



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Terapeutická komunikace v práci sestry

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Vlková Blanka

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem **Terapeutická komunikace v práci sestry** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 06.05.2024

.....

Bc. Vlková Blanka

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala především své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. Děkuji za odborné vedení, věnovaný čas, trpělivost, cenné rady, laskavý přístup a připomínky v průběhu psaní této diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat za ochotu a vstřícnost všem participantům, kteří se podíleli na realizaci empirického šetření v této diplomové práci. Závěrem bych ráda poděkovala svým blízkým a přátelům, kteří mi byli velkou oporou v průběhu celého mého studia.

Terapeutická komunikace v práci sestry

Abstrakt

Teoretická východiska: Tato diplomová práce popisuje terapeutickou komunikaci v praxi a s ní spojené důležité prvky. Dále popisuje nejčastější a jednotlivé techniky terapeutické komunikace a je nastíněna problematika bariér v terapeutické komunikaci.

Cíle práce: Diplomová práce si klade dva cíle: ZMAPOVAT UPLATŇOVÁNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNIKACE V KLINICKÉ PRAXI Z POHLEDU SESTER a ZMAPOVAT BARIÉRY PŘI UPLATŇOVÁNÍ TERAPEUTICKÉ KOMUNIKACE S PACIENTEM Z POHLEDU SESTER. V závislosti na těchto cílech byly zvoleny dvě výzkumné otázky: „Jaké techniky terapeutické komunikace jsou v klinické praxi sestrami uplatňovány?“ a „Jaké bariéry sestry vnímají při uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi?“

Metodika: V empirické části této diplomové práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Byla zvolena metoda dotazování a technikou sběru dat byly zvoleny polostrukturované rozhovory se sestrami. Data byla analyzována pomocí programu Atlas.ti (2024), ve kterém byly vytvořeny 4 hlavní kategorie a 15 podkategorií. Výzkumný soubor tvořilo celkem 21 sester, které pracují na vybraných pracovištích.

Výsledky: Po důkladné analýze rozhovorů bylo zjištěno, že sestry v praxi nejčastěji využívají techniky, kterými jsou empatie, vytváření důvěry a použití motivačního rozhovoru. Dále bylo také zjištěno, že ze zmiňovaných bariér tvoří nejčastější překážku v terapeutické komunikaci nedostatek času, rozpoložení a chování pacienta a jazyková bariéra.

Závěr: Tato diplomová práce rozšiřuje přehled o využívání jednotlivých technik terapeutické komunikace a poskytuje náhled na bariéry terapeutické komunikace vnímané ze strany sester. Zároveň také poskytuje užitečné informace, které by mohly tvořit podklad pro vytvoření semináře v rámci celoživotního vzdělávání sester, či simulační výuku studentů ošetrovatelství.

Klíčová slova

Sestra; terapeutická komunikace; praxe; ošetrovatelská péče; pacient.

Therapeutic communication in the nurse's work

Abstract

Theoretical basis: This diploma thesis describes therapeutic communication in practice and the important elements associated with it. Next, we will describe the most common and individual techniques of therapeutic communication and outline the issue of barriers in therapeutic communication.

Goals of the thesis: The diploma thesis sets two goals: Mapping application of therapeutic communication in clinical practice from the nurses' point of view and mapping the barriers in the application of therapeutic communication with the patient from the nurses' point of view. Depending on these goals, two research questions were chosen: "What techniques of therapeutic communication are applied by nurses in clinical practice?" and "What barriers do nurses perceive when applying therapeutic communication in clinical practice?"

Methodology: In the empirical part of this diploma thesis, the method of qualitative research was chosen. The interview method was chosen and semi-structured interviews with nurses were chosen as the data collection technique. The data was analysed using Atlas.ti, (2024), in which 4 main categories and 15 subcategories were created. The research group consisted of a total of 21 nurses at selected workplaces in internal medicine and surgery.

Results: After a thorough analysis of the interviews, it was found that the techniques most often used by nurses in practice are empathy, building trust and the use of motivational interviewing. Furthermore, it was also found that of the mentioned barriers, the most common obstacle in therapeutic communication is the lack of time, the patient's mood and behaviour, and the language barrier.

Conclusion: This thesis expands the overview of the use of individual techniques of therapeutic communication and provides an insight into the barriers of therapeutic communication perceived by nurses. At the same time, it also provides useful information that could form the basis for creating a seminar within the lifelong education of nurses. As part of the diploma thesis, an example scenario was created that could serve as a basis for simulation teaching of nursing students.

Key words:

Nurse; therapeutic communication; practice; nursing care; patient

Obsah

Úvod.....	9
1 Teoretická východiska.....	10
1.1 Komunikace v praxi.....	10
1.2 Terapeutická komunikace v praxi.....	10
1.3 Interakce mezi sestrou a pacientem v kontextu terapeutické komunikace	12
1.4 Role sestry.....	13
1.5 Základní domény sestry v terapeutické komunikaci.....	15
1.6 Pojetí kritického myšlení v práci sestry	16
1.7 Terapeutický vztah sestra-pacient.....	16
1.8 Terapeutická komunikace sestry a kolegů	17
1.9 Techniky terapeutické komunikace	18
1.9.1 Empatie	18
1.9.2 Využití ticha.....	19
1.9.3 Vytváření důvěry	20
1.9.4 Naslouchání	20
1.9.5 Aktivní naslouchání	21
1.9.6 Objasňování	21
1.9.7 Pozitivní způsob řešení problémů.....	22
1.9.8 Motivační rozhovory.....	22
1.10 Využití deeskalačních technik	24
1.11 Bariéry terapeutické komunikace	25
1.11.1 Genderové rozdíly.....	25
1.11.2 Jazyk a kultura	26
1.11.3 Pracovní zátěž.....	27
1.11.4 Poskytování falešného ujištění.....	27
1.11.5 Diskomfort pacienta.....	27

2	Cíle práce a výzkumné otázky.....	29
2.1	Cíle práce	29
2.2	2.2 Výzkumné otázky	29
3	Metodika.....	30
3.1	Použité metody	30
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	31
4	Výsledky.....	32
4.1	Výsledky kvalitativního šetření	32
4.1.1	Identifikační údaje participantů	32
4.1.2	Seznam kategorií.....	33
5	Diskuse	48
6	Závěr.....	55
7	Seznam použitých zdrojů	56
8	Seznam příloh a obrázků	69
9	Seznam použitých zkratk	76

Úvod

Terapeutická komunikace je základní složkou ošetrovatelství, která se zaměřuje na rozvoj fyzické, duševní a emocionální pohody. Sestry používají terapeutické komunikační techniky k poskytování podpory a informací pacientům a napomáhají tak k dosažení pacientových cílů. Mezi techniky terapeutické komunikace patří empatie, ticho, přijetí, uznání, hledání vysvětlení, aktivní naslouchání, pozorování, povzbuzování, zaměření a konfrontace, vybízení k popisu vnímání, nabízení naděje a humoru. Pokud je komunikace zaměřena na pacienta, stává se terapeutickou a otevírá možnost budování důvěry a vzájemného respektu. Sestry s adekvátní komunikační dovedností by měly být schopny vytvořit a udržet kvalitní terapeutickou komunikaci s pacienty.

Navzdory svému uznávanému významu čelí implementace terapeutické komunikace v ošetrovatelství mnoha výzám v dnešním prostředí zdravotní péče. Faktory, jako jsou časová omezení, komunikační bariéry a technologický pokrok, představují překážky pro efektivní komunikaci mezi sestrami a pacienty a zdůrazňují potřebu přizpůsobených strategií a intervencí k překonání těchto bariér.

Tato diplomová práce se snaží prozkoumat subjektivní vnímání sester na pohled terapeutické komunikace včetně technik a bariér. Zkoumá povahu terapeutické komunikace v ošetrovatelské praxi, její dopad na péči o pacienta, vztahy sestra-pacient a výsledky zdravotní péče. Použitím vhodných technik terapeutické komunikace může dojít ke snížení nežádoucích faktorů, které na pacienta mohou potencionálně působit. V některých situacích je personál vystaven eskalačním situacím a je nucen je v praxi řešit právě za pomoci technik terapeutické komunikace. V tomto případě je potřeba, aby veškeré informace ohledně technik terapeutické komunikace byly sestram k dispozici.

V rámci této práce jsme se zaměřili také na studenty ošetrovatelství, pro které by mohla práce sloužit jako literatura pro studium terapeutické komunikace, včetně vytvořeného scénáře pro simulační výuku.

1 Teoretická východiska

1.1 *Komunikace v praxi*

Dle Walkera, (2014) je komunikace je základním prvkem ošetrovatelské profese, což umožňuje sestřám porozumět, hodnotit a věnovat pozornost individuálním potřebám každého pacienta. Komunikační proces je založen na dynamické a komplexní interakci sestry, pacienta a prostředí. V ošetrovatelské praxi má komunikace určité druhy zastoupení, z nichž každý druh má svůj význam. Se sociální komunikací se sestra setkává při běžném hovoru s pacientem, kdy vzniká určitá interakce mezi nimi. Terapeutická komunikace má význam při podpoře pacienta v situacích, které jsou pro něj nepříjemné, a při pomoci adaptovat se na změny (Mahrová et al., 2016). Dle Zacharové, (2016) se komunikace nejčastěji dělí na verbální a neverbální komunikaci. Verbální i neverbální komunikace se používá k navázání a udržení kontaktu s pacientem. Proces komunikace probíhá neustále, bez ohledu na to, zda jde o komunikaci verbální či neverbální (Niebrój a Kosinska, 2011).

V rámci verbální komunikace se předpokládá, že by sestry měly mít dovednosti mluvení, čtení, naslouchání a přesvědčování. Neverbální komunikace je taková forma komunikace, která podporuje nebo posiluje mluvené sdělení. Užívá významových rysů lidského jazyka a chování, které se interpretují pomocí významových symbolů. Zahrnuje především řeč těla, gesta a výrazy obličeje (Niebrój a Kosinska, 2011). Oční kontakt, držení těla, používání paží, různá gesta rukama, to vše má v neverbální komunikaci svůj význam. Blízkost našeho těla, známá také pod pojmem proxemika, může vyvolat pocit důvěry nebo naopak ohrožení (Walker, 2014). Neverbální signály se pro sestry velmi často stávají zdrojem informací o emocích a pocitech pacienta, díky čemuž se pak verbální stránka jazyka stává srozumitelnější (Niebrój a Kosinska, 2011).

1.2 *Terapeutická komunikace v praxi*

Terapeutickou komunikaci můžeme označit jako nástroj, pomocí kterého sestra provádí ošetrovatelskou péči. Dobré terapeutické komunikační dovednosti sestry zvyšují důvěru pacienta, ovlivňují jeho spokojenost a zlepšují jeho psychický stav. Terapeutická komunikace ovlivňuje také motivaci a spolupráci pacienta (Khoir, 2019). V komunikaci se obvykle přemýšlí nad tím, co v danou chvíli říct, nebo co by se v danou chvíli říct nemělo. Terapeutická komunikace je ale více zaměřena na poslech pacienta a jeho

sdělování o potřebách, myšlenkách a emocích. Poslech pacienta netkví jen v porozumění slovům a informacím, které nám sděluje. Jde také o pochopení emocí, které pacient pociťuje ve zdravotnickém prostředí, a pochopení jeho potřeb, které potřebuje uspokojit (Amoah et al., 2018). Sibiya, (2018) uvádí, že komunikace mezi sestrou a pacientem probíhá v ošetrovatelské praxi prostřednictvím interakce a liší se v závislosti na různých situacích a osobních charakteristikách sestry i pacienta. Sestry by proto měly být schopny komunikovat s pacienty a rozumět jejich potřebám a emocím. Prostřednictvím terapeutické komunikace sestra reaguje na potřeby pacientů a napomáhá tak k jejich upokojování (Sharma a Gupta, 2022). Terapeutická komunikace zahrnuje navázání mezilidského vztahu mezi sestrou a pacientem s cílem podpořit fyzickou a emoční pohodu pacientů. Jedná se o takovou účelnou komunikaci, která pomáhá pacientům posuzovat a řešit problémy, vytvářet pro pacienta příznivé prostředí a podporovat zapojení pacienta do poskytované péče (Riley, 2020).

Terapeutická komunikace je složitá a vyžaduje celoživotní nasazení v podobě reflexe, praxe, děláním chyb a učení se z nich. Účinná terapeutická komunikace vyžaduje, aby sestry byly empatické. Dovednost efektivní terapeutické komunikace lze získávat prostřednictvím neustálé sebereflexe, rozvoje empatie a praxe (Abdolrahimi, 2017).

Terapeutická komunikace mezi sestrou a pacientem je základem pro humánnější péči (INSCOL, 2023). Prostřednictvím komunikace může sestra pacienta poznat a určitým způsobem mu porozumět, identifikovat jeho nejcitlivější potřeby a stát se zprostředkovatelem toho, co požaduje, což často není snadné vyjádřit ostatním členům ošetrovatelského týmu. Osvojením si této dovednosti je sestra schopna orientovat své zásahy s hlubším smyslem a přivést své jednání ke komplexnosti, která je v péči obsažena. V tomto smyslu péče znamená být pacientovi nablízku prostřednictvím verbálních a neverbálních projevů, které pomáhají vytvářet pouto, jež napomáhá spolupráci pacienta v procesu péče při snaze o uzdravení (Sibiya, 2018). Terapeutická komunikace podporuje pohodlí a úlevu od bolesti, a to nejen z etických a humanitárních důvodů, ale také díky ověření jejího zásahu do fyzického, sociálního a duševního stavu pacienta (Chinchayán, 2021). Amoah et al. (2018) tvrdí, že bez ohledu na přesnou definici terapeutické komunikace, studie ukazují, že použití efektivní terapeutické komunikace umožňuje sestře poskytnout pacientovi tu nejlepší fyzickou a emoční péči a umožňuje nejproduktivnější výměnu informací.

1.3 Interakce mezi sestrou a pacientem v kontextu terapeutické komunikace

Terapeutická komunikace je klíčovým prvkem interakce mezi sestrou a pacientem. Interakce v terapeutické komunikaci mají definovaný jasný cíl, kterého chce sestra komunikací dosáhnout. Pro sestry je povinné vybudovat si schopnost interakce s pacientem na pracovišti (Amoah et al., 2018). Před samotnou interakcí sestra zajišťuje pacientovy potřeby včetně fyzického pohodlí pacienta. Jedná se převážně o zajištění vhodného a příjemného prostředí pro pacienta a jeho úlevu od bolesti. Péče o pacientovy potřeby podporuje prostředí pro interakci a snižuje tak rozptýlování a vyrušování pacienta. Sestra by měla připravit prostředí s ohledem na potencionální deescalaci. Sestra musí pozorovat verbální i neverbální reakce pacienta a všimnout si jeho ochoty sdílet informace (Kwame a Petručka, 2021). V závislosti na reakci pacienta se sestra zamýšlí nad použitím a účinností terapeutických technik. Pokud se verbální chování neshoduje s chováním neverbálním, sestra může pacienta požádat o vysvětlení. Shoda mezi verbálním i neverbálním chováním pacienta zajišťuje, že sestra dostane správné informace. Sestra používá vhodné terapeutické komunikační dovednosti a tím podporuje otevřenou a interaktivní komunikaci s pacientem (Walker, 2014). Pokládané otázky by měly být používány velmi opatrně a vhodně. Sestra pokládá jednu otázku po druhé a ponechává si dostatek času na odpověď. Vhodnou volbou jsou otevřené otázky, jako například: „Řekněte mi, jak se dnes cítíte.“ To pomáhá pacientovi vyjádřit se a umožňuje sestře získat podrobné informace o jeho obavách a potřebách. Sestra během komunikace pacienta povzbuzuje, aby kdykoli během komunikace požádal o případné vysvětlení či zopakování (Molina-Mula a Gallo-Estrada, 2020).

O účelu interakce by sestra měla rozhodovat před nebo krátce po jejím zahájení. Na začátku konverzace by měla být sestra opatrná a zachovat si jakýsi profil nižší autority. Při pokračování konverzace pak může sestra používat direktivnější techniky, například ke zjištění konkrétních informací. Mezi sestrou a pacientem jsou obvykle rozdíly ve věku, pohlaví, kulturních hodnotách a náboženském přesvědčení. Proto je důležité, aby sestra pochopila a přijala rozdíly v kulturách a přesvědčení pacientů (Sibiya, 2018). Navázání otevřeného, důvěryhodného a komunikativního vztahu s pacientem při zachování určitého postavení může být obtížné. Autoritářské promítání sestry by mohlo potencionálně vést k tomu, že pacient bude méně komunikativní a otevřený ohledně svého stavu a onemocnění. Pokud se bude sestra chovat jako přítel nebo vrstevník pacienta, může to vést k tomu, že pacient nebude sestru uznávat a nebude ji brát vážně.

V terapeutické komunikaci mohou sestry vystupovat jako důvěryhodné osoby, které dokážou navázat smysluplné spojení se svými pacienty (Molina-Mula a Gallo-Estrada, 2020). Prostřednictvím komunikace sestra vysílá mnoho informací, pozitivních i negativních. Chování navenek odráží vnitřní myšlení a pocity sestry. Pokud se sestra cítí dobře nebo má pozitivní myšlenky, lze to vyčíst z výrazů její tváře, jejího tělesného chování a obsahu její řeči. Například smích je výrazem radosti, spokojenosti, může se jednat i o ocenění vtipu druhého. Úsměv nám může vyjadřovat pozitivní vřelost nebo sebedůvěru.

Interakce sestry s pacientem by měla předávat pozitivní verbální i neverbální informace. Nelze tvrdit, že pacienti, kteří jsou nemocní, nedokáží komunikovat pozitivně, ale povaha jejich problémů může narušovat určité aspekty pozitivní komunikace. Pacienti mohou přenášet mnoho negativních emocí a sestra by měla být schopna identifikovat jejich význam. Walker (2014) popisuje konkrétní negativní emoce. Jedná se o zádumčivý a úzkostný pohled, viditelné chvění, napjatý pohled, vyhýbaní se očnímu kontaktu nebo naopak protáhlé zírání do očí. Tyto emoce mohou predikovat různé situace jako emoční bolest, nastupující agresi či násilí. Důležitý je i obsah řeči, který také může být sestře nápomocný při identifikaci pacientova problému.

Existují případy, kdy sestry mohou být šokovány tím, co se dozví v rámci anamnézy pacienta. Nicméně sestry mají povinnost pečovat o všechny pacienty, se kterými přicházejí do styku, a to bez ohledu na pocity, které při výkonu svého povolání mají. Sestry nemají povinnost a nejsou ani schopny soudit pacienta, kterého mají před sebou. V situacích, kdy sestra poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi, vstupují do popředí automatické myšlenkové procesy, které ovlivní kvalitu poskytované péče. Jedná se o situace, kdy sestra bude mít vůči pacientovi předsudky a strach pečovat o něj. V takovém případě je důležité, aby sestra získala podporu prostřednictvím klinické supervize (Leal-Costa et al., 2020).

1.4 Role sestry

Dle Phillipse et al. (2009) zahrnují role sester širokou škálu odpovědností a funkcí v rámci poskytování ošetrovatelské péče a komunikace s pacientem. Sestry hrají ve své práci různé role, které zahrnují poskytování ošetrovatelské péče, obhajobu pacientů, vzdělávání, vedení a spolupráci v rámci zdravotnických týmů (Phillips et al., 2009). Sestry jako jedna ze zainteresovaných stran hrají důležitou roli při zavádění osvědčených

postupů v ošetrovatelské praxi (Kristensen et al., 2016). Primární úlohou sestry je pečovat o pacienty. Za tímto účelem musí sestry pozorovat a monitorovat pacienta, zaznamenávat všechny relevantní informace, které napomáhají procesům rozhodování o péči. Sestry se starají o zranění, podávají léky, zaznamenávají podrobnou anamnézu, sledují srdeční frekvenci a krevní tlak, provádějí diagnostické testy, obsluhují lékařská zařízení, odebírají krev a přijímají a propouštějí pacienty podle pokynů lékaře. Wilandika et al. (2023) tvrdí, že sestry také zajišťují pohodlí pacientů, hlásí jakékoli změny ve stavu pacienta jiným sestram nebo lékařům, dokumentují aktivity pacienta a přebírají další relevantní úkoly. Sestry musí často věnovat velkou pozornost každému detailu léčby pacienta a jeho reakci. Pokud je problém identifikován, sestry si toho často všimnou jako první, a proto musí být schopny potenciální problém identifikovat (Wilandika et al., 2023).

