

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Poláková Lenka

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**TERAPEUTICKÁ KOMUNIKACE
V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU**

Bakalářská práce

OBSAH

Prohlášení

Úvod	6
1. Současný stav	7
1.1 Komunikace v ošetrovatelském procesu	7
1.1.1 Verbální komunikace	8
1.1.2 Neverbální komunikace	8
1.1.3 Účinky komunikace v ošetrovatelském procesu	11
1.2 Terapeutická komunikace	12
1.2.1 Terapeutická komunikace z hlediska komunikačního	12
1.2.1.1 Terapeutický rozhovor	12
1.2.1.2 Techniky terapeutické komunikace	14
1.2.2 Terapeutická komunikace z hlediska terapeutického	15
1.2.2.1 Postoj sestry v roli terapeuta	16
1.2.2.2 Pravidla terapeutické komunikace	17
1.2.2.3 Terapeutický přístup	18
1.2.2.4 Vybrané terapeutické metody	19
1.2.2.5 Psychologické prostředky v terapeutické komunikaci	21
1.2.2.6 Terapeutický záměr	22
1.2.2.7 Terapeutické působení	23

1.2.2.8	Prožívání pacienta.....	23
1.3	Uplatnění terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu	24
1.4	Krizová intervence	27
1.4.1	Práce s pláčem	28
1.4.2	Komunikace s pozůstalými	29
2.	Cíle práce a hypotézy	31
2.1	Cíle práce	31
2.2	Hypotézy	31
3.	Metodika	32
3.1	Metodika práce	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	32
4.	Výsledky.....	33
5.	Diskuse	56
6.	Závěr	62
7.	Seznam použitých zdrojů	64
8.	Klíčová slova.....	68
9.	Přílohy.....	69
9.1	Příloha 1Dotazník	70
9.2.	Příloha 2 Zóny osobního kontaktu.....	76

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/ 1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....2008

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále své rodině za trpělivost a pomoc a v neposlední řadě všem sestrám a nemocnicím, které mi pomohly uskutečnit výzkum. Zvláštní poděkování pak patří Úrazové nemocnici Brno za laskavé přijetí mého výzkumu.

ÚVOD

Toto téma bakalářské práce Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem přesvědčena o významu terapeutické komunikace v ošetrovatelské péči o pacienta, neméně pak v ošetrovatelském procesu. Často slyším, že dobré slovo léčí. Podle mne je sestra tím, kdo přichází s pacientem nejčastěji do bezprostřední blízkosti. Od běžných hovorů sociální komunikace se dostává do rozhovoru, kde ústřední roli hrají pocity pacienta.

Naslouchání tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější, co má vyslechnout, a to jak na verbální tak neverbální úrovni. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi sestra setká, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň. I když se naši pacienti nacházejí v náročné životní situaci, je dobré mít na paměti, že neprožívají jen negativní emoce, nýbrž že k jejich pocitům bude patřit také radost, potěšení, klid i láska. Důležité je nezůstat k pocitům druhého v rozhovoru lhostejný a dovolit si je sdílet. Pokud udělá sestra v terapeutické komunikaci chybný krok, může se stát, že se pacient uzavře a přestane o svých pocitech mluvit. Naopak podaří-li se nám přijmout pocity pacienta, bude pacient v jejich sdělování pokračovat, na čemž může sestra stavět v dalších fázích terapeutického vztahu. Ve vztahu sestry s pacientem tak on nalezne tolik potřebnou důvěru, která povede ke zmírnění napětí, strachu a úzkosti.

1. Současný stav

1. 1 Komunikace v ošetrovatelském procesu

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, což se překládá jako „dělat něco společným.“ V jakékoli komunikaci by sestra měla mít na paměti, že „*Comunicare est multum dare*“ aneb komunikovat znamená mnoho dávat. Komunikace je jedním ze základních pilířů ošetrovatelského procesu, sestra se s ní setkává ve všech jeho fázích – anamnestické, diagnostické, ve fázích plánování, realizace i hodnocení. Studie WHO zabývající se ošetrovatelskou péčí k souvislosti komunikace s ošetrovatelským procesem uvádí: „Ošetrovatelský proces je charakteristický svou otevřeností, dynamičností, tvořivostí sestry v přístupu k pacientovi, přizpůsobuje se osobitým potřebám pacienta, rodiny i společnosti, zdůrazňuje zpětnou vazbu neméně důležitou také v komunikaci“ (10 str.15).

Komunikaci v ošetrovatelství charakterizují vlastnosti jako je nevyhnutelnost, kdy se komunikaci s pacientem sestra nemůže vyhnout, tudíž se komunikační proces stává permanentním. Další vlastností je nezvratnost, protože jednou vyřčená slova nelze již vzít zpět. Poslední vlastností je neopakovatelnost, která charakterizuje jedinečnost a specifičnost každé komunikace mezi sestrou a pacientem.

Pro pomáhající profese je komunikace jedním ze základních dovedností. Díky komunikaci sestra získává informace a v ošetrovatelství tyto získané informace využívá právě k péči o pacienty, k péči jež může příznivě ovlivnit fyzickou a především psychickou stránku pacienta v době jeho nemoci. Komunikační dovednosti jsou stěžejní dovedností sester, ať už pracují kdekoli, protože právě ony jsou každý den v úzkém kontaktu s pacientem. Komunikační dovednosti by neměly být považovány za něco automaticky daného. Je třeba umět a vědět, jak nejlépe komunikovat s pacienty, když jsou rozrušeni, rozzlobeni, sklíčení nebo mají při komunikaci fyzické či psychické potíže. Je třeba aby si sestra uvědomila, že slovem může pomoci, ale i ublížit. Laskavé slovo, pět minut strávených u pacienta hovorem s ním, pro něj mnohdy znamená více než perfektně ustlaná postel. Je důležité si uvědomit, že odborné komunikační dovednosti je třeba vědomě získávat, pěstovat a uplatňovat (3, 5).

Při psychoterapeutickém rozhovoru terapeut musí získávat od klienta informace, je potřeba tzv. „vhled“ do klienta prostřednictvím literatury a mnohdy časově náročného studia. Sestra má výhodu, že je od tohoto vhledu oproštěna, neboť je v kontaktu s pacientem/klientem mnohem intenzivněji, než zmíněný terapeut. Pečuje o něj jako o bytost, jež se vyznačuje svými bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami. Zdánlivě bezvýznamné projevy, které by však sestra školená v terapeutické komunikaci měla zaznamenat, mohou pak být vodítkem k pacientovým problémům (12, 20).

1.1.1 Verbální komunikace

Komunikace jako taková má v zásadě dvě hlavní složky. Verbální (slovní) a neverbální. Slovní komunikací se rozumí dorozumívání se prostřednictvím slov, popřípadě jinými znakovými symboly. Obsah či význam slov transportuje dotyčnému pacientovi sdělení. Verbální komunikaci lze rozdělit na pozitivní, nebo-li evalvací a negativní, která se v odborné terminologii nazývá devalvací. Evalvace je jednání, které pozitivně ovlivní adresáta, vyjadřuje projev úcty, uznání či pochvalu. Dojde-li v komunikaci k evalvací, zvýší to pacientovo sebevědomí. Devalvace je opakem evalvace, navozuje pocit snížení hodnoty člověka urážkou, neuctivým jednáním či odmítnutím komunikovat (11).

1.1.2 Neverbální komunikace

Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace, kterou sestra i pacient provádí vědomě i nevědomě. Lze ji definovat jako komunikaci pomocí těla, která nám pomáhá vyjádřit náš aktuální stav. Do neverbální složky komunikace lze zařadit všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, včetně těch, kterými je řeč doprovázena. Řeč těla se často považuje za upřímnější než verbální projev a sestra i pacient ji především používají k tomu, aby její pomocí ovlivnili komunikaci tak, jak si přejí.

Podpoří tak efektivitu vlastní komunikace, kontrolují a usměrňují své chování a jednání, a pomocí neverbálních prostředků překonávají překážky v komunikaci. Mohou tak ovlivnit dojem, jakým působí na své okolí.

Vnímá-li sestra pozorně i neverbální projevy pacienta, lépe pochopí jeho prožívání, nálady a emoční stavy (16, 22). Termínu neverbální komunikace lze využít k popisu veškerých forem komunikace mezi lidmi, které neprobíhají prostřednictvím slov, a které sestry mohou využít v terapeutické komunikaci s pacientem (17).

Detailní popis jednotlivých prvků neverbální komunikace se nalézají níže.

Výraz obličeje popisuje mimika. Pomocí mimiky lidský obličej sděluje emoce, ale i vzájemná kulturně tradovaná gesta tzv. zdvořilostní úsměv a instrumentální pohyby, což je například výraz při kýchnutí. V obličeji sestra poměrně snadno vyčte primární lidské emoce jako je štěstí či neštěstí, strach či naopak pocit jistoty, klid nebo rozčilení a další. Horní polovina obličeje obvykle sděluje strach, úzkost a bolest, které jsou patrné především v očích. Dolní část obličeje, zvláště v okolí úst signalizuje uvolnění, klid. Úsměvem sestra může snadno a rychle navázat kontakt s pacientem nebo ho zklidnit (9, 12).

Vzdálenost, kterou mezi sebou udržují lidé, když spolu hovoří nebo vykonávají nějakou činnost, je definována jako proxemika. Stejně jako ve zvířecí říši, i lidé mají jakési své vyhraněné teritorium. Znalost a dodržování těchto osobních zón v praxi sestry významně ovlivňuje úspěch komunikace (viz Příloha 1) (9).

Vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění, bolesti prostřednictvím receptorů uložených v kůži se shrnuje pod pojmem haptika. Nejlépe sestra haptiku vyčte z podání a stisku ruky. Představení se doprovázené rovnocenným podáním ruky navozuje partnerský vztah. Ruka sestry by při prvním kontaktu s pacientem měla být suchá, stisk střední s přiměřenou délkou. Dalším druhem dotyků v rámci terapeutické komunikace v práci sestry jsou dotečky, jež se neřadí přímo do pracovní náplně. Patří sem již zmíněné podání ruky, dále situace, kdy je vhodné pohlazení či podržení za ruku.

Zatímco u dětských pacientů je takovýto kontakt vítán, u dospělých pacientů musí být sestra obezřetnější. Zde se musí zamyslet nad vhodností a danou situací, popřípadě se zeptat (22).

Řečí našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací je posturika. Existují tři základní polohy: vestoje, vsedě a vleže. Do posturiky ale patří také poloha končetin, hlavy a naklonění těla.

Například překřížení končetin sestra interpretuje jako obranný postoj. Oproti tomu nakloněním těla rozumí jako zájem, záklon jako vyjádření nezájmu; ruce v bok pak čte jako výzvu. Chce-li sestra od pacienta získat či mu sdělit informace, je vhodné uzpůsobit svou polohu pacientovi. Toto zrcadlení postoje je na neverbální úrovni častým jevem, přichází-li z pacientovy strany, jedná se o postoj spolupracující, což je velmi pozitivní. Naopak pacientovy obranné pozice může sestra zmírnit zaujetím vlastního spolupracujícího postoje. Odmítavé neverbální projevy, jako například zkřížení rukou, nemá cenu s pacientem rozebírat, zmírnění obrany musí převzít sestra. Může třeba pacienta vybídnout k pokračování v rozhovoru a nasměrovat ho během něj k vyjádření svých pocitů (6, 9).

Komunikační indikátory týkající se veškerých pohybů těla a jeho částí poskytuje sestře široká oblast kinetiky. V jejím rámci sleduje sestra faktory jako rychlost, trvání, ohraničení, akceleraci, prostorovost a kongruence čili souladem pohybu (14).

Pohyby s výrazným sdělovacím účelem se nazývají gesta. Gestika napovídá sestře, co by mohlo být řečeno slovem, ale bude srozumitelnější, když se to ukáže. Doplnuje-li gesto verbální projev, značně ho tím zesiluje (14).

S mimikou souvisí mimo jiné i řeč očí, neboli vizika. Během terapeutické komunikace sestra sleduje zaměření pohledu, délku, četnost, úhel pootevření víček, mrkání, tvar očních vrásek a také pohyb obočí. Oční kontakt umožňuje vzájemně sestře i pacientovi vyčíst a ukázat postoje a emoce (5).

Chronemika jako složka neverbální komunikace vyjadřuje sestřino užití struktury času (10), a využití terapeutické komunikace sestrou v časových souvislostech. Sestra by měla být schopna efektivně využívat čas jako spojení a plánovat využití vhodných časových intervalů ke zlepšení vztahů s pacienty.

