

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Písemná práce k bakalářské zkoušce

KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍ SESTRY S HOSPITALIZOVANÝM PACIENTEM

v podmínkách interních oddělení nemocnice v Liberci

Studijní program: **Sociální práce a sociální politika**
Studijní obor: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Lenka Milerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková
Liberec
Říjen 2007

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila“.

V Liberci dne 16.10.2007

Lenka Milerová

.....
Podpis studenta

Poděkování

Děkuji PhDr. Olze Havránkové za odborné vedení, které mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce a dále děkuji MuDr. Olze Dostálové, CSc. za cenné stylistické připomínky.

OBSAH:

ÚVOD	6
Osobní motivace k výběru tématu	
Rozvržení a členění práce	7
Teoretická část	
1 VYMEZENÍ POJMŮ	8
1.1 Mezilidská komunikace	8
1.2 Pacient	8
1.3 Zdravotní sestra	9
1.4 Modifikovaná potřeba sociálních styků u hospitalizovaného pacienta	9
2 SESTRA A KOMUNIKACE	10
2.1 Specifika sesterské komunikace	10
2.2 Komunikační dovednosti sestry	12
2.2.1 Rozhovor s pacientem	12
2.2.2 Aktivní naslouchání	13
2.2.3 Otevřené a uzavřené otázky	13
2.2.4 Neverbální signály	14
2.3 Morální a etická stránka řeči	15
2.3.1 Devalvace	15
2.3.2 Evalvace	16
3 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM Z HLEDISKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ	17
3.1 Rogersovský přístup	17
3.2 Přístup z hlediska transakční analýzy	19
3.3 Systemický přístup	20
4 PACIENT A SESTRA	22
4.1 Psychické změny hospitalizovaného pacienta	22
4.2 Role hospitalizovaného pacienta	23
4.3 Role a náplň práce zdravotní sestry	24
4.3.1 Charakteristiky efektivní komunikace pro zdravotní sestry	25
4.3.2 Zásady sesterské komunikace	26
4.4 Vztahy mezi zdravotní sestrou a hospitalizovaným pacientem	27
4.4.1 Vztah sestry k nemocnému	27
4.4.2 Vztah nemocného k sestře	28
4.4.3 Obtíže ve vztahu sestry – pacient	28
4.5 Komunikační bariéry	29
4.5.1 Komunikační bariéry na straně pacienta	29
4.5.2 Komunikační bariéry na straně zdravotní sestry	31

5 SYNDROM VYHOŘENÍ	33
5.1 Projevy syndromu vyhoření	33
5.2 Podmínky vzniku vyhoření	34
5.2.1 podmínky vzniku vyhoření u sester	35
5.3 Prevence syndromu vyhoření zdravotní sestry	36
Praktická část	
6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	38
6.1 Cíl šetření	38
6.2 Soubor respondentů	38
6.3 Postup při získávání dat	39
6.4 Hypotézy	40
7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	41
7.1 Analýza výsledků	41
8 DISKUSE	48
ZÁVĚR	50
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	52
PŘÍLOHY č. I - II	

ÚVOD

Osobní motivace k výběru tématu bakalářské práce

Téma bakalářské práce „Komunikace zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem v podmínkách interních oddělení nemocnice v Liberci“ jsem zvolila proto, že považuji za důležité správně komunikovat s nemocnými.

Vystudovala jsem střední zdravotnickou školu a práci zdravotní sestry jsem považovala a dodnes považuji za poslání, ale vadí mi, jak se v nemocnici s nemocnými lidmi zachází, jak o nich většina zdravotnického týmu hanlivě mluví a jak s pacienty zdravotní personál neumí komunikovat.

Ačkoli se na střední zdravotnické škole vyučovala psychologie a základy komunikace, myslím, že tyto nabízené vědomosti byly přednášeny nedostatečnou formou a řekla bych, že nejen pro mne byly zcela neuspokojivé pro tak zcela nepochybně náročnou praxi.

Myslím si, že se z přístupu zdravotních sester k hospitalizovanému pacientovi kamsi „vytratil“ lidský přístup, vlídné slovo, úsměv a vše co k dobré komunikaci patří. Vlivem techniky se bohužel odhumanizovala ošetrovatelská péče sestry, která se čím dál více zaměřuje na tělesnou stránku pacienta. Ta duševní je opomíjena, přitom do role sestry bezpochyby patří.

Podle mne je komunikace pro zdravotní sestru velmi stěžejní, leč v dnešní době hojně opomíjená problematika, a proto jsem se rozhodla na toto téma napsat bakalářskou práci, ve které se zaměřuji výhradně na komunikaci zdravotní sestry.

Cílem mé práce je zjistit, co si sestry myslí o své komunikaci s hospitalizovaným pacientem a jak celkově vidí tento fenomén.

Touto bakalářskou prací se chci pokusit stanoveného cíle dosáhnout.

Rozvržení a členění práce

Tato bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části.

Teoretickou část tvoří pět kapitol, ve kterých jsem se snažila přiblížit komunikaci zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem. V první kapitole stručně vymezuji pojmy, které jsou pro mou práci důležité – mezilidská komunikace, pacient, zdravotní sestra a modifikovaná potřeba sociálních styků u hospitalizovaného pacienta.

Ve druhé kapitole se zabývám specifickými sesterské komunikace. Seznamuji čtenáře s komunikačními dovednostmi sestry a připojuji stručný přehled morálních a etických aspektů řeči.

Následující kapitola se zaměřuje na komunikaci s nemocným z hlediska psychoterapeutických přístupů. Konkrétně zde popisují velmi důležitý rogersovský přístup, následuje přístup z hlediska transakční analýzy a nakonec systemický přístup.

Ve čtvrté kapitole nejdříve popisují psychické změny, které se u hospitalizovaného pacienta odehrávají. Dále stručně čtenáře informují o rolích pacienta i sestry. Připojují zásady a charakteristiky efektivní komunikace. Věnují se i vztahu mezi sestrou a pacientem a obtížím, které mezi nimi mohou nastat. Čtvrtou kapitolu zakončují zmínkou o komunikačních bariérách, a to ze strany pacienta i zdravotní sestry.

Pátá kapitola pojednává o syndromu vyhoření zdravotní sestry. Zabývám se jeho projevy, podmínkami jeho vzniku a jeho prevencí v nemocnici.

Praktickou část zahajují šestou kapitolou o dotazníkovém šetření. Popisují zde cíl šetření, soubor respondentů a postup při získávání dat. Závěrem této kapitoly jsou mé hypotézy, podle kterých jsem sestavovala dotazník o sesterské komunikaci.

V sedmé kapitole se podrobně zabývám výsledky dotazníkového šetření. Píši o svých pocitech, názorech, hypotézách a připojuji domněnky o výsledcích šetření.

Následuje osmá kapitola – diskuse, ve které se zamýšlím nad možnostmi praktického využití výsledků šetření, které by mohly vést ke zlepšení sesterské komunikace s hospitalizovaným pacientem.

V závěru shrnuji postup práce a výsledky mého šetření.

Teoretická část

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Mezilidská komunikace

Komunikace, latinsky *communicatio*, znamenalo původně „vespolné účastnění“ a *communicare* „činit něco společným, společně něco sdílet“ (VYBÍRAL, 2005, s.25).

HAUSENBLAS (1971) definoval komunikaci jako „obcování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu“ (cit. dle VYBÍRALA, 2005, s.25).

Podle VYBÍRALA (2005, s.25) komunikace není jen „proudění informace, ale i podílení se na celku komunikace a na povaze či dopadu zprávy třeba jen tím, že jsme přítomni. Komunikujeme, i když jen přihlížíme slovní výměně mezi dvěma účastníky“.

Někteří psychologové chápou komunikaci jako „sdělování i sdílení“.

„Mezilidská komunikace je dorozumívání mezi lidmi, které může být verbální - slovní a neverbální – mimoslovní“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.267).

1.2 Pacient

„Pacient je osoba, která je nemocná, nebo zraněná a je lékařsky ošetřovaná nebo toto lékařské ošetření potřebuje.“ Slovo pochází z latinského *patiens*, což znamená trpělivý (<http://cs.wikipedia.org/wiki/pacient>).

1.3 Zdravotní sestra

Zdravotní sestra je „odborná zdravotnická pracovnice, absolventka střední zdravotnické školy. Ve zdravotnických zařízeních (lůžkových i ambulantních) ošetřuje nemocné a pod vedením lékaře vykonává některé úkony diagnostické a léčebné“ (<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/112427-zdravotni-sestra>).

Povolání zdravotní sestry je jedno z mnoha, které patří mezi tzv. pomáhající profese.

1.4 Modifikovaná potřeba sociálních styků u hospitalizovaného pacienta

Potřeba sociálních styků souvisí s určitým množstvím sociálně skupinových vztahů. Pro hospitalizovaného pacienta jsou to vztahy k lékaři, zdravotní sestře, ke spolupacientům.

V této skupině potřeb jde zejména o potřebu komunikace, jejíž uspokojování je v současné době mnohdy narušováno, a to vysokým podílem techniky v diagnostice a terapii a vlivem nemedicínských faktorů na léčebný proces, dále pak rychlými změnami osobností pacientů a jejich rolí v nemocnicích v případě, že nejsou změny respektovány zdravotnickými pracovníky. Jde zejména o změnu vztahu lékař – pacient z dříve „autoritativních“ na „partnerské“ vztahy, o realizaci ošetrovatelské péče s tím, že je třeba mít „více času na pacienty“, odstraněním nekvalifikovaných prací z činností zdravotnických pracovníků. Záměrně, v souladu s cíli léčebného a diagnostického procesu, je třeba rozvíjet a ovlivňovat komunikaci pacienta s těmi, kteří ho přijdou navštívit tak, aby se plně aktivizoval v roli pacienta a pozitivně ji s pomocí ostatních přijal a uvědoměle realizoval (BÁRTLOVÁ, 2005, s.93-94).

2 SESTRA A KOMUNIKACE

2.1 Specifika sesterské komunikace

Pro péči o pacienta je velice důležité, jak sestra s pacienty komunikuje. Komunikace v práci sestry zaujímá výlučné místo. Pokud sestra komunikuje dobře, má to na pacienta kladný vliv, pokud ne, ovlivňuje to pacienta negativně.

Dobrá komunikace sestry je základem ošetrovatelské péče. Pokud sestra při úkonech s pacientem komunikuje, vysvětluje, instruuje, snižuje tak pacientovu úzkost.

Pro práci sestry je důležité si uvědomit, že pacient komunikaci potřebuje o to více, jelikož má zvýšenou potřebu (respektive sniženou možnost) sociálního styku. Pacient doslova potřebuje radu, povzbuzení, informace, vysvětlení, konzultaci.

Dobrá komunikace samozřejmě vyžaduje dovednosti, kterými se dále v práci budu zabývat, a ty se sestra musí učit po celý život (ALEXANDER et al.,1996).

LONG a PROPHIT (1985, s.2) uvádějí, že „ošetřování je dialog člověka s člověkem a komunikace je základ lidského ošetřování; komunikace vyžaduje respekt, laskavost a víru v důležitost komunikace.“ (vlastní překlad autorky).

Sestra musí rozlišovat vzhledem ke zdravotnické praxi specifika komunikace v několika rovinách :

1. KOMUNIKACE S PACIENTY A JEJICH OKOLÍM

- s nemocným (dítětem, dospělým nebo nemocným se zvláštními potřebami)
- rodinou
- blízkými, přáteli

2. KOMUNIKACE S KOLEGY

- s kolegy
- nadřízenými
- jinými odborníky v rámci multidisciplinarity

- institucemi (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s.11-12).

VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ (2006, s.12-13) rozlišují tři druhy profesionální komunikace zdravotní sestry:

1. SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE

Jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah k osobám, které o něj pečují. Jelikož má člověk v nemocniční péči jen omezenou možnost sociálních kontaktů, pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi z řad zdravotníků. Navázání vztahu s nemocným usnadní komunikaci v rámci ošetřování. Vhodné situace pro rozvoj sociální komunikace jsou úprava lůžka, hygiena, pomoc při jídle, volnější okamžiky v denním režimu oddělení, sestra může s nemocným rozmlouvat na pokoji, nebo mu nabídnout rozhovor na denní místnosti.

2. SPECIFICKÁ (STRUKTUROVANÁ) KOMUNIKACE

Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě. Jsou zde zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení a přijatelnou formu vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je nutné ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat.

Mezi příklady témat specifické komunikace se řadí sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocnění a informace o rizicích.

3. TERAPEUTICKÁ KOMUNIKACE

Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem by sestra měla poskytovat oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných.

2.2 Komunikační dovednosti sestry

Komunikační dovednosti přispívají k navázání a rozšíření kvalitnějšího kontaktu s pacientem. Komunikační dovednosti jsou takové složky interpersonálního jednání, které mají na jeho průběh příznivý vliv. Ke kvalitě komunikace významně přispívá vztah mezi sestrou a pacientem (BERAN, 2000, s.27, 36).

2.2.1 Rozhovor s pacientem

Praxe pomáhání přináší pro pomáhajícího potřebu i nutnost vstoupit alespoň někdy do osobního kontaktu (KOPŘIVA, 2006, s.109).

KOPŘIVA (2006) hovoří o tom, že na rozhovor je velice důležité se dopředu připravit. Je potřeba mít dostatek času, prostoru a vyladění pomáhajícího na rozhovor.

Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, sdělování a sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí. Rozhovor vytváří most, po němž se k sobě dostávají někdy zcela rozdílné světy zúčastněných. Jde o to, aby komunikující lidé jeden druhého pochopili, přijali, podepřeli nebo si navzájem poskytli zpětnou vazbu, radu nebo inspiraci. Rozhovorem myslíme dialog, tedy dorozumívání pomocí slov, které vede k formulování a odkrývání pravého stavu věcí, či dokonce pravdy. Rozhovor není prolínání monologů, z nichž každý je soustředěn na sebe a uzavřen druhému. Komunikace se odehrává v rovině slov, ale současně probíhá na neverbální úrovni, mimoslovně. Projev člověka vždy vnímáme jako celek (HAVRÁNKOVÁ, 2003, s.75-76).

Podle KOPŘIVY (2006, s.118) po skončení rozhovoru je dobré nechat situaci v sobě doznít a nechat proběhnout krátkou zpětnou reflexi.

2.2.2 Aktivní naslouchání

Naslouchání je dovednost, kterou je nutno pěstovat. Většina lidí za naslouchání považuje pasivní vnímání toho, co bylo řečeno. Možná pozorně poslouchají, ale reagují minimálně. Při nedostatku odezvy hovořící nemá jistotu, že byl správně pochopen (HAVRÁNKOVÁ, 2003, s.76).

Podle HAVRÁNKOVÉ (2003) by v profesi sestry měl být kladen důraz na aktivní naslouchání, protože pacienti potřebují slyšet od sestry zpětnou vazbu. Sestra by měla povzbuzovat komunikaci pacienta pomocí technik jako objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování.

Pro sestru aktivní naslouchání znamená:

- soustředit se více na pacientovu řeč, než na své pocity a myšlenky
- zaměřovat se na to, co pacient cítí, klást důraz na zásadní význam jeho sdělení
- udržovat s pacientem oční kontakt a být vnímavá na pacientovy mimoslovní signály
- pro upřesnění toho, co jí pacient sdělil, klást objasňující otázky
- sestra mluví, aby dosáhla lepšího porozumění a ne proto, aby dělala závěry
- zrcadlí pacientovi, jak jeho sdělení pochopila
- pokud sdělení od pacienta pochopila špatně, musí dát příležitost pacientovi pro upřesnění

2.2.3 Otevřené a uzavřené otázky

Pokud sestra sbírá anamnézu, používá uzavřené otázky, na které jí pacient může jednoznačně odpovědět. Někteří pacienti se ale mohou cítit nepříjemně, mohou si připadat jako u výslechu a na svou ochranu mohou některé odpovědi záměrně pozměnit. Pokud ale sestra anamnézu nesbírá, měla by používat při rozhovoru s pacienty otázky otevřené, které jsou mnohem vhodnější (HAVRÁNKOVÁ, 2003).

2.2.4 Neverbální signály

Pacienti se v nemocnici nacházejí v náročné životní situaci, která je doprovázena emocionálním podtextem. Je proto významnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět vnímat neverbální projevy svých pacientů (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s.40).

Pro zdravotní sestru je velmi důležitá schopnost citlivě vnímat projevy bolesti, které se ve tváři pacienta odrážejí zcela mimovolně.

HONZÁK (1999, s.49- 50) upozorňuje na to, že přibližně třetina pacientů se domnívá, že sestra je schopna odhadnout stupeň jejich bolesti, a tedy o své bolesti nereferují. Vycházejí z předpokladu, že „vypadají“ dost přesvědčivě, než aby museli o své bolesti ještě mluvit. Pokud sestra přehlédne nonverbální signály, nemocný zbytečně trpí.

Důležitým momentem neverbální komunikace pro zdravotní sestru je oční kontakt. Sestra má při práci s nemocným k očnímu kontaktu velkou příležitost. Ne vždy ji však dostatečně využívá, často spíše v nemocném vzbuzuje pocit, že jí téměř nestojí ani za pohled. Pokyny, které mu dává, jsou vysloveny pouze do prostoru, někdy dokonce tak, že má pacient pocit neviditelnosti. Nejlépe je navodit oční kontakt ve stejné výšce očí. Sestra však často stojí nad pacientem ležícím na lůžku a dívá se na něj shora, čímž vyvolává pocit naprosté převahy. Sestra by se měla snažit vytvářet očních kontaktů co nejvíce, protože oční kontakt sestry vyjadřuje zájem o pacienta, přátelství, sympatii. Nesmí ale být ulpívavý a nesmí přetrvávat dlouho poté, co pacient sklopí zrak.

Jedním z nejúčinnějších prostředků neverbální komunikace sestry je úsměv. I když je zdravotnické prostředí prostředím důstojným a vážným, má zde vlídný úsměv na správném místě a ve správný čas své nezastupitelné místo. Snižuje obavy, strach a úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Při rozhovoru o nepříjemných tématech dává komunikaci s nemocným „lidskou“ dimenzi. Nesmí být ale přehnaně nucený, „umělý ani koketně vyzývavý (STAŇKOVÁ, 2003, s.24).

Typická je i situace, kdy při komunikaci zdravotní sestra stojí a pacient leží. Slova sestry dopadají svrchu a postavení pacienta je nevýhodné. Pokud je toto postavení z pracovního hlediska nevyhnutelné, komunikace by měla být zaměřena pouze na to, co se při výkonu odehrává. Pokud sestra může, zmírní nerovnost tím, že si alespoň sedne. Sestra by ale neměla zapomínat na možnost narušení soukromí pacienta a proto by si měla sedat na židli a ne na pacientovu postel.

Jelikož sestra pracuje mezi lidmi, musí ve své práci dbát na úpravu zevnějšku. Specifikem je sesterská uniforma, která ji jasně určuje sesterskou roli a která musí být vždy čistá (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s.46).

2.3 Morální a etická stránka řeči

Řeč- i řeč zdravotní sestry k pacientovi – je určitou formou sociální interakce (mezilidského jednání). A jako každá sociální interakce má i řeč svůj etický aspekt. Dotýká se pacienta. Nejen jeho vědomí, ale i jeho sebevědomí – vlastního jádra jeho osobnosti. Toto pacientovo sebevědomí může být zdravé – a řeč sestry je může poškodit. Vše, co sestra řekne, se pohybuje – ať chceme nebo nechceme – v dimenzi, jejímž jedním extrémem je devalvace a druhým evalvace.

2.3.1 Devalvace

V sociální interakci se devalvací rozumí snížení hodnoty určitého člověka v očích druhých lidí, případně i v jeho vlastních očích.

Toho je možno dosáhnout přerůzným způsobem, například:

- někdo někoho neprávem z něčeho obviní či podezírá
- někdo se k někomu chová namyšleně nebo povýšeně
- někdo někoho považuje za nedůvěryhodného
- někdo někoho uráží
- někdo někoho přerušuje

Ve všech těchto a mnoha podobných případech projevů neúcty a nevážnosti může mít pacient dojem, že jeho lidská důstojnost není respektována, jak by respektována být měla – z titulu jeho lidské existence.

V nejjemnějších formách může jít o nelaskavý, neuznalý, nevšímavý, ba až zcela lhostejný přístup sestry k pacientovi, který se ho dotkne. Není třeba dodávat, při dnes již tak

bohatém repertoáru poznatků z psychosomatiky, jaké jsou důsledky takového devalvačního přístupu pro zdravotní stav pacienta.

2.3.2 Evalvace

Jde o chování, které charakterizujeme jako taktní, zdvořilé, laskavé, přátelské, slušné, uznalé. Evalvační chování charakterizuje pozornost sestry k pacientovi, k jeho přáním, očekáváním, požadavkům. Vyjadřuje citlivost k jeho emocím a hodnotám. Například sestra věnuje pozornost tomu, co pacient říká a nepřerušuje ho, je autentická a na pacientovi jí skutečně záleží (KŘIVOHLAVÝ, 1995, s.77 – 78).

3 KOMUNIKACE S NEMOCNÝM Z HLEDISKA PSYCHOTERAPEUTICKÝCH PŘÍSTUPŮ

3.1 Rogersovský přístup

Dle VYMĚTALA (1996, s.11) lze bez nadsázky konstatovat, že zásady tohoto přístupu se v současné době stávají, nebo se mohou stát důležitou součástí profesí, jejichž úkolem je pomoc druhému člověku.

Mezi tyto profese určitě patří i zdravotnictví a tedy i komunikace zdravotní sestry s pacientem. Ačkoli zdravotní sestra nemá informace o přístupu zaměřeného na člověka, přesto bych se o tomto přístupu chtěla zmínit z důvodu jeho velké potřeby začlenění do zdravotnictví.

Zakladatel této teorie, Carl R. Rogers (1902 – 1987), předpokládá, že člověka ovlivňuje základní motivační síla – tendence k aktualizaci, tedy schopnost rozvíjet své kapacity tak, aby sloužily ke zkvalitnění a seberozvoji. Zdůrazňuje, že člověk je schopen rozvoje na základě sebezkušenosti. S vlastním rozvojem pak vzniká potřeba pozitivního ocenění (PROCHASKA, 1999, s.114).

Podle VYMĚTALA (1996, s.9) rogersovský psychoterapeutický přístup znamená, že terapeut dosahuje konstruktivních změn v osobnosti a projevu pacienta tím, že jej bez výhrad a vstřícně akceptuje, projevuje se vůči němu vysoce empaticky a autenticky.

Rogers, jako představitel humanistického směru, kladl důraz na terapeutický vztah, autenticitu, empatii, naslouchání, akceptaci. O nic bych se chtěla zmínit ve své práci více, protože se týkají komunikace sestry s pacientem.

Rogersovská psychoterapie je psychoterapií vztahovou a uskutečňuje se skrze vztah. Hlavní podmínkou, která vytváří žádoucí vztah je akceptace- bezvýhradné přijetí pacienta.

Akceptace znamená základní postoj, kdy terapeut je vůči pacientovi zcela otevřen, vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt a představuje bytostné přitakání druhému a jeho potvrzení.

Akceptace je pozitivním pohledem, jenž vychází zejména z přesvědčení, že člověku je možné důvěřovat a že se lze spolehnout v každém jednotlivém případě na jeho vnitřní rozvojové potenciality (VYMĚTAL, 1996, s.76).

Podle ROGERSOVA „bezpodmínečně kladného přijímání druhého člověka“ se i při konfliktní situaci alespoň zdržujeme hodnotících soudů a přijímáme druhého takového, jaký je. Akceptace nás osvobozuje od tlaku a nutkání druhého měnit, ustavičně posuzovat a poměřovat s ostatními. Vede k našemu vyladění na partnera v komunikaci.

Akceptovat neznámá schvalovat, ale přijímat a pochopit (cit.dle VYBÍRALA, 2005, s.212).

Dalším prokazatelně nezbytným psychologickým prostředkem potřebným pro optimální průběh a výsledek léčby je empatie- porozumění vcítěním.

Je to schopnost projevující se tím, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka (VYMĚTAL, 1996, s.89-90).

Empatie je zvláštní vlastnost vztahu (VYBÍRAL, 2005, s.212).

Podle BIESTEKA (1957) empatie znamená snahu o vcítění se do pocitů a situace klienta (cit. dle NEČASOVÉ, 2003, s.37).

EGAN (1986) říká, že empatie je forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi. Empatie, která zůstává neprojevona, uzavřena v mysli pracovníka, klientovi neprospívá. Pracovník může těžko porozumět klientovu světu, pokud se s ním nedostane do styku. Proto se empatie zaměřuje na ten druh fyzické přítomnosti, pozorování a naslouchání klientovi, který je nutný k pochopení klientova světa. Empatie je v první řadě určitým druhem lidského kontaktu (cit. dle MATOUŠKA a HARTLA, 2003, s.54).

Dále je důležitá autenticita terapeuta, která je jedním z rysů osobnosti.

Dle VYMĚTALA (1996) znamená, že terapeut je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají terapeutovu momentálnímu prožívání.

Jedinec má být opravdový, „kongruentní“, ve shodě sám se sebou, takový, jaký ve skutečnosti je (VYBÍRAL, 2002, s.212).

VYMĚTAL (1996) shrnul pravidla rogersovského rozhovoru:

- mluvíme přirozeným jazykem a dbáme na to, aby nám druhý rozuměl

- používáme kratší věty, které neodvádějí pozornost od obsahu
- vyhýbáme se cizím slovům a odborným výrazům
- mluvíme konkrétně a jednoznačně
- ponecháme dostatek prostoru druhé straně

Rogersovskou teorii a užitečná doporučení v praxi velmi dobře sestra uplatní především v situacích, kdy dává prostor pacientovi, aby se mohl svěřit. Sestra může být tou, která empaticky naslouchá, akceptuje a umí ocenit a povzbudit pacienta (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s.15).

3.2 Přístup z hlediska transakční analýzy

Zakladatelem této teorie je Eric Berne (1910 - 1970). Původně vyšel z psychoanalýzy a zjednodušeně se dá říci, že ve své práci rozvinul teorii o tom, že ta část osobnosti, která je označovaná jako ego (já) a je odpovědná za kontakt a komunikaci s okolím, může zaujímat různé stavy. Tyto stavy je možné shrnout do tří základních – Dítě, Rodič, Dospělý.

Dítě se chová impulzivně a není vázáno rozumem- Je zdrojem spontaneity, tvořivosti, humoru a zábavy.

Rodič je ten, kdo ovládá, kontroluje, tvoří pravidla a hodnoty. Je to ta část osobnosti, která se stará o pohodlí, utěšuje a vychovává.

Dospělý je ovládán logikou a rozumem, umí dělat rozhodnutí, není zatížen emocemi. Stav ega jsou strukturou osobnosti. Motivace k chování však vychází z lidských potřeb.

Berne vytyčil tyto základní psychologické potřeby – potřeba podnětů, uznání, struktury a potřeba vzrušení. Zdůrazněna je potřeba pohlazení. Výměna pohlazení pak definuje transakci. Za nejriskantnější transakce jsou označovány hry, které mezi sebou lidé hrají (PROCHASKA, 1999, s.164-166).