Umění socializace v ošetrovatelství je nedílnou součástí rozvoje sesterské profese. Obratným a zodpovědným výkonem si sestry mohou zajistit svůj profesní rozvoj, který přispívá k jejich socializaci spolu s pocitem sounáležitosti. Sestry musí být schopné rychlých úsudků nebo převzít kontrolu nad situací, takže odpovědnost je důležitým faktorem v jejich profesi. Odpovědnost je také povinnost nebo ochota dodržovat určité standardy. Zodpovědné sestry přebírají odpovědnost za své činy a přijímají všechny důsledky (Ten Ham-Baloyi, 2022).

Obhajoba pacientů je obvykle považována za nezbytnou součást ošetrovatelství, což je posíleno v současných kodexech ošetrovatelství, stejně jako v etických kodexech a standardech kompetencí upravují praxi. Při ochraně lékařských, právních a lidských práv pacienta plní sestra roli obhájce. Úkolem sestry je informovat a podporovat pacienty, když mají otázky nebo se obávají léčby, postupu nebo jakéhokoli jiného aspektu jejich péče (Cole et al., 2014).

Vyvíjející se role profesionálních sester se prolíná také s technologií. Přestože je technologie nedílnou součástí ošetrovatelství, sestry poskytují lidský přístup a jsou stále v popředí péče o pacienty. Bez ohledu na to, v jakém typu zdravotnického prostředí pracují, mají největší interakci s pacienty (Jackson et al., 2022).

1.5 Základní domény sestry v terapeutické komunikaci

Do terapeutického vztahu si sestra a pacient přinášejí určité schopnosti, které využívají při společném úsilí dosažení pacientových cílů. Jedná se o kognitivní, afektivní a psychomotorické schopnosti (Vinitha, 2022).

Kognitivní schopnosti sester zahrnují širokou škálu mentálních procesů a dovedností, které jsou nezbytné pro poskytování bezpečné a efektivní péče o pacienta. Jedná se o schopnosti, které zahrnují různé aspekty myšlení, rozhodování, řešení problémů a kritického uvažování. Ovlivňují terapeutický proces v závislosti na znalostech sestry a pacienta. V rámci kognitivních schopností sestry využívají klinického uvažování, které podporuje identifikaci problémů a využití vhodných intervencí. Dále sestry mohou schopnosti využívat k řešení problémů a mohou tak identifikovat komunikační bariéry. Řešení problémů také zahrnuje spolupráci s pacienty, jejich rodinami a spolupracovníky. Pacienti a sestry mají základní znalosti o zdraví a nemoci obecně, ale každý z nich má svůj vlastní preferovaný způsob pohledu. Pacienti velmi často přicházejí s tím, že vědí, co způsobilo jejich onemocnění, co narušilo jejich zdraví a duševní pohodu (Vinitha, 2022). Sestry mají své vlastní názory, které vycházejí z jejich znalostí a přesvědčení o tom, co je pro pacienta správné a co jim pomůže. Aby v rámci terapeutického procesu nedocházelo mezi sestrou a pacientem ke komunikačnímu střetu, musí si vyměňovat základní informace (Riley, 2020; Vinitha, 2022).

Afektivní schopnosti představují obecné schopnosti vnímat emoce jak v sobě, tak i v druhých, regulovat emoce a efektivně se vypořádat s emocionálními situacemi. Napomáhají sestram vyrovnávat se s emocionálními požadavky pacienta a tím podporují fyzickou a psychickou pohodu sester. Poskytování holistické péče vyžaduje, aby si sestry byly vědomy svých vlastních pocitů, aby byly schopné je přesně posoudit a zprostředkovat důvěru mezi nimi a pacienty (Fernandéz et al., 2012).

Riley (2020) tvrdí, že sestry i pacienti mohou mít pozitivní i negativní pocity z terapeutického procesu. V rámci afektivních schopností pacienti mohou zaujímat postoje k sestram obecně, k léčebnému režimu a mohou definovat pocity při hledání pomoci u sestry. Sestra v rámci afektivních schopností zaměřuje pozornost na pacientovy postoje a z profese sestry může definovat své vlastní pocity. Postoje pacientů a sester výrazně ovlivňují to, zda pracují v souladu či nesouladu a zda jejich dosavadní znalosti splňují požadavky na zlepšení zdraví pacienta. Pochopení toho, jaký postoj zaujímá sestra

a pacient k definici zdraví, je velmi důležité pro požadované dosažení cíle (Riley, 2020; Vinitha, 2022).

V rámci psychomotorických schopností potřebuje sestra určit schopnost pacientů zapojit se do jeho vlastního léčebného plánu. Sestra by měla mít schopnosti naučit pacienta ošetrovatelským intervencím a pacient by měl znát schopnosti sestry v této oblasti (Riley, 2020; Vinitha, 2022).

1.6 Pojetí kritického myšlení v práci sestry

Rozdíly mezi klasickým myšlením a myšlením kritickým jsou v účelu a ovládní. Myšlení jako takové se týká jakékoli duševní bezmyšlenkovité činnosti. Typickým příkladem je děláni rutinních úkolů, jako je čištění zubů. Kritické myšlení je řízené a účelné a napomáhá k dosažení požadovaných výsledků. Jedná se o komplexní proces, který se mění v závislosti na okolnostech a z tohoto důvodu neexistuje jediná správní definice, protože v takovém případě může platit jedna nebo více definic (Alfaro-Lefevre, 2020). Kritické myšlení je základní dovedností sester, která ovlivňuje celé spektrum ošetrovatelské praxe. Čím vyšší je schopnost kritického myšlení, tím lepší bude ošetrovatelská péče a efektivní komunikace (Shoulders et al., 2014). V komunikaci sester je kritické myšlení nepostradatelnou dovedností, protože umožňuje sestřám analyzovat informace, vyhodnocovat situace a činit taková rozhodnutí, aby byla pacientům poskytnuta bezpečná a kvalitní ošetrovatelská péče. Kritické myšlení umožňuje sestřám posuzovat situace, zvažovat rizika a přínosy a aplikovat svůj klinický úsudek k určení nejvhodnějšího postupu. V rámci kritického myšlení jsou sestry povzbuzovány, aby přemýšlely o svých komunikačních zkušenostech. Sestry jsou pomocí kritického myšlení schopny analyzovat proběhlé interakce s pacientem a jejich zpětné vazby. Kritické myšlení dává sestřám určitý směr pro hledání příležitostí profesního rozvoje a růstu (Papathanasiou et al., 2014).

1.7 Terapeutický vztah sestra-pacient

V ošetrovatelské péči je navázání terapeutického vztahu sestra-pacient zásadní a role sester v tomto kontextu je uváděna jako klíčová (Christman a Ernstmeier, 2022; Hartley et al., 2020). Terapeutický vztah sestra-pacient je záměrné a cílené spojení mezi sestrou a pacientem. Tato interakce umožňuje rozvoj důvěry a respektu mezi sestrou a pacientem a chrání tak pacientovu důstojnost a soukromí. V terapeutickém vztahu existují určité

hranice, které vymezují terapeutické chování sestry od jakéhokoli jiného chování, které by mohlo ovlivnit ošetrovatelskou péči a mohlo tak snížit její přínos pro pacienty. Sestra nese zodpovědnost za své chování v terapeutickém vztahu. Musí být schopna určit, kdy její chování vybočuje, respektive kdy není terapeutické (NCSBN, 2018). Terapeutický vztah sestra-pacient vzniká vždy ve prospěch pacienta. Terapeutické vztahy se liší délkou, hloubkou a zaměřením. Krátká terapeutická setkání mohou trvat jen několik minut a zaměřují se na pacientovy aktuální potřeby, chování a pocity. Během delších časových úseků, týkající se převážně lůžkové péče, mohou sestry pracovat s pacienty při vytyčování krátkodobých a dlouhodobých cílů a výsledků, které jsou řádně zaznamenávány v záznamu ošetrovatelské péče a pravidelně vyhodnocovány. Terapeutický vztah může trvat také několik měsíců a může zahrnovat intervence zaměřené na změnu přístupu pacienta (Christman a Ernstmeier, 2022). Úspěch v poskytování ošetrovatelské péče závisí na velmi úzkém vztahu mezi sestrou a pacientem. V takovém případě by sestra měla být schopna vytvořit terapeutický vztah, ve kterém budou oba dva účastníci (sestra-pacient) řešit problémy, s nimiž se pacienti potýkají. Potřeba existence terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem je klíčovou součástí k navození vzájemné důvěry, založené na otevřenosti a porozumění (Appiah et al., 2023). Efektivita vztahu je výrazně vyšší, pokud dochází k uspokojení strany pacienta i sestry. Pacienti jsou spokojeni, když dochází k uspokojování jejich potřeb a mají pocit, že s nimi bylo zacházeno s důstojností a respektem. Sestry mohou pociťovat úspěch, když jejich zvolené intervence pozitivně ovlivnily zdravotní stav pacienta v rámci zachování kompetentnosti a holistického přístupu (Vinitha, 2022).

1.8 Terapeutická komunikace sestry a kolegů

Spolupráce mezi sestrami, lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky zvyšuje vzájemné povědomí členů týmu o typu znalostí a dovedností toho druhého. Konflikty mezi kolegy mohou nepřímo ovlivnit terapeutický vztah sestry a pacienta a negativně tak ovlivnit poskytování ošetrovatelské péče a spokojenost pacientů. Vhodná terapeutická komunikace mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky je nezbytná pro podporu spolupráce a podporu bezpečnosti pacientů (Clark et al., 2019). Ve vztazích na pracovišti mohou převládat určité hierarchické rozdíly, což může být překážkou efektivní komunikace (Stewart et al., 2016). Pokud nedochází k řešení konfliktů, mohou přerůst v šikanu na pracovišti, která zahrnuje ohrožování, ponižování nebo zastrasování a výrazným způsobem zasahuje do produktivního pracovního prostředí (Clark et al.,

2019). Pro zlepšení komunikace a pro podporu profesního růstu a rozvoje je důležitá zpětná vazba. V rámci komunikace by měly být všechny zúčastněné strany otevřené poskytovat a přijímat konstruktivní zpětnou vazbu a uvažovat o svých komunikačních dovednostech a identifikovat jejich oblasti pro zlepšení (Stewart et al., 2016).

1.9 Techniky terapeutické komunikace

1.9.1 Empatie

Ghaedi et al. (2020) uvádí, že empatie je důležitou a nedílnou součástí vztahu mezi sestrou a pacientem při poskytování ošetrovatelské péče. Jedna ze schopností sester je porozumění potřebám a pocitům pacienta a empatie je při takovém vnímání zásadní (Ghaedi et al., 2020). Použitím empatie může sestra pacientovi poskytnout porozumění na hlubší a osobnější úrovni. Empatie pomáhá sestře pochopit stav a úroveň osobnosti pacienta a jeho nahlížení na určité situace. Následně toto porozumění sestra reflektuje pacientovi. Používání empatie jako terapeutické komunikační techniky pomáhá vytvořit důvěryhodný vztah sestra-pacient, ve kterém se pacient cítí komfortně, může svobodně vyjádřit svůj názor a cítí podporu od sestry (Moudatsou et al., 2020). Empatii můžeme definovat jako schopnost porozumět pocitům pacienta a skrze něj jeho pocity prožívat. Jedná se o určitý nástroj, který pomáhá sestram efektivně vykonávat práci. Je důležité, aby sestra měla určitý limit, kolik empatie může pacientovi poskytnout. Pokud sestra limit překročí, výrazně to ovlivní její schopnost kritického myšlení. V případě, že projev empatie nebude dostatečný, může sestra posoudit pacienta jen ze své vlastní perspektivy, která může obsahovat podvědomé předsudky vůči pacientovi (Johansen, 2022). Empatické chování má pozitivní vliv na sestry, a to nejen efektivnější poskytovanou péčí, ale především sníženou psychickou zátěží a snížením rizika pracovního vyhoření. Pokud je empatie, v interakci mezi sestrou a pacientem, na nízké úrovni, může to narušit pacientovu diagnostiku, léčbu a péči o něj (Ghaedi et al., 2020). Empatie je při terapeutické komunikaci s pacienty užitečná, protože sestry mohou cítit to, co pacient prožívá a tento sdílený pocit vede ke spojení a důvěře s pacientem. Empatie je uvědomění si toho, jak pacient prožívá nebo cítí emoční událost. K empatii nemůže dojít, pokud si sestra neuvědomuje sama sebe. Aby sestra byla schopna uvědomit si sama sebe, musí zkoumat své chování a perspektivu, z níž se dívá na svět, a také z reflexe komunikačních interakcí s ostatními. Pak musí vzít v úvahu, že ti, se kterými komunikuje, budou mít jiné perspektivy než ona sama (Wiseman, 2007). Prvním krokem k uvědomění si sebe sama

je prostřednictvím zkoumání svých postojů, přesvědčení a hodnot. Obecně se postoje, přesvědčení a hodnoty učí v průběhu času a jsou klíčové pro neustálý rozvoj sebe sama. Efektivní terapeutickou komunikaci pak lze rozvíjet uznáním a přijetím toho, že ostatní mají jiné perspektivy (eCampus Ontario, 2018). Úroveň empatie sestry může ovlivnit mnoho faktorů, jako je pohlaví, osobnost, zkušenosti s pacienty, vzdělání a pracovní prostředí. Kognitivní zátěž brání prožívání empatie a může tak snižovat empatické reakce. V klinické praxi sestry čelí obrovské pracovní zátěži a zodpovědnosti, což ovlivňuje to, jak prožívají a projevují empatii (Moudatsou, 2020). Ghaedi et al. (2020) uvádějí, že čím vyšší jsou empatické schopnosti sestry, tím nižší je riziko při chybování s medikací. Empatie jako taková zahrnuje schopnosti a účast sester i pacientů jen v různých rolích Ghaedi et al. (2020).

1.9.2 Využití ticha

Obecně se říká, že je ticho užitečné (Kenny, 2011). Terapeutická komunikace je stejně tak o tom vědět, kdy mlčet, jako se naučit, kdy a o čem mluvit. Dobrá sestra ví, kdy dát pacientovi čas, aby zpracoval své emoce a informace, nebo pozoroval, co se děje v jeho okolí (Nightingale College, 2022). Ticho může být samo o sobě terapeutickou událostí či okamžikem, kdy se pacient ponoří hlouběji do emocionálního zážitku, který zažívá při rozhovoru se sestrou (Knol et al., 2020). Mlčení může být prostředkem k poznání světa kolem nás nebo účinným nástrojem, jak dát někomu vědět, co cítíme. Ticho je také prostorem, ve kterém lze pěstovat klid mysli a těla (Kenny, 2011). Mlčení je považováno za velmi účinnou terapeutickou techniku, kterou sestry využívají při komunikaci s pacientem. Mají tak možnost dát pacientovi dostatek času mluvit nebo diskutovat o svých pocitech, názorech a přesvědčeních. Rozhodnout se mlčet může být záměrný přístup k podpoře a navázání terapeutického vztahu (Burke, 2024). Jedná se o aktivní proces s konkrétním účelem. V komunikaci ticho nabízí možnost mít chvíli na přemýšlení o vzájemných sdílených informacích a zároveň přemýšlení o tom, jak odpovědět, či jak interpretovat další informace (Burke, 2024). Každý pacient má své vlastní tempo chápání a reagování na nové informace, proto je důležité myslet na dostatek času, který jim sestra prokazuje právě mlčením (Kourkouta a Papathanasiou, 2014). Použitím této komunikační strategie můžeme pacientovi vytvořit takové prostředí a prostor pro sdílení informací, na které by v běžné komunikaci prostor nebyl. Pacient má tak možnost otevřené diskuse o svých myšlenkách a pocitech nebo svých názorech a přesvědčení související s péčí a léčbou, kterou mají dostat (Burke, 2024). Dlouhé mlčení si pacient může vyložit jako

nezájem ze strany sestry. Z tohoto důvodu by mlčení mělo trvat přiměřenou dobu, aby pacienta negativně neovlivnilo. Ve většině případů by to měl být pacient, kdo přeruší mlčení (Nightingale College, 2022).

1.9.3 Vytváření důvěry

Důvěra je zásadní složkou jakéhokoli vztahu, včetně vztahu mezi pacientem a sestrou. Jedním z klíčových způsobů, jak vytvořit důvěru, je být k pacientovi upřímný. Upřímnost je v efektivní terapeutické komunikaci zásadní (Asan et al., 2021). Další důležitou součástí budování důvěry je uznání. Uznání je způsob, jak pacientovi poblahopřát k dobré práci bez přímého komplimentu. Přímé komplimenty mohou někdy působit blahosklonně, proto by sestra měla dobře zvážit to, jak pacientovi uznání projeví. Při vytváření důvěry je také důležité dát pacientům pocit přijetí. Přijetí může sestra projevit jednoduchými gesty, jako je pokývání hlavou nebo vyslovením slova „rozumím“. To mnohdy pacientům napomůže k pocitu, že jsou bráni vážně a mohou se stát vnímavějšími k poskytované péči (Meddoc, 2018). Budování důvěry je potřeba k vybudování efektivní komunikace mezi sestrami a pacienty. Důvěra budovaná od začátku vytváří pocit pohodlí a vytváří terapeutické prostředí. Vybudování vztahu založeného na důvěře způsobí, že vztah bude plynulejší, protože pacient a sestra budou otevřenější. Při budování vztahu důvěry bude pacient hodnotit sestru od prvního setkání a od zahájení terapeutického komunikačního procesu. Vztah založený na důvěře je také charakterizován respektem k pacientům zachováním důvěrnosti pacienta. Důvěra ve vztahu mezi sestrou a pacientem nese určitá rizika. Sestry disponují řadou znalostí, dovedností, odborností a určitou schopností ovlivňovat prostředí svým jednáním. Na druhé straně je pacient, který je do jisté míry zranitelný vůči změně v jeho zdravotním stavu. S tím souvisí pocit strachu a neschopnosti využívat svoji nezávislost a samostatnost (Palaz a Kayacan, 2022).

1.9.4 Naslouchání

Součástí terapeutické komunikace je naslouchání pacientům a tomu, co vyprávějí (Wittenberg et al., 2018). Aktivní naslouchání znamená věnovat pečlivou pozornost tomu, co pacient říká pomocí slov a gest, mimiky a dalších znaků řeči těla (Nightingale College, 2022). Naslouchání příběhům pacientů pomáhá nejen jim cítit se pochopeni, ale zároveň to pomáhá i sestře porozumět tomu, co pro pacienta znamená zdraví, jak si vykládá poskytovanou péči a jak subjektivně vnímá příznaky svého

onemocnění (Wittenberg et al., 2018). Sestra by měla sedět čelem k pacientovi, mírně se k němu naklánět, mít otevřený postoj a navazovat oční kontakt. Užitečné je také poskytovat neverbální zpětnou vazbu. Lehké přikývnutí nebo úsměv dodají pacientovi pocit, že je mu nasloucháno (Nightingale College, 2022).

1.9.5 Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání je nejvyšší a nejúčinnější úroveň naslouchání a jedná o speciální komunikační dovednost, která je důležitá pro efektivní komunikaci s pacientem. Zahrnuje naslouchání všemi smysly a je založeno především na pozornosti a pochopení obsahu, záměru a pocitu pacienta. Je důležité, aby sestra byla schopna přijmout a zároveň porozumět verbální a neverbální komunikaci pacienta. Kombinace přijmutí a porozumění oběma složkám komunikace vede k pozornému naslouchání (Jahromi, 2016). Pozorné naslouchání není vždy snadné, je ale důležité, aby sestra v daném okamžiku byla plně přítomna (Burke, 2024). Sestra by se v danou chvíli měla věnovat verbální či neverbální složce sdělované pacientem a zabránit tomu, aby její mysl věnovala pozornost čemukoli jinému. Rozptýlení může být sděleno neverbálně, což znamená, že pacient má možnost rozpoznat, jakým způsobem ho sestra vnímá. Sestra si může sdělovaný kontext pacienta přehrávat ve své mysli a zároveň přemýšlet o tom, jaké by to mohlo být v její situaci (Sibiya, 2018). Nechat pacienta mluvit je velmi důležité. Nejedná se o pasivní aktivitu sestry, ale o určitou techniku, která pacientovi pomůže rozvinout proces uzdravení (Jahromi, 2016).

