

Empatie a naslouchání v ošetrovatelské péči

Renáta Cilečková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renáta CILEČKOVÁ**
Osobní číslo: **H10176**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Empatie a naslouchání v ošetrovatelské péči**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury k danému tématu.
Vymezení pojmů a teoretických východisek.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace výzkumného šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Návrh aplikace výsledků výzkumného šetření do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DEVITO, Joseph A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2001.

ISBN 80-7169-988-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Povídej – naslouchám. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-405-7.

PREKOP, Jirina. Empatie: vcítění v každodenním životě. Praha: Grada, 2004.

ISBN 80-247-0672-5.

ROSENBERG, Marshall B. Nenásilná komunikace: řeč života. Praha: Portál, 2008.

ISBN 978-80-7367-447-2.

ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLČÁK. Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-306-6.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka 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 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 3. 2013



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 nevydělečně 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 vzdělávacímu 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 užití 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

Má bakalářská práce se zabývá empatií a nasloucháním v ošetrovatelské péči. Cílem je zjistit, zda sestry věnují v ošetrovatelské péči dostatečnou pozornost empatii a komunikaci, zda si všímají i neverbálních projevů pacienta a do jaké míry s nimi navazují své vztahy. Práce je rozdělená do dvou částí. V teoretické části se zaměřuji na problematiku empatie, naslouchání a komunikaci. Dále vymezuji vnímání prosociálního chování a altruismu. S těmito tématy úzce souvisí i syndrom vyhoření, kterému se v práci také věnuji. V praktické části jsou prezentovány výsledky průzkumu, který byl proveden kvantitativní technikou dotazníkového šetření.

Klíčová slova: empatie, naslouchání, komunikace, prosociální chování, altruismus

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with the empathy and with listening skills in nursing care. The aim of the thesis is to find out whether nurses pay enough attention to empathy and communication in the nursing care, if they take notice of nonverbal expressions of patients and to what extent they establish relations with them. The thesis is divided into two parts. In the theoretical part I focus on issues about empathy, listening and communication. Next I define perception of prosocial behaviour and altruism. In my thesis I also devote to burn out syndrome, which is closely connected with these issues. The practical part is done by quantitative questionnaire survey technique and the results of the research are presented there.

Keywords: empathy, listening, communication, prosocial behaviour, altruism

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za její odborné vedení, cenné rady, připomínky a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Motto:

„Empatie je ochota naladit se na pocity ostatních lidí, všimnout si jejich nevyslovených přání a rozumět jejich potřebám.“

Thérese Jacobs-Stewartová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EMPATIE.....	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU EMPATIE.....	12
1.2 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EMPATII	14
1.3 EMPATIE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	15
1.4 ROZVÍJENÍ EMPATIE.....	16
2 NASLOUCHÁNÍ.....	18
2.1 SLYŠENÍ A NASLOUCHÁNÍ	18
2.2 AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ.....	18
2.2.1 Techniky aktivního naslouchání.....	18
2.3 ZPŮSOBY NASLOUCHÁNÍ.....	19
2.4 FÁZE NASLOUCHÁNÍ	19
2.5 BARIÉRY BRÁNÍCÍ NASLOUCHÁNÍ.....	20
2.6 KOMUNIKAČNÍ ZLOZVYKY PŘI NASLOUCHÁNÍ	20
3 KOMUNIKACE.....	21
3.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	21
3.1.1 Extraslovní projevy řeči.....	22
3.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	22
3.2.1 Složky neverbální komunikace	23
3.2.1.1 Proxemika a teritorialita.....	23
3.2.1.2 Mimika.....	24
3.2.1.3 Pohledy	24
3.2.1.4 Gestika	24
3.2.1.5 Haptika.....	24
3.2.1.6 Posturika	25
3.2.1.7 Kinetika.....	25
3.2.1.8 Vzhled a úprava.....	25
3.3 EVELACE A DEVELACE.....	26
3.4 KOMUNIKAČNÍ ZLOZVYKY PŘI SDĚLOVÁNÍ.....	26
3.5 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE.....	27
3.6 NEDIREKTIVNÍ ROZHOVOR.....	27
4 PROSOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ A ALTRUISMUS.....	28
4.1 PROSOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ	28
4.2 ALTRUISMUS.....	29
5 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	31

5.1	PŘÍZNAKY VYHOŘENÍ	32
5.2	JAK ODLÍŠIT BURNOUT OD JINÝCH STAVŮ	32
5.3	FÁZE VYHOŘENÍ	32
5.4	DIAGNOSTIKA	33
5.5	LÉČBA	34
5.6	PREVENCE VYHOŘENÍ.....	34
5.6.1	Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce	34
5.6.2	Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace.....	36
II	PRAKTICKÁ ČÁST	37
6	PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	38
6.1	CÍLE PRÁCE.....	38
6.2	HYPOTÉZY	38
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU.....	40
8	DISKUZE	61
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	69
	SEZNAM TABULEK	70
	SEZNAM PŘÍLOH	71

ÚVOD

Téma Empatie a naslouchání v ošetrovatelské péči jsem si zvolila, protože si myslím, že tyto dovednosti jsou nezbytné pro kvalitní péči o pacienta. V nemocnici se u pacientů setkáváme s negativními emocemi, jako jsou strach, úzkost či obavy ať už z nemoci, a jejím průběhem, ale také z léčby a případných následků, které mohou mít dopad na kvalitu života. Pacienti jsou lidé, kteří mají své potřeby a kromě svých potřeb mají své city, které bychom neměli opomíjet. Bez empatie nemůžeme pacientovi naslouchat a bez naslouchání nemůžeme správně identifikovat jeho potřeby.

Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část obsahuje 5 kapitol. V první kapitole vymezuji pojem empatie, definuji faktory ovlivňující empatii a popisuji možnosti jejího rozvíjení. V druhé kapitole se věnuji naslouchání. Zde se zaměřuji na druhy, fáze a techniky naslouchání. Dále popisuji bariéry a zlozvyky při naslouchání. Kapitola třetí je věnována komunikaci. Komunikace je rozdělena na verbální a neverbální. Verbální komunikace zahrnuje i extraslovní projevy, které jsou její součástí. U neverbální komunikace popisuji její složky, jako jsou proxemika, teritorialita, mimika, pohledy, gestika, haptika, posturika, kinetika, vzhled a úprava. Dále definuji pojmy jako, evence, delevace, efektivní komunikace a nedirektivní rozhovor. Protože je empatie často spojována s prosociálním chováním, proto se jím podrobněji zabývám ve čtvrté kapitole. Kromě prosociálního chování se zaměřuji i na altruismus, který je považován za jeho součást. V poslední, páté kapitole se soustředím na syndrom vyhoření, který může být důsledkem nadměrné míry empatie. Zaměřuji se na jeho příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci.

V praktické části prezentuji výsledky průzkumu, který byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření. Skupinou respondentů jsou všeobecné sestry z různých oddělení. Stanovila jsem si 4 cíle. Jako první cíl jsem si dala za úkol zjistit, zda sestry věnují empatii dostatečnou pozornost. Druhým cílem bylo zjistit, zda sestry věnují dostatečnou pozornost komunikaci v rámci ošetrovatelské péče. Jako třetí cíl jsem si stanovila zjistit, zda sestry věnují v komunikaci dostatečnou pozornost neverbálním projevům pacienta. Čtvrtým cílem bylo zjistit, do jaké míry sestry navozují vztah s pacientem. Výsledky průzkumu jsou podrobně rozebrány v diskuzi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EMPATIE

1.1 Vymezení pojmu empatie

K empatii se vztahuje řada definicí. Jedna z nich je, že empatie je „schopnost rozumět myšlenkám a emocím jiné osoby“ (Výkladový ošetrovatelský slovník, 2007, s. 122). Podle Psychologického slovníku je empatie „umění dovedně zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby, emocionální ztotožnění se s jejím viděním, cítěním, chápáním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat, o co usiluje, čemu se chce vyhnout, co pečlivě skrývá“ (Hartl a Hartlová, 2004, s. 64). Kristová empatii považuje za schopnost, pomocí které se člověk dokáže vcítit do duševního stavu a situace jiného a dokáže identifikovat i emoce, které nejsou vyjadřovány verbálně (Kristová, 2004, s. 105).

Slovo empatie pochází z řečtiny a původně označovalo silný cit a vášeň. V roce 1897 britský profesor psychologie Edward B. Titchener použil slovo empatie k překladu německého výrazu Einfühlung (vcítění). (Buda, 1994, s. 19-20).

Empatie je v psychologii chápána jako vlastnost, stav i proces.

- *Empatie jako osobnostní vlastnost* – empatie je popsána jako vlastnost, dispozice, rys, schopnost dovednost, tendence nebo orientace (např. schopnost poznávat jiné osoby pomocí vnitřních prožitků, vnímat emoce druhých či schopnost interpersonální orientace na druhé).
- *Empatie jako situačně specifický psychický stav* – v tomto pojetí je empatie chápána jako nepřímá, zástupná či zprostředkovaná reakce na určitý podnět nebo podněcující osobu.
- *Empatie jako multifázový experienciální proces* – v tomto způsobu chápání je empatie popsána jako sekvence momentálně vznikajících a intrapersonálně sdělovaných prožitků. (Zášková a Mlčák, 2009, s. 105-106)

T. Wisenmanová se pokusila o konceptuální analýzu v oboru ošetrovatelství. Autorka zjistila, že empatie může být chápána jako fenomén:

1. „vědomý i nevědomý;
2. subjektivní a objektivní;
3. vztahující se k živým i k neživým organismům;
4. vedoucí k pozitivním i k negativním prožitkům;

5. spočívající v emocionálním sdílení i v kognitivním chápání druhých.“
(Wisemanová, 2006 cit. podle Zášková a Mlčák, 2009, s. 107)

Konceptuální analýzou v oboru ošetrovatelství se zabývaly také D. Kunyková a J. K. Olsonová a přišly na pět existujících konceptualizací empatie v tomto oboru:

1. *Empatie jako lidská vlastnost* – empatie je vrozená lidská schopnost, kterou lze identifikovat a kultivovat. Bývá označována také jako přirozená, genotypická, instinktivní nebo emocionální. Empatie v tomto pojetí bývá vymezována například jako lidská kapacita představovat si pocity druhé osoby, jako specifická emoce, která je výsledkem identifikace a spojení s jinými,
či jako schopnost sdílet s druhými jejich prožitky a postoje, rozumět jejich citům, potřebám, percepčním či situacím.
2. *Empatie jako profesionální stav* – v tomto pojetí je empatie naučená a záměrně využívaná profesionální či terapeutická komunikační dovednost. Empatie bývá vymezována například jako komunikační strategie s pacientem, jako způsob identifikace potřeb pacienta, jako schopnost porozumět prožitkům pacienta nebo představit si pohled pacienta na svět.
3. *Empatie jako komunikační proces* – v této konceptualizaci je empatie charakterizována jako specifický komunikační proces, kterým pomáhající pracovník vnímá emoce a myšlenky pacienta, a vyjadřuje mu porozumění. Tato konceptualizace zahrnuje i předešlé konceptualizace (empatie jako lidská vlastnost, empatie jako profesionální stav).
4. *Empatie jako péčování* – toto pojetí je méně časté, empatie je chápána jako fenomén obsahující explicitní behaviorální komponentu, tj. snahu jednat či odborně intervenovat ve smyslu uspokojit potřeby pacientů. Pacient vnímá empatii sestry a proces péčování jako totožné jevy, které zahrnují naslouchání a útěchu.
5. *Empatie jako speciální vztah* – jedná se o ojedinělou konceptualizaci. Empatie předpokládá vývoj vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem. Prvek reciprocity v jejich vztahu je jedinečný, intenzivní, smysluplný a nabývá kvality přátelství. Důsledkem je zlepšení a podpora fyzického i psychického zdraví pacienta. (Kunyková, Olsonová, 2001 cit. podle Zášková a Mlčák, 2009, s. 107-109)

Empatii tvoří dvě základní složky, které se navzájem prolínají a determinují. *Kognitivní (poznávací) složka* – schopnost rozpoznat psychický stav druhého, jeho náladu, co potřebuje, způsob jeho myšlení. Umožňuje nám, abychom viděli věci z pohledu druhého, ale bez prožívání jeho citů. *Emocionální složka* – schopnost vcítění se do psychického stavu druhého. (Kristová, 2004, str. 106). Je to „emocionální reakce pozorovatele na pozorované emoce jiné osoby“ (Zášková a Mlčák, 2009, s. 111).

Empatii nesmíme zaměňovat se sympatií. Slovo *sympatie* pochází z řeckého *sympatheia*, které znamenalo spolucítění - emocionální náklonnost, duševní spřízněnost (Křivohlavý, 2010, s. 75). A stejně tak nemůže empatii zaměňovat za soucit, který negativně ovlivňuje sestru tím, že prožívá emoce pacienta tak, jako by byly její vlastní. „Emoce mohou dominovat nad racionálním hlediskem, impulzivnost může ohrozit vlastní bezpečnost

a intervence ve prospěch pacienta se stává neefektivní.“ (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 237-238). Kopřiva uvádí, že „při soucitu můžeme ztratit hranice a být zaplaveni lítostí, pobouřením, úzkostí z toho, co se druhému děje. Druhý by však potřeboval, abychom mu sice rozuměli, ale zároveň nebyli vychýleni ze svého těžiště. Při empatii si dovedeme představit a procítit, co se v druhém děje. Rozpoložení druhého člověka správně a citlivě zachycujeme, ale zůstáváme sami sebou.“ (Kopřiva, 1997, s. 79)

Místo empatie míváme také často nutkání radit nebo vyjadřovat své pocity a postoje. Abychom mohli být empatictí, musíme se oprostít od všech domněnek, představ a soudů o druhých lidech. (Rosenberg, 2008, s. 112)

Sestra vyjadřuje svou empatii převážně neverbální komunikací, v opačném případě by se pacient mohl domnívat, že jej otázkami nutí do rozhovoru (Kristová, 2004, s. 107). Když se snažíme příliš rychle dostat k jádru věci, pacient si může myslet, že se jej chceme rychle zbavit (Rosenberg, 2008, s. 122).

1.2 Faktory ovlivňující empatii

Empatii má v sobě každý, ale u každého se projevuje jinak. Lidé pracující v pomáhajících profesích mají obecně větší empatické citění. Ale empatie není trvalá, je ovlivněna životními událostmi a zkušenostmi. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 237).

Mezi faktory zvyšující schopnost empatie řadíme životní události, zkušenosti a zážitky, pozitivní pracovní atmosféra, životní orientace, intenzivní účast v intimních vztazích, výchova a atmosféra v rodině, úzké mezilidské vztahy s pozitivním emocionálním naladěním. Faktory snižující schopnost empatie jsou nemoc, záporné emoce, egoismus, závist, nenávisť, neuspokojené potřeby, neurotické stavy, faktory, které stěžují nebo ruší komunikaci, nadměrná zodpovědnost, stresové a frustrující situace, společenská nadřazenost, alkohol, drogy a léky. (Kristová, 2004, s. 108)

1.3 Empatie v ošetrovatelství

„Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi.“ (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 235) Empatická sestra může pochopit pacientovy pocity a potřeby, jak snáší nemoc a jestli nepotřebuje více pozornosti a péče. (Buda, 1994, s. 249).