TA měla významný vliv na rozbor obsahové a vztahové roviny komunikace. Na komunikační výměnu se lze podívat jako na hru, jestliže se:

- komunikace řídí předem danými pravidly
- do hry se nezapojuje dospělý stav ega, nýbrž rodičovský a dětský, které jsou plné emocí

- jedinec nemá na hru náhled, opakovaně se chová stejně a diví se tomu, co se děje
- hra produkuje tzv. „nepravé pocity“ – uspokojení, škodolibost, satisfakci, radost z odplaty, pocit vítězství
- v komunikaci je skrytý záměr
- pozici v komunikaci lze vidět jako hraní role ve hře
- ke každé hře patří moment překvapení nebo výměna rolí

Vann JOINESE definuje hru jako „počínání se skrytou motivací. O této motivaci neví dospělý ego –stav. Nedá se poznat, dokud jeden z účastníků nezmění své chování. Vede ke zmatení a nepochopení, za které je dávána vina tomu druhému“ (cit. dle VYBÍRALA, 2000, s.168 - 169).

3.3 Systemický přístup

Systemické teorie tvrdí, že jedince je možné pochopit pouze v sociálním kontextu, ve kterém žije. Systémy jsou nejčastěji pojímány jako hierarchicky organizované struktury, které jsou ve vzájemném vztahu. Systémy jsou organizovány tak, že vztahy mezi jejich částmi vytvářejí hranice. Systémem je rodina, malá sociální skupina, ale i velká sociální uskupení. Jedinec je tedy součástí a zároveň tím, kdo systém spoluvytváří (PROCHASKA, 1999, s.288).

Mezi prvky systému dochází ke komunikační výměně – interakci. Gregory Bateson ji rozdělil na vztah symetrická a komplementární. Symetrická označuje vzorec, kdy chování jednoho účastníka vyvolá podobné chování u druhého. Pokud pacientka donese své spolubydlící z kantýny ovoce, je pravděpodobné, že jí to druhá příležitostně oplatí. Komplementární chování je pak vyvoláním odlišného chování. Pokud o starého člověka sestra přehnaně pečuje, začne ztrácet samostatnost, stává se na sestře závislým a sestry pečují poté ještě více.

Velmi důležitým pojmem je zpětná vazba, která určuje rovnováhu v mezilidské komunikaci. Zpětné vazby jsou regulační mechanismy v mysli jedince, nikoliv podněty od druhých. Dělí se na:

- pozitivní – jedinec se po vyhodnocení zpětné vazby chová tak, že posílí své dosavadní chování. Pokud se usmějeme na toho, kdo nám něco vypráví a on to vyhodnotí jako povzbuzení, bude více vyprávět.

- negativní – znamená sebeomezení, přidržení a zkoordinování sama sebe, tak aby byla nastolena rovnováha. Pokud si náš partner v komunikaci vysvětlí úsměv jako úšklebek, omezí hovor. Pokud manžel zahrne při návštěvě pacientku výčitkami, může se jí udělat špatně a on přestane (VYBÍRAL, 2000, s.177 – 180).

Jedním z nejproblematičtějších komunikačních stylů je dvojná vazba (double bind), která obsahuje dvojnáchnou zprávu. Jde o opakování sledu následujících projevů:

A- výzva k přiblížení

B- uposlechnutí výzvy

C- paradoxní reakce

D- znovu nastává fáze A (KŘIVOHLAVÝ, 1988, s. 153).

Příkladem může být matka, která volá dítě k sobě: „Pojď ke mně, zlatíčko“ a v zápětí mu dá pohlevek. Dítě se odvrátí a ona ho opět zve k sobě: „Ty mě nemáš rád, když tě vychovávám“. Taková komunikace, kdy je v nesouladu verbální, neverbální a konativní složka, vyvolává zmatek, frustraci a může být zdrojem psychopatologie. Proto je tak důležité i dětské pacienty nepodvádět a srozumitelnou formou s nimi pravdivě komunikovat (PROCHASKA, 1999, s.291).

4 PACIENT A SESTRA

4.1 Psychické změny hospitalizovaného pacienta

Hospitalizace (umístění a léčení pacienta v nemocnici) je obvykle pro pacienty zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se mění – nejen v pacientovi (v jeho těle), ale i v jeho psychice (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.50).

Chtěla bych se (pro svou práci) v této podkapitole zaměřit výhradně na psychické změny, protože z nich, myslím, opět vyplývá velká důležitost toho, aby sestra dobře komunikovala s hospitalizovaným pacientem.

V době nemoci hospitalizovanému pacientovi nastává jiný řád. Najednou se pacient ze dne na den stává pasivním. Když byl zdravý, byl aktivní – rozhodoval o sobě sám. V nemocnici se stává předmětem (toto slovo zde uvádím záměrně z toho důvodu, že se s ním setkáváme nejen v literatuře, ale i přímo v nemocnicích, kde se nemocný člověk takto bere, nepřístupuje se k němu jako k lidské bytosti, ale jako k předmětu) zájmu zdravotnického týmu, který mu určuje jeho denní režim.

S pasivitou souvisí i to, že se pacient stává na zdravotnickém týmu zcela závislým, nemůže dělat nic, co by chtěl on sám, ale musí se podřizovat jeho rozhodování.

Mění se i pacientův životní rytmus, který samozřejmě nezná, je pro něho nepřírozený.

S tím klesá i pacientova sebedůvěra, najednou musí vykonávat činnosti, které nikdy nevykonával a pokud je nezvládá tak, jak se po něm chce, jeho důvěra v sebe zcela zákonitě klesá.

Bohužel když se pacient dostává do prostředí nemocnice, kde je pro něho vše cizí a nové, dostává se zároveň do relativní sociální izolace. Setkává se nejen s neznámým prostředím, ale i s novými lidmi, které nezná a vidí poprvé v životě.

Kontakt s jeho blízkými lidmi mu je bohužel, na některých odděleních, zcela odepřen. I okruh pacientových zájmů se prudce zužuje jen na ty, které mu jeho zdravotní stav dovolí.

Pacient také mnohdy nerozumí tomu, co se s ním děje, často nerozumí nejen svému tělesnému stavu, ani svému psychickému rozpoložení. Pacient v nemocnici pocítuje negativní emoce, hlavně úzkost, strach, obavy, nejistotu a bolest.

Bohužel je pozměněno i vnímání časového prostoru. Pacient v nemocnici vnímá jen přítomnost, protože kontakt s minulostí je omezen a představa o budoucnosti je pro něho alespoň v blízké době hodně problematická (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

4.2 Role hospitalizovaného pacienta

Zjistilo se, že jen 2% nemocných lidí přicházejí do nemocnice přímo (např. po autohavárii), kdežto v 98% případů jsou pacienti posíláni do nemocnice ošetřujícím nebo odborným lékařem. Do nemocnice pacient přichází obvykle díky rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má jen malý vliv. Do nemocnice a do role nemocničního pacienta je prostě „z vyšší moci přidělen“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.51).

Podle Shelley TAYLEROVÉ (1995) pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav z toho, co ho při hospitalizaci očekává. Neví, jaké budou jeho povinnosti v nemocnici. Nemocnice nedělá mnoho pro to, aby uklidnila zjištěné já pacienta, jeho úzkost a strach. Pacient je uložen vedle člověka, kterého nezná, a je podroben řadě (pro něho zvláštních) zkoušek. Musí přijít do styku s úplně cizími lidmi, a to v prostředí, které je pro něho zcela nové. Musí dělat věci, které jsou nové, zvláštní a neobvyklé. Očekává se přitom, že bude se zdravotníky spolupracovat, že se bude snažit pomáhat jim v tom, co dělají, a že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Pacient se tak rychle dovítí, že provoz nemocnice je více organizován s ohledem na zdravotnický personál spíše než s ohledem na pacienta. U pacientů v nemocnici se objevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jsou to zvláště deprese (vnitřní stísněnost), děsivé obavy a úzkost. Objevuje se i nervozita – jednak z vyšetření, jednak z chirurgických zákroků. Pacienti mají děsivé noční sny. Nejsou schopni se pořádně na nic soustředit. Někdy se u pacienta vystřídá během krátké doby na třicet různých lidí. Ti kolikrát jen rychle přijdou do pokoje, provedou určitý test, vezmou si vzorek jeho krve, přinesou mu jídlo, uklidí. Často mají zdravotničtí pracovníci tak málo času, že stačí pacienta či pacientku jen pozdravit (cit.dle KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.51).

4.3 Role a náplň práce zdravotní sestry

Na úvod této podkapitoly bych chtěla zmínit, že zdravotní sestra má ve své pracovní náplni opravdu spoustu povinností a je to práce hodně těžká. Nechtěla bych zlehčovat určité činnosti, ale myslím si, že role komunikátorky je velice důležitá, protože když bude sestra pacienta povzbuzovat, bude mu dostávat naději a problémy se budou řešit hned, tak bude spokojen nejen pacient, ale i sestra. Pacient se bude rychleji uzdravovat a uspíší se jeho převoz do domácího ošetřování. Myslím si, že by sestry měly dbát na o to, jak se pacient cítí a jestli je spokojen.

Také bych se chtěla zmínit o tom, že role sestry se během historie měnila. Nemám v úmyslu v této práci popisovat historii role zdravotní sestry, ale zmíním se jen o tom, co s tématem souvisí.

Od druhé poloviny 19. století se začíná rozvíjet racionální medicína a přicházejí lékaři. Tímto vlastně vzniká základ k profesi sestry, protože lékař k sobě potřebuje pomocníka, který by byl schopný odborné komunikace a racionálního jednání při ošetřování.

Racionalizace pronikla i do role sestry, které se zaměřovaly jen na technické úkony. I na školách převládalo zaměření na techniku a na jednotlivé úkony nad péčí o člověka –z pohledu bio – psycho - sociální jednoty. S technikou rostla specializace lékařů a sester a došlo k dehumanizaci ošetřovatelství (BÁRTLOVÁ, 2005).

Myslím si, že převládá v podstatě dodnes, kdy se též věnuje pozornost jen tělesnému stavu a splnění úkolů a úkonů týkajících se jen té tělesné stránky.

Podle Kutnohorské (2007, s.22) role zdravotní sestry jsou:

- ošetřovatelka
- komunikátora
- edukátorka (ve smyslu zdravotně výchovného působení)
- poradkyně
- pacientova/ klientova advokátka
- nositelka změn
- manažerka
- výzkumný pracovník

Náplň práce zdravotní sestry:

- základní ošetřovatelská péče

- diagnosticko- terapeutická práce
- administrativní práce
- přípravné a dokončovací práce
- psychosociální činnosti – o těch bych se chtěla zmínit detailněji

Činnosti v náplni práce jsou nezbytné jednak pro ošetrovatelskou diagnostiku (shromažďování informací), jednak pro spolupráci s nemocným a jeho rodinou na tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu a na zajišťování celkové pohody ošetřované osoby. Patří sem různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukační práce ochrana oprávněných zájmů pacienta, jeho podpora, pomoc při dorozumívání a kontaktu s okolím (STANĀKOVÁ, 2002, s.13).

4.3.1 Charakteristiky efektivní komunikace pro zdravotní sestry

Protože se zaměřuji na komunikaci zdravotní sestry, zmiňuji se také v následujícím textu o efektivní komunikaci a o zásadách správné komunikace.

Podle VENGLÁŘOVÉ a MAHROVÉ (2006, s.13) zásady efektivní komunikace jsou:

- mluvčí i příjemce dostávají důležité informace
- informace jsou ve srozumitelné formě
- je zachována důstojnost pacientů
- pacienti mají prostor pro dotazy, zopakování
- pacienti mohou vyjádřit svůj názor, komunikace je kongruentní.

Dle O'CONNOR a ARANDA (2003, s.35) jsou důležité pro efektivní komunikaci s pacientem důležité tyto aspekty:

- příprava prostředí- zajištění soukromí a dostatek času
- vyjasnění účelu rozhovoru
- navození důvěry
- schopnost získávat informace
- aktivní naslouchání a analýza verbálních a neverbálních projevů pacienta
- empatie
- objasnění problémů

4.3.2 Zásady sesterské komunikace

- rozhodnutí o jakékoliv léčbě patří ze zákona lékaři, respektive týmu odborníků, nikdy ne sestře
- sestře připadá zásadní role v komunikaci s pacientem, podporuje ho v koordinaci s celým týmem
- připravuje pacienta na rozhovor s lékařem a předem vytváří vhodnou atmosféru pro přijetí závažné zprávy
- po rozhovoru pacienta s lékařem citlivě probírá s pacientem z tohoto plynoucí důsledky (dopady)
- srozumitelně, spolehlivě, vstřícně a taktně opakuje pacientovi informace sdělené lékařem, které jsou zapsány v dekurzu a které si zapisuje do sesterské dokumentace
- pokud získá od pacienta závažné informace, předá je lékařskému týmu prostřednictvím zdravotnické dokumentace
- informuje lékaře o případných obtížích, je –li to nutné i o ošetrovatelských postupech
- nepřestane pacienta nejen ujišťovat, ale také přesvědčovat, že stále pokračuje jeho nejkvalitnější léčba symptomatická i ošetrovatelská
- sestra stejně jako lékař pacienta neopustí až do konce léčby - o tom musí být pacient neustále ujišťován (LINHARTOVÁ, 2007, s.129- 130).

