



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Lucie Klímová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.

České Budějovice 2019

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného**“ jsem vypracoval/a 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 14.8.2019

.....

Lucie Klímová

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu své práce Mgr. Jiřímu Kaasovi, PhD. za odborné vedení práce, trpělivost, za čas, ochotu, za pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

# **Náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného**

## **Abstrakt**

Cílem této bakalářské práce je zmapovat náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného na standardním a akutním lůžkovém oddělení. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky: 1. „S jakými náročnými situacemi se setkávají sestry v rámci komunikace s rodinou na standardním lůžkovém oddělení?“ 2. „S jakými náročnými situacemi se setkávají sestry v rámci komunikace s rodinou na lůžkách akutní péče?“

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek se dvěma skupinami sester. Výzkumný soubor tvořilo šest sester pracujících na standardním lůžkovém oddělení a šest sester pracujících na lůžkách akutní péče. Rozhovory byly nahrány prostřednictvím audiozáznamu a následně byly přepsány do písemné podoby. Dále byly výsledky z výzkumného šetření zpracovány metodou kódování pomocí techniky „tužka -papír.“ Výsledky rozhovorů jsou prezentovány prostřednictvím pěti kategorií, členěných na podkategorie.

Pro kvalitní spolupráci, jak vyplývá z výzkumu, je klíčová důvěra rodiny pacienta v nemocniční personál. Týká se to jak oddělení akutní péče, tak i oddělení standardní péče, přičemž výsledky výzkumu dokládají, že zapojení rodiny hospitalizovaného pacienta je náročnější na oddělení akutní péče, neboť zde ze strany rodinných příslušníků pacienta dochází ve větší míře k narušování stanoveného režimu oddělení. Konfliktní situace vznikají na obou odděleních z analogických příčin. Ke sporům dochází zejména z nedostatečné informovanosti, nekvalitní komunikace či ze strachu o bezpečí blízkého člověka. S konfrontacemi se pojí také nepříjemné emoce jako bezmoc a stres, jež potvrzuje ošetřující personál z obou zmíněných lůžkových oddělení.

Bakalářská práce byla napsána tak, aby umožnila nahlédnout na problematiku náročnosti komunikace sestry s rodinou nemocného. Výsledky bakalářské práce mohou sloužit sestrám, pro které mohou být vodítkem pro efektivní zvládnutí komunikace.

## **Klíčová slova**

komunikace; sestra; rodina

## **Nursing severity in communication with patient's family**

### **Abstract**

The aim of this bachelor thesis is to map the difficulty of communication between a nurse and a patient's family on a standard and Acute Medical Unit. To this end, two research questions were set up: 1. "What difficult situations do nurses encounter in communicating with their family in a standard inpatient ward?" 2. "What difficult situations do nurses encounter in communicating with their family to acute medical unit? "

The practical part is processed in the form of a qualitative research using the technique of semi-structured interview. The practical part is processed in the form of a qualitative research investigation using the technique of semi-structured interview. The interviews were based on pre-prepared questions with two groups of nurses. The research sample consisted of six nurses working in the standard inpatient department and six nurses working in the acute care beds. Interviews were recorded via audio recording and subsequently rewritten. Furthermore, the results of the research were processed by the method of coding using the technique of pencil-paper. The results of the interviews are presented through five categories, divided into subcategories.

The trust of the patient's family in hospital staff is key to quality cooperation, as evidenced by research. This concerns both the acute care department and the standard care department, and the results of the research show that the involvement of the hospitalized patient's family is more demanding in the acute care department because the patient's family members are more likely to interfere with the established ward regime. Conflict situations arise in both departments for analogous reasons. Disputes arise mainly from lack of information, poor communication or fear for the safety of a close person. Confrontations are also associated with unpleasant emotions such as helplessness and stress, as confirmed by nursing staff from both of these inpatient departments.

The bachelor thesis was written in such a way that it would be possible to look at the issue of the difficulty of communication between the nurse and the patient's family. The

results of the bachelor thesis can serve nurses for whom they can guide the effective communication.

**Keywords**

communication, nurse, family

## Obsah

Úvod .....	11
1 Současný stav.....	13
1.1 Komunikace .....	13
1.1.1 Charakteristika pojmu komunikace.....	13
1.1.2 Vymezení komunikačního procesu .....	13
1.1.3 Formy komunikace.....	14
1.1.4 Funkce komunikace .....	16
1.2 Komunikace v ošetrovatelské praxi.....	16
1.2.1 Způsoby komunikace v ošetrovatelské praxi.....	17
1.2.1 Vztah mezi sestrou a nemocným .....	18
1.2.3 Komunikační dovednosti sestry .....	20
1.2.4 Komunikační překážky v ošetrovatelství .....	21
1.3 Komunikace s rodinou pacienta .....	23
1.3.1 Kontakt sestry s příbuznými nemocného .....	23
1.3.2 Obsah rozhovoru s rodinou pacienta.....	23
1.3.3 Všeobecné zásady komunikace s rodinnými příslušníky .....	24
1.3.4 Náročné situace v ošetrovatelské praxi ve vztahu ke komunikaci.....	26
2 Cíle a výzkumné otázky .....	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	31

3.2	Charakteristika výzkumných souborů .....	32
4	Výsledky .....	33
4.1	Výsledky výzkumného šetření se sestrami na standardním lůžkovém oddělení (výzkumný soubor A).....	33
4.1.1	Struktura výzkumného souboru A .....	33
4.1.2	Kategorizace získaných dat – standardní lůžkové oddělení .....	34
	Kategorie 1 – Potřeby ve vztahu ke komunikaci na standardním oddělení.....	34
	Podkategorie 1.1 - Potřeby rodiny ve vztahu ke komunikaci se sestrou na standardním oddělení.....	34
	Podkategorie 1.2 – Naplnění potřeb rodiny nemocného na standardním oddělení.....	35
	Podkategorie 1.3 – Potřeby sester na standardním oddělení z hlediska fungování komunikace .....	36
	Kategorie 2 - Zapojení rodiny do péče o nemocného na standardním oddělení.....	37
	Podkategorie 2.1 – Možnosti zapojení rodiny nemocného do péče o nemocného na standardním oddělení.....	37
	Podkategorie 2.2 – Pocity sester a vnímání obtížnosti zapojení rodiny do péče o nemocného na standardním oddělení .....	38
	Kategorie 3 - Konfliktní situace na standardním oddělení .....	39
	Podkategorie 3.1– Konfliktní situace při spolupráci sester s rodinou nemocného na standardním oddělení .....	39
	Podkategorie 3.2 – Příčiny konfliktních situací při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení .....	39
	Podkategorie 3.3 – Prevence konfliktních situací při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení .....	40
	Kategorie 4 – Komunikačně náročné situace na standardním oddělení.....	40



Podkategorie 4.1 – Komunikačně náročné situace při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení .....	41
Podkategorie 4.2 – Pocity sestry při komunikačně náročné situaci na standardním oddělení.....	41
Podkategorie 4.3 – Způsoby vyrovnávání sestry s komunikačně náročnou situací na standardním oddělení.....	42
Kategorie 5 – Chyby sester pracujících na standardním oddělení .....	42
4.2 Výsledky výzkumného šetření se sestrami na akutním lůžkovém oddělení (výzkumný soubor B).....	43
4.2.1 Struktura výzkumného souboru B.....	43
4.2.2 Kategorizace získaných dat – lůžkové oddělení akutní péče .....	44
Kategorie 1 – Potřeby ve vztahu ke komunikaci na lůžkovém oddělení akutní péče .	44
Podkategorie 1 - Potřeby rodiny ve vztahu ke komunikaci se sestrou na lůžkovém oddělení akutní péče .....	45
Podkategorie 2 – Naplnění potřeb rodiny nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče.....	46
Podkategorie 3 – Potřeby sester na lůžkovém oddělení akutní péče z hlediska fungování komunikace .....	46
Kategorie 2 – Zapojení rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče.....	47
Podkategorie 1 – Možnosti zapojení rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče .....	48
Podkategorie 2 – Pocity sester a vnímání obtížnosti v souvislosti se zapojením rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče .....	48
Kategorie 3 - Konfliktní situace na lůžkovém oddělení akutní péče .....	49
Kategorie 4 – Komunikačně náročné situace na lůžkovém oddělení akutní péče .....	50

Podkategorie 1 – Komunikačně náročné situace při spolupráci sestry s rodinou nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče.....	50
Podkategorie 2 – Pocity sestry při komunikačně náročné situaci na lůžkovém oddělení akutní péče .....	51
Podkategorie 3 – Způsoby vyrovnávání sestry s komunikačně náročnou situací na lůžkovém oddělení akutní péče .....	51
Kategorie 5 – Chyby sester v přístupu k rodině na lůžkovém oddělení akutní péče ..	52
5 Diskuze .....	53
6 Závěr.....	61
7 Seznam literatury .....	63
8 Seznam příloh .....	67
Podklad pro polostrukturovaný rozhovor .....	67
Vlastní rozhovor:.....	67
9 Seznam zkratk .....	69

## Úvod

Bakalářská práce je zaměřena na náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného. Nejběžnější v lidském životě je v současné době komunikace, která je zároveň nejobtížnější dovedností. Komunikace je základním pilířem budování mezilidských vztahů, z toho vyplývá její nepostradatelná role v ošetrovatelství, kdy se rodina pacienta ocitá v emočně velmi vypjaté situaci. Sestra zde zastává velmi důležitou roli komunikačního partnera poskytujícího psychickou podporu. Je důležité, aby sestra vnímala rodinu pacienta jako důležitý faktor při léčbě. Jedná se o velmi obtížnou a náročnou dovednost, ovlivňující vztah blízkých ke zdravotnímu personálu. Daná komunikace sester má zásadní vliv na standardní a akutní lůžkovou péči.

Teoretická část této práce se zabývá pojmem komunikace, jsou zde popsány formy a funkce komunikace a charakterizován komunikační proces. Pozornost je věnována komunikačním dovednostem sestry, vztahu nemocného a sestry, komunikačním překážkám a způsobům komunikace v ošetrovatelské péči. Dále se zabývá objasněním komunikace s rodinou pacienta, je zde zmíněn kontakt sestry s rodinou nemocného, obsah rozhovoru s rodinou pacienta a všeobecné zásady komunikace s rodinnými příslušníky. Zde jsou popsány náročné situace, se kterými se sestra v ošetrovatelské praxi může setkat.

Cílem práce je zmapovat náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvoří dvě skupiny sester. Výzkumným souborem jsou sestry pracující na standardním lůžkovém oddělení a sestry pracující na lůžkách akutní péče. Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že mě zajímá, je mi blízké a je to téma aktuální.

Osobně si myslím, že se sestry nachází v těžké situaci, neboť se setkávají s příbuznými pacienta v různém věku a sociálním postavením. To vyžaduje ke každému z rodiny, stejně jako k pacientovi, individuálně přístup, aby pochopil danou situaci. Pro rodinu se jedná o zdraví svého blízkého, a proto je zde velice důležité znát emoce. Někdy se právě rodinný příslušník nedokáže uvažovat racionálně a přemohou ho emoce. Proto přístup sestry musí být naprosto profesionální, i přes nepříjemné jednání rodiny. Pokud je sestra empatická a vysvětlí každý krok rodině, myslím, že by v komunikaci neměl být problém. Bohužel i výjimky se najdou. Každopádně pokud rodina nechápe některé

instrukce, muže si sestra přivolat na pomoc další sestru nebo lékaře, kteří danou situaci usnadní. Zakončila bych to mottem “chovej se k lidem tak, jak by si chtěl, aby se chovali k tobě”.

# 1 Současný stav

## 1.1 Komunikace

K pochopení podstaty celé problematiky je nezbytné nejdříve definovat pojem komunikace. V této kapitole se budeme dále věnovat jejím formám a funkcím a charakteristice komunikačního procesu.

### 1.1.1 Charakteristika pojmu komunikace

Pojem komunikace pochází z latiny, je odvozený z latinského slova *communicare*, které znamená sdílet, radit se. Latinské slovo *communis* vyjadřuje oboustranné dorozumívání se mezi lidmi (Kopecká, 2012).

Z pohledu autorů a publikací existuje řada různých definic tohoto pojmu. Většina lidí si pod pojmem komunikace představí pouze slovní dorozumívání. Ve skutečnosti komunikace vyjadřuje rozsáhlou škálu způsobů kontaktu mezi lidmi (Plevová et al., 2011). Špatenková (2009, str. 9) ve své publikaci uvádí, že lidská komunikace „*znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci (aktéři) komunikace vzájemně porozuměli*“. V psychologii se komunikací rozumí přenášení emocí, představ a postojů a jednání od jednoho jedince ke druhému jedinci. Společným jmenovatelem většiny definic pojmu komunikace jsou dva znaky. Prvním znakem je „proces“ a druhým je „předávání zpráv“ (Plevová et al., 2011).

Komunikace se pokaždé uskutečňuje na vztahové a věcné úrovni. Dochází ke sdílení a objasnění konkrétní informace mezi účastníky, což vede k vytváření a budování oboustranného vztahu (Vévoda, 2013).

### 1.1.2 Vymezení komunikačního procesu

Základními složkami komunikačního procesu jsou záměr, komunikátor, kódování, komuniké, komunikační kanál, komunikant, dekodování, prostředí, zpětná vazba a šum (Plevová et al., 2011). Komunikátor je ten, kdo předává informaci, je tedy původcem zprávy. Komunikant se označuje také jako příjemce. Příjemce je ten, který zprávu a signál přijímá (Kopecká, 2012). Komunikační proces se zahajuje u komunikátora. Ten na podkladě záměru zhotoví zprávu. Sdělení jsou zakódovaná prostřednictvím rozdílných symbolů a jazyka. Symboly jsou určeny pro zaslání zprávy. Komuniké

je pojmenování pro informaci, kterou utvořil sdělující (Plevová et al., 2011). Jde o obsah sdělení (Kopecká, 2012). Je to podnět vytvořený komunikátorem a zasláný komunikantovi. Další částí komunikačního procesu je komunikační kanál (Plevová et al., 2011). Je to způsob, jehož prostřednictvím se dostává zpráva od vysílače k příjemci (Kopecká, 2012). Komunikační kanál se rozděluje na zrakový, kinestetický a sluchový. Zrakový kanál se týká pozorování a pohledu člověka. Kinestetický se zabývá vjemy a prožitky. Poslední kanál se nazývá sluchový. Je tvořen mluvenými slovy a pokyny. Objasnění sdělení komunikantem se nazývá jako proces dekódování (Plevová et al., 2011).

Prostředím se rozumí prostor, kde se odehrává komunikace (Plevová et al., 2011). Komunikační prostředí je tvořeno světelným zdrojem, uspořádáním prostoru a přítomnými osobami (Mikuláščík, 2010). Pod zpětnou vazbou se rozumí vyjádření komunikanta ke sdělovaným zprávám (Kopecká, 2012). Na podkladě zpětné vazby komunikátor může upravit zaslání informace, aby byla komunikace účinná (Plevová et al., 2011). Šum neboli rušivý faktor znamená narušení toku informace. Rušivý faktor se vytváří na podkladě externích a interních vlivů. Za externí šum lze považovat hluk z ulice, zvonící telefon, vysokou teplotu v místnosti. Interním šumem se stávají vnitřní pocity člověka, hlad, únava, bolest hlavy a další (Kopecká, 2012).

### ***1.1.3 Formy komunikace***

Komunikace se dělí na formu verbální, neverbální, komunikaci činem, obraznou a symbolickou (Kopecká, 2012). První formou je komunikace verbální. Při verbální komunikaci se sdělují informace prostřednictvím slov v odpovídajícím jazyce. Patří sem komunikace ústní, písemná, přímá, zprostředkovaná a živá. Komunikace se uskutečňuje v rovině emocionální a racionální. Racionální rovina se zabývá pouze rozumovou částí. Z této roviny se odstraňují jakékoliv emoční stránky komunikace. Je podstatou komentování. Na druhou stranu emocionální rovina se věnuje formě sdělení. Zajímá se o osobní názor na sdělení. U emoční roviny se mohou vyskytnout emoční stavy jako je pláč, radost a smutek. Slovní komunikaci lze rozlišit podle formální a neformální stránky. Formální komunikace je plánovaná a má vymezené cíle. Uskutečňuje se v soukromí. Jejím příkladem může být hodnocení spolupracovníků. Verbální komunikace neformální je nenáročná a tudíž jednodušší na přichystání. Například příležitostné rozhovory (Vymětal, 2008).

Druhou formu představuje komunikace neverbální. Mimoslovní neboli neverbální komunikace je proces, ve kterém se lze porozumět neslovními prostředky (Vymětal, 2008). Je vývojově starší. Odhaduje se, že při prvotním dojmu z komunikace působí na druhého člověka až z 80 % (Špaňhelová, 2009). Je viditelná a vnímatelná. Je obtížně a nejednoznačně rozpoznatelná (Vymětal, 2008). Mimoslovní komunikace se odehrává na neuvědomělé úrovni (Juřeníková, 2010). Mezi její základní složky patří mimika, kinezika, vizika, gestika, haptika, posturologie a proxemika (Pokorná, 2010). Mimika se zabývá pohybem obličejových svalů (Vymětal, 2008). Jejím prostřednictvím jsme informováni hlavně o citových stavech. Její pomocí lze vyčíst základní emoce jako štěstí, neštěstí, překvapení, pocit jistoty, radost, klid, spokojenost, zájem, nezájem, nespokojenost, rozzlobení, smutek, úzkost, strach a splněná očekávání (Plevová et al., 2010). Kinezika se zaměřuje na celkový pohyb těla (Pokorná, 2010). Projevy kineziky jsou do jisté míry samovolné a přirozené. Velmi významná je jejich sehanost (Kopecká, 2012). Vizika zahrnuje oční kontakt, pohyb očí, víček, obočí a souvisejících svalů (Vymětal, 2008). Oči hrají v oboustranné komunikaci významnou roli. Stanovují mezilidské vztahy. Usměrnují příliv informací. Znázorňují city, emoční rozpoložení a jiné psychické stavy (Tomová, 2016). Gestika zahrnuje především pohyby a postavením prstů, paží, nohou a hlavy (Vymětal, 2008). Význam doteků je charakteristický pro haptiku (Vymětal, 2008). Jde o komunikaci bezprostředním tělesným kontaktem s druhým člověkem (Kopecká, 2012). Posturologie zahrnuje vnímání polohy těla, nohou a rukou (Pokorná, 2010). Proxemika se zabývá vzdáleností od komunikačního partnera (Janáčková, 2009).

