



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Role sestry v neurologické ambulanci

Vypracoval: Veronika Soumarová  
Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2014

# Abstrakt

## Název bakalářské práce: Role sestry v neurologické ambulanci

**Teoretická východiska:** Neurologická ambulance je specializované pracoviště, ve kterém se setkáváme s onemocněním nervového systému a především zde pozorujeme různá neurologická vyšetření. Sestra pracující v této ambulanci by měla vykonávat jak sesterské povinnosti, tak by měla zastávat určité role, a to například roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, edukátorky, manažerky, výzkumnice, advokátky, nositelky změn, ale i mentorky. Jelikož onemocnění neurologické soustavy bývá závažné, měla by sestra dbát i na správnou komunikaci s pacientem. Je to právě sestra, která bývá první osobou, se kterou se pacient v ambulanci setkává. Proto je pro pacienta velmi důležitá edukace. Teoretická část této bakalářské práce se zabývá právě rolami sester, neurologickými onemocněními, vyšetřovacími metodami, potřebami pacientů, vztahem mezi sestrou a pacientem a úspěšnou komunikací.

**Cíle práce a výzkumné otázky:** V praktické části jsme si stanovili dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit role sestry v neurologické ambulanci. K tomuto cíli byla přiřazena výzkumná otázka - Jaké jsou role sestry v neurologické ambulanci? V druhém cíli jsme se věnovali zjišťování specifik komunikace s pacientem v neurologické ambulanci. Tento cíl jsme zjišťovali výzkumnou otázkou - Jaká jsou specifika komunikace s pacientem v neurologické ambulanci?

**Metodika:** Zvolili jsme formu kvalitativního výzkumného šetření. Ke zjištění údajů jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který měl 27 otázek. Výzkum probíhal ve dvou nemocnicích Jihočeského kraje v druhé polovině května. Rozhovory jsme prováděli se čtyřmi sestrami z neurologických ambulancí. První dva rozhovory byly sepsány písemně, zbylé dva byly nahrány na diktafon, z nichž získané informace byly doslovně přepsány a za pomoci metody tužky a papíru zpracovány do kategorií.

**Výsledky:** Z vypracovaných rozhovorů bylo vytvořeno devět kategorií. V první kategorii jsme se zaměřili na denní harmonogram sestry v neurologické ambulanci, při kterém bylo zjištěno, že sestry nejčastěji provádějí odběry biologického materiálu, pracují s dokumentací, vyřizují telefonáty, objednávají pacienty, provádějí dezinfekci povrchů, měří fyziologické funkce a především asistují lékaři. Dále jsme zjistili, že téměř všechny sestry jsou poskytovatelkou ošetrovatelské péče, edukátorkou, manažerkou, nicméně pouze jedna sestra uvedla zvládání všech rolí sestry, včetně advokátky a výzkumnice. Ve druhé kategorii jsme se zabývali vzděláváním sester, kde se ukázalo, že většina sester navštěvuje semináře a různé kurzy. Vzdělávají se především pomocí odborných časopisů a internetu. Ve třetí kategorii jsme se věnovali neurologickým chorobám, ve které jsme upozorovali vědomosti sester. Všechny sestry se shodovaly v odpovědích, pouze nás zarazila jejich neobornost (př. „takové to brnění prstů“, místo „parestezie“). Ve čtvrté kategorii jsme poukázali na vyšetřovací metody a činnosti, které při nich sestry vykonávají. S překvapením jsme zjistili, že dotazované sestry vykonávají pouze přípravu pomůcek na vyšetření, odběry biologického materiálu a často asistují lékaři při klinickém vyšetření. Jedna sestra odpověděla, že při akutním příjmu je schopna provést vyšetření pomocí EEG. V páté kategorii jsme se věnovali edukaci, při které jsme se dozvěděli, že v neurologické ambulanci nejčastěji edukuje lékař i sestra. Sestry edukují kombinovanou formou, a to jak slovně, tak i písemně. Všechny sestry zjišťují zpětnou vazbu od pacienta, nicméně uvádějí, že většinou na edukaci není dostatek času. V šesté kapitole jsme rozebírali ošetrovatelské problémy a jejich řešení. Udivující bylo, že tři ze čtyř sester si neuměly vymezit pojem „ošetrovatelský problém“. Po objasnění pojmu sestry nejčastěji uváděly bolest, strach, úzkost a poruchu spánku. Tyto problémy řešily slovním uklidněním, podporou a motivací pacienta. V sedmé kategorii jsme se zaměřili na stres a jeho řešení, ve kterém jsme zjistili, že většina sester se dokáže se stresem lehce vyrovnat. Pouze jedna ze sester poukázala na složitější snášení stresových situací. Všechny sestry, pokud se ocitají ve stresu, nějakým způsobem relaxují. V osmé kapitole byla zkoumána spokojenost se zaměstnáním. První polovina sester udávala velkou spokojenost, druhá polovina sester dávala najevo jasné znepokojení, neboť by ve své ambulanci změnily mnoho věcí. V

deváté kategorii jsme probírali kapitolu komunikace, která se dále dělila na podkategorie. Z výzkumu vyplynulo, že sestry v komunikaci s neurologickými pacienty nemají velké potíže. Konstatují, že se vždy nějakým způsobem dorozumí. Jen dvě sestry udávají, že v minulosti absolvovaly kurz komunikace. V některých případech je patrné, že by se sestry potřebovaly v komunikaci dále vzdělávat.

**Závěr:** Tato bakalářská práce byla vytvořena tak, aby posloužila začínajícím sestřím, které přemýšlejí o práci v neurologické ambulanci. Poznatky poukazují na přehled každodenních činností sestry.

**Klíčová slova:** role, sestra, neurologie, ambulance

# Abstract

## **The Title of the Bachelor's thesis: The Role of the Nurse in a Neurological Clinic**

**Theoretical outcomes:** A neurological clinic is a specialized department where diseases of the nervous system are treated, and, most importantly, various neurological examinations are performed. A nurse working in such a clinic should not only carry out her nursing duties; she should also perform certain roles, such as a care provider, an educator, a manager, a researcher, an advocate, a bearer of change, and a mentor. Since diseases of the nervous system are usually serious, the nurse should also aim to establish appropriate communication with the patient. It is the nurse whom a patient meets first in a neurological clinic. For this reason, education is vital for the patient. The theoretical part of this thesis deals with the roles of nurses, diseases of the nervous system, methods of examination, patients' needs, the nurse-patient relationship and successful communication.

**The aims of the thesis:** In the practical part of this thesis, we aimed to answer the following two research questions. 1) What are the roles of the nurse in a neurological clinic? 2) What are the features and parameters of nurse-patient communication in a neurological clinic?

**Methodology:** A form of qualitative research was chosen for the investigation, and a semi-structured interview consisting of 28 questions was used to obtain the desired data. The research was conducted in two hospitals in the South Bohemian Region in the second half of May. We interviewed four nurses from neurological clinics. Two of these interviews were written down; the other two were recorded and subsequently transcribed. Finally, all interviews were used to create categories.

**Results:** Nine categories were created based on the interviews. In the first category, we focused on the nurse's daily schedule in the neurological clinic. We discovered that the

nurses' most frequent tasks included collecting biological materials, working with documentation, making phone calls, making appointments for patients, disinfecting surfaces, measuring physiological functions, and – most importantly – assisting the doctor. Furthermore, we found that almost all the nurses acted as care providers, educators, and managers; however, only one nurse reported that she could manage all the roles required of her as a nurse, including the roles of advocate and researcher. In the second category, we addressed the training of nurses. Our results showed that most of the nurses attended seminars and various courses, and that they also educated themselves using professional magazines and the internet. The third category dealt with neurological diseases, and illustrated the nurses' clinical knowledge. All the nurses were in agreement in their answers; however, we were surprised by their occasional lack of precise clinical knowledge (e.g. using descriptions such as “a kind of tingling in fingers” instead of knowing the precise clinical term, i.e. paresthesia). In the fourth category, we focused on methods of examination and on activities carried out by nurses during an examination. We were surprised to learn that the respondents only carried out such tasks as preparing instruments for an examination, collecting biological materials, and assisting the doctor with clinical examinations. Only one nurse reported that she was able to perform an EEG examination in acute admission cases. The fifth category was dedicated to education. We learnt that in the neurological clinic, both doctors and nurses educate patients, with nurses educating patients verbally or by means of written text. All the nurses would ask patients for feedback, but they reported that they usually had too little time for education. The sixth category discussed nursing problems and their solutions. We found it surprising that three out of four nurses could not define the term “nursing problem”. After the term had been explained, the nurses most often mentioned pain, fear, anxiety, and sleep disorders. They would attempt to solve these problems by using verbal calming and by supporting and motivating the patient. The seventh category focused on stress and coping strategies. Most of the nurses could cope easily with stress; only one nurse mentioned problems coping with stress. When under stress, all the nurses tried to relax in some way. In the eighth category, we concentrated on the question of job satisfaction. One half of the nurses stated they were greatly

satisfied, while the second half expressed concerns about practices in their clinics. In the ninth category, further divided into subcategories, we discussed the topic of communication. According to our research, the nurses experienced no significant problems in communication with patients. They reported that they could always find a way to communicate with them. Only two nurses reported that they had attended a communication course. For some of them, it is evident that they would need further education in communication.

**Conclusion:** This Bachelor's thesis was written with the aim of serving novice nurses who consider working in a neurological clinic. The findings in this thesis offer an overview of a nurse's routine tasks.

**Key words:** role, nurse, neurology, clinic

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11.9.2014

.....

Veronika Soumarová



## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení práce, poskytování cenných rad, trpělivost a čas, který mi po celou dobu mé práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám, které mi poskytly rozhovor, za jejich ochotu a věnovaný čas.

# Obsah

Seznam použitých zkratk	12
Úvod	13
1 Současný stav	14
1.1 Role sestry	14
1.1.1 Osobnost sestry	15
1.1.2 Zátěžové situace ambulantní sestry	16
1.2 Práce sestry v neurologické ambulanci	17
1.2.1 Edukace	17
1.3 Nejčastější onemocnění v neurologii	19
1.4 Vyšetřovací metody v neurologické ambulanci	21
1.4.1 Lumbální punkce	21
1.4.2 Obstříky	22
1.4.3 Elektroencefalografie (EEG)	22
1.4.4 Elektromyografie (EMG)	23
1.4.5 Evokované potenciály (EP)	24
1.4.6 Pomocná vyšetření v neurologii	24
1.5 Potřeby pacientů v ambulantní péči	25
1.5.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v neurologické ambulanci	26
1.6 Vztah sestra–pacient v neurologické ambulanci	27
1.7 Komunikace sestra–pacient	28
1.7.1 Umění úspěšné komunikace	28
1.8 Specifika komunikace v neurologické ambulanci	30
1.8.1 Komunikace s pacientem při cévní mozkové příhodě	30
1.8.2 Komunikace s pacientem po epileptickém záchvatu	30
1.8.3 Komunikace s pacientem trpícím demencí	30
1.8.4 Komunikace s pacientem trpícím bolestí	31
2 Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Výzkumné otázky	32

3	Metodika.....	33
3.1	Použitá metoda výzkumu .....	33
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4	Kategorizace výsledků rozhovorů .....	35
4.1	Seznam kategorizačních skupin .....	35
4.1.1	Kategorie denní harmonogram práce sestry v neurologické ambulanci... ..	35
4.1.2	Kategorie vzdělávání sester .....	37
4.1.3	Kategorie onemocnění .....	37
4.1.4	Kategorie vyšetřovací metody a činnosti sester při nich .....	38
4.1.5	Kategorie edukace pacientů .....	39
4.1.6	Kategorie ošetrovatelské problémy a jejich řešení .....	40
4.1.7	Kategorie stres a jeho řešení .....	40
4.1.8	Kategorie spokojenost se zaměstnáním .....	41
4.1.9	Kategorie komunikace s pacientem .....	42
5	Diskuze .....	46
6	Závěr .....	53
7	Seznam použitých zdrojů.....	55
8	Přílohy.....	60

## Seznam použitých zkratk

ARIP	studijní program anestezie, resuscitace a intenzivní péče
IADL	test instrumentálních všedních činností
ADL	barthelův test základních všedních činností
CMP	centrální mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
GCS	glasgow coma score
JIP	jednotka intenzivní péče
SZŠ	střední zdravotnická škola
VŠ	vysoká škola
Bc.	bakalář

## Úvod

Neurologická ambulance je odborné pracoviště, ve kterém se setkáváme s poruchami vědomí, bolestmi hlavy, cévním onemocněním mozku a míchy, postižením periferních nervů, epilepsií, poruchami spánku, vertebrogenními obtížemi, demyelinizačním, extrapyramidovým nebo degenerativním onemocněním nervové soustavy.

V této ambulanci dochází k prvnímu kontaktu s pacientem, tudíž zde sestra hraje v značnou roli, protože bývá prvním představitelem zdravotnického personálu, se kterým se pacient setkává. Základem úspěšného fungování v práci sestry je vlídná komunikace a umění naslouchat.

Sestra v neurologické ambulanci zastává několik rolí, které by měla umět ovládat: role poskytovatelky ošetrovatelské péče, edukátorky, výzkumnice, advokátky, manažerky, mentorky a nositelky změn. Na povolání sestry jsou kladeny značně vysoké nároky v organizační, odborné, ale hlavně v administrativní sféře. Jelikož jsou zdravotní sestry vyhraněnou profesní skupinou, často se setkávají s tím, že musí potlačit své nálady a postoje, zvládat vyhrocené situace a překonat je ve prospěch pacienta. Důležitý je i vztah mezi sestrou a lékařem. Měl by být přátelský, respektující a rovnoprávný.

Kvalita a úroveň komunikace je důležitá, protože sestra svým přístupem má možnost zajistit příjemnou atmosféru, zmírnit obavy pacienta nebo zajistit potřeby jistoty a bezpečí. Svoji profesionalitou má možnost pomoci pacientům překonat nepříjemné okamžiky strávené čekáním v čekárně.

Téma jsem si vybrala, protože mě zajímá, jaké postavení má sestra v neurologické ambulanci, co tato práce obnáší a jak na ni pohlíží samotné sestry.

# 1 Současný stav

## 1.1 Role sestry

Profesní roli definujeme jako chování člověka ovlivněné určitým postavením ve společnosti. Chování však není hlavním požadavkem. Profesní role je dále úzce spjata s prožíváním (emocemi), postoji a individuálními vlastnostmi osobnosti. Lze ji vysvětlit taktéž jako prestiž povolání, při které dochází k určité pozici v sociálním systému (Farkašová, 2006).

V rámci srovnání 26 profesí se umisťuje zdravotní sestra na 3. místě, což vypovídá o významné pozici této profese ve společnosti (Tuček, 2013).

Důležitým faktorem pro hodnocení profesí je jejich image. Ta představuje souhrn pocitů, názorů a postojů ze strany společnosti. V poslední době profese zdravotní sestry prodělala obrovské změny. Od sester jsou vyžadovány nové vědomosti a větší objem získaných poznatků, a to především v souvislosti s potíženími nemocného jedince. Z tohoto důvodu je všeobecná sestra vysoce uznávanou osobností ve zdravotní péči (Farkašová, 2006).

Její kompetence jsou legislativně dány platnou vyhláškou č. 55/2011 Sb. Tato vyhláška obsahuje kompetence všeobecné sestry: „*Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3, odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem, poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.*“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2011).

Sestra pracující v neurologické ambulanci by měla taktéž vycházet z potřeb nemocného, zajistit mu pocit jistoty a bezpečí a být ve své profesi neutrálně emoční. Roli sestry ovlivňuje mnoho faktorů, jedná se například o změny ve společnosti, neustále pozměňovaný systém zdravotní péče či nové technologie.

Všeobecná sestra zastává v současné době 7 základních rolí:

*Sestra – poskytovatelka ošetrovatelské péče.* Role, kterou sestra vykonává v souvislosti s ošetrovatelskou péčí o pacienta. Využívá holistický přístup.

