



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Iva Ziková

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vnímání hodnoty komunikace s pacientem v ošetrovatelské péči z pohledu sester*“ 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2021

.....

Iva Ziková

Poděkování

Touto cestou bych ráda ze srdce poděkovala Mgr. Jiřímu Kaasovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, profesionální přístup, podporu, cenné rady, připomínky, ochotu, trpělivost a především za věnovaný čas. Děkuji také respondentům, kteří byli ochotni mi věnovat čas a podílet se na výzkumné části práce.

Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester

Abstrakt

Hlavním cílem bakalářské práce na téma: „Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester.“ je zmapovat, jaký vztah mají sestry k pacientovi a jak během ošetrovatelské péče vnímají hodnotu komunikace.

Teoretická část bakalářské práce byla soustředěna na obecnou charakteristiku komunikace, rozdělení a dále popis verbální a neverbální komunikace. Z obecné charakteristiky přechází teoretická část do specifitějších oblastí jako jsou chyby a náročné komunikační situace během ošetrovatelské péče. Vzhledem k psychicky náročné profesi sestry se práce soustředí i na popsání psychických důsledků profese sestry, osobnostních předpokladů sestry a v závěru i popisu péče o duševní zdraví.

Empirická část byla zpracována kvantitativní metodou výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden formou dotazníků. 150 dotazovaným respondentům bylo položeno 18 otázek, kdy odpovědělo celkem 133 sester. Otázky byly položeny sestram v online podobě i v tištěné podobě dotazníků ve 3 nemocnicích a na celkem 12 odděleních. Dotazníky byly zcela anonymní a byly rozdány bez jakékoliv selekce.

Bylo zkoumáno, jak vnímají hodnotu komunikace sestry, na základě odlišného vzdělání nebo věku. Obě hypotézy byly na základě získaných dat vyhodnoceny takto:

H1: Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami nesouvisí s jejich věkem.

H2: Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami nesouvisí s jejich vzděláním.

Informace obsažené v této práci by mohly být použity jako studijní materiál pro studenty oboru ošetrovatelství. Díky této práci by si mohly rozšířit vědomosti i sestry, které již působí na pracovišti.

Klíčová slova

Komunikace, sestra, pacient, ošetrovatelská péče, vztah, hodnota, věk, vzdělání.

Perceiving the value of communication in nursing care from nurse's perspective

Abstract

The main objective of the bachelor thesis on the topic: "Perception of the value of communication in nursing care from the perspective of nurses." is to map the relationship of nurses to the patient and how they perceive the value of communication during nursing care. Two hypotheses were established which were: „The perception of the value of communication in nursing care by nurses varies depending on their age; The perception of the value of communication in nursing care by nurses varies depending on their education. “.

The theoretical part of the bachelor thesis was focused on a general characteristic of communication, division, and a description of verbal and nonverbal communication. From the general characteristics, the theoretical part moves to more specific areas such as mistakes and difficult communication situations during nursing care. Due to the psychologically demanding profession of a nurse, he works also focuses on a professional description of the psychological consequences of the profession of a nurse, the personal preconditions of a nurse and, finally, a description of mental health care.

The empirical part was processed by a quantitative method of research. Data collection was performed in the form of questionnaires. 150 respondents were asked 18 questions, which were answered by a total of 133 nurses. The questions were asked to the nurses in online form and in the printed form of a questionnaire in 3 hospitals and a total of 12 wards. The questionnaires were completely anonymous and were distributed without any selection.

It was examined how nurses perceive the value of communication, based on different education or age. Based on the obtained data, both hypotheses were evaluated as follows:

H1: The perception of the value of communication in nursing care by nurses is not related to their age.

H2: The perception of the value of communication in nursing care by nurses is not related to their education.

The information contained in this work could be used as a study material for nursing students. Thanks to this work, nurses who are already working in the workplace could expand their knowledge.

Key words: Communication, nurse, patient, nursing care, relationship, value, age, education.

Obsah

1	Současný stav.....	9
1.1	Komunikace.....	9
1.1.1	Typy komunikace.....	10
1.2	Komunikační dovednosti sestry.....	12
1.3	Komunikace s pacienty dle jednotlivých věkových kategorií.....	15
1.4	Chyby v komunikaci.....	16
1.5	Náročné komunikační situace v profesi sestry.....	17
1.6	Psychické důsledky profese sester.....	19
1.7	Osobnostní předpoklady sestry.....	21
1.8	Péče o duševní zdraví sester.....	22
1.8.1	Relaxace.....	22
2	Cíl práce a hypotézy.....	24
2.1	Cíl práce.....	24
2.2	Hypotézy.....	24
3	Metodika.....	25
3.1	Použité metody.....	25
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	25
3.3	Zpracování dat.....	25
4	Výsledky výzkumu.....	27
4.1	Grafické znázornění výsledků.....	27
4.2	Statistické vyhodnocení hypotéz.....	41
5	Diskuze.....	45
6	Závěr.....	49
7	Zdroje literatury.....	51
8	Přílohy.....	54
8.1	Dotazník.....	54
8.2	Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce.....	58
9	Seznam zkratk.....	59

Úvod

Komunikace je jedním z nejdůležitějších faktorů pro vykonávání profese sestry. Zejména ve zdravotnickém prostředí je důležité, aby osoby v pomáhající profesi dokázaly efektivně komunikovat. To, jakým způsobem sestra vnímá své okolí nesmírně ovlivňuje vztahy jak v kolektivu na pracovišti, tak s pacientem. Pacient, který v období hospitalizace prochází náročnou životní situací, intenzivně vnímá okolnosti, které se kolem něj odehrávají. Pokud sestra zahájí kvalitní komunikaci, už od počátku se vytváří vzájemná důvěra, která je prosperující pro obě strany. Čím více informací hospitalizovaný dostane, tím větší pocit jistoty a bezpečí získá. Proto pozitivní přístup, psychická vyrovnanost a následně dobré navázání vztahu s pacientem zlepšuje celý průběh ošetrovatelské péče.

V pomáhající profesi jako je tato, je v mnoha momentech obtížné ustát psychicky náročné situace a zároveň být oporou pro druhé. Sestra má mnoho povinností a může postrádat dostatek času pro vytvoření dobrého vztahu s pacientem nebo zkrátka nemá dost sil a třeba i snahy vytvářet více prostoru na komunikaci s pacientem a získat tak vzájemnou důvěru.

V teoretické části bakalářské práce je popisovaná komunikace, druhy komunikací, jaké by měla mít sestra komunikační dovednosti a jakých chyb se mohou zdravotníci dopustit. Dále popisuje specifika komunikace v jednotlivých věkových kategoriích a komunikaci s rodinou pacienta. Dalším okruhem jsou náročné komunikační situace v profesi sestry. Na konci teoretické části jsou uvedené osobnostní předpoklady sestry. Dále jsou popsány důsledky psychicky náročné profese sestry, jako jsou například stres nebo syndrom vyhoření. Popisuje i s tím navazující psychohygienu a relaxaci.

Ve výzkumné části bakalářské práce je věnována pozornost tomu, jak sestry ve své profesi nahlízejí na význam komunikace. Zda ji vnímají jako jednu z priorit nebo spíše druhotnou součást ošetrovatelské péče. Pomocí výzkumu chceme zjistit, do jaké míry ovlivňuje věk a vzdělání sestry kvalitu dorozumívání s nemocným.

1 Současný stav

1.1 Komunikace

Původ slova komunikace vychází z latinského slova *communico*, tedy sdílení nebo činit něco společným. Definovat komunikaci ale není jednoduché a existuje velké množství definic (Plevová, 2019). Z hlediska sociálně psychologického lze komunikaci specifikovat jako vzájemné ovlivňování nebo přenášení významů mezi dvěma a více jedinci (Stasková et al., 2019). V práci sester je sdílení a komunikace neodlučitelnou součástí jejich povolání. Každá činnost sestry je doprovázena navázáním komunikace. Využívají ji k získávání informací, motivaci, vzdělávání pacienta, budování vztahů jak s pacienty, tak se spolupracovníky a díky tomu i navození důvěry. Komunikace umožňuje sestře hodnotit pacientovi potřeby a vykonávat léčebné interakce (Zeleníková, 2019). Kvalita ošetrovatelské péče se zkrátka odvíjí od kvality komunikace mezi sestrou a pacientem a zároveň také mezi sestrou a dalším zdravotnickým personálem (Špatenková a Králová, 2009).

Faktory, které ovlivňují předávání informací mají několik kontextových hledisek, které mají vliv na emoce všech účastníků komunikace, průběh vzájemného vztahu a situaci, ve které se komunikace odehrává. Jedním z nich je **psychofyzilogický kontext**, který je především o vnitřním rozpoložení komunikujících, o naplněných a nenaplněných potřebách, o postojích a vnitřních přesvědčeních. Ve zmíněném kontextu záleží na charakteru osobnosti, sebeúctě a pojetí sám sebe. Mezi komunikujícími subjekty se vytváří **vztahový kontext**, který zahrnuje přátelské, společenské i pracovní úrovně. Zaměřuje se na míru otevřenosti, společnou minulost a rovnováhu ve vlivu a moci. Předávání informací, řešení dilemat nebo dosahování cílů je kategorizováno do **situačního kontextu**. Prostředí, kde dochází k výměně informací, vyjadřuje **environmentální kontext**. Ten se zaměřuje na soukromí, bezpečnost, hluk v okolí a ostatní rozptylující faktory, které mají vliv na kvalitu konverzace. Nejširším kontextem je v poslední řadě **kulturní kontext**. Ten zastává veškeré sociokulturní elementy ovlivňující vzájemné působení v míře vzdělání komunikujících osob, v jazyku, zvycích nebo způsobu vyjadřování se. Jedná se o kontext, ve kterém jde o to, kde, s kým, kdy a o čem dotyční hovoří. Zároveň je podstatné, za jakým účelem je komunikační situace vedená (Plevová et al., 2011).

V komunikačním systému existuje struktura **sociální komunikace**, která popisuje 5 komunikačních subjektů. Z nichž prvním popisovaným je **komunikátor**, který vysílá informace protějšku a očekává, že přijímač zpráv má podobný nebo stejný rozsah poznatků, díky němuž si mohou navzájem porozumět a sdílet totožný kódovací systém. Člověk, jemuž jsou zprávy směřované je označován jako **komunikant**. Jeho vnímání přijímaných informací je ovlivňováno rovnicí osobnosti, životními zkušenostmi a vlastními cíli a záměry. Vzniklé komuniké, tedy obsah předané zprávy může být ve formě slovní i mimoslovní informace. Celý systém by nemohl fungovat bez komunikačního jazyku, který dovoluje předat komunikační zprávu. Ačkoliv komunikujeme tentýž jazykem, není předem jasné, že si dokonale rozumíme. Komunikant nebo komunikátor si snadno může zaměnit význam slov, nebo může celý kontext předané informace vyložit jinak. Cesta, kterou se dostává informace ke komunikujícím může být přímá či nepřímá. Například písemně, vizuálně nebo telefonicky (Zacharová, 2017).

1.1.1 Typy komunikace

K diferenciaci komunikace jsou využívány dva hlavní signalizační systémy, kterými jsou **verbální a neverbální komunikace** (Plevová, 2019).

Verbální komunikace je definována jako vyjadřování pomocí slov, tedy našeho jazyka. Vyjadřování může probíhat ve formách vokálních (mluvených) nebo nevokálních (písemných). Pomocí jazyku se lidé mohou vyjadřovat a dorozumívát. Jazyk má svou gramatickou stavbu. V současné době se odhaduje, že lidstvo používá asi šest tisíc různých druhů jazyků a dialektů. Díky jazyku mohou probíhat veškeré kognitivní funkce, jako myšlení, zobecňování nebo zdůvodňování (Plevová, 2019).

