UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Kateřina Fischer

Role sestry v komunikaci s pacienty v ordinaci praktického lékaře

The role of the nurse in communication with patients in the general practitioner´s office

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: Kateřina Fischer

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Svobodová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: červen 2021

Prohlášení

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

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 28. května 2021 Kateřina Fischer

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce paní PhDr. Haně Svobodové, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení mé bakalářské práce a všem svým blízkým za podporu při psaní.

Obsah

OBSAH **5**

ÚVOD **6**

TEORETICKÁ ČÁST **8**

1. POJEM KOMUNIKACE **8**

1.1 Druhy komunikace 8
1.1.1 Význam neverbální komunikace 10
1.1.2 Druhy neverbální komunikace 11
1.1.2.1 Mimika 12
1.1.2.2 Proxemika 13
1.1.2.3 Posturologie 15
1.1.2.4 Kinetika 15
1.1.2.5 Haptika 15

2. KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ **17**

2.1 Specifika komunikace ve zdravotnictví 17
2.2 Osobnost a role sestry obecně 18
2.2.1 K některým specifikům práce sestry v ordinaci praktického lékaře 20
2.3 Představení naší ordinace 23
2.4 Komunikace sestry s pacientem v ordinaci praktika 24
2.4.1 Seznámení s pacientem, prvý kontakt 24
2.4.2 Principy interakce s pacientem 25
2.4.3 Rozhovor jakožto základní prostředek komunikace v ordinaci 26

EMPIRICKÁ ČÁST **29**

3. ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI **29**

3.1 Náměr výzkumu 29
3.2. Cíle a hypotézy výzkumu 30
3.2.1 Cíle výzkumu 30
3.2.2 Hypotézy výzkumu 30
3.3 Metodika výzkumu a zpracování dat 31
3.4 Administrativa dotazníku a výběr vzorku 32

4. VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ **35**

4.1 Sestra jako „image" ordinace 35
4.2 Význam osobního kontaktu se sestrou 37
4.3 Sestra jako harmonizující faktor 42
4.4 Informační role sestry 48
4.5 Shrnutí výsledků výzkumu 49

5. DISKUZE **52**

ZÁVĚR **56**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **58**

PŘÍLOHY **60**

PŘÍLOHA Č. 1 60

Úvod

Každý z nás vstupuje během svého života do řady různých rolí. Rodíme se jako děti svých rodičů, stáváme se rodiči svých dětí. Jsme žáky, studenty, zaměstnanci a zaměstnavateli, podřízenými či šéfy. V neformálních vztazích hrajeme role manželů či přátel, život nás někdy vmanévruje i do role nepřátel. Ve výčtu různých alternativ by bylo možno pokračovat ad libitum, protože každý člověk je zcela jedinečný, stejně jako jedinečná je i jeho životní cesta.

Člověk je tvor společenský a jako takový je utvářen mnoha vlivy a interakcemi. Role, které jsme, ať již dobrovolně či nedobrovolně přijali, se stávají více či méně součástí naší osobnosti, či možná lépe řečeno, naší identity. Jejich prostřednictvím se vztahujeme k okolnímu světu i svým spolubližním, přijímáme za své určité vzorce chování, které považujeme za dané roli adekvátní.

Na řadu životních rolí, např. v oblasti povolání, se zpravidla připravujeme cíleným výcvikem. Na roli pacienta pochopitelně žádný z nás nestudoval a přesto se jí v průběhu života nevyhneme s pravděpodobností hraničící s jistotou. Reakce na onemocnění je tudíž víceméně nepředvídatelná; dokonce sami u sebe dokážeme sotva predikovat, zda se budeme k nemoci schopni postavit pragmaticky a věcně, či zda podlehneme panice, skepsi, apatii nebo dokonce agresi, ať již k sobě samému, či svému okolí. Zkušený a poučený zdravotník by měl být dostatečně psychologicky vybaven k tomu, aby dokázal s pacientem navázat přiměřený a prospěšný kontakt a čelil tak úspěšně třeba i specifickým a neobvyklým situacím a reakcím. Důraz na věcnou a účelnou komunikaci je nutno klást zejména na zdravotníky první linie, a to nejen na praktické lékaře, ale, a možná i především, na zdravotní sestry. Většinou jsou to právě ony, kdo jsou „tváří ordinace" a i na nich značnou měrou záleží, zda je to tvář přívětivá, důvěryhodná a empatická, navíc i plně profesionální.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak vnímají, a jaké komunikační dovednosti a vlastnosti sestry preferují pacienti, kteří přicházejí do ordinace praktického lékaře. V teoretické části věnované komunikaci v ošetřovatelství, jsou zmíněny a citovány, dle dostupné literatury, komunikační dovednosti a schopnosti, které by ideálně sestra měla mít, jakož i doporučení, jak by vzájemná komunikace

mezi sestrou a pacientem měla probíhat. Ve výzkumné částí jsou pomocí anonymního dotazníkového šetření prezentovány právě ty komunikační dovednosti sestry, které upřednostňují a oceňují pacienti v konkrétní ordinaci praktického lékaře. Na základě vyhodnocení zjištěných poznatků jsou vyvozeny obecnější závěry.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Pojem komunikace

Existuje mnoho různých více či méně výstižných definic komunikace. Komunikace je především procesem dorozumívání, přenosem a sdílením informací. Dle S. Tubbse *„je lidská komunikace procesem vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi".* (1, s. 9)

MUDr. Radkin Honzák komunikaci označuje jako „*soubor nejrůznějších signálů, které jeden subjekt (nejčastěji je míněna jedna osoba) vysílá, a jiný naopak přijímá. Je to tedy výměna signálů a podnětů, která se odehrává prakticky prostřednictvím všech smyslů, a mezi lidmi navíc s použitím nejrůznějších technických prostředků*." (2, s. 4)

Podle prvního z pěti axiomů komunikace rakouského filozofa a psychoterapeuta Paula Watzlawicka „*člověk nemůže nekomunikovat, neboť každá komunikace (nejen slovní) je chováním, a právě tak, jako se člověk nemůže nechovat, nemůže ani nekomunikovat."* (3)

Vztaženo k denní ordinační rutině, sestra, která rázně otevře dveře ordinace, přehlédne plnou čekárnu, obrátí oči k nebi a se slovy „Panebože!" opět rázně dveře přibouchne, rozhodně nenavodí čekajícím představu náboženského obřadu. Je spíše pravděpodobné, že Ti, kteří mohou chodit, raději čekárnu opustí. Proběhla zde mezi zúčastněnými komunikace či nikoli? Asi zbytečná otázka.

1.1 Druhy komunikace

Jedním z nejčastějších užívaných dělení komunikace je dělení na komunikaci v e r b á l n í, t.j. prostřednictvím slov a jazyka (mluveného či psaného) a komunikaci n o n v e r b á l n í, t.j. mimoslovní.

Základem verbální komunikace je slovo, jakožto nejmenší významová jednotka. Na základě logických myšlenkových operací spojujeme slova ve věty, v řeč. Slovy můžeme člověka informovat a dezinformovat, potěšit i zarmoutit, ocenit i zbavit sebevědomí, rozesmát či rozplakat. Komunikace není výsadou lidí; schopnost mluvit, spojovat slova v smysluplné významové celky, je však

jednou z těch věcí, které nás odlišují od ostatních primátů. Verbální komunikace je tudíž lidským způsobem komunikace. Při verbální komunikaci používáme slova, symboly či znaky k dorozumění se s jiným lidským jedincem. Slova mohou mít mluvenou či písemnou formu. Mluvená forma má obsahové a tzv. paralingvistické vyjádření. Paralingvistika je „studium svrchních tónů řeči, tj. toho, co jsme schopni vyposlechnout, ale co nejsme schopni zapsat z toho, co bylo řečeno – například rychlost produkce slov za minutu, nespisovné zvuky, které při řeči vydáváme, délka přestávek na různých místech v řeči, různé druhy chyb v řeči, zkomolení, přeřeknutí atp.“ (4, s. 114) Paralingvistika se tedy zabývá zvukovým obrazem naší řeči.

Schopnost dobře komunikovat, volit vhodná slova, výrazy a další jazykové prostředky, patří mezi základní kompetenční výbavu zdravotní sestry. Komunikační dovednosti sestry slouží k navázání kontaktu a později k vybudování efektivního vztahu s pacientem.

Nonverbální komunikace se týká způsobů, kterými jedinci zprostředkují informace o svých emocích, potřebách, záměrech, postojích a myšlenkách bez verbálního vyjádření (5, s. 29).

Obecně řečeno, dělení komunikace na verbální a nonverbální je z didaktického hlediska účelné. V praxi se verbální komunikace v čisté formě prakticky nevyskytuje. Přijmeme-li Watzlawickův axiom n*emůžeme nekomunikovat, stejně jako se nemůžeme nechovat,* dojdeme k závěru, že verbální projev je vždy doprovázen často i neuvědomělou nonverbální složkou. Ta může obsah sdělení podtrhnout, posunout jeho význam, znevěrohodnit či zcela popřít. Ostatně i slova sama o sobě mohou být, a také často jsou, zdrojem nedorozumění. Slova jsou vlastně symboly *používané na vyjádření myšlenek a pocitů nebo na identifikování či popis předmětů* (5, s.22). Ve společenských skupinách existuje přibližná shoda o významu jednotlivých slov. Přesto do slov, zejména označují-li abstrakta, vkládáme i své vlastní významy, pocity, postoje, emoce i preference.

Vstupujeme-li do důležitého rozhovoru, polemiky či diskuze, měli bychom si, nejlépe hned zpočátku, zjistit, zda jsme dostatečně „dekódovali” základní slovní výbavu protistrany. Že právě toto nebývá pravidlem, vídáváme pravidelně

například u zcela mimoběžných a tím pádem i neplodných diskuzí našich politických reprezentantů.

Obdobné „změtení" pojmů v rozhovoru s pacientem pochopitelně zkušený a empatický zdravotník nemůže zodpovědně připustit. Riziko poškození pacienta je zde příliš veliké.

1.1.1 Význam neverbální komunikace

Historicky vzato, neverbální komunikace je vývojově mnohem starší než řeč a je důležitým prostředkem dorozumívání mezi všemi příslušníky živočišné říše. Schopnost dešifrovat a rychle reagovat na neverbální signály vysílané protivníkem, či obecněji řečeno, komunikačním partnerem, představovala vždy selekční výhodu v procesu evoluce.

Neverbální komunikace je nazývaná též řečí těla, či i poněkud eufemističtěji, též „řečí duše". Na rozdíl od slovního vyjádření ji můžeme ovlivnit mnohem obtížněji, neboť je více méně nevědomou odpovědí na často velmi subtilní duševní procesy a hnutí.

„Pomocí neverbální komunikace je možno verbální sdělení podpořit, oslabit, zesílit nebo i nahradit, vyjádřit emoce, zainteresované naslouchání, stanovisko komunikačních partnerů, vlastní postoje a dále zprostředkovat postoj v interpersonálním vztahu: dominance, přátelskost, pohrdání. Neverbální komunikace je v určitém smyslu slova „sebeprezentací jedince." (5, s. 29)

Témata jako „řeč těla", „asertivita" apod. jsou v současné době „in" a knižní trh i internet je v tomto směru zahlcen mnoha zdroji různé, často pochybné kvality i provenience. Se znalostí dvou populárně naučných příruček a několika citátů se různí rádoby experti dokáží „prokoučovat" cestou různých seminářů pro podnikatele či politiky k velmi slušnému životnímu standardu. Myslím, že se jedná o poměrně nebezpečný trend. Tím, že se naučíme cíleně potlačovat vnější projevy negativních emocí, stresu a nejistoty, možná získáme ve svém oboru konkurenční výhodu. Vnitřně nezpracované a navenek neodreagované duševní pochody nám však mohou způsobit řadu psychosomatických problémů a obtíží.

K civilizovanému chování pochopitelně patří i kultivované zvládání emocí a postojů navenek, na druhé straně pak i příslušná dávka empatie a tolerance, se kterou vnímáme a respektujeme pocity a postoje ostatních. Reakce typu „útěk nebo útok" patří opravdu spíše do živočišné říše, byť i v přeneseném slova smyslu tvoří stále úspěšnou a cílevědomě pěstovanou životní strategii mnoha lidí.

Ve zdravotnictví má neverbální komunikace nepochybně velký význam. Mezi zdravotníkem a pacientem se však nejedná o konkurenční boj, ale spíše o strategii win-win. Jejich společným cílem je vyléčení nemoci, přiměřená úprava zdravotního vztahu, nebo alespoň úleva od bolesti. Poučený lékař či sestra tedy nebudou potlačovat pacientovu řeč těla, naopak ji budou citlivě pozorovat a vyhodnocovat v zájmu pacientova prospěchu. Dlužno dodat, že každý jedinec je originál a, krom společného genetického základu, nese i pečeť své vlastní osobnosti, utvářené mnoha subjektivními i objektivními okolnostmi a vlivy. Jakákoli komunikace je vždy dynamický proces, ve kterém jsou zapojeny všechny vědomé i nevědomé složky lidské psychiky, jakož i její tělesné projevy navenek. Rozebráním komunikace na prvočinitele, v závislosti na zapojení různých částí těla, vždy riskujeme určité zjednodušení. Při čtení pacientovy řeči těla by si tedy zdravotník, ať již lékař či sestra, měl být vědom mnoha úskalí, aby se nedopouštěl přílišných zjednodušení, či naopak nadbytečných generalizací.

Chybujeme všichni:

- často se díváme, ale nepozorujeme
- pokud pozorujeme, nedokážeme svá pozorování oprostit od subjektivního zaujetí
- „Pro stromy nevidíme les.", t.j. považujeme určitý projev řeči těla pacienta za dominantní a přehlédneme další významné náznaky mnohem větší důležitosti
- často si neuvědomujeme, že pacientovo chování může být zrcadlovou odpovědí na naši vlastní nervozitu či nejistotu, nebo na naše vlastní nezpracované emoce.

1.1.2 Druhy neverbální komunikace

Neverbální (mimoslovní) komunikace může být členěna do různých kategorií. Autorem nejčastěji citovaného dělení je Jaro Křivohlavý, podle

kterého *„neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, jež zaujímají určitou polohu nebo vykonávají určitý pohyb. Jde o to, co si sdělujeme mimikou, proxemikou, haptikou, posturologií, kinetikou a gesty."* (6, s. 105)

1.1.2.1 Mimika

Mimika je komunikace prostřednictvím výrazu tváře. Právě výraz tváře nejlépe prozradí, co si právě myslíme, cítíme, v jakém emocionálním rozpoložení se nacházíme. *„Zdravotní personál by měl být schopen vnímat u pacienta projevy bolesti, které se ve tváří odrážejí zcela mimovolně. Mezi nejvýznamnější neverbální projevy patří pláč a smích."* (7, s.144).

