

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Iveta Prosová

**Předcházení a deeskalace konfliktu v
pediatrickém ošetrovatelství**

bakalářská práce

Praha 2024

Autor práce: **Iveta Prosová**

Vedoucí práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Konzultant práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.**

Datum obhajoby: 6. 6. 2024

Bibliografický záznam

PROSOVÁ, Iveta. Předcházení a deescalace konfliktů v pediatrickém ošetřovatelství. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2024. 146 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Klíčová slova

pediatrické ošetřovatelství; komunikace; prevence konfliktu; strategie řešení konfliktu; deescalace konfliktu; řešení konfliktů

Keywords

pediatric nursing, communication, conflict prevention, conflict resolution strategies, conflict de-escalation, conflict management

Abstrakt

Východiska: Tato práce se zaměřuje na předcházení a deeskalaci konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství.

Cíle: Teoretickým cílem této práce je získat přehled relevantních informací z dostupné odborné české a zahraniční literatury pojednávající o předcházení a deeskalaci konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství. Získané poznatky utřídit, kriticky posoudit a vyhodnotit. Empirickým cílem této práce je provést kvantitativní výzkum realizovaný pomocí nestandardizovaného dotazníku distribuovaného sestřám pracujícím na dětských lůžkových odděleních FN Motol, statisticky zpracovat a vyhodnotit získaná data a na základě výsledků dotazníkového šetření formulovat závěry a doporučení o předcházení a deeskalaci konfliktů pro praxi.

Metodika: Výzkumné šetření je provedeno formou nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce, distribuován byl pediatrickým, praktickým a všeobecným sestřám, které pracují na dětských odděleních ve FN Motol. Do výsledné studie je zahrnuto 144 správně vyplněných dotazníků.

Výsledky: Výzkumné šetření odhalilo, že přestože 72 % sester považuje vzdělávání v oblasti předcházení a deeskalace konfliktů za důležité, pouze 21% sester se v posledních 5 letech takového vzdělávání zúčastnilo. Ze 68% sester, které uvádí, že neznají principy celosvětově rozšířené Family Centred Care (péče zaměřené na rodinu), se dvě třetiny chtějí o tomto tématu dozvědět více. 69,4% sester považuje za nejčastější důvod vzniku konfliktu špatnou komunikaci a nedorozumění a 50% sester si myslí, že by výskyt konfliktů snížil jednotný přístup zdravotníků. 43 % respondentů vnímá jako jeden z nejčastějších důvodů vzniku konfliktů nejednotný přístup k pacientům. Výzkum neodhalil žádnou statisticky významnou spojitost mezi sestrami různého věku, s různými stupni vzdělání nebo délkou praxe a jejich odpověďmi v daném výzkumu.

Závěry: Výzkum odhalil nedostatky ve vzdělávání pediatrických sester na téma předcházení a deeskalace konfliktů. Z výzkumu vyplývá, že je téma předcházení a deeskalace konfliktů v pediatrickém ošetřovatelství nedostatečně zmapované a je třeba provést další rozsáhlejší výzkum, například výzkum na dané téma.

Abstract

Background: This paper focuses on conflict prevention and de-escalation in pediatric nursing.

Aims: The theoretical aim of this thesis is to review relevant information on conflict prevention and de-escalation in paediatric nursing from the available Czech and international literature. The obtained knowledge is to be sorted, critically assessed and evaluated. The empirical aim of this thesis is to carry out quantitative research using a non-standardized questionnaire distributed to nurses working in paediatric inpatient wards of Motol University Hospital, to statistically process and evaluate the obtained data and to formulate conclusions and recommendations on conflict prevention and de-escalation for practice based on the results of the questionnaire survey.

Methodology: The research was conducted in the form of a non-standardized anonymous questionnaire of our own design, distributed to paediatric, general and practical nurses working in the paediatric wards at Motol Hospital. 144 correctly completed questionnaires are included in the final study.

Results: The research survey revealed that although 72% of nurses consider education on conflict prevention and de-escalation important, only 21% of nurses have received such education in the last 5 years. Of the 68% of nurses who report that they are unfamiliar with the principles of global Family Centred Care, two-thirds would like to learn more about this topic. 69% of nurses perceive poor communication and misunderstanding as the most common reason for conflict and 50% of nurses think that a consistent approach by health care professionals would reduce the incidence of conflict. 43% of respondents perceive an incoherent approach to patients as one of the most common reasons for conflict. The research revealed no statistically significant association between nurses of different ages, with different levels of education or length of experience and their responses in the survey.

Conclusion: The research revealed gaps in pediatric nurse education on conflict prevention and de-escalation. The research suggests that the topic of conflict prevention and de-escalation in pediatric nursing is under-mapped and more extensive research, such as research on the topic, is needed.

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Iveta Prosová**

Studijní obor: **Pediatrické ošetrovatelství**

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

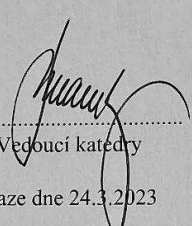
Název práce: **Předcházení a deeskalace konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

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

Datum zadání bakalářské práce: 24.3.2023

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


Vedoucí katedry


Děkan

V Praze dne 24.3.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Jaroslavy Raudenské, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 24.4. 2024

Iveta Prosová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní PhDr. Jaroslavě Raudenské, Ph.D za odborné vedení mé bakalářské práce a paní PhDr. Šárce Tomové, MPH, Ph.D., PhD. za ochotu, laskavost a její zapálení do vzdělávání sester v oblasti komunikace, které hrálo při výběru tématu bakalářské práce velkou roli. Děkuji Ing. Adamovi Ferenczovi a Lence Prosové za pomoc s analytickým zpracováním dat. Velké poděkování patří všem vrchním a staničním sestřám, které mi umožnily na jejich odděleních ve Fakultní nemocnici v Motole provést výzkumné šetření, jmenovitě: vrchním sestřám paní Bc. Renatě Jungmannové, paní Mgr. Janě Králíčkové, paní Ing. Lence Malíkové, paní Mgr. Iloně Mayerové, paní Bc. Renatě Jungmannové; staničním sestřám paní Ivaně Dvorské, DiS, paní Petře Forejtové, paní Evě Fröhlich, paní Bc. Janě Jechové, paní Jiřině Maškové, paní Bc. Jitce Neufussové, paní Simoně Pepíchové, paní Daně Vosátkové, paní Daniele Zachové a neposlední řadě všem 144 respondentům, kteří i přes velké pracovní vytížení můj dotazník ochotně vyplnili a projevíli zájem o mnou zkoumané téma. Děkuji též Šarlotě Havlíkové, Kataríně Zieglerové a MUDr. Filipovi Baldíkovi za jejich trpělivost a podporu nejen při psaní bakalářské práce.

Největší poděkování však patří celé mé rodině za jejich trpělivost a nikdy nekončící podporu po celou dobu mého studia, bez které bych se neobešla.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| SEZNAM ZKRATEK..... | 7 |
| ÚVOD..... | 8 |
| 1 CÍLE PRÁCE..... | 10 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 11 |
| 1 KONFLIKT..... | 12 |
| 1.1 Definice konfliktu..... | 13 |
| 1.2 Druhy konfliktů..... | 14 |
| 1.2.1 Dělení konfliktu dle počtu zapojených osob..... | 14 |
| 1.2.2 Dělení dle charakteru konfliktu..... | 15 |
| 1.2.3 Dělení dle dopadů vyplývajících z konfliktu..... | 16 |
| 1.3 Fáze konfliktu..... | 18 |
| 1.5 Vzdělávání sester v předcházení a deeskalaci konfliktu..... | 19 |
| 1.4 Konflikt v pediatrickém ošetrovatelství..... | 21 |
| 2 PŘEDCHÁZENÍ KONFLIKTU V PEDIATRIKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 23 |
| 2.1 Využití teorií kognitivního vývoje při péči o pediatrické pacienty..... | 24 |
| 2.1.1 Piagetova teorie vývoje myšlení..... | 24 |
| 2.1.2 Vygotského zóna nejbližšího vývoje..... | 25 |
| 2.1.3 Vývoj představ dětí dle Bibaceho a Walshe..... | 25 |
| 2.2 Poskytování spirituální péče pediatrickou sestrou..... | 27 |
| 2.3 Komunikace ve zdravotnictví..... | 28 |
| 2.2.1 Typy profesní komunikace..... | 29 |
| 2.2.2 Komunikační model v ošetrovatelství..... | 29 |
| 2.2.3 Překážky v komunikaci..... | 30 |
| 2.2.4 Verbální komunikace v pediatrickém ošetrovatelství..... | 31 |
| 2.2.5 Neverbální komunikace v pediatrickém ošetrovatelství..... | 34 |
| 2.3 Vztah mezi sestrou a pediatrickým pacientem..... | 36 |
| 2.4 Vztah mezi sestrou a rodiči pediatrického pacienta..... | 38 |
| 2.4.1 Family Centred Care..... | 39 |
| 2.5 Aktivní vyhledávání a odstraňování zdrojů konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství..... | 41 |
| 2.5.1 Špatná komunikace..... | 41 |
| 2.5.2 Rozdílné názory pediatrických pacientů či rodičů a sestry..... | 42 |
| 2.5.3 Očekávání pacientů a jejich rodičů..... | 42 |
| 2.5.4 Strach a úzkost pediatrických pacientů či jejich rodičů..... | 42 |
| 2.5.5 Nespolutracující pediatrický pacient..... | 43 |
| 2.5.6 Předchozí konflikt..... | 44 |
| 2.5.7 Frustrace..... | 44 |
| 3 DEESKALACE KONFLIKTU V PEDIATRIKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 45 |
| 3.1 Styly deeskalace konfliktu..... | 47 |

| | |
|---|------------|
| 3.1.1 Dominantní styl..... | 47 |
| 3.1.2 Vyhýbavý styl..... | 47 |
| 3.1.3 Přizpůsobivý styl..... | 48 |
| 3.1.4 Kompromisní styl..... | 48 |
| 3.1.5 Integrativní styl..... | 49 |
| 3.1.6 Autoritativní styl..... | 49 |
| 3.1.7 Alternativní řešení konfliktů ve zdravotnické praxi..... | 49 |
| 3.2 Použití deeskalačních technik v pediatrickém ošetřovatelství..... | 51 |
| 3.2.1 Aktivní naslouchání..... | 52 |
| 3.2.2 Empatie..... | 53 |
| 3.2.3 Parafrázování..... | 53 |
| 3.2.4 Objasňující otázky..... | 53 |
| 3.2.5 Sumarizace..... | 53 |
| 3.2.6 Ocenění a povzbuzení..... | 54 |
| 3.2.7 Nevhodné deeskalační techniky..... | 54 |
| 3.3 Stanovení hranic..... | 55 |
| II. EMPIRICKÁ ČÁST..... | 56 |
| 1 CÍLE PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ..... | 57 |
| 2 METODIKA SBĚRU DAT..... | 61 |
| 3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A SBĚR DAT..... | 63 |
| 4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU..... | 65 |
| 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU..... | 72 |
| 6 DISKUZE..... | 99 |
| 6.1 Analýza hypotéz..... | 99 |
| 6.2 Komentář výsledků a možné implikace do pediatrického ošetřovatelství..... | 118 |
| III. ZÁVĚR..... | 122 |
| REFERENČNÍ SEZNAM..... | 124 |
| SEZNAM TABULEK..... | 133 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 135 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 136 |
| PŘÍLOHY..... | 137 |

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|------------|--|
| atd. | a tak dále |
| č. | číslo |
| ČR | Česká republika |
| et al. | a kolektiv |
| FCC | Family Centred Care, péče zaměřená na rodinu |
| H | hypotéza |
| n | absolutní četnost |
| např. | například |
| s. | strana |
| Sb. | sbírky |
| SD | směrodatná odchylka |
| sm. odch. | směrodatná odchylka |
| var. koef. | variační koeficient |
| % | procento, relativní četnost |

ÚVOD

K tématu své bakalářské práce, předcházení a deeskalace konfliktu, jsem se v kontextu pediatričtého ošetřovatelství blíže dostala poprvé při svých odborných praktických stážích ve FN Motol v prvním ročníku. Další zájem o tuto tematiku ve mě, ve více ucelené a odborné formě, probudila paní PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD. v zimním semestru druhého ročníku při výuce předmětu Komunikace v ošetřovatelství.

Téma své bakalářské práce, jsem si vybrala, protože jej považuji za důležité, aktuální a přitom stále relativně neprozkoumané. Konflikt, ať už pozitivní nebo negativní, je zajímavý fenomén, kterému není v pediatričtém ošetřovatelství věnováno zdaleka tolik prostoru, kolik by si zasloužil. Zejména v české literatuře je koncept pozitivního přístupu ke konfliktu jakožto k pohonu vývoje a zkvalitňování péče zmíněn spíše okrajově. Už od prvního momentu mě na praxích zaujalo, jak některé pediatričké sestry komunikují s dětskými pacienty a jejich rodiči - sledovat obratného komunikátora, který je zblhlý v technikách předcházení a deeskalace konfliktů a umí je při péči o své pediatričké pacienty a jejich rodinu aplikovat, pro mě bylo od začátku inspirativní.

Jako pediatričké sestry se při práci na lůžkových odděleních denně budeme setkávat se situacemi, které jsou pro naše pacienty a jejich rodiče nepříjemné, bolestivé a obtížné na zvládnutí. My, jakožto sestry odbornice jsme tu od toho, abychom jim pomohly, poskytlí jim svou odbornou péči, ale i lidskou oporu.

Zastávám názor, že pokud chceme svou práci pediatričké sestry vykonávat ku prospěchu svým pacientům, nestačí mít odborné znalosti pouze v oblasti poskytování ošetřovatelské péče ve smyslu fyzického naplnění potřeb svých pacientů. Domnívám se, že si naši pacienti zaslouží mnohem více - psychickou oporu, porozumění a profesionálního přístupu ikdyž, nebo právě tehdy když, zažívají nepříjemné, bolestivé a náročné období při hospitalizaci.

Při psaní bakalářské práce jsem s velkým zaujetím vyhledávala a načítala odbornou literaturu, studovala různé výzkumy a možnosti, které při předcházení a deeskalaci konfliktů pro pediatričké sestry existují. Ve své práci se pak věnuji těm technikám a postupům, které se dají jednoduše osvojit a uplatnit v široké škále situací, kterým je pediatričká sestra vystavena při výkonu svého povolání.

Věřím, že od schopnosti pediatričtější sestry předcházet konfliktům a deeskalovat je se odvíjí kvalita poskytované péče, která přímo ovlivňuje nejen spokojenost pacientů a jejich rodičů, ale i jejich rekonvalescenci.

Přála bych si, aby bylo téma konfliktů v ošetřovatelské praxi pediatričtější sester méně tabuizované, aby se mu v pediatričtém ošetřovatelství věnoval větší prostor a vyvíjel se efektivní koncept vzdělávání, při kterém se bude dbát na aplikaci nejnovějších poznatků a moderních výukových metod, které ve svých hodinách mimo jiné využívá i paní doktorka Tomová.

Konflikty, ať už při výkonu povolání dětské sestry, tak v běžném životě, nás potkávají denně, můžeme je tedy vnímat negativně, nebo se s nimi naučit pracovat a využít je jako motor ke změně a zkvalitnění ošetřovatelské péče pro pediatričtější pacienty.

1 CÍLE PRÁCE

V této kapitole jsou popsány cíle bakalářské práce na téma Předcházení a deeskalace konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství, které jsem si stanovila pro naplnění daného tématu práce.

Cíl 1: Získat přehled relevantních informací z dostupné odborné české a zahraniční literatury pojednávající o předcházení a deeskalaci konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství.

Cíl 2: Získané poznatky utřídít, kriticky posoudit a vyhodnotit.

Cíl 3: Provést kvantitativní výzkum realizovaný pomocí nestandardizovaného dotazníku distribuovaného mezi pediatrické, praktické a všeobecné sestry pracující na dětských lůžkových odděleních ve FN Motol.

Cíl 4: Statisticky zpracovat a vyhodnotit získaná data.

Cíl 5: Porovnat znalosti a přístup sester s nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání.

Cíl 6: Na základě výsledků dotazníkového šetření formulovat závěry a doporučení o předcházení a deeskalaci konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce je zaměřena na vytvoření přehledu a zhodnocení informací týkajících se předcházení a deeskalaci konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství z dostupné odborné české a zahraniční literatury.

Teoretická část se sestává ze tří hlavních kapitol, která problematiku předcházení a deeskalace konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství rozděluje na tři tematické celky.

První kapitola pojednává o konfliktu z obecného hlediska; o jeho definici, dělení dle různých kritérií a fázích, kterými konflikt prochází; dále se věnuje tématu vzdělávání pediatrických sester v předcházení a deeskalaci konfliktu. Poslední podkapitola zasazuje konflikt do kontextu pediatrického ošetřovatelství.

Druhá kapitola pojednává o předcházení konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství. V první podkapitole jsou nastíněny základní teorie kognitivního vývoje a jak může pediatrická sestra využít jejich poznatků při poskytování vývojově adekvátní ošetrovatelské péče. Znalost kognitivního vývoje napomáhá pediatrické sestře lépe porozumět chování a prožívání pediatrických pacientů v různých obdobích vývoje. Druhá podkapitola poskytuje vhled do vlivu spirituality na vnímání onemocnění pediatrickými pacienty a poskytování spirituální péče pediatrickou sestrou. Dále se tato kapitola věnuje komunikaci v ošetřovatelství a vztahům, které si pediatrická sestra vytváří při výkonu svého povolání s pacienty a jejich rodiči a principy péče zaměřené na rodinu. V závěru kapitoly se věnuje aktivnímu vyhledávání a odstraňování zdrojů konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství.

Třetí kapitola se věnuje deeskalaci konfliktů. Blíže se pak věnuje jednotlivým stylům deeskalace konfliktů, použitím deeskalačních technik a významu stanovení hranic při deeskalaci.

1 KONFLIKT

Konflikt působí v systému jako deekvilibrizační, destabilizující a dynamizující prvek, který podněcuje změny vychýlením daných systémů z rovnováhy. Když v systému destabilizuje pouze rovnováhu, pomáhá mu se dynamicky vyvíjet a vnímáme ho v pozitivním smyslu. Pokud však konflikt naruší stabilitu celého systému, jedná se o konflikt vystupňovaný, neboli krizi. Krize představuje pro systém akutní hrozbu. Pokud je i po opakovaných snahách řešení konfliktu stabilita systému stále ohrožena, navrhuje Plamínek (2012) se zaměřit spíše na způsob řešení daného konfliktu, než jeho obsah. Jestliže systém kolabuje do takové míry, že a ztrácí své typické charakteristiky, hovoříme o katastrofě. Stabilitu si systémy většinou udržují pomocí negativní zpětné vazby, při které navýšení jednoho faktoru způsobuje zvýšení jeho „antifaktoru“, který působení prvního faktoru zmírňuje, blokuje nebo redukuje.

Autoři, jejichž poznatky a názory budou prezentovány v této kapitole, se napříč zeměmi a kulturami shodují, že konflikt má ve většinové společnosti stále spíše negativní konotace. Představuje něco nežádoucího a nepříjemného, čemu je třeba se snažit v zájmu zachování jistoty a řádu všemi prostředky vyhnout (Plamínek, 2012; Basu a Faust, 2013; Kochan a Verma, 1983). Basu a Faust (2013) v tomto kontextu hovoří o nedostatečně vyvinuté kultuře vedení sporů, která se projevuje například tak, že je na konflikty nahlíženo jako na útok, systémové chyby nebo morální selhání jeho účastníků. Basu a Faust (2013) však označují konflikt za přirozený a nutný k našemu rozvoji, duševnímu růstu, kreativitě a učení se.

Můžeme říci, že konflikt, který vede ke změně, je užitečný a je bezpředmětné se jej snažit kompletně eliminovat. Naopak bychom měli být za jeho existenci vděční a naučit se s ním pracovat tak, abychom byli schopni ho efektivně řešit a tvořit tím podklad pro pozitivní změnu v budoucnosti (Plamínek, 2012).

Tato kapitola dále pojednává o konfliktech, ať už v obecném slova smyslu, či s přímým odkazem na aplikaci dále popsaných poznatků do praxe pediatrické sestry. Následující podkapitoly se věnují především vysvětlení termínů týkající se konfliktů, různým druhům konfliktů, fázím konfliktu, specifitě konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství a vzdělávání sester v oblasti konfliktu.

1.1 Definice konfliktu

Mack a Snyder (1957) definovali konflikt jakožto spor vznikající na podkladě opačných zájmů obou stran kombinující se s frustrací, nedostatkem zdrojů a neshodou ve společném cíli jednotlivých účastníků konfliktu. Vévoda (2013) říká, že konflikt vyvstává ze střetu názorů, neshod či rozpor. Basu a Faust (2013) popisují konflikt jako situaci, ve které dochází k neuspokojování více než dvou potřeb, nebo jsou zvoleny nevhodné způsoby jejich naplňování. Tato definice je dle mého názoru dobře aplikovatelná do zdravotnického prostředí.

Kreitner a Kinicki (2010) definují konflikt jako stav, kdy jedna strana pociťuje, že jsou její zájmy utlačovány nebo je druhá strana negativně ovlivňuje.

Kochan a Verma (1983) se domnívají, že konflikty vznikají ve vztahu mezi jedinci s kompetitivními, ale zároveň i kooperativními zájmy, což nám na konflikty nabízí odlišný náhled. A to jakožto na interakce potenciálně benefitující, ne jenom nežádoucí produkt lidského soužití. Kompetitivní zájem je v jejich teorii chápán jako podnět pro vznik konfliktu. Kooperativní zájem je naopak podnět ke kompromisu, kterého chtějí dosáhnout všichni zúčastnění.

Paulík (2007) nahlíží na konflikt jako destabilizující prvek systému, který může mít negativní, ale i výrazně pozitivní význam. Destabilizace stávajících poměrů slouží jako podmínka vývoje a umožňuje systému projít nutnými změnami. Konflikty vidí jako nevyhnutelné i z pohledu velké individuality každého jedince, z níž vyplývají různé postoje, jednání i zájmy.

1.2 Druhy konfliktů

Konflikty můžeme dělit podle různých kritérií. Konflikt funkční pomáhá problém posunout do příznivější polohy, naopak dysfunkční problém nijak neřeší (Křivohlavý, 2009). Dále je lze rozdělit dle časového hlediska na náhlé, připravené, krátkodobé či dlouhodobé. Podle zřetelnosti pak rozlišujeme konflikty otevřené a skryté. Baum (2009) rozděluje konflikt také dle psychologického obsahu na konflikt představ, názorů, postojů a zájmů.

Konflikt jsem dále rozdělila a rozpracovala, dle počtu zapojených osob (Madalina, 2016; Rahim, 2011; Paulík, 2007). Rahim (2011), dále dělí konflikty dle jejich charakteru. Nakonec dělím konflikty dle Plevové (2012) či Payne (2007), kteří se shodli na dělení dle dopadů vyplývajících z konfliktu.

1.2.1 Dělení konfliktu dle počtu zapojených osob

Dle tohoto kritéria dělíme konflikty na intrapersonální, interpersonální, intraskupinový a interskupinový.

Intrapersonální, neboli vnitřní, konflikt se odehrává v mysli daného jedince. Je to souboj jeho myšlenek, hodnot, morálky, cílů, potřeb, zásad, názorů, postojů či pocitů (Madalina, 2016). Rahim (2011) dodává, že intrapersonální konflikt může mít pro jedince různé důsledky. Mezi pozitivní řadí například vyžívání osobnosti, získání nových životních zkušeností a poznávání sebe sama i okolí, k negativním naopak přiřazuje frustraci, nejistotu či pocity méněcennosti. Z intrapersonálního konfliktu pramenící frustrace se projevuje jako stav hrubého nenaplnění našich potřeb (Madalina, 2016).

Interpersonální konflikt definuje Madalina (2016) jako konflikt, který vzniká mezi dvěma jedinci, na základě jejich vzájemné rozdílnosti. Baum (2009) popisuje, že interpersonální konflikt vyvolává u různých lidí rozličnou emoční odezvu. Někteří jedinci uplatňují při jeho řešení obranu, jiní útok. Stejně jako intrapersonální konflikt může vyvolat interpersonální, je tomu i naopak. Oba konflikty se pak mohou libovolně kombinovat a prolínat. Křivohlavý (2002) interpersonální konflikty dělí na kognitivní konflikty, při kterých se střetávají různé představy jednotlivých participantů; názorové konflikty, při kterých se k rozdílným představám přidává i hodnocení; konflikty postojů, kdy jsou jednotlivé názory dvou lidí zabarveny citově a konečně konflikty zájmů.

Tato práce se soustředí především na interpersonální konflikty, konkrétně konflikty mezi pediatrickými sestrami a dětskými pacienty nebo jejich rodiči.

Intraskupinový konflikt probíhá mezi jedinci příslušející k jedné skupině, která má společný cíl. Jejich vznik se příkládá nekompatibilitě či vzájemnému nepochopení jedinců (Madalina, 2016).

Interskupinový čili meziskupinový konflikt je konflikt vznikající mezi různými skupinami a je zapříčiněn jejich odlišností nebo rivalitou (Rahim, 2011).

1.2.2 Dělení dle charakteru konfliktu

Rahim (2011) rozděluje konflikty dle jejich charakteru do různých kategorií na konflikty substantivní, afektivní, substantivně-afektivní, procesní, cílové, zájmové, hodnotové, strukturální a institucionalizované, realistické a nerealistické, retributivní, chybně přiřazené a nakonec konflikty přemístěné.

Při **substantivním konfliktu** využívají jeho účastníci logiku, důkazy a kritické myšlení.

Afektivní konflikt vzniká na popud emocí. Účastníci afektivního konfliktu používají sarkasmus a zesměšňování oponenta. Takový konflikt vede k nedůvěře, projevům nepřátelství, kritice, cynismu a v neposlední řadě k osobním útokům.

Substantivně-afektivní konflikty rozděluje do dvou podkategorií na transformovaný a maskovaný. **Transformovaný konflikt** je takový, který ze substantivního vygradoval na afektivní, z logické argumentace přechází do emotivního jednání. **Maskovaný konflikt** se snaží působit jako konflikt substantivní, tedy založený na logice a důkazech, přestože se zakládá na emocích, je tedy afektivní.

Procesní konflikt vzniká při rozdílných názorech na provádění daných úkolů, jejich pořadí, odpovědnosti za jejich kvalitní provedení a na případné delegování zadaných úkolů.

Cílový konflikt se objevuje při nekompatibilitě cílů jednotlivých subjektů.

Zájmový konflikt nastává ve chvíli, kdy každý účastník preferuje různá navzájem nekompatibilní řešení situací problémů, při kterých jsou omezené zdroje.

Hodnotový konflikt nastává při střetu různých hodnotových žebříčků účastníků konfliktu. Mezi nejčastější hodnotové konflikty řadíme například spor o eutanázii, potratech či přijímání transfuze Svědky Jehovými.

Strukturální konflikt vzniká při spolupráci několika rozdílných pracovních skupin. Strukturální horizontální konflikt řeší dvě skupiny na stejné hierarchické úrovni

(kolegové), kdežto strukturální vertikální konflikty probíhají na různých hierarchických úrovních (management a zaměstnanci podniku).

Realistický konflikt vzniká při nekompatibilitě racionálního obsahu sdělení a vede k podnětné diskuzi, takže je ve výsledku přínosný. Při **nerealistickém** konfliktu pak jde účastníkům především o ventilaci frustrace či napětí a je tedy čistě destruktivní. Nerealistický konflikt pro účastníky nepřináší žádné benefity.

U **retributivního konfliktu** vedou účastníci spor táhlý s cílem svého oponenta potrestat, pozorujeme ho např. při sporu států.

Chybně přiřazený konflikt pramení ze špatného identifikování příčiny konfliktu. Konflikt je veden s účastníkem, který nemá s daným problémem nic společného. Ve zdravotnictví je typický chybně přiřazený konflikt mezi pacientem/rodiči a sestrou ohledně druhu léčby, která byla určena ošetřujícím lékařem/lékařkou, přičemž v kompetencích sestry je léčbu pouze administrovat, ne o ní rozhodovat.

Přemístěný konflikt vzniká v případě, že chybně přiřazený konflikt vygraduje a zapříčiňuje směřování nepřátelství a frustrace na nezainteresované účastníky (Rahim, 2011).

1.2.3 Dělení dle dopadů vyplývajících z konfliktu

Plevová (2012) a Payne (2007) popisují konflikty konstruktivní a destruktivní. Konstruktivní konflikt je důležitý k pozitivnímu vývoji a budoucímu zlepšení fungování, destruktivní konflikt způsobuje spíše rozpad daného vztahu.

Konstruktivní konflikt vzniká spoluprací na daném problému, kdy všichni účastníci kooperují společně s cílem vyřešit daný problém. Aby konflikt mohl být považován za konstruktivní, měl by splňovat alespoň šest bodů z níže uvedeného seznamu (Plevová, 2012).

Konstruktivní konflikt dle Payne (2007):

1. problém zviditelní a pomůže jej dovysvětlit.
2. se vyznačuje přínosem nové perspektivy či nových informací do dané situace.
3. podporuje vzájemné sdílení informací.
4. napomáhá osobnímu růstu jednotlivých členů týmu, i skupiny jako celku.
5. poukazuje na priority a orientaci týmu.
6. napomáhá k lepší soudržnosti týmu.

7. zvyšuje angažovanost členů týmu do řešení problému.
8. pomáhá vyjasnit emoce a podporuje upřímnou komunikaci.
9. přináší inovace a podporuje kreativitu, čímž vede k novým objevům.
10. přináší ponaučení.
11. celkově napomáhá řešení daného problému.

Destruktivní konflikt se vyznačuje tím, že jeho účastníci bojují mezi sebou, spíše než s daným problémem. Destruktivním konflikt označíme, pokud splní alespoň šest kritérií zmíněných dále (Plevová, 2012).

Destruktivní konflikt dle Payne (2007):

1. zastihuje všechny ostatní oblasti zájmu týmu.
2. potlačuje kreativitu a inovativní myšlení.
3. ztěžuje upřímnou komunikaci.
4. potlačuje týmového ducha i soudržnost členů skupiny.
5. ohrožuje morálku.
6. znesnadňuje a prodlužuje dokončení daného úkolu.
7. zvýrazňuje rozdíly členů skupiny.
8. podporuje nezodpovědné chování členů týmu
9. členy týmu vede k zadržování a manipulaci s informacemi.
10. potlačuje vůli čelit problému a převzít za něj odpovědnost.
11. problém neřeší, naopak vytváří sérii dalších problémů.

1.3 Fáze konfliktu

Pondy (1967) vnímá konflikt jako výrazně dynamický proces, který můžeme rozdělit do pěti na sebe navazujících fází. Popisuje fázi latentní, vnímanou, pocíťovanou, manifestovanou a dohru konfliktu.

V **latentní fázi konfliktu** jsou zainteresované strany vystaveny různým zdrojům konfliktu. Některé zúčastněné strany nemusí danou situaci interpretovat jako počátek konfliktu, a proto může konflikt v této fázi odeznít.

Vnímaná fáze konfliktu nastává, když jsou si všichni účastníci vědomi zdroje konfliktu. V tuto chvíli může dojít k ukončení konfliktu zlepšením komunikace mezi zainteresovanými jedinci či jinou deeskalační technikou. Alternativně se konflikt může spontánně ukončit, pokud se jeho účastníci chtějí vyhnout konfrontaci a rozhodnou se konflikt ignorovat. Dané situaci se poté mohou adaptovat a tím konflikt ukončit, nebo dochází k jeho eskalaci.

Pocíťovaná fáze konfliktu se projevuje stresem, úzkostí a napětím všech zúčastněných stran. Dochází při ní k plnému uvědomění konfliktu, výraznému prožívání emocí a v některých případech i personalizaci konfliktu. Pokud v této fázi nebudou obě strany spolupracovat na řešení daného konfliktu, dochází zpravidla k jeho rychlé eskalaci do další fáze.

Manifestovaná fáze konfliktu je zřejmá nejen samotným účastníkům konfliktu, ale i jejich okolí. Například v případě konfliktu sestry s rodiči konflikt velmi silně vnímá i dětský pacient, ostatní pacienti na oddělení a jejich rodiče, kolegové i ostatní členové zdravotnického týmu. Jednotlivé strany se mohou vůči sobě chovat nepřátelsky a vědomě se snažit bránit druhé straně dosáhnout jejího cíle.

