Komunikace mezi sestrami a lékaři

Lasotová Kateřina

Bakalářská práce
2009

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Kateřina LASOTOVÁ**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Komunikace mezi sestrami a lékaři**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:
Vymezení pojmu komunikace ve zdravotnictví, komunikace mezi sestrami a lékaři, zásady správné komunikace.
Problémová komunikace.
Zpracování praktické části:
Stanovení cílů a hypotéz.
Zpracování dotazníku.
Doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
KRISTOVÁ, Jarmila. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Nakladatelstvo Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
KOŘENEK, Josef. Lékařská etika. Praha: TRITON, 2002. ISBN 80-7254-235-4.
BLÁHA, Karel; STAŇKOVÁ, Marta. České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient (komunikace v praxi). Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II. Brno: NCO NZO Brno, 2004. ISBN 57-864-03.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Gabriela Gajzlerová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně ....

---

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce na téma Komunikace mezi sestrami a lékaři se zabývá problematikou komunikace ve zdravotnictví, hlavně tedy mezi sestrami a lékaři. V teoretické části je zahrnutý význam zdravotnické komunikace, rozdělení komunikace, vztah mezi sestrou a lékařem a na závěr problémová komunikace a možnosti jejího řešení a vzdělávání.

V praktické části je statistické vyhodnocení dotazníkového šetření a vyhodnocení platnosti hypotéz.

Klíčová slova: komunikace, sociologie, sestra, lékař, vztahy, psychologie, statistika

ABSTRACT

The bachelor´s thesis Communication between nurses and doctors deals with the issue of communication in the sphere of Health Service, especially amongst nurses and doctors. In the theoretical part is included the meaning of communication in Health Service, the division of the communication, the relationship between a nurse and a doctor and finally the problem area of communication and possibilities of its solving and education.

In the practical part, statictical evaluation of questionnaire investigation and evaluation of the validity of hypothesis is found.

Keywords: communication, sociology, nurse, doktor, relations, psychology, statistics

Děkuji Mgr. Gabriele Gajzlerové za vedení mé práce, za všechny cenné rady, pomoc, připomínky a trpělivost při vytváření mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Fakultní nemocnici Praha-Motol a Nemocnici Třinec p.o. za možnost poskytnutí dotazníkového šetření a také všem zdravotním sestrám a lékařům z těchto dvou zařízení za jejich drahocenný čas při vyplňování dotazníků.

Další poděkování patří mé kamarádce Nele Daňové za pomoc při rozdávání a následném vybírání dotazníku ve Fakultní nemocnici Motol.

A také velký dík patří rodině a přátelům za materiální a psychickou podporu a za veškeré rady během mého studia.

Motto:

> *„ Vědění musíme nabývati buď tím, že se naučíme od někoho jiného, nebo že sami nalezneme, co jsme nevěděli.“* *Archytas*

OBSAH

ÚVOD **10**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ **13**
1.1 POJETÍ KOMUNIKACE 14
1.1.1 Prvky komunikace 14
1.1.2 Verbální komunikace 14
1.1.3 Neverbální komunikace 15
1.2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE 17
1.2.1 Zásady správné komunikace 18
1.3 ASERTIVITA 19
1.3.1 Základní prvky asertivity 20
1.3.2 Typy chování 20
1.3.3 Projevy chování 21
2 LÉKAŘ A SESTRA **22**
2.1 LÉKAŘ A JEHO ROLE 22
2.2 SESTRA A JEJÍ ROLE 22
2.3 VZTAH SESTRA- LÉKAŘ 24
2.3.1 Interakce mezi sestrou a lékařem 26
2.4 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA 26
3 PROBLÉMOVÁ KOMUNIKACE **28**
3.1 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ 29
3.1.1 Přístup ke konfliktům 29
3.2 DEVALVACE A EVALVACE 30
3.3 SYNDROM VYHOŘENÍ 31
3.3.1 Fáze syndromu vyhoření 31
3.3.2 Terapie syndromu vyhoření 32
3.3.3 Prevence syndromu vyhoření 32
3.4 KRITIKA A POCHVALA 33
3.5 KOMUNIKAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ 34
3.6 DUŠEVNÍ HYGIENA ZDRAVOTNÍHO PRACOVNÍKA 36
II PRAKTICKÁ ČÁST **38**
4 METODOLOGIE VÝZKUMU **39**

4.1 CÍLE A HYPOTÉZY 39
4.2 ORGANIZACE ŠETŘENÍ 39
4.3 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT 40
4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU 40
5 ROZBOR A VÝSEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ 42
5.1 GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ PRO SESTRY 42
5.2 GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ PRO LÉKAŘE 88
6 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ 93
DISKUSE 96
ZÁVĚR 98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 99
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 101
SEZNAM GRAFŮ 102
SEZNAM TABULEK 104
SEZNAM PŘÍLOH 106

ÚVOD

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla věnovat problematice komunikace mezi zdravotními sestrami a lékaři. Sama jako zdravotní sestra (i když ještě studentka) vím, že komunikace s lékaři není vždy optimální. Povolání zdravotní sestry, stejně tak, jak i povolání lékaře je velice zodpovědné a náročné jak fyzicky, tak i psychicky. V dnešní době je v mnoha případech sestra vnímána jako partner lékaře, člověk, bez kterého se doktor neobejde a jako součást týmu. To je samozřejmě pravda, ale co často není vidět nebo není moc řešeno, jsou právě různé neshody a problémy jak v komunikaci, tak v pracovním vztahu mezi sestrou a lékařem. Ne vždy bývá pracovní vztah a komunikace na správné úrovni a nesplňuje ten pravý účel. Právě proto vyžaduje povolání sestry i lékaře nejen schopnosti pečovat o zdraví pacienta, ale hlavně i schopnosti a zkušenosti v oblasti efektivní komunikace.

Komunikace může být neefektivní z mnoha důvodu, ať už je příčina na straně sester nebo naopak lékařů. Já jako člověk pracující ve zdravotnictví vím, že problémovou komunikaci může způsobovat mnoho důvodů, jako je např. špatná informovanost o správné komunikaci, nošení problémů z domácího prostředí do práce, nadřazenost, neochota nebo nedostatek času komunikovat a spousta jiných různých důvodů.

Na druhou stranu ale můžu potvrdit, že při vykonávání mé odborné praxe jsem se na jednom oddělení setkala s velmi dobrou komunikaci a kolektivem. Nejen sestry mezi sebou, ale taky sestry s lékaři spolu slušně komunikovali, za každou vykonanou činnost se pochválili, vždy si za spolupráci u nějakého výkonu poděkovali a můžu potvrdit, že i ke mně se lékaři chovali hezky a slušně. Myslím si, že takovým hlavní vzorem pro ně byla staniční sestra, která je neustále vedla k tomu, aby se navzájem chválili. Takový komunikační vzor je na oddělení určitě velkým přínosem a můžu říci, že se mi na takovém oddělení pracovalo velice dobře.

Dokonce jsem se i setkala s pořádáním povinných seminářů o efektivní komunikaci, která byla určena jak pro lékaře, tak pro sestry. Bohužel ale musím přiznat, že tento seminář navštívili, až na nějaké výjimky, pouze sestry. A právě takové semináře, které navštíví pouze jedna strana obvykle nepřinesou žádný účel.

Proto jsem se zaměřila na tuto problematiku a chci zjistit, jak jsou na tom zdravotní sestry ve dvou českých nemocnicích v dnešní době a jestli se zdravotnická zařízení zajímají

o komunikaci mezi sestrami a lékaři a organizují nějaké vzdělávací programy věnující se této problematice.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnická komunikace je jednou z nejvýznamnějších dimenzí v ošetřovatelství. Je tomu tak především proto, že v dnešní době je komunikace základem veškerého dění.

Komunikace je proces vzájemného sdělování a výměny informací mezi dvěmi a více osobami pomocí nejrůznějších signálů a prostředků (např. ústně, písemně, mimikou, nejrůznějšími gesty a dalším jiným chováním). Ve zdravotnictví může tedy existovat komunikace v různých vzájemných interakcích, např. mezi sestrou a pacientem, lékařem a pacientem, lékařem a sestrou, lékařem a zdravotnickým personálem, lékařem a lékařem, mezi sestrou a ostatním zdravotnickým personálem apod.

Komunikace je v ošetřovatelství velmi závažnou záležitostí. Sestra potřebuje předat pacientovi spoustu informací a přesvědčit se, zda jim porozuměl. Nekomunikuje ale pouze s pacientem, ale i s lékaři a ostatním zdravotnickým personálem. To nejdůležitější při komunikaci v ošetřovatelství, je že ve všech směrech rovinách komunikace sestra nejen vyměňuje informace a motivuje lidi okolo k racionálnímu chování, ale také přidává kousíček sebe a své vlastní angažovanosti pro dobro každého. A zde je nejobtížnější bod komunikace. Ten kousíček sebe, který vkládá, nesmí být příliš velký, aby nevyhořela, ale nesmí být ani příliš malý, aby ten o kterého zde jde se necítil v její péči ztracený. [10]

Komunikace mezi lékařem a sestrou je výměna informací, týkající se hlavně pacienta, jeho zdravotního stavu, léčbě, vyšetřeních apod. Tato komunikace by měla probíhat ať už ústně, tak písemně. [10]

Mnohdy může být nesnadné porozumět tomu, co vše se mezi komunikujícím (tedy sestrou a lékařem) odehraje a také může být velmi těžké naučit se skutečně a správně komunikovat. Dobrá komunikace je nejen sdělování, ale i přijímání informací. Každá komunikace má mít svůj účel a cíl a má sloužit k tomu, abychom se co nejjednodušeji dorozuměli.

Komunikace je základem vztahů, a proto nejasná komunikace může být zdrojem nedorozumění a může následně vést až ke konfliktům. [10]

1.1 Pojetí komunikace

1.1.1 Prvky komunikace

- komunikátor (jedná se o tu osobu, která má myšlenky, určité záměry, důvod a informace ke komunikaci a chce je předat)
- kódování (převedení komunikátorových myšlenek do systematického souboru určitých symbolů)
- práva (výsledek celého kódovacího procesu)
- prostředek (nositel zprávy)
- dekódující příjemce (dekódování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a obsahu zprávy)
- zpětná vazba (reakce příjemce/ců na sdělení, pochopení popř. nepochopení)
- šum (všechny možné existující faktory, které můžou bránit správné komunikaci nebo změnit záměr zprávy a její pochopení či přijetí. Šum může být původu jak fyzikálního (hluk, teplota, vítr), psychického (emoční vztahy, inteligence, mentální vztahy), tak i fyzického (nedoslýchavost, nevidomost, bolest apod.). [10]

1.1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikace je veškerá komunikace, kterou sdělujeme pomocí slov nebo písma. *„Měla by být přesná, jasná a srozumitelná. Naučit se přesně volit slova k vyjadřování svých pocitů a citů je nesnadné, ale důležité pro jasný kontakt. Ve zdravotnickém zařízení jsou v komunikaci daleko více přítomny emoce a pocity.“* [3, str. 25]

K tomu, aby verbální komunikace mezi sestrou a lékařem mohla začít, pokračovat, plnit svůj účel, být kvalitní a přínosná, měly by obě strany:

- *chtít komunikovat*- sestra i lékař by si měli být vědomi nutnosti vzájemné komunikace, neměli by komunikaci odmítat nebo se ji vyhýbat. Sami by měli zahájit komunikaci, poskytnout co nejvíce informací, otázek apod.
- *umět komunikovat*- zde může být chyba jak na straně sester, tak na straně lékařů, pokud se u některého vyskytuje např. snížená slovní výbava, strach,

stud, nedostatek vědomostí, mlčení, skákání do řeči, povýšené způsoby, tichý projev, netrpělivost, apod.

- *mít možnost komunikovat*- tady lze zařadit překážky v komunikaci, které se týkají nemožnosti komunikovat nebo pochopit řeči komunikátora (např. lékař je cizinec) anebo jiné překážky, které znemožňují komunikaci (např. vada sluchu). [7]

Do verbální komunikace dále řadíme rychlost řeči (měli bychom mluvit přiměřeně rychle, s pravidelnými pauzami), hlasitost řeči (mluvit dostatečně nahlas, aby všichni dobře slyšeli), skákání do řeči, intonace, plynulost řeči apod.

„Hlavní aspekty verbální komunikace:

- *způsob vyjadřování, jak se formulují myšlenky, jasnost vyjadřování*
- *schopnost slovně vyjádřit pocity a city*
- *způsob kladení otázek, dotazování*
- *jasnost komunikace (soulad verbálního a neverbálního)*
- *schopnost naslouchat*
- *schopnost empaticky reagovat*
- *míra aktivace při komunikování (pasivita, zapojení, účast emocí, agresivní reakce apod.)*
- *asertivita jako racionální způsob komunikace“* [3, str. 31]

1.1.3 Neverbální komunikace

Když spolu sestra a lékař hovoří, mnoho informací a pocitů se dá také přečíst z jejich gest, mimiky, postoje, řeči těla a jiných mimoslovních reakcí, které mohou někdy významně ovlivnit komunikaci. Proto je velmi důležité mít své neverbální chování pod kontrolou a také je pro sestry i lékaře velmi nezbytné porozumět řeči těla.

Do neverbálního chování patří:

- *Mimika*- neboli výraz obličeje. *„ Tvář je nejdůležitějším komunikačním orgánem, který vyjadřuje nejen právě prožívané pocity a city, ale také životní postoje, názory, myšlení a způsob života dané osoby“*. [3, str. 33] Proto je potřebné dávat pozor na výraz v naši tváři, musíme dávat pozor na úsměv, který může vyjadřovat jak radost, štěstí, tak i aroganci, pohrdání nebo posměch. Hlavně je důležité dávat si pozor na to, abychom nereagovali různými posunky nebo úšklebky, v domnění, že nás dotyčný nevidí.

- *Oční kontakt*- Důležitý je při vzájemné komunikaci přímý zrakový kontakt. Oční kontakt mezi sestrou a lékařem by měl být přiměřeně dlouhý. Déletrvající oční kontakt by mohl signalizovat buď nepřátelství- agresivní chování nebo by také mohl znamenat větší náklonnost nebo vztah. Pokud se ale do očí během rozhovoru vůbec nedíváme a máme i skloněnou hlavu, může to vyjadřovat strach, pocit nejistoty, rozpačitosti.

- *Proxemika*- tělesná vzdálenost. Každý člověk by si měl při rozhovoru udržovat svou vzdálenost kolem sebe, která může být různě dlouhá, podle toho, jaký má vztah k osobě stojící před ním. V komunikaci rozdělujeme několik zón- vzdálenost intimní, přátelská, pracovní a veřejná, ale každá z nich se může lišit dle individuality jedince. Nejen mezi sestrou a pacientem, ale také mezi sestrou a lékařem by měla být nejoptimálnější vzdálenost přátelská (46-120cm). Bližší vzdálenost, tedy intimní (15cm), je již určena spíše pro osobu, která je nám velmi blízka a mohou se tam uplatnit i dotykové projevy. Intimní vzdálenost lze použít u pacientů, kteří jsou upoutání na lůžko, při rozhovoru mezi sestrou a lékařem může tato vzdálenost být problémová a někdy může vést buď ke konfliktu nebo k předsudkům. *„V proxemice hraje také důležitou roli výšková úroveň očí. Vyvážená komunikace je, pokud oba partneři mají oči přibližně ve stejné výškové úrovni, např. oba stojí, sedí apod.“* [3, str. 33]

- *Gestikulace*- pohyby těla a jeho částí. Patří tam různé pohyby rukou, které doprovází, to co říkáme, Nejčastěji se při řeči používá pohyb rukou, který zvyšuje názornost toho, o čem se komunikuje a podle toho také můžeme poznat pocity komunikujícího.

- *Posturika*- řeč polohy, držení těla. V komunikaci je důležité, jakou pozici k sobě obě strany zaujímají. Držení těla by mělo být uvolněné, vzpřímené držení hlavy a k protějšku bychom měli být otočeni celou přední stranou těla. Z postoje těla lze vyčíst míru jistoty a sebevědomí člověka
- *Haptika*- dotykový kontakt. Naprosto nejběžnějším projevem je podání ruky, které by mělo být přiměřeně pevné a přiměřeně dlouhé. Mezi sestrou a lékařem dochází k dotykovému kontaktu většinou jen při seznámení. V normální komunikaci a při předávání informací se haptika nevyužívá .
- *Vzhled a celková úprava zevnějšku*- toto je v komunikaci rovněž potřebné a napoví to mnohé o životním stylu a sociálním stavu zdravotnického pracovníka. Není to ale nezbytný faktor, který by nějak silně ovlivňoval komunikaci. Určitě se nám ale bude lépe komunikovat s člověkem (lékařem nebo sestrou), který je upravený, čistý, nezapáchá apod. [3], [7]

1.2 Efektivní komunikace

Jedná se o otevřenou komunikaci, kde nedojde ke zkreslení informací a komunikující partneři si spolu rozumí. V práci pomáhajících profesí je to taková komunikace, která má jasně stanovené cíle a ve výsledku umožní pochopení problémů klienta nebo osoby, popřípadě jejich vyřešení společnou aktivitou. Navozuje vztah důvěry. [10]

Efektivní komunikace se skládá ze sedmi bodů:

- Důvěryhodnost: osoba, která přijímá informace, by měla spoléhat a důvěřovat člověku, že všechny informace jsou platné a pravdivé.
- Kontext: kontext musí odpovídat sdělení, nikoli s ním být v rozporu.
- Obsah: sdělení by mělo mít pro samotného příjemce nějaký význam a mělo by být relevantní pro jeho situaci
- Jasnost: informace by měly být sděleny v jednoduchých pojmech
- Kontinuita a konzistence: komunikaci je třeba považovat za nikdy nekončící proces, který vyžaduje neustále pokračování.
- Kanály: vytvořené komunikační kanály je třeba využívat , poněvadž tvorba nových je velmi složitá.

- Schopnost veřejnosti: v komunikaci se musí počítat se schopnostmi příjemců. [10]

1.2.1 Zásady správné komunikace

Mezi doporučení, které lze sestře i lékaři doporučit patří:

- Nenosit do práce svoje starosti a nepřenášet pracovní problémy do svého soukromí. Pokud už k tomu dojde a nejde se usmívat, snažme se aspoň na tváři zachovat neutrální výraz.
- Naučit se trpělivosti.
- Umění naslouchat je cennější. Ten, kdo nemá co cenného říci, to nezakryje ani sebedokonalejším projevem.
- Rozhodující je, co děláme a jak se chováme.
- Je pravda, že vyslovená věta jen přibližně vystihuje to, co máme na mysli.
- Zachovávat mlčenlivost o všem, co se dozvíme o pacientovi.
- Vyčlenit si dostatek času k rozhovoru, nedávat najevo spěch, snažit se druhou stranu vyslechnout, neskákat do řeči.
- Pro rozhovor najít klidné prostředí, kde by byly veškeré informace vhodně a bez jakýkoliv bariér předány.
- Snažit se reagovat na přání jak sester, tak lékařů slušně, ale nenechávat se zneužívat.
- Nebát se dát najevo svůj názor, upozornit lékaře, že toto je jeho povinnost.
- Nereagovat různými posunky a úšklebky v domnění, že to druhá strana nevidí.
- Pokud je problém něčemu porozumět, nebát se zeptat 2x.
- Slovem se můžeme naslouchajícího dotknout, můžeme jej ranit, ale můžeme jej také potěšit, povzbudit, pomoci mu postavit se na nohy.
- Pokud někdo pochybí, omluvit se.
- Pokud není chyba na Vaší straně, nebojte se konflikt oznámit.
- Rozdílnost v názorech neřešit s osobní zaujatostí. [7], [10]

1.3 Asertivita

„Asertivita je komunikační styl, přímé, přiměřené a upřímné vyjadřování vlastních názorů negativních i pozitivních, aniž bychom porušovali práva jiných lidí i svá vlastní.“ [12,str. 67] Je to způsob jak si prosadit svůj názor, požadavek, přání nebo jak říkat ne. *„Asertivní člověk umí a nebojí se oponovat nebo druhého požádat o laskavost, aniž by se u toho cítil trapně. Je to způsob jak se vyvarovat s oprávněnou a neoprávněnou kritikou a také s vlastními chybami. Asertivita učí, jak dělat přiměřené kompromisy.*“ [12,str. 67]

Asertivita bývá taky označována jako přímý opak manipulace. Manipulativní chování se v komunikaci vyskytuje velmi často. Styl manipulace souvisí s typem osobnosti. Je několik typů manipulátorů: [12]

1. **Diktátor-** co řekne, to platí, odvolává se na pravidla, tradice, autority. Vždy tak, jak se mu to hodí.
2. **Chudáček-** rád by vše udělal, ale nedostává se mu sil. Nepříjemné úkoly neslyší, popř. zapomíná.
3. **Počtář-** vždy ví, co je pro něj osobně v dané situaci nejvýhodnější a za tím jde. Použije takovou taktiku, která mu k tomu pomůže- cukr, bič, nemoc, zapomenutí. Pokud mu to přinese užitek, je zdravý, nezapomíná a nechodí pozdě.
4. **Břečťan-** manipuluje svojí předstíranou závislostí. Parazituje na jakoby silnějších jedincích. Zdůrazňuje své handicapy a hořký osud.
5. **Drsňák-** své okolí prostě ukřičí. Má „patent na rozum“ a dosáhne svého, protože to ostatní nechtějí poslouchat.
6. **Obětavec-** je nejhodnější a nejlaskavější. Nechce nic pro sebe, ale vždy něco získá. Obětuje se, ale zároveň vybírá daň.
7. **Poslední spravedlivý-** neustále kontroluje, kritizuje a vyvolává pocity méněcennosti. Sám sebe považuje za člověka bez chyb.
8. **Táta, máma-** ty, které si sám vyvolil, chrání před nástrahami života, vždy ví, co je pro ně dobré. Nikdy se však neptá, jestli o to stojí, prostě to uskutečňuje. Že by se mohl mýlit, zásadně nepřipouští.

9. **Mafián-** udělá pro druhé cokoliv, bude je chránit, pomáhat jim, ale on mu oddaně sloužit a neudělá nic bez jeho souhlasu. Nikdo vedle něj nesmí stát na vlastních nohou. Drží se hesla- kdo nejde se mnou, jde proti mně. [12]

1.3.1 Základní prvky asertivity

- *„ otevřená přímá komunikace*
- *aktivní realizace svých cílů*
- *jasné vyjadřování svých pocitů, podmínkou je soulad verbální a neverbální komunikace*
- *naučit se požádat druhého o laskavost, pomoc*
- *naučit se odmítnout, říkat ne*
- *přijmout pochvalu, ale i kritiku, umět sdělit své pocity*
- *naslouchání druhému*
- *uzavírání kompromisů“* [3,str. 34]

1.3.2 Typy chování

Pasivní chování- přání a potřeby nelze splnit a na druhou stranu nelze splnit požadavky a přání druhých. Zcela chybí jistota v jednání a schopnost uplatnit se. Pasivní zdravotník (ať už sestra nebo lékař) ustupuje ostatním, je nejistý, vyhýbá se předávání a výměně názorů, stěžuje si na osud, má dojem, že ho jiní zneužívají nebo si může vybít zlost na někom slabším. Chybí mu sebejistota v projevu, často se také může přizpůsobit silnějšímu a přebírat jeho názory. Často mívají i nízké sebevědomí a toto vše se může špatně podepsat na vzájemné komunikaci. [12]

Agresivní chování- osoba s takovým typem chování nedbá na práva ostatních, může používat ponižování a srážení. Je to prosazování sebe sama na úkor druhých. Agresivní zdravotník se často vyznačuje tím, že zraňuje a ponižuje jiné, rád rozkazuje, poučuje, vyčítá a taky moralizuje. Své chyby si neumí přiznat a proto z nich může často obviňovat jiné. K agresivní komunikaci patří nejen používání hrubých slov, ale taky ironie, sarkasmus a devalvace druhých. Negativní důsledek to má hlavně především na „ochlazování“ mezilidských vztahů a znemožnění otevřené komunikace. [12]

Asertivní chování- je to klidné, uvolněné jednání a chování, přiměřeně hlasitá, srozumitelná a plynulá řeč. Oční kontakt je přímý, postoj vyjadřující pohodu. Důležitý je také pozitivní postoj k druhým a přiměřené sebevědomí. Asertivní zdravotník přebírá zodpovědnost za své jednání, ví co chce a taky ví, jak toho dosáhnout, aniž by to bylo na úkor někoho jiného. Jsou mu jasné následky jeho jednání a konání, umí si přiznat chybu, je sám sebou. [12]

1.3.3 Projevy chování

a) Adaptivní: účelové, kontrolované, motivované, zaměřené k cíli, většinou u člověka, který se ovládá a vystupuje diplomaticky.

b) Expresivní: neúčelové jednání, které je obrazem osobnosti, zpravidla spontánní, nekontrolované, nezaměřené k cíli.