1.9.6 Objasňování

Při komunikaci hrozí riziko nedorozumění, vzniku falešných domněnek nebo neuvědomělé zaujaté interpretace. Objasnění lze také použít jako komunikační techniku, která může sestram pomoci při ujišťování se, že sdělené informace byly interpretovány zcela správně (Wittenberg et al., 2018). Konkrétní způsoby objasnění zahrnují parafrázování, opakování a reflektování. Parafrázování lze provést opakováním výroků pacienta jiným způsobem nebo použitím jiných slov. Pacient má tak možnost slyšet, co sestra pochopila a v případě potřeby opravit porozumění sestry. Dalším způsobem, jak lze objasnit pacientovo sdělení, je přeformulování, respektive jednoduché opakování toho, co pacient řekl, aby se sestra ujistila, že vše pochopila správně. Všechny tyto metody objasnění sdělení pacienta jsou užitečnými technikami terapeutické komunikace mezi sestrou a pacientem (Burke, 2024). Objasnění sdělení pacienta je důležité, protože

napomáhá k vytvoření důvěry mezi sestrou a pacientem (Kourkouta a Papathanasiou, 2014). V rámci objasnění může sestra používat otevřené otázky jako techniku terapeutické komunikace s pacientem. Opakem otevřených otázek jsou otázky uzavřené, což jsou ty, které vyžadují odpověď pouze „ano“ nebo „ne“ (Burke, 2024). Na rozdíl od uzavřených otázek, otevřené dávají pacientovi příležitost volně sdílet nejen své obavy, ale i radosti se sestrou (Slade a Sergent, 2020).

1.9.7 Pozitivní způsob řešení problémů

Řešení problémů pomocí konstruktivního zvládnání je proces, kdy sestra řeší pacientovy problémy pozitivním způsobem. Sestry učí pacienty, aby pochopili problémy, kterým čelí, a následně problémy řešit pozitivně nikoli negativně. Sestra musí být schopna nejprve zjistit nebo shromáždit data o pacientovi, aby mohla identifikovat problémy pacienta a prozkoumat jeho stresory (Siregar, 2021). Motivujte pacienty k rychlému zotavení, trénuje schopnosti pacientů a zkoumá, jak pacient rozumí tomu, co je sestry naučily. Sestry řeší problémy v pracovní fázi, což je místo, kde sestry zkoumají stresory pacientů. Po identifikaci pacientova problému poskytne sestra pacientovi radu, pozitivní nebo konstruktivní řešení. Tato technika je vhodná pro pacienty trpící halucinacemi, deficitem sebek péče nebo u pacientů, kteří mají problémy se závislostmi na drogách (Siregar, 2021).

1.9.8 Motivační rozhovory

Sestry jsou velmi často v pozici, kdy s pacienty hovoří o maladaptivním neboli rizikovém chování. Významnou rolí sestry je poskytovat zdravotní osvětu a pomáhat pacientům při rozpoznání, pochopení a změně maladaptivního chování. Proto je přístup sestry ke komunikaci s pacientem o jeho chování zásadní pro pozitivní výsledek, kterého chceme dosáhnout (Gary et al., 2022). Motivační rozhovor je jeden z přístupů používaný v terapeutické komunikaci. Jedná se o přístup, který se používá v situacích, kdy potřebujeme pacienta motivovat k určité změně (Bershad, 2023). Cílem je zvýšit motivaci pacienta nebo jeho odhodlání ke změně tím, že sestra pomůže rozpoznat jeho myšlenky, pocity a nejistoty, související s nežádoucím chováním (Gary et al., 2022). Motivační rozhovor může u pacientů vyvolávat obavy ze současné situace, což podporuje uvědomění si jejich ambivalence ohledně jejich chování a motivuje je ke změně chování (Bershad, 2023). V rámci změny existuje myšlenka psychické odolnosti, která se týká ambivalence reakce na změnu. Pokud pacientovi začneme říkat, co má dělat

a budeme mu poskytovat rady, bude jeho přirozenou reakcí to, že se začne bránit vůči doporučeným radám. Motivační rozhovory mají velmi podobný koncept a v takovém případě platí, že pokud pacientovi budeme tvrdit, že je změna dobrá, pacient zaujme opačný postoj a bude tvrdit, že je změna špatná. Tento přístup pomáhá pacientům využívat jejich osobní zdroje k identifikaci, využití a udržování pozitivních změn. Motivační rozhovory nabízejí výhody sestřám a zároveň i pacientům. Jsou postavené na otevřené a respektující komunikaci (Bershad, 2023).

Palmer (2022) shrnuje několik klíčových komunikačních nástrojů, které by měla sestra využít při procesu motivačních rozhovorů. Prvním komunikačním nástrojem je otevřená diskuse, která zkoumá, proč se pacient bojí určité změny. Sestra v rámci otevřené diskuse používá otevřené otázky, kterými získává informace o tom, proč pacient v poslední době postrádá motivaci (Palmer, 2022). Otevřené otázky obvykle začínají slovy „kdo“, „kdy“, „kde“ a při pečlivém uvážení lze použít i „proč“. Otázky „proč“ se ale mohou zdát odsuzující a často pacienta vybízejí k obraně, a proto je potřeba se jim ve většině případů spíše vyhnout (Gary et al., 2022; Bershad, 2023). Možnou alternativou k otázce „proč“ je užití fráze „řekni mi o..“. Tímto způsobem lze předejít k možnému odsouzení toho, co nám následně pacient sdělí (Bershad, 2023). Druhým komunikačním nástrojem je tzv. afirmace neboli ujištění kladného tvrzení. Potvrzující ujištění slouží pacientovi rozpoznat jeho pozitivní chování a silné stránky, což napomáhá k budování důvěry ve schopnost změny (Gary et al., 2022). Reflexní naslouchání je dalším komunikačním nástrojem, které zajistí, že si pacient bude jistý, že mu sestra rozumí v tom, co říká. V takovém případě lze tuto dovednost ověřit tím, že sestra bude schopna reflektovat souhrn problémů pacienta, které ji sdělil (Palmer, 2022). Reflexní naslouchání je považováno za nejobtížnější část motivačních rozhovorů, proto by měla sestra naplno využít své ošetrovatelské dovednosti k pozornému a intuitivnímu naslouchání. Využití intuice může být v rámci motivačních rozhovorů velice přínosné. Pomůže vytáhnout z konverzace ty nejdůležitější části, které často zůstávají nevyřčené, ale jakmile jsou vysloveny, mohou přinést podstatný význam a porozumění (Bershad, 2023). Na závěr celého procesu motivačního rozhovoru by sestra měla shrnout všechny silné stránky, které pacient se sestrou sdílel. Shrnutí také pomáhá identifikovat a řešit mezery ve znalostech pacienta a slouží jako připomínka následných povinností (Bershad, 2023; Palmer, 2022).

1.10 Využití deeskalačních technik

Terapeutická komunikace je stavebním prvkem deeskalačních technik používaných k uklidnění rozrušených pacientů a také k prevenci násilí (Lavelle, 2016). Deeskalace je definována jako schopnost uspořádat si myšlení a klidně reagovat na hroživou situaci, což napomáhá vyhnout se potencionální krizi (Bowers et al., 2015). Jádrem deeskalačních technik je rozvoj dobrých terapeutických komunikačních dovedností, které slouží k podpoře spolupráce mezi sestrou a pacientem. Deeskalační techniky jsou založeny na holistickém konceptu duševního zdraví a jejich správné využití může sestřám pomoci minimalizovat rizika násilí a předcházet rozrušení pacientů (Lavelle et al., 2016).

Sestra by měla být schopná hledat varovné signály, požádat o pomoc, pokud se necítí bezpečně, a identifikovat rizikové faktory na pracovišti, související s pacientem a prostředím. Jedná se o pacienty, kteří pociťují bolest, pacienti, kteří mají nestabilní náladu nebo jsou oslabeni vlivem alkoholu či drog. Mezi vysoce riziková zařízení patří pohotovostní oddělení, psychiatrická oddělení a geriatrická oddělení následné péče (Hallet a Dickens, 2017). Sestra by také měla vyhodnotit známky a příznaky potencionálně násilného chování u pacienta. Důležité je vnímat obsah řeči a tón hlasu, který může naznačovat rozrušený stav, eskalující verbální a neverbální chování, včetně vulgarismů a nadávek, přecházení z jedné strany na druhou a zaťaté pěsti. V terapeutické komunikaci v rámci deeskalačních technik stále platí, že by sestra měla být empatická a nedělat si předsudky. Pokud pacientovo chování sestra vnímá jako divné či iracionální, nemělo by docházet k odsuzování a snižování pocitů pacienta vzhledem k tomu, že pro pacienta jsou pocity skutečné (McKnight, 2020). Sestra by měla také respektovat osobní prostor pacienta, protože umožnění osobního prostoru má tendenci snižovat úzkost pacienta a napomáhá předcházet neadekvátnímu chování pacienta (Bowers et al., 2015). V jakékoli situaci by měla sestra zůstat klidná, racionální, profesionální a vyvarovat se přehnané reakce. Sestra nedokáže ovládat pacientovo chování, ale její reakce mají přímý vliv na to, zda se situace vyostří, nebo naopak zmírní (McKnight, 2020). Pokud je chování pacienta agresivní nebo obranné, měl by být uctivě a stručně seznámen s rozhodnutím a důsledky. Sestra by měla být opatrná a ohleduplná při navrhování limitů a pravidel. Pokud se například člověk nechce ráno sprchovat, sestra by se měla snažit pacientovi umožnit, aby si vybral denní dobu, která mu pro sprchování vyhovuje (McKnight, 2020).

Terapeutická komunikace zahrnuje komunikaci uctivým, jemným a méně provokativním způsobem. S pacientem by sestra měla mluvit vždy s laskavostí, zdvořilostí a respektem. Převážně nejde o to, co sestra říká, ale jakým způsobem to říká (Lavelle et al., 2016).

1.11 Bariéry terapeutické komunikace

Norouzinia et al. (2015) uvádějí, že bariéry komunikace v ošetrovatelství jsou definovány jako faktory bránící efektivnímu toku komunikační interakce mezi sestrami a pacienty (Norouzinia et al., 2015). Existují takové komunikační techniky, které mohou rozrušit pacienty a působit jako překážka v úspěšné terapeutické komunikaci (Dovetal editorial team, 2023). Komunikační bariéry se liší v závislosti na prostředí a vyžadují, aby byla sestra schopná tyto bariéry identifikovat v závislosti na individuálních potřebách každého pacienta (Sibiya, 2018). Problematika bariér se v terapeutické komunikaci může týkat dvou různých pohledů. Jedná se o pohled sestry a pohled pacienta. Vzhledem k tomu, že očekávání pacienta může být odlišné než očekávání sestry, jsou uvedeny rozdíly ve vnímání bariér sestrami a ve vnímání bariér pacienty (Norouzinia et al., 2015). Nejčastější společně vnímané bariéry sester a pacientů jsou genderové rozdíly, fyzické nepohodlí pacienta, jazyk, kultura, náboženství a pracovní vytížení sestry (Norouzinia et al., 2015). Mezi další bariéry, které mohou bránit v efektivní terapeutické komunikaci, patří vnitřní hluk, strach, úzkost. Medikace, bolest a vyčerpání jsou běžné překážky na straně pacienta (Sibiya, 2018; Ali, 2017).

1.11.1 Genderové rozdíly

Jednou z bariér, která brání terapeutické komunikaci mezi sestrami a pacienty, jsou genderové rozdíly. Rozdíl v pohlaví mezi sestrou a pacientem je bariérou, kterou vnímají jako problém spíše pacienti než sestry (Norouzinia et al., 2015). Jedním z důvodů je náboženství. Vzhledem k tomu, že v závislosti na náboženství nejsou povoleny určité interakce mezi muži a ženami, vzniká pak jakýsi diskomfort ze strany pacienta i sestry. Pacienti by se měli cítit pohodlně při sdílení informací souvisejících se svým zdravím se sestrami. Dalším důvodem, jak se genderové rozdíly stávají bariérou terapeutické komunikace, je odlišné očekávání pacientů ženského a mužského pohlaví týkající se poskytování ošetrovatelské péče (Teunissen et al., 2016). Vzhledem k povaze ošetrovatelské péče vstupují sestry do soukromé domény pacienta, což může způsobit potíže v momentě, kdy je sestra opačného pohlaví než pacient. V takovém případě by se

sestra měla při procesu profesionální komunikace při péči o pacienta opačného pohlaví snažit udělat maximum, aby se cítil komfortně a spokojeně (Vatandost et al., 2020).

1.11.2 Jazyk a kultura

Jazyk je další uváděnou bariérou terapeutické komunikace, kterou pacienti a sestry vnímají celkem stejně (Norouzinia et al., 2015). Rozdíl v jazyce a kultuře je jednou z nejrozšířenějších komunikačních bariér v ošetrovatelství (Norouzinia et al., 2015). Kulturní bariéry se týkají překážek, které vznikají kvůli rozdílům v kulturním zázemí, přesvědčení, hodnotách a komunikačních normách mezi sestrami a pacienty. Jeden ze způsobů, jak mohou mít jazykové rozdíly negativní vliv na terapeutickou komunikaci, je v projevu empatie (Slade a Sergent, 2020). Při jazykových rozdílech mezi sestrou a pacientem nebude projev empatie dostatečný. Pacient tak může projev empatie pochopit zcela jinak, než bylo ze strany sestry myšleno (Moreno-Poyato a Rodríguez-Nogueira, 2020). Jazyková bariéra nastává, když sestry a pacienti mluví různými jazyky nebo dialekty. Omezená znalost jazyka brání pacientům ve schopnosti vyjádřit své potřeby a plně se podílet na péči (Norouzinia et al., 2015).

Platí, že pokud existuje bariéra mezi sestrou a pacientem v jazyce, téměř vždy bude existovat i rozdíl kulturní. Jeden z důvodů, proč rozdíl v kultuře může způsobit potíže při terapeutické komunikaci, je specifická neverbální komunikace lišící se mezi jednotlivými kulturami (Babaei a Taleghani, 2019). Kulturní normy týkající se neverbální komunikace, jako je oční kontakt, gesta, mimika a osobní prostor se v různých kulturách odlišují. Špatná interpretace neverbálních signálů může vést k nedorozumění mezi sestrou a pacientem nebo urážce pacienta. V takovém případě si musí být sestry vědomy kulturních rozdílů v neverbální komunikaci a přizpůsobit tomu svůj přístup, aby byly schopné s pacientem navázat vztah. Kulturní normy se mohou týkat také genderových rolí, autority a hierarchie. V některých kulturách mohou pacienti preferovat komunikaci se sestrou stejného pohlaví nebo se v rámci své komunity mohou podřizovat autoritám. Sestry by měly respektovat preference pacientů a přizpůsobit komunikaci tak, aby vyhovovala kulturním potřebám pacienta. Sestra by měla zaujmout flexibilní a respektující postoj, který zároveň vyjadřuje zájem o pacienta, aby došlo k překonání bariér, které kvůli kulturním rozdílům vznikají mezi sestrou a pacientem (Norouzinia et al., 2015).

1.11.3 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž sester je vnímána jako překážka v terapeutické komunikaci jak ze strany pacienta, tak i ze strany sester (Amoah et al., 2018). Sestry během směny musí splnit několik činností, stejně tak se musí věnovat několika pacientům. Vzhledem k širším znalostem a dovednostem sester jsou kompetentní vykonávat v praxi velké množství činností. To znamená, že se od sestry očekává poskytnutí vysoké a kvalitní péče, na kterou mnohdy sestra zůstává sama (Norouzinia et al., 2015). Sestry mnohdy dávají přednost rutinním pracovním činnostem, než věnování se pacientům z důvodu omezeného času (Emishaw, 2021). Zvýšená pracovní zátěž snižuje nejen věnovaný čas pacientům, ale také způsobuje napětí a snižuje motivaci sester. Tyto faktory mohou vést k celkové pracovní nespokojenosti. Nastává tak bludný kruh, protože celková pracovní nespokojenost přispívá k rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření (Shafipour et al., 2014). V důsledku vyšší pracovní zátěže a nedostatku času mohou sestry pociťovat větší únavu. Únava je obzvláště nebezpečná a vede k většímu množství chyb, které ohrožují bezpečnost pacienta (Hemsley a Balandin, 2014). Pokud je sestra unavená, může to mít vliv na její porozumění pacientovi, respektive může být méně empatická (Valizadeh et al., 2018). Vyšší pracovní zátěž dále sestře znemožňuje navázání terapeutické vztahu s pacientem a použití technik terapeutické komunikace (Norouzinia et al., 2015).

1.11.4 Poskytování falešného ujištění

Když je pacient rozrušený, může být sestra v pokušení nabízet falešnou naději určitými frázemi (Christman a Ernstmeier, 2022). V praxi se nejčastěji užívají fráze určené ke snížení obav pacientů. Jedná se o fráze jako „vše bude dobré“ nebo „jste v dobrých rukou“, které mohou přinést falešnou naději nebo zlehčit pacientovy pocity. (Dovetal editorial team, 2023). To může vést k vážnému a významnému narušení vztahu, obzvláště pokud není dosaženo požadovaného výsledku (Sharma a Gupta, 2022). V takovém případě může mít pacient pocit, že není třeba další komunikace a odradí je to od sdílení dalších informací, které v rámci terapeutického vztahu sestra potřebuje znát (Dovetal editorial team, 2023).

1.11.5 Diskomfort pacienta

Další z bariér, která je vnímána jako překážka v terapeutické komunikace mezi sestrou a pacientem, je fyzické nepohodlí (Norouzinia et al., 2015; Amoah et al., 2018). Tato

bariéra je většinou vnímána samotnými pacienty vzhledem k tomu, že to jsou právě oni, kdo fyzické nepohodlí zažívají. Nejčastějším důvodem je zažívání bolesti, což ovlivňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem. Pacient velmi často nemůže sestře sdělit, co přesně cítí nebo potřebuje (Amoah et al., 2018).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1.** Zmapovat uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi z pohledu sester.
- 2.** Zmapovat bariéry při uplatňování terapeutické komunikace s pacientem z pohledu sester.

2.2 2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké techniky terapeutické komunikace jsou v klinické praxi sestrami uplatňovány?

VO2: Jaké bariéry sestry vnímají při uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Diplomová práce obsahuje část teoretickou a část výzkumnou. Teoretické základy zaměřující se na definici pojmů a vymezení dané problematiky byly vyselektovány rešeršní strategií. Pro zpracování výzkumné části bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Byla použita metoda dotazování a technikou sběru dat byl vybrán polostrukturovaný rozhovor, který byl vytvořen autorem spolu s vedoucím práce. Forma kvalitativního šetření byla zvolena z důvodu hlubšího průzkumu dané problematiky. Kvalitativní výzkumné šetření bylo vybráno především proto, že dle Deville (2008) dochází k dosažení hlubšího vhledu do problémů. Kvalitativní výzkumný přístup také holisticky pojímá lidskou zkušenost v konkrétních podmínkách (Tsushima, 2015).

Samotná realizace výzkumného šetření proběhla v průběhu listopadu a prosince 2023. S provedením rozhovorů souhlasili všichni z uvedených participantů. Každý z nich byl předem informován o zachování anonymity a o použití získaných odpovědí, které budou výhradně využity pro zpracování empirické části této práce. Před každým rozhovorem byl každý z participantů požádán o možnost pořízení audiozáznamu samotného rozhovoru, který bude po převedení do písemné podoby ihned smazán. S pořízením tohoto záznamu souhlasila více jak polovina participantů s výjimkou šesti participantů. V tomto případě byly dělány poznámky během rozhovoru přímo do PC. Více jak polovina participantů se rozhovoru zúčastnila formou videohovoru, použitím nástroje FaceTime či Skype. V ostatních případech došlo k osobnímu setkání na místě vybraném participantem, vždy mimo zdravotnická zařízení.

