

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Důkazy podporující úlohu emoční
intelligence sester v péči o pacienta**

Bakalářská práce

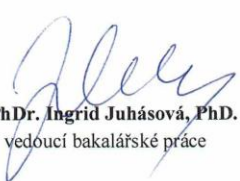
Autor práce: Gabriela Kratochvílová, DiS

Vedoucí práce: PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Gabriela Kratochvílová, DiS.**
Studijní program: Ošetřovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Důkazy podporující úlohu emoční inteligence sester v péči o pacienta**
Cíl práce: Cílem práce je zmapovat emoční inteligenci u sester v péči o pacienta – a to z pohledu sester i z pohledu pacienta, tím získat důkazy o emoční inteligenci u sester v péči o pacienta.


PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Emoční zatížení je přítomné ve všech oblastech, kde je poskytována zdravotní péče a je její nedílnou součástí. To, jak se se situací sestry vyrovnávají, je otázkou emoční inteligence. Cílem této práce bylo zjistit důkazy podporující úlohu emoční inteligence v péči o pacienta. Data jsme získali kvantitativním výzkumem, pomocí dotazníkového šetření, v Nemocnici Třebíč a Jihlava. Výzkumného šetření se zúčastnilo 170 respondentů - 83 sester (věkový průměr 37,8 let, SD=10,4) a 87 pacientů (věkový průměr 55,6 let, SD=17,6). Jako výchozí výzkumný nástroj byl použitý dotazník TEIQue – SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form), který byl pro účely našeho šetření modifikován. Dotazníkem byla zjišťována celková míra EI, následně EI v 15 doménách u sester a také v kontextu, jak pacienti vnímají EI sester při péči o ně, dle demografických údajů – nemocnice, oddělení, vzdělání, věk a zmapování důležitosti komunikace mezi sestrou a pacientem. K vyhodnocení jsme použili deskriptivní metody, statistické testy mezi dvěma a více skupinami a neparametrický test. Hodnoty EI sester (průměrné skóre 111,9) a EI sester z pohledu pacientů (průměrné skóre 111,7), byli velmi vyrovnané a rozdíly minimální. Mezi EI sester, EI sester z pohledu pacientů, demografickými údaji a jednotlivými doménami, byly zjištěny signifikantní rozdíly (Sig. <0,05).

Rozbor tématu EI z pohledu sester i z pohledu pacienta dává prostor k dalším studiím o důležitosti EI, komunikace a bezpečnosti, které by na tento výzkum navázaly, k rozvoji EI v praxi i k posílení EI ve studijních programech.

Klíčová slova

Emoční inteligence, Sestra, ošetřovatelství, péče o pacienta, EI v péči o pacienta, komunikace

Abstract

Emotional stress may be found in all patient care areas and is considered its integral part. The way nurses deal with particular situation depends on their emotional intelligence. The aim of this thesis is to find evidence supporting the role of emotional intelligence in taking care of patients. The data was gathered through quantitative research and questionnaire survey in the hospitals in Třebíč and Jihlava. The survey included 170 respondents, of which 83 were nurses at an average age of 37.8 years old with standard deviation of 10.4 and 87 patients at an average age of 55.6 with standard deviation of 17.6. The preliminary survey tool TEIQue – SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form) used in the research was adjusted for the needs of this theses. The level of EI was measured with a questionnaire followed by surveying 15 domains of nurses and the level of nurses' EI as seen by the patients who were taken care of. Demographic data such as hospitals, wards, age and education were taken into consideration. The importance of communication between nurses and patients was mapped as well.

Descriptive research methods, statistic tests for groups of two and larger groups and nonparametric tests were used to evaluate the results. Nurses EI values (average score 111,9) and EI nurses from patients' views (average score 111,7) was very similar and differences minimal. Significant differences (Sig. <0,05) were found between EI of nurses, levels of EI as seen by the patients, demographic data and particular domains.

An analysis of the EI issue from the nurses' and patients' point of view makes way to further studies into the importance of EI, communication and safety, which would follow this research, as well as the development of EI both in practice and in the training of nurses.

Key words

Emotional Intelligence, Nurse, Nursing, Patient Care, EI in Patient Care, Communication

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 17. dubna 2019

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Velké poděkování patří PhDr. Ingrid Juhásové, PhD., za laskavý přístup, za poskytnutí cenných rad a trpělivost. Děkuji všem respondentům za jejich ochotu a čas.

Velmi děkuji mé rodině a blízkým za neustálou podporu.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam tabulek	8
Seznam použitých zkratk	9
Úvod.....	10
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Emoce	12
1.2 Emoční inteligence	12
1.2.1 Teorie emoční inteligence dle Mayera a Saloveye	14
1.2.2 Teorie emoční inteligence dle Golemana	15
1.2.3 Teorie emoční inteligence dle R. Bar Ona.....	16
1.3. Modely emoční inteligence.....	17
1.4 Využití emoční inteligence v ošetrovatelství.....	17
1.4.1 Osobnost sestry	18
1.4.2 Výzkum emoční inteligence v ošetrovatelství	19
2 Výzkumná část.....	21
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	21
2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.3 Nástroje měření.....	25
2.4 Způsob zpracování dat	27
2.5 Výsledky výzkumu	27
3 Diskuze	40
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	49
Závěr	50
Seznam použité literatury	54
Přílohy.....	59

Seznam grafů

Graf 1 Zastoupení oddělení v Nemocnici Třebíč a Jihlava	23
Graf 2 Zastoupení vzdělání sester v Nemocnici Třebíč a Jihlava (%).....	24
Graf 3 Zastoupení oddělení v Nemocnici Třebíč a Jihlava (pacienti,%).....	24
Graf 4 Vzdělání pacientů v Nemocnici Třebíč a Jihlava (%)	25
Graf 5 Porovnání průměrného skóre - Domény TEIQue (aritmetický průměr)	28
Graf 6 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta - Nemocnice	29
Graf 7 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta – Oddělení	30
Graf 8 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta - Vzdělání	31
Graf 9 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta – Věk	31
Graf 10 Početnosti (%) odpovědí na DO1 – Pacienti	36
Graf 11 Početnosti (%) odpovědí na DO1 – Sestry	37
Graf 12 Početnosti (%) odpovědí na DO2 – Sestry	38

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk respondentů	23
Tabulka 2 Deskripce celkového skóre EI sester a podle hodnocení EI sester pacienty .	27
Tabulka 3 Hodnocení EI sester pacienty Věk.....	32
Tabulka 4 Vztah mezi EI sester a jejich věkem.....	32
Tabulka 5 Rozdíly v hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami pacientů.....	33
Tabulka 6 Testování EI sester mezi skupinami	34

Seznam použitých zkratek

VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
IQ	Intelligence Quotient
MEIS	Multifactor Emotional Intelligence Scale
EI90	Emoční inteligence 90
EI97	Emoční inteligence 97
MSCEIT	Mayer – Salovey – Caruso Emotional Intelligence test
EI	Emoční Intelligence
TTMS	Trait Meta – Mood Scale
SEIS	Schutte Emotional Intelligence Scale
TEIQue-SF	Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form
TEIQue	Trait Emotional Intelligence Questionnaire
EQ – i	BarOn Emotional Quotient Inventory
ČC	Částečný cíl
VO	Výzkumná otázka
SD	Směrová odchylka
Směr. odch.	Směrová odchylka
Min.	Minimum
Max.	Maximum
Sig.	Signifiant
Tab.	Tabulka
DO1	Doplňující otázka 1
DO2	Doplňující otázka 2
Chir.	Chirurgie
Ort.	Ortopedie
Neur.	Neurologie
Int.	Interna
Plic.	Plicní
Kož.	Kožní
Gyn.	Gynekologie
Tzn.	To znamená
Popř.	Popřípadě
Např.	Například

Úvod

V současném ošetrovatelství jsou na všeobecné sestry kladeny velmi vysoké nároky. Tyto nároky nejsou jen otázkou technické zdatnosti, vzdělání na odpovídající úrovni, ale i schopnosti emoční. Sestry jsou vystaveny velkému tlaku veřejnosti, který vlivem jejich snižujícího se počtu ještě více sílí. Emoční zatížení je přítomné ve všech oblastech, kde je poskytována zdravotní péče a je její nedílnou součástí. Díky zkušenostem z praxe, která přesahuje 20 let, tyto vzrůstající nároky velmi vnímám. Zvládání emočních situací, správná komunikace, projev empatie, kontrola pocitů a správnost jejich využití je výsledkem určité úrovně emoční inteligence.

E. Codier (2015) poukazuje, že emoční inteligence, dobrá komunikace a bezpečnost pacienta spolu souvisí a pozitivní dopad má na snížení rizika pochybení. Emoční inteligence je tedy velmi důležitým prvkem, kterému je třeba se věnovat, rozvíjet a uplatňovat v péči o pacienta.

Tato práce je členěná na několik částí. První část se zabývá současnou problematikou emoční inteligence, popisuje její vznik, teorie emoční inteligence dle jejích autorů a jednotlivé modely. Součástí je i popis využití emoční inteligence v ošetrovatelství a její spojitost s osobností sestry. Druhá část se zabývá vlastním výzkumem. Kvantitativní výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření v nemocnici Třebíč a Jihlava, pomocí dotazníku TEIQue – SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form) s modifikovanými položkami pro sestry a pacienty. Forma tohoto dotazníku je zvolena pro sebepopisné vlastnosti a možnosti přinést výsledky o myšlenkových procesech, zkušenostech, introspekci a sebepoznání respondentů (Salbot a kol., 2011).

V průběhu let jsou sestry vzdělávány v různých oblastech, které se týkají jednotlivých složek emoční inteligence, a možnostech využití v praxi.

Cíl práce

Hlavním cílem je zmapovat emoční inteligenci u sester v péči o pacienta – z pohledu sester i z pohledu pacienta – a tím získat důkazy podporující úlohu emoční inteligence u sester v péči o pacienta.

Dalšími částečnými cíli (ČC) chceme zjistit:

- skóre EI u sester ve vztahu k péči a zároveň jak vnímají pacienti EI sester
- EI sester i z pohledu pacienta v jednotlivých doménách
- EI sester i z pohledu pacienta dle jednotlivých kritérií, kterými jsou nemocnice, oddělení, věk, pohlaví a vzdělání
- důležitost komunikace mezi sestrou a pacientem a její vliv na snížení rizika pochybení.

1 Současný stav problematiky

1.1 Emoce

Slovo emoce má základ v latinském jazyce a je synonymem pro slovo hýbat se (Kábrt, Kucharský, Schams, 2016).

Cakirpaloglu (2012) emoce definuje jako zvýšenou aktivitu organismu, která se projevuje specifickým prožíváním, fyziologickými změnami, které mají odpovídající chování.

Emoce jsou i nepostradatelnou složkou našeho ega. Jsou přítomny při každém projevu, činnosti, rozhodování a jednání. Silvan Tomkins řekl, že jsou to právě emoce, co nás v životě žene kupředu, snažíme se o maximum prožívání pozitivních emocí a minimalizování prožitku negativních emocí (Ekman, 2015).

Emoce lze také chápat jako psychický proces, plynoucí v čase, s různou délkou trvání. Tyto psychické procesy jsou odpovědí daného jedince na určitou situaci, která je ovlivněna psychickým zpracováním dané situace. Na tomto procesu se podílí paměť, která obsahuje individuální zkušenost a vnitřní psychofyzické vybavení jedince (Nakonečný, 2000).

Emoce jsou také popudy k jednání, určité pokyny pro životní situace, jež jsou výsledkem evolučního procesu, vedoucí k činům. Mezi základní emoce jsou zařazeny hněv, strach, pocit štěstí, láska, překvapení, odpor nebo zhnusení, smutek (Goleman, 2011).

Emoce z psychosociálního hlediska lze dělit na jednoduché – základní, složité – sociální. Jednoduché a složité emoce mají mezi sebou vzájemné přechody, v některých případech mají společného jmenovatele. Odlišnost sociálních emocí (jako je láska, stud, hrdost, závist, vina, žárlivost apod.) je dána úlohou poznání a jejich důsledkem pro interpersonální vztahy (Wedlichová, 2011).

1.2 Emoční inteligence

Ve dvacátých letech minulého století E.L. Thorndike, jeden z hlavních zastánců IQ, se zmínil, že sociální inteligence „*jako schopnost porozumět druhým a jednat moudře v mezilidských vztazích*“ je součástí lidského IQ (Goleman, 2011, s.47).

V 60. letech 20. století zahrnul i Maslow do své hierarchie potřeb jednu ze složek emoční inteligence, a to potřebu seberealizace i se svými stupni – uvědomění, čestnost, svoboda a důvěra (Wharamová, 2014).

V roce 1983 vychází kniha, ve které se H. Gardner zaobírá myšlenkou, že inteligence je složena z několika klíčových schopností, pro něž platí základní charakteristika, a tou je různorodost (Goleman, 2011).

O mnoho let později v roce 1990 vydal New York Times zmínku o pojmu emoční inteligence, jejíž autoři byli J. Mayer a P. Salovey (Goleman, 2011). V tomto článku modifikovali tři hlavní složky emoční inteligence – posouzení a vyjadřování emocí, regulace emocí a využití těchto emocí. V roce 1997 tuto verzi přepracovali a doplnili o výkonový test MEIS – Multifactor Emotional Intelligence Scale (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

V roce 1995 rozpracoval Daniel Goleman ve své knize další teorii, ve které je přesvědčen, že pod pojmem emoční inteligence se skrývá skupina určitých schopností, které můžeme nadále rozvíjet. Mezi tyto schopnosti řadí sebeovládání, vytrvalost, schopnost vyvinout úsilí a být schopen motivovat sám sebe. Dále popisuje, že význam emoční inteligence souvisí také s propojením našeho charakteru, morálního instinktu a citu. Díky této knize se termín emoční inteligence dostal do podvědomí široké veřejnosti (Goleman, 2011).

Pletzer (2009) definuje emoční inteligenci, což je schopnost vnímat pocity nejen vlastní, ale i druhých lidí a přiměřeně na ně reagovat, komunikovat o těchto pocitech s ostatními.

Další z definic emoční inteligence je, že ji vnímáme jako schopnost vnímání, zvládání, chápání a používání emocí svých i ostatních, a to v profesionální i osobní rovině a jedná se o dynamický proces (Hasson, 2015).

Vávrová (2012) popisuje, že emoční a sociální inteligence jsou ve vzájemném působení a jsou multidimenzionální. Tzn., že zasahují více oblastí osobnosti a s nimi související interpersonální jednání.

Suchý, Náhlovský (2012) dávají emoční inteligenci širší rozměr. Považují ji za vývojový proces začínající v emoční hlouposti, přes emoční inteligenci končící až u emoční zralosti nebo moudrosti.

Wharamová (2014) popisuje emoční inteligenci jako schopnost, při níž jsme si vědomi svých emocí, využíváme je v komunikaci s ostatními, jsme schopni motivovat nejen sebe, ale i ostatní právě na základě porozumění svým emocím.

Carusa (In Wharamová, 2014, s.17) prohlásil: „*Je velmi důležité pochopit, že emoční inteligence není protikladem inteligence, není triumf srdce nad mozem – je to jedinečný průnik jich obou.*“ Bradberry, Graves (2007) hovoří o tom, že spojíme-li inteligenci s emoční inteligencí a osobností, získáme obraz „o celém člověku“.

1.2.1 Teorie emoční inteligence dle Mayera a Saloveye

Původní první teorii vytvořili v roce 1990, kdy použili obecný vliv emocí a emocionality na osobnost a sloučili do psychologických pojetí inteligence a emocí. K tomu využili celou řadu výzkumů, které byly početné, ale velmi roztržité. Dle této analýzy popisují, že emoční inteligence má tři procesy: 1. posouzení a vyjadřování emocí, 2. regulace a kontrola emocí, 3. využití emocí adaptivním způsobem (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

Při regulaci, posuzování a vyjadřování emocí rozlišují, zda tento proces probíhá u sebe, nebo u ostatních. Třetí část se zaměřuje na využití emocí, kde autoři předpokládají, že emočně inteligentní jedinec zvládá flexibilní plánování, projevuje tvůrčí myšlení, přesměrovává pozornost a zvládá motivaci svou i ostatních (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

Tato teorie, která je označována jako EI90, byla podrobena kritice, a proto v roce 1997 Mayer a Salovey vydává přepracovaný model emoční inteligence, který má jasnou definici a je zařazen jako duševní schopnost (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

V tomto modelu je emoční inteligence značena jako EI97, rozdělena do čtyř větví, a to v návaznosti od základních po nejvyšší dovednosti:

- 1. větev – zahrnuje vnímání, posuzování a vyjadřování emocí ve vztahu k vlastní osobě nebo ostatním, lze rozlišovat mezi emocemi správnými a nesprávnými, čestnými nebo nečestnými,
- 2. větev – zabývá se emoční podporou myšlení, kde napomáhá toku emocí k důležitým informacím, využití různých druhů nálad, které usnadňují usuzování,
- 3. větev – obsahuje porozumění emocím a jejich analýze, zde Mayer a Salovey řadí schopnost označit emoce, identifikovat vztahy mezi slovy a emocemi, rozpoznat pravděpodobné přechody mezi emocemi,
- 4. větev – obsahuje promyšlenou regulaci emocí, zde se zaměřují na zvládání emocí svých i ostatních, aby bylo docíleno emočního a intelektuálního zrání, vědomé posilování pozitivních emocí. Tato větev dle autorů obsahuje mnoho motivačních,

kognitivních a emočních faktorů, které jsou důležité pro úspěšné zvládání a vyrovnávání se s emocemi (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

Současně také Neubauer, Freudenthaler (2007) vytvořili měřicí a hodnotící škálu, která obsahuje 12 úkolů, které jsou schopny měřit 4 větve EI97. Tato škála se nazývá Vícefaktorová škála emoční inteligence – Multifactor Emotional Intelligence Scale – MEIS. Tato škála byla přepracována na Mayerův – Saloveyův – Carusův test emoční inteligence – Mayer – Salovey – Caruso Emotional Intelligence Test – MSCEIT (Neubauer, Freudenthaler, 2007). Tento test je nejčastěji používaný ve výzkumech a po dlouhou dobu považován za hlavní validní a relevantní nástroj pro měření EI jako schopnosti (Juhásová, 2013).

