



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Terapeutická komunikace v kontextu  
ošetřovatelství**

# **HABILITAČNÍ PRÁCE**

**Autorka:** PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Terapeutická komunikace v kontextu ošetrovatelství**

### **Abstrakt**

Habilitační práce na téma Terapeutická komunikace v kontextu ošetrovatelství se zabývala problematikou této ošetrovatelské intervence v české ošetrovatelské praxi s podtextem zkvalitnění péče orientované na pacienta.

K odpovědi na výzkumnou otázku „Jaká je potřeba a možnost pro realizaci terapeutické komunikace v českém ošetrovatelství“ jsme použili analýzu a shrnutí výsledků a zjistili jsme, že v českém ošetrovatelství existuje potřeba terapeutické komunikace, kterou opodstatnili pacienti a i sestry vnímají tuto dovednost jako vhodnou. Možnosti aplikace terapeutické komunikace jsou omezeny časem, zaneprázdněností sester a částečně tím, že pacienti na tento způsob spolupráce se sestrami v rámci poskytování péče nejsou zvyklí. Realizace jednotlivých dovedností terapeutické komunikace se liší nejenom individuálně, ale také v závislosti na věku a délce hospitalizace pacientů. Pro dosažení cílů výzkumného šetření bylo zjištěno: 1. Jaké místo zaujímá terapeutická komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester a pacientů. Přestože si sestry uvědomují účinek, a podle výpovědi používají alespoň částečně několik dovedností terapeutické komunikace, nezařazují dostatečně terapeutickou komunikaci do ošetrovatelství jako samozřejmou a nutnou dovednost. Z pohledu pacientů je pro ně terapeutická komunikace důležitá, ale vnímají, že sestry k její realizaci nemají podmínky. 2. Jaké dovednosti terapeutické komunikace pacienti postrádají v péči sester. Především by sestry měly mít více času se pacientům věnovat – hovořit s nimi a nechat pacienta hovořit. Také aby reagovaly na to, co pacienti říkají, být více aktivní, aby se jich samy ptaly na to, co pacienty trápí. 3. Zda sestry mají zájem o poskytování terapeutické komunikace. Ano, sestry projevily zájem o aplikaci této dovednosti, který je podmíněn vhodnými podmínkami a dostatečným vzděláním v oblasti teoretické i praktické. 4. Jaké překážky sestry vidí pro poskytování terapeutické komunikace. Na prvním místě je překážkou nedostatek času způsobený nízkým počtem personálu, vysokým počtem pacientů na jednu sestru, rozsáhlou administrativou a také tím, že managementem není tato dovednost podporována, sledována ani dokumentována.

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda za použití dotazníku vlastní konstrukce. Ke statistickému zpracování dat, kde se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí, byl použit Pearsonův chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce a Fisherův exaktní test za použití SPSS programu verze 16.0. Dále byl zjišťován příklon respondentů k Potřebnosti, Použití a k Účinku terapeutické komunikace za využití sedmibodové škály sémantického diferenciálu. Pro numerické výpočty a grafické vyhodnocení bylo využito programovací prostředí R 3.0.1.

Pro realizaci sběru dat bylo osloveno 7 nemocnic Jihočeského kraje. Bylo distribuováno 500 dotazníků pro sestry a 300 pro pacienty. Výzkumný vzorek v konečné fázi tvořilo 249 (100 %) sester pracujících na lůžkových odděleních těchto nemocnic a 156 pacientů (100 %) tam hospitalizovaných.

Stanovená hypotéza (H1) *Sestry vnímají terapeutickou komunikaci častěji jako kompetenci jiných disciplín než jako součást vlastního oboru ošetrovatelství* byla potvrzena pouze ve vztahu k délce praxe respondentů a zařazení terapeutické komunikace do disciplíny psychologie. V případě vzdělání závislost nebyla potvrzena.

H2 *Zaneprázdněnost sester je dle pacientů větší překážkou realizace terapeutické komunikace než jejich vlastní ostych požádat sestru o hlubší rozhovor* je potvrzena v případě respondentů-pacientů do 45 let hospitalizovaných do jednoho týdne. Pro respondenty starší 45 let a hospitalizovaných více než jeden týden tato hypotéza neplatí.

H3 *Sestry naplňují terapeutickou komunikaci častěji formou poskytování informací než jejich charakteristickými dovednostmi* nebyla potvrzena.

H4 *Sestry častěji postrádají nácvik a zdokonalování se v konkrétních dovednostech terapeutické komunikace než znalosti o tomto způsobu péče* nebyla verifikována.

H5 *Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé (pacienti) ve věku nad 45 let než mladší* lze statisticky potvrdit v případě, že jde o konkrétní terapeutické dovednosti „naslouchání“ a „času pro pacienta“. Ale pro postrádání dovedností terapeutické komunikace „reakce na to, co pacient říká, a „aktivity sestry v kladení otázek“ tato hypotéza neplatí.

H6 *Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé hospitalizovaní déle než jeden týden* nebyla potvrzena.

H7 *Překážkou pro realizaci terapeutické komunikace je spíše čas, který sestry mohou této dovednosti věnovat, než že by terapeutickou komunikaci pacienti nepotřebovali* byla verifikována. Tato hypotéza je platná pro respondentky-sestry vysokoškolsky vzdělané.

H8 *Délka praxe sester je více rozhodujícím faktorem pro aplikaci terapeutické komunikace než jejich vzdělání* nelze statisticky potvrdit. Výsledky však ukazují, že významnost byla častěji potvrzena pro skupinu vysokoškolsky vzdělaných.

Získané výsledky přinášejí fakta o realitě v ošetrovatelské praxi, tedy nedostatečně aplikované ošetrovatelské dovednosti, kterou je terapeutická komunikace. Přestože je teoreticky opodstatněná a podle mnohých autorů klíčová pro poskytování péče, v reálné praxi pro její uskutečnění není mnoho prostoru. Výsledky jsou výzvou pro odbornou veřejnost, která by měla usilovat o navýšení této kompetence v běžné praxi všeobecných sester i seznamu výkonů ve prospěch spokojenosti klientů/pacientů i ve prospěch vlastní profese a image moderního ošetrovatelství v České republice.

### **Klíčová slova**

terapeutická komunikace; ošetrovatelství; dovednost; intervence; podmínky; překážky

# Therapeutic Communication in the Context of Nursing

## Abstract

This habilitation thesis Therapeutic Communication in the Context of Nursing concerns nursing interventions in Czech nursing practice with the undertone of improvement patient orientated care.

To answer the research question “What is the need and possibility for therapeutic communication realization in Czech nursing” we used the analysis and results summary and we found out that in Czech nursing the need of therapeutic communication exists which was substantiated by the patients and also nurses perceive this skill as appropriate and useful. The possibilities of therapeutic communication application are limited by time, nurse busyness and partly because the patients are not used to this way of cooperation with nurses in the framework of provision of care. Realization of particular therapeutic communication skills differ not only individually but also in relation with the patient’s age and their length of hospitalization. For achievement of the research aims we found out: 1. What is the position of therapeutic communication in nursing care from nurses and patients perspective? Although nurses are aware of the effect, and according to their statement they use at least partly few therapeutic communication skills, they don’t include sufficiently therapeutic communication into nursing as an obvious and necessary skill. From the patient’s perspective the therapeutic communication is important for them but perceive that nurses don’t have conditions for its realization. 2. What therapeutic communication skills patients are missing in nursing care. Above all for the nurses to have more time to pay attention to patients – talk with them and let the patients talk. Furthermore for the nurses to react on what patients say, to be more active – initiative in asking patients what worries them. 3. Whether nurses have the interest of providing therapeutic communication. Yes, they expressed the interest in application of this skill which is undermined with appropriate conditions and sufficient education in theoretical and practical area. 4. What obstacles nurses see for provision of therapeutic communication? The first place obstacle is the lack of time caused by low number of personnel, high number of patients for one nurse, extensive administrative work and also that this skill is not supported, monitored not even documented by the management.

The quantitative method by use of self-constructed questionnaire was used. For processing the obtained data, where the relation of factors by use of contingent tables which are the base for testing the relations the Pearson Chi-Square test about mutual independence was used and the Fisher's exact test with the use of SPSS programme version 16.0. Further the swing (affiliation) of respondents to Usefulness, Application and Effect of therapeutic communication was investigated by the use of seven point scale of the Semantic differential. R 3.0.1 was used for the numeric calculation and graphic evaluation programming environment. Seven hospitals from South Bohemia Region were addressed. 500 questionnaires were distributed for nurse respondents and 300 for patients. The research sample was composed of 249 (100%) nurses working at these hospitals and of 156 patients (100%) hospitalized there.

Appointed hypothesis (H1) *Nurses perceive therapeutic communication as a competence of other disciplines more often than a part of their own nursing field*, was verified only in relation with the length of practice of respondents and placing of therapeutic communication in to psychology discipline. In case of education this relation is not verified.

Hypothesis H2 *Busyness of the nurses is according to the patients a bigger obstacle of realization of the therapeutic communication than their own bashfulness to ask the nurse for deeper conversation* was confirmed in case of respondents-patients up to 45 years of age of hospitalized up to one week. For the respondents older than 45 years and hospitalized more than one week this hypothesis is not verified.

Hypothesis H3 *Nurses fill the therapeutic communication with providing information more often than with other characteristic skills* wasn't verified.

Hypothesis H4 *Nurses lack the training and improvement of concrete skills of therapeutic communication more often than the knowledge of this kind of care* wasn't verified.

Hypothesis H5 *People in the age over 45 year lack therapeutic communication more than younger* can be verified in case concerning concrete therapeutic skills "listening" and "time for the patient". But for lacking the skill "reaction on what the patient says" and "activity of nurse in asking questions" this hypothesis is not verified.

Hypothesis H6 *Therapeutic communication lack people hospitalized longer than one week more* wasn't verified.

Hypothesis H7 *The obstacle for therapeutic communication realization is rather time, which nurses can spend on it than the patients wouldn't need it*, was verified. This hypothesis is valid for respondents – nurses with university education.

Hypothesis H8 *The length of nurse's practice is more predominant factor for therapeutic communication application than their education* cannot be statistically approved. However the results show that the significance was more often confirmed for the group of university educated nurses.

**Key words:**

therapeutic communication; nursing; skill; interventions; conditions; obstacles

# OBSAH

Úvod	9
<b>1. Komunikace v ošetrovatelství</b>	<b>11</b>
1.1 Pojem terapeutická komunikace v ošetrovatelství	13
1.2 Efektivní a terapeutická komunikace	19
1.2.1 Terapeutický rozhovor	24
1.3 Terapeutické komunikační techniky	25
1.4 Terapeutická komunikace v ošetrovatelských modelech	30
1.5 Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu	34
1.6 Podmínky a faktory pro realizaci terapeutické komunikace	42
<b>2. Terapeutická komunikace v legislativních normách a etických kodexech</b>	<b>44</b>
<b>3. Cíle a hypotézy</b>	<b>49</b>
<b>4. Metodika</b>	<b>50</b>
<b>5. Charakteristika souboru</b>	<b>52</b>
<b>6. Výsledky</b>	<b>53</b>
<b>7. Diskuse</b>	<b>121</b>
<b>8. Závěr</b>	<b>159</b>
<b>9. Literatura</b>	<b>161</b>
<b>10. Přílohy</b>	<b>173</b>



## ÚVOD

Kdo jsme a kam jdeme? To je otázka, která je snad aktuálnější než dříve. Co je naším cílem a co dělat, když potkáváme na cestě k němu překážky, se kterými si neumíme poradit? Na to se ptají nejen jednotlivci, ale také různé disciplíny i profese. Ošetřovatelství mezi ně nepochybně patří. Specifické pro ošetřovatelství však je, že se v něm potkávají jedinci, kteří poskytují péči, ti, kteří ji přijímají nebo žádají. I když se to na první pohled nezdá, do ošetřovatelství navíc zasahuje také další disciplína – pedagogika neboli vzdělávání kvalifikovaných všeobecných sester. Nástrojem pro hledání cesty jak zvládnout překážky spojené s prevencí a podporou zdraví, nemocí i umíráním je terapeutická komunikace, která je tématem předložené práce. Teorie ošetřovatelství i jeho praxe prošla v posledních 25 letech procesem změny, kterým byla snaha zkvalitnit poskytování ošetřovatelské péče od zaměření na výkon k péči orientované na klienta/pacienta. Mnohé se zdařilo, avšak komunikace a tím spíše terapeutická komunikace jako jedna z nezbytných dovedností sestry zůstává v pozadí, a to především v praxi. V teoretické části práce se proto zabýváme definicemi terapeutické komunikace, jejím výskytem, popisem v české i zahraniční literatuře, významem a účinkem v praxi. V empirické části sledujeme znalosti a názor sester na možnosti použití terapeutické komunikace v praxi a také zkušenosti a pocity klientů/pacientů při setkání s terapeutickou komunikací, kterou sestry poskytují. Zajímali jsme se o překážky v aplikaci terapeutické komunikace a doporučeními z pohledu obou skupin výzkumného vzorku. Při zpracovávání tohoto tématu nás silně ovlivňovalo aktuální dění a diskuse o směřování ošetřovatelského vzdělávání i ošetřovatelské praxe. Cítíme, že ošetřovatelství má přispívat člověku, který je středobodem náplně práce všeobecné sestry a ocitá se v neznámém prostředí s pocitem selhání či ohrožení. To je důvod, proč se tak intenzivně věnujeme prožívání těchto lidí a tomu, co pro ně může sestra pomocí svých profesních intervencí udělat. Téma terapeutické komunikace je velmi široké a přesahuje nejen možnosti této práce, ale i samotnou disciplínu ošetřovatelství. Jsme si vědomi, že jsme nepojali toto téma do všech detailů tak, jak by zasluhovalo.

*Komunikace je vztah.*

*„Už nemluvím jen o psychoterapii, ale o stanovisku, filosofii, o přístupu k životu, způsobu bytí, který je vhodný do každé situace, kde je cílem růst – člověka, skupiny, společenství“ (Rogers, 1998, 17).*

# 1. KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Kapitola se pokouší krátce zachytit komunikaci jako ošetřovatelskou intervenci v historických vývojových obdobích ošetřovatelství. Naznačuje rozvoj od intuitivního k profesionálnímu přístupu k saturaci potřeb člověka – od výkonu a ošetřovatelskému procesu. Upozorňuje na významný vliv komunikační intervence na psychickou pohodu člověka, nutnou k navržení jeho celkové rovnováhy.

Ošetřovatelství jako vědní obor má svoji historii, kterou ovlivnil vývoj lidské společnosti, náboženství, války, filosofické směry i rozvoj vědy. Přirozeně s tímto procesem se měnilo postavení sestry ve společnosti, v oboru i její role v něm. Zpočátku měla sestra (ošetřující osoba) k dispozici pro poskytování péče kromě přírodních (byliny) a fyzikálních (teplo, chlad) možností jen svoje ruce, srdce a dobré slovo. Byly to hlavní atributy [*neodlučitelná vlastnost, podstatný znak* ([www.slovník-cizích-slov.abz.cz/](http://www.slovník-cizích-slov.abz.cz/) „on-line“ 7. 2. 2014)] tehdejšího povolání. Činnost sestry směřovala k zajištění pohodlí v oblasti pocitu hladu, snížení bolesti, zajištění příjemnější teploty, uklidnění, utišení a povzbuzení. Tento přístup je charakteristický jak pro charitativní, tak pro profesionální ošetřovatelství založené Florence Nightingaleovou. Ta sice ošetřovatelství pozvedla nejen zdůrazněním vlivu hygieny a prostředí na zdraví člověka, ale také tím, že propagovala osobní kontakt a komunikaci jako nezbytnou činnost sestry především v situacích, kdy člověk – pacient prožívá náročnou situaci. Jak je všeobecně známo, chodila mezi raněnými vojáky, oslovovala je, mluvila s nimi, četla jim dopisy od jejich nejbližších a tak je povzbuzovala, když cítili beznaděj. Kontakt sestry s pacientem byl častý a blízký i z toho důvodu, že sestra byla ubytována ve vyhrazené části jedné místnosti s pacienty (Kafková, 1992; Staňková, 1999a).

S rozvojem medicíny a techniky přecházely na sestru další povinnosti s přípravou pacientů na vyšetření, péčí po výkonech a vyšetřeních, udržováním nových pomůcek, nástrojů a přístrojů. Postupně se stává vzdělanou, technickou sestrou, která je však od pacienta vzdálena. Z důvodu jiných povinností přichází za pacientem jen na jeho vyzvání a proto, aby plnila ordinace lékaře a přesně dodržovala běžný harmonogram činností sestry (často i hodinově předepsaný). Sestra tak ví, kdy co má dělat. Na otázku „proč tak činí“ většinou získáme odpověď „protože to ordinoval pan doktor“, „protože se to tak dělá, je to v harmonogramu práce“ apod. Jedná se o direktivní způsob

poskytování péče, kdy pacient do ošetrovatelského ani léčebného procesu nebyl aktivně zapojován. Činnost sestry byla orientována na výkon. Od 50. let 20. století se pod vlivem rozvoje psychologie hlavně v USA do centra zájmu ošetrovatelství dostává člověk jako lidská bytost a ze sestry se stává kriticky myslící profesionál s holistickým přístupem k člověku (i proto tento obor můžeme nazývat moderním ošetrovatelstvím). Je nemyslitelné naplňovat takový přístup bez profesionální komunikace. Jen stěží lze určit, do jaké míry komunikace, resp. její dovednosti převažují (a zda vůbec) nad ostatními psychomotorickými dovednostmi poskytované sestrou, či jaké procento má komunikace zaujímat v činnostech sestry. Přesto sdílíme názor uvedený autory Zerwekh a Zerwekh Garneau (2015), že sestra musí umět ovládat komunikační dovednosti stejně kvalitně jako klinické dovednosti. Jednoznačně definovat znalosti a praxi v ošetrovatelství bylo vždy obtížné. Proto snad Florence Nightingaleová poznamenala, že vše je podstatnou součástí ošetrovatelství (Taylor, Field, 2008). Zřejmý je však fakt, že člověk v tíživých situacích, jako jsou například porucha soběstačnosti, pocit méněcennosti, nemoc či hospitalizace, komunikační dovednosti poskytované sestrou potřebuje v současnosti stejně, jako je přijímal v dřívějších dobách. Potřebuje tedy podporu, povzbuzení, uklidnění, pomoc, což direktivní přístup technické sestry nemohl poskytnout. Navíc takový přístup nebyl očekáván ani požadován a byl spíše přisuzován jen řadovým sestřám. Přesto schopnost sestry komunikovat tak, aby navázala a rozvinula kontakt s člověkem-pacientem, je obecně vnímána jako samozřejmost. Bez toho ošetrovat nelze. Tato samozřejmost neříká však nic o kvalitě, účelu a efektu komunikace sestry. Pokud je vnímána jako rutina, jde o sdělování či získávání informací a může být neosobní či direktivní. Pokud však je vedena kritickým myšlením, klinickým posuzováním a je orientovaná na člověka, bude efektivnější (Tóthová a kol., 2014; Taylor, 2006; Rubenfeld, Scheffer, 1995). A když má komunikace konkrétní cíl, a to především podpořit, podnítit, porozumět a pomoci vybudovat konstruktivní (tvořivý, činorodý, spolupracující) vztah mezi sestrou a klientem (Berman, Snyder, 2012; Richardson et al., 2015), jedná se o terapeutickou komunikaci. Podle Honzáka (2015) se tak děje tehdy, když se sestra i intuitivně rozhodne pomoci podpořit pacienta. Stačí, když projeví upřímný zájem o jeho život. Jedná se o Hawthorne efekt, kdy ke zlepšení stavu dochází působením dvou faktorů – a to zájmu a péče (Honzák, 2015). Další rozměr profesionální komunikace, tedy projev a chování (komunikace činem) sestry, vyjadřuje její postoj nejen k člověku, pacientovi, ale i k profesi samotné a ke kvalitě její realizace v praxi. Tím také vytváří nebo udržuje image profese. Terapeutická

komunikace tuto image i kredit ošetrovatelství zvyšuje. Uplatnění terapeutické komunikace by nebylo možné bez vlivu některých filosofických směrů, které ovlivnily autorky ošetrovatelských modelů a teorií, o nichž je pojednáno v kapitole 1.4.

### ***1.1 Pojem terapeutická komunikace v ošetrovatelství***

Kapitola operacionalizuje termín terapeutická komunikace. Uvádí definice podle českých i zahraničních autorů. Předkládá konkrétní komunikační intervence, kterými sestra saturuje pacientem projevené porušené potřeby.

Důkazy o existenci terapeutické komunikace jsme hledali kromě přístupných databází také v základní české i zahraniční ošetrovatelské literatuře, která vymezuje ošetrovatelství jako teoretickou vědní disciplínu, v praxi realizovanou v pěti fázích ošetrovatelského procesu, a dále v příslušných zákonných a etických normách České republiky. S pojmem terapeutická komunikace se v českém ošetrovatelství setkáme jen ojediněle. K vysvětlení existuje několik důvodů. Slovo terapie je v českém prostředí spojeno s medicínou, lékařstvím, s léčbou nemocí. Ve spojení s komunikací má velmi blízko k psychoterapii, tedy léčbě vedené či poskytované psychiatrem, psychologem nebo speciálně vyškolenou osobou. Pak už je jen krok k populární hlubinné psychoterapii, která řeší problémy, jejichž příčina je skryta v podobě vědomě či nevědomě prožitého traumatu. Ale i Honzák (2015) mluví o psychoterapii a vkládá ji do rukou sester ve prospěch pacientů. Ti jejím působením procházejí změnou, aby se cítili zralější a svobodnější, tedy povzbuzeni a posílení. V češtině se pro vyjádření práce a činnosti sestry používá termín péče nebo ošetrování. V angličtině kromě českého ekvivalentu pro péči, ošetrování – care a caring nebo nursing, je také pro ošetrovatelskou péči používáno slovo nursing therapy, tedy léčba (Berman, Snyder, 2012). Při překladu slova therapeutic communication získáme termín terapeutická (léčebná) komunikace.

Rossiter (2006, s. 127) se zabývá definováním termínu terapeutická komunikace. Zamýšlí se nad tím, že „therapeutic is health – promoting“ – terapeutický je podporující zdraví a také, že na základě definice WHO obecně „zdraví“ můžeme vnímat jako well-being (pohodu, rovnováhu). To naznačuje cíl i zamýšlený účinek terapeutické komunikace. Jones et al. (2012, s. 9) definují terapeutickou komunikaci jako „... na

pacienta zaměřený interaktivní proces, zahrnující verbální a neverbální chování a nedílnou součást pacientova zotavení“. Interpersonálním přístupem zaměřeným na pacienta se zabývá Joseph a Worsley (2005). Lima-Basto et al. (2010, s. 13) definují terapeutickou komunikaci jako „cestu k výsledku, především k obnově well-being (zdraví) a kvalitě života“.

Terapeutická komunikace je závislá na **vytvoření** terapeutického vztahu. V literatuře se setkáváme s tím, že tyto dva termíny jsou používány jako synonyma (Rossiter, 2006; Berman, Snyder, 2012; Arnold, Boggs, 2003). Pokud chceme použít terapeutickou komunikaci, musíme navázat terapeutický vztah (Honzák, 2015) a ten není možné navázat bez použití dovedností terapeutické komunikace. Důvodem je, že sestra, která zapojí terapeutickou komunikaci do své činnosti, musí mít hlubokou úctu a důvěru v člověka a v jeho schopnost růst a rozvíjet se (Richardson et al., 2015). Šiffelová (2010) popisuje terapeutický vztah jako určitý „způsob bytí“, který naznačuje, jakou schopnost má sestra v umění setkat se s druhými lidmi (pacienty) i sama se sebou. Terapeutický vztah je profesionální vztah, ve kterém je subjektivita sestry velmi významná. Péče poskytovaná v terapeutickém vztahu pomáhá pacientům, aby byli nezávislí – soběstační (Evans, 2007). Interpersonální vztah v ošetrovatelství je často považován za vztah „jeden/a – jeden/a“ mezi sestrou a pacientem, ale sestra musí vytvářet také vztah s rodinou nebo blízkou osobou pacienta. Proto se sestra musí naučit a ovládnout dovednosti k vytvoření a obohacování – zkvalitňování tohoto vztahu (Jones et al., 2012). Lima-Basto et al. (2010) popisují terapeutický vztah jako obecně v ošetrovatelství používaný ve smyslu interakce sestra–pacient, se společným cílem, jako proces o několika fázích a definovanými atributy – vyjednávání, jako překážky, otevřenost, důvěru, respekt, empatii a sílu, jako vzájemný rozvoj a zvyšující se autonomie pacienta.

Rogers (1996) popisuje vztah, který je charakteristický konkurencí, empatií a přijetím, slovem terapie a terapeutický. Nevnímá jej však jako nutné „sezení“ a terapii jako takovou. Ale jako podpůrnou a léčivou možnost pro změnu, obohacení a růst, tedy proces sebeaktualizace (Honzák, 2015). Navázaný vztah umožňuje hlubší úroveň prožívání, uvědomování, autentičnost a otevřenost k prožitkům a k pocitům. Tento proces je obousměrný, protože pokud sestra bude chápat klienta, může dojít i k její změně.

Lambert a Barley (2001) se zabývali terapeutickým vztahem a psychoterapeutickým výsledkem. Jako nejvýznamnější ze čtyř oblastí ovlivňující výsledek uvádějí obecné faktory zahrnující empatii, vřelost – srdečnost, a terapeutický vztah, který koreluje významněji s výsledkem než se specializovanými léčebnými intervencemi. Honzák (2015, s. 69) popisuje ochotu a vřelost jako „klíče, jimiž se otevírají srdce druhých“.

Vztah pacient–sestra je popisován někdy jako interpersonální vztah (Joseph, Worsley, 2005), jindy jako terapeutický vztah (Rogers, 1996; Dart, 2011) a další jej popisují jako pomáhající vztah (Berman, Snyder, 2012). Pomáhání je proces pomáhání růstu, který usiluje a snaží se dosáhnout dvou základních cílů „1. pomoci klientům zvládnout jejich problémy v životě více efektivně a rozvinout nepoužívané nebo málo používané, nedostatečně užívané možnosti; 2. pomoci klientům, aby lépe pomáhali sami sobě v jejich každodenním životě“ (Berman, Snyder, 2012, s. 475). Stejně popisuje pomáhající vztah Honzák (2015) ve smyslu, že sestra nemůže řešit problémy za pacienta. Jen mu je na této cestě oporou a nabízí pomoc. Jinými slovy sestra pomáhá pacientovi v procesu zvládnání životních těžkostí vzniklých v souvislosti s onemocněním, hospitalizací, ale i ve zdraví, kdy je nebo by mohlo být ohroženo. Lazarus (1966), který se zabýval stresem a adaptací, definoval zvládnání jako proces managementu vnějších a vnitřních faktorů, které člověk – vystaven stresu – hodnotí jako ohrožující jeho vlastní zdroje. V oblasti terapeutické komunikace je často užíván termín „rapport“ (z angličtiny vztah vzájemného, souhlasu, souladu), který zahrnuje starost o druhé a aktivní zájem o ně, víru ve smysl, důstojnost, jedinečnost lidské bytosti a přijetí a nehodnotící – neodsuzující přístup (Travelbee, 1963; Vybíral, 2005). Tento způsob přístupu ve vztahu popisují také Nykl (2012) a Šiffelová (2010).

K navázání terapeutického vztahu doporučují Špatenková a Králová (2009) dobře se připravit a získat co nejvíce možných informací o člověku, kterému bude terapeutická komunikace poskytována. Setkání vhodně načasovat, aby nebylo ničím rušeno, ani nervozitou sestry. To znamená, aby naplánovaný čas vyhovoval pacientovi i sestře, která nemá v té době jiné povinnosti. Dobrými podmínkami autorka míní vytvoření atmosféry důvěry a respektu, k čemuž sestra použije verbální a neverbální prostředky – dovednosti. Doplňuje je vyjadřováním upřímného, opravdového (autentického) zájmu. Vytvoření funkčního vztahu také podporuje svým zevnějškem a úpravou.

Jedna z prvních českých učebnic ošetřovatelství publikovaná po roce 1989 byla vydána z projektu WHO – Lemon (Learning Material on Nursing). Celkem rozsáhlou část věnuje komunikaci. Seznamuje s komunikací jako nevyhnutelnou, nejdůležitější a základní dovedností ošetřovatelské péče. Při hlubším studiu může překvapit, že prvky terapeutické komunikace předkládá jako běžnou, avšak nezbytnou součást každodenního kontaktu s pacientem. Popisuje ji jako účelný dialog, efektivní vztah založený na pomoci a schopnosti pomáhat, který funguje, pokud je vytvořena atmosféra důvěry a možnosti vyjádřit svoje obavy a názor. „Účelný dialog je termín, který je možné vnímat také jako efektivní rozhovor a je známkou dovedné komunikace, který má konkrétní cíl. Hlavním cílem je zbavit pacienta napětí, strachu a úzkosti tím, že sestra vytváří atmosféru důvěry a podpory“ (Staňková, 1999a, s. 102). Dále Staňková (1999a s. 45) uvádí, že „cílem komunikačního procesu není pro dobrou sestru jen to, že chápe a řeší pacienta jako problém, ale má zkoumat tajemství, které druhý člověk představuje. Lidský dialog sám o sobě integruje a léčí. Umožňuje hlubší procítění vztahové podstaty ošetřovatelství, to je moment vzájemného porozumění sestry a pacienta“ (Staňková, 1999a s. 45). Aby sestra efektivně zasahovala, musí hledat a vnímat skryté (nevyřčené) myšlenky a pocity pacienta, které pomohou lepšímu porozumění a empatii. Sestra v tomto případě neradí, co má pacient dělat, ale dává mu prostor a příležitost se vyjádřit (Honzák, 2015).

Kristová (2004) je mezi prvními, která poskytla komplexnější učebnici komunikace pro ošetřovatelství (po roce 1989) ve slovenštině. Pro ni je jednou ze základních podmínek utváření a formování efektivního interaktivního komunikačního procesu mezi sestrou a pacientem psychoterapeutický přístup. Chápe jím působení, které psychologickými prostředky přispívá k dosažení cíle terapie. Jde především o využití vztahu, jehož základem je senzibilizace (citlivost, vnímavost) na reakce, chování a konání pacienta. Při péči tento přístup zohledňuje psychologickou stránku člověka a ulehčuje situaci, ve které se ocitl. Kristová (tamtéž) deklaruje rozdíl mezi psychoterapií a psychoterapeutickým působením. Tedy rozdíl mezi činností psychologa, psychiatra, psychoterapeuta a sestry. *Psychoterapii* poskytuje kvalifikovaný odborník, který absolvoval speciální výcvik, pohybuje se v samostatném vědním oboru a činnosti při léčbě psychiatrických pacientů. Kvalifikovaná sestra používá *psychoterapeutický přístup* bez speciální (specializační) přípravy – přičemž aplikuje základní prvky psychoterapie jako součást léčby pro široké spektrum pacientů. Cílem je v obecném



pohledu ulehčit situaci, nabídnout pomoc, spolupráci a emoční spojenectví. Konkrétním cílem je pomoc člověku v aktuální situaci, vyvolat změny v jeho chování a jednání. Sestra se snaží o změny v oblasti adaptace na nemoc, situaci, akceptace nemoci, zlepšení schopnosti a dovednost vstupovat do vztahů v případě např. poruchy sebekoncepcce, v oblasti postojů k sobě samému, k druhým i budoucnosti. Psychoterapeutickým přístupem sestra ovlivňuje samotné prožívání pacienta. Mezi psychologické prostředky psychoterapeutického přístupu autorka řadí komunikaci, interakci pro vytvoření vztahu, emoce, učení (můžeme také rozumět rozvoj, vývoj, růst), schopnost rozhodovat se, zvládání náročných situací, zátěže a prostředí, ve kterém se člověk nachází (Kristová, 2004).

Jobánková a kol. (2006) definují psychoterapii podobně jako léčebné působení pomocí psychologických prostředků (především komunikace a prostředí) na narušenou činnost organismu, ke které dochází ve svízelných (stresujících) situacích. Cílem psychoterapie pak je přestavba – změna v procesu adaptace. Autoři rozlišují psychoterapii a psychoterapeutický přístup, který je – na rozdíl od psychoterapie – v kompetenci každého zdravotnického pracovníka. Pro psychoterapeutický přístup používají také termíny psychoterapeutické chování a produktivní chování (také Pokorná, 2008; Kristová, 2004), za které považují kladné chování zdravotníků k pacientům, jež přispívá psychologickými prostředky k dosažení záměru léčby. Usilují jimi o snížení či odstranění stresu, zátěže, konfliktu a pomáhají navodit rovnováhu. Poukazují na rozhodující účinek kladného vztahu a výměnu informací (Jobánková a kol., 2006).

S využitím prvků terapeutické komunikace je možné pochopit problémy a starosti pacienta, jeho jednání, zmírňovat emoční napětí, posilovat vhodné reakce a chování a oslabovat je v opačném případě, zlepšovat sociální adaptaci, podporovat sebeúctu, rozhodování pacienta (Honzák, 2015). Konkrétně sestra naplňuje terapeutický přístup tím, že aktivně naslouchá, projevuje porozumění přitakáním, opakováním. Reflexí vyjadřuje zájem o pacientovy emoce. Podporuje pacientovy různé pohledy na situaci, pomáhá při hledání nových možností a porovnává je, stimuluje k přijetí vybraného řešení. Pomáhá k sebepochopení, podporuje sebeúctu. Vyvarovává se však rozhodování za pacienta. Dále sestra akceptuje projevy a chování pacienta a také změny jeho psychiky. Trpělivě přistupuje k pacientovi, který nerozumí situaci či sdělovaným informacím. Negeneralizuje, ale používá při rozhovoru ich-formu. Pracuje se souvislostmi, podporuje a povzbuzuje. Oceňuje, chválí, evaluuje. Používá parafrázi,

otevřené otázky. Z dalších terapeutických komunikačních intervencí používá verbalizaci, objasnění, zacílení a sumarizaci. Uvedené intervence naplňující terapeutický přístup najdeme u řady autorů: Venglářová, Mahrová (2006); Špatenková, Králová (2009); Nykl (2012); Rossiter (2006) a Richardson et al. (2015). Uvedený souhrn intervencí sestra využije podle cíle působení v psychoterapeutických přístupech: *indirektivním*, kdy zajišťuje prostředí a příležitost pro vyjádření pacienta. Povzbuzuje ho k emočním, slovním nebo činnostním projevům; *empatickým*, vedoucím k sebeotevření, k popsání emocí v souvislosti se situací; *abreakci spontánní* – v případě, že pacient sám přichází za sestrou s cílem vypovídat se, a *abreakci vyprovokovanou* – záměrnou, kterou iniciuje sestra s cílem uvolnění emocí pacienta (Kristová, 2004).

Minibergerová a Dušek (2006) v kapitole Psychoterapeutický přístup používají dva termíny přístupu pro stejnou oblast, a to psychoterapeutický a psychologický. I zde popis naznačuje identický význam či synonymum tohoto termínu. Autoři zdůrazňují, že psychologický přístup zohledňuje lidský faktor, což se shoduje s holistickým přístupem v ošetrovatelství. Psychoterapeutickým přístupem naznačují důležitost slova, vztahu, emocí a specializovaných technik, pod kterými dále nacházíme představu, sdílení, empatii, porozumění, pomoc, dobrou informovanost a jasná pravidla. Jedním z cílů je, aby člověk ve svém trápení nebyl sám, a také „pomoci pacientovi zvládat psychické nároky nemocí, vytvořit prostor a podmínky pro dobrou spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem. Vytvořením tohoto vztahu je dán základ pro to, aby kvalita pacientova života zůstala co nejvyšší“ (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 34).

Zacharová et al. (2007) definují terapeutickou komunikaci jako proces, který pomáhá překonávat stresové situace, přizpůsobovat se nezměnitelným skutečnostem, jako jsou např. chronické onemocnění či nutnost hospitalizace, a překonávat psychické překážky na cestě k seberealizaci v těchto podmínkách.

Pro objasnění a porovnání termínu terapeutické komunikace bylo také využito další disciplíny, které se jím zabývají, a to psychologie, psychiatrie, medicína, sociální péče a pomáhající profese. Z českých autorů působících v jiných disciplínách tento termín ve vztahu k ošetrovatelství najdeme například v pracích Křivohlavého (2003, 2001, 1995), Haškovcové (2002, 1996), Špatenkové a Králové (2009), Svatošové (2012), Venglářové a Mahrové (2006). Častěji se v ošetrovatelské komunikaci vyskytuje termín efektivní komunikace (úspěšná, účinná).

## ***1.2 Efektivní a terapeutická komunikace***

Kapitola ve dvou svých částech popisuje efektivní a následně terapeutickou komunikaci s cílem naznačit rozdíl mezi těmito způsoby komunikace. Jsou zařazeny další definice a také situace, kdy je vhodné uvedené způsoby komunikace v rámci péče použít. V podkapitole jsou popsány fáze terapeutického rozhovoru a činnosti, které v nich sestra provádí.

Při studiu termínu terapeutická komunikace často nacházíme termín efektivní komunikace (Pokorná, 2008; Kristová, 2004). Přímý překlad vysvětluje, že v případě efektivní komunikace se jedná o účinnou, tedy nějakým způsobem působící komunikaci. Komunikace má něco způsobit, v případě ošetřovatelství ve smyslu pozitivní pomoci. Terapeutická – léčebná má léčit. V disciplíně ošetřovatelství rozumějme terapeutické komunikaci jako procesu pomoci člověku najít cestu ke zvládnutí obtížné situace, pocitů (Honzák, 2015; Nykl, 2012). Podle Venglářové a Mahrové (2006) efektivní komunikací dochází k příjmu informací srozumitelnou formou, při zachování důstojnosti, je zachován prostor pro dotazy a zopakování, vyjádření názoru a komunikace je kongruentní. Terapeutickou komunikaci vnímají jako rozhovor, který poskytuje pomoc a oporu v těžkých rozhodováních, přijímání nepříjemných zpráv a pomoc při adaptaci na změny. Podpůrný terapeutický rozhovor zvyšuje účinnost jiných léčebných přístupů lidem s psychickými či somatickými onemocněními.

V pracích DeVita (2001) a Burnarda, (1992, 2001) je uvedeno objasnění pojmu efektivní – účinná – produktivní komunikace. Ta závisí na tom, zda sestra chce, umí a může komunikovat a na schopnosti jejího přizpůsobení se situaci tím, že je použita:

1. Otevřenost – empatie, to je schopnost vcítit se a porozumět pocitům druhé osoby. Neznamená to však, že souhlasíme se vším, co druhý říká či dělá. Empatie umožňuje citově i rozumově pochopit a popsat zážitky druhé osoby. Je vyjadřována pozorným nasloucháním, hodnocením skrytého významu řečeného. Vytváří atmosféru porozumění.
2. Pozitivnost je umění zastávat pozitivní náhled na komunikaci. Hledat pozitivní prvky, které mohou pomoci. Nelze však přehlížet význam negativní komunikace (kritika, výčitky, rozkazy, odmítání).

3. Bezprostřednost vyjadřuje míru vztahu mezi mluvčím a posluchačem. Ten, kdo demonstruje velkou míru bezprostřednosti (extrémní blízkost a spojení), signalizuje pocit zájmu a pozornosti. Naopak demonstrace malé míry bezprostřednosti signalizuje odstup.

4. Expresivita – působivost (míra citového zaujetí mluvčího) je míra zapojení do interakce. Dochází k přebírání odpovědnosti za osobní myšlenky a pocity, podněcuje expresivitu a otevřenost u druhých a poskytuje přímou zpětnou vazbu.

5. Orientace na druhé je žádoucí způsob komunikace. Je to schopnost vyjadřovat pozornost a zájem o druhé a o předmět hovoru. Nejde o sledování vlastních cílů, ale o snahu spolupracovat na dosažení společných cílů (DeVito, 2001; Burnard, 1992, 2001).

Efektivní komunikace přináší určitý výsledek – produkt. Znamená to, že tato komunikace má určitý cíl, nebo je cíl definován či očekáván. Aby tomu tak bylo, musí sestra ovládat komunikační dovednosti tak, aby jen „nemluvila“ a nepodávala informace či žádala informace pro svoji potřebu k vyplnění dokumentace. Efektivní komunikace vede k dobrému poznání klienta a jeho potřeb a na základě tohoto poznání pak umožňuje pomoc, léčbu i vedení terapeutické komunikace (Čechová et al., 1995). Efektivní komunikace je všeobecně vnímána jako klíčová determinanta pro uspokojení pacienta, vyhovění – spolupráci (compliance) a uzdravení, zotavení. Efektivní komunikace je samým jádrem péče o pacienty (Chant et al. 2002).

Efektivní komunikace je vědomá. Ne všem je „dáno“ toto umění. Proto je nutné se dovednostem efektivní komunikace učit a zdokonalovat je tak, aby je bylo možné použít spontánně ve standardních situacích i v situacích náročných. Vědomá komunikace znamená, že člověk si je vědom toho, CO chce říci, rozhodne se, KDY to řekne, vybere správné místo, KDE to sdělí a rozhodne, JAK nejlépe informaci předat (Janáčková, Weiss, 2008). To, že je vhodné se komunikačním dovednostem učit a zdokonalovat se v nich, je zřejmé z nekompletního seznamu prvků, které si musíme uvědomovat, když chceme, aby komunikace byla efektivní. Proto je užitečné uvědomovat si, že: to, co je jasné nám, nemusí být jasné druhým, sdělení nekomplikovat nesrozumitelnou a nezřetelnou řečí, vybírat a správně používat prvky verbální i neverbální komunikace (Vávrová, 2012), vnímat reakce klienta – projevy zmatku, úzkosti, hněvu apod., kontrolovat své neverbální projevy, umožnit klientovi vyjádření v dostatečné míře,

nezneklidňovat a nedráždit klienta svým projevem, kontrolovat, zda klient informaci přijal a pochopil (Honzák, 1999). Není podstatné, zda je komunikace dobrá, nebo špatná, ale záleží na tom, aby byla efektivní – účinná, aby pomohla k uspokojení potřeb pacientů. Toho docílíme, když identifikujeme pacientovo přesvědčení i očekávání (Tate, 2005). Velmi podstatné je, že efektivní komunikace neznamená nejen umět dobře naslouchat, ale také adekvátně – efektivně reagovat (Špatenková, Králová, 2009).

*Terapeutická komunikace* je způsob, jak být nápomocen zajištění interakcí, které jsou zaměřeny na klienta a jeho zájmy. Rozvoj vědy a techniky řeší mnoho problémů lidí v různých oblastech jejich života. Rozbory přínosu poskytované technické péče ukázaly na význam psychologických faktorů v léčbě či řešení problémů. Také se ukázalo, že při použití psychologických přístupů se zvýší efekt technické či farmakologické léčby. Psychoterapeutické postupy jsou chápány jako cílené použití specifických psychologických prostředků ve smyslu verbální a neverbální komunikační dovednosti a terapeutického využití vztahu (Beran, 1997).

Terapeutická komunikace nemusí být nutně používána jen lékaři, psychology, psychiatry či psychoterapeuty. Patří k dovednostem, které by měli používat všichni zdravotničtí pracovníci včetně sester (Honzák, 2015). Jako samozřejmá náplň práce je terapeutická komunikace používána ošetrovujícím personálem v zahraničí. Literatura psaná sestrami, která detailně popisuje tuto komunikaci, je v zahraničí velmi bohatá. U nás do nedávné doby byly k dispozici její překlady, ale již zaznamenáváme postupný rozmach i české literatury na toto téma. Terapeutickou komunikací sestra rozvíjí pracovně funkční vztah s klientem a naplňuje účel ošetrovatelského procesu – procesu poskytování péče (Potter, Perry, 1990). Hlavním objektem terapeutické komunikace je klient, jeho zkušenosti a potřeby. Terapeutickou komunikací sestra usiluje o vyvolání odpovědi pacienta, která je přínosem pro jeho psychické i fyzické zdraví (Kimmel, 2007). Výsledky terapeutické komunikace jsou zaměřeny na zlepšení dovedností ke zvládnání zdravotního stavu a well-being – pohodu (zvládnání jakýchkoli problémů spojených se zdravím) samotným pacientem.

Terapeutická komunikace je mimo jiné interpersonální výměnou používající verbální a neverbální zprávy, která kulminuje tím, že je někomu pomáháno překonat stres, strach, úzkost nebo jiné emoční zážitky, které způsobují distres. Takže terapeutickou komunikaci lze vnímat jako různorodé, na emoce orientované přístupy, včetně péče

orientované na člověka, kulturní kompetence a management behaviorálních dovedností (Levy-Storms, 2008). Používání terapeutické komunikace poskytuje sestřím způsob vedení (provádění, provázení) pacientů náročnými úkoly a je podle Gallopora ústavu velmi vysoce uznávaná. Všechny sestry musí mít navýšené kvality, které obsahují ochotu a talent, aby vytvořily, podporovaly a udržely důvěryhodný vztah s pacienty. Klíčem k tomuto vztahu je integrace, použití a profesionální zvládnutí terapeutické komunikace. Honzák (2015) uvádí, že se jedná o profesionální techniky – intervence založené na empatii, udržování hranic ke zvýšení porozumění a redukci stresu na straně pacientů i sester. Empatii vnímáme jako porozumění vcítěním. Nejedná se však o emoce sestry, které vznikají působením pacientova verbálního a neverbálního projevu, ale o činnosti – intervence sestry, která na tento projev profesionálně reaguje. Pečování si můžeme představit jako fyzický akt saturace fyzických potřeb pacienta, kdežto empatie je pečování vložené do slov, neverbální komunikace a chování. Honzák (2015, s. 205) shrnuje, že jde o „lечение за помощи психологических средств, теды především слова, але významне тeж веškeго човані, кeрe слова допровeзeжі“. Terapeutická komunikace pomáhá vytvořit vztah mezi sestrou a pacientem, který podporuje výběr a odpovědnost, získává pacientův vklad a spolupráci, maximalizuje výstupy poskytované péče, a proto pomáhá vyhnout se sporným konfrontacím (Rosenberg, Gallo-Silver, 2011). Pokud to nefunguje, vzniká problémová situace, kdy to nejsou pacient/klienti, kteří mohou být považováni za příčinu konfliktu, ale příčinou je vztah mezi sestrou a pacientem/klientem. Komunikační problémy pak narušují nebo neumožní terapeutický vztah a kvalitu poskytované péče (Brownie et al., 2016). Craven a Hirnle (1992) předkládají podstatu a důvody použití terapeutické komunikace i její účinek velmi přehledně a jasně. Cílem terapeutické komunikace je pomoc klientovi, aby se vyjádřil a propracoval přes city a problémy orientované na stav, léčbu a ošetrovatelskou péči. Terapeutická komunikace je cílevědomá forma konverzace, sloužící jako bod lidského kontaktu mezi sestrou a klientem – setkání dvou lidí (Honzák, 2015) a umožňuje jim dosáhnout společných zdravotně orientovaných cílů pomocí účasti na vztahu. Na rozdíl od sociální konverzace má terapeutická konverzace vážný důvod spojený se zlepšením zdraví a pohody klienta. Terapeutická konverzace ve zdravotní péči je určena k pomoci klientovi, aby se poučil o své nemoci (problému) a jak ji má zvládat a ujistit se o tom, že někdo je tu pro něho, aby mu ulehčil strádání. Terapeutický rozhovor pomáhá snášet nemoc (problém) nebo požadovanou změnu posílením sebevědomí a podporou přirozených léčebných sil osob.

Z uvedených cílů terapeutické komunikace vyplývají i situace, ve kterých sestra tento přístup může ve prospěch pacienta použít. Jsou to případy, kdy se člověk ocitá v určité změně, resp. by měl změnou projít, aby nastalé situace zvládl. Dochází v nich ke změně identity, prostoru, ve kterém se člověk nachází, změně sociální role, změně osob, které tvořily sociální oporu, změně perspektivy. Dále pak je člověk postaven před nepředvídatelnost zdravotní situace, nejasnost v diagnóze, postoje zdravotnického personálu, nejasnost příčiny vzniku nemoci a požadavek rychlého rozhodování v těchto pro něj závažných věcech.

Člověk, o kterého sestra pečuje, se často nachází v situaci přinášející nepříjemné emoce. Ty se mohou projevat různými způsoby a sestra je musí v rámci své diagnostické činnosti identifikovat. Klient, který tyto emoce většinou nepřijímá a chce se jich zbavit, potřebuje nějakou radu, pomoc k tomu, aby se nepříjemného pocitu, stavu či životní zatěžující situace zbavil. Pro porozumění klientových emocí jsou velmi důležité autenticita, empatie a akceptace vyjádřené ze strany sestry. Tyto pojmy, resp. jejich realizace v praxi, jsou často opomíjeny (Hájek, 2006). Sestra při terapeutické komunikaci nabízí a poskytuje pomoc, podporu, povzbuzení a inspiraci. Snaží se klienty poznat, pochopit, zjistit, co je motivuje, aby je mohla vést k úplnému rozvinutí jejich schopností. Pomáhá jim objevovat jejich vlastní dovednosti a dispozice. Práce s motivací ve spojení s důvěrou a pochopením přispívá k efektivitě terapeutické komunikace. To je možné realizovat pouze s využitím naslouchání a empatického přístupu, tedy práce s emocemi (Šamánková et al., 2011; Dart, 2011). Na základě zhodnocení sestra naplánuje a poskytne terapeutický rozhovor. K takové činnosti zdůrazňují Burnard (2001) a Brownie et al. (2016) potřebu, aby si sestry byly vědomy vlastních kvalit či aby si byly vědomy samy sebe, když pečují o pacienty (be self-aware when caring for patients) holistickým přístupem. Pro názornost uvádíme kontrastní rozdíl mezi běžnou – sociální komunikací a terapeutickou komunikací, tak jak je publikovali Stickey a Freshwater (2006, s. 15).

<b>Normální konverzace</b>	<b>Terapeutická odpověď</b>
Předem není určený úmysl a cíl	Existuje problém nebo předem určený úmysl a cíl
Soutěžení o pozornost – rivalita	Pozornost je věnována klientovi bez soutěžení, konkurování
Informovaný životní zkušeností	Informovaný trénováním, praxí a teorií
Přichází na základě podmínek nebo výběru	Jeden je potřebný (v nouzi) druhý v roli
Umístění pracovní nebo volnočasové	V zařízení, kde je poskytována péče
Důvěrnost a diskrétnost není předmětem rozmluvy	Zavázán prováděcím kodexem

Spontaneita je vyjádřena emocemi a řečí těla	Hlavní koncentrace, zájem a pozornost je, že klientovy potřeby jsou saturovány
Vzájemnost, oba jsou pomáhající i ti, komu je pomáháno	Reflektivní – sestra je pomáhající a dostává pomoc supervizorem
Rovnost	Sestra je v roli experta
Potenciální možnost přátelského vztahu/ flirtování	Hranice pro prevenci přátelského vztahu/ flirtování
Je souzen a soudí (odsuzuje, je odsuzován)	Nesoudí a není souzen (neodsuzuje, není odsuzován)
Otevřenost	Zdržení se nevhodného otevření

### 1.2.1 Terapeutický rozhovor

*Terapeutický rozhovor* je proces, který probíhá v několika fázích, jež mají určitou náplň a vývoj ve vztahu sestra – klient, a je zaměřen na řešení problému (pomoc) a povzbuzení ke spolupráci. Potter a Perry (1990) popisují činnosti sestry v jednotlivých fázích terapeutického rozhovoru. Ve fázi *předintegrační* sestra před navázáním kontaktu získává informace z různých zdrojů (kromě od klienta) a plánuje další postup ještě před tím, než se s klientem osobně setká.

Fáze *orientační* probíhá ještě před vlastním poskytováním pomoci. Důležitá je proto, že by v ní mělo dojít k navázání vztahu. Dále dochází k vyjasnění problému a zformulování dohody mezi sestrou a klientem, to je možné jen při vytvoření určitého stupně důvěry. Potíže, které mohou v této fázi nastat, jsou způsobeny klientovým strachem z projevení citů, pocitem závislosti, obává se nepříjemných pocitů a možné změny vlastních postojů. Sestra pokládá otevřené otázky s cílem zjistit, co se skrývá za tím, co pacient říká, a jaké jsou jeho myšlenky, které ovlivňují jeho chování. Jsou zaměřeny jednak na úroveň pocitů, myšlenek a konkrétních důvodů a na úroveň časovou. „Jaký máte pocit z toho, co se stalo? Jak se cítíte teď? Jak byste se chtěl cítit? Co si myslíte o tom, co se stalo? Co si myslíte o tom, co se děje? Co si myslíte, že by se mělo stát? Co se konkrétně stalo? Co se děje teď? Co myslíte, že se stane?“ (Burnard, 1992). Na konci této fáze dochází k upevnění důvěry, která se projeví pocitem spokojenosti, větší sdílností, přijímáním skutečností, celkovým projevem aktivity a zájmu na péči.

Fáze *pracovní* – v této fázi klient pociťuje zájem o svou osobu a empatii, kterou sestra vyjadřuje verbálně i neverbálně. Sestra vyjadřuje úctu a ohleduplnost, je otevřená a přirozená a konkrétní (neuhýbá klientovým výrokům). Sestra se projevuje laskavě a pozorně tím, že se usmívá, má přívětivý tón, používá dotek a otevřené držení těla.



Sestra je fyzicky a psychicky přítomna. Na konci fáze klient začíná rozumět svým pocitům a projevům a začíná spolupracovat na rozhodnutích a přebírá zodpovědnost a iniciativu, sám se víc snaží.