Třetí formou je komunikace činem. Je charakterizována našimi úkony, prací a činy. Jedná se o znázornění vztahu mezi jednotlivcem a druhou osobou, tedy vyjádření úcty a respektu k druhým nebo naopak neúcty a pohrdání. Komunikace činem může být pozorována v chování člověka (Tomová et al., 2016). Činy na nás mohou mít vliv kladný nebo záporný (Kopecká, 2012). Předposlední formu tvoří komunikace obrazná. Komunikační forma obrazná se snaží názorně zobrazit informace. Jedná se o piktogram či dopravní značku (Kopecká, 2012). Poslední formou je komunikace symbolická. Jedná se o sdělování prostřednictvím symbolů. Typickým příkladem je Morseova abeceda, kde jsou slova nahrazena symboly (Kopecká, 2012).

#### **1.1.4 Funkce komunikace**

Mikuláščík (2010) ve své publikaci uvádí funkci informativní, instruktivní, posilující a motivující, zábavnou a únikovou. Záměrem první z jmenovaných je předávání informací, dat, skutečností mezi jedinci. Druhá funkce se nazývá instruktivní, dává si za cíl vysvětlit význam, popis, postup, organizaci či návod. Další funkce se nazývá posilující a motivující. Její prioritou je posilování pocitů sebevědomí, upevnění vlastní potřebnosti a posilování vztahu k něčemu. Cílem zábavné funkce je pobavit, rozveselit, vyplnit čas komunikací. Tato funkce vytváří pocit radosti, potěšení. Poslední funkce se nazývá úniková. Je významná v okamžicích, kdy máme všeho „až nad hlavu“, chceme se odreagovat (Mikuláščík, 2010).

Vymětal (2008) ve své publikaci zmiňuje kromě výše uvedeného funkci přesvědčovací, vzdělávací a výchovnou, socializační a společensky integrující, osobní identity, svěřovací a poznávací. Přesvědčovací funkce slouží k měnění stanovisek, přesvědčení a způsobu chování druhých. Ve funkci vzdělávací a výchovné se jedná o shrnutí funkce informativní, instruktivní a poznávací. Uskutečňuje se pomocí vzdělávacích zařízení a prostřednictvím samostudia. Socializační a společensky integrující funkce slouží k vytváření vztahu s druhými lidmi, oboustranné odezvě a interakci během komunikace. Pomocí funkce osobní identity člověk vysvětluje svoje stanoviska, přesvědčení a osobní ctižádostivost. Předposlední funkce je svěřovací, jejichž cílem je zbavování se vnitřního napětí. Slouží k překonávání těžkostí. Poslední funkcí je funkce poznávací. Cílem této funkce je získání znalostí o sobě, druhých a okolí (Vymětal, 2008).

## **1.2 Komunikace v ošetrovatelské praxi**

Následující kapitola se zabývá komunikací v ošetrovatelské praxi. Pozornost je také věnována komunikačním dovednostem sestry, vztahu sestry a nemocného, komunikačním překážkám v ošetrovatelství a způsobům komunikace v ošetrovatelské péči.

Komunikace je ve zdravotnictví velmi frekventovaná a významná. Dochází k ní při každém setkání sestry a nemocného. Sestra musí zvládat s nemocným účinně hovořit, aby mohlo dojít k partnerské spolupráci nemocného na léčení. Komunikace mezi sestrou a pacientem tvoří základ ošetrovatelské péče (Vévoda, 2013). Oba účastníci



komunikace jsou v různých rolích. Různorodost je často zdrojem nedorozumění. Pro zdravotníky je choroba a léčba choroby obvyklá. Pro pacienta je onemocnění osobní problém, proto se může cítit ohrožen. Pacient ve zdravotnickém zařízení se domáhá a očekává od sestry, všímavost, ochotu, přívětivost, porozumění a kvalitní ošetrovatelskou péči (Špatenková, 2009). Důležité je i porozumění mezi zdravotnickým personálem. Vede totiž k efektivní kolektivní spolupráci a profesionální péči o nemocného. Účinná komunikace může být pramenem spokojenosti všech zúčastněných, tedy nemocných, příbuzných pacienta, zdravotnického personálu. Při komunikaci nejen ve zdravotnictví může docházet k nedorozuměním, sporům a komunikačním šumům. Toto je pak často pramenem střetů a potíží (Vévoda, 2013).

Komunikovat tedy v ošetrovatelské praxi znamená vyměňovat si informace vztahující se ke zdraví či péči mezi nemocným a sestrou. Oba aktéři komunikace jsou zároveň vysílačem a přijímačem. Sestra i pacient budují a rozšiřují svůj oboustranný vztah. Všechny lidské bytosti jsou originální. Lidé se odlišují svou povahou a chováním. I sestry se odlišují a to svou osobností, věkem, vědomostmi, dovednostmi, zkušenostmi, pracovištěm a také pohlavím. Taktéž pacienti jsou rozdílní. Pacienty může spojovat stejný zdravotní problém či diagnóza. Každý pacient má však vlastní životní příběh, svoje zkušenosti a odlišnou životní situaci (Špatenková, 2009).

### ***1.2.1 Způsoby komunikace v ošetrovatelské praxi***

Při komplexní ošetrovatelské péči o nemocné jedince patří správné dorozumívání zdravotnického personálu mezi přednosti (Kelnárová, 2014). „*Pod pojmem profesionální komunikace je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, jež umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit*“ (Zacharová, 2016, s. 101). V ošetrovatelské praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace (Kelnárová, 2009).

První druhem je sociální komunikace, jde o obvyklý rozhovor a kontakt s nemocným člověkem v nemocnici nebo v domácí péči (Kelnárová, 2009). Tento druh komunikace je neplánovaný. Odehrává se v průběhu neformálních setkání (Plevová, 2010). Jde například o komunikaci s nemocným při podávání jídla nebo léků (Kelnárová, 2009). Dalším druhem je specifická komunikace. Jedná se o oblast komunikace, při které jsou sdělovány významné údaje. Má jasný naplánovaný obsah (Plevová, 2010). Zdravotník

působí výchovně. Snaží se motivovat pacienta k následující léčbě. Při oznamování údajů je významná zpětná vazba, zda pacient porozuměl sdělení. V souvislosti s objasněním postupu při vyšetření (Kelnárová, 2009). Posledním druhem profesionální komunikace je terapeutická komunikace (Kelnárová, 2009). Léčebná komunikace se používá často (Plevová, 2010). Využívá se při kontaktu zdravotnického personálu s pacientem ve zdravotnickém zařízení. Jedná se obvykle o kontakt v období, kdy nemocný přijímá vážné sdělení, se kterým se hůře srovnává. Lidskou i odbornou povinností zdravotnického personálu je být pacientovi v obtížných chvílích oporou, a poskytovat mu při těžkých rozhodnutích naději a pomoc. Výše uvedený typ komunikace se uskutečňuje formou rozhovoru. Například zdravotnický personál může nemocného uklidnit před operací (Kelnárová, 2009). Podpůrný terapeutický rozhovor s pacientem má za úkol zvětšit efektivitu léčebných přístupů u somaticky nebo psychosomaticky nemocných (Plevová, 2010).

### ***1.2.2 Vztah mezi sestrou a nemocným***

Vztah mezi sestrou a nemocným patří v ošetrovatelské péči k podstatným. Vztah zahajuje každý, kdo onemocní či se naopak uchází o lékařskou službu, případně má blízkého jedince v domácí péči (Zacharová, 2016). Na vytvoření náležitého vztahu mezi sestrou a pacientem se podílí mnoho skutečností, mezi které patří např. zážitky pacienta z předchozího léčení, současný psychický stav pacienta a dodržování společenských pravidel (Zacharová et al., 2011). Komunikační vztah zdravotnického personálu a nemocného musí být rovnocenný. Jedná se totiž o komunikaci dvou jedinečných osobností. Po pracovní stránce se jedná o vztah nevyvážený, jelikož sestra je z hlediska své profesní pozice jasným odborníkem a specialistou. Proto se od odborně vzdělané sestry očekává, že bude rozhovor jistou mírou řídit, usměrňovat a rozhodovat o komunikační formě a obsahu (Špatenková, 2009).

Vztah zdravotnického personálu a nemocného může být krátký i dlouhý. Může přetrvávat minuty, hodiny, týdny, měsíce i roky. Primárním principem vztahů mezi sestrou a nemocným je důvěra, důvěrnost, aktivní naslouchání, empatie, autentičnost a respekt (Špatenková, 2009).

Autentičnost vyjadřuje způsobilost být sám sebou v rámci pracovní role. Pokud je sestra autentická, uvědomuje si své vlastní reakce na nemocného. Sestry mohou v rámci vztahu s nemocným autenticky projevit odlišné pocity. Například se sestra může

zasmát vtipu, který řekne pacient. Jestliže se dostane sestra do situace, kdy se nachází v úzkých, může to nemocnému přiznat. Například neví si rady s nějakou otázkou. V očích pacienta nebude sestra špatná. Bude to sestra autentická. Nemocný chce opravdovou a skutečnou sestru (Špatenková, 2009). Autenticita znamená chovat se tak, jak se skutečně sestra cítí a jak právě teď myslí, bez předstírání (Ptáček et al., 2011). Vyjadřuje opravdovost, důvěryhodnost a souhlasnost. Autentický jedinec sleduje vlastní přesvědčení a impulsy (Possehl et al., 2008). Opravdovost nevyžaduje zahltit nemocného vlastními prožitky. Opravdovost vyjadřuje, že vše, co zdravotnický personál vyslovuje je pravdivým obrazem jeho prožívání (Kuzníková, 2011).

Odezva nemocného na nemoc vyjadřuje jedinečný styl vypořádání se s danými skutečnostmi. Odlišní pacienti se vypořádávají s životními výzvami odlišně. Sestra by neměla tyto odezvy posuzovat či dokonce odsuzovat. Měla by se snažit o naprosté pozitivní přijetí nemocného. Měla by pacienta respektovat. Respekt je vyjádřením schopnosti přijímat odpovědi a přesvědčení druhých lidí i přes své odmítavé dojmy. Naprosté pozitivní přijetí nevyjadřuje svolení, ale neodmítavý přístup k nemocnému (Špatenková, 2009).

Třetím principem vztahu mezi sestrou a pacientem je empatie neboli vcítění (Špatenková, 2009). Empatie patří mezi komunikační dovednosti sestry (Plevová, 2011). Vyjadřuje vcítění se do toho, co nemocný ve spojitosti s chorobou změněným stavem zažívá. Čtvrtým principem zmíněného vztahu je aktivní naslouchání. Sestra aktivním nasloucháním usiluje o pochopení toho, co jí nemocný sdělil (Špatenková, 2009). Více se budeme aktivnímu naslouchání a empatii věnovat v kapitole komunikační dovednosti sestry.

Posledním principem vztahu mezi sestrou a pacientem je důvěra, která je podstatou mezilidských vztahů (Špatenková, 2009). Poskytování ošetrovatelské péče je nemyslitelné bez oboustranné důvěry mezi nemocným a sestrou. Důvěra se projevuje tím, že nemocný svěřuje zdravotníkům skutečnosti osobní a obvykle i značně intimního obsahu, včetně skutečností, které se přímo nevztahují k onemocnění, avšak pacienta tíží a potřebuje se s těmito skutečnostmi svěřit (Vondráček et al., 2009). Důvěra se velice úzce vztahuje k důvěrnosti. Pro vztah vybudovaný na důvěře je významné, aby nemocný věděl, že osobní údaje jsou a budou důvěrné (Špatenková, 2009).

### ***1.2.3 Komunikační dovednosti sestry***

Profese sestry je náročná na komunikační dovednosti (Kutnohorská, 2010). Pod tímto termínem se rozumí způsobilost účinně komunikovat s jinými lidmi (Hradecká, 2011). Komunikační dovednosti přispívají k zahájení a rozšíření hodnotnějšího kontaktu s nemocným. Jedná se o složky mezilidského jednání, které mají na jeho vývoj kladný vliv. Komunikační dovednosti lze rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří komunikační dovednosti převážně verbální povahy (Beran, 2010). Ty se prosazují při formulaci sdělení nemocnému (Hradecká, 2011). Druhou skupinu tvoří komunikační dovednosti převážně neverbální povahy (Beran, 2010). Jedná se například o naslouchání (Hradecká, 2011). Mezi komunikační dovednost patří naslouchání, empatie, projev, porozumění, zájem, podpora, mlčení či rady (Hradecká, 2011).

První komunikační dovedností je aktivní naslouchání. Znamená chápat nejen, co nemocný říká, ale také jak to říká a zároveň pozorovat u nemocného výraz obličeje a pohyby. Tyto podněty jsou předpokladem k tomu, abychom mohli kvalitněji pochopit reálný význam pacientova sdělení. U uvedené komunikační dovednosti se stává, že neúmyslně věnujeme něčemu zvětšenou nebo zmenšenou pozornost (Beran, 2010). Je důležité naslouchat nejen pacientovi, ale i sobě. Pozorovat, co se v nás při schůzce a rozhovoru s nemocným děje, jaké představy nás napadají, zabraňovat tak zápornému promítání svých dojmů a svých přesvědčení na nemocného (Hradecká, 2011). S pojmem aktivní naslouchání také souvisí pojem respekt. Respekt vyjadřuje postoj, přístup k lidem, ocenění druhého jako lidské bytosti. Vyjadřuje to, že v čase určeném pro nemocného se věnujeme pouze pacientovi. Vyjadřuje známku spoluúčasti na situaci klienta a projevu naší důvěry ke klientovi (Beran, 2010).

Třetí komunikační dovedností je empatie (Špatenková, 2009). Je to vcítění do duševního stavu druhého člověka. Empatie patří mezi základní předpoklady účinné komunikace (Kejklíčková, 2011). Vyjadřuje způsobilost vcítit se do toho, co nemocný v souvislosti s chorobou a svojí přeměněnou situací zažívá. Vyjadřuje způsobilost vidět situaci z pohledu jiného člověka. Dovoluje sestře se nasměrovat na potřeby nemocného. Empatická sestra rozumí pacientovým zkušenostem s onemocněním (Špatenková, 2009).

Čtvrtou komunikační dovedností je projev porozumění, vychází z toho, co nám nemocný sděluje. Porozumění nevyjadřuje, že naprosto souhlasíme s klientovým

počináním, avšak dává pacientovi najevo, že je mu nasloucháno. Při porozumění musíme správně volit slova. Porozumění lze nemocnému projevit např. přikývnutím a zdůrazněním jistých výroku (Hradecká, 2011). Další komunikační dovedností je zájem. Zájem se projevuje běžně mimoslovně. Například pohledem, který k nemocnému nejednou obracíme. Zájem můžeme projevovat i příkyvováním atd. Vyjádření zájmu však nemůže překročit stanovenou míru, aby nenastal dojem naléhání (Beran, 2010).

Prostřednictvím podpory upozorňujeme nemocného na kladné stránky jeho života, jestliže je to uskutečnitelné. Podpora je významná v těžkých životních situacích (Hradecká, 2011). Vyhýbá se výrokům, které by poškozovaly pacientovu vnitřní harmonii. Podpora je důležitá součástí pomoci těžce somaticky nemocným (Beran, 2010).

Předposlední komunikační dovednost se nazývá mlčení. Tato komunikační dovednost poskytuje řečníkovi čas na přemýšlení. Dále poskytuje čas na formulaci a uspořádání obsahu slovního sdělení (DeVito, 2008). Je součástí mezilidské komunikace. Mlčení má rozdílný obsah. Mlčet může i nemocný. Může patřit mezi známky oboustranného neporozumění. Takové mlčení je prázdné a nemá kladnou hodnotu. Ovšem v případech, kdy má mlčení charakter spolubytí, je známkou podpory (Beran, 2010). Taktéž může mlčení vyjadřovat nedůvěru pacienta, nezájem o spolupráci či vyhýbání se sdělení určitých údajů (Hradecká, 2011).

Poslední komunikační dovedností jsou rady. Rady jsou součástí mezilidské komunikace, jedná se o pomoc při zdolávání potíží psychologického charakteru (Hradecká, 2011). Pak výše uvedená forma pomoci spočívá v tom, že nemocnému pomáháme vyhledat řešení jeho životní situace, aby pacient mohl situaci samostatně zvládnout. Jistá rozhodnutí za nemocného nemohou druzí lidé vykonat. Nedáváme doporučení nebo návody druhu, např. „Měla byste“. Přímá doporučení mají své opodstatnění pouze v případě, kdy by prodlením mohlo být nemocnému ublíženo. Jedná se například o případ aktuálního střetu (Beran, 2010).

#### ***1.2.4 Komunikační překážky v ošetrovatelství***

Překážky v komunikaci jsou faktory, které mohou bezprostředně nebo zprostředkovaně ovlivnit komunikační proces (Kopecká, 2012). Lze je tedy chápat jako problémy

a bariéry v komunikaci, které zabraňují produktivní interakci mezi zdravotníky a pacienty. Obvykle vznikají náhodně a častokrát nedojde k rozpoznání. Jsou to stavy, které nepřímo ovlivňují hodnotu poskytované péče (Tomová, 2016). Mohou vznikat na straně sestry i na straně nemocného a mohou být i všeobecného rázu. Výsledkem překážek jsou problémy v dorozumívání mezi zúčastněnými jedinci (Zacharova, 2016).

