



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Interakce pacienta a sestry při odběrech  
biologického materiálu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:  
**VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor: Natálie Kopřivová**

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

České Budějovice 2023

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Interakce pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2023

.....  
Natálie Kopřivová

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat své vedoucí Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za velkou trpělivost, cenné rady, podporu a připomínky během zpracování. Děkuji také všem sestřím a pacientům za jejich čas a ochotu. V neposlední řadě patří také poděkování mé rodině za podporu v průběhu celého studia.

## **Interakce pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu**

**Abstrakt:** Bakalářská práce se věnuje vzájemné komunikaci pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu.

**Cíle práce:** Zjistit komunikační bariéry ze strany sester při odběru biologického materiálu. Zjistit zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami u sester při vybraných odběrech biologického materiálu. Zjistit, jaké komunikační techniky sestry používají při odběru biologického materiálu.

**Metodika a výzkumný soubor:** Ke splnění cílů bylo použito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů, které bylo doplněno pozorováním. Data, která jsme pomocí rozhovorů zjistili, byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“. Výzkumný soubor tvořilo celkem 11 sester a 6 pacientů z nemocnic v Jihočeském kraji a na Vysočině. Výzkum byl realizován v únoru až březnu 2023. Kritériem pro výběr sester do našeho výzkumného šetření bylo provádění odběrů biologického materiálu v rámci jejich práce na daném pracovišti. Minimální délka praxe sester byla v rozhovorech pět let a v pozorování dva roky. Kritériem u pacientů bylo, že se podrobí vybranému odběru biologického materiálu. Analýzou dat vznikly tři kategorie a šest podkategorií.

**Výsledky:** Výzkumné šetření formou pozorování ukázalo, že mnoho sester komunikuje s pacienty profesionálně a na úrovni, ale některé sestry určité komunikační prvky verbální a neverbální komunikace buď vynechávají, nebo je nevhodně používají. Patří sem nevhodné oslovení, nedodržování hygienických zásad, absence identifikace pacienta či neodvedení pozornosti v průběhu výkonu. Samozřejmě žádná komunikace s pacientem při odběru není jednoduchá a přináší mnoho bariér ať už jazykových, prostorových, z nepochopení, z důvodu nemoci pacienta či nedostatku personálu na pracovišti. Ze strany pacientů jsou zkušenosti pozitivního i negativního přístupu sester odlišné v každém zdravotnickém zařízení. Z výsledků rozhovorů vyplynulo, že pro pacienty je úsměv sestry, pohled z očí do očí, empatie, odvedení pozornosti či verbální komunikace v průběhu odběru klíčová.

**Doporučení pro praxi:** Výsledky práce mohou být využity jako studijní materiál či návod pro sestry, které již ve zdravotnictví pracují, ale také pro studenty nelékařských zdravotnických oborů. Umožní tak sestřám rozvinout komunikační dovednosti zaměřené na pacienta, které jsou zásadní pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

**Klíčová slova:** bariéry v komunikaci; biologický materiál; komunikace; pacient; sestra

## **Interaction between a patient and a nurse during a transfer of human biological material**

**Abstract:** This bachelor thesis is devoted to communication between a patient and a nurse during the collection of biological material.

**Aims of the thesis:** To explore communication barriers from the nurses' side during biological material collection. To learn about the patients' experience with communication techniques used by nurses during the selected biological material collections. To find out which communication techniques are used by nurses during the collection of biological material.

**Methodology and research population:** For the fulfillment of set goals, a qualitative research in the form of semi-structured interviews aided with observation was implemented. The interview-based data were then analysed using open coding and Pen-and-Paper method (PAPI). The research population consisted of 11 nurses and 6 patients from hospitals in the South Bohemian Region and Vysočina Region. The research was carried out from February to March 2023. The criteria for the selection of nurses for our research was the execution of collecting biological material as part of their work at the selected workplace. The minimal experience of the nurses was 5 years for interviews and 2 years for observations. The patients were to undergo a selected biological material collection. Three categories and six sub-categories were found during the data analysis.

**Results:** The research through observation showed us that many nurses communicate with patients professionally and adequately but some nurses omit or unsuitably use certain elements of verbal and non-verbal communication. Those include inappropriate addressing, violation of hygienic guidelines, lack of patient identification or failure to divert attention during procedures. Of course, no communication with the patient throughout the material collection is easy and comes with many barriers, be it language, space, misunderstanding, patient's unwellness or staff shortage at the workplace. Patients' experience with positive and negative attitude of the nurses varies in each facility. The results of the interviews revealed that smiling, eye to eye contact, empathy, attention diversion or verbal communication during material collection are essential for the patients.

**Recommendations for practice:** The results of this work can be used as study material or guidance for nurses already working in the healthcare sector, but also for non-medical students. This will enable nurses to develop patient-centred communication skills that are essential for the provision of quality nursing care.

**Key words:** communication barriers; biological material; communication; patient; nurse

## Obsah

<b>1</b>	<b>SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>10</b>
1.1	Komunikace v ošetrovatelské praxi .....	10
1.1.1	Verbální komunikace.....	11
1.1.2	Neverbální komunikace.....	12
1.1.3	Bariéry v interakci sestra – pacient.....	16
1.1.4	Vztah sestra – pacient.....	17
1.1.5	Zásady správného rozhovoru mezi sestrou a pacientem při odborném výkonu...	18
1.2	Odběry biologického materiálu.....	19
1.2.1	Způsoby odběru krve.....	20
1.2.2	Typy vyšetření krve dle laboratoře .....	22
1.2.3	Postup při odběru krve na vyšetření .....	23
1.2.4	Výtěry z nosu a nosohltanu .....	25
<b>2</b>	<b>CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>27</b>
2.1	Cíle práce .....	27
2.2	Výzkumné otázky.....	27
<b>3</b>	<b>METODIKA .....</b>	<b>28</b>
3.1	Použité metody.....	28
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory .....	29
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku – pozorování.....	29
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>30</b>
4.1	Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se sestrami .....	31
4.2	Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů s pacienty.....	35
4.3	Kategorizace výsledků pozorování u sester .....	40
<b>5</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>62</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>63</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>



## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je interakce pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu. V současné době vede komunikace k mnoha stížnostem na zdravotnictví. Je to dáno tím, že zdravotnický personál je zatížený mnoha povinnostmi a na kvalitní komunikaci s pacienty už není tolik prostoru. Pacienti se mnohdy bojí zeptat či nechtějí slyšet pravdu o tom, co je čeká. Poté může dojít k nedorozumění u obou zúčastněných stran.

Na toto téma jsme se zaměřili z důvodu, že komunikace je jedna z důležitých dovedností, kterou by měl ovládat každý zdravotnický pracovník. Komunikace hraje velkou roli při vzájemné domluvě. V praxi už jsme zažili každý mnoho situací, kdy nebyla daná věc dostatečně vysvětlena, anebo došlo k nedorozumění. Myslíme si, že pokud umí zdravotník profesionálně jednat s pacienty, vytváří si s nimi pouto, které je založené na vzájemném respektu a důvěře.

V úvodu práce objasníme definici komunikace, a jak ji vnímají ostatní autoři. Dále se v teoretické části budeme zabývat jednotlivými druhy komunikace, jako je verbální a neverbální komunikace. Dalším důležitým bodem práce bude rozebrání vztahu sestra – pacient. Také se zde zaměříme na komunikační bariéry, které jsou překážkou mezi komunikujícími. Objasníme zde zásady, kterými by se sestry při komunikaci s pacienty měly řídit. Tato práce bude zaměřena na komunikaci při určitých odborných výkonech v praxi.

Ve výzkumné části budeme pozorovat verbální a neverbální projevy sester. Dále použijeme metodu rozhovorů, kde budeme zjišťovat zkušenosti pacientů s právě používanými komunikačními technikami u sester. Také se zaměříme na komunikační bariéry, které sestry zaznamenávají při vybraných odběrech biologického materiálu.

Jako ošetřovatelské výkony jsem si vybrala odběry krve, se kterými se ve zdravotnických zařízeních setkáváme denně. A poté stěry z nosohltanu, které jsem odebírala přes rok v odběrovém centru v období pandemie Covid-19. Stěry se prováděly velmi často a skoro každý si jimi v průběhu posledních dvou let prošel. Právě v té době jsem si všimla problému v komunikaci mezi pacienty a zdravotnickým personálem.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 *Komunikace v ošetrovatelské praxi*

Ledererová (2014) udává, že komunikace je vzájemné předávání informací mezi dvěma či více osobami, při které jedna naslouchá a druhá interpretuje informace a obráceně. Sestra v interakci s nemocným hledá v komunikaci s ním určité cesty, zjišťuje, co potřebuje a co je v rámci svého zdravotního stavu schopen obětovat.

Komunikaci nám každý autor i autorka definuje mnoha způsoby, například dle Plevové (2019) je komunikace neodmyslitelnou součástí práce každé sestry, pomáhá nám upevnit a rozvinout vztahy mezi pacientem a sestrou, ale také mezi multidisciplinárním týmem. Podle ní zahrnuje nejen schopnost použití naslouchání a verbální či neverbální komunikace v praxi, ale také získání vhodných informací, edukaci pacienta sestrou a navození důvěry. Zacharová (2016) nazývá komunikaci jakýmsi jevem, který nám ovlivňuje úroveň mezilidských vztahů. Začleňuje jedince do sociálních skupin a uspokojuje jeho sociální potřeby. Udává, že kdyby neexistovala komunikace, nemohla by existovat žádná sociální skupina. Podle Ledererové (2014) by sestra měla rozeznávat tři druhy komunikace ošetrovatelskou, sociální a profesní.

Komunikace má několik funkcí, prostřednictvím nichž dostává určitý smysl. Jednou z nich je funkce informativní, kterou ve zdravotnictví předáváme pacientovi daná fakta. Na ni může navazovat instruktivní komunikace. Ta nám pomáhá vysvětlit dané osobě postup vyšetření nebo léčebný návod, podle kterého se bude řídit (Zacharová, 2016). Další je posilující a motivující, ta dodává pacientovi víru a motivuje ho, aby to na své cestě k uzdravení nevzdával. Ve zdravotnictví se také často setkáváme se svěřovací funkcí, ta pomáhá pacientovi v psychické oblasti. Tím, že si promluví o svých obavách se zdravotnickým pracovníkem, uleví se mu (Zacharová, 2016).

Mít dobré dorozumívací techniky je schopnost, kterou nemá každý z nás. Někdy máme problém s porozuměním vyřčenému. V komunikačním procesu se vyskytuje pět složek (Tomová a Křivková, 2016). Tyto složky mají každá svoji úlohu a navzájem se prolínají. Komunikátor je člověk, jenž sdělení předává druhým. Je tzv. odesílatel zprávy nebo informací. Jeho slovní proslov může být ovlivněn pracovním postavením, kulturním zařazením, dosaženým vzděláním, výchovou, postoji, ale také dovednostmi v jazyce. Zpráva neboli informace, kterou předává, se nazývá komuniké. Toto sdělení musí být

převvedeno do smysluplné formy, aby mu komunikant neboli příjemce porozuměl (Tomová a Křivková, 2016). Dle Tomové a Křivkové (2016) bychom v ošetrovatelské praxi měli užívat vhodná slova, aby nedošlo k dekodování. Nejčastěji k tomu dochází při interpretaci odborných zdravotnických a latinských názvů, kdy daný jedinec zažívá pocit úzkosti a stresu z nepochopení. Vlastní zprávu, kterou chceme předat příjemci, musíme řádně promyslet a sestavit tak, aby mu byla odeslána v zakódovaném sdělení. Tedy způsobem, který je známý jeho osobě, a víme, že mu porozumí.

Další, co je potřebné zmínit, je komunikační kanál, kterým dané signály a informace šíříme. Dle Magurové (2019) dělíme komunikační kanály na bezprostřední, které mohou být buď verbální, neverbální nebo vykonané činy, tedy je to přímý kontakt mezi komunikujícími. Poté zprostředkované, ty se dělí dle použitých smyslů na vizuální nebo auditivní, tedy nepřímé kontakty mezi dvěma komunikujícími (Magurová, 2019).

### ***1.1.1 Verbální komunikace***

Plevová (2019) tuto komunikaci nazývá jako tzv. slovní, kde hodnotí především jazyk a řeč. Vyskytuje se zde komunikace psaná, která je zveřejňována například v novinách (články, rozhovory...) a mluvená, kterou si předáváme osobně tváří v tvář. Když se zaměříme nejprve na mluvenou, mohli bychom o ní říci, že se ji během života učíme od našich rodičů. Tedy předáváme si ji z generace na generaci. Samozřejmě čím jsme starší, učíme se našim rodným jazykem i psát a od toho se odvíjí další komponenty, na které se u verbální komunikace zaměřujeme. Jsou jimi například výška hlasu a tón, který je ve zdravotnictví velice vnímán pacienty. Další, co zapadá mezi paralingvistické znaky, je plynulost jazyka, rychlost, přestávky v pronesené řeči, přízvuk, objem slov a další. Z pohledu etické stránky má verbální komunikace také vliv na vědomí nebo sebevědomí dané osoby či jedince (Plevová, 2019). Kelnarová a Matějková (2014) udávají, že se zde setkáváme se dvěma zdravotnickými pojmy, a to evalvací a devalvací. Evalvace je takový projev, který na pacienta působí lidsky a kterým mu dáváme najevo, že nám není lhostejný. Jedním z projevů je, že mu pokyneme na pozdrav, vyslechneme ho, neskáče mu do řeči, projevujeme mu respekt a úctu a přistupujeme k němu citlivě. Devalvace nám ukazuje opak, kdy pacienta ignorujeme, chováme se k němu netaktně a upřednostňujeme jiné nemocné (Kelnarová a Matějková, 2014). Bez jazyka bychom nemohli jako lidská kultura vůbec existovat, proto se v rámci vzdělávání učíme správně

gramaticky skládat věty a souvětí. A i to je jeden z důležitých bodů, který hraje velkou roli v tom, abychom si navzájem porozuměli (Plevová, 2019).

### ***1.1.2 Neverbální komunikace***

Plevová (2019) nazývá tuto komunikaci jako doprovodnou té verbální. Hodnotí se zde to, co vidíme pouhým okem, a to chování jedince. Neverbální komunikaci je přikládán větší význam, je více věrohodná, protože nám lépe zhodnotí emoce a postoje člověka k situaci než komunikace verbální. V praxi je podstatnější mnohdy neverbální komunikace, která sestře pomůže rozpoznat zdravotní stav pacienta více než ta verbální. Magurová et al. (2019) uvádí, že pomocí mimiky neboli výrazu ve tváři komunikujeme z 55 %. Poté jsou na řadě gesta a výška našeho hlasu, ta představuje 38 % a nakonec 7 % slovní vyjádření. Komunikace jako taková dle Plevové (2019) může být buď kongruentní, to znamená verbální i neverbální komunikace se shoduje. Kongruentní je, když pacient např. slovně sděluje, že má radost, a přitom se usmívá a má rozzářené oči. Naopak nekongruentní komunikace znamená, že nám pacient sděluje, že nemá strach, a přitom si všimáme neverbálních projevů strachu (bledost ve tváři, třes končetin).

Máme několik technik, podle kterých hodnotíme neverbální komunikaci. Řadíme mezi ně mimiku, haptiku, gestikulaci, proxemiku, posturiku, řeč očí, barev, vůní, kinetiku a úpravu zevnějšku (Magurová et al., 2019).

Mimika neboli komunikace výrazem ve tváři nám dokáže vytvořit až přes 1000 různých výrazů. Pomocí mimiky vyjadřujeme city, prožitky a různé projevy na danou situaci, ve které se nacházíme. Také jsme schopni identifikace jedince (Kristová, 2020). Kristová (2020) udává, že u mimiky můžeme rozlišovat 8 druhů základních citů, mezi které řadí: „*šťěstí x nešťěstí, radost x smutek, spokojenost x nespokojenost, pokoj x zlost, zájem x nezájem, uznání x opovrhování, překvapení x neočekávané, očekávané a splněné*“ (Kristová, 2020, str. 30).

Vyskytují se zde tzv. mimické zóny, do kterých Kristová (2020) řadí čelo, oči, nos, ústa, uši, lícní svaly a bradu. Dle Plevové (2019) nám horní polovina obličeje sděluje negativní emoce (hněv, strach...) a dolní polovina obličeje nám sděluje pozitivní (smích, štěstí, radost...). Z očí můžeme vyčíst mnohé, ať už je to pohled přímý nebo vyhýbavý, tak můžeme vyčíst nejistotu či strach. K očnímu kontaktu také patří pohyby obočí a očních víček (Magurová et al., 2019). Nos nám pomáhá při rozpoznání pachu či vůně. Hlavním

citovým projevem je úsměv a nejdominantnější mimickou zónou jsou ústa. U pacientů je úsměv sestry brán jako posilující, povzbuzující a důvěrný. Máme několik typů úsměvů, které můžeme rozeznat, řadíme mezi ně upřímný úsměv, neupřímný, naučený, přirozený, pohrdavý nebo také úšklebek (Kristová, 2020). Sestra by měla brát na vědomí, že pacienti nejvíce vnímají právě mimiku a její mimické projevy (Plevová, 2019).

