

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika komunikace sester s rodiči při příjmu
dítěte na dětské oddělení**

bakalářská práce

Autor práce: Zuzana Postlová
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2. května 2012

Abstrakt

Sestry na dětském oddělení se každý den setkávají s rodiči nemocných dětí, které jsou právě přijímány k hospitalizaci. Komunikace s nimi klade na sestru velké nároky v rámci komunikačních kompetencí. Tato práce se zaměřuje na problematiku komunikace mezi sestrou na příjmové ambulanci dětského oddělení a rodičem dítěte přijímaného k hospitalizaci. Dále poukazuje na nejčastější komunikační problémy, které se mohou během příjmu dítěte objevit.

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce se zabývá problematikou komunikace, jejím vývojem, komunikačními bariérami a nejčastějšími chybami v komunikaci. Dále popisuje nejčastější onemocnění a stavy vedoucí k hospitalizaci dítěte a prostředí příjmové ambulance. Dalším bodem teoretické části je rozbor problematiky vedení rozhovoru s rodičem a specifika v rozhovoru s dítětem.

Empirická část byla zaměřena na zjištění úrovně komunikačního procesu mezi sestrou a rodičem a na popsání nejčastějších chyb v komunikaci. Součástí práce také bylo zjistit, jaká je efektivita přenosu informací ze strany sestry k rodiči a jaký vliv má na komunikaci věk dítěte či závažnost jeho onemocnění. Na základě těchto cílů bylo stanoveno sedm výzkumných otázek. Pro získání a vyhodnocení dat byly použity dvě metody kvalitativního šetření a to polostrukturovaný rozhovor a pozorování. Pozorování bylo zaměřeno na komunikaci sester s rodiči v příjmové ambulanci nemocnic Tábor, a. s., Český Krumlov, a. s. a Jindřichův Hradec, a. s. Na pozorování navazovaly rozhovory s rodiči směřované na komunikační dovednosti sestry.

Na základě výsledků výzkumného šetření práce poukazuje na jevy vyskytující se v rámci komunikace mezi sestrou a rodičem. Upozorňuje na nejčastější komunikační problémy ze strany sestry. Zároveň doporučuje vhodné techniky komunikace pro sestry v rámci rozhovoru, probíhajícího při příjmu dítěte k hospitalizaci, které vedou ke zlepšení a zefektivnění komunikace a přenosu informací ze strany sestry k rodiči.

Abstract

Every day, nurses at the children's clinic meet parents of ill children, who are just being checking in to a hospital. The communication with parents requires good communication skills. The thesis focuses on issues of communication between a nurse working at the children's clinic reception and a parent of the child being checked in to a hospital. It also points at the most common communication problems that can appear during child's check in.

Thesis is divided into two parts. In the theoretical part I deal with communication issues, its evolution, communication barriers and the most common communication mistakes. Then I describe the most common diseases and states contributing to hospitalization of a child and the environment of hospital's reception. Another point in the theoretical part is the analysis of problems with conversation with parents and particularity of the conversation with a child.

was focused on finding out the level of communication process between nurse and parent and on describing the most common mistakes in communication. Another objective of thesis was also to find out the efficiency of information transfer from the nurse to the parent and how the age or seriousness of illness affects the communication. There has been seven research questions determined, based on the thesis objectives. There are two methods of qualitative research used to obtain and evaluate data – semi-structured dialog and observation. Observation was focused on communication between nurses and parents in the hospitals in Tábor, Český Krumlov and Jindřichův Hradec. Observation was followed by dialogs with parents, these dialogs concerned questions about communication of nurses.

The thesis points out phenomena occurring in communication between nurses and parents based on the results of the research. It points out the most common nurse's communication problems. It also recommends appropriate communication techniques for nurses to be used during the child's check in to a hospital. These techniques should improve the transfer of information from nurse to parents and increase its efficiency.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Problematika komunikace sester s rodiči při příjmu dítěte na dětské oddělení* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

Zuzana Postlová

Poděkování

Děkuji Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytla.
Dále děkuji všem, kteří mi umožnili realizovat toto výzkumné šetření.

OBSAH

Abstrakt	2
ÚVOD.....	2
1. SOUČASNÝ STAV	3
1.1 Komunikační kompetence sestry.....	3
1.1.1 Interakce v ošetrovatelském procesu	4
1.1.2 Vedení rozhovoru	5
1.1.3 Komunikační bariéry.....	6
1.2. Vývojová období dítěte.....	9
1.2.1 Stavby vedoucí k hospitalizaci dítěte.....	10
1.2.2 Úrazy vyžadující hospitalizaci dítěte	15
1.3 Prostředí příjmové ambulance.....	19
1.3.1. Sestra komunikátorem.....	21
1.3.2 Vývoj komunikace	22
1.3.3 Komunikace s dětským pacientem	22
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Výzkumné otázky	25
3. METODIKA PRÁCE.....	26
3.1 Metodika práce	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	28
4.1 Rozhovory s rodiči přicházejícími na příjmovou ambulanci dětského oddělení ..	28
4.2 Vyhodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření	41
5. DISKUSE.....	61
6. ZÁVĚR	67
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	69
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	73
9. SEZNAM PŘÍLOH	74

ÚVOD

Téma komunikace zdravotního personálu s nemocnými a jejich rodinami je již dlouho diskutované téma, které stálo vždy v centru mé pozornosti. Když přišel čas zvolit si téma bakalářské práce, téměř okamžitě jsem věděla, že bude s komunikací souviset. Po absolvování odborné praxe na dětském oddělení mě zaujala problematika komunikace mezi sestrami a rodiči, a protože chci dále pokračovat na magisterském studiu v oboru pediatrie, rozhodla jsem se zaměřit na tuto problematiku blíže, abych si tak prohloubila znalosti a předešla chybám alespoň ve své budoucí praxi.

Pro sestry pracující v příjmové ambulanci je práce často dost náročná. Každý den se setkávají s rodiči nemocných dětí, kteří od nich očekávají profesionalitu, ochotu a podporu. Tato práce na sestru klade vysoké nároky nejen v oblasti teoretických a praktických znalostí z oboru ošetrovatelství, ale i v oblasti jejich komunikačních kompetencí a proto je důležité, aby si uvědomila, jakých chyb v komunikaci se dopouští, znala druhy komunikačních bariér a uměla na ně reagovat. Účelem této práce bylo zmapovat nejčastější problémy v komunikaci na příjmových ambulancích, poukázat na ně a navrhnout adekvátní řešení. Pro větší objektivnost jsem oslovila všechny nemocnice regionu Jižní Čechy. Výzkumné šetření mi bylo povoleno ze strany těchto nemocnic: Tábor, a. s., Jindřichův Hradec, a. s., Český Krumlov, a. s. Konkrétně bylo zaměřeno na šest sester a sedmáct rodičů. Pro získání dat jsem použila dvě metody kvalitativního šetření: polostrukturovaný rozhovor vedený s rodiči přicházejícími s dítětem do příjmové ambulance a pozorování zaměřené na komunikaci sester pracujících na příjmových ambulancích. Pro vyhodnocení dat jsem užila metodu kódování a pro větší přehlednost jsem získaná data uspořádala do tabulek a grafů.

Cílem mé práce bylo popsat a prozkoumat komunikaci mezi sestrou a rodičem, případně diagnostikovat možné chyby a jejich řešení. Výzkumné šetření v tomto rozsahu, zabralo hodně času, a proto doufám, že pomůže dalším generacím sester ve zlepšení jejich komunikačních schopností, stejně jako pomohlo mně.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Komunikační kompetence sestry

Komunikace je nedílnou součástí života každého z nás. Prostředí příjmové ambulance je místem prvního styku rodiny se zdravotnickým personálem, a proto jsou na sestru, pracující v tomto sektoru, kladeny vysoké požadavky v oblasti jejich komunikačních kompetencí. V této kapitole se zaměříme na specifika komunikace na příjmové ambulanci dětského oddělení, která jsou tématem této práce.

Ke komunikaci dochází vždy při setkání alespoň dvou osob. Lze ji chápat také jako proces přenosu informací, vztahů, pocitů a názorů mezi jednotlivými lidmi. K tomuto přenosu dochází buď cestou verbální, tedy mluveným popřípadě psaným slovem, nebo neverbální, čímž rozumíme řeč těla. Verbální komunikace je způsob dorozumívání pomocí jazyka, specifického výhradně pro lidskou populaci. Jde o produkci a kombinaci jednotlivých slov, tedy jazykových znaků, a tím vzniká mluvené slovo nebo psaný text. Neverbální složka komunikace je považována za upřímnější než verbální, protože napoví druhé straně více o našich pocitech a lze ji obtížněji kontrolovat. Vyjadřujeme zájem o druhou osobu, sdělujeme "*kdo jsme*", jaké jsou naše názory a postoje, jak se právě cítíme. Do neverbální komunikace řadíme mimiku (výraz obličeje), kineziku (řeč pohybů), gestiku (pohyby rukou), haptiku (dotek), chronemiku (zacházení s časem), paralingvistické projevy (mimoslovní projevy), posturologii (postoj), proxemiku (vzdálenost), řeč očí a úpravu zevnějšku. Komunikační modely a techniky zde podrobněji komentovat nebudeme a přejdeme přímo ke komunikaci mezi sestrou a rodičem. (7,8,14,15,31)

K prvnímu setkání sestry s rodinou dochází převážně na příjmové ambulanci dětského oddělení nebo na oddělení centrálního příjmu, v akutních případech, kdy dítě potřebuje okamžitou pomoc, na příslušném oddělení po jeho stabilizaci. Každá rodina reaguje na nemoc dítěte jinak, a proto je důležité, aby sestra ke každému přistupovala individuálně a byla připravena zvládat různé druhy náročných a krizových situací, které mohou nastat. Problém může vzniknout v případě předávání informací. Sestra nesmí zapomínat, co jí dovolují její kompetence. Bližší informace o zdravotním stavu dítěte

podává vždy lékař. Rodič často nové situaci nerozumí, nezná nemoc nebo nechápe průběh léčby a proto je hlavním úkolem sestry poskytnout potřebné informace, rodiči poradit a poučit jej o následných postupech. Je-li rodič z nějakého důvodu neklidný, nervózní nebo nedůvěřivý vůči personálu, automaticky přenáší nervozitu na své dítě, což může vést ke zhoršení jeho stavu a prodloužení hospitalizace. Pokud rodič spolupracuje správně, je pro dítě oporou, a napomáhá tak k jeho rychlejšímu uzdravení. (8,18,21,30)

Při poskytování informací rodiči, by sestra neměla opomenout čtyři základní oblasti – organizaci, potíže dítěte, zajištění péče a problémy samotného rodiče. V oblasti organizace se zaměří na strukturu dětského oddělení, chod oddělení, návštěvní hodiny apod. Také by měla být zdůrazněna možnost pobytu v nemocnici spolu s dítětem. Další neodmyslitelnou částí rozhovoru jsou potíže dítěte. Zde má sestra za úkol dovysvětlit stanoviska lékaře. Pomůže rodiči pochopit podstatu onemocnění, objasní specifické potíže, jako např. nutnost diety apod. Třetí oblastí rozhovoru je zajištění péče. V případě, že jde např. o plánovanou hospitalizaci a lze předpokládat, kdy bude dítě propuštěno do domácího ošetření, je nutné, aby sestra poučila rodiče o specifikách péče v domácím prostředí. Rozhovor tohoto typu je zaměřen především na vybavení domácnosti. Důležitou roli hrají také problémy rodiče, na které se sestra zaměří v poslední části rozhovoru. Ačkoliv ve většině případů není schopna je vyřešit, jejím úkolem je rodiče vyslechnout a být mu oporou. (29)

1.1.1 Interakce v ošetrovatelském procesu

Interakci lze jinak pojmenovat jako vzájemné působení osob, jež ovlivňuje naše chování. Prožívání prvního účastníka působí na druhého a tím vyvolává zpětnou reakci. Probíhá buď mezi dvěma jedinci (např. učitel a žák, dítě a rodič) nebo mezi jedincem a skupinou. Tento typ lze přirovnat např. ke studijní skupině. Třetím typem je vzájemné ovlivňování dvou skupin, jejichž četnost uvažujeme v rozsahu 3-30 osob. Interakce jsou projevem vnitřních procesů člověka, vycházejí z jeho vnímání, prožívání, myšlení a představ. Vždy probíhají v nějakém konkrétním prostředí a čase, což souhrnně nazýváme pole sociálních interakcí. Každý účastník interakce se chová dle svých

osobních cílů. Rozlišujeme dva druhy chování: kooperaci a kompetici. Kooperaci rozumíme takový typ chování, které vede k úspěchu obou stran. Naopak kompetice neboli soutěžení vede k výhře pouze pro jednu stranu. (10,16)

Interakce mezi dvěma jedinci je citově zbarvená a přispívá k psychickému a sociálnímu vývoji obou zúčastněných. Účinek může být buď negativní, kdy vede např. ke zpomalení psychického a sociálního vývoje, nebo pozitivní, kdy funguje podobně jako terapie. Interakci mezi jedincem a skupinou můžeme jinak pojmenovat jako proces socializace, tedy začlenění jedince do společnosti. Během začleňování do určité mikrokultury jedinec přijímá nová práva a povinnosti, nové zvyky, musí plnit nové sociální role. Interakce mezi dvěma skupinami ovlivňuje naše chování a prožívání, kolektivní i individuální vědomí. Např. vznik předsudků vůči jedincům s psychickým onemocněním, které mohou vyústit až v agresivní chování. (26)

Rozeznáváme dvě dimenze interpersonálního chování. Do první řadíme dominanci a submisi, do druhé afiliaci a hostilitu. První dimenze vyjadřuje sklon k chování vůči druhým. Dominance vyjadřuje snahu řídit druhé, ovládat je. Opakem je submise neboli podřízenost. Charakterizují ji jedinci s nízkým sebevědomím, nejistí bez potřeby seberealizace. Druhá dimenze popisuje vztah k okolí. Hostilitu chápeme jako záporné cítění vůči druhým lidem až agresivní chování. Na druhou stranu afiliace neboli láska znamená pozitivní vztah k jiným osobám nebo vlastnímu já. (25,28)

1.1.2 Vedení rozhovoru

V této části se budeme věnovat vedení rozhovoru, protože je to jedna z nejdůležitějších dovedností, které sestra potřebuje pro realizaci ošetrovatelského procesu a příjmu klienta k hospitalizaci.

Během vedení rozhovoru sestra používá několik přístupů vůči klientovi, v našem případě pacientovi i rodiči. Prvním je sugesce. To znamená, že sestra jakožto autorita nařizuje, co rodič musí učinit. "*Ode dneška bude Váš syn užívat tyto léky*". Dalším přístupem je příkaz. Je méně direktivní než sugesce. Např.: "*Musíte to udělat*". Podobný příkazu je pokyn. "*Pokud bude Váš syn brát tyto léky, uvidíte, že se mu udělá lépe*". Důležitým typem přístupu je také pobídka. Určitá skutečnost je považována za nutnou,

a proto je úkolem sestry ji zdůraznit. *"Bylo by dobré, kdyby váš syn zhubl"*. Jiným typem je rada. Docílení určité skutečnosti již není prioritou, a proto sestra uvádí jen doporučení, které by mohlo vést ke zlepšení stavu dítěte. *"Podle méch zkušeností se většinou osvědčí, když ..."*. V případě, že sestra potřebuje aby rodič sám rozhodl o následujícím postupu použije návrh. *"Bylo by dobré Vašeho syna na několik dní hospitalizovat."* Pokud rodič odmítne, nedojde tak k ohrožení zdravotního stavu. Téměř totožný je alternativní návrh, kdy rodiči navrhneme několik možných řešení a on se následně rozhodne pro to, které mu nejvíce vyhovuje. Dalším přístupem je příklad. Spočívá v tom, že sestra poskytne rodiči příklady podobných situací a možnosti jejich řešení. Tím nenuceně nabízí poučení a pomáhá rodiči orientovat se určitým směrem. Nedílnou součástí komunikace mezi sestrou a rodičem je výklad, kdy sestra popisuje např. způsob péče o dítě, a napomáhá tak rodiči pochopit průběh léčby. Krajně nedirektivním přístupem v komunikaci je vyslechnutí. Spočívá v tom, že sestra nechá rodiče mluvit a naslouchá jeho obavám. (5)

1.1.3 Komunikační bariéry

Při každém rozhovoru se může objevit nějaká komunikační bariéra, která sestře znesnadní komunikaci s klientem, proto je důležité, aby je znala a uměla na ně správně reagovat.

Komunikační bariéry nebo také překážky v komunikaci komplikují interpersonální přenos informací. To, že si daný problém uvědomíme, je proto prvním krokem k jeho odstranění. Komunikační bariéry lze dělit dle dvou různých hledisek. Za prvé na bariéry interní a externí nebo za druhé na bariéry ze strany pacienta či rodiče a bariéry ze strany sestry. Protože komunikační bariéry mezi sestrou, dítětem a rodičem jsou jedním z témat této práce, budeme zohledňovat obě hlediska.(15)

Interní neboli vnitřní bariéra vychází z některého účastníka komunikace. Jinak řečeno vytvářejí si je sami. Jednou z nejčastějších komunikačních bariér je stud. Dále lze do této kategorie zařadit obavu a strach, nesympatie vůči druhé osobě, fyzické nepohodlí nebo nižší úroveň komunikačních schopností. Nedílnou součástí je také

přímé znevýhodnění jednoho nebo více komunikačních partnerů jako poruchy sluchu či zraku. (15)

Externí bariéry naopak vychází z prostředí. Tím rozumíme např. vyrušování další osobou (jiný pacient, sestra,...), hluk doléhající z čekárny nebo zrakové či jiné rozptylování. (15,11)

Komunikační bariéry ze strany pacienta či rodiče se mohou částečně prolínat s bariérami, které byly popsány výše. Např. neochota sdělit své problémy může souviset s nesympatiemi vůči komunikačnímu partnerovi. Velkým problémem v komunikaci jsou také odlišnosti v jazyce, kultuře nebo náboženství. Úkolem sestry je proto vždy vést komunikaci tak, aby byla pro všechny členy komunikačního procesu co nejvíce srozumitelná. (1,13)

Komunikační bariéry ze strany zdravotního personálu, v našem případě ze strany zdravotní sestry, mají kořeny nejčastěji v nedostatečném vzdělání, neprofesionalitě a neochotě. Sestra by měla umět zajistit vhodné podmínky pro vedení rozhovoru. Toho lze docílit výběrem klidného, pokud možno příjemného prostředí a vymezením dostatku času na rozhovor. Zároveň by měla být natolik profesionální, aby zakryla případné nesympatie vůči pacientovi nebo rodiči, únavu či osobní problémy. Zanedbáním některého z výše uvedených faktorů může sestra vyvolat v rodiči nedůvěru, která zvyšuje pravděpodobnost komplikace během realizace ošetřovatelského procesu. Během rozhovoru by měla být vlídná, usměvavá, měla by projevit zájem a účast. Projev zájmu je často největším problémem. Sestra se omezuje na získávání informací a na dotazy ze strany pacienta nebo rodiče nereaguje. (1,13)

1.1.3.1 Nejčastější komunikační chyby

Komunikace s rodičem nemocného dítěte i s dítětem samotným je pro sestru velmi náročná, avšak je klíčovým momentem celého procesu hospitalizace. Hlavním úkolem sestry na příjmové ambulanci je vyvolat pocit důvěry a jistoty. Chyb, kterých se může během rozhovoru dopustit, je mnoho, a proto některé z nich uvedeme nyní podrobněji.