Každé chování člověka se vyznačuje těmito dvěma aspekty, ze kterých vždy jedno převažuje. Úsudky o druhých jedincích si vytváříme hlavně na základě expresivního chování a jeho projevů- souhrn všech informací , které vědomě nebo nevědomě druhá osoba předává svému okolí a pomocí verbálního nebo neverbálního projevu. [13]

2 LÉKAŘ A SESTRA

2.1 Lékař a jeho role

Práce lékaře je velice náročná a klade na něj vysoké morální a etické nároky. Na lékaře jsou kladeny následující požadavky: měl by umět vytvořit pro pacienty atmosféru důvěry a bezpečí, objasnit důvod pacientovy návštěvy, shromáždit anamnestické údaje, stanovit diagnózu a navrhnout řešení, měl by zvládat vztahové aspekty jak ve styku a v komunikaci s pacientem, tak i se sestrou a ostatními členy ošetřovatelského týmu, měl by umět strukturovat rozhovor a zvolit vhodnou komunikační strategii, aby byly informace správně podány a pochopeny. [6]

Základní znaky lékařských rolí:

1. *Funkční specifika*: jedná se o odborné kompetence k výkonu povolání
2. *Emocionální neutralita*: je to způsob jednání, který se od lékaře očekává bez emocionální účastí. Měl by vykazovat sympatii, porozumění, má chápat pacientovy pocity.
3. *Univerzalismus*: vztah lékaře zahrnuje všechny ostatní členy společnosti, kdy v roli pacienta může vystoupit každý člověk.
4. *Kolektivní orientace*: lékař ve svém jednání nevychází ze svých zájmů, ale ze zájmů druhých, tedy hlavně pacientů. [1]

2.2 Sestra a její role

„ Zdravotní sestra umožňuje komplexní ošetřovatelskou péči o nemocného a ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“ [6, str.22]

Role sestry v postupném historickém vývoji prodělala složitý vývoj a pořád se stále i mění. V minulosti povolání zdravotní sestry vzniklo tím, že lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka schopného odborné a kvalitní komunikace a racionálního jednání při ošetřování nemocných. Původně vznikly sestry jako pomocnice do nemocnic, které byly určeny pouze pro chudinu a jejich povolání bylo vykonáváno pouze z charitativního hlediska. Postupem

času s rozvojem jak k medicíny, tak techniky se sestra spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky posunuli kupředu. [1]

Zdravotní sestra je považována za člena týmu, který poskytuje základní péči (ať už aplikaci léků, převazy, odebírání biologického materiálu, měření fyziologických funkcí aj.) a hlavně se nyní do popředí dostává mentální hygiena, kde sestra poskytuje pacientovi dostatek informací, podporuje ho při zdolávání nemoci, upevňuje zdraví a snaží se zmírnit strach a napětí. [1]

Hlavní důležitou funkcí zdravotní sestry je komunikace jak s pacientem, tak s lékařem a ostatním zdravotnickým personálem. V komunikaci s pacientem se snaží odhalit jeho potíže, plnit jeho přání a potřeby a bývá spojkou mezi pacientem a lékařem nebo jeho rodinou. V komunikaci mezi sestrou a lékařem dochází k důležité výměně informací o pacientovi jak ústně, tak i písemně. [1]

Pro sestru, stejně jak pro lékaře, platí vzory chování uvedené u role lékaře: funkční specifita, universalismus, kolektivní orientace a emocionální neutralita. [1]

Povolání sestry obsahuje celý systém společenských rolí. Jedná se o činnosti, které musí být každá sestra připravena aktivovat, i když je momentálně nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává. Jde o tyto „dílčí“ role:

- ošetřovatelsko- pečovatelské: sestra pečuje o pacienta a plní jeho potřeby
- expresivní- duševní podpora, pochopení pacienta
- výchovné- hlavní úlohou sestry je motivace, edukace a vzdělávání pacientů
- instrumentální (technické)- zvládání odborné činnosti, práce s technikou
- poradenství- sestra je schopna poradit a poučovat jak samotného pacienta, jeho rodinu, tak i širokou veřejnost
- podpora a výchova ke zdraví, prevence chorob
- organizace a administrativa- důležité je ovládat práci s dokumentací [1]

Tradiční pojetí role (dle Helgy Morrow):

- sestra jako matka- sestra se bude chovat jako laskavá a chápající matka
- sestra jako manželka- ve vztahu k lékaři – lékař očekává, že se sestra bude chovat jako poslušná manželka

- sestra jako paní domu / hospodyně – ve vztahu k vedení nemocnice i pomocnému personálu – vedení nemocnice očekává, že se sestra bude chovat jako vzorná hospodyně [4]

Sociologické teorie, týkající se role sestry v současné etapě vývoje, se proto stávají součástí vzdělávání sester a podmiňují kvalitu jejich výkonu v léčebné péči. Jde např. o sociální poznatky, které pomáhají sestře poznat a pochopit:

- postoje a hodnoty jednotlivců nebo skupin, s nimiž pracuje a které ji učí přivodit změny v těchto postojích a hodnotách
- dynamiku sociálního systému sestra-lékař-pacient, zejména specifičnost její role v něm, aby dokázala spolupracovat v tomto systému
- zdravotní potřeby jednotlivce i rodiny v populaci vně terapeutických ústavů tak, aby je pomocí svých dovedností vyřešila nebo pacienta navázala na jiné zdravotní profesionály
- vlastní roli a normy pro její jednání a chování, neboť jedině tak může měřit vlastní praxi, aby mohla pracovat k jejímu zdokonalení
- možnosti a zdroje společnosti k udržení a k ochraně zdraví [1]

2.3 Vztah sestra- lékař

Tradiční vztah mezi sestrou a lékařem se v historickém vývoji postupně měnil a to v důsledku sociálních změn. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry, a je proto nutné, aby staré lékařsko – sesterské stereotypy byly zrušeny a vystřídány za nové, emancipované a moderní.

Existují problémy v komunikaci mezi sestrami a lékaři? Cítí se sestry před lékaři ponižovány? Jsou sestry lékaři vnímány jako rovnocenní partneři nebo jen ti, co plní jejich požadavky, ordinace?

Vztahy a komunikace na pracovišti jsou velmi důležitým předpokladem kvality našeho života. Nejen kvůli času, který v práci (ať už někteří dobrovolně nebo nedobrovolně) trávíme, ale i kvůli lidem, se kterými se máme možnost potkat a seznámit. Mám za to, že sestra a lékař by měli být spojenci a jejich motivem by měla být společná cesta za společným cílem a také kvalitní pracovní výkon. Hodně důležité je také

profesionální partnerství mezi sestrou a lékařem při výkonu povolání. „ *O partnerství se hodně mluví, ale samy sestry, někdy i vnímaví pacienti, vědí, že praxe za tímto racionálním požadavkem značně zaostává, i když po vstupu do Evropské unie je partnerství lékaře a sestry při výkonu povolání vyžadováno evropskou legislativou.“* [9, str.131] Ale často to bývá veliký a taky neřešený problém.

„ Různorodost pracovních činností vystavuje jak sestru, tak i lékaře neustále konfrontaci vlastního jednání s jednáním druhých lidí, členů pracovního kolektivu nebo pacientů.“ [15, str.13]

Léčebná péče všech jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla tvořit jeden pevný celek. Harmonické jednání a efektivní komunikace by měla odrážet jak příjemné a klidné pracovní prostředí, tak kvalitu mezilidských vztahů. Mezi sestrou a lékařem by měla být vzájemná důvěra a hlavně také respekt k práci toho druhého. Sestra a lékař (a samozřejmě také zbytek zdravotnického personálu) tvoří základ ošetřovatelského týmu a jedině plněním úkolů, které mají ve své kompetenci. [15]

Aby sestry získaly profesionální respekt, po kterém touží, je zároveň důležité, aby získaly hlubší znalosti a dovednosti a aby se samy snažily kontinuálně vzdělávat. S naším vstupem do Evropské unie, se změnou systému ve vzdělávání sester a povinnou registrací sester máme snad namířeno správným směrem. [2]

Sestry si ale také musí uvědomit, že chtějí-li získat uznání lékařů, musí převzít více odpovědnosti za svou odbornou práci, musí být samostatné, řešit problémy, myslet kriticky, vzdělávat se a přesvědčovat lékaře o svých dovednostech a schopnostech.

Sestry touží po vzájemném respektu, důvěře a podpoře lékaře, především v přítomnosti pacienta, lékaři od sester očekávají ochotu pomoci, kompetentnost a schopnost efektivně komunikovat.

Ke snadnému navazování vztahů patří empatie, úcta a autentičnost. Základem dobré komunikace je pro sestru důležitá i soustředěná pozornost.

Vztahy mezi sestrami a lékaři bývají složité. Někteří lékaři stále považují sestry za své pomocnice. Mám za to, že sestry by si přály získat větší respekt a důvěru a lékaři je spíše stále považují za své pomocnice a právě možná díky tomu existují velké rozdíly v tom, co kdo od koho vlastně očekává. Je důležité si uvědomit skutečnost, že role lékaře a role sestry jsou odlišné. Lékař je zaměřen na léčení, zatímco sestry jsou odpovědné

za ošetřovatelskou péči. Není však pravdou, že léčba je důležitější než ošetřovatelská péče. Jsem přesvědčena o tom, že je mnoho zdravotnických zařízení, ve kterých problémy v komunikaci mezi lékaři a sestrami nemusejí řešit. Vzájemný respekt, porozumění, spolehlivost a profesionální souhra mezi oběma skupinami je základ.

2.3.1 Interakce mezi sestrou a lékařem

V profesní vazbě mezi sestrou a lékařem lze dnes sledovat následující typy interakcí:

- *Bezproblémové podřízení se*: v tomhle typu komunikace mezi sestrou a lékařem sestra o ničem nerozhoduje, k ničemu se nevyjadřuje, vykazuje absolutní poslušnost.
- *Neformální skryté rozhodování*: sestra vykazuje respekt vůči lékaři, nenabízí přímá doporučení, ale snaží se nepřímo ovlivnit svými názory rozhodovací proces.
- *Neformální neskryté rozhodování*: sestra nabízí své názory a zkušenosti, neskrývá svou roli v rozhodovacím procesu a otevřeně spolu s lékařem komunikují a radí se.
- *Formální neskrývané rozhodování*: sestra využívá ošetřovatelský proces při léčbě a v péči o pacienta. [14]

2.4 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání patří mezi povolání velmi náročná a to jak z pohledu odborné přípravy, tak také z hlediska profesionálního výkonu. Objektem práce, zájmu a společným cílem je nemocný člověk, jeho léčba, ošetřování a psychická podpora. Velký význam je ve zdravotnické práci kladen na dodržování žádoucích forem jednání jak ve vztahu k nemocným, tak i ve vztahu ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník- ať už sestra nebo lékař- zvládne odbornou činnost, práci s moderní technikou, administrativní činnost, unese fyzickou a psychickou zátěž a taky dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných. Měli by být schopni vypořádat se s různými pracovními a rodinnými problémy. [15]

Zdravotnický pracovník by měl být dostatečně kritický a sebekritický s dostatečnou dávkou empatie a porozumění k problémům ostatních. Důležitý je také způsob vystupování.

Klidné, ne povýšené, ale rozvážné, promyšlené a přiměřeně sebevědomé. Významná je trpělivost a umění se ovládat a odpoutat se od svých zájmů, potřeb a nálad. Mít smysl pro humor, nebýt arogantní. [15]

Od lékaře se očekává vysoká odbornost, se kterou je schopen diagnostikovat onemocnění a léčit. Samozřejmostí by mělo být také ohleduplné a taktní jednání a v neposlední řadě i psychická podpora a pomoc ve složitých situacích. [15]

Lékařské povolání se vyznačuje mimořádnou odpovědností, která obsahuje zvláštní etické i zákonné požadavky, které by měl být schopen dodržovat. Od lékaře se také očekává dostatek empatie (ať už ve vztahu a komunikaci k pacientů, tak i k sestrám a ostatním), schopnost spolupráce, respektování lékařského tajemství, lidskost a profesionálnost. [1]

3 PROBLÉMOVÁ KOMUNIKACE

Partnerský vztah by neměl být pouze mezi pacientem a zdravotníkem, ale měl by se promítat i do vztahu sestra- lékař. Měli by se vytvářet podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů, protože vyvážený vztah mezi sestrou a lékařem přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče. [2]

Většina lidí si také možná myslí, že lékař a sestra, jejichž hlavním společným cílem je péče o pacienta budou spolu v dobrých vztazích, rozumět si a vzájemně si pomáhat. Avšak řada problémů ve vztahu sestra- lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti a také špatné komunikaci. S rozvojem moderního ošetřovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetřovatelství nemělo zasahovat do jejich oblasti a právě sestry často nejsou spokojeny s nižším respektem k jejich práci, tedy respektem k ošetřovatelství ze strany lékařů. Mnohdy lékaři i dnes vidí sestru pouze jako odborně podřízenou pracovnici, která má plně respektovat a plnit jejich příkazy a ordinace. Na mnohých pracovištích je špatná komunikace zcela zásadní, dosud nevyřešený a ani neřešený problém. Napravit situaci znamená také dosáhnout změny v myšlení jak lékařů, tak i sester, a to jde pomalu. [2]

Špatná komunikace mezi podřízenými a nadřízenými je na našich pracovištích téměř železným pravidlem. Nadřízení se často bojí opravdové týmové práce, mají pocit, že pracovnímu týmu je třeba vládnout pevnou rukou. Připravují se tak o zpětnou vazbu od svých podřízených, kteří pak nemají velký zájem s nadřízenými komunikovat více, než je nezbytně nutné. Produktivitu práce tlumí nejasně stanovené povinnosti, práva, odpovědnost a vztahy k ostatním lidem, nedostatečně individuální přístup nadřízených k podřízeným, málo informací o kontextu práce, nevelký prostor pro iniciativu a kreativitu. Často není zřejmé, co je považováno za dobře odvedenou práci. Za těchto okolností vznikají u podřízených velké problémy s motivací. [11]

Problémová komunikace může mít různé příčiny. Lékaři si například mohou u sester stěžovat na neustálé objasňování ordinací, že jejich ordinace nebyly vykonány správně a včas a naopak sestry si mohou stěžovat, že nevhodné chování ze strany lékařů se může objevit, pokud jim lékaři ordinují práci, která není v jejich kompetenci, při náhlých změnách stavu pacienta a taky, že lékaři se chovají nadřazeně a sestry ignorují apod.

Často může jít taky o generační spor, kdy například staří, dlouholetí zaměstnanci si nedokážou zvyknout na vyšší standard a nové poznatky a jakákoliv změna jim je proti srsti. Ať je příčina a důvod na jakékoliv straně, takovéto každodenní konflikty a překážky negativně ovlivňují pracovní morálku a atmosféru na pracovišti. Na pracovišti, kde se vyskytují nějaké konflikty nebo problémová komunikace postižení většinou mlčí, bojí se o práci a mají strach jakkoliv tento problém vyřešit. A právě dlouhodobě neřešené konflikty a špatná komunikace mohou přinést pokles výkonnosti, špatnou produktivitu práce a v neposlední řadě taky až tzv. burn-out syndrom (syndrom vyhoření).

3.1 Problémové chování

V každé organizaci se najdou problémoví lidé a bohužel kolegy si nevybíráme. Důsledkem těchto pracovníků se práce zdravotníků stává ještě obtížnější. Na pracovišti trávíme třetinu života, a tak nejpravděpodobněji na tyto lidi narazíme. Může se však stát, že i nás někdo považuje za problém. Pro udržení pozitivní atmosféry na oddělení se musíme s těmito lidmi naučit pracovat a jednat. Tito lidé vidí problém v úplných maličkostech, jsou výbušní a my je lehce poznáme. Šíří pomluvy, napětí a ostatní kolem sebe jen unavují. Klesá morálka na oddělení a zaměstnanci se přestávají těšit do práce. Pokud se nám nedaří neprofesionální chování změnit, ubývá nám energie, síla, stoupá nám hladina adrenalinu i krevní tlak a stáváme se obětí tohoto člověka. Velkou roli hraje duševní hygiena, která má velký význam pro prevenci somatických a psychických onemocnění. [11]

3.1.1 Přístup ke konfliktům

Nejdříve je třeba si ujasnit svůj postoj ke konfliktu, tedy zda zaujímáme správný postoj. Zda ve sporu nejde jen o hájení svého názoru, pak by šlo o moc a ne o to najít řešení. Některé typy lidí spolu vycházejí lépe a jiní, třeba dynamičtí pochopitelně hůře. Tito lidé jsou nejčastější příčinou konfliktů. Důležité je zhodnotit situaci a dát si dohromady fakta, jak často dochází ke střetům, jak mě vidí problematická osoba, co mohu udělat ke zlepšení situace, jaké změny očekávám od dané osoby a zda vůbec hodnotím problém objektivně nebo se zaujetím. Důležité je snažit se nalézt v konfliktní situaci kladné stránky a obtížnou osobu brát jako učitele, který nám napomůže odhalit naše slabosti, nedostatky, netrpělivost, nedostatek empatie, neochotu a díky tomu všemu máme pak možnost k dalšímu růstu. Vždyť život je naším učitelem. [5]

K řešení problémů přistupovat s chladnou hlavou bez zaujetí, být příkladem a opravdovým profesionálem. Velmi důležité je ve správný čas sjednat schůzku a připravit se na ní. Možná si dotyčná osoba není vědoma svého počínání. Podstatné je, nebrat si narážky takového člověka osobně a klidným jednáním dotyčnou osobu upozornit na nevhodné aspekty jejího chování, mluvit o svých pocitech a reakcích, nezaměřovat se na osobnost, ale na problém, vnímat řeč těla, mimiku, nenechat se vyprovokovat, nezvyšovat intonaci, vážit slova a hlavně neútočit. V tom spočívá rozdíl mezi agresivitou a asertivitou. Buďme tedy asertivní! [11]

3.2 Devalvace a evalvace

Každá komunikace nikdy není neutrální- může mít buď pozitivní nebo negativní efekt a dopad na každého jedince. Záleží ale hlavně na osobnosti a individualitě každého z nás.

Devalvace: je negativní důsledek špatné komunikace, neúcty, snižování a ponižování v komunikaci a v mezilidských vztazích. Lidé, kteří se takto chovají, jsou ostatními vnímáni jako nepřátelští, hrubí, arogantní a taky pyšní a nadřazení. Pokud se v kolektivu objeví někdo, kdo svým chováním devalvuje druhé, je potřeba problém otevřeně řešit. [12]

Příklady devalvace mohou být:

- křivě mě někdo obvinil
- ostatní s zachovali tak, že se ode mě odtáhli a nezastali se mě
- ostatní zneužili mé důvěry
- někdo pomlouvá a uráží, chová se hrubě a je ironický a sarkastický
- někdo záměrně klade překážky a dělá potíže
- skákání do řeči, v hovoru si mě někdo nevšímá [12]

Evalvace: je naopak pozitivní efekt dobrých mezilidských vztahů, je projevem úcty a vzájemné vážnosti. Lidé, kteří se takto umí chovat jsou vnímáni jako laskaví, hodní, milí, přátelští, jsou schopni pomáhat, spolupracovat a pochválit. A hlavně pochvala je v komunikaci jedna z nejdůležitějších faktorů. [12]

Příklady evalvace:

- někdo se mne zastal, tam kde jsem byl neoprávněně obviněn

- otevřené jednání bez zastírání
- někdo se mi snaží pomáhat
- schopnost odpustit, přehlédnout drobný nedostatek
- někdo mi dokáže říct o mých chybách a nedostatcích
- nepomlouvá mě a nesnižuje před ostatními
- má pro mne čas, i když ho nemá moc [12]

3.3 Syndrom vyhoření

Výkon role sestry (ale také ostatním pomáhajících profesí) je značně komplikovaný nejen mnohostranností a různorodostí rolí, ale i komplikovaností pracovních podmínek. U sestry často dochází k psychické zátěží z různých příčin, jako jsou konfliktní napětí, problémová komunikace. Neschopnost požádat druhého o pomoc, monotónní rutina a také značná fyzická zátěž. [1]

Syndrom vyhoření, neboli tzv. burn-out syndrom, je stav masivního vyčerpání, který je pociťován jako citová vyprahlost. Objevuje se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada různých příznaků, jako např. člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity beznaděje a bezmoci, nemá chuť do práce ani radost ze života. [19], [17]

Vyčerpaní lidé snadno nepřiznají sobě ani svým blízkým své obtíže. Zatajují strach, únavu, nervozitu, bolest hlavy. Postupně se zátěžové situace začnou přenášet i do domácího prostředí a rodinní příslušníci poznávají, že něco není v pořádku, dotyčný může být podrážděný, hádavý. [19]

3.3.1 Fáze syndromu vyhoření

- *Fáze nadšení*: pracovník má vysoké ideály, chce se práci věnovat na plno, vysoká angažovanost
- *Fáze stagnace:* Ideály a sny se mu nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, příbuzných nebo zaměstnavatele začínají obtěžovat.

- *Fáze frustrace:* pracovník začíná vnímat klienta negativně, jeho pracoviště pro něj představuje velké zklamání.
- *Fáze apatie:* mezi klientem a pracovníkem (sestrou, lékařem) vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá jakýmkoliv aktivitám a dokonce se i vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy.
- *Syndrom vyhoření:* ztráta úcty nejen k lidem, ale i ke svému životu. Zde již je dosaženo stádia úplného vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, odcizení. [19], [17]

3.3.2 Terapie syndromu vyhoření

I. V akutní fázi: dostatek odpočinku
II. Výměna zkušeností mezi pracovníky
III. Relaxace a řešení problémů
IV. Změny v organizaci práce a pracovní doby
V. Terapie somatických a psychických poruch [19]

3.3.3 Prevence syndromu vyhoření

- Naučte se říkat NE. Nenechávejte se přeceňovat a pokud budete cítit, že je toho na Vás hodně, s klidem řekněte ne.
- Snižte si příliš vysoké nároky. Ten, kdo na sebe klade příliš vysoké nároky, vystavuje se riziku stresu.
- Vyjadřujte otevřeně své pocity. Pokud se vás cokoliv dotkne nebo máte jakýkoliv problém, dejte to najevo.
- Předcházejte komunikačním problémům. Vše si dobře připravte, vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím a vyhrůžkám. Veškeré komunikační neshody a problémy se snažte vyřešit.
- V kritických situacích zachovejte rozvahu. V konfliktní situaci se nenechte svést k impulsivnímu jednáni. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.

- Doplňujte energii. Dostatečně relaxujte a věnujte se také činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a naplňují Vás.
- Využívejte nabídek pomoci. Pokud máte pocit, že v kritických situacích nereagujete správně, snažte se to změnit, např. diskusí ve skupině, vhodným výcvikem nebo pomocí supervize.
- Průběžná supervize- neboli tzv. vyšší kontrola a hodnocení. Cílem je vyšší uspokojení z práce, zvýšení kvality, pomáhá řešit problémové situace.
- Zajímejte se o své zdraví. Dopřávejte si dostatek spánku, stravujte se zdravě, sportujte a vnímejte varovné signály Vašeho těla.
- Existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků.
- Rozvoj týmové spolupráce. Nasazení více pracovníků a vzájemná pomoc a podpora.
- Kladné hodnocení. Dostatek pochval, které evalvují a povzbuzují. Vyhýbat se zbytečné kritice a devalvaci.
- Dostatečná informovanost a jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce. [19], [17]

3.4 Kritika a pochvala

V každé správné komunikaci by neměla chybět pochvala, podpora sebevědomí a naopak i vhodná kritika. Nikdo nejsme dokonalý a proto je úplně normální, že někdy provedeme něco chybného nebo reagujeme chybně.

„ Poměr kritických výtek a pozitivních ocenění má být tři ku pěti. Na tři výtky pět pochval, aby nedocházelo ke srážení sebevědomí druhých lidí.“ [4,str.36]

Kritikou bychom se neměli člověka snažit urazit, ale naopak se snažíme uvádět vše na pravou míru a zachraňovat situaci. Každá kritika by se měla týkat nějakého konkrétního chybného jednání, nikoli celé osobnosti. Kritika je zdrojem informací o tom, jak naše jednání vnímají druzí, může přispět k našemu zdokonalení, k vyjasnění vztahů s partnerem i ke sblížení s ním. Měla by být včasná, opodstatněná, adresná, srozumitelná a důsledná. Není vhodné totéž chybné jednání jednou kritizovat a podruhé tolerovat. Při kritice je třeba zkoumat příčiny vzniku chyb, hledat možnosti jak je odstranit

a v budoucnu této chybě předejít. Doporučuje se kritiku spojit s pozitivním hodnocením, tak abychom osobnost nedegradovali a neponížili, ale zároveň povznesli jeho klady. Vždyť chybami se člověk učí. [4]

Ve zdravotnické profesi může chyba z nepozornosti ohrozit zdraví i život pacienta. Na druhou stranu může nadřízený (např. staniční nebo vrchní sestra, lékař apod.) nevybíravým stylem vytýkání nedostatku přispět k mnohem rychlejšímu „profesnímu vyhoření“ personálu. Jen málo lidí dělá chyby ze zlé vůle, proto také na kritiku reagujeme podrážděně. Často sníme o životě bez stresu, problémů a kritiky. Přesto jsou všechny tyto jevy v rozumné míře k životu nezbytné, protože nám pomáhají posouvat se dále, uvědomovat si chyby, učit se nové věci a ověřovat své schopnosti. [4]

Pochvala druhých by měla být upřímná. Chválit bychom měli na veřejnosti, ale kritizovat nejlépe mezi čtyřma očima. Pochvalu si lidé pamatuji dlouho a proto by bylo vhodné aspoň každý den člověka za něco pochválit. Při pochvale je důležité navázat oční kontakt a chválit jen to, co se nám skutečně líbí. [4]

3.5 Komunikační vzdělávání

Pokud se u vás na pracovišti objeví problémy v komunikaci, je potřeba tyto problémy řešit, řešit napjaté vztahy, získat nadhled nad svým okolím, naučit se čelit tlaku okolí, zabránit vyhoření. Samozřejmě úplně nejlepší je těmto problémům včas předcházet vytvářením různých metod, kde se zdravotníci mohou v komunikaci zlepšovat a procvičit si profesionální přístup. [16]

Při mé poslední praxi v nemocnici, jsem byla svědkem pořádání povinných seminářů pro sestry a lékaře, týkající se komunikace. Součástí semináře byl i aktivní přístup v podobě scénky, která se týkala zvládání komunikace v obtížných situacích. Jelikož byl seminář povinný jak pro sestry, tak pro lékaře, bylo zřejmé, že ho navštěvují skoro jen sestry a lékaři to nechávali na poslední chvíli, anebo se mu úplně nějak úspěšně vyhnuli. Názor sester, které seminář navštívily, byl většinou podobný, Sice tvrdily, že přednáška o komunikaci byla zajímavá, scénky zábavné, ale když lékaři seminář nenavštívili, považovali to za téměř zbytečné.