Důležitou roli v mezilidské neverbální komunikaci hraje i úprava zevnějšku. V případě sestry je specifikem úpravy zevnějšku uniforma, celková upravenost a čistota. Negativně bývá vnímána jak výstřednost, tak přílišná škrobenost. Upravenost, oblečení, líčení i účes odráží osobnost sestry i její aktuální emocionální stav, který významně ovlivňuje první dojem a tím celkově komunikaci (7).

1.1.3 Účinky komunikace v ošetrovatelském procesu

Ve vypjatých situacích, k nimž hospitalizace v jakémkoli rozsahu bezesporu patří, je důležité dodržovat určitá pravidla srozumitelné komunikace. Chce-li sestra, aby její komunikace byla efektivní a přinesla kýžený výsledek, je třeba, aby sledovala řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamená jen vhodně zvolit slova, je důležité věnovat svou pozornost také dalším paralingvistickým prvkům jako jsou rychlost řeči, hlasitost, pomlky, intonace, délka projevu, výška hlasu a přítomnost tzv. slovní vaty nebo-li zbytečných slov, intruze – skákání do řeči, slang, vzdychy či pláč, řečové defekty (5, 7).

Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří jednoduchost; sestra se musí vyjádřit jasně, stručně a zřetelně. Nezanedbatelnými faktory jsou také vhodné načasování a adaptabilita, čemuž lze rozumět, že styl hovoru musí sestra přizpůsobit reakcím nemocného (10, 11).

1.2 Terapeutická komunikace

Komunikace jak v běžném životě, tak v ošetrovatelském procesu tedy probíhá ve verbální a neverbální rovině. V ošetrovatelství představuje komunikace permanentní proces vyžadující ze strany sestry soustředěnost, uvědomování si, že komunikují a jak komunikují. V ošetrovatelském procesu lze komunikaci nadto cíleně použít jako terapeutický prvek.

1.2.1 Terapeutická komunikace z hlediska komunikačního

Terapeutická komunikace jako taková se opírá o základní pravidla komunikace, (viz výše) (15); zároveň k ní však přistupují specifické prvky. Mezi ně se řadí naslouchání, empatie a terapeutický rozhovor sám o sobě, rezonance, reflexe, sumarizace, povzbuzování, empatie (soucítění) a mlčení viz dále.

Terapeutická komunikace zpravidla probíhá formou rozhovoru sestry s pacientem.

Jako terapeutický rozhovor se označuje rozhovor sestry s pacientem v rámci plánované komunikace s vytyčeným cílem jako je sběr dat, poskytnutí informací či rady. Metodu rozhovoru sestra uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu.

1.2.1.1 Terapeutický rozhovor

Před uskutečněním samotného rozhovoru je třeba, aby si sestra udělala přehled o všech dostupných informacích, připravila si osnovu rozhovoru, která obsahuje seznam námětů a rozhovor dobře naplánovala.

Úvod rozhovoru se rozděluje na dvě části. V té první naváže sestra spojení a podněcuje vzbuzení dobré vůle a důvěry. Druhá část je orientační - obsahuje vysvětlení důvodu rozhovoru a jeho charakter. Hlavní část tvoří jádro rozhovoru. Je to prostor, kde pacient hovoří o svým prožitcích, pocitech, myšlenkách nebo znalostech.

Závěr rozhovoru většinou určuje sestra, pacient ukončuje rozhovor v případě, že se rozhodne nepodat další informace.

Jako nejdůležitější součást rozhovoru lze označit naslouchání, co by aktivní složku komunikace. Naslouchá-li sestra v rozhovoru s pacientem, pak nejen, že slyší, ale také chápe a rozumí. Znamená to schopnost správně interpretovat komunikaci. Existují tři základní způsoby naslouchání (7). Tím prvním je naslouchání ušima, kdy sestra slova vnímá a uvědomuje si jejich význam. Další způsob naslouchání je očima, kdy sestra sleduje výraz obličeje pacienta, jeho pohled, postoj a pohyby (viz neverbální komunikace – strana 7). Posledním je nasloucháním srdcem, kdy sestra v rozhovoru a vnímání pacienta zapojuje své emoce.

Podle charakteristických znaků a situačních specifik lze užít rozhovor direktivní, nedirektivní či kombinovaný.

Direktivní rozhovor je často limitovaný časem charakteristický svou vysokou organizovaností, sestra se zde zaměřuje na získání specifické informace a dosažení vytyčeného cíle.

Nedirektivní rozhovor slouží k navázání spojení a porozumění mezi sestrou a pacientem, či k řešení problémů.

Sestra přenechává na pacientovi volbu předmětu rozhovoru a hojně užívá otázek s otevřeným zakončením. Tento typ rozhovoru zaujímá v terapeutické komunikaci nezastupitelné místo.

Kombinovaný rozhovor v sobě sdružuje oba výše zmíněné postupy, přičemž jeho cílem je jednak shromáždění informací, ale také navázání kontaktu mezi sestrou a pacientem. Při vedení terapeutického rozhovoru s pacientem sestra dodržuje určitá pravidla. (viz strana 11).

1.2.1.2 *Techniky terapeutické komunikace*

Než sestra přistoupí k aplikaci určité metody terapeutické komunikace, je potřeba, aby si uvědomila, kterými psychologickými prostředky na pacienta působí, jaký psychoterapeutický záměr sleduje a jak chce pacienta ovlivnit, jakých změn chce u pacienta dosáhnout a co se v pacientovi odehrává.

Během komunikace samotné sestra využívá následující techniky rozhovoru. Přitakáním sestra potvrzuje svůj zájem o to, co pacient říká, věnuje pozornost jeho problému. Zesilovat tento postoj může sestra pomocí neverbálních prvků jako úsměv či přitakání. Opakováním vysloveného slova či věty za použití úvodu jako „Říkáte že...“; „Myslíte tím, že ...“ se sestra utvrzuje, že pacienta chápe správně (7). Zopakováním pouze klíčových slov sestra nutí pacienta uvažovat a lépe si to uvědomit, co řekl tzv. technikou reflexe nebo-li zrcadlení. Cílem této techniky je přeformulování pomocí slovních vazeb jako „zdá se, že“, „působí to na mne“, „cítím, že jste“ – to znamená, že pacient slyší své vyřčené myšlenky znovu a může si vytvořit náhled na svou situaci. Reflexe je zároveň důležitou technikou vyjádření empatie a porozumění (14). Pokud sestra zopakuje to, co pacient řekl, jinými slovy a vyvaruje se přílišných sugestivních názorů a pocitů, mluvíme o parafrázování, které představuje rozšíření předchozí techniky reflexe. Technika vysvětlení umožňuje, zvláště u komplikovaných situací, vyjádření dalších podrobností a upřesnění, zda sestra správně pochopila, o čem se jedná. Tato metoda v sobě za použití obrátů jako „...můžete mi vysvětlit, více popsat, dát příklad, ...abych lépe porozuměla?“ spojuje výše zmíněné techniky reflexe a parafrázování.

Na konci rozhovoru, či při uzavření hlavního tématu, sestra používá sumarizování, kdy si verbálně ověřuje, co se dozvěděla a jak tomu rozumí. Zároveň sestra shrnuje stanovené závěry a cíle. Mlčení může být signálem řady různých věcí. Nemusí být vždy znamenat jen nepříjemnou chvíli ticha. Pokud jej sestra dovede využít správným způsobem, může pacientovi velmi pomoci a pak je výsledkem mlčení takzvané „plodné ticho“ (7), během kterého pacient reflektuje, přemýšlí a pracuje s vlastními prožitky.

Ticho však také může znamenat nejistotu, smutek či depresi, například, když je pacientovi nepříjemné mluvit o daném tématu či nechce pokračovat v rozhovoru. Dotek hraje v ošetrovatelském procesu a komunikaci s ním spojené důležitou roli, protože se sestra pacienta při ošetřování dotýká mnohem častěji než v jiných pracovních situacích. Za nejadekvátnější formu doteku je považováno spočinutí ruky sestry na pacientově ruce, paži či rameni (5, 7, 9).

Prostřednictvím otevřených otázek sestra pacienta podněcuje k vlastní slovní odpovědnosti, popisu jeho prožívání, emocí, atd. Správně položená otevřená otázka začíná slovesem. Navazující slova jsou neutrální výrazy, kterými sestra podněcuje pacienta k další komunikaci. Těmito slovy dává najevo zaujatost a ochotu vyslechnout pacienta. Prvek klasifikace umožňuje sestře vyzvat pacienta k objasnění pomocí otázek, příkladů, protikladů a přirovnání. Fokusace spočívá v tom, že sestra vybírá z pacientových informací takové, na které chce, aby zaměřil svou pozornost. Prostřednictvím interpretace rozvíjí sestra sebeuvědomění pacienta tím, že nejdříve verbalizuje postřeh sociální pozornosti a potom interpretuje jednání a chování pacienta.

Při konfrontaci sestra postaví pacienta tváří v tvář vlastnímu jednání. Neposuzuje pacienta samotného, nýbrž jeho konkrétní jednání a vede ho k tomu, aby si uvědomil, co dělá a jaké důsledky jeho činy mají. Při zapojení prvku konfrontace v rámci terapeutické komunikace je nutno počítat s obranným postojem pacienta a akceptovat jakékoli jeho následné konání (10).

1.2.2 Terapeutická komunikace z hlediska terapeutického

Terapeutická komunikace je specifická forma komunikace, jejíž účinky sestry při vykonávání své profese často zanedbávají či zcela opomíjejí. Nejčastější formou komunikace je rozhovor s nemocným (viz strana 11). Sestra při něm nabízí a poskytuje oporu v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu či nemoc. Cílem terapeutické komunikace je zvýšení účinnosti jiných léčebných přístupů (13).

1.2.2.1 Postoj sestry v roli terapeuta

Sestra praktikující terapeutickou komunikaci musí mít na zřeteli určitá pravidla, aby terapeutická komunikace mohla úspěšně vést k pozitivním výsledkům. K těmto zásadám patří terapeutova opravdovost, empatie, snaha být nápomocen (20).

V první řadě je v terapeutickém rozhovoru třeba, aby sestra byla opravdová. Tudíž aby zaujala nedefenzivní postoj a byla otevřená nejen prožívání pacienta, ale také prožívání svému. Sestra si uvědomuje zážitky, které během rozhovoru vznikají, a zároveň zůstává autentickou individualitou, jejíž vnější chování není v protikladu s jejím vnitřním prožíváním a tím pádem udržuje komunikaci kongruentní. Sestra užívající terapeutickou komunikaci by měla vnitřně sledovat svoje prožívání a být otevřená různé paletě zážitků, které se v intenzivním terapeutickém vztahu objevují, tak aby u sebe mohla rozeznat i protipřenosové reakce a uměla je využít pro terapeutickou komunikaci. Stejně jako terapeut v psychoterapii by měla sestra pro pacienta být reálnou osobou, což znamená, že v případě pacientova zájmu o sestřinu lidskou zkušenost, by sestra měla být ochotna se o ni podělit. Autenticita přitom neznamená, že terapeut nemá hranic v tom, co ze svého prožívání vyjadřuje. Kromě toho, že sestra zachovává tyto hranice, se řídí zejména principem, že ze svého prožívání sděluje to, co je důležité pro plodný terapeutický proces z hlediska pacienta (20).

Snaha empaticky rozumět klientovi u sestry v roli terapeuta předpokládá, že se v myšlenkách a pocitech pacienta pohybuje citlivě vzhledem k jeho měnícím se prožívaným významům, a to i k těm, jichž si je pacient sotva vědom. Empatie sestry slouží v terapeutickém rozhovoru řadě účelů: přispívá k budování kvalitního terapeutického spojení, pomáhá regulovat problematické emoce klienta, dekonstruovat osobní významy, prohlubovat pacientovo sebeporozumění a schopnost reflexe, posiluje pacienta a zprostředkovává zážitek lidského sdílení (10).

Prvořadým zájmem sestry je pomoci pacientovi, sestra musí při terapeutické komunikaci dávat najevo, že má opravdovou snahu být nápomocna. Má-li pacient pocit, že sestra klade na první místo něco jiného, může se stáhnout, což zhorší terapeutické spojení mezi ním a sestrou (20).

1.2.2.2 Pravidla terapeutické komunikace

Má-li terapeutická komunikace být úspěšná a ku prospěchu jak pacienta tak sestry, je třeba, aby sestra dodržovala v komunikaci s pacientem určitá pravidla, ke kterým patří úcta, respekt vůči pacientovi jako člověku a zároveň rovnocennému partnerovi. Komunikace je dialog; není jednostrannou záležitostí a chce-li sestra, aby pacient jejímu sdělení naslouchal, musí i ona naslouchat jemu (21).

