



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
Fakulta zdravotně sociální
Katedra ošetřovatelství

Bakalářská práce

Vliv komunikačních dovedností sester v rámci péče o klienta na interním oddělení.

Vypracoval: Zuzana Růžičková
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová Ph.Dr.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Na interním oddělení se nachází široké spektrum klientů s různým typem onemocnění. Komunikace s těmito klienty klade na sestry vysoké nároky v oblasti komunikačních kompetencí. Téma bakalářské práce bude zaměřeno do této oblasti, s cílem zmapovat problematiku komunikace sester s klienty a poukázat na nejčastější chyby, kterých se sestry v rámci komunikačního procesu dopouštějí.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí a zabývá se problematikou komunikace mezi sestrou a pacientem hospitalizovaným na interním oddělení.

Práce je rozdělena do dvou částí. První část práce je teoretická, kde se zabýváme komunikací, komunikačními bariérami, komunikačními kompetencemi sester a jaká onemocnění mohou způsobit komunikační bariéru mezi sestrou a pacientem. V této části bylo snahou podat informace týkající se problematiky při komunikaci, popsat interní oddělení, osobnost sestry a druhy onemocnění se kterými mi se často setkáváme na interním oddělení. Druhá část práce byla praktická část, která přinesla výsledky z kvalitativního výzkumného šetření. Byly stanoveny tři cíle této práce. První cíl byl zaměřen na oblast komunikačních kompetencí sester s pacientem hospitalizovaným na interním oddělení. Druhý cíl byl zjistit, jak závažnost onemocnění pacientů ovlivňuje komunikaci sester a pacientů. Třetím cílem bylo, že na základě zjištěných poznatků mohou být vytvořena doporučení pro zlepšení komunikace sester pacienty. Na základě těchto cílů byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky. Pro získání a vyhodnocení dat byly použity dvě metody kvalitativního šetření a to polostrukturovaný rozhovor a pozorování. V každé nemocnici byli pozorováni čtyři pacienti a dvě sestry, které je měli na starost. Chování sestry bylo pozorováno u dvou pacientů, aby bylo zjištěno, zda se chování u každého pacienta liší nebo je stejné. Po pozorování navazoval vedený rozhovor s pacienty, o které se dané sestry staraly. Data byla získávána v období od února 2014 do března 2014 na interních odděleních v nemocnici Písek a.s. a nemocnici České Budějovice a.s. Výsledky byly následně podrobeny analýze. Použita byla metoda kódování. Pro přehlednost byly nejstěžejnější výsledky zpracovány do tabulek a grafů.

Z výsledků výzkumných otázek můžeme stanovit tyto hypotézy. První hypotéza zní: Komunikační kompetencí sester je verbální a neverbální komunikace. Druhá hypotéza zní: Komunikaci sester s klienty ovlivňuje četnost a délka hospitalizace. Třetí hypotéza: Vlivy, které působí na komunikaci mezi sestrou a pacientem je hluk a spolupacient na pokoji. Čtvrtá hypotéza zní: Sestru při práci nijak neovlivňuje závažnost pacientova onemocnění.

Na základě výsledků výzkumného šetření práce poukazuje na jevy vyskytující se při komunikaci mezi sestrou a pacientem. Doporučuje vhodné techniky pro sestry v rámci komunikace, probíhajícího během hospitalizace pacienta. Které mohou vést ke zlepšení a zefektivnění komunikace.

Abstract

The Internal Medicine Department (IMD) is servicing a wide spectrum of clients. Communication with this type of clients is putting high demand on nurses in the area of communication competencies. My diploma exam is focusing on this subject and is targeted to map the issues of mutual communication between nurses and their clients and point out the frequent errors which the nurses are making.

The diploma exam is divided in two sections. The first section is purely theoretic and is focused on communication as such, communication barriers and communication competencies of the nurses. It analysis how the type of the patient's illnesses influences formation of communication barriers between the nurses and patients. My main effort in this section was to present summarised information concerning the problems of communication, provide description of the IMD, describe a profile of the nurse and define the types of illnesses that are most often treated at the IMD.

The second section of my diploma exam is describing the results of my qualitative research which I conducted. I have set three objectives for my research. The first objective did focus on communication competencies of nurses in the communication with the patients treated at the IMD. The target of my second objective was to establish how the seriousness of the patient's illness influences the communication between nurses and patients. The third objective was focused to establish recommended improvements in the communication between nurses and patients, based on the research outcomes. To achieve the targeted results, I have created three research focused questions based on my pre-set objectives. I have used two types of methods of qualitative research to acquire and evaluate the desired data – a structured interview and observation. The research sample consisted of two groups of respondents. The first group was represented by four health nurses working in the department selected South Bohemian hospitals. The second group was represented Eight patients who at the time of the research were hospitalized in the internal medicine department. The structure of observation of the behavior of one nurse in relation to two patients allowed me to define the divergencies of the nurse's behavior in relation to different types of patients.

Following the observation I have conducted a targeted interview with the concerned patients. I have collected the data at the IMDs in the hospital in Pisek and České Budejovice during the period from February 2014 to March 2014. The results of my research have been thoroughly analysed. To analyse the data I have applied the method of coding. The core results of the research have been summarised in tables and graphs.

The results of the research questions and answers are allowing to determine following four hypothesis. The first hypothesis says: the communication competence of nurses consists of verbal and non-verbal communication. The second hypothesis says: the communication of nurses with patients is influenced by the frequency and the duration of the admission of the patients. The third hypothesis says: effects influencing the communication between the nurse and the patient include noise and co-patient sharing the room. The fourth hypothesis says: the nurse's behavior is not influenced by the seriousness of the illness of the patient.

The results of my research are highlighting the effects occurring in the mutual communication between the nurses and patients. The outcome of this diploma exam enables application of useful communication techniques in the daily contact of the nurses with the patients during their admission. Those techniques are supposed to improve and increase the efficiency of the mutual communication between nurses and patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 2.5.2014

Zuzana Růžičková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Radce Šulistové Ph.D. za trpělivost a rady k této bakalářské práci. Vážím si i vstřícnosti všech, kteří mi umožnili provádět výzkum v Nemocnicích Písek a České Budějovice.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1.SOUČASNÝ STAV	12
1.1 Komunikace	12
1.1.1 Komunikační bariéry při práci sestry	13
1.1.2 Onemocnění působící bariéry při komunikaci.....	15
1.1.3 Komunikační dovednosti sester	17
1.2 Interní oddělení a jeho složky.....	19
1.2.1 Ošetrovací jednotka a její části	19
1.2.2 Role sestry	20
1.2.3 Osobnost sestry	22
1.2.4 Ošetrovatelský proces	24
1.2.5 Nemoci vedoucí k hospitalizaci.....	26
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky	30
3.METODOLOGIE	31
3.1 Charakteristika výzkumného souboru	32
4.VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
4.1 Názory pacientů	36
4.2 Vyhodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření.....	38
4.3 Grafy na porovnání komunikačních dovedností sester v Nemocnicích Písek a.s. a České Budějovice a.s.	45
5.DISKUSE	48

ZÁVĚR.....	52
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
8. SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Na interním oddělení se nachází široké spektrum klientů s různým typem onemocnění. Komunikace s těmito klienty klade na sestry vysoké nároky v oblasti komunikačních kompetencí. Téma bakalářské práce bude zaměřeno do této oblasti, s cílem zmapovat problematiku komunikace sester s klienty a poukázat na nejčastější chyby, kterých se sestry v rámci komunikačního procesu dopouštějí.

Cíl práce je zaměřen na oblast komunikačních kompetencí sester s klientem hospitalizovaným na interním oddělení.

Výzkumné šetření této oblasti je pro mne zároveň i něčím jako odbornou stáží, jejímž cílem je lépe porozumět světu klientů a sester na interním oddělení.

Výzkumný design je vzhledem k problematice zkoumaných jevů navržen jako kvalitativní výzkumné šetření, které bude rozděleno do dvou částí. První část bude zacílena na pozorování sester při komunikaci s klienty. Ve druhé části budou vedeny polostrukturované rozhovory s klienty na interním oddělení.

Výzkumný soubor budou tvořit dvě skupiny. První skupina budou náhodně vybrané sestry pracující na interním oddělení. Druhá skupina bude složena z klientů hospitalizovaných na interním oddělení. Výzkumné šetření bude vedeno v nemocnicích jihočeského regionu do teoretické nasycenosti. Předpokládaný počet pozorovaných sester je 9. Polostrukturovaný rozhovor bude veden u 6 klientů.

Na základě zjištěných poznatků mohou být vytvořena doporučení pro zlepšení komunikace sester s klienty a stanovena východiska pro další možný výzkum v této oblasti.

1.SOUČASNÝ STAV

1.1 Komunikace

Komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem patří mezi jednu ze základních dovedností, jež jsou potřebné pro práci sestry. „*Komunikovat s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení, bolest, je nervózní či nazlobený, není jednoduché. Stejně tak náročné je domluvit se, získat a předat informace, ale i povzbudit a dodat naději.*“ (Venglářová, 2006, s. 7). Protože se jedná o poměrně rozsáhlou problematiku, nejprve vymezím její základní pojmy.

Dle Janáčková je komunikace v obecné rovině definována jako sdělování informací prostřednictvím prostředků a signálů: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma nebo více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných medií (Janáčková, 2009). „*Každé mezilidské komunikování se děje ve zcela určitém prostředí, za zcela určitých okolností – to jest v určitém kontextu – a ten bývá unikátní, neopakovatelný, a tudíž každé naše komunikování je jedinečnou, neopakovatelnou událostí*“ (Plaňava, 2005, s.15).

Také atmosféra každé situace se liší, převládají jiné citové prožitky i projevy, rozdílné chování, ale i diferencované vztahy mezi zúčastněnými lidmi (Plaňava, 2005). Z tohoto důvodu je velký důraz kladen na komunikaci mezi zdravotní sestrou a pacientem. Pacient je nemocný, ocitá se v neznámém prostředí, je obklopen cizími lidmi a může reagovat neobvykle. Jeho komunikační dovednosti jsou ovlivněny nastalou situací. Při setkání se s jiným člověkem dochází ke vzájemným interakcím a reakcím mezi lidmi (Venglářová, 2006). V rámci takto vzniklé sociální interakce můžeme vymezit tři základní druhy komunikace: verbální, neverbální a paralingvickou.

Neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti od jednotlivých částí těla, které zaujímají určitou polohu anebo vykonávají určitý pohyb (Kristová, 2004). Tvoří ji proxemika, teritorialita, mimika, pohledy, gestika, haptika, posturologie, kinetika a úprava zevnějšku. Proxemika a teritorialita určují vzdálenost a prostor mezi

sestrou a pacientem. Mimika je výraz obličeje. Pohledy lze vymezit jako komunikaci prostřednictvím pohledu a pohybu očí. Další částí je gestika, tedy dorozumívání se pomocí pohybů rukou. Haptika se zabývá komunikací prostřednictvím doteků. Posturologie je řeč našich fyzických postojů. Kinetika obsahuje širokou oblast neverbální komunikace zahrnující veškeré pohyby těla. Svůj velký vliv má také úprava zevnějšku jednotlivce a prostředí (Kristová, 2004, Venglářová, 2006). „*Nonverbální komunikace zná celou řadu způsobů, jak to či ono tomu či onomu sdělit, ukázat, dát najevo. Bez ní by byla naše komunikace fádní a nudná*“ (Nelešovská, 2005, s. 57).

