

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Jana Jankotová

Sebehodnocení sester v komunikačních dovednostech

Self-assessment Nurses in Communication Skills

Bakalářská práce

Praha, květen 2014

Autor práce: **Jana Jankotová**

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství

Odborný konzultant: **Mgr. Miloš Mauer**

Pracoviště odborného konzultanta: Ústav etiky

Předpokládaný termín obhajoby: 20. 6. 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 28. května 2014

Jana Jankotová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Janečkové Ph.D. za podporu, odborné vedení, cenné rady a podněty při zpracování bakalářské práce.

Dále děkuji Mgr. Milošovi Mauerovi za pomoc a připomínky při konzultacích.

Obsah

ÚVOD.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TROCHU TEORIE O KOMUNIKACI.....	9
1.1 Definice pojmu komunikace.....	10
1.2 Komunikační dovednosti.....	11
1.3 Bariéry komunikace.....	12
2. KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	13
2.1 Osobnost a role sestry	15
2.2 Osobnost pacienta	16
2.3 Komunikační cíle sester	17
2.4 Deformované projevy v chování sester	17
3. VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTECH. 19	
3.1 Supervize.....	19
3.2 Videotrénik interakcí.....	20
3.3 Preterapie.....	21
3.4 Reminiscenční terapie- reminiscence	21
4. KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI VE VYBRANÝCH SITUACÍCH.....	23
4.1 Při komunikaci v čekárně.....	23
4.2 S rodinnými příslušníky	23
4.3 S pacienty s psychotickým onemocněním	24
4.4 S lidmi s demencí, z geriatric	24
4.5 S pacienty se smyslovým postižením	26
4.6 S agresivními a násilnými pacienty, při konfliktu	27
4.7 Při bolesti, když působíme pacientovi bolest	27
4.8 Při předávání informací	28
5. KOMUNIKAČNÍ PROSTŘEDÍ FIRMY	28
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	31
6. METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	31
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	35
6.2 Časový harmonogram	35
6.3 Metodika výzkumu	36
6.4 Výběr vzorku.....	37
6.5 Zpracování údajů.....	39
6.6 Odpovědi na výzkumné otázky.....	52
DISKUZE.....	55
NÁVRHY ŘEŠENÍ	57
ZÁVĚR.....	59

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	65
PŘÍLOHY - DOTAZNÍK.....	66

ÚVOD

Na téma komunikace ve zdravotnictví bylo vydáno mnoho knih, vypracováno spousta odborných článků a výzkumů. Je to téma, které je stále aktuální a diskutované, nepochybně i proto, že se objevuje stále a znovu mnoho komunikačních nedostatků. Smyslem mého výzkumného šetření je zjistit, jak všeobecné sestry hodnotí své komunikační dovednosti ve vztahu k pacientovi, které vzdělávací metody v oblasti komunikačních dovedností sestry upřednostňují a jaké skutečnosti ovlivňují komunikaci sestry s pacientem.

Komunikace je klíčovým slovem každé profese. Byla i bude. Můžeme mít mnoho znalostí a dovedností, ale pokud nebudeme umět správně komunikovat, nedozvíme se, co bychom potřebovali, nezískáme si přízeň oslovených.

Ve zdravotnickém prostředí jsou všechna vyslovená slova o to více vnímána, protože komunikujeme s nemocnými lidmi, kteří mají strach, obavy a navíc jsou v cizím, nemocničním prostředí. Všechny nemocné něco trápí, jsou citlivější, vnímavější a dobře vedená komunikace nám může v mnoha směrech pomoci. Stačí jen chtít, ptát se a naslouchat. Vše zní tak jednoduše, ale skutečnost je složitější. Komunikace má svá pravidla, své zákonitosti.

V profesi zdravotní sestry je důležité chtít pochopit, mít zdravý, sebevědomý přístup v projevu, umět se správně vyjádřit a v krátkém čase získat důvěru. Od pacientů jsou nám předávány citlivé myšlenky a společně hledáme způsob pro správné dorozumívání. Náš špatný postup, nepřesné otázky, mohou vést i k poškození pacienta, k újmě na zdraví. Není to jednoduchá pozice, vyžaduje velký díl empatie a dovednost, abychom se dokázali správně zeptat a zjistily potřeby nemocného. Všichni jsme se již dostali do role pacienta a přáli si mít vedle sebe chápající zdravotnický personál, který nám pomůže překonat obavy, trápení i bolesti. Je nutné si uvědomit, že slovo má obrovskou váhu a ve spojitosti s neznalostí získává myšlenka nejrůznější podobu. O to více je důležité správně se vyjádřit, slova vhodně volit, citlivě, dle konkrétní situace a v případě neporozumění upřesnit. Zpětná vazba je odpovědí na naše slovní myšlenky a umožňuje nám zjištění, zda naše formulace byla srozumitelná. Celkový dojem z komunikace není dán pouze slovy, ale záleží na výši hlasu, který volíme, jak rychle mluvíme, přívětivě hledíme, jak hovoří naše tělo. Naše komunikační

schopnosti jsou dány vývojem naší osobnosti, která vyšla z nějakého prostředí, má jisté zkušenosti a pokud chce, je schopná dál se rozvíjet, může se měnit dle vlastního uvážení, svědomí a přesvědčení, může se zdokonalovat.

K tomu, aby se nám dobře komunikovalo, je třeba, abychom se dobře cítili, byli sami se sebou spokojeni, potřebujeme znát sami sebe, potřebujeme znát svoji hodnotu. Jen ten kdo má rád sám sebe, může mít rád i ty druhé. Základ našeho pocitu uspokojení se sama sebou vznikají již v dětství a postupně se podle vzorců chování v rodině, v prostředí, ve kterém se denně pohybujeme, a díky vrozené inteligenci formují. Naše životem posbírané zkušenosti se promítají do toho, co pak říkáme, jak formulujeme své věty, jak se dokážeme vyjádřit.

Každá doba má svou specifickou slovní zásobu, která je obohacena o moderní výrazy a zkratky, které bez upřesnění mluvčího nebo znalosti cizího jazyka či terminologie daného oboru těžko chápeme. Komunikace se stává odbornější, uzavřenější pro širší publikum a možná i díky tomu dochází k nejednomu nedorozumění, protože ne všichni se chtějí ptát a upozornit na svoji neznalost. Ve zdravotnictví je hodně odborné terminologie, kterou sestry a lékaři běžně používají a mnohdy si neuvědomují, že jim pacienti nerozumí. Informace, které pacient slyší, mají být předány srozumitelně a s vysvětlením, tak aby pacient vše pochopil a mohl se na léčbě podílet.

Zdravotní sestra, má k pacientům nejbližší (4). Komunikační dovednosti jsou pro sestru velmi důležité, nejenom v prvním kontaktu, který je vnímám jako nejhlubší, ale jsou potřebné pro získání pacientovy důvěry i pro budoucí spolupráci. Naše věty jsou doplňovány řečí těla, neverbální komunikací, která dotváří celkový obraz komunikace. Má-li být celkový dojem přesvědčivý, je nutný soulad verbálního a neverbálního projevu.

I. Teoretická část

DALAJLÁMA: „Pamatujte na úctu k sobě, úctu k druhým a odpovědnost za Vaše konání“.

1. Trochu teorie o komunikaci

Nalezení cesty jak dobře komunikovat, je ve zdravotnické péči základním předpokladem pro vytvoření důvěrného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Víra ve schopnosti a dovednosti ošetřujícího personálu, důvěra v jeho rozhodnutí vzniká při první společné činnosti. Při studiu všech zdravotnických oborů je nezbytná výuka komunikačních dovedností, které jsou jedním z pilířů hodnocení úrovně ošetrovatelské péče (36).

V profesionální přípravě sester je při výuce komunikace preferován rogersovský přístup, který je zaměřen na člověka. Klade důraz na naslouchání jako na aktivní část komunikace. Tento přístup klade důraz na ocenění ve smyslu povzbuzení, které podporuje růst člověka (8, str. 241). Při komunikování je důležité mluvit přirozeným jazykem, aby nám ten druhý rozuměl, používáme kratší věty, dlouhé věty odvádějí pozornost. Rogersova teorie komunikace, považuje komunikaci za jednu z nejdůležitějších aktivit. Uvádí, co je třeba dělat, aby se jedinec cítil mezi lidmi dobře. Vybírám pár příkladů: být upřímný, chovat se otevřeně, vstřícně, nezapomínat na rovnost, respektování, tolerování a akceptování, udržovat vztah rovnosti- lidé mají právo mít jiný názor než já, zajímat se o člověka, když s ním mluvím, umět se do člověka vcítit, být empatický, mít nadhled, z chování má vyzařovat pozitivita a konstruktivnost, podporovat druhé, být otevřený k zážitkům, na vše se dívat jako na proces změn, věřit si (1, str. 44- 45).

1.1 Definice pojmu komunikace

Komunikace je pojem, který má mnoho výkladů, pojem, který má široké použití. Slovo komunikace- *communicare* je latinského původu a znamená spojovat. V naučném slovníku „pojem komunikace označuje jevy, které jsou prostředkem spojení mezi lidmi, jejich vzájemného styku, sdělování myšlenek“. Komunikaci je možno označit také jako dorozumívání.

V psychologii není komunikace považována jen za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde o mnohem více, jde o sebe prezentaci o sebe potvrdování. Jde o různou úroveň působení, ovlivňování, znesnadňování, či usnadňování porozumění.

Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces, ve kterém se odráží naše psychika, inteligence, vzdělání a individuální i sociální zkušenosti (10). Základním zákonem komunikace je, že nelze nekomunikovat (8). Komunikovat znamená přijímat signály, interpretovat je a vysílat je. Naše potřeba komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb života. Žít znamená komunikovat. Nekomunikovat znamená umřít. Přesto ale jsou někteří lidé komunikačně i sociálně tzv. lenivější. Může to být projev nízkého sebevědomí, strach ze selhání, může to být dáno nedostatkem komunikačních dovedností (1).

Komunikace má svůj cíl, vede nás k tomu nějaká motivace, nějaký záměr. Když mluvíme nebo píšeme, snažíme se předat své myšlenky někomu dalšímu, snažíme se dosáhnout nějakého cíle. Je pět hlavních cílů společných pro většinu forem komunikace: učit se, spojovat, pomáhat, ovlivňovat a hrát si (2, str. 33).

Komunikace je mimo mluvení, také naslouchání, čtení, psaní, patří sem pohyby těla, činy (1). Každý účastník komunikace je zároveň iniciátorem (mluvčím) i příjemcem (posluchačem). Svá sdělení vysíláme, když například mluvíme, píšeme, gestikulujeme nebo se usmíváme. Sdělení jiných přijímáme, když posloucháme, čteme, díváme se. Sdělení vysíláme i přijímáme současně. Signály druhých přijímáme při osobní komunikaci prostřednictvím zraku, sluchu nebo dokonce i čichu. Když mluvíme, sledujeme a dešifrujeme reakce druhého- souhlas, porozumění, rozpaky, zmatek, sympatie (2, str. 22).

Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb. Naopak je integrována v systému biologických i psychosociálních potřeb, je nástrojem jejich uspokojování (3, str. 20). Člověk je tvor sociální, má potřebu kontaktu, akceptace. Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Je důležité věnovat pozornost: rychlosti řeči, hlasitosti, pomlčkám, výšce hlasu, přítomnosti embolických slov (slovních parazitů), délce projevu a intonaci. Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu. Hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení, mlčet neznamená nutně nemít co říct. Výška hlasu bývá odrazem emocí. Každý může otestovat svou řeč na přítomnost slovíček či zvuků, které jsou v řeči navíc. Rovnocennost partnerů v komunikaci určuje prostor, který má každý k dispozici. Význam sdělení podtrhuje intonace. Může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti (3, str. 22).

1.2 Komunikační dovednosti

Komunikovat s druhými lidmi je dovednost, která se zdá být samozřejmá, neboť si ji jen tak mimochodem osvojujeme už od dětství. Teprve nedorozumění nejrůznějšího druhu nás v průběhu života učí korigovat onu samozřejmost. **Nesamozřejmost** „správné“ komunikace zatěžuje vzájemné vztahy laiků stejně jako reprezentantů určitých profesí (8, str. 27).

Zvládnout komunikační dovednosti znamená komunikovat srozumitelně, užívat správně cílené otázky, které uzavírají problém. Konkretizovat problém v pravou chvíli. Umět udělat krátká a výstižná shrnutí probraného tématu. Poskytovat informace po malých dávkách a kontrolovat, že příjemce informaci porozuměl. Vyžaduje-li to situace, umět konfrontovat problém (9).

Umění komunikace není dar, který je každému automaticky dán, je to dovednost, kterou se můžeme naučit a v níž se můžeme stále zdokonalovat. Naopak tam, kde lidské jednání vyžaduje úspěšnou komunikaci jednotlivců a skupin, se věnuje náležitá pozornost nácviku různých komunikačních technik. Komunikovat neznamená pouze „mluvit“. Při správně vedené komunikaci musíme vědět, co chceme říci, kdy informaci můžeme sdělit, kde a jak nejlépe informaci předáme. Je třeba mluvit zřetelně a srozumitelně, zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči, sledovat a zaznamenávat reakce příjemce.

V přiměřené míře udržovat oční kontakt, kontrolovat své neverbální projevy, umožnit příjemci, aby se v dostatečné míře vyjádřil, kontrolovat, zda informaci přijal a pochopil. Z uvedeného vyplývá, že komunikace nesmí být jednosměrná, že musí probíhat v obou směrech. Mezi dovednosti umožňující vést informačně plnohodnotný a pro obě strany uspokojivý dialog, patří zejména umění poslouchat a slyšet, umění klást otevřené otázky, které dovolují vysvětlit, co prožíváme a jak svůj stav hodnotíme. Umění empatie, přiměřené emoční reakce a umění shrnout sdělení, jsou důkazem porozumění (9).

Mezi čtyři základní komunikační dovednosti patří: mluvení, čtení, psaní, poslouchání (1, str. 98). Když posloucháme, filtrujeme nezávažná sdělení, což nás přivádí k dalšímu důležitému procesu v poslouchání, a to k pozornosti. Musíme dávat pozor, abychom vnímali dobře to, co chceme vědět (1, str. 99).

