



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta

Vypracovala: Nikola Žáková
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název bakalářské práce

Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta

Současný stav

Teoretická část bakalářské práce je rozčleněna do jedenácti kapitol. První kapitola se zabývá definicí komunikace. V kapitole druhé popisujeme druhy komunikace. Popsána je zde komunikace verbální a neverbální. Třetí kapitola pojednává o komunikačních dovednostech sestry, čtvrtá potom o komunikaci sestry s dětským pacientem. Pátá kapitola popisuje základy komunikace sester s rodiči dětského pacienta. Šestá kapitola je věnována situaci, v níž sestra komunikuje s rodiči hendikepovaného a umírajícího dítěte. V sedmé kapitole sledujeme komunikaci sestry na dětském oddělení. Osmá kapitola upozorňuje na specifika dětského oddělení. Devátá kapitola pojednává o komunikaci jako součásti ošetrovatelské péče. A v poslední kapitole je popsán průběh hospitalizace dítěte a jeho rodiče.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Část teoretická je popsána výše, v části empirické jsou popsány výsledky výzkumného šetření.

Cíle a výzkumné otázky

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestra komunikuje s rodiči dětského pacienta. Dalším z cílů bylo prozkoumat, zda rodič rozumí informacím podaných sestrou, a cíl třetí se zaměřil na chyby, které může udělat sestra při komunikaci s rodičem dětského pacienta.

Výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem sestra komunikuje s rodičem dětského pacienta?
2. Jakým způsobem sestra podává informace rodiči dětského pacienta?
3. Jak rodič dětského pacienta hodnotí srozumitelnost informací podaných od sestry?

4. Jaké sestry dělá chyby v komunikaci s rodiči dětského pacienta?

Metodika

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření, která byla realizována formou rozhovorů. Druhá použitá metodika v této práci se nazývá zúčastněné pozorování. Potřebná data k první části šetření byla získána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s rodiči hospitalizovaných dětí. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek. V případě potřeby byl rozhovor doplněn dalšími otázkami. Prostřednictvím rozhovoru bylo zjišťováno, jak probíhal příjem dítěte na dětské oddělení, jaké informace dostali rodiče ohledně vyšetření dítěte, a celkový dojem ze sester na oddělení. Rodičů jsme se dotazovaly na verbální i neverbální komunikaci sester. Na závěr sami popsali, jaké shledali chyby v komunikaci a chování sester. Druhá část výzkumu proběhla na dětském oddělení anonymní nemocnice. Zde jsme sestry hodnotily verbální a neverbální komunikační dovednosti sester.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor k první části výzkumného šetření tvořilo sedm matek dětí hospitalizovaných na dětském oddělení. Matky byly hospitalizované v různých nemocnicích v České republice. Výzkumný soubor k druhé části výzkumného šetření, který byl veden technikou pozorování, tvoří šest všeobecných sester zaměstnaných na dětském oddělení státní nemocnice. Sestry byly zvoleny náhodně. Jsou rozdílného věku, mají odlišnou délku praxe a jiné vzdělání.

Výsledky

Sestry byly označovány respondentkami za milé, ochotné, usměvavé, komunikativní, ale i nepříjemné. Při příjmu dítěte všechny sestry pozdravily, předávaly informace, a naopak informace i získávaly. Ve všech případech oslovovaly i dítě. Některé sestry odkazovaly matky pouze na lékaře, nenabízely pomoc a nepředstavovaly

se. Sestry ve většině případech předávaly práva a povinnosti pacienta a řád oddělení v tištěné podobě. Všechny sestry zapojovaly rodiče do ošetrovatelské péče o dítě, nabízely pomoc a poprvé vše rodičům ukázaly. Ve více než polovině případů sestra rodiče kontrolovala při provádění běžných denních činností u dítěte. Sestra s dítětem komunikovala nejčastěji verbálně a pomocí hračky. Reakce dětí na sestru byly velmi individuální. Některé se nebály a se sestrou komunikovaly, jiné se naopak uzavřely do sebe a ze sester měly strach. Sestry během podávání informací nepoužívaly odborné termíny. Informace o vyšetření byly ve většině případech velmi stručné, někdy dokonce žádné. Sestry většinou předávaly informace na pokoji. V polovině případech sestra podané informace rodiči zopakovala. V průběhu pozorování všechny sestry neverbálně komunikovaly s rodiči zcela běžným způsobem, byly důvěryhodné. Ve většině případech se informovaly, zda rodič všemu porozuměl.

Závěr

Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry na dětském oddělení věnují pozornost ne jen komunikaci s dítětem, ale i s jeho rodičem. Dovedou vhodně komunikovat během příjmu pacienta a během jeho hospitalizace. Sestry neuměly vhodně informovat rodiče o průběhu vyšetření. V některých případech sestry nedostatek komunikace připisovaly časové tísně a nedostatku personálu. Jako výstup z bakalářské práce bude uspořádána přednáška na dětském oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření, kde budou se sestrami prodiskutovány největší chyby v komunikaci a jejich následná možná náprava.

Klíčová slova: Sestra, komunikace, rodič, dítě, hospitalizace

Abstract

The title of the work

Communication between parents, medics and child patients

Current status

The theoretical part is divided into eleven chapters. The first chapter deals with the definition of communication. The second chapter describes the kinds of communication, including verbal and nonverbal. The third chapter discusses the communication skills of nurses. In the fourth chapter we expanded on the communication of the nurse with a child patient. The fifth chapter describes the basics of communication between nurses and parents of child patients. The sixth chapter discusses a situation where the nurse communicates with parents of a disabled and dying child. The seventh chapter describes the communication of nurses at the pediatric department. The eighth chapter contains the specifics of the children's department. In the ninth chapter is divided into childage. The tenth chapter discusses communication as a part of nursing care. A final chapter describes the process of hospitalization of children and their parents.

The thesis is divided into theoretical and empirical parts. Much of the theory is described above whereas the empirical section describes the results of the research.

Objectives and research questions

The first objective of this thesis was to investigate how the nurse communicates with the parents of a child patient. The second objective was to determine whether a parent understands the information given by the sister and the final objective was to determine any errors that the nurse makes when they communicate with parents of child patients.

Research questions:

1. How the nurse communicates with the parent of a child patient?

2. How does the nurse inform parents of a child patient?
3. How a parent of a child patient assesses the clarity of the information provided by the nurse?
4. What mistakes nurse makes in communication with the parents of a child patient?

Methodics

For the research a survey was chosen to provide qualitative information, which was obtained via interviews. The second methodology used in this work is called participant observation. Data for the first part of the survey was obtained through semi-structured interviews with the parents of hospitalized children. Interviews were conducted on the basis of questions prepared in advance. If necessary, the interview was supplemented with other issues. The interview was to determine how children were admitted to the children's department, what information reached parents about the examination of the child, and also the overall impression of the nurses on the ward. We asked parents about the verbal and nonverbal communication of sisters. They described the errors they found in the communication and behavior of nurses. The second part of the research was anonymous on the pediatric ward of the hospital where nurses evaluated verbal and nonverbal communication skills.

The research group

The research set for the first part of the survey consisted of seven mothers of children hospitalized in the pediatric ward. The mothers were in different hospitals in the Czech Republic. The research set for the second part of the investigation, which was carried out by observation technique, consists of six nurses employed at the pediatric ward of a state hospital. Nurses were selected randomly. They are of different ages and they have different length of practice and other training.

Results

The respondents of the survey found the sisters kind, helpful, friendly and communicative, but they were also uncomfortable with some things. When admitting children all of the sisters welcomed, transmitted information, and also solicited information. In all cases, they were appealing to the child. Some nurses referred mothers to physicians only, did not offer aid and did not introduce themselves. In most cases nurses gave rights and responsibilities of patients and Regulations Department in printed format. All the sisters engaged parents in nursing care for the child, including offering first aid training. More than half of parents were checked by the nurse when performing common daily activities of a child. Sisters frequently communicated with the children both verbally and using toys. Children's reactions to the sister were very individual. Some were afraid of the sister, whereas others communicated without problems. Sisters did not use technical terms when conveying information. Information about the tests were in most cases very brief, sometimes nil. Nurses usually transmitted information in the room. In half of the cases the nurse repeated information to the parents. During the observation, all of the sisters routinely non-verbally communicated with parents. In interviews some sisters forgot to repeat information. Nurses are trustworthy, do not use professional titles and had entirely appropriate appearances. In most cases the sisters asked whether the parent understood everything.

Conclusion

The research suggests that nurses at the pediatric department pay attention to communication not only with the child, but also with their parent. They know how to communicate properly during patient admission and hospitalization. The sisters were unable to adequately inform parents throughout the course of the investigation. In some cases the sisters attributed the lack of communication to time constraints and lack of staff. The output of the thesis will be a lecture on the children's department where the research took place, where will the sisters discuss their biggest mistakes in communication and subsequent possible changes.

Keywords: Nurse, Communications, parent, child, hospitalized

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. 7. platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž cestou byly v souladu s uvedením ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovaným registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 7.8.2016

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Aleně Polanové za poskytnutí odborných a cenných rad, věcné připomínky, ochotu, trpělivost a vstřícný přístup během zpracování této práce. Obrovský dík patří mé milující rodině za velkou podporu, trpělivost a porozumění v době studia a psaní této práce.

Obsah

ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV.....	13
1.1 Komunikace.....	13
1.1.1 <i>Druhy komunikace</i>	<i>13</i>
1.1.2 <i>Komunikační dovednosti sestry.....</i>	<i>18</i>
1.1.3 <i>Komunikace s dětským pacientem.....</i>	<i>20</i>
1.1.4 <i>Komunikace sestry s rodiči dětského pacienta.....</i>	<i>22</i>
1.1.5 <i>Komunikace sestry s rodiči hendikepovaného a umírajícího dítěte.....</i>	<i>25</i>
1.2 Komunikace sestry na dětském oddělení.....	26
1.2.1 <i>Specifika dětského oddělení</i>	<i>28</i>
1.2.3 <i>Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na dětském oddělení</i>	<i>30</i>
1.2.4 <i>Průběh hospitalizace dětského pacienta s rodičem.....</i>	<i>32</i>
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	35
2.2 Cíle práce.....	35
2.3 Výzkumné otázky	35
3 METODIKA PRÁCE	36
3.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.1.1 <i>Výzkumný soubor - rozhovory.....</i>	<i>37</i>
3.1.2 <i>Výzkumný soubor- pozorování.....</i>	<i>38</i>
3.2 Přehled respondentek - rozhovory.....	39
3.3 Přehled respondentek – pozorování.....	40
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
4.1 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů.....	41
4.1.1 <i>Kategorie 1- První kontakt se sestrou.....</i>	<i>41</i>
4.1.2 <i>Kategorie 2- Příjem dětského pacienta.....</i>	<i>43</i>
4.1.3 <i>Kategorie 3- Informovanost rodičů o chodu oddělení a právech a povinnostech pacienta.....</i>	<i>45</i>
4.1.4 <i>Kategorie 4- Zapojení rodiče sestrou do ošetrovatelské péče</i>	<i>46</i>

4.1.5	<i>Kategorie 5- Komunikace sester s dítětem</i>	47
4.1.6	<i>Kategorie 6- Reakce dítěte na sestru</i>	49
4.1.7	<i>Kategorie 7- Informovanost rodičů o vyšetření dítěte</i>	50
4.1.8	<i>Kategorie 8 - Spokojenost rodičů během hospitalizace</i>	51
4.1.9	<i>Kategorie 9 - Nedostatky v komunikaci sester z pohledu rodičů</i>	53
4.2	Pozorování	54
4.2.1	<i>Výsledný pozorovací arch</i>	54
4.2.2	<i>Výsledky zúčastněného pozorování</i>	55
5	DISKUSE	57
6	ZÁVĚR	69
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	71
8	SEZNAM PŘÍLOH	75

Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na komunikaci zdravotníků s rodiči dětského pacienta. Konkrétně se jedná o rodiče kojenců a batolat. V dnešní době se většina rodičů nechá hospitalizovat na dětském oddělení společně se svým dítětem. Sestry musí na tuto skutečnost reagovat, a své komunikační dovednosti musí vhodně použít, ne-jen u dítěte, ale i u jeho rodiče.

Díky vhodné komunikaci sestra docílí lepší spolupráce dítěte a jeho rodiče. Umožní společnou spolupráci a dopomůže tak k efektivnější a rychlejší léčbě. Na dětském oddělení jsou hospitalizované děti s akutním onemocněním, ale i s chronickými problémy. Děti s plánovaným operačním výkonem jsou ve většině případech na dětském oddělení také. Sestra musí umět komunikovat s matkou během celé hospitalizace. Důležitý je příjem dítěte s matkou, při němž sestra získává důležité informace v rámci svých kompetencí. Před vyšetřením, či operací musí matku dostatečně informovat a uklidnit. Po celou dobu hospitalizace musí být připravena odpovídat matce na všechny otázky, být jí partnerem a pomocníkem. Ve spoustě případů může dojít ke komunikační bariéře, avšak i s touto situací si má sestra poradit. Před propuštěním dítěte do domácího prostředí je nutná edukace jak matky, tak dítěte.

Verbální i neverbální komunikační dovednosti sestra používá s přihlédnutím na individualitu rodiče a dítěte. Vždy záleží na věku dítěte, jeho zdravotním stavu, důvodu hospitalizace a přístupu rodiče.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak sestry komunikují s rodiči dítěte, jak rodiče rozumí podaným informacím a jaké chyby dělají sestry během komunikace s rodiči.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Komunikace*

Termín komunikace pochází z latinského slova *communicare*. Má mnoho významů např. sdílet, svěřovat, stýkat se, sjednávat apod. (Kábrt, 2003, s. 215). Pod tímto pojmem si člověk nepředstaví pouhé dorozumívání, výměnu zpráv mezi dvěma lidmi, ale také mediální prostředky (rádio, televize, tisk) nebo dopravu (DeVito, 2008).

Jednoznačná definice komunikace není stanovena. Komunikaci v lidské společnosti lze v obecné rovině definovat jako možnost navázat vzájemný kontakt a sdělit si své myšlenky, pocity či postoje (Vitoň, 2014). Další z mnoha definic zní: „Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvořiny apod.“ (Pokorná, 2010, s. 11).

Sociální neboli mezilidskou komunikaci je možno definovat jako proces předávání informací od člověka k člověku, jehož prostřednictvím je možné sociální jednání (Bednaříková, 2006). Lidé mezi sebou neustále komunikují a působí na sebe. Celý proces sociální komunikace provází čtyři základní složky. *Komunikátor*, *komunikant*, *komuniké* a zpětná vazba. V průběhu komunikace dochází k *dekódování* a *kódování*. Celý proces tedy probíhá takto. *Komunikátor*, to je osoba, která sděluje nějakou informaci, *zakóduje sdělení*, takzvané *komuniké*, a vyšle jej ve formě řeči. *Komunikant* což je osoba, která přijímá nějakou informaci, *dekóduje* sdělení na původní obsah a význam. Následuje zpětná vazba ve smyslu pochopení přijaté informace (Jiřincová, 2010).

1.1.1 *Druhy komunikace*

Komunikaci dělíme na dvě základní formy dle prostředku sdělení. Používáme-li gesta, mimiku či dotyky jedná se o *neverbální* komunikaci. Sdělujeme-li něco řečí, mluvíme o komunikaci *verbální*. (Linhartová, 2007) Obě tyto formy se většinou prolínají a vzájemně doplňují. V ošetřovatelství je třeba ovládat obě tyto složky a používat je současně (Sorger, 2009).

Jak již bylo řečeno, verbální komunikací se rozumí dorozumívání se pomocí slov. Dorozumívání se můžeme jak ústně, tak i písemnou formou. Sestra v praxi využije především komunikaci ústní. Její výhodou je možnost okamžité zpětné vazby. Dále můžeme verbální komunikaci rozdělit na komunikaci živou a reprodukovanou, přímou a zprostředkovanou. (Mikuláščík, 2010).

Ve verbální komunikaci může snadno dojít k nepochopení. Slova mají mnoho různých významů. Příkladem je slovo otrávený. Může znamenat otravu jedem, ale také znechucení situací, člověka bez dobré nálady. Dalším příkladem je slovo odchod. Výrok "on odešel", můžeme pochopit dvěma způsoby. Odešel z místnosti, odešel neboli zemřel. Každý si může význam vyložit podle svého. Proto se musíme vždy ujistit, zda byl komunikátor dobře pochopen (Mikuláščík, 2010). Aby komunikace byla efektivní, musíme věnovat pozornost několika prvkům. Hlasitost projevu- mluvit můžeme potichu, středně hlasitě a hlasitě. Hlasitost vyjadřuje, jak moc je mluvčí zaujat věcí. Může být projevem nervozity. Hodně hlasitý projev nebo naopak velice tichý může být pro posluchače nepříjemný. Mezi obecná doporučení patří střídat hlasitější a tišší projev a udržet tak pozornost posluchačů. Dalším prvkem je rychlost řeči. Můžeme mluvit velmi pomalu, středně rychle a rychle. Rychlost je dobré během projevu měnit. Velmi rychlá mluva může unavit jak poslouchajícího, tak i řečníka. Mezi další prvky řeči patří výška hlasu. Hlubší hlas působí na posluchače důvěryhodněji než hlas vysoký. Tón hlasu má od přírody každý zcela jiný, i tak se s ním ale dá pracovat. Poslední zmíněnou hlasovou odlišností je objem projevu. V rozhovoru je velice důležitý stejný poměr časových vstupů všech účastníků. Pokud jeden nepustí ke slovu druhého, nejde o kvalitní konverzaci. Intonace je změna v tónu řeči. Často vyjadřuje emoční prožitek mluvčího. Pomlky nebo úplné přerušování hovoru lze použít v případě, že chce mluvčí poskytnout čas na přemýšlení nebo chce zvýšit pozornost posluchače. Pomlky, které jsou neúmyslné, působí ve většině případů rušivě (Mikuláščík, 2010).

Kritérii pro úspěšnou verbální komunikaci jsou jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilita. „V jednoduchosti je krása,“ jak říká známé přísloví. Jak píše Venglářová (2006), měly bychom říkat běžně užívaná slova a ověřovat si jejich

srozumitelnost. Též je žádoucí jasně zdůraznit podstatu, zbytečně dlouhé popisování situace nepůsobí profesionálně.

Základní formou verbální komunikace je rozhovor. „Rozhovor je zaměřený a organizovaný dialog, v němž osoba nebo skupina osob odpovídá na otázky tazatele nebo líčí své problémy a stanoviska“ (Zacharová, 2007, s.86). Jedná se o nejčastější druh komunikace vůbec. Cílem rozhovoru je zjišťování vztahů ve skupině i k sobě samému, prozkoumání názorů a postojů. Každý rozhovor má dvě strany. Získávání informací a dodávání informací. Díky rozhovoru můžeme navodit změnu psychického stavu, což je doménou psychologů. Do skupiny rozhovorů však patří i nedirektivní empatický rozhovor sestry s pacientem (Zacharová 2007). O něm více v kapitole číslo 1.1.2 Komunikační dovednosti sestry . Vhodně načasovat rozhovor je umění. Musíme zvážit, zda je dobré vést rozhovor ve společnosti druhého člověka, zejména jde-li o intimní informace. Komunikant by se mohl cítit velice nepříjemně a nemusel by spolupracovat. Někdy nejsou pro druhého člověka informace relevantní. Velice důležité je přizpůsobení rozhovoru druhé osobě- Jinak budeme mluvit s dítětem, jinak s dospělým člověkem (Venglářová, 2006).

Jedním z druhů rozhovorů je standardizovaný rozhovor. S přesně stanovenou formou a vymezenou rolí tazatele. Díky tomuto druhu rozhovoru můžeme lépe srovnat získaná data. Působí však velice formálně a nelze s ním v průběhu pracovat. Nestandardizovaný rozhovor je opakem. Někdy jsou stanoveny okruhy otázek nebo konkrétní cíle. Tazatel však může v průběhu s rozhovorem pracovat, měnit jeho délku a pořadí otázek. Třetím druhem této škály rozhovorů je volný rozhovor, který má určený pouze cíl, ale jeho průběh závisí pouze na tazateli. Individuální rozhovor jako čtvrtá samostatná kategorie se používá při získávání intimních a osobních údajů. Dalším druhem je skupinový rozhovor používaný u skupinových sezení díky němuž lze navázat kontakt se všemi účastníky najednou. Diagnostický rozhovor se často používá ve zdravotnictví. Jeho cílem je získání údajů o dané osobě, jde o takzvanou anamnézu (Motschnig, 2011). Terapeutický rozhovor využívají především psychologové a psychiatři. Zaměřuje se na uklidnění a povzbuzení (Zacharová, 2007).

Již zmíněná neverbální komunikace je řečí beze slov. Jinými slovy jde tuto komunikaci popsat jako řeč těla. Neverbální komunikace je stejně důležitá jako komunikace verbální. Její pomocí jsme schopni přijmout 60 až 80 % podnětů z okolí. Většina neverbální komunikace se odehrává na nevědomé úrovni. Své projevy tedy nekontrolujeme a nevědomky odesíláme informace o našich pocitech a postojích druhému člověku. Osoba, která se zajímá o neverbální projevy lidí, dokáže z pouhé mimiky nebo gesta rozeznat nervozitu, strach, lhostejnost, ale i lež (Vymětal, 2008).

Většinu neverbálních signálů se člověk naučí už v dětství od svých rodičů. Děti si kopírováním rodičů nevědomky osvojují neverbální komunikaci. V této komunikaci jsou patrné individuální rozdíly. Někteří lidé jsou energičtí, komunikativní, extravertní, společenšší a jejich gestikulace lze označit jako velmi teatrální. Osoby labilnější reagují nekontrolovatelně, výbušně a překvapivě (Janoušek, 2007). Vědomě může člověk zachovat kamennou tvář a nepohyblivé tělo. Nedá se potom tak lehce přechíst. Této možnosti využívají pokeroví hráči (Mikuláščík, 2010).

Neverbální komunikaci využívá člověk k tomu, aby podpořil řeč nebo ji zcela nahradil. Mezi další využití patří vyjádření emocí a interpersonálních postojů. Mnoho lidí využívá tento druh komunikace k sebe prezentaci (Vybíral, 2009). Mimoslovní projev zaznamenáváme v pohledu, pohybech, gestech a mimice. Vždy se zapojuje více komunikačních aspektů, vzniká tak velice komplexní projev. U neverbální komunikace je největší pozornost zaměřena na oblasti obličeje a hlavy, na druhém místě jsou pohyby rukou a paží. Dále pak pohyby a pozice těla a nohou. Nyní bude popsáno několik druhů neverbální komunikace (Mikuláščík, 2010).

Jedním z druhů neverbální komunikace je **mimika**. Lidské tělo má k dispozici více než 40 mimických svalů, pomocí kterých jsme schopni komunikovat s okolím a sdělovat informace o našich emocích.

Díky mimice dokážeme vyjádřit nejméně osm následujících emocí: štěstí, strach, smutek, překvapení, hněv, odpor, opovržení a zájem (DeVito, 2008). Pokud sestra dokáže identifikovat tyto základní emoce, bude umět porozumět, komunikovat a zároveň pomoci potřebnému člověku. Například soustředíme-li se na oblast čela a obočí, můžeme poznat údiv a úzkost, a to při vytažení čela. Převaha vodorovných

vrásek na čele značí horlivého člověka s úzkostnými rysy. Pokrčení a vytvoření vertikálních vrásek značí negativní postoj. Zvednuté obočí značí zájem komunikovat (Janáčková, 2008).