Verbální komunikace je to, co si zdravotní sestra s pacientem navzájem sdělí slovy. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, jasně a především srozumitelně. Významnou hodnotu mají slova, jimiž může povzbudit, motivovat, vyzvat ke spolupráci. Na druhou stranu však musí být vždy obezřetná, neboť jsou i výrazy, kterými lze ublížit, ranit, popřípadě dokonce člověka ponížit. Taková slova poté nelze zrušit, vymazat, či vzít zpět (Kristová, 2004). Proto by každá sestra měla vědět, jaká sdělení jsou pro nastalou situaci vhodná a kdy je lepší variantou mlčení.

Paralingvistická komunikace představuje hlasitost mluveného slova. Může změnit význam slova, má vlastní obsahovou, emocionální a informační hodnotu. Jednotlivé komponenty akustického projevu řeči jsou jedinečnými indikátory určení momentální nálady a psychického stavu pacienta. Na základě různých kvalit hlasu můžeme poznat např. smutek, radost, únavu, strach, překvapení i obavy. Paralingvistických projevů je velké množství. Mezi ty nejdůležitější: patří síla hlasu, intonace, výška hlasu, rychlost mluveného projevu, pomlčky, srozumitelnost řeči a stylistika (Kristová, 2004).

1.1.1 Komunikační bariéry při práci sestry

Komunikace s pacientem patří mezi základní dovednosti zdravotní sestry. Jestliže v komunikační problematice dojde k určité překážce, přináší to nemalé problémy. Svoji velkou roli sehrává především předcházení vzniku komunikačních

bariér, a to zejména ze strany sestry. Obrazně je lze považovat za jakési zlo, a proto je třeba výše zmiňované bariéry odstraňovat popř. se jim vyhýbat. V opačném případě může být sestra připravena o mnohé významné informace (Mikuláščík, 2010).

Jak podotýká Mikuláščík, komunikační bariéry lze rozdělit na interní a externí. Nejčastější interní bariérou je strach z neúspěchu, jenž na jedince působí svazujícím pocitem. Komunikující se obává selhání, což se může projevit chvěním hlasu a sníženou stylistikou projevu. Velký význam zde zaujímají také emoce. Ty vedou ke snížené sebekontrolě, při které bývá narušena kontrola morálních pravidel a slušného chování. Jako překážky mohou působit rozdíly mezi účastníky komunikace, kdy například lidé nejsou ochotni nebo schopni akceptovat nižší úroveň komunikačního partnera (Mikuláščík, 2010).

Za vnitřní překážku považujeme i různé lexikální prostředky účastníků komunikace. Mezi takové patří slang, nářečí, různé podoby hovorového jazyka a pro zdravotnictví důležitý odborný jazyk, především latinské termíny. Nejen tyto, ale i jiné vrstvy národního jazyka mohou přinášet v určité míře nedorozumění. V některých případech dochází k tomu, že člověk používá ke komunikaci slovní zásobu, které sám nerozumí, aby jeho neznalost dané problematiky nebyla očividná. Může tak docházet k projevům neúcty, povýšenectví, xenofobie, či nesympatie ke komunikačnímu partnerovi. I fyzické nepohodlí snižuje schopnost verbálního projevu (Mikuláščík, 2010).

Externí bariéra se projevuje především při hospitalizaci. Nemocnice jako neznámé a neobvyklé prostředí ovlivňuje komunikaci a to především není-li pacient umístěn na pokoji sám. Přítomnost relativně neznámé osoby může působit rušivě, aniž by do konverzace, která probíhá mezi zdravotní sestrou a pacientem, zasahovala. Za vnější překážku lze považovat i hluk, jenž se může linout z chodby, či různá vizuální rozptýlení (Mikuláščík, 2010).

Šamánková nahlíží na typy bariér rozsáhleji. Hovoří o překážkách osobních, psychologických, jazykových, fyziologických a spojených s prostředím. První zmíněná

v nás vyvolává ostych vyslovit své přání, pocit nedůvěry, obavy ze zklamání, choulostivá a osobní sdělení. Psychická překážka je neschopnost přijmout nemoc a její doprovodné příznaky. Vinou jazykových problémů může docházet k informačnímu šumu. Bariéra z prostředí vzniká z neznámého nemocničního prostředí. Na jejím výskytu může mít podíl i zima, neútlunost, popřípadě komfort, na který pacient není zvyklý. Příčinou fyziologické překážky bývá tělesný diskomfort, jehož omezením zredukujeme i vzniklou bariéru (Šamánková, 2011).

Jak je výše uvedeno, existuje celá řada překážek, které mohou narušovat komunikaci mezi zdravotní sestrou a pacientem. Důležité však je, aby sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče vnímala okolnosti vytváření bariér a napomáhala předcházet jejich vzniku. Pokud nebude docházet k dostatečné informovanosti ze strany pacienta, může to přinášet nemalé problémy (Šamánková, 2011).

1.1.2 Onemocnění působící bariéry při komunikaci

V nemocniční péči na interním oddělení se často sestra setkává s pacienty, kteří jsou dlouhodobě nemocní. Jejich onemocnění se může pozvolna zhoršovat, dochází k úbytku soběstačnosti a k možnému vzniku trvalých následků. Ošetřování pacienta s chronickým onemocněním je často i letitou záležitostí. Zdravotnický personál si může vytvořit vztah k nemocnému a jeho rodině, zejména pokud se jedná o často hospitalizovaného pacienta na oddělení. Zvládnutí komunikace je náročným úkolem, jenž klade nárok na profesionalitu, osobní zralost a autoregulační mechanismy sestry. Nejblíže a nejdéle je s nemocným právě sestra, která při ošetřování může pacientovi poskytnout oporu a posilovat ho na jeho cestě (Venglářová, 2006).

Právě vážné onemocnění pacienta může přinášet překážky v komunikaci. Nemocný se často pohybuje mezi domovem a nemocnicí, mnohdy převládá pobyt v nemocnici.

Mění se jeho sociální role a je odtržen od rodiny. Velkou mírou na psychiku pacienta působí ztráta soběstačnosti, nucený pobyt v izolaci s podobně nemocnými lidmi. Někteří nemocní odmítají komunikovat a nechtějí spolupracovat se zdravotníky. Sestra se může cítit frustrována z této situace a mohou vznikat konflikty z reakcí nemocného (Venglářová, 2006).

Venglářová dále podotýká, že zásadou komunikace s pacientem, který má vážné onemocnění, je projevení osobního zájmu o něj. Sestra by měla nemocného přesvědčit nejen verbálně, ale i neverbálně, aby pacient získal pocit, že na něj sestra má čas a zajímá ji jeho trápení a nelehká situace. Od závažných témat by mělo být upouštěno. Zdravotní sestra především musí mluvit jazykem, jemuž pacient rozumí a je mu blízký (Venglářová, 2006).

Další komunikační bariéru může přinášet demence, která se projevuje zejména u seniorů. Nemocný si z počátku uvědomuje změny a reaguje na ně podrážděně, někdy až verbální či fyzickou agresí, depresivním rozladěním nebo úzkostí. Avšak zapomenuté věci se snaží nahradit. Velice často si při této substituci vymýšlí, což představuje pro sestru náročný úkol. V komunikaci by měla nejen zachovat sebeúctu, avšak musí ověřit, zda pacient sdělované zprávě porozuměl a zapamatoval si ji. V případě domácí péče bývají tyto informace sdělovány rodinným příslušníkům (Venglářová, 2006).

Komunikace se starším pacientem je nejen časově náročnější, ale staví také vyšší nároky na zdravotní personál. Personál se často setkává s frustrací a pocitem neporozumění, které starší pacienti mají (Hoefler, 2008). Vždy je třeba zachovat pacientovu důstojnost, především oslovením a vykáním. Za nešvar zdravotnického personálu se v případě seniora projevuje oslovení „dědo a babi.“ Dopředu by mělo být zjištěno, jak si daný pacient přeje být osloven, aby nedocházelo k nepříjemným situacím. Významnou roli zaujímá i komunikace s rodinou pacienta (Venglářová, 2006).

1.1.3 Komunikační dovednosti sester

„Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem“ (Venglářová, 2006, s. 11). DeVito charakterizuje nedostatek komunikačních dovedností jako negativní vlastnost. Podotýká, že by sestra měla vystupovat vždy sebejistě, sympaticky, přístupně a důvěryhodně. Kvalitní ošetrovatelská péče je totiž bez vzájemné komunikace nemyslitelná (DeVito, 2008).

Potřebné jsou také specifické komunikační praktiky. Mezi ně patří aktivní naslouchání pacientovi. Sestra se plně koncentruje na to, co pacient povídá. Koncentrace vyžaduje soustředění pozornosti, otevřenou mysl a zájem o to, o čem se hovoří. Naslouchání umožňuje rozeznat potřeby pacienta bez ohledu na skutečnost, zda jsou vyjádřeny verbálně nebo neverbálně (Kristová, 2004).

Účelem správné komunikace mezi pacientem a zdravotní sestrou je získání informací o jeho zdravotním stavu, pocitech či jeho potřebách. Z toho důvodu je v rozhovoru s pacientem velice důležitá zpětná vazba. Pacient při komunikaci nemusí sestru poslouchat, rozumět jí, povídat si s ní nebo jí odpovídat na otázky a proto si sestra musí ověřit, zda předala pacientovi dostatečné informace. Na základě výše zmíněných důvodů je třeba získat kontrolu, a to především podobou otázek, zda pacient vše dostatečně pochopil (Kristová, 2004; DeVito, 2008).

Velice významnou roli představuje respekt a empatie. Respektem sestra nevyjadřuje pouze postoj k pacientovi, ale oceňuje ho jako lidskou bytost. Je to znak spoluúčasti sestry na pacientově situaci, problémech, starostech a zároveň výrazem její důvěry (Kristová, 2004). Empatie je schopnost vcítit se do pocitů, myšlení a jednání druhých. Jde o emocionální ztotožnění se s viděním, slyšením i chápáním druhých. Jedná se o kognitivní schopnost – poznávání, porozumění a pochopení důvodů, příčin a účelů jednání neverbálních a verbálních projevů. Pacient se tak cítí sestrou chápan (Křivohlavý, 2004).

