



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Interaktivní procesy v péči o pacienta na chirurgickém oddělení

Vypracovala: Lenka Růžičková  
Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2014

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou interaktivních procesů v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části byla zpracována oblast sociální interakce a sociální komunikace spolu s nejčastějšími pozitivními a negativními interakcemi. Dále jsou zpracovány faktory ovlivňující interakci mezi sestrou a pacientem a specifika péče o pacienta na chirurgickém oddělení.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle bakalářské práce. Prvním cílem bylo zjistit, zda si sestry uvědomují vzájemnou interakci mezi pacienty a jimi. Druhý cíl byl zaměřen na nejčastější pozitivní interakce v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Třetím cílem bylo získat informace o nejčastějších negativních interakcích v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Poslední cíl byl zaměřen na hodnocení interaktivního chování sester pacienty. Na základě stanovených cílů vznikly čtyři výzkumné otázky. Pro empirickou část byl vybrán kvalitativní přístup, sběr dat byl prováděn ve třech fázích. Hlavním designem kvalitativního výzkumu bakalářské práce byl polostrukturovaný rozhovor a pozorování.

Výzkumný soubor tvořilo 7 sester pracujících na chirurgickém oddělení C FN Plzeň a 7 pacientů hospitalizovaných na tomto oddělení v době výzkumu. Záměrem polostrukturovaného rozhovoru se sestrami bylo zjistit, jaké mají vědomosti o interakcích a interaktivních procesech v ošetrovatelství a jestli si uvědomují interakci mezi pacienty a jimi. Pozorováním jsme se snažili zjistit, jaké jsou nejčastější pozitivní a nejčastější negativní interakce, kterých se sestry dopouštějí v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Na základě pozorování byla v dalším kroku použita metoda polostrukturovaného rozhovoru zaměřena na hodnocení interaktivního chování sester na chirurgickém oddělení pacienty.

Výsledky rozhovoru se sestrami byly podrobeny analýze a k jejich zpracování byla použita metoda kódování. Následně byla pro přehlednost vytvořena schémata, která jsou doplněna o částečné nebo úplné citace z rozhovorů. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry nemají dostatečné informace o interakcích a interaktivních procesech, ale pozitivní a negativní interakce, kterých se v péči o pacienta dopouštějí, jsou schopny

identifikovat a dokonce si je občas i uvědomí, ale většinou až když už nejsou s pacientem.

Informace získané pozorováním byly zaznamenány do pozorovacího archu a základní údaje o interakci byly pro větší přehlednost zaneseny do tabulek. Ostatní informace byly popsány a porovnány s citacemi z následného rozhovoru s pacienty.

Z výsledků pozorování a rozhovorů s pacienty vyplynulo, že na rozdíl od pozorovatele pacienti vidí zejména pozitivní interaktivní chování sester a v případě, že viděli i negativní interakce, snažili se je omluvit pracovní vytížeností sestry. Z pozorování rovněž vyplývá, že na vzniku negativních interakcí se u sester podílí množství služeb v řadě za sebou, vykonávání stejné činnosti během dne, oblíbenost konkrétní činnosti u sester a v neposlední řadě sám pacient.

Ze získaných a následně zpracovaných informací v první fázi výzkumu, lze usuzovat, že sestry mají o interakcích a interaktivních procesech v ošetrovatelství jen velice málo informací. Z dalších fází vyplývá, že i přesto, že určité „interaktivní chování“ mají sestry v sobě, předpokládáme, že kdyby měly možnost získat více informací a hlavně možnost samy se vidět v určitých situacích, uvědomily by si, kde dělají chyby a mohly by se snažit jim předejít.

Na základě výsledků bakalářské práce by mohl být vytvořen návrh k dalšímu vzdělávání sester, které povede ke zlepšení jejich interaktivních dovedností v rámci ošetrovatelské péče o pacienta.

**Klíčová slova:** Interakce, interaktivní procesy, sestra, ošetrovatelská péče o chirurgického pacienta

## **Abstract**

This bachelor's thesis deals with the problematic of interaction processes while treating a patient on a surgical ward. It is divided into two parts.

Topics of social interaction and social communication, together with the most frequent positive and negative interactions are discussed in the theoretical part. Further on, factors influencing interaction between a nurse and a patient, and specifics of treatment on a surgical ward, are being dealt with.

Four goals were set for research described in this bachelor's thesis. The first goal is to find out, whether nurses do realize the mutual interaction between patients and them. The second goal is focused on the most frequent positive interactions in treatment of a patient on a surgical ward. The third goal is to get information on the most frequent negative interactions at taking care of a patient on a surgical ward. The last goal was set on patients' evaluation of nurses' interactive behavior. Based on these goals, four research questions were raised. For the empirical part, qualitative approach was chosen, and collecting of data was performed in three phases. The main design of the qualitative research for this thesis was a semi-structured interview, and observation.

The test sample were seven nurses working on a Surgical Ward C of FN Plzeň hospital, and seven patients hospitalized on the same ward at time the of the research. The intention of the semi-structured interview with the nurses was to find out, what knowledge they have on interactions, and interactional processes in nursing care, and if they realize the interaction between them and their patients. Through observation we tried to find, what are the most frequent positive and negative interactions, the nurses make when taking care of a patient on a surgical ward. Based on the observation results, a method of semi-structured interview, where the patients evaluated the surgical ward nurses' interactional behavior, was carried out, as the next step of this research.

The nurses' interview results were analyzed and processed using the coding method. Several charts with complete or incomplete quotations taken from the interviews were added for better clarity. The interviews show, the nurses don't have sufficient information on interaction and interactional processes, but are able to identify and

sometimes even recognize the positive and negative interactions they make when taking care of a patient, but most of the time only after they have left the patient.

All the information acquired through observation were written into the observation sheet, and basic data on interaction were sorted in charts to obtain clear arrangement.

Rest of the information were described and compared with quotations from following interviews with the patients. These interviews and observations show, that unlike the observer, the patient can see particularly the positive interactional behavior of a nurse. And in case the patients saw some negative interactions, they were trying to pardon it regarding the work overload of those nurses. The observation also points that arising of negative interactions from the nurses' side is caused partly by the nurses having several shifts in a row, by performing the same tasks again and again through the day, by personal preference of a nurse to the specific task, and partly also by the patient himself.

From the data obtained and evaluated during the first phase of the research can be concluded, the nurses have very little knowledge on interactions and interactional processes in nursing care. The other phases show, that even though the nurses do have a certain "interactional behavior" encoded in them, we presume that if they had the opportunity to acquire more information, and particularly the opportunity to see themselves in certain situations, they would realize where they make mistakes, and they could work on preventing them in future.

Nurses' further educational program project could be created based on the results of this bachelor's thesis, which would lead to improving their interactional capabilities when providing nursing care.

**Key words:** Interaction, interactional processes, a nurse, nursing care of a surgical patient

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 5. 5. 2014

Lenka Růžičková

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat zejména paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za její odborné vedení mé bakalářské práce a za cenné rady a věcné připomínky, které mi ochotně poskytovala. Dále také všem, kteří mi umožnili realizovat toto výzkumné šetření.

# Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav .....	12
1.1 Sociální interakce a sociální komunikace v ošetrovatelství.....	12
1.1.1 Komunikační proces v ošetrovatelství.....	14
1.1.2 Interaktivní proces v ošetrovatelství.....	16
1.1.3 Pozitivní a negativní interakce v ošetrovatelství .....	16
1.1.3.1 Konflikt.....	18
1.1.3.1.1 Předcházení a řešení konfliktů v ošetrovatelství.....	20
1.2 Specifika interakce v ošetrovatelství.....	22
1.2.1 Vztah sestry – pacient .....	23
1.2.2 Osobnost sestry .....	25
1.2.3 Osobnost pacienta .....	26
1.2.4 Faktory ovlivňující pozitivní vztah sestry pacient .....	27
1.2.5 Komunikační bariéry ve vztahu sestry pacient .....	30
1.3 Specifika péče o pacienta na chirurgickém oddělení .....	31
1.3.1 Předoperační příprava. ....	32
1.3.2 Zvládnání strachu.....	33
1.3.3 Pooperační péče .....	34
1.3.4 Zvládnání bolesti.....	34
2 Cíl práce, výzkumné otázky .....	36
2.1 Cíl práce .....	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 Metodika.....	37
3.1.1 Použité metody .....	37



3.1.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	38
3.1.3	Schéma výzkumu .....	39
4	Výsledky.....	40
4.1	Kategorizace výsledků rozhovorů na zjištění vědomostí sester.....	40
4.1.1	Kategorie interakce z pohledu sester .....	40
4.1.2	Kategorie interaktivní proces z pohledu sestry.....	42
4.1.3	Kategorie interaktivní proces v souvislosti s ošetrovatelskou péčí .....	43
4.1.4	Kategorie význam interaktivního procesu z pohledu sester .....	45
4.1.5	Kategorie pozitivní interakce.....	46
4.1.6	Kategorie negativní interakce .....	48
4.1.7	Kategorie další vzdělávání.....	49
4.1.8	Kategorie očekávání od semináře .....	50
4.1.9	Kategorie sebehodnocení sester.....	51
4.2	Výsledky pozorování interakce mezi sestrou a pacientem a následné porovnání s rozhovorem s pacientem.....	53
4.2.1	Interakce mezi sestrou 1 a pacienty 1, 3, 4 .....	53
4.2.2	Interakce mezi sestrou 2 a pacienty 4, 5, 7 .....	56
4.2.3	Interakce mezi sestrou 3 a pacienty 2, 3, 5 .....	59
4.2.4	Interakce mezi sestrou 4 a pacienty 3, 6, 7 .....	61
4.2.5	Interakce mezi sestrou 5 a pacienty 1, 2, 6 .....	64
4.2.6	Interakce ve vztahu sestry 6 a pacienti 2, 4, 7.....	66
4.2.7	Interakce mezi sestrou 7 a pacienty 1, 5, 6 .....	69
4.2.8	Shrnutí nejčastěji pozorovaných pozitivních a negativních interakcí .....	71
5	DISKUZE .....	73
6	ZÁVĚR.....	79

7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	81
8	SEZNAM PŘÍLOH .....	85

## ÚVOD

Když se minimálně dva jedinci ocitnou v dosahu svého působení a nějakým způsobem na sebe reagují, hovoříme o interakci. K interakci dochází při všech kontaktech s jinými lidmi. V ošetrovatelské péči se nejčastěji setkáváme s interakci mezi sestrou a pacientem. Sestra je totiž často první osobou, se kterou pacient přichází do styku již při vstupu do zdravotnického zařízení. A rovněž s ní tráví mnohem více času při různých ošetrovatelských činnostech než s jinými členy ošetrovatelského týmu.

Při své dosavadní praxi, jsem se setkala s mnoha situacemi, kdy chování sestry buď pozitivně anebo negativně ovlivnilo chování pacienta a následnou spolupráci případně nespolečnou s ním. Nám sestrám se ale mnohdy stává, že si naše chování k pacientům vůbec neuvědomujeme. Sice vidíme, jak se chová kolegyně, ale to jak přistupujeme k pacientům my samy, nezaregistrujeme. A přitom by našim cílem měl být spokojený pacient. V rámci řešení úkolů z předmětu Interaktivní procesy v ošetrovatelství, jsem zjistila, že i když se snažím chovat tak, aby pacient věděl, že mi záleží na tom, jak se cítí a co prožívá, mnohdy to může vnímat jinak, k čemu přispívá mnoho faktorů. To mně přivedlo na myšlenku k vypracování této bakalářské práce. Chtěla jsem se dozvědět mnohem více z této problematiky a zjištěné výsledky prezentovat.

Proto hlavním cílem této bakalářské práce je odkrývání jevů vztahujících se k přítomnosti interaktivního chování sester a pacienta na chirurgickém oddělení. Doufám, že výsledky výzkumného šetření mohou pomoci nejen mně, ale i ostatním sestrám uvědomit si, kde se v interakci s pacienty dopouští chyb a tím pádem zkvalitňovat ošetrovatelskou péči.

# 1 SOUČASNÝ STAV

V nemocnicích jsou to převážně sestry, které tráví ze zdravotnického personálu s pacienty nejvíce času. Mnohdy si vůbec neuvědomují, že na prožívání pacientů má vliv interaktivní způsob jejich chování. Právě interakce je jednou z neoddelitelných součástí komunikace mezi sestrou a pacientem na chirurgickém oddělení, která ovlivňuje vzájemnou spolupráci. Má práce je zaměřena na pozitivní a negativní způsob interaktivního chování sester k pacientům na chirurgickém oddělení.

„Vztah mezi sestrou a pacientem patří ve zdravotnické praxi ke vztahům základním. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem nebo žadatelem o lékařskou službu, případně ošetřuje v domácím prostředí osobu blízkou.“ (Zacharová, 2011)

Vzhledem k výzkumnému šetření budou následující kapitoly věnovány definování sociální interakce, sociální komunikace, interaktivního procesu, pozitivních a negativních interakcí, vztahu mezi sestrou a pacientem a specifik spojených s péčí o pacienta na chirurgickém oddělení.

## 1.1 Sociální interakce a sociální komunikace v ošetrovatelství

Sociální interakce a sociální komunikace v ošetrovatelství patří k významným determinantům subjektivně vnímané kvality a úrovně poskytované péče nemocnými, ale také jejich blízkými a širokou odbornou i laickou veřejností (Pokorná, 2009)

Pojem interakce je odvozen z latinských slov *inter* – mezi a *actio* – činnost, působení a je obecným znakem přírodního a společenského dění. Interakce je tedy vzájemné působení dvou činitelů. Základní formou sociálního chování je sociální interakce (Petříková, 2007).

Nakonečný (2009) definuje pojem sociální interakce jako proces, v němž se individua vzájemně stimulují, reagují na sebe a tím rozvíjejí řetěz akcí a reakcí. Lze tedy říct, že sociální interakce je proces, při němž se lidé prostřednictvím vzájemné výměny citů, myšlenek a různých aktivit navzájem ovlivňují, a která se projevuje v jejich chování.

K sociální interakci dochází všude tam, kde se nejméně dva jedinci ocitnou v dosahu svého působení. Se situací, ve které se lidé nacházejí, souvisí způsob, jakým reagují na chování jiných lidí, jaké vztahy jsou mezi nimi a také na způsobu komunikace. Reakce je různá v případě, že komunikace probíhá mezi čtyřma očima nebo v přítomnosti jiných lidí. Interakce je ovlivněna mnoha činiteli. Jednak prostředím, ve kterém komunikujeme, vnímáním člověka, se kterým komunikujeme, ale i to jak vnímáme sami sebe v konkrétní situaci. A právě ta situace nás posouvá k interakcím (Giddens, 2013).

Interakce může probíhat i nepřímou, neboli zprostředkovaně. Příkladem je korespondence, nebo interakce pomocí počítače, mobilního telefonu apod. (Giddens, 2013)

Každodenní zvyky a interakce s jinými lidmi, do nichž člověk vstupuje, strukturují a utvářejí jeho chování. Základní složkou sociální interakce a současně hlavním prostředkem její realizace je sociální komunikace, tj. sdělování a dorozumívání mezi lidmi, vzájemná výměna informací.

Strnadová (2011) uvádí, že sociální komunikaci je možné specifikovat jako interakci prostřednictvím verbálních nebo neverbálních kódovaných symbolů. Sociální komunikace je interakční proces mezilidského dorozumívání. Podle mnoha autorů je to proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek.

Ve zdravotnických zařízeních se jedná o běžný hovor, kontakt s nemocným. Mezi základní požadavky komunikace s pacientem patří vždy vědět, co chceme říci a vždy se umět rozhodnout, kdy, kde a jak informaci nejlépe podat (Venglářová, 2006).

K rozvoji sociální komunikace může docházet při úpravě lůžka, hygieně, při pomoci při jídle apod. Sestra může s pacientem komunikovat na pokoji, nebo mu nabídnout rozhovor na denní místnosti atd. (Janáčková, 2008). Sociální interakci a sociální komunikaci je možné označit jako dva aspekty jednoho procesu (Mikuláščík, 2010).

### 1.1.1 Komunikační proces v ošetrovatelství

Když dva lidi spolu mluví, mezi nimi i uvnitř každého z nich se něco děje. Tomuto dění se podle Plaňavy (2005), říká komunikační proces.

Mikuláščík (2010, s. 22) uvádí, že *„komunikace může probíhat v mysli člověka, nebo mezi dvěma, ale i více lidmi. Toto vzájemné působení mezi lidmi je ukázkou procesuálního charakteru komunikace, protože každý ze dvou komunikujících lidí usiluje o ovlivňování druhého, hledání podpory u něj nebo o sebezpevnění. V projevu se snaží dát najevo, jaká pravidla jsou pro něj přijatelná. Jestli je ochoten ustoupit, naslouchat, jestli chce dominovat, co nesnáší, co má rád, co by uvítal.“*

V případě, že něco neprobíhá tak, jak by si jeden z komunikujících přál, pak změní taktiku, snaží se zapůsobit více na city nebo argumentovat něčím, co původně vůbec neměl v úmyslu. Proto je to proces proměnlivý, účastníci mohou vystupovat aktivně, iniciovat nějakou změnu (Vrublová, 2006).

Lidé spolu chtějí hovořit, chtějí sdělit nejen informace, ale také své vztahy, postoje, pocity, nálady. Z toho vychází základní pravidla komunikačního procesu. Patří mezi ně vnímání dat, spojování dat významem, vkládání záměru a postoje, epizodické uspořádání dat, hlavní smlouva, soubor předpokladů, očekávání a pravidel, a kulturní model. Je důležité pochopit souvislosti, ve kterých jsou zprávy předávány. Větší část vztahových informací je předávána nonverbálními a paralingvistickými signály (Zacharová, 2011).

Komunikační proces je složen z několika součástí, které jsou rovnoměrně zastoupené.

Podle Mikuláščíka (2010) jsou to prvky, které se vzájemně prolínají. Patří mezi ně komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační jazyk, komunikační kanál, zpětná vazba, komunikační prostředí případně šum a komunikační kontext.

Komunikátor je osoba vysílající nějakou zprávu jiné osobě nebo skupině lidí. Do svého sdělení vždy promítá svou osobnost, osobní zaujetí, chce být vyslechnut, pochopen, přijat, chce změnit chování jiných.

Komunikant je osoba, přijímající zprávu. Rovněž jeho vnímání je ovlivněno osobnostní rovnicí, vlastními zkušenostmi, prožitky a vlastními záměry a cíly.

Jako komuniké se označuje vyslaná zpráva, zahrnující obsah zprávy, informace, názory, myšlenky, potřeby, postoje, problémy a emoce.

Další součástí komunikačního procesu je komunikační jazyk. I když lidé mluví stejným jazykem, nemusí to znamenat, že si budou vždy rozumět. Zejména význam abstraktních slov je individuálně odlišně chápán. Proto důležitou úlohu v komunikačním jazyku zastávají procesy kódování a dekodování.

Komunikační kanál je způsob, pomocí kterého je informace předána. Když se jedná o komunikaci tváří v tvář, jsou hlavním kanálem zvuky, pohledy, pohyby těla, dotyky, příjemný parfém, vkusné oblečení, příjemný hlas. Mezi komunikační kanály patří i jiné komunikační prostředky. Například telefon, televize, internet a podobně.

Vyjádření příjemce na přijatou zprávu je označováno jako zpětná vazba. Zpětná vazba má v komunikačním procesu důležitou funkci, protože jde o zjištění, jak je informace přijata a pochopena.

Mezi důležité prvky komunikace patří i komunikační prostředí, které má na ni rovněž významný vliv. Je to prostor, ve kterém se komunikace odehrává a který působí a ovlivňuje komunikátora i komunikanta. Může být tvořeno osvětlením, uspořádáním místnosti, přítomnosti jiných lidí apod. Dále to mohou být podněty, které působí jako komunikační šum. Šum označuje vnitřní nebo vnější narušení průběhu komunikace, která ovlivňuje sdělení nebo jeho porozumění. Za vnější šum lze považovat, hluk, horko v místnosti, štípající hmyz, zvonící telefon apod. K interním šumům patří vtíravé myšlenky, nesoustředěnost, hlad, únava, bolesti hlavy a další.

Právě nevhodné komunikační prostředí a velké množství šumů, které působí na pacienta, vede k častému selhávání komunikace v nemocničních zařízeních.

Komunikační kontext vyjadřuje situaci a prostředí, ve kterém se komunikace odehrává. Má dvě složky vnitřní a vnější. Vnitřní zahrnuje to, co probíhá v naslouchajícím, jak na něj komuniké působí. Vnější kontext obsahuje všechny stimuly, které na něj působily dříve a působí i teď. Zahrnuje například prostor, ve kterém komunikace probíhá, čas, sociální situace, věk účastníků, pohlaví a jiné (Mikuláščík, 2010).

### **1.1.2 Interaktivní proces v ošetrovatelství**

Interaktivní proces tvoří základ ošetrovatelské péče. Je ovlivňován specifiky personálního, interpersonálního a sociálního systému sestry a pacienta. Umožňuje dosažení společných cílů v rámci ošetrovatelského procesu. Zahrnuje čtyři fáze. Akci, reakci, interakci a transakci. Tyto fáze jsou na sobě závislé a mohou se v průběhu ošetrování opakovat.

K akci dochází při setkání neboli interakci sestry s pacientem. Následuje reakce, neboli vzájemné působení mezi sestrou a pacientem. Výsledkem komunikace mezi zúčastněnými osobami, které mají zájem spolupracovat na dosažení společných cílů je interakce. Interakce rovněž zahrnuje myšlenky a postoje jedinců. Transakce znamená dosažení shody pokračovat v interakci za účelem dosažení cíle (Plevová, 2011).

### **1.1.3 Pozitivní a negativní interakce v ošetrovatelství**

Mikuláščík (2010) uvádí, že sociální interakce může být realizována v různých podobách. V pozitivním slova smyslu se jedná o kooperaci, participaci, konsensus, koordinaci, akomodaci a asimilaci.

Kooperace je definována jako tendence zdůrazňovat pozitivní výsledky pro vlastní osobu i pro druhé. Lze říci, že při spolupráci každý nakonec něco dostane, takže všichni jsou na konci o něco bohatší než na začátku (Křivohlavý, 2008).

Participace udává, nakolik se jednotliví členové účastní skupinových činností (Kohoutek, 2006).

Konsensus je označován jako vzájemná provázanost sociálních jevů, která vede k sociální rovnováze.

Koordinaci lze označit jako harmonickou spolupráci.

Akomodace je proces sociálního přizpůsobování konfliktním situacím, tím že se udržuje určitá sociální distance mezi jedinci a skupinami, které by se mohly dostat do konfliktu (Kadeřábková).



Asimilace je proces přizpůsobení se jedné skupiny skupině jiné.

V ošetrovatelství stejně jako všude jinde se lze setkat i s negativní interakcí.

Mikuláščík (2010, s. 19) zařazuje mezi „*negativní interakce soutěživost, rivalitu, segregaci, diskriminaci, ostrakismus (vyobcování), konflikt a boj.*“

Negativní interakce se v daleko větší míře vyskytují mezi skupinami. Dochází zde k větším projevům soutěživosti a rivality a menšímu výskytu kooperace než v interakci mezi jednotlivci (Hewstone, 2006).

Soutěživost podle Kohoutka (2006) existuje ve dvou formách. Na jedné straně mluvíme o soutěživosti jako o motivaci činnosti, která často přechází do rivality. Je to snaha zlepšit své výsledky a tím překonat jiné osoby ve skupině. Převažuje zde konkurence. Druhou formou soutěživosti je způsob organizace práce skupiny. Je to cílevědomé zavedení takových vztahů, kdy každý člen skupiny usiluje o maximální výkon, ale v zájmu co nejlepších výsledků celé skupiny.