*Sestra – manažerka.* Sestra v této roli zastává organizační povinnosti. Pokud sestra tuto roli nezvládá, může dojít k neefektivní péči.

*Sestra – edukátorka.* Jedná se o roli, při které dochází k utváření chování a jednání pacienta, tzn. sestra předává informace a usiluje o obnovení zdraví jedince.

*Sestra – advokátka.* Role, při které sestra dává najevo svůj zájem o pacienta. Obhajuje práva pacientů, vysvětluje je a sdílí jeho zájmy či potíže.

*Sestra – nositelka změn.* Pokud sestra nechce, aby její práce stagnovala, je důležité, aby docházelo ke změnám v její práci.

*Sestra – výzkumnice.* Tato role předpokládá, že sestry budou mít přiměřené vzdělání a potenciál pro výzkumnou činnost. Je to záruka výborně provedené ošetrovatelské péče.

*Sestra – mentorka.* Aby mohla efektivně vést a dohlížet nad studenty zdravotnických oborů, očekává se od sestry, že bude mít zralou osobnost a pedagogickou způsobilost (Farkašová, 2006).

### **1.1.1 Osobnost sestry**

Zdravotnická práce patří mezi povolání velmi náročná. Nemocný člověk je hlavním předmětem práce sestry, nicméně důležitou součástí je i dodržování nejrůznějších forem jednání, a to jak s nemocným, tak i s kolegy. V dnešní době se předpokládá, že sestra bude zvládat odborné činnosti, čelit fyzické zátěži, umět manipulovat s moderními technologiemi, zvládat administrativní činnosti a především bude schopna ovlivnit pacientovo prožívání a jednání a vést ho správným směrem. Tyto požadavky jsou velmi náročné nejen na osobnost sestry, ale i na její styl práce a duševní stabilitu, proto jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady, které by všeobecná sestra v neurologické ambulanci měla splňovat. Jedná se především o schopnost řešit zadané úkoly, být dostatečně kritická i sebekritická, umět porozumět potížím nemocného, mít dostatečnou dávku empatie, mít příjemné, nicméně sebevědomé vystupování, být trpělivá, mít smysl pro humor (tzn. smát se s pacientem, ne pacientovi), být zodpovědná, mít kladný vztah k lidem a v případě nepříjemností se umět ovládat (Zacharová, 2007).

Chování sestry je důležitou součástí léčebného režimu pacienta. Ten může zaznamenat hrozbu ze strany zdravotnického personálu, a to má neblahý vliv na léčbu.

Sestry by proto měly uzpůsobovat své chování a věnovat se vyslaným signálům i od přátel pracujících mimo zdravotnictví. Obrovský vliv na chování sestry má i pracovní vypětí, každodenní opakované činnosti či emocionální opotřebením, tzn. syndrom vyhoření (Zacharová, 2007).

### **1.1.2 Zátěžové situace ambulantní sestry**

Pokud se u člověka objeví nemoc, měla by být nejen správně diagnostikována, ale také léčena. Tak je tomu i se stresem. Stres je „stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na podněty.“ (Plamínek, 2013, s. 128). Otázkou je, zda sestry chtějí stres zvládnout nebo jsou ochotny ho pouze snášet. Nejlepším řešením, jak zvládat zátěžové situace, je relaxace. Pokud je volná chvíle, pro sestru je nejlepším východiskem projít se nebo se zaměřit na své dýchání. Některé sestry mohou preferovat uvolňování svalů a jiné potřebují nějakým způsobem ventilovat emoce (vypovídat se). Důležité je hledat řešení a pozitivní stránky toho, co se děje, a snažit se vyvarovat stresovým situacím (Křivohlavý, 2010).

Co dělat, aby sestře bylo lépe? Křivohlavý (2004) tvrdí, že sestra by neměla pečovat pouze o duševno a zdraví pacienta, ale také o to své. Pokud své emoce sestry nemají pod kontrolou, může docházet k tzv. syndromu vyhoření.

*„Syndrom vyhoření popisuje profesionální selhání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samostatného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje k povolání“* (Venglářová, 2011, s. 24).

Slavík (2012, s. 59) pro změnu definuje syndrom vyhoření jako „stav tělesného, emocionálního a psychického vyčerpání, jehož příčinou jsou nadměrné psychické a emocionální nároky.“

Jedním z řešení takových potíží je zvýšení motivace. Řada sester má jediný stimul – peníze. Na druhé straně však existují sestry, kterým nijak výrazně nezáleží na minimální mzdě, dělají svoji práci rády. Je pro ně důležitá příjemná atmosféra, vynikající kolektiv a možnost seberealizace (Dlugošová, Tkáčová, 2011).



## 1.2 Práce sestry v neurologické ambulanci

Neurologická ambulance spadá do specializovaného pracoviště, kde se poskytují preventivní, diagnostická a léčebná terapie pro pacienty, kteří nevyžadují hospitalizaci (Slezáková, 2006). Sestra by tedy měla být v oboru vzdělaná a měla by mít odbornou způsobilost pro výkony (Ministerstvo zdravotnictví, 2011).

V neurologické ambulanci zastává sestra několik činností, a to administrativní, při které vede evidenci neurologických pacientů, vyřizuje telefonáty, třídí lékařské nálezy, do zdravotních dokumentací vkládá klinické a laboratorní výsledky a shromažďuje záznamy pro pojišťovny. Další činností, kterou sestra koná, je diagnosticky-terapeutická činnost, při níž na základě ordinace lékaře provádí výkony, měří fyziologické funkce nebo asistuje lékaři při vyšetření (Slezáková, 2006). Důležitou roli hraje i čisté prostředí. Sestra má na starosti mechanickou očistu a dezinfekci povrchů. Do její práce samozřejmě spadá i důkladná hygienická dezinfekce rukou (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Dále se sestra angažuje v preventivní péči, při které se aktivně zapojuje do programů, které napomáhají ke zdravému životnímu stylu, sleduje rizikové faktory a motivuje pacienta ke změně životního stylu (omezení kouření a alkoholu, dostatek pohybu a efektivní zvládání stresu). Sestra nejenže edukuje pacienta slovní formou, ale také poskytuje propagační materiály, plakáty či brožury (Slezáková, 2006).

### 1.2.1 Edukace

Pojem edukace vychází z latinského názvu *educatio*, čili „vychovávat“. Výchova je orientována na pacienty, vychází z jeho potřeb a je zcela na něm, zda informaci přijme a nechá se jí vést (Šulistová, Trešlová, 2012).

Helus (2011, s. 254) ve své publikaci uvádí, že edukace je „*záměrné a řízené vychovávání a vzdělávání*.“

Vondráček, Wirthová, Pavlicová (2011) definují edukaci jako „*výchovu*“. Edukací není myšleno pouhé poučení o konkrétní věci, k edukaci významně patří i pomůcky.

Edukace se zaměřuje na navrácení či udržení pacientova zdraví a slouží ke zkvalitnění života jedince. Rozdělujeme ji na primární, sekundární a terciární. *Primární edukace* se zaměřuje na zdravé klienty, na jejich prevenci nemoci, aby nedocházelo ke zhoršení kvality jejich života. *Sekundární edukace* se věnuje nemocným jedincům, specializuje se na dodržování léčebného režimu, zachování soběstačnosti a na případná recidiva nemoci. Sestra u pacientů usiluje o modifikaci vědomostí a dovedností, aby nenastávaly komplikace v průběhu jejich léčby. *Terciární prevence* je orientována na pacienty, u nichž dochází k trvalým změnám, a proto je sestry edukují v oblasti zlepšení kvality života.

*„Edukace v ošetrovatelství není předání jednorázové informace klientům, nýbrž se jedná o efektivně připravenou edukační realitu, jejímž cílem je pozitivní změna ve vědomostech, dovednostech, postojích, návycích edukovaných klientů“* (Šulistová, Trešlová, 2012).

Při realizaci edukace by se měl brát zřetel na pohlaví pacienta, věk, úroveň soběstačnosti, psychický stav a v neposlední řadě na zdravotní stav. V akutním stadiu nemoci se pacient často nedokáže soustředit a vnímat edukátora – sestru. Sestra se zaměřuje na podání informací, které slouží výhradně k jeho „přežití“. Nelze říci, jak dlouho by měla edukace pacienta trvat. V chronickém stadiu se pro změnu často obměňuje fáze kompenzace a dekompenzace. Pacienti jsou typičtí tím, že někdy dodržují doporučení a někdy nikoliv. Realizaci edukace může ovlivnit i edukační bariéra, která se například vyskytuje u pacienta trpícího Alzheimerovou demencí (Juřeníková, 2010).

U nespolupracujících pacientů je jejich léčba složitá. Na vině bývá často zapomnětlivost či záměrné nedodržování léčebného režimu. V edukaci je proto důležitá motivace, která vede jedince k dodržování správné léčby (Raudenská, Javůrková, 2011).

### 1.3 Nejčastější onemocnění v neurologii

Sestra se v neurologické ambulanci nejčastěji setkává a pečuje o lidi s následujícími obtížemi:

*Bolesti hlavy* může zapříčínovat mechanické dráždění cév, nervů nebo mozkových plen. Bolesti mohou být migrenózního či tenzního charakteru.

*Onemocnění mozku a míchy* jsou velmi vážná, nejčastěji k nim dochází v souvislosti s následkem pádu nebo jsou zapříčiněna genetickou dispozicí.

*Nádory mozku* jsou závažným onemocněním. Nejčastěji se můžeme setkat s gliomy, meningiomy, mozkovými metastázami nebo nádory míchy a páteře.

*Cévní onemocnění mozku a míchy* jsou další nejčastější příčinou hospitalizace. Patří mezi ně cévní mozková příhoda, mozková hemoragie, subarachnoideální krvácení či žilní onemocnění mozkových cév.

*Zánětlivé onemocnění nervového systému* může být vyvoláno virem, bakterií, prvokem, parazitem, houbou a plísní. Setkáváme se např. s meningitidami, neuroinfekcemi, lymskou boreliózou a toxoplazmózou.

Dalším velmi častým důvodem, proč lidé přicházejí do neurologické ambulance, je *epilepsie* čili epileptický záchvat. Ten se projeví změnou chování, jednání a obvykle také poruchou vědomí. Epileptický záchvat dělíme na parciální (pacient neupadá do bezvědomí) a generalizovaný (narušeno vědomí, pacient upadá do bezvědomí).

*Spánek a jeho poruchy* jsou dalším důvodem návštěvy ambulance. Potíže nastávají tehdy, pokud se objeví poruchy v REM či nREM spánku. Nejčastějšími poruchami jsou narkolepsie, parasomnie, somnambulismus nebo syndrom spánkové apnoe.

*Demyelinizační onemocnění* je charakterizováno destrukcí myelinových pochev. Mezi tato onemocnění řadíme roztroušenou sklerózu mozkomíšní, encefalomyelitidu nebo Ballovu demyelinizaci.

*Extrapyramidové onemocnění systému* je způsobeno poškozením bazálních ganglií a jejich spojení. Patří sem Parkinsonova choroba, která je charakterizována klidovým třesem (Pfeiffer, 2007). Dále do této skupiny rovněž spadá Wilsonova choroba či dyskinetické syndromy (Seidl, 2004).

*Degenerativní onemocnění nervového systému* se vyznačuje atrofií mozku či rozšířením likvorových prostorů nejasné etiologie. Toto onemocnění můžeme vidět u demence, např. u Pickovy či Alzheimerovy nemoci. Alzheimerova nemoc se vyznačuje úbytkem kognitivních funkcí, který dopadá na pracovní, sociální nebo každodenní činnosti. Dochází k degradaci osobnosti a poruše základní soběstačnosti (Preiss, 2006).

*Myopatie* se nejčastěji vyskytují v dětském období a projevují se postupnou svalovou slabostí, která může vést po několika letech až k úmrtí.

Dalším méně častým onemocněním, kterým se zabývá neurologická ambulance je *Myasthenia gravis*. Charakterizuje se nadměrnou svalovou unavitelností, která se však po odpočinku přechodně upraví.

*Hydrocefalus* označujeme jako patologické zvýšení mozkomíšního moku. Hydrocefalus dělíme na obstrukční, komunikující, atrested a normotenzní.

*Postižení periferních nervů* bývají vegetativní, senzitivní a motorické. Do této kategorie spadají obrny nervů.

*Vertebrogenní onemocnění* je další nejčastější důvod návštěvy neurologické ambulance. Postihuje až 80 % lidské populace. Vertebrogenní obtíže se projevují bolestí páteře.

Poslední věcí, kterou se neurologická ambulance zabývá, jsou *neurologické komplikace způsobené vlivem léků či vlivem toxických látek*. Intoxikace může být způsobena etylalkoholem, metylalkoholem, olovem či rtutí (Kaňovský, 2007).

## 1.4 Vyšetřovací metody v neurologické ambulanci

Klinické neurologické vyšetření se řídí stavem vědomí a celkovým zdravotním stavem pacienta. Primárním nástrojem, který slouží ke shromažďování údajů o pacientovi, je sesterská anamnéza. Je to rozhovor, při kterém získáme specifické zdravotní údaje. V akutním stavu bychom se měli zaměřit pouze na nejnutnější informace, abychom předcházeli zatížení pacienta. Sesterská anamnéza by měla obsahovat všechny oblasti, které jsou zahrnuty v běžné anamnéze, a to identifikační údaje, přidružená onemocnění, důvod návštěvy, předcházející onemocnění, rodinnou, osobní, pracovní a farmakologickou anamnézu, životní styl, sociální, psychologické a spirituální údaje. V neposlední řadě sestra vyplňuje hodnotící škály, nejčastěji GCS, analogovou numerickou škálu bolesti, ADL, IADL (Mumenthaler, 2008).

Fyzikální vyšetření patří mezi nevyhnutelnou součást vstupního vyšetření, při kterém sestra využívá základní vyšetřovací metody, a to pohled, poslech, pohmat a poklep. Subjektivní údaje získává od pacienta, v případě poruchy vědomí od rodinných příslušníků.

Sestra při vyšetření CNS monitoruje úroveň vědomí, duševní stav, reflexy, hlavové nervy, motorické a sensorické funkce. Úroveň vědomí sestra posuzuje z kvalitativního nebo kvantitativního hlediska pomocí Glasgowské stupnice. Duševní stav hodnotí na základě orientace, řeči, paměti, pozornosti a myšlení nemocného. Měla by se také zaměřit na celkový vzhled hlavy (např. pigmentaci a typ kůže, mimiku, pohyblivost hlavy). Motorické funkce spočívají ve sledování postoje, chůze a rovnováhy, naopak sensorické funkce zahrnují dotyk, bolest, vibrace, teplotu a citlivost (Slezáková, 2006).

### 1.4.1 *Lumbální punkce*

Lumbální punkce je diagnosticko-terapeutická metoda, která slouží k průkazu či vyloučení zánětlivých nebo degenerativních onemocnění mozku, míchy a nervových kořenů nebo subarachnoideálního krvácení. Lékař zavádí jehlu do subarachnoideálního míšního kanálu a odebírá likvor o množství cca 15–20 ml (Slezáková, 2006).

Likvor je fyziologicky čirá tekutina, pokud je nažloutlá, můžeme mluvit o výskytu bílkovin. Pokud je tekutina červená nebo narůžovělá, znamená to, že je v likvoru přítomna krev (Seidl, 2004).

Vpich se provádí nejčastěji mezi L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> nebo L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> obratlem. Poškození míchy ani nervových kořenů v této úrovni nehrozí. Sestra zajistí pomůcky potřebné k výkonu. Pacienta je nutné připravit na výkon jak po fyzické, tak i psychické stránce. Na začátku sestra správně napoložuje pacienta a v průběhu ho uklidňuje a povzbuzuje. Po napíchnutí míšního kanálu sestra odebírá do předem označených zkumavek likvor. Po odebrání likvoru lékařem sestra překryje místo vpichu sterilním čtvercem a přelepí leukoplastí. Po výkonu sestra monitoruje komplikace (kolaps, bolest vyzařující do dolní končetiny nebo poranění cévy) a pacientovi pomáhá zaujmout polohu na břicho bez polštáře po dobu 1–2 hodin. Poté pacient ve vodorovné poloze stráví 8–20 hodin. Má přísný klidový režim, zabezpečený pitný režim a sestra kontroluje místo vpichu, zda nekrvácí (Slezáková, 2006).