Pokud je třeba objasnit nastalou situaci, vztahy, popřípadě souvislosti, používá sestra takzvaný výklad. Při něm zpravidla vysvětlí pacientovi nevyhnutelnost či potřebu daného diagnostického, terapeutického či ošetrovatelského výkonu. Avšak komunikace nemusí být vždy nutně pouze verbálního charakteru. Mohou se naskytnout i situace, kdy svůj velký význam sehrává ticho. I v těchto případech pacient může cítit náklonnost sestry a její pozornost (Kristová, 2004).

Základní složkou ošetrovatelské praxe je zájem. Vyjadřuje ho míra zainteresovanosti, tedy osobního vztahu sestry k pacientovi. Nevyjadřuje pouze „starání se o někoho,“ nýbrž společné soužití. Neverbálně adresuje pacientovi slova „jsem tu pro Vás,“ „společnými silami toho dosáhneme.“ Podporou vyjádříme ubezpečení, že v boji s nemocí není sám. Autentičnost je nevyhnutelnou podmínkou důvěrného vztahu a komunikace. Autentická sestra je při vyjadřování svých myšlenek a emocí upřímná a čestná, čímž z ní pacient cítí opravdovost (Kristová, 2004).

1.2 Interní oddělení a jeho složky

1.2.1 Ošetrovací jednotka a její části

V této části si popíšeme stavební uspořádání interního oddělení. Jeho základní části jsou ambulance: vyšetřovací oddělení, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče (např.: JIP, oddělení intermediální péče.) Ošetrovací jednotka je základní součást lůžkové části nemocnice. V závislosti na velikosti oddělení ji může tvořit jedna nebo více ošetrovacích jednotek. Vyšetřování, léčbu a ošetrovatelskou péči poskytují a zajišťují na jednotlivých ošetrovacích jednotkách ošetrovatelské týmy složené z různých kategorií zdravotnických pracovníků. Mezi ně patří lékaři, sestry, ošetrovatelky, sanitářky a sanitáři, dále pak pomocný personál vykonávající úklid a zajišťující čistotu na jednotlivých ošetrovacích jednotkách. Velikost ošetrovací jednotky se liší a počet lůžek pro nemocné je obvykle 25 - 30 (Vytejková, 2011).

Interní oddělení je určeno pro léčení pacientů s onemocněním vnitřních orgánů, a to konzervativně, tj. bez chirurgických zákroků. Člověka může postihnout onemocnění v jakémkoliv životním období, ale nejčastěji se onemocnění projevuje ve starším věku a ve stáří. Lékaři z vnitřního lékařství spolupracují s ostatními lékaři jiných oborů medicíny. Na interním lůžkovém oddělení pracují převážně všeobecné sestry ve směnném provozu. Ty pak spolupracují s ostatními zdravotnickými pracovníky nelékařských povolání, např. zdravotnickým asistentem, fyzioterapeutem, nutričním terapeutem, aj. (Vytejková, 2011).

Náročnost ošetrovatelské péče na interním oddělení je vysoká. Často jsou zde léčení starší a dlouhodobě chronicky nemocní lidé, což pro zdravotní sestru představuje poměrně velké pracovní, fyzické i psychické zatížení. Právě ta zabezpečuje nemocnému komplexní základní ošetrovatelskou péči, a to včetně polohování či péče inkontinentní. Kromě zajištění veškeré obsluhy nemocného vykonává ještě náročnou odbornou činnost – získává od pacientů potřebné informace ke stanovení přesného popisu jeho problémů,

pomocí ošetrovatelského procesu plánuje a uskutečňuje ošetrovatelskou péči (Šafránková, 2006).

1.2.2 Role sestry

„Podat charakteristiku podoby role sestry z hlediska skladby činností, je velice složité. Příslušníci jednoho povolání nevykonávají totiž stejné činnosti, plní úlohy odborně, kvalifikačně i funkčně v různé podobě, skladbě i rozsahu. Povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně a vertikálně členěné“ (Bártlová, 2005, s. 136). Proto se v těchto oborech stále víc uplatňují nové poznatky ze společenských věd, zejména pedagogiky, psychologie, sociologie a etiky. Větší uplatnění nachází i zdravotnická technika. Sestra se stává více rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopná samostatné práce v oblasti své působnosti. Její kompetence se proměňují, obsah práce a profese se stále více osamostatňuje (Farkašová, 2006).

Farkašová vymezuje 7 základních rolí zdravotní sestry, jejichž stručnou charakteristiku je podána v následujícím výčtu:

1. Poskytovatelka ošetrovatelské péče

Tato role patří mezi klíčové. Předpokládá se, že každá zdravotní sestra, která řádně absolvovala studium, poskytuje holistickou péči v kontaktu s nemocnými i zdravými jedinci.

2. Manažerka

Manažerská role spočívá v řízení ošetrovatelského procesu u pacienta i ostatní ošetrovatelské činnosti. Jestliže zmíněnou pozici sestra splňuje, poskytuje efektivní a koordinovanou péči.

3. Edukátorka

Jako edukátorka podává zdravotní sestra pacientovi a celé jeho rodině informace, které získala při vzdělávání. Ty pak nemocnému slouží k rychlejšímu adaptování v dané situaci.

4. Advokátka

Pozice advokátky spočívá především v respektování práv nemocného a tlumočení jeho názorů a požadavků tak, aby mohly být pochopeny nejen všemi členy týmu, ale i rodinou pacienta.

5. Nositelka změn

Tato role spočívá především v pružných reakcích na jakékoliv změny. Tím se zdravotní sestra stává kontinuální hnací silou celého ošetrovatelství.

6. Výzkumnice

Díky své činnosti ve výzkumném týmu vytváří sestra pevnou teoretickou základnu ošetrovatelství.

7. Mentorka

Poslední roli splňuje zralá sestra s náležitou klinickou i pedagogickou způsobilostí, která je zodpovědná za dohled nad studenty v klinické i komunitní praxi. Poskytuje podporu, zpětnou vazbu a stává se jakýmsi přítelem (Farkašová, 2006).

1.2.3 Osobnost sestry

„Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy velmi náročné. Objektem práce sestry je člověk.“ (Šrámková, 2007, s. 66) Nejen práce s lidmi, ale i veškeré výše uvedené informace poukazují na fakt, že osobnost sestry hraje velice významnou roli, a to nejen z hlediska komunikace. Vzhledem k tomu, že je práce zaměřena právě na komunikaci mezi zdravotní sestrou a pacientem na interním oddělení, bude následující teoretická stať věnována kompetencím, jimiž by měla každá sestra zmiňovaného nemocničního oddělení oplývat.

„Neexistuje žádná ideální osobnost zdravotníka (struktura jeho povahových vlastností) se uplatňují individuálním způsobem“ (Plevová, 2011, s.90) „Konkrétní požadavky na nositelky profese sestry přinesly psychologické profesiogramy. Psychologickým profesiogramem se rozumí podrobný popis určitého povolání zaměřený na předpoklady, které musí jedinec mít, aby mohl své povolání úspěšně vykonávat“ (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001, s. 90). Autorky hovoří o těchto nezbytných předpokladech pro zdravotní sestry:

1. Senzomotorické

Jde především o šikovnost, která je důležitá pro zvládnání denní činnosti sestry, její zručnost, pohybová obratnost a neporušené smyslové vnímání. S většinou těchto předpokladů by měla být zdravotní sestra seznámena v rámci studia na střední zdravotnické škole.

2. Estetické

„Naše oblečení, upravenost, líčení i účes odráží naši osobnost a aktuální emocionální stav, který má velký vliv na první dojem a ovlivňuje komunikaci. Uniforma jasně definuje naši roli“ (Venglářová, 2006, s. 49). K tomuto předpokladu lze přiřadit i snahu o zkrášlení a zdomácnění prostředí, v němž pracuje.

3. Intelektové

Intelektové předpoklady souvisejí především se schopností řešit problémové situace. Myšlenkové procesy sestry umožňují osvojení široké soustavy pojmů a schopnost vybrat z komplexu možností optimální řešení.

4. Sociální

Z hlediska sociálního by měla zdravotní sestra uchovávat pozitivní vztah k lidem jakéhokoliv věku, vždy s nimi navázat kontakt a vést dialog. Empatie a schopnost verbálního i neverbálního projevu zaujímají velice významnou roli.

5. Autoregulační

Autoregulační předpoklady znamenají především přizpůsobivost jakémukoliv prostředí i situaci. Sestra by měla mít zvýšenou odolnost vůči fyzickému i psychickému stresu.

6. Komunikační

Komunikační kompetence nespočívá pouze v podněcování, zrcadlení a sumarizování, ale také ve schopnosti naslouchat nejen nemocnému, ale i jeho rodinným příslušníkům, popřípadě v jistých situacích i mlčet.

Zásady chování sester vychází z principů přijatých Mezinárodní radou sester a jsou obsaženy v etickém kodexu. Cílem etických kodexů v ošetrovatelství je ukázat společnosti, že sestry chápou důvěru, které se jim dostává, a přijímají odpovědnost, která z ní plyne. Etický kodex sester ideově vychází z kodexu Mezinárodní rady sester-ICN (Plevová, 2011). Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Sestra musí kodex pochopit, přijmout za vlastní a používat ho ve všech aspektech práce, aby dosáhl svého účelu (Plevová, 2011).

Pro posílení postavení pacientů vznikl dokument – etický kodex Práva pacientů, který navrhla centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky

(Smejkal, 2011). Jde zde o demokratický vztah mezi pracovníkem ve zdravotnictví a pacientem. Pacient je také vyzván, aby se podílel na léčebném procesu. Práva však musí být doplněna i povinnostmi pacienta. *„Práva pacientů představují obecnou verzi, která by měla být dále specifikována s ohledem na typické problémy určitých skupin nemocných“* (Plevová, 2011, s. 84).

1.2.4 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces je nutný k dobré a správné ošetrovatelské péči, když je pacient hospitalizován v nemocnici. Ošetrovatelský proces můžeme chápat jako způsob organizace ošetrovatelské péče. Jedná se o děj cyklický a dynamický, který reaguje na změny vzniklé v průběhu realizace (Kelnarová, 2009). Z tohoto důvodu jsou nemocní chápáni, jako jeho aktivní účastníci tzn. nejen jako objekty péče. *„Ošetrovatelský proces proto můžeme definovat jako logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Je to hlavní pracovní metoda ošetrovatelského personálu“* (Kelnarová, 2009, s. 32).

Cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problému v oblasti individuálních potřeb nemocného. *„Ošetrovatelský proces vychází z hodnocení potřeb nemocných a plánování jejich uspokojování. Pojem potřeba můžeme definovat jako stav nedostatku nebo nadbytku. Prožívání nedostatku (hlad, žízeň) stejně jako nadbytku (hluk) ovlivňuje psychické činnosti (vnímání, myšlení, učení, emoce aj.) a tím další chování jedince. Lidské potřeby jsou neměnné, vyvíjejí se. Každý jedinec uspokojuje své potřeby svým způsobem, jinak. Mezi faktory, které modifikují uspokojování potřeb, patří například nemoc, individualita člověka, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka nebo okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo“* (Kelnarová, 2009, s. 32-33).