Hodnotu komunikace v klinické a ošetrovatelské praxi mohou záporně ovlivnit nejrůznější překážky (Zacharová, 2016). Praktická překážka bývá dána rušivými vnitřními a vnějšími vlivy či tichým hlasem sdělovatele informace. Překážka intelektová popisuje různost odborného projevu. Překážka v chápání upozorňuje na odlišné pochopení komunikačního obsahu. Překážka jazyková je způsobena rychlým a nesrozumitelným projevem. Dále bývá způsobena dlouhými větami s množstvím významných sdělení (Zacharová, 2016).

Mezi komunikační bariéry na straně sestry patří nejasné, nepřesné informace, postoje, názory, vyhýbání se určité problematice, neochota vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování svých vlastních názorů či návodů na řešení problému, používání odborných výrazů, negace emocí a časový deficit ze strany sestry, neetické chování spojené s výsměchem či urážkami. Vážnou bariérou a potíží je bezobsažná komunikace. Tato komunikace vyvolává dojem, že sestra pacienta neposlouchá nebo mu nerozumí (Zacharová, 2016).

I ze strany pacienta mohou vzniknout překážky v oboustranné komunikaci. Mezi ty nejběžnější patří bolest, strach, úzkost, deprese, nedůvěra k sestře, hospitalizmus či únava. Mezi další komunikační bariéry patří okolnosti, za kterých pacient nemůže nebo neumí komunikovat. Nejběžnější důvody, kdy pacient nemůže komunikovat, jsou operativní zásahy v oblasti krku či intubace dýchacích cest. Pacient nedokáže komunikovat, také v případě, pokud je cizinec a nerozumí našemu jazyku (Zacharová, 2016). Z dalších překážek v komunikačním procesu lze jmenovat rušivé vlivy okolí, nevhodné seřazení nábytku, hluk, rušení třetí osobou nebo hlasitý hovor zdravotnického personálu (Tomová, 2016).

### **1.3 Komunikace s rodinou pacienta**

Následující kapitola se zabývá objasněním komunikace s rodinou pacienta. Pozornost je věnována kontaktu sestry s rodinou pacienta, obsahu rozhovoru s rodinou pacienta a všeobecným zásadám komunikace s rodinnými příslušníky.

Komunikace s rodinou znamená pro spoustu zdravotníků „komunikační oříšek“. Je velmi náročná, jedinečná, neopakovatelná. Jedná se o příležitost navázat s příbuznými pacienta dobrý kontakt a získat je ke kooperaci. Příbuzní pacienta jsou pro zdravotníky významní komunikační partneři. Zdravotnický personál se kontaktům s příbuznými pacienta nevyhne a měl by umět reagovat na případné otázky. Od sestry s profesionálním přístupem se očekává čilé navazování kontaktu a empatické chování (Špatenková, 2009).

#### ***1.3.1 Kontakt sestry s příbuznými nemocného***

Sestra je v kontaktu s příbuznými nemocného (Vytejčková, 2015). Především první kontakt s příbuznými hraje v komunikaci sestry s rodinou pacienta zásadní úlohu. Vystupování zdravotnického personálu může ovlivnit, zda rodina nemocného odejde s dojmem, že o jejich člena rodiny bylo dobře a profesionálně postaráno, či nikoliv. Od tohoto dojmu se poté odvíjí další chování rodiny, například zda se rozhodnou příbuzného v zařízení ponechat nebo budou hledat vhodnější umístění, případně řešit situaci radikálněji podáním obvinění. Rodina nemocného je nezanedbatelným účastníkem komunikace ve zdravotnictví. Komunikaci s příbuznými upravuje informovaný souhlas. Pokud si pacient nepřeje podávat informace o svém zdravotním stavu, musí to sestra respektovat. Neznamená to ovšem, že rodinu z komunikace vyloučí, pouze pozmění charakter rozhovoru vzhledem k limitovaným kompetencím. Jestliže si pacient přeje své okolí informovat, upřesní v informovaném souhlasu, na koho se právo na informace vztahuje. Jestliže se nemocný díky svému těžkému zdravotnímu stavu nevyjádřil, lze podat pouze informace vztahující se k ošetrovatelské péči. Nesmí se vyjadřovat o diagnóze, vážnosti stavu a prognóze onemocnění (Špatenková, 2009).

#### ***1.3.2 Obsah rozhovoru s rodinou pacienta***

Obsah rozhovoru s rodinou nemocného se odvíjí od zdravotního stavu pacienta a povahy onemocnění (Špatenková, 2009). Například jestli má pacient onemocnění

akutní nebo chronické (Vévoda, 2013). Dále od četnosti pobytu pacienta v nemocnici a nutnosti řešit či neřešit potíže pacienta, nebo časových možností rodiny nemocného a zdravotníků (Špatenková, 2009).

Obsah rozhovoru s příbuznými nemocného lze rozdělit do několika oblastí. Oblasti komunikace s příbuznými nemocného se týkají organizačních záležitostí, problémů pacienta, problémů příbuzných a zajištění péče o pacienta. Pod pojmem organizační záležitosti si lze představit bližší informace o zdravotnickém zařízení a jeho fungování, jako jsou například návštěvní hodiny (Špatenková, 2009). Dále sem patří kontakt na nemocného, sestry a lékaře (Vévoda, 2013). Příbuzní nemocného by měli být informováni o jedincích zainteresovaných do péče o nemocného. Běžně postačí tabule se jmény, tituly a funkcemi zdravotnického personálu, umístěná na viditelném místě (Špatenkova, 2009).

Dalším předmětem rozhovoru je zajištění péče o pacienta. Jde například o režimová opatření, přípravu plánovaného propuštění nemocného, přípravu pacienta i jeho příbuzných na návrat domů. Mnohdy sestra napomáhá příbuzným pacienta připravit se na péči o něj v domácím prostředí. Tento úkol vyžaduje znalou a vyškolenou sestru. Významnou oblastí komunikace s příbuznými jsou pacientovy problémy. Jedná se především o onemocnění pacienta. Může to být výchovně-vzdělávací činnost v závislosti na povaze onemocnění a stavu pacienta. Dialogy se vztahují například na druhy nápojů, které příbuzní pacienta smí či nesmí nemocnému přinášet. Poté mohou být předmětem rozhovoru i samotné problémy nemocných. U osob, které se dlouhou dobu starají o svého blízkého, se objevuje záporný efekt pečování jako jsou zdravotní, psychické či sociální problémy. Sestra uvedené problémy nemůže řešit či vyřešit, ale může těmto lidem nabídnout podporu, porozumění nebo kontakt na specialistu. Může také doporučit zařízení poskytující osobní asistenci nebo pečovatelskou službu (Špatenková, 2009). Sestra se nesmí vyjadřovat o vážnosti zdravotního stavu nemocného a prognóze onemocnění a diagnóze. Úloha sestry spočívá zejména ve výchovně-vzdělávací činnosti. V závislosti na povaze choroby a aktuálním stavu nemocného (Vévoda, 2013).

### ***1.3.3 Všeobecné zásady komunikace s rodinnými příslušníky***

Komunikace s příbuznými nemocného musí probíhat na slušné úrovni a se všemi všeobecnými pravidly, tak jako se uskutečňuje s dospělými pacienty. Jestliže



to okolnosti dovolují, bude sestra využívat příbuzné pacienta ke kooperaci při ošetrovatelské péči (Kelnarová, 2014). Při zahájení kontaktu s rodinou pacienta by se měla sestra nejdříve představit jménem a funkcí. Měla by dodržovat kompetence (Špatenková, 2009). Musí znát své možnosti a limity (Vévoda, 2013). Také by měla dodržovat informovaný souhlas. Musí vědět, co jako sestra může říci a komu. Informace je důležité sdělovat srozumitelnou formou (Špatenková, 2009). Z rozhovoru by měla číset svědomitost, ochota a takt (Vévoda, 2013). Sestra by měla být opatrná. Měla by si dobře rozmyslet obsah i dosah svých slov a předem si ujasnit cíl hovoru a jeho formu. Například je nemístné vést s rodinou pacienta těžce nemocného i pozůstalými standardizovaný rozhovor, kdy zcela lhostejně, vyprahle a nezúčastněně se pokládají přesně určené otázky. V dialogu by mělo být místo pro otázky pozůstalých (Špatenková, 2009).

Sestra, aby vedla rozhovor s rodinnými příslušníky náležitě, by měla dodržovat jistá pravidla. Při komunikaci by sestra měla být empatická (Kelnarová, 2009). Sestra musí projevovat altruismus (Kelnarová, 2009). Altruismus znamená nesobeckost, nezištnost a obětavost (Hubinková, 2008). Chování a jednání sestry během komunikace je asertivní (Kelnarová, 2009) To znamená, že sestra upřímně a otevřeně projevuje své emoce, názory, postoje v kladné či záporné formě (Plevová, 2012). Dále by měla sestra usilovat o to, aby rodinu nemocného zbavovala strachu a úzkosti. Také musí při komunikaci náležitě oslovovat a poskytovat srozumitelné informace. Neměla by druhému skákat do řeči. Měla by poskytnout prostor pro případné dotazy a vyhnout se stereotypním radám a poučováním. Při komunikaci by sestra měla uznávat individualitu člověka a práva. Neměla by používat hodně odborných pojmů. Rodina nemusí odborným pojmům rozumět. Rodina nesmí klást příliš osobní otázky, jestliže to není důležité. V neposlední řadě je důležitou morální povinností sestry zachování lidské důstojnosti (Kelnarová, 2009).

Je rozdíl, jestli s příbuzným nemocného přichází do kontaktu sestra pracující na lůžkovém oddělení nebo sestra pracující v ambulanci. Je vhodné vždy citlivě porozumět tomu, jak se příbuzný nemocného právě teď cítí. Dále je třeba pochopit jeho úroveň chápání medicínských souvislostí například, zda rodinný příslušník potřebuje uklidnit nebo vyžaduje spíše věcné údaje. Dle toho by sestra s rodinným příslušníkem měla jednat. Může nastat snaha o zotročení zdravotnického personálu rodinou pacienta. Čas od času se vyskytne situace, kdy příbuzní nemocného mají na sestru přílišné požadavky,

chovají se tak, že sestra je tam jen pro ně. V ošetrovatelské praxi by sestra, která čelí „zotročení“, měla dát zřetelně rodinnému příslušníkovi pacienta najevo, co pro něj může a má udělat a co je nad rámec jejich možností a povinností (Hekelova, 2012).

#### ***1.3.4 Náročné situace v ošetrovatelské praxi ve vztahu ke komunikaci***

Tato kapitola přibližuje náročné situace v ošetrovatelské praxi, se kterými se může sestra setkat. V kapitole se budeme věnovat sdělování špatných, nepříjemných, závažných zpráv, komunikaci s pozůstalými, náročnými pacienty i příbuznými, komunikaci s agresivními a úzkostnými pacienty.

První náročnou situací ve vztahu ke komunikaci ve zdravotnictví je sdělování špatných zpráv, které jsou a budou obrovským problémem dnešní medicíny (Kupka, 2014). Patří k nejnáročnějším úkolům zdravotnického personálu (Takács et al., 2015) Citlivé sdělování špatných zpráv je určitým druhem umění. Závěry diagnostických výkonů, prognózu a léčbu projednává s pacientem lékař. Po tomto rozhovoru následně pacient vyhledává příležitost konzultovat situaci s jiným zdravotnickým personálem. Jedná se například o hledání informací v době, kdy se rozhoduje o přijetí odlišných možností léčby (Venglářová, 2006). Smutná či špatná zpráva samozřejmě může být jakékoli sdělení, které představuje jisté snížení nebo možnou ztrátu. Pro sportovce bude špatnou informací například vyvrknutý kotník. Pro jedince, kteří nyní měli odjet na vysněnou dovolenou, je špatným sdělením zjištění přítomnosti infekčního onemocnění. (Ayers et al., 2015). Nepříznivé zprávy se vztahují např. k prodloužení hospitalizace, operace. Závažně nepříznivé zprávy se týkají např. zdravotních následků, nevléčitelného onemocnění a invalidity. Jedná se o zprávy, které působí velkou psychickou zátěž. Někteří pacienti nechtějí, aby se tyto zprávy dozvěděli jejich příbuzní, snaží se je šetřit. Blízcí pacienta mohou být informováni jen se souhlasem pacienta. Zdravotnický personál musí přání pacienta respektovat (Venglářová, 2006). Na sdělování nepříznivých informací potřebuje zdravotnický personál čas a vyžaduje připravenost na zodpovězení na potencionálních otázek. Není dobré rozhovor přerušovat nebo být v časovém náporu. Je významné, aby se nemocný cítil komfortně. Je nevhodné sdělovat nepříznivé informace např. na chodbě a v rušivém prostředí. Je významné, aby zdravotníci udržovali oční kontakt s nemocným a příbuznými pacienta. Je důležité sdělovat nepříznivé zprávy pomalu, srozumitelně a pochopitelně pro potřeby nemocného. Sdělování špatných informací vyžaduje od zdravotnického personálu

empatii, aktivní naslouchání a zpětnou vazbu. Je důležité poskytnout pacientovi či příbuzným možnou realistickou naději. Je vhodné zjistit, co nemocný chce vědět (Ptáček et al., 2011). Je dobré, když s pacientem o závažné zprávě hovoří někdo, s nimž má pacient dobrý vztah, tato osoba již v minulosti s ním hovořila a má u nemocného důvěru. Je vhodné umožnit pacientovi ventilování negativních reakcí pláče a hněvu. Je důležité se zajímat, kam půjde pacient po vyposlechnutí závažné zprávy. Je příhodné zajistit doprovod nemocnému, nebo přinejmenším nechat pacienta oddechnout. Za všech skutečností se nechává nemocnému naděje (Venglářová et al., 2006).

Druhou obtížnou a náročnou situací pro zdravotníky je sdělování nepříjemných nebo závažných zpráv týkajících se zdraví dítěte (Venglářová et al., 2006). „*V případě podezření na závažnou diagnózu není vhodné okamžitě sdělovat nejhorší možnou variantu*“ (Takács et al., 2015, s. 30). Je dobré nejprve začít s méně závažnou diagnózou dítěte. Je vhodné na konci dodat, že je potřeba opatrnosti, že by se mohlo jednat o závažnější problém. Dále je vhodné se vyvarovat nerozvážného sdělení vážné diagnózy dítěte. Jedná se například o podezření na hluchotu novorozence. Je dobré rodičům dítěte sdělovat tuto závažnou diagnózu až tehdy, pokud máme jistotu (Takács et al., 2015).

Mezi náročné situace ve zdravotnictví patří taktéž komunikace s pozůstalými. Jednání s pozůstalými vyžaduje od zdravotnického týmu vysokou úroveň komunikačních schopností. Je povinností zdravotnického personálu tuto náročnou situaci důstojně zvládnout (Kutnohorská, 2007). Úmrtí pacienta může být pro příbuzné zcela zdrcující i v situaci, kdy úmrtí člena rodiny bylo očekáváno. Jde například o vážné onemocnění nebo stáří. Úmrtí milovaného člověka může přijít náhle, nečekaně či předčasně. Jedná se například o smrt dítěte. V tomto případě je situace o to těžší. Zarmoucení jedinci potřebují pomoc i podporu od sestry. Ta by měla a musí pomoci a poskytnout podporu. Sestra by zarmouceným jedincům měla naslouchat a utěšovat v průběhu prvotního šoku. Pozůstalí mohou prožívat opakované zdravotní potíže. Zdravotní problémy se mohou u pozůstalých vyskytovat po úmrtí milovaného člověka i po delší době. Jedná se například o nespavost, ztráty chuti k jídlu a svalovou slabost. Pozůstalí jedinci mohou hledat pomoc ve svém zoufalství, přičemž neví na koho se obrátit, tak navštíví lékaře. Zarmoucení jedinci na tom nejsou dobře po psychické ani po fyzické stránce. Mohou se snáze zranit a jsou náchylnější k chorobám. Zarmoucení lidé mohou plakat, být bezradní, opuštění, mohou vzdychat a být nesoustředění. Pozůstalým jedincům se může

pomoci empatickou a vstřícnou komunikací (Špatenková, 2009). Pro zdravotnický personál je komunikace s příbuznými zemřelého stresující. U zdravotníků vyvolává strach, obavy a mnohokrát i myšlenky o selhání vlastní osoby. Při komunikaci s pozůstalými je vhodné dodržovat několik zásad. Důležité je včas informovat příbuzné pacienta o zhoršení stavu. Je vhodné umožnit příbuzným zemřelého, aby zprávu vyposlechli vsedě a klidném prostředí. Zdravotnický personál by měl vyjádřit upřímnou soustrast, dodržovat společenské rituály a popsat události úmrtí. Zdravotníci by se neměli bránit otázkám i v situaci, kdy je příbuzní zemřelého opakují. Po zklidnění příbuzných by měl zdravotnický personál nabídnout pomoc při formalitách a seznámit příbuzné zemřelého s nadcházejícím postupem (Venglářová et al., 2006).

Obtížná může být pro zdravotnický personál i komunikace s náročnými pacienty. Jedná se například o komunikaci s nemocnými, vyžadujícími mnoho pozornosti a pacienty, kteří vyžadují poněkud nadstandardní péči od zdravotníků. Zdravotnický personál by měl při komunikaci s náročnými pacienty mluvit klidně, nebyť agresivní a aktivně nemocnému naslouchat. Je vhodné se s nemocným nehádat. Je adekvátní objasnit nemocnému roli sestry a její dostupnost pro nemocného. Jestliže má nemocný přehnané či zatěžující požadavky na zdravotnický personál, je důležité nastavit důsledné limity. Je vhodné nezapomenout na týmovou komunikaci a podporu (Špatenková, 2009).