Dohra konfliktu jakožto jeho přímý následek může být pozitivní či negativní. V pozitivním případě dochází k oboustranně uspokojivému vyřešení konfliktu. U negativní dohry dojde zpravidla k ignorování či potlačení konfliktu. Všechny budoucí vzájemné spolupráce jsou pak ohroženy vznikem retributivního konfliktu (Pondy, 1967).

1.5 Vzdělávání sester v předcházení a deeskalaci konfliktu

Pro dosažení a udržování nízké četnosti konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství je nezbytné pravidelné a kvalitní vzdělávání sester v oblasti předcházení a deeskalace konfliktů, včetně tréninku komunikačních technik (Uno 2020).

Česká republika ukládá sestřím povinnost se celoživotně vzdělávat ustanovením zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Povinnost celoživotního vzdělávání sester je tedy vymezena zákonem, ten ale nedefinuje, co by mělo být jeho náplní a jakou formou by mělo vzdělávání být absolvováno, aby byla zaručena jeho kvalita a účelnost. Odborný celoživotní růst sester by měl zahrnovat rozvoj dovedností sestry, její osobnosti, komunikačních schopností a emoční inteligence, ochotu být flexibilní a schopnost přizpůsobit svůj postoj nejnovějším poznatkům (Fibichová, 2007). Zacharová (2017) doplňuje do celoživotního vzdělávání rozvoj edukačních kompetencí sestry v oblasti vzdělávání pacientů i ostatních zdravotníků. Merhautová (2008) považuje za obecný cíl celoživotního vzdělávání sester udržení nabytých vědomostí, jejich rozvoj, prohlubování a aktualizování dle nejnovějších poznatků. Zároveň ale nelze než souhlasit s její argumentací, že mnoho českých sester kontinuální vzdělání, i přes neustále se objevující nové poznatky, považuje spíše za nepříjemnou nutnost.

Davis et al. (2014) zdůrazňují, že pokud chtějí sestry udržet vysokou kvalitu své práce, je kontinuální vzdělávání nutné. Nejen, že se předpokládá vůle a snaha samotných sester se vzdělávat, sestry by měly být motivovány a podporovány i nemocnicemi, vzdělávacími institucemi a ostatními zdravotnickými organizacemi, které by se měly snažit vytvářet vhodné a přívětivé prostředí pro jejich další vzdělávání. Uno (2020) ve své práci též hovoří o nutnosti celoživotního vzdělávání sester i ostatního zdravotnického personálu. Pokud má sestra snahu svou práci vykonávat co možná nejlépe, je dle ní žádoucí, aby se sama aktivně zajímala o nejnovější postupy založené na důkazech (anglický termín „evidence based nursing“) a doporučení nejen v péči ošetrovatelské, ale i v oblasti chování a mezilidského působení (anglický „termín soft skills“). Řadí k nim mimo jiné i komunikaci, práci v týmu, dovednosti ve vyjednávání a řešení konfliktů, sebereflexi, motivaci a efektivitu při výkonu práce (Fehlau, 2003; Uno 2020). Neustávající zájem o svůj obor a chuť se vzdělávat je to, co činí ze sestry odborníci a cennou členku multioborového zdravotnického týmu (Fehlau, 2003).

Úspěšnost předcházení a deeskalace konfliktů sestrami je do velké míry determinována sestavením dobře propracovaného plánu vzdělávání sester v komunikaci (Uno 2020). Turnbull a Paterson (1999) argumentují, že komunikační ani deeskalační techniky a postupy nejsou často intuitivní nebo instinktivní a nelze při jejich nabývání spoléhat pouze na nekonzistentní a pozvolné získávání osobních zkušeností při výkonu ošetrovatelské praxe. Sestry se dle jejich názoru neobejdou bez systematické a kvalifikované výuky doplněné rozsáhlou praxí, aby mohly dané poznatky správně aplikovat. S tím souhlasí i Pekara (2011), který ve své práci poukazuje na studie potvrzující nutnost nabytí teoretických znalostí, které zdravotníci během navazujících tréninků a komunikačních postupů mohou aplikovat, upevňovat a zdokonalovat se v nich. Kaufman a McCaughan (2013) pak prosazují důležitost kvalitního vzdělávání sester zaměřující se na praktickou výuku na modelových situacích. Ne všichni autoři ale s výše uvedenými názory souhlasí, Kindy et al. (2005) tvrdí, že někteří lidé mají přirozeně větší cit pro deeskalaci a určité deeskalační postupy jsou jim vrozené. Johnson a Hauser (2001) pak namítají, že sestry benefitují nejvíce z vlastních zkušeností, které získají během své praxe.

1.4 Konflikt v pediatričtém ošetřovatelství

Výskyt konfliktu v pediatričtém ošetřovatelství závisí, stejně jako konflikt v jakémkoliv jiném prostředí, na mnoha různých faktorech. Při výkonu povolání dětské sestry se můžeme velmi často setkat s celou řadou různých interpersonálních konfliktů. K zajištění kvalitní péče, hladkého průběhu hospitalizace i příjemného pracovního prostředí je pro pediatričké sestry důležité umět identifikovat potenciálně konfliktní situace a těm pak předcházet. Dokázat s konflikty pracovat a korigovat je je v prospěch všech participantů. Pokud ke konfliktu s pacienty/rodiči dojde, měla by pediatričká sestra dbát na jeho konstruktivní průběh a klidnou deeskalaci (Zacharová 2016; Zacharová, 2017; Plevová a Slowik, 2010). Jak popisují Coyne et al. (2018) v jejich článku, konflikt mezi sestrou a jejími pacienty či jejich rodiči přímo ovlivňuje kvalitu poskytované péče.

Zdravotnické prostředí je již ze své podstaty předurčené k vysokému výskytu konfliktu (Alshammari, 2017). Vyznačuje se svou nepředvídatelností pro zdravotníky i pacienty a jejich rodiče a vysokou mírou stresu, ať už ze strany dětských pacientů a jejich rodičů, tak ze strany zdravotnických pracovníků. Ti nesou za své pacienty a jejich zdraví velkou míru odpovědnosti. Míra stresu se pro zdravotníky zvyšuje pokud pracují pod časovým tlakem, s omezenými zdroji a za ne úplně ideálních podmínek. Ve zdravotnických zařízeních dělíme interpersonální konflikty nejčastěji dle vztahů mezi jejich účastníky. Z pozice sestry pak Uno (2020) popisuje konflikty ve vztahu:

- pediatričká sestra – lékař/ka,
- pediatričká sestra – pediatričká sestra,
- pediatričká sestra – pacient/ka,
- pediatričká sestra – rodič/e pacienta,
- pediatričká sestra – pacientova rodina,
- pediatričká sestra – pomocný personál,
- pediatričká sestra – externí pracovník.

Pro řídicí pracovníky Veselá s Kaniokovou Veselou (2011) doplňují, že by měli být všímaví k příznakům konfliktu, vznikající konflikt umět rozpoznat, předcházet mu a pokud mu předejít nelze, tak jeho řešení neodkládat, vyslechnout si nestranně všechny jeho účastníky a při řešení z principu neupřednostňovat ani jednu ze stran.

Vzhledem k tomu, jak je dané téma rozsáhlé, jsou další kapitoly zaměřeny především na konflikt mezi pediatričtí sestrou a pacienty a mezi pediatričtí sestrou a rodiči pacienta.

Konflikt mezi sestrou a pacientem či pacientovými rodiči vzniká často při neuspokojování potřeb, nebo pokud pediatričtí sestra zvolí nevhodné způsoby jejich naplnění (Basu a Faust, 2013). Uno (2020) hovoří o konfliktu vznikajícím na podkladu nenávané důvěry mezi pediatričtí sestrou a pacienty či jejich rodiči. Důvěru nemusí pacienti a jejich rodiče se sestrou navázat z různých důvodů, ať už jde o věnování nedostatečného množství času pacientovi a jeho potřebám, nenaslouchání či zlehčování pacientových potřeb a obav ze strany sestry či prostou vzájemnou antipatii. Tato nedůvěra poté může v pacientech a jejich rodičích kultivovat pocity méněcennosti. Mohou se domnívat, že pediatričtí sestru obtěžují a zdráhají se jí sdělovat své akutní problémy. Pokud toto pediatričtí sestra včas nerozezná a nezasáhne, může se celý problém prohlubovat a zacyklovat. Sestra pracuje se zkreslenými informacemi, postrádá ucelené a pravdivé informace o pacientových potřebách a péče, kterou na tomto podkladu pacientovi poskytuje, je nedostatečná, což jen dále podporuje nedůvěru a negativní pocity pacienta a jeho rodičů.

Uno (2020) dále zdůrazňuje, že profesionalita a empaticnost pediatričtých sester je při péči o dětské pacienty v pediatričtém ošetrovatelství zásadní. Sestry by se měly snažit o vytváření důstojného a důvěryhodného prostředí, ve kterém se pacient bude cítit bezpečně sdílet své pocity a potřeby. Jen tak může být dosaženo nejlepších možných výsledků ošetrovatelské péče. Protože interpersonální konflikty vznikají často na podkladě těch intrapersonálních (Baum, 2009), je neméně důležité dbát na dobré psychické zdraví sester, která se promítá do jejich interakce s pacienty, jejich rodiči i kolegy (Uno 2020).

2 PŘEDCHÁZENÍ KONFLIKTU V PEDIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

Ikdyž nedefinujeme konflikty jako za čistě negativní jevy, je žádoucí se jejich příčinami a podstatou zabývat. Pro optimální spolupráci pacienta a rodičů se sestrami a správné fungování oddělení by se jim v oprávněných případech měly sestry snažit předcházet (Paulík, 2007).

Tato kapitola pojednává o možných způsobech, jak lze konfliktům mezi pediatrickými sestrami a dětskými pacienty či jejich rodiči předcházet.

Jednotlivé podkapitoly se věnují využití teorií kognitivního vývoje při péči o pediatrické pacienty; poskytování spirituální péče pediatrickou sestrou; komunikaci, verbální i neverbální, specificky typům profesní komunikace, komunikačnímu modelu v ošetrovatelství i potenciálním překážkám v komunikaci a roli rozhovoru v ošetrovatelství; vztahům mezi pediatrickou sestrou a pacienty i mezi pediatrickou sestrou a rodiči pacientů; principy péče zaměřené na rodinu a aktivnímu vyhledávání a odstraňování zdrojů konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství.

2.1 Využití teorií kognitivního vývoje při péči o pediatričké pacienty

V pediatričtém ošetrovatelství se nachází široké spektrum pacientů s různými kognitivními a komunikačními schopnostmi. Způsob komunikace se u dětí od narození do adolescence dynamicky vyvíjí. Aby pediatričká sestra pro své pacienty vytvářela bezpečné a příjemné prostředí ve všech fázích jejich vývoje, musí být schopna identifikovat specifické potřeby daného pacienta a zvolit vývojově adekvátní komunikační prostředky a ošetrovatelský přístup.

2.1.1 Piagetova teorie vývoje myšlení

Piaget (1954) ve své **teorii vývoje myšlení** zdůrazňuje, že dětská mysl není pouze zmenšenou verzí dospělé mysli, kterou stačí zaplnit informacemi, ale vyvíjí se ve čtyřech na sebe navazujících stádiích (Ayers a de Visser, 2015).

Hovoří o **senzomotorickém stadiu**, mezi narozením a dvěma lety života dítěte, při kterém děti vnímají svět především prostřednictvím svých smyslů, žijí okamžikem a nedisponují abstraktními představami. Do věku osmi měsíců navíc děti postrádají koncept stálosti objektů, což znamená, že pokud nějakou věc nevidí, nevědí, že stále existuje (Ayers a de Visser, 2015). U novorozenců je z toho důvodu vhodné se při péči zaměřit především na neverbální komunikaci, na úsměv, klidný a vlídný tón hlasu, protože ten dítě vnímá spíše než obsah sdělení. U kojenců poskytujeme při péči dostatečné množství různých stimulů, ale zároveň bereme v potaz jejich strach z cizích lidí, prostředí a udržujeme hovor o probíhajících událostech. U batolat se projevuje touha objevovat podpořená motorickým vývojem. Je tedy nezbytné jim poskytnout dostatečný prostor pro hraní a fyzické vyžití (Plevová a Slowik, 2010).

Ve věku dvou až sedmi let se dítě ocitá ve **stadiu předoperačním**, kdy se dítěti díky vývoji jazyka rozvíjí symbolické myšlení, nabývá též schopnosti si různé věci představit nebo předstírat, že je něčím jiným. Děti v tomto období ještě nejsou schopné myslet logicky a nedokáží vnímat věci z jiného než egocentrického pohledu, nebo brát v úvahu jiné lidi (Ayers a de Visser, 2015). V tomto období je při péči o pediatričkého pacienta výhodné využívat hru (Plevová a Slowik, 2010).

Stadium konkrétních operací, kterým děti prochází mezi sedmým a dvanáctým rokem, je typické tím, že děti začínají přemýšlet logicky a začínají chápat perspektivu jiného člověka. Stále však postrádají abstraktní myšlení. Děti při řešení problémů manipulují se skutečnými objekty, jsou schopny objekty třídit do různých kategorií (dle

barvy, druhu, atd.), uvědomují si zachování předmětů při jejich přesunu, přeskupení či roztažení (Ayers a de Visser, 2015). Děti jsou schopné pochopit i samy vysvětlit jednodušší úkony. Při péči lze využít jejich nově jejich nabyté schopnosti ve vztahu ke konkrétnímu objektu využívat abstraktní pojmy (popis bolesti) a dodržovat smluvená pravidla (Plevová a Slowik, 2010).

Od dvanáctého roku života děti vstupují do **stadia formálních operací**, kdy se u nich vyvíjí abstraktní myšlení a jejich myšlení se stává komplexnější, získávají schopnost přemýšlet o přemýšlení (metakognici) a o emocích (introspekci). Děti si osvojují schopnost přemýšlet na základě pouček a hypotéz, nejen fyzických předmětů. Dokáží uvažovat o více variantách řešení problémů a posuzovat je (Ayers a de Visser, 2015). Při péči o pacienta v tomto období lze předpokládat, že se bude se o své onemocnění zajímat více do hloubky a že bude schopen porozumět složitějším a komplexnějším vysvětlením (Plevová a Slowik, 2010).

2.1.2 Vygotského zóna nejbližšího vývoje

Vygotskij (1971) ve své teorii hovoří o tom, že mezi skutečnou aktuální a potenciální úrovní vývoje dítěte se nachází tzv. zóna nejbližšího vývoje, která je ovlivněna tím, jak velké pomoci při vývoji se dětem dostane od zkušenějšího okolí, rodičů, učitelů a dalších citlivých dospělých. Tato teorie říká, že pro dosažení svého plného potenciálu dětská mysl vyžaduje vhodné sociální interakce, kulturu pro učení a jazykové podněty. Při kognitivním vývoji dítěte hraje jazyk zásadní roli pro spolupráci při řešení problémů. Dospělý, který interaguje s dítětem, by pak měl neustále uzpůsobovat míru pomoci, kterou dítěti poskytuje, aby se postupně stávalo samostatnějším (Soukupová, 2012).

2.1.3 Vývoj představ dětí dle Bibaceho a Walshe

Bibace a Walsh (1980) se věnují vývoji představ o nemoci z dětské perspektivy. **Mezi druhým a čtvrtým rokem** děti chápou nemoc fenomenalisticky a bez povědomí o konkrétním mechanismu nemoci jsou přesvědčené, že nemoc způsobují konkrétní objekty. **Mezi čtvrtým a sedmým rokem** přisuzují nemoc nákaze po přiblížení se ke konkrétním objektům nebo nemocným lidem. **Od sedmi do devíti let** děti mohou nemoc chápat jako následek nebo potrestání svého špatného chování. Věří také, že jsou nemocí způsobeny fyzickým kontaktem s nemocným člověkem, tedy kontaminací. **Ve věkovém období devíti až jedenácti let** si děti nemoci internalizují. Vědí, že se nemoc nachází v jejich těle a že může být způsobena či ovlivněna vnějšími faktory. **Mezi**

jedenáctým a šestnáctým rokem děti přejímají fyziologické vysvětlení, které vysvětluje nemoc jako důsledek špatného fungování orgánů, které je způsobeno například infekcí. Dospívající **od šestnácti let** už vnímají onemocnění komplexněji, v psychofyziologickém kontextu, který bere při vzniku onemocnění v úvahu i psychologické faktory, které jsou tak nejen jejich důsledkem, ale i faktorem přispívajícím k vzniku onemocnění (Ayers a de Visser, 2015).

2.2 Poskytování spirituální péče pediatričtí sestrou

Kromě fyzického a psychosociálního vývoje prochází děti i vývojem spirituálním a morálním. Spiritualitu či náboženské vyznání děti nevědomky přejímají od svých rodičů, když se nápodobou učí různé zvyky a rituály, které jsou pro jejich rodinu typické. Přesvědčení a duchovní založení dítěte ovlivňují kromě rodiny i jeho širší sociální kruhy, například jejich kamarádi, škola, sousedství, ale i kulturní kontext (etnikum či národnost) a prožité zkušenosti. Víra a identita dítěte se nutně přenáší do jeho chování a procesu rozhodování. Spiritualita dítěte souvisí i s fyzickým a duševním zdravím a celkovou pohodou dětí i adolescentů. Ať už děti prožívají akutní nebo chronické onemocnění, často trpí strachem, bolestí, izolací či separační úzkostí. Prožívání jejich nemoci, emoční i duchovní, ovlivňuje mnoho faktorů, mezi které patří konkrétní příznaky onemocnění, typ léčby, závažnost jejich onemocnění, průběh hospitalizace, přítomnost rodiče při hospitalizaci, atd. Pro některé, obzvláště chronicky nemocné, pacienty čelící dlouhodobému stresu může být spiritualita dobrou cestou pro zvládnání a vypořádání se s danou situací (Sováriová Soósová, 2022). Stále více vědeckých studií zdůrazňuje benefity spirituální péče poskytované pediatričtími sestrami (Damsma Bakker et al., 2018; Alijani Renani et al., 2014). Pro pediatričtí sestru je proto důležité umět někdy obtížně hmatatelné duchovní strádání dětí identifikovat. Nemocné děti si uvědomují svou odlišnost, touží po návratu k normalitě, kdy nebyly hospitalizované v nemocnici, ale byly doma s rodinou, případně chodily do školy a ven (Sováriová Soósová, 2022). Víra v Boha významně ovlivňuje každodenní život dítěte, může jim sloužit jako zdroj opory, síly a naděje. Některé děti však nemoc brát jako trest či zkoušku od Boha (Damsma Bakker et al., 2018), své obavy a trápení tají a zdráhají se pokládat otázky, které je trápí (např. „Proč právě já?“). V pediatričtí sestře mohou takové děti najít důvěryhodnou a otevřenou osobu vytvářející bezpečné prostředí, která je vyslechne a může s nimi dané otázky probrat. Dospívající vyjádřili touhu po tom, aby zdravotníci znali jejich spirituální přesvědčení a byli schopni a ochotni s nimi ve vhodné chvíli a bez vynášení soudů o jejich spiritualitě hovořit (Damsma Bakker et al., 2018; Weaver a Wrathford, 2017). Stejně tak jako samotní pediatričtí pacienti, i jejich rodina, jakožto významný faktor v procesu zotavování dětského pacienta, často potřebuje spirituální pozornost. Náboženská a duchovní opora ze strany pediatričtích sester pomáhá redukovat negativní dopad emocí na rodiče pediatričtího pacienta (Sováriová Soósová, 2022).

2.3 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikace je pevně svázána s naším každodenním fungováním natolik, že s trochou nadsázky lze říci, že pokud jsme ve společnosti alespoň jednoho dalšího člověka, nelze nekomunikovat. Ať už slovy či mlčením, aktivitou či pasivitou, neustále sdílíme a sdělujeme svůj názor a dáváme najevo své rozpoložení. To následně ovlivňuje naše okolí, ve kterém je příjemce, který na něj reaguje, což v nás vyvolává další reakci (Plevová a Slowik, 2010). Konflikt je při komunikaci nevyhnutelný, pokud bereme v úvahu různorodost potřeb, hodnot, postojů a zájmů každého člověka (Boukalová, 2023). Tomová s Křivkovou (2016) zdůrazňují, že schopnost správně komunikovat není vrozená, ale je to dovednost, kterou je potřeba se učit celoživotně. Většina zdravotníků, pediatrické sestry nevyjímaje, se mylně domnívá, že zvládá komunikovat správně. To, že komunikace nejspíše nebude na tak vysoké úrovni, jak se většina pediatrických sester domnívá, dokazuje velké množství špatných zkušeností, právní spory i otevřená kritika od pacientů (Zacharová, 2016).

Komunikace se vyznačuje svou dynamikou a kontinuitou, které jsou obě závislé na osobnosti, inteligenci, psychickému rozpoložení a vzdělání, ale i na předchozích zkušenostech každého jedince (Špatenková a Králová, 2009).

„Komunikace ve zdravotnictví neznamena pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem.“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 13)

V pojetí Basu a Fausta (2013) se lidské interakce neřídí neměnnými pravidly. Naopak v nich dominují dynamické změny, kdy každá přicházející věta vzniká jako odezva na ty předchozí a použitá slova mohou být pochopena zcela odlišně, než bylo původně zamýšleno.

Kromě získání anamnestických údajů ovlivňuje kvalita komunikace pacienta po psychické stránce, což ovlivňuje jeho fyzické zdraví a to nejen u psychosomatických onemocnění. Komunikace je tedy pro sestru součástí jejího profesního vybavení jakožto nástroje k navázání a prohlubování kontaktu s pacientem a jeho rodinou.

Schopnost adaptace na zhoršené či alterované komunikační prostředky pacientů v důsledku jejich zdravotního stavu je u pediatrických sester klíčová. Účinně komunikující sestry si s pacienty vytváří pevný a důvěrný vztah, na kterém mohou

později stavět další komunikaci a péči o pediatričké pacienty i jejich rodiče. Díky tomuto vztahu sestry efektivně předchází možným budoucím konfliktům, nebo si vytváří půdu pro jejich snazší deeskalaci (Plevová a Slowik, 2010).

V této kapitole budou zmíněny různé komunikační techniky a taktiky, které jsou využitelné nejen při předcházení konfliktům v pediatričtém ošetrovatelství, ale i deeskalaci již vzniklých konfliktních situací.

2.2.1 *Typy profesní komunikace*

Ve zdravotnictví používáme tři typy profesionální komunikace, a to komunikaci sociální, strukturovanou a terapeutickou.

Sociální komunikací myslíme běžný hovor, tedy komunikaci neplánovanou, odehrávající se bez předchozí přípravy a bez konkrétního cíle jiného, než je navázání vztahu s pacienty a jejich rodinami.

Strukturovaná komunikace je oproti sociální komunikaci naplánovaná, má jasnou náplň a formu. Během strukturovaného hovoru sdělujeme důležitá fakta, edukujeme, nebo motivujeme k léčbě.

Terapeutická komunikace si dává za cíl přispět k léčení pacienta zvýšením účinnosti jiných léčebných metod. Při každodenním kontaktu s pacientem mu formou rozhovoru poskytujeme pomoc a oporu v těžkých situacích, podporujeme adaptaci na změnu, kterou s sebou dané onemocnění, pobyt v nemocnici a léčba samotná přináší. Z tohoto typu rozhovoru benefitují jak pacienti se somatickými, tak psychosomatickými onemocněními (Plevová a Slowik, 2010).

2.2.2 *Komunikační model v ošetrovatelství*

Komunikační model představuje schéma znázorňující strukturu komunikace. „*Komunikace v ošetrovatelství je organizovaný schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí interakci mezi sestrou a pacientem.*“ (Plevová a Slowik, 2010, s. 14)

Komunikace umožňuje výměnu zpráv, stejně jako utváření a správné pochopení jejich významu. Mezi složky komunikačního modelu řadíme produktor, proces kódování, proces dekódování, zprávu, komunikační kanál, recipienta, zpětnou vazbu a komunikační šum (Vymětal, 2008).

Produktor je, jakožto vysílač sdělení, iniciátorem komunikace. Třídí informace a volí jejich kódování do konkrétní formy sdělení. Úroveň komunikace ovlivňuje svými vlastnostmi – osobnostní charakteristikou, temperamentem, emocemi, tělesným a

duševním stavem, momentálním naladěním i znalostí jazyka, ve kterém komunikuje (Plevová a Slowik, 2010).

Proces kódování obnáší převedení myšlenek produktora do konkrétní formy sdělení. Produktor převádí myšlenky do takového kódu, o kterém se domnívá, že mu recipient rozumí. Používá jazyk, kterým mluví příjemce i gesta, o kterých se domnívá, že jim bude recipient rozumět (Plevová a Slowik, 2010).

Proces dekódování představuje děj defakto opačný procesu kódování. Interpretace zprávy recipientem je spolu s procesem kódování jednoznačně kulturně podmíněna, což je nejlépe pozorovatelné na neverbální komunikaci (Plevová a Slowik, 2010).

Předmět komunikace neboli komuniké, má různé formy: verbální, neverbální, nebo smíšenou. Verbální zprávy jsou mluvené nebo psané. K neverbálním řadíme gesta, výraz obličeje, oblečení, vzhled, atd. Proces odesílání i přijímání zprávy je ovlivněn nesčetně faktory, mezi které patří například fyzické zdraví (smyslové poškození); emocionální pohoda; situace, ve které zprávu sdělujeme; téma zprávy; komunikační dovednosti a vztah všech zúčastněných; lidské potřeby a zájmy jednotlivých subjektů; ale i pozadí zahrnující sociální, kulturní a filozofické hodnoty (Plevová a Slowik, 2010).

Podle Plevové a Slowik (2010) je **komunikační kanál** médiem přenášejícím sdělení. V komunikaci obvykle přenášíme sdělení pomocí více kanálů zároveň. Souběžně používáme ve zdravotnictví nejčastěji hlasový, zrakový, čichový a hmatový kanál (DeVito, 2008).

Recipient přijímá vysílané sdělení. V rozhovoru dekóduje zprávu. Při vysílání zpětné vazby se pak recipient stává produktorem (Plevová a Slowik, 2010).

Odpověď na zprávu nabízí **zpětná vazba**, která nám umožňuje sledovat naše chování z opačné perspektivy. Produktor může zaznamenat své působení na recipienta. Svou odpověď pak příjemce může vyjádřit přímo slovně či nepřímo pomocí mimiky a činy recipienta. Zpětná vazba může být pozitivní, posilující produktorovo chování, či negativní. Příjemce nám tak vyjádří svůj názor pochvalou či souhlasem, nebo naopak kritikou a odmítnutím (Plevová a Slowik, 2010).

2.2.3 Překážky v komunikaci

Komunikační šumy, neboli překážky v komunikaci, způsobují pokřivení komunikačního procesu (Vymětal, 2008). Můžeme je chápat pouze jako rušivý vliv

komunikačního kanálu, nebo šířeji jako cokoliv, co zkresluje jakoukoliv část schématu komunikačního modelu.

Komunikační šum dělíme na vnější a vnitřní. Mezi hlavní typy šumu řadíme šумы fyzické (hluk, sluneční brýle), fyziologické (poruchy smyslů, ztráty paměti), psychologické (předsudky, uzavřenost, plané naděje, extrémní emoce) a sémantické (produktor a recipient hovořící jinými jazyky; používání odborných termínů či žargonu, se kterým není příjemce srozuměn) (Plevová a Slowik, 2010; DeVito, 2008; Vymětal, 2008).

2.2.4 *Verbální komunikace v pediatrickém ošetřovatelství*

Plevová a Slowik (2010) hovoří o verbální komunikaci jako domlouvání se pomocí slov či znaků. Pro efektivní a úspěšnou verbální komunikaci v pediatrickém ošetřovatelství je třeba dbát na jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a přizpůsobivost sdělení konkrétnímu pacientovi vzhledem k jeho věku, vývojovému stádiu, onemocnění a emočnímu naladění. Při komunikaci s pediatrickými pacienty užíváme krátké, běžně používané a vývojově vhodné slovní obraty. Vyvažujeme mezi používáním příliš odborné terminologie se složitými zdlouhavými popisy a používáním příliš jednoduchého jazyka vysílající devalvační zprávu pacientovi i jeho rodině (Plevová a Slowik, 2010). Jak uvádějí Ondriová et al. (2023), při sdělování informací týkající se onemocnění a ošetřovatelské péče, kterou budeme pacientovi poskytovat, je třeba vždy předem zvážit, jak staré dítě informujeme a jaké jsou jeho komunikační schopnosti.

Děti v batolecím věku se zásadním způsobem vyvíjejí po psychické stránce, mají touhu objevovat, rozšiřují své zájmy a jsou velmi aktivní (Klíma et al., 2016). V tomto období si pacienti ještě zcela neuvědomují závažnost jejich onemocnění. Nechápují všechny souvislosti, ale jasně vnímají změny nálady a chování rodičů i zdravotníků. Pociťují velmi intenzivně ostatními prožívaný strach a stres a další změny a aspekty související s léčbou. V tomto období si děti budují vztahy s dospělými, je tedy pro sestry zásadní se snažit, všem nepříjemným zážitkům a zákrokům navzdory, budovat v dítěti důvěru a pocit bezpečí. Rodiče často nedokáží dítěti adekvátně vysvětlit důvod jednotlivých nepříjemných projevů onemocnění a smysl intervencí, ke kterým zdravotnický personál přistupuje ve snaze dítě léčit. Sestra by tedy měla dbát na ujištění pacienta o její nepřetržité podpoře během celé jejich spolupráce. Mezi traumatizujícími

zážitky, kterými děti během léčby prochází, řadíme pobyt v nemocničním prostředí, bolest a separaci od rodiny (Ondriová et al., 2023).

Děti ve školním věku mají již dostatečně vyvinuté logické uvažování. Je pro ně tedy benefitující být informováni o všech podstatných informacích týkajících se jejich onemocnění, léčby a ošetrovatelské péče (Derňárová et al., 2021). Stručné, ne však strohé, informace působí oproti zdlouhavým opisům s oklikami srozumitelněji a více důvěryhodněji. Po každém sdělení necháváme pacientovi i jeho doprovodu prostor na případné dotazy či připomínky. Stručnost nikdy nemůže být v neprospěch srozumitelnosti. Vyhýbáme se používání zkratk, pokud zkratky pacientovi a jeho rodičům řádně nevysvětlíme, jelikož mohou snadno vést k nepochopení. Dvojsmyslná sdělení, přílišné zobecňování i vyjadřování osobních názorů ohledně zdravotního stavu pacienta je též pro pediatričtí sestru naprosto nevhodné (Plevová a Slowik, 2010).

Rozhovor v pediatričtém ošetrovatelství

Rozhovor, jakožto základní forma verbální komunikace, je nezbytnou dovedností každé sestry. Jeho pečlivá příprava, správné vedení i struktura jsou klíčové pro každodenní práci sestry. Ta musí umění rozhovoru nejen teoreticky ovládat, ale i efektivně aplikovat. Správné vedení rozhovoru je účinným nástrojem prevence i deeskalace konfliktů (Plevová a Slowik, 2010).

Načasování rozhovoru věnujeme pozornost především při plánování komunikace na závažná témata. V potaz bereme potřebu soukromí, klidu, nerušeného prostoru i dostatku času na hovor i jeho zpracování (Plevová a Slowik, 2010). Stejně jako pečlivé plánování je však důležité zachovat flexibilitu a mít možnost během komunikace přizpůsobovat styl a vedení hovoru reakcím pacienta. Počítat bychom měli i s případným časem na zpracování hovoru pacientem a jeho blízkými (Plevová a Slowik, 2010). Všechny rozhovory s pediatričtými pacienty musí být vedeny empaticky, citlivě a upřímně. Sestra si musí být vědoma toho, že každé onemocnění významně ovlivňuje kvalitu života i bio-psycho-socio-spirituální osobnost pediatričtého pacienta (Cinová et al., 2017).

Edukační rozhovor je pro zdravotníky součástí běžné každodenní praxe, pro sestry je to možnost své pacienty nejen vzdělávat, ale i projevit svůj aktivní přístup a lépe je a jejich potřeby poznat. Pacienti oceňují, když sestra umí vést rozhovor a projevuje se při něm empaticky a profesionálně. Takový přístup k terapeuticko-ošetrovatelské péči se prokazuje jako benefitující a v konečném důsledku

může vést ke snížení počtů stížností mířících od pacientů směrem ke zdravotníkům a eliminaci chyb, na které daní pacienti ve svých stížnostech poukazují (Zacharová, 2016). Záznam rozhovoru se pořizuje velmi zřídka, zpravidla jen v podobě příjmové zprávy při zjišťování anamnestických údajů (Plevová a Slowik, 2010).

Strukturovaný rozhovor představuje ve zdravotnictví často používaný druh rozhovoru. Má několik částí – přípravu, otevření, jádro a zakončení.