Jednou ze zásadních komunikačních chyb je nedostatek času pro komunikaci. Tuto chybu bychom mohli zařadit do komunikačních bariér ze strany sestry, kdy je sestra

neochotná se problémem děle zabírat, ale také do komunikačních bariér externích. Sestra může projevovat zájem o dotazy rodiče i dítěte, ale z důvodu nedostatečného personálního vybavení či nadměrného počtu pacientů není schopna vymezit si na tuto aktivitu dostatek času. V takovém to případě je vhodné poskytnout rodiči alespoň informační letáček nebo odkázat na příslušnou literaturu. (1)

Druhou neméně významnou chybou v komunikaci je právě absence komunikace. Sestra se zaměřuje pouze na sběr anamnestických údajů a dalších informací potřebných pro realizaci ošetřovatelského procesu a na dotazy a obavy rodiče nereaguje. Tímto postupem vyvolává v rodiči negativní emoce až nedůvěru vůči zdravotnickému personálu. Tuto chybu bychom zařadili mezi bariéry ze strany sestry nebo mezi interní bariéry. V případě externí bariéry by musel být problém způsoben např. přítomností dalšího pacienta v ordinaci. V tom případě by se sestra nemohla dítěti a rodiči plně věnovat. (1,13,15)

Stejně významnými chybami v komunikaci jsou absence očního kontaktu a nedodržení zásad slušného chování. Oboustranný oční kontakt je důležitý pro navázání partnerského vztahu mezi sestrou a rodičem podobně jako uvítání v ordinaci a představení se. V tomto případě by bylo zařazení mezi bariéry stejné jako v odstavci výše. (13)

Další častou chybou, které se sestra může dopustit je tzv. familiární oslovení ať už rodiče nebo dítěte. Sestra by měla vždy pamatovat, že oslovení "prcku" apod. do profesionální komunikace nepatří. V tomto případě se nejedná o komunikační bariéru, ale o chybu pramenící v neprofesionalitě personálu. (13)

Před každým zdravotnickým úkonem je sestra povinná informovat rodiče i dítě o následných postupech. Pečlivě vysvětlí, kam se má posadit, jak se položit, co se chystá dělat a proč. V případě, že tak sestra neučiní, dítě se může polekat. Ideálním způsobem je zapojení rodiče do samotného výkonu. Např. při odběru krve může rodič dítě držet a mluvit na něho. Dítě je poté klidnější a lépe spolupracuje. Tato chyba může být způsobena jak ze strany sestry, tak ze strany rodiče. Např. sestra vyvolá v rodiči nesympatii a on následně odmítne spolupracovat. Stejně tak může sestra odmítat

spolupráci s rodičem, protože ji to "zdržuje". Ve výjimečných případech je tato chyba způsobena nátlakem z okolí.(1,13)

Není vhodné během komunikace s rodičem a dítětem odbíhat ať už k osobním nebo pracovním telefonátům. Rodič má strach a rozptylování vede k narůstání stresu. Tato chyba je téměř vždy řazena mezi externí bariéry a sestra ji jen těžko může ovlivnit. Je-li to nutné, sestra by měla telefonát přijmout v jiné místnosti a následně se omluvit. Podobné je to s vykonáváním činností, které nesouvisejí s příjmem pacienta. Sem bychom zařadili např. vaření kávy lékaři a pod.(13,15)

Během rozhovoru je důležité vyvarovat se odborným či latinským výrazům. Sestra musí předpokládat, že rodič není znalý v lékařské terminologii a podle toho i uzpůsobit obsah sdělení. Stejně tak je důležité užívání spisovného jazyka. V případě, že je rodič méně jazykově zdatný, měla by být sestra ochotna mu danou problematiku co nejsrozumitelněji přiblížit. (13)

Kromě výše zmíněných chyb se do komunikace mohou promítnout prvky etiketizace. (7)

Pokud sestra zná a chápe rizika, která pro ni představují komunikační bariéry a umí na ně adekvátně reagovat, je to hlavní předpoklad úspěšné komunikace. Důležité je, uvědomit si, z čeho daná chyba vznikla, abychom ji mohli úspěšně odstranit, nebo alespoň minimalizovat.

1.2. Vývojová období dítěte

„Rozdělení dětského věku odpovídá zvláštnostem stádií ve vývoji motorickém, mentálním, citovém a také v typu a průběhu onemocnění, která se v daném věku vyskytují.“ (24, str. 9)

Novorozenecký věk datujeme od narození do 28. dne života. V tomto období dochází k adaptaci na prostředí mimo dělohu. Utváří se pevné pouto s matkou, projevují se vrozené vývojové vady. Na novorozenecké období navazuje období kojenecké, které trvá přibližně do jednoho roku. Kojení je samozřejmě možné i v dalším období. Pro období kojenecké je typický rychlý růst dítěte a psychomotorický vývoj. Dalším

obdobím je období batolecí. Trvá od 1 roku do 3 let. Dochází k rozvoji řeči, chůze, myšlení, jemné motoriky. Dítě je samostatnější a proto je velké riziko vzniku úrazů (otravy, pády). V předškolním věku, tedy od 3 do 6 let, dochází k tvorbě sociálních vazeb. Dítě je zařazeno do kolektivu, rozvíjí se abstraktní myšlení. Zvyšuje se riziko nákazy kapénkovou infekcí. Období, které navazuje nazýváme časný školní věk. Sem řadíme děti ve věku od 6 do 10 let. Dítě nastupuje do školy, učí se podřizovat autoritám, plnit úkoly. Dochází k socializaci dítěte, rozvíjí se intelekt. Typické jsou angíny, neštovice, úrazy všeho druhu. Dalším obdobím je pozdní školní věk neboli puberta. Dochází k diferenciaci dle pohlaví, dívky mají první menstruaci, chlapci poluci. Na pubertu navazuje dorostenecký věk neboli adolescence. Typické je psychosociální a fyzické dospívání, příprava na budoucí povolání, navazování prvních sexuálních vztahů a tedy i ohrožení pohlavními chorobami. (23)

1.2.1 Stavy vedoucí k hospitalizaci dítěte

V této kapitole se budeme zabývat nemocemi, které vedou k hospitalizaci dítěte na dětském oddělení. Pro přehlednost jsou onemocnění rozdělena do skupin podle orgánu nebo orgánové soustavy, které postihují. Jako samostatná podkapitola jsou dále uvedeny úrazy, tedy dětská traumatologie. Vrozené vývojové vady samostatně popisovat nebudeme. Pro větší přehlednost je v závěru uvedena tabulka s vybranými orgánovými systémy a k nim přiřazené vybrané ošetřovatelské diagnózy.

Kardiovaskulární systém

- První skupinou je onemocnění kardiovaskulárního systému.

Nejčastějším onemocněním jsou vrozené srdeční vady. Většina z nich je řešena již v poporodním období nebo se do několika let samy upraví. V pozdějším věku se jedná hlavně o kardiomyopatii, poruchy srdečního rytmu (extrasystolie, bradyaritmie, tachyarytmie) nebo srdeční selhání. Srdeční selhání může vzniknout na podkladě vrozené srdeční vady nebo jako důsledek nedostatečné funkce srdeční svaloviny. Bývá doprovázeno hypoxií, Cheyneho-Stokesovým dýcháním, městnáním krve, tachykardií a periferní vazokonstrikcí. Dalšími méně častými onemocněními jsou hypertenze a

zánětlivá onemocnění srdce. V případě onemocnění srdce je často nutná chirurgická léčba, ale i v případě léčby konzervativní je nutná alespoň krátkodobá hospitalizace za účelem diagnostickým nebo kvůli zabránění vzniku komplikací. V případě operačního řešení bývá nejčastější ošetrovatelskou diagnózou bolest a strach. V případě konzervativního řešení také porušený spánek, snížený objem tekutin nebo zhoršená tělesná pohyblivost. Ošetrovatelských diagnóz u takto nemocných dětí je samozřejmě více. Úkolem sestry v ambulantním sektoru je především zmírnit tyto potíže. O další plnění intervencí v rámci ošetrovatelského procesu se postarají sestry na lůžkovém oddělení. (17,24)

Respirační systém

- Onemocnění respiračního systému patří mezi nejčastější onemocnění dětského věku. Většina onemocnění jako rinitida nevyžadují hospitalizaci a jsou léčeny pouze ambulantně. Výjimkou je otitis media, které v některých případech vyžaduje perforaci bubínku a následnou hospitalizaci. Nutnost hospitalizace nastává v případě komplikací (sinusitida, tracheitida). Mezi další onemocnění dýchacích cest řadíme alergická onemocnění a astma, která vyžadují hospitalizaci pouze v počáteční fázi, a po залечení je dítě propuštěno do domácího ošetřování. Závažným onemocněním dýchacího systému jsou např. pneumonie, cystická fibróza nebo vrozené vady plic. V tomto případě je hospitalizace nevyhnutelná. Podobně jako u onemocnění kardiovaskulárního systému i v tomto případě jsou nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami bolest a strach. Další neméně důležitou a u těchto onemocnění velice častou ošetrovatelskou diagnózou je porucha výměny plynů. K tomuto stavu dochází nejčastěji při astmatických záchvatech nebo při zaklínění cizího tělesa v dýchacích cestách. Pokud je dítě přivezeno záchrannou službou, jsou již dýchací cesty zajištěné, v případě, že je přivezeno rodinou je úkolem sestry co nejrychleji obnovit výměnu plynů. (19,24,17)

Gastrointestinální systém

- Třetí skupinou jsou onemocnění gastrointestinálního traktu. Nejčastějším zástupcem jsou průjmová onemocnění. Je možné léčit je doma, ale v případě těžkého průběhu hrozí závažné komplikace jako např. dehydratace. V tomto případě je nutné dítě hospitalizovat. Mezi závažná onemocnění řadíme Crohnovu nemoc

nebo apendicitidu. Život dítěte je ohrožen či vyžaduje chirurgické řešení, proto je vždy hospitalizováno do normalizace stavu. Dalším závažným onemocněním trávicí soustavy je malabsorbční syndrom, kdy je narušené trávení a vstřebávání potravy. Typická je nesnášenlivost lepku. Dítě je často hospitalizováno z důvodu dehydratace a malnutrice. U onemocnění gastrointestinálního, tedy trávicího traktu jsou vedle bolesti nejčastějšími problémy dispeptické potíže jako průjem, zácpa, dysfunkční gastrointestinální motilita dále také snížený objem tekutin. Většina těchto problémů vyžaduje delší dobu pro řešení a proto je úkolem sestry na příjmové ambulanci zmírnit ty nejhorší potíže (zajištění hydratace – infuzní terapie) a předat dítě do péče sester lůžkového oddělení. (17,23,24)

Hematologická onemocnění

- Další skupinou jsou hematologická onemocnění neboli onemocnění krve, která dělíme na tři skupiny – onemocnění bílé krevní řady, červené krevní řady a krvácivá onemocnění. Nejčastějším onemocněním bílých krvinek je leukémie. Léčba je náročná, a proto je dítě po celou dobu hospitalizováno na hematologické jednotce nebo standardní jednotce dětského oddělení. Jednou z typických ošetrovatelských diagnóz je snížená výkonnost spojená s únavou a neefektivní výměna plynů spojená se sníženou produkcí erytrocytů. Dále je typickou ošetrovatelskou diagnózou strach, úzkost, někdy až apatie. Tyto potíže sestra v příjmové ambulanci ve většině případů nevyřeší, a proto je dítě předáno do péče sester na hematologické jednotce dětského oddělení nebo na standardní lůžkové oddělení. Vedle problémů dítěte musí sestra zajistit pomoc také rodině. Rodič často neví co se s dítětem děje, má strach. Úkolem sestry je ho vyslechnout a uklidnit. V případě červených krvinek je typickým onemocněním anémie. V lehkých případech je možné zvládnout ji ambulantně, ale v případě těžké anémie je nutné podání krevních přípravků. Podobně jako u onemocnění bílé krevní řady i zde je častá únava a neefektivní výměny plynů, dále také strach, úzkost, riziko infekce. Řešení těchto problémů je stejné jako u onemocnění bílých krvinek. Krvácivé projevy mohou být velmi vážné obzvláště v akutním stádiu, kdy hrozí vykrvácení. Například u Hemofilie se objevuje krvácení do kloubů, které je velice bolestivé a postupně dochází k deformaci a omezení hybnosti kloubu. Dítě by mělo být hospitalizováno do stabilizace

stavu a dále docházet na kontroly. Při příchodu do nemocnice dítě často krvácí, proto je důležité co nejdříve zastavit krvácení. Dalšími diagnózami mohou být bolest, strach, úzkost a další. (lit. 17,23,27)

Urogenitální systém

- Nejčastějším zástupcem onemocnění urogenitálního traktu jsou záněty.

Pokud není průběh kritický, lze je běžně zvládnout ambulantně. Do této skupiny dále řadíme anomálie močového systému, onemocnění nebo poranění ledvin nebo noční pomočování. V případě hospitalizace sestra nejčastěji řeší diagnózy jako bolest, retence moči nebo inkontinence moči. (17,24)

Žlázy s vnitřní sekrecí

- Onemocnění žláz s vnitřní sekrecí rozdělujeme podle postiženého orgánu.

Prvním je hypofýza. Nadměrná sekrece růstového hormonu může vést k rozvoji Gigantismu a naopak nedostatek způsobuje Hypopituitární nanizmus – růstová retardace. V těchto případech je velké riziko depresí a následných sebevražd. Typickou diagnózou je narušený obraz vlastního těla. Druhým orgánem je štítná žláza. Porucha její funkce způsobuje buďto hypotyreózu nebo hypertyreózu. Hypotyreóza je způsobena nedostatečnou funkcí T_3 a T_4 . Dítě je unavené, zapomíná, padají mu vlasy. Terapie závisí na etiologii. Důležitá je substituční terapie a v případě strumy je časté také chirurgické řešení. V případě hyperfunkce je organismus zahlcen Tyroxinem. Může být způsobena autoimunitním zánětem nebo nádorem. Vzniká struma, exoftalmus, dítě má horečky, hubne. Podávají se tyreostatika a často se přistupuje k chirurgickému odstranění strumy. Ošetřovatelské diagnózy se liší dle typu postižení. U hyperfunkce je typická únava, úzkost, poruchy výživy, u hypofunkce porucha termoregulace, zácpa, neefektivní dýchání. Nejznámějším onemocněním této skupiny je onemocnění slinivky břišní – diabetes mellitus 1. typu. Je způsoben absolutním nedostatkem inzulínu (zánět Langerhansových ostrůvků). Dítě hubne, je unavené, má bolesti hlavy. Hospitalizace dítěte je nutná při diagnostice a počáteční léčbě onemocnění, následně se dítě léčí doma a dochází na pravidelné kontroly. (17,24,27)

Nervový systém

- Neméně důležité jsou onemocnění nervového systému.

Řadíme sem meningitidy, epilepsii, febrilní záchvaty, bolesti hlavy, dětská mozková obrna, mozkové dysfunkce a nádory. Meningitidy dělíme dle příčiny na virové a bakteriální. Dochází k akutnímu zánětu mozkových blan, doprovázenému zmateností, únavou, horečkami, svalovým napětím. Prognóza není přívětivá, a proto je nutná hospitalizace do normalizace stavu. Mezi typické diagnózy řadíme bolest, únavu, strach. Epilepsie je chronické onemocnění, které lze charakterizovat opakovanými záchvaty křečí. Dělíme ji na ložiskovou a primárně generalizovanou. Během záchvatu dochází ke ztrátě vědomí a následně k tonickým křečím. Po několika sekundách přechází na klonické křeče. Celý záchvat trvá asi 10 minut. Léčba je převážně konzervativní. Během záchvatu dochází k četným poraněním jako např. otřes mozku a proto je nutné dítě hospitalizovat. Febrilní záchvaty neboli febrilní křeče vznikají při teplotě nad 38,5 °C. Dochází ke křečím a četným poraněním v souvislosti s pádem dítěte. Dítě je hospitalizováno do normalizace stavu. Při příchodu do nemocnice je důležité stabilizovat stav dítěte, ošetřit poranění, která si mohl způsobit během záchvatu (zlomeniny, pokousaný jazyk) a uklidnit jeho i rodiče. Základní ošetření probíhá v příjmové ambulanci, další intervence jsou plněny v rámci lůžkového oddělení.(23,24) V následující tabulce jsou uvedeny jednotlivé orgánové soustavy, k nimž byly přidělené ošetrovatelské diagnózy, které by se u daných onemocnění mohly vyskytovat.

Orgánové systémy	Vybrané ošetrovatelské diagnózy, které se mohou vyskytovat u onemocnění těchto systémů
Kardiovaskulární systém	<ul style="list-style-type: none"> • Strach v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se pláčem, verbalizací • Porušený spánek v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se únavou, ospáváním během dne
Respirační systém	<ul style="list-style-type: none"> • Dušnost v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se lapáním po dechu. • Úzkost v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se plačtivostí, uzavřeností
Gastrointestinální systém	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se verbalizací, mimikou. • Zácpa v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se zástavou odchodu stolice, bolestí břicha
Hematologická onemocnění	<ul style="list-style-type: none"> • Únava v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se ospáváním během dne, nezájmem o hru. • Riziko infekce v souvislosti s nynějším onemocněním
Urogenitální systém	<ul style="list-style-type: none"> • Močová inkontinence v souvislosti se změnou prostředí projevující se drobným únikem moči v nočních hodinách • Bolest v souvislosti se zánětem močového měchýře projevující se mimikou, verbalizací
Žlázy s vnitřní sekrecí	<ul style="list-style-type: none"> • Deficit tělesných tekutin v souvislosti se zvýšenou tělesnou teplotou projevující se suchými sliznicemi • Únava v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se ospáváním během dne, nezájmem o hru.
Nervový systém	<ul style="list-style-type: none"> • Riziko pádu v souvislosti s nynějším onemocněním • Bolest v souvislosti s nynějším onemocněním projevující se verbalizací, mimikou.

(Zdroj: Upraveno dle NANDA INTERNATIONAL, *Ošetrovatelské diagnózy*)

1.2.2 Úrazy vyžadující hospitalizaci dítěte

Ne vždy je dítě hospitalizované na základě nějakého onemocnění. Dalším důvodem k hospitalizaci dítěte je úraz. V dětském věku dochází k úrazu velice snadno, ať už aktivitou dítěte nebo cizím zaviněním. V případě lehkého poranění je dítě ošetřeno ambulantně a propuštěno do domácí péče. V případě závažnějšího poranění je nutné dítě hospitalizovat a často také provést chirurgickou repozici dané části.

Krvácení

- Jedním z nejčastějších projevů poranění u dětí je krvácení na podkladě pádů,

keré řadíme na třetí místo mezi nejčastějšími příčinami úmrtí u dětí. Dalšími příčinami jsou autonehody, poranění ostrými předměty, poranění zvířetem, nebo při sportu. Krvácení dělíme na vnitřní a vnější, tepenné, žilní a vlasečnicové. Ve většině případů je přivolána záchranná služba a dítě je ošetřeno během převozu do nemocnice. Pokud se jedná o lehké poranění, je dítě ošetřeno a následně propuštěno do domácího ošetřování. V případě závažného poranění, jako je vnitřní krvácení, je nutná hospitalizace a často také chirurgické ošetření. Při poranění může dojít k velkým krevním ztrátám a proto je úkolem sestry zajistit základní životní funkce a případně podat krevní přípravky dle ordinace lékaře. (3)

Popáleniny a opařeniny

- Velmi častým úrazem u dětí předškolního věku jsou popáleniny a opařeniny.