Soustředíme-li se na oblast očí, poznáme zájem o druhou osobu. Pokud se zorničky rozšiřují a pohled je dlouhý a pronikavý, pravděpodobně jsme druhou osobu oslovili a má zájem s námi komunikovat (Janáčková, 2008).

Další neméně důležitou součástí non verbální komunikace je **proxemika**. Ta se chápe jako věda o podvědomém rozdělování okolního prostoru. Do své intimní zóny, která je zhruba 45 cm od těla, pouštíme pouze nejbližší osoby, jakými jsou rodiče, partneři a děti. Pokud je tento prostor narušen neznámou osobou, dochází k velmi nepříjemnému pocitu a člověk začne ustupovat. Do zóny osobní, která označuje vzdálenost natažených paží, pouštíme osoby při podání ruky. V osobní zóně běžně komunikujeme s přáteli. Vzdálenost 120 až 360 cm od těla, můžeme nazvat zónou sociální. Zde probíhají většinou neosobní setkání. Příkladem jsou pohovory. V zóně veřejné potkáváme lidi na ulici. Jedná se o vzdálenost delší než 360cm (Janáčková, 2008).

Komunikace pomocí doteků se nazývá **haptika**. Doteky mohou mít význam formální či neformální, přátelský, či intimní. Z výzkumů je patrné, že na některých částech lidského těla se dotýkáme častěji než na jiných. Nejčastěji se dotýkají muži žen a ženy žen. Muži mužů se dotýkají nejméně často. Jedním z nejčastějších dotyků je podání ruky. Pravidla etikety říkají, že ruku podává první člověk s vyšším postavením, člověk starší a žena. Ruku je třeba stisknout správnou silou, při tom používáme ruku výhradně pravou. Levou rukou bychom se v moment pozdravu neměli dotýkat druhé osoby (Mikuláščík, 2010). I podání ruky lze posuzovat podle několika kritérií. Hodnotíme sílu a délku stisku, postavení ruky a dlaně, frekvenci rozkmitu potřesu a místo uchopení. Každý by měl odhadnout správný okamžik na podání ruky a vhodně tento akt spojit s mimikou obličeje. Pokud člověk dokáže správně podat ruku ve vhodný okamžik, může vhodně vyjádřit své postavení, kdo je a co chce (Vymětal, 2008).

Velice důležitou součástí neverbální komunikace jsou také **gesta**. Lidská gesta rozdělujeme na gesta hlavy, rukou a nohou. Gest existuje opravdu velké množství, zde

bude popsáno jen několik nejznámějších. Pokud má člověk hlavu nakloněnou spíše na stranu, dává najevo zájem. Pokud je hlava skloněná, zaujímá odmítavý postoj. Zakrývání úst rukou, v mnoha případech značí neupřímnost a lež. Podpírání brady znamená nudu. Mnutí brady je typické pro rozhodování. Gesta rukou často naznačují strach a potřebu se chránit. Typickým gestem ochrany jsou zkřížené paže, nebo tisknutí předmětu k tělu. U nohou si všímáme zkřížení, přičemž zkřížené nohy jsou známkou odmítavého postoje (Janáčková, 2008). **Posturika**, neboli držení těla, je také důležitá. Díky držení těla můžeme získat důvěru a sympatie. Vzpřímený postoj působí mnohem důvěryhodněji než krčící se postava. Z držení těla jeho napětí nebo naopak uvolnění lze rozpoznat zaujetí, emoční stav i postoj k partnerovi a probírané problematice. Hodnotit lze i souvztažnost dvou těl, tedy jaká je jejich vzájemná poloha. Díky tomu můžeme určit, zda mají konverzující lidé nějaký vztah k probírané problematice a sobě navzájem. Pokud si dva navzájem sdělují špatné zprávy, je možno pozorovat jejich svěšené hlavy a výraz zaujetí (Mikuláščík, 2010).

1.1.2 Komunikační dovednosti sestry

Nezbytnou součástí každé zdravotnické profese je denní sociální kontakt s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Schopnost výborně komunikovat patří mezi nejdůležitější dovednosti každého zdravotníka. Sestra profesionálka používá komunikaci každý den. V dnešní době jsou velké možnosti komunikaci trénovat. Zdravotník může navštěvovat kurzy, semináře, či věnovat čas samostudiu a v komunikaci se zdokonalit. Konference na téma kvality a připravenosti sester se konají po celém světě. V současnosti se konference na téma sestra a komunikace konají už několik let i v České republice. Výtečné umění komunikovat si tak může osvojit každá sestra (Linhartová, 2007).

Velmi důležitým předpokladem pro kvalitní komunikaci je osvojení si určitých komunikačních dovedností. Mezi základní dovednosti patří naslouchání. Nasloucháním se rozumí schopnost pochopit druhého člověka, porozumět mu a věnovat dostatečně dlouhý čas rozhovoru s ním. Popisují se dva druhy naslouchání. Aktivní a pasivní. Pasivní naslouchání je pouhé poslouchání druhého bez toho, abychom mu porozuměli.

Za aktivní naslouchání se považuje porozumění pocitům člověka. Další dovedností je podněcování a stimulace hovoru. Toto umění se uplatní především v komunikaci s lidmi, kteří nejsou mnohmluvní. Někoho je třeba nejdříve stimulovat, aby došlo k hodnotné komunikaci. Stimulace hovoru je důležitá u osob, které rády utíkají od tématu. Zrcadlení neboli reflexe je třetí dovedností, která sestře velmi usnadní komunikaci. Díky ní totiž utvrzuje sebe a pacienta v tom, že se správně pochopili a nedošlo k nedorozumění. Dále je třeba zmínit sumarizaci. Tímto pojmem chápeme shrnutí všech informací, které byly vysloveny. Díky souhrnu si sestra utřídí přijaté informace a druhý člověk může dále pokračovat v rozhovoru (Morrissey, Callaghan, 2011). Umění mlčet má ovládat každá sestra. Může mlčet v případě, že už nemá k tématu co říct, snaží se ovládnout své pocity nebo jen považuje mlčení za korektní (Zacharová, 2010).

Mluvčí i příjemce musí dostávat důležité informace, aby komunikace mezi sestrou a pacientem byla efektivní. Informace by měly být ve srozumitelné formě. Za každou cenu sestra zachovává důstojnost pacienta. Pacient musí dostat dostatečně velký prostor pro dotazy. Zopakování informací může sestra sama navrhnout. Nemocný má možnost říci svůj názor a celá komunikace je kongruentní. To znamená, že je shoda na úrovni neverbální i verbální úrovně. I pacient musí dodržovat pravidla pro efektivní komunikaci. Měl by sestře poskytnout dostatek informací a nezatajovat důležitá fakta. Pacienta je potřeba předem upozornit, co by případně zadržování údajů mohlo znamenat pro jeho budoucí zdravotní stav. Léčebný režim a doporučení lékaře musí striktně dodržovat, nesmí se bát zeptat na nejasnosti v přijatých informacích. Měl by se ujistit, zda vše dobře pochopil (Venglářová, 2006).

Rozhovor mezi sestrou a pacientem musí být zahájen pozdravem a oslovením. Musíme zjistit, co druhý od rozhovoru očekává a čeho chce dosáhnout. Pokud sestra projeví zájem, pacient bude otevřenější. V průběhu rozhovoru s dítětem může sestra vhodně použít neverbálních projevů, jako je pohlazení či držení za ruku. Vždy se musí zhodnotit jazyková úroveň pacienta. Jak už bylo napsáno, sestra se vyvaruje odborných termínů a latinských názvů. Hovoří pomalu, jasně a srozumitelně a průběžně se ujišťuje, zda jí pacient chápe. Toto si následně ověří (Kennedy Sheldon, 2009). Sestra by se měla

vyvarovat příliš osobním otázkám, pokud to situace přímo nevyžaduje. Toto platí jak u komunikace s pacientem, jeho rodičem, tak dítětem (Zacharová, 2011).

Jednou z dovedností sestry je vedení nedirektivního rozhovoru. V průběhu nedirektivního rozhovoru, musí sestra poskytnout dostatečný prostor nemocnému, podporovat ho a povzbuzovat. Nesmí prosazovat své názory a nenabízí řešení, musí být takzvaně nedirektivní. Pacient se potřebuje otevřít a sdělit své problémy, vždy nepotřebuje nutně odpovědi. Zde je velice důležitá empatie a schopnost naslouchat (Zacharová, 2011). I empatie v nedirektivním rozhovoru má svou roli. Tento pojem byl již popsán výše. U tohoto druhu rozhovoru je důležitá emoční blízkost, kdy dáváme najevo zájem o pacienta. Nesnažíme se vést rozhovor pouze na ošetrovatelské téma, ale zabýváme se i jeho rodinou, prací, zájmy (Venglářová, 2006). Sestra si vždy vybere, jaký přístup bude v konkrétní situaci vhodný. Musí dbát na individualitu pacienta a jeho rodinných příslušníků.

1.1.3 Komunikace s dětským pacientem

Děti jsou přijímány do nemocnice jen tehdy, pokud jim potřebná péče nemůže být poskytnuta stejně dobře doma nebo při ambulantní léčbě. Komunikace s dítětem je vždy specifická. Záleží na vývojovém stadiu dítěte, na jeho fyzické a psychické vyspělosti a také na onemocnění, se kterým se potýká. V každém vývojovém stadiu dítěte je zapotřebí jiný přístup ze strany personálu. Tato bakalářská práce se zaměřuje na kojence a batolata. Kojencem se dítě stává 28. den po narození. Toto období trvá do prvních narozenin dítěte. I přesto, že kojeneček ještě neumí mluvit, sestra s ním může komunikovat. Může rozpoznat neverbální znaky onemocnění, bolesti nebo úzkosti či dítě pomoci verbální komunikací uklidnit. Za velice úspěšný postup navázání kontaktu s kojencem se považuje naklonění nad dítě. Dítě se jemně uchopí a sestra se usměje. V tu chvíli kojeneček získá pocit jistoty a úsměv ve většině případů opětuje. Sestra by měla mluvit klidným, něžným a pomalejším hlasem, neměla by opomíjet neverbální komunikaci. Kojeneček je na ni zvyklý od matky, a pokud by o ni byl najednou ochuzen, mohl by reagovat negativně. Nejlépe je vnímáno hlazení, držení, houpání, doteky nebo

přiložení k tělu. Dítě bude samozřejmě preferovat hlas a přítomnost své matky, ale vhodným způsobem mu matku může sestra alespoň z části vynahradit (Plevová, 2010).

Komunikační dovednosti kojence jsou v závislosti na měsících jiné. Kojenec do 3 měsíců rozliší lidský hlas od jiných zvuků a bezpečně pozná hlas své matky. Reaguje očima na verbální podněty. Kolem 8 týdne začíná broukat, umí se smát, je-li spokojený a pláče při nespokojenosti. V období od 4. do 8. měsíce dítě komunikuje pomocí gest. Odezírá a napodobuje pohyby rtů a jazyka. Snaží se udržovat kontakt s lidmi, začíná žvatlat. Mezi 10. a 12. měsícem už dítě rozumí některým výrazům. Pochopí: dej mi, tytyty, bumbej, papej a dále. Reaguje na vyslovení svého jména. Některé děti již vyslovují první slova (Průcha, 2011).

Batolecí věk navazuje na věk kojenecký a trvá až do 3 let. V tomto období dítě už využívá verbálního projevu. Batole zná své jméno, proto je dobré, aby ho sestry používaly. Mezi prvním a druhým rokem, kdy dítě zná jen některá slova, musí sestra používat takovou komunikaci, které bude dítě rozumět. Dítě na otázku. Zda ho něco bolí, nemusí odpovědět, ale pokud se sestra zeptá: „Máš bebí?“, dítě často porozumí. V případě, že dítě dokáže bolest lokalizovat, ukáže, co ho bolí. Většina matek používá zvláštní výrazy pro jídlo, pití a koupání. Sestra by tyto informace měla od matky zjistit. Dítě v tomto věku mívá oblíbenou hračku, plyšáka, dečku či dudlíka. Je třeba mu dovolit mít při hospitalizaci tyto věci u sebe. Zajistí mu pocit bezpečí (Muntau, 2014). Kolem třetího roku se objevuje vzdorové období dítěte. Sestra se snaží být nedirektivní a nabízet dítěti možnosti volby (Plevová, 2010).

V komunikaci s dítětem se bude projevovat nemoc. Každé dítě svou nemoc prožívá jinak, a jinak si jí uvědomuje. Některé dítě nesnese omezení pohybu, jiné vydrží v posteli s pohádkou celé hodiny. V batolecím věku nesledujeme výraznou úzkost z odloučení od kamarádů, za to odloučení od rodičů snáší batolata špatně. Proto vždy upřednostňujeme hospitalizaci společně s matkou. Hospitalizace představuje pro dítě velkou změnu (Marousková, 2006). Změní se jeho obvyklý den, prostředí, nebude mít okolo sebe pouze známé osoby a věci. Je velmi důležité, jak se k dítěti bude chovat personál. Pokud bude sestra na dítě působit mile, případná další hospitalizace bude

mnohem snazší. Z nemocničního personálu stráví sestra s dítětem během hospitalizace nejvíc času. Může tak ovlivnit celý její průběh (Plevová, 2010).

Předchozí příprava na hospitalizaci jak ze strany matky, tak obvodního pediatra je nesmírně důležitá. Při plánované hospitalizaci, může matka pomocí obrázků, pohádek, knih či videa dítě připravit na změnu (Svatušková, 2011). Díky hře dítěti ukáže, co se bude dít. Snaží se ho zaujmout, nikoliv vyděsit. Dítě tato fakta od rodiče přijme snáze než od cizí osoby. Důležitá je také příprava rodiče, kterou má na starosti pediatr který doporučil dítě k hospitalizaci. Rodič potřebuje vědět, co ho čeká, na co se má připravit. Jeho strach a bezmoc dítě pozná a reaguje negativně. Musí zaujmout správný postoj k situaci, protože tak ovlivní chování dítěte. O hospitalizaci před dítětem mluvíme narovinu. Není dobré dítě obelhávat a dělat, že se nic neděje. Se správným přístupem se může dítě i těšit. Matka musí zdůraznit klady nemocnice, jako je dětská herna nebo hodné sestřičky. Pokud se rodiče snaží, aby dítě nemělo strach, a informace mu neříkají, pouze tuto situaci komplikují. Za vhodnou se považuje doba cca 2 týdny před hospitalizací. Takto dlouhou dobu si dítě dokáže zapamatovat informaci. Pokud rodiče striktně chtějí před dítětem nějakou skutečnost zatajit, není dobré jim v tom nevyhovět. Dobré je, vyslechnout si jejich argumenty a popřípadě navrhnout i jiné varianty. Rodičům by se mělo ze stran zdravotníků slíbit, že nebudou dělat nic bez jejich vědomí. Zdravotníci je též mohou poprosit aby vyslechli jejich názor. Pokud jsou rodiče tajemní, ustrašení a lžou, dítě to většinou pozná a strach z neznámého je mnohem větší. Nestává se, že by rodiče nechtěli za žádných okolností dítě vůbec informovat, pokud by tato situace ale nastala, rodiče na to mají právo (Plevová, 2010).

1.1.4 Komunikace sestry s rodiči dětského pacienta

Nemoc dítěte je velkou zátěží jak pro dítě, tak pro rodinné příslušníky. Zejména pokud se jedná o onemocnění, které bude mít dopad na zbytek života dítěte. Někteří rodiče jsou velmi psychicky odolní a se vzniklou situací se vyrovnají v tichosti sami. Jiní rodiče toto nedokážou a potřebují pomoc. Podle Kübler-Rossové existuje pět emočních fází. Fáze šoku, fáze popření, fáze smlouvání, fáze deprese a fáze smíření. Těmito fázemi si prochází rodiče vážného onemocnění dítěte. Spolupráce sestry a

rodiče je klíčová. Sestra může rodiči říct, jakým způsobem se může zapojit do ošetrovatelského procesu. Zezačátku se postará o to, aby rodič věděl, jak na oddělení funguje denní řád. Každé oddělení má svůj domácí řád, se kterým je rodič vždy hned na počátku hospitalizace seznámen a měl by se jím řídit. Dále jsou rodiče seznámeni s právy, ale i povinnostmi hospitalizovaných (Venglářová, 2006).

Existuje několik důležitých zásad pro komunikaci s rodičem dětského pacienta. Sestra musí být vřelá. Pokud s rodiči sestra soucítí a je slušná, milá, upravená, rodiče jí automaticky důvěřují. Většinou jsou pro ně tyto vlastnosti důležitější, než samotné její kompetence (Venglářová, 2006). S rodiči se musí spolupracovat. Prosazování vlastních názorů je zcela neúspěšné. V první řadě se musí zvolit kompromis, který bude nejlepší jak pro dítě, tak pro rodiče. Sestra musí dávat najevo, že rodičům rozumí a chápe jejich strach. Rodiče někdy bývají neodbytní a neustále požadují informace o zdravotním stavu dítěte. Je třeba si uvědomit, že sestra není lékař a spoustu informací podat nesmí. I toto je třeba rodičům neustále připomínat a hlavně se nenechat přemluvit. Rodiče sestra může vyslechnout a celou jejich situaci dále předat lékaři. Rodiče budou vděční, když si sestra najde čas a jejich obavy vyslechne (Vybíhalová, 2011).

Komunikace s rodičem dítěte je v mnoha bodech velmi podobná komunikaci s dospělým pacientem. Rodič chce znát postupy a názory sestry. Pokud chce sestra rodiči podat nějakou informaci či ji získat, musí si nejdříve sama uvědomit, o čem chce mluvit. Neměla by se vzdalovat se od tématu, ale mluvit jasně a stručně. Ani v komunikaci s rodiči by sestra neměla používat lékařských termínů, které by mohly být špatně pochopeny, nebo nepochopeny vůbec. Samozřejmostí je prostor pro dotazy, ověřování si, zda rodič daný fakt pochopil. Nejlépe si ověříme jeho pochopení, když ho vyzveme, aby nám vše sám zopakoval, nebo položíme kontrolní otázku. Informace by se měly postupně opakovat a dávkovat tak, aby rodič nebyl zahlcen, ale zároveň se včas dozvěděl vše potřebné. Pro rozhovor je třeba zvolit vhodné místo. Mělo by být klidné, stranou od ostatních pacientů. Sestra musí vědět, jak velký časový prostor bude potřebovat a musí se podle toho zařídit. Není nic horšího, než když sestra chvátá, polovinu informací zapomene sdělit a zbytek je pro rodiče nepochopitelný. Prostor na otázky obvykle také není. Za výhodu se považuje, když je během rozhovoru přítomen i

další člen rodiny. Nejvhodnější jsou manželé či partneři matek. Informace budou poslouchat oba dva a v případě, že jeden z nich na něco zapomene, má možnost zeptat se druhého. Velkým pozitivem je podpora partnera při sdělování negativních zpráv (Zacharová, 2008).

Sestra nemůže znát odpověď na všechny otázky. Není v její kompetenci, aby odpovídala na otázky ohledně zdravotního stavu dítěte. Při sdělování informací musí sestra myslet na povinnou mlčenlivost, jež nesmí porušit. Porušení této povinnosti je sankcionováno, přičemž závisí na závažnosti porušení. Jaké údaje a komu byly zveřejněny (Vondráček, 2009, Uherek, 2008).

Na rodiče se sestra musí dívat jako na obrovské pozitivum pro dítě. Společná hospitalizace napomáhá rychlejšímu uzdravení dítěte. Předchází se separaci a hospitalizmu u dítěte. Nikdy nesmí sestra brát rodiče jako přítěž. Samozřejmostí je, že v mnoha situacích rodič komplikuje péči svou nervozitou, má strach, nebo nepřemýšlí reálně. I tehdy myslíme na dítě a na to, jak je pro něj rodič důležitý a jak ho miluje. Rodiči je důležité připomenout důležitost společného hospitalizování. U všech dětí do 6 let věku celou hospitalizaci hradí pojišťovna. Jejich spolupráce a snaha se uzdravit, pomůže k posílení citového pouta. Rodiče by měli být permanentně informováni o činnosti oddělení, aby se mohli podílet na ošetřování svého dítěte. Zdravotníci by je měli povzbuzovat k aktivní účasti. Sestra musí mít na paměti, že matka sleduje každý její krok a sleduje její chování jak k dítěti a k ní, tak k ostatnímu personálu. Sestra by měla být připravena i na rodiče, kteří rádi kritizují a radí ohledně ošetrovatelské péče. Musí vždy zachovat klid. Všechny spory by se měly řešit mimo pokoj dítěte. Rozčílená matka má vždy starost o své dítě a někdy reaguje neadekvátně. K takovýmto rozhovorům je dobré přizvat vrchní sestru nebo lékaře. Pokud sestra jednala profesionálně, nemá se čeho bát. Zprvu musí rodiči vysvětlit důvod jejího postupu a obhájit si ho. Předcházením těchto nejasností je informování rodiče o všech postupech a výkonech, nastavení jasných pravidel hned při přijetí. Pokud je v plánu náročnější výkon, ohleduplně vyzveme matku, aby opustila místnost. U menších dětí může docházet k takzvanému „volání o pomoc“, kdy dítě křičí, pláče a očekává pomoc od matky. V její nepřítomnosti má velká část dětí menší trauma (Plevová, Slowik, 2010).

1.1.5 Komunikace sestry s rodiči hendikepovaného a umírajícího dítěte

Narození postiženého dítěte znamená pro celou rodinu obrovskou zátěž. V této situaci se rodina nachází většinou zcela neočekávaně a ze dne na den musí změnit životní styl a se situací se patřičně vyrovnat. Narození postiženého potomka může rodinu stmelit, často však dochází k rozpadu rodiny. Zejména otec se nedokáže s postižením dítěte vyrovnat a rodinu opouští. Rodiče prožívají velký šok a krizi, v mnoha případech vnímají postižení jako selhání své rodičovské role (Velemínský, 2015).

Na komunikaci s hendikepovaným dítětem a jeho rodinou nejsou sestry často připraveny. V první řadě musí sestra znát diagnózu dítěte, projevy, komplikace a prognózu jeho dalšího stavu. Díky tomu bude umět lépe reagovat a komunikovat. Například u dítěte s poruchou autistického spektra musí sestra počítat s tím, že dítě nebude spolupracovat. Některé děti komunikují a porozumí, jiné ne. Důležité je vědět, že velkou pomocí pro komunikaci mohou být obrázky, známé předměty a symboly.

Při přijetí hendikepovaného dítěte na oddělení se sestra nejprve představí, zjistí, jak se dítě jmenuje a jak chce, aby mu řekla. Od rodičů musí zjistit specifika jejich komunikace. Mohou používat zvláštní symboly, slova či posunky. To vše musí sestra vědět, aby se dokázala s dítětem dorozumět. Když zjistí tyto informace a bude je používat, výrazně jí to usnadní komunikaci s dítětem. Pokud rodina využívá složitější způsob, například znakování, je dobré, aby sestra uměla alespoň základní znaky, jako je pozdrav. Rodiče i dítě ocení snahu personálu. Sestra se zeptá rodičů, zda má dítě nějaký předmět, na který je poutáno. Sestra musí mít na paměti, že vždy nejprve oslovuje dítě a až poté doprovod. Sestra musí být trpělivá a citlivá. Rodiče jsou zvyklí s dítětem pracovat určitým způsobem a personál by jim to měl umožnit i v nemocnici. Samozřejmě pokud to zdravotní stav dítěte dovolí. Dítě má právo být hospitalizováno společně s rodinným příslušníkem. S dětmi a jejich rodiči se má zacházet s taktem a porozuměním, přičemž je třeba respektovat jejich soukromí (Velemínský, Vitoň, 2015).