1.2.2 Teorie emoční inteligence dle Golemana

Daniel Goleman napsáním bestselleru (1995) věnujícímu se emoční inteligenci přiblížil tento pojem široké veřejnosti a byl inspirací pro další autory. V této knize upozorňuje na to, že pro život je důležitá nejen akademická, ale i emoční inteligence (Baumgartner, Orosová, Výrost, 2008).

Wharamová (2014, s.14) cituje Golemana, který definuje emoční inteligenci jako *“schopnost rozpoznávat naše vlastní pocity i pocity druhých, schopnost motivovat sebe sama a schopnost efektivně zvládat vlastní pocity i pocity druhých lidí“*. Svoji teorii zaměřil hlavně na oblast pracovní a tento model zahrnuje celkem pět emočních a sociálních dovedností. Rozlišuje schopnosti vztahující se k vlastní osobě a kompetence v oblasti mezilidských vztahů (Goleman, 2000).

Model EI dle Golemana (2000) má tyto charakteristiky:

- 1. Sebeuvědomění** – orientace ve vlastních duševních pochodech, jistota preferencí, zhodnocení vlastních možností a využití intuice.
 - Emoční sebeuvědomění, reálné sebehodnocení svých pozitiv a negativ i dopadů svého rozhodnutí a sebedůvěra ve vlastní schopnosti a možnosti.
- 2. Sebeovládání** – zvládání okamžitých impulsů a emocí.
 - Spolehlivost ve vztahu k pravidlům slušnosti a fair play, svědomitost při odpovědnosti za vlastní chování a práci, přizpůsobení se změnám, schopnost inovace při příjmu nových nápadů, přístupu k informacím svým i ostatních lidí.
- 3. Motivace k vyšším cílům** – emoční tendence, které vedou přímo k vzestupu nebo ho usnadňují.

- Ctižádostivost ve vlastní práci, loajalita k záměrům a cílům skupiny, iniciativa ve vztahu k příležitostem a optimismus při dosahování cílů a překonávání překážek.

4. Empatie – uvědomění si svých pocitů, potřeb a zájmů ostatních lidí.

- Pochopení pocitů, tendencí ostatních a schopnost pracovat s nimi, schopnost stimulovat osobnostní růst ostatních, orientace na zákazníka, rozvíjení a využití diverzity, cit pro politiku organizace, sledování tendencí.

5. Obratnost ve společenském styku – flexibilita, schopnost docílit adekvátní reakce u ostatních.

- Schopnost ovlivňovat, schopnost komunikace, vůdčí schopnosti, ochota ke změnám, schopnost zvládat konflikty, schopnost vytvářet vazby, schopnost spolupracovat a schopnost týmové práce.

1.2.3 Teorie emoční inteligence dle R. Bar Ona

Bar Onova teorie emoční inteligence vznikla v roce 1997, je představitelem smíšeného modelu EI a je definována jako „*celá řada nekognitivních způsobilostí, kompetencí a dovedností, které ovlivňují připravenost jedince úspěšně se vyrovnávat s nároky a tlakem prostředí*“ (Neubauer, Freudenthaler, 2007, s.63).

Ve své teorii definoval 5 charakteristik, které i se svými podskupinami považuje za klíčové v emoční inteligenci:

1. intrapersonální dovednosti obsahující sebeúctu, vědomí vlastních emocí, asertivitu a sebeaktualizaci,
2. interpersonální dovednosti obsahují empatii, sociální dovednost a interpersonální vztahy,
3. adaptabilita obsahuje řešení problémů, testování reality a flexibilitu,
4. zvládání stresu obsahuje toleranci vůči stresu a ovládání impulsů,
5. obecná nálada obsahuje štěstí a optimismus (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

V roce 2000 byla tato Bar Onova samotným autorem přepracována a bylo do nového konceptu zahrnuto pouze 10 položek, ostatní složky byly vyhodnoceny jako nekonstituční prvky. Jako hlavní komponenty byly označeny tyto složky: sebeúcta, vědomí vlastních emocí, asertivita, empatie, interpersonální vztahy, tolerance vůči stresu, ovládání impulsů, testování reality, flexibilita, řešení problémů (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

Aby Bar On zhodnotil svůj model emoční inteligence, vytvořil Inventář emočního kvocientu – Emotional Quotient Inventory, se svými 133 položkami. Zmínil také, že celkový skóre položek je indikátorem celkové emoční inteligence jedince (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

V roce 2005 Bar on využívá pojem emocionálně sociální inteligence, což popisuje jako soubor emocionálních a sociálních dovedností, které jsou ve vzájemné interakci a souvislosti, které určují, jak jsme schopni rozumět a vyjádřit sebe sama, rozumět a vycházet s ostatními lidmi a jak jsme schopni zvládat každodenní život (Baumgartner, Orosová, Výrost, 2008).

1.3. Modely emoční inteligence

Jednotlivé teorie, které byly na téma EI napsány, se ubírají dvěma směry a rozlišení mezi nimi je zřejmé. První směr modelů emoční inteligence je chápán jako schopnost. Modely druhého směru jsou chápány jako kombinace různých osobnostních rysů (Neubauer, Freudenthaler, 2007).

Další autoři, kteří upozornili na zjevný rozdíl mezi rysovou EI a EI jako schopností, byli Petrides a Furnham. Zmiňují, že rysová emoční inteligence je měřena popisnými dotazníky, zatímco EI jako schopnost je měřena testy maximálního výkonu (Perez, Petrides, Furnham, 2007).

Základním modelem EI jako schopnosti je model Mayera a Saloveye (Neubauer, Freudenthaler, 2007). Nejvýznamnějším nástrojem pro měření EI jako schopnosti jsou využívány nástroje MEIS – Multifactor Emotional Intelligence Scale a její přepracovaná verze MSCEIT – Mayer – Salovey – Caruso Emotional Intelligence test (Perez, Petrides, Furnham, 2007).

Mezi představitele smíšené EI patří Model EI dle Golemana, model dle Bar Ona (Neubauer, Freudenthaler, 2007). Pro měření rysové EI se využívá např. TTMS – Trait Meta – Mood Scale, EQ – i – BarOn Emotional Quotient Inventory, SEIS – Schutte Emotional Intelligence Scale, TEIQue – Trait Emotional Intelligence Questionnaire, (Perez, Petrides, Furnham, 2007).

1.4 Využití emoční inteligence v ošetrovatelství

Ošetrovatelské povolání je psychicky i fyzicky náročné. Z historického hlediska se osobnostními rysy zabývala i Florence Nightingalová. Zdůrazňovala, že ošetrovatelka

má mít na mysli hlavně blaho pacienta, brát na zřetel i jeho zvláštnosti. Dále zmiňuje, že ošetřovatelka musí být důvěryhodná a lze se na ni spolehnout. Mít úctu ke svému povolání, protože dar života je často v jejích rukách (Kutnohorská, 2010).

1.4.1 Osobnost sestry

„Osobnost je jedinečná, celistvá, v čase se vyvíjí, mění a směřuje k budoucnosti.“
(Marková, 2010, s.64).

Osobnostním předpokladem u pomáhající profese je i sociální inteligence, jež zahrnuje sociální percepci (sestry vnímají nálady, emoce, stav, ve kterém se pacient nachází), přívětivost, sociabilitu, komunikativnost (komunikace jako umění dobře se vyjadřovat, ptát i naslouchat), schopnost týmové spolupráce a řešení konfliktů (Venglářová, 2011). Vzájemný vztah zdravotník a nemocný je důležitý pro správné navození diagnosticko – terapeutické činnosti. Je zde kladen důraz na osobnost sestry, navození vzájemného vztahu sestra – nemocný, respektování jeho potřeb, postojů a chování, respektování subjektivity nemocného, a to vše v kontextu s prožíváním nemoci jako svízelné situace pacienta (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Při plnění své role by sestra měla uplatňovat kolektivní orientaci, univerzalismus a emocionální neutralitu (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Profesní chování je však ovlivněno mnoha faktory – historickými a sociálně ekonomickými – dané země. Je podmíněno chápáním role sestry, smysluplností její činnosti, vztahem k nemocnému i spolupracovníkům (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Různorodé činnosti sestry jsou také postaveny na etických zásadách, mezi které je zařazena osobní odpovědnost sestry. Aktivní kontakt mezi sestrou a pacientem je nezbytný pro realizaci ošetřovatelského procesu. Ten musí být podpořen maximální vzájemnou důvěrou ve vztahu sestra – pacient a jeho rodinou a je základem pro správný diagnosticko – terapeutický efekt ošetřovatelského procesu (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Mezi základní aspekty etické ošetřovatelské péče patří obhajoba, odpovědnost, povinnosti a spolupráce (Kutnohorská, 2007).

Pro osobnost sestry by měla být nezbytná osobnostní zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance, dále autenticita – otevřenost, akceptace jako bezpodmínečné přijetí pacienta, stejně jako důvěra a sympatie k pacientovi. Empatie jako porozumění a vcítění se do druhého člověka (Bužgová, Plevová, 2011).

Obecné předpoklady osobnosti sestry zahrnují oblast:

- senzomotorickou (zručnost, šikovnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání),
- estetickou (smysl pro úpravu svou i okolí),
- intelektuální (myšlenkové procesy a operace v široké oblasti, schopnost řešit proměnlivé situace a vybrat vhodné řešení z komplexu možných),
- sociální (pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt a vést dialog, schopnost empatie a respektování různých sociálních rolí, schopnost ovládat své projevy verbální i neverbální),
- autoregulační (přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost vůči fyzickému a psychickému stresu),
- komunikační (schopnost naslouchání, podněcování a stimulace hovoru, zrcadlení, sumarizování a mlčení) (Bužgová, Plevová, 2011).

1.4.2 Výzkum emoční inteligence v ošetrovatelství

Zvládání situací pomocí emoční inteligence nám pomáhá mírnit stres, který vzniká při těžkých situacích. Stres, úzkost a deprese oslabují náš imunitní systém a způsobují naši zranitelnost. Je-li mysl zaplavena napětím a tísní, snižuje naše tělo energii pro boj s chorobami a tím se snižuje odolnost vůči nemocem (Bradberry, Graves, 2007). Beníšek, Chvátalová (2009) popisují, že emoční inteligence nám pomáhá při řešení problémů a napomáhá zaujmout postoj k této situaci a vyrovnat se s ní adaptivním způsobem. To, jak se se situací vyrovnáme, se odráží i v mezilidských vztazích, zejména při komunikaci s kolegy a pacienty, napomáhá lépe pochopit motivy jednání a chování. Ve výzkumu EI a její vztah ke stresu, zvládání stresu, pohody a profesionální výkonnosti u studentů ošetrovatelství bylo zdůrazněno, že EI je důležitá a praktická konstrukce, která má potenciál umožnit jednotlivcům lépe se vypořádat se stresem a méně jej prožívat, a tím přispívat ke zdravému a stabilnímu pracovnímu prostředí (Por, Barriball, Fitzpatrick, 2010).

Bánovčinová, Bubeníková (2011) citují např. Kopřivu (2006), že klienti u ošetřujících osob hodnotí zejména komunikační, interakční a osobnostní vlastnosti. Dále zmiňují, že nejpočetnější skupinu představují sestry, které denně komunikují s množstvím pacientů a jejich příbuznými. Obě tyto skupiny jsou vystaveny velkému tlaku, strachu a obavám o svůj život nebo život svého blízkého. Prožívají psychické i fyzické utrpení a stres. Vlivem této zátěže jsou velmi citliví na negativní projevy ve svém okolí. Ke zvládnutí této situace je nutné vytvořit dobrý vztah založený na vzájemné důvěře, spolupráci a respektu. Výsledkem tohoto výzkumu je, že pokud podstatou empatie je vzájemná komunikace, může mít zásadní vliv na rozvoj této schopnosti také nácvik klíčových komunikačních a sociálních dovedností.

E. Codier a D. Codier (2015) publikovali studii, která představuje teoretický model pro vztah mezi EI, komunikací a bezpečností pacientů. Je zde mimo jiné zmiňováno, že až 80 % lékařských pochybení pochází z chybné komunikace mezi poskytovateli péče a pacienty. Výsledkem této práce je, že pokud sestry rozumí emocím svých pacientů, svým i emocím v týmu, který pečuje o nemocné, prostředí je bezpečnější a riziko pochybení je sníženo.

Ilievová, Juhásová a Baumgartner (2013) se zaměřují na použití emoční inteligence v ošetrovatelství v oblasti geriatric, kde poukazují, že EI má vliv na sociální a komunikační dovednosti, které jsou předpokladem účinné ošetrovatelské péče. V další studii Juhásová, Ilievová, Baumgartner (2013) identifikovali úroveň emoční inteligence u sester. Srovnávacími kritérii byly věk, délka praxe a vzdělání sester. Zjištěné výsledky dovoluují zaměřit pozornost na rozvoj EI u sester cestou možností vzdělávacích institucí a zdůrazňují, že EI je nutným a současně moderním požadavkem ošetrovatelství. Karimi, Leggat a Donahue (2013) se zabývají úlohou emoční práce a emoční inteligence u komunitních sester v Austrálii. Zjištěním bylo, že jak emoční práce, tak i EI jsou klíčovými faktory při ochraně zdravotnických pracovníků před stresem a zvyšují efektivitu práce.

Vztah mezi spokojeností pacienta a schopnostmi EI u sester pracujících na chirurgických klinikách zkoumal Oyur Celik (2017). V této práci se projevil významný vztah mezi spokojeností pacientů a využití EI u sester. Výsledky naznačují, že EI by měla být významným faktorem a uznávaným ukazatelem kvality pro zlepšení péče o pacienty.

2 Výzkumná část

V první kapitole této bakalářské práce byla nastíněna problematika emoční inteligence, je zde popsán vývoj, jednotlivé teorie, modely emoční inteligence a její využití v ošetrovatelství. Tato část se stala východiskem pro část výzkumnou. Mnoho autorů (Beníšek, Chvátalová 2009; Bánovčinová, Bubeníková 2011; E. Codier, D. Codier 2015; Ilievová, Juhásová a Baumgartner 2013; Karimi, Leggat a Donahue 2013; Oyur Celik 2017) se ve svých výzkumech věnovalo tématu emoční inteligence sester. Zaměřili jsme se proto na zmapování stavu emoční inteligenci sester i z pohledu pacienta a stanovili problém výzkumu: Jsou důkazy o emoční inteligenci u sester v péči o pacienta? Při sběru dat byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem je zmapovat emoční inteligenci u sester v péči o pacienta – z pohledu sester i z pohledu pacienta, a tím získat důkazy podporující úlohu emoční inteligence u sester v péči o pacienta.

Ve výzkumné části jsme stanovili částečné cíle (ČC):

ČC 1: Zjistit míru EI sester při péči o pacienta a zároveň zjistit, jak jejich EI hodnotí samotní pacienti.

VO1: Jakou míru EI při péči o pacienta dosáhly sestry a jak jejich EI hodnotí samotní pacienti?

ČC 2: Zjistit, jakého dosáhli průměrného skóre v jednotlivých doménách EI sestry a jaké bylo průměrné skóre v jednotlivých doménách EI u pacientů, kteří vnímali sestry v péči o ně samotné.

VO2: Jakého průměrného skóre v jednotlivých doménách EI dosáhly sestry a jaké skóre EI sester bylo u pacientů?

ČC 3: Porovnat průměrné skóre EI hodnocené pacienty a sestrami podle jednotlivých kritérií (nemocnice, na různých odděleních, podle vzdělání a věku).

VO3: Jaké je průměrné skóre EI hodnocené pacienty a sestrami podle jednotlivých kritérií (nemocnice, na různých odděleních, podle vzdělání a věku)?

ČC 4: Zjistit vztah mezi kardinálními proměnnými EI sester a jejich věkem a zároveň mezi kardinálními proměnnými EI hodnocené pacientem a věkem pacientů.

VO4: Existuje vztah mezi kardinálními proměnnými EI hodnocené pacientem a věkem pacientů?