V České Republice jsou stejně jako pády řazeny na třetí místo mezi nejčastějšími příčinami úmrtí dítěte. Pokud se jedná jen o popáleniny malého rozsahu, je dítě ošetřeno ambulantně. V případě, že se jedná o rozsáhlé popáleniny, vyžaduje tento stav hospitalizaci dítěte a často také plastické úpravy. Úkolem sestry v příjmové ambulanci je především zmírnit bolest dítěte a předat ho lůžkovému oddělení, které se postará o realizaci dalších intervencí vedoucích ke zlepšení stavu dítěte. (3)

Tonutí a dušení

- Dalším typickým úrazem dětského věku je tonutí či dušení dítěte.

Příčin tohoto stavu může být mnoho. Ať už je to vdechnutí potravy, části hračky, vody při koupání nebo vdechnutí zvratků. K úmrtí dítěte může dojít během několika sekund a proto je důležité co nejrychleji odstranit příčinu dušení, přivolat lékařskou pomoc a dle potřeby zahájit kardiopulmonální resuscitaci. Dítě je hospitalizováno do normalizace stavu. Důraz je kladen na vyšetření mozkových funkcí, které mohly být poškozeny v důsledku nedostatečného zásobení mozku kyslíkem. (3)

Zlomeniny kostí a kloubů

- Jiným častým poraněním dětského věku jsou zlomeniny kostí a kloubů.

Lehké zlomeniny jsou ošetřeny ambulantně. V případě těžkých zlomenin, jako např. zlomeniny báze lebni, mnohočetných zlomenin nebo otevřených zlomenin je nutná hospitalizace. Léčba může být konzervativní nebo v případě dislokovaných zlomenin

chirurgická, kdy je nutné provést repozici. Následně je zlomenina fixována sádrovým obvazem nebo je použita extenze. Úkolem sestry je především minimalizovat bolest a odstranit přidružené komplikace. Nejčastějšími jsou krvácení a otok. (23)

Poranění hlavy

- Obzvláště závažným případem je poranění hlavy.

Do této skupiny řadíme otřes mozku (komoce), zhmoždění mozku (kontuze) stlačení mozku (komprese), nitrolební krvácení (epidurální, subdurální, subarachnoideální) a zlomeniny lebky (klenba lební, báze lební, obličejová část). Při poranění hlavy jsou velká rizika náhlého úmrtí a vzniku komplikací jako jsou posttraumatická epilepsie nebo infekce. Příčinami těchto stavů jsou nejčastěji autonehody, pády z výšky nebo úrazy při sportu. Poranění hlavy je buďto zjevné (viditelná rána na hlavě) nebo se projeví například změnami vědomí, výpadky paměti atd. Příznaky se mění v závislosti na typu poranění. Stejně tak se liší léčba. Dítě je hospitalizováno na jednotce intenzivní péče nebo na standardním lůžkovém oddělení. Léčba je převážně konzervativní, případně je možná chirurgická evakuace hematomu. Úkolem sestry v příjmové ambulanci je zjistit příčinu poranění, umístění dítěte (JIP nebo standardní oddělení) a zajistit potřebnou péči. (23)

Poranění páteře

- Dále zmíníme různá poranění páteře, jako jsou zlomeniny obratlů, distorze nebo subluxece meziobratlových kloubů a další. Příčinou jsou nejčastěji autonehody, pády z výšky nebo úrazy při sportu. U dětí předškolního věku jsou méně časté. Bývají doprovázeny bolestí, parézami nebo plegiemi. Závažnost poruchy je spjata s druhem poranění. Léčba spočívá ve fixaci páteře (sádrový korzet), používání tvrdého lůžka, pravidelné rehabilitaci a případně v přistoupení k chirurgickému zákroku. Úkolem sestry v příjmové ambulanci je především uklidnit dítě i rodinu, případně zajistit konzultaci s lékařem ohledně prognózy. (23)

Poranění hrudníku

- Poranění hrudníku dělíme na otevřená a uzavřená.

Typickým příkladem je pneumotorax ať už otevřený nebo uzavřený, dále pak zlomeniny žeber, zhmožděnin či poranění nitrohrudních orgánů. Pokud se zaměříme na

pneumotorax, jsou typickými projevy dušnost, bolest, úzkost, neklid, cyanóza nebo může být přítomna hemoptýza. V případě otevřeného pneumotoraxu vidíme v oblasti hrudníku otevřenou krvácející ránu. Příčinou může být tupé násilí (pády, autohavárie), bodné nebo střelné rány. Hlavním úkolem je zachovat dýchací funkce. V případě, že je stav natolik vážný, že ohrožuje dítě na životě, je příjem pacienta realizován až po stabilizaci základních životních funkcí nebo pouze v přítomnosti rodičů. Hospitalizace je téměř vždy nevyhnutelná. K domácí léčbě přistupujeme pouze v případě, že se jedná pouze o lehké zhmoždění a máme jistotu, že nejsou poraněny žádné nitrohruční orgány nebo nalomená žebra. (3,23)

Poranění břicha

- Podobně jako u poranění hrudníku i poranění břicha rozdělujeme na uzavřená a otevřená. Otevřená pak dále na penetrující a nepenetrující. V některých případech se nemusí jednat o poranění ale o některou z náhlých příhod břišních (apendicitis,..). Příčinou poranění jsou nejčastěji autonehody, sportovní úrazy, bodné a střelné rány (nejčastěji kriminální činy). Dítě i jeho rodiče jsou neklidní, nejistí, bojí se. Úkolem sestry je uklidnit a zajistit adekvátní péči. V některých případech je nutná okamžitá chirurgická revize. Pro rodiče i dítě je to velice stresující situace. Sestra je musí seznámit s výkonem, který dítě čeká, zajistit jeho přípravu a hlavně uklidnit rodiče. Důležitá je také konzultace s lékařem, který rodině sdělí informace o zdravotním stavu dítěte jeho prognózu a způsob operace. (3)

Otravy

- Pro dětský věk jsou také typické otravy ať už houbami, léky nebo jinými látkami (např. jed na krysy). Pro léčbu dítěte je důležitá podrobná anamnéza. Sestra se zaměří na druh požití látky, čas požití a příznaky. Pokud je dítě při vědomí, je vhodné spolupracovat hlavně s ním, v případě bezvědomí jsou informace získávány od rodičů. Pokud není stav dítěte vážný, může být propuštěno do domácí péče, v případě nejistých příznaků nebo podezření na nějaké poškození orgánů je nutná hospitalizace za účelem pozorování. (3)

Polytraumata

- Polytraumata, jinak také nazývaná mnohočetná poranění, jsou poranění více jak

jednoho orgánu nebo orgánové soustavy, která ohrožují na životě. Dítě s takto závažným poraněním je ihned přijato na oddělení ARO a administrativní příjem je realizován až následně po zajištění základních životních funkcí.(3)

V následující tabulce jsou vypracovány vybrané ošetřovatelské diagnózy, které se mohou u jednotlivých úrazů vyskytovat.

Druh úrazu	vybrané ošetřovatelské diagnózy, které se mohou vyskytovat u těchto poranění
Krvácení	<ul style="list-style-type: none"> • Snížený objem tekutin v organismu v souvislosti s úrazem projevující se sníženou žilní náplní, zrychleným pulzem
Popálenina a opařeniny	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest v souvislosti s úrazem projevující se verbalizací, mimikou
Tonutí a dušení	<ul style="list-style-type: none"> • Porucha výměny plynů v souvislosti s dušením projevující se cyanózou, obtížným dýcháním
Zlomeniny kostí a kloubů	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest v souvislosti s úrazem projevující se verbalizací, mimikou
Poranění hlavy	<ul style="list-style-type: none"> • Akutní zmatenost v souvislosti s úrazem projevující se neklidem, kolísáním vědomí
Poranění páteře	<ul style="list-style-type: none"> • Zhoršená tělesná pohyblivost v souvislosti s úrazem projevující se omezeným rozsahem pohybu
Poranění hrudníku	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest v souvislosti s úrazem projevující se verbalizací, mimikou
Poranění břicha	<ul style="list-style-type: none"> • Riziko aspirace v souvislosti se zvracením
Otravy	<ul style="list-style-type: none"> • Bolest břicha v souvislosti s pozřenými látkami projevující se verbalizací, mimikou
Polytraumata	<ul style="list-style-type: none"> • Strach v souvislosti s úrazem projevující se pláčem, mimikou

(Zdroj: Upraveno dle NANDA INTERNATIONAL, *Ošetřovatelské diagnózy*)

1.3 Prostředí příjmové ambulance

Pobyt v nemocnici je pro každého stresovou situací a to i přes to, že je v dnešní době hospitalizace zkrácená na minimum. Většina nemocných přichází na doporučení lékaře. Důvody k přijetí do nemocnice, tedy k hospitalizaci, jsou různé a mohou se kombinovat. Podle důvodů k hospitalizaci dělíme příjem na dva typy. (9,22)

Prvním je příjem plánovaný, kdy je pacient objednaný za účelem podrobnějšího vyšetření nebo plánované operace. Předpokládáme, že pacient bude hospitalizovaný

pouze na určitou dobu, která je nezbytná pro provedení daného výkonu. Doporučení k hospitalizaci vystavuje praktický lékař nebo lékař specialista, který také zajišťuje včasné provedení předoperačních vyšetření. (9,22)

Druhým typem je příjem akutní, ke kterému přistupujeme v případě poranění nebo akutního onemocnění ohrožujícího pacienta na životě. V tomto případě není nutné doporučení praktického lékaře ani specialisty. (9,22)

Příjem pacienta k hospitalizaci probíhá ve většině nemocnic v příjmové ambulanci příslušného oddělení. V některých zařízeních se můžeme setkat s tzv. oddělením centrálního příjmu, které slouží pro celou nemocnici. Výjimečná situace nastává v případě akutního příjmu, jak již jsme uvedli výše. Pokud se jedná o plánovaný příjem, je potřeba, aby dítě a rodič strávili nějakou dobu v čekárně. Prostředí čekárny je pro navázání vztahů s příchozími velmi důležité, protože ovlivňuje vnímání a prožívání matky i dítěte, a může tak prohloubit negativní pocity spojené s hospitalizací. Je vhodné, aby součástí oddělení byla herna, jež slouží k odpoutání pozornosti dítěte. Dále je důležité, aby zde byl dostatek prostoru pro sezení i hraní, dostatečný přísun čerstvého vzduchu, vhodná pokojová teplota a neméně důležitou součástí je eliminace stresových faktorů souvisejících s příjmem ostatních pacientů (křik z ordinace apod.). Čekárnu je vhodné vymalovat pastelovými barvami a doplnit obrazy zvířat, pohádkových bytostí atd. Hlavní je, aby působila pohodlně a uklidňujícím dojmem. (9,22)

Po příchodu do ambulance jsou dítěti provedena základní vyšetření. Dle kompetencí provádí některá z nich sestra samostatně, jiné (jako je např. vyšetření poklepe, pohmatem, poslechem a pohledem) provádí lékař v případné spolupráci se sestrou. Mezi vyšetření, prováděná sestrou samostatně řadíme měření krevního tlaku, pulsu a tělesné teploty. Poté sestra odebere krev a moč k laboratornímu vyšetření, případně zajistí další vyšetření dle stanoviska lékaře. Podle zvyklostí oddělení sepíše sestra nebo lékař anamnestické údaje ve spolupráci s rodiči i dítětem. Následně lékař vystaví chorobopis a dekurz pro první den. Pokud to situace vyžaduje je rodiči vystaven doklad o ošetřování nemocného člena rodiny. (6,9)

1.3.1. Sestra komunikátorem

Sestra má v příjmové ambulanci jednu z klíčových rolí. Aby ji mohla správně plnit, musí mít určité schopnosti, vlastnosti a musí umět komunikovat.

Profese sestry, jako každá jiná, vyžaduje jisté osobnostní charakteristiky. Dělíme je na senzomotorické (šikovnost, zručnost), estetické (úprava zevnějšku), intelektové (schopnost řešit náročné situace), sociální (umění jednat s lidmi) a autoregulační (odolnost vůči stresu). Během výkonu svého povolání, se sestra setkává s různými případy a situacemi, které mohou ovlivnit její sociální vnímání, hodnoty a vlastnosti. Proto je důležité, aby se uměla chovat profesionálně a i ve složitých, náročných situacích uměla pohotově reagovat. Jednou z nejdůležitějších dovedností sestry je empatie, tedy umění chápat druhé, vcítit se do jejich problémů a vnímat jejich potíže.

(8,12,20)

Jistý typ profesionálního chování lze nalézt v každém oboru. Ve většině případů lze profesionální chování rozdělit do tří větví. Jsou jimi odpovědnost vůči klientovi, eudice a kolegiálnost. Ne vždy všichni pracovníci splňují všechny předpoklady, a proto může být jejich práce nekvalitní. (20)

Vliv na kvalitu práce sestry má i zralost dané osoby. Zralá osoba je schopna vnímat potřeby druhých (sociocentrismus), být tolerantní vůči chování a přesvědčení jiných lidí, respektovat jejich víru a národnost, schopnost zodpovídat a vést ostatní, spolupracovat s nimi a respektovat autority (8)

Je důležité zmínit, že v práci sestry se vyskytují také profesní role. Jako v mnoha profesích i v povolání sestry prošly profesní role dlouhým vývojem. Pro výkon povolání je důležité, aby se sestra s rolí identifikovala, a mohla tak kvalitně plnit své povinnosti. Během své práce musí zohlednit potřeby a stav pacienta, je povinná zajistit potřebu bezpečí a jistoty, která je vedle biologických potřeb jednou z nejdůležitějších. Dalším úkolem sestry je být emocionálně negativní, tzn. umět regulovat své pocity vůči pacientovi a ke všem přistupovat jednotně. Role, které sestra musí plnit, ovlivňuje několik faktorů – aktuální systém zdravotnické péče, rozvoj vědeckých poznatků a technologie, zdravotní stav populace. V závislosti na těchto faktorech se mění průběh vzdělávání i organizace ošetrovatelské praxe, což má za následek také změny v rolích,

které musí sestra plnit. Mezi tyto role řadíme roli sestry jako poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, advokátky, mentorky, výzkumnice a nositelky změn.(4)

1.3.2 Vývoj komunikace

K vývoji komunikace dochází v průběhu celého života. Většina dětí se rodí se schopností naučit se mluvit. Samotná komunikace mezi matkou a dítětem probíhá již v prenatálním období.

Pro rozvoj verbální komunikace je ale nutný určitý stupeň neurologického vývoje. První stádium vývoje nazýváme senzomotorické, které trvá přibližně od narození do dvou let. V tomto období se komunikace rozvíjí. Dítě nejprve používá komunikaci neverbální, později přechází k verbální. „*Dosahují pojmu stálosti objektu – uvědomují si, že předmět existuje, i když není přítomen pro bezprostřední smyslové vnímání.*“ (18, str. 34) Na toto stádium navazuje stádium předoperační. Jeho rozmezí je mezi dvěma a sedmi lety. Dítě se učí jazyku, reprezentovat představy pomocí slov. V tomto období dítě ještě není schopno chápat operace, tzn. logické postupy. Učí se chápat morální pravidla, základy slušného chování a sociální konvence. Třetí stádium nazýváme stádium konkrétních operací a trvá přibližně do dvanácti let. Dítě je již schopno chápat logické operace, abstraktní pojmy. Poslední je stádium formálních operací, tedy období od dvanácti let. V tomto období se komunikace dítěte dostává na úroveň dospělého. Jsou schopni myslet v symbolických pojmech a systematicky testovat hypotézy. (14)

1.3.3 Komunikace s dětským pacientem

Aby byla ošetrovatelská péče úspěšná, je potřeba zapojit do komunikace nejen rodiče, ale i děti. Obzvláště v období prvního vzdorování je důležité dát jim pocit, že se účastní na rozhodování o své osobě. Pokud by tak sestra neučinila, mohla by vyvolat odmítavý přístup ze strany dítěte.

Vedení rozhovoru má podobné zásady jako v případě komunikace s rodičem. V úvodu by se sestra měla představit, pozdravit a zeptat se dítěte na jméno, kterým ho

bude nadále oslovovat. Pokud je dítě zvyklé na nějaké specifické oslovení například z domova nebo ze školy, je vhodné, aby ho užívala i sestra. Pokud dítě vzdoruje a odmítá komunikovat, může sestra k navázání kontaktu použít hračku. Vhodnější je hračka, kterou si dítě přineslo z domova. Sestra komunikuje s hračkou, ptá se jí, jak se jmenuje nebo jestli jí něco bolí. Děti pak často promítnou své pocity do hračky a sestře odpoví. Hračka také může sloužit k vysvětlení léčebného postupu nebo vyšetření. Sestra nejprve provede daný výkon hračky, kterou pochválí. Dítě má poté menší strach a lépe spolupracuje. (18)

Úkolem sestry je mluvit jasně, stručně, srozumitelně, v krátkých větách. Vhodné je obzvláště u menších dětí při vedení rozhovoru užívat slova, která jsou jim známá, jako např. hajat místo spát, papat místo jíst. V průběhu rozhovoru nebo vyšetření sestra dítě chválí, podporuje, případně ho odmění nějakou sladkostí nebo obrázkem. Pokud chce dítě něco sdělit, sestra ho nesmí přerušovat. Průběžně ho informuje o všem, co se chystá dělat a uklidňuje ho. Pokud musí být proveden nějaký nepříjemný výkon, je vhodné požádat o spolupráci rodiče. (18)

Je důležité uvědomit si, že i v případě malých dětí jako jsou novorozenci nebo kojenci je komunikace stejně důležitá jako u jiných věkových skupin. V tomto věku jsou děti již schopné vnímat lidský hlas, výraz obličeje a dotek. Chápe vztah mezi svým chováním a reakcí okolí. Pokud chce něco sdělit, učiní tak pomocí pláče nebo úsměvu. Při komunikaci s ním by sestra měla stát poblíž, aby ji dítě vidělo, mluvit klidně, pomalu a usmívat se. (18)

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cíl práce je zaměřen především na odkrývání jevů vztahujících se ke komunikativním kompetencím sester na příjmové ambulanci dětského oddělení.

Akademický:

Cíl 1: Popsat a prozkoumat jaká je úroveň komunikativních kompetencí sester na příjmových ambulancích dětského oddělení

Cíl 2: Zjistit nejčastější komunikační problémy

Cíl 3: Zjistit, zda je komunikace sester s rodiči efektivní

Praktický:

Cíl 4: Doporučit vhodné techniky komunikace pro sestry v rámci rozhovoru vedeného při příjmu dítěte k hospitalizaci.

Osobní cíl:

Po absolvování odborné praxe na dětském oddělení mě zaujala problematika komunikace mezi sestrami a rodiči, a protože chci dále pokračovat na magisterském studiu v oboru pediatrie, rozhodla jsem se zaměřit na tuto problematiku blíže, abych si tak prohloubila znalosti a předešla chybám alespoň ve své budoucí praxi.

V souladu se zamýšlenou kvalitativní metodologií, výzkumné šetření neslibuje něco dokazovat pro jakoukoli širší zdravou populaci, pouze v realitě najít, popsat a interpretovat zajímavé jevy.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak probíhá vlastní komunikace mezi sestrou a rodičem během příjmu dítěte na dětské oddělení?

Výzkumná otázka 2: Jaké verbální nebo nonverbální prostředky sestra využívá při komunikaci s rodiči během příjmu dítěte k hospitalizaci ve vztahu k rodičům?

Výzkumná otázka 3: Jak rodiče hodnotí komunikaci se sestrou?

Výzkumná otázka 4: Jaká je efektivita přenosu informací za strany sestry k rodiči?

Výzkumná otázka 5: Jakým způsobem ovlivňuje věk dítěte komunikaci mezi sestrou a rodičem?

Výzkumná otázka 6: Jaký vliv má závažnost onemocnění dítěte na způsob komunikace mezi sestrou a rodičem?

Výzkumná otázka 7: Jaké komunikační problémy se nejčastěji vyskytují na příjmových ambulancích DEO?