Empatie je:

- vcítění se do duševního stavu pacienta;
- poznání a pochopení prožívání pacienta;
- schopnost „spoluprožívat“ s pacientem, ale zároveň mít určitý odstup;
- schopnost emocionálního pochopení toho, jak pacient svou nemoc prožívá, jak vidí sám sebe v této situaci a co se v něm odehrává;
- soudržnost s pacientem (Kristová, 2004, s. 105).

Vcítěním nemusíme pomáhat zvládat těžkou situaci jen pacientům, ale i jejich rodinám. (Buda, 1994, s. 249)

Existuje Carkhuffem upravená pětistupňová škála, která rozděluje empatickou komunikaci do několika úrovní.

1. *Nízká úroveň empatie* – v komunikaci s pacientem je empatie zastoupena minimálně, empatické porozumění je nepřesné. Sestra často mění předmět rozhovoru a uděluje předčasné rady. Komunikace je spíše brzdou.
2. *Středně nízká úroveň empatie* - sestra reflektuje pouze explicitně vyjádřené informace, emočnímu obsahu se vyhýbá, nepřesně dekoduje pacientovo sdělení. I taková komunikace nepřináší žádoucí výsledek.

3. *Úroveň reciproční empatické reakce* – sestra sdílí s pacientem totožný způsob porozumění i prožívání určité události. Sestra do vztahu nic víc nepřináší, nesnaží se dostat pod povrch pacientova sdělení.
4. *Středně vysoká úroveň empatie* – sestra dokáže správně identifikovat pacientovo prožívání, porozumět mu. Povzbuzuje pacienta k hledání významu prožitku a vede ho k sebeuvědomění.
5. *Vysoká úroveň empatie* – sestra dokáže diferencovat reakce podle momentálních potřeb pacienta, rozpoznat emoce (explicitní i implicitní), identifikovat skryté významy. (Kubicová, 2006)

1.4 Rozvíjení empatie

Podle Budy už samotné poznatky o pojmu a mechanismu empatie mohou pomoci zaměřit víc pozornosti na druhého člověka a pokusit se vžít do jeho situace. Do seberozvoje můžeme zahrnout snahu o porozumění situace druhého (např. „Co byste dělali na mém místě?“). Empatii také napomáhá, když se někdo sám dostane do situace druhého – skutečné prožití situace umožní lépe porozumět mnohým projevům. Podle sociálně-psychologických výzkumů rozvoj empatie zvyšuje výměna rolí. Další možností, jak můžeme rozvíjet svoji empatii, je individuální psychoterapie nebo psychoanalýza. V průběhu psychoanalýzy dochází k uvědomění si vnitřních souvislostí a citového prožívání. Empatie ulehčuje tuto cestu vžívání se a vědomého porozumění emocionálního stavu. Existují i skupinové terapie, které empatii zvyšují výrazněji. V terapeutických skupinách se pozornost zaměřuje na pozorování a formulování pocitů a dojmů, které mají členové skupiny ze sebe navzájem a na vzájemnou zpětnou vazbu. (Buda, 1994, s. 316-317)

Prekopová ve svém díle *Empatie: vcítění v každodenním životě* shrnula tipy na rozvíjení empatie:

- Nejdůležitějším aspektem k empatii je uvědomění si vlastním pocitů. Naučte se opravdově vyjadřovat své pocity.
- Vyzkoušejte si na svých přátelích, zda se vůbec dokážete vcítit do druhého.
- Hlídejte si příležitosti, kdy se můžete vcítit do svých bližních a ptejte se, jak na ně vaše vcítění působilo.
- Aktivně naslouchejte.
- Pozorně pozorujte neverbální projevy.

- Vyzkoušejte si psychofyzické jednání. Pomocí této metody se herci snaží vcítit do své role – snaží se beze slov napodobit mimiku, držení těla, gesta a chůzi jiného člověka.
- Tančete – společný tanec je párové cvičení pro vzájemné vcítění. (Prekop, 2004, s. 125-127)

2 NASLOUCHÁNÍ

„Naslouchat druhému znamená aktivně vnímat to, co nám sděluje.“ Při naslouchání věnujeme pozornost tomu, co říká, jak to říká a jak se u toho tváří. (Kejklíčková, 2011, s. 102)

2.1 Slyšení a naslouchání

Slyšení (poslouchání) a naslouchání jsou dva rozdílné pojmy. Slyšení je fyziologický jev, je to schopnost zachytit uchem zvuk. Naslouchání je jev psychologický, který navazuje na slyšení, jedná se o pochopení a porozumění toho, co jsme slyšeli. (Křivohlavý, 2010, s. 20-21)

2.2 Aktivní naslouchání

„Aktivní naslouchání vám pomáhá ověřovat, zda jste pochopili, co mluvčí řekl, a také, což je ještě důležitější, co tím mínil“. Vaše zpětná vazba dává mluvčímu příležitost objasnit a opravit případné nedorozumění. Aktivním nasloucháním dáváte mluvčímu najevo, že uznáváte a přijímáte jeho pocity a zároveň ho podněcujete, aby je dál zkoumal. (DeVito, 2008, s. 115)

2.2.1 Techniky aktivního naslouchání

„Techniky aktivního naslouchání jsou vyjádření, která zlepšují komunikaci. A s jejich pomocí dochází k ověření správného porozumění a formulace.“

- *Povzbuzení* – povzbuzením vyjadřujeme svůj zájem o osobu předmět rozhovoru. Povzbuzením můžeme podnítit druhého k hovoru („Co mi o tom ještě můžete říct?“, „Řekněte mi o tom více...“, „Jak to vidíte vy?“).
- *Objasnění* – objasnění o čem je řeč, objasněním získáváme informace („Kdy se to stalo?“, „Jak často se to stává?“, „Koho se to týká?“)
- *Zrcadlení* – zrcadlením vyjadřujeme pochopení a porozumění pocitů a uznání, že pocity jsou oprávněné. Zrcadlením také pojmenováváme to, co druhý asi cítí, a tím mu dáváme možnost poopravení našeho názoru. Pojmenování pocitu přináší úlevu („Vidím, že vás to velmi trápí.“, „Je vám to líto.“, „Vidím, že vás to rozčílilo.“).
- *Parafrázování* – parafrázování je vyjádření sdělení druhého vlastními slovy, dáváme tím najevo, že nasloucháme a rozumíme. Parafrázováním sdělujeme

druhému, co si myslíme, že řekl („Jestli tomu dobře rozumím, tak vy říkáte...“, „Snažil jste se tedy říct toto...“, „Tak vy si myslíte, že...“).

- *Shrnutí* – je to zopakování důležité myšlenky, faktů a pocitů klidným hlasem a zakončení jedné části jednání a přechod k další („Pojďme shrnout, co jsme do této chvíle probrali.“).
- *Ocenění* – ocenění všeho, co ocenit lze (aktivní přístup, ochota řešit problém), oceněný by mělo být věrohodné a týkat se všech („Jsem rád/a, že jste mi to řekl/a.“, „Těší mě, že...“) (Pokorná, 2009, s. 36-38)

2.3 Způsoby naslouchání

Podle Křivohlavého rozlišujeme tři způsoby naslouchání:

- *naslouchání ušima* – slyšením – jde o pochopení významu slova, tónovou úroveň, hlasitost řeči, rychlost, důraz, pomlky;
- *naslouchání očima* – viděním – Všímáme si výrazu obličeje (mimiky), pohledů, postojů a pohybů a celkového vzhledu hovořícího;
- *naslouchání srdcem* – milováním. (Křivohlavý, 2010, s. 29-39)

2.4 Fáze naslouchání

Naslouchání má pět fází: *příjem signálů*, *porozumění*, *zapamatování*, *hodnocení* a *reakci*. Fáze probíhají současně, překrývají se a ve kterékoliv fázi se naslouchání může pokazit.

- *Příjem signálů* – jedná se o příjem sluchových podnětů (slyšení). V této fázi si všímáme toho, co bylo a nebylo řečeno (verbálně i neverbálně).
- *Porozumění* – je to pochopení toho, co nám chce mluvčí říct.
- *Zapamatování* – sdělení je třeba si zapamatovat. Nepamatujeme si to, co nám mluvčí řekl, ale to, co si myslíme, že jsme slyšeli.
- *Hodnocení* – hodnotíme sdělení, které jsme slyšeli.
- *Reakce* – reakce má dvě fáze. Poprvé reagujeme v době, kdy mluvčí ještě hovoří a dáváme tím najevo, že mu věnujeme pozornost (například přikyvování). V druhé fázi už jsou reakce propracovanější (projevy empatie, žádosti o objasnění, souhlas, protest). (DeVito, 2008, s. 103-110)

2.5 Bariéry bránící naslouchání

Tyto bariéry nás mohou ovlivnit tak, že „vypneme“ poslech druhého člověka a soustředíme své myšlenky na své okolí.

- *Bariéry vyplývající z prostředí* – teplota v místnosti (příliš horko nebo zima), hluk, pachy, vyrušování.
- *Lingvistické bariéry* – bariéry vycházející od mluvčího, např. cizí slova, žargon, složitá souvětí, monotónní hlas, příliš hlasitý či tichý projev.
- *Psychologické bariéry* – emocionální stavy, např. rozladěnost pacienta nebo sestry, stres, nedůvěra.
- *Fyziologické bariéry* – vady sluchu, zraku, únava, bolest hlavy.
- *Bariéry vyplývající z vnímání* – např. vzhled mluvčího (upravenost, věk, akcent)
- *Osobní bariéry* – např. nepozornost či netrpělivost posluchače (Jobánková, 2003, s. 136)

2.6 Komunikační zlovyky při naslouchání

Komunikační zlovyky mohou mít za následek to, že se mluvčí urazí nebo dokonce rozhněvá. Mezi nejčastější komunikační zlovyky řadíme:

- *Čtení myšlenek* – jeden z nejtypičtějšých zlovyků, vkládáme vlastní význam do toho, co nám druhý řekl.
- *Přerušování, skákání do řeči* – tím u mluvčího vyvoláváme pocit, že mu nenasloucháme, že nás jeho postoj nezajímá. Toto jednání je typické pro netrpělivé lidi.
- *Nereagování na sdělení* – pokud nedáme najevo to, že posloucháme, mluvčí může mít pocit, že ho ignorujeme nebo že mu nerozumíme.
- *Neverbální odmítání* – otáčení se k mluvčímu zády, dívání se mimo... Neverbální odmítání vychází z mimiky, pohybů, postoje, tónu hlasu, a nesoulad toho, co říkáme a jak se projevujeme mimoslovně, mluvčího mate. (Praško a Prašková, 2007, s. 106)

3 KOMUNIKACE

„Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, jehož význam je činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si.“ (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 188). Hartl definuje komunikaci jako „přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé“ (Hartl a Hartlová, 2004, s. 265).

Umění komunikovat s pacientem je součástí profesionálního vybavení sestry, slouží k získávání informací, motivaci, edukaci, navození důvěry, budování a rozvíjení vztahu s pacientem. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 11; Plevová, 2011, s. 11)

V komunikaci mezi sestrou a pacientem je potřeba navodit pocit důvěry, který by pacienta zbavoval obav a strachu. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 204)

Mezi požadavky, které vedou k úspěšné komunikaci, patří:

- *Individuální přístup* – to, co řekneme jednomu pacientovi, se může druhému zdát samozřejmostí nebo se ho to může dotknout.
- *Úcta k pacientovi* – vždy si pacienta vážit jako člověka, respektovat ho a ponechat mu určitou autonomii
- *Pozitivní vztah k pacientovi* – postoj sestry k pacientovi se odráží verbálně i neverbálně, v každém slově, výrazu tváře, pohledu. To vše má na pacienta psychologický vliv.
- *Empatie* (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 204)

3.1 Verbální komunikace

Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí jazyka nebo jiného jazykového znaku (Vybíral, 2005, s. 106). Tato komunikace může mít vokální (mluvenou) nebo nevokální (písemnou) formu (Plevová, 2011, s. 21).

Slova mají konotativní a denotativní význam. *Denotace* jsou slova, znaky a symboly, kterým rozumíme a chápeme jejich základní význam, jsou pro všechny stejné (např. červená barva na semaforu). *Konotace* mají naopak subjektivní význam, každý je chápe jinak (např. pes může znamenat přítele člověka nebo naopak strach). (Vybíral, 2005, s. 106-107)

V komunikaci mezi sestrou a pacientem je potřeba navodit ovzduší důvěry, které by pacienta zbavovalo obav a strachu. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 204)

Aby verbální komunikace byla úspěšná, musí splňovat následující podmínky:

- *Jednoduchost* – mluvčí by měl používat běžné slovní obraty, nevhodné je zdlouhavé opisování a používání cizí terminologie.
- *Stručnost* – informace by měla být stručná, protože nemocný je citlivý na čas. Zbytečné okliky způsobí u posluchače nedůvěru. Po sdělení je třeba ponechat prostor na otázky. Je důležité nezaměňovat stručnost se strohostí nebo neochotou mluvit.
- *Zřetelnost* – při komunikaci s nemocným je nutné jasně vyjádřit podstatu věci. Při pochybách můžeme sdělení opakovat. Mluvčí by se měl vyvarovat dvojsmyslných výrazů a osobních názorů.
- *Vhodné načasování* – je nutné zvážit, jestli je vhodná chvíle na rozhovor a jestli je v zájmu pacienta slyšet informaci, kterou mu mluvčí chce sdělit.
- *Adaptabilita* – Mluvčí by měl přizpůsobit styl hovoru reakcím nemocného. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 23-24)

3.1.1 Extraslovní projevy řeči

Součástí verbální komunikace je paralingvistická komunikace – akustika řeči. Samo slovo nedělá řeč srozumitelnou, srozumitelnou ji dělají paralingvistické prvky. Mezi tyto prvky řadíme přízvuk, rychlost řeči, hlasitost, pomlky, mlčení, vzdechy, výšku hlasu, tón hlasu, plynulost řeči, délku projevu, pláč apod. Akustické projevy řeči jsou výrazem osobnosti, mohou měnit slovní význam, mají informační hodnotu a vyjadřují duševní stav mluvčího. Například pomlky nebo mlčení mohou znamenat nádech, výčítku, neochotu pokračovat, strach či respekt. (Kristová, 2004, s. 53 - 54)

3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace by se dala definovat jako „řeč těla“. Patří do ní projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 39) Pomocí neverbální komunikace sdělujeme svoji aktuální náladu, skutečné emoce a prožívání. (Kristová, 2004, s. 22).