Dle studované literatury bylo do rozhovorů vybráno několik oblastí, které jsou pro dané téma důležité. Samotný rozhovor tvořil 12 hlavních otevřených otázek, které byly v případě potřeby a nutnosti rozvinuty o další podotázky. V úvodu jsme se zaměřili na charakteristické informace o daných participantech. Zjišťovali jsme jejich pohlaví, věk, vzdělání, specializaci, délku praxe a oddělení, na kterém pracují.

Vzhledem k tomu, že někteří dotazování byli sdílnější než jiní, lišila se i délka jednotlivých rozhovorů. Lze říci, že každý rozhovor trval v průměru zhruba 10–20 minut. Jednotlivé rozhovory, u kterých byla možnost pořízení audiozáznamu, byly nahrávány na diktafon mobilního telefonu, poté doslovně přepsány v programu Microsoft Word

a smazány. Byla užita přímá transkripce a následně proběhla vlastní analýza, ke které byl využit počítačový program Atlas.ti (2024), který umožňuje zpracování textových dat systematickým způsobem. V programu následně proběhla analýza veškerých kvalitativních dat a jejich rozdělení do kategorií a podkategorií. Celkem byly vytvořeny 4 kategorie a 15 podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na vybraných pracovištích interních a chirurgických oborů, uvedené níže v tabulce. Kritérium pro zařazení do kvalitativního výzkumu tvořily sestry s kvalifikací všeobecné sestry pracující na vybraných pracovištích interních a chirurgických oborů a na pracovištích poskytujících psychiatrickou péči. Kvůli anonymitě budou sestry dále označovány jako participanti, zkráceně P1–P21.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

4.1.1 Identifikační údaje účastníků

Tabulka 1 – Identifikace účastníků

Sestra	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání	Specializační vzdělávání	Pracoviště
P1	žena	42 let	12 let	SOŠ	-	Psychiatrie
P2	žena	44 let	16 let	SOŠ	psychiatrické	Psychiatrie
P3	žena	23 let	2 roky	VŠ	-	Infekční
P4	žena	48 let	21 let	SOŠ	-	Psychiatrie
P5	žena	36 let	11 let	SOŠ	-	Chirurgie
P6	žena	45 let	6 let	SOŠ	psychiatrické	Psychiatrie
P7	muž	28 let	5 let	VOŠ	-	OÚP
P8	žena	41 let	9 let	SOŠ	-	Chirurgie
P9	muž	32 let	10 let	VŠ	-	Neurochirurgie
P10	žena	52 let	25 let	SOŠ	-	ONP
P11	žena	34 let	8 let		-	Interna
P12	žena	41 let	12 let	SOŠ	chirurgické	Chirurgie
P13	žena	34 let	6 let	VŠ	chirurgické	Chirurgie
P14	žena	40 let	12 let	SOŠ	-	Interna
P15	žena	56 let	39 let	SOŠ	psychiatrické	Psychiatrie
P16	žena	41 let	16 let	VŠ	-	Urologie
P17	žena	35 let	10 let	VOŠ	-	Ortopedie
P18	žena	43 let	12 let	SOŠ	-	Chirurgie
P19	žena	27 let	4 roky	VŠ	intenzivní péče	Neurochirurgie
P20	žena	28 let	3 roky	VŠ	chirurgické	Ortopedie
P21	žena	41 let	15 let	SOŠ	-	Urologie

Zdroj: vlastní, 2024

Tabulka slouží k přehlednému zobrazení základních informací o sestřích, které se zapojily do výzkumného šetření. Bylo osloveno celkem 21 sester z různých oddělení chirurgických a interních oborů. Oslovené sestry měly rozmanitou úroveň dosaženého vzdělání. Výzkumný soubor zahrnoval sestry se středoškolským vzděláním, sestry s vyšším odborným vzděláním a také sestry s vysokoškolským vzděláním. Sedm z dotazovaných sester absolvovalo i specializační vzdělání.

4.1.2 Seznam kategorií

1. Pojem terapeutická komunikace;
2. Techniky terapeutické komunikace;
3. Bariéry terapeutické komunikace;
4. Využití motivačních rozhovorů;

4.1.2.1 Kategorie: pojem terapeutická komunikace

Tato kategorie je zaměřena na subjektivní vnímání terapeutické komunikace. Odpovědi participantů se značně lišily. P1, P2, P3, P11, P12, P13, P15, P17 a P19 hovoří o terapeutické komunikaci jako o určité pomoci pacientovi. Například P1 odpovídá takto: „*No, když to řeknu jako jak to cítím, jakože po svém, tak já bych od toho očekávala, jako terapeutický, jako terapie, že mi to má pomoci a jakoby tomu pacientovi. Takže tím, že komunikace nebo třeba rozhovor s tím pacientem by mi měl a i jemu pomoci.*“ P2 hovoří mimo terapeutické pomoci také o povídání si s pacienty, uvádí: „*No, asi to není vyloženě jako že toho člověka něčím léčím, ale je to spíš pomoc tomu člověku jako terapeuticky, jako aby se on sám otevřel, povídal si. Ppotřebují si povídat. Někteří jsou zase třeba uzavřený, ale tím, že se budu snažit si s nimi povídat, tak se je budu snažit otevřít, aby jim to pomohlo v tom, v té další léčbě. Takže v tom vidím jako nějakou pomoc v další léčbě, ať už skrze to, že jim podám nějaké informace, který oni budou potřebovat, nebo jim dám možnost vypovídat se. A tak si to asi představuji, povídat si s pacienty.*“ Zajímavou odpověď uvedla P19, do níž zahrnuje i zklidnění pacienta: „*Terapeutickou komunikaci vnímám jako komunikaci, která by pacienta měla zklidnit a poskytnout mu určitou pomoc v rámci jeho onemocnění. Myslím ale, že pokud s pacientem budete komunikovat klidně, nenásilně a empaticky, pomůžete mu tím vždycky, ať už alespoň duševně.*“ P3 vnímá terapeutickou komunikaci jako doplňkovou péči k péči ošetrovatelské: „*Myslím si, že je to péče, která pomáhá pacientovi, je to jako doplňková péče k té klasické péči naší ošetrovatelský.*“ Obdobný pohled sdílí i P11, který hovoří i o určité pomoci sestře, uvádí: „*Tak ta terapeutická komunikace by měla určitým způsobem pacientovi pomoci a myslím si, že i zároveň mně jako sestře. Když mám já jako sestra pocit, že jsem pro pacienta udělala maximum a že jsem mu po té komunikační stránce věnovala dost času, tak mě to prostě jako vnitřně hřeje.*“ P12 uvádí konkrétní příklad, jak by měla terapeutická komunikace pacientovi pomoci: „*Myslím, že je to*

nějaká komunikace, nějaký rozhovor, který by měl pacientovi pomoci v léčbě, vysvětlit mu, jak brát léky informovat ho o jeho zdraví.“ Podobnou představu o terapeutické komunikaci jako pomoci člověku sdílí P13: „[...] že je to nějaký proces komunikace mezi sestrou a pacientem, který pomáhá pacientovi v terapii a dává mu vlastně prostor, aby se mohl sestry na cokoli zeptat.“

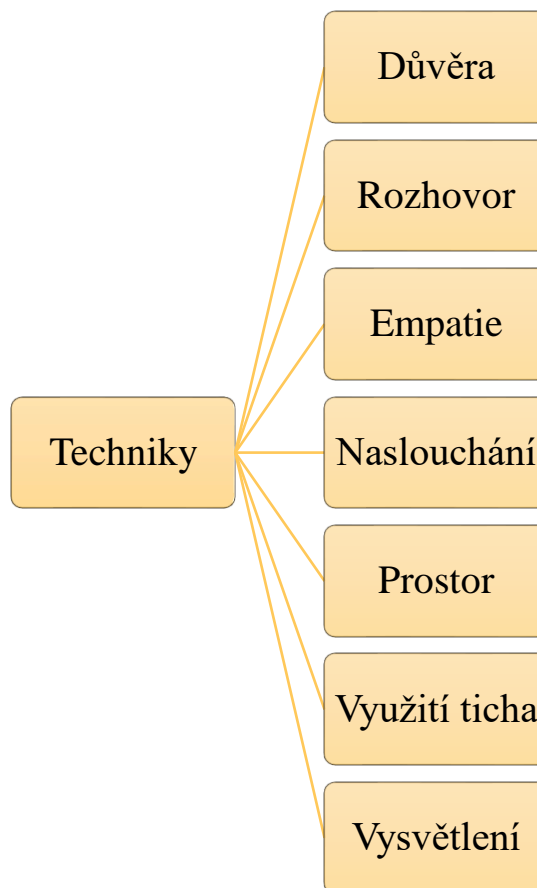
Další skupinu tvoří participanti, kteří terapeutickou komunikaci vnímají jako rozhovor mezi pacientem a sestrou či jiným zdravotnickým personálem. Tuto skupinu tvoří P5, P12, P13, P14, P16, P17 a P18. P5 odpovídá: *„Myslím si, že je to komunikace mezi pacientem a sestrou a lékařem a pacientem. Je to nějaký rozhovor s nemocným člověkem, kdy mu předávám informace třeba o léčbě nebo se ho vyptávám na jeho potíže a v rámci toho rozhovoru samozřejmě s pacientem mluvím klidně, otevřeně a dávám mu určitý prostor, aby se vyjádřil.“* Tento pohled podporuje i P13: *„[...] že je to nějaký rozhovor mezi sestrou a pacientem, který pomáhá pacientovi v terapii a dává mu vlastně prostor, aby se mohl sestry na cokoli zeptat.“* P16 sdílí podobný pohled jako P5 i P13: *„Pod terapeutickou komunikací si představuji nějakou asi ústní komunikaci, jako rozhovor sestry s pacientem nebo také lékaře s pacientem, který bude vedený klidně a bude pacientovi dávat prostor na jeho vyjádření se, popřípadě na doptání se.“* P14 zmiňuje mimo rozhovor ve své odpovědi i nasměrování pacienta: *„Je to komunikace jako rozhovor nebo povídání, asi sestry nebo nějakého zdravotníka s pacientem a asi jde o to pacienta třeba nasměrovat, jak se má chovat třeba po nějaké nemoci.“* P18 popisuje rozhovor jako svěřeni pacienta a jeho nasměrování k problému, který má: *„No, co já si pod tím představuju, no rozhovor jako s pacientem, ať už nás sester, nebo psychologa, kdy se pacient svěří, mluví o svých problémech a třeba ho člověk někam navede, aby třeba sám přišel na to, co má za problém a jak ten problém mám řešit.“*

Terapeutická komunikace je vnímána jako kontakt s pacientem, to zmínili P7, P21. P7 vnímá terapeutickou komunikaci jako verbální a neverbální kontakt s pacientem: *„No, představuju si pod tím nějaký kontakt s pacientem a seznámení s jeho zdravotním stavem formou verbální komunikace. I když je pravda, že komunikujeme i neverbálně, takže bych tam zahrnul asi obojí, jak u verbální, tak i neverbální komunikaci. Ale prostě to беру tak, že jsem v kontaktu s tím pacientem, takže už k němu nějakým způsobem přistupuju v rámci té komunikace v tom prostředí, ve kterým jsem.“* Velice obdobný pohled sdílí P21, který hovoří o terapeutické komunikaci i jako o nástroji pro získání informací, uvádí: *„Úplně vám tady neřeknu asi přesnou definici, ale můj subjektivní pohled je, že při jakékoli*

komunikaci s pacientem musíte nejdřív navázat kontakt, ať už ten verbální nebo neverbální, jako třeba oční kontakt. Zároveň je pro mě terapeutická komunikace klíčová pro získání informací, takže by se dalo říct, že se jedná o nějakou techniku nebo teda nástroj pro získání informací o pacientovi. Nemusí to být informace, které nezbytně potřebujeme do anamnézy, ale i informace, které sám pacient chce sdělit, jeho trápení, bolesti a podobně.“ Podobný a stručný pohled má i P9: *„Já si to představuji jako nástroj pro získání potřebných informací od pacientů.“* Dále i P20 zmiňuje nástroj pro získání informací: *„Tak vnímám to jako nějaký nástroj k uklidnění pacienta a zároveň získání potřebných informací o pacientovi, o tom jak vnímá své zdraví, jaký má pohled na své onemocnění.“* Představu o uklidnění pacienta v rámci terapeutické komunikace sdílí i P10, který uvádí: *„Představuju si pod tím nějaké uklidnění člověka, protože u nás je většina pacientů geriatrických a sama musím říct, že nejen ta obyčejná komunikace jim kolikrát pomůže alespoň v tom cítit se lépe, jsou rádi, že o ně máte nějaký zájem a myslím, že zrovna empatie, úsměv a nějaké to pohlázení patří i do technik terapeutické komunikace.“*

Z ojedinělých odpovědí udává P8 léčení slovem: *„Terapeutická komunikace má pro mě velkou váhu, řekla bych víc než pro spoustu mých kolegů. Tudiž se zdržím nějaké školní definice a lidově řeknu, že léčíme pacienta slovem. Neboť kolikrát bolest, kterou pacient prožívá, není fyzická, ale spíš duševní.“* Dále P6 hovoří o vztahu pacienta a sestry: *„Za mě by ta terapeutická komunikace měla vycházet z nějakého vztahu pacienta a sestry nebo jiného zdravotního personálu. Myslím, že jakmile si s pacientem vytvoříte vztah, usnadní vám to veškerou komunikaci a techniky s ní spojené, záleží ale, jestli ten vztah dokáže vytvořit, jsou pacienti, kteří o to nestojí.“* P4 vnímá terapeutickou komunikaci jako naslouchání pacientovi, udává: *„Myslím si, že je o nějakém naslouchání pacientovi, o tom, že mi říká, co si myslí a nemyslí, co cítí a tak.“*

4.1.2.2 *Techniky terapeutické komunikace*



Zdroj: vlastní, 2024

V této části jsme se zaměřili na jednotlivé techniky terapeutické komunikace, které sestry při své práci využívají. Z výsledků je patrná rozmanitost používaných technik a nástrojů v rámci terapeutické komunikace. P11, P14, P15 P20, P21 hovoří o technice důvěry či vytváření si důvěryhodného vztahu.

P11 zmiňuje důležitost důvěry a následně popisuje cestu k vytvoření si důvěryhodného vztahu: „*Nevím, jestli to spadá vyloženě do technik, ale zmínila bych tu empatii a důvěru. Ta důvěra je pro mě asi nejpodstatnější, pak se vám s tím člověkem jinak pracuje. Já se mu vždycky snažím vysvětlit okolnosti, co, proč a jak. Často se stává, že ty lidi nemají dostatek nějakých vstupních informací, které by měl mít už od lékaře. A ono stačí fakt málo, jen to, že jim vysvětlíte, proč jsou tady a jak dlouho tady asi tak budou, když jste teda schopná jim to sdělit, a oni vám poděkují a myslím, že to na nich vidíte, že už si k vám budují určitý vztah založený na důvěře. Aspoň teda já to tak vnímám.*“ P14 vnímá komunikaci s pacientem jako cestu k důvěře, uvádí: „*Když si mám s pacientem vytvořit*

důvěryhodný vztah, tak s ním potřebuji komunikovat, a nejen o nemoci, se kterou v nemocnici je. Pokud s pacientem nebudete komunikovat nebo jen na nějaký nízký úrovni, tak si tu důvěru k vám nikdy nevybuduje. A myslím si, že když pacientovi dáte najevo, že vy sama o nějaký důvěryhodný vztah nestojíte, odrazí se to na jeho chování vůči vám.“ Zajímavou odpověď uvádí P15, který také zmiňuje důležitost empatie: *„No, důvěra jako taková mezi mnou a pacientem je určitě důležitá. Jdu třeba za ním na pokoj, když je tam sám, protože samozřejmě se člověku něco líp říká, když jsme tam spolu sami, než když je tam někdo další. A to si myslím, že je jedno, jestli je tam ještě někdo z pacientů nebo personálu, myslím, že mezi čtyřma očima je to určitě lepší. A když se s pacientem na něčem domluvíme, tak se snažím to dodržet. Určitě mu neslibuji něco, co vím, že nemůžu dodržet. Taky se mi třeba stává, že mi pacienti říkají, že mi nebudou říkat nic, abych ty informace o nich nezneužila, takže jim klidným hlasem vysvětlím, že ty informace nezneužiji.“* P20 popisuje, jak by se sestra měla chovat při vytváření si důvěry, a sdílí svůj názor z praxe: *„Já vím, že existuje spousta technik, které vám teď asi nebudu schopná popsat, ale myslím, že nejdůležitější je to, aby vám pacient věřil, takže budování určité důvěry patří mezi asi moje používané techniky. Ono to teda zní strašně jednoduše, že si s pacientem tu důvěru nějak vytvoříte, ale jednoduchý to není, a neplatí to, že si s každým pacientem tu důvěru vytvoříte. Roli tam hrajou nějaký sympatie, jak už ze strany pacienta, tak ze strany mojí jako sestry. A to, aby si ta sestra ten vztah na důvěře vytvořila, tak se taky musí k tomu pacientovi nějak chovat, jako hezky, mile, a to, co si budeme povídat, se občas neděje. Pak se i stává, že pacient už pak nevěří žádný sestře a po špatné zkušenosti s jednou sestrou háže i ostatní sestry do jednoho pytle a to se pak můžete snažit, jak chcete a jeho důvěru už si stejně nezískáte.“* Velice zajímavý pohled na vytváření důvěry sdílí P21: *„Tak určitě důvěra mezi mnou a pacientem. A v rámci té komunikace tu důvěru získáte jedině tak, že si toho pacienta naposloucháte a naladíte se jakoby na jeho vlnu komunikace a začnete používat podobný nebo stejný slovní spojení a podobnou skladbu vět. Myslím si, že je to důležitý i co se té důvěry týče, protože pacient pak nemá pocit, že jsem vůči němu nadřazená.“*

P3, P13, P15, P16, P17, P21 využívají jako nástroj terapeutické komunikace rozhovor. Například P5 uvádí použití rozhovoru před operací pacienta jako nástroj ke zbavení strachu: *„No, já třeba používám nějaký uklidňující rozhovor, hodně před operací pacienta, abych mu pomohla se nějak zbavit strachu.“* P17 ve své odpovědi poukazuje na to, že rozhovor používá jako nástroj k edukaci pacienta: *„Používám teda jen ten*

rozhovor k informaci pacienta o jeho zdraví, o tom, jak se má o svoje poranění starat, jaké má dodržovat opatření, aby se mu rána zahojila. “ P15 vnímá rozhovor jako povídání si s pacientem: „Určitě, ten rozhovor, sednout si k člověku a povídat si s ním.“ Zajímavě a informativně hovoří o rozhovoru s pacientem P21: „Podle mého můžete pro pacienta nejvíc udělat to, když si na něj teda za prvné uděláte čas a za druhé s ním vedete nějaký dialog jako ve formě nějakého rozhovoru. Aby tam byl navzájem navozenej pocit důvěry a porozumění, a aby se ten pacient cítil komfortně. Ne, že za ním sestra přijde, řekne mu, jak co má být, jaká jsou jeho práva, povinnosti a tak dále a odchází. Ale, aby s ním opravdu vedle ten rozhovor, diskutovala s ním, zajímala se o to, co ho trápí nebo na co by se chtěl třeba zeptat.“ P16 si není jistý, zda rozhovor patří do technik terapeutické komunikace, ale potvrzuje, že jej v praxi využívá: „Možná rozhovor, by mohl patřit do těch technik? Ten určitě používám.“

Techniku empatie či důležitost empatie zmiňují P5, P7, P11, P12, P13, P15, P17, P18, P19 a P21. Radikální odpověď, ve které zmiňuje smaozřejmost empatie, sdílí P17: *„Tak empatie je v naší profesi asi samozřejmostí nebo teda určitě, proto si myslím, že spousta lidí by tuhle práci neměla vůbec dělat, protože tu empatii v sobě prostě nemaj, a v praxi se nenaučí být empatický, s tím už se člověk asi narodí, jako s nějakýma predispozicema na to být empatickej.“* Odpověď podobného zaměření má i P11, který popisuje podstatu empatie takto: *„Tak když řešíte něco akutního, septický stav třeba nebo nějakou akutní alergickou reakci, tak úplně nepřemýšlíte nad tím, co a jak pacientovi říct, ale nějakým způsobem s ním prostě mluvím a asi si ani neuvědomuju, jestli jsem v tu chvíli empatická nebo ne. Hlavně si myslím, že empatii se nenaučíte, tu má člověk v sobě zabudovanou odmalička.“* Dále P21 odpovídá takto: *„Já osobně využívám takový ten lidský a empatický přístup, snažím se být pacientovi oporou i v nějaké bezvýchodné situaci a třeba nepříjemné diagnóze a snažím se je psychicky povzbuzovat“.* P5 zmiňuje, že být empatická někdy nejde: *„Snažím se být empatická, příjemná, i když to opravdu někdy nejde.“* P7 sdílí takový názor, že se snaží být empatický, ale záleží na tom, jakého pacienta máte před sebou: *„Furt ale platí, že by tam měla být empatie, takže se snažím být empatický, ale to souvisí s tím už, co jsem řekl předtím, že to asi záleží na tom, jakého pacienta před sebou máte.“* Zajímavě o empatii hovoří P15: *„Každopádně, člověka si vyslechnu, ale opravdu používám takový ten empatický přístup. Už na zdrávce mi říkali, že jsem takovej mateřský typ sestry, ale nejsem ten typ sestry, že bych si ty problémy pacienta tahala domů, to zase ne.“* P18 odpověděla na otázku, zda je empatická a sdílí

i pohled pacientů: „*Já si myslím, že jo, ale vím od pacientů, že působím přísně, že ze mě možná mají občas obavy. Ale za mě si myslím, že s těma lidma dost cítím, i s těma rodinama.*“ P19 hodnotí důležitost empatie: „*Těch technik je celá řada, asi vám je nevyjmenuju, to už si fakt nepamatuju, ale v naší práci si myslím, že by člověk měl být hlavně empatický. Ono tenhle pojem se už bere tak jako automaticky, že každá sestra je empatická, ale to fakt není. Mám kolem sebe lidi, co o sobě říkají, že jsou empatictí a pak když vidíte, jak se chovají k ostatním lidem nebo teda pacientům, tak je vám z toho až na blití, s prominutím. Každý by se měl zamyslet nad tím, jak se k pacientovi chová a šáhnout si do svědomí a říct si, jestli je opravdu empatická. Za mě je ta empatie asi nejdůležitější.*“

P1, P3, P6, P7, P8, P19 zmínili ve svých odpovědích techniku naslouchání.