Ošetrovatelský proces je složen z pěti fází: posuzování, diagnostikování, plánování, realizace a vyhodnocení.

V první fázi – posuzování – jde o sběr informací o klientovi k následnému identifikování jeho ošetrovatelských problémů, jako jsou jeho bio-psycho-sociální potřeby. Posuzování zahrnuje sběr anamnestických údajů o pacientovi. Výsledkem první fáze je stanovení ošetrovatelských diagnóz (Špirudová, 2006).

Ve fázi diagnostikování je důležité diferencovat objektivní projevy a vlastní interpretace, kritické myšlení, induktivní a deduktivní myšlení, seskupování informací, ověřování příznaků a vztahů, formulování a testování hypotéz a v neposlední řadě stanovování ošetrovatelských diagnóz. Probíhá zde identifikace aktuálních nebo potencionálních zdravotních problémů u pacienta (Barbara, 2006).

Třetí fází je fáze plánování. Péče o klienta musí být systematická, řízená a cílená, aby šla zpětně vyhodnotit a byla efektivní. Základem je stanovit si cíle péče pro jednotlivé ošetrovatelské problémy (ošetrovatelské problémy byly identifikovány v první fázi.) Abychom mohli výsledky hodnotit musíme cíle vytyčovat jako verifikované, obrácené jak na pacienta, tak i na jeho rodinu. Následuje vhodné sestavení ošetrovatelských intervencí, které se odvíjí od ošetrovatelských diagnóz a jim náležejícím cílům. Plán nemusí být koncipován hierarchicky (Špirudová, 2006).

Čtvrtou fází procesu je realizace. Na řešení problémů klienta a jeho rodiny se podílí celý tým profesionálů. Je důležité, aby byl aktivně zapojen klient i jeho rodina. Realizované činnosti a jejich výsledný efekt musí být pečlivě dokumentován. Záznamy slouží jako podklady pro vyhodnocení poskytnuté péče (Špirudová, 2006).

Pátým krokem ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Je charakterizováno jako cílevědomá organizovaná činnost kde zjišťujeme, do jaké míry bylo dosaženo pacientových cílů. Sestra je zodpovědná za svoji činnost, nepokračuje v neúčinných intervencích, ale realizuje efektivnější akci, a to vzhledem k pacientovu stavu a jeho potřebám (Plevová, 2011).

1.2.5 Nemoci vedoucí k hospitalizaci

Vzhledem ke zkoumaným jevům v praktické části jsme vybraly onemocnění, s nimiž se pacienti na interním oddělení léčí. S těmito nemocemi se v následujícím teoretickém kompilátu seznámíme. Součástí stati jsou i podstatné informace, které by nemocným během léčby měly být sestrou sděleny.

Choroby dýchacího ústrojí

První skupinou jsou choroby dýchacího ústrojí, především chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Jedná se o onemocnění charakterizované chronickou bronchiální obstrukcí, a to z důvodu chronické bronchitidy tj. omezením průtoku vzduchu v průduškách a destrukcí plicního parenchymu. Ta je z důvodu plicního emfyzému s tím, že převažuje více jedno než druhé. Dlouhodobá prognóza pacienta není dobrá.

Cílem ošetrovatelské péče je u pacienta navodit dobrý psychický stav a vyrovnanost. Sestra učí pacienta správné technice dýchání. Edukuje ho také hygieně dýchacích cest, pobytu na čerstvém vzduchu, zákazu kouření, pravidelné dechové rehabilitaci a o ochraně před infekcemi (Šafránková, 2006).

Choroby oběhového systému

Hypertenze se rozumí trvalé zvýšení krevního tlaku nad hodnoty 140/90 mm HG alespoň ve dvou ze tří měření provedených za standardních podmínek. Hypertenze je nejčastější kardiovaskulární chorobou. Nejčastějším ošetrovatelským problémem tohoto onemocnění je nedostatečná informovanost pacienta o onemocnění a jeho následných komplikacích, které většina pacientů podceňuje. U pacienta se mohou projevit obavy spojené s naměřenými hodnotami tlaku při pravidelných kontrolách. Můžeme pozorovat změny fyziologických funkcí z důvodu poruchy funkce srdce (Šafránková, 2006).

Cílem ošetrovatelské péče je podat pacientovi dostatečné informace o riziku vzniku možných komplikací. Důležité je také motivovat pacienta, aby se aktivně zapojil do léčby a dodržoval pravidelnou léčbu, kontrolu a změnil životosprávu. Nabízí se možnost, aby pacient svůj krevní tlak sledoval i v domácím prostředí (Šafránková, 2006).

Choroby trávicího ústrojí

Jaterní cirhóza je konečným stádiem většiny chronických jaterních chorob. V naší zemi je nejčastější příčinou virová hepatitida C, alkohol, eventuálně kombinace těchto dvou faktorů dohromady (Lukáš, 2007).

Cílem ošetrovatelské péče v tomto případě je dbát na dobrý psychický stav pacienta, neboť onemocnění není léčitelné. Sestra musí přimět nemocného k aktivní spolupráci při léčbě a dodržování správné životosprávy (Šafránková, 2006).

Choroby ledvin a močových cest

Selhávání ledvin je neschopnost ledvin odstraňovat z organismu katabolity dusíkatého metabolismu, kyselé katabolity, elektrolyty a vodu a udržovat tak stálé vnitřní prostředí organismu (Šafránková, 2006).

Při této nemoci by měl být pacient především psychicky podpořen. Jakékoliv informace o onemocnění vždy musí sdělovat pouze lékař (Šafránková, 2006).

Choroby s poruchami metabolismu a vnitřního prostředí

Diabetes mellitus, lidově cukrovka, je porucha metabolismu cukrů charakterizována zvýšenou glykemií a glykosurií. Neznalost pojmu z nedostatečné informovanosti pacienta je jedním z ošetrovatelských problémů (Šafránková, 2006).

Cílem ošetrovatelské péče je zapojit i rodinu do ošetřování nemocného. Musíme pacienta dostatečně informovat o důležitosti změny životního stylu a diety. Důležité je pacienta naučit rozpoznávat a předcházet vzniku komplikací. Zapojit rodinu a psychicky

podporovat pacienta, aby se s tímto celoživotním onemocněním vyrovnal (Šafránková, 2006).

Choroby s poruchami krve

Anémie není choroba, neboť se jedná o syndrom. Je definována snížením koncentrace hemoglobinu v jednom litru krve pod 135 g u mužů, pod 120 g u žen. Jedná se o stav, jehož základním rysem je snížené množství hemoglobinu, hematokritu a počtu erytrocytů (Souček, 2005).

V tomto případě by měl být pacient dostatečně informován o rizicích a vhodných doporučeních o úpravě životosprávy (Šafránková, 2006).

Choroby žláz s vnitřní sekrecí

Onemocnění štítné žlázy podle patologicko-anatomických změn rozlišujeme na strumu, zánět nebo nádor. Podle funkčních změn poté na hypofunkci a hyperfunkci (Šafránková, 2006).

Ošetrovatelským cílem pro sestru je navodit u pacienta pomocí vhodné komunikace vyrovnaný a klidný psychický stav. Důležité je pacienta seznámit s možným vznikem komplikací, dále pak jak by proti nim měl preventivně působit (Šafránková, 2006).

Choroby pohybového ústrojí

Spondylartritida neboli Bechtěrevova choroba je zánětlivé onemocnění páteře, které postihuje páteřní klouby, vazy a meziobratlové ploténky. Zánět má za následek osifikaci kloubních pouzder i vazů, úseky nebo celá páteř jsou nehybné.

Sestra by měla pomoci pacientovi se psychicky vyrovnat a přijmout změny vlastního těla. Sestra informuje nemocného o nutnosti dodržování preventivních opatření a možných komplikacích tohoto onemocnění (Šafránková, 2006).

2.CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole najdeme cíle a výzkumné otázky, které jsme si stanovili. Dále budeme pokračovat kapitolou, kde se budeme zabírat metodologií výzkumného šetření a charakteristikou výzkumného souboru.

2.1 Cíle práce

Hlavní cíl je zaměřen na oblast komunikačních kompetencí sester s klientem hospitalizovaným na interním oddělení.

Akademický:

Cíl 1: Zjistí, jak závažnost onemocnění klientů ovlivňuje komunikaci sester a klientů.

Praktický cíl:

Cíl 2: Na základě zjištěných poznatků mohou být vytvořena doporučení pro zlepšení komunikace sester s klienty.

Osobní cíl:

V rámci naší odborné praxe mne zaujala problematika náročnosti komunikace s klienty na interním oddělení. Výzkumné šetření této oblasti je pro mne zároveň i něčím jako odbornou stáží, jejímž cílem je lépe porozumět světu klientů a sester na interním oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou komunikační kompetence sester na interním oddělení?

Výzkumná otázka 2: Co ovlivňuje komunikaci sester s klienty?

Výzkumná otázka 3: Jaké vlivy působí na komunikaci mezi sestrou a klientem?

Výzkumná otázka 4: Jak sestru při komunikaci ovlivňuje závažnost onemocnění klienta?

3.METODOLOGIE

Vzhledem k cílům práce a problematice zkoumaných jevů bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, které bylo rozděleno do dvou částí.

První část byla zacílena na pozorování sester při komunikaci s klienty. Sestry byly pozorovány při svých každodenních činnostech, které u pacientů provádí. V každé nemocnici byly pozorovány dvě sestry a čtyři pacienti, o které sestry pečovaly. Komunikace sestry bylo pozorováno u dvou jejích pacientů, a to pro zjištění, zda se komunikace u každého pacienta shodují. Ke sběru dat byl použit pozorovací arch, kde byly zaznamenány všechny pozorované aktivity sestry.

Ve druhé části byly vedeny polostrukturované rozhovory s klienty na interním oddělení. Rozhovor obsahoval 16 otázek. Pro zaznamenání rozhovoru byl použit psaný text, který byl průběžně zapisován během rozhovoru s pacientem. Rozhovory byly vedeny vždy se souhlasem pacienta. Dikatafon nebyl použit z důvodů odmítnutí ze strany pacientů. Rozhovory probíhaly po ukončení pozorování a odchodu sestry z pokoje, a to vždy v soukromí bez přítomnosti pacientů, kteří byli na tomtéž pokoji. Data byla získávána v období od února 2014 do března 2014 na interních odděleních v Nemocnici Písek a.s. a Nemocnici České Budějovice a.s.

Charakteristika pozorování

Pozorování je jednou ze všeobecně akceptovaných vědeckých metod a hraje důležitou roli v rámci kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Pozorování by mělo splňovat několik podmínek. Mělo by být přesně organizované, probíhat podle stanoveného plánu. Závěr procesu pozorování tvoří analýza pozorovaných údajů. Další podmínky musí splňovat také pozorovatel. Měl by mít zdravé smyslové orgány, schopnost přesného odhadu, schopnost koncentrace pozornosti (cca 20 minut) , odproštění od negativních vlivů, schopnost odproštění od předsudků či zaujatosti a vedení bezprostředních přesných záznamů. V našem případě jsme použili otevřené pozorování, při němž byla sestra pozorována vědomě. Nevýhodou tohoto pozorování

může být zkreslené chování pozorované osoby (pozorovací efekt) (Wöhe, 2007). Při pozorování byl použit pozorovací arch.

Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Miovský uvádí, že výhodou tohoto druhu rozhovoru je kreativita. Vyžaduje však náročnější technickou přípravu, při které si vytváříme určité schéma, které je pro tazatele závazné. Schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se chceme účastníků výzkumu ptát. Pořadí otázek je možné zaměňovat. U polostrukturovaného rozhovoru mají také význam vnější okolnosti např. doba rozhovoru, prostředí, v němž rozhovor probíhá aj. (Miovský, 2006). Tato možnost byla využita jako zpětná vazba na komunikaci pozorovaných sester. Rozhovor byl veden s pacienty na pokoji a probíhal vždy o samotě bez ostatních pacientů. Jednalo se o klidné prostředí, kdy délka rozhovoru byla přizpůsobena respondentovi a jeho ochotě si povídat. Rozhovor plynule navazoval na pozorování. Na začátku výzkumného šetření byl získán ústní souhlas respondenta s rozhovorem a bylo připomenuto anonymní zacházení s údaji. Úvodní dvě otázky byly informativní, zda pacient již v nemocnici pobýval a má zkušenost s interním oddělením. Dále byla respondentům položena otázka, zda ví, jakým onemocněním trpí. Cílem bylo získat co největší množství informací týkající se komunikace sester, které se o dané pacienty starají. V závěru byla řešena intimita při komunikaci.

Bylo osloveno osm pacientů od čtyř pozorovaných sester. Každému z nich bylo kladeno čtrnáct připravených otázek vycházejících z pozorování, které se mohly díky polostrukturovanému rozhovoru pokládat v libovolném pořadí a mohly být rozšířeny o doplňující otázky. Respondentům byl poskytnut dostatek času na přemýšlení, ale i na vyprávění příběhů o jiných tématech.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny. První skupinou byly dvě sestry pracující na interním oddělení v Nemocnici Písek a.s. a dvě sestry z Nemocnice České Budějovice a.s., které byly v době výzkumu na tomto oddělení přítomny. Sestry byly ve věku 29 let do 46 let s různou délkou praxe na interním oddělení od 3 do 12 let.

Druhá skupina byla složena z osmi pacientů s podobnými důvody přijetí na interním oddělení.

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Sestra	S1	S2	S3	S4
Pohlaví	žena	žena	muž	žena
Věk	46 let	38 let	29 let	31 let
Vzdělání	SŠ	VŠ	VOŠ	SŠ
Praxe na int.odd.	12 let	12 let	3 roky	5 let
Nemocnice	Písek	Písek	ČB	ČB

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje o pozorovaných sestrách. Sestra S1 je žena ve věku 46 let, která vystudovala střední zdravotnickou školu s 12 letou praxí na interním oddělení a pracuje v Nemocnici Písek. Sestra S2 pracuje také v nemocnici Písek. Je jí 38 let, má vysokoškolské vzdělání zakončené titulem Bc. Na interním oddělení pracuje už dvanáctým rokem. S3 je muž, zdravotní bratr ve věku 29 let. Má vystudovanou vyšší odbornou školu zdravotnickou. V Českých Budějovicích na interním oddělení pracuje 3 roky. Sestra S4 je žena ve věku 31 let. Má střední zdravotnickou školu, na interním oddělení v Českých Budějovicích pracuje pátým rokem.

Tabulka 2: Identifikační údaje o pacientech v nemocnici - Písek a.s.

Pacient	P1	P2	P3	P4
Věk	56	92	65	56
Pohlaví	M	M	Ž	M
Délka hospitalizace	3 dny	8 dní	5 dní	7 dní
Typ onemocnění	Zvracení dehydratace	Vysoký TK	CHOPN	Vysoký TK
Četnost hospitalizace na INT. ODD.	2	1	6	2
Pozorovaná sestra č.	S1	S2	S2	S1

Tabulka znázorňuje základní identifikační údaje všech respondentů z Nemocnice Písek a.s. První pacientem je muž ve věku 56 let, na interní oddělení byl přijat pro vysoké teploty, zvracení a dehydrataci. Na zmiňovaném oddělení je hospitalizován již podruhé. S pacientem komunikovala sestra S1. Druhý respondent je muž ve věku 92 let. Byl hospitalizován pro vysoký tlak, na interním oddělení leží poprvé. Komunikovala zde sestra S2. Třetím pacientem je žena ve věku 65 let, která má onemocnění CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc) která je již pošesté hospitalizována. Zde komunikovala sestra S2. Čtvrtým respondentem je muž ve věku 56 let, trpí vysokým krevním tlakem a na interním oddělení leží podruhé. Komunikovala zde sestra S1.

Tabulka 3: Identifikační údaje o pacientech v nemocnici - České Budějovice a.s.

Pacient	P5	P6	P7	P8
Věk	71	77	49	38
Pohlaví	M	Ž	Ž	Ž
Délka hospitalizace	4 dny	28 dní	6 dní	8 dní
Typ onemocnění	CHOPN	Infekce po amputaci PDK	Zvracení Dehydratace	Vysoký TK
Četnost hospitalizace na INT. ODD.	2	2	1	1
Pozorovaná sestra č.	S3	S4	S4	S3

Tabulka znázorňuje základní údaje o pacientech Nemocnice České Budějovice, dále jaká sestra během výzkumného šetření s pacientem komunikovala. První pacient je muž ve věku 71 let, který je hospitalizován na interním oddělení již podruhé. Trpí onemocněním CHOPN, leží v nemocnici 4 dny a komunikoval s ním zdravotní bratr S3. Druhá pacientka je žena ve věku 77 let hospitalizována 28. den. Na interním oddělení byla přijata se silnou infekcí po amputaci pravé dolní končetiny. Na tomto oddělení je hospitalizována podruhé a komunikovala s ní sestra S4. Třetí pacientkou je žena ve věku 49 let. Leží zde 6. dnem a byla přijata neboť zvracela a byla dehydratovaná. Na interním oddělení leží poprvé a komunikovala s ní sestra S4. Čtvrtá pacientka je také žena ve věku 38 let, která je hospitalizována 8. dnem s vysokým krevním tlakem. Leží na interním oddělení poprvé a komunikoval s ní zdravotní bratr S3.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Názory pacientů

Pacienti, u kterých byl prováděn rozhovor, byli v danou dobu hospitalizováni na interním oddělení. Pacienti byli vybíráni tak, aby se jejich onemocnění shodovalo a lépe se dal vyhodnotit výsledek. Rozhovory probíhaly vždy po odchodu sestry z pokoje, aby bylo zajištěno klidné prostředí pro pacienta.

Kategorie 1. Komunikace při vysvětlování výkonu. Ve všech případech pacienti věděli, co u nich sestra v danou dobu bude dělat, jelikož s výkonem již mají zkušenost. „Ležím tady nějaký pátek a všechno to znám. Nemusí nic vysvětlovat.“ (P6) „Nemusela. Vím to.“ (P1) „ Za ty léta co tu bývám hospitalizovaná, už vím, co po mně sestřičky chtějí. Už znám postup léčby, pomalu bych se mohla léčit sama doma, kdybych měla všechny ty propriety, co tu mají.“ (P3)

Zde se zaměřujeme na sestru, zda pacientovi odpověděla na všechny jeho otázky. Pět z osmi pacientů nemají dotaz, neboť ji nechtějí zdržovat od práce. „Víte moc se jich na nic neptám, když vidím, jak sem vlítnou na pokoj a hnedka běží jinam. Nemám to srdce je zdržovat. Určitě toho mají moc na práci.“ (P5) Jedna sestra odkázala pacienta na lékaře. „Odkázala mě na lékařku s tím, že teď nemá čas, že přijde později. Tak uvidíme, zda bude mít čas.“ (P7)

Kategorie 2. Rušivé vlivy při komunikaci mezi sestrou a pacientem. Nejčastějším rušivým vlivem bylo rádio, které měli spolupacienti na pokoji. „Vadí mi, že paní vedle mě, co leží, má neustále puštěné rádio. Občas neslyším vlastního slova, natož když přijde paní doktorka.“ (P7) „Někdy mi vadí, když jezdí pochodbě někdo s vozítkem, to pak neslyšíte vlastního slova.“ (P4) Dalším rušivým vlivem bylo otevřené okno nebo spolupacient na pokoji.

Kategorie 3. Dostatek času sestry na pacienta. Našly se tři sestry, které si na pacienta čas udělaly. „Ano, když má čas, povídáme si spolu. Byl jsem na léčebné kůře vitamínem C a sestřičku to zajímá. Tak když má čas, přijde a já jí o tom vyprávím.“ (P1)

„Ano, vždy si se sestřičkou moc rád popovídám. Je to moc milé přátelské popovídání.“
(P2) Z rozhovorů ale také vyplynulo, že sestry na pacienty čas nemají a pacienti mají pocit, že je zdržují. *„Mají moc práce, tak je nechci moc zdržovat.“* (P6) *„Jak jsem řekl, nechci je zdržovat od důležité práce.“* (P5) *„Nemám pocit, že má bratr čas. Přiběhne, udělá, co je potřeba a jde zas pryč.“* (P8)

Kategorie 4. Dodržování intimity v komunikaci sestry s pacientem. Dva pacienti leželi na jednolůžkovém pokoji. *„Mám raději soukromí, proto jsem preferoval tento pokoj.“* (P1) Čtyřem pacientům tento stav nevádí a považují jej za samozřejmost, která je spojena s pobytem v nemocnici. *„To ani ne. Musím si stále říkat, že jsem v nemocnici a ne na hotelu u moře.“* (P6) Jeden z pacientů však připomínkou podotkl: *„No když se nad tím tak zamýšlím, tak ano, vadila mi jedna věc, když semnou sestřička řešila, co semnou bude dál a řešili jsme ještě další celkem pro mě důležité věci. Tak vedle mne pán měl návštěvu a po celou tu dobu, co jsme si povídali se sestřičkou o mně tak návštěva byla zticha a poslouchala co si povídáme. Podle mě by ta návštěva měla mít nějakou soudnost a jít na chvilku na chodbu, anebo je tam měla poslat sama sestřička?“* (P4) Poslední pacient tuto skutečnost nechává bez povšimnutí. *„Hele, je mi 92 let, tak co je na mně ještě intimního? Chlapům vedle je to jedno a mně to nevádí.“* (P2)

Kategorie 5. Byla v souvislosti se zájmem sestry o pacientovy problémy spojena s obavami. Čtyři sestry mají zájem si o problémech svých pacientů povídat. *„Ano, vždy mě vyslechla, podpořila mě. Mám strach o svoji babičku, aby náhodou v tomhle počasí neupadla, má totiž dvě hole. Ale sestra mě uklidnila.“* (P2) Jeden pacient nechtěl diskutovat svůj zdravotní stav *„Abych pravdu řekl, o nemoci jsme si nepovídali. Ale věřím, že by si na mě udělala čas a popovídala by si.“* (P1) Zbylí tři pacienti nechtěli svými problémy zatěžovat sestry *„Neobtěžuju je svými problémama. Myslím, že jich mají dost i beze mě.“* (P5)

4.2 Vyhodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka 4: Základní komunikační dovednosti sester - Nemocnice Písek a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Sestra při vstupu na pokoj zaklepala	2		
Sestra pozdravila	2		
Sestra vhodně oslovila pacienta	1	1	
Sestra udržuje oční kontakt		2	
Sestra se rozloučila při odchodu z pokoje	1	1	

Tabulka znázorňuje, že obě dvě sestry z Nemocnice Písek zaklepaly na dveře před vstupem na pokoj. Obě zmiňované pozdravily a sestra ZS1 vhodně oslovila pacienty. Druhá sestra oslovila pacienta částečně. Obě sestry částečně udržovaly oční kontakt. Sestra ZS1 při odchodu z pokoje se rozloučila. Sestra ZS2 se při odchodu rozloučila částečně.