Haptika nám umožňuje dorozumívat se pomocí dotyků. Dotyková komunikace vypovídá hodně o vnitřním stavu člověka, protože vysílá silné signály. Do haptické komunikace se řadí podávání ruky, které je používáno při pozdravu či loučení. Další, co sem můžeme zařadit, je objetí či polibek. Magurová et al. (2019) se zaměřuje na styly podávání ruky, které o daném člověku vypovídají, jak je vnitřně naladěná. Například pokud daná osoba chytne ruku za zápěstí, vypovídá to o její síle a převaze. Silný stisk dlaně znamená dominanci, a naopak slabý stisk nám symbolizuje samotu a pasivitu (Magurová et al., 2019).

Gestikulace neboli technika komunikace, kde používáme horní končetiny, nám doplňuje, někdy i nahrazuje a zároveň zesiluje verbální projev (Kristová, 2020). Dle Zacharové (2016) jedinci s vyšším IQ používají méně gest než lidé s nižším IQ. Podle ní řadíme do gest pohyby rukou, hlavy a ramene. Máme mnoho gest, která používáme při komunikaci a ani si to sami neuvědomujeme. Ve zdravotnictví jich používáme hned několik ať už rukama, kdy značíme třeba nesouhlas nebo prosbu. V praxi by je měl zdravotník umět rozeznat a díky nim zjistit, co pacient prožívá.

Kinetika se zabývá pohyby horních a dolních končetin i dalších částí těla a zkoumá je. Její funkcí není jen zkoumání, ale i sledování pohybů. Množství pohybů je spojené se situací, ve které se jedinec nachází. Tyto pohyby jsou ovlivněny tím, co se právě odehrává v komunikaci. Při nesouhlasu nebo odporu to může být kývání hlavy. Jsou dvě kategorie, které rozeznáváme na pohybech, a to je rytmika a dynamika (Kristová, 2020). Rytmička nám udává rytmus nebo pravidelnost pohybů a dynamika udává tempo pohybů, jestli jsou pomalé, rychlé, zdlouhavé. Dynamika nám říká, jak se pacient cítí po fyzické a psychické stránce, jestli se jeho zdravotní stav zlepšuje, zhoršuje anebo stagnuje (Kristová, 2020). Kinetika je založená na prožívání a na emocích dotyčného. V komunikaci mezi nemocným a sestrou je kladen důraz na pohyby hlavy a krku (Zacharová, 2016).

Proxemika a teritorialita je vymezení osobní zóny s následným určením vlastních hranic. Jedná se o fyzickou blízkost jednoho člověka k druhému. Ve zdravotnictví se hlavně jedná

o vymezení prostoru sestra – pacient a naopak. Tuto vzdálenost porovnáváme ve dvou rovinách, v horizontální a vertikální. Horizontální je blízkost mezi komunikujícími, tedy mezi sestrou a pacientem. Vertikální rovina značí rozdíl ve výšce mezi komunikujícími. Zacharová (2016) udává příklad sestry stojící u lůžka pacienta. Působí tak dominantně a nadřazeně vůči nemocnému. V rámci proxemiky neboli blízkosti rozlišujeme 4 zóny.

První z nich je neblížejší intimní zóna, která dle Kristové (2020) dělí sestru od pacienta 10–30 cm. Magurová et al. (2019) zase udává tuto zónu v měřítku od 15–50 cm. Je to zóna, při které sestra vykonává různé ošetrovatelské výkony. Je zde důležitá edukace pacienta o tom, jak dlouho bude výkon trvat, kde se bude provádět, z jakého důvodu a jak bude probíhat. Také bychom ho měli obeznámit s mírou bolestivosti. Pokud by sestra nepoučila pacienta a narušila by tím jeho intimní zónu, může se stát, že by byl pacient agresivní, odmítavý či zlý (Kristová, 2020).

Osobní zóna nebo také nárazníková zóna se dle Magurové et al. (2019) pohybuje v měřítku od 50-150 cm. Je to zóna, kdy se cítíme v bezpečí a pokud nám někdo osobní zónu naruší, máme tendenci odvracet pohled, a vyhýbáme se dotyčnému. Pokud si chceme tuto zónu zajistit, používáme tzv. proxemický tanec. Vymezujeme si vlastní prostor třeba tím, že si odsedneme na jinou židli (Magurová et al., 2019).

Sociální zóna je vyhrazena na užší společenský okruh, který se pohybuje okolo 120-130 cm a na širší okruh 230-360 cm. Dle Kristové (2020) je to například při svolání pacientů do jídelny. Uplatňuje se zde neverbální komunikace především mimika, pohledy, gesta a kinetika.

Poslední z proxemických zón je tzv. veřejná zóna. Zacharová (2016) ji popisuje jako delší než 360 cm. Z hlediska zdravotnictví se tato zóna uplatňuje při různých přednáškách či seminářích. Je zde vnímána celá postava člověka, její hlasitost, výslovnost a kinetika.

Teritorialita je dle Kristové (2020) pomyslný kruh, který má každý jedinec okolo sebe. Každý z nás ho má jinak velký. Pouští si sem jen lidi, se kterými má pozitivní vazbu. Je to prostor, který když dotyčnému narušíme bez jeho dovolení, může to u něj vyvolat agresi. Klasickými příklady narušení osobní zóny při rozhovoru sestry s pacientem může být odstoupení pacienta dozadu, uhýbavý pohled, horní končetiny v obraně. Kristová (2020) poukazuje i na rozmístění lůžek v pokoji nemocného. Podle Kristové (2020)

by měly být umístěny v rovině sociální zóny a to je 120-130 cm. Pokud jsou lůžka blíže u sebe, může to mít vliv na prožívání nemocného, kdy se cítí zahanbeně a nespokojeně.

Posturika je postavení těla do nějakého postoje nebo polohy, které vypovídá o vnitřním stavu jedince. Zaměřuje se na ruce, nohy a hlavu (Magurová et al., 2019). Podle postoje jsme schopni zachytit člověka v pozitivní či negativní náladě. Člověk většinou zaujímá jinou polohu těla o samotě a jinou ve společnosti. Jakou polohu mezi sebou prezentují komunikující k sobě navzájem, takový vztah mezi sebou mají (Tomová a Křivková, 2016). Dle Kristové (2020) sledujeme u pacienta polohu těla v přítomnosti, ale sledujeme i to, co se stalo před pár minutami a podle toho můžeme předpokládat jeho chování. Pokud je pacient hospitalizovaný a izolovaný od ostatních pacientů, sestra si bude všimnout zaujetí polohy (aktivní, pasivní, úlevová). Pokud je pacient ve společnosti dalších lidí jako je lékař nebo návštěva, zaujetí polohy se bude lišit (Kristová, 2020).

Řeč očí prozrazuje o člověku mnoho skrytého. Pohled z očí do očí při komunikaci sestry s pacientem je rozhodující. Oči vnímají 80 % informací, které se dějí okolo nás a řadí se mezi důležitou část mimiky. Dají se z nich vyčíst obavy, nejistota, štěstí, únava. Při rozhovoru sestry s pacientem je důležitý pohled do očí, který je klíčový k udržení kvalitní komunikace (Magurová et al., 2019).

Řeč barev nám působí na psychiku a podvědomí. Každý den působí jinak a společně s nimi se mění i naše nálada a pocity. Magurová et al. (2019) uvádí jednotlivé významy barev. Jedna z barev, kterou zmiňuje, je např. bílá barva, která symbolizuje čistotu, nevinnost a něhu. Poté černá barva, která symbolizuje smutek a osamělost. Magurová et al. (2019) udává, že podle jistých studií bylo zjištěno, že červená barva zvyšuje lidem krevní tlak a puls, to samé tvrdí i Tomová a Křivková (2016). Ty však ještě uvádí, že se dotyčným v přítomnosti červeného osvětlení potí ruce a dochází k tachypnoe. Zaměřují se také na stravování, a to v souvislosti s barvou nádobí v nemocnici. Tvrdí, že tmavší barvy nádobí potlačují chuť k jídlu a světlá barva naopak podporuje. Také barva zdravotnického zařízení, ambulancí a pokojů pacientů podle Tomové a Křivkové (2016) rovněž působí na náladu dotyčného.

Řeč vůní dle Tomové a Křivkové (2016) ovlivňuje fyziologické procesy v těle. Prostřednictvím vůní nebo pachů, které zná člověk z minulosti, probudíme paměť nemocného. Může to být vůně kávy, levandule, pomeranče nebo čehokoliv jiného, co měl dotyčný rád. Magurová et al. (2019) popisuje termín *snoezelen*, což je metoda, která se

zprostředkovává v upraveném prostředí pomocí zvuků, světla, vůní a hudby. Tato metoda má za cíl vyvolat smyslové pocity. Dle Magurové et al. (2019) je dobré tuto metodu využívat u lidí s demencí.

Vzhled a úprava zevnějšku stanovuje, že každý by se měl oblékat úměrně podle prostředí, ve kterém pracuje. Sestra by tedy měla přizpůsobit svůj oděv, účes a líčení zdravotnickému prostředí. Úprava zevnějšku působí na okolí. Lidé, kteří nosí nevhodné oblečení, jsou většinou z komunikace vyřazeni (Magurová et al., 2019). Sestra by si měla všimnout i u pacientů, jak dbají o svůj vzhled. Například kdyby o sebe pacient pravidelně pečoval a náhle přestal, může to značit nějaké onemocnění, a takovou situaci by sestra měla umět vypožorovat.

Zdravotníci by měli vycházet z vyhlášky č. 306/2012, v platném znění o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Sestra jako zdravotnický pracovník by měla mít čistý úhledný oděv neboli zdravotnickou uniformu, která je vyčleněná pro dané oddělení. Měla by vědět, že je zakázáno mít nalakované nehty nebo nosit prstýnky, hodinky či náramky na pracovišti. Tyto předměty jsou zakázány a nesmí se nosit z důvodu prevence nozokomiálních nákaz (Sbírka zákonů., 2012). Sestra, která o sebe dbá, si udržuje pozitivní vztah jak se svými kolegy na pracovišti, tak si vytváří důvěru u pacientů (Tomová a Křivková, 2016).

### ***1.1.3 Bariéry v interakci sestra – pacient***

Bariéry v komunikaci se objevují jak na straně pacienta, tak na straně sestry. Tyto překážky v komunikaci můžeme dle Magurové et al. (2019) rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřních překážek je nespočet a každá z nich je specifická pro danou osobu. Mohou v tom hrát roli odlišné národnosti, kultura, znalost jiného jazyka a samozřejmě odlišný přízvuk, rychlost a způsob řeči. Dle Kwame a Petručka (2021) v tom také hrají roli odlišné názory sester a pacientů na nemoc a zdraví. Můžeme sem zařadit i některé neverbální projevy jako je kývání hlavy, pohled z očí do očí nebo dotek. Některé kultury to považují za nevhodné, a tím dochází k problému v interakci mezi sestrou a pacientem (Kwame a Petručka, 2021). Také do toho zapadají vlastní obavy, které mohou ovlivňovat právě řešený rozhovor. Někdo je při rozhovoru nejistý a své problémy pak přenáší na příjemce (Magurová et al., 2019).



Vnější bariérou může být prostředí okolo nás, je to například hlasitost druhých lidí, nesoukromí, vzdálenost mezi dvěma lidmi (Tomová a Křivková, 2016). Dle Míkuláštika (2010) může komunikaci ovlivňovat z vnější stránky i nevyhovující uspořádání nábytku, překážka mezi komunikujícími (stůl), přítomnost třetí osoby. Do bariér prostředí řadí Kwame a Petručka (2021) i neudržovaná lůžka na oddělení. Problémem může být orientace na oddělení, špatné uspořádání pokojů, chlad na pokojích či nevhodné osvětlení. Nevyhovující prostředí je dle Kwame a Petručka (2021) závislé i na psychickém prožívání daného člověka, což je překážkou v interakci. Vliv na ošetrovatelskou péči má také nedostatek sester, omezený čas, fyzická náročnost nebo syndrom vyhoření (Kwame a Petručka, 2021).

Mezi nejčastější komunikační bariéry, se kterými se v ošetrovatelské péči setkáváme, patří přehlcení pacienta mnoha informacemi, špatně zvolený komunikační kanál, nepodaná zpětná vazba, užití latinských odborných názvů, devalvace pacienta, emoční rozpoložení nebo také vliv vnějších elementů z prostředí (Tomová a Křivková, 2016).

Určité studie ukázaly, že právě aktivní naslouchání vede k odstranění mnoha bariér v ošetrovatelské péči a komunikaci zaměřené na pacienta. Tím, že budou sestry pacientům naslouchat, identifikují jejich preference, potřeby a zároveň jejich obavy a překážky (Kwame a Petručka, 2021).

#### ***1.1.4 Vztah sestra – pacient***

Vztah sestry a pacienta nám představuje jednu pevnou vazbu, která je založená na vzájemné důvěře a pozitivní energii. Je zde důležité, jak sestra chápe pacienta jako svého partnera a jak mu to zpětně dává najevo. Podle toho se nám pacient svěruje se svými problémy. Pacient i sestra si vztahy mezi sebou budují i v rámci minulých zkušeností (Raudenská, 2015).

Gigalová a Vachková (2016) udávají, že komunikace, je stavebním kamenem pro budování vztahu mezi sestrou a pacientem. Komunikace je dovednost, kterou by měl ovládat každý zdravotník a během své praxe by ji měl neustále zdokonalovat. Je základem ošetrovatelské péče a díky ní si poté tvoříme vztah s daným pacientem. Sestra oproti lékařům tráví s pacienty mnohem více času. Pomáhám jim vyrovnat se s těžkými situacemi, nahrazuje jim sociální kontakt a pomáhá jim s uspokojováním jejich potřeb. Pro sestru je každý nově

navázaný vztah s pacientem přínosný do praxe a jedinečný. Některá sestra s pacientem stráví jen minuty, některá třeba týdny, měsíce, někdy i roky (Gigalová a Vachková, 2016).

Gigalová a Vachková (2016, str. 80) poukazují na to, že „*U všech pomáhajících profesí hraje nejdůležitější roli vztah, respektive „pomáhající vztah“*. Dle nich se v ošetrovatelství užívá i termín „terapeutický vztah“.

*„Terapeutický vztah mezi sestrou a pacientem tvoří základ celého spektra ošetrovatelské péče ve zdraví, v nemoci, při uzdravování a také po zotavení“* (Gigalová a Vachková 2016, str. 80). Podle nich by tento vztah měl být důvěrný, bezpečný a spolehlivý.

Zacharová (2013) zase udává, že u geriatrických pacientů je důležitá sociální komunikace, která není lehká a představuje důležitý článek pro budování vztahu mezi sestrou a seniorem. Zdravotník by měl používat v komunikaci se seniorem prvky psychoterapeutického přístupu a dávat mu najevo, že nám není lhostejný a že k němu přistupujeme s úctou. To znamená, oslovovat ho jeho jménem, nepoužívat zdrobněliny či jiná nevhodná oslovení. Jsme trpěliví a bereme na vědomí, že má oslabené smyslové orgány a trvá mu déle, než nám podá zpětnou vazbu. Dáváme najevo své emoce a snažíme se vžít do jeho situace.

#### ***1.1.5 Zásady správného rozhovoru mezi sestrou a pacientem při odborném výkonu***

Hekelová (2014) udává, že pacienti hodnotí úroveň péče, která je jim poskytována na základě komunikace se zdravotníky. Ve většině případů to vede ke stížnostem na zdravotnické pracoviště. Hlavním nástrojem je rozhovor, který je při péči o pacienta klíčový (Špaček, 2021).

Rozhovor je dle Kristové (2020) konverzace, která je plánovaná a založená na profesionální úrovni. Využívá se jak v ošetrovatelském procesu, tak v mezilidských vztazích. Rozhovor zapadá do práce sestry a někdy bývá velice náročný. Dle Mikulášтика (2010) rozhovor probíhá formou otázek a odpovědí za přítomnosti osob nebo po telefonické domluvě. Sestra by měla ovládat jak teoretické prvky rozhovoru, tak jeho následnou aplikaci v praxi. Například když pacienta čeká stěr z nosohltanu na vyšetření, sestra by mu měla vysvětlit, z jakého důvodu a jak se bude provádět, jak dlouho to bude trvat, jestli to bude bolestivé atd. Také by měla zodpovědět veškeré jeho dotazy (Kristová, 2020).

Podle Plevové (2019) je důležité v první řadě začít rozhovor představením se a sdělením své pozice, pokud se sestra s pacientem setkává poprvé. Na začátku rozhovoru je důležité navodit správnou atmosféru, aby si pacient našel k sestře důvěru. Magurová et al. (2019) tvrdí, že právě důvěru si sestra u pacienta získává představením se a oslovením. Při rozhovoru sestra používá jak otevřené, tak uzavřené otázky, používá ale i otázky kontrolní, informativní a sugestivní. Dle Plevové (2019) by sestra měla udržovat kongruentní rozhovor. Hovořit klidně a srozumitelně, nezatěžovat pacienta odbornými terminologickými výrazy a předávat jasné informace. Mezi další zásady v rozhovoru můžeme zařadit naše vystupování, to by na pacienta mělo působit tak, že máme o něj zájem, neodbočujeme od tématu, nehovoříme o svých problémech, neskáčíme mu do řeči, neformulujeme více otázek za sebou. V rámci svých kompetencí by mu sestra měla popsat výkon, který u něj hodlá vykonávat.