Co se týče vzdělávání v komunikaci nebo zlepšování komunikačních dovedností, je vhodné uvést různé možnosti, kterými toho lze dosáhnout:

- Školící a vzdělávací programy pro sestry a lékaře: programy, které se zaměřují na zlepšení týmové spolupráce a pracovních vztahů. Bývají určeny pro všechny, kteří chtějí zlepšit své komunikační dovednosti, zlepšit a procvičit profesionální přístup v osobní komunikaci a přispět tak k větší efektivitě jednání, natrénovat řešení nejčastějších komunikačních situací, konfliktů, zlepšit a natrénovat vhodnou komunikaci, procvičit a zlepšit umění naslouchat, sdělovat a přesvědčovat, pochopit principy komunikace v obtížných situacích, trénovat zvládání krizových a obtížných situací. Programy mohou být buď dobrovolné nebo taky povinné, ohodnoceny kredity a na závěr obdrží účastníci kurzu Osvědčení o účasti na kurzu. [18]
- Nemocniční psycholog: včasná konzultace s odborníkem (psychologem) pomáhá zmírnit napjaté vztahy, poskytnout radu a zabránit vzniku syndromu vyhoření. Ne všechny nemocnice mají ale bohužel tu možnost vlastnit nemocničního psychologa. Ty nemocnice, které nemocničního psychologa svým zaměstnancům nabízejí uvádějí, že nejčastěji je navštěvují zdravotní sestry a důvodem návštěvy jsou většinou problémy v kolektivu, dále rodinné a osobní problémy, a to nejen zaměstnanců, ale taky jejich rodinných příslušníků. Většinou si zaměstnanci nestěžují na šikanu, ale spíš jde o malé osobní konflikty a spory. Podle zkušeností psychologů mezi sebou ženy daleko víc soupeří a mají větší tendenci navzájem se srovnávat a hodnotit. Pro některé méně průbojné jedince a slabší povahy to může být cesta k pocitům méněcennosti, ublíženosti a stavům vedoucím někdy až k vyhoření. Ideální by bylo, kdyby společně s klientem mohla přijít i protistrana, která je důvodem stížnosti a bylo by mnohem jednodušší se pokusit o konfrontaci názorů a hledat smír. Většinou ale ten, který cítí, že je mu ubližováno, hledá spíš někoho, kdo by ho vyslechl, ale do konfrontace jít nechce. [16]
- Kodex etického chování: je vhodné seznamovat sestry a lékaře se zásadami vycházejícími z kodexu etického chování a směrnicemi týkajícími se oznamování těchto incidentů. Uplatňovat tyto zásady důsledně a pohotově, přičemž všem zúčastněným bude poskytnuta zpětná vazba. Problém ovšem nastává v tom,

že někde se etické kodexy sice vytvářejí, ale občas přestávají platit již v době, kdy vyšly. [14]

- Pracovní politika: vytvořit vhodnou pracovní politiku, při níž se nebude tolerovat nevhodné chování a každý takový případ se bude na odpovídající úrovni řešit, přičemž sestry a lékaři budou následně více osobně odpovědni za své činy. Zlepšit postupy v organizaci činnosti tím, že se bude od řídících pracovníků vyžadovat aktivnější přístup při předcházení potencionálních konfrontací souvisejících s personálním obsazením, rozvrhem a vybavením. Společným úsilím vytvářejí zaměstnanci v pracovních týmech atmosféru spolupráce a důvěry. Rozdílnost v názorech neřeší s osobní zaujatostí. Případné pracovní kolegiální spory řeší věcně, kultivovaně a otevřeně s přímým nadřízeným a jejich rozhodnutí respektují. [14]
- Motivace: motivace je vnitřní duševní stav, díky kterému se snažíme jít stále za novými cíli. Ovlivňuje chování i výkonnost zaměstnanců. Zodpovědnost by za to měla vést sestra manažerka, která by měla motivovat a inspirovat ostatní sestry a personál.
- Škola a rodina: základy komunikace a evalvace se ovněž naučíme v rodině- odtud si v sibě můžeme vést velký vklad, nebo blok pro tento druh komunikace. Role školy je zde také velká a vzory některých učitelů a učitelek v nás nechávají stopy pozitivním i negativním smyslu. Budoucí sestry by měly již ve škole zvládat modelové situace i komunikaci s nemocným i lékařem na odborné praxi. [14]
- Ochota, trpělivost a dostatek času u sester i lékařů.

3.6 Duševní hygiena zdravotního pracovníka

Duševní hygiena neboli psychohygiena nám pomáhá chránit a upevňovat své duševní zdraví. Dává nám návod, jak nejlépe zvládat obtížné situace, jak si upevňovat zdravý životní styl a životní podmínky, abychom si udrželi duševní rovnováhu. Učí nás, jak předcházet psychicky náročným a konfliktním situacím nebo jak je zvládat, pokud už nastaly. [13]

Je zjištěno, že nejdůležitějším faktorem našeho zdraví je životní styl. Tím rozumíme stravování, ovzduší, pohyb, odpočinek, relaxace, organizace práce, pracovní prostředí

a škodliviny jako je alkohol a cigarety. Změna životního stylu je jedna z cest, jak zachránit naše zdravotnictví a i kvalitu našeho života. [13]

Populární program pro podporu zdraví převzatý ze světa je znám i u nás- New start (název tvoří počáteční písmena následujících slov):

Nutrition- výživa (rozmanitá strava, dostatek potřebných živin)

Excersise- pohyb (dostatek pohybu, chůze, cvičení)

Water- voda (dostatek tekutin, který má blahodárný vliv na vláčnost pokožky a jako prevence různých nemocí).

Sunshine- slunce (sluneční záření jako produkce vitamínu D).

Temperance- střídmost/ sebeovládání (abstinence škodlivých látek- alkohol, kouření, kofein apod.)

Air- vzduch (dostatečné množství vzduchu zvyšuje soustředění, pocit pohody, zlepšuje funkci plic)

Rest- odpočinek (nejen spánek, ale i dostatek relaxace)

Trust- duševní pohoda/ důvěra ve vyšší řídící moc (naučit se řešit problémy s klidem, netrápit se, součástí je vzájemná podpora, ale i víra ve vyšší moc) [13]

Hodně záleží na objemu práce, osobnosti každého člověka, na kolektivu a jeho vedení, jak dokáže takovým situacím předcházet, aby nedošlo právě k syndromu vyhoření a zbytečným konfliktům. [16]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Cíle a hypotézy

- **Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou všeobecné sestry spokojeny v komunikaci s lékaři**

H1 Domnívám se, že většina všeobecných sester je spokojena v komunikaci s lékaři.

H2 Předpokládám, že všeobecné sestry jsou nejvíce spokojeny v komunikaci s lékaři, která je zaměřena na osobní věci a problémy.

- **Cíl č. 2: Zjistit nejčastější příčinu problémové komunikace mezi sestrou a lékařem**

H1 Domnívám se, že nejčastější příčinou problémové komunikace je nedostatek času a neochota ze strany lékařů.

H2 Domnívám se, že nejčastější příčina problémové komunikace ze strany sester není, že poskytují lékařům o pacientovi málo informací.

- **Cíl č. 3: Zjistit, zda je možné zlepšit úroveň vzájemné komunikace.**

H1 Domnívám, se že komunikaci lze zlepšit větším zájmem všeobecných sester i lékařů o tuto problematiku.

4.2 Organizace šetření

Šetření předcházelo vytvoření dotazníků určeného sestrám a lékařům, po konzultaci s vedoucím práce došlo k úpravě a pozměnění některých položek. Dotazníkové šetření bylo prováděno ve dvou českých nemocnicích (a to ve Fakultní nemocnici Praha-Motol a v Nemocnici Třinec p.o.) od března do konce dubna. V Nemocnici Motol bylo s pomocí mé kamarádky rozdáno 65 dotazníků určených sestrám- vráceno bylo 53 dotazníků (81 % návratnost) a lékařům bylo rozdáno 17 dotazníků a vráceno bylo 6 (35 % návratnost). V nemocnici Třinec bylo rozdáno sestrám 69 dotazníků- vráceno bylo 52 (75% návratnost) a lékařům 15 a vráceno bylo 8 (53 % návratnost). Pro výsledné řešení bylo použito 50 dotazníků od sester a u lékařů počet, který byl vybrán v každé nemocnici.

Pilotní studie byla provedena v měsíci únoru mezi mými spolužačkami.

4.3 Zpracování získaných dat

Zpracované výsledky šetření byly znázorněny pomocí tabulek a grafů a jsou uvedeny v kapitole 5.1. Veškeré výpočty a grafy jsem prováděla v programu Microsoft Excel. Jako statistickou metodu jsem použila výpočet absolutní a relativní četnosti.

Absolutní četnost v tabulce udává počet dotazovaných, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.
Relativní četnost v tabulce znázorněná procentuálně, poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí veličinu.

4.4 Charakteristika zkoumaného vzorku

Charakteristiku zkoumaného vzorku tvořily všeobecné sestry a lékaři všech věkových kategorií pracujících na různých odděleních ve dvou českých nemocnicích. K průzkumu, které je součástí této bakalářské práce jsem použila metodu dotazníku.

Použitý dotazník pro sestry obsahuje 26 otázek (příloha PI: Dotazník prosestry) a dotazník pro lékaře 6 otázek (příloha PI: Dotazník pro lékaře). Tyto položky vedly k ověření stanovených hypotéz. Úvod obsahuje oslovení respondentů – představení, téma šetření a postup k vyplnění. Dále zdůraznění anonymity a důvod k čemu dotazníku bude sloužit.
Formy položek v dotazníku pro sestry (příloha PI):

- uzavřené položky dichotomické: 1
- uzavřené položky trichotomické: 2, 5, 13, 20, 21, 25
- uzavřené položky polytomické: 4, 9, 14, 16, 19, 23,
- polouzavřené položky polytomické: 3, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 22, 24
- filtrační položka: 22
- výčtová položka: 24
- škálová položka: 6
- otevřená položka: 26

Formy položek v dotazníku pro lékaře (příloha PII):

- uzavřené otázky dichotomické: 1
- polouzavřené položky polytomické: 2
- uzavřené otázky polytomické: 3, 5
- uzavřené položky trichotomické: 6

- otevřená položka: 4

5 ROZBOR A VÝSEDKY VÝZKUMU A JEHO GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ

5.1 Grafické zpracování dotazníků pro sestry

Otázka č. 1: **Pohlaví**

tabulka 1: Pohlaví Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
žena	48	96
muž	2	4
celkem	**50**	**100**

tabulka 2: Pohlaví Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
žena	46	92
muž	4	8
celkem	**50**	**100**

Z tabulek je patrné, že v obou zařízeních mezi dotazovanými VS jsou ve velké většině zastoupeny ženy a to v 96% v Třinci a v 92% v Motole.

Otázka č.2: **Věk**

tabulka 3: Věk Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
19-30	25	50
31-45	19	38
46 a více	6	12
celkem	**50**	**100**

tabulka 4: Věk Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
19-30	30	60
31-45	18	34
46 a více	2	4
celkem	**50**	**100**

U otázky č. 2 bylo zjištěno, že VS v nemocnici Třinec se nejčastěji pohybují ve věkové hranici 19-30 let (50%) a druhou nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou je 31-45 let (38%). V Nemocnici Motol je nejvíce zastoupenou věkovou skupinou také věk 19-30 let (60%) a druhou nejčastější je 31-45 let (34%).

Otázka č. 3: **Dosažené vzdělání**

tabulka 5: Vzdělání Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
střední	35	70
vyšší	12	24
vysokoškolské	4	8
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**

tabulka 6: Vzdělání Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
střední	29	58
vyšší	9	18
vysokoškolské	12	24
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**

U otázky č.3 bylo zjištěno, že v Nemocnici Třinec tvoří nejvyšší zastoupenou skupinu VS se středním vzděláním (70%), dále absolventi vyšších škol (24%) a nejméně VS je s vysokoškolským vzděláním (8%). V Nemocnici Motol opět nejvíc sester absolvovalo

střední školu (58%), druhým nejvyšším dosaženým vzděláním bylo vysokoškolské (24%) a nejméně vyšší (18%).

Otázka č. 4: **Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

tabulka 7: Doba ve zdravotnictví Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
méně než rok	7	14
1-10 let	29	58
11-30 let	11	22
31 let a více	3	6
celkem	**50**	**100**

tabulka 8: Doba ve zdravotnictví Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
méně než rok	4	8
1-10 let	30	60
11-30 let	14	28
31 let a více	2	4
celkem	**50**	**100**

U otázky č. 4 jsme zjistili, že nejvíce VS v Nemocnici Třinec pracuje ve zdravotnictví 1-10 let (58%), druhou největší skupinou je 11-30 let (22%), dále méně než rok (14%) a nejmenší skupinu tvoří 31 let a více (6%). V Nemocnici Motol nejvíce respondentů pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 1-10 let (60%), druhé největší rozmezí je 11-30 let (28%), dále méně než rok pracuje 8% respondentů a nejméně respondentů ve zdravotnictví pracuje v rozmezí 31 let a více (4%).

Otázka č. 5: **Na jakém typu pracoviště pracujete?**

tabulka 9: Pracoviště Třinec

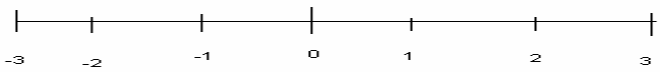
Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ambulance	4	8
lůžkové oddělení	26	52
intenzivní péče	20	40
celkem	**50**	**100**

tabulka 10: Pracoviště Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ambulance	3	6
lůžkové oddělení	19	38
intenzivní péče	28	56
celkem	**50**	**100**

Z tabulky č. 9 je patrné, že nejvíce dotazovaných VS v Nemocnici Třinec pracuje na lůžkovém oddělení (52%), na druhém místě se umístila intenzivní péče (40%) a nejméně dotazovaných sester pracuje na ambulanci (8%). Z tabulky č. 10, která patří Nemocnici Motol je viditelné, že nejvíce dotazovaných VS pracuje v intenzivní péči (56%), 38% sester pracuje na lůžkovém oddělení a nejméně 6% sester pracuje na ambulanci.

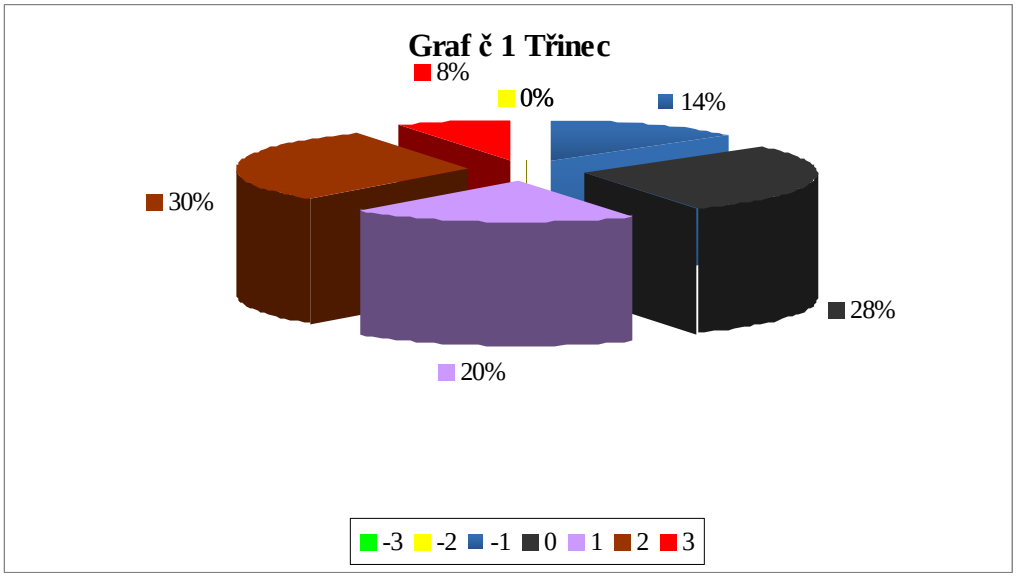
Otázka č. 6: **Jste spokojen (a) s komunikaci s lékařem na Vašem pracovišti? (-3 zcela nespokojen, 0 nevím, 3 zcela spokojen)**



(nejhorší) (výborné)

tabulka 11. Spokojenost v komunikaci Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
-3	0	0
-2	0	0
-1	7	14
0	14	28
1	10	20
2	15	30
3	4	8
celkem	**50**	**100**

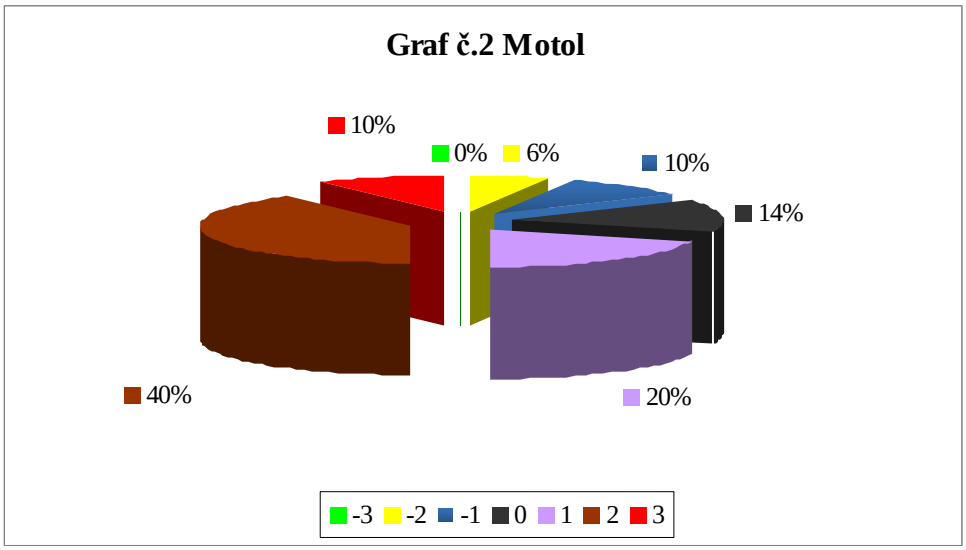


Graf 1. Spokojenost v komunikaci Třinec

Podle tabulky č. 11 je viditelné, že největší četnost je respondenty vyjádřena v bodě 2 (30%). Získané výsledky nám ukazují, že 14% VS hodnotí spokojenost v komunikaci pod hranici spokojenosti. 28% VS neví a nedokáže spokojenost ohodnotit. 58% VS hodnotí spokojenost v komunikaci kladně.

tabulka 12. Spokojenost v komunikaci Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
-3	0	0
-2	3	6
-1	5	10
0	7	14
1	10	20
2	20	40
3	5	10
celkem	**50**	**100**



Graf 2. Spokojenost v komunikaci Motol

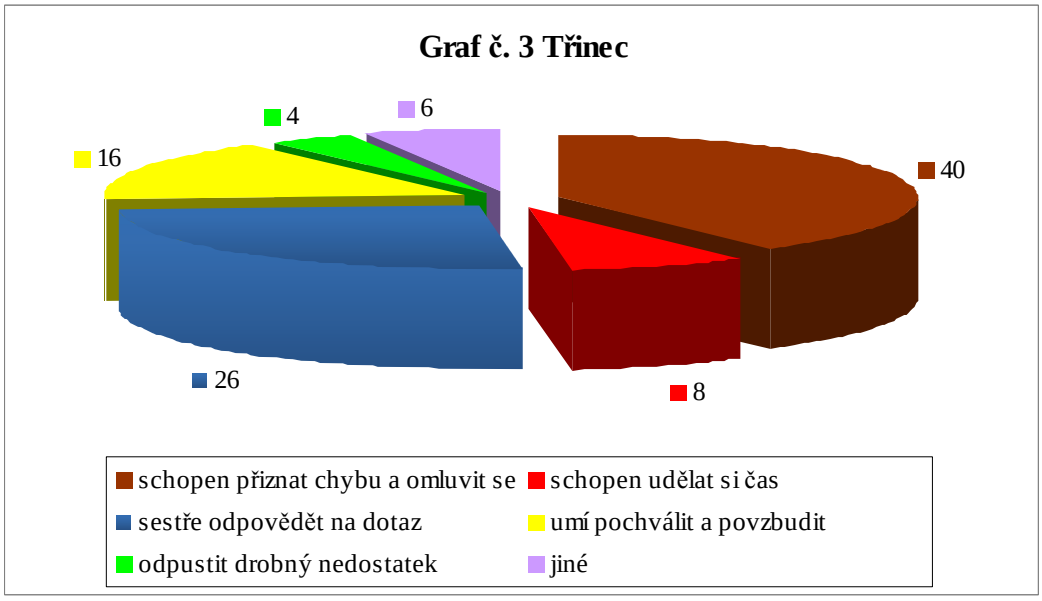
Podle tabulky č. 12 je patrné, že největší četnost je respondenty vyjádřena rovněž v bodě 2 (40%). Nespokojeno v komunikaci je celkově 16% VS. 14% VS neví a nedokáže spokojenost v komunikaci ohodnotit. 70% VS je v komunikaci spokojeno.

Při porovnání je patrné, že nejvíce VS v obou nemocnicích ohodnotilo komunikaci bodem 2. Celkově, jak u Nemocnice Třinec, tak Motol, největší procento VS je v komunikaci s lékařem spokojeno.

Otázka č.7: **Označte, co označujete v komunikaci s lékařem za důležité?**

tabulka 13: Ocenění v komunikaci Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
schopen přiznat chybu a omluvit se	20	40
schopen udělat si čas	4	8
sestře odpovědět na dotaz	13	26
umí pochválit a povzbudit	8	16
odpustit drobný nedostatek	2	4
jiné	3	6
celkem	**50**	**100**



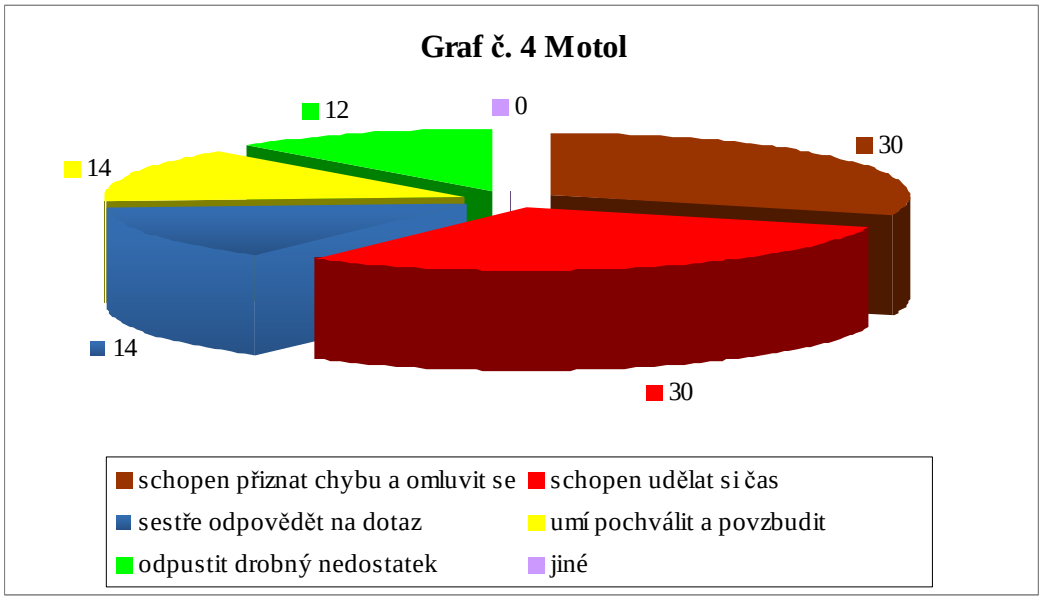
Graf 3. Ocenění v komunikaci Třinec

Cílem této otázky bylo zjistit, co nejvíce VS v komunikaci s lékařem považují za důležité. Z tabulky č. 11 je viditelné, že v Nemocnici Třinec si ve 40% nejvíce sestry váží na lékaři, když je schopen přiznat chybu a omluvit se. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí 13 VS (26%) byla odpověď, že lékař je schopen slušně a s klidem sestře odpovědět na její dotaz. Odpověď, že lékař umí pochválit a povzbudit označilo 8 VS (16%). Pro 8% sester je důležité, když lékař je schopen si udělat, čas i když ho nemá nazbyt. 6% dotazovaných VS nevyhovovala ani jedna z nabízených možností a zvolily tedy odpověď jiné,

kde např. napsaly, že by lékař měl být sestře spoluhráčem a ne protivníkem a taky, že je důležité, jak se lékaři dokáží v akutních situacích zachovat a rozhodnout. Pouze 2 VS (4%) zvolily odpověď, že je pro ně důležité, když je lékař schopen odpustit či přehlédnout drobný nedostatek.

tabulka 14: Ocenění v komunikaci Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
schopen přiznat chybu a omluvit se	15	30
schopen udělat si čas	15	30
sestře odpovědět na dotaz	7	14
umí pochválit a povzbudit	7	14
odpustit drobný nedostatek	6	12
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 4. Ocenění v komunikaci Motol

V Nemocnici Motol podle tabulky č. 12 nejvíce dotazované VS oceňují to, když je lékař schopen přiznat chybu a omluvit se a také, když je lékař schopen si udělat čas, i když ho nemá nazbyt. Tyto 2 odpovědi zvolilo 15 VS (30%). 7 dotazovaných sester (14%) zvolilo odpověď, že je pro ně důležité, když je lékař schopen odpovědět na jejich

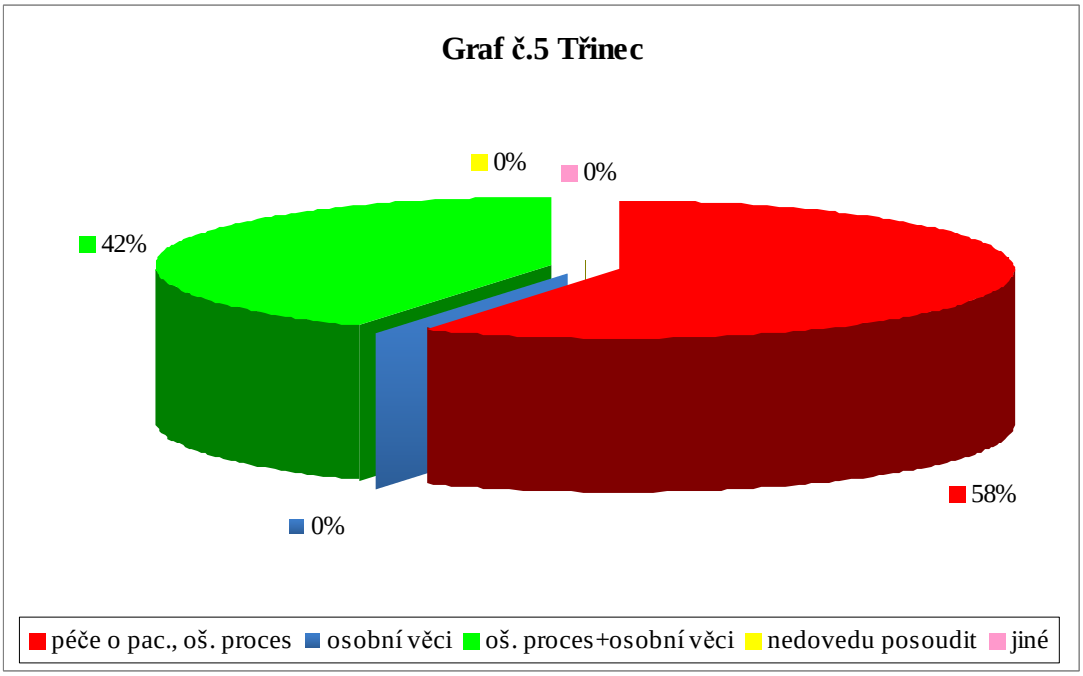
dotaz s klidem a slušně a že lékař umí pochválit a povzbudit. Nejmenší počet sester (12%) zvolilo odpověď, že je schopen odpustit nebo přehlédnout drobný nedostatek.

U této otázky jsem zjistila, že VS v Nemocnici Třinec si na lékaři nejvíce váží, když je schopen přiznat chybu a omluvit se. Tuto stejnou odpověď a zároveň také se schopnost udělat si čas, i když ho nemá lékař nazbyt hodnotí nejvíce VS v Nemocnici Motol.