*Závěrečná fáze* – pokud předcházející fáze proběhly dobře, pak je klient dostatečně silný, aby řešil problémy sám v pozitivní náladě. Ukončit konverzaci je možné rekapitulací – sumarizací celého rozhovoru a vyzvednout pozitivní dosažené cíle a také vyjádřit osobní pocity rozhovoru i závěru, což funguje jako motivace pro další společná setkání nebo samostatné aktivity klienta (Potter, Perry, 1990; Arnold, Boggs, 2003; Kozierova et al., 1999). Přestože by se mohlo zdát, že terapeutická komunikace patří do oboru psychologie nebo psychiatrie, má své nezastupitelné místo i v ošetrovatelství, protože i lidé se somatickými onemocněními mohou profitovat z tohoto přístupu a vztahu zaměřeného na člověka tak, že pomáhá nalézt lepší cestu, jak se svou nemocí žít, jak ji zvládat, a soustředí se na jejich prožívání, „na ně samé“. Pomáhá k tomu, aby člověk dokázal chránit sám sebe před stresovými faktory, které spouštějí nepříjemné pocity a projevy. Proto terapeutická komunikace také slouží i v oblasti prevence (Šiffelová, 2010; Dart, 2011). Definovat terapeutickou komunikaci, jak je vidět, nelze jednou větou. Možné je to však v případě zaměření na její účinek. Je to pozitivní síla vědomě předávaná pomáhajícím pracovníkem ve prospěch člověka v zátěžové situaci.

### ***1.3 Terapeutické komunikační techniky***

Kapitola předkládá konkrétní terapeutické komunikační intervence, které sestra aplikuje v rámci péče v oblasti psychosociálních potřeb.

Terapeutické komunikační techniky – dovednosti, jak je uvádějí Berman a Snyder (2012), se příliš neliší od jiných autorů. Jejich soubor tvoří mlčení, udávání základních bodů rozhovoru, být specifický a pozorný, používání otevřených otázek, používání doteku, přeformulování nebo parafrázování řečeného, žádat objasnění, kontrolování vnímaného, aby bylo možné provést zhodnocení, vyjadřovat svůj osobní zájem, poskytovat informace, poděkování, potvrzení, uznání, objasňovat realitu, fokusace – zaměření, reflektovat, sumarizovat a plánovat.

Berman a Snyder (2012) naznačují, které dovednosti sestra musí ovládat k navození pomocného (pomáhajícího, terapeutického) vztahu: naslouchání, zpětnou reakci, empatii, respekt, upřímnost, přesnost, jasnost, konfrontaci. Dále uvádějí intervence pro vytvoření pomocného (terapeutického) vztahu, a to aktivní naslouchání, pomoc identifikovat pocity, vyjádřit empatii, být čestný – přiznat, že sestra neví, jak odpovědět, být opravdový – věrohodný, upřímný, duchaplný, uvědomovat si kulturní odlišnosti, zajistit důvěrné – soukromé prostředí. V neposlední řadě si sestra musí uvědomovat své limity, kompetence, které nesmí překročit. Podobně se k intervencím k vytvoření pomocného vztahu vyjadřují Kozierová et al. (1999) a Kleier (2013).

Ne ve všech publikacích popisujících důležitost a vliv komunikace nalézáme odpověď na to, jak konkrétně realizovat empatii, respekt, důstojnost, povzbuzení, pomoc a další terapeutické dovednosti účinnou formou. Je to problém jak při přípravě kvalifikovaných sester, porodních asistentek, tak i během školení a kurzů organizovaných pro sestry a zdravotnické pracovníky v praxi. Jako příklad uvádíme základní pravidla nezbytného správného naslouchání:

- zajisti klid – vypni rádio, televizi, jiné audio přístroje, telefon
  - zajisti nerušené prostředí, požádej další osoby, aby odešly z místnosti
  - požádej o klid jiné osoby v okolí
  - vytvoř intimní (soukromé, důvěryhodné) prostředí
  - zavři dveře, popř. okna
  - zajisti pohodlnou polohu (pohodlná křesla, polohu pro ležícího na lůžku)
  - zajisti a udržuj oční kontakt – zorné pole bez oslnění z okna nebo osvětlení
  - přestaň spěchat
  - zaujmi otevřenou polohu k pacientovi
  - posiluj důvěryhodnost
  - vyjadřuj spolupodílení – zájem – účast
  - projevuj empatii
  - stále vyjadřuj přátelské klima, vnášej do setkání teplo lidskosti a opravdovost vzájemného vztahu
- (Křivohlavý, 1993)

V jiných zdrojích nalézáme konkrétnější návod pro aplikaci terapeutických komunikačních intervencí i s drobnými příklady:

- aktivní naslouchání
- sdílení pozorovaného (Vypadáte unaveně.)
- sdílení empatie (Musí to být velmi tíživé, obtížné, vědět, co byste chtěl a nebyť schopen to udělat.)
- sdílení naděje (Věřím, že najdete způsob postavit se té situaci, protože jste byl velmi silný, hodně jste toho už překonal v minulosti.)
- sdílení pocitů
- použití doteku
- mlčení
- poskytování informací současně s vysvětlením
- objasňování
- zjišťování konkrétních informací – zacílení (Máte bolesti? Můžete mi prosím ukázat na škále, jak silná je teď vaše bolest?)
- parafrázování (Nemohu se soustředit, moje myšlenky mi odbíhají. Říkáte, že máte obtíže s koncentrací?)
- kladení otevřených otázek
- sumarizování

(Zerwekh, Zerwekh Garneau, 2015; Pokorná, 2008; Tate, 2006)

Ošetřovatelské intervence terapeutické komunikace by v ošetřovatelském plánu dokumentace byly zaznamenány následovně:

- Naslouchej pozorně, zapoj všechny své smysly, mluv pomalu a jasně.
- Použij řeč (jazyk), který je srozumitelný pro klienta, a vysvětli nejasné body.
- Plánuj otázky, aby logicky postupovaly.
- Pokládej otázky postupně (ne více najednou), proto se pak pacient nemůže rozhodnout, na kterou má odpovědět, a může být zmatený.
- Připusť, že má pacient právo na svůj vlastní pohled na věc, který se může lišit od tvého.
- Nepřekládej svoje vlastní hodnoty na pacienta.
- Vyvaruj se vyjadřování svých vlastních zkušeností.
- Neverbálně vyjadřuj respekt, zájem a přijetí.

- Dávej pozor na svoji a pacientovu řeč těla.
- Uvědomuj si paraverbální účinek řeči své i pacientovy.
- Posad' se k pacientovi, abyste byli na stejné úrovni.
- Použij a akceptuj mlčení, aby pomohlo pacientovi hledat více myšlenek a uspořádat si je.
- Použij oční kontakt, buď klidná, nespíchej a buď empatická.

(Berman, Snyder, 2012)

Uvedené intervence by nebyly možné realizovat bez prvotní intervence, a to je naslouchání. Naslouchání je základní komunikační dovedností sestry, kterou sestra umožňuje odkrýt to, co se skrývá za tím, co pacient řekl. Naslouchání umožňuje porozumět tomu, co pacient říká, jak tomu rozumí, jak to cítí a prožívá. Proto je naslouchání klíč k empatii, tj. porozumění vcítěním. Sestra, která dobře naslouchá, může poskytnout útěchu, uklidnění, vzpruhu, odlehčení pacientova břímě, potíží (Rosenberg, Gallo-Silver, 2011; Dart, 2011).

Bulechek et al. (2013) uvádějí ve třetí doméně Behaviorálních intervencí, zaměřené na péči, která podporuje psychosociální fungování a zajišťuje změny v životním stylu, explicitní intervence. Týkají se posilování a podpory žádoucího a potřebného chování a fungování člověka i zajištění či usnadňování předání a přijímání verbálních a neverbálních zpráv pomocí aktivního naslouchání. Aktivní naslouchání je dle definice těchto autorů: Blízká přítomnost (sestry) a věnování důležitosti pacientovým verbálním a neverbálním zprávám. Poskytují konkrétní návod, jak tuto intervenci realizovat:

- Zjistí nebo stanov důvod setkání (vzájemného působení)
- Vyjádří zájem o pacienta
- Použij otázky nebo výroky, aby posílily vyjádření myšlenek, pocitů a zájmu pacienta
- Zcela se zaměř na interakci potlačením předsudků, zaujatosti, domněnek, osobních zájmů a dalšího rozptylování
- Projev vnímavost a citlivost k emocím
- Použij nonverbální komunikaci (uvědomuj si fyzický postoj vyjadřující nonverbální zprávy)
- Naslouchej nevyjádřeným zprávám a pocitům stejně jako kontextu rozhovoru

- Vnímej, kterým slovům se vyhýbá stejně jako neverbálním zprávám, které doprovázejí vyjádřená slova
- Vnímej tón, tempo, hlasitost, výšku, modulaci hlasu
- Identifikuj převládající témata
- Urči smysl zpráv reflexí postojů, minulých zkušeností a současné situace
- Načasuj odpověď tak, že reflektuje pochopení přijaté zprávy
- Ozřejmi, vyjasni zprávu použitím otázek a zpětné vazby
- Ověř porozumění zprávy použitím otázek a zpětné vazby
- Použij sérii interakcí k odhalení a nalezení smyslu a významu chování
- Vyhýbej se bariérám aktivního naslouchání (minimalizaci pocitů, nabízení snadných řešení, vyrušování, mluvení o sobě, předčasným závěrům)
- Použij tiché naslouchání k podpoře vyjádření pocitů, myšlenek a zájmů  
(Bulechek et al., 2013, s. 72)

Je přirozené, že člověk, který přichází do zdravotnických zařízení, má obavy, může prožívat úzkost, strach. Sestra by měla tento pacientův stav očekávat a být připravena a svojí komunikací na něj aktivně reagovat. Úzkost a její redukce je v publikaci Bulechek et al. (2013, s. 83) definována jako: „Snižování obav a předtuch, strachu, znepokojení, neklidu, nepříjemných pocitů souvisejících s očekáváním neznámými příčinami“. I zde jsou zaznamenány efektivní intervence, např.:

- Použij klidný, povzbuzující přístup
- Vysvětli postup výkonu (vyšetření) včetně pocitů, které pacient může v průběhu očekávat
- Usiluj o pochopení pacientova pohledu na stresující situaci
- Poskytni věcné informace o daném tématu
- Zůstaň s pacientem k podpoře bezpečí a snížení strachu
- Naslouchej pozorně
- Vytvoř atmosféru podporující důvěru
- Podpoř verbalizaci pocitů, vnímání a strachu
- Pomoz určit situace, které vyvolávají úzkost
- Pomoz vyslovit realistický popis nadcházející události zájmů  
(Bulechek et al., 2013, s. 83)

Z přehledu intervencí je zřejmé, že poskytovat terapeutickou komunikaci není snadné, že se nejedná pouze o předání a přijímání informací a také, že je nutné si k tomu stanovit a zajistit určitý čas.

#### ***1.4 Terapeutická komunikace v ošetrovatelských modelech***

Kapitola nahlíží do vybraných ošetrovatelských modelů, kde je možné vnímat komunikaci jako terapeutické působení a kde se jejich autorky zabývají projevy porušených potřeb v psychosociální oblasti.

V minulém století bylo ošetrovatelství zaměřeno na praktický výkon. Sestry si osvojovaly dovednosti přímo na nemocničních odděleních nebo školách, které byly součástí nemocnic. V 50. letech 20. století sestry v USA a Kanadě začaly hledat podstatu ošetrovatelství, která by provázela praxi a řídila vývoj ošetrovatelských teorií. Výzkum, který v té době začínají některé sestry používat, přinesl novou terminologii, konkrétní modely a teorie pro ošetrovatelství jako vědní disciplínu. Historie ošetrovatelství demonstruje význam teorie pro ošetrovatelství jako oblast vzdělávání (disciplínu) a specializovanou část praxe – profesi (Tomey, Alligood, 2006; Bužgová, Plevová, 2011; Žiaková, 2007; Pavlíková, 2006).

Ošetrovatelské modely vycházejí ze základních elementů (paradigmat) metaparadigmatu ošetrovatelství, a tím jsou *osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství* samo. Autorky jednotlivých modelů vnímají a pracují s těmito paradigmaty pod vlivem filosofických směrů, které je oslovily. Použité filosofické směry také určují jejich vnímání a přístup k člověku, kterého ošetřují. Nejčastěji čerpají z humanismu, holismu dále pak z pozitivismu, existencialismu, behaviorismu, fenomenologie, gestaltismu a autorů Maslowa a Rogerse (Farkašová a kol., 2001), Selyeho a Sullivana (Pavlíková, 2006) a Husserla, Bertalanffyho a E. Trondika (Tomey, Alligood, 2006). Hlavní filosofií současného, moderního ošetrovatelství je holismus vycházející z humanismu, tedy vnímání člověka jako celku při uznávání jeho potřeb, hodnot a lidskosti. Z pohledu humanistické psychologie je navíc vnímán vždy v procesu, tedy vývoje, růstu a ne staticky, protože potenciál „růstu“ je vždy přítomný. Děje se tak aktualizací vlastního potenciálu. Za uzdravení se nepovažuje léčba nemoci, ale růst a rozvoj do nového způsobu bytí. Vyjádření lidskosti závisí také na existenci ostatních lidí, s nimiž

vstupujeme do vztahů, a na naší dovednosti popsat a sdílet subjektivní zážitky, naslouchat a porozumět zážitkům druhých (Šiffelová, 2010; Nykl, 2012).

Kromě humanismu vycházely autorky ošetřovatelských modelů a teorií z heuristiky – směru, který umožňuje řešit problémy neobvyklým, náhodným, intuitivním způsobem. V tomto procesu mohou hrát roli různé emoce a afekty, které pozitivně, nebo negativně ovlivňují usuzování a rozhodování člověka. Jiné autorky se zabývaly zkušenostmi a prožitky a tím, jak se člověku sama skutečnost jeví, tedy fenomenologií. Dále vycházely z pozitivismu, který usiluje o spojení vědeckého poznání jednotlivých disciplín a odmítá spekulace, takže je možné vycházet pouze z pozorování. Ve svých pracích použily způsob myšlení, který vychází jen z „daného“, to znamená z jednotlivých ověřitelných faktů – kritické myšlení. K existencialismu se přikláněly autorky v situaci, kdy vnímaly člověka jako jedince izolovaného od společnosti od vazeb, soustředěného na sebe, úzkostného, s pocity odcizení, osamělosti, bezvýznamnosti a nesmyslnosti existence a vědomím nevyhnutelnosti smrti. Proto ve svých teoretických modelech zvýrazňují pomoc a podporu sestry člověku, aby se pokusil překonat své zoufalství, beznadějí i bezmoc, pohlédl na svůj stav a získal sílu a energii pro změnu. Autorky, které vycházely z pozorování pacientů a jejich chování vyvolaného působením různých stimulů, využily behaviorismu. Zajímaly se o proces adaptace člověka, který se nachází v situaci změny, například v jiném prostředí, nebo jiném, změněném zdravotním stavu. Autorky, které vnímaly člověka jako jeden celek fungující v organických souvislostech, byly ovlivněné gestaltismem. Chápaly tak vzájemný vliv vnímání, myšlení, chování a vůle na zdraví (Farkašová a kol., 2001; Pavlíková, 2006; Tomey, Alligood, 2006).

Rozdělení jednotlivých ošetřovatelských modelů do kategorií naznačuje jejich zaměření pro roli sestry, resp. na jaké problémy budou intervence sestry při poskytování péče hlavně zaměřeny. Jedná se o rozdělení modelů na vývojové, adaptační, interakční – interpersonálních vztahů, humanistické, teorie a modely potřeb a posílení (Archalousová, 2003; Farkašová a kol., 2001; Tomey, Alligood, 2006). Z názvů vidíme, že se jedná o proces či cestu k rovnováze, naplnění potřeby a vztahu k sobě samému a k druhým (Bužgová, Plevová, 2011). Níže a také v příloze 4 jsou uvedeny možné situace a stavy klientů i komunikační intervence, které sestra realizuje při péči o pacienta v případě některého z konkrétních ošetřovatelských modelů. Popis jednotlivých modelů přesahuje cíl práce, proto jsou vybrány prvky, kterými je možné

najít souvislost, doložit i odůvodnit realizaci jak ošetrovatelských modelů, tak terapeutické komunikace v ošetrovatelské péči.

Nightingaleová se ve svém modelu zabývá působením sestry v oblasti emocionálního prostředí, které je změněné onemocněním i prostředím zdravotnického zařízení či místa, kde se člověk nachází, což může působit stresově na jeho prožívání i zdraví (Archalousová, 2003). Hendersonová mezi 14 potřebami uvádí komunikaci s jinými osobami vyjadřováním emocí, obav, názorů (Farkašová a kol., 2001). Roperová – Loganová – Tierneyová mezi životní aktivity a jejich saturaci zařazují udržení bezpečného prostředí, což je možné vnímat z pohledu fyzického i psychického. Další určenou životní aktivitou je dle těchto autorek komunikace. Mezi aktivitami podpory a obnovy zdraví nacházíme v tomto modelu *preventivní chování* zaměřené na události a stavy narušující nebo poškozující zdraví i život. Další aktivitou je *posilující chování* zaměřené nejen na fyzickou, ale i na psychickou a sociální pohodu (Tomey, Alligood, 2006). Podle Parseové se člověk vyvíjí s prostředím, formuluje, komunikuje a pracuje s termíny, které představují jeho vlastní hodnoty a odrážejí jeho sny a naděje (Tomey, Alligood, 2006). Peplauová vnímá osobu jako organismus v nestabilním prostředí, snažící se snižovat tenzi, kterou způsobují neuspokojené potřeby. Ošetrovatelství vnímá jako významný terapeutický a interpersonální proces. Obsahuje vztah mezi jedincem a sestrou, která pomáhá v procesu interakce k rozvoji osobnosti a produktivitě v jejím osobním i společenském životě. Podle Peplauové terapeutický vztah vzniká ve vzájemné interakci pacient – sestra, kdy se vzájemně učí a rozvíjejí. Komunikace a vytvořený vztah posiluje růst, rozvoj a snižuje strach pacienta (Tomey, Alligood, 2006). Cílem ošetrovatelství pro Orlandovou je zlepšení psychického zdraví ve smyslu komfortu a pohody. Pokud člověk nemůže nebo není schopen uspokojit potřebu pomoci si sám, pak trpí (Tomey, Alligood, 2006). Widenbachová popisuje osobu jako jedince, pro kterého je důležité sebevědomí, sebehodnocení (Bužgová, Plevová, 2011). Gordonová se zabývá vzorci zdraví, mezi kterými figuruje sebeúcta, vztahy, stres a zátěžové situace i životní hodnoty (Bužgová, Plevová, 2011). V systémovém modelu Johnsonové hrají roli funkční požadavky. A to především *ochrana*, kdy je nutná ochrana před škodlivými vlivy, a *podpora* pro zajištění podpory vhodnými vstupy z prostředí a stimulace, aby se subsystém mohl rozvíjet. V subsystémech tohoto modelu je evidentní potřeba terapeutické komunikace. V subsystému *sdrůžování a příslušnosti* je významný fenomén vztahů včetně sounáležitosti. Subsystém *závislosti* zahrnuje



podporu, pomoc, bezpečí a důvěru. Subsystem *výkonu* je zaměřený na sebekontrolu, kontrolu prostředí a autonomii. Subsystem *agresivně ochranný* je spojen s vlastní ochranou sebeprosazením a obrannou odpovědí (Tomey, Alligood, 2006). Pro Kingovou je důležité, že ošetřovatelské intervence směřují ke smysluplným transakcím ve vztahu mezi sestrou a pacientem. Tento vztah není možné vytvořit v případě, že sestra ošetřuje pacienta v kritickém, život ohrožujícím stavu, nebo když se soustředí jen na naplnění základních potřeb či pracuje funkční metodou. Neumanová zapojuje do svého modelu působení stresových faktorů na zdraví a pohodu, kdy intervence sestry směřují k navození optimálního fungování člověka v určité situaci. Hlavním cílem je jeho stabilita – rovnováha (Tomey, Alligood, 2006). Levinová se zabývá zachováním osobnostní integrity. Nabízí a zajišťuje možnost vyjádření přání, potřeb, rozhodování. To znamená dát prostor a čas pacientovi se vyjádřit. Tím sestra projevuje úctu, respekt a respektuje jeho přání, zajišťuje soukromí, podporuje postupy správné obrany jedince (Tomey, Alligood, 2006). A také naplňuje Práva pacientů i Etický kodex sestry (Tourville, Ingalls, 2003). Travelbee (1996) ve své ošetřovatelské teorii Lidského vztahu vnímá ošetřovatelství jako interpersonální proces pomáhající jedincům, rodinám a komunitám předcházet nebo zvládat nemoc a strádání s cílem najít smysl těchto zkušeností. Meehan (2012) představuje model Careful Nursing Philosophy and Professional Practice (Pozorná – starostlivá filosofie ošetřovatelské péče a profesionální praxe) na základě provedené analýzy historických dokumentů popisujících myšlení a praxi irských sester v 19. století. Výsledky práce vyjadřují filosofický přístup k praxi, zahrnující přirozený a instinktivní důstojnost člověka v průběhu životních procesů. Profesionální model praxe je tvořen čtyřmi koncepty: terapeutickým prostředím ve smyslu nezaujaté lásky, přenášením klidně vytvořeným, posilujícím prostředím, praktickými kompetencemi a profesionální dokonalostí, managementem praxe, vlivem zdravotních systémů a profesionální autoritou. Výstupem publikované práce je, že tento model zaručuje sestram poskytovat smysluplné zaměření praxe. Potenciál tohoto modelu pro sestry, které řídí transformaci ošetřovatelství ve zdravotnických zařízeních, záleží na jejich iniciativě zapojit personál k porozumění této filosofie a konceptů (Meehan, 2012).

Při použití určitého ošetřovatelského modelu sestra svoji roli naplňuje objasňováním smyslu změn, kterými nemocný prochází, pomáhá pochopit chování a motivuje k dosažení cílů. Pomáhá k dosažení optimálního stavu, diagnostikuje problémy pacienta

a zajišťuje řešení problémových aktivit. Poskytuje poradenství a podporu. Reguluje a ohlíží se na stabilitu chování pacienta, který reaguje na působení prostředí, mezilidských vztahů a předmětů, událostí a situací ve vnitřním světě člověka. Pomáhá jedincům v procesu interakce. Identifikuje intrapersonální, interpersonální a extrapersonální stresory. Podporuje adaptační mechanismy a chování (Pavlíková, 2006). Výčet intervencí sestry a také nástin situací, které na člověka působí, i jeho zájmu a snahy zvládat náhlé, tíživé a nepříjemné situace, přímo vyzývá k tomu, aby sestra v procesu pomoci využila dovedností terapeutické komunikace. Aby jejich aplikace byla efektivní, využívá je sestra v ošetrovatelském procesu.

### ***1.5 Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu***

Kapitola umožňuje projít fázemi ošetrovatelského procesu a činnostmi sestry v nich se zaměřením na terapeutické komunikační dovednosti. Text ctí zásady péče orientovaného na pacienta a vychází z teoretických základů, takže se liší od běžně poskytované praxe v České republice.

Pacientova situace po vstupu do zařízení poskytujících zdravotní péči je významnou změnou a zásahem do jeho života, často neočekávaným, provázeným pocitu vykojení, zklamání, selhání, beznaděje. Nejen proto pacient prožívá pocit strachu, úzkosti, nejistoty. A proto touží po bezpečí a nabytí rovnováhy. Toto je hlavním cílem terapeutických komunikačních intervencí sestry v ošetrovatelském procesu.

#### ***Komunikace v 1. fázi ošetrovatelského procesu***

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra získává informace, které jí umožní plánovat péči. Na základě ošetrovatelských standardů je sestra povinna sebrat a zapsat informace do anamnestického formuláře do 24 hodin po příjmu pacienta (Vondráček, 2008). Sestra však tuto činnost nemůže vnímat jen jako povinnost, ale i z pohledu pacienta. Proto je nutné s ním nejprve navázat kontakt, který se postupně vyvine v terapeutický vztah. Terapeutická komunikace podporuje, podněcuje porozumění a může pomoci vybudovat konstruktivní (tvořivý, čínorodý, spolupracující) vztah mezi sestrou a klientem. Na rozdíl od sociálního vztahu, v němž se nejedná o příliš specifické důvody či zaměření, terapeutický, pomáhající vztah je zaměřen na klienta a cíl (Berman, Snyder, 2012). Ten je možné začít budovat od prvního kontaktu. Je velmi důležitý,

protože pacient od prvopočátku získává pocit důvěry či nedůvěry, který může ovlivnit jeho prožívání a spolupráci na léčbě a péči po celou dobu hospitalizace nebo době, kdy je mu péče poskytována. Vlastní odběr anamnézy sestra nezačíná tím, že řekne: „Musím se zeptat na několik věcí.“ Nebo bez uvedení klade otázky přímo podle anamnestického formuláře. Aby získání potřebných informací bylo efektivní a přínosné pro obě strany, sestra si „pro to připravuje půdu“ již dříve.

Sestra vychází pacientovi vstříc. Aktivně sama k němu přichází z ambulance nebo na ošetrovací jednotce tak, aby nezískal dojem, že přichází nevhod (Honzák, 2015). Pokud ho již zná, osloví ho jménem, nebo se na jméno zeptá a sama se představí, a to svým jménem event. funkcí a sdělí mu, že se o něj v dnešní službě postará. Pokud by byl na oddělení zaveden systém primární sestry, seznámí ho s tím, že ho bude provázet po dobu hospitalizace. Zeptá se, s jakým problémem přichází, co mu schází, jak se cítí. Podle odpovědi pacienta musí zareagovat. (Může se stát, že sestra musí změnit svůj plánovaný postup a přizpůsobit jej požadavkům, potřebám a aktuálnímu stavu pacienta.) Zjistí, zda je ve zdravotnickém zařízení poprvé, nebo zda již má nějakou zkušenost, a podle toho nastíní, co v nejbližších minutách bude s pacientem dělat, co ho čeká. Až potom by se měla zaměřit na orientační zjištění informací z dokumentace, aby zjistila, zda je něco, co musí provést neprodleně s ohledem na pacientův event. akutní stav a lékařskou ordinaci. Pokud by věnovala více pozornosti dokumentací dříve než pacientovi, může v něm vzbudit dojem nezájmu o jeho vlastní osobu, což je provázeno pocitem devalvace – ponížení (Šulistová, Trešlová, 2012).

Informací, které sestra bude od pacienta potřebovat zjistit, je velmi mnoho, a proto rychlost, množství a způsob, jakým bude informace získávat, závisí na jeho aktuálním zdravotním stavu, a to v souvislosti s onemocněním i jeho psychickým a mentálním stavem. Nejdříve mu sdělí, proč a na co se bude ptát. Tedy k čemu získané informace budou sloužit, jak s nimi naloží. Požádá pacienta, zda je ochoten vyjádřit se ke stavu svých potřeb. Následně pacienta uvědomí o možnosti nesdělovat ty informace, které sdělovat nechce, nebo mluvit o skutečnostech, které jsou pro něho velmi osobní či intimní. Respekt, důvěru a určitou míru soukromí sestra zajistí tak, že sběr anamnestických údajů provádí v klidném prostředí, pokud možno bez přítomnosti dalších osob (pokud nejsou nutným doprovodem nemocného), sestra se soustředí a není vyrušována osobami ani telefonem. Sedí u pacienta, který sedí nebo leží na lůžku v pohodlné poloze. Sestra svojí posturologií (sed s mírným nakloněním k pacientovi),

mimikou, gestikulací, hlasitostí a rychlostí řeči vytváří klidnou atmosféru, podporující pacienta k odpovědím na otázky. Cílem anamnestického rozhovoru není jenom získat dichotomické (dvojjmenné – ano – ne) odpovědi. Sestra projevuje zájem o širší popis pacientových stesků, problémů. Proto pokládá otevřené otázky. Odpovědi, kterou slyší, musí také „naslouchat“ (Tóthová a kol., 2009).

Naslouchání je základní komunikační dovedností sestry a umožňuje porozumět tomu, co pacient říká, jak tomu rozumí, jak to cítí a prožívá. Proto je naslouchání klíčem k empatii tj. porozumění vcítěním. Jednoznačné odpovědi zaznamenává do anamnestické karty, ale to, co zjistila nasloucháním, zpracovává kritickým myšlením a vytváří základ pro další spolupráci s pacientem v následujících fázích ošetrovatelského procesu. Po ukončení sběru dat s pacientem může ještě získat informace od doprovázející osoby nebo jiné blízké osoby. I v tomto případě je vhodné, aby rozhovor proběhl za stejných podmínek jako s pacientem a sestra dobře naslouchala. Kromě popisu pacientových problémů může zjistit vztah dané osoby k pacientovi, který by mohl mít vliv na uzdravování, možnost následné spolupráce na péči i na to, zda pacient bude stát o to, aby se vrátil zpět do původního prostředí. Direktivním přístupem bychom oslovili pacienta následovně: „Jak spíte? Jak to máte s vyprazdňováním? Máte nějakou dietu?“ Což je mnoho otázek najednou a pacient nemá možnost se k nim vyjádřit podrobněji. Nedirektivní přístup může vypadat následovně: a) „Jak spíte?“ „Špatně.“ „Můžete mi prosím říci, co ovlivňuje váš špatný spánek? A také zdali něco děláte pro jeho zlepšení?“; b) „Spím dobře.“ „Je něco, co bychom vám mohli zajistit, aby nedošlo ke zhoršení spánku?“ (Šulistová, Trešlová, 2012).

### *Komunikace v 2. fázi ošetrovatelského procesu*

Ošetrovatelskou diagnózu sestra určuje z velmi různorodých projevů pacienta, které jsou jeho reakcí na nemoc (Tóthová a kol., 2014). Pro oblast komunikace jsou podstatná neverbální a verbální vyjádření pacienta. Proto je velmi důležitá třetí složka ošetrovatelské diagnózy (projevující se výrazem obličeje, polohou, neklidem, neadekvátní reakcí na oslovení, na situaci, rychlostí a způsobem řeči, vyjadřováním, verbalizací, agitovaností, agresivitou apod.). Vyjadřováním rozumíme jak slovní, tak i mimoslovní projevy. Verbalizaci rozumíme tak, že pacient říká, co ho trápí, jaké má obavy a z čeho uvedené obavy má, popisuje omezení, něco popírá, něco má, nebo nemá,

není nebo je schopen apod. (Herdman, Kamitsuru, 2015). „Ošetrovatelská diagnóza je úsudek či závěr, který vzniká jako výsledek sesterského posouzení“ (Kozierová a kol., 1995). To znamená, že sestra nemůže postupovat bezmyšlenkovitě a slepě vybrat některou diagnózu ze seznamu. Bere vysílané signály pacientem/klientem vážně a snaží se jim porozumět. Musí dobře zanalyzovat získané projevy a signály, jež pacient projevuje, aby mohla identifikovat, které potřeby jsou porušené. Aby se ujistila v tom, zda to, jak rozumí vnímaným projevům, je ve shodě s tím, jak to vnímá, cítí a prožívá pacient, musí sestra použít komunikační dovednosti. Opět je nutné nedat na první dojem, ale naslouchat a také vyjádřit, jak sestra rozumí vysílaným projevům: „Zdá se mi, že vám není dobře“. „Vidím, že jste rozrušený.“ „Co se děje?“ „Mluví se vám těžko?“ „Cítím, že něco není pořádku.“ „To, co říkáte, na mne dělá dojem že...“ Takto sestra provádí reflexi, která umožňuje pacientovi se uvolnit, vyjádřit své pocity a prožitky. Nejenom nasloucháním, ale i pozorováním dokáže sestra projevit empatii, jakožto schopnost cítit a porozumět emocím prožívaným druhou osobou. Je to role sestry, překoncipovat zpozorované emoce do verbální komunikace (Jones et al., 2012). Sama pomocí analyzování odpovědí a kritickým myšlením má možnost přemýšlet o budoucím plánu ošetrovatelských intervencí – zásahů (Vörösöová, 2013; Rubenfeld, Scheffer, 1995). Dochází k empatii, kdy pacient získává pocit, že mu sestra rozumí, že ho chápe, je s ním. Rozvíjí se vztah vzájemné důvěry, porozumění a spolupráce. Důležitost analýzy projevů je zřejmá na uvedených příkladech tříložkových ošetrovatelských diagnóz. Níže uvedené ošetrovatelské diagnózy naznačují, že terapeutická komunikace není určena jen pro problematiku psychosociálních potřeb, ale všude tam, kde pacient potřebu této intervence projevuje.

**Porucha výměny plynů v souvislosti s nerovnováhou ventilace** (proudění vzduchu do dýchacích cest) a perfuzí (průtokem krve plícemi – prokrvení), změnou alveolokapilární membrány, *projevující se verbalizací* nedostatku vzduchu, obtížným dýcháním, ztíženým dýcháním, klidovou dušností, zátěžovou dušností, dušností při mluvení, chvěním nosních křídel při dýchání, neklidem, podrážděností, zmateností, hypoxií, somnolencí, sníženou hladinou oxidu uhličitého v krvi, pocením.

**Nedostatečné znalosti v souvislosti s kognitivním omezením, špatným pochopením informací, nedostatečným kontaktem s prostředím, ze kterého lze informace získat, nedostatečným zájmem o získání nových informací, neobeznámeností se zdroji informací, špatnou výbavností, projevující se nepřesnou interpretací znalostí,**

nepřesným prováděním instrukcí, nevhodným chováním (hysterickým, nepřátelským, agitovaným, apatickým), přehnaným chováním, sdělováním.

Jako konkrétní ošetřovatelské diagnózy pro použití terapeutické komunikace uvádějí Berman a Snyder (2012) Úzkost, Bezmocnost, Snížení sebekoncepce, Sociální izolaci. V přehledu ošetřovatelských diagnóz (Herdman, Kamitsuru, 2015) jsou dále uvedeny ošetřovatelské diagnózy, kde je vhodné intervenovat dovednostmi terapeutické komunikace: Truchlení, Stresové přetížení, Neefektivní plnění rolí, Beznaděj a také Deficit sebepéče.

### *Komunikace ve 3. fázi ošetřovatelského procesu*

I kdyby se mohlo zdát, že profesionální sestra na základě práce v první a druhé fázi ošetřovatelského procesu ví přesně, čeho se má dosáhnout, co je třeba naplánovat a udělat ke zmírnění či odstranění problému pacienta, nelze to brát za rozhodující. Tak může postupovat jen v případě akutního, život ohrožujícího stavu. Jinak musí nejprve zjistit to, co je pro pacienta samotného v tu chvíli nejpodstatnější, aby vytvořila a udržela již zmíněný vztah, rovnováhu, bezpečí a možnost pro klidnou spolupráci (Honzák, 2015). Na tomto místě je také nutná míra tolerance a respektu k požadavkům, přáním a potřebám pacienta. Pokud by toto sestra neprojevovala, bude ztrácet získanou důvěru i spolupracující vztah. Proto komunikace bude nedirektivní, sestra nepřikazuje, nerozkazuje, negeneralizuje, že to či ono je, nebo není vhodné, nehodnotí to či ono by pacient měl, či neměl nebo že něco musí! Je na pacientovi, jak se rozhodne (Šulistová, Trešlová, 2012; Berman, Snyder, 2012).

V této fázi sestra může použít terapeutickou komunikaci i jako preventivní intervence – prevence stresujících situací (Dart, 2011). Při plánování také sestra musí pacientovi taktně vysvětlit, že je možné, že k odstranění problému, k saturaci jeho potřeby nemusí vždy dojít hned nebo v brzké době. Proto s ním probere jednotlivé kroky (výsledná kritéria), které společně postupně udělají, aby k odstranění problému mohlo dojít. Stejně tak může pacienta přesvědčit laskavým, logickým způsobem, aby změnil své rozhodnutí a určení svých priorit. Pokud pacient trvá na svém rozhodnutí a sestra ví, že by toto rozhodnutí mohlo poškodit jeho zdraví, seznámí pacienta s tím, jak se situace či stav může vyvíjet. Když i tak pacient trvá na svém, sestra kontaktuje lékaře a je možné sepsat negativní reverz. I ve fázi plánování je vhodné použít nedirektivní přístup

a snažit se o spolupráci na základě vysvětlení a ne zákazem či příkazem (Tóthová a kol., 2009).

#### *Komunikace ve 4. fázi ošetrovatelského procesu*

Fáze realizace je jediná z celého ošetrovatelského procesu, kde sestra opravdu „něco dělá“ fyzicky. Ostatní fáze procesu jsou v podstatě postaveny na komunikačních dovednostech verbálních a neverbálních. Tvoří tři čtvrtiny celého procesu. Ale i v té čtvrtině ošetrovatelského procesu realizace zbylé na psychomotorickou činnost je komunikace velmi důležitá. Sestra v ní integruje komunikaci verbální a neverbální s činy. To znamená, že způsob, jakým pracuje, něco vypovídá, něco říká, nějak působí na pacienta. Komunikace se tak stává ošetrovatelskou intervencí – dovedností, zásahem. Umožňuje seznámení, porozumění, ujistění, posílení, podporu, snížení strachu, nejistoty, vyjádření respektu, vytvoření důvěryhodného vztahu, aktivizaci a zapojení pacienta do péče. To vše na pacienta pozitivně působí a usnadňuje prožívání v nové, nepříjemné situaci, kterou tak zvládá s menšími obtížemi. I proto můžeme hovořit o poskytnutých komunikačních dovednostech jako terapeutických – léčebných. Následující text popisuje každodenní situaci sestry i situaci, která je velmi dobře známá lidem, kteří byli hospitalizováni. Jde o ideální avšak efektivní (tedy profesionální) poskytování ošetrovatelské péče (Venglářová, Mahrová, 2006). Sestra připravuje pacienta na to nebo k tomu, co bude dělat, a jak může pacient do výkonu zasahovat, jak svými schopnostmi a možnostmi přispět. Sestra vysvětluje, co a jak ona bude provádět, co pacient může cítit, jak dlouho činnost nebo výkon bude trvat, kde bude činnost probíhat, jak se pacient bude cítit po výkonu a co po výkonu bude moci, nebude moci dělat, a co bude následovat. Citlivě a uvážene ho seznamuje a ukazuje mu pomůcky, které bude používat. To opět zvýrazňuje zájem o pacienta, který si uvědomuje, že sestra vnímá jeho obavy, neznalost a nezkušenost. Sestra tak působí preventivně a naplňuje svoji aktivní roli a přístup v ošetrovatelství. Předchází tím a zabraňuje tomu, že se pacient vystrašeně ptá: „A co mi budete dělat? Bude to bolet? A kam půjdu? A kdo tam bude? Kdy to bude? Co mám dělat?“ Dále zjistí, zda s tím pacient souhlasí a nemá-li nějaké dotazy.

Ošetrovatelské činnosti ve velké většině vyjadřují podporu a útěchu. Proto komunikační dovednosti jsou v těchto situacích nezbytné, protože zvyšují účinnost dalších ošetrovatelských intervencí a také se podílejí na zvyšování sebevědomí pacienta

a výrazu jeho respektování (Kozierová a kol., 1995; Heřmanová, 2006). V práci Kozierové a kol. (1995) nacházíme příklad pěti nejabstraktnějších ošetrovatelských intervencí – Zvládání stresu, Změna životního stresu, Aktivní péče, Pomoc při sebepéči, a Komunikace jako první úroveň pro fázi realizace. Ve druhé úrovni pro každou z nich je celkem uvedeno 34 intervencí, které můžeme pak ještě více konkretizovat jako sesterské „ordinace“. Za zmínku a připomenutí stojí poznámka, že 20 z nich jsou intervence poskytované komunikační formou a dovednostmi a 14 jako dovednosti fyzické – technické. Jak již bylo uvedeno, i tyto technické dovednosti potřebují zapojení určitého druhu komunikace (Tate, 2005; Venglářová, Mahrová, 2006). Zvláště v současné době, kdy se stále více zapojuje bazální stimulace do ošetrovatelské péče, a víme, že ruce jsou komunikačním nástrojem jak pro klienty při vědomí a se zdravými smysly, tak také pro lidi s jejich poruchami a v bezvědomí (Kozierová a kol., 1995; Friedlová, 2007). Strach, obavy, úzkost provázejí každého člověka v novém neznámém prostředí tehdy, kdy má vykonat něco, co ještě nedělal, tam, kde je změněn jeho dosavadní životní styl, režim a rituály. Podíváme-li se do Nursing Interventions Classification (NIC) autorů McCloskey a Bulechek (1992) na intervenci Snížení úzkosti, nalezneme, že v případech z 24 uvedených intervencí jsou ty komunikační zmíněny 20krát.

Podobně, ale s větší intenzitou, se s ošetrovatelskými diagnózami a intervencemi setkáváme tam, kde se člověk dostává do krize. Obecně termín krize můžeme vnímat jako „těžkou, svízelnou situaci, zmatek, potíže“ (Linhart, 2003, s. 212) nebo jako „extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav, životní událost, rozhodný obrát“ (Hartl, 1993, s. 93). Člověk prožívá krizi jako zraňující a osobně doléhající a neodbytnou. Může jít o krizi vyvolanou násilím, znásilněním, náhlou nemocí, úrazem, vážně nemocnou nebo umírající blízkou osobou. Krizi také vyvolávají přírodní katastrofy a válečné konflikty a konečně i partnerské a rodičovské vztahy, nezaměstnanost, finanční nedostatek. Především však „ztráta“ části těla, schopností, soběstačnosti, blízké osoby, bydlení, práce, víry, přesvědčení a hodnot. V méně extrémní intenzitě jsou tyto situace vnímány jako nouze nebo tíseň. V člověku taková situace vyvolá obrannou reakci, přičemž záleží na tom, zda jde o náhlou změnu stavu nebo dlouhodobě působící stav. Jedná se o charakteristickou, ohromující, vnitřní reakci na stresor, který nemůže člověk zvládnout obvyklými obrannými mechanismy. Projevuje se výrazně extrémní emoční nerovnováhou, doprovázenou tělesnými příznaky. To znamená, že člověk



v pocitu nebezpečí není schopen rozumně fungovat. Příležitost v této situaci člověka nutí reagovat na to, co je pro něho opravdu smysluplné. Zkušenost z prožité krize, objasnění silných stránek a posilujících prvků napomáhá ke snadnějšímu zvládnání krizových situací v budoucnu. Krizovou situací se člověk může určitým způsobem vyvíjet. Sestra má klíčovou roli v péči v těchto situacích za použití krizových intervencí. Jak uvádí Kübler-Ross a Kessler (2007), můžeme ji uplatnit ve všech fázích zvládnání krizové situace, v situacích zaměřených na aktuálně působící prostředí či vystupňované období krize a také v opakujících se vlnách krize, uzdravování a období po krizi a následném smíření (Bláha, Staňková, 2003; Linhartová, 2007). Při řešení ošetrovatelských diagnóz můžeme využít mnoho intervencí. Cílem krizových ošetrovatelských intervencí je přebudovat jedince do jejich funkčního stavu před krizí. Intervenční aktivity jsou vybrány tak, aby ovlivnily proces krize k adaptačnímu výsledku a aby klient tak byl schopen zvládnout současnou krizi a lépe zvládat krize budoucí. McCloskey a Bulechek (1992) například uvádějí: zaměřuj se na současnost; mluv o klientových pozitivních činnostech a silných stránkách během krize; použij nařizení v případě reakcí ohrožující zdraví; umožni a pobízej klienta k vyjádření citů k uvolnění; umožni klientovi vyjádřit myšlenky; ved' klienta procesem řešení problému; pomoz klientovi vyjmenovat techniky, které již byly použity, a nové možnosti, k řešení problému otázkami; pomoz klientovi určit lidi a organizace, které ho mohou podpořit, a nabídní spojení s nimi. Z dalších intervencí jsou to: oceň, povzbud', použij klidný přístup, poskytni atmosféru přijetí, pomoz identifikovat informace, poskytni faktické informace, nabídní reálné možnosti, zhodnoť rozhodovací schopnosti, které klient má, snaž se pochopit klientův pohled na situaci, připusť klientovo duchovní a kulturní pozadí, posilni spirituální zdroje, pokud je žádá, zjisti, jak zvládal minulou krizi, posud' pacientovy pocity, zajisti situace, které posilní klientovu autonomii (Trachtová et al., 1999; Vörösová et al., 2007). Přestože se jedná o tíživou situaci klienta, není vždy smyslem vyřešit problém klienta jako takový, ale pomoci klientovi v procesu zvládnání. Tím nabude dostatek energie i reálného pohledu na problém a bude schopen situaci řešit samostatně. Z naznačených intervencí je opět zřejmé, že jde o intervence komunikační.

#### *Komunikace v 5. fázi ošetrovatelského procesu*

Na základě dosaženého výsledku může sestra pacienta povzbuzovat k další činnosti a k očekávání brzkého uzdravení nebo propuštění do domácího ošetření. Podporuje ho v sebepéči, kterou dokázal dosáhnout cíle. Ujišťuje ho v tom, co dělá dobře a správně.

K ujištění používá popis, ne jednoduché chlácholení, konejšení a holé věty jako například: „To víte, že vám to půjde.“ „Dobře.“ „Správně.“ „Jak jinak.“ „Nebojte, to půjde.“ „To zvládnete.“ „To víte, že ano.“ Konkrétnější hodnocení má větší sílu, je efektivnější, více motivuje, podporuje a povzbuzuje pacienta. Například: „Dnes jste toho zvládl samostatně víc než včera.“ „Zdá se, že jste o něco silnější, že máte více síly.“ „Dokážete toho zvládnout již více, váš stav se zlepšuje.“ „Máte silnou vůli, překonal jste obtíž, už se tak nezadýcháváte. Proto zítra můžeme pokračovat dále a přidat více zátěže.“ „Jde vám to velmi dobře. Myslím, že můžeme ještě pokračovat.“ „Nevidím žádné nedostatky, už můžete pokračovat samostatně.“ Sestra vyjadřuje radost nad zlepšením či odstraněním problému. V opačném případě vysvětluje možné příčiny, proč k tomu nedošlo, co je možné dělat dále a nabízí další postup. Pacient mohl jen dosáhnout některých výsledných kritérií a to sestra použije k motivaci pacienta, aby pokračoval ve snaze změny ke zlepšení (Tóthová a kol., 2014). Hodnocení sestra používá nejen z důvodu míry dosažení stanoveného cíle. Hodnocení můžeme také vnímat jako ocenění, kladné zhodnocení člověka – evalvací. Evalvace je jednání, které pozitivně ovlivní adresáta (v tomto případě pacienta). Je to vyjádření projevu úcty, díky a uznání pochvalou, oceněním, verbálně i neverbálně. Dochází ke zvýšení sebevědomí (Křivohlavý, 1995, 1988). Z uvedeného ošetrovatelského procesu (tedy) činnosti sestry je zřejmé naplnění cílů terapeutické komunikace (viz kapitola 1.2). Stručný přehled komunikačních intervencí, ve kterých stavech pacienta je možné je použít a jaký mají efekt, je znázorněn v příloze 5.

### ***1.6 Podmínky a faktory pro realizaci terapeutické komunikace***

Uvedený přehled problematiky terapeutické komunikace naznačuje podmínky, které je třeba zajistit i požadovat, aby náležitý soubor dovedností – intervencí mohl být realizován a poskytnut člověku, kterému je tímto způsobem možno pomoci.

V první řadě je to kvalifikační vzdělání pracovníků nelékařských profesí. Na základě šetření (Trešlová, 2007) je zřejmé, že kurikula těchto studijních programů nabízejí hodinovou dotaci pro získání základních komunikačních dovedností. K dosažení požadované úrovně komunikačních dovedností pro zvládání zátěžových a krizových situací je prostor pro semináře či cvičení nedostačující. Práci s komunikačními intervencemi v jiných ošetrovatelských a klinických předmětech vyučující spíše

nevyužívají. Možnost pro nácvik, resp. analýzu či debriefing komunikačních situací v reálném prostředí zdravotnických zařízení je minimální a závisí na kvalitě vyučující nebo mentorky, která studenty vede. Komunikace v rámci celoživotního vzdělávání formou speciálních odborných kurzů nebo školení popisovaná sestrami z nemocnic je více zaměřena na teoretický popis problematiky než na čas věnovaný praktickému nácviku.

V případě, že by sestry ovládaly dovednosti terapeutické komunikace, potřebovaly by prostor pro jejich aplikaci v harmonogramu daných povinností ve službě. A to prostor ve smyslu místa, kde by mohla zajistit nerušený klid, důvěryhodnou atmosféru a pohodlí, ale také dostatek nerušeného času. V situaci, kdy jsou 2–3 sestry ve službě na 20–30 pacientů, je terapeutická komunikace utopíí. V tomto případě hrají roli možnosti a působení managementu, který by prosazoval implementaci terapeutické komunikace do každodenní péče o pacienty, vytvořil podmínky pro realizaci ošetrovatelského procesu ve všech jeho fázích a stanovil k této problematice náležité standardy, které by podléhaly auditu nebo supervizím. Management je ovlivněn výší vzdělání, ale (a to především) finančními možnostmi a s nimi spojeným personálním obsazením služeb.

Faktorem, který také určuje, zda terapeutickou komunikaci použít, či ne, je kulturní tradice a stav společnosti. Přestože česká společnost prošla již delší dobou společensko-ekonomických změn, na nedirektivní, otevřený rozhovor stále ještě nepřivykla. Lidé se neradi otevírají a vyjadřují ke svým potřebám, a to i v případě, když jsou nespokojeni. Nejsou zvyklí popisovat svoje pocity. Proto je velmi důležité navázat důvěryhodný vztah. I proto v zahraničních učebnicích a zdrojích nalézáme daleko více informací k tomuto tématu, zahraniční studenti dané dovednosti ovládají snadněji – přirozeněji a jejich působení je také přirozeněji přijímáno. Pacienti v našich podmínkách nejsou zvyklí, že by jim sestra mohla pomoci v tíživé situaci jinak než injekcí či chlácholením, utěšováním, konejšením. Nakonec i vidí, že na ně sestra nemá čas. Otázkou také je, zda by pacienti takovou péči chtěli, požadovali. Rozhodující však je, zda sestra tuto možnost aktivně nabídne, nebo ne. Terapeutická komunikace v ošetrovatelství v českých podmínkách není zahrnuta do ošetrovatelské péče jako běžná součást, přestože teoreticky s ní počítá v rolích komunikátorky, advokátky, poradkyně i manažerky ošetrovatelské péče (Farkašová a kol., 2001; Arnold, Boggs, 2003). Výraznou oporu nenacházíme ani v legislativních dokumentech (více kapitola 2). Je tedy obtížné až nemožné naplnit profesionální působení sestry (odborné), když existuje

tolik bariér. Profesionalismus – profesionalita se vztahuje či poukazuje na profesionální charakter, ducha nebo metody. Je to soubor vlastností, znaků a symbolů a také způsob života, který zavazuje, obsahuje a předpokládá odpovědnost (Berman, Snyder, 2012). Můžeme konstatovat, že sestra, která by chtěla naplnit Etický kodex sestry do důsledků, se sama přivede do tíživé situace, protože nemůže (nemá podmínky) pro poskytování své péče použít nejnovější znalosti ve prospěch pacienta a jeho zdraví a nemůže převzít zodpovědnost za dopad nesaturovaných potřeb, na které by mohla intervenovat terapeutickou komunikací.

## 2. TERAPEUTICKÁ KOMUNIKACE V LEGISLATIVNÍCH NORMÁCH A ETICKÝCH KODEXECH

Cílem této kapitoly je poukázat na dokumenty, kde je, nebo není zanesena terapeutická komunikace s ohledem na možnosti jejího použití v praxi.

Ošetřovatelství jako registrovaná profese, stejně jako kompetence sestry, jsou vyjádřeny a tím také podpořeny nejen teoretickým základem, ale také legislativními a etickými normami. Slouží mimo jiné jako podklad pro tvorbu kurikula pro kvalifikační vzdělávání sester. Nelze v nich najít explicitně popsanou terapeutickou komunikaci z důvodu obecného, všezahrnujícího popisu. Na základě znění těchto materiálů je však možné odvodit existenci terapeutické komunikace v cílech a filosofii ošetřovatelství i intervencích sestry v nich uvedených. Pokud by se tyto normy realizovaly do důsledků, pak by sestra terapeutickou komunikaci poskytovala jako běžnou součást své práce a management by takovou činnost sledoval a kontroloval její kvalitu.

*Vyhláška č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 4 m), deklaruje, že sestra provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta. Pod psychickou podporu je možné zařadit dovednosti spojené s terapeutickou komunikací, stejně jako pro činnosti spojené s úmrtím pacienta, kdy by sestra měla pracovat s pozůstalými a využívat podobné dovednosti (Kristová, 2004; Jobánková et al., 2006; Minibergerová, Dušek, 2006).

*Zákon č. 105/2011 Sb.*, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti, komunikaci nezmiňuje. V *Koncepci ošetřovatelství* uvedené ve Věstníku č. 9 MZČR (2004) nalezneme celou řadu oblastí, kde je možné terapeutickou komunikaci hledat. A to opět v samotné definici ošetřovatelství v odstavci 1.2 „Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví“, „Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby“. Jedním ze čtyř cílů ošetřovatelství je zmírňovat utrpení nemocného člověka. Proto Koncepce popisuje v odstavci 1.1.1. že, „Součástí ošetřovatelství je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetřovatelská

péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče“. Stav akutního či chronického onemocnění, nemluvě o nevy léčitelném, narušuje kromě jiných také potřebu jistoty a bezpečí. Člověk v těchto situacích prožívá nepříjemné pocity úzkosti, těžkosti, tísně, obtíží, potíží, nesnází, nouze, mizérie, strádání, nedostatku, ztráty, úbytku, újmy, deficitu či utrpení. Nelze si proto představit jiné dovednosti, které by mohly být v takových situacích efektivní než ty začleněné do terapeutické komunikace.

Odstavec 1. 9. téhož dokumentu se věnuje potřebám člověka v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče. „Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.“ Charakteristickým rysem ošetrovatelství je mimo jiné „individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozměněných onemocněním“. Bez efektivní či terapeutické komunikace nelze odhalit, především však intervenovat na všechny pozměněné, nesaturované potřeby, a to především v psychosociální oblasti. Proto Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu, ve které můžeme spatřovat kritické myšlení i terapeutickou komunikaci.

Terapeutická komunikace se objevuje i v *Etickém kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*. Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče. Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců (Věstník č. 7. MZČR, 2004). Jak jinak vytvořit důvěryhodný vztah než terapeutickou komunikací – terapeutickým vztahem? (Burnard, 2001).

Na rozdíl od Etického kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů znění *Etického kodexu sestry* ([http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf);

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, 1998) se tímto termínem přímo nezabývá. Přestože popisuje a vyzdvihuje podobné oblasti (např. důvěra, právo pacienta, respekt), vyjadřuje převážně všeobecné, morálně-profesní hodnoty.