Nedílnou součástí rozhovoru je také aktivní naslouchání. Sestra s pacientem udržuje oční kontakt a naplno mu věnuje pozornost tzn. vyslechne si jeho obavy a nepřerušuje ho (Magurová et al., 2019). Když se pacient svěří, že mu nedělají dobře odběry krve a omdlévá u nich, sestra by měla pracovat rychle a v průběhu výkonu odvést pacientovu pozornost a komunikovat s ním na jiné téma (Plevová, 2019).

## **1.2 Odběry biologického materiálu**

Vytejčková et al. (2013) uvádí, že odběry biologického materiálu se provádí z důvodu správné diagnostiky a na základě toho se stanoví včasná a efektivní léčba, která je pro daného pacienta nejvhodnější. Každý biologický materiál odebraný u pacienta je brán za potenciaálně infekční a mělo by se s ním i tak manipulovat, abychom ochránili svoje zdraví (Veverková et al., 2019). V případě chybně provedeného odběru nebo při špatné manipulaci s biologickým materiálem dochází k znehodnocení vzorku. Jako sestry potřebujeme získat validní vzorek, protože kdyby nebyl odebrán dle standardů, mohlo by to zkreslit výsledek, či by mohla být špatně stanovena diagnostika a léčba u pacienta (Vytejčková et al., 2013).

Dle vyhlášky č. 306/2012, v platném znění by sestra měla dodržovat určité podmínky na pracovišti. To znamená, že odběr biologického materiálu by měl být proveden za antiseptických podmínek a při každé manipulaci s biologickým materiálem by měla sestra používat ochranné nesterilní rukavice a dodržovat hygienu rukou. Odběr by se měl provádět v určené odběrové místnosti a měla by ho provádět kompetentní osoba. Vzorek

materiálu by měl být uložen ve správné odběrové nádobě a k tomu připravena vhodná žádanka. Měl by být zavčas odeslán do laboratoře (Sbírka zákonů, 2012).

Zpracování vzorku se dle Veverkové et al. (2019) v laboratoři odvíjí od akutnosti, to se pak stanoví na žádance, jestli je vzorek vitální (zpracován ihned), statim (zpracován do 2 hodin) nebo rutinní (zpracován do 24 hodin). Některá vyšetření se nedají časově vymezit, patří mezi ně například kultivační vyšetření a některá cenově dražší vyšetření se zpracovávají až v té době, kdy se jich sejde v laboratoři více (Veverková et al., 2019).

Dle Dingové et al. (2018) je biologický materiál v laboratoři ihned překontrolován, zda údaje na žádance a na zkumavce sedí. Poté je vyšetřen a výsledky jsou předány jak v tištěné, tak v elektronické formě. Daná laboratoř je také v kontaktu s ordinací lékaře či oddělením, aby se patologické nálezy mohly ihned hlásit telefonicky.

Mezi biologický materiál, který vyšetřujeme patří exkrekty jako je (moč, stolice, zvratky nebo hlen) poté sekrety (poševní sekret, punktát či sekrety z chorobných ložisek), tělní tekutiny (krev, liquor, žaludeční a duodenální šťávy) a také tkáně různých orgánů jako jsou játra, ledviny, plíce, močový měchýř a další. Tyto tkáně orgánů jsou odebrané při vyšetření či operaci z důvodu podezření na patologické tkáně jako jsou tumory (Dingová et al., 2018).

### ***1.2.1 Způsoby odběru krve***

Krev je dle Holmanové et al. (2013) biologický materiál, který je ve zdravotnictví odebírán nejčastěji. Pomocí krve zjišťujeme stav vnitřního prostředí člověka. Dle jistých statistik se lékaři rozhodují ze 70–80 % podle výsledků laboratorních testů krve o postupu léčby (Vahalová, 2021). Odběr krve je většinou v kompetencích všeobecných sester, a ty by měly být řádně obeznámeny s ošetrovatelskými standardy a podle nich odběry krve provádět, aby byla zachována jejich kvalita (Holmanová et al., 2013).

Můžeme odebírat krev arteriální, venózní či kapilární. Arteriální krev může odebírat pouze kompetentní osoba jako je lékař, sestra specialistka nebo zdravotnický záchranář. Nejčastěji je prováděna z a. radialis či a. femoralis (Dingová et al., 2018). Odebírá se zde krev například na vyšetření krevních plynů (Vytejková et al., 2013). Venózní krev je nejčastěji odebírána z žil v loketní jamce, a to z v. basilica a v. cephalica. Také se odebírá z hřbetu a předloktí ruky. Kapilární krev je odebírána z vnějších stran bříška prstů, kromě

palce, ukazováčku a malíčku. Vyšetřuje se zde například hladina cukru v krvi. U novorozenců je odebírána z patičky nebo ušního lalůčku (Dingová et al., 2018).

U odběrů krve musíme dbát i na určité faktory jako je poloha pacienta, zda je odebrán vzorek nalačno či po jídle, anebo zda jsme odebrali dostatečné množství krve. Další je doba transportu, mechanické vlivy transportu a vliv vnějšího prostředí, kde je vzorek uchován, než je dopraven do laboratoře (Veverková et al., 2019). Zaškrcení turniketu dle Vahalové (2021) hraje také velkou roli, kdy dle ní může dojít ke zkreslení některých krevních parametrů jako je třeba hodnota draslíku. Špinar a Ludka (2013) udávají, že končetina by se měla zaškrtnit pouze k nalezení vhodných žil a dvě minuty před vlastním nasátím krve uvolnit. Také tvrdí, že by se s končetinou před odběrem nemělo vůbec cvičit z důvodu zkreslení právě již zmíněných hodnot draslíku. Šimová (2017) zase zmiňuje, že turniket by neměl být zatažen po dobu delší, než je jedna minuta, a u viditelných žil by se neměl používat vůbec. Dle ní by měl pacient pouze svěsit končetinu směrem dolů.

Odběr krve můžeme provádět metodami dvojího typu. První z nich je tzv. otevřený systém. Je to systém, kdy k odběru krve používáme jehlu, ze které necháme krev nakapat do zkumavky, nebo se nabírá do stříkačky, odkud se krev přemístí do zkumavky. Od této metody se už dnes odstupuje, protože je zde vyšší riziko kontaminace krví (Dingová et al., 2018). Dle Vytejkové et al. (2013) se otevřený systém provádí tam, kde není možné použít uzavřený, je to např. při odběru kapilární krve.

V současné době už jsou na trhu nové pomůcky, které nám odběr krve usnadňují. Jsou jimi uzavřené systémy, které se skládají z oboustranné jehly, kloboučku a zkumavky, kde je přítomno vakuum. Fungují tedy na principu podtlaku a jsou vyráběny firmou Vacutainer. Díky přítomnosti vakua ve zkumavce nám do ní nateče vhodné množství krve, které bude mít správný poměr se separačním prostředkem (Dingová et al., 2018). Tento způsob odběru dle Hettnerové (2017) poskytuje laboratoři mnohem kvalitnější vzorek. Oproti otevřenému systému je zde nižší riziko kontaminace. Také je bezpečnější po stránce manipulace, protože obsahuje krytku, kterou po odběru bezpečně přiložíme na jehlu a minimalizujeme tak riziko poranění.

Další uzavřený systém, který se při odběru krve ve zdravotnických zařízeních využívá je Sarstedt (Dingová et al., 2018). Dle Vahalové (2021) se skládá současně ze zkumavky a pístu a je aspirační, kde není předem vytvořený podtlak jako u Vacutaineru. V praxi je při použití k pacientovi mnohem šetrnější a vzorek kvalitnější.

### *1.2.2 Typy vyšetření krve dle laboratoře*

Vzorky biologického materiálu rozdělujeme dle vyšetření na biochemické, hematologické, mikrobiologické, sérologické, imunologické, cytologické, histologické, toxikologické a genetické. Podle toho, co chceme o daném vzorku zjistit, musíme zvolit vhodnou vyšetřovací metodu (Dingová et al., 2018).

Biochemické vyšetření se řadí mezi standardně prováděná vyšetření u pacientů. K vyšetření je zde potřebné určité množství žilní krve okolo 5-10 ml. Zahrnuje mnoho souborů, které zde vyšetřujeme. Je to soubor lipidový, ledvinový, jaterní, kardiologický, soubor štítné žlázy, vnitřního prostředí či sem spadají tumorové a zánětlivé markery (Šimová, 2017). Dle Veverkové et al. (2019) se zde zjišťuje přítomnost organických a anorganických látek v krvi jako jsou cukry, tuky, bílkoviny, hormony, glukóza a další. Biochemické vyšetření nám ukáže, zda v našem těle dochází k nějakým pochodům. Může se vyšetřovat v souborech nebo jednotlivě (Vytejková et al., 2013).

Hematologická vyšetření zahrnují hemokoagulační, hematologické, imunohematologické a izosérologické vyšetření. Jsou prováděny v hematologicko – transfuzních laboratořích (Šimová, 2017). Vyšetřuje se zde sedimentace erytrocytů (FW) a také krevní obraz a diferencíál (KO + dif.), kde je zahrnuto vyšetření erytrocytů, leukocytů, trombocytů, hemoglobinu, hematokritu a diferencíální rozpočet leukocytů. Poté srážlivost krve neboli hemokoagulace, kam spadá INR, QUICK, APTT, DUKE. Další, co sem řadíme, je test na krevní skupinu a Rh faktor, vyšetření krevní zkušky a průkaz protilátek (Vytejková et al., 2013).

Mikrobiologie zahrnuje bakteriologická, virologická nebo mykologická vyšetření krve. Na průkaz bakteriologických onemocnění používáme vyšetření krve na hemokultivaci (Dingová et al., 2018). Dle Šenkýřové (2012) je největší množství bakterií patrné až za vzestupu tělesné teploty nad 38 °C, kdy se vyplaví do krevního řečiště. Zjišťuje se zde, jaká bakterie je přítomná v těle pacienta a na jaká antibiotika je citlivá. Krev se odebírá do hemokultivačních lahviček nejčastěji z periferních žil, s odstupem jedné hodiny. Dle Veverkové et al. (2019) se nemusí odebírat vzorek pouze z krve, ale i ze sputa, moči, stolice či liquoru.

Další je sérologické vyšetření, které nám dokáže rozpoznat přítomnost protilátek v krevním séru. Tyto protilátky vznikají na základě prodělané nemoci a poté jsou přítomny v séru,

kde sledujeme jejich množství. Nejvíce se provádí sérologická vyšetření na získané protilátky z onemocnění syfilis, mononukleózy, HIV a hepatitidy (Dingová et al., 2018).

Imunologické vyšetření nám stanovuje, jak jsme na tom s obrannými látkami, jako jsou imunoglobuliny, imunokomplexy nebo jakou máme buněčnou a humorální imunitu (Vytejková et al., 2013).

Histologické a cytologické vyšetření je vyšetření tkání a buněk. Na histologii jsou posílány odběry tkání z punkcí, biopsií nebo odebrané při operacích. Cytologie jsou buňky, které jsou získané ze sputa, sliznic či z kostní dřeně nebo pochvy (Vytejková et al., 2013).

Toxikologické vyšetření se provádí za účelem zjištění toxických látek v krvi pacienta. Může se provádět u intoxikací hub nebo léků. V případě u intoxikací alkoholem se na dezinfekci kůže používá přípravek bez alkoholu, aby nebyly zkresleny krevní výsledky (Veverková et al., 2019).

Genetické vyšetření se provádí v případě výskytu dědičného onemocnění. Vyšetřuje se z biologického materiálu jako je krev, sliny nebo se provádí bukalní stěr. Nejvíce jsou prováděny z důvodu prevence onemocnění v prenatálním období (Veverková et al., 2019). Vytejková et al. (2013) udává, že slouží také k porovnání vzorků DNA z místa činu a může sloužit i k zjištění příbuznosti či rodičovství.

### ***1.2.3 Postup při odběru krve na vyšetření***

Pokud pacienta čeká odběr krve, sestra by si dle ordinace lékaře v dokumentaci měla připravit vhodné zkumavky na vyšetření a ostatní pomůcky, které bude k odběru potřebovat (Šimová, 2017). Je důležité, aby sestra označila zkumavky identifikačními štítky, aby nedošlo k záměně pacienta. Štítek by měl být nalepen rovnoběžně se zkumavkou, abychom viděli, kolik se v ní vyskytuje krve a abychom laboratoři usnadnili skenování údajů pacienta (Veverková et al., 2019).

V úvodu odběru by se sestra měla pacientovi představit, vysvětlit mu výkon, a tím tak eliminovat jeho obavy. Další z důležitých bodů je identifikace pacienta (Bolerázská et al., 2021). Cornes (2019) udává, že pokud dojde k nedostatečné identifikaci pacienta, může dojít k újmě a následně ke špatně stanovené léčbě. Dle ní dochází k selhávání u 16,1 % pacientů u odběrů žilní krve, kdy není provedena dostatečná identifikace. Z pohledu laboratoře je odběr krve zařazen do tzv. preanalytické fáze. Což je fáze, kdy je krev

odebrána zdravotníky ve zdravotnickém zařízení, a kde může dojít k prvotní chybě. Bolerázská et al. (2021) též tvrdí, že většina chyb nastane právě v preanalytické fázi. Zdravotničtí pracovníci by měli být obeznámeni se současnými doporučeními odběru venózní krve, a těmto problémům předcházet. Po samotném odběru následuje analytická fáze, což je zpracování a vyhodnocení vzorku krve v laboratoři (Cornes, 2019).

Je důležité, abychom dle Hepnara (2012) brali ohled i na pacienta a uvědomili si, že může mít z odběru krve a následně z výsledků obavy. Proto je velice důležitá komunikace s pacientem před, během odběru i poté.

Pacient by měl být sestrou edukován, z jakého důvodu se odběr provádí, ale i co by měl dodržovat před odběrem. Mezi nezbytné body, na které se musíme před samotným výkonem pacienta dotázat, patří dodržení dietních opatření (jestli je nalačno, jestli vynechal tučné potraviny večer před odběrem, kouření, kávu, některé léky atd.). I toto by mohlo ovlivnit krevní výsledky (Hepnar, 2012).

Poté přecházíme už k samotnému odběru krve, který je dle Hepnera (2012) nejvhodnější provádět vsedě. Sestra pomocí pohledu, pohmatu a pomocí škrtidla najde vhodné žíly k odběru. Nejčastěji se odebírá z žil umístěných v oblasti kubitální jamky, poté z předloktí nebo hřbetu ruky (Šimová, 2017). Bolerázská (2021) udává, že místo vpichu by se mělo dezinfikovat dezinfekcí o 70 % alkoholu a po jednu minutu se nechá zaschnout. V případě odběru krve na hemokulturu dezinfikujeme místo vpichu dvěma sterilními tampony dvakrát po sobě. Při odběru krve pracujeme po celou dobu s ochrannými rukavicemi, jelikož manipulujeme s biologickým materiálem. Po dezinfekci se místa vpichu nedotýkáme a provedeme punkci žíly sterilní jehlou pod úhlem okolo 5-30 stupňů. Podle Bolerázské (2021) se turniket povoluje hned u první zkumavky, kde nám nateče krev. Zkumavku ihned promícháme otočením o 180 stupňů, aby se krev promísila se separačním prostředkem.

Po odebrání poslední zkumavky přiložíme na místo vpichu sterilní tamponěk a vysuneme jehlu, kterou překryjeme krytkou a vložíme do speciálního kontejneru. Tamponěk přimáčkneme a zalepíme. Poučíme pacienta, aby provedl kompresi místa vpichu, aby nešlo ke krvácení. Na závěr mu vyjádříme poděkování za spolupráci a informujeme ho o tom, kdy by mohly být dostupné krevní výsledky (Bolerázská, 2021).



#### **1.2.4 Výtěry z nosu a nosohltanu**

Výtěr, který se odebírá z nosu a nosohltanu se nejvíce používá pro diagnostiku a rozpoznání různých druhů respiračních onemocnění. V poslední době byl využíván především na testování viru SARS-CoV-2, který způsobuje onemocnění Covid-19 (Pruidze et al., 2021).

Samotný stěr z nosu a zadní části nosohltanu se dle Pruidze et al. (2021) provádí z jedné nosní dírky za pomoci výtěrové tyčinky. Tato tyčinka může být vyrobena ze dřeva nebo plastu a špička tyčinky je pokryta buď polyesterem, hedvábím, vatou nebo vložkovým nylonem. Kelnarová (2016) uvádí, že je důležité odebírat stěr pomocí sterilní vatové štětičky, kterou načneme těsně před samotným odběrem. Stěry z horních cest dýchacích by se měly provádět ráno nalačno.

Pruidze et al. (2021) uvádí techniku, podle které by se měly správně provádět stěry z nosu a ze zadní části nosohltanu. Při vstupu do nosních průduchů by se měla zavádět výtěrová štětička pod strmým úhlem směrem nahoru ve vzdálenosti přibližně jednoho cm. Poté tlačít hrot tamponu lehce výš do té doby, než se hrot dotkne tvrdého patra nosních křídel a než ucítíme odpor zadní stěny nosohltanu. Bylo zjištěno, že u dospělých by se výtěrové tampony měly zavádět na vzdálenost delší než 3–4 cm.