P1 zmiňuje mimo naslouchání i svůj přístup k pacientům se zájmem: „*No a co se té terapeutické komunikace týče, tak jako abych tomu pacientovi já pomohla, tak k nim taky přistupuji se zájmem a opravdu se jim snažím naslouchat.*“ Zajímavou odpověď uvádí P6: „*No tak určitě naslouchání pacientovi, vyslychat nějaké neduhy, který pacienti mají, ale nějakým způsobem bych to nehodnotila, vždycky bych to nechala na nich, jak se rozhodnout, ale nějakým způsobem je důležité ho vést, ale né radit, co má dělat. Ale za mě to naslouchání je asi nejvíc, co ta sestra může udělat*“. Podobný postoj má i P7, který zmiňuje aktivní doptávání a důležitost, co nejrychleji získat informace o pacientovi: „*No, řekl bych, že aktivní naslouchání využívám určitě a potom se i aktivně doptávám, když něčemu z toho, co mi pacient říká, nerozumím. Alfa a omega je pro mě získat o pacientovi, co nejvíce relevantních informací za co nejkratší dobu, protože přece jenom ten urgent je dost vytížené oddělení a kolikrát tu fakt bojujeme s časem.*“ P8 odpovídá takto: „*Jak jsem už říkala, naslouchat a vnímat všechny okolnosti. Ptejte se jich na všechno, o čem si myslíte, že by se rádi rozpovídali a vyhněte se nepříjemným tématům. Získejte jejich důvěru a popostrčte je správným směrem k úspěšné léčbě.*“ P19 popisuje souvislost mezi nasloucháním a empatií: „*Pak je ještě naslouchání a to asi souvisí s tou empatií, protože tou empatií vlastně projevujete pacientovi tu svoji přítomnost a vlastně tím, že ho posloucháte a nasloucháte mu, mu dáváte ten pocit, že jste tam pro něj.*“

P3 a P15 hovoří o dávání určitého prostoru pacientovi a využití ticha.

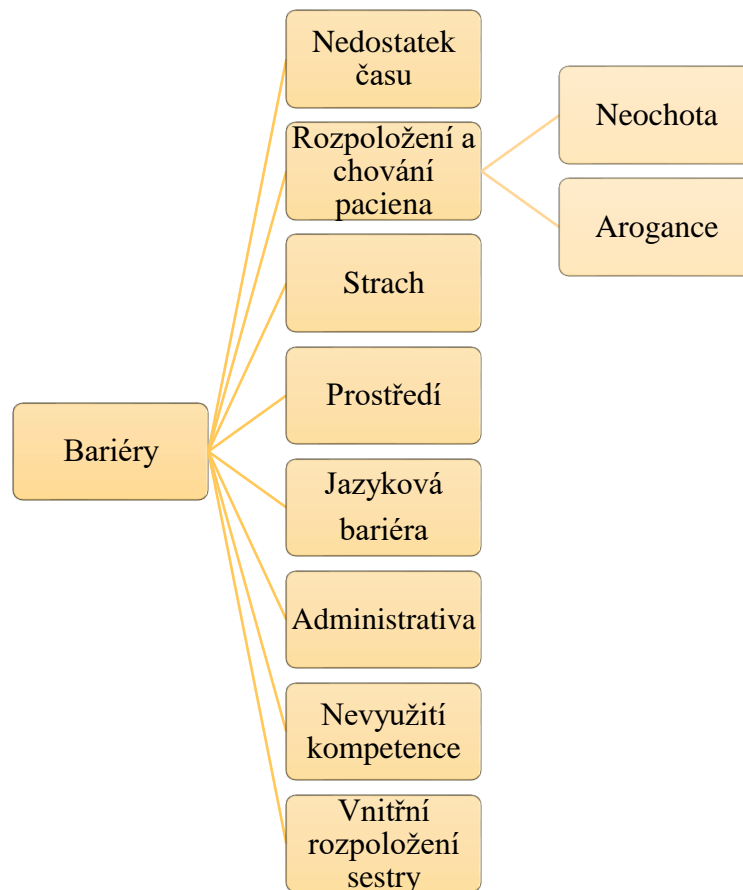
Například P15 odpovídá takto: „*No třeba, že mu dám prostor, aby se rozpovídal a nebudu mu skákat do řeči, budu potichu a budu ho poslouchat.*“ P3 sdílí podobný názor jako P15,

uvádí: „Když vidím, že se ten člověk snaží vypovídat, tak mu zkusím dát ten prostor nebo mu přesně nabídnu nějaké vyslyšení nebo naopak, když chce být sám nebo když si vyloženě říká o můj názor, tak mu ho řeknu, ale vyloženě nevnucuju. Vždycky se mu právě snažím pomoci, dám mu hlavně hodně prostoru, aby se vyjádřil, jako že se mu snažím třeba neskákat do řeči a vyslechnu si, co ho trápí. Občas jen stačí, když mlčíte a pacient to ticho využije k tomu, aby se vám otevřel nebo vypovídal a má pocit, že jste tam pro něj.“

Z ojedinělých odpovědí P14 velice stručně zmiňuje techniku vysvětlení, uvádí: „Tak to nějak nemám, ale snažím se jim všechno vysvětlit. Musí to být taky pacient, který se chce uzdravit.“

P5 hovoří o tom, že nemá ponětí, jaké techniky terapeutické komunikace existují a vyjadřuje zájem o semináře na toto téma: „No, Vy se mě ptáte na techniky a já vlastně ani nemám ponětí, že nějaké jsou. Ale ráda bych se o nich i dozvěděla a naučila. Občas se tady setkáváme s takovými náročnými pacienty a ta komunikace s nimi je hodně těžká. Kdyby byl takovej seminář, tak bych na něj i šla. Určitě bych se ráda ohledně tohohle trošku zaškolila a zdokonalila.“ Zájem o vzdělávání se v oblasti terapeutické komunikace zmiňuje i P18: „Kdybychom měli třeba nějaké kurzy, nebo školení, tak bych byla ráda.“

4.1.2.3 Bariéry terapeutické komunikace



Zdroj: vlastní, 2024

V této kategorii jsme se zaměřili na jednotlivé bariéry, které sestry vnímají při uplatňování terapeutické komunikace. Z výsledků je patrná rozmanitost bariér. Nejpočetnější zastoupení bariér je nedostatek času, který udává P1, P3, P7, P13, P14, P16, P17, P19 a P20.

Například P1 vnímá čas jako bariéru a popisuje situaci, kdy si pacient přichází povídat v nevhodnou chvíli: *No, tak určitě ten čas. Neříkám, že je to pořád, ale jsou situace, a hlavně mě opravdu mrzí, když to přijde opravdu v nevhodnou chvíli a ten pacient si chce s vámi popovídat, ale nemůžete se zrovna utrhnout, takže je přesměrujete na jinou dobu. Jako asi je to v danou chvíli možná někdy necitlivý, ale když v danou chvíli nemůžete, neuděláte nic jiného. Takže ten čas určitě vnímám jako bariréru.*“ P3 uvádí zajímavou a obsáhlou odpověď, ve které zmiňuje i trávení času s pacienty ze strany lékaře

a porovnává interní a chirurgická oddělení: „*Tak z mé strany určitě čas. Ten nátlak časově. No a třeba na straně lékaře, víte co, celkově lékaři tráví s pacienty méně času, já chápu, že to někdy nejde, i když si myslím, že na těch interních odděleních to jde mnohem víc než na chirurgických, kde operují. A myslím si, že když je vizita 5 minut, tak si nemyslím, že to všechno pacient zvládá probrat za pět minut, takže určitě ten čas ze strany lékařů taky dost vnímám jako bariéru. Kolikrát se setkávám s tím, že když se pacient rozovídá, tak lékař začne klepat nohama a dává tím vlastně najevo, že je nervózní a že ho ten pacient vlastně zdržuje. Ale třeba mladší lékaři občas dělají to, že ty pacienty vybízí k tomu, zda něco ještě nemají a nechtějí se na něco zeptat, tak to mi přijde skvělý, že jim vlastně dávají ten prostor.*“ Dále P13 sdílí: „*Ten čas určitě hraje roli. Velmi často a hodně mne mrzí, když nemám čas na starší lidi a vidím, jak by si rádi popovídali.*“ P16 hovoří takto: „*Jestli mi něco brání, tak je to asi nedostatek času na pacienta. V současnosti mi přijde, že jsou lidé hodně nemocní, je více pacientů, pomalu polovina z nich jsou jiné národnosti než české, tak ten čas na ně opravdu není nějak luxusní a je daleko od mojí představy, jak být s pacientem dlouho.*“ Dále P19 zmiňuje přerušování během komunikace s pacientem: „*Přemýšlím, jaká je asi největší bariréra, když se snažím s pacientem terapeuticky komunikovat a jediné, co mě teď napadá, je asi čas. Ale myslím to ve smyslu, že když vedu s pacientem nějaký rozhovor, tak ho třeba musím několikrát přerušovat a jít k někomu jinému nebo dělat jinou práci, ale abych pak u pacienta seděla třeba půl hodiny v kuse bez nějakého přerušování, to prostě nejde. A věřím tomu, že pro toho pacienta to musí být dost nepříjemné, když se vám v jednu chvíli otevře a vy mu najednou musíte říct, že musíte odběhnout místo toho, abyste mu třeba dala prostor povídat dál nebo ho vyslechla, v tomhle je to těžký, ale v praxi to prostě takhle je.*“ Podobné tvrzení má i P7, který odpovídá takto: „*No, tak to se budu asi zase opakovat, ale je to ten nedostatek času, občas mi to tady přijde, jak kdybyste dělala u pásu, jen místo výrobků pracuje s živýma bytostma. U mě to úplně asi není o těch technikách, ale spíš o tom nedostatku času na ty pacienty. Nehledě na to, že se častokrát stává, že když se bavím s pacientem, tak musím rozhovor přerušit a odběhnout k jinému – akutnějšímu případu, což je pak samozřejmě nepříjemné jak pro toho pacienta, tak i pro mě. Hlavně to narušuje jakousi důvěru mezi mnou a pacientem, protože ten pak může mít pocit, že pro mě není důležitý.*“ P14 podporuje tvrzení s nedostatkem času a tvrdí, že starší pacienti potřebují více času: „*No, bariéra je ten nedostatek času, že se nemohu pacientům tolik věnovat, jak bych chtěla. Ráda bych měla na pacienta více času. Hlavně u těch starších lidí by byl ten čas zapotřebí. Potřebují na vysvětlení a pochopení více času a vlastně si i chtějí povídat.*“

Tvrzení o nedostatku času radikálně vyvrací P6, který uvádí: „*Ne. Já si myslím, že na toho pacienta ten čas mám a přijímám toho člověka na oddělení, tak na něj čas mám, ale já si ho hlavně musím udělat, abych ho vyslechla, a i když budou ostatní jako kolegyně dělat něco jiného, tak já furt mám ten čas věnovat se tomu pacientovi. Myslím si, že obecně máme dost prostoru, dost personálu na to, abychom to zvládli.*“

Rozpoložení a chování pacienta popisují jako bariéru P2, P4, P5, P10, P11, P12, P13, P15, neochotu pacienta komunikovat P9 a P14 a aroganci pacienta P2. Strach uvádí P12, P20, P21.

„*No, asi je to ta samotná komunikace a rozpoložení pacienta, když bude třeba vulgární nebo vyjízďivej, tak si sama řeknu, že to asi nemá cenu se o tom bavit a něco probírat. No pak mě napadá třeba ještě arogance těch pacientů. I když se kolikrát chovám slušně, tak jsou pacienti, kteří se nechovají dobře a pak z mojí strany ta empatie není taková, jaká by asi měla být. Takže pak třeba něco řeknu víc rázně, jasně, ale tohle je třeba ten důvod, jako ta arogance, kdy pak nemám potřebu dál rozvíjet ten rozhovor. Samozřejmě, když takový pacient přijde, tak ano, vysvětlím, řeknu, ale nějak nic víc navíc,*“ popisuje svůj pohled P1. Podobný pohled sdílí P5: „*Nebo když je pacient nepříjemný, nechová se úplně dobře a vlastně si vůbec povídat nechce, tak to je pro mě taky bariéra.*“ P10 ve své odpovědi poukazuje na individualitu pacienta a s tím související situaci, že pacient nechce komunikovat: „*Určitě záleží na celkovém rozpoložení pacienta, protože každý jsme jiný a ne všichni se chtějí vybavovat.*“ P11 udává mimo rozpoložení pacienta i rozpoložení sestry: „*Řekla bych, že taková obecná bariéra, která platí pro obě strany, je psychické rozpoložení. Stačí i takový detail, jako že jsem já anebo pacient nevyspalej. Například když mám noční a musím v jednu hodinu ráno něco řešit s pacientem. Tak mám mnohem větší problém podávat srozumitelně informace a stejně tak je i přijímat. A to platí i pro druhou stranu.*“ Zajímavou odpověď uvedl P12, který zmiňuje: „*Někdy se pacienti i hodně všeho bojí, hlavně když jsou v nemocnici poprvé nebo mají nějaké špatné předchozí zkušenosti. Já jsem taková, že si vždycky pod pacientem představím moje rodiče a vím, že bych chtěla, aby se k nim ostatní sestry chovaly aspoň trochu tak hezky jako já, ale jak říkám, všechno se odvíjí od toho, koho před sebou máte, a jak se taky pacient chová k vám. Takže určitě rozpoložení a ten strach pacienta vnímám jako dost velkou bariéru.*“ P21 udává jako bariéru strach a obavy pacienta: „*Pak asi nějaký strach a obavy pacienta můžou být bariérou.*“ Podobné tvrzení o strachu má i P20, který uvádí: *Pacienti se velmi často bojí, jak ví, že je čeká nějaká operace, že budou pod narkózou, tak mají*

obavy a strach, jestli se probudí nebo jestli nebudou mít po anestezii nějaké následky. To jsou potom takové situace, že ať řeknete pacientovi cokoli, jako abyste ho uklidnili, tak to třeba nepomůže, a proto je to pro mě asi určitá bariéra ten jejich strach, že občas nevím, jak mám reagovat.“

Neochotu pacienta popisuje P9: *„Někdy je vlastně bariérou to, že pacient zanevřel na celý svět a vůbec není ochoten s vámi komunikovat, prostě nechce.“* Toto tvrzení podporuje i P14, který stručně odpovídá: *„No, zcela určitě neochota pacienta ke konverzaci.“*

Prostředí jako bariéru zmiňují P10, P19, P21.

P21 hovoří o tom, že je pacient nervózní z nemocničního prostředí, což se potom projeví i na komunikaci: *„No, ze strany pacienta je kolikrát bariérou už to samotné nemocniční prostředí, pacient je nervózní, takže se to na té komunikaci zcela jistě odrazí.“* Toto tvrzení podporuje i P19, který odpovídá: *„A ještě teda, když jsem se teď takhle rozkecala, tak kromě času to může být nějaká změna prostředí pro toho pacienta, ten se pak může cítit nekomfortně, je zpruzej a pak ta nálada komunikovat a něco sdílet úplně není.“* P10 zmiňuje bariéru prostředí ve své odpovědi takto: *„A jak jsem zmiňovala tu domácí atmosféru, tak si myslím, že taky prostředí je určitou bariérou. Těm lidem vadí třeba hluk, když byli zvyklí na klid z domova, nezvládají taky více lidí na pokoji, protože nemají dost soukromí a pak je to ovlivňuje v té komunikaci nebo teda ve způsobu komunikace.“*

Jazykovou bariéru zmiňují P2, P4, P6, P13, P14 a P16. P14 uvádí ve své odpovědi aktuální situaci, kdy je v nemocnicích více cizinců: *„A teď poslední dobou je vlastně bariéra, když máte na lůžku nějakého cizince, to je teď celkem aktuální, oni vůbec nerozumí česky. Takže ta komunikace je většinou přes překladač v telefonu, ale to je taková komunikace nekomunikace.“* P2 podporuje tvrzení P14 ohledně jazykové bariéry a dále uvádí: *„A jinak nějaký další bariéry, no, nedomluví se cizím jazykem, takže když budu mít cizince, tak to asi bariéra bude, to mám celkem problém, ale tak jako doba jde dopředu, tak existují různé překladače nebo různé karty.“* Podobné tvrzení má i P4, který odpovídá takto: *No, tak mám určitě jazykovou bariéru, když je to cizinec a já ten jazyk neumím, tak těžko s ním budu komunikovat.“* Dále P16 odpovídá: *„V poslední době je to i jazyková bariéra. Je tady opravdu hodně Ukrajinců a někteří česky neřeknou ani slovo.“*

To je pak těžké.“ P13 hovoří takto: „*Bariéra je asi to, když je to cizinec a nerozumím mu.*“

Administrativu jako bariéru v nemocnici v rámci uplatňování terapeutické komunikace popisují P3 a P5. Zajímavý pohled a názor sdílí P3, který udává: „*Anebo si myslím, mě třeba přijde, že to naše oddělení hrozně bazíruje na tom, aby bylo vše papírově v pohodě. A radši budou sedět půl hodiny u papírů než půl hodiny u pacienta. Ale jako to jsou takový moje nějaký myšlenkový pochody, ale kdyby se třeba vzal jeden pracovník na tu administrativu, jako nějaká „sestrokancelář“ (směje se), jo, třeba nějaká sestřička v důchodu na psaní realizací, tištění žádanek apod. Myslím si, že by to určitě pomohlo, protože bych třeba u příjmu s pacientem mohla mluvit o to déle než dělat patnáct žádanek.*“ P5 odpovídá: „*V dnešní době, kdy nemocnice klade důraz na dobře vyplněné papíry, tak sestry nemají na něco navíc moc času a on by si třeba rád povídal, a co si budeme povídat, dobře víte sama, že těch papírů je zbytečně moc, tak to bych taky asi zařadila jako bariéru.*“

Z ojedinělých odpovědí uvádí jako bariéru nevyužití kompetence v praxi P15 a vlastní vnitřní rozpoložení vnímá jako bariéru P1. P15 zajímavě popisuje bariéru nevyužití kompetence v rámci své specializace: „*Pak vnímám jako bariéru to, že v rámci té mé specializace můžu v praxi něco dělat, ale jsou to nějaké kompetence, které v praxi stejně využít nemůžete, protože už se to bere, že je to věc lékaře. Takže ta sestra specialista by měla celkem dost těch pravomocí, ale v praxi je to prostě nevyužitelný. Jako sestry specialistky můžeme komunikovat s rodinou a rodinnými příslušníky. Asi bych to ráda využila, ale nevyžívám, protože nevím, do jaké míry a abych nepřekročila tu mez a aby to třeba nevadilo těm lékařům, že jim jako lezu do práce, takže si to jako netroufnu vůči těm lékařům. Jako samozřejmě, že mluvíme s rodinou, ale někdy by to chtělo víc, ale nevím, kam až šahají ty pravomoce a přece jenom v tej psychiatrii je vše dost takový ošemetný.*“ P1 popisuje stav, kdy zažívání vlastní těžké životní situace ovlivňuje kontakt a komunikaci s pacientem: „*No, a potom bariérou je určitě když má člověk nějaké své trápení, své osobní věci. Samozřejmě víme, že jsou to věci, které si do práce brát nemáme, ale někdy jsou prostě takový těžký životní situace, nějaký ztráty, jsou chvíle kdy se tomu prostě neubráníte a zažila jsem i v té práci, že jsem prostě jen do té práce šla, že jsem musela, ale měla jsem ty myšlenky jinde. Takže to určitě bylo bariérou, že jsem s nikým moc nechtěla mluvit, takže jsem ten kontakt s těma pacientama měla hodně hodně*

omezenej a zároveň člověk to nějak prožívá, takže to vnitřní rozpoložení je určitě tou bariérou.“

4.1.2.4 Využití motivačních rozhovorů

Tato kategorie je zaměřena na to, jakým způsobem sestry využívají motivační rozhovor v praxi. Ačkoliv je motivační rozhovor jednou z technik terapeutické komunikace, nebyl zmíněn ani jedním participantem. Na otázku, zda je v praxi využívají, však všichni participanté, kromě P18 odpověděli, že ano.