Jaro Křivohlavý uvádí, že pomocí mimiky lze projevit sedm základních druhů emocí:

1. *„štěstí – neštěstí,*
2. *neočekávané překvapení – splněné očekávání,*
3. *strach a bázeň – pocit jistoty,*
4. *radost – smutek,*
5. *klid – rozčílení,*
6. *spokojenost – nespokojenost, až znechucení,*
7. *zájem – nezájem."* (4, s. 35)

Mezi významné mimické projevy patří úsměv. Je to nástroj komunikace, který je základem při vytváření mezilidských vztahů, vzbuzuje důvěru, dodává odvahu, potěší. Úsměv sestry dokáže někdy rozzářit i tu nejzamračenější pacientovu tvář. Velmi hezky to řekl spisovatel Louis Schmidt: "Úsměv je světlo, které při pohledu do očí naznačí, že srdce je doma." Úsměv léčí. Z vlastní praxe vím, že po několikáté dvanáctihodinové směně není úplně jednoduché si udržet úsměv na tváři. Přesto si myslím, že ke kompetencím ošetřovatelského personálu patří udržet si úsměv i v těch nejtěžších situacích. Tím, že se usmíváme, můžeme v sobě probudit pozitivní a příjemné pocity, nastartovat mozek k produkci

endorfinu a dopaminu. V tomto kontextu bych ještě zmínila spíše kuriózní zajímavost, která není v žádném případě doporučením, ale spíše potvrzením, že úsměv je v ošetřovatelské péči opravdu důležitý. Kdesi v Číně prý zdravotní sestry nacvičují správný a zářivý úsměv pomocí jídelních hůlek, které drží mezi zuby.

1.1.2.2 Proxemika

Termín pochází od amerického antropologa Edwarda Halla (1914-2009), etymologickým základem je latinské proxemitas, blízkost. Předmětem zkoumání proxemiky je povaha, stupeň a účinek členění prostoru, jakož i odstup, který si jednotlivci mezi sebou přirozeně udržují, mimo jiné i s ohledem na danou kulturu a prostředí. Jak je obecně známo, fyzický kontakt mezi lidmi může být přijatelný v jedné kultuře a zcela tabu v kultuře jiné. I každý z nás má hranice svého osobního prostoru nastavené odlišně, někteří jedinci jsou více „kontaktní", zatímco u jiných fyzická blízkost jiných osob může vyvolat odpor, úzkost nebo alespoň pocit nepohody. Je často zajímavé sledovat komunikaci lidí s odlišným vnímáním přijatelné blízkosti partnera. Vzájemné vyvažování osobního prostoru se děje úkroky vpřed a vzad, často doplněné odkláněním hlavy nebo celého těla, popřípadě obranným postojem, zkřížením rukou před tělem. V teorii se mluví o proxemických tancích a, co naplat, při setkání s některým sociálním „predátorem" tancujeme všichni, sestřičky v ordinaci nevyjímaje.

Od E. Halla pochází rovněž rozdělení komunikačního prostoru na proxemické zóny:

Intimní zóna - odstup 45 cm a méně.
Osobní zóna - 45-120 cm.
Společenská zóna - 1,2 do 3,7 m.
Veřejná zóna - odstup větší než 3,7 m.

„Hranice jednotlivých zón je proměnlivá. Je dána jednak individualitou člověka, jednak kontextem, ve kterém komunikace probíhá". (5, s. 38)

PhDr. Plevová ve své publikaci Ošetřovatelství uvádí Ošetřovatelské činnosti v jednotlivých proxemických zónách podle Potter, Perry. (5, s.39)

Proxemická zóna	**Činnosti sestry - příklady**
veřejná zóna	● mluvení na společenském fóru ● výuka studentů ve třídě ● svědectví před soudem
společenská zóna	● Vizita ● skupinová edukace pacientů ● vedení sekce na konferencích ● Vedení svépomocných skupin pacientů/rodinných příslušníků
osobní zóna	● sezení u lůžka pacienta ● rozhovor s pacientem ● sběr ošetřovatelské anamnézy ● individuální edukace pacienta ● předávání informací u lůžka pacienta
intimní zóna	● držení dítěte ● provádění fyzikálního vyšetření ● hygienická péče ● Péče o vyprazdňování pacienta ● oblékání a úprava pacienta ● krmení pacienta

Závěrem by se ráda podělila o nevšední citaci z knihy „Dear Doosie" mého oblíbeného autora Wernera Lansburgha, německého židovského spisovatele s trpkou zkušeností nacismu. Autor zde vysvětluje své imaginární přítelkyni Doosie „Position number one" na situaci v naplněném výtahu. *„Teď si prosím zkontrolujte svoji pozici uvnitř výtahu. Všimla jste si, že Vás obklopuje malý vzduchový polštářek? Nikdo se Vás nedotýká. Rozhlédněte se kolem sebe. Stejný malý, nepatrně malý vzduchový polštářek obklopuje všechny lidi ve výtahu, všechny. To je Position Number One, pozice číslo jedna. Je to ta nejdůležitější ze všech pozic. Je to pozice, kterou zaujímají lidé v civilizované zemi. Některé země nebyly vždycky civilizované."* (8, s. 129) Asi není co dodat.

1.1.2.3 Posturologie

„*Posturologie je řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfiguracích*." (1, s. 59) Úměrně našemu vnitřnímu nastavení a osobnímu postoji k dané situaci vzniká víceméně automaticky i odpovídající fyzická reakce těla. Cítíme-li se příjemně, zaujímáme zpravidla uvolněnou polohu; hlava je nakloněna směrem k partnerovi, uvolněné jsou i mimické svaly obličeje, nohy i ruce jsou klidné, bez patrných projevů nervozity. V nepříjemné či konfliktní situaci naopak zaujímáme spíše vzpřímený postoj, svaly jsou napjaté, ruce zaťaté v pěst nebo vykonávají neurotické pohyby, mohou být zkříženy před tělem jakoby v obranném postoji. Obdobně křížíme i nohy, nebo s nimi nervózně podupáváme.

,,Sladění poloh nabízí prostor ke spolupráci. Je vhodné volit vzájemně rovnocennou polohu. Pokud pacient i sestra sedí, vyhnou se konfrontační poloze tváří v tvář. Vnímavé sledování posturologie včetně jejich drobných odstínů pomáhá podat ucelený obraz o duševním životě člověka." (1, s. 59)

1.1.2.4 Kinetika

Kinetika, nebo také kinezika či gestika, se zabývá především dynamikou pohybů těla ,nebo jeho jednotlivých částí. Zatímco posturologické sblížení je statické, kinetické je dynamické.

,,V rámci kinetiky si všímáme těchto projevů:

- *Rychlé pohyby - živý temperament, citlivost, vitalita*
- *Pomalé pohyby - nedostatek vitality, ponoření do sebe, deprese*
- *Neuspořádané pohyby - malá odolnost, nedostatek vůle*
- *Pohybová plynulost - silná citová složka, bezstarostnost."*(1, s. 60)

1.1.2.5 Haptika

,,Haptika zahrnuje taktilní sdělení v sociální interakci, lze ji chápat jako komunikací prostřednictvím dotyků. Haptický kontakt je zprostředkovaný tlakem na kůži, působením tepla, chladu, vibrací či chvění, ale i bolestí." (1, s. 58)

Hmat je po zraku druhým nejdůležitějším smyslem, jehož prostřednictvím vnímáme a poznáváme okolní svět. Jedním z nejdůležitějších aspektů hmatu je

schopnost zprostředkovat sociální kontakt, zejména fyzickou intimitu. Současná doba má tendenci k stále větší „bezdotykovosti", a to i pokud odhlédneme od současné epidemie covidu. Nová pruderie některých módních ideologií dovedena ad absurdum ovlivňuje kvalitu vztahů mezi muži a ženami. I náhodný přátelský dotek bez jakéhokoli erotického podtextu může být považován za sexuální obtěžování, a jako takový společností pranýřován či dokonce sankcionován jakožto forma diskriminace. I ve škole ubývá fyzických doteků mezi učiteli a dětmi. Učitelé, zejména mužského pohlaví, se bojí pohladit či obejmout plačící dítě, aby nebyli nařčeni z pedofilního chování. Nemyslím si, že jde o zdravý trend.

Erik Berne ve své skvělé knize „Jak si lidé hrají" cituje lidové rčení: *„Když člověka nikdo nehladí, značně mu vysychat mícha"* a následně uvádí: *„Jakmile skončí období těsného důvěrného vztahu dítěte k matce, musí se jedinec po celý zbytek svého života zabývat problémem, jehož řešení ovlivňuje bytí a nebytí každého člověka. Na jedné straně je to souhrn sociálních, psychologických a biologických sil, jež člověku brání oddávat se i nadále fyzickým důvěrnostem jako dítě, a na druhé straně trvá neustálá snaha po jejich dosažení. Musí se spokojit s mnohem jemnější, takřka symbolickou formou jednání, kdy svému účelu do určité míry poslouží i pouhý náznak uznání, třebaže to nijak nezmírní původní hlad člověka po fyzickém kontaktu*." (9, s. 16-17)

Je-li člověk zbaven možnosti se někoho dotýkat, podléhá často tomu, co psychologie nazývá „taktilní senzorickou deprivací". Ta může vést buď k onemocnění člověka (depresím, psychosomatickým potížím, útěků od nemoci) anebo k rozvoji kompenzačních mechanismů, z nichž některé mohou být i společensky nebezpečné (např. agrese).

Závěrem ještě jednou Eric Berne: „*V nedostatku podnětů je počátek biologické řetězové reakce, jež probíhá od citového a smyslového strádání přes apatii až k degenerativním změnám a smrti. V tomto smyslu má hlad po podnětech k zachování lidského organizmu stejný vztah jako hlad po potravě.*" (9, s. 16)

2. Komunikace ve zdravotnictví

2.1 Specifika komunikace ve zdravotnictví

Podle pátého axiomu výše citovaného Paula Watzlawicka „*komunikace je buďto symetrická nebo komplementární, podle toho, zda vztah mezi partnery spočívá na rovnovážnosti nebo rozdílnosti"*. (3)

U komunikace symetrické se partneři snaží nerovnovážnosti mezi sebou minimalizovat, přičemž jejich vzájemná pozice je zhruba stejně silná. Watzlawick zde používá pojmu „Spiegelhafte Benehmen", tedy zrcadlové chování. Můžeme si představit třeba rozhovor dvou přátel u kávy.

U komunikace komplementární se setkává vždy jeden superiorní a jeden inferiorní partner. Partneři se ve svém chování vzájemně doplňují. (Watzlawick uvádí jako příklad vztah matky a dcery). V kulturním kontextu nejde o vztah „špatný vs. dobrý" a žádný z partnerů se zde „netlačí na místo druhého".

V zdravotnické komunikaci lékař je profesionál a pacient, je ten kdo „trpí" (z lat. patior), tedy ten, kdo přichází s problémem, nemocí, a očekává, že mu bude pomoženo. Nejde o vztah konkurenční ani o nadřízenost a podřízenost. Přesto má vztah pacient vs. lékař rysy komplementarity a vyznačuje se značnou složitostí. Superiorita lékaře je dána nejen kvalifikací, osobním a odborným renomé, ale také obecně vysokou prestiží lékařské profese. (Dle průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AVČR z června 2019 se v žebříčku společenské prestiže celkem z 26 povolání na prvním místě umístil lékař, následuje vědec spolu se zdravotní sestrou. Jen pro srovnání uvádím, že na opačném pólu žebříčku figuruje poslanec, v těsném závěsu za uklízečkou). (10)

Ani pacient nepřichází zpravidla do ordinace jako nepopsaný list. Jeho očekávání je determinováno směsí naděje a obav, ovlivněno jeho předchozí osobní či rodinnou zkušeností s lékařskou péčí, a často též různými klišé z televizních seriálů nevalné kvality. Fenoménem současnosti je i získávání informací o nemoci na Internetu, k jejichž správnému vyhodnocení není pacient zpravidla patřičně odborně vybaven.

Vážné onemocnění zasahuje život pacienta ve všech jeho složkách - somatické, psychické i sociální. Může vést nejen k existenční, ale i k existenciální

krizi. Toho by si měl být dobrý lékař v plné míře vědom, a namísto stále obecně převládajícího paternalismu, směřovat spíše k partnerství a spolupráci s pacientem na bázi vzájemné úcty a respektu.

V složité interakci lékaře a pacienta může sehrát významnou moderační a harmonizující roli právě sestra, která tvoří součást zdravotnického týmu. Sestra stráví s pacientem hodně času, často i mnohem více než lékař. Kromě odborné ošetřovatelské péče věnované pacientům, se stará i o jejich emocionální stav. Měla by umět naslouchat, vcítit se a umět porozumět potřebám pacientů.
V ordinaci praktického lékaře je tato její role navíc umocněna dlouhodobou osobní znalostí většiny pacientů, a to včetně jejich rodinného zázemí. Sehranost „tandemu" lékaře a sestry pak nesporně pomáhá vytvářet dobré předpoklady k celostní léčbě pacienta.

2.2 Osobnost a role sestry obecně

Obecně lze říct, že sestra by měla být vyzrálou a autentickou osobností, měla by být odborně zdatná, komunikativní, empatická a odolná vůči stresu. Dobrá sestra by měla umět pacienty vyslechnout, poradit jim, nasměrovat je a povzbudit . Kromě běžných odborných technikálií své profese by měla na velmi dobré úrovní zvládat práci s počítačem, jakož i obsluhu a používání moderních diagnostických zařízení a lékařských přístrojů, jimiž je pracoviště vybaveno.

Podle principů Etického kodexu zdravotních sester přijatého Mezinárodní radou sester „ *mezi základní povinnosti sestry patří:*

- *podpora zdraví*
- *předcházení nemocem*
- *navrácení zdraví*
- *zmírnění utrpení."* (6, s. 79)

Výčet potencionálních rolí sestry v současném ošetřovatelství podává J. Kutnohorská:

- *„ošetřovatelka*
- *komunikátorka*

- *edukátorka*
- *poradkyně*
- *pacientova advokátka*
- *nositelka změn*
- *manažerka*
- *výzkumný pracovník"* (11, s. 22)

Sestra by měla dále „*dodržovat zásady tzv. profesionálního chování, které by mělo vztah mezi personálem a nemocným posílit. Patří mezi ně např.:*
- *znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování*
- *korekce chování tak, aby se projevilo v kladném působení na nemocného*
- *ovládání negativních emocí a nálad při jednání s klientem a spolupracovníky*
- *povýšení potřeb a zájmů pacienta nad své vlastní*
- *adaptivní chování*
- *kontrola chování (především negativních emocí)*" (6, s. 81)

Jak vidno i z výše uvedených citací, požadavky kladené na osobnost a roli sestry ve zdravotnickém procesu nejsou právě malé. Úměrně rychlému rozvoji medicíny, a to včetně lékařské techniky, vzrůstají i nároky odborné. Roste i administrativní zátěž sester, často i na úkor času, který by mohly mnohem produktivněji věnovat pacientům. Sestra je ovšem také jenom člověk, se svými lidskými problémy a starostmi, dobrými i špatnými vlastnostmi, slabostmi, úzkostmi a třeba i předsudky. Je samozřejmé, že by měla na sobě neustále pracovat, vyvíjet se a vzdělávat, ale měla by mít i právo žádat vytvoření takových podmínek, aby její práce mohla mít smysl a byla také řádně oceňována, ať již morálně či hmotně.