Petruzzi (2020) udává, že by měl pacient sedět a mít zátylek opřený o opěrku, aby tak byl stěr správně proveden. Udává, že by se po dosažení zadní stěny nosohltanu mělo štětičkou otáčet po dobu několika sekund. Kriegova et al. (2021) tvrdí, že vhodná doba je 10 sekund a následně by se měla štětička vložit do transportního média.

Stěr z nosohltanu se také může provádět přes orofaryng (Petruzzi, 2020). Kelnarová et al. (2016) udává, že pomocí dřevěné lopatky si stlačíme kořen jazyka a zavedeme štětičku za měkké patro, kde provedeme stěr z nosohltanu. Do zkumavky tedy vkládáme dvě odběrové štětičky jednu vedenou z nosu do zadní části nosohltanu a druhou vedenou přes orofaryng. Tato metoda je oproti klasickému stěru z nosohltanu přes dutinu nosní jednodušší (Petruzzi, 2020).

Dle Kelnarové et al. (2016) štětičku zalomíme o okraj zkumavky do pravého úhlu asi 2 cm od konce. Odebraný vzorek ze sliznice nosohltanu je poté uložen ve vhodné teplotě 4 °C a transportován do 24 hodin v odběrovém boxu do laboratoře, kde dojde k vyhodnocení (Kriegova et al., 2021).

Další z výtěrů, je klasický výtěr z nosních průduchů, který se provádí z obou nosních dírek šroubovým pohybem ve vzdálenosti 1-2 cm. Při zavedení se štětičkou pohybujeme po spodní stěně dutiny nosní a vracíme se po stropu dutiny nosní (Kelnarová et al., 2016). Tento výtěr se provádí u klasických antigenních testů, které jsou určeny pro samovyšetření. Tyto stěry značně ulevily zdravotnickému personálu v době pandemie Covid-19. Tento stěr byl však méně prokazatelný než klasický PCR test (Kim et al., 2022).

Dle Kriegové et al. (2021) byly na trhu jedny z nejvíce prokazatelných testů PCR, které odhalily přítomnost nukleové kyseliny (SARS-CoV-2), která způsobuje onemocnění Covid -19.

Vyskytuje se mnoho komplikací, které při stěru mohou nastat, jednou z nich je podle Kim et al. (2022) zlomení výtěrové štětičky při zavádění v dutině nosní, proto by měl být zdravotnický pracovník, který stěr provádí obeznámen se strukturálními anomáliemi nosu. Mezi ně patří deviace septa, septální výběžky v nose atd. Pokud by zde cizí těleso zůstalo, může dojít k aspiraci nebo požití, což je život ohrožující stav a přítomnost cizího tělesa by se měla zkontrolovat endoskopicky a v případě potvrzení těleso ihned vyjmout.

Další nejčastější komplikací, která může při odběru nastat, je krvácení z nosu, kdy je mechanicky poškozena nosní sliznice, může vzniknout u lidí, kteří užívají antikoagulační léky, mají záněty horních cest dýchacích, nebo mají deviaci septa. Pracovníci, kteří stěr provádí, by se měli dotázat pacienta, která strana nosu je pro ně lepší skrze dýchání a nezavádět tak výtěrovou štětičku proti odporu. V případě více rizikových faktorů, které znemožňují stěr z nosohltanu klasickým PCR testem, je možné zvážit méně invazivní cestu (Kim et al., 2022).

Mezi závažné komplikace také řadíme poškození báze lebni, při iatrogenním poranění, kdy uniká mozkomíšní mok. Projevuje se u pacienta většinou čirou rýmou na jedné straně, která se při předklonu zvyšuje, také nastává přetrvávající bolest hlavy. Toto poranění je dle Kim et al. (2022) vzácné, ale může být i fatální. Proto je důležité, aby byl zdravotnický pracovník obeznámen s anatomií nosu a vhodnou hloubkou a úhly zavádění, aby byl stěr pro pacienta bezpečný.

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit komunikační bariéry ze strany sester při odběru biologického materiálu.
2. Zjistit zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu
3. Zjistit, jaké komunikační techniky sestry používají při odběru biologického materiálu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou komunikační bariéry na straně sester při odběru biologického materiálu?
2. Jaké jsou zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu?
3. Jaké komunikační techniky sestry využívají při odběru biologického materiálu?

## 3 METODIKA

### 3.1 *Použité metody*

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu formou dotazování a pozorování. Metoda dotazování získává informace a data pomocí rozhovorů. Na tento výzkum byl použit polostrukturovaný rozhovor, který je založený na otázkách, které pokládá tazatel. Tyto otázky se pokládají informantům podle námi sestaveného schématu, který můžeme v průběhu upravovat. Můžeme se informantů na problematiku i doptávat pomocí doplňujících otázek, které nemáme předem připravené. Doplňující otázky nám pomohou, upřesnit problematiku tak, abychom získali co nejdetailnější odpovědi informantů, nebo např. problematiku více objasnili (Švaříček et al., 2014). Cílem dotazování bylo získat co nejvíce dat o dané problematice. Výzkum byl zaměřen na zjištění komunikačních bariér ze strany sester a na přístup sester z pohledu pacientů při vybraných odběrech biologického materiálu.

Metoda pozorování je dle Kutnohorské (2009) založená na soustavném a cíleném pozorování jedince či skupiny v terénu. Dochází zde k objektivnímu pozorování, které nám umožní následnou analýzu. Výzkum byl realizován během února a března roku 2023. Pro empirickou část práce byla použita metoda přímého, zjevného a nezúčastněného pozorování, která nám doplňuje metodu polostrukturovaných rozhovorů. Toto pozorování má daná pravidla, a provádí ho badatel, který má daný přesný pozorovací záznam o činnostech, které bude pozorovat v terénu. Výzkum byl zaměřen na zjištění používaných komunikačních technik u sester při odběrech biologického materiálu (odběry krve, stěry z nosohltanu).

Na začátku rozhovoru byli všichni dotázáni, zda může být rozhovor natáčen na diktafon. Samozřejmě byli všichni informanti ujištěni o zachování jejich anonymity. Záznamy z diktafonu nejsou součástí bakalářské práce pro jejich citlivý obsah. Data, která jsme pomocí rozhovorů zjistili, byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014).

### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory**

Výzkumný soubor tvořily sestry a pacienti z lůžkových oddělení a ambulancí z vybraných nemocnic v Jihočeském kraji a na Vysočině. Byl proveden rozhovor se šesti sestrami a pacienty, podle námi sestavených otázek (Příloha 3) a (Příloha 4). Tyto rozhovory proběhly přímým kontaktem na námi vybraných odděleních v ranních hodinách. Jeden rozhovor trval přibližně 20-25 minut. Kritériem pro zařazení pacientů do výzkumného souboru bylo, že se podrobí odběru vybraného biologického materiálu. Následně byli označeni v tabulkách ve zkratce P1 až P6 (pacient jedna až šest). Kritériem pro zařazení sester do výzkumného souboru jak u rozhovorů, tak u pozorování bylo, že provádí odběr biologického materiálu v rámci své práce na daném pracovišti. Dalším kritériem pro výběr sester do rozhovorů byla celková praxe ve zdravotnictví nejméně pět let. Pro zachování anonymity jsme použili pro sestry označení S1 až S6 (sestra jedna až šest).

### **3.3 Charakteristika výzkumného vzorku – pozorování**

Výzkumný soubor tvořily sestry z lůžkových oddělení a ambulancí z vybraných nemocnic v Jihočeském kraji a na Vysočině. Bylo zde provedeno přímé, nezúčastněné a zjevné pozorování sester při provádění odborných výkonů, jako jsou odběry krve a stěry z nosohltanu. Sestavili jsme dva pozorovací archy jeden je zaměřený na verbální komunikaci (Příloha 1) a druhý na neverbální komunikaci sester (Příloha 2). Uvedli jsme do nich komunikační techniky, které jsou podle nás důležité u sester při odběrech biologického materiálu. Celkem jsme zde pozorovali pět sester a jejich verbální a neverbální komunikaci. Tyto sestry jsme označili pod anonymní zkratkou S1 až S5 (sestra jedna až sestra pět). Kritériem pro zařazení sester do výzkumného souboru byla celková praxe ve zdravotnictví minimálně dva roky.

## **4 VÝSLEDKY**

V této kapitole jsou popsány výsledky výzkumného šetření. Na základě získaných dat byly tyto výsledky rozděleny do kategorií a podkategorií. Jsou stanoveny tři kategorie a šest podkategorií.

### **Seznam kategorií a podkategorií:**

#### **Kategorie č. 1 Komunikační bariéry sester**

- vnější komunikační bariéry sester
- vnitřní komunikační bariéry sester

#### **Kategorie č. 2 Přístup sester k pacientům v oblasti komunikace**

- pojem biologický materiál
- zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami u sester

#### **Kategorie č. 3 Používané komunikační techniky u sester**

- použité komunikační techniky u sester - verbální komunikace
- použité komunikační techniky u sester - neverbální komunikace

#### 4.1 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů se sestrami

Na základě analýzy dat byla data rozdělena do jedné kategorie a dvou podkategorií. V podkategoriích jsme zobrazili vnější a vnitřní komunikační bariéry sester, se kterými se na pracovišti při odběrech biologického materiálu setkávají. V (Tabulka 1) uvádíme základní identifikační údaje sester.

##### Seznam kategorií a podkategorií:

##### Kategorie č. 1 Komunikační bariéry sester

- vnější komunikační bariéry sester
- vnitřní komunikační bariéry sester

Tabulka 1 - Identifikační údaje sester (rozhovory)

Sestra (S)	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe na nynějším odd.	Nynější pracoviště	Celková praxe ve zdravotnictví	Kraj
S1	žena	32	VŠ	5 let	onkologie	5 let	Jihočeský
S2	žena	62	SZŠ	25 let	interna	30 let	Vysočina
S3	žena	47	SZŠ	8 let	onkologie	15 let	Jihočeský
S4	žena	34	VŠ	7 let	infekční	7 let	Jihočeský
S5	muž	37	VOŠ	3 roky	interna	12 let	Vysočina
S6	žena	40	VŠ	8 let	neurologie	15 let	Vysočina

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

Tabulka 1 zobrazuje identifikační údaje sester. U jednotlivých sester je vždy uvedeno pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, praxe na nynějším oddělení, druh pracoviště, celková praxe ve zdravotnictví a kraj, ve kterém pracují. V našem výzkumu byly provedeny rozhovory u sester, z nichž pět bylo žen a jeden muž, který pracoval na interním oddělení ve vybrané nemocnici v kraji Vysočina. Ostatní ženy pracovaly na odděleních, jako je infekční, onkologie, neurologie a interna. Zaměřili jsme se zde na nejvyšší dosažené vzdělání, které sestry měly vystudované. Obě sestry S2 a S3 mají vystudovanou střední zdravotnickou školu ukončenou maturitní zkouškou. Jelikož v té době stačilo k výkonu povolání pouze absolvování střední školy, jsou uznané jako všeobecné sestry. Ostatní sestry S1, S4, a S6 mají vystudovanou vysokou školu a získaly tím titul Bc. Sestra

S5 je jediný muž pracující ve zdravotnictví, který nám poskytl rozhovor. Má vystudovanou vyšší odbornou školu, kde získal titul Dis. Říká: „*Doted' se divím, že jsem tu školu dostudoval, kdyby mě tenkrát kamarád nepřesvědčil, at' to zkusím, sám bych do toho nejspíš nešel*“.

Jsou zde sestry různé věkové kategorie, nejstarší je S2, která uvedla nejdelsí praxi ve zdravotnictví třicet let, a konkrétně na interním oddělení pracuje již dvacet pět let. Nyní sem chodí vypomáhat pouze na dohodu, jelikož má zdravotní problémy a pobírá poloviční důchod. Sestra S2, udává: „*Je tu těžká práce, ale po těch letech si člověk zvykne na vše*.“ Sestra S1 je nejmladší sestrou našeho výzkumu, má nejkratší praxi jak ve zdravotnictví, tak o nynějším oddělení, kde pracuje pět let, říká: „*Nastoupila jsem sem hned po škole a vlastně už během studia jsem chodila na onkologii na praxi, a poté tu pracovala na dohodu. Po skončení vysoké mě vzali sem na plný úvazek a přijali do kolektivu, za což jsem byla moc ráda. Teď jsem na mateřské a chodím si občas přivydělávat na ambulance*“. Průměrná délka praxe sester na nynějším oddělení je okolo devíti let.

Sestry S3, S4, S5 a S6 mají celkovou praxi ve zdravotnictví v řádu 7-15 let. Celkový průměr praxe sester ve zdravotnictví je v našem výzkumu čtrnáct let. Sestra S3 odpověděla: „*Pracovala jsem všude možné od zařízení pro seniory po dětské oddělení, prošla jsem toho opravdu dost, takže si troufám říct, že jsem měla možnost poznat lidi a komunikovat s mnoha věkovými kategoriemi. Celý život nejsem sice ve zdravotnictví, ale vrátila jsem se k tomu a tady na onkologii pracuji už osm let*“. Jediná S4 udává: „*Pracuji zde na infekčním oddělení již 7 let a předtím jsem nikde jinde nebyla*“.

Sestra S5 je jediný muž, na kterém jsme náš výzkum prováděli, pracuje na interním oddělení. Odpovídá: „*Jsem tu už tři roky a můžu říct, že jsem tu spokojený, vždycky jsem pracoval radši se ženami než s muži v kolektivu a zrovna na interně se muž vždy hodí, je tu dost práce, která je fyzicky náročná a mužská síla je tu potřeba*“. Sestra S6 pracuje na neurologickém oddělení již osm let. Říká: „*Jsem tu ze sester taková stálice, protože nám teď hodně sester odešlo. Na neurologii jsem už osm let, jako mladá jsem po škole začínala na interně, což bylo pro mě peklo, tady na neurologii se mi líbí*“.



### ***Podkategorie 1: Vnější komunikační bariéry sester***

Co se týče vnějších komunikačních bariér, sestry se většinou shodly, že největším problémem z hlediska prostředí a uspořádání pomůcek na oddělení je nedostatek prostoru. Také zaznamenaly málo soukromí, akutní nedostatek personálu a moc práce okolo pacientů. Sestra S1 pracuje na onkologické ambulanci, kam chodí pacienti především na odběry krve či na intramuskulární injekce. Udává: *„Máme tu málo místa na ambulanci, sice jsme tu dočasně přestěhovaní, ale je to i tak problém. Pacienti nemají soukromí, a když jim máme aplikovat injekci intramuskulárně, není tu ani lůžko, kam by si lehli. O odběru krve ani nemluví, tu odebíráme doslova ve dveřích ordinace jak je tu málo místa“*. Sestra S3 říká: *„Tady na oddělení máme plenty, které se dají zatáhnout při provádění výkonů, ovšem na odběrových ambulancích je to špatné, tam prostor či soukromí téměř žádné není.“*

Náš výzkum byl prováděn i na interním oddělení v nemocnici na Vysočině, kde je oddělení většinou obsazené nesoběstačnými pacienty. Sestra S2 říká: *„Máme tu akutní nedostatek personálu, pokoje jsou po většinu plné pacientů, kteří potřebují pomoci jak s hygienou, oblékáním, jídlem a hlavně se musí polohovat. Ze sesterské práce je tu zase mnoho výkonů, které se v tak malém počtu personálu nedají stíhat“*. Sestra S5, tvrdí: *„Při provádění výkonů, si nemáme kam položit pomůcky, jezdíme tedy s vozičkem, ovšem to je taky problém, jelikož je nemožné se s ním dostat k lůžku pacienta na takový dosah, abychom pomůcky měli při ruce. Je to složité i skrz personál, jelikož jsem muž, je tu takových lidí potřeba více“*.

Sestra S4 vnímá jako největší bariéru na pracovišti nedostatek personálu. Odpověděla: *„Je zde málo personálu a moc práce okolo pacientů, to vnímám jako největší bariéru, skrz prostředí. My jako sestry nemáme tolik času a většinou jsme zahrnuti papírováním a zaznamenáváním všech provedených výkonů do dokumentace. Ta komunikace potom spadá na ošetřovatele a sanitáře, kteří toho času s nimi tráví více“*. Sestra S6 ještě doplnila: *„Je tu málo sester i málo ošetřovatelů, takže moc práce na tak málo lidí. Takže si uděláme výkony, které jsou potřeba, a na tu komunikaci mimo už není takový prostor“*.