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Metodika práce

Jádrem předkládaného výzkumného projektu bylo empirické šetření navržené jako kvalitativní, rozdělené do dvou fází. První fáze využívá techniku pozorování, zaměřené na komunikaci ze strany sester. Hodnoceno bylo např. podání ruky, představení se, či zpětná vazba. Ve vybraných nemocnicích bylo pozorování realizováno vždy dvakrát. Podmínkou byla přítomnost alespoň jedné shodné sestry v době obou pozorování. Výzkumné šetření bylo realizováno od února 2012 do dubna 2012 v nemocnicích regionu Jižní Čechy (Tábor, a. s., Jindřichův Hradec, a. s., Český Krumlov, a. s.) Výsledná data byla zpracována pomocí rámcové analýzy a pro větší přehlednost uspořádána do tabulek a grafů v programu Microsoft Excel.

V druhé fázi jsme se zaměřili na rodiče. K získání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl veden výzkumníkem a průběžně byl zapisován do záznamového archu. Možnost používat diktafon nebyla v žádné ze tří nemocnic povolena z důvodu ochrany pacientů. Rozhovory přímo navazovaly na pozorování. Byly realizovány od února 2012 do dubna 2012. Přepsané rozhovory jsou uvedeny v kapitole 4.1.

Vytvořené tabulky a grafy jsou řazeny chronologicky dle číslování a témat. První jsou identifikační údaje, dále základní komunikační dovednosti, průběh vlastní komunikace, na něž navazuje přenos informací, vliv věku dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem a vliv onemocnění na komunikaci mezi sestrou a rodičem. Poslední je graf zaměřený na výskyt dalších vlivů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami – Rodiči a sestrami. Výzkum byl realizován ve vybraných nemocnicích regionu Jižních Čech (Tábor, a. s., Jindřichův Hradec, a. s., Český Krumlov, a. s.).

První skupinou byly sestry pracující na příjmových ambulancích dětského oddělení. Metodou pozorování bylo hodnoceno celkem šest sester, které byly vybírány záměrně s ohledem na danou problematiku.

Druhou skupinou byli rodiče, kteří předávali své děti na příjmové ambulance k plánované nebo neplánované hospitalizaci. Výzkumný vzorek byl konstituován opět záměrně s ohledem na věk dítěte (3 až 10 let). Celkem bylo osloveno 24 rodičů, s rozhovorem souhlasilo 17. Z důvodu zachování intimity rodičů jsou v rozhovorech uvedeny pouze věk a pohlaví.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Rozhovory s rodiči přicházejícími na příjmovou ambulanci dětského oddělení

ROZHOVOR 1

Nemocnice Tábor

Sestra č. 1

První respondentkou je matka ve věku 45 let. Přichází s čtyřletou dcerou. Doma má ještě dvě děti – 25 let a 15 let. Toto je v pořadí 3. hospitalizace. Důvodem je plánované odstranění nosních mandlí.

Respondentka uvádí, že s chováním sestry byla „maximálně spokojená, sestřička byla moc příjemná“. Působila „sympaticky, ochotně“, usmívala se, byla přátelská. Příjemně ji překvapilo, že jí sestra při příchodu podala ruku. Ačkoliv se sestra nepředstavila, na respondentku to nepůsobilo špatně, protože na to není zvyklá ani u jiných sester či lékařů. Sestra jí poskytla dostatek informací, kterým většinou porozuměla, ostatní informace sestra ochotně doplnila a několikrát se formou zpětné vazby ujistila, že respondentka vše chápe a nechala jí prostor pro dotazy. Na otázku, zda byla s něčím nespokojená, respondentka odpověděla: „Nemyslím si, že byl nějaký problém, byla jsem spokojená“. Informace doplnit nepotřebuje, sestra ji vše vysvětlila a další informace doplnil lékař. Na respondentku také velice kladně zapůsobilo, že sestra nekomunikovala jen s ní, ale i s dítětem. Dále respondentka uvádí, že o možnosti nahlédnout do dokumentace dítěte věděla, ale neměla o ni zájem. „Nemyslím si, že bych v dokumentaci, něco vyčetla, nerozumím tomu“. Sestra matce ochotně nabídla hospitalizaci spolu s dítětem. „Byla jsem ráda, že tato možnost existuje, ihned jsem ji přijala“. Během rozhovoru s respondentkou sestra opakovaně komunikovala s další sestrou, na respondentku to však negativně nepůsobilo, „nijak zvlášť mi to nevadilo, sestřička se snažila vše vyřídit co nejrychleji a navíc to bylo asi dost důležité“.

ROZHOVOR 2

Nemocnice Tábor

Sestra č. 2

Dotazované respondentce je 29 let. Má 5 let starou dceru, která již druhý den zvrací. Je přijata k hospitalizaci k pozorování a doplnění tekutin. Toto je v pořadí druhá hospitalizace. První v roce 2008 – operace tříselné kýly.

Respondentka přijala hospitalizaci spolu s dítětem, protože „malá nese odloučení dost špatně“. Na otázku, zda byla spokojena s množstvím informací, odpověděla: „Víceméně jsem byla spokojená, třeba jak se sestra představila, to bylo příjemné (podání ruky neproběhlo), ale zaskočilo mě, když se sestřička domlouvala s někým po telefonu, že bude malá na izolaci a nic mi k tomu neřekla. Byla jsem proto dost nervózní, protože jsem nevěděla, co se bude dít. Jinak jsem žádný větší problém během příjmu se sestřičkou neměla“. Dále respondentka uvádí, že s chováním sestry byla víceméně spokojená, ale udivilo ji, že vůbec nekomunikovala s dítětem. Na otázku, zda jí sestra umožnila zeptat se na to, čemu nerozumí odpověděla: „Spíše ne, říkala mi spoustu věcí, ale bylo to na mě hrozně rychlé, všemu jsem neporozuměla a když jsem se chtěla zeptat, tak už přišla paní doktorka, takže jsem to nestihla“. Během rozhovoru s respondentkou, sestra dvakrát opustila místnost. Respondentka uvádí, že byla nervózní, ale nijak zvlášť jí to nevadilo. Stejně pocity vyvolala přítomnost další osoby (ošetřovatelka) v příjmové ambulanci. O možnosti nahlížet do dokumentace respondentka nevěděla, sestra jí tuto možnost nenabídla. „To se smí? Tak to jsem netušila. Asi bych se chtěla podívat, co si tam píšou“.

ROZHOVOR 3

Nemocnice Tábor

Sestra č. 2

Respondentka ve věku 26 let přichází s chlapcem ve věku 5 let k plánovanému odstranění nosních mandlí. Toto je jeho první hospitalizace.

Při příchodu do ambulance se sestra nepředstavila, ani respondentce nepodala ruku. Respondentka uvádí, že to nevyžaduje, ale pokud tak sestra učiní, cítí se klidněji. Informace, které respondentce sestra poskytla, jí stačily, protože toto onemocnění zná. „Hodně informací jsem si našla na internetu, takže informace, které mi sestra poskytla, mi stačily“. Z téhož důvodu respondentce nevadilo, že jí sestra nenechala prostor pro dotazy. Na otázku s čím nebyla spokojená, respondentka odpověděla: „Nevím, nic konkrétního mě nenapadá. Možná jen to, že mi sestřička přišla taková odměřená, hlavně když mluvila s Tomíkem, on se cizích lidí bojí a sestřičky se bál ještě o to víc. Přišlo mi, že s ním jedná jako s dospělým. Takže bych řekla, že na mě působila spíš negativně.“ Sestra respondentce aktivně nabídla možnost hospitalizace s dítětem, ale ta ji nemohla přijmout. „Sice mě sestřička potěšila, že se zeptala, ale mám doma ještě šestiměsíční holčičku a musím jí kojit, takže jsem musela odmítnout“. Dále respondentka uvádí, že náhled do dokumentace nevyžaduje a proto jí nevádí, že jí to sestra neumožnila. Během rozhovoru s respondentkou sestra přijala pracovní telefon. Respondentka odpověděla, že jí to nevadilo a sestra ho vyřídila velice rychle.

ROZHOVOR 4

Nemocnice Tábor

Sestra č. 1

Otec ve věku 50 let v doprovodu manželky ve věku 30 let. Rodiče dvou dětí – dcera 13 let, chlapec 5 let. Hospitalizován je poprvé k plánovanému odstranění nosních mandlí.

Odpovídal převážně otec

Při příchodu se sestra představila a podala rodičům ruku. Matka s úsměvem podání ruky opětovala, otec nikoliv. Na dotaz proč tak učinil, odpověděl: „A co je vám do toho,

to je snad moje věc.“ Na otázku jak byl spokojený s přístupem sestry a množstvím poskytnutých informací respondent odpověděl: „Mně je to fuk, tohle je manželky věc. Ale nemusela to pořád tak protahovat. To bylo furt: nemáte nějaký dotaz? Tak když se neptám, tak asi nemam ne. To se takhle blbě ptaj každýho?“ Dále respondent uvedl, že hospitalizaci spolu s dítětem jim sestra nabídla, ale nepřijali ji. „To jako že se tu s ním bude válet jo? A kdo nám bude doma vařit? Holka je neschopná, ta ani neuklidí. Kluk je velkej, tak to tu sám vydrží ne.“ Svou odpověď doplnil četnými vulgarismy. Další otázkou bylo, zda sestra komunikovala jak s rodiči, tak s dítětem. Respondent uvedl, že ano, ale zdržovalo ho to. „Nechápu co má klukovi co vysvětlovat. A pořád se tak blbě žulila...“ Náhled do dokumentace odmítl.

ROZHOVOR 5

Nemocnice Tábor

Sestra č. 2

Otec, 27 let, samoživitel. Přichází s 6 let starým synem, který má již třetí den vyrážku neznámé etiologie. Lékař se rozhodl ho hospitalizovat za účelem pozorování. Toto je jeho první hospitalizace.

Respondent uvádí, že s chováním sestry byl spokojený. „Sestřička byla velice milá, usmívala se. Představila se, podala mi ruku, vše mi několikrát vysvětlila. Dala mi i číslo na oddělení abych se mohl zeptat, jak na tom „prcek“ je. „ Na otázku jaký dojem ve vás sestra vyvolala, respondent odpověděl: „Takhle příjemnou sestřičku jsem asi ještě nezažil. Dokonce mi i ukázala, co si píšou do těch jejich papírů, to mi ještě žádná nenabídla. Jestli můžu být upřímný, myslím si, že to bylo tím, že jsem muž.“ Dále respondent uvádí, že sestra komunikovala jak s ním, tak s chlapcem, ochotně odpovídala na jeho dotazy. Respondentovi byla nabídnuta hospitalizace spolu s dítětem, ale nepřijal ji, protože je samoživitelem a musí do zaměstnání.

ROZHOVOR 6

Nemocnice Tábor

Sestra č. 3

Matka, 30 let, přichází s dcerou ve věku 5 let se zánětem středního ucha, doprovázeným vysokými teplotami. Doma má ještě dvě dcery ve věku 10 let a 8 let. Toto je třetí hospitalizace.

Respondentka je spokojená s chováním sestry. „Bylo velice příjemné, když jsem vešla do ordinace a sestra se představila a podala mi ruku, to se mi ještě nestalo“. Dále respondentka uvádí, že je velmi spokojená s přístupem sestry při komunikaci s ní i s dítětem. S informacemi, které jí sestra poskytla, byla spokojená, neměla žádné otázky, ale sestra ji možnost zeptat se dala. Na otázku, zda by měla zájem nahlédnout do dokumentace, odpověděla, že ne, protože je laik a neorientuje se v lékařské terminologii, takže jí nevadilo, že jí tuto možnost sestra neposkytla. Sestra aktivně nabídla respondentce hospitalizaci s dítětem. Respondentka ji přijala. „Jsem ráda, že tato možnost existuje. Pro dítě je to jistě velký stres být v cizím prostředí bez matky a navíc nemocné.“ Na otázku, s čím byla nespokojená, respondentka odpověděla: „Sestřička dost chvátala, ale to chápu, protože byla plná čekárna. Jiný problém jsem se sestrou neměla.“ Další otázkou byl pracovní telefon v době rozhovoru s respondentkou. Ta uvedla, že pracovní telefony jsou běžné a nijak jí nevadily.

ROZHOVOR 7

Nemocnice Tábor

Sestra č. 3

Respondentem je otec ve věku 35 let, spolu s 6 let starým synem přivezen RZP. Při lyžování sražen snowboardistou – zlomenina levé dolní končetiny, podezření na zlomeninu klíční kosti. Toto je první hospitalizace. Doma má jednoho sourozence.

Na otázku, jak je spokojen s množstvím předaných informací, respondent odpověděl: „Bylo to hektické, Honzík plakal, sestřička chvátala, aby jsme nemuseli dlouho čekat a já byl děsně nervózní. Vůbec nevím, co mi vlastně říkala, musím si to urovnat v hlavě. Vím, že se ptala, zda vše chápu, já kýval, že ano a přitom vůbec nevím, co mi říkala“. Dále respondent vypověděl, že bylo velice příjemné, že se sestra představila, ale bez podání ruky to bylo „neosobní“, komunikovala hlavně s ním, s dítětem spíše ne. „Honzíka si skoro nevšimla. On nemá doktory rád, bojí se cizích lidí a tohle mu moc nepřidalo. A taky mi vadilo, jak pořád říkala preek to a preek tamto. Nebyla moc příjemná.“ Sestra nenabídla respondentovi možnost hospitalizace s dítětem. Když jsem se o ní zmínila, respondent byl velice překvapen a projevil o ni zájem. Na další otázku, s čím byl nespokojen, uvedl pouze tuto skutečnost. Na otázku, zda by chtěl nahlédnout do dokumentace svého syna, odpověděl: „Netušil jsem, že tato možnost existuje, ale nevdá mi, že mi to sestra nenabídla, stejně na to nebyl čas, takže bych to s největší pravděpodobností odmítl.“

ROZHOVOR 8

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 5

Respondentkou je matka ve věku 22 let. 3 roky stará dcera (jedináček) přijata k operaci ušních boltců. Hospitalizována poprvé.

Respondentka je spokojená se všemi informacemi, které jí sestra poskytla. „Vše mi vysvětlila a ještě mi dala informační letáček.“ Sestra vyvolala v respondentce, příjemný dojem, byla s její prací spokojena. „Sestřička byla moc milá, ochotná, sympatická, usmívala se. Několikrát se ptala, zda všemu rozumím. Dále respondentka uvádí, že sestra komunikovala jak s ní, tak s dítětem a to včetně uvítání v ambulanci. „Moc se mi

líbilo, že když jsme vešli dovnitř, tak se sestra představila nejen mně, ale i dceři a oběma nám podala ruku. To bylo moc příjemné, myslím, že to Leničku uklidnilo a mě vlastně taky.“ Dále respondentka uvádí, že jí byla nabídnuta hospitalizace spolu s dítětem, ale z pracovních důvodů ji nemohla přijmout. „Před měsícem jsem nastoupila do práce po mateřské, takže si to nemůžu dovolit.“ S množstvím předaných informací je respondentka spokojená, uvádí, že nepotřebuje nic objasnit. Nahlédnout do dokumentace respondentce sestra nenabídla, „stejně bych neměla zájem.“ Přítomnost studentek respondentce nevadila, byla jí příjemná.

ROZHOVOR 9

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 4

Respondentka ve věku 27 let se synem ve věku 4 roky, doma 6 let stará sestra. Přijata k hospitalizaci pro akutní laringitidu. Toto je druhá hospitalizace.

Klientka uvádí, že je s chováním sestry velice nespokojená. „Vy se mě ptáte, jak jsem spokojená, to si děláte srandu. Máte se ptát jak sem nespokojená. Nepředstaví se, ani kávu mi neudělá no hrůza.“ Dále klientka uvádí, že jí sestra neposkytla dostatek informací, chvátala a nevyhradila si pro ni dostatek času. „Když jsem řekla, že chci vidět dokumentaci, tak mě odbyla, že do toho mi nic není. Ale já vím, že to není pravda, když sem byla ještě svobodná, tak sem sestru také nějaký čas dělala.“ Respondentce vadilo, že jí sestra stále odkazovala na lékařku a sama jí nechtěla nic vysvětlit. Dále vypověděla, že jí sestra nenabídla hospitalizaci s dítětem, i když na to má právo. „No musela jsem jí o to sama požádat. Ještě že to lze, bůh ví, co by tu s tím mým šmudlou dělali.“ Na otázku zda sestra komunikovala s respondentkou i dítětem odpověděla: „No o něco se snažila.“ Přítomnost studentek respondentce byla trochu nepříjemná.

ROZHOVOR 10

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 4

Respondentka ve věku 25 let, přivezena RZP s dcerou ve věku 6 let (jedináček). Dnes poprvé astmatický záchvat – nepotvrzený. Hospitalizována poprvé.

Při příchodu do ambulance sestra respondentku i dítě uvítala, představila se a podala jim ruku. Respondentka přistupuje k celému rozhovoru bez zájmu. Uvádí, že jí sestra nabídla hospitalizaci s dítětem, ale odmítla jí z neznámého důvodu. S hospitalizací zprvu také nesouhlasila „Nechápu, proč jí nemohli něco píchnout a šli bysme domů. Hlavně že jí tam furt něco vyprávěla a tahala z ní moudra.“ Dále respondentka uvádí stížnost na celý proces příjmu „Děsně to protahovala.“ Sestra se snažila pomocí zpětné vazby zjistit, zda respondentka vše pochopila, ale respondentka nespolupracovala. Náhled do dokumentace respondentka odmítla. Přítomnost studentek v příjmové ambulanci respondentku nijak neovlivnila. „Mně je jedno kolik jich tam je.“

ROZHOVOR 11

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 4

Respondentka ve věku 29 let přichází s 3 roky starou dcerou. Doma má dvě starší dcery – 5 let a 7let. Důvodem k hospitalizaci je plánované odstranění nosních mandlí. Hospitalizována je poprvé.

Respondentka hodnotí sestru jako velice milou a příjemnou a usměvavou. „Líbilo se mi, že nás přivítala, představila se, podala mi ruku a stručně popsala, jak to bude probíhat, to mě alespoň trochu uklidnilo.“ Dále uvádí, že jí sestra poskytla dostatek informací a opakovaně se ujistila, zda všemu rozumí. Komunikovala s respondentkou i dítětem. Sestra respondentce nabídla hospitalizaci s dítětem, která ji přijala. „Jsem

ráda, že mi tuto možnost nabídli, doma bych se asi zbláznila.“ Náhled do dokumentace sestra respondentce nenabídla. „Nevadí mi to, já se v tom stejně nevyznám.“ Dále respondentka uvádí, že informace, které jí sestra poskytla, pochopila a nepotřebuje nic upřesnit. Přítomnost studentek v příjmové ambulanci na ni působila kladně, bylo jí příjemně.

ROZHOVOR 12

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 4

Respondentka ve věku 67 let přichází s vnučkou k plánovanému příjmu. Je vdova, od roku 2008 se stará o vnučku (6 let), rodiče zemřeli spolu se starší sestrou při autonehodě. Důvodem k hospitalizaci je akutní epiglottitis. Hospitalizována podruhé.