VO5: Existuje vztah mezi kardinálními proměnnými EI sester a věkem sester?

ČC 5: Zjistit signifikantní rozdíly v hodnocení EI sester pacienty a v EI sester mezi skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice, oddělení.

VO6: Jsou významné rozdíly v hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice, oddělení?

VO7: Jsou rozdíly v EI sester mezi skupinami podle vzdělání, nemocnice, oddělení?

ČC 6: Zmapovat rozdíly v hodnocení EI sester pacientem a sestrami samými v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami.

VO8: Jsou rozdíly v hodnocení EI sester pacientem v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami?

VO9: Jsou rozdíly v hodnocení EI sestrami v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami?

ČC 7: Zjistit důležitost komunikace mezi sestrou a pacientem a její vliv na snížení rizika pochybení.

VO10: Je důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem z pohledu sestry, ale i pacienta?

VO11: Má komunikace z pohledu sestry vliv na snížení rizika pochybení?

2.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Od listopadu 2018 do ledna 2019 bylo osobně autorkou rozneseno celkem 225 dotazníků. Celková návratnost byla 170 dotazníků (76 %). Výzkum byl prováděn v Nemocnici Třebíč a Jihlava se souhlasem náměstků ošetrovatelské péče (Příloha 1 a 2), na oddělení chirurgickém, interním, ortopedickém, neurologickém, gynekologickém, plicním a kožním. Dotazníky autorka rozdala pacientům a po vyplnění byly ihned autorkou sesbírány. Dotazníky, které byly rozdány sestram, byly opatřeny obálkou, aby byla dodržena anonymita. V úvodu dotazníku je respondent seznámen s účelem a formou, ubezpečen o anonymitě a dobrovolnosti při účasti v dotazníkovém šetření. Dále byl dotazník doplněn popisem, jak postupovat při

vyplňování, a o demografické údaje. 83 respondentů tvořily sestry, ve 100 % zastoupení žen, a 87 respondentů bylo z řad pacientů, kde muži byli v počtu 45 (51,7 %) respondentů, ženy byly v počtu 42 (48,3 %) respondentek.

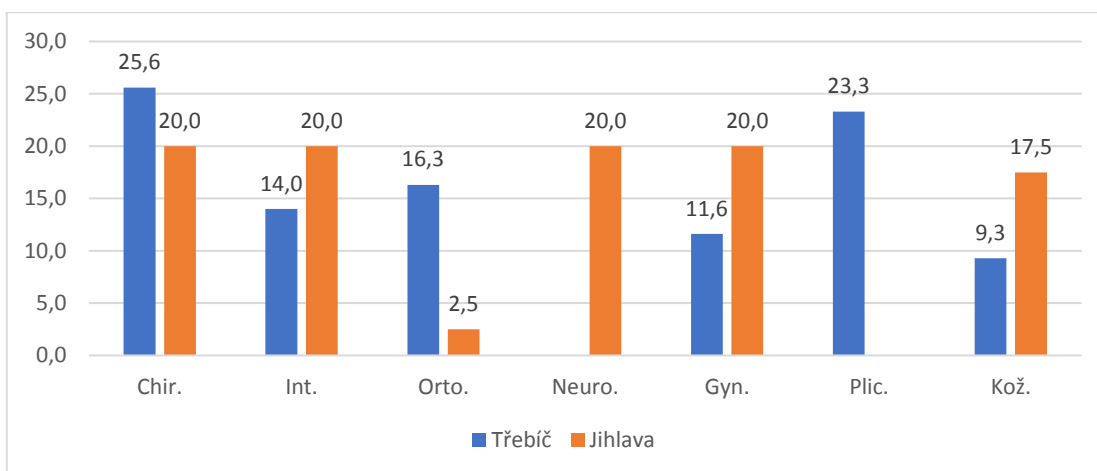
Tabulka 1 uvádí charakteristiku respondentů z hlediska věku.

Tabulka 1 Věk respondentů

	Pacienti	Sestry
N	87	83
Průměr	55,6	37,8
Směr.odch.	17,6	10,4
Minimum	22	20
Maximum	83	59

Z tabulky 1 vidíme, že věkový průměr pacientů byl 55,6 roků (SD 17,6; min 22; max 83 let). Věkový průměr sester byl 37,8 let (SD 10,4; min 20; max 59 let).

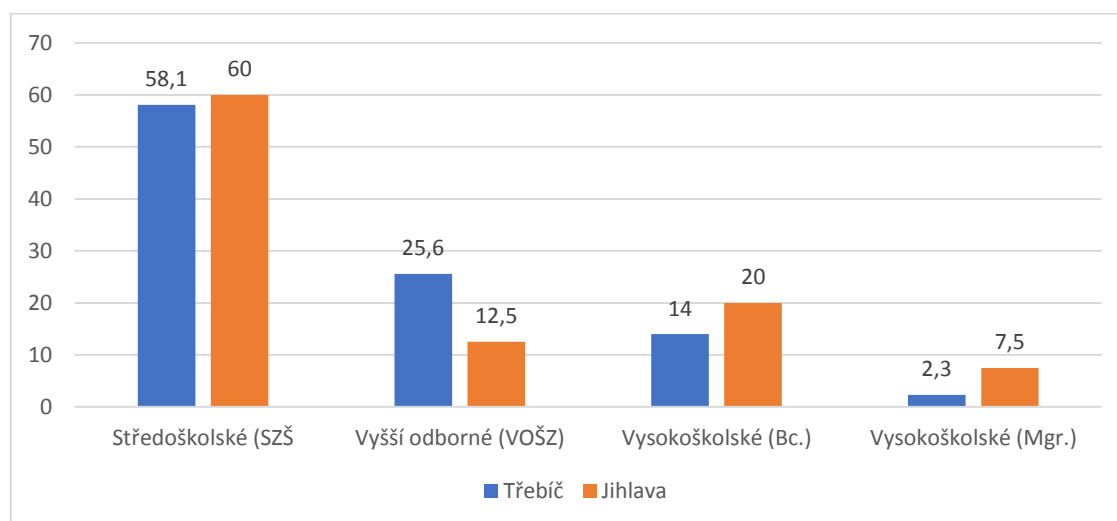
Graf 1 popisuje zastoupení sester v Nemocnici Třebíč a Jihlava na jednotlivých odděleních.



Graf 1 Zastoupení oddělení v Nemocnici Třebíč a Jihlava

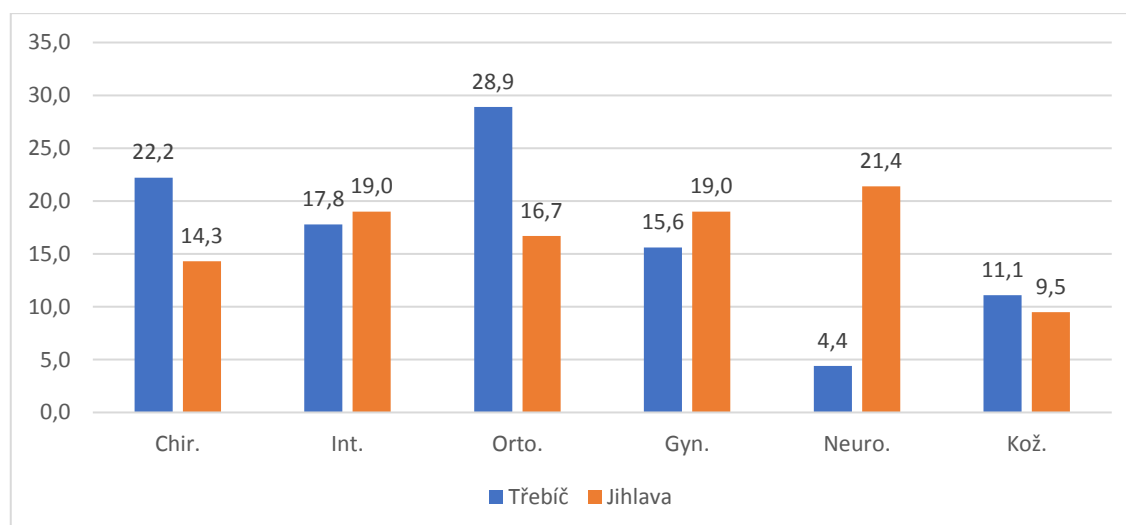
V grafu 1 vidíme, že největší procentuální zastoupení sester v Nemocnici Třebíč bylo na oddělení chirurgickém s 11 respondenty (25,6 %), nejmenší zastoupení na oddělení kožním se 4 respondenty (9,3 %). Na neurologickém oddělení nevyplnila dotazník žádná ze sester. Procentuální zastoupení sester v Nemocnici Jihlava bylo největší na oddělení chirurgickém, interním, neurologickém a gynekologickém odd. - 8 respondentů (20 %). Nejmenší zastoupení sester v Nemocnici Jihlava bylo na ortopedickém oddělení s 1 respondentkou (2,5 %).

Graf 2 popisuje sestry z hlediska vzdělání v Nemocnici Třebíč a Jihlava.



Graf 2 Zastoupení vzdělání sester v Nemocnici Třebíč a Jihlava (%)

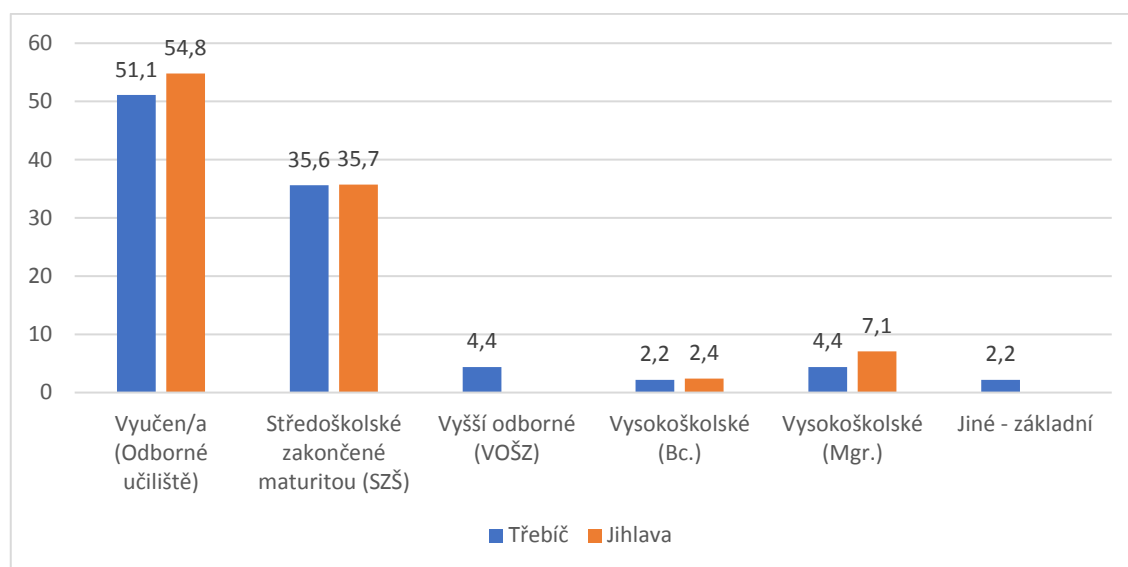
Z grafu 2 vidíme, že nejpočetnější skupina v Nemocnici Třebíč byla tvořena středoškolsky vzdělanými sestrami v počtu 25 respondentek (58,1 %). Nejmenší skupinu tvořily sestry s vysokoškolským magisterským vzděláním – 1 respondentka (2,3 %). V Nemocnici Jihlava byla nejpočetnější skupina tvořena středoškolsky vzdělanými sestrami v počtu 24 respondentek (60 %). Nejméně zastoupené byly sestry s vysokoškolským magisterským vzděláním v počtu 3 respondentky (7,5 %). Graf 3 popisuje zastoupení pacientů v Nemocnici Třebíč a Jihlava na jednotlivých odděleních.



Graf 3 Zastoupení oddělení v Nemocnici Třebíč a Jihlava (pacienti,%)

V grafu 3 (s.24) vidíme procentuální zastoupení respondentů – pacientů. V Nemocnici Třebíč se zúčastnilo nejvíce pacientů na ortopedickém oddělení v počtu 13 respondentů (28,9 %), nejméně se zúčastnilo na neurologickém oddělení v počtu 2 respondenti (4,4 %). V Nemocnici Jihlava se zúčastnilo nejvíce pacientů na neurologickém oddělení v počtu 9 respondentů (21,4 %), nejméně se zúčastnilo pacientů na kožním oddělení v počtu 4 respondenti (9,5 %).

Graf 4 popisuje respondenty – pacienty z hlediska dosaženého vzdělání.



Graf 4 Vzdělání pacientů v Nemocnici Třebíč a Jihlava (%)

V grafu 4, vidíme, že v Nemocnici Třebíč je nejpočetnější skupina pacientů se statutem vyučen/a v počtu 23 respondentů (51,1 %). Nejméně zastoupenou skupinou byli pacienti s bakalářským vysokoškolským vzděláním a se základním vzděláním shodně po 1 respondentovi (2,2%). V Nemocnici Jihlava byla nejpočetnější skupina pacientů se statutem vyučen/a v počtu 23 respondentů (54,8 %). Nejméně zastoupená skupina byla tvořena pacienty s vysokoškolským bakalářským vzděláním v počtu 1 respondent (2,4%).

2.3 Nástroje měření

Sestrám byl předložen dotazník TEIQue-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire – Short Form) (Kalinská, Nábělková, Salbot, 2015), který obsahuje 30 otázek. TEIQue-SF je sebepopisná forma dotazníku, který jsme modifikovali pro účely našeho dotazníkového šetření a doplnili o 2 otázky vlastní konstrukce (Příloha 3). Pro respondenty – pacienty byl určen dotazník TEIQue-SF, který jsme

modifikovali pro účely našeho dotazníkového šetření doplněný o 1 otázku vlastní konstrukce (Příloha 4). TEIQue-SF je sebepopisná forma dotazníku zaměřená na rysovou emoční inteligenci. Tento dotazník zahrnuje 4 hlavní oblasti, obsahující 15 domén a ke každé z domén se vztahují vždy dvě otázky. První oblast je zaměřena na **emocionalitu** a zahrnuje domény – rysová empatie, emoční percepce, emoční exprese a vztahová kompetence. Druhá oblast je zaměřena na **sociabilitu** a obsahuje domény – management emocí, asertivita a sociální uvědomělost. Třetí oblast je zaměřena na **well-being** s doménami optimismus, rysové štěstí a sebeúcta. Čtvrtá oblast je zaměřena na **sebekontrolu** s doménami emoční regulace, nízká impulzivita a zvládání stresu. Samostatně postavené jsou domény **adaptabilita a sebemotivace** (Salbot a kol., 2011). K oblasti emocionalita náleží položky dotazníku 1, 2, 8, 13, 16, 17, 23 a 28. K oblasti sociabilita náleží položky dotazníku 6, 10, 11, 21, 25 a 26. K oblasti well-being náleží položky dotazníku 5, 9, 12, 20, 24 a 27. K oblasti sebekontrola náleží položky dotazníku 4, 7, 15, 19, 22 a 30 (Kalinská, Nábělková, Salbot, 2015). Rozpětí hodnot dosažených dle aritmetického průměru v jednotlivých doménách bylo u pacientů 5, 79 – 9,10. U sester bylo dosaženo rozpětí 6,23 – 8,11 dle aritmetického průměru. Dostupná verze dotazníku TEIQue-SF pro výzkumné účely je na webových stránkách University college v Londýně (London psychometric laboratory at UCL, 2019; Salbot a kol., 2011). Respondenti své hodnocení zaznamenávali pomocí Likertovy škály (Příloha 3 a 4). Tato škála je způsob výběru odpovědi, kdy se označí určitá část na předem dané škále. Jde o vyjádření respondenta, jak moc s daným tvrzením souhlasí. Její hodnota je 5stupňová - 1 znamená zcela nesouhlasím, 2 spíše nesouhlasím, 3 nevím, 4 spíše souhlasím a 5 zcela souhlasím (Chromý, 2014). Samotné vyhodnocení dotazníků probíhalo pomocí kódování, kde bylo zohledněno i opačné skórování některých otázek (Příloha 5).

Před realizací výzkumu byla provedena pilotní studie, do které bylo vybráno 20 respondentů a byli zde zastoupeni jak sestry, tak pacienti. V této studii byla ověřena srozumitelnost a pochopení jednotlivých tvrzení. Nebyly vzneseny žádné připomínky, proto struktura dotazníku zůstala beze změn.

2.4 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat byly použity deskriptivní metody (absolutní a relativní početnost, aritmetický průměr, průměrné pořadí a jiné), statistické testy – mezi dvěma skupinami Mann – Whitneyho U test, mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát).

U proměnné, která nebyla normálně rozdělená, byl použit neparametrický test Spearmanův koeficient součinné korelace. Dále byl využit test normality (Kolmorov – Smirnovův).

2.5 Výsledky výzkumu

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány formou tabulek, sloupcových a lineárních grafů. A jsou v posloupnosti dle stanovených výzkumných otázek.

VO1: Jakou míru EI při péči o pacienta dosáhly sestry a jak jejich EI hodnotí samotní pacienti?