Pro sestru je náročná též komunikace s pacienty a příbuznými, kteří se chovají agresivně. Je vhodné uplatňovat pozitivní verbální formulaci o nemocném. Jedná se například o formulaci je vidět, že jste to neměla v životě jednoduché, ale zvládla jste to. Mezi vnitřní zdroje agresivního chování patří např. osobnost, užívání návykových látek, dlouhodobá přetrvávající nespokojenost či onemocnění. Mezi vnější zdroje patří např. prostředí, systém, chování, křik a nadávání. Mezi zásady komunikace s agresivními jedinci patří aktivní naslouchání (Špatenková, 2009). Komunikace s rozzlobeným jedincem vyžaduje od sestry klidné profesionální chování. Hlas zdravotnického personálu má být přívětivý, klidný, laskavý, tišší (Kelnarová, 2009). Je vhodné nejprve zjistit, o co rozzlobenému jedinci opravdu jde. Snažit se chovat k němu s úctou, respektem a důležité je i vysvětlit nemocnému, jak to ve zdravotnickém zařízení funguje. Sestra by se měla dotyčnému omluvit, pokud je to možné. V případě, že hrozí fyzické napadení, a sestra má obavy, že agresivního pacienta sama nezvládne, měla by si zavolat ochranku. Je vhodné zapojit rozzlobeného jedince do diskuse

o problémech, vysvětlit zmiňovanému, proč má udělat věci tak, jak sestra říká. (Špatenková, 2009).

Další náročnou oblast představuje komunikace s úzkostnými pacienty. Úzkost je emoce, která znázorňuje strach, neklid (Kalvach et al. 2011). Úzkost je běžná reakce a objevuje se v situaci, pokud je někdo ohrožen na zdraví, na své pohodě nebo každodenním fungování. S úzkostnými osobami se namáhavě navazuje kontakt. Sestra by měla při komunikaci s úzkostnými jedinci ukázat zájem a poskytnout podporu, hovořit pomalu, klidně, krátce, jasně, srozumitelně a nechovat se útočně, pokud si nemocní či příbuzní nemocného začnou na něco naříkat. Sestra by neměla využívat při komunikaci s úzkostným jedincem prázdné fráze, jako např. „seberte se“. Při komunikaci s úzkostnými jedinci by měla být vnímavá vůči příznakům úzkosti a zkusit určit zdroj úzkosti. Měla by pomoc nemocnému verbalizovat jeho pocity, například bojíte se, že ten zákrok nedopadne dobře (Špatenková, 2009).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Zmapovat náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného

### **2.2 Výzkumné otázky**

S jakými náročnými situacemi se sestry setkávají v rámci komunikace s rodinou na standardním lůžkovém oddělení?

S jakými náročnými situacemi se sestry setkávají v rámci komunikace s rodinou na lůžkovém oddělení akutní péče?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Výzkumná část mé bakalářské práce na téma Náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného, byla zpracovaná prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření. Díky kvalitativnímu šetření je výzkumník zahlcen spoustou údajů. Badatel se tedy musí umět rozhodnout, které ze získaných informací jsou vhodnější. Kvalitativní šetření je prováděno na místech, které mají pro badatele ustálený význam, a to například nemocnice (Kutnohorská, 2009). Jak uvádí Kutnohorská (2009), je kvalitativní výzkumné šetření velmi obtížné na čas, znalosti a dovednosti výzkumníka.

Pro bakalářskou práci byl zvolen polostrukturovaný rozhovor (Příloha 1). Rozhovor k bakalářské práci byl složen ze 17 otázek určených pro sestry pracující v nemocnici na lůžkových oddělení. První část rozhovorů se věnovala základním identifikačním údajům informantů. V této části byly otázky zaměřené na vzdělání, pohlaví, oddělení a také délku praxe.

Druhá část rozhovoru pro sestry se zaměřovala na náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného. V této části rozhovoru byly otázky pro bakalářskou práci orientovány na potřeby ve vztahu ke komunikaci sestry a rodiny pacienta. Dále byly otázky směřovány na zapojení rodiny nemocného do péče. Poslední část otázek byla zaměřena na konfliktní situace a komunikačně náročné situace na standardním oddělení nebo na lůžkovém oddělení akutní péče a na chyby, kterých se sestry při komunikaci s rodinou dopouštějí.

Rozhovory k bakalářské práci na téma Náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného, byly zrealizovány po udělení souhlasu od hlavní sestry a dále také od účastníků výzkumného šetření. Byla použita varianta polostrukturovaného rozhovoru, která měla 2 pracovní verze. Jedna verze byla určena sestrám pracujícím na lůžkovém oddělení akutní péče a druhá byla určena pro sestry na standardním oddělení. Rozhovor byl uskutečněn v květnu 2019 a obsahoval otevřené otázky. Samotného výzkumného šetření se zúčastnilo 12 sester pracujících na standardním lůžkovém oddělení nebo lůžkovém oddělení akutní péče.

Nejdříve byli účastníci výzkumného šetření obeznámeny s tématem práce. Každý účastník byl seznámen s tím, že rozhovor je anonymní. Součástí výzkumného šetření

bylo nahrání účastníků prostřednictvím audiozáznamu. Sestry pracující na lůžkovém akutním oddělení a na standardním oddělení, které se účastnily výzkumu, udělily souhlas s vytvořením těchto audiozáznamů. Dále byly rozhovory, získané od sester, přepsány do písemné podoby v počítačovém programu Microsoft Word 2007. Následně byly získané výsledky zpracovány metodou kódování, v rámci kterého byla využita technika „tužka-papír“. Výsledky jsou prezentovány prostřednictvím kategorií a podkategorií.

### **3.2 Charakteristika výzkumných souborů**

Rozhovory v této bakalářské práci, byly vedeny s dvěma výzkumnými soubory. Hlavním kritériem pro výběr vhodných informantů bylo to, že pracují na standardním lůžkovém oddělení nebo na lůžkovém oddělení akutní péče v nemocnici. Jako výzkumný soubor A jsou označeny sestry pracující na standardním lůžkovém oddělení. Tento soubor tvoří 6 sester, které jsou v rámci výzkumné části bakalářské práce označeny jako „S1-S6“ (S = standardní oddělení). Sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče jsou označeny jako výzkumný soubor B. I tento soubor je tvořen 6 sestrami, které jsou v rámci výzkumné části práce označeny jako „A1-A6“ (A = oddělení akutní péče).



## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky výzkumného šetření se sestrami na standardním lůžkovém oddělení (výzkumný soubor A)

V první části budou představeny výsledky rozhovoru, se sestrami, které pracují na standardním lůžkovém oddělení.

#### 4.1.1 Struktura výzkumného souboru A

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester – standardní lůžkové oddělení

Informant	Pohlaví	Vzdělání	Oddělení	Délka praxe
S1	Žena	Vysokoškolské vzdělání	Interní oddělení	2 roky
S2	Žena	Vysokoškolské vzdělání	Následná péče	2 roky
S3	Žena	Středoškolské vzdělání	Následná péče	5 let
S4	Žena	Vysokoškolské vzdělání	Ortopedicko-traumatologické oddělení	1 rok
S5	Žena	Vysokoškolské vzdělání	Ortopedické oddělení	1 rok
S6	Žena	Vysokoškolské vzdělání	Chirurgické oddělení	3 roky

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 prezentuje identifikační údaje jednotlivých sester, které se zapojily do výzkumného souboru. Tabulka ukazuje, že rozhovor byl zrealizován s 6 sestrami. 5 sester v rozhovoru uvedlo, že má vysokoškolské vzdělání. Dále jedna sestra sdělila, že má střední odborné vzdělání. Délka praxe jednotlivých sester byla v rozmezí od 1 roku

do 5 let. Z tabulky vyplývá, že dvě sestry pracují na následné péči, jedna na interním oddělení, jedna na chirurgickém oddělení, jedna na ortopedii a jedna na traumatologicko – ortopedickém oddělení.

#### ***4.1.2 Kategorizace získaných dat – standardní lůžkové oddělení***

V této části budou prezentovány výsledky rozhovoru se sestrami pracujícími na standardním lůžkovém oddělení. Výsledky jsou tříděny do kategorií a příslušných podkategorií.

#### **Stručný přehled jednotlivých kategorií**

- 1) Potřeby ve vztahu ke komunikaci na standardním lůžkovém oddělení
- 2) Zapojení rodiny do péče na standardním lůžkovém oddělení
- 3) Konfliktní situace na standardním lůžkovém oddělení
- 4) Komunikačně náročné situace na standardním lůžkovém oddělení

#### ***Kategorie 1 – Potřeby ve vztahu ke komunikaci na standardním oddělení***

Tato kategorie mapuje potřeby z hlediska komunikace a obsahuje 3 podkategorie. První podkategorie se věnuje potřebám rodiny z hlediska komunikace se sestrou na standardním oddělení. Dále jsou v této podkategorii uvedeny nejčastější dotazy, se kterými se sestra setkává ze strany rodiny nemocného. Druhá podkategorie je zaměřena, zda je pro sestru na standardním oddělení obtížné naplňování potřeb rodiny nemocného. Třetí podkategorie si klade za cíl popsat to, co sestry na standardním oddělení potřebují, aby komunikace fungovala. Uvedená podkategorie ještě popisuje, jestli je pro sestru významné znát bližší údaje o rodině nemocného.

#### ***Podkategorie 1.1 - Potřeby rodiny ve vztahu ke komunikaci se sestrou na standardním oddělení***

Několik dotazovaných odpovědělo, že rodina potřebuje, z hlediska komunikace, dostatek informací o stavu příbuzného. S5 uvedla: „*Kvůli uklidnění, aby věděli, jak o nemocného pečovat, když je to potřeba.*“ S6 ve své odpovědi zmínila, že rodina je ráda informována a rodinní příslušníci se chtějí pouze přesvědčit, že je o jejich příbuzného dobře postaráno. Odpovědi S4 a S6 se shodovaly, a to v mínění, že rodina

nemocného potřebuje empatický přístup. S6 ve své odpovědi dodala: „*Rodina by asi potřebovala větší porozumění, že personál není jen s jedním pacientem, na druhou stranu by zase zdravotnický personál měl jednat s rodinou na stejné úrovni.*“ S1 a S3 ve svých odpovědích uvedly, že rodina nemocného potřebuje kladný přístup. S1 přímo uvedla: „*Kladný a vstřícný přístup ze strany zdravotního personálu si získává důvěru rodiny. Rodina se nebojí na cokoli se zeptat.*“ Také S3 uvedla, že rodina potřebuje důvěru

a dodala: „*Je také důležité, abychom k nim byli milí a trpěliví, a také měli kladný vztah k pacientovi.*“ S4 ve své odpovědi zmínila, že rodina nemocného potřebuje mít možnost se na cokoli zeptat. S2 podotkla, že rodina pacienta potřebuje podporu a zároveň slova útěchy. Z výpovědí je na první pohled poznat, že rodina nemocného z hlediska komunikace se sestrou potřebuje především dostatek informací a důvěru.

V návaznosti na potřeby rodiny ve vztahu ke komunikaci se sestrou na standardním oddělení, byli informanti vyzváni k odpovědi na otázku, jaké jsou nejčastější dotazy rodiny nemocného. 5 z 6 informantů (S1, S3, S4, S5, S6) ve své odpovědi uvedli, že nejčastější dotaz se týká zdravotního stavu. Dvě sestry odpověděly, že nejčastější dotaz je i ten, kdy půjde jejich rodinný příslušník domů. Dále S1 a S4 upozornily, že mezi nejčastější dotazy patří stravování. S5 vypověděla, že se opakuje dotaz, zda za svým příbuzným mohou přijít na návštěvu. S2 ve své odpovědi podotkla, že příbuzní nemocného nerozlišují, komu položí dotaz. „*Ačkoli jsem pouze sestra, tak rodina toto moc nerozlišuje, komu položí otázku o zdravotním stavu. S tímto dotazem je posílám za ošetřujícím lékařem. Já jim pouze sdělím informace ve svém rozsahu, a to –o stravě, o chůzi a další.*“ Například S4 konkrétně odpověděla: „*Dále se ptají, zda mohou mluvit s lékařem, co všechno pacient zvládá, jestli už chodí, jestli mu mohou přinést nějaké potraviny, dále jaké je telefonní číslo na oddělení, jestli je omezená doba návštěv a podobně. Jak mohou pomoci, jak mají ošetřovat.*“

### ***Podkategorie 1.2 – Naplnění potřeb rodiny nemocného na standardním oddělení***

Dvě sestry uvedly, že je někdy velmi obtížné naplnit potřeby rodiny. Sestry S4 a S5 popisovaly, že to pro ně náročné není. U S2 se objevila následující odpověď: „*Trochu mi vždy dělalo problém lidi nějak podpořit. Ale nyní se to se vzrůstající praxí a pomocí mých skvělých kolegyně učím a myslím, že se vypořádávám dobře.*“ Sestra S1 se vyjádřila, že nemívá problém s naplněním potřeb rodiny. „*Ve většině případů nemívám*

*problém v komunikaci s rodinou. Jde o to, jak je pacientův stav závažný. Při sdělování informací, jako sestra nemůžu příliš říct, takže komplikací občas bývá, když rodina naléhá na informace, které sdělit nemohu a lékař není na oddělení. To bývá většinou o víkendu. Tyto situace řeším obvykle poskytnutím telefonu na oddělení a doporučením vhodné doby pro zavolání, nebo aspoň zavoláním sloužícímu lékaři, který může informace podat. Dále S3 uvedla, že někdy nemohou rodině s problémem pomoci: „Stává se, že ani nemáme možnost jim s určitým problémem pomoci a samozřejmě je každý člověk jiný, tudíž i způsob a úroveň komunikace je jiná.“ Sestra S6 ve své odpovědi uvedla: „Rodina, i když to myslí v nejlepším úmyslu, nevěří úplně personálu, mi přijde nebo po něm chtějí nemožné, čemuž také rozumím.“*

### ***Podkategorie 1.3 – Potřeby sester na standardním oddělení z hlediska fungování komunikace***

Tato podkategorie popisuje to, co sestry potřebují, aby komunikace fungovala s rodinou nemocného. Dvě sestry S5 a S6 se shodly na tom, že potřebují z hlediska komunikace pochopení od rodiny nemocného. Sestry S1 a S3 se shodly na tom, že potřebují zájem od rodiny pacienta. Dále S3 zkonstatovala, že potřebuje, aby příbuzní navštěvovali v nemocnici svého příbuzného. Sestra S1 ještě podotkla, že potřebuje od rodiny nemocného kladný přístup, ochotu komunikovat a starostlivost. Sestra S2 poukázala na to, že potřebuje toleranci, naslouchání a trpělivost. S4 následně doplnila, že potřebuje spolupráci. Následně S6 ve své odpovědi uvedla, že potřebuje respekt a důvěru.

V další části rozhovoru se sestry mohly vyjádřit k tomu, co považují za nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného na standardním oddělení. Sestry S2 a S3 se shodly na tom, že nejdůležitější je důvěra pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného. „Vytvořit si nějaký vztah mezi sebou, naslouchat si. Být lidští. (S2)“ Sestra S6 zmínila, že nejdůležitější je porozumění, asertivní přístup a být partnery. Vyjádřila to takto: „Porozumění na obou stranách, že jsme všichni lidé. Dále asertivní přístup. Být partneři, protože cíl by měli mít společný, a to pacienta/příbuzného.“ S1 a S5 se ve své odpovědi shodly na tom, že nejdůležitější je dostatek informací z obou stran a vstřícný přístup. S5 odpověděla, že důležitá je i nepovýšenost a snaha se domluvit. S1 dodala, že pro fungující komunikaci jsou důležité i dobré zkušenosti a příjemné prostředí.

Sestrám pracujícím na standardním oddělení byla položena otázka, která se týkala toho, zda je pro ně významné znát bližší informace o rodině nemocného. Tři sestry, S1, S3 a S4 odpověděly, že je důležité znát nějaké bližší informace o rodině. S4 uvedla, že je důležité, aby mohla přizpůsobit komunikaci a spolupráci. S1 uvedla: „*Určitě hrají velkou roli celková funkčnost rodiny a její přístup a sociální podmínky.*“ Dvě sestry (S2 a S6) se shodly, že to důležité není. S6 uvedla: „*Důležité je znát pacienta, a to kam se pak vrací. Takže asi to, jaká bude po-ústavní péče.*“ Konkrétně sestra S2 na otázku odpověděla: „*Naše oddělení je proslulé tím, že pacienti zde tráví i třeba 3 měsíce svého života. Tudiž většinou o rodině toho víme dostatek i od klientů.*“ Pro sestru S3 je důležité znát, jaký vztah má rodina s nemocným. S5 uvádí: „*Například jestli se pohybuje ve zdravotnictví či nikoli. Dle toho je dobré přizpůsobit svou komunikaci. Můžu pak používat odbornější termíny a dokázat orientaci v oboru a získám tak větší důvěru.*“

## ***Kategorie 2 - Zapojení rodiny do péče o nemocného na standardním oddělení***

Tato kategorie se člení na dvě podkategorie. První podkategorie má za cíl popsat, jak sestry zapojují rodinu do péče o nemocného na standardním oddělení. Další podkategorie popisuje, zda je to pro sestry na standardním oddělení obtížné. Dále popisuje pocity sester při spolupráci s rodinou nemocného na standardním oddělení.