Otázka č. 8: **Komunikace mezi sestrou a lékařem je na Vašem oddělení zaměřena především na:**

tabulka 15: Zaměření komunikace Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
péče o pac., oš. proces	29	58
osobní věci	0	0
oš. proces+osobní věci	21	42
nedovedu posoudit	0	0
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**

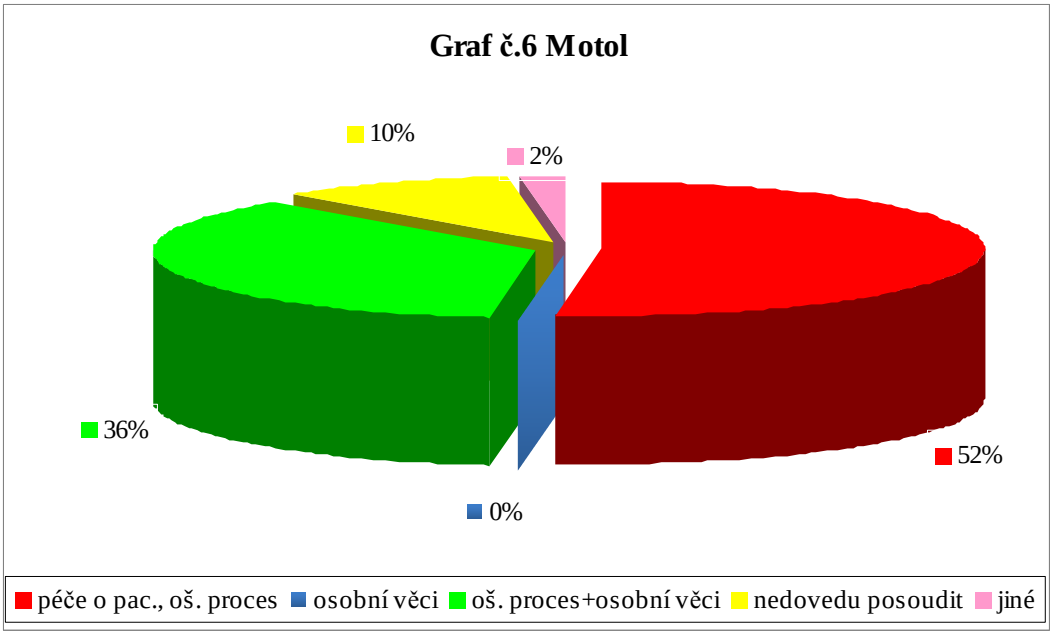


Graf 5. Zaměření komunikace Třinec

U této otázky jsem chtěla zjistit, na co je nejvíce zaměřena komunikace na oddělení v Ttřinecké nemocnici. Většina VS zvolila v 58% odpověď, že veškerá péče je zaměřena pouze na péči o pacienty. Zbytek dotazovaných sester (42%) zvolilo odpověď, že komunikace je zaměřena, jak na péči o pacienty, tak i na osobní věci zdravotnického personálu.

tabulka 16: Zaměření komunikace Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
péče o pac., oš. proces	26	52
osobní věci	0	0
oš. proces+osobní věci	18	36
nedovedu posoudit	5	10
jiné	1	2
celkem	**50**	**100**



Graf 6. Zaměření komunikace Motol

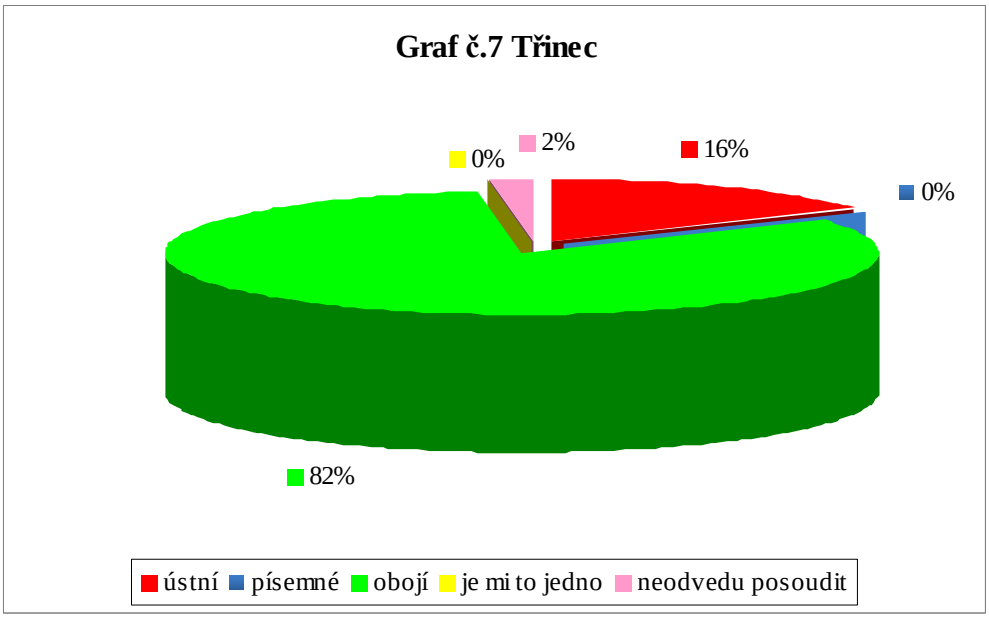
Z tabulky č.14 je viditelné, že stejně jak v Třinecké nemocnici, tak v Nemocnici Motol většina VS (52%) zvolily odpověď, že komunikace na jejich oddělení je zaměřena hlavně na péči o pacienty a na ošetřovatelský proces. Dalších 36% dotazovaných VS odpovědělo, že komunikace je zaměřena, jak na pacienty, tak ale i na osobní věci personálů. 5 VS na tuto otázku nedovedlo odpovědět a pouze 1 VS (2%) zvolila jinou odpověď.

U této otázky můžu potvrdit, že stejně jak v Nemocnici Třinec, tak i v Nemocnici Motol je péče zaměřena hlavně na péči o pacienty a ošetřovatelský proces.

Otázka č. 9: **Je podle Vás lepší písemné nebo ústní předávání informací?**

tabulka 17: Předávání informací Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ústní	8	16
písemné	0	0
obojí	41	82
je mi to jedno	0	0
neodvedu posoudit	1	2
celkem	**50**	**100**

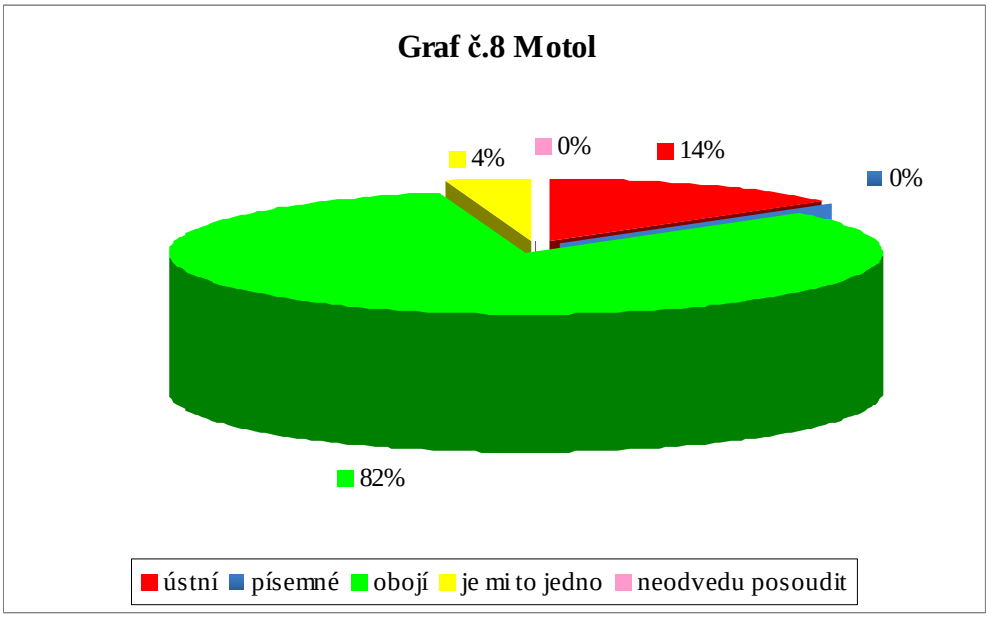


Graf 7. Předávání informací Třinec

U otázky č. 9 bylo mým cílem zjistit, jestli VS v těchto dvou nemocnicích preferují předávání informací ústní nebo písemnou metodou. V Nemocnici Třinec 82% VS zvolilo odpověď, že je pro ně lepší předávat informace jak ústní, tak písemnou metodou. 16% VS odpovědělo, že preferují spíše ústní metodu a jen 1 sestra (2%) na tuto otázku nedovedla odpovědět.

tabulka 18: Předávání informací Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ústní	7	14
písemné	0	0
obojí	41	82
je mi to jedno	2	4
neodvedu posoudit	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 8. Předávání informací Motol

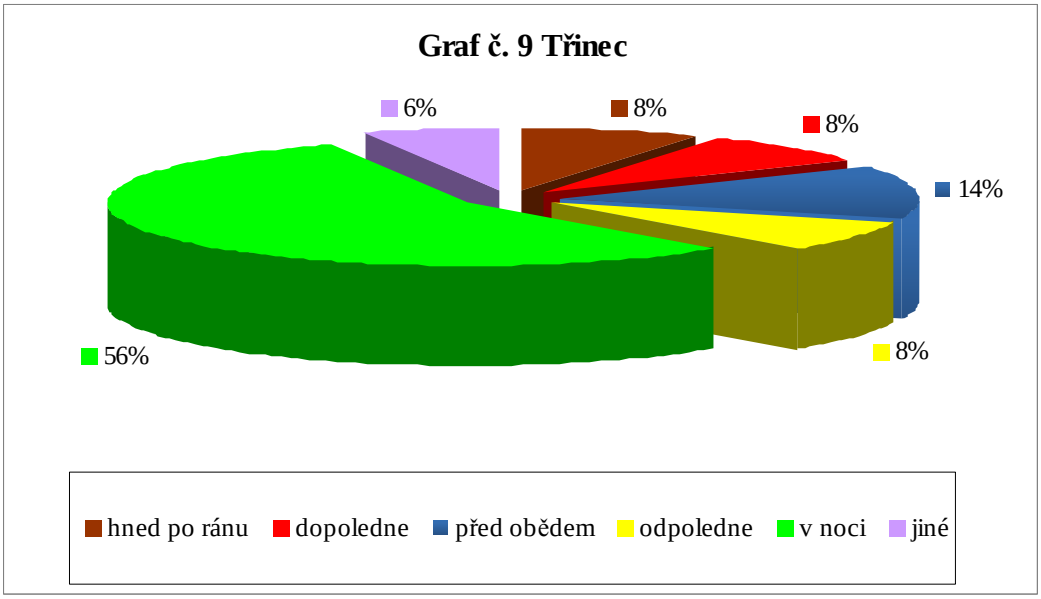
Odpověď, že jak ústní, tak písemné předávání informací preferuje a zvolilo i největší procento sester v Nemocnici Motol (82%), dalších 16% dotazovaných sester vybralo možnost, že předávání je pro ně lepší pouze ústní formou. A pouze 2 sestry (4%) zvolily, že je jim jedno jak probíhá výměna informací.

I u této otázky je podle grafů a tabulek viditelné, že většina VS v obou nemocnicích preferuje jak ústní, tak písemné předávání a výměnu informací.

Otázka č. 10: **Označte, v kterou denní dobu se informace lékařům předávají nejobtížněji?**

tabulka 19: Problémová denní doba Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
hned po ránu	4	8
dopoledne	4	8
před obědem	7	14
odpoledne	4	8
v noci	28	56
jiné	3	6
celkem	**50**	**100**

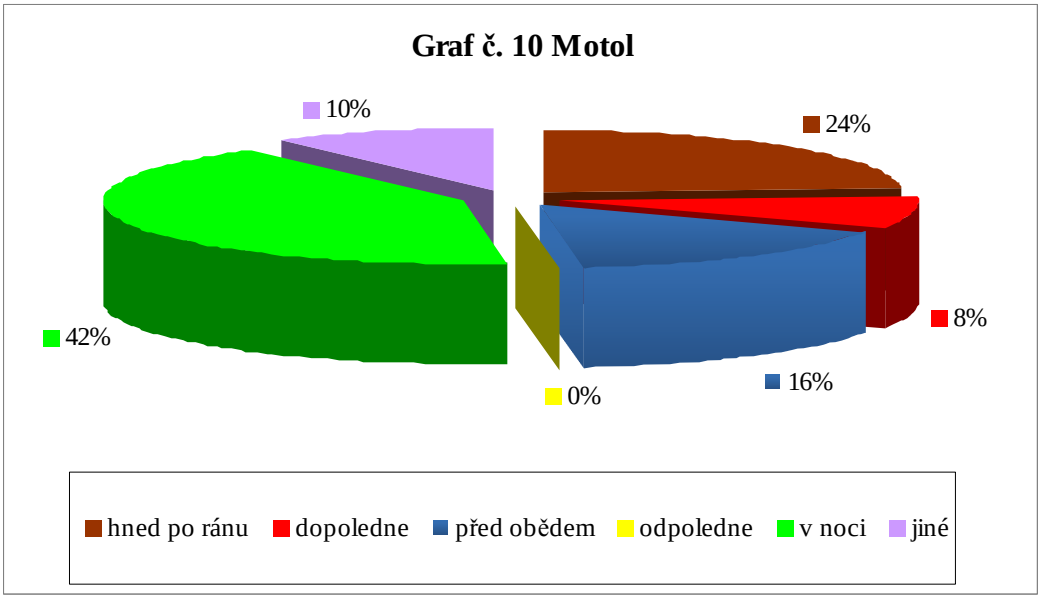


Graf 9. Problémová denní doba Třinec

U této otázky jsem chtěla zjistit, jestli dokážou VS určit, v kterou denní dobu je předávání informací a komunikace s lékaři nejobtížnější. V Třinecké nemocnici jako nejhorší čas pro předávání informací zvolily VS noc (56%), 7 dotazovaných VS (14%) si myslí, že nejhorší doba je před obědem a 8% sester se shodlo, že je to jak hned po ránu, dopoledne a odpoledne. Nejméně zastoupenou skupinou (6%) byla odpověď jiná, kde VS nejčastěji uvedly, že na denní době nezáleží.

tabulka 20: Problémová denní doba Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
hned po ránu	12	24
dopoledne	4	8
před obědem	8	16
odpoledne	0	0
v noci	21	42
jiné	5	10
celkem	**50**	**100**



Graf 10. Problémová denní doba Motol

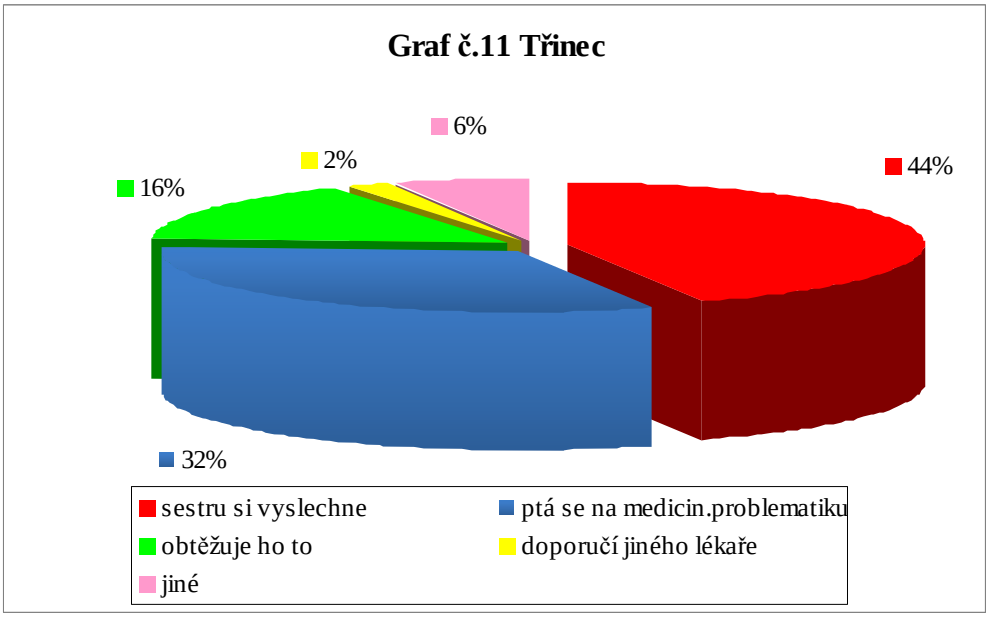
V nemocnici Motol stejně jak u Třinecké nemocnice sestry nejvíce volily odpověď, že nejhorší doba ke komunikaci je v noci (42%), dále následovala odpověď hned po ránu, kterou zvolilo 12 sester z 50 (24%). 8 dotazovaných sester (16%) z celkového počtu označilo odpověď před obědem. 5 respondentů zvolilo odpověď jinou, ale nijak víc se k této otázce nevyjádřily a nejmenší zastoupení měla dopolední doba, kterou zvolilo jen 8% dotazovaných sester.

V Třinecké i Motolské nemocnici se většina VS shodla, že nejobtížnější předávání informací a komunikace s lékařem je v noci.

Otázka č. 11: **Při předávání informací o pacientovi lékaři, které žádají akutní řešení?**

tabulka 21: Akutní řešení stavů Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
sestru si vyslechne	22	44
ptá se na medicin.problematiku	16	32
obtěžuje ho to	8	16
doporučí jiného lékaře	1	2
jiné	3	6
celkem	**50**	**100**

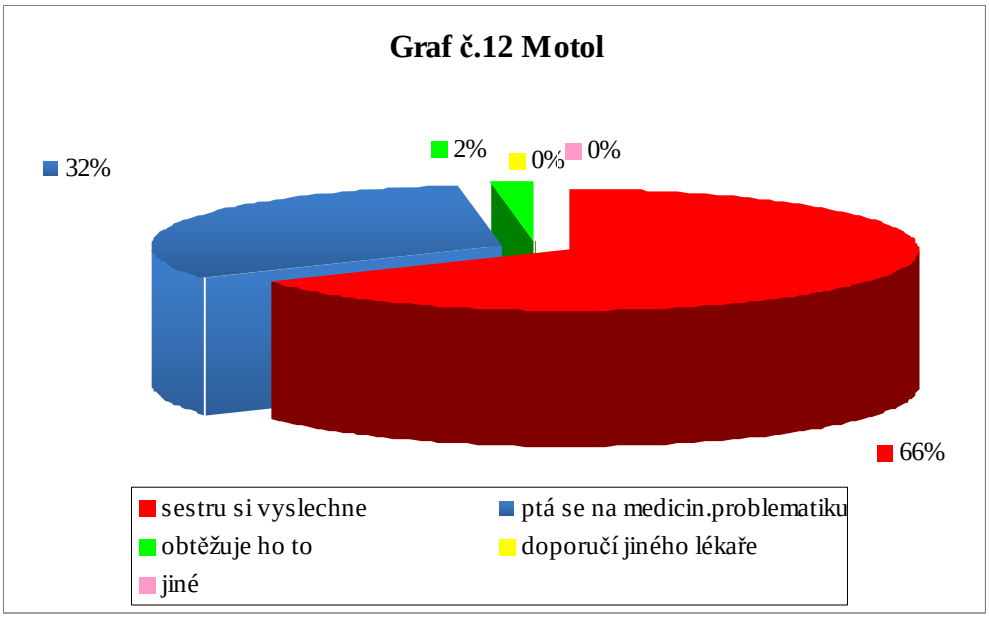


Graf 11. Akutní řešení stavů Třinec

U otázky č. 11 jsem chtěla zjistit, jak se lékaři zachovají ke všeobecným sestrám v případě řešení akutní změny stavu pacienta. Podle tabulky č. 19 je viditelné, že v Nemocnici Třinec většina všeobecných sester (44%) zvolila odpověď, že při řešení akutního stavu pacienta si lékař sestru vyslechne. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí 16 sester (32%) byla odpověď, že se lékař začne vyptávat na medicínskou problematiku. 8 dotazovaných sester (16%) zvolilo odpověď, že jim lékař odpoví způsobem naznačujícím, že ho to obtěžuje. 6% sester zvolilo odpověď jiné a na posledním místě skončila odpověď, že lékař doporučí sestře spolupráci s jiným lékařem, kterou zvolila pouze 1 všeobecná sestra (2%).

tabulka 22: Akutní řešení stavů Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
sestru si vyslechne	33	66
ptá se na medicin.problematiku	16	32
obtěžuje ho to	1	2
doporučí jiného lékaře	0	0
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 12. Akutní řešení stavů Motol

Podle tabulky č. 20 je patrné, že v Nemocnici Motol 66% VS odpovědělo, že při řešení akutních situací si lékař sestru vyslechne. Odpověď, že lékař se začne vyptávat na medicínskou problematiku zvolilo 16 sester (32%). Pouze 1 sestra (2%) odpověděla, že lékař odpoví způsobem naznačujícím, že ho to obtěžuje.

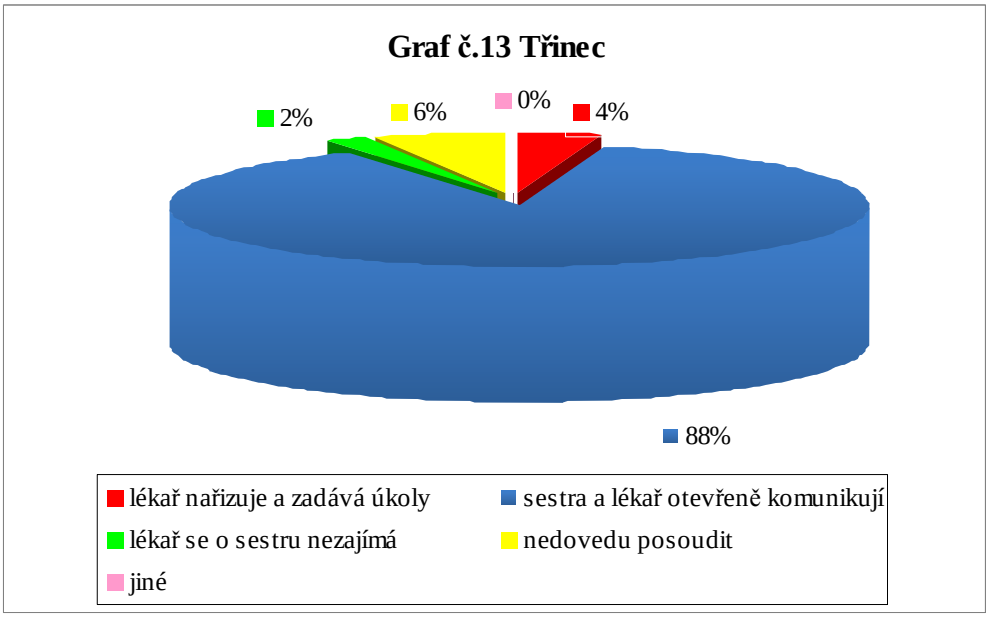
Při porovnáni jsme zjistili, že nejvíce VS jak v Nemocnici Třinec, tak v Nemocnici Motol označilo odpověď, že při řešení akutních stavů u pacientů si lékař sestru vyslechne.

Otázka č. 12: **V komunikaci s lékařem jste spokojen (a), když?**

tabulka 23: Komunikace mezi sestrou a lékařem Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
lékař nařizuje a zadává úkoly	2	4
sestra a lékař otevřeně komunikují	44	88
lékař se o sestru nezajímá	1	2
nedovedu posoudit	3	6
jiné	0	0

celkem	**50**	**100**

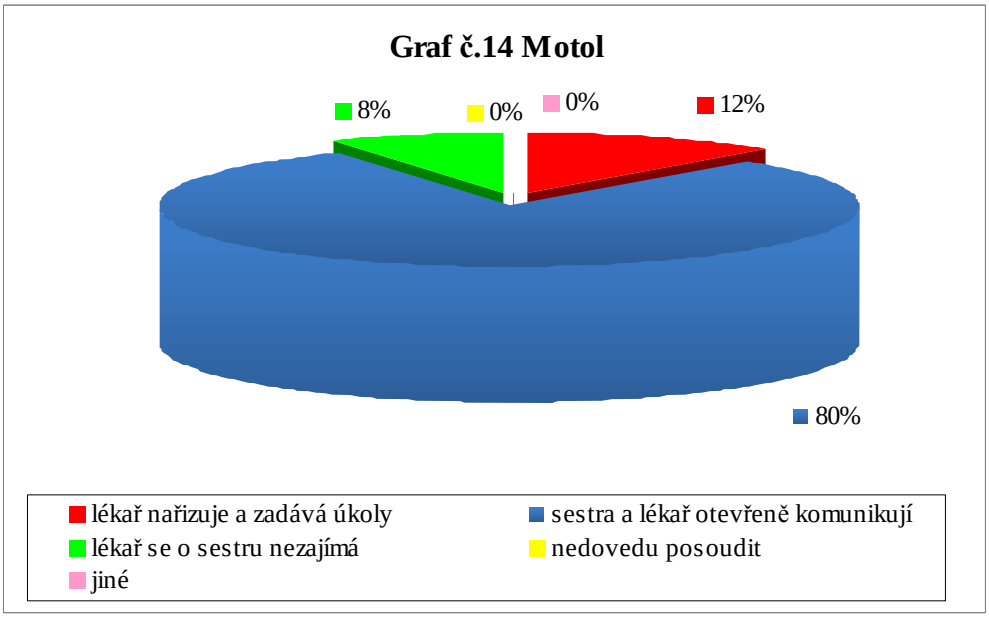


Graf 13. Komunikace mezi sestrou a lékařem Třinec

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, v jakých situacích jsou sestry spokojeny v komunikaci s lékaři. V Nemocnici Třinec velká většina sester (88%) zvolila odpověď, že jsou nejvíce spokojeny, když sestra a lékař spolu otevřeně komunikují. 6% všeobecných sester nedovedlo na tuto otázku odpovědět. 4% dotazovaných sester odpovědělo, že jsou v komunikaci spokojeny, když lékař nařizuje a zadává úkoly a pouze 1 sestra (2%) odpověděla, že ji vyhovuje, když se o ní lékař moc nezajímá.

tabulka 24: Komunikace mezi sestrou a lékařem Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
lékař nařizuje a zadává úkoly	6	12
sestra a lékař otevřeně komunikují	40	80
lékař se o sestru nezajímá	4	8
nedovedu posoudit	0	0
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 14. Komunikace mezi sestrou a lékařem Motol

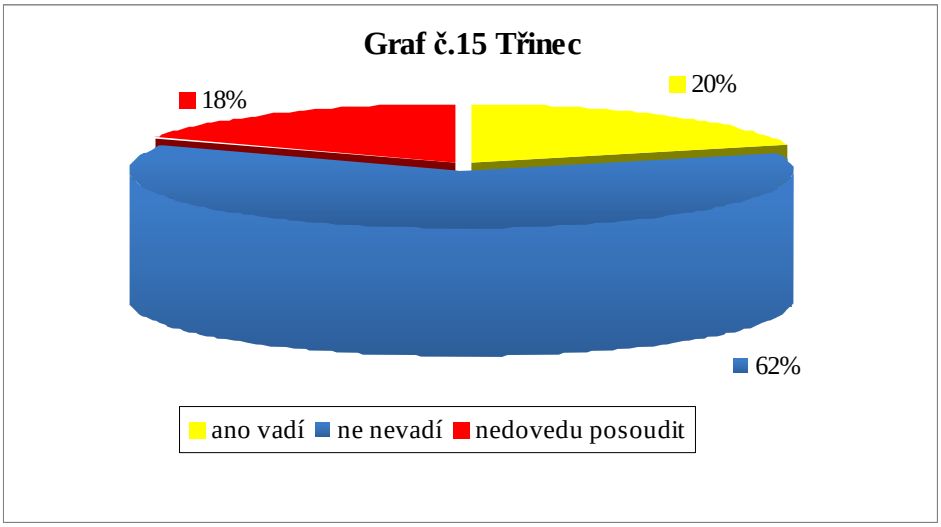
V Nemocnici Motol 80% VS rovněž vybralo odpověď, že jsou v komunikaci spokojeny, když s lékařem otevřeně komunikují. 6 všeobecných sester (12%) je spokojeno, když lékař nařizuje a zadává úkoly. Nejméně zastoupenou odpovědí (8%) u této otázky byla položka, když se lékař o sestru v komunikaci moc nezajímá.