HONZÁK (2001) hovoří o těchto zásadách sesterské komunikace:

- sestra by si neměla nosit problémy z práce domů a naopak, z domova do práce, pokud má vážné starosti, měla by se tvářit alespoň neutrálně
- i při mechanických činnostech jako je například stlaní postele by se měla sestra věnovat pacientovi a nepovídat si s kolegyní
- oslovování pacienta by mělo být důstojné, není vhodné oslovovat starší pacienty „babi a dědo“, pokud má pacient akademický titul, měl by se při oslovení užívat

- je dobré udržovat s pacientem oční kontakt, sestra může z pacientovy mimiky vyčíst jeho psychický stav
- sestra by se měla snažit být trpělivá a to i tehdy, když pacient zvoní na zvonek už poněkolkrát
- je dobré, aby sestra pacienta povzbuzovala k rozhovoru s ní
- je naprosto důležité, aby sestra zachovávala mlčenlivost

4.4 Vztahy mezi zdravotní sestrou a hospitalizovaným pacientem

Ve své práci bych se chtěla zmínit i o vztahu, který mezi sestrou a pacientem vzniká. Myslím, že komunikace a vztah jdou spolu ruku v ruce. Neodmyslitelně k sobě patří. To, jakým způsobem komunikujeme i nekomunikujeme (i mlčení je komunikace), vyjadřujeme jaký máme vztah k druhým lidem. Sestra je s pacientem ve velice úzkém kontaktu.

ŠOPEK a ČERVINKOVÁ (1992, s.39) hovoří o tom, že obsah a forma komunikace mezi zdravotníkem a pacientem (verbální, neverbální, řeč postojů a skutků) jsou vždy obrazem jejich mezilidského vztahu. Tento vztah je přitom komplikovaný a nejednoznačný.

4.4.1 Vztah sestry k nemocnému

Ze strany zdravotní sestry jde o zcela profesionální vztah. Pacienti se svými problémy představují pro sestry každodenní předmět jejich odbornosti a profese, objekt každodenních pracovních činností. To s sebou přináší odstup a zvěcnění, objektivní přístup a neosobní uvažování. Tento přístup je někdy i nutným předpokladem účinného rozhodování a věcné pomoci (ŠOPEK a ČERVINKOVÁ, 1992, s. 39).

Samozřejmě nikdo po sestře nemůže chtít, aby všechny problémy pacientů odžívala a soucítila společně s pacienty, protože už samotné povolání zdravotní sestry je velice emočně náročné a kdyby si nestanovila hranice, emocionální zátěž by se tak ještě zvyšovala a po čase by začala být neúnosná. Sestra by ale měla ve vztahu k nemocným být lidsky opravdová, citlivá, vnímavá, měla by projevovat zájem o pacienta, o jeho problémy a prožitky a adekvátně na ně reagovat (ŠOPEK a ČERVINKOVÁ, 1992).

4.4.2 Vztah nemocného k sestře

Vztah nemocného k sestře bývá zpravidla rozporuplný, plný ambivalentních pocitů. Pacient, stejně jako zdravý člověk, má spoustu potřeb (o nich jsem se již zmiňovala). Na rozdíl od zdravého člověka, který neleží v nemocnici, si je nemůže splnit sám a je tak odkázaný v řadě uspokojování svých potřeb na sestru. Z důvodu změny pacientovy situace je jeho prožívání v nemocnici subjektivní a egocentrické. Sestra je pro pacienta na jedné straně zdroj jistoty pro uspokojování potřeb, ale na druhou stranu může pacient cítit k sestře nedůvěru, může se stydět, může být na sestru za něco naštvaný. Z těchto důvodů se pacient mnohdy dostává do ambivalentní situace. Co se týče uspokojování potřeby komunikace a mezilidských vztahů, pacient se obvykle ocitá v určitém vakuu (bohužel i pokud za ním návštěvy chodí pravidelně). Pacient často v sobě sítí prázdnotu, kterou zaplňuje lidmi, kteří jsou pro něj dosažitelní. Týká se to hlavně zdravotní sestry. Mohou se tu objevit i formy přenosu. Jelikož sestra pracuje v těsné blízkosti pacienta, dotýká se ho, zasahuje do jeho intimní zóny, může tak tímto chováním provokovat jevy přenosu (ŠOPEK a ČERVINKOVÁ, 1992).

4.4.3 Obtíže ve vztahu sestra - pacient

Také pacient může v sestře provokovat kladný či negativní protipřenos. Sestra, zpravidla aniž by si toho byla vědomá, může do vztahu k němu promítat svoje osobní, současné i minulé zkušenosti, problémy, zážitky, postoje a přání.

S problémem vztahu sestry a pacienta souvisí i otázka, nakolik sestra má být hercem, který hraje žádoucí profesionální role, a nakolik se může a má chovat tak, jak sama skutečně myslí a cítí.

Vedle otázek interpersonálních vztahů, percepce a chování, vystupuje problém osobní a profesionální vhodnosti, zralosti a připravenosti sestry, její profesní i osobní úrovně, únavy,

deformace, opotřebenosti, vyprahlosti a syndromu vyhoření. Důležitou roli hraje i vztah mezi osobním a profesionálním životem sestry. Patří sem zejména: otázky životního stylu sester, režimu práce a odpočinku, organizace práce a pracovních náplní, zvyklostí zavedených na určitém pracovišti, regenerace sil a kompenzace profesionálních psychických zátěží (ŠOPEK a ČERVINKOVÁ, 1992, s.41).

4.5 Komunikační bariéry

Mezi sestrou a pacientem mohou vyvstat určité překážky, které jim znemožní mezi sebou komunikovat. Příčinu lze hledat na straně pacienta i sestry. Chtěla bych se zmínit o některých bariérách v komunikaci mezi sestrou a pacientem.

4.5.1 Komunikační bariéry na straně pacienta

1. NEOCHOTA SVĚŘIT SE S PROBLÉMY

MAGUIRE hovoří o tom, že pacienti se z mnoha různých důvodů nechtějí svěřovat se svými starostmi sestrám. Velké potíže jim dělá mluvit o psychických záležitostech. Často si myslí, že sestry mají příliš mnoho práce na to, aby se staraly o něco jiného než o fyzické aspekty onemocnění a léčby, nebo se bojí stigma psychiatrických potíží (cit.dle O'CONNOR a ARANDA, 2002, s.32).

Rozhovor o psychických problémech může vyvolat nepříjemné a bolestné pocity. Pokud zůstanou emocionální problémy skryté, mohou vyústit ve stavy úzkosti, deprese, sociální izolace a beznaděje (O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.32).

2. INDIVIDUÁLNÍ PREFERENCE ZPŮSOBU KOMUNIKACE

FALLOWFIELD et al.(1990) zdůrazňují, že komunikaci s pacienty také ovlivňuje znalost či neznalost toho, co chce pacient o své nemoci a léčbě vědět .

Výzkum ukazuje, že pacienti vyžadují individuální přístup k informování o jejich zdravotním stavu, a tento přístup musí brát v úvahu úroveň a množství informací, které každý pacient požaduje. Nesoulad poskytovaných informací s tím, co pacient vyžaduje, může být příčinou úzkosti (cit.dle O´CONNOR a ARANDA, 2003, s.33).

3.MULTIKULTURNÍ PROBLÉMY OVLIVŇUJÍCÍ KOMUNIKACI

Pokud sestra a pacient patří do různých kultur, je to často příčinou komunikační bariéry. Problém je, když nemluví stejným jazykem nebo jejich komunikační schémata jsou odlišná.

EGAN (1998) poskytl návod k tomu, jak se vyrovnat s kulturními odlišnostmi při vytváření vztahů mezi pacientem a jeho rodinou a zdravotníkem. Přestože si uvědomuje, že je potřebné získat co nejvíce informací o různých etnických skupinách, zdůrazňuje, že zdravotník by měl:

- na první místo klást potřeby pacienta
- zajistit, aby osobní hodnoty pečovatele neměly negativní vliv na zájmy pacienta
- vyvarovat se kulturních stereotypů a generalizací, protože odlišnosti uvnitř skupiny jsou často mnohem silnější než rozdíly mezi skupinami (cit.dle O´CONNOR a ARANDA, 2003, s.33).

Podle současné situace v českých nemocnicích může nastat problém v komunikaci, pokud bude pacient Rom, Vietnamec, Ukrajinec nebo uprchlík či azylant např. z východních zemí. Komunikační bariéra ohledně jazyka může nastat v podstatě u každého, kdo nemluví jazykem českým, ať už je turistou, obyvatelem nebo kýmkoliv jiným, v našem případě česky nemluvící pacient. V poslední době v nemocnicích pracuje i hodně slovenských sestřiček, což může být problém hlavně u mladších pacientů, kteří slovenský jazyk už v podstatě nemají možnost znát.

4.5.2 Komunikační bariéry na straně zdravotní sestry

1. HODNOTY, POSTOJE A PŘESVĚDČENÍ

JENKINS a FOLLOWFIELD (2002) říkají, že průběh a výsledek komunikace jsou ovlivněny tím, do jaké míry je rozhovor zaměřen na pacienta (patient – centred). O rozhovoru zaměřeném na pacienta mluvíme tehdy, když používáme otevřené otázky, uvědomíme si emocionální problémy a zapojíme pacienta do rozhodovacího procesu (cit.dle O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.33).

Pro sestry však není jednoduché použít tyto dovednosti bez určité znalosti vlastních pocitů. Ve skutečnosti osobní hodnoty a přesvědčení zdravotníků nevyhnutelně ovlivňují interakce ve zdravotnictví v podobě skrytých kritérií, která ovlivňují rozhodování (O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.33).

EGAN (1998) poznamenává, že začíná být více než zřejmé, že osobní hodnoty zdravotníka ovlivňují hodnoty a rozhodování pacienta (cit.dle O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.33).

Hodnoty a přesvědčení zdravotníka tak ovlivní, do jaké míry je rozhovor opravdu zaměřen na pacienta. Pokud si sestry neuvědomují své vlastní pocity, mají tendenci chovat se způsobem, který blokuje komunikaci s pacientem (O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.34).

2. NEDOSTATEK KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ

Podle mnoha výzkumů se ukazuje, že se sestry často chovají tak, že zablokují komunikaci s pacientem. Pokud má sestra nedostatečné znalosti o komunikaci, tak tím komunikaci do značné míry blokuje. Negativně komunikaci ovlivňuje také strach sestry z toho, že nebude umět dostatečně dobře odpovědět pacientovi.

Podle O'CONNOR a ARANDA (2003, s.34) je problémem, že zdravotníci si své nedostatky často neuvědomují a své schopnosti přeceňují.

Mezi faktory, které omezují komunikaci patří:

- „distancování se“ od pacienta (např. když se sestry postaví ke vzdálené části lůžka)
- ignorování emocionálních projevů pacienta (například pláče)

- poskytování falešné naděje nebo nesouhlas s obrannými mechanismy pacienta (potlačení)
- změna v tématu rozhovoru nebo zaměření se pouze na praktické úkony
- soustředění se spíše na tělesné symptomy než na emocionální problémy
- neschopnost rozpoznat problém
- nedostatek znalostí o tom, čeho se pacienti obvykle obávají (O'CONNOR a ARANDA, 2003, s.34).

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření do své práce zařazuji, protože si myslím, že spousta zdravotních sester

(i v mém dotazníku) tímto syndromem trpí. Rovněž mám pocit, že pokud je sestra vyhořelá, nemůže být poté v jejích silách dobře komunikovat. Povolání zdravotní sestry je jedno z mnoha pomáhajících profesí, u které se může vyvinout syndrom vyhoření.

Nyní se obecně zmíním o syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Prakticky každý pracovník po určité době má nějaké jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi.

Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu pracovníků do zaměstnání. U disponovaných jedinců vystavených nepříznivým podmínkám již za několik týdnů až měsíců. U některých osob jeho vznik předchází období vysokého pracovního nasazení, během něhož se pracovník snaží dosáhnout nejlepšího představitelného výsledku, tj. snaží se práci vykonávat co nejkompetentněji (MATOUŠEK a HARTL, 2003, s.55-56).

5.1 Projevy syndromu vyhoření

V následujícím textu uvádím záměrně slovo klient, protože píše obecně o pomáhajících profesích, kde se výraz klient používá.

Typickými projevy syndromu vyhoření jsou:

- neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi, příp. konflikty s nimi, klient se v očích pracovníka mění v „případ“, nebo dokonce jen v „příznak“
- lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta schopnosti tvořivě postupovat při práci

- práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se výrazně víc než v práci angažuje v mimopracovních aktivitách
- preference administrativních činností a činností směřujících ven z vlastní instituce před činnostmi, jež vyžadují kontakt s klienty
- důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu, na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání
- v úvahách o účinnosti služby, příp. i o budoucnosti klientů převládá skepse
- časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, někdy i těhotenství
- omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi
- pocity depersonalizace, vyčerpání
- v ojedinělých případech i zneužívání klientů

Obecně platí, že v pomáhajících profesích je obtížné definovat žádoucí výsledek práce a kritéria úspěšnosti pracovníka (MATOUŠEK a HARTL, 2003, s.56).

Podle KOPŘIVY (2006, s.100) k jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže. Není to obyčejná únava. Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího silnější než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost.