Úspěšný strukturovaný rozhovor vyžaduje kromě správného provedení i precizní **plánování a přípravu** ze strany sestry. Při plánování je třeba si klást otázky, s kým budeme komunikovat, jaký je cíl a z něj vyplývající obsah rozhovoru, jakou formu a kdy a kde bude rozhovor probíhat (Plevová a Slowik, 2010).

Zahájení neboli **otevření rozhovoru** často významně ovlivňuje jeho další tón, kvalitu a celkový průběh. V prvním momentu je důležité správné zaujetí polohy pacienta i sestry. Sestra by měla dbát na přibližně stejnou horizontální úroveň a co nejvyšší možný komfort pacienta. Pacient by měl být schopen se sestrou bez problému udržovat oční kontakt (Plevová a Slowik, 2010).

Navázání kontaktu zahrnující pozdrav, představení se a přivítání pomocí obecného rozhovoru s širokou tematikou plynule přechází v prvotní **nastínění tématu** hovoru. Sestra pacientovi sdělí předpokládané časové ohraničení a důvod rozhovoru. V tuto chvíli je důležité pacienta též informovat o jeho právu neposkytovat při rozhovoru informace, které si poskytovat nepřeje (Plevová a Slowik, 2010).

Jádro rozhovoru představuje nejdelší fázi. Při správném provedení rozhovoru využívá sestra celé spektrum svých komunikačních dovedností – od aktivního vedení, přes aktivní naslouchání až po efektivní a citlivé využití ticha. U sestry je mimo výše zmíněného žádoucí, aby o rozhovor projevovala upřímný zájem, usilovala o získání důvěry pacienta, udržovala přiměřený oční kontakt, neovlivňovala pacienta vlastními názory ani svým hodnotovým systémem, vyvarovala se intruzi, atd. (Plevová a Slowik, 2010).

Sestra může k vedení rozhovoru využívat **kladení různých typů otázek**, mezi které patří například otázky otevřené, uzavřené, polouzavřené, přímé, nepřímé, hlavní i druhořadé, sugestivní, alternativní, kontrolní, motivační, povzbuzující, kombinované, zkoumavé i protiotázky. Zastoupení jednotlivých možností závisí na průběhu rozhovoru, odpovědích pacienta a situaci. Otázky otevřené jsou dobrým nástrojem k získání širšího kontextu, zatímco uzavřené otázky poslouží při potřebě rychlého získání základních informací (Plevová a Slowik, 2010).

Plevová a Slowik (2010) zdůrazňují nutnost pečlivé a promyšlené formulace otázek, protože především ty vymezují informační hodnotu pacientových odpovědí.

Další aktivní složkou rozhovoru je naslouchání. **Aktivní naslouchání** zahrnuje mimo slyšení i správnou interpretaci sdělovaného. Správným nasloucháním sestra nejen získá důležité informace, ale zároveň naplňuje pacientovu potřebu se svěřit a dává najevo svůj zájem a ochotu pomoci. Aktivnímu naslouchání lze praktikovat pomocí různých technik, mezi které řadíme například rezonanci, reflexi, povzbuzování, empatii či mlčení.

Při použití rezonance sestra vyjadřuje svou účast a porozumění opakováním toho, co pacient řekl. Reflexe odráží naše pochopení a interpretaci formulací pacientova sdělení vlastními slovy. Sumarizací poskytujeme pacientovi zpětnou vazbu toho nejdůležitějšího, co nám sdělil a umožňujeme mu zhodnotit, jestli nám sdělil vše, co měl v plánu a jestli naše interpretace odpovídá jeho původnímu záměru. Povzbuzením pacienta jej můžeme pobídnout k pokračování v rozhovoru. Empatii lze vyjádřit mnoha způsoby, ať už verbálně či neverbálně, pomáhá nám projevit nejen faktické porozumění, nýbrž i citové naklonění. Správné využití ticha a mlčení umožňuje pacientovi přemýšlet, hledat nový směr rozhovoru, poskytuje pacientovi prostor k přemýšlení nad otázkami i odpověďmi. Ukončení rozhovoru je potřeba provést postupně a pomalu. Sestra včas pacientovi naznačí, že se rozhovor chýlí ke konci, nezačíná nová témata, ale objasní splnění cíle rozhovoru, sumarizuje ho, poděkuje a v případě potřeby naplánuje další setkání (Plevová a Slowik, 2010). Více informací o aktivním naslouchání se nachází v kapitole 3.2.1 *Aktivní naslouchání*.

2.2.5 Neverbální komunikace v pediatrickém ošetřovatelství

Při neverbální komunikaci předáváme informace celým tělem, beze slov. Řadíme k ní komunikaci svébytnou, ale i tu, co doprovází verbální vyjadřování. Neverbální komunikace má při každém kontaktu s pacientem obrovský význam, protože je vnímána mnohem intenzivněji a upřímněji než verbální. Neverbálně vyjadřujeme zájem, očekávání či důvěryhodnost. Verbálně sdělujeme fakta, neverbálně všechno ostatní – komplexní vzorce a obrazce, jemné nuance, znaky a ukazatele podkreslující význam a smysl celého sdělení, která příjemce mimoděk vnímá a průběžně vyhodnocuje. Některá gesta a mimika mají transkulturní charakter, zatímco jiná jsou pevně spjata se sociálně-kulturním podtextem určité skupiny lidí. Mezi hlavní prostředky neverbální komunikace řadíme mimiku, proxemiku, postoj, pohyb, gesta,

doteky, pohled, tón a intonace, rychlost i hlasitost řeči, výšku hlasu, úpravu vzhledu, atd. Podvědomě však vyhodnocujeme i podobnost, projektujeme námi již známé osoby. Neverbálně vyjadřujeme emoce, náladu či zájem čímž ovlivňujeme stanovisko našeho komunikačního partnera a průběh celého setkání. Některé neverbální projevy se dají ovlivnit velmi obtížně a vyžadují výcvik a velké soustředění, jiné, mezi které se řadí například výraz tváře, jsou ovlivnitelné snadno a simulace či disimulace se záměrem vyvolat dojem kýžené emoce je u nich velmi častá. Nejen tvář, ale i hlasový projev je mocným nástrojem a zároveň často vyhodnocovaným ukazatelem emočního stavu. Podvědomě pak sledujeme tón řeči, zakoktávání, opakování, přerušky a opravování se, nedokončování vět či použití nesouvislých a nesrozumitelných zvuků. Naši pacienti se s námi setkávají ve velmi specifické a obtížné životní situaci s výrazným emočním podtextem. Jejich gesta jsou tedy často zkreslená, poloha může být přizpůsobena zdravotnímu stavu či vynucená (komunikace vleže v nemocniční posteli), vstupujeme jim do intimní zóny a naše doteky jsou často spojeny s nepříjemným či dokonce bolestivým prožitkem. Je proto žádoucí, aby kromě práce s vlastním neverbálním projevem při vyhodnocování stavu a dekodování neverbálních signálů pacienta brala sestra tyto skutečnosti v úvahu, uměla jim naslouchat a adekvátně na ně reagovat (Plevová a Slowik, 2010).

2.3 Vztah mezi sestrou a pediatrickým pacientem

Basu a Faust (2013) ve své knize zmiňují, že nekomunikujeme pouze s pomocí řeči, nýbrž zhruba 90 % sdělení vyplývá ze vztahů daných účastníků komunikace. Přirovnávají komunikaci k modelu ledovce, kdy je většina námi vnímaných aspektů pod hladinou. Vztahové vazby se pak odráží například v intonaci či neverbálních projevech.

Vztah sestry a pacienta, ať už dětského či dospělého, patří ve zdravotnictví mezi vztahy základní a nevyhnutelné. Každý, kdo onemocní nebo se dostane do zdravotnického zařízení z jiného důvodu, tento vztah naváže (Zacharová, 2016). Pokud dojde u člověka ke změně zdravotního stavu, je zasaženo nejen fyzické a duševní zdraví, ale i jeho sociální role. Zásadně se proměňuje jeho každodenní život i prostředí, ve kterém se nachází (Zacharová, 2017). Pediatrický pacient přichází, ať už krátkodobě či dlouhodobě, o dětský kolektiv i svůj obvyklý denní režim a tím dochází k narušení naplňování široké škály potřeb. Jedna ze zásadních rolí sestry je tedy být pacientovi oporou a průvodkyní, která mu v této složité situaci pomůže se dobře adaptovat a alespoň částečně mu nahradit ty aspekty života, které během pobytu v nemocnici postrádá (Zacharová, 2016).

Jak píše Zacharová (2016), sestra musí být ve svém konání velmi flexibilní vzhledem k tomu, že to, co se v této době ještě dá považovat za normální, je velmi relativní a závislé na konkrétní situaci, konkrétnímu pacientovi, jeho onemocnění i dosavadnímu průběhu hospitalizace a může se poměrně promptně měnit v čase. Zároveň je pochopitelný, a z hlediska zotavování se žádoucí, jistý stupeň egocentrismu a odsocializování se, aby pacient využil veškerý svůj energetický potenciál na uzdravení či stabilizaci právě probíhajícího onemocnění. Dle Plevové a Slowik (2010) budování vztahů mezi pediatrickými pacienty a sestrami vyžaduje kontinuální a konzistentní přístup a úsilí, pediatrické sestry mohou se svými pacienty vybudovat kvalitní vztahy pomocí správného přístupu a komunikace přizpůsobené vývojovému období, zdravotnímu stavu a jedinečnosti každého pacienta. První dojem, který u svých dětských pacientů vytvoříme při počátečním setkání často velmi výrazně ovlivní charakter našeho budoucího vztahu, způsob vedení komunikace a náchylnost ke konfliktům (Plevová a Slowik, 2010). Špatenková a Králová (2009) zdůrazňují, že komunikaci je třeba směřovat primárně na pediatrického pacienta, ne na rodiče. S dítětem se snažíme trpělivě, vlídně a klidně navázat kontakt. Nenecháme se odradit, pokud se pacient stydí a nereaguje dle našeho očekávání. Neustále se ho snažíme zapojit

a předat mu tolik kontroly nad danou situací, kolik je jen možné. Vysvětlujeme mu, co budeme dělat a ptáme se ho na to, jestli s tím souhlasí. Pozitivně hodnotíme jejich statečnost a dosavadní spolupráci. Pokud se sestře nedaří se s pacientem propojit napřímo, může se pokusit u mladších dětí použít jako most hračku nebo obrázek na oblečení či stěně. U větších dětí zjišťuje jejich zájmy a volnočasové aktivity, kam chodí do školy, nebo jestli mají v rodině nějaké zvíře (Plevová a Slowik, 2010).

Sestra by měla v pacientech vzbuzovat důvěru a pocit, že se o ni mohou v případech potřeby pacienti i jejich blízcí spolehnout (Křivohlavý, 2009), (Staňková, 2002).

Pokud pacienta čeká nepříjemný či bolestivý výkon, měla by ho na něj sestra adekvátně připravit. Velká část strachu a úzkosti pediatrických pacientů pramení z neznalosti, mlžení, či dokonce zkušenost, že jim zdravotník či rodič v minulosti v podobné situaci lhal. Bolest není radno zatajovat, ale ani zveličovat.

Důležitá je i reakce sestry a rodičů na emoce a projevy bolesti dítěte. Starší dětští pacienti často pozitivně reagují na vysvětlení, k čemu je daný zákrok zapotřebí. Pokud pacient reaguje na bolest agresí, či z našeho pohledu přehnaně, je vhodné zákrok co nejrychleji dokončit, později si o celé situaci pohovořit a snažit se hledat jiné formy sebevyjádření (Sedlářová et al., 2008).

Na vztah s pacientem má vliv nejen sociální kontakt, ale i zacházení při provádění ošetrovatelských úkonů. Je třeba být co nejflexibilnější vzhledem k potřebám pediatrického pacienta a myslet na vytvoření co možná nejpríjemnějších podmínek při provádění ošetrovatelských výkonů. Klidná atmosféra, vhodná teplota v místnosti, příjemné osvětlení, přítomnost hraček či obrázků na rozptýlení pacienta, konejšivý hlas a sebejisté vystupování je při provádění ošetrovatelských intervencí důležité. Především mladší pacienti vyžadují individuální přístup. Pořadí vyšetření u nich volíme tak, abychom je prováděli od nejméně invazivních úkonů po ty méně příjemné. U pediatrického pacienta dbáme na důvěru a spolupráci, nechceme jej vystrašit a provádět celý zbytek zákroku s vyděšeným, pláčícím či nespolupracujícím dítětem (Klíma et al., 2016).

2.4 Vztah mezi sestrou a rodiči pediatričtého pacienta

Rodiče představují pro pediatričtí pacienty nezastupitelnou podporu. Aby však mohli tuto svoji roli plnit, potřebují od sestry informace ohledně vhodné péče. Pokud situaci a jednotlivým postupům rodiče nerozumí, nebo si nejsou úplně jisti, a sestra jim neposkytne potřebné informace a podporu, mohou zpochybňovat dovednosti sestry, nevnímat léčbu pozitivně a pojmout nedůvěru i ve své vlastní schopnosti a roli v dané situaci. Pokud sestra včas nerozpozná vznikající problém a nezareaguje na jejich potřeby, rodiče se stávají stále více sebelitostní, pasivnější a bezradnější, vnímají, že neobstojí v poskytování základní péče o své děti. Důvěra k lékařům a sestřám a jejich léčebnému a ošetrovatelskému plánu postupně klesá až do bodu, kdy rodiče mohou začít vyjadřovat pochybnosti například poznámkami o tom, jestli je dítě nutné takto týrat, zbytečně jej píchat a ubližovat mu. Pokud pediatričtá sestra ani v tuto chvíli vhodně nereaguje na celou situaci a rodiče nepodpoří, ti se ve snaze nenarušit dále vztah se svým dítětem mohou otevřeně stavět proti zdravotníkům a dále prohlubovat vznikající problém. Zloba, frustrace a úzkost pediatričtých pacientů se tak soustředí na ošetrojící personál a ne na rodiče samotné (Sedlářová et al., 2008).

S rodinou je při hospitalizaci třeba navázat vztah a naučit se s nimi spolupracovat, protože podle Ondriové et al. (2023) je rodina pro dítě determinující při rozvoji jeho osobnosti. Ondriová et al. (2016) též poukazují na to, že rodiče pocházející z horšího sociálního prostředí mají zhoršené chápání zdraví, podceňují důležitost zdravotní péče, častěji kouří, mají větší sklony k alkoholismu a často nevyhovující bytové podmínky, které u nich způsobují stres a zvyšují riziko interpersonálních konfliktů. V rodině se dítě též učí většinu základních stravovacích, hygienických či pohybových návyků a je tedy pro sestru důležité chápat tyto naučené vzorce v kontextu celé rodiny (Ondriová et al., 2023).

Sestry během hospitalizace spolupracují s rodiči. Pomáhají jim pochopit léčebné postupy a ošetrovatelské intervence, které jejich dítě potřebuje, aby mohli rodiče pomáhat dětem upevňovat důvěru ke zdravotníkům. Pomáhají rodičům regulovat jejich emoce, které nepřímo působí na prožívání dětí. Pokud dítě nekomunikuje přímo se zdravotníky, rodiče naslouchají svému dítěti a získané informace. Rodiče by zdravotníkům měli sdělit zdravotní historii dítěte a předchozí zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Pokud mají děti nepříjemné zkušenosti z minulosti, mohou sestry s rodiči zkusit vymyslet možné alternativy. Rodiče spolu se sestrami

odpoutávají pozornost dítěte od nepříjemných intervencí a snaží se tak napomoci hladkému průběhu ošetrovatelské péče (Sedlářová et al., 2008).

2.4.1 Family Centred Care

Family Centred Care (dále FCC), neboli péče zaměřené na rodinu, se stává celosvětově užívaným a respektovaným standardem poskytování péče pediatričtým pacientům. Poprvé byla tato filosofie použita ve Velké Británii v druhé polovině 20. století (Řezníčková, 2008). FCC prezentuje rodiče jakožto základní a nenahraditelný zdroj bezpečí a jistoty podílející se na zotavování jejich dítěte, který je od dětského pacienta neoddělitelný a vyžaduje tak náš zájem a pomoc při adaptaci, stejně jako pacient sám (Sovářiová Sósosová, 2022). Rodiče setrvávají zákonnými zástupci svých dětí a mají tak za ně právní odpovědnosti i během hospitalizace. Rodiče své děti znají nejlépe a jsou tedy nejlépe vybaveni zaznamenat a zareagovat na změnu jejich potřeb. Sestry by i díky tomu měly vnímat rodiče jako cenné spolupracovníky při poskytování ošetrovatelské péče (Řezníčková, 2008).

Podstata FCC je dle Yoo a Cho (2020) partnerství mezi zdravotníkem a pacientovou rodinou a stojí na následujících pěti pilířích: respektu a důstojnosti, zapojení rodičů, spolupráci, dovednosti a sdílení informací. Vyznačuje se respektováním hodnot, přesvědčení a kulturního prostředí pacienta (Kuo et al., 2012). Sestra pracující dle principů FCC vždy koná v zájmu blaha svého pacienta a jeho nejbližších (Cho et al., 2023). Vystupuje vždy vřele, má zájem o pacienta i jeho rodinu a reaguje citlivě na všechny potřeby svých dětských pacientů a jejich rodičů, ať už fyzické nebo emocionální (Choi a Bang, 2013). Při provádění ošetrovatelské péče u dětských pacientů by sestra měla dbát na ochranu důstojnosti pacientů i jejich rodin a přizpůsobit ošetrovatelské výkony této filozofii (Alivi et al., 2015; Hill et al., 2018). Svým přístupem k rodině a zázemí pacienta sestry ovlivňují kvalitu poskytované péče (Coyne et al., 2018). Rodina hospitalizovaných dětí má právo rozhodovat a sdílet odpovědnost při péči na základě informací, které s nimi sestra bez předpojatosti sdílí (Hill et al., 2018), aby jim ošetřující personál srozumitelně vysvětlil princip a průběh léčby a poskytované ošetrovatelské péče. Rodiče se zapojují do procesu péče o jejich potomka. Spolupráce založená na vztahu dětské sestry s rodiči pacienta zlepšuje kvalitu poskytované péče (Tallon et al., 2015) a má zásadní vliv na zvládnutí stresu způsobeného hospitalizací pediatričtých pacientů i jejich rodin (Bae a Lee, 2017).

Choi a Bang (2013) zdůrazňují, že čím lepší mají sestry vztah s rodiči pacientů, tím spokojenější pacienti i jejich rodiče jsou. I sestry vnímají, že dokáží ve spolupráci s rodiči poskytnout kvalitnější péči a lépe plnit potřebné odborné úkoly. Tyto sestry pak podávají lepší pracovní výkony, jsou mnohem spokojenější v práci, podávají dobré pracovní výkony i při neobvyklých situacích a lépe se rozhodují v těžkých situacích (Bargsted et al., 2019). Kvalitní ošetrovatelská péče se vyznačuje laskavým a respektujícím přístupem sestry, která je zručná a dovede jednoduše, ale výstižně vysvětlit postup při jednotlivých úkonech svým pediatričtým pacientům a jejich rodičům. Stejně tak při propouštění jsou pacienti a jejich rodiče srozumitelně poučeni o péči a medikaci, kterou potřebuje pacient dostávat v domácí péči (Cho et al., 2023).

Hill et al. (2018) hovoří o respektu k postojům a volbám pacienta a jeho rodičů vyznačující se plánováním a poskytováním takové péče, která bere v potaz vědomosti, hodnoty a přesvědčení či preference pacienta a jeho rodičů a zdůrazňuje nutnost sdílení veškerých informací týkajících se hospitalizovaných pacientů s jejich rodiči.

Dovednosti pediatričtých sester jsou dle Cho et al. (2023) ovlivněny odbornými znalostmi a šikovností sester. Na kvalitu ošetrovatelské péče mají vliv délka praxe, vztah sestry s rodiči (Yoo a Cho, 2020) a postoj k důležitosti zapojení rodičů do ošetrovatelské péče (Davidson et al., 2017).

2.5 Aktivní vyhledávání a odstraňování zdrojů konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství

V této podkapitole se budeme věnovat aktivnímu vyhledávání a odstraňování nejčastějších zdrojů konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství. Mezi zdroje nejvíce konfliktů řadíme špatnou komunikaci (Zacharová, 2016), rozdílné názory pediatrických pacientů či jejich rodičů (Zacharová, 2016), očekávání pacientů a jejich rodičů, strach a úzkost pediatrických pacientů či jejich rodičů, nespolutracující pediatrické pacienty a nejednotný přístup zdravotníků k pediatrickým pacientům.

2.5.1 Špatná komunikace

Většina autorů se shoduje, že vhodně zvolená komunikace hraje klíčovou roli v předcházení konfliktům (Zacharová, 2016; Plevová a Slowik, 2010). Při komunikaci s pacienty či jejich rodiči je třeba nezapomínat si neustále ověřovat, že námi vyřčená zpráva byla pacienty a jejich rodiči správně pochopena. Sdělení či instrukce, která je jednoznačně srozumitelná pro sestru, nemusí být stejně srozumitelná pro pacienta. Při komunikaci s pacienty je tedy nezbytné dbát na zřetelné a snadno pochopitelné vyjadřování (Bednařík a Andrášiová, 2020).

Zacharová (2016) ve své knize uvádí, že pacienti mezi největší nedostatky a chyby uvádí špatně zvolenou či necitlivou komunikaci. Lékaři i sestry jsou pod tlakem ze strany zaměstnavatelů, zdravotních pojišťoven i pacientů podávat co nejlepší pracovní výkony za co nejnižší náklady. Na individuální přístup často nezbyvá vzhledem k počtu pacientů čas, v mnoha zdravotnických zařízeních není na důležité rozhovory, na které pacienti i zdravotničtí pracovníci potřebují klid, stavebně vyhrazený prostor. Pacienti a jejich rodiče se pak zásadní informace o svém zdravotním stavu dozvídají na vícelůžkových pokojích společně s dalšími pacienty a jejich rodiči, na chodbách, v dětských hernách či v místnostech sloužících jako odkladiště oddělením méně často využívaného vybavení. Pacienti a jejich rodiče si pak stěžují na nedostatečnou informovanost ze strany zdravotníků, pro laiky nesrozumitelné informace, nekvalitně vedené rozhovory, zlehčování situace či dokonce ponižování a viditelnou zaneprázdněnost zdravotníků provázenou projevy malé ochoty a zájmu personálu pacientům a jejich rodičům naslouchat (Zacharová, 2016). Pro efektivní předcházení konfliktů by sestra měla dbát na jasné, milé a srozumitelné předávání informací svým pacientům. V tom jí může pomoci například poskytování dalších

kvalitních zdrojů informací. Distribuce edukační brožury, ať už v papírové nebo online formě, které může pacientům sloužit jako opora a možnost si všechny informace v klidu přečíst a moci se k nim v případě potřeby kdykoliv vrátit, je pro pacienty vysoce benefitující. Zároveň snižuje pravděpodobnost toho, že si budou pacienti či jejich rodiče vyhledávat informace z jiných, často neověřených a nepravdivých, zdrojů (Plevová a Slowik, 2010).

2.5.2 Rozdílné názory pediatričtých pacientů či rodičů a sestry

Je přirozené, že jakožto individuální bytosti pocházející z různých prostředí, mohou mít pacienti různé chápání světa, názory, žebříčky hodnot a znalosti dané problematiky odlišné od zdravotníků. Mezi základní, byť zpravidla nepsaná, lidská práva patří právo na svobodu myšlení, právo dané myšlenky vyjádřit, právo se odlišovat a právo být ve svých odlišnostech respektován (pokud nezasahují do práv jiných osob). V České republice mají pacienti i jejich rodiče mimo výše zmíněných společenských práv nárok se svobodně rozhodovat o svém zdraví zaručený zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. V případě, že mají pacienti/rodiče odlišný názor na provedení či formu provedení ošetrovatelské péče, je třeba je pečlivě vyslechnout a ujistit se, že pacienti i jejich rodiče dostatečně informováni o dané problematice, ujasnit si, v čem přesně se dané názory rozcházejí a jestli je možné najít nějaký kompromis vyhovující jak pacientům a jejich rodičům, tak sestře (Zacharová, 2016).

2.5.3 Očekávání pacientů a jejich rodičů

Pacienti přicházejí do nemocnice často se zkrslými očekáváními ohledně jejich hospitalizace a průběhu péče (Zacharová, 2016). U pediatričtých pacientů je navíc potřeba brát v úvahu i různý vývojový stupeň determinující jejich možnosti porozumění a komunikace se zdravotníky (Plevová a Slowik, 2010). Porozumění očekáváním dětských pacientů a jejich rodičů může zdravotníkům pomoci daná očekávání korigovat a lépe vysvětlit, jak konkrétní věci fungují, kde je možné je přizpůsobit a tím zvýšit spokojenost s ošetrovatelskou péčí (Lateef, 2011).

2.5.4 Strach a úzkost pediatričtých pacientů či jejich rodičů

Strach a úzkost jsou běžné a v zdravotnickém prostředí pochopitelné a přirozené se vyskytující emoce. Ovlivňují však zásadně kvalitu života pacientů, takže by měly být sestrou zaznamenány a měla by s nimi umět pracovat. Pacienty nečastěji trápí strach ze

samotné léčby a pobytu v nemocnici, bolesti, délkou trvání či možného efektu do budoucna. Strach se u pacientů projevuje různě, někteří mohou trpět vyšším svalovým napětím či svalovým třesem, při monitoraci životních funkcí často pozorujeme zvýšenou tepovou frekvenci a zrychlené mělké dýchání. U dětí je často patrný vnitřní neklid či paralýza, kterou si mohou zdravotníci chybně interpretovat jako spolupráci (Bednařík a Andrášiová, 2020). Strach a úzkost způsobují pacientům i jejich rodičům často mnoho vedlejších psychických problémů. Mohou bojovat se zvýšenou únavou, zhoršenou kvalitou soustředění, zhoršenými komunikačními schopnostmi (Bednařík a Andrášiová, 2020) a sníženou frustrační tolerancí, která vede k větší podrážditelnosti (Madalina, 2016). Někteří pacienti zažívají úzkosti na základě očekávání nepříjemných zážitků. Anticipační úzkost pak způsobuje pacientům spoustu nepříjemných fyzických i psychických příznaků, nezdědka zažívají nauzeu, zvrací nebo se třesou. Při dlouhodobější léčbě závažných onemocnění, například v případě onkologických onemocnění, si pacienti vytvoří propojení mezi nepříjemným podnětem, například chemoterapeutikem, a reakcí na něj, v tomto případě nauzeou či zvracením. Někteří pacienti mohou trpět fobiemi (např. z jehel), nebo jinými nezvladatelnými strachy. Pokud jsou takové strachy dlouhodobé, nebo brání ve výkonu ošetrovatelské péče, je vhodné jim nabídnout psychologickou či jinou odbornou pomoc (Bednařík a Andrášiová, 2020).

2.5.5 Nespolupracující pediatričtý pacient

Raudenská a Javůrková (2011) popisují ideálního pacienta jako takového, který dovede zdravotníkům správně a přesně popsat své obtíže, jejich vývoj a co je ovlivňuje. Běžný pacient však vyžaduje větší zapojení ze strany zdravotníka v podobě cíleného pokládání otázek, které pacienta pomáhají navést na sdělení potřebných informací. Spolupráci pacienta pak ztěžují bolesti (Raudenská a Javůrková, 2011), strach (Sedlářová et al., 2008) či porozumění tomu, co se děje a jaké chování se od pacienta v danou chvíli očekává, pocit ztráty kontroly nad situací a další faktory (Ayers a de Visser, 2015).

Nespolupráce dětských pacientů často pramení z nedostatečné jazykové zdatnosti dítěte, které nerozumí odborným termínům, nezná objekty, o kterých zdravotník mluví (injekční stříkačka), nerozumí přesně vnitřním procesům probíhajícím v jejich těle, abstraktním vyjádřením (například bolest) a neschopnosti zdravotníků se jejich komunikačním dovednostem přizpůsobit ve svém vyjadřování (Ayers a de Visser,

2015). Mezi další faktory ovlivňující spolupráci pacienta se zdravotníkem řadí Raudenská s Javůrkovou (2011) například osobnost pacienta – někteří pacienti jsou přirozeně aktivnější, jiní naopak pasivnější; dalším faktorem je jestli pacient porozuměl jeho onemocnění a léčbě. Malé děti nemusí spolupracovat také z toho důvodu, že jsou ve svém věku přirozeně egocentrické a nechápou úhel pohledu jiných lidí, nebo to, že mají vlastní emoce a myšlenky. Tato schopnost se u nich rozvíjí až mezi sedmým a dvanáctým rokem života. Od druhého věku života se dětem začíná vyvíjet vnitřní já a až mnohem později jsou schopny být empatické s jinými lidmi, dedukovat psychické rozpoložení jiných lidí, ale také oklamávat.

Děti projevují také různé chápání svého onemocnění, které se vyvíjí od egocentrického konkrétního vysvětlení po vysvětlení abstraktní. Chápání onemocnění záleží též na předchozí zkušenost, nejen na biologickém věku dítěte. Složitá informace je vhodné rozdělit do menších snáze pochopitelných celků. Jak již bylo zmíněno, je třeba dbát na pořadí prováděných ošetrovatelských intervencí. Vyhneme se tak nutnosti snahy o spolupráci s pláčícím a vyděšeným dítětem, které pochopitelně bude mít mnohem nižší vůli s námi spolupracovat (Klíma et al., 2016).

2.5.6 Předchozí konflikt

Tomová a Křivková (2016) označují předchozí interpersonální konflikt a s ním spojenou nepříjemnou zkušenost jako jednu z hlavních bariér v komunikaci, která může vést k nedorozumění a tím se stát potenciálním zdrojem konfliktu v ošetrovatelské péči.

2.5.7 Frustrace

Paulík (2007) ve své knize uvádí, že pokud jedinec prožívá závažný či dlouhodobý vnitřní konflikt, ovlivňuje to ve většině případů i jeho okolí. Do něj frustrovaný jedinec přenáší své negativní emoce, které pak vyvolávají řetězec dalších reakcí. To můžeme v pediatričtém ošetrovatelství pozorovat u pacientů, jejich rodičů i zdravotnických pracovníků. Takto vzniklé napětí totiž nezřídka vyústí interpersonální konflikt. Madalina (2016) popisuje frustrace pramenící z intrapersonálního konfliktu jako stav hrubého nenaplnění našich potřeb. Frustrace, jakožto i reakce na ní, je dle jejího mínění u každého jedince silně individuální záležitostí. Velkou roli v práci s frustrací hraje míra odolnosti každého jedince nazývaná jako frustrační tolerance. Vyšší frustrační tolerance jedinci pomáhá jedinci zvládat jeho frustraci lépe. Při opakovaném vystavení stejnému frustrujícímu podnětu se frustrační tolerance vyvíjí a zvyšuje. Frustrace je výrazně hůře snášena dětmi a staršími osobami.

3 DEESKALACE KONFLIKTU V PEDIATRICKÉM OŠETŘOVATELSTVÍ

Hallett a Dickens (2017) hovoří o deeskalaci jakožto obsáhlém termínu, který do sebe zahrnuje široké spektrum navzájem provázaných intervencí prováděných zdravotníky zahrnujících seberegulaci, zhodnocení situace, komunikaci a jednotlivé kroky vedoucí ke snížení agitace či agrese pacienta bez ohledu na příčinu vzniku konfliktu. Termín deeskalace v kontextu zdravotnictví a sociálních služeb byl poprvé použit jakožto prostředek k předcházení násilí v osmdesátých letech minulého století (Kaplan a Wheeler, 1983). Správně deeskalované konflikty jsou benefity nejen pro pacienty, ale i pro sestru samotnou. Případné vyescalování konfliktu a z něho plynoucí stres a násilí je asociováno s vyhořením sester (Galián-Muñoz et al., 2014) a sníženou produktivitou (Gates et al., 2003).

Deeskalace by měla být metodou první volby u všech konfliktů, od slovní rozepře po agresivního a násilného pacienta. Turnbull a Paterson (1999) zařadili deeskalaci mezi hlavní formy prevence násilí. Primární prevencí jsou kroky vedoucí ke snížení pravděpodobnosti, že bude násilí iniciováno. Sekundární prevencí jsou deeskalační techniky. Terciární prevencí jsou pak opatření, které si kladou za cíl v co největší možné míře snížit dopady a následky násilného chování, pokud k němu i přes použití všech výše zmíněných kroků dojde.