V posledních letech se výrazně snížil počet umírajících dětí. Často dojde k vyléčení život ohrožující nemoci, nebo alespoň k prodloužení života dítěte. Na prvním

místě v nejkritičtějších diagnózách jsou nádorová onemocnění. I přesto, že nejsou nijak časté, mohou mít fatální následky. Nemoci jako je cystická fibróza nebo HIV znamenají pro dítě předčasnou smrt. Současná medicína dokáže potlačit projevy a zajistit lepší život, ale nedokáže zabránit úmrtí. U progresivních onemocnění jako je mukopolysacharidóza, se dítě smrti také nevyhne. Tyto a další onemocnění doplňují těžké úrazy, které jsou mnohdy též život ohrožující (Plevová, Slowik, 2010).

Komunikace s rodiči umírajícího nebo těžce nemocného dítěte je pro sestru mnohem složitější. Rodiče procházejí pravděpodobně nejtěžším obdobím jejich života. Prvním problémem v komunikaci může být jiná představa rodičů a zdravotníků o průběhu léčby. Důležité je, aby se našel kompromis a nenastala časová prodleva. Rodičům se doporučí konzultace s psychologem. Sestra je citlivá, otevřená a má snahu pomoci. Když rodiče uvidí její ochotu, bude pro ně snazší jí důvěřovat a svěřit jí jejich milované dítě. V situacích, kdy dítě již nelze léčit a je hospitalizováno kvůli paliativní léčbě, je komunikace nejtěžší. Vždy platí všechno výše uvedené zásady komunikace. Sestra musí být pro rodiče oporou, pomocníkem a partnerem. Za velice podporující se považují svépomocná sdružení rodin, které mají stejně postižené či nemocné dítě. Sestra může rodičům tuto variantu nabídnout. Díky sdružení mohou potkat lidi se stejným trápením. Právě tito lidé jim budou opravdu rozumět, pochopí, čím si prochází (Velemínský, Vitoň, 2015).

1.2 Komunikace sestry na dětském oddělení

Komunikace na dětském oddělení je ve spoustě bodech stejná jako na kterémkoli jiném oddělení, má ovšem i svá specifika. Dítě nikdy nebude reagovat stejně jako dospělý člověk (Martinková, 2008). Dítě má strach z cizího prostředí a odloučení od rodičů. Zdravotníci musí mít na mysli, že nemoc působí jak na biologickou stránku dítěte, tak i na psychickou. Každá osoba je zcela individuální. Komunikace neprobíhá pouze ve vztahu sestra - pacient, ale také sestra - rodič pacienta a rodič - pacient. Nelze opomenout ani už zmiňovaný vztah sestra - další personál. Na ošetrovatelské péči o dítě se podílí zejména všeobecné sestry. Ty spolupracují s dalšími specialisty, mezi

keré patří například fyzioterapeut, nutriční terapeut nebo sociální pracovník (Plevová,2010).

Náplní práce sestry je uspokojování potřeb pacienta. V našem případě jde o uspokojování potřeb dítěte a jeho rodiče. Při uspokojování většiny potřeb sestra potřebuje s dítětem a rodičem komunikovat. Pokud má dítě nějaký deficit potřeby, pomocí rozhovoru se sestrou může být tento problém vyřešen. Potřebu lásky, sounáležitosti, bezpečí a důvěry uspokojují rodiče či opatrovníci. V nemocničním prostředí tomu nemusí být jinak, ovšem v některých případech rodič není s dítětem hospitalizován a tuto povinnost musí převzít zdravotnický personál. Díky vhodné komunikaci může sestra získat důvěru dítěte a prohloubením vztahu může uspokojit i tyto potřeby. Sestra musí vhodně podpořit psychiku dítěte, čímž napomůže k rychlejší rekonvalescenci. Každý potřebuje povzbudit, pochválit a podpořit (Sikorová, 2011).

Předpokladem pro správnou komunikaci na dětském oddělení je znalost vývojových stadií dítěte a jejich specifika. Sestra musí vědět, jakým způsobem bude u jednotlivých věkových kategorií komunikovat s dítětem a jeho matkou. V kojeneckém období dítěte se veškerá verbální komunikace zaměřuje především na matku. V období batolecím se sestra musí verbálně vyjádřit jak k rodičům, tak i k batoletě. Děti jsou vnímavé, a potřebují vysvětlit, co se bude dít. Vždy záleží na druhu výkonu a na vyspělosti batoletě. Komunikace je zcela individuální (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Matky malých dětí mají velký strach z hospitalizace. Některé matky ještě hospitalizaci s dítětem nikdy nezažily. Neznalost nové situace znamená větší strach, nervozitu a potřebu pravidelných informací ze stran personálu. Vždy musíme rodiče ujistovat, že kdykoliv mohou přijít a požádat o pomoc či radu. V průběhu všech ošetrovatelských výkonů musí sestra informovat matku, co se chystá s dítětem dělat a proč. Rodič nemusí s postupem sestry vždy souhlasit. Pokud narazí na negativní odpověď, je třeba s matkou zavést na toto téma rozhovor. Vysvětlit proč je výkon tak důležitý a co by se mohlo stát, kdyby nebyl proveden. Sestra musí akceptovat názory matky a vyslechnout je. Pokud i po předání dodatečných informací rodič s ošetrovatelským výkonem nesouhlasí, musí se o této skutečnosti informovat lékař. Lékař znovu předá citlivě, pravdivě a bez časové tísně informace. Vždy je třeba jednat

v zájmu dítěte nikoliv v zájmu zdravotníků, či rodičů. Ve většině případů se lze s rodiči rozumně domluvit. Rozhodnutí rodičů ovšem nemusí být poslední, zdravotníci mají povinnost prospívat dítěti, nikoliv mu škodit (Ptáček, 2011).

1.2.1 Specifika dětského oddělení

„Pediatrie je základní lékařský obor zabývající se dítětem a dospívajícím ve zdraví a nemoci“ (Sedlářová, 2008, s.13). Děti mají oproti dospělým osobám v léčbě svá specifika. Jejich anatomie a fyziologie je odlišná od dospělé osoby. Většina postupů a přístup zdravotníků musí být jiný. Komunikace by měla odpovídat věku dítěte. V pediatrii se nemůžeme soustředit pouze na dítě, ale i na jeho rodiče a sourozence. Na dětském oddělení jsou hospitalizováni děti až do 18 let včetně. Ve většině nemocnic je dětské oddělení rozděleno na děti mladšího věku a děti staršího věku. (Sedlářová, 2008).

Pediatrická péče je poskytována formou ambulantní a ústavní péče. Do ambulantní péče patří primární ordinace praktického lékaře pro děti a dorost a dále specializované odborné ambulance jako je ambulance dětské diabetologie, dětské gastroenterologie nebo kardiologická ambulance. Jestliže nelze dítě léčit ambulantně, přichází na řadu ústavní péče. Ta je poskytována státními, krajskými, městskými a soukromými nemocnicemi. Jak už bylo popsáno, nejčastěji se dětské oddělení dělí na úseky kojenců, batolat, předškoláků a dětí staršího věku. Samostatné oddělení mají novorozenci. Neonatologické oddělení úzce spolupracuje s porodnicko-gynekologickým oddělením a oddělením šestinedělí. Dále děti mají svou intenzivní péči, která je ve většině případů na samostatném oddělení. Podle charty práv hospitalizovaného dítěte (příloha č.1), má každé dítě právo na hospitalizaci na zmíněných dětských odděleních. Děti mají k dispozici i speciální dlouhodobou péči. Jedná se o dětské rehabilitační oddělení a lázeňskou péči. Dále jde i o léčbu symptomatickou, jejíž cílem je zmírnění příznaků nádorového onemocnění nebo nežádoucích účinků protinádorové léčby (Slezáková, 2010).

Na dětském oddělení pracují všeobecné sestry, diplomované všeobecné sestry a dětské sestry. V roce 1997 se ukončilo studium dětské sestry na střední zdravotnické škole a tento obor bylo možné studovat pouze na vyšší zdravotnické škole. Absolventky

se staly diplomovanými dětskými sestrami. V roce 2004 bylo ukončeno i toto vzdělávání a nadále lze dětská sestra studovat jako navazující magisterské studium na vysoké škole, nebo jako specializační studium (Sedlářová, 2008).

Při příjmu do nemocničního zařízení je dítě doprovázeno rodičem. Ten se může nechat hospitalizovat společně s dítětem. Má tak možnost, pečovat o dítě po celou dobu hospitalizace, nikoli jen o návštěvních hodinách. Podle zákona č. 48/1997 Sb. umožňuje rodičům dětí mladších než 6 let společnou hospitalizaci, kterou hradí zdravotní pojišťovna. V ojedinělých případech pojišťovna hradí i hospitalizace dítěte staršího 6 let. Děje se tak v případech duševního, smyslového nebo tělesného hendikepu a tam, kde je třeba matku zasvětit do léčby a následné rehabilitace. Každá nemocnice má své konkrétní podmínky pro ubytování průvodce dítěte staršího než 6 let. Stanoveny jsou též poplatky (Arnoldová, 2012).

Rodič je přijímán také jako psychická a citová opora dítěte. Matka je s dítětem hospitalizována na společném pokoji, nebo v případě, že tato možnost není reálná, bývá matka ubytována samostatně a za dítětem dochází během dne. Další možností je přítomnost matky během celého dne bez formálního přijetí. Na noc však matka odchází domů. Rodič podepisuje všechny souhlasy s lékařskými výkony. V ojedinělých případech, je pojišťovnou hrazena i hospitalizace dítěte staršího 6 let (Arnoldová, 2012).

Podle Charty práv dítěte, mají děti v nemocnici právo na vzdělání. Na pediatrickém oddělení je k dispozici vyučování v základní škole při nemocnici. Většinou se jedná pouze o jednu smíšenou třídu, která je k dispozici všem dětem školou povinným. Děti musí mít odpovídající zdravotní stav, aby mohly do školy docházet. Výuku vede speciální pedagog, který individuálně vyučuje děti podle stanovených osnov. Pro menší děti mají nemocnice herny, které vede výchovný poradce, pedagog, či dětská sestra specialista. Do herny mohou docházet děti i s rodiči. Kromě používání hraček mohou děti vyrábět, malovat, číst si, nebo koukat na pohádky. Pro docházení do herny musí mít děti odpovídající zdravotní stav a nesmí trpět infekčním onemocněním (Sedlářová, 2008).

1.2.2 Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na dětském oddělení

„Kvalitní ošetrovatelská péče je bez komunikace mezi sestrou a rodičem dítěte nemyslitelná. Vzájemný komunikační vztah zdravotníka a rodiče by měl být lidsky rovnocenný, komunikují spolu dvě lidské bytosti. Po profesní stránce je ale přirozeně nevyvážený – lékař i sestra jsou z hlediska své pracovní pozice autoritou, experty. Mohou proto, a měli by, komunikaci s rodičem do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě i obsahu“ (Špaténková, 2009,s.10).

V ošetrovatelství má komunikace značný význam. Je nedílnou součástí poskytované ošetrovatelské péče. V našich nemocnicích získává sestra informace hned při přijetí pomocí rozhovoru s pacientem, který má standardizovanou podobu. Nazýváme ho ošetrovatelská anamnéza. Jedná se o formulář, který sestra vyplňuje při příjmu pacienta na oddělení. Právě u sběru anamnézy u dítěte musí sestra komunikovat s rodiči. Může získat spoustu důležitých informací, které následně pomohou v ošetrování dítěte na dětském oddělení. V průběhu sběru informací si sestra všímá i neverbálních signálů. Někdy dokáže rozpoznat strach rodičů, jejich nepřiměřené chování, nervozitu a lež. Společně s lékařem mohou mít podezření na týrání dítěte (Leifer, 2004).

Nikdy nebude ošetrovatelská péče kvalitní, pokud nebude probíhat hodnotná komunikace mezi sestrou, nemocným a jeho rodičem nebo komunikace mezi zdravotníky navzájem. Sestra je lékaři parterem a pomocníkem. Tráví s pacientem a jeho rodiči mnohem více času a může si všimnout projevů, které lékař přehlédne, nebo nemá šanci vidět. Sleduje pacientovo chování, jeho změny a výkyvy. Pokud je sestra vnímavá, správně komunikuje s pacientem a jeho rodiči a veškeré informace předá lékaři, výrazně dopomůže k léčbě (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Na dětském oddělení se můžeme setkat se třemi druhy komunikace. Za prvé je to komunikace sociální, ke které dochází zcela neplánovaně. Jde především o neoficiální setkání. Sestra komunikuje s matkou a dítětem během úpravy lůžka, potká jednoho z rodičů na chodbě nebo komunikuje během dne na pokoji nemocného. Rodič velice pozitivně vnímá snahu sestry komunikovat. Cítí se na vše sám, má strach a rád o svých pocitech s někým promluví. Druhou komunikací je strukturovaná komunikace. Tou

rozumíme komunikaci, která je předem plánovaná a má určitou strukturu. Může se jednat o předávání informací pomocí rozhovoru s matkou po plánovaném operačním výkonu u dítěte. Tato komunikace má určitý cíl. Pokud je mezi sestrou a rodičem komunikační bariéra (např. cizinec) nastává problém. Sestra musí najít řešení. Může sehnat překladatele, nastuduje zásady pro komunikaci s jiným etnikem. Terapeutická, neboli léčebná komunikace je posledním druhem. Sestry terapeutickou komunikaci mohou využít v různých situacích, ve kterých pacientovi a jeho rodině pomáhají lépe se vyrovnat s danou situací. Tento proces pomáhá překonávat přechodný stres. Sestra se stává oporou a pomáhá se srovnat se změnou (Venglářová, 2006, Vágnerová, 2005).

Kvalitní komunikace ve zdravotnictví je podmíněna tím, že sestra musí dodržovat všeobecné požadavky. Empatická sestra se dokáže vcítit do pocitů nemocného a jeho rodiče. Díky porozumění přináší sestra rodičům a pacientům úlevu. Na vzniklou situaci najednou nejsou úplně sami. Dalším požadavkem je individuální přístup. Vše se musí přizpůsobit jednotlivým osobám. Každý má zcela jiné potřeby. To co jeden vnímá jako jasnou věc, může vnímat druhý jako neakceptovatelné. Za podstatnou se považuje úcta k člověku. Pokud si budeme člověka vážit, budeme ctít jeho práva, zachováme mu jakousi soběstačnost (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007).

Pro sestry je umění verbální komunikace prioritou. Slouží k navázání kvalitních vztahů mezi sestrou a nemocným, sestrou a rodinnými příslušníky, ale i vztahů mezi sestrou a spolupracovníky. Verbální komunikací sestra napomáhá k uzdravení pacienta. Zjišťuje informace, které nejsou na první pohled patrné. Kolektiv zdravotníků díky dobré interní komunikaci podává lepší výkon a zajišťuje kvalitnější péči. Nezvládnutá komunikace je zdrojem nespokojenosti a sporů (Vévoda, 2013). Díky komunikaci můžeme navázat s rodinou pacienta dobrý vztah, a tak získat mnoho důležitých informací. Pokud si s rodinou sestra rozumí, pravděpodobně s ní bude spolupracovat.

Mezi základní pravidla verbální komunikace patří stručnost a věcnost. Stručně podané informace působí profesionálně. Rodiče pacientů nemají náladu na dlouhou a nesrozumitelnou komunikaci. Dalším důležitým pravidlem je jednoduchost. Lékařská terminologie by se měla používat zcela minimálně. V nemocnici je použití zkratk zcela

nepřípustné, mohlo by dojít k velkému nedorozumění. Účastníci komunikace si předem připravují, co chtějí říci a čeho chtějí rozhovorem dosáhnout. Rozhovor musíme vhodně načasovat a klást důraz na zřetelnost (Vymětal, 2008).

Sestra využívá nejen komunikace verbální ale i komunikace neverbální. Díky ní dokáže rozeznat důležité signály, které mohou upozorňovat na strach, bolest, nervozitu, nevolnost a další. Sestra pro pacienta udělá vše co je v jejich kompetencích, a zaměří se také na jeho psychiku, která bývá narušená. Pacient nemusí vždy říci, co ho trápí, stejně tak rodiče vždy nepřiznají strach a úzkost. To vše však lze poznat ve tváři, v poloze člověka a v jeho chování. Díky umění komunikace dokáže sestra rozpoznat znamení a společně s lékařem včas pomůže (Linhartová, 2007).

1.2.3 Průběh hospitalizace dětského pacienta s rodičem

Příjem dítěte na dětské oddělení může probíhat zcela plánovaně, příkladem je příjem na plánovaný operační výkon, nebo neplánovaně při akutních potížích dítěte dítěte. Při plánovaném výkonu je na místě včasná příprava dítěte na hospitalizaci. Při akutních problémech není možné dítě zcela na nově vzniklou situaci připravit. Veškeré seznámení s dalším postupem je tedy na zdravotnicích. Plevová (2010) uvádí základní postupy sestry při příjmu dítěte a matky na dětské oddělení. Základním a prvním úkonem, který sestra provede je pozdrav. Poté se musí matce a dítěti představit. Představení dítěti musí být přiměřené jeho věku a zdravotnímu stavu. Komunikace musí být vždy zaměřená v první řadě na dítě a až poté na matku. Nejprve tedy osloví dítě a zjistí jeho jméno, popřípadě přezdívku. Dítě nadále oslovuje domluveným jménem. Kontakt s dítětem může navázat pomocí plyšových hraček, knih nebo obrázků. Průběžně komunikaci zaměřuje i na matku, kterou informuje především lékař. Sestra matku s dítětem zavede na pokoj, ukáže zařízení a seznámí je s chodem oddělení. Rodič musí znát svá práva a povinnosti. Po ubytování od matky získá základní ošetřovatelskou anamnézu dítěte. Boledovičová et al. (2006) udává nutnost zjistit také soběstačnost dítěte v jídle, spánku, hygieně a dalších úkonech denní potřeby. Matka sestře popíše jejich denní režim a společně se domluví na co nejlepší komunikaci s dítětem. Sestra obvykle zjišťuje, jak je dítě zvyklé usínat, zda má nějaké oblíbené hračky, používá

dudlík či nikoliv. Rodič sestře musí říct, jaký druh kojeneckého či batolecího mléka doma používá. Samozřejmostí je seznámit sestru s jeho dávkováním. Důležitá je i informace ohledně vyprazdňování. Sestra se zeptá matky, zda je dítě na plenách a jakou velikost plen používá. Když sestra zná kompletní anamnézu, je čas na seznámení s ošetrovatelskými výkony, které budou následovat. Pokud s anamnézou nelze čekat, vyplní jí sestra již na inspekčním pokoji. Matce a dítěti poskytnete potřebný prostor na otázky. Matku ujistí, že jí může kdykoliv vyhledat a požádat o pomoc (Sedlářová,2008).

Příprava dítěte na vyšetření je ve znamení dostatečného podání informací matce i dítěti. Nikdy nesmí dojít k situaci, kdy dítě a matka neví, co se bude dít. Příprava a informace ve většině případů nedokáží matku zbavit strachu, ale dopomohou k lepší spolupráci a dítě získá větší sebevědomí. Dítě může vycítit strach a nejistotu matky. Lékař se sestrou se tedy snaží edukovat matku natolik, aby byla klidnější a získala potřebnou jistotu. Dítě se musí na vyšetření připravovat společně s rodiči. Sestra musí individuálně rozlišit, které dítě potřebuje znát dostatek informací a koho by naopak přehnaná informovanost mohla vyděsit. U malých dětí se nejčastěji provádí edukace formou hry. Sestra může použít hračky a knihy stejně jako při příjmu dítěte. Ve většině případů nestačí dítěti ani matce slovní popis. Za ideální se považuje seznámit oba se zdravotnickými pomůckami, které se následně budou používat (Sedlářová, 2008).

Se spoustou vyšetření a operačními výkony je přímo spojen informovaný souhlas. Informovaný souhlas matce předloží lékař, který jí popíše celý proces. Matka se od něj dozví, co se s dítětem bude dít během a po výkonu, jaká jsou rizika, zda bude mít dítě anesteziologii a podobně. Následně matka dostane dostatek času na přečtení a podepsání informovaného souhlasu. Když je souhlas podepsaný sestra se pouze ujistí, zda matka všemu rozumí. V době, kdy je dítě na operačním sále, může matka kdykoliv přijít za sestrou a dodatečně zjistit informace či se jen uklidnit zda je vše v pořádku. Sestra zde působí jako psycholog, pomocná ruka a partner (Leifer, 2004).

Během hospitalizace je dítěti provedeno mnoho ošetrovatelských výkonů. Sestra jednotlivé výkony předem popíše matce. Jeden z častých výkonů na dětském oddělení je zavedení periferního žilního katetru. Sestra matce nejprve objasní, co permanentní žilní katetr je a jaký je důvod jeho zavedení. Poskytnete dostatečný prostor na otázky a posléze

se s matkou domluví, zda bude chtít být přítomna u zavedení, které není pro dítě ani pro matku jednoduché. U náročných nebo bolestivých výkonů, může být přítomnost matky přítěží. Dítě reaguje na bolest pláčem, vzpírá se, křičí. V některých případech může volat o pomoc matky. V případě její přítomnosti se může narušit vzájemná důvěra. Matka dítěti nemůže pomoci. Někdy může matka prosícímu dítěti podlehnout a žádá přerušeni výkonu. Rodič, který je vhodně poučen, může dítěti pomoci snést výkon s menším stresem. Musí se však vyvarovat ochrannému chování a agresivitě vůči dítěti, nebo personálu (Plevová, 2010).

Propuštění hospitalizovaného dítěte a jeho matky je spojeno se závěrečnou edukací. Rodič musí před odchodem vědět všechny důležité informace. Často se jedná o změnu dietního režimu, či omezení fyzické aktivity. Sestra může využít edukačních materiálů, které má k dispozici. Za edukační materiál se považují brožury, letáčky, plakáty. Při edukaci dítěte využije hračky, knihy, zdravotnické pomůcky. Poskytne již několikrát zmíněný prostor pro otázky a ujistí se, že rodič i dítě budou vědět jak se chovat, a na koho se v případě problémů obrátit (Leifer, 2004 a Plevová,2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.2 Cíle práce

1. Zjistit, jak sestra komunikuje s rodiči hospitalizovaného dítěte.
2. Zjistit, zda rodiče rozumí informacím podávaných sestrou.
3. Zjistit chyby v komunikaci sestry s rodičem dětského pacienta.

2.3 Výzkumné otázky

5. Jakým způsobem sestra komunikuje s rodičem dětského pacienta?
6. Jakým způsobem sestra podává informace rodiči dětského pacienta?
7. Jak rodič dětského pacienta hodnotí srozumitelnost informací podaných od sestry?
8. Jaké chyby dělá sestra v komunikaci s rodiči dětského pacienta?