Na co bychom neměli zapomínat je fakt, že nejdůležitější součástí každé komunikace jsme my sami. Kdo jsme a jak se díváme sami na sebe, má rozhodující vliv na způsob, kterým komunikujeme a kterým reagujeme na druhé. Ať chceme nebo nechceme, všude tam, kde se pohybujeme mezi lidmi, musíme počítat s tím, že budeme těmito lidmi hodnoceni. A hodnotit nás budou podle svých vlastních měřítek a podle poznatků o nás (5, str. 66).

1.3 Bariéry komunikace

Každý, kdo chce komunikovat, se občas setkává s problémy, s překážkami, které mu komunikaci komplikují. Uvědomit si problémy, bariéry komunikace, je prvním krokem k tomu, abychom je překonávali, abychom se s nimi dovedli vyrovnat. Poznání bariér nám napomůže předcházení jejich vzniku. Komunikační bariéry mohou být podle Šamánkové externí a interní (6):

1. interní- jsou dány problémy komunikujícího

- subjektivní- ostych vyslovit přání, pocit nedůvěry, obavy ze zklamání
- objektivní- neschopnost přijmout pomoc při naplňování té které potřeby, roli může hrát zcela obyčejná sympatie nebo antipatie
- jazykové- nepochopení toho co si vzájemně říkáme
- fyziologické- smyslové, kognitivní tj. demence, stavy po CMP, mentální postižení

2. *externí* (rušivý element v okolí komunikujícího)

- z prostředí- nezvyklé prostředí, nemocniční prostředí, neútulno nebo naopak prostředí komfortní, ve kterém se necítíme dobře.

2. Komunikace v ošetrovatelství

V práci sestry má výlučné místo komunikace s nemocným. Prostřednictvím profesionální komunikace získává sestra informace důležité v péči o pacienta. Tyto informace získává i na základě strukturovaného rozhovoru, který má v českých zdravotnických zařízeních obvykle standardizovanou podobu a v rámci ošetrovatelského procesu je označen jako ošetrovatelská anamnéza. Jeho součástí jsou informace nejen o fyzickém stavu pacienta, ale také o sociálním statutu, rodině, zaměstnání. Při verbální komunikaci využívají sestry situačního kontextu, respektují individualitu pacienta a respektují jeho motivaci ke komunikaci. Využívají také složek neverbální komunikace. Shoda verbální a neverbální komunikace je nutným předpokladem k získání pacientovi důvěry. Jednoduchá komunikace s ověřením, zda pacient porozuměl sdělenému obsahu, vzájemnou komunikaci usnadňuje. Stručnost, zřetelnost a vhodné načasování je důležité pro pacienta, ale i pro sestru. Sestra se svým profesionálním přístupem musí snažit získat důvěru pacientů (8). Načasovanost komunikace, myšleno tím, najít vhodný okamžik, je obzvláště důležitá u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor, dostatek času. Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného (3).

Máme-li porozumět druhému člověku, musíme se naučit vidět věci tak, jak on je vidí, a teprve na základě této znalosti se s ním dohodnout, najít úctu k pohledu toho druhého. Stačí si uvědomit, že pacient se nachází v komunikačně zhoršených podmínkách, které jsou ovlivněny tenzí, bolestí, úzkostí, depresí, nebo jazykovou bariérou. Nemoc pro pacienta znamená subjektivní zkušenost nepříjemného a ohrožujícího charakteru, která sebou nese omezení každodenních zvyků, snížení funkční zdatnosti, zhoršení kvality života a pocit ohrožení života (9). Právě na tuto subjektivní zkušenost, na tuto subjektivní dimenzi bychom neměli zapomínat.

Komunikace zdravotníků s nemocnými je vysoce odborná, velmi obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků vůli, kvalifikaci, empatii, čas a především vnitřní přesvědčení, že tato činnost je smysluplná a užitečná (10, str. 7). Pro efektivní komunikaci zdravotní sestry je nutné si uvědomit, že se předávají důležité informace, které musí být ve srozumitelné formě. Nemocnému je zachována důstojnost, dostává prostor pro dotazy a zopakování, k vyjádření svého názoru. Komunikace se shoduje na úrovni verbální i neverbální, je kongruentní (3).

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti i význam.

1. *Sociální komunikace*- jde o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují.

2. *Specifická (strukturovaná) komunikace*- jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně, např. sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování, informace o rizicích.

3. *Terapeutická komunikace*- odehrává se často formou rozhovoru s nemocným, poskytujeme oporu a pomoc při adaptaci na změnu (3, str. 12).

4. *Komunikace při doprovázení*- jako součást paliativní péče, hledání smyslu duchovní péče, odpovídání na existenciální otázky.

Komunikaci velmi hezky vystihují následující slova: respekt, empatie, dohoda, emoce, tolerance, vstřícnost, trpělivost. Respekt k právům a názorům druhého člověka, uznání jeho potřeby sebeurčení. Empaticky přistupovat k jeho pocitům. Haškovcová říká: „Vždy, když si myslíte, že nástrahy a umění komunikace zvládáte, narazíte na člověka, se kterým je těžké se dohodnout. A v tom je ono kouzlo, každý člověk je individualitou a s každým objevujete znovu a znovu způsob jak nalézt společnou řeč“ (19).

2.1 Osobnost a role sestry

Osobností sestry se v českém ošetřovatelství zabývala Marta Staňková (22). Mezi základní role sestry patří:

1. sestra pečovatelka poskytuje základní ošetřovatelskou péči, identifikuje problémy a zajišťuje řešení
2. sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny přispívá k upevňování zdraví, rozvoji soběstačnosti, pomáhá nemocnému a rodinám (ošetřování ran, aplikace inzulínu)
3. sestra obhájkyně je advokátkou nemocného, snaží se hájit jeho zájem
4. sestra koordinátorka uplatňuje a realizuje ošetřovatelský proces
5. sestra asistentka lékaře provádí přípravu na vyšetření, asistenci terapeutické činnosti, plnění ordinací lékaře (22, str. 11)

Základní funkcí sestry je pomáhat zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Tradičně byla sestra považována za člena týmu, který poskytuje základní (fyzickou) péči pacientům. Nepochybně to je a bude i nadále hlavní funkcí ošetřovatelství. Vznikly však a stále se rozšiřují nové odpovědnosti. Vycházejí z orientace profesní činnosti sester na celek lidského zdraví. Role sestry spočívá v tom, že má působit jako partnerka při rozhodování a plánování v řízeních místních, regionálních a národních služeb, podporovat jednotlivce, rodiny a komunity, aby se více spoléhali na vlastní síly v péči o své zdraví a poskytovat jasné a správné informace o příznivých a nepříznivých důsledcích rozličných typů chování a o výhodách a nákladech při volbě určité péče (23, str. 129).

Rozšířená základna činností sestry je postavena na etických zásadách. Patří mezi ně například zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní odpovědnosti sestry. Mezi základní projevy důvěryhodnosti patří vztah sester k povolání, kultivovanost projevu a vystupování, odborné znalosti a vzhled. Ten signalizuje nejen jisté osobnostní vlastnosti sestry, ale také vypovídá o tom, jak si sestra váží svých pacientů. Prestiž profese je hodnota, kterou nelze nařídit a ani o ni žádat, prestiž profese mohou zvýšit pouze reprezentanti sami (8, str. 242).

Sestry jsou však součástí systému, do kterého se začleňují a který na ně uplatňuje určité nároky. Od sestry se očekává, že bude lékaři partnerem, zároveň jde o role komplementární. Obě role na sebe v procesu poskytování zdravotní péče navazují, jejich kompetence se doplňují. Partnerství při výkonu obou profesí je nezbytností. Je hodnotou, která se uplatňuje ve jménu života a zdraví pacienta, někdy však za cenu ztráty vlastní tváře, či úcty k sobě samé. Kvalitativní sociologické studie ukazují, že utváření profesní identity zdravotních sester se liší od ideálu. Ukazují na existenci implicitních pravidel a norem jednání, které jsou základem organizační kultury. Ty regulují jednání sester tak, aby si zachovaly emocionální rovnováhu v situacích, které jsou z hlediska zachování jejich důstojnosti nepřijatelné. Šmídová a Tollarová zde hovoří o strategii normalizace nenormálního (Biograf 2013).

K výkonu funkce zdravotnického pracovníka jsou nezbytné i určité osobní předpoklady, a to například: tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, měl by být dostatečně kritický a sebekritický, empatický, s porozumění problémům nemocných, klidné vystupování, důležitá je trpělivost. Smysl pro humor. Hodnotová orientace jako smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem, humánní vztah k nemocnému, vyrovnaná osobnost.

2.2 Osobnost pacienta

Pacienti mají tendenci dotazovat se zdravotních sester na záležitosti týkajících se lékařských výkonů a lékařské praxe. Zdravotní sestra by se však neměla nechat přesvědčit ke komunikaci o lékařských výkonech a měla by požádat lékaře, aby poskytl pacientovi náležité informace (8, str. 451). Venglářová uvádí doporučení pro pacienty, jak efektivně a přitom příjemně komunikovat se zdravotníky. Při získání důvěry s pacienty získáme i jejich ochotu ptát se na vše, co je nejasné či nesrozumitelné. Získáme maximum důležitých informací (8, str. 241).

Základem vztahu mezi lékařem a pacientem je samozřejmě slušnost a vzájemná úcta, ale i respekt vůči důstojnosti člověka v jeho zdraví i nemoci, v utrpení. Samotné slovo pacient přece pochází z latinského „*patiens*“ – trpící,

případně „patientia“ – trpělivost. Pacient musí věřit, že zdravotník udělá vše, co bude v jeho silách, aby mu od jeho utrpení pomohl (8, str. 19- 20).

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologicky správně jednat s nemocným. Zdravotník a nemocný se setkávají ve zvláštní vyhraněné situaci, a tím i ve vyhraněných sociálních rolích, které ne vždy jsou plně zvládnuty (7, str. 157-158).

2.3 Komunikační cíle sester

Denní kontakt s nemocnými přináší sestře obrovské množství informací. Je jejím úkolem tyto informace správně zhodnotit, případně zaznamenat a sdělit dalším členům zdravotnického týmu. Sestry musí na závažné informace od pacienta reagovat i při péči o pacienta, při poskytování ošetrovatelské péče (8, str. 241).

Komunikační cíle sester jsou:

- podporovat, motivovat a pozitivně pacienta naladit ke spolupráci
- aktivně vyhledávat a řešit potřeby pacienta
- pomáhat získat pacientovi sebedůvěru, duševně ho podporovat
- získat si důvěru
- pečovat o pacientovu důstojnost, respekt a úctu
- předávat závažné informace
- připravovat pacienta na rozhovor s lékařem, propojit pacienta s lékařem

Lékaři jsou při komunikaci se sestrami v těsném kontaktu. Toky informací jsou obousměrné. Jasná a otevřená komunikace mezi lékařem a sestrou umožňuje využití všech informací, které mají oba profesionálové k dispozici. Vzájemná důvěra a respekt mezi nimi je k tomu naprosto nezbytný (8, str. 241).

2.4 Deformované projevy v chování sester

Nejenom starý a nemocný člověk potřebuje mít pocit uspokojení potřeb, pocit bezpečí a sympatické odezvy. Nevhodné jednání sestry může sesterskou profesi velmi devalvovat a následně komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči.

(8, str. 242) Je nemorální přijímat s uspokojením, že se nemocný či stařec nemůže bránit, že neumí signalizovat své potřeby, že se dá ošidit (8, str. 244).

Sestry mohou během svého povolání procházet různými svízelnými situacemi, a následně pak jejich projevy, nálady i chování mohou být určitým způsobem negativně ovlivněny. Hovoří se o neadaptivních povahových projevech (7, str. 163).

Sestry jsou např.

- náladové
- psychastenické- změny prožívají s úzkostí
- schizotypní- přistupují k pacientovi jako odbornice
- citově chladné
- podezíravé
- přecitlivělé
- hysterické a další.

Přestávají si uvědomovat, že jejich chování je sledováno ostatními nemocnými, kteří se cítí být dotčeni takovým přístupem. Takové chování se označuje jako profesionální deformace, na laiky působí dojmem záměrného cynismu, jako otrlost. Uvádím některé z možných příčin, které mohou způsobovat profesionální deformaci- emocionální opotřebování a únava z profese, dlouhodobý neřešený negativní návyk, stereotyp, neuspokojení z vlastní práce, přetížení, nevhodné profesní vzory (7, str. 163- 164).

V knize Motivační prvky při práci se seniory (17, str. 108) nacházím kapitolu, která se zabývá komunikačními zlozvyky:

1. Odsuzujeme způsob chování a nevěnujeme dostatečnou pozornost tomu, proč to nemocný dělá.
2. Ubezpečujeme pacienta, že se nic neděje.
3. Radíme a hledáme řešení v okamžiku, kdy ho nemocný nepotřebuje.
4. Ukvapeně nemocného zklidňujeme.
5. Přesvědčujeme (bráníme svůj způsob péče).
6. Vyhýbáme se rozhovoru (nedokážeme unést bolest nemocného a nechceme vést rozhovor)
7. Klademe zbytečné otázky, když nemocný nereaguje.

8. Nabízíme jinou formu úlevy, než nemocný očekává.
9. Moralizujeme a kritizujeme způsob reakcí seniora.
10. Nabízíme činnosti místo naslouchání.
11. Myslíme, že známe myšlenky nemocného.
12. Přerušujeme řeč nemocného.
13. Odmítáme pacienta neverbálně (mávnutím ruky).
14. Nereagujeme na sdělení druhého.

Zmíněné má vliv na budoucí spolupráci. Nemocný nám nebude důvěřovat, bude odmítavý, bude s námi vést boj o zachování svého způsobu rozhodování. A jaká jsou doporučení? Naslouchat tomu, co druhý skutečně říká. Mluvit o sobě (snažím se Vás pochopit, slyším Vás, cítím s Vámi...). Nehodnotit, nekritizovat, nekárat. Uvědomit si, že nemocný člověk se zlobí na situaci a ne na nás. Naučit se bez agrese vyjádřit své kladné i záporné pocity. Naučit se rozumět svým postojům a myšlenkám (17, str. 109).

3. Vzdělávání sester v komunikačních dovednostech

V rámci vzdělávání sester je současné době mnoho možností, jak se zdokonalovat v oblasti komunikace a komunikačních dovedností. Kurzy mohou probíhat individuálně v domácím prostředí přes internet, studiem odborné literatury a časopisů či ve skupině na pracovišti formou krátkodobých školení, supervizí nebo formou seminářů a konferencí. Stačí jen vybírat témata a hledat volný čas.