Již v roce 1993 vydává WHO zásadní dokument *Ošetrovatelství v akci* (Salvage, 1997), který reaguje na potřeby společnosti v souvislostech programu Zdraví pro všechny. Text obsahuje závěry projektu WHO zaměřeného na ošetrovatelství a postavení sestry v péči o člověka. Sestru vnímá jako „nezávislou kvalifikovanou pracovníci, která může působit sama nebo ve spolupráci s jinými odborníky při poskytování primární péče v každém prostředí. Jejím úkolem nebude sloužit jiné profesi, ale informovat, podporovat a pečovat o pacienta a společnost“ (s. 5). Dokument vyzývá sestry, aby „podaly konkrétní důkaz o důležitosti vlastního přínosu k péči o zdraví druhých“ (s. 15). Posláním sester ve společnosti je, dle tohoto dokumentu: „pomáhat jednotlivcům, zaangažovat je do aspektů zdravotní péče a tím podpořit jejich sebedůvěru a soběstačnost. Funkce sestry je podpůrná, pomocná [mimo jiné – ošetrovatelská péče, rehabilitační preventivní, léčebná“ (s. 20–22)]. Zdůrazňuje se tím nutný rozvoj a do určité míry i „nadhodnota“ ošetrovatelství: „Pokud se ošetrovatelství zredukuje na pouhé pečování, záležitost selského rozumu a podřadné zaměstnání, zastírá se jeho složitost a hodnota“ (s. 24). V textu je vyjádřena i pochybnost: „Bohužel nejsou znalosti a dovednosti, které sestry potřebují k tomu, aby se staly propagátorkami určité změny, snadno dostupné. Osobní růst a sebevědomí, komunikační dovednosti a asertivita nebývají vždy zařazeny do učebních osnov. Lidé v čele zdravotnických organizací podporují tyto vlastnosti u sester málokdy. Někdy nemají sestry k rozvoji dostatek příležitostí, někdy sama koncepce brání do jisté míry změnám“ (s. 24). Za dostatek příležitostí uvádí „mít dostatek času, mít podporu vedení i školských institucí“ (Salvage, 1997, s. 24).

V roce 2000 předložil mezinárodní odbor MZČR soubor dokumentů *Strategické dokumenty*, které naznačují rozvoj a směřování ošetrovatelství. Soustředí se mimo jiné na činnosti (intervence) při naplňování rolí a funkce sestry: „... hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje svou profesionální péči v průběhu nemoci, rekonvalescence, která zahrnuje fyzické, mentální a sociální aspekty života a jejich dopady na zdraví, nemoc, neschopnost a umírání. Sestra podporuje vhodné aktivní zapojení jedince do všech forem zdravotní péče tak, aby podněcovala k sebedůvěře a samostatnému rozhodování. Sestra identifikuje relevantní potřeby nebo problémy vztahující se ke

zdraví či nemoci a rozhoduje o tom, jakých zásahů je z etického hlediska a podle finanční efektivity nutné použít k dosažení holistické a vysoce kvalitní péče. Sestra komunikátorka podporuje zdravý způsob života efektivní součinností, obhajováním, výukou a takto motivuje a posiluje jedince k ochraně a upevňování zdraví“ (s. 8). Z terminologie intervencí sestry v tomto textu je opět zřejmé, že je nutné použít terapeutickou komunikaci k dosažení žádané kvality péče (Strategické dokumenty, 2000).

Na rozdíl od výše uvedených informací vztahujících se k terapeutické komunikaci *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami* (2016), který uvádí počet bodů za určitý provedený ošetrovatelský výkon, komunikaci jako takovou vůbec neuvádí. Pouze v *Kapitole 925 – sestra domácí zdravotní péče* (s. 600–603) nacházíme výkony, ve kterých by event. terapeutická komunikace mohla figurovat. Číslo výše uvedeného výkonu je „06123 Komplex – edukace, reedukace, Ošetrovatelská rehabilitace. Tu je možné poskytovat pouze ambulantně po dobu 35 minut po předchozí indikaci praktického lékaře“ (Seznam zdravotních výkonů, 2013, s. 570). Můžeme konstatovat, že tento dokument nereflktuje doporučení uvedená ve Strategických dokumentech a Ošetrovatelství v akci zaměřených na postavení sestry ve zdravotní péči a podmínky pro realizaci ošetrovatelské péče v oblasti komunikačních intervencí.

Informace o terapeutické komunikaci v zásadních a určujících dokumentech pro ošetrovatelství nacházíme spíše v zahraničních nebo do češtiny přeložených dokumentech než v původních českých. Otázkou je, zda by existence a zvýšený důraz na terapeutickou komunikaci přinesl změnu či vymahatelnost v praxi.



### 3. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Pro záměr naší práce jsme si položili výzkumnou otázku:

Jaká je potřeba a možnost pro realizaci terapeutické komunikace v českém ošetrovatelství?

Pro získání odpovědi jsme stanovili následující cíle:

1. Zjistit, jaké místo zaujímá terapeutická komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester a pacientů.
2. Zjistit, jaké dovednosti terapeutické komunikace pacienti postrádají v péči sester.
3. Zjistit, zda sestry mají zájem o poskytování terapeutické komunikace.
4. Zjistit, jaké překážky sestry vidí v poskytování terapeutické komunikace.

H1 Sestry vnímají terapeutickou komunikaci častěji jako kompetenci jiných disciplín než jako součást vlastního oboru ošetrovatelství.

H2 Zaneprázdněnost sester je dle pacientů větší překážkou realizace terapeutické komunikace než jejich vlastní ostych požádat sestru o hlubší rozhovor.

H3 Sestry naplňují terapeutickou komunikaci častěji formou poskytování informací než jejich charakteristickými dovednostmi.

H4 Sestry častěji postrádají nácvik a zdokonalování se v konkrétních dovednostech terapeutické komunikace než znalosti o tomto způsobu péče.

H5 Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé ve věku nad 45 let než mladší.

H6 Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé hospitalizovaní déle než jeden týden.

H7 Překážkou pro realizaci terapeutické komunikace je spíše čas, který sestry mohou této dovednosti věnovat, než jejich vzdělání.

H8 Délka praxe sester je více rozhodujícím faktorem pro aplikaci terapeutické komunikace než jejich vzdělání.

## 4. METODIKA

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda za použití dotazníku vlastní konstrukce na základě teoretických poznatků zkoumaného termínu terapeutická komunikace. Dotazník byl anonymní a dobrovolný a obsahoval pro sestry 45 otázek, pro pacienty 20 otázek. Pro soubor sester (příloha 1) byly v úvodu položeny tři otázky zaměřené na znalost termínu terapeutická komunikace. Následovalo stručné, orientační seznámení s tímto termínem. V další části byl zjišťován příklon respondentů k Potřebnosti, Použití a Účinku terapeutické komunikace za využití sedmibodové škály sémantického diferenciálu (viz níže). V další části dotazníku byly použity otázky dichotomické, polootevřené, otevřené i s nabídkou možností k výběru i na Likertově škále a kontrolní. Sledovaly jak znalosti, tak názory, překážky i doporučení k realizaci terapeutické komunikace v praxi. V závěru jsme zjišťovali vzdělání a délku praxe respondentů-sester (žen i mužů). Dotazník určený hospitalizovaným respondentům-pacientům (příloha 2) sledoval v první části zkušenosti a potřebu pacientů komunikace sestry s nimi tak, abychom měli možnost zjistit používání dovedností terapeutické komunikace sestrami. Následně byli také seznámeni s termínem terapeutická komunikace. V dichotomických, otevřených a kontrolních otázkách s nabídkou možnosti se vyjadřovali k překážkám a účinku působení komunikace sester. V závěru jsme položili dotaz na věk a délku hospitalizace respondentů-pacientů. Distribuce dotazníků byla realizována v období březen–květen 2014.

Pro posouzení vnímání pojmu „terapeutické komunikace“ byl využit koncept sémantického diferenciálu podle Osgooda. Konkrétněji bylo sledováno vnímání „terapeutické komunikace“ prostřednictvím názorů na vlastnosti terapeutické komunikace: POTŘEBNOST, její POUŽITÍ a její ÚČINEK. K tomuto účelu byl pro každou oblast využit sémantický diferenciál měřený pomocí dvojic adjektiv (antonym) se sedmibodovou škálou (Potřebnost – 16 adjektiv, Použití – 16 adjektiv, Účinek – 14 adjektiv) a z hlediska tří faktorů, a to Hodnocení, pozitivní – negativní, dobrý – špatný (E – Evaluation), Síla, moc, schopnost, možnost (P – Potency) a Rychlost, aktivita, činnost, iniciativa (A – Activity). Hodnoty jednotlivých skóre byly vyneseny do grafů, a to za celý soubor, dále s ohledem na vzdělání respondentů (středoškolské, vysokoškolské) a konečně s ohledem na délku praxe respondentů (do 5 let, 6 až 20 let,

21 let a více). Z důvodu převážně průměrných hodnot jsou v práci uvedeny pouze grafy za celý soubor nikoli s ohledem na vzdělání respondentů na délku praxe respondentů (Chráška, 2007; Kerlinger, 1972). Pro numerické výpočty a grafické vyhodnocení bylo využito programovací prostředí R 3.0.1.

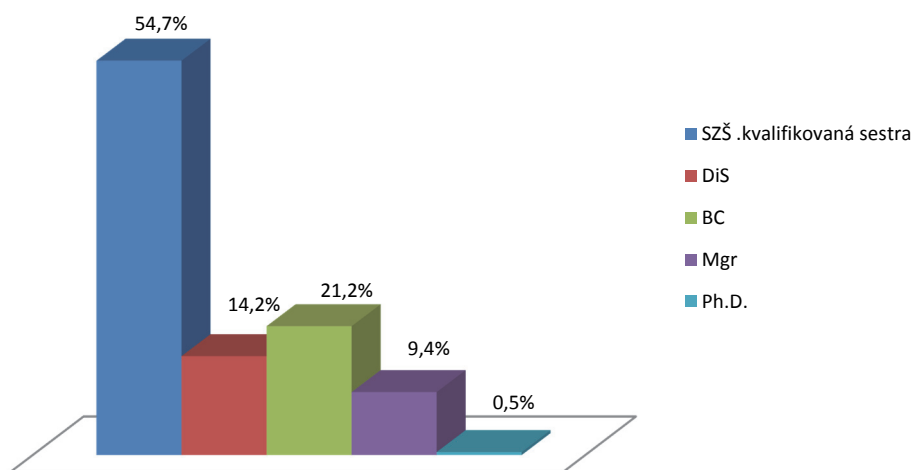
Ke statistickému zpracování dat, kde se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí, byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Předpokladem bylo, aby teoretické četnosti v jednotlivých buňkách neklesly pod hodnotu 5, alespoň v 80 % buněk, a ve zbylých buňkách neklesly pod hodnotu 2, protože prázdné nebo málo zaplněné buňky bývají zdrojem nespolehlivosti asymptotických statistik. Tabulku s menším obsazením políček ( $2 \times 2$ ) jsme testovali Fisherovým testem. Ten patří k přesným testům nezávislosti. Možnost aplikace testů významnosti byla omezena v některých případech nízkým počtem případů v některých buňkách kontingenčních tabulek. Z tohoto důvodu bylo nutné použít korekce, které sílu testu snižují, přesto umožnily spolehlivě doložit a následně interpretovat důležité statistické závislosti mezi jednotlivými proměnnými. Byla zvolena hladina významnosti 5 % a vysoká významnost 1 %. Tomu odpovídají  $p$ -hodnoty menší než 0,05 a 0,01. To znamená, že je-li  $p$ -hodnota menší než 0,05, hypotézu o nezávislosti zamítáme, neboť závislost je významná. Pro specifikaci, u kterých kategorií nastal významný rozdíl, byla použita adjustovaná standardní rezidua (znaménkové schéma), která se porovnávala s kvantily standardizovaného normálního rozdělení pro zvolenou hladinu významnosti. Tam, kde se závislost prokázala, hledaly se kategorie s významným rozdílem.

## 5. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro realizaci sběru dat bylo osloveno všech sedm nemocnic Jihočeského kraje. Kontaktovány byly náměstkyně ošetrovatelské péče a hlavní sestry a byly požádány o souhlas k provedení výzkumu. Jen z jedné nemocnice byl nutný písemný souhlas (příloha 3). Bylo distribuováno osobně náměstkyním ošetrovatelské péče, hlavním a vrchním sestřám celkem 500 dotazníků pro sestry (respondent-sestra) a 300 dotazníků pro pacienty (respondent-pacient). Vráceno bylo 273 dotazníků od sester a 174 od pacientů. Návratnost od sester činí 54,6 % a od pacientů 58,0 %. Následně několik dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu nedostatečného vyplnění. Výzkumný soubor tvořilo 249 (100 %) respondentů-sester pracujících na lůžkových odděleních těchto nemocnic a 156 respondentů-pacientů (100 %) tam hospitalizovaných. Osloveny byly kvalifikované sestry, které ukončily studium na SZŠ do roku 2004, absolventi vyšších odborných škol a vysokých škol. Respondenti-pacienti byli hospitalizováni na chirurgických a konzervativních lůžkách. Zájem o vyplnění byl nižší u pacientů než u sester, ale pacienti spíše odpovídali po úvaze na rozdíl od sester, kde je zřejmé, že často odpovídaly tak, aby byly brzy hotové či aby odpověď byla v pozitivní, správné poloze.

## 6. VÝSLEDKY

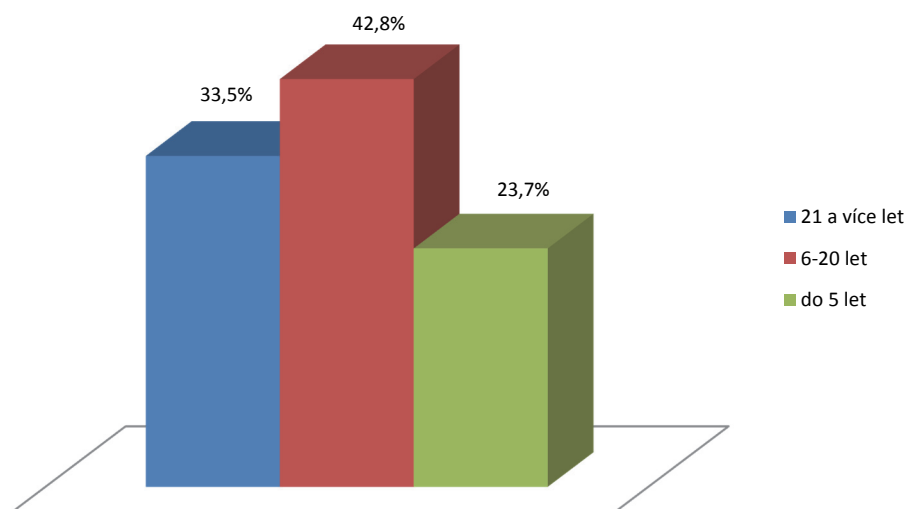
Empirická část se zabývá problematikou realizace terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče v nemocničním prostředí z pohledu sester a pacientů. Výsledky souboru respondentek-sester se zaměřují na zjištění, jak respondentky-sestry hodnotí potřebnost, použití a účinek terapeutické komunikace, kdy a jak se s ní setkaly v průběhu vzdělávání i praxe. Zjistili jsme také, jakým způsobem terapeutickou komunikaci sestry realizují v denní praxi. V další části jsou sledovány možnosti a překážky pro realizaci této ošetrovatelské kompetence. Zjištěné výsledky jsou porovnávány ve vztahu ke vzdělání a k délce praxe respondentek-sester. Výsledky druhého souboru sledují důvody a účinek terapeutické komunikace poskytované sestrou z pohledu respondentů-pacientů. Sledovali jsme také překážky terapeutické komunikace z pohledu respondentů-pacientů i jejich doporučení ve prospěch zkvalitnění poskytované péče. Výsledky přináší obraz toho, jak respondenti-pacienti vnímají a pociťují komunikaci sestry s nimi a celkově dokreslují vzájemný vztah sestra-pacient.



**Graf 1 Dosažené vzdělání (N = 249)**

Zastoupení respondentů-sester podle jejich dosaženého vzdělání zobrazuje graf 1. Výzkumný soubor všeobecných sester tvořilo z celkového počtu 249 (100 %) dotazovaných respondentů 144 (54,7 %) sester se středoškolským vzděláním, vyšší školu (DiS.) absolvovalo 34 (14,2 %) sester, vysokoškolské bakalářské 46 (21,2 %)

a vysokoškolské magisterské 24 (9,4 %) sester. Jeden (0,5 %) respondent dosáhl na doktorský titul Ph.D.



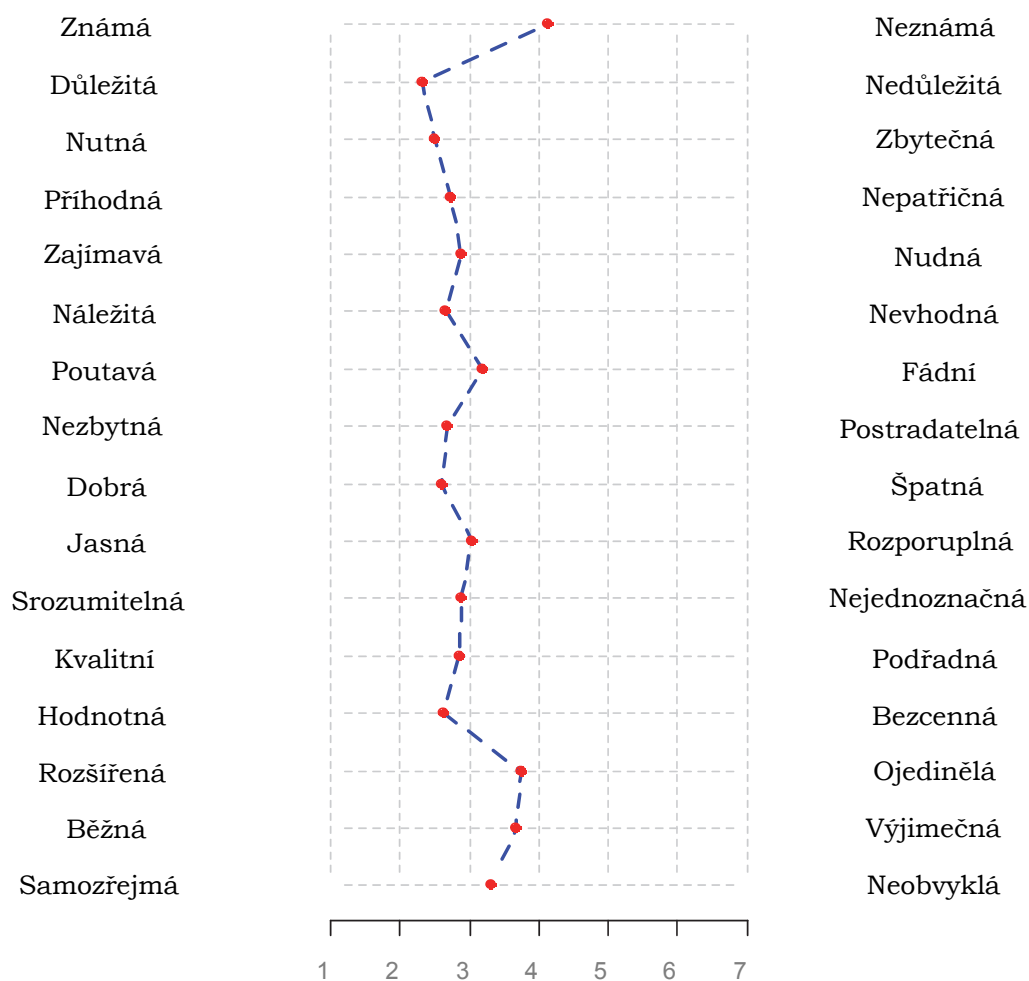
**Graf 2 Délka praxe u lůžka (N = 249)**

Období, po které respondenti-sestry pracují u lůžka, zachycuje graf 2. Po dobu 6–20 let z celkového počtu 249 (100 %) dotázaných sester pracuje u lůžka 104 (42,8 %) sester, 21 a více let má praxi 84 (33,5 %) oslovených sester a praxi do 5 let uvedlo 61 (23,7 %) sester.

**Tabulka 1 Průměrné hodnoty ze sedmibodové škály za dimenze „A“, „E“ a „P“ pro celek, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v případě vnímání POTŘEBNOSTI**

Skupina	Dimenze		
	A	E	P
Za celek	3,14	3,08	2,74
Středoškolské vzdělání	3,18	3,10	2,78
Vysokoškolské vzdělání	3,14	3,04	<b>2,63</b>
Délka praxe do 5 let	3,25	3,16	2,81
Délka praxe 6–20 let	3,21	3,14	2,78
Délka praxe 21 let a více	<b>3,09</b>	<b>3,00</b>	2,66

V tabulce 1 jsou uvedeny numerické hodnoty sémantického diferenciálu pro dimenze E – Evaluation – Hodnocení, P – Potency – Síly, A – Activity – Aktivity ve všech vztazích s proměnnými: za celek výzkumného vzorku, druhu vzdělání i délky praxe se pohybují na škále mezi 2,63–3,25. Příklon k **Potřebnosti** terapeutické komunikace se pohybuje v rozmezí dvou stupňů mezi průměrem a slabě pozitivními adjektivy.



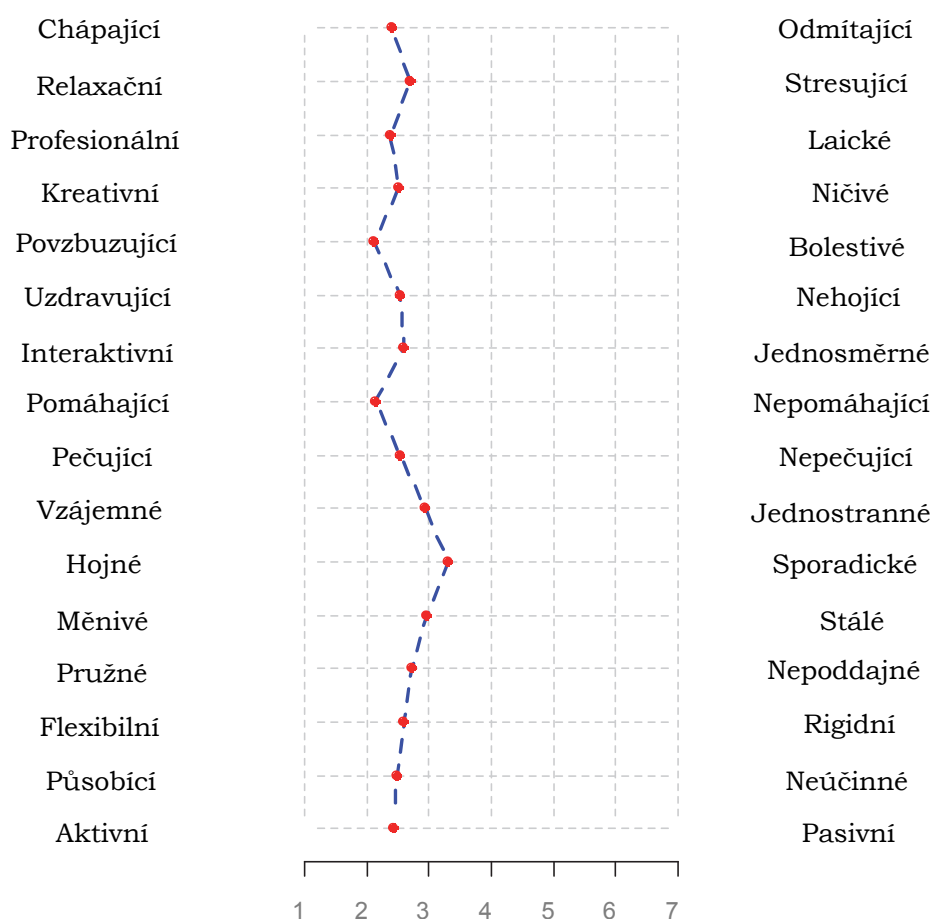
**Graf 3 Potřebnost terapeutické komunikace**

Graf 3 zachycuje průměrné hodnoty za celý analyzovaný soubor respondentů-sester. Potřebnost terapeutické komunikace vybočující z průměrného názoru sestry vnímají jako důležitou, hodnotnou a dobrou, ale přitom neznámou, ojedinělou a fádni.

**Tabulka 2 Průměrné hodnoty za dimenze „A“, „E“ a „P“ pro celek, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v případě vnímání POUŽITÍ**

Skupina	Dimenze		
	A	E	P
Za celek	2,49	2,75	2,60
Středoškolské vzdělání	2,53	2,81	2,60
Vysokoškolské vzdělání	<b>2,30</b>	<b>2,56</b>	<b>2,50</b>
Délka praxe do 5 let	2,42	2,67	2,56
Délka praxe 6–20 let	2,53	2,79	2,58
Délka praxe 21 let a více	2,49	2,81	2,65

V tabulce 2 jsou uvedeny numerické hodnoty sémantického diferenciálu pro dimenze E – Evaluation – Hodnocení, P – Potency – Síly, A – Activity – Aktivity ve všech vztazích s proměnnými: za celek výzkumného vzorku, druhu vzdělání i délky praxe se pohybují na škále mezi 2,30–2,81. Příklon k **Použití** terapeutické komunikace se pohybuje v rozmezí dvou stupňů mezi průměrem a slabě pozitivními adjektivy.



**Graf 4 Použití terapeutické komunikace**

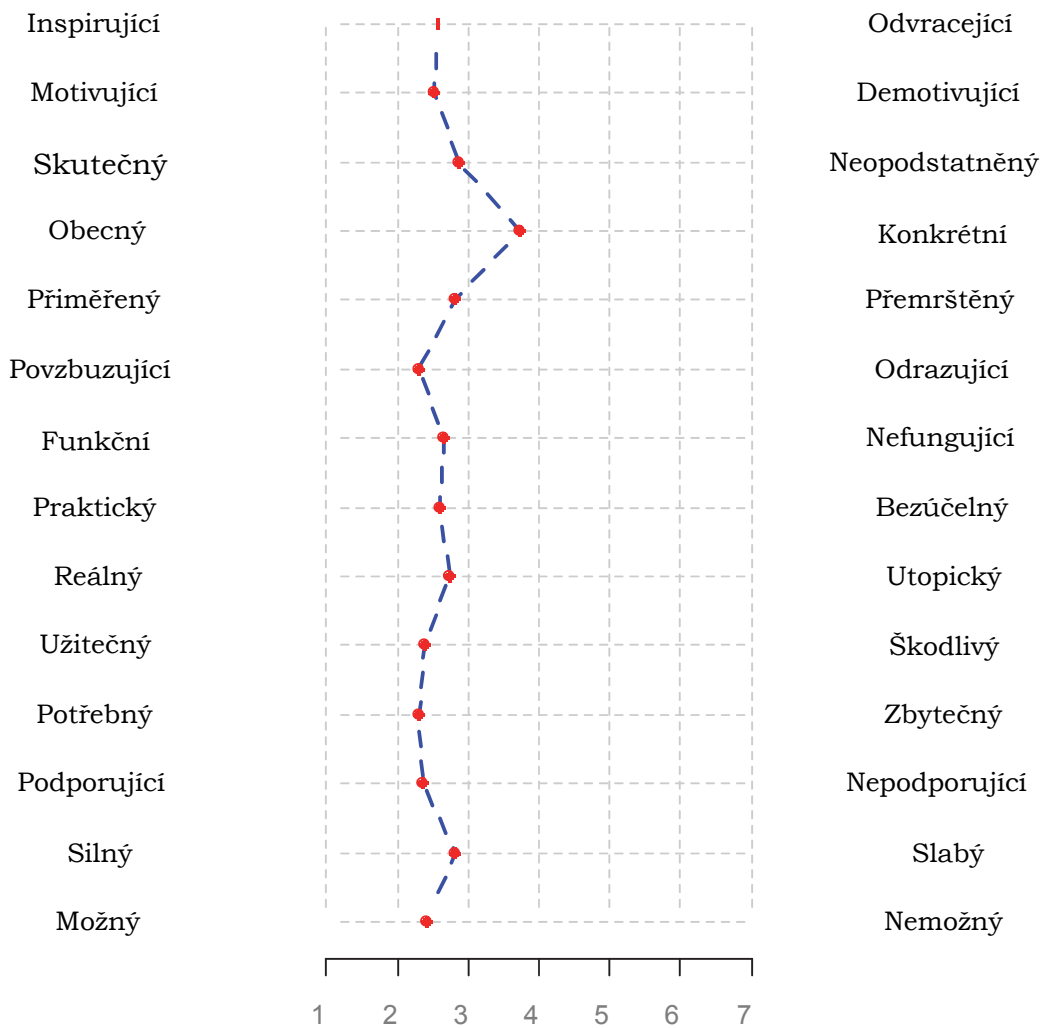


Graf 4 zachycuje průměrné hodnoty za celý analyzovaný soubor respondentů-sester. Použití terapeutické komunikace vybočující z průměrného názoru sestry vnímají jako povzbuzující, pomáhající, ale přitom sporadické, stálé a nepoddajné.

**Tabulka 3 Průměrné hodnoty za dimenze „A“, „E“ a „P“ pro celek, nejvyšší dosažené vzdělání a délku praxe v případě vnímání ÚČINEK**

Skupina	Dimenze		
	A	E	P
Za celek	2,25	2,89	2,51
Středoškolské vzdělání	2,47	2,88	2,52
Vysokoškolské vzdělání	2,53	2,90	<b>2,41</b>
Délka praxe do 5 let	<b>2,31</b>	<b>2,87</b>	2,42
Délka praxe 6–20 let	2,73	2,95	2,57
Délka praxe 21 let a více	<b>2,42</b>	2,90	2,52

Tabulka 3 předkládá numerické hodnoty sémantického diferenciálu pro dimenze E – Evaluation – Hodnocení, P – Potency – Síly, A – Activity – Aktivity ve všech vztazích s proměnnými: za celek výzkumného vzorku, druhu vzdělání i délky praxe se pohybují na škále mezi 2,31–2,88. Příklon k **Účinku** terapeutické komunikace se pohybuje v rozmezí dvou stupňů mezi průměrem a slabě pozitivními adjektivy.



**Graf 5 Účinek terapeutické komunikace**

Průměrné hodnoty za celý analyzovaný soubor respondentů-sester jsou zachyceny v grafu 5. Účinek terapeutické komunikace vybočující z průměrného názoru sestry vnímají jako povzbuzující, možný, ale přitom neopodstatněný, konkrétní, přemrštěný, utopický.

**Tabulka 4 Setkání s termínem terapeutická komunikace (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	47	97	144
	vysokoškolské	55	50	105
	<b>Celkem</b>	<b>102</b>	<b>147</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	32,6 %	67,4 %	100,0 %
	vysokoškolské	52,4 %	47,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>41,0 %</b>	<b>59,0 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	--	++	
	vysokoškolské	++	--	

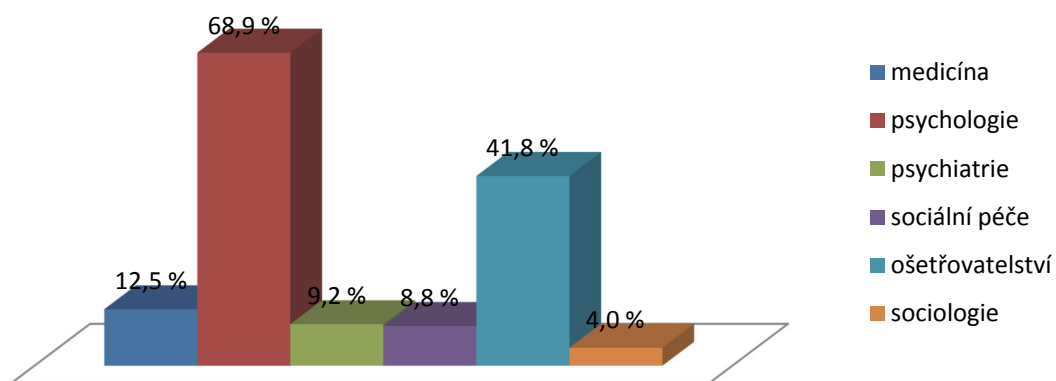
Sledovali jsme, zda se respondenti-sestry s termínem terapeutická komunikace již setkali. Z celkového počtu 249 sester (100 %) se jich 102 (41,0 %) s termínem terapeutická komunikace setkalo a 147 (59,0 %) se s tímto termínem nesetkalo. Vysokoškolsky vzdělané sestry se však s termínem terapeutická komunikace setkaly ve větším počtu (52,4 %) než středoškolsky vzdělané sestry (32,6 %). Stupeň vzdělání má vliv na to, zda se respondenti s termínem terapeutická komunikace setkali. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,003$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry se s termínem terapeutická komunikace setkaly, středoškolsky vzdělané sestry nikoli (tab. 4).

**Tabulka 5 Setkání s termínem terapeutická komunikace v praxi (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	23	121	144
	vysokoškolské	31	74	105
	<b>Celkem</b>	<b>54</b>	<b>195</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	16,0 %	84,0 %	100,0 %
	vysokoškolské	29,5 %	70,5 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>21,7 %</b>	<b>78,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	-	+	
	vysokoškolské	+	-	

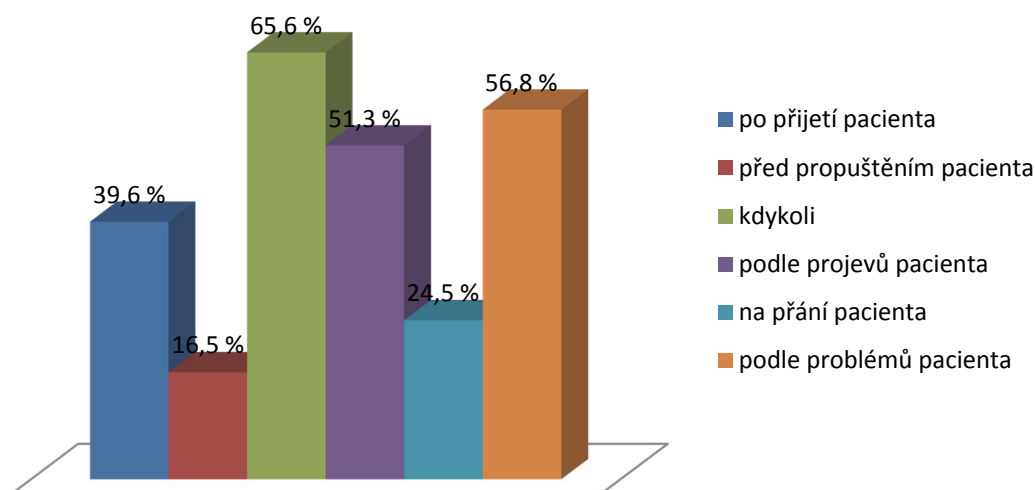
Zajímali jsme se o to, zda se respondenti-sestry s termínem terapeutická komunikace setkali nejen na teoretické úrovni, ale také v praxi. S termínem terapeutická komunikace se v praxi setkalo 54 (21,7 %) sester a 195 (70,5 %) se s tímto termínem v praxi nesetkalo. Vysokoškolsky vzdělané sestry na rozdíl od středoškolsky vzdělaných sester (16,0 %) uváděly častěji, že se s termínem terapeutická komunikace v praxi setkaly

(29,5 %). Avšak z celkového počtu 105 vysokoškolsky vzdělaných sester se s termínem terapeutická komunikace v praxi setkala pouze 29,5 %, podobně jako respondenti se středoškolským vzděláním, kterých se z celkového počtu 144 s termínem terapeutická komunikace v praxi setkala pouze 16,0 %. I v tomto případě má stupeň vzdělání vliv na to, zda se respondenti-sestry s termínem terapeutická komunikace v praxi setkali. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,013$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry se s termínem terapeutická komunikace v praxi setkaly, středoškolsky vzdělané sestry nikoli (tab. 5).



**Graf 6 Zařazení terapeutické komunikace (N = 249)**

Sledovali jsme názor respondentů-sester na příslušnost terapeutické komunikace k různým vědním disciplínám. Celkem jsme získali 367 odpovědí. Z celkového počtu sester 249 (100 %) terapeutickou komunikaci nejčastěji zařadily do disciplíny psychologie (68,9 %), do ošetřovatelství jen ve 41,8 %, do medicíny v 12,5 %, do psychiatrie v 9,2 %, do sociální péče v 8,8 % a do sociologie ve 4,0 % případů (graf 6).



**Graf 7 Situace použití terapeutické komunikace (N = 249)**

Použití terapeutické komunikace vyžaduje dodržení určitých principů, aby výsledek byl efektivní. Proto jsme sledovali, kdy v průběhu hospitalizace respondenti-sestry terapeutickou komunikaci využívají. Získali jsme 730 odpovědí. Terapeutickou komunikaci by použilo 65,6 % sester kdykoli, 56,8 % podle problémů pacienta, 51,3 % podle projevů pacienta, 39,6 % po přijetí pacienta, 24,5 % na přání pacienta a 16,5 % sester by použilo terapeutickou komunikaci před propuštěním pacienta (graf 7).

**Tabulka 6 Situace použití dovedností terapeutické komunikace – po příjmu pacienta (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	62	82	144
	vysokoškolské	36	69	105
	Celkem	98	151	249
Relativní četnost	střední odborné	43,1 %	56,9 %	100,0 %
	vysokoškolské	34,3 %	65,7 %	100,0 %
	Celkem	39,4 %	60,6 %	100,0 %

Situace, za kterých by respondenti-sestry použili terapeutickou komunikaci, jsme dále sledovali v souvislosti s jejich vzděláním. V případě příjmu pacienta by 98 (39,4 %) oslovených sester dovedností terapeutické komunikace použilo a 151 (60,6 %) respondentů tak nevedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry by méně často (34,3 %)

dovednosti terapeutické komunikace použily při příjmu pacienta než středoškolsky vzdělané sestry, které by je použily při příjmu pacienta ve 43,1 % (tab. 6).

**Tabulka 7 Situace použití dovedností terapeutické komunikace – před propuštěním (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	24	120	144
	vysokoškolské	18	87	105
	<b>Celkem</b>	<b>42</b>	<b>207</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	16,7 %	83,3 %	100,0 %
	vysokoškolské	17,1 %	82,9 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>16,9 %</b>	<b>83,1 %</b>	<b>100,0%</b>

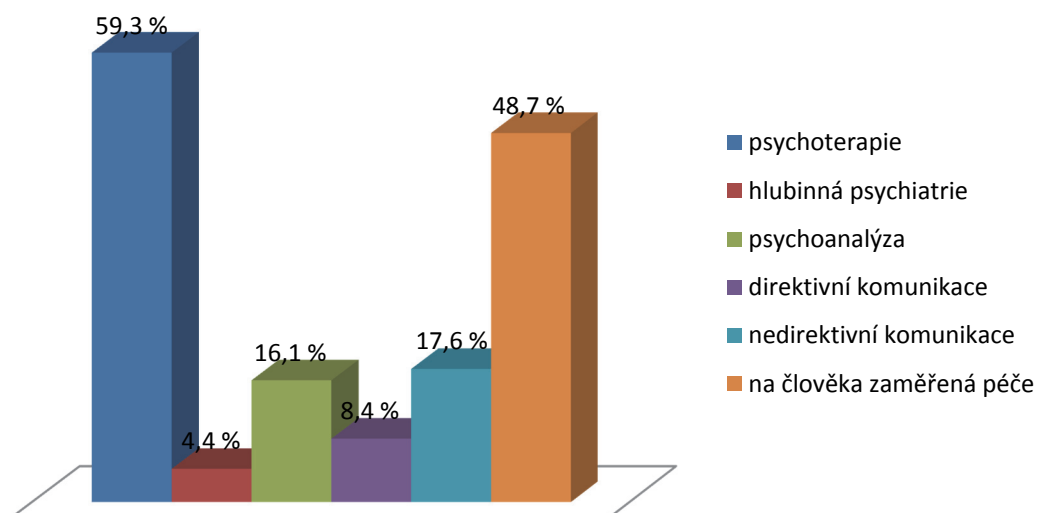
Sledovali jsme použití dovedností terapeutické komunikace – před propuštěním ve vztahu ke vzdělání respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace by před propuštěním pacienta použilo 42 (16,9 %) oslovených sester a 207 (83,3 %) sester tak neuvedlo. Poměr rozhodnutí sester pro použití dovedností terapeutické komunikace před propuštěním pacienta mezi vysokoškolsky a středoškolsky vzdělanými sestrami je vyrovnaný – ANO 17,1 – 16,7 %, NEUVEDLO tak 82,9 – 83,3 % (tab. 7).

**Tabulka 8 Situace použití dovedností terapeutické komunikace – kdykoli (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	94	50	144
	vysokoškolské	76	29	105
	<b>Celkem</b>	<b>170</b>	<b>79</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	65,3 %	34,7 %	100,0 %
	vysokoškolské	72,4 %	27,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>68,3 %</b>	<b>31,7 %</b>	<b>100,0 %</b>

Zda respondenti-sestry použijí dovedností terapeutické komunikace kdykoli při práci s pacienty, jsme sledovali ve vztahu k jejich vzdělání. Dovednosti terapeutické komunikace by 170 (68,3 %) oslovených sester použilo kdykoli a 79 (31,7 %) sester tak neuvedlo. Z celkového počtu 105 vysokoškolsky vzdělaných sester uvedlo 72,4 %, že by dovednosti terapeutické komunikace použilo kdykoli. Také většina z celkového

počtu 144 středoškolsky vzdělaných sester uvedla, že by dovednosti terapeutické komunikace použila kdykoli (65,3 %) (tab. 8).



**Graf 8 Obsah terapeutické komunikace (N = 249)**

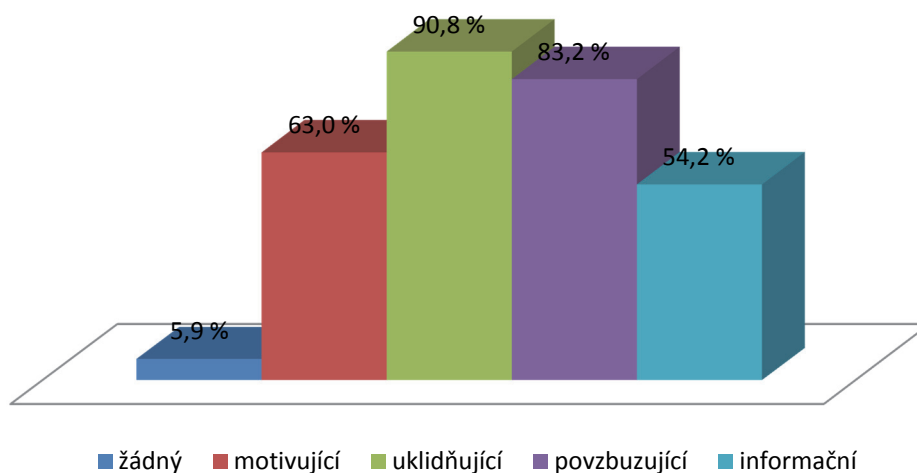
Co obsahuje terapeutická komunikace dle názoru respondentů-sester, zobrazuje graf 8. Celkem jsme obdrželi 266 odpovědí. Podle názoru 249 oslovených sester terapeutická komunikace obsahuje psychoterapii (59,3 %), na člověka zaměřenou péči (48,7 %), psychoanalýzu (16,10 %), nedirektivní komunikaci (17,6 %), direktivní komunikaci (8,4 %) a hlubinnou psychiatrii (4,4 %).

**Tabulka 9 Souvislost terapeutické komunikace s ošetřovatelstvím (N = 273)**

	Frekvence	Procenta
Neodpověděl/a	5	1,8 %
Ano	208	76,2 %
Ne	2	0,7 %
Nevím	58	21,2 %
Celkem	273	100,0 %

Zda podle názoru respondentů-sester existuje souvislost terapeutické komunikace s ošetřovatelstvím, zachycuje tabulka 9. Naznačuje, že převaha 208 (76,2 %) sester

uvedla, že terapeutická komunikace může souviset s ošetřovatelstvím. Dvě dotázané sestry (0,7) se k tomuto názoru nepřiklonily a 58 (21,2 %) sester neví, zda terapeutická komunikace může souviset s ošetřovatelstvím. Pět (1,8 %) sester se k názoru nevyjádřilo.



**Graf 9 Účinek terapeutické komunikace (N = 249)**

Zajímali jsme se o to, jak vnímají respondenti-sestry působení terapeutické komunikace v péči, kterou poskytují pacientům. Celkem sestry zaznamenaly 815 odpovědí. Účinek terapeutické komunikace vnímá jako uklidňující 90,8 % sester, jako povzbuzující v 83,2 %, jako motivující v 63,0 %, jako informační jej považuje 54,2 % sester a jako žádný účinek terapeutické komunikace označily sestry v 5,9 % (graf 9).

**Tabulka 10 Účinek terapeutické komunikace při péči – motivující (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	87	57	144
	vysokoškolské	70	35	105
	<b>Celkem</b>	<b>157</b>	<b>92</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	60,4 %	39,6 %	100,0 %
	vysokoškolské	66,7 %	33,3 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>63,1 %</b>	<b>36,9 %</b>	<b>100,0 %</b>



Vnímání motivujícího účinku terapeutické komunikace respondenty-sestrami ve vztahu s jejich dosaženým vzděláním zachycuje tabulka 10. To, že terapeutická komunikace může mít motivující účinek na pacienta, uvedlo 157 (63,1%) dotazovaných sester a 92 (36,9 %) sester tak neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry častěji (66,7 %) než středoškolsky vzdělané sestry (60,4 %) uváděly, že terapeutická komunikace může mít motivující účinek na pacienta.

**Tabulka 11 Účinek terapeutické komunikace při péči – uklidňující (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	132	12	144
	vysokoškolské	97	8	105
	<b>Celkem</b>	<b>229</b>	<b>20</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	91,7 %	8,3 %	100,0 %
	vysokoškolské	92,4 %	7,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>92,0 %</b>	<b>8,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Sledovali jsme, jak vnímají uklidňující účinek terapeutické komunikace respondenti-sestry ve vztahu s jejich vzděláním. K názoru, že terapeutická komunikace může mít uklidňující účinek na pacienta, se přiklonilo 229 (92,0 %) sester a 20 z dotazovaných (8,0 %) tak neuvedlo. To, že terapeutická komunikace může mít uklidňující účinek na pacienta, uvedlo 97 (92,4 %) vysokoškolsky vzdělaných sester a 132 (91,7 %) středoškolsky vzdělaných sester (tab. 11).

**Tabulka 12 Nabytí dovedností pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	14	130	144
	vysokoškolské	36	69	105
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>199</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	9,7 %	90,3 %	100,0 %
	vysokoškolské	34,3 %	65,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>20,1 %</b>	<b>79,9 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	---	+++	
	vysokoškolské	+++	---	

Zda respondenti-sestry dovednosti pro terapeutickou komunikaci získali v průběhu kvalifikačního studia, uvádí tabulka 12. Charakteristické dovednosti terapeutické komunikace získalo během kvalifikačního studia 50 (20,1 %) dotázaných sester. Tyto dovednosti nezískalo během kvalifikačního studia 199 (79,9 %) sester. Vysokoškolsky vzdělané sestry (34,3 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (9,7 %) uváděly, že dovednost terapeutické komunikace získaly během kvalifikačního studia. Stupeň vzdělání má vliv na to, zda sestry získaly charakteristické dovednosti terapeutické komunikace během kvalifikačního studia. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,000$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry získaly charakteristické dovednosti terapeutické komunikace během kvalifikačního studia, středoškolsky vzdělané sestry nikoli.

**Tabulka 13 Úroveň terapeutické komunikace – dříve ( $N = 249$ )**

Stupeň vzdělání		NEUVEDL/A	VELMI DOBRÁ	ŽÁDNÁ	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	90	19	35	144
	vysokoškolské	51	38	16	105
	<b>Celkem</b>	<b>141</b>	<b>57</b>	<b>51</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	62,5 %	13,2 %	24,3 %	100,0 %
	vysokoškolské	48,6 %	36,2 %	15,2 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>56,6 %</b>	<b>22,9 %</b>	<b>20,5 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	+	---	o	
	vysokoškolské	-	+++	o	

Zajímali jsme se o to, jak vnímají respondenti-sestry úroveň svých dovedností terapeutické komunikace těsně po ukončení studia. Na úrovni velmi dobré hodnotí svoje charakteristické dovednosti terapeutické komunikace 57 (22,9 %) oslovených sester a jako žádné je vnímá 51 (20,5 %) sester. Vysokoškolsky vzdělané sestry (48,6 %) se oproti středoškolsky vzdělaným sestrám (62,5 %) méně často nevyjádřily k tomu, na jaké úrovni jejich dovednosti po ukončení studia byly. Častěji než středoškolsky vzdělané sestry (13,2 %) také vysokoškolsky vzdělané sestry (36,2 %) hodnotily, že jejich charakteristické dovednosti terapeutické komunikace jsou na velmi dobré úrovni. Stupeň vzdělání má vliv na to, na jaké úrovni respondenti hodnotí svoje dřívější charakteristické dovednosti terapeutické komunikace. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,000$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky

vzdělané sestry hodnotí svoje dřívější charakteristické dovednosti terapeutické komunikace na velmi dobré úrovni, středoškolsky vzdělané sestry nikoli (tab. 13).

**Tabulka 14 Úroveň terapeutické komunikace – nyní (N = 249)**

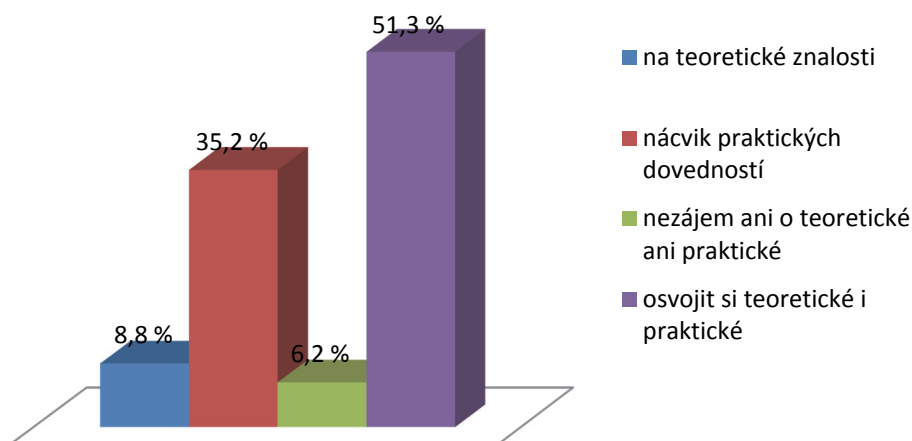
Stupeň vzdělání		NEUVEDL/A	NEDOSTATEČNÁ	VÝBORNÁ	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	20	70	54	144
	vysokoškolské	9	41	55	105
	<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>111</b>	<b>109</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	13,9 %	48,6 %	37,5 %	100,0 %
	vysokoškolské	8,6 %	39,0 %	52,4 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>11,6 %</b>	<b>44,6 %</b>	<b>43,8 %</b>	<b>100,0 %</b>

Zajímali jsme se o to, jak vnímají respondenti-sestry úroveň svých dovedností terapeutické komunikace v současné době, kdy již mají určitou dobu praxe. Svoje současné dovednosti terapeutické komunikace hodnotí 111 (44,6 %) dotázaných sester jako nedostatečné a jako výborné 109 (43,8 %) sester. Vysokoškolsky vzdělané sestry (8,6 %) oproti středoškolsky vzdělaným sestrám (13,9 %) méně často neuvedly, na jaké úrovni jsou jejich současné dovednosti. Méně často také hodnotily, že jejich současné charakteristické dovednosti terapeutické komunikace jsou oproti středoškolsky vzdělaným sestrám (44,6 %) nedostatečné (39,0 %) (tab. 14).

**Tabulka 15 Vnímání rozdílu mezi teoretickými a praktickými dovednostmi – nemám žádné z nich (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	42	102	144
	vysokoškolské	15	90	105
	<b>Celkem</b>	<b>57</b>	<b>192</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	29,2 %	70,8 %	100,0 %
	vysokoškolské	14,3 %	85,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>22,9 %</b>	<b>77,1 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	++	--	
	vysokoškolské	--	++	

To, zda respondenti-sestry vnímají rozdíl mezi vlastními teoretickými a praktickými dovednostmi, uvádějí výsledky v tabulce 15. K vyjádření rozdílu mezi vlastními teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi terapeutické komunikace 57 (22,9 %) sester uvedlo, že „nemají žádné z nich“, a 192 (77,1 %) sester tuto možnost nevedlo. K vyjádření rozdílu mezi vlastními znalostmi a dovednostmi terapeutické komunikace vysokoškolsky vzdělané sestry (14,3 %) oproti středoškolsky vzdělaným sestrám (29,2 %) méně často nevedly, že „nemají žádné z nich“. Stupeň vzdělání má vliv na názor sester, jak vnímají rozdíl mezi vlastními teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi terapeutické komunikace. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,006$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že středoškolsky vzdělané sestry oproti vysokoškolsky vzdělaným sestrám vyjadřují rozdíl mezi vlastními znalostmi a dovednostmi terapeutické komunikace tak, že „nemají žádné z nich“.



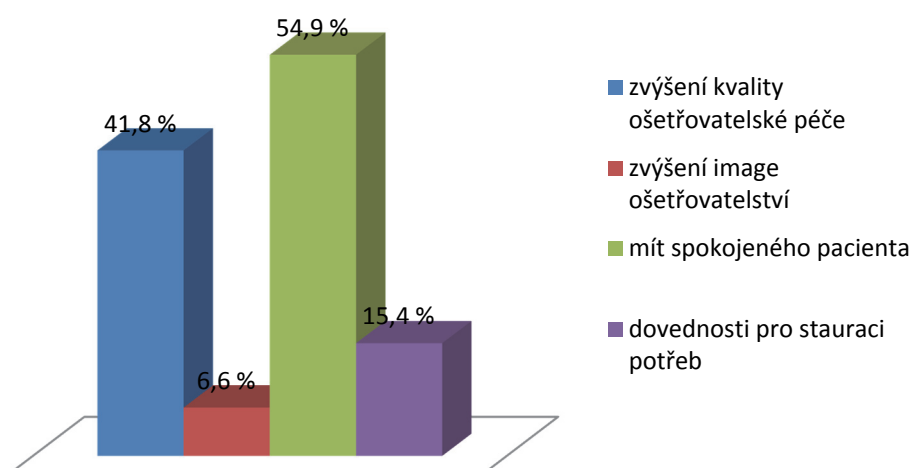
**Graf 10 Přednost zaměření školení (N = 249)**

Zájem respondentů-sester o obsah možného celoživotního vzdělávání je znázorněn v grafu 10. Sestry zaznamenaly 256 odpovědí. Z celkového počtu 249 respondentů by v případě konání kurzu nebo školení 51,3 % oslovených sester dalo přednost osvojení si teoretických znalostí i praktických dovedností, 35,2 % jen nácviku praktických dovedností, 8,8 % by upřednostnilo pouze teoretické znalosti a 6,2 % sester nemá zájem ani o teoretické znalosti, ani o praktické dovednosti.