Nesprávná interpretace neverbálních projevů může vést k nedorozumění nebo dokonce k tragickým omylům. Neverbální projevy, kterým nerozumíme, by měly být validizovány pomocí verbální zpětné vazby. (Pokorná, 2009, s. 32)

3.2.1 Složky neverbální komunikace

3.2.1.1 Proxemika a teritorialita

Proxemika je věda o podvědomém členění vlastního prostoru a dodržování hranic. Je to vzdálenost mezi komunikujícími. Probíhá na dvou úrovních: horizontální a vertikální. Horizontální rovina je vzdálenost mezi komunikujícími, vertikální rovina znamená výškovou úroveň mezi komunikujícími. (Kristová, 2004, s. 25; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 43)

Rozlišujeme čtyři proxemické zóny:

- a) *Intimní* (10 – 30 cm) – dolní hranice splývá s těsným hmatovým dotekem, tato zóna je vyhrazena pro nejbližší. Sestra se často ocitá v intimní zóně pacienta (odběry, hygienická péče), a tak by k němu měla přistupovat s co největším taktem a respektem.
- b) *Osobní* (30 – 120 cm) – zóna „podání ruky“, využívá se při komunikaci s pacientem. V této vzdálenosti lze dobře sledovat neverbální projevy, obzvláště mimiku, a je možné použít haptický kontakt.
- c) *Společenská* (1,2 – 3,6 m) – je určena k formální a společenské komunikaci. Komunikující využívá pohledy, mimiku, posturiku, kinetiku a gestikulaci. V této vzdálenosti už není možné použít haptiku.
- d) *Veřejná* (3,6 – 7, 6 m) – ztrácí se osobní kontakt, tato zóna se využívá při velkých shromážděních. Je vidět nejen celá postava a pohyby mluvího, ale i jeho pohyby v prostoru. (Kristová, 2004, s. 26-27; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 38; Křivohlavý, 1988, s. 51-52)

Teritorialita je projev vlastnických vztahů k prostoru – „odkud kam je můj prostor a kde je tvůj“. Vniknutí do osobní zóny může být chápáno jako netaktnost. (Kristová, 2004, s. 27; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 43; Plevová, 2011, s. 39)

3.2.1.2 *Mimika*

Mimika je komunikace pomocí svalů tváře, je to jeden z nejvýznamnějších neverbálních projevů. Prostřednictvím výrazů obličeje je možné sdělit především emoce. Mezi základní emoce patří: štěstí, neštěstí, jistota, strach, radost, smutek, spokojenost, nespokojenost, klid, zlost, zájem, nezáměr a překvapení. Horní polovina obličeje sděluje především negativní emoce (smutek, strach), mimika dolní poloviny obličeje prozrazuje spíše pozitivní emoce (štěstí, radost). (Kristová, 2004, s. 28-29; Plevová, 2011, s. 33)

3.2.1.3 *Pohledy*

Pohledy jsou jádrem neverbální komunikace. Z očního kontaktu můžeme vyčíst a ukázat emoce a postoje. Při rozhovoru se díváme do očí častěji, když posloucháme. Hodnotíme zaměření a délku pohledu, četnost pohledu, mrkání, velikost zornic vrásky kolem očí, tvar a pohyb obočí. Delší pohled může znamenat zájem a sympatii, kratší pohled nezáměr, agresi nebo apatii. Některé pohledy jsou příjemné, některé ne. Mezi nepříjemné pohledy patří „civění“ nebo naopak přehlížení. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 48-49; Kristová, 2004, s. 35; Plevová, 2011, s. 36)

3.2.1.4 *Gestika*

Gestika, neboli „řeč rukou“, doplňuje verbální projev a tím ho zesiluje. Termín gesto pochází z latinského *gero, gerere*, které znamenalo projevovat emoce, smýšlení nebo vlastnost. (Kristová, 2004, s. 37; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 48)

3.2.1.5 *Haptika*

Haptika je komunikace prostřednictvím doteků (taktilní kontakt). Doteková komunikace vyžaduje od sestry empatii, jinak by mohl mít pacient dojem chladu a lhostejnosti. Sestra může dotekem upoutat pozornost, uklidnit, poskytnout stimulaci. Nejčastější místa pro dotek jsou dlaně, hřbet ruky, ramena a hlava. Dotek na některé části těla (obličej, krk, hrud, genitál) vyžaduje svolení. Haptika se dělí na pozitivní a negativní. **Pozitivními projevy** haptiky se rozumí přátelské doteky, jako jsou objetí, pohlazení, položení ruky na ruku, rameno či hlavu. Tyto doteky mají na pacienta posilující účinek. **Negativní projevy haptiky** vyjadřují nepřátelství, patří sem štípání, kopání, tahání, odstrčení a silné stlačení ruky. (Plevová, 2011, s. 31; Kristová, 2004, s. 41)

K dotekové komunikaci řadíme i podání ruky. Při prvním kontaktu s pacientem by mu měla sestra podat ruku. Při podávání ruky si všímá způsobu a trvání podání ruky, vzhledu ruky a nehtů, stavu kůže, intenzity stisku, suchosti nebo vlhkosti dlaně. (Kristová, 2004, s. 43).

3.2.1.6 Posturika

Posturika je komunikace pomocí postoje, polohy a konfigurace těla. Poloha, kterou pacient zaujímá, vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje. V posturice si sestra všímá v dyadickém nebo skupinovém vztahu kongruence a inkongurence. Kongurencí rozumíme harmonii a soulad v postoji mezi sestrou a pacientem. Zaujetím stejné polohy vyjadřujeme stejné emoční naladění a souhlas s komunikací. Opačným jevem je inkongurence (nesoulad). Rozlišujeme tři základní polohy: vestoje, vsedě a vleže. Pro komunikaci je nejvhodnější vzájemná rovnocenná poloha, v rozličném postoji je jasná dominance. V ošetrovatelství je běžné že sestra stojí a pacient leží, slova dopadají svrchu a jeho postavení je nevýhodné. Nerovnost můžeme zmírnit tím, že si sedneme na židli. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 46; Kristová, 2004, s. 46)

3.2.1.7 Kinetika

Kinetika se zabývá rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a kongruencí pohybu. Kinetika zahrnuje pohyby všech částí těla, popřípadě celého těla. Pohyby jednotlivých částí těla signalizují, jestli se zdravotní stav pacienta zlepšuje, stagnuje nebo se zhoršuje. V kinetice rozlišujeme rytmiku a dynamiku pohybu. Rytmika označuje rytmus pohybů, dynamiku chápeme jako tempo střídání pohybů. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 47; Kristová, 2004, s. 47-48)

3.2.1.8 Vzhled a úprava

Upravená sestra neprezentuje jen sebe, ale i celé pracoviště. Její oblečení, líčení, účes a celková úprava zevnějšku odráží její osobnost a aktuální emocionální stav, který má vliv na první dojem a komunikaci. Sestra by měla mít čistý a vyžehlený pracovní oděv, čistou pracovní obuv, upravené nehty, citlivě zvolený make-up a parfém. Zvláštní důraz klademe i na úpravu zevnějšku a prostředí pacienta. K osobní pohodě přispívá osobní čistota, čisté oblečení, upravená postel a čerstvý vzduch. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 49-50; Kristová, 2004, s. 48-49)

3.3 Evelace a develace

Úcta, respekt a uznání jsou prvky potřebné k vytvoření pozitivního vztahu s pacientem. Ať už si to uvědomujeme, nebo ne, můžeme verbálně, neverbálně nebo činy u pacienta zvyšovat nebo snižovat jeho vlastní hodnotu. (Kristová, 2004, s. 151)

V prvním případě mluvíme o *elevaci* – zvyšování lidské hodnoty. Mezi evelační prvky patří: pozdrav, odpověď na pozdrav, všímání si pacienta, naslouchání, pochválení, respektování osobnosti, vyčítání chyb v soukromí, odpouštění a schopnost používat slova, které podporují pozitivní vztah a komunikaci („prosím“, „děkuji“). Opačným jevem je *develace* – snižování lidské hodnoty. Je to hrubé, necitlivé a bezohledné chování bez úcty, respektu a taktu. Delevačním chováním je: neopětování pozdravu, ignorace, pasivní poslouchání, kritizování, porušování mlčenlivosti, podceňování, opovrhování, zesměšňování, skákání do řeči nebo lhaní. Tyto projevy jsou výsledkem přetaženosti, nezájmu o profesi, nezralosti a neprofesionality. (Kristová, 2004, s. 151-154)

3.4 Komunikační zlovyky při sdělování

I při sdělování se můžeme dopustit chyb, které brání úspěšné komunikaci. Mezi nejčastější zlovyky řadíme:

- *Nepřímé vyjadřování pocitů oklikou* – sdělující neříká přímo to, co si myslí, ale mluví takovým způsobem, aby to partnerovi „došlo“. Toto vyjadřování vede na straně posluchače k růstu napětí, úzkosti nebo vzteku.
- *Neupřímnost* – sdělující úmyslně zastírá své pravé pocity a potřeby (většinou ze strachu z upřímnosti, z manipulativní snahy získat výhodu nebo ze snahy vyhnout se nepříjemnosti).
- *Nejasnost a nekonkrétnost sdělení* – posluchač nerozumí sdělování a musí si ho nějak vysvětlit.
- *Přehánění* – tendence hodnotit situaci nadsazeně.
- *Značkování* – zjednodušené hodnocení člověka, „označkování“ (když se někomu něco nepovede, je označován jako „nešika“)
- *Nadměrné zobecňování* – zobecnění pravidla nebo závěru na základě jednoho zážitku. (Praško a Prašková, 2007, s. 108-111)

3.5 Efektivní komunikace

„Jde o otevřenou komunikaci, kde nedojde ke zkreslení informací, a komunikující partneři si rozumí. Odpovídá stylu výhra/výhra.“ Efektivní komunikace má jasně stanovené cíle v konečném výsledku umožňuje pochopení a společné vyřešení problémů pacienta. (Pokorná, 2009, s. 33)

Efektivní komunikace musí splňovat sedm bodů – „*Sedm C*“:

- *Credibility (důvěryhodnost)* – příjemce spoléhá na sdělovatele a na důvěryhodnost jeho informací.
- *Context (kontext)* – kontext musí odpovídat sdělení.
- *Content (obsah)* – sdělení musí mít pro příjemce význam, musí odpovídat jeho systému hodnot a musí být relevantní.
- *Clarity (jasnost)* – sdělení musí být vyjádřeno jednoduše.
- *Continuity and consistency (kontinuita a konzistence)* – komunikace je nikdy nekončící proces, vyžaduje opakování a samotné sdělení musí být konzistentní.
- *Channels (kanály)* – tvorba nových komunikačních kanálů je složitá, je potřeba využívat kanály už jednou vytvořené.
- *Capability (schopnost veřejnosti)* – v efektivní komunikaci musí být menší úsilí na straně příjemce. (Pokorná, 2009, s. 33 – 34)

3.6 Nedirektivní rozhovor

Nedirektivní rozhovor je technika rozhovoru vycházející z psychoterapie a poskytující psychickou podporu pacientovi. Poskytuje nemocnému úlevu, uklidnění i poznání příčin neklidu. Má charakter reálného a přirozeného rozhovoru. Při jeho vedení sestra povzbuzuje pacienta ke sdílnosti, nabízí mu svou přítomnost, ale neprosazuje své názory a ani nenabízí řešení. Osvojení si dovedností k vedení nedirektivního rozhovoru je obtížné a sestry se je musí učit. Mezi tyto dovednosti patří aktivní podporování nemocného k rozhovoru, neprosazování názoru, aktivní naslouchání a empatie. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 217-219)

Základním předpokladem je ale skutečný zájem o pacienta. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 36)

4 PROSOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ A ALTRUIZMUS

V učebnicích psychologie se v souvislosti s pomáhajícím chováním často setkáváme s pojmy prosociální chování a altruismus. Termín **prosociální chování** znamená jakýkoliv akt vykonaný ve prospěch druhé osoby nebo pomáhající chování, jehož cílem je přinést užitek jiné osobě. **Altruismus** je druh prosociálního chování, které se vyznačuje tím, že pomoc není spojena s očekáváním zisku nebo odměny (finanční nebo materiální). (Výrost, Slaměník, 2008, s. 285)

4.1 Prosociální chování

Termín „prosociální chování“ použili poprvé (nezávisle na sobě) v roce 1967 D. Rosenhan a G. H. White, a J. H. Bryan a M. Test. (Výrost a Slaměník, 2008, s. 285)

„Prosociální chování označuje takové chování, jehož cílem je zlepšit situaci druhé osoby, přičemž pomáhající není povinen poskytnout pomoc na základě své profese a příjemce pomoci není organizace ani instituce, nýbrž jedinec.“ (Zášková a Mlčák, 2009, s.16)

Prosociální chování je širokou kategorií, do níž lze zařadit velkou škálu aktivit, například pomáhání, sdílení, obětování se, poskytování útěchy a další. (Zášková a Mlčák, 2009, s. 13)

Podle L. G. Wispe má prosociální chování tyto formy:

- Darování finančních částek nebo darů nejčastěji pro dobročinné účely.
- Sympatie a porozumění v tíživé situaci druhé osoby spojené s poskytnutím emoční podpory.
- Podpora a pomoc při dosažení určitého cíle nebo zabránění ztráty.
- Nabídka ke spolupráci vyjadřující ochotu podílet se na činnostech ve prospěch potřebných. (Zášková a Mlčák, 2009, s. 12-13; Výrost a Slaměník, 2008, s. 286)

G. Carl a B. A. Randall stanovili 6 typů prosociálního chování podle motivace:

1. *Altruistické prosociální chování* – dobrovolné pomáhání lidem, motivované zájmem člověka o potřeby a prospěch druhé osoby.
2. *Kompliance* – pomáhání druhým, motivované jejich žádostmi (verbální či neverbální) nebo snahou o získání uznání a schválení.

3. *Emocionální prosociální chování* – pomáhání v emocionálně vypjatých situacích, motivované empatií, morálním usuzováním a zodpovědností.
4. *Veřejné prosociální chování* – pomáhání za účasti publika, pravděpodobně za účelem získat akceptaci a respekt druhých.
5. *Anonymní prosociální chování* – pomáhající člověk neví, komu pomáhá. Motivací jsou pozitivně prožívané pocity, že člověk vykonal dobrý skutek.
6. *Prosociální chování v naléhavých situacích* (emergentní prosociální chování) – pomáhání lidem, kteří se nacházejí v krizových situacích a je nutný rychlý zásah. (G. Carlo, B. A. Randall, 2002 cit. podle Záškodná a Mlčák, 2009, s. 50- 51)

Daniel Batson formuloval *empaticko – altruistickou hypotézu* podle které empatie vyvolává chování ve prospěch lidí, toto chování může mít tyto motivy:

1. *egoistický* – směřuje k odstranění vlastního nepříjemného stavu;
2. *altruistický* – cílem je konat ve prospěch jiných bez ohledu na vlastní zisk;
3. *kolektivní* – zaměřený ve prospěch skupiny, bez ohledu na to, zda je či není pomáhající ve skupině;
4. *principiální* – vyznačující se podporou principů, ideálů, hodnot. (Výrost a Slaměník, 2008, s. 290)

Helus uvádí tři hlavní zdroje prosociálního chování. Prvním zdroj je egoistický (sebestředný) – přestože pomáháme druhému, v popředí jsme my sami a to, co z toho pro nás plyne (vděk, protislužba). Druhým zdrojem je tlak sociálních norem, které respektujeme a podle kterých se řídíme (jsme povinni pomoci druhému v nouzi). Třetím zdrojem je empatie. „Empatický člověk prožívá utrpení druhého jako své vlastní, identifikuje se s ním, a to jej nutí jednat vůči němu stejně, jako by ve své osobní nouzi jednal sám vůči sobě.“ (Helus, 2011, s. 245-246)

4.2 Altruismus

Termín „altruismus“ poprvé použil v roce 1851 A. Comte a znamenal přání žít nezištně pro druhé. (Saunders, 2006)

Altruismus je dobrovolné a nezištné chování. Pomoc je poskytnuta bez očekávání materiálního či jiného zisku, sociálního souhlasu nebo jejího opětování. Dále je pomoc

poskytnuta bez ohledu na případné náklady, oběti nebo ztráty. (Zášková a Mlčák, 2009, s.16)

Znaky altruismu: dobrovolnost, užitek pro partnera, nezištnost, obětování vlastních nákladů. (Zášková a Mlčák, 2009, s. 16)

Za centrální znak „altruistické osobnosti“ se považuje empatie. (Saunders, 2006).