3.1 Supervize

Slovo „supervize“ k nám přešlo z angličtiny „supervision“ a můžeme je přeložit jako dohled, dozor, kontrolu apod. Častěji je termín supervize užíván v psychoterapii, kde je součástí profesionálního vzdělávání.

Supervize ošetřuje zejména tyto oblasti:

- rozšiřování dovedností, získávání nových dovedností
- pomoc při řešení obtížných případů
- zvládání emočně náročných, stresujících situací
- vzdělávací funkce, především u studentů a začínajících pracovníků (16, str. 86).

Jde o proces praktického učení, v němž supervizor- učitel pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémové situace, které vznikají při jeho práci, při práci s pacienty, s kolegy. Zvláštní metodou supervize je bálintovská skupina. Bálintovská skupina je ve zdravotnictví rozšířenou metodou, má standardní postup a 5 fází: představení případu, otázky, fantazie, praktické náměty na řešení, vyjádření protagonisty (16, str. 88). Skupina se schází ve stanovených intervalech a s kvalifikovaným vedoucím se zamýšlejí nad řešením jednoho zvoleného případu, který je třeba s někým ujasnit (11, str. 136- 137).

3.2 Videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí (dále jen VTI) je intervenční a terapeutickou metodou, která je využívána při poruchách komunikace (zejména při poruchách interakce rodič - dítě, učitel - žák, pomáhající - klient) nebo jako efektivní způsob podpory komunikace s cílem nastolit, posílit či obnovit úspěšnou komunikaci v rámci určitého vztahu nebo v daném sociálním/pomáhajícím systému.

Osoba hledající pomoc (klient) je podporována pracovníkem poskytujícím pomoc (VTI trenér) reflektovat prostřednictvím rozhovoru nad editovaným videozáznamem (video-feedback) mikroúroveň vlastní komunikace (interakční analýza). Pracovník vybírá pro terapeutický rozhovor takové úseky videa, které poukazují na úspěšnou interakci a které mohou podpořit cíle klienta ve smyslu zlepšení komunikace i celkové situace.

Metoda práce s videozáznamem, v zahraničí známá pod názvy „Video Home Training (VHT)“ nebo také jako „Video Interaction Guidance“ (VIG), vešla v České republice ve známost jako videotrénink interakcí (VTI). Vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemsku a je dnes používána v mnoha zemích Evropy i v USA jako progresivní metoda intervence při poruchách interakce mezi aktéry komunikace (zejména poruchách kontaktu rodič – dítě, učitel – žák, pomáhající – klient) nebo jako metoda na podporu úspěšné komunikace v různých kontextech pomáhání i profesionálního rozvoje pomáhajících.

U základů metody stáli holandští psychologové a terapeuté Maria Aarts a Harrie Biemans. V České republice ji do existujících poradenských struktur zavádí již od roku 1995 občanské sdružení SPIN (13).

3.3 Preterapie

Metoda preterapie, kterou vyvinul americký psycholog Garry Prouty, je velkým přínosem v oblasti psychoterapie zaměřené na klienta. Preterapie umožňuje navázání kontaktu s lidmi, kteří mívají nálepku "nereaguje na terapeutické působení" nebo „nekomunikuje“, „nespolupracuje“. Patří mezi ně dlouhodobě hospitalizovaní chroničtí pacienti na psychiatrických odděleních, lidé s hlubokou mentální retardací či jedinci s takzvanou „dvojí diagnózou“, tedy lidé trpící mentálním postižením a duševní poruchou. Lze jí též dobře uplatnit při práci s lidmi s demencí. Preterapie respektuje omezení klienta navázání kontaktu a následně umožňuje spolupráci (25). Prouty za výchozí bod považuje "psychologický kontakt" mezi terapeutem a duševně nemocným jedincem, který Carl Rogers specifikoval jako jednu z nutných podmínek terapeutického procesu. Právě tento kontakt je uvedeným pacientům cizí, nezvládnou ho. Proutyho metoda je založena na principu zrcadlení či též reflektování, což znamená, že terapeut pacientovi zrcadlí to, co vnímá. Jak uvádí Prouty, metodu zrcadlení poprvé v psychoterapii, konkrétně na kognitivní rovině, použil Otto Rank (PROUTY, str. 17). Opakoval to, co mu klienti sdělovali, aby lépe pochopil jejich způsob uvažování. Carl Rogers metodu zrcadlení rozšířil na emocionální rovinu, aby přesněji poznal pocity a prožitky svých klientů (PROUTY, str. 17). Prouty tento princip rozvedl ještě dále a reflektování používá proto, aby pomohl klientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými a s druhými lidmi (12). Proutyho metoda a široké možnosti její aplikace v transformovaných podobách nabízí vlídnou, empatickou alternativu péče o psychiatrické pacienty a jedince se speciálními potřebami (15, str. 19).

3.4 Reminiscenční terapie- reminiscence

Reminiscenční terapie je speciální metoda práce se seniory, která je založená na uznání důležitosti vzpomínání. Vzpomínání je přirozenou, normální aktivitou. Se vzpomínkami lze ale pracovat i zcela záměrně, cílevědomě a

využívat je ke zvyšování (resp. udržení stávající) kvality života seniorů. Vzpomínky jsou nedílnou součástí našeho života. Mohou dávat našemu životu smysl, mohou být zdrojem radosti, ale i bolesti. Někdy jsou vzpomínky tím jediným, co nám zůstává. Minulost, ale nemusí být ztracená, protože žije dál v našich vzpomínkách (17, str. 9). Vzpomínání může sloužit ke zdůraznění pozitivních stránek osobnosti člověka a zachování sebepojetí, ke zvýšení pocitu vlastní hodnoty, pro udržení pocitu osobní identity (17, str. 12).

Vzpomínání je nedílnou součástí každodennosti všech lidí. Významnou roli ovšem zastává tehdy, pokud jedinec čelí nějaké krizi, změně nebo ztrátě. Během života přicházejí náročné situace, které se v relativně krátkém časovém úseku kumulují. V takových situacích se člověk obrací do vzpomínek, čerpá z nich sílu, povzbuzení i inspiraci. Pátrá po podobných situacích, zkoumá minulé reakce a řešení, hledá vhléd do toho, co nyní prožívá (17, str. 14).

Jak již bylo řečeno, komunikačním dovednostem se člověk učí celý život, vytváří si svoje komunikační vzorce, které si upevňuje nebo je mění nově získanými zkušenostmi případně cíleným strukturovaným vzděláváním v rámci komunikačních výcviků a kurzů. K nejznámějším patří výcviky sebezkušenostní v přístupech orientovaných na člověka a výcviky v supervizi. Sebezkušenostní výcvik je nástrojem profesního posunu účastníka (26). Jde o specifické metody podpory komunikace v péči pacienty s komunikační poruchou. Existují i koncepty nácviku komunikačních dovedností, které umožňují dorozumívání s klienty a pacienty s velmi omezenými komunikačními zdroji.

4. Komunikační dovednosti ve vybraných situacích

4.1 Při komunikaci v čekárně

Při komunikaci v čekárně se projeví osobnost sestry, její dovednosti, sebedůvěra i manažerské schopnosti. Je mnoho kroků, které je třeba zvládnout v krátkém čase a propojit činnosti v ordinaci a komunikaci v čekárně. Většinou sestry organizují a upřesňují pořadí pacientů, pokud není pevně dáno anebo je změněno z důvodu příchodu nemocných s akutním problémem. Od sestry se očekává, že nemá ostych mluvit před větším počtem nemocných, umí jasně, dostatečně hlasitě a srozumitelně informovat, dokáže vyřešit každodenní spory z důvodu čekání. Jde o každodenní kontakt s pacientem, začínající pozdravem, vlídným úsměvem a vstřícností. Pacientovi věnujeme pozornost, myslíme na ovlivňování nálady a také na zachování intimity.

4.2 S rodinnými příslušníky

Vzájemný vztah, který si sestra s nemocným a jeho rodinou vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci sestry s nemocnými, klienty i občany a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Je nezbytné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru (8, str. 242). Doprovázející rodinní příslušníci jsou zejména důležití pro osoby závislé na pomoci a péči druhého člověka- zejména děti a staří lidé. Jsou zdrojem účinné spolupráce, důležitých informací, prodloužením péče v domácím prostředí. Potřebují podporu, pomoc a porozumění. Pečující rodinný příslušník je pro zdravotníka stejně důležitý jako pacient samotný.

Osoby, které pacient určil, nebo osoby pacientovi blízké, mají právo na informace, v zásadě ve stejném rozsahu jako samotný pacient, ale také na nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořizování si výpisů, opisů a kopií dle § 32 a 33 zákona 372/2011Sb (27). Rovněž otázka informování osob blízkých, respektive osob, které o sobě tvrdí, že jsou blízkými osobami, má kromě právního i etický rozměr. Pohled právní radí opatrnost – tedy nesdělovat a uvědomit si možné právní následky. Na druhou stranu zdravotnický pracovník cítí, že striktní odmítnutí sdělení jakýchkoliv informací mnohdy zoufalým lidem je v rozporu s etickými zásadami jejich profese (8, str. 459).

Rodina a její životní styl zásadním způsobem ovlivňuje zdraví každého jejího člena. Dosažený životní standard a uznávané hodnoty, vzorce chování spojené se vznikem, průběhem a dozníváním nemocí a role, kterou nemoc v životě rodiny hraje, jsou stejně důležité, jako každodenní komunikace mezi členy rodiny a vzájemné uspokojování emocionálních a sociálních potřeb (24, str. 17).

4.3 S pacienty s psychickým onemocněním

Rozmluva s pacienty s psychickými poruchami je samozřejmou záležitostí specializovaných center, v nichž je adekvátní komunikace neodmyslitelnou součástí přípravy veškerého ošetřujícího personálu. První kroky psychicky labilních pacientů vedou obvykle nejprve k praktickému lékaři, který vážnou poruchu odhalí, a až poté je odesílá na příslušné místo. Obecnou zásadou, jíž se musí komunikace řídit, zůstává respekt k lidské důstojnosti, protože psychické onemocnění je ještě stále vnímáno jako něco, co člověku ubírá na jeho lidské důstojnosti. Ohleduplně přijímat psychicky labilní pacienty, poslouchat to, co říkají, a snažit se rozumět jim, ověřit si jejich sdělení. Zvýší-li se naše pozornost (vidíme a slyšíme pacienta), zvýší se i terapeutické výsledky a sníží se počet pochybných jednání (10, str. 65).

4.4 S lidmi s demencí, z geriatric

Sociální komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče, zvláště pak u pacientů ze skupiny seniorů. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela specifické dovednosti, které se následně odrážejí v kvalitě vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným člověkem. U starších lidí se mění základní psychické funkce, a to funkce: orientačně informační, regulační, adaptační. Sledujeme zhoršení poznávacích procesů, které jsou dány změnami smyslového vnímání. Následně se k tomu přidávají změny emotivity, paměti, představivosti a myšlení. Horší adaptace, maladaptace je důsledkem změněných schopností a dovedností staršího člověka. U nemocných nad 65 let bychom měli počítat i s možnou demencí, která neumožňuje trvalejší uchování informací. Aby komunikace mohla začít probíhat a plnit svůj smysl, musí být obě komunikační strany schopny tří základních duševních operací: vnímat, ohodnotit, uchovat a předat (33). Ve vztahu ke starému a nemocnému člověku prochází etické schéma

každého zdravotníka zatěžkávací zkouškou. Oblast geriatrické péče je tématem, kterému je při vzdělávání sester věnována náležitá pozornost. Změny ve stáří, nepřizpůsobivost, nedůvěra a hašteřivost komplikují ošetřování geriatricky nemocných. Právě sestra by měla pomoci starému člověku pochopit, co se kolem něj děje. Srozumitelným a přiměřeným způsobem s ním komunikovat, být trpělivá a empatická. Komunikace se starým člověkem musí být velmi jednoduchá, bez cizích slov, dostatečně hlasitá při poruchách sluchu, s využitím neverbálních technik a opakovaná při neúspěchu. V kontaktu se seniory dbáme o zachování jejich důstojnosti, vykáme jim a oslovujeme je příjmením (8, str. 244).

Lidé s demencí potřebují naši pomoc, protože při rozvinuté formě nemoci nejsou schopni vykonávat ani běžné denní činnosti a jejich nesoběstačnost vede k trvalé závislosti na druhých lidech (19, str. 48). Syndrom demence přináší poruchu řeči i porozumění řeči a dalších kognitivních funkcí. Dochází ke ztrátě paměti, snížení pozornosti, k poruchám orientace v čase a prostoru, různým poruchám motoriky, ale také ke snížení úsudku a vhledu. Obecně vzato, kvalita vztahu a komunikace závisí především na pečujícím, protože v podstatě každý kontakt s klientem s poruchou paměti je pro něj nový (18, str. 115). To je důvod, proč je nutné komunikovat s příbuznými. V komunikaci s pacientem se syndromem demence se snažíme vždy zjistit pokročilost demence, zjišťujeme, čemu pacient rozumí a čemu již nikoliv, a to nejprve rozhovorem s ním, poté s ošetřujícím rodinným příslušníkem či s doprovázejícím pracovníkem příslušného zařízení (kde je dotýčný v péči). I zde bychom se měli vyvarovat hovorů „o něm“ a přesto v jeho přítomnosti, protože je to právě pacient, s kým bychom měli komunikovat především. (8, str. 196). K pacientům s demencí je třeba přistupovat trpělivě, trvale reflektovat jejich stav, snažit se pátrat po tom, co potřebují a co si přejí, být pozorný, trpělivý, empatický. V každém případě je třeba se chovat tak, abychom pacienta neurazili a abychom vždy respektovali jeho lidskou důstojnost (20, str. 108). Komunikační problém může bránit vytvoření fungujícího nového vztahu mezi profesionálními pečovateli a jejich svěřenci, postiženými kognitivní poruchou. Je mimořádně důležité, aby v průběhu nemoci byla s postiženou osobou udržována co nejlepší komunikace, pečovatel musí rozumět povaze komunikační bariéry (21, str. 123).

4.5 S pacienty se smyslovým postižením

Pacienti se smyslovým postižením jsou nevidomí, neslyšící a pacienti hluchoslepí. Nutná vzájemná komunikace mezi nevidomými pacienty a zdravotnickým personálem není bez problémů. Jak zdravotnický personál, tak sami pacienti potvrzují problémy ve vzájemném styku. Národní rada zdravotně postižených formulovala nejdůležitější zásady pro zlepšení komunikace – „Desaterem pro jednání s pacienty tělesně, zrakově a sluchově postiženými“.