V rámci své praxe na řadě pracovišť Fakultní nemocnice Královské Vinohrady jsem měla možnost vyzkoušet si sesterskou práci na lůžkových odděleních na vlastní kůži. Po dvanáctihodinové směně na totálně personálně poddimenzované Léčebně dlouhodobě nemocných jsem únavou sotva hýbala víčky, zatímco tamní skvělé a obětavé sestry si zachovávaly dokonce i humor a šarm. „Tak co, ještě chceš být sestřičkou?" pochichtávaly se přátelsky po jedné z

obzvláště náročných směn. Přiznávám, že pokud bych měla hledat svůj vzor, nebude to Florence Nightingallová ani matka Tereza, ale spíše tyto pracovité, veselé a laskavé bytosti, se kterými jsem měla tu čest se setkat ve vinohradské LDN.

V této souvislosti bych si závěrem dovolila malý postřeh. Ať již z médií či z úst „kompetentních činitelů" slýcháme čím dál častěji, že profese sestry není obyčejným povoláním, ale „posláním". Zní to, pravda, vznešeně. Častým používáním, či lépe řečeno, zneužíváním, se však z této věty stává pouhá pokrytecká floskule. V čem spočívá pokrytectví? Náročnou, odpovědnou a rizikovou práci je třeba již z povahy věci řádně zaplatit. Není však pro nositele „poslání" nejlepší odměnou či speciálním bonusem radost z dobře vykonané práce? Nejnovější objev doby zní: je nedostatek zdravotnického personálu! Opravdu musela přijít pandemie, aby se v některých „pomazaných" hlavách rozbřesklo?

2.2.1 K některým specifikům práce sestry v ordinaci praktického lékaře

Prostředí specializovaných lůžkových oddělení velkých nemocnic trochu připomíná poloautomatizovaný tovární provoz. Pohybuje se zde velké množství personálu, u lůžka pacienta se střídají sestry, lékaři, ošetřovatelé i sanitáři. Střídají se i pacienti. Vše je zpravidla funkční, aseptické a standardizované, zdravotníci jsou vesměs přiměřeně profesionálně vlídní a odborně zdatní. Některá oddělení působí nicméně trochu odosobněně.

Současný informační boom nutí lékaře k stále užší specializaci ve svém oboru. Na druhé straně sílí trendy, které odmítají redukci osobnosti pacienta na jeho onemocnění, a to ve prospěch celostního psychosomatického pohledu. Jedná se o tendence poněkud protisměrné. V tomto kontextu nabývají, alespoň dle mého názoru, na významu ordinace praktických lékařů, kde, s ohledem na různorodost klientely a důvěrnější znalosti jejího psychosomatického i sociálního zázemí, dochází snadněji k jakési syntéze, či možná, lépe řečeno, k smíření obou trendů. Praktici tak mohou specialistům poskytovat kvalitní zpětnou vazbu.

Výše zmíněné potvrzují i slova MUDr. Vojtíškové z 1.LF UK, která ve svém článku „Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře" vyzdvihuje význam a funkci praktického lékařství slovy: „*Ze všech lékařských oborů a zdravotnického personálu má historicky právě ordinace praktického lékaře nejblíže ke svým pacientům, s nimiž lékař a sestra často prožívají dobré i zlé, včetně konce života v domácím prostředí.*" A pokračuje: „*Praktický lékař a sestra mají být svým pacientům průvodci ve zdraví i v nemoci, provádět prevenci a v případě nemoci poskytnout léčbu, případně zprostředkovat léčbu odbornou nebo následnou, zajišťovat a navrhovat příslušnou péči sociální. Velký důraz je kladen na schopnost komunikace, neboť právě personál všeobecné praxe je často jediným a ochotným zdrojem informací pacienta."* (12, s.94 - 96)

Zacharová, i mnoho dalších autorů, podtrhují potřebu vnímat člověka komplexně, a to nejen jako organismus, ale i jako osobnost s psychickými vlastnostmi a člena společnosti se svým sociálním zázemím. Jen tak můžeme pacientovi porozumět a poskytovat mu dostačující zdravotnickou péči. Opět Zacharová zde hovoří o tzv. bio-psycho-sociální jednotě. (6)

Zdravotník, ať již sestra či lékař, by měli ke svým pacientům i d e á l n ě přistupovat minimálně se základními znalostmi jejich premorbidní osobnosti, zejména s ohledem na:

- citové reakce před onemocněním, např. na nepříjemné podněty, jako je bolest, hlutk atd.
- temperament (neboli citová reaktivita) - způsob, jakým se vyrovnává s novými životními situacemi, jak zvládá strach, úzkost atd.
- vztah ke společenskému okolí - člověk společenský či samotář, zda má z nemoci určité výhody, nebo ekonomické ztráty
- zdravotní uvědomění
- úroveň inteligence nemocného, vzdělání, kulturní rozhled.
-interpersonální vlastnosti v sociálních situacích (dominance, submise, egocentrismus, závislost, agresivita, přátelství atd.) (6, s. 31-32)

Záměrně jsem v předcházejícím odstavci proložila slovo „ideálně". Zde uvedený výčet toho, co bychom měli o svých pacientech vědět dříve, než je

začneme léčit, mne přiměl k malému, možná sebekritickému, možná skeptickému zamyšlení. Víme toho dost? A pokud nikoli, je to naším pochybením, anebo jsou na vině objektivní skutečnosti?

Snad nebude zcela od věci, pokud v této souvislosti zavzpomínám na svého dědečka, praktického lékaře v jednom šumavském příhraničním obvodu. Za více než čtyřicet let praxe prošly jeho ordinací tři generace pacientů. Znal nejen všechna jejich jména a přezdívky, ale i příbuzenské vazby mezi jednotlivými rodinami, což mu nepochybně ulehčovalo nejen diagnostiku rodových zátěží, ale do značné míry i edukační působení k prevenci genetických chorob. Protože lidským osudům rád naslouchal, jeho znalost „premorbidních anamnéz" často sahala i do minulosti, třeba až k neléčené syfilidě, kterou si prapředci místní populace, tzv. „světáci", přinášeli do svých rodin jako upomínku na své působení v cizině, kde pracovali u různých mezinárodních cirkusů. Denně po skončení ordinace přijížděl řidič se sanitkou a vozil dědu „na návštěvy". Objížděli ležící pacienty po celém rozsáhlém obvodě s mnoha těžko dostupnými samotami, roztroušenými v přilehlých kopcích a lesích. Domů se vracel často až za tmy. To, že lékař své pacienty bezprostředně poznával a ošetřoval i v jejich přirozeném prostředí, rozhodně přispívalo k posílení vzájemné důvěry a pozitivně ovlivňovalo i samotnou léčbu. A že byl dědeček lékařem dobrým, o tom svědčily nespočetné zástupy lidí, které ho přišly vyprovodit na jeho poslední cestě.

Současná doba je rychlá až hektická, orientovaná na výkon a rozhodně nepříliš sentimentální. Nechtěla bych zde evokovat šumavskou klostermannovskou idylu, ani stavět pomyslný pomníček památce svého dědečka či, nedej bože, medicíně minulého století. Jakožto sestra, která se v průběhu pracovního dne setká v průměru s padesáti pacienty, se však nemohu nezamýšlet. Ordinace praktických lékařů disponují dnes diagnostickým vybavením, moderními léčebnými a medikačními postupy, o nichž se mému dědečkovi rozhodně ani nezdálo. Tato bakalářská práce je však o komunikaci, a možná právě zde je skryto ono pomyslné „jádro pudla". I my v naší ordinaci bychom rádi naslouchali životním příběhům svých pacientů, smáli se s nimi a podělili se s nimi o kus té „člověčiny", která v nás nepochybně je, právě tak, jako byla v mém dědečkovi.

Bohužel, času na pacienty nemáme tolik, kolik by bylo zapotřebí. Zdůvodnění tohoto faktu, jakož i jeho pravděpodobného dopadu na pohodu, komfort a možná i zdraví našich pacientů, by bylo jistě vděčným tématem pro samostatnou práci. Třeba ji někdy napíšu.

2.3 Představení naší ordinace

Ordinace praktického lékaře tak, jak ji poznávám osobně já, je prostředím poměrně komorním. Malý kolektiv zdravotnických pracovníků (v našem případě dva lékaři a dvě sestry) je sehraný. K dorozumění mezi lékařem a sestrou většinou stačí mimoslovní pokyn nebo oční kontakt, zejména u záležitostí, které by nebylo vhodné či taktní řešit před pacientem.

Jsme sídlištní ordinace. Naši klientelu tvoří především obyvatelé ďáblického a kobyliského sídliště, čímž je m.j. ovlivněna i sociální a věková struktura našich pacientů. Sociologický průzkum jsem sice neprováděla, ale tak trochu se k tomu chystám. Odhadem bych uvedla, že naši ordinaci navštěvují především příslušníci střední vrstvy různé profesní skladby, od prodavaček a řidičů MHD po učitele a jiné intelektuální profese. Z věkového hlediska převažují pacienti starší až velmi staří. Máme i pacienty cizích národností, ať již v České republice plně naturalizované, či zde pobývající přechodně, z pracovních či rodinných důvodů. Registrujeme ale i stále více lidí mladých. S těmi se, až na výjimky, setkáváme spíše v rámci preventivních prohlídek, anebo při vystavování různých potvrzení pro pracovní, studijní nebo sportovní účely. Těší nás, že se našimi pacienty stávají postupně celé rodiny, což značně ulehčuje kontakt i stanovení rodinné anamnézy, a to nejen s ohledem k dědičným onemocněním. Různorodost naší klientely nese sebou značné nároky na komunikaci, pokud možno „šitou na míru" každého pacienta, s přihlédnutím k jeho vzdělání, věku, osobnosti a temperamentu.

Pro sestru je velice důležitá osobní znalost většiny pacientů i jejich bližšího zázemí. Budování vztahu vzájemné důvěry a respektu je však vždy během na dlouhou trať a vyžaduje od sestry značnou míru empatie, trpělivosti i

osobní angažovanosti. Pomáhá, pokud pacient k takovému vztahu přispívá i svou ochotou ke spolupráci a aktivním přístupem k procesu léčby.

2.4 Komunikace sestry s pacientem v ordinaci praktika

2.4.1 Seznámení s pacientem, prvý kontakt

Vlastní komunikace s pacientem začíná vlastně již poněkud dříve, než pacient poprvé překročí práh čekárny. Každá ordinace si vytváří svoji pověst a renomé a pacient se zde také zpravidla registruje na základě předchozích informací či doporučení, získaných od známých, přátel a příbuzných. Přichází tedy již předem s určitým očekáváním a je ctí nás všech, pokud jsme tato očekávání schopni naplnit.

Důležitým komunikačním „uzlem" je již samotná čekárna, kde získává pacient další informace od „spolučekajících". Je zde k dispozici řada osvětových letáčků. Na displeji se pak může pacient seznámit se všemi typy vyšetření, testů a očkování, které ordinace poskytuje. Je zde umístěno zařízení, jehož prostřednictvím může pacient vložením kartičky pojišťovny avizovat „bezkontaktně" svůj příchod. Přesto je zvykem dodržovat určitý vstupní rituál. Sestra vychází z ordinace, zve dovnitř pacienta a představí jej lékaři. Právě tak jej po ukončení vyšetření opět z ordinace vyprovází. Je to tedy ona, kdo je zprostředkovatelem prvního kontaktu, který do značné míry předznamenává a také „polidšťuje" další vývoj vztahu pacienta a zdravotnického týmu.

Co hraje u sestry v situaci prvního kontaktu důležitou roli?

- Vzhled - zejména čistota a upravenost, ale i určitá solidnost a neprovokativnost. Myslím, že dřívější sesterské uniformy měly svůj, nejen komunikační, význam.
- Úsměv - MUDr. Karel Nešpor v jedné ze svých přednášek rozlišil mezi úsměvem a „profesionálním šklebem". Při úsměvu se smějí i oči, kolem kterých se tvoří typické vějířky mimických vrásek. Takový úsměv sám o sobě

působí léčivě, a to nejen pro toho, komu je adresován, ale i pro toho, kdo jej vysílá.

- Vystupování - především vlídnost, uměřenost a neokázalost, ale také určitá dávka sebejistoty. Důležitý je oční kontakt.
- Oslovení pacienta - jeho jménem, pokud možno nezkomoleným a ve správném tvaru vokativu. Dále akademickým titulem, pokud jej pacient do dokumentace uvedl. To je důležité i u velmi starých lidí, a možná zejména u nich. Familiérní oslovení „babi", „dědo" apod. je nepřípustné a degradující. Vnímám, jak zejména starší pacienti doslova roztají, pokud si sestra již při druhé návštěvě pamatuje jejich jméno.

2.4.2 Principy interakce s pacientem

MUDr. Radkin Honzák doporučuje v kontaktu mezi zdravotníkem a pacientem dodržovat několik zásadních pravidel. (2, s. 165)

„*Doporučení pro zdravotníky:*

- *Poslouchejte pacienta vždy pozorně.*
- *Vysvětlujte vše jasně a srozumitelně. Přesvědčete se, zda vám pacient rozuměl.*
- *Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, vliv druhých)*
- *Zachovejte vždy důvěrnost informací.*
- *Respektujte přání pacientů.*
- *Nekritizujte pacienta veřejně.*
- *Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.*
- *Respektujte pacientovo soukromí.*
- *S diagnózou a léčbou seznamte pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.*
- *Během rozhovoru udržujte oční kontakt.*
- *Vystupujte před pacientem vždy v nejlepším světle.*
- *Buďte poctiví a čestní."*

Pro pacienta má MUDr. Honzák následující doporučení:

- *Ptejte se na vše, co považujete za nejasné a nesrozumitelné*
- *Poskytněte všechny nutné informace.*
- *Řekněte, co, kde a jak vás bolí.*
- *Pečlivě dodržujte všechny pokyny.*
- *Buďte upřímní.*
- *Sdělte všechny své pochybnosti, ať se týká čehokoliv.*
- *Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův (sestřin) čas a nepřipravujte zdravotníka o čas zbytečně.*
- *Důvěřujte svému lékaři a sestře.*
- *Sdělte všechny své problémy najednou.*
- *Při rozhovoru se dívejte lékaři (sestře) do očí*."