Plamínek (2012) trvá na tom, že konflikt není nutné chápat pouze jako vyhrocený spor mezi lidmi. Definuje rozdíl mezi sporem a problémem. Spor popisuje jako konflikt, při jehož řešení se jedna nebo obě strany snaží prosadit své vlastní zájmy. Takový konflikt pak často vede k vyhrocení celé situace. Problém pak chape jako konflikt, ve kterém se obě strany snaží dojít společného řešení. Každou konfliktní situaci lze místo sporu řešit jako problém, v návaznosti na ochotě účastníků daného konfliktu. Boukalová (2023) zdůrazňuje, že při deeskalaci je třeba brát v potaz velké množství proměnných, jmenovitě kontext celé situace, povahu problému, předchozí zkušenosti a komunikační dovednosti účastníků konfliktu i jejich vztah.

Plamínek (2012) též rozvádí pojem „řešení“ konfliktu, který má podle něj dvě možné interpretace, a to jakožto proces vedoucí k výsledku nebo samotný výsledek, který z daného procesu vznikne. Proces řešení chápeme jako děj, sekvenci aktivit, vedoucí k znovunastolení rovnováhy v systému, napříhlad dohodou. Řešení jakožto

produkt je stav, kdy je rovnováha v systému obnovena, jedná se o vyústění úspěšného procesu deeskalace.

V této kapitole se dále zaměřím především na deeskalaci konfliktů mezi pediatrickými sestrami, jejich pacienty a rodiči. Věnovat se budu různým stylům deeskalace konfliktů včetně alternativních řešení konfliktů, deeskalačním technikám, nejčastějším chybám v deeskalaci konfliktů a stanovením hranic.

3.1 Styly deeskalace konfliktu

Styl deeskalace konfliktu záleží na individualitě účastníků konfliktu, kontextu konfliktu, přítomnost či nepřítomnost komunikačního šumu a další faktory. Že k deeskalaci můžeme použít různé způsoby řešení konfliktů se shoduje většina autorů (DeVito, 2008; Janoušek, 2007; Boukalová, 2023).

Každý z následujících stylů deeskalace konfliktu má své využití v určitých situacích, prostředích nebo s určitými účastníky konfliktu. Každý je vhodný na jiný konflikt a má své slabé i silné stránky (Boukalová, 2023).

3.1.1 *Dominantní styl*

Dominantní styl přikládá větší důležitost vlastnímu cíli, zájmu či potřebě a o potřeby druhé strany konfliktu se zajímá podstatně méně. Často přistupuje k ráznému řešení konfliktu. Jeho výhodou se nejvíce využije při konfliktu, který vyžaduje rychlé řešení, například při nedostatku času či krizových okolnostech, kdy čas strávený hledání alternativních řešení může vést k ohrožení pacienta či zhoršení jeho stavu. Lze ho také využít, pokud je k vyřešení konfliktu nutné učinit rozhodnutí, které považujeme za nepopulární, přestože je nezbytné. Osoba řešící konflikty tímto stylem často v případě snahy druhé strany o kompromis či ústup vnímá toto jednání jako nekompetentnost až slabost. Může být tedy vhodné zpočátku přistoupit k řešení konfliktu se stejnou nekompromisností.

Nevýhodou dominantního stylu deeskalace je mnohdy snížená kooperace druhé strany, narušení vztahů a budoucí spolupráce i nižší ochota druhé strany dlouhodobě jednat v souladu s rozhodnutím dominantní strany. Vnímání dominantní deeskalace druhou stranou je ovlivněna tím, jak dominantního deeskalátora druhá strana vnímá. Pokud ho považuje za přirozenou autoritu, se kterou má dobré vztahy a jehož rozhodnutí se v minulosti ukázala jako správná, je druhá strana ochotnější na tuto strategii deeskalace přistoupit (Boukalová, 2023).

3.1.2 *Vyhýbavý styl*

Vyhýbavý styl je charakterizován pasivitou a sníženým zájmem prosazovat své potřeby a cíle. Vyhýbavý styl vyžaduje od obou stran menší množství času a energie, může značit rezignaci jedné či obou stran. Vhodný může být v situacích, o kterých předpokládáme jejich výjimečnost a další konfrontace daného problému vyhodnotíme jako zbytečnou. Sestra ho může použít i v situacích, kdy nemá dostatek relevantních

informací k danému konfliktu a chce ho odložit. Též v situaci, kdy se do konfliktu chtějí zapojit další strany, které v daný moment nejsou přítomné – ať už se jedná o rodiče při konfliktu s pacientem, nebo o zkušenější kolegy a kolegyně, nadřízené, nebo jiný zdravotník z multioborového týmu, který se o pacienta při pobytu stará. Aplikovat ho sestra může i v případě, kdy je konflikt v samém začátku a emoce všech účastníků by bránily v konstruktivním rozhovoru o daném problému, pokud se domnívá, že by čas mohl pomoci všem účastníkům dívat se na konflikt z odlišné perspektivy. Vyhýbavý styl je vhodný i v případě nutnosti prioritizace jiné události. Osoba přistupující ke konfliktu vyhýbavým stylem může měnit téma konverzace, mlčet, odcházet při snaze o řešení konfliktu a či jinak zamezovat jeho řešení. Pokud sestra konflikt deeskaluje vyhýbavým stylem a dostane se s pacienty či rodiči do stejné rozepře v budoucnosti, je příhodné se zamyslet nad efektivitou opakování stejné strategie.

Nevhodné je vyhýbavý styl použít při deeskalaci konfliktů, ve kterých se jejich účastníci prou o zásadní rozhodnutí a u konfliktů, které se při ignorování rozrůstají. Jedná se například o násilné jednání, nedodržování léčebných a ošetrovatelských doporučení lékaře či sestry (Boukalová, 2023).

3.1.3 Přizpůsobivý styl

Přizpůsobivý styl deeskalace konfliktu se zaměřuje více na vztahy účastníků konfliktu než na vlastní cíle a potřeby. Podporuje kooperaci a ochotu k dlouhodobé spolupráci mezi sestrou a pacientem či jeho rodiči. Sestra deeskalující přizpůsobivým stylem se snaží o zachování dobrého vztahu či klimatu na oddělení tím, že zdůrazňuje společný cíl, který s pacientem a rodiči mají, a to je úspěšně léčit pacienta. Hledá jednotlivé prvky z dané problémové situace, na kterých se s nimi shoduje a ty vyzdvihuje.

Nevýhodou může být, pokud sestra používá přizpůsobivý styl často a chronicky tím zanedbává vlastní potřeby nebo potlačuje vlastní názory. Může pak být frustrována bezohledností, může být zklamaná z neobdržení ocenění či vděku od druhé strany za to, že v dané situaci pacientům či rodičům ustoupila (Boukalová, 2023).

3.1.4 Kompromisní styl

Kompromisní styl deeskalace konfliktu je založen na předpokladu, že obě strany jsou ochotny při řešení konfliktu spolupracovat, komunikovat, vyjednávat a přistoupit

na kompromis. Obě strany konfliktu musí ustoupit ze svých potřeb, požadavků a cílů, aby mohly hledat cíle společné.

Řešení konfliktu, které vzejde z deeskalace kompromisním stylem, nemusí zcela uspokojit ani jednu stranu. Nelze ho tedy použít v konfliktech, ve kterých na výsledku záleží více než na procesu deeskalace. Sestra může tento styl použít u dočasných řešení, které aspirují konflikt posouvat dále v budoucnu (Boukalová, 2023).

3.1.5 Integrativní styl

Integrativní styl deeskalace konfliktu je hodnotnou strategií, při které se sestra pomocí integrativního jednání s druhým účastníkem konfliktu snaží v maximální realizovatelné míře vyhovět potřebám a požadavkům obou stran. Jedná se o poměrně časově náročný deeskalační proces, při kterém sestra mapuje existující možnosti, dokud nenajde ty neoptimálnější. Hledání takových řešení probíhá často na etapy a vyžaduje ochotu obou účastníků konfliktu investovat do deeskalace čas a energii. Pokud se konflikt podaří deeskalovat integrativním stylem, je téměř zaručen pozitivní dlouhodobý efekt.

Integrativní styl je tedy z podstaty nevhodný v situacích, kdy je třeba konflikt deeskalovat rychle, nebo když je konflikt komplexní a vyhledání dokonalého řešení je tedy vysoce nepravděpodobné (Boukalová, 2023).

3.1.6 Autoritativní styl

Autoritativní styl deeskalace konfliktů se zakládá na spolupráci s vnější autoritou, která se nachází mimo konflikt a je tedy v pozici konflikt nestranně rozsoudit. Autoritativní deeskalace může generovat řešení, se kterými nemusí účastníci konfliktu zcela souhlasit, ale může to být účinný způsob deeskalace v případě, kdy účastníci konfliktu vyčerpají ostatní možnosti řešení konfliktu (Boukalová, 2023).

3.1.7 Alternativní řešení konfliktů ve zdravotnické praxi

Delegace je způsob řešení konfliktu, kdy jeho řešením pověříme někoho jiného, například kolegu či kolegyni, ale i nadřízené, soud, nebo experta. V takovém případě nemáme kontrolu ani nad procesem, ani nad výsledkem daného řešení. V případě soudu je proces dán platnými zákony a výkon řešení spadá do rukou soudců a advokátů (Plamínek, 2012). K řešení sporů ve zdravotnictví lze využít mimo kolegů či nadřízených i služby mediátora, nemocničního ombudsmana, sociálního pracovníka

nebo člena správy nemocnice. Alternativní řešení konfliktů spoléhá při deeskalaci na nalezení shody bez nutnosti autoritativního zásahu s různým stupněm zapojení třetí strany. K alternativnímu řešení konfliktů můžeme využít mediaci, facilitaci, negociaci, nezávislou expertizu, nebo ombudsmana. **Mediaci** upravuje v České republice zákon č. 202/2012 Sb. a při využití služeb mediátora se uzavírá mediační dohoda. Při mediačním řízení se řešení konfliktu snaží účastníci dosáhnout za účasti mediátora, kteří jim v případě potřeby asistují v komunikaci tak, aby mohli účastníci dospět k takovému řešení, při kterém budou všechny strany spokojeny. **Facilitace** je technika, při které facilitátor využívá znalosti o komunikačních procesech a psychologii skupinové komunikace, aby předcházel a řešil případná vznikající nedorozumění mezi vyjednávajícími stranami. Facilitátor stanovuje program setkání a funguje jako partner v diskuzi, moderuje ji, ale sám nikdy nevstupuje do procesu hledání řešení, nemá za cíl hodnotit předložené návrhy, nepředkládá vlastní možnosti řešení ani právní doporučení. **Negociace** neboli vyjednávání je komunikační proces při řešení sporů. Není nijak upravena právním řádem a neexistuje žádný závazný proces či vyžaditelná forma průběhu negociace. Při negociaci není nutná účast třetí nezávislé strany, může se ale v jejím průběhu zapojit. **Nezávislá expertiza** neboli posudek vyžaduje odborné znalosti nezávislého experta, který na podnět vyjednávacích stran vytvoří odborný posudek či expertní stanovisko na základě žádosti obou stran konfliktu. Variantou bývá i vypracování dvou odborných posudků každou stranou konfliktu. **Ombudsman** je nemocnicí používán interně k řešení konfliktů mezi zdravotnickými zařízeními a pacienty či jejich rodinnými příslušníky. Pacienti či jejich rodiče se na něj obrací pokud nebyli spokojeni s řešením svého problému (Kutlík, 2017).

3.2 Použití deeskalačních technik v pediatrickém ošetřovatelství

Přestože je každá konfliktní situace unikátní a vyžaduje individuální a flexibilní přístup, lze identifikovat několik obecných pravidel a postupů, které deeskalaci konfliktů mohou výrazně usnadnit. Při deeskalaci konfliktů často spoléháme na stejné komunikační techniky, jako při předcházení konfliktům. Zásadní je při deeskalaci zachovat klid a chladnou hlavu. Pokud se nám to nepodaří, vyčerpáme naše kognitivní kapacity neefektivně stresováním, místo abychom své síly využili k úspěšné deeskalaci. Při každém konfliktu je třeba nejdříve řádně zhodnotit celou situaci a podle toho, jaké informace vyvstanou, postupovat dále (Boukalová, 2023).

Bowers (2014) hovoří o důležitosti vymezit danou situaci tak, aby byla pro všechny účastníky co nejbezpečnější a poté se snažit celý problém vyjasnit a následně se snažit nalézt řešení, které by pacienta či jeho rodiče a potažmo celou situaci, uklidnilo. Je vhodné nabízet různé alternativy a dle reakcí účastníků konfliktu deeskalaci dále korigovat. Ne vždy se totiž postoj, tedy to, co člověk říká, shoduje s tím, co potřebuje, nebo-li jeho zájmy. Deeskalací konfliktu na základě potřeb pacienta zpravidla získáváme lepší řešení. Čím lépe porozumí pediatrická sestra při deeskalaci konfliktu potřebám svých pacientů, tím má větší pravděpodobnost nalezení stabilnějšího a trvalejšího řešení konfliktu (Plamínek, 2012).

Sestra by měla při deeskalaci prokázat vysokou úroveň sebekontroly a pokud během ní pocítí frustraci či úzkost, neměla by ji před pacienty ani rodiči dát najevo. Naopak by měla vždy mít klidné, smířlivé a sebejisté vystupování. Pekara (2015) zdůrazňuje, že je třeba dbát nejen na verbální složku sdělení, ale především tu neverbální, jako je postoj těla, gestikulace, tón a výšku hlasu, a hlasitost při mluvení, ale i pohled. Její význam se totiž při stresové reakci pacienta či jeho rodičů výrazně zvyšuje. Neverbální složka a tón hlasu pak představuje nadpoloviční většinu vjemů, které rozrušený člověk při stresové situaci vnímá. Stejně jako při předcházení konfliktům, i při deeskalaci je vhodná komunikační strategie hlavním nástrojem zdravotníka. Pomáhá k vytvoření vhodného prostředí pro deeskalaci, navozuje v pacientech a jejich rodičích pocit důvěr a často pomáhá předejít násilí (Vevera et al., 2018). Zdravotník by se vždy měl snažit o neдрáždivé a rozvážné vyjadřování. Při deeskalaci se tedy soustředíme na proxemiku (naši polohu v prostoru), kineziku (vhodné vyznívající pohyby těla – mimiku, gestikulaci a posturologii) a prozódii, tedy zvukové

složky jazyka, mezi které řadíme frázování, intonaci, přízvuk či rytmus (Vevera et al., 2018; Boukalová, 2023).

Ve zdravotnictví, stejně jako v jakékoliv jiné organizaci, je vhodné řešit konflikt zavčas, než eskaluje do nepříjemných rozměrů. Na konfliktní situace by měli být zdravotníci připraveni, protože se jedná o normální jev. Konflikt by zdravotníci měli za každé okolnosti korigovat spíše rozumem než emocemi, otevřeně a nezaujatě vyslechnout a zvážit argumenty protistrany. Samotný vliv konfliktu by zdravotníci neměli podceňovat, ale ani přeceňovat (Plevová, 2012).

Deeskalační techniky pro sestru představují nástroj, který jí slouží k deeskalaci vzniklých konfliktů. Mezi deeskalační techniky patří aktivní naslouchání, projev empatie, parafrázování, objasňující otázky, sumarizaci, povzbuzování a ocenění.

3.2.1 Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání by jakožto univerzální nástroj komunikace mělo být nedílnou součástí každého deeskalačního rozhovoru. Je vhodné jej využívat u deeskalace konfliktů s rodiči i pacienty, kteří jsou schopni s námi verbálně komunikovat. Aktivním nasloucháním pacientovi sestra vyjadřuje úctu, zájem i pochopení a zároveň pomáhá pacientovi porozumět konfliktu, ve kterém se s ním nachází. Aktivní naslouchání umožňuje konflikt vnímat v celé jeho komplexitě, konfrontovat odlišný názor, porozumět pacientovu prožívání i projevit empatii.

Aktivní naslouchání nelze vnímat jako prosté mechanické aplikování jeho jednotlivých technik. Schopnost úspěšně aktivně naslouchat vychází z hodnotového nastavení daného posluchače jakožto sociální dovednost, kterou posluchač manifestuje specifickými verbálními a neverbálními projevy. Aktivním nasloucháním vyžaduje plné soustředění a není při něm tedy možné provádět jiné činnosti. Sestra by měla být otočena k pacientovi a zaujímat vhodnou polohu, vyjadřující otevřenost a vůli porozumět. Pokud to není nutné, sestra by neměla pacienta přerušovat či jakkoliv hodnotit to, co jí pacient či rodiče sdělují. Při aktivním naslouchání je třeba se soustředit nejen na obsah sdělení, ale i jeho formu. Pomocí aktivního naslouchání sestra může pacienta či jeho rodiče uklidnit, řídit daný deeskalační rozhovor, pomoci jim se vyjádřit a pochopit vlastní pocity. Za nejčastější chyby v aktivním naslouchání řadíme jmenovitě předčasné dávání rad a doporučení ohledně řešení daného konfliktu před tím, než si ho pečlivě vyslechneme; hodnocení účastníků konfliktu a jejich pocitů, potřeb nebo chování; přerušování vyprávění druhé strany; věnování se další činnosti během

aktivního naslouchání; chlácholení a bagatelizaci. Chlácholení je často chybně používáno za účelem uklidnění a vyjádření podpory a pochopení druhému účastníkovi konfliktu. Nevhodnými způsoby využití falešné empatie však adekvátně nereaguje na aktuální prožívání druhého účastníka konfliktu a vyvolává u nich pocity nepochopení a odmítnutí. Sestra se často nechtěně dopouští bagatelizace nevhodně zvolenou formulací, která snižuje závažnost prožívání druhého účastníka konfliktu. Chlácholení i bagatelizace jsou ubližující komunikační metody, které nepřispívají k uklidnění, racionalizování či deeskalaci konfliktu (Bednařík a Andrášiová, 2020).

3.2.2 Empatie

Pro efektivní deeskalaci je důležité projevit empatii tím, že se budeme snažit pochopit podstatu konfliktu a dát najevo naši snahu ho vyřešit ke spokojenosti všech zúčastněných (Basu a Faust, 2013). Konflikty mezi sestrou a pacienty či jejich rodiči často vznikají z nenaplněných potřeb, nevyřčených pocitů a potlačovaných emocí. Pokud se tedy pacient či jeho rodiče snaží své pocity a potřeby pojmenovat, sestra by jim měla projevit empatii a tím nejen zjistit, co je jádrem konfliktu, ale zároveň je podpořit a dát najevo, že jim rozumí. Pokud své pocity vyjádřit neumí, může sestra vyjádřit, jaké pocity od nich vnímá ona (Bednařík a Andrášiová, 2020).

3.2.3 Parafrázování

Parafrázovat může sestra tak, že vlastními slovy krátce zopakuje, co jí bylo pacientem či rodiči sděleno. Parafrázování označují za přemýšlející ozvěnu, nebo nastavení zrcadla tomu, komu sestra při deeskalaci aktivně naslouchá. Slouží sestře i pacientovi/rodičům k ověření toho, že sestra chápe podstatu sdělení účastníka konfliktu. Parafrázovací sdělení ukončuje sestra tázací intonací, nebo nedokončenou větou, která druhého účastníka vyzývá k pokračování a případnému dovysvětlení.

3.2.4 Objasňující otázky

Pomocí objasňujících otázek sestra projevuje zájem a zároveň se může vyvarovat vlastním předsudkům a nepotvrzeným a chybným předpokladům, které o deeskalované situaci má.

3.2.5 Sumarizace

Využití sumarizace se doporučuje, pokud pacienti či rodiče při deeskalaci konfliktu hovoří delší dobu v rozvitých větách, nedrží se daného tématu, nebo je potřeba deeskalační rozhovor ukončit. Sumarizace poskytuje sestře možnost strukturovat a uspořádat jejich sdělení. Zároveň sumarizací snižuje riziko vzniku dalšího

nedorozumění. Při sumarizaci sestra shrne klíčové myšlenky deeskalačního rozhovoru, pojmenuje pokrok, který v deeskalaci s pacientem či rodiči udělali, a uzavře deeskalační rozhovor nebo jeho část.

3.2.6 Ocenění a povzbuzení

Sestra druhého účastníka konfliktu a jeho názory nehodnotí. Může ale ocenit pacienta či jeho rodiče za to, že s ní sdílí jejich potřeby, pocity a myšlenky a snaží se s ní konflikt proaktivně řešit a zároveň je tím povzbudit a vybídnout k pokračování v rozhovoru tak, že pokládá otevřené otázky související s tím, co o čem druhá strana konfliktu hovoří, jak nad daným problémem smýšlí (Bednařík a Andrášiová, 2020).

3.2.7 Nevhodné deeskalační techniky

K nevhodným strategiím deeskalace konfliktu hodnocení osoby druhého účastníka, oslabování sebeobrazu druhého účastníka, kdy ho vnímáme jako nedůvěryhodného, nekompetentního, nebo pod naší úrovní. Mezi nevhodné strategie řadíme i generalizaci, která znesnadňuje až znemožňuje druhému účastníkovi konfliktu řešit aktuální situaci. Nekonstruktivní je se vracet k již vyřešeným konfliktům a nedorozuměním, ať už souvisejícím, či nesouvisejícím s aktuálním konfliktem. Pokud spolu účastníci konfliktu mají více než jeden spor, je žádoucí řešit tyto konflikty odděleně (Boukalová, 2023). Mezi naprosto nevhodné přístupy řadí Boukalová (2023) i reagovat protiútokem, výčitkami, nebo se snažit použít proti druhé osobě jiné situace či osobnostní charakteristiky oslabující druhého účastníka konfliktu. Těmito technikami konflikt nedeeskalujeme, ale odvádíme pozornost od řešeného problému. Při řešení konfliktu je důležité vyjadřovat vlastní potřeby a názory, nehovořit za druhého účastníka konfliktu. Využití humoru při deeskalaci konfliktů je velmi nejisté a obecně nedoporučované. Ačkoli může vést k uvolnění napjaté atmosféry, může celou situaci učinit ještě více matoucí. Zcela nevhodné je použití ironie a vtipů na účet účastníka konfliktu, nebo na pediatrického pacienta v případě sporu s rodiči. Humor může být vnímán jako útočný či ponižující. Nepatřičné je využití vyeskalovaných emočních projevů ze strany sestry. Mezi tyto fenomény řadíme například křik, pláč a pohybové či zvukové projevy vyjadřující vztek či neklid. V takovém případě je nutné řešení konfliktu ukončit, uklidnit rozvířené emoce a k deeskalaci se vrátit později. (Boukalová, 2023).

3.3 Stanovení hranic

Společnost, ve které žijeme má ve většině aspektech a interakcích jasně stanovené hranice a pravidla (Miller a Kadlec, 2018). Jinak tomu není ani v nemocničním prostředí. Porušené či nejasné hranice mohou být hlavním či dokonce jediným důvodem vzniku konfliktu ve zdravotnictví a proto je důležité s nimi umět pracovat.

Hranice je třeba komunikovat klidně, srozumitelně. Preferovaná formulace hranic je bez záporů – místo toho, co je zakázané či nevhodné poukážeme na vhodnou alternativu chování v dané situaci.

Pokud jedinec potřebné hranice nedodržuje, ať už úmyslně či neúmyslně, je třeba je jasně vymezit. Ze stanovení či ujasnění hranic můžeme benefitovat v celé škále situací, například při jednání s jedincem z jiného kulturního prostředí, kde mohou být společensky implementována odlišná pravidla, dále pak při jednání s člověkem s narušeným duševním stavem, psychickou poruchou, nebo kognitivní deficit, který mu znemožňuje hranice a pravidla znát či bojuje s jejich implementací v každodenním fungování.

V neposlední řadě je třeba v rámci zachování vlastního bezpečí striktně dodržovat pravidla a hranice při kontaktu s člověkem, který tyto záměrně překračuje. Při konfrontaci s predátorem či manipulátorem, který opakovaně a záměrně nedodržuje jasně daná pravidla, není většinou ku prospěchu smlouvat, vysvětlovat či vyjednávat. V takové situaci je zásadní především důsledně dohlížet na jejich dodržování (Miller a Kadlec, 2018).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část této práce volně navazuje na předchozí teoretickou část a pojednává o kvantitativním výzkumu, který byl proveden na dětských lůžkových odděleních Fakultní nemocnice v Motole.

V úvodu jsou prezentovány cíle práce a výchozí hypotézy, metodika sběru dat, organizace vlastního šetření a sběr dat a charakteristika výzkumného souboru včetně jeho kategorizace.

V dalších podkapitolách se empirická část věnuje vlastním výsledkům výzkumu, jejich vizualizaci a popisu, diskuzi zahrnující analýzu zvolených hypotéz vzhledem k empirickým cílům práce a komentář výsledků včetně navrhovaných implikací do pediatričtého ošetrovatelství. V závěru podkapitoly jsou zmíněny i limity výzkumu a návrhy na jejich napravení.

1 CÍLE PRÁCE A STANOVENÍ HYPOTÉZ

V této kapitole jsou popsány cíle empirické části práce, které jsem si stanovila pro naplnění záměru daného tématu práce a hypotézy, které jsem si stanovila s ohledem na poznatky shrnuté v předchozí teoretické části.

Stanoveny jsou následující obecné empirické cíle:

- Sestavit kvantitativní dotazník vlastní konstrukce a distribuovat ho mezi skupinu respondentů, kterou tvoří praktické, dětské a všeobecné sestry pracujících na dětských odděleních ve FN Motol.
- Statisticky zpracovat a vyhodnotit získaná data.
- Interpretovat statisticky významná data.
- Na základě výsledků dotazníkového šetření provést zhodnocení přínosu vlastního šetření a formulovat doporučení pro praxi.

Stanoveny jsou následující konkrétní empirické cíle a z nich vycházející hypotézy:

1. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se **zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů**.

H₀ 1: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů.

H_A 1: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů.

-
2. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se **snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů**.

H₀ 2: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů.

H_A 2: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů.

3. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli **znají nějaké deeskalační techniky.**

H₀ 3: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli znají nějaké deeskalační techniky.

H_A 3: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli znají nějaké deeskalační techniky.

4. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, **co považují za nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.**

H₀ 4: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, že za nejčastější důvod vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči označili špatnou komunikaci

H_A 4: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, že za nejčastější důvod vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči označili špatnou komunikaci

5. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, **co by podle nich snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.**

6. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníkového šetření a věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním nebo délkou praxe respondentů.

- H₀ 5:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.
- H_A 5:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.
- H₀ 6:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.
- H_A 6:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.
- H₀ 7:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.
- H_A 7:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

7. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost míru shody s s výroky z položek 18 až 20 dotazníkového šetření (body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici) a věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním nebo délkou praxe respondentů

- H₀ 8:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).
- H_A 8:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).
- H₀ 9:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z

položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

- H_A 9:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).
- H₀ 10:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).
- H_A 10:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

2 METODIKA SBĚRU DAT

Výzkumné šetření k mé bakalářské práci probíhalo formou kvantitativního výzkumu v březnu 2024 formou anonymního dotazníkového šetření vlastní konstrukce. Jednotlivé položky dotazníku byly sestaveny s ohledem na předcházející realizovaná výzkumná šetření, pracovní hypotézy a předem stanovené cíle bakalářské práce. Kompletní verze použitého dotazníku je v příloze č. 2.

Cílovou skupinou mého dotazníkového šetření byly pediatrické, praktické a všeobecné sestry pracující na dětských lůžkových odděleních Fakultní nemocnice v Motole. Inkluzivním kritériem bylo pracovat jako pediatrická, praktická nebo všeobecná sestra na lůžkovém oddělení FN Motol. Exkluzivním kritériem byla účast v pilotním výzkumu a délka praxe kratší než 1 rok.

V úvodní části dotazníku jsem popsala respondentům, kdo jsem, kde studuji a jaký je účel mého dotazníkového šetření. Dále jsem je informovala, kým a jakým způsobem budou dotazníky zpracovány. Respondenti byli informováni o anonymitě dotazníku, počtu položek v dotazníku a způsobu, jakým je správně vyplnit.

Dotazník obsahuje dvacet pět položek, z toho dvacet položek uzavřených, dvě položky polouzavřené a tři položky otevřené. Uzavřené otázky 1, 7 až 13 a 16 až 25 jsou konstruovány tak, aby respondent označil jednu vhodnou odpověď. Uzavřené otázky 14 a 15 jsou konstruovány pro jednu a více odpovědí. U polouzavřených otázek 3 a 5 jsou respondenti vyzváni k slovnímu doplnění odpovědi v případě, že je jejich nejvyšší dosažené vzdělání specializační vzdělávání a pokud pracují na jiném oddělení, než se nachází v seznamu. U otázek 2, 4 a 6 jsou respondenti vyzváni k vyplnění číselných údajů charakterizující jejich věk, délku praxe a průměrný počet pacientů, které mají během směny na starost. Dotazník byl konstruován tak, aby byl pro respondenty srozumitelný, časově nenáročný a snadno vyplnitelný.

Prvních sedm položek dotazníků jsou kategorizační otázky zabývající se charakteristikou zkoumané skupiny respondentů. Položky se zabývají pohlavím respondentů, věkem respondentů, nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů, délkou praxe respondentů, oddělení, na kterém respondenti pracují a průměrným počtem pacientů, které respondenti mají během jedné své směny na starost.

Průzkumné položky 7 až 25 se zaměřují na určité aspekty předcházení a deeskalace konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství. Položky 7, 10, 11, 12, 13, 16 a 18 až 25 obsahují různé variace Likertovy škály.

Položka 7 zkoumá sestrami vnímanou četnost výskytu konfliktu na sedmibodové Likertově škále s odpověďmi o hodnotách 1 – méně často až 7 – několikrát denně. Položka 8 zkoumá s kým konflikty řeší, položka 9 se respondentů formou ano - ne otázky dotazuje na účast ve vzdělávacím kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů. Položka 10 a 12 zkoumají četnost se kterou sestry vyhledávají a odstraňují potenciální zdroje konfliktů a četnost, se kterou sestry vnímají konflikt s pacientem/rodiči jako úspěšně deeskalovaný na pětibodové Likertově škále s odpověďmi o hodnotách 1 – nikdy až 5 – vždy. Položka 11 zkoumá znalost deeskalačních technik na čtyřbodové Likertově škále s odpověďmi o hodnotách 1 – ne až 4 – ano. Položka 13 zkoumá sestrami vnímanou užitečnost vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů na pětibodové Likertově škále s odpověďmi o hodnotách 1 – ne až 5 – ano. U položky 14 je možné zvolit více než jednu odpověď a dotazují se sester na domnělé nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči. U položky 15 je též možné zvolit více než jednu odpověď a dotazují se sester na to, co by dle jejich názoru snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči. Položka 16 se zabývá četností, s jakou sestry distribuují ke slovní edukaci papírovou či online brožuru na pětibodové Likertově škále s odpověďmi o hodnotách 1 – nikdy až 5 – vždy. Položka 17 se zabývá Family Centred Care systémem péče.

Položky 18 až 25 zjišťují míru shody postoje či chování dotazovaných respondentů s danými prohlášeními pomocí pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím. Položky 18, 19 a 20 obsahují výňatky z Charty práv hospitalizovaných dětí – body 3, 4 a 5.

3 ORGANIZACE VLASTNÍHO ŠETŘENÍ A SBĚR DAT

Jako místo realizace mého výzkumu jsem si vybrala hlavní základnu klinické výuky 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Fakultní nemocnici v Motole. Fakultní nemocnice v Motole je největším zdravotnickým zařízením v České republice disponující 607 dětskými lůžky.

Před zahájením výzkumu jsem oslovila paní náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici v Motole Mgr. Janou Novákovou, MBA s žádostí o povolení výzkumného šetření. Žádost přikládám v příloze č.1. S provedením výzkumného šetření souhlasily staniční a vrchní sestry oslovených oddělení, jmenovitě vrchní sestra paní Ing. Lenka Malíková, vrchní sestra paní Mgr. Ilona Mayerová, staniční sestra paní Simona Pepířhová, staniční sestra paní Eva Fröhlich, staniční sestra paní Petra Forejtová, staniční sestra paní Daniela Zachová, staniční sestra paní Bc. Jana Jechová, staniční sestra paní Bc. Jitka Neufussová, staniční sestra paní Dana Vosátková, vrchní sestra paní Mgr. Jana Králíčková, staniční sestra paní Ivana Dvorská, DiS, staniční sestra paní Jiřina Mašková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici v Motole Mgr. Jana Nováková, MBA a vedoucí bakalářské práce PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.. Před zahájením vlastního výzkumného šetření byl proveden pilotní výzkum za účelem ověření jeho uskutečnitelnosti na vzorku 4 respondentů. Předběžný dotazník byl distribuován dvěma praktickým a dvěma pediatrickým sestrám pracujícím ve Fakultní nemocnici v Motole, se kterými jsem se seznámila při studiu na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a během svých klinických praxí ve Fakultní nemocnici v Motole. Na základě jejich připomínek a dalších podnětů vzešlých z předběžného pilotního výzkumu jsem modifikovala dané problematické položky dotazníku do srozumitelnější a uživatelsky přijatelnější formy. Data z předběžného výzkumu nejsou zahrnuta v datovém souboru konečné verze výzkumu.

