vzniku konfliktů. K této otázce byla vytvořena podotázka, zabývající se řešením těchto situací. Stejně, jako v předchozí podobné otázce, informanti opět reagovali tak, že si s pacienty a rodinou promluví a vysvětlí si to. Často bývá také zapojen lékař nebo staniční sestra.

Je nutné také zmínit předposlední položenou otázku, která se týkala spokojenosti informantů s komunikací s vedením nemocnice, kde byla zjištěna převážná nespokojenost dotazovaného personálu. Právě dobrá komunikace je zásadní pro úspěšný provoz a fungování organizace (Sibiya, 2018). Jak uvádí Šoukalová et al. (2013), tak i zdravotnictví se potýká s problémy, kde velkou roli hraje i vedení nemocnice. Komunikace se zaměstnanci nesmí být podceňena, jelikož to má následně vliv i na vytvoření určitého postoje a názoru k vedení organizace. Je důležité přijímat názory a návrhy na zlepšení od zaměstnanců, což také někteří informanti postrádají. Nespokojení informanti také uvedli, že postrádají informovanost, seznámení se s vedením, zpětnou vazbu, čas na rodinu, personální a finanční zajištění. Oproti tomu spokojení informanti odpověděli, že mají dostatek informací. Zjištěním Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci vyplývá, že je v České republice až pro 65 % zaměstnanců stresorem špatná komunikace mezi personálem a vedením nemocnice (European Agency for Safety and Health at Work, 2010). Myslím si, že je důležité zvýšit úroveň komunikace mezi zaměstnanci a vedením, a také brát v potaz návrhy na zlepšení chodu nemocnice ze strany personálu.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na efektivní komunikaci v ošetrovatelském týmu. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký vliv má komunikace na práci v ošetrovatelském týmu při vykonávání ošetrovatelských činností. Dalším cílem bylo zjistit, jaký vliv má komunikace probíhající mezi personálem na jejich vzájemné vztahy a posledním cílem bylo zjistit, zda efektivní komunikace minimalizuje pochybení v ošetrovatelské praxi.

Teoretická část této práce obsahuje základní informace o obecné komunikaci a především o komunikaci ve zdravotnictví. Byli také uvedeni základní členové ošetrovatelského týmu a jejich osobnostní předpoklady pro výkon tohoto povolání. Dále bylo blíže rozepsáno téma o konfliktech, syndromu vyhoření, péči o zdraví a v závěru téma zabývající se resortními bezpečnostními cíli.

V praktické části byl využit kvalitativní výzkum, který byl proveden formou rozhovoru. Odpovědi informantů byly zpracovány formou schémat a následně blíže rozepsány. Pomocí rozhovoru jsem se snažila zjistit a zhodnotit úroveň komunikačních dovedností v dané nemocnici a následně odpovědět na stanovené cíle práce.

První výzkumná otázka se zabývala ovlivněním ošetrovatelských činností neefektivní komunikací. Všichni informanti se shodli, že efektivní komunikace ovlivňuje spolupráci v týmu a kvalitu poskytované péče. Dle jejich odpovědí má komunikace vliv nejen na organizaci, návaznost a předávání informací, ale také na dobré vzájemné vztahy v týmu, psychickou pohodu pacientů, snižuje riziko pochybení. Tímto bylo dosaženo prvního stanoveného cíle.

Druhá výzkumná otázka se zabývala nejčastější příčinou komunikačních neshod, které mají také dopad na vzájemné vztahy v kolektivu. Problémem bývá nedostatek času, stres, rodinné problémy, špatná komunikace, nedostatek personálu, nesplnění zadané práce, pochybení v praxi, špatná komunikace s lékaři a nepřizpůsobivost personálu novým věcem. Bylo zjištěno, že většina informantů řeší neshody domluvou a hledáním společného řešení. Byla zaznamenána pouze jedna odpověď, kdy se spory převážně neřeší. Řešení či neřešení konfliktů má následně vliv na kolektiv. V rámci zhodnocení vzájemných vztahů na oddělení vyplývá, že převážná část informantů je spokojená.