MUDr. Honzák je velmi zkušený lékař, psychiatr. Jeho doporučení jsou esencí jeho celoživotního kontaktu s nemocnými nejrůznějších osobností, mentalit a povah. Jsou moudrá a určitě by nebylo od věci umístit je na viditelném místě, ať již v čekárně nebo v ordinaci. Osvojení si těchto pravidel oběma stranami by rozhodně mohlo přispět k účelnější a splavnější vzájemné komunikaci.
Pravidlo, doporučující pacientovi důvěru k lékaři a sestře, bych si však, při vší úctě k MUDr. Honzákovi, dovolila přesunout spíše do pravidel pro zdravotníky: „Chovejte se vždycky tak, abyste si dokázali nejen získat, ale i udržet důvěru svých pacientů." Vztah důvěry je křehký a je možno jej narušit třeba i necitlivým nebo netaktním slovem nebo skutkem. Je třeba jej stále znovu vytvářet a upevňovat a nelze jej prostě „nadekretovat", třeba i dobře míněnou radou nebo doporučením.

2.4.3 Rozhovor jakožto základní prostředek komunikace v ordinaci

Pro rozhovor sestry s pacientem v ordinaci praktika lze nepochybně použít veškerá obecná teoretická komunikační pravidla. Na rozdíl od hospitalizovaných pacientů, kde je možné rozhovor lépe plánovat, v ordinaci jeho potřeba častěji vyplyne spíše z aktuální situace. Je třeba pro tyto případy být vybaven nejen teoreticky, ale i lidsky. Jinak je veden rozhovor informační, jinak terapeutický,

poradenský, diagnostický či edukační. Je třeba brát v úvahu i celou řadu vlivů, které mohou zkreslit nejen samotný rozhovor, ale i interpretaci získaných poznatků.

Obecné zásady pro vedení rozhovoru mezi sestrou a pacientem shrnují mnozí autoři takto:

- rozhovor je třeba připravit a naplánovat, stanovit si cíl

- zahájení rozhovoru (pozdrav, oslovení), zjistit pacientovo očekávání

- zajistit soukromí a intimitu, získat důvěru pacienta

- stejná horizontální úroveň sestry a pacienta, oční kontakt

- přizpůsobit se jazyku lidí, kterým je sdělení určeno, nepoužívat odborné výrazy, mluvit srozumitelně a pomalu, používat jednoduché věty

- vždy klást pouze jednu otázku a čekat na odpověď, nevnucovat svoje názory a nepoužívat sugestivní typ otázek, dodržovat logické pořadí otázek

- používat taktiku aktivního naslouchání, poskytnutí zpětné vazby opakováním,

- empaticky naslouchat, t.j. nepoučovat, nesoudit, nepřerušovat, akceptovat pacientovo mlčení. (1, 13, 14)

Taktně vedeným rozhovorem lze získat mnoho informací, které nejsou dostupné z běžného kontaktu s pacientem, ani z pouhého pozorování. Každá osobnost má mnoho vrstev, přičemž ta vrchní vrstva nemusí být právě tou, která o nás vypovídá nejvíce. V latině slovo osobnost, persona, označovalo masku; takovou masku, kterou nosí na obličeji herci. Co všechno může být pod takovou maskou ukryto! Člověk? To není jeden člověk. *„Každý z nás je my, každý je zástup, který se vytrácí do nedohledna. Jen se na sebe podívej, člověče, vždyť jsi málem celé lidstvo”* (16, s. 327), říká Karel Čapek ve své knize Obyčejný život. Má tím na mysli všechno to, čím doopravdy jsme, ale také to, čím jsme chtěli být a nebyli, čím jsme mohli být a nestali se tím, prostě všechen ten nekonečný

potenciál, který je v každém z nás a může vést nejen k našemu rozvoji, ale i k sebedestrukci.

Sestra pochopitelně nemá kvalifikaci psychoterapeuta a neměla by se do této role stylizovat. Na místě je naopak maximální opatrnost, takt, úcta, respekt a zejména schopnost naslouchat. Díky tzv. „empatickému naslouchání" dokážeme porozumět pocitům a sdělením druhého člověka. Sestra by se měla naučit potlačit vlastní pocity , ponořit se do pocitů druhého a naslouchat mu. (18) Nestačí sledovat pouze verbální projev. Je třeba pozorně vnímat a vyhodnocovat i neverbální signály, které mají často značnou vypovídací hodnotu o skutečném významu sdělení.

Inspirativní přístup ke komunikaci má rogersovská škola (Carl Rogers, 1902-1987), z jejíchž principů vychází tzv. person - centred approach. (17) Tento, původně psychoterapeutický přístup, je dle rogersovců aplikovatelný ve všech oblastech lidských vztahů. Rogersovský nedirektivní empatický přístup nepoužívá speciální komunikační techniky, ale klade důraz na osobnost, která vytváří empatický a nesoudící (non judgemental) vztah.

Dle Carla Rogerse je při rozhovoru zapotřebí navodit optimální interpersonální klima, kde se osoba (pacient) cítí v bezpečí po stránce psychické i fyzické. Partnerem by měla být osoba (sestra, lékař), která je hluboce chápající (empatická), totálně přijímající (mající nepodmíněně pozitivní přístup) a upřímná (kongruentní). (17)

Aby tato subkapitola nezůstala bez pointy, vypůjčila jsem si závěrem citát, který je připisován švýcarskému teologu a badateli v oblasti fyziognomie (a zejména odrazu charakteru v lidské fyziognomii) Johannu Kasparu Lavaterovi (1741-1801). Je v něm lapidárně a moudře shrnuto „gro" dobré komunikace. *„Chceš-li býti rozumný, nauč se rozumně se tázati, pozorně naslouchati, klidně odpovídati, a když nemáš co říci, přestaň mluviti."* Zejména poslední část tohoto citátu by si zasloužila býti tesána do kamene!

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Úvod do praktické části

3.1 Námět výzkumu

Tato bakalářská práce se zabývá komunikační interakcí mezi sestrou a pacientem, se zvláštním zřetelem k podmínkám konkrétní praxe obvodního lékaře. Jedním ze zohledněných kritérií je právě osobní pohled pacientů na kvalitu ošetřovatelského personálu.

V ordinaci praktického lékaře je komunikační dovednost jednou ze zásadních kompetencí sestry. Sestra je ošetřovatelkou, ale i průvodcem, přítelkyní a partnerem každého pacienta. Právě ona usměrňuje průběh návštěvy nemocného u lékaře, počínaje prvním setkáním v čekárně. U praktického lékaře se pacienti registrují, chodí na pravidelné prohlídky, přicházejí si pro rady a léčbu, pokud jsou nemocní. Někdy si přijdou jen tak popovídat a ujistit se, že je zde stále někdo, kdo je vyslechne a povzbudí. Do této ordinace se pacienti vrací, někteří, hlavně senioři, sem chodí i několikrát do měsíce. Logicky se tedy mezi nimi, pacienty a zdravotnickým personálem, lékařem a sestrou, vytváří vztah. Zda se jedná o konstruktivní pozitivní vztah plný důvěry, jako základ pro další vzájemnou spolupráci a obohacení, záleží z velké části právě na osobnosti sestry a jejích komunikačních dovednostech.

Jsem přesvědčena, že je velmi důležité pro nás sestry, pracující nejen v ordinacích praktických lékařů, vědět, co si o našem vystupování, chování, našich komunikačních dovednostech a působení myslí právě pacienti. Jen díky jejich zpětné vazbě, názorech a posouzení, budeme schopny naši komunikaci s nimi zlepšit , zdokonalit a přiblížit jejich očekávání.

3.2. Cíle a hypotézy výzkumu

3.2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumné části této bakalářské práce je zjistit, jak vnímají komunikační roli sestry a její působení pacienti, přicházející do ordinace praktického lékaře. Odhalit, zda osobnost sestry a její komunikační schopnosti přispívají k tomu, aby se pacient v ordinaci praktického lékaře cítil komfortněji, psychicky podporován, srozumitelně a dostatečně informován. Zjistit, zda role sestry a její přítomnost v ordinaci praktika dodává pacientovi pocit jistoty a bezpečí a odvahu ke sdělení všech obav, názorů a potřeb.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda osobnost sestry a její komunikační dovednosti ovlivňují pacientův výběr, popřípadě dlouhodobé setrvávání v konkrétní ordinaci.
2. Zjistit, zda pacienti pří příchodu do ordinace preferují osobní komunikaci se sestrou, či upřednostňují „neosobní" automat. A dále, zda oceňují, pokud si je sestra pamatuje, oslovuje je jménem či akademickým titulem a je informovaná o jejich zdravotních obtížích.
3. Zjistit, zda pacienti považují sestru za harmonizující faktor a vnímají pozitivně její aktivní spoluúčast, empatickou a psychickou podporu (případně i fyzický kontakt) v průběhu léčebné péče.
4. Zjistit, zda pacienti oceňují význam sestry v edukaci a zprostředkování (polidštění) informací podávaných lékařem.

3.2.2 Hypotézy výzkumu

Hlavní hypotéza: role sestry v komunikaci s pacienty v ordinaci praktika je zásadní a má obrovský vliv na pacientův dobrý pocit z péče, která je mu zde poskytována.

Dílčí hypotéza č. 1: sestra a její komunikační kompetence mají velký význam při výběru a setrvání v ordinaci praktického lékaře.

Dílčí hypotéza č. 2: pacienti, přicházející do ordinace praktického lékaře, upřednostňují, pokud si je sestra pamatuje, osloví je jménem a je znalá jejich zdravotních problémů.

Dílčí hypotéza č. 3: pacienti oceňují psychickou podporu sestry podávanou taktní a nevtíravou formou.

Dílčí hypotéza č. 4: sestra přispívá k pochopení významů a postupů v rámci léčebné péče.

3.3 Metodika výzkumu a zpracování dat

Jako metodu výzkumu jsem si vybrala anonymní dotazníkové šetření, jehož výhoda spočívá v nízké časové a finanční náročnosti a anonymitě respondentů. Dotazník je polostrukturovaný; byly použity jak otázky uzavřené, kde respondenti měli možnost volby z nabízených odpovědí, tak i otázky otevřené, které vyžadovaly vlastní formulaci. Dotazník byl distribuován v konkrétní ordinaci praktického lékaře na Praze 8.

Otázek v dotazníku, na které respondenti odpovídali, bylo celkem 19. První tři otázky dotazníku se týkaly demografických údajů (pohlaví, věk, vzdělání). Prostřednictvím otázky číslo 4 a 5 jsem se chtěla dozvědět, jakou měrou ovlivňuje osobnost sestry výběr ordinace praktického lékaře. V druhé části otázky č. 5 měli respondenti možnost specifikovat komunikační problém, který je přiměl k jejímu opuštění. Záměrem otázek dotazníku č. 6 a 19 bylo zjistit, zda respondenti po vstupu do čekárny upřednostňují osobní interakci/komunikaci se sestrou nebo využití vstupních automatů. Otázky číslo 7,8 a 9 byly zaměřeny na to, zda pacienti vnímají pozitivně, pokud si je sestra pamatuje, osloví je jménem či akademickým titulem a je znalá jejich zdravotních problémů. Záměrem otázek č. 10,11 a 12 bylo zjistit, zda přítomnost sestry v ordinaci v průběhu lékařského vyšetření není pacienty brána jako vměšování a narušení intimity. Otázky č. 13, 15 a 16 dotazníku byly položeny ke zjištění, zda sestra, její přítomnost a působení v ordinaci je pro pacienty podpůrným a povzbudivým psychickým elementem, který dokáže zmírnit strach a úzkost pacienta před či v průběhu lékařského vyšetření. V otázce č. 16 je polemizována role sestry ve srozumitelném objasnění

a shrnutí lékařského vyšetření a následného plánu péče při odchodu pacienta z ordinace. Pomocí otevřených otázek č. 17 a 18 jsem se snažila zjistit, jaké konkrétní vlastnosti by ideální sestra u praktika měla mít a jaké překážky v komunikaci mezi nimi a sestrou pacienti vnímají.

Na základě zpracovaných odpovědí byl dotazník dále zpracován slovně a graficky prezentován pomocí grafů a tabulek.

3.4 Administrativa dotazníku a výběr vzorku

Dotazníkové šetření empirické části této bakalářské práce probíhalo v období od ledna do konce března 2021. Dotazník jsem v tištěné podobě distribuovala mezi pacienty navštěvující ordinaci praktického lékaře na Praze 8, ve které t.č. pracují. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní. Celkem jsem oslovila 60 respondentů, všechny dotazníky se vrátily vyplněné. U respondentů jsem se úvodem zaměřila na základní demografické údaje (věk, pohlaví, vzdělání), které jsou uvedené následujících grafech a tabulkách. Demografické rozvrstvení zhruba odpovídá skladbě pacientů konkrétní ordinace.

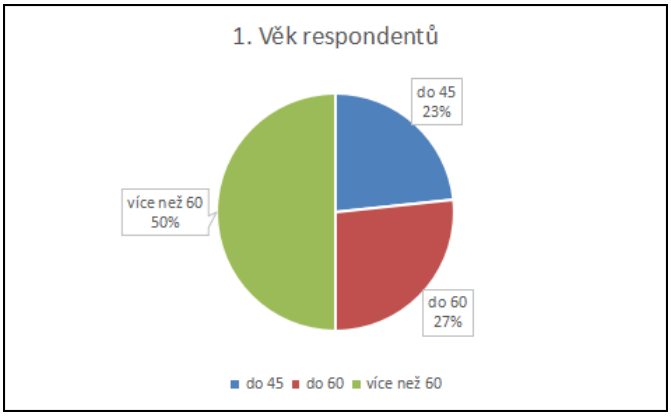
Věk

V následující tabulce č. 1 a grafu č. 1 je uvedena věková struktura respondentů.

Tabulka k otázce č. 1

věková kategorie	počet
do 45	14
do 60	16
více než 60	30

Graf k otázce č. 1



Z celkového počtu 60 respondentů převažují osoby starší 60 let, celkem 30, což odpovídá 50%. Osoby do 60 let jsou zde zastoupeny počtem 16, což je 27% všech respondentů. Poslední skupinou jsou osoby do 45 let, kteří jsou v šetření zastoupeny 23 %, tj. 14 osobami.

Nutno říci, že ochota pacientů podílet se na výzkumu, stoupala úměrně jejich věku.