Sestra poslouchá pacienta pozorně, mluví pomalu a zřetelně. Klade plánovaně logicky navazující otázky, jednu po druhé. Dává přednost pacientovu subjektivnímu vnímání a respektuje jeho žebříček hodnot. Přitom se snaží vyhýbat používání sugestivních příkladů typu „kdybych byla já ve Vaší situaci...“ a v průběhu celého rozhovoru dávat najevo respekt a zájem. Důležité je udržování zrakového kontaktu, zachování klidu a rozvahy a v neposlední řadě vyjádření pochopení. Své místo v terapeutickém rozhovoru má institut mlčení (7).

Sestra pacienta neposuzuje, hodnotí konkrétní projevy v jeho jednání a konání. O své důvěryhodnosti může sestra pacienta přesvědčit jedině vlastním správným chováním. Například tím, že je sestra ochotna se vzdát lpění na vlastních dogmatických postojích signalizuje pacientovi připravenost ke změnám a revizi postojů.

Dojde-li v terapeutické komunikaci mezi sestrou a pacientem k nedorozumnění, je potřeba citlivě a taktně hledat příčinu a nebát se jí odstranit. Pro úspěch v terapeutické komunikaci je také důležitá přátelská atmosféra, jejíž vznik může sestra aktivně podpořit snahou o vzájemné přijetí.

Na pacientovy informace, zážitky, názory ani postoje nereaguje sestra emotivně, vyhýbá se reakcím, které jsou ovlivněné vlastními problémy, zkušenostmi a zážitky. Kromě terapeutických slov využívá sestra v terapeutické komunikaci i terapeutické skutky a vědomě pomáhá pacientovi hledat smysl života (1, 3).

1.2.2.3 *Terapeutický přístup*

Jednou ze základních podmínek utváření a formování efektivního a interaktivního terapeutického komunikačního procesu mezi sestrou a pacientem je terapeutický přístup. Sestra si však musí být vědoma rozdílu mezi psychoterapeutickým přístupem a psychoterapií jako takovou. Psychoterapie je individuální vědní obor a přesahuje rámec daný ošetrovatelským procesem. Sestře však nic nebrání v použití vybraných vhodných prvků psychoterapie během ošetrovatelského procesu (10).

Níže uvedené schéma dokládá, že terapeutické komunikace může v ošetrovatelském procesu využívat každá sestra, a to v přístupu ke každému hospitalizovanému pacientovi. Speciální komunikační techniky podložené moderními vědeckými průzkumy, mohou výrazně zlepšit interakci mezi sestrou a pacientem, či mezi sestrou a nejbližšími příbuznými pacienta. A proč je vhodné využívat terapeutickou komunikaci v ošetrovatelské praxi? Prvky terapeutického přístupu a komunikace prokazatelně vyvolávají u pacienta větší ochotu převzít na sebe zodpovědnost, rozhodovat se a spolupracovat.

Tabulka 1 Psychoterapie a psychoterapeutický přístup

Psychoterapie	Psychoterapeutický přístup
Samostatný vědní obor	Aplikace základních prvků psychoterapie
Činnost	
Součást léčby psychiatrických pacientů	Součást léčby široké škály pacientů

Zdroj KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovaťelstve* (7)

Využívání komponentů terapeutického přístupu má význam jednak pro sestru, jednak pro pacienta. Složky terapeutického přístupu a komunikace sestra využívá celý den. Jejich využití není pouze jednorázovou záležitostí, má dlouhodobý charakter.

Sestře terapeutická komunikace umožňuje lepší pochopení problémů a starostí pacienta, pomáhá jí zmírňovat emoční napětí, posilovat žádoucí reakce, chování a jednání pacienta, resp. oslabovat ty nežádoucí, zlepšovat sociální adaptaci, podporovat pacientovu sebeúctu, podporovat rozhodnutí pacienta, že se léčí především kvůli sobě samému (12).

Uplatňování terapeutická komunikace u pacienta je zaměřené na uvědomění si, že je v centru zájmu sestry, že ho sestra přijímá takového jaký je, bez úsilí ho nějak měnit. Pacient musí být přesvědčen, že sestra je ochotná mu porozumět, pomoci a podpořit jej, že mu umožňuje mluvit o jeho problémech a starostech a respektuje jeho názory, myšlenky a postoje (28).

1.2.2.4 Vybrané terapeutické metody

Sestra je jedním článkem zdravotnického týmu, který svým přístupem a postojem umožňuje přispět ke zmírnění pacientových problémů či starostí. Uplatňování metod terapeutického přístupu navazuje na fázi posuzování a následného stanovení možných sesterských diagnóz, které pro sestru zpětně ovlivní kvalitu plnění role komunikátorky, edukátorky a poradkyně. Psychoterapie disponuje mnohými metodami a podle principů a účinných postupů, ze kterých vycházejí, se dělí na racionální, sugestivní, empatické, abreaktivní a nácvikové, psychoterapeutické a interpersonální (26). Následující text stručně popisuje tyto metody, které může sestra v přístupu k pacientovi využít.

Při racionálním působení sestra přímo ovlivňuje myšlení, postoje a názory pacienta. Racionální přístup je založen na logické argumentaci a přesvědčování formou účelně vedeného rozhovoru. Pro lepší obrazotvornost, pochopení, zapamatování a přijetí informací může sestra využít konkrétní příklady či názorné pomůcky. Výsledkem racionálního působení jsou příkazy, rady, návody a doporučení.

Vhodné oblasti využití jsou objasňování souvislostí a příčin vzniku choroby, výklad zásad duševní hygieny (životní filosofie a orientace, zdravý životní styl, vytváření harmonického vztahu k jiným lidem), odpoutávání pozornosti od chorobných příznaků. V racionálním přístupu sestra využívá metod jako je ovlivňování a reorientace, sloužící k odstraňování nesprávných názorů a postojů pacienta na všech úrovních, a to ve vztahu k chorobě, k sobě samému a k okolí.

Použije-li sestra indirektivní přístup, pak plní roli katalyzátoru, což znamená, že do myšlení, jednání, konání a pacientových problémů nezasahuje přímo. Omezuje se na vytváření prostředí a příležitostí na to, aby se pacient sám zorientoval ve svých problémech a odpověděl si na otázky, které ho tíží. Sestra ho přitom podněcuje ke slovním, emotivním nebo činnostním projevům. Vyhýbá se radám, návodům, prosazování vlastních sugestivních názorů a ponechává mu zodpovědnost za svoje rozhodnutí (7).

Cílem empatického přístupu je, aby sestra vytvořila pacientovi prostor na rozvyprávění se sám o sobě, svých problémech a starostech. Pomáhá mu pojmenovat emoce ve vztahu k situacím. Soustřeďuje se především na to, jak události prožíval a vytváří podmínky pro sebeodkrývání. Znamená to, že pacient mluví o svých problémech, prožívání, jako i chorobou částečně nebo úplně změněných potřebách. Sestra přitom usiluje o to, vidět svět, situaci a události tak, jak je vnímá a vidí pacient (21).

Cílem odreagování je (spontánní či vyprovokovaná) ventilace uvědomovaných, neuvědomovaných, respektive potlačených emocionálních zážitků. Produktivní je tento postup v situacích, kde tyto zážitky pacient velmi dlouho zadržoval, čímž se kumulovaly a udržovaly stav napětí v organismu. Spontánní ventilace nastává u pacienta, který sám vyhledává sestru, aby se vymluvil (zde bývá problematické, když pacient přichází za sestrou v čase velkého pracovního nasazení; pokud sestra nemá momentálně čas věnovat se mu, měla by ho ujistit o tom, že ho navštíví co nejdříve a své slovo dodržet).

Vyprovokaná ventilace znamená, že sestra se stává stimulem na uvolnění nepříjemných zážitků a emocí, či pacienta vyzve k verbalizaci svých zážitků, problémů a starostí.

Postup vyprovokované ventilace vhodný je v přístupu k pacientům, kteří se vyznačují vysokou mírou sebeovládání, či naopak nesmělosti, a u pacientů, kteří na sebe upozorňují.

1.2.2.5 Psychologické prostředky v terapeutické komunikaci

Psychologické prostředky v terapeutickém působení jsou prostředky, kterými sestra cíleně působí na pacienta. Z jejich široké škály nejčastěji využívá účinky komunikace, interakce – vytvoření terapeutického vztahu, dále emocí, učení a prostředí.

Pod aspektem komunikace chápe sestra nejen proces výměny informací s nejrůznějším obsahovým zaměřením, ale také psychologický vliv řeči a neverbálních výrazových prostředků na pacienta. Sestra uplatňuje v přístupu k němu komunikační zručnosti, všeobecné zásady efektivní komunikace, komunikační principy a modely. (Podrobné pojednání komunikace v ošetrovatelském procesu viz také strana 20).

Prvek interakce představuje soubor společných aktivit sestry, lékaře, pomocného ošetřujícího personálu a pacienta. V interakci je třeba rozlišovat terapeutickou alianci a terapeutickou komunitu. Terapeutická aliance se zakládá na vztahu k pacientovi založeném na schopnosti porozumění, pomoci, emocionální podpory a zájmu s úsilím vést ho ke „vzhledu“ na svou situaci. Terapeutická komunita vzniká a rozlišuje se podle osob účastnících se na komunikaci v různých úrovních – mezi pacientem a pracovníky zdravotnického týmu (i sestrami), pacienty, rodinnými příslušníky a podpůrnými osobami, a to i mezi nimi navzájem.

Emoce v terapeutické komunikaci představují emocionální vazby a působení emočních vztahů na psychiku pacienta. Nezastupitelné místo zde má i empatická schopnost sestry.

Důležitou úlohu u pacienta s nepříznivým postojem plní učení. Sestra při učení podporuje pacientovu schopnost rozhodnout se nejen v souladu se svými potřebami, možnostmi a schopnostmi, ale také v souladu s harmonickým rozvojem pozitivních vztahů s jinými lidmi. Do učení můžeme zařadit i „doping“, jehož cílem je, dosáhnout u pacienta osvojení forem zvládání náročných situací, jakými choroba a pobyt v nemocnici jsou.

Učení vyžaduje od pacienta aktivní plnění určitých úloh a cvičení a jeho součástí je i kontrola, jak je splnil. Hlavními principy učení jsou nácvik a opakování.

Dalším z komponentů léčebného režimu je záměrná úprava a estetizace prostředí. Nemocniční prostředí má bezesporu výrazný vliv na psychiku pacienta. Informační panely ve vstupní hale a jiných prostorech nemocnice, úprava prostředí, barvy či květinová výzdoba patří mezi prvky, které pacient vnímá pozitivně.

1.2.2.6 Terapeutický záměr

V rámci terapeutické komunikace si sestra klade cíle a jedná podle terapeutických záměrů. Všeobecně lze říci, že sestra působí na narušené činnosti pacientova organismu. K tomu je důležité, aby si uvědomila návaznost somatické a psychické složky osobnosti. Choroba totiž neovlivňuje pouze pacientovu psychiku; má zároveň výrazný podíl na procesu uzdravování. Terapeutický cíl může být všeobecný jako je ulehčení situace, poskytnutí pomoci, spolupráce či emocionální podpory; ale i konkrétní - spočívající v soustředění se na pomoc pacientovi v aktuální situaci nebo evokaci změn v jeho myšlení a činech.

Z hlediska časového horizontu lze terapeutický záměr klasifikovat na dlouhodobý například v procesu léčby či hospitalizace, a krátkodobý ve vztahu k situačnímu faktoru.

1.2.2.7 Terapeutické působení

Prostřednictvím terapeutického působení sestra ovlivňuje rozumovou, emocionální a činnostní stránku pacientovy osobnosti.

Působení na rozumovou stránku znamená, že se sestra opírá o soudnost, kritičnost, logiku a samostatnost pacientova myšlení. Její úsilí je zaměřené na to, aby pacient porozuměl nemoci, příčinám vzniku a léčbě; ale i změnám v chování a jednání vyvolaných chorobou či hospitalizací, omezením vztahujícím se k danému onemocnění a také změnám týkajících se nového zaměření na názory, postoje a životní hodnoty. Při působení na emocionální stránku by si sestra měla mít na zřeteli subjektivitu prožívání. Na stejný podnět, situaci a chorobu reagují různí pacienti různými emocionální způsoby, vztahy.