Výzkumné šetření na dětských lůžkových oddělení Fakultní nemocnice v Motole probíhalo v březnu roku 2024, konkrétně od 13.3. 2024 do 31.3.2024. Po ukončení výzkumného šetření byla získaná data zpracována pomocí programu Microsoft® Excel® pro Microsoft 365 MSO (Version 2403 Build 16.0.17425.20176) 64 bitů a dotazníky byly uchovány pod pořadovými čísly. V programu Microsoft Excel byl vytvořen datový list, výsečové diagramy a tabelární přehledy. Pro zpracování a

vyhodnocení stanovených hypotéz v kapitole 5.1 Analýza hypotéz, byl mimo program Microsoft® Excel® pro Microsoft 365 MSO (Version 2403 Build 16.0.17425.20176) 64 bitů použita také anglická verze programu TIBCO Statistica 14. Data byla zpracována za pomoci Ing. Adama Ferencze.

S finální verzí výzkumného šetření jsem oslovila celkem osmnáct lůžkových klinik ve Fakultní nemocnici v Motole, z toho osm dětských klinik a šest klinik společných pro dětské i dospělé pacienty. Úspěšnou spolupráci jsem nakonec navázala s deseti klinikami – Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol, Klinikou dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, Klinikou dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, Klinikou dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, Klinikou rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Klinikou nosní, ušní a krční 2. LF UK a FN Motol, Neurochirurgickou klinikou dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol, Novorozeneckým oddělením, Oční klinikou dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol a Pediatrickou klinikou 2. LF UK a FN Motol.

Mezi pediatrické, praktické a všeobecné sestry pracující na daných klinikách jsem distribuovala celkem 211 tištěných dotazníků a vrátilo se mi jich 149. Pro neúplnost vyplnění dotazníku jsem jich musela 5 vyřadit. Celkem jsem tedy ve výzkumu pracovala se vzorkem 144 respondentů. Návratnost správně vyplněných dotazníků byla 68,25 %.

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

V této kapitole je popsán a pomocí tabulek a obrázků vizualizován výzkumný soubor dané studie.

Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 144 respondentů ($n = 144$) je ve vzorku 136 respondentů (95,44 %) žen, 6 respondentů (5,17 %) mužů a 2 respondenti (2,39 %) označili kategorii jiné.

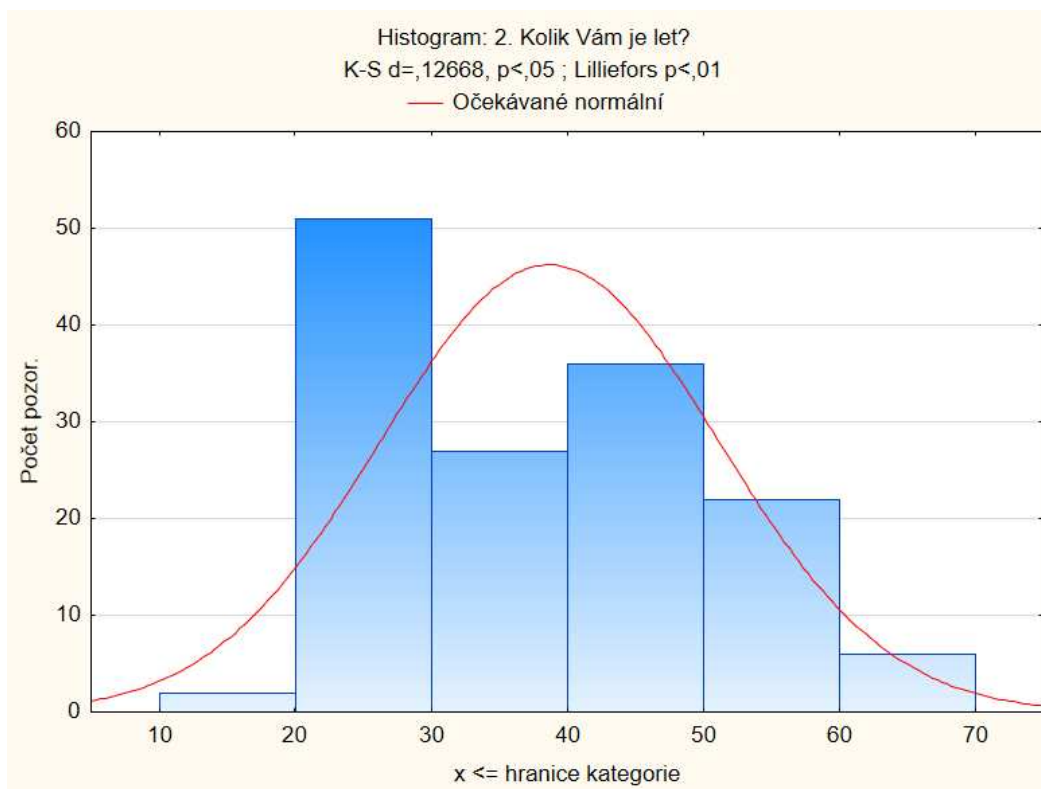
Tabulka č. 1: Popisná statistika – pohlaví

| pohlaví | n | n (%) |
|---------|-----|-------|
| žena | 136 | 94,44 |
| muž | 6 | 4,17 |
| jiné | 2 | 1,39 |

(Zdroj: Autorka práce)

Průměrný věk respondentů

Obrázek č. 1: Histogram – věk



(Zdroj: Autorka práce)

Průměrný věk respondentů ve vzorku je 38,72 let ($\pm 12,43$). Nejmladšímu respondentovi je 19 let, nejstaršímu respondentovi je 67 let. Medián věku je 38 let. V tabulce je dále hodnota modu, který odpovídá 23 letem a objevuje se v souboru desetkrát. Variační koeficient zkoumaného souboru dat odpovídá hodnotě 32,09 %.

Histogram četností je proložen Gaussovou křivkou odpovídající očekávanému normálnímu rozdělení dat ve zkoumaném vzorku respondentů. Z daného obrázku vyplývá, že získaná data neodpovídají parametrům normálního rozdělení.

Tabulka č. 2: Popisná statistika – věk

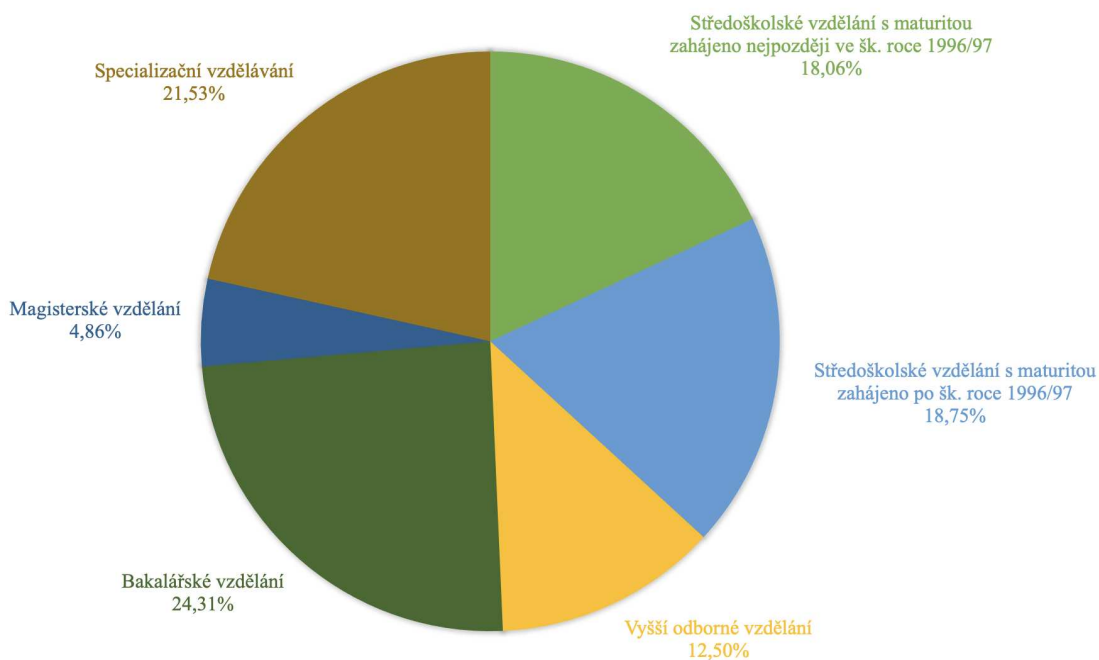
| n | průměr | medián | modus | četnost modu | minimum | maximum | směrodatná odchylka | variační koeficient |
|-----|--------|--------|-------|--------------|---------|---------|---------------------|---------------------|
| 144 | 38,72 | 38 | 23 | 10 | 19 | 67 | 12,43 | 32,09 |

(Zdroj: Autorka práce)

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání se ve zkoumaném vzorku ze 144 respondentů uvedlo 26 (18,06 %) respondentů, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou zahájeno nejpozději ve šk. roce 1996/97, 27 (18,75 %) respondentů uvedlo, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou zahájeno po školním roce 1996/97, 18 (12,50 %) respondentů dokončilo vyšší odborné vzdělání (DiS.), 35 (24,31 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání s bakalářským titulem (Bc.), 7 (4,86 %) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání s magisterským titulem (Mgr.) a 31 (21,53 %) respondentů absolvovalo specializační vzdělávání. Pokud respondenti označili kategorii specializační vzdělávání, byli vyzváni doplnit slovně, o jaké specializační vzdělávání se jedná. Z celkového počtu 31 respondentů, kteří danou kategorii zvolili, 14 respondentů (9,72 %) uvedlo jako své specializační vzdělání Intenzivní péči, 7 respondentů (4,86 %) Ošetrovatelskou péči v pediatrii, 6 respondentů (4,17 %) Intenzivní péči v pediatrii a neonatologii, 1 respondent (0,69 %) Péči v oftalmologii, 1 respondent (0,69 %) Ortopedii a 2 respondenti (01,39 %) uvedli, že mají vystudovanou kombinaci Intenzivní péče a Ošetrovatelské péče v pediatrii.

Obrázek č. 2: Popisná statistika – nejvyšší dosažené vzdělání



(Zdroj: Autorka práce)

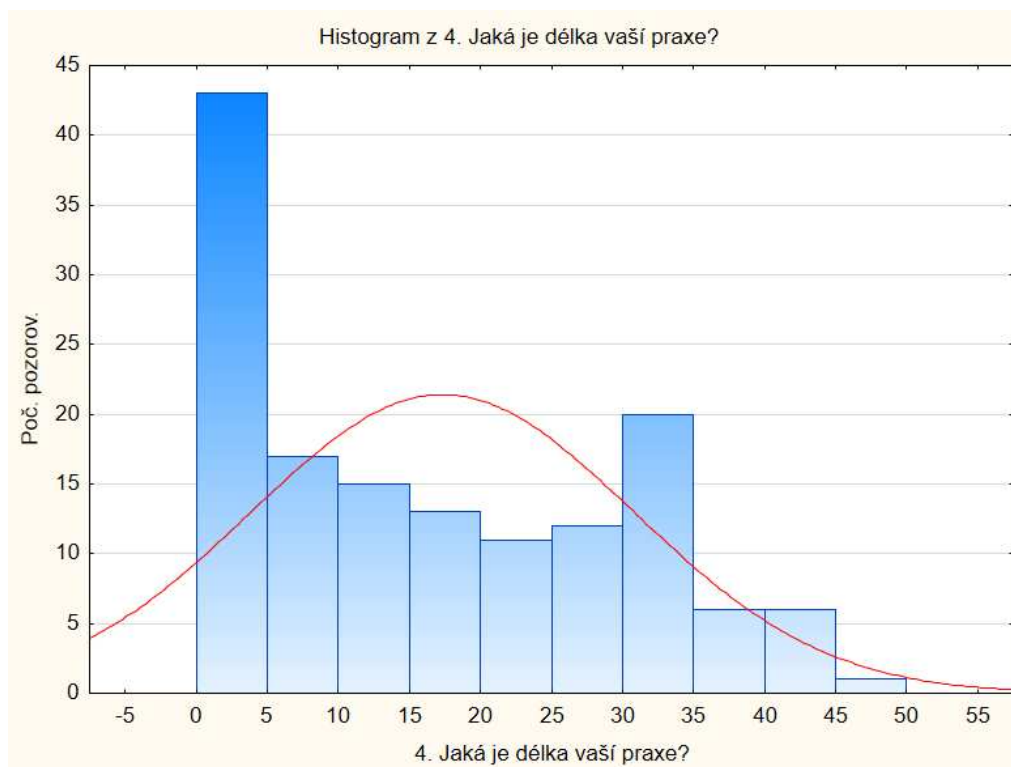
Tabulka č. 3: Popisná statistika – nejvyšší dosažené vzdělání

| Kategorie | n | n (%) |
|--|----|-------|
| Středoškolské vzdělání s maturitou zahájeno nejpozději ve šk. roce 1996/97 | 26 | 18,06 |
| Středoškolské vzdělání s maturitou zahájeno po šk. roce 1996/97 | 27 | 18,75 |
| Vyšší odborné vzdělání (DiS.) | 18 | 12,50 |
| Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. | 35 | 24,31 |
| Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. | 7 | 4,86 |
| Specializační vzdělávání | 31 | 21,53 |
| z toho: | | |
| Intenzivní péče | 14 | 9,72 |
| Ošetřovatelská péče v pediatrii | 7 | 4,86 |
| Intenzivní péče v pediatrii a neonatologii | 6 | 4,17 |
| Péče v oftalmologii | 1 | 0,69 |
| Ortopedie | 1 | 0,69 |
| Intenzivní péče + Ošetřovatelské péče v pediatrii | 2 | 1,39 |

(Zdroj: Autorka práce)

Délka praxe respondentů

Obrázek č. 3: Histogram – délka praxe



(Zdroj: Autorka práce)

Průměrná délka praxe respondentů je 17,22 let ($\pm 13,42$). Nejkratší délka praxe je 1 rok, nejdelší délka praxe je 48 let. Medián délky praxe je 15 let. V tabulce je dále hodnota modu, který odpovídá 1 roku a objevuje se v souboru dvanáctkrát. Variační koeficient zkoumaného souboru dat odpovídá hodnotě 77,93 %.

Histogram četností je proložen Gaussovou křivkou odpovídající očekávanému normálnímu rozdělení dat ve zkoumaném vzorku respondentů. Z daného obrázku vyplývá, že získaná data neodpovídají parametrům normálního rozdělení.

Tabulka č. 4: Popisná statistika – délka praxe

| n | průměr | medián | modus | četnost modu | minimum | maximum | směrodatná odchylka | variační koeficient |
|-----|--------|--------|-------|--------------|---------|---------|---------------------|---------------------|
| 144 | 17,22 | 15 | 1 | 12 | 1 | 48 | 13,42 | 77,93 |

(Zdroj: Autorka práce)

Oddělení, na kterém respondenti pracují

Co se týče oddělení, na kterém oslovení respondenti pracují, dotazník vyplnili 4 respondenti (2,78 %) z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol, 2 respondenti (1,39 %) z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, 39 respondentů (27,08 %) z Kliniky dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol, 6 respondentů (4,17 %) z Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol, 4 respondenti (2,78 %) z Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, 12 respondentů (8,33 %) z Kliniky nosní, ušní a krční 2. LF UK a FN Motol, 11 respondentů (7,64 %) z Neurochirurgické klinikou dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol, 41 respondentů (28,47 %) z Novorozeneckého oddělení, 9 respondentů (6,25 %) z Oční kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol a 16 respondentů (11,11 %) z Pediatričtí kliniky 2. LF UK a FN Motol – 10 respondentů (6,94 % ze 144 respondentů), kteří označili jednotku intenzivní péče, 5 respondentů (3,47 % ze 144 respondentů), kteří označili oddělení kojenců a 1 respondent (0,69 % ze 144 respondentů), který označili oddělení endokrinologie a diabetologie.

Tabulka č. 5: Popisná statistika – oddělení

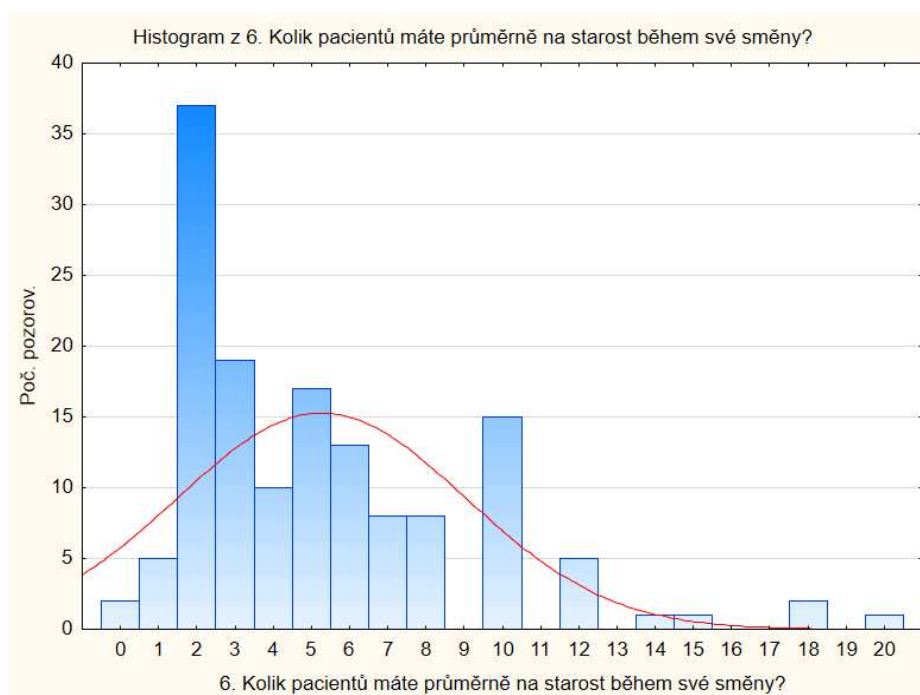
| Kategorie | n | n (%) |
|---|----|-------|
| Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny | 4 | 2,78 |
| Klinika dětské hematologie a onkologie | 2 | 1,39 |
| Klinika dětské chirurgie | 39 | 27,08 |
| Klinika dětské neurologie | 6 | 4,17 |
| Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství | 4 | 2,78 |
| Klinika ušní, nosní, krční | 12 | 8,33 |
| Neurochirurgická klinika dětí a dospělých | 11 | 7,64 |
| Novorozenecké oddělení | 41 | 28,47 |
| Oční klinika dětí a dospělých | 9 | 6,25 |
| Pediatričtí klinika | 16 | 11,11 |
| z toho: | | |
| endokrinologie a diabetologie | 1 | 0,69 |
| kojenci | 5 | 3,47 |
| jednotka intenzivní péče | 10 | 6,94 |

(Zdroj: Autorka práce)

V tabulce č. 5 nejsou zobrazeny odpovědi, které žádný respondent nezvolil. Z uzavřených odpovědí se jedná o Dětskou psychiatrickou kliniku, Dětské kardiocentrum, Kliniku dětské a dospělé ortopedie a traumatologie, Oddělení gastroenterologie, nefrologie a pneumologie Pediatričtí kliniky, Stomatologická klinika dětí a dospělých a Jiné.

Průměrný počet pacientů

Obrázek č. 4: Histogram – průměrný počet pacientů



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 4 ilustruje, kolik pacientů mají respondenti průměrně na starost během své směny. Histogram zobrazuje počet respondentů (počet pozorování, poč. pozorov.) a kolik pacientů mají průměrně na starost během své směny (6. Kolik pacientů máte průměrně na starost během své směny?) a je proložen Gaussovou křivkou odpovídající očekávanému normálnímu rozdělení dat ve zkoumaném vzorku respondentů. Z daného obrázku vyplývá, že získaná data neodpovídají parametrům normálního rozdělení.

Tabulka č. 6: Popisná statistika – průměrný počet pacientů

| n | průměr | medián | modus | četnost modu | minimum | maximum | směrodatná odchylka | variační koeficient |
|-----|--------|--------|-------|--------------|---------|---------|---------------------|---------------------|
| 144 | 5,24 | 4 | 2 | 37 | 0 | 20 | 3,76 | 71,81 |

(Zdroj: Autorka práce)

Kategorizace dat dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Skupinu respondentů jsem si dle nejvyššího dosaženého vzdělání rozdělila do dvou kategorií. První kategorie čítá 71 respondentů (49,31 %) a obsahuje respondenty se středoškolským vzděláním s maturitou zahájeném nejpozději ve šk. roce 1996/97 a po školním roce 1996/97 a respondenty s vyšším odborným vzděláním (DiS.). Druhá kategorie čítá 73 respondentů (50,69 %) a obsahuje respondenty s bakalářským vysokoškolským vzděláním (Bc.), respondenty s magisterským vysokoškolským vzděláním (Mgr.) a respondenty se specializačním vzděláním.

Kategorizace dat dle mediánu věku

Dle mediánu jsem respondenty rozdělila do dvou kategorií na skupinu respondentů do 38 let včetně, kteří tvoří 50,69 % vzorku (73 respondentů) a skupinu respondentů 39 let a více, kteří tvoří 49,31 % vzorku (71 respondentů).

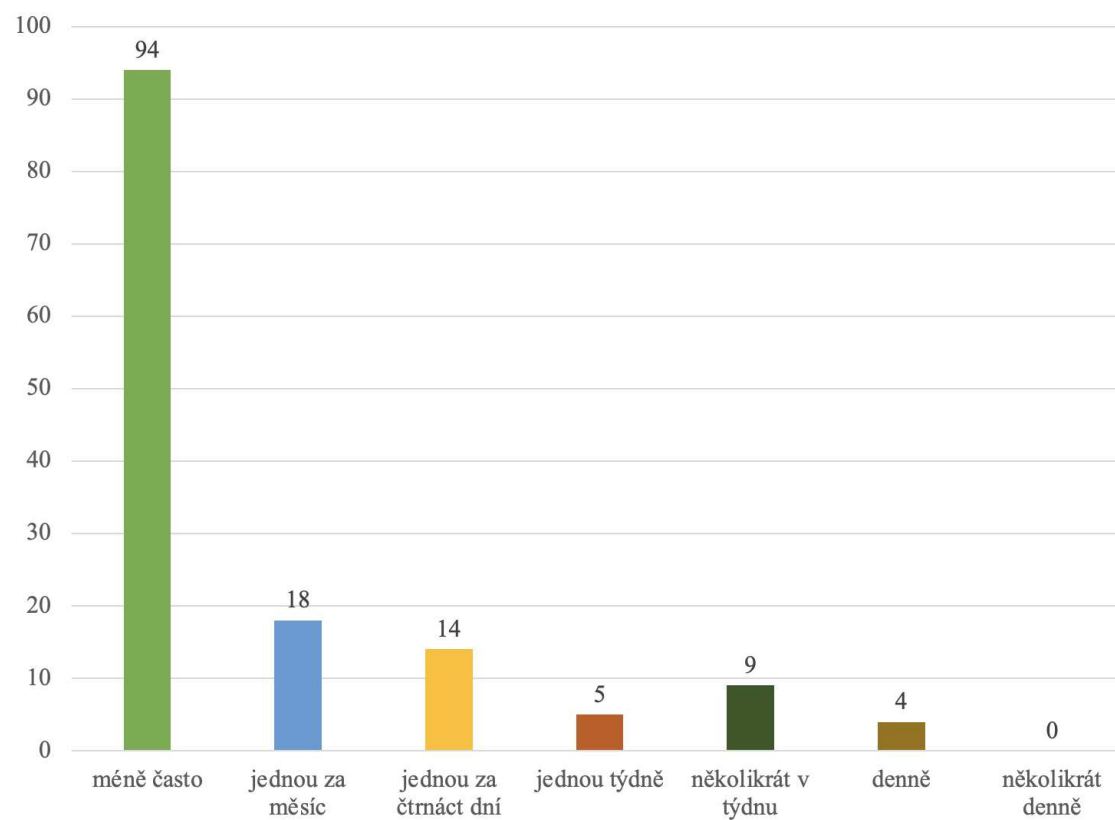
Kategorizace dat dle mediánu délky praxe

Skupinu respondentů jsem si rozdělila dle mediánu délky praxe do dvou skupin. V první skupině jsou respondenti s praxí do 15 let včetně, ve které se nachází 75 respondentů (52,08 %) a ve druhé skupině jsou respondenti s praxí 16 let a více a ta čítá 69 respondentů (47,92 %).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Položka č. 7: Jak často jste se v uplynulém roce při poskytování péče ocitl/a v konfliktní situaci mezi vámi a pacientem/rodiči?

Obrázek č. 5: Četnost výskytu konfliktních situací mezi respondenty a pacientem/rodiči

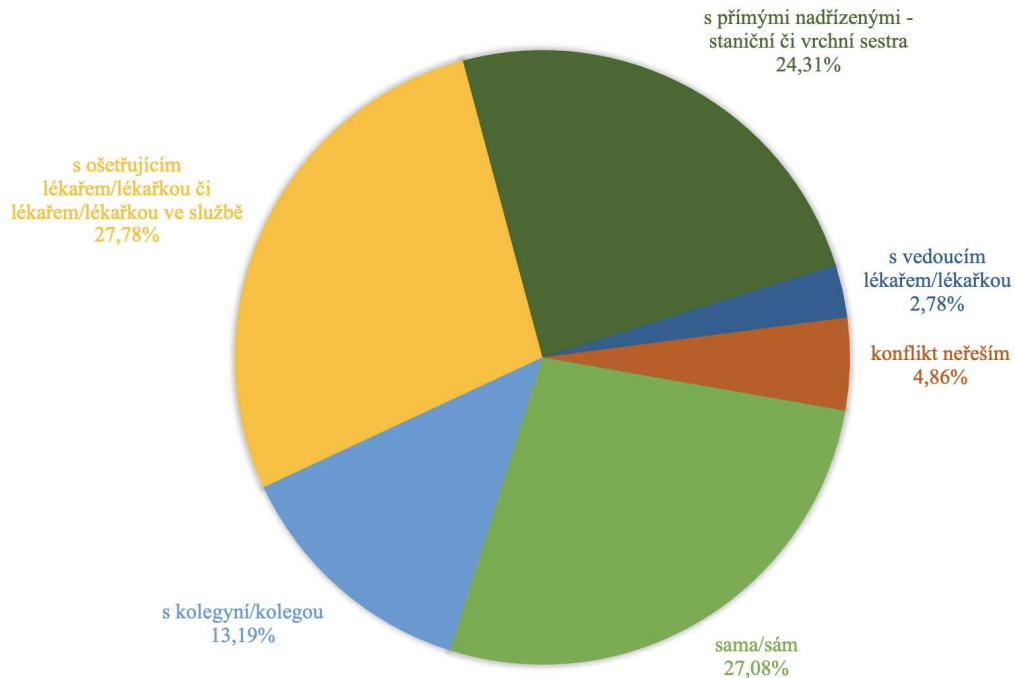


(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 5 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 7 „*Jak často jste se v uplynulém roce při poskytování péče ocitl/a v konfliktní situaci mezi vámi a pacientem/rodiči?*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou sedmibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – méně často až 7 – několikrát denně. Z obrázku č. 5 vyplývá, že několikrát denně se v konfliktní situaci s pacienty/rodiči neocitne žádný respondent, denně se v konfliktní situaci ocitnou 4 respondenti (2,78 %), několikrát v týdnu 9 respondentů (6,25 %), jednou týdně 5 respondentů (3,47 %), jednou za čtrnáct dní 14 respondentů (9,72 %), jednou za měsíc 18 respondentů (12,50 %) a méně často než jednou za měsíc 94 respondentů (65,28 %).

Položka č. 8: Pokud dojde ke konfliktu mezi mnou a pacientem/rodiči, daný konflikt řeším nejčastěji

Obrázek č. 6: S kým respondenti řeší konflikt



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 6 a tabulka č. 7 znázorňují odpověď respondentů na položku č. 8 „Pokud dojde ke konfliktu mezi mnou a pacientem/rodiči, daný konflikt řeším nejčastěji“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě. Z obrázku č. 6 a tabulky č. 7 vyplývá, že 40 respondentů (27,78 %) nejčastěji řeší konflikty s ošetřujícím lékařem/lékařkou či lékařem/lékařkou ve službě, sama či sám pak nejčastěji řeší konflikty 39 respondentů (27,08 %), s přímými nadřízenými, tedy se staniční či vrchní sestrou, řeší konflikty 35 respondentů (24,31 %), s kolegyní nebo kolegou nejčastěji řeší konflikt 19 respondentů (13,19 %), 7 respondentů (4,86 %) uvedlo, že konflikt neřeší vůbec, s vedoucím lékařem/lékařkou řeší nejčastěji konflikty 4 respondenti (2,78 %) a s primářem/primářkou neřeší nejčastěji konflikty žádný z respondentů.

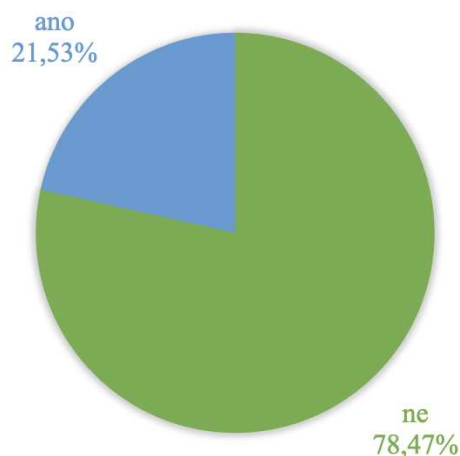
Tabulka č. 7: S kým respondenti řeší konflikt

| Kategorie | n | n (%) |
|--|----|-------|
| sama/sám | 39 | 27,08 |
| s kolegyní/kolegou | 19 | 13,19 |
| s ošetřujícím lékařem/lékařkou či lékařem/lékařkou ve službě | 40 | 27,78 |
| s přímými nadřízenými – se staniční či vrchní sestrou | 35 | 24,31 |
| s vedoucím lékařem/lékařkou | 4 | 2,78 |
| s primářem/primářkou | 0 | 0 |
| konflikt neřeším | 7 | 4,86 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 9: Zúčastnil/a jste v posledních 5 letech vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů?

Obrázek č. 7: Účast na vzdělávacím kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů



(Zdroj: Autorka práce)

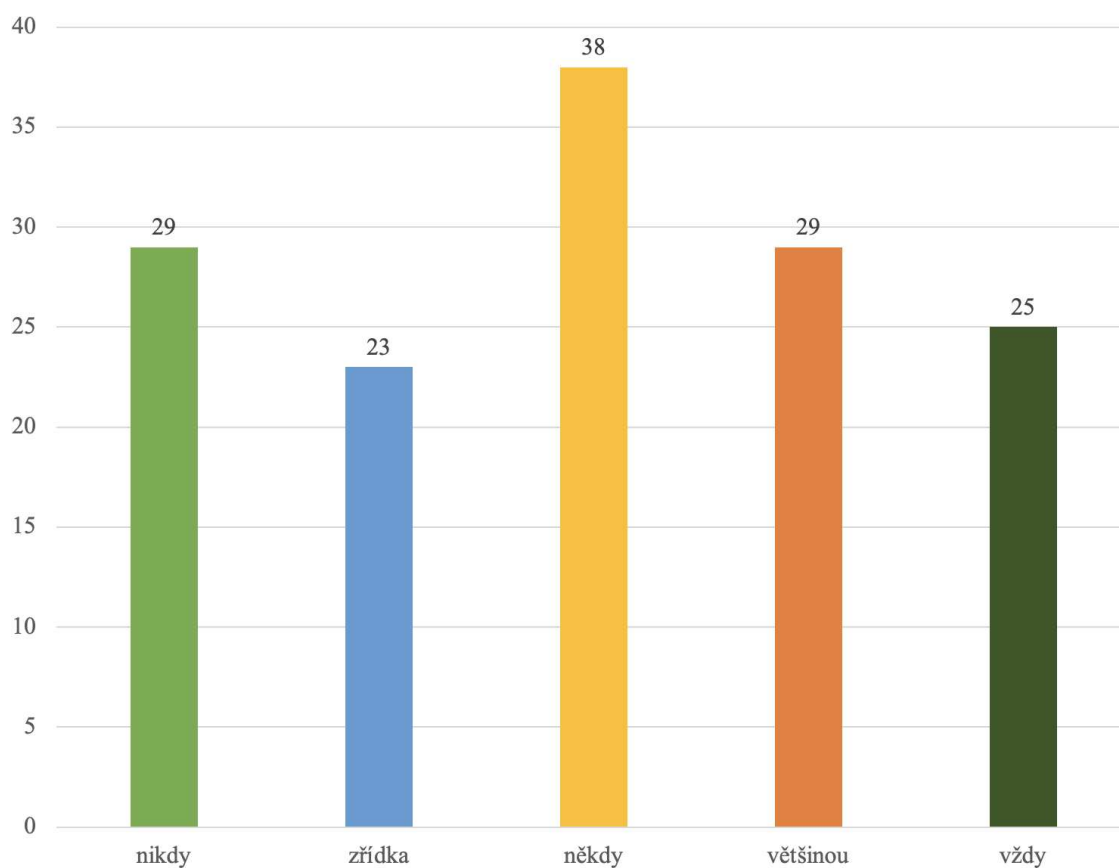
Obrázek č. 7 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 9 „Zúčastnil/a jste v posledních 5 letech vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě. Jako doplňující informace k této položce bylo specifikováno, že pokud se respondenti zúčastnili jiného vzdělávání, například středoškolského, vyššího odborného, vysokoškolského nebo jiného

dlouhodobějšího vzdělávání, v rámci kterého absolvovali předmět s náplní věnující se předcházení a deeskalaci konfliktů, mají též označit možnost „ano“.