5.2 Podmínky vzniku vyhoření

Podle MATOUŠKA a HARTLA (2003) k rozvoji syndromu vyhoření specificky přispívají pracoviště:

- kde není věnována pozornost potřebám personálu
- kde neexistují plány osobního rozvoje
- kde chybí supervize
- kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních
- v nichž vládne soupeřivá atmosféra
- v nichž spolu rivalizuje několik nepřátelených skupin pracovníků

- se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, příp. i klientů

5.2.1 Podmínky vzniku vyhoření u sester

Podle BARTOŠÍKOVÉ (2006, s.19) se u sester může podílet na vzniku syndromu vyhoření následující:

- přetíženost
- špatné vztahy na pracovišti
- nedostatek podpory
- nevhodné chování nadřízených, necitlivý přístup
- nízká loajalita k pracovišti, k zařízení, k oboru
- nadměrná emocionální zátěž
- zdravotníci nebývají zvyklí ventilovat své skutečné pocity a to ani v kruhu blízkých, ani na pracovišti
- nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce
- vyžadování čím dál větší zodpovědnosti
- energetická bilance je dlouhodobě negativní, sestra více vydává než dostává
- nedostatek radosti, respektive jejích zdrojů v profesionálním ale i osobním životě
- nereálné očekávání a ztráta ideálů při vstupu do zaměstnání

HAŠKOVCOVÁ (2000) hovoří o tom, „ že zbývající energii sestra vynakládá na vlastní obranu. Snaží se skrývat svoji vyčerpanost ve snaze dostat ideálu doby, který netoleruje ani únavu, ani rozladu. Navenek může své problémy bagatelizovat nebo se snaží pomoci si sama. Bagatelizace problémů bývá dočasná, protože dlouhodobě nejde udržet zdání, že je vše v pořádku. Výsledkem může být i náhlé zhroucení, ale častější je zřetelný psychický diskomfort“ (cit. dle BARTOŠÍKOVÉ, 2006, s.19).

BEŇO (2004) dodává, že pracovní cíl sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení je ne vždy dosažitelná (např. u psychicky nemocných, pacientů s poruchami vědomí, umírajících). Výsledky její profesionální činnosti jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je v podstatě nekvantifikovatelná, špatně vyčíslitelná a možná i proto je nedostatečně oceněná. Není to profese od které lze očekávat zbohatnutí. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami – i toto je důvod, pro který hrozí sestrám vyhoření (cit. dle BARTOŠÍKOVÉ, 2006, s.20).

5.3 Prevence syndromu vyhoření zdravotní sestry

Do prevence patří tři oblasti, které jsou velice důležité, bohužel ve zdravotnické praxi zatím nevídané.

1. SOCIÁLNÍ OPORA

Je dokázáno, že největší oporou při těžké práci sestry a při jejím vyhoření, jí je stejné postavení jejích spolupracovníků.

2. PREVENCE NA ÚROVNI JEDNOTLIVCE

Zde bych chtěla zdůraznit, že v práci zdravotní sestry je důležité se postarat sama o sebe, mít smysluplný život, být aktivní jak po fyzické tak i po psychické stránce. Při pomoci druhým je sestřina osobnost jakýmsi „nástrojem pomoci“, proto je důležité, aby sestra byla v pořádku. Pokud nebude, budou na tom pacienti strádat.

Sestra by se měla pokusit nalézt rovnováhu mezi svými výdaji a zisky. K tomu jí někdy postačí upravit životní styl, neklást na sebe a na ostatní přehnané požadavky, odpočívat nebo učinit nějakou aktivní změnu. Je důležité, aby se sestra nebála vyhledat odbornou pomoc, pokud se jí to samotné nebude dařit. Není to žádná ostuda, rozhodně je to lepší způsob vyrovnávání se se stresem, nežli například začít užívat návykové látky, úniky nebo agresi. Ve

zdravotnické praxi by si sestra měla pohlídat časový stres, kontrolu činností, odměnu za práci, vztahy na pracovišti, dodržování hranic, vyhýbat se rutině a stereotypu.

3. PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ NA ÚROVNI ORGANIZACE

1. TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE

U týmové spolupráce hodně záleží na vedoucím pracovníkovi. Pokud svou funkci zastává kvalitně a sestry spolupracují jako tým, jsou úspěšnější a následně vzniká týmový duch a jsou spokojenější i pacienti.

2. SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Supervize je bohužel ve zdravotnictví málo rozšířená. Mám zkušenost, že sestry nevědí, co supervize znamená a k čemu je dobrá a zároveň ji hodnotí negativně. Aby supervize byla na pracovišti přítomná závisí opět na vedoucím pracovníkovi. Kdyby se povedlo rozšířit povědomí o supervizi, o jejím přínosu a začali se ve zdravotnictví hojně využívat Balintovské skupiny, právě o vztahu sestra – pacient, kde by se hovořilo jak o těžkostech pacienta, tak i sestry, byl by to krok ke zkvalitnění sesterské péče. (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

6 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Své dotazníkové šetření jsem pojala jako první sondu do problematiky sesterské komunikace.

6.1 Cíl šetření

Pomocí dotazníkového šetření jsem se pokusila zjistit názory sester na komunikaci s pacientem, který je v nemocnici. Zajímá mě, jak se k této problematice sestry staví, co jim vadí, a co by jim ohledně komunikace s pacientem pomohlo a jak se vůbec otázkou komunikace sestry zabývají.

6.2 Soubor respondentů

Cílovou skupinu mého dotazníkového šetření tvořily zdravotní sestry, protože právě o jejich reflexi situace, postoje a potřeby šlo.

Výzkumný vzorek tvořilo 20 sester (píše již záměrně v ženském rodě, protože ani jedna „sestra“ nebyl muž), návratnost tedy byla 100 % . Průměrný věk sester byl 29,3 let. Průměrný počet odpracovaných let ve zdravotnictví byl 8 let. 10 dotazovaných sester mělo vystudovanou střední zdravotnickou školu, 6 sester vyšší zdravotnickou školu a 4 sestry vysokou školu – 2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Všechny 20 sester jsem oslovila na interních odděleních nemocnice Liberec.

6.3 Postup při získávání dat

Pro svou práci jsem jako techniku sběru dat použila dotazníkové šetření a jako nástroj dotazník (viz. příloha I.).

Dotazníkové šetření jsem prováděla v týdnu od 20. do 24. srpna 2007. Dotazníků jsem rozdala 20 a 20 se mi jich také vrátilo.

Při předkládání dotazníků jsem se přímo domluvila s jednou sestrou na interním oddělení a ta mi dotazníky pohlídala a při předávání služeb dotazníky rozdávala k vyplnění dále. U ní jsem si po týdnu dotazníky s plnou návratností vyzvedla. Tento postup jsem zvolila záměrně, protože jsem předpokládala, že sestry nebudou ochotné dotazník vyplňovat, pokud jim ho budu předkládat já osobně, a zamýšlený výzkum by na tom mohl pohořet. Při předání vyplněných dotazníků se můj předpoklad potvrdil, protože skutečně sestry ani na svou kolegyni, při předkládání dotazníků nereagovaly příliš ochotně a ne moc nadšeně dotazník vyplňovaly.

V úvodu dotazníku popisuji o čem dotazník je, zmiňuji se o anonymitě a poskytuji instrukce k vyplnění dotazníku. Dotazník obsahuje 11 otázek. Otázky č. 1, 2, 3, 5, 6, 7 jsou uzavřené a je u nich připojeno šest možností odpovědí typu : „ rozhodně ano“ , „ spíše ano“ , „ano“ , „ne“ , „spíše ne“ , „rozhodně ne“ . Na otázky č. 8, 9, 10, 11 mohou sestry odpovědět podle svého uvážení a svých zkušeností. Na konci dotazníku pod otázkami se ptám sester na pohlaví, věk, vzdělání, počet odpracovaných let ve zdravotnictví a na charakter jejich pracoviště. V úplném závěru děkuji za vyplnění a zamyšlení se nad dotazníkem a zmiňuji se o významu dotazníku pro mou bakalářskou práci.

6.4 Hypotézy

- 1) Sestry mají snahu přeceňovat své dovednosti v komunikaci a nedávají komunikaci velkou váhu.
- 2) Střední zdravotnická škola neposkytuje svým studentům mnoho informací o komunikaci.
- 3) Pokud mají sestry možnost vzdělávání o komunikaci, dostatečně tuto možnost nevyužívají.
- 4) Sestrám bude ztěžovat komunikaci s pacienty starší věk pacienta, intimní témata, špatná prognóza pacienta, vzdělání pacienta, nedostatek soukromí.
- 5) V odpovědích zdravotních sester se bude hojně vyskytovat slovo „ čas“, především ve smyslu negativním.

7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Analýza výsledků

První hypotéza, kterou jsem si stanovila byla : „Sestry mají snahu přeceňovat své dovednosti v komunikaci a nedávají komunikaci velkou váhu“. Tato první hypotéza se týkala otázky č. 1 a otázky č. 2. Otázka číslo jedna zněla: „Je pro Vás osobně důležité, abyste s pacienty dobře komunikovala?“ a otázka číslo dvě: „Jste spokojena se svými komunikačními dovednostmi?“

Komentář: Ani u jedné z otázek se neobjevila ani jedna negativní odpověď.

U otázky č. 1 bylo nejvíce odpovědí (60%) „ rozhodně ano“(viz příloha II.), což mě potěšilo. U otázky č. 2 byla polovina odpovědí u možnosti „ano“. O výsledcích otázky číslo dvě si myslím, že otázka může působit na odpovídající sugestivně a svádí tak ke kladným odpovědím. Další možností absence negativních odpovědí by mohla být skutečnost, o které jsem se již zmiňovala v teoretické části, že zdravotní sestry mají tendenci přeceňovat své schopnosti. Ze své osobní zkušenosti s rolí pacienta i rolí studentky na SZŠ si totiž myslím, že by se rozhodně několik negativních odpovědí objevit mělo.

Hypotéza č. 1 se z jedné části potvrdila a z druhé části vyvrátila. Konkrétně se potvrdilo to, že sestry mohou mít tendenci své schopnosti přeceňovat, ale naopak se nepotvrdilo, že sestry nedávají komunikaci velkou váhu, protože výsledky ukazují, že je pro sestry osobně důležité, aby s pacienty dobře komunikovaly.

Druhá hypotéza zní : „ SZŠ neposkytuje svým studentům mnoho informací o komunikaci“. Na tuto hypotézu odpovídám otázkou č. 3 : „Dozvěděl (a) jste se na SZŠ dost informací o komunikaci s pacienty?“

Komentář : Nejvíce odpovědí na otázku, jak ukazuje graf č. 3 v příloze II., je 35 % u možnosti odpovědi „ne“. Myslím si, že odpovědi u této otázky mohou být zcela individuální podle toho, jak je pro koho komunikace důležitá, a také si všichni nepředstavují pod slovem „dost“

stejně. Podle 65 % negativních odpovědí se dá ale soudit, že více než polovina sester nedostala dobré základy komunikace s pacientem již na škole. Z výsledků otázky č. 3 si troufám hypotézu č. 2 považovat za potvrzenou.

Hypotéza č. 3 se týká otázky č. 4 : „Máte nyní možnost odborného vzdělávání o komunikaci s pacienty?“ a otázky č. 5 : „ Využíváte tuto možnost dalšího vzdělávání?“.

Komentář: U otázky č. 4 bylo nejvíce (35%) odpovědí u možnosti „ano“, ale také zároveň 30% odpovědí u možnosti „ne“. To se mi zdá poněkud ambivalentní, jelikož byly všechny dotazníky předkládány ve stejné nemocnici.

U páté otázky 70% sester odpovědělo, že nevyužívá možnost dalšího vzdělávání v oblasti komunikace. Domnívám se, že takto vysoké číslo u odpovědi „ne“ u této otázky může být například z důvodu: nezájmu sester, unaveností sester z náročné práce, nedostatku času sester, ale také nedostatečnou kvalitou nebo přitažlivostí přednášek a seminářů, zaměřením seminářů na teoretickou stránku, nedostatku důrazu vedoucích pracovníků na dobré komunikační dovednosti sester s pacienty. Hypotéza o tom, že pokud mají sestry možnost vzdělávání o komunikaci, tak tuto možnost dostatečně nevyužívají, se bohužel potvrdila.

Šestou otázkou „Je pro Vás důležité, abyste při komunikaci s pacienty měl (a) dostatek soukromí?“ jsem zařadila z osobního důvodu. V Průběhu své praxe v nemocnici jsem měla možnost vyzorovat, že sestry doslova křičí nejen o velmi intimních záležitostech pacienta přes celý pokoj před spolupacienty, a to co říkají, je leckdy slyšet až na chodbu. Tuto otázku jsem tedy zařadila z důvodu, že mě zajímalo, jestli si uvědomují důležitost soukromí při komunikaci s pacienty. O shodný počet 35 % se dělí odpověď „ano“ i „ne“ . Z čehož tedy vyplývá, že pro některé sestry soukromí při komunikaci s pacienty není důležité.

Na sedmou otázku: „Ovlivňuje Vaši komunikaci s pacienty vzdělání pacientů?“ bylo nejvíce odpovědí (30%) u možnosti „rozhodně ano“.

Komentář: myslím si, že tato problematika je čistě individuálního rázu, což dokazuje i vyplnění všech odpovědí (viz. příloha II.).

Na poslední čtyři otázky mohly sestry odpovědět podle svého uvážení, podle svých zkušeností.

Otázka č. 8 „Komunikuje se Vám s nějakou věkovou kategorií pacientů špatně?

Na tuto otázku odpovědělo 11 sester, že se jim s žádnou věkovou kategorií pacientů nekomunikuje špatně. 3 sestry na tuto otázku vůbec neodpověděly. Nejčastěji se komunikuje sestrám špatně s geriatrickými pacienty.

Konkrétní odpovědi sester na osmou otázku:

- děti
- 20 – 40 let
- komunikace u starších
- geriatrickí pacienti
- novorozenci a kojenci
- senioři

Můj komentář k odpovědím: překvapilo mě, že jedenáct sester odpovědělo negativně. Nějakou zápornou odpověď jsem samozřejmě očekávala, ale více než polovina negativních odpovědí je hodně. Myslím, že výsledek mohl opět souviset s přeceňováním sesterských schopností. Také bych zde chtěla říci, že v posledních čtyřech otázkách jsem se často setkávala s nevyplněnými odpověďmi, což může opět souviset s neochotou sester dotazník vyplňovat. Ráda bych se zde zmínila o tom, že mne velmi zaskočila odpověď „novorozenci a kojenci“. Očekávala jsem hojný počet odpovědí „senioři“, což ve výsledku byly jen tři, „novorozenci a kojenci“ může souviset s provokací nebo se zjednodušením.