Při porovnávání můžeme zjistit, že jak v Nemocnici Třinec, tak v Praze jsou všeobecné sestry nejvíce spokojeny v komunikaci s lékařem tehdy, když všichni spolu vzájemně otevřeně komunikují a sestra lékaři nabízí své zkušenosti. Tento výsledek je velice dobrý, poněvadž vzájemná komunikace mezi sestrou a lékařem je velice důležitá.

Otázka č. 13: **Pokud lékaři komunikujete pouze o ošetřovatelském procesu a věcech týkajících se zdraví pacienta vadí Vám to?**

tabulka 25: Komunikace o pacientech Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano vadí	10	20
ne nevadí	31	62
nedovedu posoudit	9	18
celkem	**50**	**100**

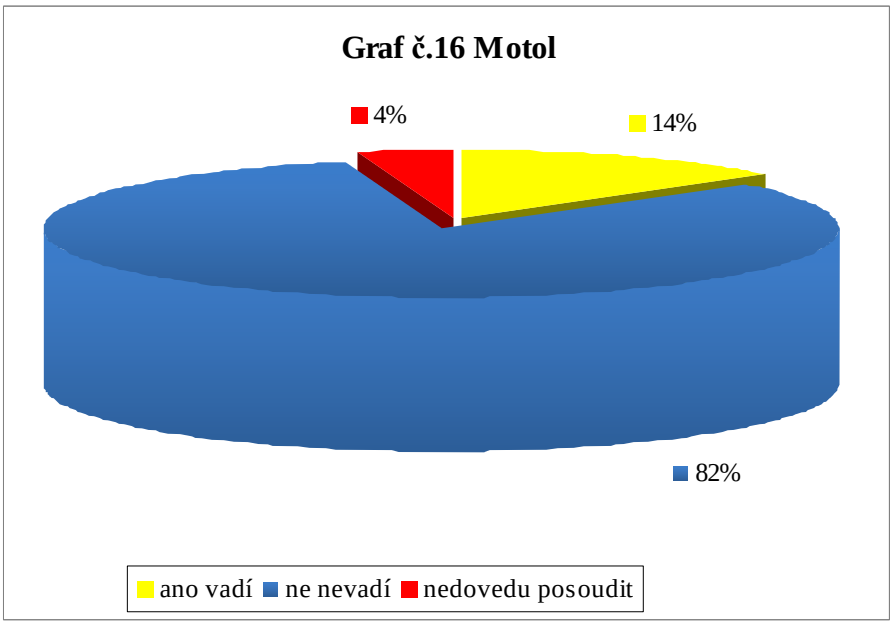


Graf 15. Komunikace o pacientech Třinec

U tabulky č. 23, která hodnotí odpovědi v Nemocnici Třinec se 62% VS shodlo na odpovědi, že jim zájem a komunikace ze strany lékaře pouze o pacienty a ošetřovatelský proces nevadí a vyhovuje. Opačný názor, tedy, že komunikace týkající se pouze pacienta jim vadí, zvolilo 10 sester (20%). 18% na tuto otázku nedokázalo odpovědět.

tabulka 26: Komunikace o pacientech Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano vadí	7	14
ne nevadí	41	82
nedovedu posoudit	2	4
celkem	**50**	**100**



Graf 16. Komunikace o pacientech Motol

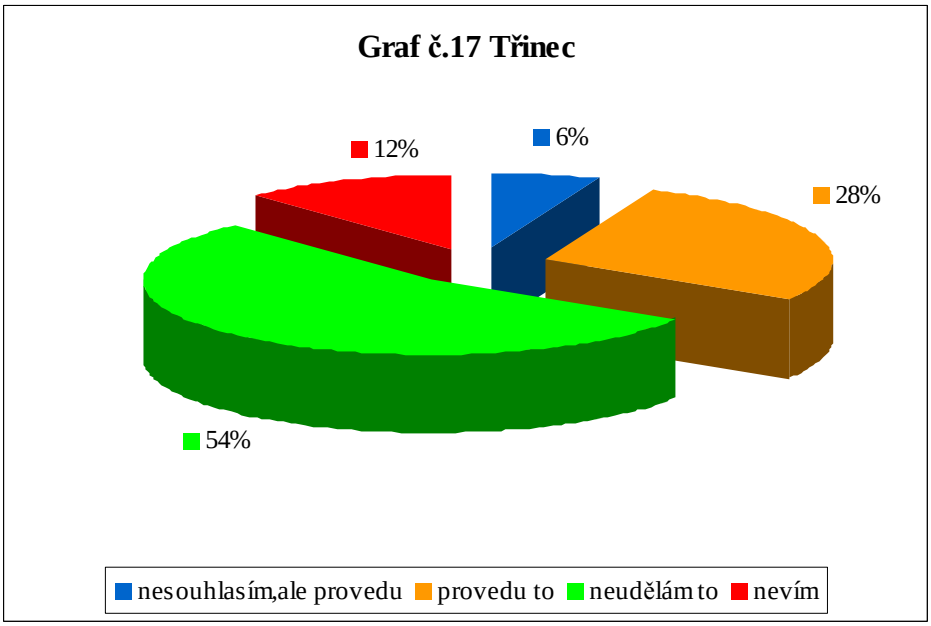
Z tabulky č. 24 lze vyčíst, že v Nemocnici Motol velké většině VS (82%) vyhovuje, když se lékař zajímá pouze o ošetřovatelský proces a o pacienta. 14% dotazovaných sester komunikace s lékařem pouze o ošetřovatelském procesu vadí a rády by si s lékařem popovídaly i o jiných věcech. A pouze 4% VS neodvedly na tuto otázku odpovědět.

Při porovnání odpovědí u této otázky nejsou patrné žádné velké rozdíly. V obou nemocnicích se všeobecné sestry shodly na tom, že jim komunikace pouze o věcech týkajících se zdraví pacienta nevadí.

Otázka č. 14: **Pokud Vám lékař zadá úkol, který není ve Vaší kompetenci, jak zareagujete?**

tabulka 27: Provedení nekompetentního úkolu Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
nesouhlasím,ale provedu	3	6
provedu to	14	28
neudělám to	27	54
nevím	6	12
celkem	**50**	**100**

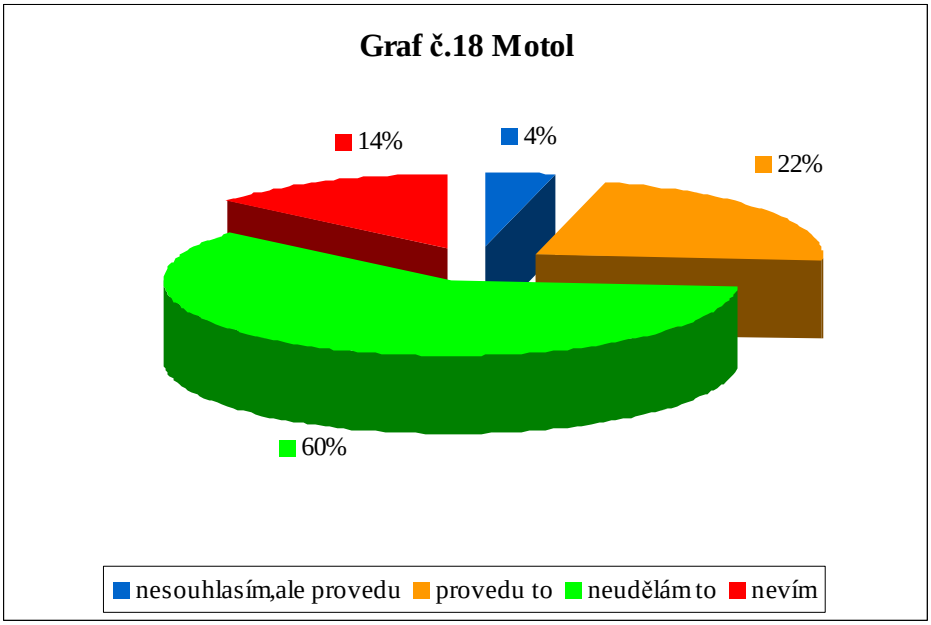


Graf 17. Provedení nekompetentního úkolu Třinec

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak sestry zareagují v případě, že jim lékař zadá práci nebo úkol, který není v jejich kompetenci. V Nemocnici Třinec větší polovina sester (54%) by lékaři slušně odpověděly, že to není jejich povinnost a tudíž to dělat nebudou. 14 dotazovaným sestrám (28%) by to nevadilo a úkol by provedly. 12% sester neví, jak by se v této situaci zachovaly, což si můžeme vysvětlit tím, že se s touto situací buď ještě nesetkaly nebo by záleželo na druhu práce. Nejméně zastoupenou odpovědí bylo v 9%, že i když sestry nesouhlasí, úkol by provedly, aby neměly případné problémy.

tabulka 28: Provedení nekompetentního úkolu Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
nesouhlasím,ale provedu	2	4
provedu to	11	22
neudělám to	30	60
nevím	7	14
celkem	**50**	**100**



Graf 18. Provedení nekompetentního úkolu Motol

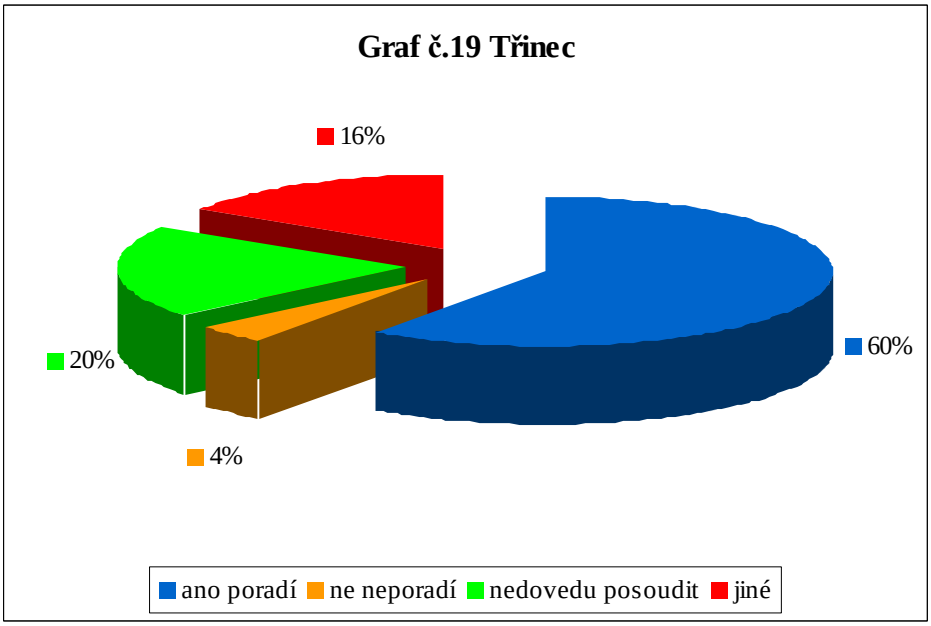
V Nemocnici Motol je podle tabulky č. 26 zřejmé, že 60% dotazovaných sester by úkol, který není v jejich kompetenci neprovedly a lékaři to slušně sdělily. 11 sester (22%) by nekompetentní práci provedlo a 14% sester neví, jak by se v této situaci zachovalo. Nejmenší počet sester (4%) by i přes to, že nesouhlasí, úkol provedlo.

Při srovnání obou tabulek a grafů u této otázky můžu říci, že jak v Nemocnici Motol, tak v Nemocnici Třinec by většina všeobecných sester práci (úkol) zadaný lékařem, který není v jejich kompetenci neprovedly, což lze považovat za dobrý úsudek všech sester a to z toho důvodu, že všeobecné sestry mají provádět ze zákona pouze tu práci a činnost, ke které jsou kompetentní.

Otázka č. 15: **Pokud potřebujete po lékaři pomoc nebo nějakou radu, můžete počítat s jeho pomocí?**

tabulka 29: Pomoc lékaře Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano poradí	30	60
ne neporadí	2	4
nedovedu posoudit	10	20
jiné	8	16
celkem	**50**	**100**

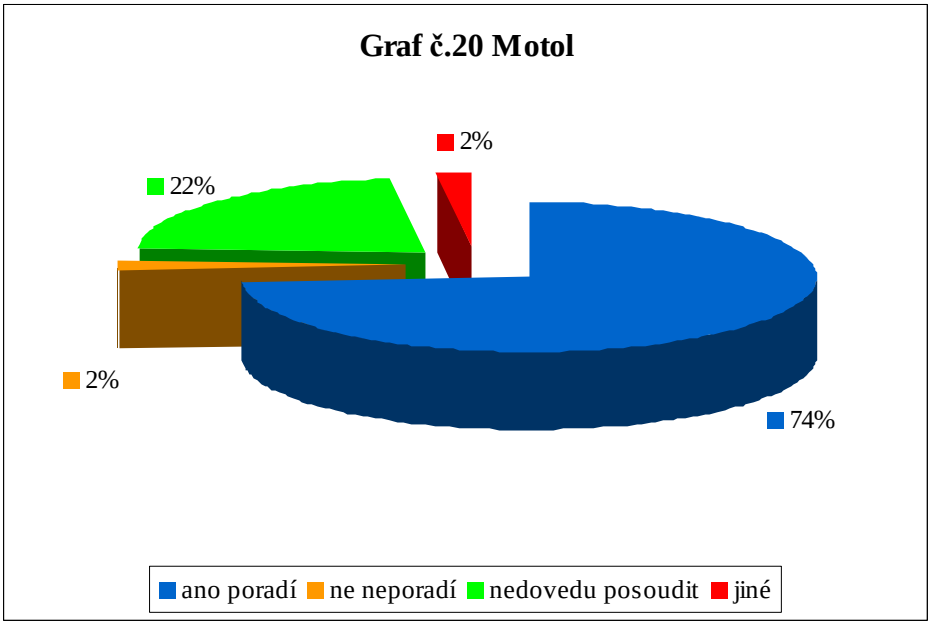


Graf 19. Pomoc lékaře Třinec

Z tabulky č. 27 vidíme, že 30 sester (60%) v Nemocnici Třinec může počítat s tím, že jim lékař bude schopen poradit a budou moct se na něho obrátit s jakýmkoliv dotazem. 20% na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Třetí nejvíce zastoupenou odpovědí byla možnost jiné, kde sestry např. uvedly, že záleží na jednotlivém lékaři (některý je ochoten poradit a pomoct, jiný ne). Pouze 4% byly označeny v odpovědi, že sestry nemohou počítat s lékařskou pomocí a ochotou.

tabulka 30: Pomoc lékaře Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano poradí	37	74
ne neporadí	1	2
nedovedu posoudit	11	22
jiné	1	2
celkem	**50**	**100**



Graf 20. Pomoc lékaře Motol

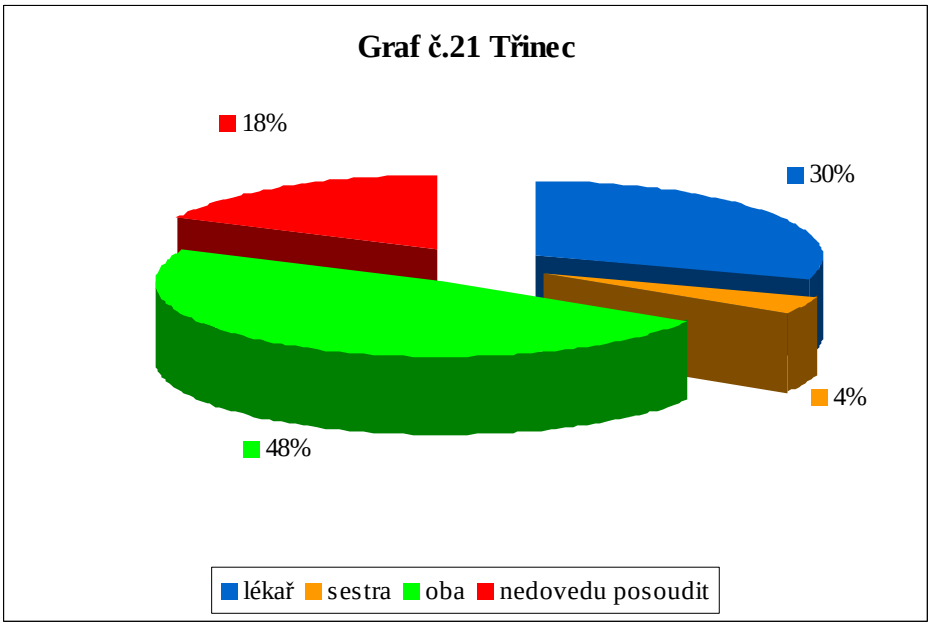
V Nemocnici Motol podle tabulky č. 28 nejvíce dotazovaných sester (74%) označily odpověď, že se na lékaře mohou obrátit s žádosti o pomoc nebo radu. Dalších 22% sester nedovedlo na otázku odpovědět. Odpověď, že se na lékaře nemohou s radou nebo pomocí obrátit a zároveň odpověď jiné zvolilo pouze 2% sester.

Z těchto grafů jednoznačně vyplývá, že jak v Nemocnici Třinec, tak i v Nemocnici Motol se ve velké většině mohou všeobecné sestry obrátit na lékaře s žádostí o pomoc nebo radu. Tato odpověď je uspokojivá, jelikož vzájemná pomoc a poskytnutí rady je v ošetřovatelském týmů velice důležité.

Otázka č. 16: **Na které straně je podle Vás nejčastější příčina problémové komunikace?**

tabulka 31: Příčina problémové komunikace Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
lékař	15	30
sestra	2	4
oba	24	48
nedovedu posoudit	9	18
celkem	**50**	**100**



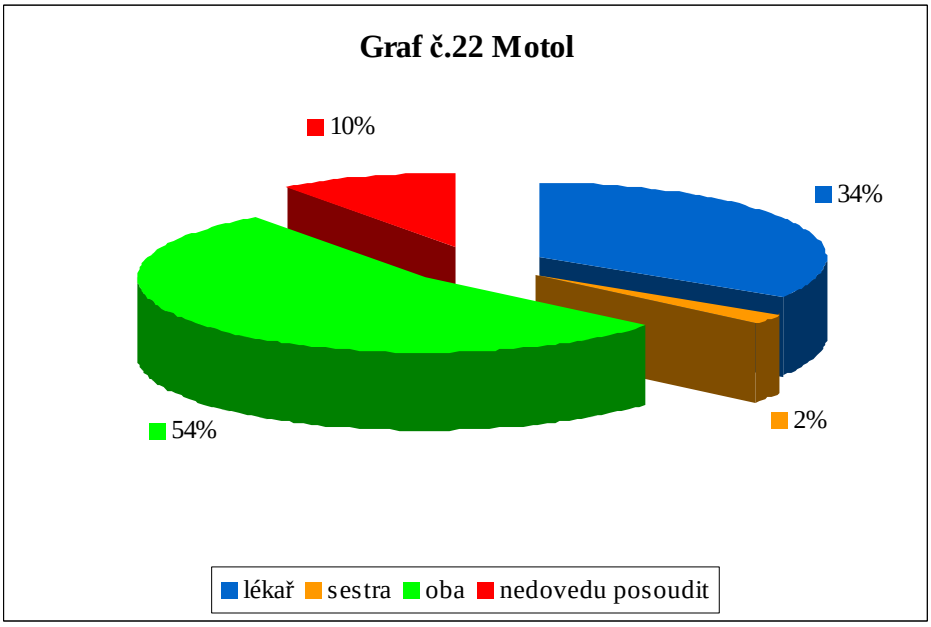
Graf 21. Příčina problémové komunikace Třinec

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sestry dokážou určit, na které straně je podle nich příčina problémové komunikace.

V Nemocnici Třinec 24 sester (48%) usoudilo a označilo, že problémová komunikace je nejčastěji na straně jak sestry, tak i lékaře. 30% sester si naopak myslí, že příčina je na straně lékařů. 9 z dotazovaných sester (18%) příčinu nedokázaly určit nebo je také možné, že tuto položku zvolily z toho důvodu, že nemají pocit, že by komunikace byla problémová. Zbytek dotazovaných sester (4%) určilo příčinu na straně sestry.

tabulka 32: Příčina problémové komunikace Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
lékař	17	34
sestra	1	2
oba	27	54
nedovedu posoudit	5	10
celkem	**50**	**100**



Graf 22. Příčina problémové komunikace Motol

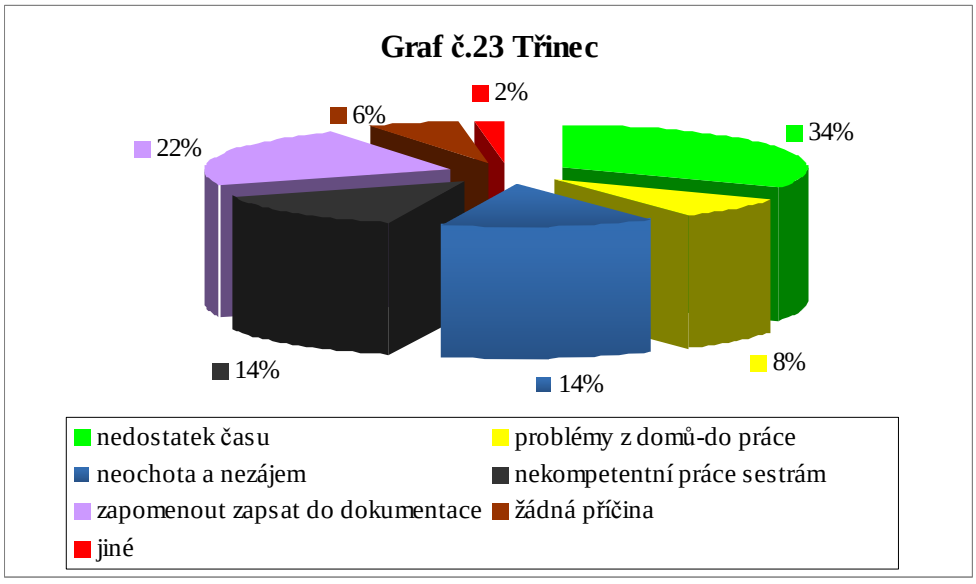
V Motolské nemocnici 27 dotazovaných VS (54%) určilo příčinu problémové komunikace na straně obou (tedy jak sester, tak i lékařů). Že je příčina na straně lékařů se domnívá 34% sester. 10% VS nedovedlo otázku posoudit a pouze 1 sestra určila jako příčinu sestru.

Při porovnání všech odpovědí u obou nemocnic lze zjistit, že VS v obou nemocnicích se domnívají, že příčina problémové komunikace je na straně jak sestry, tak i lékaře. U tohoto výsledku je cenné to, že všeobecné sestry dokázaly uznat, že příčina může tedy být i na jejich straně.