Z obrázku č. 7 vyplývá, že 113 respondentů (78,53 %) uvedlo, že se v posledních pěti letech nezúčastnilo žádného vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů. Pouze 31 respondentů (21,53 %) uvedlo, že se v posledních pěti letech vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů zúčastnilo.

Položka č. 10: Snažíte se aktivně vyhledávat potenciální zdroje konfliktů a odstraňovat je?

Obrázek č. 8: Aktivní vyhledávání potenciálních zdrojů konfliktu



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 8 vykresluje odpověď respondentů na položku č. 10 „Snažíte se aktivně vyhledávat potenciální zdroje konfliktů a odstraňovat je?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – nikdy až 5 – vždy. Z obrázku č. 8 a tabulky č. 8 vyplývá, že nikdy se nesnaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů 29

respondentů (20,14 %), zřídka se o vyhledávání potenciálních zdrojů a jejich odstranění snaží 23 respondentů (15,97 %), někdy se o vyhledávání a odstranění potenciálních zdrojů konfliktů snaží 38 respondentů (26,39 %), většinou se o vyhledávání potenciálních zdrojů a jejich odstranění snaží 29 respondentů (20,14 %) a vždy se o to snaží 25 respondentů (17,36 %).

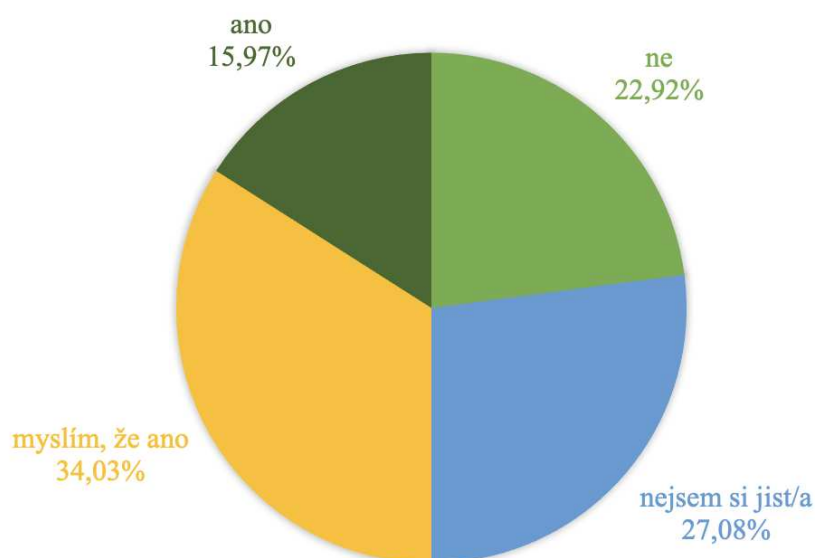
Tabulka č. 8: Aktivní vyhledávání potenciálních zdrojů konfliktu

| Kategorie | n | n (%) |
|-----------|----|-------|
| nikdy | 29 | 20,14 |
| zřídka | 23 | 15,97 |
| někdy | 38 | 26,39 |
| většinou | 29 | 20,14 |
| vždy | 25 | 17,36 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 11: Znáte nějaké deeskalační techniky?

Obrázek č. 9: Znalost deeskalačních technik

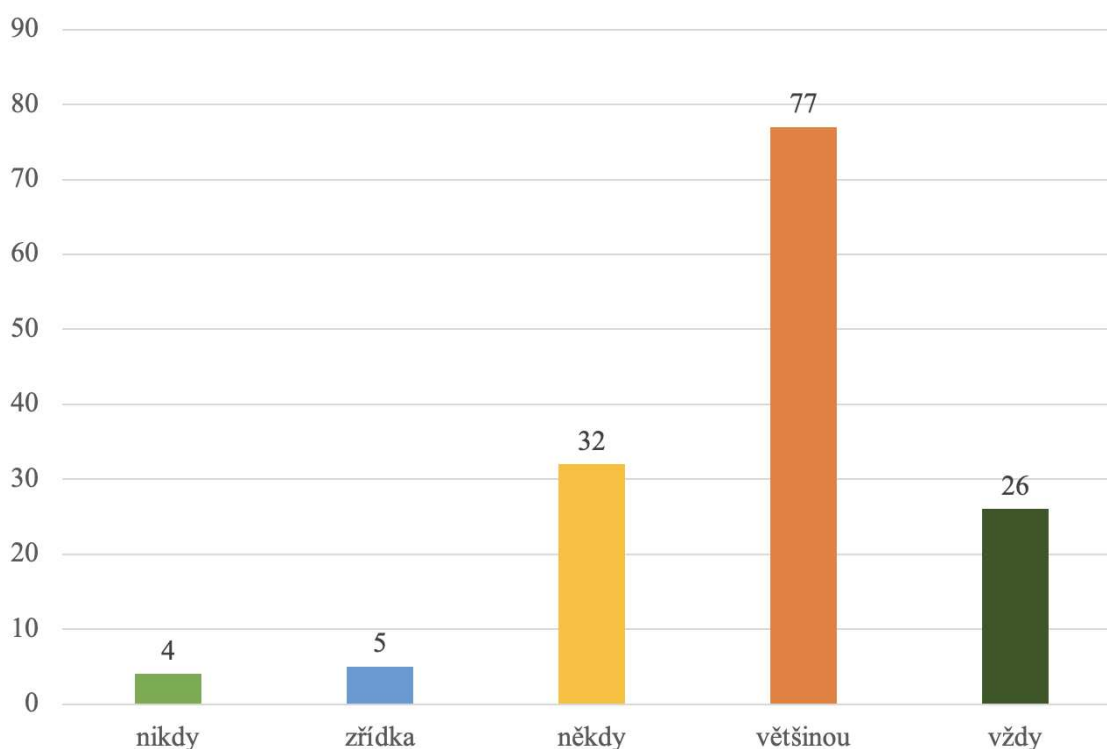


(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 9 vykresluje odpověď respondentů na položku č. 11 „Znáte nějaké deeskalační techniky?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou čtyřbodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – ne až 4 – ano. Z obrázku č. 9 vyplývá, že 49 respondentů (34,03 %) si myslí, že zná nějaké deeskalační techniky, tím, jestli zná nějaké deeskalační techniky, si není jistých 39 respondentů (27,08 %), žádné deeskalační techniky nezná 33 respondentů (22,92 %) a 23 respondentů (15,97 %) označilo, že zná nějaké deeskalační techniky.

Položka č. 12: Jak často se Vám podaří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat?

Obrázek č. 10: Četnost úspěšně deeskalovaných konfliktů



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 10 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 12 „Jak často se Vám podaří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – nikdy až 5 – vždy. Na obrázku č. 10 a v tabulce č. 9 je patrné, že 77 respondentů (53,47 %) má pocit, že se jim většinou daří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat, 32 respondentů (22,22 %) má pocit, že se jim

daří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat pouze někdy, 26 respondentů (18,06 %) má pocit, že se jim daří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat vždy, 5 respondentů (3,47 %) má pocit, že se jim daří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat pouze zřídka a 4 respondenti (2,78 %) mají pocit, že se jim konflikt s pacientem/rodiči nedaří úspěšně deeskalovat nikdy.

Tabulka č. 9: Četnost úspěšné deeskalace konfliktů

| Kategorie | n | n (%) |
|-----------|----|-------|
| nikdy | 4 | 2,78 |
| zřídka | 5 | 3,47 |
| někdy | 32 | 22,22 |
| většinou | 77 | 53,47 |
| vždy | 26 | 18,06 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 13: Považujete vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné?

Tabulka č. 10 znázorňuje odpověď respondentů na položku „*Považujete vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné?*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – ne až 5 – ano. Z tabulky č. 10 je patrné, že 59 respondentů (40,97 %) spíše považuje vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné, 45 respondentů (31,25 %) považuje vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné, 28 respondentů (19,44 %) neví, jestli je vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů užitečné, 7 respondentů (4,86 %) spíše nepovažují vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné a 5 respondentů (3,47 %) nepovažuje vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné vůbec.

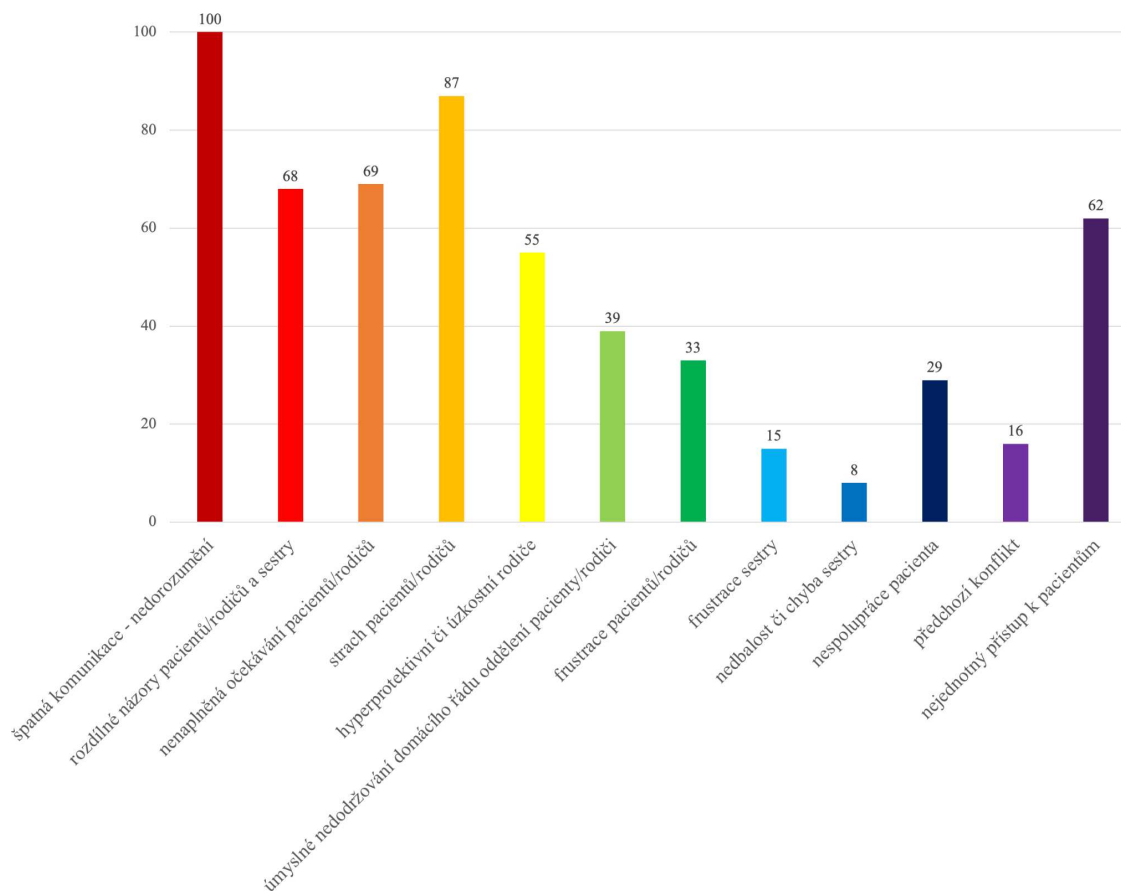
Tabulka č. 10: Důležitost vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů

| Kategorie | n | n (%) |
|-----------|----|-------|
| ne | 5 | 3,47 |
| spíše ne | 7 | 4,86 |
| nevím | 28 | 19,44 |
| spíše ano | 59 | 40,97 |
| ano | 45 | 31,25 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 14: Označte jednou či více odpověďmi, jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.

Obrázek č. 11: Nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 11 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 14 „Označte jednou či více odpověďmi, jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.“. Otázka byla respondentům položena v uzavřené podobě s možností označení jedné či více odpovědí, výsledný počet odpovědí se tedy neshoduje s počtem respondentů. Celkem bylo respondenty označeno 581 odpovědí, průměrný počet zvolených odpovědí na respondenta u položky č. 14 je 4,03.

Z obrázku č. 11 a tabulky č. 11 je zřejmé, že nejvíce respondentů se domnívá, že nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči je špatná komunikace – nedorozumění.

Tabulka č. 11: Nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči

| Kategorie | n | n (%) |
|---|------------|------------|
| Celkový počet odpovědí na otázku č. 14 | 581 | 100 |
| špatná komunikace – nedorozumění | 100 | 17,212 |
| rozdílné názory pacientů/rodičů a sestry | 68 | 11,704 |
| nenaplněná očekávání pacientů/rodičů | 69 | 11,876 |
| strach pacientů/rodičů | 87 | 14,974 |
| hyperprotektivní či úzkostní rodiče | 55 | 9,466 |
| úmyslné nedodržování domácího řádu oddělení pacienty/rodiči | 39 | 6,713 |
| frustrace pacientů/rodičů | 33 | 5,680 |
| frustrace sestry | 15 | 2,582 |
| nedbalost či chyba sestry | 8 | 1,377 |
| nespolupráce pacienta | 29 | 4,991 |
| předchozí konflikt | 16 | 2,754 |
| nejednotný přístup k pacientům | 62 | 10,671 |

(Zdroj: Autorka práce)

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči označilo z celkového počtu 144 respondentů 100 respondentů **špatnou komunikaci – nedorozumění**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie špatná komunikace – nedorozumění 17,212 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči označilo z celkového počtu 144 respondentů 87 respondentů **strach pacientů/rodičů**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie strach pacientů/rodičů 14,974 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči označilo z celkového počtu 144 respondentů 69 respondentů **nenaplněná očekávání pacientů/rodičů**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie nenaplněná očekávání pacientů/rodičů 11,876 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 68 respondentů **rozdílné názory pacientů/rodičů a sestry**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie rozdílné názory pacientů/rodičů a sestry 11,704 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 62 respondentů **nejednotný přístup k pacientům** (různá pravidla na různých odděleních FN Motol; rozdílně benevolentní kolegové; porušení pravidel pro jednoho pacienta, ale trvání na dodržování u jiného), z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie nejednotný přístup k pacientům 10,671 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 55 respondentů **hyperprotektivní či úzkostné rodiče**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie hyperprotektivní či úzkostní rodiče 9,466 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 39 respondentů **úmyslné nedodržování domácího řádu oddělení pacienty/rodiči**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie úmyslné nedodržování domácího řádu oddělení pacienty/rodiči 6,713 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 33 respondentů **frustraci pacientů/rodičů**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie strach frustrace pacientů/rodičů 5,680 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 29 respondentů **nespolupráci pacienta**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie nespolutpráce pacienta 4,991 % odpovědí.

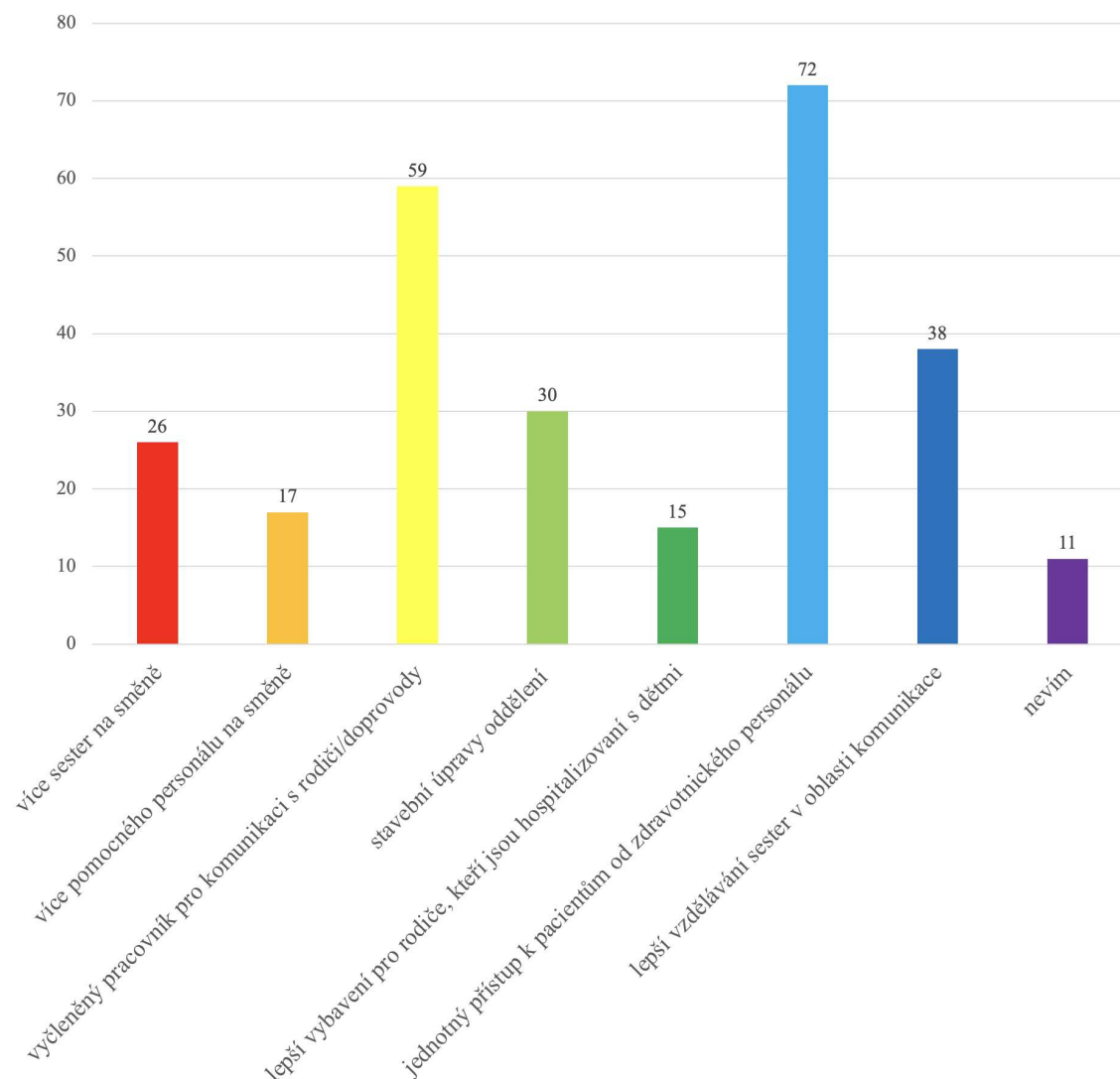
Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 16 respondentů **předchozí konflikt**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie předchozí konflikt 2,754 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči označilo z celkového počtu 144 respondentů považuje 15 respondentů **frustraci sestry**, z celkového počtu 581 odpovědí kategorie tvoří frustrace sestry 2,582 % odpovědí.

Za nejčastější důvod vzniku konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči z celkového počtu 144 respondentů považuje 8 respondentů **nedbalost či chybu sestry**, z celkového počtu 581 odpovědí tvoří kategorie nedbalost či chybu sestry 1,377 % odpovědí.

Položka č. 15: Označte jednou či více odpověďmi, co by podle vás snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči?

Obrázek č. 12: Faktory snižující výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 12 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 15 „Označte jednou či více odpověďmi, co by podle vás snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě s možností označení jedné či více odpovědí, výsledný počet odpovědí se tedy neshoduje s počtem respondentů. Celkem bylo respondenty označeno 268 odpovědí, průměrný počet zvolených odpovědí na respondenta u otázky č. 15 je 1,86.

Z obrázku č. 12 a tabulky č. 12 vyplývá, že podle nejvíce respondentů se domnívá, že by výskyt konfliktů mezi sestrou a pacienty/rodiči snížil jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu.

Tabulka č. 12: Faktory snižující výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči

| Kategorie | n | n (%) |
|---|------------|------------|
| Celkový počet odpovědí na otázku č. 15 | 268 | 100 |
| více sester na směně | 26 | 9,7101 |
| více pomocného personálu na směně | 17 | 6,343 |
| vyčleněný pracovník pro komunikaci s rodiči | 59 | 22,015 |
| stavební úpravy oddělení | 30 | 11,194 |
| lepší vybavení pro rodiče, kteří jsou hospitalizovaní s dětmi | 15 | 5,597 |
| jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu | 72 | 26,866 |
| lepší vzdělávání sester v oblasti komunikace | 38 | 14,179 |
| nevím | 11 | 4,104 |

(Zdroj: Autorka práce)

Z celkového počtu 144 respondentů se 72 respondentů domnívá, že by výskyt konfliktů snížil **jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu**, z celkového počtu odpovědí tvoří jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu 26,866 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů se 59 respondentů domnívá, že by snížilo výskyt konfliktů mít na oddělení **vyčleněného pracovníka pro komunikaci s rodiči**, z celkového počtu odpovědí tvoří možnost mít vyčleněného pracovníka pro komunikaci s rodiči 22,015 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů se 38 respondentů domnívá, že by snížilo výskyt konfliktů **lepší vzdělávání sester v oblasti komunikace**, z celkového počtu odpovědí tvoří lepší vzdělávání sester v oblasti komunikace 14,179 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů se 30 respondentů domnívá, že by výskyt konfliktů snížily **stavební úpravy oddělení** – více pokojů uzpůsobených pro

hospitalizaci pacientů s rodiči (např. jednolůžkové nadstandardní pokoje), z celkového počtu odpovědí tvoří stavební úpravy oddělení 11,194 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů se 26 respondentů domnívá, že by výskyt konfliktů snížilo **více sester na směně**, z celkového počtu odpovědí tvoří více sester na směně 26,866 % odpovědí.

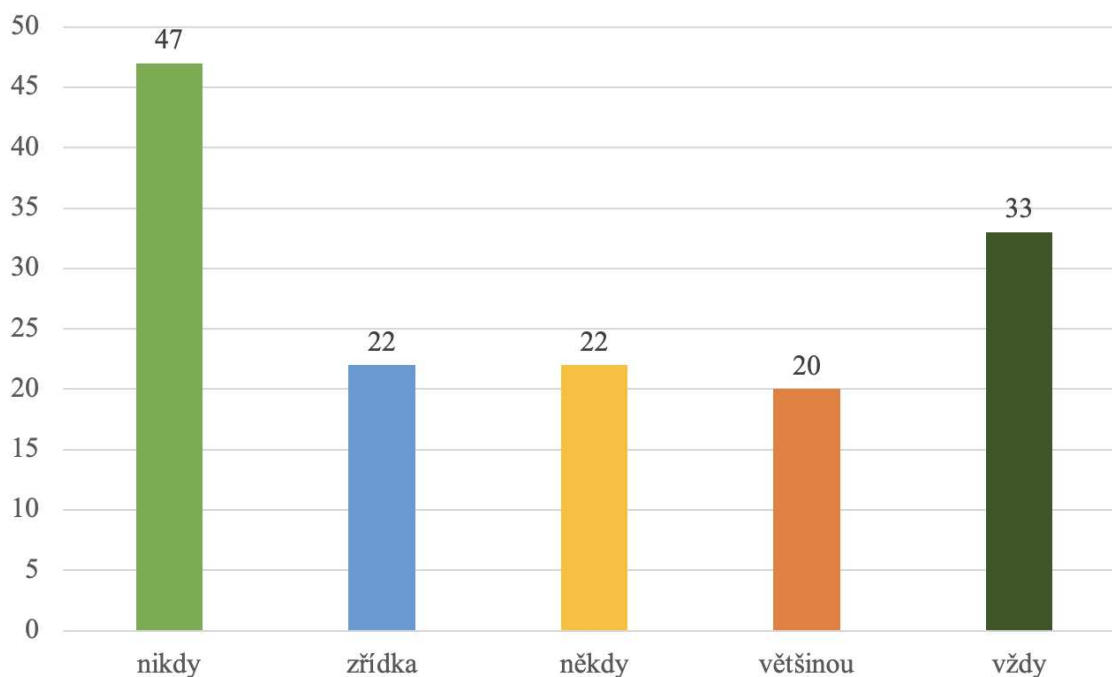
Z celkového počtu 144 respondentů se 17 respondentů domnívá, že by výskyt konfliktů snížilo **více pomocného personálu na směně**, z celkového počtu odpovědí tvoří více pomocného personálu na směně 6,343 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů se 15 respondentů domnívá, že by výskyt konfliktů snížilo **lepší vybavení pro rodiče, kteří jsou hospitalizovaní s dětmi** (postel, uzamykatelná skříň, atd.), z celkového počtu odpovědí tvoří kategorie lepší vybavení pro rodiče, kteří jsou hospitalizovaní s dětmi 5,597 % odpovědí.

Z celkového počtu 144 respondentů 11 respondentů označilo, že neví, co by podle nich snížilo výskyt konfliktů, z celkového počtu odpovědí tvoří jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu 26,866 % odpovědí.

Položka č. 16: Distribujete jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů i brožuru (papírovou či online) na edukované téma?

Obrázek č. 13: Distribuce brožury jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 13 a tabulka č. 13 znázorňuje odpověď respondentů na položku „Distribuuje jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů i brožuru (papírovou či online) na edukované téma?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – nikdy až 5 – vždy.

Z obrázku č. 13 a tabulky č. 13 vyplývá, že 47 respondentů (32,64 %) nikdy nedistribuuje jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů na edukované téma brožuru (papírovou ani online), 33 respondentů (22,92 %) ji naopak distribuuje vždy, 22 respondentů (15,28 %) označilo, že distribuuje jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů brožuru (papírovou či online) zřídka a stejný počet, 22 respondentů (15,28 %), někdy jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů distribuuje brožuru, 20 respondentů (13,89 %) jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů brožuru (papírovou či online) na edukované téma distribuuje většinou.

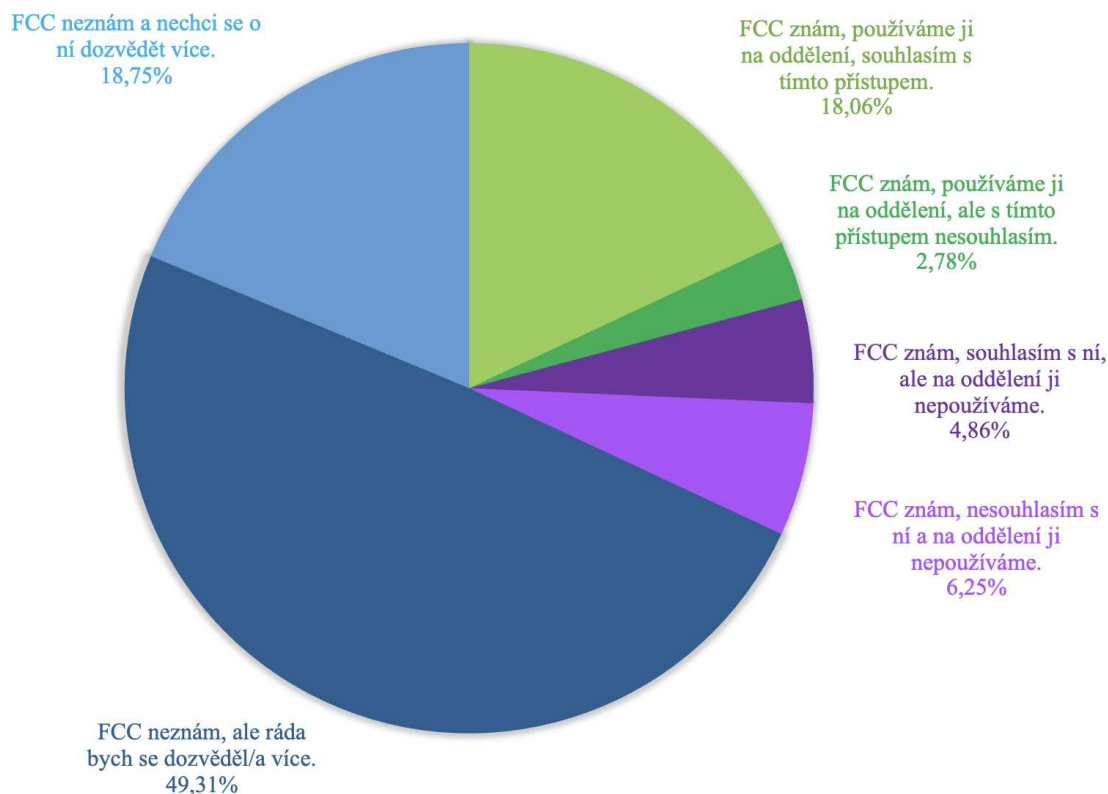
Tabulka č. 13: Distribuce brožury jako doplňku ke slovní edukaci pacienta/rodičů

| Kategorie | n | n (%) |
|-----------|----|-------|
| nikdy | 47 | 32,64 |
| zřídka | 22 | 15,28 |
| někdy | 22 | 15,28 |
| většinou | 20 | 13,89 |
| vždy | 33 | 22,92 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 17: Znáte principy a praktikujete se svými pacienty Family Centred Care?

Obrázek č. 14: Family Centred Care



(Zdroj: Autorka práce)

Obrázek č. 14 a tabulka č. 14 znázorňuje odpověď respondentů na položku č. 17 „Znáte principy a praktikujete se svými pacienty Family Centred Care?“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené formě.

Z obrázku č. 14 a tabulky č. 14 vyplývá, že 46 respondentů (31,94 %) Family Centred Care (dále FCC) zná, zatímco 98 respondentů (68,06 %) FCC nezná. Z uvedených 46 respondentů, kteří FCC znají, 30 (20,83 % z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že ji na oddělení používají a 16 respondentů (11,11 % z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že ji na oddělení nepoužívají.

Ze 30 respondentů, kteří uvádí, že FCC znají a na oddělení ji používají, 26 respondentů (18,06 % z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že s principy FCC souhlasí a 4 respondenti (2,78 % z celkového počtu 144 respondentů) uvedli, že s FCC nesouhlasí.

Ze 16 respondentů, kteří uvedli, že FCC znají, ale na oddělení ji nepoužívají, 7 respondentů (4,86% z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že s přístupem FCC souhlasí a 9 respondentů (6,25% z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že s FCC praktikami nesouhlasí.

Z 98 respondentů, kteří označili, že FCC neznají, uvedlo 71 (49,31% z celkového počtu 144 respondentů), že by se o FCC rádi dozvěděli více a 27 respondentů (18,75% z celkového počtu 144 respondentů) uvedlo, že se o FCC více dozvědět nechtějí.