Třetí a poslední výzkumnou otázkou byl zkoumán dopad neefektivní komunikace na pacienta, kde se jednalo především o odpovědi, které se vztahovaly k psychickému

a fyzickému zdraví. Jeden informant však uvedl, že neefektivní komunikací mezi personálem nemůže dojít k poškození pacienta. Avšak zbylí informanti komunikaci považují za důležitou v souvislosti s předcházením pochybení v praxi. Dle zjištěných odpovědí může mít pacient v souvislosti s neefektivní komunikací strach, nemusí chtít spolupracovat, může být uzavřený, neklidný, odmítavý, agresivní a může v ošetrovatelský personál ztratit důvěru. Důležitá je také správná identifikace pacienta.

Tato práce by mohla být přínosem, jak pro personál pracující v nemocničním prostředí, tak i pro studenty studující tento obor. Výstup této práce je důkazem, že je důležité věnovat pozornost komunikaci, ať už mezi zaměstnanci samotnými, tak i mezi personálem a pacienty nebo s vedením nemocnice. Jak bylo totiž v této práci zjištěno, tak i v dnešní době se bohužel setkáváme s nevhodným chováním a neefektivní komunikací, a to hlavně v oboru, ve kterém je právě komunikace klíčová. Proto by výsledky této práce mohly být také námětem pro zlepšení kvality komunikace, a to nejen ze strany ošetrujícího personálu.

Návrhem pro zlepšení úrovně komunikace by mohlo být pořádání teambuildingových akcí pro stmelení kolektivu, pečlivé vybírání členů ošetrovatelského týmu, zlepšení komunikace s lékaři i vedením nemocnice. Důležité je také získávání zkušeností během studia a praxe, trénování různých simulačních situací. Je důležitá motivace a řádné ocenění personálu, jelikož právě spokojený kolektiv je základem všeho.

Seznam literatury

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-7976-8.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 40-56. ISBN 978-80-247-4732-3.
3. BEČVÁŘOVÁ, I., HUMLEROVÁ, V., 2013. *Prezenční a komunikační dovednosti*. Občanské sdružení CHANCE IN NATURE – LOCAL ACTION GROUP a Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ekonomická fakulta. ISBN 978-80-7394-417-9.
4. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-1967-7.
5. BOUKALOVÁ, H. et al., 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4971-6.
6. EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2010. *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* [online]. ESENER [cit. 2023-11-15]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/en/search/site>
7. FORONDA, C. et al., 2016. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review [online]. *Nurse Education in Practice* [cit. 2023-12-29]. 19, 36-40, doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005. Dostupné z: <https://www.clinicalkey.com/nursing#!/content/journal/1-s2.0-S1471595316300208>
8. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
9. HEKELOVÁ, Z., 2017a. Mezigenerační vztahy v týmu sester [online]. *Florence* [cit. 2023-11-25]. 13 (3), 2-3. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/3/>
10. HEKELOVÁ, Z., 2017b. *Osobnostní typologie a vztahy v týmu sester* [online]. *Florence* [cit. 2023-11-25]. 13 (10), 6-7. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/10/>
11. HOLÁ, J. et al., 2019. *Communication competency: The topic of lifelong learning for nurse managers in hospitals* [online]. *Kontakt* [cit. 2023-11-19]. 22(1), 33-39, doi: 10.32725/kont.2019.053. Dostupné: <https://kont.zsf.jcu.cz/magno/knt/2020/mn1.php>

12. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014a. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. 2. vydání*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
13. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014b. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Grada: Praha. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
14. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy 1. ročník. 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
15. KEUTCHAFO, E. L. W. et al., 2020. *Evidence of nonverbal communication between nurses and older adults: a scoping review* [online]. BMC Nursing [cit. 2023-10-19]. 53(2020), doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00443-9>. Dostupné z: <https://www.biomedcentral.com/search?query=Evidence+of+nonverbal+communication+between+nurses+and+older+adults%3A+a+scoping+review+&searchType=publisher+Search>
16. KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3876-5.
17. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-9881-3.
18. KOŘÍNKOVÁ, I. Š. et al., 2023. *Komunikační strategie v programu dobrovolnictví ve zdravotních službách* [online]. MZČR [cit. 2023-12-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vyhledavani/?q=Komunika%C4%8Dn%C3%AD+strategie+v+programu+dobrovolnictv%C3%AD+ve+zdravotn%C3%ADch+slu%C5%BEB%C3%A1ch+>
19. KOURKOUTA, L., PAPATHANASIOU, I. V., 2014. *Communication in Nursing Practice* [online]. Materia Socio-Medica [cit. 2023-12-13]. 26(1), 65-67, doi:10.5455/msm.2014.26.65-67. Dostupné z: <https://matersociomed.org/?s=communication+in+nursing+practice>
20. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
21. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2014. *Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu* [online]. Kontakt [cit. 2023-11-11]. 16(2), e108-e118, doi: 10.1016/j.kontakt.2014.02.002. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/magno/knt/2014/mn2.php>