Otázka č. 17: **Jaká příčina (událost) ze strany lékaře podle Vás vede nejčastěji k problémové komunikaci?**

tabulka 33: Příčina ze strany lékařů Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
nedostatek času	16	32
problémy z domů-do práce	4	8
neochota a nezájem	7	14
nekompetentní práce sestrám	7	14
zapomenout zapsat do dokumentace	11	22
žádná příčina	3	6
jiné	1	2
celkem	**50**	**100**



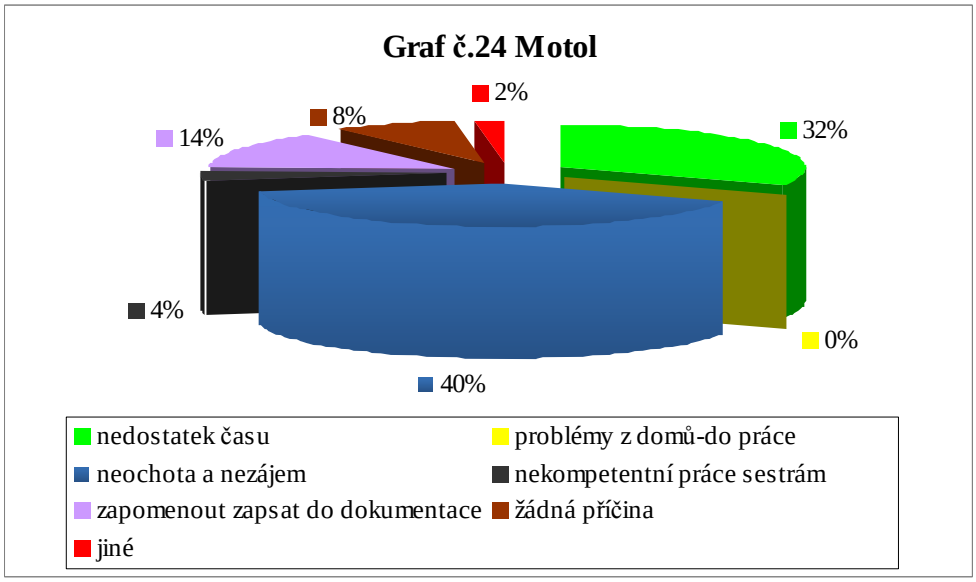
Graf 23. Příčina ze strany lékařů Třinec

U této otázky jsem chtěla zjistit, jaká je nejčastější příčina problémové komunikace ze strany lékařů. V Nemocnici Třinec 32% sester určilo jako nejčastější příčinu problémové komunikace, že lékaři mají nedostatek času ke komunikaci. Další početnou skupinou byly odpovědi, kde sestry označují jako příčinu, že lékaři zapomenou něco zapsat do dokumentace. Tuto odpověď označilo 22% sester. 14% sester se shodlo na odpovědi,

že příčinou může být buď neochota a nezájem lékaře komunikovat a také, když lékaři dávají sestrám práci, která není v jejich kompetenci. Příčinou, kterou je, že si lékaři přenášejí problémy z domácího prostředí do práce zvolilo 8% sester. 6% si myslí, že příčina není žádná. 4% zvolily odpověď jiné a určily, že je to např. z důvodu nadřazenosti lékaře.

tabulka 34: Příčina ze strany lékařů Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
nedostatek času	16	32
problémy z domů-do práce	0	0
neochota a nezájem	20	40
nekompetentní práce sestrám	2	4
zapomenout zapsat do dokumentace	7	14
žádná příčina	4	8
jiné	1	2
celkem	**50**	**100**



Graf 24. Příčina ze strany lékařů Motol

V Nemocnici Motol (viz. tabulka č. 32) je jako hlavní příčina problémová komunikace zvolena neochota a nezájem lékaře komunikovat, kterou označilo 40% sester. 32% sester se domnívá, že je to z nedostatku času ze strany lékařů. Příčina, kdy lékaři zapomenou

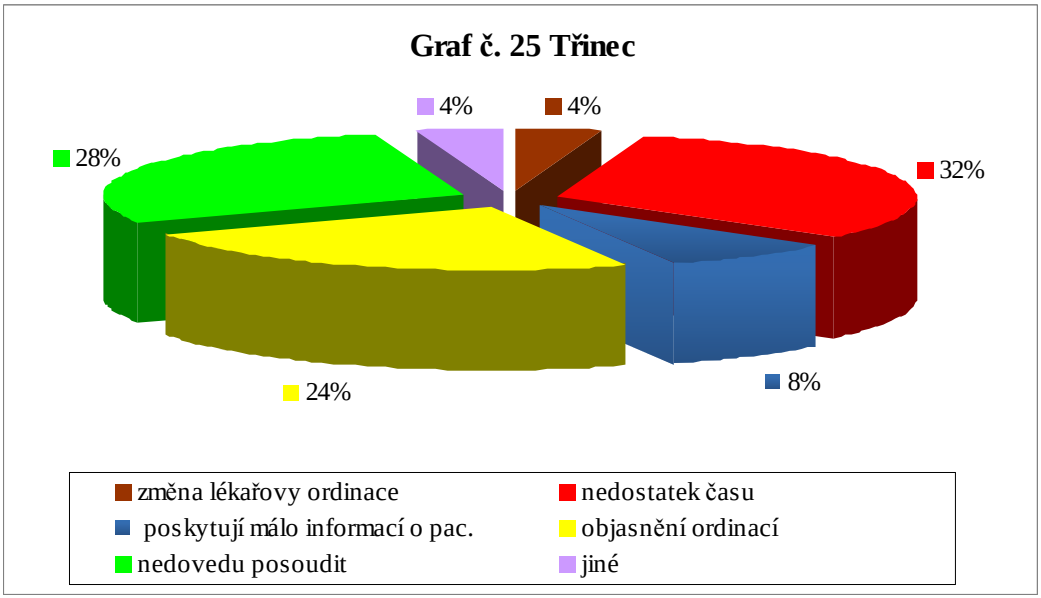
něco zapsat do dokumentace zvolilo 7 sester (14%). 8% sester nevidí žádnou příčinu a pouze 1 sestra (2%) zvolila odpověď jiné.

Z obou grafů a tabulek je patrné, že VS v Nemocnici Třinec vidí příčinu problémové komunikace v nedostatku času u lékařů a sestry v Nemocnici Motol si naopak myslí, že hlavní příčina je neochota a nezájem ze strany lékařů.

Otázka č. 18: **Jaká příčina (událost) ze strany Vás sester způsobuje problémy v komunikaci?**

tabulka 35: Příčina ze strany sester Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
změna lékařovy ordinace	2	4
nedostatek času	16	32
poskytují málo informací o pac.	4	8
objasnění ordinací	12	24
nedovedu posoudit	14	28
jiné	2	4
celkem	**50**	**100**



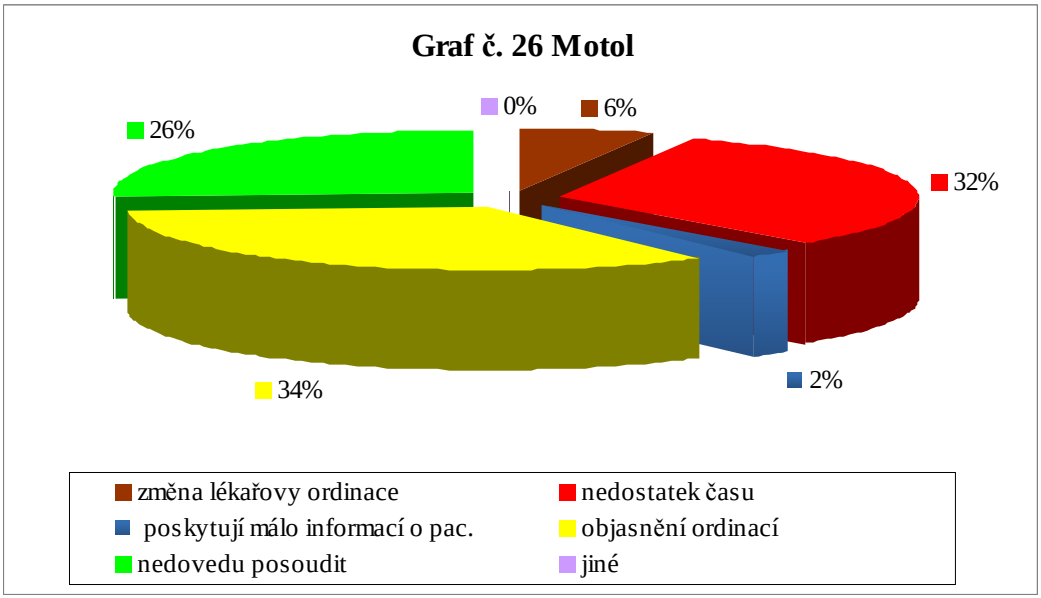
Graf 25. Příčina ze strany sester Třinec

Cílem této otázky bylo zjistit, jakou příčinu problémové komunikace jsou schopny sestry určit na své straně.

V Nemocnici Třinec určilo 32% sester, že nejčastější příčinu vidí v tom, že sestry mají nedostatek času komunikovat s lékaři. Dalších 28% sester tuto otázku nedovedlo posoudit. Další nejvíce zastoupenou odpovědí (24%) byla určena příčina, že se sestry neustále lékaře ptají na objasnění ordinací. 8% sester zvolilo jako příčinu, že sestry poskytují lékařům málo informací o pacientech. Nejmenší počet sester (4%) označilo jako příčinu, že sestry změnily lékařovu ordinaci a další 4% zvolily odpověď jiné.

tabulka 36: Příčina ze strany sester Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
změna lékařovy ordinace	3	6
nedostatek času	16	32
poskytují málo informací o pac.	1	2
objasnění ordinací	17	34
nedovedu posoudit	13	26
jiné	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 26. Příčina ze strany sester Motol

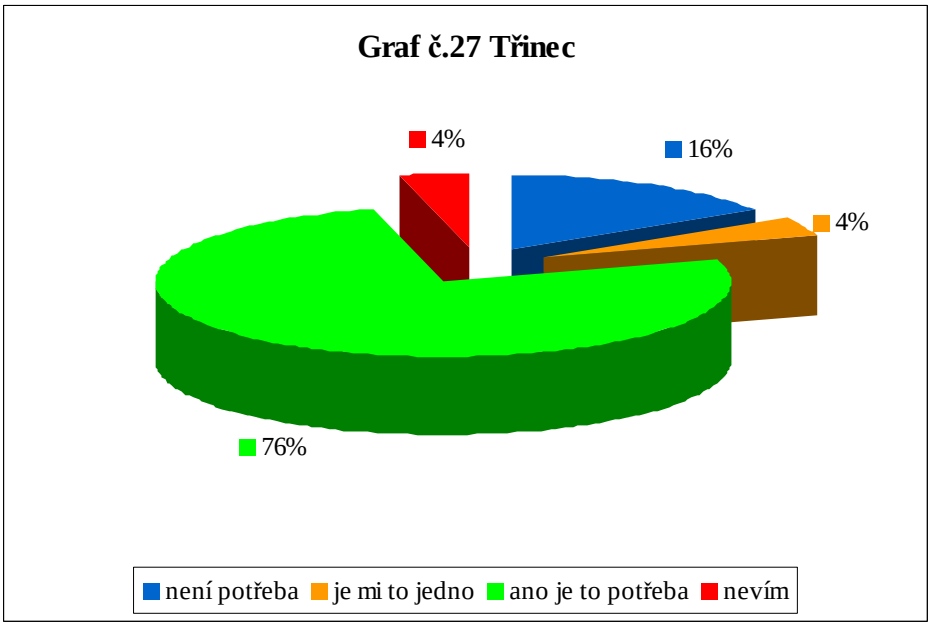
V Nemocnici Motol jako největší příčinu problémové komunikace určilo 17 VS (34%) odpověď, že se sestry neustále ptají lékaře na objasnění ordinací. Těsně za ní skončila odpověď, že sestry mají nedostatek času komunikovat s lékaři a tuto odpověď zvolilo 32% sester. 13 dotazovaných sester (26%) nedokázalo na tuto otázku odpovědět. Dalších 6% sester se domnívá, že příčinou je, když sestry změní lékařovu ordinaci. Pouze 2% sester zvolilo odpověď, že příčina je v tom, že sestry poskytují lékaři málo informací o pacientovi.

Z obou grafů a tabulek lze vyčíst, že v Třinecké nemocnici se nejvíce VS domnívá, že nejčastější příčina je, že sestry mají nedostatek času ke komunikaci s lékaři. Oproti tomu VS v Nemocnici Motol si naopak myslí, že příčinou je, když se sestry neustále ptají lékaře na objasnění ordinací.

Otázka č. 19: **Chtěl (a) byste, aby se zlepšila vzájemná komunikace mezi sestrou a lékařem?**

tabulka 37: Potřeba zlepšení komunikace Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
není potřeba	8	16
je mi to jedno	2	4
ano je to potřeba	38	76
nevím	2	4
celkem	**50**	**100**

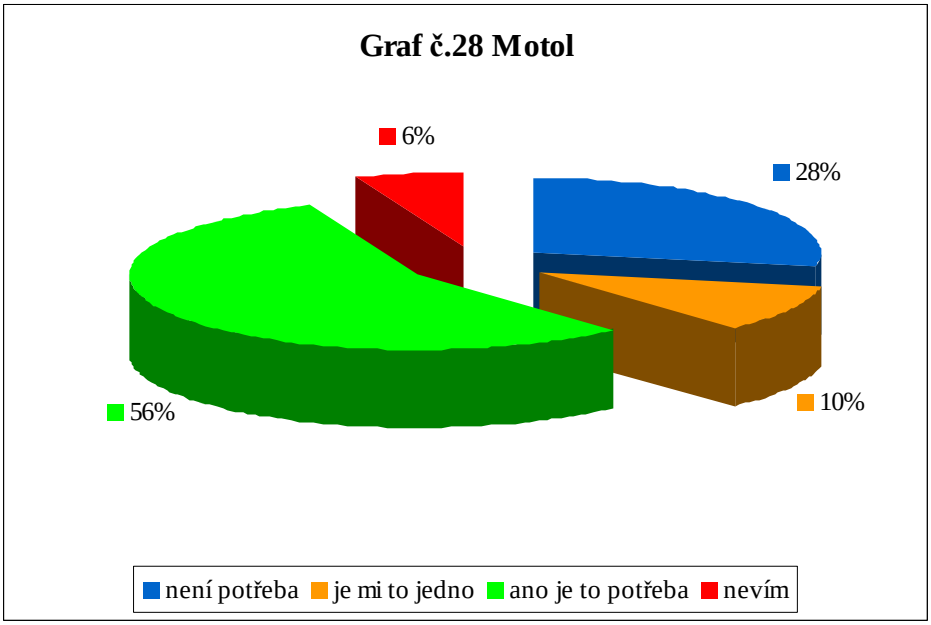


Graf 27. Potřeba zlepšení komunikace Třinec

Podle tabulky č. 36 je patrné, že 38 VS (76%) si myslí, že by bylo potřeba zlepšit vzájemnou komunikaci mezi sestrami a lékaři. 8% se naopak domnívá, že komunikace je v pořádku a není potřeba jejího zlepšení. Zbytek dotazovaných VS (4%) zvolilo odpověď, že neví anebo je jim to jedno.

tabulka 38: Potřeba zlepšení komunikace Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
není potřeba	14	28
je mi to jedno	5	10
ano je to potřeba	28	56
nevím	3	6
celkem	**50**	**100**



Graf 28. Potřeba zlepšení komunikace Motol

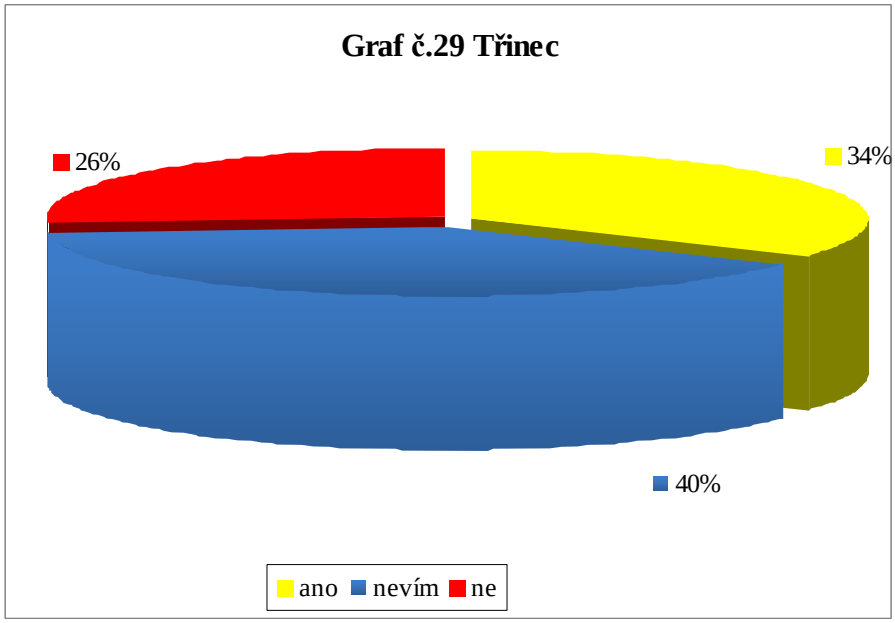
56% VS v Nemocnici Motol se také domnívá, že by bylo potřeba zlepšení komunikace mezi sestrami a lékaři. Opak si myslí 14 VS (28%). 10% VS je to jedno a zbytek, tedy 6% neví, jestli by bylo potřeba zlepšit vzájemnou komunikaci.

Při srovnávání lze zjistit, že většina VS, ať už v Nemocnici Třinec nebo Motol se domnívá, že je potřeba zlepšit vzájemnou komunikaci mezi sestrami a lékaři.

Otázka č.20: **Pokud by se vytvořil nějaký program nebo školení, myslíte si, že by to pomohlo zlepšit vzájemnou komunikaci?**

tabulka 39: Program zlepší komunikaci Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	17	34
nevím	20	40
ne	13	26
celkem	**50**	**100**

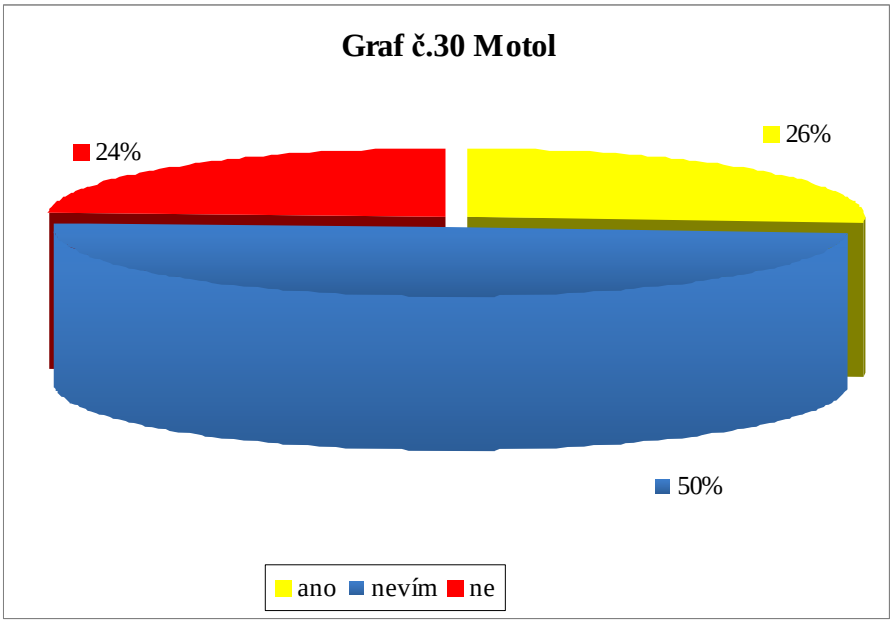


Graf 29. Program zlepší komunikaci Třinec

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit, zda si VS myslí, že pokud by se vytvořil nějaký program nebo školení, zda-li by to pomohlo zlepšit vzájemnou komunikaci. V Nemocnici Třinec si 40% VS neví, jestli by nějaký program mohl zlepšit vzájemnou komunikaci. 34% VS se domnívá, že by to vzájemné komunikaci pomohlo a zbytek VS (26%) si naopak myslí, že by tomu nic nepomohlo.

tabulka 40: Program zlepší komunikaci Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	13	26
nevím	25	50
ne	12	24
celkem	**50**	**100**



Graf 30. Program zlepší komunikaci Motol

V Nemocnici Motol polovina dotazovaných VS (50%) neví, zda-li by nějaký program byl vhodný ke zlepšení vzájemné komunikace. Dalších 26% VS zvolilo odpověď, že by to vzájemné komunikaci pomohlo. Nejmenší počet VS (24%) si naopak myslí,

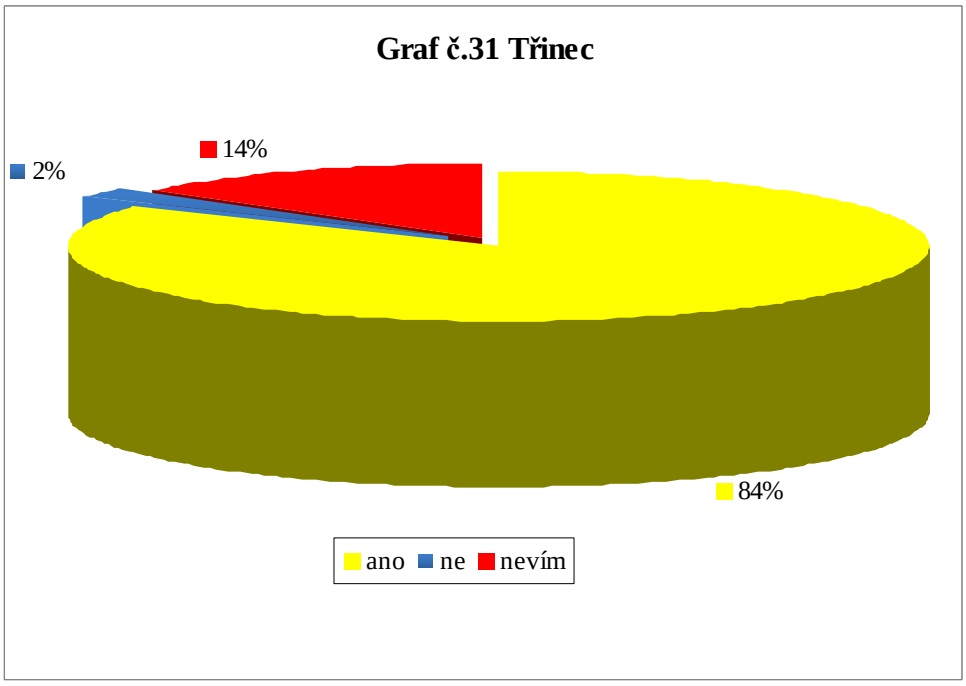
že by žádné školení zlepšení nepřineslo.

U obou nemocnic je podle grafů patrné, že většina VS sester neví, zda-li by vytvořením nějakého programu nebo školení došlo ke zlepšení komunikace mezi sestrami a lékaři.

Otázka č.21: **Zabývá se Vaše nemocnice kvalitou komunikace mezi sestrami a lékaři?**

tabulka 41: Zabývá se nemocnice komunikací Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	42	84
ne	1	2
nevím	7	14
celkem	**50**	**100**

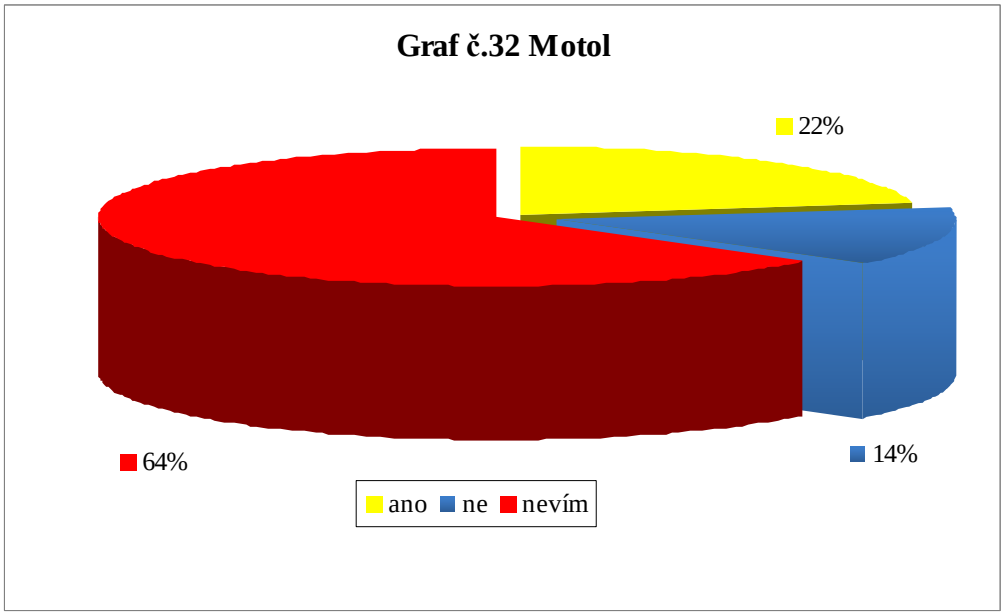


Graf 31. Zabývá se nemocnice komunikací Třinec

U otázky č. 21 bylo mým cílem zjistit, jestli se ve zkoumaných nemocnicích zabývají kvalitou komunikace. Z tabulky č. 39 je patrné, že v Nemocnici Třinec, velká většina všeobecných sester (84%) ví, že se jejich nemocnice kvalitou zabývá. Tento výsledek mohu potvrdit, poněvadž při vykonávání mé odborné praxe v tomto zařízení jsem byla svědkem pořádání povinného kurzu o komunikaci určeného jak pro sestry, tak pro lékaře. 14% VS zvolilo odpověď, že neví a pouze 1 VS (2%) odpověděla, že se nemocnice kvalitou nezabývá.

tabulka 42: Zabývá se nemocnice komunikací Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	11	22
ne	7	14
nevím	32	64
celkem	**50**	**100**



Graf 32. Zabývá se nemocnice komunikací Motol

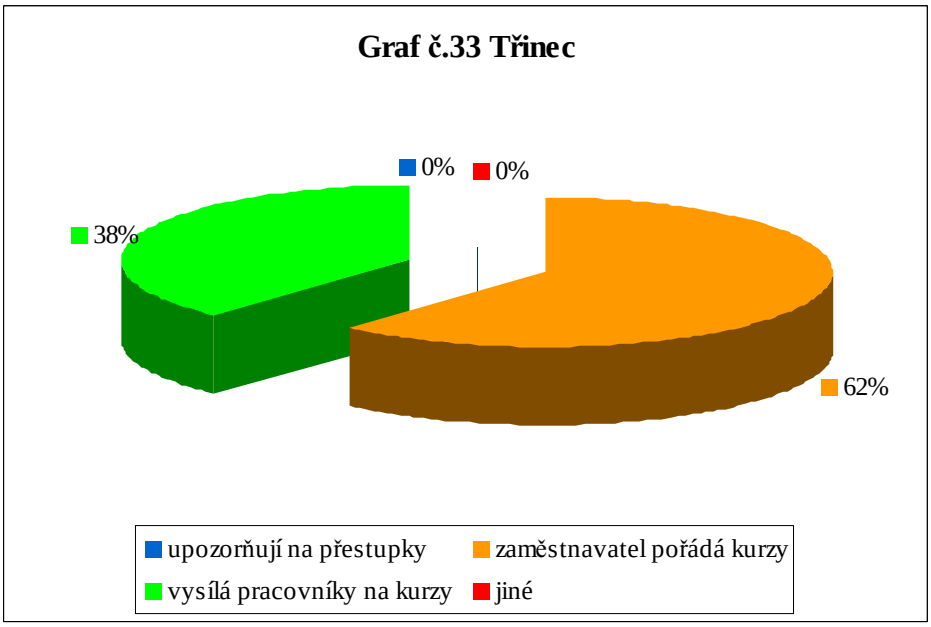
V Nemocnici Motol 64% VS neví, jestli se jejich nemocnice zabývá kvalitou komunikace, což je patrné z tabulky č. 40. Dalších 22% VS zvolilo odpověď, že se jejich nemocnice zabývá kvalitou a zbytek 14% VS odpovědělo, že se nemocnice kvalitou nezabývá.

Při srovnání jsem došla k závěru, že Nemocnice Třinec se podle velké většiny VS zabývá kvalitou komunikace mezi sestrami a lékaři. Naopak v Nemocnici Motol většina VS neví, jestli se jejich nemocnice touto problematikou zabývá.