*„K soupeření dochází obvykle tam, kde je něčeho málo a kde si na to dělají nárok dva soupeři, avšak dostat to může jen jeden z nich. Proto dochází mezi nimi k boji typu „kdo z koho“. Výsledkem je jeden vítěz a jeden poražený.“* (Křivohlavý, 2008, s. 40)

Pod pojmem segregace (z lat. Segregare = oddělit, vzdálit, vyloučit) se rozumí proces usídlování diferencovaných sociálních skupin do různých obytných částí města. Tento termín je často spojován s prostorovým vyjádřením sociální nerovnosti (Kadeřábková).

Vymětal (2008, s. 171) definuje diskriminaci jako „*obtěžování jednotlivců nebo skupin lidí. Důvodem mohou být pohlaví, sexuální orientace, rasový nebo etnický původ, zdravotní postižení, věk, náboženství apod. Za diskriminaci je považováno odlišné zacházení, komunikace nebo jednání s osobami určité skupiny lidí ve srovnání s osobami jiné skupiny ve stejné situaci, kdy pro toto zacházení nebo jednání není přijatelné ospravedlnění. Jedná se o projev patologických komunikačních a interpersonálních vztahů.*“

Ostrakismus je v současné době považován za mírnější stupeň šikany. Podle Koláře (2005, s. 36) „*je to mírná, převážně psychická forma násilí, kdy se okrajový člen cítí neoblíbený a není uznáván. Ostatními členy skupiny je více nebo méně odmítán, pomlouván, jsou proti němu spřádány intriky apod.*“

Jednou z nejčastějších negativních interakcí, s kterou se sestra může setkat, a to nejen v péči o pacienta je konflikt. Problematice konfliktu bude věnována další kapitola.

### **1.1.3.1 Konflikt.**

Jeho řešení patří do jedné z forem problémové komunikace. V literatuře je možné najít velké množství definic konfliktu. Například Křivohlavý (2008, s. 17) definuje konflikt *„jako střetnutí dvou nebo více zcela nebo do určité míry navzájem se vylučujících či protichůdných snah, sil a tendencí. Každá situace, v níž se člověk špatně orientuje nebo je nucen vybrat si z určitých variant či alternativ jednu, na něj zpravidla působí jako konfliktní.“* Nejčastěji je konflikt považován za něco negativního a stresujícího. Může vést ke ztrátě důvěry, odcizení a destrukci vztahů. V pozitivním smyslu může vést k společnému sebepoznání, nalezení společného řešení a tím i k vyvarování se příštích chyb. U takového konfliktu může dojít naopak k prohloubení důvěry (Křivohlavý, 2008).

V mezilidských vztazích se konflikty objevují často. Podle Vymětala (2008, s. 157) bývá obvykle *„příčinou konfliktů přehlížení nebo nedoceňování jedince nebo částí společnosti. A to v důsledku nevyjasněných rolí a sledovaných priorit, z nedostatku jednotlivých principů nebo cílů, nedostatečného, nebo nepřesvědčivého vedení, v důsledku chování a postojů neslučitelných s dohodnutými nebo přijímanými konvenčními nebo etickými principy, sledování separátních cílů nezávislých na společných cílech kolektivu apod.“*

Rovněž ve zdravotnickém zařízení je možné se s konfliktními situacemi setkat relativně často. Proto by měla být schopnost předcházet konfliktům a schopnost hledat konsenzus při jejich propuknutí součástí morálního profilu zdravotní sestry.

Háva (2004) uvádí, že nejčastějšími faktory, které ovlivňují vznik konfliktů ve zdravotnických zařízeních, patří kontakt s rizikovými skupinami pacientů, nedostatečná komunikace, špatné chování zdravotníků, omezování pacientů, neschopnost správné komunikace s pacienty ze strany zdravotníků při řešení konfliktů apod.

Podle Křivohlavého (2008) lze rozdělit konflikty jednak podle rozsahu počtu osob, kterých se konflikt týká a to na intrapersonální, interpersonální, skupinové a meziskupinové konflikty a jednak podle psychologické charakteristiky na konflikty představ, názorů, postojů a zájmů.

Intrapersonální konflikt nemusí být vůbec zaznamenán okolím, protože se odehrává uvnitř osobnosti. Lze rovněž mluvit o vnitřním dialogu člověka se sebou samým.

Nakonečný (2003) uvádí, že příčinou vnitřního konfliktu jsou neřešené citové problémy v průběhu celého vývojového období člověka. Dalšími faktory mohou být přílišná sebekritičnost při posuzování vlastních chyb, přehnaná očekávání a vnější překážky. Mezi spouštěče lze zařadit i rozdílnost ve vnímání vnitřních motivů a pojetí osobní role.

Interpersonální konflikt je definován jako střetnutí dvou lidí. Dochází k němu v případech, že obě osoby mají rozdílný názor na určitou věc a každá z nich se snaží prosadit ten svůj (Křivohlavý, 2008).

Ke vzniku skupinového konfliktu dochází tehdy, když se členové jedné skupiny nedokážou dohodnout na společné činnosti nebo společném řešení určitého problému.

Konflikt mezi dvěma nebo více skupinami s rozdílným počtem členů i společenského zařazení je označován jako meziskupinový konflikt. V běžném životě se může jednat například o konflikt kuřáku a nekuřáku, konflikty mezi mladou a starší generací. (Vygotskij, 2004).

S konflikty je možné se setkat jak v osobním, tak i v pracovním životě. Ani konflikty v ošetrovatelské péči nejsou výjimkou. Na základě výzkumu provedeného Kramerem a Schmalenbergem (2004) lze rozdělit konflikty v ošetrovatelství do několika typů vycházejících z příčiny konfliktu a identifikace účastníků konfliktu na:

Konflikt ve vztahu sestra/pacient, který vzniká při rozdílnosti vnímání ošetrovatelských cílů sestrami a pacienty. Sestra respektuje rozhodnutí pacienta a jeho rodiny.

Konflikt ve vztahu sestra/sestra kdy i přesto, že sestry mají jednotný záměr, lze najít rozdíly v chápání a pohledech na ošetrování pacienta. A to může být důvodem narušení kooperace při týmové práci.

Konflikt ve vztahu lékař/sestra vznikající v důsledku rozdílných názorů obou profesí na zdravotní péči. Podstatou konfliktu je nerovnoměrné nastavení moci v systému.

Instrumentální/expresivní konflikt vyskytující se nejčastěji na odděleních intenzivní péče, kdy dochází k rozporu mezi technickými požadavky na péči a potřebami pacientů. Tento typ konfliktu je ovlivněn řadou etických a právních aspektů, požadavky klienta a jeho rodiny a také osobností sestry.

Profesionální/byrokratický konflikt vzniká na základě dvou protikladů vnímaných sestrou, nároku oddělení a profesních zásad a úkolů. Konflikt lze charakterizovat jako standardní postup, formální rozdělení zodpovědnosti, hierarchií a neosobními vztahy.

Konflikt konkurenčních rolí je druh konfliktu, ke kterému v dnešní době dochází často. Sestry nejen že vykonávají tuto roli, ale současně i několik dalších, například roli matky, manželky atd. Všechny tyto role vyžadují hodně času, energie a pozornosti. Ve svém důsledku to může vést ke zvyšování vnitřního napětí a stresu.

Poslední konflikt, se kterým se lze setkat v ošetrovatelské péči je označován jako konflikt z nedostatku kompetence. Pokud je sestra z nějakého důvodu přesunuta na jiné oddělení, s kterým není seznámená, může dojít k tomuto typu konfliktu. Dochází zde k rozporu mezi schopnostmi sestry a očekávanými výsledky.

#### **1.1.3.1.1 Předcházení a řešení konfliktů v ošetrovatelství**

Mnohým konfliktům lze předejít tím, že si sestra osvojí pravidla efektivní komunikace s pacientem. Ale aby bylo možné konfliktu předcházet, je nutné si uvědomit, že se k němu schyluje. Důležitými vlastnostmi pro vyhnutí se konfliktu v komunikaci, jsou podle Šafránkové (2009, s. 25) „*otevřenost, schopnost pochopit druhého, naslouchat, používat zpětnou vazbu a tolerovat názory druhého. Mezi možné signály vznikajícího konfliktu patří například neochota k diskuzi nebo kompromisu, špatná nálada, neochota přijmout odpovědnost atd.*“

Při snaze o řešení konfliktů je důležité nejdříve si uvědomit, že ne všechny konflikty lze řešit. Vymětal (2008, s. 159) mezi takové konflikty řadí ty, „*kdy oba partneři*

*nemohou nebo nechtějí najít žádné cíle, které by je uspokojovaly; když je jeden z partnerů konfliktní člověk a nalézá v konfliktech a hádkách uspokojení, nebo je dokonce vyhledává, nebo když někdo z účastníků nesouhlasí s řešením, které by umožnilo dosáhnout přijatelných cílů.“*

Většina autorů rozlišuje tři základní strategie řešení konfliktů, které je možné rozdělit do několika dalších forem řešení a to na pasivní a nepřímé strategie, individuálně zaměřené strategie a integrační strategie.

*„Pasivní a nepřímé strategie jsou takové, které nevedou k přímé diskuzi o problému. Lze k nim přiřadit ignoraci problému, který zmizí sám od sebe, bez jakéhokoli aktivního úsilí, problém je zamítnut jako nedůležitý, pohrdání problémem; vyvarování se problému, minimalizování záporných reakcí partnera, problém je tolerován jako nezbytné negativum; empatické přizpůsobení, porozumění mezi oběma stranami, problém se vyřeší bez nutné reciproční antagonistické komunikace; vyhýbání se lidem, s kterými se lze dostat do sporu; nepřímá strategie v podobě narážek i ve formě neverbální komunikace; submisivní reagování v podobě transparentní slabosti jako například pláč, hysterie apod., naprosté podřízení, poddajnost; zlehčování a žertování, problém se zdá méně závažný, než ve skutečnosti je, účastníci neodkryvají své pocity.*

*Individuálně zaměřené strategie lze vyjádřit jako výslovné potvrzování střetu a komunikace s očekáváním ústupku odpůrce. Patří sem prosby, hrozby, výhrůžky trestem nebo selháním. Naléhání může být různé intenzity od asertivního až po agresivní.*

*U integrační strategie se jedná se o potvrzení konfliktu a respektování jedince jako rovnocenného partnera, hledání možných alternativních forem řešení, které jsou přijatelné pro oba partnery“ (Mikuláščík, 2010, s. 235-236; Vymětal 2008, s. 158-159).*

Nejdůležitější součástí při řešení konfliktních situací je komunikace mezi účastníky konfliktu a motivace kooperovat. Z pohledu sebeprosazování Čech (2008) rozlišuje strategie řešení konfliktu na agresivní, pasivní a asertivní. Pro obě strany je nejvhodnějším řešením konfliktních situací asertivní komunikace, stejně jako pozitivní přístup k lidem, s kterými jedinec přichází do styku. Důležité je zajímat se o člověka, s kterým se potká, brát jeho momentální problém vážně a snažit se mu pomoci ho

vyřešit, nepodléhat haló efektu, v rozhovoru zjistit postoje, zájmy představy a názory druhého člověka, aby bylo možné předejít těmhle konfliktům.

## 1.2 Specifika interakce v ošetrovatelství

V souvislosti s problematikou, kterou se zabývá tato bakalářská práce, bude následující kapitola zaměřena na přiblížení dyadické interakce.

Pod pojmem dyadická interakce rozumíme vzájemné působení mezi dvěma osobami. Například matka- dítě; nadřízený – podřízený; sestra – pacient apod.

*„Na rozdíl od vztahu ve velkých skupinách lze pozorovat minimálně tři kvalitativní rozdíly. Jsou to zaprvé, negativní důsledky nespolupráce v dyadickém vztahu se projeví v rámci dvojice. Zadruhé, v dyadickém vztahu jedinci zpravidla dokážou ovlivnit chování druhého vlastní behaviorální strategií. Zatřetí, v dyadickém vztahu nelze učinit anonymní volbu, protože druhá volba je zcela zřejmá.“* (Van Lange, De Dreu, 2006, s. 410)

O udržení konkrétní interakce dvou osob rozhodují podle Nakonečného (2009) individuální standardy hodnocení interakce. Jsou to výsledky zkušeností z dosavadních interakcí, případně aplikace těchto zobecněných zkušeností na danou interakci, která slouží jako porovnávání hodnoty stávající interakce.

Jednou z nejčastějších interakcí mezi dvěma osobami, s kterou se lze setkat v ošetrovatelské péči je interakce mezi sestrou a pacientem.

Podle Křivohlavého (2002) má termín interakce ve vztahu pacient – zdravotník hlubší význam než pojem „rozhovor“. Obsah slova je podle něj nutno vnímat jako akci, která se děje mezi danými dvěma lidmi. Dále může zahrnovat nejen sociální komunikaci, kterou je možné rozdělit na verbální a neverbální, ale i jednání jak zdravotníka, tak pacienta. Při jednání zdravotníka s pacientem a pacienta se zdravotníkem jde o soustředění na to, co se odehrává mezi oběma účastníky, ale i na to co se v průběhu této interakce děje v psychice pacienta a zdravotníka a nakonec taky na to, jak probíhá vzájemná komunikace.

Při vzájemném kontaktu zdravotníka s pacientem, jsou od zdravotníka vyžadovány nejen psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění správně jednat s nemocným (Zacharová, 2011).

### 1.2.1 Vztah sestry – pacient

Minibegerová (2010) rozděluje vztah mezi zdravotníkem a pacientem do dvou modelů. Prvním je model orientovaný na zdravotníka a nemoc. V tomto modelu zdravotník vystupuje direktivně, nesnaží se vytvořit osobní vztah, ale usiluje o věcný, racionální přístup. Pacient je „objektem“ péče. V současnosti tento model v naší společnosti převládá. Druhý je model orientovaný na pacienta. Zdravotník se zajímá o pacienta v širších souvislostech, o jeho subjektivní prožívání a jejich vztah je více partnerský. Spolupráce je výsledkem vzájemné dohody mezi oběma stranami. Na průběh léčby nebo pobyt ve zdravotnickém zařízení má velký vliv kvalita vztahu mezi zdravotníkem a pacientem.

*„Pacient se na sestru neobrací s nemocí jako s něčím, co lze léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti, ale v určité životní krizi. Čím více je člověk přesvědčen o vážnosti a nebezpečí své choroby, tím psychologicky komplikovanější je jeho vztah ke zdravotníkovi“ (Zacharová, 2007, s. 64).*

Pacient od sestry očekává, že problém, se kterým se na ní obrací, bude řešen a vyřešen.

Zacharová dále uvádí (2011, s. 240), že *„na vytváření správného vztahu mezi sestrou a pacientem se podílí celé spektrum okolností. Patří mezi ně například zážitky nemocného z předchozího léčení, kde se odráží prostředí, vlastní léčba a interpersonální vztahy zdravotnického týmu; aktuální psychický stav nemocného; dodržování společenských pravidel chování; umožnění psychické ventilace stesků a potíží; získání důvěry nemocného – pochopením jeho stavu a potřeb; tolerantní přístup, který může upravit chování nemocného a jeho vztah k nemoci.“*

Pozitivní vztah mezi sestrou a pacientem je založen na zájmu, respektu a spolupráci. I přesto, že by sestra měla být schopná vytvářet pozitivní vztah mezi ní a pacientem, je možné se setkat i se vztahem negativním, který pacientovi rozhodně nepomáhá zvládat obtížnou situaci. Spíš ho může zatěžovat, škodit mu a může také vést k sororigenii. Typickým pro negativní chování ze strany sestry je, že nebývá záměrné a sestra si ho ani nemusí uvědomovat. V případě, že je na takové chování upozorněna, nerada ho připouští a hledá různé argumenty, kterými by ho ospravedlnila. Příčin takového chování je několik. Patří mezi ně pacient, zdravotník, nevhodně zafixované postoje zdravotníka nebo pracoviště, chybějící motivace pro vykonávanou práci a v neposlední řadě syndrom vyhoření (Minibergrová, 2008).

Pacient může být nesympatický, problémový, nebo pacient s neobvyklým chováním, se kterým se hůře navazuje spolupráce. Tentyž pacient ale může jiné sestře připadat absolutně bezproblémový.

Další příčinou může být zdravotník. Ve zdravotnictví, stejně jako v jiných odvětvích, lze najít celou škálu různých typů osobností. Nelze ovšem říci, že by byl mezi nimi nějaký optimální, který by byl pro tuto profesi jako stvořený. Sebepoznáním a dalším vzděláváním je možné lépe zvládat nároky spojené s touto profesí a podle typu osobnosti si lze zvolit pracoviště, kde se mohou nejlépe uplatnit schopnosti, které ten který zdravotník má.

Nevhodně zafixované postoje zdravotníka nebo pracoviště jsou postoje, které pacientovi nijak nepomáhají, naopak mu mohou škodit. K těmto postojům může dojít na všech pracovištích, kde se personál nemění, nevzdělává, kde jsou zaběhnuté určité způsoby práce, které se používají, i když už dávno nemají svůj smysl.

Chybějící motivace pro vykonávanou práci může mít řadu příčin. Začínající zdravotníci mohou být rozčarování z rozporu mezi teorií a praxí. Příčinou ztráty motivace u zkušenějších zdravotníků může být změna charakteru pracoviště, nebo přeložení na jiné oddělení.

Syndrom vyhoření je tvořen řadou příznaků v oblasti fyzické, psychické i sociální. Dá se definovat jako stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako citová



vyprahlost. Vzniká, když se člověk dlouhodobě zabývá situacemi, které jsou emočně náročné (Jobánková, 2004).

### 1.2.2 Osobnost sestry

Profese zdravotní sestry je velice náročná jak po fyzické, tak i po psychické stránce. Proto jsou k výkonu zdravotnického povolání nezbytné i určité osobnostní předpoklady. Již Florence Nightingaleová popisuje osobnost sestry ve své knize o ošetřování nemocných. Zdravotnice má být podle ní svědomitá, spolehlivá, střídámá, počestná, zbožná-pokorná, rozhodná, klidná, rozvážná, dobrým pozorovatelem, dobrosrdečná, důvěryhodná, empatická (Kutnohorská, 2007).

Podle Zacharové (2007, s. 63) „*mezi osobnostní předpoklady pro vykonávání profese zdravotní sestry patří dostatečná kritičnost a sebekritičnost, dávka empatie, porozumění problémům nemocného, smysl pro humor, hodnotová orientace a humánní vztah k nemocnému. Sestra by měla mít vyrovnanou osobnost s klidným, přiměřeně sebevědomým vystupováním, rozvážností a trpělivostí.*

*Sestra musí respektovat každého člověka takového, jaký je, a poskytovat mu kvalitní péči bez ohledu na jeho rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost aj.“*

Aby práce sestry mohla být úspěšná, je důležité, aby jí pacient i jeho rodina důvěřovali.

Mikuláščík (2010) uvádí, že důvěryhodnost není něco, co je člověku jednou dáno a musí platit navždy. Je důležité ji stále potvrzovat a získávat. Lze ji ovlivnit jak kladně, tak záporně. Je možné ji ovlivnit osobním vystupováním, úpravou zevnějšku, ale hlavně věrohodností svých tvrzení. Neznamená to ale, že sestra bude říkat jenom to, co by mohl chtít pacient slyšet. Měla by zůstat objektivní v každé situaci. Mezi základní projevy důvěryhodnosti u sestry patří především její vztah ke své profesi, kultivovanost jejího projevu, vhodné vystupování a chování, odborná úroveň a zevnějšek. Nevhodná úprava zevnějšku může vést ke snížení důvěryhodnosti sestry a pacient se může

zamyslet nad, tím jestli sestra, která má špinavou uniformu, vytahaný svetr, vyšlapané pantofle, množství piercingů a tetování je opravdu dobrá sestra.

Na druhou stranu důvěryhodnost podporují nejen verbální, ale i neverbální projevy sestry. Proto by sestra na to neměla zapomínat. Pacienti si všímají gest, výrazu tváře i to jestli je sestra schopna svůj pokyn zvýraznit dotekem. I když je sestra profesionál, nelze od ní očekávat, že se bude pořád usmívat, ale její oči mohou být vždy pozorné, vstřícné a laskavé. Rovněž ruce vypovídají o osobnosti sestry. Zanedbané ruce a nehty rozhodně nevzbuzují u pacientů důvěru (Venglářová, 2006).

Chování a jednání sester při vykonávání jednotlivých činností ovlivňuje chování a jednání pacienta.

### **1.2.3 Osobnost pacienta**

Podle Zacharové (2011) se člověk obvykle nerodí jako pacient, ale stává se jím. Proces, při kterém dochází ke změně zdravého člověka v pacienta má svou stránku fyziologickou, patofyziologickou, psychologickou a sociální

Vlivem nemoci se mění i osobnost pacienta. Některé změny jsou přechodné, jiné naopak trvalé. Pacienti se často uzavírají do sebe a může se u nich zvýraznit sobeckost, kolísání nálad, pocity zlosti nebo lítosti, nebo ztráta kontroly nad vlastním životem (Berč, 2008).

Když člověk onemocní, dochází u něj k mnoha životním změnám, jednak ve vztahu k sobě samému, ale také k rodině, přátelům, nebo spolupracovníkům. Nemoc způsobuje prudký zvrat v životě každého jedince. Dochází ke ztrátě jistot, které pro něj byly až dosud hlavní. Dosavadní život, postoje a zvyky, které zastává, se dostávají do bezprostředního ohrožení. Nemoc člověku komplikuje plnění vytyčených úkolů a cílů, což vede k obavám z budoucnosti. Nemocný pociťuje kromě bolesti i strach, úzkost a obavy (Minibergerová, 2010).

*„Na průběh nemoci má často silný vliv psychický stav pacienta, jeho nálada, obavy a naděje, znalosti a neznalosti průběhu choroby, jeho osobnostní charakteristiky,*

*působení rodiny, školy, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů. Aby bylo možné pacientovi porozumět a následně ho dobře ošetřovat, je důležité vidět ho jako celého člověka, tzn. nejen jako organizmus, ale zároveň jako osobnost s psychickými vlastnostmi a člena společnosti“ (Zacharová, 2007, s.27).*

#### **1.2.4 Faktory ovlivňující pozitivní vztah sestry a pacient**

Existuje mnoho faktorů, které ovlivnit nelze. Na druhou stranu je ale řada těch, které sestra ovlivnit může. Záleží jen na jejich schopnostech a zájmu utvářet pozitivní vztah k pacientovi. Mezi tyto faktory patří komunikační dovednosti sestry, empatie, naslouchání a v neposlední řadě i prostředí, ve kterém dochází k interakci mezi ní a pacientem.

Komunikace ve vztahu sestry a pacienta je považována za důležitou součást ošetrovatelské péče a komunikační schopnosti sestry, patří mezi jedny z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují vztah mezi ní a pacientem. Sestra, která je komunikativní, vstřícná a má zájem o pacienta, působí pozitivně nejen na něj, ale i na jeho rodinu. Efektivní komunikace se pozitivně podílí na uzdravení pacienta. Podle Vorlíčka (2012) tlumí strach a zmatek, pomáhá při úzkosti a stresu, pomáhá zmírnit bolest a snížit počet komplikací a vedlejších účinků, zlepšuje spolupráci pacienta.

Venglářová (2006) uvádí, že v praxi rozlišujeme tři druhy komunikace. Jedná se o sociální komunikaci popsanou výše, dále specifickou (strukturovanou) a terapeutickou komunikaci. Při specifické komunikaci jsou sdělována fakta, pacient je motivován k další léčbě apod. Informace musí být srozumitelné, předány přijatelnou formou, vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta. V závěru je důležité ověřit, zda pacient sdělením rozuměl a akceptuje je. Jde o naplánovaný postup. Příkladem může být rozhovor, kdy je pacient poučen o předoperační přípravě nebo o nutnosti pravidelné dechové rehabilitace po operaci plic. Terapeutická komunikace se nejčastěji odehrává v podobě rozhovoru. Zdravotník poskytuje pacientovi oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných nebo velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na

změnu. Sestry rovněž svými poznámkami a komentáři umožňují pacientovi utvořit si obraz o své situaci a vyhlídkách a o úrovni zdravotnického zařízení. Cílem efektivní profesionální komunikace s pacientem a jeho rodinou je vytvořit prostředí důvěry a spolupráce ve prospěch pacienta. Důvěra v ošetřovatelský tým je upevňována na základě verbální a neverbální komunikace.