V tabulce 2 popisujeme celkové skóre EI sester a EI sester z pohledu pacienta.

Tabulka 2 Deskripce celkového skóre EI sester a podle hodnocení EI sester pacienti

	Pacienti	Sestry
N	87	83
Průměr	111,7	111,9
Medián	111	112
Modus	107,0a	107
Směr.odch.	12,6	12,2
Minimum	81	86
Maximum	145	139
1.kvartil	103	104
3.kvartil	119	120
Test normality	Sig.> 0,200	Sig.> 0,200

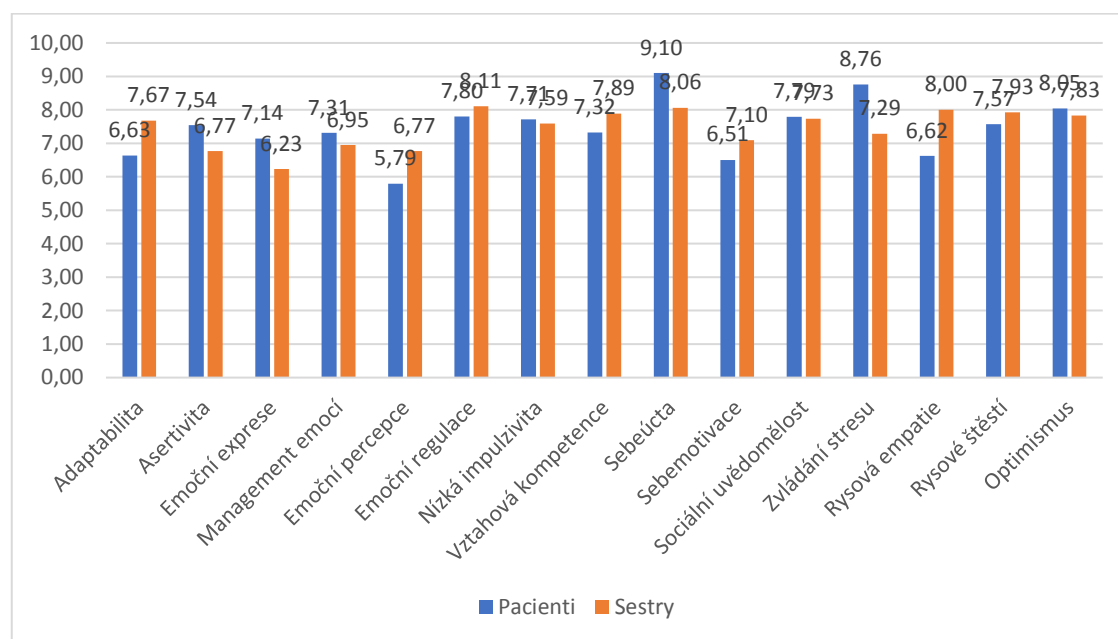
a vícenásobní modusy, zobrazen je nejnižší

V tabulce 2 vidíme rozdělení hodnocení na dvě části. V první polovině jsme popsali jednotlivé průměrné hodnoty EI sester naměřené u pacientů, ve druhé polovině jsou hodnoty EI naměřené u sester. Průměrná hodnota u pacientů je 111,7. Sestry dosáhly průměr 111,9. Nejvyšší průměrná naměřená hodnota u pacientů je 145, u sester je nejvyšší průměrná hodnota 139. Nejnižší průměrná naměřená hodnota u pacientů je 81, u sester je nejnižší průměrná hodnota 86.

V tabulce 2 (s.27) dále vidíme modus, který vyjadřuje nejčastější hodnotu skóre a ta je u pacientů i sester 107, přičemž u pacientů se jedná o vícenásobné modusy a zobrazen je nejnižší. Medián vyjadřuje míru centrální tendence, je charakteristický pro střední hodnoty. Hodnota mediánu u pacientů je 111, u sester je hodnota 112. V tabulce jsou také znázorněny kvartily. 1. kvartil je 25. percentil a znamená, že do této hodnoty skórovalo 25 % respondentů (u pacientů hodnota 103, u sester hodnota 104). 3. kvartil je 75. percentil, což znamená, že výše od této hodnoty skórovalo dalších 25 % respondentů (u pacientů hodnota 119, u sester hodnota 120). Mezi kvartily je mezikvartilové rozpětí, které upřesňuje představu o rozdělení proměnné a spadá sem 50 % hodnot okolo mediánu. Jde o střední pásmo rozdělení proměnné.

VO2: Jakého průměrného skóre v jednotlivých doménách EI dosáhly sestry a jaké skóre EI sestry bylo u pacientů?

V grafu 5 popisujeme průměrné skóre v jednotlivých doménách EI mezi pacienty a sestrami.



Graf 5 Porovnání průměrného skóre - Domény TEIQue (aritmetický průměr)

V grafu 5 vidíme vzájemné porovnání průměrného skóre EI mezi pacienty a sestrami, hodnoty jsou vyjádřené aritmetickým průměrem. Celkem je hodnoceno 15 domén. Jejich vzájemná křivka je velmi vyrovnaná. Hodnocení EI sester pacienty je vyšší průměrné skóre v 8 doménách – asertivita (7,54), emoční exprese (7,14), management

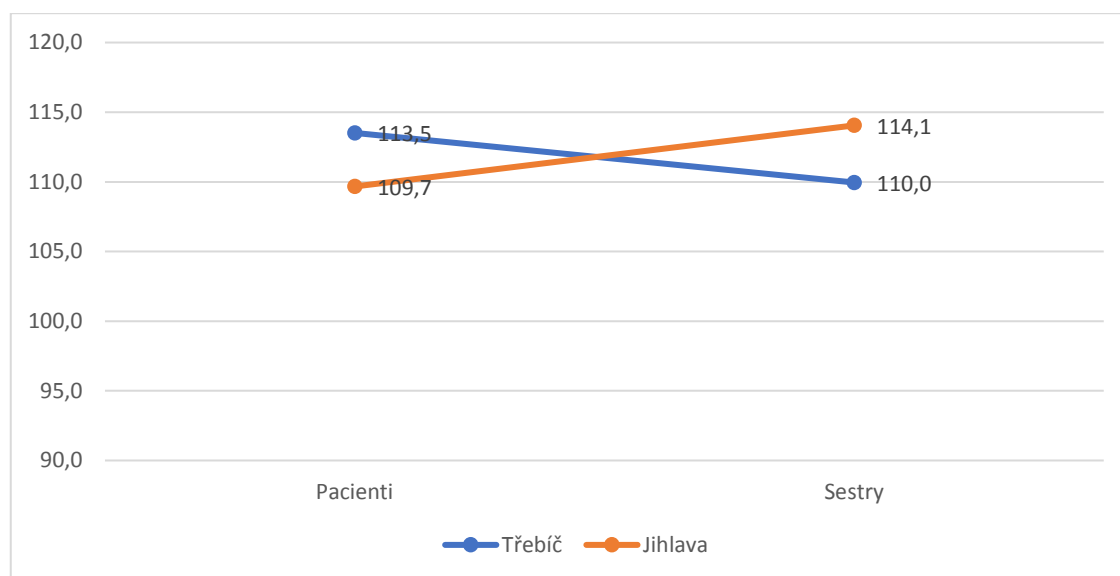
emocí (7,31), nízká impulzivita (7,71), sebeúcta (9,10), sociální uvědomělost (7,79), zvládání stresu (8,76) a optimismus (8,05).

V hodnocení EI sestrou je dosaženo vyššího průměrného skóre v 7 doménách – adaptabilita (7,67), emoční percepce (6,77), emoční regulace (8,11), vztahová kompetence (7,89), sebemotivace (7,10), rysová empatie (8,00) a rysové štěstí (7,93).

VO3: Jaké je průměrné skóre EI hodnocené pacienty a sestrami podle jednotlivých kritérií (nemocnice, na různých odděleních, podle vzdělání a věku)?

V následujících grafech (6, 7, 8, 9) jsou zobrazené průměrné hodnoty EI hodnocené pacienty a sestrami podle jednotlivých kritérií – ve dvou nemocnicích, na různých odděleních, podle vzdělání a věku.

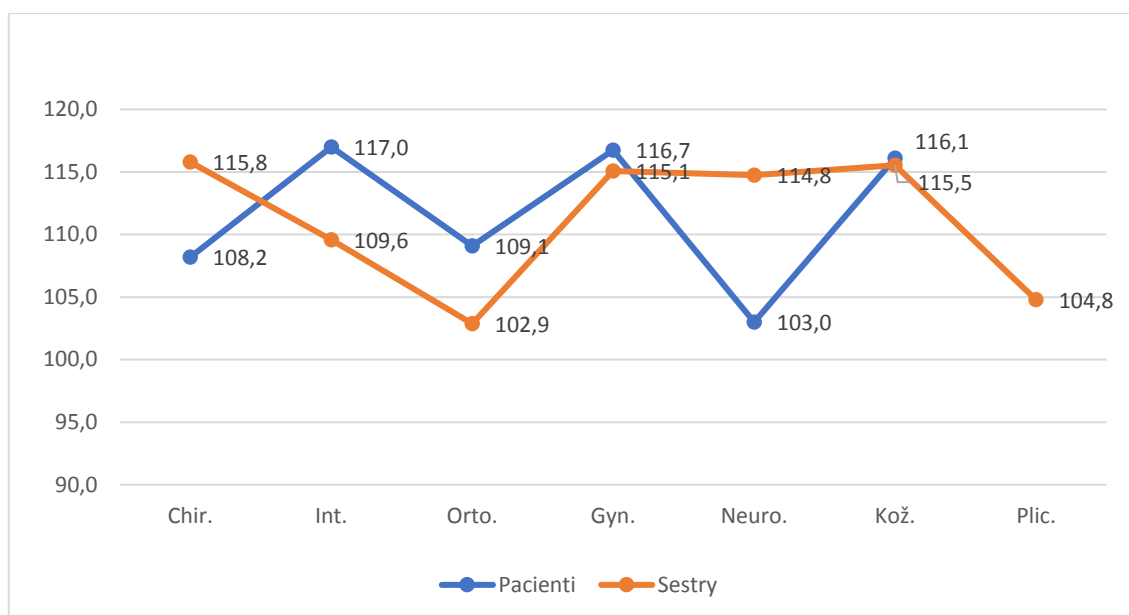
V grafu 6 popisujeme porovnání zjištěného skóre EI vyjádřené pacienty a sestrami ve dvou nemocnicích.



Graf 6 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta - Nemocnice

V grafu 6 vidíme, že v Nemocnici Třebíč dosahují sestry v hodnocení EI průměrného skóre 110 a pacienti v hodnocení EI sester mají průměrné hodnoty 113,5. V Nemocnici Jihlava dosahují sestry v hodnocení EI průměrného skóre 114,1 a pacienti v hodnocení EI sester dosahují průměrné hodnoty 109,7.

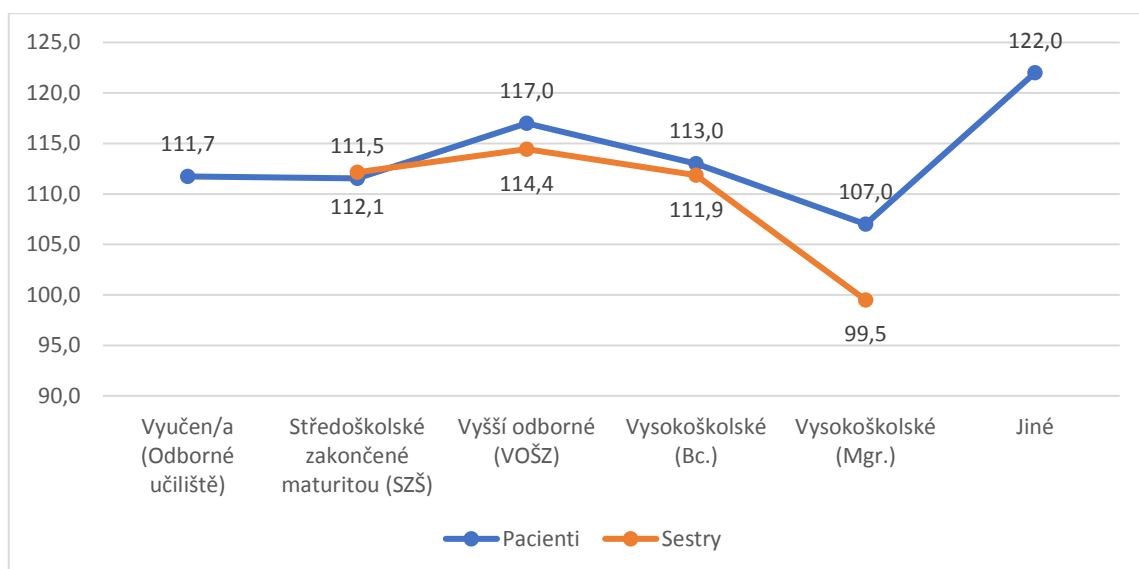
V grafu 7 (s.30) popisujeme porovnání průměrného skóre EI vyjádřené pacienty a sestrami podle oddělení.



Graf 7 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta – Oddělení

V grafu 7 vidíme, že na chirurgickém oddělení sestry mají průměrné skóre 115,8, což je nejvyšší naměřená hodnota ze všech sledovaných oddělení, pacienti na tomto oddělení v hodnocení EI sester dosáhli skóre 108,2. Na interním oddělení sestry v hodnocení EI dosáhly na hodnotu průměrného skóre 109,6, pacienti v hodnocení mají skóre 117, jež je nejvyšší naměřená hodnota ze sledovaných oddělení z řad pacientů. Na ortopedickém oddělení byla u sester získána průměrná hodnota 102,9, což představuje nejnižší skóre ze sledovaných oddělení. U pacientů na ortopedickém oddělení činí tato hodnota 109,1. Na gynekologickém oddělení jsou naměřené hodnoty u sester i pacientů téměř totožné. U sester byla naměřená hodnota 115,1, u pacientů 116,7. Na neurologickém oddělení je u sester naměřené průměrné skóre 114,8, pacienti hodnotili EI sester průměrným skóre 103, tato hodnota je nejnižší naměřená u pacientů ze sledovaných oddělení. Na kožním oddělení stejně jako na gynekologickém jsou naměřené hodnoty téměř stejné – sestry 115,6, pacienti 116,1. Na plicním oddělení hodnotí svůj EI sestry průměrným skóre 104,8, u pacientů nemáme k porovnání žádnou hodnotu, protože nikdo z pacientů dotazník nevyplnil. Z grafu 7 můžeme dále vyčíst, že nejnižší naměřené průměrné skóre u sester i pacientů je na ortopedickém oddělení, naopak nejvyšší naměřené průměrné hodnoty v hodnocení EI sestrami i EI sester z pohledu pacientů je na oddělení gynekologickém a kožním.

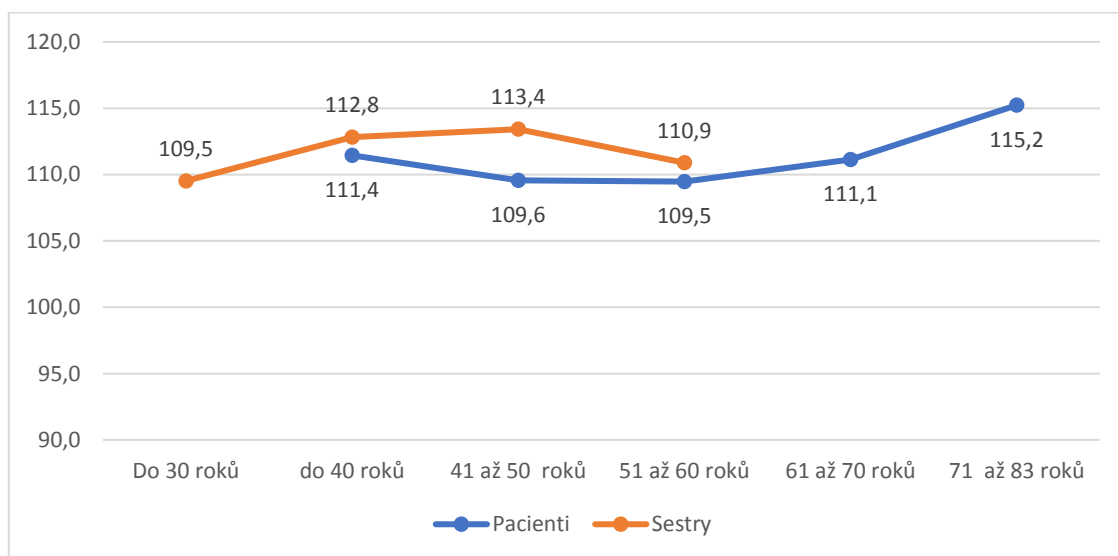
V grafu 8 (s.31) popisujeme porovnání průměrného skóre EI vyjádřené pacienty a sestrami podle vzdělání.