Otázka č. 9 „Je něco, co Vám v komunikaci s pacienty brání?“

Na tuto otázku dvě sestry nevyplnily odpověď a šesti sestrám nic v komunikaci s pacienty nebrání.

Konkrétní odpovědi sester na devátou otázku:

- neurvalé chování pacientů – hrubé chování
- zdlouhavé odpovědi převážně starých pacientů
- opilost a agrese pacienta
- nedůvěra pacienta
- nedůvěra a arogance pacienta
- zmatenost a nechuť pacienta ke komunikaci
- zmatenost a agresivita pacienta
- málo času
- překážka je pouze nechuť pacientů se o něčem bavit
- občas, například, když má pacient tracheostomii
- nedostatek soukromí
- nedostatek soukromí a přítomnost dalších pacientů

Můj komentář k odpovědím: nemohu se zde zbavit svého dojmu, že i pro sestru velmi dobře komunikující nastane situace, kdy jí něco v komunikaci brání. Odpověď šestkrát „nic“ mi opět přijde odbytá. Co se týče konkrétních odpovědí, jsou téměř všechny zaměřeny na stranu pacienta. Bylo by asi naivní předpokládat, že by se mohla objevit odpověď zaměřená na nedostatek vnitřních schopností sestry.

Otázka č. 10 „ Existuje nějaké téma o kterém se nerad (a) bavíte s pacienty?

Pro devět sester neexistuje žádné téma, o kterém by se nerady bavily s pacienty. Dvě sestry odpověď na tuto otázku nevyplnily.

Konkrétní odpovědi sester na desátou otázku:

- o závažné nevléčitelné chorobě pacienta
- moje soukromí, o penězích
- mé soukromí, sexuální stránka pacienta
- jeho intimní život – sexuální
- výsledky vyšetření, špatný nález = prognóza
- o sexu
- o vaření
- o nemoci
- jejich zdravotní stav

Můj komentář k odpovědím: na tuto otázku jsem nečekala odpověď „ o nemoci a jejich zdravotním stavu“. Samozřejmě je to hlavně prioritou lékaře sdělovat toto pacientům, ale pokud již pacient diagnózu zná a ví, jak na tom je od lékaře, měly by to být právě sestry, které se s pacienty o těchto problémech poté baví. Napadá mě, že tato odpověď může souviset se syndromem vyhoření. Dále je vidět, že je velice těžké a hodně citlivé téma špatná prognóza a nevléčitelná choroba pacienta. Jsem ráda, že alespoň dvě sestry o této problematice přemýšlejí. Dalším choulostivým tématem, které sestry zmiňují je jejich soukromý život a intimní, sexuální život pacienta. Zcela nepochybně by bylo také potřeba vědět, jak reagovat na tyto otázky.

Otázka č. 11 „Co by Vám konkrétně pomohlo k efektivnější komunikaci s pacienty?“

Tři sestry na tuto otázku opět nevyplnily odpověď. Třem sestřám by nic k efektivnější komunikaci nepomohlo. A rovněž tři sestry napsaly pouze „nevím“.

Nejčastější odpovědí bylo „více času“.

Konkrétní odpovědi sester na jedenáctou otázku:

- soukromí – tři pacienti na pokoji
- více času
- soukromí
- větší důvěra pacientů ke zdravotníkům
- čas
- čas a spolupráce s lékaři
- více času
- dostatek času, personálu, pomůcek a hlavně spolupráce lékařů
- více času pro pacienty
- více soukromí, více času na rozhovor
- více soukromí, příjemnější prostředí

Můj komentář k odpovědím: odpověď ohledně času jsem očekávala. Jsem ráda za odpověď „spolupráce s lékaři“, protože si myslím, že často se sestry mohou snažit komunikovat dobře s pacienty a lékaři sestřám mohou dobrý dojem u pacienta snížit. Jsem také svědkem těchto situací. Myslím, že pro více soukromí a příjemnějšího prostředí mohou sestry hodně udělat samy. Asi toho moc nezmohou po organizační stránce (malování, méně pacientů na pokoji atd.), ale mohou změnit například výzdobu.

Hypotéza č. 4, která zní: „Sestřám bude ztěžovat komunikaci s pacienty starší věk pacienta, intimní témata pacienta, vzdělání pacienta, nedostatek soukromí.“

Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 5 : „V odpovědích sester se bude hojně vyskytovat slovo čas, především ve smyslu negativním“.

Hypotéza č. 5 se také potvrdila, sestry hojně užívaly především „málo času“, „nedostatek času“ , „více času“. Myslím si, že je tomu tak z důvodu, že ho opravdu mají málo, ale z části si myslím, že je to naučená odpověď a tak trochu i výmluva.

8 DISKUSE

V této kapitole bych se chtěla zmínit o svých závěrech a nápadech, které by mohly vést ke zlepšení komunikace zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem.

Ještě než se začnu nápadům a závěrům věnovat, chtěla bych se zmínit o anonymitě dotazníků.

V úvodu dotazníku píšou o jeho anonymitě. Chtěla bych říci, že z technických důvodů, které zmiňuji v 6 kapitole, se nejedná o úplnou anonymitu. Jsem si vědoma toho, že kdyby mohla být anonymita úplně dodržena, mohly by být výsledky například u témat, o kterých se sestrami špatně komunikuje, jiné.

Ze své zkušenosti studentky zdravotnické školy vím, že střední zdravotnická škola nevybavuje své studenty dostatečným způsobem komunikačními dovednostmi. Tento nedostatek si uvědomují i samy sestry. Proto si myslím, že s přípravou této problematiky by se mělo pořádně začít již zde.

Myslím, že již při samotném výběru studentů na SZŠ by se mělo více dbát na psychické předpoklady, možná by mohl být součástí i osobnostní dotazník nebo chvilkový pohovor (zde si nejsem jistá, jestli by nebylo problémem málo času).

Poté bych kladla důraz nejen na tělesnou stránku pacienta, ale i na tu duševní, aby se předměty skládaly podle celostního pojetí člověka. Samozřejmostí by mělo být i to, aby i o duševní stránce člověka a o komunikaci přednášeli erudovaní a praxe znalí profesori. Má zkušenost je, že o čistě biologických předmětech přednášejí špičkový lékaři (což je samozřejmě dobře), ale u psychologie a komunikace tomu již tak není.

Také by bylo určitě vhodné zavést nějaký seminář, například seminář k praxi, který se bude týkat praxe studentů a bude zaměřen na komunikaci a přístup k pacientovi. Aby si studenti mohli popovídat o tom, co je z praxe trápí, co jim jde i co jim nejde, co jim vadí, co jim dělá radost, co je překvapilo atd. Zaměřila bych se na specifická témata, která jsou emočně náročná a o nich bych zavedla diskuse a připojila bych praktické ukázky a modelové situace, aby studenti věděli, jak v praxi s takovým pacientem komunikovat. Tématem může

být například špatná prognóza pacienta, handicapovaný pacient, umírání, smrt, ale také třeba téma hranic.

Začlenila bych i seznamování studentů se supervizí, aby se naučili, že supervize je pro jejich budoucí práci velice potřebná a užitečná.

V nemocnici by bylo důležité a velice vhodné zavést supervize. Myslím, že by vedoucí pracovníci měli supervizi začlenit do programu práce a klást na ní důraz. Také by asi vedoucí pracovníci měli vybírat pro sestry takové přednášky a workshopy, které pro ně budou zajímavé a budou na ně chtít chodit. Protože sestry, jak je vidět z dotazníků, možnost dalšího vzdělávání moc nevyužívají. Mohou také sestrám dodávat na oddělení novinky z literatury o komunikaci sester s pacienty. Možná by bylo vhodné, aby vedoucí pracovníci dávali pacientům dotazníky, které by se týkaly komunikace sester s pacienty a zjišťovali spokojenost pacientů. A možná by bylo dobré, aby sledovali syndrom vyhoření u svých sester.

Je toho určitě mnoho, co by se dalo dělat pro zlepšení komunikace sester s hospitalizovaným pacientem, ale pro spokojenost pacientů i sester je to určitě potřebné. Hlavně si myslím, že supervize by se měla ve zdravotnictví v budoucnu více prosadit.

ZÁVĚR

V této práci se zaměřuji na komunikaci zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem.

Nejprve vymezuji základní pojmy vztahující se k této problematice.

Dále popisuji specifika sesterské komunikace, kterou považuji pro práci sestry za velmi důležitou. Pokračuji pojednáním o komunikačních dovednostech, zvláště o těch, které jsou pro zdravotní sestru typické.

Za důležité považuji zmínit se o psychoterapeutických přístupech, podle kterých se dá také komunikovat s hospitalizovaným nemocným.

Hlavním záměrem teoretické části bylo ukázat, jak je pro zdravotní sestru důležité správně komunikovat s pacientem. Zařadila jsem tedy kapitulu o sestře a pacientovi, kde popisuji psychické změny pacienta, role a zásady správné komunikace sestry a komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem. Na konci teoretické části se zmiňuji o syndromu vyhoření zdravotní sestry.

Cílem praktické části bylo zjistit názory sester na komunikaci s nemocným pacientem. Zajímalo mě, jak se k této problematice sestry staví, co jim vadí a co by jim ohledně komunikace s pacientem pomohlo. Pro zhodnocení jsem používala metodu dotazníkového šetření. Dotazník byl předkládán dvaceti zdravotním sestřám na interních odděleních nemocnice Liberec.

Nyní se pokusím ve stručnosti shrnout výsledky mého šetření. Pro všechny zdravotní sestry je osobně důležité, aby s pacienty dobře komunikovaly a měly při komunikaci s pacienty dostatek soukromí. Sestry jsou vcelku spokojeny se svými komunikačními dovednostmi. Problémem ale je, že nejvíce zdravotních sester se nedozvědělo na SZŠ dost informací o komunikaci s pacienty. Velkou ambivalenci vidím v tom, že skoro stejný počet sester tvrdí, že má možnost ve stejné nemocnici odborného vzdělávání o komunikaci s pacienty a skoro stejný počet sester tvrdí, že tuto možnost nemá. Každopádně ale velmi vysoké procento sester další možnost vzdělávání nevyužívá. Sestry při komunikaci s pacienty ovlivňuje vzdělání pacientů, špatně se jim komunikuje se staršími pacienty a v komunikaci jim brání například nedůvěra pacienta, nedostatek soukromí, zmatenost a agresivita pacientů.

Sestry se nerady baví hlavně o závažné nevléčitelné chorobě pacienta, o jeho intimním životě, o jeho nemoci a o svém soukromí. Nejvíce by jim k efektivnější komunikaci pomohlo více času na pacienty, více soukromí a spolupráce s lékaři.

Chtěla bych zde ještě zmínit, že sestry dotazník o komunikaci velmi nerady vyplňovaly. Problémem byly hlavně poslední čtyři otázky, které vyžadovaly větší zamyšlení. Bohužel jsem se často setkávala s odpovědí „ne“ nebo odpověď nebyla vyplněna vůbec. Bylo ale také vidět, že některé sestry se nad odpověďmi zamyslely více, za což jsem velice vděčná.

Pokud se alespoň jedna sestra nad dotazníkem zamyslela více i po vyplnění dotazníku a přemýšlela třeba nad tím, že by mohla svou komunikaci v něčem změnit, myslím, že dotazníkové šetření věnované sestřám, mělo smysl.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ALEXANDER, M., et al. *LEarning Materiál On Nursing*. Přel. Marta Staňková (ed.). Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 44 s. ISBN 80-7013-238-8.

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 19, 20, 41, 42, 50, 51, 60. ISBN 80-7013-439-9.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 93, 94, 127. ISBN 80-247-1197-4.

BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada Publishing, 2000. s. 27, 36. ISBN 80-7169-962-2.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 267 s. ISBN 80-7178-303-X.

HAVRÁNKOVÁ, O. Případová práce. In MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 75, 76, 77. ISBN 80-7178-548-2.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999. s. 49, 50. ISBN 80-7262-032-0.

HONZÁK, R. Umění správné komunikace. *Sestra*, 2001, 11, 1, s.18. ISSN 1210-0404.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2004. s. 100, 109, 110, 118. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988. 153 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 50, 51. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. s. 77, 78. ISBN 80-7013-187-X.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 22 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 129, 130. ISBN 978-80-247-1784-5.

LONG, L. a PROPHIT, S. *A Communication Manual for Nurses*. California: Wadsworth, Inc., 1981. 2 s. ISBN 0-87872-284-X.

MATOUŠEK, O. a HARTL, P. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In MATOUŠEK, O., aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 54, 55, 56, 57. ISBN 80-7178-548-2.

NEČASOVÁ, M. Profesní etika. In MATOUŠEK, O. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 37 s. ISBN 80-7178-548-2.

O'CONNOR, M. a ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Přel. Jana Heřmanová. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 32, 33, 34, 35. ISBN 80-247-1295-4.

PROCHASKA, J. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 114, 164, 165, 166, 288, 291. ISBN 80-7169-766-4.

STAŇKOVÁ, M. O řeči těla. *Sestra*, 2003, 13, 3, s. 24. ISSN 1210-0404.

STAŇKOVÁ, M. *Sestra- reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 13 s. ISBN 80-7013-368-6.