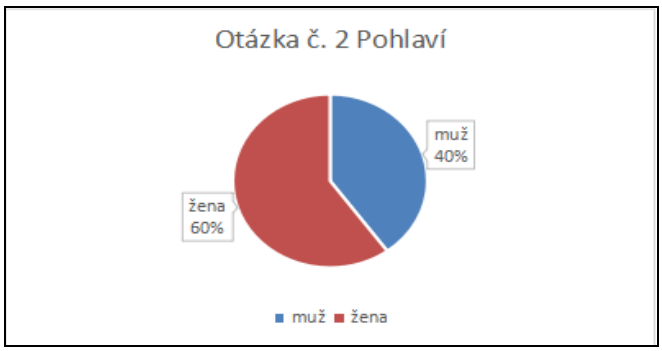
Pohlaví

V tabulce a grafu č. 2 je zobrazeno zastoupení mužů a žen zúčastněných ve výzkumu.

Tabulka k otázce č. 2

pohlaví	počet
muž	24
žena	36

Graf k otázce č.2



Celkem je ve výzkumu zapojeno 36 žen, odpovídající 60% a 24 mužů, t.j. 40% všech respondentů. Obecně lze říci, že ochota k vyplnění dotazníku byla vyšší u respondentů ženského pohlaví.

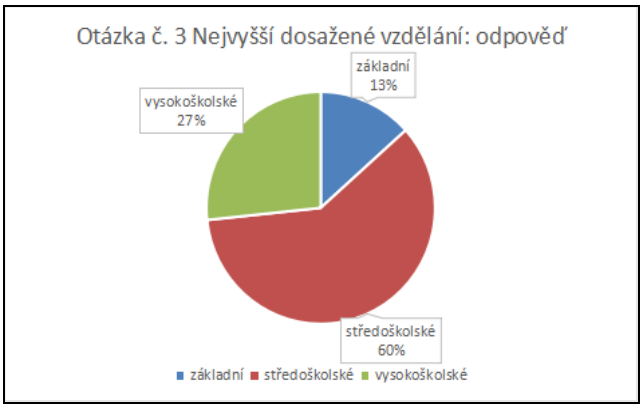
Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání respondentů je uvedeno v následující tabulce a grafu č. 3.

Tabulka k otázce č. 3

vzdělání	počet
základní	8
středoškolské	36
vysokoškolské	16

Graf k otázce č. 3



Nejvíce respondentů, 36 osob, má středoškolské vzdělání, což odpovídá 60% všech osob zkoumaného vzorku. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 27%, t.j. 16 respondentů. Základní vzdělání má 8 osob, t.j. 13% všech dotázaných.

4. Výsledky šetření a jejich grafické znázornění

4.1 Sestra jako „image" ordinace

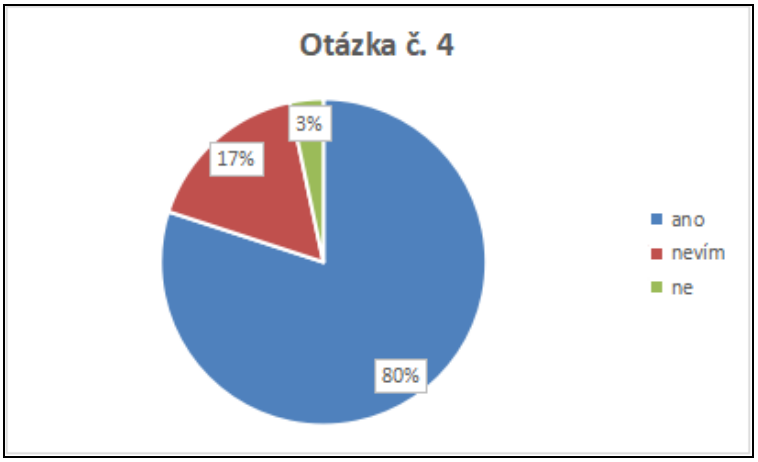
V otázkách č. 4 a 5 jsem hledala odpověď na to, zda osobnost sestry a její komunikační dovednosti mají vliv na pacientovu volbu ordinace praktického lékaře. Tyto otázky směřují k objasnění dílčího cíle č. 1.

Otázka č. 4: Ovlivňuje výběr ordinace praktického lékaře i osobnost sestry, její vystupování, vlídný přístup a příjemná komunikace s pacienty?

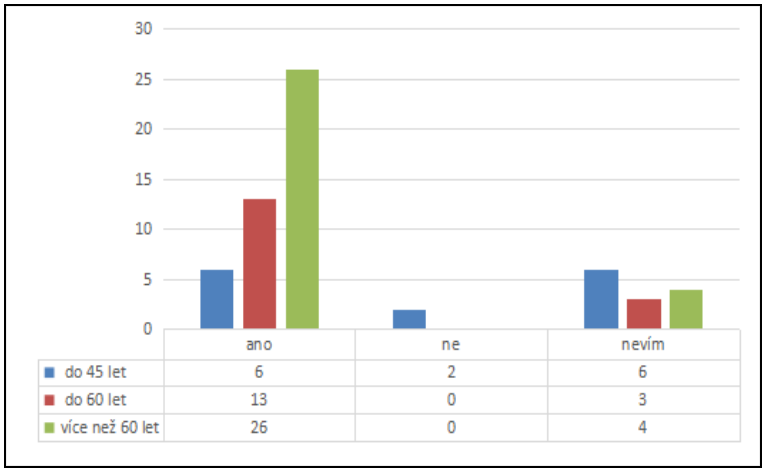
Tabulka k otázce č.4

odpověď	celkem odpovědí
ano	48
nevím	10
ne	2

Graf k otázce č. 4



Grafické zpracování otázky č. 4 dle věkových kategorií:



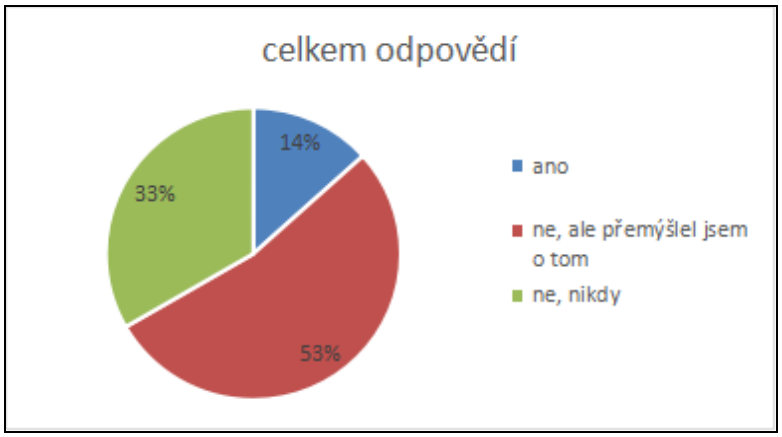
Celkově shrnuji, že pro významný vzorek respondentů je osobnost sestry důležitým faktorem pro volbu ordinace. Z prezentovaných dat je patrné, že důraz na pozitivní osobnost sestry kladou zejména starší respondenti.

Otázka č. 5: Změnili jste někdy ordinaci praktického lékaře kvůli nesympatické a nevhodně komunikující sestře?

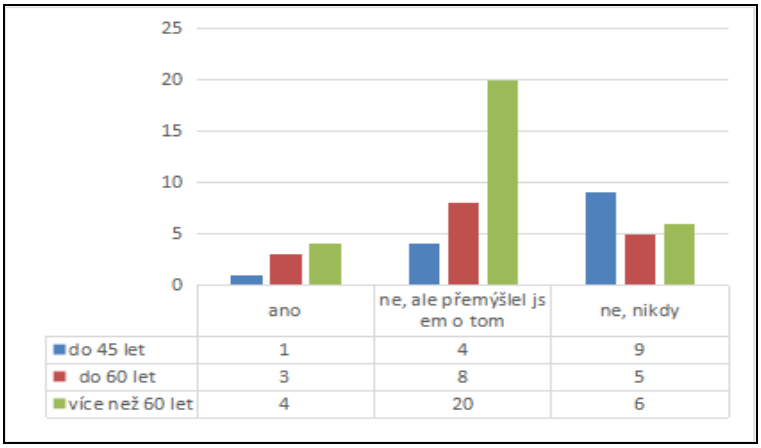
Tabulka k otázce č. 5

odpověď	celkem odpovědí
ano	8
ne, ale přemýšlel jsem o tom	32
ne, nikdy	20

Graf k otázce č. 5



Grafické zpracování otázky č. 5 dle věkových kategorií:



Respondenti, kteří odpověděli kladně, nebo o změně uvažovali, měli možnost v druhé části otázky specifikovat, jaký měli konkrétně důvod ke změně ordinace. Nejčastěji zmiňovali příčiny: hrubé a agresivní chování, špatná organizace práce, nevlídnost a neochota.

4.2 Význam osobního kontaktu se sestrou

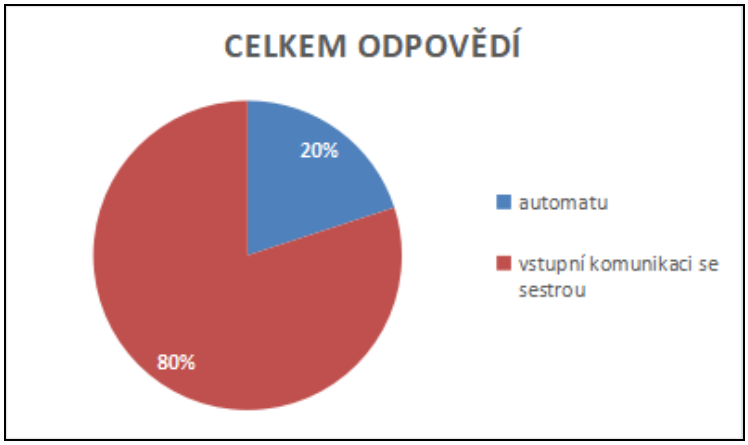
Zde bych chtěla analyzovat odpovědi na otázky dotazníku č. 6 a 19 a otázky č. 7, 8 a 9. Všechny se vztahují k dílčímu cíli č. 2, v souvislosti s kterým se snažím dopátrat, zda pacienti při příchodu do ordinace preferují osobní komunikaci se sestrou, či upřednostňují „neosobní" automat. A dále, zda oceňují, pokud si je sestra pamatuje, oslovuje je jménem či akademickým titulem a je informovaná o jejich zdravotních obtížích.

Otázka č. 6: Moderní trend směřuje k zavedení vstupních automatů v čekárnách. Dáváte přednost:

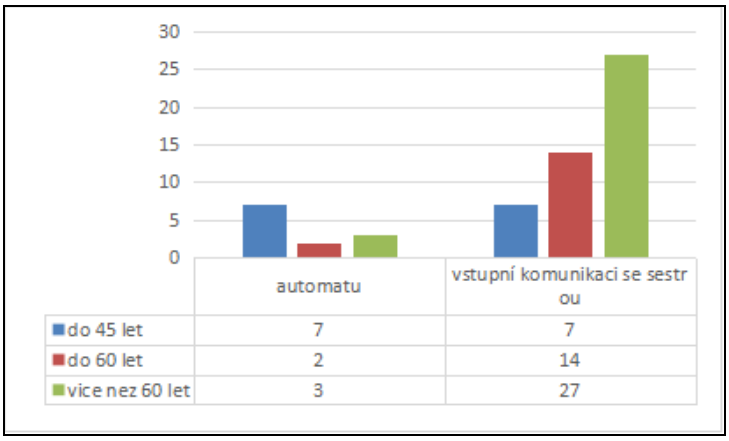
Tabulka k otázce č. 6

odpověď	celkem odpovědí
automatu	12
vstupní komunikaci se sestrou	48

Graf k otázce č. 6



Grafické zpracování otázky č. 6 dle věkových kategorií:



Opět se potvrdilo, že sestra je významným komunikačním partnerem zejména pro příslušníky starší generace.

Pokud pacienti odpověděli kladně, měli možnost v druhé části otázky vybrat, z nabízených odpovědí, důvod proč dávají přednost vstupní komunikaci se sestrou.

možnosti	počet odpovědí
je to lidsky příjemnější	20
sestra může pružně reagovat na Váš problém a příp. je i vyřešit	19
dostanete informaci, jak dlouho asi budete čekat	11
ujistíte se tak, že o Vás vědí a nebudete čekat marně	16

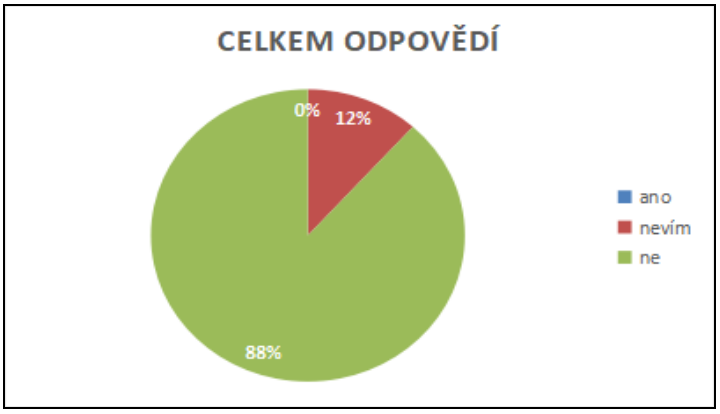
Možnost odpovědi využilo pouze 20 respondentů. 11 z nich zaškrtlo všechny nabízené odpovědi. Ostatní zvolili některé varianty; nejčastěji vybrali odpověď, že komunikace se sestrou je lidsky příjemnější, a dále že sestra může pružně reagovat na problém, se kterým pacient přichází a případně jej i vyřešit.

Otázka č. 19: S přicházejícím trendem automatizace lidských činnost bude možno nahradit mnoho profesí robotem. Dovedete si představit, že je takto nahraditelná i práce sestry?

Tabulka k otázce č. 19

odpověď	celkem odpovědí
ano	0
nevím	7
ne	53

Graf k otázce č. 19



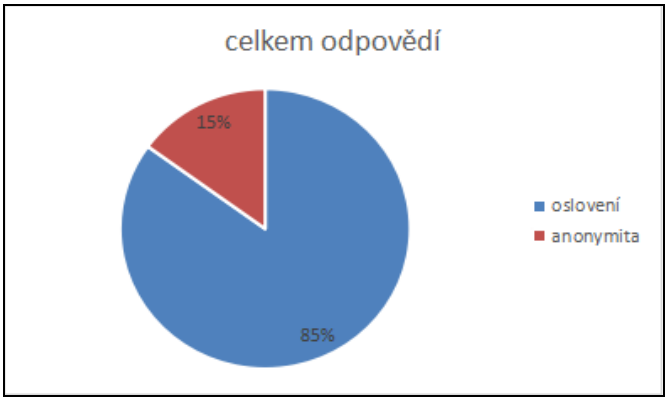
Vysoký počet záporných odpovědí svědčí o nedůvěře k možnosti nahradit lidský faktor technikou.

Otázka č. 7: Je Vám příjemné, pokud Vás sestra v čekárně osloví přímo jménem, včetně titulu, nebo dáváte přednost anonymitě?