Neverbální komunikace, tedy komunikace beze slov může někdy zcela nahradit verbální komunikaci. Obvykle se ale navzájem doprovázejí (Plevová, 2019). 60-80 % informací během komunikace sdělujeme nonverbálně. Beze slov dovedeme projevit naše pocity nebo nálady, a tak navázat sblížení a intimnější styk. Díky ní projevujeme sami sebe a ukazujeme, kdo jsme. Komunikace beze slov dovede podpořit či zcela nahradit řeč (Kelnarová a Matějková, 2009). Při prvním setkání s protějškem vnímáme především obličej. V obličejí zkoumáme, jak se člověk tváří nebo dívá. Již navázání očního kontaktu, délka pohledu nebo mrkání nám může napovědět mnoho informací. Odborně jej nazýváme termínem **vizika**, který lze přeložit jako řeč očí či pohledem. Mimické svaly

dovolují člověku projevit **mimiku** v oblasti tváří, nosu, očí, úst, obočí nebo čela. Mimika v obličejí sděluje, jak se momentálně cítíme (Malíková, 2011). Neverbální komunikaci lze vyčíst ale i z jiných částí těla nebo například ze vzdálenosti, kterou mezi sebou udržují komunikující subjekty. Čím jsou si dotyčné osoby sympatičtější, tím kratší vzdálenost mezi sebou dodržují. Každý má svou komfortní zónu, kde se cítí více či méně bezpečně. Tuto komunikaci vyjádřenou udržováním vzdálenosti mezi dvěma lidmi, nazýváme **proxemika** (Špatenková a Králová, 2009). Tělo může napovědět i **posturologií**. Poukazuje na to, co se kolem jedince děje a co momentálně prožívá. Je to řeč těla projevující se prostřednictvím fyzických postojů a polohových uspořádání. Daná osoba svou polohou naznačuje, co v přítomnosti, ale i v blízké minulosti prožila. Pokud je komunikátor i komunikant v kongruenci, jsou vidět znaky kongruence na jejich postojích, náklonu hlavy nebo slazených polohách. V ten moment účastníci komunikace mají zelenou a projevují tak soulad mezi sebou. V případě nesouladu popisujeme neshodu jako inkongruenci (Zacharová, 2016). Dalším významným aspektem mimoslovní komunikace mezi pacientem a sestrou je komunikace pomocí dotyku, tedy **haptika**. Během stresových okamžiků pacienta je pouhý dotek uklidňující a dovede leckdy překonat věkovou nebo jazykovou překážku. Snižuje úzkost, strach a navozuje pocit jistoty a bezpečí. Vždy je ale nutné číst z pacientovo chování a dobře zhodnotit, zda pacient přijme dotek a bude pro něj přínosný nebo vyvolá nekomfortní situaci. Do kategorie haptiky zařazujeme i podání ruky. Samotné podání ruky je nejrozsáhlejší způsob, jak v západní společnosti pozdravit druhou osobu. Je to běžné gesto a zároveň formální gesto, z kterého lze vyhodnotit celou řadu prvků. Hodnotíme časový průběh, mechanismus podání ruky, sílu stisku, typ ruky, a dokonce i typ pokožky na rukou. V rámci komunikace v nemocničním prostředí je vhodné představení sestry a v závislosti na situaci i podání ruky. Spolu s podáním ruky by měl následovat úsměv a oční kontakt. Existují i specifika, jak by se měla ruka podávat. Stisk by měl být přiměřeně pevný a neměl by být delší, než 5 sekund (Plevová et al., 2011). Blízkou kategorií k haptice je **kinezika** nebo také řeč těla, která sděluje vše, co se týče pohybů, držení nebo uvolnění těla. Rychlost chůze, pohyby rukou a nohou, styl postoje. To všechno jsou prvky, které mluví o charakteru každé osobnosti. V neverbální komunikaci jsou popisována také **gesta**, která pomáhají komunikujícímu popsat například velikost nebo tvar verbálně popisovaného objektu (Špatenková a Králová, 2009).

1.2 Komunikační dovednosti sestry

Komunikace mezi sestrou a pacientem není jen věda, ale zároveň velké umění. Může být různorodá a v mnoha pohledech specifická. Vždy záleží na věku, onemocnění či například postižení dotyčné osoby (Špatenková a Králová, 2009). Sestra potřebuje k úspěšnému navázání vztahu a kvalitní komunikace s pacientem celý balíček dovedností. Důležitý je hluboký postoj k druhému člověku. K navázání vztahu je potřeba navázat spojení s pacientem pomocí nonverbální komunikace. To znamená naslouchat pacientovi, projevit empatii vůči němu, ukázat porozumění a zájem nebo také umění mlčení. Při sdělování informací se využívá především komunikace verbální povahy (Beran et al., 2010). Ve vztahu sestra-pacient je pro verbální sdělení potřeba dodržet základní pravidla. Jsou to jednoduchost, stručnost, uspořádanost, zřetelnost, vhodné načasování, přizpůsobivost a podnětnost (Plevová et al., 2011). Ačkoliv neexistuje perfektní teorie, která popisuje, jak mají zdravotničtí pracovníci jednat, existuje několik popisovaných komunikačních dovedností, které je důležité znát a snažit se je zahrnout do běžných komunikačních situací (Špatenková a Králová, 2009).

První důležitou komunikační dovedností sestry je **aktivní naslouchání**. Můžeme jej chápat, jako konstruktivní cestu, jak pochopit člověka sedícího naproti nám. Je ale nutné, aby měla sestra hluboce zakořeněnou potřebu porozumět druhému. Je vyžadováno, aby posluchač odložil svůj úhel pohledu nebo svůj názor a akceptoval úhel pohledu komunikujícího. Lidé, kterým je aktivně nasloucháno, mají tendenci být transparentnější ve svých pocitech a se svou myslí. Vedle nemalých benefitů, jako získání velkého množství informací, podporuje i psychický růst a prohlubuje vzájemné vztahy (Motsching a Nykl, 2011).

Neméně důležitá dovednost sestry je **empatie**. Schopnost být empatická, umožňuje sestře vidět vnitřní svět klienta. Všeobecná sestra tak umožňuje poskytnout pacientovi pocit bezpečí a jistoty (Plevová et al., 2011). Kvalita empatického porozumění charakterizuje terapeutický vztah. Hluboké porozumění dokáže odbourat pocit samoty a dodává odvalu vyjádřit myšlenky a pocity. Empatie je proces, který vzniká budováním vztahu s druhou osobou. Činitel odkládá své vlastní hodnoty, významy a snaží se vidět svět očima klienta. Klientovi je důležité empaticky porozumět, aby se on sám cítil pochopen (Šiffelová, 2010).

Jedním z výborných způsobů, jak vést rozhovor s pacientem je **nedirektivní empatický rozhovor**. V jeho obsahu nalezneme mnohé z prvků psychologického přístupu k pacientovi. Během empatického rozhovoru by měl zdravotník vytvořit atmosféru, ve které se cítí druhý komfortně a v jistotě. Díky tomu tak zvyšuje důvěryhodnost probíhající komunikace a vnímá, že může sdělit vše, co cítí. Cílem je komunikovat o záležitostech, které pacient subjektivně cítí jako důležité. Dobře komunikující sestra projevuje zájem a vyjadřuje empatii k protějšku. Základními aspekty jsou aktivní podpora rozhovoru, při které dodává sestra sílu ke sdílení a dává k dispozici svou přítomnost, bez jakéhokoliv souzení. Celý rozhovor stojí na porozumění. Profesionální zdravotník vystupuje v konverzaci aktivně a všímá si situace, ve které pacient momentálně je. Pozoruje postupující proces onemocnění a jeho dopad na pacienta. V zájmu emoční blízkosti dává sestra navenek zájem o jeho situaci. Může nabídnout i další témata, která se dotýkají života pacienta, jako je rodinná situace, zaměstnání a zájmy. Emoční blízkost prohloubí projevem zájmu o důvěrný vztah, jako k lidské bytosti, a nejen v rámci nemocničního prostředí (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Další důležitá komunikační dovednost sestry je také **asertivita**, která je popisována, jako způsob komunikace, kde člověk otevřeně dává najevo své emoce, myšlenky nebo postoje, a to v pozitivní i negativní formě. Otec asertivity Andrew Salter ji definuje jako dovednost jasně tvrdit a stát si za svým slovem. Asertivně komunikovat tedy znamená nebát se vyjádřit své myšlenky, emoce a názory, ale zároveň se vypořádat s kritikou druhých a dovést přijmout uznání. Znamená nebát se požádat o pomoc a mimo to i umět uplatnit své nároky. Asertivita je umět říct ne, aniž bychom měli pocit viny. Spolu s tím je důležité, aby asertivně jednající člověk zbytečně nepřebíral odpovědnost za záležitosti, které v životě nejdou ovlivnit (Plevová et al., 2011).

Do komunikačních dovedností spadá také **mlčení**. Mlčení nám dává prostor přemýšlet a naléznout další poznatky. Důvodů pro ticho je ale hodně. Můžeme vinit únavu, strach, rozpaky, přemýšlení, nepochopení nebo i hněv. Někdy nemocný dlouho sbírá odvalu vysvětlit slova, na která myslí a jen pro stud či nedostatek odvahy má obavy projevít se. V některých momentech je potřeba počkat a ponechat prostor pro vyjádření. Někdy na příliš šokující informaci není dotyčný připraven hned reagovat, a tak jen sedí a mlčí. V praxi může mlčení spojovat hluboké rozhovory, kde spíše vládne klid po tom, co už bylo všechno vyřčeno. Popsat ho můžeme jako ozdravné ticho, které není nutno rušit. Pauza nebo nemluvení není známkou nekvalitní komunikace (Zacharová, 2016).

V praxi se determinují tři základní druhy komunikace na **strukturovanou, sociální a terapeutickou** (Plevová et al., 2011).

Strukturovaná komunikace je využívána k edukaci či motivaci pacienta během jeho léčby. Důležitým ukazatelem kvality komunikace je zpětná vazba, kdy nemocný sdělí, jak rozumí podaným informacím od sestry. Například v edukaci o dietních opatřeních nebo edukaci o vyšetření kolonoskopie (Kelnarová a Matějková, 2009).

Druhým popisovaným druhem je **sociální komunikace**, u které se jedná o běžný rozhovor mezi sestrou a klienty ve zdravotnickém zařízení. Konkrétně se jedná o rozhovory během stání lůžka, měření krevního tlaku nebo podávání medikamentů (Kelnarová a Matějková, 2009).

Posledním typem komunikace je **terapeutická komunikace**. Jedná se o proces, při kterém je pacientovi ulehčováno zvládat stres, přizpůsobit se náročným událostem a dobře vycházet s klientem. Je důležité, aby při neustálém kontaktu s pacientem byla sestra schopná poskytovat pomoc a oporu. Náročnými situacemi, kterými si pacienti procházejí mohou být například setkání se s nemocí, bolestí, umíráním nebo jen náročná adaptace na změnu. Úkolem sestry využívající terapeutickou komunikaci je podpora a zvýšení účinnosti léčebných postupů u nemocného (Plevová a Slowik, 2010). Sestra by měla být důvěryhodná, srdečná a empatická. Je zásadní, aby pacient takto sestru vnímal, cítil se pochopený a cítil, že je sestra zaměřená na pacientovo potřeby. Aby kombinace výše uvedených aspektů fungovala, musí mít účastníci terapeutické komunikace dostatek soukromí a čas pro identifikaci všech obav, které jsou pociťovány. Pro úspěšné navázání terapeutického vztahu jsou vhodné otevřené a jednoduché otázky ve stylu: „Jak se cítíte?“, „Přejete si o tom mluvit?“, „Je něco, o čem byste si přál mluvit?“ Zmíněné otázky mohou sloužit jako uvedení příkladu, ne však jako rigidní návod. Již zmíněný terapeutický vztah pomáhá navázat pocity naděje, náklonosti a lásky. Zdravotnický pracovník by měl být přiměřeně citově napojen na léčeného jedince. Pokud chce pacientovi pomoci, má možnost se držet tří usnadňujících postupů, které mohou klienta inspirovat k tomu být více sám sebou a uznat hodnoty své osobnosti. Postupy se rozdělují na katalytické, kde pracovník nabádá klienta k řešení vnitřních problémů a k sebepoznání. Druhý navazující postup je očišťující, který podporuje elevaci pocitů. Poslední postup je podporující, kterým sestra stvrzuje hodnoty pacientovo jednání a postojů (Bužgová, 2015).

1.3 Komunikace s pacienty dle jednotlivých věkových kategorií

Základem slovní **komunikace s dospělým** jedincem je slovní kontakt, díky němuž lze poskytnout psychickou, duchovní a spirituální podporu. Skrze komunikaci předáváme potřebné projevy, jako jsou empatie nebo altruismus, které dospělému mohou velice pomoci po psychické stránce. Pomocí slov a dotyku může zdravotník poskytnout pomocnou ruku nemocnému a ulevit mu od stresu, strachu a úzkosti. Takovou podporu je možné věnovat pouze, pokud nás pacient pustí blíže k sobě. Jestliže nás nepustí k duši, musíme respektovat individualitu každého jedince a respektovat nezáměrně mluvit o příliš intimních tématech. I tak můžeme vytvořit komfortní a bezpečný prostor, kde bude nemocný vědět, že se nemusí bát projevit své pocity, trápení nebo problémy spojené s hospitalizací (Kelnarová a Matějková, 2014).

Komunikace s dospělým člověkem, který se nachází v nekomfortní situaci spojené s nemocí, trápením a bolestmi, není vždy jednoduchá. Jestliže je sestra vystavena **komunikaci s dětským pacientem**, celá komunikační situace se může značně ztížit a sestra se tak může dostat do těžké komunikační situace. Na dítě v roli pacienta by mělo být pohlíženo se stejnou důležitostí a úctou, jako ke kterémukoliv jinému pacientovi. To znamená, že by mělo znát informace ohledně toho, co se s ním bude dít, proč tomu tak je a co je od něj očekáváno. Dítě potřebuje teplý lidský vztah, upřímný zájem a samozřejmě pocit jistoty, bezpečí a ochrany. (Plevová a Slowik, 2010). V zájmu dobrého vztahu mezi sestrou a dětským pacientem je prospěšné zjistit od rodičů konkrétní zvyky dítěte ohledně jídla, vyprazdňování a spánku. Napomocť ke sblížení může znalost dítěte záliby, oblíbená hudba, pohádky a jiné. Rodiče zainteresujeme do celého průběhu, abychom mohli získat aktivní spolupráci. Díky průběžnému navázání kontaktu s rodiči je skvělé nechat přinést z domova věci, ke kterým má dítě citovou vazbu (Kelnarová a Matějková, 2014).