3 METODIKA PRÁCE

Tato bakalářská práce s názvem „Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta“ byla zpracována formou kvalitativního šetření s použitím metody dotazování. Kvalitativní výzkum je nematematickým analytickým postupem. Údaje jsou ve formě textu, nikoli číselných údajů. Velkou výhodou tohoto postupu je získání hlubších a přesnějších informací. Nezůstává se pouze u povrchového zjištění důležitých informací, ale badatel zachází do hloubky jednotlivých případů. Jeho nevýhodou je časová náročnost. Nejpoužívanější metoda v kvalitativním šetření je rozhovor (Kutnohorská, 2009). Použitý rozhovor byl tvořen strukturovanými otázkami (viz příloha 2). „*Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek*“ (Švaříček 2014, s. 160).

Výzkumný soubor k první části výzkumného šetření, které bylo vedeno technikou rozhovoru, je tvořen sedmi matkami kojenců a batolat. Všechny byly společně s dítětem hospitalizovány na dětském oddělení. Rozhovory se uskutečnily v termínu od března do dubna 2016. Jednotlivé respondentky byly kontaktovány telefonicky nebo emailem. S každou zvlášť též proběhla osobní schůzka. Všechny respondentky byly předem informovány o tématu rozhovoru a struktuře otázek. Jednotlivé rozhovory byly s povolením respondentek zaznamenány na diktafon a poté přepsány. Přepisy všech rozhovorů jsou součástí této bakalářské práce (viz příloha 3).

Druhá použitá metodika v této práci se nazývá zúčastněné pozorování. „*Zúčastněné pozorování znamená takový druh pozorování, při němž sledujeme diskutované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají. Zúčastněné proto, že dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky výzkumu, i když badatel nezasahuje.*“ (Švaříček, 2014, s. 144). Zúčastněné pozorování je metoda, během níž je pozorovatel součástí dané situace. Výzkumník sleduje cílenou skupinu lidí a hodnotí je podle předem stanovených kategorií (Kutnohorská, 2009).

Pozorování bylo provedeno ve dnech 20.4.2016, 5. 6.2016 a 6.6.2016 na dětském oddělení státní nemocnice, konkrétně na úseku kojenců a batolat. Souhlas s pozorováním na daném oddělení poskytla hlavní sestra nemocnice (viz příloha 4).

Po schválení pozorování na daném oddělení hlavní sestrou nemocnice, byla kontaktována vrchní sestra dětského oddělení, které bylo sděleno téma bakalářské práce, a telefonicky se domluvil datum pozorování. Pomocí záznamového archu (viz příloha 5) byla hodnocena komunikace sester s rodiči dětského pacienta.

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

3.1.1 Výzkumný soubor - rozhovory

Výzkumný soubor k první části šetření tvořilo 7 oslovených matek hospitalizovaných na dětském oddělení společně se svým dítětem. Mezi oslovenými byly matky hospitalizované v různých nemocnicích České republiky.

Respondent 1 je žena ve věku 23 let. Během hospitalizace byly jejímu dítěti 2 měsíce. Hospitalizováni byli z důvodu cytomegalovirové infekce. Tato hospitalizace byla již jejich druhá zkušenost s dětským oddělením.

Respondent 2 je žena ve věku 33 let. Její dítě bylo hospitalizováno ve věku 3 let z důvodu akutní bronchitidy. Společnou hospitalizaci zažili oba poprvé.

Respondent 3 je žena ve věku 25 let. Její dítě bylo přijato na dětské oddělení pro plánovanou operaci srdce. Dítě ve věku 5. měsíců, měla za sebou již dvě jiné hospitalizace.

Respondent 4 je žena ve věku 21 let. S osmnáctiměsíčním dítětem byla již podruhé hospitalizována pro akutní bronchitidu.

Respondent 5 je žena ve věku 41 let. Její dítě bylo hospitalizováno v 36. měsíci. Hospitalizace to byla v pořadí druhá.

Respondent 6 je žena ve věku 31 let. Její dítě bylo hospitalizováno poprvé ve věku 23 měsíců.

Respondent 7 je žena ve věku 25 let. Hospitalizována s dítětem byla již po druhé. Dítěti bylo v době hospitalizace 35 měsíců.

3.1.2 Výzkumný soubor- pozorování

Výzkumný soubor k druhé části výzkumu, který byl veden technikou pozorování, tvoří šest všeobecných sester zaměstnaných na dětském oddělení státní nemocnice. Sestry byly zvoleny náhodně, jsou rozdílného věku, mají odlišnou délku praxe a různé vzdělání.

Sestra 1 je žena, na dětském oddělení pracuje 7 měsíců. Po ukončení střední zdravotnické školy vystudovala vysokou školu a získala titul Bc.

Sestra 2 je žena, délka její praxe je 13 let, z toho 10 na dětském oddělení. Její vzdělání je středoškolské.

Sestra 3 je žena, délka její praxe je 15 let. Po absolvování střední zdravotnické školy nastoupila na vyšší odbornou školu a získala titul DiS. Během praxe v kombinované formě studia absolvovala bakalářský obor, takže nyní užívá titul Bc.

Sestra 4 je žena, délka její praxe je 26 let. Ihned po vystudování střední zdravotnické školy nastoupila na dětské oddělení, kde kromě mateřských dovolených a tříleté praxe na ambulanci pracuje doposud.

Sestra 5 je žena, délka její praxe je 16 let. Po zakončení střední zdravotnické školy nastoupila na urologické oddělení a po mateřské dovolené začala pracovat na dětském oddělení.

Sestra 6 je žena, délka její praxe je 5 let. Jako absolventka střední zdravotnické školy nastoupila na dětské oddělení jako zdravotnický asistent. Souběžně s pracovním poměrem kombinovaně vystudovala obor všeobecná sestra na vysoké škole a získala titul Bc. Momentálně je přijata na navazující magisterský program.

3.2 Přehled respondentek - rozhovory

Respondent	Rodič	Věk dítěte	Pořadí hospitalizace	Důvod hospitalizace
R1	Matka	kojenec 2m	2.	CMV infekce
R2	Matka	kojenec 3m	1.	Akutní bronchitida
R3	Matka	kojenec 5m	3.	Operace srdce
R4	Matka	batole 18m	2.	Akutní bronchitida
R5	Matka	batole 36m	2.	Průjmy, zvýšená teplota
R6	Matka	batole 23m	1.	Srdeční vada
R7	Matka	batole 35m	2.	Herniotomie

Pro přehlednost byla zhotovena tabulka, která přiřazuje jednotlivé respondentky k rozhovorům s ohledem na jejich anonymitu. Tabulka obsahuje označení rozhovorů (R1-R7) a věk dítěte během hospitalizace. V rozhovorech č. 1-3 jsou dotazovány matky kojenců a v rozhovorech 4-7 jsou dotazovány matky batolat. Tabulka dále zobrazuje, z jakého důvodu byly děti hospitalizovány, a zda byla jejich hospitalizace první či nikoliv.

3.3 Přehled respondentek – pozorování

Sestra		Délka praxe	Dosažené vzdělání
S1	Všeobecná sestra	7 měsíců	SZŠ, Bc.
S2	Všeobecná sestra	13 let	SZŠ
S3	Všeobecná sestra	15 let	SZŠ, DiS, Bc.
S4	Všeobecná sestra	26 let	SZS
S5	Všeobecná sestra	16 let	SZS
S6	Všeobecná sestra	5 let	SZS, Bc.

Pro přehlednost byla zhotovena tabulka, která obsahuje označení sester na oddělení (S1-S6) s ohledem na jejich anonymitu. Dále je v tabulce popsána délka jejich praxe a nejvyšší dosažené vzdělání.

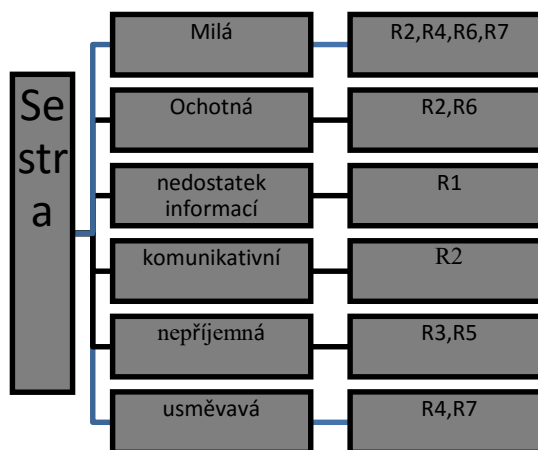
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Seznam kategorizačních skupin

1. První kontakt se sestrou
2. Příjem dětského pacienta
3. Informovanost rodičů o chodu oddělení
4. Zapojení rodiče sestrou do ošetrovatelské péče
5. Komunikace sester s dítětem
6. Reakce dítěte na sestru
7. Informovanost rodičů o vyšetření dítěte
8. Spokojenost rodičů během hospitalizace
9. Nedostatky v komunikaci sester z pohledu rodičů

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

4.1.1 Kategorie 1- První kontakt se sestrou

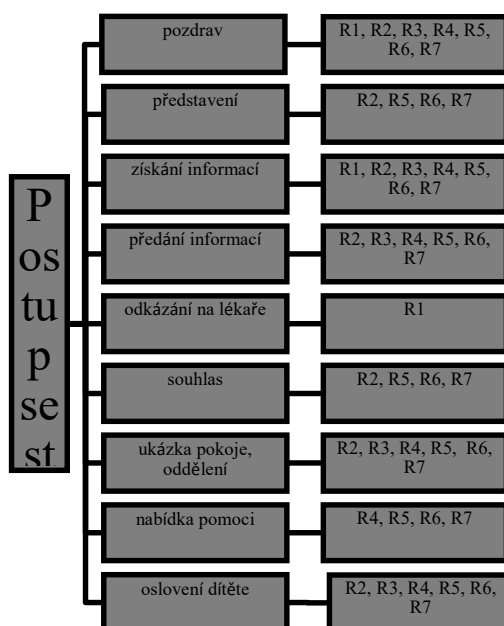


Respondentky byly během rozhovoru tázány na jejich první dojmy ze setkání se sestrou, přičemž každá z respondentek hodnotila jinou sestru z jiné nemocnice. V rozhovorech popisovaly, jak na ně sestra působila. Matky R2, R4, R6 a R7 shodně

vedly, že sestra byla velmi milá. Respondentky R2 a R6 označily sestru za ochotnou. Matka R2 dodala, že sestra byla komunikativní. Respondentky R4 a R7 uvedly, že sestra byla usměvavá. Matky R2, R3, R4, R6 a R7 tedy měly z prvního setkání dobrý pocit a sestru hodnotí kladně. R2: *„První dojem byl dobrý, všichni nám vše potřebné vysvětlili a se vším nám vyšli vstříc. Sestry byly milé, komunikativní a ochotné.“* Matky R1 a R3 měly rozporuplný pocit z prvního setkání se sestrou. Matka R1 vysvětluje, že byla přijata samostatně bez dítěte. Dítě bylo přivezeno v noci záchrannou zdravotnickou službou. Za velké mínus považuje především nedostatek informací. *„Můj první dojem byl velice rozporuplný. Nikdo za mnou nepřišel s informacemi. Sestra byla odtažitá.“* R3: *„První dojem byl rozporuplný. Lékaři byli profesionální a milí. Sestry byly nepříjemné. Vadilo mi, že si nás ze začátku moc nevšímalý, jen řešily papíry. Neměla jsem z nich dobrý pocit.“*

Respondentka R5 uvádí, že její první kontakt se sestrou v ní zanechal negativní pocity. *„První dojem nebyl dobrý. Měla jsem strach o syna. Někteří mi rozuměli a někteří brali naše problémy na lehkou váhu. Ze začátku mi připadalo, že jsme lékaři a sestře na obtíž. Byli nepříjemní. Přijímali nás totiž o víkendu. Na oddělení jsem ale neměla se zdravotníky problém.“*

4.1.2 Kategorie 2- Příjem dětského pacienta



Respondentky byly dotazovány na průběh příjmu dítěte na oddělení. Popisovaly, jak sestry při příjmu postupovaly. Všechny respondentky shodně uvedly, že je sestra na úvod pozdravila. R2 říká: „*Tam nás sestra přivítala, pozdravila, představila se a posadila mě a manžela na chodbu.*“ Matky R2, R5, R6 a R7 také řekly, že se sestra představila. R5: „*Sestra a doktor pozdravili a představili se.*“ Ve všech případech sestra zjišťovala informace o dítěti, jeho zvyklostech a denním režimu. Matka R6 uvádí: „*Na pokoji získala další informace o synovi.*“

Většina respondentek uvádí, že sestra při příjmu oslovila také jejich dítě. Matka R2 říká: „*Mluvila na něj a utěšovala ho, byla moc milá.*“

Matka R1 byla přijímána bez svého dítěte. To bylo během noci přivezeno rychlou záchrannou službou.

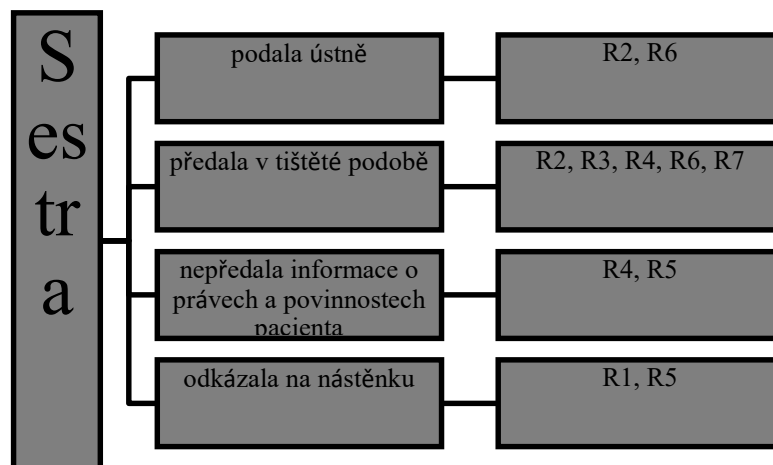
Matka R1 byla přijímána bez svého dítěte. To bylo během noci přivezeno do nemocnice rychlou záchrannou službou. Respondentka R1 si postěžovala na nedostatek informací, se všemi dotazy byla totiž odkázána na lékaře. „*Syn byl v noci akutně záchrannou službou převezen do nemocnice. Já jsem se dostala do Prahy až druhý den ráno. Po vyplnění základních údajů u recepční jsem rovnou dostala číslo pokoje, kam*

mám jít. Na pokoj jsem se ubytovala sama. Asi až po třiceti minutách přišla sestra, pozdravila, nepředstavila se a chtěla další informace. Přitom mi žádné informace nepředala, řekla, ať se se vším obrátím na lékaře. Za ním mě poslali až po více jak hodině na vyšetřovnu. Ta hodina byla docela dlouhá, nikdo si mě skoro nevšiml. Hned poté mi syna přivezli z JIP, kde strávil noc.“ Ostatní respondentky uvedly, že při příjmu informace o hospitalizaci dostaly. Matka R6 vyzdvihla komplexnost informací při příjmu. „Během příjmu mi bylo od sestry vysvětleno vše, co jsem mohla potřebovat po celou dobu hospitalizace. Od mytí rukou desinfekcí přes fungování obědů a uchovávání jídla od návštěv. Sestřička mi také vysvětlila, jak synovi podávat stravu, jak se s ním mohu mazlit, abych mu neublížila. Všemmu jsem rozuměla, vše bylo podáno srozumitelně, i tak si ale sestřička kontrolovala, jestli všemu rozumím.“

Respondentky R2, R5, R6 a R7 dostyly při příjmu dostaly od sestry k podepsání souhlas se společnou hospitalizací. Matka R7 řekla: „Přijímal nás mladší doktor, kterému jsem řekla veškeré informace týkající se dcery. Dále mi byl dán k podpisu souhlas se společnou hospitalizací.“

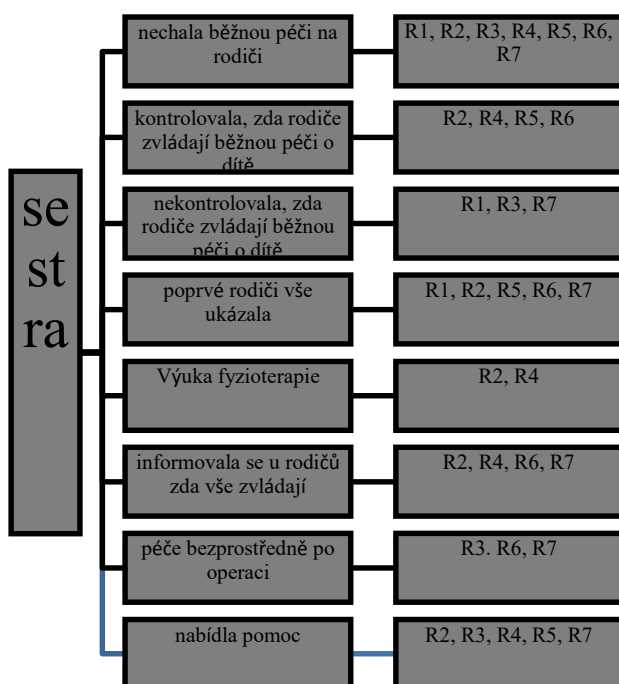
Matky R4,R5,R6 a R7 dodaly, že jim sestra nabídla dodatečné informace či pomoc kdykoliv budou potřebovat. Matka R4 uvedla: „Řekla, že můžu kdykoliv přijít, pokud budu něco potřebovat.“

4.1.3 Kategorie 3- Informovanost rodičů o chodu oddělení a právech a povinnostech pacienta



Cílem této části výzkumu bylo od respondentek zjistit, zda je sestra seznámila s chodem oddělení a právy a povinnostmi pacienta. Dále byly dotazovány, jakým způsobem jim sestra tyto informace předala. Pět respondentek uvedlo, že informace o chodu oddělení a práva a povinnosti pacientů dostaly v tištěné podobě. Jedná se o Matky R2,R3,R4,R6a R7. R2: „Na stůl mi dala desky s informacemi. To jsem měla podepsat.“ Na otázku zda ví, co tyto informace obsahovaly odpověděla: „Souhlasy, práva, denní režim a letáky.“ Matka R4 zároveň říká, že dostala pouze řád oddělení a práva a povinnosti nikoliv. „O ničem takovém jako práva a povinnosti pacienta nemluvíla, dala mi jen řád.“ Zbylé matky R1 a R5 popsaly, že informace měly vyvěšené na nástěnce, na níž je sestra odkázala. Matka R5 uvádí stejně jako matka R4, že četla pouze informace o chodu oddělení. Matka R5 říká: „Chod oddělení byl vyvěšen na nástěnce. Sestra nám řekla, ať si vše o volné chvíli přečtu, práva a povinnosti jsem asi nečetla.“

4.1.4 Kategorie 4- Zapojení rodiče sestrou do ošetrovatelské péče



Všechny matky uvedly, že je sestra zapojila do ošetrovatelské péče v běžných úkonech. Nejčastěji matky pomáhaly s osobní hygienou převážně po vyprázdnění dítěte. Matky své děti samy přebalovaly a omývaly během dne, ale prováděly i večerní koupel dítěte. „*Jakmile byl syn se mnou na pokoji, tak jsem si o něj pečovala již sama, přebalování, krmení, převlékání a omývání.*“ Většina matek uvedla i svou roli ohledně výživy – děti krmily nebo jim připravovaly dětskou výživu. „*Běžnou péči jsem veškerou prováděla sama. Domluvily jsme se tak při příjmu. Děcku jsem připravovala umělou výživu, koupala jsem, přebalovala jsem.*“ S ohledem na důvod hospitalizace byly zapojovány matky také v oblasti rehabilitace. Jednalo se o matky R2 a R4. „*Musela jsem synovi provádět třikrát denně masáže hrudníku pro lepší dýchání a uvolnění na průduškách.*“ Matka R4 uvedla také, že dítěti měřila tělesnou teplotu a pomáhala s dalšími úkony. „*Při převlékání dítěte, měření teploty, koupání a krmení. Fyzioterapeut mě naučil dechovou rehabilitaci a tu jsem pak také prováděla sama.*“

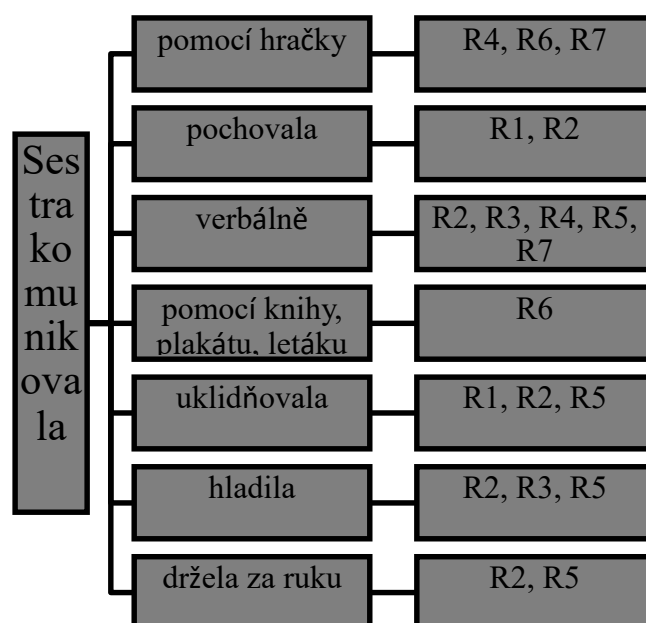
Během těchto činností byly sestrou kontrolovány matky R2, R4, R5 a R6. R5: „*Sestra se občas přišla podívat.*“ Matky R1, R3 a R7 sestrou kontrolovány nebyly.

Matky R1, R2, R5, R6, R7 uvedly, že jim sestra některé úkony prvně ukázala a poté je nechala dělat samotné. R1 říká: „U přebalování byla sestra poprvé, potom mě už nekontrolovala.“ R5 říká: „Ano, sestra mi to ukázala, ale já to uměla.“ Respondentky R2, R4, R6 a R7 shodně potvrdily, že se sestra průběžně informovala, zda matky vše zvládají. R7: „Sestry se pravidelně ujišťovaly, zda je vše v pořádku.“

U dětí, které byly na operačním výkonu, sestra prováděla běžnou péči bezprostředně po operaci. Matky (konkrétně respondentky R3, R6 a R7) informovala o změnách a vše jim ukázala. R3 uvádí: „Sestra se o syna starala bezprostředně po operaci, protože já jsem se bála, že mu ublížím. Vždy mi obětavě pomohla“

Matky R2, R3, R4, R5 a R7 uvedly, že jim sestra v případě potřeby nabídla pomoc s běžnou péčí. R4 říká: „Sestra mi nabídla kdykoliv pomoc.“

4.1.5 Kategorie 5- Komunikace sester s dítětem



Během rozhovoru byly matky dotazovány na komunikaci sester s dítětem. Matky popisovaly, jakým způsobem sestra s dítětem navazovala kontakt, jak s dítětem komunikovala verbálně a neverbálně.