Působením na citovou sféru dává sestra pacientovi najevo, že rozumí jeho situaci, akceptuje změny v jeho prožívání, jednání, chování a je schopna mu poskytnout pomoc a spolupráci. Mezi postupy zaměřené na emocionální život můžeme zařadit i sugestivní ovlivňování. Jeho základním principem je, že pacient nekriticky přijímá, myšlenky, postoje a názory sestry, aniž by je přehodnocoval. Prostřednictvím působením na emocionální stránku je pacient motivovaný ke změnám v názorech, postojích či ke změnám ve svém jednání a konání.

Při působení na činnostní stránku pacientovy osobnosti sestra usiluje o to, aby se aktivně zapojil do procesu změn a nezůstával pasivním příjemcem změn. Aktivní účast pacienta však předpokládá určitý stupeň učení či už ve formě nácviku, tréninku či reedukace (8, 16).

1.2.2.8 Prožívání pacienta

Pod prožíváním pacienta (experience) chápeme to, co si pacient uvědomuje ze svého duševního života, co pociťuje a vnímá. Jde o sebeuvědomění, pochopení situačních faktorů, událostí, dějů, jevů a vnějšího prostředí. Jedná se o pacientův vnitřní svět přístupný pouze jemu samému.

Prožívání je přísně subjektivní a odehrává se v časovém toku (představy, myšlenky, zážitky, vzpomínky či emoce se neustále střídají a mění), přičemž si pacient více či méně uvědomuje vnější projevy svého jednání, zda se choval správně či nesprávně, zda byla jeho reakce přiměřená či nikoli. Prožívání je obsahem i intenzitou vždy bohatší než jednání. Ne každý pacient ho umí definovat a popsat.

Vhodně zvoleným terapeutickým postupem se sestra snaží o změny v prožívání, jednání pacienta tak, aby se pacient snadněji přizpůsobil situaci odvíjející se od nemoci, lépe pochopil omezení z onemocnění plynoucí, sníženou kvalitu života a hospitalizaci.

V centru sestřiny pozornosti je co nejrychlejší obnovení pacientovy pracovní schopnosti, jeho sociálních kontaktů, naděje na uzdravení a schopnosti těšit se ze života.

1.3 Uplatnění terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu

Terapeutickou komunikaci provádí sestra ve všech fázích ošetrovatelského procesu.

První fází ošetrovatelského procesu představuje posuzování. Zde sestra získává a následně hodnotí informace. Cílem je zjištění informací pro založení databáze na základě odpovědi pacienta na chorobu se zřetelem na jeho potřebu ošetrovatelské péče. Odpovědi či reakce se týkají sféry každodenního života, zdravotních, emocionálních, socioekonomických, kulturních a náboženských záležitostí. V terapeutické komunikaci je třeba, aby se sestra provedla shromažďování údajů pomocí vhodných metod (5).

U metody pozorování jde o získávání údajů s využitím všech pěti smyslů. Nejvíce je zastoupené pozorování zrakem. Pozorování je uvědomělou a zároveň cílenou činností, kterou sestra může rozvíjet pouze soustředěným úsilím a organizovaným přístupem. Pozorování musí být zorganizováno tak, aby sestra nic významného nepřehlédla. Pozorování lze rozdělit do dvou hledisek jako vnímání popudů a výběr, uspořádání a objasnění dat.

Je třeba mít na paměti, že v pozorování mohou vznikat omyly; sestra může přehlédnout náznaky, jež jsou pro určitou situaci neočekávané, nezapadají do rámce onemocnění, a následně nesprávně uspořádá a interpretuje získaná data.

V první fázi ošetrovatelského procesu sestra posuzuje mimo jiné stupeň řeči. Při posuzování stupně rozvoje řeči pacienta hodnotí sestra aspekty řečového projevu jako jsou jazykové zručnosti porovnané s normou, adekvátnost jazykového projevu v porovnání s individuálními potřebami pacienta, vztahovou a obsahovou stránku komunikace, převahu verbální komunikace nad neverbální a naopak a překážky rozvoje řeči (porucha sluchu, zraku, artikulace, fatické poruchy, absenci podnětů u prostředí). Dalším aspektem v řečovém projevu, který sestra hodnotí jsou neverbální projevy. Při posuzování neverbálních složek si sestra rovnocenně všímá všech jejích složek jako je proxemika, mimika, gestika, haptika, kinetika, vzhled a úpravu. Všechny zmíněné komponenty neverbální komunikace hodnotí sestra v kontextu posuzování.

Osobní komunikační styl pacienta určují především vnější a vnitřní faktory zdraví, kultury, výchovné vlivy, vzdělání, mentální schopnosti a společenské postavení, stresové situace, únava, temperament a typové a jeho osobnostní vlastnosti. Tyto faktory ovlivňují pacientovu slovní zásobu, nestandardní odchylky v řečovém projevu nebo používání symbolů.

Sestra také registruje způsoby projevu pacienta. Vnímá, zda se v pacientově projevu objevují prvky jako je drzost, opovážlivost, rezervovanost, urážlivost, vztahovačnost, úzkost. Dále pasivita, asertivita, agresivita, sklon k manipulaci a v neposlední řadě těžkosti spojené s verbální komunikací (zajíkávání, nesrozumitelnost, neschopnost spojit myšlenky, útek od tématu a jiné); ale pozorováním hledá sestra i příčiny, proč pacient komunikovat neumí, nechce a nebo nemůže (7).

Stanovení diagnózy v ošetrovatelství lze definovat jako analyticko – syntetický proces, kdy provořadá analýza znamená rozdělení celku na jeho součásti. Následná syntéza, kdy sestra jednotlivé součásti sdružuje v celek, je opakem. V druhé fázi procesu dochází k usměrňování nezávislé sesterské činnosti navazujícími fázemi jako plánování, realizace a vyhodnocení ošetrovatelského procesu.

Sesterská diagnóza se skládá minimálně ze dvou částí obsahující definici problému a etiologii, případně jednotlivé symptomy. Zároveň je doplňující složkou diagnózy lékařské, jež má ustanovený klasifikační systém. Předpokladem pro kvalitní diagnózu je sesterská objektivita, kritické myšlení a schopnost rozhodovat. Sesterská diagnostika, na rozdíl od té lékařské, popisuje odpověď jedince na chorobný proces a je zaměřená na jednotlivce, zároveň se mění podle odpovědi pacienta. Závěr ošetrovatelské diagnózy pak musí být stručný, přesný, specificky zaměřený na pacienta a musí vycházet ze spolehlivých a podstatných posuzovacích údajů (19).

V terapeutické komunikaci diagnostikuje sestra problémy související s verbální a neverbální komunikací u pacienta, adaptaci pacienta na nemoc a hospitalizaci. Přitom vychází z informací získaných pozorováním v první fázi ošetrovatelského procesu.

Třetí fází ošetrovatelského procesu je plánování, během něhož dochází k vytýčení ošetrovatelských strategií - zásahů s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových problémů, které byly zjištěny a potvrzeny během diagnostické fáze. Proces plánování je zodpovědností sestry, pokud však má být plán účinný, je třeba jej sestavovat za aktivního přispění pacienta a jiných podpůrných osob. Plánování je uvážený, systematický a nevyhnutelný proces, chceme-li dosáhnout kvalitní ošetrovatelské péče. Je to proces, ve kterém sestra rozhoduje a řeší problémy. K tomu využívá údaje získané během posuzování a diagnostické závěry, které zahrnují pacientovy zdravotní problémy. Součástí plánování je definování priorit, stanovení očekávaných cílů a výsledných kritérií, plánování ošetrovatelských strategií, napsání sesterských ordinací a plánu ošetrovatelské péče a v neposlední řadě konzultování. Cílem je dosažení pozitivních změn pacientova stavu. Odpovědi na otázku „Čeho chci dosáhnout?“ hledá sestra v té oblasti pacientovy osobnosti, ve které chce uskutečnit změny psychoterapeutickým působením na pacienta.

Cílem v rámci terapeutické komunikace může být podpora správné adaptace a akceptace na chorobu či hospitalizaci jako reálného faktu, zlepšení míry sociability, vyvolání změn v postojích k sobě samému, k vlastní chorobě, k druhým, k vlastní budoucnosti, podpora rozvoje vůle pacientovou sebevýchovou a orientace pacienta na smysluplnou existenci (5).

Realizace je ošetrovatelská činnost zaměřená na dosažení očekávaného výsledku nebo pacientových cílů. Pacient je vždy prvořadým účastníkem v realizaci ošetrovatelské péče, přesto sestra může jednat za něj. Stupeň pacientovy účasti se odvíjí od jeho zdravotního stavu. Při realizaci ošetrovatelských činností jsou třeba zručnosti kognitivní, kdy se sestra musí umět rozhodnout, stejně tak jako kritické myšlení a kreativita.

Z dalších dovedností sem patří interpersonální zručnosti, kterých sestra používá při přímé vzájemné komunikaci, jako například laskavá péče, útěcha, poradenství, podpora, zájem. Poslední složkou jsou technické zručnosti, kam se řadí manuální obratnost při zacházení s technických zařízením, aplikaci injekcí, polohování a jiné (5).

Na konci ošetrovatelského procesu stojí hodnocení. Jeho závěry určují, zda je třeba ošetrovatelské zásahy ukončit, revidovat, změnit či pokračovat ve stávajících. Vyhodnocování je cílevědomá, organizovaná činnost, jejímž prostřednictvím se sestra stává zodpovědnou za svou práci a nepokračuje v neúčinných zásazích, nýbrž přijímá místo nich účinnější. Do hodnocení lze zahrnout tři aspekty péče: hodnocení struktury, ve které se péče poskytuje, hodnocení procesu a výsledků poskytované péče.

1.4 Krizová intervence

Krizové situace jsou často doprovázeny nejrůznějšími, velmi silnými emocemi, které ovlivňují chování pacienta. Sestra o nich musí vědět a poskytnout klientovi prostor k tomu, aby je mohl vyjádřit. Prožívat emoce v těžké situaci je důležité, a možnost je ventilovat, se mnohokrát prokázala jako užitečná.

Sestra ovšem musí vědět, jak s těmito emocemi správně pracovat, a jak sama zareagovat. Tím, že sestra umožní pacientovi pocity vyjádřit a pracovat s nimi, vznikne další prostor pro efektivní řešení vzniklé situace. Vede-li sestra takovýto rozhovor v rámci terapeutické komunikace, měla by mít na paměti, že pacient pod vlivem silných okolností může ztrácet některé souvislosti, proto je třeba některé události během rozhovoru rekapitulovat (25).

1.4.1 Práce s pláčem

V terapeutické komunikaci se sestra velmi často setká s projevy řady emocí, tedy i s pláčem. U dítěte pláč vždy znamená prosbu o pomoc, a tak je třeba ho chápat. Čím jsme starší, tím jsou důvody našeho pláče rozdílnější.

Pláčem může pacient vyjadřovat hluboký zármutek, fyzickou či psychickou bolest; nebo zcela opačně může být pláč výrazem štěstí. Vzdělaná a empatická sestra ví, že při kontaktu tváří v tvář s plačícím klientem, není třeba cokoli dělat, ale pouze poskytnout prostor, dát najevo svou účast a vyčkávat. Je vhodné pacientovi říci, že se tady může plakat (18, 20).

1.4.2 Komunikace s pozůstalými

Komunikace s pozůstalými je náročná, sestry často nenachází slova, neví, jak se k nim chovat, co udělat, a proto se těmto setkáním raději vyhýbají. Komunikace jako taková je náročný proces, o to větší péči a pozornost musí sestra věnovat komunikaci s pozůstalými. Smrt většinu lidí děsí, připomíná nám naši bezmocnost, malost, neschopnost čelit smrti a bojovat s ní, ale také vlastní smrtelnost. Mimo toho každé setkání s někým, koho zasáhla smrt milovaného člověka je bolestivou připomínkou, že by se to mohlo stát také nám.

Dalším důvodem může být i nedostatečná zkušenost s tím, jak komunikovat s truchlícími lidmi, nejen proto by měly sestry být seznámeny nejen s problematikou umírání, ale také truchlení (8, 16).

Úmrtí milovaného člověka, představuje pro pozůstalé vždy obtížnou krizovou situaci, a to i v případě, kdy se s smrtí svého blízkého do určité míry smíří, jako tomu může být u chronicky a nevléčitelně nemocných pacientů. Příbuzní těchto pacientů jsou zaplaveni řadou negativních emocí, které mohou skrývat či potlačovat, aby tím umírajícímu nepřitěžovali. Často se stává, že se na umírajícího hněvají, protože je opouští a umírá. Pociťují strach a úzkost z neisté budoucnosti bez milovaného člověka. Vyčítají si, že nejsou statečnější, mají dojem, že selhali. Tyto, a další pocity, vedou mnohdy až k psychickému a fyzickému vyčerpání. Na sklonku života našich blízkých jsou sestry i lékaři zaměřeni pouze na umírajícího, zároveň by však sestry neměly zapomínat na jejich blízké a příbuzné, kteří taktéž potřebují naši pozornost a péči nejen v podobně citlivého a vstřícného zacházení.