Tabulka č. 14: Family Centred Care

| Kategorie | n | n (%) |
|--------------------------------------|-----------|-------|
| FCC znám | 46 | 31,94 |
| používáme na oddělení | z toho 30 | 20,83 |
| <u>souhlasím</u> s tímto přístupem | z toho 26 | 18,06 |
| <u>nesouhlasím</u> s tímto přístupem | z toho 4 | 2,78 |
| nepoužíváme ji na oddělení | z toho 16 | 11,11 |
| <u>souhlasím</u> s tímto přístupem | z toho 7 | 4,86 |
| <u>nesouhlasím</u> s tímto přístupem | z toho 9 | 6,25 |
| FCC neznám | 98 | 68,06 |
| chci se dozvědět více | z toho 71 | 49,31 |
| nechci se dozvědět více | z toho 27 | 18,75 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 18: Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 15 vizualizuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 15 vyplývá, že s tím, že pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách, zcela souhlasí 91 respondentů (63,19 %), spíše s tím souhlasí 48 respondentů (33,33 %), 2 respondenti (1,39 %) označili, že neví, jestli by pacienti/rodiče měli mít tuto možnost, 2 respondenti (1,39 %) označili, že zcela nesouhlasí s tím, že by pacienti/rodiče měli mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem a 1 respondent (0,69 %) označil, že spíše nesouhlasí s tím, že by pacienti/rodiče měli mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Tabulka č. 15: Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 2 | 1,39 |
| spíše nesouhlasím | 1 | 0,69 |
| nevím | 2 | 1,39 |
| spíše souhlasím | 48 | 33,33 |
| zcela souhlasím | 91 | 63,19 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 19: Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 16 vizualizuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 16 vyplývá, že s tím, že mají pacienti/rodiče právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována, spíše souhlasí 68 respondentů (47,22 %), zcela s tím souhlasí 46 respondentů (31,94 %), 20 respondentů (13,89 %) označilo, že s výrokem spíše nesouhlasí, 5 respondentů (3,47 %) označilo, že neví, jestli by pacienti/rodiče měli mít tuto možnost a 5 respondentů (3,47 %) označilo, že zcela nesouhlasí s tím, že mají pacienti/rodiče právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.

Tabulka č. 16: Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 5 | 3,47 |
| spíše nesouhlasím | 20 | 13,89 |
| nevím | 5 | 3,47 |
| spíše souhlasím | 68 | 47,22 |
| zcela souhlasím | 46 | 31,94 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 20: S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Prosím, přečtete si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulky č. 17 vyobrazuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 17 je patrné, že s tím, že s dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí, zcela souhlasí 94 respondentů (65,28 %), spíše s tím souhlasí 44 respondentů (30,56 %), 3 respondenti (2,08 %) označili, že neví, jestli by se s nimi mělo takto zacházet a neustále respektovat jejich soukromí, stejně tak 3 respondenti (2,08 %) označili, že zcela nesouhlasí s tím, že s dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí a žádný respondent neoznačil, že s dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Tabulka č. 17: S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 3 | 2,08 |
| spíše nesouhlasím | 0 | 0,00 |
| nevím | 3 | 2,08 |
| spíše souhlasím | 44 | 30,56 |
| zcela souhlasím | 94 | 65,28 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 21: Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.

Prosím, přečtete si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 18 prezentuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 18 vyplývá, že s tím, že nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace, zcela souhlasí 92 respondentů (63,89 %), spíše s tím souhlasí 45 respondentů (31,25 %), 3 respondenti (2,08 %) označili, že neví, jestli je nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům správná komunikace, 2 respondenti (1,39 %) označili, že spíše nesouhlasí s tím, že nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace a 2 respondenti (1,39 %) označili, že zcela nesouhlasí s tím, že nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.

Tabulka č. 18: Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 2 | 1,39 |
| spíše nesouhlasím | 2 | 1,39 |
| nevím | 3 | 2,08 |
| spíše souhlasím | 45 | 31,25 |
| zcela souhlasím | 92 | 63,89 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 22: Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 19 ukazuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 19 vyplývá, že s tím, že rodiče pacientů jsou pro ně při péči o jejich pacienty rovnocenní partneři, spíše souhlasí 61 respondentů (42,36 %), zcela s tím souhlasí 44 respondentů (30,56 %), 20 respondentů (13,89 %) označilo, že neví, jestli jsou pro ně při péči o jejich pacienty rodiče rovnocennými partnery, 16 respondentů (11,11 %) označilo, že s výrokem spíše nesouhlasí a 3 respondenti (3,47 %) označili, že zcela nesouhlasí s tím, že jsou rodiče pro ně při péči o jejich pacienty rovnocenní partneři.

Tabulka č. 19: Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 3 | 2,08 |
| spíše nesouhlasím | 16 | 11,11 |
| nevím | 20 | 13,89 |
| spíše souhlasím | 61 | 42,36 |
| zcela souhlasím | 44 | 30,56 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 23: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 20 znázorňuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 20 vyplývá, že s tím, že pokud se dostanou do konfliktu s pacienty/rodiči, snaží se jim aktivně naslouchat, spíše souhlasí 75 respondentů (52,08 %), zcela s tím souhlasí 54 respondentů (37,50 %), 11 respondentů (7,64 %) označilo, že neví, jestli se snaží pacientům/rodičům aktivně naslouchat, pokud se s nimi dostanou do konfliktu, 3 respondenti (2,08 %) označili, že s výrokem spíše nesouhlasí a 1 respondent (3,47 %) zcela nesouhlasil s tím, pokud se dostane do konfliktu s pacienty/rodiči, snaží se jim aktivně naslouchat.

Tabulka č. 20: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 1 | 0,69 |
| spíše nesouhlasím | 3 | 2,08 |
| nevím | 11 | 7,64 |
| spíše souhlasím | 75 | 52,08 |
| zcela souhlasím | 54 | 37,50 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 24: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 21 ukazuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 21 vyplývá, že s tím, že pokud se dostane do konfliktu s pacienty/rodiči, snaží se si respondent představit sebe v jejich situaci, spíše souhlasí 67 respondentů (46,53 %), zcela s tím souhlasí 48 respondentů (33,33 %), 17 respondentů (11,89 %) označilo, že neví, jestli s výrokem souhlasí, nebo nesouhlasí, 7 respondentů (13,89 %) označilo, že s výrokem spíše nesouhlasí a 5 respondentů (3,47 %) označilo, že zcela nesouhlasí s tím, že pokud se dostanou do konfliktu s pacienty/rodiči, snaží se si představit sebe v jejich situaci.

Tabulka č. 21: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 5 | 3,47 |
| spíše nesouhlasím | 7 | 4,86 |
| nevím | 17 | 11,81 |
| spíše souhlasím | 67 | 46,53 |
| zcela souhlasím | 48 | 33,33 |

(Zdroj: Autorka práce)

Položka č. 25: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

Tabulka č. 22 znázorňuje, do jaké míry respondenti souhlasí s výrokem „*Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.*“. Položka byla respondentům zadána v uzavřené podobě formou pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Z tabulky č. 22 vyplývá, že pokud se dostanou respondenti do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřují se respondenti klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím, spíše souhlasí 73 respondentů (50,69 %), zcela s tím souhlasí 56 respondentů (38,89 %), 9 respondentů (6,25 %) označilo, že neví, jestli s výrokem souhlasí, nebo nesouhlasí, 4 respondenti (2,78 %) označili, že s výrokem spíše nesouhlasí a 2 respondenti (3,47 %) označil, zcela nesouhlasí s tím, že pokud se dostanou do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřují se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasí.

Tabulka č. 22: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.

| Kategorie | n | n (%) |
|-------------------|----|-------|
| zcela nesouhlasím | 2 | 1,39 |
| spíše nesouhlasím | 4 | 2,78 |
| nevím | 9 | 6,25 |
| spíše souhlasím | 73 | 50,69 |
| zcela souhlasím | 56 | 38,89 |

(Zdroj: Autorka práce)

Míra shody v otázkách č. 18 až 25

Položka č. 18: Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Položka č. 19: Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.

Položka č. 20: S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Položka č. 21: Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.

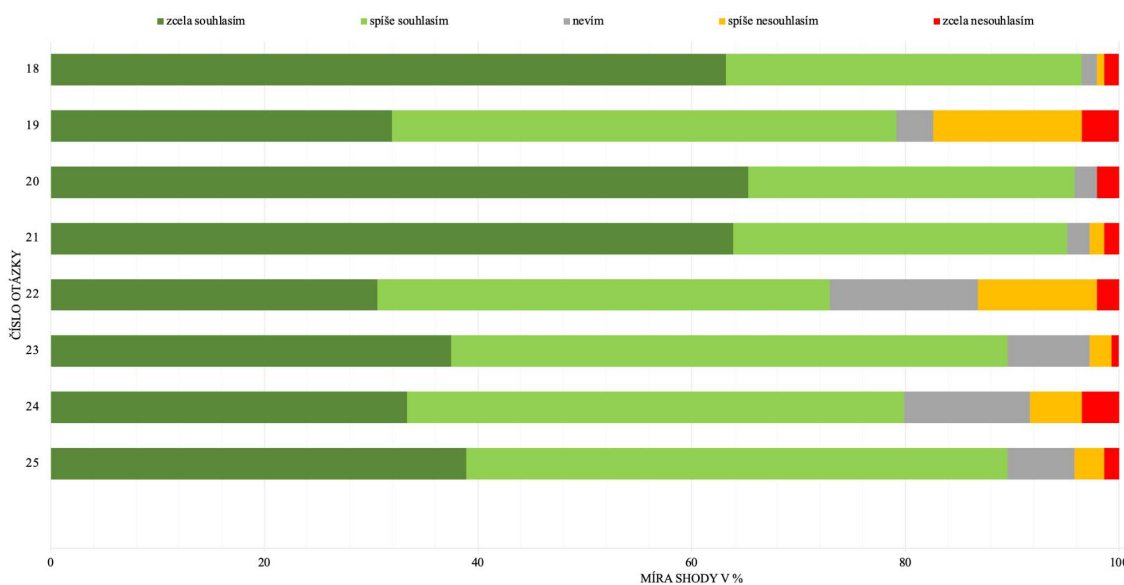
Položka č. 22: Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.

Položka č. 23: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.

Položka č. 24: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.

Položka č. 25: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.

Obrázek č. 15: Míra shody v otázkách č. 18 až 25



(Zdroj: Autorka práce)

Položky 18 až 25 zjišťují míru shody postoje či chování dotazovaných respondentů s danými výroky pomocí pětibodové Likertovy škály s odpověďmi o hodnotách 1 – zcela nesouhlasím až 5 – zcela souhlasím.

Položky 18, 19 a 20 obsahují výňatky z Charty práv dětí v nemocnici (příloha č. 3) – konkrétně bod 3, 4 a 5.

Podle pětibodové Likertovy škály jsem jednotlivým kategoriím přiřadila nominální hodnotu, a to takto:

- zcela nesouhlasím odpovídá hodnotě 1
- spíše nesouhlasím odpovídá hodnotě 2
- nevím odpovídá hodnotě 3
- spíše souhlasím odpovídá hodnotě 4
- zcela souhlasím odpovídá hodnotě 5

Z položek **18 až 20** jsem součtem hodnot všech odpovědí, získala celkové skóre jednotlivých respondentů, které odpovídá míře shody s výňatky z Charty práv dětí v nemocnici. Maximální možné skóre je 15 bodů, minimální možné skóre jsou 3 bodů.

Dle míry shody jsem si respondenty rozdělila do dvou kategorií na skupinu respondentů, kteří získali do 13 bodů včetně, ti tvoří 50 % vzorku (72 respondentů) a skupinu respondentů 14 a více bodů, kteří tvoří 50 % vzorku (72 respondentů).

Kategorizované hodnoty skóre byly použity při zpracování hypotéz č. 8, 9 a 10.

Z položek **18 až 25** jsem součtem hodnot všech odpovědí, získala celkové skóre jednotlivých respondentů, které odpovídá celkové míře shody se všemi výroky. Maximální možné skóre je 40 bodů, minimální možné skóre je 8 bodů. Dle míry shody jsem si respondenty rozdělila do dvou kategorií na skupinu 77 respondentů, kteří získali do 34 bodů včetně, ti tvoří 53,47 % a skupinu 67 respondentů s 35 a více body, kteří tvoří 46,53 % vzorku.

Kategorizované hodnoty skóre byly použity při zpracování hypotéz č. 5, 6 a 7.

6 DISKUZE

V této kapitole jsou prezentovány a okomentovány výsledky dotazníkového šetření. Ke statistickému vyhodnocení získaných dat byl použit neparametrický statistický test významnosti Pearsonův chí-kvadrát. Pokud u některé hypotézy očekávané četnosti hranice klesla pod 10, byla použita Yatesova korekce. Pokud očekávaná četnost klesla pod 5, byl využit Fisherův exaktní test.

Odpovědi respondentů byly posuzovány vzhledem ke stanoveným hypotézám podle věku, doby praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání. V těchto třech kategoriích byl soubor respondentů rozdělen do dvou skupin, mezi nimiž probíhalo porovnávání odpovědí. Při posouzení statistické významnosti byla použita standardní hladina statistické významnosti 0,05, která se běžně používá pro analýzu dotazníku tohoto typu.

6.1 Analýza hypotéz

1. **Cílem** je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se **zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů**.

Hypotéza č. 1:

- H₀ 1:** Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů.
- H_A 1:** Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů.

Tabulka č. 23: Očekávané četnosti H1

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Účast na vzdělávacím kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nezúčastnili se | 55,72 | 57,28 | 113,00 |
| zúčastnili se | 15,28 | 15,72 | 31,00 |
| celkem | 71,00 | 73,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 24 Pozorované četnosti H1

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Účast na vzdělávacím kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nezúčastnili se | 60 | 53 | 113 |
| zúčastnili se | 11 | 20 | 31 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 25 Pearsonův chí-kvadrát H1

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 3,019336 | df = 1 | p = 0,08228 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 3,019, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,082, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti v posledních 5 letech zúčastnili vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů. U hypotézy č. 1 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

2. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se **snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů**.

Hypotéza č. 2:

H₀ 2: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů.

H_A 2: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů.

Tabulka č. 26: Očekávané četnosti H2

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Aktivní vyhledávání a odstraňování potenciálních zdrojů konfliktů | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nikdy | 14,3 | 14,70 | 29 |
| zřídka | 11,34 | 11,66 | 23 |
| někdy | 18,74 | 19,26 | 38 |
| většinou | 14,3 | 14,70 | 29 |
| vždy | 12,33 | 12,67 | 25 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 27: Pozorované četnosti H2

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Aktivní vyhledávání a odstraňování potenciálních zdrojů konfliktů | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nikdy | 16 | 13 | 29 |
| zřídka | 14 | 9 | 23 |
| někdy | 19 | 19 | 38 |
| většinou | 8 | 21 | 29 |
| vždy | 14 | 11 | 25 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 28 Pearsonův chí-kvadrát H2

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 7,558568 | df = 4 | p = 0,10915 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 4$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 7,559, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,109, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 2 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

3. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli **znají nějaké deeskalační techniky**.

Hypotéza č. 3:

H₀ 3: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli znají nějaké deeskalační techniky.

H_A 3: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli znají nějaké deeskalační techniky.

Tabulka č. 29: Očekávané četnosti H3

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Znalost deeskalačních technik | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| ne | 16,27 | 16,73 | 33 |
| nejsem si jist/a | 19,23 | 19,77 | 39 |
| myslím, že ano | 24,16 | 24,84 | 49 |
| ano | 11,34 | 11,66 | 23 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 30: Pozorované četnosti H3

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Znalost deeskalačních technik | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| ne | 15 | 18 | 33 |
| nejsem si jist/a | 22 | 17 | 39 |
| myslím, že ano | 19 | 30 | 49 |
| ano | 15 | 8 | 23 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 31 Pearsonův chí-kvadrát H3

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 5,486856 | df = 3 | p = 0,13943 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 3$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 5,487, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,139, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 3 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

4. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, **co považují za nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.**

Pro dosažení tohoto cíle je třeba vyhodnotit 12 pracovních hypotéz, kde každá zkoumá souvislost mezi vzděláním a konkrétním výběrem dané jedné odpovědi.

U hypotéz byla hlídána hranice pro očekávané četnosti. Pokud u některé hypotézy hranice klesla pod 10, byla použita Yatesova korekce. Pokud očekávaná četnost klesla pod 5 byl využit Fisherův exaktní test. Výstupem je následující přehledová tabulka.

Tabulka č. 32 Přehledová tabulka hypotéz k položce č. 14

| Nejčastější důvod vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči | Pearsonův chí-kvadrát | Yatesova korekce | Fisherův exaktní test | Očekávané četnosti ≥ 10 | Očekávané četnosti ≥ 5 | Statisticky významná souvislost |
|---|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| špatná komunikace | p = 0,05488 | | | ano | ano | neexistuje |
| rozdílné názory pacientů/rodičů a sestry | p = 0,40913 | | | ano | ano | neexistuje |
| nenaplněná očekávání pacientů/rodičů | p = 0,18429 | | | ano | ano | neexistuje |
| strach pacientů/rodičů | p = 0,18422 | | | ano | ano | neexistuje |
| hyperprotektivní či úzkostní rodiče | p = 0,51852 | | | ano | ano | neexistuje |
| úmyslné nedodržování domácího řádu oddělení pacienty/rodiči | p = 0,77249 | | | ano | ano | neexistuje |
| frustrace pacientů/rodičů | p = 0,09031 | | | ano | ano | neexistuje |
| frustrace sestry | p = 0,82900 | p = 0,95467 | | ne | ano | neexistuje |
| nedbalost či chyba sestry | p = 0,96775 | | p = 1,0000 | ne | ne | neexistuje |
| nespolupráce pacienta | p = 0,47948 | | | ano | ano | neexistuje |
| předchozí konflikt | p = 0,63732 | p = 0,83659 | | ne | ano | neexistuje |
| nejednotný přístup k pacientů | p = 0,22953 | | | ano | ano | neexistuje |

(Zdroj: Autorka práce)

V pracovních hypotézách z tabulky č. 32 **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondenta a zvolenou odpovědí.

Nejblíže hranici $p = 0,05$ pro statistickou významnost byla odpověď špatná komunikace. Ta je pro ukázkou rozpracována níže podrobněji jako **Hypotéza č. 4**.

Hypotéza č. 4.

H₀ 4: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, že za nejčastější důvod vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči označili špatnou komunikaci

H_A 4: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, že za nejčastější důvod vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči označili špatnou komunikaci

Tabulka č. 33: Očekávané četnosti H4

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| špatná komunikace způsobuje konflikt | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nezvolili | 21,69 | 22,31 | 44 |
| zvolili | 49,31 | 50,69 | 100 |
| celkem | 71,00 | 73,00 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 34 Pozorované četnosti H4

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| špatná komunikace způsobuje konflikt | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| nezvolili | 27 | 17 | 44 |
| zvolili | 44 | 56 | 100 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 35 Pearsonův chí-kvadrát H4

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 3,68566 | df = 1 | p = 0,05488 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 3,686, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,0549, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konflikt. U hypotézy č. 4 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

5. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, co by podle nich snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.

Pro dosažení tohoto cíle je třeba vyhodnotit 8 pracovních hypotéz, kde každá zkoumá souvislost mezi vzděláním a konkrétním výběrem dané jedné odpovědi. U hypotéz byla hlídána hranice pro očekávané četnosti. Pokud u některé hypotézy hranice klesla pod 10, byla použita Yatesova korekce. Výstupem je následující přehledová tabulka.

Tabulka č. 36 Přehledová tabulka hypotéz k položce č. 15

| Snížení výskytu konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči | Pearsonův chí-kvadrát | Yatesova korekce | Fisherův exaktní test | Očekávané četnosti ≥ 10 | Očekávané četnosti ≥ 5 | Statisticky významná souvislost |
|---|-----------------------|------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| více sester na směně | p = 0,72252 | | | ano | ano | neexistuje |
| více pomocného personálu na směně | p = 0,21853 | p = 0,33098 | | ne | ano | neexistuje |
| vyčleněný pracovník pro komunikaci s rodiči | p = 0,18512 | | | ano | ano | neexistuje |
| stavební úpravy oddělení | p = 0,74524 | | | ano | ano | neexistuje |
| lepší vybavení pro rodiče, kteří jsou hospitalizováni s dětmi | p = 0,82900 | p = 0,95467 | | ne | ano | neexistuje |
| jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu | p = 0,24330 | | | ano | ano | neexistuje |
| lepší vzdělávání sester v oblasti komunikace | p = 0,51145 | | | ano | ano | neexistuje |
| nevím | p = 0,32255 | | | ano | ano | neexistuje |

(Zdroj: Autorka práce)

V pracovních hypotézách z přehledové tabulky č. 36 **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi nejvyšším dosaženým vzděláním respondenta a zvolenou odpovědí.

6. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost mezi mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníkového šetření a věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním nebo délkou praxe respondentů.

Pro dosažení tohoto cíle bylo třeba vyhodnotit 3 hypotézy. Hypotéza č. 5, 6 a 7 zkoumají tyto závislosti. Výstupem jsou tabulky č. 37 až 45.

U hypotéz č. 5, 6 a 7 **neexistuje statisticky významná souvislost**, můžeme tedy u nich **přijmout nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 5

H₀ 5: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

H_A 5: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

Tabulka č. 37: Očekávané četnosti H5

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|--|--------------------|---------------|--------|
| | Věk kategorizováno | | |
| Míra shody s výroky z položek 18 až 25 | do 38 let včetně | 39 let a více | celkem |
| do 34 bodů včetně | 39,03 | 37,97 | 77 |
| 35 a více bodů | 33,97 | 33,03 | 67 |
| celkem | 73 | 71 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 38 Pozorované četnosti H5

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|--|--------------------|---------------|--------|
| | Věk kategorizováno | | |
| Míra shody s výroky z položek 18 až 25 | do 38 let včetně | 39 let a více | celkem |
| do 34 bodů včetně | 40 | 37 | 77 |
| 35 a více bodů | 33 | 34 | 67 |
| celkem | 73 | 71 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 39 Pearsonův chí-kvadrát H5

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 0,1040508 | df = 1 | p = 0,74702 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 0,1040508, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,74702, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 5 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 6

H₀ 6: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

H_A 6: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

Tabulka č. 40: Očekávané četnosti H6

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|--------|
| Míra shody s výroky z položek 18 až 25 | Stupeň dosaženého vzdělání | | celkem |
| | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | |
| do 34 bodů včetně | 37,97 | 39,03 | 77,00 |
| 35 a více bodů | 33,03 | 33,97 | 67,00 |
| celkem | 71,00 | 73,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 41 Pozorované četnosti H6

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|--|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Míra shody s výroky z položek 18 až 25 | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| do 34 bodů včetně | 42 | 35 | 77 |
| 35 a více bodů | 29 | 38 | 67 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 42 Pearsonův chí-kvadrát H6

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 1,817892 | df = 1 | p = 0,17756 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 1,817892, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,17756, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 6 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 7

H₀ 7: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

H_A 7: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 25 dotazníku.

Tabulka č. 43: Očekávané četnosti H7

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|--|----------------------------|---------------|--------|
| | Délka praxe kategorizováno | | |
| míra shody s výroky z položek 18 až 25 | do 15 let | 16 let a více | celkem |
| do 34 bodů včetně | 40,10 | 36,90 | 77,00 |
| 35 a více bodů | 34,90 | 32,10 | 67,00 |
| celkem | 75,00 | 69,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 44 Pozorované četnosti H7

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|--|----------------------------|---------------|--------|
| | Délka praxe kategorizováno | | |
| Míra shody s výroky z položek 18 až 25 | do 15 let | 16 let a více | celkem |
| do 34 bodů včetně | 39 | 38 | 77 |
| 35 a více bodů | 36 | 31 | 67 |
| celkem | 75 | 69 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 45 Pearsonův chí-kvadrát H7

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 0,1363581 | df = 1 | p = 0,71193 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 0,1363581, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,71193, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 7 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

7. Cílem je zjistit, jestli existuje statisticky významná souvislost míru shody s s výroky z položek 18 až 20 dotazníkového šetření (body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici) a věkem, nejvyšším dosaženým vzděláním nebo délkou praxe respondentů

Pro dosažení tohoto cíle bylo třeba vyhodnotit 3 hypotézy. Hypotéza č. 8, 9 a 10 zkoumají tyto závislosti. Výstupem jsou tabulky č. 46 až 54. U hypotéz č. 8, 9 a 10 **neexistuje statisticky významná souvislost**, můžeme tedy u nich **přijmout nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 8

H₀ 8: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

H_A 8: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

Tabulka č. 46: Očekávané četnosti H8

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|---|--------------------|---------------|--------|
| | Věk kategorizováno | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | do 38 let včetně | 39 let a více | celkem |
| do 13 bodů včetně | 36,50 | 35,50 | 72,00 |
| 14 a více bodů | 36,50 | 35,50 | 72,00 |
| celkem | 73,00 | 71,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 47 Pozorované četnosti H8

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|---|--------------------|---------------|--------|
| | Věk kategorizováno | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | do 38 let včetně | 39 let a více | celkem |
| do 13 bodů včetně | 32 | 40 | 72 |
| 14 a více bodů | 41 | 31 | 72 |
| celkem | 73 | 71 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 48 Pearsonův chí-kvadrát H8

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 2,250434 | df = 1 | p = 0,13358 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 2,250434, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,13358, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 8 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 9

H₀ 9: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

H_A 9: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

Tabulka č. 49: Očekávané četnosti H9

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| do 13 bodů včetně | 35,50 | 36,50 | 72,00 |
| 14 a více bodů | 35,50 | 36,50 | 72,00 |
| celkem | 71,00 | 73,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 50 Pozorované četnosti H9

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|-----------------------|--------|
| | Stupeň dosaženého vzdělání | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | SŠ, VOŠ | VŠ (Bc./Mgr.) + Spec. | celkem |
| do 13 bodů včetně | 37 | 35 | 72 |
| 14 a více bodů | 34 | 38 | 72 |
| celkem | 71 | 73 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 51 Pearsonův chí-kvadrát H9

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 0,2500482 | df = 1 | p = 0,61704 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 0,2500482, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,61704, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 8 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

Hypotéza č. 10

H₀ 10: Lze předpokládat, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

H_A 10: Lze předpokládat, že existuje statisticky významná souvislost mezi délkou praxe respondentů a mírou shody s výroky z položek 18 až 20 dotazníku (výňatky z bodů 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici).

Tabulka č. 52: Očekávané četnosti H10

| Očekávané četnosti vzorku | | | |
|---|----------------------------|---------------|--------|
| | Délka praxe kategorizováno | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | do 15 let | 16 let a více | celkem |
| do 13 bodů včetně | 37,50 | 34,50 | 72,00 |
| 14 a více bodů | 37,50 | 34,50 | 72,00 |
| celkem | 75,00 | 69,00 | 144,00 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 53 Pozorované četnosti H10

| Pozorované četnosti vzorku | | | |
|---|--------------------|---------------|--------|
| | Věk kategorizováno | | |
| Míra shody s body 3, 4 a 5 Charty práv dětí v nemocnici | do 38 let včetně | 39 let a více | celkem |
| do 13 bodů včetně | 32 | 40 | 72 |
| 14 a více bodů | 43 | 29 | 72 |
| celkem | 75 | 69 | 144 |

(Zdroj: Autorka práce)

Tabulka č. 54 Pearsonův chí-kvadrát H10

| Statistika | chí-kvadrát | SV | p |
|-----------------------|-------------|--------|-------------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 3,366956 | df = 1 | p = 0,06652 |

(Zdroj: Autorka práce)

Zpracováním a vyhodnocením dat jsme zjistili, že při stupni volnosti $df = 1$ odpovídá hodnota chí-kvadrát testu 3,366956, p - hodnota chí-kvadrát testu je 0,06652, tedy vyšší než 0,05 a tím pádem zamítáme alternativní hypotézu.

Lze říci, že na 5% hladině významnosti **neexistuje statisticky významná souvislost** mezi stupněm dosaženého vzdělání respondentů a tím, jestli se respondenti snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. U hypotézy č. 8 můžeme tedy přijmout **nulovou hypotézu**.

6.2 Komentář výsledků a možné implikace do pediatrického ošetrovatelství

V této kapitole se nachází zhodnocení a komentář k výsledkům mého výzkumného šetření. Vzhledem k výjimečnosti mého výzkumného šetření se budu v této kapitole věnovat především tomu, jaké poznatky můj výzkum přinesl a jak je možné je využít pro budoucí realizované výzkumy.

Výzkumné šetření odhalilo, že přestože více než 72 % sester považuje nebo spíše považuje vzdělávání v oblasti předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné, pouze 22 % sester se v posledních 5 letech zúčastnilo vzdělávacího kurzu nebo předmětu v rámci dlouhodobého vzdělávání z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů. Tato data naznačují že nabídka a možnost zúčastnit se vzdělávacích kurzů s tematikou předcházení a deeskalace konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství zdaleka nepokrývá poptávku. Do budoucna tedy navrhuji vzdělávacím institucím zvážit rozšíření nabídky vzdělávacích kurzů na téma předcházení a deeskalace a podpořit tak pediatrické sestry v jejich touze po vzdělávání v této oblasti.

Přestože je Family Centred Care považována za celosvětově rozšířený standard poskytování péče v pediatrickém ošetrovatelství, 68 % respondentů uvedlo, že nezná principy jeho principy a dalších, 11 % respondentů pak uvedlo, že FCC znají, ale na oddělení ji nepoužívají. V této položce se ale neshodovali respondenti ze stejného oddělení, což mě přivádí na myšlenku, že respondenti spíše než principy samotné neznají daný termín a neví, co si pod ním představit. Tuto teorii podporují i odpovědi respondentů na položku č. 22, ze kterých vyplývá, že 42 % respondentů považuje rodiče za rovnocenné partnery při péči a 31 % respondentů je při péči spíše považuje za rovnocenné partnery. Jako pozitivní hodnotím, že z 68 % respondentů, kteří FCC neznají, se téměř tři čtvrtiny vyjádřilo, že by se o FCC chtěli dozvědět více.

Výzkum dále odhalil, že pouze 37 % sester se vždy nebo většinou snaží aktivně vyhledávat a odstraňovat potenciální zdroje konfliktů. Nelze však říci, jestli je to z důvodu vysokého pracovního vytížení sester, jejich neznalosti či neochotě potenciální zdroje konfliktu vyhledávat a odstraňovat.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, že přestože 69 % sester považuje za nejčastější důvod vzniku konfliktu špatnou komunikaci a nedorozumění a pouze 9% sester poskytuje pacientům po edukačním rozhovoru další relevantní zdroje a ověřené informace ve formě papírové či online brožury. Při edukaci pacientů se tedy spoléhají na

to, že podají všechny sestry pacientům/rodičům stejné ucelené informace, pacienti/rodiče jim porozumí a v případě potřeby si je vybaví. Poskytnutí dostatečných informací, ke kterým se mohou pacienti/rodiče vrátit v případě potřeby, snižuje pravděpodobnost toho, že si budou vyhledávat informace z jiných, často neověřených a nepravdivých, zdrojů.

Za zmínění stojí fakt, že výzkum neodhalil žádnou statisticky významnou spojitost mezi znalostmi, dovednostmi a přístupem k předcházení a deeskalaci konfliktů v pediatrickém ošetřovatelství a věkem, stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání, ani délce praxe respondentů. Může to být způsobené relativně malým vzorkem respondentů a tím, že byl výzkum proveden pouze ve Fakultní nemocnici v Motole, ale zároveň to může být dáno tím, že výuka ohledně předcházení a deeskalaci konfliktů je nedostatečná na všech stupních institucionalizovaného vzdělání. Nesystematické vzdělávání sester v oblasti předcházení a deeskalace poté způsobuje to, že sestry získávají své znalosti o předcházení a deeskalaci konfliktů nezávisle na institucionalizovaném vzdělávání, pouze z vlastní iniciativy a na základě vlastních zkušeností. Závisí tedy spíše na iniciativě a osobnosti sestry.

Vnímání toho, co je a není konflikt, se z výsledků tohoto výzkumu nezdá u respondentů jednotné a velká část respondentů vykazuje známky toho, že opomíjí méně závažné, nicméně stále (z definice podpořené teoretickou literaturou) konfliktní, situace.

Dalším zajímavým zjištěním je dle mého názoru, že dle odpovědí respondentů na položku č. 7 „*Jak často jste se v uplynulém roce při poskytování péče ocitl/a v konfliktní situaci mezi vámi a pacientem/rodiči?*“, která zjišťovala četnost výskytu konfliktních situací mezi sestrami a pacienty/rodiči, 65 % respondentů odpovědělo, že se v konfliktní situaci s pacienty/rodiči vyskytne méně často než jednou za měsíc. To nekoreluje s teoretickými poznatky a mou osobní zkušeností z několikaletého působení ve zdravotnictví. Domnívám se, že by to mohlo být způsobeno tím, že si respondenti pod „konfliktní situací“ představují situace mnohem více vyhocené nebo násilné a opomíjejí neshody a konflikty, které se projevují mírněji. Tento názor podporují i odpovědi respondentů na položku č. 8 „*Pokud dojde ke konfliktu mezi mnou a pacientem/rodiči, daný konflikt řeším nejčastěji*“, která zkoumá, s kým nejčastěji řeší konflikty, 28 % respondentů uvedlo, že nejčastěji řeší konflikty s ošetřujícím lékařem/lékařkou či lékařem/lékařkou ve službě, s přímými nadřízenými (staniční či vrchní sestrou), řeší konflikty 24 % respondentů.