Matky R4, R6 a R7 popsaly, že sestry používaly ke komunikaci s dítětem plyšové či jiné hračky. Tuto metodu využívaly především proto, aby dítěti vysvětlily průběh vyšetření, či operace. R4 říká: „ *Sestra s dcerou komunikovala pomocí hraček. Použila plyšového medvídka, na kterém jí vysvětlila, že je nemocný a musí na focení břicha. Dceři ukázala, jak bude vyšetření vypadat.* “

Verbální komunikaci užívaly sestry u matek R2,R3,R4,R5 a R7. Matky udávaly, že sestry dětem něco vysvětlovaly, nebo jen prohodily milé slovo. R2 uvádí: „ *Sestra na dítě mluvila a uklidňovala ho.* “ Matky R3 říká, že komunikace sester byla nedostatečná, ale s dítětem někdy mluvily. „ *Občas s dítětem promluvily.* “

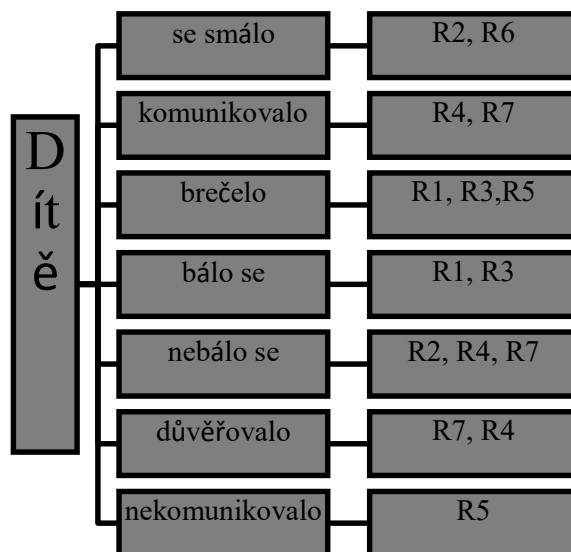
Především matky nejmenších dětí uvádějí, že sestry jejich děti chovaly. Matka R1 říká: „ *Když syn brečel, pochovala ho, a mile ho uklidňovala po celou dobu vyšetření.* “

Matka R6 udává, že sestra vysvětlovala dítěti průběh vyšetření pomocí letáku a obrázků. „ *Sestra mu ukázala, jak vyšetření bude probíhat a kam bude pan doktor sahat. Používala obrázky a plakát na zdi.* “

Respondentky R1, R2 a R5 uvedly, že se sestra snažila dítě uklidnit. Matka R5 řekla: „ *Sestry na dítě mile mluvily, usmívaly se a utěšovaly ho. Utěšovaly ho slovy a pohladily ho po hlavě. Některé syna držely za ruku.* “

Respondentky R2, R3 a R5 říkají, že sestra jejich dítě hladila. Především ve spojitosti s utěšováním plačícího dítěte. Matka R2 řekla: „ *Sestra syna chovala, hladila ho a držela ho za ručičku.* “ Držení za ruku uvádějí respondentky R2 a R5.

4.1.6 Kategorie 6- Reakce dítěte na sestru

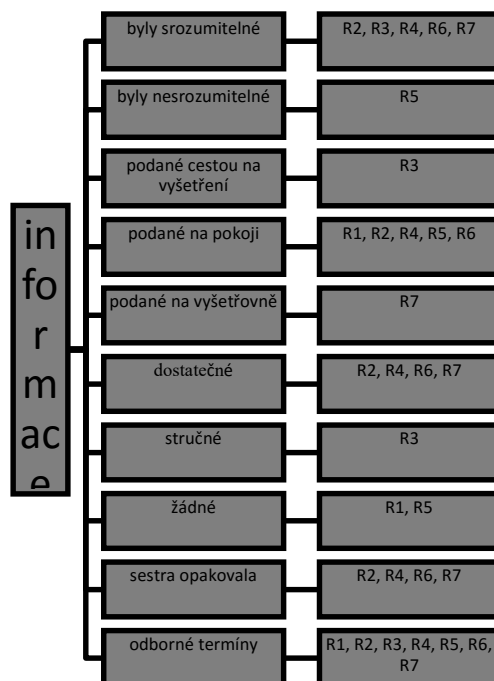


Matky R2, R4, R6, R7 shodně uvedly, že jejich děti reagovaly na sestru pozitivně. Smály se, komunikovaly a nebály se. „Reagoval úsměvem, smíchem, mával všem sestrám a dokonce některým říkal ‚teto‘.“ Úsměv sestrám darovaly děti matek R2 a R6. R6: „Syn se na sestřičky smál. Nikdy se sester nebál.“ Matky R4 a R7 uvedly, že jejich děti se sestrami bez problémů komunikovali.

Reakcí dětí respondentek R1, R3, R5 na sestry byl většinou pláč. R1: „Syn většinou brečel. Sester se bál. Z vyšetření se vracel hodně vystresovaný.“ Respondentky R1 a R3 se domnívají, že se jejich děti sester bály. R3 uvedla: „Na sestry většinou reagoval pláčem. Hodně se bál, je zvyklý jen na mě.“ Naopak matky R2, R4 a R7 přímo uvádějí, že jejich děti bázeň nevykazovaly. R4 říká: „Sester se vůbec nebála a klidně s nimi počkala, než se vrátím z kantýny.“

Respondentka R5 zmínila, že dítě z důvodu onemocnění nereagovalo. „Dítě samo o sobě nemělo náladu na sestry reagovat, bylo unavené z nemoci a plačtivé. Sester si tedy syn vůbec nevšímal a nemluvil s nimi. Je obecně hodně uzavřený.“

4.1.7 Kategorie 7- Informovanost rodičů o vyšetření dítěte



Všem respondentkám byla položena otázka, zda informace podané sestrou pro ně byly srozumitelné. Respondentka R1 uvádla, že podaným informacím nerozuměla. „*Jejich minimální informace byly pro mne nesrozumitelné*“.

Matka R5 potvrdila, že během příjmu, dostala srozumitelné informace, během vyšetření však nikoliv. Na otázku, zda ví, proč se dané vyšetření provádělo, odpověděla: „*To bohužel nevím. Ani nevím, jak se to vyšetření jmenovalo*“.

Zbývá pětice matek R2,R3,R4,R6,R7 podaným informacím rozuměla. „*Všem informacím jsem rozuměla*“.

Dalším hodnoceným bodem bylo místo podání informací. Respondentka R3 uvedla, že informace ohledně vyšetření dostala od sestry během cesty na vyšetření. „*Většinou jsem informace dostávala během cesty na vyšetření, někdy na vyšetřovně, ale tam mi je dávala lékařka.*“.

Matka R7 dostala informace až v místnosti, kde se dané vyšetření provádělo. „*Informace jsem dostala až v místnosti s ultrazvukem od vrchní sestry*“.

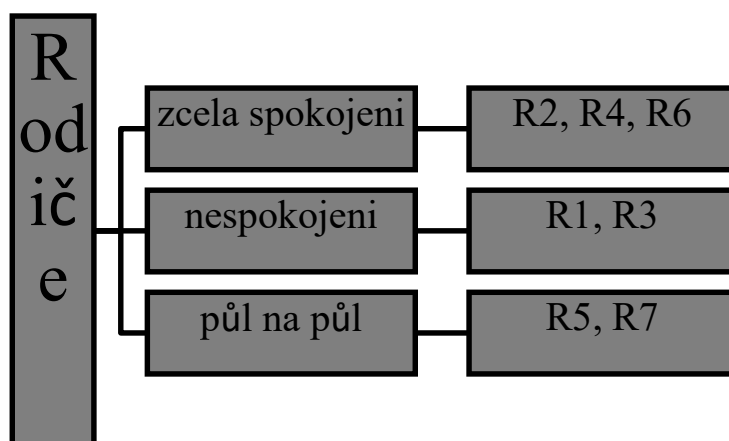
Zbylé matky R1, R2, R4, R5, R6 shodně uvedly, že informace dostaly na pokoji dítěte. „Většinou na pokoji před vyšetřením“.

Respondentky R1 a R5 shodně uvádějí, že nedostaly ohledně vyšetření žádné informace: „Sestry informace nepodávaly skoro žádné. Vždy mi vše řekla lékařka“. Obě uvedly, že doplňující informace jim následně podal lékař.

Respondentka R3 uvádí, že původní informace od sestry byly nedostatečné, ale po následném dotazování sestry informace doplnily. „ Informace byly stručné, ale když jsem se zeptala, tak mi na vše odpověděla“.

Matky R2, R4, R6, R7 byly informovány dostatečně: „ Vždy řekla, co budou dělat a k čemu nám to pomůže. Někdy jsem dostala papír s informacemi.“ Informace ve většině případech poskytla sestra na oddělení. Pokud tomu tak nebylo, následně je informace podala sestra přítomna vyšetření: „Sestra na oddělení mi nepodala žádné informace, pouze mě poslala o patro níže na ultrazvuk. Na ultrazvuku byla vrchní sestra a lékař, kteří nám vše podrobně vysvětlili. Pomocí plyšové hračky ukázali dceři, co se bude dít.“

4.1.8 Kategorie 8 - Spokojenost rodičů během hospitalizace



Všechny respondentky byly tázány na spokojenost během hospitalizace na dětském oddělení.

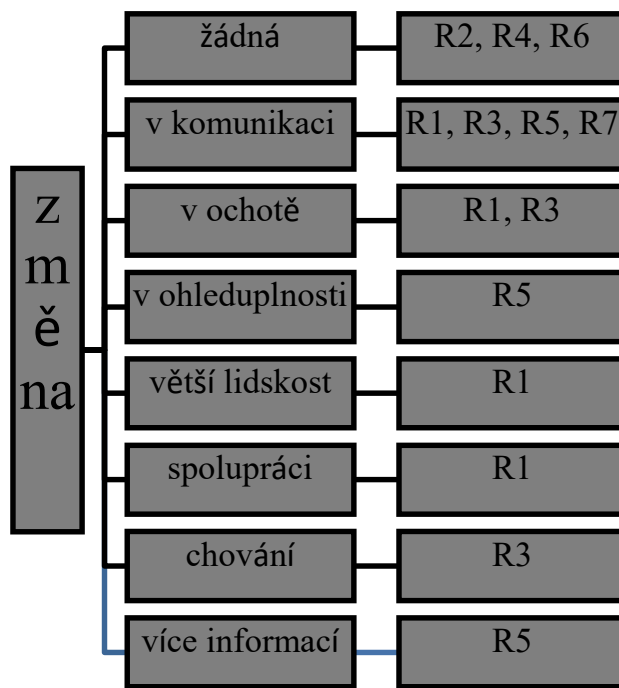
Respondentky R2, R4, R6 shodně uvedly, že jsou s přístupem sester zcela spokojeny. „*Byla jsem naprosto spokojena s přístupem všech sester.*“ R2: „*Byla jsem spokojena, sestry byly milé a vstřícné.*“

Matky R1 a R3 hodnotí přístup sester záporně. „*Z větší části záporně, je podle mne špatně, když na dětském oddělení musím čekat, až přijde sestra, které nevadí dotazy a dokáže být milá na mámu, co tam je s dítětem několik týdnů.*“

Matky R5 a R7 v otázce hodnocení sester polemizují nad kladným i záporným hodnocením. Z jejich pohledu nelze říci, zda byly spokojené, nebo ne. „*Přístup sester byl půl na půl. Polovina sester odvedla profesionální práci a zbylá polovina neměla přístup ideální. Jedna sestra s námi v podstatě nekomunikovala a obtěžovalo jí, když jsem cokoliv potřebovala. Další sestra s námi sice komunikovala, ale byla arogantní. Doktoři na tom byli podobně*“

Matka R7 vidí problém v komunikaci z důvodů jejího zdravotnického povolání. „*Byla jsem spokojena s přístupem sester k dítěti. Přístup sester ke mně byl zvláštní, sestry věděly, že jsem také sestra a neinformovaly mě tolik, kolik bylo třeba. Počítaly s tím, že vše vím. Já jako sestra na interním oddělení ale nemám s dětským oddělením zkušenosti*“.

4.1.9 Kategorie 9 - Nedostatky v komunikaci sester z pohledu rodičů



V této kategorii byla respondentkám pokládána otázka: Co byste změnila na přístupu sester?

U této otázky respondentky R2, R4 a R6 uvedly, že by na přístupu sester na daném oddělení neměnily vůbec nic. R2: „*Myslím, že nic, Byli jsme s přístupem moc spokojeni. Všechny byly milé a usmívaly se. Se vším nám pomohly.*“ R4 říká: „*Myslím, že bych neměnila nic.*“

Respondentky R1, R3, R5 a R7 uvádějí, že změnu by uvítaly v lepší komunikaci R7: „*Lepší komunikace, ohleduplnost vůči rodiči a dítěti. Sestry by si měly uvědomit, že rodič má strach a já nejsem zdravotník, nevím, co se bude dít. Nejhorší bylo, že mi nikdo nic neřekl. A já se bála pořád za nimi chodit a ptát se.*“

Matky R1 a R3 se shodly, že mimo jiné by se měla změnit také ochota sester. Respondentka R1 popisuje, co by zlepšila: „*Ochotu, komunikaci s rodiči, lidskost. Sestry by měly být ochotnější. Některé se mnou nespolupracovaly a hned mě*

odkázaly na lékařku. Komunikace byla také hrozná. Sestra by si měla uvědomit, co matky prožívají, že mají strach.“

Dále matky jednotlivě uvádějí další změny. Matky R5 by chtěla více informací a větší ohleduplnost. Respondentka R1 by ocenila lepší spolupráci a lidskost a matka R3 problém viděla v chování sester.

4.2 Pozorování

4.2.1 Výsledný pozorovací arch

Výsledný pozorovací arch						
Pozorované kategorie	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Intenzita hlasu	normální	normální	normální	normální	normální	normální
Tempo řeči	normální	normální	normální	normální	normální	normální
Pohled	spíše udržuje oční k.	spíše udržuje oční k.	spíše udržuje oční k.	spíše neudržuje oční k.	spíše udržuje oční k.	spíše udržuje oční k.
Postoj	stojí	stojí	sedí	stojí	stojí	sedí
Úsměv	častý	vhodně použitý	vhodně použitý	chybí	minimální	vhodně použitý
Gestikulace	běžná	běžná	běžná	běžná	běžná	běžná
Odborné termíny	minimální	běžné	běžné	minimální	minimální	běžné
Zopakování informací	ano	ano	ano	ne	ne	ano
Kontrolní otázky rodičům	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Názorná ukázka	nebyla třeba	nebyla třeba	ano	nebyla třeba	nebyla třeba	ano
Prostor pro otázky	ano	ano	ano	ne	ano	ano
Info. v rámci kompetencí	v rámci	v rámci	v rámci	v rámci	v rámci	v rámci
S kým komunikovala	rodič, dítě	rodič	dítě, rodič	rodič	rodič	rodič, dítě
Důvěryhodnost	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Vzhled	zcela vhodný	vhodný	zcela vhodný	zcela vhodný	zcela vhodný	zcela vhodný

4.2.2 Výsledky zúčastněného pozorování

V první části pozorování, zamerané na neverbální komunikaci, byly sestry hodnoceny v těchto oblastech: intenzita hlasu, postoj během podávání informací, udržování očního kontaktu a užití úsměvu a gestikulace.

Výsledný arch uvádí, že všechny sestry během komunikace s pacientem a jeho rodičem zvolily běžné tempo řeči a intenzitu hlasu. Většina také udržovala oční kontakt s dítětem a jeho rodičem. Výjimkou byla sestra S4, která kontakt spíše neudržovala. Sestry S1, S2, S4 a S5 během komunikace s rodičem zůstaly stát u nemocničního lůžka. Sestry S3 a S6 si k rodiči přisedly. V prvním případě použila sestra S3 jídelní židličku, která byla součástí vybavení nemocničního pokoje. Sestra S6 si přisedla na dětské schůdky k lůžku. Sestry S1, S2, S3 a S6 se usmívaly zcela vhodně a přiměřeně. U sestry S1 byl úsměv častější, ale vzhledem k situaci byl akceptovatelný. Úsměv žádné ze sester nepůsobil falešně či nepřirozeně. Sestra S4 se během komunikace s rodičem a dítětem neusmála ani jednou. Sestra S5 se usmívala minimálně. Gestikulace byla u všech zcela běžná, nepřehnaná. Všechna gesta byla zcela vhodná s ohledem na téma rozhovoru.

V části druhé věnované verbální komunikaci byly sestry hodnoceny v těchto oblastech: užití odborných termínů, zopakování důležitých informací, názorná ukázka a její popis, kontrolní otázky k rodičům, poskytnutí prostoru pro otázky, s kým sestra komunikovala, zda jsou podané informace v rámci kompetencí všeobecné sestry.

Všechny sestry užívaly odborné termíny minimálně, popřípadě zcela vhodně a běžně. Ani v jednom případě nepožádala matka o vysvětlení cizího termínu. Mezi používané termíny patřily tyto: infúze, flexila, sono, krevní obraz, odběrový sáček, inhalace atd. Pouze sestry S3 a S6 poskytly rodiči a dítěti názornou ukázku s náležitým popisem – jednalo se o edukaci pacienta před propuštěním do domácího ošetřování. V případě sester S1, S2, S4 a S5 nebyla názorná ukázka nutná. Sestry S1, S2, S3 a S6 zopakovaly na konci rozhovoru rodiči důležité informace a ujistily se, zda rodič všem podaným informacím rozumí. Bez výjimky také poskytly prostor pro otázky. Sestry S4 a S5 nezopakovaly rodiči důležité informace a sestra S4 neposkytla ani prostor pro případné dotazy.

Sestry S1, S3 a S6 zapojily do rozhovoru jak rodiče, tak dítě. Sestry S2, S4 a S5 komunikovaly pouze s rodičem. V situaci S2 byl dítětem pětiměsíční kojeneček, který během daného rozhovoru spal. U sestry S4 byl dítětem tříměsíční kojeneček. Sestra S5 nekomunikovala s tříletým dítětem. Informace podané od všech sester byly zcela v rámci kompetencí všeobecné sestry.

Poslední část se zabývá hodnocením celkového vzhledu sester a jejich důvěryhodnosti. Sestry S1, S3, S4, S5 a S6 měly zcela vhodný vzhled – byly upravené, čisté, měly předepsané uniformy a neměly na sobě žádné šperky či hodinky. Sestra S2 svým vzhledem také vyhovovala, pouze si během pozorování oblékla svetr, který nebyl součástí předepsané uniformy dané nemocnice.

5 DISKUSE

Bakalářské práce, která nese název „Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta“, se opírá o tři hlavní cíle. Cílem prvním bylo zjistit, jak sestra komunikuje s rodiči dětského pacienta. Podstatou druhého cíle bylo prozkoumat, zda rodiče rozumí informacím podávaných sestrou. Třetí cíl se zaměřil na to, jaké chyby dělají sestry v komunikaci s rodičem dětského pacienta. K naplnění stanovených cílů byly položeny čtyři výzkumné otázky. Otázka 1: Jakým způsobem sestra komunikuje s rodičem dětského pacienta? Otázka 2: Jakým způsobem sestra podává informace rodiči dětského pacienta? Otázka 3: Jak rodič dětského pacienta hodnotí srozumitelnost informací podaných od sestry? Otázka 4: Jaké chyby dělá sestra v komunikaci s rodiči dětského pacienta? Dotazováno bylo sedm matek hospitalizovaných s dítětem na dětském oddělení pomocí x daných otázek a několika doplňujících otázek, jež byly individuálně zvoleny dle průběhu rozhovoru. Během pozorování na dětském oddělení bylo šest všeobecných sester ohodnoceno podle předem vypracovaného pozorovacího archu.

V dnešní době je zažitým pravidlem, že společně s dítětem je hospitalizován také jeho rodič. Pojišťovna tento pobyt hraří u dětí mladších 6ti let, u průvodců dětí ZTP či ZTP/P, dětí mentálně retardovaných, onkologicky nemocných, u dětí s mnohočetným poraněním a u dětí ohrožených na životě. Pokud děti nesplňují ani jednu z těchto podmínek, mohou se rodiče se svolením oddělení nechat hospitalizovat jako samoplátci. (Cabajová, Bártlová, 2009) Jednou se základních dovedností sester na dětském oddělení je komunikace s rodičem dětského pacienta. Zacharová (2016) uvádí, že sestra musí chtít komunikovat, umět komunikovat a vytvářet možnosti komunikovat, tj. moci komunikovat. V rozhovorech jsme se několikrát setkaly s názorem, že sestra s rodiči nechtěla či neměla chuť komunikovat. Respondentky R1, R3 a R5 toto přímo popisují. Během pozorování však tato situace nenastala. Názor autorky je takový, že většina sester na dětském oddělení chtěla a uměla s rodiči komunikovat. Někdy však komunikaci stěžovala časová tíseň a nedostatek personálu. Především v situacích, kdy jedna sestra odešla s dětmi mimo oddělení, druhá ze sester již neměla potřebný dostatek času na komunikaci.

Sestra musí ovládat obě základní složky komunikace – verbální i neverbální. Venglářová (2006) popisuje neverbální komunikaci jako řeč těla. Její funkcí je podpořit či nahradit mluvenou řeč, vyjádřit emoce a interpersonálního postoje. Plevová (2010) píše, že neverbální komunikace je upřímnější než komunikace verbální. Nejčastějším projevem zájmu je dotek. Sestra by měla vycítit, kdy je vhodné dotek použít a kdy nikoliv. Stejně tak sestra musí vhodně užívat pohled a úsměv. Pozorované sestry se ve většině případech usmívaly zcela vhodně. Jejich úsměv na mě nepůsobil falešně, ani přehnaně. U sestry S4 došlo k situaci, kdy úsměv zcela chyběl. Sestra vedla s matkou vážný rozhovor. Z mého pohledu mohla sestra milým a chápajícím úsměvem vyjádřit podporu a pochopení. Jak píše Zacharová (2011), úsměv může situaci odlehčit.

U sester bylo hodnoceno i to, v jaké míře gestikulovaly a zda užívaly přiměřenou mimiku. Bruno (2007) upozorňuje na přehnaná gesta. U sester se jedná především o kolébání na místě, přešlapování a rozhazování rukou. Sestra by měla zaujímat pevný, ale ne příliš strnulý postoj.

Mávnutí rukou patří mezi gesta, která nemusí provázet verbální řeč. Bohužel ale bez kontextu či slovního doprovodu nelze přesně určit, co dané gesto znamená. Během pozorování jsme se nesetkaly s tím, že by sestry nevhodně gestikulovaly. Sestry nepřeshlapovaly na místě, nekolébaly se a nerozhazovaly rukama. Dalším zkoumaným odvětvím byla mimika sester. Do hodnocení se promítlo, zda sestra není zamračená, nepřekrucuje oči, nedělá úšklebky či nevhodné posunky. Všechny sestry používaly přiměřenou mimiku. Respondentky gestikulaci sester nezmiňovaly. Matka R5 v rozhovoru uvedla, že při přijetí sestra brala zdravotní stav syna na lehkou váhu a překrucovala oči. Označila sestru za nepříjemnou.

Do neverbální komunikace patří samozřejmě i pohled sestry a její postoj těla. Pohled sestry a její oční kontakt s rodičem je více rozveden u výzkumné otázky chyby v komunikaci s rodiči dětského pacienta. U sester bylo hodnoceno, zda během rozhovoru s matkou stály či si k ní přisedly. V průběhu komunikace s rodičem je vhodné k matce přisednout. Myslím si, že když sestra stojí u sedící matky a vede s ní rozhovor, působí to povýšeně. Respondentky uváděly, že v případě delšího rozhovoru či

edukace sestry k matce vždy přisedla. Pokud šlo pouze o předání souhlasu nebo spolu vedly pouze krátký rozhovor, sestra zůstala stát.