Graf 8 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta - Vzdělání

V grafu 8 vidíme, že při vzájemném porovnání hodnocení EI z pohledu sester i pacientů nejsou patrné velké rozdíly. Nejvyšší průměrné hodnocení EI sester jsme zaznamenali u pacientů se základním vzděláním – 122,0, nejnižší průměrné hodnocení je u vysokoškolsky vzdělaných pacientů – hodnota je 107. U hodnocení EI z pohledu sester je nejvyššího hodnocení dosaženo u sester s vyšším odborným vzděláním – 117. Nejnižší průměrné skóre bylo zaznamenáno u vysokoškolsky vzdělaných sester (Mgr.) – 99,5.

V grafu 9 popisujeme porovnání průměrného skóre EI vyjádřeného pacienty a sestrami podle věku.



Graf 9 Porovnání EI z pohledu sestry a pacienta – Věk

V grafu 9 (s.31) vidíme, že křivka sledující hodnocení EI z pohledu sester s přibývajícím věkem stoupá, kdy nejvyšší kumulace s hodnotou 113,4 je ve věku 41-50 roků, poté je zaznamenán pokles. Nejnižší průměrná hodnota 109,5 je zaznamenána ve skupině do 30 roků. Dynamika křivky sledující hodnocení EI sester z pohledu pacientů má opačný charakter. Nejnižší hodnocení EI je u pacientů ve věku 41–50 roků (hodnota 109) a 51–60 roků (hodnota 109,5). Nejvyšší průměrné skóre je zaznamenáno u pacientů ve věkovém rozmezí 71–83 roků (hodnota 115,2).

VO4: Existuje vztah mezi kardinálními proměnnými EI hodnocené pacientem a věkem pacientů?

V tabulce 3 je testování vztahu mezi kardinálními proměnnými EI hodnocené pacienty a věkem pacientů. Proměnné jsou normálně rozdělené, proto byl použitý parametrický test Pearsonův koeficient součinné korelace.

Tabulka 3 Hodnocení EI sester pacienty Věk

		EI – pacienti
Věk	Pearsonovo r	0,025
	Sig.	0,824
	N	83

Podle Sig.> 0,05 vztah mezi věkem pacienta a jeho hodnocením EI sester není významný (Tab. 3).

VO5: Existuje vztah mezi kardinálními proměnnými EI sester a věkem sester?

V tabulce 4 je testování vztahu mezi kardinálními proměnnými EI sester a věkem sester.

Tabulka 4 Vztah mezi EI sester a jejich věkem

		EI – sestry
Věk	Spearmanovo rho	0,171
	Sig.	0,113
	N	87

V tabulce 4 vidíme, že proměnná věk není u sester normálně rozdělená, proto byl použitý neparametrický test Spearmanův koeficient pořadové korelace. Podle Sig.> 0,05 vztah mezi věkem sestry a její EI není významný (Tab. 4).

VO6: Jsou významné rozdíly v hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice, oddělení?

Na testování rozdílů v hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice a oddělení, jak vidíme v tabulce 5, byly použité neparametrické statistické testy, z důvodu nerovnoměrných početností v porovnávaných skupinách a nenormálního rozdělení EI v porovnávaných skupinách – mezi dvěma skupinami Mann-Whitneyho U test, mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát).

Tabulka 5 Rozdíly v hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami pacientů

		N	Průměrné pořadí	Výsledek testování	
Oddělení	Chir.Ort. Neur.	47	35,09	Chi-kvadrát	13,411
	Int.Plic. Kož.	25	56,98	Df	2
	Gyn.	15	50,3	Sig.	0,001
Pohlaví	Muži	45	41,27	Mann-Whitney	
	Ženy	42	46,93	U	822
				Z	-1,046
Nemocnice	Třebíč	45	47,3	Sig.	0,296
	Jihlava	42	40,46	Mann-Whitney	
				U	796,5
Vzdělání	Základné a učňovské	47	44,68	Z	-1,262
	Středošk.a Vyšší	33	44,3	Sig.	0,207
	Odborné	7	38	Chi-Square	0,435
	Vysokoškolské			Df	2
				Sig.	0,805

Vidíme z tabulky 5, že významný rozdíl je pouze podle oddělení (Sig. <0,01), kde nejnižší hodnocení je z hlediska EI u sester z chirurgického, ortopedického a neurologického oddělení (35,09 dle průměrného pořadí), nejvyšší průměrné pořadí je v druhé podskupině – u hodnocení EI sester z interního, plicního a kožního oddělení (56,98). Při ostatních porovnáních nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

V příloze 8, kde hodnotíme skupinu vzdělání dle jednotlivých domén, byl použitý statistický test mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát). Z přílohy 8 je také vidět, že při porovnáních nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

V příloze 9, kde hodnotíme skupinu pohlaví dle jednotlivých domén, byl použitý statistický test – mezi dvěma skupinami Mann – Whitneyho U test. V příloze 9 byl zjištěn významný rozdíl v doménách adaptabilita (Sig. <0,059), emoční regulace

(Sig. <0,057), rysová empatie (Sig. <0,014) a rysové štěstí (Sig. <0,017). Dále v příloze 9 vidíme, že u žen bylo zjištěno vyšší skóre v doménách adaptabilita (49,6 dle průměrného pořadí), emoční regulace (49,25 dle průměrného pořadí), rysová empatie (50,82 dle průměrného pořadí) a v doméně rysové štěstí (50,56 dle průměrného pořadí). V ostatních porovnáních jednotlivých domén nebyly zjištěny významné rozdíly (Sig. >0,05).

VO7: Jsou rozdíly v EI sester mezi skupinami podle vzdělání, nemocnice, oddělení?

Testování rozdílů v EI sester mezi skupinami podle vzdělání, nemocnice, oddělení je v tabulce 6.

Tabulka 6 Testování EI sester mezi skupinami

		N	Průměrné pořadí	Výsledek testování	
Oddělení	Chir.Ort. Neur.	35	43,94	Chi-kvadrát	1,232
	Int.Plic. Kož.	35	38,64	Df	2
	Gyn.	13	45,81	Sig.	0,54
Nemocnice	Třebíč	43	37,94	Mann-Whitney	
	Jihlava	40	46,36	U	685,5
				Z	-1,591
				Sig.	0,112
Vzdělání	Středoškolské	49	43,62	Chi-Square	2,224
	Vyšší odborné	16	45,34	Df	2
	Vysokoškolské	18	34,61	Sig.	0,329

V tabulce 6 vidíme, že byly použité statistické testy – mezi dvěma skupinami Mann – Whitneyho U test, mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát). Z tabulky 6 je také vidět, že při porovnáních nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

V příloze 12, kde hodnotíme skupinu vzdělání dle jednotlivých domén, byl použit statistický test mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát). Vidíme zde, že významného rozdílu bylo dosaženo v doméně zvládání stresu (Sig. <0,016). V této doméně nejvyššího skóre bylo dosaženo ve skupině sester se středoškolským vzděláním (50,86 dle průměrného pořadí), nejnižšího skóre bylo dosaženo u sester s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Z přílohy 12 také vidíme, že v dalších porovnáních nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

VO8: Jsou rozdíly v hodnocení EI sester pacientem v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami?

V příloze 6 a 7 je rozloženo hodnocení EI sester pacienty v jednotlivých skupinách a mezi jednotlivými doménami.

V příloze 6, kde hodnotíme skupinu nemocnice, vidíme, že byl použitý statistický test – mezi dvěma skupinami Mann – Whitneyho U test. Byl zjištěn významnější rozdíl v doméně nízká impulzivita (Sig.<0,05) a sebeúcta (Sig.< 0,01). Dále v příloze 6 vidíme, že v Nemocnici Třebíč bylo naměřeno vyšší skóre v doméně nízká impulzivita (52,19 dle průměrného pořadí) a v doméně sebeúcta (48,58 dle průměrného pořadí). V porovnání ostatních domén ve skupině nemocnice nejsou zjištěné významné rozdíly (Sign. > 0,05).

V příloze 7, kde hodnotíme skupinu oddělení, byl použitý statistický test mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát). V příloze 7 vidíme, že byl zjištěn významný rozdíl v doméně adaptabilita (Sig. < 0,028), emoční regulace (Sig. < 0,003), rysové empatie (Sig. < 0,043), asertivita (Sig. < 0,000), nízká impulzivita (Sign. < 0,017), zvládání stresu (Sign. < 0,003) a optimismus (Sign. < 0,037).

Dále v příloze 7 vidíme, že vyššího skóre bylo dosaženo na oddělení gynekologie v doméně adaptabilita (58,87 dle průměrného pořadí), emoční regulace (56,73 dle průměrného pořadí) a rysová empatie (53,17 dle průměrného pořadí). Na oddělení interním, plicním a kožním bylo dosaženo vyššího skóre v doménách asertivita (62,48 dle průměrného pořadí), nízká impulzivita (55,1 dle průměrného pořadí), zvládání stresu (55,7 dle průměrného pořadí) a v doméně optimismus (4,6 dle průměrného pořadí). V porovnání ostatních domén ve skupině oddělení nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

VO9: Jsou rozdíly v hodnocení EI sestrami v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami?

V příloze 10 a 11 je rozloženo hodnocení EI sestrami v jednotlivých skupinách a mezi jednotlivými doménami.

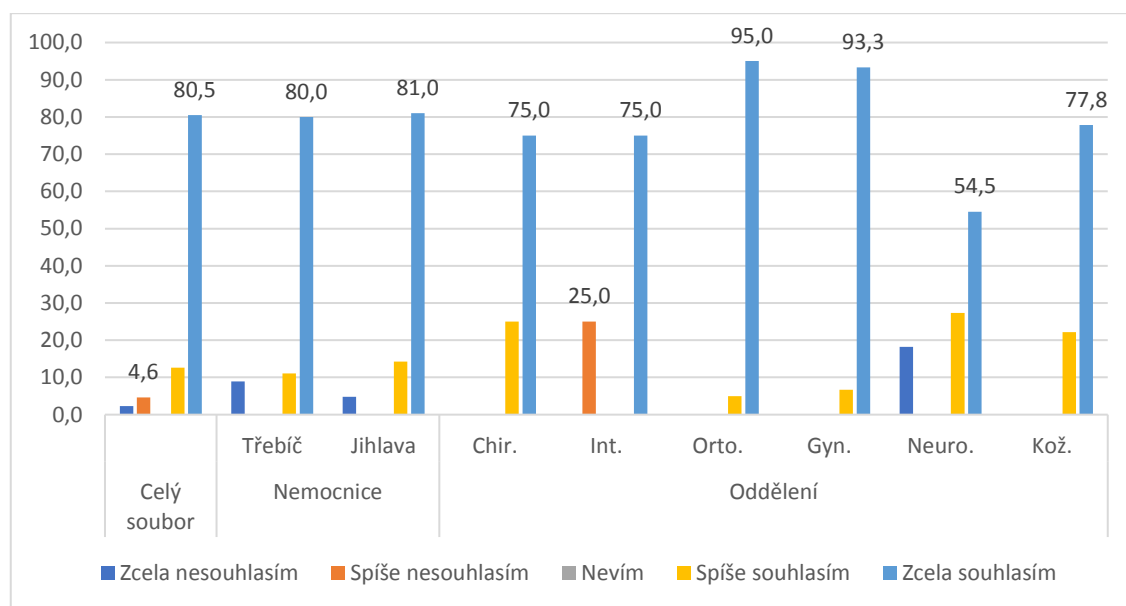
V příloze 10, kde hodnotíme skupinu nemocnice, byl použit statistický test – mezi dvěma skupinami Mann – Whitneyho U test. Byl zde zjištěn významný rozdíl v doméně adaptabilita (Sig. <0,016). Vyššího skóre v této doméně bylo dosaženo v Nemocnici

Jihlava (48,49 dle průměrného pořadí). V ostatních porovnáních jednotlivých domén nebyly zjištěny významné rozdíly (Sig. > 0,05).

V příloze 11, kde hodnotíme skupinu oddělení, byl použit statistický test mezi více skupinami Kruskal Wallisův test (Chí-kvadrát). Vidíme zde, že významného rozdílu bylo dosaženo v doméně zvládání stresu (Sig. <0,010). V této doméně bylo zjištěno vyšší skóre na chirurgickém, ortopedickém a neurologickém oddělení (50,86 dle průměrného pořadí). Z přílohy 11 také vidíme, že v dalších porovnáních nejsou zjištěné významné rozdíly (Sig.> 0,05).

VO10: Je důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem z pohledu sestry, ale i pacienta?

V grafu 10 popisujeme hodnocení tvrzení, zda je komunikace se sestrou pro pacienty důležitá. Jde o doplňující otázku (DO) 1, která je určena pacientům.

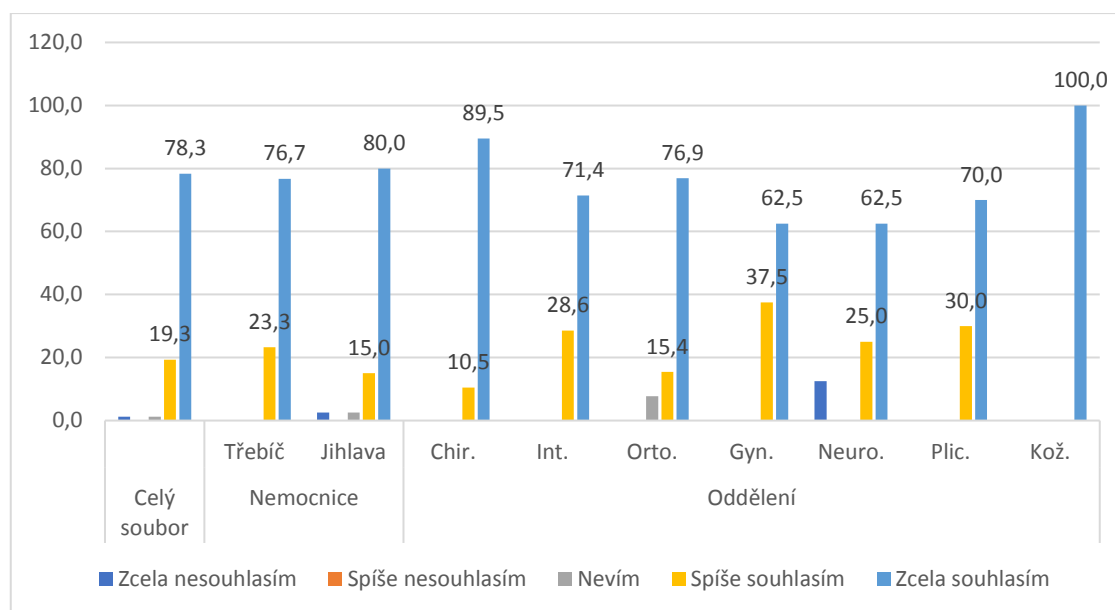


Graf 10 Početnosti (%) odpovědí na DO1 – Pacienti

V grafu 10 vidíme, že z hlediska celého souboru respondentů jsme zjistili, že komunikace je pro pacienty velmi důležitá. S tvrzením zcela souhlasí 70 respondentů (80,5 %), spíše souhlasí 11 respondentů (12,6 %), spíše nesouhlasí 4 respondenti (4,6 %) a zcela nesouhlasím zvolili 2 respondenti (2,3 %). Z hlediska jednotlivých nemocnic, v Nemocnici Třebíč zcela souhlasilo s tvrzením 36 respondentů (80 %), spíše souhlasilo 5 respondentů (11,1 %) a odpověď zcela nesouhlasím zvolili 4 respondenti

(8,9 %). V Nemocnici Jihlava s tvrzením, že komunikace je významná zcela souhlasí 34 respondentů (81 %), spíše souhlasí 6 respondentů (14,3 %) a možnost zcela nesouhlasím zvolili 2 respondenti (4,8 %). Z hlediska oddělení nejvíce souhlasili s tímto tvrzením respondenti z ortopedie v počtu 19 (95 %). Nejméně souhlasu projeвили respondenti na neurologii, kdy možnost zcela nesouhlasím projeвили 2 respondenti (18,2 %) a na interním oddělení spíše nesouhlasí 4 respondenti (25 %).

V grafu 11 popisujeme hodnocení tvrzení, zda je komunikace s pacientem pro sestry významná. Jde o doplňující otázku (DO) 1, která je určena sestrám.