Položka č. 14 odhalila, že jako třetí nejčastější odpověď na otázku „... *jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči?*“, 43 % respondentů vnímá jako jeden z nejčastějších důvodů vzniku konfliktů nejednotný přístup k pacientům - různá pravidla na různých odděleních FN Motol; rozdílně benevolentní kolegové; porušení pravidel pro jednoho pacienta, ale trvání na dodržování u jiného. Z mých odborných praxí na různých dětských lůžkových odděleních ve FN Motol tento názor s respondenty sdílím. Velmi často se stává, že každé oddělení má různá pravidla a různě nahlíží na přítomnost rodičů s hospitalizovaným dítětem, jaká musí dodržovat na daném oddělení pravidla (kterou toaletu mohou použít, jak mohou mít s dětmi vycházky, kdy mohou chodit návštěvy, atd.) a pro rodiče i pacienty je toto často značně matoucí, pokud jsou hospitalizováni následně na různých odděleních. Některá pravidla vychází z charakteru péče, např. JIP oddělení vs. standardní oddělení, některá z obvyklá délka hospitalizace dětí na daném oddělení - onkologie, kde je hospitalizace často dlouhá vs. chirurgie, kde mohou děti chodit na tzv. jednodenní výkony, nebo po běžných nekomplikovaných chirurgických zákrocích odchází v rámci několika dnů do domácího léčení a k ambulantním kontrolám.

U této položky mě též překvapilo, že pouze 10 % respondentů uvedlo jako jeden z nejčastějších zdrojů konfliktů frustraci sestry.

Že sestry vnímají komunikaci s rodiči jako problémovou nepotvrzuje jen to, že 69 % respondentů považuje za nejčastější důvod vzniku konfliktu špatnou komunikaci a nedorozumění, ale i to, že u položky č. 15 41 % respondentů uvedlo, že by dle jejich názoru snížil výskyt konfliktů vyčleněný pracovník pro komunikaci s rodiči a s výrokem z položky č. 21 „*Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.*“ 64 % respondentů zcela souhlasí a 31 % respondentů spíše souhlasí.

Položky č. 18, 19 a 20 měly za cíl zjistit, jak jsou respondenti názorově v souladu s výňatky z Charty práv dětí v nemocnici. U položky č. 18, která se zaměřila na výňatek z bodu 3, „*Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.*“ mi přijde zajímavé, že pouze 63 % respondentů zcela souhlasilo s tímto výrokem, 33 % pak uvedlo, že s ním spíše souhlasí. Položka č. 19, která cílila na zjištění míry shody z výňatkem z bodu 4 „*Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.*“, 14 % respondentů se spíše nesouhlasí s tím, že se mají pacienti/rodiče právo poučeně podílet na rozhodování o poskytované péči.

Výroky z položek č. 23, 24 a 25 cílily na zjištění používání aktivního naslouchání, empatie a sebeovládání v konfliktních situacích. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že 90 % respondentů v konfliktních situacích používá nebo spíše používá aktivní naslouchání, 80 % respondentů vykazuje v konfliktních situacích empatické tendence (snaží se si představit sebe v situaci druhého) a 90 % respondentů vykazuje vysokou míru sebeovládání v konfliktních situacích (vyjadřují se klidně a empaticky, přestože s druhým nesouhlasí).

III. ZÁVĚR

Hlavním teoretickým cílem bakalářské práce, kterého se podařilo dosáhnout, bylo vytvořit přehled relevantních informací z dostupné odborné české a zahraniční literatury pojednávající o předcházení a deeskalaci konfliktu v pediatrickém ošetrovatelství a získané poznatky utřídit, kriticky posoudit a vyhodnotit.

Hlavním empirickým cílem bylo provést kvantitativní výzkum realizovaný pomocí nestandardizovaného dotazníku distribuovaného mezi pediatrické, praktické a všeobecné sestry pracující na dětských lůžkových odděleních ve FN Motol, který by mapoval četnost konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství, s kým pediatrické sestry konflikty řeší, jestli se zúčastnily vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalace konfliktů a jakou důležitost vzdělávání na toto téma přikládají. Bylo zjištěno, jak přistupují k potenciálním zdrojům konfliktů, jestli znají deeskalační techniky a jak jsou při jejich použití úspěšné, co považují za nejčastější důvody vzniku konfliktů a co by podle nich snížilo jejich výskyt. Dále bylo zmapováno, jestli poskytují pacientům informace nad rámec edukačních rozhovorů, zda-li znají, používají a souhlasí s principy Family Centred Care, jak se názorově shodují s výňatky z Charty práv dětí v nemocnici, jestli považují komunikaci za účinný nástroj při deeskalaci konfliktů a jestli se v konfliktních situacích snaží jednat empaticky.

Získaná data byla statisticky zpracována a vyhodnocena. Byly porovnány znalosti a přístup sester vzhledem k jejich věku, nejvyššímu dosaženému stupni vzdělání a délce praxe. U všech hypotéz byla přijata nulová hypotéza, tedy že na 5% hladině významnosti neexistuje v odpovědích statisticky významná souvislost mezi respondenty různého věku, nejvyššího dosaženého stupně vzdělání nebo délce praxe a na základě výsledků dotazníkového šetření byly formulovány závěry a doporučení o předcházení a deeskalaci konfliktů v pediatrickém ošetrovatelství pro praxi.

Limity práce a náměty pro další výzkum

Tento výzkum je limitován několika významnými faktory. První limitací je fakt, že jsem na žádný výzkum na téma předcházení a deeskalace konfliktů v pediatričtém ošetrovatelství v České republice či v zahraničí při své rešeršní práci nenarazila a ani odborná rešerše provedená Národní lékařskou knihovnou nepřinesla žádné relevantní studie nepřinesla. Dotazník vlastní konstrukce jsem tedy sestavovala na základě poznatků získaných z teoretických zdrojů a vlastního pozorování pediatričtých sester v praxi. Dotazník jsem konstruovala tak, aby obsahoval srozumitelné jednoduché položky, a byl pro respondenty především přehledný a rychle a snadno vyplnitelný. Toto množství respondentů oceňovali a věřím, že to přispělo k vysoké návratnosti dotazníku (68 % správně vyplněných dotazníků). Menší variabilita a nižší počet položek v dotazníku však způsobil omezenější pokrytí zkoumaného tématu.

Za další limitaci výzkumu považuji počet respondentů a místo provedení výzkumu. Přestože jsem měla vysokou návratnost dotazníků a zaznamenala jsem obrovskou ochotu pediatričtých sester můj dotazník vyplnit a velký zájem o dané téma, 144 respondentů z jedné nemocnice nedovoluje přílišnou zobecnitelnost a aplikovatelnost výsledků výzkumu v ostatních zařízeních z různých koutů ČR.

Ve Fakultní nemocnici v Motole se centralizují pacienti z celé ČR se specifickými a často neobvyklými nebo vzácnými onemocněními. Ti pak vyžadují odlišnou péči, než pacienti na dětském oddělení malé okresní nemocnice, kde se na jednom oddělení nachází širší spektrum dětí s různými diagnózami, ale zároveň méně závažná onemocnění.

V budoucnu bych ráda provedla výzkum na téma předcházení a deeskalace znovu, tentokrát v návaznosti na vzdělávací kurz na dané téma formou 3-4 dotazníkových šetření provedených před zahájením kurzu, ihned po ukončení kurzu a s určitým odstupem času. V dotazníku bych využila položek s otevřenými odpověďmi, které umožňují lepší zhodnocení znalostí respondentů. Působnost výzkumu bych také ráda rozšířila na více nemocnic za účelem získání širšího spektra respondentů zvyšující zobecnitelnost a aplikovatelnost výsledků daného výzkumu.

Ocenila bych, kdyby mnou provedený výzkum otevřel téma konfliktu a jeho managementu v kontextu českého pediatričtého ošetrovatelství a sloužil jako odrazový můstek pro další, rozsáhlejší a komplexnější výzkumy.

REFERENČNÍ SEZNAM

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

DEVITO, Joseph A., 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

PIAGET, J., 1954. *The Construction of Reality in the Child*. New York: *Basic Books*. Dostupné z: doi: 10.1037/11168-000

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

KREITNER, Robert a Angelo KINICKI, 2010. *Organizational Behavior: 9. vydání*. Pennsylvania State University: McGraw-Hill Education. ISBN 007353045X.

RAHIM, M. Afzalur, 2011. *Managing conflict in organizations*. 4th ed. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers. ISBN 978-1-4128-1456-0.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

PAYNE, V., 2007. *Teambuilding workshop: trénink týmových dovedností*. 1. vydání. Brno: Computer Press; 352 s. ISBN 978-80-251-1588-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2008. *Konflikty mezi lidmi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-407-6.

BAUM, Tanja, 2009. *Umění přátelského řešení konfliktů*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-525-7.

BAŠTECKÁ, Bohumila, 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.

FEHLAU, Eberhard G., 2003. *Konflikty v práci: jak se vypořádat s konfliktními situacemi a lidmi*. [1.] vyd. Přeložil Petr KUNST. Praha: Grada. Poradce pro prax. ISBN 80-247-0533-8.

TURNBULL, John a PATERSON, Brodie, 1999. *Aggression and Violence : Approaches to Effective Management*. Macmillan, [cit. 2024-02-21]. ISBN 978-0333-62251-3. Dostupné z: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-13577-6_6

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1613-8.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Jana CINOVÁ a Lubomíra LIZÁKOVÁ, 2016. *Základy pediatickej ošetrovateľskej starostlivosti*. [Prešov]: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. ISBN 978-80-555-1618-9.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Zuzana HUDÁKOVÁ a Jana CINOVÁ, 2023. *Kazuistiky z ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3684-1.

DERŇÁROVÁ, Lubica, 2021. *Ošetrovateľské kazuistiky vo vybraných odboroch ošetrovateľstva*. Prešov: Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-555-2821-2.

CINOVÁ, Jana, Iveta ONDŘIOVÁ a Lubomíra LIZÁKOVÁ, 2017. *Kvalita života detí pri vybraných chronických ochoreniach I*. Prešov: Grafotlač. ISBN 978-80-555-1827-5.

KLÍMA, Jiří, 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

PEKARA, Jaroslav a Marie TREŠLOVÁ, 2011. Prevence násilí v ošetrovatelství (přehledová studie). Prevence úrazů, otrav a násilí [online]. 7(2), 187-191. [cit. 2024-03-03]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120514102106667618.pdf>

PEKARA, Jaroslav, 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-46-4.

Cho IY, Hong SH, Yun JY. Factors affecting pediatric nurses' development of partnerships with parents of hospitalized children: An evaluation based on the stress-coping adaptation model. *Journal of Child Health Care*. 2023;0(0). doi:10.1177/13674935231174501

BOUKALOVÁ, Hedvika, 2023. Konflikt v komunikaci. In: *Psychologie komunikace*. s. 75-88. ISBN 978-80-271-1388-0.

BASU, Andreas a Liane FAUST, 2013. *Umění úspěšné komunikace: jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-5032-3.

BEDNAŘÍK, Aleš a Mária ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.

JANOUSEK, Jaromír, 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1594-0.

KUTLÍK, František, 2017. *Mediácia v zdravotníctve*. Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-751-8.

POTOČKOVÁ, Dana, 2013. *Nejlepší je domluvit se, aneb, Průvodce mediačním procesem*. Praha: Alfom. ISBN 978-80-87785-00-3.

CHOLENSKÝ, Robert, 2013. *Praktický průvodce mediací: podle nové právní úpravy*. Praha: Linde Praha. ISBN 978-80-7201-901-4.

ŘEZNÍČKOVÁ, Alice, 2008. Spolupráce s rodinou. In: *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 154-158. ISBN 978-80-247-1613-8.

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.

SOUKUPOVÁ, Nad'a, 2012. *Vědomí a svoboda: L.S. Vygotskij a jeho teorie lidské psychiky*. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7308-438-7.

SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária, 2022. *Péče o duchovní potřeby nemocných v ošetřovatelské praxi*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-271-3242-3.

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

MILLER, Rory a Jan KADLEC, 2018. *Komunikace v konfliktu*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4815-6.

PLAMÍNEK, Jiří, 2012. *Konflikty a vyjednávání: umění vyhrávat, aniž by někdo prohrál*. 3., upr. a dopl. vyd. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4485-8.

LEARY, Ann, 2014. *Conflict Management Training for Nurses!*. LAP LAMBERT Academic Publishing. ISBN 978-3659611728.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

MACK, R. W. a R. C. SNYDER, 1957. The analysis of social conflict—toward an overview and synthesis. *Conflict Resolution*, 1(2), 212-248[cit. 2024-02-19]. Dostupné z: doi:10.1177/002200275700100208

KOCHAN, Thomas A. a Anil VERMA, 1983. *Negotiations in organizations: Blending industrial relations & Organizational behavior approaches*. Massachusetts Institute of Technology: Industrial Relations Section, Sloan School of Management, Massachusetts Institute of Technology.

MADALINA, Oachesu, 2016. Conflict Management, a New Challenge. *Procedia Economics and Finance* [online]. 39, 807-814 [cit. 2023-11-08]. ISSN 22125671. Dostupné z: doi:10.1016/S2212-5671(16)30255-6.

PONDY, Louis R., 1967. Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly* [online]. 12(2) [cit. 2024-02-01]. ISSN 00018392. Dostupné z: doi:10.2307/2391553

PAULÍK, K., 2007. *Psychologické základy lidské komunikace*. Učební text Universitas Ostraviensis. Ostrava CZ.04.1.03/3.2.15.3/0415 [online] 96. [cit. 2024-01-10]

ALSHAMMARI, Hamoud Fahad a Richard Dennis J. DAYRIT, 2017. Conflict and Conflict Resolution among the Medical and Nursing Personnel of Selected Hospitals in Hail City. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* [online]. 06(03), 45-60 [cit. 2024-02-19]. ISSN 23201940. Dostupné z: doi:10.9790/1959-0603014560

UNO, Mayumi, 2020. Nurse-Patient Conflict: Verification of Structural Model. *Nursing - New Perspectives*. IntechOpen. [cit. 2024-03-21]. Dostupné z: doi: 10.5772/intechopen.89130

YOO, So a Haeryun CHO, 2020. Exploring the Influences of Nurses' Partnership with Parents, Attitude to Families' Importance in Nursing Care, and Professional Self-Efficacy on Quality of Pediatric Nursing Care: A Path Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17. 5452. [cit. 2024-03-19]. Dostupné z: doi: 10.3390/ijerph17155452

HALLETT, Nutmeg a Geoffrey L. DICKENS, 2017. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International journal of nursing studies* [online]. 75, 10-20. [cit. 2024-03-19]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003

KAPLAN, S. G. a E. G. WHEELER, 1983. Survival Skills for Working with Potentially Violent Clients. *Social Casework* [online]. 64(6), 339-346. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: doi: 10.1177/104438948306400603

GALIÁN-MUÑOS, I., J. A. RUIZ-HERNÁNDEZ, B. LLOR-ESTEBAN a C. LÓPEZ-GARCÍA, 2016. User violence and nursing staff burnout: The modulating role of job satisfaction. *Journal of interpersonal violence* [online]. 31(2), 302-315. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: doi: 10.1177/0886260514555367

GATES, D., E. FITZWATER a P. SUCCOP, 2003. Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Mental Health Nursing*. 24 (8), 775–793. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z: doi: 10.1080/713834768

BOWERS, L, 2014. A model of de-escalation. *Mental health practice* [online]. 17(9), 36-37. [cit. 2024-04-13]. ISSN 1465-8720. Dostupné z: doi:10.7748/mhp.17.9.36.e924

KINDY, D., S. PETERSEN a D. PARKHURST, 2005. Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Archives of Psychiatric Nursing* 19 (4), 169–175. [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.apnu.2005.05.002

JOHNSON, M.E. a HAUSER, P.M., 2001. The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues Ment. Health Nurs.* 22 (7), 651–668. [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi: 10.1080/016128401750434464

KAUFMAN, G. a D. MCCAUGHAN, 2013. The effect of organisational culture on patient safety. *Nurs. Stand.* 27 (43), 50–56. [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: doi: 10.7748/ns2013.06.27.43.50.e7280

MERHAUTOVÁ, I., 2008. Celoživotní vzdělávání není pouze o kreditních bodech. *Sestra*. 18 (10), 10. [cit. 2024-01-04]. ISSN 1210-0404

DAVIS L., H. TAYLOR a H. REYES, 2014. Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today* [online]. 34(3), 441-445 [cit. 2024-03-23]. ISSN 02606917. Dostupné z: doi: 10.1016/j.nedt.2013.04.014

FIBICHOVÁ, N, 2007. Kvalita celoživotního profesního vzdělávání sester v sociálních službách. *Sestra*. 17 (9). [cit. 2024-01-04]. ISSN: 1210-0404.

CHO, In Young, So Hyung HONG a Ji Yeong YUM, 2023. Factors affecting pediatric nurses' development of partnerships with parents of hospitalized children: An evaluation based on the stress-coping adaptation model. *Journal of Child Health Care* [online]. 0(0). Dostupné z: doi:10.1177/13674935231174501

COYNE, I., I. HOLMSTRÖM a M. SÖDERBÄCK, 2018. Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 42, 45–56. [cit. 2023-09-24]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2018.07.001

LATEEF, F., 2011. Patient expectations and the paradigm shift of care in emergency medicine. *Journal of emergencies, trauma, and shock* [online]. 4(2), 163–167. Dostupné z: doi: 10.4103/0974-2700.82199

BIBACE, R. a WALSH, M. E., 1980. Development of children's concepts of illness. *Pediatrics*, 66(6), 912–917. Dostupné z: doi: 10.1542/peds.66.6.912

VEVERA, Jan, Andrea NICHTOVÁ, Věra STRUNZOVÁ, Tomáš PETR a Alexander NAWKA, 2018. Deeskalace - základní intervence ke zvládnání násilí. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 114(5), 213- 217 [cit. 2024-02-11]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1227>

DAMSMA BAKKER, Aliza, René VAN LEEUWEN a Pétrie ROODBOL, 2018. The Spirituality of Children with Chronic Conditions: A Qualitative Meta-synthesis. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 43. [cit. 2024-04-11]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.pedn.2018.08.003

ALIJANI RENANI, Houshang, Fatemeh HAJINEJAD, Esmaeil IDANI a Maryam RAVANIPOUR, 2014. Children with asthma and their families' viewpoints on spiritual and psychological resources in adaptation with the disease. *Journal of religion and health* [online]. 53(4), 1176–1189. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10943-013-9782-2

WEAVER, Meaghann S. a Dale WRATCHFORD, 2017. Spirituality in adolescent patients. *Annals of Palliative Medicine* [online]. 6(3), 270–278. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: 10.21037/apm.2017.05.09

KUO D.Z., A. J. HOUTROW, P. ARANGO, et al., 2012. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 16(2) , 297–305. [cit. 2024-01-23]. Dostupné z: doi: 10.1007/s10995-011-0751-7

CHOI, M.Y. a K.S. BANG, 2013. Development and testing of a pediatric nurse-parent partnership scale. *Journal of Korean Academy of Nursing* [online]. 43(2): 194–202. [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: 10.4040/jkan.2013.43.2.194

BAE S.Y. a I. LEE, 2017. The effect of child's mother and nurse partnership on the anxiety and perceived quality of nursing care of hospitalized child's mother. *Journal*

of the Korea Academia Industrial Co-operation Society [online]. 18(7): 516–528.[cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: 10.5762/KAIS.2017.18.7.516

TALLON, M. M., G. E. KENDALLI a P. D. SINDER, 2015. Rethinking family-centered care for the child and family in hospital. *J. Clin. Nurs.* [online] 24, 1426–1435.[cit. 2024-01-11]. Dostupné z: doi: 10.1111/jocn.12799

HILL, C., K. A. KNAFL, S. J. SANTACROCE, 2018. Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review. *J. Pediatr. Nurs.* [online] 41, 22–33. [cit. 2024-01-10]. Dostupné z : doi: 10.1016/j.pedn.2017.11.007

ALIVI, A., M. BAHRAMI, Z. A. BOROUJENI a A. YOUSEFY, 2015. Characteristics of caring self-efficacy in pediatric nurses: A qualitative study. *J. Spec. Pediatr. Nurs.* [online] 2015, 20, 157–164. [cit. 2024-01-10] Dostupné z : doi: 10.1111/jspn.12110

BARGSTED, M., R. R. VIELMA, J. YEVES, 2019. Professional self-efficacy and job satisfaction: The mediator role of work design. *J. Work Organ. Psy.* [online], 35, 157–163. [cit. 2024-01-10] Dostupné z: doi :10.5093/jwop2019a18

DAVIDSON, J. E., R. A. ASLAKSON, A. C. LONG, K. A. PUNTILLO, E. K. KROSS, J. HART a C. E. COX, 2017. Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit. Care Med.* [online] 45, 103–128. [cit. 2024-01-10] Dostupné z :doi: 10.1097/CCM.0000000000002169

V bakalářské práci se zmiňuji též o níže uvedených zákonech:

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 1995-2024 [cit. 2024-04-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 1995-2024 [cit. 2024-04-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 202/2012 Sb. Zákon o mediaci a o změně některých zákonů (zákon o mediaci). In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 1995-2024 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-202>

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Popisná statistika – pohlaví
- Tabulka č. 2: Popisná statistika – věk
- Tabulka č. 3: Popisná statistika – nejvyšší dosažené vzdělání
- Tabulka č. 4: Popisná statistika – délka praxe
- Tabulka č. 5: Popisná statistika – oddělení
- Tabulka č. 6: Popisná statistika – průměrný počet pacientů
- Tabulka č. 7: S kým respondenti řeší konflikt
- Tabulka č. 8: Aktivní vyhledávání potenciálních zdrojů konfliktu
- Tabulka č. 9: Četnost úspěšné deeskalace konfliktů
- Tabulka č. 10: Důležitost vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů
- Tabulka č. 11: Nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči
- Tabulka č. 12: Faktory snižující výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči
- Tabulka č. 13: Distribuce brožury jako doplňku ke slovní edukaci pacienta/rodičů
- Tabulka č. 14: Family Centred Care
- Tabulka č. 15: Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Tabulka č. 16: Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.
- Tabulka č. 17: S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- Tabulka č. 18: Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.
- Tabulka č. 19: Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.
- Tabulka č. 20: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.
- Tabulka č. 21: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.
- Tabulka č. 22: Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.
- Tabulka č. 23: Očekávané četnosti H1
- Tabulka č. 24: Pozorované četnosti H1
- Tabulka č. 25: Pearsonův chí-kvadrát H1

- Tabulka č. 26: Očekávané četnosti H2
- Tabulka č. 27: Pozorované četnosti H2
- Tabulka č. 28 Pearsonův chí-kvadrát H2
- Tabulka č. 29: Očekávané četnosti H3
- Tabulka č. 30: Pozorované četnosti H3
- Tabulka č. 31 Pearsonův chí-kvadrát H3
- Tabulka č. 32 Přehledová tabulka hypotéz k položce č. 14
- Tabulka č. 33: Očekávané četnosti H4
- Tabulka č. 34 Pozorované četnosti H4
- Tabulka č. 35 Pearsonův chí-kvadrát H4
- Tabulka č. 36 Přehledová tabulka k položce č. 15
- Tabulka č. 37: Očekávané četnosti H5
- Tabulka č. 38 Pozorované četnosti H5
- Tabulka č. 39 Pearsonův chí-kvadrát H5
- Tabulka č. 40: Očekávané četnosti H6
- Tabulka č. 41 Pozorované četnosti H6
- Tabulka č. 42 Pearsonův chí-kvadrát H6
- Tabulka č. 43: Očekávané četnosti H7
- Tabulka č. 44 Pozorované četnosti H7
- Tabulka č. 45 Pearsonův chí-kvadrát H7
- Tabulka č. 46: Očekávané četnosti H8
- Tabulka č. 47 Pozorované četnosti H8
- Tabulka č. 48 Pearsonův chí-kvadrát H8
- Tabulka č. 49: Očekávané četnosti H9
- Tabulka č. 50 Pozorované četnosti H9
- Tabulka č. 51 Pearsonův chí-kvadrát H9
- Tabulka č. 52: Očekávané četnosti H10
- Tabulka č. 53 Pozorované četnosti H10
- Tabulka č. 54 Pearsonův chí-kvadrát H10

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Histogram – věk

Obrázek č. 2: Popisná statistika – nejvyšší dosažené vzdělání

Obrázek č. 3: Histogram – délka praxe

Obrázek č. 4: Histogram – průměrný počet pacientů

Obrázek č. 5: Četnost výskytu konfliktních situací mezi respondenty a pacientem/rodiči

Obrázek č. 6: S kým respondenti řeší konflikt

Obrázek č. 7: Účast na vzdělávacím kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů

Obrázek č. 8: Aktivní vyhledávání potenciálních zdrojů konfliktu

Obrázek č. 9: Znalost deeskalačních technik

Obrázek č. 10: Četnost úspěšně deeskalovaných konfliktů

Obrázek č. 11: Nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči

Obrázek č. 12: Faktory snižující výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči

Obrázek č. 13: Distribuce brožury jako doplňku ke slovní edukaci pacienta/rodičů

Obrázek č. 14: Family Centred Care

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Schválená žádost o povolení dotazníkového šetření (obrázek)

Příloha č. 2: Dotazník (tabulka)

Příloha č. 3: Charta práv dětí v nemocnici

Příloha č. 2: Dotazník

Vážené respondentky a vážení respondenti,

jmenuji se Iveta Prosová a studuji na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy studijní obor Pediatrické ošetřovatelství.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, jejímž cílem je zhodnotit schopnost předcházení a deeskalace konfliktu v pediatrickém ošetřovatelství.

Dotazník je anonymní a obsahuje 25 otázek. Dotazníky budou mou osobou zpracovány a výsledky použity pouze pro uvedenou bakalářskou práci.

Přečtěte si prosím pečlivě všechny otázky a zakroužkujte jednu z uvedených možností.

Moc Vám děkuji za vyplnění tohoto dotazníku.

Iveta Prosová

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - A. žena
 - B. muž
 - C. jiné

2. Kolik je Vám let?

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - A. Středoškolské vzdělání s maturitou zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/97
 - B. Středoškolské vzdělání s maturitou zahájeno po školním roce 1996/97
 - C. Vyšší odborné vzdělání (DiS.)
 - D. Vysokoškolské vzdělání s titulem Bc.
 - E. Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr.
 - F. Specializační vzdělávání, uveďte jaké:

4. Jaká je délka Vaší praxe? (uveďte prosím přesný číselný údaj – měsíce, roky)

5. Na jakém oddělení pracujete? (seznam pokračuje i na druhé straně)
 - A. Dětská psychiatrická klinika
 - B. Dětské kardiocentrum
 - C. Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
 - D. Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie
 - E. Klinika dětské hematologie a onkologie
 - F. Klinika dětské chirurgie
 - G. Klinika dětské neurologie
 - H. Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství
 - I. Klinika ušní, nosní, krční
 - J. Neurochirurgická klinika dětí a dospělých
 - K. Novorozenecké oddělení
 - L. Oční klinika dětí a dospělých
 - M. Pediatrická klinika – endokrinologie a diabetologie
 - N. Pediatrická klinika – gastroenterologie

- O. Pediatrická klinika – kojenci
P. Pediatrická klinika – nefrologie
Q. Pediatrická klinika – pneumologie
R. Pediatrická klinika - jednotka intenzivní péče
S. Stomatologická klinika dětí a dospělých
T. jiné.....
6. Kolik pacientů máte průměrně na starost během své směny? (uved'te celé číslo)
7. Jak často jste se v uplynulém roce při poskytování péče ocitl/a v konfliktní situaci mezi vámi a pacientem/rodiči?
A. několikrát denně
B. denně
C. několikrát v týdnu
D. jednou týdně
E. jednou za čtrnáct dní
F. jednou za měsíc
G. méně často
8. Pokud dojde ke konfliktu mezi mnou a pacientem/rodiči, daný konflikt řeším nejčastěji:
A. sama
B. s kolegyní
C. s ošetřujícím lékařem/lékařkou či lékařem/lékařkou ve službě
D. s přímými nadřízenými - staniční či vrchní sestra
E. s vedoucím lékařem
F. s primářem
G. neřeším
9. Zúčastnil/a jste v posledních 5 letech vzdělávacího kurzu z oblasti předcházení a deeskalaci konfliktů? (Počítá se i pokud jste ho absolvoval/a jako předmět v rámci např. vysokoškolského či jiného dlouhodobějšího vzdělávání.)
A. ano
B. ne
10. Snažíte se aktivně vyhledávat potenciální zdroje konfliktů a odstraňovat je?
vždy většinou někdy zřídka nikdy
11. Znáte nějaké deeskalační techniky?
A. ano
B. myslím, že ano
C. nejsem si jist/a
D. ne
12. Jak často se Vám podaří konflikt s pacientem/rodiči úspěšně deeskalovat?
vždy většinou někdy zřídka nikdy

13. Považujete vzdělávání na téma předcházení a deeskalace konfliktů za užitečné?
- A. ano
 - B. spíše ano
 - C. nevím
 - D. spíše ne
 - E. ne
14. Označte jednou či více odpověďmi, jaké jsou dle Vašeho názoru nejčastější důvody vzniku konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči.
- A. špatná komunikace - nedorozumění
 - B. rozdílné názory pacientů/rodičů a sestry
 - C. nenaplněná očekávání pacientů/rodičů
 - D. strach pacientů/rodičů
 - E. hyperprotektivní či úzkostní rodiče
 - F. úmyslné nedodržování domácího řádu oddělení pacienty/rodiči
 - G. frustrace pacientů/rodičů
 - H. frustrace sestry
 - I. nedbalost či chyba sestry
 - J. nespolupráce pacienta
 - K. předchozí konflikt
 - L. nejednotný přístup k pacientům (různá pravidla na různých odděleních FN Motol; rozdílně benevolentní kolegové; porušení pravidel pro jednoho pacienta, ale trvání na dodržování u jiného)
15. Označte jednou či více odpověďmi, co by podle vás snížilo výskyt konfliktu mezi sestrou a pacienty/rodiči?
- A. více sester na směně
 - B. více pomocného personálu na směně
 - C. vyčleněný pracovník pro komunikaci s rodiči
 - D. stavební úpravy oddělení - více pokojů uzpůsobených pro hospitalizaci pacientů s rodiči (např. jednolůžkové nadstandardní pokoje)
 - E. lepší vybavení pro rodiče, kteří jsou hospitalizováni s dětmi (postel, uzamykatelná skříň, atd)
 - F. jednotný přístup k pacientům od zdravotnického personálu
 - G. lepší vzdělávání sester v oblasti komunikace
 - H. nevím
16. Distribuuje jako doplněk ke slovní edukaci pacienta/rodičů i brožuru (papírovou či online) na edukované téma?
- A. vždy
 - B. většinou
 - C. někdy
 - D. zřídka
 - E. nikdy

17. Znáte principy a praktikujete se svými pacienty Family Centred Care?
- FCC znám, používáme ji na oddělení, souhlasím s tímto přístupem.
 - FCC znám, používáme ji na oddělení, ale s tímto přístupem nesouhlasím.
 - FCC znám, souhlasím s ní, ale na oddělení ji nepoužíváme.
 - FCC znám, nesouhlasím s ní a na oddělení ji nepoužíváme.
 - FCC neznám, ale ráda bych se dozvěděl/a více.
 - FCC neznám a nechci se o ní dozvědět více.

Prosím, přečtěte si následující věty a vyjádřete míru shody s Vaším chováním či postojem.

18. Pacienti/rodiče mají mít možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
19. Pacienti/rodiče mají právo se poučeně podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je poskytována.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
20. S dětskými pacienty se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
21. Nejúčinnějším nástrojem předcházení konfliktům je správná komunikace.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
22. Rodiče pacientů jsou pro mě při péči o mé pacienty rovnocenní partneři.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
23. Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se jim aktivně naslouchat.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
24. Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, snažím se si představit sebe v jejich situaci.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím
25. Pokud se dostanu do konfliktu s pacienty/rodiči, vyjadřuji se klidně a empaticky, přestože s nimi nesouhlasím.
- zcela nesouhlasím spíše nesouhlasím nevím spíše souhlasím zcela souhlasím

Příloha č. 3: Charta práv dětí v nemocnici

Charta práv dětí v nemocnici

Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně poskytnuta v domácím léčení nebo při ambulantním docházení.

Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.

Děti, případně jejich rodiče, mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emočního rozrušení.

S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.

Dětem se musí dostávat péče náležitě proškoleného personálu, který si je plně vědom fyzických i emočních potřeb dětí každé věkové skupiny.

Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.

O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.

Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.

Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Zdroj: National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH); upraveno, schváleno a prohlášeno za platné Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky 25. února 1992.

Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/prakticke-informace/charty-prav-pacientu/charta-prav-deti-v-nemocnici/>