Během ošetrovatelské péče je základním aspektem v **komunikaci se seniorem** podpora soběstačnosti a rozvíjení zájmu a aktivity po dobu rekonvalescence. Důležitým aspektem je projevit respekt a snahu o zachování důstojnosti v aktuálním stavu seniora. Senior potřebuje podávat jasné a srozumitelné informace, které nás dovedou adhezenci a vzájemné spolupráci. Tato specifická skupina pacientů je odlišná a typická v nižší či pomalejší schopnosti pochopení a umění přijímat naprosto nové informace. To ale neznamená, že by měl být pacient v seniorském věku méně informován o svém aktuálním zdravotním stavu než jakýkoliv jiný pacient. Je proto potřeba dbát na přizpůsobení

komunikačního stylu a pouze se vyhýbat profesionálnímu žargonu. Vhodnou technikou pro potvrzení srozumitelnosti podávaných informací je zpětnovazební mechanismus. Během prvního setkání se seniorem je vhodné zjistit do jaké míry rozumí a jaká je kvalita seniorovo sluchu. Díky tomu sestra zabrání vzniku nedorozumění či zbytečnému zvyšování hlasu a například nadměrné artikulace. Sestra mluví s klientem klidným a vřelým tónem hlasu společně s očním kontaktem. Rozhodně nevhodnou technikou komunikace jsou nadměrné využívání zdvořilostí nebo užívání množného čísla při oslovení jedince (Pokorná, 2010).

Komunikace s rodinou pacienta leckdy představuje nejtěžší úkol v rámci komunikace. Sestra by měla být připravena komunikovat s rodinnými příslušníky a nejlépe aktivně navazovat vztah. Díky kvalitnímu vztahu mezi stranami pacient, sestra a rodina, tak mohou všechny strany čerpat dostatek informací a usnadnit tak průběh všem zúčastněným. Průběh rekonvalescence nemocného mohou značně ovlivnit špatné vztahy, ať už je to ze strany pacienta, rodiny či obou stran. Obecně sdělování informací rodinným příslušníkům se odvíjí od aktuálního stavu nemocného, druhu onemocnění, nezbytnosti a časových možností rodiny a zdravotnického týmu. V rámci práv pacienta je velice důležité dodržovat aspekty informovaného souhlasu pacienta. Může se stát, že pacient vysloví přání o nesdělování informací rodinným příslušníkům. Pokud tomu tak je, z probíhající situace ale nevyplývá, že by měla sestra naprosto přerušit komunikaci s rodinou (Špatenková a Králová, 2009).

1.4 Chyby v komunikaci

Při vykonávání sesterské profese můžeme vnímat celé spektrum chyb v komunikaci, které zapříčiní nefungující vztahy mezi sestrou a pacientem nebo zaviní neproduktivní komunikaci (Kelnarová a Matějková, 2014). Obecně nejčastěji uváděnou chybou nebo problémem, z pohledu pacientů, je nedostatek komunikace. Hojným problémem je nedostatek prostoru pro komunikaci, nekvalitní rozhovor a zaneprázdněnost personálu. Ze zpětné vazby pacientů vycházejí i další problémy, jako jsou nesrozumitelnost podávaných informací o léčbě a informací ohledně prevence (Zacharová, 2016). Během hospitalizace je pacient často odkázaný na sestru. Konkrétně lze říct, že pokud se k nemocnému sestra projevuje nepřátelsky, odtažitě a s neochotou spolupracovat, nemocného psychický stav se může zhoršit. Také litování a chlácholení nemocného je špatná cesta. Může se díky tomu cítit jako méněcenný až ponížený. Na základě

nedostatečné sdílnosti nebo uznání, tak sestra neovlivňuje jenom sebe, ale hlavně pacienta, kterému se snižuje motivace sdílet své pocity a problémy. Mezi další chybné aspekty komunikace v profesi sestry můžeme zařadit podávání nepravdivých informací, škodolibost, pomluvy, komandování nebo naprostá strohost k nemocnému a uchvátané jednání (Kelnarová a Matějková, 2014).

1.5 Náročné komunikační situace v profesi sestry

Během vykonávání své profese se sestra denně setkává s negativními emocemi. Pacient je senzitivní v období, kdy cítí bolest či ohrožení sám sebe. Jeho onemocnění má totiž vždy vliv na psychické rozpoložení. To, jak se klient vyrovná se situací, záleží na mnoho faktorech. Ovlivňující faktory jsou například věk, inteligence, temperament osobnosti nebo také zkušenosti získané během života se zdravotnictvím či s konkrétní chorobou a léčbou (Kelnarová a Matějková, 2014). Proto je nutné si uvědomit, že ačkoliv v dnešní medicíně hraje nemoc dominantní roli, není nemoc izolovaná od duše člověka. Je nutné vnímat člověka, jako holistickou bytost. Pokud si sestra tuto skutečnost uvědomí, bude snáze nacházet přístup k osobnosti pacienta a díky tomu volit správně zaměřený přístup k jeho osobnosti (Zacharová, 2016).

Ve své profesi se sestra může nacházet v mnoha náročných komunikačních situacích, kdy se setkává s pacienty různých charakterů, temperamentů a psychických rozpoložení. Ačkoli jsme si vědomi existujících individualit osobností, zaměřili jsme se jen na několik nejvíce popisovaných. Jednou z nich je **komunikace s agresivním pacientem**. Agresivní pacient se projevuje nízkou tolerancí k bolesti nebo psychické zátěži. Jeho chování je afektivní a není vyloučené násilné chování. Komunikace s problémovým pacientem je leckdy složitější než samotná ošetrovatelská péče. Agresivní chování má několik nejčastějších spouštěčů, kterými jsou strach, zklamání, bezmoc, křivda nebo nesnesitelná bolest. Původem tohoto vzorce chování mohou být ale i psychotropní látky, alkohol a drogy. Toto chování se projevuje verbální agresí, poškozováním se nebo poškozováním objektů. Pokud nemocný nervózně chodí sem a tam, zvyšuje hlas, verbálně napadá okolí vulgarismy, snadno vyčteme, že se v něm kumuluje agresivita. Pro zklidnění pacienta je důležité dodržet profesionální přístup a klidné chování (Kelnarová a Matějková, 2009). Vhodný přístup k pacientovi je začít mu aktivně naslouchat. Nikdy není vhodné použít agresi na agresi. Právě tím vyvoláme ještě větší konflikt. Je vhodné se chovat k rozrušenému pacientovi s úctou a respektem. Pokud jsme chybovali, je v pořádku uznat

svou chybu a sdělit ji nahlas. Důležité je, aby pacient cítil, že sestra není protivníkem, ale člověkem, který mu chce pomoci. Pokud i přesto hrozí fyzické napadení, sestra by neměla být nikdy sama a měla by mít k dispozici ochranku (Špatenková a Králová, 2009).

V náročné komunikační situaci se může objevit sestra s **úzkostným pacientem**. Ten se projevuje neklidně a jeho rozpoložení může být projeveno svalovým napětím. Často ztrácí kontrolu nad svým jednáním a je nesoustředěný. Pro nemocného přichází úleva v momentě, kdy se odhodlá přiznat své úzkostné stavy (Hosák et al., 2015). Vzhledem k pacientovi je důležité jednat klidně, trpělivě a s dostatkem času na rozhovor. Úzkostný pacient je křehký a je potřeba, aby byla sestra opatrná v rámci nonverbální komunikace. Pacient tohoto typu je velmi senzitivní na zpochybnění věrohodnosti. Zvýšená pozornost u úzkostného pacienta by měla nastat i při přípravě nemocného před diagnosticko-terapeutickým vyšetřením, kdy je dotýčný vystaven neznámému prostředí. Může cítit vyšší míru strachu spojenou s úzkostí. Každá osoba je senzitivní v různé míře, a proto je nutné přistupovat profesionálně a být připravený na rozmanité chování osobnosti (Kelnarová a Matějková, 2009).

Během vykonávání profese sestry se sestra velmi často setkává se smrtí a s pacientem, který musí čelit konci svého života. **Komunikace s umírajícím pacientem** je opravdu náročná. Nemocní i zdravotníci se díky tomu nacházejí v náročné situaci, kdy situaci doprovází pacientovo bolest, utrpení a beznaděj (Ptáček et al., 2011). Najít ta správná slova není jednoduché a nelze je jen naučit teoreticky nazpaměť. Emocionální aspekt nemocného s nevyléčitelnou nemocí nesmíme podceňovat, protože jeho pocity a emoce jsou rozhodující o kvalitě života v jeho posledních okamžicích (Dostálová, 2016). V roce 1969 doktorka Elisabeth Kubler-Ross napsala knihu o smrti a umírání a radikálně tak změnila způsob smýšlení o tomto tématu. Rozdělila jej do **pěti fází umírání**. Jsou to **popření, hněv, smlouvání, deprese a nakonec smíření**.

V prvním stádiu si nemocný nechce přiznat fatální fakta. V rámci zachování psychické rovnováhy je to obranný postup, který může trvat velice dlouho. Právě Rossová říká, že ve fázi **popření** nemoci není vhodné pacienty přesvědčovat o opaku. Je vhodné vyčkat do uvědomění si sdělené infaustní situace. Jakmile přestanou popírat daný fakt, může se objevit **hněv** a zloba. Je náročné poskytovat péči pacientovi, který se vyjadřuje agresivním chováním. Pro sestru je důležité nevztahovat si tyto projevy na sebe a neopětovat agresí. Moralizování či odmítání rozhodně nevede k terapeutické komunikaci,

kteřá je v takové situaci tolik potřebná. Pacient potřebuje důvěru a pochopení. Ve fázi **smlouvání** se snaží získat více času pro život. V tomto období se obrací k náboženství nebo také k alternativní medicíně. V rámci smlouvání chtějí pacienti často ještě stihnout například narození vnoučat, dokončení školy pravnoučat a podobně. Dále přichází fáze **deprese**, kdy je důležité povzbudit pacienta v jeho hodnotách. Pro určitý pocit jistoty a bezpečí je důležité dávat dostatek informací. Profesionálním přístupem je dobré probouzet a udržovat realistické naděje a očekávání o jeho budoucnosti (Heřmanová et al., 2012). Poslední fází je **smíření** a souhlas, kdy se nemocný vyrovnává s koncem života a má potřebu se rozloučit. V těchto chvílích pacient potřebuje držet za ruku a utřít slzu. Někteří pacienti chtějí mluvit o svém životě a odchodu z něj. Další potřebují ticho, klid a někoho při sobě, protože nikdo nechce umírat opuštěný (Špatenková a Králová, 2009).

V náročných životních situacích jako je tato, je důležité nezapomínat na klientovo rodinu, která rozhodně potřebuje pomoc a podporu. I pro ně je náročné se vyrovnat se zjištěním, že je milovaný člověk v nemoci a že je může opustit navždy. Sestra může citlivě zapojit rodinu do ošetrovatelské péče o umírajícího, pokud s tím ani jedna ze stran nemá problém. Tyto okamžiky prohlubují poslední momenty strávené pohromadě. Péče o pacienta navazuje i po jeho smrti. **Komunikaci s pozůstalými** by měl zdravotnický personál věnovat značnou pozornost. Měl by tolerovat přání posledního rozloučení se zesnulým. Je-li to možné, personál by měl respektovat náboženské a etnické zvyklosti (Špatenková a Králová, 2009).

1.6 Psychické důsledky profese sester

Každý z nás má svůj specifický způsob, jak se vyrovnat se situací, když se zrovna necítí psychicky dobře. Otázkou pak je, jestli je to ten správný způsob. Jednáme dle svého charakteru, ale zároveň získáváme obraz chování v sociálním prostředí, které nás obklopuje. Je důležité vnímat, jak se sestry vypořádávají se situacemi, kdy jim zkrátka není dobře (Křivohlavý, 2010).

Povolání sester je bez pochyby stresující. **Stres** je charakterizován jako emocionální stav lidské bytosti v okamžiku ohrožení. V průběhu záleží na poměru mezi intenzitou stresu, stresogenní situací a schopností zvládnout stres. Stresová situace je v momentě, kdy intenzita stresogenní situace přerůstá a jedinec nedokáže zvládnout daný stav komfortně. Díky tomu vzniká vnitřní napětí a nerovnováha organismu. Ne vždy se jedná o jeden

velký stresor. K spuštění stresogenní situace stačí souhra několika běžných starostí, které dohromady působí nadlimitně (Křivohlavý, 2010).

Stres může na organismus působit dvěma způsoby. Může nás motivovat k cíli, výkonu, donutit nás překonat překážky, a nakonec přinést pozitivní pocity radosti či úspěchu. Tomuto druhu stresu říkáme **eustres**, tedy zdravý stres (Křivohlavý, 2010).

Druhým typem stresu je **distres**, který může vést až ke zhroucení nebo rezignaci. Působí negativně na psychickou a fyzickou rovnováhu jedince. Cítí se tak, jako by neměl sílu danou situaci zvládnout a má pocit, že selhává (Plevová et al., 2011).

Vzhledem k náročnosti povolání je duševní život sestry velice důležitý. Odráží se na jejím každodenním výkonu v zaměstnání. Díky zdravému duševnímu životu dovede být naplno koncentrovaná na práci a pacienta. Stresový stav se vždy projevuje na stabilitě nálady, podrážděnosti až úzkostlivosti. Díky takovému stavu může být sestra oslabený jedinec náchylný k vyšší míře únavy, omezování sociálního kontaktu, k nadměrnému trápení se záležitostmi, které jdou špatně ovlivnit nebo nejsou tak podstatné. Také je méně schopná projevit emocionální náklonnost a sympatie k ostatním lidem. Fyzicky se stresové stavy projevují palpitací, úpornými bolestmi hlavy, tlakem až bolestí na hrudi. Také se mohou objevit problémy s gastrointestinálním traktem, jako například nechutenství, plynatost až křeče v podbříšku, průjem či obstipace. V sexuální oblasti se může vytratit dokonce pocit touhy a žádoucnosti. Ženy se mohou potýkat díky působení dlouhodobého stresu s nepravidelným menstruačním cyklem. Muži, díky nadměrnému stresu s impotencí (Křivohlavý, 2010).