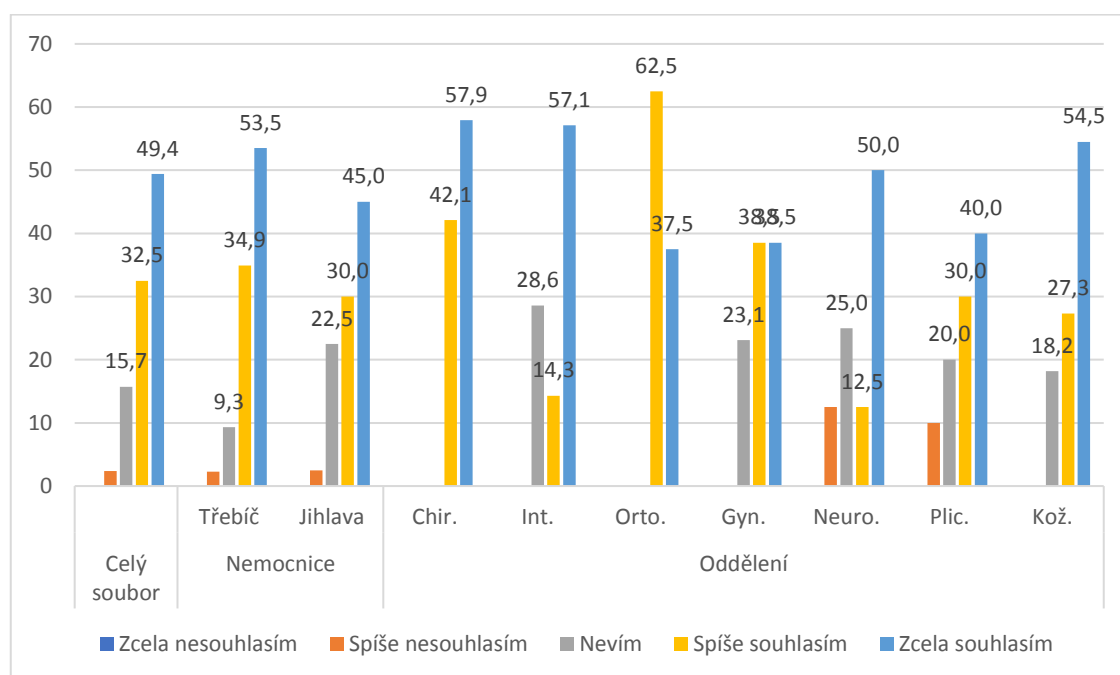
Graf 11 Početnosti (%) odpovědí na DO1 – Sestry

V grafu 11 vidíme hodnocení tvrzení o komunikace mezi sestrou a pacientem. V celém souboru dotazovaných sester zcela souhlasí s tvrzením 65 respondentek (78,3%), spíše souhlasí 16 respondentek (19,3 %), nevím zvolila 1 respondentka (1,2%) a zcela nesouhlasí také 1 respondentka (1,2 %). V Nemocnici Třebíč s tvrzením zcela souhlasí 33 respondentek (76,7 %), spíše souhlasí 10 dotázaných (23,3 %). V Nemocnici Jihlava s tvrzením zcela souhlasí 32 respondentek (80%), spíše souhlasí 6 respondentek (15 %), nevím zvolila 1 respondentka (2,5%) a zcela nesouhlasí také 1 respondentka (2,5 %). V hodnocení tvrzení dle jednotlivých oddělení na kožním oddělení zcela souhlasí 5 respondentek (100%), na chirurgickém oddělení zcela souhlasí 17 respondentek (89,5%) a spíše nesouhlasím zvolily 2 respondentky (10,5%), na ortopedickém oddělení zcela souhlasí 5 respondentek (76,9 %), spíše souhlasí 3 respondentky (15,4 %) a nevím

zvolila 1 respondentka (7,7 %). Na neurologickém oddělení zcela souhlasí s tvrzením 5 respondentek (62,5 %), spíše souhlasí 2 respondentky (25%) a zcela nesouhlasí s tvrzením 1 respondentka (12,5%).

VO11: Má komunikace z pohledu sestry vliv na snížení rizika pochybení?

V grafu 12 popisujeme hodnocení tvrzení, zda má komunikace s pacientem vliv na snížení rizika pochybení. Jde o DO 2, která je určená pro sestry.



Graf 12 Početnosti (%) odpovědí na DO2 – Sestry

V grafu 12 vidíme, že v celém souboru sester zcela souhlasí s tvrzením 41 respondentek (49,4 %), spíše souhlasí 27 respondentek (32,5 %), nevím zvolilo 13 respondentek (15,7 %) a spíše nesouhlasí 2 respondentky (2,4 %). V Nemocnici Třebíč s tvrzením zcela souhlasí 23 respondentek (53,5 %), spíše souhlasí 15 respondentek (34,9 %), nevím zvolily 4 respondentky (9,3 %) a spíše nesouhlasí 1 respondentka (2,3 %). V Nemocnici Jihlava s tvrzením zcela souhlasí 18 respondentek (45 %), spíše souhlasí 12 respondentek (30 %), nevím zvolilo 9 respondentek (22,5 %) a spíše nesouhlasí 1 respondentka (2,5 %). V hodnocení tvrzení dle jednotlivých oddělení na interním oddělení zcela souhlasí 8 respondentek (57,1 %), spíše souhlasí 2 respondentky (14,3 %), nevím zvolily 4 respondentky (28,6 %). Na gynekologickém oddělení zcela souhlasilo 5 respondentek (38,5 %), zcela souhlasilo také 5 respondentek (38,5 %) a nevím zvolily

3 respondentky (23,1 %). Na kožním oddělení zcela souhlasilo 6 respondentek (54,5 %), zcela souhlasily 3 respondentky (27,3 %) a nevím zvolily 2 respondentky (18,2 %). Na plicním oddělení zcela souhlasily s tvrzením 4 respondentky (40 %), zcela souhlasí 3 respondentky (30 %), nevím zvolily 2 respondentky (20 %) a spíše nesouhlasí 1 respondentka (10 %). Na neurologickém oddělení zcela souhlasí s tvrzením 4 respondentky (50 %), spíše nesouhlasí 1 respondentka (12,5 %), nevím zvolily 2 respondentky (25 %) a spíše nesouhlasí 1 respondentka (12,5 %).

3 Diskuze

Sestry jsou v současné době vystaveny velkému tlaku veřejnosti, který vlivem jejich snižujícího se počtu ještě více sílí. Emoční zatížení je přítomné ve všech oblastech, kde je poskytována zdravotní péče a je její nedílnou součástí. Je také důležitý vzájemný vztah zdravotník a nemocný pro správné navození diagnosticko – terapeutické činnosti. Je zde kladen důraz na osobnost sestry, navození vzájemného vztahu sestra – nemocný, respektování potřeb, postojů a chování nemocného, respektování subjektivity nemocného, a to vše v kontextu s prožíváním nemoci jako svízelné situace pacienta (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). V průběhu let je patrné, jak jsou sestry vzdělávány a informovány o různých oblastech, které se týkají jednotlivých složek emoční inteligence a možnostech využití v praxi. V souladu s těmito skutečnostmi bylo hlavním cílem této práce získat důkazy podporující úlohu emoční inteligence u sester v péči o pacienta, nejen z pohledu sester, ale i z pohledu pacienta, abychom získali zpětnou vazbu, zda emoční inteligenci sester vidí a oceňují ji. Výzkumy, které by také přímo zkoumaly vztah EI sester i z pohledu pacienta, nebyly publikovány, s výjimkou Oyur Celika (2017), který zkoumal vztah úrovně EI sestry na chirurgické klinice a spokojenost pacienta.

Důkazy, které jsme získali, jsou popisovány v jednotlivých ČČ ve srovnání s dalšími výzkumy, které byly na téma EI publikovány.

ČČ 1: Zjistit míru EI sester při péči o pacienta a zároveň zjistit, jak jejich EI hodnotí samotní pacienti.

Pro hodnocení jednotlivých položek a míry EI jsme zvolili dotazník TEIQue (Kalinská, Nábělková, Salbot, 2015), který je metodou sebepopisnou a je založen na subjektivních hodnoceních jednotlivých respondentů. Wilhelm (2007 In Schulze, Roberts et al., 2007) napsal, že sebepopisné metody spoléhají na typické chování, jsou vnitřním zhodnocením preferencí, zkrácení odpovědí může být značné zvláště tam, kde o něco jde. Kalinská a Salbot (2011) konstatovali, že jde o sebepopisné hodnocení, má potenciál přinést výsledky o vnitřních procesech a zkušenostech, validita výpovědí je ovšem vázaná na sebereflexi dotazovaných. V tomto výzkumu jsme zjistili při vzájemném porovnání hodnocení EI sester a z pohledu pacientů, že rozdíly byly minimální a hodnoty velmi vyrovnané. U EI sester jsme naměřili hodnoty v rozmezí 86-139, hodnota průměrného skóre 111,9; s hodnotou mediánu 112, mezikvartilové

rozpětí je 105–119. Naměřené hodnoty EI sester z pohledu pacienta byly v rozmezí 81–145, hodnota průměrného skóre 117,7 a hodnota mediánu 111, mezikvartilové rozpětí je 104–118. Naměřené hodnoty při vzájemném pozorování nám ukázali, že EI je důležitým pojítkem při péči o pacienta. I Bulmer Smith et al. (2009 In Juhásová, 2013), upozorňuje, že právě emoce jsou základem ošetrovatelské praxe a mají vliv na kvalitu této péče. Ke stejnému názoru dospěli ve svém výzkumu E. a D. Codier (2015), kde poukazují i na vzájemný vztah mezi mírou EI sester a pocitem pacientů, že jsou sestry pečlivé. Toto vnímání je spjato s důvěrou v poskytovatele služeb, může to ovlivnit sílu léčebného vztahu, zlepšit motivaci pacienta v dodržování režimu péče. Tím dochází k urychlení uzdravení, snížení nákladů a rizika komplikací. Cíl byl splněn.

ČC 2: Zjistit, jakého dosáhly průměrného skóre v jednotlivých doménách EI sestry a jaké bylo průměrné skóre v jednotlivých doménách EI u pacientů, kteří vnímali sestry v péči o ně samotné.

Při hodnocení jednotlivých položek jsme dle aritmetického průměru zjistili, že lépe EI sester hodnotí pacienti v oblasti sociability, dle jednotlivých domén je to asertivita, management emocí a sociální uvědomělost. Dle Kalinské a Salbota (2011) je sociabilita oblast, která je zaměřená na sociální vliv a sociální vztahy, na jasnou a důvěrnou komunikaci s lidmi různého původu a sociálního prostředí. Dále lépe hodnotili pacienti EI sester v oblasti sebekontroly, dle subškál jde o nízkou impulzivitu a zvládání stresu. Sebekontrola je zaměřena na zdravý stupeň sebekontroly nad svými emocemi, a díky tomu je zde dobrá regulace vnější zátěže a stresu. Tato oblast je v pozitivním smyslu spojená se svědomitostí (Kalinská, Salbot, 2011). Bradberry a Graves (2007) toto hodnocení doplňují. Popisují, že zvládání situací pomocí emoční inteligence nám pomáhá mírnit stres, který vzniká při těžkých situacích. Lépe hodnotí pacienti EI sester i v oblasti well – beingu, dle domén je to sebeúcta (9,10) a optimismus. Kalinská a Salbot (2011) do této oblasti zahrnují osoby prožívající pohodu, úspěch, který sahá od minulosti do budoucnosti, myslí pozitivně, šťastně a naplněně. Nutno zmínit, že v této oblasti pacienti hodnotí EI sester nejvýše ze všech 15 domén, při hodnotícím rozmezí u pacientů 5,79 – 9,10. Lze tedy vyvodit závěr, že pacienti hodnotí vysoko pozitivitu, pohodu a radost. K podobným závěrům dospěla i Břemková (2012), kde ve svém výzkumu poukázala na vzájemnou silnou souvislost mezi EI a subjektivní pohodou. Nutno ale zmínit, že výzkum byl prováděn pouze u zdravotnických pracovníků. Dále lépe hodnotí pacienti EI sester v oblasti emoční exprese, která spadá

do oblasti emocionality. Kalinská a Salbot (2011), zmiňují, že do oblasti emoční exprese spadají lidé, kteří dokáží slovy přesně vyjádřit své pocity a myšlenky.

Při hodnocení EI sester v jednotlivých doménách, jsme zjistili, že lépe se hodnotí sestry v oblasti emocionality, zejména v emoční percepci, vztahové kompetenci a rysové empatii. Kalinská a Salbot (2011) popsali, že lidé v oblasti emocionality umí pracovat se svými emocemi, stejně tak i emocemi druhých lidí, dokáží vnímat a vyjadřovat emoce, dokáží tyto vlastnosti využít k rozvoji osobních vztahů. V pozitivním smyslu je tato oblast spojena s pracovní motivací a sociálně směřované pracovní oblasti. Další oblastí, ve které se hodnotily sestry EI lépe, je oblast sebekontroly v doméně emoční regulace (8,11). V této doméně bylo naměřeno nejvyšší skóre při hodnotícím rozmezí u sester 6,23 – 8,11. Kalinská a Salbot (2011) popisují, že specifikou této domény je umění krátko-, středně – a dlouhodobě regulovat své city a emocionální stavy, umění změnit nepříjemné nálady na příjemné díky svému nadhledu a úsilí. Lepšího hodnocení dosáhly sestry v oblasti sebemotivace a adaptability. Poslední doménou, kde EI sestry lépe hodnotily bylo rysové štěstí, které spadá do oblasti well-beingu. Kalinská a Salbot (2011) rysové štěstí hodnotí jako oblast příjemných emocí směřovaných k přítomnosti a budoucnosti, lidé v této oblasti jsou veselí a mají ze sebe dobrý pocit.

Při vzájemném porovnání hodnocení mezi pacienty a sestrami můžeme konstatovat, že pacienti EI sester hodnotí lépe v 8 doménách, sestry hodnotí EI lépe v 7 doménách. Tento trend je velmi pozitivní, poukázal na jednotlivé silné stránky EI sester a nastínil, které části EI byly vnímané jako zásadní u pacientů a které u sester. Beníšek, Chvátalová (2009), popisují, že emoční inteligence nám pomáhá při řešení problémů a napomáhá zaujmout postoj k této situaci adaptivním způsobem. To, jak se se situací vyrovnáme, se odráží i v mezilidských vztazích, zejména při komunikaci s kolegy a pacienty, napomáhá lépe pochopit motivy jednání a chování. To je ve vzájemné shodě s našimi výsledky. Pacienti u sester vyzdvihují sociální vztahy, jasnou a důvěrnou komunikaci, kontrolu emocí, vyrovnání se se zátěží a stresem, svědomitost, optimismus, pohodu a radost. Sestry u sebe vyzdvihují pracovní motivaci, schopnost vytvářet příjemné prostředí, pozitivní myšlení a mají ze své práce dobrý pocit. Soulad těchto vlastností vede ke kvalitní péči o pacienta a příjemnému pracovnímu prostředí. Tímto byl cíl splněn.

ČC 3: Porovnat průměrné skóre EI hodnocené pacienty a sestrami podle jednotlivých kritérií (nemocnice, na různých odděleních, podle vzdělání a věku).

Při hodnocení kritéria nemocnice nemůžeme jednoznačně konstatovat, že pacienti hodnotí EI sester lépe než sestry samotné a naopak. V jednotlivých porovnáních jsme zjistili, že v Nemocnici Třebíč lépe hodnotí EI sester pacienti (113,5), a to oproti EI, kterou hodnotí sestry (110,0). V Nemocnici Jihlava tomu bylo naopak, EI lépe hodnotí sestry (114,1), oproti hodnocení EI sester pacienty (109,7). Dále je z výzkumu patrné, že v hodnocení EI sester pacienty mezi nemocnicemi dosáhli vyššího skóre v Třebíči (113,5) oproti Nemocnici Jihlava (109,7). V Nemocnici Jihlava dosáhly vyššího skóre v hodnocení EI sestry (114,1) oproti Nemocnici Třebíč (110,0).

Při hodnocení kritéria oddělení jsme zjistili velký rozptyl v naměřených hodnotách EI jak ze strany pacientů (103,0 – 117,0), tak i ze strany sester (102,9 – 115,8). Dle výsledků nelze jednoznačně říct, že interní obory dosáhly vyššího skóre než chirurgické obory. Nejvyšší naměřené hodnoty při hodnocení EI sester pacienty byly velmi vyrovnané, a to na oddělení interním, gynekologickém a kožním. Nejnižšího skóre dosáhlo oddělení neurologické, chirurgické a ortopedické. Při hodnocení EI sestrami na jednotlivých odděleních bylo zjištěno, že nejvyšší průměrné skóre má téměř totožnou hodnotu na oddělení chirurgickém, kožním, gynekologickém a neurologickém. Nejnižšího skóre bylo dosaženo na oddělení ortopedickém, plicním a interním. Téměř totožného skóre dosáhli při hodnocení EI jak sestry (115,1), tak i pacienti (116,7) na oddělení gynekologickém. Je třeba zdůraznit fakt, že na obou stranách je 100% zastoupení žen. Podobného skóre bylo dosaženo při hodnocení EI u sester (115,5) i pacientů (116,1) na oddělení kožním. Nejnižší vzájemné skóre při hodnocení EI sestrami (102,9) a pacienty (109,1) bylo na oddělení ortopedickém.

Dle kritéria vzdělání nebyly při vzájemném porovnání hodnocení EI patrné značné rozdíly. Nicméně zajímavý trend jsme zaznamenali při hodnocení jednotlivých dosažených hodnot. Nejvyšší průměrné hodnocení EI sester bylo zaznamenáno u pacientů se základním vzděláním (122,0), nejnižší hodnocení bylo naopak zaznamenáno u vysokoškolsky vzdělaných pacientů – Mgr (107,0). Při těchto naměřených hodnotách lze jen předpokládat, na jakém základě pacienti hodnotí EI sester v těchto dvou skupinách. U pacientů se základním vzděláním lze usuzovat, že jde o čistě emotivní rozhodování. U pacientů s vysokoškolským vzděláním by mohlo hrát roli větší očekávání od sester a větší orientace na svou osobu. U hodnocení EI sester bylo nejvyšší skóre naměřeno u sester s vyšším odborným vzděláním (117 dle

průměrného skóre), naopak nejnižší hodnoty byly naměřeny u vysokoškolsky vzdělaných sester – Mgr (99,5 dle průměrného skóre). Ve srovnání s výzkumem Juhásové, Ilievové a Baumgartnera (2013), který hodnotí EI sester a její úlohu v ošetrovatelství, dosáhly naopak nejvyšších hodnot (dle průměrného pořadí) právě sestry s vysokoškolským magisterským vzděláním.