#### **1.4.2 Obstříky**

V akutním stadiu onemocnění slouží k ovlivnění lokální bolesti obstříky. Vpich se provádí nejčastěji intradermálním vstříkem nebo obstříkem. Sestra připraví pomůcky, úzce spolupracuje s lékařem a monitoruje stav pacienta. Po výkonu sestra změří tlak a sleduje ústup bolesti (Slezáková, 2006).

V neurologické ambulanci se také provádí tzv. epidurální obstřík, který se využívá v případech chronických bolestí zad či u vyhřezlé meziobratlové ploténky. Jde o techniku, kdy dochází k obstříku přímo do místa dráždění. Sestra připraví lékaři potřebné pomůcky a vydezinfikuje místo vpichu, které je v prostoru mezi L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>. Po výkonu sestra uloží pacienta do Fowlerovy polohy na 3–4 hodiny, monitoruje tlak a puls a hodnotí ústup bolesti (Chebská nemocnice, a. s., c2014).

### **1.4.3 Elektroencefalografie (EEG)**

Patří do elektrofyziologických neinvazivních metod, při nichž dochází ke snímání elektrických potenciálů mozku, které jsou snímány z povrchu hlavy pomocí speciálních povrchových skalpových metod. Vyšetření provádí specializovaná sestra s certifikátem (Seidl, 2004).

Nejčastější indikací je diagnostika epilepsie, poruchy vědomí a spánku nebo smrt. Povinností sestry je připravit pacienta na vyšetření tak, že ho edukuje o průběhu vyšetření, které trvá přibližně 20–30 minut, a tím eliminuje strach, zabezpečí pacientovo pohodlí a oznámí, že v průběhu vyšetření ho může podle potřeby vyzvat k otevření očí a hyperventilaci (Bargerova reakce) či k fotostimulaci, při které se využívá stroboskop. Ten je umístěn před oči pacienta a v krátkých přerušovaných intervalech aplikuje světelné záblesky. Dojde-li k epileptickému záchvatu, je důležité okamžitě informovat lékaře.

Po fyzické stránce je pacient poučen o důležitosti vynechání stimulancí jako jsou alkohol a cigarety, je vytyčena důležitost umytých vlasů před vyšetřením, bez naneseného gelu, tužidla či laku. Po vyšetření sestra archivuje údaje o vyšetření a postará se o důkladnou dezinfekci čepice s elektrodami (Majorovičová, 2012).

### **1.4.4 Elektromyografie (EMG)**

Elektromyografie je neurofyziologická vyšetřovací metoda, která hodnotí bioelektrickou aktivitu svalů a nervů. Spadá do neinvazivních nebo minimálně invazivních metod. Využívají se povrchové nebo jehlové elektrody. Rychlost signálu, který vede ze svalů, se objeví na monitoru přístroje nebo se uloží v digitální formě. Nejčastěji přicházejí pacienti s polyneuropatií, se syndromem karpálního tunelu, bolestmi hlavy či s roztroušenou sklerózou, pro kterou je toto vyšetření stěžejní. EMG je vnímáno jako bolestivé vyšetření, proto je také důležitá edukace ze strany sestry, aby došlo ke zmírnění strachu u pacienta. Sestra taktéž připravuje pomůcky a asistuje lékaři při vykonávání tohoto výkonu. Kontraindikací EMG vyšetření je kardiostimulátor

a septické stavy (hepatitis, krvácivé stavy, endokarditida) v případě využití jehlové metody (Muroňová, 2009).

#### ***1.4.5 Evokované potenciály (EP)***

Evokovaný potenciál je určitá odpověď NS na stimulaci receptorů. Vyšetření je prováděno neinvazivní metodou, která hodnotí funkci aferentních míšních a mozkových drah. Rozeznáváme několik druhů evokovaných potenciálů, a to zrakové (VEP), sluchové (BAEP), somatosenzorické (SEP), motorické (MEP) a kognitivní. Klinicky se EP používají při roztroušené skleróze, borelióze, AIDS či u degenerativních onemocnění (Seidl, 2004).

Úlohou sestry je edukovat pacienta o průběhu vyšetření a jeho významu, eliminovat strach, zabezpečit nerušené a pohodlné prostředí, zajistit přiložení vlhkých zemních elektrod na očištěnou pokožku pomocí speciální pasty, použít příslušné pomůcky, monitorovat pacienta v průběhu vyšetření a nechat prostor pro zodpovězení nejasných otázek (Majorovičová, 2012).

#### ***1.4.6 Pomocná vyšetření v neurologii***

Neurologická ambulance posílá pacienta taktéž na rentgenové vyšetření, CT nebo magnetickou rezonanci.

Rentgenové vyšetření je diagnostická metoda, která slouží k vyšetření lebky, páteře, mozku i míchy (Mumenthaler, 2008).

CT je neinvazivní, avšak velmi přesná vyšetřovací metoda, jejíž úlohou je zjištění nádorů CNS, mozkového krvácení nebo epidurálního hematomu (Seidl, 2004).

Magnetická rezonance je v současné době nejčastější neinvazivní vyšetřovací metodou v diagnostice onemocnění páteře. V akutní péči má velký význam pro pacienty s cévní mozkovou příhodou, jelikož potvrzuje ischemii dříve než CT vyšetření (Seidl, 2008).



## 1.5 Potřeby pacientů v ambulantní péči

Kohoutek (2009) tvrdí, že „*potřeba patří mezi důležité motivy chování, jednání a prožívání člověka. Jde o pocívaný, resp. prožívaný nedostatek nebo nadbytek něčeho. Potřeba je provázena vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je uspokojení potřeby. Tím dojde i k redukci, resp. vymizení tohoto duševního napětí. Vzápětí se ovšem objeví nová potřeba s novým napětím.*“

Sestra v neurologické ambulanci se vždy snaží uspokojit všechny základní potřeby nemocného. Potřeby se ale u každého člověka liší. Buď se pozměňují, mění nebo se objevují jiné. Dle Maslowovy hierarchie potřeb dělíme potřeby na fyziologické, jistoty a bezpečí, sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní, estetické a v neposlední řadě potřebu seberealizace (Trachtová, 2013).

*Fyziologické potřeby* jsou základními potřebami nemocného (jídlo, pití), nicméně se po nějaké době postupně ztrácejí. Sestra v neurologické ambulanci tuto potřebu respektuje, přenechává ji však oddělení, kde poskytovatelé zajistí komplexní péči o fyziologické potřeby.

V neurologické ambulanci se nejčastěji setkáváme s pacientem, pro kterého je nejdůležitější potřebou *pocit bezpečí a jistoty*. Sestra zajistí, aby se pacient necítil opuštěný (například tím, že pacienta nenechá samotného na chodbě). V první řadě chce být pacient zbaven bolesti a ostatních příznaků, jako je nauzea, zhoršený spánek či nechutenství, což u něj vyvolá dojem toho, že nebude trpět, a nastolí tak pocit jistoty, že doktoři pro něj udělají maximum (Šamánková, 2011).

Potřeba *lásky a sounáležitosti* je další důležitou potřebou pacienta. Projevuje se, dojde-li k opuštění či osamocení. Sestra by měla vyjadřovat toleranci, zájem a porozumění.

Potřeba *uznání a sebeúcty* je potřebou, při které pacient vyžaduje respekt a uznání ze strany zdravotníků. Sestra by měla vždy dávat najevo, že jí péče o nemocného neobtěžuje. Měla by také dbát na pacientovo soukromí při vyšetřeních (Trachtová, 2013).

Pacient v závažné situaci nechce o potřebě *seberealizace* ani slyšet, proto také částečně zaniká. Nemocný raději slyší, že něco dokázal či že nic nezanedbal (Šamánková, 2011).

### ***1.5.1 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy v neurologické ambulanci***

V neurologické ambulanci se nejčastěji setkáváme s diagnózou – akutní bolest, chronická bolest, strach, zhoršená pohyblivost, porušený spánek a poškozená paměť.

Akutní a chronická bolest – často ji ovlivňuje několik faktorů, např. věk, osobnost člověka, etnografické vlivy nebo i teplo a chlad. Sestra zjišťuje intenzitu bolesti, délku trvání, lokalizaci a zajišťuje vhodnou úlevovou polohu. Pro pacienta je však nejdůležitější zahájit včasnou léčbu a tím uspokojit jeho potřeby.

Strach se nejčastěji projevuje v souvislosti s onemocněním. Pacient neví, co a proč se děje. Neprojevuje dostatek pozornosti a soustřeďuje se na pocit bezpečí. U nemocného se vyskytuje palpitace, chvění těla, zvýšený krevní tlak či rozechvěný hlas. Sestra by měla pacienta uklidnit a dodat mu pocit bezpečí a jistoty.

Zhoršená pohyblivost vzniká v souvislosti s nervosvalovou poruchou, nebo pokud má pacient bolesti. Sestra pacienta podpoří a pomůže mu při jakémkoli pohybu.

K poruchám spánku dochází často v souladu s onemocněním nebo v závislosti na užívání alkoholu, drog či léků. Důležité pro správnou léčbu je zjistit vše ohledně spánku a spánkových rituálů.

Poškozená paměť je další ošetrovatelskou diagnózou. Ta může mít hned několik příčin. Nejčastěji to bývají neurologické poruchy nebo užívání návykových látek (Trachtová, 2013).

## 1.6 Vztah sestry – pacient v neurologické ambulanci

V neurologické ambulanci je zapotřebí, aby vzájemný kontakt, který probíhá mezi sestrou a pacientem, byl na profesionální úrovni. Očekává se, že sestra bude empatická, angažovaná, pohotová a v neposlední řadě by měla uplatňovat psychologický přístup. Pro pacienta je nejdůležitější důvěra a respekt, které by sestra měla budovat. Svými odbornými znalostmi, trpělivostí a vysokou dávkou taktu oprostuje pacienta od jeho problémů, náladovosti nebo depresí. Příjemné jednání sestry v neurologické ambulanci se odráží v kvalitě mezilidských vztahů. Uznávání osobnosti nemocného pacienta ve všech oblastech je prioritou. Informace, které sestry získávají z anamnestických postupů, jsou uchovávány jako součást zdravotnické dokumentace. Jelikož pacient má mnohdy obavy z vyzrazení informací, měl by být ujištěn, že sestra i ostatní zdravotnický personál je povinen dodržovat mlčenlivost (Zacharová, 2007).

Mezi primární povinnosti sestry patří podpora zdraví, předcházení onemocnění, obnovení zdraví a zmírnění útrap. Sestry se dále angažují v pomoci člověku, který potřebuje péči, jednají s úctou a respektují pacientova přání, hájí pacientovo soukromí a nenechávají se negativně ovlivnit vnějším vzhledem nemocného. V očích pacienta by měla být sestra člověkem, který bude mít vždy pochopení, velkou toleranci a laskavost v průběhu pacientovy nemoci (Zacharová, 2007).

Neshody, které se vyskytují mezi sestrou a pacientem, jsou významně ovlivňovány především jednáním pacientů. Ti většinou žádají o přednostní vyšetření, porušují zdravotní řád, rodinní příslušníci se chovají nevhodně a nastávají tak organizační potíže v důsledku nadměrného množství neobjednaných a objednaných pacientů (Bártlová, 2007).

Stejně jako pacienti jsou sestry pouze lidské bytosti, které pociťují různé potřeby, strach, úzkost, naději. Při komunikaci s pacientem neexistuje žádná univerzální zásada, sestra musí dodržovat principy empatie, všimnout si pacientových potřeb a reagovat na ně (Vévoda, 2013).

## 1.7 Komunikace sestry – pacient

Komunikaci rozdělujeme na dvě složky – verbální a neverbální. Verbální komunikace je popisována jako „*využívání slov jako symbolů a znaků neboli kódů nejen k předávání informace, ale i myšlenek, sdílení zkušeností a zážitků, validaci (ověření), mínění druhých a vnímání okolního světa*“ (Arnold, Boggs, 2011, s. 218).

Verbální komunikace je nazývána jako „*typ sdělování informací, probíhající jako součást komunikačního procesu v rámci slovní komunikace na úrovni paralingvistických obsahů faktorů či znaků.*“ (Arnold, Boggs, 2011, s.218).

„*Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla.*“ (Mahrová, 2006, s. 39).

V rámci neverbální komunikace si sestra na pacientovi všimá viziky (kontaktu očí, pohledu), mimiky (pohyby kolem úst, nosu a očí), kinetiky (celkového pohybu těla), gestiky (pohyby rukou) a haptiky (doteky, podání ruky) (Pokorná, 2010).

Komunikace je nedílnou součástí dění v neurologické ambulanci. S lidmi, kteří trpí chorobami nervového systému je komunikace náročná. Komplikace v komunikaci nastávají, jestliže dojde k neurovegetativní labilitě, dyskomfortu pacientových potřeb a především k bolestivým stavům, které pacient vnímá i snáší velmi špatně. Mezi sestrou a pacientem hrozí narušení domluvy a porozumění. Je podstatné poskytnout pacientovi srozumitelné, avšak důležité informace o cílech, plánech nebo ambulantních vyšetřeních k získání pacientovy důvěry, a tím k získání informovaného souhlasu. První setkání pacienta se sestrou bývá někdy poznamenáno úzkostí a nejistotou. Pokud dochází k emergentním stavům, které se projevují poruchou vitálních funkcí či náhlým zhoršením stavu, měla by sestra dbát na to, aby důsledně, nicméně citlivě zjistila podstatná anamnestická data, protože jejich opomenutí nebo podcenění může znamenat určení nesprávné diagnózy nebo zkomplikovat volbu efektivní léčby (Ptáček, 2011).

### ***1.7.1 Umění úspěšné komunikace***

Umění správné komunikace spočívá v několika bodech, které jsou pro profesi všeobecné sestry pracující v neurologické ambulanci velmi užitečné.

1. Komunikovat vždy primárně s pacientem, ne s doprovodem, aby bylo jasné, ke komu směřuje daná informace.
2. Zajistit pacientovi pocit jistoty a bezpečí.
3. Sestra by měla umožnit pacientovi podělit se o své dojmy, dát mu prostor pro otázky či ho edukovat.
4. Sestra by si měla uvědomit, v jaké roli se v danou chvíli nachází (role edukátorky, společnice, naslouchajícího).
5. Přizpůsobit se komunikační povaze pacienta (brát ohled na věk, vzdělání nebo mentalitu).
6. Nepoužívat vágní slova (hmm, ehm, vlastně), nepoužívat slova, u nichž si nejsme jisti obsahem.
7. Snaha o spojení verbální a neverbální komunikace.
8. Sestra by neměla vůbec zvyšovat hlas a křičet.
9. Nemluvit příliš rychle, ani příliš pomalu.
10. Sestra by se neměla dopouštět tzv. intruzí (Pokorná, 2010).

Tutková (2007) tvrdí, že zásadami úspěšné komunikace jsou zajištění klidného prostředí a vhodné doby (pokud není stav pacienta života ohrožující, je vhodnější si rozhovor s pacientem předem dohodnout). K nemocnému se posadíme čelem, díváme se mu do tváře, klademe krátké a jednoduché otázky, mluvíme příjemným tónem, jsme klidné a ohleduplné vůči jeho upovídání či rozvlácnosti a musíme počítat s jistými nepřesnostmi v paměti.

Mezi další významné faktory, které přispívají ke kvalitní komunikaci a pro pacienta jsou důležitou součástí vztahu sestra – pacient, patří: empatie, naslouchání, projev porozumění, zájem a podpora (Beran, 2010).