Respondentka uvádí, že sestra působila velice příjemně a vstřícně. Představila se, podala jí ruku. Komunikovala s respondentkou i dítětem, zpětnou vazbou se ujišťovala, zda respondentka chápe. Nabídla respondentce hospitalizaci s dítětem. „Jsem ráda, že mi to umožnili, i když nejsem její rodič. Já sem v důchodu, navíc vdova a co bych si sama doma počala, alespoň se tu nebude sama bát.“ Na otázku, zda jí sestra odpověděla na dotazy, respondentka vypověděla: „Já se ani moc neptala, byla jsem tak vyplašená... Víte ona má už od včera ty teploty, takže sem se nevyspala a sestřička toho říkala tolik... To víte, už nejsem nejmladší. Ale neřekla mi nic o tom, jak to bude na oddělení nebo tak, já to tady moc neznám... Ale ano, spíše jsem spokojená.“ Respondentka nemá zájem nahlížet do dokumentace. (sestra nabídla) Přítomnost studentek byla respondentce příjemná, „Bylo to fajn, byly moc příjemné, uklidnili mě i Aničku.“

ROZHOVOR 13

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 5

Respondentka ve věku 34 let. Má 3 roky starou dceru a 12 let starého syna. Přichází s dcerou, která má podezření na celiakii. Přijata na pozorování. Hospitalizována je poprvé.

Na otázku, zda sestra respondentce poskytla dostatek informací, odpověděla: „Co se týče nemoci a tak, tak ano, ale nedala mi například číslo na oddělení, abych si mohla zavolat, nebo kdy jsou návštěvní hodiny a tak.“ Dále respondentka uvádí, že jí sestra nenabídla hospitalizaci spolu s dítětem. „Ani slovem se nezmínila, ale já bych tu stejně nemohla být, musím chodit do práce.“ Sestra komunikovala s respondentkou i dítětem, při příchodu se nepředstavila ani nepodala ruku. Respondentka ji hodnotí záporně. Dále respondentka uvádí, že se sestra ptala, čemu nerozumí, ale ona se styděla na něco zeptat. Náhled do dokumentace odmítla. Přítomnost studenta v příjmové ambulanci na respondentku nijak nepůsobila.

ROZHOVOR 14

Nemocnice Jindřichův Hradec

Sestra č. 5

Respondentka ve věku 19 let. Přichází s dcerou – 3 roky, která bude hospitalizována kvůli zástavě stolice. Trvá čtyři dny. Dnes hospitalizována podruhé. Nemá žádné sourozence.

Sestra respondentku uvítala, představila se a podala jí ruku. Respondentka uvádí, že sestra byla příjemná, ochotná, usměvavá, vše vysvětlila a zpětnou vazbou se opakovaně ujistila, zda pochopila. „Sestřička na mě udělala velmi dobrý dojem. Byla příjemná a snažila se.“ Sestra komunikovala s respondentkou i s dítětem. Nabídla respondentce možnost hospitalizace s dítětem, a když souhlasila, zařídila vše potřebné. Respondentka na otázku „s čím byla nespokojená“, odpověděla: „Nic konkrétního mě nenapadá, asi bylo vše v pořádku.“ Respondentce nevádí, že jí sestra neumožnila nahlédnout

do dokumentace dítěte, „ani můj lékař mi ji neukazuje.“ Přítomnost studentek v příjmové ambulanci na respondentku rušivě nepůsobila. „Bylo to docela příjemné.“

ROZHOVOR 15

Nemocnice Český Krumlov

Sestra č. 6

Respondentka, 26 let, matka 3 roky staré holčičky. Doma má ještě dvě děti – chlapce 5 let a děvče 7 let. Přijaty na dětské oddělení z důvodu popálenin prvního stupně na celé ploše zad (slunce). Hospitalizována podruhé.

Při příchodu do ambulance se sestra představila a podala respondentce ruku. Respondentka je s jednáním sestry spokojená. „Myslím, že vše proběhlo tak jak má. Sestřička mi všechno objasnila, co sem nevěděla nebo tomu nerozuměla, to mi vysvětlila. Povídala si i s malou. Musím říct, že jsem opravdu maximálně spokojená, takhle by se měly chovat všechny. A hlavně ten úsměv, to taky každá neumí.“ Dále respondentka uvádí, že hospitalizace spolu s dítětem jí byla nabídnuta, ale nemohla jí přijmout z důvodu pracovního a rodinného zatížení. Na otázku, zda by potřebovala něco znovu vysvětlit, odpověděla: „Myslím, že ne. To, co bylo důležité, mi sestřička napsala na kousek papíru. Náhled do dokumentace mi sestra nenabídla, ale vše, co si psala, mi říkala, takže mi to nevadí.“ Pracovní telefonát, který sestra přijala, respondentku neovlivnil. „Nevadilo mi, že sestřička přijala telefon, vypadalo to důležité, tak sem prostě počkala, ale že by mi to vadilo nebo tak, tak to ne.“ Stejně hodnotila respondentka i přítomnost studentek v příjmové ambulanci.

ROZHOVOR 16

Nemocnice Český Krumlov

Sestra č. 6

Respondentka ve věku 31 let přichází se synem ve věku 5 let (jedináček). Důvodem k příjmu je akutní zápal plic. Toto je třetí hospitalizace.

Respondentka hodnotila průběh příjmového rozhovoru kladně, jediné, co jí vadilo, byl soukromý telefonát, který sestra přijala. „Přijde mi nevhodné vést takovýto rozhovor před někým cizím, natož v pracovní době. Co mi je do toho, že má odpoledne rande se svým čumáčkem. Ale když pomínu toto, tak jinak myslím, že žádný problém nebyl.“ Respondentka uvádí, že jí sestra vše podrobně vysvětlila, zodpověděla všechny dotazy a informovala ji o možnosti hospitalizace spolu s dítětem. Z rodinných důvodů tuto možnost musela odmítnout (nemocná maminka). Sestra byla přátelská, komunikovala s respondentkou i dítětem. Sestra nabídla respondentce možnost nahlédnout do dokumentace, ale ta ji nepřijala. Na otázku, zda by uvítala, kdyby se setra představila, odpověděla: „Jednou jsem zažila, že se mi sestra představila a potřásla mi rukou. Bylo to příjemné, ale to, že to jiné sestry nedělají, neznamená, že mi to vadí.“

ROZHOVOR 17

Nemocnice Český Krumlov

Sestra č. 6

Otec 58 let, přichází s 5 let starým synem. Důvodem přijetí je hemofilie – zhoršení stavu. Dnes hospitalizován počtvrté.

Respondent kladně ohodnotil přístup sestry v oblasti uvítání. „Bylo příjemné vědět, s kým budu spolupracovat. Podle mého názoru se sestřička tím, že se představila a podala mi ruku, zachovala jako profesionál.“ Dále respondent uvádí, že ačkoliv onemocnění dobře zná a na oddělení bude chlapec hospitalizován již počtvrté, bylo příjemné, že mu sestra vše znovu zopakovala a zpětnou vazbou si ověřila, zda pochopil. „Pokud mám hodnotit osobu sestřičky v příjmové ambulanci, tak řeknu jen, že je to žena na svém místě.“ Sestřička aktivně nabídla možnost hospitalizace s dítětem, ale

respondent ji musel odmítnout. „Tato možnost je jistě velkým přínosem nejen pro nás rodiče, ale jistě i pro vás jako zdravotníky, ale bohužel v našem případě toto nemůže být realizováno. Má manželka je v osmém měsíci těhotenství, takže přítomnost zde by nebyla vhodná a já se nemohu takto narychlo uvolnit ze zaměstnání.“ Respondentovi bylo umožněno nahlédnout do dokumentace. Sestra komunikovala s ním i s dítětem. Na otázku „jak na něho působil odchod sestry z místnosti“ respondent odpověděl: „Je mi jasné, že když se na toto ptáte, tak je to považováno za chybu, ale se svými zkušenostmi z vlastní práce vím, že ne vždy lze pracovní podmínky uzpůsobit tak, jak si přejeme. Proto si myslím, že by se to, že se sestra snaží pomoci i dalším pacientům, nemělo hodnotit jako chyby v plnění povinností.“

4.2 Vyhodnocení výsledků kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka 1 Identifikační údaje – Nemocnice Tábor

Respondent	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
Věk rodiče	45	29	26	50	27	30	35
Věk dítěte	4	5	5	5	6	5	6
Pohlaví r.	žena	žena	žena	muž	muž	žena	muž
Pohlaví d.	žena	žena	muž	muž	muž	žena	muž
Sourozenci	2	0	1	1	0	2	1
Diagnóza	Adenotomie	Tříselná kýla	Adenotomie	Adenotomie	Vyrážka	Otitis media	Fraktura LDK
Sestra č.	1	2	2	1	2	3	3
Hospitalizace	3	2	1	1	1	3	1

Tabulka znázorňuje základní identifikační údaje respondentů z nemocnice Tábor. První respondentce je 45 let, má 4 roky starou dceru a další 2 děti. Dcera je hospitalizována potřetí, nyní z důvodu adenotomie. Příjem provedla sestra č. 1. Druhé respondentce je 29 let, má 5 let starou dceru. Dcera je hospitalizována podruhé, nyní z důvodu operace tříselné kýly. Příjem provedla sestra č. 2. Třetí respondentce je 26 let, má dvě děti. Synovi je 5 let a je hospitalizován poprvé z důvodu adenotomie. Příjem provedla sestra č. 2. Čtvrtému respondentovi je 50 let, má dvě děti. Synovi je 5 let a je hospitalizován poprvé z důvodu adenotomie. Příjem provedla sestra č. 1. Pátému respondentovi je 27 let, má 6 let starého syna. Je hospitalizován poprvé z důvodu vyrážky neznámé etiologie. Příjem provedla sestra č. 2. Šesté respondentce je 30 let, má tři děti. Dceři je 5 let a je hospitalizována potřetí, nyní pro otitis media. Příjem provedla sestra č. 3. Sedmému respondentovi je 35 let, má dvě děti. Synovi je šest let a je hospitalizován poprvé z důvodu zlomeniny LDK. Příjem provedla sestra č. 3.

Tabulka 2 identifikační údaje – Nemocnice Jindřichův Hradec

Respondent	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14
Věk rodiče	22	27	25	29	67	34	19
Věk dítěte	3	4	6	3	6	3	3
Pohlaví r.	žena	žena	žena	žena	žena	žena	žena
Pohlaví d.	žena	muž	žena	žena	žena	žena	žena
Sourozenci	0	1	0	2	(+1)	1	0
Diagnóza	Plastika ušních boltců	Akutní laryngitis	Astamatický záchvat	Adenotomie	Akutní epiglottitis	Celiakie	Zácpa
Sestra č.	5	4	4	4	4	5	5
Hospitalizace	1	2	1	1	2	1	2

Tabulka znázorňuje základní identifikační údaje respondentů z nemocnice Jindřichův Hradec. Osmé respondentce je 22 let, má 3 roky starou dceru, která je hospitalizována poprvé z důvodu plastické operace ušních boltců. Příjem provedla sestra č. 5. Deváté respondentce je 27 let, má 2 děti. Synovi jsou 4 roky a je hospitalizována podruhé, nyní z důvodu akutní laryngitidy. Příjem provedla sestra č. 4. Desáté respondentce je 25 let, má 6 let starou dceru, která je hospitalizována poprvé pro astmatický záchvat. Příjem provedla sestra č. 4. Jedenácté respondentce je 29 let, má tři děti. Dceři jsou 3 roky a je hospitalizována poprvé z důvodu adenotomie. Příjem provedla sestra č. 4. Dvanácté respondentce je 67 let, má 6 let starou vnučku, která je hospitalizována podruhé, nyní z důvodu akutní epiglottitis. Druhá vnučka zemřela. Příjem provedla sestra č. 4. Třinácté respondentce je 34 let, má dvě děti. Dceři jsou 3 roky a je hospitalizována poprvé kvůli podezření na celiakii. Příjem provedla sestra č. 5. Čtrnácté respondentce je 19 let, má tři roky starou dceru, která je hospitalizována podruhé, nyní z důvodu zácpy. Příjem provedla sestra č. 5.

Tabulka 3 Identifikační údaje – Nemocnice Český Krumlov

Respondent (R)	R15	R16	R17
Věk rodiče	26	31	58
Věk dítěte	3	5	5
Pohlaví rodiče	žena	žena	muž
Pohlaví dítěte	žena	muž	muž
Sourozenci	2	0	1
Diagnóza	Popáleniny 1. stupně	Zápal plic	Hemofilie – zhoršení stavu
Sestra č.	6	6	6
Hospitalizace	2	3	4

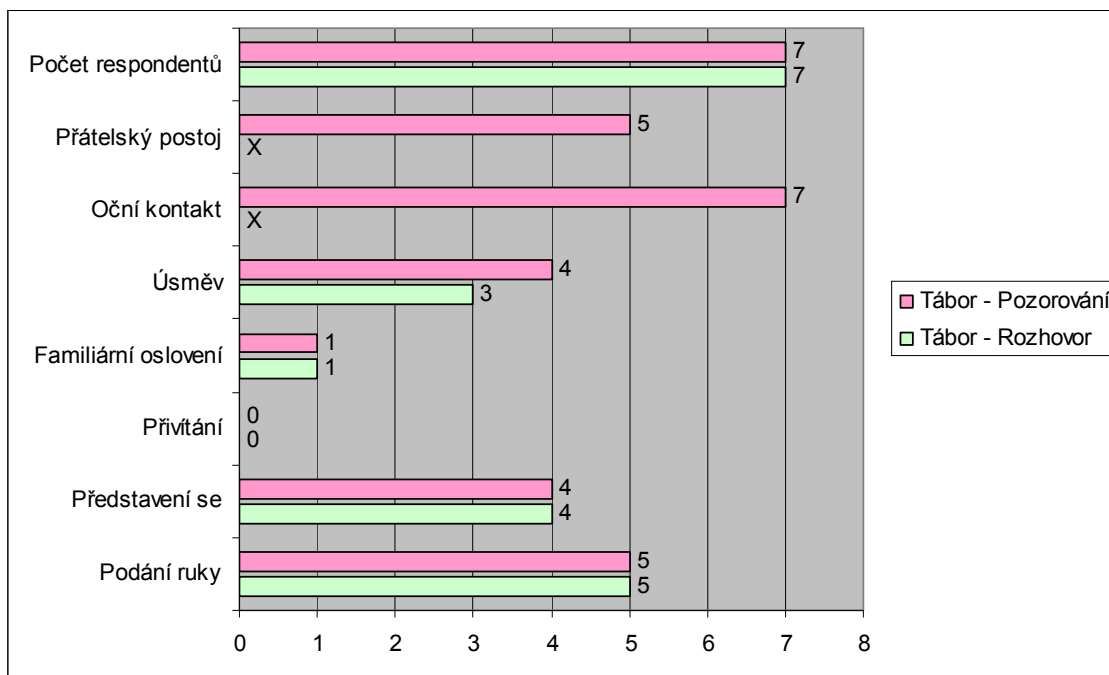
Tabulka znázorňuje základní identifikační údaje respondentů z nemocnice Český Krumlov. Patnácté respondentce je 26 let, má tři děti. Dceři jsou 3 roky a je hospitalizována podruhé, nyní pro popáleniny 1. stupně. Příjem provedla sestra č. 6. Šestnácté respondentce je 31 let, má 5 let starého syna, který je po třetí hospitalizován, nyní pro zápal plic. Příjem provedla sestra č. 6. Sedmnáctému respondentovi je 58 let, má dvě děti. Synovi je 5 let a je po čtvrté hospitalizován, nyní pro zhoršení hemofilie. Příjem provedla sestra č. 6.

Tabulka 4 Základní komunikační dovednosti

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	%
Podání ruky	1	1		1	1	1		1		1	1	1		1	1		1	70,5 %
Představení se				1	1	1	1	1		1	1	1		1	1		1	64,7 %
Přivítání								1	1	1	1			1				29,4 %
Familiární oslovení							1											5,8 %
Úsměv	1			1	1	1		1	1	1	1			1	1		1	64,7 %
Oční kontakt	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100 %
Přátelský postoj	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	82,4 %

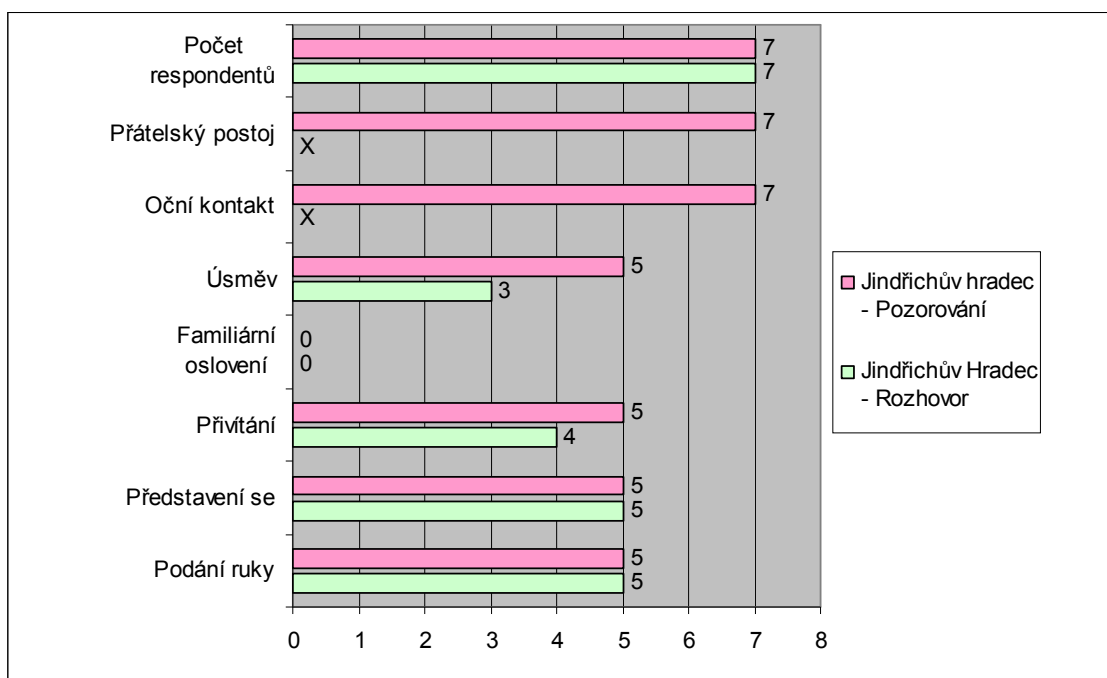
Tabulka znázorňuje výskyt základních komunikačních dovedností. Podání ruky proběhlo u 12 respondentů, což je 70,5 %, neproběhlo u 5 respondentů (R3, R7, R9, R13, R16). Představení proběhlo u 11 respondentů což je 64,7 %, neproběhlo u 6 respondentů (R1, R2, R3, R9, R13, R16). Přivítání proběhlo u 5 respondentů (R8, R9, R10, R11, R14), což je 29,4 %, neproběhlo u 11 respondentů. Familiární oslovení užíla jedna sestra pouze v případě respondenta 7, což je 5,8 %, u ostatních respondentů sestra familiární oslovení neužíla. U 11 respondentů se sestra usmívala, což je 64,7 %, u 6 respondentů (R2, R3, R7, R12, R13, R16) se sestra neusmívala. Oční kontakt sestra udržovala u všech respondentů. Přátelský postoj sestra zaujímala u 14 respondentů, což je 82,4 %, nezaujímala jej u 3 respondentů (R2, R3, R16).