Dle kritéria věk jsme zjistili, že hodnocení EI z pohledu sester s přibývajícím věkem stoupá, kdy nejvyšší hodnoty byly zjištěny ve věku 41–50 roků, poté byl zaznamenán pokles. Nejnižší průměrná hodnota je zaznamenána ve skupině do 30 roků. Matulníková (2011 In Juhásová, Ilievová, Baumgartner, 2013) zmiňuje, že u mladších sester emocionalita prochází mnoha zátěžemi, jako je např. rozhodování sestry při nástupu, zda chce patřit ke kvantitě, nebo kvalitě a nejednou se dostává do rozporu s byrokracií, profesionální a pracovní rolí. Zde lze také usuzovat, že nízké hodnocení může být ovlivněné i délkou praxe a množstvím zkušeností nebo dosaženým vzděláním.

Při hodnocení EI sester z pohledu pacientů jsme zjistili opačný trend. Nejnižší hodnocení je u pacientů ve věku 41–50 roků a 51–60 roků. Nejvyšší průměrné skóre v hodnocení EI sester bylo u pacientů ve věkovém rozmezí 71–83 roků. Tyto výsledky neodpovídají konstatování Juhásové (2013), že na základě praktických zkušeností vše nasvědčuje tomu, že sestry neumí ovládat svoje emoce nebo je projevit na základě proběhlé kognitivní kontroly, sestry nejsou u pacientů vnímány pozitivně a jsou v péči o geriatrického pacienta neutrální. Výsledek má dvě strany. Na jedné straně je to věk, kdy jsou pacienti vděční a spokojeni se vším. Na straně druhé poukazuje na to, že pacienti v tomto věku sledují, kdo a jak jim péči poskytuje. Toto zjištění je podpořeno výzkumem E. a D. Codier (2015), kde zjistili vzájemnou souvislost mezi EI sester a vnímáním pacientů, jak jsou sestry pečlivé. Toto vnímání je základem pro vytvoření důvěry v toho, kdo pečuje, urychlení uzdravovacího procesu a předcházení komplikací. Vzhledem k tomu, že u této věkové skupiny lze předpokládat opakovanou nebo dlouhodobou hospitalizaci s větší závislostí na péči sester, můžeme díky zjištěným výsledkům pokračovat v udržování vzájemné důvěry a tím urychlit proces uzdravení. Cíl byl splněn.

ČC 4: Zjistit vztah mezi kardinálními proměnnými EI sester a jejich věkem a zároveň mezi kardinálními proměnnými EI hodnocené pacientem a věkem pacientů.

Ve vztahu kardinálních proměnných EI sester a jejich věkem, při normálním rozdělení proměnné a použití neparametrického testu (Spearmanovo r 0,171; N 87) lze konstatovat, že dle $\text{Sig.} > 0,05$ tento vztah není významný. Ve svém výzkumu o EI sester a její úloze v ošetřovatelství Juhásová, Ilievová, Baumgartner (2013) dospěli ke stejnému závěru, že není statisticky významný rozdíl v úrovni EI u sester jako rysu s ohledem na jejich věk, výzkum byl prováděn pomocí dotazníku SEIS.

Ve vztahu kardinálních proměnných EI sester hodnocené pacienty a věkem pacientů, při normálním rozdělení proměnné a použité parametrického testu (Pearsonovo r 0,025; N 83) jsme zjistili, že dle $\text{Sig.} > 0,05$ tento vztah také není významný.

Pozitivní hodnotou bylo zjištění, že hodnocení míry EI sester z pohledu pacienta i sester samotných není limitováno věkem. Zde nemáme k dispozici žádný výzkum, který by bylo možné porovnat s těmito výsledky. Cíl byl splněn.

ČC 5: Zjistit signifikantní rozdíly v hodnocení EI sester pacienty a v EI sester mezi skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice, oddělení.

Ve skupině oddělení při hodnocení EI sester pacienty jsme zjistili podle $\text{Sig.} < 0,01$ významný rozdíl. Nejnižší hodnoty dle průměrného pořadí byly naměřeny na oddělení chirurgickém, ortopedickém a kožním. V podobném prostředí, na chirurgické klinice, prováděl výzkum i Oyrur Celik (2017), kde prokázal přímou souvislost mezi úrovní EI sester a spokojeností pacientů. Zde byly naměřeny vyšší hodnoty EI sester i hodnoty spokojenosti pacientů. V našem výzkumu jsme zjistili výsledky odlišné. Nízké hodnoty naměřené dle průměrného pořadí byly shodné s nízkými hodnotami EI sester hodnocené pacienty dle průměrného skóre na oddělení chirurgickém, ortopedickém a neurologickém. Ovšem hodnocení EI ze strany sester na stejných odděleních jsou s těmito hodnotami v rozporu. Lze usuzovat, že nízké hodnocení pacientů může být ovlivněno průměrnou délkou hospitalizace na chirurgických oborech (pouze 3,5 dne) ve spojení se stresujícími výkony, kterým jsou pacienti vystaveni.

V ostatních porovnávaných skupinách pohlaví, nemocnice a vzdělání nebyly zjištěny významné rozdíly ($\text{Sig.} > 0,05$). Dále lze konstatovat, že ve skupině vzdělání dle jednotlivých domén nebyly zjištěny významné rozdíly ($\text{Sig.} > 0,05$).

Při hodnocení EI sester pacienty ve skupině pohlaví dle jednotlivých domén významné rozdíly zjištěny byly v doménách adaptabilita (Sig. <0,059), emoční regulace (Sig. <0,057), rysová empatie (Sig. <0,014) a rysové štěstí (Sig. <0,017). Ve všech těchto doménách bylo zaznamenáno vyšší skóre u žen pacientek, které hodnotily EI sester.

Při hodnocení EI sester jsme nezjistili mezi skupinami oddělení, nemocnice a vzdělání významné rozdíly (Sig. > 0,05). Ovšem při hodnocení skupiny vzdělání dle jednotlivých domén byl zjištěn významný rozdíl v doméně zvládání stresu (Sig. <0,016). Je zajímavé, že zvládání stresu ve skupině sester lépe hodnotí středoškolsky vzdělané sestry oproti vysokoškolsky vzdělaným sestrám a sestrám s vyšším vzděláním. Je otázkou, zda je toto rozdílné hodnocení dané většími kompetencemi, větší zodpovědností a zda by stejné hodnoty byly naměřeny, pokud by vzorek respondentek měl rovnoměrné zastoupení. Je zde totiž nutné připomenout, že testovací vzorek je nesouměrný a středoškolsky vzdělané sestry jsou zastoupeny větším procentem. Nicméně vysokoškolsky vzdělané sestry by se měly umět orientovat v problematice zvládání stresu díky svému dosaženému vzdělání. Ve svém výzkumu to potvrzují Barriball, Fitzpatrick a Roberts (2010) při zkoumání EI a jejího vztahu ke stresu, zvládání stresu, pohody a profesionální výkonnosti u studentů ošetrovatelství. Zdůrazňují zde, že EI je praktická konstrukce, která pomáhá jednotlivcům umět se vypořádat a méně prožívat stres a tím přispívat ke zdravému a stabilnímu pracovnímu prostředí. Vzájemný vztah pracovního stresu, pracovní pohody a EI u komunitních sester zkoumali Karimi, Leggat a Donahue (2013), zjištěním bylo, že jak emoční práce, tak i EI jsou klíčovými faktory při ochraně sester před stresem, zvyšují efektivitu práce, sestry jsou více ochotné zůstat ve svých pracovních pozicích a zlepšit se spolupráce s pacienty. V dalších porovnáních nejsou zjištěny významné rozdíly (Sig. > 0,05). Cíl byl splněn.

ČC 6: Zmapovat rozdíly v hodnocení EI sester pacientem a sestrami samými v zařízeních (nemocnice, oddělení) a mezi jednotlivými doménami.

Při hodnocení EI sester z pohledu pacienta i z pohledu sester ve skupině nemocnice jsme nezjistili významné rozdíly. Výjimka byla pouze při hodnocení EI sester z pohledu pacienta, a to v doméně nízká impulzivita (Sig. <0,05) a sebeúcta (Sig. <0,01), kde vyšší skóre dle průměrného pořadí bylo v Nemocnici Třebíč oproti Nemocnici Jihlava.

Při hodnocení EI sestrami byla výjimka v doméně adaptabilita (Sig. <0,016), a to v Nemocnici Jihlava.

Při hodnocení EI sester z pohledu pacienta ve skupině oddělení byl zjištěn významný rozdíl v doménách adaptabilita (Sig. <0,028), emoční regulace (Sig. <0,003) a rysová empatie (Sig. <0,43) na oddělení gynekologickém. Tyto výsledky jsou ve shodě s výsledky hodnocení dle pohlaví. V obou případech jde o vyjádření respondentů – žen. Kalinská a Salbot (2011) popisují, že lidé v těchto oblastech umí nahlížet na situaci očima druhého, umí dobře konverzovat a vyjednávat, protože chápou potřeby druhých, mají svoje emoce pod kontrolou. A právě tyto vlastnosti pacientky u sester vyzdvihují. Další významné rozdíly jsme zjistili v doménách asertivita (Sig. <0,000), nízká impulzivita (Sig. <0,017), zvládání stresu (Sig. <0,003) a optimismus (Sig. <0,037). Vyšší skóre těchto domén bylo zjištěno na oddělení interním, plicním a kožním. Při hodnocení EI sestrami jsme zjistili významný rozdíl pouze v doméně zvládání stresu, kde vyššího skóre dosáhly sestry na oddělení chirurgickém, ortopedickém a kožním. V ostatním doménách ve skupině oddělení, nebyly nalezeny významné rozdíly, a to jak z pohledu pacienta, tak z pohledu sester. Cíl byl splněn.

ČC 7: Zjistit důležitost komunikace mezi sestrou a pacientem a její vliv na snížení rizika pochybení.

Bánovčinová, Bubeníková (2011) citují Kopřivu (2006), že klienti u ošetřujících osob hodnotí zejména komunikační, interakční a osobnostní vlastnosti. Dále zmiňují, že nejpočetnější skupinu představují sestry, které denně komunikují s množstvím pacientů a jejich příbuznými. Obě tyto skupiny jsou vystaveny velkému tlaku, strachu a obavám o svůj život nebo život svého blízkého. Prožívají psychické i fyzické utrpení a stres. Vlivem této zátěže jsou velmi citliví na negativní projevy ve svém okolí. Ke zvládnutí této situace je nutné vytvořit dobrý vztah založený na vzájemné důvěře, spolupráci a respektu.

Při hodnocení důležitosti komunikace mezi sestrou a pacientem jsme zjistili skutečnost, že pro více jak 80 % pacientů je komunikace se sestrou velmi důležitá. A to bez rozdílu nemocnice, ve které se respondenti nacházeli. Nejvíce oceňují komunikaci se sestrami pacienti z ortopedického a gynekologického oddělení. Názor sester na komunikaci byl téměř totožný, pro 78,3 % sester je komunikace důležitá. Nejvíce byla hodnocena komunikace na kožním a chirurgickém oddělení.

Při hodnocení doplňující otázky, zda má komunikace z pohledu sestry vliv na snížení rizika pochybení, jsme zjistili překvapivé výsledky. Zde již proti hodnocení důležitosti komunikace není dosaženo tak vysokého procenta, zcela souhlasilo pouze 49,4 % a spíše souhlasilo 32,5 %, nevím 15,7 % a spíše nesouhlasím 2,4 %. Na odděleních interním, gynekologickém, neurologickém a plicním více jak 20 % sester neví, zda má komunikace vliv na snížení rizika pochybení.

Tyto informace, které jsme získali, jsou zásadní. Z pozitivního hlediska je třeba ocenit snahu o komunikaci i vysoké hodnocení důležitosti. Z negativního hlediska poměrně vysoké procento sester nepřikládá komunikaci a jeho vlivu takový důraz. A to i přes to, že komunikace je jeden z rezortně bezpečnostních cílů a je předpokladem pro bezpečnou péči. Výzkumem, který zjišťoval vzájemný vztah mezi EI sester, komunikací a bezpečnou péčí o pacienty, se zabývali E. a D. Codier (2015). Je zde zmíněno, že až 80 % pochybení pochází z chybné komunikace mezi poskytovateli péče a pacienty. V tomto výzkumu zdůrazňují, že lepší komunikace může posilovat dovednosti v oblasti EI sester, jako je porozumění sobě samým i emocím pacientů, což snižuje riziko aktivních i latentních chyb a vede ke zvýšení bezpečnosti pacienta.

Cíl byl splněn.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Při současném emočním zatížení sester při péči o pacienta, navrhuje:

- Ve výuce ve studijních programech škol se zdravotnickým zaměřením ve všech úrovních zvyšovat a posilňovat emoční inteligenci. V praxi by pak sestry mohly lépe čelit emočním nárokům, jak ze strany pacientů, tak i ze strany provozu, byla by zvýšena efektivita péče.
- Další rozvoj emoční inteligence v praxi, aby se na tomto rozvoji podílel i zaměstnavatel, který by umožnil rozvoj a trénink v této oblasti. Při správném využití emoční inteligence dochází mezi sestrou a pacientem k lepšímu porozumění, navození vzájemné důvěry a tím ovlivnění uzdravovacího procesu.
- Posílení vědomí o důležitosti komunikace, zdůraznění faktu, že komunikace patří mezi rezortně bezpečnostní cíle a patří mezi základní pilíře bezpečné péče. A to formou interních sdělení, auditů nebo školení.
- Podílet se na zlepšování pracovního prostředí sester a zvyšovat jejich motivaci, aby byl stávající trend udržitelný, popř. byl dále rozvíjen a zlepšován, např. poskytování zaměstnaneckých benefitů, ocenění práce ze strany zaměstnavatele, zabezpečení dostatečného personálního obsazení, a to na všech úrovních.
- Provést navazující výzkum v dalších nemocnicích, který by poskytl srovnávací informace.

Závěr

Sestra má v péči o pacienta nezastupitelnou roli. Je pacientovi nablízku při každé situaci, která ho v nemocničním zařízení potká. Je první osobou, na kterou se pacienti obrací. Pacient, který se nachází ve složité roli, je velmi vnímavý vůči chování a přístupu sester. Emoční zatížení, kterému jsou sestry při tomto kontaktu vystaveny, je zřejmé a je nedílnou součástí poskytované péče. To, jak tuto situaci sestry zvládají, je otázkou emoční inteligence. V souvislosti s těmito fakty bylo hlavním cílem této práce najít důkazy, které by podporovaly úlohu emoční inteligence sester v péči o pacienta. V rámci objektivitu nás zajímal nejen názor sester, ale i pacientů.

Abychom získali ucelený obraz o emoční inteligenci, byla v první části popsána historie EI od 20 let minulého století po současnost, rozvoj jednotlivých teorií od nevýznamnějších autorů a rozlišení modelů EI, které mají své klíčové charakteristiky i svůj vědecký základ v jednotlivých nástrojích měření. Současně jsme popsali osobnost sestry a její souvislost s emoční inteligencí. Také jsme zmínili několik výzkumů, které byly o EI v ošetrovatelství publikovány.

Druhá část se zabývá samotným výzkumem, kde jsme zjišťovali úroveň EI z pohledu sester i z pohledu pacientů, EI v jednotlivých doménách a dle demografických údajů – nemocnice, oddělení, vzdělání a věk a také jsme se zaměřili na komunikaci mezi sestrou a pacientem. Data jsme získali kvantitativním výzkumem, pomocí dotazníkového šetření. Byl použitý dotazník TEIQue – SF, který obsahuje 15 domén – rysová empatie, emoční percepce, emoční exprese, vztahová kompetence, management emocí, asertivita, sociální uvědomělost, optimismus, rysové štěstí, sebeúcta, emoční regulace, nízká impulzivita, zvládání stresu, adaptabilita a sebemotivace. Tento dotazník měl modifikované otázky pro sestry i pacienty, byl doplněn o otázky vlastní konstrukce. Zvolili jsme jej, protože jde o sebepopisnou metodu a je založen na subjektivních hodnoceních respondentů. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 170 respondentů, z nichž bylo 83 sester a 87 pacientů. K vyhodnocení jsme použili deskriptivní metody, statistické testy mezi dvěma a více skupinami a neparametrický test.

Z výzkumu vyplývá, že hodnocení EI sester z pohledu pacienta i sester bylo dle hodnot velmi vyrovnané a rozdíly jsou minimální. Většina naměřených hodnot byla okolo středu a v mezikvartilovém rozpětí. Vzájemná shoda výsledků v hodnocení EI sester

pacienty i sestrami samotnými nám ukázala, že EI je důležitým prvkem v péči o pacienta.