ŠOPEK, J. a ČERVINKOVÁ, E. Psychologické zvláštnosti vztahu sestra – pacient. In MAREŠ, J. (ed.). *Komunikace s pacientem jako aktuální problém školství a zdravotnictví*. Hradec Králové: Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, 1992. s. 39, 40, 41.

VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 11, 12, 13, 15, 40, 46. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. s. 25, 212. ISBN 80-7178-998-4.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. s. 168, 169, 177, 178, 179, 180, 291. ISBN 80-7178-291-2.

VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. s.9, 11, 76, 89, 90, 108. ISBN 80-202-0605-1.

Internetové zdroje:

Encyklopedie Wikipedia /online/.c 2002, poslední revize 1.10.2007/cit.2007-10-03/. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/pacient>

Encyklopedie Seznam /online/.c1996, poslední revize 1.9.2006/cit.2007-10-03/. Dostupné z <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/112427-zdravotni-sestra>

PŘÍLOHA I.

Obsahem přílohy I. je dotazník o sesterské komunikaci, který jsem dávala sestřám na interních odděleních nemocnice v Liberci. Dále je součástí obsahu popis tabulky, do které zaznamenávám v příloze II. výsledky mého dotazníkového řešení.

DOTAZNÍK

Instrukce:

Velice Vás prosím o vyplnění otázek v dotazníku o sesterské komunikaci.

Vaše odpovědi budou zcela anonymní a nebudou poskytnuty nikomu jinému.

U Otázek 1. – 7. prosím zakřížkujte Vaši odpověď.

U otázek 8. – 11. odpověď prosím slovně doplňte.

1. Je pro Vás osobně důležité, abyste s pacienty dobře komunikovala?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

2. Jste spokojen (a) se svými komunikačními dovednostmi?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

3. Dozvěděl (la) jste se na SZŠ dost informací o komunikaci s pacienty?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

4. Máte nyní možnost odborného vzdělávání o komunikaci s pacienty?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

5. Využíváte tuto možnost dalšího vzdělávání?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

6. Je pro Vás důležité, abyste při komunikaci s pacienty měl (a) dostatek soukromí?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

7. Ovlivňuje Vaši komunikaci s pacienty vzdělání pacientů?

rozhodně ano	spíše ano	ano	ne	spíše ne	rozhodně ne

**8. Komunikuje se Vám s nějakou věkovou kategorií pacientů špatně? Prosím napište konkrétně s jakou.
MÍSTO NA VAŠI ODPOVĚĎ:**

**9. Je něco, co Vám v komunikaci s pacienty brání? Prosím napište konkrétně co.
MÍSTO NA VAŠI ODPOVĚĎ:**

**10. Existuje nějaké téma o kterém se nerad (a) bavíte s pacienty?
MÍSTO NA VAŠI ODPOVĚĎ:**

**11. Co by Vám konkrétně pomohlo k efektivnější komunikaci s pacienty?
MÍSTO NA VAŠI ODPOVĚĎ:**

Pohlaví:

Věk:

Vzdělání:

Počet odpracovaných let ve zdravotnictví:

Charakter pracoviště:

Děkuji za zamyšlení se nad tímto dotazníkem a za ochotu jej vyplnit.
Dotazník je součástí bakalářské práce studentky PVŠPS, Hekrova 805, Praha.
Zpracovala Lenka Milerová.

POPIS TABULKY ZPRACOVÁVAJÍCÍ VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Tabulka č. 1. Odpovědi sester na otázku č. ...

Odpovědi na otázku č. ...	a) možnost odpovědi		b)		c)		d)		e)		f)		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry													20

Na prvním řádku jsou umístěny možnosti na odpovědi (a, b, c, d, e, f) na otázku.

Sestry- skupina souboru respondentů (20 respondentů), počet sester pod jednotlivými odpověďmi

abs – absolutní četnost = součet odpovědí v daném sloupci pro skupinu respondentů

rel – relativní četnost = počet odpovědí vyjádřený v procentech

PŘÍLOHA II.

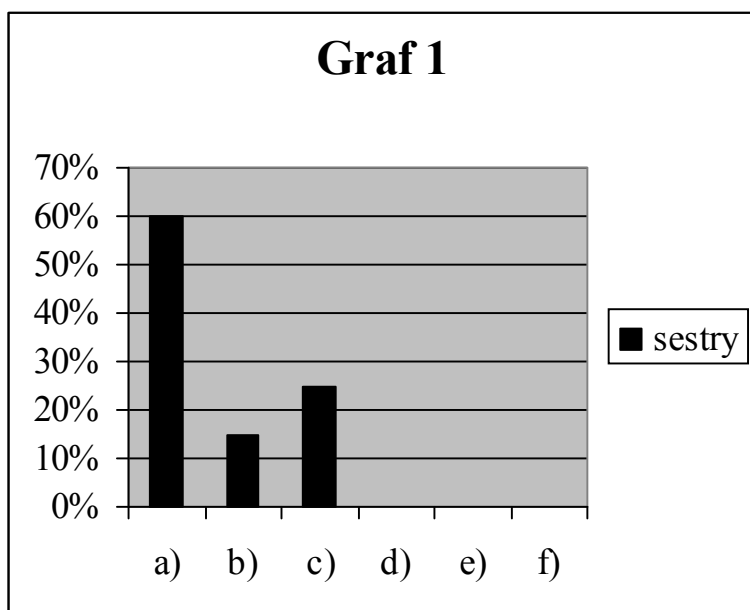
Příloha II. obsahuje výsledky šetření u otázky č. 1 – 7., což ukazuje u každé otázky tabulka, její vysvětlení a graf.

Konkrétní odpovědi respondentů na otázku č. 8 – 11. uvádím v kapitole 7.

Otázka č. 1 Je pro Vás osobně důležité, abyste s pacienty dobře komunikovala?

Tabulka č. 1 odpovědi sester na první otázku

Odpovědi na otázku č. 1	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	12	60	3	15	5	25	0	0	0	0	0	0	20

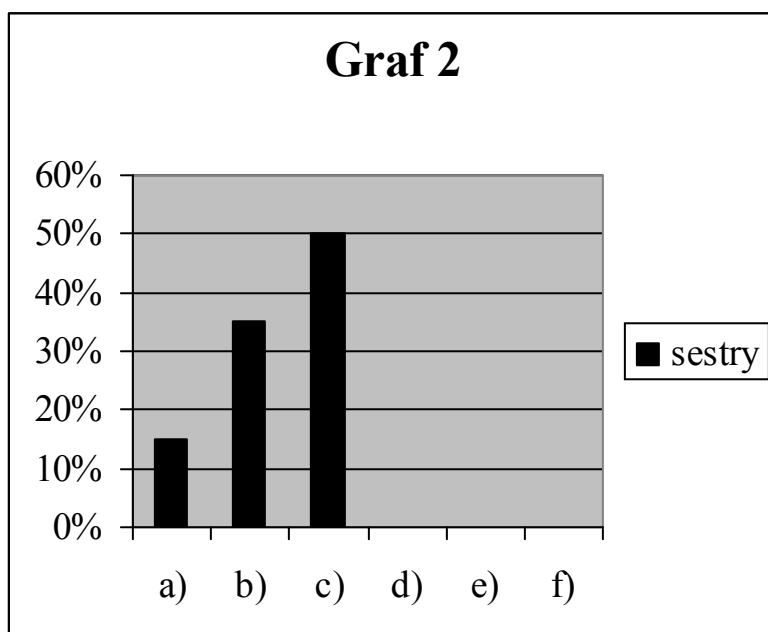


Vysvětlení tabulky č. 1 : 60 % sester odpovědělo „ rozhodně ano“ na otázku, jestli je pro ne osobně důležité, aby s pacienty dobře komunikovaly. 15 % sester zaškrtnulo odpověď „ spíše ano“ a 5 sester (25%) označilo odpověď „ ano“. Ani jedna sestra na tuto otázku neodpověděla negativně.

Otázka č. 2 Jste spokojen (na) se svými komunikačními dovednostmi?

Tabulka č. 2 odpovědi sester na druhou otázku

Odpovědi na otázku č. 2	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	3	15	7	35	10	50	0	0	0	0	0	0	20

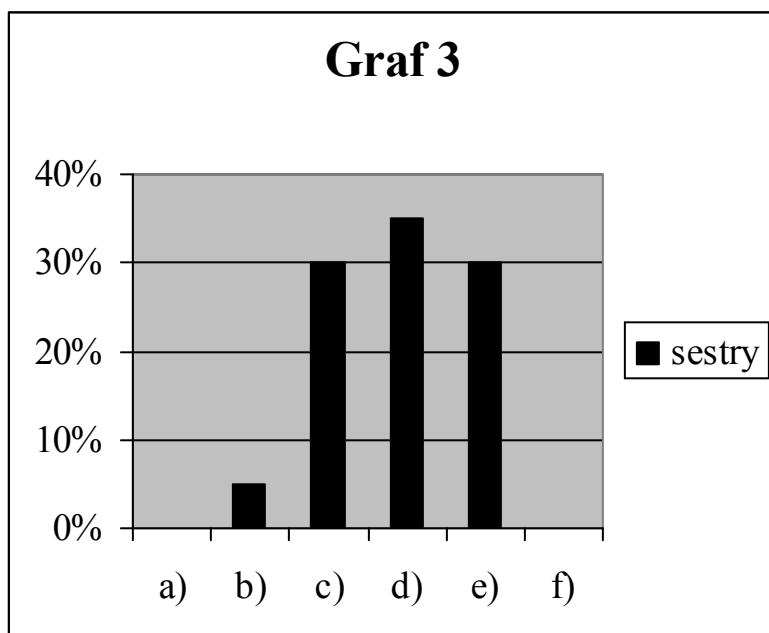


Vysvětlení tabulky č. 2 : Pouze 3 sestry (15 %) na otázku spokojenosti se svými komunikačními dovednostmi odpovědělo „ rozhodně ano“. 35% sester označilo odpověď „spíše ano“ a 10 sester (50%) „ ano“. Žádná odpověď nebyla opět negativní.

Otázka č. 3 Dozvěděla jste se na SZŠ dost informací o komunikaci s pacienty?

Tabulka č. 3 odpovědi sester na třetí otázku

Odpovědi na otázku č. 3	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	0	0	1	5	6	30	7	35	6	30	0	0	20

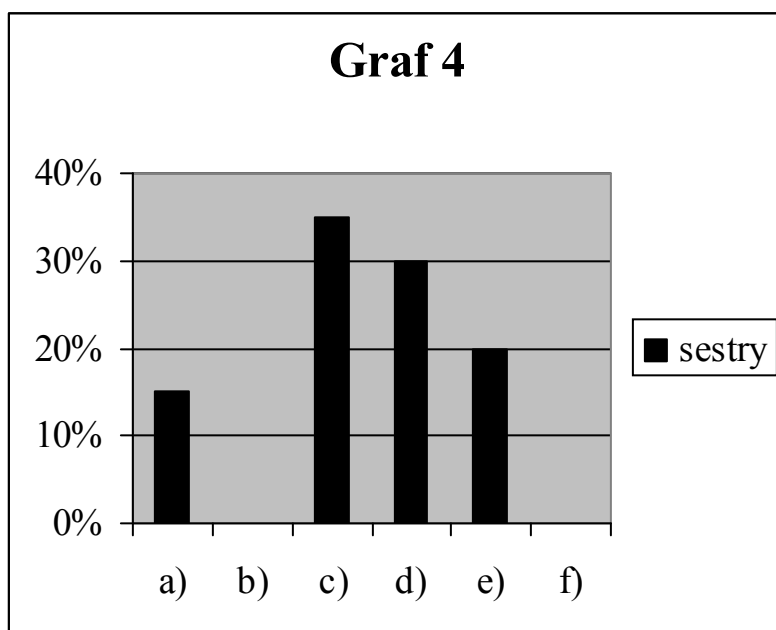


Vysvětlení tabulky č. 3 : pouze 1 sestra (5%) se „spíše ano“ dozvěděla na SZŠ dost informací o komunikaci s pacienty. 6 sester (30%) odpovídá „ano“. Z negativních odpovědí 35 % sester označilo možnost „ne“ a 30 % sester „spíše ne“. Žádná sestra neoznačila odpověď „rozhodně ano,, a „rozhodně ne“ .

Otázka č. 4 Máte nyní možnost odborného vzdělávání o komunikaci s pacienty?

Tabulka č. 4 odpovědi sester na čtvrtou otázku

Odpovědi na otázku č. 4	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	3	15	0	0	7	35	6	30	4	20	0	0	20

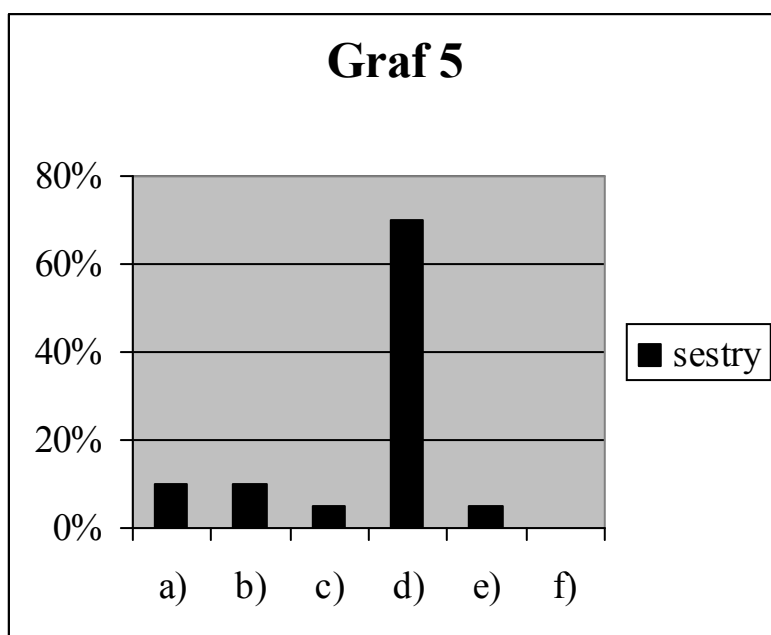


Vysvětlení tabulky č. 4 : 15 % sester na otázku nynější možnosti odborného vzdělávání o komunikaci označilo odpověď „rozhodně ano“. 7 sester (35%) odpovědělo „ano“. 30 % sester odpovědělo na tuto otázku „ne“. 4 sestry (20%) si vybralo odpověď „spíše ne“. U možnosti odpovědi „spíše ano“ a u odpovědi „rozhodně ne“ se neobjevila žádná odpověď.