**Tabulka 16 Přednost zaměření školení – nácvik praktických dovedností (N = 249)**

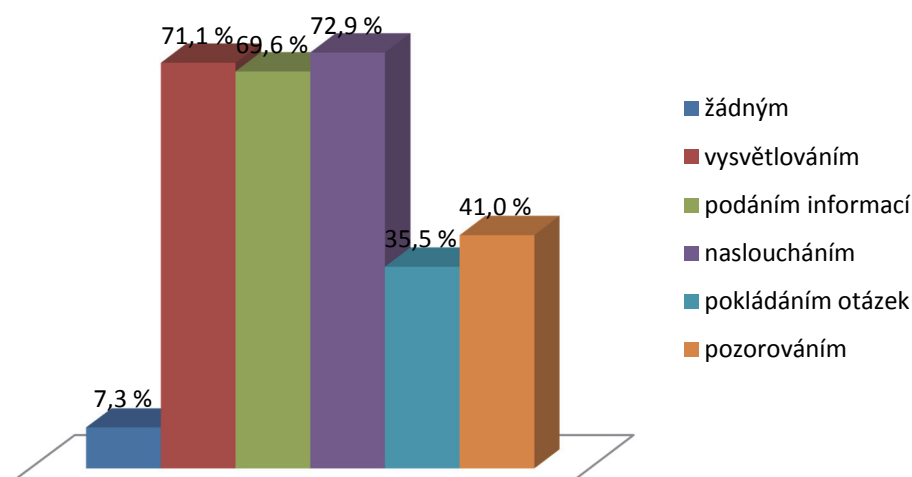
Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	47	97	144
	vysokoškolské	46	59	105
	<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>156</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	32,6 %	67,4 %	100,0 %
	vysokoškolské	43,8 %	56,2 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>37,3 %</b>	<b>62,7 %</b>	<b>100,0 %</b>

Sledovali jsme preferenci obsahu školení nebo kurzů v rámci celoživotního vzdělávání v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. V případě školení by 93 (37,3 %) sester upřednostnilo zaměřit se na nácvik praktických dovedností, 156 (62,7 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry častěji (43,8 %) než středoškolsky vzdělané sestry (32,6 %) uváděly, že by daly přednost školení se zaměřením na nácvik praktických dovedností (tab. 16).



**Graf 11 Důvod pro účast na školení (N = 249)**

Z jakého důvodu by se respondenti-sestry chtěli zúčastnit kurzů nebo školení, naznačuje graf 11. Celkem jsme získali 328 odpovědí. Důvodem pro účast na školení je z 249 respondentů „mít spokojeného pacienta“ pro 54,9 % oslovených sester, pro 41,8 % sester je důvodem „zvýšení kvality ošetrovatelské péče“, pro 15,4 % sester je důvodem získání dovedností pro „saturaci potřeb pacientů“ a 6,6 % vybralo nabízenou možnost „zvýšení image ošetrovatelství“.



**Graf 12 Způsob aplikace terapeutické komunikace (N = 249)**

Terapeutickou komunikaci je možné aplikovat různými dovednostmi. Sledovali jsme, jaké z nich respondenti-sestry používají. Celkový počet odpovědí byl 797. Sestry aplikují dovednosti terapeutické komunikace nasloucháním v 72,9 %, v 71,1 % vysvětlováním, v 69,6 % podáváním informací, ve 41,0 % pozorováním, ve 35,5 % pokládáním otázek a 7,3 % sester neaplikuje dovednosti terapeutické komunikace žádným způsobem (graf 12).

**Tabulka 17 Způsob aplikace terapeutické komunikace – vysvětlováním (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	102	42	144
	vysokoškolské	80	25	105
	<b>Celkem</b>	<b>182</b>	<b>67</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	70,8 %	29,2 %	100,0 %
	vysokoškolské	76,2 %	23,8 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>73,1 %</b>	<b>26,9 %</b>	<b>100,0 %</b>

Sledovali jsme využití terapeutické komunikace – vysvětlováním v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje vysvětlováním 182 (73,1 %) oslovených sester a 67 (26,9 %) sester tuto možnost nevedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (76,2 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (70,8 %) uváděly, že dovednosti terapeutické komunikace aplikují vysvětlováním (tab. 17).

**Tabulka 18 Způsob aplikace terapeutické komunikace – nasloucháním (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	100	44	144
	vysokoškolské	87	18	105
	<b>Celkem</b>	<b>187</b>	<b>62</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	69,4 %	30,6 %	100,0 %
	vysokoškolské	82,9 %	17,1 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>75,1 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	-	+	
	vysokoškolské	+	-	

Sledovali jsme využití terapeutické komunikace – nasloucháním v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje nasloucháním 187 (75,1 %) dotázaných sester a 62 (24,9 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (82,9 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (69,4 %) uváděly, že dovednosti terapeutické komunikace aplikují nasloucháním. Stupeň vzdělání má vliv na způsob aplikace dovedností terapeutické komunikace nasloucháním. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,018$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry aplikují dovednosti terapeutické komunikace nasloucháním, středoškolsky vzdělané sestry nikoli (tab. 18).

**Tabulka 19 Způsob aplikace terapeutické komunikace – pokládáním otázek (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	42	102	144
	vysokoškolské	47	58	105
	<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>160</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	29,2 %	70,8 %	100,0 %
	vysokoškolské	44,8 %	55,2 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>35,7 %</b>	<b>64,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	-	+	
	vysokoškolské	+	-	

Sledovali jsme využití terapeutické komunikace – pokládáním otázek v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje pokládáním otázek 89 (35,7 %) dotázaných sester a 160 (64,3 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (44,8 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (29,2 %) uváděly, že dovednosti terapeutické komunikace aplikují pokládáním

otázek. Stupeň vzdělání má vliv na způsob aplikace dovedností terapeutické komunikace pokládáním otázek. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,016$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry aplikují dovednosti terapeutické komunikace pokládáním otázek, středoškolsky vzdělané sestry nikoli (tab. 19).

**Tabulka 20 Způsob aplikace terapeutické komunikace – pozorováním ( $N = 249$ )**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	56	88	144
	vysokoškolské	53	52	105
	<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>140</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	38,9 %	61,1 %	100,0 %
	vysokoškolské	50,5 %	49,5 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>43,8 %</b>	<b>56,2 %</b>	<b>100,0 %</b>

Sledovali jsme využití terapeutické komunikace – pozorováním v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje pozorováním 109 (43,8 %) oslovených sester a 140 (56,2 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (50,5 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (38,9 %) uváděly, že dovednosti terapeutické komunikace aplikují pozorováním (tab. 20).

**Tabulka 21 Rozdíl terapeutické komunikace – poskytování informací ( $N = 273$ )**

	Frekvence	Procenta
Neodpověděl/a	41	15,0 %
Ano	157	57,5 %
Ne	74	27,1 %
Nevím	1	0,4 %
<b>Celkem</b>	<b>273</b>	<b>100,0 %</b>

To, zda respondenti-sestry vnímají rozdíl mezi poskytováním terapeutické komunikace a poskytováním informací, uvádí tabulka 21. Z celkového počtu 273 (100 %) sester potvrdilo vnímání rozdílu mezi terapeutickou komunikací a poskytováním informací 157 (57,5 %) sester. Tento rozdíl nevnímá 74 (27,1 %) sester; 1 (0,4 %) sestra neví, zda

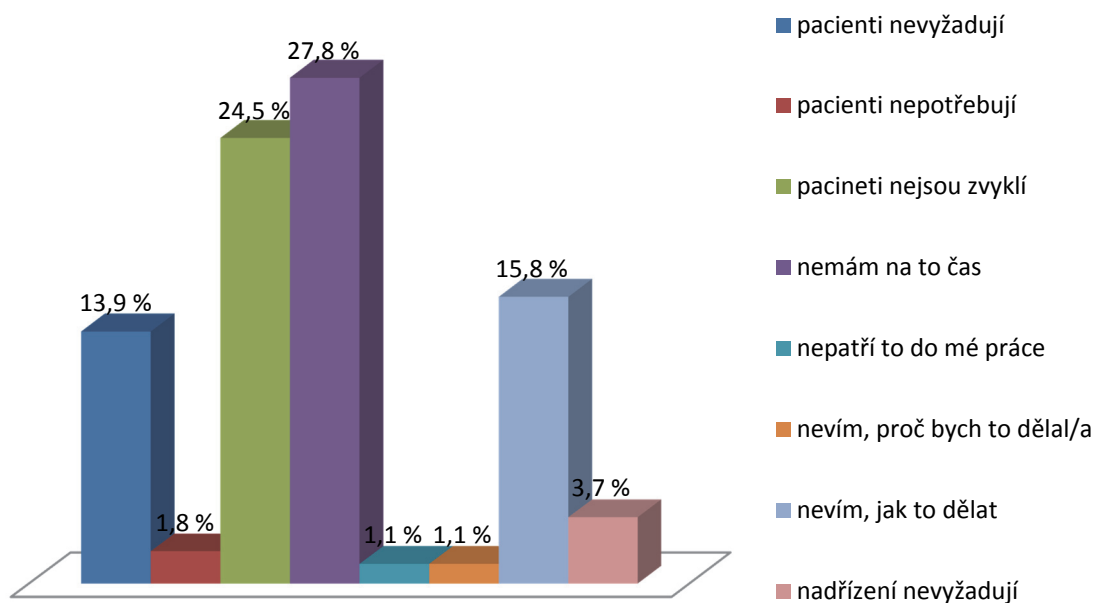


vnímá rozdíl mezi terapeutickou komunikací a poskytováním informací. Neodpovědělo 41 (15,0 %) sester.

**Tabulka 22 Nabídka možnosti terapeutické komunikace (N = 117)**

	Frekvence	Procenta
Neodpověděl/a	20	7,3 %
Ano	117	42,9 %
Ne	136	49,8 %
Celkem	273	100,0 %

Ošetrovatelský proces předpokládá, že činnost sestry je aktivní, tj. nabízí péči a nečeká na vyzvání pacienta. Sledovali jsme proto, zda respondenti-sestry možnosti terapeutické komunikace nabízejí. To potvrdilo 117 (42,9 %) oslovených sester. Tuto intervenci pacientům nenabízí 136 (49,8 %) sester. Neodpovědělo 20 (7,3 %) sester (tab. 22).



**Graf 13 Důvod nenabízení terapeutické komunikace (N = 249)**

V nabídce více možností měli respondenti-sestry označit, z jakých důvodů terapeutickou komunikaci nenabízejí. Celkový počet odpovědí čítal 253; 27,8 % z 249 oslovených sester nenabízí terapeutickou komunikaci z důvodu, že „na to mají čas“, důvod, že „na to pacienti nejsou zvyklí“ uvedlo 24,5 % sester, to, že „nevědí, jak to mají

dělat“ uvedlo 15,8 % sester, důvod, že to „pacienti nevyžadují“ 13,9 % sester. Terapeutickou komunikaci nenabízí z důvodu, že „nadřazení to od nich nevyžadují“ 3,7 % sester; 1,8 % sester uvedlo, že „pacienti nepotřebují“ terapeutickou komunikaci. Dle 1,1 % sester terapeutická komunikace „nepatří do jejich práce“ a 1,1 % sester „neví, proč by měla nabízet terapeutickou komunikaci“ (graf 13).

**Tabulka 23 Důvody nenabízení terapeutické komunikace – sestra nemá čas (N = 249)**

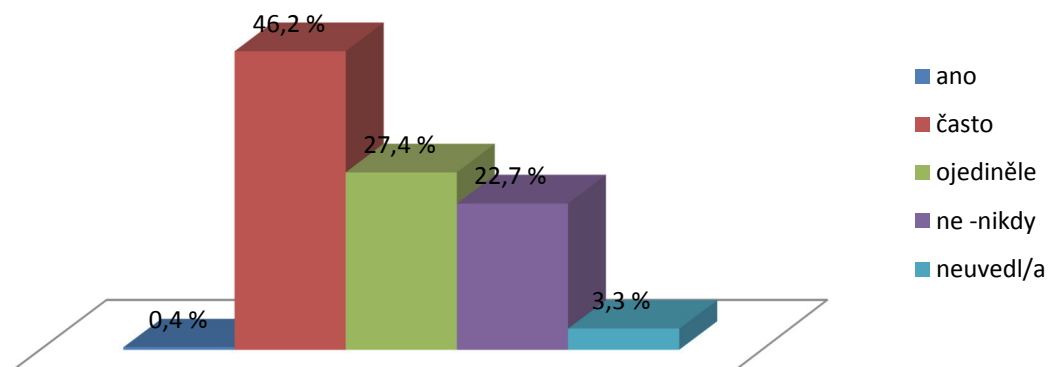
Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	30	114	144
	vysokoškolské	37	68	105
	<b>Celkem</b>	<b>67</b>	<b>182</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	20,8 %	79,2 %	100,0 %
	vysokoškolské	35,2 %	64,8 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>26,9 %</b>	<b>73,1 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	střední odborné	-	+	
	vysokoškolské	+	-	

Nenabízení terapeutické komunikace z důvodu, že sestra nemá čas, jsme sledovali v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Terapeutickou komunikaci nenabízí 67 (26,9 %) oslovených sester z důvodu, že „na to nemá čas“ a 182 (73,1 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (35,2 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (20,8 %) uváděly, že nenabízí možnost terapeutické komunikace, protože „na to nemám čas“. Stupeň vzdělání má vliv na nenabízení možnosti terapeutické komunikace z důvodu, že na to sestra nemá čas. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,014$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že vysokoškolsky vzdělané sestry oproti středoškolsky vzdělaným sestrám nenabízejí možnosti terapeutické komunikace z důvodu, že „na to sestra nemá čas“ (tab. 23).

**Tabulka 24 Čekání na vyzvání pacienta (N = 273)**

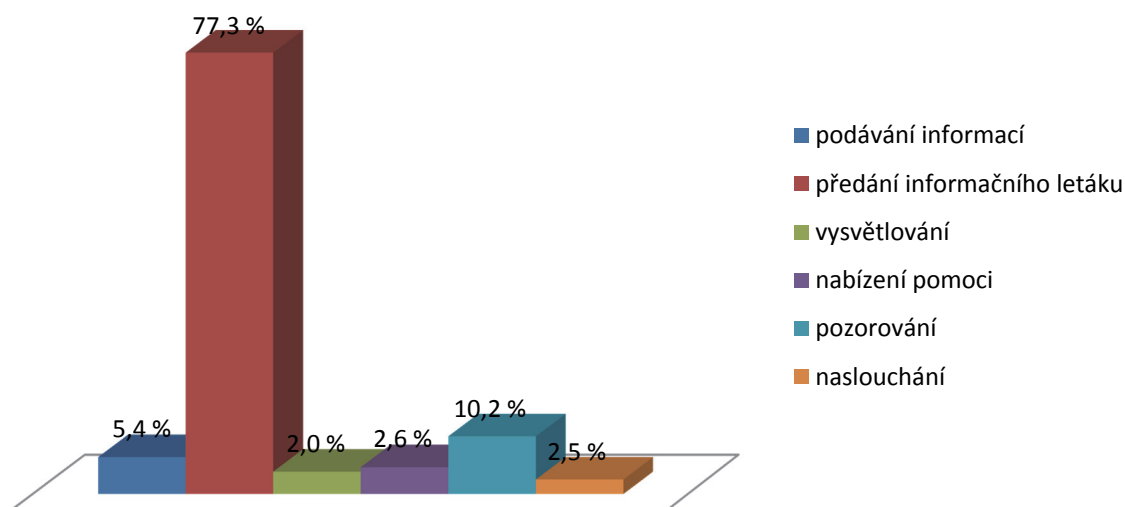
	Frekvence	Procenta
Neodpověděl/a	11	4,0 %
Ano	47	17,2 %
Ne	215	78,8 %
<b>Celkem</b>	<b>273</b>	<b>100,0 %</b>

Dotazovali jsme se, zda respondenti-sestry čekají na vyzvání či žádost pacienta, aby jim poskytovali terapeutickou komunikaci. Realizovat terapeutickou komunikaci na vyzvání pacienta čeká 47 (17,2 %) sester z celkového počtu 273 (100 %) dotazovaných sester a 215 (78,8 %) sester na toto vyzvání nečeká. Neodpovědělo 11 (4,0 %) sester (tab. 24).



**Graf 14 Žádost pacienta o terapeutickou komunikaci (N = 249)**

Jak často se respondenti-sestry setkávají s tím, že pacient žádá o terapeutickou komunikaci, naznačují výsledky v grafu 14. S tím, že by pacient požadoval po sestře terapeutickou komunikaci, se setkala 0,4 % sester z celkového počtu 249 (100 %) dotázaných. Velmi často se s tímto požadavkem setkala 46,2 % sester, 27,4 % sester má tuto zkušenost ojedinele a 22,7 % sester se s takovou žádostí od pacienta nikdy neseťkalo; 3,3 % sester se vůbec nevyjádřilo.



**Graf 15 Zařazení dovedností do terapeutické komunikace (N = 249)**

Z nabídky měli respondenti-sestry možnost výběru dovedností, které by zařadili do terapeutické komunikace. Získali jsme celkem 291 odpovědí. Z celkového počtu 249 respondentů by předávání informačního letáku jako možnou dovednost terapeutické komunikace do terapeutické komunikace nezařadilo 77,3 % sester, dále by 10,2 % sester nezařadilo pozorování, 5,4 % sester by nezařadilo podávání informací, 2,6 % sester by nezařadilo nabízení pomoci, 2,0 % sester by nezařadilo vysvětlování a 2,5 % sester by do terapeutické komunikace nezařadilo naslouchání (graf 15).

**Tabulka 25 Dovednost nezařazená do terapeutické komunikace – předávání informačního letáku (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	116	28	144
	vysokoškolské	84	21	105
	<b>Celkem</b>	<b>200</b>	<b>49</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	80,6 %	19,4 %	100,0 %
	vysokoškolské	80,0 %	20,0 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>80,3 %</b>	<b>19,7 %</b>	<b>100,0 %</b>

Nezařazení dovednosti předávání informačního letáku do terapeutické komunikace jsme sledovali v souvislosti se vzděláním respondentů-sester. Předání informačního letáku by jako dovednost terapeutické komunikace nezařadilo 200 (80,3 %) sester a 49 (19,7 %) sester tuto možnost nevedlo. Poměr rozhodnutí sester pro nezařazení předání informačního letáku jako dovednosti terapeutické komunikace mezi vysokoškolsky a středoškolsky vzdělanými sestrami je vyrovnaný – ANO 80,0 % – 80,6 %, NEUVEDL/A 20,0 % – 19,4 % (tab. 25).

**Tabulka 26 Nežádají z ostychu (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	NEVÍM	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	38	27	79	144
	vysokoškolské	41	17	47	105
	<b>Celkem</b>	<b>79</b>	<b>44</b>	<b>126</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	26,4 %	18,8 %	54,9 %	100,0 %
	vysokoškolské	39,0 %	16,2 %	44,8 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>31,7 %</b>	<b>17,7 %</b>	<b>50,6 %</b>	<b>100,0 %</b>

Názor respondentů-sester na ostych pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci jako důvod, proč pacienti nežádají o terapeutickou komunikaci, demonstruje tabulka 26. To, že pacienti nežádají terapeutickou komunikaci, protože mají ostych o ni požádat sestru, se domnívá 79 (31,7 %) sester, 44 (17,7 %) sester se nedomnívá a 126 (40,6 %) sester neví, zda tomu tak je. Vysokoškolsky vzdělané sestry (39,0 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (26,4 %) uváděly, že pacienti nežádají terapeutickou komunikaci, protože mají ostych o ni sestru požádat.

**Tabulka 27 Důvod ostychu spočívá v neznalosti pacienta o této možnosti (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	36	108	144
	vysokoškolské	28	77	105
	<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>185</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	25,0 %	75,0 %	100,0 %
	vysokoškolské	26,7 %	73,3 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>25,7 %</b>	<b>74,3 %</b>	<b>100,0 %</b>

Další důvod, proč pacienti nežádají sestru o terapeutickou komunikaci, naznačují názory sester uvedené v tabulce 27. Důvodem ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je podle 64 (25,7 %) respondentů-sester neznalost pacienta o této možnosti a 185 (74,3 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (26,7 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (25,0 %) uváděly, že pacienti mají ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci z důvodu neznalosti této možnosti.

**Tabulka 28 Chut' realizovat terapeutickou komunikace při ideálních podmínkách (N = 249)**

	Frekvence	Procenta
	21	7,7 %
Ano	227	83,2 %
Ne	24	8,8 %
Nevím	1	0,4 %
<b>Celkem</b>	<b>273</b>	<b>100,0 %</b>

Pro realizaci terapeutické komunikace jsou nutné určité podmínky. Dotazovali jsme se respondentů-sester, zda by chtěli používat terapeutickou komunikaci v případě ideálních podmínek. Z oslovených sester by mělo zájem realizovat terapeutickou komunikaci v jejich běžné praxi 227 (83,2 %) z nich; 24 (8,8 %) sester by nechtělo realizovat terapeutickou komunikaci a 1 (0,4 %) sestra neví, zda by chtěla v případě ideálních podmínek realizovat terapeutickou komunikaci (tab. 28).

**Tabulka 29 Vliv vzdělání na aplikaci terapeutické komunikace (N = 249)**

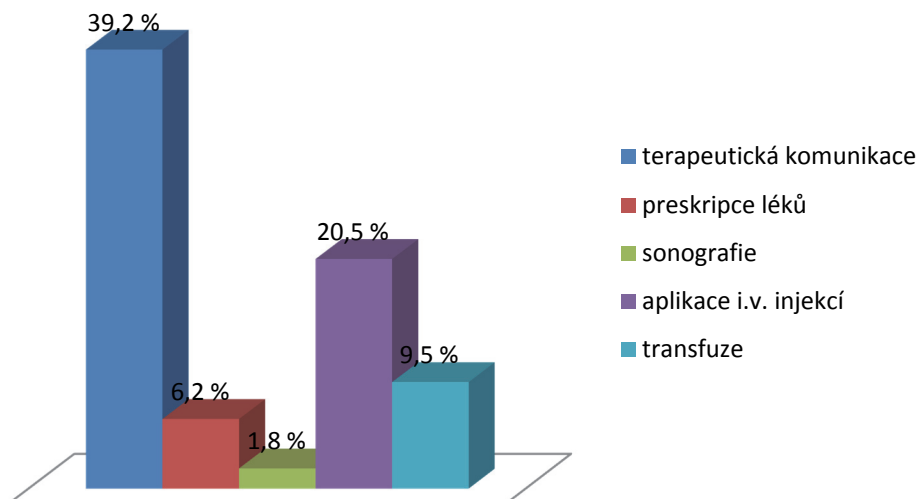
	<b>Frekvence</b>	<b>Procenta</b>
Neodpověděl/a	18	6,6 %
Ano	205	75,1 %
Ne	50	18,3 %
Celkem	273	100,0 %

Zajímali jsme se o názor respondentů-sester na to, zda vzdělání má vliv na aplikaci terapeutické komunikace. Z celkového počtu 249 (100 %) sester si 205 (75,1 %) sester myslí, že vzdělání má vliv na aplikaci terapeutické komunikace, opačný názor má 50 (18,3 %) sester; 18 (6,6 %) sester se nevyjádřilo (tab. 29).

**Tabulka 30 Terapeutická komunikace je ošetrovatelská kompetence (N = 249)**

	<b>Frekvence</b>	<b>Procenta</b>
	25	9,2 %
Ano	215	78,8 %
Ne	32	11,7 %
Nevím	1	0,4 %
Celkem	273	100,0 %

Co si myslí respondenti-sestry o terapeutické komunikaci jako o ošetrovatelské kompetenci, znázorňuje tabulka 30. Podle 215 (78,8 %) sester patří terapeutická komunikace do ošetrovatelských kompetencí. Takový názor nevyjadřuje 32 (11,7 %) sester; 1 (0,4 %) sestra neví, zda terapeutická komunikace patří do ošetrovatelských kompetencí.



**Graf 16 Navýšení kompetencí (N = 249)**

V současnosti se vede diskuse o navyšování kompetencí sester. Zjišťovali jsme názor respondentek-sester na tuto problematiku se zaměřením na kompetenci terapeutické komunikace. Získali jsme 275 odpovědí. Z 249 respondentů by v případě možnosti navýšení kompetencí sester terapeutickou komunikací vybralo 39,2 % sester, aplikaci i.v. injekcí 20,5 %, transfuzi 9,5 %, preskripci léků 6,2 % a sonografii 1,8 % sester (graf 16).

**Tabulka 31 Druh navýšení kompetencí – terapeutická komunikace (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	91	53	144
	vysokoškolské	64	41	105
	<b>Celkem</b>	<b>155</b>	<b>94</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	63,2 %	36,8 %	100,0 %
	vysokoškolské	61,0 %	39,0 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>62,2 %</b>	<b>37,8 %</b>	<b>100,0 %</b>

V souvislosti se vzděláním respondentů-sester jsme sledovali možnost navýšení kompetence pro oblast terapeutické komunikace. Souhlas s tímto navýšením uvedlo 155 (62,2 %) sester a 94 (37,8 %) sester tuto možnost neuvedlo. Vysokoškolsky vzdělané sestry (61,0 %) méně často než středoškolsky vzdělaní sestry (63,2 %) uváděly, že by kompetence pro oblast terapeutické komunikace navýšily (tab. 31).

**Tabulka 32 Pacienti terapeutickou komunikaci potřebují (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NE	NEVÍM	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	109	6	29	144
	vysokoškolské	84	2	19	105
	<b>Celkem</b>	<b>193</b>	<b>8</b>	<b>48</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	75,7 %	4,2 %	20,1 %	100,0 %
	vysokoškolské	80,0 %	1,9 %	18,1 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>77,5 %</b>	<b>3,2%</b>	<b>19,3 %</b>	<b>100,0 %</b>

Jak vnímají respondenti-sestry potřebu pacientů terapeutické komunikace, předkládá tabulka 32. Názor, že pacienti terapeutickou komunikaci potřebují, vyjádřilo 193 (77,5 %) sester. Tento názor nesdílí 8 (3,2 %) sester. Zda pacienti terapeutickou komunikaci potřebují, neví 48 (20,1 %) sester. Vysokoškolsky vzdělané sestry (80,0 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (75,7 %) uváděly domněnku, že pacienti potřebují terapeutickou komunikaci. Naopak středoškolsky vzdělané sestry (20,1 %) častěji než vysokoškolsky vzdělané sestry (18,1 %) uváděly, že neví, zda pacienti terapeutickou komunikaci potřebují (tab. 32).

**Tabulka 33 Pacienti terapeutickou komunikaci požadují (N = 249)**

Stupeň vzdělání		ANO	NEUVEDL/A	NEVÍM	Celkem
Absolutní četnost	střední odborné	41	37	66	144
	vysokoškolské	32	25	48	105
	<b>Celkem</b>	<b>73</b>	<b>62</b>	<b>114</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	28,5 %	25,7 %	45,8 %	100,0 %
	vysokoškolské	30,5 %	23,8 %	45,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>29,3 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>45,8 %</b>	<b>100,0 %</b>

Názor, že pacienti terapeutickou komunikaci požadují, zastává 73 (29,3 %) respondentů-sester. Tento názor nevedlo 62 (24,9 %) sester a 114 (45,8 %) sester neví, zda pacienti terapeutickou komunikaci požadují. Vysokoškolsky vzdělané sestry (30,5 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (28,5 %) uváděly domněnku, že pacienti terapeutickou komunikaci požadují. Skutečnost, že neví, zda pacienti požadují terapeutickou komunikaci, vyjadřují obě skupiny sester téměř shodně (45,8 % – 45,7 %) (tab. 33).



**Tabulka 34 Ovládání teoretických znalostí terapeutické komunikace (N = 249)**

	<b>Frekvence</b>	<b>Procenta</b>
Ano	45	16,5 %
Ne	228	83,5 %
<b>Celkem</b>	<b>273</b>	<b>100,0 %</b>

Pro poskytování terapeutické komunikace je nutné mít znalosti a ovládat patřičné dovednosti. Na to, zda ovládá teoretické znalosti terapeutické komunikace z celkového počtu 249 (100 %) dotázaných respondentů-sester odpovědělo, že jimi disponuje 45 (16,5 %) z nich. Ovládání teoretických znalostí terapeutické komunikace zamítá 228 (83,5 %) sester (tab. 34).

**Tabulka 35 Ovládání praktických dovedností terapeutické komunikace (N = 249)**

<b>Stupeň vzdělání</b>		<b>ANO</b>	<b>NEUVEDL/A</b>	<b>Celkem</b>
Absolutní četnost	střední odborné	77	67	144
	vysokoškolské	69	36	105
	<b>Celkem</b>	<b>146</b>	<b>103</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	střední odborné	53,5 %	46,5 %	100,0 %
	vysokoškolské	65,7 %	34,3 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>58,6 %</b>	<b>41,4 %</b>	<b>100,0 %</b>

K tomu, že ovládá praktické dovednosti terapeutické komunikace, se přiklání 146 (58,6 %) oslovených respondentů-sester a 103 (41,4 %) z nich neuvedlo, zda ovládají dovednosti terapeutické komunikace. Vysokoškolsky vzdělané sestry (65,7 %) častěji než středoškolsky vzdělané sestry (53,5 %) uváděly, že praktické dovednosti terapeutické komunikace ovládají (tab. 35).

**Tabulka 36 Setkání s termínem terapeutická komunikace (N = 249)**

<b>Délka praxe</b>		<b>ANO</b>	<b>NE</b>	<b>Celkem</b>
Absolutní četnost	21 a více let	39	45	84
	6–20 let	35	69	104
	do 5 let	28	33	61
	<b>Celkem</b>	<b>102</b>	<b>147</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	46,4 %	53,6 %	100,0 %
	6–20 let	33,7 %	66,3 %	100,0 %
	do 5 let	45,9 %	54,1 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>41,0 %</b>	<b>59,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

V souvislosti s dobou, po kterou respondenti-sestry vykonávají ošetrovatelkou činnost v rámci zaměstnání, jsme sledovali, zda se s termínem terapeutická komunikace setkali. S termínem terapeutická komunikace se setkalo 102 (41,0 %) sester a 147 (59,0 %) sester nikoliv. Z toho se s termínem terapeutická komunikace setkalo 46,4 % sester pracujících 21 a více let, 33,7 % sester pracujících 6–20 let a 45,9 % sester pracujících do 5 let. Častěji se s termínem terapeutická komunikace setkaly sestry s délkou praxe 21 a více let a do 5 let než sestry s délkou praxe 6–20 let (tab. 36).

**Tabulka 37 Setkání s termínem terapeutická komunikace v praxi (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	21	63	84
	6–20 let	20	84	104
	do 5 let	13	48	61
	<b>Celkem</b>	<b>54</b>	<b>195</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	25,0 %	75,0 %	100,0 %
	6–20 let	19,2 %	80,8 %	100,0 %
	do 5 let	21,3 %	78,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>21,7 %</b>	<b>78,3 %</b>	<b>100,0 %</b>

Zda se konkrétně v praxi respondenti-sestry s termínem terapeutická komunikace setkali, uvádí tabulka 37. S termínem terapeutická komunikace se v praxi setkalo 54 (21,7 %) sester a 195 (78,3 %) sester se s tímto termínem v praxi nesetkalo. S termínem se setkalo 21 (25,0 %) sester pracujících 21 a více let, 20 (19,2 %) sester pracujících 6–20 let a 13 (21,3 %) sester pracujících do 5 let. Častěji než sestry s délkou praxe 6–20 let se s termínem terapeutická komunikace setkaly sestry s délkou praxe 21 a více let a do 5 let.

**Tabulka 38 Zařazení terapeutické komunikace do psychologie (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	49	35	84
	6–20 let	85	19	104
	do 5 let	40	21	61
	<b>Celkem</b>	<b>174</b>	<b>75</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	58,3 %	41,7 %	100,0 %
	6–20 let	81,7 %	18,3 %	100,0 %
	do 5 let	65,6 %	34,4 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>69,9 %</b>	<b>30,1 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	21 a více let	--	++	
	6–20 let	+++	---	
	do 5 let	0	0	

Zařazení terapeutické komunikace do vědní disciplíny psychologie jsme sledovali v souvislosti s délkou praxe respondentů-sester. Do disciplíny psychologie termín terapeutická komunikace zařazuje 174 (69,9 %) sester a 75 (30,1 %) sester tuto možnost neuvedlo. Do disciplíny psychologie zařazuje termín terapeutická komunikace 49 (58,3 %) sester s praxí 6–20 let a 40 (65,6 %) sester s praxí do 5 let. Častěji než sestry s praxí 21 a více let a do 5 let zařazují do psychologie termín terapeutické komunikace oslovené sestry s délkou praxe 6–20 let. Délka praxe má vliv na to, zda sestry zařazují termín terapeutická komunikace do disciplíny psychologie. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,002$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že sestry s praxí 6–20 let zařazují termín terapeutická komunikace do disciplíny psychologie, sestry s delší praxí nikoli (tab. 38).

**Tabulka 39 Situace použití dovedností terapeutické komunikace – při příjmu pacienta ( $N = 249$ )**

<b>Délka praxe</b>		<b>ANO</b>	<b>NEUVEDL/A</b>	<b>Celkem</b>
Absolutní četnost	21 a více let	43	41	84
	6–20 let	34	70	104
	do 5 let	21	40	61
	<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>151</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	51,2 %	48,8 %	100,0 %
	6–20 let	32,7 %	67,3 %	100,0 %
	do 5 let	34,4 %	65,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>39,4 %</b>	<b>60,6 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	21 a více let	++	--	
	6–20 let	o	o	
	do 5 let	o	o	

V souvislosti s délkou praxe respondentů-sester jsme sledovali použití dovedností terapeutické komunikace – při příjmu pacienta. Dovednosti terapeutické komunikace při přijetí pacienta by použilo 98 (39,4 %) sester a 151 (60,6 %) sester neuvedlo použití dovedností terapeutické komunikace při příjmu pacienta. Dovednosti terapeutické komunikace by při přijetí pacienta použilo 43 (51,2 %) sester s praxí 21 a více let, 34 (32,7 %) sester s praxí 6–20 let a 21 (34,4 %) sester s praxí do 5 let. Délka praxe má vliv na použití dovedností terapeutické komunikace sestrami při přijetí pacienta. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,024$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že

sestry s praxí 21 a více let oproti sestřím s jinou délkou praxe by při přijetí pacienta použily dovednosti terapeutické komunikace (tab. 39).

**Tabulka 40 Účinek terapeutické komunikace při péči – motivující (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	43	41	84
	6–20 let	68	36	104
	do 5 let	46	15	61
	<b>Celkem</b>	<b>157</b>	<b>92</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	51,2 %	48,8 %	100,0 %
	6–20 let	65,4 %	34,6 %	100,0 %
	do 5 let	75,4 %	24,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>63,1 %</b>	<b>36,9 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	21 a více let	--	++	
	6–20 let	o	o	
	do 5 let	+	-	

Zda má délka praxe vliv na názor respondentů-sester o motivačním účinku terapeutické komunikace, je zaznamenáno v tabulce 40. Pro 157 (63,1 %) sester může mít terapeutická komunikace motivující účinek, pro 92 (36,9 %) nikoli. Skutečnost, že terapeutická komunikace může mít motivující účinek, uvedlo 43 (51,2 %) sester s praxí 21 a více let, 68 (65,4 %) sester s praxí 6–20 let a 46 (75,4 %) sester s praxí do 5 let. Délka praxe má vliv na názor sester, že terapeutická komunikace může mít motivující účinek. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,009$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že si respondenti s praxí do 5 let si myslí, že terapeutická komunikace může mít motivující účinek, respondenti s praxí 21 a více let nikoli.

**Tabulka 41 Nabytí dovedností pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	13	71	84
	6–20 let	17	87	104
	do 5 let	20	41	61
	<b>Celkem</b>	<b>50</b>	<b>199</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	15,5 %	84,5 %	100,0 %
	6–20 let	16,3 %	83,7 %	100,0 %
	do 5 let	32,8 %	67,2 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>20,1 %</b>	<b>79,9 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	21 a více let	o	o	
	6–20 let	o	o	
	do 5 let	++	--	

S ohledem na délku praxe jsme zjišťovali, zda nabyli respondenti-sestry dovedností pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia. Tyto dovednosti získalo v průběhu kvalifikačního studia 50 (20,1 %) oslovených sester. To, zda tyto dovednosti získaly v průběhu kvalifikačního studia, nevedlo 199 (79,9 %) sester. Dovednosti terapeutické komunikace získalo v průběhu kvalifikačního studia 13 (15,5 %) sester s praxí 21 a více let, 17 (16,3 %) sester s praxí 6–20 let a 20 (32,8 %) sester s praxí do 5 let. Délka praxe má vliv na získání dovedností terapeutické komunikace v průběhu kvalifikačního studia. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,017$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že sestry s praxí do 5 let oproti ostatním skupinám sester získaly dovednosti terapeutické komunikace v průběhu kvalifikačního studia (tab. 41).

**Tabulka 42 Úroveň terapeutické komunikace – dříve ( $N = 249$ )**

Délka praxe		NEUVEDL/A	VELMI DOBRÁ	ŽADNÁ	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	46	18	20	84
	6–20 let	64	20	20	104
	do 5 let	31	19	11	61
	Celkem	141	57	51	249
Relativní četnost	21 a více let	54,8 %	21,4 %	23,8 %	100,0 %
	6–20 let	61,5 %	19,2 %	19,2 %	100,0 %
	do 5 let	50,8 %	31,1 %	18,0 %	100,0 %
	Celkem	56,6 %	22,9 %	20,5 %	100,0 %

Za jak dobrou úroveň vlastní terapeutickou komunikaci získanou po ukončení studia respondenti-sestry považují, jsme sledovali ve vztahu k jejich délce praxe. Jako velmi dobrou hodnotí svoji dřívější (po ukončení studia) úroveň dovedností terapeutické komunikace 57 (22,9 %) sester. Jako žádnou tuto úroveň ohodnotilo 51 (20,5 %) sester. Úroveň dřívějších dovedností terapeutické komunikace nevedlo 141 (56,6 %) sester. 46 (54,8 %) sester s praxí 21 a více let nevedlo, jak hodnotí svoji úroveň dovedností terapeutické komunikace, 18 (21,4 %) sester ohodnotilo úroveň svých dovedností jako velmi dobrou a 20 (23,8 %) sester jako úroveň žádnou; 64 (61,5 %) sester s praxí 6–20 let nevedlo, jak hodnotí svoji úroveň dovedností terapeutické komunikace, 20 (19,2 %) sester ji hodnotí jako velmi dobrou a 20 (19,2 %) sester jako úroveň žádnou; 31 (50,8 %) sester s praxí do 5 let nevedlo, jak hodnotí svoji úroveň dovedností terapeutické komunikace, 19 (31,1%) sester ji hodnotí jako velmi dobrou a 11 (18,0 %) sester jako úroveň žádnou. Sestry s praxí 6–20 let častěji než sestry s praxí 21 a více let

a s praxí do 5 let nevedly, jaká je jejich úroveň dovedností terapeutické komunikace. Sestry do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 let uvedly, že jejich úroveň dovedností terapeutické komunikace je velmi dobrá. Sestry s praxí 21 let a více častěji než sestry s praxí 6–20 let a do 5 let uvedly, že nemají žádnou úroveň dovedností terapeutické komunikace (tab. 42).

**Tabulka 43 Úroveň terapeutické komunikace – nynější (N = 249)**

Délka praxe		NEUVEDL/A	NEDOSTATEČNÁ	VÝBORNÁ	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	10	34	40	84
	6–20 let	16	46	42	104
	do 5 let	3	31	27	61
	<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>111</b>	<b>109</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	11,9 %	40,5 %	47,6 %	100,0 %
	6–20 let	15,4 %	44,2 %	40,4 %	100,0 %
	do 5 let	4,9 %	50,8 %	44,3 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>11,6 %</b>	<b>44,6 %</b>	<b>43,8 %</b>	<b>100,0 %</b>

Sledovali jsme, jak hodnotí respondenti-sestry vlastní současnou úroveň terapeutické komunikace s ohledem na jejich délku praxe. Jako nedostatečnou ohodnotilo svou úroveň současné terapeutické komunikace 111 (44,6 %) sester, jako výbornou 109 (43,8 %) a 20 (11,9 %) sester nevedlo, jaká je jejich úroveň současné terapeutické komunikace; 11 (12,8 %) sester s praxí 21 a více let nevedlo, jak hodnotí svoji současnou úroveň dovedností terapeutické komunikace, 34 (40,5 %) sester ji hodnotí jako nedostatečnou a 40 (47,6 %) sester jako výbornou; 16 (15,4 %) sester s praxí 6–20 let nevedlo, jak hodnotí svoji současnou úroveň dovedností terapeutické komunikace, 46 (44,2 %) sester ji hodnotí jako nedostatečnou a 42 (40,4 %) sester jako výbornou; 3 (4,9 %) sestry s praxí do 5 let nevedly, jak hodnotí svoji současnou úroveň dovedností terapeutické komunikace, 31 (50,8 %) sester jako nedostatečnou a 27 (44,3 %) sester jako výbornou. Sestry s praxí 6–20 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí do 5 let nevedly, jaká je jejich současná úroveň dovedností terapeutické komunikace. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 let uvedly, že jejich úroveň současných dovedností terapeutické komunikace je nedostatečná. Sestry s praxí 21 let a více častěji než sestry s praxí 6–20 let a do 5 let uvedly, že jejich úroveň současných dovedností terapeutické komunikace je výborná (tab. 43).

**Tabulka 44 Přednost zaměření školení – nácvik praktických dovedností (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	31	53	84
	6–20 let	37	67	104
	do 5 let	25	36	61
	<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>156</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	36,9 %	63,1 %	100,0 %
	6–20 let	35,6 %	64,4 %	100,0 %
	do 5 let	41,0 %	59,0 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>37,3 %</b>	<b>62,7 %</b>	<b>100,0 %</b>

V případě školení by upřednostnilo zaměření se na nácvik praktických dovedností 93 (37,3 %) oslovených respondentů-sester a 156 (62,7 %) sester tuto možnost neuvedlo. S ohledem na délku praxe by 31 (36,9 %) sester s praxí 21 a více let dalo přednost zaměření na nácvik praktických dovedností, 37 (35,6 %) sester s praxí 6–20 let a 25 (41,0 %) sester s praxí do 5 let by dalo přednost v případě školení zaměření se na nácvik praktických dovedností. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a 6–20 let uvádějí, že v případě školení by daly přednost zaměření se na nácvik praktických dovedností (tab. 44).

**Tabulka 45 Způsob aplikace terapeutické komunikace – nasloucháním (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	61	23	84
	6–20 let	78	26	104
	do 5 let	48	13	61
	<b>Celkem</b>	<b>187</b>	<b>62</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	72,6 %	27,4 %	100,0 %
	6–20 let	75,0 %	25,0 %	100,0 %
	do 5 let	78,7 %	21,3 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>75,1 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>100,0 %</b>

Zda naslouchání jako způsob aplikace terapeutické komunikace je rozdílné s ohledem na délku praxe respondentů-sester, je uvedeno v tabulce 45. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje nasloucháním 187 (75,1 %) sester a 62 (24,9 %) sester tuto možnost neuvedlo. Nasloucháním aplikuje dovednosti terapeutické komunikace 61 (72,6 %) sester s praxí 21 a více let, 78 (75,0 %) sester s praxí 6–20 let a 48 (78,7 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 6–20 let a praxí 21 a více let aplikují dovednosti terapeutické komunikace nasloucháním. Vztah

srovnávaných proměnných není statisticky signifikantní. Lze potvrdit nezávislost na základě chí-kvadrát testu  $p = 0,706$ , tedy konstatujeme, že délka praxe respondentů nemá vliv na aplikaci dovedností terapeutické komunikace nasloucháním.

**Tabulka 46 Způsob aplikace terapeutické komunikace – pokládáním otázek ( $N = 249$ )**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	33	51	84
	6–20 let	29	75	104
	do 5 let	27	34	61
	<b>Celkem</b>	<b>89</b>	<b>160</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	39,3 %	60,7 %	100,0 %
	6–20 let	27,9 %	72,1 %	100,0 %
	do 5 let	44,3 %	55,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>35,7 %</b>	<b>64,3 %</b>	<b>100,0 %</b>

Zda je pokládání otázek jako způsob aplikace terapeutické komunikace rozdílné s ohledem na délku praxe respondentů-sester, je uvedeno v tabulce 46. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje pokládáním otázek 89 (39,3 %) oslovených sester a 160 (64,3 %) sester tuto možnost nevedlo. Pokládáním otázek aplikuje dovednosti terapeutické komunikace 33 (35,7 %) sester s praxí 21 a více let, 29 (27,9 %) sester s praxí 6–20 let a 27 (44,3 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 6–20 let a praxí do 21 a více let aplikují dovednosti terapeutické komunikace pomocí kladení otázek.

**Tabulka 47 Způsob aplikace terapeutické komunikace – pozorováním ( $N = 249$ )**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	31	53	84
	6–20 let	48	56	104
	do 5 let	30	31	61
	<b>Celkem</b>	<b>109</b>	<b>140</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	36,9 %	63,1 %	100,0 %
	6–20 let	46,2 %	53,8 %	100,0 %
	do 5 let	49,2 %	50,8 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>43,8 %</b>	<b>56,2 %</b>	<b>100,0 %</b>

Tabulka 47 znázorňuje využití terapeutické komunikace pomocí pozorování ve vztahu k délce praxe respondentů-sester. Dovednosti terapeutické komunikace aplikuje



pozorováním 109 (43,8 %) sester a 140 (56,2 %) sester tuto možnost nevedlo. Pozorováním aplikuje dovednosti terapeutické komunikace 31 (36,9 %) sester s praxí 21 a více let, 48 (46,2 %) sester s praxí 6–20 let a 30 (49,2 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a praxí 6–20 let aplikují dovednosti terapeutické komunikace pomocí pozorování.

**Tabulka 48 Důvody nenabízení terapeutické komunikace – sestra nemá čas (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	16	68	84
	6–20 let	31	73	104
	do 5 let	20	41	61
	<b>Celkem</b>	<b>67</b>	<b>182</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	19,0 %	81,0 %	100,0 %
	6–20 let	29,8 %	70,2 %	100,0 %
	do 5 let	32,8 %	67,2 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>26,9 %</b>	<b>73,1 %</b>	<b>100,0 %</b>

Vztah délky praxe a důvodu („sestra nemá čas“) nenabízení možnosti terapeutické komunikace lze sledovat v tabulce 48. Dle 67 (26,9 %) respondentů-sester je důvodem pro nenabízení možnosti terapeutické komunikace pacientům skutečnost, že „na to nemají čas“ a 182 (73,1 %) sester tuto možnost nevedlo. Důvodem pro nenabízení možnosti terapeutické komunikace pacientům je pro 16 (9,0 %) sester s praxí 21 a více let fakt, že „na to nemají čas“, stejně jako pro 31 (29,8 %) sester s praxí 6–20 let a pro 20 (32,8 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 let jako důvod pro nenabízení možnosti terapeutické komunikace uvádějí, že „na to nemají čas“.

**Tabulka 49 Důvod ostychu spočívá v neznalosti pacienta o této možnosti (N = 249)**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	25	59	84
	6–20 let	31	73	104
	do 5 let	8	53	61
	<b>Celkem</b>	<b>64</b>	<b>185</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	29,8 %	70,2 %	100,0 %
	6–20 let	29,8 %	70,2 %	100,0 %
	do 5 let	13,1 %	86,9 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>25,7 %</b>	<b>74,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	21 a více let	o	o	
	6–20 let	o	o	
	do 5 let	--	++	

Důvodem ostychu pacientů nepožádat o terapeutickou komunikaci může být i neznalost pacienta o této možnosti. Proto jsme sledovali tento názor respondentů-sester. Podle 64 (25,7 %) sester je důvodem ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci neznalost pacienta o této možnosti a 185 (74,3 %) sester tuto možnost nevedlo. Neznalost pacienta jako důvod ostychu požádat o terapeutickou komunikaci vyjádřilo 25 (29,8 %) sester s praxí 21 a více let, 31 (29,8 %) sester s praxí 6–20 let a 8 (13,1 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let méně často než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 let uvádějí, že důvodem ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je neznalost pacienta o této možnosti. Délka praxe má vliv na názor sester: důvodem ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je neznalost pacienta o této možnosti. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,035$ ) (tab. 49).

**Tabulka 50 Pacienti terapeutickou komunikaci potřebují ( $N = 249$ )**

Délka praxe		ANO	NEUVEDL/A	NEVÍM	Celkem
Absolutní četnost	21 a více let	66	3	15	84
	6–20 let	78	5	21	104
	do 5 let	49	0	12	61
	<b>Celkem</b>	<b>193</b>	<b>8</b>	<b>48</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	78,6 %	3,6 %	17,9 %	100,0 %
	6–20 let	75,0 %	4,8 %	20,2 %	100,0 %
	do 5 let	80,3 %	0,0 %	19,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>77,5 %</b>	<b>3,2 %</b>	<b>19,3 %</b>	<b>100,0 %</b>

Respondenti-sestry se vyjadřovali k tomu, zda pacienti potřebují terapeutickou komunikaci. O potřebnosti terapeutické komunikace pro pacienty se domnívá 193 (77,5 %) oslovených sester, 8 (3,2 %) sester se nedomnívá a 48 (19,3 %) sester neví, zda pacienti potřebují terapeutickou komunikaci; 66 (78,6 %) sester s praxí 21 a více let se domnívá, že pacienti potřebují terapeutickou komunikaci, stejně jako 78 (75,0 %) sester s praxí 6–20 let a 49 (77,5 %) sester s praxí do 5 let. Zda pacienti potřebují terapeutickou komunikaci, neví 15 (17,9 %) sester s praxí 21 a více let, 22 (20,2 %) sester s praxí 6–20 let a 12 (19,7 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 let se domnívají, že pacienti potřebují terapeutickou komunikaci. To, zda pacienti terapeutickou komunikaci potřebují, častěji než sestry s praxí 21 a více let a do 5 let nevědí sestry s praxí 6–20 let (tab. 50).

**Tabulka 51 Ovládání praktických dovedností terapeutické komunikace (N = 249)**

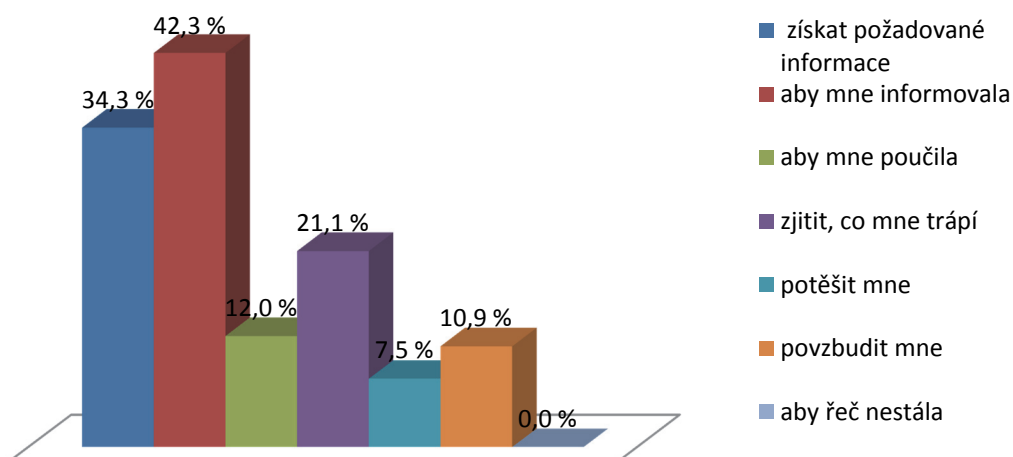
<b>Délka praxe</b>		<b>ANO</b>	<b>NEUVEDL/A</b>	<b>Celkem</b>
Absolutní četnost	21 a více let	52	32	84
	6–20 let	53	51	104
	do 5 let	41	20	61
	<b>Celkem</b>	<b>146</b>	<b>103</b>	<b>249</b>
Relativní četnost	21 a více let	61,9 %	38,1 %	100,0 %
	6–20 let	51,0 %	49,0 %	100,0 %
	do 5 let	67,2 %	32,8 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>58,6 %</b>	<b>41,4 %</b>	<b>100,0 %</b>

Hodnocení ovládání vlastních praktických dovedností terapeutické komunikace respondenty-sestrami i ve vztahu k délce praxe je zřejmé z tabulky 51; 146 (58,6 %) sester se domnívá, že ovládá praktické dovednosti terapeutické komunikace a 103 (41,4 %) sester tuto možnost neuvedlo. K ovládání praktických dovedností terapeutické komunikace se přiklání 52 (61,9 %) sester s praxí 21 a více let, 53 (51,0 %) sester s praxí 6–20 let a 41 (67,2 %) sester s praxí do 5 let. Sestry s praxí do 5 let se častěji než sestry s praxí 21 a více let a s praxí 6–20 přiklánějí k faktu, že praktické dovednosti terapeutické komunikace ovládají (tab. 51).