Plevová (2010) píše, že do neverbální komunikace patří v širším slova smyslu i to, jak na rodiče působíme. Sestra by měla být upravená, čistá a v předepsané uniformě. Na každé uniformě by měla být vizitka se jménem a postavením sestry. Špatenková (2009) říká, že uniforma sestry je pro pacienty a rodiče symbolem jisté pozice a kompetence. Vzbuzuje v nich důvěru. Matky byly dotazovány na vzhled sester na dětských odděleních. Velká většina matek neshledala na vzhledu sester nic nevhodného. Zajímavá je odpověď matky R5, která zmínila, že jedna sestra na oddělení nosila růžové, nepředepsané pantofle a její šaty měly kratší délku než šaty ostatních sester. Matce to přišlo zcela nevhodné. Z mého pohledu by si sestry neměly dovolit brát nepředepsanou obuv hlavně z bezpečnostních důvodů. Předepsaná zdravotní obuv má své opodstatnění. Zdravotníci nenosí předepsanou obuv a oděv jen proto, aby byli odlišeni v rámci poziční hierarchie a od pacientů, ale také proto, aby se chránili. Za další nedostatek považovala matka kratší sukni jedné ze sester. Problém je v tom, že si sestry samy své uniformy nechají upravovat dle jejich představ. Dle mého je těžké z rozhovoru zhodnotit, zda délka sukne byla pro všeobecnou sestru vhodná či nikoliv. Za nevhodné považuji šaty, které končí výše než v půlce stehů sestry. Během pozorování jsem se nesečkala s tím, že by sestra svým vzhledem zcela nevyhovovala předpisům. V jediném případě oblékla sestra svetr, který nebyl součástí uniformy dané pro její oddělení.

V rámci verbální komunikace sestry je třeba posoudit, jak sestra umí pracovat se svým hlasem. Ptáček (2011) píše, že samostatným komunikačním prostředkem je vokální komunikační kanál. Zabarvení hlasu, jeho intenzita a tempo řeči mohou zcela ovlivnit to, jak sestra působí na rodiče. Mikuláščík (2010) zmiňuje, že zbarvení hlasu, jeho intenzita a tempo ovlivňují intenzitu pozornosti posluchače. Z pozorování vyplynulo, že všechny pozorované sestry užívají zcela přiměřenou a ideální intenzitu hlasu. Nikdy nedošlo k situaci, kdy by sestra svým hlasovým projevem překročila běžné spektrum. V rozhovorech se matky nezmínily ani o tom, že by sestra mluvila příliš rychle, pomalu, potichu či hlasitě. Došla jsme k závěru, že sestry v této oblasti problém

nemají. Díky mé vlastní hospitalizaci s dcerou mohu říci, že sestry často změni intenzitu a tempo řeči především v situacích, kdy pacient či rodič nespolupracuje.

Když se přesuneme na samý začátek komunikace mezi sestrou a rodičem, vše začíná pozdravem a představením se. Jak zmiňuje Ptáček (2011), přijetí pacienta a jeho rodiče musí být spojeno s obvyklými společenskými zvyklostmi, jako je pozdrav, podání ruky a představení se. Z rozhovorů vyplynulo, že během příjmu všechny sestry rodiče hospitalizovaných dětí pozdravily. Ovšem každá z nich se již nepředstavila. Pouze matky R2, R5, R6 a R7 zmínily během rozhovoru, že se sestra představila. Během pozorování všechny sestry pozdravily přijatého pacienta a jeho matku. Jak zmiňuje Zacharová (2016), sestra musí představit nejen sebe, ale i matku ostatním matkám na pokoji. Z vlastní zkušenosti je pro matku velmi příjemné, když sestra představí nově přichozím „spolubydlící“, a tak nenastane nepříjemné ticho.

Literatura udává, že sestra by se v komunikaci měla zaměřit v první řadě na dítě (Plevová, 2010). Oslovit ho, získat od něj informace ohledně jména, nemoci, rodiny atd. Pokud dítě ještě neumí mluvit, sestra komunikuje především s matkou. U batolat je ale samozřejmé, že se sestra pokusí kontakt navázat, například pomocí hračky či knihy. Z rozhovorů jsme se dozvěděly, že v průběhu všech příjmů sestry oslovily nejen rodiče dítěte, ale také dítě samotné. Sestry odváděly pozornost dítěte hračkami a obrázky na zdi. Matky uvádějí, že se sestry ptaly dětí na jméno a příjmení a ukazovaly jim hernu. Jedna z matek dodala, že sestra odváděla pozornost od náběrů krve pomocí otázek na rodinu, školku, do které dítě dochází, a jeho oblíbené hračky. Matky kojenců uváděly, že sestra dítě pochovala mezitím, co podepisovaly papíry, usmívala se na něj a mluvila s ním. Během pozorování jsme se také zaměřily na to, zda sestra komunikuje pouze s rodičem nebo svou pozornost zaměřuje i na dítě. V této situaci neposuzujeme pouze verbální komunikaci, ale i neverbální signály směrem k dítěti. Sestry S1, S3 a S6 komunikovaly jak s dítětem, tak s jeho rodičem. Nestalo se tak u zbylých třech sester. U sestry S2 však pětíměsíční kojeneček spal, komunikace byla tudíž vyloučená. Ve zbylých dvou případech ale možnost komunikovat s dítětem byla. Jednalo se o tříměsíční a tříleté dítě.

Během hospitalizace dítěte s rodičem sestra přenechává část svých povinností na rodiči dítěte. Jedná se především o běžné denní činnosti. Sedlářová (2008) považuje umožnění rodičům pečovat o své dítě za podmínku dobré spolupráce sestry s rodičem dítěte. Dále upozorňuje, že takto by se mělo dít po celou dobu hospitalizace. Předem je ale nutné zhodnotit zdravotní stav dítěte a zkušenosti matky. Při příjmu si musí sestra s rodiči ujasnit, v jaké míře matka chce, aby sestra zasahovala do péče o její dítě. Pokud se rodina nechce žádným způsobem zapojovat, veškerá péče je samozřejmě na sestřích dětského oddělení. Pokud však matka zájem má, je třeba jí v tom podporovat a umožnit jí péči o dítě do takové míry, jak jen je možné. Pokud si matka na některé činnosti netroufá či neví, jak je provádět, je na sestře, aby jí dopomohla a ujistila jí, že se má koho obrátit. Sedlářová (2008) dále upozorňuje na to, že sestra je vždy zodpovědná za ošetrovatelskou péči bez ohledu na to, zda dopomáhá rodina či nikoliv. V průběhu pozorování na dětském oddělení došlo ke dvěma situacím, kdy matky potřebovaly názornou ukázkou ošetrovatelského postupu. Jako první zažádala matka sestru, aby jí předvedla, jakým způsobem má své dceři odebrat moč pomocí odběrového sáčku. Druhá matka poprosila sestru o asistenci při koupání dítěte po operačním výkonu. V obou případech jim bylo zcela vyhověno a sestry profesionálním způsobem matce vše vysvětlily. V rozhovorech všechny matky uvedly, že sestra nechala běžnou péči o dítě v jejich rukou. Všechny respondentky také zmínily, že se při příjmu sestra zeptala, zda budou o své dítě pečovat samy. Pět matek říká, že jim sestra vše poprvé ukázala. Větší polovina také popisuje, jak je sestra v průběhu hospitalizace kontrolovala, zda činnost provádí správně. V případech respondentek R1, R3 a R7 sestra matky ani jednou nezkontrolovala. Z těchto respondentek se pouze jedné sestry zeptala, zda vše ohledně péče o dítě zvládá. Jedna z respondentek je ale všeobecnou sestrou působící na lůžkovém oddělení pro dospělé. Tato matka říká, že jí sestry vůbec nekontrolovaly a nevysvětlily jí, jak má o dítě pečovat po operačním výkonu. Naše pozorování však potvrdilo, že sestry ve většině případů matky kontrolují a nabízejí svou pomoc s běžnou péčí o dítě.

Druhá výzkumná otázka se týkala podávání informací rodiči dětského pacienta. Zaměřily jsme se na komunikaci sestry při příjmu dítěte, před vyšetřením a v průběhu

vyšetření. Při příjmu dítěte je nesmírně důležitý pozdrav a představení zdravotníků. Tento fakt je již popsán výše. Vejtečková (2011) zdůrazňuje, že se příjem dítěte od příjmu dospělé osoby liší především v tom, že za dítě veškeré souhlasy podepisuje rodič. Musí být tedy lékařem nebo sestrou informován, co a z jakého důvodu má podepsat. V našich rozhovorech čtyři matky vypověděly, že během příjmu podepisovaly souhlas s hospitalizací či vyšetřením. Všechny matky byly informované, co podepisují a měly dostatek času na přečtení.

Vejtečková (2011) dále popisuje vše, co sestra musí zjistit od matky či jiného člena rodiny o dítěti. Jedná se o jeho návyky v oblasti stravování, vyprazdňování, hygieny, spánku, schopnosti adaptace na jiné prostředí a komunikace. Další otázka je zaměřena na oslovení dítěte – jak ho rodiče doma oslovují. Matka by měla sestru seznámit s oblíbenými hračkami. Sestra se pokusí zjistit, jak dítě reaguje na ostatní děti. V rozhovorech všechny matky bez výjimky popisovaly, jak sestra získávala informace o jejich dítěti. Ptala se, jaké potraviny dítě již vyzkoušelo, jaký druh kojeneckého či batolecího mléka matka dává dítěti, kolik a jak často mléko dostává, zda nosí pleny, jestli chodí do školky... Sestra se dále doptávala na další okolnosti jako dudlík, deku a podobně.

V dalším kroku sestra musí matku seznámit s právy a povinnostmi pacienta. Jak píše Vondráček (2009), každá nemocnice je povinna rodiče s řádem oddělení seznámit. Řád stačí vyvěsit na konkrétní místo a rodiče pouze upozornit, aby si vše pročetli. Vejtečková (2011) zmiňuje, že pokud je dítě dostatečně zralé, mělo by být informováno společně s rodičem. Linhartová (2007) ve své publikaci zmiňuje práva a povinnosti pacienta během hospitalizace. Zajímalo nás, zda sestra při příjmu rodiče s chodem oddělení a právy a povinnostmi seznámila. Z rozhovorů jsme zjistily, že ústně podala sestra rodičům tyto informace pouze ve dvou případech. V pěti případech dostaly matky informace v tištěné podobě. Matky R4 a R5 popsaly, jakým způsobem je sestra informovala o chodu oddělení. O právech a povinnostech pacienta však nevěděly nic. Dle mého názoru je nejpraktičtější informace vyvěsit na pokoj či chodbu oddělení. Stalo se tak ve dvou případech. Dotčené matky byly pouze upozorněny, ať si daný dokument nezapomenou přečíst. Matky během hospitalizace četly dokument alespoň dvakrát. Na

oddělení, kde probíhalo pozorování, byly dokumenty, jako je řád oddělení, práva a povinnosti dítěte, jídelní lístek, mapa nemocnice a jiné předány každému rodiči v uzavřených deskách při příjmu dítěte. V jídelně byly tyto dokumenty znovu vyvěšeny na nástěnce.

Plevová (2010) jako další z úkonů sestry při příjmu uvádí ukázkou pokoje, oddělení a vyšetřovny. V rozhovorech jsme se dotazovaly matek, zda je sestry s dětským oddělením seznámily. Všechny dotazované kromě matky R1 byly sestrou provedeny a seznámeny s jejich pokojem. Situace matky R1 byla raritní. Dítě bylo přijato na oddělení akutně v noci. Matka nemohla dítě doprovázet, protože měla doma ještě jedno ze svých dětí. Ráno byla přijata recepční, která matce předala číslo pokoje. Pokoj musela vyhledat sama. Dle mého názoru by tato situace v žádném případě neměla nastat. Matka je rozrušená, chce informace a pomoc. Přístup daného pracovníka je z mého pohledu neprofesionální. Během příjmu dostaly všechny matky (kromě uvedeného případu) dostatek informací.

Jak už bylo řečeno, zaměřily jsme se také na podávání informací od sestry před a během vyšetření. Před vyšetřením dítěte musí sestra či lékař získat od rodiče souhlas. O potřebném souhlasu rodiče s vyšetřením dítěte píše Sedlářová (2008). Udává, se vždy musí o souhlas požádat. Rodiče tedy nejdříve musí být informováni, jaké vyšetření bude dítěti provedeno. Sedlářová zmiňuje, že můžeme rodiče poprosit, aby následně získané informace interpretoval dítěti. Čtyři matky v rozhovorech označují informace o vyšetření za zcela dostačující. Jedna matka je označuje za stručné a matky R1 a R5 nedostaly informace vůbec žádné. Matka R1 však udává, že všechny informace ohledně vyšetření poskytovala lékařka. Matka R1 měla během hospitalizace otázky k sestřím, na které jí nechtěly dát odpověď. V rozhovoru bylo zřejmé, že sestry na spoustu otázek odpovídat nemohly. Z mého pohledu byla chyba v tom, že sestry nevysvětlily matce, že k podání určitých informací nemají kompetence, tudíž si matka situaci vyložila tak, že vše nechávají na lékaři a nechtějí komunikovat bez jeho přítomnosti. Během pozorování žádná sestra nepřekročila své kompetence v podávání informací. Vondráček (2009) vysvětluje, že sestra je rodinou vnímána jako pomocník a je s nimi ve velmi úzkém

kontakty. Rodina tudíž žádá od sestry kompletní informace o stavu pacienta a výsledcích vyšetření. Sestra si však musí uvědomovat, co říci může a co nikoliv.

Během vyšetření dítěte musí sestra komunikovat s matkou, ale především s vyšetřovaným dítětem. Ptáček (2015) píše, že při komunikaci s kojencem je třeba užívat nejen doteků, ale také komunikace verbální. Ideální je broukat či zpívat. Dále udává, že komunikace s batolaty je především verbální. Ptáček (2015) stejně jako Plevová (2010) doporučuje používat ke komunikaci s dítětem hračky a knihy. V našich rozhovorech matky popisovaly právě to, jak sestra zaujala pozornost dítěte s pomocí hračky či obrázku a vysvětlovala postup vyšetření nebo operace. Sestry dětem vysvětlovaly, kde budou operovány, a na plyšovém zvířátku ukazovaly, co je po operaci bude čekat. Z pohledu matky oceňují snahu sester o přípravu dítěte na budoucí situaci. Právě Kelnarová (2014) popisuje, že pomocí hračky může sestra ukázat dítěti a rodiči místo, kde bude operováno, nebo polohu, ve které bude muset ležet. Zmiňuje, že dítě, které je takto připravené, mnohem lépe spolupracuje a doba vyšetření se značně zkracuje. Také považuje za důležité se před dítětem zmínit o bolestivosti zákroku, ale zároveň ho ujistit, že nepochybuje o jeho zvládnutí bolesti. V těchto případech je absolutně bezpředmětné lhát. Verbální komunikaci s dítětem před vyšetřením či operací popisuje v rozhovoru pět matek. Další neverbální projevy jako doteky, pochování, pohoupání popisuje také pět matek. Tři zmiňují utěšování dítěte při pláči.

Zajímalo nás, jak děti na komunikaci a chování sester reagovaly – zda se sester nebály a zda projevovaly spíše kladné pocity či nikoliv. Ptáček (2011) uvádí, že vhodná komunikace sestry a její dobré chování k dítěti může usnadnit průběh hospitalizace a u dítěte vyvolat pocit bezpečí, klidu a důvěru. Sedlářová (2007) upozorňuje, že dítě v době nemoci a v cizím prostředí může reagovat zcela jinak, než je u něj jinak běžné. V našich rozhovorech tři matky udávaly, že se jejich děti nebály, smály se a komunikovaly. Dvě matky řekly, že se jejich děti bály a brečely. To připisovaly především tomu, že sestry s dítětem nenavazovaly dostatečný kontakt během hospitalizace.

Z mého pohledu je velmi důležité, kde sestra informace rodičům předává. Výběr vhodného místa může mít vliv na pochopení postupu a soustředění rodiče dítěte. Během

rozhovorů jsme se setkaly se zvláštní situací. Matka R3 popsala, že jí sestra předala informace o naplánovaném vyšetření až v průběhu cesty na ono vyšetření. Tato matka také popisuje podané informace od sestry jako velmi stručné a nepřesné. Doslova uvádí, že lékař jí řekl něco úplně jiného. Také v literatuře se o vhodném místě na předávání komunikace mluví. Zacharová (2011) uvádí, že sestra pro úspěšnou komunikaci musí vybrat vhodné místo bez rušivých elementů, dle potřeby v soukromí. V našich rozhovorech jsme se nejčastěji setkaly s předáním informací na pokoji pacienta a na vyšetřovně. Během pozorování jsme zjistily, že sestry předávaly informace o plánovaném vyšetření především na pokoji pacienta.

Plevová (2010) udává, že informace je třeba stále opakovat. Znovu by měly zaznít nejen informace předané, ale i ty získané. Venglářová (2006) přímo říká, že opakování je matka moudrosti, a upozorňuje na to, že sestra musí být trpělivá. Během našeho pozorování jsme se také zaměřily na to, zda sestra rodiči podané informace zopakuje. Dobrou zprávou je, že ve více jak v polovině případů tomu tak bylo. Dvě sestry z dětského oddělení však žádné informace nezopakovaly. Myslím si, že pro běžné zopakování podaných informací by rodičům skvěle posloužil informační leták či brožura. Matky by do nich mohly kdykoliv nahlídnout a nemusely by opakovaně požadovat po sestře vysvětlování jedné a té samé věci. Respondentek jsme se ptaly, zda během předávání informací sestra opakovala již předané a přijaté informace. Čtyři respondentky uvádí, že sestra tak konala, jedna respondentka si nemohla vzpomenout. Dvě respondentky nedostaly informace žádné.

Během podávání informací by sestra měla rodiči položit otázku, zda všemu rozumí, tak získá zpětnou vazbu. Pokud si sestra není jistá, zda rodič všem informacím rozumí, vyzve ho, aby zopakoval to nejdůležitější z přijatých informací. Naše pozorované sestry až na jednu výjimku rodiče zkontrolovaly, zda všemu rozumí, zeptaly se ho na tento fakt nebo ho, jak již bylo psáno, vyzvaly ke shrnutí informací. Pouze jedna sestra takto nekonala. Zajímavé je, že tato sestra ani nezopakovala podané informace.

Plevová (2011) popisuje nejvhodnější ukončení rozhovoru. Dle ní je třeba upozornit na to, že daný rozhovor bude končit a udělat souhrn vyřčených informací. Dalším důležitým bodem je podle Plevové poskytnutí prostoru pro otázky. Během našeho

pozorování jsme tedy zaměřily pozornost i na to, zda sestry poskytují rodičům volný prostor. Příjemně nás překvapilo zjištění, že všechny sestry krom jedné rodičům zmíněný prostor pro dotazování daly. Myslím si, že pozorovaná sestra, která informace nezopakovala, nezeptala se, zda rodič rozumí a ani mu neposkytla prostor pro otázky, nevedla kvalitní rozhovor. Rodič tak přijal mnohem méně informací, než by mohl pojmut v případě, že by sestra věděla, jak má během rozhovoru postupovat.

Třetí výzkumná otázka se ptá, zda je komunikace sestry s rodičem dětského pacienta srozumitelná. Jak píše Ptáček (2011), důležité je, aby komunikace mezi sestrou a rodičem byla srozumitelná, Pouze tak budou veškeré informace dobře pochopeny.

Během hospitalizace dochází k situacím, kdy sestra musí rodiči podat důležité informace nebo vysvětlit současnou situaci. Jedná se především o ošetrovatelské postupy, vyšetření dítěte, příjem či propuštění pacienta. Sestra by se ve všech těchto situacích měla vyvarovat častému užívání odborných termínů. Jak píše Vymětal (2008), odborníci považují některé výrazy za běžnou věc, ale laická veřejnost si přijaté informace přizpůsobí a může si vytvořit zcela mylnou představu o realitě. K nepochopení termínu může dojít i z důvodu užívání latinských či řeckých termínů. Během pozorování sestry užily několik odborných termínů. S neporozuměním ze strany rodiče jsme se při tom ale nesetkaly Mezi užitými termíny byly následující: infúze, flexila, sono, krevní obraz, inhalace atd. Všechny respondentky uvádějí, že v průběhu hospitalizace sestry používaly odborné termíny. Matky uvedly, že některé sestry používaly termíny pro ně srozumitelné, jiné nikoliv. Konkrétně matka R5 uvádí, že v průběhu příjmu dostala kompletní a srozumitelné informace, před vyšetřením podaným informacím nerozuměla. Sestra řekla matce název vyšetření a dále nepopsala, co to je za vyšetření a jak probíhá. Matka si název nezapamatovala.

Čtvrtá výzkumná otázka řeší, jaké chyby dle rodiče dělá sestra během komunikace s ním. Linhartová (2007) a Vévoda (2013) popisují, k jakým chybám u sester dochází nejčastěji. Jde především o špatnou, chybějící, nedostatečnou, zlehčující či hrubou komunikaci. Velký problém je též v nelogickém podávání informací. Většina autorů vidí chybu komunikace právě ve špatné srozumitelnosti. U sester je popisována arogance, povýšenost či nedostatek empatie. Během pozorování jsme se nesetkaly s nelogickým

podáváním informací. Respondentky tento nedostatek v rozhovorech také neuváděly. Z rozhovorů je zřejmé, že sestry chybovaly v komunikaci s rodiči ohledně vyšetření. Několik matek uvedlo, že dostaly nepřesné, nebo dokonce žádné informace. Sestra v jednom případě odmítla informace poskytnout a odkázala matku se vším na lékaře. V jediném případě matka uvedla zlehčující komunikaci. Matka chtěla po sestře doplňující informace ohledně ultrazvuku srdce. Sestra však matce žádné další informace nesdělila s tím, že je to pouze ultrazvuk, ne operace. Matka měla dle sestry informací dostatek. Během pozorování jsme na zlehčující komunikaci také narazily. Hrubou komunikaci žádné respondentky neuváděly, během pozorování sestry hrubě nekomunikovaly. Chyby ve srozumitelnosti byly popsány výše. Žádná respondentka nemluvila o povýšeném a arogantním chování sestry. Jedna respondentka zmínila, že by u sester na dětském oddělení ocenila snahu vcítit se do situace matky. Jedna z pozorovaných sester byla dle mého názoru neempatická. Matku nepodpořila v průběhu synovy operace a situaci zlehčovala.

Zacharová (2011) uvádí, že jednou z častých chyb v komunikaci sestry s rodičem je situace, při níž se sestra během rozhovoru dívá stranou či nad hlavu rodiče. Během našeho pozorování pouze jedna sestra neudržovala oční kontakt. Z mého pohledu je oční kontakt velice důležitý, ale jak udává autorka, jsou situace, kdy přímý pohled z očí do očí může vyvolat nepokoj a agresi, a to především v takových situacích, kdy si rodič přijde na něco stěžovat. Sestra, která měla s udržováním očního kontaktu problém, argumentuje časovou tísní na pracovišti, což je dle mého názoru bezpředmětné. Na komunikaci s rodičem si sestra udělat čas musí. V případě, že momentálně vykonává neodkladnou činnost, má poprosit rodiče o chvilku strpení a následně s rodičem promluvit ve volné chvíli.

Našich respondentek jsme se ptaly, zda u sester shledaly nějaké chyby v chování a co by dle nich vyžadovalo změnu. Respondentky R2, R4, R6 neuvedly žádnou žádanou změnu, což považuji za velký úspěch. Čtyři matky největší problém vidí právě v komunikaci sester. Ve většině případů šlo právě o nedostatek a nesrozumitelnost informací. Vévoda (2013) píše, že komunikace je jedno z nejslabších míst v našich nemocnicích. Jako důkaz považuje zvyšující se počet soudních sporů na toto téma.