Tabulka 5: Základní komunikační dovednosti sester - Nemocnice České Budějovice a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Sestra při vstupu na pokoj zaklepala			2
Sestra pozdravila	2		
Sestra vhodně oslovila pacienta	1		1
Sestra udržuje oční kontakt		2	
Sestra se rozloučila při odchodu z pokoje			2

Tabulka tři znázorňuje, že ve všech případech sestra ani bratr při vstupu na pokoj nezaklepali. Oba dva pozdravili. Sestra pacienty vhodně oslovila a bratr neoslovil pacienty vůbec. Částečně udržovali oční kontakt. Při odchodu z pokoje se ani jeden s pacientem nerozloučil.

Tabulka 6: Komunikace sestry v průběhu pozorování – Nemocnice Písek a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Sestra pacientovi vysvětlila výkon		2	
Sestra mluví srozumitelně	2		
Sestra odpovídá na pacientovi otázky	2		
Sestra používá odborné názvy			2
Působení rušivých vlivů		1	1
Dostatek času sestry na pacienta		2	
Intimní problémy			2
Sestra projevila zájem o problémy pacienta		2	

Tabulka znázorňuje vlastní komunikaci mezi sestrou a pacientem v Nemocnici Písek a.s. Obě dvě sestry částečně vysvětlily, jaký výkon u pacienta budou provádět. Obě mluvily srozumitelně a odpovídaly svým pacientům na otázky. Ani jedna nepoužila odborné názvy. U sestry ZS1 působily částečně rušivé vlivy. U sestry ZS2 rušivé vlivy nepůsobily. Dostatek času na pacienta měly obě částečně. Intimní problémy s pacienty neřešila ani jedna sestra. Obě dvě projevily částečně zájem o problémy svých pacientů.

Tabulka 7: Komunikace sestry v průběhu pozorování – Nemocnice České Budějovice a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Sestra pacientovi vysvětlila výkon			2
Sestra mluví srozumitelně	2		
Sestra odpovídá na pacientovi otázky		2	
Sestra používá odborné názvy			2
Působení rušivých vlivů		1	1
Dostatek času sestry na pacienta		1	1
Intimní problémy			2
Sestra projevila zájem o problémy pacienta		1	1

Tabulka znázorňuje vlastní komunikaci mezi sestrou a pacientem v Nemocnici České Budějovice a.s. Ani u jednoho pacienta sestra, ba ani bratr nevysvětlili daný výkon. Oba dva mluvili srozumitelně. Oba svým pacientům odpověděli částečně na jejich otázky a žádný z nich nepoužil odborné názvy. U sestry ZS4 rušivé vlivy nepůsobily, ale u sestry ZB3 částečně působily rušivé vlivy. Sestra ZS4 neměla čas a bratr měl částečně dostatek času na pacienta. Ani jeden neřešil intimní problémy před ostatními pacienty na daném pokoji. Zdravotní bratr neprojevila zájem o problémy pacienta. Sestra ZS4 částečně projevila zájem o problémy svých pacientů.

Tabulka 8: Vlivy působící na komunikaci mezi sestrou a pacientem Nemocnice Písek a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Pohlaví sestry			X
Pohlaví pacienta			X
Spolupacienti	X		
Délka hospitalizace		X	
Opakovaná hospitalizace			X
Hluk		X	

Tabulka znázorňuje vlivy, které mohou působit při komunikaci mezi sestrou a pacientem v Nemocnici Písek a.s. Pohlaví sester a pohlaví pacientů nepůsobilo rušivé vlivy. Rušivým vlivem byli spolupacienti. Délka hospitalizace byla částečným rušivým vlivem. Opakovaná hospitalizace nebyla rušivým vlivem. Hluk byl částečně rušivý vliv.

Tabulka 9: Vlivy působící na komunikaci mezi sestrou a pacientem Nemocnice České Budějovice a.s.

	ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
Pohlaví sestry	x		
Pohlaví pacienta			x
Spolupacienti		x	
Délka hospitalizace		x	
Opakovaná hospitalizace		x	
Hluk		x	

Tabulka znázorňuje vlivy, které mohou působit při komunikaci mezi sestrou a pacientem v Nemocnici České Budějovice a.s. Pohlaví sestry bylo rušivým vlivem. Pohlaví pacientů nebylo rušivým vlivem. Spolupacienti byli částečně rušivým vlivem při komunikaci. Délka hospitalizace, opakované hospitalizace a hluk byly částečnými rušivými vlivy.

Tabulka 10: Vliv onemocnění na komunikaci mezi sestrou a pacientem

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
CHOPN			x		x			
Vysoký TK		x		x				x
Dehydratace, zvracení	x						x	
Infekce po amputaci PDK						x		
Oslovení	x	x	x	x		x	x	
Oční kontakt	x	x	x	x	x	x	x	x
Vysvětlení výkonu	x	x	x	x	x	x	x	x
Odpověď na otázku	x	x	x	x	x	x	x	x
Dostatek času	x	x	x	x	x			x
Odborné názvy								

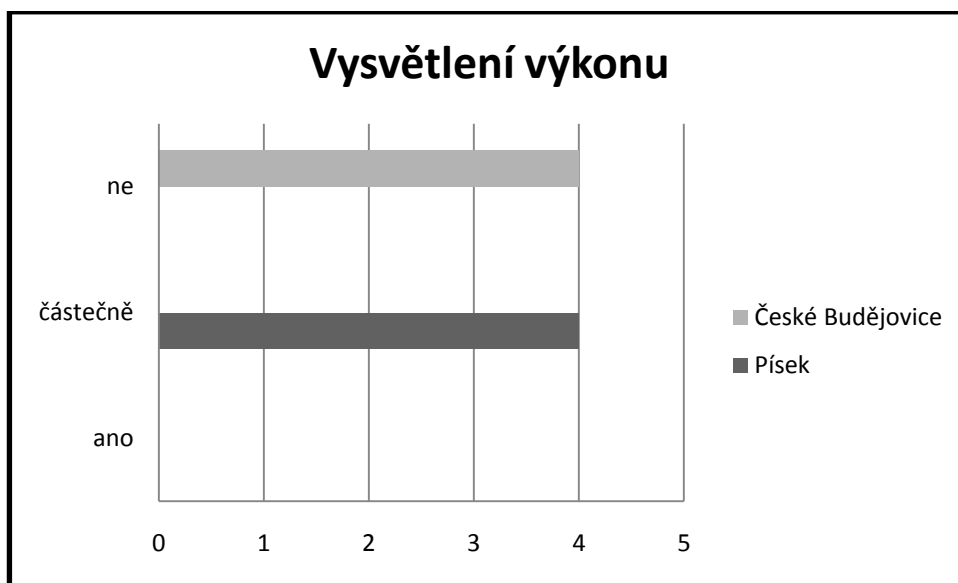
Tabulka znázorňuje, zda onemocnění ovlivňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem. Pacient 1 trpěl dehydratací a zvracením. Sestra ho oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila mu výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 2 měl vysoký krevní tlak. Sestra ho vhodně oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 3 trpí onemocněním CHOPN. Sestra ho vhodně oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a

nepoužila odborné názvy. Pacient 4 má vysoký krevní tlak. Sestra ho vhodně oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 5 má onemocnění CHOPN. Sestra pacienta neoslovila. Udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 6 je po amputaci PDK. Sestra ho vhodně oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, neměla na pacienta dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 7 trpí dehydratací a zvracením. Sestra pacienta vhodně oslovila, udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, neměla však na pacienta dostatek času a nepoužila odborné názvy. Pacient 8 trpí vysokým krevním tlakem. Sestra pacienta neoslovila. Udržovala oční kontakt, vysvětlila výkon, odpověděla na otázky, měla dostatek času a nepoužila odborné názvy.

4.3 Grafy na porovnání komunikačních dovedností sester v Nemocnicích Písek a.s. a České Budějovice a.s.

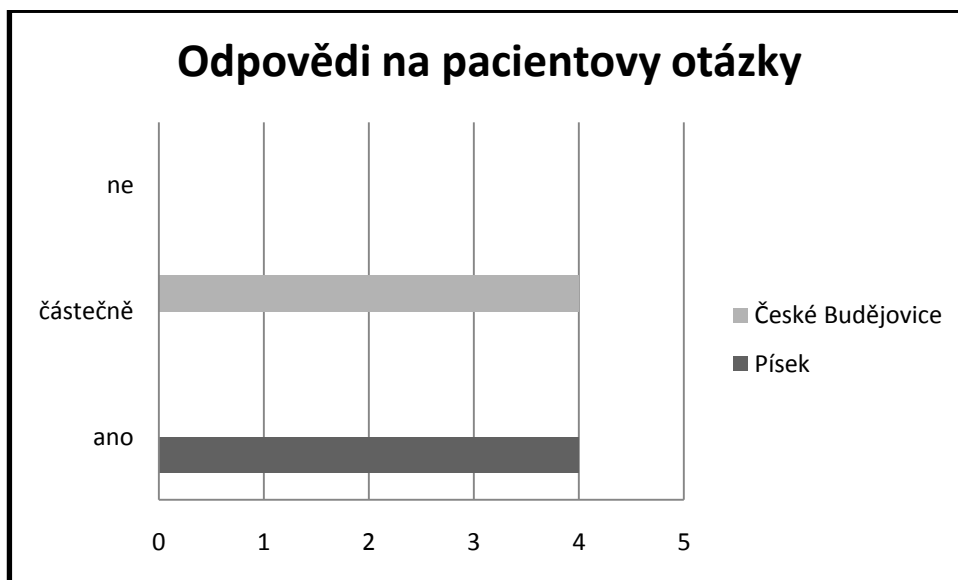
V této výzkumné části jsme zahrnuly grafy, kde jsou viditelné rozdíly v komunikaci sester s pacienty v námi vybrané písecké a českobudějovické nemocnici. Grafy, které měly stejné výsledky, jsme do vyhodnocení nedávaly.