**Tabulka 52 Důvod komunikace – získání požadovaných informací (N = 169)**

<b>Věk respondentů</b>		<b>ANO</b>	<b>NEUVEDL/A</b>	<b>Celkem</b>
46 a více let	Absolutní četnost	38	73	111
	Relativní četnost	34,2 %	65,8 %	100 %
do 45 let	Absolutní četnost	21	37	58
	Relativní četnost	36,2 %	63,8 %	100 %
Celkem	Absolutní četnost	59	110	169
	Relativní četnost	34,9 %	56,1 %	100 %

Důvod komunikace sestry s pacientem znázorňuje tabulka 52. Z celkového počtu 156 (100 %) dotázaných respondentů-pacientů z nich 59 (34,9 %) uvádí, že důvodem komunikace sestry s pacientem je získání požadovaných informací. K tomuto názoru se kloní 38 (34,2 %) pacientů ve věku 46 a více let a také 21 (36,2 %) pacientů ve věku do 45 let. Tuto možnost neuvedlo 110 (65,1 %) pacientů, z toho 73 (65,8 %) pacientů ve věku 46 a více let a 37 (63,8 %) pacientů do 45 let.



**Graf 17 Důvod komunikace sestry (N = 169)**

Z nabídky možností, proč sestra s pacienty komunikuje, respondenti-pacienti uvedli následující zkušenosti. Celkem pacienti uvedli 220 odpovědí. Důvodem ke komunikaci sestry s pacienty je dle jejich názoru: „aby mne informovala“ (42,3 %), „aby získala požadované informace“ (34,3 %), „aby zjistila, co mne trápí“ (21,1 %), „aby mne poučila, (12,0 %), „aby mne povzbudila“ (10,9 %) a „aby mne potěšila“ (7,5 %). Nikdo z respondentů nevedl možnost, že s nimi sestra komunikuje proto, „aby řeč nestála“ (graf 17).

**Tabulka 53 Důvod komunikace – aby informovala (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	45	66	111
	Relativní četnost	40,5 %	59,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	24	34	58
	Relativní četnost	41,4 %	58,6 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	69	100	169
	Relativní četnost	40,8 %	59,2 %	100,0 %

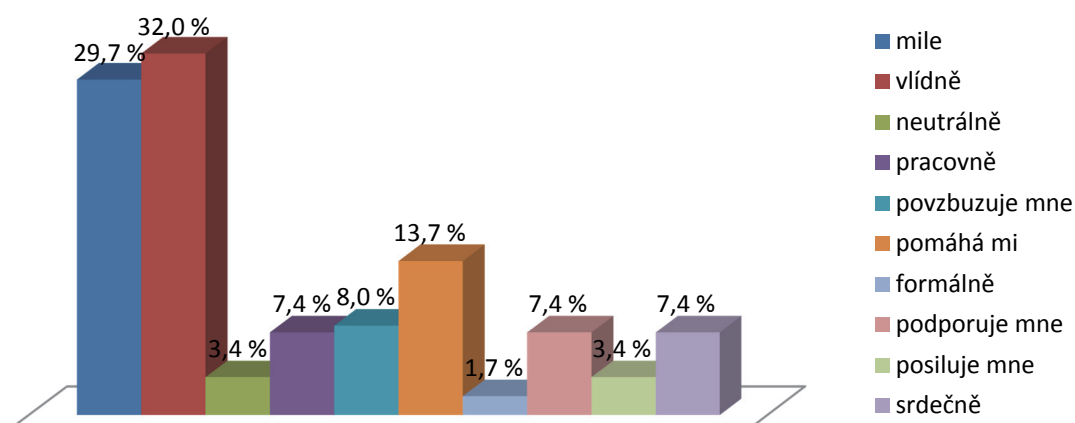
Sledovali jsme vztah mezi důvodem komunikace sestry s pacientem – „aby mne informovala“ a věkem pacientů, který uvádí 69 (40,8 %) pacientů. Z toho se vyjádřilo 45 (40,5 %) pacientů ve věku 46 a více let a 24 (41,4 %) pacientů ve věku do 45 let. K této možnosti se nevyjádřilo 100 (59,2 %) pacientů, z toho ve věkové kategorii 46

a více let 66 (59,5 %) pacientů a ve věkové kategorii do 45 let 34 (58,6 %) pacientů (tab. 53).

**Tabulka 54 Důvod komunikace – aby zjistila, co mne opravdu trápí (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	24	87	111
	Relativní četnost	21,6 %	78,4 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	13	45	58
	Relativní četnost	22,4 %	77,6 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	37	132	169
	Relativní četnost	21,9 %	78,1 %	100,0 %

Zkušenost s tím, že důvodem ke komunikaci sestry s pacientem je, „aby zjistila, co mne opravdu trápí“, má 37 (21,9 %) respondentů-pacientů. Stejnou zkušenost má 24 (21,6 %) pacientů ve věku 46 a více let a 13 (22,4 %) pacientů do 45 let věku. Možnost důvodu komunikace sestry s pacientem, „aby zjistila, co mne opravdu trápí“, nevedlo 132 (78,1 %) pacientů, z toho 87 (78,4 %) ve věku 46 a více let a 45 (77,6 %) ve věku do 45 let (tab. 54).



**Graf 18 Působení komunikace sestry (N = 169)**

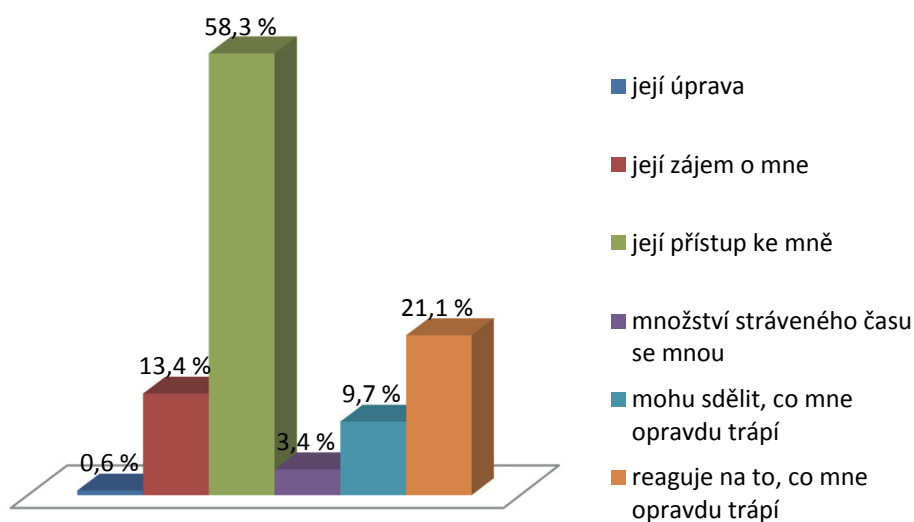
Respondenti-pacienti měli možnost výběru z nabídky, jak na ně komunikace sestry působí. Celkem uvedli 204 odpovědi. Vlídne působí komunikace sestry ze 169 pacientů na 32,0 % z nich, mile uvádí 29,7 %, tak, že pomáhá 13,7 %, že povzbuzuje vnímá 8,0 %, v 7,4 % pracovně, srdečně a tak, že podporuje. Ve 3,4 % působí komunikace

sestry neutrálně a také ve stejné míře posiluje. Formálně působí komunikace sestry na pacienty v 1,7 % (graf 18).

**Tabulka 55 Nejpodstatnější prvek komunikace sestry – její zájem o mne (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	15	96	111
	Relativní četnost	13,5 %	86,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	10	48	58
	Relativní četnost	17,2 %	82,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	25	144	169
	Relativní četnost	14,8 %	85,2 %	100,0 %

Zajímali jsme se o to, co je pro respondenty-pacienty nejpodstatnějším prvkem z komunikace sester. Nejpodstatnějším komunikačním prvkem je pro pacienty „projevení zájmu sestry o mne“, jak uvedlo 25 (14,8 %) pacientů. Tento nejdůležitější prvek uvádí 15 (13,5 %) pacientů 46 a víceletých a 10 (17,2 %) pacientů ve věku do 45 let. Takto se nevyjádřilo 144 (85,2 %) pacientů, z toho 96 (86,5 %) ve věku 46 a více let a 48 (82,8 %) do 45 let (tab. 55).



**Graf 19 Nejpodstatnější komunikace (N = 169)**

V kontrolní otázce měli respondenti-pacienti možnost z nabídky vybrat, co je pro ně v komunikaci sestry nejpodstatnější. Uvedli 194 odpovědí. Z celkového počtu 169

respondentů je pro 58,3 % z nich z komunikace sestry nejpodstatnější „přístup sestry ke mně“, dále, „že sestra reaguje na to, co mne opravdu trápí“ (21,1 %), „zájem sestry o mne“ (13,4 %), „že mohu sdělit, co mne opravdu trápí“ (9,7 %), „množství stráveného času se mnou“ (3,4 %) a pro 0,6 % pacientů je nejpodstatnější „úprava sestry“ (graf 19).

**Tabulka 56 Komunikace – pomoc v situaci (N = 169)**

Věk respondentů		NEODPOVĚĎĚL/A	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	1	83	4	23	111
	Relativní četnost	0,9 %	74,8 %	3,6 %	20,7 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	1	43	0	14	58
	Relativní četnost	1,7 %	74,1 %	0,0 %	24,1 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	2	126	4	37	169
	Relativní četnost	1,2 %	74,6 %	2,4 %	21,9 %	100,0 %

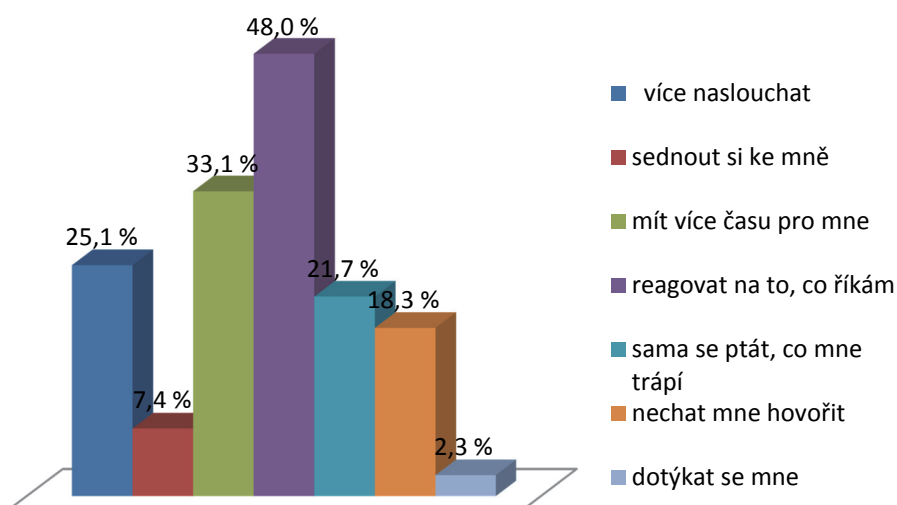
Účinek komunikace sestry znázorňuje tabulka 56; 126 (74,6 %) respondentů-pacientů si myslí, že jim může v jejich situaci pomoci způsob komunikace sestry. Stejně smýšlí 83 (74,8 %) pacientů ve věkové kategorii 46 a více let a 43 (74,1 %) respondentů do 46 let; 4 (2,4 %) pacienti si to nemyslí, jedná se o pacienty ve věku 46 a více let. K možnosti „nevím“ se vyjádřilo 37 (21,7 %) pacientů, z toho 23 (20,7 %) 46 a víceletých a 14 (24,1 %) do 45 let (tab. 56).

**Tabulka 57 Komunikace – náležitá a běžná dovednost (N = 169)**

Věk respondentů		NEODPOVĚĎĚL/A	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	2	89	5	15	111
	Relativní četnost	1,8%	80,2 %	4,5 %	13,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	0	53	0	5	58
	Relativní četnost	0,0%	91,4 %	0,0 %	8,6 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	2	142	5	20	169
	Relativní četnost	1,2%	84,0 %	3,0 %	11,8 %	100,0 %

Skutečnost, že komunikace sestry, která povzbuzuje, patří do činností sestry, tedy je náležitou a běžně prováděnou dovedností, si myslí 142 (84,0 %) respondentů-pacientů, 89 (80,2 %) 46 a víceletých a 53 (91,4 %) do věku 45 let. Toto si nemyslí 5 (3,0 %) z celkového počtu pacientů, tj. 5 (4,5 %) ve věku 46 a více let; 2 pacienti (1,8 %) se nevyjádřili, že povzbuzující komunikace je náležitou a běžnou dovedností sestry. Názor

„nevím“ vyjádřilo 20 (11,8 %) pacientů, z toho 15 (13,5 %) ve věku 46 a více let a 5 (8,6 %) do 45 let (tab. 57).



**Graf 20 Doporučení ke komunikaci sestry (N = 169)**

Zajímalo nás, co by respondenti-pacienti doporučili k tomu, aby jim komunikace sestry pomáhala. Pacienti měli možnost z nabídky vybrat více možností. Celkový počet je tak 280 odpovědí. Pacienti by sestřám doporučili „více reagovat na to, co říkají“ (48,0 %), „mít na ně více času“ (33,1 %), „více naslouchat“ (25,1 %), „sama sestra by se měla ptát, co je trápí“ (21,7 %), „nechat je hovořit“ (18,3 %), „sednout si k nim“ (7,4 %) a ve 2,3 % by pacienti chtěli, aby se jich sestra dotýkala a tím jim pomáhala svou komunikací (graf 20).

**Tabulka 58 Pocit, co z komunikace pomáhá – více naslouchat (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	25	86	111
	Relativní četnost	22,5 %	77,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	15	43	58
	Relativní četnost	25,9 %	74,1 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	40	129	169
	Relativní četnost	23,7 %	76,3 %	100,0 %

Vztah pocitu respondentů-pacientů, že komunikace sestry pomáhá tím, že více naslouchá, je vyjádřeno v tabulce 58. Aby pacient cítil, že sestra pomáhá svou



komunikací, by dle 40 (23,7 %) pacientů „měla více naslouchat“. Takto se vyjádřilo 25 (22,5 %) pacientů 46 a víceletých a 15 (25,9 %) pacientů ve věku do 45 let. K tomu, že by sestra měla více naslouchat, aby pomohla pacientovi, se nevyjádřilo 129 (76,3 %) pacientů, z toho 86 (77,5 %) ve věku 46 a více let a 43 (74,1 %) do 45 let.

**Tabulka 59** Pocit, co z komunikace pomáhá – mít více času pro mne (N = 169)

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	35	76	111
	Relativní četnost	31,5 %	68,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	21	37	58
	Relativní četnost	36,2 %	63,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	56	113	169
	Relativní četnost	33,1 %	66,9 %	100,0 %

Aby měl pacient pocit, že sestra pomáhá svou komunikací, by dle 56 (33,1 %) respondentů-pacientů měla „mít více času pro mne“. Podobně se vyjadřuje 35 (31,5 %) pacientů 46 a víceletých a také 21 (36,2 %) pacientů do 45 let. K tomuto názoru se nevyjádřilo 113 (66,9 %) pacientů, z toho 76 (68,5 %) ve věku 46 a více let a 37 (63,8 %) do 46 let věku (tab. 59).

**Tabulka 60** Pocit, co z komunikace pomáhá – reagovat na to, co říkám (N = 169)

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	57	54	111
	Relativní četnost	51,4 %	48,6 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	26	32	58
	Relativní četnost	44,8 %	55,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	83	86	169
	Relativní četnost	49,1 %	50,9 %	100,0 %

Názor, aby měli pacienti pocit, že sestra pomáhá svojí komunikací „reagovat na to, co říkám“ vyjadřuje 83 (49,1 %) respondentů-pacientů. K tomuto názoru se kloní 57 (51,4 %) pacientů ve věku 46 a více let a také 26 (44,8 %) pacientů ve věkové kategorii do 45 let. K tomuto názoru se nevyjádřilo 86 (50,9 %) pacientů, a to 54 (48,6 %) 46 a víceletých a 32 (55,2 %) ve věku do 45 let (tab. 60).

**Tabulka 61 Pocit, co z komunikace pomáhá – více se sama ptát na to, co mne trápí (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	26	85	111
	Relativní četnost	23,4 %	76,6 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	11	47	58
	Relativní četnost	19,0 %	81,0 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	37	132	169
	Relativní četnost	21,9 %	78,1 %	100,0 %

Aby měl pacient pocit, že mu sestra pomáhá svou komunikací, by se dle 37 (21,9 %) respondentů-pacientů „měla více sama ptát na to, co mne trápí“. Stejně to vnímá 26 (23,4 %) pacientů ve věku 46 a více let a 11 (19,0 %) pacientů ve věku do 45 let. K názoru, že by se sestra „měla více sama ptát na to, co pacienta trápí“, se nevyjádřilo 132 (78,1 %) pacientů, z toho 85 (76,6 %) ve věku 46 a více let a 47 (81,0 %) do 46 let (tab. 61).

**Tabulka 62 Pocit, co z komunikace pomáhá – nechat mne hovořit (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	15	96	111
	Relativní četnost	13,5 %	86,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	16	42	58
	Relativní četnost	27,6 %	72,4 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	31	138	169
	Relativní četnost	18,3 %	81,7 %	100,0 %

K názoru „nechat mne hovořit“, aby měl pacient pocit, že mu sestra pomáhá svou komunikací, se přiklání 31 (18,3 %) respondentů-pacientů. Souhlasně se k tomuto názoru vyjadřuje 15 (13,5 %) pacientů 46 a víceletých a 16 (27,6 %) pacientů do 45 let. Tuto možnost neoznačilo 138 (81,7 %) pacientů, z toho 96 (86,5 %) pacientů 46 a víceletých a 42 (72,4 %) pacientů ve věkové kategorii do 45 let. Věk má vliv na vnímání pocitů pacienta, že mu sestra pomáhá svou komunikací: „nechat mne hovořit“. Je to potvrzeno na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,035$ ) (tab. 62).

**Tabulka 63 Zábрана požádat o podrobnější rozhovor (N = 169)**

Věk respondentů		NEODPOVĚDĚL/A	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	4	8	84	15	111
	Relativní četnost	3,6 %	7,2 %	75,7 %	13,5 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	0	5	45	8	58
	Relativní četnost	0,0 %	8,6 %	77,6 %	13,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	4	13	129	23	169
	Relativní četnost	2,4 %	7,7 %	76,3 %	13,6 %	100,0 %

Třinácti (7,7 %) respondentům-pacientům brání něco v tom, aby požádali sestru o podrobnější rozhovor. Tuto zábranu pociťuje také 8 (7,2 %) pacientů 46 a víceletých a 5 (8,6 %) pacientů do 45 let věku. Zábranu k požádání sestry o podrobnější rozhovor nepociťuje 129 (76,3 %) pacientů, a to 84 (75,7 %) pacientů 46 a víceletých a 45 (77,6 %) pacientů ve věku do 45 let. K názoru „nevím“ se vyjádřilo 23 (13,6 %) pacientů, z toho 15 (13,5 %) 46 a víceletých a 8 (13,8 %) do 45 let (tab. 63).

**Tabulka 64 Očekávání nabídky podrobnějšího rozhovoru (N = 169)**

Věk respondentů		Neodpověděl/a	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	7	33	41	30	111
	Relativní četnost	6,3 %	29,7 %	36,9 %	27,0 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	3	18	17	20	58
	Relativní četnost	5,2 %	31,0 %	29,3 %	34,5 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	10	51	58	50	169
	Relativní četnost	5,9 %	30,2 %	34,3 %	29,6 %	100,0 %

Skutečnost, že by sestra měla sama nabídnout možnost podrobnějšího rozhovoru, očekává 51 (30,2 %) respondentů-pacientů. Stejný názor zastává 33 (29,7 %) pacientů ve věkové kategorii 46 a více let a také 18 (31,0 %) do 45 let věku. Tento názor nesdílí 58 (34,3 %) pacientů, z toho 41 (36,9 %) 46 a víceletých a 17 (29,3 %) ve věku do 45 let. K názoru, že pacient očekává, aby sestra sama nabízela možnost podrobnějšího rozhovoru, se odpovědí „nevím“ vyjádřilo 50 (29,6 %) pacientů, z toho 30 (27,0 %) ve věku 46 a více let a 20 (34,5 %) ve věkové kategorii do 45 let věku; 10 (5,9 %) pacientů se k tomuto názoru nevyjádřilo, z toho 7 (6,3 %) 46 a víceletých a 3 (5,2 %) ve věku do 45 let (tab. 64).

**Tabulka 65 Častější věnování se rozhovoru (N = 169)**

Věk respondentů		Neodpověděl/a	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
Absolutní četnost	46 a více let	9	35	27	40	111
	do 45 let	1	30	4	23	58
	<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>65</b>	<b>31</b>	<b>63</b>	<b>169</b>
Relativní četnost	46 a více let	8,1 %	31,5 %	24,3 %	36,0 %	100,0 %
	do 45 let	1,7 %	51,7 %	6,9 %	39,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>5,9 %</b>	<b>38,5 %</b>	<b>18,3 %</b>	<b>37,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	46 a více let	o	-	++	o	
	do 45 let	o	+	--	o	

Tabulka 65 vypovídá, zda by se sestra měla častěji věnovat podrobnějšímu rozhovoru s pacientem; 65 (38,5 %) respondentů-pacientů se domnívá, že by se sestra měla častěji věnovat podrobnějšímu rozhovoru s pacienty. Tento názor sdílí 35 (31,5 %) pacientů ve věku 46 a více let a 30 (51,7 %) pacientů ve věku do 45 let. Negativně se k tomuto názoru vyjádřilo 31 (18,3 %) pacientů, z toho 27 (24,3 %) 46 a více letých a 4 (6,9 %) do 45 let věku. Odpovědí „nevím“ se k tématu častějšího věnování se podrobnějšímu rozhovoru sestrou s pacienty vyjádřilo 63 (37,3 %) pacientů, z toho 40 (36,0 %) ve věkové kategorii 46 a více let a 23 (39,7 %) ve věkové kategorii do 45 let. Věk pacientů má vliv na jejich mínění, aby se sestra častěji věnovala podrobnějšímu rozhovoru s pacienty. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,004$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že mladší pacienti ve věku do 45 let oproti starším pacientům se domnívají, že by se sestra měla častěji věnovat podrobnějšímu rozhovoru s pacienty (tab. 65).

**Tabulka 66 Míra zájmu sestry o terapeutickou komunikaci (N = 169)**

Věk respondentů		NEODPOVĚDĚL/A	ŽÁDNÁ	ČASTÁ	VÝRAZNÁ	JINÉ	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	32	9	50	15	3	2	111
	Relativní četnost	28,8 %	8,1 %	45,0%	13,5 %	2,7 %	1,8 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	13	7	28	6	1	3	58
	Relativní četnost	22,4 %	12,1 %	48,3 %	10,3 %	1,7 %	5,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	45	16	78	21	4	5	169
	Relativní četnost	26,6 %	9,5 %	46,2 %	12,4 %	2,4 %	3,0 %	100,0 %

Dle zkušeností 78 (46,2 %) respondentů-pacientů mají sestry častý zájem o podrobnější rozhovor o problémech pacientů, které je trápí, stejně jako 50 (45,0 %) pacientů ve věku 46 a více let a 28 (48,3 %) pacientů do 45 let věku. S výraznou mírou zájmu sester o podrobnější rozhovor má zkušenost 21 (12,4 %) pacientů, podobně také 15 (13,5 %) 46 a víceletých pacientů a 6 (10,3 %) pacientů ve věkové kategorii do 45 let. Žádnou míru zájmu o podrobnější rozhovor sester o problémech pacientů uvedlo 16 (9,5 %) pacientů a stejně 9 (8,1 %) pacientů ve věku do 46 a více let a 7 (12,1 %) pacientů do 45 let věku; 45 (26,6 %) pacientů neodpovědělo a 5 (3,0 %) pacientů se vyjádřilo názorem „nevím“; 4 (2,4 %) pacienti využili nabídky „jiné“ (tab. 66).

**Tabulka 67 Důvod ostychu – cítí, že sestra nemá čas (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	59	52	111
	Relativní četnost	53,2 %	46,8 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	30	28	58
	Relativní četnost	51,7 %	48,3 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	89	80	169
	Relativní četnost	52,7 %	47,3 %	100,0 %

Sledovali jsme důvody, proč se pacienti mohou ostýchat požádat sestru o terapeutickou komunikaci. Jednou z nabídnutých možností bylo: „cítím, že sestra nemá čas“. Tento důvod vybralo 89 (52,7 %) respondentů-pacientů. Toto shodně pociťuje 59 (53,2 %) pacientů ve věku 46 a více let a 30 (51,7 %) pacientů ve věku do 45 let. K tomuto názoru se nevyjádřilo 80 (47,3 %) pacientů, z toho 52 (46,8 %) ve věkové kategorii 46 a více let a 28 (48,3 %) do 45 let věku (tab. 67).

**Tabulka 68 Důvod nepožádání – stydí se (N = 169)**

Věk respondentů		NEUVEDL/A	ANO	NE	Celkem
Absolutní četnost	46 a více let	0	20	91	111
	do 45 let	1	19	38	58
	<b>Celkem</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>129</b>	<b>169</b>
Relativní četnost	46 a více let	0,0 %	18,0 %	82,0 %	100,0 %
	do 45 let	1,7 %	32,8 %	65,5 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>0,6 %</b>	<b>23,1 %</b>	<b>76,3 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	46 a více let	o	-	+	
	do 45 let	o	+	-	

Dalším důvodem ostychu respondentů-pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je skutečnost, „že se stydí“. Vyplývá to z názoru 39 (23,1 %) pacientů, z toho 20 (18,0 %) ve věku 46 a více let a 19 (32,8 %) ve věku do 45 let. Tento názor nesdílí 129 (76,3 %) pacientů, z toho 91 (82,0 %) ve věku 46 a více let a 38 (65,5 %) pacientů ve věku do 45 let. Jeden (0,6 %) pacient se k tomuto názoru nevyjádřil. Věk pacientů má vliv na názor: „důvodem ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je stud“. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,032$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že mladší respondenti ve věku do 45 let oproti starším pacientům se domnívají, že důvodem pro ostych pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci je „stud“ (tab. 68).

**Tabulka 69 Zájem pacienta o terapeutickou komunikaci (N = 169)**

Věk respondentů		NEUVEDL/A	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	10	35	36	30	111
	Relativní četnost	9,0 %	31,5 %	32,4 %	27,0 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	3	25	11	19	58
	Relativní četnost	5,2 %	43,1 %	19,0 %	32,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	13	60	47	49	169
	Relativní četnost	7,7 %	35,5 %	27,8 %	29,0 %	100,0 %

Zajímali jsme se, zda respondenti-pacienti mají zájem o podrobnější rozhovor poskytovaný sestrou, který by se týkal jejich problémů. O takový rozhovor by mělo zájem 60 (35,5 %) pacientů, 35 (31,5 %) ve věku 46 a více let a 25 (43,1 %) ve věku do 45 let. Uvedený zájem neprokázalo 47 (27,8 %) pacientů, z toho 36 (32,4 %) ve věku 46 a více let a také 11 (19,0 %) ve věkové kategorii do 46 let. K zájmu o podrobnější rozhovor poskytovaný sestrou o problémech pacientů se názorem „nevím“ vyjádřilo 49 (29,0 %) pacientů, 30 (27,0 %) ve věku 46 a více let a 19 (32,8 %) do 45 let věku. K tomuto názoru se nevyjádřilo 13 (7,7 %) pacientů, z toho 10 (9,0 %) 46 a víceletých a 3 (5,2 %) do 45 let (tab. 69).

**Tabulka 70 Častost terapeutické komunikace (N = 147)**

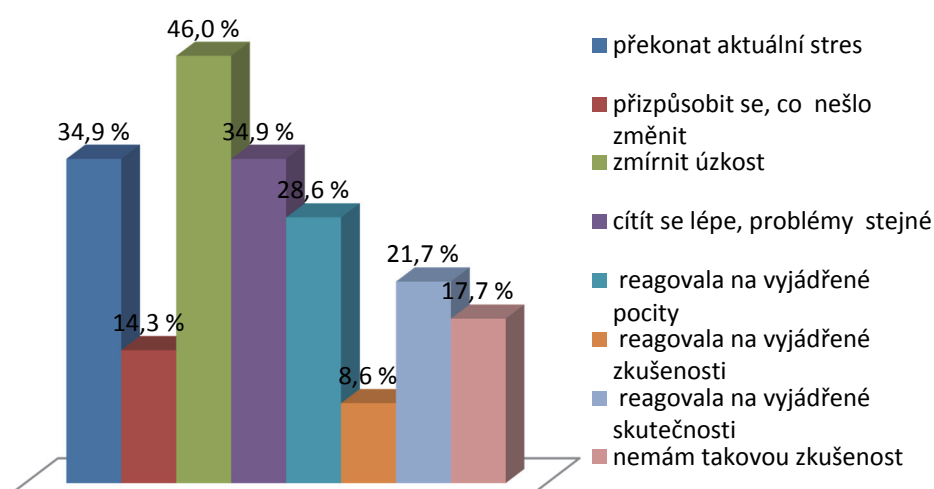
Věk respondentů		NEUSTÁLE	VELMI ČASTO	VÝJIMEČNĚ	NEPOUŽÍVAJÍ	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	16	48	29	1	94
	Relativní četnost	17,0 %	51,1 %	30,9 %	1,1 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	7	28	18	0	53
	Relativní četnost	13,2 %	52,8 %	34,0 %	0,0 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	23	76	47	1	147
	Relativní četnost	15,6 %	51,7 %	32,0 %	0,7 %	100,0 %

Náš zájem směřoval k četnosti setkání respondentů-pacientů s terapeutickou komunikací poskytovanou sestrami. Na základě vlastních zkušeností pacienti označili častost použití terapeutické komunikace při poskytování péče sestrou následovně: 23 (15,6 %) pacientů ji označilo jako neustálou, přičemž častěji má tuto zkušenost 16 (17,0 %) pacientů ve věku 46 a více let, ve věku do 45 let 7 (13,2 %). Velmi častou zkušenost s terapeutickou komunikací poskytovanou sestrami má 76 (51,7 %) pacientů, z toho častěji 48 (51,1 %) pacientů má tuto zkušenost ve věku 46 a více let, ve věku do 45 let 28 (52,8 %). Výjimečně tuto zkušenost má 47 (32,0 %) pacientů, z toho 29 (30,9 %) ve věku 46 a víceletých a 18 (34,0 %) pacientů do 45 let věku. Názor, že sestry nepoužívají terapeutickou komunikaci, vyjádřil 1 (1,1 %) z pacientů ve věku 46 a více let (tab. 70).

**Tabulka 71 Míra potřeby terapeutické komunikace z pohledu pacienta (N = 152)**

Věk respondentů		VELMI SILNÁ	SILNÁ	SLABÁ	MINIMÁLNÍ	ŽÁDNÁ	Celkem
46 a více let	Absolutní četnost	14	44	25	14	1	98
	Relativní četnost	14,3 %	44,9 %	25,5 %	14,3 %	1,0 %	100,0 %
do 45 let	Absolutní četnost	9	28	13	3	1	54
	Relativní četnost	16,7 %	51,9 %	24,1 %	5,6 %	1,9 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	23	72	38	17	2	152
	Relativní četnost	15,1 %	47,4 %	25,0 %	11,2 %	1,3 %	100,0 %

Jak silnou potřebu mají respondenti-pacienti, aby jim sestra poskytla terapeutickou komunikaci, je uvedeno v tabulce 71. Jako velmi silnou potřebu uvedlo 23 (15,1 %) pacientů ve věku do 46 a více let 14 (14,3 %) a do 45 let 9 (16,7 %) pacientů. Silnou potřebu poskytnutí terapeutické komunikace sestrou má 72 (47,4 %) pacientů, z toho ve věku 46 a více let 44 (44,9 %) a do 45 let věku 28 (51,9 %). Slabou potřebu poskytnutí terapeutické komunikace sestrou má 38 (25,0 %) pacientů, z toho ve věku 46 a více let 25 (25,5 %) a 13 (24,1 %) do 45 let věku. Minimální potřebu o poskytnutí terapeutické komunikace sestrou má 17 (11,2 %) pacientů, a to 14 (14,3 %) ve věku 46 a více let a 3 (5,6 %) do 45 let věku. Jeden respondent z každé věkové skupiny se vyjádřil, že pacienti nemají žádnou potřebu, aby jim sestra poskytla terapeutickou komunikaci.



**Graf 21 Zkušenost s pomocí sestry (N = 169)**



Zajímali jsme se, jak účinná byla pomoc v případě, že sestra poskytla terapeutickou komunikaci. Pacienti reagovali 351 odpovědí. S tím, že sestra pomohla svojí komunikací „zmírnit úzkost“, má z celkového počtu 169 respondentů zkušenost 46,0 % respondentů, „překonat stres“ 34,9 % a „cítit se lépe, i když problémy zůstaly stejné“ vyjádřilo 34,9 % těmito činnostmi: „reagovala na vyjádřené pocity“ (28,6 %), tím, že „reagovala na vyjádřené skutečnosti“ (21,7 %); 17,7 % pacientů nemá zkušenost, že by sestry pomohly svou komunikací pacientovi „přizpůsobit se tomu, co momentálně nešlo změnit“ (14,3 %) a tím, že „reagovaly na vyjádření zkušenosti“ (8,6 %) (graf 21).

**Tabulka 72 Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacient si uvědomuje zaneprázdněnost sestry (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	46 a více let	63	48	111
	do 45 let	42	16	58
	<b>Celkem</b>	<b>105</b>	<b>64</b>	<b>169</b>
Relativní četnost	46 a více let	56,8 %	43,2 %	100,0 %
	do 45 let	72,4 %	27,6 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>62,1 %</b>	<b>37,9 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	46 a více let	-	+	
	do 45 let	+	-	

Sledovali jsme důvody, proč pacienti nežádají sestru o podrobnější rozhovor. Důvodem pro nepožádání sestry o podrobnější rozhovor je pro 105 (62,1 %) respondentů-pacientů „uvědomění si zaneprázdněnosti sestry“, a to pro 63 (56,8 %) pacientů ve věku 46 a více let a pro 42 (72,4 %) pacientů do 45 let věku. K tomuto důvodu se nevyjádřilo 64 (37,9 %) pacientů, z toho 48 (43,2 %) ve věku 46 a více let a 16 (27,6 %) do 45 let věku. Věk pacientů má vliv na názor, že důvodem pro nepožádání sestry o podrobnější rozhovor je „pacientovo uvědomění si zaneprázdněnosti sestry“. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,046$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že mladší pacienti ve věku do 45 let než starší pacienti ve věku 46 a více let se domnívají, že důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je „pacientovo uvědomění si zaneprázdněnosti sestry“ (tab. 72).

**Tabulka 73 Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacienti ostých nemají (N = 169)**

Věk respondentů		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	46 a více let	20	91	111
	do 45 let	4	54	58
	<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>145</b>	<b>169</b>
Relativní četnost	46 a více let	18,0 %	82,0 %	100,0 %
	do 45 let	6,9 %	93,1 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>14,2 %</b>	<b>85,8 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	46 a více let	+	-	
	do 45 let	-	+	

Tabulka 73 vyjadřuje, zda někteří respondenti-pacienti nemají ostých požádat sestru o terapeutickou komunikaci. K názoru, že pacienti nemají ostých požádat sestru o terapeutickou komunikaci, se přiklání 24 (14,2 %) pacientů. Z toho 20 (18,0 %) pacientů ve věku 46 a více let a 4 (6,9 %) pacienti do 45 let věku. K tomuto názoru se nevyjádřilo 145 (85,8 %) pacientů, z toho 91 (82,0 %) 46 a víceletých a 54 (93,1 %) pacientů do 45 let věku. Věk pacientů má vliv na názor dotazovaných: pacienti nemají ostých požádat sestru o terapeutickou komunikaci. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,049$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že starší pacienti ve věku 46 a více let oproti mladším pacientům do 45 let věku se domnívají, že pacienti nemají ostých požádat sestru o terapeutickou komunikaci.

**Tabulka 74 Důvod komunikace – aby informovala (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	42	49	91
	Relativní četnost	46,2 %	53,8 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	23	42	65
	Relativní četnost	35,4 %	64,6%	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	65	91	156
	Relativní četnost	41,7 %	58,3 %	100,0 %

Zjišťovali jsme, jaké důvody vedou respondenty-pacienty ke komunikaci sester s nimi ve vztahu k délce hospitalizace. „Aby informovala“ je důvodem pro komunikaci sestry s pacienty dle vyjádření 65 (41,7 %) pacientů. Vyjadřuje se tak 42 (46,2 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a 23 (35,4 %) pacientů hospitalizovaných více než

1 týden. K tomuto důvodu se nevyjádřilo 91 (58,3 %) pacientů, z toho 49 (53,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 42 (64,6 %) hospitalizovaných více než 1 týden.

**Tabulka 75 Důvod komunikace – aby poučila (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	7	84	91
	Relativní četnost	7,7 %	92,3 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	10	55	65
	Relativní četnost	15,4 %	84,6 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	17	139	156
	Relativní četnost	10,9 %	89,1 %	100,0 %

Dalším důvodem pro komunikaci sestry s pacientem je dle vyjádření 17 (10,9 %) respondentů-pacientů, „aby poučila“, z toho se vyjádřilo 7 (7,7 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a 10 (15,4 %) pacientů hospitalizovaných více než 1 týden. K tomuto důvodu se nevyjádřilo 139 (89,1 %) pacientů, a to 84 (92,3 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a 55 (84,6 %) pacientů hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 75).

**Tabulka 76 Důvod komunikace – aby zjistila, co mne opravdu trápí (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	19	72	91
	Relativní četnost	20,9 %	79,1 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	16	49	65
	Relativní četnost	24,6 %	75,4 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	35	121	156
	Relativní četnost	22,4 %	77,6 %	100,0 %

V nabídce z možností jako důvodů pro komunikaci sestry s pacientem byla možnost „aby zjistila, co mne opravdu trápí“. Toto je důvodem komunikace sestry s pacientem pro 35 (22,4 %) respondentů-pacientů, z toho pro 19 (20,9 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a pro 16 (24,6 %) pacientů hospitalizovaných více než 1 týden. K důvodu komunikace sestry, aby zjistila, „co mne opravdu trápí“, se nevyjádřilo 121 (77,6 %) pacientů, z toho 72 (79,1 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 49 (75,4 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 76).

**Tabulka 77 Působení komunikace – mile (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	26	65	91
	Relativní četnost	28,6 %	71,4 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	24	41	65
	Relativní četnost	36,9 %	63,1 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	50	106	156
	Relativní četnost	32,1 %	67,9 %	100,0 %

Sledovali jsme názor respondentů-pacientů, jak na ně působí komunikace sester. Komunikace sestry na 50 (32,1 %) pacientů působí mile, z toho na 26 (28,6 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a na 24 (36,9 %) hospitalizovaných více než 1 týden. Takto se nevyjádřilo 106 (67,9 %) pacientů, z toho 65 (71,4 %) pacientů hospitalizovaných do 1 týdne a 41 (63,1 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 77).

**Tabulka 78 Působení komunikace – vlídně (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	Do 1 týdne	33	58	91
	Více než 1 týden	14	51	65
	Celkem	47	109	156
Relativní četnost	Do 1 týdne	36,3 %	63,7 %	100,0 %
	Více než 1 týden	21,5 %	78,5 %	100,0 %
	Celkem	30,1 %	69,9 %	100,0 %
Znaménkové schéma	Do 1 týdne	+	-	
	Více než 1 týden	-	+	

Zda komunikace sestry na pacienty působí vlídně, představuje tabulka 78. Vlídňě komunikace sestry působí na 47 (30,1 %) respondentů-pacientů. Z toho 33 (36,3 %) pacientů, kteří jsou hospitalizováni do 1 týdne, a na 14 (21,5 %) pacientů hospitalizovaných více než jeden týden; 109 (69,9 %) pacientů tuto skutečnost nevedlo, a to 58 (63,7 %) hospitalizovaných do jednoho týdne a 51 (78,5 %) hospitalizovaných více než 1 týden. Délka hospitalizace má vliv na názor pacientů, že komunikace sestry působí na pacienty vlídně. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,048$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že hospitalizovaní pacienti do 1 týdne oproti hospitalizovaným pacientům více než 1 týden vnímají komunikaci sestry jako vlídnou.

**Tabulka 79 Působení komunikace – pomáhá mi (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	10	81	91
	Relativní četnost	11,0 %	89,0 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	11	54	65
	Relativní četnost	16,9 %	83,1 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	21	135	156
	Relativní četnost	13,5 %	86,5 %	100,0 %

Fakt, že komunikace sestry pomáhá respondentům-pacientům, uvedlo 21 (13,5 %) pacientů, z toho 10 (11,0 %) hospitalizovaných pacientů do 1 týdne a 11 (16,9 %) hospitalizovaných pacientů více než 1 týden; 135 (86,5 %) pacientů nevedlo tuto možnost, a to 81 (89,0 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 54 (83,1 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 79).

**Tabulka 80 Nejpodstatnější prvek komunikace sestry – její zájem o mne (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	12	79	91
	Relativní četnost	13,2 %	86,8 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	9	56	65
	Relativní četnost	13,8 %	86,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	21	135	156
	Relativní četnost	13,5 %	86,5 %	100,0 %

Sledovali jsme nejpodstatnější prvek komunikace sestry z pohledu pacientů. Nejpodstatnějším prvkem z komunikace sester je pro 21 (13,5 %) respondentů-pacientů „její zájem o mne“. Takto se vyjádřilo 12 (13,2 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 9 (13,8 %) hospitalizovaných více než 1 týden; 135 (86,5 %) pacientů tuto skutečnost nevedlo, z toho 79 (86,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 56 (86,2 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 80).

**Tabulka 81 Nejpodstatnější prvek komunikace sestry – její přístup ke mně (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	59	32	91
	Relativní četnost	64,8 %	35,2 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	35	30	65
	Relativní četnost	53,8 %	46,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	94	62	156
	Relativní četnost	60,3 %	39,7 %	100,0 %

Jako nejpodstatnější prvek z komunikace sester je pro 94 (60,3 %) respondentů-pacientů „její přístup ke mně“. Takto se vyjádřilo 59 (64,8 %) hospitalizovaných pacientů do 1 týdne a 35 (53,8 %) hospitalizovaných pacientů více než 1 týden; 62 (39,7 %) pacientů tuto skutečnost nevedlo, z toho 32 (35,2 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 30 (46,2 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 81).

**Tabulka 82 Nejpodstatnější prvek komunikace sestry – že reaguje na to, co mne opravdu trápí (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	15	76	91
	Relativní četnost	16,5 %	83,5 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	18	47	65
	Relativní četnost	27,7 %	72,3 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	33	123	156
	Relativní četnost	21,2 %	78,8 %	100,0 %

„Sestra reaguje na to, co mne opravdu trápí“ je pro 33 (21,2 %) respondentů-pacientů nejpodstatnějším prvkem z komunikace sester. Takto se vyjádřilo 15 (16,5 %) hospitalizovaných pacientů do 1 týdne a 18 (27,7 %) hospitalizovaných pacientů více než 1 týden; 123 (78,8 %) pacientů tuto skutečnost nevedlo, z toho 76 (83,5 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 46 (72,3 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 82).

**Tabulka 83 Pomáhající pocity z komunikace – více naslouchat (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	23	68	91
	Relativní četnost	25,3 %	74,7 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	15	50	65
	Relativní četnost	23,1 %	76,9 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	38	118	156
	Relativní četnost	24,4 %	75,6 %	100,0 %

Zajímá nás názor respondentů-pacientů na to, co jim z komunikace se sestrou pomáhá. Aby měl pacient pocit, že mu sestra pomáhá svou komunikací, by dle 38 (24,4 %) pacientů „měla více naslouchat“. Takto se vyjádřilo 23 (25,3 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 15 (23,1 %) hospitalizovaných více než 1 týden. To, že by „sestra měla více naslouchat“, aby pomohla pacientovi, nevedlo 118 (75,6 %) pacientů, z toho 68 (74,7 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 50 (76,9 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 83).

**Tabulka 84 Pomáhající pocity z komunikace – mít více času pro mne (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	32	59	91
	Relativní četnost	35,2 %	64,8 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	18	47	65
	Relativní četnost	27,7 %	72,3 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	50	106	156
	Relativní četnost	32,1 %	67,9 %	100,0 %

Aby měl pacient pocit, že mu sestra pomáhá svou komunikací, by dle 50 (32,1 %) respondentů-pacientů měla „mít více času pro mne“. Podobně se vyjadřuje 32 (35,2 %) hospitalizovaných pacientů do 1 týdne a 18 (27,7 %) hospitalizovaných pacientů více než 1 týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 106 (67,9 %) pacientů, z toho 59 (64,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 47 (72,3 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 84).

**Tabulka 85 Pomáhající pocity z komunikace – reagovat na to, co říkám (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	46	45	91
	Relativní četnost	50,5 %	49,5 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	31	34	65
	Relativní četnost	47,7 %	52,3 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	77	79	156
	Relativní četnost	49,4 %	50,6 %	100,0 %

Sedmdesát sedm (49,4 %) respondentů-pacientů vyjadřuje názor, že aby cítili, že sestra pomáhá svou komunikací, by měla „reagovat na to, co říkám“. K tomuto názoru se kloní 46 (50,5 %) respondentů hospitalizovaných do 1 týdne a 31 (47,7 %) hospitalizovaných více než 1 týden; 79 (50,6 %) respondentů se k tomuto názoru nevyjádřilo, z toho 45 (49,5 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 34 (52,3 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 85).

**Tabulka 86 Pomáhající pocity z komunikace – více se sama ptát na to, co mne trápí (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	23	68	91
	Relativní četnost	25,3 %	74,7 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	14	51	65
	Relativní četnost	21,5 %	78,5 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	37	119	156
	Relativní četnost	23,7 %	76,3 %	100,0 %

Aby pacient cítil, že sestra pomáhá svou komunikací, by se dle 37 (23,7 %) respondentů-pacientů „měla více sama ptát na to, co „mne trápí“, obdobně to vnímají 23 (25,3 %) respondenti hospitalizovaní do 1 týdne a 14 (21,5 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K názoru, že by se „sestra měla více sama ptát na to, co pacienta trápí“, se nevyjádřilo 119 (76,3 %) respondentů, z toho 68 (74,7 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 51 (78,5 %) hospitalizovaných více než 1 týden (tab. 86).



**Tabulka 87 Očekávání nabídky podrobnějšího rozhovoru (N = 156)**

Délka hospitalizace		Neuvedl/a	ANO	NE	NEVÍM	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	5	29	28	29	91
	Relativní četnost	5,5 %	31,9 %	30,8 %	31,9 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	2	16	28	19	65
	Relativní četnost	3,1 %	24,6 %	43,1 %	29,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	7	45	56	48	156
	Relativní četnost	4,5%	28,8 %	35,9 %	30,8 %	100,0 %

Sledovali jsme názor pacientů na to, zda by podrobnější rozhovor sestra měla sama nabízet. To, že by sestra měla sama nabídnout možnost podrobnějšího rozhovoru, očekává 45 (28,8 %) respondentů-pacientů. Stejný názor zastává 29 (31,9 %) respondentů hospitalizovaných do 1 týdne a 16 (24,6 %) hospitalizovaných více než 1 týden. Tento názor nesdílí 56 (35,9 %) respondentů, z toho 28 (30,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 28 (43,1 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K názoru, že pacient očekává, že by sestra měla sama nabídnout možnost podrobnějšího rozhovoru, se odpovědí „nevím“ vyjádřilo 48 (30,8 %) respondentů, z toho 29 (31,9 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 19 (29,2 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 7 (4,5 %) respondentů, z toho 5 (5,5 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 2 (3,1 %) hospitalizovaní více než jeden týden (tab. 87).

**Tabulka 88 Důvod ostychu – cítí, že sestra nemá čas (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	49	42	91
	Relativní četnost	53,8 %	46,2 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	32	33	65
	Relativní četnost	49,2 %	50,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	81	75	156
	Relativní četnost	51,9 %	48,1 %	100,0 %

Vliv délky hospitalizace a důvodu požádat o terapeutickou komunikaci, kterým je pocit pacientů, že sestra nemá čas, uvádí tabulka 88. Pokud se pacienti ostýchají požádat sestru o terapeutickou komunikaci, je to způsobeno podle 81 (51,9 %) respondentů-pacientů tím, že cítí, že sestra nemá čas. Že sestra nemá čas cítí v tomto případě 49 (53,8 %) respondentů hospitalizovaných do 1 týdne a 32 (49,2 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 75 (48,1 %) respondentů, z toho 42

(46,2 %) respondentů hospitalizovaných do 1 týdne a 33 (50,8 %) hospitalizovaných více než 1 týden.

**Tabulka 89 Zkušenost s pomocí – překonat aktuální stres (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	28	63	91
	Relativní četnost	30,8 %	69,2 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	26	39	65
	Relativní četnost	40,0 %	60,0 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	54	102	156
	Relativní četnost	34,6 %	65,4 %	100,0 %

Sledovali jsme, jak účinná byla pomoc poskytnutá terapeutickou komunikací. Zkušenost s tím, že sestra pomohla pacientům, a to v případě překonání aktuálního stresu, má 54 (34,6 %) respondentů-pacientů, a to 28 (30,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 26 (40,0 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K této situaci se nevyjádřilo 102 (65,4 %) respondentů, z toho 63 (69,2 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 39 (60,0 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 89).

**Tabulka 90 Zkušenost s pomocí – přizpůsobit se tomu, co momentálně nešlo změnit (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	17	74	91
	Relativní četnost	18,7 %	81,3 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	8	57	65
	Relativní četnost	12,3 %	87,7 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	25	131	156
	Relativní četnost	16,0 %	84,0 %	100,0 %

Zkušenost s tím, že sestra pomohla komunikací pacientům, a to v případě přizpůsobení se tomu, co momentálně nešlo změnit, má 25 (16,0 %) respondentů-pacientů, a to 17 (18,7 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 8 (12,3 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 131 (84,0 %) respondentů, z toho 74 (81,3 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 57 (87,7 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 90).

**Tabulka 91 Zkušenost s pomocí – zmírnit úzkost (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	46	45	91
	Relativní četnost	50,5 %	49,5 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	28	37	65
	Relativní četnost	43,1 %	56,9 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	74	82	156
	Relativní četnost	47,4 %	52,6 %	100,0%

Zkušenost s tím, že sestra pomohla komunikací pacientům, a to v případě zmírnění úzkosti, má 74 (47,4 %) respondentů-pacientů, a to 46 (50,5 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 28 (43,1 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 82 (52,6 %) respondentů, z toho 45 (49,5 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 37 (56,9 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 91).

**Tabulka 92 Zkušenost s pomocí – cítit se lépe, i když problémy zůstávaly stejné (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	32	59	91
	Relativní četnost	35,2 %	64,8 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	26	39	65
	Relativní četnost	40,0 %	60,0 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	58	98	156
	Relativní četnost	37,2 %	62,8 %	100,0 %

Zkušenost s tím, že sestra pomohla komunikací pacientům cítit se lépe, a to i v případě, když problémy zůstávaly stejné, má 58 (37,2 %) respondentů-pacientů, a to 32 (35,2 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 26 (40,0 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K této zkušenosti se nevyjádřilo 98 (62,8 %) respondentů, z toho 59 (64,8 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 39 (60,0 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 92).

**Tabulka 93 Zkušenost s pomocí – reakce na vyjádřené emoce (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	30	61	91
	Relativní četnost	33,0 %	67,0 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	16	49	65
	Relativní četnost	24,6 %	75,4 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	46	110	156
	Relativní četnost	29,5 %	70,5 %	100,0 %

Zkušenost s tím, že sestra pomohla komunikací pacientům, a to tak, že reagovala na vyjádřené emoce, má 46 (29,5 %) respondentů-pacientů, a to 30 (33,0 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 16 (24,6 %) hospitalizovaných více než 1 týden. K této zkušenosti se nevyjádřilo 110 (70,5 %) respondentů, z toho 61 (67,0 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 49 (75,4 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 93).

**Tabulka 94 Zkušenost s pomocí – reakce na sdělené skutečnosti (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	20	71	91
	Relativní četnost	22,0 %	78,0 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	17	48	65
	Relativní četnost	26,2 %	73,8 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	37	119	156
	Relativní četnost	23,7 %	76,3 %	100,0 %

Zkušenost s tím, že sestra pomohla komunikací pacientům, a to tak, že reagovala na sdělené skutečnosti, má 37 (23,7 %) respondentů-pacientů. Tuto zkušenost má 20 (22,0 %) respondentů hospitalizovaných do 1 týdne a 17 (26,2 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K této zkušenosti s pomocí sestry se nevyjádřilo 119 (76,3 %) respondentů, z toho 71 (78,0 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 48 (73,8 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 94).

**Tabulka 95 Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacient si uvědomuje zaneprázdněnost sestry (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	Do 1 týdne	64	27	91
	Více než 1 týden	34	31	65
	<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>58</b>	<b>156</b>
Relativní četnost	Do 1 týdne	70,3 %	29,7 %	100,0 %
	Více než 1 týden	52,3 %	47,7 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>62,8 %</b>	<b>37,2 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	Do 1 týdne	+	-	
	Více než 1 týden	-	+	

Sledovali jsme vztah důvodů ostychu pacientů požádat sestru o terapeutickou komunikaci a délky hospitalizace. Důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je, že si pacient uvědomuje zaneprázdněnost sestry, a to pro 98 (62,8 %) oslovených respondentů-pacientů, 64 (70,3 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 34 (52,3 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K tomuto důvodu se nevyjádřilo 58 (37,2 %) respondentů, z toho 27 (29,7 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 31 (47,7 %) hospitalizovaných více než jeden týden. Délka hospitalizace má vliv na názor dotázaných respondentů, že důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je, že si pacient uvědomuje zaneprázdněnost sestry. Je to potvrzeno na základě chí-kvadrát testu ( $p = 0,022$ ). Znaménkový test dále ukazuje, že hospitalizovaní respondenti do jednoho týdne uvádějí, že důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je, že si pacient uvědomuje zaneprázdněnost sestry, hospitalizovaní více než jeden týden nikoli (tab. 95).