Ze strany sester postačí citlivý lidský přístup a prostá prosba o posečkání, než sestra zavolá lékaře, který jako jediný má kompetence k tomu, aby podával zprávy o zdravotním stavu pacienta, což mnoho příbuzných neví a sestřinou odvolání na lékaře mohou vnímat jako odepření, devalvací, ignoraci, čímž se ještě více prohlubuje jejich bezmoc, zármutek a strach (16).

Složky verbální i neverbální komunikace nabízejí širokou škálu možností, je tedy pouze na sestře zda vybere tu vhodnou pro danou situaci, přičemž velkou pozornost by zde sestry měly věnovat neverbální a paraverbální složce komunikace. Nejde pouze o to, co sestra říká, ale především o způsob, jakým to říká a zda její mimika odpovídá vyjádření zájmu a účasti (17). Zároveň si sestry musí uvědomit, že se jedná o citlivou záležitost, a není proto vhodné vést podobné rozhovory vestoje nebo ledabyle mezi dveřmi. Sestra by měla příbuzného, co nejdříve usadit, čímž nejen vyjádří účast, ale také zabrání případnému agresivnímu postoji příbuzných. (16).

Vzdělaná a empatická sestra by měla vědět, co pozůstalí prožívají a přizpůsobit tomu styl komunikace s nimi. Bezprostředně po úmrtí blízkého člověka, se nacházejí ve fázi šoku, který se v jejich chování může projevit pláčem, dupáním, křikem, hlazením, objímáním zemřelého nebo naopak mohou zůstat naprosto v klidu bez jakýchkoliv projevů. Sestra se může také setkat s obvyklými projevy jako je smích, vulgární verbální vyjadřování a jiné.

Lze říci, že relativně cokoli, co pozůstalý dělá či říká, cokoli se děje, je za dané situace normální. Jde o přirozenou reakci na obtížnou situaci (8, 17). Sestra by taktéž neměla bránit pláči truchlících, není třeba mluvit, chlácholit, mnohem více pozůstalí ocení již zmíněnou empatii, naslouchání a ujištění, že nejen lékaři a sestry, ale také oni, udělali pro zemřelého vše, co bylo v jejich silách (8).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

V souvislosti s tématem práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl1: Zjistit znalosti sester o terapeutické komunikaci.

Cíl2: Zjistit možnosti sester vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče.

Cíl3: Zjistit, zda sestry uplatňují terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu v rámci každodenního kontaktu sestra – pacient

Cíl4: Zjistit, zda je terapeutická komunikace ze strany sester ovlivněna délkou hospitalizace pacienta.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry nemají znalosti o terapeutické komunikaci.

H2: Sestry mají možnosti vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče, ale nejsou k tomu motivovány ze strany svého zaměstnavatele.

H3: Sestry neuplatňují v praxi v rámci každodenního kontaktu sestra-pacient terapeutickou komunikaci.

H4: Sestra má možnost rozvinout terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu u pacientů s delší dobou hospitalizace.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K výzkumu byla použita dotazníková technika sběru dat. Jednalo se o kvantitativní výzkum, metoda dotazování. Pro přehlednost je uvedeno číslo otázky dle dotazníku a k němu příslušný graf doplněn popisem. Dotazníky byly určeny pro sestry (Příloha 1) na oddělení následné péče, očním oddělení v Českých Budějovicích. Na oddělení chirurgickém a spinální jednotce byly dotazníky rozdány v Úrazové nemocnici Brno a na spinální jednotce ve Fakultní nemocnici Motol Praha. Dotazníky byly po předchozí domluvě s hlavní sestrou dané nemocnice, která dotazník schválila, předány vrchní sestře příslušného oddělení. Dotazník obsahoval 22 otázek. Výsledky jsou zpracovány aritmetickým průměrem, převedeny do procentuálního vyjádření, zaokrouhleného na celá čísla.

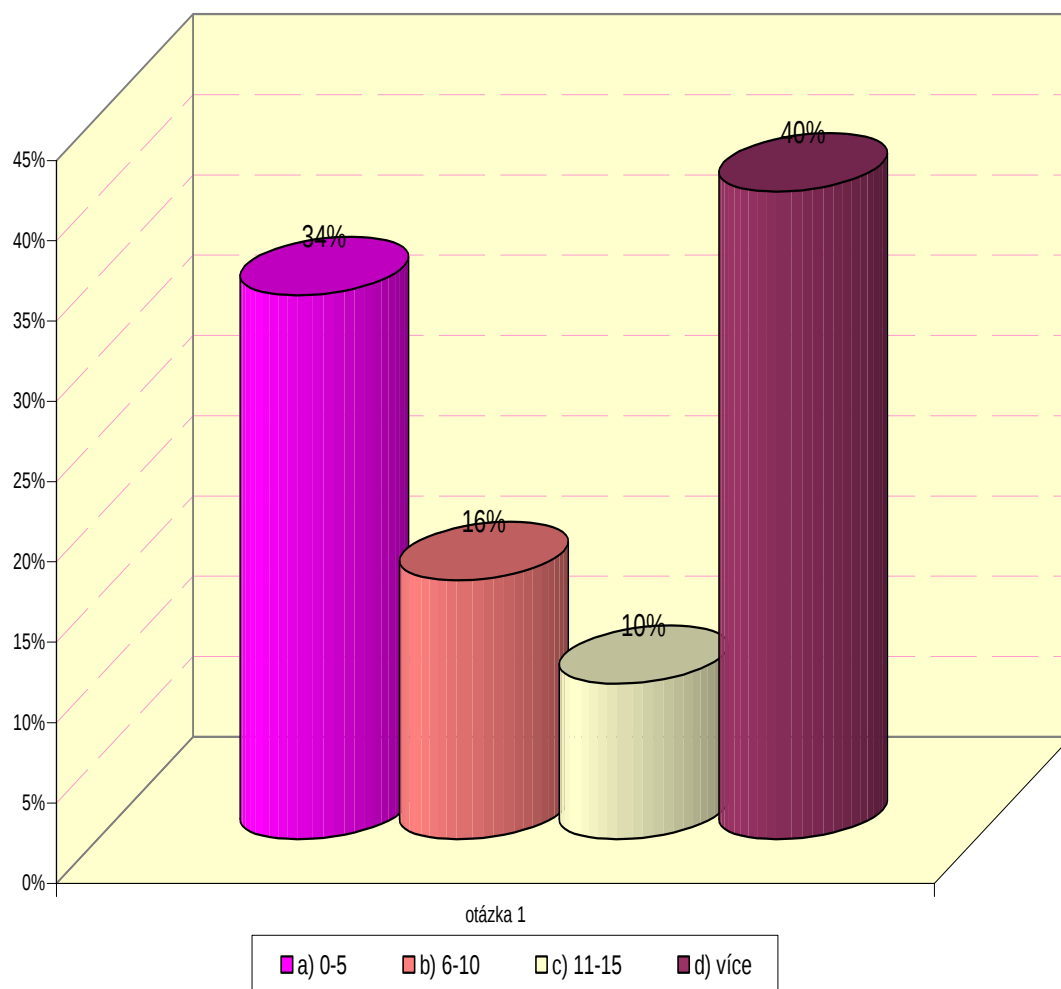
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden během měsíce ledna a února 2007 na oddělení očním, oddělení následné péče v Českých Budějovicích, chirurgickém oddělení a spinálních jednotkách Úrazové nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Motol Praha. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, přičemž 25 sester na oddělení následné péče, 25 na očním oddělení v Nemocnici České Budějovice, 25 na chirurgickém oddělení 15 na spinální jednotce Úrazové nemocnice Brno a dále 13 dotazníků ve Fakultní nemocnici Motol Praha. Celkový počet vrácených dotazníků z rozdaných 100 dotazníků je 62, návratnost tedy činí 62 %. Otázky v dotazníku pro sestry byly zaměřené na délku jejich praxe, dosažené vzdělání, znalosti terapeutické komunikace, ovládání technik a znalosti zásad dané problematiky. Dále to byly otázky zaměřené na ovlivnění terapeutické komunikace délkou hospitalizace.

Všechny dotazníky byly vyplněny správně, žádný dotazník proto nebylo nutné vyřadit. Výzkumný soubor po sečtení navracených dotazníků tvořilo 62 respondentů, což činí 100 %.