## ***Podkategorie 2: Vnitřní komunikační bariéry sester***

Vnitřních komunikačních bariér, které se při komunikaci s pacienty vyskytují, je hned několik, ovšem všechny sestry v našem výzkumu zmínily jako hlavní komunikační bariéru cizí jazyk. Je to hlavně z důvodu, že spousta obyvatel ukrajinské národnosti emigrovala do České republiky a začala využívat naše zdravotnictví a služby. Sestra S1 tvrdí: *„Už jsem tu pár pacientů jiné národnosti také měla a většinou se dorozumíme tak nějak rukama nohama, pokud nemají svého tlumočnicka. Samozřejmě už jsem použila i překladač, abych jim vysvětlila výkon, který u nich hodlám provádět“.*

Sestra S2, říká: *„U mě osobně je to velký problém, už mám nějaký ten věk a ze školy si tak možná pamatuji základy ruštiny. Za mě by si tito lidé měli sehnat automaticky tlumočnicka, když ví, že jsou v cizí zemi, kde se nedorozumí.“* I sestra S3 zmiňuje četnost ukrajinských pacientů na jejich oddělení: *„Měli jsme tu už spousty pacientů z Ukrajiny, většinou mají své tlumočnicky a nějakým způsobem se domluvíme. Dnes už jsou i informované souhlasy v jejich jazyce, takže i v tom není problém. Máme to štěstí, že na oddělení máme sestru, která je z Ukrajiny, takže pokud je ve službě, pomůže nám s překladem ona“.*

Další sestra S4 pracuje na infekční ambulanci, kam pacienti během pandemie chodili denně na stěry. Tvrdí: *„Během období Covid-19 chodili všichni na stěry z nosohltanu, takže na infekčních ambulancích jsme se s cizinci setkávali denně. Většinou nějakým způsobem fungovaly základy angličtiny anebo měli svého tlumočnicka.“* Podobné zkušenosti s cizinci na oddělení mají i sestry S5 a S6. Obě tvrdí, že v řadách personálu mají lékaře, kteří ovládají cizí jazyky. Sestra S5 říká: *„Máme tu lékaře, kteří ovládají ruštinu, angličtinu či němčinu, takže to je výhodou, když pacientům potřebuje vysvětlit nějaký výkon. Ovšem ve službě tu také nejsou pořád, a to si většinou pak poradíme sami. Ukážeme jim pomůcky na odběr krve nebo na stěr z nosu a oni většinou pochopí, co se bude dít.“* Sestra S6 dodala: *„My máme zase na neurologii lékaře, který je původem z Ukrajiny, takže to má také své výhody, jinak většinou jsou ty lidi schopný si sehnat tlumočnicka.“*

Většina ovšem uvedla mnoho dalších bariér, se kterými se setkaly nebo setkávají na pracovišti. Další častá komunikační bariéra je z důvodu nemoci pacienta. Sestra S3 udává: *„Jelikož u nás leží pacienti s různými druhy nádorů, nejvíce je problém v komunikaci s pacienty, kteří mají nádor na mozku. Nevím, jestli to teď nebude znít blbě, ale ti pacienti prostě neví, která bije“.* Sestra S1 říká: *„Když jsem pracovala na oddělení párkrát jsem se setkala s pacienty, kteří měli zavedenou tracheostomickou kanylu,*

*z důvodu zajištění dýchacích cest kvůli nádoru v dutině ústní. To je další bariéra, která nám sestřám znemožňovala se s nimi domluvit, tudíž jsme se dorozumívali tak, že nám psali vše na papír, ovšem někdy ani toho nebyli schopni a my tak nezjistily jejich potřeby.“*

Sestra S6 pracující na neurologickém oddělení zase zmiňuje pacienty, kteří prodělali CMP a jsou ochrnutí na polovinu těla. Odpovídá: *„U těchto pacientů máme také problém se domluvit, někdy je to s nimi velice náročné a nerozumíme jim, co nám chtějí sdělit“.*

Další bariéra z hlediska dorozumění se a komunikace s pacientem je u starších a zmatených lidí např. agrese. S tímto se setkala S4 říká: *„Co vnímám já u pacientů u nás na infekčním, je problém v tom chování u pacientů s Alzheimerem, někdy jsou na nás agresivní škrábou nás, nenechají na sebe sáhnout, pohazují okolo sebe věcmi a jsou neklidní v lůžku. To je pro nás hodně ztěžující a při odběru krve poté musí jedna sestra držet ruku, aby druhá mohla odebrat vzorek.“*

Sestry S2 a S5, odpověděly, že za dobu Covid-19, kdy musely nosit ochranné pomůcky při stěrech z nosohltanu, byla pro ně největší bariéra štít a ochranná rouška. Sestra S2 tvrdí: *„Museli jsme mluvit nahlas a hodně věci pacientům opakovat, aby nám rozuměli.“* Sestra S3 dodává: *„Párkrát se mi i stalo, že došlo k nedorozumění mezi mnou a pacientem, kvůli tomu, že jsme oba měli ochrannou roušku a pacient měl problémy se sluchem, takže mě dostatečně neslyšel a neprováděl pokyny, které jsem mu v průběhu odběru dávala.“*

#### **4.2 Kategorizace výsledků polostrukturovaných rozhovorů s pacienty**

Z analyzovaných dat, která byla získána u šesti pacientů, byly tyto výsledky seskupeny do jedné kategorie a dvou podkategorií. V úvodu jsme opět provedli identifikaci pacientů (Tabulka 2). V první podkategorii byl zmíněn biologický materiál a znalost tohoto pojmu ze strany pacientů, popřípadě schopnost vyjmenovat nějaké příklady. Druhá podkategorie prezentuje zkušenosti pacientů s přístupem sester a jejich používanými komunikačními technikami při vybraných odběrech biologického materiálu.

##### **Seznam kategorií a podkategorií:**

###### **Kategorie č. 2 Přístup sester k pacientům v oblasti komunikace**

- pojem biologický materiál
- zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami u sester

**Tabulka 2** - Identifikační údaje pacientů

Pacient (P)	Pohlaví	Oddělení	Lůžkové odd. X ambulance	Četnost návštěv	Vyšetření	Biologický materiál
P1	žena	onkologie	ambulance	pravidelně	KO, BCH, INR, KS + Rh faktor	odběr krve
P2	muž	infekční	lůžkové odd.	zřídka kdy	PCR test	stěr z nosohltanu
P3	muž	infekční	ambulance	zřídka kdy	PCR test	stěr z nosohltanu
P4	žena	interna	lůžkové odd.	pravidelně	BCH, KO, INR	odběr krve
P5	muž	interna	ambulance	pravidelně	BCH, KO, INR	odběr krve
P6	muž	chirurgie	lůžkové odd.	zřídka kdy	KO, BCH, INR, KS + Rh faktor	odběr krve

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

Začali jsme identifikací jednotlivých pacientů, kterou jsme zaznamenali do tabulky 2. Zaznamenávali jsme u nich pohlaví, věk, oddělení, kde se nachází, zda jsou na lůžkovém oddělení či na ambulanci, četnost návštěv, vyšetření a druh biologického materiálu, který se u nich odebral. Tázali jsme se tří žen a tří mužů ve věkové kategorii od 25-62 let.

Výzkum byl prováděn jak na ambulancích, tak na lůžkových odděleních v Jihočeském kraji a na Vysočině. Pacienti byli dotazováni, zda dochází do zdravotnických zařízení na odběry biologického materiálu pravidelně či zřídka. Polovina pacientů P1, P4, P5 uvedla, že navštěvují zdravotnické zařízení kvůli odběrům krve pravidelně, z důvodu nějakého onemocnění, které musí být pravidelně sledováno. Pacientka P1 odpověděla: „Navštěvuji pravidelně onkologickou ambulanci kvůli odběrům krve, kde mi hlídají hodnoty nádorových buněk v krvi z důvodu rakoviny tlustého střeva, kterou jsem prodělala. I když jsem nad ní vyhrála, na kontroly chodím stále.“ Pacientka P4, tvrdí: „Odebírají mi krev teď skoro každý den, mám Crohnovu chorobu a jsem anemická, takže kontroly hodnoty hemoglobinu.“ Další pacient P5 udává: „Před 4 lety mi zjistili cukrovku II. typu a od té doby chodím pravidelně každý tři měsíce na interní ambulanci, kde mi berou krev a hlídají cukr.“

Zřídka na odběry biologického materiálu chodí P2, P3 a P6, kdy jsme zjistili, že navštěvují zdravotnické zařízení pouze preventivně nebo párkrát do roka. Pacient P2 říká: „*Chodím jenom zřídka na odběry, konkrétně PCR test podstupuju už podruhé, protože moje doktorka to chce vyloučit, neví, co mi je, a mám podobné příznaky, jako kdybych měl Covid-19, proto ležím i zde na infekčním*“. Další P3 odpověděl: „*Stěry z nosohltanu mi dělali jenom preventivně, aby mohli vyloučit Covid-19, jelikož jedu pracovně do zahraničí, musím mít negativní test, vyžaduje to naše firma*.“ Pacient P6 říká: „*Krev mi berou jen zřídka, většinou je to preventivně a tady na oddělení mi ji brali z důvodu operace tříselné kýly*.“

Polovina pacientů P1, P3 a P5 přišla na odběr biologického materiálu do ambulance. Druhá polovina pacientů P2, P4 a P6 byla hospitalizována na lůžkovém oddělení v nemocnici. Z odběrů krve, zde byla odebírána nejčastěji krev na standardní vyšetření jako je KO, BCH a INR. Krevní skupina a Rh faktor byl vyšetřován u P1 a P6. Stěr z nosohltanu na prokázání nemoci SARS-CoV-2, pomocí PCR testu byl proveden u P2 a P3.

### ***Podkategorie 3: Pojem biologický materiál***

Pacientům byla položena otázka, zda dokážou vysvětlit, co podle nich patří do biologického materiálu. Všechny dotazované pacienty jsme museli nějakým způsobem navést k definici, co vlastně biologický materiál znamená. S příklady poté neměl nikdo problém a vyjmenoval minimálně dva a více. Pacientka P1 uvedla nejmíň příkladů odběrů ze všech, a to pouze odběr krve a moči: Odpovídá: „*Nevím těžko říct, teď si na moc příkladů asi úplně nevzpomenu. Napadá mě určitě krev, tu mi berou pravidelně a moč, tu mi brali kolikrát, protože jsem trpěla na záněty močového měchýře*.“

Ostatní pacienti P2, P3, P4, P5 a P6 zmínili další druhy biologického materiálu, který se podle nich odebírá za účelem vyšetření. Všichni z nich zmínili krev, moč, stolici a stěry z nosu. Jeden z nich P2 poté upřesnil: „*Když jdu k praktické doktorce na preventivní prohlídku většinou mně klasicky bere krev, poté chce, abych donesl moč ve zkumavce a teď jelikož mi bylo čerstvě padesát tak i stolici, kvůli rakovině tlustého střeva*.“ Pacientka P4 zmínila další druh biologického materiálu z vlastní zkušenosti: „*Biologický materiál je podle mě i odebrání části nějaké tkáně, může to být třeba z prsu, dříve jsem měla bulku, ze které mi brali vzorek našťěstí byl nezhoubný*.“ Pacient P6 zmínil: „*Tak určitě sem patří odběry krve, moč, stolice, stěry z nosu, možná i sliny. Dříve jsem byl na vyřiznutí znaménka na zádech, tak i to bych zařadil do biologického materiálu*.“

Jediný P3 a P5 uvedli i darování krve a jejich složek, jelikož s tím měli oba zkušenosti. Pacient P3, udává: „*Chodil jsem darovat krevní plazmu, teď v poslední době jsem tam přestal chodit, neměl jsem na to tolik čas. Chci se k tomu zase vrátit a chodit pravidelně.*“ Druhý pacient P5 tvrdí: „*Chodil jsem darovat krev, i krevní plazmu, bohužel mi před čtyřmi lety zjistili cukrovku II. typu, od té doby jsem přestal.*“

#### ***Podkategorie 4: Zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami u sester***

Všichni zkoumaní pacienti uvedli, že jsou s komunikací sester „většinou spokojeni“ a že se přístup sester liší „*jak v jaké nemocnici nebo ve zdravotnickém zařízení.*“ Dle P1-P6 je poměr pozitivního a negativního přístupu sester v poměru 50:50. Z množství použitých komunikačních technik u sester, které u nich pacienti zaznamenali, bylo hned několik. Samozřejmě je to u každého pacienta individuální, protože každému při odběru vyhovuje něco jiného.

Jasně zmíněna byla všemi pacienty důležitost mimiky, a to především úsměv sestry. Také tu zdůrazňovali pohled do očí, což z jejich výpovědí většinou sestry prováděly. Vybraní pacienti odpovídají takto P1 říká: „*Já osobně mám ráda, když se sestra usmívá a dívá se mi do očí naopak, když mlčí a dívá se někam jinam nebo se mi vyhýbá, přenáší tím negativní energii i na nás pacienty.*“ Pacientka P4 zmiňuje: „*Když se sestra usmívá, tak mě zároveň uklidňuje a mám v ní důvěru, a to je pro mě důležité, jí věřit.*“ V našem výzkumu jsme se dotazovali i P5, který je zcela nevidomý, tudíž má trochu odlišné zkušenosti s komunikací sester při odběrech než ostatní zúčastnění. Odpověděl nám: „*Když jsem ještě viděl, byl pro mě úsměv a pohled do očí sestry velice důležitý. Nyní jsem rád, za klidný a přívětivý hlas a už podle toho poznám, jaký ta sestra má přístup.*“

Další pacienti P2, P3 a P4 uvedly, že u mnoha sester nevnímají projevy empatie. Pacient P2 odpovídá: „*Když mi brali při příjmu v nemocnici krev, sestry se mě na nic moc neptaly, udělaly svoji práci a odešly. Včera, když mně braly kontrolní odběry, sestra si se mnou během toho povídala a na konci odběru mě uklidnila, že to určitě dopadne dobře. Je to jak u které, ale rozhodně mám lepší pocit i já, když jsou více empatické a neberou nás jenom jako svoji práci.*“ Zajímavá a výstižná odpověď byla u pacienta P3, který jasně konstatoval: „*Pokud to ty sestry nebaví, ať tu práci nedělají, ale trocha empatie a podporujících slov by jim rozhodně neuškodila.*“ Tohoto názoru je i P4.

Komunikace jako taková je pro některé nezbytná v průběhu prováděného výkonu. Pacient P3 tvrdí: „*Já mám radši, když si se mnou sestra během odběru povídá a zeptá se mě třeba, jak se mi daří. Nemám úplně rád krev a jehly, takže když moji pozornost odvede, je to pro mě snazší a musím říct, že většina sester, se kterými jsem se v ordinacích setkal, s tím neměla problém.*“ Pacient P5 odpovídá: „*Jelikož jsem nevidomý, už přibližně sedm let, kamkoliv jdu na odběry nebo do nemocnice, musí mi sestry vše popisovat, to je jediné, co mi pomáhá, abych se ve věcech zorientoval. Jinak celkově přístup sester je z mého pohledu ke mně jako k nevidomému v pořádku.*“

Našeho rozhovoru se účastnil i pacient P2, který má syndrom bílého pláště. Říká: „*Mně třeba nedělají dobře bílé pláště, takže ani ochranné obleky zdravotníků na mě úplně dobře nepůsobí a jsem vděčný, když mě ujišťují v průběhu odběru o tom, co mi dělají a budou dělat.*“ U pacienta P6 byl zmíněn strach z bolesti právě z odběrů biologického materiálu. Odpovídá: „*Vždy když mám jít na nějaké odběry, mám strach z bolesti ať už je to při odběrech krve, nebo když byl Covid-19 těžko jsem zvládal i ty stěry z nosu. Kvůli práci jsem to podstupoval každý týden a každý týden jsem se na to musel psychicky připravovat, to bylo pro mě hrozné. Většinou zavřu oči a myslím na něco jiného. Některá sestra si během odběru se mnou povídá a některá zase ne.*“

Pacientka P4 říká: „*Já zase od sestry očekávám, že bude mít klidné vystupování, vše mi srozumitelně a dostatečně vysvětlí, zodpoví moje dotazy a bude se mi věnovat. Z mých zkušeností je pro sestry těžké věnovat se ve větší míře pacientům, jelikož jsou zaneprázdněný papírováním a neustálými telefonáty, tudíž nemají tolik času si s námi třeba povídat a většinou nás odkazují na lékaře.*“

### 4.3 Kategorizace výsledků pozorování u sester

Z analyzovaných dat, která jsme získali pomocí pozorování, jsme následně výsledky rozdělili do jedné kategorie a dvou podkategorií. V úvodu jsme opět provedli identifikaci sester (Tabulka 3). Používané komunikační techniky během odběru biologického materiálu jsme zaznamenávali dvou pozorovacích archů, jeden je zaměřený na verbální komunikaci (Tabulka 4, 5) a druhý na neverbální komunikaci (Tabulka 6, 7). Zaznamenali jsme sem prvky, které jsou dle nás důležité a sestry by je v komunikaci s pacienty měly dodržovat.

#### Seznam kategorií a podkategorií:

##### Kategorie č. 3 Používané komunikační techniky u sester

- použité komunikační techniky u sester - verbální komunikace
- použité komunikační techniky u sester - neverbální komunikace

Tabulka 3 - Identifikační údaje sester (pozorování)

Sestra (S)	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe na nynějším odd.	Nynější pracoviště	Celková praxe ve zdravotnictví	Kraj
S1	žena	33	VŠ	3 roky	interna	5 let	Vysočina
S2	žena	47	SZŠ	8 let	onkologie	15 let	Jihočeský
S3	žena	25	VOŠ	2 roky	infekční	2 roky	Jihočeský
S4	žena	54	VŠ	6 let	neurologie	23 let	Vysočina
S5	žena	24	SZŠ	5 let	infekční	5 let	Vysočina

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

Tabulka 3 znázorňuje základní údaje o sestřích, na kterých byla výzkumná část pozorování verbální a neverbální komunikace provedena. Jsou zde znázorněny stejné údaje jako u sester, které podstoupily rozhovory. Sestry jsme pozorovali v ranních hodinách, kdy chodily s odběry krve anebo prováděly stěry z nosohltanu.