Například P14 vnímá využití motivačního rozhovoru jako určitou edukaci pacienta: *„Myslím, že ano, když se pacientům snažím vysvětlit, jak se mají ke svému onemocnění chovat. Jak se mají starat o operační ránu, aby do ní nedostali infekci, aby pak jizva nebyla hodně znát. To funguje hlavně u žen, který nechtějí mít jizvu nikde. Nebo když je zapotřebí, aby pacient shodil nějaké to kilo, tak se snažím najít nějakou motivaci, jako že se bude víc líbit, že mu to bude slušet. No, něco takového.“* Podobný názor ohledně využití motivačního rozhovoru má i P5: *„Jo, tak to je asi využívám. Většinou po těch operacích se jim snažím vysvětlovat, co je pro pacienty dobré, že se mají třeba den po operaci už hýbat a nejen polehávat. Nebo třeba u obézních lidí, těm se snažím zase vysvětlit, jak je pro ně důležité trochu zhubnout. Asi je teda motivuji, když jim vysvětluji, že je to pro jejich zdraví dobré a že budou lépe fungovat.“* P12 sdílí obdobný pohled jako P14 i P5 a hovoří o motivaci pacienta: *„No, asi když pacienta motivuji, tak ho nějak využívám, třeba když se domluví s pacientem, že přestane kouřit a on cigarety jenom omezí, tak se snažím místo kritiky ho pochválit za jeho snahu a myslím, že to je jako motivace, aby těch cigaret ještě třeba ubral nebo přestal v budoucnu kouřit úplně. Nebo když by měla holka, myslím jako pacientka, zhubnout, tak jí říkám, jak bude vypadat hezky a že i to bude mít určitě odezvu na její zdraví. Asi takhle, už mě nic nenapadá.“* Motivaci pacienta zmiňuje také P13: *„Samozřejmě, že je určitě při propouštění využívám. Pacientů, po žlučníku vysvětluji správnou výživu, příjem bílkovin, aby hodně přijímali tekutinu. Vysvětluji jim, jak se mají starat o ránu, aby předcházeli zánětu. U silných lidí si s nimi povídám, jak by se měli hýbat, i když jsou třeba po operaci nebo mají nějakou ránu, že by měli třeba zvýšit počet kroků. Hodně lidí má ty hodinky na ty kroky. Pak přicházejí na kontroly, tak se snažím něco najít, abych je mohla pochválit a motivovat je, aby se dál starali o svoje zdraví.“*

P1 sdílí svůj pohled na využití motivačního rozhovoru, ale sama udává, že si není jistá, zda se jedná o motivační rozhovor: „*Nevím, jestli je to přímo motivační rozhovor a jestli ho využívám správným způsobem, ale s pacientem rozhovor jako takový vedu právě dost často, vzhledem k tomu, jak jsem říkala, že si s nima ráda povídám. Samozřejmě jim třeba říkám, co si myslím, že je špatně a co by mohli změnit, ale nic jim nevnucuji.*“ Nejistou odpověď sdílí i P4: „*Já myslím, že jo, neřeknu Ti asi vyloženě kritéria, jak ten rozhovor vypadá, protože vždycky bude jinej a neznám úplně tu teorii, ale myslím, že ho využívám, i když občas cítím, že jsem taková nejistá.*“

P8 sděluje, že používá motivační rozhovor až tehdy, kdy má pacientovu důvěru z důvodu zvýšené šance nasměrování ho správným směrem: „*Ano, ale až v pozdější fázi, kdy už mám jeho důvěru. Poté je větší šance, že se mi ho povede nasměrovat správným směrem.*“ P10 dále hovoří o tom, že je velmi těžké využívat motivační rozhovor převážně u starších lidí: „*No, to je velmi těžké. Protože většina důchodců už má některé věci natolik zažité, že je extrémně náročné je nasměrovat správným směrem. Ale určitě to není nemožné a vždy se snažím je aspoň trochu namotivovat. Bohužel většinou je už pozdě a jejich špatná životospráva je v tak vysokém věku dávno dohnala.*“

Využívání motivačních rozhovorů v praxi radikálně vyvrací P18 svou odpovědí: „*Ne. Nebo aspoň myslím, že ne. Zase jako rozhovory, ono se je snažíte nějakým způsobem motivovat nebo navést, ale není to vyloženě jako rozhovor. Snažím se je někam nevést, to jo, ale že bych vyloženě šla a motivovala je, to tady asi moc není. Ale to jsem říkala už na začátku, že si myslím, že je to tím, že k tomu nejsme vedení a nikdo nás v tom ani nepodporuje. A to tak je ve všem, že když to není vyžadovaný, tak se to nedělá. Takže dokud ti pacienti sami nepřijdou a neřeknou vyloženě, že si chtějí povídat, tak žádný rozhovor jako motivační neprobíhá.*“

5 Diskuse

Tato diplomová práce byla zpracována za účelem zjištění dvou cílů. Prvním z nich bylo zmapovat uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi z pohledu sester. V návaznosti na tento cíl byla položena výzkumná otázka „Jaké techniky terapeutické komunikace jsou v klinické praxi sestrami uplatňovány?“ a následně bylo také zjišťováno, jak sestry subjektivně vnímají terapeutickou komunikaci v kontextu jejich praxe.

Z provedených rozhovorů vyplývá, že subjektivní vnímání terapeutické komunikace z pohledu sester je velmi pestré. Převážná část participantů hovořila o terapeutické komunikaci jako o určité pomoci pacientovi. To, že prostřednictvím terapeutické komunikace sestra napomáhá k uspokojování pacientových potřeb, zmiňují ve své studii Sharma a Gupta (2022). O pomoci v rámci terapeutické komunikace se zmiňují i Riley (2020), který tvrdí, že terapeutická komunikace je taková účelná komunikace, která pomáhá pacientům posuzovat a řešit problémy, vytvářet pro pacienta příznivé prostředí a podporovat zapojení pacienta do poskytované péče. Jack et al. (2023) popisují terapeutickou komunikaci jako interakci mezi sestrou a pacientem, která ze strany sestry zahrnuje důležité aspekty, jako například umění mlčet ve správné chvíli, empatii a respekt (Jack et al., 2023). Individuálním přístup v rámci subjektivního vnímání terapeutické komunikace zmiňují i námi dotazovaní participanté. O individuálním přístupu pojednávají ve svém výzkumu i Eriksson-Liebon et al. (2021). Z jejich výsledků vyplývá, že si pacienti přejí, aby se k nim přistupovalo jako k jednotlivcům a individuální přístup zároveň hodnotí jako faktor pro zvýšení důvěry mezi sestrou a pacientem.

Technika empatie byla zmíněna námi dotazovanými participanty. Někteří ji hodnotí jako samozřejmou součást své profese a v praxi ji používají automaticky, jiní zase volí empatický přístup dle toho, jakého pacienta mají před sebou. Někteří z dotazovaných participantů, kteří zmínili techniku empatie, uvádí, že se empatie buduje od malička a že se lidé narodí již s jistou predispozicí k tomu být empatický. Přehled o rozvoji empatických schopností u studentů ošetrovatelství nabízí studie Jia-Ru et al. (2022), která popisuje ovlivňující faktory empatie. Uvádějí například, že ženy mají vyšší schopnosti empatie než muži a jako faktor ovlivňující empatii zmiňují například rodinnou situaci. Dále Yu J. a Kirk M. (2008) uvádí, že existují studie, které se zaměřovaly hlavně na úroveň empatie mezi sestrami a rozdílů ve schopnostech empatie

mezi zdravotníky. Jiní výzkumníci uvádějí, že empatie je dovedností, která pomáhá sestřám budovat důvěru s pacientem (Pereira et al., 2016; Ward et al., 2012). Toto zjištění je také v souladu s jinými výzkumy od McDonalda-Wickse a Levetta-Jonese (2012), kteří se zmiňují o důležitosti empatie s pacienty při vytváření terapeutické komunikace mezi studenty a pacienty. Používají se strategie, jako je projevování laskavosti, používání terapeutického doteku, udržování hranic, a respektování soukromí pacienta, což jsou principy podpory důvěry mezi sestrou a pacientem (Birks et al., 2015; Rosenberg a Gallo-Silver, 2011). Moudatsou et al. (2020) kladou důraz na rozvíjení empatických dovedností. To by nemělo být pouze základním cílem výuky pregraduálních studentů ošetrovatelství, ale také předmětem celoživotního a kontinuálního vzdělávání (Moudatsou et al., 2020).

Oblastí důvěry v rámci terapeutické komunikace se zabývalo několik studií. Například studie Hillena et al. (2015) uvádí, že efektivní terapeutická komunikace mezi sestrou a pacientem vedla k navození pocitu důvěry. Ve studii Pashaei et al. (2014) dotazované sestry uvedly, že oblast důvěryhodného vztahu má pro ně nejvyšší prioritu. Unhjem et al. (2017) tvrdili, že dodržování důvěrnosti informací je dosaženo vytvořením důvěryhodného vztahu sestra-pacient. Dále Scott et al. (2008) věří, že důvěra je výsledkem efektivního vztahu s pacienty.

Mezi další zmiňované techniky našimi účastníky patří kladení vhodných otázek, na jejichž základě můžeme předložit některé studie, které se zabývaly podobnými technikami jako je kladení otázek. Například Borhani et al. (2016) kladou důraz na respekt pacientů při pokládání vhodných otázek a rovněž konstatuje pokládání správných a vhodných otázek při terapeutické komunikaci. Tyto otázky pomáhají zaměřit se na důležitější problémy (Birks et al., 2015). Jiná studie Shahhosseiniho a Hamzehgardeshiho (2014) ukázala, že sestry používaly podobné techniky, jako je kladení různých otázek a shrnutí zprostředkovaného obsahu.

V rámci technik terapeutické komunikace zmiňují dva z dotazovaných účastníků také techniku využívání ticha. Ve studii Ghiyasvandian et al. (2014) iránské studenty ošetrovatelství uvádějí, že používají techniku zachování ticha k uklidnění rozrušeného pacienta především na psychiatrických odděleních. Využívání ticha jako nedílnou součást mezilidské a efektivní komunikace vnímá také studie Bassetta et al. (2018), jejímž cílem bylo prohloubení porozumění kvality ticha jako prvku péče a komunikace mezi sestrou

a pacientem. Popisují také, že pokud se pacientovi dostane dostatek ticha, využije jej na sebeuvědomění a uvědomění si situace, ve které se ocitá. Dále Knol et al. (2020) ve své studii popisují ticho jako terapeutickou událost, která má pozitivní vliv na terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem.

Nørgaard et al. (2012) ve své studii uvádějí, že nejčastější problémy, které pacienti vnímají, souvisejí s komunikačními schopnostmi sestry v oblasti vysvětlování informací. Techniku vysvětlení v našich výsledcích uvedl jeden z dotazovaných participantů. P12 uvádí vysvětlení jako konkrétní příklad, jak by měla terapeutická komunikace pacientovi pomoci: „*Myslím, že je to nějaká komunikace, nějaký rozhovor, který by měl pacientovi pomoci v léčbě, vysvětlit mu, jak brát léky, informovat ho o jeho zdraví.*“

Druhým cílem této diplomové práce bylo zmapovat bariéry při uplatňování terapeutické komunikace s pacientem z pohledu sester. V souvislosti s tímto cílem jsme si položili výzkumnou otázku „Jaké bariéry sestry vnímají při uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi?“ Z provedeného výzkumného šetření vyplývá řada bariér, které námi dotazovaní participanté vnímají. Nejpočetněji zastoupenou zmíněnou bariérou byl nedostatek času, který má dle našeho názoru v současné době velké ohlasy a většina sester se tímto tvrzením obhajuje. Odpovědi jednotlivých participantů se ohledně bariéry nedostatku času lišily převážně ve vnímání této bariéry. Například participant P14 ve své odpovědi zmiňuje, že nemá dostatek času na to věnovat se pacientům tak, jak by chtěl. Participanté P19 a P7 zmiňují nedostatek času ve smyslu přerušení v průběhu rozhovoru s pacientem a tím zdůrazňují jakýsi diskomfort pacienta. V této souvislosti Wune et al. (2020) ve své studii zmiňují nedostatek času k navázání dobrého vztahu a zároveň potvrzují, že čas má vliv na komunikaci mezi sestrou a pacientem. V takovém případě je vhodný efektivní time management, který usnadňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem, díky čemuž se pacient cítí oceňován a pochopen, a umožňuje sestřám budovat smysluplné vztahy s pacienty (Hemsley a Worrall, 2012; Jahromi, 2016). Rozpoložení či chování pacienta je jedna z bariér, která měla zastoupení u více jak poloviny námi dotazovaných participantů. Tato odpověď je velice všeobecná, avšak jednotlivé odpovědi participantů jsou určité a vymezují konkrétní příklady, kdy chování pacienta ovlivňuje terapeutickou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Například pacienti s kognitivní poruchou si svou nemoc neuvědomují a jejich frustrace může vést k agitaci a agresivnímu chování (Mulkey, 2019; Mulkey et al., 2019). Dále Linder et al. (2018) uvádí, že i zvýšený stres může ovlivnit celkovou komunikaci mezi sestrou

a pacientem. Volicer a Galik (2018) popsali příčinu agitace z jiné perspektivy. Jejich teorie předpokládala, že k neklidu dochází, protože sestry nejsou schopné pacienty pochopit, což je důvod ke vzniku úzkosti související s neschopností pacienta vyjádřit své osobní potřeby. Pohled na situaci, kdy se pacient chová neklidně a neadekvátně, poskytuje také Hosker a Bennet (2016) ve své studii, která se týká terminální agitovanosti u pacientů s paliativním syndromem. Dále Abdolrahimi et al. (2017) ve své studii zmiňuje, že na nálady pacientů mohou mít negativní vliv také dlouhodobé hospitalizace. Někteří z dotazovaných participantů naznačují takovou situaci, že pokud pacient není v ideálním rozpoložení či zrovna nemá náladu se vybavovat, nejvíce potě tendenci komunikaci dále rozvádět a negativní chování dále neřeší. Ponechávat pacienta v prožívání negativních emocí není vhodné. Negativní emoce, často označované jako obavy nebo podněty k obavám, popisuje ve své studii Finset et al. (2013). Oproti tomu studie Heynové et al. (2023), která se zabývá pochopením role pozitivních emocí pacienta, poukazuje na to, že by sestra měla pacienta vést a povzbuzovat k prožívání pozitivních emocí. V tomto případě se domníváme, že za použití vhodných technik terapeutické komunikace lze dosáhnout emocionální a fyzické pohody pacientů. To, že špatné postoje pacientů nebo neuctivé chování vůči sestřím mohou bránit sestřím v jejich schopnosti poskytovat péči zaměřenou na člověka a zároveň ovlivnit schopnost sester komunikovat, zmiňují ve své studii Kwame a Petručka (2021).

Ruben a Gigliotti (2014), kteří se ve svém článku zabývají vztahem mezi teorií komunikace a praxí komunikace, hovoří o faktu, že pokud sestry a pacienti mluví stejným jazykem, mohou se i přesto vyskytovat rozdíly. Například rozdíl ve slovní zásobě a rychlosti mluvení může vytvořit obrovskou kulturní a komunikační propast mezi sestrami a pacienty (Ruben a Gigliotti, 2014). S tímto tvrzením korelují odpovědi P18: *„Možná mě napadá odlišná komunikace každého z nás, jako že každý s nimi mluvíme trochu jinak. Někdo něco řekne víc direktivně, přizpůsobí tomu tón hlasu a ten pacient to naše podání může pochopit úplně jinak, než my chceme. Proto je taky dobrý, když se v ten moment naladíte na toho pacienta, myslím jako na stejný styl jazyka, a používat stejný nebo alespoň podobná slovní spojení“* a P21: *„Naladíte se jakoby na jeho vlnu komunikace a začnete používat podobný nebo stejný slovní spojení a podobnou skladbu vě.t. Mimo výše popsané rozdíly, hovoří Ruben (2014) také o zkušenostech pacienta jako o komunikační propasti mezi sestrami a pacienty. Jistou souvislost špatné zkušenosti pacienta, pomocí které popisuje jako bariéru strach pacienta, zmiňuje i P12. Na základě*

tvrzení P12 bychom mohli tvrdit, že komunikační bariérou je i samotná negativní zkušenost pacienta, přičemž nebyla dotazovanými participanty zmíněna.

Další zmiňovanou bariérou je prostředí, kdy jeden z nich ve své odpovědi upřesňuje konkrétní enviromentální bariéry takto: „*Těm lidem vadí třeba hluk, když byli zvyklí na klid z domova, nezvládají taky více lidí na pokoji, protože nemají dost soukromí a pak je to ovlivňuje v tý komunikaci nebo teda ve způsobou komunikace.*“ Souvislost s prostředím má studie Babaiie et al., (2021), kde jednotliví účastníci udávají, že podivné a hlučné prostředí vyvolává u pacientů úzkost a brání ve správné efektivní komunikaci. Podle zjištění této studie může být zajištění klidného a šťastného prostředí pro pacienta účinné při navazování efektivní empatické komunikace mezi sestrou a pacientem. Dále některé studie zdůraznily, že fyzické faktory prostředí, jako jsou například přiměřené osvětlení a tiché prostředí, mohou podpořit pacienty v komunikaci, aby se více zapojili do konverzace se sestrou (Stans et al., 2017; O'Halloran et al., 2012). Kwame a Petrucka (2021) ve své studii uvádí, že bariéry související s prostředím, které brání nejen efektivní komunikaci, ale i interakci sestra-pacient, mohou zahrnovat hlučné okolí a nedostatek soukromí. Mimo jiné ve svém výzkumu zmiňují i jazykovou bariéru, kterou ve svých odpovědích udává šest z dotazovaných participantů. Dále Norouzinia et al. (2015) tvrdí, že efektivní komunikaci nelze navázat, když sestry a pacienti mají jazykový rozdíl. Navíc významy určité neverbální komunikace mohou v různých kulturách vyvolat různé interpretace, které by mohly bránit interakci mezi pacientem a sestrou (Norouzinia et al., 2015). V tomto kontextu zmiňujeme i další výzkum, kde je spojitost mezi terapeutickou komunikací ze strany sester a respektu náboženských rozdílů, která má vliv navazování efektivních vztahů s pacienty (Loghmani et al., 2014). Tento výsledek je podobný jako v jiných provedených studiích, kde kontextové faktory, jako je kultura a náboženství, silně ovlivňují proces navazování vztahu a efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem (Imran, 2013; Marhamati et al., 2016; Norouzinia et al., 2015). Vysoká administrativní zátěž a s tím spojený nedostatek času na pacienta je také jednou ze zmiňovaných bariér, kterou ve své studii zmiňují i Kieft et al. (2014). Dále udává, že administrativní zátěž je nevyvážená a není zaměřena na zlepšení celkové ošetrovatelské péče o pacienta. Gesner et al. (2022) ve své studii dokonce popisují význam korelace mezi administrativním zatížením a syndromem vyhoření u sester. Tato studie také naznačuje, že vlivem administrativního zatížení není pacient středem zájmu u zdravotnických profesí.