22. MZČR, 2021a. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. [cit. 2023-12-2]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
23. MZČR, 2021b. *Věstník* [online]. [cit. 2023-12-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
24. MZČR, 2023. *Na lidskosti záleží aneb jak stavět mosty mezi zdravotníky* [online]. [cit. 2023-12-29]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/na-lidskosti-zalezi-aneb-jak-stavet-mosty-mezi-zdravotniky-a-pacienty/>
25. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
26. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
27. SIBIYA, M. N., 2018. Effective communication in nursing [online]. In: ULUTASDEMIR, N. *Nursing*. IntechOpen, 20-34 p., doi: 10.5772/intechopen.74995. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/chapters/59779>
28. STRNADOVÁ, A. et al., 2021. *Koncepce ošetřovatelství* [online]. MZČR [cit. 2023-11-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-oseetrovatelstvi/>
29. ŠOUKALOVÁ, K. et al., 2013. *Návrh na zlepšení interní komunikace ve zdravotnickém zařízení* [online]. Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky [cit. 2023-12-30]. 9(9), 23-25. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/9/navrh-na-zlepseni-interni-komunikace-ve-zdravotnickem-zarizeni/>
30. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 65-67. ISBN 978-80-247-4732-3.
31. TOMOVÁ, Š., BARTOŠOVÁ, L., 2013. *Význam komunikace v interpersonálních vztazích sester* [online]. Zdravotnické listy [cit. 2023-11-15]. 1(1), 4-12. ISSN 1339-3022. Dostupné z: <https://zl.tnuni.sk/index.php?id=20>
32. URBANOVÁ, V., 2021. Zdravotnická psychologie. In: ZÁŠKODNÁ, H. et al. *Základy psychologie (učební text pro prezenční i kombinovanou formu studia)*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, s. 110-128. ISBN 978-80-7394-850-4.
33. VÝROST, J. et al., 2019. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada. 760 s. ISBN 978-80-247-5775-9.

34. World Health Organization, © 2024. *Constitution* [online]. [cit. 2023-12-29].
Dostupné z: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
35. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s.
ISBN 978-80-271-0156-6.
36. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2.,
aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
37. ZÁŠKODNÁ, H. et al., 2021. *Základy psychologie (učební text pro prezenční
i kombinovanou formu studia)*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, s. 58-
109. ISBN 978-80-7394-850-4.

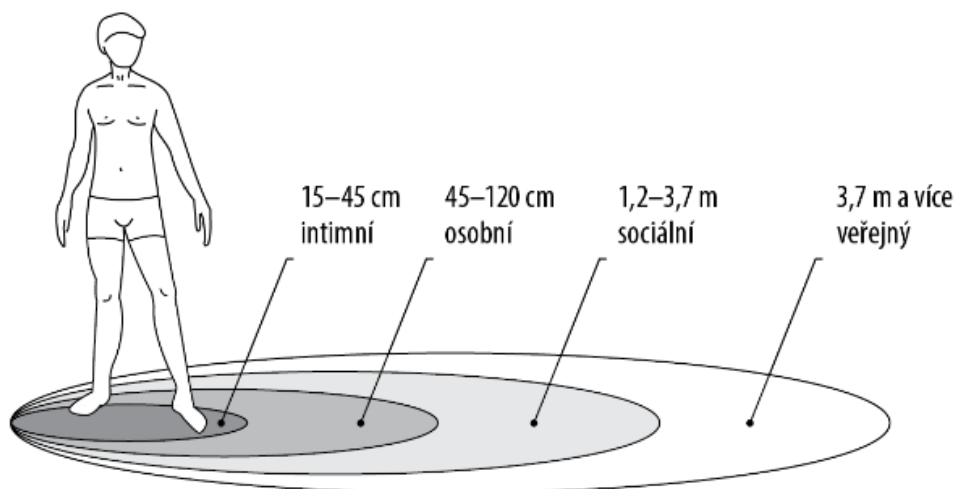
Seznam příloh

Příloha 1: Obrázek č. 1 – Proxemické zóny

Příloha 2: Otázky k rozhovorům s ošetřovatelským týmem

Přílohy

Příloha 1:



Obrázek 1 Proxemické zóny

KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost* [online].