Pod pojmem verbální komunikace se rozumí vyjadřování prostřednictvím slov, řeči. Jde o sdělování obsahů zpráv a informací. Mikuláščík (2010) rozděluje verbální komunikaci na přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou nebo psanou, živou nebo reprodukovanou.

Aby bylo jakékoli verbální sdělení srozumitelné, je důležité si ujasnit, co chceme říct a poté zvolit vhodná slova a věty – čili jak to chceme říct. Ve většině případů posluchač informaci slyší, ale může si význam slov vykládat podle svého (Janáčková, 2008). Proto je nutné se ubezpečit, jestli byla informace správně pochopena a jestli je akceptována. Právě v komunikaci s pacienty se sestry dopouští mnoha chyb ve věcné části sdělení, a to může vést k nepochopení obsahu zprávy. (Špatenková, 2009).

Aby byla komunikace efektivní a došlo k úspěšnému přenosu důležitých informací mezi mluvčím a příjemcem, je potřeba dodržet základní kritéria účinné komunikace jak uvádí Zacharová (2011). Patří mezi ně jednoduchost spočívající v používání běžných a srozumitelných slov, dále stručnost, zřetelnost, načasovanost a závažnost, adaptabilita, důvěryhodnost a oboustrannost.

Výhodou verbální komunikace je, že umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, fyzickou blízkost a bezprostřednost, okamžitou výměnu názorů, která je efektivní při přesvědčování (Špatenková, 2009).

Neverbální komunikace označuje „druh sdělení, při kterém jsou předávány informace beze slov. Jinými slovy lze neverbální komunikaci považovat za „řeč těla“, při které jsou získávány informace z celkových pohybů člověka, jeho gest, mimiky, dotyků, zaujímání vzdálenosti apod. Někdy může dokonce zcela nahradit verbální komunikaci, obvykle ji ale doprovází. Neverbální komunikace ilustruje verbální sdělení, podtrhuje je, zesiluje jeho účinek, případně je i reguluje“ (Špatenková, 2009, s. 29).

Neverbální projevy je možné rozčlenit do různých kategorií. Křivohlavý (2008) zdůrazňuje, že se jedná o to, co lidi sdělují mimikou, proxemikou, haptikou, posturologií, kinezikou a gesty. Sestra by při své práci měla umět neverbální signály nejen vnímat, ale i dešifrovat. Často se totiž může dovědět i to, co slova zakrývají.

Mezi další neverbální komunikační dovednosti, které by měli být součástí osobnostní výbavy sestry, patří empatie a naslouchání. Dokonce se od sester vyžaduje, aby byly empatické.

Čech (2008, s. 85) uvádí, že „*empatie zahrnuje prožívání percepce druhého člověka, to znamená vidění a pociťování věci takovým způsobem jak je vidí a pociťuje druhá osoba. Schopnost empatie pomáhá sestře navázat důvěryhodný vztah s pacientem, umožňuje ji vstoupit do jeho vnitřního světa, lépe porozumět jeho potřebám, motivům, cílům i způsobům řešení.*“

Podle Kutnohorské (2007) se empatie pozná podle toho, zda je sestra schopna dokončit pacientovu započatou větu a neznamena jen laskavost a projev souhlasu.

Naslouchání je jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností. Neznamena pouze slyšet. V první řadě znamená chápat a porozumět. Když bude sestra pacientovi naslouchat, bude i pacient vstřícný v naslouchání. Umění naslouchat je velkým přínosem jak pro pacienta, tak i pro sestru. Tuto schopnost je ale nutno pěstovat. Sestra ji získává praxí a hlavně upřímným zájmem o pacienta (Kutnohorská, 2007).

Při komunikování působí na člověka rovněž prostředí, ve kterém se nachází. Lépe se cítí v prostředí, které zná a ve kterém je zvyklý se pohybovat. Může na něj působit přímo, nebo nepřímo. Zdravotnické zařízení většinou na pacienty nepůsobí jako prostředí vyvolávající pocit pohody, klidu a uvolnění. Cílem zdravotnických pracovníků by měla být snaha o to, aby se pacient cítil co nejlépe.

Již při vstupu do zdravotnického zařízení si na první pohled všimne vybavení, vhodného využití prostor, čistoty, bezbariérovou úpravu prostředí a hlavně bezpečnost. Z těchto informací si může vytvořit názor na konkrétní zdravotnické zařízení, ale také na osobní a kulturní úroveň pracovníků, obzvláště vedoucích. Na smyslové prožívání a dojmy pacienta má vliv i materiální stránka prostředí. Pokud je pacient hospitalizován, vnímá nejen materiální vybavení pokoje, ale i to, jakým způsobem je přijat a uveden na

tento pokoj. Všechny činnosti spojené s hospitalizací by měly být vykonávány ve vhodných prostorech, aby byl respektován stud a soukromí pacienta.

### **1.2.5 Komunikační bariéry ve vztahu sestra pacient**

Vymětal (2008, s. 37) definuje komunikační bariéry jako „*překážky, které musí být při komunikaci překonávány, nebo které uskutečnění komunikace brání.*“ Je možné je rozdělit na interní a externí. Interní jsou dány nějakými osobnostními problémy komunikujícího. Externí se objevují jako nějaký rušivý element z prostředí (Mikuláščík, 2010).

S komunikačními bariérami je možné se setkat i při interakci sestry- pacient. Ze strany sestry se může jednat o neochotu vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problémů, zatěžování pacienta vlastními problémy, používání odborné terminologie, časový deficit a mnoho dalších (Zacharová, 2011).

I na straně pacienta je možné se setkat s komunikačními překážkami. Nejčastěji se vyskytují situace, kdy pacient neumí, nechce nebo nemůže komunikovat. Příkladem pacienta, který neumí komunikovat, může být cizinec, který nerozumí jazyku, nebo se jedná o pacienta s nízkou komunikační schopností. V ošetrovatelské praxi se lze nejčastěji setkat s pacientem, který komunikovat nechce. Příčinou mohou být negativní emoce (strach, úzkost, apatie, deprese), nedůvěra k sestře, hospitalismus, únava, maladaptivní projevy, narušená komunikační schopnost a jiné (Zacharová, 2011).

V důsledku vážných onemocnění (afázie), operací krku, intubací dýchacích cest, bezvědomí a kvalitativních poruchách vědomí pacient komunikovat nemůže (Zacharová, 2011).

Mezi komunikační bariéry, které mohou vzniknout ve vztahu sestry – pacient, lze zařadit také prvky evalvace a devalvace.

Podle Venglářové (2006) to, jak se člověk chová, jak jedná a co dělá, není nikdy neutrální. V každém vztahu, v každé interakci je náznak něčeho pozitivního nebo negativního.

Evalvace je sdělením kladného hodnocení druhé osobě, projevem úcty, vážnosti, které posiluje sebepojetí a sebevědomí druhé osoby. Lidé se obvykle chovají pozitivně k jiným lidem, když jsou jim podobní svou osobností, fyzickým, emotivním i duševním založením, ochotou naslouchat, porozumět a vcítit se do problémů. Na vytvoření pozitivního vztahu sestry a pacienta je zapotřebí úcta, respekt a uznání. Mezi konkrétní evalvační prvky patří pozdrav, odpověď na pozdrav, schopnost aktivního naslouchání, schopnost vyjádřit pochvalu, respektování osobnosti pacienta, přístup k němu jako k rovnocennému partnerovi a pochvala za jeho úsilí (Kristová, 2004, Křivohlavý 2005).

Devalvací jsou označovány vztahy vyjadřované negativní komunikací, protože snižují sebevědomí a sebeúctu jednoho z partnerů. Nejčastějšími devalvačními projevy sestry jsou například ignorování pozdravu pacienta, porušení mlčenlivosti, zesměšňování, skákání do řeči, pomlouvání, infantilizace, vyjádření hněvu a opovržení při hygieně znečištěného pacienta, záměrné uvedení nemocného do nepříjemné situace apod. Devalvační prvky výrazně zhoršují nejen komunikaci, ale i samotný vztah mezi sestrou a pacientem (Kristová, 2004).

### **1.3 Specifika péče o pacienta na chirurgickém oddělení**

Tato bakalářská práce je zaměřená na interaktivní proces v péči o pacienta na chirurgickém oddělení, a proto se v následující kapitole budeme zabývat specifiky péče právě na tomto oddělení.

Nejčastějším důvodem pro hospitalizaci pacientů na chirurgickém oddělení je akutní nebo chronický problém vyžadující operační řešení. Z toho vyplývají i specifika péče o tyto pacienty. Z pohledu sestry je možné hovořit o nutnosti znát předoperační přípravu a pooperační péči u všech druhů operací prováděných na konkrétním chirurgickém oddělení, o nutnosti správné komunikace s pacienty před a po operacích v rámci

předcházení strachu z operačního zákroku a pooperačních komplikací a o možnostech ovlivňování bolesti. Ze strany pacienta je vyžadováno hlavně uspokojování jeho bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb a dostatečná informovanost.

### **1.3.1 Předoperační příprava.**

Každý operační výkon je u pacienta spojen s určitou dávkou stresu. Stresující může být nejen samotná operace, ale i příprava na ni. Ke stresu přispívá strach z neznámého prostředí, neznalost nemocničních postupů, nutnost dietních opatření u některých zákroků a hlavně strach z bolesti. Ke zmírnění obav vede dostatečná informovanost pacienta (Čoupková, 2010).

Předoperační příprava u plánovaných a akutních operací je lehce odlišná. Jak uvádí Valenta (2007), lze ji u plánovaných zákroků rozdělit na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Dlouhodobá se může dále dělit na obecnou, která zahrnuje kromě diagnostiky vlastního onemocnění i zjištění možných vedlejších onemocnění a zhodnocení stavu nemocného (EKG, RTG plic, interní vyšetření, spirometrie...) a speciální, kdy je například před hrudními operacemi potřeba naučit pacienta správně dýchat. Krátkodobá příprava je omezena na 24 hodin před výkonem. Zahrnuje fyzickou, anesteziologickou a psychickou přípravu. Před spaním jsou pacientovi podána hypnotika. Pacient musí být v den operace nalačno a provádí se prevence tromboembolické nemoci aplikací nízkomolekulárního heparinu. Důležitá je psychická příprava, která by měla vést k minimalizaci strachu a stresu z operace. Bezprostřední předoperační příprava je omezena na 2 hodiny před operací. Sestrou je provedena bandáž dolních končetin, holení operačního pole, které může být v závislosti na pracovišti provedeno již 24 hodin před operací. Pacient je poučen o sundání šperků a vyndání zubní protéz, v odůvodněných případech se podává antibiotická profylaxe dle ordinace lékaře a 30 minut před operací se aplikuje premedikace.



V závislosti na druhu operačního výkonu jsou prováděny i další intervence, například zavedení nasogastrické sondy, permanentního močového katétru, aplikace klyzma a další.

U akutních operací je nutné zvládnout přípravu pacienta pokud možno v co nejkratším čase. Pokud se nejedná o život ohrožující stav, interní předoperační vyšetření a anesteziologická příprava se přesouvá do bezprostřední přípravy (Valenta, 2007; Slezáková, 2010).

### **1.3.2 Zvládání strachu**

Nejen v předoperačním období se lze setkat u pacientů s různými projevy strachu. Strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky vznikající z pocitu ohrožení. Je to vlastně jedna z obranných forem organismu, jejíž podstatou je pud sebezáchovy. (Zachraová, 2007)

Na chirurgickém oddělení se vyskytují pacienti, kteří se chystají na „banální“ zákrok, který vyřeší jejich potíže, ale také pacienti, které po operaci čeká další, například onkologická léčba. Z toho vyplývají různé typy strachu. Pacient se obvykle bojí již samotného zákroku. Čím méně informací o něm má, tím větší strach to u něj vyvolává. Dále se lze u pacienta setkat se strachem z pooperační bolesti, strachem ze smrti a umírání a se strachem z dalšího léčení. Úkolem sestry a vůbec zdravotnického personálu je za použití vhodných prostředků a metod eliminovat strach a ovlivnit postoje, názory a prožívání pacienta. K základním postupům předoperační přípravy podle Gulášové (2012) patří psychologický přístup a farmakologická opatření. Psychologická péče je předpokladem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Poskytuje prostor k monitoraci a řešení jednotlivých problémů pacienta v různých oblastech jeho života.

Strach související s operací lze ovlivnit i použitím medikamentů. K tomuto účelu jsou využívána hypnosedativa, která jsou na jednotlivých pracovištích aplikována v různých modifikacích. Nejčastěji se používají dva postupy. Jednak podávání hypnosedativ večer

před operací k docílení uklidnění pacienta a navození spánku a jednak aplikací preparátů v rámci premedikace, které ovlivňují psychiku (Gulášová, 2012).

### **1.3.3 Pooperační péče**

Stejně jako předoperační příprava i pooperační péče se odvíjí podle charakteru operačního zákroku. Obvykle se stabilizovaný pacient vrací zpátky na oddělení, případně jednotku intenzivní péče, nebo anesteziologicko-resuscitační oddělení. Podle toho, kam je pacient umístěn, jsou prováděny ošetrovatelské intervence (Valenta, 2007). Vzhledem k názvu bakalářské práce bude pooperační péče zaměřena na pooperační péči o pacienta na standardním chirurgickém oddělení.

Pooperační péči lze rovněž rozdělit na bezprostřední, intermediární péči a časnou rekonvalescenci. Pacient je z operačního sálu přivezen již extubovaný a při vědomí buď na standardní nebo pooperační pokoj, případně na jednotku intenzivní péče. Nejčastěji je uložen v poloze na zádech se zvýšenou horní polovinou těla, pro usnadnění ventilace plic. Sestra v pravidelných intervalech sleduje fyziologické funkce (krevní tlak, vědomí, pulz, dech a tělesnou teplotu), operační ránu, funkčnost a odvody drénů, diurézu a v neposlední řadě vnímání bolesti pacientem. Intermediární péče zahrnuje další sledování fyziologických funkcí, ale v delších intervalech a sledování funkcí trávicího ústrojí. Samozřejmostí je udržování pacienta v čistotě. Nutností je včasná mobilizace, jako prevence vzniků komplikací. Pokud pacient nemůže chodit, je důležité zajistit pravidelné cvičení dolních končetin a dechovou rehabilitaci, obvykle ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem. Časná rekonvalescence je rovněž zaměřena na prevenci komplikací. Tato fáze již většinou probíhá v domácím ošetření (Slezáková, 2010).

### **1.3.4 Zvládání bolesti**

Na chirurgickém oddělení snad není pacient, který by bolest různé intenzity a charakteru neprožíval. Jednak může být důvodem, který ho do zdravotnického zařízení

přivedl, a jednak může být důsledkem operačního zákroku. „*Bolest je to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí.*“ (McCaffery, 1983). Podle této definice je nutné pacientovi věřit a taky si uvědomit, že každý vnímá a prožívá bolest jinak. Základní funkcí bolesti je ochrana těla před poškozením. Ukazuje na to, že se v těle nebo na těle něco děje a současně motivuje k odstranění bolestivého podnětu. Jedním ze základních úkolů zdravotníků je redukce bolesti (Nakonečný, 2011).

Na prožívání bolesti mají vliv různé faktory. Patří mezi ně faktory kulturní a etnické, psychické, věk a zkušenost, očekávání, charakter bolesti, její význam a lokalizace a mezilidské vztahy. K léčbě bolesti se v praxi nejčastěji využívají prostředky farmakologické, fyzioterapeutické, psychologické a chirurgické (Dušová, 2007).

Léčba bolesti vyžaduje spolupráci lékaře a sestry. Role sestry při poskytování úlevy od bolesti je nezastupitelná, a to nejen při aplikací analgetik naordinovaných lékařem. Bohužel ale nebývá prioritou v péči o potřeby pacienta. Například sestry s dlouholetou praxí mívají s poskytováním úlevy od bolesti problémy. Mají tendenci pacienta zaškatulkovat a nedávat mu možnost osobně a samostatně zhodnotit terapii. Často používají větu typu: To vás přece nemůže bolet a tím pak docílí, že se pacient obává sdělit své potíže. Měly by si ale uvědomit, že cílem ošetrovatelské péče je uspokojování potřeb pacienta, mezi které patří i potřeba nemít bolest. (Zacharová, 2007)

## 2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 2.1 Cíl práce

Cílem práce je odkrývání jevů vztahujících se k přítomnosti interaktivního chování sester a pacienta na chirurgickém oddělení.

#### Akademický cíl:

Zjistit, zda si sestry uvědomují interakci mezi pacienty a jimi.

Zjistit, jaké jsou nejčastější pozitivní interakce v péči o chirurgického pacienta.

Zjistit, jaké jsou nejčastější negativní interakce v péči o chirurgického pacienta.

Zjistit, zda pacienti hodnotí interaktivní chování sester na chirurgickém oddělení stejně jako pozorovatel.

#### Praktický cíl:

Získané poznatky mohou přispět k tvorbě vodítek, na jejichž základě si mohou sestry uvědomit chyby v komunikaci s pacientem a specifičnost interaktivního chování.

#### Osobní cíl:

O vliv vzájemného působení mezi zdravotnickým personálem a pacienty se zajímám hlouběji, a to především na svém pracovišti. Tímto způsobem bych se ráda dozvěděla co nejvíce o této problematice, abych se mohla vyvarovat chyb, kterých se dopouštíme v pracovní rutíně.

### 2.2 Výzkumné otázky

N základě cílů práce byly položeny následující výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jaké informace mají sestry o interaktivních procesech a způsobech komunikace v péči o pacienta na chirurgickém oddělení?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou nejčastější pozitivní interakce v péči o chirurgického pacienta?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou nejčastější negativní interakce v péči o chirurgického pacienta?

Výzkumná otázka 4: Jak pacient hodnotí interaktivní chování sester na chirurgickém oddělení?

## 3 METODIKA

### 3.1.1 Použité metody

Vzhledem k cílům práce byla ke zpracování tématu zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření rozdělena do tří fází. V první fázi zaměřené na zjištění vědomostí sester byla využita technika polostrukturovaného rozhovoru. Sestrám bylo položeno 8 otevřených otázek, které byly na základě získaných odpovědí rozšířeny o doplňující otázky. Tyto rozhovory byly realizovány v průběhu listopadu a prosince 2013 na oddělení hrudní chirurgie FN Plzeň. Všechny sestry byly před zahájením rozhovorů seznámeny s tématem a cíli práce. Rozhovory trvali od 15 do 45 minut a byly se souhlasem respondentek zaznamenány na audio zařízení a následně zpracovány přímou transkripcí do textové podoby v programu Microsoft Word. Získané informace byly dále zpracovány za pomoci metody otevřeného kódování, které vedlo ke vzniku celkem devíti kategorií.

V druhé fázi byla využita metoda zúčastněného skrytého pozorování zaměřené na hodnocení interaktivního chování sester v rámci provádění vybraných ošetrovatelských činností, a to příjem pacienta k operaci, převaz operační rány u pacienta a ranní hygiena a stlaní. Každá sestra byla pozorována při všech třech činnostech. Pacientů, kteří se pozorování zúčastnili, bylo celkem sedm a každý z nich se setkal se třemi pozorovanými sestrami při jedné ze tří činností. Pozorování bylo zaznamenáno do pozorovacího archu a následně pro větší přehlednost byli základní informace o interakci uspořádány do tabulek v programu Microsoft Excel a ostatní informace zpracovány v textové formě a následně doplněny o úryvky z rozhovorů s pacienty získaných ve třetí fázi výzkumného šetření.

Třetí fáze využívá techniku polostrukturovaného rozhovoru zaměřené na zjištění hodnocení interaktivního chování sester pacienty. Pacientům bylo položeno 15 otevřených otázek, které byly vytvořeny na základě pozorování, a následně rozšířených o několik doplňujících otázek. Výzkumné šetření bylo realizováno v měsících prosinec 2013 a leden 2014 rovněž s výzkumným šetřením realizovaným ve druhé fázi. Všichni

pacienti byli seznámení s tématem a cíli práce. Rozhovory trvaly od 45 do 90 minut a se souhlasem respondentů byly zaznamenány na audio zařízení. Po jejich ukončení byly všechny rozhovory přímou transkripcí převedeny do textové podoby v programu Microsoft Word a úryvky použity při porovnání pozorování s rozhovory.

Pro první dvě fáze výzkumu byl předem připraven seznam otázek pro sestry a pozorovací arch, které byly zároveň součástí žádosti o provedení výzkumného šetření.

### 3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen dvěma skupinami. V rámci první skupiny bylo osloveno 9 sester, pracujících v době výzkumu na oddělení hrudní chirurgie FN Plzeň. Výzkumného šetření se zúčastnilo 7 sester ve věku od 22 do 43 let, dvě sestry rozhovor a následné pozorování odmítly. Druhou skupinu prezentovalo celkem 7 pacientů hospitalizovaných v době výzkumu na tomto oddělení.