Všechny sestry, které byly pozorovány v našem výzkumu při odběru biologického materiálu, byly ženy. Věková hranice sester se pohybovala okolo 24-54 let. Nejvyšší dosažené vzdělání v našem výzkumu měla S1 a S4, které absolvovaly vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. Jediná S3, má absolvované vysoké odborné vzdělání a získala tak titul Dis. Udává: „*Jsem ráda, že jsem si dodělala aspoň Dis. dálkově, protože vím, že Bc.*



*titul bych nezvládla.*“ Sestra S2 má vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Říká: *„Za nás to dříve stačilo a po čtyřech letech zdravotky jsme byli hotové zdravotní sestry, teď je spousta vysokých škol a sestra potřebuje tituly, aby tuhle práci mohla dělat samostatně.“* Sestra S5 má vystudovanou též střední zdravotnickou školu a udává: *„Moje staniční na mě hodně apeluje, abych si školu dodělala, protože potom je to problém při plánování směn. Vždy tu musí být ve službě aspoň jedna všeobecná sestra.“*

Nejdelší praxi ve zdravotnickém zařízení má S4 a to 23 let. Udává: *„Dříve jsem pracovala na dětském oddělení na větších dětech, potom jsem přešla sem na neurologii. Sem tam si chodím ještě přivydělávat do domácího hospice. To je zase práce v terénu s lidmi v terminálním stádiu života, takže taky trošku odlišnější práce hlavně z té psychické stránky.“* Nejkratší praxi má S3, která pracuje ve zdravotnictví teprve dva roky. Odpověděla: *„Jsem tu krátce, teprve dva roky, takže se pořád učím nové a nové věci, ale už jsem si mnohem jistější než na začátku, protože začátky byly opravdu těžké.“*

Průměrná délka celkové praxe ve zdravotnictví byla u sester deset let a průměrná délka praxe na současném oddělení se pohybovala okolo necelých pěti let. Pozorované sestry S1, S4 a S5 v době pozorování pracovaly na vybraných interních, neurologických a infekčních odděleních ve vybrané nemocnici v kraji Vysočina. Sestry S2 a S3 pracují v nemocnici v Jihočeském kraji na onkologickém oddělení a na infekčním oddělení.

**Podkategorie 5: Použité komunikační techniky u sester – verbální komunikace**

**Tabulka 4 - Výsledky pozorování verbální komunikace sester (část 1)**

<b>VERBÁLNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b>pozdrav na úvod</b>	ano	ano	ano	ano	ano
<b>oslovení pacienta v úvodu komunikace</b>	ano, jménem pacienta	ano, jménem pacienta	ano, jménem pacienta	ano, „babi, sluničko naše“	ano, jménem pacienta
<b>identifikace pacienta před samotným odběrem</b>	ne	ne	provedla jméno + rok narození	ne	provedla jméno + rok narození
<b>dostatečné a srozumitelné vysvětlení výkonu</b>	ano, dostatečně vysvětlila doprovodu P (neslyšící pacient)	ano, dostatečně vysvětlila	ano, dostatečně vysvětlila	ano, dostatečně vysvětlila	zkrácené vysvětlení výkonu (spěch)
<b>pokyny sestry v průběhu odběru</b>	vedla mu ruku	ano, zatněte pěst, zacvičte, píchnu, povolte pěst	ano, zatněte pěst, zacvičte, píchnu, povolte pěst	ne	opřete si hlavu o zeď
<b>přirozená výška hlasu</b>	ano	ano	ano	hlasité vysvětlení (hůře slyšící P)	ano
<b>odvedení pacientovi pozornosti v průběhu výkonu</b>	ne, po dobu odběru mlčela	ano, zeptala se, jestli má doprovod	ano, zeptala se jak se má, jak se vyspal	ano, zeptala se na jeho povolání	ne, po dobu odběru mlčela

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

**Tabulka 5** – Výsledky pozorování verbální komunikace sester (část 2)

VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	S1	S2	S3	S4	S5
<b>instrukce na závěr</b>	ano, podala je doprovodu P (výsledky, zmáčknout místo vpichu)	popsala, kde je laboratoř, aby tam mohl P odnést odběry	stiskněte si místo vpichu	ohněte ruku a stiskněte místo vpichu aspoň 5-10 minut	poučila ho o tom, kdy budou k dispozici výsledky stěru
<b>poděkování za spolupráci na závěr</b>	ano	ne	ano	ano	ne

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

Vytvořili jsme si pozorovací arch s body, které jsou podle nás důležité v komunikaci a na které by sestra při práci neměla zapomínat. Tyto body jsou vypsané v (Tabulka 4, 5) a jsou zaměřeny na verbální komunikaci sestry, při odběru biologického materiálu. Patří tam pozdrav pacienta a oslovení ho v úvodu výkonu, poté následuje identifikace pacienta, dostatečně srozumitelné vysvětlení výkonu, pokyny sestry v průběhu odběru, přirozená výška hlasu, zda sestra odvedla pacientovu pozornost v průběhu odběru, instrukce na závěr a poděkování za spolupráci.

Pozdrav na úvod provedla každá z pěti pozorovaných sester. Žádná z nich neměla problém s pozdravem: „*Dobrý den, Dobré ráno, Krásné ráno*“. Oslovení bylo u sester S1, S2, S3 a S5 na profesionální úrovni, bohužel sestra S4, oslovila pacienta ponižujícím oslovením: „*babi, sluníčko naše*.“ Toto oslovení je nevhodné a velmi neprofesionální. Sestra by tedy měla za každé situace oslovovat pacienta na profesionální úrovni a přizpůsobit oslovení věku a také tomu, zda je pacient vdaný/ženatý nebo svobodný. Znamená to oslovovat ho/ji: „*pane/paní Nováková nebo slečno Nováková*.“ Popřípadě se pacienta zeptat, jak chce být oslovován. Pokud má ve jméně dotyčná osoba titul, je vhodné zařadit do oslovení i tituly.

Identifikace pacientů, která je při odběrech velice důležitá, byla provedena pouze u S3 a S5, kdy si ověřili identitu pacienta dotazem: „*Můžete mi říct celé Vaše jméno a příjmení s přesným datem narození prosím?*“ Potvrdily si tak, že mají vhodnou

zkumavku se správným štítkem a žádankou, aby nedošlo k záměně pacientů. Sestra S5 se informovala tím, že se pacienta zeptala: „*Takže Vaše jméno je Novák Petr a narodil jste se 6. 3. 1970. Souhlasí to?*“ Ostatní pozorované sestry S1, S2 a S4 identifikaci pacienta vůbec neprovedly.

Dostatečné a srozumitelné vysvětlení bylo provedeno u S1, S2, S3 a S4, kdy pacientovi vysvětlily výkon jednoduše, tak aby ho pochopil bez složitých latinských názvů. Sestra S1 vysvětlila výkon doprovodu pacienta, z toho důvodu, že pacient byl plně neslyšící. Následně mu byl popsán výkon přetlumočen znakovou řečí rodinným příslušníkem. Sestra s ním během celého vysvětlování udržovala oční kontakt, aby jí mohl odezírat z úst. Sestra S5 nedostatečně vysvětlila výkon při stěru z nosohltanu, protože v odběrové ambulanci bylo příliš mnoho pacientů a sestra spěchala, aby stěry stihla u všech. Takže pacient nedostal vhodné informace, jak se bude postupovat dál v případě, že by byl pozitivně testován.

Pokyny sestry v průběhu odběru byly podány u S2 a S3, které pacienta pobídly, aby si zacvičil s rukou, zatnul pěst, sdělily mu, že to píchne a poprosily ho, aby si na konci zmáčkнул místo vpichu. Sestra S4 během výkonu mlčela a S1, pacientovi vedla ruku. Sestra S5 pobídla pacienta, aby si při stěru opřel hlavu o zeď, aby se jí stěr lépe prováděl. Výška hlasu byla u většiny sester přirozená, pouze S4 mluvila hlasitě, jelikož pacient hůře slyšel.

Další, co jsme pozorovali u sester, bylo odvedení pozornosti pacienta během výkonu, kromě S1 a S5, se každá sestra během výkonu pacienta na něco zeptala. Většinou se dotazovali na to, jak se pacient vyspal, nebo zda má doprovod domů po odběru či se jich ptaly, kde pracuje, nebo jak se má.

Instrukce na závěr podala každá z pěti pozorovaných sester. Každá to pojala svojí formou a dala různé druhy instrukcí, mezi které zařadily stisk místa vpichu, ohnutí ruky, ambulantním pacientům sdělily, kam mají odběr donést na vyšetření, kde jsou laboratoře a kdy budou k dispozici výsledky. Na závěr bylo ohledně verbální komunikace zjišťováno, zda sestry poděkovaly za spolupráci pacientům. Sestry S2 a S5 za spolupráci nepoděkovaly a S1, S3 a S4 pacientovy slušně poděkovaly za spolupráci.

**Podkategorie 6: Použité komunikační techniky u sester – neverbální komunikace**

**Tabulka 6 - Výsledky pozorování neverbální komunikace sester (část 1)**

<b>NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b>úsměv sestry</b>	ne	ano	ano	ano	ne
<b>přítomná rouška na obličeji</b>	ano	ne	ne	ne	ano
<b>udržení očního kontaktu</b>	ano, udržela	ano, udržela	ne, připravovala si pomůcky	ano, udržela	ano, udržela
<b>gestikulace při vysvětlování výkonu</b>	ano, mírná	ne	ne	ne	ne
<b>přiblížení těla sestry k pacientovi při vysvětlování</b>	ano, vysvětluje v blízkosti P a jeho doprovodu	ne, vysvětluje mu výkon ze dveří	ano, vysvětluje u lůžka P	ano, vysvětluje u lůžka P	ano, vysvětluje u lůžka P
<b>zaujetí rovnocenné polohy sestry k pacientovi při vysvětlování</b>	ne, sestra stojí a P leží na lůžku	ano, sestra sedí a P též	ano, sestra sedí a P též	ne, sestra stojí a P leží na lůžku	ne, sestra stojí a P sedí
<b>nasazení ochranných rukavic před výkonem</b>	použila ochranné rukavice	nepoužila ochranné rukavice	použila pouze jednu ochrannou rukavici	nepoužila ochranné rukavice	použila ochranné rukavice
<b>plynulé pohyby rukou v průběhu výkonu</b>	plynulé pohyby	plynulé pohyby	chaotické pohyby rukou	plynulé pohyby	plynulé pohyby
<b>použití uklidňujícího dotyku</b>	ano, provedla dotek na rameno P	ne	ne	ne	ne

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

**Tabulka 7 - Výsledky pozorování neverbální komunikace sester (část 2)**

<b>NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
<b>použití pracovního dotyku během výkonu</b>	ano, dezinfekce místa vpichu	ano, dezinfekce místa vpichu + poklep HK	ano, dezinfekce místa vpichu	ano, dezinfekce místa vpichu	ano, přidržela bradu P
<b>upravené nehty</b>	ano, má	ano, má	výrazný lak na nehtech	gelové nehty	ano, má
<b>šperky na rukách</b>	ano, má šperky	ano, má šperky	nemá	nemá	nemá

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

Vybrali jsme zde prvky neverbální komunikace, které považujeme za důležité při odběru biologického materiálu. Zaznamenali jsme je v (Tabulka 6,7) a zařadili jsme mezi ně úsměv sestry, zda měla sestra v průběhu odběru přítomnou roušku na obličejí či nikoliv, zda udržela oční kontakt, zda gestikulovala, zda při vysvětlování stála u pacienta nebo mu informace sdělovala zdálky, zda byla v rovnocenné poloze, zda použila ochranné rukavice, zda prováděla plynulé pohyby rukou, zda použila pracovní či uklidňující dotyk. Také jsme hodnotili úpravu zevnějšku sestry, a to přítomnost šperků na rukách a nalakované nehty.

Úsměv, který je pro mnoho pacientů ze strany sestry brán jako důvěrný, nebyl patrný u S1 a S5, z důvodu přítomné ochranné roušky nemohly sestry provést viditelný úsměv a navodit tak pozitivní energii. Oční kontakt v úvodu výkonu a při vysvětlování udržely všechny sestry kromě S3, která si místo pohledu pacientovi do očí chystala pomůcky na vozíčku. Sestra S1 se zase snažila udržet velmi intenzivní oční kontakt u neslyšícího pacienta.

Žádná ze zkoumaných sester nějak výrazně negestikulovala, jediná S1, provedla mírnou gestikulaci rukou v závěru výkonu. Přiblížení sestry k pacientovi při vysvětlování výkonu bylo provedeno skoro u všech sester, kromě S2, která výkon začala vysvětlovat ze dveří, když vcházela na pokoj. Poloha sestry při vysvětlování nebyla vždy vůči pacientovi rovnocenná. Někomu to může evokovat pocit nadřazenosti sestry, pokud oproti pacientovi, který leží, sestra stojí. Pouze S2 a S3 vysvětlovala výkon v rovnocenné poloze vůči pacientovi, tzn. sestra při vysvětlování seděla a pacient též.

Ochranné rukavice během odběru biologického materiálu použila S1, S3, a S5. Ostatní dvě sestry rukavice nepoužily a tím tak mohly ohrozit pacienta i sebe v případě kontaminace rukou biologickým materiálem. Práce sestry neboli samotný odběr musí být na profesionální úrovni a musí působit jistě. Všechny zúčastněné sestry prováděly plynulé pohyby rukou během výkonu, pouze S3 prováděla chaotické pohyby rukou. Měla přeházené pomůcky na vozičku a nevěděla, jakou má vzít do ruky dříve. Působilo to nepřehledně.

Uklidňující dotyk u pacienta provedla pouze S1, která pacienta po výkonu pohládila po rameni a ujistila ho o tom, že musí věřit, a že vše určitě dopadne dobře. Druh pracovního dotyku provedla určitým způsobem každá sestra v našem výzkumu. Sestry S1, S2, S3, a S4 provedly při odběru krve dostatečnou dezinfekci místa vpichu. Sestra S2, provedla ještě poklep horní končetiny, kvůli lepšímu zobrazení žil. Sestra S5, prováděla stěr z nosohltanu a přidržela si jednou rukou bradu pacienta, aby byl pro ni stěr snazší.

Úprava zevnějšku patří také mezi důležité prvky neverbální komunikace, které působí na okolí, ať už jsou to vhodně upravené nehty, které by sestry měly mít čisté a přirozeně krátké. Sestra S3 měla nehty nalakované červeným lakem, což ve zdravotnictví nepůsobí přijatelně vzhledem k tomu, že se některým pacientům při spatření červené barvy dělá špatně, protože jim to evokuje krev. Sestra S4 měla gelové nehty s nevýrazným lakem, ovšem i toto není do zdravotnictví z hlediska úpravy vhodné. Další, co sem řadíme, je přítomnost šperků na horních končetinách (prstýnky, náramky aj.). Sestry S1 a S2 prováděly odběr biologického materiálu se šperky přítomnými na rukách, což může být potenciálem v šíření infekcí.

## 5 DISKUZE

Odběry biologického materiálu jsou pro každou sestru pracující jak na ambulanci, tak na lůžkovém oddělení rutinou. I přesto, že má sestra mnoho dalších povinností, které musí stihnout, je důležité z její strany myslet i na správnou a profesionální komunikaci s pacienty během odběru biologického materiálu.

V bakalářské práci, která nese název interakce pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu jsme si stanovili tři cíle. 1. Zjistit komunikační bariéry ze strany sester při odběru biologického materiálu. 2. Zjistit zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu. 3. Zjistit, jaké komunikační techniky sestry používají při odběru biologického materiálu.

Na základě toho, byly stanoveny tři výzkumné otázky. 1VO: Jaké jsou komunikační bariéry na straně sester při odběru biologického materiálu? 2VO: Jaké jsou zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu? 3VO: Jaké komunikační techniky sestry využívají při odběru biologického materiálu? V této části bakalářské práce budeme diskutovat o dosažených výsledcích našeho výzkumného šetření.

Výzkumným souborem byly sestry, které provádí odběry biologického materiálu v rámci své práce na daném pracovišti a pacienti, kteří podstupují vybrané odběry biologického materiálu. Dalším kritériem u sester byla v rozhovorech praxe ve zdravotnictví minimálně pět let a v pozorování dva roky. U rozhovorů a pozorování jsme vždy v úvodu uvedli identifikační údaje sester a pacientů.

Informace, které jsme získali z první kategorie, byly rozděleny do dvou podkategorií. První podkategorie byla zaměřena na vnější bariéry u sester. Dotazovali jsme se jich, jaké bariéry vnímají ony z hlediska prostředí na svém pracovišti. Sestry S1, S3 a S5 uvedly nejčastěji nedostatek prostoru, který jim komplikuje provádět jejich práci. Mikuláščík (2010) popisuje bariéru prostředí na pokojích z důvodu nevhodného uspořádání nábytku, třeba když se mezi dvěma osobami vyskytuje stůl a brání v interakci. Dle nás je ve zdravotnictví přítomno někdy až přebytečné množství nábytku na pokojích pacientů. Poté je problém v manipulaci s lůžkem nebo s jeho postranicemi, pokud se při odběru krve potřebujeme dostat k oběma horním končetinám pacienta. Také se stává, že pacienti mají mnoho osobních věcí a sestry si tedy pomůcky k výkonu nemají kam odložit.