Vlivem dlouhodobého působení stresu může postihnout sestru takzvaný **syndrom vyhoření** neboli burn out. Lze charakterizovat jako postrádání zájmu, které se projevuje hořkostí a zklamáním při hodnocení předešlých událostí. Zdravotník se spokojuje s každodenní rutinou a necítí potřebu růstu ve své profesi. Snahu vydává pouze pro to, aby nemusel řešit žádné problémy a přežil směnu ve svém zaměstnání. Sestra stagnuje a neusiluje o další sebevzdělávání a sebezlepšování se. Projevem syndromu vyhoření je vyčerpání, pocit nezvládnutí situací a letargie. Burn out má svá stádia. Než zdravotník spadne do syndromu vyhoření, existuje takzvané předchorobí, kdy postižený má chtíč pracovat co nejlépe. Přeje si, aby byl úspěšný, ale úspěch v zaměstnání nepřichází. Pokud se nic nemění, zdravotnický pracovník upadá do prvního stádia. Vnímá časovou nouzi. Pocit nestíhání se mísí se ztrátou smyslu ve vykonávané práci. Navazující druhé stádium

se projevuje neurózou a vnitřním chaosem. Cítí, že neustále musí něco dělat. Finální stádium se obrací z pocitu chaosu do pocitu bezmoci a pocitu, že vlastně nemusí nic dělat a že jej vše obtěžuje. Odchází poslední stopy nadšení v profesi, zájmu a navazují pocity zoufalství, únavy a zklamání (Kelnarová a Matějková, 2014). Jestliže si sestra uvědomí, že je vyhořelá a chce s tím něco dělat, měla by plně převzít zodpovědnost nad svým životem. Bojovat o svůj vlastní příjemný, smysluplný život, ve kterém je aktivní, a to i mimo roli všeobecné sestry. Pokud zhodnotí, že je nutné na sobě pracovat, může začít se změnami v životním stylu. Například zlepšení stravovacích návyků, dostatek spánku, dostatek aktivní i pasivní relaxace, a nakonec si vytvořit prostor a čas jen pro sebe (Venglářová et al., 2011).

V rámci prevence vyhoření je vhodné snížit nad míru vysoké nároky na druhé ale i na sebe. To znamená vnitřně se srovnat s nedokonalým světem, kde žijí lidé, co chybují a nejsou dokonalí. Další krok v rámci prevence je naučit se říkat ne. Jednat asertivně a nenechat se přetěžovat tak, aby zbývalo dostatek energie na různorodé aktivity i mimo zaměstnání. Je dobré stanovit si priority a umět si rozdělit a zároveň uspořádat své plány. Pokud to jde, je rozumné se vyhýbat nadměrné starostlivosti o druhé. Osoba vykonávající pomáhající profesi má totiž často sklony pomáhat druhým a zapomínat na sebe. Díky tomu ztrácí mnoho energie, kterou tolik potřebuje pro sebe (Kopecká, 2015).

1.7 Osobnostní předpoklady sestry

Sestra, je lidská bytost jako každá jiná, která je utvářena na biologickém základě. Ten se dále rozrůstá jako strom, vlivem sociálního prostředí. Abychom mohli splnit základní předpoklad profese sestry, je nutné získat dostatečné vzdělání. Nad rámec vzdělání jsou ale jasně dané další předpoklady, nad kterými lze hlouběji přemýšlet. Cesta za hlubšími poznatky jde skrze sebepoznání, citlivost vůči sobě a svým reakcím a umění ventilovat své potřeby a problémy. Významnou schopností sestry by měla být sociální kompetence, často uváděna jako sociální inteligence. Je-li sestra obdařena schopností vnímat druhé, můžeme to z části považovat jako dar. Zároveň není nemožné naučit se tuto schopnost během života. Stačí chtít a věnovat pozornost náladám, emocím nebo stavům druhých lidí a snažit se jim porozumět. V profesi zdravotníka je na místě být spíše otevřenou a komunikativní osobností, která vidí raději veselost než smutek. Pro hladkou spolupráci v týmu je vždy vítán smysl pro týmovou práci. Rozhodně záleží na vztazích mezi spolupracovníky, bezproblémovém předávání informací a snaze pomoci jeden druhému.

Určité osobností předpoklady ale často přispívají ke konfliktním situacím na pracovišti. Často to je perfekcionalismus a očekávání perfektního výkonu i od ostatních, přehnaná cílevědomost nebo soutěživost. Nevhodným osobnostním předpokladem pro sestru je například i příliš silná empatie nebo příliš vysoké či nízké sebevědomí (Venglářová et al., 2011).

1.8 Péče o duševní zdraví sester

Aby se zdravotnický pracovník dovedl ubránit každodenním nástrahám, je nutné, aby mu pojmy zdraví, mentální hygiena, duševní zdraví a kvalita života nebyly cizí. Zdraví můžeme definovat jako celkový stav člověka, který umožňuje mít kvalitní život a není překážkou ve snažení druhým lidem. Zdraví je soubor duševní, tělesné a sociální složky. Aby se jedinec zvládl ubránit, může se řídit vědecky propracovaným systémem, který přináší prohloubení a znovuzískání duševní stability a zdraví. Ten se nazývá duševní hygiena. Obsahuje všechny prvky pro udržení duševního zdraví. Usiluje o eliminaci psychóz, neuróz a depresí. Působí jako psychologická příprava na nejen duševní, ale i tělesnou stránku osobnosti. Zaujímá kladný vztah k asertivitě, vitalitě, relaxaci, prevenci a upevňování duševního zdraví a sebekontroly u psychicky náročných profesí. Kritériem duševní stability je být rezistentní vůči stresu, cítit se nezávislý a mít schopnost seberealizace. Nesmíme zapomenout na schopnosti správného sebehodnocení, sociální adaptace a konec konců adekvátní vnímání okolního světa (Kelnarová a Matějková, 2014). Právě přizpůsobení se okolnímu světu, se rovná zvládání dennodenních problémů, které nám jsou vneseny do života. Pro správnou adaptaci je nutná určitá míra sebevýchovy, která zahrnuje poznání sám sebe, schopnost udržet pozornost, autoregulace emocí a myšlenek, aktivní pracování s myšlenkami a nakonec autorelaxace (Křivohlavý, 2010).

1.8.1 Relaxace

Zdravý lidský organismus by měl být v rovnováze. Rovnováha vyjadřuje stejný poměr mezi výdejem a příjmem energie, mezi odpočinkem a aktivitou nebo také mezi uvolněním a napětím. V zájmu rovnováhy je základním kamenem antistresových aktivit již zmíněná relaxace a relaxační cvičení. Důležitým krokem za rovnováhou v lidském organismu je vytvořit si každý den chvíli pro sebe, kdy se můžeme soustředit na uvolnění a napětí uložené v těle i duši.

Relaxace je metoda **psychohygieny**, která v plné charakteristice znamená vnitřní očistu. Jde o jakousi sebeobranu vnitřního já, kterou máme možnost rozvíjet a trénovat. Být uvolněný je přirozenost (Černý a Grofová, 2015). Uvolnění nám dovede urovnat myšlenky a umožňuje soustředit se na jednu konkrétní věc. Čím hlouběji uvolnění prostoupí, tím silnější cítíme účinek relaxace, který může přetrvat i delší dobu. Díky těmto účinkům dovedeme zamezit působení stresu na náš organismus a díky němu tak zvyšujeme odolnost vůči psychicky náročným situacím. Účinky relaxace dokonce napomáhají silněji prožívat i ty pozitivní aktivity v životě. Pokud získáváme více energie uvnitř sebe, lépe upadáme do spánku a spánek je kvalitnější. V profesi sestry se setkáváme velmi často se stresovými situacemi, a právě relaxace nám z dlouhodobého hlediska napomáhá se lépe koncentrovat v daných okamžicích a napomáhá nám rychleji učit se z nově přicházejících situací a získat tak širší zkušenosti v profesi zdravotnického pracovníka (Mlýnková, 2010).

Jedna z možností, jak zařadit psychohygienu do svého života je cvičení. Je to účinný způsob, jak zmírnit příznaky vyčerpání, stresu, úzkosti až deprese. Vědecké studie dokazují, že 30 minut denně stačí na to, aby se jedinec postupně dostal k uvolnění od stresu okolního světa. Zvyšuje hladinu endorfinů a zároveň snižuje hladinu kortizolu neboli stresového hormonu (Roush, 2010). Například cvičení pomocí dechu je velice účinné a je možné s ním pracovat kdykoli během dne. Základem tohoto cvičení je naučit se prohlubovat dech pomocí bráničního dýchání. Po několika prodýchání může člověk cítit pocit uvolnění a opadnutí tlaku, který v sobě vnímá. Pro osvěžení mysli a lepší ventilaci jsou dobrým způsobem pravidelné procházky. Mysl se rozjasní a vycházka do přírody nám pročistí hlavu od povinností a stresů každodenního života (Křivohlavý, 2010). Pokročilá forma duševní hygieny je například meditace. Ta umožňuje odpoutat se od každodenního shonu. Díky meditaci člověk cvičí své soustředění. Přechází do změněného stavu vědomí a dostává se do hlubokého uvolnění. Alternativní metoda pomáhající k lepší duševní pohodě jsou léčivé rostliny. Byliny navozující psychickou pohodu jsou například kozlík lékařský, hloh nebo mučenka (Plevová et al., 2011).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester.

2.2 Hypotézy

1. Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich věku.
2. Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich vzdělání.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Pro zpracování empirické části v bakalářské práci s názvem „Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester.“ byla použita kvantitativní metodika. Uskutečněný sběr dat byl proveden technikou dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník obsahoval 18 otázek. První tři otázky byly zaměřeny na identifikaci výzkumného souboru. Ostatních 15 otázek bylo zaměřeno na zmapování vnímání hodnoty komunikace sester v ošetrovatelské péči. Pro dotazník byly zvoleny uzavřené a polouzavřené otázky. Respondenti měli možnost označení pouze jedné odpovědi. Dotazovaní byli ujistěni o anonymitě a v úvodním textu dotazníku byli informováni o záměru tohoto výzkumu. Veškeré dotazníky jsou archivovány. Vzor celého dotazníku je k dispozici v příloze 1.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden během srpna 2020 a března 2021 v Nemocnici Strakonice a.s., Nemocnici Český Krumlov a.s. a Nemocnici České Budějovice a.s. na celkem 12 odděleních. Výzkumný soubor byl tvořen 150 sestrami avšak 27 z nich dotazník nevrátilo nebo ho vrátilo nevyplněný. Do výzkumu byla zapojena tato lůžková oddělení: interní, chirurgické, gynekologicko – porodnické a oddělení následné péče. Dotazovanými byly náhodně vybrané sestry z uvedených lůžkových oddělení. Dotazníkové šetření se konalo v tištěné i online podobě. Výzkum proběhl za souhlasu hlavních sester všech tří okresních nemocnic Jihočeského kraje.

3.3 Zpracování dat

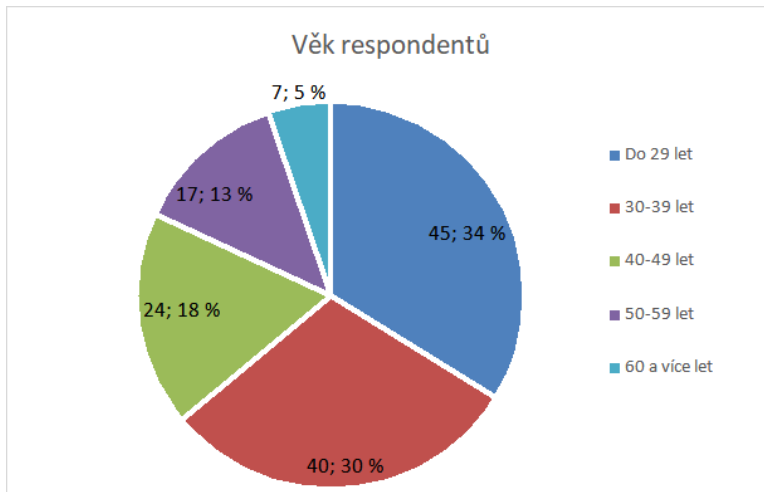
Výsledky výzkumu byly zpracovány do podoby výsečových grafů a popisných tabulek pomocí počítačového programu Microsoft office 365 – Excel. Ve finále byla provedena statistická analýza, které porovnávala a testovala dané hypotézy. Statistická analýza dat

a testování hypotéz proběhlo za pomoci statistika. Všechny hypotézy byly testovány pomocí ANOVY v programu SPSS při hladině významnosti 95 %.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Grafické znázornění výsledků

Graf č. 1

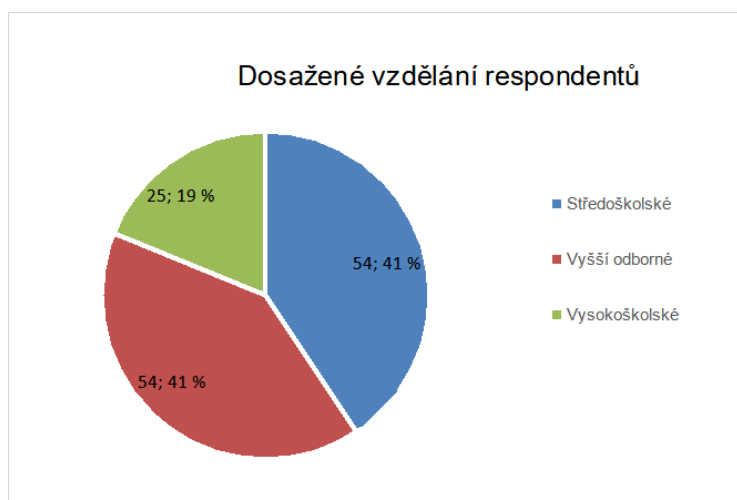


Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazený k otázce číslo 1 znázorňuje věk dotazovaných sester.