Graf 1 Základní komunikační dovednosti – porovnání s rozhovory (Tábor)



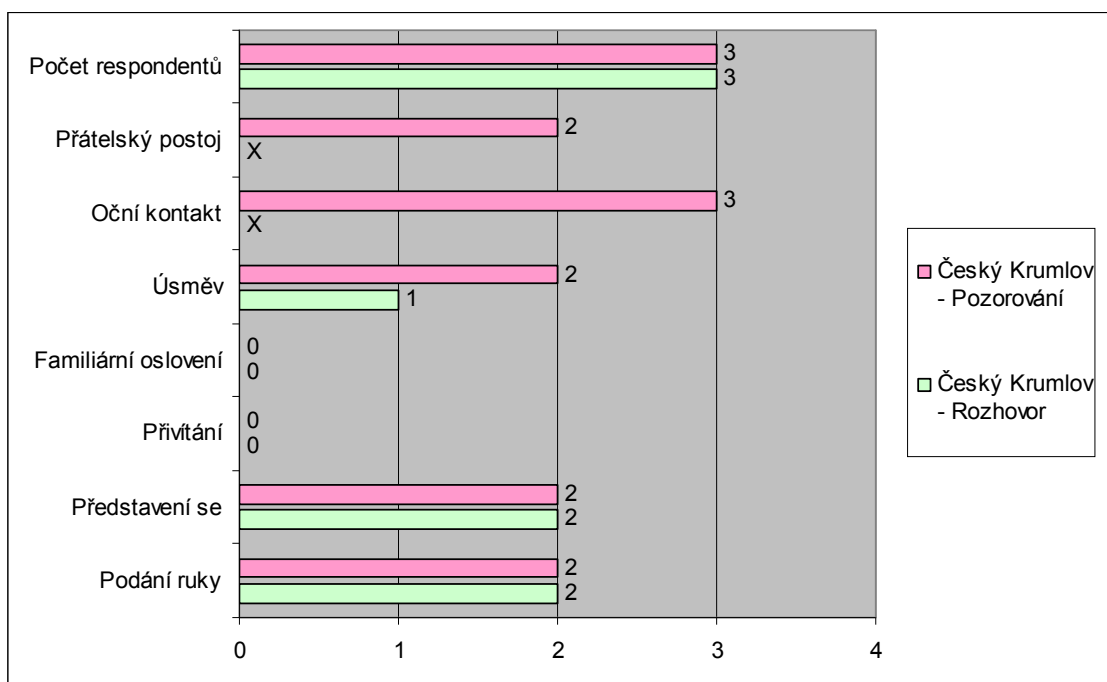
V tomto grafu jsou porovnány výsledky pozorování a rozhovorů v oblasti základních komunikačních dovedností v nemocnici Tábor. Celkový počet respondentů byl 7. Z pozorování vyplývá, že přátelský postoj zaujímala sestra u 5 respondentů, v rozhovorech tato kategorie komentována nebyla. Z pozorování vyplývá, že oční kontakt sestra udržovala se 7 respondenty, v rozhovoru tato kategorie nebyla komentována. V kategorii úsměv uvedli 3 respondenti, že se sestra usmívala. Pozorováním bylo zjištěno, že se sestra usmívala v případě 4 respondentů. V případě familiárního oslovení, přivítání, podání ruky a představení se jsou výsledky rozhovorů a pozorování shodné.

**Graf 2 Základní komunikační dovednosti – porovnání s rozhovory
(Jindřichův Hradec)**



V tomto grafu jsou porovnány výsledky pozorování a rozhovorů v oblasti základních komunikačních dovedností v nemocnici Jindřichův Hradec. Celkový počet respondentů byl 7. Z pozorování vyplývá, že přátelský postoj zaujímala sestra u všech 7 respondentů, v rozhovorech tato kategorie komentována nebyla. Bylo pozorováno, že oční kontakt sestra udržovala se všemi 7 respondenty, v rozhovoru tato kategorie nebyla komentována. V kategorii úsměv uvedli 3 respondenti, že se sestra usmívala. Pozorováním bylo zjištěno, že se sestra usmívala v případě 5 respondentů. Z pozorování vyplývá, že sestra přivítala 5 respondentů, v rozhovorech tuto skutečnost potvrdili 4. V případě familiárního oslovení, přátelského postoje, podání ruky a představení se jsou výsledky rozhovorů a pozorování shodné.

Graf 3 Základní komunikační dovednosti – porovnání s rozhovory
(Český Krumlov)



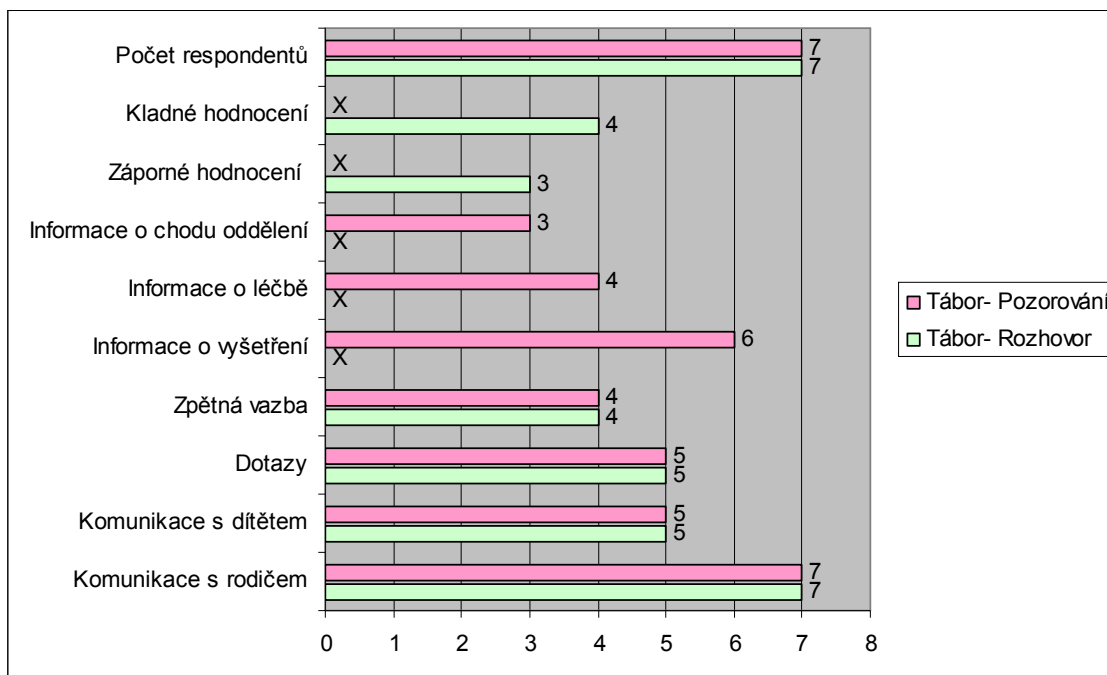
V tomto grafu jsou porovnány výsledky pozorování a rozhovorů v oblasti základních komunikačních dovedností v nemocnici Český Krumlov. Celkový počet respondentů byl 3. Z pozorování vyplývá, že přátelský postoj zaujímala sestra u všech 3 respondentů, v rozhovorech tato kategorie komentována nebyla. Bylo pozorováno, že oční kontakt sestra udržovala také se všemi respondenty, v rozhovoru tato kategorie nebyla komentována. Výsledky pozorování a rozhovorů byly shodné ve všech kategoriích kromě kategorie úsměv, kde z rozhovorů vyplývá, že se sestra usmívala v případě 1 respondenta, zatímco v pozorování byl tento jev zaznamenán u 2 respondentů.

Tabulka 5 Průběh vlastní komunikace

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	%
Komunikace s rodičem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100 %
Komunikace s dítětem	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	88,2 %
Prostor pro dotazy	1			1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	82,4 %
Zpětná vazba	1			1	1		1	1		1	1	1		1	1		1	64,7 %
Informace o vyšetření	1	1		1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	82,4 %
Informace o léčbě	1			1		1	1			1	1				1	1	1	52,9 %
Informace o chodu oddělení	1			1		1		1		1				1	1			41,2%

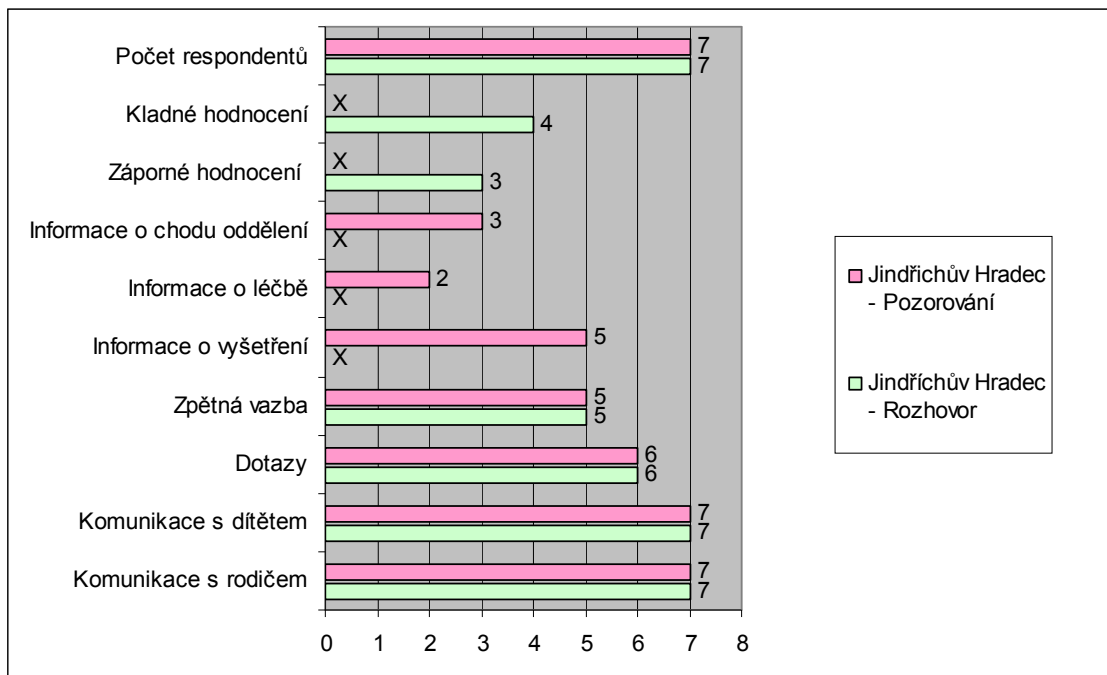
Tabulka znázorňuje průběh vlastní komunikace mezi sestrou a rodičem. Ve všech případech sestra s respondentem komunikovala, zatímco komunikace s dítětem proběhla jen u 15 respondentů, což je 88,2%, neproběhla pouze u respondentů R2 a R7. Prostor pro dotazy sestra poskytla 14 respondentům, což je 82,4%, neposkytla jej 3 respondentům (R2, R3, R9). Zpětnou vazbu sestra užila u 11 respondentů, což je 64,7%, neužila ji u 6 respondentů (R2, R3, R6, R9, R13, R16). Informace o vyšetření byly poskytnuty 14 respondentům, což je 82,4%. Respondentům R3, R9 a R13 tato informace poskytnuta nebyla. Informace o léčbě byly poskytnuty 9 respondentům, což je 52,9 %. Osmi respondentům (R2, R3, R5, R8, R9, R12, R13, R14) tato informace poskytnuta nebyla. 7 respondentům (R1, R4, R6, R8, R10, R14, R15) byly poskytnuty informace o chodu oddělení, 10 respondentům tato informace poskytnuta nebyla.

Graf 4 Průběh vlastní komunikace – porovnání s rozhovory (Tábor)



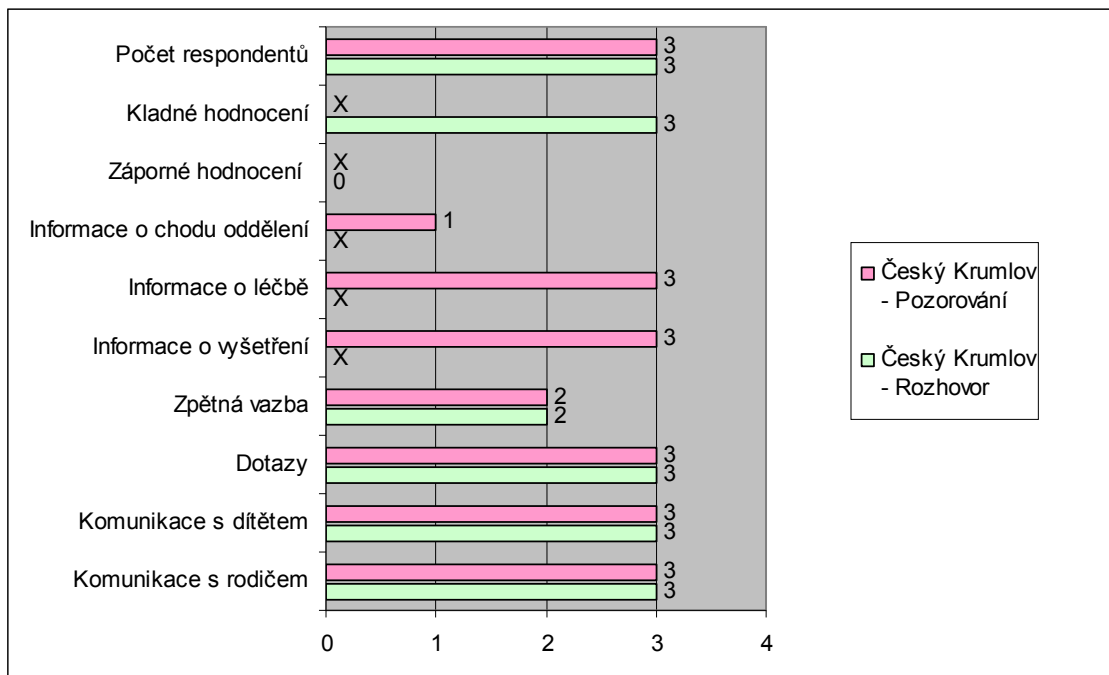
Tento graf porovnává výsledky rozhovorů a pozorování v oblasti průběhu vlastní komunikace v nemocnici Tábor. Kategorie podávání informací o chodu oddělení, léčbě a vyšetření byly hodnoceny pouze v pozorování. Hodnocení sestry klientem bylo uvedeno pouze v rozhovorech. Data v kategoriích zpětná vazba, prostor pro dotazy, komunikace s dítětem a komunikace s matkou byla shodná.

Graf 5 Průběh vlastní komunikace – porovnání s rozhovory (Jindřichův Hradec)



Tento graf porovnává výsledky rozhovorů a pozorování v oblasti průběhu vlastní komunikace v nemocnici Jindřichův Hradec. Kategorie podávání informací o chodu oddělení, léčba vyšetření byly hodnoceny pouze v pozorování. Hodnocení sestry klientem bylo uvedeno pouze v rozhovorech. Data v kategoriích zpětná vazba, prostor pro dotazy, komunikace s dítětem a komunikace s matkou byla shodná.

Graf 6 Průběh vlastní komunikace – porovnání s rozhovory (Český Krumlov)



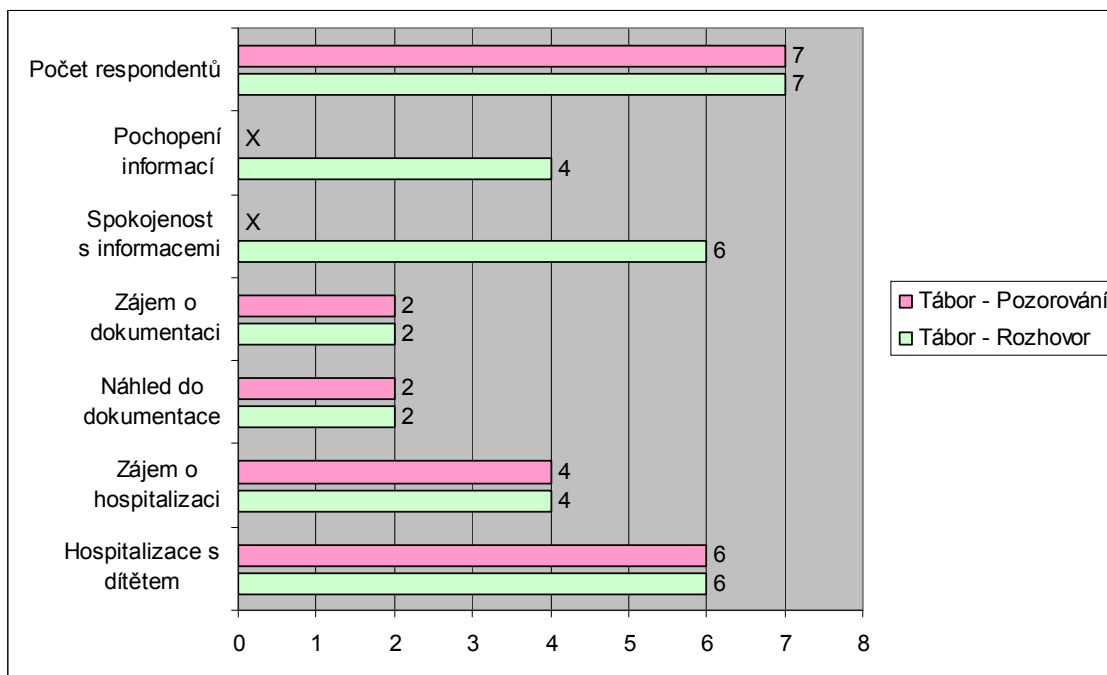
Tento graf porovnává výsledky rozhovorů a pozorování v oblasti průběhu vlastní komunikace v nemocnici Český Krumlov. Kategorie podávání informací o chodu oddělení, léčbě a vyšetření byly hodnoceny pouze v pozorování. Hodnocení sestry klientem bylo uvedeno pouze v rozhovorech. Data v kategoriích zpětná vazba, prostor pro dotazy, komunikace s dítětem a komunikace s matkou byla shodná.

Tabulka 6 Přenos informací

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	%
Hospitalizace s dítětem	1	1	1	1	1	1		1		1	1	1		1	1	1	1	82,4 %
Projevení zájmu a přijetí	1	1				1	1		1		1	1		1				47,0 %
Náhled do dokumentace				1	1					1		1	1			1	1	41,2 %
Projevení zájmu		1			1				1								1	23,5 %

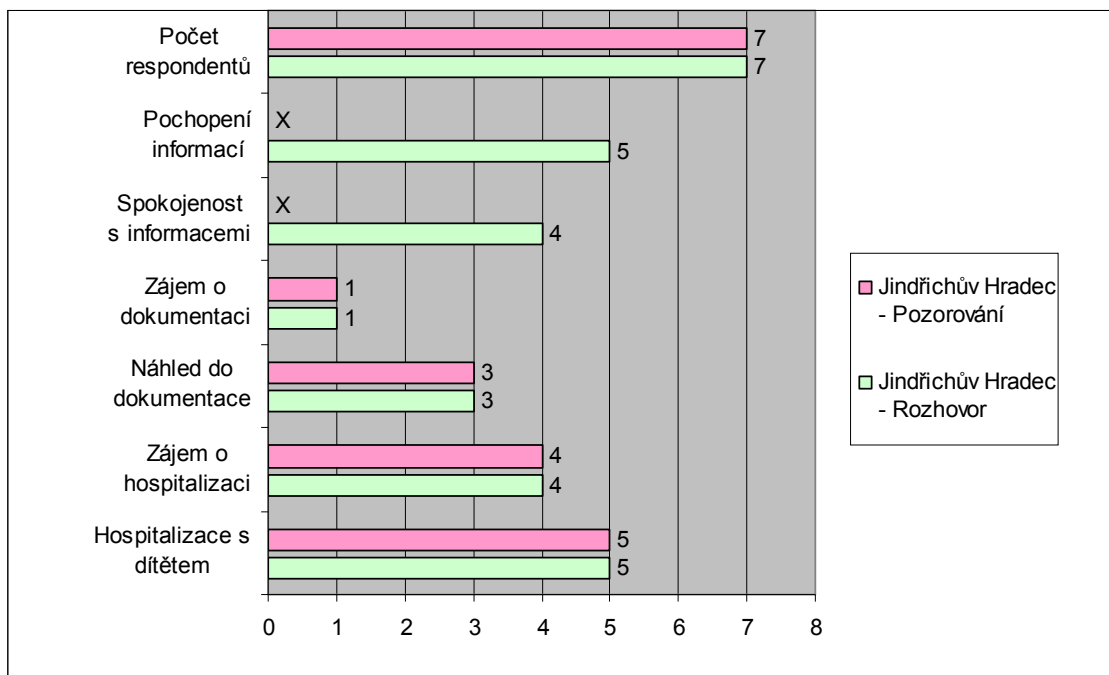
Tabulka znázorňuje úroveň přenosu informací. Hospitalizaci s dítětem sestra nabídla 14 respondentům, což je 82,4%, z nichž 6 respondentů (R1, R2, R6, R11, R12, R14) ji přijalo. Třem respondentům (R7, R9, R13) hospitalizace s dítětem nabídnuta nebyla, přitom 2 z nich (R7, R9) o ni měli zájem. Z celkového počtu 17 respondentů přijalo hospitalizaci s dítětem 8 respondentů, což je 47%. Náhled do dokumentace byl nabídnut 7 respondentům (R4, R5, R10, R12, R13, R16, R17), což je 41,2 %. Zájem o něj projevíli 2 respondenti (R5, R17). Respondenti R2 a R9 o náhled do dokumentace měli zájem, ale sestra jim ho neumožnila. Z celkového počtu 17 respondentů tedy do dokumentace nahlédli 4 respondenti, což je 23,5 %.