Národní rada zdravotně postižených přistoupila k dlouhodobým opatřením ve spolupráci s organizacemi zdravotně postižených a to formulací čtyř kroků:

1. Stanovila základní zásady (desatera) komunikace s jednotlivými skupinami zdravotně postižených, které se šíří mediálně.
2. Požaduje včlenit do odborné přípravy zdravotníků všech typů nácvik komunikačních dovedností.
3. Chce zvýšit informovanost postižených pacientů (mají právo na ohleduplné zacházení a na informace) a docílit jejich asertivního chování ve zdravotnických zařízeních.
4. Nakonec postupně, úpravou znění zákonů o zdravotní péči, o celoživotním vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví atd., docílit profesionálního přístupu k těmto pacientům (10, str. 80).

Při komunikaci s pacienty se smyslovým postižením platí stejná pravidla jako pro všechny ostatní pacienty, jen si je třeba uvědomit, že máme před sebou člověka, který vnímá svět trochu jinak než my. Zmíněné se projevuje i v komunikaci. Z obecných zásad pro komunikaci s postiženými pacienty vybírám: volíme takovou komunikaci, která adekvátně odpovídá pacientovu postižení. Mluvíme směrem k pacientovi, i když má doprovod. Pokud to lze, umožníme postiženému, aby jinými smysly poznával prostředí. Nemocného nelitujeme, snižujeme tím jeho psychický komfort (10, str. 77).

Je toho mnohem více, co by bylo možné uvést, ale myslím, že pokud jsme dobrými pozorovateli, ptáme se, informujeme a respektujeme tyto pacienty, stejně jako všechny ostatní, s kterými se každý den setkáváme, je tento postup správným základem.

4.6 S agresivními a násilnými pacienty, při konfliktu

Pro všeobecné sestry je v získávání znalostí a dovedností v komunikaci s agresivním pacientem nutná sociální zralost sestry. Agresivní chování pacientů zahrnuje celou škálu projevů. Hostilní, ironická a chladná komunikace může být počátkem. Pro sestru je důležité včas identifikovat spouštěcí situaci, aby se jí mohla vyhnout. Mezi nejčastější spouštěče agresivního chování patří pocit ohrožení a strachu, intenzivní bolest, prožitky křivdy a nespravedlnosti, zklamané očekávání, nepřiměřená zátěž (čekání, opakované dotazy), ponížení, zesměšnění, bezmoc, pocit viny a hledání viníka. Slovní napadení je velmi zatěžující a stresující situace pro celý zdravotnický tým. Verbální konflikt vyžaduje od sestry profesionální chování, které je nutné získat školením a tréninkem. Nejpodstatnější je zachovat klid a respektovat normy společenského chování. Neodpovídat na agresi, pokusit se najít příčinu agresivní reakce a vést dále komunikaci s akceptací a popisem včetně vyjádření vlastních pocitů. Sestra nehodnotí chování pacienta ani jej za jeho chování neodsuzuje. Pokud je to možné, vyhoví pacientovi, případně klidně vysvětlí důvody, proč to není možné. V případě, že se komunikace s agresivním pacientem nedaří, je nutné, aby sestra včas zavolala pomoc (8, str. 244).

Každý jsme jiný, nemocný i zdravotník, individualita se projevuje v našem chování, postojích a to vše se odráží v nejrůznějších, obzvláště ve vypjatých situacích. Nic není opakovatelné, každý prožitek je nový, odlišný od předchozího. Zkušenost v jednání s agresivními pacienty se nezapomíná. Slovní urážka dokáže zanechat hlubokou ránu na duši stejně jako fyzický úraz na těle. Mnohé se praxí naučíme, pochopíme, posuneme se dál. Důležité je o nepříjemné situaci mluvit a zhodnotit náš postup s někým dalším, abychom si uvědomili případné nedostatky v jednání.

4.7 Při bolesti, když působíme pacientovi bolest

Bolest je projevem poruchy zdraví. Sledování bolesti a komunikace s pacientem s bolestí je kladena mezi priority ošetrovatelské péče. Sestry využívají v komunikaci s pacienty- jak s dospělými, tak s dětmi- různé měřící škály. Pro měření intenzity bolesti u dětí a seniorů používají sestry vizuální analogové škály. Pro měření intenzity bolesti u dětí jsou využívány obrázky.

Sestry jsou také připraveny využít znalostí v oblasti nefarmakologického tišení bolesti, využívání fyzikální terapie, bazální stimulace a dalších metod (8, str. 243). Každý z nás má jiný práh bolestivosti, jinak bolest vnímáme, jinak k ní přistupujeme. Ve vnímání bolesti se odráží naše psychika, jde o subjektivní prožitek, který je ovlivněn intenzitou uvědomování si bolesti. Důležité je, abychom pacientovi bolest věřili, nezpochybňovali jí a hledali způsoby, jak bolest utlumit. Z praxe se domnívám, že je důležitý především zájem, pochopení, vysvětlení a následné hledání pomoci ze strany zdravotníků. Ve zdravotnictví je mnoho nepříjemných, diagnostických i terapeutických výkonů, které se lépe snáší, když jsme seznámeni s tím, co výkon obnáší, jsme dostatečně a přiměřeně informováni.

4.8 Při předávání informací

Pokud je sestra povinna informovat pacienta z hlediska své způsobilosti, je povinna sdělit informace týkající se poskytování péče, ke které je oprávněna. Aplikuje léčivé prostředky, informuje pacienta o způsobu jejich užívání, jak se má pacient vyvarovat nebo zmírnit vedlejší příznaky, o rizicích spojeným s konkrétní aplikační metodou apod. (8, str. 458).

Při předávání informací je potřeba mít na pacienta dostatek času, nespěchat, srozumitelně a stručně předávat důležité informace. Ústní podání doplnit předáním písemných materiálů, aby pacient mohl dohledat podstatné informace. V závěru informace shrnout, zopakovat a především dotazem zjistit, zda nás pacient správně pochopil. Pokud má pacient doprovod a přeje si, aby byl s ním u předávání informací, měli bychom mu toto přání splnit. Jistě se cítí lépe ve společnosti někoho, koho zná a důvěřuje mu. Pacient není tak napjatý a lépe vnímá všechny podstatné informace.

5. Komunikační prostředí firmy

Pro dobrou a účelnou komunikaci v týmu je jasná vnitřní hierarchizace činností jednotlivých pomáhajících profesí nezbytná a určují ji kompetence navázané na příslušné vzdělání. Praktická komunikace mezi jednotlivými pracovníky se pak zpravidla řídí znalostmi tzv. komunikace malých skupin. Bez ohledu na vzájemné sympatie, případně skrývané nebo neskrývané antipatie, je

důležité, aby se každý člen ošetřujícího týmu „cítil jako součást skupiny a podřídil své vlastní preference pro dobro a účel skupiny. To by ovšem neměl být ve zdravotnictví problém, protože společnou a preferovanou hodnotou je dobro každého nemocného, které je samozřejmě hlavním motivem i vzájemné profesní komunikace (8, str. 308).

Organizační kulturu lze definovat jako skupinu jedinců, kteří sdílejí cíle, zájmy, charakteristiky. Tito jedinci vytvářejí svou vlastní filozofii, zaujmají stejné postoje, ctí tytéž hodnoty. Sdílejí stejné pracovní prostředí nebo podmínky k práci. Organizační kultura je součástí každého zdravotnického zařízení. Důležitými součástmi organizační jsou komunikace, úroveň týmové spolupráce, mezilidské vztahy uvnitř skupiny, styl vedení nebo motivace členů pracovní skupiny. (39)

Firemní komunikace je síť (komunikační síť, síť kontaktů), která umožňuje nejen spolupráci, ale dokonce samotnou existenci organizace. Organizace ovlivňuje přirozenost komunikace, ať už v pozitivním nebo negativním smyslu. Kontext podnikového prostředí, podniková kultura a etika jsou úzce spjaty se způsoby komunikace (1, str. 214).

Podnikovou komunikaci lze označit za funkční, pokud splňuje následující podmínky:

1. Zaměstnanci znají podnikové cíle a jsou seznamováni s jejich případnými změnami, jsou také seznamováni s názory vedení k aktuálním záležitostem.
2. V podniku jsou podporovány formální a pracovní vztahy.
3. Jsou posilovány pozitivní vztahy a postoje.
4. Nadřízení znají pracovní potenciál a možnosti jednotlivců svého týmu.
5. Nadřízení znají kompetence jednotlivců svého týmu.
6. Každý jednotlivec zná cíle a záměry svého týmu.
7. Každý pracovník ví, co má dělat.
8. Nezbytné je poskytování zpětné vazby na všech úrovních.
9. Při spolupráci se očekává vzájemná informovanost.
10. Nezbytná je loajalita a identifikace pracovníka.

Je známo, že komunikaci ovlivňuje prostředí, ve kterém komunikujeme. Jinak se chováme v prostředí, kde se cítíme dobře, kde vnímáme, že jsme vítáni a nacházíme pochopení. Prostorů přizpůsobujeme způsob komunikace. Jinou

konverzaci volíme v domácím prostředí, mezi lidmi, které známe a jinak komunikujeme na úřadech, v institucích, v ústavech a zdravotnickém zařízení.

Každé pracoviště má své komunikační zvyklosti, svoji kulturu projevu. Z mého pohledu záleží na vedení společnosti, které určuje, jak jsou nastavena základní komunikační pravidla mezi všemi pracovníky i ve vztahu k pacientovi, klientovi. Pracoviště, kterým na komunikaci s pacienty záleží, prověřují, jak komunikace probíhá, školí své zaměstnance, dbají na udržení standardizované úrovně v komunikaci, mají komunikační standard, etický kodex. Výše uvedené napomáhá ke zlepšení atmosféry na pracovišti. Učíme se tím vzájemně úctě, respektu, víme na koho se obrátit v případě problému. Pouze otevřeností, přímým jednáním a společnou snahou, lze něco změnit, poučit se z chyb a přijmout opatření, kterým zamezíme, aby se situace znovu opakovala.

II. Výzkumná část

6. Metodika výzkumné části

Při hledání výzkumných prací na stejné či podobné téma jsem nenašla práce, které by se zaměřily přímo na sebehodnocení sester v komunikačních dovednostech. Dohledala jsem šetření, která se věnují komunikaci sestry a pacient, sestry a lékař, nebo se věnují komunikaci obecně, popř. výuce. Z výběru uvádím šetření, která se obsahově věnují profesní přípravě v komunikačních dovednostech a aplikaci v praxi.

Autorky příspěvku na téma „Výuka komunikačních dovedností studentů zdravotnických oborů“ (TOMOVÁ, NIKODÉMOVÁ, HLAVÁČOVÁ, 2010, s. 77-99) předkládají postřehy a odlišnosti ve vnímání výuky komunikace a komunikačních dovedností v oborech bakalářského (Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství) a magisterského studia (Všeobecné lékařství). Na konci výukového období byla mezi studenty provedena prostřednictvím dotazníkového šetření průzkumná sonda. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otevřených otázek. Uvádím data, která jsou pro další rozvoj metodiky předmětu zajímavá. Dle názorů studentů v kategorii obsahové náplně byla nejvíce přínosná témata asertivity, nácviku asertivního jednání, sebezprezentace a komunikace s handicapovanými pacienty. V kategorii metodiky výuky označili studenti bakalářského programu za ne zcela vyhovující ty metody, kde byla vyžadována pozornost, rychlé myšlenkové operace, soustředěnost, hledání slovního vyjádření a stud před kolegy. V kategorii doporučení uvedli studenti převážně požadavek na větší hodinové dotace a zařazení výuky do dopoledních hodin. V kategorii sebehodnocení vývoje komunikačních dovedností před a po výuce předmětu se průměrná hodnota bodu zvýšila o 2 stupně desetibodové škály.

Hlavním cílem práce „Komunikační dovednosti sester“ (TALIÁNOVÁ, ŘEŘUCHOVÁ, 2011, s. 30-31) bylo zjistit, zda sestry byly v průběhu kvalifikačního vzdělávání dostatečně vybaveny komunikačními dovednostmi. V dílčích cílech bylo šetření zaměřeno na to, jak sestry hodnotí svoje komunikační dovednosti u pacientů určitými vybranými onemocněními a obecně

v čem spatřují největší úskalí komunikace s pacienty. Soubor tvořilo 152 sester z Pardubického a Královéhradeckého kraje, které působí na lůžkových, ambulantních a terénních zdravotnických zařízeních. Při výzkumném šetření bylo zjišťováno, do jaké míry byly sestry vybaveny komunikačními dovednostmi v průběhu kvalifikačního vzdělávání. Sestry, absolventky SZŠ s délkou praxe 20 let a více, si mohly důvodně stěžovat na nižší vybavenost komunikačními dovednostmi na školách, kde studovaly. Obecně nejlépe si sestry poradí při komunikaci s pacienty trpícími bolestí, naopak obtížná se jeví komunikace s pacienty pod vlivem návykových látek či pacientů s agresí. Absolventky VŠ a VOŠ hodnotí své komunikační dovednosti lépe než absolventky SZŠ. Z výsledků šetření dále vyplývá, že 48 sester (31 %) vidí jako největší problém nedostatek času. Na druhém místě volilo 36 sester (24 %) zdravotní stav pacienta. Pořadí na dalších místech bylo dle odpovědí sester seřazeno následovně: nechuť pacienta spolupracovat, neochota sester, konflikt s rodinou, jazyková bariéra či rozdílnost názorů na péči. Oslovené byly dotazovány, zda komunikaci vnímají jako prioritu ošetrovatelské péče, ano odpovědělo 53 (34, 9 %), spíše ano 99 (65, 1 %). Celkové šetření potvrdilo opodstatněnost zavedení předmětu Komunikace do studijních plánů vyšších odborných a vysokých škol zdravotnického zaměření.