Vévoda dodává, že soudní spory se už jen výjimečně vedou kvůli porušení kompetence, ve většině případů jde právě o již zmíněnou komunikaci. Ani v našem pozorování jsme se s porušením kompetencí sester nesetkaly.

Dvě ze sedmi respondentek zmínily nedostatečnou ochotu sester na oddělení. Matky mluví o tom, jak sestru poprosily o doplnění plen či uvaření kávy a sestra i přes sliby nic z uvedeného neudělala. Sestry matkám argumentovaly časovou tísní, ale matky to vidí jinak. Dle jejich názoru sestry často seděly na denní místnosti. Dalšími nedostatky, které respondentky jednotlivě uváděly, byly větší lidskost, spolupráce, chování či více informací. V našem výzkumu respondentky trpělivost ani profesionalitu sester nepovažovaly za nedostatečnou.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta.

V úvodu této bakalářské práce byly vytyčeny tři hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak sestra komunikuje s rodiči dětského pacienta, druhým cílem, zda rodiče rozumí informacím podávaných sestrou, a cílem třetím, jaké chyby dělají sestry v komunikaci s rodičem dětského pacienta.

Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že sestry v komunikaci užívají jak komunikaci verbální, tak neverbální. Sestry své pacienty a jejich rodiče neverbálně utěšovaly, podporovaly a jinak doprovázely komunikaci verbální. Verbálně komunikovaly s rodiči při příjmu pacienta, v průběhu celé hospitalizace, při vyšetření a během propouštění dítěte do domácí péče. Pozitivním zjištěním bylo, že sestry užívají ke komunikaci pomůcky jako hračky, letáky, brožury, obrázky či plakáty.

Na základě analýzy výsledků pozorování a rozhovorů jsme došly k závěru, že sestry nepoužívají odborné, pro laickou veřejnost nesrozumitelné termíny. Rodiče rozumí informacím podávaným sestrou. Všechny informace, která sestra rodičům předala, byly v rámci jejich kompetencí. Sestra informace předávala ve většině případů na pokoji pacienta a na vyšetřovně. Předávané informace během příjmu pacienta byly dostatečné. Sestry zjišťovaly, zda rodič všemu rozumí, poskytovaly prostor pro otázky a průběžně předávané informace opakovaly. Při příjmu jsme shledaly hlavní problém v tom, že sestry nepředstavují dítěti ani rodiči. Sestry často neseznamují rodiče s právy a povinnostmi pacienta.

Během tohoto šetření jsme se setkaly nejčastěji s problémem nedostatečné informovanosti rodiče o průběhu vyšetření. Sestry odkazovaly rodiče s dotazy na lékaře. Informace předávaly nedostatečné nebo žádné. V průběhu vyšetření vhodně komunikovaly s dítětem pomocí hraček a obrázků. Komunikace sester je velmi individuální. V několika případech byla nedostatečná komunikace připisována nedostatku personálu a časové tísní.

Tato bakalářská práce by měla sestry dětských oddělení seznámit s problematikou komunikace s rodičem dětského pacienta. Sestry by si měly osvojit základní dovednosti

v oblasti komunikace. Taktéž by měla poukázat na chyby, které se v této oblasti častěji vyskytují. Na požádání vrchní sestry dětského oddělení, na kterém probíhalo pozorování a bylo hospitalizováno několik respondentek, budeme pořádat přednášku na téma komunikace sester s rodiči dětského pacienta.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada, ISBN 9788024737249
- BEDNAŘÍKOVÁ, I., 2006. *Sociální komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 8024413574
- BOLEDOVIČOVÁ, M. et al., 2006. *Pediatrické ošetřovatelstvo*. 2. vyd. Martin:Osveta, ISBN 9788080633318
- BRUNO, T., 2007. *Řeč těla- přesvědčte svou mimikou, gesty a držení těla*. Praha: Grada, ISBN 9788024720081
- DEVITO, J. A., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, ISBN 9788024720180
- JANÁČKOVÁ, L. a P. WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, ISBN 9788073674779
- JANOUSEK, J., 2007. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada, ISBN 9788024715940
- JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada, ISBN 9788024717081
- KÁBRT, J., 2003. *Latinsko český slovník*, 2. vyd. Praha: Galén, ISBN 8072622358
- KENNEDY S. L., 2009. *Communication for Nurses: Talking with Patients*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers, ISBN 0763788651
- LANGMAIER, J., D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*, Praha: Grada, ISBN 9788024712840
- LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. české. Praha: Grada, ISBN 8024706687.
- LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, ISBN 9788024717845
- MAROUNKOVÁ, J., 2006. Dětská sestra a ošetřovatelství. *Nemocniční listy*, roč. 7, č. 2, s. 14-15. ISSN 18020224

- MARTINKOVÁ, V., 2008. Komunikace s dětským pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 4, č. 4, s. 24-25. ISSN 18011349
- MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada, ISBN 9788024723396
- MOTSCHNIG, R. a L. NYKL, 2011. *Komunikace zaměřená na člověka: rozumět sobě i druhým*. Praha: Grada, ISBN 9788024736129
- MORRISSEY J. a P. CALLAGHAN, 2011. *Communication skills for mental health nurses*. Maidenhead: Open University Press, ISBN 9780335238705.
- MUNTAU, A., 2014. *Pediatric*. 2. vyd. české. Praha: Grada, ISBN 9788024745886
- PLEVOVÁ, I. a R. SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, ISBN 9788024729688
- POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, ISBN 9788024732718
- PRŮCHA, J., 2011. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky*. Praha: Grada, ISBN 9788024736037
- PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ISBN 9788024739762
- SEDLÁŘOVÁ, P., 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, ISBN 9788024716138
- SIKOROVÁ, L., 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, ISBN 9788024735931
- SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v pediatrii*. Praha: Grada, ISBN 9788024732862
- SORGER, U., 2009. *Communication Theory*. Norderstedt: Books on Demand, ISBN 9783837085211.
- ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, ISBN 9788072625994
- UHHEREK, P., 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úprav: výjimky a právní odpovědnost: řešení sporných či*

komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů.
Praha: Grada, ISBN 9788024726588

VÁGNEROVÁ, M., 2005. *Vývojová psychologie I: dětství a dospívání.* Praha: Karolinum, ISBN 8024609568

VEJTEČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha: Grada, ISBN 9788024734194

VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Dítě: 3 x 333 otázek pro dětského lékaře.* Praha: Triton, ISBN 9788072549290

VELEMÍNSKÝ, M. a J. VITONĚ, 2015. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí.* 2. vyd. Praha: Triton, ISBN 9788073878443

VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada, ISBN 8024712628

VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* Praha: Grada, ISBN 9788024747323

VONDRÁČEK, L. a V. WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 9788024731322

VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace.* 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 9788073673871

VYBÍHALOVÁ, L., 2011. *Komunikační dovednosti při práci sestry.* *Sestra*, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404

VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi.* Praha: Grada, ISBN 9788024767420

ZACHAROVÁ, E. a J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* Praha: Grada, ISBN 9788024740621

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* Praha: Grada, ISBN 9788024720685

ZACHAROVÁ, E., 2008. *Úloha sociální komunikace v dětském lékařství.* *Pediatric pro praxi.* Olomouc: Solen, 9, 1. ISSN 12130494

ZACHAROVÁ, E., 2008. *Práva pacientů a současnost.* *Ošetrovatelský obzor.* Bratislava: Herba, 5, 4. ISSN 13365606

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, ISBN 9788027101566

Elektronické zdroje

CABAJOVÁ, V. a S. BÁRTLOVÁ, 2007. *Diplomová práce na téma: Pobyt dítěte v nemocnici z pohledu doprovázející osoby*. [online]. [cit. 20.6.2016]. Dostupné z: <https://wstag.jcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

Charta práv hospitalizovaného dítěte.[online]. [cit. 30.6. 2016]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/pro-pacienty/detsky-pacient/charta-prav-deti/>

SVATUŠKOVÁ, H., 2014. Hospitalismus u dětí. Praha: *Sestra*. [online]. [16.4.2016]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hospitalismus-u-deti-473735.html>

Zákon č. 48/1997, 2015. [online]. [cit. 20.3.2016]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

8 SEZNAM PŘÍLOH

1. Charta práv dítěte
2. Otázky k rozhovorům
3. Jednotlivé rozhovory
4. Souhlas s pozorováním
5. Pozorovací arch

Příloha č. 1

Charta práv hospitalizovaných dětí

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo ambulantně.
2. Děti v nemocnici mají právo mít s sebou po celou dobu hospitalizace své rodiče nebo jinou blízkou osobu, rodiče zastupující.
3. Všem rodičům by mělo být nabídnuto ubytování a mělo by se jim také dostat pomoci a podpory k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se rodiče mohli podílet na péči o své hospitalizované dítě, měli by být náležitě informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k tomu, aby v nemocnici zaujímali aktivní roli.
4. Děti a rodiče mají právo na informace podávané takovým způsobem, jaký odpovídá jejich věku a chápání. Je třeba podnikat takové kroky, jež povedou ke zmírnění fyzického i emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování, jež souvisí s poskytovanou zdravotnickou péčí. Každé dítě by mělo být chráněno před všemi zákroky a vyšetřeními, jež nejsou nezbytně nutné.
6. O děti by mělo být pečováno společně s jinými dětmi, které mají stejné vývojové potřeby. Děti by neměly být hospitalizovány na oddělení pro dospělé. Pro návštěvy na dětských odděleních by neměla platit žádná věková omezení.
7. Děti by měly mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělávání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu, a péče by měla probíhat v prostředí navrženém, vybaveném zařízením a personálně obsazeném tak, jak odpovídá jejich potřebám.
8. O děti by měli pečovat členové personálu, jimž jejich profesní průprava a reálné dovednosti umožňují adekvátně reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuitu péče by měl zajišťovat tým, který o dítě pečuje.
10. K dětem je vždy třeba přistupovat s taktem a pochopením a vždy by mělo být respektováno jejich soukromí.

Charta práv hospitalizovaných dětí byla přijata na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988 v Leidenu

Zdroj: Charta práv hospitalizovaného dítěte [online] [cit. 30.6. 2016] dostupné z:
<http://www.nemcb.cz/pro-pacienty/detsky-pacient/charta-prav-deti/>

Příloha č. 2

Otázky k rozhovorům

1. Jaký je věk vašeho dítěte?
2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?
3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?
4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?
Zhodnoťte vzhled sester na oddělení
5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?
Seznámila vás sestra s chodem oddělení a právy a povinnostmi pacienta?
6. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?
Kdy chodily na pokoj sestry?
9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?
Kontrolovala vás sestra během těchto činností?
10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?
Jaký byl přístup sester k dítěti během ošetření dítěte nebo vyšetření?
11. Jak na sestry dítě reagovalo?
12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?
Zeptala se sestra, jestli chcete být přítomna odběrů krve?
13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?
14. Kde vám tyto informace předávala?
15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?
Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?
16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?
17. Co byste změnila na přístupu sester?

Příloha 3.

Jednotlivé rozhovory

Rozhovor č.1

1. Jaký je věk vašeho dítěte?

Synovi jsou 2 měsíce.

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Již podruhé. Poprvé jsme leželi na neonatologickém oddělení kvůli srdeční vadě. To bylo hned po narození.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Chytil cytomegalovirovou infekci, při hospitalizaci na neonatologickém oddělení a samozřejmě kvůli srdeční vadě jako při první hospitalizaci.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Prostředí na mě působí velice příjemně. Každá maminka a dítě má svůj pokoj se sociálním zařízením. Na chodbách jsou na zdech dětské motivy. K dispozici je dětská herna, ale tu jsme nevyužili. Všechny potřeby pro syna jako pleny, pyžamka, mastičky a tak dále jsem měla k dispozici na pokoji.

Zhodnoťte vzhled sester na oddělení.

Sestry byly upravené. Měly uniformu. Nevšimla jsem si ničeho, co by mělo být špatně.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

Velice rozporuplný, nikdo nepřišel s informacemi.

Můžete situaci podrobně popsat?

Syn byl v noci akutně záchrannou službou převezen do nemocnice. Já jsem se dostala do Prahy až druhý den ráno. Po vyplnění základních údajů u recepční jsem rovnou dostala číslo pokoje, kam mám jít. Na pokoj jsem se ubytovala sama. Asi až po třiceti minutách přišla sestra, pozdravila, nepředstavila se a chtěla další informace. Přitom mi žádné informace nepředala, řekla, ať se se vším obrátím na lékaře. Za tím mě poslali až po víc jak hodině na vyšetřovnu. Ta hodina byla docela dlouhá, nikdo si mě skoro nevšiml. Hned poté mi syna přivezli z JIP, kde strávil noc.

Seznámila vás sestra s chodem oddělení a právy a povinnostmi pacienta?

Vše viselo na nástěnce. Řekla, ať si vše přečtu.

6. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno byla rozhlasem vyhlášena snídaně, po které následovala vizita. Dopoledne nějaká vyšetření, pokud byly potřeba. Oběd. Synovi byly podávány kapačky, tak ty chodily sestry pravidelně kontrolovat. Mohla jsem si celý den dělat, co jsem chtěla, nikdo mě v ničem neomezoval. Večerka také nebyla.

Kdy chodily na pokoj sestry?

Sestry přišly až s vizitou. Před tím na pokoji byla pečovatelka kvůli výměně lůžkovin. Celý den pravidelně kontrolovaly kapačky a měřily synovi teplotu. Byly jsme domluvené, že si péči o syna obstarám sama. Nechtěla jsem, aby mi ho přebalovaly a krmily ony.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

Běžnou péči jsem veškerou prováděla sama. Domluvily jsme se tak při příjmu. Děcku jsem připravovala umělou výživu, koupala jsem, přebalovala jsem.

Kontrolovala vás sestra během těchto činností?

Sestra se pokaždé ptala, zda malý pil a kolik toho vypil. U přebalování se jen ptala, kolikrát byl na stolici a jestli měla normální barvu. U koupání byla sestra poprvé, poté už mě nekontrolovala.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?

Některé sestry mi přišly, že nemají k dětem vůbec žádný kladný vztah.

Podle čeho jste tak usoudila?

Když přišly na pokoj, vůbec si syna nevšímaly. Nepozdravily ho, nepohladily ho. Mluvily jen se mnou. Nebyl to případ všech sester, ale většina se tak chovala.

Jaký byl přístup sester k dítěti během ošetření dítěte nebo vyšetření?

Byla jsem přítomna pouze vyšetření na kardiu, ale tam nebyla sestřička z tohoto oddělení. Byla milá, hezky se synem pracovala. Když syn brečel, pochovala ho a mile ho uklidňovala po celou dobu vyšetření. Na ostatní vyšetření jsem se synem nechodila, vždy mi ho odnášely.

11. Jak na sestry dítě reagovalo?

Syn většinou brečel. Sester se bál. Z vyšetření se vracel hodně vystresovaný.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano, prohlídky na kardiologickém oddělení, ale na odběry krve nebo napichování kanyly do hlavičky mi syna odnášely a vracely mi ho hodně vystresovaného.

Zeptala se sestra, jestli chcete být přítomna odběrů krve?

Nezeptala, sestra mi vysvětlila, že není dobré, abych asistovala. Prý rodiče k takovýmto výkonům neberou. Chtěla jsem tam jít při napichování kanyly do hlavičky, ale zakázaly mi to. Syn byl vždy strašně vystresovaný. Kdybych tam byla, mohlo to být lepší.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Sestry informace nepodávaly skoro žádné. Vždy mi vše řekla lékařka.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Na našem pokoji.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ano, lékařka mi vše vysvětlila.

Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?

Sestry jsem se ze začátku ptala, ale informace jsem neměla kompletní, spíše mi zodpovězeno nebylo. Záleželo na tom, kdo má službu, některá sestřička ochotná byla a vysvětlila mi mé otázky. Pro informace jsem si volala naší dětské obvodní lékařce, která mi vysvětlovala, co jsem potřebovala, nebo jsem šla za lékařkou na oddělení, ale ta také neměla pořád čas.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Z větší části záporně. Je podle mě špatné, když na dětském oddělení musím čekat, až přijde sestra, které nevadí dotazy a dokáže být milá na mámu, co tam je s dítětem několik týdnů.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Ochotu, komunikaci s rodiči, lidskost. Sestry by měly být ochotnější. Některé se mnou nespolupracovaly a hned mě odkázaly na lékařku. Komunikace byla také hrozná. Sestra by si měla uvědomit, co matky prožívají, že mají strach.

Rozhovor č.2

1. Jaký je věk vašeho dítěte

3 měsíce

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Ano, jsme.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Kvůli akutní bronchitidě. Syn měl vysoké teploty a kašlal.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Oddělení je krásně barevné a příjemné, aby se tu děti cítily dobře, sestřičky jsou upravené. Je tu krásná herna s televizí.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

První dojem byl dobrý, všichni nám vše potřebné vysvětlili a se vším nám vyšli vstříc. Sestry byly milé, komunikativní a ochotné.

6. Jak probíhal příjem?

S papírem od dětské lékařky jsme šli rovnou na dětské oddělení. Tam nás přivítala sestra, pozdravila a představila se. Posadila mě a manžela na chodbu. Když přišla doktorka, šla jsem se synem k ní na vyšetřovnu. Doktorka syna vyšetřila a pak nám dávala ona a sestra různé otázky o projevech nemoci doma. Vysvětlily nám, co se bude dít. Sestra nám ukázala pokoj a postel. Na stůl mi dala desky s informacemi. To jsem měla podepsat.

Jaké to byly informace?

Souhlasy, práva, denní režim a letáky.

7. Jaké jste dostala během příjmu informace?

Řekly nám, jak budou dále postupovat v léčbě a jak dlouho tam budeme muset zůstat. Veškeré informace o chodu oddělení nám poskytla sestřička a i v průběhu pobytu, když bylo potřeba něco vědět, tak nám vše vysvětlily.

Seznámila vás sestra s právy a povinnostmi pacientů?

Práva a povinnosti byly součástí desek, které jsem dostala hned při příjmu.

Jak sestra při příjmu se synem komunikovala?

Mluvila na něj a utěšovala ho, byla moc milá.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno budíček před snídaní. Přišla sestra, vzbudila nás a změřila synovi teplotu. Pak byla vizita. Následovala léčba. Dávaly kapačky, chodila sestřička na dechovou rehabilitaci nebo byly vyšetření. Pak jsme měli oběd. Po obědě byl chvilku klid a odpoledne pokračovala léčba. V 17:00 byla večeře. Syn většinu dne ještě prospal.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

Musela jsem synovi provádět třikrát denně masáže hrudníku pro lepší dýchání a uvolnění na průduškách. Dále jsem syna večer koupala, krmila a přebalovala pleny. Péče o pokožku byla také na mě.

Kdo vás masáže hrudníku naučil?

Chodila k nám denně fyzioterapeutka, která mi vše ukázala. Nejdříve jsme používaly jen ruce a krém, později mě naučila i míčkovou metodu. Sestra z oddělení mi donesla prospekt, na kterém bylo vše vysvětleno, abych to nedělala špatně.

Vysvětlila vám sestra, jak a čím máte své dítě krmit?

První den mi sestra ukázala mléčnou kuchyňku, kam si zapsala, jaké mlíčko synovi dávám. Poprvé mi ukázala, jak to tam funguje, a pak jsem si pro mléko chodila tam. Bylo od sester připravené v lednici. Já jen nalila vodu. I v noci jsem měla do kuchyňky přístup.

Zajímala se sestra, zda vše zvládáte?

Občas se zeptala, jestli je vše v pořádku. Nabídla mi kdykoliv pomoc.

Kdo u syna prováděl hygienu?

Poprvé mi sestra ukázala vaničku a vše potřebné a pak už jsem si syna koupala sama. Přebalovala jsem ho také sama. Mléko mi tedy připravovaly sestřičky, ale krmila jsem ho já.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti

Milý, všechny si ho rády pochovaly.

11. Jak na ni dítě reagovalo?

Syn se na sestřičky smál. Nikdy se sester nebál.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Vždy řekla, co budou dělat a k čemu nám to pomůže. Někdy jsem dostala papír s informacemi.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Na pokoji nebo na vyšetřovně.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ano, vždy nám to sdělili.

Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?

Ano, vždy nám vše vysvětlila, co se bude dělat za další postup.

Mohla jste být přítomna vyšetření?

U všeho jsem mohla být přítomna. Sestry mi daly na výběr.

Rozuměla jste všem podaným informacím?

Ano, všemu jsem rozuměla.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Byla jsem spokojena. Sestry byly milé a vstřícné.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Myslím, že nic. Byli jsme s přístupem moc spokojeni. Všechny byli milé a usmívaly se a se vším nám pomohly.

Rozhovor č.3

1. Jaký je věk vašeho dítěte

5 měsíců

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Již potřetí. Pokaždé ze stejného důvodu.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Byli jsme na operaci srdce. Syn měl defekt komorového septa.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Prostředí na mě působí chaoticky.

Zkuste to rozvést.

Oddělení bylo hrozně velké, vůbec jsem nevěděla, kde co je. Když mě poslali na vyšetřovnu, hledala jsem ji dobu. Jinak bylo barevně vymalováno, na zdech byly

obrázky, to bylo hezké. Náš pokoj byl vybaven jen okrajově. Koupelna byla naproti pokoji pro víc lidí.

Zhodnoťte vzhled sester na oddělení.

Sestry byly upravené.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

Rozporuplný. Lékaři byli profesionální a milí. Sestry byly nepříjemné. Vadilo mi, že si nás ze začátku moc nevěšimaly, jen řešily papíry. Neměla jsem z nich dobrý pocit.

6. Jak probíhal příjem?

Nás přivezla sanita z dětského oddělení v Českých Budějovicích. Na recepci jsme čekali, bylo zde hodně pacientů. Pak nás poslali na vyšetřovnu, kde byla sestra a lékařka. Po přijetí lékařkou jsme vyplnili údaje a sdělila mi, jak bude probíhat hospitalizace a samotná operace. Sestra seděla u papírů a počítače. Nekomunikovala se mnou, pouze se usmívala na dítě a mluvila na něj. Pak nás jiná sestra nebo sanitářka dovedla na pokoj. Pokoj nám ukázala.

Představila se sestra a pozdravila?

Ano, sestra pozdravila, ale nepředstavila se.

Informovala vás sestra o právech a povinnostech pacientů a chodu celého oddělení?

Dostala jsem do ruky papír, až později jsem zjistila, že jsou to právě tyto dokumenty. Vůbec mi neřekla, co mi předává.

Informovala se o vašem denním režimu a zvyklostech?

Ano, zeptala se na vše ohledně dítěte.

7. Jaké jste dostali během příjmu informace?

Při příjmu řešili hlavně samotnou operaci, měla jsem z toho pocit, že jim tam rodiče překážejí, že se soustředí pouze na pacienta. Z jedné stránky jsou stoprocentně zaměřeni na pacienta, což je dobře, ale mrzelo mě, že nás rodiče před takovou operací psychicky neřeší nikdo.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno jsem syna rovnou nesla k operaci. Lékař mi ještě jednou vysvětlil postup a dobu trvání operace. Po operaci jsem se mohla jít za synem na JIP oddělení hned podívat a

sestra mi sdělila, jak operace proběhla. Když syna přendali z JIP na pokoj, kde jsme už mohli být spolu, režim probíhal nepravidelně. Sestry nosily léky a přístroje na kontrolu srdce.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

Běžnou péči jsem veškerou prováděla sama. Sestra se o syna starala bezprostředně po operaci, protože já jsem se bála, že mu ublížím. Sestra mi vždy obětavě pomohla.