**Tabulka 96 Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – sestra nemá čas (N = 156)**

Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Do 1 týdne	Absolutní četnost	14	77	91
	Relativní četnost	15,4 %	84,6 %	100,0 %
Více než 1 týden	Absolutní četnost	7	58	65
	Relativní četnost	10,8 %	89,2 %	100,0 %
Celkem	Absolutní četnost	21	135	156
	Relativní četnost	13,5 %	86,5 %	100,0 %

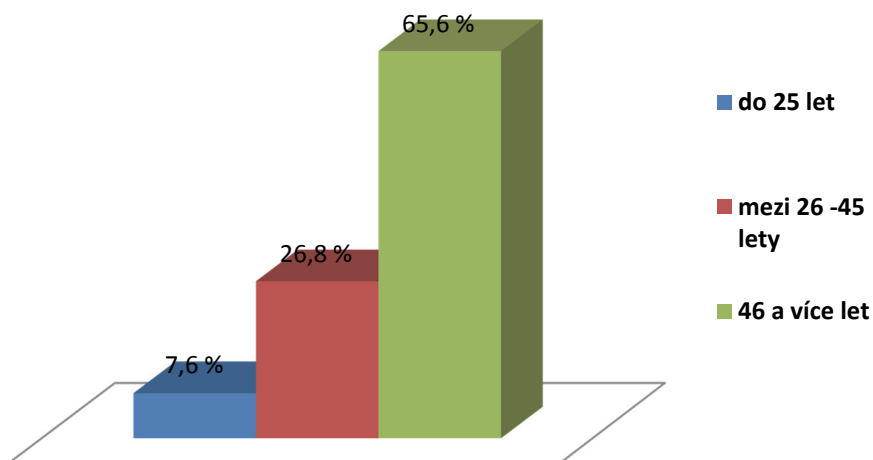
Důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je, že sestra nemá čas pro 21 (13,5 %) respondentů-pacientů, z toho 14 (15,4 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 7

(10,8 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K tomuto důvodu se nevyjádřilo 135 (86,5 %) respondentů, z toho 77 (84,6 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 58 (89,2 %) hospitalizovaných více než jeden týden (tab. 96).

**Tabulka 97 Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacienti ostych nemají (N = 156)**

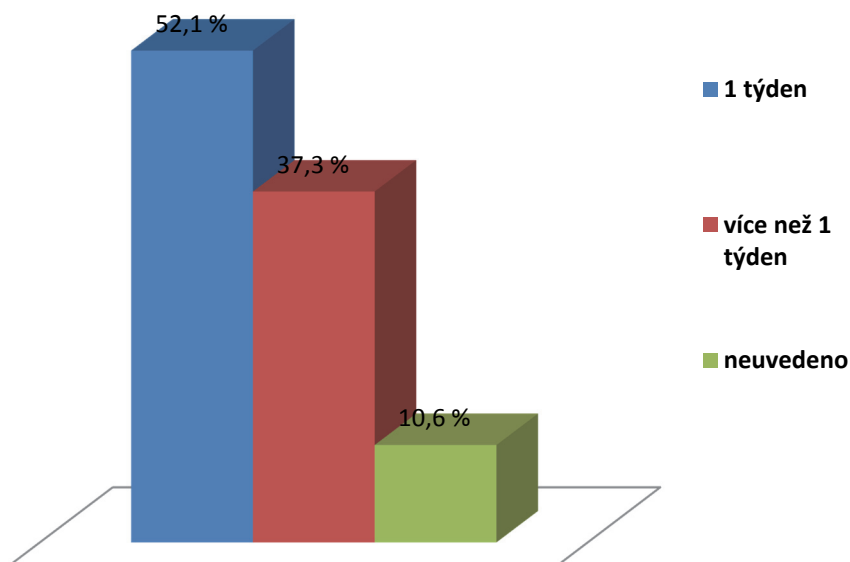
Délka hospitalizace		ANO	NEUVEDL/A	Celkem
Absolutní četnost	Do 1 týdne	9	82	91
	Více než 1 týden	15	50	65
	<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>132</b>	<b>156</b>
Relativní četnost	Do 1 týdne	9,9 %	90,1 %	100,0 %
	Více než 1 týden	23,1 %	76,9 %	100,0 %
	<b>Celkem</b>	<b>15,4 %</b>	<b>84,6 %</b>	<b>100,0 %</b>
Znaménkové schéma	Do 1 týdne	-	+	
	Více než 1 týden	+	-	

K názoru, že pacienti nemají ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci, se přiklání 24 (15,4 %) respondentů-pacientů. Z toho 9 (9,9 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 15 (23,1 %) hospitalizovaných více než jeden týden. K tomuto názoru se nevyjádřilo 132 (84,6 %) respondentů, z toho 82 (90,1 %) hospitalizovaných do 1 týdne a 50 (76,9 %) hospitalizovaných více než jeden týden. Vztah srovnávaných proměnných je statisticky signifikantní. Zamítáme nezávislost na základě Fisherova exaktního testu  $p = 0,041$ , tedy říkáme, že délka hospitalizace má vliv na přiklání se k názoru, že pacienti mají ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci. Znaménkový test ukazuje, že respondenti hospitalizovaní více než jeden týden výrazně častěji uvedli, že důvodem pro nepožádání o podrobnější rozhovor sestru je, že pacienti mají ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci (tab. 97).



**Graf 22 Věk respondentů-pacientů ( $N = 169$ )**

Věkové zastoupení respondentů-pacientů znázorňuje graf 22. Z celkového počtu 169 pacientů výzkumný soubor tvořilo 65,6 % (111) pacientů ve věku 46 a více let, 26,8 % (45) ve věku mezi 26 a 45 lety a 7,6 % (13) pacientů bylo ve věku do 25 let.



**Graf 23 Délka hospitalizace ( $N = 169$ )**

Graf 23 zobrazuje délku hospitalizace. Z celkového počtu 169 respondentů-pacientů, kteří byli hospitalizováni do 1 týdne, bylo 52,1 % (92). Více než 1 týden bylo

hospitalizováno 37,3 % (64) pacientů a 10,6 % (13) pacientů délku hospitalizace neuvedlo.

**Tabulka 98 Prokázaná významnost a vysoká významnost – SESTRY**

Fisherův exaktní test <i>p</i> -value		Pearsonův chí-kvadrát test <i>p</i> -value	
VZDĚLÁNÍ		DĚLKA PRAXE	
Setkání s termínem terapeutická komunikace	<i>p</i> = 0,003	Zařazení terapeutické komunikace do psychologie	<i>p</i> = 0,002
Setkání s termínem terapeutická komunikace v praxi	<i>p</i> = 0,013	Situace použití dovedností terapeutické komunikace – po příjmu pacienta	<i>p</i> = 0,024
Nabytí dovedností pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia	<i>p</i> = 0,000	Nabytí dovedností pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia	<i>p</i> = 0,017
Úroveň terapeutické komunikace – dříve	<i>p</i> = 0,000	Účinek terapeutické komunikace při péči – motivující	<i>P</i> = 0,009
Vnímání rozdílu mezi teoretickými a praktickými dovednostmi – nemám žádné z nich	<i>p</i> = 0,006	Důvod ostychu spočívá v neznalosti pacienta o této možnosti	<i>p</i> = 0,035
Způsob aplikace terapeutické komunikace – nasloucháním	<i>p</i> = 0,018		
Způsob aplikace terapeutické komunikace – pokládáním otázek	<i>p</i> = 0,016		
Důvody nenabízení terapeutické komunikace – sestra nemá čas	<i>p</i> = 0,014		

**Tabulka 99 Prokázaná významnost a vysoká významnost – PACIENTI**

Pearsonův chí-kvadrát test <i>p</i> -value			
VĚK PACIENTŮ		DĚLKA HOSPITALIZACE	
Častější věnování se podrobnějšímu rozhovoru	<i>p</i> = 0,004	Působení komunikace – vlídně	<i>p</i> = 0,048
Důvod ostychu – že se stydí	<i>p</i> = 0,032		
Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacient si uvědomuje zaneprázdněnost sestry	<i>p</i> = 0,046	Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacient si uvědomuje zaneprázdněnost sestry	<i>p</i> = 0,022
Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacienti ostych nemají	<i>p</i> = 0,049	Důvod ostychu požádání o terapeutickou komunikaci – pacienti ostych nemají	<i>p</i> = 0,041



## 7. DISKUSE

V případě, že se člověk ocitne v situaci, kdy potřebuje pomoc zdravotníka, prožívá nepříjemné pocity. Jsou spojeny nejen s tím, že pravděpodobně bude muset někam dojít, zatelefonovat, vysvětlovat svůj problém, žádat o nějakou službu, vyhledat správné místo, správnou osobu ve správný čas, dlouho čekat, ale také s tím – a to především –, že je v ohrožení nemoci nebo je již nemocen a není mu dobře. Prožívá zátěžovou, krizovou životní situaci (Křivohlavý, 2001, 2003). V takovém stavu se jeho chování a jednání bude lišit od běžného, přirozeného způsobu. Fyziologicky v těchto situacích v organismu dochází ke změnám v endokrinním systému, které jsou popisovány jako poplachové a mohou se projevovat na všech orgánech těla (Silbernagl, Lang, 2012) i na psychice a chování (Humpolíček, 2014). Člověk není schopen adekvátně informace přijímat nebo přiměřeně na přijaté impulzy reagovat. Snadno tak může dojít nejen k nedorozumění, ale také k devalvaci, kdy zdravotník-sestra nebere na vědomí tyto změny a přistupuje nevhodně k pacientovi/klientovi jen ze svého rutinního pohledu, neovlivněného osobní situací klienta/pacienta. Nebo se klient/pacient pod vlivem tíživé situace, kdy se cítí nejistě, ohrožený, vykolejený či bezmocný, projeví agresivně až násilně (Pekara, Trešlová 2011, 2013). Podle Křivohlavého (2003) jde o kognitivní a emocionální stres. Člověk v takové situaci neuvažuje racionálně. V krizové situaci je rozhodující volit správnou – vhodnou terapeutickou komunikaci (Králová, 2005; Smiar, Papenberg, 2011). Sestra musí v rámci ošetrovatelského procesu vyhodnotit situaci a nabídnout adekvátní formu pomoci a tam, kde je to její ošetrovatelský odhad (Mastiliaková, 2014; Tóthová a kol., 2014), nastínit možnost poskytnutí terapeutické komunikace. Soubor dovedností terapeutické komunikace by měl být standardní výbavou sestry (Staňková, 1999a; Potter, Perry, 1990). Cameron et al. (2005, s 64) uvádějí, že „sestry jsou v určující, ústřední pozici vytvořit hodnotný terapeutický vztah“, který umožňuje vést terapeutický rozhovor. Předpokladem je, že má dostatek znalostí pro realizaci daných terapeutických dovedností. Proto jsme zjišťovali, zda se respondenti-sestry s tímto termínem (terapeutická komunikace) setkali na teoretické úrovni. Tuto skutečnost uvádí však pouze 41 % (tabulka 4) z celkového počtu respondentů bez ohledu na vzdělání (graf 1). Znaménkový test ukazuje, že častěji než středoškolsky vzdělané sestry (32,6 %) se s tímto termínem setkaly vysokoškolsky vzdělané sestry (52,4 %) (tabulka 4). S ohledem na rozdíl v kurikulu studijních

programů na SZŠ před rokem 2004, kdy bylo ukončeno kvalifikační vzdělávání na tomto druhu škol, a pozdějším obsahem studia na vysokých školách jsme tento výsledek předpokládali. Překvapivý je jen průměrný výsledek pro vysokoškolsky vzdělané sestry. Považujeme jej za nedostatečný. Ti, kteří se s terapeutickou komunikací setkali, uváděli v otevřené otázce, v jaké souvislosti to bylo. Nejčastěji se tak dělo při různých druzích vzdělávání, z textových zdrojů, při péči o nemocné, umírající, drogově závislé, onkologicky nemocné. Jedna respondentka uvedla, že se s terapeutickou komunikací setkala při běžné komunikaci. S tím nelze souhlasit, protože terapeutická komunikace není běžnou – sociální komunikací, je třeba se na ni připravit a poskytovat ji za určitých podmínek (Zerwekh, Zerwekh Garneau, 2015), které v průběhu činností a běžné práce na oddělení není možné realizovat. Protože k terapeutické komunikaci je nutné naslouchat – aktivně naslouchat, což představuje zásady, které naznačují mimo jiných autorů také Stickley a Freshwater (2006, s. 16). Uvádějí, že umění naslouchání v terapeutickém vztahu je „verbální – nehodnotící – nesoudící jazyk, neřeší rychle a přímo problém, vyzývá vzájemnou interakci nabídkou otevřených otázek, váží si druhých tím, že je používána reflexe, upřímnost, tón hlasu; nonverbální – oční kontakt, zrcadlová pozice, otevřená gestikulace, úsměv, přitakávání, blízká proxemika, nepospíchá“. Na základě vyjádření sester se zdá, že se část z nich v praxi stále vzdělává, má možnost získat informace o terapeutické komunikaci a také ji aplikovat v běžné praxi, třebaže minimálně. Z pohledu délky praxe (graf 2) se nejméně s terapeutickou komunikací setkali respondenti-sestry s praxí 6–20 let (33,7 %) (tabulka 36). U dvou ostatních skupin, tedy pracujících 21 a více let a do 5 let kladné odpovědi nedosáhly 50 % (tabulka 36). Můžeme tedy konstatovat, že znalost termínu terapeutická komunikace je bez ohledu na délku praxe podprůměrná.

Pokud někdo neměl možnost získat informace o terapeutické komunikaci při studiu, zajímali jsme se o to, zda se s tímto termínem respondenti setkali v praxi, tedy při péči o pacienty, kdy mohl terapeutickou komunikaci použít někdo jiný z ošetrovatelského personálu. Výsledek je ještě méně uspokojivý. Podobně jako v předchozím případě, měli respondenti-sestry možnost volně se vyjádřit. Uvádějí, že pokud se s terapeutickou komunikací v praxi setkávají, je to nejčastěji při ošetřování, při denním provozu, při informování pacientů, při snižování strachu, napětí a psychické podpoře pacientů. Opět jsme se setkali s odpovědí, že terapeutickou komunikaci poskytuje každá sestra při běžném provozu. Tato vyjádření se nám zdají nehodnověrná, protože v běžné praxi

nejdou zajištěny vhodné podmínky pro realizaci efektivní terapeutické komunikace, jak naznačují výsledky v tabulkách 5, 6, 7, kdy pětina respondentů-sester používá terapeutickou komunikaci při příjmu a propuštění pacienta a 30 % respondentů na ni nemá čas (tabulka 23). Celkem se s termínem terapeutická komunikace v praxi setkala jen pětina (21,7 %) respondentů, a to jen 29,5 % vysokoškolsky vzdělaných a 16,0 % (tabulka 5) středoškolsky vzdělaných respondentů-sester. Rozdíly v případě setkání s terapeutickou komunikací v praxi ve vztahu s délkou praxe jsou nevýrazné – mezi 25 % a 19,2 % (tabulka 37). Můžeme tedy předpokládat, že terapeutickou komunikaci sestry v praxi používají velmi málo. To je překvapivé, protože jak potvrzují Bulechek et al. (2013), terapeutická komunikace je ošetrovatelskou intervencí, kterou má sestra používat v ošetrovatelském procesu, když intervenue na ošetrovatelské diagnózy, a to převážně z domény Zvládání/tolerance zátěže: Strach, Úzkost, Neschopnost zvládat zátěž, Truchlení, Smutek, Stresové přetížení, dále z domény Životní principy: Duchovní strádání, Konflikt při rozhodování, Nonkompliance a z domény Sebepercepce: Beznaděj, Bezmoc, Situačně snížená sebeúcta (Herdman, Kamitsuru, 2015; Tóthová a kol., 2014). Jsou to situace, kdy se člověk nachází v novém, neznámém prostředí, pod vlivem nepříjemných událostí, zpráv a informací, např. když je indikovaná operace, hospitalizace, diagnostikované chronické či nevléčitelné onemocnění, navržené či nechtěné propuštění apod. Je to stav, kdy by terapeutická komunikace měla pomoci zvládnout tyto emoce, problémy, adaptovat se na to, co nejde změnit (chronická, nevléčitelná nemoc, porucha soběstačnosti, ztráta apod.) a také postavit se překážkám, které před člověkem stojí (Damasceno et al. 2012; Špirudová, 2015). V těchto případech člověk prochází fázemi zvládání dle Kübler Rossové a Kessler (2007) či tak, jak je uvádí Křivohlavý (1995). Přemýšlí, jak se přizpůsobit, zajistit rodinu, zaměstnání, hospodářství, vyzvednutí důchodu, ale také a na první pohled banální záležitosti, jako jsou termín u kadeřníka, pedikérky, stomatologa. Nicméně i současné studie naznačují, že v jiných zemích stav poskytování terapeutické komunikace v ošetrovatelství není ideální a „vnímaný jako efektivní“ (Damasceno et al. 2012, s. 686).

Uvedené výsledky se shodují i s následujícím poznatkem, a to, že respondenti (sestry) měli zařadit terapeutickou komunikaci do předložených vědních disciplín: medicíny, psychologie, psychiatrie, sociální péče, ošetrovatelství a sociologie. Graf 6 uvádí, že do ošetrovatelství zařadila terapeutickou komunikaci necelá polovina respondentů-sester (41,8 %), tedy v podstatě stejný počet, který uvedl, že se s termínem terapeutická

komunikace setkal. V obou případech (na teoretické i praktické úrovni) se respondenti-sestry nejčastěji s terapeutickou komunikací setkali při ošetřování nebo při studiu. Tabulka 38 ukazuje, že respondenti terapeutickou komunikaci hojně (69,9 %) zařazují do psychologie, a to nejvíce respondenti s délkou praxe 6–20 let (81,7 %). To dokládá i znaménkové schéma. Méně již respondenti do 5 let praxe (65,6 %) a s praxí 21 a více let (58,3 %). Délka praxe má vliv na zařazování terapeutické komunikace do psychologie (Personův chí-kvadrát test  $p = 0,002$ ). Překvapující je, že respondenti-sestry automaticky nezařazují tento druh komunikace do své vlastní disciplíny (41,8 %, graf 6). Jako prvořadou kategorií dovedností ve standardu Americké asociace sester kritické péče (AACN) je uvedena právě kvalifikovaná komunikace a to, že „sestra musí být zručná v komunikačních dovednostech stejně jako v klinických dovednostech“ (Zerwekh, Zerwekh Gerneau, 2015). Můžeme vysvětlit tento výsledek snad tím, že 54,7 % respondentek dosáhlo kvalifikaci na střední škole (graf 1). A také tím, že sestry terapeutickou komunikaci vnímají jako psychologickou záležitost, kterou neobhájí dostatečně silně jako atribut ošetřovatelství. Na základě těchto výsledků statisticky ***hypotézu H1 Sestry vnímají terapeutickou komunikaci častěji jako kompetenci jiných disciplín než jako součást vlastního oboru ošetřovatelství*** potvrzujeme pouze ve vztahu k délce praxe respondentů a zařazení terapeutické komunikace do disciplíny psychologie. V případě vzdělání závislost nebyla potvrzena (tabulka 38). Podobný stav ukazují i následující výsledky. Protože jsme předpokládali, že termín terapeutická komunikace je v českém ošetřovatelství méně znám, uvedli jsme v dotazníku krátké vysvětlení, které umožnilo respondentům pokračovat ve vyplňování, i když jejich první odpovědi byly záporné a nenaznačovaly znalost termínu. Úvodní otázky v dotazníku byly záměrně položeny uvedeným způsobem (odbornou terminologií) s tím, že následující jednotlivé dovednosti terapeutické komunikace budou uváděny terminologií konkrétnější, jasnější, srozumitelnější.

Zjišťovat pocity a názory na hodnoty, význam myšlenek, slov a činností je statisticky obtížné. Proto jsme pro zpracování názorů respondentů-sester na terapeutickou komunikaci použili metodu sémantického diferenciálu, který v roce 1957 vytvořil C. Osgood. Metoda umožňuje měřit psychologické významy pojmů (Chrásková, 2007; Kerlinger, 1972). V dotazníku jsme sledovali, jak vnímají respondenti-sestry vlastnosti terapeutické komunikace Potřebnost, Použitelnost, Účinnost. K těmto vlastnostem jsme přiřadili pozitivní a negativní adjektiva z hlediska tří faktorů: *hodnocení*, pozitivní –

negativní, dobrý – špatný (E – Evaluation), *síly*, moc, schopnost, možnost, (P – Potency) a *rychlosti*, aktivita, činnost, iniciativa (A – Activity) (Chráska, 2007). I přes počáteční neznalost tohoto termínu se po krátkém seznámení respondenti-sestry vyjadřovali k těmto vlastnostem vesměs s průměrným až pozitivním příklonem, jak ukazují výsledky sémantického diferenciálu (tabulky 1, 2, 3, grafy 3, 4, 5). Zjistili jsme, že potřebnost vnímají spíše jako neznámou a ojedinělou. V ostatních 12 možnostech se přiklánějí k pozitivním vlastnostem potřebnosti terapeutické komunikace. Faktory hodnocení a aktivita tohoto termínu se nacházejí z pohledu respondentů-sester kolem bodu 3, Potence pak kolem bodu 2 na sedmibodové škále, tedy pozitivní příklon. Použití se více pohybuje kolem bodu 2, a to v případě všech tří faktorů. V grafickém znázornění (graf 3) se pro použití terapeutické komunikace objevuje nejvýraznější pozitivní příklon pro termín „pomáhající a chápající“. Naopak ve směru negativním je použití terapeutické komunikace „sporadické“ (graf 3). Také účinek termínu terapeutická komunikace vidíme dle hodnocení ve třech faktorech kolem bodu 2 maximálně „povzbuzující, užitečný, potřebný, podporující a také konkrétní“. Na základě těchto vyjádření můžeme říci, že respondenti-sestry terapeutickou komunikaci vnímají pozitivně, jako potřebnou a účinnou, ale použitelnost má určitá omezení – překážky.

Kontrolní otevřenou otázkou jsme si ověřovali uvedené názory respondentů v závěru dotazníku: Jaký účinek může podle Vás terapeutická komunikace mít? Odpovědi podtrhují výše uvedené: „*Má klidný dopad na pacienta, vede ke snížení strachu, blahodárny, doufám, že pouze kladný, způsobuje lepší pocit pacienta, vede ke spolupráci, pomáhá k lepšímu uzdravování, velký význam při uzdravování, zmenšení obav, zvyšuje a navozuje důvěru, zlepšení péče o pacienta, ví, že o něj máme zájem, vede ke kratší hospitalizaci, pozitivní motivaci, spokojenost pacienta, pozitivní i negativní.*“ Slovní vyjádření respondentů-sester potvrzuje výsledky získané sémantickým diferencialem.

Po tom, co v dotazníku respondenti-sestry vyjádřili svůj názor – příklon k vlastnostem terapeutické komunikace, zajímal nás názor, resp. jejich praxe, kdy terapeutickou komunikaci používají. Zda zařazují terapeutickou komunikaci při přijetí, před propuštěním, kdykoli na přání pacienta nebo podle projevů či problémů pacienta. Graf 7 naznačuje, že by více než polovina (65,6 %) respondentů-sester terapeutickou komunikaci použila nejčastěji „kdykoli“ a 56,8 % „podle problémů pacienta“. Zajímavé

je, že podle projevů pacienta/klienta by terapeutickou komunikaci použilo jen 51,3 % respondentů. Přestože na základě projevů, které sestra zjišťuje dotazováním, pozorováním, nasloucháním, definuje ošetrovatelské diagnózy (Herdman, Kamitsuru, 2015) a realizuje efektivní intervence v rámci ošetrovatelského procesu (Bulechek et al., 2013). Projev porušené nebo změněné potřeby je třetí složkou ošetrovatelských diagnóz. Můžeme konstatovat, že pravděpodobně jen polovina respondentů-sester reaguje přímo na projevy pacientů, tedy že je tak schopna cíleně – efektivně intervenovat na potřeby klientů/pacientů (Tóthová a kol., 2014; Berman, Snyder, 2012; Trachtová, 1999, viz kapitola 1.5). To, jak vnímají respondenti-sestry „problém pacienta“ a „projev pacienta“ či rozdíl mezi těmito pojmy, jsme však nesledovali. Tak, jak je uvedeno v kapitole 1.6 Podmínky a faktory pro realizaci terapeutické komunikace, je pro aplikaci terapeutické komunikace nutné klidné prostředí a čas k navázání vzájemného vztahu a důvěry. Proto nepovažujeme za efektivní, aby tato činnost sestry byla realizována při příjmu pacienta, jak uvádí 39,4 % respondentů-sester, a to 43,1 % středoškolsky vzdělaných, 34,3 % vysokoškolsky vzdělaných sester (tabulka 6), stejně jako před propuštěním, což uvádí necelá pětina respondentů (16,9 %) (tabulka 7). Při příjmu pacienta by nejčastěji terapeutickou komunikaci použilo 51,2 % respondentů s praxí 21 a více let (tabulka 39). Na základě Personova chí-kvadrát testu ( $p = 0,024$ ) má délka praxe vliv na použití terapeutické komunikace při příjmu. V obou případech jde o náročnou situaci pro pacienta, ať už je v novém prostředí, nebo dostává mnoho nových informací a pokynů, nebo je ve stresu, jak se dostane domů a jak doma zvládne opět běžnou činnost, tak jak byl zvyklý před hospitalizací. V této situaci, kdy je požadováno a přijímáno velké množství organizačních informací, není možné vést hlubší rozhovor. Náročnou situací je i pro sestry, kdy v jeden moment zvládají a zajišťují více činností, informace předávají v běhu, ve stoje, často na chodbě. Takové situace jsou bariérou pro jakoukoli komunikaci, tím více pro aplikaci terapeutické komunikace (Šulistová, Trešlová, 2012; Kristová, 2004). Za nejvhodnější považujeme použití terapeutické komunikace na základě zjištěných problémů pacienta/klienta nebo jeho projevů (Honzák, 2015; Nykl, 2012). Odpověď „kdykoli“, kterou uvedlo 68,3 % respondentů-sester s převahou vysokoškolsky vzdělaných (72,4 %) (tabulka 8), nepovažujeme za vhodnou, protože na terapeutickou komunikaci je nutné vytvořit prostředí a dostatek času pro naslouchání a aplikaci dalších dovedností (Staňková, 1999a; Arnold, Boggs, 2003). Zde se objevuje situace, kdy si myslíme, že respondenti-sestry vyplňovali často dotazník tak, „aby uspokojili tazatele“, tak, „aby to bylo

správně“. Podmínky pro terapeutickou komunikaci také zdůrazňuje Chan et al. (2011) ve své studii kromě jiného také tím, že čas je v současné době omezenou komoditou na pracovišti a také v pracovní hantýrce často slyšíme, „není dost času“ zvláště na komunikaci s pacientem/klientem.

Přestože jsme respondenty-sestry v dotazníku stručně informovali o tom, co je terapeutická komunikace a v úvodu dotazníku (viz Příloha 1) byla informace o cíli šetření – použití terapeutické komunikace v ošetrovatelství, odpovědi respondentů-sester na otázku „Co podle Vás terapeutická komunikace obsahuje?“ byly více zaměřeny do medicínských oborů. Měli možnost jen jedné odpovědi z nabídky možností. Přesto vybrali psychoterapii (59,3 %), která není v kompetenci sestry (vyhláška č. 55/2011 Sb.), psychoanalýzu (16,1 %), která patří do kompetencí psychologa a psychiatra, a direktivní komunikaci (8,4 %), kterou je možné v ošetrovatelství použít jen ve výjimečných, specifických situacích (Kristová, 2004). Necelá polovina respondentů (48,7 %) uvedla, že terapeutická komunikace obsahuje na člověka zaměřenou péči a zhruba pětina určila z nabídky možností nedirektivní komunikaci (pouze 17,6 %) (graf 8). Nedirektivní přístup koresponduje s autory Nykl (2012), Šiffelová (2010) a Jones et al. (2012). Dále Jones et al. (2012) definují terapeutickou komunikaci jako „na pacienta zaměřený interaktivní proces, zahrnující verbální a neverbální chování a nedílnou součást pacientova zotavení“. DeVito (2001) a Burnard (1992) mluví o orientaci na druhé jako o žádoucím způsobu komunikace, která je mimo jiné charakteristickým prvkem moderního ošetrovatelství, jehož filozofií je holismus – zaměření na celistvost organismu člověka. Také některé z autorek ošetrovatelských modelů vycházejí z humanismu, holismu se zaměřením na nedirektivní přístup (viz kap. 1.4 Terapeutická komunikace v ošetrovatelských modelech). Ani tyto výsledky nejsou uspokojivé, protože nepřesvědčují o možnosti aplikace moderního ošetrovatelství ve smyslu péče zaměřené na člověka jako jednoho z atributů této disciplíny (Selvage, 1997; Staňková, 1999b; Dart 2011).

Pokud je poskytována péče se zaměřením na člověka, poskytovatelé vnímají příjemce péče jako jedinečnou bytost s porušenými či nenaplněnými potřebami, mezi které kromě základních také patří identita člověka (Joseph, Worsley, 2005). Ta může být porušena nerespektováním osoby, bezohledností a ponížením a anonymitou. Je nutné vnímat a chápat pohled pacientů/klientů na jejich vlastní stav, situaci i onemocnění. Obvykle se péče hodnotí z pohledu hotelových služeb a míry poskytnutých informací

a také toho, jaká byla komunikace personálu s pacienty (Hnilicová, Bártlová, 2000; Pochylá, 1998). Exner et al. (2005) se zabývají hodnocením poskytované péče a popisují metodu sledování spokojenosti pacientů pomocí Pickerových dimenzí. Pacient tak nehodnotí medicínský výkon, ale to, jak se cítí jako člověk v dané situaci (při přijetí, při zapojení do péče, z pohledu tělesného pohodlí, míry zapojení rodiny, míry citové opory). Vyjadřuje se tedy k tomu, co je schopen popsat a vyjádřit. Z dimenze citové opory a zmírnění strachu se sleduje strach a úzkost, které člověka oslabují stejně jako fyzické účinky nemoci. Článek Od zdravotních sester pacienti očekávají vstřícnou komunikaci (Raiter, 2010) přináší data ze šetření „Kvalita očima pacientů“ na téma spokojenosti pacientů v českých nemocnicích, který využil Pickerových dimenzí. Nadstandardně bylo hodnoceno 7 nemocnic v průměru 80–85 %. Nejhůře byla hodnocena citová opora a zmírnění strachu a také důvěra v ošetřující personál, která je výrazně ovlivněna právě úrovní komunikace v psychosociální oblasti.

Přesto za nejpodstatnější dovednosti terapeutické komunikace považují jednotliví respondenti-sestry našeho šetření ty, které právě patří do nedirektivních a jsou orientovány na klienta/pacienta, na podporu povzbuzení a snížení pocitu strachu – *„umění komunikovat, motivovat, naslouchat, příjemné vystupování, empatie, komunikace při řešení problémů, pozorování, schopnost vnímat druhého člověka, umět určit co, kdy a jak v jakou chvíli je možné říci, získat důvěru pacienta, individuální přístup k věkové kategorii, verbální neverbální projev, klást správné otázky a chtít komunikovat, trpělivost, pozitivní přístup, řídím se citem“*. Na tuto otevřenou otázku jsme získali i méně vhodné reakce – *„nepotřebuji dovednosti, nevím, aplikace léků“*.

Zda může terapeutická komunikace souviset s ošetřovatelstvím, byla kontrolní otázkou na zjištění, do jaké disciplíny respondenti-sestry zařadili ošetřovatelství. V tomto případě souvislost terapeutické komunikace s ošetřovatelstvím vyjádřilo 76,2 % respondentů (tabulka 9) na rozdíl od 41,8 % respondentů (graf 6), kteří terapeutickou komunikaci do ošetřovatelství zařadili. Zajímavé je, že tři čtvrtiny respondentů uvádí, že vnímá souvislost terapeutické komunikace s ošetřovatelstvím, přestože jen 41 % (tabulka 4) se s termínem terapeutická komunikace setkalo. Tuto změnu přisuzujeme krátkému seznámení s termínem, které jsme v dotazníku uvedli. Někteří z respondentů navíc uvedli, jakým způsobem je tato souvislost vyjádřena.



1. Informacemi: „Seznámení s průběhem léčby, vyšetřovacími metodami, získávání anamnézy, informace o pocitu pacienta, zjištění potřeb pacienta.“ 2. Působí na stav: „Ovlivňuje pacienta, somatický a psychický stav, kladné působení na pacienta, urychlí léčbu, pomáhá léčit, ošetrovatelská péče znamená i ošetření duše.“ 3. Vztahy: „Celkovou péčí, přístupem, lepší spolupráce pacienta, důvěra v péči, kontakt s pacientem, zlepšuje vztahy pacienta a ošetrovatelského personálu.“

I z toho důvodu již respondenti odpovídali tak, že vznikl dojem, že terapeutickou komunikaci znají, vědí, jak působí, vědí, jak ji aplikovat. Kapitola 1.4 Pojem terapeutická komunikace v ošetrovatelství pojednává nejen o termínu jako takovém, ale také ústy mnoha autorů popisuje účinek terapeutické komunikace poskytované sestrou i dalšími pracovníky. Hlavním cílem je zbavit pacienta/klienta napětí, strachu a úzkosti tím, že sestra vytváří atmosféru důvěry a podpory (Staňková, 1999a; Jobánková et al., 2006; Damasceno et al., 2012). V tom případě terapeutická komunikace působí motivačně, uklidňuje, zmírňuje úzkost, povzbuzuje (Marková, 2010; Dart, 2011). Aby bylo možné proces zmírnění strachu a úzkosti zahájit a vytvořit atmosféru důvěry, je nejprve nutné vybudovat určitý vztah. Jones et al. (2012, s. 635) používají pro tuto situaci slovo rapport a definují jej jako „ošetrovatelské intervence, které zmírňují distres člověka; týkajících se aktivního zájmu o druhé; víru v hodnotu, důstojnost, jedinečnost a nezaměnitelnost každé jednotlivé lidské bytosti; a akceptace nehodnotícího (neodsuzujícího) přístupu“. Vybíral (2005) vnímá rapport spíše jako hodnotu (kvalitu) rozhovoru, nikoli vztahu. Nicméně dále definuje rapport jako činnost odborníka, který vytváří svými činnostmi (dovednostmi) takovou situaci (atmosféru), kde se člověk cítí dobře. Cílem takových činností je uvolnění, spontánní vyjádření myšlenek a pocitů. Mezi účinné dovednosti – techniky rozhovoru Vybíral (2005) uvádí projevy vlídnosti, trpělivosti, klidu, respektu, vstřícnosti, shovívavosti, pochopení a empatie.

Také poskytnutí informací může člověka v nejisté situaci uklidnit i povzbudit. Pak ovšem záleží na tom, v jaké situaci (kontextu) a jakým způsobem je informace podána, aby ji člověk mohl vnímat, přijmout, zpracovat a reagovat na ni, eventuálně ji využít (Venglářová, Mahrová, 2006). Burnard (2003, s. 678) se věnuje v této souvislosti fatické komunikaci, kdy i obyčejný hovor může mít povzbuzující, terapeutický účinek, protože umožňuje navázat vztah tím, že vyjadřuje zájem o druhé. („Vím, že jsi tu.“ „Uznávám tě a Tvoji přítomnost.“ „Důvěřujeme si navzájem.“ Respondenti (sestry), kteří měli možnost nabídky, uvedli, že účinek terapeutické komunikace je uklidňující

(90,8 %), povzbuzující (83,2 %), motivující (63,0 %) a informační (52,2 %) (graf 10). Toto je zřejmé i z kontingenční tabulky 10, která uvádí, že 63,1 % respondentů považuje účinek terapeutické komunikace při péči za motivující a 92,0 % respondentů za uklidňující (tabulka 11). V obou případech vidíme jen mírný rozdíl v názoru sester podle jejich vzdělání. Tomuto výsledku můžeme rozumět tak, že sestry vnímají terapeutickou komunikaci jako uklidňující nástroj, méně pak jako prostředek, který má dodat energii pro změnu v procesu adaptace (Jobánková et al., 2006) či vyvolat změny v chování a jednání člověka, což přispívá k dosažení cíle (Kristová, 2004; Špirudová, 2015; Honzák, 2015). Délka praxe má vliv na vyjádření respondentů-sester o motivujícím účinku terapeutické komunikace (Personův chí-kvadrát test  $p = 0,009$ ) (tabulka 98). Nejčastěji se takto vyjádřili respondenti-sestry pracující do 5 let (75,4 %), následně 65,4 % pracujících 6–20 let (tabulka 40).

Je zajímavé, že když měli respondenti-sestry možnost volně se vyjádřit k tomu, jak může terapeutická komunikace souviset s ošetřovatelstvím, získali jsme velké množství jejich reakcí. Ty korespondují s výsledky autorů již vícekrát citovaných v teoretické části, a to „vytváří, navazuje a zlepšuje vztah, přístup, posiluje somatický a psychický stav, pomáhá léčit, je to ošetřovatelský postup, podporuje, vytváří atmosféru důvěry, povzbuzuje, zvyšuje pohodu, snižuje obavy, vede k lepšímu poznání pacienta, pomáhá překonat stres, motivuje, zlepšuje spolupráci, uspokojuje psychosociální potřeby, pomáhá se vyrovnat se situací, získá pocit bezpečí“.

Jak je zřejmé z výsledků v tabulkách 4 a 5, resp. na základě Fisherova exaktního testu  $p = 0,003$  a  $p = 0,013$  (tabulka 98), má vzdělání vliv na to, zda se respondenti-sestry setkali s termínem terapeutická komunikace teoreticky, či v praxi. Zajímali jsme se o to, kdy získali respondenti-sestry charakteristické dovednosti terapeutické komunikace. Přestože jen 20,1 % z celkového počtu je získalo v průběhu kvalifikačního studia (tabulka 12), dle znaménkového schématu velmi významně tak tomu bylo u vysokoškolsky vzdělaných sester (34,3 %). I zde je vliv vzdělání na proměnnou vysoce významný na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,000$ ) (tabulka 98). Ojedinele se v možnosti „jiné“ objevila odpověď, že uvedené dovednosti respondenti získali „praxí u lůžka, dlouholetou praxí, zájmem o potřeby pacienta, intuitivně“. I délka praxe má vliv na získání dovedností terapeutické komunikace; 32,8 % respondentů-sester pracujících do 5 let nabylo tyto dovednosti v kvalifikačním studiu, 16,3 % pracujících 6–20 let a jen 15,5 % pracujících 21 a více let (tabulka 41). Za

předpokladu, že terapeutická komunikace je nezbytnou výbavou sestry (Burnard, 2001; Beran, 1997; Venglářová, Mahrová, 2006), jsou výsledky spíše podprůměrné. Naznačují také, že tato ošetrovatelská komunikační dovednost není a nemůže být v působení sestry běžná.

Sledovali jsme, zda podle názoru respondentů-sester došlo ke změně jejich dovedností pro terapeutickou komunikaci podle toho, jak je hodnotili po ukončení studia a po době, kterou působili v praxi. Za významnější výsledek můžeme považovat úroveň dřívějších dovedností – po ukončení studia, a to na základě Pearsonova chí-kvadrát testu  $p = 0,000$  (tabulka 98), kdy velmi dobrou úroveň uvedlo 13,2 % středoškolsky vzdělaných a 36,2 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů, jako žádnou úroveň terapeutické komunikace uvedlo 24,3 % středoškolsky vzdělaných respondentů a 15,2 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů (tabulka 13). Necelá polovina respondentů uvádí (tabulka 14), že jejich současná úroveň terapeutické komunikace je výborná, a to 37,5 % středoškolsky a 52,4 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Podobný výsledek nacházíme v tabulce 15, ve které 22,9 % respondentů přiznává, že nemá ani teoretické ani praktické dovednosti terapeutické komunikace, a to 29,2 % středoškolsky vzdělaných a 14,3 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů. I zde má vzdělání vliv na to, zda respondenti-sestry vnímají rozdíl mezi teoretickými a praktickými dovednostmi v případě, že vybrali možnost, že „nemám žádnou z nich“. To naznačuje Fisherův exaktní test ( $p = 0,006$ ) (tabulka 98). V kontingenčních tabulkách 42 a 43 je evidentní, že čím kratší doba praxe, tím vyšší úroveň svých dovedností terapeutické komunikace respondenti uváděli. V tomto případě sice převažují v pozitivním světle vysokoškolsky vzdělané sestry, ale opět bychom předpokládali a přáli si, aby se vysokoškolsky vzdělané sestry cítily více jistě a vnímaly svoje dovednosti terapeutické komunikace častěji jako výborné. Je s podivem, že vysokoškolsky vzdělané sestry mohou uvést takovou míru nedostatku v komunikačních dovednostech, jako by se při studiu s touto problematikou vůbec nesetkaly. Nicméně další výsledky ukázaly, že sestry s kratší dobou praxe, tedy krátce po ukončení vysokoškolského studia, mají vyšší úroveň svých komunikačních dovedností. Kontrolní otázka nezjišťovala úroveň, ale přímo to, zda respondenti-sestry ovládají terapeutickou komunikaci. To, že teoretické znalosti ovládá, uvedlo 16,5 % respondentů (tabulka 34). Ovládání praktických dovedností terapeutické komunikace uvedlo již více respondentů (58,6 %), a to 65,7 % vysokoškolsky a 53,5 % středoškolsky vzdělaných respondentů (tabulka 35). Uvedené výsledky zaměřené na

znalosti a dovednosti sester a na to, jak je nabyly, vedou k otázce a zamyšlení, jak efektivní je výuka komunikace ve vzdělávacích programech a jak by bylo možné ji zkvalitnit, aby byla ve prospěch klientů/pacientů i pro zlepšení pohledu na profesi ošetrovatelství a její image. To, že výuka komunikace a terapeutické komunikace je problematická nejen v České republice, zjišťujeme i z mnoha výzkumných prací uvedených v databázích. Například Steckler (2012) ve své disertační práci odhaluje problémy, nedostatky a překážky dosažení výsledků učení a aplikaci dovedností komunikace v praxi. Analyzuje výsledky realizace kurikula nazvaného podle Wittenbergové-Lyles et al. COMFORT (v angličtině pohodlí, potěšit), což je akronym obsahující 7 témat v rámci vzdělávacího kurzu. Z názvu je zřejmé, že jde o přímou práci s konkrétní realitou, se kterou se mají studenti setkat a posléze na ni být připraveni. C – komfort, O – orientace a možnost, M – pozornost, vnímavost, F – rodina, O – mít přehled, R – opakování a rozhodně přizpůsobivé zprávy, T – tým. Jak je vidět, jde o zajištění příjemného prostředí pro efektivní vyučovací proces a také o práci s osobností studenta a prostředím, ve kterém žije, a o práci s osobami v týmu. V neposlední řadě tento přístup zdůrazňuje požadavky kladené na studenta. Další otázkou je, zda máme vnímat tuto průměrnou až podprůměrnou úroveň jako důsledek selhání jedinců, managementu nebo systému.

S ohledem na zkušenosti respondentů-sester, které jsme získali jejich odpověďmi, nás zajímalo, co by upřednostnili při výběru vzdělávacích kurzů, školení či seminářů: 51,30 % respondentů dalo přednost osvojení si teoretických znalostí i praktických dovedností, 35,2 % nácviku praktických dovedností, 8,8 % by upřednostnilo teoretické znalosti a 6,20 % respondentů nemá zájem ani o teoretické znalosti, ani o praktické dovednosti (graf 10); 32,6 % respondentů se středoškolským vzděláním a 43,8 % s vysokoškolským vzděláním by dalo přednost nácviku praktických dovedností pro aplikaci terapeutické komunikace (tabulka 16). Nejvíce respondentů, kteří by upřednostnili školení zaměřené na nácvik praktických dovedností, má praxi do 5 let (41,0 %) (tabulka 44). Ukazuje se, že i když respondenti-sestry s praxí do 5 let mají více znalostí o terapeutické komunikaci, stále mají potřebu se v praktických dovednostech zdokonalovat. Respondenti, kteří by chtěli rozšířit svoje vzdělání, to odůvodnili tím, že „chtějí mít spokojeného pacienta“ (54,9 %), pro 41,8 % by to znamenalo zvýšení kvality ošetrovatelské péče, 15,4 % by tím chtělo získat dovednosti pro saturaci potřeb pacientů a zvýšení image ošetrovatelství by to přineslo 6,6 % respondentům (graf 11).

V nabídce „jiné“ v této otázce jsme získali několik pozitivních i velmi negativních názorů: „Získat nové informace pro praxi, umět utěšit, ráda bych podpořila a pomohla slovem, není to ale tak jednoduché, zvýšení platů, umím to sama, HA HA, nemám zájem, nepotřebuji kurz.“ Vidíme, že zájem o vzdělání a zkvalitnění vlastních dovedností a znalostí respondenti mají. Znamená to také, že pochybují nebo že si uvědomují nedostatky v poskytování této intervence. Ukazuje se, že použití praktické dovednosti terapeutické komunikace pro sestry v praxi je obtížné realizovat, ať už pro neznalost nebo pro podmínky, které k uplatnění svých znalostí a dovedností i v uvedené malé míře mají. V koncepci ošetrovatelství (Věstníku č. 9, MZČR, 2004) i v Etickém kodexu sester je zmíněna důležitost celoživotního vzdělávání. V rámci akreditací zdravotnických zařízení je také nutné vykazovat vzdělávací akce. Témata vzdělávacích akcí jsou rozmanitá a týkají se také komunikace. Všeobecně jsou však z didaktického hlediska zaměřena teoreticky, poskytovaná frontálním způsobem. To znamená, že nemohou být příliš efektivní ani motivační. Na druhé straně je potěšující, že respondenti-sestry vyjadřují potřebu mít především „spokojeného pacienta“ (54,9 %) (graf 11) i přes náročnost jejich práce. Venglářová a kol. (2011) i Marková (2010) zdůrazňují, že právě spokojenost pacientů, jejich prospívání a uzdravování je pro sestry důležitým faktorem, který má vliv na vznik syndromu vyhoření.

Protože jsme předpokládali, že respondenti-sestry nebudou příliš obeznámeni s termínem terapeutická komunikace, nabídli jsme v dotazníku základní dovednosti terapeutické komunikace otázkou: „Jakým způsobem aplikujete dovednosti terapeutické komunikace svým pacientům?“ Graf 12 předkládá, že nejčastěji zastoupené dovednosti aplikované sestrami v praxi jsou v 72,2 % naslouchání, v 71,1 % vysvětlování, v 69,6 % podávání informací, ve 41,0 % pozorování, ve 35,5 % pokládání otázek a 7,30 % respondentů neaplikuje dovednosti terapeutické komunikace žádným způsobem. Při sledování jednotlivých dovedností a srovnání dvou skupin vzdělání respondentů jsme zjistili následující rozdíly. Z pěti uvedených dovedností jsou signifikantní výsledky u dovednosti „naslouchání“ na základě Fisherova exaktního testu ( $p = 0,018$ ) a „pokládání otázek“ – Fisherův exaktní test ( $p = 0,016$ ) (tabulka 98). V kontingenčních tabulkách procentuálně častěji respondenti-sestry uvádějí, že aplikují naslouchání (75,1 %), (tabulka 18), vysvětlování (73,1 %) (tabulka 17) a následně pozorování (43,8 %) (tabulka 20). Nejméně sestry používají kladení otázek (35,7 %) (tabulka 19). Ve všech případech vysokoškolsky vzdělané sestry uvádějí častěji než středoškolsky

vzdělané sestry aplikaci těchto dovedností. Významnost tohoto naznačuje znaménkové schéma v tabulkách 18 a 19. To také potvrzují výsledky v tabulkách 45, 46, 47, kde vidíme nejvyšší zastoupení použití nasloucháním, pokládáním otázek a pozorováním právě respondenty s praxí do 5 let, což jsou sestry, které získaly způsobilost k výkonu povolání již na jiných než středních školách. V možnosti „jiné“ jsme získali názory, že poskytují terapeutickou komunikaci „*vzájemnou komunikací, podporou, názornou ukázkou, osobním zájmem o pacienta, ale dodnes jsem tomu neříkala terapeutická komunikace*“. Na základě uvedených výsledků **hypotéza H3 Sestry naplňují terapeutickou komunikaci častěji formou poskytování informací než jejími charakteristickými dovednostmi** nebyla potvrzena.

Respondenti-sestry sice naslouchají, ale je to v rozporu s tím, že podle respondentů-pacientů by sestry měly „více naslouchat“ (23,7 %) (tabulka 58), „reagovat na to, co říkám“ (49,1 %) (tabulka 60) a „nechat mne hovořit“ (18,3 %) (tabulka 62). Znamená to tedy, že uvedené naslouchání není efektivní. Přesto je nutné zmínit nedostatečnou úroveň charakteristických dovedností terapeutické komunikace, kterými jsou především kladení otázek a naslouchání, „Ten, kdo dobře naslouchá, může poskytnout útěchu, vzpruhu uklidnění a odlehčení zátěže, tíživého břemene“ (Rosenberg, Gallo-Silver, 2011, s. 7). Takové dotazování nevnučuje tázanému představy, názory ale naznačují nové pohledy na situaci, událost a možné způsoby, jak se zachovat. Tyto otázky nelze předem přesně připravit, protože vyplývají z bezprostřední konverzace s druhým člověkem (Vybíral, 2005; Nykl, 2012).

Poskytování informací klientům/pacientům do činností v ošetrovatelském procesu sester jistě patří. Je to adekvátní intervence (Bulechek et al. 2013) v případě ošetrovatelských diagnóz Nedostatečné znalosti, Zhoršená paměť (Herdman, Kamitsuru, 2015) v situacích, kdy sestra klienta/pacienta informuje o nových skutečnostech nebo zajišťuje jeho orientaci. V terapeutické komunikaci nehraje poskytování informací tak zásadní roli jako ostatní dovednosti. A to z toho důvodu, že prosté podání informace nevede tak účinně k navázání vztahu, důvěry, spolupráce, nemusí přinést dostatečnou motivaci, podporu a povzbuzení. Sdělená informace vede člověka k jejímu zpracování. V tomto procesu, podle druhu informace a především podle způsobu sdělení, místa a situace, kdy k předání informace dochází, člověk prožívá určité negativní či pozitivní emoce. Až poté, v následné fázi komunikace může (podle projevů klienta/pacienta) být uvažováno o poskytnutí terapeutické komunikace (Marková, 2010). Odpověď i názor respondentů-

sester s tímto teoretickým základem koresponduje v 57,5 %, kdy sestry vnímají rozdíl mezi terapeutickou komunikací a poskytováním informací (tabulka 21). Přestože tento výsledek jen mírně přesahuje názor poloviny respondentů, za příznivé považujeme slovní vyjádření v otevřené otázce, které sděluje, jaký rozdíl respondenti vnímají.

1. Se zaměřením na informace: *„Ne – neznám, překrývají se, zaměření na danou diagnózu, málo času, nedostatek času, čas stačí jen na poskytnutí informací, o dodržování životosprávy, není velký rozdíl, téměř stejný, i poskytnutí informace může patřit do terapeutické komunikace, souvisejí spolu, je celková péče, snažím se informovat pacienta co nejvíce, informace jsou poskytovány bez subjektivního zaměření, poskytování informací je strohé, neosobní, poskytování informací je jednostranné, podání informací je nic nezjišťující, rozdíl existuje pouze teoreticky, u informací chybí naslouchání a řešení jeho problémů, každá informace může mít terapeutický účinek, dostatek informací vede k minimalizaci strachu, informace si najde sám, záleží jak to kdo podá, pouze informuji.“*

2. Se zaměřením na terapeutickou komunikaci: *„Terapeutická komunikace pomáhá pacientům řešit jejich problémy, snižuje obavy, vytváří důvěru a podporu a snižuje strach, vzájemný dialog, zpětná vazba, vyjadřuje empatii, citlivý přístup, citové zabarvení, spokojenost pacienta, podrobný rozhovor s léčebným účinkem, psychoterapeutický, porozumění, povzbuzení, terapeutická komunikace je zpětnou vazbou pro oba zúčastněné, zapojením pochopení citů oproti téměř jednostrannému podání informací, sestra je blíže pacientovi, vzájemná důvěra, podrobnější, léčebné, téměř stejný, terapeutická komunikace vychází z potřeb pacienta, pacient je klidnější, je více osobní, terapeutická komunikace je naslouchání pacientovi, terapeutická komunikace není pasivní, cítí se lépe, terapeutická komunikace je zaměřená na osobu, pomůže překonat problémy, zajímá se více o pacienta, interaktivní proces, motivuje, konejší, při terapeutické komunikaci hovoří více pacient, osobní přístup, terapeutická komunikace posiluje pacienta ve všech směrech, je oboustranná, ptám se na pocity, pozoruji emoce, porozumění, záleží, jak informace podám a jak je rozvíjím vzhledem k pacientovi, není tak chudá jako pouhé informace, aktivní zapojení pacienta, sblíživší, více účinnější, povzbuzení, pomáhá vyrovnat se se situací.“*

Jednoznačnou odpověď jsme získali v případě, když jsme se chtěli ujistit o tom, jak respondenti-sestry rozumějí termínu terapeutická komunikace. V současné době

(i z důvodu nedostatku času) je pacientům předáváno množství informací pomocí informačních letáků a brožur, tedy písemnou formou s tím, že jejich souhlas a porozumění stvrzují podpisem. Tuto formu by do terapeutické komunikace nezařadilo 77,3 % respondentů-sester. Nicméně dále by do terapeutické komunikace nezařadilo pozorování 10,2 % respondentů, 5,4 % podávání informací, 2,6 % nabízení pomoci, 2,0 % vysvětlování a 2,5 % respondentů by nezařadilo do terapeutické komunikace naslouchání (graf 15). V podstatě ve stejném poměru se k nezařazení informačního letáku do terapeutické komunikace vyjádřili respondenti-sestry vysokoškolsky a středoškolsky vzdělané (80,0 %; 80,6 %) (tabulka 25). Informovat pacienty formou informovaných souhlasů o hospitalizaci, právech pacienta, anestezii, operačním výkonu, vyšetřovacích metodách, možnosti použití omezovacích prostředků, podání transfuze a dalším je požadováno managementem i akreditační komisí. Je to nezbytná rutina, kterou se preventivně chrání zdravotnické zařízení a naplňují tím práva pacientů. K tomu, aby toto množství informací pomohlo zklidnit, podpořit a posílit pacienta, by bylo vhodné soubor potřebných informací pacientům předat v předstihu, aby si doma v klidu tyto informace přečetli, připravili dotazy a dobře se orientovali v tom, na co se připravit a co je čeká. Bylo by to eventuálně možné v případě plánovaných příjmů. V současné době je tento systém (kromě zahraničí) spíše používán v soukromých zařízeních a klinikách jednodenní chirurgie. Takže předání souboru informací při příjmu pacienta nelze, jak už jsme zmiňovali, považovat za terapeutickou komunikaci.