V posledním českém příspěvku „Komunikace jako sociální dovednost sester“ (TALIÁNOVÁ, ŘEŘUCHOVÁ, 2011, s. 663-668) jsou v průzkumném šetření uvedeny výsledky vztahující se k postoji sester k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace, k preferenci typu komunikace, komunikačnímu ostychu a využívání kompenzačních pomůcek usnadňující komunikaci. Osloveny byly sestry působící v pardubickém regionu a to jak v ambulantní a nemocniční péči, tak i v terénní péči. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu měsíce srpna a září 2010. Zpracováno bylo 148 dotazníků a 4 musely být pro neúplnost vyřazeny. Z výsledků 71 (48 %) respondentek hodnotí svoji profesní přípravu v oblasti komunikačních dovedností kladně a 77 (52 %) respondentek spíše negativně. V otázce postoje sester k dalšímu vzdělávání vyplynulo, že většina respondentek je ochotna se nadále vzdělávat. Z otázky preference typu komunikace dle vzdělání vyplynulo, že sestry se středoškolským vzděláním preferují variantu verbální komunikace, kdežto sestry s vyšším či vysokoškolským vzděláním se přiklábělo

k variantě, nerozlišují. V dotazu využívání pomůcek usnadňující komunikaci bylo zjištěno, že pouze 25 (23,7 %) všech oslovených sester tyto pomůcky užívá. S komunikačním ostychem má problém přibližně 27 (26,3 %) sester. V otázce názorů sester na obecné nedostatky související s komunikací s pacientem bylo zjištěno, že 44 (30 %) sester vidí jako největší problém nedostatečnou empatii, na druhém místě se shodně s 24 (16 %) umístily neverbální dovednosti sester a zhoršené sebeovládání ze strany klientů, dále pak neschopnost srozumitelně vysvětlit klientovi danou situaci, naslouchání, trpělivost. Současně 12 (8 %) sester je přesvědčeno, že žádné problémy nemají.

Závěrem lze konstatovat, že citlivě a poučeně vedená komunikace tvoří podstatnou složku v životě člověka vůbec a co se týká zdravotnického personálu, platí to několikanásobně. Zdravotníci mají o to víc ztíženou situaci, že musí komunikovat s lidmi různých věkových kategorií, různých onemocnění a v neposlední řadě různých kulturních a sociálních zvyklostí i různých etnik. Celkově lze kladně ohodnotit skutečnost, že vzdělávací systém poskytuje kvalitnější přípravu v oblasti komunikace, a toto se navíc setkává s ochotou zdravotníků vzdělávání uplatňovat v praxi.

Ze zahraničních studií jsem vybrala „Communication with patients and colleagues“ (NØRGAARD, B. 2011), kde cílem bylo zjistit, vliv školení v oblasti komunikačních dovedností pro odborníky ve zdravotnictví. Snahou studie je prošetřit, zda tréninkový kurz v komunikaci pro zdravotnické profesionály může zlepšit:

1. Sebedůvěru zdravotníků v komunikaci s pacienty a kolegy.
2. Hodnocení zdravotníků v mezi kolegiální komunikaci.
3. Hodnocení pacientů ve spokojenosti s péčí.

Studie byla provedena na oddělení ortopedické chirurgie, do studie bylo zahrnuto 181 zdravotníků, 177 zdravotníků dotazník vyplnilo. Intervenční studie ukazuje výchozí měření a měření po intervenci. Intervencí byl trénink komunikačních dovedností, interní kurz u všech zdravotnických pracovníků na oddělení. Účinek byl měřen částečně odborníky z oblasti zdravotní péče a částečně pacienty hodnocením spokojenosti. Data byla sbírána formou dotazníků a dále byly zkoumány skupinové rozhovory se zdravotnickými odborníky.

Dotazníky byly vyplňovány před zahájením kurzu, v průběhu, na konci a půl roku poté. Odborníci z oblasti zdravotní péče vyhodnotili, že se výrazně zvýšila kvalita a sebejistota zdravotníků v komunikaci a to jak s pacienty, tak i s kolegy. Účinek byl stále přítomen šest měsíců po kurzu. Sami zdravotníci zhodnotili své komunikační schopnosti jako výrazně lepší po skončení kurzu. Obecně se cítili zkušenější a měli lepší kontrolu nad rozhovorem s pacientem, větší důvěru v komunikaci, zlepšily se vztahy mezi kolegy. Navíc studie ukázala významné zvýšení spokojenosti pacientů, co se týče jejich informovanosti a kontinuity péče po školení pro odborníky ve zdravotnictví.

Ve druhé zahraniční studii na téma „Nurses' perceptions of Communication Training in the ICU“, jak zdravotní sestry vnímají nutnost tréninku komunikace na jednotce intenzivní péče (RADTKE JV, TAVE JA, HAPP MB, 2012, 16-25), popisují zkušenosti a postřehy sester účastnících se studie komunikačních intervencí (výcvik a komunikační nástroje) pro nemluvící pacienty nebo kriticky nemocné. Šetření probíhalo prostřednictvím rozhovoru ve skupině a dále individuálně se šesti sestrami z jednotky intenzivní péče. Místem výzkumu byly dvě jednotky intenzivní péče v rámci jednoho, velkého, metropolitního zdravotnického centra v západní Pensylvánii, Spojené státy americké. Bylo identifikováno šest hlavních kategorií:

1. komunikační hodnota a vnímané kompetence, 2. komunikační záměr, 3. přínos odborné přípravy, 4. překážky v realizaci, 5. preference a využití strategií, 6. vedení a následování.

V první fázi sestry nedostaly žádné školení. Ve druhé fázi pracovaly pod vedením logopeda, který je trénoval v alternativní a augmentativní komunikaci (AAC). Techniky se zakládají na známých, intuitivních komunikačních postupech, včetně psaní, výslovnosti a gestikulaci. Například pacientům s tracheotomií je ukázána tabulka s abecedou a jsou požádáni ukázat na počínající písmeno zamýšleného slova jako podpora přesného odezírání. Ve třetí fázi sestry dostávaly další instrukce a používaly speciální, kompenzační pomůcky jako jsou elektronická komunikační zařízení, včetně elektro- laryngu, zesilovací pomůcky pro sluchově postižené.

Skupinové rozhovory byly vedené moderátorem, společně hodnotili zkušenosti. Jednání bylo zvukově zaznamenáno a přepsáno. Školení bylo sestrami obecně dobře přijaté, zaznamenali velký benefit ve zvýšení jejich schopnosti a sebedůvěry v komunikaci s pacienty na jednotce intenzivní péče. Naučené techniky byly oblíbené, využívané, časově úsporné a účinné i pro pacienty.

Při zpracování výzkumné části jsem čerpala srovnání z dotazníkového šetření České asociace sester, které se věnovalo aktuálním pracovním podmínkám zdravotníků v České republice v roce 2013 (38).

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého šetření bylo seskupit informace o sebehodnocení sester v komunikačních dovednostech. Zajímalo mě, jaké vzdělávací metody v oblasti komunikačních dovedností sestry upřednostňují, které komunikační cíle jsou pro sestry náročné, v kterých komunikačních situacích se sestrám daří a naopak co je trápí. Vytvořila jsem následující výzkumné otázky.

Otázka číslo 1.:

Které vzdělávací metody v komunikačních dovednostech sestry upřednostňují?

Otázka číslo 2.:

Které komunikační cíle jsou pro sestry náročné?

Otázka číslo 3.:

Ve kterých komunikačních situacích se sestrám daří a které jim dělají potíže?

Otázka číslo 4.:

Pomáhá existence komunikačního standardu zlepšit atmosféru na pracovišti?

6.2 Časový harmonogram

Přípravná fáze výzkumného šetření začala na podzim roku 2013. Po seskupení literatury, odborných článků a výzkumů jsem začala vytvářet dotazník. V rámci pilotního šetření jsem dotazník rozdala 8 kolegyním ve svém zaměstnání (Gemini oční centrum a.s. v Průhonicích), abych zjistila, zda správně formulují otázky a získám přínosné informace pro svoji práci. Zjistila jsem, jak je těžké napsat otázky, které by zmapovaly zvolenou problematiku. Otázky byly původně formulovány více obecně a nepřinášely odpovědi, které jsem potřebovala získat

pro svoji práci. Dotazník jsem opakovaně přepracovávala, než dosáhl konečné podoby. Po získání ústního svolení vedoucích pracovníků k distribuci, byl dotazník 12. března 2014 rozeslán na pracovišti Gemini oční centrum a.s. Na druhém pracovišti, Poliklinika Budějovická Praha 4, jsem telefonické svolení k rozeslání dotazníku získala později a sběr dat začal 21. března 2014. Dotazníkové šetření probíhalo od 12. března do 1. května 2014.

6.3 Metodika výzkumu

Dobrá spolupráce se dvěma poskytovateli zdravotních služeb, a tedy snadná možnost oslovit dostatečné množství respondentů vytvořily předpoklady pro realizaci kvantitativního výzkumu (35, str. 19). Jako optimální technika sběru dat byl zvolen strukturovaný dotazník, který byl vytvořen v elektronické podobě v Google Docs a obsahoval celkem 25. otázek. Otázky byly uzavřené, dále polytomické, respondentům byl nabídnut výběr z několika alternativ. Rovněž byly využity hodnotící škály (36, str. 50).

V první části dotazníku byly seskupeny základní informace o respondentovi:

1. Věk
2. Pohlaví
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
4. Délka praxe

V druhé části se nacházely informace o dalším vzdělávání sester:

5. Účast sester na školení, četnost
6. Nejúčinnější formy vzdělávání
7. Přínos pro komunikační dovednosti
8. Využití komunikačních technik

Třetí část dotazníku byla věnována okolnostem, které se projevují v komunikaci:

9. Interní, osobní bariéry
10. Externí bariéry
11. Náročné komunikační cíle

12. Deformované chování
13. Vybrané okolnosti

Čtvrtá část dotazníku byla zaměřena na sebehodnocení sester při komunikaci s:

14. Pacientem v čekárně
15. Rodinnými příslušníky
16. Pacienty s psychotickým onemocněním
17. Lidmi s demencí
18. Pacienty se smyslovým postižením
19. Agresivními a násilnými pacienty
20. Konfliktními pacienty
21. Pacienty, kterým působíme bolest
22. Pacienty, kterým předáváme informace

Do závěrečné části dotazníku byly zařazeny otázky o pracovišti:

23. Existence komunikačního standardu
24. Zájem pracoviště
25. Atmosféra pracoviště

6.4 Výběr vzorku

Výběr vzorku byl záměrný a úplný (36, str. 35), pro šetření byly osloveny všechny sestry v ambulantním provozu ve dvou organizacích. V rámci společnosti Gemini oční centrum a.s. byly osloveny oftalmologické sestry. Po domluvě a s ústním svolením hlavní sestry, která pracuje v Gemini oční centrum a.s. ve Zlíně, bylo výzkumné šetření prováděno mezi všemi sestry této společnosti. Pobočky společnosti Gemini oční centrum a.s. jsou mimo již uvedeného města Zlín, v Ostravě, v Brně, v Českých Budějovicích, v Praze 4- Krči, v Praze- Průhonicích a ve Vídni. Celkem bylo v této společnosti elektronickou cestou kontaktováno 85 sester.

Druhým zařízením, které jsem si pro výzkumné šetření vybrala, byla Poliklinika Budějovická na Praze 4 společnosti MEDICON a.s., nestátní zdravotnické zařízení. Po telefonické a mailové domluvě se sekretářkou hlavní sestry, byly dotazníky rozeslány elektronickou poštou 100 ambulantním sestřám

na zmíněné poliklinice. Oslovené sestry pracují v ordinacích alergologie a klinické imunologie, angiologie, chirurgie, dětské endokrinologie, dětské neurologie, dětských praktických lékařů, diabetologie, endokrinologie, foniatrie, gastroenterologie, geriatric, gynekologie, interny, praktických lékařů, kardiologie, dermatologie, nefrologie, neurologie, ORL, ortopedie, parodontologie, plicního oddělení, oddělení radiodiagnostického, revmatologie, stomatochirurgie, stomatologie, urologie. Další sestry pracují v úseku laboratoří- odběrové sestry, v systému individualizované prevence (SYSIP), na oddělení individuálního programu péče. Na poliklinice pracují i sestry edukační.

Souhrnný vzorek respondentů tvořil 185 sester, z tohoto počtu odpověď zaslalo 80 sester, 2 dotazníky musely být vyřazeny, protože byly prázdné. Celková návratnost tedy byla 43%, což lze považovat za přijatelné z hlediska reprezentativnosti vybraného vzorku. Celý soubor tedy tvoří 78 respondentů. V určitých úsecích dotazníku chyběly některé odpovědi, nicméně jsem je pro celkové zhodnocení ponechala, protože jsem je viděla jako přínosné. Tato část se týkala především sebehodnocení. Dost možná z důvodu velkého množství otázek, mohly být některé otázky respondenty přehlédnuty a nezáměrně vynechány. Při zpracování tabulek a grafů jsem využila programu Google Docs a Microsoft Excel. Získaná data z tohoto výběrového souboru jsem statisticky zpracovala, abych mohla odpovědět na výzkumné otázky.

6.5 Zpracování údajů

Tabulka č. 1: Věk

19-26 let	11	14 %
27-35 let	20	26 %
36-45 let	24	31 %
46-55 let	14	18 %
56 let a více	9	11 %
Celkem	78	100%

Oslovená skupina sester byla rozdělena podle věku do pěti kategorií. První kategorií tvořily sestry ve věku 19-25 let, tzn. 11 (14%) sester. Druhou kategorií byly sestry ve věku 27-35 let, tzn. 20 (26%) sester. Ve třetí kategorii najdeme sestry ve věku 36-45 let, tzn. 24 (31%) sester. Tato skupina byla nejpočetnější. Čtvrtou kategorií zastupují sestry ve věku 46-55 let, tzn. 14 (18%) sester. Poslední, pátou skupinu, reprezentují sestry ve věku 56 let a více, tzn. 9 (12%) sester.

Tabulka č. 2: Pohlaví

žena	76	97 %
muž	2	3 %
Celkem	78	100%

Ve druhé otázce se zaměřuji na pohlaví. V rámci šetření odpovídalo 76 (97%) žen a 2 (3%) muži.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Střední odborné s maturitou	52	67 %
Vyšší odborné	5	6 %
Vysokoškolské	11	14 %
Postgraduální	10	13 %
Celkem	78	100%

Třetí otázka se věnuje nejvyššímu dosaženému vzdělání. Nejpočetnější skupinu, celkem 52 (67%) tvořily sestry se středním odborným vzděláním s maturitou. Vyšší odborné vzdělání mělo 5 (6%) sester. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 11 (14%) dotázaných sester. Postgraduální vzdělání uvedlo 10 (13%) sester.