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Pojem „burnout“ se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech tohoto století. Poprvé ho použil Hendrich Freudenberger. Označil jím jev, který byl dobře znám, ale zatím neměl jméno. (Křivohlavý, 1998, s. 45)

Křivohlavý uvádí několik definic, od psychologů, kteří se tímto jevem zabývali:

- *Hendrich Freudenberger*: „Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“
- *Agnes Pines a Elliott Aronson*: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“
- *Maslach a Jackson*: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.“ (Křivohlavý, 1998, s. 49-50)

Vyhoření se nejčastěji objevuje v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Není to nemoc, je to proces, který se ale v profesi sestry projevuje velmi brzo. (Bartošíková, 2006, s. 20-21)

Burnout postihuje převážně lidi, kteří vstupují do nového zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivovaní a očekávají, že jim práce dá smysl života. Objevení příznaků vyhoření je doprovázeno pocitem, že selhali. Toto zjištění jim dává pocit, že celý život byl promarněn. Vyhoření je na jedné straně obzvlášť bolestivý a tíživý zážitek, ale po překonání se může stát prvním krokem ke zlepšení povědomí o tom, kdo jsme. (Křivohlavý, 2012, s. 12-13)

Burnout má dopad i na kvalitu péče, protože vede k dehumanizaci postojů k pacientům, zdravotník už není ochoten ani schopen spoluprožívat s pacienty, často je kritizuje, hovoří o nich s despektem. „Pacient se stává „jen“ diagnózou.“ (Bartošíková, 2006, s. 28)

5.1 Příznaky vyhoření

Syndrom vyhoření se nejdříve projevuje v psychice postiženého, navenek je vidět až později. (Venglářová, 2011, s. 23)

Škála příznaků je široká, u každého člověka se projevuje individuálně (Bartošiková, 2006, s. 29). Prvním varovným příznakem je, že postižený má pocit, že svou práci nezvládá a zpochybňuje její význam. Na své okolí působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem. Objevují se i tělesné potíže. (Venglářová, 2011, s. 24)

Příznaky syndromu lze rozdělit do tří skupin:

- *Tělesné vyčerpání* – projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, častější nemocností, změnami na tělesné váze (úbytek či přebývání), nekvalitním spánkem.
- *Psychické vyčerpání* – projevuje se změnou životních postojů, postižený je cynický, pesimistický, odmítá změny, přestává si věřit, objevují se poruchy soustředění a paměti. Mohou se objevit i suicidální myšlenky.
- *Emocionální vyčerpání* – postižený se cítí vysátý, už nechce slyšet další starosti a trápení, ztrácí schopnost empatie a začíná se emočně distancovat. Snaží se vyhýbat ostatním, v opačném případě reaguje podrážděně. (Bartošiková, 2006, s. 21-22; Venglářová, 2011, s. 24-25)

5.2 Jak odlišit burnout od jiných stavů

Vyhoření není jen obyčejný stres nebo únava. *Stres* je jev, se kterým se setkáváme všichni, měl by být přiměřený a neměl by působit dlouhodobě. Není to ani prostá *únava*, u které si stačí odpočinout. Při vyhoření je únava pocíťovaná dlouhodobě a je spojena s pocitem selhání. I když se vyhoření podobá *depresi*, o depresi nejedná. Rozdíl je v tom, že vyhoření se vztahuje na práci a na pocity z práce, jakmile je postižený mimo svou práci, depresivní prožitky mizí. (Bartošiková, 2006, s. 24)

5.3 Fáze vyhoření

Proces vyhoření může trvat několik měsíců až let a může začít už nástupem do práce. Nová sestra je plná optimismu, elánu, chce se realizovat, nedbá signálům únavy a přetěžuje se. Potlačuje stres a přirozené reakce jako agresivitu, zlost, strach a pláč. Na počátku

je emoční vyčerpání, může docházet k psychickému vyčerpání a ztrátě inspirace. Nakonec dojde fyzickému vyčerpání. (Venglářová, 2011, s. 29)

Vyhoření probíhá v několika fázích:

- *Fáze nadšení*: sestra má velké ideály, kterým chce dostát i za cenu chronického přetěžování se.
- *Fáze frustrace*: sestra je zklamaná, protože výsledky práce neodpovídají její původní představě ani vynaloženému úsilí.
- *Fáze apatie a stagnace*: sestra polevuje ve své pracovní aktivitě a v nadšení pro práci.
- *Fáze celkového vyčerpání*: přicházejí psychické, sociální a tělesné obtíže, které nepolevují ani po snaze regenerace sil. (Švingalová, 2006, s. 50)

5.4 Diagnostika

Diagnostika vychází z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se vyhoření začíná projevovat, z prožitku těchto příznaků u postižených osob a ze speciálních psychologických metod. Nejpoužívanějšími metodami jsou dotazníky, které jsou založené na posuzovacích škálách. Nejčastěji se jedná o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. (Kebza a Šolcová, 2003, s. 17)

MBI (Maslach burnout inventory) – touto metodou zjišťují tři faktory:

- EE (emotional exhaustion) - emocionální vyčerpání,
- DP (depersonalizace) - ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem,
- PA (personal accomplishment) - snížení výkonnosti. (Křivohlavý, 1998, s. 38)

BM (Burnout Measure) – dotazník je zaměřen na tři různé aspekty celkového vyčerpání:

- Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání – únava, celková slabost.
- Pocity emocionálního (citového) vyčerpání – pocity tísně (deprese), beznaděje.
- Pocity (psychického) duševního vyčerpání – pocity bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí. (Křivohlavý, 1998, s. 40)

5.5 Léčba

Léčba závisí na tom, v jaké fázi vyhoření se sestra nachází. Pokud jsou příznaky vážné, tak postižený potřebuje pomoc někoho druhého. Je vhodné více odpočívat a dočasně odložit vyčerpávající úkoly. Doporučuje se promluvit si s někým, kdo má s vyhořením své vlastní zkušenosti. Jednak situaci postiženého chápe a může taky poskytnout rady, jak syndrom vyhoření zvládnout. Pokud je stav postiženého hodně vážný, tak je nutné vyhledat psychiatrickou pomoc. (Bartošíková, 2006, s. 43)

5.6 Prevence vyhoření

5.6.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Mezi způsoby, jak si může sestra v prevenci vyhoření pomoci sama, patří pečovat o sebe, odpočívat, myslet na své vlastní potřeby. Do pečování o sebe patří například udělat si radost, dopřát si koupel nebo navštívit kadeřníka. Je důležité udělat si čas na svůj život, na rodinu a přátele, na své zájmy. Člověk, který kvůli práci zapomíná na svůj osobní život, ho postupně ztrácí. Neřešené partnerské a rodinné problémy vysávají energii. Zázemí, kde nás mají rádi a kam se rádi vracíme, nám může být zdrojem energie. Dobré vztahy s lidmi se vyplácí v době nouze, protože snáze najdeme někoho, kdo nám může pomoci. Protože každý člověk má své hranice, sestra by je měla znát a dokázat požádat o pomoc, když už její vlastní síly nestačí. Mladý člověk má jiné hranice než starší. Požádat o pomoc není selháním, ale může být považováno za projevení důvěry. Dalším krokem, který napomáhá k prevenci, je udržování se v dobré tělesné kondici, protože naše tělo je zdrojem naší energie a nebudeme-li ho dobře živit, nechávat odpočívat a rozhýbávat, nebude nám dobře sloužit. Také se doporučuje nenosit si práci domů. Pokud sestra cítí, že už nestačí řešit problémy vlastními silami, neměla by se bát vyhledat psychoterapeutickou pomoc. Psychoterapeut může pomoci porozumět pocitům, které prožívá, a může pomoci najít příčiny a možná řešení. (Bartošíková, 2006, s. 44-47)

Manželé Tošnerovi nabízí několik rad jak předcházet vyhoření:

1. *Snižte příliš vysoké nároky.* Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybný.
2. *Nepropadejte syndromu pomocníka.* Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem.

Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.

3. *Naučte se říkat NE.* Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
4. *Stanovte si priority.* Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
5. *Dobrý plán ušetří polovinu času.* Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
6. *Dělejte přestávky.* Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
7. *Vyjadřujte otevřeně své pocity.* Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
8. *Hledejte emocionální podporu.* Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
9. *Hledejte věcnou podporu.* Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
10. *Vyvarujte se negativního myšlení.* Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
11. *Předcházejte komunikačním problémům.* Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.
12. *V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.* V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si svůj manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
13. *Následná konstruktivní analýza.* Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.

14. *Doplňujte energii.* Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
15. *Vyhledávejte věcné výzvy.* Buďte otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
16. *Využívejte nabídek pomoci.* Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
17. *Zajímejte se o své zdraví.* Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.“ (Tošnerová, Tošner, 2002, s. 14)

5.6.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Zaměstnavatel může také pomoci k prevenci syndromu vyhoření, a to tak, že bude podporovat týmový přístup k práci, který je jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče. Výsledkem týmové práce je atmosféra důvěry, pocit sounáležitosti a „týmový duch“. Dobrá týmová práce přináší radost a sdílená radost vede k motivaci celého týmu. Mezi další kroky, které mohou eliminovat vznik syndromu vyhoření, patří zajistit možnost regenerace (racionální rozpisy služeb, regenerační programy, poukazy na sportovní aktivity, rehabilitaci, kulturní akce), pečovat o bezpečnost a psychické zdraví sester (programy zaměřené na osobnostní rozvoj, zdravý životní styl, praktické cvičení relaxace). Zaměstnavatel by měl mapovat zátěže, podporovat profesionální růst sester a zajistit jim možnost podílet se na rozhodování (modernizace, přestavba, nákup ošetrovatelských pomůcek). (Bartošíková, 2006, s. 51-59)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Průzkum, jehož výsledky jsou prezentovány v praktické části bakalářské práce, byl proveden kvantitativní technikou dotazníkového šetření (viz příloha P1). Šetření probíhalo v únoru 2012 ve zlínské nemocnici. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků, vyplněných se mi jich vrátilo 74. Přestože návratnost nebyla 100%, tak jsem s počtem vyplněných dotazníků spokojena, protože mi bylo při jejich rozdávání naznačováno, že se sestřím dotazníky hromadí a nemají na jejich vyplňování tolik času, kolik by si přály.

Dotazník obsahoval 20 otázek a byl určen pro všeobecné sestry z různých oddělení (interní, chirurgická a geriatrická oddělení). První dvě otázky byly identifikační, ostatní se vztahovaly nejen ke stanoveným cílům práce, ale také k hypotézám, které jsem si stanovila. Otázky byly většinou uzavřené, ale i s možností vlastní odpovědi. V některých otázkách mohly sestry zvolit více odpovědí.

Výsledky jsou prezentovány v tabulkách a grafech, a jsou doplněny krátkým komentářem.

6.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda sestry věnují empatii dostatečnou pozornost.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda sestry mají dostatečnou představu, co je empatie.
2. Zjistit, zda sestry svou schopnost být empatické rozvíjejí.
3. Zjistit, co ovlivňuje empatický zájem sestry.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry věnují dostatečnou pozornost komunikaci v rámci ošetrovatelské péče.

Cíl č. 3: Zjistit, zda sestry věnují v komunikaci dostatečnou pozornost neverbálním projevům pacienta.

Cíl č. 4: Zjistit, do jaké míry sestry navozují vztah s pacientem.

6.2 Hypotézy

1H₀: Více jak 60 % sester komunikuje s pacientem i nad rámec jejich povinností.

1H_A: Méně než 60 % sester komunikuje s pacientem i nad rámec jejich povinností.

2H₀: Více jak 60 % sester komunikuje i s rodinnými příslušníky pacienta.

2H_A: Méně než 60 % sester komunikuje i s rodinnými příslušníky pacienta.

3H₀: Více jak 60 % sester si všímá neverbálních projevů pacienta.

3H_A: Méně než 60 % sester si všímá neverbálních projevů pacienta.

4H₀: Více jak 60 % sester si myslí, že se psychický stav pacienta projevuje na jeho neverbální komunikaci.

4H_A: Méně než 60 % sester si myslí, že se psychický stav pacienta projevuje na jeho neverbální komunikaci.

6H₀: Více jak 60 % sester myslí na své pacienty i mimo pracoviště.

6H₁: Méně než 60 % sester myslí na své pacienty i mimo pracoviště.

7H₀: Více jak 60 % sester se znají ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice.

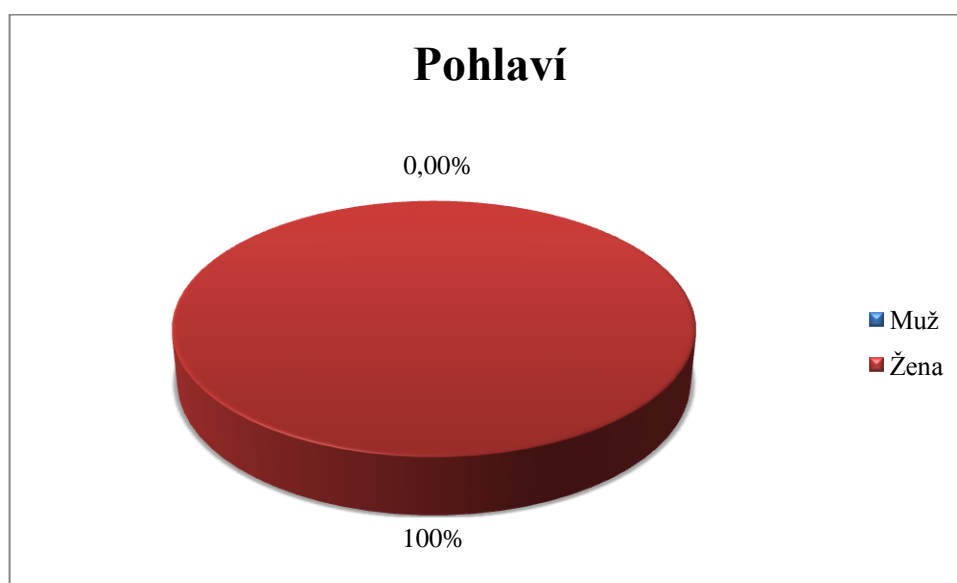
7H₁: Méně než 60 % sester se znají ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Otázka č. 1: **Jste?**

Tabulka 1: Pohlaví

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	0	0,00%
Žena	74	100,00%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 1: Pohlaví

Komentář:

Průzkumného šetření se zúčastnilo 74 (100 %) žen.