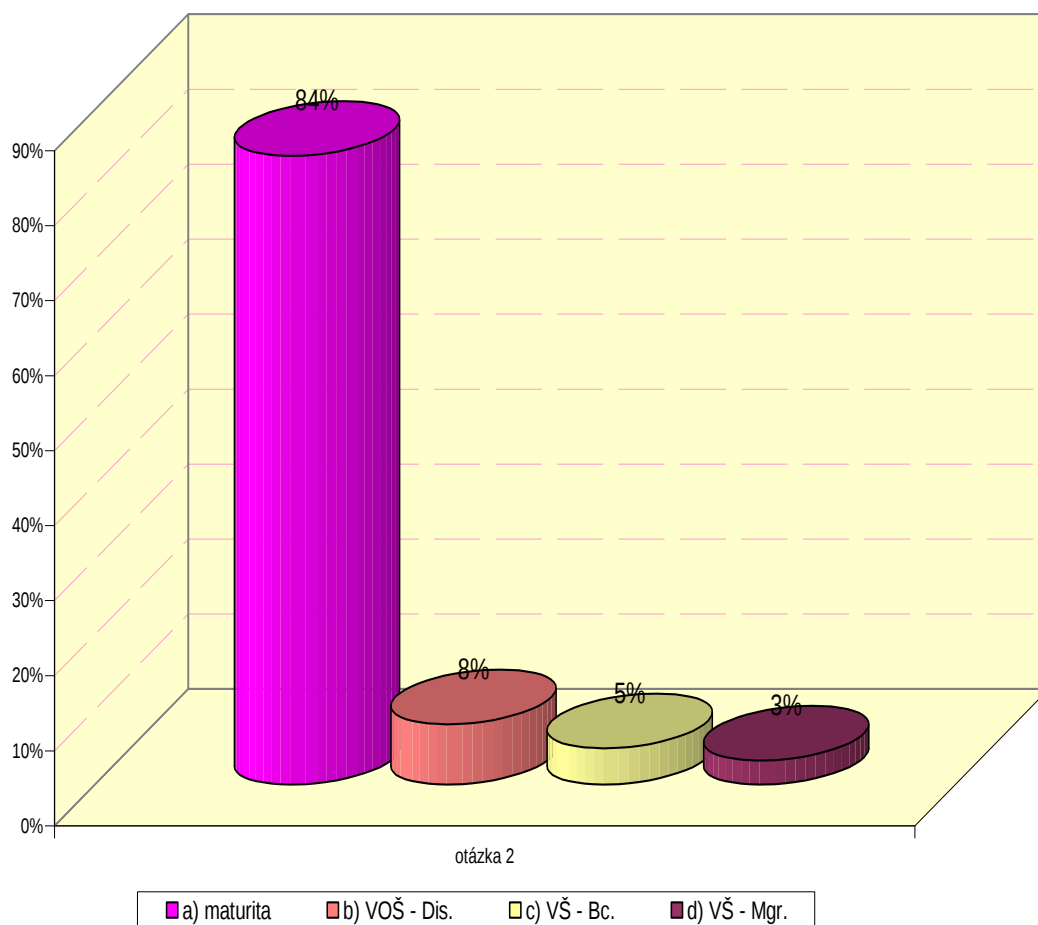
4. Výsledky

Graf 1 Délka praxe



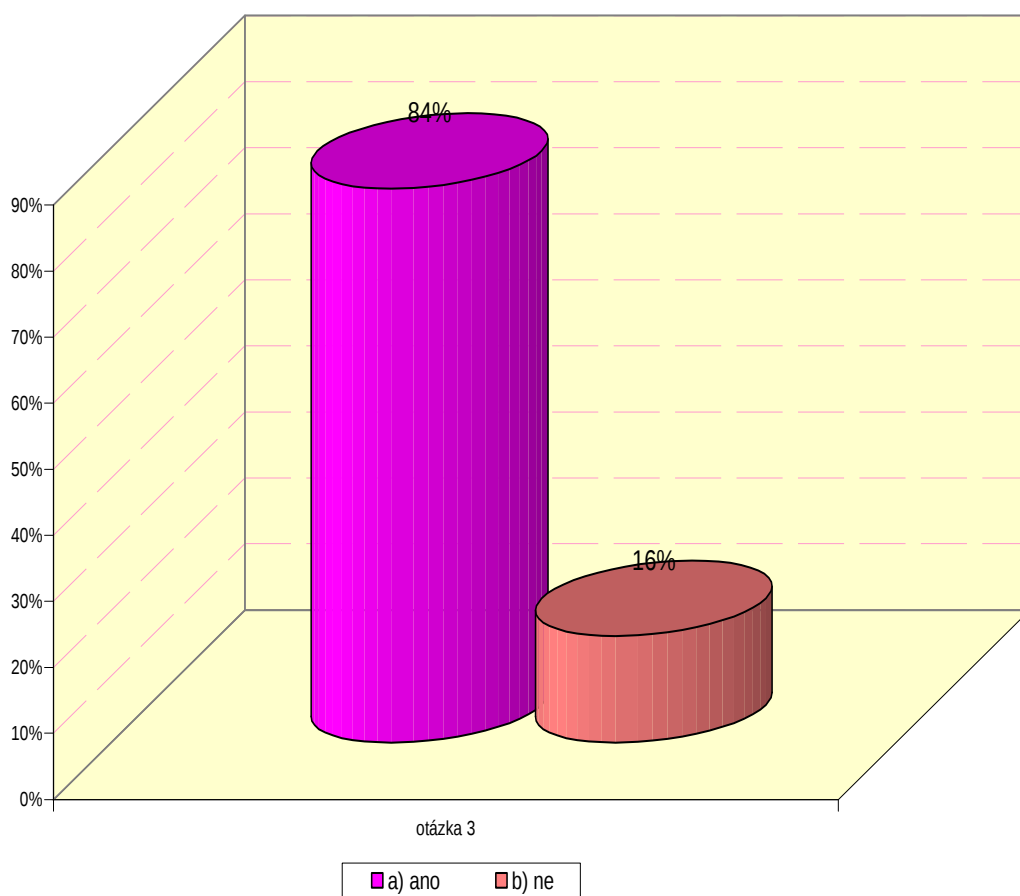
V otázce číslo jedna zaměřené na délku praxe odpovědělo z celkového počtu 62 respondentů 21 (17 %) sester, že je v praxi 0 – 5let, 10 (8 %) 6-10let, 6 sester (5 %) 11- 15let a 25 (20 %) sester odpovědělo, že v praxi je více než patnáct let.

Graf 2 Dosažené vzdělání



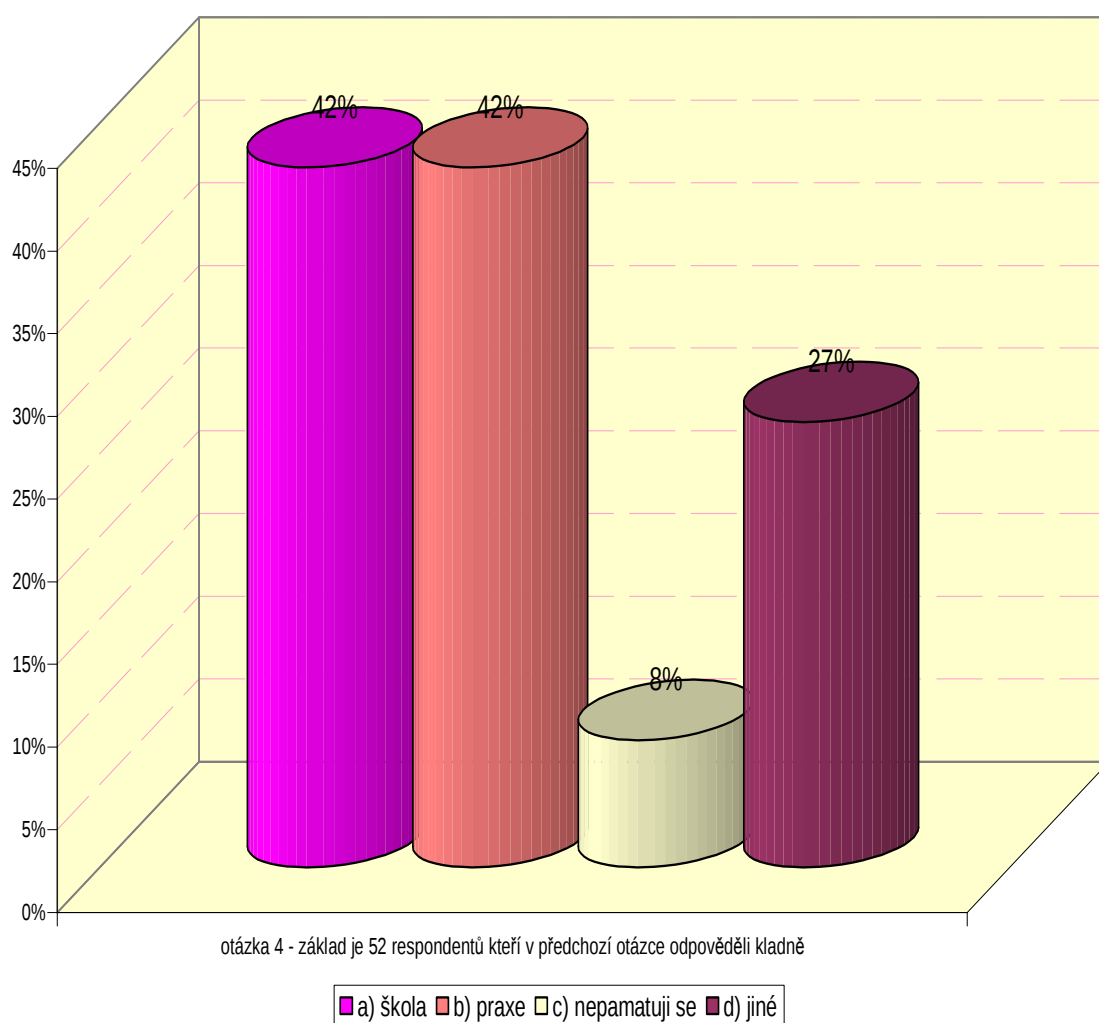
V otázce číslo dvě odpovědělo 52 (84 %) sester, že jejich dosažené vzdělání je zakončeno maturitou. Dalších 5 (8 %) zakončilo své vzdělání na Vyšší odborné škole jako Diplomovaný specialista, zbývajících 3 (5 %) vysoké škole s titulem bakaláře a 2 (3 %) sestry s titulem magistry.

Graf 3 Setkání s pojmem terapeutická komunikace



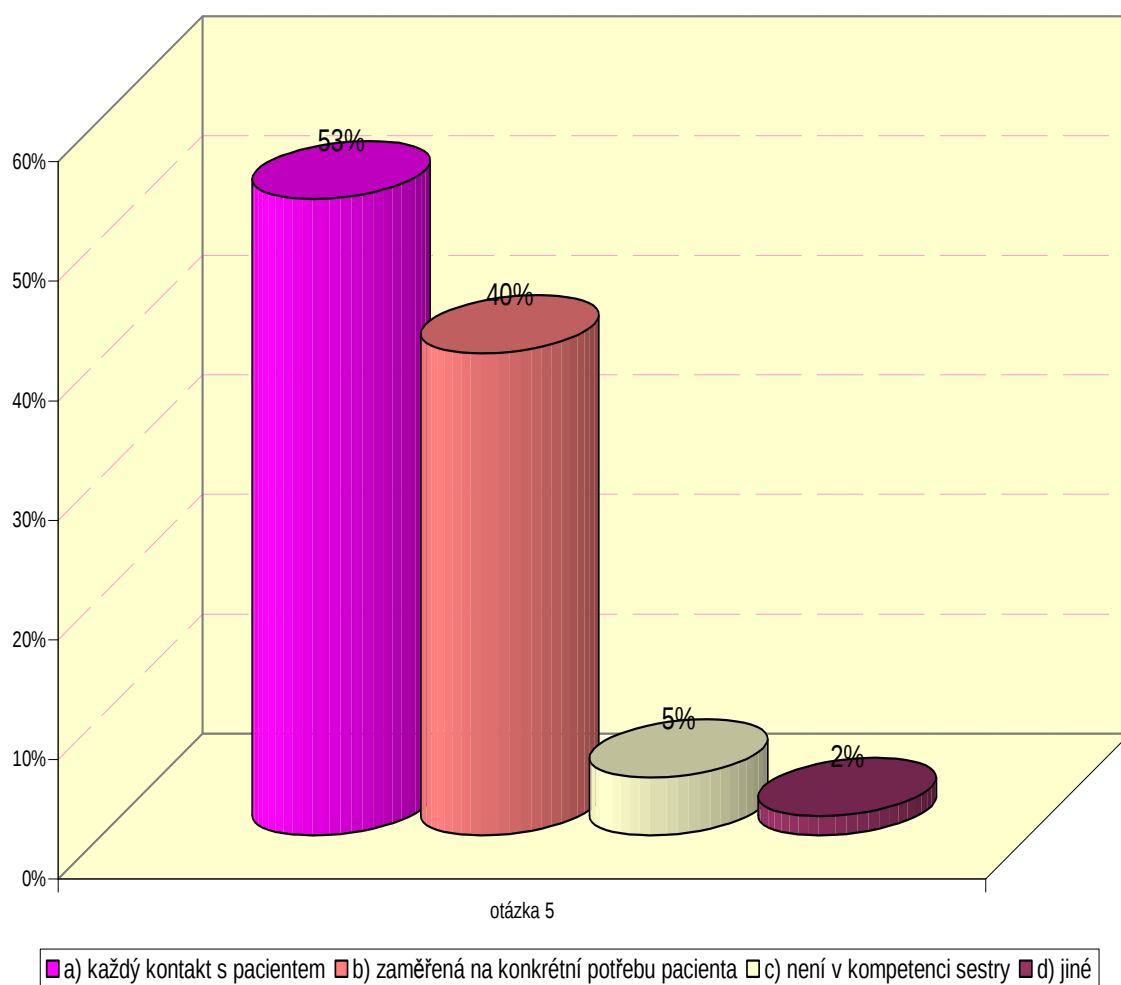
U otázky číslo tři kde sestry zodpovídaly, zda se již setkaly s pojmem terapeutická komunikace odpovědělo 52 (84 %) sester ano a 10 (16 %) že ne.

Graf 4 První setkání s terapeutickou komunikací



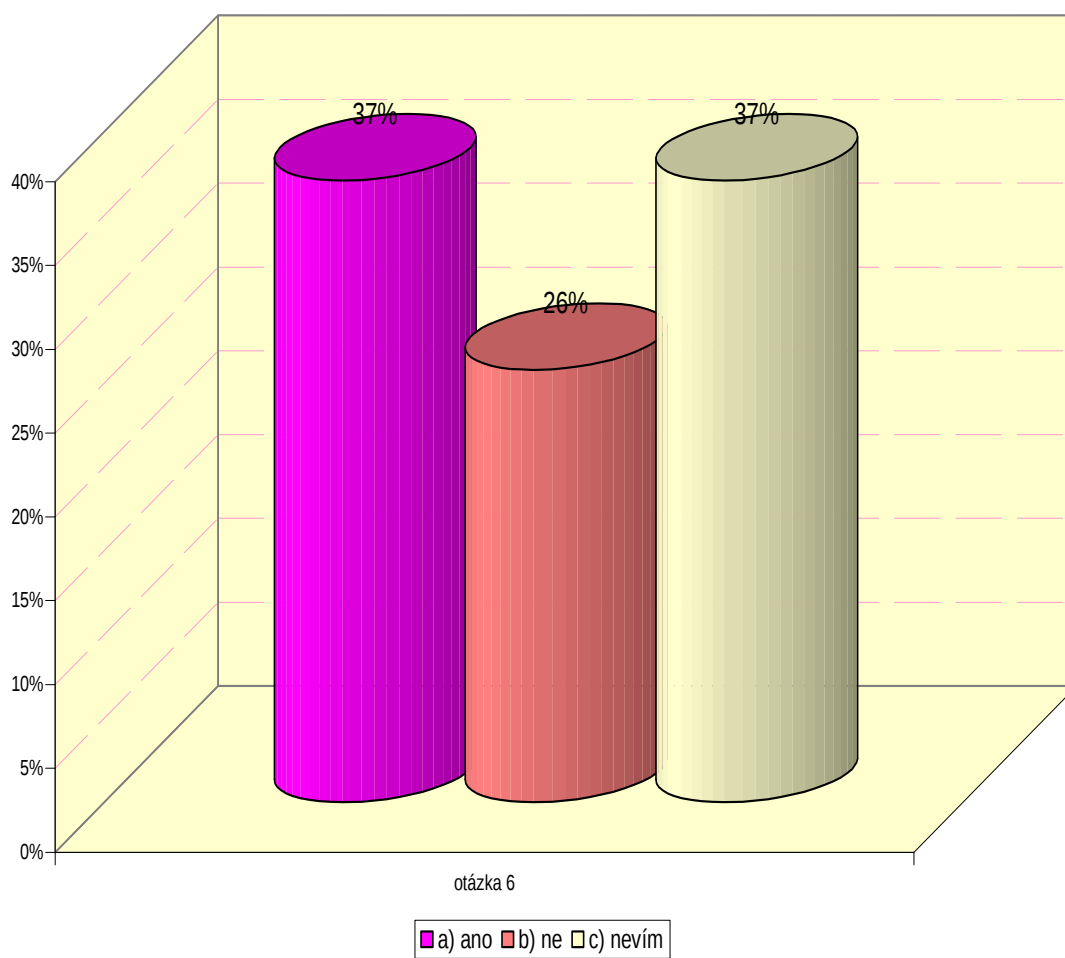
V otázce číslo 4 odpovědělo z celkového počtu 52 sester, které v předchozí otázce odpověděly, že se již s terapeutickou setkaly 22 (42 %) ve škole a ve stejném počtu setkání s tímto pojmem v praxi. Další 4 (8 %) sestry si nepamatují, kde se s pojmem terapeutická komunikace setkaly a 14 (27 %) uvedlo jiný zdroj z toho 10 sester uvedlo literaturu.