Tabulka č. 4: Délka praxe

do 2 let	9	11 %
2-5 let	10	13 %
6-10 let	10	13 %
11-20 let	22	28 %
21 let a více	27	35 %
Celkem	78	100%

V čtvrté otázce bylo zmapováno, jakou mají oslovené sestry praxi. Bylo vytvořeno pět skupin. První, nejmenší skupina měla praxi do 2 let, tvořilo jí 9 (12%) sester. Druhá skupina uvádí praxi 2-5 let, zde je uvedeno 10 (13%) sester. Stejně početná je i třetí skupina s délkou praxe 6-10 let, opět 10 (13%) sester. Čtvrtou skupinu, s praxí v rozmezí 11-20 let označilo 22 (28%) sester. Nejpočetnější skupinou, pátou, byly sestry s praxí 21 let a více, 27 (35%) sester.

Tabulka č. 5: Účast sester na školení, četnost

neškolen/a	17	22 %
1 krát	16	20 %
2 krát	21	27 %
3 krát	10	13 %
4 krát a více	14	18 %
Celkem	78	100%

Tato otázka nám zobrazuje účast sester v dalším vzdělávání v komunikačních dovednostech. Poměrně početná je první skupina, neškolen/a, kterou uvedlo 17 (22%) sester. Celkem 16 (21%) sester bylo dle přehledu proškolen 1 krát. Následuje skupina 21 (27%) sester, která byla nejuváděnější, v ní byly sestry proškolené 2 krát. Ve čtvrté skupině byly sestry, které se školily 3 krát a více. Tuto skupinu tvořilo 10 (13%) sester. Poslední skupinu tvořilo 14 (18%) sester, které byly proškoleny 4 krát a více.

Tabulka č. 6: Nejúčinnější formy vzdělávání

krátkodobá školení	59	44 %
výcviky	29	22 %
supervize	11	8 %
četba odborné literatury	34	26 %
Celkem	Nelze sčítat	Nelze sčítat

V této otázce mohly sestry volit více odpovědí.

V rámci otázky číslo 6. se dovídáme, která školení vnímají sestry pro sebe jako nejúčinnější. V této otázce mohly sestry volit více odpovědí, proto je součet vyšší než počet respondentů. Krátkodobá školení považuje za nejúčinnější formu více než tři čtvrtiny sester 59, tj. (75,6%) sester. Výcviky zvolilo 29 sester. Supervizi oceňuje jako účinnou metodu 11 sester. Četbu odborné literatury považuje za efektivní způsob 34 sester.

Tabulka č 7: Přínos pro komunikační dovednosti

výuka komunikace v průběhu studia na střední nebo vysoké škole	19	
školení v komunikaci	24	
praxe, komunikační kultura na některém z mých pracovišť	50	64,1 %
nic z uvedeného (mám vlastní komunikační vzory, komunikuji tak, jak si myslím, že je to správné)	9	11%
Celkem	Nelze uvést	Nelze uvést

Možnost volby více odpovědí.

Uvedené varianty odpovědí mapují přínos pro komunikační dovednosti sester. Výuka v průběhu studia označilo 19 sester, školení v komunikaci vybralo 24 sester, nejpočetnější skupinou je praxe, komunikační kultura pracoviště uvedlo 50 sester, poslední variantu využilo 9 sester. Odpovědi jsou zajímavé. Ukazují, že téměř dvě třetiny sester oceňují jako nejpřínosnější pro své komunikační dovednosti své zkušenosti, praxi (64%). Více než 10% sester komunikuje zcela podle toho, jak jim to vyhovuje.

Tabulka č. 8: Využití komunikačních technik

ano, snažím se o to	55	71 %
ano, ale nedaří se mi to	3	4 %
ne, komunikuji přirozeně, žádné nové komunikační techniky nepotřebuji	18	22 %
ne, žádná školení mi nepomohou, nové komunikační techniky nedokážu použít	2	3 %
Celkem	78	100%

Otázka číslo 8 uvádí využití komunikačních technik v praxi. Zdá se, že pro většinu sester jsou opravdu školení užitečná, snaží se získané poznatky používat v praxi. První odpověď označilo 55 (71%) sester. Druhou odpověď zvolily pouze 3 (4%) sestry. Třetí možnost využilo 18 (22%) sester. Poslední volbu volily 2 (3%) sestry. Výsledky nám ukazují, že 25%, čtvrtina sester (součtem třetí a čtvrté odpovědi) nevyužívá komunikační techniky.

Tabulka č. 9: Interní, osobní bariéry

moje fyzická kondice a můj zdravotní stav	6	8 %
problémy v osobním životě, brání mi aktivně naslouchat pacientovi	4	5 %
nesympatie vůči pacientovi pro jeho vzhled, pach, znečištění	12	16 %
nedovedu se ubránit tomu, abych lidem neskákal/a do řeči	6	8 %
mám obavy z neúspěchu, ze selhání	10	14 %
nic z uvedeného (žádné osobní bariéry mi nebrání v dobré komunikaci)	35	48 %
Celkem odpovědí	73	99%
Celkem respondentů	68	

Možnost volby více odpovědí.

V této otázce neodpověděli všichni respondenti, celkem 10 respondentů nevolilo žádnou odpověď. Z těch, kteří odpověděli největší část, téměř polovina, nepocítují žádné vnitřní bariéry (35 sester). Pokud uvedly vnitřní bariéry, byly to nejčastěji nesympatie vůči pacientovi, tuto možnost volilo 12 sester, dále obavy, které označilo 10 sester. Stejný počet je u dvou odpovědí, 6 sester, zmínilo jako vnitřní bariéru svůj zdravotní stav a dále skákání lidem do řeči. Výsledky nám ukazují, že nejméně z osobních bariér do komunikace zasahují problémy v osobním životě, tuto variantu označily 4 sestry.

Tabulka č. 10: Externí bariéry

vyrušování někým třetím	51	33 %
hluk	19	12 %
nadměrná administrativa	29	19 %
telefonáty	34	22 %
nevhodné zacházení ze strany nadřízených	6	4 %
skupinový tlak, normy chování k pacientům uplatňované v pracovním kolektivu	8	5 %
špatná organizace práce	7	5 %
Celkem odpovědí	154	100%

Možnost volby více odpovědí.

Tato otázka uvádí některé vybrané externí bariéry, které mohou ovlivňovat komunikaci. Z počtu odpovědí, týkajících se překážek komunikace, je patrné, že jsou dvakrát vyšší u vnějších příčin než u vnitřních příčin. Největší potíže v komunikaci sestrám činí vyrušování někým třetím, tuto odpověď zvolilo 51 sester. Hluk označilo 19 sester, nadměrnou administrativu vnímá jako bariéru 29 sester, telefonáty 34 sester, nevhodné zacházení ze strany nadřízených 6 sester, skupinový tlak 8 sester a špatnou organizaci 7 sester.

Tabulka č. 11: Náročné komunikační cíle

pacienta pozitivně naladit, zbavit ho strachu	24	20 %
získat si důvěru pacienta	7	6 %
pečovat o důstojnost pacienta (respekt, úcta)	3	3 %
motivovat pacienta ke spolupráci, v dodržování léčebného režimu	37	31 %
pomoci pacientovi získat sebedůvěru	27	23 %
propojit pacienta s lékařem	22	18 %
Celkem odpovědí	120	

Tato otázka měla více možných odpovědí.

Dle volených odpovědí je možné usoudit, že respondentkám na pacientech skutečně záleží. Jak tabulka ukazuje, první variantu, jak pacienta zbavit strachu, volilo 24 sester. Druhou volbu, získat si důvěru pacienta, označilo 7 sester. Třetí možnost, pečovat o důstojnost, uvedly 3 sestry. Motivovat pacienta ke spolupráci vnímá jako náročné 37 sester. Předposlední možnost, pomoci pacientovi získat sebedůvěru, zvolilo 27 sester, propojit pacienta s lékařem uvedlo 22 sester.

Tabulka č. 12: Deformované chování

baví se chováním pacienta, dělá poznámky, zvedá oči	35	18 %
neuznává, co pacient říká a cítí	12	6 %
spěchá, rychle předává informace, pacient nestačí chápat	50	26 %
k dospělému přistoupí jako k dítěti, používá zdrobněliny, dělá věci za něj	31	16 %
pacienta označí jako "nespolupracujícího", nezamýšlí se, co se za chováním skrývá	14	7 %
pacienta označí jako "dementního" a podle toho se k němu chová	17	9 %
ignoruje pacienta, nereaguje na jeho přání	32	17 %
Celkem	Nelze uvést	Nelze uvést

Možnost volby více odpovědí.

Tato otázka se zaměřuje na deformované projevy chování sester. První možnost, baví se chováním pacienta, byla uvedena u 35 sester. Odpověď, neuznává, co pacient říká, označilo 12 sester. Nejvíce odpovědí, celkem 50 sester, vnímá variantu „spěchá“. Další možná odpověď na otázku byla, že k dospělému se chová jako k dítěti, využilo jí 31 sester. Označení „nespolupracující“ uvedlo 14 sester. Výrok „dementní“ byl uveden u 17 sester a ignorování pacienta volilo 32 sester.

Tabulka č. 13: Vybrané okolnosti

moje pochybnosti o správné volbě povolání	0	0 %
moje nízká motivace k práci	0	0 %
stereotypní pracovní činnost	13	13 %
nedostatek času	52	50 %
únava	28	27 %
nedostatek spánku	10	10 %
špatné návyky- např. potřeba jít si zakouřit	1	1 %
Celkem	Nelze sčítat	Nelze sčítat

Možnost volby více odpovědí.

Otázka číslo 13. seskupila okolnosti, které ovlivňují komunikaci s pacientem. Neoznačené zůstaly varianty o pochybnosti volby povolání a nízké motivaci k práci, 13 sester uvedlo stereotypní činnost. Nedostatek času byl volen nejvíce, 52 sester. Únavu vybralo 28 sester a nedostatek spánku 10 sester. Špatné návyky, kouření, zvolil 1 respondent.

Následující otázky 14. – 22. se zaměřily na sebehodnocení sester ve vybraných komunikačních dovednostech. Zvolené odpovědi byly uváděny na škále v rozsahu od 1 (daří se mi) do 5 (nedaří se mi vůbec). Respondenti měli známkovat jako ve škole. V této části dotazníku nebyly některé odpovědi zodpovězeny, poznatek je uvedený u jednotlivých odpovědí.

Tabulka č. 14: Komunikace s pacientem v čekárně

1	45	58 %
2	28	36 %
3	3	4 %
4	1	1 %
5	0	0 %
	77	99%

Jedničku volilo 45 sester, dvojku označilo 28 sester, trojku vybraly 3 sestry, čtyřku uvedla 1 sestra. Celkem 77 (99%) sester. Průměrná známka v rámci uvedeného hodnocení je 1,4. U této otázky neodpověděl jeden respondent.

Tabulka č. 15: Komunikace s rodinnými příslušníky

1	45	57 %
2	28	36 %
3	2	3 %
4	1	1 %
5	0	0 %
	76	97%

V rámci této otázky neodpověděli 2 respondenti. Průměrná známka vychází jako u předchozí odpovědi 1,4. Nejčastější volenou známkou byla jednička, kterou označilo 45 (36%) sester.

Tabulka č. 16: Komunikace s pacienty s psychotickým onemocněním

1	20	26 %
2	37	47 %
3	17	22 %
4	1	1 %
5	1	1 %
	76	97%

Průměrná známka je 2,0.

Tuto otázku vynechali 2 respondenti. Nejvíce sester volilo známku 2, celkem 37 (47%) sester. Byla volena trojka 17 (22%) sester, ale i čtyřka (1%) a pětka (1%), v obou případech po jedné známce.

Tabulka č. 17: Komunikace s lidmi s demencí

1	18	23 %
2	47	60 %
3	8	10 %
4	5	7 %
5	0	0 %
	78	100%

Průměrná známka v hodnocení této otázky byla vypočítána na 2,0.

V této otázce sestry hodnotily své komunikační dovednosti při komunikaci s lidmi s demencí. Nejpočetněji byla známka dvě, kterou volilo 47 (60%) sester.

Tabulka č. 18: Komunikace s pacienty se smyslovým postižením

1	16	20 %
2	45	58 %
3	14	18 %
4	2	3 %
5	0	0 %
	77	99%

Průměrná známka je 2,0.

V této otázce 1 respondent nezvolil odpověď. Nejvíce odpovědí bylo uvedeno u dvojky tedy 45 (58%) sester.

Tabulka č. 19: Komunikace s agresivními a násilnými pacienty

1	5	6 %
2	29	37 %
3	29	37 %
4	14	18 %
5	1	1 %
	78	99%

Průměrná známka u této otázky je 2,7.

Z tabulky můžeme vyčíst, že tato oblast komunikace je pro sestry náročná. Odpovídá tomu i výše uvedená průměrná známka. Dvojku volilo 29 (37%) sester, trojku stejný počet, tzn. 29 (37%) sester, čtyřku 14 (18%) sester, pětku 1 (1%) sestra.

Tabulka č. 20: Komunikace s konfliktními pacienty

1	11	14 %
2	37	48 %
3	19	24 %
4	8	10 %
5	2	3 %
	77	99%

Průměrná známka je 2,4.

Na tuto otázku 1 respondent neodpověděl. Při volbě odpovědí bylo využito celé škály hodnocení. Sebrané odpovědi potvrzují další náročnou situaci při komunikaci sester. Téměř čtvrtina sester volila známku číslo tři, 19 (24%) z uvedených odpovědí. Nelze přehlédnout ani zbývající vysoké známkování. Čtyřku uvedlo 8 (10%) sester a pětku 2 (3%) sestry.

Tabulka č. 21: Komunikace s pacienty, kterým působíme bolest

1	18	23 %
2	50	65 %
3	8	10 %
4	1	1 %
5	0	0 %
	77	99%

Průměrná známka je 1,9.

Tato otázka byla vynechána u 1 respondenta. Nejvíce sester, celkem 50 (65%) volilo dvojku.