Otázka č. 2: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
SZŠ	46	62,16%
VOŠZ	13	17,57%
VŠ - Bc.	13	17,57%
VŠ - Mgr.	2	2,70%
Celkem odpovědí	74	100,00%



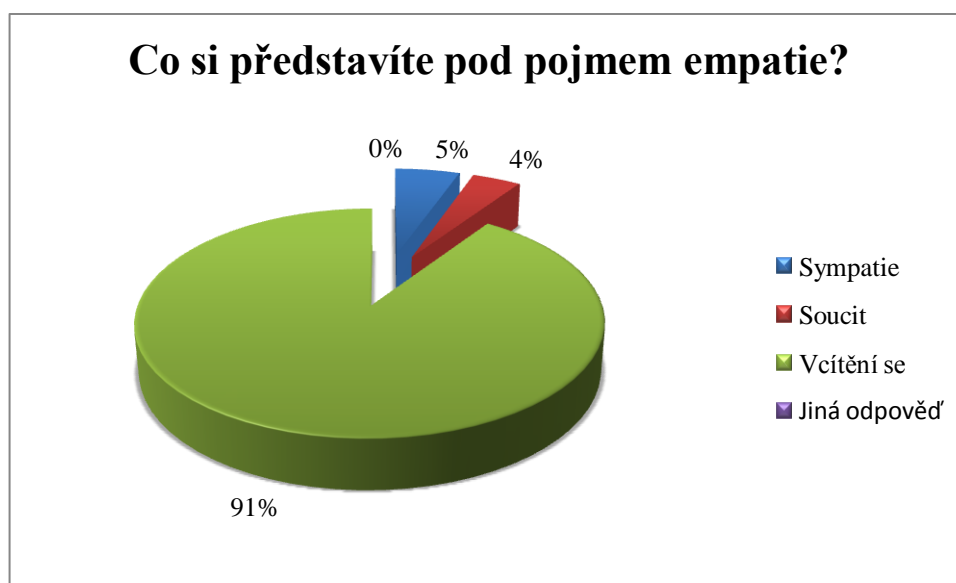
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Komentář:

Z celkového počtu 74 sester mělo 46 (62,16 %) středoškolské vzdělání, vyšší odbornou školu absolvovalo 13 (17,57 %) sester, bakalářský titul mělo rovněž 13 (17,57 %) sester a 2 (2,70 %) sestry měly magisterský titul.

Otázka č. 3: Co si představíte pod pojmem *empatie*?Tabulka 3: Co si představíte pod pojmem *empatie*?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Sympatie	4	5,41%
Soucit	3	4,05%
Vcítění se	67	90,54%
Jiná odpověď	0	0,00%
Celkem odpovědí	74	100,00%

Graf 3: Co si představíte pod pojmem *empatie*?

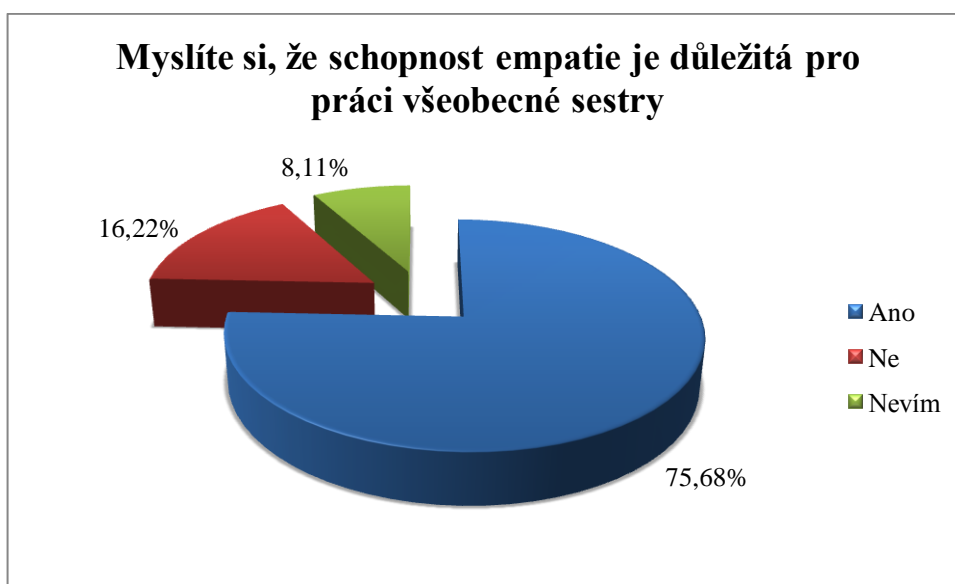
Komentář:

Většina sester si pod pojmem *empatie* představily pojem *vcítění se*. Tuto odpověď označilo 67 (90,54 %) sester. 4 (5,41 %) sestry si pod pojem *empatie* představily *sympatii* a 3 (4,05 %) si představily *soucit*.

Otázka č. 4: Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?

Tabulka 4: Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	56	75,68%
Ne	12	16,22%
Nevím	6	8,11%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 4: Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?

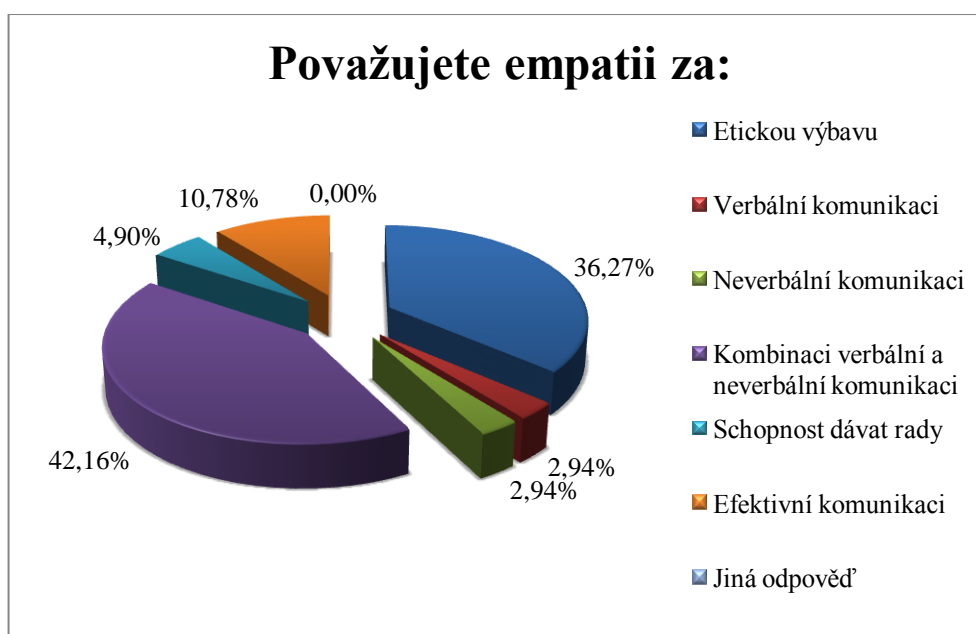
Komentář:

56 (75,68 %) sester považovalo empatii za důležitou ve své profesi. Opačný názor mělo 12 (16,22 %) sester a 6 (8,11 %) sester uvedlo, že neví, jestli je empatie důležitým aspektem v jejich profesi.

Otázka č. 5: **Považujete empatii za:**

Tabulka 5: Považujete empatii za:

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Etickou výbavu	37	36,27%
Verbální komunikaci	3	2,94%
Neverbální komunikaci	3	2,94%
Kombinaci verbální a neverbální komunikace	43	42,16%
Schopnost dávat rady	5	4,90%
Efektivní komunikace	11	10,78%
Jiná odpověď	0	0,00%
Celkem odpovědí	102	100,00%



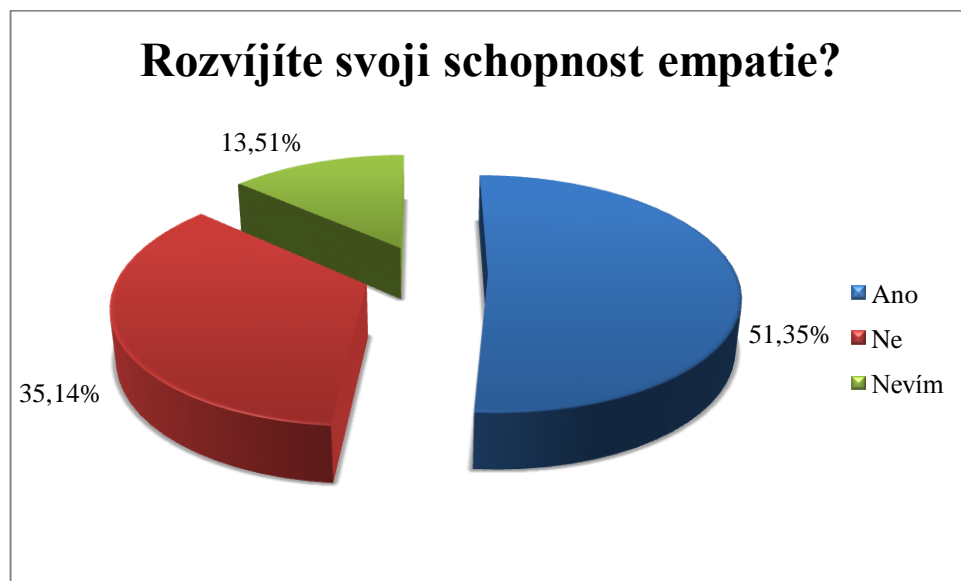
Graf 5: Považujete empatii za:

Komentář:

V této otázce mohly sestry zvolit více odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo, že empatii považují za kombinaci verbální a neverbální komunikace. Tuto odpověď označilo 43 (42,16 %) sester. Velmi častou odpovědí bylo také to, že považují empatii za etickou výbavu, tuto odpověď uvedlo 37 (36,27 %) sester. Dále 11 (10,78 %) sester považuje empatii za složku efektivní komunikace, pro 5 (4,90 %) sester je empatie schopnost dávat rady. 3 (2,94%) sestry označily empatii pouze jako verbální komunikaci a 3 (2,94 %) sestry ji označily pouze jako neverbální komunikaci.

Otázka č. 6: **Rozvíjíte svou schopnost empatie?**Tabulka 6: *Rozvíjíte svou schopnost empatie?*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	38	51,35%
Ne	26	35,14%
Nevím	10	13,51%
Celkem odpovědí	74	100,00%

Graf 6: *Rozvíjíte svou schopnost empatie?*

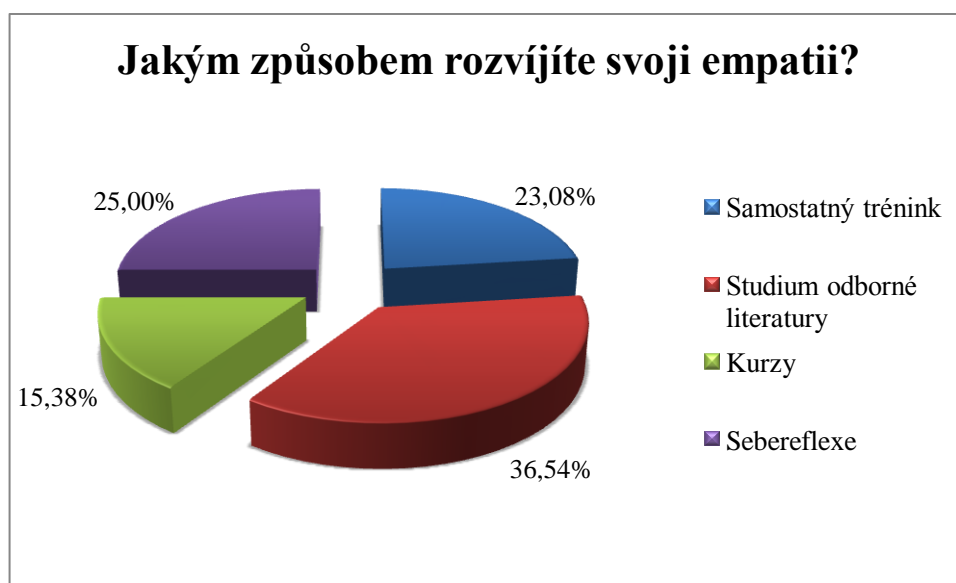
Komentář:

Na tuto otázku 38 (51,35 %) sester odpovědělo, že svou schopnost empatie rozvíjí, 26 (35,14 %) sester uvedlo, že svou empatii nerozvíjí, a 10 sester neví, zda ji vůbec rozvíjí (13,51 %).

Otázka č. 7: Jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?

Tabulka 7: Jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Samostatný trénink	12	23,08%
Studium odborné literatury	19	36,54%
Kurzy	8	15,38%
Sebereflexe	13	25,00%
Celkem odpovědí	52	100,00%



Graf 7: Jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?

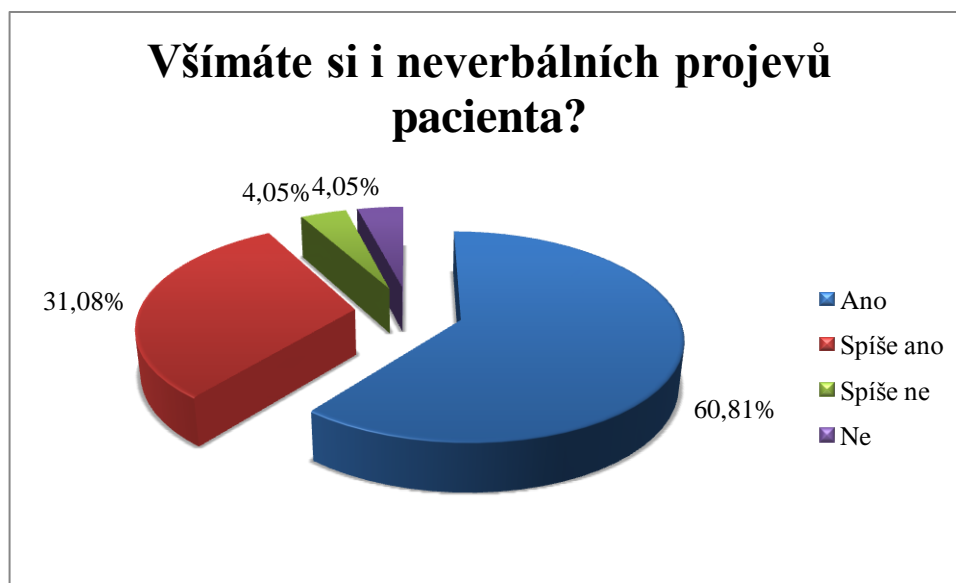
Komentář:

Na tuto otázku odpovídaly sestry, které v předchozí otázce uvedly, že svou schopnost empatie rozvíjí. Jednalo se o otevřenou otázku. Z výsledků vyplývá, že možnosti rozvíjení jsou poměrně vyrovnané. 19 (36,54 %) sester uvedlo, že empatii rozvíjí studiem odborné literatury. 13 (25,00 %) sester se shodlo v tom, že k rozvíjení využívají sebereflexi. 12 (23,08 %) sester empatii samostatně trénuje a 8 (15,38 %) sester se zúčastňuje kurzů, zaměřených na rozvíjení empatie.