V kategorii do 29 let je z celkového počtu 133 respondentů 45 (34 %) sester. Ve věkovém rozmezí 30-39 let bylo identifikováno celkem 40 (30 %) respondentů. 24 (18 %) sester bylo zařazeno do kategorie 40-49 let. V kategorii 50-59 let bylo zaznamenáno 17 (13 %) odpovídajících respondentů. V kategorii 60 let a více je v provedeném výzkumu 7 (5 %) sester.

Graf č. 2

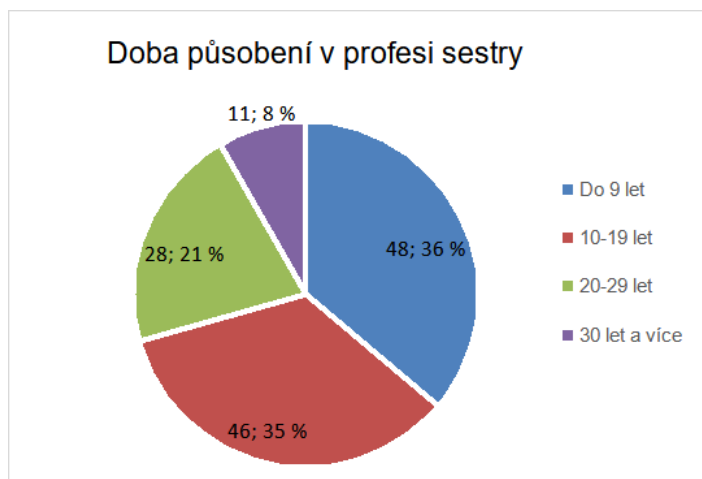


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester.

Z celkového počtu 133 respondentů je středoškolsky vzdělaných sester celkem 54 (41 %). Vysokoškolsky vzdělaných sester je stejně jako středoškolských a to 54 (41 %). Sester s vyšším odborným vzděláním je nejméně a to 25 (19 %).

Graf č.3

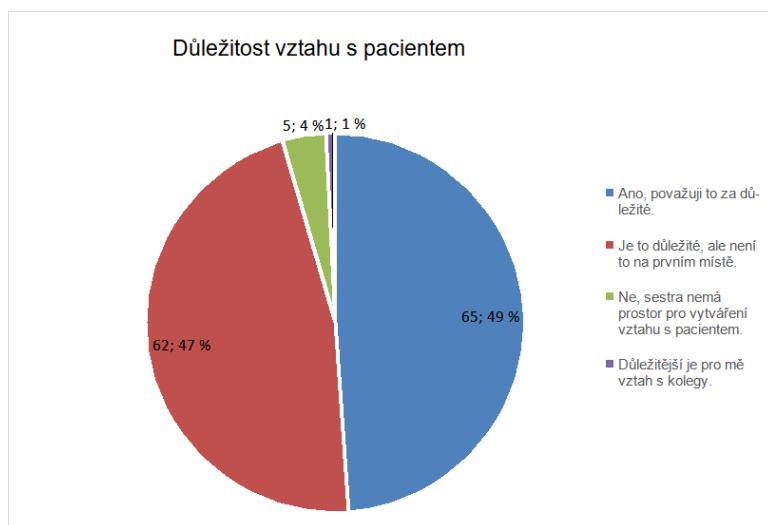


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 3 zobrazuje délku působení v profesi sestry.

48 (33 %) sester uvedlo, že jejich délka praxe je momentálně maximálně 9 let. 10-19 let působí 46 (35 %) sester. 30 (23 %) sester uvedlo, že působí 20-29 let v profesi sestry. 30 let a více působí v profesi 11 (8 %) sester.

Graf č. 4

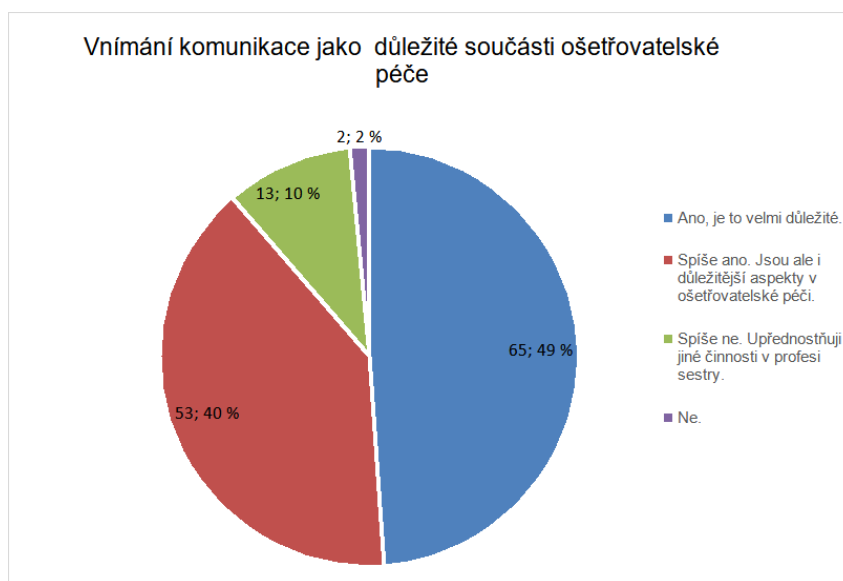


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 4 znázorňuje, jak je důležitý vztah s pacientem pro dotazované sestry.

Pro 65 (49 %) sester je vztah s pacienty důležitý. 62 (47 %) sester považují vztah s pacientem jako důležitý, ale není pro ně na prvním místě. 5 (4 %) sester uvedlo, že pro ně vztah s pacientem není důležitý, protože sestra nemá prostor pro vytváření vztahu. 1 (1 %) sestra uvedla, že je pro ni důležitější vztah s kolegy než s pacientem.

Graf č.5



Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 5 vyobrazuje názor sester na důležitost komunikace, jakož to součást ošetrovatelské péče.

Nejvíce sester v celkovém počtu 65 (49 %) odpovědělo, že komunikaci považují jako velmi důležitou součást ošetrovatelské péče. Následně 53 (40 %) sester spíše souhlasilo, ale zastupují názor, že jsou v ošetrovatelské péči i důležitější aspekty. 13 (10 %) sester spíše nesouhlasí a upřednostňují jiné činnosti v profesi sestry. Pouze 2 (2 %) sestry uvedly, že komunikaci nepovažují za důležitou součást ošetrovatelské péče.

Tabulka č.1 – Největší přínos v komunikaci pro sestry

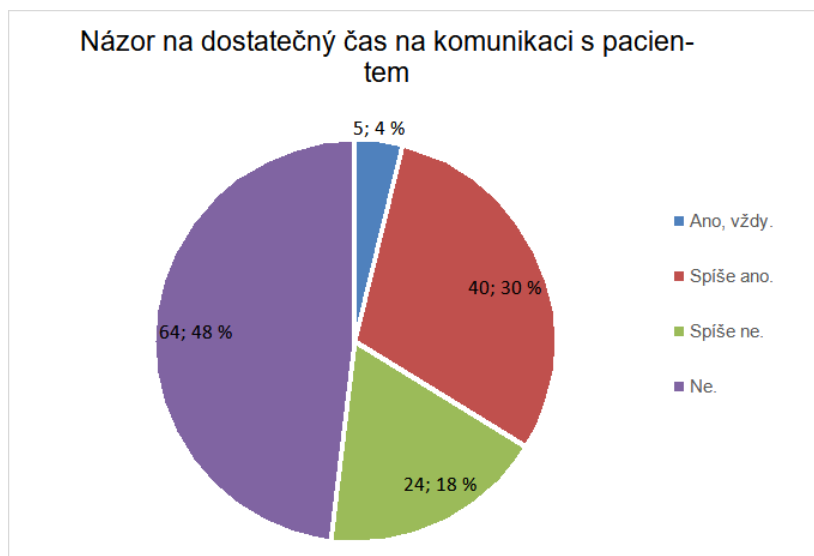
Odpovědi	Četnost	Procenta
Předávání informací mezi sestrou a pacientem.	45	34 %
Zajištění pacientovi jistoty a bezpečí.	44	33 %
Předávání informací v rámci zdravotnického týmu.	22	16 %
Projev úcty k pacientovi.	17	13 %
Zajištění perfektní ošetrovatelské péče.	2	2 %
Zajištění pacientovo psycho – socio – spirituální složky.	1	1 %
Splnění pacientových potřeb.	1	1 %
Naplnění psycho – sociálních potřeb pacienta.	1	1 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka číslo jedna znázorňuje odpovědi k otázce číslo 6, kde jsou respondenti tázáni, v čem vnímají největší přínos komunikace během ošetrovatelské péče. Dotazování byli požádáni o uvedení pouze jedné nejvýznamnější priority. První čtyři odpovědi byly pevně dané v dotazníku. Dotazování měli možnost uvést své vlastní odpovědi, které jsou zaznamenané v tabulce jako poslední 4 varianty odpovědí.

Největší přínos v komunikaci vidí 45 (34 %) sester v předávání informací mezi sestrou a pacientem. V podobné četnosti, tedy 44 (33 %), sestry uvedly, že největším přínosem komunikace v ošetrovatelské péči je zajištění pacientovy jistoty a bezpečí. Předávání informací v rámci zdravotnického týmu hodnotí 22 (16 %) sester jako nejvýznamnější prioritu v komunikaci. Pro 17 (13 %) sester je prioritou projev úcty k pacientovi. Celkem 5 respondentů uvedlo svou vlastní odpověď, kde 2 (2 %) z nich vidí největší přínos v zajištění perfektní ošetrovatelské péče. Respondenti pak jednotlivě odpověděli, že nejvýznamnějším přínosem je zajištění pacientovo psycho-socio-spirituální složky, splnění pacientových potřeb a naplnění psychosociálních potřeb pacienta.

Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu číslo 6 je zobrazeno, zda respondenti cítí, že mají dostatek času na komunikaci s pacientem během ošetrovatelské péče. Graf se vztahuje k otázce číslo 7.

64 (48 %) respondentů si myslí, že nemá dostatek času na komunikaci s pacientem. Dalších 24 (18 %) dotazovaných si spíše nemyslí, že mají dostatek času. Odpověď spíše ano označilo 40 (30 %) respondentů. Pouze 5 (4 %) si myslí, že má na komunikaci s pacientem vždy dostatek prostoru.

Tabulka č.2 – Důvody nedostatku času na komunikaci

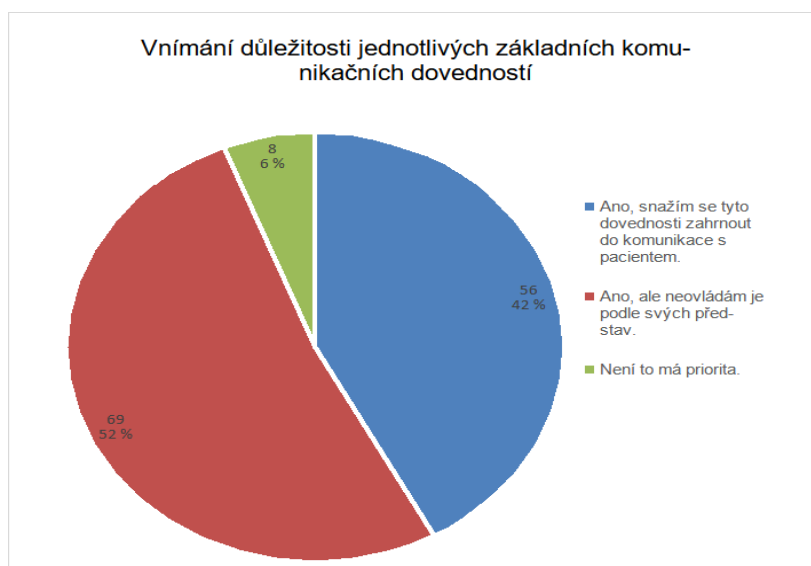
Odpovědi	Četnost	Procenta
Mnoho povinností.	37	39 %
Příliš administrativy.	26	28 %
Nedostatek personálu.	23	25 %
Kombinace všech možností.	2	2 %
Špatná organizace práce.	2	2 %
Nezbývají síly během tak náročného povolání.	1	1 %
Současná medicína se nesoustředí na psychické aspekty člověka.	1	1 %
Upřednostňování fyzické složky pacienta před psychickou složkou pacienta.	1	1 %
Pečujeme pouze o tělo. Na duši už není čas.	1	1 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 se vztahuje k otázce číslo 8, která navazuje na otázku číslo 7. Otázka číslo 7 zjišťuje, zda si respondenti myslí, že mají dostatek času na komunikaci s pacienty. Pokud respondenti uvedli, že nemají dostatek času na komunikaci s pacienty, v nadcházející otázce číslo 8 jsou dotazováni, jaké jsou důvody nedostatku času na komunikaci s pacienty. První 3 odpovědi v tabulce jsou pevně dané v dotazníku. Ostatní odpovědi slovně uvedli samy respondenti.