Sestry S1 a S3 zmínily i soukromí, které je dle nás někdy velice těžké zajistit, když na pokoji leží více pacientů. Při provádění některých výkonů se může stát, že je pacient obnažen i před ostatními či je prozrazeno něco z jeho soukromí. Hekelová (2014) tvrdí, že v těchto situacích by se mělo k pacientovi přistupovat důsledně a eticky. Sestra by ve spolupráci s lékařem měla umět těmto situacím zabránit, tak aby k nim nedocházelo.

Sestry S2, S4, S5 a S6 poté uvedly jako další velkou bariéru na jejich oddělení či v ambulanci nedostatek zdravotnického personálu, moc práce a málo času na to se každému pacientovi věnovat. Lišková (2016) tvrdí, že nedostatek personálu má dopad na fyzickou a psychickou vyčerpanost sester. Z jejího výzkumu vyplynulo, že 59 % sester uvádí důvod odchodu ze zaměstnání fyzickou vyčerpanost a 53,3 % sester uvedlo psychické vyčerpání. Musíme říci, že i my vnímáme velký nedostatek personálu a v poslední době jsme ho zaznamenali na většině oddělení. Hlavním důvodem je dle nás právě náročnost této práce a směnný provoz, který je důvodem k odchodu mnoha sester.

Sestra S4 doplnila, že další problém je v množství papírování, které ji zabere většinu času. Shafiee et al. (2022) popisují ve své studii, že v jiných zemích, jako je Írán, je ošetrovatelská dokumentace vedena pouze v písemné (neelektronické) podobě, a to zabírá sestřím o mnoho více času. Stává se, že zůstávají na pracovišti třeba o hodinu i dvě déle, aby byly všechny informace řádně zaznamenány. Dle našeho názoru má Česká republika v tomto výhody a dokumentace v počítači usnadní celému zdravotnickému týmu čas i snazší dohledání informací o daném pacientovi.

Druhá podkategorie se věnovala naopak vnitřním bariérám, které sestřím ztěžují práci. Hlavní bariéra, která byla ze strany sester zjištěna, je jazyková bariéra. Všechny dotazované sestry odpověděly, že každá z nich zažila právě bariéru v nedorozumění se s pacientem kvůli odlišnému jazyku. Gerchow et al. (2021) tvrdí, že migrace cizinců v posledních letech výrazně vzrostla a tím se zvýšila i jazyková bariéra ve zdravotnictví. Ve svém výzkumu udává, že sestra je prvním člověkem, který přijde s pacientem v nemocnici do kontaktu, a že už zvládnutí jazykové bariéry na počátku tzn. při příjmu pacienta a při propuštění snižuje délku pobytu v nemocnici, počet chyb a opakovaných přijetí pacienta do nemocnice.

V dnešní době máme dostupné různé aplikace a překladače, které můžeme využít při kontaktu s cizincem. Ovšem při akutní péči musíme jednat ihned a jsme toho názoru, že by bylo vhodné, kdyby každý zdravotník uměl aspoň základy nejčastěji používaných

cizích jazyků ve zdravotnictví. Bylo by dobré, kdyby nemocnice zajistila svým pracovníkům kurzy, kde by se naučily základy, aby tak zvládli aspoň prvotní komunikaci s pacientem, než si sežene profesionálního tlumočnicka. Slade a Sergent (2022) tvrdí, že až čtvrtina informací, které jsou přeloženy tlumočnickými, tzn. rodinnými příslušníky, nebo neškoleným zdravotnickým personálem, je přeložena nesprávně. Využitím profesionálního tlumočnicka zabráníme špatným překladům, díky kterým může být pacient i ohrožen na životě.

Další z hlavních bariér, která byla v našem šetření zjištěna S1, S3, a S6, je bariéra nepochopení či nedorozumění se z důvodu nemoci nejčastěji u pacientů s nádory mozku nebo po CMP. Bardien (2020) udává, že 50 % pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě má potíže s porozuměním, mluvením a gramotností. U lidí, kteří trpí degenerativním onemocněním mozku, je bariéra nejen v nedorozumění se, ale i ohledně chování jedince. Může to být třeba agrese pacienta, kterou popisuje S4. Hodge (2022) tvrdí, že tuto bariéru v chování u pacientů s demencí popisuje v jeho studii 43 % sester a pečovatelských pracovníků, kteří ji označují za velmi obtížnou. Použití omezovacích prostředků u těchto pacientů s agresí je podle nás jediná možnost, která nám zajistí to, že pacient neublíží sám sobě, ostatním pacientům či zdravotnickému personálu.

Sestry S2 a S5 zase zaznamenaly bariéru nepochopení při nošení ochranných roušek v období pandemie Covid-19. Tuto bariéru doplnila ke své výpovědi i S3. Knollman-Porter (2020) potvrzuje, že tato bariéra vznikala hlavně u starších dospělých, kteří měli nějaké kognitivní či sluchové problémy a přes ochrannou roušku nerozuměli dotyčnému zdravotníkovi. Za nás je tato překážka velmi častá a už jsme se s ní v praxi mnohokrát setkali. Důležité je informace opakovat, mluvit nahlas, srozumitelně a vyžadovat od pacientů zpětnou vazbu, abychom se ujistili, že bylo vše dostatečně pochopeno.

Druhá kategorie byla zaměřena na zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami u sester při vybraných odběrech biologického materiálu. Analýzou vznikla podkategorie 3 a 4. Třetí podkategorie byla zaměřena na informovanost pacientů o pojmu biologický materiál. Z výzkumu vyplývá, že každý pacient byl schopný uvést, co to je biologický materiál, když jsme ho s naší pomocí trochu navedli. Příklady odběrů už poté byli schopni uvést sami každý minimálně dva.

Čtvrtá podkategorie už se věnuje samotnému přístupu sester k pacientům. Všichni pacienti, kteří se účastnili výzkumného šetření, uvedli pozitivní i negativní zkušenosti se sestrami v poměru 50:50. Dodali, že v každém zdravotnickém zařízení je zkušenost se sestrami jiná.

Z použitých komunikačních technik u sester zmiňují všichni dotazovaní důležitost mimiky především úsměv sestry a pohled z očí do očí. Thakur a Sharma (2021) tvrdí, že úsměv vytváří důvěru, buduje vztahy a pacienti se cítí dobře, když jsou v přítomnosti sestry, která se usmívá. Pacientka P1 říká, že na ni sestra přenáší negativní energii, když mlčí a neusmívá se. Thakur a Sharma (2021) zmiňují, že je potřeba, aby byl profesní a osobní život sestry v rovnováze. Pozitivní energii jí může brát právě to, když se neumí emočně vypořádat s pacienty a jejich zdravotním stavem.

Část pacientů také zmiňuje u některých sester nedostatek empatie. Ghaedi (2020) ve svém výzkumu interpretuje výsledky projevů empatie u sester, které pracovaly na urgentním příjmu, jednotce intenzivní péče a na psychiatrickém oddělení. Projevy empatie v jeho výzkumu vyšly u sester nadprůměrné. Ovšem stres u sester ukázal, že může vysvětlovat až 27 % odchylek v empatii a snížit tak empatickou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Domníváme se, že stres hraje velkou roli a každý z nás už jsme si určitě zažili pracovat pod tlakem, kdy nejsme schopni dávat někomu najevo pozitivní emoce a soustředíme se spíše na to, aby práce byla provedena správně.

Další komunikační technikou, kterou pacienti zmiňují, je odvedení pozornosti v průběhu výkonu. Pacient P3 má panickou hrůzu z jehel a P5 má syndrom bílého pláště a v období Covid-19 nezvládal bílé obleky zdravotníků. Oba pacienti uvedli, že během výkonu jsou radši, když s nimi sestra komunikuje a odvede jejich pozornost. Dle nás je to určitě jedna z dovedností, kterou by sestra měla umět praktikovat. P6 zase tvrdí, že má strach z bolesti. Pro snížení bolesti je podle Hoag (2022) účinné právě odvedení pozornosti myšlením na příjemnější činnosti. Používají se krátké relaxační cvičení, brániční dýchání a následuje živý popis činnosti, aby pacientova pozornost byla odvedena a nevnímal tak bolest z prováděného výkonu.

Pacientka P4 zase vyžaduje, aby se jí sestry věnovaly a o všem jí dostatečně informovaly. Má zkušenosti s tím, že jsou právě časově omezený a nepodávají jí dostatečné množství informací. McCabe et al. (2004) potvrzují, že většina pacientů měla v jeho studii s tímto také problém, a že jim sestry neposkytovaly dostatek informací z toho důvodu, že byly zaneprázdněny plněním jiných úkolů a neměly na to časový prostor. Dle nás je věnování se

pacientům dost omezené, jelikož jich má sestra někdy na starost velké množství, je pro ni spíše prioritou mít je zajištěné po zdravotní stránce, a na komunikaci už poté nezbyvá tolik prostoru.

Třetí kategorie byla zaměřena na používané komunikační techniky u sester při vybraných odběrech biologického materiálu. Komunikační techniky ze strany sester jsou velmi individuální. V našem pozorování jsme je rozdělili na podkategorie 5 a 6.

Pátá podkategorie zahrnuje pozorování verbální komunikace u sester, kde jsme zaznamenali výsledky (Tabulka 4,5). Všechny sestry, které se pozorování účastnily, provedly pozdrav na úvod. Poděkování za spolupráci na závěr ovšem provedla jenom S1, S3 a S4. Domníváme se, že pozdrav je z pohledu etiky slušností za každé situace, když se s daným člověkem vidím ten den poprvé. Poděkování za spolupráci na závěr utváří dle nás dobrý vztah mezi pacientem a sestrou.

Oslovení pacienta je dalším bodem zdvořilosti a slušnosti. Jediná S4 použila neslušné oslovení pacienta: „*babi, sluníčko naše*“. Užívání těchto nevhodných oslovení je podle nás vůči pacientovi ponižující a zesměšňující. Hofmanová (2019) poukazuje na skutečnost, že zdravotníci užívají zdrobněliny či familiární názvy čím dál častěji. Pro zdravotnický personál je to pořád pán nebo paní, pokud pacient důrazně nevysloví jiné přání, jak by chtěl být oslovován.

Dostatečnou identifikaci pacienta a nejdůležitější část, na kterou sestra nesmí zapomenout, provedla pouze S3 a S5. Tyto sestry se pacienta zeptaly na celé jméno, příjmení a na rok narození. Ověřily si tak správnost pacienta. Podle Cornes (2019) je proces identifikace pacienta založený na otevřených otázkách, které by měly obsahovat aspoň dva, nebo nejlépe tři identifikátory. Jeden z identifikátorů musí být rozhodně jméno a příjmení pacienta, dále rok narození, nebo jeho rodné číslo. Identifikace je dle nás zásadní pro diagnostiku a následnou léčbu pacienta, pokud ji sestra neprovede, může tak vážně ohrozit pacienta na životě.

Dále jsme hodnotili dostatečné a srozumitelné vysvětlení výkonu, pokyny sestry v průběhu odběru a přirozenou výšku hlasu (Tabulka 4,5). Většina sester vystupovala příjemně a dodržovala námi sestavené body v záznamovém archu. Domníváme se, že S5 chtěla mít svoji práci rychle odbytou, a tak spěchala a na dostatečné vysvětlení výkonu už nekladla takový důraz. S4 zase pacientovi nedávala pokyny a očekávala, že vše zná. Sestra S4,

mluvila hlasitěji, jelikož pacient, kterému odebírala krev, neměl naslouchátko, a tudíž sestru špatně slyšel.

V našem výzkumu odvedly pacientovu pozornost během odběru pouze S2, S3 a S4. Nejen u dospělých pacientů je komunikace v průběhu odběru klíčová, ale musíme myslet i na děti, které to častěji snášejí hůře. Samozřejmě se už na světě vyskytují metody, které mohou odvést pozornost i jiným způsobem než komunikací sestry s pacientem. Lluesma et al. (2022) udávají, že u dětí nejčastěji pomáhá poslech hudby či rozptýlení v průběhu výkonu nějakou hračkou. Nyní se začala ve zdravotnictví testovat nová technika a to je virtuální realita. Tato technika funguje prostřednictvím počítače a je založena na 3D simulovaném prostředí. Domníváme se, že toto je určitě jedna z možností, která je schopna odvést pozornost dítěte v takové míře, aby nevnímalo bolest a strach z venepunkce. Jeho vědomí se totiž zaměří na jiné prostředí, které je uměle nasimulované a nevnímá tak to zdravotní. Další technikou u dětí, kterou uvádí Kelnerová (2020) je odvedení pozornosti vibrující beruškou, která je umístěna pod škrtidlem. Samotná beruška má dvojitý účinek. Pomocí vibrace přerušuje nerv v mozku, díky kterému vnímáme bolest a chladící polštářek, který je její součástí odvede naši pozornost.

Podané instrukce v závěru výkonu jsme zaznamenali u každé sestry, kterou jsme pozorovali. Všechny řekly pacientovi určitou formou a dle jejich uvážení informace spojené s odběrem.

Šestá podkategorie shrnuje výsledky pozorování neverbální komunikace sester při odběru biologického materiálu (Tabulka 6,7). Pozorovali jsme zde mimiku sester a jejich projevy. Úsměv byl zaznamenán u většiny sester. Sestry S1 a S5 měly nasazenou ochrannou roušku, nebylo tedy možné zcela zachytit jejich mimické projevy.

Istanboulían (2022) tvrdí, že komunikace s ochranným průsvitným štítem oproti roušce umožní pacientovi rozpoznat výraz ve tváři sestry a zachytit tak její pocity. Toto byl za nás velký problém v období pandemie Covid-19, kdy pacienti neměli možnost zachytit výraz sestry a jediné, co jim bylo přístupné, byl pohled z očí do očí. Dle Knollman – Porter (2020) také mohlo u pacientů docházet k pocitu frustrace, kdy právě přes ochrannou roušku nerozuměli sestrám informace o svém zdravotním stavu či neslyšeli slova podpory. Pohled z očí do očí při vysvětlování výkonu v našem pozorování všechny sestry udržely. Jediná S3 si místo pohledu na pacienta připravovala pomůcky k výkonu na vozičku.

Ochrannou pomůckou, kterou jsme v našem výzkumu pozorovali u sester, byla i přítomnost rukavic při odběru biologického materiálu. Cornes (2019) uvádí, že sterilizaci rukou či nošení ochranných rukavic mnoho sester nedodrží. Udává, že v jeho výzkumu použilo ochranné rukavice pouze 52,2 % sester, a že se to liší v různých zemích dle zásad prevence. U nás použily oboje ochranné rukavice, tak jak by to podle hygienických opatření mělo být, pouze S1 a S5. Jedna sestra našeho výzkumu použila na odběr pouze jednu rukavici, a to na levé ruce, protože si druhou rukou potřebovala vyhmatat žílu. I toto dle nás není zcela vhodný způsob ochrany, protože se může kontaminovat biologickým materiálem a ohrozit tak své zdraví.

Gestikulace slouží k doplnění verbální komunikace, či ji sestry mohou použít, když pacientovi potřebují při vysvětlování něco zásadního zdůraznit. V tomto pozorování sestry nějak výrazně negestikulovaly. U S1 jsme zaznamenali mírnou gestikulaci v závěru, když pacientovi sdělovala, že je odběr u konce, pokynula mírně rukou. Rovnocenná poloha pacienta a sestry je ve zdravotnictví asi nejspecifičtější taková, kde pacient leží a sestra stojí. V našem pozorování jsme rovnocennou polohu zaznamenali pouze u S2 a S3. Působilo to vůči pacientovi vyrovnaně a vzájemně si lépe viděli do obličeje. Přiblížení těla sestry při vysvětlování bylo podle nás velmi nevhodné u S2, která mu ze dveří zkráceně vysvětlovala výkon, který u něj hodlá provádět.

Plynulé pohyby rukou prováděly většinou všechny. Jediná sestra S3 prováděla chaotické pohyby a přehazovala si pomůcky na vozíčku. Působila poměrně nervózně a neprofesionálně. Dle nás to mohlo být i tím, že ještě ve zdravotnictví neměla takovou praxi.

Uklidňující dotyk většina sester v komunikaci nepoužila, jenom S1. Dotyk na rameno může pro pacienta znamenat vcítění se sestry do jeho situace, podporu, pochopení a důvěru. Pracovní dotek používají sestry při vykonávání ošetrovatelských intervencí. Při odběrech biologického materiálu to je především dotek při dezinfekci místa vpichu, dotek při poklepu na končetinu pro lepší zobrazení žil nebo přidržení brady při stěru z nosu. Dle Cornes (2019) v jeho výzkumu provedlo dezinfekci místa vpichu pouze 13 % pozorovaných sester. Označuje to jako velmi znepokojivé vzhledem k přenosům infekce. V našem pozorování s tím neměla žádná sestra problém a místo vpichu bylo od všech řádně vydezinfikované.

V poslední řadě jsme zjišťovali úpravu zevnějšku sestry. Dle nás to většinou znamená čistou a pohodlnou uniformu, vhodně upravené nehty, žádné šperky na rukách, přítomnou jmenovku a sepnuté vlasy. My jsme zaměřili pozorování hlavně na přítomnost šperků a na nalakované nehty. Aspoň jedno z těchto pravidel každá sestra porušila. Jediná sestra, která dodržela vhodnou úpravu těchto dvou bodů, které jsme si stanovili, byla S5.