## **1.8 Specifika komunikace v neurologické ambulanci**

### ***1.8.1 Komunikace s pacientem po cévní mozkové příhodě***

Při tomto onemocnění je relativně vysoká morbidita, někdy dokonce i mortalita. Proto představuje pro pacienta většinou problém z hlediska zdravotního, ekonomického, sociálního, ale také psychologického. Je tudíž nezbytné, aby se sestra v neurologické ambulanci věnovala jak postiženému CMP, tak i jeho příbuzným. Pro ty je to mnohdy větší zátěž, než pro samotného pacienta. Je často velice obtížné sdělit informace o nepříznivé prognóze. Vždy to závisí na závažnosti onemocnění. Proto je důležité pacienta i rodinu uklidnit, podpořit je, protože negativní informace mohou zhoršit pacientův psychický i somatický stav (Ptáček, 2011).

### ***1.8.2 Komunikace s pacientem po epileptickém záchvatu***

Jelikož po epileptickém záchvatu dochází většinou k poruchám vědomí, chování či jednání, je nutné dodržovat citlivý a tolerantní přístup. Komunikace s rodinou významně ovlivňuje kvalitu diagnostiky a léčby. Rodiče či příbuzní jsou seznámeni s tím, jak epileptický záchvat probíhal, jak dlouho trval nebo jestli se objevily křeče. Pacient většinou neví, co se stalo. Je podstatné nemocného informovat o jeho stavu, o důležitosti brání léků, vyvarování se různých prostředí, o změně životosprávy a vyhnutí se alkoholu a drogám (Ptáček, 2011).

Velkou roli ve stavu pacienta hraje úzkost. Ta přispívá ke zhoršení kvality života. Je významné nemocného edukovat o podstatě onemocnění a jeho příčině. Zaměřit bychom se měli na psychoterapii. Úspěšná psychoterapie vede k efektivnímu psychiatrickému výsledku, a tím ke snížení frekvence epileptických záchvatů (Brázdil, 2012).

### ***1.8.3 Komunikace s pacientem trpícím demencí***

DeMarco (2012) prohlašuje, že u lidí s Alzheimerovou demencí neexistuje krátkodobá paměť, proto by sestra v neurologické ambulanci neměla lpět na vybavení si krátkých časových informací a neměla by se zlobit, pokud pacient neustále klade stejné otázky. Pro pacienta existují dva komunikační světy, sestra představuje reálný svět, zatímco pacient se ocitá v jiném světě, ve světě Alzheimerovy nemoci. Je vhodné vžít se do komunikačního světa pacienta, aby došlo k lepšímu porozumění.

U pacientů trpících demencí je důležité, aby k nim sestra v neurologické ambulanci přistupovala s trpělivostí, empatií, aktivně naslouchala, respektovala pacienta, ale zároveň by se s ním neměla bát zasmát. Pacientovi věnujeme plnou pozornost, mnohdy stačí vlídné slovo, někdy obyčejný úsměv. Zásadou je ctít osobnost pacienta, ocenit ho, nebýt nezdvořilá, být laskavá, nenaléhat, podpořit dobrou náladu a paměť. Sestra by se měla chovat tak, aby nemocného neurazila a zachovala tak lidskou důstojnost. Je také potřeba, aby i rodinní příslušníci přispěli informacemi do rozhovoru, aby tak zajistili jednotný přístup (Jiráček, 2010).

### ***1.8.4 Komunikace s pacientem trpícím bolestí***

Kolektiv autorů (2006, s. 40) říká, že: „*bolest je cokoli, co pacient řekne, že to je, a objevuje se, kdykoliv pacient řekne, že se objevuje.*“

Komunikace s pacientem, který trpí bolestí, je vždy náročná. Pacient bývá psychicky i somaticky vyčerpán, a proto u něj můžeme zaznamenat různé druhy chování. Nemocný bývá často agresivní, nervózní nebo naopak apatický. Neměli bychom kolem něho chodit bez povšimnutí, měli bychom monitorovat intenzitu bolesti i nonverbální projevy, nebagatelizovat jeho stížnosti a pokud možno nespíchat, pokud nám pacient něco sděluje (Klementová, 2010).

Mikšová (2005) zastává teorii, že by se sestra v ambulanci měla seznámit s pacientovou bolestí a snažit se o vybudování kladného vztahu. Měla by ho pozorně naslouchat, poprosit o spolupráci a poskytnout mu podporu.

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1:** Zjistit role sestry v neurologické ambulanci.

**Cíl 2:** Zjistit specifika komunikace s pacienty v neurologické ambulanci.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaká je role sestry v neurologické ambulanci?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jaká jsou specifika komunikace s pacienty v neurologické ambulanci?



## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metoda výzkumu

Pro získání informací byla použita metoda kvalitativního šetření ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Před samotným rozhovorem bylo zažádáno o povolení u hlavní sestry z neurologické ambulance Nemocnice Písek, a. s. a Nemocnice České Budějovice, a. s.

Výzkumné šetření bylo realizováno v druhé polovině května 2014. Rozhovory probíhaly v časných ranních hodinách v neurologických ambulancích, a to z důvodu menšího zaneprázdnění sester. Výzkumné šetření bylo anonymní a rozhovory byly prováděny se souhlasem respondentů.

Rozhovor zahrnoval 27 otázek (viz Příloha 1). Určené otázky byly v průběhu rozhovoru s respondentem rozšiřovány. Rozhovor byl u prvních 2 sester nahráván na diktafon, zbylé 2 respondentky s nahráváním nesouhlasily. Jejich rozhodnutí jsme akceptovali, a proto byl rozhovor zaznamenán písemně. Odpovědi, které jsme nahráli na diktafon, byly přepsány do textového dokumentu WORD na počítači a posléze převedeny do tištěné podoby.

Získané odpovědi z kvalitativního šetření byly prozkoumány a metodou tužka – papír kódovány (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Metoda tužky a papíru nám sloužila k vytvoření kategorií a podkategorií. Jednotlivé věty byly očíslovány, přičemž každé sestře bylo přiděleno číslo, např. S1/10, tj. první sestra poznamenává daný kód na 10 řádku (viz Příloha 2).

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily čtyři všeobecné sestry pracující v neurologické ambulanci v Nemocnici Písek a. s. a v Nemocnici České Budějovice a. s. (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1 - Identifikační údaje sester**

Sestry	S1	S2	S3	S4
Věk	38 let	42 let	43 let	43 let
Nejvyšší vzdělání	SZŠ	VŠ-Bc.	SZŠ	SZŠ-ARIP
Délka praxe v ambulanci	7 let	11 let	7 let	7 let
Předchozí pozice práce	Neurologická JIP	Interní oddělení	Interní JIP	Neurologická JIP

*Zdroj: Vlastní výzkum*

Celkem se výzkumu zúčastnily 4 sestry. Věk sester se pohybuje v rozmezí 38 až 43 let, jejich průměrný věk činí 41,5 roku. Jedna sestra má vysokoškolské vzdělání – všeobecná sestra a zbylé tři sestry mají středoškolské vzdělání zakončené maturitou, z něhož jedna sestra má navíc specializační studium – ARIP. Délka praxe v neurologické ambulanci se pohybuje v rozmezí 7 až 11 let. Průměrná délka praxe je 8 let. Předchozí pozice sester se ve dvou případech shodovaly, sestry měly předešlou praxi na neurologické JIP a zbylé dvě sestry pracovaly v interním oboru, z toho jedna na interní JIP.

## 4 Kategorizace výsledků rozhovorů

### 4.1 Seznam kategorizačních skupin

V rámci seznamu kategorizačních skupin jsme se zabývali: denním harmonogramem sestry v neurologické ambulanci, vzděláváním sester, onemocněními, vyšetřovacími metodami a činnostmi sester při nich, edukací pacientů, ošetrovatelskými problémy a jejich řešením, stresem a jeho řešením, spokojeností se zaměstnáním a komunikací s pacientem. Tato kategorie se dále dělila na podkategorie: komunikace s pacientem po CMP, komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí, komunikace s pacientem po epileptickém záchvatu a komunikace s pacientem trpícím bolestí.

#### 4.1.1 Kategorie denní harmonogram práce sestry v neurologické ambulanci

V odpovědi na otázku, jaký je denní harmonogram práce v neurologické ambulanci, se sestry S1, S2, S3, S4 shodly, že nejčastěji vykonávají administrativu, příjem pacientů, odběry biologického materiálu, aplikaci intramuskulárních a intravenózních léků, asistují lékaři při vyšetření, edukují pacienta o vyšetření a v neposlední řadě provádějí dezinfekci povrchů. S1 říká: *„První co udělám, jdu sesbírat zprávy z prvního patra, kde funguje ambulance přes víkend, pak jdu sem dolů, tady už většinou čekají pacienti, tak jim odeberu krev a při příchodu lékaře asistuju při vyšetření. A ty normální činnosti sester, aplikace léků, odběry, dezinfekce, administrativu, příjem pacientů a tak.“* K ní se přidává S2, která uvádí to samé a dodává: *„Dělám si vše, sanitárku, ošetrovatelku, edukátorku i mentorku.“* S3 udává: *„Když přijdu, sednu k počítači, kouknu, jaké příjmy tu byly o víkendu a pak už začínáme normálně pracovat. Asistuju lékaři, připravuji recepty, objednávám pacienty, provádím odběry, aplikuju injekce, dělám dezinfekci povrchů, chystám infúze a občas, když jsou zavřené odborné místnosti, tak si sem*

*přivezu přenosné EEG a provedu vyšetření.*“ S4 odpovídá stejně a přidává informaci o tom, že i vybírá regulační poplatky. Při doplňující otázce na to, jaké role sestry provádějí v této ambulanci, odpověděly S1: *„Jo, ošetrovatelka a edukátorka je jasná, manažerku dělám vlastně taky, výzkum žádný neprovádím, nic jsem tu za dobu své praxe nezměnila. Roli advokátky nedělám a mentorku občas.*“ S2 na tom byla podobně, dodala: *„Manažerské dovednosti mám, vše si tu zorganizuju, bohužel jsem tu ale nic nezměnila. Roli právničky a výzkumnice asi nedělám.*“ S3 a S4 k rolím sestry přidaly i nositelku změn. S3 říká: *„Manažerku i nositelku změn samozřejmě taky dělám, výzkum žádný neprovádím, právničku taky nedělám.*“ Při dotazu, co v ambulanci S3 změnila, tvrdí: *„No, vyvěsila jsem si sem nějaký obrázky nebo jsem si zavedla mnou napsané edukační letáčky pro pacienty.*“ Pouze S4 udává: *„Jsem jak manažerka, tak i nositelka změn, výzkumnice také, sleduji denní příjem pacientů a právničku také vykonávám. Vždyť přece obhajuju práva pacientů. Ne?“*

- administrativa S1/7; S2/5; S3/5; S4/4
- příjem pacientů S1/7; S2/5; S3/5; S4/4
- odběry biologického materiálu S1/5,14; S2/6,14; S3/5; S4/5
- aplikace léků S1/7; S2/5; S3/5; S4/5
- asistence lékaři S1/6; S2/6; S3/5; S4/5
- dezinfekce povrchů S1/7; S2/5; S3/7; S4/6
- role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče S1/8; S2/6; S3/9; S4/5
- role sestry edukátorky S1/8; S2/7; S3/9; S4/10
- role nositelky změn S3/9; S4/6
- role výzkumnice S4/7
- role manažerky S1/8; S2/7; S3/9; S4/6
- role mentorky S1/9; S2/7
- role advokátky S4/7

#### 4.1.2 Kategorie vzdělávání sester

Vzdělávání je pro profesi sestry důležité, a proto jsme se zeptali, jakým způsobem se dotazované sestry nejčastěji vzdělávají. Všechny sestry odpověděly jednotně. Jejich odpověď zněla „semináře“. Pouze S4 uvedla, že kromě seminářů se ještě vzdělává pomocí internetu a časopisů Sestra a přidává informaci: „*Pro mou profesi je důležité chodit na různé semináře pro sestry, naposledy jsem byla na semináři o asertivním chování, bylo to poučné.*“ Tři ze čtyř sester uvádějí středoškolské vzdělání. S1, S3, S4 odpověděly, že nemají zájem se postgraduálně vzdělávat. Jak uvádí S1: „*Neuvažuji o dodělání si vysoké, myslím si, že co se týče ambulance, vím vše potřebné.*“

- Semináře S1/69; S2/66; S3/71; S4/60
- Internet S4/61
- Časopis Sestra S4/61
- Nezájem postgraduálního vzdělávání S1/73; S3/75; S4/65

#### 4.1.3 Kategorie onemocnění

V odpovědi na otázku – Jaké jsou nejčastější onemocnění ve Vaší ambulanci? Sestry uvádějí, že nejčastěji přicházejí lidé s epilepsií či po epileptickém záchvatu, s CMP, s bolestmi zad, Parkinsonovou chorobou, roztroušenou sklerózou a často s bolestmi hlavy. S1 říká: „*Přicházejí nejčastěji s bolestmi zad, mrtvice, Parkinson, závratě, takové to brnění.*“ S2 přidává další potíže: „*... běžná točení hlavy, kolapsy, roztroušené sklerózy se tu sice sledují, ale také v jiné ambulanci.*“ S3 a S4 vypovídají stejně jako S1 a S2 a dále uvádějí, že jednou za čas mají na příjmu opilého pacienta. S4 říká: „*No, občas se i stane, že přijímáme opilého člověka, to je pak hrozný, někdy se i bojíme.*“

- Epilepsie, epileptický záchvat S2/29; S3/31; S4/26
- Roztroušená skleróza S2/29; S3/32; S4/26
- Parkinsonova choroba S1/29
- Bolesti zad S1/29; S2/29; S3/31; S4/26

- CMP S1/29; S2/29; S3/31; S4/26
- Intoxikovaný člověk S3/32; S4/27

#### 4.1.4 Kategorie vyšetřovací metody a činnosti sester při nich

V odpovědi na otázku, jaká vyšetření se v jejich ambulanci provádí a co při nich vykonávají, odpověděly dotazované sestry totožně. Všechny uvedly, že primární vyšetření, které se u nich v ambulanci provádí, je klinické neurologické vyšetření a obecné odběry biologického materiálu. Výjimečně se provádějí obstríky a lumbální punkce. Většinou se spolu s nimi provádí EEG, EMG, evokované potenciály a UZ v jiných odborných ambulancích. S1 uvádí, že vcelku žádná, pouze odběry biologického materiálu či pokud výjimečně lékař provádí lumbální punkci. Při odběrech si připraví pomůcky a vykoná odběr. S2 říká: *„Vše dělá lékař, zapisuje celkovou anamnézu, já jenom asistuju při klinickém vyšetření. Dělam odběry biologického materiálu, především krve. Vždy si připravím pomůcky a poučím pacienta o výkonu. Lumbální punkce, EMG či EEG vyšetření se dělají v jiných ambulancích, takže při tom já nic nedělám.“* Zatímco S1 a S2 udávají, že žádná speciální vyšetření se v ambulanci neprovádějí, S3 a S4 se ve výpovědi shodují, že asistují lékaři při obstricích, lumbální punkci a někdy i vyšetřují pomocí EEG nebo EKG. S3 uvedla: *„Pokud je něco akutního, přivezu si přenosné EEG a natočím si pacienta, v případě lumbální punkce či při obstricích vždy nejdřív edukuju pacienta, připravím si pomůcky a pak asistuju lékaři, dělám prostě vše, o co mě lékař požádá. Odběry jsou rutinní, ty se dělají snad všude.“* S4 obohacuje svou práci tvrzením, že do jejích kompetencí spadá i EKG vyšetření.