Graf 7 Přenos informací – porovnání s rozhovory (Tábor)



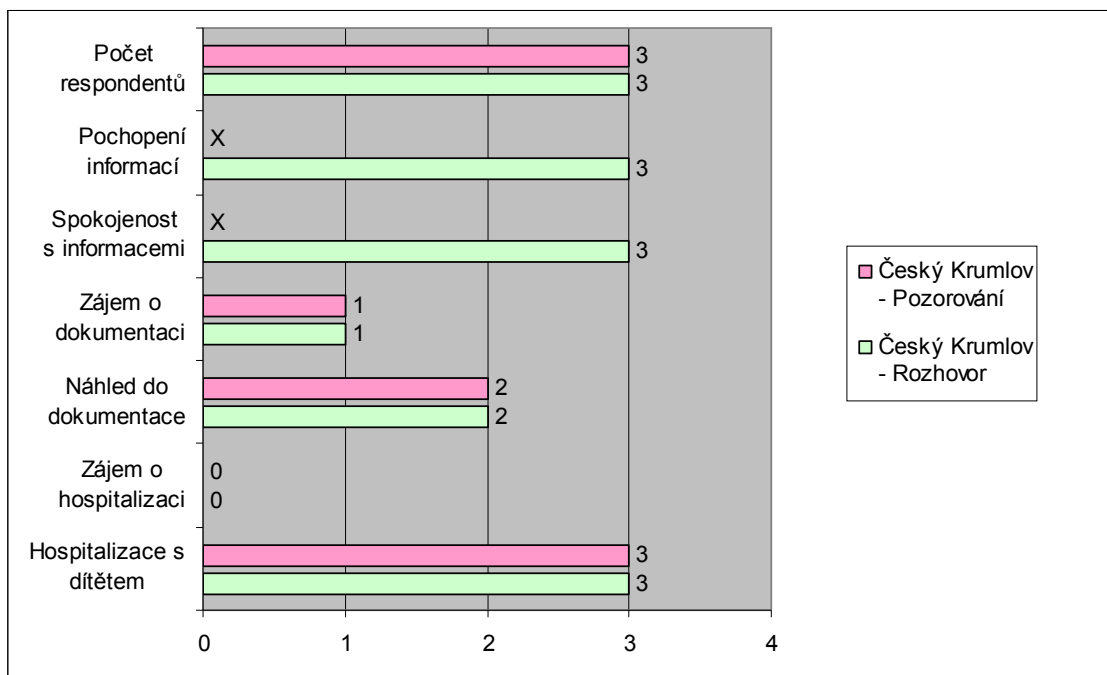
Tento graf porovnává výsledky pozorování s výsledky z rozhovorů v oblasti přenosu informací v nemocnici Tábor. Z grafu vyplývá, že se všechny kategorie shodují, pouze kategorie pochopení informací a spokojenost s informacemi byly hodnoceny jen formou rozhovoru.

Graf 8 Přenos informací – porovnání s rozhovory (Jindřichův Hradec)



Tento graf porovnává výsledky pozorování a výsledky z rozhovorů v oblasti přenosu informací v nemocnici Jindřichův Hradec. Z grafu vyplývá, že se všechny kategorie shodují, pouze kategorie pochopení informací a spokojenost s informacemi byly hodnoceny jen formou rozhovoru.

Graf 9 Přenos informací – porovnání s rozhovory (Český Krumlov)



Tento graf porovnává výsledky pozorování s výsledky z rozhovorů v oblasti přenosu informací v nemocnici Český Krumlov. Z grafu opět vyplývá, že se všechny kategorie shodují, pouze kategorie pochopení informací a spokojenost s informacemi byly hodnoceny pouze formou rozhovoru.

Tabulka 7 Vliv věku dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem

	3 roky	4 roky	5 let	6 let
Familiární oslovení	0	0	0	1
Úsměv	4	2	3	2
Oční kontakt	5	2	6	4
Přátelský postoj	5	2	3	4
Komunikace s rodičem	5	2	6	4
Komunikace s dítětem	5	2	5	3
Prostor pro dotazy	5	1	4	4
Zpětná vazba	5	0	2	4
Informace o vyšetření	4	1	5	4
Informace o léčbě	2	1	4	2
Informace o chodu oddělení	3	1	2	1
Nabídnutá hospitalizace s dítětem	5	1	6	2
Nabídnutý náhled do dokumentace	2	0	3	2
Procentuální úspěšnost komunikace	76,9 %	57,7 %	62,8 %	67,3 %
Celkový počet dětí v daném věku	5	2	6	4

Tabulka znázorňuje vliv věku dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem. Celkový počet dětí ve věku 3 roky bylo 5. U pěti respondentů sestra udržovala oční kontakt, nechala prostor pro dotazy, užila zpětnou vazbu, komunikovala s rodičem i dítětem, zaujímala přátelský postoj, a nabídla respondentovi možnost hospitalizace s dítětem. U čtyř respondentů se sestra usmívala a poskytla informace o vyšetření. Třem respondentům sestra poskytla informace o chodu oddělení, 2 respondentům informace o léčbě a umožnila náhled do dokumentace. U žádného z dětí ve věku 3 let sestra neuzila familiární oslovení.

Celkový počet dětí ve věku 4 roky byl 2. U dvou respondentů sestra komunikovala s rodičem i dítětem, usmívala se, zaujímala přátelský postoj a udržovala oční kontakt. U jednoho respondenta sestra poskytla informace o vyšetření, léčbě a chodu oddělení, nechala prostor pro dotazy a nabídla mu hospitalizaci spolu s dítětem. U žádného dítěte ve věku 4 let sestra neuzila zpětnou vazbu a familiární oslovení.

Celkový počet dětí ve věku 5 let byl 6. U všech respondentů sestra udržovala oční kontakt a komunikovala s rodičem. U pěti respondentů sestra komunikovala s dítětem a podala informace o vyšetření. Prostor pro dotazy a informace o léčbě sestra poskytla čtyřem respondentům. Třem respondentům sestra nabídla náhled do dokumentace,

usmívala se a zaujímalá přátelský postoj. U dvou respondentů sestra užila zpětnou vazbu a podala jim informace o chodu oddělení. U žádného z dětí ve věku 5 let sestra neužila familiární oslovení.

Celkový počet dětí ve věku 6 let byl 4. U všech respondentů sestra udržovala oční kontakt, zaujímalá přátelský postoj, komunikovala s rodičem, nechala prostor pro dotazy, užila zpětnou vazbu a podala informace o vyšetření. U t respondentů sestra komunikovala s dítětem. U dvou respondentů sestra podala informace o léčbě, usmívala se a nabídla náhled do dokumentace a hospitalizaci spolu s dítětem U jednoho respondenta sestra podala informace o chodu oddělení a užila familiární oslovení. Komunikace byla v případě dítěte ve věku 3 let úspěšná ze 76,9 %, u čtyřletého z 57,7 %, u pětiletého 62,8 % a u dítěte ve věku 6 let z 67,3 %.

Tabulka 8 Vliv onemocnění dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem

	Plánovaná operace	Lehké onemocnění	Těžké onemocnění
Familiární oslovení	0	0	1
Úsměv	4	4	3
Oční kontakt	6	4	7
Přátelský postoj	4	4	6
Komunikace s rodičem	6	4	7
Komunikace s dítětem	5	4	6
Prostor pro dotazy	4	4	6
Zpětná vazba	4	3	4
Informace o vyšetření	5	4	5
Informace o léčbě	3	2	4
Informace o chodu oddělení	3	3	1
Nabídnuata hospitalizace s dítětem	6	4	4
Nabídnut náhled do dokumentace	1	1	5
Procentuální úspěšnost komunikace	65,4 %	78,8 %	62,6 %
Celkový počet dětí v daném věku	6	4	7

PLÁNOVANÁ HOSPITALIZACE – Adenotomie, Tříselná kýla, Plastika ušních boltců

LEHKÉ ONEMOCNĚNÍ – Vyrážka, Otitis media, Zácpa, Popáleniny 1. stupně

TĚŽKÉ ONEMOCNĚNÍ – Fraktura LDK, Akutní laringitida, Akutní epiglottitida,

Astmatický záchvat, Celiakie, Zápal plic, Hemofilie

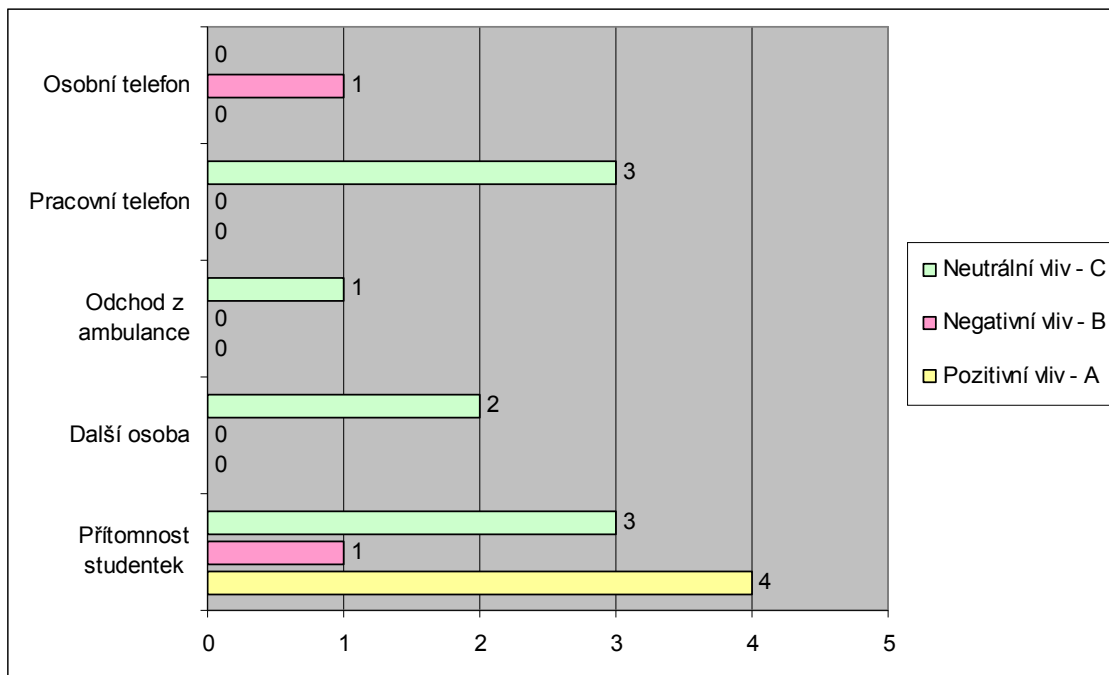
Tabulka znázorňuje vliv onemocnění dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem. Celkový počet dětí přijímaných z důvodu plánované operace byl 6. Všem respondentům sestra nabídla hospitalizaci spolu s dítětem, komunikovala s rodičem a udržovala oční kontakt. U pěti respondentů sestra komunikovala s dítětem a podala informace o vyšetření. U čtyř respondentů sestra užila zpětnou vazbu, nechala prostor pro dotazy, usmívala se a zaujímal přátelský postoj. Třem respondentům sestra podala informace o léčbě a chodu oddělení. Jednomu respondentovi sestra nabídla náhled do dokumentace. U žádného z dětí přijímaných k plánované hospitalizaci sestra neužila familiární oslovení.

Celkový počet dětí s lehkým onemocněním byl 4. U všech respondentů sestra komunikovala s rodičem i dítětem, usmívala se, udržovala oční kontakt, byla přátelská, nechala prostor pro dotazy, podala informace o vyšetření a nabídla hospitalizaci spolu

s dítětem. Třem respondentům sestra podala informace o chodu oddělení a užila zpětnou vazbu. Dvěma respondentům sestra podala informace o léčbě, jednomu respondentovi nabídla náhled do dokumentace. U žádného z dětí s lehkým onemocněním sestra neužila familiární oslovení.

Celkový počet dětí s těžkým onemocněním byl 7. U všech respondentů sestra komunikovala s rodičem a udržovala oční kontakt. U 6 respondentů sestra komunikovala s dítětem, byla přátelská a nechala prostor pro dotazy. Pěti respondentům sestra podala informace o vyšetření a nabídla jim náhled do dokumentace. Čtyřem respondentům sestra podala informace o léčbě, nabídla jim hospitalizaci spolu s dítětem a užila zpětnou vazbu. Na tři respondenty se sestra usmívala, jednomu respondentovi podala informace o chodu oddělení a užila familiární oslovení. U dětí s plánovanou hospitalizací byla komunikace úspěšná z 65,4 %, u dětí s lehkým onemocněním ze 78,8 % a u dětí s těžkým onemocněním z 62,6 %.

Graf 10 Další vlivy – působení na respondenty



V tomto grafu je zobrazen výskyt dalších vlivů a jejich působení na respondenty. U jednoho respondenta sestra přijala osobní telefon, uvedl, že na něho měl negativní vliv. Tříkrát sestra přijala pracovní telefon, všichni respondenti uvedli, že na ně měl neutrální vliv. Sestra jedenkrát opustila ambulanci, respondent uvedl, že to na něho mělo neutrální vliv. U dvou respondentů byla přítomna další osoba. Oba respondenti uvedli, že na ně měla neutrální vliv. Studentky byly přítomné u osmi respondentů. Tři respondenty ovlivnili neutrálně, 1 negativně a 4 pozitivně.

5. DISKUSE

Výzkumné šetření v rámci této práce bylo zaměřeno problematiku komunikace sester s rodiči při příjmu dítěte na dětské oddělení.

Cílem práce bylo popsat a prozkoumat, jaká je úroveň komunikativních kompetencí sester na příjmových ambulancích dětského oddělení, zjistit nejčastější komunikační problémy a zda je komunikace sester s rodiči efektivní. Dalším cílem bylo doporučit vhodné techniky komunikace pro sestry v rámci rozhovoru vedeného při příjmu dítěte k hospitalizaci. V rámci této práce jsem měla také osobní cíl a to prohloubit si znalosti z této oblasti a předejít možným chybám v komunikaci ve své budoucí praxi.

Výzkumné šetření bylo realizováno ve vybraných nemocnicích regionu Jižních Čech – nemocnice Český Krumlov, a. s., Jindřichův Hradec, a. s., Tábor, a. s. Zaměřila jsem se na sestry, které pracují na příjmových ambulancích dětského oddělení. Druhou skupinou byli rodiče, kteří přiváděli své děti na příjmové ambulance k plánované nebo neplánované hospitalizaci. Aby výzkumný soubor nebyl příliš široký, zabývala jsem se pouze rodiči dětí od 3 do 10 let.

Jádrem předkládaného výzkumného projektu bylo výzkumné šetření, navržené jako kvalitativní a rozdělené do dvou fází. První fáze využívá techniku pozorování zaměřené na komunikaci ze strany sester. Ve vybraných nemocnicích bylo pozorování realizováno vždy dvakrát. Podmínkou byla přítomnost alespoň jedné shodné sestry v obou pozorováních. V druhé fázi jsem se zaměřila na rodiče. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru jsme se dotazovali na jejich názory a připomínky ke komunikaci se sestrou.

Výzkumné šetření, jak jsme již uvedli výše, bylo rozděleno do dvou fází. V první fázi jsme se zaměřili na pozorování, které bylo realizováno ve dvou termínech. Bylo zaměřeno na průběh přijímacího procesu ve vybraných nemocnicích s důrazem na komunikační dovednosti sester. V rámci pozorování bylo nutné vyžádat si povolení od příchozích rodičů. Z tázaných dvaceti čtyř rodičů sedmnáct souhlasilo. V nemocnici Tábor, a. s. se první pozorování konalo 2. února 2012, kdy byly přítomny dvě sestry (S1, S2). Opakováno bylo 8. února 2012, kdy byly přítomny také dvě sestry (S1, S3).

V první den pozorování bylo přijato k hospitalizaci pět dětí, druhý den pozorování dvě děti. V nemocnici Jindřichův Hradec bylo pozorování realizováno 6. března 2012, kdy byly přítomny dvě sestry (S4, S5). Během mého pozorování sestry přijaly k hospitalizaci čtyři děti. Opakované pozorování bylo realizováno 7. března 2012, kdy byly přítomny tytéž dvě sestry (S4, S5). K hospitalizaci byly přijaty tři děti. V nemocnici Český Krumlov bylo pozorování realizováno 5. dubna 2012, kdy byla přítomná jedna sestra (S6). Opakované pozorování bylo realizováno 6. dubna 2012, kdy byla přítomna tatáž sestra (S6). Během těchto dvou dnů byly přijaty k hospitalizaci tři děti.

Jak už jsme se zmínili výše, druhou fází výzkumného šetření byl polostrukturovaný rozhovor, vedený s rodiči, kteří přivedli své děti do příjmové ambulance dětského oddělení. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně z důvodu časové zátěže. Jediným kritériem byl věk dítěte, který se musel pohybovat v rozmezí 3 až 6 let. V nemocnici Tábor, a. s. bylo tázáno sedm rodičů z toho čtyři ženy a tři muži. V nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. bylo tázáno sedm rodičů, z toho sedm žen a v nemocnici Český Krumlov, a. s. byli tázáni tři rodičové, z toho dvě ženy a jeden muž. Všechny rozhovory probíhaly ústní formou a byly zaznamenávány v písemné podobě.

Cílem prvním bylo popsat a prozkoumat, jaká je úroveň komunikativních kompetencí sester na příjmových ambulancích dětského oddělení. K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky 1, 2, 5 a 6.

Výzkumnou otázkou 1 se ptáme, jak probíhá vlastní komunikace mezi sestrou a rodičem během příjmu dítěte na dětské oddělení. Na základě průzkumu lze odpovědět, že komunikace zúčastněně probíhala u 100 % respondentů, avšak pouze u 88,2 % dětí. Zde se výsledky výzkumného šetření mírně rozcházejí s názorem Plékové a Slowika (18), kteří zdůrazňují komunikaci s dítětem, jako jeden z nejdůležitějších bodů, směřujících k úspěšné vzájemné interakci. Podobným způsobem se výsledky šetření rozcházejí s názorem Špatenkové a Králové (24), které ve své knize informují o problematice podávání informací. Uvádějí, že jedním z úkolů sestry je doplnit sdělení lékaře a konkrétně rodiči vysvětlit, jak bude léčba probíhat. Jak je patrné z tabulky 5, informace o vyšetření podala sestra 82,4 % respondentům, zatímco o léčbě už pouze

52,9 % respondentům. Informace o chodu oddělení pouze 41,2 % respondentům. Podobné výsledky můžeme pozorovat také v kategorii prostor pro dotazy (82,4 %) a zpětná vazba (64,7 %) problém s předáváním informací byl nevíce patrný v nemocnici Jindřichův Hradec, kde sestra z celkového počtu 7 respondentů poskytla informace o léčbě pouze dvěma.