### ***Podkategorie 2.1 – Možnosti zapojení rodiny nemocného do péče o nemocného na standardním oddělení***

Pět sester se shodovalo v tom, že nejčastěji rodinu nemocného zapojují do péče v oblasti stravování. Dále S3 dodala, že od sester pacient někdy přijímat stravu nechce, ale od rodiny ano. Další ze sester, S1 uvedla, že rodinu nemocného zapojuje rodinu do péče hned v několika oblastech stravy nebo při donesení vhodných věcí k zabavení pacienta. „*Jelikož rodiny chodí na návštěvu obvykle po obědě, nebo v čase večere, někdy je požádám, zda by mohli pacienta nakrmit. Také rodinu edukujeme o vhodném a nevhodném jídle, což bývá často u diabetiků. Někdy chce rodina pomáhat s polohováním nebo přebalováním, ale to si většinou uděláme sami. Nejčastěji je to teda oblast stravy anebo donesení vhodných věcí k zabavení pacienta – knížky, časopisy, křížovky a v mnoha případech i televize – zejména u pacientů, kteří mohou chodit sledovat televizi na denní místnost a potřebují v průběhu dne zabavit. Doporučujeme také vhodná řešení následné péče po propuštění, čímž lze navázat na nemocniční*

*ošetřovatelskou péčí a ulehčit proces začleňování do běžného života. Rodina si dle mého názoru připadá více užitečná a má pocit vlastního uspokojení, že mohla v procesu uzdravení přiložit ruku k dílu (S1).“ S2 uvedla, že nenutí rodinu do péče o nemocného. „Nikoho do pomoci nenutíme, je to vše na jejich vůli a dobrovolnosti. Rádi, ale pomoc uvítáme, a to spíše takovou, že se spolu se svým rodinným příslušníkem projdou po oddělení nebo zkrátí jeho čas na lůžku jiným způsobem, nebo pokud jsou přítomni v době večeří či oběda pomohou s jídlem (S2).“ S5 uvedla, že někteří soběstační pacienti u nich na oddělení nepotřebují, aby sestra zapojovala jejich rodinné příslušníky do péče. „U nás na oddělení jsou většinou soběstační pacienti, kteří se se svými blízkými domlouvají sami dle svých potřeb (S5).“ Obě sestry S3 a S4 se shodly na tom, že často zapojují rodinné příslušníky nemocných, v oblasti hygieny.*

### ***Podkategorie 2.2 – Pocity sester a vnímání obtížnosti zapojení rodiny do péče o nemocného na standardním oddělení***

Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že hlavně záleží na tom, jaká je rodina nemocného. „Každá rodina je jiná, jinak vzdělaná, chápavá a ochotná. Nelze to zobecnit (S1).“ S2 dodala, že jí otázka není jasná. „Samozřejmě jsme jen lidé a někdo nám je víc sympatičtější a někdo méně, ale nikdy jsem při spolupráci problém neměla. Cítím se stejně, jako kdybych pečovala o klienta sama bez rodiny. Nijak mi nepřekáží a nevadí, pokud se chtějí do péče zapojit. Spíše to uvítám“(S2). S6 uvedla: „Někdy pohodlně někdy ne. S5 v rozhovoru uvedla, že se při spolupráci s rodinou nemocného cítí dobře.

Na otázku, zda je pro sestru na standardním oddělení obtížné zapojit rodinu do péče o nemocného, S4 uvedla, že často příbuzní o nemocného nejeví zájem, takže se ani nijak zapojit do péče nechtějí. „Pokud rodina nemá zájem komunikovat s pacientem a nepřijde ho ani navštívit, tak je potom těžké, aby se zapojili do péče (S3).“ S5 podotkla, že to pro ni obtížné zatím nebylo. „Ale zřejmě je to velmi obtížné s někým kdo být zapojen nechce (S5).“ S1 odpověděla následovně: „Ne každá rodina má kladný přístup a dobře se s ní komunikuje. Takže je nejtěžší asi komunikace a celkové navázání kontaktu s nefunkční rodinou.“ S6 ve své odpovědi zdůraznila, že je to různé. „Nevím je to různé. Rodina chtěla vidět převaz. Říkala jsem si, že mě chtějí kontrolovat a tak. Je pravda, že mi to hned poprvé nebylo příjemné a moje myšlenka byla, že mě trochu obtěžují, protože jsem měla i jiné povinnosti. Na druhou stranu mi došlo, že se o příbuzného budou starat potom doma, tak jim to ukáži a rovnou je mohu edukovat.

*Obecně je to případ od případu. Někdy je složité zapojit rodinu do péče, protože nechtějí nebo nemají zkušenosti a bojí se (S6).“ S2 uvedla, že to může být pro rodinu nepříjemné. „Myslím si, že pro někoho, kdo nemá studium v tomto oboru, mohou tyto věci být nepříjemné, i když se jedná o rodinného příslušníka. Setkala jsem se s tímto i u nás v rodině (S2).“*

### ***Kategorie 3 - Konfliktní situace na standardním oddělení***

Tato kategorie mapuje konfliktní situace na standardním oddělení ve třech oblastech. První podkategorie prezentuje konfliktní situace při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení. Obsahem druhé podkategorie je popsání příčin konfliktních situací při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení. Poslední podkategorie prezentuje to, co sestry dělají pro to, aby se předcházelo konfliktním situacím na standardním oddělení.

#### ***Podkategorie 3.1– Konfliktní situace při spolupráci sester s rodinou nemocného na standardním oddělení***

Sestra S4 sdělila, že se setkává s agresivitou, lhostejností, nespoupráci a někdy přehnanou aktivitou a starostí. Sestra S6 zmínila: „*Například, že jsme příbuzného nevyléčili nebo mu více ublížili.*“ Velmi obsáhlou odpověď měla S1: „*Nevím, zda to nazvat jako konfliktní situací, ale často si rodina nenechá vysvětlit, že při dekompenzovaném diabetu opravdu není vhodné zavalovat pacientku sušenkami, ovocem, sladkými limonádami a podobně. To je z hlediska péče asi nejčastější problém. Občas to bývá i nespokojenost s péčí, a to už se situace různí.*“ Dále informantka S3 dodala: „*Nejspíše je to právě situace, kdy si rodina myslí, že naše péče nepředčila jejich očekávání.*“ Oproti tomu informantka S2 uvedla, že se jí žádná konfliktní situace nevybavuje. S5 řekla, že se s těmito situacemi v praxi nesešla. „*S konfliktními situacemi ze strany rodiny jsem se zatím nesešla. Maximálně s neporozuměním, nepochopením, že informace o zdravotním stavu smí podávat lékař (S5).*“

#### ***Podkategorie 3.2 – Příčiny konfliktních situací při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení***

Sestry S1, S2, S5, S6 se shodly na tom, že příčinou konfliktních situací mezi sestrou a rodinou nemocného je strach o jejich blízkého. „*Často se rodina není schopna smířit s realitou (S3).*“ Pouze sestra S4 doplnila, že je příčinou těchto situací neznalost

a lhostejnost. Například S2 uvedla, že je příčinou nejistota. Dále S6 popsala svoji odpověď následovně: „*Určitě stres, nedůvěra v systém. Celkově je pravda, že když se rána nehojí dobře nebo se něco stane, i když to není příčina sestry nebo jiného zdravotníka, tak je to prostě v očích rodiny vina právě toho dotyčného ošetřujícího.*“ S5 dále uvedla, že příčinou konfliktních situací je i nesprávná komunikace. Oproti tomu S1 uvedla, že příčinou konfliktních situací je nízké vzdělání, nefunkční vztahy a povaha lidí. „*Mám pocit, že je to občas nízké vzdělání. Rodina prostě nechápe, že na kvalitní zdraví má vliv i to, co člověk jí a mnoho dalších faktorů. Dále jsou to určitě nefunkční vztahy a povaha osob. Příčin může být mnoho a jsou různé (S1).*“

### ***Podkategorie 3.3 – Prevence konfliktních situací při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení***

Tato podkategorie popisuje to, co sestry mohou dělat, aby se předcházelo konfliktním situacím na standardním oddělení. Na otázku týkající se předcházení konfliktních situací sestra S5 odpověděla, že je vhodné dostatečně informovat a ukázat odbornost, osobní zájem, dostatečně komunikovat s rodinou nemocného. S5 také dodala: „*Což, podle mě, v praxi hodně chybí. Dostatečné množství informací a udělat si čas na kvalitní hovor.*“ Podle informantky S1 je vhodné se snažit navázat kontakt, důvěru a snažit se, aby měla rodina především pozitivní zkušenosti. S1 ještě dodala: „*Ale kdo chce psa bít, hůl si vždycky najde.*“ S ostatními se neshodovala S2, která odpověděla: „*Sestra by měla mít tu vlastnost, že dokáže prokouknout do nitra ostatních a vycítit to, co je vhodné si dovolit a co by rodina přijmout nemusela. Podle toho pak jednat a tím se vyvarovat komplikacím.*“ Sestra S3 přímo uvedla: „*Někdy je to těžké, protože i když se snažíte dělat maximum, všem se nezavděčíte.*“ S4 měla taky jiný názor. S4 uvedla: „*Bližší poznání rodiny je nereálné. Není na to čas. Možná pozeptání se samotného pacienta, jak rodinný příslušníci reagují a chovají se.*“ Sestra S6 řekla, že nemá tušení. „*Myslím, že to je i lidskou povahou. Ne každý má dobrý den, obě strany jsou vystavovány stresu a svým osobním problémům. Pořád jsme jen lidi a máme emoce (S6).*“

### ***Kategorie 4 – Komunikačně náročné situace na standardním oddělení***

Následující kategorie se zabývá komunikačně náročnými situacemi mezi sestrami a rodinami nemocných na standardním oddělení. V první podkategorii měly sestry vyjmenovat komunikačně náročné situace při spolupráci s rodinou na standardním



oddělení. Druhá podkategorie popisuje pocity sestry, ze standardních oddělení, při komunikačně náročných situacích. V poslední části této kategorie je uvedena podkategorie, jakým způsobem se sestry ze standardních oddělení vyrovnávají s těmito situacemi.

#### ***Podkategorie 4.1 – Komunikačně náročné situace při spolupráci sestry s rodinou nemocného na standardním oddělení***

Tato podkategorie byla zaměřena na to, s jakými komunikačně náročnými situacemi se setkává sestra na standardním oddělení, při spolupráci s rodinou. S2 a S3 se shodly na tom, že se setkávají při spolupráci s rodinou nemocného s tím, že rodina nemocného si myslí, že jejich péče není dostatečná. S2 přímo uvedla: „*Někdy řadím i dost náročné to, že rodiny mají pocit, že není dobře postaráno o jejich rodinného příslušníka. Ale nevidí to, že bohužel doba je taková, že na sestru je 30 pacientů. Další mají pocit, že ačkoliv se tu mají doléčit, jejich zdravotní stav se nelepší, ale nepochopí to, že rodinnému příslušníkovi je více než 86 let. Je to někdy opravdu složité, ale na druhou stranu rodinu chápu, jednají často afektivně.* S5 uvedla, že se občas setkává s nedůvěřivými příbuznými, možná kvůli jejímu mladšímu věku. S1 dokonce uvedla, že si teď nic nevybavuje. „*Nejvíce mi přijde, že si rodina nenechá vysvětlit pohled od zdravotníka a má svůj názor (S6).*“ S4 uvedla, že je náročná komunikace s cizinci. „*Dost často máme na oddělení pacienty jiné národnosti, kteří neumí česky a je proto ztížená komunikace. Špatně rozumí, stejně tak, jako jejich rodina a špatně se s nimi na čemkoliv domlouvá (S4).*“

#### ***Podkategorie 4.2 – Pocity sestry při komunikačně náročné situaci na standardním oddělení***

V odpovědích na otázku, jaké pocity prožívají, pokud se dostanou do komunikačně náročné situace, se shodly sestry, že prožívají nepříjemné pocity. „*Určitě negativní. Není to pro mě příjemné, ale to asi pro nikoho. Hlavně mi vadí, když se opravdu dělá pro pacienta maximum, ale rodina to neocení a většinou se ani sama nezapojí. Chce, abych vše obstarávala, ale o tom to není (S1).*“ S5 uvedla, že pociťuje i nejistotu a rozpaky. S6 se také svěřila, že jí komunikačně náročná situace není příjemná, a že se snaží nereagovat na špatná slova. S3 se svěřila, že při komunikačně náročné situaci pociťuje někdy bezmoc, lítost a někdy vztek. S2 popsala, že má někdy obavy za rodinu,

jak to přijme. „Není to situace, kterou vyhledávám. Záleží, jaká je to situace. Spíše mám kolikrát i obavy za rodinu, jak to přijme (S2).“

#### ***Podkategorie 4.3 – Způsoby vyrovnávání sestry s komunikačně náročnou situací na standardním oddělení***

S3 uvedla, že se s komunikačně náročnou situací vyrovná těžko. S2 popsala, že komunikačně náročná situace nemá ráda. „Sama nemám tyto situace ráda, ale k našemu povolání to patří a nemám na vybranou. Dál se s tím, ale netrápím a práci si nenosím domů (S2).“ S4 také uvedla, že se vyrovná tím, že si práci nebere domů. „Co je v práci, zůstane v práci. Snažím se to netahat domů. Promluvit si o tom s kolegy (S4).“ S1 se svěřila, že se snaží hledat způsoby, alternativy a i nějaká řešení. „Snažím se vše řešit s klidnou hlavou, hledat způsoby, alternativy a přijít společně na nějaké řešení. Společně myslím s rodinou, ale i personálem (S1).“ S6 odpověděla, že při cestě domů z práce si udělá něčím radost a doma se snaží odreagovat a zrelaxovat.

#### ***Kategorie 5 – Chyby sester pracujících na standardním oddělení***

Následující kategorie popisuje, jakých chyb se sestry dopouští na standardních oddělení v rámci přístupu k rodině nemocného.

Tři sestry S1, S2, S3 se ve své odpovědi shodly na tom, že sestra v rámci přístupu k rodině nezvládá své emoce. Dvě sestry ve svých odpovědích uvedly, že se sestry v rámci přístupu k rodině dopouští toho, že mají na rodinu nemocného málo času. S1 zahrнула do své odpovědi následující: „Za svou praxi na jiných odděleních jsem se setkala hlavně s nedostatkem informací, a to nejen pro rodinu, ale hlavně pro pacienta. Zvyšuje to strach, nedůvěru a další negativní emoce. Potom je to také neochota a nepříjemné vystupování.“ S1 a S5 shodně uvedly, že sestry pracující na standardním oddělení mají nedostatek informací pro rodinu. S5 ve své odpovědi dodala, že se sestry nechtějí příliš bavit a vynechávají právě rodinu. S2 se k otázce vyjádřila takto: „Ačkoli se to nemá, každého z nás může něco trápit a vezme si to sebou, i když nechtěně do práce. Pak může sestra vypadat podrážděně a nejednat někdy příliš taktně. Dál může jednat moc agresivně, arogantně a dávat najevo nedostatek času odtrháváním se od komunikace.“ S6 uvedla, že se sestry někdy chovají povýšeně. „Někdy se chovají sestry povýšeně a obtěžuje je, že se rodina zajímá. Někdy nechávají rodinu, aby se ona starala,

což je na jednu stranu dobře, ale podávají to způsobem, že sestry nemají o dotyčného zájem a nestarají se. Setkala jsem se bohužel s takovými situacemi i v případě svých rodinných situací.“

#### **4.2 Výsledky výzkumného šetření se sestrami na akutním lůžkovém oddělení (výzkumný soubor B)**

V první části budou představeny výsledky rozhovoru, se sestrami, které pracují na lůžkovém oddělení akutní péče.

##### **4.2.1 Struktura výzkumného souboru B**

**Tabulka 2 – Identifikační údaje sester – lůžkové oddělení akutní péče**

<b>Informant</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Oddělení</b>	<b>Délka praxe</b>
<b>A1</b>	<b>Žena</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>JIP</b>	<b>20 let</b>
<b>A2</b>	<b>Žena</b>	<b>Vyšší odborné vzdělání</b>	<b>ARO</b>	<b>5 měsíců</b>
<b>A3</b>	<b>Žena</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>JIP</b>	<b>10 let</b>
<b>A4</b>	<b>Žena</b>	<b>Vysokoškolské vzdělání</b>	<b>ARO</b>	<b>1 rok</b>
<b>A5</b>	<b>Žena</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>JIP</b>	<b>8 let</b>
<b>A6</b>	<b>Žena</b>	<b>Středoškolské vzdělání</b>	<b>JIP</b>	<b>6 let</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 prezentuje identifikační údaje jednotlivých sester, které se zapojily do výzkumného souboru. Tabulka ukazuje, že rozhovor byl zrealizován s 6 sestrami (ženami). Délka praxe jednotlivých informantek byla v rozmezí od 5 měsíců do 20 let. Čtyři sestry v rozhovoru uvedly, že mají středoškolské vzdělání. Dále jedna sestra sdělila, že má vyšší odborné vzdělání. Z tabulky ještě vyplývá, že jedna sestra má i vysokoškolské vzdělání. Čtyři sestry pracují na Jednotce intenzivní péče (JIP) a dvě sestry pracují na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO).

#### ***4.2.2 Kategorizace získaných dat – lůžkové oddělení akutní péče***

V této části budou prezentovány výsledky rozhovoru se sestrami pracujícími na lůžkovém oddělení akutní péče. Výsledky jsou tříděny do kategorií a příslušných podkategorií.

#### **Stručný přehled jednotlivých kategorií**

- 1) Potřeby ve vztahu ke komunikaci na lůžkovém oddělení akutní péče
- 2) Zapojení rodiny do péče na lůžkovém oddělení akutní péče
- 3) Konfliktní situace na lůžkovém oddělení akutní péče
- 4) Komunikačně náročné situace na lůžkovém oddělení akutní péče

#### ***Kategorie 1 – Potřeby ve vztahu ke komunikaci na lůžkovém oddělení akutní péče***

První kategorie mapuje potřeby z hlediska komunikace na lůžkách akutní péče. Kategorie se skládá ze tří podkategorií. První podkategorie se věnuje potřebám rodiny z hlediska komunikace se sestrou na lůžkovém oddělení akutní péče. Dále jsou v první podkategorii uvedeny nejčastější dotazy, se kterými se sestra na lůžkách akutní péče setkává ze strany rodiny nemocného. Druhá podkategorie je zaměřena, zda je pro sestru na lůžkovém oddělení akutní péče obtížné naplňování potřeb rodiny nemocného. Poslední podkategorie si klade za cíl popsat to, co sestry na lůžkovém oddělení akutní péče potřebují, aby komunikace fungovala. Tato podkategorie ještě popisuje, jestli je pro sestru pracující na lůžkovém oddělení akutní péče důležité znát bližší údaje o rodině nemocného.