- Klinické neurologické vyšetření S1/12,17; S2/10; S3/10; S4/10
- Asistence lékaři S1/6,17; S2/10,14; S3/18; S4/13
- Obstríky S3/14,17; S4/ 11
- EEG S3/8,13
- Lumbální punkce S1/12; S3/14,17; S4/11

#### 4.1.5 Kategorie edukace pacientů

V odpovědi na otázku, kdo nejčastěji edukuje a jakou formou, odpovídaly sestry jednoznačně – edukaci provádí sestra a lékař. Sestra 1 říká: *„Edukuje sestra i lékař, sestra při vyšetření nebo při injekcích a tak a lékař při tom, co bude pacienta čekat (...) Edukujeme ho slovně, když ho třeba připravujeme na vyšetření.“* S2 odpověděla následovně: *„Edukuje lékař i sestra. Volíme spíše slovní odpověď, několikrát opakuju, někdy i napíšu na papír s informací, že mohou kdykoliv ještě zavolat, kdyby všechno zase zapoměli, což se občas stává.“* S3 a S4 odpověděly stejně, že edukuje sestra i lékař a formu edukace volí jak slovní, tak i písemnou. S3 odpovídá: *„Tak když mi pacient nerozumí, dám mu letáček s podrobnými informacemi o vyšetření.“* Na otázku, zda ve své ambulanci nebo čekárně mají nějaké edukační materiály, které by si mohli pacienti odnést do domácího prostředí, odpověděla S1 a S2 stejně – nemají žádné. S3 a S4 uvedly, že nějaké edukační materiály mají. S4 uvádí: *„V čekárně máme ve stojáncích nějaké letáčky o Parkinsonově nemoci, bohužel už nedostáváme letáčky o cévních onemocněních.“* Na otázku týkající se zpětné vazby odpovídaly S1, S2, S3, S4 shodně, že zjišťují zpětnou vazbu a informují se o tom, zda všemu pacientu rozuměli. S1 poznamenala: *„Zpětnou vazbu zjišťujeme, většinou, že pacienti rozumí, ale pak zjistíme, že vlastně nic nepochopili, takže pak i několikrát volají.“* I S2, S3 a S4 dodávají, že se opakovaně ptají, jestli pacienti všemu rozumí a dostatečně vše chápou. Pokud nerozumí, je jim nabízena vizitka s telefonním číslem do ambulance.

- Edukace lékařem S1/19; S2/10; S3/20; S4/15
- Edukace sestrou S1/19; S2/10; S3/20; S4/15
- Slovní S1/22; S2/12; S3/22; S4/17
- Písemná S2/12; S3/22; S4/17
- Letáčky S3/22; S4/23
- Zpětná vazba S1/24; S2/25; S3/25; S4/19

#### **4.1.6 Kategorie ošetrovatelské problémy a jejich řešení**

U odpovědi na otázku, jaké znají sestry ošetrovatelské problémy pacientů, předcházelo u sester S1, S3, S4 značné ticho, nevěděly, co se pod ošetrovatelským problémem skrývá. Po objasnění udávaly nejčastěji bolest, strach, úzkost a poruchu spánku. S1 zaznamenala u pacientů nejčastěji strach a bolest. K tomu ještě dodává: „*Snažíme se je povzbudit a uklidnit, většinou to ale nezabírá, většinou je uklidní až ty infúze.*“ S2 má stejný názor a dodává: „*Tak především je to bolest, strach, úzkost a porucha spánku... Řeším to hlavně slovním uklidněním, na víc tu asi není prostor.*“ S3 a S4 se shodují v ošetrovatelských problémech, nejvíce podle nich pacient trpí bolestí a strachem. Na otázku, jakým způsobem problémy řeší, odpověděla S3: „*Tak snažím se je vzít přednostně, když vidím, jaké mají velké bolesti, bohužel z důvodu malých prostorů pacienta uložím v čekárně na pojízdné lůžko, a co nejdříve mu dám infúzi podle ordinace lékaře.*“ S4 udává, že se snaží pacienty uklidnit a dle možností je vzít přednostně: „*Když to jde, vezmu je do ordinace jako první.*“

- Bolest S1/32; S2/32; S3/34; S4/29
- Strach S1/32; S2/32; S3/34; S4/29
- Úzkost S2/22; S2/32
- Porucha spánku S2/32
- Slovní uklidnění S1/34; S2/34; S3/36; S4/31
- Přednostní příjem S3/36; S4/31
- Infúze S1/35; S3/38

#### **4.1.7 Kategorie stres a jeho řešení**

V odpovědi na otázku, jak sestry reagují na větší počet pacientů, zda je pro ně tato situace stresující, jak obecně reagují na stres a jakým způsobem ho řeší, odpověděly sestry následovně. S1 se přiznala: „*Stresuje mě, když je plná čekárna. Lidé jsou nepříjemní a pak to na mě dolejhá.*“ S1 ještě dodává: „*Když jsem vystresovaná, jsem*



*rudá jak rajče, těžce to nesu, ale pak se s tím nějak vyrovnám (...) Dám si něco dobrého, třeba kafe a čokoládu, a když jsem doma, tak si jdu třeba zaběhat.“ S2 se občas stane, že neudrží své pocity a k pacientovi se nechová příliš mile: „Jsem z toho trochu nervózní, když je třeba plná čekárna, někdy se stane, že jsem třeba nepříjemná, ale většinou jen na ty, co jsou nepříjemný na mě, ne vždycky to v sobě člověk udusí.“ S2 touto otázkou byla překvapena, nicméně pohotově odpověděla: „Bývám ve stresu málokdy, mám v práci milou kolegyni, tak mě vždycky uklidní nebo zavolám kamarádce. Doma jdu se psem na procházku.“ S3 a S4 se shodují, že stres k této práci patří a nezbyvá jim nic jiného, nežli se s tím srovnat a překonat ho. S3 říká: „Jo, když je něco akutního, tak není ani čas myslet na to, že jsem ve stresu. Prostě to přeskočím a jedu dál. Doma si udělám čas jen sama pro sebe, hodím nohy nahoru a relaxuju.“ Ačkoliv S4 si myslí to samé, doplňuje s úsměvem: „To víte, této ambulanci se stres raději vyhýbá obloukem.“ S4 dodává: „Pokud nestresuje lékař a vedení, je tu pohoda.“*

- Plná čekárna S1/39; S2/38
- Snadné vyrovnání se stresem S2/42; S3/44; S4/35
- Těžké vyrovnání se stresem S1/40
- Relaxace S1/43; S2/43; S3/46; S4/38

#### **4.1.8 Kategorie spokojenost se zaměstnáním**

Při otázce, zda jsou sestry se svým zaměstnáním spokojeny a zda by něco ve své ambulanci změnily, S1 odpověděla: „Nic bych nezměnila, jsem takto velmi spokojená.“ S2 je sice spokojená, ale v ambulanci by si přála větší počet sester: „To víte, ve dvou sestřičkách by se to lépe táhlo.“ S3 a S4 se shodují, že s prací nejsou až tak spokojené. Změnily by organizaci, rády by měly vlastní denní místnost a šatnu. S3 říká: „Co se týče změn, schází tu jakási organizace, spíše ze strany lékařů, nemáme svoji denní místnost, kde bychom si nechávaly své osobní věci a měly chvilku času na kávu. Ani svoji šatnu nemáme, musíme se chodit převlékat na oddělení.“ S4 doplňuje sestru: „Jo, organizace, ta je tu špatná, o denní místnosti a šatně ani nemluvě a hodily by se nám tu dva počítače, doposud je v naší ambulanci pouze jeden.“

- Spokojenost S1/82; S2/78
- Větší kolektiv S2/78
- Špatná organizace S3/83; S4/74
- Vlastní denní místnost a šatna S3/84; S4/74

#### 4.1.9 Kategorie komunikace s pacientem

Kategorie komunikace s pacienty popisuje, jak sestry komunikují s pacientem trpícím neurologickým onemocněním. Tato kategorie se dělí na 5 podkategorií: komunikace a její překážky, komunikace s pacientem po CMP, komunikace s pacientem po epileptickém záchvatu, komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí a komunikace s pacientem trpícím bolestí. V těchto podkategoriích nalézáme zakódované výrazy, které v kategorii komunikace sestry používaly.

Některé sestry komunikaci vnímají jako velký problém. S1 váhavým tónem uvádí: *„Tak snažím se být milá, hodně na ně mluvit a vysvětlovat.“* S2 má v komunikaci jasno, být milá a usměvavá. Tento názor zastává i S3 a S4. S3 odpovídá: *„No, tak snažím se chovat a komunikovat na profesionální úrovni, slušně a mile, občas to ale nejde.“* Na otázku, jaké vidí sestry překážky v komunikaci, S1 odpověděla: *„Kde je fatická porucha, tak se nemůžeme domluvit, ale jinak mi přijde domluva s neurologickým pacientem dobrá. Potom, když je pacientovo špatný zdravotní stav nebo když dlouho čeká v čekárně, to je občas nepříjemné.“* S2 neregistruje v komunikaci s neurologickým pacientem žádné velké překážky: *„Překážky? Já asi neregistruju žádné. Se všema se vždy nějak domluvím.“* S3 uvádí, že nejčastěji vidí překážky způsobené špatným zdravotním stavem pacienta: *„Tak vím, že když má pacient bolesti, tak že se nechce vybavovat, je třeba i nepříjemnej, tak se ho snažím moc nevyčerpávat.“* S4 uvádí totožné informace jako S3 a přidává: *„No, nejhorší je to asi s alkoholikama, to je domluva strašná.“*

- Důležitost komunikace S1/46; S3/56
- Empatie S1/46; S2/46; S3/48; S4/40

- Fatická porucha S1/50
- Bolest S3/52; S4/43
- Alkohol S4/43
- Dlouhé čekání S1/52; S2/50; S3/54
- Zdravotní stav S1/52; S2/50; S3/52

#### **4.1.9.1 Podkategorie komunikace s pacientem po CMP**

V odpovědi na otázku, jaké zásady volí v komunikaci s pacientem po CMP, všechny sestry odpovídaly následovně. S1 uvádí: *„Tak kde je fatická porucha, tak se snažíme nějaký jednoduchý otázky, pak zjistíme, že se nedomluvíme, jinak asi běžná komunikace jako se všema.“* Některé sestry s takovýmto pacientem neprovozují žádnou zvláštní komunikaci. S2 říká: *„Asi žádné zvláštní zásady nemám, komunikuju s ním jako s každým jiným, akorát v pomalejším tempu.“* S3 byla sdílnější a uvádí, že je důležité s nimi správně komunikovat, jinak se nic nedozvíme: *„Tak hodně gestikulujeme, používáme mimiku a někdy i píšeme na papír; pokud se nemůžeme nijak jinak domluvit.“* S4 poukazuje na to, jak je pro ni komunikace s tímto pacientem důležitá, a odpovídá: *„Tak většinou přichází s doprovodem, a když ne, tak se snažím přizpůsobit komunikaci jeho zdravotnímu stavu.“*

- Jednoduché otázky S1/54
- Běžná komunikace S1/55; S2/52
- Pomalé tempo S2/53
- Gestikulace S3/57
- Mimika S3/57
- Papír S3/57
- Přizpůsobení se pacientovi S4/46

#### **4.1.9.2 Podkategorie komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí**

Sestry S1, S2 udávají, že do ambulance lidé s tímto onemocněním až tak nechodí, a pokud ano, není to jejich hlavní diagnóza. S1 se vyjádřila: „*S Alzheimerovou demencí jsem se tu až tak nesečkala, ale tak, asi není nijak zvláštní*“ Stejný názor má i S2, která odpovídá: „*Přímou kvůli této diagnóze jich sem moc nechodí, a když jednou za uherák někdo přijde, snažím se s ním mluvit normálně, aby mi prostě rozuměl.*“ Zatímco S1 a S2 nemají velké zkušenosti s pacientem trpícím Alzheimerovou demencí, sestry S3 a S4 s nimi zkušenosti mají. Většinou s těmito pacienty přichází doprovod, a pokud není nemoc v pokročilé fázi, lze se s pacientem v rámci možností dorozumět. S3 říká: „*Tak ten člověk většinou s někým přijde, snažíme se s ním mluvit normálně, nezesměšňujeme ho, dodržujeme jeho důstojnost, jsme prostě trpělivé.*“ S4 se shoduje s tvrzením S3: „*Tak většinou pacienta někdo doprovází, snažím se mluvit pomalejším tempem a dám mu čas na to, co mi chce říct.*“

- Lidé s Alzheimerovou nemocí moc nechodí S1/57; S2/55
- Běžná komunikace S1/57; S2/56; S3/60
- Pomalé tempo S4/49
- Důstojnost S3/61
- Trpělivost S3/61; S4/50

#### **4.1.9.3 Podkategorie komunikace s pacientem po epileptickém záchvatu**

Na otázku týkající se komunikace s pacientem, který prodělal epileptický záchvat, se u S1, S3 a S4 shodují odpovědi, že vesměs nedochází k žádné komunikaci. Pouze S2 uvádí, že na něj mluví, i když jí zřejmě neslyší. S1 odpověděla sebejistě: „*Tak pacienti bývají většinou utlumený, unavený, takže tam taková komunikace není, zavedu mu většinou kanylu, aplikuju léky, ale komunikace nic moc.*“ S2 uvádí, že se komunikace v tomto případě nikterak neliší od běžné: „*Tak většinou s pacientem moc nejde komunikovat, ale tak člověk na něj normálně mluví, i když mě asi neslyší, nijak zvláštně ale ne.*“ S3 a S4 odpovídají na otázku stejně. S pacientem vůbec nekomunikují, protože

bud' spí, anebo je zmatený. S4 říká: „*Tak když někoho přivezou po epileptickým záchvatu, tak nijak na něj nekomunikujeme. S lékařskou zprávou ho převezeme na oddělení, kde ho sledují.*“

- Mírná až žádná komunikace S1/60; S3/63; S4/53
- Běžná komunikace S2/59

#### **4.1.9.4 Podkategorie komunikace s pacientem trpícím bolestí**

Bolest je další velká překážka v komunikaci. S1 a S3 uvádějí, že důležité je pacienty uklidnit a motivovat. S1 říká: „*Když mi pacient přijde do ordinace, snažím se ho uklidnit, povídat si o jeho bolesti a i ho motivuji, že pan doktor vymyslí řešení, které mu pomůže zmírnit jeho obtíže a tak.*“ Stejně tak odpovídá i S3: „*Nejdůležitější je ho uklidňovat, pomoci mu do úlevové polohy, prostě ho nějak motivovat, ať neztrácí hlavu, že vše bude dobré.*“ S2 k tomu přistupuje podobným způsobem, s pacientem si o bolesti povídá, avšak jí přijde nevhodné pacienta zatěžovat komunikací, pokud má obrovské bolesti. S4 dodává: „*Je mi jich často líto, snažím se je podpořit a uklidnit.*“

- Uklidnění a podpora S1/63; S3/66; S4/56
- Povídání si o bolesti S1/63; S2/61
- Nezatěžovat pacienta S2/61
- Motivace S1/64; S3/67

## 5 Diskuze

Tématem bakalářské práce je „Role sestry v neurologické ambulanci“. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování rolí, které sestra v neurologické ambulanci běžně vykonává, a dále hodnocení specifik komunikace, které sestra musí v rámci těchto rolí provádět.

Realizace výzkumné části práce byla náročnější, neboť sestry chtěly poskytovat rozhovory v časných ranních hodinách, ještě před začátkem ordinálních hodin, a to kvůli nedostatku času.

Na počátku výzkumného šetření jsme zjišťovali identifikační údaje jednotlivých sester pracujících v neurologické ambulanci. Dotazované sestry byly ve věkovém rozmezí 38–43 let a průměrná délka jejich praxe v neurologické ambulanci činila 8 let. Všechny sestry měly dokončené středoškolské vzdělání, pouze jedna sestra se navíc vzdělávala na vysoké škole, kde získala titul bakalář. V průběhu výzkumu sestry uvedly, že nemají zájem o postgraduální vzdělávání. Podle mého názoru by se sestry měly nadále vzdělávat i v rámci vysoké školy a prohlubovat si tak své vědomosti. Nicméně dotazované sestry uvedly, že se vzdělávají díky seminářům, které daná nemocnice nabízí, pomocí odborných časopisů a internetu.