Graf 5 Terapeutická komunikace



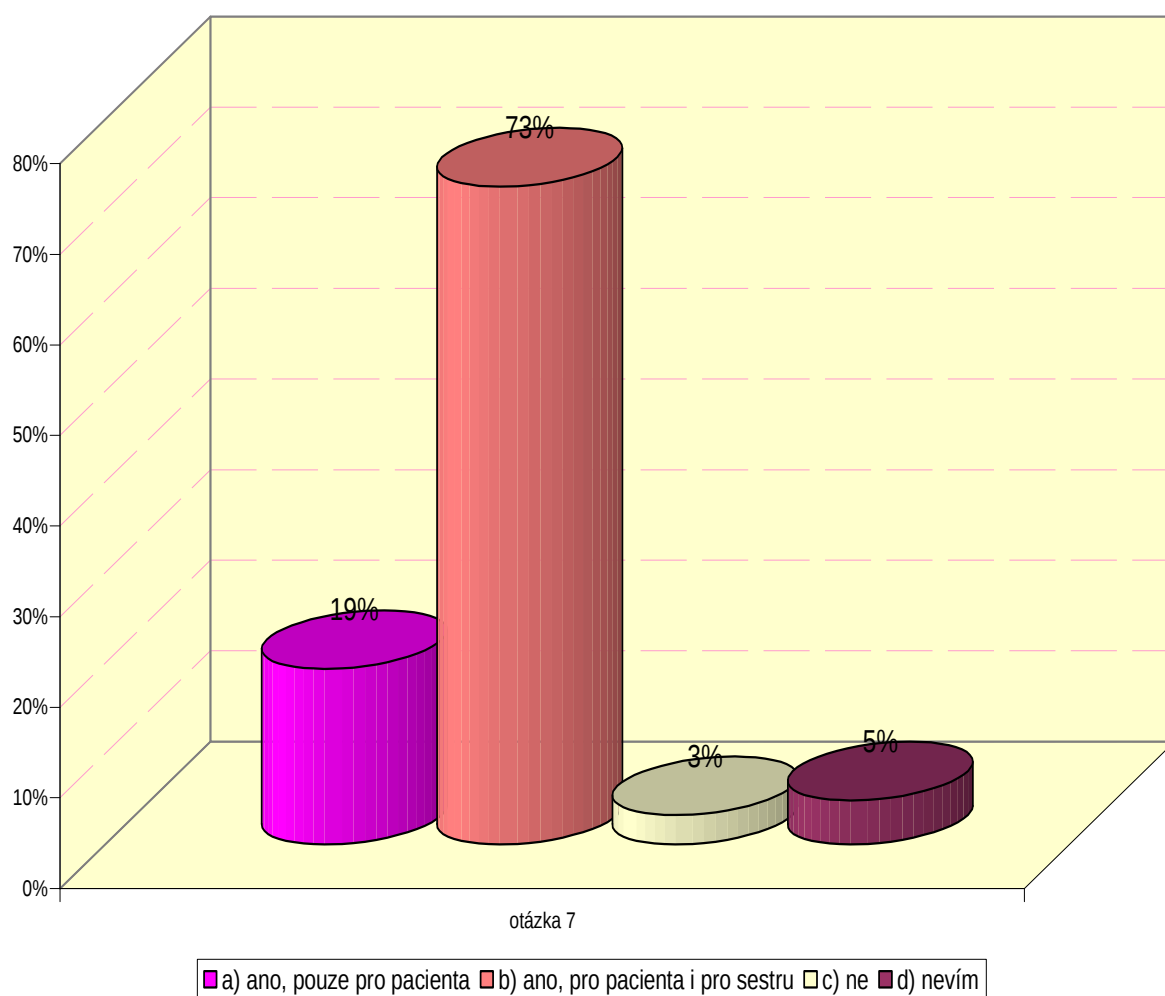
U další otázky číslo pět jsem se zaměřila na to, co pro sestry znamená terapeutická komunikace z celkového počtu 62 sester odpovědělo 33 (53 %) sester, že terapeutická komunikace znamená každý kontakt s pacientem, 25 (40 %) si myslím, že terapeutická komunikace je zaměřená na konkrétní potřebu pacienta, 3 (5 %) je přesvědčeno, že terapeutické komunikace není v kompetenci sestry a pro zbývajících 1 (2 %) sestru je terapeutická komunikace jiné než uvedené možnosti.

Graf 6 Znalost zásad terapeutické komunikace



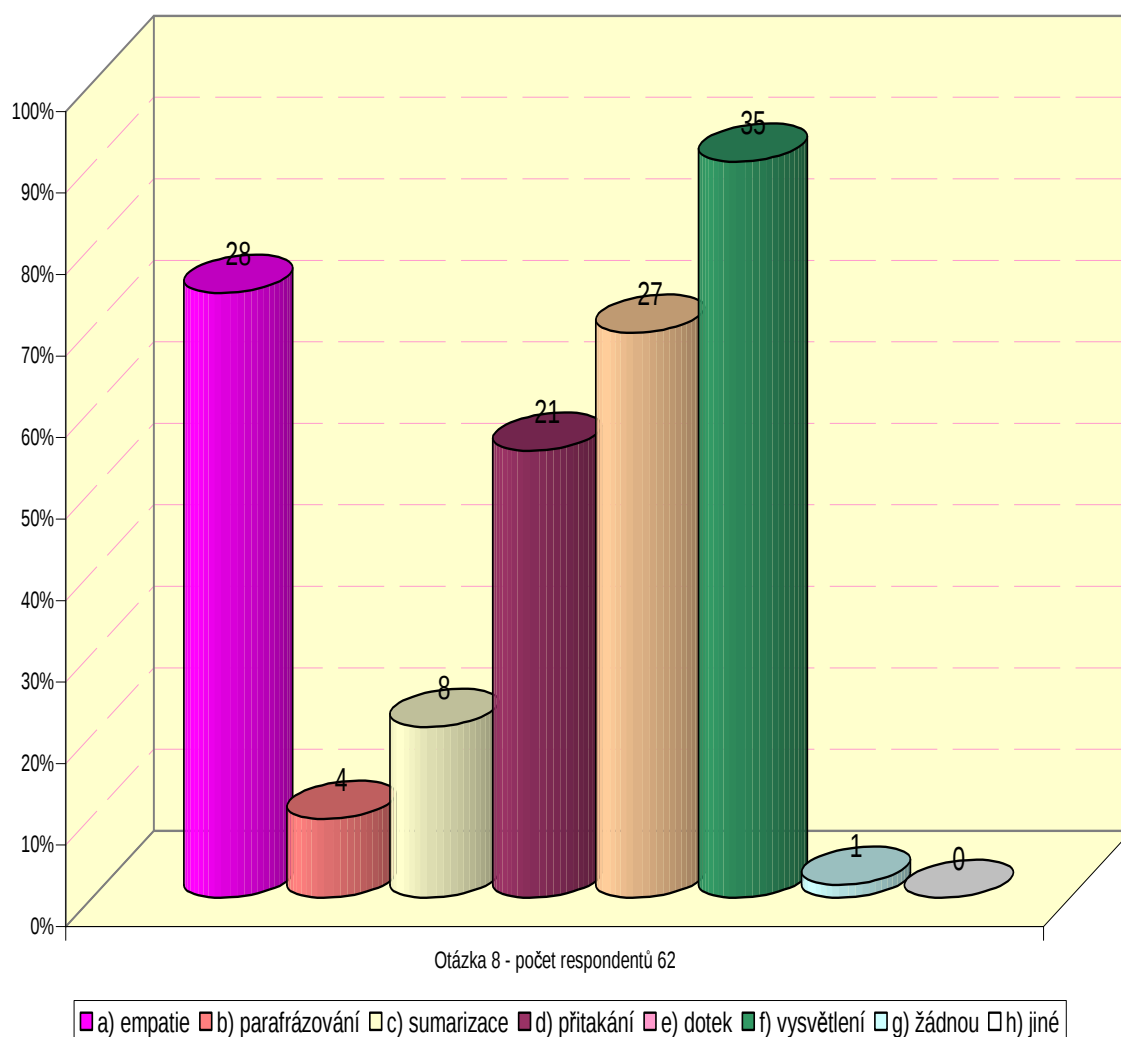
V otázce číslo sedm odpovědělo 23 (37 %) že zná zásady terapeutické komunikace, 16 (26 %), že nezná a 23 (37 %) neví, zda zná zásady terapeutické komunikace.

Graf 7 Důležitost terapeutické komunikace



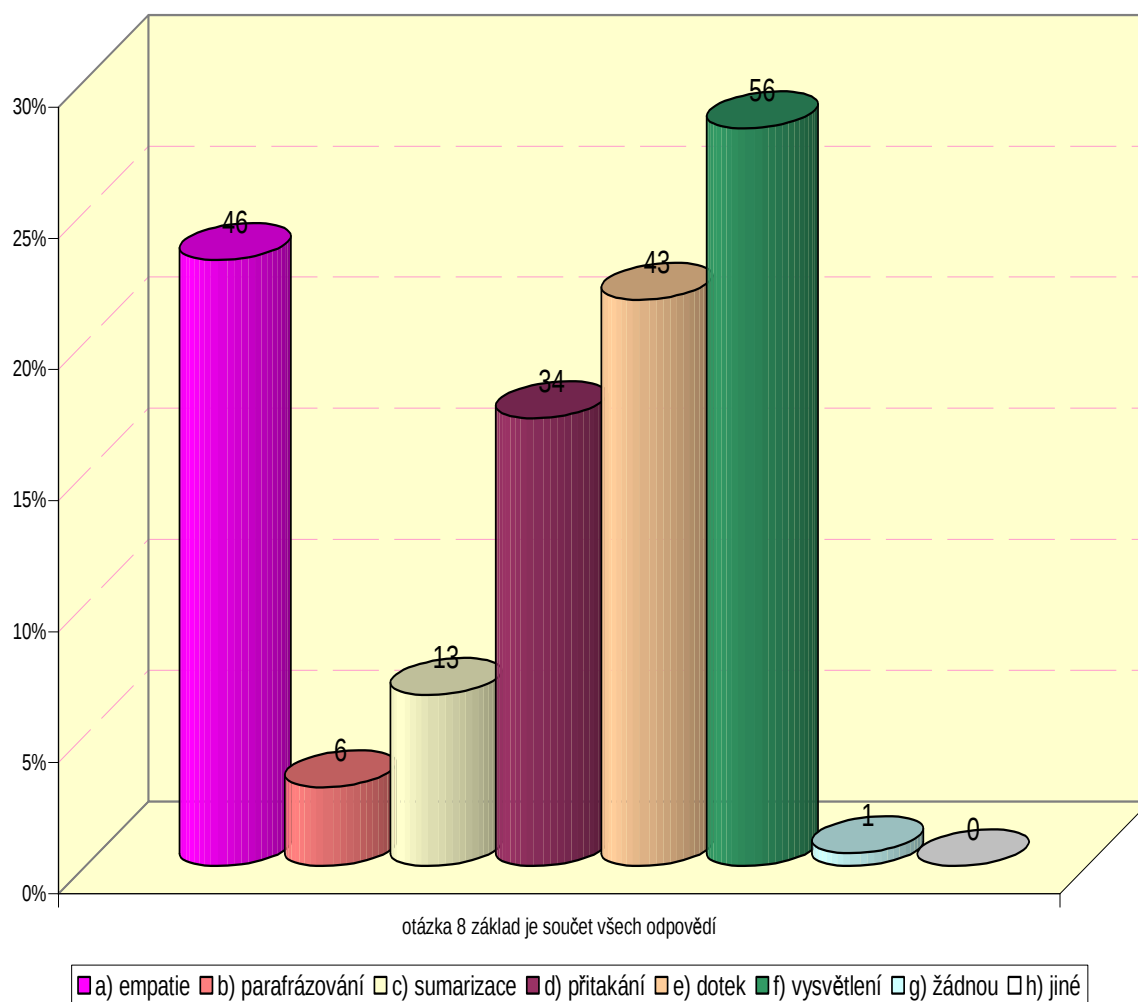
U otázky sedm z celkového počtu 62 sester považuje 12 (19 %) terapeutickou komunikaci za důležitou, pouze pro pacienta, 45 (73 %) sester ji považuje za důležitou pro pacienta i pro sestru, 2 (3 %) ji za důležitou nepovažuje a zbývajících 3 (5 %) sestry neví.