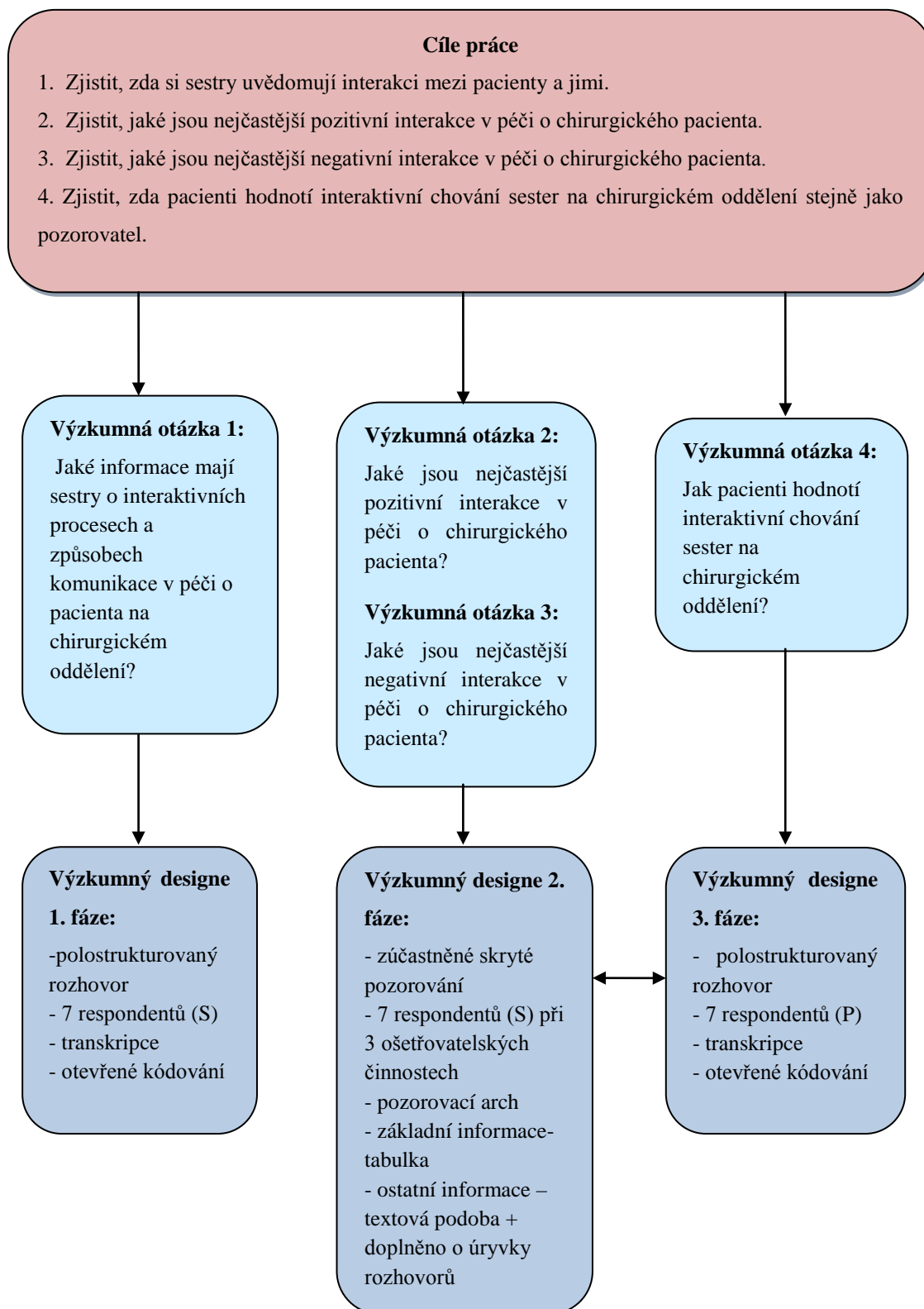
*Tab. 1: Identifikační údaje sester*

respondentka	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Věk	37	43	40	37	31	22	25
Vzdělání	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	VOŠ	SZŠ
Délka praxe	19	25	22	18	12	0,5	7

*Tab. 2: Identifikační údaje pacientů*

respondent	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Věk	56	48	48	65	45	72	53
Pohlaví	Muž	Žena	Žena	Muž	Žena	Žena	Žena
Diagnóza	Ca plic	Meta plic	Ca plic	Ca plic	Meta plic	Struma	Meta plic
Den hospitalizace	1., 3., 6.	1., 4	1., 3., 5.	1., 3., 4.	1., 4., 5.	1., 2., 3.	1., 3., 4.
Opakovaná hospitalizace	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano
Přijetí	Plánované	Plánované	Plánované	Plánované	Plánované	Plánované	Plánované

### 3.1.3 Schéma výzkumu



## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů na zjištění vědomostí sester

Metodou otevřeného kódování rozhovorů vznikly následující kategorie:

- Interakce z pohledu sester
- Interaktivní proces z pohledu sester
- Interaktivní proces v souvislosti s ošetrovatelskou péčí z pohledu sester
- Význam interaktivního procesu z pohledu sester
- Pozitivní interakce
- Negativní interakce
- Další vzdělávání
- Očekávání od semináře
- Sebehodnocení sester

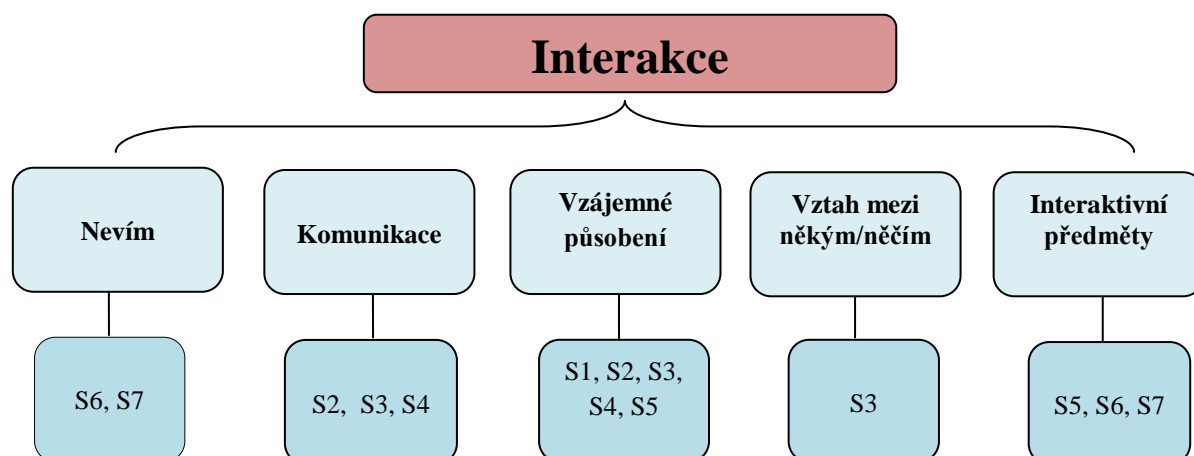
Všechny kategorie se opírají o úplné, nebo částečné ocitování odpovědí dotazovaných sester. Citace neobsahují všechny výroky, ale jsou uspořádány tak, aby zahrnovaly významné informace důležité pro danou kategorii.

#### 4.1.1 Kategorie interakce z pohledu sester

Tato kategorie vznikla propojením podkategorií – nevím, vzájemné působení, komunikace, vztah mezi někým a něčím a interaktivní předměty. Popisuje to, co sestry vědí nebo si představují pod pojmem interakce.



Schéma 1. Co si sestry představují pod pojmem interakce



**S1:** „Interakce je vzájemné působení mezi dvěma věcmi, lidmi, nebo já nevím.“

**S2:** „Tak je to asi nějaký druh komunikace svým způsobem. Interakce bude asi komunikace někoho s někým nebo mezi něčím. Možná takový nějaký druh neverbální komunikace. Vzájemné působení něčeho mezi něčím. Nějaké působení na lidi, při neverbální komunikaci.“

**S3:** „Interakce, vztah mezi někým, něčím. Jak působím na ostatní lidi, jak oni působí na mně.“

**S4:** „Interakce je vzájemné působení mezi dvěma lidmi a komunikace mezi nimi.“

**S5:** „To je něco společného. Víc věcí najednou, nebo dohromady. Třeba interaktivní hračky. Takže vlastně plní víc funkcí najednou. Nebo máš interakci i ve fyzice. Nějaké působení.“

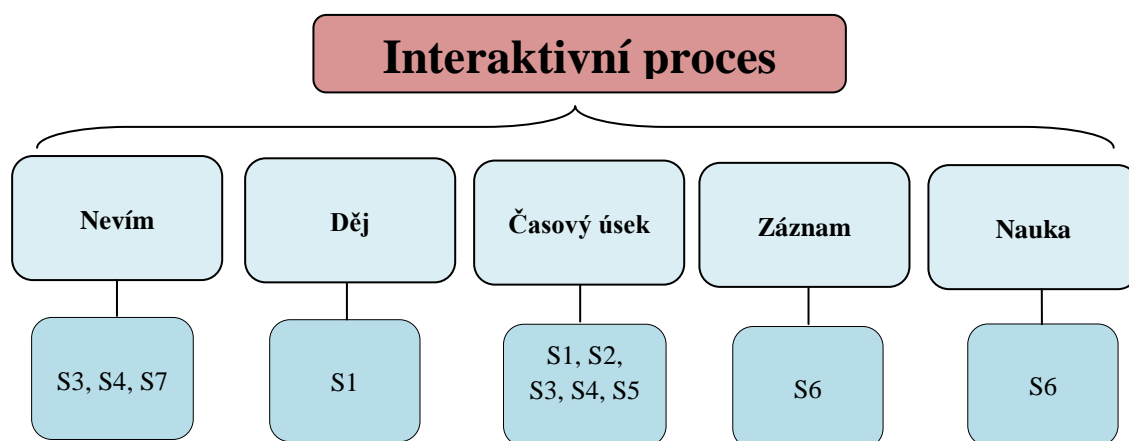
**S6:** „Interakce to nevím, to jsem asi nikdy neslyšela. ...myslíš interaktivní tabule? Nebo hračky, já nevím. A znamená to, že něco naučí? Třeba tam je namalované zvířátko, to zmačkneš a ono ti to udělá nějaký zvuk. Ale už nevím v jaké souvislosti je tam ta interakce.“

**S7:** „To nevím. ...Jo, slyšela jsem to slovo, ale vůbec si nevzpomínám v jaké souvislosti. Jo, slyšela jsem o interaktivních hračkách. To jako že jsou hodně podobné živým věcem.“

#### 4.1.2 Kategorie interaktivní proces z pohledu sestry

Kategorie interaktivní proces z pohledu sestry určuje, jaké vědomosti, případně představy mají sestry o interaktivním procesu. Vznikla propojením podkategorií nevím, děj, časový úsek, nauka a záznam.

Schéma 2. Co si sestry představují pod pojmem interaktivní proces



**S1:** „Proces je nějaký děj. Vzájemné působení dvou nebo více lidí, které probíhá v delším časovém intervalu.“

**S2:** „Interaktivní proces si představuji jako komunikační proces. To je to, jak někdo s někým komunikuje... Když je to proces, tak to má nějaký určitý úsek.“

**S3:** „Pod interaktivním procesem si nepředstavím nic. Možná akorát to, že to probíhá nějakou delší dobu. Když to trvá nějakou delší dobu, tak to asi bude při nějaké činnosti. Nevím.“

**S4:** „Proces znamená, že to trvá delší dobu. Ale co znamená interaktivní proces, to nevím.“

**S5:** „Interaktivní proces znamená, že dvě věci jdou vzájemně nějakou dobu.“

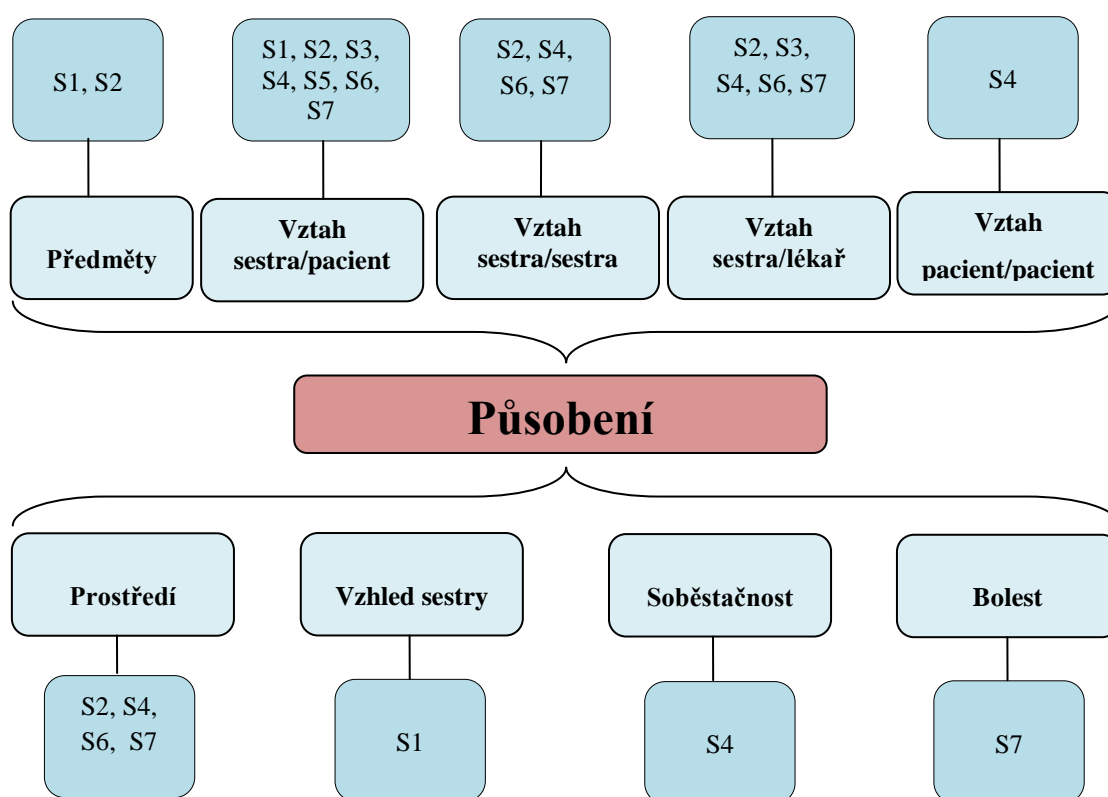
**S6:** „Že by to byla nějaká nauka. Jako něco někoho naučit? A když je to proces, tak udělat o tom nějaký záznam? Počkej, já to asi slyšela na sociologii, ale už nevím, co to bylo.“

**S7:** „To jako nevím.“

### 4.1.3 Kategorie interaktivní proces v souvislosti s ošetrovatelskou péčí

Kategorie interaktivní proces v souvislosti s ošetrovatelskou péčí popisuje, co všechno dle sester působí na pacienta v průběhu hospitalizace. Zahrnuje podkategorie předměty, vztahy sestra/pacient, sestra/sestra, sestra/lékař, pacient/pacient, prostředí, vzhled sestry, soběstačnost a bolest.

Schéma 3. Co si sestry představují pod pojmem interaktivní proces v souvislosti s ošetrovatelskou péčí



**S1:** „Vzájemné působení dvou nebo více lidí, které probíhá v delším časovém intervalu...když třeba dáme člověku monitor, tak ho to třeba zneklidňuje tím, že ho pořád sleduje a hlídá se. Nebo nějaká sestra, která má třeba pearsing nebo tetování, a je to člověk, který je třeba konzervativní a už se mu to nelíbí, tak ta sestra už i tím na něj působí ještě dřív, než se stačí projevit a on si vždy najde něco, co mu na ní vadí.“

**S2:** „Tak vzhledem k naší práci, to bude vzájemné působení a komunikace sestra/pacient, pak třeba sestra/sestra, sestra/lékař a samozřejmě na opačnou stranu a tak. ...působit může prostředí, buď kladně, že se jim tady líbí, nebo negativně, že je to buď odpuzuje a nelíbí se jim tady. Když už sem přijdou a řeknou: „ Jéžíš, tady je to hrozný!“ Pomůcky je třeba můžou vystrašit. Třeba monitor.“

**S3:** „Asi to jak pacient působí na sestru... nebo ty můžeš na toho pacienta působit. Někdy líp, někdy hůř. Samozřejmě může na něj působit jakýkoli personál, nebo vůbec jakýkoli člověk. Ve finále i rodina, když přijde, že jo. V tu chvíli začnou být pacienti ukiňkanější a ukinkanější.“

**S4:** „Sestra nějakým způsobem působí na pacienta a pacient na sestru. A nejen to, ale i sestra působí na jinou sestru, nebo lékaře a tak. Určitě působí i prostředí, pokoj, na kterém leží, spolupacienti, a také zaleží jak moc je soběstačný. Když bude na pokoji se zmateným pacientem, určitě se to objeví na jeho psychickém stavu, každý reaguje jinak, někdo je podrážděný až zlostný na dotyčného, někdo s nim soucítí a je spíš depresivní. K té soběstačnosti, pokud bude úplně odkázaný na sestru, třeba co se hygieny týče, tak určitě mu to příjemné nebude a může se uzavírat do sebe...“

**S5:** „To je to, jak reagují lidi na určité věci. Třeba na bolesti.“

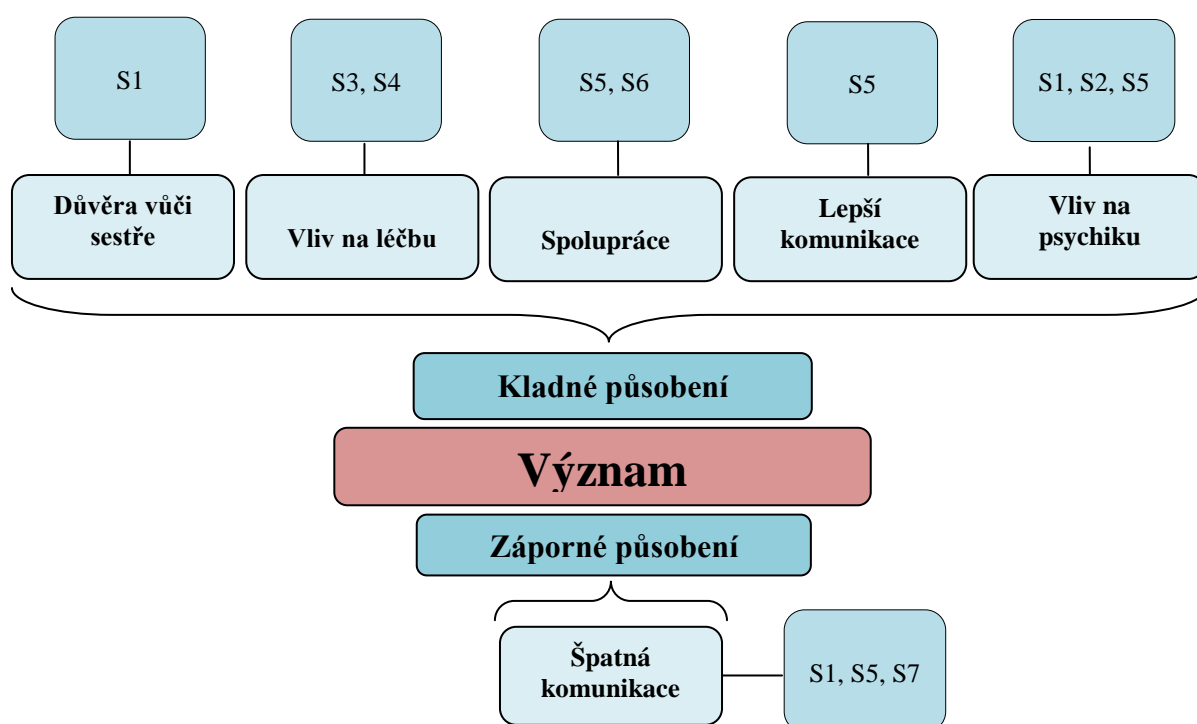
**S6:** „Nějaké působení mezi pacientem a sestrou třeba, mezi personálem navzájem. Nebo prostředí může působit. Buď negativně nebo pozitivně. Negativně třeba, když pacient bude mít doma malé děti, tak bude mít starosti s tím, kdo se o ně postará. Nebo když bude dlouho v nemocnici, tak může mít starosti o zaměstnání.“

**S7:** „Budu dělat nějaký výkon, tak to bude to, jak to budu dělat, jak se já k němu budu chovat, jak na něj působím já a on na mne, pokud to chápu dobře. Já si myslím, že interakce může být úplně všude. Jo přijdu do práce a působí na mne úplně všechno. Prostředí, pacienti, doktoři, práce, jakou budu dělat během dne... s doktorem budu muset komunikovat nějakým způsobem. Třeba je to špatně, ale myslím si, že třeba on mě našťve, bude mi říkat, co mám udělat, mně se to nebudu líbit. Jak už jsem říkala, to, jak se k němu budu chovat, tak to všechno ovlivní.“

#### 4.1.4 Kategorie význam interaktivního procesu z pohledu sester

Tato kategorie charakterizuje, jaký význam má podle sester interaktivní proces. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry rozlišují význam kladného a záporného působení. Kladné působení je charakterizováno důvěrou vůči sestře, vlivem na léčbu, spoluprací, vlivem na psychiku pacienta a lepší komunikací. Záporné působení je rozděleno do podkapitol špatná komunikace,

Schéma 4. Význam interaktivního procesu z pohledu sester



**S1:** „Možná ovlivňuje důvěru pacienta. Pacient pak sestře víc důvěřuje...možná taky psychická podpora. Když na něj budu ošklivá, nepříjemná a budu na něj zvyšovat hlas, tak on se uzavře do sebe a se mnou nebude chtít nic řešit a raději bude komunikovat s druhou sestrou, která je na směně, nebo já nevím. Prostě se mnou odmítne komunikovat.“

**S2:** „Určitě to má vliv na jeho psychiku to vzájemné působení. Jak na něj působím já třeba, tak to má vliv na jeho psychiku, buď kladné, nebo naopak negativní.“

**S3:** „Myslím si, že když se člověk bude cítit dobře, tak to bude mít vliv i na jeho léčbu. Bude mít menší bolesti, nebo bude líp prožívat vyšetření, když mu to bude dobře vysvětleno všechno. Bude v klidu, nebude na něj působit takový stres. Pak to všechno lépe zvládne.“

**S4:** „... když bude sestra působit na pacienta kladně, tak se pacient bude lépe cítit, líp se zapojí do léčebného procesu.“

**S5:** „No záleží na tom, jak se k sobě chováme. I na přístupu k pacientovi. Podle toho, jak k němu budu přistupovat, tak on se na to bude tvářit. Když se budu tvářit ošklivě, tak třeba se mnou nebude chtít mluvit. Když budu sympatická, tak on se mnou bude líp komunikovat a spolupracovat.“

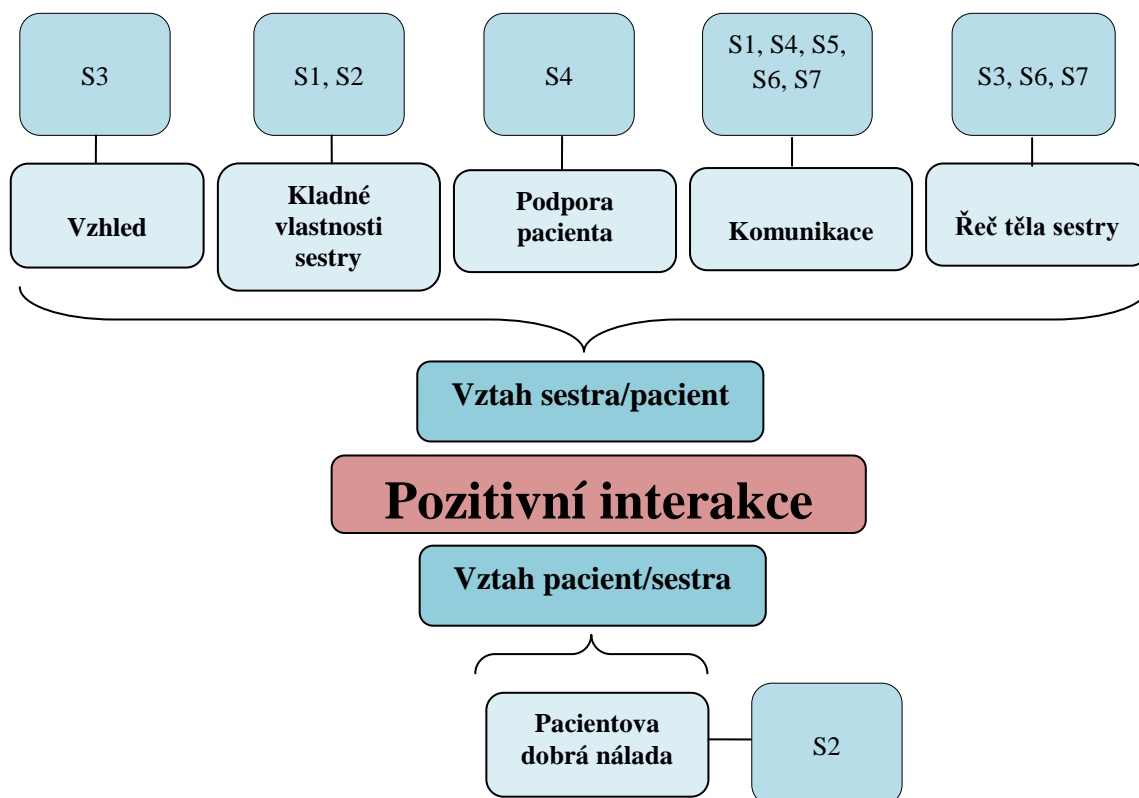
**S6:** „Ti lidé nám důvěřují a spoléhají se na to, že brzy půjdou domů. Mají strach z operace, z bolesti. Když je budeme povzbuzovat, nebudou mít takový strach. Taky, když na něj budu nepříjemná, tak to ovlivní jeho spolupráci se mnou.“

**S7:** „Myslím si, že hodně to visí na pacientovi a jeho postavení k nemoci. Ted' je otázka, zda my jako personál můžeme něco změnit. Negativní význam může mít špatná komunikace. Komunikace s problémovými pacienty.“

#### **4.1.5 Kategorie pozitivní interakce**

Tato kategorie zahrnuje vědomosti a představy sester o pozitivních interakcích, kterých se dopouštíme v péči o pacienta. Kategorie pozitivní interakce je rozdělena do dvou podkategorií na pozitivní interakce, které ovlivňují vztah sestra/pacient, přičemž sestra je ten, kdo působí na toho druhého a na pozitivní interakce, ovlivňující vztah pacient/sestra, kdy pacient působí na sestru. Podkategorie ovlivňující vztah sestra/pacient zahrnuje vzhled, kladné vlastnosti sestry, podporu pacienta, komunikaci a řeč těla sestry. Do podkategorie pacient/sestra patří dobrá nálada pacienta.