Otázka č. 8: Všímate si i neverbálních projevů pacienta?

Tabulka 8: Všímate si i neverbálních projevů pacienta?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	45	60,81%
Spíše ano	23	31,08%
Spíše ne	3	4,05%
Ne	3	4,05%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 8: Všímate si i neverbálních projevů pacienta?

Komentář:

Na otázku, zda si všímají u pacienta i neverbálních projevů 45 (60,81 %) sester uvedlo, že ano. 23 (31,08 %) sester odpovědělo, že spíše ano. 3 (4,08 %) sestry si spíše nevšímají neverbálních projevů a 3 (4,08 %) sestry si vůbec nevšímají těchto projevů.

Otázka č. 9: **Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?**

Tabulka 9: Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	69	93,24%
Ne	5	6,76%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 9: Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?

Komentář:

Drtivá většina sester je přesvědčena o tom, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci. Tuto odpověď zvolilo 69 (93,24 %) sester a pouze 5 (6,76%) si myslí opak.

Otázka č. 10: Pokud ano, psychický stav ovlivňuje:

Tabulka 10: Pokud ano, psychický stav ovlivňuje:

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Mimiku	63	41,45%
Haptiku	36	23,68%
Gestiku	53	34,87%
Jiná odpověď	0	0,00%
Celkem odpovědí	152	100,00%



Graf 10: Pokud ano, psychický stav ovlivňuje:

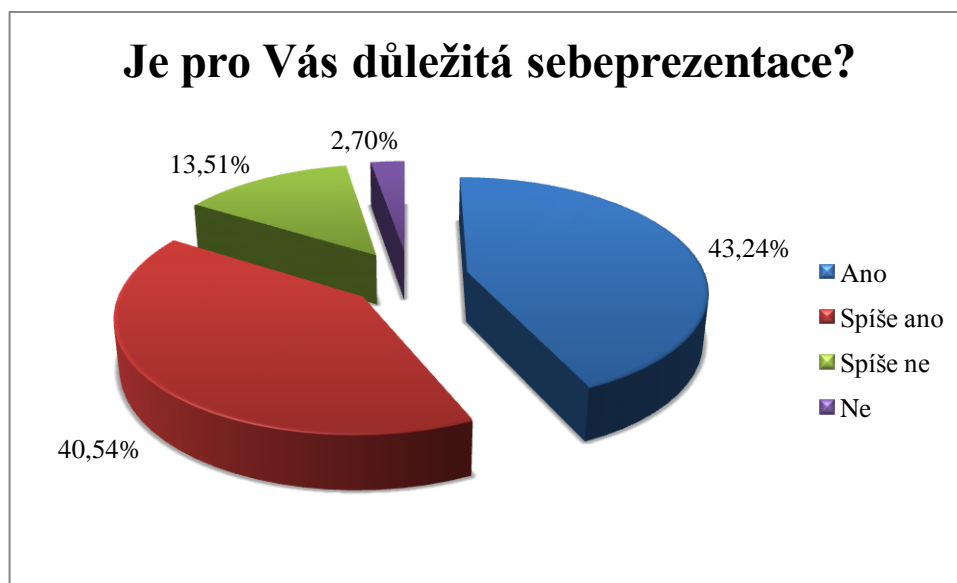
Komentář:

Na tuto otázku odpovídaly ty sestry, které v předchozí otázce odpověděly ano. V této otázce měly sestry možnost volby více odpovědí. Nejvíce sester se shodlo v tom, že psychický stav se odráží v mimice pacienta. Tuto odpověď zvolilo 63 (41,45 %) sester. Velmi častou odpovědí bylo, že psychická stránka ovlivňuje gestiku, tak odpovědělo 53 (34,87 %) sester. 36 (23,68 %) sester je názoru, že psychický stav pacienta má vliv na haptiku. Žádná ze sester zde nevyužila možnosti vlastní odpovědi.

Otázka č. 11: Je pro Vás důležitá sebe prezentace?

Tabulka 11: Je pro Vás důležitá sebe prezentace?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	32	43,24%
Spíše ano	30	40,54%
Spíše ne	10	13,51%
Ne	2	2,70%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 11: Je pro Vás důležitá sebe prezentace?

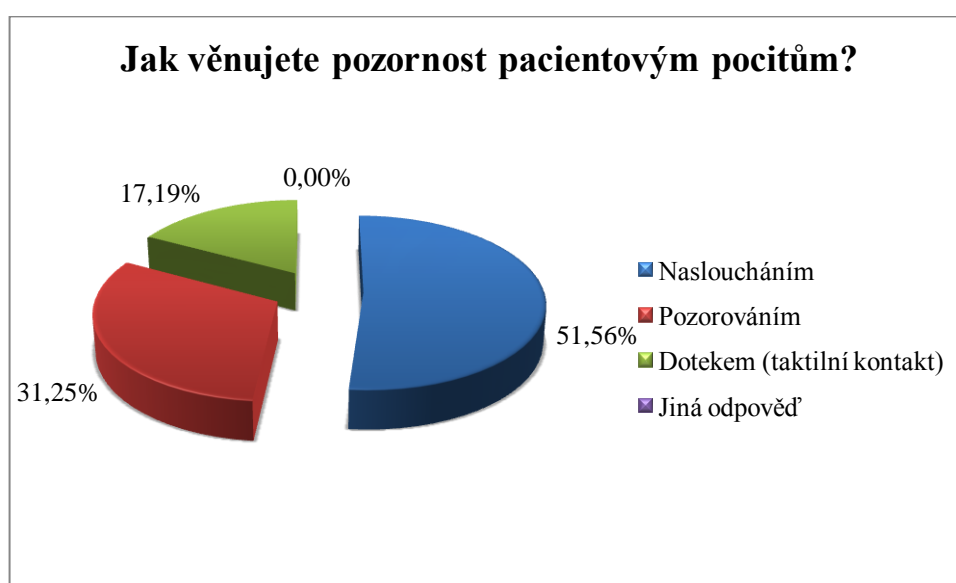
Komentář:

V dotazníku 32 (43,24 %) sester uvedlo, že sebe prezentace je pro ně důležitá. 30 (40,54 %) sester zvolilo odpověď spíše ano, pro 10 (13,51 %) sester sebe prezentace spíše není důležitá a 2 (2,70 %) sestry sebe prezentaci nepovažují za důležitou.

Otázka č. 12: **Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?**

Tabulka 12: Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Nasloucháním	66	51,56%
Pozorováním	40	31,25%
Dotekem (taktilní kontakt)	22	17,19%
Jiná odpověď	0	0,00%
Celkem odpovědí	128	100,00%



Graf 12: Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?

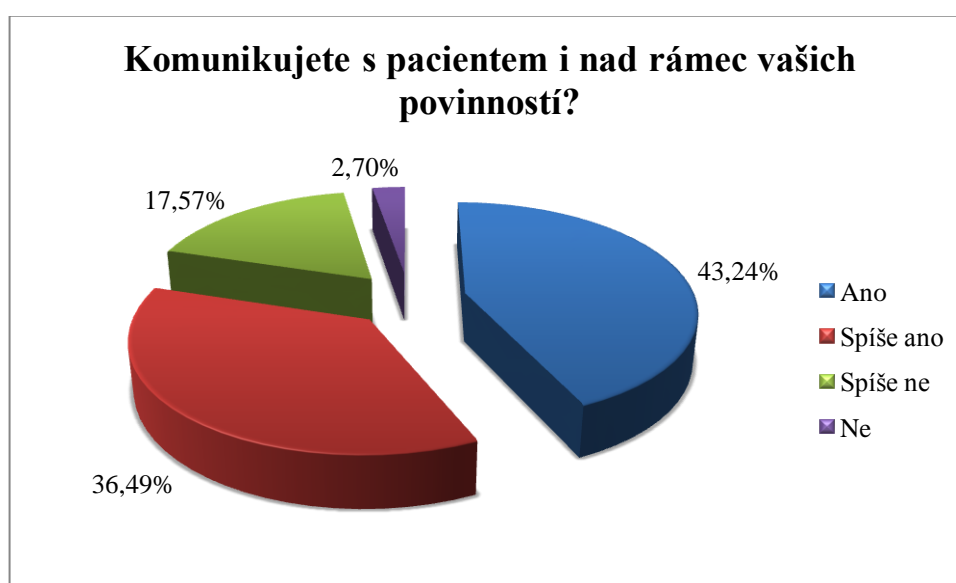
Komentář:

V této otázce měly sestry možnost zvolit více odpovědí. 66 (51,56 %) sester uvedlo, že pacientovým pocitům věnují pozornost nasloucháním, 40 (31,25 %) sester pozorováním a 22 (17,19 %) sester využívá taktilní kontakt. Žádná ze sester nevyužila možnosti vlastní odpovědi.

Otázka č. 13: **Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?**

Tabulka 13: Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	32	43,24%
Spíše ano	27	36,49%
Spíše ne	13	17,57%
Ne	2	2,70%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 13: Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?

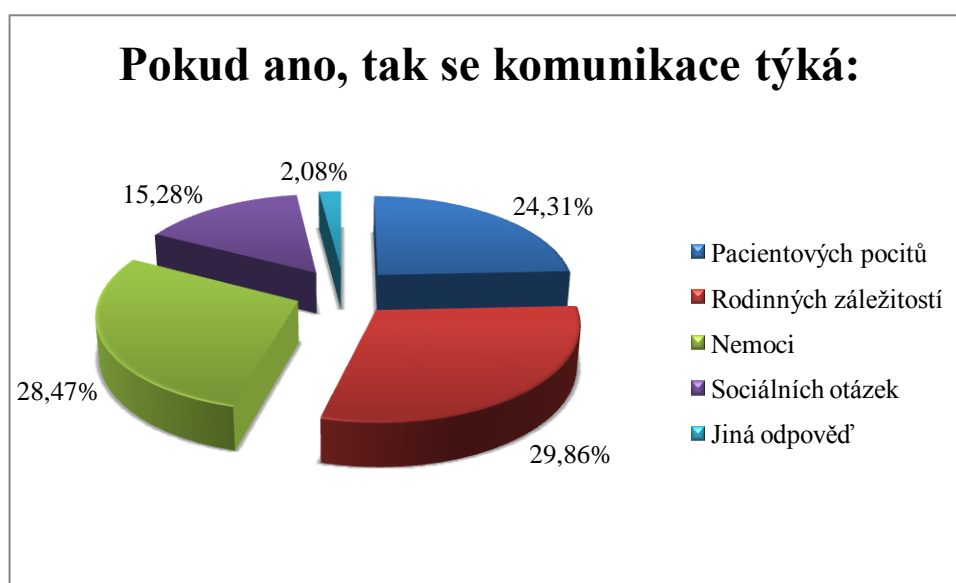
Komentář:

32 (43,24 %) sester odpovědělo, že komunikují s pacientem i nad rámec jejich povinností. 27 (36,49 %) sester si myslí, že spíše komunikují, a 13 (17,57 %) sester spíše nekomunikují nad rámec povinností. 2 (2,70 %) sestry komunikují s pacientem jen v rámci povinností.

Otázka č. 14: **Pokud ano, tak se komunikace týká:**

Tabulka 14: Pokud ano, tak se komunikace týká:

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Pacientových pocitů	35	24,31%
Rodinných záležitostí	43	29,86%
Nemoci	41	28,47%
Sociálních otázek	22	15,28%
Jiná odpověď	3	2,08%
Celkem odpovědí	144	100,00%



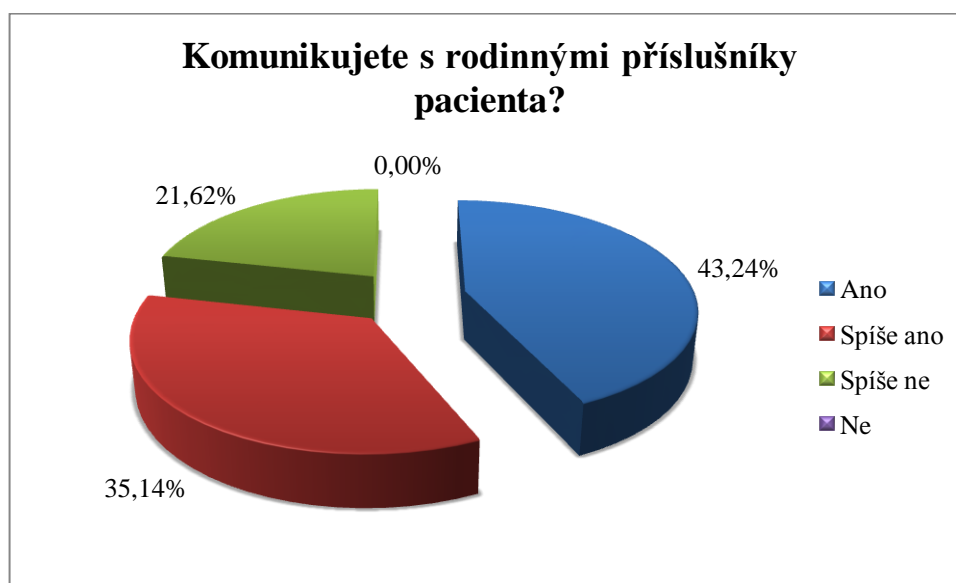
Graf 14: Pokud ano, tak se komunikace týká:

Komentář:

Na tuto otázku mohly odpovědět ty sestry, které uvedly, že s pacientem komunikují nebo si myslí, že s ním spíše komunikují i nad rámec jejich povinností. Sestry mohly zvolit více odpovědí. 43 (29,86 %) sester odpovědělo, že se komunikace týká rodinných záležitostí pacienta, 41 (28,47 %) uvedlo, že se komunikace týká nemoci, 35 (24,31 %) sester uvedlo, že se komunikace týká pacientových pocitů, 22 (15,28 %) sester řeší s pacientem sociální otázky. 3 (2,08 %) sestry využily možnosti vlastní odpovědi a napsaly, že téma komunikace záleží na pacientovi.

Otázka č. 15: **Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?**Tabulka 15: *Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	32	43,24%
Spíše ano	26	35,14%
Spíše ne	16	21,62%
Ne	0	0,00%
Celkem odpovědí	74	100,00%

Graf 15: *Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?*

Komentář:

32 (43,26 %) sester uvedlo, že komunikují i s příbuznými pacienta a 26 (35,14 %) sester si myslí, že s nimi spíše komunikují. 16 (21,62 %) sester si myslí, že s příbuznými spíše nekomunikují. Ani jedna sestra neoznačila odpověď, že s příbuznými nekomunikuje.