Naším cílem bylo zjistit, jaké role sestry zastávají v neurologické ambulanci a jaká jsou specifika komunikace s pacientem trpícím neurologickým onemocněním. Pozornost jsme taktéž věnovali znalostem sester o neurologických nemocích, o vyšetřeních, které sestry vykonávají nebo při nich asistují, způsobu, jakým sestry edukují pacienty, jak moc je pro ně práce v neurologické ambulanci stresující nebo jak jsou v zaměstnání spokojené. Názor na tuto problematiku mohly sestry v rámci výzkumného šetření vyjádřit.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na role, které sestra v neurologické ambulanci zastává. U sester zazněly nejčastější odpovědi, jako je administrativa, odběry biologického materiálu, asistence lékaři, dezinfekce povrchů či vybírání regulačních poplatků. Jak uvádí i sestra S3: „asistuju lékaři, připravuji recepty,

*objednávám pacienty, provádím odběry, aplikuju injekce, chystám infúze a občas, když jsou zavřené odborné ambulance, tak si sem přivezu přenosné EEG a provedu vyšetření.*“ Už z této odpovědi je patrné, že sestra pracující v neurologické ambulanci vykonává nespočet povinností. Farkašová (2006) říká, že v současné době sestra se svojí profesionalitou zastává mnoho rolí, a to roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, výzkumnice a mentorky. Výsledky rozhovorů ukázaly, že sestry nejčastěji vykonávají roli poskytovatelky ošetrovatelské péče, edukátorky a manažerky. Roli nositelky změn a mentorky vykonávají dvě sestry a pouze jedna dotazovaná sestra zastává všechny uvedené role, a to včetně advokátky a výzkumnice. Ačkoliv je toto zjištění znepokojující, sestry mu nepřikládaly velký důraz. Práce sestry je bezpochyby náročná, jelikož jsou na ni kladeny čím dál větší nároky, mnohdy pouze za průměrný plat. I Zacharová (2007) ve své publikaci uvádí mnoho předpokladů, které by sestra měla mít. Patří do nich například umět porozumět potížím nemocného, mít dostatečnou dávku empatie, mít příjemné a sebevědomé vystupování, být trpělivá, mít smysl pro humor, tzn. smát se s pacientem, avšak ne pacientovi, být zodpovědná, mít kladný vztah k lidem a v případě nepříjemností se umět ovládat. Se Zacharovou (2007) se ztotožňují všechny dotazované sestry, které uváděly, že by sestra měla být slušná a profesionální. To také vypovídá o prestiži, kterou profese všeobecné sestry v současné době vykazuje. V rámci výzkumu prováděného Tučkem (2013) se sestra mezi 26 profesemi umístila na 3. místě, což vypovídá o významné pozici ve společnosti.

Abychom prověřili znalosti sester, zkoumali jsme, jaká onemocnění se v jejich neurologické ambulanci nejčastěji vyskytují či vyskytovat mohou. Všechny se shodly, že nejčastěji do ambulance přicházejí lidé s CMP, s Parkinsonovou chorobou, s epilepsií či po epileptickém záchvatu, s roztroušenou sklerózou, s bolestmi zad a hlavy, s kolapsy a ve výjimečných případech přijímají i opilého pacienta. To uvádí i S4: *„no, občas se i stane, že přijímáme opilého člověka, to je pak hrozný, někdy se i bojíme.“* Kaňovský (2007) ve své knize tvrdí, že intoxikace mohou být způsobeny vlivem etylalkoholu, metylalkoholu, olova či rtuti. Lze podotknout, že by sestry měly mít v

případě ohrožení zajištěnu především volnou únikovou cestu, aby se předešlo možnému ublížení na zdraví.

Dále jsme se zabývali vyšetřovacími metodami a činnostmi sester při nich. Souhrnně sestry odpověděly, že hlavní vyšetřovací metodou v jejich ambulanci je klinické neurologické vyšetření. Zde můžeme částečně souhlasit s publikací napsanou Mumenthalerem (2008), který uvádí, že mezi další činnosti sestry patří i vyplňování ošetrovatelské anamnézy a hodnotících škál. Dvě sestry mají povinnost ve své ambulanci vyplňovat hodnotící škály či testy. Dovolujeme si však oponovat výročkám Slezákové (2006), která uvádí, že sestra při vyšetření CNS monitoruje úroveň vědomí, duševní stav, reflexy, hlavové nervy, motorické a senzorycké funkce. Jak vysvětluje sestra S2: „*vše dělá lékař, zapisuje celkovou anamnézu, já jenom asistuju při klinickém vyšetření.*“ Dle našeho názoru je opravdu toto vyšetření pouze v kompetencích lékaře, který je na to přímo specializovaný. Mezi kompetence sestry patří například edukace, která je pro pacienta velmi důležitá. Zajímalo nás, kdo vlastně v neurologické ambulanci edukuje, jakou formu při tom volí, zda na to sestry mají dostatek času a jestli zjišťují zpětnou vazbu. Pojem edukace definuje Helus (2011) jako „*záměrné a řízené vychovávání a vzdělávání.*“ S tím souhlasí i Šulistová, Trešlová (2012), které vymezují pojem jako „*vychovávat*“. Jak dále uvádí Juřeníková (2010), při edukaci by měl být brán zřetel na pohlaví pacienta, věk, úroveň soběstačnosti, psychický stav a v neposlední řadě na zdravotní stav, tzn. ke každému pacientovi by se mělo přistupovat individuálně. A tak je to i s časovým rozmezím edukace. V průběhu rozhovorů bylo uvedeno, že sestry většinou nemají dostatek času ani prostoru na rozsáhlou edukaci, proto v rychlosti říkají jen to nejdůležitější. Problém spatřujeme především v tom, že buď sestry dostatečně needukují, nebo naopak pacienta zahltní mnoha informacemi, ze kterých si neodnese ani ty podstatné. Juřeníková (2010) dále podotýká, že nelze s přesností říci, jak dlouhá by edukace pacienta měla být. Sestry nemají dostatek času ani prostoru na edukaci, proto většina sester podává pacientům při odchodu vizitku s číslem do ordinace, aby si v případě nejasností zavolali.

Pozitivním zjištěním pro nás bylo, že sestry využívají kombinovanou formu edukace. Nejčastěji však preferují slovní formu. Jedna ze sester udává: „*Edukujeme*



*spíše slovně, několikrát opakuju, někdy i napíšu na papír...*“ Dojde-li k nedorozumění mezi sestrou a pacientem, sestry využívají i formu písemnou, a to nejčastěji ve formě edukačního letáčku. Podle našeho mínění je velmi důležité nadále zjišťovat i zpětnou vazbu, ve které rozpoznáme, jestli pacient rozuměl všemu, co mu bylo sděleno. Byla položena otázka, zda sestry vůbec zjišťují zpětnou vazbu. Dozvěděli jsme se, že všechny sestry reagovaly na otázku totožně, jejich odpověď zněla ano.

Překvapujícím zjištěním pro nás bylo, že dvě ze čtyř sester sdělily, že do ambulance nedostávají žádné edukační materiály. Ostatní dotazované sestry poskytují edukační materiály volně v čekárně, buď k prohlédnutí či k osobní potřebě. I přes pečlivou edukaci by měl mít každý pacient možnost si v čekárně prohlédnout edukační letáky, případně si je mohl odnést do domácího prostředí a v klidu pročíst. V letáčcích mohou pacienti nalézt podrobnosti o nemoci, prevenci nebo popis možných cviků, tedy vše, co by jim mohlo být užitečné. Takto lze mnohdy předcházet ošetrovatelským problémům, které se u pacientů v neurologické ambulanci vyskytují či vyskytnout mohou.

Tři dotazované sestry ze čtyř měly potíž definovat spojení ošetrovatelský problém. Po jeho objasnění všechny sestry nejčastěji udávaly bolest, strach, úzkost a poruchu spánku. Na otázku, jak řeší tyto pacientovy potíže, většinou sestry uvedly, že se snaží pacienta slovně uklidnit, vzít přednostně či podle ordinace lékaře podat infúzi s analgetickými přípravky. Jedna ze sester odpověděla: *„Řeším to hlavně slovním uklidněním, na víc tu asi není prostor.“* Podle výpovědi lze usoudit, že sestra by si na pacienta měla udělat čas i v případě, že nestíhá. Pro pacienta je mnohdy důležitější zájem sestry a její porozumění. Beran (2010) rovněž říká, že vztah mezi sestrou a pacientem je založen na principu empatie, naslouchání, projevu porozumění, zájmu a podpory. S tím souhlasí i Zacharová (2007), která ve své publikaci dodává, že v očích pacienta by sestra měla být člověkem, který bude mít vždy pochopení, velkou toleranci a laskavost v průběhu jeho nemoci. Je tedy podstatné, aby se sestra chovala profesionálně, laskavě a empaticky, nicméně by pro pacienta měla být autoritou. Všeobecná sestra se může dostávat do situací, které jí nemusí být zcela příjemné, musí je však překonat. Může se jednat například o opilého, nespolupracujícího či netrpělivého člověka. Jak ve své publikaci uvádí Bártlová (2007), neshody mezi

sestrou a pacientem jsou významně ovlivňovány především jednáním pacientů. Ti většinou žádají o přednostní vyšetření, porušují zdravotní řád, rodinní příslušníci se chovají nevhodně a nastávají organizační potíže v důsledku nadměrného množství neobjednaných a objednaných pacientů.

Výzkum prokázal, že stres je v rámci činnosti neurologické ambulance velice častým jevem. Proto jsme se jím rozhodli zabývat. Plamínek (2013) definuje pojem stres jako: „stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na podněty (stresory).“ V průběhu výzkumu bylo zjištěno, že stres není pro sestry nic neobvyklého. Se stresem se setkávají, nicméně se s ním snaží pracovat. Občas se stane, že sestry neudrží své emoce a ventilují je navenek. Sestra S2 uvedla: „někdy se stane, že jsem třeba nepříjemná, ale většinou jen na ty, co jsou nepříjemný na mě, ne vždycky to v sobě člověk udusí.“ Důležité je používání relaxačních technik, při kterých se člověk uvolní a odreaguje. Nejčastěji sestry udávaly vypovídání se či procházku. To taktéž doporučuje i Krivohlavý (2010), který vysvětluje, že nejlepším řešením, jak zvládat zátěžovou situaci, je právě relaxace. Pro sestru je nejlepším východiskem projít se, prodýchat se, uvolnit svaly anebo se jednoduše vypovídat. Co zdůrazňuje, je hledání řešení a pozitivní stránky toho, co se děje, a snahu vyvarovat se stresovým situacím. I zdravotní sestra je pouze člověk, jako každý jiný, který pociťuje emoce, nicméně před pacientem by neměla sestra dávat stres ani své problémy najevo. Mohlo by to působit značně neprofesionálně. Jak vysvětluje Vévoda (2013), stejně jako pacienti, tak i sestry jsou pouze lidské bytosti, které pociťují různé pocity, potřeby, strach, úzkost a naděje. Jestliže by sestry své pocity často nedokázaly udržet, mohlo by se jednat o tzv. syndrom vyhoření. Ten ve své knize popisuje Venglářová (2011): „*syndrom vyhoření popisuje profesionální selhání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samostatného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje k povolání.*“ Dle našeho názoru je vhodné, aby sestra v případě, že se u ní projevil syndrom vyhoření, opustila zaměstnání a našla si takové, které ji bude naplňovat. Ani jedna dotazovaná sestra se v našem výzkumu nezmínila, že by se u ní syndrom vyhoření projevil. Spokojenost v zaměstnání je důležitým faktorem, kterým lze syndromu vyhoření předcházet.

Z výzkumu je patrné, že polovina sester je s prací velmi spokojená. U druhé poloviny je zřejmé, že velmi spokojené se svým zaměstnáním nejsou. Průběh těchto rozhovorů byl narušován, do ambulance vcházela opakovaně vrchní sestra a něco hledala. To znesnadňovalo výzkum, protože sestry mnohdy mlčely a až po odchodu vrchní sestry se trochu rozpovídaly. Nespokojenost tkví v organizaci v ordinaci, v absenci dalšího počítače, šatny a denní místnosti. Možná by stačila pouhá finanční odměna jako motivace pro sestru. Jak uvádí Dluhošová a Tkáčová (2011), značná řada sester má jediný stimul, kterým jsou peníze. Některým sestrám na penězích nezáleží a je pro ně důležitější příjemná atmosféra, vynikající kolektiv a možnost se seberealizovat. Potíž lze spatřovat v absenci snahy věci řešit. Lze chápat, že sestry mají obavy, a tak raději mlčí. Pro plynulý chod ambulance je však důležité, aby chodily do práce s nadšením a odcházely spokojené. Jak uvádí Zacharová (2007), příjemné jednání sestry v neurologické ambulanci se odráží v kvalitě mezilidských vztahů.

Jak z výzkumu vyplývá, vše je o správné komunikaci. Naším druhým cílem bylo zjistit specifika komunikace v neurologické ambulanci. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální. Verbální komunikaci definuje Pokorná (2010) jako „*typ sdělování informací, probíhající jako součást komunikačního procesu v rámci slovní komunikace na úrovni paralingvistických obsahů faktorů či znaků.*“ Neverbální komunikaci nejjednodušeji popisuje Mahrová (2006) jako „řeč těla“. Nejdříve jsme se zaměřili na komunikaci a její překážky. Některé sestry neregistrovaly žádné velké potíže v komunikaci, jak udávaly, „vždy se nějak domluvily“. Bariéry registrují v komunikaci s pacientem trpícím fatickou poruchou po CMP, s lidmi s bolestmi, po epileptickém záchvatu, s nepříjemným či intoxikovaným pacientem. Pokud nastane nějaká komunikační bariéra, snaží se jí jakkoliv vyřešit. Nejčastěji mluví na pacienta pomalu, používají neverbální projevy, gestiky, mimiky, piktogramy, snaží se uklidňovat a být empatické. Jak Ptáček (2011) tvrdí, vždy závisí na závažnosti stavu pacienta. Méně znepokojující bylo zjištění, že kromě jedné sestry žádná jiná dotazovaná sestra téměř nekomunikuje s pacientem po epileptickém záchvatu. Poukazuje, že po epileptickém záchvatu dochází většinou k poruchám vědomí, chování či jednání, tudíž se ze strany sestry vyžaduje citlivý a tolerantní přístup k pacientovi. Dále jsme se

zaměřili na pacienty trpící Alzheimerovou demencí. Ti jsou také pozorováni v neurologické ambulanci, tudíž by se s nimi sestry měly setkávat. Bylo zjištěno, že lidé s touto diagnózou ambulanci většinou nenavštěvují. Sestry S3 a S4 s tímto onemocněním mají zkušenosti a vědí, jak s nimi správně komunikovat. V takovém případě je důležité mluvit na člověka přirozeně, nedegradovat jej, být trpělivý a důsledný. Stejný názor zastává i sestra S3: „*Tak ten člověk většinou s někým přijde, snažíme se s ním mluvit normálně, nezesměšňujeme ho, dodržujeme jeho důstojnost, jsme prostě trpělivé.*“ Taktéž souhlasí i Jiráček (2010), který poukazuje na to, že by sestra měla ctít osobnost pacienta, ocenit ho, nebýt nezdvořilá, být laskavá, nenaléhat na něj, podpořit dobrou náladu a paměť. Sestra by se měla chovat tak, aby nemocného neurazila a zachovala tak lidskou důstojnost. Jak říká DeMarco (2012), sestry by se měly zkusit vžít do komunikačního světa pacienta, aby došlo k lepšímu porozumění. Lze konstatovat, že by se sestry měly chovat tak, jak by si ony přály, aby se k nim zdravotnický personál choval, až budou ony v seniorském věku.

Poslední otázkou, kterou jsme se zabývali, byla komunikace s pacientem trpícím bolestí. Kolektiv autorů (2006) bolest definuje následovně: „*bolest je cokoli, co pacient řekne, že to je, a objevuje se, kdykoliv pacient řekne, že se objevuje.*“ Je tedy důležité věnovat bolesti značnou pozornost a pacientovi věřit, pokud si na bolest stěžuje. Komunikace mezi sestrou a pacientem je zásadní. V případě takovéto diagnózy se sestry nejčastěji snaží pacienta motivovat, podporovat a uklidňovat, některým zase přijde nevhodné pacienta zatěžovat komunikací. Jak dodává S1: „*Když mi pacient přijde do ordinace, snažím se ho uklidnit, povídat si o jeho bolesti a i ho motivuji, že pan doktor vymyslí řešení, které mu pomůže zmírnit jeho obtíže, a tak.*“ I Klementová (2010) uznává, že komunikace s pacientem trpícím bolestmi je náročná, proto by sestry měly monitorovat intenzitu bolesti, nicméně i nonverbální projevy pacienta, a hlavně nebagatelizovat jeho stížnosti.