Strach je méně častou bariérou, která byla v našem výzkumu zmíněna. Dle studie Babaie et al. (2021) mohou sestry pomocí některých strategií, jako je například dávání naděje a budování důvěry, snížit strach pacientů a navázat s nimi empatickou efektivní komunikaci. Norouzinia et al. (2016) ve své studii uvádějí, že určitou překážkou ze strany sester je nedostatek komunikačních dovedností, což potvrzuje tvrzení sester ve studii, které v rámci výzkumu potvrdily, že ne vždy se cítily připraveny na dotazy pacientů. Vlastní zkušenost, která poukazuje na nedostatek komunikačních dovedností, popisuje jeden z oslovených participantů, jehož odpověď zní takto: „*Občas se mi stává, že za mnou přijde pacient, že ho něco trápí nebo potřebuje poradit. Kolikrát se mi stane, že bych jim ráda pomohla a řekla jim něco, co jim pomůže, co je utěší, anebo něco, co je třeba navede, nastartuje a přiznám se, že se občas dostávám do situací, že nevím, jak mám reagovat a co jim říct.*“ Alcorano (2023) ve své studii zkoumal rozsah terapeutických komunikačních dovedností u chirurgických sester. Na základě jeho zjištění potřebují sestry z chirurgických oddělení zlepšit své terapeutické komunikační dovednosti a pro jejich zlepšení autor navrhuje vzdělávací programy ve formě seminářů. Navíc se také zmiňuje o vzdělávacích institucích a klade důraz na zlepšení terapeutických komunikačních dovedností u studentů. Zájem o vzdělávání v oblasti terapeutické komunikace projevíli dva z dotazovaných participantů. Vzhledem k dnešním nárokům v oblasti celoživotního vzdělávání sester by bylo vhodné zařadit oblast terapeutické komunikace do nabízených seminářů.

V rámci našeho kvalitativního výzkumu jsme se zaměřili na využívání motivačního rozhovoru jako specifické techniky terapeutické komunikace. Využití motivačních rozhovorů potvrdila převážná část dotazovaných participantů, kteří jednotlivě uvedli a popsali způsob, jak motivační rozhovor ve své práci využívají. Motivační rozhovory jsou účinné při změně životního stylu, zejména pokud jde o užívání návykových látek, ale také zdravotní chování obecně a při zvládnání chronických stavů (Lundahl et al., 2013). V odpovědích námi dotazovaných participantů byly motivační rozhovory zmíněny ve smyslu edukace o užívání návykových látek a zdravotním chování obecně. Například bylo zmíněno, jak se chovat v oblasti ošetření rány či změny životní správy. Ve studii Östlund et al. (2015), která popisuje jednotlivé zkušenosti sester s využíváním motivačních rozhovorů s pacienty, nacházíme korelace mezi zjištěními v našem výzkumu. Sestry ve studii například uvádí, že pociťují potřebu podpory a průběžného školení v používání motivačního rozhovoru. Jeden z dotazovaných participantů, který

vyvrací, že v praxi motivační rozhovor používá, uvádí jako důvod to, že k používání motivačního rozhovoru není veden ani podporován, a proto jej nevyužívá. Dále sestry ve výzkumu sdílí pocity nejistoty při používání motivačního rozhovoru. Dva z dotazovaných participantů taktéž udávají podobné pocity nejistoty.

V rámci diplomové práce bylo vytvořeno scénarium pro simulační výuku terapeutické komunikace. Simulace je výuková metoda, která se v současné době dostává do popředí ve vzdělávacích programech ošetrovatelství. Nabízí četné výhody pro vyučující, studenty a v praxi také i pro pacienty, vzhledem k tomu, že zlepšuje ošetrovatelské dovednosti studentů. Dle studie Shafakhah et al. (2015) většina studentů ošetrovatelství vyžaduje zlepšení ve svých komunikačních dovednostech. Gutiérrez-Puertas et al. (2020) ve svém výzkumu uvádí, že pokud jde o intervence ke zlepšení terapeutických komunikačních dovedností zaměřené na pacienta u studentů ošetrovatelství, bylo pozorováno, že většina se zaměřila na simulaci pomocí techniky hraní rolí. Většina analyzovaných studií používala simulaci jako metodologii pro nácvik komunikačních dovedností. Dále Blackmore et al. (2018) se shodují na tom, že pozorovací činnosti neposkytují studentům vhodný výcvik, protože nezahrnují kognitivní, afektivní a psychomotorické domény učení. McMorroa a Chang (2021) ve své studii uvádí pozitivní dopad na znalosti a dovednosti studentů, kteří se pravidelně zúčastňovali simulace pacienta za pomoci scénáře motivačního rozhovoru.

V rámci simulační výuky bychom zmínili virtuální realitu, která nabízí dynamický a inovativní přístup k ošetrovatelskému vzdělávání tím, že studentům poskytuje bezpečné a kontrolované prostředí, kde si kromě učení technických dovedností mohou procvičovat i dovednosti terapeutické komunikace. Chou et al. (2024) ve své studii uvádí, že virtuální realita umožňuje studentům komunikovat s virtuálními pacienty, poskytuje okamžitou zpětnou vazbu o provedených úkolech a zaznamenává skóre po provedení úkolů. Dále Fenn et al. (2024) ve své studii popisují, že využití virtuální reality u studentů ošetrovatelství zlepšilo interakci mezi studenty a pacienty v praxi.

Simulace virtuální reality poskytuje studentům porozumění holistickému způsobu komunikace a mohou tak zároveň zažívat emocionální a psychologické rozměry péče o pacienty. Tento přístup přináší možnost získání sester, které budou mít vyšší úroveň empatie a vyšší úroveň kompetentnosti.

6 Závěr

Práce na téma Terapeutická komunikace v práci sestry byla primárně zaměřena na dva cíle, které byly v rámci diplomové práce stanoveny a splněny. Prvním cílem bylo zmapovat uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi z pohledu sester. V rámci prvního cíle byla stanovena výzkumná otázka č. 1: „Jaké techniky terapeutické komunikace jsou v klinické praxi sestrami uplatňovány?“ Druhým cílem bylo zmapovat bariéry při uplatňování terapeutické komunikace s pacientem z pohledu sester. V rámci druhého cíle byla stanovena výzkumná otázka č.2: „Jaké bariéry sestry vnímají při uplatňování terapeutické komunikace v klinické praxi?“

Se všemi získanými daty z kvalitativního šetření jsme pracovali a na základě výsledků jsme vytvořili čtyři hlavní kategorie. Dle provedeného výzkumu lze říci, že při samotné realizaci terapeutické komunikace, sestry respektují individuální přístup k pacientovi a využívají techniky, které jsou jim známé. Mezi nejčastější používanou technikou patří empatie, vytváření důvěry s pacientem a použití motivačního rozhovoru. Někteří účastníci nebyli schopni definovat techniky terapeutické komunikace a až po jejich vyjmenování byli schopni sdělit, zda je využívají a jakým způsobem. V rámci mapování bariér bylo zjištěno, že mezi nejčastěji vnímané bariéry patří nedostatek času, rozpoložení a chování pacienta a jazyková bariéra.

Tato diplomová práce poskytuje užitečné informace, které by mohly být vhodným podkladem pro vytvoření seminářů v nemocnicích v rámci celoživotního vzdělávání sester. Vzhledem k tomu, že v rámci diplomové práce bylo vytvořeno scénarium pro simulační výuku studentů ošetrovatelství, mohla by tato diplomová práce sloužit k jejich studiu.

7 Seznam použitých zdrojů

ABDOLRAHIMI, M. et al., 2017. Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis. *Electron Physician*. 25(9), 68–77. Doi: 10.19082/4968.

ABDOLRAHIMI, M. et al., 2017. Antecedents and Consequences of Therapeutic Communication in Iranian Nursing Students: A Qualitative Research. *Nurs Res Pract*. 2017. Doi: 10.1155/2017/4823723.

ALCORANO, J. H., 2023. The Extent of Therapeutic Communication Skills of the Nurses of Medical and Surgical Wards of Philippine Public Hospital. *American Journal of Multidisciplinary Research and Innovation*. 2, 32–39. Dostupné z: <https://doi.org/10.54536/ajmri.v2i2.1344>.

ALFARO-LEFEVRE, R. 2020. *Critical thinking, clinical reasoning and clinical judgment: a practical approach*. [online]. 7th. Florida: Elsevier. ISBN 978-0-323-58125-7 Dostupné z: https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=pt6kDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=critical+thinking+in+nursing+work&ots=gE6hZ4g8vu&sig=9WycXYii3SNYzmC5_EqjLUYfxU&redir_esc=y#v=onepage&q=critical%20thinking%20in%20nursing%20work&f=false. [cit. 2024-01-03]

ALI, M., 2017. Communication skills 2: Overcoming the barriers to effective communication. *Nursing Times*. Dostupné z: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/assessmentskills/communication-skills-2-overcoming-the-barriers-to-effective-communication-18-12-2017/>

AMOA, V.M.A. et al., 2018. Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi South Hospital. *BMC Nursing*. 18(4). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0328-0>.

ANA ENTERPRISE. *Nurturing Trust in the Nurse-Patient Relationship*. [online]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/resources/individual/nurse-managers/nurse-patient-relationship-trust/>. [cit. 2024-01-06].

APPIAH, E.O. et al., 2023. Barriers to nurses' therapeutic communication practices in a district hospital in Ghana. Online. *BMC Nursing*. 22(35). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01191-2>.

- ASAN, O. et al., 2021. How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey. *PLoS One*. 16(2). Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247583>.
- BABAEI, S., TALEGHANI, F., 2019. Compassionate Care Challenges and Barriers in Clinical Nurses: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*. 24(3), 213–219. Dostupné z: doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_100_18.
- BABAEI, A. et al., 2021. The Meaning of the Empathetic Nurse–Patient Communication: A Qualitative Study. *Journal of Patient Experience*. 8. Doi:10.1177/23743735211056432.
- BASSETT, L. et al., 2018. Silence as an element of care: A meta-ethnographic review of professional caregivers’ experience in clinical and pastoral settings. *Palliative Medicine*. 32, 185–194. doi:10.1177/0269216317722444.
- BERSHAD, D., 2023. *American nurse: Motivational interviewing: A communication best practice*. Dostupné z: <https://www.myamericannurse.com/motivational-interviewing/>.
- BIRKS, M. et al., 2015. Professional and therapeutic communication. South Melbourne, Vic.: Oxford University Press. Dostupné z: https://researchonline.jcu.edu.au/41508/1/41508_Birks_etal_2015_FrontPages.pdf
- BLACKMORE, A. et al., 2018. Simulation-based education to improve communication skills: a systematic review and identification of current best practice. *BMJ Simul Technol Enhanc Learn*. 4(4), 159–164. Doi:10.1136/bmjstel-2017-000220.
- BORHANI, F. et al., 2016. Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 4(1), 36–46. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26793729/>
- BOWERS, L. et al., 2015 Reducing Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards: The Safewards Cluster Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud*. 52(9), 1412–1422. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

- BURKE, A., 2024. REGISTERED NURSING ORGANIZATION. [online]. Therapeutic Communication: NCLEX-RN. Dostupné z: <https://www.registerednursing.org/nclex/therapeutic-communication/>. [cit. 2024-01-19].
- CLARK, L.T. et al., 2019. Increasing Diversity in Clinical Trials: Overcoming Critical Barriers, *Current Problems in Cardiology*, 44(5), 148–172. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2018.11.002>.
- COLE, C. et al., 2014. Problematising autonomy and advocacy in nursing. *Nursing ethics*. 21(5), 576–582. Doi:10.1177/0969733013511362.
- EMISHAW, S., 2021. Experiences of Nurses on Perceived Therapeutic Communication Barriers in Ethiopia, A Qualitative Study. Research Square. 1–15. Dostupné z: <https://doi.org/doi.org/10.21203/rs.3.rs-244749/v1>.
- ERIKSSON-LIEBON, M. et al., 2021. Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in the emergency department: A qualitative interview study. *Journal of clinical nursing*. 30, 1942–1952. Doi:10.1111/jocn.15746.
- FENN, J. et al., 2024. Communication in virtual reality as applied to medical education. *Arts & Humanities Open Access Journal*. 6(1), 56–59. Dostupné z: <https://medcraveonline.com/AHOAJ/AHOAJ-06-00222.pdf>
- FERNANDEZ, R. et al., 2012. Emotional intelligence as a predictor of academic performance in first-year accelerated graduate entry nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 23–24(21), 3485–3492. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04199.x>.
- FINSET, A. et al., 2013. Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Education and Counseling*. 93, 80–85. Doi: 10.1016/j.pec.2013.04.023.
- GARDNER, L.A a MAGEE, M.C., 2014. Patient-to-patient aggression in the inpatient behavioral health setting. 11(3), 115–123. Dostupné z: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101641569-pdf>
- GARY, A. et al., 2022. An introduction to motivational interviewing. *Nursing Made Incredibly Easy!* 20(2), 32–39. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.NME.0000816548.61725.1d>

- GERCHOW, L. et al., 2021. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient education and counseling*. 104(3), 534–553. Doi: 10.1016/j.pec.2020.09.017.
- GESNER, E. et al., 2022. Documentation Burden in Nursing and Its Role in Clinician Burnout Syndrome. *Applied Clinical Informatics*. 13, 983–990. Doi:10.1055/s-0042-1757157.
- GHADIRIAN, F. et al., 2014. Nursing professionalism: An evolutionary concept analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*.19, 1–10. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917177/>
- GHAEDI, F. et al., 2020. Nurses' Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 25(2), 117–121. Doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_84_19.
- GUTIÉRREZ-PUERTAS, L. et al., 2020. Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: A Systematic Review. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(1), 21. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph17072241>.
- HALLET, N. a DICKENS, G.L., 2017. De-escalation of Aggressive Behaviour in Healthcare Settings: Concept Analysis. *IJNS*. 75, 10–20. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003.
- HARRIS, B., a PANOZZO, G., 2019. Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*. 28(5), 1220–1227. Doi:10.1111/inm.12611.
- HARTLEY, S. et al., 2020. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International journal of nursing studies*. 102. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490.
- HEYN, L.G. et al., 2023. Understanding the role of positive emotions in healthcare communication – a realist review. *Nurs Open*. 10, 3447–3459. Doi: 10.1002/nop2.1604.
- HEMSLEY, B. and BALANDIN, S., 2014. A metasynthesis of patient-provider communication in hospital for patients with severe communication disabilities: informing

new translational research. *Augmentative and alternative communication*. 30(4), 329–43. Doi:10.3109/07434618.2014.955614.

HEMSLEY, B. a WORRALL L., 2012. Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of advanced nursing*. 68, 116–26. Doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05722.x.

HILLEN, M.A. et al., 2015. All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Res Treat*. 153, 161–71. Doi: 10.1007/s10549-015-3486-0.

HOSKER, C, M. G., a BENNETT., M., 2016. Delirium and Agitation at the End of Life. *BMJ*. 353, Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.i3085>.

CHOU, CH. et al., 2024. The effects of introducing virtual reality communication simulation in students' learning in a fundamentals of nursing practicum: A pragmatic randomized control trials. *Nurse education in practice*. 74. Doi: 10.1016/j.nepr.2023.103837.

CHRISTMAN, E. a ERNSTMEYER, K., 2022. Nursing: Mental Health and Community Concepts. Chippewa Valley Technical College. River Falls: Chippewa Valley Technical College. ISBN 13: 9781734914160.

CHINCHAYÁN, M.E. et al., 2021. Comunicación terapéutica del enfermero, desde la perspectiva del hospitalizado en el hospital General Jaén, Perú. *Enfermería Global*. 20(1), 363–394. Dostupné z: <https://doi.org/10.6018/eglobal.417451>.

IMRAN, S., 2013. Evaluation of communication skills training program for nursing students to develop supportive ward atmosphere during care of patients with cancer. *International Journal of Nursing Education*. 5, 222–227. Dostupné z: https://www.academia.edu/101749600/Evaluation_of_Communication_Skills_Training_Program_for_Nursing_Students_to_Develop_Supportive_Ward_Atmosphere_During_Care_of_Patients_with_Cancer?uc-sb-sw=36905639.

INSCOL, 2023. *The Significance of Therapeutic Communication in Nursing*. Dostupné z: <https://www.linkedin.com/pulse/significance-therapeutic-communication-nursing-inscol-ip3kf>.

- JACK, K. et al., 2023. Effective communication with older people. *Nursing older people*. 35(3). Doi:10.7748/nop.2019.e1126.
- JACKSON, J. et al., 2022. What are nurses' roles in modern healthcare? A qualitative interview study using interpretive description. *J Res Nurs*. 27(6), 504–516. Doi: 10.1177/17449871211070981.
- JAHROMI, V. K., 2016. Active listening: The key of successful communication in hospital managers. 2123–2128. Dostupné z: <https://doi.org/10.19082/2123>.
- JAHROMI, M.K a RAMEZANLI S., 2014. Evaluation of barriers contributing in the demonstration of an effective nurse-patient communication in educational hospitals of Jahrom. *Global journal of health science*. 6, 54–60. Doi:10.5539/gjhs.v6n6p54.
- JIA-RU, J. et al., 2022. Empathy ability of nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 101. Doi:10.1097/MD.00000000000030017.
- JOHANSEN, A., 2022. What Role Does Empathy Play in Nursing? *Daily Nurse*, [online]. Dostupné z: <https://dailynurse.com/what-role-does-empathy-play-in-nursing/>.
- JOO, J. Y., a LJUM. F., 2020. Nurses' barriers to care of ethnic minorities: A qualitative systematic review. *Western Journal of Nursing Research*. 42(9), 760–771. Doi:10.1177/0193945919883395.
- KENNY, C., 2011. *The power of silence: silent communication in daily life*. London: Karnac Books. ISBN 9781855758414.
- KHOIR, M. et al., 2019. Therapeutic Communication Skills of Nurses in Hospital. *International Journal of Nursing and Health Services*. 3(2), 275–283. Dostupné z: <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i2.197>.
- KIEFT, R.A. et al., 2014. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 14, 249 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>.
- KNOL, A. et al., 2020. How speakers orient to the notable absence of talk: A conversation analytic perspective on silence in psychodynamic therapy. *Frontiers in Psychology*. 11. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.584927.

- KOURKOUTA, L. a PAPATHANASIOU, I.V., 2014. Communication in nursing practice. *Mater Sociomed.* 26(1), 65-7. Doi: 10.5455/msm.2014.26.65–67.
- KRISTENSEN, N. et al., 2016. Implementing research results in clinical practice – the experiences of healthcare professionals. *BMC health services research.* 16(48). Doi:10.1186/s12913-016-1292-y.
- KWAME, A., PETRUCKA, P.M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing.* 20, 158. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>.
- LAVELLE, M., 2016. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. Online. *Journal of Clinical Nursing.* 25, 2180–2188. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>.
- LEAL-COSTA, C. et al., 2020. Communication Skills and Professional Practice: Does It Increase Self-Efficacy in Nurses? *Front Psychol.* 12(11), 1169. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01169.
- LINDER, L.M., et al., 2018. Ketamine for the acute management of excited delirium and agitation in the prehospital setting. *Pharmacotherapy.* 38, 139–151. Doi:10.1002/phar.2060.
- LOGHMANI, L. et al., 2014. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study.” *Journal of caring sciences.* 3(1), 67–82. Doi: 10.5681/jcs.2014.008.
- LUNDAHL, B. et al., 2013. Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Patient Education and Counseling.* 93(2), 157–168. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>.
- MACDONALD-WICKS, L. a LEVETT-JONES T., 2012. Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews.* 10(28), 1–12. Doi:10.11124/jbisrir-2012-327.