Schéma 5. Pozitivní interakce



**S1:** „Nezvyšujeme na něj hlas, že mu vysvětlíme, co jdeme dělat, co mu podáváme za léky. Neodsekáváme mu. Chováme se k němu empaticky, vyslechneme ho.“

**S2:** „Že jsme milý, lidský, přístupný, tak to na ně může působit dobře. Taky na druhou stranu, zpětná vazba, když ten pacient je dobře naladěný a není to žádný morous, tak působí dobře na mě.“

**S3:** „Stačí úsměv ne? Nebo pozitivní vzhled. Řeč těla. Ani nemusíš mluvit, abys působila pozitivně.“

**S4:** „Že ho podpoříme, řekneme mu, že všechno už půjde líp, když je po operaci, a tak.“

**S5:** „Promluvíme s pacientem, když má nějaký problém, správná komunikace.“

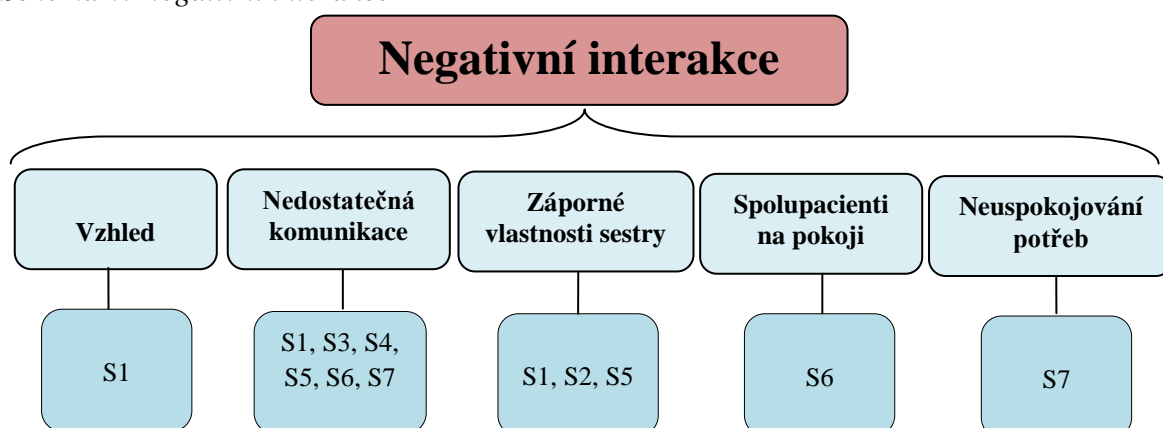
**S6:** „My jsme v nemocnici pro pacienty. Měli bychom se k nim chovat vlídně a mile. Když se takhle budeme chovat k pacientům, tak to zároveň bude na ně pozitivně působit. A naopak. Když jdou na nějaký výkon, tak jim to musíme vysvětlit, aby neměli takový strach. Říkat jim, jak to bude probíhat. Taky na ně působí to, jak se tváříme, jestli se mračíme nebo ne.“

**S7:** „...si s nimi povídáme, že je vnímáme nebo se o to minimálně snažíme. Dobrá komunikace, promluvit si s ním o nemoci, nebo o tom, co se mu právě stalo. Ulehčit mu ten pobyt tady nějakým způsobem.“

#### 4.1.6 Kategorie negativní interakce

Tato kategorie zahrnuje vědomosti a představy sester o negativních interakcích, kterých se dopouštíte v péči o pacienta. Vznikla propojením podkategorií vzhled sestry, nedostatečná komunikace, záporné vlastnosti sestry, spolupacienti na pokoji a neuspokojování potřeb.

Schéma 6. Negativní interakce



**S1:** „...sestra, která má třeba pearsing nebo tetování, a je to člověk, který je třeba konzervativní a už se mu to nelíbí, tak ta sestra už i tím na něj působí ještě dřív, než se stačí projevít, a on si vždy najde něco, co mu na ní vadí. Odsekne mu, řekne mu, že nemáme čas, okřikne ho, nebo mu neodpovídáme, když se na něco ptá. Že na něj zvýšíme hlas. Přijdeme na pokoj, uděláme něco a zase beze slova odejdeme“

**S2:** „ tak ono to vyplývá už z toho, co jsem říkala. Když je člověk unavený a nevrlý, tak interakce nemůže být kladná, pozitivní. Takže to nejspíš vyplývá z vlastností sestry. Těch záporných samozřejmě.“

**S3:** „Přijdeme tři na pokoj a každá u něj začneme dělat něco jiného. Když něco tomu člověku vysvětluješ a nedíváš se mu do očí. Nebo rovnou děláš, aniž bys mu to



vysvětlila. Nejlépe u někoho něco děláš, odpovídáš druhému člověku, který leží vedle. Místo toho, aby ses u jeho postele zastavila, počkala a vysvětlila.“

**S4:** „Mluvíme na pacienta a už jsme na odchodu z pokoje. Když mi sáhodlouze vysvětluje, že mu ty potíže začaly před dvěma lety, tak mu skáču do řeči a snažím se ho usměrnit na to, co je teď“

**S5:** „Tak všechny víme, co bychom neměly dělat. Že nejsem příjemná, že mu budu odsekávat, když se na něco bude ptát.“

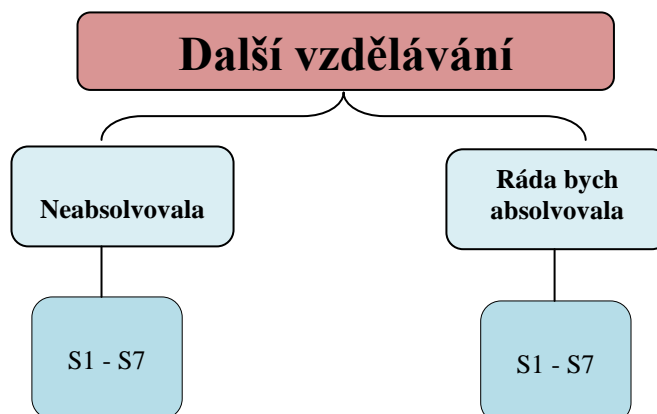
**S6:** „Když přijdu a budu brumlat něco pro sebe, nebo naopak řvát na celý pokoj, tak si řeknou, že to je asi něco špatně. Taky to může ovlivnit počet pacientů na pokoji. Když budou oni něco mezi sebou mít, tak to bude negativní. Nebo když budu zlá na jednoho, tak to budou vnímat všichni.“

**S7:** „Třeba, že mu odsekáváme, že s ním nebudeme mluvit. Jen něco uděláme a hned odejdeme, že nebudeme uspokojovat jeho potřeby... ne vždy se k nim chováme tak jak bychom měli, máme spoustu práce, a na tohle není čas...“

#### 4.1.7 Kategorie další vzdělávání

Tato kategorie vznikla na základě podkapitol neabsolvovala a ráda bych absolvovala.

Schéma 7. Další vzdělávání



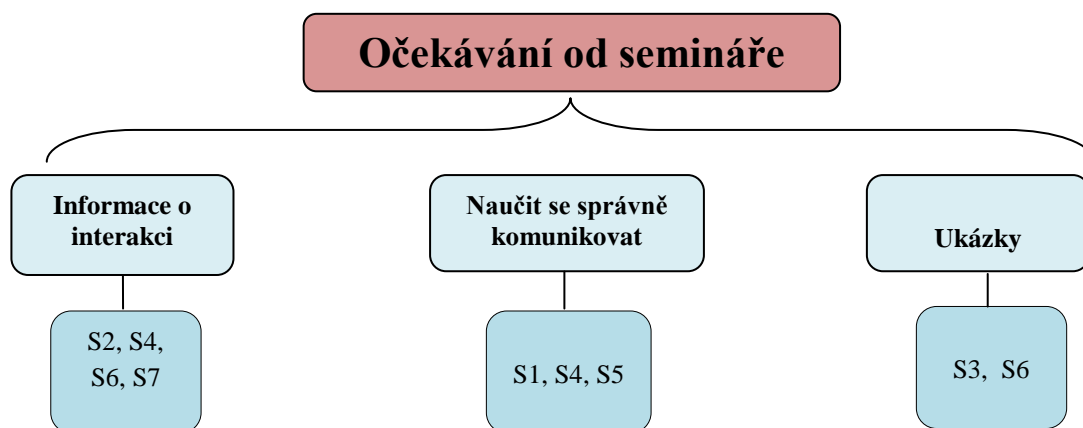
**S2/42,44:** „Asi by to bylo zajímavé, takže asi jo. Myslím si, že bychom to asi potřebovali všichni.“

**S4/29:** „Určitě. Takový seminář se Šlechtovou by mohl být velice zajímavý.“

#### 4.1.8 Kategorie očekávání od semináře

Kategorie očekávání od semináře charakterizuje, co sestry od případného semináře očekávají. Obsahuje podkategorie informace o interakci, naučit se správně komunikovat a ukázky.

Schéma 8. Očekávání od semináře



**S1:** „Že mi to pomůže naučit se správně komunikovat s pacientem a třeba taky zjistit to, co bych měla vynechat při komunikaci s pacientem.“

**S2:** „Tak asi o tom nic nevím, takže bych se ráda něco dověděla. Aby nám někdo poradil, třeba jak kolikrát zacházet s lidmi. Ono to asi souvisí hodně s psychologií. Tohle je asi vyloženě takové cílené, ta interakce. Sice jsem o tom doteďka vůbec nic nevěděla, až když ses tím začala zabývat ty, ale myslím si, že by to bylo pro naši profesi, pro náš obor docela přínosné.“

**S3:** „Aby si člověk uvědomil, kdyby to bylo třeba formou scének, že takhle jsem se třeba nikdy nechovala, nebo naopak. A pak si řeknu. Á, do prkvančic, takhle jsem se taky někdy chovala a asi to není úplně ideální. Nebo kdybychom si zkusily tady někdy lehnout a ležet nějakou dobu, tak bychom to taky viděly z jiné stránky.“

**S4** „asi bych chtěla nejdřív vědět, co to je ta interakce, co ji může ovlivňovat. Pak třeba něco o tom, jak komunikovat a tak.“

**S5:** „Ke každému má člověk jiný přístup, chtěla bych se dovědět, jak pozitivně ovlivnit můj přístup. Seminář o osobnostech a o tom, jak ke komu přistupovat.“

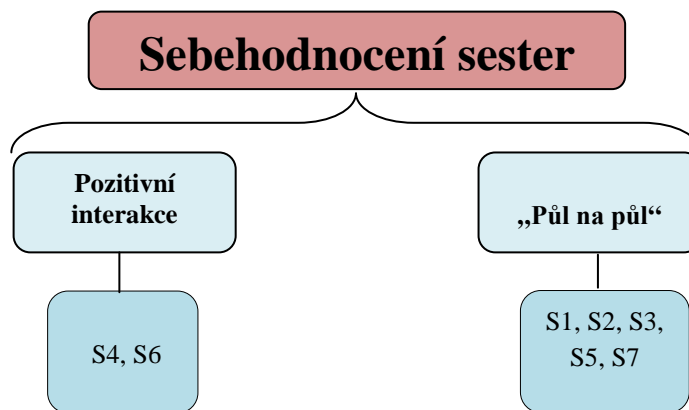
**S6:** „Očekávala bych větší zkušenost, poučení. Kdyby to třeba byla přednáška a na závěr nějaké ukázky jak by to mělo vypadat v praxi“

**S7:** „Chtěla bych asi vědět, jak se chovat k pacientovi. ...mně takové věci zajímají. Jako třeba psychologie. Jo, šla bych na to, proč ne. Vždyť o tom nic nevím. To jestli se máme chovat tak nebo tak, to všechny víme, ale kdybychom to viděli, kde děláme konkrétní chyby, tak si to víc uvědomíme. Takže by mi nevadilo, jít na takový seminář.“

#### 4.1.9 Kategorie sebehodnocení sester

Tato kategorie vznikla spojením podkategorií pozitivní interakce a půl na půl. Zahrnuje pohledy sester na svoje chování vůči pacientům.

Schéma 9. Sebehodnocení sester



**S1:** „Vyslechnu pacienta, respektuji jeho požadavky, dbám na intimitu při vyprazdňování, hygieně, naslouchám mu a snažím se ho pochopit, usmívám se na něj. Když není tolik práce, tak se pacientovi snažím vyjit vstříc, popovídat si s ním, rozebrat konkrétní problém... Taky samozřejmě záleží, jak moc o to stojí. Někdo je komunikativnější, někdo uzavřený do sebe. Některý je zase podrážděný, tak ho i okřiknu

nebo na něj zvednu hlas. Když je hodně práce, tak na něj houknu něco od dveří a zase běžím dál.“

**S2:** „No neměla bych to říkat, jsme profesionálové, ale taky záleží hodně na mé náladě. Když jsi unavená, jsi tady tři dni po sobě v práci, tak milá a příjemná nejsem, protože toho mám na hrbu hrozně. Ale zase, když přijdu po třech dnech volna nebo po dovolené, tak jsem určitě interaktivnější pro ty lidi, než třeba jindy. Myslím si, že nejsem já vyloženě náladová, ale spíš je to v souvislosti s tím přepracováním a s tou únavou a zase naopak s odpočinkem a tak.. Snažím se, aby převládaly ty pozitivní samozřejmě. Ale myslím, že je to spíš půl na půl“

**S3:** „Ale myslím, že já většinou působím pozitivně. Ale uvědomuji si i negativní interakci. Ale většinou si ji uvědomím, až když už nejsem u toho pacienta.“

**S4:** „Myslím si, že se k pacientům nechovám špatně a taky se mi hodněkrát stalo, že mi pacienti řekli, že se na mě těší. Takže na ně působím dobře.“

**S5:** „Promluvím s pacientem, když má nějaký problém... ale, když je pacient hrubý na mě, tak nemůže očekávat, že budu na něj milá.“

**S6:** „Já osobně si myslím, že se chovám pozitivně. Už se mi hodněkrát stalo, že mi pacienti řekli, že jsem milá a příjemná. A žádný neřekl, že bych byla nepříjemná.“

**S7:** „No ráda bych řekla, že se dopouštím pozitivních, ale ono záleží hodně na mé náladě. Jsou i negativní určitě. Taky odseknu, neříkám., ale snažím se to těm lidem tady usnadnit. Taky bych sama nešla na mísu, tak proč bych je nevzala na záchod. V tom chování k nim se snažím hodně usmívat, hodit nějaký vtip, aby se usmáli. Splnit aspoň to základní, když to jde, no někdy bych chtěla změnit i to svoje chování. Někdy mě to mrzí, když mu odseknu, ale to je i tím, že když mu řeknu, chvíličku vydržte a on pořád tlačí a tlačí a už je nepříjemný a člověk má jinou práci, která je důležitější, tak to prostě nejde. Snažím se to uvědomit si a dřív než to udělám, tak se nad tím zamyslet. Ale ne vždy to jde.“

## 4.2 Výsledky pozorování interakce mezi sestrou a pacientem a následné porovnání s rozhovorem s pacientem

### 4.2.1 Interakce mezi sestrou 1a pacienty 1, 3, 4

Tab. 3: Základní informace o interakci mezi S1 a P1, P3, P4

	P1	P3	P4
Činnost, kterou vykonává sestra	Příjem pacienta k operaci + odběr krve	Převaz	Stlaní + ranní hygiena
Kde dochází k interakci	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
Počet přítomných osob	2 pacienti, S1 a pozorovatel	2 pacienti, S1 a pozorovatel	3 pacienti, S1, žákyně, sanitář a pozorovatel
Rušivé elementy	Televize, současný příjem jiného pacienta	Hrudní sání, příjem jiného pacienta	Hrudní sání, přítomnost dalšího personálu
Délka interakce	10´	10´	5´
Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost	3.	1.	5.
Počet služeb v řadě	1.	2.	2.

#### Interakce ve vztahu sestra 1 - pacient 1.

Při pozorování byly zjištěny tyto pozitivní interakce ze strany sestry: Při vstupu do pokoje sestra pozdravila, oslovila pacienta pane + příjmení, při oslovení a při odchodu z pokoje navázala oční kontakt, mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas, při vstupu do pokoje se usmívala – nejspíš to byla reakce na rozhovor s kolegyní. Pacient v rozhovoru uvedl: **P1:** „*velice pozitivně na mě působí, když se někdo usmívá.*“

Mezi negativní interakce, kterých se sestra 1 dopustila, lze zařadit: prudké otevření dveří při vstupu do pokoje, k pacientovi přistupovala bokem, něco zakřičela na sestru, která byla na chodbě. Nechala otevřené dveře, které následně bouchnutím zavřel průvan. **P1:** „*Když se otevřely dveře, tak jsem se docela lekl, ne ty sestřičky, ona se mi docela líbila, ale toho bouchnutí a pak i toho druhého, když se dveře zavřely.*“ Při vstupu do pokoje neklepala. **P1:** „*Klepání na dveře jsem si nevšiml.*“ Bez jakéhokoli

verbálního projevu položila vedle pacienta pomůcky k odběru krve. Její chování bylo lhostejné a netrpělivé. Jednou větou shrnula, co bude dělat a co chce, aby dělal pacient. Při čekání na odpověď na položenou otázku se dívala z okna, bokem se opírala o postel, hrála si s tužkou a odpovídala na otázku položenou druhou sestrou jinému pacientovi. **P1:** „*měl jsem pocit, že sestřičku až tolik nezajímá, co jí říkám, když se koukala z okna. Ale nejspíš to je tím, že tady máte hodně práce a už přemýšlela nad tím, co bude dělat za chvíli...možná byla trochu netrpělivá, ale to si nejsem jist*“ Při odebrání anamnézy pouze otázka/odpověď. Sice se zeptala, zda má pacient dotazy, ale už při pokládání otázky byla na odchodu z pokoje.

Při příchodu sestry pacient seděl na posteli, ruce v klíně. Odpověděl na pozdrav, na nic se nedotazoval, pouze odpovídal na dotazy sestry. Když se sestra dívala z okna, pacient s odpovědí váhal. Říkal, že dotazy nemá, ale po jejím odchodu, se ptal pozorovatele na informace ohledně hospitalizace a operace. **P1:** „*Jo, sestřička je sympatická, ale myslím, že má hodně práce, tak jsem ji nechtěl obtěžovat otázkami.*“

Negativní situace se snažil omluvit zaneprázdněností sestry. **P1:** „*Chápu, že máte hodně práce, a když mi vlastně ještě celkem nic není, nechci obtěžovat. Řekl bych taky, že sestřička byla příjemná, i když jsem měl chvíli pocit, že mě neposlouchá.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 1 – pacientka 3.**

Sestra se ve vztahu k pacientce dopustila těchto pozitivních interakcí: oslovila pacientku paní + příjmení, vysvětlila jí, co bude dělat a co očekává od ní. Při sdělování informací navázala oční kontakt, mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas. Sestra se chovala mile, usmívala se na pacientku. Opatrně sundala stávající náplast. Během převazu s pacientkou neustále komunikuje. V následném rozhovoru **P3** uvedla: „*sestřička sice vypadá pěkně od rány, ale byla velice příjemná... i když to nebyl můj první převaz, jsem ráda, že mi řekla, co bude dělat. Trochu jsem se bála, že mi strhne náplast, jako se mi to už jednou stalo s jinou sestřičkou, ale bylo to v pohodě a vůbec to nebolelo...*“

K negativním interakcím lze zařadit hlasité bouchnutí dveřmi, které pacientka podle svých slov vůbec nezaregistrovala a neklepání na dveře před vstupem do pokoje: **P3:** „*u*

*hlavy mi hučí ty lahve (hrudní sání), takže nějaké bouchnutí mi vůbec nevadí.“ A nezachováání intimity pacientky i přesto, že v pokoji je závěs. P3: „samozřejmě není to nějak příjemné se odhalovat před cizími lidmi, ale jsme tady samé ženské, tak to není taková tragédie. A sestřička dělá převazy hodně rychle, tak mi to až tak nepřišlo. Pak mě hodně překvapilo, když včera jiná sestřička zatahla závěs.“*

Při rozhovoru na otázku, zda ji něco na sestře pozitivně nebo negativně zaujalo a jestli to mělo vliv na její vztah k sestře P3 uvedla: *„všimla jsem si, že má pearcing, ale to mi nevadí. Lidí si přeci můžou nosit, co chtějí... no většinou teda na mě takový člověk nepůsobí důvěryhodně, ale sestřička byla velice milá a nemám pocit, že bych jí neměla důvěřovat.“*

#### **Interakce ve vztahu sestra 1 - pacient 4.**

Pozitivní interakce: Sestra při vstupu do pokoje pozdravila, usmívala se. Šla rovnou k pacientovi 4, informovala ho o hygieně a o stlání, pomohla mu sednout si k umyvadlu. Mluvila na něj srozumitelně a pomocí gest dokreslovala všechny informace ohledně hygieny. P4: *„bylo to od ní hezké, že mi šla pomoci. Přece jen vstávat s tolika hadicemi není úplně jednoduché...“*

Negativní interakce: Pacienta nijak neoslovila, ale pacient si toho podle svých slov vůbec nevšiml. P4: *„po ránu vás je tady strašně moc. Sestra ke mně přišla, ale vůbec nevím, jestli mně nějak oslovila nebo ne.“* Bez upozornění nebo podání jakéhokoli vysvětlení, pacientovi odpojila infuzi, co na pacienta nepůsobilo negativně. P4: *„to bylo nějaké rychlé, jsem si toho vůbec nevšiml.“* Chovala se netrpělivě a zároveň mluvila na pacienta na vedlejší posteli. Jakmile mu ustlala postel, chtěla ho hned doprovodit zpět do postele i přesto, že pacient ještě nebyl umyt. Nakonec ho nechala ještě sedět a dle pacienta se pak vrátila, aby mu pomohla zpátky do postele. Při rozhovoru pacient uvedl: *„mám pocit, že byla trpělivá, akorát si asi nevšimla, že jsem se ještě neumyl. Ale myslím, že mě nechtěla honit, vždyť mě tady pak nechala a hned, jak asi udělala jinou práci, tak se ke mně vrátila...a to, že mluví i na jiného pacienta mi taky nijak nevadí. Možná, kdybych chtěl nějaké informace a přitom, jak by mi je říkala, tak říkala ještě něco jiného tomu vedle, tak by mi to asi vadilo“*

Sestra pacientovi nezajistila intimitu při hygieně. Dokonce zůstaly otevřeny dveře, ale to nebylo zapříčiněno pozorovanou sestrou. **P4:** „*No, to víte, že to není příjemné, když se máte mýt před dalšími lidmi, ale tím, že to jinak asi nejde, tak co nadělám, umýt se musím...*“

Při rozhovoru na otázku zda ho něco na sestře zaujalo, uvedl: „*všiml jsem si, že má náušnici na bradě. To víte, v mé generaci to nebylo, ale nevadí mi, že ji má.*“ Na dotaz, jestli její vzhled měl vliv na komunikaci s ní, uvedl: „*myslím, že ne, nechci hodnotit lidi podle vzhledu, i když někdy si člověk udělá obrázek z prvního dojmu a myslí si o lidech svoje.*“

#### 4.2.2 Interakce mezi sestrou 2 a pacienty 4, 5, 7

Tab. 4: Základní informace o interakci mezi S2 a P4, P5, P7

	P4	P5	P7
<b>Činnost, kterou vykonává sestra</b>	Příjem pacienta k operaci + zavedení i.v. kanyly	Stlaní + ranní hygiena	Převaz
<b>Kde dochází k interakci</b>	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
<b>Počet přítomných osob</b>	1 pacient, S2 a pozorovatel	2 pacienti, S2 a pozorovatel, sanitář	2 pacienti, S1 a pozorovatel
<b>Rušivé elementy</b>	Stlaní postele po propuštění jiného pacienta	Hrudní sání, ranní hygiena u jiného pacienta	Hrudní sání, příjem jiného pacienta
<b>Délka interakce</b>	10´	5´	10´
<b>Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost</b>	1.	3.	4.
<b>Počet služeb v řadě</b>	1.	3.	1.