Výzkumná otázka 2 se zabývá verbálními a nonverbálními prostředky, které sestra používá. Tato problematika byla znázorněna v tabulce 4 a grafech 1, 2 a 3. Ve všech nemocnicích sestra udržovala během rozhovoru oční kontakt, avšak pouze v nemocnici Jindřichův Hradec sestra respondenty po příchodu do ambulance přivítala. Ve většině případů se sestra respondentům představila a podala jim ruku. V nemocnici Tábor se sestra představila čtyřem respondentům a pěti podala ruku, v nemocnici Jindřichův Hradec tak učinila u pěti respondentů a v nemocnici Český Krumlov celkem u dvou respondentů. Z celkového počtu 17 respondentů, pouze u jednoho sestra použila familiární oslovení. Toto oslovení bylo použito v nemocnici Tábor u chlapce ve věku 6 let s těžkým poraněním. Použila ho sestra S3. Pléková a Slowik (18) zdůrazňují význam úsměvu během komunikace. Z výzkumného šetření vyplývá, že se usmívalo 64,7 % sester. Na první pohled by se mohlo zdát, že výsledek šetření v tomto ohledu není ideální. Po bližší analýze získaných dat však dospějeme k jinému závěru. Z celkového počtu 6 sester se sestra 1 usmívala na všechny respondenty. V případě ostatních sester došlo k pochybení vždy jen v případě jednoho respondenta. Výjimkou byla sestra S2, která se z celkového počtu 3 respondentů usmívala pouze na jednoho. Respondentem byl muž ve věku 27 let, což bylo podle mého názoru hlavním důvodem zájmu ze strany sestry. To se potvrdilo i během rozhovoru s respondentem (viz. rozhovor 5). Velký význam pro úspěšnou komunikaci má také postoj sestry vůči respondentovi. Z výzkumu vyplývá, že přátelský postoj zaujímalo 82,4 % sester. Ve dvou případech tak neučinila opět sestra S2 (Tábor), v jednom sestra S6 (Český Krumlov)

Výzkumná otázka 5 je zaměřená na zjištění vlivu věku dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem v příjmové ambulanci dětského oddělení. Tato problematika byla shrnuta v tabulce 7. Předpokládali jsme, že komunikace bude probíhat nejvíce u dětí ve věku 6 let, protože již dokáže chápat více než dítě ve věku 3 let. Z výsledků

výzkumného šetření však plyne něco jiného. Z výsledků je patrné, že nejúspěšnější komunikace probíhala s respondenty, jejichž dítě bylo staré 3 roky. Nejméně úspěšná komunikace proběhla s rodiči dětí ve věku 4 let. Například u dětí ve věku tří let sestra u všech respondentů užila zpětnou vazbu, zatímco u dětí ve věku 4 let zpětnou vazbu neužila ani jednou. Osobně jsem se domnívala, že sestra bude více komunikovat s rodiči mladších dětí, což se mi z části potvrdilo, ale na druhou stranu také vyvrátilo, protože, jak už jsem uvedla výše, nejméně úspěšná komunikace se vyskytovala u dětí ve věku 4 let. Podle mého názoru věk dítěte sestru ovlivňuje minimálně, spíše závisí na jednotlivých vlastnostech a profesionalitě sester.

Výzkumná otázka 6 se ptá, jaký vliv má na komunikaci závažnost onemocnění dítěte. K této problematice se vztahuje tabulka 8. Z výsledků vychází jako nejúspěšnější komunikace s rodiči dětí s lehkým onemocněním, nejméně úspěšná pak komunikace s u dětí s těžkým onemocněním. Ačkoliv to není ideální, tento jev se shoduje s naším očekáváním. Z rozhovorů vyplývá, že všichni rodiče dětí s lehkým onemocněním hodnotili komunikaci kladně. V případě rodičů dětí s těžkým onemocněním 3 ohodnotili komunikaci se sestrou kladně, 4 záporně. Rodiče dětí s plánovanou hospitalizací hodnotili sestru 4 kladně a 2 záporně. Ačkoliv se komunikace u dětí s těžkým onemocněním jeví jako nejméně úspěšná, je potěšující, že právě v této kategorii sestra pěti rodičům, z celkového počtu sedmi, nabídla náhled do dokumentace, na rozdíl od ostatních dvou kategorií, kde tuto možnost sestra navrhla vždy jen jednou. Nejméně sestra rodiče informovala v oblasti chodu oddělení a léčby. Podle mého názoru byl hlavním důvodem stav dítěte, tudíž sestra neměla dostatek času k poskytnutí uspokojivých informací.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké nejčastější komunikační problémy se v příjmové ambulanci vyskytují. K tomuto cíli se vztahuje výzkumná otázka 7. V této oblasti bych ráda navázala na problematiku popsanou v teoretické části této práce v kapitole „Nejčastější komunikační chyby“. Aranda (1) ve své publikaci uvádí jako jednu z komunikačních chyb nedostatek času. Pokud je sestra nucena chvátat a nemůže proto plně reagovat na dotazy rodičů, může v nich takto vyvolat negativní chování vůči zdravotnickému personálu. Z výzkumu vyplývá, že prostor pro dotazy sestra poskytla

82,4 % respondentům. Nebyl poskytnut respondentům R2 a R3 ze strany sestry S2 a respondentovi R9 ze strany sestry S4. Další popsanou chybou ve výše zmíněné kapitole je absence komunikace. Potěšující skutečností je, že sestra komunikovala se všemi rodiči a s 88,2 % dětí. Sestra (S2, S3) nekomunikovala pouze s dětmi respondentů R2 a R7, které byly obě hospitalizované v nemocnici Tábor. Další velkou chybou, kterou též popisuje Aranda (1) ve své publikaci je absence očního kontaktu. Nanejvýš uspokojivé je, že této chyby se sestra nedopustila u žádného z respondentů. Další kategorií je familiární oslovení, jež užila pouze sestra S3 u respondenta R7. Jednalo se o dítě ve věku 6 let řazené do kategorie těžké onemocnění. Jednou z velmi častých chyb je nedostatek informací. Ve výzkumném šetření bylo hodnocení podání informací o vyšetření, léčbě a chodu oddělení. Aranda (1) a Linhartová (13) zdůrazňují povinnost sestry informovat rodiče o úkonech, které se chystají dělat. Z celkového počtu 17 respondentů byla tato informace poskytnuta čtrnácti. V této kategorii dále musím zmínit vedlejší vlivy, které komunikaci ovlivňují negativně, ale i pozitivně. Výzkumným šetřením jsme vypožorovali působení těchto vlivů: Přítomnost další osoby, přítomnost studentek, odchod z ambulance, přijetí pracovního telefonu a přijetí osobního telefonu. Tato problematika je shrnuta v grafu 10. Nejčtenější byla přítomnost studentek v příjmové ambulanci a ve druhé řadě přítomnost další osoby. Ačkoliv by se mohlo zdát, že tato skutečnost musí působit na respondenty negativně, ne vždy tomu tak bylo. Z celkového počtu 8 respondentů, u nichž byly studentky přítomné, pouze jeden uvedl, že na něho měly negativní vliv. V případě přítomnosti další osoby oba respondenti uvedli, že je nijak neovlivnila. Stejný vliv měl na respondenty odchod sestry z ambulance a přijetí pracovního telefonu sestrou. Pouze respondent R16 uvedl, negativní působení. Sestra během příjmu dítěte přijala osobní telefon. Z hovoru bylo patrné, že mluví se svým partnerem a domlouvá se s ním pozdější program. Můj názor je, že takové jednání je absolutně nepřipustné a podobný názor měl i respondent (viz. rozhovor 16).

Třetím cílem bylo zjistit, zda je komunikace s rodiči efektivní. K tomuto problému se vztahuje výzkumná otázka 4 - Jaká je efektivita přenosu informací ze strany sestry k rodiči? A výzkumná otázka 3 - Jak rodiče hodnotí komunikaci se sestrou? Tato

problematika je shrnuta v grafech 4, 5 a 6. Celková spokojenost rodičů s komunikací se sestrou činí 64,7 %. V nemocnici Tábor byli z celkového počtu 7 respondentů spokojeni čtyři. Nespokojenost ze strany tří respondentů byla směřována k sestře S1, S2 a S3. V nemocnici Jindřichův Hradec byli z celkového počtu 7 respondentů spokojeni 4. Ve dvou případech byli respondenti nespokojeni s chováním sestry S4, v jednom případě se sestrou S5. V nemocnici Český Krumlov z celkového počtu 3 respondentů uvedli všichni, že byli s komunikací se sestrou spokojeni. Problematika přenosu informací je shrnuta v grafech 7, 8 a 9. Z celkového počtu 17 respondentů pouze 12 respondentů informacím porozumělo. V Nemocnici Tábor informace nepochopili 3 respondenti, v nemocnici Jindřichův Hradec dva. Jak je patrné z rozhovorů, ne vždy byla důvodem nepochopení údajů neochota sestry, ale také například psychické rozpoložení pacienta. Zajímavé je, že ačkoliv v nemocnici Tábor čtyři respondenti uvedli, že informace nepochopili, na otázku, zda byli spokojeni s informacemi, odpovědělo 6 respondentů kladně. Naopak v Jindřichově Hradci byli nespokojeni respondenti čtyři. Důležitou informací, kterou má sestra za úkol rodiči sdělit, je možnost hospitalizace spolu s dítětem. Z celkového počtu 17 respondentů byla tato možnost nabídnuta čtrnácti, z nichž 6 ji přijalo. Dva respondenti (R7, R9), kterým sestra tuto možnost nenabídla, o ni projevíli zájem a následně jim byla umožněna.

Čtvrtým cílem bylo doporučit vhodné techniky komunikace pro sestry v rámci rozhovoru vedeného při příjmu dítěte k hospitalizaci. V příloze č. 1 jsou pro přehlednost uvedeny techniky, u kterých v rámci šetření byla zjištěna nejnižší četnost. Materiál může být použit jako výchozí pro další komparativní práce, které na toto šetření mohou navazovat a zároveň jako materiál vhodný pro přípravu sester v rámci studia předmětu komunikace.

6. ZÁVĚR

Práce sester na příjmové ambulanci dětského oddělení je velmi náročná, především v oblasti komunikace. Jelikož je ve většině případů prvním pracovníkem daného zařízení, se kterým se rodiče s dětmi při příjmu na oddělení setkávají, je jejím úkolem vyvolat důvěru a ochotu spolupracovat. Toho nejnázne dosáhne efektivní komunikací.

Cílem této práce bylo popsání a prozkoumání jevů vztahujících se ke komunikativním kompetencím sester na příjmové ambulanci dětského oddělení. Především pak odhalit nejčastější problémy, vyskytující se během komunikace.

K získání a zpracování dat bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, konkrétně pozorování a rozhovor, které měly odpovědět na 7 výzkumných otázek. První výzkumná otázka byla zaměřená na průběh vlastní komunikace mezi sestrou a rodičem v příjmové ambulanci dětského oddělení. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že ačkoliv sestry v některých případech často chybují, komunikace je stále na přijatelné úrovni a zásadních chyb se dopouštějí jen minimálně. Je důležité, aby tuto práci vykonávaly sestry, které ji vykonávat chtějí a které baví, protože to se na jejich práci samozřejmě odrazí. Druhá výzkumná otázka se zabývala verbálními a nonverbálními prostředky, které sestra během komunikace užívá. Potvrdilo se, že některé prostředky, jako např. oční kontakt, sestra udržuje vždy, naopak jiné, např. přivítání v ambulanci, užívají pouze v nemocnici Jindřichův Hradec. Třetí výzkumnou otázkou jsme se ptali, jak rodiče hodnotí komunikaci se sestrou. Ačkoliv se v průběhu rozhovoru vyskytovaly četné problémy, s komunikací bylo spokojeno 64,7 % respondentů. Čtvrtá výzkumná otázka je zaměřená na efektivitu přenosu informací od sestry k rodiči. Je uspokojivé, že ze 17 respondentů, 12 pochopilo informace, které jim sestra poskytla. Zbývajícím respondentům buďto informace sestra nevysvětlila nebo byli natolik rozrušení, že si je nepamatovali. Spokojenost s poskytnutými informacemi vyjádřilo 13 respondentů. Pátá výzkumná otázka byla zaměřena na vliv věku dítěte na komunikaci sestry s rodičem. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejúspěšnější komunikace proběhla u dětí ve věku 3 let. Podle mého názoru však věk na komunikaci příliš velký vliv nemá, záleží spíše na osobnostních charakteristikách sestry. Šestá výzkumná otázka byla zaměřená na vliv onemocnění dítěte na komunikaci mezi sestrou a rodičem. Ačkoliv by se dalo

předpokládat, že nejúspěšnější bude komunikace s rodičem dítěte s těžkým onemocněním, tak právě tato kategorie vyšla nejhůře. Můj názor je takový, že sestra opomenula některé informace sdělit právě z důvodu závažnosti onemocnění. Poslední výzkumná otázka se ptá na nejčastější komunikační problémy vyskytující se na příjmové ambulanci dětského oddělení. Do této kategorie bylo zařazeno poskytování informací a zpětná vazba, jelikož v rozhovoru často chyběli. V dalších oblastech sestry chybovaly minimálně.

Z výsledků výzkumných otázek lze stanovit následující hypotézy. První hypotéza zní - komunikace sester na příjmové ambulanci je nedostatečná v oblasti přenosu informací. Druhá hypotéza zní - sestry opomíjejí klienty po příchodu do příjmové ambulance přivítat. Třetí hypotéza zní – rodiče hodnotí komunikaci se sestrou na příjmové ambulanci převážně kladně. Čtvrtá hypotéza zní – věk dítěte komunikaci mezi sestrou a rodičem neovlivňuje. Pátá hypotéza zní – sestra nejlépe komunikuje s rodiči dětí s lehkým onemocněním.

Výsledky bakalářské práce mohou vést k doporučení pro vzdělávání sester v oblasti komunikačních kompetencí.

Doporučením pro praxi je, aby se sestrám dostalo více možností rozšíření vědomostí a dovedností v oblasti interaktivních dovedností a komunikace s pacienty a jejich rodinami v souvislosti s ošetrovatelským procesem.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARANDA, S. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
2. BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6
3. BERÁNKOVÁ, M. a kol. *První pomoc*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 199 s. ISBN 80-86073-99-8
4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-227-8
5. HRODEK, O.; VAVŘINEC, J. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5
6. HŮSKOVÁ, J.; KAŠNÁ, P. *Ošetřovatelství – oše. postupy pro zdr. asistenty – Pracovní sešit I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2854-4
7. IVANOVÁ, K.; ŠPIRUDOVÁ, L.; KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
8. KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdr. asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 135 s. ISBN 978-80-247-2831-5

9. KELNEROVÁ, J. a kol. *Oše pro zdravotní asistenty: 1 ročník*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 240 s. ISBN 978-80-247-2830-8
10. KOMÁRKOVÁ, R.; SLAMNĚNÍK, I.; VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie III – Sociálněpsychologický výcvik*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 224 s. ISBN 80-247-0180-4
11. *Komunikace mezi lidmi*. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <<http://www.pinos.cz/text01.html>>
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4
13. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
14. MAHROVÁ, G.; VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
15. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4
16. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie organizace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 228 s. ISBN 80-247-0577-X
17. NANDA INTERNATIONAL, *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1

18. PLÉVOVÁ, I.; SLOWIK, R. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 247 s. ISBN 978-80-247-2968-8
19. *Pneumonie*. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Pneumonie>>
20. *Profesionální chování ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/articles.php?article_id=33>
21. SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základy oš. péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8
22. SEDLÁŘOVÁ, P.; VYTEJČKOVÁ, R. *Oš. postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4
23. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdr. asistenty II. –Pediatrie, Interna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1
24. SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-3286-2
25. *Socializace*. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <http://lide.uhk.cz/pdf/ucitel/petrija2/p%F8edn%E1%9Aka_%E8_3.htm>
26. *Sociální interakce*. [online]. [cit. 2012-03-10]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/socialni-interakce-a-stereotypy-363465>>
27. ŠAFRÁNKOVÁ A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7

28. ŠNÝDROVÁ, I. *Psychodiagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2165-1
29. ŠPATENKOVÁ, N.; KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
30. TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2
31. WEISS, P.; JANÁČKOVÁ, L. *Komunikace ve zdr. péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9
32. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

8. KLÍČOVÁ SLOVA

komunikace

sestra

dítě

rodič

příjmová ambulance

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Přehled komunikačních technik s nejnižší četností

Příloha 2: Pozorovací arch

Příloha 3: Seznam otázek, použitých při vedení rozhovoru s rodiči

Příloha 1

Komunikační techniky s nejnižší četností

Technika	Procentuální četnost
Základní komunikační dovednosti - Přivítání	29,4 %
Základní komunikační dovednosti – Představení se	64,7 %
Základní komunikační dovednosti - Úsměv	64,7 %
Průběh vlastní komunikace – Informace o léčbě	52,9 %
Průběh vlastní komunikace – Informace o chodu oddělení	41,2 %
Průběh vlastní komunikace – Zpětná vazba	64,7 %
Přenos informací – Náhled do dokumentace	41,2 %

V této tabulce jsou pro větší přehlednost uvedeny techniky, u kterých v rámci šetření byla zjištěna nejmenší četnost.

Příloha 2

POZOROVACÍ ARCH

Datum:

Nemocnice:

Číslo archu:

Sestra č.:

Rodič č.:

		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE
1	Sestra se představila			
2	Podání ruky			
3	Sestra udržuje oční kontakt			
4	Sestra zaujímá přátelský postoj			
5	Sestra mluví srozumitelně (neužívá lat. výrazy)			
6	Sestra se usmívá			
7	Sestra komunikuje s dítětem			
8	Sestra komunikuje s rodičem			
9	Sestra poučila rodiče odchodu oddělení			
10	Sestra nabídla možnost hospitalizace s dítětem			
11	Sestra umožnila rodičům nahlédnout do dokumentace			
12	Sestra informuje rodiče o průběhu léčby			
13	Sestra informuje rodiče o průběhu vyšetření			
14	Sestra nechala prostor pro dotazy			
15	Sestra se ujistila, že rodiče pochopili (otázka)			
16	Sestra během příjmu přijímá soukromé telefony			
17	Sestra během příjmu přijímá pracovní telefony			
18	Sestra používá familiární oslovení			
19	Sestra si na pacienta vyhradila dostatek času			
20	Sestra ochotně vyslechla potíže rodičů			
21				
22				
23				
24				
25				

Příloha 3

ROZHOVOR

Datum:

Nemocnice:

Číslo rozhovoru:

Rodič č.:

Sestra č.:

1) Jak staré je dítě?

2) Jaký je důvod hospitalizace?

3) Po kolikáté je dítě hospitalizováno?

4) Poskytla vám sestra dostatek informací týkajících se péče o vaše dítě? Porozuměla jste všemu?

5) Byla vám nabídnuta hospitalizace spolu s dítětem? Pokud NE, stála byste o ni?

6) Jaký dojem ve vás sestra vyvolala?

7) Jste spokojena s přístupem sestry na této ambulanci?

8) Dala vám sestra možnost, zeptat se na to, čemu nerozumíte?

9) S čím jste během příjmu nebyla spokojená?

10) Potřebujete ještě upřesnit nějaké informace?