Tabulka č. 22: Komunikace při předávání informací

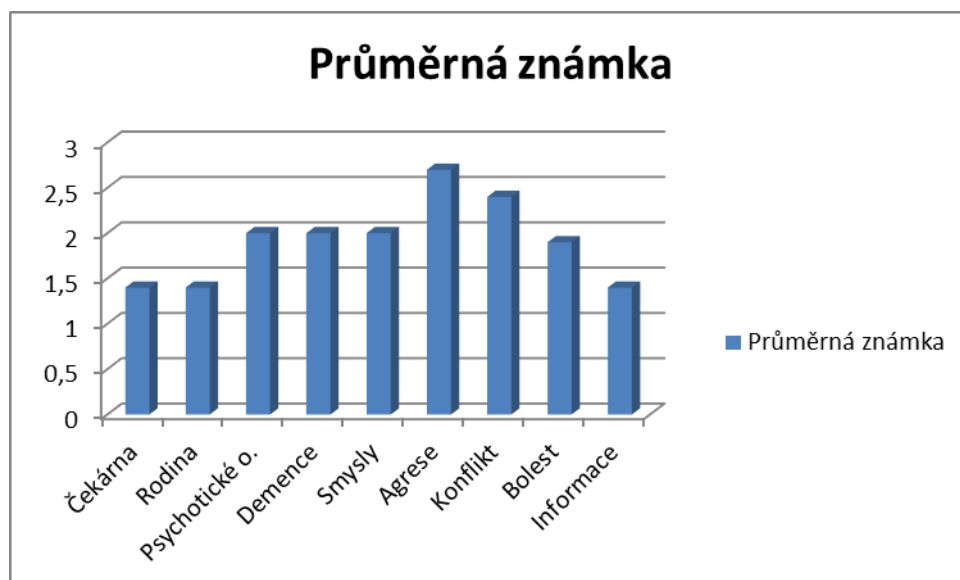
1	51	65 %
2	24	31 %
3	2	3 %
4	0	0 %
5	0	0 %
	77	99%

Průměrná známka je 1,4.

Tuto otázku 1 respondent neoznačil. Zmíněnou komunikační situaci ohodnotilo 51 (65%) respondentů známkou 1. V této oblasti komunikace se sestřám daří.

Průměrné známky otázek 14. -22. byly shrnuty do grafu číslo 1.

Graf č. 1: Souhrn průměrného hodnocení sester ve vybraných komunikačních situacích



Uvedený graf nám znázorňuje průměrné hodnocení ve vybraných komunikačních situacích. Názorně vidíme, kdy se sestřám v komunikaci daří a naopak, kdy mají

při komunikaci potíže. Sestrám se daří při komunikaci v čekárně, s rodinou, při předávání informací. Ve všech uvedených situacích byla průměrná známka 1,4. Naopak problémy v komunikaci mají sestry při konfliktu (průměrná byla známka 2,4). Nejvyšší průměrné hodnocení 2,7 bylo vypočítáno u agrese a násilí.

Tabulka č. 23: Existence komunikačního standardu

Ano	45	58 %
Ne, nevím o tom	33	42 %
Celkem	78	100%

Otázka na existenci komunikačního standardu disponuje dvěma odpovědi. Možnost ano, volilo 45 (58%) sester a druhou variantu ne, nevím o tom, označilo 33 (42%) sester.

Tabulka č. 24: Zájem pracoviště

ano, velmi mu na tom záleží	63	81 %
nevím, nepoznám to	15	19 %
ne, nikomu na tom nezáleží	0	0 %
Celkem	78	100%

Tato otázka mapuje zájem vedení v oblasti komunikace s pacienty. Zájem vedení označilo 63 (81%) sester. Druhá volba uvádí, že neví, protože zájem nepoznají, tuto odpověď značilo 15 (19%) sester. Třetí možností byl nezájem ze strany vedení, odpověď nebyla označena.

Tabulka č. 25: Atmosféra pracoviště

1	23	30 %
2	40	51 %
3	11	14 %
4	3	4 %
5	0	0 %
	77	99%

Průměrná známka hodnocení atmosféry na pracovišti byla 1,9. Jeden z respondentů na tuto otázku neodpověděl.

U této otázky byla škála odpovědí v rozpětí 1 až 5, pro upřesnění významu hodnot bylo uvedeno slovní doplnění velmi dobrá, příjemná, méně příjemná, chladná, napjatá. Výsledek nám ukazuje, které hodnoty byly voleny. Jedničku, velmi dobře, hodnotilo 23 (29%) sester. Dvojku, příjemně, vybralo 40 (52%) sester. Trojku, méně příjemnou atmosféru zvolilo 11 (14%) sester. Čtyřku, chladnou atmosféru, uváděly 3 (4%) sester. Pětku, napjatou atmosféru, nezvolil žádný respondent.

6.6 Odpovědi na výzkumné otázky

Otázka číslo 1.:

Které vzdělávací metody v komunikačních dovednostech sestry upřednostňují?

Odpověď na tuto otázku nacházíme v dotazníku pod otázkou číslo 6. V této otázce mohly sestry vybírat z více možných odpovědí. Krátkodobá školení považuje za nejúčinnější formu více než tři čtvrtiny sester 59 (75,6% sester). Výcviky zvolilo 29 sester. Supervizi oceňuje jako účinnou metodu 11 sester. Tuto formu vzdělání označilo nejméně sester. Je možné, že některé neznají tento pojem, s touto formou vzdělávání se nesetkaly. Četbu odborné literatury považuje za efektivní způsob 34 sester. Výsledky ukazují, že sestry mají o vzdělávání zájem a upřednostňují

krátkodobé výcviky. Nepochybně volbu dalšího vzdělávání ovlivňují časové a finanční možnosti sester.

Otázka číslo 2.:

Které komunikační cíle jsou pro sestry náročné?

K odpovědi na tuto otázku nám napomohou výsledky z otázky v dotazníku pod číslem 11- 13. Dozvídáme se, že sestry mají o své pacienty zájem, pacienty motivují ke spolupráci a k dodržování léčebného režimu (tuto odpověď označilo 37, tj. 31% sester) i když vnímají ve své práci spěch (uvedlo 50, tj. 26% sester) a nedostatek času (52, tj. 50% sester). Jako pozitivní zjištění vidím, že žádná ze sester neoznačila odpověď, ve které by potvrdila pochybnost o volbě povolání ani vliv nízké motivace k práci.

Otázka číslo 3.:

Ve kterých komunikačních situacích se sestrám daří a které jim dělají potíže?

Pro tento účel bylo v dotazníku konstruováno celkem 9 otázek v číselném rozmezí od 14. – 22. Byly vybrány nejčastější komunikační situace, se kterými se sestry při výkonu setkávají. Ze sebraných výsledků vyplývá, že sestrám se daří při komunikaci s pacienty v čekárně, s rodinou, při předávání informací. Potíže v komunikaci sestry vnímají při setkání s pacienty s agresí a násilím, při konfliktu. Průměrné hodnocení ve vybraných komunikačních dovednostech bylo shrnuto do grafu č. 1.

Otázka číslo 4.:

Pomáhá existence komunikačního standardu zlepšit atmosféru na pracovišti?

Výstup k této otázce jsem v dotazníku hledala u otázky č. 23, která se zabývala existencí komunikačního standardu nebo etického kodexu a dále u otázky č. 25, která hodnotí atmosféru na pracovišti.

	1	2	3	4	5
Standard ano	12	29	3	1	0
Standard ne	13	11	7	2	0

Skupina 45 (58%) sester, která potvrdila přítomnost komunikačního standardu, hodnotila následovně:

Známku 1 označilo 12 (16%) sester, známku 2 vybralo 29 (37%) sester, známku 3 zvolily 3 (4%) sestry, známku 4 vybrala 1 (1%) sestra, známku 5 nevedla žádná respondentka. Z výsledků vyplývá, že 37% sester hodnotí atmosféru na svém pracovišti dvojkou, jako příjemnou a zároveň potvrzují přítomnost komunikačního standardu.

Druhá skupina 33 (42%) sester, která odpovídala o komunikačním standardu „ne, nevím o tom“ známkovala takto:

Jedničkou známkovalo 13 (17%) sester, dvojkou uvedlo 11 (14%) sester, trojku vybralo 7 (9%) sester, čtyřku měly 2 (2%) sestry, pětku sestry neuváděly.

Diskuze

Sebraná data, získané informace, byly poskytnuty vybranou skupinou 185 sester v ambulantním provozu na dvou oslovených pracovištích. Nejpočetnější skupinou byly sestry oftalmologické v počtu 85 (46%) sester, ostatní sestry byly z obecných a specializovaných ordinací a tvořily skupinu 100 (54%) sester. Odpovědi na dotazník se navracely elektronickou cestou, což některým možná činilo problém. Úsudek jsem si vytvořila vzhledem k tomu, že část odpovědí byla odeslána přímo do programu Google Docs, který tento způsob umožňuje, a některé mi byly doručené do mojí mailové korespondence. Tato skutečnost je možná důvodem, proč na dotazník odpovědělo 80 (43%) sester.

Sestry ve svých odpovědích zmiňují spěch, nedostatek času, který je tíží. V této souvislosti jsem dohledávala provázanost výsledků s dotazníkovým šetřením České asociace sester o pracovních podmínkách zdravotníků. Na dotazník odpovídaly zejména všeobecné sestry. V rámci tohoto šetření bylo elektronickou cestou osloveno 15 569 respondentů, z toho bylo vyplněno 5 935 (38%) dotazníků. Uvedený vzorek byl ze statistického hlediska považován za dostatečně reprezentativní. Nedostatek času by mohl být spojován s nárůstem administrativy, který je v šetření uváděn jako jeden z okruhu problémů. Respondenti vnímají zvyšující nároky na administrativní činnost zdravotníků velmi negativně, celkem 84,7% respondentů nevidí nárůst přínosný pro péči o pacienta a upozorňují na složitost i nepřehlednost dokumentace (38). V mém výzkumném šetření stejný okruh problému označilo 19% sester, téměř 1/5 sester, které nadměrnou administrativu uváděly jako jednu z okolností ovlivňující komunikaci.

Výzkumem bylo zjištěno, které komunikační cíle jsou pro sestry náročné, co je při výkonu povolání v komunikaci ovlivňuje, jaké deformované projevy chování si uvědomují, které z uvedených možností převažují. Zajímavé jsou výsledky otázky o deformovaném projevu chování sester. Mimo již uvedeného spěchu se objevují projevy vedoucí ke snižování lidské důstojnosti (označilo 18%

sester), infantilizace (16% sester) a ignorace přání pacienta (17% sester). Pozitivním protikladem jsou zjištění, ukazující nám zájem sestry o pacienta a přesvědčení o správné volbě svého povolání.

Při zhodnocení vlivů bariér na komunikaci sestry uvedly, že 35 (48%) sester nemá žádné osobní, vnitřní bariéry, které by jim bránily v dobré komunikaci. Více odpovědí sestry volily v otázce externích bariér, příčiny nacházely u vnějších vlivů. Celkem 51 (33%) sester označilo jako vnější příčinu vyrušování někým třetím, telefonáty vadily 34 (22%) sester, nadměrná administrativa byla vybrána u 29 (19%) sester a na hluk si stěžovalo 19 (12%) sester.

Locus of control (volně přeloženo místo či těžiště kontroly) je pojem v sociální psychologii, který označuje, do jaké míry jsou jednotlivci přesvědčeni o tom, že jsou schopni kontrolovat a ovládat výsledky své činnosti (41). Z hlediska uvedené teorie jsou sestry extrémně orientovány na vnímání především externích bariér svého jednání, nemají velký zájem o rozvoj svých vnitřních zdrojů, nevěnují jim tolik pozorností, cestou vzdělávání. Mají rády pouze krátké kurzy. Nezajímá je tolik supervize, tuto odpověď volilo 11 (8%) sester.

Návrhy řešení

Zájem vedoucích pracovníků, vlastní příklad chování, je nejlepším vodítkem pro dobrý vliv na ostatní spolupracovníky. Je-li kultura a atmosféra pracoviště na dobré úrovni, nezůstává bez povšimnutí u pacientů, kteří ocení profesionální prostředí. Získaná data nám umožňují hledat řešení u problémů, která se díky šetření seskupila, přináší nám zamyšlení, nad tím, jak bychom mohli provést přínosné změny, udělat nové kroky správným směrem. Z mého pohledu je dobré projevit zájem o problematiku, dát sestřám prostor, aby otevřeně mohly o svých problémech hovořit a umožnit jim, aby se mohly na řešení problému podílet.

Sestřám by mohl pomoci například seminář „Locus of control“ (40) o vnitřním místě kontroly. Tento seminář naučí účastníky, jak změnit těžiště své kontroly z vnějšího na vnitřní a tím získat kontrolu nad svým vlastním životem, jeho úspěšností a jak se nenechávat vláčet vnějšími okolnostmi. Obvykle jsou účastníci po absolvování kurzu mnohem aktivnější a efektivnější v sociálních situacích, ochotnější převzít odpovědnost a lépe odolávají vnějším vlivům, které útočí na jejich osobní odolnost.

Řešení vidím především v komunikaci samotné, v zamyšlení nad organizováním času, ve vzdělávání, v kontrole zavedených postupů vedoucími pracovníky a v hledání inspirace. Na pracovištích by mohly probíhat pravidelné schůzky, kde by sestry otevřeně probíraly komunikační problémy v ambulantní péči. Návrhy k diskuzi by mohly být zasílány v elektronické podobě, se stručným popisem problémové situace. Tematické celky by se volily podle stupně naléhavosti a na schůzkách se předkládaly způsoby řešení, postupy. Nesměla by chybět diskuze. Podle převažované problematiky by se mohly pořádat krátkodobé kurzy, též bych navrhovala seznámit sestry i s ostatními formami vzdělávání, například se supervizí.

Variant, jak si rozšířit znalosti, jak na sobě pracovat je vskutku mnoho. Otázkou zůstává, nakolik jsou nejrůznější možnosti, oblasti vzdělávání, pro sestry dostupné, zda si je musí dohledávat samy anebo přichází nabídka na vzdělávání

od zaměstnavatele. Nicméně věřím, že pokud se jednou rozhodneme, máme skutečný zájem, chceme, určíme si nějaký cíl, můžeme začít na sobě pracovat, velmi se obohatit a mnohé získat.

Závěr

Vytvořit si představu o komunikačních dovednostech sester, nám umožnilo 78 přijatých a zhodnocených výsledků. Výzkum ukazuje, co se sestřám v komunikaci daří a co jim dělá potíže. Problém je s agresí, konflikty, s demencí, s působením bolesti. Ve vzdělávání upřednostňují krátkodobá školení 59 (44%) sester. Získané informace v šetření nám ukazují, v kterých komunikačních oblastech se mohou sestry dál vzdělávat, která témata by byla pro ně prospěšná. Výsledky mohou posloužit jako podklad pro další vzdělávání sester.