Otázka č. 16: **Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah:**

Tabulka 16: Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jen s pacientem	3	4,05%
Jen s rodinnými příslušníky pacienta	0	0,00%
S pacientem i jeho rodinnými příslušníky	65	87,84%
Během léčby není nutné navazovat vztahy	6	8,11%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 16: Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah

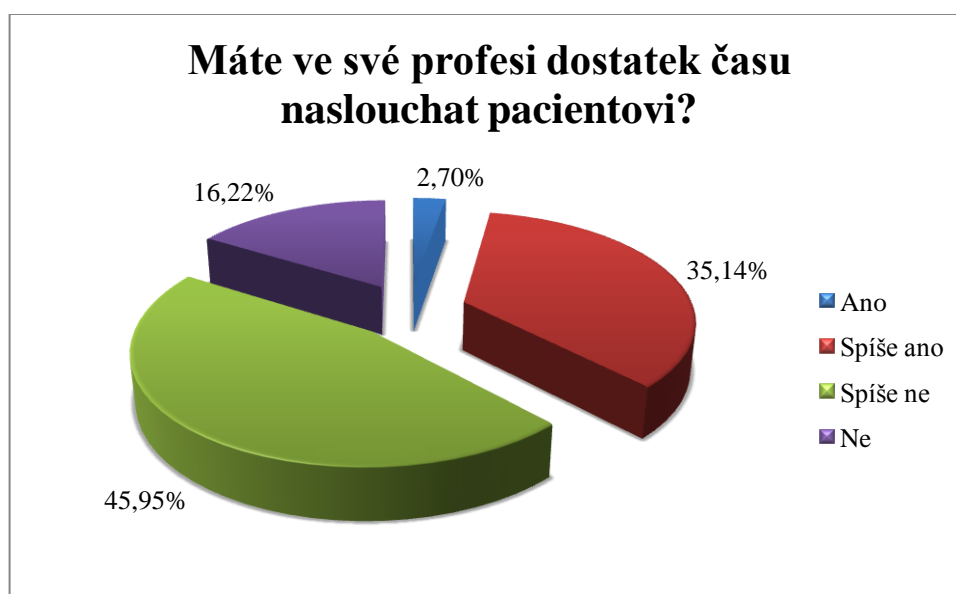
Komentář:

Většina sester se shodla v názoru, že během léčby je nutné navázat vztah jednak s pacientem a jednak s jeho rodinou. Tuto odpověď zvolilo 65 (87,84 %) sester. 3 (4,05 %) sestry si myslí, že během léčby stačí navázat vztah jen s pacientem. Žádná sestra nezvolila odpověď, že by během léčby bylo důležitá navázat vztah jen s rodinnými příslušníky. 6 (8,11 %) sester je názoru, že během léčby není nutné navazovat vztahy – ani s pacientem, ani s rodinou pacienta.

Otázka č. 17: Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?

Tabulka 17: Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	2	2,70%
Spíše ano	26	35,14%
Spíše ne	34	45,95%
Ne	12	16,22%
Celkem odpovědí	74	100,00%



Graf 17: Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?

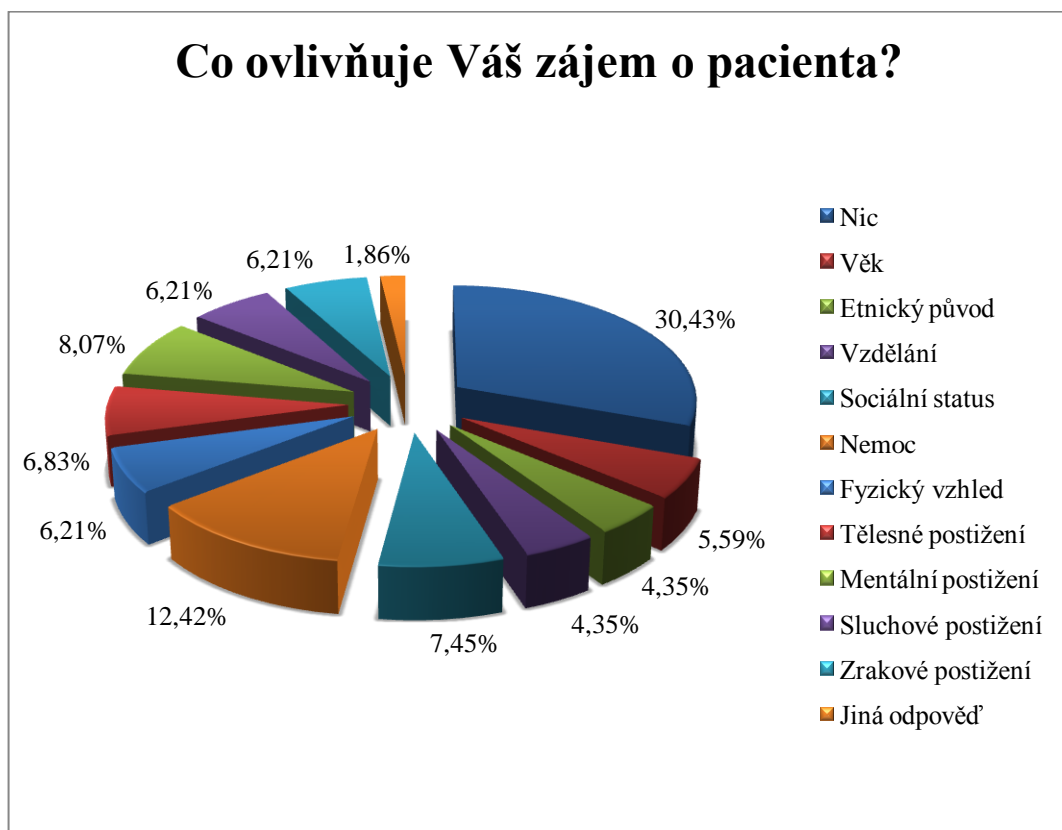
Komentář:

Na tuto otázku 34 (45,95 %) sester odpovědělo, že ve své profesi spíše nemají dostatek času naslouchat pacientovi. 26 (35,14 %) sester si myslí, že ten čas spíše má. 12 (16,22 %) sester odpovědělo, že nemá čas naslouchat pacientovi a pouze 2 (2,70 %) sestry jsou názoru, že mají dostatek času na naslouchání pacientovi.

Otázka č. 18: Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta?

Tabulka 18: Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta?

Odpovědi	Počet odpovědí	%
Nic	49	30,43%
Věk	9	5,59%
Etnický původ	7	4,35%
Vzdělání	7	4,35%
Sociální status	12	7,45%
Nemoc	20	12,42%
Fyzický vzhled	10	6,21%
Tělesné postižení	11	6,83%
Mentální postižení	13	8,07%
Sluchové postižení	10	6,21%
Zrakové postižení	10	6,21%
Jiná odpověď	3	1,86%
Celkem odpovědí	161	100,00%



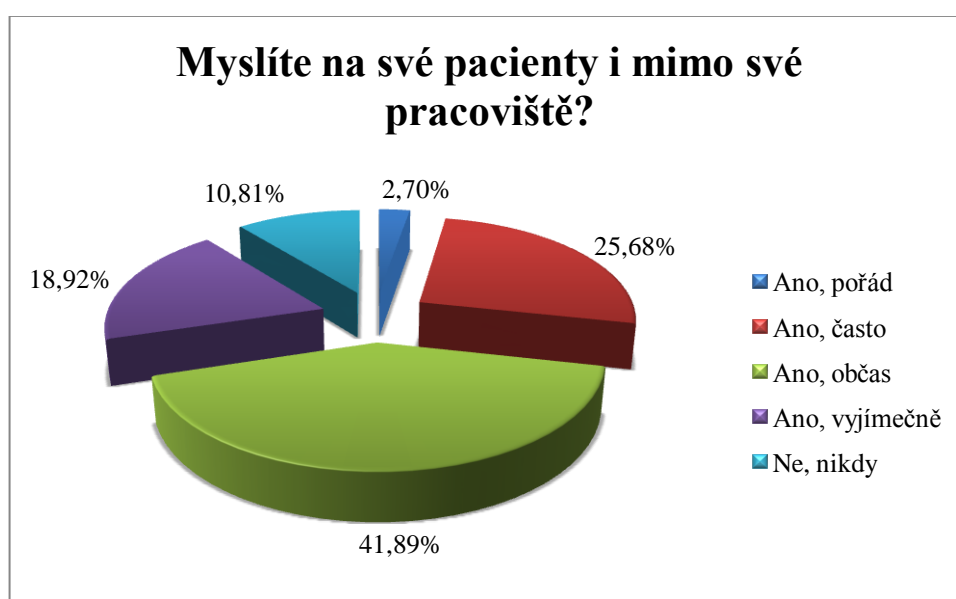
Graf 18: Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta?

Komentář:

V této otázce měly sestry možnost zvolit si více odpovědí. Nejvíce sester se ale shodlo v tom, že jejich zájem o pacienta nic neovlivňuje a že se ke všem chovají stejně. Tuto odpověď zvolilo 49 (30,43 %) sester. Z výsledků jsem zjistila, že pacientova nemoc ovlivňuje 20 sester. Sociální status ovlivňuje 12 (12,42 %) sester. Dalším faktorem, který ovlivňuje zájem sester je pacientovo postižení. Mentální postižení ovlivňuje 13 (8,07 %) sester, tělesné postižení ovlivňuje 11 (6,83 %) sester, sluchové postižení uvedlo 10 (6,21 %) sester a zrakové postižení rovněž 10 (6,21 %) sester. 10 (6,21 %) sester uvedlo, že jejich zájem ovlivňuje fyzický vzhled pacienta. 9 (5,59 %) sester odpovědělo, že je ovlivňuje věk pacienta. Vzdělání pacienta ovlivňuje 7 (4,35 %) sester. 7 (4,35 %) sester rovněž uvedlo, že je ovlivňuje etnický původ pacienta. 3 (1,86 %) sestry zvolily možnost vlastní odpovědi a uvedly, že jejich zájem ovlivňuje i pacientovo chování.

Otázka č. 19: **Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?**Tabulka 19: *Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pořád	2	2,70%
Ano, často	19	25,68%
Ano, občas	31	41,89%
Ano, výjimečně	14	18,92%
Ne, nikdy	8	10,81%
Celkem odpovědí	74	100,00%

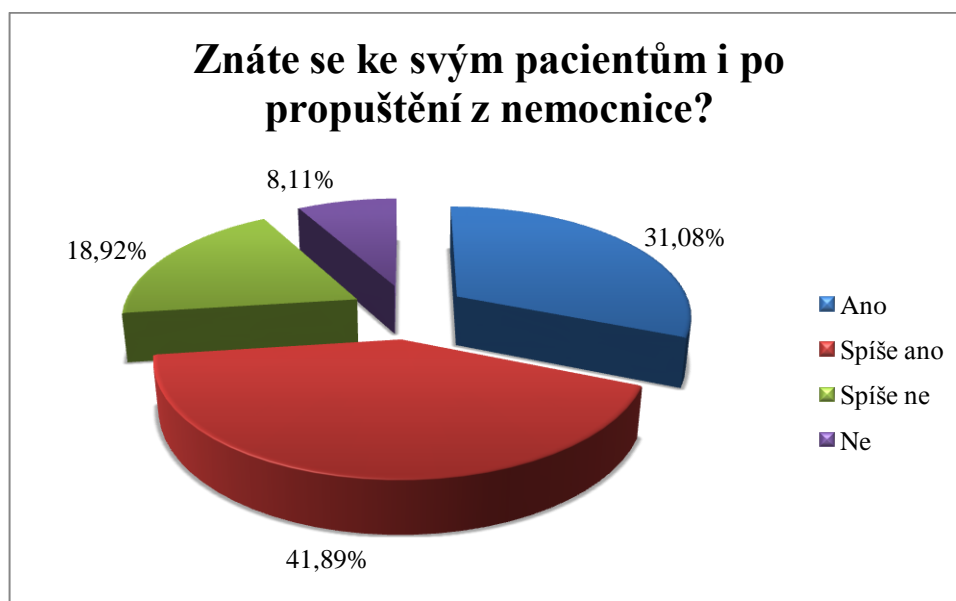
Graf 19: *Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?*

Komentář:

Celkem 31 (41,89 %) sester odpovědělo, že na své pacienty myslí občas. 19 (25,68 %) sester uvedlo, že na pacienty myslí často. 14 (18,92 %) sester zvolilo odpověď, že na své pacienty myslí jen výjimečně. 8 (10,81 %) sester na své pacienty nemyslí vůbec a jen 2 (2,70 %) sestry uvedly, že na své pacienty myslí pořád.

Otázka č. 20: **Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?**Tabulka 20: *Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	23	31,08%
Spíše ano	31	41,89%
Spíše ne	14	18,92%
Ne	6	8,11%
Celkem odpovědí	74	100,00%

Graf 20: *Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?*

Komentář: 23 (31,08 %) sester odpovědělo, že se ke svým pacientům zná i po propuštění. 31 (41,89 %) sester si myslí, že k pacientům většinou zná a 14 (18,92 %) sester je názoru, že se k nim spíše nezná. 6 (8,11 %) sester uvedlo, že se pak ke svým pacientům nikdy nezná.

8 DISKUZE

Cíl č. 1: Zjistit, zda sestry věnují empatii dostatečnou pozornost.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda sestry mají dostatečnou představu, co je empatie.

K analýze tohoto dílčího cíle slouží otázky č. 3, 4, a 5. 90,54 % sester si pod pojmem empatie představilo vcítění se. 75,68 % sester si myslí, že v jejich profesi je schopnost empatie důležitá. Dále bylo zjištěno, že sestry vnímají empatii jako kombinaci verbální a neverbální komunikace, a pouze několik sester považuje empatii za složku efektivní komunikace. I přesto lze ze zjištěných výsledků usuzovat, že sestry mají dostatečnou představu o empatii. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zda sestry svou schopnost být empatické rozvíjejí.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 6 a 7. Z výsledků vyplývá, že 51,35 % sester vědomě rozvíjí svou schopnost empatie. Jako prostředek k rozvíjení nejčastěji využívají studium odborné literatury (36,54 %), sebereflexi (25,00 %), samostatný trénink (23,08 %) a kurzy (15,38 %). Dílčí cíl 2 byl splněn.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, co ovlivňuje empatický zájem sestry.

K tomuto cíli směřuje otázka č. 18. Musím podotknout, že výsledek mě příjemně překvapil. Bylo zjištěno, že většinu sester nic neovlivňuje. Tak odpovědělo 49 z celkového počtu 74 dotazovaných sester. Ostatní sestry se shodly v tom, že nejvíce je ovlivňuje pacientovo onemocnění. Mezi další faktory, které ovlivňují zájem o pacienta, jsou: sociální status, mentální, tělesné a sluchové postižení, fyzický vzhled pacienta, vzdělání pacienta, etnický původ a chování. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Cíl č. 2: Zjistit, zda sestry věnují dostatečnou pozornost komunikaci v rámci ošetrovatelské péče.

Ke zjištění tohoto cíle sestry odpovídaly na otázky č. 13, 14 a 15. Na otázku č. 13: „Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?“ 43,24 % sester odpovědělo ano a 36,49 % sester zvolilo odpověď spíše ano. Potvrdila se mi tak hypotéza $1H_0$: Více jak 60 % sester komunikuje s pacientem i nad rámec jejich povinností.

V souvislosti s komunikací jsem dále zjišťovala, čeho se týká komunikace s pacientem. Nejvíce sester odpovědělo, že se komunikace týká rodinných záležitostí

pacienta, tak odpovědělo 29,86 % sester. Dalším častým tématem je nemoc pacienta, tuto odpověď zvolilo 28,47 % sester. 24,31 % sester uvedlo, že se komunikace týká pacientových pocitů a 15,28 % sester řeší s pacientem sociální otázky. 2,08 % sester ale nechává téma rozhovoru na pacientovi.