Tabulka k otázce č. 7

odpověď	celkem odpovědí
oslovení	51
anonymita	9

Graf k otázce č. 7



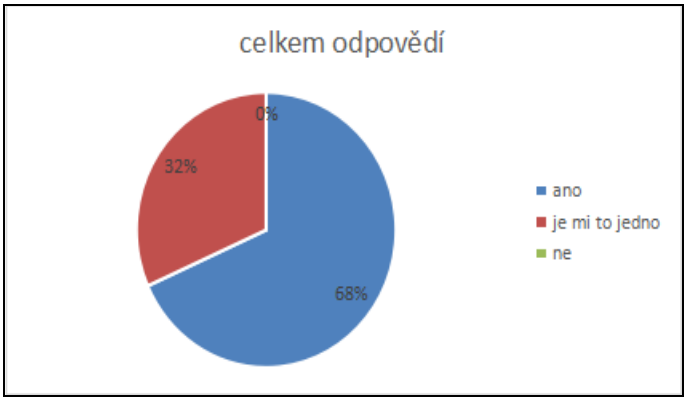
Dle předpokladu většina respondentů považuje přímé oslovení za pozitivní kontakt se sestrou.

Otázka č. 8: Potěší Vás, pokud si sestra pamatuje Vaše jméno i Váš zdravotní problém?

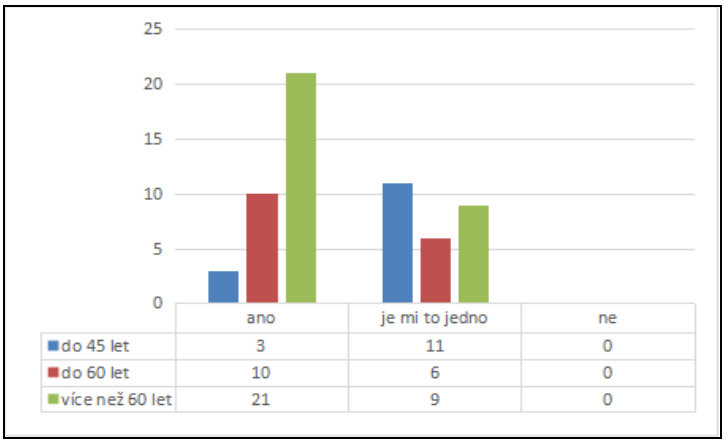
Tabulka k otázce č. 8

odpověď	celkem odpovědí
ano	41
je mi to jedno	19
ne	0

Graf k otázce č. 8



Grafické znázornění otázky č. 8 dle věkových kategorií



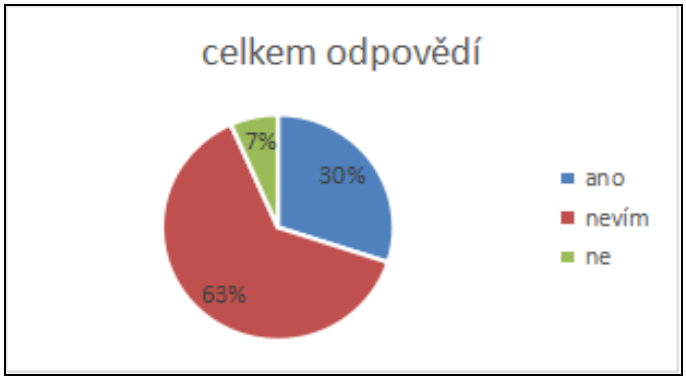
U převážné většiny tázaných fakt, že si sestra pamatuje jméno i zdravotní problém, posiluje pocit sounáležitosti k dané ordinaci. Opět je tento pocit silnější u starších pacientů.

Otázka č. 9: Líbí se Vám, pokud Vás sestra při vstupu do ordinace lékaři představí s krátkou vstupní informací?

Tabulka k otázce č. 9

odpověď	celkem odpovědí
ano	18
nevím	38
ne	4

Graf k otázce č. 9



Vzhledem k formulaci otázky odpovědi nevyzněly jednoznačně, řada respondentů dotaz zřejmě nepochopila. O tom svědčí vysoké procento odpovědí „nevím".

4.3 Sestra jako harmonizující faktor

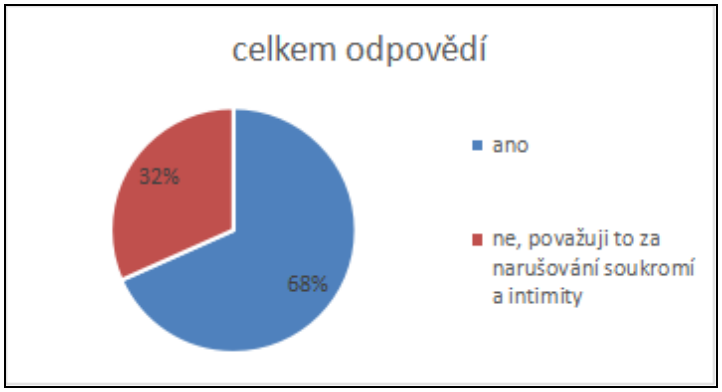
Otázky č. 10 až 15 byly v dotazníku položeny k objasnění dílčího cíle č. 3, který si klade za úkol zjistit, zda pacienti považují sestru za harmonizující faktor a vnímají pozitivně její osobní aktivní spoluúčast, empatickou a psychickou podporu (případně i fyzický kontakt) v průběhu léčebné péče.

Otázka č. 10: Je Vám příjemné, pokud se sestra účastní aktivně lékařského vyšetření (např. pomoc při oblékání, konejšivým slovem atd.)?

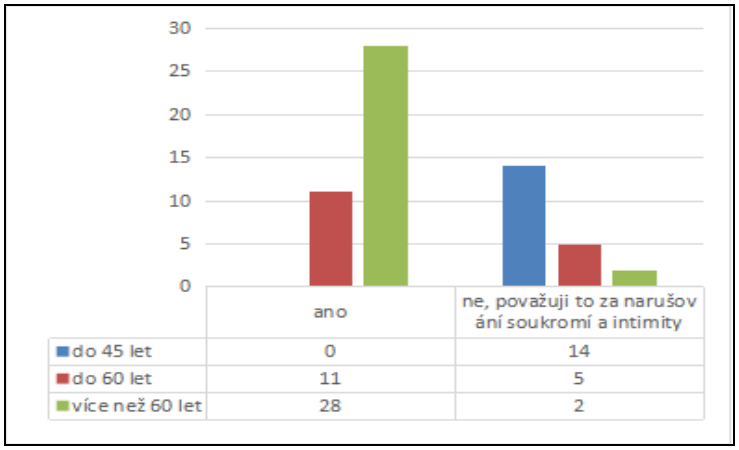
Tabulka k otázce č. 10

odpověď	celkem odpovědí
ano	41
ne, považuji to za narušování soukromí a intimity	19

Graf k otázce č. 10



Grafické znázornění otázky č. 10 dle věkových kategorií



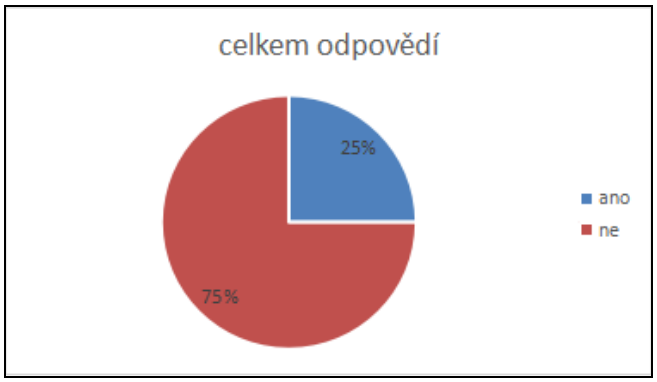
Z procentuálního hlediska převažují kladné odpovědi (68%). Nutno zdůraznit, že kladné odpovědi ve všech případech pochází od pacientů starších 45 let.

Otázka č. 11: Ordinace většinou nemají prostorové podmínky k tomu, aby sestra seděla v oddělené místnosti. Je Vám stálá přítomnost sestry při Vašem kontaktu s lékařem nepříjemná?

Tabulka k otázce č. 11

odpověď	celkem odpovědí
ano	15
ne	45

Graf k otázce č. 11



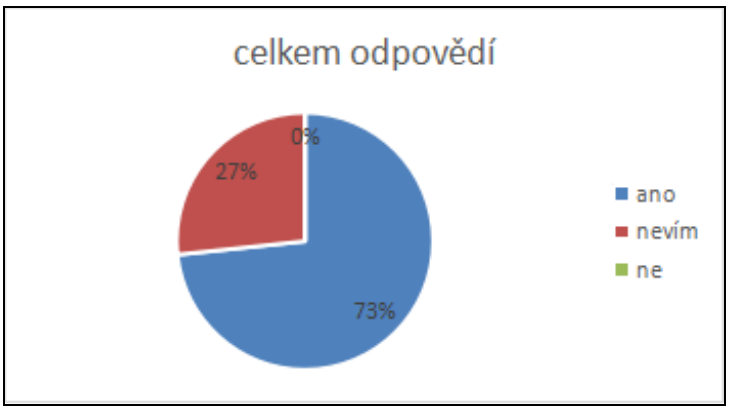
Převážná většina pacientů připouští stálou přítomnost sestry v průběhu vyšetření, 25% ji vnímá jako rušivou.

Otázka č. 13: Považujete sestru za harmonizující mezičlánek v komunikaci mezi Vámi a lékařem?

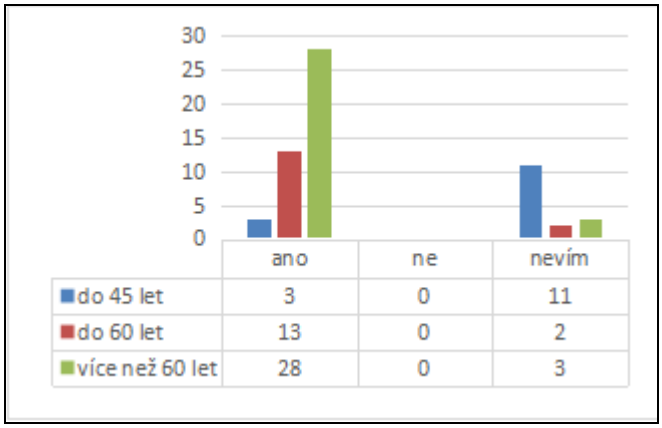
Tabulka k otázce č. 13

odpověď	celkem odpovědí
ano	44
nevím	16
ne	0

Graf k otázce č. 13



Grafické znázornění otázky č. 13 dle věkových kategorií



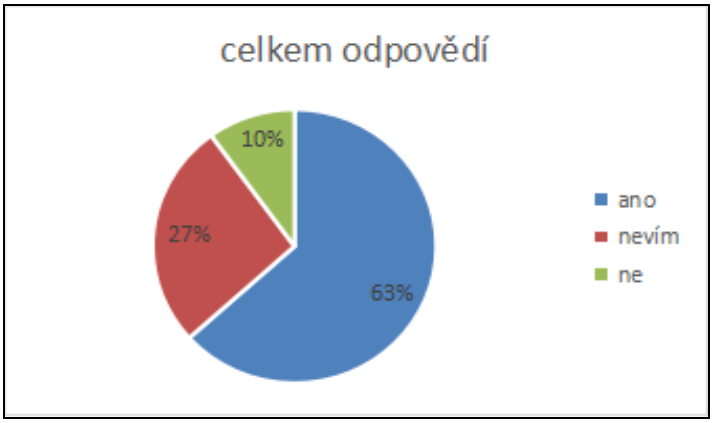
Žádný z dotazovaných tezi neodmítl, odpověď „nevím" se vyskytovala v mladší populační skupině. Je zřejmé, že tato skupina toto neřeší. Starší pacienti se vyjádřili vesměs kladně.

Otázka č. 14: Vnímáte důležitost psychické podpory sestry, např. při zmírnění obav před nepříjemným vyšetřením?

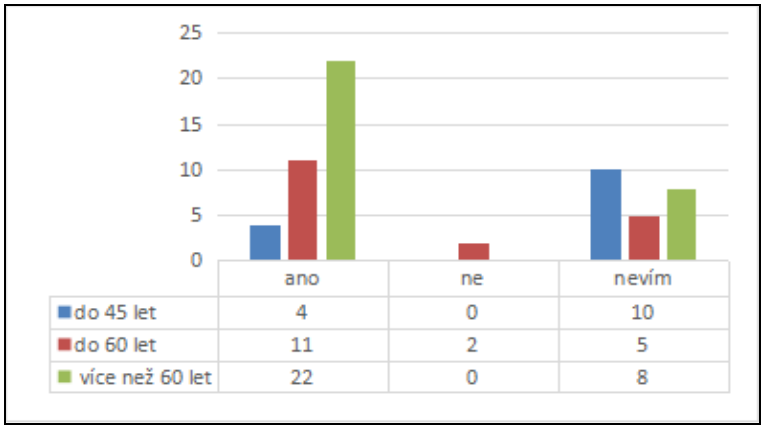
Tabulka k otázce č. 14

odpověď	celkem odpovědí
ano	38
nevím	16
ne	6

Graf k otázce č. 14



Grafické znázornění k otázce č. 14 dle věkových kategorií



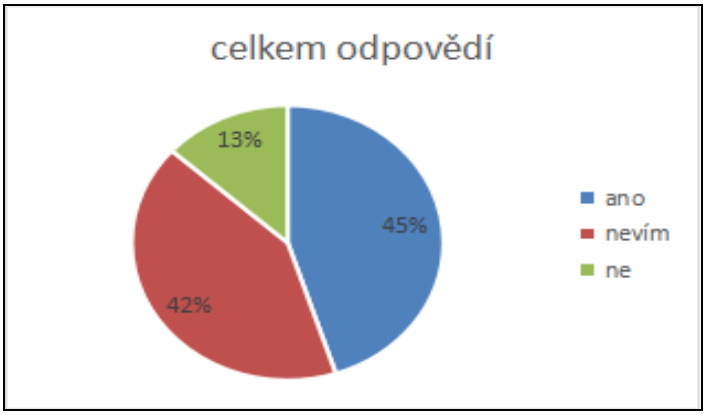
Obdobná struktura respondentů se vyjádřila stejně jako u otázky č. 13.

Otázka č. 15: Představte si, že obdržíte od lékaře informaci o vážném zdravotním problému. Byla by Vám v takovém případě vhod empatická slovní spoluúčast sestry?