### ***Podkategorie 1 - Potřeby rodiny ve vztahu ke komunikaci se sestrou na lůžkovém oddělení akutní péče***

Sestry A1, A3, A4, A5, A6 jsou přesvědčeny o tom, že rodina nemocného, z hlediska komunikace, potřebuje dostatek srozumitelných informací o zdravotním stavu příbuzného. Sestra A6 na otázku odpověděla, že rodina nemocného potřebuje pochopit stav, ve kterém se jejich příbuzný nachází. „*Proto je třeba, co nejméně používat odborné výrazy a vysvětlit stav pacienta tak, aby to rodina pochopila.*“ a A5 doplňuje: „*Z mého pohledu rodina nemocného, z hlediska komunikace, potřebuje telefonní kontakt, ochotný ošetrovatelský personál, který jim vysvětlí ošetrovatelskou péči a plán péče.*“ Sestra A2 se vyjádřila takto: „*Myslím si, že nejdůležitější je komunikace s ošetrovatelským týmem nemocného. Od lékaře i od sestry. I sebemenší pokrok nemocného, který ošetrovatelský tým sdělí rodině, je pro rodinu další krok k navrácení do normálního života. Další hledisko je kontakt s rodinou i nemocným. I pouhé pohlazení při sdělování informací dělá velký krok, zdravotník si tak získává důvěru od rodiny. Dalším aspektem je i sdělování informací na rovinu.*“ A4 vypověděla, že rodina pacienta potřebuje, aby personál měl dostatek času, vstřícné a chápavé jednání. Dále A1 uvedla, že rodina nemocného potřebuje příjemný a milý přístup. „*Protože rodina by měla mít plnou důvěru v ošetrovatelské péči sestry a zdravotní péči lékaře (A1).*“

Sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče byly vyzvány k odpovědi na otázku, jaké jsou nejčastější dotazy rodiny nemocného. Sestry A1, A3, A5 se ve svých odpovědích shodly, že nejčastější dotaz se týká zdravotního stavu. Dále se A1 a A3 shodly, že nejčastějším dotazem je, jak dlouho tu bude příbuzný ležet. Například A2 konkrétně odpověděla: „*Nejčastější otázky jsou, jestli přežije, jestli umře, jaké pokroky udělal.*“ Podle sestry A5 patří mezi nejčastější dotazy rodiny to, co mají klientovi donést do nemocnice, kdy mohou přijít na návštěvu a kdy mohou volat o informace o stavu lékaři. A6 vypověděla, že rodina by byla ráda informována, co přesně jejich příbuznému je, a jak bude probíhat léčba. A5 se ve své odpovědi shodla s A3 v tom, že nejčastější dotaz se týká právě toho, co má rodina přinést svému příbuznému. A1 přímo uvedla: „*Dotazy jsou často na to, jak dlouho tu budu ležet. Jak to vypadá s jeho zdravotním stavem a kdy bude zdravotní stav lepší. Jak to vidíte vy? Co si myslíte? Můžu mu dát... Můžu mu přinést to.*“

## ***Podkategorie 2 – Naplnění potřeb rodiny nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče***

Tato podkategorie prezentuje to, zda je pro sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče naplnit potřeby rodiny. A1 ve své odpovědi uvedla, že z jejího přístupu k rodině nemocného není těžké naplnit tyto potřeby. „*Pokud rodina spolupracuje je vstřícná a příjemná. Ale v případě, že rodina nemocného je zaujatá a celkově má nepříjemný a špatný přístup k ošetřujícímu personálu je občas těžké a problematické s ní vycházet (A1).*“ A2 se k tomu vyjádřila takto: „*Jelikož jsem zaměstnaná jako diplomovaná zdravotní sestra u lůžka, nemohu sdělovat rodině informace ohledně zdravotního stavu, na to mají kompetence jen lékaři. Nejhorší je komunikace s rodinou takového pacienta, když vím, že pacient je na tom po zdravotní stránce špatně. Ptají se, jestli udělal nějaký pokrok a vy víte, že žádný pokrok není schopen provést. To je pak náročné sdělit rodině.*“ Sestra A3 ve své odpovědi uvedla, že je to individuální a záleží na závažnosti situace, občas je to náročné. A4 se vyjadřuje takto: „*Na ARU komunikuje s rodinami klientů ve většině případů lékař. Pokud je situace, kdy komunikuji s rodinami já, tak občas to těžké je. Snažím se být co nejvíce milá a chápavá, ale právě v této situaci se na mne rodina obrací s více a více otázkami, které již nemůžu zodpovědět, jelikož nejsou v mých kompetencích. Dojde k odkázání na lékaře, který často nemá čas, je na sále nebo řeší akutně jiného klienta. V této chvíli mám pocit, že je rodina zasařená. Také si myslím, že s časem je problém, ne vždycky je vhodná doba a vhodné prostředí. Přece jen, k takovému rozhovoru, kdy jde o zdraví rodiny je potřeba mít opravdu vyhraněný čas a klid.*“ Svou odpověď připojuje také A4: „*Pokud si přeje rodina informace ohledně stavu klienta, nedělá mi žádný problém přivolat ošetřujícího lékaře, aby jim podal informace. Nejtěžší, z těchto potřeb, je podat srozumitelně ošetrovatelskou péči a plán péče o klienta rodině tak, aby to pochopila.*“ Sestra A6 uvedla, že to náročné není. „*Rodina se nachází ve stresové situaci, proto je důležité aspoň vysvětlit, o jaké nemoci se bavíme a průběhu léčby. Těžké to není, stačí i nejprimitivněji. Rodina to lépe pochopí.*“

## ***Podkategorie 3 – Potřeby sester na lůžkovém oddělení akutní péče z hlediska fungování komunikace***

Podkategorie prezentuje to, co sestry potřebují, aby komunikace s rodinou nemocného fungovala. Sestry A2, A3, A4 se ve své odpovědi shodly na tom, že potřebují důvěru.

A4 doplňuje: „*Vím, že se to lehkou řekne, ale asi důvěru. Aby věřili, že lékaři, sestry i ostatní dělají co nejvíce, co mohou a jsou odborníci a ví, co a proč to dělají.*“ A1 a A5 jsou přesvědčeny, že sestra potřebuje od rodiny milý přístup. A6 ve své odpovědi zmínila, že potřebuje především ochotu ze strany rodiny. Sestra A5 dodala, že potřebuje od rodiny komunikativní postoj se spoustou trpělivosti. Dále sestra A2 uvedla, že potřebuje spolupráci, která je pro ni zásadní. Sestra A3 byla přesvědčena o tom, že důležitý je i zájem ze strany rodiny a vzájemná komunikace mezi rodinou a sestrou.

Poté se sestry mohly vyjádřit k tomu, co považují za nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče. Sestry A1, A2, A3 se shodly na tom, že nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného je profesionální přístup a důvěra. A3 dodává, že důležitá je i slušnost a otevřenost obou stran. A4 argumentovala, že důležitý je čas a empatie. Dotazované sestry A4, A5, A6 se shodly na tom, že pro fungující komunikaci je potřebná ochota. Dále se A5 vyjádřila takto: „*Důležitý je i úsměv a vzdělání.*“

V další části rozhovoru se sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče mohly vyjádřit k tomu, zda je pro ně důležité znát bližší informace o rodině nemocného. Sestry A2, A4, A5 se zmínily, že je pro ně důležité znát bližší informace o rodině nemocného. A2 přímo uvedla: „*Určitě to je další způsob, jak si získat důvěru. Když se jich nebo nemocného zeptáte, co děti, co vnoučata, v nemocných i jejich rodině to pak vyvolává pocit, že nám nejsou lhostejní.*“ A4 zmínila: „*Ano. Bohužel, mnohdy se to pak odráží na náročnosti práce po psychické stránce, ale je důležité si uvědomit, že před námi je člověk s nějakým životním příběhem.*“ A5 ve své odpovědi dodala, že je dobré vědět o rodině, která také pracuje ve zdravotnictví, nebo má známého na vyšších pozicích naší kliniky. Dle A3 záleží na zdravotním stavu, přístupu a otevřenosti rodiny. Odpověď A6 byla zcela odlišná od odpovědí ostatních sester. Sdělila, že znát bližší informace o rodině nemocného není důležité. A1 podotkla, že záleží na konkrétní rodině a diagnóze pacienta.

### ***Kategorie 2 – Zapojení rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče***

Tato kategorie se člení na dvě podkategorie. První podkategorie má za cíl popsat, jak sestry zapojují rodinu nemocného do péče na lůžkovém oddělení akutní péče. Další podkategorie popisuje, zda je pro sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče

obtížné zapojit příbuzné do péče. Dále podkategorie popisuje pocity sester při spolupráci s rodinou nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče.

### ***Podkategorie 1 – Možnosti zapojení rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče***

Sestry A1, A2, A3 pracující na lůžkovém oddělení akutní péče se shodly na tom, že zapojují rodinu nemocného do péče v oblasti stravování. *„Rodinu se samozřejmě snažíme zapojit. Ať už je to masáž končetin, hygiena nebo podávání potravy. Když je to u pacienta možné, radíme rodině, aby nemocnému uvařili něco, co má nemocný rád nebo aby donesli nemocnému známé vůně, třeba sprchový gel, který používal. U některých pacientů je dobré nahrát hlasy příbuzných, které pak nemocnému pouštíme. Rodina má pak pocit, že se na uzdravení nemocného podílí a sbližuje to jejich vztahy (A2).“* A4 ve své odpovědi uvedla, že nejčastěji rodinu nemocného zapojují do péče tím, že rodina přijde na návštěvu a komunikuje se svým příbuzným nebo mu přinese oblíbené předměty či hygienické potřeby. *„Na ARU jsou lidé v ohrožení života, v kritickém stavu, čili v prvních dnech hospitalizace je to složitější. Pokud to ale zdravotní stav klienta umožní, rodina se zapojuje alespoň tím, že když přijde na návštěvu, vypráví mu, přinese oblíbené předměty, fotky, hygienické potřeby, nebo například mp3 přehrávač s oblíbenou hudbou, kterou klientům pouštíme do sluchátek. Taky si vzpomínám, že jedna hospitalizovaná byla zvyklá každé ráno pít kávu, tak se jí alespoň mohli rty kávou potírat (A4).“* Informantka A1 podotkla, že rodinu zapojují podle celkového stavu a diagnózy pacienta a vše je individuální. *„Pokud je problém s přijímáním potravy tak požádám, aby během návštěvy zkusili podat nějaké to sousto a podat pití. Taky by rodina mohla s nemocným během návštěvy provádět jednoduché cvičení (mačkání molitanového míčku, promazávat končetiny) (A1).“* Další sestra A5 uvedla, že rodinu zapojují pouze do péče o pokožku, protože většina pacientů je vyššího věku a trpí suchou pokožkou. Sestra A6 přímo řekla: *„Občas se setkáváme s tím, že pacient odmítá určitou léčbu, ale rodina ho přemlouvá, aby ji podstoupil. Doporučení od lékařů i od rodiny pomáhá k obrácení názoru na léčbu.“*

### ***Podkategorie 2 – Pocity sester a vnímání obtížnosti v souvislosti se zapojením rodiny do péče o nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče***

A2 řekla: *„Nedá se říct, že by to bylo obtížné, to ne. Jen nám jejich přítomnost nabourává stanovený režim na oddělení. A mají strach i na nemocného sáhnout, aby mu*



neublížili. Musíme jim vše ukázat a vysvětlit, což nás při práci velice, nechci říci zdržuje, ale bere nám to čas, který můžeme věnovat ostatním pacientům.“ Sestra A1 uvedla, že je obtížné zapojit rodinu při nezájmu. Dále A6 ve své odpovědi zdůraznila, že ne každá rodina je ochotná se o své příbuzné postarat. „Některá naopak ochotná je, ale situaci nezvládá (A6).“ Sestry A4 a A5 se ve svých odpovědích shodly, na tom, že rodina má strach z monitorů, injekčních dávkovačů, ze zvuků z přístrojů a spousty kanyl okolo pacienta.

Sestry A3 a A5 se vyjádřily tak, že se cítí komfortně. A3 dále zdůraznila, že hlavně záleží na rodině a situaci. A4 odpověděla: „Podle toho, jaký obsah komunikace je a jak je rodina naladěna. Já s lidmi moc ráda komunikuji a jsem šťastná, když někoho můžu povzbudit nebo potěšit, ať už jen úsměvem nebo slovem.“ Sestra A2 uvedla, že měla ze začátku strach z komunikace a respekt při komunikaci s rodinou nemocného. „Měla jsem strach, abych neřekla něco špatně. Postupně si člověk zvykl. Nejhorší je komunikace s rodinou, které právě zemřel blízký a my jim musíme předat pozůstalosti (A2).“ A1 přímo uvedla: „To záleží na jednotlivém přístupu rodiny. Některá rodina je úžasná po všech stránkách. Jindy je komunikace a spolupráce s rodinou těžší. Ne vždy si sestra s rodinou sedne.“

### **Kategorie 3 - Konfliktní situace na lůžkovém oddělení akutní péče**

Kategorie konfliktní situace na lůžkovém oddělení akutní péče pojednává o třech problematikách, které se sebou souvisí. Jedná se o nejčastější konfliktní situace, příčiny konfliktních situací a prevence konfliktních situací.

Prvně zmiňuji příčiny konfliktních situací na standardním lůžkovém oddělení mezi sestrou a rodinou nemocného. Sestra A1 vypověděla, že příčinou konfliktní situace je to, že rodiny neznají a neuvědomují si závažnost onemocnění a jejich důsledky. A2 odpověděla: „Myslím, že to může být nedůvěra mezi rodinou a zdravotníky, a také nespolečná spolupráce mezi nimi, neochota, arogantnost jak ze strany zdravotníků, tak i rodiny.“ A4 přímo uvedla: „Myslím, že asi smutek, nevyrovnání se situací, mylné představy a informace.“ A3 doplňuje, že příčinou je nedostatečná informovanost a nízká dostupnost informací o zdravotním stavu. A5 zmínila, že příčinou je stres a strach o blízkého. Sestra A6 dokonce odpověděla, že neví. Dále A3 popsala, že za to může špatná komunikace mezi personálem a rodinou pacienta.

Vzhledem k příčinám zde uvedu několik konfliktních situací, do kterých se sestry s rodinou nemocného dostávají. Z rozhovoru se sestrami A2, A4, A5 a A6 vyplynulo, že se při spolupráci s rodinou nemocného s žádnými konfliktními situacemi nesetkaly. A1 odpověděla: „*Ano, a to při jiném pohledu rodiny na danou situaci. Nechtějí, aby jejich příbuzní byli hospitalizováni v naší nemocnici, i přestože zdravotní stav příbuzného nedovoluje překlad do jiné nemocnice.*“ A3 hovořila přesně o tom, že se při zhoršení stavu příbuzného setkala s vyostřenou situací ze strany rodiny a také s názorem rodiny, že zdravotní péče byla nevhodná. Dále údajně rodině vadila situace, kdy byl pacient připoután k lůžku, i když se jednalo o prevenci, aby si pacient neublížil.

V neposlední řadě bych ráda zmínila, co sestry vidí jako východisko v oblasti prevence a jak dá předcházet konfliktním situacím mezi sestrou a rodinou nemocného. A5 se shodla s A3 na tom, že by sestry pracující na lůžkách akutní péče měly být usměvavé, komunikativní, proto aby se předcházelo konfliktním situacím. Sestra A1 vypověděla, že sestry nemohou dělat nic proto, aby se předcházelo těmto situacím. Sestra A3 ve své odpovědi zmínila, že by sestry měly být příjemné a vlídné. A5 dodala, že je potřeba ochota a vzdělání. „*Navázat kontakt a získat důvěru. Také projevovat zájem o nemocného a o danou situaci (A2).*“ Sestra A4 podotkla, že je potřeba dát rodině čas a A6 uvedla, že je důležité chovat se profesionálně.

#### ***Kategorie 4 – Komunikačně náročné situace na lůžkovém oddělení akutní péče***

Následující kategorie pojednává o komunikačně náročných situacích mezi sestrami a rodinami nemocných na lůžkovém oddělení akutní péče. První podkategorie prezentuje komunikačně náročné situace, které se mohou vyskytnout při spolupráci s rodinou na lůžkovém oddělení akutní péče. Druhá podkategorie popisuje pocity sestry na lůžkovém oddělení akutní péče při komunikačně náročných situacích. V poslední podkategorii je uvedeno, jakým způsobem se sestry, pracující na lůžkovém oddělení akutní péče, vyrovnávají s těmito situacemi.

#### ***Podkategorie 1 – Komunikačně náročné situace při spolupráci sestry s rodinou nemocného na lůžkovém oddělení akutní péče***

A1 ve své odpovědi uvedla, že se setkala s touto situací při komunikaci s cizincem, který nemluvil ani anglicky ani německy. A6 dodala, že za komunikačně náročnou situací považuje sdělování informací po telefonu. A3 a A4 se shodly na tom,

že komunikačně náročnou situací je oznámení úmrtí pacienta. Dále A4 uvedla, že náročnou situací je zhoršení stavu pacienta nebo změna léčby. „*Určitě s cizinci, to se nám stalo nedávno. Komunikace je pak velice náročná. Další náročné je, jak už jsem řekla, komunikace s pozůstalými a komunikace s kriticky nemocným pacientem, který už moc naděje na uzdravení nemá (A2)*“. Jedna informantka uvedla, že se s žádnými komunikačně náročnými situacemi neseťkává. A3 hovořila o tom, že komunikačně náročnou situací je pochybení ze strany zdravotnického personálu a také oznámení zhoršení stavu.