Dále jsem zjišťovala, zda sestry komunikují s rodinnými příslušníky pacienta. K tomu sloužila otázka č. 15: „Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?“ Z výsledků vyplývá, že 43,26 % sester komunikuje s příbuznými pacienta. 35,14 % sester si myslí, že s nimi spíše komunikují a jen 21,62 % uvedlo, že s příbuznými spíše nekomunikuje. Žádná sestra ovšem nezvolila odpověď, že by s příbuznými vůbec nekomunikovala. Zde se mi potvrdila hypotéza 2H₀: Více jak 60 % sester komunikuje i s rodinnými příslušníky pacienta.

Cíl č. 2 byl splněn.

Cíl č. 3: Zjistit, zda sestry věnují v komunikaci dostatečnou pozornost neverbálním projevům pacienta.

K danému cíli se vztahují otázky č. 8, 9 a 10. Na otázku č. 8: „Všimáte si i neverbálních projevů pacienta?“ 60,81 % sester odpovědělo ano, 31,08 % sester odpovědělo spíše ano, 4,08 % sester uvedlo, že si neverbálních projevů spíše nevšimá, a stejně tak 4,08% sester odpovědělo, že si těchto projevů nevšimá vůbec. Zde mohu potvrdit hypotézu 3H₀: Více jak 60 % sester si všimá neverbálních projevů pacienta.

V otázce č. 9 jsem zjišťovala, zda si sestry myslí, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci. Celkem 93,24 % sester odpovědělo ano a pouze 6,76% si myslí, že. Z toho vyplývá, že se mi potvrdila hypotéza 4H₀: Více jak 60 % sester si myslí, že se psychický stav pacienta projevuje na jeho neverbální komunikaci.

Na otázku č. 10 odpovídaly pouze ty sestry, které si myslí, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální projevy. Zajímalo mě, o které neverbální projevy se podle nich jedná. Z výsledků vyplývá, že se nejvíce jedná o mimiku (41,45 %), pak gestiku (23,68 %) a nakonec haptiku (23,68 %). V této otázce měly sestry možnost i vlastní odpovědi. Překvapilo mě, že žádná ze sester tuto možnost nevyužila a nezmínila možnost vlivu psychického stavu např. na pohledy či posturiku.

Cíl č. 3 byl splněn.

Cíl č. 4: Zjistit, do jaké míry sestry navozují vztah s pacientem.

Ke zjištění tohoto cíle směřovaly otázky č. 16, 19, 20. Otázka č. 16 zjišťovala, zda si sestry myslí, jestli je důležité během léčby navázat s pacienty nebo jejich rodinou vztah. Celkem 87,84 % sester se je názoru, že během léčby je důležité navázat vztah s pacientem i jeho rodinnými příslušníky. 4,05 % sester uvedlo, že během léčby je důležité navázat vztah jen s pacientem. Co mě překvapilo, tak to, že 8,11 % sester si myslí, že během léčby není nutné navazovat žádné vztahy.

Na otázku č. 19: „Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?“ 2,70 % sester uvedlo, že na své pacienty mimo pracoviště myslí pořád. Často na ně myslí 25,68 % sester. 41,89 % sester odpovědělo, že na své pacienty myslí jen občas a 18,92 % sester na ně myslí opravdu výjimečně. Pro mě zajímavé zjištění je, že 10,81 % sester uvedlo, že na své pacienty nikdy nemyslí. Zde se mi potvrdila hypotéza: H_0 : Více jak 60 % sester myslí na své pacienty i mimo pracoviště.

V otázce č. 20 jsem se ptala sester, zda se znají se ke svým pacientům i po jejich propuštění z nemocnice. 31,08 % sester mi na tuto otázku odpovědělo, že se ke svým pacientům zná i po propuštění a 41,89 % sester uvedlo, že se k pacientům po propuštění zná ve většině případů. 18,92 % sester je názoru, že se k nim spíše nezná. Bohužel 8,11 % sester uvedlo, že se pak ke svým pacientům nikdy nezná. V tomto případě mohu potvrdit hypotézu H_0 : Více jak 60 % sester se znají ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice.

Cíl č. 4 byl splněn.

Na závěr diskuze bych ráda zmínila další zajímavé výsledky, které jsem v průběhu průzkumu zjistila.

Ptala jsem se sester, zda je pro ně důležitá sebe prezentace (otázka č. 11). Z výsledků vyplývá, že sebe prezentace je důležitá pro 43,24 % sester. 40,54 % sester uvedlo, že sebe prezentaci považují za spíše důležitou a dalších 13,51 % sester uvedlo, že sebe prezentace pro ně spíše není důležitá. Myslím si, že je zarážející, že 2,70 % sester sebe prezentaci nepovažuje za důležitou.

Na otázku č. 12 „Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?“ 51,56 % sester uvedlo, že nasloucháním. V otázce č. „Máte ve své profesi dostatek času naslouchat

pacientovi?“ 16,22% sester odpovědělo, že ne a 45,95 % sester si myslí, že spíše ne. Z tohoto, pro mě překvapivého zjištění, jsem došla k závěru, že kdybych jednou pokračovala ve studiu, určitě bych se ve své závěrečné práci na tuto problematiku zaměřila. Zajímalo by mě, proč sestry nemají dostatek času naslouchat pacientům, a také to, jaké řešení tohoto problému by ony samy navrhovaly.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou empatie a naslouchání v ošetrovatelské péči. V teoretické části jsem se zaměřila na vymezení pojmu empatie a na její implementaci do ošetrovatelství. Dále jsem popsala faktory, které empatii ovlivňují, a také možnosti, jak lze tuto schopnost dále rozvíjet. V další kapitole jsem se pokusila objasnit pojem naslouchání. Zde jsem se zaměřila na vymezení pojmu naslouchání, na jeho způsoby a na chyby, kterých se při naslouchání můžeme dopustit. V kapitole o komunikaci jsem se mimo jiné snažila popsat verbální a neverbální komunikaci. Při popisování jsem se výrazně zaměřila na složky neverbální komunikace, která má v ošetrovatelství důležitou roli. V další kapitole jsem se věnovala prosociálnímu chování a altruismu, protože empatie s těmito jevy úzce souvisí. Poslední kapitola byla zaměřená na fenomén syndrom vyhoření, který utlumuje empatii u sester.

V praktické části jsem interpretovala výsledky šetření. Z výsledků je patrné, že sestry vědí, co je to empatie, ale jen polovina dotazovaných sester svou schopnost vědomě rozvíjí (nejčastěji studiem odborné literatury). Dále z výsledků vyplývá, že zájem sester o pacienty ve většině případů nic neovlivňuje. V souvislosti s komunikací bylo zjištěno, že většina sester komunikuje s pacientem i nad rámec povinností a že se komunikace nejčastěji týká jeho rodinných záležitostí. Většina sester si všímá i neverbálních projevů pacienta a je názoru, že se na těchto projevech odráží jeho psychický stav. Dále jsem zjistila, že si většina sester myslí, že je během léčby důležité navázat vztah nejen s pacientem, ale i s jeho rodinnými příslušníky a že se k pacientům zná i po jejich propuštění z nemocnice. Všechny cíle práce byly splněny a jsou podrobněji popsány v diskuzi.

Na závěr bych ráda podotkla, že mě psaní bakalářské práce bavilo a že jsem si prohloubila vědomosti k dané problematice. Přestože výsledky mého šetření jsou (troufám si říct) kladné, jsou zde zajímavá čísla, se kterými bych se ráda podělila s veřejností ve formě článku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2240-5.
- [2] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.
- [3] BUDA, Béla, 1994. *Empatia: psychológia vcítenia a vžitia sa do druhého*. 2. vyd. Nové Zámky: Psychoprof. ISBN 80-967148-0-5.
- [4] DEVITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.
- [5] JOBÁNKOVÁ, Marta, 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 8070133902.
- [6] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 2. Praha: SZÚ. ISBN 978-80-7367-299-7.
- [7] KEJKLÍČKOVÁ, Ilona, 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2835-3.
- [8] KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-150-9.
- [9] KRISTOVÁ, Jarmila, c2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Povídej - naslouchám*. Vyd. 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-405-7.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Vyd. 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
- [14] KUBICOVÁ, Alina, 2006. Empatie jako kvalita v pomáhajícím vztahu. In: *Afiliace 2006 - Webová konference ZSF JU* [online]. 08.12.2006 08:32 [cit. 2013-04-09]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/kubicova>

- [15] PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [16] POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-466-5.
- [17] PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2007. *Asertivitou proti stresu*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1697-8
- [18] PREKOP, Jirina 2004. *Empatie: vcítění v každodenním životě*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0672-5.
- [19] ROSENBERG, Marshall B, 2008. *Nenásilná komunikace - řeč života*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-447-2.
- [20] SAUNDERS, Eva, 2006. O altruismu. In: *Afiliace 2006 - Webová konference ZSF JU* [online]. 08.12.2006 08:39 [cit. 2013-04-09]. Dostupné z: <http://conferences.jcu.cz/affiliation2006/Articles/saunders>
- [21] ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.
- [22] TOŠNER, Jiří a Tamara TOŠNEROVÁ, 2002. Burn – Out syndrom. In: *Hestia* [online]. Praha: Hestia [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.hest.cz/res/data/006/000985.doc>
- [23] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1262-8.
- [24] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- [25] VYBÍRAL, Zbyněk, 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.
- [26] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 2008. *Sociální psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
- [27] ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
- [28] ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLČÁK, 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-306-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procento
Bc.	Bakalář
BM	Burnout Measure
cit.	Citováno
cm	Centimetr
č.	Číslo
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání
H_0	Hypotéza nulová
H_A	Hypotéza alternativní
m	Metr
MBI	Maslach Burnout Inventory
Mgr.	Magistr
např.	Například
PA	Personal accomplishment
s.	Strana
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠŽ	Vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Graf 1: Pohlaví</i>	40
<i>Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	41
<i>Graf 3: Co si představíte pod pojmem empatie?</i>	42
<i>Graf 4: Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?</i>	43
<i>Graf 5: Považujete empatii za:</i>	44
<i>Graf 6: Rozvíjíte svou schopnost empatie?</i>	45
<i>Graf 7: Jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?</i>	46
<i>Graf 8: Všímáte si i neverbálních projevů pacienta?</i>	47
<i>Graf 9: Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?</i>	48
<i>Graf 10: Pokud ano, psychický stav ovlivňuje:</i>	49
<i>Graf 11: Je pro Vás důležitá sebereprezentace?</i>	50
<i>Graf 12: Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?</i>	51
<i>Graf 13: Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?</i>	52
<i>Graf 14: Pokud ano, tak se komunikace týká:</i>	53
<i>Graf 15: Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?</i>	54
<i>Graf 16: Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah</i>	55
<i>Graf 17: Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?</i>	56
<i>Graf 18: Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta?</i>	57
<i>Graf 19: Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?</i>	59
<i>Graf 20: Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?</i>	60

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Pohlaví</i>	40
<i>Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	41
<i>Tabulka 3: Co si představíte pod pojmem empatie?</i>	42
<i>Tabulka 4: Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?</i>	43
<i>Tabulka 5: Považujete empatii za:</i>	44
<i>Tabulka 6: Rozvíjíte svou schopnost empatie?</i>	45
<i>Tabulka 7: Jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?</i>	46
<i>Tabulka 8: Všímate si i neverbálních projevů pacienta?</i>	47
<i>Tabulka 9: Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?</i>	48
<i>Tabulka 10: Pokud ano, psychický stav ovlivňuje:</i>	49
<i>Tabulka 11: Je pro Vás důležitá sebezprezentace?</i>	50
<i>Tabulka 12: Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům?</i>	51
<i>Tabulka 13: Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?</i>	52
<i>Tabulka 14: Pokud ano, tak se komunikace týká:</i>	53
<i>Tabulka 15: Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?</i>	54
<i>Tabulka 16: Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah</i>	55
<i>Tabulka 17: Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?</i>	56
<i>Tabulka 18: Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta?</i>	57
<i>Tabulka 19: Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?</i>	59
<i>Tabulka 20: Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?</i>	60

SEZNAM PŘÍLOH

P1 Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Renáta Cilečková a studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

Zpracovávám bakalářskou práci s názvem *Empatie a naslouchání v ošetrovatelské péči*. Součástí průzkumné části je dotazník a já Vás chci touto cestou poprosit o jeho vyplnění. *Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze v mé bakalářské práci.*

Předem Vám moc děkuji za čas strávený vyplňováním toho dotazníku.

1. Jste

- Muž
- Žena

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- SZŠ
- VOŠZ
- VŠ – Bc.
- VŠ – Mgr.

3. Co si představíte pod pojmem *empatie*?

- Sympatie
- Soucit
- Večtění se
- Jiné (uved'te)

.....

.....

.....

.....

.....

4. Myslíte si, že schopnost empatie je důležitá pro práci všeobecné sestry?

- Ano
- Ne
- Nevím

5. Považujete empatii za (je možné zvolit i více odpovědí):

- Etickou výbavu
- Verbální komunikaci
- Neverbální komunikaci
- Za kombinaci verbální a neverbální komunikace
- Schopnost dávat rady
- Efektivní komunikaci
- Jiné (uved'te)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Rozvíjíte svoji schopnost empatie?

- Ano
- Ne
- Nevím

7. Pokud ano, jakým způsobem rozvíjíte svoji empatii?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Všímate si i neverbálních projevů pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

9. Myslíte si, že psychický stav pacienta má vliv na jeho neverbální komunikaci?

- Ano
- Ne

10. Pokud ano, tak ovlivňuje (je možné zvolit i více odpovědí):

- Mimiku
- Haptiku
- Gestiku
- Jiné (uved'te)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Je pro Vás důležitá sebe prezentace?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

12. Jak věnujete pozornost pacientovým pocitům (je možné zvolit i více odpovědí)?

- Nasloucháním
- Pozorováním mimiky
- Dotekem (taktilní kontakt)
- Jiné (popište)

.....

.....

.....

.....

.....

13. Komunikujete s pacientem i nad rámec vašich povinností?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14. Pokud ano, tak se komunikace týká (je možné zvolit i více odpovědi):

- Pacientových pocitů
- Rodinných záležitostí
- Nemoci
- Sociálních otázek
- Jiné (popište)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

15. Komunikujete s rodinnými příslušníky pacienta?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

16. Myslíte, že během léčby je důležité navázat vztah:

- Jen s pacientem
- Jen s rodinnými příslušníky pacienta
- S pacientem i jeho rodinnými příslušníky
- Během léčby není nutné navazovat vztahy

17. Máte ve své profesi dostatek času naslouchat pacientovi?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

18. Co ovlivňuje Váš zájem o pacienta (je možné zvolit i více odpovědi)?

- Nic
- Věk
- Etnický původ
- Vzdělání

- Sociální status
- Nemoc
- Fyzický vzhled
- Postižení:
 - a. Tělesné
 - b. Mentální
 - c. Sluchové
 - d. Zrakové
- Jiné (popište)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Myslíte na své pacienty i mimo pracoviště?

- Ano, pořád
- Ano, často
- Ano, občas
- Ano, výjimečně
- Ne, nikdy

20. Znáte se ke svým pacientům i po propuštění z nemocnice?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

Prosím, zkontrolujte si, zda jste vyplnil/vyplnila všechny otázky.