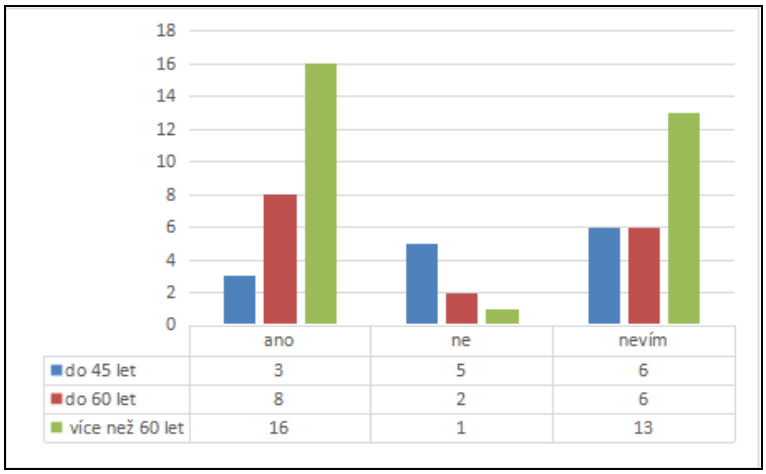
Tabulka k otázce č. 15

odpověď	celkem odpovědí
ano	27
nevím	25
ne	8

Graf k otázce č. 15



Grafické zobrazení otázky č. 15 dle věkových kategorií



Jedná se o otázku intimnější povahy. Účast sestry preferují pouze osoby vyšší věkové kategorie.

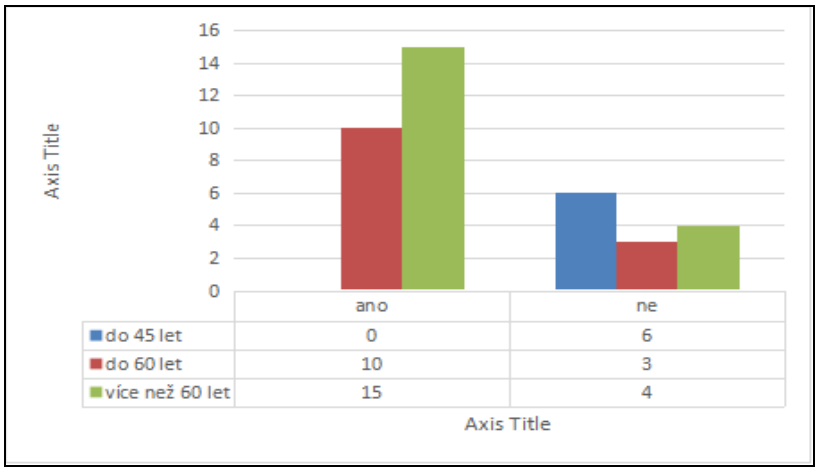
Otázka č. 15 je rozvinuta následující podotázkou:

Pomohl by Vám v takové situaci i fyzický kontakt se sestrou (pohlazení, objetí)?

Tabulka k druhé části otázky č. 15

odpověď	celkem odpovědí	do 45 let	do 60 let	více než 60
ano	22	0	10	15
ne	16	6	3	4

Graf k druhé části otázky č. 15



Na tuto otázku odpovědělo pouze 38 respondentů z celkového počtu 60. Zejména u mladších respondentů je fyzický kontakt nežádoucí, starší pacienti jej spíše preferují.

4.4 Informační role sestry

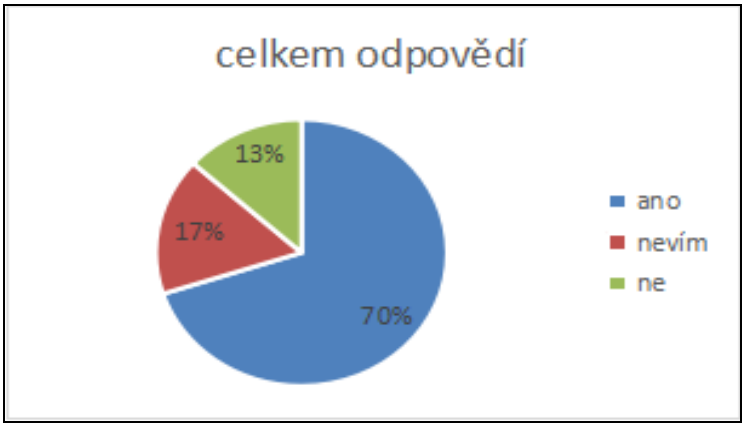
Pomocí otázky č. 16 jsem se snažila zjistit, zda pacienti oceňují význam sestry v edukaci a „polidštění" informací podávaných lékařem (dílčí cíl č.4). Zároveň jsem dala respondentům možnost vyjmenovat vlastnosti, které by dle jejich názoru měla ideální sestra v ordinaci mít, a poprosila je, aby specifikovali překážky v komunikaci se sestrou.

Otázka č. 16: Ocenili byste, kdyby Vám po vyšetření lékařem před odchodem z ordinace sestra „lidsky" shrnula výstupy vyšetření a plán další péče?

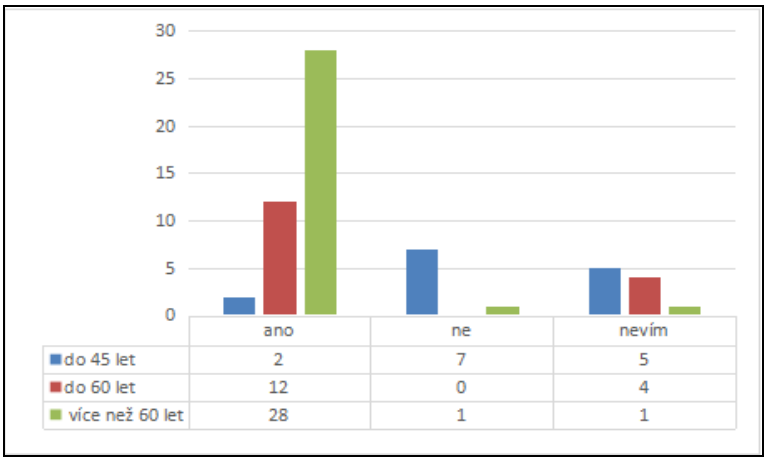
Tabulka k otázce č. 16

odpověď	celkem odpovědí
ano	42
nevím	10
ne	8

Graf k otázce č. 16



Grafické znázornění otázky č. 16 dle věkových kategorií



Opět je zřejmé, že starší respondenti potřebují průvodce světem složitých diagnóz a léčebných postupů.

Otázka č. 17: Jaké vlastnosti by podle Vás ideální sestra v ordinaci praktického lékaře měla mít?

Tato otázka je koncipována jako otevřená. Odpovědělo na ni 19 respondentů. Nejčastěji pacienti volili výrazy jako.: milá, hodná, pokorná, vlídná, ale i upravená a hezká. Několikrát zazněl výraz komunikativní, popř. se smyslem pro humor.

Otázka č. 18: Co považujete za překážky v komunikaci mezi Vámi a sestrou? Prosím o stručný popis:

Odpovědi na tuto otázku se věnovala pouze malá část respondentů, celkem 12. Jako hlavní důvod nevyplnění uváděli, že je nic nenapadá. Nejčastěji byl zmiňován nedostatek času a špatné charakterové, komunikační vlastnosti sestry jako : agresivita, nevlídnost, nepříjemná sestra, zlá (citováno přímo z dotazníku).

4.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Výběr respondentů výzkumné části byl proveden hrubým odhadem celkové skladby klientely vybrané ordinace praktického lékaře. Víceméně

podvědomě jsem oslovovala komunikabilnější jedince, ochotné se na výzkumu podílet. Z hlediska demografického rozvrstvení klientely vybraný vzorek nicméně odpovídá věkové struktuře pacientů ordinace, s převahou osob starších 60 let. Aniž bych to přímo zamýšlela, ve vzorku převažovaly ženy staršího věku. Tento fakt si vysvětluji větší komunikabilitou a otevřeností žen obecně. Je poměrně obtížné prokázat obecné tendence na tak malém populačním vzorku (celkem 60 respondentů), nicméně jisté trendy jsou zcela markantně vysledovatelné.

Stručně řečeno, hlavním cílem výzkumného šetření bylo vnímání role sestry v oblasti komunikace samotnými pacienty. Tento hlavní cíl byl rozvrstven do 4 cílů dílčích, které současně odpovídaly stejnému počtu dílčích hypotéz.

Dílčí hypotéza č. 1 byla potvrzena výzkumem uvedeným v subkapitole 4.1 takto: pro významný vzorek respondentů, s převahou starších osob, je komunikační role sestry důležitým faktorem volby ordinace praktického lékaře, a to do té míry, že zvažují, či i realizují, změnu ordinace kvůli nevhodně komunikující sestře. Tím byl naplněn dílčí cíl č. 1, zjištění významu osobnosti sestry pro volbu a setrvání pacientů v dané ordinaci.

Potvrdila se dílčí hypotéza č. 2, že sestra je významným komunikačním partnerem a nahrazení živého člověka - sestry - robotem, je pro převažující většinu respondentů v podstatě nepředstavitelné. Dále se potvrdilo, že pacienti vesměs upřednostňují neodosobněný kontakt před anonymitou. Tím byl naplněn dílčí cíl č. 2., zjištění, zda pacienti preferují osobní komunikaci se sestrou a její znalost jejich nacionálií i zdravotních problémů.

Dílčí hypotéza č. 3 byla potvrzena odpověďmi na otázky dotazníku uvedených v subkapitole 4.3. Většina respondentů oceňuje harmonizující roli sestry při vyšetření, včetně případné psychické, ať již slovní či, byť i v menší míře, taktilní podpory. Je rovněž preferována fyzická přítomnost sestry, a to, byť opět v menší míře, i při sdělování závažných lékařských diagnóz. Tato zjištění jsou zároveň naplněním dílčího cíle č. 3.

Dílčí hypotéza č. 4 předpokládá, že sestra přispívá k pochopení významů a postupů v rámci léčebné péče. Jak prokazují odpovědi na otázku v dotazníku č. 16 v rámci subkapitoly 4.4, pacienti si váží, a to ve velmi významném počtu, edukace a „polidštění" lékařských informací a léčebných postupů. Takto se opět

vyjádřili především starší respondenti. Získanými výsledky **se tedy potvrdila i hypotéza č. 4**. Tato zjištění jsou v souladu s dílčím cílem č. 4.

V souladu s hlavní hypotézou **je potvrzen hlavní cíl výzkumu.** Dle výsledků výzkumného šetření pacienti vnímají působení sestry a její komunikační roli jakožto účinný nástroj k tomu, aby se pacient cítil komfortněji, psychicky podporován, srozumitelně a dostatečně informován. Tím je zároveň potvrzeno, že role sestry a její přítomnost v ordinaci v praktického lékaře dodává pacientům pocit jistoty a bezpečí, jakož i odvahu ke sdělení všech obav, názorů a potřeb.

5. Diskuze

Pro porovnání závěrů mého výzkumu jsem si vybrala tři studie týkající se způsobů, jakými jsou pacienty vnímány komunikační dovednosti sester, a jaký význam tyto dovednosti mají pro jejich větší komfort, pocit důstojnosti a bezpečí.

Ve všech případech se jedná o studie provedené v rámci nemocniční péče u hospitalizovaných pacientů, což je pochopitelně situace poněkud odlišná od běžné komunikace v naší ambulanci. Závěry těchto studií jsou však vesměs obecněji aplikovatelné, a, k mému potěšení, do značné míry korespondují se závěry, ke kterým jsem dospěla i já v rámci empirické části této práce. Krom toho tyto studie, včetně jejich kazuistiky, byly pro mne rozhodně inspirativní četbou.

Italskou studii z roku 2013, vypracovanou autory Canzan, F., Heilmann, M.V., Ambrosis, s názvem „Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context" (19) jsem zvolila k polemice především z toho důvodu, že i klientela naší ordinace sestává z větší části z pacientů vyššího věku. Porovnání je tudíž pro mne cenné. Výzkum je veden formou polostrukturovaných rozhovorů s kontrolním vzorkem dvaceti sester a dvaceti pacientů geriatrických jednotek dvou velkých italských nemocnic.

Nejvýznamnějším výstupem této studie je zjištění, že kritéria hodnocení péče ze strany pacientů a ze strany sester se v mnoha ohledech liší. Pacienti u sester oceňují zejména ty rysy péče, které studie označuje jako „viditelné", tedy např. výraz, gesta, pozornost a kompetentnost sester, jejich komunikativnost, vlídnost a laskavost. Za přínos studie hodnotí autoři zejména zjištění, jak vysoce si pacienti cení toho, že sestra s nimi komunikuje jako s rovnocennými partnery; tedy nejen, že naslouchá jejich životním příběhům a starostem, ale sama se s nimi podělí i o své osobní radosti a zážitky. To navozuje u pacientů pocit, že jsou vnímáni jako hodnotné lidské bytosti, zvyšuje to jejich sebeúctu a pomáhá jim v lepší adaptaci i orientaci ve složitém soukolí současné medicíny. (19)

Tato zjištění jsou ve shodě s mými vlastními závěry a promítají se i ve výsledcích mého dotazování. I mé studie se s velkou ochotou zúčastnili právě starší pacienti a jejich preference se nikterak neliší od preferencí jejich italských vrstevníků. Chápu tu touhu starých lidí po lidském teple a vřelosti. Je-li hodnota lidského života většinovou společností oceňována „tržně", prizmatem současného

kultu mládí, krásy a výkonnosti, mají senioři takové společnosti sotva co nabídnout. Kdo je zvědavý na jejich moudrost, jejich příběhy a zkušenosti? Kdo má v dnešním shonu čas, aby byl k nim trpělivý, vlídný a laskavý? Současně se mi ovšem vnucuje otázka, zda nežádáme od sestřiček příliš, pokud chceme, aby zde suplovaly všechno to, čeho se těmto lidem nedostává, ať již od jejich nejbližšího okolí či koneckonců od celé společnosti.

Ale zpět k italské studii. Na rozdíl od pacientů, sestry samy oceňují spíše to, co studie nazývá „neviditelnými" aspekty péče. Zdůrazňují, že péče o pacienta je tvůrčím komplexem činností, které zahrnují plánování péče m.j. i s ohledem na pacientovu premorbidní anamnézu („looking back and forward"), sledování pacientových pocitů, emocí a řeči těla, jakož i průběžné vyhodnocování, popř. i bezprostřední reakce na tyto podněty. Snaží se zapojit i členy rodiny do léčebného programu při stanovování cílů ošetřovatelské péče a léčby. Jsou i mostem ve vztahu mezi pacienty a lékaři a dokáží výrazně ovlivnit názor lékaře, je-li to ve prospěch pacienta. (19)

Stejně jako u nás, tak i v Itálii, má dnes většina sester vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Lze pochopit, že nechtějí být považovány za pouhé pečující automaty s laskavým úsměvem na tváři a dovolávají se většího ocenění důležitosti své práce. Tato studie reflektuje i současný všeobecný demografický trend - stárnutí populace. Jde o výzvu, ke které by se měly postavit čelem zejména vymírající evropské státy, Českou republiku nevyjímaje.