Pozitivním zjištěním bylo, že pacienti lépe hodnotí EI sester v 8 doménách – asertivita, management emocí, sociální uvědomělost, nízká impulzivita, zvládání stresu, optimismus, emoční exprese a sebeúcta. Doména sebeúcta je nejlépe hodnocenou ze všech 15 domén. Z toho vyplývá, že pacienti oceňují zejména pozitivitu, pohodu a radost. Sestry EI hodnotí lépe v 7 doménách – adaptabilita, emoční percepce, vztahová kompetence, sebemotivace, rysová empatie a rysové štěstí. Doménu emoční regulace nejvýše hodnotily sestry ze všech 15 subškál. Z toho jsme zjistili, že sestry oceňují umění regulovat své city a emocionální stavy, umění změnit nepříjemné nálady na příjemné díky svému nadhledu a úsilí. Toto hodnocení vnímám jako velmi pozitivní, protože jasně ukazuje, které stránky EI oceňují sestry a které části EI jsou zásadní pro pacienty.

Dále jsme hodnotili EI sester z pohledu pacienta i sester dle jednotlivých kritérií – nemocnice, různá oddělení, vzdělání a věk. Při hodnocení kritéria nemocnice nemůžeme jednoznačně konstatovat, že pacienti hodnotí EI sester v obou nemocnicích lépe než sestry samotné a naopak. Co je zjevné, že EI sester hodnotili pacienti lépe v Nemocnici Třebíč, EI z pohledu sester byla lépe hodnocena v Nemocnici Jihlava. Při hodnocení kritéria oddělení nelze jednoznačně říct, že interní obory dosáhly vyššího skóre než obory chirurgické. V hodnocení EI panoval velký rozptyl jak na straně sester, tak i na straně pacientů. Největší shoda byla zaznamenána v hodnocení EI sester pacienty a EI sester na gynekologickém oddělení. Kde je na obou stranách 100 % zastoupení žen. Podobných výsledků bylo dosaženo na oddělení kožním. U hodnocení kritéria vzdělání jsme zjistili skutečnost, že nejlépe hodnotili EI sester pacienti se základním vzděláním, naopak nejnižší hodnocení EI sester bylo zaznamenáno u vysokoškolsky vzdělaných pacientů. Zde se lze jen domnívat, co stojí za rozhodováním v těchto dvou skupinách. U pacientů se základním vzděláním lze usuzovat, že jde o čistě emotivní rozhodování. U pacientů s vysokoškolským vzděláním by mohlo hrát roli větší očekávání od sester a větší orientace na svou osobu. Ve vzájemné shodě s hodnocením pacientů bylo i hodnocení EI sester, kdy nejnižší hodnocení bylo zaznamenáno u vysokoškolsky vzdělaných sester. Tento výsledek je pro nás překvapením, na základě vysokoškolského vzdělání sester je teoretický předpoklad, že sestry jsou si vědomy svých hodnot a jsou schopné identifikovat emoce své i pacientů, podle toho přizpůsobit své jednání.

Při hodnocení kritéria věk jsme došli k zajímavým výsledkům. Zjistili jsme, že nejvyššího skóre EI dosáhly sestry, ve věkovém rozmezí 41–50 roků. EI sester hodnotili nejvýše pacienti, jejichž věk byl mezi 71–83 roky. Výsledek má dvě strany. Na jedné straně poukazuje na to, že pacienti ve věkovém rozmezí 71–83 roků jsou vděční a se vším spokojeni. Na straně druhé ale také sledují a vnímají, kdo a jak jim poskytuje péči.

Při rozboru kardinálních proměnných EI sester a jejich věkem, EI sester hodnocené pacienty a věkem pacientů jsme zjistili, že tyto vztahy nejsou významné.

Zjišťovali jsme také signifikantní rozdíly v hodnocení EI sester pacienty a v EI sester mezi jednotlivými skupinami pacientů podle pohlaví, vzdělání, nemocnice a oddělení. Signifikantní rozdíly byly zjištěny ve skupině oddělení (Sig. $<0,01$), kde nejnižšího skóre bylo zaznamenáno na oddělení chirurgickém, ortopedickém a kožním. Lze usuzovat, že nízké vnímání EI sester ze stran pacientů může být ovlivněno délkou hospitalizace, ve spojení se stresujícími výkony, kterým jsou pacienti vystaveni. Další signifikantní rozdíly byly zaznamenány ve skupině pohlaví dle jednotlivých domén. Kde vyšší skóre bylo zaznamenáno u respondentů – žen, které hodnotily EI sester, a to v doménách adaptabilita (Sig. $<0,059$), emoční regulace (Sig. $<0,057$), rysová empatie (Sig. $<0,014$) a rysově štěstí (Sig. $<0,017$).

Při hodnocení EI sester dle jednotlivých domén byl zjištěn signifikantní rozdíl ve skupině vzdělání v doméně zvládání stresu (Sig. $<0,016$). Zde překvapivě dosáhly vyššího hodnocení středoškolsky vzdělané sestry oproti vysokoškolsky vzdělaným sestrám a sestrám s vyšším vzděláním. Je otázkou, zda rozdílné hodnocení ovlivňují kompetence, větší odpovědnost a zda by hodnoty byly stejné, pokud by vzorek respondentek měl rovnoměrné zastoupení. Testovací vzorek byl nesouměrný a středoškolsky vzdělané sestry byly zastoupeny větším procentem.

Při mapování rozdílů v míře EI sester pacientem a sestrami samými v zařízeních a mezi jednotlivými doménami jsme významný rozdíl zaznamenali pouze při hodnocení EI sester pacientem v Nemocnici Třebíč, kdy bylo vyšší skóre v doméně nízká impulzivita (Sig. $<0,05$) a sebeúcta (Sig. $<0,01$). Naopak v Nemocnici Jihlava byl významný rozdíl u hodnocení EI sester v doméně adaptabilita (Sig. $<0,016$). Při hodnocení EI sester pacienty mezi skupinami oddělení dle jednotlivých domén jsme zjistili významný rozdíl na oddělení gynekologickém v doménách adaptabilita, emoční regulace a rysová empatie. Tyto výsledky jsou shodné s výsledky hodnocení dle pohlaví. V obou případech k těmto výsledkům přispěly ženy. Z toho

vyplývá, že ženy pacientky pozitivně vnímají u sester přizpůsobivost, kontrolu nad emocemi a schopnost pracovat s emocemi. Významné rozdíly byly zaznamenány také na oddělení interním, plicním a kožním v doméně asertivita, nízká impulzivita, zvládání stresu a optimismus.

Dle hodnocení EI sester ve skupině oddělení byl zaznamenán pouze významný rozdíl na oddělení chirurgickém, ortopedickém a kožním v doméně zvládání stresu. Domníváme se, že je to dáno charakteristikou a systémem práce jednotlivých oddělení.

Vyjádření na důležitosti komunikace mezi sestrou a pacientem bylo jednoznačné. Naprostá většina pacientů a sester je přesvědčena o tom, že komunikace je důležitá. Při hodnocení doplňující otázky pro sestry, zda má komunikace vliv na snížení rizika pochybení, byly tyto výsledky překvapením. A mají zásadní význam. Pouze polovina respondentek je přesvědčena o vlivu komunikace na snížení rizika pochybení. Přes 15 % respondentek odpovědělo nevím a 2,4 % spíše nesouhlasí s tímto tvrzením. A to i přes to, že komunikace je jedním z bodů rezortně bezpečnostních cílů a je předpokladem pro bezpečnou péči.

Důkladným rozbořením hodnocení EI sester z pohledu pacienta i sester samotných jsme získali důkazy podporující úlohu emoční inteligence v péči o pacienta. Podle jednotlivých domén a kritérií, jako je věk, vzdělání, nemocnice a oddělení, nám pacienti i sestry samotné sdělují, kde jsou u sester silné stránky a kde naopak je prostor pro zlepšení. Vlivem nároků, které jsou na sestry kladeny zejména v oblasti emoční, by bylo vhodné začlenit výuku emoční inteligence do studijních programů škol se zdravotnickým zaměřením ve všech úrovních. Pokud by sestry získaly vědomosti i praktické dovednosti z oblasti emoční inteligence, byly by schopné lépe čelit těmto vzrůstajícím nárokům. V rámci získaných výsledků by bylo vhodné umožnit posilňování a trénink emoční inteligence i ze strany zaměstnavatele. Při správném využití emoční inteligence dochází mezi sestrou a pacientem k lepšímu porozumění, navození vzájemné důvěry a tím ovlivnění uzdravovacího procesu. Tyto argumenty by měly být pro zaměstnavatele významné. Dále navrhuje podílet se na zlepšování pracovního prostředí sester a zvyšovat jejich motivaci. Současně také navrhuje posílení vědomí o důležitosti komunikace, zdůraznění faktu, že komunikace patří mezi rezortně bezpečnostní cíle a patří mezi základní pilíře bezpečné péče. A to formou interních sdělení, auditů nebo školení. Bylo by vhodné provést navazující výzkum v dalších nemocnicích, který by poskytl srovnávací informace.

Seznam použité literatury

BAUMGARTNER, František, OROSOVÁ Ol'ga a Josef VÝROST, 2008. *Sociální inteligence, Sociální kompetence*. In: VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

BRADBERRY, Travis a Jean GREAVES. *Emoční inteligence v praxi: všechno, co potřebujete vědět o úspěšném životě, vztazích a kariéře*. Praha: Columbus, 2007. ISBN 978-80-7249-220-6.

BŘEMKOVÁ, Lenka. Emoční inteligence zdravotnických pracovníků ve vztahu k osobní pohodě [online]. Ostrava, 2012 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/q836kv/>. Diplomová práce. Ostravská univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. František Baumgartner, CSc..

BULMER SMITH, K., J. PROFETTO – McGRATH a G. G. CUMMINGS. Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. In *International Journal of Nursing Studies*. 2009, vol. 46, no. 12, p. 1624-1636. ISSN 0020-7489.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4033-1.

EKMAN, Paul. *Odhalené emoce: naučte se rozpoznávat výrazy tváře a pocity druhých*. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2015. Pod povrchem. ISBN 978-80-87270-81-3.

GOLEMAN, Daniel. *Práce s emoční inteligencí: jak odstartovat úspěšnou kariéru*. Praha: Columbus, 2000. ISBN 80-724-9017-6.

GOLEMAN, Daniel. *Emoční inteligence*. Vyd. 2., (V nakl. Metafora 1.). V Praze: Metafora, 2011. ISBN 978-80-7359-334-6.

HASSON, Gill. *Emoční inteligence*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5630-1.

CHROMÝ, Jan. *Práce s empirickými daty: Příručka pro studenty Bc. studia ČJL*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2801-1.

[online] Dostupné také z: https://www.cupress.cuni.cz/ink2_stat/index.jsp?include=podrobnosti&id=13215 [cit. 2019-17-03].

JUHÁSOVÁ, Ingrid. TRNAVSKÁ UNIVERZITA V TRNAVE FAKULTA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE *Emocionalita sestier v starostlivosti o geriatrického pacienta*. Trnava, 2013. Disertační práce. Trnavská univerzita v Trnavě. Vedoucí práce doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

KÁBRT, Jan, Pavel KUCHARSKÝ, Rudolf SCHAMS, Čestmír VRÁNEK, Drahomíra WITTICHOVÁ a Vojtěch ZELINKA. *Latinsko-český slovník*. Druhé vydání. Praha: Leda, 2016. ISBN 978-80-7335-376-6.

KALISKÁ, Lada, Eva NÁBĚLKOVÁ a Vladimír SALBOT. *Dotazníky črtovej emocionálnej inteligencie (TEIQue-SF/TEIQue-CSF): manuál k skráteným formám*. Banská Bystrica: Belianum –Vydavateľstvo UMB, Pedagogická fakulta, 2015. ISBN 978-80-557-0948-2. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/284900835_Dotazniky_crtovej_emocionalnej_inteligencie_TEIQue-SFTEIQue-CSF_manual_k_skratenym_formam/download

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7181-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lidské emoce*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

NEUBAUER A. C., FREUDENTHALER, H. H. 2007. *Modely emoční inteligence*. In: SCHULZE, R., ROBERTS, R. D. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-229-4.

PÉREZ JUAN CARLOS, K.V. PETRIDES A ADRIAN FURNHAM 2007. *Měření rysové emoční inteligence*. In: SCHULZE, R., ROBERTS, R. D. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-229-4.

PLETZER, Marc. *Emoční inteligence: jak ji rozvíjet a využívat*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3057-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SALBOT, Vladimír a kolektiv. *Črtová emocionálna inteligencia a psychometrické vlastnosti nástrojov na jej meranie*. 1. Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela, Banská Bystrica: Bratia Sabovci, s.r.o. Zvolen, 2011. ISBN 978-80-557-0303-9.

SCHULZE, Ralf a Richard D. ROBERTS, ed. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. 2.vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-229-4.

SUCHÝ, Jiří a Pavel NÁHLOVSKÝ. *Pozitivní emoce: jak je posilovat a rozvíjet v osobním i pracovním životě*. Praha: Grada, 2012. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4375-2.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

WEDLICHOVÁ, Iva. *Emoční inteligence*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2011. ISBN 978-80-7414-347-2.

WHARAM, Jane. *Emoční inteligence: cesta do středu sebe sama*. Praha: Práh, 2014. ISBN 978-80-7252-542-3.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

BENÍŠEK, Jiří a Gabriela CHVÁTALOVÁ. *Zdravé N – emoce aneb emoční inteligence v praxi*. Sestra [online]. 2009, 2 [cit. 2018-08-04]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/zdrave-n-emoce-aneb-emocni-inteligence-v-praxi-418583>

BÁNOVČINOVÁ, Ľubica a Milina BUBENÍKOVÁ. *Empatia v ošetrovatel'stve*. Central European Journal of Nursing and Midwifery.: Ošetrovatel'ství a porodní asistence [online]. 2011, p. 165-170 [cit. 2018-08-04]. ISSN 1804-2740. Dostupné

z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-01/4_banovcicova_bubenikova.pdf

CODIER, Estelle a David CODIER. *A model for the role of emotional intelligence in patient safety*. Asia – Pacific Journal of Oncology Nursing [online]. 2015, (2), p. 112-117 [cit. 2018-08-04]. DOI: 10.4103/2347-5625.157594. ISSN 2349-5625. Dostupné z: <http://www.apjon.org/article.asp?issn=2347-5625;year=2015;volume=2;issue=2;spage=112;epage=117;aulast=Codier>

ILIEVOVÁ, Lubica, Ingrid JUHÁSOVÁ a František BAUMGARTNER. *Opportunities for emotional intelligence in the context of nursing*. Journal of Health Sciences [online]. 2013, p. 20-25 [cit. 2018-08-04]. DOI: <https://doi.org/10.17532/jhsci.2013.22>. ISSN 1986-8049. Dostupné z: <http://www.jhsci.ba/OJS/index.php/jhsci/article/view/22>

JUHÁSOVÁ, Ingrid, Lubica ILIEVOVÁ a František BAUMGARTNER. *Emočná inteligencia sestier a jej úloha v ošetrovatel'stve*. Central European Journal of Nursing and Midwifery.: Ošetrovatel'ství a porodní asistence [online]. 2013, 4(2), p. 589-594 [cit. 2018-08-04]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-02/5_juhasova_kol.pdf

JUHÁSOVÁ, Ingrid, Lubica ILIEVOVÁ, František BAUMGARTNER a Zuzana ROJKOVÁ. ISSN 1803-4330 ročník VI/2 • říjen 2013, recenzovaný časopis pro zdravotnické obory. *Emočná inteligencia u študentov ošetrovatel'stva a jej úloha v interakcii s geriatrickým pacientom*. PROFESE On – line [online]. 2013, VI (2), p.13-17 [cit. 2018-08-04]. DOI: 10.5507/pol.2013.014. ISSN 1803-4330. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201302-0003_EMOCNA_INTELIGENCIA_U_STUDENTOV_OSETROVATE_STVA_A_JEJ_ULOHA_V_INTERAKCII_S_GERIATRICKYM_PACIENTOM.php

KARIMI, Leila, Sandra G. LEGGAT, Lisa DONOHUE, Gerald FARRELL a Greta E. COUPER. *Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses*. Journal of advanced nursing [online]. 2013, 70(1), p.176-186 [cit. 2018-08-04]. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12185>. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.12185>

OYUR CELIK, Gulay. *The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics*. Dovepress: Patient Preference

and Adherence [online]. 2017, **11**, p.1363-1368 [cit. 2018-08-04]. DOI: <https://doi.org/10.2147/PPA.S136185>. Dostupné z: <https://www.dovepress.com/the-relationship-between-patient-satisfaction-and-emotional-intelligen-peer-reviewed-article-PPA>

POR, Jitna, Louise BARRIBALL, Joanne FITZPATRICK a Julia ROBERTS. Emotional Intelligence: *Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students*. Elsevier: Nurse Education Today [online]. November 2011, p. 855-860 [cit. 2018-08-04]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.12.023>. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711000086>

London psychometric laboratory [online]. 2019 [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://www.psychometriclab.com/>

Přílohy