Sebranými daty se v rámci vzorku podařilo získat odpovědi na zadané otázky. Nyní víme, jaké je nejpočetnější věkové zastoupení sester v ambulantní péči, 24 (31%) sester jsou ve věku 36- 45 let. Známe odpověď na otázku, které nejvyšší vzdělání sestry dosahují, střední odborné s maturitou, 52 (67%) sester i jak dlouho sestry pracují na pozici zdravotní sestry, nejvíce odpovědí se sešlo u varianty 21 let a více, 27 (35%) sester. V otázce četnosti školení v komunikaci jsme se zjistili, že nejčastěji byly sestry v komunikačních dovednostech proškoleny 2 krát, uvedlo 21 (27%) sester.

Zdravotnické povolání patří z hlediska přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své profese, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s různými pracovními a rodinnými problémy, které život přináší (10, str. 127).

Každodenní praxe v profesi zdravotní sestry přináší radost, ale i starost a mnohdy vyčerpání. Sestra je nejednou „regulátorem“ nepříjemných situací, ať už na sále při výkonech, či v běžné ambulantní péči. Mnohdy ve vypjatých situacích, kterým je mimo zdravotnického personálu přítomný sám pacient, vznikají

nepříjemné momenty, kterým se můžeme vyvarovat, pokud se naučíme mezi sebou lépe komunikovat.

Každá dovednost potřebuje trénink. Domnívám se, že sestry přijímají nutnost dalšího vzdělávání ve své profesi, kterou samy prezentují. Nové informace nám umožňují lepší orientaci v oboru, ve zvolené problematice i v běžném životě.

Seznam použité literatury

1. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Grada Publishing, a.s. Praha, 2003. ISBN 80-247-0650-4
2. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Grada Publishing, spol. s r.o., 2001. ISBN 80-7169-988-8
3. VENGLÁŘOVÁ M., MAHROVÁ G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8
4. KŘIVOHLAVÝ J., PEČENKOVÁ J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s. 2004. ISBN 80-247-0784-5
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3149-0
6. ŠAMÁNKOVÁ et.al., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*, Grada Publishing, a.s., 2011 Praha. ISBN 978-80-247-3223-7
7. ZACHAROVÁ E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4062-1
8. PTÁČEK et.al., *Etika a komunikace v medicíně*. Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3976-2
9. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně. Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Galén, 1997. ISBN 80-7262-032-0
10. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*, Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1784-5
11. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*, Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X
12. PROUTY, G. WERDE D. V., PÖRTNER M., *Pretarapie*. [on-line]. [cit.6.4.2014]. Dostupnost z <http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129125>
13. Sdružení pro trénink interakcí. [on-line]. [cit. 6.4.2014]. Dostupnost z <http://www.spin-vti.cz/o-metode-vti>.

14. ŠMÍDOVÁ, Olga. TOLLAROVÁ, Blanka, *Strategie normalizace nemorálníhoho*. [on-line]. [cit. 12.4.2014]. Dostupnost z <http://www.biograf.org/konference/program.htm#smidova-a>.
15. PROUTY, G., WERDE D. V. , PÖRTNER M., *Preterapie: navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*, Praha Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6
16. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
17. ŠPATENKOVÁ N., BOLOMSKÁ B., *Reminiscenční terapie*. Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0
18. MAHOVÁ G., VENGLÁŘOVÁ M. a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5
19. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, Ediční řada- Praktické příručky pro sestry*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002. ISBN 80-7013-363-5
20. JIRÁK R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C. a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
21. ZGOLA Jitka M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada Publishing, a.s. 2003. ISBN 80-247-0183-9
22. STAŇKOVÁ, Marta, *České ošetrovatelství 11, Sestra reprezentant profese, Ediční řada- praktické příručky pro sestry*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. Brno 2002. ISBN 80-7013-368-6
23. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1197-4
24. JANEČKOVÁ, Hana. *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví*. Edice školy veřejného zdravotnictví. Praha. 1997
25. KLEVETOVÁ, Dana. *Technika preterapie*. [on-line]. [cit. 1.5.2014]. Dostupnost z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/technika-preterapie-455006>.

26. FIBICHOVÁ, Naděžda, *Občanské sdružení za důstojné stáří. Kvalita celoživotního profesního vzdělávání sester v sociálních službách*. [on-line]. [cit. 1.5.2014]. Dostupnost z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-celozivotniho-profesniho-vzdelavani-sester-v-socialnich--319742>.
27. Zákon č. 372/ 2011 Sb. [on-line]. [cit. 1.5.2014]. Dostupnost z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
28. NØRGAARD, B. *Communication with patients and colleagues*. Dan Med Bull. 2011Dec;58(12):B4359. PubMed PMID: 22142577. ISSN 0907-8916
29. TOMOVÁ, Š., NIKODÉMOVÁ H., HLAVÁČOVÁ, M. *Výuka komunikačních dovedností studentů zdravotnických oborů. Cesta k modernímu ošetrovatelství: (recenzovaný sborník příspěvků z konference)*. 2010, s. 77-99
31. TALIÁNOVÁ, Magda. ŘEŘUCHOVÁ, Magdalena. *Komunikace jako sociální dovednost sester. Jihlavské zdravotnické dny 2011: sborník z mezinárodní konference*. 2011. S. 663-668. ISBN 978-80-87035-37-5
32. TALIÁNOVÁ, Magda. ŘEŘUCHOVÁ, Magdalena. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 7, č. 6, s. 30-31. ISSN 1801-1349
33. ZACHAROVÁ, Eva. *Zvláštnosti v komunikaci se seniory*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2013, roč. 23, č. 6, s. 27-28. ISSN 1210-0404
34. ŠVEJDOVÁ, Kateřina. *Komunikace alfa a omega mezilidských vztahů. Ošetrovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. 2011, roč. 2011, č. 4, s. 30-33.
35. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
36. BÁRTLOVÁ, Sylva. SADÍLEK, Petr. THÓTOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*. Brno 2005. ISBN 80-7013-416-X
37. RADTKE JV, TATE JA, HAPP MB. *Nurses' perceptions of communication Training in the ICU. Intensive Crit Care Nurs*. 2012 Feb, 28(1):16-25. Doi: 10.1016/j.iccn.2011.11.005.Epub 2011 Dec 14. PubMed PMID: 22172745, PubMed Central PMCID: PMC3264744

38. PREZIDIUM ČAS: Dotazníkové šetření České asociace sester. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR výsledky, 2013 [on-line]. [cit.18.5.2014]. Dostupnost z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf.
39. ŠACHOVÁ, Zuzana. BRABCOVÁ, Iva. Vyhodnocení organizační kultury nemocnice v dimenzi komunikace a vztahu k práci. Kontakt: vědecký časopis. 2013, roč. 15, č. 1, s. 38-45. ISSN: 1212-4117, 1804-7122.
40. PAVELKA Milan, Locus of control. Brain Booster. Institut pro pracovní psychodiagnostiku. Praha [on-line]. [cit.20.5.2014]. Dostupnost z <http://brainbooster.cz/kurzy/locus-of-control/>
41. WIKIPEDIE. Locus of control. 2013. [on-line]. [cit.21.5.2014]. Dostupnost z http://cs.wikipedia.org/wiki/Locus_of_control

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č.1 Věk

Tabulka č.2 Pohlaví

Tabulka č.3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č.4 Délka praxe

Tabulka č.5 Účast sester na školení, četnost

Tabulka č.6 Nejúčinnější formy vzdělávání

Tabulka č.7 Přínos pro komunikační dovednosti

Tabulka č.8 Využití komunikačních technik

Tabulka č.9 Interní, osobní bariéry

Tabulka č.10 Externí bariéry

Tabulka č.11 Náročné komunikační cíle

Tabulka č.12 Deformované chování

Tabulka č.13 Vybrané okolnosti

Tabulka č.14 Komunikace s pacientem v čekárně

Tabulka č.15 Komunikace s rodinnými příslušníky

Tabulka č.16 Komunikace s pacienty s psychotickým onemocněním

Tabulka č.17 Komunikace s lidmi s demencí

Tabulka č.18 Komunikace s pacienty se smyslovým onemocněním

Tabulka č.19 Komunikace s agresivními a násilnými pacienty

Tabulka č.20 Komunikace s konfliktními pacienty

Tabulka č.21 Komunikace s pacienty, kterým působíme bolest

Tabulka č.22 Komunikace s pacienty, kterým předáváme informace

Tabulka č.23 Existence komunikačního standardu

Tabulka č.24 Zájem pracoviště

Tabulka č.25 Atmosféra pracoviště

Přílohy - dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí méjí
výzkumné bakalářské práce na téma: Sebehodnocení sester v komunikačních
dovednostech.

Dotazník obsahuje jednoduché otázky a na jeho vyplnění Vám postačí zhruba 10
minut. Mohu Vám slíbit naprostou diskrétnost, Vaše odpovědi budou
anonymizovány a statisticky zpracovány. Výsledky budou v obecné podobě
využity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci a přeji Vám mnoho úspěšných a dobrých let v naší
profesi.

S pozdravem

Jana Jankotová, studentka 3. Lékařské fakulty UK v Praze, obor všeobecná sestra-
kombinované studium

1. Vyberte Vaši věkovou kategorii:

- 19-26 let
- 27-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- 56 let a více

Jedná se o povinný dotaz.

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

Jedná se o povinný dotaz.

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Střední odborné s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské
- Postgraduální

Jedná se o povinný dotaz.

4. Jak dlouho pracujete na pozici zdravotní sestry?

- do 2 let
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 let a více

Jedná se o povinný dotaz.

5. Kolikrát jste byli během své praxe proškoleni v komunikačních dovednostech?

- neškolen/a
- 1 krát
- 2 krát
- 3 krát
- 4 krát a více

Jedná se o povinný dotaz.

6. Které formy vzdělávání považujete pro sebe za nejúčinnější:

Možnost označit více odpovědí

- krátkodobá školení
- výcviky
- supervize
- četba odborné literatury

Jedná se o povinný dotaz.

7. Co bylo pro Vaše komunikační dovednosti největším přínosem?

Možnost označit více odpovědí

- výuka komunikace v průběhu studia na střední nebo vysoké škole
- školení v komunikaci
- praxe, komunikační kultura na některém z mých pracovišť
- nic z uvedeného (mám vlastní komunikační vzory, komunikuji tak, jak si myslím, že je to správné)

Jedná se o povinný dotaz.

8. Využíváte v praxi některé komunikační techniky, o kterých jste slyšeli na školeních?

Možnost označit více odpovědí

- ano, snažím se o to
- ano, ale nedaří se mi to
- ne, komunikuji přirozeně, žádné nové komunikační techniky nepotřebuji
- ne, žádná školení mi nepomohou, nové komunikační techniky nedokážu použít

Jedná se o povinný dotaz.

9. Označte, které osobní, vnitřní bariéry Vám brání v dobré komunikaci:

Možnost označit více odpovědí

- moje fyzická kondice a můj zdravotní stav
- problémy v osobním životě, brání mi aktivně naslouchat pacientovi
- nesympatie vůči pacientovi pro jeho vzhled, pach, znečištění
- nedovedu se ubránit tomu, abych lidem neskákal/a do řeči
- mám obavy z neúspěchu, ze selhání
- nic z uvedeného (žádné osobní bariéry mi nebrání v dobré komunikaci)

Jedná se o povinný dotaz.

10. Označte, které externí bariéry Vám brání v dobré komunikaci:

Možnost označit více odpovědí

- vyrušování někým třetím
- hluk
- nadměrná administrativa
- telefonáty
- nevhodné zacházení ze strany nadřízených
- skupinový tlak, normy chování k pacientům uplatňované v pracovním kolektivu
- špatná organizace práce

Jedná se o povinný dotaz.

11. Které komunikační cíle jsou pro Vás nejnáročnější?

Možnost označit více odpovědí

- pacienta pozitivně naladit, zbavit ho strachu
- získat si důvěru pacienta
- pečovat o důstojnost pacienta (respekt, úcta)
- motivovat pacienta ke spolupráci, v dodržování léčebného režimu
- pomoci pacientovi získat sebedůvěru
- propojit pacienta s lékařem

Jedná se o povinný dotaz.

12. Označte, s kterými deformovanými projevy v chování sester ve vztahu k pacientovi jste se setkal/a:

Možnost označit více odpovědí

- baví se chováním pacienta, dělá poznámky, zvedá oči
- neuznává, co pacient říká a cítí
- spěchá, rychle předává informace, pacient nestačí chápat
- k dospělému přistoupí jako k dítěti, používá zdvořiliny, dělá věci za něj
- pacienta označí jako "nespolupracujícího", nezamýšlí se, co se za chováním skrývá
- pacienta označí jako "dementního" a podle toho se k němu chová
- ignoruje pacienta, nereaguje na jeho přání

Jedná se o povinný dotaz.

13. Ovlivňují některé níže uvedené okolnosti Vaši komunikaci s pacientem?

Možnost označit více odpovědí

- moje pochybnosti o správné volbě povolání
- moje nízká motivace k práci
- stereotypní pracovní činnost
- nedostatek času
- únava
- nedostatek spánku
- špatné návyky- např. potřeba jít si zakouřit

Jedná se o povinný dotaz.

14. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s pacienty v čekárně:
Oznámkujte jako ve škole

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

15. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s rodinnými příslušníky:

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

16. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s pacienty s psychotickým onemocněním:

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

17. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s lidmi s demencí:

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

18. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s pacienty se smyslovým postižením:

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

19. Ohodnořte své komunikační dovednosti při komunikaci s agresivními a násilnými pacienty:

1 2 3 4 5

dař se mi nedař se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

20. Ohodnoťte své komunikační dovednosti při konfliktu:

1 2 3 4 5

daří se mi nedaří se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

21. Ohodnoťte své komunikační dovednosti, když působíte pacientovi bolest:

1 2 3 4 5

daří se mi nedaří se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

22. Ohodnoťte své komunikační dovednosti při předávání informací:

1 2 3 4 5

daří se mi nedaří se mi vůbec

Jedná se o povinný dotaz.

23. Existuje na Vašem pracovišti nějaký komunikační standard nebo etický kodex?

Ano

Ne, nevím o tom

Jedná se o povinný dotaz.

24. Záleží vedení Vašeho pracoviště, jak se zde komunikuje s pacienty?

ano, velmi mu na tom záleží

nevím, nepoznám to

ne, nikomu na tom nezáleží

Jedná se o povinný dotaz.

25. Jaká je atmosféra na Vašem pracovišti?

1 2 3 4 5

velmi dobrá,
příjemná méně příjemná, chladná,
napjatá

Jedná se o povinný dotaz.