Graf 1: Vysvětlení výkonu



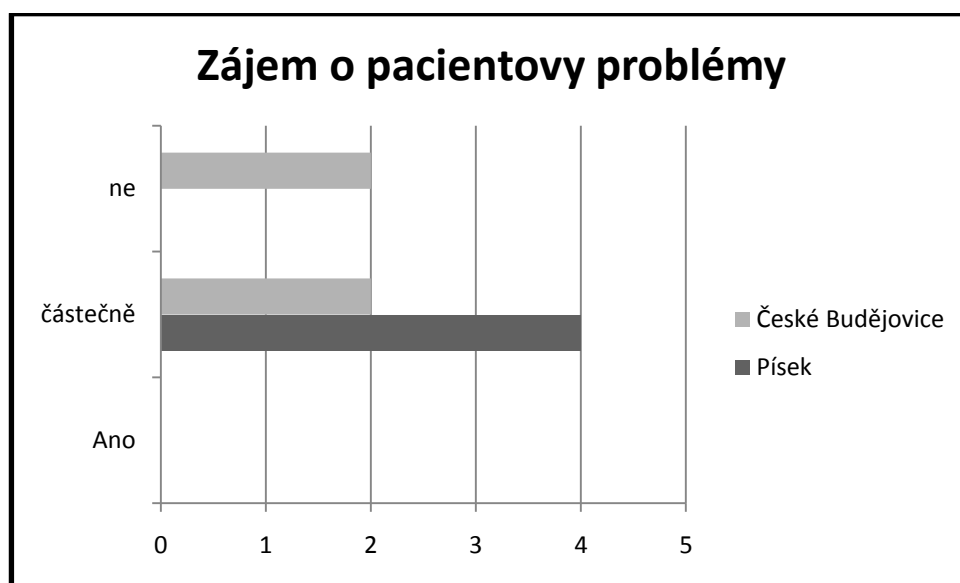
Graf ukazuje, že v Nemocnici České Budějovice ani jedna sestra nevysvětlila pacientovi, co u něj bude provádět za výkon. V Nemocnici Písek sestry všem svým čtyřem pacientům vysvětlily částečně prováděný výkon.

Graf 2: Odpovědi na pacientovy otázky



V Nemocnici Písek a.s. odpověděly sestry všem svým pacientům na jejich otázky, v Nemocnici České Budějovice sestry odpovídaly jen částečně.

Graf 3: Zájem o pacientovy problémy



O problémy svých pacientů se sestry v písecké nemocnici zajímaly částečně. V českobudějovické nemocnici se u dvou pacientů sestra částečně zajímala, u zbylých dvou pacientů sestra zájem neprojevila.

5.DISKUSE

V této části shrneme výsledky výzkumu a pokusíme se je uvést do souvislosti ve vztahu k poznatkům teoretické části práce. Musíme podotknout, že výsledky výzkumného šetření se vztahují k výzkumnému souboru a pro případnou možnost zobecnění výsledků by byla potřeba je ověřit dalším šetřením ve větším rozsahu.

Cíl práce byl zaměřen na oblast komunikačních kompetencí sester s klientem hospitalizovaným na interním oddělení. Byla tedy položena výzkumná otázka: Jaké jsou komunikační kompetence sester na interním oddělení? Dalším cílem bylo zjistit, jak závažnost onemocnění klientů ovlivňuje komunikaci sester a klientů. K tomuto cíli se vztahují 3 výzkumné otázky, a to: Co ovlivňuje komunikaci sester s klienty? Jaké vlivy působí na komunikaci mezi sestrou a klientem? Jak sestru při komunikaci ovlivňuje závažnost onemocnění klienta? Na základě zjištěných poznatků byla dalším cílem snaha vytvořit doporučení pro zlepšení komunikace sester s klienty. V rámci této práce jsem měla i osobní cíl, a to lépe porozumět světu klientů a sester na interním oddělení.

První část empirického výzkumu bylo pozorování. S výzkumem byla obeznámena vrchní sestra oddělení, která pak svým podřízeným sestram nastínila účel pozorování. Sestry věděly, že bude pozorována jejich komunikace s pacientem, proto můžeme hovořit o zjevném pozorování. Sestry pracující na interním oddělení byly vždy vybrány náhodně a pozorovány při běžných činnostech, které u pacienta daný den prováděly. Do pozorovacího archu byly pečlivě zaznamenány všechny pozorované aktivity u sledované sestry. Dle Šrámkové by měly být podmínky pozorování vždy stejné, i když vzhledem proměnlivosti situace jsou těžko splnitelné (Zacharová, 2007). Proto byla zvolena vždy stejná hodina pozorování. Kolem sedmé hodiny ráno na odděleních probíhají stejné úkony, tj. stlaní a ranní hygiena, odběry biologických materiálů a rozdávání ranní lékárny. Můžeme tedy mluvit o stejných podmínkách pozorování v obou zmiňovaných nemocnicích, kde výzkum probíhal. Po odchodu sestry z pokoje pokračovala druhá část výzkumného šetření, a to vedeným rozhovorem s pacientem. Pro zaznamenání rozhovoru byl použit psaný text, neboť si pacienti nepřáli nahrávání na diktafon. Pacienti byli vždy vybráni tak, aby měli podobné diagnózy. První výzkum byl prováděn v Nemocnici Písek a.s. kde byly pozorovány dvě sestry (S1 a S2) a čtyři

pacienti (P1, P2, P3, P4). V nemocnici České Budějovice a.s. probíhal výzkum měsíc poté, kde byl pozorován zdravotní bratr a sestra (S3, S4) a čtyři pacienti (P5,P6,P7,P8). Pro přehlednost byly vypracovány tabulky 1,2 a 3, které obsahují identifikační údaje o pozorovaných sestřích a pacientech hospitalizovaných v Nemocnici Písek a.s. a Nemocnici České Budějovice a.s. Prvním cílem bylo zaměřit se na oblast komunikačních kompetencí sester s klientem hospitalizovaným na interním oddělení, ke kterému se vztahuje výzkumná otázka 1, tedy jaké jsou komunikační kompetence sester na interním oddělení? Zde jsme se zaměřily na verbální a neverbální komunikaci. Na základě výzkumu můžeme říci, že 50% pozorovaných sester při vstupu na pokoj zaklepalo. Toto zjištění bylo pro nás velmi pozitivní, jelikož během činnosti ve zdravotnických zařízeních jsme se s tímto jevem téměř nesetkaly, ačkoliv je podle mého názoru nedílnou součástí zdravotnické etiky. Celých 100% pozdravilo svoje pacienty. Dále pak dvě sestry, což činí 50%, vhodně oslovily svého pacienta, jedna sestra jen částečně a zdravotní bratr své pacienty neoslovil. Tuto skutečnost lze připisovat například ostychu ze strany opačného pohlaví zdravotního bratra, avšak nelze je považovat za pravidlo. V tomto případě jde o pouhou spekulaci. Dle Ivanové je důležité se již při přijetí pacienta zeptat, jak si přeje být oslovován a vše zaznamenat do dokumentace (Ivanová, 2005). Všichni čtyři pozorovaní dohromady 100%, částečně udržovali oční kontakt což korespondovalo s výkony, které u svých pacientů prováděli. V Nemocnici České Budějovice se ani jeden z pozorovaných se svými pacienty při odchodu z pokoje nerozloučil. V Písku se jedna sestra rozloučila, druhá jen částečně zmínila, že na pokoj ještě přijde. Všechny tyto informace jsou zaznamenány v tabulce 4 a 5. Tabulka 6 a 7 byla zaměřená na komunikaci sestry v průběhu pozorování. V Nemocnici Písek sestry částečně vysvětlily daný výkon, neboť pacienti již sami věděli, o jaký druh výkonu se jedná a bylo tak zbytečné, aby sestra pokyny opětovně vysvětlovala či opakovala. V Českých Budějovicích sestra a bratr nic pacientům nevysvětlovaly. V tomto případě záleží na individuálních znalostech u jednotlivých pacientů. Pacienti hospitalizovaní častěji bývají v základních výkonech znalí, přesto je sestra povinna zjistit rozsah jejich znalostí a případně je doplnit. V této oblasti jsme shledaly v budějovické nemocnici jasný nedostatek. Všech 100% pozorovaných na své

pacienty mluvilo srozumitelně. Sestry v písecké nemocnici svým pacientům odpovídaly na jejich otázky, v budějovické nemocnici sestra s bratrem odpovídali částečně. Ani jeden ze čtyř pozorovaných, tj. 100%, během komunikace s pacientem nepoužil odborný termín, jemuž by pacient nerozuměl. U 50% sester působily při komunikaci rušivé vlivy a u zbylých 50% rušivé vlivy nebyly. V Nemocnici Písek a.s. si sestry na své pacienty našly přiměřený dostatek času a v Nemocnici České Budějovice a.s. sestra na své pacienty čas neměla a zdravotní bratr měl čas jen částečně. Podle mého názoru trávila sestra v dřívějších dobách většinu svého času s pacientem. Nyní musí pečlivě vést zdravotnickou dokumentaci. Vedení dokumentace je časově velmi náročné, sestra jí věnuje zhruba třetinu své pracovní doby. Pokud nemocnice mají stále stejný počet sester, musí se logicky zkrátit i doba, kterou sestra mohla trávit s pacientem. Intimní problémy pacientů neřešil ani jeden z pozorovaných. Tato problematika je často diskutována, ale není problémem pouze v pozorovaných zařízeních. Problém zajišťování intimity je rozšířen po celé České republice v ostatních zemích světa. Domnívám se, že záleží na jednotlivých sestřích a bratrech, jak se k této úloze postaví. V Písku projevil obě sestry zájem o problémy svých pacientů, v Českých Budějovicích sestra projevila zájem částečně a bratr zájem neprojevila ani u jednoho ze svých pacientů. Venglářová tvrdí, že pokud pacient sděluje svůj problém, nemluví do prázdna. Sestra by měla poslouchat a podpořit ho (Venglářová, 2006).

Druhým cílem bylo zjistit, jak závažnost onemocnění ovlivňuje komunikaci mezi sestrou a pacientem. K tomuto cíli patří tři výzkumné otázky, a to: Co ovlivňuje komunikaci sester s klienty? Jaké vlivy působí na komunikaci mezi sestrou a klientem? K těmto otázkám byly vytvořeny tabulky 8 a 9. V Nemocnici Písek nebylo pohlaví sester rušivým vlivem. V Nemocnici České Budějovice pohlaví personálu působilo, a to zejména u zdravotního bratra. Z výsledku je patrné, že nejvíce komunikaci ovlivňovalo pohlaví zdravotního bratra, neboť dle mého názoru zastávají lidé generové přesvědčení, že sestra je žena a lékař muž. Jedná se o zavedený generový stereotyp. Pohlaví pacientů nebylo rušivým elementem pro poslední výzkumnou otázku, tj. jak sestru při komunikaci ovlivňuje závažnost onemocnění klienta, byla vytvořena tabulka 10. Nepotvrdilo se, že by nemoc ovlivňovala komunikaci pozorovaných sester.