Ošetřovatelství patří mezi pomáhající profese, terapeutická komunikace má pomoci příjemcům dodat energii, posílit a povzbudit je zvládnout a překlenout obtížnou situaci. Kozierová et al. (1995) vztah mezi sestrou a pacientem popisují jako mezilidský, terapeutický či vztah pomoci. Mluvíme-li o pomoci, je nutné se nad tímto termínem zamyslet. Co znamená? Má pozitivní, či negativní význam? Mohli bychom jednoznačně říci, že samozřejmě pozitivní. Ovšem z pohledu klienta/pacienta to tak jednoznačně být nemusí. Role pacienta v naší zemi je stále spíše podřízená. Pacient je omezen ve svých sociálních rolích a často i ve své autonomii – rozhodování. Přijímat pomoc může také znamenat být na ní závislý, přijímat milosrdnou pomoc či cítit se podřadný. Způsob, jakým je pomoc poskytována, může vyjadřovat paternalistický přístup, direktivní nařizování či kontrolu (Moe et al., 2013). Kraus (2008, s. 135) definuje pomoc jako „aktivní účast při řešení konkrétní životní situace, a to s konkrétním cílem, který vyplývá z daného ohrožení nebo nouze. Je to soubor činností, kterými se snažíme



kompenzovat odhalené nedostatky, tj. aktivizovat člověka a pomáhat mu zajistit sociální i psychickou stabilitu a sociální nezávislost, tedy zkvalitnit jeho život“. Proto, aby pomoc byla vnímaná klienty/pacienty pozitivními emocemi, je nutné, aby sestry vnímaly, v jaké situaci se klient/pacient nachází, jak se cítí a v první řadě pomoc nejdříve nabídly, aby se klient/pacient mohl sám rozhodnout, zda ji přijme, či nikoli (Hewestone, Strobe, 2006; Úlehla, 2007).

V souvislosti s metodou práce sestry – ošetrovatelským procesem, kdy sestra pomáhá pacientovi v procesu zvládnání životních těžkostí vzniklých v souvislosti s onemocněním, hospitalizací, ale i ve zdraví, jsme se ptali, zda respondenti-sestry sami nabízejí terapeutickou komunikaci klientům/respondentům. Je totiž možné, že ne každý člověk, i přes profesionální přístup a snahu poskytovatele péče, se chce otevřít, vyjádřit své obavy či odpovídat na otázky. Tím spíše, když je pacient v novém prostředí a setkává se s novými – cizími lidmi. Toto je nutné respektovat jako právo pacienta; 42,9 % respondentů-sester možnost terapeutické komunikace nabízí (tabulka 22). Sledovali jsme také důvody, které brání nebo nedovolí terapeutickou komunikaci nabízet. Výsledky přináší graf 13. Respondenti-sestry měli možnost označit více důvodů: 27,8 % respondentů nenabízí terapeutickou komunikaci proto, že „na to nemají čas“, že „na to pacienti nejsou zvyklí“ (24,50 %), „nevědí, jak to mají dělat“ (15,80 %), proto, že to „pacienti nevyžadují“ (13,90 %), „nadřazení to od nich nevyžadují“ (3,70 %), protože to „pacienti nepotřebují“ (1,80 %), „nepatří to do jejich práce“ (1,10 %) a 1,10 % respondentů „neví, proč by mělo nabízet terapeutickou komunikaci“. Kontingenční tabulka 23 uvádí, že 26,9 % respondentů-sester vidí, že hlavním důvodem nenabízení terapeutické komunikace je to, že „sestra nemá čas“. Výsledky vedou k zamyšlení, kde a jak by bylo možné neuspokojivý stav napravit. A to nejen v oblasti vzdělávání, aby si sestry uvědomily a naučily se „jak to dělat“, ale především aby si uvědomovaly pacienta/klienta jako člověka, aby ho poznávaly, a tak věděly, co potřebuje. Tedy aby sestry věděly, jak vést pacienta k tomu, na co má nárok, co může využívat, pokud s tím není seznámen a vlivem historického či kulturního vývoje na to není zvyklý. A aby sestry využívaly atribut aktivního ošetrovatelství a nabízely možnosti pacientům (Bužgová, Plevová, 2011). V neposlední řadě by management měl mít zájem na tom, aby sestry realizovaly ošetrovatelský proces se všemi intervencemi, které mu přísluší, a zajistil sestřím podmínky k jeho realizaci (Tóthová a kol., 2014). Na základě Fisherova exaktního testu  $p = 0,014$  (tabulka 98) je potvrzen vliv vzdělání

na tento názor. Tím je verifikována **hypotéza H7** *Překážkou pro realizaci terapeutické komunikace je spíše čas, který sestry mohou této dovednosti věnovat, než že by terapeutickou komunikaci pacienti nepotřebovali*. Tato hypotéza je platná pro respondenty (sestry) vysokoškolsky vzdělané. Znaménkový test ukazuje výrazně častější vyjádření vysokoškolsky vzdělaných sester (35,2 %) než středoškolsky vzdělaných sester (20,8 %). To, že k nabízení terapeutické komunikace není čas, nejčastěji uvádějí respondenti s praxí do 5 let (32,8 %) a nejméně často respondenti pracující 21 a více let (19,0 %) (tabulka 48). Shrnutím názorů respondentů-sester zjistíme, že hlavní bariérou k nabízení terapeutické komunikace spočívá v nedostatku času, v sestřích – neovládání této dovednosti, pacientovi/klientovi a managementu. Tím, že je nutné, aby sestra měla možnost s pacienty hovořit, se zabývá Prezidium České asociace sester (2014) v reakci na článek „Chybí zdravotní sestry, které by s pacientem hovořily“. Jedná se o polemiku způsobu pregraduálního vzdělávání sester a množství dokumentace, které dle autorů zabírá sestře čas, jenž by jinak mohla pacientovi věnovat. V otevřené podotázce respondenti-sestry uvedli, že nenabízejí terapeutickou komunikaci, protože „*situace tomu neodpovídá, pacientům je celkem jedno, co je terapeutická komunikace, nikdy jsem nebyla proškolená, pacient kope, plive, nadává, řve, láme mi ruce, překusuje kabel od monitoru, nenabízíme, rovnou poskytujeme*“. Tímto výsledkem se otevírá pole, kam je možné zaměřit úsilí pro zlepšení, a to v edukaci nejen v průběhu kvalifikačního studia, ale i sester v praxi, managementu a také pacientů, kteří na tento nový způsob spolupráce, přístupu a pomoci v současné době ještě nejsou zvyklí. S podivem je, že management o tuto problematiku, resp. kompetenci sester nemá významnější zájem. A to přesto, že komunikace je jednou z oblastí sledovanou při hodnocení kvality poskytované péče (Raiter, 2010; Exner et al., 2005).

Polovina respondentů-sester terapeutickou komunikaci nenabízí (tabulka 22) a 78,8 % respondentů nečeká na vyzvání pacienta/klienta, aby mohlo realizovat terapeutickou komunikaci (tabulka 24). Tato informace však neříká nic o tom, proč na vyzvání od pacienta nečekají. Můžeme se domnívat, že je to z důvodu, že sestry nemají čas, že terapeutickou komunikaci neovládají, jak dokládají výše uvedené výsledky, že nedají prostor pro pacientovu žádost, nebo že vědí, že pacienti neznají takovou možnost. To však uvádí čtvrtina respondentů-sester (25,7 %) v přibližně stejném zastoupení vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaných sester (tabulka 27). Je možné se také

domnívat, že ji nenabízejí, protože ji rovnou aplikují. Mezi další výraznější důvody nepožádání pacientů o terapeutickou komunikaci sestru je uveden dle respondentů-sester ostých pacientů o to požádat (31,7 %). Tento názor vyjadřuje více vysokoškolsky vzdělaných respondentů (tabulka 26). Vidíme zde také rozpor v tom, když respondenti-sestry uvedli, že v rámci terapeutické komunikace naslouchají (tabulka 18). Můžeme se domnívat, že neslyší potřebu pacientů o tuto intervenci, což ostatně respondenti-pacienti potvrdili (tabulka 58). Kdyby aktivně naslouchali, měli by reagovat a nabízet terapeutickou komunikaci. I proto možná jen 13,1 % respondentů-sester pracujících do 5 let si myslí, že důvodem nepožádání pacientů o terapeutickou komunikaci sestru je ostých pacientů/klientů na rozdíl od obou dalších skupin s delší dobou praxe (30 %) – Pearsonův chí-kvadrát test  $p = 0,035$  (tabulky 49, 98). Myslíme si, že by pacient/klient neměl mít ostých se na cokoli zeptat, protože tím snižuje svoji nejistotu a obavy. Proto se nabízí také možnost komunikovat s pacienty/klienty tak, aby se jejich ostých snížil aktivnějším přístupem sester. Požadavek „více se sama ptát na to, co mne trápí“ uvádí 21,9 % respondentů-pacientů (tabulka 61). Tomu však podle výsledků brání především nedostatek času. Sami respondenti-pacienti říkají, že důvodem k nepožádání o terapeutickou komunikaci sestru je jejich ostých (23,1 %) (tabulka 68) a v 52,7 % je důvodem, že sestra nemá čas (tabulka 67) a také zaneprázdněnost sestry (62,1 %) (tabulka 72). Jen 14,2 % respondentů-pacientů uvedlo, že pacienti tento ostých nemají (tabulka 73). Slovní vyjádření několika respondentů-sester přináší zajímavé rozdílné názory: „*Snažím se komunikovat vždy dle situace a pacientových potřeb a času, praktikujeme to i bez odborného označení. Není třeba to nabízet jako v amerických filmech – ‚Chcete si o tom promluvit?‘*“

V případě, že respondenti-sestry nenabízejí terapeutickou komunikaci, jsme se zajímali o to, jak často se setkávají s tím, že by pacient/klient požadoval po sestře terapeutickou komunikaci. Reakce sester přináší graf 14: 0,4 % respondentů se setkává s touto žádostí od pacientů/klientů, 46,2 % velmi často, 27,4 % ojediněle a 22,7 % respondentů se s takovou žádostí od pacienta/klienta nikdy neseťkalo; 3,3 % respondentů se vůbec nevyjádřilo. I když se respondenti-sestry s požadavkem setkávají, zájem a míra potřeby o tuto komunikaci je z pohledu pacientů celkem vysoká. Tabulka 69 ukazuje, že 35,5 % respondentů-pacientů má zájem a více než polovina udává míru zájmu silnou (51,9 %) a 16,7 % (tabulka 71) velmi silnou potřebu v poskytnutí terapeutické komunikace.

Rozdíl v odpovědích sester a pacientů opět vidíme v nedostatečné dovednosti naslouchání a pozorování, kdy sestry nereagují na to, co pacienti říkají (tabulka 60).

Kontrolní otázkou jsme zjišťovali, zda si respondenti-sestry myslí, že pacienti/klienti terapeutickou komunikaci požadují. Výsledky si odporují. Výsledek se liší od toho, zda se respondenti-sestry s touto prosbou setkávají. Setkává se s ní necelá polovina, ale jen 29,3 % respondentů-sester si myslí, že ji pacienti/klienti požadují, a to 28,5 % středoškolsky vzdělaných a 30,5 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů (tabulka 33). Zajímavý je tedy rozdíl v tom, že se respondenti-sestry více setkávají s tím, že by pacient/klient po sestře terapeutickou komunikaci požadoval, než že si to respondenti-sestry myslí. To znamená, že o této možnosti potřeby pacienta/klienta neuvažují! Přesto si 77,5 % respondentů-sester myslí, že pacienti/klienti terapeutickou komunikaci potřebují, a to 80 % vysokoškolsky a 75,7 % středoškolsky vzdělaných respondentů (tabulka 32). Bez ohledu na délku praxe si 70–80 % respondentů myslí, že pacienti/klienti terapeutickou komunikaci potřebují (tabulka 50). To, že pacienti/klienti terapeutickou komunikaci potřebují, nalezneme v odpovědích respondentů-pacientů na několik položených otázek. Protože za nejpodstatnější z komunikace sester považují „její přístup ke mně“ (58,6 %) (graf 19) a také to, že 74,6 % respondentů-pacientů může způsob komunikace sestry pomoci v jejich situaci (tabulka 56). Pozitivní přístup je provázen aktivitou, nabízením pomoci, nasloucháním, kladením otázek a reakcí na to, co sestra vidí a slyší, i to, co vyřčeno není, resp. se skrývá za tím, co řečeno bylo a je nějakým způsobem doprovázeno i neverbálně (Venglářová, Mahrová, 2006; Marková, 2010). Další důvody, které respondenti-sestry vidí v tom, že pacienti/klienti nevyžadují od sester terapeutickou komunikaci, vyjádřili v otevřené otázce: „*Neznalost této problematiky, čas, prostor, stud, ostych, neví o ní, že existuje, kratší doba hospitalizace, pacienti většinou komunikaci vyžadují, ale asi neví, že je také ,terapeutická‘, generační rozdíly, introvert, strach se zeptat, neochota některých sester, nepokládají to za důležité, nechtějí obtěžovat, nedostatek informací.*“ Můžeme tedy důvody kategorizovat na nedostatek znalostí, individuální přístup, emoce a osobnostní předpoklady.

Protože jsme předpokládali, že hlavní překážkou pro realizaci terapeutické komunikace bude nedostatek času (Trešlová, 2012), zařadili jsme do dotazníku přímou otázku. Často jsme i v jiných otázkách a otevřených podotázkách získali odpověď, která obhájí nedostatečnou realizaci terapeutické komunikace nedostatkem času. Odpovědi na problematiku překážek pro realizaci či možnosti realizace jsou velmi rozdílné – od

minima po maximum času, od individuální potřeby pacienta přes žádný čas až po poskytování terapeutické komunikace po celou směnu, či že čas nelze určit. Volně se respondenti-sestry vyjádřili k problematice času a poskytování terapeutické komunikace takto: „*Různě, nevím, hodinu denně, 2 hodiny, dle možností, podle času, podle situace, 2–3 minuty, 10 minut, 20 minut, 30 minut, 50 minut, 5–10 minut, čas nejde vymezit, málo, jak s kým, průběžně při směně, při každém rozhovoru, kolik mohu, 2–3 minuty, 11, 10–15 minut, dle stavu, průběžně, kolik pacient potřebuje, podle toho, jak chápe, nevím, podle případu, co nejvíce, jak na co, JIP – celou službu, záleží na množství práce, 1/3 pracovní doby.*“ Za vhodné odpovědi pro účinnou terapeutickou komunikaci bychom mohli považovat vyjádření o individuálním přístupu a podle potřeby pacienta/klienta a také to, že nejde čas přesně určit a vymezit. V ostatních odpovědích vidíme spíše překážku k realizaci, protože nenaplnují principy aplikace takových dovedností. Pokud má být terapeutická komunikace účinná, musí splňovat zásady (Stickley, Freshwater, 2006; Dart, 2011). K jejich realizaci je nezbytně nutný čas – dát klientovi/pacientovi prostor pro otevření se a vyjádření (Vybíral, 2005; Venglářová, Mahrová, 2006; Svatošová, 2012; Chan et al., 2011). Aby sestra mohla poskytnout terapeutickou komunikaci, musí využít empatického porozumění, přijetí, upevnění a ověření zkušenosti člověka, se kterým pracuje (Miller, 1989).

Bez ohledu na uvedené reálné překážky pro aplikaci terapeutické komunikace by v případě ideálních podmínek 83,2 % respondentů-sester mělo chuť terapeutickou komunikaci realizovat (tabulka 28). Respondenti-sestry vyjadřovali v podotázce důvody, proč by chtěli terapeutickou komunikaci realizovat. Z uvedeného jsme si všimli silné potřeby respondentů mít spokojeného pacienta/klienta: „*Klidný dopad na pacienta, více informovaný pacient, snížení strachu, pro spokojenost, pomoc v komunikaci s pacientem, lepší spolupráce, zlepšilo by to efektivitu mojí práce a spokojenost pacienta, pacienti chtějí více komunikovat s někým o svém problému, dostatek informací pro pacienta, zvýšení důvěry v sestru, pomáhá pacientovi lépe snášet léčbu, prospívá pacientovi, zkvalitnění péče, spokojená sestra i pacient, lepší získání anamnézy, lepší psychický stav pacienta, lepší přístup k pacientovi, baví mě, je to důležité, ne všichni pacienti to potřebují, ne, nemám chuť.*“ Z uvedených vyjádření cítíme velmi silný podtext charakterizující samotnou profesi ošetřovatelství i to, že sestry mají svoji profesi rády podobně, jak popisují vztah sester k profesi Venglářová a kol. (2011), Marková (2010), Arnold a Boggs (2003) a Crawford et al. (2006). I tímto

výsledkem se otevírá oblast, kam je možné zaměřit úsilí pro zlepšení, a to v edukaci nejen v průběhu kvalifikačního studia, ale i sester v praxi, managementu a také pacientů, kteří na tento nový způsob spolupráce a pomoci v současné době ještě nejsou zvyklí. Navzdory náročnosti povolání zůstávají na odděleních, aby pomohly a zpříjemnily pobyt pacienta/klienta, těší je, když se pacienti/klienti cítí lépe. To stvrzuje i výsledek grafu 11, že důvodem pro účast na kurzu terapeutické komunikace je nejčastěji „mít spokojeného pacienta“ (54,9 %).

V poslední době se hodně hovoří o navýšení kompetencí sester. Diskuse na toto téma se vedou v odborných kruzích a srovnávají se s kompetencemi se sestrami (nurse practitioner, advanced nurse) v zahraničí (Zerwekh, Zerwekh Garneau, 2015). Jedná se především o preskripci konkrétně určených léků, sonografická vyšetření, očkování, fyzikální vyšetření (Vrbatová, 2014; Šmídová, Pelikánová, 2014; Prezidium České asociace sester, 2014). Výskyt termínu terapeutická komunikace jako kompetence sestry je popsán v kapitole 1.6 Terapeutická komunikace v legislativních normách a etických kodexech. Proto nás zajímal názor respondentů-sester na tuto problematiku; 78,8 % respondentů si myslí, že terapeutická komunikace patří mezi ošetrovatelské kompetence (tabulka 30). Odůvodňovali to následujícími podněty: „*Sestra ví o pacientovi nejvíc, sestra je pacientovi blíže než lékař, měl by být zvláště personál, aby to dělal pořádně, sestra specialista ovlivňuje pacientův psychický a fyzický stav, zlepšení zdravotního stavu, neustálý kontakt s pacientem, poznání pacientových potřeb, a co lékař?, sestra je psycholog?*.“ Je zřejmé, že téma o terapeutické komunikaci a názor na ni jako na kompetenci sestry není jednotný a jasný. Někteří respondenti-sestry si nejsou dostatečně jisti tím, že by mohli takovou péči poskytnout, a přesouvají ji na lékaře a psychology. Na druhé straně jsou respondenti, kteří vědí, jaký účinek terapeutická komunikace má a proč by to mělo být jejich vlastní či profesní kompetencí. Důkladná znalost a dostatečně zvládnuté dovednosti by sestram pomohly v jistotě i prosazování, nebojíme se použít výrazu vysoce odborné – profesionální péče.

Přes množství názorů o pozitivním účinku a samozřejmě činnosti sestry vybralo pro navýšení kompetencí terapeutickou komunikaci jen 39,2 % respondentů-sester. Pro aplikaci i.v. injekcí je 20,5 %, pro aplikaci transfuze 9,50 %. O navýšení kompetence preskripce léků by mělo zájem 6,20 % a o sonografii 1,80 % respondentů (graf 16). Je vidět, že respondenti-sestry v každodenní praxi se k navýšení kompetencí staví rezervovaněji, než uvádějí zdroje a veřejná vystoupení. Naprosto evidentní důvod jsme

našli v otevřené nabídce „jiné“: „*Žádné, máme jich dost! Stále se zvyšují kompetence, proto přibývá papírů a ten čas? Spíš dodržovat ty své, dost personálu, nechci navyšovat kompetence. Myslíte, že už tak pracovně vyčerpáná sestra touží po navýšení dalších kompetencí? To nemyslíte vážně?*“ Jako další možnost navýšení kompetencí se mezi sdělením objevilo „*ošetřování ran s defektem*“. Pro navýšení kompetencí je procento respondentů s ohledem na vzdělání vyrovnané. O dvě procenta převyšují středoškolsky vzdělaní respondenti (63,2 %) vysokoškolsky vzdělané (61,0 %) (tabulka 31). Je možné rozumět těmto vyjádřením tak, že vysokoškolsky vzdělaní respondenti si uvědomují, že by se měli a chtěli více věnovat pacientům v oblasti psychosociální pomoci, což si středoškolsky vzdělaní respondenti nemusí uvědomovat. Přesto obě skupiny bez ohledu vnímají nedostatek času pro poskytování péče.

Respondenti-sestry, kteří souhlasili se zařazením terapeutické komunikace do kompetencí sester, uvedli důvod, proč by tak učinili. Podobné důvody uvedli i v případě, kdyby chtěli realizovat terapeutickou komunikaci za ideálních podmínek. „*Klidný dopad na pacienta, více informovaný pacient, snížení strachu, obav, sestra zajišťuje psychosociální pohodu pacienta, důležitost pro pacienta, lepší spolupráce s pacientem a jeho rodinou, zkvalitnění ošetrovatelské péče, zvýšený blízký kontakt sestra–pacient, získání důvěry, ovlivnění jeho stavu, prospívá pacientovi, práce s pacientem, sestra nejvíce v kontaktu s pacientem, zlepšení psychického stavu, častější komunikace s pacientem, lepší poznání problémů pacienta, pomoc ke zklidnění pacienta, informovanost, důvěra pacienta v léčbu, blaho pacienta, ona už funguje, nevím, kompetencí máme čím dál více a času čím dál méně, nemám důvody.*“ Tato vyjádření přesně kopírují a vystihují definice terapeutické komunikace (Berman, Snyder, 2012; Jones et al., 2012; Kristová, 2004).

Podle respondentů-sester má vzdělání vliv na aplikaci terapeutické komunikace. Toto vyjádřilo 75,1 % respondentů (tabulka 29). Přesto více než polovina respondentů dosáhla kvalifikaci středoškolským studiem (graf 1). I v tomto případě respondenti potvrdovali svůj názor dalším popisem: „*Není to o vzdělání, ale o čase a zahlcení sester prací, ano – profesionalita, záleží sice na znalosti, ale empatie je důležitá, ne – empatie, naslouchání by měl umět každý, kdo pracuje s lidmi, záleží na lidskosti, více znalostí, ne – i kandidát věd může být blb, na SZŠ jsme termín terapeutická komunikace neměli, ano i ne.*“ Popsané názory vedou k myšlence, do jaké míry člověk, který se má stát sestrou, má mít „talent“ pro tento druh komunikace nebo pro empatii, či zda se terapeutické

komunikaci lze opravdu naučit. Vliv vzdělání jsme zaznamenali i v mnoha dalších výsledcích (tabulka 98).

Zjistili jsme, jak se respondenti-sestry staví k terapeutické komunikaci a jaký mají přínos a jaké překážky existují proto, aby je mohli realizovat. Abychom zjistili, co je možné udělat pro zkvalitnění poskytování terapeutické komunikace, položili jsme respondentům-sestrám následující otevřenou otázku: „Abyste mohl/a realizovat (aplikovat, uskutečnit) terapeutickou komunikaci, potřeboval/a byste“: Jejich požadavky lze rozdělit do několika kategorií: 1. Vzdělání: „*studium, kurz, psychologické znalosti, zkušenosti, dovednosti, empatii*“; 2. Čas: „*čas, méně administrativy, mít čas na pacienta*“; 3. Informace: „*informace o pacientovi, více dostatek informací, pacienta s problémem*“; 4. Podmínky: „*klidné prostředí, soukromí, vhodné podmínky, vyhrazený prostor – místnost, motivaci*“. Ojedinelou připomínkou mezi těmito odpověďmi byl názor: „*Již nyní se snažíme zbavit pacienta strachu a navodit atmosféru důvěry a pohody, vždy se snažím mluvit. Jen chtit, potřebuji odborníka na obor.*“

Předpokládáme, že když někdo něco potřebuje pro svoji činnost, také by tuto potřebu doporučil i někomu jinému. S tímto úmyslem jsme položili další otázku. Respondenti-sestry by nejčastěji doporučili k osvojení efektivních terapeutických komunikačních dovedností vzdělávání formou „*školení, poutavých seminářů, kurzů, dalšího studia, konferencí, edukace zdravotnického personálu*“. Opět uvedli důležitost času: „*zmírnění přibývající administrativy, rozhovory s lidmi, málo personálu.*“ S tím korespondují překážky, které respondenti uvedli, že brání v realizaci terapeutické komunikace, a to především „*nedostatek času, pracovní vyčerpání, přetížení, nedostatek personálu, administrativa, nechut', neochota (pacientů i sester) při komunikaci, apatie, motivace neinformovanost, neznalost, málo informací o metodě*“. V jednom případě respondent/ka uvedl/a, že nebrání „*nic*“.

Zajímavé je, že k realizaci terapeutické komunikace respondenti potřebují čas, podmínky a informace, ale nikdo v otevřené otázce neuvedl, že potřebují dovednosti. I když jsme to nepředpokládali, byla tato otázka v dotazníku jako kontrolní. Potřebovali by „*zkušenost, slovní zásobu, více naslouchat, pozorovat, vysvětlovat, znalost, schopnost empatie, komunikativnost, školení, vyjadřování, verbální neverbální projev, asertivitu, umět poradit, uklidnit, kurz psychologie*“. Tyto odpovědi korespondují s výsledky v tabulkách 34, 35, kdy se respondenti-sestry vyjádřili k tomu, jak ovládají



teoretické znalosti a dovednosti terapeutické komunikace. Z celkového počtu respondentů teoretické znalosti nejuje 83,5 %. Naopak praktické dovednosti ovládá 53,5 % středoškolsky vzdělaných a 65,7 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Zdá se však, že vysokoškolsky vzdělané sestry jsou v tomto případě více sebekritické. To vidíme i v tabulkách 13 a 14, které uvádějí úroveň dřívějších a současných dovedností terapeutické komunikace respondentů. Ke zvýšení úrovně došlo u obou skupin dle vzdělání cca o 20 %, ale celkový výsledek současné úrovně klasifikované jako „výborná“ nedosahuje 50 %. Také respondenti pracující do 5 let v 67,2 % uvedli, že dovednosti terapeutické komunikace ovládají, méně často se takto vyjádřili respondenti pracující 21 a více let (61,9 %) a následně respondenti pracující 6–20 let (51,0 %) (tabulka 51). Z toho bychom mohli usuzovat, že sestry pracující do 5 let absolvovaly kvalifikační vzdělání na typu vysokých škol a mají tak hlubší i „čerstvější“ vzdělání v problematice terapeutické komunikace. Celkově je však nutné konstatovat, že znalosti a dovednosti terapeutické komunikace oslovených respondentů-sester jsou průměrné až podprůměrné. Statisticky však ***hypotéza H4 Sestry častěji postrádají nácvik a zdokonalování se v konkrétních dovednostech terapeutické komunikace než znalosti o tomto způsobu péče*** nebyla verifikována.

## PACIENTI

Kvůli překážkám, které respondenti-sestry uvedli ve svých odpovědích, sestry při každodenní práci více či méně vykonávají svoji činnost automaticky, rutinně. Může se snadno stát, že dostatečně nemohou vnímat klienta/pacienta. Lépe řečeno, sestra může mít dojem, že jej vnímá dostatečně, že reaguje na jeho verbální i neverbální vyjádření potřeb a přání. Z pohledu klienta/pacienta to může být jiné. Sestra často nevnímá (nechce, neumí, nemůže) klienta/pacienta jako jedince, ale je soustředěná na celek – svoji službu, ordinované výkony a všechny klienty/pacienty, které má ten den na svém určeném úseku. Proto jsme také respondenty-pacienty požádali, aby odpověděli na několik otázek. V první části byly zaměřeny na názor respondentů na komunikaci sestry s nimi. Následně jim byla poskytnuta v dotazníku krátká informace o termínu terapeutická komunikace. Respondenti-pacienti za důvod komunikace sestry s nimi uvedli „aby mne informovala“ (42,3 %), „aby získala požadované informace (34,3 %), „aby mne poučila“ (12,0 %). Jen pětina respondentů-pacientů uvedla, že důvodem ke komunikaci sestry s nimi je, „aby zjistila, co mne trápí“ (21,1 %), „aby mne povzbudila“ (10,9 %) a 7,46 % respondentů uvedlo důvod komunikace sestry „aby mne

potěšila“ (graf 17, tabulky 52, 53). Stav pacienta, jeho akutní či chronické onemocnění ovlivňuje to, jak pacient vnímá komunikaci sestry, což souvisí s délkou hospitalizace (Jobánková et al., 2006). Část pacientů sledovaného souboru byla hospitalizována do 1 týdne (52,1 %) a 37,3 % pacientů více než jeden týden (graf 23). Respondenti hospitalizovaní do 1 týdne častěji uvádějí (46,2 %), že důvodem ke komunikaci sestry s nimi je, „aby je informovala“, což uvádí 35,4 % hospitalizovaných více než jeden týden (tabulka 74). Naopak důvodem „poučení“ je komunikace pro 15,4 % dlouhodoběji hospitalizovaných a pro 7,7 % hospitalizovaných do 1 týdne (tabulka 75). Stejně tak z důvodu, aby zjistila, „co mne opravdu trápí“, je zkušenost častější pro dlouhodoběji hospitalizované (24,6 %), než pro hospitalizované do 1 týdne (20,9 %) (tabulka 76). Považujeme tyto výsledky za přirozené, protože krátkodobě hospitalizovaní požadují a potřebují více informací při příjmu a před propuštěním. Dlouhodobě hospitalizovaní informace získávají postupně zkušenostmi, nespíchají na ně a více přemýšlejí o svém stavu, potřebují intervenovat v oblasti psychické, tedy sdílet, komunikovat (Jobánková et al., 2006; Křivohlavý, 2001, 2006).

Ze široké nabídky možností o tom, jak na pacienty působí komunikace sestry, nejčastěji respondenti-pacienti odpovídali, že vlídně (32,0 %) a mile (29,7 %). Méně často jsme shledali odpovědi, které jsou charakteristické pro terapeutickou komunikaci (viz kapitola 1.3) a také tak, jak je najdeme v práci autorů Arnold a Boggs (2006), Jones et al. (2012), Kimmel (2007), a to, že pomáhá (13,7 %), že povzbuzuje (8,0 %) a že posiluje (3,4 %) (graf 18). Z pohledu délky hospitalizace je pro dlouhodobě hospitalizované, resp. déle než jeden týden podstatnější to, že na ně sestra působí mile (36,9 %), že jim pomáhá (16,9 %). Vlídne působí komunikace sestry častěji pro krátkodoběji hospitalizované (36,3 %) než pro dlouhodobě hospitalizované (tabulky 77, 78, 80). Vlídny a milý přístup považujeme za samozřejmou sociální komunikaci. Jinak se pacient/klient může cítit, že obtěžuje a nemůže dojít k navázání spolupracujícího vztahu (rapportu) (Baumann et al., 2008; Vybíral, 2005;). Pokud by přístup milý a vlídny nebyl, může to snadno vést k tomu, že poskytovatelé péče označí pacienta/klienta za nespolečujícího, odmítajícího pomoc event. i léčbu, nebo že iracionálně reaguje. Nemusí to však znamenat pacientovu/klientovu noncompliance (Jones et al., 2012; Berman, Snyder, 2012), ale jen vyjádření nepříjemného pocitu a nejistoty, nedůvěry z důvodu způsobu, jakým sestra vystupuje.

Důležitost vztahu – přístupu k pacientům/klientům zobrazují i výsledky sledující to, co je pro ně (pacienty) nejpodstatnější, kde jsme oproti dvěma předchozím otázkám zjistili již větší rozdíly mezi respondenty-pacienty s ohledem na jejich věk (graf 22). Nejpodstatnější je pro více než polovinu respondentů (58,3 %) „přístup sestry ke mně“, dále, pro necelou pětinu respondentů (21,1 %) „sestra reaguje na to, co mne opravdu trápí“, „zájem sestry o mne“ (13,4 %), že „mohu sdělit, co mne opravdu trápí“ (9,7 %) „množství stráveného času se mnou“ (3,4 %). Nejméně podstatná je podle respondentů úprava sestry (graf 19). Délka hospitalizace ovlivnila odpovědi na to, co je opravdu trápí, a to pro 27,7 % dlouhodobě hospitalizovaných ve srovnání s krátkodobou hospitalizací do jednoho týdne (16,5 %). Naopak pro krátkodobě hospitalizované je podstatnější přístup sestry k nim (64,8 %) než pro 53,8 % hospitalizovaných více než jeden týden. Bez ohledu na délku hospitalizace shodně respondenti určují ve 13,2 % za nejpodstatnější zájem sestry o ně (tabulky 80, 81, 82). Opět je vidět nutnost změny přístupu sestry podle toho, jak dlouho je nemocný hospitalizován. Jeho potřeby v psychosociální oblasti se mění. Pro jejich uspokojení a nastolení pocitu pohody, jistoty, bezpečí, který mimo jiné vede ke spolupráci při péči a léčbě, je terapeutická komunikace velmi vhodnou intervencí (Baumann et al., 2008; Zacharová et al., 2007).

Přestože je v grafu 18 uvedeno, že jen na 13,7 % respondentů-pacientů komunikace sestry působí tak, že pomáhá, odpověď na přímou otázku, zda si respondenti-pacienti myslí, že jim komunikace sestry může pomoci v jejich situaci, 74,6 % respondentů odpovědělo, že ANO (tabulka 56). V otevřené otázce uvedený pozitivní názor vysvětlili tím, že komunikace sestry „informuje, co mne čeká, její přístup přináší povzbuzení v mé situaci, vysvětlí a odpoví na otázky, psychicky zlepší stav, uklidňuje mne, abych se cítila lépe, získám důvěru, vlídný přístup sestry napomáhá rychlejší rekonvalescenci, odstraní strach, sníží obavy, je první a stále dostupná pro pacienta, i klidné slovo léčí, poradí, je to lidské, poskytne radu, zájem o moje já, částečně uleví od bolesti, je oporou, mohu se na ni obrátit, poučí mne, podporuje, člověk může přijít na jiné myšlenky, reaguje na to, co mne opravdu trápí, pomáhá mi, příjemně, úsměv též léčí, pozitivní ladění, snazší pobyt, mohu se svěřit, co mne trápí, pomáhá řešit moje problémy, ale sestra musí mít zájem, každému pomůže, když si může s někým vyměnit pár slov, když se sestra usmívá a ví, co jste říkala, jsem klidnější, podrží mne, ulevím si, vypovídám se, zná můj zdravotní stav, vidím, že jí nejsem lhostejná, nedostatek času, zpříjemnění prostředí, **PSYCHICKÁ PODPORA, NAJÍT ŘEŠENÍ PROBLÉMU, zlepšení psychického stavu,**

*v případě kladného přístupu sestry se cítím lépe, vlídný přístup na mě působí dobře, zlepšení psychiky, její odborné znalosti a vlídné jednání, pohoda, je častěji s pacientem, protože o mne pečuje, povzbuzuje mou psychiku, morální podpora, protože jsou lidé, nestresují se, je kontaktní, rychlá pomoc, zklidňuje nervy, neuspokojuje, pomohl by především zájem lékaře, protože pacient především věří lékaři“.*

Z výpovědí respondentů-pacientů (bez ohledu na věk nebo délku hospitalizace) je evidentní, že pacienti/klienti chtějí, mají zájem komunikovat, protože 84 % z nich si myslí, že komunikace, která povzbuzuje, patří do činností, jež mají sestry běžně provádět (tabulka 57). Pokud máme vycházet ze zkušeností respondentů-pacientů, jejich odpověď se velmi liší od názoru respondentů-sester, kteří považují v 83,2 % (graf 9) terapeutickou komunikaci za povzbuzující a v 63,1 % za motivující. Nicméně v grafu 18 o působení komunikace sestry na pacienty/klienty jen 8,0 % uvedlo, že tato komunikace povzbuzuje. Protože se pravděpodobně jedná o osobní zkušenosti respondentů-pacientů, je tato informace hodna zamyšlení. Očekávání pacientů/klientů o naplnění role sestry v tomto případě není uspokojeno. Je jistě výzvou pro obhajobu této kompetence v ošetrovatelské profesi.

Počítali jsme s tím, že respondenti mají určitou krátkodobou či dlouhodobou zkušenost s komunikací sester. Podle toho, jaká zkušenost to byla, mohla ovlivnit další otázku, o jejíž odpověď jsme se zajímali. Na základě vlastního prožitku by respondenti-pacienti doporučili sestřím „více reagovat na to, co pacienti říkají“ (48,0 %), „mít více času na pacienta“ (33,1 %), pětina by doporučila „více naslouchat“ a také že by se sestra měla „více sama ptát, co je trápí“; 18,30 % by doporučilo, aby je sestra nechala hovořit a 7,40 % aby si sestra k nim sedla (graf 20). Bez teoretických znalostí, z laického pohledu respondenti-pacienti vyjadřují přesně to, co terapeutická komunikace obsahuje. Řečí ošetrovatelského procesu a ošetrovatelských diagnóz verbalizují, popisují projev své nenaplněné potřeby Identity, Jistoty a bezpečí, i projevy ošetrovatelských diagnóz Duchovního strádání, Strachu, Stresového přetížení a dalších (Herdman, Kamitsuru, 2015; Stickley, Freshwater, 2006). Takže pouhé aktivní naslouchání může snadno vést sestru ke správné intervenci zaměřené na klienta/pacienta. Více naslouchat doporučují mladší pacienti (25,9 %) než ti starší (22,5 %) (tabulka 58) a také doporučují, aby sestra měla pro ně více času (36,2 %) než starší (31,5 %) (tabulka 59). Naopak respondenti ve věku 46 a více let častěji než mladší (44,8 %) doporučují, aby sestra reagovala na to, co říkají (51,4 %) (tabulka 60) stejně jako v případě, kdy doporučují, aby se sestra sama

ptala, co je trápí (23,4 %). Jen 19,0 % respondentů do 45 let věku uvedlo toto doporučení (tabulka 61). Zdá se, že respondenti, kteří jsou hospitalizovaní kratší dobu, potřebují větší kontakt se sestrou, protože v mírně větší míře uváděli, že aby cítili, že jim sestra svou komunikací pomáhá, měla by více naslouchat, mít více času pro ně, více reagovat na to, co říkají (tabulky 83, 84, 85, 86).

Na základě výsledků lze **hypotézu H5 Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé ve věku nad 45 než mladší** statisticky potvrdit v případě, že jde o konkrétní terapeutické dovednosti naslouchání a času pro pacienta. Ale pro postrádání dovedností terapeutické komunikace „reakce na to, co pacient říká, a aktivity sestry v kladení otázek“ tato hypotéza neplatí. Statisticky také nelze potvrdit **hypotézu H6 Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé hospitalizovaní déle než jeden týden**.

Pokud sestra používá aktivní naslouchání, což je vědomá činnost, měla by také na to, co slyší, reagovat (Stickley, Freshwater, 2006; Taylor 2006). Vybíral (2005, s. 23) říká, že „aktivní naslouchání vyvolává v hovořícím jedinci, jemuž je nasloucháno, pozitivní pocity... Je považováno za nespecifický, téměř za univerzální léčebný faktor“. To je cílem terapeutické komunikace, přičemž aktivní naslouchání je jednou z efektivních intervencí vedoucí k ošetřovatelským výstupům. V tomto případě je to uklidnění, navození klidu, snížení strachu, nabytí jistoty a bezpečí (Moorhead et al., 2013).

I když jsme se ze zkušeností respondentů-pacientů dověděli, jak jim komunikace sestry může pomoci, na druhé straně respondenti uvedli, co nejvíce v komunikaci sestry postrádají: „Čas a dostatek času, více času na pacienta, časová tíseň, úsměv, vhodné místo ne na pokoji, kde jsou ostatní pacienti, trpělivost, povzbuzení, zájem, vlídný přístup, empatii, upřímnost, více komunikace, profesionalitu, vstřícnou náladu, zájem o pacienta jako člověka, ochota, nelze specifikovat, časová tíseň, slušné vystupování, vše je na úrovni, srdečnost, ochota, zájem o to, co mne bolí, trápí, nedá se jednoznačně říci, nic, nesetkala jsme se s negativním chováním, jsem spokojen, komunikace je v pořádku, vše je na úrovni“. Faktor času hrál roli i v reakci na další oblasti. Sestra má pacienty/klienty povzbuzovat a posilovat v jejich nelehké situaci. Co podle Vás vede k tomu, že to nedělá? „Nemá čas, málo času, dost velká vyčerpání, moc práce, nedostatek času na pacienta, mají dost své práce, mají jinou práci, nestíhají, mnoho pacientů, zaneprázdněnost, časová tíseň, pracovní přetížení, má více svých povinností, je jich málo, málo sester, administrativa, nedostatek empatie (hlavně u mladých sester),

*nezájem, byl by to neprofesionální přístup, SESTRA NENÍ K TOMU PŘEDURČENÁ, únava, myslím, že to dělá v rámci možností a času, co já znám, všechny jsou výborné, je unavená povaha, nálada, stereotyp, mnoho pacientů ji otráví, takže má po zbylej den averzi, nemělo by to být, ale je to pochopitelné, neumí se snížit k pacientovi, dělá to – když má na to čas, nechce se jí, sama má nelehkou situaci, přes víkend a v noci velká vyčerpání, že by osobní problémy?, individuální morální vlastnosti sestry, nechut', osobnost sestry, nálada, dělá to, nemám takovou zkušenost, nemám špatnou zkušenost, nemám výhrady k přístupu sester, co já znám, všechny jsou výborné.“* Pokud opět vycházíme ze zkušeností respondentů-pacientů, získáváme obraz působení sester v reálném prostředí. A klademe si otázku, zda může být v těchto podmínkách poskytována kvalitní profesionální ošetrovatelská péče. Minimum respondentů (7,7 %) uvedlo, že jim něco brání v tom, aby požádali sestru o terapeutickou komunikaci (tabulka 63). Tuto zkušenost upřesnili dalším vyjádřením v podotázce. Je to „*ostych, stud, strach, pokud vidím, že není vstřícná, nezačínám hovor, sestra nemá čas, většinou se prezentují jako, že nemají čas, ale jsou i výjimky – měla by nabízet, pocit zdržování, někdy obtěžování, nevidím důvod, proč by měla“*.

Jedním z atributů ošetrovatelské péče je aktivní péče, to znamená, že sestra by měla svůj zájem, péči a její možnosti nabízet, nečekat na vyzvání od pacienta, na jeho žádost. K tomu napomáhá realizace fází ošetrovatelského procesu (Tóthová a kol., 2009; Kozierová et al., 1995). To, zda terapeutickou komunikaci od sester očekávají (že jim ji sestra sama nabídne, „*má se sama víc ptát“* – graf 20) je zřejmé z tabulky 64. Od 30,2 % respondentů se dozvídáme důvody, proč takovou komunikaci očekávají: „*Naváže se oboustranná důvěra, zbavení mého strachu z vyšetření – vysvětlí, co mne čeká, aby mne lépe informovala a uklidnila, vlídné slovo, ne – sám je vyhledávám, první by měl začít pacient – ví, co ho trápí, někdy stud pacienta, pochopení, zájem by měl být z obou stran, má větší zkušenost a zná více případů z praxe, člověk se pak může cítit lépe, pacient získá důvěru, když není požádán, tak proč, pomáhá to řešit možná nedorozumění v přístupu k léčbě, určitě, když vidí, že člověk není ve své kůži, tak by měla pomoci právě ona, pacient to v sobě stále drží, že otravuje, když má sestra mnoho jiné práce, získá si tím u mne důvěru, případ od případu, je to na mně, POVINNOST, NA ZBYTEČNOSTI NEMÁ ČAS, sestra i pacienti jsou různí, uklidňuje mě pocit, že se o mne někdo zajímá, získávám jistotu, věřím jim, někdy pacient má klid, raději než hovor, pokud budu potřebovat, požádám o to, nemá čas, není čas věnovat se pacientům, neznám její*

*povinnosti, není to její povinnost, pro ni to bude těžší, o výkonu určitě, ráda se dovím, co budu potřebovat, ráda se dovím o své nemoci, to by mělo příslušet lékaři, ještě jsem nebyla v takovém stavu, abych to potřebovala, sestřičky vždy zvládají zodpovědět jakékoli dotazy, není tedy důvod více je zatěžovat.*“ To, že v prvních dnech hospitalizace je člověk nejistý a plný obav, je nejen přirozené, ale i zřejmé z vyjádření respondentů-pacientů v kontingenční tabulce 87: 31,9 % hospitalizovaných do jednoho týdne na rozdíl od 24,6 % hospitalizovaných delší dobu očekává od sestry nabídku podrobnějšího rozhovoru.

Kromě nabídky terapeutické komunikace jsme se také zaměřili na to, co si respondentipacienti myslí o tom, že by se sestra měla častěji věnovat podrobnějšímu rozhovoru s pacienty. I zde je míra pozitivní odpovědi podobná jako v předcházející otázce (38,5 %) (tabulka 65). V tomto případě Pearsonův chí-kvadrát test naznačuje závislost věku respondentů a uvedené proměnné ( $p = 0,004$  (tabulka 99)). Znaménkové schéma upozorňuje na to, že se starší respondenti častěji než respondenti ve věku do 45 let vyjadřují negativně k této proměnné. Svoje názory odůvodnili tím, že *„to je individuální – pokud si to pacient přeje, neměla bych takový strach z vyšetření a obavy, lidé se cítí lépe, důvěru, sníží napětí, ne každý pacient najde odvalu, lepší vztah mezi sestrou a pacientem, rozhovor pacienta uklidní, poučení, získá důležité informace o pacientovi, kdyby měla čas, mají málo času, nemocných je moc, nemá čas, má toho sama dost, lepší léčení, to by nebylo na škodu – ale tyto problémy zde nemám, plní jiné úkoly, zase je to ovlivněno potřebou a stavem pacienta, vždy jde o první krok, když pacienti neví, na koho se může obrátit, i tak se pak určitě rád o rozhovor přihlásí sám, odtud až potud, ne moc často, do určité míry, je to lepší, jsem pak klidnější, podle potřeby, pomáhá mi to lépe se vyrovnat se svou nemocí, pokud je sestra fundovaná, poskytuje jistotu a důvěru, pokud o to budou stát, posiluje tím morální sebevědomí pacienta, abych měla víc informací, stav je vyhovující, nejen sestra, ale i lékař, je to práce lékaře, má být věčná“*. Vidíme zde již dvousměrné působení pomoci a nutnost uvážení, kdy, komu a jak ji nabídnout, aby sestra místo povzbuzení v pacientovi nevyvolala pocit ponížení, nemohoucnosti (Baumann et al., 2008; Výrost, Slaměnik, 2008).

Sledovali jsme nejen názory respondentů-pacientů, ale také jejich konkrétní zkušenosti s komunikací sester a to, jak vnímají tuto činnost ošetřujícího personálu. V tomto případě v podstatě polovina respondentů-pacientů ohodnotila míru zájmu sester

o vedení podrobnějšího rozhovoru o problémech, které pacienty trápí, pozitivně. A to nejčastěji jako zájem častý (46,2 %) a výrazný (12,4 %) (tabulka 66). Nezaznamenali jsme výrazný rozdíl v názorech respondentů-pacientů na míru zájmu sester, ať byli starší či mladší, nebo krátce či dlouho hospitalizovaní. Přesto v nabídce o zdůvodnění odpovědí respondentů nacházíme tentokrát spíše negativní vyjádření o zájmu sester: „*Malý, všeobecný, když je nic nenutí, nehrnou se do širšího hovoru, moc ne, pracovní, někdy, jak která, některá více, některá vůbec, běžný, dle času, jak kdy, nemají na to čas, občasný, jedna z deseti, podle času, je u nich vidět zájem, nedokážu posoudit*“. Pravděpodobně jsou sestry tak zaneprázdněné, že nejsou schopny projevit zájem, který by překračoval nezbytný kontakt při aplikaci ordinací a poskytování informací (Baumann et al., 2006).

Abychom zjistili, zda sestry používají charakteristické dovednosti terapeutické komunikace, ptali jsme se respondentů-pacientů, jakým způsobem sestry vyjadřují zájem o vedení podrobnějšího rozhovoru o problémech, které pacienty trápí: „*Ptají se, otázkami, komunikují, povídají si, jsou vděčné a psychicky vyrovnanější, usmívají se, slovně, jsou přívětivé, dotazují se často, vyptávají se, pozorování stavu, seznámení s léčbou, vyjadřují zájem, profesionálně i lidsky, zájem přichází ze strany sester, uklidňují, rozhovor včetně otázek, sami začnou s rozhovorem, mile, ochotně, rozpovídá mne, PAK UPŘESŇUJE NA DANÝ PROBLÉM, ptají se, co mne trápí, vstřícně, jak kdo, reagují na otázky, rozhovorem, ústně, vyslechnou problémy a potíže, vřelou laskavou komunikací, poptají se na problémy, zajímají se, jak pokračuje léčba, navazují hovor, ptají se na mé problémy, odpoví, na co se ptám, individuálně, mluví, vlídnou účastí, pacienta osloví a navážou hovor, otevřenou komunikací, samy začnou rozhovor, přístupem ke mně, nasloucháním, že vyslechnou, sednou si k nám, snaží se komunikovat co nejvíce, chováním, mají zájem o váš celkový stav fyzický i psychický, péčí, ptají se mne na můj zdravotní stav, otázkami, co se děje, co vás bolí, co potřebujete, odpovídá na dotazy, ochotně uklidní, profesionálním přístupem, v rámci svých možností, znalostí, odpoví na otázky, tím, že vás v klidu vyslechnou, neumím odpovědět*“. Z těchto individuálních vyjádření nabýváme dojem, že sestry dovednosti terapeutické komunikace umějí používat, a také se ujišťujeme v tom, co je pro pacienty podstatné, když je něco trápí: přítomnost sestry – „*sedne si u mne*“, aktivní dotazování sestrou a tím vyjádřený zájem, naslouchání.



Podobně jako u respondentů-sester jsme se i u pacientů zabývali otázkou ostychu, který může být překážkou pro komunikaci obecně a tím spíše o požádání o terapeutickou komunikaci. Z pěti nabízených možností důvod, že pacienti „cítí, že sestra nemá čas“, je však jednoznačně nejčastější (52,7 %) (tabulka 67). Pocit studu není tak častým důvodem pro nepožádání o terapeutickou komunikaci jen v 23,1 %, ale zajímavé je, že častěji tento pocit vyjadřují respondenti do 45 let věku než ti starší, jak ukazuje znaménkové schéma. Tento vliv je signifikantní dle Pearsonova chí-kvadrát testu  $p = 0,032$ ) (tabulky 68, 99). Hospitalizovaní kratší dobu si více uvědomují, že sestra nemá čas, protože častěji na rozdíl od hospitalizovaných více než jeden týden (49,2 %) tento faktor uvedli jako důvod ostychu požádat sestry o rozhovor (53,8 %) (tabulka 88). Dlouhodoběji hospitalizovaní jsou již obeznámeni s provozem a způsobem práce sester, a tak je možné, že se jejich pocit studu zeptat se snížil. Nicméně je to kolem 50 % respondentů, kteří se v těchto chvílích cítí nepříjemně. Jako další překážky, respondenti jednotlivě uváděli např. „*vždy se ptám, osobně se neostýchám, nemám problém, dle situace, každá zkušená ráda poradí, málo sester velká vyčerpání, pacienti pociťují určitý typ vyzvídání, pacienti jsou hloupí, záleží na okolnostech*“.

Kontrolní otázku, která zjišťovala to, čím je způsoben ostych pacientů nepožádat sestru o podrobnější rozhovor, sledujeme v tabulce 73. To, že respondenti-pacienti ostych nemají, vyjadřuje jenom 14,2 % z nich, ale častěji to platí pro starší respondenty než pro ty ve věku do 45 let (stejně jako v tabulce 68), jak naznačuje znaménkové schéma a tento vliv podtrhuje Pearsonův chí-kvadrát test  $p = 0,049$  (tabulka 99). Ostych zřejmě ztrácejí pacienti hospitalizovaní delší dobu, protože častěji se 23,1 % z nich vyjádřilo, že na rozdíl od 9,9 % respondentů hospitalizovaných do jednoho týdne ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci nemají (viz znaménkové schéma). Závislost proměnných dokladuje i Fisherův exaktní test  $p = 0,041$  (tabulky 95, 99). Usuzujeme, že starší lidé, kteří mají více zkušeností i s dlouhodobější hospitalizací, nevnímají tak silně ostych kontaktovat sestru. Pravděpodobně jsou již více orientovaní v prostředí, s nastalou situací i možnostmi, které mohou využívat a berou to za přirozené.

Jak jsme se již zmínili, otevřená komunikace a partnerské postavení, resp. vztah sestra-pacient je v naší společnosti celkem novým fenoménem, na který si postupně zvykají jak pacienti/klienti, tak sestry. Jsme přesvědčení, že tento stav se odráží i na většině získaných výsledků. Proto nás nepřekvapily názory ve vyjádření sester i pacientů-respondentů, že je mimo jiné podstatné, zda pacienti/klienti mají vůbec zájem

o podrobnější rozhovor o svých problémech, že je to velmi individuální. Proto jsme položili konkrétní otázku. A i zde se odrazil současný stav ve společnosti. Zájem o podrobnější rozhovor má 35,5 % respondentů-pacientů, zájem nemá 27,8 % a 29,0 % je nerozhodných, což vyjádřili odpovědí „nevím“. Dalším ukazatelem je výsledek naznačující změnu ve vnímání a jednání mladší generace, protože 43,1 % respondentů do 45 let projevilo zájem o tuto komunikaci, ale jen 31,5 % ve věku 46 a víceletých respondentů (tabulka 69). Mladší generace je více i z médií seznámena s právy pacientů, aktivněji požadují pro ně důležité informace a také častěji vyjadřují svoji nespokojenost, a to agresivním až násilným způsobem (Pekara, Trešlová, 2011). Tento postoj se projevil i v dalších názorech, kdy jsme se kromě zájmu ptali i na míru potřeby pacientů o terapeutickou komunikaci. I míra potřeby o terapeutickou komunikaci je respondenty-pacienty označená jako silná (47,4 %) nebo velmi silná (15,1 %) častěji vyjadřovaná mladšími respondenty (silná 51,9 %) a jako velmi silná (16,7 %) v porovnání s respondenty ve věku 46 a víceletými (silná 44,9 % a velmi silná 14,3 %) (tabulka 71). Názor respondentů-sester na zájem pacientů/klientů o terapeutickou komunikaci se příliš neliší: 77,5 % respondentů-sester si sice myslí, že terapeutickou komunikaci pacienti/klienti potřebují, ale jen 29,3 % sester uvedlo, že pacienti/klienti terapeutickou komunikaci požadují (tabulky 32, 33). Naopak věk respondentů-pacientů nemá vliv na zkušenost s tím, jak často sestry používají terapeutickou komunikaci dle vyjádření pacientů, jak ukazuje tabulka 70. Zkušenosti pacientů v ní demonstrují, že ji sestry používají neustále (15,6 %) a velmi často (51,7 %), výjimečně pak ve 32,0 %.