Otázka č. 22: **Pokud jste u předchozí otázky odpověděli *ano* označte jak se zabývá?**

tabulka 43: Jak se nemocnice Třinec zabývá

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
upozorňují na přestupky	0	0
zaměstnavatel pořádá kurzy	26	62
vysílá pracovníky na kurzy	16	38
jiné	0	0
celkem	**42**	**100**

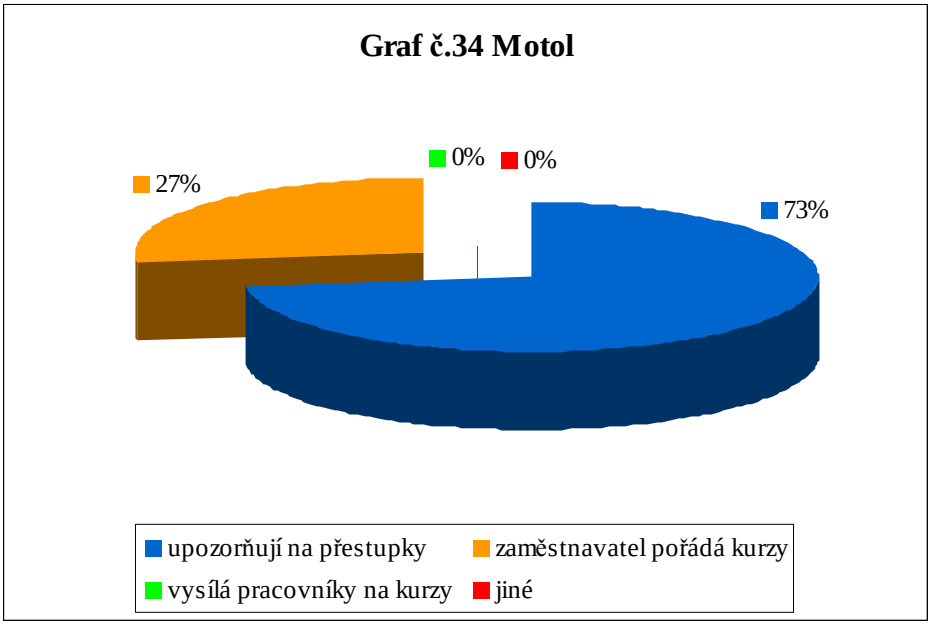


Graf 33. Jak se nemocnice Třinec zabývá

Podle tabulky č. 41 je patrné, že 42 VS, kterým byla určena tato otázka nejvíce (62%) určilo, že zaměstnavatelé jim pořádají kurzy o komunikaci a 32% VS určilo, že je zaměstnavatel vysílá na kurzy komunikace.

tabulka 44: Jak se nemocnice Motol zabývá

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
upozorňují na přestupky	8	73
zaměstnavatel pořádá kurzy	3	27
vysílá pracovníky na kurzy	0	0
jiné	0	0
celkem	**11**	**100**



Graf 34. Jak se nemocnice Motol zabývá

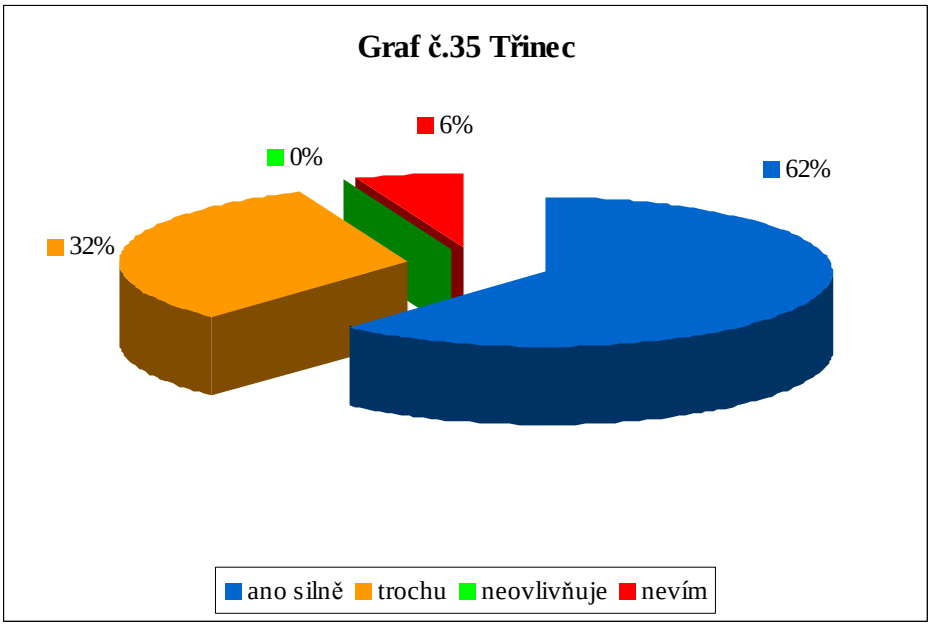
V Nemocnici Motol z 11 dotazovaných VS 73% označilo, že je vedoucí pracovníci upozorňují na přestupky. Nejmenší počet VS (27%) označilo, že zaměstnanci pořádají kurzy o komunikaci.

Při porovnání obou nemocnic je patrné, že Nemocnice Třinec podle většiny VS pořádá kurzy komunikace a v Nemocnici Motol naopak vedoucí pracovníci upozorňují na přestupky.

Otázka č. 23: **Myslíte si, že problémová komunikace mezi sestrou a lékařem ovlivňuje nějak atmosféru na pracovišti?**

tabulka 45: Ovlivnění atmosféry na pracovišti Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano silně	31	62
trochu	16	32
neovlivňuje	0	0
nevím	3	6
celkem	**50**	**100**

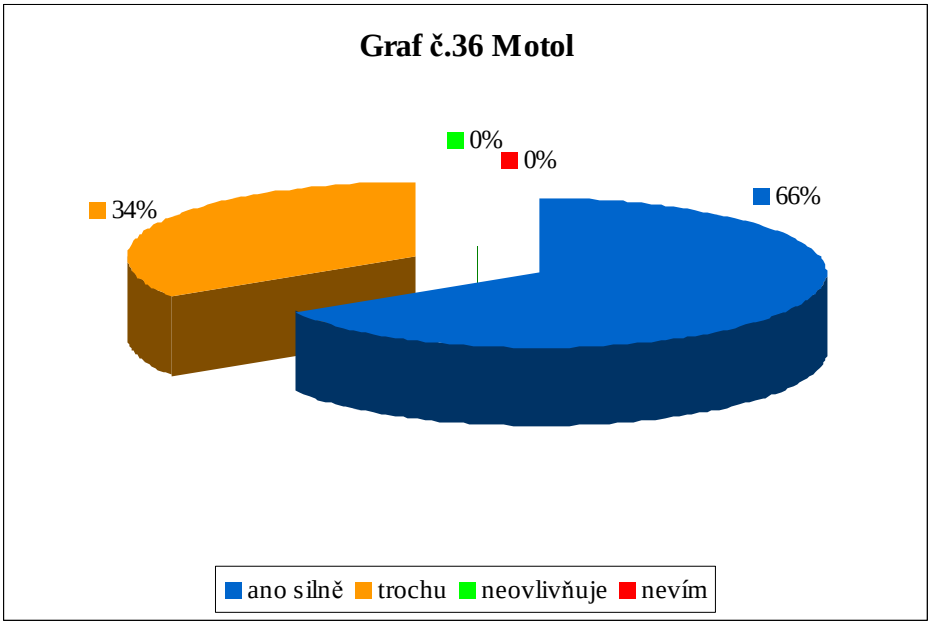


Graf 35. Ovlivnění atmosféry na pracovišti Třinec

Největší počet VS (62%) v Nemocnici Třinec se domnívá, že problémová komunikace silně ovlivňuje atmosféru na pracovišti. Dalších 32% VS si myslí, že to ovlivňuje atmosféru jen trochu. A pouze 3 VS (6%) neví, jestli problémová komunikace morálku ovlivňuje.

tabulka 46: Ovlivnění atmosféry na pracovišti Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano silně	33	66
trochu	17	34
neovlivňuje	0	0
nevím	0	0
celkem	**50**	**100**



Graf 36. Ovlivnění atmosféry na pracovišti Motol

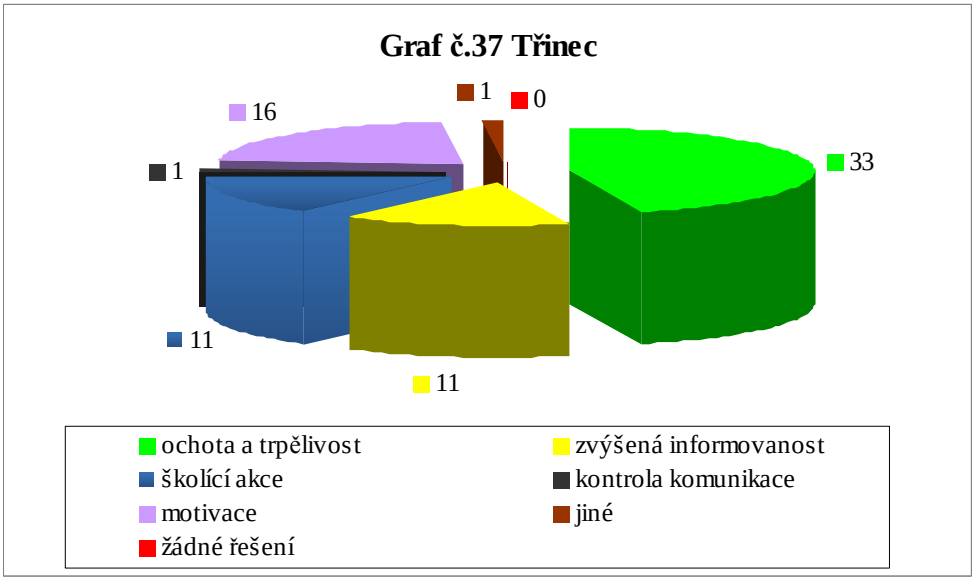
V Nemocnici Motol se 66% VS také domnívá, že problémová komunikace silně ovlivňuje atmosféru na pracovišti. Zbytek VS (34%) se domnívá, že to morálku ovlivňuje jen trochu.

U této otázky jsem zjistila, že v obou nemocnicích se většina VS domnívá, že problémová komunikace mezi sestrou a lékařem silně ovlivňuje morálku a atmosféru na pracovišti.

Otázka č.24: **Co by podle Vás mohlo zlepšit komunikaci mezi sestrou a lékařem? (lze zaškrtnout i více odpovědí)**

tabulka 47: Metody zlepšení Třinec

Odpověď	Četnost (n)
ochota a trpělivost	33
zvýšená informovanost	11
školící akce	11
kontrola komunikace	1
motivace	16
jiné	1
žádné řešení	0

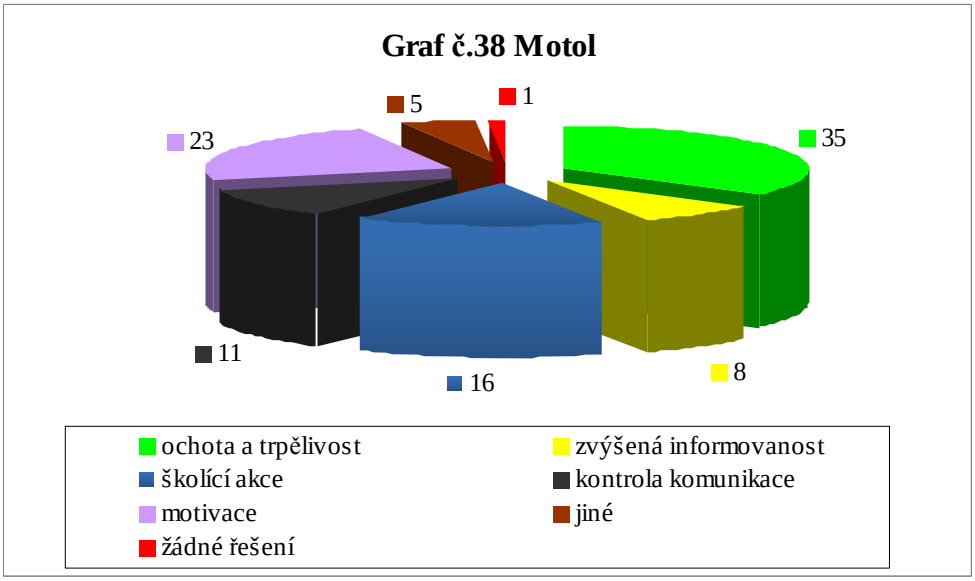


Graf 37. Metody zlepšení Třinec

U této otázky jsem se snažila zjistit, co by podle VS mohlo zlepšit vzájemnou komunikaci. U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí. Většina VS (33) v Nemocnici Třinec se domnívá, že je důležitá ochota, trpělivost a dostatek času ze strany sester i lékařů. Dalších 16 odpovědí bylo označeno u důležitosti motivace zdravotnického týmu. 11 VS zvolilo jak potřebu zvýšené informovaností o správné komunikaci a také snahu o zlepšení týmové komunikace pomocí školících akcí. 1 VS by ocenila vytvoření programu, který by kontroloval způsob komunikace.

tabulka 48: Metody zlepšení Motol

Odpověď	Četnost (n)
ochota a trpělivost	35
zvýšená informovanost	8
školící akce	16
kontrola komunikace	11
motivace	23
jiné	5
žádné řešení	1



Graf 38. Metody zlepšení Motol

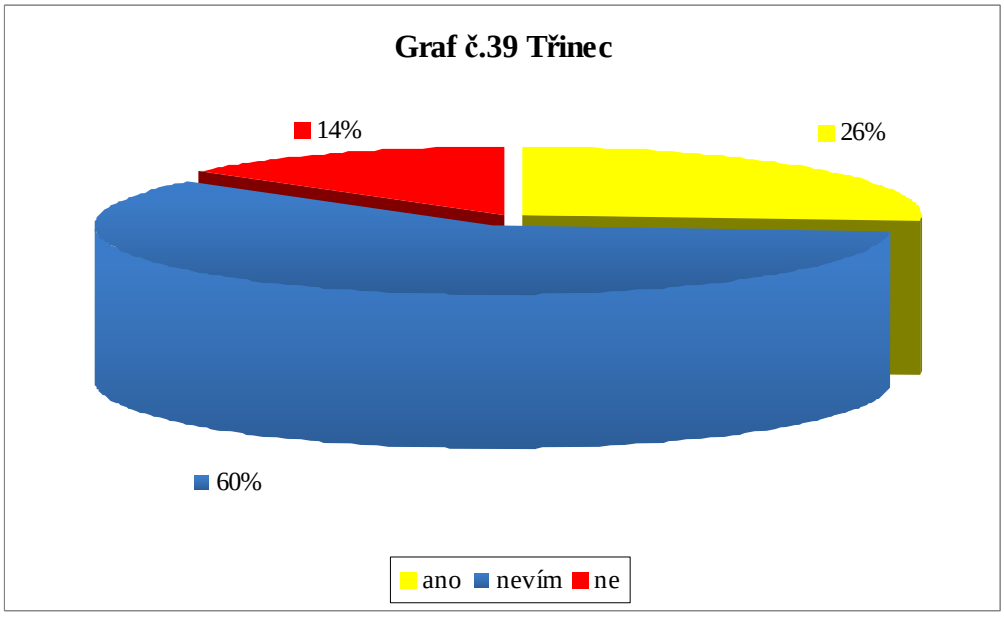
V Nemocnici Motol bylo nejvíce odpovědí (35) zastoupeno rovněž u ochoty, trpělivosti a dostatku času. Dále 26 odpovědí bylo označeno u motivace zdravotnického týmu. Snahu o zlepšení týmové komunikace pomocí školících akcí zvolilo 16 VS, vytvoření programu ke kontrole komunikace zvolilo dalších 11 VS. 8 VS označilo zvýšenou informovanost o správné komunikaci, 5 odpovědí bylo označeno u položky jiné, kde např. napsaly, že VS by si měly stát za svým názorem. Pouze 1 zastoupenou položkou byla odpověď, že jakékoliv řešení by bylo neúspěšné.

Při porovnání Nemocnice Třinec a Motol je patrné, že nejvíce VS se domnívá, že komunikaci mezi sestrou a lékařem lze zlepšit hlavně ochotou, trpělivostí a dostatkem času u obou skupin.

Otázka č.25: **Pokud by se Vám naskytla možnost nějakého školení nebo kurzu pro zlepšení vzájemné komunikace využil (a) byste toho ve svém volném čase?**

tabulka 49: Využití možnosti kurzu Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	13	26
nevím	30	60
ne	7	14
celkem	**50**	**100**

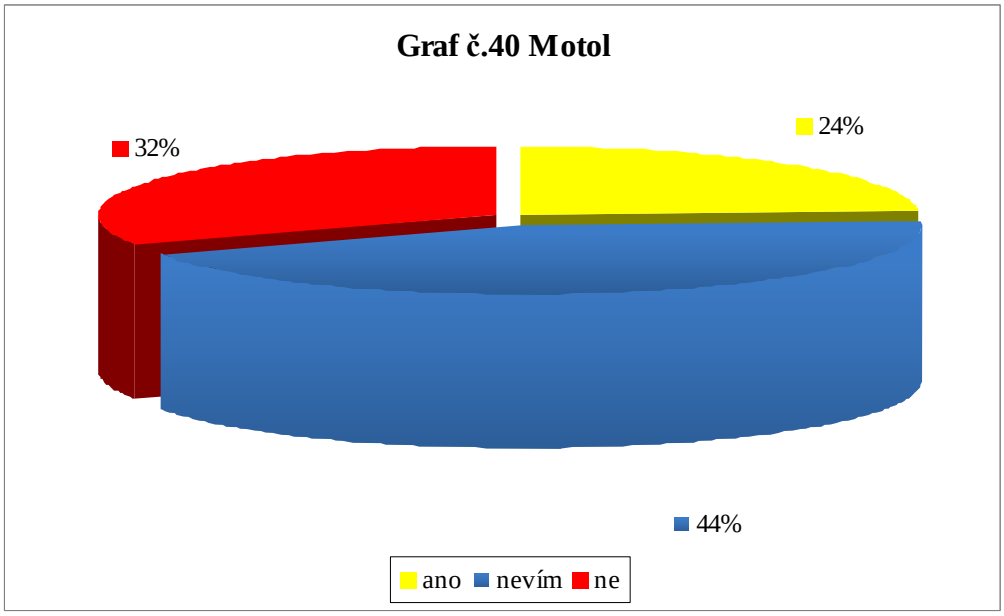


Graf 39. Využití možnosti kurzu Třinec

Z tabulky č. 47 je viditelné, že 60% VS v Nemocnici Třinec neví, jestli by využily možnost školení či kurzu pro zlepšení komunikace, což lze možná vysvětlit tím, že s tímto už mají zkušenost a neví, zda-li by bylo k něčemu vhodné to využít znova. 26% VS by naopak možnost využily a pouze 14% VS by o takovou nabídku zájem nemělo.

tabulka 50: Využití možnosti kurzu Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	12	24
nevím	22	44
ne	16	32
celkem	**50**	**100**



Graf 40. Využití možnosti kurzu Motol

V Nemocnici Motol 44% VS zvolilo odpověď, že neví, jestli by možnost školení využily. 32% VS o školení nebo kurz zájem nemá a 24% by naopak nabídku využilo.

Z grafů a tabulek u této otázky je zřejmé, že většina VS v Nemocnici Třinec i Motol neví, zda-li by využily možnost školení nebo kurzu pro zlepšení vzájemné komunikace.

5.2 Grafické zpracování dotazníků pro lékaře

Otázka č.1: **Pohlaví**

tabulka 51: Pohlaví Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
žena	3	37
muž	5	63
celkem	**8**	**100**

tabulka 52: Pohlaví Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
žena	1	17
muž	5	83
celkem	**6**	**100**

Z tabulek je patrné, že v obou zařízeních mezi dotazovanými lékaři byla většina mužského pohlaví (v Třinci je to 63% a v Motole 83%).

Otázka č.2: **Jste spokojen (a) s komunikaci se sestrami na Vašem oddělení, v nemocnici?**

tabulka 53: Spokojenost v komunikaci Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
spokojen	4	49
mohlo by to být lepší	1	13
nespokojen	0	0
nedovedu posoudit	3	38
jiné	0	0
celkem	**8**	**100**

Z 8 dotazovaných lékařů 49% je spokojeno v komunikaci se sestrami. 38% na tuto otázku nedovedlo odpovědět a zbytek, tedy 13% lékařů, usoudilo, že by komunikace mohla být lepší.

tabulka 54: Spokojenost v komunikaci Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
spokojen	3	50
mohlo by to být lepší	3	50
nespokojen	0	0
nedovedu posoudit	0	0
jiné	0	0
celkem	**6**	**100**

V Nemocnici Motol z 6 dotazovaných lékařů polovina (50%) je spokojena s komunikací a druhá polovina (50%) odpověděla, že by to mohlo být lepší.

Při srovnání je zřejmé, že v Nemocnici Třinec jsou lékaři spokojeni v komunikaci se sestrami a v Nemocnici Motol jsou zároveň spokojeni a zároveň usoudili, že by komunikace mohla být lepší.

Otázka č.3: **Pokud jste u předchozí otázky uvedl (a) *nespokojen,* na jaké straně je podle Vás chyba?**

Vzhledem k tomu, že nespokojenost v komunikaci se sestrami neuvedl ani jeden lékař z jedné nemocnice, můžeme tuto otázku přeskočit.

Otázka č. 4: **Dokázal (a) byste uvést příklady nebo situace, které Vám na sestrách vadí a mohou tudíž vést k problémové komunikaci?**

K této otázce se nevyjádřil ani jeden z respondentů, proto opět tuto otázku nemůžu vyhodnotit.

Otázka č. 5: **Myslíte si, že by bylo vhodné zlepšit vzájemnou komunikaci mezi sestrami a lékaři?**

tabulka 55: Zlepšení komunikace Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
pouze u sester	0	0
pouze u lékařů	0	0
u obou	1	13
není potřeba	4	49
nedovedu posoudit	3	38
celkem	**6**	**100**

Podle tabulky č. 53 jsem zjistila, že většina lékařů (49%) v Nemocnici Třinec nevidí potřebu zlepšovat vzájemnou komunikaci. 38% na tuto otázku nedovedlo odpovědět a pouze 1 lékař (13%) se domnívá, že by bylo potřeb zlepšit komunikaci jak u sester, tak u lékařů.

tabulka 56: Zlepšení komunikace Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
pouze u sester	0	0
pouze u lékařů	0	0
u obou	0	0
není potřeba	5	83
nedovedu posoudit	1	17
celkem	**6**	**100**

V Nemocnici Motol se 5 z 6 lékařů (83%) domnívá, že taktéž není potřeba zlepšovat komunikaci mezi sestrami a lékaři. Pouze 1 lékař tuto otázku nedovedl posoudit.

Při srovnání můžu říci, že v obou nemocnicích lékaři nemají potřebu zlepšovat vzájemnou komunikaci mezi sestrami a lékaři.

Otázka č.6: **Pokud by jste měl (a) možnost nějakého kurzu nebo školení pro zlepšení vzájemné komunikace využil (a) byste toho ve svém volném čase??**

tabulka 57. Využití kurzu Třinec

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	0	0
nevím	5	62
ne	3	38
celkem	**8**	**100**

V Nemocnici Třinec podle tabulky č. 55 je zřejmé, že 62% lékařů neví, jestli by využilo možnost nějakého kurzu nebo školení pro zlepšení vzájemné komunikace. 38% zvolilo odpověď,
že by tuto možnost nevyužilo.

tabulka 58. Využití kurzu Motol

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	0	0
nevím	3	50
ne	3	50
celkem	**6**	**100**

V Nemocnici Motol podle tabulky č. 56 je patrné že polovina lékařů (50%) neví, jestli by využila možnosti školení pro zlepšení komunikace a druhá polovina (50%) se domnívá, že by tuto možnost nevyužila.

Na závěr můžu říci, že v Nemocnici Třinec většina lékařů neví, zda by využila možnosti školení pro zlepšení vzájemné komunikace mezi sestrami a lékaři a v Nemocnici Motol polovina lékařů také neví a druhá polovina, by tuto možnost nevyužila.

6 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

V praktické části se pomocí vyhodnocených dotazníků dozvídáme několik zajímavých výsledků a pomocí nich můžeme vyhodnotit mnou stanovené hypotézy.

Cíl č.1: Zjistit, zda jsou všeobecné sestry spokojeny v komunikaci s lékaři

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že většina všeobecných sester je spokojena v komunikaci s lékaři.

Graf č. 1 a č. 2 znázorňuje škálu spokojenosti sester v komunikaci. Největší procentuální četnost byla jak v Nemocnici Třinec tak v Nemocnici Motol shodně označena u bodu 2. Tím lze potvrdit, že sestry jsou spokojeny v komunikaci s lékaři a proto hypotézu č.1 přijímám.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že všeobecné sestry jsou nejvíce spokojeny v komunikaci s lékaři, která je zaměřena na osobní věci a problémy.

V otázce č. 8 největší procentuální četnost byla u obou nemocnic označena u položky, že komunikace je zaměřena pouze na péči o pacienta a ošetřovatelský proces.

K předchozí otázce se vztahuje také otázka č. 13, která zkoumala, jestli právě všeobecným sestrám vadí, pokud je komunikace mezi sestrou a lékařem zaměřena pouze na péči o pacienty. Podle grafů č.15 a č.16 jsem zjistila, že velké většině VS to nevadí a dokonce jim to i vyhovuje. Pouze 20% VS v Nemocnici Třinec a 7% VS v Nemocnici Motol to vadí a rády by si také s lékařem popovídaly i o jiných osobních věcech. Proto tuto hypotézu vyvracím.

Za zmínku také stojí otázka č. 12, která měla zjistit, ve které z uvedených možností jsou VS nejvíce spokojeny v komunikaci. Velká většina VS je spokojena, když sestra a lékař spolu otevřeně komunikují a sestra nabízí své názory a zkušenosti. Toto je velmi podstatné, poněvadž sestra a lékař tvoří jeden zdravotnický tým, měli by mít stejný cíl a vzhledem k tomu, že každý má svou specifickou roli, tak by si měli vzájemně pomáhat a předávat informace, zkušenosti a rady.

Cíl č.2: Zjistit, nejčastější příčinu problémové komunikace mezi sestrou a lékařem.

Hypotéza č. 3: Domnívám se, že nejčastější příčinou problémové komunikace je nedostatek času a neochota ze strany lékařů.

K této hypotéze je stanovena otázka č. 17, ke které jsou vypracovány grafy č.23 a č.24. Podle VS v Nemocnici Třinec je hlavní příčinou problémové komunikace nedostatek času ze strany lékařů a v Nemocnici Motol je naopak podle nejčastější příčina v neochotě a nezájmu komunikovat. Tuto hypotézu proto přijímám. Nedostatek času u lékařů lze vysvětlit velkým množstvím práce a ordinací, zvláště u lékařů, kteří ještě jsou navíc také operatéry a musí zároveň operovat a také si zároveň udělat vizitu a ordinace na svém oddělení. Neochota a nezájem komunikovat je už ale nehodným chováním každého lékaře.