### ***Podkategorie 2 – Pocity sestry při komunikačně náročné situaci na lůžkovém oddělení akutní péče***

V odpovědích na otázku o pocitech sestry při komunikačně náročné situaci na lůžkovém oddělení akutní péče vypověděla sestra A6, že prožívá mírný stres. A3 jako jediná uvedla, že je to individuální a záleží na náročnosti situace. A4 konkrétně vypověděla: „*Někdy mě to dost zamrzí, pak přemýšlím o vlastním selhání nebo o tom, jestli jsem někde neudělala chybu. Někdy to dokáže opravdu naštvat a většinou to chápu a snažím se s tím nějak vyrovnat, usmát se a říct, bude lépe.*“ A5 v rozhovoru zmínila, že se cítí být nad věcí. „*Jsem v rozpacích. Naštěstí mám skvělé kolegyně, které mi pomohou nebo poradí, jak se zachovat. Důležité je zachovat profesionalitu.*“(A2) A1 popsala, že většinou cítí bezmoc. „*Naštvaní při komunikaci s člověkem, co nechce slyšet, vidět, mluvit.*“(A1)

### ***Podkategorie 3 – Způsoby vyrovnávání sestry s komunikačně náročnou situací na lůžkovém oddělení akutní péče***

A1 ve své odpovědi uvedla, že si slovně uleví ve chvíli, kdy je doma. A5 s A6 se shodly na tom, že to neřeší. „*Komunikačně náročnou situaci neřeším, jen v případě negativního výsledku si беру ponaučení.*“(A5) Další informantka A4 uvedla, že záleží na náročnosti situace, což je individuální a také uvedla, že si o problému promluví s ostatními členy personálu. A2 uvedla: „*Snažím se, si v hlavě situaci, jak se říká, rozebrat. Pak přicházejí otázky typu: řekla jsem vše dobře, neřekla jsem něco, co jsme neměla.? Nebo dalo se situaci vyřešit jinak? Pak nechám říct názor od ostatních sester, popřípadě od lékařů, celou situaci společně probíráme.*“

### ***Kategorie 5 – Chyby sester v přístupu k rodině na lůžkovém oddělení akutní péče***

Následující kategorie popisuje, jakých chyb se sestry dopouští na lůžkovém oddělení akutní péče v rámci přístupu k rodině nemocného.

Sestry A2, A3, A6 se shodly na tom, že sestry na lůžkovém oddělení akutní péče se dopouštějí neprofesionálního přístupu. Dále ještě A2 dodala, že mezi chyby patří i arogantní přístup a nedůvěra. A3 dodala, že sestry jsou málo empatické a vyhořelé. A1 se k otázce přímo vyjádřila takto: *„Sestry mají povýšené chování, všechno znají lépe, celkově projevují nezáměr o pacienta a nepříjemné vystupování a chování k rodině.“* A4 ve své odpovědi zmínila, že někteří jsou dost bezcitní a jiní zas od komunikace utíkají. Dále uvedla, že si myslí, že to je právě ta největší chyba. Sestra A5 uvedla: *„Chybu bych viděla v neochotě komunikovat s rodinou, v trpělivosti vůči rodině nebo chybějícím úsměvu na tváři.“*

## 5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného na standardním a akutním oddělení a byly určeny dvě výzkumné otázky, na které se práce snaží poskytnout odpověď.

První výzkumná otázka zněla: **„S jakými náročnými situacemi se setkávají sestry v rámci komunikace s rodinou nemocného na standardním lůžkovém oddělení?“**

V rámci výzkumu nás nejprve zajímalo, co z pohledu sestry potřebuje rodina nemocného v rámci komunikace na standardním oddělení. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že rodina nemocného potřebuje hlavně dostatek důvěry a informace o stavu příbuzného. Vondráčka et al. (2008) ve své knize uvádějí, že informace o zdravotním stavu člena rodiny, lze podat po udělení souhlasu nemocného. Ten ustanoví, komu se tyto informace mohou sdělit a komu se sdělit nemohou. Příbuzní nemocného nemají právo na údaje, jestliže nedal nemocný souhlas (Vondráček et al., 2008). Naproti tomu se sestry S4 a S6 shodly na tom, že rodina nemocného potřebuje hlavně empatický přístup. Dle Newman et al. (2007) empatie zvyšuje spokojenost nemocného a zvyšuje možnost, že nemocní a jejich rodinní příslušníci budou plnit doporučení. Dalším názorem dvou sester (S1 a S3) je, že rodina nemocného potřebuje kladný přístup. *„Kladný a vstřícný přístup ze strany zdravotnického personálu si získává důvěru. Rodina se nebojí na cokoli zeptat (S1).“* Sestra S2 podotkla, že rodina nemocného potřebuje podporu a slova útěchy.

V našem výzkumu vyšlo, že nejčastější dotazy rodiny nemocného se týkají především zdravotního stavu nemocného. S2 dodala, že příbuzní nerozlišují, komu položí dotaz o zdravotním stavu. *„S tímto dotazem je posílám za ošetřujícím lékařem (S2).“* Podle sester S1 a S4 se nejčastější dotaz týká stravování. Pak dotazované sestry doplnily, že nejčastější dotazy jsou směřovány na to, zda mohou přijít na návštěvu či mluvit s lékařem. Dále se dotazy vztahují na dobu návštěv, jak mohou rodiny pomoci a jak mají ošetřovat. Tomová (2016) se s jejich názory ve své publikaci shoduje, a uvádí, že sestra, v rozsahu kompetencí, by měla zvládnout zodpovědět otázky rodinných příslušníků.

Bužgová (2015) ve své publikaci uvádí, že potřeby rodiny lze označit jako vnímání požadavků a přání pro péči a podporu ze strany zdravotnického personálu. Kvalita péče je pak měřena jako rozsah potřeb, které byly naplněny (Bužgová, 2015). Naplnění

potřeb rodiny nemocného je někdy pro sestry problematické, ale s praxí se to zlepšuje a usnadňuje. A v případě, že nejsou schopny tyto potřeby naplnit, řeší to alespoň tím, že jim zavolají lékaře, který to zvládne. Někdy rodiny chtějí po personálu nemožné.

Další oblast výzkumného šetření se zabývala tím, co sestry potřebují od rodiny nemocného pro to, aby komunikace mezi nimi a rodinou fungovala. Sestry se shodly na tom, že je pro ně důležitá empatie a pochopení od rodiny nemocného. Ocení také zájem. Beran (2010) ve své publikaci uvádí, že zájem se dává najevo mimoslovně, jedná se například o pohled. Dále ocení i návštěvy pacienta a vlídnou komunikaci a trpělivost. Je pro ně také důležité, aby v ně rodina měla důvěru. V rozhovorech se sestrami, na standardním lůžkovém oddělení, jsme zjišťovali, co je nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného. Z odpovědí sester S1, S5 a S6, pracujících na standardním lůžkovém oddělení, je nejdůležitější pro fungující komunikaci asertivní přístup. Dle sester S2, S3 je pro fungující komunikaci nejdůležitější důvěra. S tím souhlasí autorka Zacharová (2016), která uvádí, že důvěra tvoří základ ošetrovatelské péče a uměním zdravotnického personálu by mělo být se k důvěře dopracovat. Vévoda (2013) poukazuje na to, že důvěra je dispozice, která pomáhá k činnosti a rozvoji zdravotníků. Dále pak dotazované doplnily, že je důležitý dostatek informací, porozumění, dobré zkušenosti, příjemné prostředí a lidskost.

Juřenová (2005) uvádí, že pro ošetrovatelskou péči je zdrojem informací rodina a sestra si díky poznání rodiny vytváří celkovou představu o nemocném jedinci. Ve výzkumu jsme tedy zjišťovali, zda je pro sestry, ze standardního oddělení, důležité znát bližší informace o rodině nemocného. Z výsledků vyplývá, že je důležité znát bližší informace o rodině nemocného. Pro jednu sestru (S3) je významné znát jaký vztah má rodina s pacientem. Tomová (2016) popisuje, že dobré vztahy, mezi rodinou a nemocným, podporují vyléčení pacienta. Zajímavou odpověď poskytla S5, která uvedla, že je důležité vědět, zda se rodinný příslušník pohybuje ve zdravotnictví, nebo nepohybuje: *„Dle toho je dobré přizpůsobit svou komunikaci. Můžu pak používat odbornější termíny a dokázat orientaci v oboru a získám tak větší důvěru (S5).“*

Dále jsme se zajímali, jak sestry na standardním oddělení zapojují rodinu do péče o nemocného. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že zapojují rodinu do péče nejčastěji v oblasti stravování. Dále sestry v rozhovoru uvedly, že do péče zapojují rodinné příslušníky tím, že jim doporučí, aby donesli vhodné věci k zabavení nemocného

(knihy) nebo tím, že je nechají se pacientem projít po chodbě či mu pomoci s hygienou nebo s obstaráním pomůcek. Pokud jsou pacienti na standardním oddělení soběstační, není potřeba, aby sestra zapojovala do péče jejich příbuzné, zvládnou se domluvit sami. Zajímavou odpověď zmínila S1: „*Doporučujeme také vhodná řešení následné péče po propuštění, čímž lze navázat na nemocniční ošetrovatelskou péči a ulehčit proces začleňování do běžného života. Rodina si, dle mého názoru, připadá více užitečná a má pocit vlastního uspokojení, že mohla v procesu uzdravení přiložit ruku k dílu (S1).*“ Sestry nenutí rodinu nemocného do péče, ale pomoc rádi uvítají.

V rozhovorech byly sestry, pracující na standardním lůžkovém oddělení, dotazovány na to, jaké mají pocity při spolupráci s rodinou. K tomuto se S1 vyjádřila slovy: „*Každá rodina je jiná, jinak vzdělaná, chápavá a ochotná.*“ A druhá se sester (S2) dodává: „*Někteří lidé jsou nám sympatičtější více, někteří méně.*“ Dále byly sestry dotazovány na to, zda je pro ně obtížné zapojit rodinu do péče. Z rozhovoru se sestrami lze říci, že je to různé případ od případu. Některé rodiny zájem mají, jiné ne, ať už proto, že nemají zkušenosti nebo se bojí. Pokud ale rodiny projeví zájem komunikovat a zapojit se, tak to není problém.

Konflikt může nastat tam, kde pracuje více než jedna osoba (Plevová et al., 2012). Další oblast otázek, které jsme sestram na standardním oddělení pokládali, se týkaly toho, s jakými konfliktními situacemi se setkávají při spolupráci s rodinou nemocného. Z rozhovoru vyplývá, že se většina sester, v ošetrovatelské praxi, nesečkala s konfliktními situacemi, ale pokud nastanou, může to být například kvůli nespokojenosti s péčí či nenaplněním jejich očekávání. Mohou se dále setkat s agresivitou, nespoluprací či přehnanou aktivitou.

V návaznosti na popsané nás zajímalo, co si sestry myslí že je příčinou konfliktních situací. Z rozhovorů se sestrami jsme se dozvěděli, že nejčastěji ke konfliktním situacím dochází kvůli strachu rodinných příslušníků o nemocného blízkého člověka. Další nezanedbatelný důvod je nedůvěra v systém či špatná komunikace. Konflikty mohou vznikat i pouze na základě odlišné povahy lidí. Macková (2008) ve své publikaci uvádí, že rozsah účasti může být odlišný, dále uvádí, že na sporu mají podíl oba účastníci. V rozhovoru jsme se jednotlivých sester, pracujících na standardním oddělení, ptali dále na to, co si myslí, že mohou dělat pro to, aby se předcházelo výskytu konfliktních situací. Z odpovědí je patrné, že aby se předcházelo konfliktním situacím, je důležitá

informovanost rodiny a osobní zájem o ni. Dále snaha navázat osobnější vztahy. Sestry se shodly, že někdy lze dělat maximum, ale stejně se všem nezavděčí, protože každý je vystavován stresu a prožívá různé emoce. Macková (2008) uvádí, že konfliktům se dá zabránit tím, že se sestra naučí zásady účinné komunikace a aktivního naslouchání.

Konflikty často vedou ke komunikačně náročným situacím, které mohou u sester způsobovat negativní pocity a je pro jejich psychickou pohodu důležité se s nimi vyrovnat. Z rozhovoru se sestrami jsme zjistili, že většina komunikačně náročných situací vyplývá z toho, že rodina si myslí, že péče personálu není dostatečná, ale nevědí všechny podstatné detaily. Komunikačně náročné situace, vznikají též proto, že si rodina často nenechá vše vysvětlit a má svůj vlastní názor, který nechce měnit. Problémy mohou nastat také při komunikaci s pacienty a rodinami jiné národnosti.

Sestry se ve svých odpovědích v rozhovorech shodly na tom, že komunikačně náročná situace není nic příjemného a veškeré pocity z takových situací jsou negativní. Obzvláště pokud mají pocit, že opravdu dělají pro pacienta maximum a rodina to neocení. Pocity, které prožívají jsou například bezmoc, lítost a někdy i vztek. Zajímalo nás, jak se sestry na standardním oddělení vyrovnávají s tím, když se setkají s komunikačně náročnou situací. Sestry nejčastěji uvedly, že se komunikačně náročné situace snaží v první řadě nejdříve konstruktivně řešit. Promluvit si o nich s kolegy a podobně. Dále se snaží si negativní pocity z konfliktních situací nenosit z pracoviště domů.

Pokud chceme konfliktům a komunikačně náročným situacím předcházet, je z preventivního hlediska důležité ujasnit si jakých chyb se sestry v komunikaci dopouštějí a následně se jich vyvarovat. Z rozhovorů se sestrami pracujícími na standardním oddělení jsme zjistili, že sestry se nejčastěji dopouštějí chyb v podobě nevládnutí svých emocí, uvedly také, že někdy mají pocit, že mají málo času na rodinu nemocného. Případně se může stát, že si přinesou do práce problémy z osobního života a mohou se vůči rodině chovat nevhodně nebo podrážděně a někdy dokonce povýšeně.

Nyní můžeme navázat druhou výzkumnou otázkou, která zněla „**S jakými náročnými situacemi se setkávají sestry v rámci komunikace s rodinou nemocného, na lůžkovém oddělení akutní péče?**“ Zajímalo nás, co z pohledu sestry, pracující na lůžkovém oddělení akutní péče, potřebuje rodina nemocného z hlediska komunikace. Z odpovědí sester rodina potřebuje hlavně srozumitelné informace o zdravotním stavu. Toto potvrzuje i odpověď sestry A6, která k výše uvedenému dodala: „*Proto je třeba,*



*co nejméně používat odborné výrazy a vysvětlit stav pacienta tak, aby to rodina pochopila.*“ Naše výsledky se shodovaly s autory Jacob et al. (2016), kteří ve svém výzkumu uvádí, že nejvýznamnějšími potřebami jsou informace o nemocném. I autor Alsharari (2019) s tímto souhlasí ve své studii a dodává, že čím více je příbuzný vzdělaný, tím větší množství informací vyžaduje. Dále se naše výsledky shodovaly s autory Pardavil et al. (2012), kteří ve své studii uvádí, že rodina nemocného potřebuje užitečnější informace. Sestra A2 v rozhovoru podala zajímavou odpověď: *„Myslím si, že nejdůležitější je komunikace s ošetrovatelským týmem nemocného. Od lékaře po sestry. I sebemenší pokrok nemocného, který ošetrovatelský tým sdělí rodině, je pro rodinu další krok k navrácení do normálního života. Další hledisko je kontakt s rodinou a nemocným. I pouhé pohlazení při sdělování informací dělá velký pokrok, zdravotník si tak získává důvěru od rodiny.*“

Peigne (2011) uvádí, že příbuzní jsou nedostatečně informováni o pacientech na lůžkách akutní péče. Dostatečná informovanost je klíčová pro překonání náročné situace. Dalším klíčovým prvkem je schopnost podílení se na odpovídající úrovni péče rodinného příslušníka (Peigne, 2011). Z rozhovorů vyplynulo, že nejčastější dotaz se týká především zdravotního stavu. Jedná se například o dotazy: *„Jaké pokroky udělal?“* *„Jak to vypadá s jeho zdravotním stavem a kdy bude zdravotní stav lepší?“*(A2) Veselská (2018) ve své práci uvádí, že nejběžnější otázky rodinných příslušníků nemocného se týkají zdravotního stavu příbuzného, vývoje léčby a délky pobytu jejich rodinného příslušníka v nemocnici. Další oblast otázek, rodinných příslušníků, je směřována na návštěvy. Co mají rodinnému příslušníkovi do nemocnice donést nebo to kdy mohou volat lékaři a informovat se o zdravotním stavu.