Celkem 94 respondentů ze 133 uvedlo důvod, proč si nemyslí, že mají dostatek času na komunikaci během ošetrovatelské péče. Nejčastěji, a to v četnosti 37 (37 %), uvedli, že mají příliš mnoho povinností. 26 (28 %) dotazovaných uvedlo, že má nadbytečné množství administrativy. Třetím nejčastějším problémem je nedostatek personálu. Tento problém označilo 23 (25 %) dotazovaných. Ze všech dotazovaných odpověděli 2 (2 %), že problém vidí ve špatné organizaci práce. Další 2 (2 %) respondenti odpověděli, že problém spočívá ve všech zmíněných možnostech, tedy mnoho povinností, příliš administrativy i nedostatek personálu. 1 (1 %) dotazovaný odpověděl, že již nezbývají síly na komunikaci během tak náročného povolání. Jiný respondent uvedl, že nedostatek času na komunikaci s pacientem spočívá v upřednostňování fyzické složky pacienta před psychickou složkou pacienta. Poslední z názorů respondentů je, že pečujeme pouze o tělo a na duši nemocného už není čas.

Graf č. 7



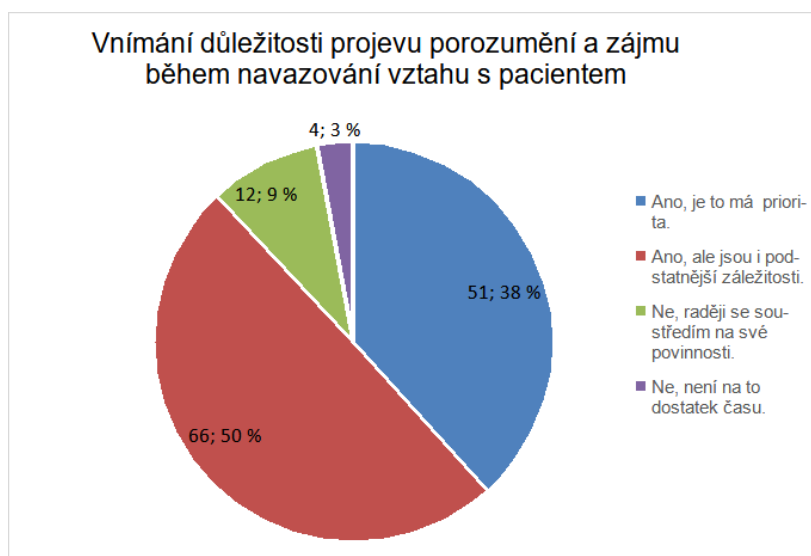
Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 7 znázorňuje, zda sestry považují za důležitou součást komunikace základní dovednosti, jako jsou empatie, aktivní naslouchání, asertivita, umění mlčení a jiné další. Výšečový graf se vztahuje k otázce číslo 9.

Celkem 69 (52 %) sester považuje za důležitou součást výše zmíněné aspekty komunikace, avšak vnímají, že ji neovládají dle svých představ. 56 (42 %) se snaží veškeré dovednosti zahrnout do komunikace s pacientem. Zbylých 8 (6 %) sester odpovědělo, že to není jejich priorita.

Následující otázka číslo 10 žádá respondenty o uvedení důvodu, pokud označí v otázce číslo 9 odpověď: „Není to má priorita“. Celkem z 9 sester uvedly 4 sestry konkrétní důvody. První z nich uvedla, že není dostatek času pro tyto aspekty komunikace během ošetrovatelské péče. Druhá sestra napsala, že v současné medicíně je prioritou postarat se o to, aby pacient dostal všechny potřebné léky, vyšetření a operace. Další odpovědí bylo, že je sestra zaneprázdněna a ve spěchu se cíleně nesoustředí na tyto dovednosti. Poslední odpovědí bylo, že sestra nemá dostatečný prostor na důkladnou aplikaci těchto dovedností u pacienta.

Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 8 popisuje, jak sestry považují za důležité projevít pacientovi porozumění a zájem během navazování dobrého vztahu.

51 (38 %) sester odpovědělo ano, je to má prioritá. Odpověď ano, ale jsou i podstatnější záležitosti uvedlo 66 (50 %) sester. 12 (9 %) sester uvedlo, že to nepovažují za důležité a raději se soustředí na své povinnosti. 4 (3 %) sestry nepovažují za důležité projevít pacientovi porozumění a zájem během navazování dobrého vztahu, protože na to nemají dostatek času.

Tabulka č. 3 – Vnímání zpětné vazby

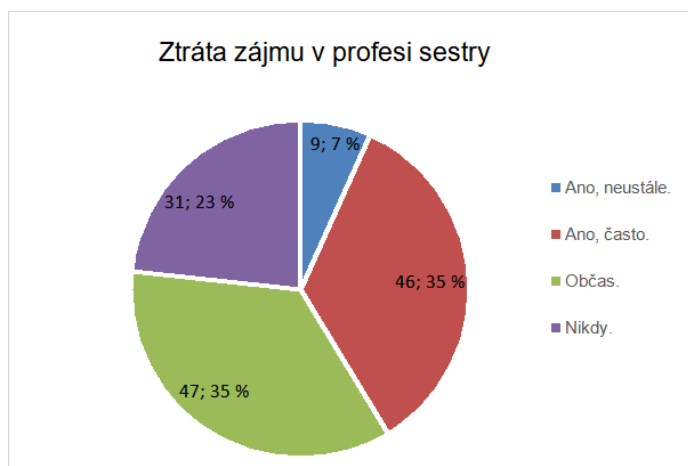
Odpovědi	Četnost	Procenta
Ano, vždy se raději ujistím, že pacient rozumí všem podaným informacím.	78	59 %
Většinou ano.	34	26 %
Ne, předpokládám, že pacient všemu rozuměl.	14	10 %
Ne, není na to dostatek času.	5	3 %
Pokud pacient nerozumí, měl se on sám zajímat o informace.	1	1 %
Pokud je dostatek prostoru, tak ano.	1	1 %

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka číslo 3 popisuje, jak sestry považují za důležité získat od pacienta zpětnou vazbu během ošetrovatelské péče.

Většina, 78 (59 %) sester, považují za důležité získat zpětnou vazbu. Vždy se raději ujistí, že pacient rozumí všem podaným informacím. Odpovědi většinou ano označilo 34 (26 %) sester. 14 (10 %) sester uvedlo, že nepovažují za důležité získat zpětnou vazbu. Předpokládají, že pacient všemu rozuměl. 5 (3 %) sester uvádí, že zpětná vazba u pacienta není důležitá, protože na ní především není dostatek času. Respondenti měli možnost vyjádřit svou vlastní odpověď. 1 (1 %) sestra napsala, že pokud pacient nerozuměl, měl se on sám zajímat o informace. Odpovědi 1 (1 %) sestry bylo, že pokud je dostatek časového prostoru, tak ano, je důležité získat zpětnou vazbu během ošetrovatelské péče.

Graf č. 9

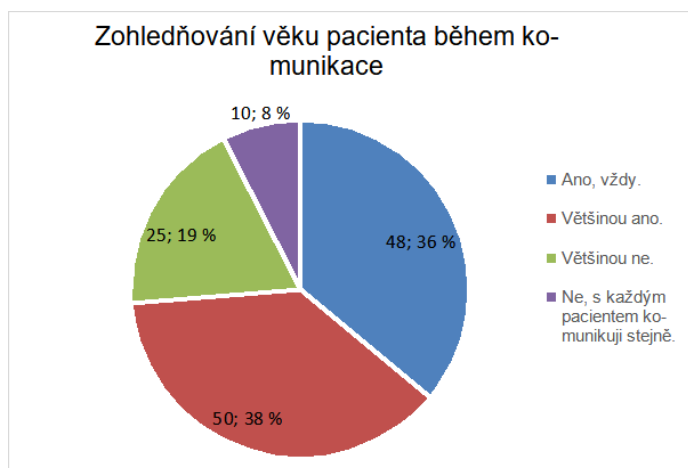


Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9 ukazuje, jak sestry postrádají zájem ve své profesi.

47 (35 %) respondentů odpovědělo, že ve své profesi občas ztrácejí zájem. Odpověď ano často, označilo 46 (35 %) respondentů. Nikdy nepostrádá zájem 31 (23 %) dotazovaných. 9 (7 %) respondentů postrádá zájem ve své profesi neustále.

Graf č. 10

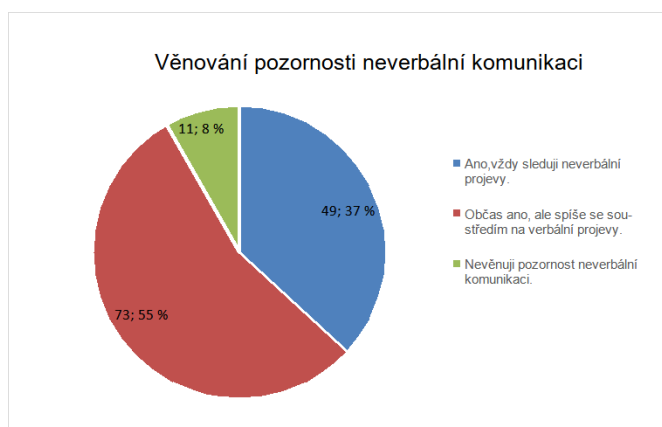


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 10 se soustředí na vyobrazení, jak dotazované sestry zohledňují věk pacienta během komunikace v rámci ošetrovatelské péče.

Variantu většinou ano označilo 50 (38 %) sester. 48 (36 %) sester zohledňuje věk vždy. 25 (19 %) sester se vyjádřilo, že většinou věk nezohledňují. Věk nezohledňuje a s každým pacientem komunikuje stejně 10 (8 %) sester ze 133.

Graf č. 11

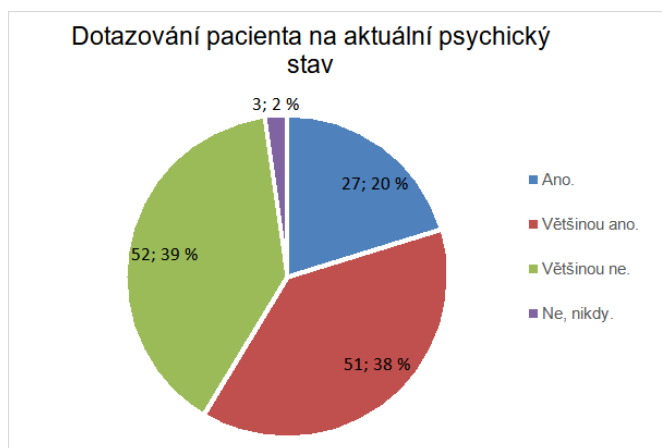


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 11 se soustřeďuje na sestry a jejich věnování pozornosti neverbálním projevům během komunikace s pacientem.

Nejvíce sester v počtu 73 (55 %) odpovědělo, že věnuje pozornost neverbálním projevům občas, ale spíše se soustředí na verbální projev. Vždy sleduje neverbální projevy 49 (37 %) sester. 11 (8 %) sester vůbec nevěnuje pozornost neverbální komunikaci.

Graf č. 12



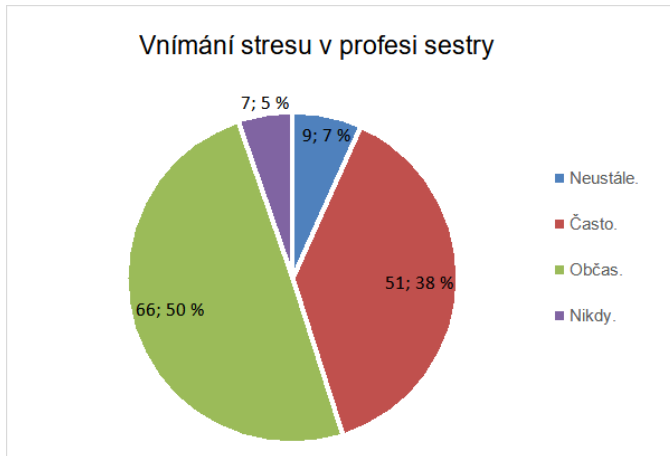
Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 12 vyobrazuje, zda se sestry ptají pacienta pomocí přímých otázek na jeho aktuální psychický stav.

Nejvíce, tedy 52 (39 %) sester, odpovědělo, že se většinou neptají pacientů na jejich aktuální psychický stav. Druhou nejčastější odpovědí bylo většinou ano, kdy takto

odpovědělo 51 (38 %) sester. 27 (20 %) sester odpovědělo, že se ptají přímými otázkami na pacientovo psychický stav a pouze 3 (2 %) odpověděly, že se nikdy neptají.