Otázka č. 5 Využíváte tuto možnost dalšího vzdělávání?

Tabulka č.5 odpovědi na pátou otázku

Odpovědi na otázku č. 5	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	2	10	2	10	1	5	14	70	1	5	0	0	20

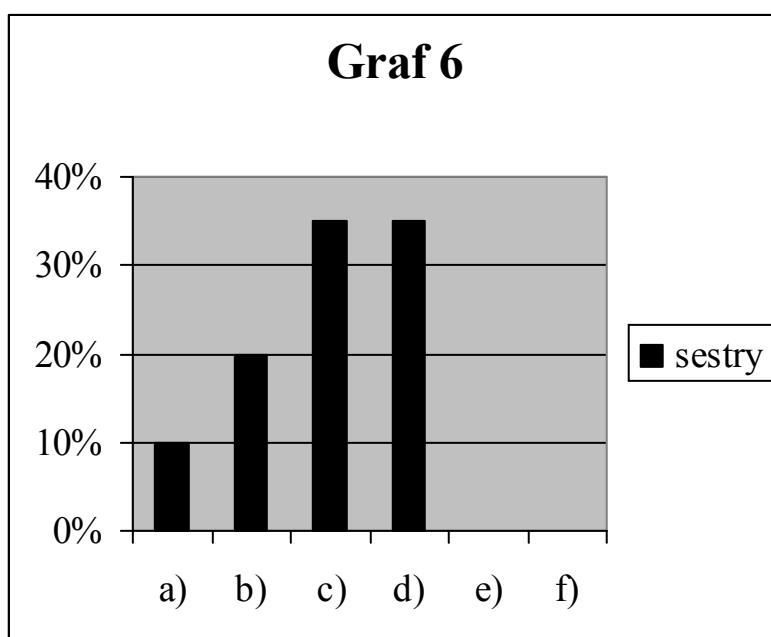


Vysvětlení tabulky č. 5 : na otázku jestli sestry využívají tuto další možnost do vzdělávání jen 2 sestry (10%) odpovědělo „rozhodně ano“. Pouze 2 sestry (10 %) odpovědělo „spíše ano“. A jen 1 sestra (5 %) označila odpověď „ano“. 70 % označilo možnost „ne“ a 5% možnost „spíše ne“. Žádná odpověď se neobjevila u možnosti „rozhodně ne“.

Otázka č. 6 Je pro Vás důležité, abyste při komunikaci s pacienty měl (a) dostatek soukromí?

Tabulka č. 6 odpovědi na šestou otázku

Odpovědi na otázku č. 6	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	2	10	4	20	7	35	7	35	0	0	0	0	20

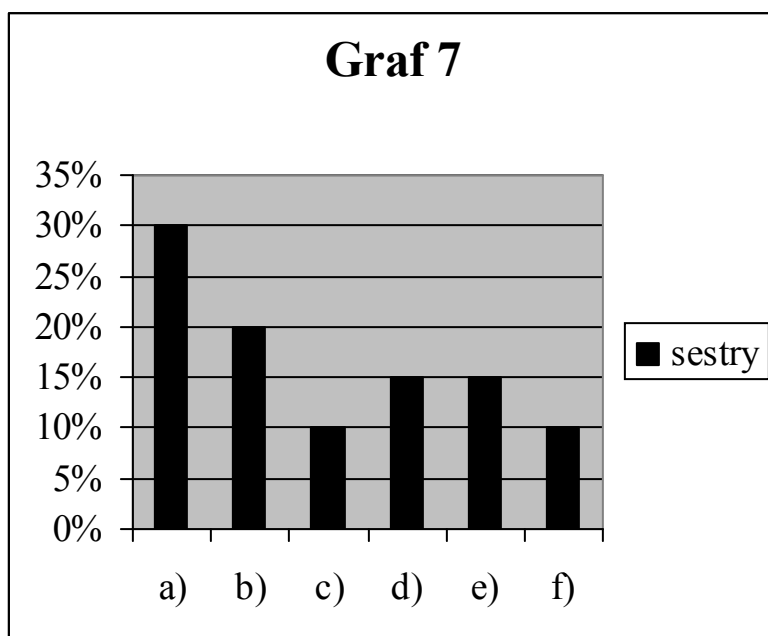


Vysvětlení tabulky č. 6 : Jen pro 2 sestry je „ rozhodně ano“ důležité , aby při komunikaci s pacienty měly dostatek soukromí. Pro 4 sestry je odpověď na tuto otázku „spíše ano“ a pro 7 sester „ano“. Také 7 sester označilo možnost „ne“. Možnosti odpovědi „spíše ne“ a „rozhodně ne“ zůstaly bez označení.

Otázka č. 7 Ovlivňuje Vaši komunikaci s pacienty vzdělání pacientů?

Tabulka č. 7 odpovědi na sedmou otázku

Odpovědi na otázku č. 7	a) rozhodně ano		b) spíše ano		c) ano		d) ne		e) spíše ne		f) rozhodně ne		100%
	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	abs	rel	
Sestry	6	30	4	20	2	10	3	15	3	15	2	10	20



Vysvětlení tabulky č. 7 : na otázku „ Ovlivňuje Vaši komunikaci s pacienty vzdělání pacientů“ odpovědělo 30% sester „rozhodně ano“. Pro 20% sester je to „spíše ano“ a pro 10% „ano“.

15 % sester označilo z možností odpovědi „ne“. „ Spíše ne“ zaškrtnulo 15 % sester a 10% sester odpovědělo „ne“.

Resumé písemné práce k bakalářské zkoušce s názvem:

KOMUNIKACE ZDRAVOTNÍ SESTRY S HOSPITALIZOVANÝM PACIENTEM

v podmínkách interních oddělení nemocnice v Liberci

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Lenka Milerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

Klíčová slova : specifika sesterské komunikace, komunikační dovednosti sestry, pacient, zdravotní sestra.

Těžiště práce tvoří seznámení čtenáře s komunikací zdravotní sestry.

V teoretické části bylo mým hlavním záměrem představit specifika sesterské komunikace a nastínění důležitosti správné komunikace zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem.

Úkolem praktické části postavené na teoretických základech předchozích kapitol byl pokus zjistit názory sester na komunikaci s pacientem, který je v nemocnici. Zajímalo mě, jak se k této problematice sestry staví, co jim vadí a co by jim ohledně komunikace s pacienty pomohlo a jak se vůbec otázkou komunikace sestry zabývají. Pro toto zhodnocení jsem používala metodu dotazníkového šetření, které bylo spíše první sondou do problematiky.

Z vyhodnocení dotazníků vyplývá, že pro zdravotní sestry je osobně důležité, aby s pacienty komunikovaly dobře. Sestrám v komunikaci brání nedostatek soukromí, nedůvěra, zmatenost a agresivita pacientů. Nejvíce k efektivnější komunikaci by sestrám pomohlo více času na pacienty, více soukromí a spolupráce s lékaři.

Název bakalářské práce: Komunikace zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem

Autorka bakalářské práce: Lenka Milerová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

Oponentka absolventské práce: Mgr. Miluše Baginská

Oponentský posudek:

Studentka Lenka Milerová (dále autorka) si vybrala za téma bakalářské práce tematiku vztahu zdravotní sestra – pacient na lůžkovém interním oddělení nemocnice v Liberci. Konkrétně zacílila na mezilidskou komunikaci verbální i neverbální, její význam pro hospitalizované pacienty a pacientky, stejně jako pro pracující personál, zdravotní sestry, kterým komunikace jako taková výrazně zlehčuje i ztěžuje pracovní směnu. Vzhledem ke skutečnosti, že komunikace mezi pacientem a zdravotníkem (lékařem, zdravotní sestrou, zdravotnickým záchranářem, ergoterapeutem a dalšími) je stále palčivé téma i v tomto novém století, pokládám volbu tématu práce, rovněž vzhledem ke studijnímu zaměření studentky a možné následné sociální či psychoterapeutické praxi, za vítanou, a tudíž i potřebnou.

Autorka v teoretické části zmiňuje specifika sesterské komunikace, kde vhodně uvedla druhy profesionální komunikace zdravotních sester dle Benglařové a Mahrové: komunikaci sociální (a její charakteristiku), strukturovanou komunikaci a terapeutickou komunikaci. Za zmínku stojí také kapitola třetí, Komunikace s nemocným z hlediska psychoterapeutických přístupů, ve které autorka výstižně shrnuje podstatu jednotlivého psychoterapeutického přístupu. Třetí kapitola vhodně doplňuje teoretickou část práce a podává vcelku ucelené informace, které by mohly sloužit mimo jiné právě zdravotním sestřím, zajímajícím se o zkvalitnění komunikace s pacienty.

Čtvrtá kapitola přibližuje čtenářům změny, dějící se v psychice pacienta v nemocnici, podnětná jsou podkapitoly popisující role a náplň práce zdravotní sestry a komunikační bariéry obou zainteresovaných stran.

Autorka provedla dotazníkové šetření 20 respondentek, které nazvala „sondou do problematiky sesterské komunikace.“ Cílem šetření se autorka „pokouší zjistit názory sester na komunikaci s pacientem, který je v nemocnici.“ Jsem si jistá, že cíl byl splněn, neboť je více než zřejmé, že se opravdu *pokoušela zjišťovat*. Postup dotazníkového šetření i zpracování informací je příkladný, výhradu bych měla k formulaci hypotéz a k dotazníkovým otázkám, z nichž mnohé jsou nekonkrétní, až sugestivní. Přesto oceňuji odvahu a kreativitu, kterou autorka rozhodně ve své práci prokázala.

Všem budoucím pacientům, tedy vlastně každému z nás, přeji, aby zdravotníci současní i budoucí, měli čas i myšlenkový potenciál a snahu zlepšovat své komunikační dovednosti.

Podněty vhodné k diskusi během obhajoby bakalářské práce:

- V kapitole 4.5.2.1 parafrázujete a citujete odbornou literaturu, ale chybí mi Váš komentář a myšlenky týkající se textu.
- Na str. 43 analyzujete výsledky šetření, konkrétně fakta zjištěná na otázku č. 8. Komentář se mi jeví jako lehce zmatený, na jednu stranu zdůrazňujete, že se sestřám „špatně komunikuje“ (mimochodem, dle mého názoru je „špatně komunikuje“ nevhodný termín v odborném textu) s geriatrickými pacienty, ale z konkrétních odpovědí může vyplynout čtenáři, že jsou to naopak děti, které jsou postiženy tou špatnou komunikací.
- Jaký je rozdíl mezi geriatrickým pacientem a pacientem seniorem (viz. str. 43)?

Bakalářská práce splňuje požadavky na ni kladené, doporučuji k obhajobě. Hodnocení navrhuji mezi výborně a velmi dobře.

V Praze 1. 11. 2007



Mgr. Miluše Baginská

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Posudek bakalářské práce

Autorka: **Lenka Milerová**

Název práce: **Komunikace zdravotní sestry s hospitalizovaným pacientem**

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková

Předložená písemná práce k bakalářské zkoušce zaměřená na komunikaci zdravotní sestry s hospitalizovaným nemocným vychází ze zkušenosti autorky s rolí zdravotní sestry a se slabými místy této role v systému zdravotnické péče u nás.

Autorka práci logicky rozčlenila do několika částí. V části teoretické se pokusila objasnit relevantní pojmy a zaměřila se na komunikaci sestry s pacientem, na formy a význam této komunikace. Dotkla se komunikace v kontextu vybraných psychoterapeutických přístupů a zabývala se vztahem sestry a pacienta. Zároveň nemohla opomenout syndrom vyhoření, tak často se vyskytující právě u zdravotnických pracovníků, který významně modifikuje vztah i komunikaci mezi sestrou a pacientem.

Praktická část bakalářské práce je postavena na dotazníkovém šetření mezi sestrami, jak samy vnímají svou komunikaci s pacienty, jak se k ní cítí připraveny ze školy a s jakými skupinami pacientů se jim komunikuje nejhůře.

Autorka v diskusi práce sama kriticky hodnotí způsob distribuce dotazníků a motivaci sester odpovídat na otázky. Pokud by chtěla na tomto tématu pracovat dále ve své diplomové práci, jistě získala mnoho zkušeností, čeho se pro příště vyvarovat. Získané odpovědi sporné hodnoty se pokusila seriózně uspořádat a analyzovat.

Rozsah práce je přiměřený, struktura vyvážená, schopnost autorky formulovat vlastní názory adekvátní. Práce je dobře strukturovaná, přehledná a srozumitelná. Po stránce gramatické a stylistické je text v pořádku. Požadavky, kladené na písemnou práci k bakalářské zkoušce jsou splněny.

Má otázka k obhajobě zní: co byste příště dělala jinak? Jak navázat kontakt se sestrami a čím je motivovat ke spolupráci?

Práci doporučuji k obhajobě a hodnotím ji **velmi dobře**.

V Praze, 8.11. 2007

PhDr. Olga Havránková