## 6 Závěr

V rámci této bakalářské práce byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit role sestry v neurologické ambulanci. Druhým cílem bylo zjistit specifika komunikace v neurologické ambulanci. Ve snaze o naplnění těchto cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První zněla: *Jaké jsou role sestry v neurologické ambulanci?* Druhá otázka byla formulována: *Jaká jsou specifika komunikace v neurologické ambulanci?* Výzkumné šetření naše vymezené cíle splnilo.

Během výzkumu bylo zjištěno, že sestry v neurologické ambulanci provádějí objednávání pacientů, příjmy pacientů, odběry biologického materiálu, vyřizují telefonáty, měří fyziologické funkce, asistují lékařům, dezinfikují povrchy a pracují s dokumentací. Nejčastěji vykonávají roli edukátorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, o něco méně často roli nositelky změn, advokátky a výzkumnice. Z aktivit sester bylo zjištěno, že jejich práce je náročnější a někdy stresující. Sestry se snaží používat relaxační techniky a účinně odbourávat stres. V otázce komunikace jsme se dozvěděli, že většina sester neklade komunikaci s pacientem velký význam, i když to jeho stav vyžaduje. Nezaznamenávají ani velké překážky v komunikaci. Z výzkumu lze vyvodit, že sestry nemají dostatek možností se vzdělávat v rámci seminářů, neboť jim nejsou často poskytovány. Nicméně mohou si vědomosti dále prohlubovat např. postgraduálního vzdělávání. Polovina sester uvedla, že i když jsou v zaměstnání méně spokojené, chtějí tam zůstat i nadále. Dále jsme zjistili, že se všeobecná sestra významně podílí na edukaci pacienta. Edukuje kombinovanou formou, tedy slovně i písemně. Edukace však s sebou nese jisté potíže. Potíž nastává především v nedostatku času a prostoru, proto je zřejmé, že sestry edukaci neprovádějí tak, jak by měly. Překvapením je, že všechny sestry zjišťují zpětnou vazbu, tedy především to, zda pacient všemu rozuměl.

Tato bakalářská práce by mohla posloužit začínajícím sestřím, které přemýšlejí o práci v neurologické ambulanci. Informace v této bakalářské práci byly sepsány tak,

aby poukázaly na přehled každodenních činností sestry v neurologické ambulanci a zasvětily sestry do komunikace s pacientem.

## 7 Seznam použitých zdrojů

### Tištěné monografie

ARNOLD, Elizabeth a Kathleen Underman BOGGS. *Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses*. 6th ed. St. Louis, Mo.: Elsevier/Saunders, c2011, viii, 547 p. ISBN 978-143-7709-445.

BERAN, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha, Grada Publishing, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 317 s. ISBN 978-80-247-3037-0.

JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-802-4724-546.

JURĚNÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. *Obecná neurologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 242 s. ISBN 978-802-4416-632.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Editor Julie Munden. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1720-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 119 s. ISBN 978-802-4731-490.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

MUMENTHALER, M., C. L. BASSETTI a Ch. J. DAETWYLER. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 369 s. ISBN 978-802-4722-986.

PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.

PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: Pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 362 s. ISBN 80-247-0843-4.

, Radek, Petr BARTŮNĚK a kol. . Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-802-4739-762.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-802-4722-238.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-802-4727-332.



SLAVÍK, Milan. *Vysokoškolská pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 253 s. ISBN 978-80-247-4054-6.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006. 165 s. ISBN 80-806-3218-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-802-4732-237.

ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4712-628.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-802-4731-742.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 159 s. ISBN 978-802-4747-323.

VONDRÁČEK, L., V. WIRTHOVÁ a J. PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry: terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-802-4736-976.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

### **Legislativní dokumenty**

ČR. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2012. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>

ČR. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

### **Elektronické zdroje**

BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. In: *Sestra* [online]. 2007-03-09. [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/pracovni-vztahy-a-kompetence-vseobecnych-sester-v-ceske-republic-295927>.

BRÁZDIL, Milan. *Epilepsie a úzkostné poruchy* [online]. 2012, roč. 13, č. 2 [cit. 2014-02-27]. ISSN 1335-9592. Dostupné z: [http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=magazine\\_detail&issue\\_id=519&article\\_id=8620](http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=magazine_detail&issue_id=519&article_id=8620).

DEMARCO, Bob. Learning How to Communicate with Someone Living with Alzheimer's. In: *Alzheimer's Reading Room* [online]. 2012 [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimersreadingroom.com/2011/01/learning-how-to-communicate-with.html>

DLUGOŠOVÁ, Anna a Ľubomíra TKÁČOVÁ. Motivace a její aplikace na práci sester. In *Sestra*. [online]. 2011-09-09. [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/motivace-a-jeji-aplikace-na-praci-sester-461367>.

CHEBSKÁ NEMOCNICE a. s. *Epidurální obštrik*. Neurologická ambulance. [online]. [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://www.kkn.cz/491-epiduralni-obstrik.html>.

KLEMENTOVÁ, Renáta. Jak umíme pracovat s bolestí v 21. století? In *Sestra* [online]. 2010-07-08. [cit. 2014-03-10]. ISSN 1210 – 0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jak-umime-pracovat-s-bolesti-v-21-stoleti-453238>.

KOHOUTEK, Rudolf. Potřeby jako motivy chování a prožívání. In: *Psychologie v teorii a praxi* [online]. 2009 [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/potreby-jako-motivy-chovani-a-prozivani>

MAJROVIČOVÁ, L. Úloha sestry při vyšetřovacích metodách v neurofyziologii. In *Sestra* [online]. 2012-02-10. [cit. 2014-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/uloha-sestry-pri-vysetrovacich-metodach-v-neurofyziologii-463440>.

MUROŇOVÁ, M. Elektromyografie – EMG. In *Sestra* [online]. 2009-02-09. [cit. 2014-02-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/elektromyografie-emg-416079>.

TUČEK, Milan. Prestiž povolání - červen 2013. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. 2013 [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013>.

TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestry - pacient. *Sestra* [online]. 2007. [cit. 2014-02-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-sestra-pacient-285309>.

## **8 Přílohy**

**Příloha 1** - Otázky k rozhovoru

**Příloha 2** - Ukázka kódování

**Příloha 3** - Přepisy rozhovorů

## **Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru**

1. Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci?
2. Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?
3. Jaké činnosti při nich provádíte?
4. Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?
5. Jak edukujete pacienta před vyšetřením?
6. Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?
7. Jaké máte k dispozici edukační materiály?
8. S jakými nejčastějšími onemocněními k Vám přicházejí pacienti?
9. Jaké se ve Vaší ambulanci vyskytují ošetrovatelské problémy?
10. Jak tyto ošetrovatelské problémy u pacienta řešíte?
11. Jaký je přibližný počet pacientů, kteří za den navštíví Vaší ambulanci?
12. Jak reagujete na větší počet pacientů, kteří přicházejí do Vaší ordinace?
13. Jaké formy relaxace upřednostňujete, pokud jste ve stresu?
14. Jaký volíte přístup v komunikaci s pacientem?
15. Jaké překážky nejčastěji registrujete v komunikaci s pacientem trpícím neurologickým onemocněním?
16. Jaké zásady komunikace volíte u pacienta, který je po cévní mozkové příhodě?
17. Jak komunikujete s pacientem, který trpí Alzheimerovou demencí?
18. Jak komunikujete s pacientem po epileptickém záchvatu?
19. Jak komunikujete s pacientem trpící bolestí?
20. Jaká školení zaměřená na komunikaci jste za dobu své praxe absolvovala?
21. Jak se vzděláváte ve své praxi?
22. Kolik Vám je let?
23. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
24. Jak dlouho pracujete na pozici sestry v neurologické ambulanci?
25. Kde jste nastoupila před tím, než jste nastoupila do neurologické ambulance?
26. Proč jste si vybrala práci v této ambulanci?
27. Co byste změnila ve své Vaší ambulanci?

## Příloha 2 – Ukázka kódování

Zdroj: Vlastní

### Příloha 2 – Ukázka kódování

Zdroj: Vlastní

- 1 Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci? Co role sestry – manažerky,  
2 poskytovatelky ošetrovatelské péče, advokátky, výzkumnice, nositelky zněň, které z  
3 nich vykonáváte?
- 4 „První, co udělám, jdu sesbírat zprávy z prvního patra, kde funguje ambulance  
5 přes víkend, pak jdu sem dolů, tady už většinou čekají pacienti, tak jim odeberu  
6 krev a při příchodu lékaře asistuju při vyšetření. Anamnézu o pacientovi také  
7 nevyplňuji, vše dělá lékař. A ty normální činnosti sestry, aplikace léků, odběry,  
8 dezinfekce, administrativu, příjem pacientů, a tak. Jo, ošetrovatelka a edukátorka  
9 je jasná, manažerku dělám vlastně taky, výzkum žádný neprovádím, nic jsem tu  
10 za dobu své praxe nezměnila. Roli advokátky nedělám a mentorku občas.“
- 11 Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?
- 12 „V naší ambulanci se provádějí klinické vyšetření, lumbální punkce, ale to  
13 málokdy, ta se provádějí nejčastěji v jiné ambulanci a normální odběry  
14 biologického materiálu.“
- 15 Jaké činnosti při nich provádíte?
- 16 „Tak při odběru si připravím pomůcky a odeberu krev či jiný biologický  
17 materiál. Jinak asistuju lékařovi při klinickém vyšetření.“
- 18 Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?
- 19 „Edukuje sestra i lékař, sestra při vyšetření nebo při injekcích, a tak a lékař při  
20 tom, co bude pacienta čekat.“
- 21 Jak edukujete pacienta před vyšetřením?
- 22 „Edukujeme ho řekně, když ho třeba připravujeme na vyšetření.“
- 23 Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?
- 24 „Zpětnou vazbu zjišťujeme, většinou, že pacienti rozumí, ale pak zjistíme, že  
25 vlastně nic nepochopili, takže pak i několikrát volají.“
- 26 Jaké máte k dispozici edukační materiály?
- 27 „Nemáme k dispozici žádné edukační materiály.“

## **Příloha 3 – Přepisy rozhovorů**

### **Rozhovor č.1**

Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci? Co role sestry – manažerky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, advokátky, výzkumnice, nositelky změn, které z nich vykonáváte?

*„První, co udělám, jdu sesbírat zprávy z prvního patra, kde funguje ambulance přes víkend, pak jdu sem dolů, tady už většinou čekají pacienti, tak jim odeberu krev a při příchodu lékaře asistuju při vyšetření. Anamnézu o pacientovi také nevyplňuji, vše dělá lékař. A ty normální činnosti sester, aplikace léků, odběry, dezinfekce, administrativu, příjem pacientů a tak. Jo, ošetrovatelka a edukátorka je jasná, manažerku dělám vlastně taky, výzkum žádný neprovádím, nic jsem tu za dobu své praxe nezměnila. Roli advokátky nedělám a mentorku občas.“*

Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?

*„V naší ambulanci se provádí klinické vyšetření, lumbální punkce, ale to málokdy, ta se provádí nejčastěji v jiné ambulanci a normální odběry biologického materiálu.“*

Jaké činnosti při nich provádíte?

*„Tak při odběru si připravím pomůcky a odeberu krev či jiný biologický materiál. Jinak asistuju lékaři při klinickém vyšetření.“*

Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?

*„Edukuje sestra i lékař, sestra při vyšetření nebo při injekcích, a tak a lékař při tom, co bude pacienta čekat.“*

Jak edukujete pacienta před vyšetřením?

*„Edukujeme ho slovně, když ho třeba připravujeme na vyšetření.“*

Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?

*„Zpětnou vazbu zjišťujeme, většinou, že pacienti rozumí, ale pak zjistíme, že vlastně nic nepochopili, takže pak i několikrát volají.“*

Jaké máte k dispozici edukační materiály?

*„Nemáme k dispozici žádné edukační materiály.“*

S jakými nejčastějšími onemocněními k Vám přicházejí pacienti?

*„Přicházejí nejčastěji s bolestmi zad, mrtvice, Parkinson, závratě, takové to brnění.“*

Jaké se ve Vaší ambulanci vyskytují ošetrovatelské problémy?

*„Tak myslím, že nejčastěji bolest a strach.“*

Jak tyto ošetrovatelské problémy u pacienta řešíte?

*„Snažíme se je povzbudit a uklidnit, většinou to ale nezabírá, většinou je uklidní až ty infúze.“*

Jaký je přibližný počet pacientů, kteří za den navštíví Vaší ambulanci?

*„ Okolo 30 lidí.“*

Jak reagujete na větší počet pacientů, kteří přicházejí do Vaší ordinace?

*„ Stresuje mě, když je plná čekárna. Lidé jsou nepříjemní a pak to na mě dolejhá. Když jsem vystresovaná, jsem rudá jak rajče, těžce to nesu, ale pak se s tím nějak vyrovnám.“*

Jaké formy relaxace upřednostňujete, pokud jste ve stresu?

*„Dám si něco dobrého, třeba kafe a čokoládu a když jsem doma, tak si jdu třeba zaběhat.“*

Jaký volíte přístup v komunikaci s pacientem?

*„Jelikož je komunikace v naší profesi důležitá, tak snažím se být milá, hodně na ně mluvit a vysvětlovat.“*

Jaké překážky nejčastěji registrujete v komunikaci s pacientem trpícím neurologickým onemocněním?

*„Když je fatická porucha, tak se nemůžeme domluvit, ale jinak mi přijde domluva s neurologickým pacientem dobrá. Potom, když je pacientovo špatný zdravotní stav nebo když dlouho čeká v čekárně, to je občas nepříjemné.“*

Jaké zásady komunikace volíte u pacienta, který je po cévní mozkové příhodě?

*„Tak kde je fatická porucha, tak se snažíme nějaký jednoduchý otázky, pak zjistíme, že se nedomluvíme, jinak asi běžná komunikace jako se všema.“*



Jak komunikujete s pacientem, který trpí Alzheimerovou demencí?

*„S Alzheimerovou demencí jsem se tu až tak nesešla, ale tak, asi není nijak zvláštní.“*

Jak komunikujete s pacientem po epileptickém záchvatu?

*„Tak pacienti bývají většinou utlumený, unavený, takže tam taková komunikace není, zavedu mu většinou kanylu, aplikuju léky, ale komunikace nic moc.“*

Jak komunikujete s pacientem trpící bolestí?

*„Když mi pacient přijde do ordinace, snažím se ho uklidnit, povídat si o jeho bolesti a i ho motivuji, že pan doktor vymyslí řešení, které mu pomůže zmírnit jeho obtíže, a tak.“*

Jaká školení zaměřená na komunikaci jste za dobu své praxe absolvovala?

*„Žádná.“*

Jak se vzděláváte ve své praxi?

*„Pomocí seminářů.“*

Kolik Vám je let?

*„Je mi 38 let.“*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*„Střední zdravotnická škola v Jindřichově Hradci a neuvažuji o Vysoké. Myslím si, že co se týče ambulance, vím vše potřebné.“*

Jak dlouho pracujete na pozici sestry v neurologické ambulanci?

*„Přibližně 7 let.“*

Kde jste nastoupila před tím, než jste nastoupila do neurologické ambulance?

*„Pracovala jsem na neurologické JIP.“*

Jak dlouho Vám trvalo zaučení v této odborné ambulanci?

*„To je jednoduché, chtěla jsem dělat jen ranní směnu.“*

Co byste změnila ve své vaší ambulanci?

*„Nic bych nezměnila, jsem takto velmi spokojená.“*

## Rozhovor č. 2

Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci? Co role sestry – manažerky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, advokátky, výzkumnice, nositelky změn, které z nich vykonáváte?