MARHAMATI, S. et al., 2016. Design and validating the nurse-patient communication skills questionnaire. *Journal of Health Management and Informatics*. 3,57–63. Dostupné z: https://jhmi.sums.ac.ir/article_42667_3c1115b2fe30a42153215a754aaea744.pdf.

MEDDOC., 2018. *Therapeutic Communication Techniques Every Nurse Should Use*. [online]. Dostupné z: <https://meddoc.ie/5-therapeutic-communication-techniques-every-nurse-should-use/>. [cit. 2023-11-06].

McKNIGHT, S.E, 2020. De-escalating in healthcare violence strategies to reduce emotional tension and aggression. USA: Sigma. ISBN 9781948057493.

McMORROW, M. a CHANG Y., 2021. Motivational Interviewing Training for Advanced Practice Nursing Students to Address Prescription Opioid Use Disorder: A Mixed Methods Approach. *Journal of Addictions Nursing*. 32, 141–151. Doi:10.1097/JAN.0000000000000401.

MOLINA-MULA, J. a GALLO-ESTRADA, J., 2020. Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *Int J Environ Res Public Health*. 17(3), 835. Doi: 10.3390/ijerph17030835.

MORENO-POYATO, A. R. et al., 2021. The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 28(3), 335–343. Doi:10.1111/jpm.12675.

MOUDATSOU, M. et al., 2020. The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*. 8(1) 26. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>.

MULKEY M., 2019. Understanding frontotemporal disease progression and management strategies. *Nursing Clinics of North America*. 54, 437–448. Doi: 10.1016/j.cnur.2019.04.011.

MULKEY M. et al., 2019. Frontotemporal dementia: A case study and strategies and support for caregivers. *British Journal of Community Nursing*. 24, 544–549. Doi:10.12968/bjcn.2019.24.11.544.

NCSBN, National Council of State Boards of Nursing, 2018. A Nurse's Guide to Professional Boundaries. Online. Dostupné z: https://www.ncsbn.org/public-files/ProfessionalBoundaries_Complete.pdf.

NIEBRÓJ, L. a KOSIŃSKA, M., 2011. *Prophylaxis, therapy & rehabilitation: The role of the human factor*. Katowice: Media Silesia. ISBN 9788392783275.

NIGHTINGALE COLLEGE, 2022. *Therapeutic Communication Techniques: How Good Nurses Can Provide Better Patient Care for Best Results*. [online]. Nightingale College. Dostupné z: <https://nightingale.edu/blog/therapeutic-communication.html>. [cit. 2023-11-12].

NORGAARD, B. et al., 2012. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *The Journal of continuing education in the health professions*. 32(2), 90–7. Doi:10.1002/chp.21131.

NOROUZINIA, R. et al., 2015. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*. 8, 65–74. Doi: 10.5539/gjhs.v8n6p65.

O'HALLORAN, R. et al., 2012. Environmental factors that influence communication for patients with a communication disability in acute hospital stroke units: a qualitative metasynthesis." *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 93, 77-85. Doi: 10.1016/j.apmr.2011.06.039.

ÖSTLUND, A. et al, 2015. Motivational interviewing: Experiences of primary care nurses trained in the method, *Nurse Education in Practice*. 15, 111–118. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.11.005>.

PALAZ, S. C. a KAYACAN, S., 2022. The relationship between the level of trust in nurses and nursing care quality perceptions of patients treated for Covid-19. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 37(2), 364–372. Dostupné z: <https://doi.org/doi: 10.1111/scs.13114>.

PALMER, S.J., 2022. Using motivational interviewing to improve health outcomes. *Practice Nursing*, 33(6). Dostupné z: <https://www.practicenursing.com/content/comment/using-motivational-interviewing-to-improve-health-outcomes>.

- PAPATHANASIOU, I.V. et al., 2014. Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. *Acta Inform Med.* 22(4), 283–286. Doi: 10.5455/aim.2014.22.283-286.
- PASHAEE, S. et al., 2014. Priorities of Caring Behaviors from Critical Care Nurses Viewpoints. *Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal.* 4, 65–73. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/291087053_Priorities_of_Caring_Behaviors_from_Critical_Care_Nurses_Viewpoints.
- PEREIRA, L. et al., 2016. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patientcentered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling.* 99, 733–738. Doi: 10.1016/j.pec.2015.11.016.
- PHILLIPS, CH. B. et al., 2009. Enhancing care, improving quality: the six roles of the general practice nurse. *The Medical journal of Australia.* 191(2), 92–7. Doi:10.5694/j.1326-5377.2009.tb02701.x.
- RILEY, J. B., 2020. *Communication in nursing.* Ninth edition. University of Tampa: Elsevier. ISBN 978032362548.
- ROSENBERG, S. a GALLO-SILVER, L., 2011. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing.* 6, 2–8. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2010.05.003>
- RUBEN, B. D. a GIGLIOTTI R. A., 2016. Leadership as Social Influence: An Expanded View of Leadership Communication Theory and Practice. *Journal of Leadership & Organizational Studies.* 23(4), 467–479. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1548051816641876>.
- SCOTT, J.G. et al., 2008. Understanding healing relationships in primary care. *Ann Fam Med.* 6, 315–22. Doi:10.1370/afm.860.
- SHAFAKHAK, M. et al., 2015. Evaluation of nursing students' communication abilities in clinical courses in hospitals. *Glob J Health Sci.* 26(4), 323–8. Doi: 10.5539/gjhs.v7n4p323.

SHAFIPOUR, V. et al., 2014. Barriers to nurse-patient communication in cardiac surgery wards: a qualitative study. *Global Journal of Health Science*[online]. 6(6), 234–244. Doi: 10.5539/gjhs.v6n6p234.

SHAHHOSSEINI, Z. a HAMZEHGARDESHI, Z., 2014. The facilitators and barriers to nurses' participation in continuing education programs: a mixed method explanatory sequential study. *Glob J Health Sci.* 7(3), 184–93. Doi:10.5539/gjhs.v7n3p184.

SHARMA, N., a GUPTA, V., 2022. Therapeutic Communication. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); PMID: 33620852.

SHOULDER, B. et al., 2014. Enhancing critical thinking in clinical practice. Implications for critical and acute care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing.* 33, 207–214. Doi:10.1097/DCC.0000000000000053.

SIBIYA, M. N., 2018. *Effective Communication in Nursing.* 1. Intech open. ISBN 978-1-83881-590-5. [online] Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/intechopen.71632>. [cit. 2023-11-06].

SIREGAR, I. et al., 2021. Therapeutic Communication Strategies in Nursing Process of Angry, Anxious, and Fearful Schizophrenic Patients. *British Journal of Nursing Studies.* 1(1), 13–19. Doi: 10.32996/bjns.2021.1.1.3.

SLADE, S. a SERGENT, S. R., 2020. *Interview techniques.* [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526083/>. [cit. 2023-11-06].

STANS, S.E. et al., 2017. The role of the physical environment in conversations between people who are communication vulnerable and health-care professionals: a scoping review. *Disability and rehabilitation.* 39, 2594–2605. Doi:10.1080/09638288.2016.1239769.

STEWART, K. et al., 2016. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. *Honors Theses.* Dostupné z: <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1070&context=honors-theses&httpsredir=1&referer=>

- TEN HAM-BALOYI, W., 2022. Nurses' roles in changing practice through implementing best practices: A systematic review. *Health SA*. 25(27), 1776. Doi: 10.4102/hsag.v27i0.1776.
- TEUNISSEN, T.A.M. et al., 2016. Gender differences in quality of care experiences during hospital stay: A contribution to patient-centered healthcare for both men and women. *Patient education and counseling*. 99(4), 631–637. Doi: 10.1016/j.pec.2015.10.033.
- UNHJEM, J.V. et al., 2017. Transforming nurse–patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care, *Journal of Clinical Nursing*. 27, 0962–1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>.
- VALIZADEH, L. et al., 2018. Nurse's perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care: A qualitative study.” *Nursing ethics*. 25(5), 580–590. Doi:10.1177/0969733016660881.
- VATANDOST, S. et al., 2020. Facilitators of Professional Communication Between Nurse and Opposite Gender Patient: A Content Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 15(1), 45–52. Dostupné z: <https://doi.org/10.26574/maedica.2020.15.1.45>.
- VINITHA, J., 2022. Therapeutic communication in nursing profession. *Galore International Journal of Applied Sciences & Humanities*. 6(1), 18–21. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.52403/gijash.20220103>.
- VOLICER, L. a GALIK, E., 2018. Agitation and aggression are different syndromes in persons with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*. 19, 1035–1038. Doi: 10.1016/j.jamda.2018.07.014.
- WALKER, S., 2014. *Engagement and Therapeutic Communication in Mental Health Nursing*. London: SAGE Publications. ISBN 9781446274804.
- WARD, J. et al., 2012. The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among qundergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 28, 34–40. Doi: 10.1016/j.profnurs.2011.10.007.
- WILANDIKA, A. et al., 2023. The roles of nurses in supporting health literacy: a scoping review.” *Frontiers in public health*. 11. Doi:10.3389/fpubh.2023.1022803.

WISEMAN, T., 2007. Toward a holistic conceptualization of empathy for nursing practice. *Advances in Nursing Science*. 30(3), 61–72. Dostupné z: <https://doi-org.conestoga.idm.oclc.org/10.1097/01.ANS.0000286630.00011.e3>.

WITTENBERG, E. et al., 2018. Communicating with patients and families around difficult topics in cancer care using the comfort communication curriculum. *Seminars in Oncology Nursing*. 34(3), 264–273. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.007>

WUNE, G. et al., 2020. Nurses to patients communication and barriers perceived by nurses at Tikur Anbessa Specilized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia 2018. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.10019>.

YU, J. a KIRK M., 2008. Measuring of empathy in nursing research: a systematic review. *Journal of advanced nursing*. 64, 440–54. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04831.x.

ZACHAROVÁ, E., 2016. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

Příloha 2 Scénarium

Příloha 1

OTÁZKY K ROZHOVORU:

1. Co si představujete pod pojmem terapeutická komunikace?
2. Jakým způsobem uplatňujete terapeutickou komunikaci v klinické praxi?
3. Jak vypadá Váš postoj k pacientovi při používání terapeutické komunikace?
4. Jaké techniky terapeutické komunikace znáte?
5. Které z nich nejčastěji používáte a proč?
6. Je technika, kterou byste rád/a ve své práci používal/a, ale existují okolnosti, které tomu brání?
7. Co Vám v použití dané techniky brání?
8. Jakým způsobem si s pacientem vytváříte důvěryhodný vztah?
9. Jaké bariéry vnímáte při používání terapeutické komunikace?
10. Vnímáte jako bariéru nedostatek času při uplatňování terapeutické komunikace s pacientem?
11. Využíváte při své práci motivační rozhovory?
12. Jakým způsobem využíváte při své práci motivační rozhovory?
13. Mohl/a byste mi popsat konkrétní situaci využití motivačního rozhovoru?

Příkladový scénář terapeutické komunikace pro studenty **ošetřovatelství**

ZÁKLADNÍ INFORMACE O PACIENTOVI:

- *Sociální anamnéza:* rozvedený, žije sám
- *Alergie:* pyly
- *Chronická medikace:* Zenaro 1 tbl. 0-0-1
- Pacient se dostavuje na OÚP z důvodu akutní bolesti zad. Doma uklouzl na mokré podlaze a spadl.
- *Ošetřovatelská diagnóza:* akutní bolest (00132) v souvislosti s úrazem projevující se verbalizací

Student má příležitost proměnit potenciální konflikt v komunikační most, těmito cíli:

VŠEOBECNÉ SIMULAČNÍ CÍLE STUDENTA:

- Student si všímá změn v chování pacienta
- Student využívá příležitosti k rozvoji důvěry
- Student zůstává sebevědomý, trpělivý a ukazuje zájem
- Student provádí vše s ohledem na standardy a etiku
- Student vnímá pocitový tón pacienta
- Student projevuje zájem o pacienta
- Student provádí komunikaci dle získaných klinických dat
- Student postupuje efektivně a vyvaruj se poškození pacienta

PSYCHOMOTORICKÉ DOVEDNOSTI STUDENTA PŘED SIMULACÍ:

Obecně:

- Před zapojením se do simulační situace by studenti měli mít v ideálním případě základní úroveň psychomotorických schopností, která se může lišit v závislosti na jejich předchozím výcviku a zkušenostech
- Studenti by měli být schopni prokázat dovednosti řešit problémy, když čelí neočekávaným výzvám nebo změnám

- Studenti by měli být schopni upravit svůj přístup, řešit problémy a podle potřeby vyhledat pomoc, aby zajistili bezpečnost a pohodu svých pacientů
- Důležitá je i sebedůvěra studentů, která hraje zásadní roli v psychomotorickém výkonu, protože studenti, kteří se cítí jistí svými schopnostmi, budou s větší pravděpodobností plnit úkoly efektivně a budou připraveni převzít iniciativu při provádění klinických dovedností

Konkrétně:

- Student zajistí podporu pacienta při terapeutické interakci
- Studenti si důvěřují v použití technik terapeutické komunikace
- Studenti používají vhodné terapeutické signály, které pacientům zajistí pocit bezpečnosti

AFEKTIVNÍ DOVEDNOSTI STUDENTA PŘED SIMULACÍ:

Obecně:

- Afektivní doména zásadní pro rozvoj profesní identity, empatie, komunikačních dovedností a etického rozhodování
- Před zapojením se do simulační situace by studenti měli mít základní úroveň afektivních dovedností, která ovlivňuje jejich interakce s pacienty a vyučujícími
- Afektivní dovednosti přispívají k rozvoji studentů jako soucitných, kompetentních a kulturně citlivých sester

Konkrétně:

- Student je schopný naslouchat obavám pacienta
- Student je schopný potvrzovat emoce pacienta
- Student je schopný nabídnout útěchu a ujištění pacientovi
- Student je schopný zajistit důstojnost pacientů
- Student je schopný reflektovat a parafrázovat výroky pacienta
- Student je schopný povzbuzovat pacienta
- Student je schopný sebereflexe po simulaci

KOGNITIVNÍ DOVEDNOSTI STUDENTA PŘED SIMULACÍ:

Obecně:

- Kognitivní dovednosti zahrnují různé mentální procesy a dovednosti, které jsou nezbytné pro klinické uvažování, řešení problémů, rozhodování a efektivní péči o pacienty
- Patří sem kritické myšlení, odhodlání se neustále učit a schopnost zpracovávat informace

Konkrétně:

- Student zná specifickou komunikaci s agresivním pacientem
- Student rozumí technikám terapeutické komunikace
- Student zná postupy deescalace potencionálního neadekvátního chování pacienta
- Student je schopen identifikovat překážky účinné komunikace s pacientem
- Student je schopen pozorovat verbální a neverbální projevy pacienta, aby mohl posoudit jeho emoční stav

LITERATURA K ČERPÁNÍ:

BOWERS, L. et al., 2015 Reducing Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards: The Safewards Cluster Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud.* 52(9), 1412-1422. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

HALLET, N. a DICKENS G.L., 2017. De-escalation of Aggressive Behaviour in Healthcare Settings: Concept Analysis. *IJNS.* 75, 10-20. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003.

McKNIGHT, S.E, 2020. De-escalating in healthcare violence strategies to reduce emotional tension and aggression. USA: Sigma. ISBN 9781948057493.

SIREGAR, I. et al., 2021. Therapeutic Communication Strategies in Nursing Process of Angry, Anxious, and Fearful Schizophrenic Patients. *British Journal of Nursing Studies.* 1(1), 13-19. Doi: 10.32996/bjns.2021.1.1.3.

PROSTŘEDÍ:

OÚP – oddělení urgentního příjmu, čekárna

SIMULÁTOR:

živá osoba – muž adolescentního věku

REKVIZITY:

pacient oblečen v civilním oblečení, student oblečen do zdravotnické uniformy, 3 a více židlí

ROLE PŘÍTOMNÝCH OSOB:

všeobecná sestra – student

pacient – vybraný student

ZPRÁVA, KTEROU STUDENT DOSTANE PŘED SIMULACÍ:

Pacient v čekárně urgentního příjmu, nevytrvalý, opocení, chodí z místa na místo, neustále klepe na dveře ambulance, dožaduje se ošetření, není na řadě, stupňuje se agrese. Při třetím zaklepaní na dveře vychází sestra (zde začíná role studenta).

NÁSTIN POSTUPU SCÉNÁŘE:

Sestra vychází ze dveří, vidí pacienta, u kterého se zjevně stupňuje agrese z důvodu delší čekací doby. Přistupuje k pacientovi opatrně a udržuje bezpečnou vzdálenost. „Dobrý den pane, co se děje a jak Vám mohu pomoci?“

Pacient: Viditelně rozrušený, pohotový k verbální agresi, zvyšuje tón hlasu. „No konečně, to je taky dost, že se tu někdo objeví, já tu sotva lezu, čekám tu celou věčnost a evidentně to nikoho nezajímá“.

Sestra: (*technika empatie*) „Chápu, že to může být frustrující, ale“. Pacient náhle skočí sestře do řeči.

Pacient: „Frustrující? Víte, jak tu trpím, víte sakra, jak mě to bolí?“

Sestra: (*technika reflexe a ukázání porozumění pacientovi*) „Vidím, že se necítíte dobře, pojd'te se posadit a podíváme se, s čím vám můžeme pomoci“.

Pacient: Stále neklidný. „To se nemusíte dívat, vždyť vám to říkám, to mi nedokážete pomoci?“

Sestra: *(demonstruje porozumění a nabízí ujištění)* „Rozumím Vám a momentálně jsem tu proto, abych vám pomohla a udělám vše i s pomocí ostatních kolegů, abychom vám od bolesti ulevili a abychom vaše obavy co nejrychleji vyřešili, ano?“

Pacient: Je mírně zklidněný, stále má ale zvýšený hlas. „Dobře, ale musím hned k doktorovi, chci doktora!“

Sestra: *(dle situace může zvážit, přitakání hlavou a dotek pacienta na rameno, dále projeví zájem)* „Určitě, podíváme se na to. Můžete mi popsat, co předcházelo situaci, než nastoupila bolest?“

Pacient: „Uklouzl jsem na podlaze a spadl rovnou na záda, byla to neskutečná rána a od té doby to bolí jako čert a už fakt potřebuji něco na tu bolest sakra, je to nesnesitelný“.

Sestra: *(technika vysvětlení, nabízí ujištění)* „Nejdříve uděláme potřebná vyšetření a hned, jak to bude možné, přijde lékař a domluvíme se s ním na řešení Vaší bolesti, vidím, že vás ta bolest opravdu trápí *(opakování techniky reflexe)*, můžeme se takto domluvit?“ *(vyjádření, že sestře záleží na odpovědi pacienta)*

Pacient: Přikývne. „A co mám teda teď dělat jako?“

Sestra: *(technika vysvětlení, nabízí ujištění)* „Nyní vám kolegové udělají rentgenové vyšetření a poté se vrátíte k nám do ambulance, kde budu čekat já společně s lékařem“.

Pacient: „No, dobře teda“.

Sestra: *(dle situace, může zvážit otázku ohledně toho, zda by mohla pro pacienta ještě něco udělat/ zlepšit jeho komfort).*

OTÁZKY PRO DEBRIEFING:

1. Jak jste se cítil/a v této situaci?
2. Popište cíle, které jste byl/a schopen/a dosáhnout.
3. Které nebylo možno dosáhnout?
4. Byl/a jste spokojen/a s vaší schopností pracovat v té situaci?
5. Kdybyste měl/a možnosti to provést ještě jednou, udělali byste to jinak?
6. Co jste udělal dobře?
7. Jaké terapeutické komunikační techniky jste použila k deeskalaci situace?
8. Jaké další zdroje nebo podporu jste mohla nabídnout, abyste pacientovi pomohla?
9. Jak jste prokázala potvrzení pacientových pocitů?
10. Jaké byly klíčové dovednosti pro zhodnocení a ošetřovatelské intervence?

9 Seznam použitých zkratk

OÚP – oddělení urgentního příjmu