Myslíme si, že takovéto výzkumy by se měly provádět pravidelně v různých krajích, nemocnicích, na ambulancích i lůžkových odděleních, aby se tak zjistilo, jaké zkušenosti mají pacienti s přístupem sester. Na základě zjištěných výsledků by sestry dostaly od pacientů zpětnou vazbu a mohly by se tak zlepšovat ve svých komunikačních dovednostech.

## 6 ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývali komunikací pacienta a sestry při odběrech biologického materiálu. Stanovili jsme si tři cíle: 1. Zjistit komunikační bariéry ze strany sester při odběru biologického materiálu. 2. Zjistit zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu. 3. Zjistit, jaké komunikační techniky sestry používají při odběru biologického materiálu. V závislosti na cílech byly vytvořeny výzkumné otázky: 1VO: Jaké jsou komunikační bariéry na straně sester při odběru biologického materiálu? 2VO: Jaké jsou zkušenosti pacientů s používanými komunikačními technikami sester při vybraných odběrech biologického materiálu? 3VO: Jaké komunikační techniky sestry využívají při odběru biologického materiálu?

Jako hlavní bariéru v komunikaci sestry uváděly cizí jazyk, se kterým se každá dotazovaná v praxi setkala. Jako další je to akutní nedostatek personálu, málo prostoru na provádění výkonů, vzájemné nepochopení či úkony administrativní povahy, a tím tak zanedbávaná komunikace, ale i péče o pacienty. Z pohledu pacientů bylo zjištěno, že z hlediska vystupování sestry je úsměv, pohled z očí do očí, empatie, odvedení pozornosti a komunikace během odběru klíčová. Pozorováním sester při odběrech biologického materiálu jsme zjistili, že se zde vyskytují zásadní chyby, které mohou ohrozit pacienta na životě. Mezi tyto chyby patří absence identifikace pacienta, nenošení ochranných rukavic či přítomnost šperků a nalakované nehty, které mohou být potenciálem k přenosu infekce. Z hlediska komunikace je to i nevhodné oslovení u seniorů, se kterým se bohužel setkáváme často. Poté je to komunikace během samotného odběru nebo odvedení pozornosti, kterou některé sestry nepovažují za důležitou.

Cíle a výzkumné otázky, které jsme si v naší bakalářské práci stanovili, byly dle nás pomocí výzkumného šetření splněny. Poznatky a výsledky, získanými z tohoto výzkumu, jsme dospěli k závěru, že na komunikaci mezi sestrou a pacientem je důležité neustále pracovat. Chtěli bychom, aby tato práce sloužila nejen jako návod nebo učební materiál pro studenty zdravotnických nelékařských oborů, ale i pro sestry, které ve zdravotnictví již pracují. Myslíme si, že tato práce slouží trochu i jako zpětná vazba od pacientů. Sestry si prostřednictvím získaných výsledků mohou uvědomit, co dělají špatně, a na co by se naopak měly zaměřit.



## 7 SEZNAM LITERATURY

1. BARDIEN F., et al., 2020. Nurses Perceptions of Barriers to Collaborative Care of Communication Difficulties and Dysphagia in Persons with Stroke. *In: Louw Q, editor. Collaborative capacity development to complement stroke rehabilitation in Africa*. Chapter 3, PMID: 34606192., doi:10.4102/aosis.2020.BK85.03.
2. BOLERÁZSKÁ B. et al., 2021. Odporúčania bezpečného odberu venóznejs krvi uzavretým odberovým systémom. *Vnitřní lékařství*. 67(7). ISSN 0042 - 773X. Dostupné z: doi:10.36290/vnl.2021.114.
3. CARCELÉN GONZÁLES R., et al., 2022. Effect of Virtual Reality on Pediatric Pain and Fear During Procedures Involving Needles: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Serious Games*. 10(3), e35008, doi:10.2196/35008.
4. CORNES M., et. al., 2019. Blood Sampling Guidelines with Focus on Patient Safety and Identification – a Review. *Diagnosis (Berlin, Germany)*, 6(1), 33–37. doi: <https://doi.org/10.1515/dx-2018-0042>.
5. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře* [online]. Praha: Grada, [cit. 2022-04-07]. ISBN 978-80-271-0717-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/zaklady-oseetrovatelstvi-a-oseetrovatelskych-postupu-5031/>.
6. GERCHOW L., et al., 2021. Language Barriers between Nurses and Patients: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 104(3), 534-553, doi: 10.1016/j.pec.2020.09.017.
7. GIGALOVÁ, V., VACHKOVÁ E., 2016. *Vztah sestry-pacient*. In: *Péče zaměřená na zvláštnosti pacienta*. 196 s. ISBN 978-80-7392-259-7.
8. HEKELOVÁ, Z., 2014. Ideální zdravotnické pracoviště a jak mohou sestry ovlivnit jeho reputaci. *Florence* [online]. [cit. 2014-09-01]. 10(9), 28-29. ISSN 1801 - 464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/9/idealni-zdravotnicke-pracoviste-a-jak-mohou-sestry-ovlivnit-jeho-reputaci/>.
9. HEPNAR D., et al., 2012. Doporučené postupy k odběrům krve – prevence preanalytické variability. *Florence*. [online]. [cit. 2012-07-02]. 8(7-8), 7-11. ISSN 1801 -

464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/7/doporucene-postupy-k-odberum-krve-prevence-preanalyticke-variability/>.

10. HETTNEROVÁ, M., 2017. Odběr krve bez rizika poranění? S bezpečnostními jehlami to není problém. *Florence* [online]. [cit. 2017-12-04]. 13(12), 6-7, ISSN 1801 - 464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/12/odber-krve-bez-rizika-poraneni-s-bezpecnostnimi-jehlami-to-neni-problem/>.

11. HOFMANOVÁ V., 2019. Ponižování seniorů aneb Cizí člověk není babička ani děda. *i60.cz. Tahle země není jenom pro mladý* [online]. [cit. 2019-10-08]. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/24124/ponizovani-senioru-aneb-cizi-clovek-neni-babicka-ani-deda>.

12. HOAG J, et al., 2022. Distracting Through Procedural Pain and Distress Using Virtual Reality and Guided Imagery in Pediatric, Adolescent, and Young Adult Patients: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 24(4), e30260, doi: 10.2196/30260.

13. HODGE G., et al., 2022. Exploring the Barriers and Gateways to Intersubjectivity in Dementia Care: A meta-ethnography. *J Clin Nurs.* 31(13-14), 1947-1959, doi: 10.1111/John.15439.

14. HOLMANOVÁ, S., HOLUBOVÁ M., ČERMÁKOVÁ K., 2013. Správný a bezpečný odběr venózní krve. *Sestra* [online]. [cit. 2013-01-13]. 23(1), 31-32, ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/spravny-a-bezpecny-odber-venozni-krve/>.

15. ISTANBOULIAN L., et al., 2022. Barriers to and Facilitators for Supporting Patient Communication in the Adult ICU during the COVID-19 Pandemic: A qualitative study. *J Adv Nurs.* 78(8), 2548-2560, doi:10.1111/jan.15212.

16. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník: 2., přepracované a doplněné vydání* [online]. Praha: Grada, [cit. 2022-04-07]. ISBN 978-80-247-5203-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-a-komunikace-pro-zdravotnicke-asistenty-4-rocnik-2397>.

17. KELNAROVÁ, J., et al., 2016. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada) 904 s. ISBN 978-80-247-5330-0.

18. KELNEROVÁ B., 2020. Díky vibrující berušce se už děti v havířovské nemocnici nemusí bát injekcí. O metodu je velký zájem. *Nemocnice Havířov. Polar.cz.* [online]. [cit. 2020-02-19]. Dostupné z: <https://polar.cz/zpravy/karvinsko/havirov/11000019181/diky-vibrujici-berusce-se-uz-deti-v-havirovske-nemocnici-nemusi-bat-injekci-o-metodu-je-velky-zajem>.
19. KIM DH, et al., 2022. Complications of Nasopharyngeal Swabs and Safe Procedures for COVID-19 Testing Based on Anatomical Knowledge. *J Korean Med Sci.* 37(11), e88, doi:10.3346/jkms.2022.37.e88.
20. KNOLLMANN-PORTER K., BURSHNIC VL., 2020. Optimizing Effective Communication While Wearing a Mask During the COVID-19 Pandemic. *J Gerontol Nurs.* 46(11), 7-11, doi: 10.3928/00989134-20201012-02.
21. KRIEGOVA E., et al., 2021. Excellent Option for Mass Testing During the SARS-CoV-2 Pandemic: Painless Self-collection and Direct RT-qPCR. *Virology journal.*, 18(1), 95. ISSN 1743-422X. doi:10.1186/s12985-021-01567-3.
22. KRISTOVÁ, J., 2020. *Komunikácia v ošetrovatel'stve. 4. upravené a doplněné vydanie.* Martin: Vydavateľ'stvo Osveta. 220 s. ISBN 978-80-8063-497-1.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatel'ství.* Praha: Grada. Sestra (Grada). 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. KWAME A., PETRUCKA P. M., 2021. A Literature-based Study of Patient-centered Care and Communication in Nurse-patient Interactions: Barriers, Facilitators, and the Way Forward. *BMC nursing*, 20(1), 158, doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>.
25. LEDEREROVÁ, K., 2014. Komunikace ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. [cit. 2014-01-14]. 24(1), 25-26. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/link.do?id=bmc14050519>.
26. LIŠKOVÁ A., 2016. *Příčiny fluktuace sester.* Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Diplomová práce.
27. MAGUROVÁ, D., et al., 2019. *Komunikácia v podmienkach ošetrovatel'skej praxe.* Prešov: A-print. 135 s. ISBN 978-80-89721-43-6.

28. MC CABE, C., 2004. Nurse-patient Communication: an Exploration of Patients' Experiences. *J Clin Nurs*. 13(1), 41-9, doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x.
29. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče. Aktualiz. a dopl. vyd.* Praha: Grada. Sestra. 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
30. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada. 328 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
31. PETRUZZI G., et al., 2020. COVID-19: Nasal and Oropharyngeal Swab. *Head Neck*. 42(6), 1303-1304, doi: 10.1002/hed.26212.
32. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovateľství II. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, Sestra. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
33. PRUIDZE P., et al., 2021. Performing Nasopharyngeal Swabs-Guidelines Based on an Anatomical Study. *Clin Anat*. 34(6), 969-975, doi: 10.1002/ca.23762.
34. RAUDENSKÁ, J., 2015. Supervize jako jedna z možností hodnocení komunikačních dovedností v ošetrovateľství. In: *Cesta k modernímu ošetrovateľství* [online]. [cit. 2015-09-17]. s. 187-190. ISBN: 978-80-87347-20-1. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/sbornik-cmo-2015-17092015.pdf>.
35. SHAFIEE M., et al., 2022. Development and Evaluation of an Electronic Nursing Documentation System. *BMC Nurs*. 21(1), 15, doi:10.1186/s12912-021-00790-1.
36. SLADE, S., SERGENT, SR., 2022. Language Barrier. In: StatPearls. Treasure Island (FL). *StatPearls Publishing*. PMID: 29939596.
37. ŠENKÝŘOVÁ, V., 2012. Hemokultura. *Urologie pro praxi* [online]. 13(3), 135-136. ISSN 1213-1768. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2012/03/10.pdf>.
38. ŠIMOVÁ, Z. et al., 2017. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľských technik II.* Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity. 134 s. ISBN 978-80-555-1800-8.
39. ŠPAČEK, L., 2021. *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese.* Praha: EEZY. 267 s. ISBN 978-80-908101-4-3.
40. ŠPINAR, J., LUDKA O., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 255 s. ISBN 978-80-247-4356-1.

41. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
42. THAKUR, K., SHARMA SK., 2021. Nurse with Smile: Does it Make difference in Patients' Healing? *Ind Psychiatry J.* 30(1), 6-10, doi: 10.4103/ipj.ipj\_165\_20.
43. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra. 134 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
44. VAHALOVÁ, Z., 2021. Základní principy správného odběru krve a jejich význam pro klinickou diagnostiku. *Fons. Informační bulletin* [online]. 31(1), 21. ISSN 1211-7137. [https://www.bulletinfons.cz/wp-content/uploads/bulletins/12021/obsah/121\\_12.pdf](https://www.bulletinfons.cz/wp-content/uploads/bulletins/12021/obsah/121_12.pdf).
45. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing. 165 s. ISBN 978-80-271-2099-4.
46. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012. [online]. [cit. 2012-9-12]. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 109. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306>.
47. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
48. ZACHAROVÁ, E., 2013. *Sestra* [online]. [cit. 2013-06-05]. 23(6), 27-28. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc13027624>.
49. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing Sestra. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

## 8 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Identifikační údaje sester (rozhovory).....	31
Tabulka 2 - Identifikační údaje pacientů .....	36
Tabulka 3 - Identifikační údaje sester (pozorování) .....	40
Tabulka 4 - Výsledky pozorování verbální komunikace sester (část 1).....	42
Tabulka 5 – Výsledky pozorování verbální komunikace sester (část 2) .....	43
Tabulka 6 - Výsledky pozorování neverbální komunikace sester (část 1) .....	45
Tabulka 7 - Výsledky pozorování neverbální komunikace sester (část 2) .....	46

## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Záznamový arch – verbální komunikace u sester

Příloha 2: Záznamový arch – neverbální komunikace u sester

Příloha 3: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru – sestry

Příloha 4: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru – pacienti

**Příloha 1: Záznamový arch – verbální komunikace u sester**

<b>VERBÁLNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
pozdrav na úvod					
oslovení pacienta v úvodu komunikace					
identifikace pacienta před samotným odběrem					
dostatečné a srozumitelné vysvětlení výkonu					
pokyny sestry v průběhu odběru					
přirozená výška hlasu					
odvedení pacientovy pozornosti v průběhu odběru					
instrukce na závěr					
poděkování za spolupráci na závěr					

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*



**Příloha 2: Záznamový arch – neverbální komunikace u sester**

<b>NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE</b>	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>
úsměv sestry					
přítomná rouška na obličeji					
udržela oční kontakt					
gestikulace při vysvětlování výkonu					
přiblížení těla sestry k pacientovi při vysvětlování					
sestra je v rovnocenné poloze pacienta při vysvětlování					
nasazení ochranných rukavic před výkonem					
plynulé pohyby rukou v průběhu výkonu					
použila uklidňující dotyk					
použila pracovní dotyk během výkonu					
upravené nehty					
šperky na rukách					

*Zdroj: Vlastní výzkum, 2023*

### **Příloha 3: Otázky – polostrukturovaný rozhovor – sestry**

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
- 4) V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete/ jste pracovala?
- 5) Jak dlouho pracujete na nynějším oddělení?
- 6) Můžete mi vysvětlit, co podle Vás znamená komunikační bariéra?
- 7) Je nějaká vnitřní komunikační bariéra z Vaší strany, která Vám komplikuje odběr biologického materiálu?
- 8) Je nějaká vnější komunikační bariéra z Vaší strany, která Vám komplikuje odběr biologického materiálu?
- 9) Proč je podle Vás důležité eliminovat komunikační bariéry u sester?
- 10) Ocenila byste nějaké semináře zaměřené na tuto problematiku?

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

#### **Příloha 4: Otázky – polostrukturovaný rozhovor – pacienti**

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Co je podle Vás biologický materiál?
- 4) Jak často navštěvujete zdravotnické zařízení kvůli odběrům biologického materiálu?
- 5) Jak by podle Vás měla sestra komunikovat při odběru biologického materiálu, aby byl pro Vás průběh výkonu bez obav?
- 6) Co Vám nejvíce v rozhovoru se sestrou dělá potíže při odběru biologického materiálu?
- 7) Jaká je Vaše zkušenost s komunikací sester při odběru biologického materiálu?

**Zdroj:** *Vlastní výzkum, 2023*

## 10 SEZNAM ZKRATEK

APTT – aktivovaný parciální tromboplastinový čas

a. – arterie (tepna)

atd. – a tak dále

Bc. – bakalář, vysokoškolský titul

BCH – biochemické vyšetření

CMP – cévní mozková příhoda

Covid-19 – koronavirové onemocnění 2019

ČB – České Budějovice

Dis. – diplomovaný specialista

DNA – deoxyribonukleová kyselina

DUKE – krvácivost

FW – sedimentace erytrocytů

HIV – virus lidské imunodeficiency

INR – mezinárodní normalizovaný poměr, informuje o srážlivosti krve

IQ – inteligenční kvocient

KO – krevní obraz

KO + dif. – krevní obraz + diferenciál (rozpočet bílých krvinek)

např. – například

odd. - oddělení

P – pacient

PCR – polymerázová řetězová reakce

QUICK test – koagulační test, monitoruje zevní systém koagulace

Rh faktor – druh krevní skupiny daný přítomností Rh + nebo Rh – antigenu D

S – sestra

SARS-CoV-2 – těžký akutní respirační syndrom coronavirus 2

SZŠ – střední zdravotnická škola

tzv. – tak zvaně

v. – vena (žíla)

VŠ – vysoká škola

VOŠ – vysoká odborná škola