Terapeutická komunikace je jednoznačně považována za rozhodující a určující klíč pro spokojenost pacientů/klientů, zotavení, dodržování a souhlas s péčí a léčbou (Chant et al., 2002). „Je to interpersonální výměna verbálních a nonverbálních zpráv, které kulminují při pomoci člověku překonávat stres, úzkost, strach nebo emoční prožitek, který způsobuje distres“ (Levy-Storms, 2008). Cílem terapeutické komunikace je pomoci člověku samostatně překonat obtíž tím, že je mu poskytnuta podpora, posílení, povzbuzení, smysl a energie pro tento proces změny. „Použití terapeutické komunikace pomáhá vytvořit vztah sestry a pacienta, který podporuje výběr, uvážení a odpovědnost, získání zapojení a spolupráci, což maximalizuje výsledky péče a tím pomáhá vyvarovat se sporným konfrontacím. Začleněním znalostí společně se soucítěním je dovednost terapeutické komunikace největší aktivem (majetkem, vkladem) sestry pro snížení stresu a vybudování vztahu“ (Rosenberg, Gallo-Silver, 2011, s. 7). Předložili jsme

respondentům-pacientům v dotazníku (viz příloha 2) nabídku dovedností, abychom zjistili konkrétněji, jakou zkušenost mají se situacemi, ve kterých sestra terapeutickou komunikací pomohla pacientům. Jinými slovy jaký výsledek (výstup) měla komunikační intervence pro pacienty/klienty (Moorhead et al., 2013). Respondenti-pacienti mají zkušenost s tím, že nejčastěji sestra pomohla v situacích, kdy potřebovali „zmírnit úzkost“ (46,0 %), „překonat stres“ a „cítit se lépe, i když problémy zůstaly stejné“ (34,9 %), tím, že „reagovala na vyjádřené pocity“ (28,6 %), tím, že „reagovala na vyjádřené skutečnosti“ (21,7 %), „přizpůsobit se tomu, co momentálně nešlo změnit“ (14,3 %), a tím, že „reagovala na vyjádření zkušeností“ (8,6 %); 17,7 % respondentů nemá takovou zkušenost, že by sestry svou komunikací pomohly pacientovi (graf 21). Opětovně vidíme charakteristický účinek terapeutické komunikace, resp. situace, kdy má být použita (Crawford et al., 2006; Kimmel, 2007; Rossiter, 2006). Krátkodobě hospitalizovaní respondenti mají zkušenost s tím, že sestra pomohla pacientům svojí komunikací přizpůsobit se tomu, co nešlo změnit, zmírnit úzkost, tím, že reagovala na vyjádřené emoce pacientů (tabulky 90, 91, 93). Naopak dlouhodobě hospitalizovaní respondenti uvádějí pomoc sestry při překonání stresu, cítit se lépe, i když problémy zůstaly stejné, a tím, že reagovala na vyjádřené skutečnosti (tabulky 89, 92, 94). Ať už respondenti-sestry použili jakýkoli způsob komunikace, je vidět, že její účinek pocítila maximálně necelá polovina respondentů-pacientů. S ohledem na zmiňované překážky pro realizaci terapeutické komunikace, zkušeností a názorů pacientů konstatujeme, že sestry dostatečně nenaplníují roli komunikátorky a poradkyně (Šulistová, Trešlová, 2012; Špirudová, 2015).

Kontrolní otázkou jsme zjišťovali, čím je způsoben ostych pacientů, že nepožádají sestru o podrobnější rozhovor. Opět je to čas a zaneprázdněnost sester, jak vidíme v tabulce 72 (62,1 %). Nedostatek času v tomto případě více vnímají mladší respondenti než ti ve věku 46 a více let, jak ukazuje znaménkové schéma. Vliv věku je signifikantní i podle Pearsonova chí-kvadrát testu  $p = 0,046$  (tabulka 99). I zde zaneprázdněnost sester vnímají více hospitalizovaní kratší dobu (70,3 %) než hospitalizovaní více než jeden týden (52,3 %) (viz znaménkové schéma, tabulka 95). Závislost proměnných je významná dle Pearsonova chí-kvadrát testu  $p = 0,022$  (tabulka 99). Tento názor potvrzuje i kontingenční tabulka 96, kde respondenti hospitalizovaní do jednoho týdne (15,4 %) označili na rozdíl od dlouhodobě hospitalizovaných (10,8 %) za důvod ostychu požádat o podrobnější rozhovor, že „sestra nemá čas“. Tabulka 99 přináší

statisticky významný výsledek Pearsonův chí-kvadrát test  $p = 0,041$ ), který předkládá častější názor respondentů hospitalizovaných více než jeden týden a to, že si myslí, že pacienti nemají ostych požádat sestru o terapeutickou komunikaci (23,1 %), na rozdíl od hospitalizovaných do jednoho týdne (9,9 %) (tabulka 97).

Výsledky zabývající se důvody požádat sestru o terapeutickou komunikaci jsou obousměrné, a to, že buď je prvotní ostych se vůbec zeptat, nebo vědomí pacientů, že sestra nemá čas. ***Hypotéza H2 Zaneprázdněnost sester je dle pacientů větší překážkou realizace terapeutické komunikace než jejich vlastní ostych požádat sestru o hlubší rozhovor*** je potvrzena v případě respondentů-pacientů do 45 let hospitalizovaných do jednoho týdne. Pro respondenty starší 45 let a hospitalizovaných více než jeden týden tato hypotéza neplatí (tabulka 99). Pro případ, kdy z jakéhokoliv důvodu včetně pracovních podmínek či aktuální situace nemá sestra čas na pacienta orientovanou terapeutickou komunikaci, uvádějí Bentley et al. (2016) možnost vyjádření „ujištění“ jako interaktivního prvku úspěšného setkání – vztahu sestra–pacient/klient.

***Hypotézu H8 Délka praxe sester je více rozhodujícím faktorem pro aplikaci terapeutické komunikace než jejich vzdělání*** nelze statisticky potvrdit. Výsledky však ukazují (tabulka 98), že významnost byla častěji potvrzena pro skupinu vysokoškolsky vzdělaných respondentů-sester, kteří se častěji setkali s termínem terapeutická komunikace, v praxi nabyli dovednosti pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia, mají vyšší úroveň terapeutické komunikace po jeho ukončení, neuvádějí, že nemají žádné teoretické a praktické dovednosti, častěji používají naslouchání a pokládání otázek, častěji vyjadřují, že na nabízení terapeutické komunikace nemají čas. A také sestry s praxí do 5 let (rozumíme vysokoškolsky vzdělané) méně často zařazují terapeutickou komunikaci do psychologie, nepoužívají terapeutickou komunikaci po příjmu pacienta, nabyly dovednosti pro terapeutickou komunikaci v průběhu kvalifikačního studia, častěji uvádějí, že je účinek terapeutické komunikace při péči – motivující a nemyslí si, že by důvod ostychu spočíval v neznalosti pacienta o této možnosti.

Podobně jako Meehan (2012) zjišťujeme znepokojivé výsledky naznačující nevyužití (a tím nedostatečně citlivou) ošetrovatelskou praxi, kdy sestry samy vyjadřují bezmoc pro zapojení svých profesních hodnot v některých situacích. V zájmu všech zúčastněných, tj. sester, pacientů/klientů i jejich rodin je, aby terapeutická komunikace

měla určitou úroveň, resp. byla účinná, ale hlavně realizovaná. Proto Steckler (2012) doporučuje vytvoření nařízení určitých doporučení pro tuto komunikaci. Ta mohou být naplněna, pokud v přípravě budoucích sester bude terapeutické komunikaci věnována větší pozornost a v praxi v rámci celoživotního vzdělávání sester. Vhodné by bylo zaměřit vzdělávání na tuto problematiku s využitím efektivních didaktických metod včetně videa interaktivních technik a simulace. Richardson et al. (2015) na základě svých výzkumů doporučují vytvoření studijního materiálu, kterým by se studenti ošetrovatelství naučili používat soucit a empatii. Naznačují, že ošetrovatelskými léčebnými (komunikačními) postupy mohou studenti zvýšit účinek i při kontaktu s pacienty/klienty, a to zvláště při rutinních ošetrovatelských postupech. Ve své studii popisují pro pochopení terapeutického vztahu Muetzelův model, který pomůže studentům uznat a ocenit vytvoření – vybudování takového vztahu a podpoří je k použití terapeuticky výhodné péče se soucitem a empatií.

Vhodné by bylo používat efektivní monitorování spokojenosti pacientů, kde jsou sledovány jejich prožitky a emoce v souvislosti s komunikací a přístupem sester i následné efektivity jejich komunikačního působení.

## 8. ZÁVĚR

Habilitační práce na téma Terapeutická komunikace v kontextu ošetrovatelství se zabývala problematikou této ošetrovatelské intervence v české ošetrovatelské praxi s podtextem zkvalitnění péče orientované na pacienta. Získali jsme odpověď na výzkumnou otázku „Jaká je potřeba a možnost pro realizaci terapeutické komunikace v českém ošetrovatelství?“. Potřebu terapeutické komunikace podporují jak všeobecné sestry, tak pacienti. Obě výzkumné skupiny vnímají omezenou možnost v realizaci této ošetrovatelské intervence především v nedostatku času sester.

V rámci cíle „Zjistit, jaké místo zaujímá terapeutická komunikace v ošetrovatelské péči z pohledu sester a pacientů“ jsme shledali výsledky průměrné a ambivalentní. Sestry si uvědomují účinek a význam, avšak nezařazují dostatečně terapeutickou komunikaci do ošetrovatelství jako samozřejmou a nutnou dovednost. Z pohledu pacientů je pro ně terapeutická komunikace důležitá, ale vnímají, že sestry k její realizaci nemají podmínky.

V rámci cíle „Zjistit, jaké dovednosti terapeutické komunikace pacienti postrádají v péči sester“ jsme zjistili, že pacienti postrádají především, aby sestry měly více času se pacientům věnovat – hovořit s nimi a nechat pacienta hovořit. Také aby reagovaly na to, co pacienti říkají, být více aktivní, aby se jich samy ptaly na to, co pacienty trápí.

V rámci cíle jsme zjistili, že sestry mají zájem o poskytování terapeutické komunikace, je však podmíněn vhodnými podmínkami a dostatečným vzděláním v oblasti teoretické i praktické.

V neposlední řadě jsme v rámci naplnění posledního cíle zjistili, jaké překážky sestry vidí pro poskytování terapeutické komunikace. Výraznou překážkou je nedostatek času způsobený nízkým počtem personálu, vysokým počtem pacientů na jednu sestru, rozsáhlou administrativou a také tím, že managementem není tato dovednost podporována, sledována ani dokumentována.

Pro výzkumné šetření byla použita kvantitativní metoda za použití dotazníku vlastní konstrukce. Ke statistickému zpracování dat, kde se posuzoval vztah faktorů pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislostí, byl použit Pearsonův chí-kvadrát test o vzájemné nezávislosti v kontingenční tabulce a Fisherův exaktní test za použití SPSS programu verze 16,0. Dále byl zjišťován příklon

respondentů k Potřebnosti, Použití a Účinku terapeutické komunikace za využití sedmibodové škály sémantického diferenciálu. Pro numerické výpočty a grafické vyhodnocení bylo využito programovací prostředí R 3.0.1.

Pro realizaci sběru bylo osloveno 7 nemocnic Jihočeského kraje. Bylo distribuováno 500 dotazníků pro sestry a 300 pro pacienty. Výzkumný vzorek v konečné fázi tvořilo 249 (100 %) sester pracujících na lůžkových odděleních těchto nemocnic a 156 pacientů (100 %) tam hospitalizovaných.

Stanovená hypotéza H1 *Sestry vnímají terapeutickou komunikaci častěji jako kompetenci jiných disciplín než jako součást vlastního oboru ošetrovatelství* byla potvrzena pouze ve vztahu k délce praxe respondentů a zařazení terapeutické komunikace do disciplíny psychologie. V případě vzdělání závislost nebyla potvrzena.

H2 *Zaneprázdněnost sester je dle pacientů větší překážkou realizace terapeutické komunikace než jejich vlastní ostych požádat sestru o hlubší rozhovor* je potvrzena v případě respondentů-pacientů do 45 let hospitalizovaných do jednoho týdne. Pro respondenty starší 45 let a hospitalizovaných více než jeden týden tato hypotéza neplatí.

H3 *Sestry naplňují terapeutickou komunikaci častěji formou poskytování informací než jejími charakteristickými dovednostmi* nebyla potvrzena.

H4 *Sestry častěji postrádají nácvik a zdokonalování se v konkrétních dovednostech terapeutické komunikace než znalosti o tomto způsobu péče* nebyla verifikována.

H5 *Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé ve věku nad 45 let než mladší* lze statisticky potvrdit v případě, že jde o konkrétní terapeutické dovednosti „naslouchání“ a „času pro pacienta“. Ale pro postrádání dovedností terapeutické komunikace „reakce na to, co pacient říká a „aktivity sestry v kladení otázek“ tato hypotéza neplatí.

H6 *Terapeutickou komunikaci postrádají více lidé hospitalizovaní déle než jeden týden* nebyla potvrzena.

H7 *Překážkou pro realizaci terapeutické komunikaci je spíše čas, který sestry mohou této dovednosti věnovat, než že by terapeutickou komunikaci pacienti nepotřebovali* byla verifikována. Tato hypotéza je platná pro respondentky-sestry vysokoškolsky vzdělané.

H8 *Délka praxe sester je více rozhodujícím faktorem pro aplikaci terapeutické komunikace než jejich vzdělání* nelze statisticky potvrdit. Výsledky však ukazují, že významnost byla častěji potvrzena pro skupinu vysokoškolsky vzdělaných sester.

Získané výsledky přinášejí fakta o realitě v ošetrovatelské praxi, tedy nedostatečně aplikované ošetrovatelské dovednosti, kterou je terapeutická komunikace. Přestože je teoreticky opodstatněná a podle mnohých autorů klíčová pro poskytování péče, v reálné praxi pro její uskutečnění není mnoho prostoru. Výsledky jsou výzvou pro odbornou veřejnost, která by měla usilovat o navýšení této kompetence v běžné praxi všeobecných sester i seznamu výkonů ve prospěch spokojenosti klientů/pacientů i ve prospěch vlastní profese a image moderního ošetrovatelství v České republice.



## 9. LITERATURA

ARCHALOUSOVÁ, A. 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-33-X.

ARCHALOUSOVÁ, A. 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK. ISBN 80-86225-63-1.

ARNOLD, E. C. a K. U. BOGGS. 2003. *Interpersonal Relationships Professional Communication Skills for Nurses*. 4. vyd. St. Louis: Saunders, ISBN 0-7216-9388-1.

BAUMANN, M., BAUMANN, C., LE BIHAN, E. a N. CHAU. 2008. How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that perception affects adherence: use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area. *BMC Health Services Research* [online]. Vol. 8, s. 244–256 [cit. 2015-12-09]. ISSN 1472-6963. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-244>.

BENTLEY, M., STIRLING, CH. a A. ROBINSON. 2016. The nurse practitioner-client therapeutic encounter: an integrative review of interaction in aged and primary care settings. *Journal of Advanced Nursing* [online]. Vol. 72, iss. 9, s. 1991-2002 [cit. 2016-05-02]. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12929>

BERAN, J. 1997. *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-390-3.

BERMAN, A. a S. SNYDER, 2012. *J. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 9th ed. USA: Pearson. ISBN 978-0-13-802461-1.

BLÁHA, K. a STAŇKOVÁ, M. 2003. *Sestra a pacient: (komunikace v praxi)*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. České ošetrovatelství: praktické příručky pro sestry; 13. ISBN 80-7013-388-0.

BROWNIE, S., SCOTT, R. a R. ROSSITER. 2016. Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nursing Standard* [online]. Vol. 31, iss. 6, s. 54–61. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2016.e9847>

BULECHEK, G. M. 2013. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-233-10011-3.

BURNARD, P. 1992. *Counselling a guide to practice in nursing*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd. ISBN 0 75060643 6.

BURNARD, P. 1999. *Acquiring Interpersonal Skills*. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd. ISBN 0-7487-45-89-0.

BURNARD, P. 2001. *Effective Communication Skills for Health Professionals*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd. ISBN 0 7487 3312 4.

BURNARD, P. 2003. Ordinary chat and therapeutic conversation: phatic communication and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. Vol. 10, iss. 6, s. 678–682. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15005480>

BUŽGOVÁ, R. a I. PLEVOVÁ. 2011. *Ošetrovatelství. I, Historie – vzdělávání – současné ošetrovatelství – role sestry a nemocného – ošetrovatelský proces – konceptuální modely a teorie – klasifikační systémy – výzkum – praxe založená na důkazech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

CAMERON, D., KAPUR, R. a P. CAMPBELL. 2005. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relation perspective of the nurse – patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. Vol. 12, iss. 1, s. 64-74 [cit. 2015-10-09]. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00796.x>

CRAVEN, R., HIRNLE, F. a J. CONSTANCE. 1992. *Fundamentals of Nursing Human Health and Function*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company. ISBN 0-397-54669-6.

CRAWFORD, P., BROWN, B. a P. BONHAM. 2006. *Communication in clinical settings. Foundations in nursing and health care*. Andover: Centage Learning EMEA. ISBN 978-0-7487-9716-5.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A. a M. ROZSYPALOVÁ. 1995. *Speciální psychologie*. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-197-7.

- DART, M. A. 2011. *Motivational Interviewing in Nursing Practice*. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-7385-9.
- DEMASCENO, M. M., ZANETTI, M. L., de CARVALHO, E. C., TEIXEIRA, C. R. et al. 2012. Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. Vol. 20, iss. 4, s. 685–692 [cit. 2015-02-02]. ISSN 1518-8345. Dostupné z: <https://www.eerp.usp.br/rlae>
- DeVITO, J. A. 2001. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-988-8.
- Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: [http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)
- EVANS, A. M. 2007. Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. Vol. 14, iss. 2, s. 189–195 [cit. 2015-10-09]. ISSN. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01062.x>
- EXNER, L., RAITER, T. a D. STEJSKALOVÁ. 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-86419-73-8.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2001. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-086-0.
- FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
- HÁJEK, K. 2006. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-346-8.
- HARTL, P. 1993. *Psychologický slovník*. Praha: Budka. ISBN 80-90-154-0-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 1996. *Práva pacientů, komentované vydání*. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové. ISBN 80-902163-0-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
- HERDMAN T. H. a S. KAMITSURU. 2015. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace*. 10. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

- HEŘMANOVÁ, J. 2006. Některé aspekty plánování péče na konci života. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Roč. 2, č. 3, s. 11–119. ISSN 1801-1349.
- HEWESTONE, M. a W. STROBE. 2006. *Sociální psychologie: Moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-092-5.
- HNILICOVÁ, H. a S. BÁRTLOVÁ. 2000. *Vybrané metody a techniky výzkumu, zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-311-2.
- Hodnocení nemocnic. Kvalita očima pacientů [online]. © 2010–2015 [cit. 2015-10-20]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
- HONZÁK, R. 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.
- HONZÁK, R. 2015. *Svépomocná příručka sestry (Psychotriller)*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-142-1.
- HUMPOLÍČEK, P. 2014. Stres a jeho zvládání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch. [online]. [cit. 2015-10-11]. Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/component/content/article/270-stres-a-jeho-zvladani-v-kontextu-psychosomatiky-a-metabolicky-poruch>
- CHAN, E. A., A. JONES, S. FUNG a S. C. WU. 2011. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Vol. 21, iss. 7–8, s. 1168–1177 [cit. 2015-02-02]. ISSN 1365-2702. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03841.x>
- CHANT, S., T. JENKINSON, J. RANDLE a G. RUSSELL. 2002. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Vol. 11, iss. 1, s. 12–21 [cit. 2015-02-02]. ISSN 1365-2702. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00553.X>
- CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JANÁČKOVÁ, L. a P. WEIS. 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.

- JOBÁNKOVÁ, M. et al. 2006. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCONZO. 3. vyd. ISBN 80-7013-390-2.
- JONES, J. S, J. J. FITZPATRICK a V. L. ROGERS. 2012. *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. New York: Springer. ISBN 978-0-8261-0563-9.
- JOSEPH, S. a R. WORSLEY. 2005. *Person- Centered Psychopatology: a positive psychology of mental health*. Roos-on-Wye: PCCS Books. ISBN 978-1-8980-5969-1.
- KAFKOVÁ, V. 1992. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-123-3.
- KERLINGER, F. N. 1972. *Základy výzkumu chování, pedagogický a psychologický výzkum*. Praha: ACADEMIA.
- KIMMEL, N. 2007. Therapeutic Communication in the Nursing Profession. In: EzineArticles [online]. June 5, 2007 [cit. 2013-10-04]. Dostupné z: [http://EzineArticles.com/?expert=Nancy\\_Kimmel](http://EzineArticles.com/?expert=Nancy_Kimmel)
- KLEIER, J. A. 2013. Disarming the Patient through Therapeutic Communication. *Urologic Nursing* [online]. Vol. 33, iss. 3, s. 110 [cit. 2015-16-11]. ISSN 1749-771X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23930441>
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. a R. OLIVIEROVÁ. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
- KRÁLOVÁ, J. 2005. Agresivní pacient. *Praktický lékař*. Roč. 85, č. 4, s. 230–232. ISSN 1803-6597.
- KRAUS, B. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1995. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-187-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.
- KÜBLER-ROSS, E. a D. KESSLER. 2007. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner. ISBN 978-0-7432-6629-1.
- LAMBERT, M. J. a D. E. BARLEY. 2001. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* [online]. Vol. 38, iss. 4, s. 357–361. [cit. 2015-02-02]. ISSN 0033-3204. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- LAZARUS, R. S. 1966. *Psychological stress and Coping Process*. New York: Mc Graw-Hill.
- LEVY-STORMS, L. 2008. Threapeutic communication training in long- term care institutions: Recomendations for future research. *Patient Education and Counseling* [online]. Vol. 73, iss. 1, s. 8–21. [cit. 2015-02-02]. ISSN 0738-3991. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.026>
- LIMA-BASTO, M., H. JOSÉ, I. GOMES, T. POTRA, P. DIOGO a A. Reis. 2010. Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There Evidence In Nursing Care? A systematic Review of the Literature. *International Journal of Caring Sciences* [online]. Vol 3, iss. 1, s. 12–21 [cit. 2016-02-02].. ISSN 1792-037X. Dostupné z: [http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/Vol3\\_Issue1\\_03\\_LimaBasto.pdf](http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/Vol3_Issue1_03_LimaBasto.pdf)
- LINHART, J. 2004. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog. ISBN 80-7382-006-4.
- LINHARTOVÁ, V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.

McCLOSKEY, J. M. a G. BULECHEK. 1992. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis: Mosby-Year Book. ISBN 0-8016-6701-1.

MEEHAN, T. S. 2012. The Careful Nursing philosophy and professional practice model. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Vol. 21, iss. 10, s. 2905–2916. [cit. 2015-02-02]. ISSN 1365-2702. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04214.x>

MILLER, I. J. (1989). The Therapeutic Empathic Communication (TEC) Process. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 43, No. 4, s. 531–545. ISSN neuvedeno.

MINIBERGEROVÁ, L. a J. DUŠEK. 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-436-4.

MOE, A., HELLZEN, O. a I. ENMARKER. 2013. The meaning of receiving help from home nursing care. *Nursing Ethics* [online]. Vol. 20, iss. 7, s. 737–747. [cit. 2015-02-02]. ISSN 1477-0989. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733013478959>

MOORHEAD, S. et al. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5th ed. St. Louis: Mosby. ISBN 978-0-323-10010-6.

NYKL, L. 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4055-3.

PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1918.

PEKARA, J. a M. TREŠLOVÁ. 2011. Prevence násilí v ošetřovatelství. *Prevence úrazů a otrav*. Roč. VII, č. 2, s. 187–191. ISSN 1801-0261.

PEKARA, J. a M. TREŠLOVÁ. 2013. The Experiences with Nurses Trainings Concerning Prevention of Violence in the Czech Republic in years 2010–2013. In: CALLAGHAN P. et al. *Proceedings of the 8th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*, Dwingeloo: KAVANAHA, s. 448–450. ISBN 978-90-574-0112-1.

POCHYLÁ, K. 1998. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester, Charty práv pacientů. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 47 s. České ošetřovatelství: praktické příručky pro sestry; 2. ISBN 80-7013-270-1

POKORNÁ, A. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 8070134402.

POTTER, P. A. a A. G. PERRY. 1990. *Basic Nursing Theory and Practice*. St. Louis: Mosby. ISBN 0-8016-3950-6.

Prezidium České asociace sester. 2014. Reakce ČA na článek MF Dnes „Chybí zdravotní sestry, které s pacientem hovořily“. *Florence* 10. s. 32–33. ISSN 1901-464X.

RAITER, T. 2010. Od zdravotních sester pacienti očekávají vstřícnou komunikaci. *Florence* [online]. Akcent VZP č. 6/2010 [cit. 2015-02-02]. ISSN 1901-464X. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-akcent-vzp/2010/6/od-zdravotnich-sester-pacienti-ocekavaji-vstricnou-komunikaci/>

RICHARDSON, C., PERCY, M. a J. HUGHES. 2015. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today* [online]. Vol. 35, iss. 5, s. e1–e5 [cit. 2016-10-13]. ISSN 0260-6917. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.016>

ROGERS, C. R. 1996. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: IRIS. ISBN 80-88778-02-6.

ROGERS, C. R. 1998. *Způsob bytí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-233-5.

ROSENBERG, S. a L. GALLO-SILVER. 2011. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical settings. *Teaching and Learning in Nursing* [online]. Vol. 6, iss. 1, s. 2–8 [cit. 2016-10-13]. ISSN 1557-3087. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.12691/education-2-7-2>

ROSSITER, Ch. M. 2006. Defining „Therapeutic Communication“. *Journal of Communication* [online]. Vol. 25, iss.3, s. 127–130 [cit. 2014-10-12]. ISSN 1460-2466. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x>

RUBENFELD, M. G. a B. K. SCHEFFER. 1995. *Critical Thinking in Nursing: An interactive Approach*. Philadelphia: Lippicott Company. ISBN 0-397-55099-5.

SELVAGE, J. 1997. *Ošetrovatelství v akci*. Praha: Česká společnost sester. ISBN 92-890-1312-5.



Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s přepočtem bodových hodnot dle vyhlášky č. 350/2015 Sb. 2016. Olomouc: EZ Centrum s. r. o. ISBN 978-80-905236-3-0.

SILBERNAGL, S a F. LANG. 2012. *Atlas patofyziologie*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3555-9.

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV ABZ.CZ. [online] [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

SMIAR N. a W. PAPENBERG. 2011. Don't throw petrol on the fire! The essential connection between assertive communication and safety in the violent crisis. In: NEEDHAM I. et al. *Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Dwingeloo: KAVANAH, s. 424. ISBN 978-90-5740-009-5.

STAŇKOVÁ, M. 1999a. *LEMON: učební texty pro sestry a porodní asistentky 2*. Brno: IDVZP. ISBN 80-7013-238-8.

STAŇKOVÁ, M. 1999b. *Základy teorie ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-243-5.

STECKLER, R. 2012. *Improving communication skills among nursing students: Assessing the Comfort curriculum as an intervention*. Theses and Disertations-Communication. Dostupné z: [http://uknowledge.uky.edu/comm\\_etds/7](http://uknowledge.uky.edu/comm_etds/7)

STICKLEY, T. a D. FRESHWATER. 2006. The Art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health Practice* [online]. Vol. 9, iss. 5. s 12–18 [cit. 2014-10-12]. ISSN 2047-895X. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/mhp2006.02.9.5.12.c1899>

Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. 2000. Praha: MZČR. ISBN 80-85047-20-9.

SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

- ŠIFFELOVÁ, D. 2010. *Rogerovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2938-1.
- ŠMÍDOVÁ, A. a M. PELIKÁNOVÁ. 2014. Mým cílem je obhajovat ošetřovatelství. *Sestra*. Roč. 24, č. 1, s. 8–9. ISSN 1210-0404.
- ŠPATENKOVÁ, N. a J. KRÁLOVÁ. 2009. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
- ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství I. Pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠULISTOVÁ, R. a M. TREŠLOVÁ. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-246-5.
- TATE, P. 2005. *Komunikace pro lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-274-0911-2.
- TAYLOR, B. J. 2006. *Reflective Practice: a guide for nurses and midwives*. 2nd ed. Berkshire: Open University. ISBN 978-0335217427.
- TAYLOR, S. a D. FIELD. 2008. *Sociology of Health and Health Care*. 4th ed. Oxford: Blackwell. ISBN 978-1-4051-5172.
- TOMEY, M. A. a M. R. ALLIGOOD. 2006. *Nursing Theorists and their Work*. St. Louis, Missouri: Mosby. ISBN 13:978-0-323-03010-6.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. 2009. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. 2014. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktual. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
- TOURVILLE, Ch. a K. INGALLS. 2003. The Living Tree of Nursing Theories. *Nursing Forum*. Vol. 38, iss. 3, s. 21–36. ISSN 0029-6473.
- TRACHTOVÁ, E. (ed.). 1999. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-285-X.

- TRAVELBEE, J. 1963. What do we mean rapport? *American Journal of Nursing*. Vol. 63, s. 70–72. ISSN 0002-936X.
- TRAVELBEE, J. 1996. *Interpersonal aspects of nursing*. 2nd ed. Oslo: Pensumtjeneste. ISBN 82-13-00568-6.
- TREŠLOVÁ, M. 2007. Contradiction of Theory and Practice in Communication of care providers. *Journal of Health Science Management and Public Health*. Vol. 8, iss. 1, 25–28, ISSN 1512-0651.
- TREŠLOVÁ, M. 2012. Ošetrovatelství – profese, na kterou není čas. *Zdravotnické noviny*. Mladá fronta a. s. Roč. 43, č. 10, s. 18–20. ISSN 1805-23-55.
- ÚLEHLA, I. 2007. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VÁVROVÁ, S. 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-262-0087-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174.
- Věstník MZČR: 7/2004 Závazná opatření, metodická opatření, zprávy a sdělení. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html)
- Věstník MZČR: 9/2004 Metodické opatření, 9. Koncepce ošetrovatelství. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3648\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html)
- VONDRÁČEK, L. 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2629-8.
- VÖRÖSOVÁ, G. 2013. *Diagnóza v ošetrovatelstve*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied. ISBN 978-80-558-0233-6.
- VÖRÖSOVÁ, G. a kol. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-242-7

VRBATOVÁ, N. 2014. Stačí sestře středoškolské vzdělání i dnes? *Florence*. Roč. 10, č. 10, s. 3. ISSN 1801-454X.

VYBÍRAL, Z. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb\\_4763\\_3120\\_3.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html)

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2 vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a J. ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktické cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. [online] [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: <http://komorazt.cz/wp-content/uploads/2011/04/105-2011.pdf>

ZERWEKH, J-A. a A. ZERWEKH GARNEAU. 2015. *Nursing Today, Transition and Trends*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Mosby. ISBN 987-1-4557-3203-6.

ŽIAKOVÁ, K. a kol. 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-247-2.

## 10. PŘÍLOHY

### Seznam příloh

1. Dotazník – sestry
2. Dotazník – pacienti
3. Žádost a souhlas s realizací výzkumného šetření
4. Terapeutická komunikace v ošetrovatelských modelech
5. Důvody pro použití terapeutické intervence a její účinek

## Příloha 1: Dotazník – sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovoluji si Vám předložit dotazník, jehož výsledky by měly zmapovat použití terapeutické komunikace v ošetrovatelství. Vaše zkušenosti, názory a postřehy jsou proto velmi přínosné. Předem děkuji za čas, který vyplnění věnujete. Dotazník je však dobrovolný a s daty bude nakládáno anonymně. Navrhované možnosti vyberte podle toho, která je nejbližší Vašemu názoru.

Označte vždy jen jednu Vámi vybranou možnost v případě, že není uvedeno jinak.  
Děkuji

Marie Trešlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

1. Setkal/a jste se s termínem terapeutická komunikace?

NE ANO – v jaké souvislosti.....

2. Setkal/a jste se ve Vaší praxi s termínem terapeutická komunikace?

NE ANO – v jaké souvislosti.....

3. Do jaké disciplíny podle Vás terapeutická komunikace patří?

- a) medicína b) psychologie c) psychiatrie d) sociální péče e) ošetrovatelství  
f) sociologie

SEZNAMTE SE s terapeutickou komunikací:

– Sestra terapeutickou komunikací snižuje napětí, strach a úzkost.

– Sestra terapeutickou komunikací vytváří atmosféru důvěry a podpory.

Na škále vyznačte u jednotlivých dvojic slov, do jaké míry se ke které z nich spíše přikláníte (příklad Černá 1...2...3...4...5...6...7...Červená, označím-li 6, znamená, že

se přikláním k červené, nebo 3 přikláním se k černé). Čím více ke krajům škály, tím větší míru příklonu vyjadřujete.

#### 4. Jak vnímáte POTŘEBNOST terapeutické komunikace

Znamá	1...2...3...4...5...6...7	Neznámá
Důležitá	1...2...3...4...5...6...7	Nedůležitá
Nutná	1...2...3...4...5...6...7	Zbytečná
Příhodná	1...2...3...4...5...6...7	Nepatříčná
Zajímavá	1...2...3...4...5...6...7	Nudná
Náležitá	1...2...3...4...5...6...7	Nevhodná
Poutavá	1...2...3...4...5...6...7	Fádní
Nezbytná	1...2...3...4...5...6...7	Postradatelná
Dobrá	1...2...3...4...5...6...7	Špatná
Jasná	1...2...3...4...5...6...7	Rozporuplná
Srozumitelná	1...2...3...4...5...6...7	Nejednoznačná
Kvalitní	1...2...3...4...5...6...7	Podřadná
Hodnotná	1...2...3...4...5...6...7	Bezcenná
Rozšířená	1...2...3...4...5...6...7	Ojedinelá
Běžná	1...2...3...4...5...6...7	Výjimečná
Samozřejmá	1...2...3...4...5...6...7	Neobvyklá

#### 5. Pokud by se Terapeutická komunikace použila, je její POUŽITÍ

Aktivní	1...2...3...4...5...6...7	Pasivní
Působící	1...2...3...4...5...6...7	Neúčinné
Flexibilní	1...2...3...4...5...6...7	Rigidní

Pružné	1...2...3...4...5...6...7	Nepoddajné
Měnivé	1...2...3...4...5...6...7	Stálé
Hojné	1...2...3...4...5...6...7	Sporadické
Vzájemné	1...2...3...4...5...6...7	Jednostranné
Pečující	1...2...3...4...5...6...7	Nepečující
Pomáhající	1...2...3...4...5...6...7	Nepomáhající
Interaktivní	1...2...3...4...5...6...7	Jednosměrné
Uzdravující	1...2...3...4...5...6...7	Nehojící
Povzbuzující	1...2...3...4...5...6...7	Bolestivé
Kreativní	1...2...3...4...5...6...7	Ničivé
Profesionální	1...2...3...4...5...6...7	Laické
Relaxační	1...2...3...4...5...6...7	Stresující
Chápající	1...2...3...4...5...6...7	Odmítající

#### 6. Při použití terapeutické komunikace je její ÚČINEK

Možný	1...2...3...4...5...6...7	Nemožný
Silný	1...2...3...4...5...6...7	Slabý
Podporující	1...2...3...4...5...6...7	Nepodporující
Potřebný	1...2...3...4...5...6...7	Zbytečný
Užitečný	1...2...3...4...5...6...7	Škodlivý
Reálný	1...2...3...4...5...6...7	Utopický
Praktický	1...2...3...4...5...6...7	Bezúčelný
Funkční	1...2...3...4...5...6...7	Nefungující
Povzbuzující	1...2...3...4...5...6...7	Odrážející



Přiměřený	1...2...3...4...5...6...7	Přemrštěný
Obecný	1...2...3...4...5...6...7	Konkrétní
Skutečný	1...2...3...4...5...6...7	Neopodstatněný
Motivující	1...2...3...4...5...6...7	Demotivující
Inspirující	1...2...3...4...5...6...7	Odvracející

7. Kdy byste použil/a dovednosti terapeutické komunikace? (můžete označit více možností)

a) po přijetí pacienta b) před propuštěním pacienta c) kdykoli d) podle projevů pacienta e) na přání pacienta f) podle problému pacienta

8. Co podle Vás terapeutická komunikace obsahuje?

a) psychoterapii b) hlubinnou psychiatrii c) psychoanalýzu d) direktivní komunikaci e) nedirektivní komunikaci f) na člověka zaměřenou péči

9. Může terapeutická komunikace souviset s ošetřovatelstvím?

ANO – jak?.....

NE – proč?.....

NEVÍM

10. Jaký účinek může terapeutická komunikace na pacienta mít při poskytování péče? (můžete označit více možností)

a) žádný b) motivující c) uklidňující d) povzbuzující e) informační f) jiný

11. Abyste mohl/a realizovat (aplikovat, uskutečnit) terapeutickou komunikaci, potřeboval/a byste:

.....

12. Charakteristické dovednosti pro terapeutickou komunikaci jste získal/a (pokud jste odpověděl/a c), d), pokračujte otázkou 14).

a) v průběhu kvalifikačního studia b) v průběhu celoživotního studia c) nezískal/a studiem d) nezískal/a žádným jiným způsobem e) jiné.....

13. Na jaké úrovni tyto získané dovednosti byly? (označte křížkem na stupnici)

Žádné

Velmi dobré

0.....1.....2.....3.....4.....5

14. Vaše současné dovednosti terapeutické komunikace hodnotíte jako (označte křížkem na stupnici):

Nedostatečné

Výborné

0.....1.....2.....3.....4.....5

15. Pro osvojení si efektivních terapeutických komunikačních dovedností byste doporučil/a?

.....

16. Co považujete za největší překážku pro realizaci terapeutické komunikace sestrami?

.....

17. Jaký rozdíl vnímáte mezi Vašimi teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi terapeutické komunikace?

a) jsou na stejné úrovni b) teoretické aplikují prakticky c) teoretické existují, prakticky jsou nerealizovatelné d) nemám žádné z nich e) mám jen teoretické

18. V případě školení (kurzu) terapeutické komunikace byste dal/a přednost:

a) zaměření na získání teoretických znalostí b) nácviku praktických dovedností  
c) nemám zájem ani o teorii, ani o praktické dovednosti d) osvojení si teorie i praktických dovedností

19. Pokud byste měl/a zájem účastnit se kurzu terapeutické komunikace, jaký důvod by to byl?

a) zvýšilo by to moji kvalitu ošetrovatelské péče

b) přispělo by to ke zvýšení celkové image ošetřovatelství

c) mít spokojeného pacienta

d) získat dovednosti pro saturaci psychosociálních potřeb

e) jiné.....

20. Jakým způsobem aplikujete dovednosti terapeutické komunikace svým pacientům?  
(můžete označit více možností)

a) žádným b) vysvětlováním c) podáním informací d) nasloucháním e) pokládáním otázek f) pozorováním g) jiným.....

21. Vnímáte rozdíl mezi terapeutickou komunikací a poskytováním informací?

ANO – jaký.....

NE – proč.....

22. Kolik věnujete času (minut) terapeutické komunikaci s pacientem?.....

23. Nabízíte možnost terapeutické komunikace pacientům?

ANO NE

24. Pokud NE, jaké k tomu vedou důvody? (A z pohledu pacienta, B z pohledu sestry)

A a) pacienti to nevyžadují b) pacienti to nepotřebují c) pacienti na to nejsou zvyklí

B a) nemám na to čas b) nepatří to do mé práce c) nevím, proč bych to měl/a dělat

d) nevím, jak to dělat e) nadřízení to po mně nevyžadují

f) jiné.....

25. Čekáte na vyzvání od pacienta, abyste realizoval/a terapeutickou komunikaci?

ANO NE

26. Setkáváte se s tím, že by pacient požadoval po sestře terapeutickou komunikaci?  
(podrobnější rozhovor)

ANO Často Ojedinele NE

27. Jaké dovednosti podle Vás jsou v terapeutické komunikaci nejpodstatnější?

.....

28. Kterou dovednost byste do terapeutické komunikace nezařadil/a?

a) podávání informací b) předání informačního letáku c) vysvětlování d) nabízení pomoci e) pozorování f) naslouchání

29. Myslíte si, že pacienti nežadají od sester terapeutickou komunikaci, protože mají ostych sestry o ni požádat?

ANO NE NEVÍM

30. Pokud ANO, v čem podle Vás spočívá ostych pacientů sestru požádat o terapeutickou komunikaci?

a) zaneprázdněnost sestry b) tradice c) kultura společnosti d) neznalost této možnosti

31. Jaké další důvody vidíte v tom, že pacienti nevyžadují od sester terapeutickou komunikaci?

.....

32. Jaké podmínky byste potřeboval/a k realizaci terapeutické komunikace? (uved'te maximálně 3)

.....

33. Jaké dovednosti byste potřeboval/a k realizaci terapeutické komunikace? (uved'te maximálně 3)

.....

34. Kdyby byly ideální podmínky, chtěl/a byste realizovat terapeutickou komunikaci ve Vaší běžné praxi?

ANO – proč.....

NE – proč.....

35. Myslíte si, že vzdělání ovlivňuje aplikaci terapeutické komunikace?

ANO NE (proč?).....

36. Patří podle Vás terapeutická komunikace do ošetrovatelských kompetencí?

ANO – proč

NE – proč (komu náleží tyto kompetence?)

37. Z jakých důvodů byste zařadil/a terapeutickou komunikaci do kompetencí ošetrovatelské praxe?

.....

38. Kdybyste měl/a možnost navýšit ošetrovatelské kompetence, které by to byly?

a) terapeutická komunikace b) preskripce léků c) sonografie d) aplikace i.v. injekcí e) transfuze – (sanguin test, biologická zkouška)  
f) jiné.....

39. Jaký účinek může podle Vás terapeutická komunikace mít?

.....

40. Myslíte, že pacienti terapeutickou komunikaci potřebují?

ANO NE Nepřemýšlel/a jsem o tom

41. Myslíte si, že pacienti terapeutickou komunikaci požadují?

ANO NE NEVÍM

42. Pokud byste měl/a možnost zdokonalit se v dovednostech terapeutické komunikace, byly by to:

.....

43. Myslíte si, že více ovládáte:

a) teoretické znalosti terapeutické komunikace

b) praktické dovednosti terapeutické komunikace

44. Vaše dosažené vzdělání je:

SZŠ – kvalifikovaná sestra    DiS.    Bc.    Mgr.    Ph.D.

45. Délka Vaší praxe u lůžka:

do 5 let                      6–20 let                      21 a více let

46. Na jakém oddělení pracujete?

Operačním                      Konzervativním

## Příloha 2: Dotazník – pacienti

Vážená paní, pane,

dovoluji si Vám předložit dotazník, jehož výsledky by měly zmapovat použití terapeutické komunikace v ošetrovatelství. Vaše zkušenosti, názory a postřehy jsou proto velmi přínosné. Předem děkuji za čas, který vyplnění věnujete. Dotazník je však dobrovolný a s daty bude nakládáno anonymně. Navrhované možnosti vyberte podle toho, která je nejbližší Vašemu názoru.

Označte vždy jen jednu Vámi vybranou možnost v případě, že není uvedeno jinak.  
Děkuji

Marie Trešlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

1. Z jakého důvodu s Vámi sestra komunikuje? (označte jednu možnost)

a) aby ode mne získala požadované informace   b) aby mne informovala   c) aby mne poučila   d) aby o mně zjistila, co mne opravdu trápí   e) aby mne potěšila   f) aby mne povzbudila   g) aby řeč nestála   h) jiné.....

2. Jak na Vás působí komunikace sestry? (označte jednu možnost)

a) mile   b) vlídně   c) neutrálně   d) pracovně   e) povzbuzuje mne   f) pomáhá mi   g) formálně   h) podporuje mne   i) posiluje mne   j) srdečně

3. Co z komunikace sestry je pro Vás nejpodstatnější? (označte jednu možnost)

a) její úprava   b) její zájem o mne   c) její přístup ke mně   d) množství času, který u mne stráví   e) že jí mohu sdělit to, co mne opravdu trápí   f) že reaguje na to, co mne opravdu trápí

4. Myslíte si, že způsob komunikace sestry Vám může pomoci ve Vaší situaci?

NE – proč.....

ANO – proč.....

NEVÍM

5. Myslíte, že komunikace sestry, která povzbuzuje, patří do činností sestry, které by měla běžně provádět?

ANO            NE            NEVÍM

6. Abyste cítil/a, že Vám sestra pomáhá svou komunikací, měla by sestra (můžete označit více možností):

- a) více naslouchat    b) sednout si ke mně    c) mít více času pro mne    d) reagovat na to, co říkám    e) více se mne sama ptát na to, co mne trápí    f) nechat mne hovořit  
g) dotýkat se mne

7. Co nejvíce postrádáte v komunikaci sestry?

.....

8. Sestra má pacienty povzbuzovat a posilovat v jejich nelehké situaci. Co podle Vás vede k tomu, že to nedělá?

.....

SEZNAMTE SE s terapeutickou komunikací:

– Sestra terapeutickou komunikací snižuje napětí, strach a úzkost.

– Sestra terapeutickou komunikací vytváří atmosféru důvěry a podpory.

9. Brání Vám něco v tom, abyste sestru požádal/a o podrobnější rozhovor (terapeutickou komunikaci) o Vašich problémech?

ANO            NE            NEVÍM

Pokud ANO, prosím uveďte:.....

10. Očekáváte, že by Vám sestra sama měla nabídnout možnost podrobnějšího rozhovoru? (terapeutickou komunikaci)

ANO            NE            NEVÍM



Prosím zdůvodněte.....

11. Myslíte, že by se sestra měla častěji věnovat podrobnějšímu rozhovoru s pacienty (o jejich problémech)?

ANO            NE            NEVÍM

Prosím zdůvodněte.....

12. Podle Vaší zkušenosti, jaký zájem sestry mají pro vedení podrobnějšího rozhovoru (terapeutické komunikace) o problémech, které pacienty trápí?

Žádný            Častý            Výrazný            Jiné.....

13. Pokud mají zájem, jakým způsobem ho vyjadřují?

.....

14. Pokud se pacienti ostýchají požádat sestru o terapeutickou komunikaci, je to způsobeno tím, že pacienti (vyberte jednu možnost):

a) cítí, že sestra nemá čas    b) že sestra nemá zájem    c) že nemá oprávnění  
d) že jí nedůvěřují    e) že se stydí    f) jiné.....

15. Máte zájem o podrobnější rozhovor se sestrou o Vašich problémech?

ANO            NE            NEVÍM

16. Na základě Vašich zkušeností uveďte prosím, jak často sestry používají terapeutickou komunikaci při poskytování péče:

Neustále            Velmi často            Výjimečně            Nepoužívají

17. Jakou podle Vás mají pacienti potřebu, aby jim sestra poskytla terapeutickou komunikaci?

Velmi silnou            Silnou            Slabou            Minimální            Žádnou

18. Máte zkušenost se situací, kdy sestra pomohla pacientům (můžete označit více možností):

a) překonat aktuální stres

- b) přizpůsobit se tomu, co momentálně nešlo změnit
- c) zmírnit úzkost
- d) cítit se lépe, i když problémy (příznaky) zůstávaly stejné
- e) tím, že reagovala na vyjádřené pocity (emoce)
- f) tím, že reagovala na vyjádřené zkušenosti
- g) tím, že reagovala na sdělené skutečnosti (informace)
- h) nemám takovou zkušenost

19. Čím je podle Vás způsoben ostych pacientů, že nepožádají sestru o podrobnější rozhovor? (označte jen jednu možnost)

- a) tím, že si pacient uvědomuje zaneprázdněnost sestry
- b) tím, že sestra pacientům nenaslouchá
- c) tím, že sestra nemá čas
- d) tím, že si sestra neuvědomuje takovou potřebu pacientů
- e) pacienti nemají ostych požádat sestru o hlubší rozhovor

20. Jste ve věku:

do 25 let                      mezi 26 a 45 lety                      46 a více let

21. Jste hospitalizován/a na oddělení                      operačním                      neoperačním

22. Jak dlouho jste hospitalizován/a                      1 týden                      více než jeden týden

23. Pokud byste chtěl/a doplnit něco k tomuto tématu, prosím využijte tento prostor.

Děkuji

### **Příloha 3: Žádost a souhlas s realizací výzkumného šetření**

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás s následující žádostí o spolupráci. Vyučuji komunikaci na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích a zabývám se problematikou terapeutické komunikace v ošetrovatelství. Bylo by možné distribuovat dotazníky kvalifikovaným sestřám a pacientům ve Vaší nemocnici? Pro získání respondentů oslovuji všechny nemocnice v Jihočeském kraji.

Dotazník je k posouzení v příloze. Pokud by bylo možné šetření realizovat, počet dotazníků by záležel na počtu kvalifikovaných sester zaměstnaných ve Vaší nemocnici. Na webových stránkách se mi nepodařilo najít počet kvalifikovaných sester pracujících ve Vaší nemocnici. Je možné Vás požádat o tuto informaci? Uvědomuji si, že jsou v současné době nemocnice zahlceny dotazníky, proto předpokládaný počet by byl cca 20 % z nich.

Bylo by možné, v případě souhlasu s realizací, abych dotazníky zaslala poštou na Vaši adresu a požádala Vás o distribuci přes vrchní nebo staniční sestry? Pokud by bylo nutné, přijela bych a rozdala osobně. Vyplněné dotazníky bych v každém případě osobně vyzvedla.

Předem děkuji za Vaše vyjádření. S přáním příjemného dne

Marie Trešlová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

tel.: +420 777 960 431; +420 389 037 535

e-mail: treslova@zsf.jcu.cz

## Příloha 4: Terapeutická komunikace v ošetrovatelských modelech

Oš. model	Zaměření na člověka	Potřeba	Hodnota pro zdraví	Intervence terapeutické komunikace
Nightingale	Emocionální prostředí stress	Jistota, bezpečí	Naděje, víra, klid	<b>Prostředí</b> <b>Čas</b>
Henderson	Komunikace s ostatními vyjadřováním emocí, potřeb, strachu, názorů	Bezpečí	Seberealizace, smysluplnost	<b>Klid</b> <b>Nabídka</b> <b>Aktivní naslouchání</b>
Roper – Logan – Tierny	Životní aktivity – bezpečné prostředí, komunikace, preventivní a posilující chování	Bezpečí	Aktivita	<b>Mlčení</b> <b>Být specifický a pozorný</b> <b>Kladení otázek</b>
Parse	Vlastní hodnoty, sny a naděje	Jistota, bezpečí, seberealizace, uznání, sebeúcta	Seberozhodování	<b>Parafrázování</b> <b>Žádat objasnění</b> <b>Kontrolování vnímaného – reflexe</b>
Peplau	Interakce, rozvoj	Jistota, bezpečí	Klid	<b>Vyjadřování osobního zájmu</b>
Orlando	Reakce na změny v procesu vývoje	Komfort, pohoda		<b>Poděkování</b>
Wiedenbach	Pomoc	Seberealizace	Sebevědomí, sebehodnocení	<b>Potvrzení, uznání</b>
Gordon	Životní hodnoty	Sebekoncepce	Naplnění	<b>Fokusace – zaměření</b>
Johnson	Ochrana před škodlivými vlivy	Sebekoncepce, sounáležitost	Sebehodnocení, sebevědomí, bezpečí, důvěra, pomoc, autonomie	<b>Sumarizovat</b> <b>Empatie</b>
King	Transakce – smysluplnost	Uznání, sebeúcta	Identita	<b>Respekt</b> <b>Důstojnost</b>
Neuman	Stresové faktory	Jistota, bezpečí	Pohoda – rovnováha	
Levin	Osobní integrita	Sebekoncepce, sebeúcta	Respekt, intimita	

## Příloha 5: Důvody pro použití terapeutické intervence a její účinek

Důvody pro použití terapeutické intervence a její účinek		
Projevy stavu pacienta	Intervence	Výsledek snížení, vymizení
neporozumění	aktivně naslouchej	rozumí
nespolupráce	sdílej pozorované	spolupracuje
nejistota	sdílej empatii	aktivně se podílí
neklid	sdílej naději	projevuje jistotu
nervozita	sdílej pocity	není neklidný
nevole	použij doteku	neprojevuje nejistotu
smutek	použij mlčení	má zájem
úzkost	poskytuj informace	nevyjadřuje smutek
strach	s vysvětlením	není úzkostný
zlost	vyžádej objasnění	nemá strach
vyjádření beznaděje	parafrázuj	je uvolněný
vyjádření bezmoci	pokládej otevřené otázky	projevuje naději – plánuje
	sumarizuj	má zájem o řešení
	zajisti soukromí	je vyrovnaný
	podporuj autonomii	soustředí se
	unáhleně neodsuzuj	fyziologické funkce jsou v normě
	vyjadřuj respekt	přijímá nabízenou pomoc
	vyjadřuj srdečný zájem	a zájem
		věří si, cítí se jistě
		cítí se bezpečně
		vyjadřuje úlevu
		adaptuje se

**Zdroje:** Honzák (2015); Bulechek (2013); McCloskey, Bulechek (1992); Moorhead et al. (2013); Nykl (2012); Richardson et al. (2015); Venglářová, Mahrová (2006); Kristová (2004); Craven et al. (1992); Dart (2011); Zerwekh, Zerwekh Garneau (2015); Špirudová (2015)