*„Nejdříve si sesbírám zprávy z oddělení, pak jdu do ambulance. Dělam normální činnosti sester, připravím si pomůcky na odběry, poté vykonám samotný odběr a pokud je třeba, lékaři asistuju při vyšetření. Dělam si vše, sanitárku, ošetrovatelku, edukátorku, i mentorku. Manažerské dovednosti mám, vše si tu zorganizuju, bohužel jsem tu ale nic nezměnila. Roli právníčky a výzkumnice asi nedělám.“*

Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?

*„Vše dělá lékař, zapisuje celkovou anamnézu, já jenom asistuju při klinickém vyšetření. Lumbální punkce, EMG či EEG vyšetření se dělají v jiných ambulancích, takže při tom já nic nedělám.“*

Jaké činnosti při nich provádíte?

*„Tak asistuju lékaři a dělám odběry biologického materiálu, především krve. Vždy si připravím pomůcky a poučím pacienta o výkonu.“*

Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?

*„Edukuje lékař i sestra.“*

Jak edukujete pacienta před vyšetřením?

*„Volíme spíše slovní odpověď.“ několikrát opakuju, někdy i napíšu na papír s informací, že mohou kdykoliv ještě zavolat, kdyby všechno zase zapomněli, což se občas stává.“*

Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?

*„Tak několikrát se ptám, jestli všemu rozumí. Hodně opakuju, někdy i napíšu na papír s informací, že mohou kdykoliv ještě zavolat, kdyby všechno zase zapomněli, což se občas stává.“*

Jaké máte k dispozici edukační materiály?

*„Nemáme žádné.“*

S jakými nejčastějšími onemocněními k Vám přicházejí pacienti?

*„Tak záchvaty epilepsie, bolesti zad, CMP, běžná točení hlavy, kolapsy, RS se tu sice sledují, ale také v jiné ambulanci.“*

Jaké se ve Vaší ambulanci vyskytují ošetrovatelské problémy?

*„Tak především je to bolest, strach, úzkost a porucha spánku.“*

Jak tyto ošetrovatelské problémy u pacienta řešíte?

*„Řeším to hlavně slovním uklidněním, na víc tu asi není prostor.“*

Jaký je přibližný počet pacientů, kteří za den navštíví Vaší ambulanci?

*„Asi 30 pacientů.“*

Jak reagujete na větší počet pacientů kteří přicházejí do Vaší ordinace?

*„Jsem z toho trochu nervózní, když je třeba plná čekárna, někdy se stane, že jsem třeba nepříjemná, ale většinou jen na ty, co jsou nepříjemný na mě, ne vždycky to v sobě člověk udusí.“*

Jak celkově reagujete na stres?

*„Jsem trochu nervózní, občas nepříjemná, ale to se stává málokdy. Mám v práci milou kolegyni, tak mě vždycky uklidní nebo zavolám kamarádce. Doma jdu se psem na procházku.“*

Jaký volíte přístup v komunikaci?

*„Tak v komunikaci je důležité být hlavně milá a usměvavá.“*

Jaké překážky nejčastěji registrujete v komunikaci s pacientem trpícím neurologickým onemocněním?

*„Překážky? Já asi neregistruju žádné. Se všema se vždy nějak domluví. Ovšem vždy hraje roli zdravotní stav a nebo dlouhá čekací doba.“*

Jaké zásady komunikace volíte u pacienta, který je po cévní mozkové příhodě?

*„Asi žádné zvláštní zásady nemám, komunikuju s ním jako s každým jiným, akorát v pomalejším tempu.“*

Jak komunikujete s pacientem, který trpí Alzheimerovou demencí?

*„Přímo kvůli této diagnóze jich sem moc nechodí, a když jednou za uherák někdo přijde, snažím se s ním mluvit normálně, aby mi prostě rozuměl.“*

Jak komunikujete s pacientem po epileptickém záchvatu?

*„Tak většinou s pacientem moc nejde komunikovat, ale tak člověk na něj normálně mluví, i když mě asi neslyší, nijak zvláště ale ne.“*

Jak komunikujete s pacientem trpícím bolestí?

*„S pacientem si snažím o bolesti povídat, přijde mi ale nevhodné zatěžovat pacienta komunikací, když má velké bolesti.“*

Jaká školení zaměřená na komunikaci jste za dobu své praxe absolvovala?

*„Nevzpomínám si na žádné.“*

Jak se vzděláváte ve své praxi?

*„Pomocí seminářů.“*

Kolik Vám je let?

*„42 let.“*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*Bakalář – Všeobecná sestra, tady v Českých Budějovicích.“*

Jak dlouho pracujete na pozici sestry v neurologické ambulanci?

*„Asi tak 11 let.“*

Kde jste pracovala před tím, než jste nastoupila do neurologické ambulance?

*„Pracovala jsem na interním oddělení.“*

Proč jste si vybrala práci v této ambulanci?

*„Kvůli ranním směnám.“*

Co byste změnila ve Vaší ambulanci?

*„Jsem spokojená, ale to víte, ve dvou sestřičkách by se to lépe táhlo.“*

### Rozhovor č. 3

Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci? Co role sestry – manažerky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, advokátky, výzkumnice, nositelky změn, které z nich vykonáváte?

*„Když přijdu do ambulance, tak si udělám kafe, potom sednu k počítači, kouknu, jaké příjmy tu byly o víkendu a pak už začínáme normálně pracovat. Asistuju lékaři, připravuji recepty, objednávám pacienty, provádím odběry, aplikuju injekce, dělám dezinfekci povrchů, chystám infúze a občas když jsou zavřené odborné místnosti, tak si sem přivezu přenosné EEG a provedu vyšetření. Ošetrovatelku, edukátorku, manažerku i nositelku změn samozřejmě dělám, výzkum žádný neprovádím, advokátku nedělám. Vyvěsila jsem si sem nějaký obrázky nebo jsem si zavedla mnou napsané edukační letáčky pro pacienty.“*

Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?

*„Pokud je něco akutního, přivezu si přenosné EEG a natočím si pacienta, někdy se tu provádějí lumbální punkce či obstríky, ale ty spíše na neurologickém oddělení na vyšetřovací místnosti. Odběry jsou rutinní, ty se dělají snad všude.“*

Jaké činnosti při nich provádíte?

*„Při obstrících či lumbální punkci vždy nejdřív edukuju pacienta, připravím si pomůcky a pak asistuju lékaři, dělám prostě vše, o co mě lékař požádá.“*

Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?

*„Tak sestra i lékař.“*

Jak edukujete pacienta před vyšetřením?

*„Slovně i písemně. V případě, že mi pacient nerozumí, dám mu letáček s podrobnými informacemi o vyšetření.“*

Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?

*„Tak, ptám se, i víckrát, jestli všemu dostatečně rozuměl. Dáme jim ještě kontakt do ambulance, kdyby něco potřeboval.“*

Jaké máte k dispozici edukační materiály?

*Máme k dispozici letáčky s onemocněními, pacienti si je mohou v čekárně přečíst či vzít domů.*

S jakými nejčastějšími onemocněními k Vám přicházejí pacienti?

*„Tak většinou lidé s podezřením na CMP, s epilepsií, bolestmi zad nebo s Roztroušenou sklerózou, někdy se setkáváme i s opilý člověkem.“*

Jaké se ve Vaší ambulanci vyskytují ošetrovatelské problémy?

*„Tak asi nejčastěji bolest a strach.“*

Jak tyto ošetrovatelské problémy u pacienta řešíte?

*„Tak snažím se je uklidnit a vzít přednostně, když vidím, jaké mají velké bolesti, bohužel z důvodu malých prostorů pacienta uložím v čekárně na pojízdné lůžko, a co nejdříve mu dám infúzi podle ordinace lékaře.“*

Jaký je přibližný počet pacientů, kteří za den navštíví Vaší ambulanci?

*„Plus mínus 30 lidí za den.“*

Jak reagujete na větší počet pacientů, kteří přicházejí do Vaší ordinace?

*„Jo, když je něco akutního, tak není ani čas myslet na to, že jsem ve stresu. Prostě to přeskočím a jedu dál. Stres k práci sestry patří, nijak výrazně na něj nereaguji, snáším ho vcelku dobře.“*

Jaké formy relaxace upřednostňujete, pokud jste ve stresu?

*„Doma si udělám čas jen sama pro sebe, hodím nohy nahoru a relaxuju.“*

Jaký volíte přístup v komunikaci s pacientem?

*„No, tak snažím se chovat a komunikovat na profesionální úrovni, slušně, mile a usměvavě, občas to ale nejde.“*

Jaké překážky nejčastěji registrujete v komunikaci s pacientem trpícím neurologickým onemocněním?

*„Tak ve zdravotním stavu, vím, že když má pacient bolesti, že se nechce vybavovat, je třeba i nepříjemnej, tak se ho snažím moc nevyčerpávat. I s lidmi, kteří čekají dlouho v čekárně, s těmi je komunikace někdy obtížnější.“*

Jaké zásady komunikace volíte u pacienta, který je po cévní mozkové příhodě?

*„Důležité je s nimi komunikovat, abychom zjistili potřebné věci. Hodně s nimi*

*gestikulujeme, používáme mimiku a někdy i píšeme na papír, pokud se nemůžeme nijak jinak domluvit. “*

Jak komunikujete s pacientem, který trpí Alzheimerovou demencí?

*„Tak ten člověk většinou s někým přijde, snažíme se s ním mluvit normálně, nezesměšňujeme ho, dodržujeme jeho důstojnost, jsme prostě trpělivé. “*

Jak komunikujete s pacientem po epileptickém záchvatu?

*„Tak moc s ním nekomunikuji, většinou spí nebo je zmatený, tak smysluplně nereaguje. “*

Jak komunikujete s pacientem trpící bolestí?

*„Nejdůležitější je ho uklidňovat, pomoci mu do úlevové polohy, prostě ho nějak motivovat, ať neztrácí hlavu, že vše bude dobré. “*

Jaká školení zaměřená na komunikaci jste za dobu své praxe absolvovala?

*„Myslím, že před x lety to bylo školení o asertivitě. “*

Jak se vzděláváte ve své praxi?

*„Pomocí seminářů. “*

Kolik Vám je let?

*„43. “*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*„Střední zdravotnická škola v Písku a o Vysoké škole neuvažuji. “*

Jak dlouho pracujete na pozici sestry v neurologické ambulanci?

*„Asi 7 let. “*

Kde jste nastoupila před tím, než jste nastoupila do neurologické ambulance?

*„Na interní JIP. “*

Proč jste si vybrala práci v této ambulanci?

*„Kvůli ranní směně. “*

Co byste změnila ve své Vaší ambulanci?

*„Co se týče změn, schází tu jakási organizace, spíše ze strany lékařů, nemáme svoji denní místnost, kde bychom si nechávaly své osobní věci a měly chvilku času na kávu. Ani svojí šatnu nemáme, musíme se chodit převlékat na oddělení. Nelze říct, že bych tu byla nespokojená, ale že bych zas byla spokojená, to ne. “*

#### Rozhovor č. 4

Jaký je Váš denní harmonogram v neurologické ambulanci? Co role sestry – manažerky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, advokátky, výzkumnice, nositelky změn, které z nich vykonáváte?

*„Tak, připravuji recepty, objednávám pacienty, vyřizuji telefonáty, asistuji lékaři, dělám odběry, i.m. a i.v. aplikace léků, infúze, vybírám regulační poplatky a provádím hygienu povrchů. Jsem jak manažerka, tak v ambulanci měním věci, výzkumnice také, sleduji denní příjem pacientů a právničku také vykonávám. Vždyť přece obhajuju práva pacientů. Ne?“*

Jaká vyšetření se provádějí ve Vaší ambulanci?

*„Tak klinické neurologické vyšetření, odběry biologického materiálu, někdy i lumbální punkce či nějaký obstřík a výjimečně EKG.“*

Jaké činnosti při nich provádíte?

*„Tak příprava pomůcek k odběru a jinak asistence lékaři.“*

Kdo ve Vaší ambulanci vykonává edukaci?

*„Lékař i sestra.“*

Jak edukujete pacienta před vyšetřením?

*„Tak edukujeme kombinovaně, jak slovně, tak i písemně.“*

Jak zjišťujete zpětnou vazbu od pacienta?

*„Tak, vyptáváme se jich, jestli rozumí tomu, co jsem jim řekla a chci, aby to třeba zopakovali, abych se ujistila, jestli opravdu vše chápou. Dám jim ještě vizitku s číslem, kdyby něco potřebovali, ať zavolají.“*

Jaké máte k dispozici edukační materiály?

*„V čekárně máme ve stojáncích nějaké letáčky o Parkinsonově nemoci, bohužel už nedostáváme letáčky o cévních onemocněních.“*

S jakými nejčastějšími onemocněními k Vám přicházejí pacienti?

*„Různé bolesti, jak zad, tak hlavy, CMP, RS, epilepsie a poslední dobou k nám přivázejí i opilé či intoxikované lidi.“*



Jaké se ve Vaší ambulanci vyskytují ošetřovatelské problémy?

*„Strach a bolest.“*

Jak tyto ošetřovatelské problémy u pacienta řešíte?

*„Když to jde, vezmu je do ordinace jako první a snažím se je uklidnit.“*

Jaký je přibližný počet pacientů, kteří za den navštíví Vaší ambulanci?

*„Okolo 25-30 lidí.“*

Jak reagujete na větší počet pacientů, kteří přicházejí do Vaší ordinace?

*„To víte, nijak extra ne, této ambulanci se stres raději vyhýbá obloukem. Pokud nestresuje lékař a vedení, je tu pohoda.“*

Jaké formy relaxace upřednostňujete, pokud jste ve stresu?

*„Relaxuji nad dobrou kávou.“*

Jaký volíte přístup v komunikaci s pacientem?

*„Tak usměvavá a hlavně profesionální.“*

Jaké překážky nejčastěji registrujete v komunikaci s pacientem trpícím neurologickým onemocněním?

*„No, nejhorší je to asi s lidmi trpící bolestmi a s alkoholikama, to je domluva strašná, ale tak, přesto se snažím být profesionální a usměvavá.“*

Jaké zásady komunikace volíte u pacienta, který je po cévní mozkové příhodě?

*„Tak většinou přichází s doprovodem a když ne, tak se snažím přizpůsobit komunikaci jeho zdravotnímu stavu.“*

Jak komunikujete s pacientem, který trpí Alzheimerovou demencí?

*„Tak většinou pacienta někdo doprovází, snažím se mluvit pomalejším tempem a dám mu čas na to, co mi chce říct.“*

Jak komunikujete s pacientem po epileptickém záchvatu?

*„Tak když někoho přivezou po epileptickým záchvatu, tak nijak na něj nekomunikujeme. S lékařskou zprávou ho převezeme na oddělení, kde ho sledují.“*

Jak komunikujete s pacientem trpící bolestí?

*„Je mi jich často líto, snažím se je podpořit a uklidnit.“*

Jaká školení zaměřená na komunikaci jste za dobu své praxe absolvovala?

*„Naposledy jsem byla na semináři o asertivním chování, bylo to poučné.“*

Jak se vzděláváte ve své praxi?

*„Pro mou profesi je důležité chodit na různé semináře pro sestry. Dále se vzdělávám pomocí internetu nebo z odborných časopisů, jako je např. Sestra.“*

Kolik Vám je let?

*„43 let.“*

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*„Zdravotní v Písku plus jsem si dodělávala ARIP a další vzdělávání už nemám zapotřebí.“*

Jak dlouho pracujete na pozici sestry v neurologické ambulanci?

*„Přes 7 let.“*

Kde jste nastoupila před tím, než jste nastoupila do neurologické ambulance?

*„Na neurologické JIP.“*

Proč jste si vybrala práci v této ambulanci?

*„Protože jsem chtěla dělat ranní směnu kvůli dětem.“*

Co byste změnila ve své Vaší ambulanci?

*„Jo, organizace, ta je tu špatná, o denní místnosti a šatně ani nemluvě a hodily by se nám tu dva počítače, doposud je v naší ambulanci pouze jeden, ale chci tu nadále pracovat, i přes to všechno.“*