#### Interakce ve vztahu sestra 2 – pacient 4

Při pozorování byly zjištěny tyto pozitivní interakce ze strany sestry: Sestra 2 se s pacientem 4 setkala na oddělení jako první, kdy ho pozdravila. Tudíž při vstupu do



pokoje opět nezdravila. Pacienta oslovila pane + příjmení. Šla přímo k němu a opakovaně s ním navázala oční kontakt. Jednou se na něj usmála. Informovala ho, co bude následovat a rovněž mu řekla informace o plánovaném operačním zákroku. Mluvila srozumitelně, na otázky odpovídala trpělivě. Pacient 4 uvedl: „*Když jsem sem přišel, tak šla proti mně a usmívala se na mě, jsem rád, že mě taky seznámila se vším, co potřebuju vědět... byla milá a trpělivá, měl jsem pocit, že se zajímá o to, co jí říkám*“

Před zavedením i.v. kanyly pacienta opět informovala, co bude dělat. Výkon proběhl rychle. Po zavedení se na pacienta usmála a zeptala se, jestli má ještě nějaké další otázky. Čekala na jeho odpověď. Věnovala se pouze přijímanému pacientovi.

Za negativní interakce lze považovat pouze, že sestra při vstupu do pokoje neklepe. Ale pacient to nepovažoval za nic negativního. „*víte, že ani nevím, jestli zaklepala. Přemýšlím nad tím, co mě zítra čeká, tak fakt nevím... a to že neklepete, mi asi nevadí.*“

Na otázku, zda ho něco na sestře pozitivně nebo negativně zaujalo a jestli to mělo vliv na jeho chování k ní, **P4** uvedl: „*všiml jsem si, že se usmívá, a to mi úplně stačilo, jinak nevím. Jsem byl taky drobet nervózní, tak fakt nevím.*“

## **Interakce ve vztahu sestra 2 – pacientka 5**

V průběhu interakce ve vztahu sestra 2 - pacientka 5 byli zjištěny tyto pozitivní interakce: při vstupu do pokoje pacientky pozdravila. Šla rovnou k pacientce 5, oslovila jí paní + příjmení a navázala s ní oční kontakt. Řekla jí, co bude následovat, po předchozím upozornění pacientce odpojila infuzi a analgetika. Pomohla jí sednout si k umyvadlu. Mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas. V rozhovoru **P5** uvedla: „*jsem ráda, že jsem vždy předem seznámená s tím, co se bude dít... nemyslím, že by se chovala nějak špatně, myslím, že na mě působila celkem sympaticky...*“

Mezi negativní interakce lze zařadit: při vstupu do pokoje neklepala, bez jakéhokoli varování rozsvítila světlo. Ještě než pacientce řekla, co bude následovat po odpojení infuze, z ní sundávala deku. **P5**: „*jo, na rozsvícení bez upozornění jsem si už zvykla, nebylo to prvně...*“ Neusmívala se. Při příchodu sestry pacientka ležela. Sestra působila netrpělivě. Nezajistila pacientce intimitu i přesto, že by šlo použít závěs. **P5**: „*neríkám,*

*že by mi to bylo příjemné, ale vidíte, ani mě nenapadlo, že by šlo nějak zabránit tomu, abych se musela svléknout před ostatními. S těmi hadicemi (hrudní drény) to ani jinak nejde ne.“* Když pacientka prováděla hygienu, sestra beze slova ustlala postel a již s pacientkou nijak nekomunikovala. **P5:** *„určitě nebyla netrpělivá ani nepříjemná, ale po ránu máte přeci hodně práce, tak se není co divit, že to chcete mít rychle hotový a nebudete se přeci vybavovat s každým... ale nejvíc mi vadí, když vás je tady hned hodně, to pak nevím, na co mám dřív dávat pozor...“*

### **Interakce ve vztahu sestra 2 – pacientka 7**

Při převazu byly zjištěny tyto pozitivní interakce ze strany sestry: při vstupu do pokoje sestra oslovila pacientku paní + příjmení, navázala oční kontakt, vysvětlila jí, co bude dělat, mluvila přiměřeně nahlas.

Negativní interakce: Při vstupu do pokoje neklepala na dveře. Během převazu s pacientkou již nekomunikovala. Neusmívala se. **P7:** *„sestra mi řekla, co bude dělat a pak už nic neříkala, ale nijak mi to nevadilo. Vypadala sympaticky a mile. Jsem ráda, že mi to rychle převázala.“* Rovněž nezajistila pacientce intimitu. V následném rozhovoru ale **P7** uvedla: *„Sestra, co mě převazovala naposled, použila závěs, ale ani mi nenapadlo, že bych měla sestře říct, aby ho zatáhla... byla jsem otočená k ostatním zády, tak mi to asi ani tolik nevadilo.“* Zdálo se, že sestra přemýšlí nad dalšími činnostmi, které ji čekají a snažila se provést převaz, co nejrychleji. Byla netrpělivá. **P7:** *„nepřišlo mi, že by byla nějaká netrpělivá, jsou zde i netrpělivější sestry.“*

Na otázku, zda pacientku něco na sestře zaujalo, odpověděla: *„nevím, jestli zaujalo, ale přijde mi, že se někdy usmívá víc a někdy míň, ale to se dá pochopit, když jste tady pořád.“*

### 4.2.3 Interakce mezi sestrou 3 a pacienty 2, 3, 5

Tab. 5: Základní informace o interakci mezi S3 a P2, P3, P5

	P2	P3	P5
<b>Činnost, kterou vykonává sestra</b>	Převaz	Stlaní + ranní hygiena	Příjem pacienta k operaci
<b>Kde dochází k interakci</b>	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
<b>Počet přítomných osob</b>	2 pacienti, S3 a pozorovatel	3 pacienti, S3, žákyně a pozorovatel, sanitář	2 pacienti, S3 a pozorovatel
<b>Rušivé elementy</b>	Hrudní sání, převaz u jiného pacienta	Hrudní sání, ranní hygiena u jiného pacienta	Péče o pacienta po operaci, hrudní sání
<b>Délka interakce</b>	10´	5´	10´
<b>Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost</b>	3.	4.	2.
<b>Počet služeb v řadě</b>	1.	2.	2.

#### Interakce ve vztahu sestry 3 a pacientka 2

Pozitivní interakce: oslovení pacientky paní + příjmení, navázala oční kontakt. Podala jí veškeré informace ohledně převazu, na pacientčiny otázky odpovídala trpělivě. Během převazu s pacientkou komunikovala a dotazovala se na její pocity a případné bolesti. Snažila se o zachování intimity pacientky použitím závěsu. Mluvila srozumitelně, přiměřeně nahlas a po celou dobu se usmívala. **P2:** „no sestřička je sympatická a dobře se s ní povídá, odpověděla mi na všechno, co jsem chtěla vědět, opravdu byla velice milá... no všimla jsem si, že zatáhla závěs, to bylo od ní velice milé.“

Negativní interakce ze strany sestry: po dokončení převazu i přesto, že pacientka ještě mluvila, byla sestra již na odchodu z pokoje a odpovídala ji zpoza dveří. Z rozhovoru ale vyplývá, že na pacientku to nepůsobilo negativně. **P2:** „to už ani nevím, že mi odpovídala až za dveřmi, ale máte tady hodně práce přeci a je jasné, že když měla hotovou práci u mě, tak pospíchala dělat něco jiného... nepůsobilo to nijak negativně, nemůžu říct, že by na mě sestřička působila nějak špatně.“

Na otázku, jestli pacientku něco na sestře zaujalo, **P2** uvedla: „*sestřička hezky voněla, ale jinak jsem si ničeho nevšimla. Tak byla příjemná, ale to už jsem říkala.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 3 a pacientka 3**

Mezi pozitivní interakce ve vztahu sestra 3 – pacientka 3 lze zařadit: sestra při vstupu do pokoje pozdravila, usmívala se, rovnou si nesla pomůcky na ranní hygienu a šla přímo k pacientce 3. Po předchozím upozornění jí odpojila analgetika a pomohla posadit se. Informovala pacientku o provedení hygieny a zatahla závěs k zajištění intimity pacientky. **P3:** „*jo i tahle sestřička byla velice milá a mluvila se mnou, tak si nemůžu stěžovat.*“

K negativním interakcím, kterých se sestra dopustila, patří: pacientku nijak neoslovila, jen jí rovnou řekla, co bude následovat. Při pacientčině dotazu ohledně vizity jí odpověděla přes závěs a byla otočená zády k ní. Z rozhovoru s pacientkou vyplývá, že vzhledem k množství personálu přítomného na pokoji negativní interakci ze strany sestry 3 neviděla a hodnotila celkový dojem z ranní hygieny a stlaní. **P3:** „*nepřišlo mi, že by se chovala špatně, nebo netrpělivě, nebo nějak nepříjemně. Tak ráno vás tady bylo tolik, že jsem ani nevěděla, čeho bych si měla všimnout dřív. Ale to je každé ráno.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 3 a pacientka 5**

Při pozorování byly zjištěny tyto pozitivní interakce: při vstupu do pokoje pacientku pozdravila, oslovila ji paní + příjmení, navázala oční kontakt, usmívala se. Omluvila se, že pacientka musela čekat na lůžko. Podala jí veškeré informace ohledně hospitalizace, trpělivě odpovídala na pacientčiny dotazy. Mluvila srozumitelně. **P5:** „*Ta první sestřička, s kterou jsem se potkala, byla velice milá, ale to jste tady všechny, vysvětlila mi, co jsem potřebovala vědět, usmívala se na mě.*“

Mezi negativní interakce zjištěné při pozorování patří: při vstupu do pokoje neklepala a nejspíš nechtěně bouchla dveřmi. Na pacientku to nijak negativně nepůsobilo. Uvedla: „*no já ani nevím, jestli zaklepala. Hučí tady ta věc (hrudní sání) u paní, tak fakt nevím. Ale i kdybych si toho všimla, asi by mi nevadilo, že neklepe. A ani*

*bouchnutí jsem si nevšimla, to víte, měla jsem jiné myšlenky.“ Sestra při zjišťování anamnézy dvakrát reagovala na rozhovor vedený jinou sestrou s druhou pacientkou na pokoji a vypadala, že neposlouchá, co jí pacientka říká. Ale ani to na pacientku 5 údajně negativně nepůsobilo. P5: „jo, mluvila vlastně chvíli i s paní vedle, ale to nevadí, tak paní byla po operaci a myslím, že to je důležitější věnovat se hlavně jí... nepůsobilo to na mně negativně.“*

Na otázku, zda pacientku něco na sestře zaujalo, uvedla: *„no kdyby měla tetování nebo náušnici v nose, tak bych si toho všimla, ale jinak asi nebylo nic, co by mi nějak vadilo.“* Na základě odpovědi byla pacientce položena otázka, jestli by jí tetování, nebo pearsing ovlivnilo ve vztahu k sestře a jak, odpověděla: *„no myslím, že bych asi neměla k sestře takovou důvěru, ale ani nevím proč.“*

#### 4.2.4 Interakce mezi sestrou 4 a pacienty 3, 6, 7

Tab. 6: Základní informace o interakci mezi S4 a P3, P6, P7

	P3	P6	P7
<b>Činnost, kterou vykonává sestra</b>	Příjem pacienta k operaci + zavedení i.v. kanyly	Převaz	Stlaní + ranní hygiena
<b>Kde dochází k interakci</b>	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
<b>Počet přítomných osob</b>	2 pacienti, S4 a pozorovatel	3 pacienti, S4 a pozorovatel, žákyně	2 pacienti, S4 a pozorovatel
<b>Rušivé elementy</b>	Televize, hrudní drenáž	Hrudní drenáž, aplikace i.v. kanyly u jiného pacienta	Hrudní drenáž, ranní hygiena u jiného pacienta
<b>Délka interakce</b>	15´	10´	5´
<b>Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost</b>	1.	4.	6.
<b>Počet služeb v řadě</b>	2.	3.	1.

### **Interakce ve vztahu sestra 4 a pacientka 3**

Při pozorování byly zjištěny tyto pozitivní interakce ze strany sestry 4 ve vztahu k pacientce 3: Při vstupu do pokoje sice sestra neklepe na dveře, ale z rozhovoru s pacientkou vyplývá, že to nepovažuje za důležité, ani za negativní. **P3:** „*nikde v nemocnici jsem se s klepáním nesešla a ani to nepovažuji za nějak důležité. Stejně tady pořád něco hučí, tak bych si toho nejspíš ani nevšimla.*“ Sestra pozdravila, oslovila pacientku paní + příjmení, usmívá se na ni. Omluvila se, že pacientka musela čekat na postel. Následně jí vysvětlila, co bude dělat. Po zjištění anamnézy informovala pacientku o nutnosti zavedení i.v. kanyly. Při aplikaci nechtěně potřísnila podložku krví, za co se omluvila a následně ji vyměnila. Pacientka v rozhovoru uvedla: **P3:** „*velice mile mě překvapilo, že mi sestřička vyměnila tu podložku. Při předchozí hospitalizaci na jiném oddělení mi jedna sestra vynadala, že ji mám potřísněnou dezinfekcí, tak jsem ani nečekala, že by to mohlo být tady jiné...*“ Sestra byla milá, přátelská, neskákala pacientce do řeči, trpělivě odpovídala na dotazy. Opakovaně navázán oční kontakt s pacientkou. Mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas, dle potřeby zopakovala otázku. Usmívala se během celého procesu, pomocí gest dokreslila informace o výkonu. Na dotazy pacientky ohledně hospitalizace jí sestra podala informace srozumitelně a trpělivě. **P3:** „*sestřička byla velice příjemná, všechno, co jsem potřebovala vědět, jsem se dověděla a neměla jsem ani strach se na cokoli zeptat.*“ Negativně na pacientku působila jen hrudní drenáž u jiné pacientky. **P3:** „*...akorát je tady trochu větší hluk, ale co se dá dělat.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 4 a pacientka 6**

Mezi pozitivní interakce ze strany sestry 4 ve vztahu k pacientce 6 patří: Sestra se při vstupu do pokoje usmívala, šla přímo k pacientce 6, oslovila ji paní + příjmení a informovala jí o převazu. Pacientka při vstupu sestry seděla na židli u stolu. Když si pacientka lehala do postele, sestra jí pomohla a povzbuzovala ji. V rozhovoru pacientka uvedla: „*sestřička čekala, až přijdu do postele a nijak mě nehonila. A mně to přitom dost trvá, než se někam dostanu, dokonce mě povzbudila a to se mi asi ještě nestalo, většinou všichni staré báby honí...*“ Opatrně sundala náplast, na co pacientku předem

upozornila. Věnovala se pouze pacientce 6, s kterou komunikovala po celou dobu převazu. Mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas. Převaz nevyžadoval obnažení pacientky, ale sestra i přesto použila závěs k zachování intimity. **P6:** „*to je dobře, že zatáhla ten závěs. Já si na to sice nevidím, ale pro ostatní nemusí být příjemné koukat se na takový šlic.*“

Za negativní lze považovat, že sestra opět před vstupem do pokoje neklepala, ale pacientce to nijak nevadilo. Uvedla: „*jo, to víte, já jsem hluchá, tak mi to nijak nevádí.*“ Na sestře si ničeho negativního nevšimla. „*byla velice hodná a trpělivá, nevím, jestli na mě něco působilo negativně, spíš ne.*“

#### **Interakce ve vztahu sestry 4 a pacientky 7**

K pozitivním interakcím lze zařadit: Sestra při vstupu do pokoje pozdravila, upozornila pacientku, že rozsvítí světlo a šla přímo k pacientce 7. Oslovila ji paní + příjmení a oznámila jí, že jí odpojí analgetika a pomůže dojít k umyvadlu. Rovněž jí pomohla posadit se na posteli. Usmívala se na pacientku a pochválila ji. Když pacientka vykonávala hygienu, sestra ji zatím vyměnila ložní povlečení. Po celou dobu na ni mluvila a dotazovala se, jak se cítí. Nabídla jí rovněž, že jí namaže záda, co pacientka odmítla. Chovala se trpělivě. Po ustlání lůžka dala pacientce blíž zvonek a domluvila se s ní, že jí pomůže zpět do postele, až bude umyta. **P7:** „*tato sestřička je jedna z nejpříjemnějších tady a nemůžu si na ni vůbec stěžovat. Vždy, když sem přijde, tak se usmívá a to je velice pozitivní.*“

K negativním interakcím lze zařadit pouze nezachování intimity pacientky, ale z rozhovoru vyplývá, že pacientka to nevidí jako vyloženě negativní. **P7:** „*když sedím u umyvadla, tak jsem taky zády k ostatním, když teda nikdo zrovna nepříjde, tak se to dá vydržet.*“ Dále uvedla, že si na výzoru sestry nevšimla ničeho výrazného, co by ji mohlo ovlivnit v komunikaci. „*tak tato sestřička se pořád usmívá, a to je fajn. Jinak kdyby měla taky náušnici na bradě jako jedna sestřička, tak to bych si toho všimla, ale to by mi u ní určitě nevadilo, ale jinak na mě takovéto ozdoby působí trochu nedůvěřivě, ani nevím proč.*“

#### 4.2.5 Interakce mezi sestrou 5 a pacienty 1, 2, 6

Tab. 7: Základní informace o interakci mezi S5 a P1, P2, P6

	P1	P2	P6
Činnost, kterou vykonává sestra	Převaz	Příjem pacienta k operaci + zavedení i.v. kanyly	Stlaní + ranní hygiena
Kde dochází k interakci	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
Počet přítomných osob	2 pacienti, S5 a pozorovatel	2 pacienti, S5 a pozorovatel	2 pacienti, S2, sanitář a pozorovatel
Rušivé elementy	Hrudní drenáž, televize, odběr krve u jiného pacienta	Monitor u pacientky, hrudní drenáž	Hrudní drenáž, celková koupel na lůžku u jiného pacienta
Délka interakce	10´	15´	5´
Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost	2.	1.	3.
Počet služeb v řadě	2.	1.	2.

#### Interakce ve vztahu sestra 5 a pacient 1

Mezi pozitivní interakce lze zařadit: sestra se při vstupu do pokoje usmívala, šla rovnou k pacientovi 1. Informovala ho o převazu. Mluvila srozumitelně.

Při pozorování byly zjištěny tyto negativní interakce: před vstupem do pokoje sestra neklepe. Před podáním informací o převazu pacienta nijak neoslovila. Při sdělování informací mluvila velice hlasitě, ale na pacienta to negativně nepůsobilo. Uvedl: „*tak sestřička je trošku hlučná, ale není to problém, jinak je milá... a fakt mě neoslovila? To jsem si ani nevšiml.*“ Chovala se netrpělivě. Ještě než se pacient stihl uložit do vhodné polohy na převaz, sestra z něj sundávala deku a následně obvaz. V průběhu převazu již s pacientem nemluvila. Rovněž se nesnažila nijak zajistit intimitu pacienta. **P1:** „*no nevím, jestli byla netrpělivá. Mně přišla velice milá. Ale jak už jsem říkal, máte hodně práce a není se co divit, že při jedné činnosti už myslíte na jinou... jedna sestřička závěs zatahuje pokaždé, co je fajn, když už se člověk musí někde svlíknout, ale nemyslím si, že by ho tato sestřička nezatáhla schválně. A já nechci dělat nějaký problém, tak mi*



*nenapadlo jí říct, aby ho zatahla. Krom toho při převazu mi to nevadí. Když se mám ráno mýt, tak to mi to vadí víc.“*

Na otázku, zda si všiml něčeho, co ho v následné komunikaci ovlivnilo, řekl: „*no pearsing tady má jiná sestřička a trošku špinavou uniformu taky jiná U této jsem si všiml jen takových veselých podkolenek a to je takové milé.“*

### **Interakce ve vztahu sestry 5 a pacientka 2**

Při pozorování byly zjištěny tyto pozitivní interakce ze strany sestry: Sestra 5 byla první osobou, s kterou se pacientka na oddělení setkala. Pacientku pozdravila, seznámila s pokojem, se sociálním zařízením, nechala jí vybrat si z dvou postelí a řekla jí, co bude následovat, až se vybalí. Na vybalení jí nechala čas. Pacientka uvedla: **P2:** „*Sestřička byla velice hodná, pořád se usmívala. Řekla mi, kde co je a co bude následovat, až se zabydlím...“* Při následném vstupu do pokoje sestra neklepe na dveře, ale pacientka uvádí, že ani neví, jestli by si toho všimla: **P2:** „*Jsem byla nervózní z toho, co mně čeká, takže jsem si toho ani nevšimla.“* Sestra znovu nezdravila, oslovila pacientku paní + příjmení, usmívá se na ni. Sedla si na židli naproti pacientky, co pacientce nevadilo: **P2:** „*To je jasné, že když tady pořád běháte, tak si člověk rád sedne. Krom toho, kdybyste se neptala, tak by mi ani nenapadlo nad tím přemýšlet, ale myslím, že to nepůsobilo nijak nevhodně. Možná mi to přišlo i fajn, že jsem na ni dobře viděla.“*

Vysvětlila jí, co bude dělat. Byla milá a přátelská. Mluvila srozumitelně jen příliš nahlas, ale na pacientku to nepůsobilo nijak nepřiměřeně: **P2:** „*...jo, mluvila strašně nahlas, ale to nevadí. Vždyť vám tady pořád něco hučí, tak je to vlastně dobře.“* Zeptala se, zda má pacientka dotazy a na otázky odpověděla trpělivě. Za negativní interakci lze označit pouze hlasitou mluvu sestry, ale jak již bylo uvedeno, na pacientku to negativně nepůsobilo.

### **Interakce ve vztahu sestry 5 a pacientka 6**

Pozitivní interakce: Sestra při vstupu do pokoje pacientky pozdravila. Šla rovnou k pacientce 6. Pacientka byla před operací, tudíž nepotřebovala pomoci při hygieně a

sestra jí pouze upravila lůžko. Před tím jí ale poučila o nutnosti prevence tromboembolické nemoci před operací a pomohla jí obléknout bandáže na dolní končetiny. Mluvila srozumitelně, ale příliš nahlas, což na pacientku nepůsobilo negativně. V rozhovoru uvedla: *„jak jsem říkala, už špatně slyším, tak jsem sestřičku aspoň slyšela. A byla taky docela příjemná, pomohla mi s těmi punčochami.“*

Mezi negativní interakce patří: Sestra při vstupu do pokoje bez varování rozsvítila světlo, pacientku 6 nijak neoslovila, pouze jí rovnou podala informace o předoperační přípravě a o ustlání postele. **P6:** *„nevím, jestli říkala, že rozsvítí, já jsem to aspoň neslyšela, ale je to docela nepříjemné. Pak přišla ke mně a říkala mi, co musím ještě před operací udělat a tak. Jestli mě nějak oslovila, to ani nevím. Přišlo vás sem najednou hodně, tak jsem čekala, co se bude dít.“* Sestra působila netrpělivě, neusmívala se. Jakmile pomohla pacientce s bandážemi, bez toho, aby počkala, než pacientka opustí lůžko, začala jí hned upravovat deku a zároveň mluvila na sanitáře.