Ve výzkumném šetření jsme zjišťovali, jak je pro sestry náročné naplnit potřeby rodiny nemocného. Z výzkumného šetření jsme z rozhovorů získali různorodé odpovědi. Pro některé to náročné je a pro některé není. Sestra A4 zmiňuje zajímavou odpověď: *„Nemohu sdělovat rodině informace ohledně zdravotního stavu, na to mají kompetence jen lékaři. Nejhorší je komunikace s rodinou takového pacienta, když vím, že pacient je na tom po zdravotní stránce špatně. Ptají se, jestli udělal pokrok a vy víte, že žádný pokrok není schopen provést. To je pak náročné sdělit rodině.*“

Další část rozhovoru mapovala, co sestry pracující na lůžkovém oddělení akutní péče, potřebují od rodiny nemocného pro to, aby s ní komunikace fungovala. Bylo zjištěno,

že sestry potřebují hlavně důvěru od rodiny. Dotazovaná sestra se ztotožnila s výše uvedenou informací a doplnila: „*Aby věřili, že lékaři, sestry i ostatní dělají co nejvíce co mohou a jsou odborníci a ví co a proč to dělají (A4).*“ Špatenková (2009) uvádí, že důvěra tvoří podstatu mezilidských vztahů. Tento fakt potvrzuje i Vondráček (2009) který dodává, že poskytování ošetrovatelské péče se neobejde bez důvěry. Dle ostatních sester je také potřeba milý přístup, zájem, ochota, trpělivost a spolupráce. V návaznosti na popsané jsme dále zjišťovali, co je nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného. Sestry se vyjádřily, že pro fungující komunikaci je nejdůležitější důvěra a profesionální přístup. Tomová (2016) ve své knize uvádí, že profesionální přístup sester je indikátor kvalitní ošetrovatelské péče. Zacharová (2011) ve své knize dodává, že povolání sestry vyžaduje starat se profesionálně o nemocného po fyzické i psychické stránce a kvalitně komunikovat s rodinnými příslušníky.

Dále sestry, pracující na lůžkovém oddělení akutní péče, měly stejný názor, a to ten, že je pro ně významné znát bližší informace o rodině nemocného. A2 přímo uvedla: „*Určitě je to další způsob, jak si získat důvěru. Když se jich nebo nemocného zeptáte, co děti, co vnoučata, v nemocných i jejich rodině to vyvolává pocit, že nám nejsou lhostejní.*“ Jedna účastnice A5 se zmínila, že je dobré vědět, jestli rodina nemocného pracuje ve zdravotnictví. Ošetrovatelský personál se snaží, co nedříve zapojit rodinné příslušníky do děje (Tomová, 2016). Z rozhovoru jsme se dozvěděli, že zapojení rodiny závisí na celkovém stavu. Sestra A4 podotkla: „*Na ARU jsou lidé v ohrožení života, v kritickém stavu čili v prvních dnech hospitalizace je to složitější.*“ Zjistili jsme, že sestry zapojují rodinu do péče v oblasti stravování, dále v oblasti psychické podpory, to může být například předání rodinné fotografie, která má pro pacienta velkou hodnotu. Přináší jim hygienické potřeby, dále provádí masáž končetin, mačkání molitanového míčku, promazávání končetin, přehrávání oblíbené hudby. Zajímavou odpověď zmínila A2 „*U některých pacientů je dobré nahrát hlasy příbuzných, které pak nemocnému pouštíme. Rodina má pak pocit, že se na uzdravení podílí a sblíží to jejich vztahy.*“ Další zajímavou odpověď uvedla Sestra A4: „*Taky si vzpomínám, že jedna hospitalizovaná byla zvyklá každé ráno pít kávu, tak se jí alespoň mohly rty kávou potírat.*“ Sestra A6 podotkla, že někdy se mohou vyskytnout situace, kdy nemocný nechce podstoupit léčbu a rodina může pomoci změnit názor pacienta.

Z rozhovoru se sestrami vyplynulo, že někdy je obtížné zapojit rodinu nemocného, na lůžkovém oddělení akutní péče, do péče o nemocného a občas zapojení do péče těžké není. A2 řekla: „*Nedá se říct, že by to bylo obtížné, to ne. Jen nám jejich přítomnost nabourává stanovený režim na oddělení. A mají strach i na nemocného sáhnout, aby mu neublížili. Musíme jim vše ukázat a vysvětlit, což nás při práci velice, nechci říct zdržuje, ale bere nám to čas, který můžeme věnovat ostatním pacientům.*“ Dvě sestry (A4 a A5) zmínily, že rodina mívá i strach z monitorů, injekčních dávkovačů, ze zvuků z přístrojů a spousty kanyl okolo pacienta. Zmíněné potvrzuje i Tomová (2016) ve své publikaci, ve které tvrdí, že hospitalizace člověka na lůžkách akutní péče je pro jeho příbuzného obtížná. Přístrojová vybavenost a doprovázející zvuky mají stresující účinek na příbuzné a nevytváří příjemné prostředí pro komunikaci. (Tomová, 2016). Pocity sester pracujících na lůžkách akutní péče, při spolupráci s rodinou nemocného, se odvíjí hlavně od toho, jaký je obsah komunikace mezi sestrou a rodinou pacienta a jakou má rodina pacienta náladu. Leckdy je komunikace a spolupráce s rodinou úžasná, občas ne.

Ke konfliktům zpravidla nedochází, ale výjimky a konflikty mohou nastat například při zhoršení stavu příbuzného nebo pokud se pohled rodiny na situaci nemocného liší od pohledu sester či lékařů. Sestra A1 uvedla: „*Nechtělí, aby příbuzní byli hospitalizováni v naší nemocnici, i přestože zdravotní stav příbuzného nedovoluje překlad do jiné nemocnice.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že mezi komunikačně náročné situace patří komunikace s cizincem, komunikace s rodinou kriticky nemocného pacienta, kde není naděje na uzdravení a komunikace s pozůstalými. Komunikace s pozůstalými je komunikačně náročnou situací, což potvrzuje i Myslivcová (2016), která doplňuje, že tato komunikace způsobuje nejvyšší psychickou zátěž. Kutnohorská (2007) ve své knize uvádí, že k jednání s pozůstalými je potřeba, aby zdravotníci měli komunikační schopnosti. Dle dotazovaných je komunikačně náročnou situací též pochybení ze strany zdravotnického personálu nebo komunikace při zhoršení stavu pacienta. Sestra A6 považuje za komunikačně náročnou situaci i sdělování informací po telefonu.

Dále nás zajímalo, co si sestry myslí, že je příčinou konfliktních situací. Z rozhovorů vyplynuly různorodé odpovědi. Z odpovědí lze vyčíst, že příčinou může být nedostatečná informovanost a dostupnost informací o zdravotním stavu. Pro sestru A1 je naopak příčinou to, že příbuzní nemocného neznají a neuvědomují si závažnost jeho onemocnění. Dále příčinou může být stres, strach o blízkého a špatná komunikace mezi rodinou pacienta a zdravotnickým personálem. Dále je důležité zmínit, jak lze

konfliktním situacím předcházet. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že k předcházení konfliktních situací mezi sestrou a rodinou nemocného napomáhá, když jsou sestry usměvavé, komunikativní a chovají se profesionálně. „*Navazovat kontakt a získat si důvěru. Také projevovat zájem o danou situaci (A2).*“ Roger et al. (2016) ve své studii uvádějí, že čas strávený komunikací s rodinou nemocného může odvrátit konfliktní situace a dále uvádí, že to pomáhá navázat důvěru u rodinných příslušníků. Pokud se zaměříme na pocity sester při komunikačně náročné situaci na oddělení akutní péče, z odpovědí sester lze usoudit, že pocity jsou individuální. Sestry pocitují především negativní emoce. Jedná se například o bezmoc, stres. A2 konkrétně zmínila, že má skvělé kolegy, kteří ji pomohou a poradí, jak se se má zachovat. „*Důležité je zachovat profesionalitu.*“ V neposlední řadě byly sestry dotazovány na to, jak se vyrovnávají s komunikačně náročnou situací. Z rozhovorů vyplynulo, že je to individuální u každé sestry. Některé tomu nepřikládají váhu, jiné se z takových situací snaží poučit a některé si slovně uleví doma.

Z výsledků můžeme říci, že na oddělení akutní péče i na standardním oddělení je pro kvalitní komunikaci klíčová důvěra rodiny v personál. Dle sester je také potřeba milý přístup, zájem, ochota, trpělivost a spolupráce. Z výsledků také vyplynulo, že zapojení rodiny do péče je náročnější na oddělení akutní péče, kde toto zapojení rodiny více nabourává stanovený režim oddělení. Na obou odděleních je však zapojení rodiny do péče možné a vítané. Příčiny vzniku konfliktních situací na obou odděleních jsou velmi podobné – jedná se zejména o nedostatečnou informovanost, nekvalitní komunikaci a stres ze strachu o blízkého člověka. Pocity sester při komunikačně náročných situacích jsou shodné na obou odděleních. Jedná se o nepříjemné emoce jako bezmoc a stres.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného. Bakalářské práce se zúčastnily sestry pracující na standardním oddělení a sestry pracující na lůžkách akutní péče. Byl stanoven jeden cíl. Cílem této práce bylo zmapovat náročnost komunikace sestry s rodinou nemocného.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pro sestry, pracující na standardním lůžkovém oddělení i na oddělení akutní péče, je pro kvalitní komunikaci zásadní důvěra rodiny v personál. I dotazy rodiny jsou zde podobné dle sester na standardním oddělení a lůžkovém oddělení akutní péče. Jedná se především o informace o zdravotním stavu. Pro bližší informace jsou rodinní příslušníci odkazováni na lékaře, což opět souvisí s lékařským tajemstvím. Zároveň je pro sestry, pracující na lůžkovém oddělení akutní péče i na standardním oddělení, v komunikaci prospěšné znát bližší informace o rodině a jejich případnou pracovní zainteresovanost ve zdravotnictví.

Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že se většina sester na standardním oddělení i na oddělení akutní péče, v ošetrovatelské praxi, nesetkala s konfliktními situacemi, ale pokud nastanou, může to být například dle sester na standardním oddělení kvůli nespokojenosti s péčí či nenaplněním jejich očekávání. Dle sester na standardním oddělení, komunikačně náročné situace způsobuje neochota rodiny vyslechnout personál a trvání si na svém názoru. Mezi náročnější situace patří komunikace s cizinci. Sestry pracující na lůžkovém akutním oddělení uvedly, že komunikace s rodinou kriticky nemocného pacienta či oznamování pochybení ze strany zdravotního personálu je velmi náročné. Opět se zde shledáváme, jako u sester na standardním oddělení, s problémem jazykové bariéry. Sestry na standardním oddělení v případě komunikačně náročné situace hledají podporu u svých kolegů. Některé sestry na lůžkovém oddělení akutní péče komunikačně náročné situaci nepřikládají váhu, jiné se z takových situací snaží poučit a některé si slovně uleví doma.

K nejčastějším chybám, kterých se sestry na standardním oddělení dopouštějí a které pak mohou vést ke konfliktům, patří nezvládnání svých emocí a neschopnost oprostít se od osobních problémů. Mohou se vůči rodině chovat nevhodně nebo podrážděně a někdy dokonce povýšeně. K nejčastější chybě, které se sestra na lůžkovém oddělení akutní péče během komunikace může dopustit, patří neprofesionální chování. Za takové chování označujeme nedostatek empatie, útek od komunikace či aroganci.

Výsledky bakalářské práce mohou sloužit sestřám, pro které mohou být vodítkem pro efektivní zvládnutí komunikace s rodinou pacienta.

## 7 Seznam literatury

- [1] ALSHARARI, AF., 2011. The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*. [online]. 1306-1310, doi: 10.2147/PPA.S197769 [2019-01-04]. Dostupné z: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31040650?fbclid=IwAR3cGxVg7qAjR\\_tglus\\_8A2C5FgrRvRMtT7ET0mOhOPY5Ogl-bIQupYDtVo](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31040650?fbclid=IwAR3cGxVg7qAjR_tglus_8A2C5FgrRvRMtT7ET0mOhOPY5Ogl-bIQupYDtVo)
- [2] AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-9734-2.
- [3] BERAN, J. et al., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- [4] BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-9037-4.
- [5] DEVITO, A. J., 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- [6] HRADECKÁ, L., 2011. *Komunikační dovednosti při práci sestry*. *Zdravotnictví a medicína*. [online]. [cit. 2019-04-11]. 33 s. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikacni-dovednosti-pri-praci-sestry-457218>
- [7] HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
- [8] HUBINKOVÁ, Z., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1539-3.
- [9] JACOB, M., 2016. Needs of Patients' Family Members in an Intensive Care Unit With Continuous Visitation. *Am J Crit Care*. [online]. 1306-1310, doi: 10.4037/ajcc2016258. [2019-01-04]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Needs+of+Patients%27+Family+Members+in+an+Intensive+Care+Unit+With+Continuous+Visitation>
- [10] JANÁČKOVÁ, L., 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
- [11] JUŘENÍKOVÁ, J., 2010. *Základy edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [12] JUŘENOVÁ, H., 2005. *Úloha rodiny a nejbližšího sociálního prostředí v ošetrovatelské péči*. *Urologická klinika FN Olomouc*. [online]. [cit. 2019-04-11]. 33 s. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2005/01/10.pdf>.

- [13] KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- [14] KEJKLIČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
- [15] KELNAROVA, J., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- [16] KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie 2 díl*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3876-5.
- [17] KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [18] KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-33-3224-4.
- [19] KUPKA, M., 2016. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [20] KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [21] MACKOVÁ, M., 2008. *Proč vznikají nedorozumění v komunikaci sestry pacient?* Katedra ošetrovatelství, LF MU, Brno. [online]. [cit. 2019-06-11]. 113 s. Dostupné z: [https://www.linkos.cz/files/abstrakta/BOD2008\\_113.pdf](https://www.linkos.cz/files/abstrakta/BOD2008_113.pdf).
- [22] MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- [23] MYSLIVCOVÁ, K., 2016. *Psychicky náročné momenty v práci sestry v intenzivní péči*. Diplomová práce. 1.LF UNIVERZITA KARLOVA PRAHA.
- [24] NEWMAN, MC., 2007. Family-oriented patient care. *Am Fam Physician* [online]. 1306-1310, doi: [org/10.1016/j.enfi.2011.06.001](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001) 10.1186/1824-7288-38-34. [2019-01-04]. Dostupné z: [https://www.aafp.org/afp/2007/0501/p1306.html?fbclid=IwAR2xTjXwduS-eSd3DjxjPewaioAMjEnzgVUwRCg0wYbdzwdEUrs6\\_V6bLoQ](https://www.aafp.org/afp/2007/0501/p1306.html?fbclid=IwAR2xTjXwduS-eSd3DjxjPewaioAMjEnzgVUwRCg0wYbdzwdEUrs6_V6bLoQ)
- [25] PARDAVIL, B., 2012. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva* [online]. 51-57. doi: [10.1016/j.enfi.2011.06.001](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001). [2019-01-04]. Dostupné <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775182>
- [26] PEIGNE, Vincent, CHAIZE, Marine, FALISSARD M, Bruno, et al., 2011. Important questions asked by family members of intensive care unit patients.



- Critical Care medicine, 1365-1371. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182120b68. [2019-01-04]. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21358395>
- [27] PLEVOVÁ, I. et al., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
- [28] PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-8.
- [29] PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- [30] POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [31] POSSEHL, G., 2008. *Jak se prosadit a přesvědčit ostatní: prosad'te své návrhy, nápady a projekty*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2677-9.
- [32] PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [33] PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [34] ROGER C., 2016. Communication with patient's families in the intensive care unit: Do we really meet their needs? *Anaesth Crit Care Pain Med*, 179-181. DOI: doi: 10.1016/j.accpm.2016.04.001. [2019-01-04]. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352556816300236?via%3Dihub>
- [35] ŠKRLA, P. et al., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [36] ŠPAŇHELOVÁ, I., 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2698-4.
- [37] ŠPATENKOVÁ, E., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace*. Galén. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
- [38] TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., 2015. *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-9716-8.
- [39] TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
- [40] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.

- [41] VESELSKÁ, M., 2018. Komunikace s rodinou nemocného v intenzivní péči. Diplomová práce. LF UNIVERZITA MASARYKOVA BRNO.
- [42] VÉVODA, E. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- [43] VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- [44] VONDRAČEK, L. et al., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
- [45] VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací, Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [46] VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-9743-4.
- [47] ZACHAROVÁ, E. et al., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
- [48] ZACHAROVÁ, Z., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-9239-7.

## 8 Seznam příloh

### *Podklad pro polostrukturovaný rozhovor*

Identifikační údaje:

Pohlaví:

Vzdělání:

Oddělení:

Délka praxe:

### *Vlastní rozhovor:*

- 1) Co z Vašeho pohledu potřebuje rodina nemocného z hlediska komunikace ?
- 2) Jak je pro Vás náročné naplnit tyto potřeby rodiny?
- 3) Jak zapojujete rodinu do péče o nemocného?
- 4) V čem je pro Vás obtížné zapojit rodinu do péče o nemocného?
- 5) Co Vy sám/a z pozice sestry potřebujete od rodiny nemocného pro to, aby mezi Vámi a ní komunikace fungovala?
- 6) Nakolik se Vám těchto Vašich požadavků od rodiny dostává?
- 7) Jak se Vy sám/a cítíte při spolupráci s rodinou?
- 8) Je pro Vás důležité znát nějaké bližší informace o rodině se kterou pracujete?  
(Jaké)
- 9) S jakými dotazy se nejčastěji setkáváte ze strany rodiny nemocného?  
Jak mohou pomoci/ jak mají ošetřovat/ někdy nezám/ přehnaná aktivita a starost
- 10) S jakými komunikačně náročnými situacemi se setkáváte při spolupráci s rodinou nemocného?
- 11) S jakými konfliktními situacemi se setkáváte při spolupráci s rodinou nemocného?
- 12) Co si myslíte, že je příčinou těchto situací?
- 13) Co si myslíte, že mohou sestry dělat pro to, aby se předcházelo výskytu konfliktních situací mezi nimi a rodinou?
- 14) Jaké pocity prožíváte, když jste vystaven/a komunikačně náročnou situací?
- 15) Jak se sám/a vyrovnáváte s tím, když se setkáváte s komunikačně náročnou situací?

- 16) Co je dle Vašeho názoru nejdůležitější pro fungující komunikaci mezi sestrou a rodinou nemocného?
- 17) Jakých chyb se dle Vašeho názoru dopouští sestry v rámci přístupu k rodině nemocného?

## **9 Seznam zkratk**

JIP – Jednotka intenzivní péče

ARO – Anesteziologicko - resuscitační oddělení