Graf č. 13

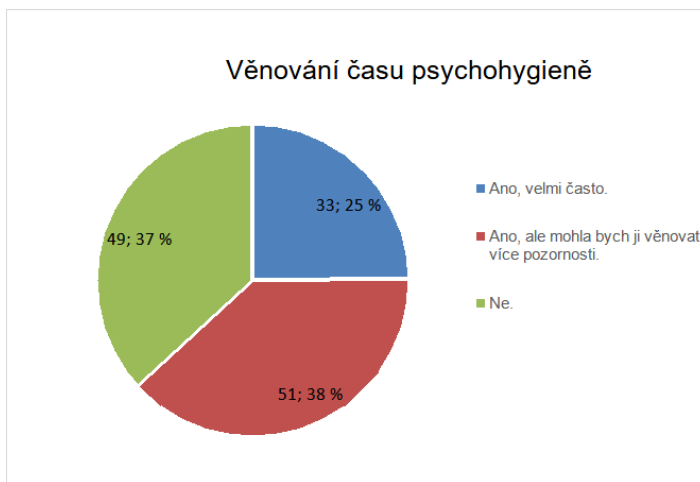


Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 13 popisuje, jak často se respondenti cítí vystresovaní ve své profesi.

Občas odpovědělo 66 (50 %) respondentů. Často vystresovaný bývá 51 (38 %) respondentů. Ve své profesi se cítí 9 (7 %) respondentů neustále ve stresu. 7 (5 %) respondentů odpovědělo nikdy.

Graf č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

Graf číslo 14 popisuje kolik sester se věnuje psychohygieně.

Ze 133 respondentů odpovědělo 33 sester (25 %), že se věnuje psychohygieně velmi často. 49 (37 %) z nich však uvádí, že ačkoliv se věnují psychohygieně, uvědomují si, že by jí mohly věnovat více pozornosti. 51 (38 %) sester se psychohygieně vůbec nevěnuje.

4.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

Všechny hypotézy byly testovány v programu SPSS při hladině významnosti 95 %.

H1a:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 5 a věkem. S ohledem na to, že obě proměnné jsou ordinální (škály), byla použita korelace. Korelační matice níže ukazuje $p=0,242$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H1a zamítáme.

		ot.5	věk
ot.5	r	1	,098
	p		,242
	N	144	144
věk	r	,098	1
	p	,242	
	N	144	144

Vysvětlivky:

r = Pearsonův korelační koeficient

N = velikost souboru

p = signifikance (oboustranná)

H1b:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 11 a věkem. S ohledem na to, že jedna proměnná, a to věk je ordinální (škály) a druhá nominální. Byla použita ANOVA.

Tabulka níže ukazuje $p=0,593$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H1b zamítáme.

věk

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Between Groups	1,262	3	,421	,636	,593
Within Groups	92,675	140	,662		
celkem	93,938	143			

Vysvětlivky:

df = stupně volnosti

F= ANOVA hodnota

H1c:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 12 a věkem. S ohledem na to, že obě proměnné jsou ordinální (škály), byla použita korelace. Korelační matice níže ukazuje $p=0,089$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H1c zamítáme.

		věk	ot.12
věk	r	1	,142
	p		,089
	N	144	144
ot.12	r	,142	1
	p	,089	
	N	144	144

H1a-c se nepotvrdily, můžeme tedy zamítnout H1.

Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami nesouvisí s jejich věkem.

H2a:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 5 a vzděláním. S ohledem na to, že obě proměnné jsou ordinální (škály), byla použita korelace. Korelační matice níže ukazuje $p = -0,114$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H2a zamítáme.

		ot.5	vzdělání
ot.5	r	1	-,114
	p		,174
	N	144	144
vzdělání	r	-,114	1
	p	,174	
	N	144	144

H2b:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 11 a vzděláním. S ohledem na to, že jedna proměnná, a to vzdělání je ordinální (škály) a druhá nominální, byla použita ANOVA. Tabulka níže ukazuje $p = 0,438$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H2b zamítáme.

ANOVA

vzdělání

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Between Groups	2,177	3	,726	,911	,438

Within Groups	111,573	140	,797		
celkem	113,750	143			

H2c:

Byl testován statistický vztah mezi otázkou číslo 12 a vzděláním. S ohledem na to, že obě proměnné jsou ordinální (škály), byla použita korelace. Korelační matice níže ukazuje $p=0,061$, tudíž zde není žádný statisticky významný vztah a H2c zamítáme.

		vzdělání	ot.12
vzdělání	r	1	,061
	p		,465
	N	144	144
ot.12	r	,061	1
	p	,465	
	N	144	144

H2a-c se nepotvrdily, můžeme tedy zamítnout H2.

Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami nesouvisí s jejich vzděláním.

5 Diskuze

Bakalářská práce s názvem „Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester.“ byla zaměřena na podrobný popis komunikace a komunikačních aspektů důležitých pro kvalitní ošetrovatelskou péči. V práci byla popsána specifika sestry, jakož to kvalitního komunikátora. Aby byla celá problematika popsána komplexně, věnovali jsme se i tématům jako jsou psychické důsledky profese sester nebo péče o duševní zdraví a relaxace. Tyto témata jsou neméně významná pro to, aby byla sestra schopná vést kvalitní komunikaci. Je důležité, aby zdravotníci neztráceli chuť navazovat dobré vztahy s pacienty během ošetrovatelské péče.

Bakalářská práce je zaměřená především na komunikaci sester v rámci ošetrovatelské péče. Chování sestry během ošetrovatelské péče velmi úzce souvisí s jejím vnímáním hodnoty komunikace s pacientem (Chan et al., 2011). Ačkoliv je komunikace základním aspektem kvalitní ošetrovatelské péče, je Achillovou patou našeho zdravotnictví. Špatenková (2013) popisuje, že zdravotnický personál má ve svých rukou bez mála 80 % vývoje a náplně komunikace s pacientem. Sestra by měla tedy znát a dodržovat aspekty efektivní komunikace, protože kvalitní dorozumívání v profesi sestry je základním kamenem dobré ošetrovatelské péče, kdy je uspokojena vysílající i přijímající osoba (Dostálová, 2016).

Po teoretickém zmapování tématu byly stanoveny dvě hypotézy, které byly testovány spolu s otázkami 5, 11 a 12. Proto tyto tři otázky budou níže detailně rozvedeny a v návaznosti na jejich popis budou představeny jednotlivé hypotézy.

Klíčovou součástí vědy o ošetrovatelství a vysoce kvalitní ošetrovatelské péči je interakce mezi sestrou a nemocným. Hlavním záměrem komunikace je ovlivnění zdravotního stavu a pohody nemocného (Newell a Jordan, 2015). Proto byla vytvořena otázka číslo 5, která byla jednou ze zásadních otázek dotazníku. U respondentů zjišťuje, zda považují komunikaci za důležitou součást ošetrovatelské péče. Ze zkoumaného celku se negativně vyjádřilo celkem 15 (12 %) dotazovaných. Uvedli odpovědi buď ne nebo spíše ne, upřednostňují jiné činnosti v profesi sestry. Naštěstí 89 % respondentů odpovědělo pozitivně, tedy že komunikaci považují za důležitou součást péče. Pravdou je, že 40 % z 89 % respondentů se ztotožňuje s tvrzením, že ačkoliv považují komunikaci za důležitou, v ošetrovatelské péči vnímají i důležitější aspekty.

Aby se pacient necítil jako nedůležitá část depersonalizovaného mechanismu zdravotnictví, je velice významné pro navázání dobrého vztahu mezi dvěma komunikujícími, projevit zájem a snahu o porozumění. Respekt, zájem a humanita jsou silné atributy k vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotníkem a nemocným (Bednařík a Andrášiová, 2020). Proto se druhá klíčová otázka táže sester, zda vnímají jako důležité, projevit pacientovi porozumění a zájem během navazování dobrého vztahu v rámci ošetrovatelské péče. Celých 88 % dotazovaných odpovědělo pozitivně. Buď toto tvrzení vnímají jako prioritu v jejich profesi nebo považují za důležité projevit porozumění a zájem, ačkoliv pro ně existují i podstatnější záležitosti v jejich povolání.

Studie Murante et al. (2016) popisuje, že systematická zpětná vazba napomáhá zlepšovat mezilidské vztahy a dává prostor pro zlepšení dovedností ve vykonávané práci. Komunikace je nejdůležitějším faktorem ovlivňující spokojenost pacientů. Bylo zjištěno, že nemocnice, které vyvinuly více úsilí pro získání zpětné vazby, měly pacienty s lepší zkušeností v rámci komunikace. Tato zjištění tedy podporují pozitivní dopad zpětné vazby na výkon zdravotníků. V rámci této bakalářské práce byla vytvořena otázka číslo 12. V otázce sestry ze tří okresních nemocnic sdílely názor na důležitost zpětné vazby. Bez rozdílu ve věku či vzdělání, 59 % sester se s pacientem vždy raději ujistí, že podané informace byly pochopeny. Vnímají, že je důležité věnovat čas zpětné vazbě.

První hypotéza zněla: „Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich věku.“ Věkové skupiny byly rozděleny do 5 kategorií. Kategorie šly chronologicky za sebou od věkové skupiny do 29 let, 30-39 let, 40-49let, 50-59 let, až po poslední skupinu 60 a více let. Ačkoliv subjektivní presumpce byla taková, že věk bude významným ovlivňujícím faktorem, díky statistickému vyhodnocení hypotéz s otázkami číslo 5, 11 a 12 jsme nenalezli statisticky významný vztah, a proto byla hypotéza číslo 1 zamítnuta. Drahošová a Jarošová (2015) ve svém článku však shledávají statistickou významnost ve vztahu věku sester, délky praxe v profesi a jejich chování. Zmíněné autorky popisují, že sestry s praxí do 10 let získaly vyšší statistický průměr, než sestry působící v profesi déle než 10 let. Demografickým faktorem, jako je právě věk, se zabývala i Špirudová (2006), která uvedla, že věk sester a jeho propojení s kvalitou a kvantitou komunikace zatím není zřejmý. Avšak bylo prokázáno, že sestry s delší praxí v zaměstnání dovedou lépe využít množství nasbíraných zkušeností v profesi. To se projektuje do dovednosti taktního a citlivého předávání informací v rámci komunikace s

pacientem. Oproti faktoru doby působení v profesi, vzdělání sester dle Špirudové nemělo tak významný dopad na zmíněné aspekty komunikace.

Druhá hypotéza předpokládá, že: „Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich vzdělání.“ Pro potvrzení či vyvrácení tohoto předpokladu bylo nutné rozdělit respondenty do 3 kategorií dle vzdělání. Respondenti měli na výběr k zaškrtnutí středoškolské, vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání. Byl prověřen statistický vztah mezi vzděláním a otázkami číslo 5, 11 a 12, které zřetelně ukazují pohled sester na hodnotu komunikace v ošetrovatelské péči. Na základě statistického testování byla hypotéza číslo 2 vyvrácena. Stupeň vzdělání nemá významný vliv na vnímání hodnot komunikace sester v ošetrovatelské péči. V zahraničním výzkumu se ale výsledky liší. Kourkouta a Papathanasiou (2014) říkají, že je nutné klást důraz na hodnotu komunikace mezi pacientem a sestrou. Sestry by měly věnovat svůj čas studiu komunikace, mezilidským vztahům a také průběžně vyhledávat speciální kurzy a stáže. Apelují na to, že důkladné vzdělávání sester má velmi pozitivní vliv na komunikační dovednosti a vnímání hodnoty komunikace. Sestry jsou tak díky rozšiřování vědomostí schopny lépe využívat aspekty efektivní komunikace v ošetrovatelské péči (Norouzinia et al., 2016). Vztah mezi komunikací a faktorem vzdělání specifikuje i Špirudová (2006), která tvrdí, že sestry s nižším vzděláním v menší míře citlivé ke skrytým sdělením ve verbální i neverbální komunikaci v rámci ošetrovatelské péče. Také uvádí, že kvalifikovanější sestry vnímají vyšší význam ve sdělování podrobných informací pacientovi. To lze vnímat jako vysoce významný poznatek. Díky vyšší míře informovanosti se pacient cítí klidněji a bezpečněji.

Díky výzkumu vyšly na povrch i jiné významné faktory, které ovlivňují vnímání hodnoty komunikace sestrami. Bylo zjištěno, že téměř většina, tedy 88 (66 %) sester ze 133 pocítuje nedostatek času na kvalitní komunikaci s pacientem. Tedy takovou komunikaci, ve které může zdravotník využít veškeré své komunikační dovednosti získané během svého vzdělávání a praxe. Důvodů, proč sestry cítí nedostatek času ve svém zaměstnání, je hned několik. Nejčastěji uváděnými důvody jsou: mnoho povinností, příliš administrativy a nedostatek personálu. Vyjmenované důvody mohou negativně působit na sestry a vytvářet tak stresující pracovní prostředí. Výzkum poukázal na to, že vyšší míra stresu je pro toto povolání naprosto běžná. Pouze 7 (5 %) respondentů odpovědělo, že se stresem se ve své profesi nepotýká. Přesně polovina respondentů uvedla, že se stresem občas setkává a téměř 40 % dotazovaných se stresuje ve svém zaměstnání často.