Pacientka se v rozhovoru snažila omluvit netrpělivost sestry. *„je vidět, že máte hodně práce, tak chcete mít všechno hotové raz dva. A není se co divit, že myslíte už zase na něco jiného.“*

#### 4.2.6 Interakce ve vztahu sestra 6 a pacienti 2, 4, 7

Tab. 8: Základní informace o interakci mezi S6 a P2, P4, P7

	P2	P4	P7
<b>Činnost, kterou vykonává sestra</b>	Stlaní + ranní hygiena	Převaz	Příjem pacienta k operaci
<b>Kde dochází k interakci</b>	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
<b>Počet přítomných osob</b>	3 pacienti, S6 a pozorovatel	2 pacienti, S6 a pozorovatel	2 pacienti, S6 a pozorovatel
<b>Rušivé elementy</b>	Hrudní drenáž, ranní hygiena u jiného pacienta	Hrudní drenáž, péče o pacienta po operaci	Současný příjem jiného pacienta
<b>Délka interakce</b>	5´	15´	10´
<b>Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost</b>	4.	1.	3.
<b>Počet služeb v řadě</b>	1.	2.	2.

### **Interakce ve vztahu sestra 6 a pacientka 2**

Mezi pozitivní interakce ve vztahu S6 – P2 lze zařadit: Při příchodu na pokoj pacientky pozdravila, usmívala se na ně. Šla rovnou k pacientce 2, oslovila ji paní + příjmení, navázala oční kontakt. Informovala ji o odpojení analgetik a seznámila ji s následnou hygienou. Pomohla pacientce posadit se. Nechala jí chvíli čas a pak jí pomohla přesunout se k umyvadlu. Pacientka uvedla: *„všimla jsem si, že se tahle sestřička pořád usmívá a je příjemná a obětavá. Taky je dobře, že člověku řeknete, co jdete dělat, aby pak z toho nebyl nepříjemně překvapený. Ráno se mi taky hodně motá hlava, tak jsem byla ráda, že mně nenutila hned vstát z postele. Už jsem se setkala i s netrpělivou sestrou, ale to se s touhle nedalo vůbec srovnat.“* Během úpravy lůžka byla sestra pořád otočena směrem k pacientce a mluvila na ni. Dotazovala se, jak se cítí. S pacientkou se domluvila, že jí dá blíže signalizační zařízení a až bude umyta, že jí pomůže zpět do postele.

Za negativní interakci ze strany sestry 6 lze považovat nezajištění intimity pacientky i přesto, že by šlo použít závěs. Při rozhovoru pacientka uvedla: *„no závěs použila jen ta sestřička, co mně převazovala a bylo to fajn. Ale ráno jsem šla až k umyvadlu, a to je asi problém. To se asi ani nedá nějak zabránit tomu, aby se člověk nemusel svlíkat před jinými.“*

Na otázku, zda ji něco na sestře zaujalo, odpověděla: *„no nevím, byla hodně příjemná, jako většina sestřiček, co jsou tady.“*

### **Interakce ve vztahu sestra 6 a pacient 4**

Pozorováním byly zjištěny následující pozitivní interakce: Při vstupu do pokoje se usmívala, oslovila pacienta pane + příjmení a šla rovnou k němu. Informovala ho o převazu a pomohla mu zaujmout vhodnou polohu. Opatrně sundala náplast a pochválila pacienta za jeho trpělivost. Po sundání obvazu došlo k potřísnění povlečení krví. Sestra se za to omluvila a po převazu povlečení vyměnila. V průběhu převazu na něj mluvila. Věnovala se pouze jemu. Na pacientovy dotazy odpovídala trpělivě. **P4** hodnotí chování sestry pozitivně: *„tato sestra byla strašně hodná, ale to jste tady všechny, nebyla nijak netrpělivá a taky nás pořád chválí. To člověka potěší.“*

K negativním interakcím lze zařadit pouze neklepání před vstupem do pokoje a nezajištění intimity pacienta. Pacient uvedl: „*tak neklepání mi nevádí, stejně sem pořád někdo chodí... no a jak jsem už říkal, tak člověk není rád, když se musí svlíknout, ale co nadělám.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 6 a pacientka 7**

Pozitivní interakce: Sestra 6 byla první osobou, se kterou se pacientka 7 setkala při příchodu na oddělení. Pacientku pozdravila, po zjištění příjmení z dokumentace ji oslovila paní + příjmení a doprovodila na pokoj. Seznámila pacientku s pokojem a sociálním zařízením. Usmívala se na ni. Nechala jí čas na vybalení. Při dalším vstupu do pokoje pacientku opět oslovila paní + příjmení a informovala ji o operaci a předoperační přípravě. Opakovaně navázán oční kontakt. Sestra nechala pacientce prostor na dotazy a odpovídala na ně trpělivě. V rozhovoru pacientka uvedla: „*když už člověk musí do nemocnice a má už nějakou špatnou zkušenost, tak očekává leccos, ale sestřičku si pamatuju už od minula a byla stejně příjemná jako teď. Nemůžu o ní říct vůbec nic špatného, ale to vlastně asi o žádné.*“ Sestra se věnovala pouze pacientce 7.

K negativním interakcím lze zařadit opět neklepání na dveře. Další negativní interakce nebyly pozorovány a ani pacientka si žádných nevšimla. **P7:** „*opravdu jsem si nevšimla ničeho negativního.*“

#### 4.2.7 Interakce mezi sestrou 7 a pacienty 1, 5, 6

Tab. 9: Základní informace o interakci mezi S7 a P1, P5, P6

	P1	P5	P6
Činnost, kterou vykonává sestra	Stlaní + ranní hygiena	Převaz	Příjem pacienta k operaci + zavedení i.v. kanyly
Kde dochází k interakci	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů	Pokoj pacientů
Počet přítomných osob	2 pacienti, S7 a pozorovatel	2 pacienti, S7 a pozorovatel	3 pacienti, S7 a pozorovatel
Rušivé elementy	Hrudní drenáž, ranní hygiena u jiného pacienta	Hrudní drenáž, televize, péče o pacienta po operaci	Současný příjem jiného pacienta
Délka interakce	5´	10´	15´
Pořadí pacienta, u kterého sestra provádí stejnou činnost	3.	3.	2.
Počet služeb v řadě	3.	1.	1.

#### Interakce ve vztahu sestra 7 a pacient 1

Pozitivní interakce: Sestra při vstupu do pokoje pacienty pozdravila. Šla přímo k pacientovi 1. Oslovila ho pane + příjmení. Upozornila ho na odpojení analgetik a následně ho informovala o hygieně. Mluvila srozumitelně a přiměřeně nahlas.

Negativní interakce: Při vstupu do pokoje bez předchozího upozornění rozsvítila světlo. **P1:** „na rozsvícení bez upozornění už jsem si zvykl, děje se to skoro každé ráno...“

Neusmívala se. Pacient při jejím příchodu ležel. Když čekala, až se pacient posadí, stála u postele s rukama v bok a nakročenou pravou nohou. Působila netrpělivě. Pacientovi se nesnažila nijak pomoci. V rozhovoru pacient uvedl: „tak sestřička se neusmívala, ale to se není co divit, když tady byla i přes víkend... čekala, až se posadím a myslím, že byla docela trpělivá... kdyby nemusela dělat jinou práci, tak by mi určitě pomohla, ale já už asi ani pomoc nepotřebuji“ Podání informací byl jediný verbální kontakt s pacientem. Bez předchozího upozornění pacientovi posunula bednu s hrudním sáním směrem

k umyvadlu. Pacientovi se nijak nesnažila zajistit intimitu. **P:** „*jak jsem říkal, když se mám umýt před cizími, tak mi to docela vadí, ale co nadělám, když mám hadice a do sprchy se s tím nedostanu.*“

Na dotaz, zda ho něco na sestře zaujalo, uvedl: „*ani nevím, nechtěl jsem ji zdržovat, tak jsem se snažil rychle vstát a nekoukal jsem se na ni.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 7 a pacientka 5**

Sestra se na sesterně ještě před prováděním převazu zmínila, že na ni pacientka působí velice nesympaticky. I přesto si ale lze všimnout následujících pozitivních interakcí: Při vstupu do pokoje se usmívala, šla přímo k pacientce, oslovila ji paní + příjmení a vysvětlila, co bude dělat. **P5:** „*... no sestřička se usmívala a to je dobře. to je příjemné aspoň pak nemám pocit, že bych nějak obtěžovala...jak už jsem říkala, jsem ráda seznámená předem s tím, co se bude dít.*“

Negativní interakce, kterých se sestra dopustila: Při podávání informací stála v mírném předklonu nad pacientkou a s rukama v bok. Během převazu s pacientkou již nemluvila. Ještě než se pacientka uložila do vhodné polohy, sundávala jí sestra náplast. Působila velice netrpělivě. Nijak se nesnažila zajistit intimitu pacientky i přesto, že by šlo použít závěs. **P5** uvedla: „*neříkám, že by mi to bylo příjemné, ale vidíte ani mi nenapadlo, že by šlo nějak zabránit tomu, abych se musela svléknout před ostatními. S těmi hadicemi to ani jinak nejde ne.*“

V závěru rozhovoru se pacientka ještě zmínila: „*když jsem tady byla naposled, tak se mi moc nelíbilo chování této sestřičky k jedné pacientce, ale řekla bych, že se už chová mnohem líp.*“

### **Interakce ve vztahu sestra 7 a pacientka 6**

Při interakci S7 – P6 byly pozorovány tyto pozitivní interakce: Sestra se s pacientkou setkala na oddělení jako první. Pacientku pozdravila, usmívala se na ni, uvedla ji na pokoj a nechala ji čas na vybalení. Při vstupu na pokoj pacientku oslovila paní + příjmení a šla rovnou k ní. Při odebrání anamnézy se chovala mile a trpělivě. Dle potřeby zopakovala otázku. Informovala pacientku o nutnosti zavedení i.v. kanyly.

Informace doplnila gesty. Mluvila pouze na ni. **P6:** „nemůžu si na tutu sestřičku vůbec stěžovat, byla velice příjemná a všechno mi vysvětlila. Nijak na mě nespíchlala a usmívala se.“

K negativním interakcím lze zařadit pouze, že sestra před vstupem do pokoje neklepala. Také skvrny na uniformě lze považovat za negativní, ale pacientka i přesto, že si jich taky všimla, to za negativní nepovažovala. **P6:** „tak všimla jsem si, že má na šatech skvrny od jídla. Normálně by mi to vadilo, ale když se nemáte ani čas v klidu najíst, tak se to může stát.“

#### 4.2.8 Shrnutí nejčastěji pozorovaných pozitivních a negativních interakcí

Tab. 10: Pozitivní interakce

S1		S2		S3		S4		S5		S6		S7	
<b>P1</b>	1, 2, 4, 6	<b>P4</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6	<b>P2</b>	1, 2, 3, 4, 5, 7, 9	<b>P3</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	<b>P1</b>	1, 3, 7	<b>P2</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6	<b>P1</b>	2, 3, 6, 7
<b>P3</b>	1, 2, 3, 4, 7	<b>P5</b>	2, 3, 6, 7, 8	<b>P3</b>	1, 3, 6, 8, 9	<b>P6</b>	1, 2, 3, 7, 8, 9	<b>P2</b>	1, 2, 3, 5, 6, 7	<b>P4</b>	1, 2, 3, 5, 7	<b>P5</b>	1, 2, 3
<b>P4</b>	1, 3, 6, 8	<b>P7</b>	2, 4, 7	<b>P5</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6	<b>P7</b>	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	<b>P6</b>	3, 6, 8, 7	<b>P7</b>	1, 2, 3, 4, 5, 6	<b>P6</b>	1, 2, 3, 5, 6, 7

Tabulka 10 znázorňuje nejčastější pozorované pozitivní interakce u sester při péči o vybraného pacienta na chirurgickém oddělení. Jsou to: **1.** Úsměv, který byl pozorován v sedmnácti případech. **2.** Správné oslovení pacienta rovněž pozorováno v sedmnácti případech. **3.** Podání informací pacientovi v devatenácti, **4.** Navázání očního kontaktu v devíti, **5.** Trpělivost v desíti, **6.** Pozdrav ve čtrnácti, **7.** Verbální komunikace ve třinácti, **8.** Dopomoc v šesti a **9.** Zachování intimity při provádění činnosti při třech situacích.

Tab. 11: Negativní interakce

S1		S2		S3		S4		S5		S6		S7	
P1	1, 4, 5, 6, 7, 8	P4	6	P2	1, 9	P3	6	P1	1, 2, 3, 6, 7, 9	P2	2	P1	1, 2, 4, 7, 8
P3	2, 6	P5	1, 2, 6, 7, 8	P3	3, 8, 9	P6	6	P2	6	P4	2, 6	P5	1, 2, 7, 8
P4	1, 2, 3, 4, 5,	P7	1, 2, 6, 7	P5	5, 6,	P7	2	P6	1, 3, 4, 5, 7, 8	P7	6	P6	6

Tabulka 11 znázorňuje nejčastější pozorované negativní interakce u sester při péči o vybraného pacienta na chirurgickém oddělení. Patří mezi ně: **1.** Netrpělivost, pozorována v devíti případech, **2.** Nezachování intimity při provádění činnosti v deseti, **3.** Neoslovení pacienta ve čtyřech, **4.** Nedostatečná informovanost pacienta rovněž ve čtyřech případech, **5.** Současná komunikace s jiným pacientem/personálem ve třech případech, **6.** Něklepání na dveře při vstupu do pokoje, ve třinácti případech, **7.** Provedení činnosti beze slov bylo pozorováno sedmkrát, **8.** Negativní neverbální projevy šestkrát, **9.** Nevhodná komunikace s pacientem třikrát.

Tab. 12. Celkové hodnocení pozorovaných interakcí

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
<b>Příjem</b>	<b>P1</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P3</b>	<b>P2</b>	<b>P7</b>	<b>P6</b>
<b>Hygiena + stlaní</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>	<b>P3</b>	<b>P7</b>	<b>P6</b>	<b>P2</b>	<b>P1</b>
<b>Převaz</b>	<b>P3</b>	<b>P7</b>	<b>P2</b>	<b>P6</b>	<b>P1</b>	<b>P4</b>	<b>P5</b>

Pozitivní interakce / Negativní interakce

V tabulce 12 je celkové shrnutí interakcí, kdy u většiny sester lze ve dvou ze tří pozorovaných činností vidět negativní interakce, které mohou ovlivnit vztah mezi sestrou a pacientem. Negativní interakce byly nejčastěji pozorovány při ranní hygieně a stlaní, a to v pěti případech. Naopak při příjmu pacienta převládalo pozitivní interaktivní chování sester, které je možné vidět rovněž v pěti případech. U sester S4 a S6 byly pozorovány jenom pozitivní interakce.



## 5 DISKUZE

Záměrem výzkumného šetření bylo odkrýt jevy vztahující se k přítomnosti interaktivního chování sester a pacienta na chirurgickém oddělení.

Prvním námi stanoveným cílem bylo zjistit, zda si sestry uvědomují interakci mezi pacienty a jimi. K tomuto cíli byla vyslovena výzkumná otázka: Jaké informace mají sestry o interaktivních procesech a způsobech komunikace v péči o pacienta na chirurgickém oddělení?

Druhý a třetí cíl byly zaměřeny na pozitivní a negativní interakce v péči o pacienta na chirurgickém oddělení a k těmto cílům byly vytvořeny výzkumné otázky: Jaké jsou nejčastější pozitivní interakce v péči o chirurgického pacienta a jaké jsou nejčastější negativní interakce v péči o chirurgického pacienta?

Posledním cílem bylo zjistit, zda pacienti hodnotí interaktivní chování sester stejně jako pozorovatel. Výzkumná otázka zněla: Jak pacienti hodnotí interaktivní chování sester na chirurgickém oddělení.

Výzkum byl realizován ve FN Plzeň se souhlasem manažerky pro vzdělávání a výuku NELZP a zúčastnily se ho dvě skupiny respondentů. První soubor tvořilo sedm sester pracujících na chirurgickém oddělení a druhý sedm pacientů hospitalizovaných v době šetření na tomto oddělení.

Vzhledem k cílům práce byl pro empirickou část zvolen kvalitativní přístup rozdělen do tří fází. V první fázi byl použit polostrukturovaný rozhovor zaměřený na zjištění vědomosti sester o interakcích a interaktivních procesech v ošetrovatelství. Pro větší přehlednost byla použita schémata doplněná o úplné nebo částečné ocitování odpovědí respondentek.

Schéma 1 je zaměřeno na pojem interakce. Jak uvádí Petříková (2007), interakce je vzájemné působení dvou činitelů. Z odpovědí vyplývá, že pod tímto pojmem si pět sester představí rovněž vzájemné působení. Dvě sestry uvedly, že vůbec neví, co tento pojem znamená, ale spojují si ho s interaktivními předměty. I přesto, že taktéž neví, co by interaktivní předměty měly umět. Před dalším dotazováním jim byl termín interakce vysvětlen. Z rozhovoru lze usuzovat, že tři sestry považují interakci za určitý způsob

komunikace. Podle Strnadové (2011) je sociální komunikace základní složkou sociální interakce a zároveň hlavním prostředkem její realizace.

Schéma 2 popisuje představy sester o interaktivním procesu. Tři sestry uvedly, že neví, co to znamená. Ostatní usuzují, že interaktivní proces probíhá v určitém časovém období. Jedna respondentka se domnívá, že se jedná o nauku a dělá se o tom záznam. Pro získání adekvátních odpovědí před dalším dotazováním byl tento pojem všem sestrám objasněn.

Schéma 3 znázorňuje představy sester o interaktivním procesu v souvislosti s ošetrovatelskou péčí. Všechny se shodly, že se jedná o působení ve vztahu sestra/pacient. Další nejčastější odpovědí bylo působení ve vztahu sestra/lékař, kterou uvedlo pět sester. Vztah sestra/sestra a pacient/prostředí uvedly čtyři sestry.

Schéma 4 je zaměřeno na význam interaktivního procesu z pohledu sester. Plevová (2011) uvádí, že interaktivní proces tvoří základ ošetrovatelské péče a umožňuje dosažení společných cílů v rámci ošetrovatelského procesu. Po důkladné analýze rozhovorů, byla tato kategorie na základě získaných informací rozdělena na dvě části. A to na význam kladného působení sester na pacienty, kdy se tři sestry domnívají, že kladné působení pozitivně ovlivňuje psychiku pacienta. Dvě sestry vidí důležitý význam pro spolupráci a pro léčbu pacienta. Na druhou stranu tři sestry uvedly, že negativní působení může vést ke špatné komunikaci mezi nimi a pacientem.

Venglářová (2006) uvádí, že to jak se člověk chová, jak jedná a co dělá, není nikdy neutrální. V každém vztahu, v každé interakci je náznak něčeho pozitivního nebo negativního. Na základě jejího tvrzení byly sestrám položeny otázky týkající se pozitivních a negativních interakcí, z kterých vznikly dvě následující kategorie.

Schéma 5 popisuje pozitivní interakce, kterých se podle sester dopouštíme v péči o pacienta. Nejčastější odpovědí byla správná komunikace ze strany sestry, kterou uvedlo pět sester. Tři sestry se domnívají, že mezi pozitivní interakce patří i neverbální projevy sestry a dvě zmiňují kladné vlastnosti sester. Jedna respondentka hodnotí pozitivní interakci nejen ve vztahu sestra/pacient, ale i pacient/sestra, kdy pacientova nálada ovlivňuje chování sester. Podle Kristové (2004) je na vytvoření pozitivního vztahu sestry a pacienta zapotřebí úcta, respekt a uznání. Mezi konkrétní pozitivní prvky řadí

pozdrav, odpověď na pozdrav, schopnost aktivního naslouchání, schopnost vyjádřit pochvalu, respektování osobnosti pacienta, přístup k němu jako k rovnocennému partnerovi a pochvala za jeho úsilí.

Schéma 6 popisuje negativní interakce, kterých se dopouštíme v péči o pacienta. Šest sester se domnívá, že ke vzniku negativních interakcí vede nedostatečná komunikace ze strany sestry. Tři uvedly, že na interakci mají vliv negativní vlastnosti sestry. V jednom případě byly uvedeny důvody jako vzhled sestry, spolupacienti na pokoji a neuspokojování potřeb. Kristová (2004) zařazuje mezi nejčastější negativní projevy sestry například ignorování pozdravu pacienta, porušení mlčenlivosti, zesměšňování, skákání do řeči, pomlouvání, vyjádření hněvu a opovržení při hygieně znečištěného pacienta apod.

V rámci získávání informací o vědomostech sester, byly rovněž položeny otázky týkající se dalšího vzdělávání v interaktivních procesech. Jak vyplývá ze schématu 7 žádná sestra seminář na toto téma neabsolvovala, ale všechny by měly zájem. Domníváme se proto, že vytvoření semináře pro sestry by mohlo vést ke zlepšení jejich interaktivního chování v péči o pacienta.

Na základě kategorie další vzdělávání byla vytvořena kategorie očekávání od případného semináře, kdy jak vyplývá ze schématu 8, by čtyři sestry nejdříve chtěly získat informace o interaktivních procesech. Tři sestry očekávají, že se naučí správně komunikovat s pacientem a dvě sestry by uvítaly, kdyby byl seminář doplněn o ukázky, na kterých si snáz uvědomí chyby, kterých se při interakci dopouštějí.

Schéma 9 znázorňuje, jakých interakcí se dopouštějí podle nich ony samy. Pouze dvě sestry uvedly, že si myslí, že se dopouštějí pouze pozitivních interakcí. Na základě pozorování v druhé fázi a rozhovoru s pacienty ve fázi třetí, lze říci, že jak pozorovatel, tak pacienti žádné negativní interakce, které by vedly k nespolupráci, nebo ke zhoršení komunikace mezi sestrou a pacientem u nich neviděli. Na druhou stranu pět sester uvedlo, že se vidí „tak půl na půl“ jak samy sdělily v rozhovorech. Z následného pozorování vyplynulo, že v určitých situacích u některých sester převládají spíše negativní interakce i přesto, že pacienti při rozhovoru uváděli, že si jich nevšimli, nebo se je snažili omluvit, jak bude popsáno níže.

Druhá fáze byla zaměřena na pozorování interaktivního chování sester při vybraných ošetrovatelských činnostech. Z pozorování vyplývá, že na chování sester k pacientům má vliv počet služeb v řadě za sebou a rovněž pořadí pacienta, u kterého je prováděna stejná činnost. Pouze u dvou sester (S4, S6) se zdá, že na jejich chování tyto faktory vliv nemají. U S6 je to podle mě i relativně krátkou praxí ve zdravotnictví. Výsledky pozorování byly následně doplněny o úplné nebo částečné citace odpovědí dotazovaných pacientů ze třetí fáze výzkumu. Z pozorování vyplývá, že počet služeb a stejných činností, obzvláště méně oblíbených u sester, jako je ranní hygiena a stlaní, vede ve většině případů ke zkrácení doby interakce a ke zhoršení chování sester. Sestry se snaží provést tuto činnost v co možná nejkratším čase i přesto, že tím negativně působí na pacienty. Dále je možné si všimnout, jak uvádí Minibergerová (2008), že na interaktivní chování sester k pacientům může mít vliv i pacient. Jedné sestře může připadat nesympatický nebo problémový a jiné sestře naopak absolutně bezproblémový. Pokud na sestru pacient působí problémově, většinou se to negativně odrazí v jejím chování k němu, jak je možné vidět na interakci S7-P5.

Z pozorování vyplývá, že mezi nejčastější pozitivní interakce, kterých se sestry dopustily při příjmu pacienta, patří správné oslovení pacienta, úsměv, podání adekvátních informací pacientovi, povzbuzení pacienta, které vede k následné kooperaci mezi nimi a pacienty. Na druhou stranu netrpělivost ze strany sestry, některé její verbální a nonverbální projevy lze zařadit mezi negativní interakce. K negativním interakcím v našem výzkumu lze zařadit i úpravu zevnějšku sester. Dle Mikuláštika (2010) nevhodná úprava zevnějšku může vést ke snížení důvěryhodnosti sestry, co se potvrdilo při rozhovorech s pacienty. I přesto, že pacienti uvedli, že jim piercing, tetování nebo špinavá uniforma nevádí, zároveň podotkli, že k sestře, která něco z toho má na sobě, nemají takovou důvěru, i když ve většině případů nedokázali zdůvodnit proč.