Hypotéza č. 4: Domnívám se, že nejčastější příčina problémové komunikace ze strany sester není, že poskytují lékařům o pacientovi málo informací.

Průzkumem u otázky č. 18 jsem chtěla zjistit, jakou příčinu problémové komunikace jsou schopny určit sestry na své straně. VS v Nemocnici Třinec vidí příčinu v nedostatku času komunikovat s lékaři, což lze také vysvětlit tím, že mají VS hodně práce. V Nemocnici Motol se VS domnívají, že příčina je v tom, když se sestry neustále ptají na objasnění ordinací. Ale pokud lékař ve spěchu do dokumentace napíše něco nečitelně nebo dokonce se ta ordinace zdá sestře nepřiměřená nebo dokonce nevhodná, není divu, že se radši několikrát lékaře pro jistotu zeptají na objasnění. Tuto hypotézu proto přijímám.

Cíl č.3: Zjistit, zda je možné zlepšit úroveň vzájemné komunikace.

Hypotéza č.5: Domnívám, se že komunikaci lze zlepšit větším zájmem všeobecných sester i lékařů o tuto problematiku.

Průzkumem u otázky č. 19 jsem zjistila, že většina VS by si přála, aby se zlepšila vzájemná komunikace mezi sestrou a lékařem, ale pomocí otázky č. 20 většina VS v Nemocnici Třinec a Motol neví, zda-li by se vzájemná komunikace dala zlepšit pomocí vytvoření nějakého programu nebo školení. Na otázku, zda-li by VS využily možnost nějakého školení ve svém volném čase, většina VS v obou zkoumaných nemocnicích uvedla, že neví.

Právě pomocí otázky č. 24 jsem se chtěla dozvědět, co by podle VS mohlo nejlépe zlepšit vzájemnou komunikaci. Největší procentuální četnost určily VS v obou nemocnicích u ochoty, trpělivosti a dostatku času u sester i lékařů. Proto tuto hypotézu přijímám.

Dalším velmi významným ukazatelem bylo procentuální vyjádření respondentů na otázku, jestli se jejich nemocnice zabývá kvalitou komunikace. V Nemocnici Třinec podle 84% VS se nemocnice kvalitou komunikace zabývá a to tím způsobem, že zaměstnavatel pořádá kurzy komunikace. Oproti tomu v Nemocnici Motol 64% VS neví jestli se jejich nemocnice zabývá kvalitou komunikace. Z 11 VS 8 určilo, že je pouze vedoucí pracovníci upozorňují na přestupky.

Krátkým průzkumným řešením u lékařů bylo zjištěno, že lékaři jsou v komunikaci se sestrami spokojeni a jako příčinu problémové komunikace nebyl určen ani jeden důvod a příčina. Většina lékařů v obou zkoumaných nemocnicích se domnívá, že není potřeba zlepšovat vzájemnou komunikaci a při otázce zda-li by využili nějaké možnosti pro zlepšení komunikace většina odpověděla, že neví anebo že ne.

DISKUSE

V prvních pěti otázkách jsem se zabývala charakteristikou zkoumaného vzorku (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe a typ pracoviště). Ukázalo se, že v obou zařízeních mají největší zastoupení VS ve věkové kategorii 19-30 let (tabulka č. 3 a 4). Dále se dozvídáme, že většina VS absolvovalo pouze střední školu a podle grafů č. 7 a 8, který nám ukazuje délku praxe ve zdravotnictví, je vidět převaha sester, které pracují ve zdravotnictví 1-10 let. Zajímavé je to vzhledem k tomu, že se stále více diskutuje o tom, jak je málo zdravotních sester, že mladé sestry nacházejí lepší pracovní uplatnění v zahraničí, a také že studují vysoké školy.

Další šetření se týkalo spokojenosti VS v komunikaci. Výsledky byly uspokojivé. V obou nemocnicích VS sestry na škále spokojenosti od -3 do 3 označily bod 2, což lze považovat za téměř úplnou spokojenost. V otázce č. 7 se VS konkrétně vyjádřily, čeho si v komunikaci s lékařem nejvíce váží. Největší procentuální zastoupení VS (40%) v Třinci bylo u odpovědi, když je lékař schopen přiznat chybu a omluvit se. Tuto odpověď zvolilo i 30% VS v Motole zároveň s tím, když je lékař schopen udělat si čas, i když ho nemá nazbyt. Myslím si, že tyto situace jdou opravdu časté a bylo by potřeba, aby si samotní lékaři uvědomili, jak je nutné z jejich strany udělat si nejenom čas ke komunikaci, ale mít dostatek trpělivosti, umět pochválit, ale také se omluvit. Dále se můžeme dozvědět, že v obou nemocnicích je komunikace mezi sestrou a lékařem zaměřena především na pacienty a ošetřovatelský proces, což je správné, neboť je to jedna z hlavních rolí zdravotníků. Já jsem se ovšem se domnívala, že sestry jsou spíše spokojeny, když si s lékařem mohou popovídat i např. o osobních věcech. To se mi ale pomocí otázky č.13 vyvrátilo, kde 62% VS v Třinci a 82% v Praze odpovědělo, že jim komunikace pouze o pacientech a ošetřovatelské procesu nevadí a vyhovuje.

Dalším mým cílem bylo zjistit nejčastější příčinu problémové komunikace ze strany lékaře i sestry. Z odpovědí mi vyplynulo, že podle většiny VS v Nemocnici Třinec je u lékařů příčina nedostatek času a podle VS v Nemocnici Motol je to neochota a nezájem komunikovat. VS v Nemocnici Motol uvedly, že příčina na jejich straně se nejčastěji vyskytuje po dotazu nebo žádosti o objasnění ordinace lékaře a VS v Třinci uvedly, že je to rovněž jak u lékařů z nedostatku času. Výsledky mého šetření se trochu ztotožňují s výsledky průzkumu prováděného A. H. Rosesteinem uvedeném v časopise American

of Nursing. [1] Podle průzkumu mezi lékaři nebyla uvedena žádná příčina a důvod problémové komunikace na straně jejich nebo sester.

Mým posledním cílem bylo zjistit, zda je možné zlepšit úroveň komunikace. Tady se mi dostalo celkem zajímavých výsledků. Většina VS (76%) v Nemocnici Třinec se domnívá, že by bylo potřeba zlepšit vzájemnou komunikaci, ale zároveň 40% neví, zda-li by tomu zlepšení pomohlo vytvoření nějakého programu nebo školení. Lze si to vysvětlit tím, že Nemocnice Třinec pořádala seminář, týkající se efektivní komunikace, který byl určen jak pro sestry, tak pro lékaře. Tento seminář bohužel absolvovaly většinou jen sestry, což určitě nepřineslo ten správný efekt, kvůli kterému byl seminář organizován. 56% VS v Nemocnici Motol se také domnívá, že by bylo vhodné zlepšení vzájemné komunikace, ale 50% opět neví, jestli by tomu pomohlo vytvoření nějakého školení. Oproti Nemocnici v Třinci, 64% VS v Motole ale neví, jestli se jejich nemocnice zabývá kvalitou komunikace. Na tomto mě překvapuje to, že ve Fakultní Nemocnici, jakou je Motol, většina sester ani neví, zda-li se jejich nemocnice zabývá kvalitou komunikace. Vysvětluji si to možná tím, že Nemocnice Třinec je poměrně „malá“ nemocnice, kde vztahy a komunikace uvnitř jsou vhodně vzájemně propletené a tudíž je i velký zájem ze strany vedení, aby taková to komunikace byla co nejvíc efektivní.

ZÁVĚR

V bakalářské práci nazvané Komunikace mezi sestrami a lékaři jsem se zaměřila na problematiku komunikace právě mezi těmito dvěmi skupinami, příčiny vzniku problémové komunikace a případné možnosti zlepšení. Tato bakalářská práce byla pro mě přínosná a obohacující.

Při mém dotazníkovém šetření jsem se ze stran sester (až na malé výjimky) setkala většinou s ochotou dotazník vyplnit, i když mi většina sester řekla, že je těžké hodnotit komunikaci s lékaři hromadně. Že je to různé a komunikace hodně záleží na jednotlivém lékaři a ne všechny lze „házet do jednoho pytle“. Obtížnější byla návratnost dotazníků a ochota ze strany lékařů. Na vyplněné dotazníky od lékařů, jsem čekala delší dobu a bohužel se mi nevrátil ani počet, který jsem původně chtěla použít na výsledné šetření.

Téma komunikace ve zdravotnictví je téma velice důležité a v současném ošetřovatelství má nezbytný význam. Proto si myslím, že toto téma bude určitě vhodné i pro další odborné výzkumy a šetření.

Z mého šetření bylo zjištěno, že sestry i lékaři sice jsou spokojeni se vzájemnou komunikaci, ale přesto by uvítali, kdyby ke zlepšení ještě došlo. Jenže na druhou stranu, jak sestry, tak lékaři neví, zda-li by nějakou metodu na zlepšení využili. Můžu ale potvrdit, že cíle, které jsem si pro tuto problematiku vyčlenila byly splněny.

Proto bych pro praxi dále doporučila:

- Snaha o dostatek ochoty, trpělivosti a času ke komunikaci.
- Zvýšit dostupnost kurzů a seminářů, které by byly určeny, jak pro sestry, tak pro lékaře, s tím, že by je opravdu navštěvovali obě tyto skupiny.
- Motivovat zdravotnický tým, např. motivačním vzorem, který je vede ke správné komunikaci.
- Seznamovat sestry i lékaře se zásadami etického chování.
- Pomocí supervize kontrolovat komunikaci, nevhodné chování netolerovat, ale řešit.

Tento článek by měl být po předchozí domluvě s redakcí časopisu Sestra publikován v tomto roce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BÁRTLOVÁ , Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4. přeprac. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 167 s. ISBN 80-7013-355-4.

[2] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. vyd. Praha : Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

[3] BARTOŠÍKOVÁ, Ivanka. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 203 s. ISBN 80-7013-288-4.

[4] BLÁHA, Karel, STAňKOVÁ , Marta. *České ošetřovatelství 13 : Sestra a pacient (komunikace v praxi)*. Brno : NCONZO, 2004. 68 s. ISBN 80-7013-388-0

[5] FRIEDEL, John, PETERS-KÜHLINGER, Gabriele. *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1517-1.

[6] JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

[7] KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

[8] KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.

[9] LINHARTOVÁ , Věra. *Praktická komunikace v medicíně.* Praha : Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

[10] POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno : NCONZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

[11] ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetřovatelský management* . 1. vyd. Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

[12] VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

[13] ŠťASTNÁ , Olga. *Duševní hygiena sester ve vedoucích funkcích*. [s.l.], 2008. 89 s. Vedoucí bakalářské práce Brabcová Iva. Dostupný z WWW: <http://theses.cz/id/l3kk85/downloadPraceContent_adipIdno_11005>.

ČASOPISY

[14] BÁRTLOVÁ, Sylva. Vztah sestra-lékař. *Sestra*. 2004, roč. 15, č. 2, s. 11.

[15] VITOŠOVÁ, Marie. Komunikace mezi sestrou a lékařem. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 5, s. 13.

[16] SAADOUNI, Štěpánka. Dobrý management šikaně předchází. *Zdravotnické noviny*. 2008, č. 19, s.20-21. Dostupný z WWW: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=358460>.

INTERNETOVÉ ZDROJE

[17] KUČEROVÁ, Vladimíra. *Syndrom vyhoření* [online]. 2004 , 18.5.2009 [cit. 2009-05-19]. Dostupný z WWW: <http://www.pmfhk.cz/Prednasky/syndrom_vyhoreni.pdf>.

[18] *Komunikační dovednosti* [online]. c2006-2009 [cit. 2009-05-10]. Dostupný z WWW: <http://www.edux.cz/kurzy.php?cislo=105>.

[19] TOŠNEROVI, Tamara a Jiří. *Burn-out syndrom* [online]. 2005 [cit. 2009-05-12]. Dostupný z WWW: <hestia.ecn.cz/ruzne/BURNOUT.doc>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

VS Všeobecná sestra

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Spokojenost v komunikaci Třinec 46
Graf 2. Spokojenost v komunikaci Motol 47
Graf 3. Ocenění v komunikaci Třinec 48
Graf 4. Ocenění v komunikaci Motol 49
Graf 5. Zaměření komunikace Třinec 51
Graf 6. Zaměření komunikace Motol 52
Graf 7. Předávání informací Třinec 53
Graf 8. Předávání informací Motol 54
Graf 9. Problémová denní doba Třinec 55
Graf 10. Problémová denní doba Motol 56
Graf 11. Akutní řešení stavů Třinec 57
Graf 12. Akutní řešení stavů Motol 58
Graf 13. Komunikace mezi sestrou a lékařem Třinec 59
Graf 14. Komunikace mezi sestrou a lékařem Motol 60
Graf 15. Komunikace o pacientech Třinec 61
Graf 16. Komunikace o pacientech Motol 62
Graf 17. Provedení nekompetentního úkolu Třinec 63
Graf 18. Provedení nekompetentního úkolu Motol 64
Graf 19. Pomoc lékaře Třinec 65
Graf 20. Pomoc lékaře Motol 66
Graf 21. Příčina problémové komunikace Třinec 67
Graf 22. Příčina problémové komunikace Motol 68
Graf 23. Příčina ze strany lékařů Třinec 69
Graf 24. Příčina ze strany lékařů Motol 70
Graf 25. Příčina ze strany sester Třinec 72
Graf 26. Příčina ze strany sester Motol 73
Graf 27. Potřeba zlepšení komunikace Třinec 74
Graf 28. Potřeba zlepšení komunikace Motol 75
Graf 29. Program zlepší komunikaci Třinec 76
Graf 30. Program zlepší komunikaci Motol 77
Graf 31. Zabývá se nemocnice komunikací Třinec 78

Graf 32. Zabývá se nemocnice komunikací Motol 79
Graf 33. Jak se nemocnice Třinec zabývá..... 80
Graf 34. Jak se nemocnice Motol zabývá 81
Graf 35. Ovlivnění atmosféry na pracovišti Třinec 82
Graf 36. Ovlivnění atmosféry na pracovišti Motol 83
Graf 37. Metody zlepšení Třinec 84
Graf 38. Metody zlepšení Motol 85
Graf 39. Využití možnosti kurzu Třinec 86
Graf 40. Využití možnosti kurzu Motol..... 87

SEZNAM TABULEK

tabulka 1: Pohlaví Třinec 42
tabulka 2: Pohlaví Motol 42
tabulka 3: Věk Třinec 42
tabulka 4: Věk Motol 43
tabulka 5: Vzdělání Třinec 43
tabulka 6: Vzdělání Motol 43
tabulka 7: Doba ve zdravotnictví Třinec 44
tabulka 8: Doba ve zdravotnictví Motol 44
tabulka 9: Pracoviště Třinec 45
tabulka 10: Pracoviště Motol 45
tabulka 11. Spokojenost v komunikaci Třinec 46
tabulka 12. Spokojenost v komunikaci Motol 47
tabulka 13: Ocenění v komunikaci Třinec 48
tabulka 14: Ocenění v komunikaci Motol 49
tabulka 15: Zaměření komunikace Třinec 50
tabulka 16: Zaměření komunikace Motol 51
tabulka 17: Předávání informací Třinec 52
tabulka 18: Předávání informací Motol 53
tabulka 19: Problémová denní doba Třinec 54
tabulka 20: Problémová denní doba Motol 55
tabulka 21: Akutní řešení stavů Třinec 56
tabulka 22: Akutní řešení stavů Motol 57
tabulka 23: Komunikace mezi sestrou a lékařem Třinec 58
tabulka 24: Komunikace mezi sestrou a lékařem Motol 59
tabulka 25: Komunikace o pacientech Třinec 61
tabulka 26: Komunikace o pacientech Motol 61
tabulka 27: Provedení nekompetentního úkolu Třinec 63
tabulka 28: Provedení nekompetentního úkolu Motol 64
tabulka 29: Pomoc lékaře Třinec 65
tabulka 30: Pomoc lékaře Motol 66
tabulka 31: Příčina problémové komunikace Třinec 67

tabulka 32: Příčina problémové komunikace Motol 68
tabulka 33: Příčina ze strany lékařů Třinec 69
tabulka 34: Příčina ze strany lékařů Motol 70
tabulka 35: Příčina ze strany sester Třinec 71
tabulka 36: Příčina ze strany sester Motol 72
tabulka 37: Potřeba zlepšení komunikace Třinec 74
tabulka 38: Potřeba zlepšení komunikace Motol 75
tabulka 39: Program zlepší komunikaci Třinec 76
tabulka 40: Program zlepší komunikaci Motol 77
tabulka 41: Zabývá se nemocnice komunikací Třinec 78
tabulka 42: Zabývá se nemocnice komunikací Motol 79
tabulka 43: Jak se nemocnice Třinec zabývá 80
tabulka 44: Jak se nemocnice Motol zabývá 81
tabulka 45: Ovlivnění atmosféry na pracovišti Třinec 82
tabulka 46: Ovlivnění atmosféry na pracovišti Motol 83
tabulka 47: Metody zlepšení Třinec 84
tabulka 48: Metody zlepšení Motol 85
tabulka 49: Využití možnosti kurzu Třinec 86
tabulka 50: Využití možnosti kurzu Motol 87
tabulka 51: Pohlaví Třinec 88
tabulka 52: Pohlaví Motol 88
tabulka 53: Spokojenost v komunikaci Třinec 88
tabulka 54: Spokojenost v komunikaci Motol 89
tabulka 55: Zlepšení komunikace Třinec 90
tabulka 56: Zlepšení komunikace Motol 90
tabulka 57. Využití kurzu Třinec 91
tabulka 58. Využití kurzu Motol 91

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník pro sestry

Příloha PII: Dotazník pro lékaře

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO SESTRY

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Lasotová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Má bakalářská práce je na téma „**Komunikace mezi sestrami a lékaři**“, a proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku týkající se této problematiky. Při vyplňování prosím zvolte jen jednu odpověď, není- li uvedeno jinak.

Dotazník je zcela anonymní, veškeré informace v něm obsažené budou použity pouze pro mou závěrečnou práci.

Děkuji za čas, který při vyplňování strávíte, za ochotu a pravdivost informací.

Lasotová

1. Pohlaví: □ žena
   □ muž

2. Věk: □ 19- 30 let
   □ 31- 45 let
   □ 46 let a více

3. Dosažené vzdělání:
   □ střední
   □ vyšší
   □ vysokoškolské
   □ jiné……

4. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví:

   □ méně než 1 rok

   □ 1- 10 let

   □ 11- 30 let

   □ 31 let a více

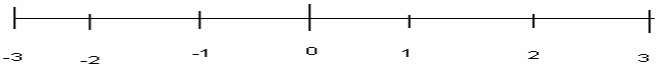
5. Na jakém typu pracoviště pracujete?

   □ ambulance

   □ lůžkové oddělení

   □ intenzivní péče

6. Jste spokojen (a) s komunikaci s lékaři na Vašem pracovišti? (-3- zcela nespokojen,0- nevím, 3 zcela spokojen)



(Nejhorší) (výborné)

7. Označte, co oceňujete v komunikaci s lékařem za důležité?

   □ lékař je schopen přiznat chybu a omluvit se

   □ lékař je schopen si udělat čas, i když ho nemá nazbyt

   □ slušně a s klidem jsou schopni sestře odpovědět na jejich dotaz

   □ lékař umí pochválit a povzbudit

   □ lékař je schopen odpustit či přehlédnout drobný nedostatek

   □ jiné……

8. Komunikace mezi sestrou a lékařem je na Vašem oddělení zaměřena především na:

□ pouze na péči o pacienty, ošetřovatelský proces (fyziologické funkce, výsledky vyšetření, změny zdrav. stavu….)

□ osobní věci zdravotnického personálu (vztahy, rodina…)

□ oš. proces + osobní věci

□ nedovedu posoudit

□ jiné……..

9. Je podle Vás lepší písemné nebo ústní předávání informací ??

□ ústní- chci se podílet na oš. procesu, popř. podat radu

□ písemné- co je napsáno udělám, s lékařem nepotřebuji mluvit

□ obojí

□ je mi to jedno

□ nedovedu posoudit

10. Označte, v kterou denní dobu se informace lékařům předávají nejobtížněji:

□ hned po ránu

□ během dopoledne

□ před obědem

□ odpoledne

□ v noci

□ jiné……..

11. Při předávání informací o pacientovi lékaři, které žádají akutní řešení:

□ lékař si sestru vyslechne

□ lékař se začne vyptávat na medicínskou problematiku

□ lékař odpoví způsobem naznačujícím, že jakákoliv intervence a snaha sestry ho obtěžuje

□ lékař doporučí sestře spolupráci s jiným kolegou (lékařem)

□ jiné……..

12. V komunikaci s lékařem jste spokojen (a), když:

□ lékař nařizuje, zadává úkoly, sestra s ním moc nekomunikuje a plní jeho úkoly

□ sestra a lékař spolu otevřeně komunikují, sestra nabízí své názory a zkušenosti

□ se lékař o mě (sestru) moc nezajímá

□ nedovedu posoudit

□ jiné……

13. Pokud s lékaři komunikujete pouze o ošetřovatelském procesu a věcech týkajících se zdraví pacienta vadí Vám to?

□ ano vadí, ráda bych si s lékaři popovídala i o jiných osobních věcech

□ ne nevadí, takhle mi to vyhovuje

□ nedovedu posoudit

14. Pokud Vám lékař zadá úkol (práci), který není ve Vaší kompetenci, jak zareagujete??

□ i když nesouhlasím mlčím, úkol provedu, abych neměl (a) problémy

□ nevadí mi to a provedu to

□ odpovím lékaři slušně, že je to jeho povinnost, že to dělat nebudu, nenechám se zneužívat

□ nevím

15. Pokud potřebujete po lékaři pomoc nebo nějakou radu, můžete počítat s jeho pomocí?

□ ano, můžu se na lékaře obrátit, je ochoten poradit

□ ne nemohu počítat s jeho pomocí , pokud se to netýká oš. procesu

□ nedovedu posoudit

□ jiné……

16. Na které straně je podle Vás nejčastější příčina problémové komunikace?

□ na straně lékaře

□ na straně sestry

□ na straně obou

□ nedovedu posoudit

17. Jaká příčina (událost) ze strany lékaře podle Vás vede nejčastěji k problémové komunikaci??

□ lékaři mají nedostatek času

□ lékaři si problémy z domácího prostředí přenášejí do práce

□ lékaři nejsou ochotni a nemají zájem o komunikaci se sestrami

□ lékaři dávají sestrám práci, která není v jejich kompetenci

□ lékaři zapomenou něco zapsat do dokumentace

□ žádná příčina

□

jiné……

18. Jaká příčina (událost) ze strany Vás sester způsobuje problémy v komunikaci?

□ sestry změnily lékařovu ordinaci

□ sestry mají nedostatek času komunikovat s lékaři

□ sestry poskytují o pacientech málo informací

□ sestry se neustále lékařů ptají na objasnění ordinací apod.

□ nedovedu posoudit

□

jiné…….

19. Chtěl (a) byste, aby se zlepšila vzájemná komunikace mezi sestrou a lékařem?

□ ne není potřeba, je to v pořádku

□ je mi to jedno

□ ano, myslím že je to potřeba

□ nevím

20. Pokud by se vytvořil nějaký program nebo školení, myslíte si, že by to pomohlo zlepšit vzájemnou komunikaci?

□ ano, myslím si, že by to pomohlo

□ nevím

□ ne, myslím, že by to tomu nepomohlo

21. Zabývá se Vaše nemocnice kvalitou komunikace mezi sestrami a lékaři??

□ ano

□ ne

□ nevím

22. Pokud jste u předchozí otázky odpověděli *ano* označte jak se zabývá?

□ vedoucí pracovníci upozorňují na přestupky

□ zaměstnavatel pořádá kurzy komunikace

□ zaměstnavatel vysílá zdravotnické pracovníky na kurzy komunikace

□ jiné……

23. Myslíte si, že problémová komunikace mezi sestrou a lékařem ovlivňuje nějak atmosféru na pracovišti?

□ ano, silně to ovlivňuje morálku

□ trochu

□ ne, neovlivňuje

□ nevím

24. Co by podle Vás mohlo zlepšit komunikaci mezi sestrou a lékařem?? *(lze zaškrtnout i více odpovědí)*

□ ochota, trpělivost a dostatek času u sester i lékařů

□ zvýšená informovanost S a L o správné komunikaci

□ snaha o zlepšení týmové komunikace pomocí školících akcí

□ vytvořit program, při kterém by se kontroloval způsob komunikace

□ motivace zdravotnického týmu

□ jiné …….. ……

□ jakékoliv řešení by bylo neúspěšné

25. Pokud by se Vám naskytla možnost nějakého školení nebo kurzu pro zlepšení vzájemné komunikace využil (a) byste toho ve svém volném čase??

□ ano, určitě

□ nevím

□ne, nemám zájem

26. Zde máte možnost napsat své připomínky nebo dotazy:

……

……

……

……

Děkuji a přeji hezký zbytek dne.

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Lasotová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Má bakalářská práce je na téma „**Komunikace mezi sestrami a lékaři**“, a proto bych Vás lékaře chtěla požádat o vyplnění níže uvedených otázek dotazníku týkající se této problematiky. Při vyplňování prosím zvolte jen jednu odpověď, není- li uvedeno jinak.

Dotazník je zcela anonymní, veškeré informace v něm obsažené budou použity pouze pro mou závěrečnou práci.

Děkuji za čas, který při vyplňování strávíte, za ochotu a pravdivost informací.

Lasotová

1. Pohlaví:

   □ muž

   □ žena

2. Jste spokojen (a) s komunikaci se sestrami na Vašem oddělení, v nemocnici?

   □ ano, spokojen (a)

   □ mohlo by to být lepší

   □ ne, nespokojen (a)

   □ nedovedu posoudit

   □ jiné……

3. Pokud jste u předchozí otázky uvedl (a) *nespokojen*, na jaké straně je podle Vás chyba?

   □ na straně lékařů

   □ na straně sester

   □ na straně obou

□ na žádné

□ nedovedu posoudit

4. Dokázal (a) byste uvést příklady nebo situace, které Vám na sestrách vadí a mohou tudíž vést k problémové komunikaci?
   ……
   ……
   ……

5. Myslíte si, že by bylo vhodné zlepšit vzájemnou komunikaci mezi sestrami a lékaři?

   □ ano, ale pouze u sester

   □ ano, ale pouze u lékařů

   □ ano, ale u obou skupin

   □ ne, není to potřeba

   □ nedovedu posoudit

6. Pokud by jste měl (a) možnost nějakého kurzu nebo školení pro zlepšení vzájemné komunikace využil (a) byste toho ve svém volném čase??

   □ ano, určitě

   □ nevím

   □ ne

Děkuji a přeji hezký zbytek dne.