Abych nahlédla i do jiného kulturního okruhu, vybrala jsem si k dalšímu srovnání studii z roku 2014, vypracovanou autory Ayman M. Hamdan-Mansour a kol., s názvem „ Patients´satisfaction about nurses´competency in practicing communication skills." (20)

Jedná se o komparativní dotazníkovou studii využívající korelaci mezi vzorkem 193 sester a 160 pacientů dvou velkých nemocnic v Rijádu v Saudské Arábii. Zkoumané položky dotazníku se podobají do značné míry těm, které jsem sama použila ve své práci. Namátkou vyjímám: „greeting patient, treating patient with respekt, showing interest, patient attention, talking in term that patient understand everything, discussing with paptient next steps including any follow up."(20)

Studie prokázala vysokou míru spokojenosti pacientů s komunikačními dovednostmi sester. Tento fakt sami autoři poněkud oslabují poukazem na jistá kulturní specifika arabských pacientů, kteří bývají „*velkorysí*" a mají tendenci své hodnocení „*přizpůsobovat, či mírnit, v zájmu uspokojení svých komunikačních partnerů, v tomto případě sester*." (20, s. 344)

K zamyšlení vede i další výstup studie, což je zjištění, že, ve srovnání s oceněním pacientů, sebehodnocení sester je mnohem nižší, a je tedy zřejmé, že sestry samotné svým komunikačním schopnostem příliš nedůvěřují. Není zcela jasné, do jaké míry je to způsobeno jejich nadměrnou skromností, či naopak nejistotou, způsobenou nedostatečnou teoretickou průpravou co do teorie i praxe komunikace.

Studie doporučuje, aby byly pro sestry připravovány speciální vzdělávací programy k zvýšení jejich komunikační „gramotnosti". Dále je zde avizována i potřeba dalšího výzkumu komunikace mezi pacienty a ošetřujícím personálem, se speciálním zohledněním všech specifik arabské komunikační kultury. (20)

Již jen krátce zmiňuji další studii, opět z jiného civilizačního okruhu, která je zajímavá tím, že komunikační dovednosti sester jsou pacienty hodnoceny převážně negativně.

Jedná se o íránskou studii, vypracovanou autory Lotfi, M. a kol., z roku 2018, nazvanou „Assessment of nurse-patient communication and pacient satisfaction from nursing care" (21), jejímiž participanty bylo 295 pacientů oddělení popálenin v nemocnici Sina v Tabrízu, kteří vyplnili dotazník těsně před odchodem z nemocnice. (Jednalo se o pacienty hovořící persky, turecky a azerbajdžánsky, takže zřejmě nedošlo k zkreslení v důsledku „velkorysosti" vlastní arabské populaci, které naznačila předchozí saudská studie).

Z dotazníku s celkem 24 položkami vyplynuly zejména následující důvody nespokojenosti pacientů: (21)

- sestra nebere v úvahu mé názory a preference týkající se plánu mé péče
- měla by být více pečlivá
- zapomíná se ujistit, zda chápu důležité věci týkající se mé léčby
- chová se tak, že se cítím jako „případ" a nikoli lidská bytost

Z šetření dále vyplynulo, že celkem 80% dlouhodobě hospitalizovaných pacientů neznalo svoji sestru.

Nechci se zde zabývat obtížností práce a vysokou odpovědností sester, které pracují na oddělení popálenin a jistě jsou pro tuto práci patřičně odborně vybaveny. Většina této práce je možná právě tou prací „neviditelnou", která zůstává pacientům poněkud utajena. Uvažuji tak trochu nad tím, zda tyto stížnosti pacientů jsou vždy k sestrám zcela spravedlivé.

To obecné, co bych chtěla nicméně závěrem této části podtrhnout, je zjištění, že pro pacienty je často subjektivně mnohem důležitější nikoli samotná odborná sesterská péče, ať již jakkoli excelentní, ale to, jak je tato péče komunikačně zprostředkována. Jak se zdá, klíčovým pojmem veškeré komunikace sester s pacienty je pojem „lidská důstojnost. " Což je zároveň společným jmenovatelem všech tří zmíněných studií, a, ve vší skromnosti, i mé studie vlastní.

Závěr

Řada modelů a teorií moderního ošetřovatelství zdůrazňuje potřebu vnímat člověka jakožto psychosomatickou entitu, ovlivněnou jeho sociálním prostředím. Úkolem sestry není stanovení lékařské diagnózy. Je spíše průvodkyní pacienta léčebným procesem, poskytovatelkou psychické podpory, posluchačkou a zprostředkovatelkou informací. To pochopitelně nesnižuje význam odborností, které ji přísluší z titulu její profese. Klíčem k získání pacientovi důvěry a ochoty k spolupartnerství v procesu léčby je právě vhodná a cílená komunikace.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti v konkrétní ordinaci praktického lékaře vnímají komunikační dovednosti a kompetence sestry. V teoretické části jsem se zabývala komunikací obecně, se zdůrazněním její neverbální složky. Dále jsem se zaměřila na komunikaci sestry s pacienty, tak jak ji znám a vnímám já v naší ordinaci. V empirické části této práce jsem zkoumala, pomocí otázek v polostrukturovaném dotazníku, jak vystupování, přístup a komunikační schopnosti sestry mohou ovlivnit celkový pocit pacienta z návštěvy ordinace. Ukázalo se, že pacienti zpravidla oceňují sestru právě pro její komunikační zdatnost, schopnost naslouchat, povzbudit a zpřístupnit odborné informace. Potěšilo mne, že se potvrdily všechny hypotézy, které jsem si stanovila jako východiska svého výzkumu. Porovnáním s výsledky dalších zahraničních studií obdobného zaměření jsem dospěla k závěru, že výstupy mého výzkumu jsou jim velmi podobné, byť můj vzorek respondentů byl kvantitativně odlišný.

Současná pandemie ovlivnila běžný provoz ambulancí v mnoha směrech. Snad bych zmínila alespoň zvýšenou citlivost a zranitelnost pacientů, která může vést k zvýšené depresivitě, či dokonce k agresi. Tomu je nutno přizpůsobit i komunikaci s nimi, často i za cenu osobního sebezapření. Sestrám v první linii tak přibyly i některé nové role. Jakožto arbitři řešíme spory pacientů o místo k sezení nebo stání (podle hygienické normy pojme naše čekárna pouze tři pacienty, ostatní musí čekat venku). Jako dispečerky zajišťujeme pro suspektní pacienty volná místa k PCR testování. Jako telefonistky jsme vystaveny odpovědnému rozhodování, zda pacient potřebuje pouze technickou radu nebo dobré slovo, anebo zda je nutný zásah lékaře. Mnohem častěji než dříve jsme vystaveny

verbální agresi pacientů. Je to spíše agrese neadresná, pramenící z obecné lidské frustrace. Někdy jí lze čelit humorem, někdy, a to většinou, je ji možno pouze rozdýchat a soustředit se spíše na ty pacienty, kteří vděčně oceňují naši práci. Takový je rub a líc našeho povolání.

Na toto téma budou pravděpodobně zpracovány mnohé odborné studie. Do té doby ovšem zůstává na nás sestrách, abychom se dokázaly ztížené situaci přizpůsobit a zůstaly tak stabilní oporou svých pacientů. Přiblížit se pacientovi, pochopit jeho fyzické problémy v širším kontextu a proniknout do nitra jeho duše prostřednictvím komunikace je cosi, v čem je sestra v léčebném procesu nezastupitelná a v čem, mimo jiné, spočívá hlubší smysl její práce.

Seznam použité literatury

1. Zacharová, E. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha Grada 2016. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6

2. Honzák, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Galén, Praha 1997. 165 s. ISBN 80-858-246-04

3. Watzlawick, P. Paul Watzlawick über menschliche Kommunikation. [online] *Die Axiome von Paul Watzlawick.* [cit. 12.1.2021]
Dostupnost:www.paulwatzlawick.de/axiome.html

4. Křivohlavý, J. *Jak si navzájem lépe rozumíme.* 1.vyd. Praha: Svoboda 1988. 240 s. ISBN 25-095-88

5. Plevová I., a kol. *Ošetřovatelství II.* Praha Grada 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0

6. Zacharová, E. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*; *2.aktualizované a doplněné vydání.* Praha Grada 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9

7. Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha Grada 2006. 144 s. ISBN 978-80-247-6818-2

8. Lansburgh, W. *Dear Doosie.* Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1977. 261 s. ISBN 3-596-22428-4

9. Berne, E. *Jak si lidé hrají.* Nakladatelství Svoboda, Vydání 1. Praha 1970. 221 s. ISBN 66-602-22-8.6

10. Tisková zpráva. [2019] Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV CŘ. [cit.19.12.2020]
Dostupnost:www.cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4986/f9/eu190724.pdf

11. Kutnohorská, J. *Etika v ošetřovatelství*, Praha Grada publishing, 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-6568-6

12. Vojtíšková, J. *Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře*. [on/line] Med. Pro Praxi 2006;2 [cit. 24.3.2021], s. 94 -96.
Dostupnost: https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf

13. Fecková, M. *Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta*. *Sestra* 2011, roč. 21, č. 9, s. 24-25. ISSN 1210-0404

14. Kristová, J. *Komunikace sestry s pacientem s agresivním chováním*. Sestra. 2008, roč. 18, č. 12, s. 23-24. ISSN 1210-0404

15. Čapek, K. *Výbor z díla Karla Čapka: Hordubal, Povětroň, Obyčejný život.* NLN 1998, 344 s. ISBN 80-7106-283-9

16. Center for studies of the person. [on/line] What is the person centered approach? [cit. 20.3.2021]
Dostupnost:https//www.centerfortheperson.org./what-is-the-person-centered-approach/

17. Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. Praha Grada 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-6603-4

18. Švecová, L. *Jak komunikovat s pacientem v intenzivní péči*. [on/line]Florence 2019, č.2 [cit. 12.4.2021] Dostupnost: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2019/2/jak-komunikovat-s-pacientem-v-intenzivni-peci/

19. Canzan, F., Heilmann, M.V., Ambrosi, E. *Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context.* [on/line] Scandinavian Journal of Caring Sciences. © 2013 Nordic College of Caring Science. [cit.24.4.2021]
Dostupnost:https://www.dsu.univr.it//documenti/AllegatiOA/allegatooa_46735.pdf

20. Ayman M. Hamdan-Mansour, et al. *Patients' satisfaction about nurses' competency in practicing communication skills*. [on/line] Life Science Journal 2014. 11(3). [cit.25.4.2021]
Dostupnost:http://www.lifesciencesite.com/lsj/life1103/049_23187life110314_339_345.pdf

21. Lotfi, M. et al. *Assessment of nurse - patient communication and patient satisfaction from nursing care.* [on/line] Nursing open, 2019. [cit.24.4.2021] Dostupnost: https://doi.org/10.1002/nop2.316

Přílohy

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

„Role sestry v komunikaci s pacienty v ordinaci praktického lékaře."

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce na 3. Lékařské fakultě UK, obor Všeobecná sestra.
Účast je anonymní a dobrovolná. S informacemi v dotazníku bude nakládáno dle zákona č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.
Předem děkuji za spolupráci.
Kateřina Fischer

Správné odpovědi prosím zakroužkujte. V otázkách, kde je možnost otevřené odpovědi, prosím o Vaše vyjádření.

1. **Kolik je Vám let?**

- do 45 let
- do 60 let
- více než 60 let

2. Pohlaví:

- muž
- žena

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- středoškolské
- vysokoškolské

4. Ovlivňuje výběr ordinace praktického lékaře i osobnost sestry, její vystupování, vlídný přístup a příjemná komunikace s pacienty?

- ano
- nevím
- ne

5. Změnili jste někdy ordinaci praktického lékaře kvůli nesympatické a nevhodně komunikující sestře?

- ano
- ne, ale přemýšlel jsem o tom
- ne, nikdy

Pokud ano, prosím o stručné vyjádření v čem spočíval problém.....
.....

6. Moderní trend směřuje k zavedení vstupních automatů v čekárnách. Dáváte přednost:

- automatu
- vstupní komunikaci se sestrou

Pokud upřednostňujete sestru, uveďte prosím důvod: (můžete vybrat i více odpovědí)

- je to lidsky příjemnější
- sestra může pružně reagovat na Váš problém a případně jej i vyřešit
- dostanete informaci, jak dlouho asi budete čekat
- ujistíte se tak, že o Vás vědí a nebudete čekat marně

7. Je Vám příjemné, pokud Vás sestra v čekárně osloví přímo jménem, včetně titulu, nebo dáváte přednost anonymitě:

- oslovení
- anonymita

8. Potěší Vás, pokud si sestra pamatuje Vaše jméno i Váš zdravotní problém?

- ano
- je mi to jedno
- ne

9. Líbí se Vám, pokud Vás sestra při vstupu do ordinace lékaři představí s krátkou vstupní informací?

- ano
- nevím
- ne

10. Je Vám příjemné, pokud se sestra účastní aktivně lékařského vyšetření (např. pomoc při oblékání, konejšivým slovem atd.)?

- ano
- ne, považuji to za narušování soukromí a intimity při lékařském vyšetření

11. Ordinace většinou nemají prostorové podmínky k tomu, aby sestra seděla v oddělené místnosti. Je Vám stálá přítomnost sestry při Vašem kontaktu s lékařem nepříjemná?

- ano
- ne

12. Dokázali byste požádat sestru, aby při Vašem intimním rozhovoru s lékařem opustila místnost?

- ano
- ne

13. Považujete sestru za harmonizující mezičlánek v komunikaci mezi Vámi a lékařem?

- ano
- nevím
- ne

14. Vnímáte důležitost psychické podpory sestry, např. při zmírnění obav před nepříjemným vyšetřením?

- ano
- nevím
- ne

15. Představte si, že obdržíte od lékaře informaci o vážném zdravotním problému. Byla by Vám v takovém případě vhod empatická slovní spoluúčast sestry?

- ano
- nevím
- ne

Pomohl by Vám v takové situaci i fyzický kontakt se sestrou (pohlazení, objetí)?

- ano
- ne

16. Ocenili byste, kdyby Vám po vyšetření lékařem před odchodem z ordinace sestra „lidsky„ shrnula výstupy vyšetření a plán další péče?

- ano
- nevím
- ne

17. Jaké vlastnosti by podle Vás ideální sestra v ordinaci praktického lékaře měla mít?

.....
.....

18. Co považujete za překážky v komunikaci mezi Vámi a sestrou? Prosím o stručný popis:

.....
.....

19. S přicházejícím trendem automatizace lidských činností bude možno nahradit mnoho profesí robotem. Dovedete si představit, že je takto nahraditelná i práce sestry?

- ano

- nevím

- ne