Při porovnání pozorování a rozhovoru zaměřeného na příjem pacienta většina dotazovaných respondentů uvedla, že všechny sestry se chovaly mile, trpělivě a vysvětlily jim všechno, co chtěli vědět. A pokud se jim něco na chování sester nelíbilo, snažili se to omluvit pracovní vyčerpáním sester, jak je možné vidět například při

interakci S1-P1. Většina pacientů rovněž při rozhovoru uvedla, že byli nervózní z očekávaného zákroku, takže si výrazných negativních prvků v chování sester ani nevšimli. Tímto tvrzením se ale nepotvrdila naše domněnka, že čekající nebo nervózní pacienti budou vnímat chování sester intenzivněji.

Další pozorovanou oblastí byla ranní hygiena a stlaní. Všichni pacienti byli částečně soběstační, takže sestry neprováděly ranní hygienu na lůžku, pouze pomáhaly pacientům buď dostat se k umyvadlu, nebo jim zajistily pomůcky k provedení toalety v sedě na lůžku a zajistily ustlání lůžka. Již v základních informacích o interakci si lze všimnout, že při této činnosti žádná ze sester nebyla s pacientem déle než pět minut. I přesto je možné vidět některé pozitivní interakce jako úsměv, správné oslovení pacienta a dostatečnou informovanost o provedení následné činnosti. Nejčastějším negativním prvkem v chování sester bylo nezachování intimity při hygieně i přesto, že ve většině případů šlo minimálně zatáhnout závěs. Použila jej pouze jedna sestra. Dále se v chování sester objevovala zjevná netrpělivost, obzvlášť, když pacient nebyl připraven na hygienu již před jejich příchodem a současná komunikace s dalšími pacienty, případně personálem na pokoji. Ale ani tyto negativní interakce nebyly pacienty vnímány stejně jako pozorovatelem. Při nedodržování intimity většina pacientů uvedla, že i když jim samotným není příjemné provádět hygienu před jinými lidmi, berou to jako neřešitelnou situaci. Netrpělivost v chování sester, pokud si ji pacienti všimli, se snažili opět omluvit zaneprázdněností sester. Všichni pacienti se ale shodli, že na ně negativně nejvíce působí ne tak chování sestry, která ráno komunikuje s nimi, ale vůbec to množství personálu, co se objeví v jednu chvíli na pokoji.

Poslední pozorovanou oblastí byla interakce sestra/pacient při převazu operační rány a drénů. Stejně jako při ostatních činnostech si lze všimnout, že pokud sestra prováděla stejnou činnost již po několikáté týž den, ve většině případů se chovala netrpělivěji a komunikaci s pacientem omezila pouze na podání informací ohledně převazu. Vzhledem k tomu, že většina převazů vyžadovala obnažení pacienta, tak nejčastějším negativním prvkem v chování sester bylo opět nezachování intimity pacienta. Závěs byl použit ve dvou případech. Pozitivní interakce jsou shodné s předchozími oblastmi pozorování. A rovněž z rozhovoru vyplývá, že pacienti nepovažují chování sester za

negativní i přesto, že některých negativních prvků si sami všimli. Domníváme se, že v rozhovorech pacienti neuvedli úplně to, co při interakci mezi nimi a sestrami sami pozorovali, snad ze strachu, že by se sestry dověděly informace z rozhovorů a mohlo by to negativně ovlivnit jejich chování k nim. Mohlo by být zajímavé porovnat rozhovor s pacienty provedený mimo zdravotnické zařízení na stejné téma s rozhovorem provedeným v rámci našeho výzkumu ve zdravotnickém zařízení.

Ze získaných informací v první fázi výzkumného šetření vyplývá, že sestry nemají dostatečné vědomosti o interakci a interaktivních procesech. Domníváme se, že i to může mít vliv na jejich interaktivní chování v péči o pacienta. Rovněž, kdyby měly sestry možnost vidět samy sebe při interakci s pacienty, mohly by si uvědomit, kde a jakých chyb se dopouštějí a následně se jim snažit předejít.

## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na interaktivní procesy v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Všude tam, kde minimálně dva lidé jsou v dosahu svého působení, dochází k interakci. V ošetrovatelské péči je nejčastější interakce ve vztahu sestra – pacient. A chirurgické oddělení není výjimkou.

V rámci výzkumného šetření byly zvoleny čtyři cíle. Prvním bylo zjistit, zda si sestry uvědomují interakci mezi pacienty a jimi. Jak vyplynulo z rozhovorů se sestrami, většina pojem interakce definovala správně. Termín interaktivní proces žádná z nich neslyšela, a proto jim byl objasněn, aby bylo možné získat adekvátní odpovědi na další položené otázky. Všechny dokázaly identifikovat pozitivní a negativní interakce, kterých se při své práci sestry dopouštějí a rovněž uvedly, jakých interakcí se dopouštějí při své práci ony samy, i když si hlavně ty negativní mnohdy uvědomí, až když s pacientem nejsou.

Dalším cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější pozitivní interakce v péči o chirurgického pacienta. Z pozorování vyplynulo, že sestry navazují kontakt s pacientem úsměvem a ve většině případů správným oslovením pacienta. Podání informací ohledně prováděné činnosti je samozřejmostí. Všechny tyto pozitivní interakce, které vedou ke kooperaci, byly zjištěny ve většině ošetrovatelských úkonů.

Třetí cíl byl zaměřen na zjištění nejčastějších negativních interakcí v péči o pacienta na chirurgickém oddělení. Jak bylo při pozorování zjištěno na vzniku negativních interakcí se podílí několik faktorů. Ze strany sestry to jsou počet služeb v řadě za sebou, pořadí pacienta, u kterého je prováděná stejná činnost a neoblíbenost některé ošetrovatelské činnosti u sestry. Na druhou stranu i osobnost nebo chování pacienta následně ovlivňuje chování sestry. Nejčastějším negativním prvkem v chování sester byla zjevná netrpělivost a nezachovávaní intimity pacienta. Ale v žádném případě nedošlo v interakci mezi sestrou a pacientem ke vzniku konfliktu.

Posledním cílem bylo zjistit, jak pacienti hodnotí interaktivní chování sester na chirurgickém oddělení. Z analýzy provedených rozhovorů lze usuzovat, že pacienti hodnotí interaktivní chování sester jako pozitivní. Negativních interakcí, které byly

zjištěny v rámci pozorování, si nevšimli a pokud si jich všimli, tak se je snažili omluvit pracovní vyčerpáním sestry.

Výsledky bakalářské práce mohou vést k doporučení pro vzdělávání sester, které by mohlo pozitivně ovlivnit jejich interaktivní chování při péči o pacienta.



## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BERČ, Alexander a Luba PALKOVÁ, 2009. *Onkologické ošetrovatel'stvo I*. Vyd. 1. Osveta. ISBN 978-80-9696-053-8.
- ČECH, Ján a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2008. *Sociálna psychológia pre učiteľov: prehľad základných oborů*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. Edícia spoločenských vied. ISBN 978-80-86723-59-4.
- ČOUPKOVÁ, Hana a Gabriela MAHROVÁ, 2010. *Ošetrovatel'ství v chirurgii: monografie*. 1. vyd. Praha: Grada. Recenzované monografie. ISBN 978-802-4731-292.
- DEVITO, Joseph A a Kateřina JIČÍNSKÁ, 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-2018-0.
- DUŠOVÁ, Bohdana a Gabriela MAHROVÁ, 2007. *Chronická bolest jako ošetrovatel'ský problém: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-461-7.
- DŽUMELOVÁ, M. KADUČÁKOVÁ, M., 2007. Efektívna komunikácia s pacientom v ambulanci. Florence, roč., II, č. 10, s. 415-416. ISSN 1801-464X
- GIDDENS, Anthony, 2013. *Sociologie*. Vyd. 1. Editor Philip W Sutton. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.
- GRUBER, David, 2012. *Zlatá kniha komunikace*. Vyd. 5., jemně doladěné. Ostrava: Gruber - TDP. ISBN 978-80-85624-32-8.
- HÁVA, Petr a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2004. *Násilí na pracovišti v oblasti zdravotnických a sociálních služeb v ČR: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN 80-866-2521-4.
- HAYES, Nicky, 2006. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Vyd. 1. Editor Miles Hewstone, Wolfgang Stroebe. Překlad Irena Štěpaníková. Praha: Portál. ISBN 80-736-7092-5.
- HLINOVSKÁ, Jana a Jitka NĚMCOVÁ, 2012. *Interaktivní procesy v ošetrovatel'ství a porodní asistenci*. Praha [i.e. Plzeň]: Maurea. ISBN 978-80-904955-3-1.

- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Portál. Edícia spoločenských vied. ISBN 978-807-3674-779.
- JOBÁNKOVÁ, Marta, 2003. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-701-3390-2.
- KOHOUTEK, Rudolf, 2006. *Úvod do psychologie: psychologie osobnosti a zdraví žáka*. 1. vyd. Editor Philip W Sutton. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4077-7.
- KOLÁŘ, Michal, 2005. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-736-7014-3
- KRAMER M., SCHMALENBERG C, 2004. Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool. *Journal of Nursing Administration*, vol. 34, s. 365-378. ISSN 0002-0443.
- KRISTOVÁ, Jarmila, c2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Gabriela MAHROVÁ, 2008. *Konflikty mezi lidmi: vstupní teoretické studii : empirické šetření*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-807-3674-076.
- KUTNOHORSKÁ, Jana a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Etika v ošetrovatelství: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-692.
- MIKULÁŠTÍK, Milan a Gabriela MAHROVÁ, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi: monografie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ, 2010. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 978-807-0135-136.
- NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 978-80-7439-056-2.
- NAKONEČNÝ, Milan a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Psychologie osobnosti: přehled základních oborů*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia. Manažer. ISBN 978-80-200-1680-5.

- NAKONEČNÝ, Milan a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Vyd. 1. Praha: Triton. Manažer. ISBN 978-807-3874-438.
- NAKONEČNÝ, Milan a Gabriela MAHROVÁ, 2009. *Sociální psychologie: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1679-9.
- PETŘÍKOVÁ, Jana. Sociální interakce. In: *Uhk*. 31.8.2007 [online]. [cit. 2013-09-23]. Dostupné z: [http://lide.uhk.cz/pdf/ucitel/petrija2/prednaska\\_3\\_3.htm](http://lide.uhk.cz/pdf/ucitel/petrija2/prednaska_3_3.htm).
- PLAŇAVA, Ivo, 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0858-2.
- POKORNÁ, Andrea. Specifika sociální interakce v ošetrovatelství – systematický přehled odborných poznatků ve vztahu ke klinické praxi. In: *2009 XXXIII. Brněnské onkologické dny a XXIII. Konference pro sestry a laboranty*. [cit. 2013-09-23]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/3354/>
- QUISOVÁ, Silvie a Petr WEISS, 2009. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích: efektivní komunikace v praxi*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav pedagogických a psychologických věd. Manažer. ISBN 978-80-7248-551-2.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a Gabriela MAHROVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-308.
- STRNADOVÁ, Věra a Gabriela MAHROVÁ, 2011. *Interpersonální komunikace: monografie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-157-0.
- ŠAFRÁNKOVÁ, Jana a Petr WEISS, 2009. *Komunikace a jednání s lidmi: efektivní komunikace v praxi*. Vyd. 1. V Praze: České vysoké učení technické. Manažer. ISBN 978-80-01-04389-9.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén. Manažer. ISBN 978-807-2625-994.

- VALENTA, Jiří a Gabriela MAHROVÁ, 2007. *Základy chirurgie: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-802-4613-444.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry: vstupní teoretické studie: empirické šetření*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2012. *Klinická onkologie pro sestry: 6. vydání*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4737-423.
- VRUBLOVÁ, Yveta. *Kapitoly z psychologie a komunikace ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava. ISBN 80-248-1132-4.
- VYGOTSKIJ, Lev Semenovič, Jan PRŮCHA a Hilda VORLÍČKOVÁ, 2004. *Psychologie myšlení a řeči: 6. vydání*. Vyd. 1. Praha: Portál. Psychologie (Portál). ISBN 80-717-8943-7.
- VYMĚTAL, Jan a Petr WEISS, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
- ZACHAROVÁ, Eva a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2011. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi: komunikace (nejen) pro sestry*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU. Manažer. ISBN 978-80-7399-285-9.
- ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4720-685.

## 8 SEZNAM PŘÍLOH

1. Povolení výzkumného šetření ve FN Plzeň
2. Návrh otázek na zjištění vědomosti sester.
3. Analýza kódování rozhovoru v ruce.
4. Pozorovací arch.
5. Návrh otázek pro pacienty.
6. Analýza rozhovoru s pacientem.
7. CD s přepsanými rozhovory a vyplněné pozorovací archy.

## **Příloha 1**

*Vážená paní*

*Lenka Růžičková*

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetrovatelství*

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povolují Vaše šetření, pomoci pozorování a rozhovorů, vedených s všeobecnými sestrami a pacienty *Chirurgické kliniky FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Interaktivní procesy v péči o pacienta na chirurgickém oddělení*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše rozhovory s pacienty osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., § 65, odst. 3.**
- Případné údaje o zdravotním stavu pacientů, které Vám pacienti sdělí a budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová*  
*manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP*  
*zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*  
*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň*  
*tel.. 377 103 204, 377 402 207*  
*e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)*

7. 10. 2013

## **Příloha 2**

### **Návrh otázek na zjištění vědomostí pro sestry:**

1. Co vás napadne, když se řekne interakce?
2. Co vás napadne, když se řekne interaktivní proces?
3. Co si představujete pod tímto pojmem v souvislosti s ošetrovatelskou péčí?
4. Má podle vás význam v péči o pacienta? Jaký? Proč ne?
5. Víte, jakých pozitivních interakcí se dopouštíte v péči o pacienta?
6. Víte, jakých negativních interakcí se dopouštíte v péči o pacienta?
7. Myslíte si, že má vaše interaktivní chování vliv na prožívání pacienta? Proč ne?
8. Absolvovala jste nějaký seminář zaměřený na interakci ve zdravotnictví?
9. Chtěla byste se o interakcích a interaktivních procesech dozvědět něco víc?
10. Co byste od případného semináře očekávala?

### **Identifikační údaje:**

1. Kolik je vám let?
2. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

## Příloha 3

### Přepis rozhovorů

S1

#### 1. Co vás napadne, když se řekne interakce, interaktivní, interaktivní proces?

Interakce je vzájemné působení mezi dvěma věcmi, lidmi nebo já nevím. Proces je nějaký děj. Mezi pacientem a sestrou. Třeba sestra nějak působí na pacienta a on na to nějakým způsobem reaguje. A to je proces mezi dvěma lidmi.

#### 2. Co si představujete pod tímto pojmem v souvislosti s ošetrovatelskou péčí?

Vzájemné působení dvou nebo více lidí, které probíhá v delším časovém intervalu. Mohou nějakým způsobem působit na pacienta krom lidí i věci? Jo, když třeba dáme člověku monitor, tak ho to třeba zneklidňuje tím, že ho pořád sleduje a hlídá se. Nebo nějaká sestra, která má třeba piercing nebo tetování a je to člověk, který je třeba konzervativní a už se mu to nelíbí, tak ta sestra už i tím na něj působí ještě dřív, než se stačí projevit a on si vždy najde něco, co mu na ni vadí.

#### 3. Má podle vás význam v péči o pacienta? Jaký? Proč ne?

Asi jo. Nevím jaký. Možná ovlivňuje důvěru pacienta. Pacient pak sestře víc důvěřuje. A sestra by pak taky věděla, jak na něj působit. Jako kladně. Možná taky psychická podpora

#### 4. Víte, jakých pozitivních interakcí se dopouštíte v péči o pacienta?

Nezvyšujeme na něj hlas, že mu vysvětlíme, co jdeme dělat, co mu podáváme za léky. Neodsekáváme mu. Chováme se k němu empaticky, vyslechneme ho. Víš jakých pozitivních interakcí se dopouštíš ty? Vyslechnu pacienta, respektuji jeho požadavky, dbám na intimitu při vyprazdňování, hygieně, naslouchám mu a snažím se ho pochopit, usmívám se na něj. Když není tolik práce, tak se pacientovi snažím vyjit vstříc, popovídat si s ním, rozebrat konkrétní problém. Taky samozřejmě záleží jak moc o to stojí. Někdo je komunikativnější někdo uzavřený do sebe. Některý je zase podrážděný, tak ho i okřiknu nebo na něj zvednu hlas. Když je hodně práce, tak na něj houkne něco od dveří a zase běžím dál. A úplně odkázaný pacient na pomoc nás je taky problém. Přiběhneš rychle převlečeš do čistýho, otřeš žinkou a běžíš dál.

#### 5. Víte, jakých negativních interakcí se dopouštíte v péči o pacienta?

Odsekáme mu, řekneme mu, že nemáme čas, okřikneme ho, nebo mu neodpovídáme, když se na něco ptá. Že na něj zvýšíme hlas. Přijdeme na pokoj, uděláme něco a zase beze slova odejdeme

#### 6. Myslíte si, že má vaše interaktivní chování vliv na prožívání pacienta? Proč ne?

Určitě. Když na něj budu ošklivá, nepřijemná a budu na něj zvyšovat hlas, tak on se uzavře do sebe a se mnou nebude chtít nic řešit a raději bude komunikovat s druhou sestrou, která je na směně, nebo já nevím. Prostě se mnou odmítne komunikovat. Poznala bys, že na pacienta působíš negativně? Určitě jo. Třeba by se mi nedíval do obličeje, nebo mi taky odsekával a taky by se ke mně choval stejným způsobem, nebo by se mnou nekomunikoval jako ostatní pacienti. Myslíš, že má na interakci vliv i počet pacientů na pokoji? Bude to spíš pozitivní, nebo negativní interakce? Jo. Myslím, že pro pacienta, to bude pozitivní, pokud je tam víc lidí. Protože i já si dávám pozor na to jestli mu neodsekávám, i když je nepřijemný, nebo já



## Příloha 4

### Pozorovací arch

Základní informace o interakci		
Činnost, kt. vykonává sestra		
Kde dochází k interakci		
Počet přítomných osob		
Rušivé elementy		
Délka interakce		
Pořadí pacienta, u kt. S vykonává stejnou činnost		
Počet služeb v řadě		
Interakce S – P		
Pozdrav	Ano/ Ne	
Oslovení		
Podání informací pacientovi	Dostatečné/Nedostatečné	
Neverbální projevy sestry	Úsměv	Ano/Ne
	Postoj S	
	Mimika	
	Gestika	
Navázání očního kontaktu		
Verbální projevy sestry		
Chování S	Trpělivost Netrpělivost Lhostejnost Zájem o pacienta Přátelské	
Zajištění intimity	Ano/Ne	
Současná komunikace s jinými pacienty, personálem...	Ano/Ne	
Komunikace s pacientem během činnosti	Ano/Ne	

## **Příloha 5**

### **Návrh otázek pro pacienty**

1. Jak na Vás působila sestra, která Vás přijímala, převazovala, nebo vám pomáhala při hygieně?
2. Zaujalo Vás na ní něco při vstupu do pokoje? Zaklepala na dveře než vstoupila?
3. Zaujalo vás něco v jejím chování?
4. Líbilo/nelíbilo se Vám to, co Vás na ni zaujalo?
5. Ovlivnil Vás vzhled sestry při komunikaci s ní? Jak?
6. Vysvětlila Vám, co bude dělat a proč?
7. Čím byl podle Vás ovlivněn vztah mezi Vámi a sestrou?
8. Myslíte si, že chování sestry bylo ovlivněno i tím jak na ni působíte Vy? Jak?
9. Myslíte si, že chování sestry ovlivnilo Vaši spolupráci s ní? Jak?
10. Všiml (a) jste si, že by se sestra chovala jinak k ostatním pacientům na pokoji než k Vám?
11. Řekl (a) byste, že interakce byla pozitivní nebo negativní? Proč si to myslíte?
12. Chtěl (a) byste, aby Vás tato sestra ošetřovala během Vašeho pobytu tady? Proč? Proč ne?
13. Je něco, co byste poradil (a) sestřám, aby změnily na svém přístupu k pacientům?

### **Otázky vytvořené na základě pozorování:**

14. Všiml (a) jste si, že by se chovala netrpělivě?
15. Zajistila vám soukromí při převazu, při hygieně? Použila závěs?

### **Identifikační údaje:**

16. Kolik je Vám let?
17. Už jste byl (a) někdy hospitalizován (a) na tomto oddělení?
18. Jaký je důvod Vaší hospitalizace?

## Příloha 6

Pacient 1 (rozhovor zaměřeny na sestru1)

### 1. Jak na Vás působila sestra, která Vás přijímala?

*úsměv* Myslím, že působila velice pozitivně, usmívala se. Velice pozitivně na mě působí, když se někdo usmívá. Přišla mi docela sympatická *klusáček vstoupila. šel jsem*

### 2. Zaujalo Vás na ní něco, při vstupu do pokoje? Zaklepala na dveře než vstoupila?

Když se otevřely dveře, tak jsem se docela lekl, ne ty sestřičky, ona se mi docela líbila, ale toho bouchnutí a pak i toho druhého, když se dveře zavřely. Klepání na dveře jsem si nevšiml. *NEKLEPÁNA*  
„Všiml jste si něčeho výrazného v jejím chování?“ Měl jsem pocit, že sestřičku až tolik nezajímá, co jí říkám, když se koukala z okna. Ale nejspíš to je tím, že tady máte hodně práce *NEKLEPÁNA*  
a už přemýšlela nad tím, co bude dělat za chvíli...možná byla trochu netrpělivá, ale to si nejsem jist. Řekl bych taky, že sestřička byla příjemná, i když jsem měl chvíli pocit, že mě neposlouchá. Všiml, jste si, že sestra komunikovala současně i s jinými osobami v pokoji? *AN*

### 3. Líbilo/nelíbilo se Vám to, co Vás na ni zaujalo?

Ani nevím, sestřička se mi docela líbila.

### 4. Ovlivnil Vás vzhled sestry při komunikaci s ní? Jak?

Myslím, že ani ne. A když se člověk usmívá, tak je to lepší.

### 5. Vysvětlila Vám, co bude dělat a proč?

Jo, řekla mi, že mi změní tlak, nabere krev a že pak něco podepíšu. Stačili vám tyto informace? Myslím, že jo. Měl(a) jste prostor na dotazy? Jo, sestřička je sympatická, ale myslím, že má hodně práce, tak jsem ji nechtěl obtěžovat otázkami. To přece musí každý pochopit. Já třeba chápu, že máte hodně práce, a když mi vlastně ještě celkem nic není, nechci obtěžovat. *informace? šel jsem*

### 6. Čím byl podle Vás ovlivněn vztah mezi Vámi a sestrou?

To nevím. A jestli byl něčím ovlivněn, to jsem si nevšiml. Myslíte si, že byl vztah mezi vámi a sestrou ovlivněn počtem pacientů na pokoji? K lepšímu, nebo k horšímu? Aha, tak nad tím jsem taky nepřemýšlel. Myslím, že se sestry chovají ke všem stejně.

### 7. Myslíte si, že chování sestry bylo ovlivněno i tím jak na ni působíte Vy? Jak?

Doufám, že jsem na ni nepůsobil špatně, ale myslím, že se chová taky ke všem stejně příjemně.

### 8. Myslíte si, že chování sestry ovlivnilo Vaši spolupráci s ní? Jak?

*úsměv* Přišlo, mi že je příjemná, tak by to asi ovlivnilo spolupráci kladně. Proč bych s ní neměl spolupracovat, vždyť mi tady chcete pomoci.