Cílem této práce bylo zmapovat vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester. Díky širokému průzkumu v této problematice vyšla na povrch myšlenka, která je dle mého, vhodná k popsání. Většina zdrojů, z kterých bylo čerpáno, popisuje již zmíněnou komunikaci, její druhy, faktory ovlivňující vnímání hodnoty komunikace a jiné. Výzkum byl orientován stejným směrem a ukázal, že sestry vnímají komunikaci jako důležitý aspekt ošetrovatelské péče. Spojením myšlenek svých a myšlenek Špirudové (2015) docházíme k jedné problematice. Po dobu vzdělávání jsou sestry důsledně edukovány o problematice naplnění pacientových potřeb. Věnují se ale zdravotnická zařízení potřebám, které mají sestry? Dostávají sestry dostatečný prostor pro pomáhání a pečování jak o sebe, tak i o pacienty?

Vhodnou budoucností, a to i na základě osobních zkušeností, je supervize pro sestry, kde budou sestry doprovázeny k sebereflexi a kritickému myšlení. Bylo by vhodné pracovat na kultivaci psychosociální podpory, a to za možnosti získání odborné dlouhodobé pomoci ze strany zaměstnavatele. Zamezí se tak předčasné ztrátě zájmu v profesi anebo případnému syndromu vyhoření, které je tak často diskutované. Právě syndrom vyhoření je jedním z důsledků tak často vnímaného stresu v zaměstnání.

Pro zachování kvalitní komunikace by sestra měla být ochotna pracovat na svém duševním zdraví. Věnovat se psychohygieně a též si uvědomovat základní principy efektivní komunikace, které využívá při své praxi. Pokud vnímá důležitost komunikace mezi sestrou a pacientem, měla by aktivně využívat své dovednosti, věnovat se sebereflexi, být si vědoma svých chyb a případně je aktivně napravovat (Morrissey a Callaghan, 2011).

6 Závěr

Tato práce se zaměřila na vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester v závislosti na vzdělání a věku sester. Díky kvantitativnímu výzkumu zaměřeném právě na tuto tematiku bylo možné zmapovat, do jaké míry je komunikace důležitá pro sestry během každodenního kontaktu s pacienty.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester. Na základě stanoveného cíle byly určeny dvě hypotézy. Hypotéza číslo 1 byla určena tak, aby potvrdila či vyvrátila tvrzení, že vnímání hodnoty komunikace sestrami v ošetrovatelské péči je ovlivněno věkem. Druhá hypotéza předpokládala, že vnímání dané problematiky je ovlivněno vzděláním.

Nejprve však byla teoreticky popsána komplexní problematika komunikace. Z obecného popisu komunikace byla dále přesunuta pozornost na konkrétní charakteristiky jednotlivých komunikačních dovedností sester, chyby v komunikaci nebo na náročné komunikační situace v profesi sestry. Práce byla taktéž zaměřena na osobnostní předpoklady, psychické důsledky profese a na neméně důležitou péči a prevenci v oblasti duševního zdraví. Všechny tyto oblasti významně ovlivňují komunikaci s pacientem.

Empirická část byla zaměřena na výzkumné šetření sester v oblasti vnímání hodnot komunikace s pacientem. Dle statistického testování dat byly obě hypotézy zamítnuty. Věk, ani vzdělání nemá významný vliv na vnímání hodnoty komunikace sester v ošetrovatelské péči. Avšak ostatní poskytnutá data, která byla znázorněna pomocí grafů a tabulek, dala jasné informace o tom, že sestry vnímají hodnotu komunikace v ošetrovatelské péči jako důležité. Pro sestry je úspěšné propojení s pacientem významným aspektem v ošetrovatelské péči.

Díky výzkumu bylo zjištěno, že sestry vnímají hodnotu komunikace jako významnou. Vyplývá na povrch, že největším přínosem komunikace během ošetrovatelské péče je zajištění pacientovo pocitu jistoty a bezpečí a předávání informací mezi sestrou a pacientem.

Bakalářskou práci lze využít jako edukační materiál pro studenty středních i vysokých škol oboru ošetrovatelství. Díky této práci si mohou prohloubit a rozšířit své znalosti i zdravotníci, kteří jsou již zaměstnaní. Přínosem této práce jsou i otázky vyplývající

z diskuze, které otvírají málo nebo nedostatečně diskutované téma o psychoterapeutickém doprovázení sester během vykonávání psychicky náročné profese. Věřím, že toto může být zajímavá idea pro studenty, hledající téma pro svou závěrečnou práci.

7 Zdroje literatury

1. BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020 Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada publishing. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.
2. BERAN, J. et al, 2010. Lékařská psychologie v praxi. Praha: Grada publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
3. BUŽGOVÁ, R., 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-9038-1.
4. ČERNÝ, V., GROFOVÁ, K., 2015. Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl. 120 s. ISBN 978-80-266-0835-6.
5. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
6. DRAHOŠOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D., 2015. Perception of nursing behaviour by surgery nurses in choosen region of the Czech Republic. Kontakt. 17 (1), 22-28 s. ISSN 1212-4117.
7. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
8. HOSÁK, L. et al., 2015. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum. 632 s. ISBN 978-80-246-3011-3.
9. CHAN A., E., JONES, A., FUNG, S., SUI CHU, W., 2011. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing. p. 1168-77. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03841.x.
10. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
11. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. 2.vydání. Praha: Grada publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
12. KOPECKÁ, I., 2015. Psychologie 3.díl. Praha: Grada publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
13. KOURKOURA, L., PAPATHANASIOU V., I., 2014. Communication in Nursing Practise. Mater Sociomedica. p.65-67. doi:10.5455/msm.2014.26.65-67.
14. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. Sestra a stres. Praha: Grada publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

15. MALÍKOVÁ, E., 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
16. MLÝNKOVÁ, J., 2010. Pečovatelství 1. díl. Praha: Grada publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
17. MORRISSEY, J., CALLAGHAN, P., 2011. Communication skills for mental health nurses. New York: Open University Press. 163 s. ISBN 978-0-33-523870-5.
18. MOTSCHNIG, R., NIKL, L., 2011. Komunikace zaměřená na člověka. Praha: Grada publishing. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
19. MURANTE, A. M., VAINIERI, M., ROJAS, D., NUTI, S., 2014. Does feedback influence patient – professional communication? Empirical evidence from Italy. 273-280 p. ISSN 0168-8510.
20. NEWELL, S., JORDAN, Z., 2015. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. 76-87 p. doi10.11124/jbisrir-2015-1072.
21. NOROUZINIA, R., AGHABARARI, M., SHIRI, M., KARIMI, M., SAMAMI, E., 2016. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. Global Journal of Health Science. 65-74 p. doi:10.5539/gjhs.v8n6p65.
22. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. Ošetřovatelství II. Praha: Grada publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-7104-5.
23. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada publishing. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
24. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. Ošetřovatelství II. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
25. POKORNÁ, A., 2010. Komunikace se seniory. Praha: Grada publishing. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
26. PTÁČEK, R. et al., 2011. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
27. ROUSH, K., 2010. What nurses know...PCOS. New York: Demos medical publishing. 149 s. ISBN 978-1-932603-84-2.
28. STASKOVÁ, V. et al., 2019. Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století. Praha: Grada publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
29. ŠIFFELOVÁ, D., 2010. Rogersovská psychoterapie pro 21. století. Praha: Grada publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-2938-1.

30. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ 2009. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-726-2599-4.
31. ŠPIRUDOVÁ, L., et al., 2006. Multikulturní ošetrovatelství II. Praha: Grada publishing. 248 s. ISBN: 80-247-1213-X.
32. ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. Doprovázení v ošetrovatelství I. Pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
33. TOMÁŠ, P. et al. 2014. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada publishing. 296 s. ISBN 978-80-247-9253-8.
34. VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
35. VÉVODA, J. et al., 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada publishing. 65 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
36. ZACHAROVÁ, E., 2016. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
37. ZACHAROVÁ, E., 2017. Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení. 2.vydání. Praha: Grada publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
38. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-7108-3.
39. ZELENÍKOVÁ, R., 2019. Ošetrovatelství II. 2. přepracované vydání. Praha: Grada publishing. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.

8 Přílohy

8.1 Dotazník

Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den,
jmenuji se Iva Ziková a jsem studentkou Jihočeské univerzity, Zdravotně sociální fakulty, oboru Všeobecná sestra. Na závěr mého studia se věnuji bakalářské práci na téma Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester. Pomocí dotazníku bych ráda zmapovala Váš pohled na komunikaci s pacientem a její hodnotu. Dotazník bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce a veškeré informace zůstanou v anonymitě. Na otázky prosím odpovídejte vždy pouze jednou odpovědí. Děkuji Vám za věnovanou pozornost a odpovědi na můj dotazník.

1. Jaký je váš věk?

- Do 29 let
- 30–39 let
- 40-49 let
- 50-59 let
- 60 a více let

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Jak dlouho působíte v profesi sestry?

- Do 9 let
- 10-19 let
- 20-29 let
- 30 let a více

4. Je pro vás důležitý vztah s pacientem?

- Ano, považuji to za důležité.
- Je to důležité, ale není to na prvním místě.
- Ne, sestra nemá prostor pro vytváření vztahu s pacientem.

- Jiné (prosím uveďte)

5. Považujete komunikaci za důležitou součást ošetrovatelské péče?

- Ano, je to velmi důležité.
- Spíše ano. Jsou ale i důležitější aspekty v ošetrovatelské péči.
- Spíše ne. Upřednostňuji jiné činnosti v profesi sestry.
- Ne.
- Jiné (prosím uveďte)

6. V čem vnímáte největší přínos komunikace během ošetrovatelské péče?

Prosím zvolte pouze jednu nejvýznamnější prioritu.

- Předávání informací mezi sestrou a pacientem
- Předávání informací v rámci zdravotnického týmu
- Zajištění pacientovi pocit jistoty a bezpečí
- Projev úcty k pacientovi
- Jiné (prosím uveďte)

7. Myslíte si, že máte dostatek času na komunikaci s pacientem?

- Ano, vždy.
- Spíše ano.
- Spíše ne
- Ne

8. Pokud **ne**, prosím uveďte důvod:

- Příliš administrativy.
- Nedostatek personálu.
- Mnoho povinností.
- Jiné (prosím uveďte)

9. Považujete za důležitou součást komunikace základní komunikační dovednosti, jako jsou empatie, aktivní naslouchání, asertivita, umění mlčení a jiné?

- Ano, snažím se tyto dovednosti zahrnout do každodenní komunikace s pacientem.
- Ano, neovládám je podle svých představ.
- Není to má priorita.

10. Pokud ne, prosím o uvedení důvodu:

.....

11. Považujete za důležité projevit pacientovi porozumění a zájem během navazování dobrého vztahu?

- Ano, je to má priorita.
- Ano, ale jsou i podstatnější záležitosti.
- Ne, raději se soustředím na své povinnosti.
- Ne, není na to dostatek času.

12. Považujete za důležité získat od pacienta zpětnou vazbu?

- Ano, vždy se raději ujistím, že pacient rozumí všem podaným informacím.
- Většinou ano.
- Ne, předpokládám, že pacient všemu rozuměl.
- Ne, není na to dostatek času.
- Jiné (prosím uveďte)

13. Postrádáte někdy zájem v profesi sestry?

- Ano, neustále.
- Ano, často.
- Občas.
- Nikdy.

14. Zohledňujete věk pacienta během komunikace?

- Ano, vždy.
- Většinou ano.
- Většinou ne.
- Ne, s každým pacientem komunikuji stejně.

15. Věnujete pozornost neverbálním projevům během komunikace s pacientem?

- Ano, vždy sleduji neverbální projevy.
- Občas ano, ale spíše se soustředím na verbální projev.
- Nevěnuji pozornost neverbální komunikaci.

16. Ptáte se pacienta přímými otázkami na jeho aktuální psychický stav?

- Ano.
- Většinou ano.
- Většinou ne.
- Ne, nikdy.

17. Cítíte se vystresovaný/á ve své profesi?

- Neustále.
- Často.
- Občas.
- Nikdy.

18. Věnujete se psychohygieně?

- Ano, velmi často
- Ano, ale mohla bych ji věnovat více pozornosti.
- Ne.

8.2 Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Studijní program/obor: Všeobecná sestra

Jméno a příjmení studenta/studentky: Iva Zíková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): zikovii00@zsfjcu.cz, 606784160

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice a.s.

Oddělení: Interní, chirurgické, oddělení následné péče, gynekologie

Název práce: Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester

Hypotézy, výzkumné otázky:

1. Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich věku.
2. Vnímání hodnoty komunikace v ošetrovatelské péči sestrami se liší v závislosti na jejich vzdělání.

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Metodika

Pro zpracování empirické části práce bude použita kvantitativní metodika, sběr dat bude uskutečněn technikou dotazníku vlastní konstrukce. Výzkumný soubor budou tvořit sestry pracující ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Zahrnuto bude 150 sester.

Předpokládané výstupy:

Práce poukáže na důležitost komunikace v každodenní ošetrovatelské péči a odhalí postoj sester k její hodnotě.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

S realizací výzkumu na základě výše uvedené metodiky souhlasím.

Jméno: Mgr. Jiří Kaas Ph.D.

Podpis:



Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Mgr. Monika Kyselová, MBA



Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

9 Seznam zkratek

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ANOVA – Analýza rozptylu

r – Pearsonův korelační koeficient

N – velikost souboru

p – signifikance

df – stupně volnosti,

F – ANOVA hodnota