Kontrolovala vás sestra při provádění běžných činností u dítěte?

U koupání mě nikdo nekontroloval, ani se neptaly, zda se koupal. U jídla se pokaždé sestry zeptaly, kolik čeho snědl nebo vypil. Přebalování nikdo nekontroloval.

Vysvětlila vám sestra, jak se o syna starat bezprostředně po operaci?

Ano, vše mi vysvětlila, ale já jsem chtěla, aby vše prováděla sama.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?

Neutrální vzhledem k veliké frekvenci pacientů a chaosu na oddělení. Sestry měly mnoho práce. Nezbyval čas na prohlubování vztahů s pacienty. Na celé oddělení byly pouze dvě.

Jak s dítětem komunikovaly?

Občas na něj mluvily.

11. Jak na ni dítě reagovalo?

Na sestry většinou reagoval pláčem. Hodně se bál, je zvyklý jen na mě.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano, několika.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Stručné, ale když jsem se zeptala, tak mi na vše odpověděla.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Většinou cestou na vyšetření. Někdy na vyšetřovně, ale tam mi je předávala spíše lékařka.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ano, lékaři mi podávali kompletní informace. Sestry na otázky odpovídaly stručně a nepřesně. Někdy bylo vše úplně jinak, lékař měl pak jiný názor.

Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?

To ano, sestra mi vše odpověděla, ale někdy to bylo úplně jinak, než říkal lékař.

Sestra s námi nekomunikovala, jen lékař. Všem informacím jsem rozuměla.

Mohla jste být přítomna vyšetření?

Ano, byla jsem u všech vyšetření.

Dala vám sestra vybrat, zda chcete být přítomna?

Vybrat mi dala pouze u zavedení hadičky do nohy. Jinak jsem vždy chodila automaticky a nikdo se mě neptal, zda chci být přítomna.

Komunikovala sestra s vámi v průběhu vyšetření?

Sestra s námi nekomunikovala, jen lékař. Všem jsem rozuměla. Sestra asistovala lékaři.

Jak komunikovala s dítětem během vyšetření?

Sestra na dítě mluvila a uklidňovala ho.

Komunikovala sestra se synem neverbálně? (dotýkala se ho, hladila ho atd.)

Sestra syna chovala, hladila ho a držela za ručičku.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Z větší části záporně. Sestry mi sice na vše odpověděly, ale bylo na nich vidět, že nemají čas ani chuť se mnou rozebírat operaci. Když jsem nemusela, tak jsem je neobtěžovala. Některé byly k synovi milé, některé ne. Je to hrozně individuální. Žádná nebyla vyloženě zlá.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Chování a ochotu pomoci a komunikovat při těžké operaci, která není pro mámy dětí jednoduchá po psychické stránce.

Rozhovor č.4

1. Jaký je věk vašeho dítěte?

18 měsíců

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Nejsme, poprvé jsme byly na tom samém oddělení kvůli horečkám.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Z důvodu akutního zánětu průdušek. Antibiotika v tabletkách nezabíraly.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Oddělení je moc hezké. Vše je barevně vymalované a děti zaujmou krásné kresby na zdech. Pokoj se mi také líbil. Byla jsem tam ještě s jednou maminkou.

Můžete zhodnotit vzhled sester na oddělení?

Sestry byly upravené a čisté.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

První dojem byl velice dobrý. Paní doktorka byla milá a ochotná. Sestra mi vše vysvětlila, byla milá a usměvavá.

6. Jak probíhal příjem?

Při příchodu na oddělení se nás ujala sestra, která si od nás vzala papíry od paní doktorky a poslala nás na vyšetřovnu. Tam dorazila společně s lékařkou. Zeptaly se nás na všechny projevy nemoci a také na náš denní režim. Sestra se zajímala o stravu dítěte. Pak nám ukázala pokoj a dala k dispozici řád oddělení.

Seznámila vás sestra s právy a povinnostmi pacienta?

O ničem takovém nemluvila, dala mi jen řád oddělení.

7. Jaké jste dostali během příjmu informace?

Dostala jsem řád oddělení a sestra mi řekla, že nejprve naberou krev a moč a poté pojedeme na rentgen. Řekla, že se můžu kdykoliv přijít, pokud budu něco potřebovat. Lékařka mi vysvětlila, proč tam musíme ležet.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno nás vzbudila sestra a měřila teplotu. Pak podala léky a po snídani jsme šly na vyšetření. Celé dopoledne dcera dostávala kapačky až do oběda. Po obědě byl odpolední klid. Pak jsme mohly do herny a po večeri hygiena a spánek.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

Při převlékání dítěte, měření teploty, koupání a krmení. Fyzioterapeut mě naučil dechovou rehabilitaci a tu jsem pak také prováděla sama.

Jak vás sestra poučila o podávání stravy dítěti?

Sestra mi vždy přinesla připravené jídlo. Já jen dceru nakrmila. Po jídle se zeptala, jak nám chutnalo, kolik toho malá snědla.

Ukázala vám sestra, jak a kde dítěti měřit teplotu?

Sestra se mě zeptala, zda teplotu měřím dceři doma. Když jsem odpověděla, že ano, nechala mě teplotu měřit samotnou. Vysvětlila, že se dcera bude méně bát.

Nabídla vám sestra pomoc při hygieně a měření teploty?

Sestra mi nabídla kdykoliv pomoc.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?

Přístup byl moc dobrý. Dceru si okamžitě získaly a nebála se jich. Kdykoliv přišla na pokoj, dceru pohladila a prohodila milé slovo.

11. Jak na ni dítě reagovalo?

Ze začátku dcera nereagovala, byla unavená, ale když se jí ulevilo, měla sestry ráda a povídala si s nimi. Sester se vůbec nebála a klidně s nimi počkala, než se vrátím z kantýny.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Řekla, na jaké vyšetření jdeme a proč se bude provádět.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Na pokoji.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ano.

Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?

Ano, odpověděla na vše potřebné.

Komunikovala sestra s vámi a dítětem v průběhu vyšetření?

Sestra s dcerou komunikovala pomocí hraček. Použila plyšového medvídka, na kterém jí vysvětlila, že je nemocný a musí na focení břicha. Dceři ukázala, jak bude vyšetření probíhat.

Mohla jste být přítomna vyšetření?

Ano, při vyšetření jsem byla s dítětem.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Byla jsem naprosto spokojena s přístupem všech sester.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Myslím, že bych neměnila nic

Rozhovor č.5

1. Jaký je věk vašeho dítěte?

Synovi jsou tři roky.

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Nejsme, jednou jsme byly v nemocnici, protože vůbec nejedl.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Syn měl vysoké horečky, postupně se přidaly průjemy a byl hodně ospalý.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Oddělení je dobré. Asi jsou i modernější oddělení, ale mě to vyhovovalo. Bylo barevně vymalováno, k dispozici byla krásná herna a pokoj byl komfortně zařízený.

Jak byste zhodnotila vzhled sester na oddělení?

Sestry byly upravené, jen jedna sestřička chodila v růžových pantoflích a nosila velice krátké sukně. Přišlo mi to nevhodné.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

První dojem nebyl moc dobrý, měla jsem strach o syna. Někteří mi rozuměli a někteří brali naše problémy na lehkou váhu. Ze začátku mi připadalo, že jsme lékařům a sestřím na obtíž. Byli nepříjemní. Přijímali nás totiž o víkendu. Na oddělení jsem ale neměla se zdravotníky problém.

6. Jak probíhal příjem?

Při příjezdu do nemocnice proběhlo nejdříve vyšetření dítěte na pohotovosti. Pak nás poslali na dětské oddělení, kde už na nás čekali. Sestra a doktor pozdravili a představili se. Lékař se mnou sepsal papíry a dítěti sestry zavedly kapačky. Pak nás uložila na lůžko a následně jsme sepsaly všechny informace se sestrou. Chtěla rodinné anamnézy a veškeré seznámení o dítěti. Nakonec mi nechala papíry na podepsání.

Informovala vás, jaké papíry podepisujete?

Myslím, že to byl souhlas s hospitalizací.

Komunikovala sestra s dítětem během příjmu?

Ano, komunikovala. Ukazovala obrázky a plyšáky.

Dala vám k dispozici chod oddělení a práva a povinnosti pacienta?

Chod oddělení byl vyvěšen na nástěnce. Sestra nám řekla, ať si vše o volné chvíli přečtu. Práva a povinnosti jsem asi nečetla.

7. Jaké jste dostali během příjmu informace?

Při příjmu mi bylo sděleno od pana doktora, že dítěti dali kapačky a léky na snížení horečky, také že proběhly náběry krve a moči na pozdější vyšetření. Sestra mi řekla, že mohu kdykoliv přijít, a zeptala se, zda mám ještě nějaké otázky. Informace byly dostačující a srozumitelné.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno začalo změřením teploty a podáním léků, následovala snídaně. Poté přišel doktor, následovalo vyšetření dítěte a obeznámil mě s lékařským postupem. Sestra na vizitě nebyla. Přes den sestřičky chodily vyměňovat kapačky. Po obědě a výsledcích krve mi lékař sdělil diagnózu. Nařídil klid na lůžku, večere a spánek. Celý den bylo dítě převážně na lůžku.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

O dítě jsem se starala po všech stránkách. Vlastně jako doma. Sestry dělaly vše odborné. Měla jsem k dispozici teploměr a mohla jsem hlídat teplotu dítěte.

Ukázala vám sestra, jakým způsobem a kde dítěti měřit teplotu?

Ano, sestra mi to ukázala, ale já to umím.

Ukázala vám sestra, kde máte potřebné pomůcky k hygieně?

Ano, hned první den.

Nabídla vám sestra pomoc?

Sestra mi řekla, že můžu kdykoliv přijít.

Kontrolovala sestra, zda vše děláte správně?

Občas se přišla podívat.

10. Jaký byl přístup sestry k vašemu dítěti

Sestry se střídaly, jedna měla přístup velice milý. Tu jsem měla nejradši. Další zbytek sester se chovalo také dobře. Nemám důvod si stěžovat. Jen jedna ze sester se chovala hrozně. Byla neochotná, našťvaná. Vlastně s námi nekomunikovala. Bála jsem se po ní cokoli chtít.

Jak sestry s dítětem komunikovaly?

Sestry na dítě mluvily, usmívaly se a utěšovaly ho.

Jak syna utěšovaly?

Utěšovaly ho slovy a pohladily ho po hlavě. Některé syna držely za ruku.

11. Jak na ní dítě reagovalo?

Dítě samo o sobě nemělo náladu na sestry reagovat, bylo unavené z nemoci a plačtivé. Sester si tedy syn vůbec nevšímal a nemluvil s nimi. Je obecně hodně uzavřený do sebe.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Pouze sdělila, že se máme obléct a jít na vyšetření.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Na našem pokoji.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ne, to bohužel nevím. Ani nevím, jak se to vyšetření jmenovalo.

Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky?

Všechny otázky nesdělila, řekla nám pouze cestu a se zbytkem otázek mě obrátila na pana doktora. Na vyšetření jsem šla sama s nějakou maminkou. Ona zůstala na oddělení. Na vyšetření byla také sestra, ale ta nás jen pozdravila a pak seděla za počítačem. Komunikoval se mnou lékař.

Mohla jste být přítomna vyšetření?

Ano, při vyšetření jsem byla s dítětem.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Přístup sester byl půl na půl. Část sester odvedla profesionální práci a zbylá, menší část neměla přístup ideální. Jedna sestra s námi v podstatě nekomunikovala a obtěžovalo jí, když jsem cokoliv potřebovala. Další sestra s námi sice komunikovala, ale byla arogantní. Doktoři na tom byli podobně.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Lepší komunikace, ohleduplnost vůči rodiči a dítěti. Sestry by si měly uvědomit, že rodič má strach a já nejsem zdravotník, nevím, co se bude dít. Nejhorší bylo, že mi nikdo nic neřekl. A já se bála pořád za nimi chodit a ptát se.

Rozhovor č. 6

1. Jaký je věk vašeho dítěte

23 měsíců

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Ano, poprvé.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Syn začal otékat, zjistili mu nějakou srdeční vadu.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení? Zhodnoťte vzhled sester na oddělení.

Prostředí na mě působí depresivně, zařízení staré, opotřebované, WC a koupelna neodpovídá striktní hygieně. Pokoj je pro tři maminky. Je podle mě malinký. I když toto vše bylo ovlivněno tím, že nový pavilon dětského oddělení byl těsně před dokončením. Sestry stoprocentně profesionální a k tomu milé.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

Vzhledem k tomu, že jsem nevěděla, co se děje, a dětská doktorka nás trochu vystrašila, bylo pro mne velmi důležité, že mne přivítala velice milá sestřička. První dojem byl tedy hrozně dobrý.

6. Jak probíhal příjem?

Sestra přišla, pozdravila a představila se. Byla mi vysvětlena základní hygienická pravidla a mohla jsem se okamžitě jít za syna podívat na JIP. To bylo pro mne velice důležité a uklidňující. Zde mi lékařka vysvětlila zdravotní potíže syna a jak bude probíhat léčba. Potom jsme podrobně prošly se sestrou oddělení, vše mi vysvětlila a ukázala. Na pokoji získala další informace o synovi. Dala mi podepsat papíry.

7. Jaké jste dostali během příjmu informace?

Během příjmu mi bylo vysvětleno vše, co jsem mohla potřebovat po celou dobu hospitalizace. Od mytí rukou dezinfekcí přes fungování obědů a uchovávání jídla od

návštěv. Sestřička mi také vysvětlila, jak synovi podávat stravu. Jak se s ním mohu mazlit, abych mu neublížila. Všemmu jsem rozuměla, vše bylo od ní podáno srozumitelně, i tak si sestřička kontrolovala, jestli všemu rozumím.

Nabídla vás sestra pomoc či doplnění informací?

Ano, to mi nabídla.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

V noci sestry maminky budily po třech hodinách na odsátí mléka. Mě se to netýkalo, tak mě to rušilo. Přes den byly přesně stanovené doby jídel, infuzí, hygieny. Rozpis byl na nástěnce. Když syn byl se mnou na pokoji, měli jsme k dispozici hračky.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetrovatelské péče?

Jakmile byl syn se mnou na pokoji, tak jsem si o něj pečovala již sama, přebalování, krmení, převlékání, omývání.

Ukázala vám sestra, jak provádět hygienu u dítěte po operaci?

Ano, ukázala mi vše potřebné. Řekla, na co si mám dát pozor. Poprvé mi koupel ukázala ona.

Přišla se sestra ujistit, zda vše děláte dobře?

Ano, musela jsem jí vše ukázat.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?

Všechny sestřičky se k synovi chovaly opravdu moc pěkně, také jsme jim nechávali fotografii s poděkováním za péči.

Jak se synem komunikovaly?

Sestry syna utěšovaly. Pomocí loutky mu ukazovaly, kde ho budou operovat. Byly moc hodné, neuvěřitelně nám pomohly.

11. Jak na ní dítě reagovalo?

Úsměvem, smíchem, mával všem sestrám a dokonce některým říkal „teta“.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Ano, rentgeny srdce byly nejčastější.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

O jaké vyšetření se bude jednat, jak dlouho bude probíhat, vždy mě poučily.

14. Kde vám tyto informace předávala?

Na našem pokoji před vyšetřením.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Doplňující: Byla sestra ochotná zodpovědět všechny vaše otázky? Komunikovala sestra s vámi a dítětem v průběhu vyšetření? Mohla jste být přítomna vyšetření?

Ano, to mi vysvětlila sestra nebo lékaři, vše mi bylo zodpovězeno, pokud jsem se ptala, a mohla jsem si vybrat, zda se zúčastním vyšetření. Všem informacím jsem rozuměla.

Jak komunikovala sestra s dítětem během vyšetření? Vysvětlila dítěti, co se bude dít? A jak?

Sestra mu ukázala, jak vyšetření bude probíhat a kam bude pan doktor sahat. Používala obrázky a plakát. I po vyšetření za námi přišla na pokoj a s dítětem vše znovu probírala. Mě se zeptala, jestli se chci na něco zeptat.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Byla jsem velice spokojena.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Na přístupu sester ani lékařů bych neměnila nic.

Rozhovor č.7

1. Jaký je věk vašeho dítěte?

35 měsíců

2. Jste poprvé hospitalizováni na dětském oddělení?

Hospitalizováni jsme podruhé. Poprvé jsem byla s dcerou hospitalizována v 9. měsíci jejího věku.

3. Z jakého důvodu je vaše dítě hospitalizováno?

Odstranění pupeční kýly.

4. Jak na vás působí prostředí dětského oddělení?

Myslím si, že barevnější oddělení by působilo lépe na dítě. Na zdech nejsou žádné obrázky, pouze malé na dveřích a hlavní chodbě. Pokoj je vybaven zcela standardně. Na ošetřovně je ale spousta hraček, které dokážou dítě rozptýlit. Sestry byly upravené, čisté. Vlasy měly svázané. Měly předepsané uniformy.

5. Jaký byl váš první dojem z kontaktu se zdravotníky?

První dojem byl víc než dobrý. Sestry byly usměvavé, milé. Dcera se jich nebála. Lékaři byli také skvělí.

6. Jak probíhal příjem?

Na oddělení nás přivítala sestra, pozdravila a představila se. Přijímal nás mladší doktor, kterému jsem řekla veškeré informace týkající se dcery. Dále mi byl dán k podpisu souhlas se společnou hospitalizací. Žádné informace mi lékař neřekl, vše se údajně dozvím během dne. Sestra nám ukázala pokoj a jeho vybavení. Dostala jsem klíček od skříňky. Nabídla mi pomoc se vším, co budu potřebovat. Pak jsem dostala desky s právy a povinnostmi pacientů, řádem oddělení, jídelním lístkem a dalšími informacemi.

7. Jaké jste dostali během příjmu informace?

Před vizitou nás přišla informovat lékařka o průběhu operace. Dala mi podepsat souhlas. Všem informacím jsem rozuměla. Sestra přišla pro podepsaný souhlas a zeptala se, zda všemu rozumím. Dále mě informovala, že dceři zavede na ošetřovně flexilu. Řekla mi důvod. Souhlasila s mou přítomností u výkonu.

8. Popište denní režim na oddělení. Jak probíhalo ranní buzení?

Ráno nás budila ošetřovatelka, která šla vyměnit lůžkoviny. Vše probíhalo zhruba v 7 hodin. Poté přišla na řadu ranní hygiena, kterou jsme prováděly na pokoji. Okolo 9 hodin přišla vizita. V době mezi vizitou a obědem probíhaly vyšetření. Po 12 hodině byl oběd. Po obědě byl zhruba dvě hodiny odpolední klid. Poté jsme navštívily hernu a byly návštěvní hodiny. Večere byla okolo 17. hodiny a po 19. hodině jsme se šly koupat a spát.

9. V jakých oblastech vás zapojila sestra do ošetřovatelské péče?

Sestry přenechaly veškerou péči o dítě mně. Přesně, jak jsem si přála. Po výkonu mi sestra pouze vysvětlila pravidla hygieny a stravování. Sestry se pravidelně ujišťovaly, zda je vše v pořádku.

10. Jaký byl přístup sester k vašemu dítěti?

Sestry s dcerou komunikovaly. Jednou jí vzaly na prohlídku oddělení, čímž si získaly její důvěru. Jejich přístup hodnotím zcela kladně.

11. Jak na ně dítě reagovalo?

Dcera většinu sester měla ráda a nevyhýbala se společné komunikaci. Pouze jedna sestra nezískala její důvěru a dcera s ní odmítala komunikovat.

12. Zúčastnili jste se společně s dítětem nějakého vyšetření?

Zúčastnily jsme se UZ vyšetření.

13. Jaké informace ohledně vyšetření vám sestra podala?

Sestra na oddělení mi nepodala žádné informace, pouze mě poslala o patro níže na ultrazvuk. Na ultrazvuku byla vrchní sestra a lékař, kteří nám vše podrobně vysvětlili. Pomocí plyšové hračky ukázali dceři, co se bude dít. Všem podaným informacím jsem rozuměla.

14. Kde vám tyto informace předávala?

V místnosti s UZ.

15. Víte, proč se dané vyšetření provádělo?

Ano, vím. Sestra se mě zeptala, zda mám otázky, já však žádné neměla. Byla jsem přítomna celému vyšetření.

16. Jak jste byla spokojena s přístupem sester k vám a vašemu dítěti?

Byla jsem spokojena s přístupem sester k dítěti. Přístup sester ke mně byl zvláštní, sestry věděly, že jsem také sestra, a neinformovaly mě tolik, kolik bylo třeba. Počítaly s tím, že vše vím. Já jako sestra na interním oddělení, ale nemám s dětským oddělením zkušenosti.

17. Co byste změnila na přístupu sester?

Sestry na oddělení by měly lépe komunikovat s matkou – zdravotníkem. Jinak bych neměnila nic, byla jsem víc než spokojena.

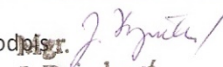
Příloha 4.

Souhlas s pozorováním

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ POZOROVÁNÍ

v NEMOCNICI PELHŘIMOV, p.o.

Jméno, Příjmení: Nikola Žáková
Datum narození: 11.1.1991
Trvalé bydliště: Za Branou 612, Pacov 395 01
Mobilní telefon: 776 165 850
Email: zakova.n@email.cz
Název a adresa školy: ZSF JU České Budějovice, J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice
Studijní obor: Všeobecná sestra, 3 ročník
Téma BP: Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta
Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová
Oddělení: Dětské oddělení, oddělení kojenců a batolat
Termín: 20.4.2016

Vyjádření vedení nemocnice		
Vyjádření hlavní sestry	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím	<input type="checkbox"/> nesouhlasím
Datum	11.4. 2016	Razítko, podpis  J. Děmková

Nemocnice Pelhřimov, p.o.
náměstek ošetrovatelské péče
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov

Příloha č. 5

Pozorovací arch – Komunikační dovednosti sester					
Zařízení:					
Datum:					
Intenzita hlasu	Velmi tichý	tichý	normální	hlučný	Velmi hlučný
Tempo řeči	Velmi pomalé	pomalé	normální	rychlé	Velmi rychlé
Pohled	Udržuje stálý oční kontakt	Spíše udržuje oční kontakt	Spíše neudržuje oční kontakt	Neudržuje oční kontakt	
Poloha těla, během podávání informací	Sedí	Stojí	Chodí	Střídá polohy	
Úsměv	chybí	minimální	Vhodně použitý	častý	Je přehnaný
Gestikulace	chybí	minimální	běžná	Hojně užívaná	Je přehnaná
Použití odborných termínů	chybí	minimální	běžné	časté	Velice časté
Zopakování důležitých informací	Nic nezopakovala	Zopakovala minimum	Zopakovala vše potřebné	Zopakovala zbytečně mnoho informací	
Zeptala se, zda rodič rozumí	Ne	Ano			
Názorná ukázka	Ne	Minimální	Ano	Nebyla třeba	
Prostor pro otázky	neposkytla	minimální	poskytla		
Podala informace v rámci svých kompetencí	V rámci	Nad rámec			
S kým komunikovala	S rodičem	S dítětem	S rodičem i dítětem		
Důvěryhodnost	Ne	Ano			
vzhled	Zcela nevhodný	nevhodný	vhodný	Zcela vhodný	