Očekávala jsem, že by mohl nastat problém u pacientů s onemocněním CHOPN. Během výzkumu žádný problém při komunikaci mezi sestrou a pacientem nenastal. Můžeme spekulovat, zda za příčinou stojí to, že jsou na lůžkové části interního oddělení pacienti v již stabilizovaném stavu, popř. zda jen během pozorování nikdo netrpěl akutními problémy svého onemocnění. U pacientů s vysokým krevním tlakem také nebyla komunikace ovlivněna či narušena. U pacientů hospitalizovaných na interním oddělení z důvodu zvracení a pro následnou dehydrataci jsem očekávala, že by mohli být pacienti lehce zmatení z nedostatku tekutin, a proto by mohla být komunikace horší. Přesto těchto pacientů onemocnění nemělo vliv na horší komunikaci. U poslední pozorované pacientky, jež byla přijata pro infekci amputované dolní končetiny, také nebylo prokázáno, dle výzkumného šetření, že by její nemoc ovlivnila komunikaci mezi ní a sestrou. Na konci výzkumné části jsme zařadily grafy 1, 2 a 3, které měly ukázat, jak sestry na interním oddělení komunikují. Ve většině oblastech výzkumného šetření se komunikace zdravotních sester v Nemocnici Písek a.s. jevila lépe než v Nemocnici České Budějovice a.s. Výsledky jsou pouze orientační. Pro přesnější výsledky by musel být proveden obsáhlejší výzkum, který by se zaměřil na větší skupinu zdravotních sester a bratrů.

ZÁVĚR

Na interním oddělení se nachází široké spektrum klientů s různým typem onemocnění. Komunikace s těmito klienty klade na sestry vysoké nároky v oblasti komunikačních kompetencí. Téma bakalářské práce bylo zaměřeno na tuto oblast, s cílem zmapovat problematiku komunikace sester s klienty a poukázat na nejčastější chyby, kterých se sestry v rámci komunikačního procesu dopouštějí.

Cíl práce byl zaměřen na oblast komunikačních kompetencí sester s klientem hospitalizovaným na interním oddělení. Vzhledem k cílům práce a problematice zkoumaných jevů bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, které bylo rozděleno do dvou částí. První část byla zacílena na pozorování sester při komunikaci s klienty. Ke sběru dat byl použit pozorovací arch, v němž byly zaznamenány všechny pozorované aktivity sestry. Ve druhé části byly vedeny polostrukturované rozhovory s klienty na interním oddělení.

Získaná data z pozorování a rozhovoru nám měla odpovědět na čtyři námi položené výzkumné otázky. První výzkumná otázka zněla: Jaké jsou komunikační kompetence sester na interním oddělení. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že ačkoliv sestry a bratr v některých případech udělali chybu, komunikace je stále na přijatelné úrovni a zásadních chyb se dopouštějí jen minimálně. Je důležité, aby tuto práci vykonávali sestry a bratři, které práce s nemocnými naplňuje, protože právě to se na jejich práci odráží. Do komunikačních kompetencí patří jak verbální, tak i neverbální komunikace, která byla zaznamenávána do pozorovacího archu. Druhá výzkumná otázka zkoumala, co ovlivňuje komunikaci sester s klienty. Délka a četnost hospitalizace částečně ovlivňovala komunikaci. Pacienti, kteří pobývají na interním oddělení častěji ví, jaká vyšetření, popř. co je během hospitalizace čeká. Myslím si, že právě tato skutečnost může ovlivnit i komunikaci sestry. Pokud je pacient „častým hostem“, může sestra usoudit, že mu již vše řekla a nemusí pak dostatečně komunikovat. Třetí výzkumnou otázkou jsme zkoumaly, jaké vlivy působí na komunikaci mezi sestrou a klientem. Častým vlivem byl spolupacient na pokoji, jenž skákal do řeči jak pozorované sestře,

tak i pacientovi. Také hluk měl vliv na zhoršenou komunikaci. Poslední výzkumnou otázkou jsme se ptaly, jak sestru při komunikaci ovlivňuje závažnost onemocnění klienta. Z výzkumného šetření vyšlo, že onemocnění komunikaci neovlivňuje. Z výsledků vyplývá, že lépe komunikovaly s pacienty v rámci ošetrovatelské péče sestry z Nemocnice Písek a.s. Můžeme spekulovat, zda je to tím, že sestry z písecké nemocnice mají větší praxi na interním oddělení než sestra a bratr z Nemocnice České Budějovice a.s.

Z výsledků výzkumných otázek můžeme stanovit tyto hypotézy. První hypotéza zní: Komunikační kompetencí sester je verbální a neverbální komunikace. Druhá hypotéza zní: Komunikaci sester s klienty ovlivňuje četnost a délka hospitalizace. Třetí hypotéza: Vlivy, které působí na komunikaci mezi sestrou a pacientem, jsou hluk a spolupacient na pokoji. Čtvrtá hypotéza zní: Sestru při práci nijak neovlivňuje závažnost pacientova onemocnění.

Ke zlepšení komunikačních dovedností by mohly přispět semináře v rámci celoživotního vzdělávání sester. Věřím, že všechny poznatky, které jsem zpracováním této práce získala, využiji ve své praxi sestry a vyhnu se tak chybám v komunikaci. Na základě zjištěných poznatků mohou být vytvořena doporučení pro zlepšení komunikace sesters klienty. Výsledky tohoto šetření popsané v práci mohou být začátkem pro další poznání dané problematiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BUŽGOVÁ, Radka, Ilona PLEVOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Ošetrovatelství I: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

ČECHOVÁ, Věra, Marie ROZSYPALOVÁ a Alena MELLANOVÁ. *Speciální psychologie*. 3., nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 173 s. Učební texty (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-701-3342-2.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 502 s. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.

DOENGES, Marilyn E. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 565 s. ISBN 80-247-0242-8.

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

HERDMAN, Editor T. Heather a [překlad Pavla KUDLOVÁ]. *Ošetrovateľské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2001, 565 s. ISBN 978-802-4734-231.

HOEFERT, Hrsg. Hans W. a Hrsg. Wolfgang HELLMANN. *Kommunikation als Erfolgsfaktor im Krankenhaus*. Heidelberg, Neckar: Economica, 2008. ISBN 978-387-0815-561.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovateľství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANÁČKOVÁ, Laura, Ilona PLEVOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Praktická komunikace pro každý den: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 111 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2479-9.

KELNAROVÁ, Jarmila, Ilona PLEVOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Ošetrovateľství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4728-308.

Komunikace mezi lidmi. [online]. [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.pinos.cz/text01.html>

KRISTOVÁ, Jarmila a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikácia v ošetrovateľstve: prístupy - dovednosti - poruchy*. 1. vyd. Martin: Osveta, c2004, 144 s. ISBN 80-806-3160-3.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Gastroenterologie a hepatologie: učebnice*. 1. vyd. Grada, 2007, 380 s. ISBN 978-802-4717-876.

MIKŠOVÁ, Zdeňka a [překlad Pavla KUDLOVÁ]. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1: definice*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 565 s. ISBN 80-247-1442-6.

MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2: definice*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-802-4723-198.

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *DESATERO komunikace s pacienty se syndromem demence* [online]. 2006 [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>

NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Vyd. 1. Grada, 2005, 171 s. ISBN 80-247-0738-1.

PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0858-2.

PLEVOVÁ, Ilona, Ilona PLEVOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Ošetrovatelství II: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 111 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-802-4735-580.

Pozorování. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-05-26]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Pozorov%C3%A1n%C3%AD>

Práva pacienta. [online]. 3.6.2008 [cit. 2014-02-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

SOUČEK, Miroslav, Jindřich ŠPINAR a Petr SVACINA. *Vnitřní lékařství pro stomatology: učebnice*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 380 s. ISBN 80-247-1367-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, Marie Nejedlá. *Interní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4711-485.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJD LÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4717-777.

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

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĎOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: definice*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 171 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry: přístupy - dovednosti - poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Editor Jiří Vévoda. Praha: Grada, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. Interní onemocnění ve stáří, *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 9, s. 38 ISSN 1210-0404

WÖHE, Günter. *Úvod do podnikového hospodářství*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: C. H. Beck, 2007, xxix, 928 s. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7179-897-2.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-802-4720-685.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Pozorovací arch

Příloha 2: Struktura rozhovoru s pacientem

Příloha 1

Pozorovací arch

číslo archu:

Nemocnice:

Pacient č.:

Datum:

Věk:

Sestra

č.:

Pohlaví:

Typ onemocnění:

Délka hospitalizace:

		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
1.	Sestra při vstupu na pokoj zaklepalá?			
2.	Sestra pozdravila			
3.	Sestra vhodně oslovila pacienta?			
4.	Sestra udržuje oční kontakt ?			
5.	Sestra vysvětlila pacientovi jaký výkon u něj bude provádět?			
6.	Sestra mluví srozumitelně?			
7.	Sestra odpovídá na pacientovi otázky?			
8.	Sestra používá odborné názvy kterým by pacient nemohl rozumět?			
9.	Působí při komunikaci rušivé vlivy?			
10.	Rozloučila se sestra při odchodu z pokoje?			
11.	Sestra měla dostatek času na pacienta?			
12.	Řešila sestra intimní problémy pacienta?			
13.	Projevila sestra zájem o problémy pacienta?			

Rozhovor s pacientem

Nemocnice:

Datum:

Sestra, která se o pacienta starala č.:

Závažnost onemocnění: lehčí / těžší

Pacient č.:

1. Jste zde v nemocnici hospitalizován/a poprvé?
2. Jste na tomto oddělení hospitalizován/a poprvé?
3. Jakým onemocněním trpíte?
4. Stará se o Vás dnes jen jedna sestra?
 - a) Víte co u (či po) Vás sestra chtěla?
 - b) Vysvětlila Vám, co u Vás bude dělat za výkon?
 - c) Odpověděla Vám všechny Vaše otázky?
 - d) Jak na Vás působí sestra která se dnes o Vás stará?
 - e) Měl/a jste pocit, že na Vás sestra měla dostatek času?
 - f) Kdyby, jste se měl/a možnost něco na sestře změnit, co by to bylo?
(chování, přístup, komunikace atd.)
 - g) Má sestra zájem povídat si s Vámi?
 - h) Má sestra zájem povídat si o Vaší nemoci a starostech s ní spojených?
 - i) Naštvala Vás někdy sestra?
 - j) Za co byste sestru pochválil/a?
 - k) Rušilo Vás něco při rozhovoru se sestrou (rádio, televize, pacient)?
 - l) Vadí Vám, že sestra řeší Vaše intimní problémy před ostatními pacienty?