Praha: Grada [cit. 2023-11-12]. 160 s. ISBN 978-80-247-3876-5. Dostupné z:

<https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologie-2-dil-1505452/>

Příloha 2: Otázky k rozhovorům s ošetrovatelským týmem

- 1) Základní informace o respondentovi:
 - a. Pohlaví.
 - b. Kolik je Vám let?
 - c. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 - d. Na jakém oddělení pracujete?
 - e. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?
 - f. Jaká je Vaše pracovní pozice?
 - g. Jste ranní nebo směnný pracovník?
- 2) Co si představujete pod pojmem efektivní komunikace?
- 3) Myslíte si, že efektivní komunikace ovlivňuje spolupráci v týmu a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče?
 - a. Jakým způsobem ji ovlivňuje?
- 4) Jaký má podle Vás neefektivní komunikace dopad na pacienta?

- 5) Sešel/Sešla jste se někdy, ze strany ošetrovatelského personálu s neprofesionálním přístupem/komunikací s pacientem?
 - a. Jaké to pro Vás/pro pacienta bylo?
- 6) Na co je podle Vás důležité nezapomínat, ať už v rámci komunikace s pacientem nebo Vašimi kolegy?
- 7) Jste s prací na tomto oddělení spokojený/á?
 - a. Proč ano? Proč ne?
- 8) Jaké jsou vzájemné vztahy mezi personálem na vašem pracovišti?
- 9) Jak hodnotíte vzájemnou spolupráci a komunikaci v ošetrovatelském týmu?
- 10) Co na vašem oddělení v rámci ošetrovatelského týmu postrádáte?
- 11) Jaká je nejčastější příčina vzniku komunikačních neshod mezi personálem?
 - a. Jakým způsobem řešíte konflikty na oddělení mezi personálem?
- 12) Jaká je nejčastější příčina vzniku komunikačních neshod mezi personálem a pacientem?
 - a. Jakým způsobem řešíte konflikty s pacienty?
- 13) Je podle Vás komunikace ze strany vedení nemocnice se zaměstnanci dostačující?
 - a. Pokud ano – Co podle Vás dělá vedení správně pro spokojenost svých zaměstnanců?
 - b. Pokud ne – Co Vám ze strany vedení nemocnice nevyhovuje? Co postrádáte?
- 14) Jaké jsou Vaše volnočasové aktivity? Jak pečujete o své duševní a fyzické zdraví?

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Identifikační údaje informantů

Tabulka č. 2: Identifikační údaje informantů

Seznam schémat

Schéma č. 1: Pojem efektivní komunikace

Schéma č. 2: Ovlivnění kvality a týmové spolupráce efektivní komunikací

Schéma č. 3: Negativní dopad neefektivní komunikace na pacienta

Schéma č. 4: Zkušenosti ošetrovatelského personálu s neefektivní komunikací v praxi

Schéma č. 5: Základní pravidla pro efektivní komunikaci mezi personálem nebo personálem a pacienty

Schéma č. 6: Spokojenost dotazovaných informantů s prací na daném oddělení

Schéma č. 7: Kvalita vzájemných vztahů na pracovišti

Schéma č. 8: Zhodnocení vzájemné spolupráce a komunikace v ošetrovatelském týmu

Schéma č. 9: Nedostatky na oddělení v rámci ošetrovatelského týmu

Schéma č. 10: Komunikační neshody v ošetrovatelském týmu

Schéma č. 11: Řešení komunikačních neshod mezi personálem

Schéma č. 12: Komunikační neshody mezi ošetřujícím personálem a pacienty

Schéma č. 13: Řešení komunikačních neshod mezi personálem a pacienty

Schéma č. 14: Úroveň spokojenosti informantů s komunikací ze strany vedení nemocnice

Schéma č. 15: Volnočasové aktivity informantů v rámci péče o jejich zdraví

Seznam zkratek

I – informant

JIP – jednotka intenzivní péče

SZŠ – střední zdravotnická škola

Tzv. – takzvaný

VO – výzkumné otázky

VOŠ. – Dis. – Vyšší odborná škola, titul diplomovaný specialista

VŠ – Bc. – Vysokoškolské vzdělání, titul bakalář