Graf 8a Uplatňování technik terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu



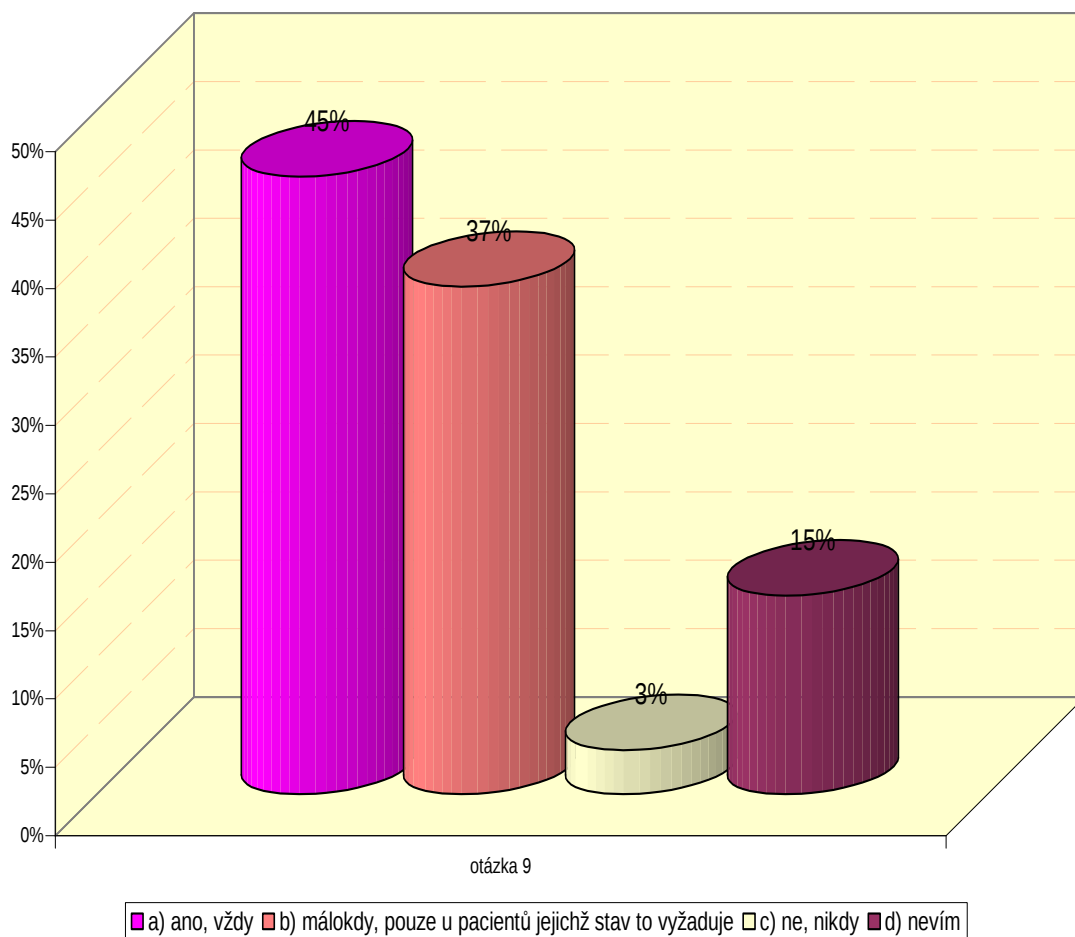
V otázce číslo osm zaměřené na techniky, které sestry užívají odpovědělo z celkového počtu 62 respondentů, že 28 využívá empatie, 4 parafrázování, 8 sumarizaci, 21 přitakání, 27 dotek, 35 vysvětlení, 1 sestra nevyužívá žádnou techniku, žádná z dotázaných sester neuvedla, že by používala jiné techniky než uvedené.

Graf 8b Uplatnění technik terapeutické komunikace



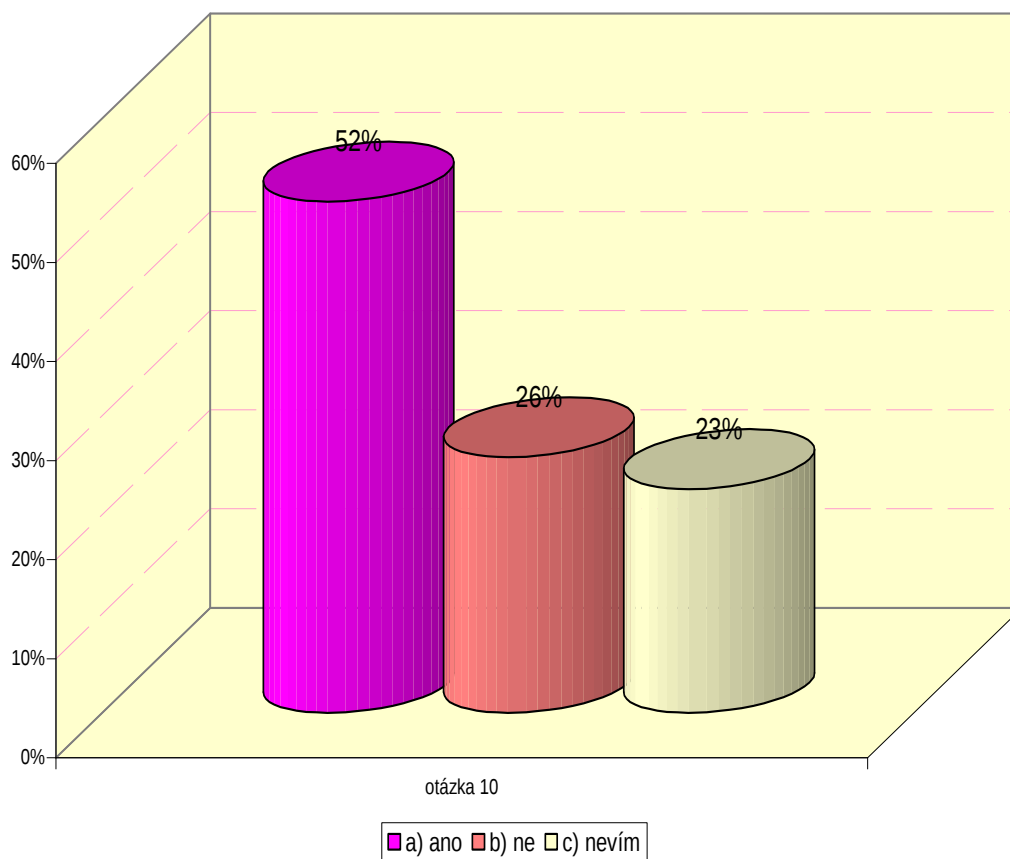
Vezmeme-li ve stejné otázce jako základ součet všech odpovědí pak techniku empatie využívá 46, parafrázování 6, sumarizaci 13, přitakání 34, dotek 43, vysvětlení 56, 1 sestra nevyužívá žádnou techniku a žádná z dotázaných sester nepoužívá jinou než z uvedených technik.

Graf 9 Vědomé uplatnění terapeutické komunikace v každodenním kontaktu s pacientem



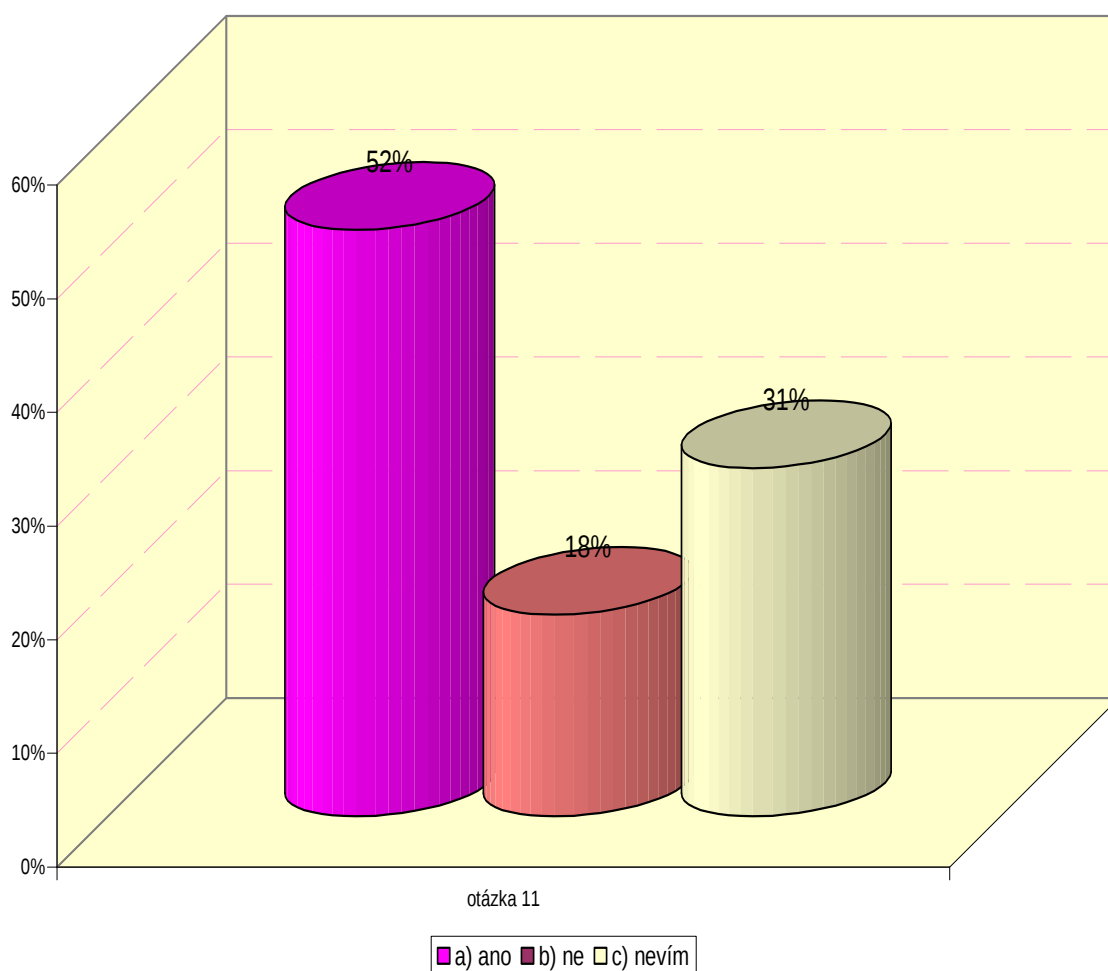
Vědomé uplatnění terapeutické komunikace v každodenním kontaktu s pacientem uvedlo 28 (45 %), že ji uplatňuje vždy, 23 (37 %) sester málokdy, pouze u pacientů jejichž stav to vyžaduje. Z dalších 2 (3 %) odpovědělo, že nikdy neuplatňuje terapeutickou komunikaci a 9 (15 %) sester neví, zda uplatňuje terapeutickou komunikaci.

Graf 10 Důraz kladený na terapeutickou komunikaci na oddělení



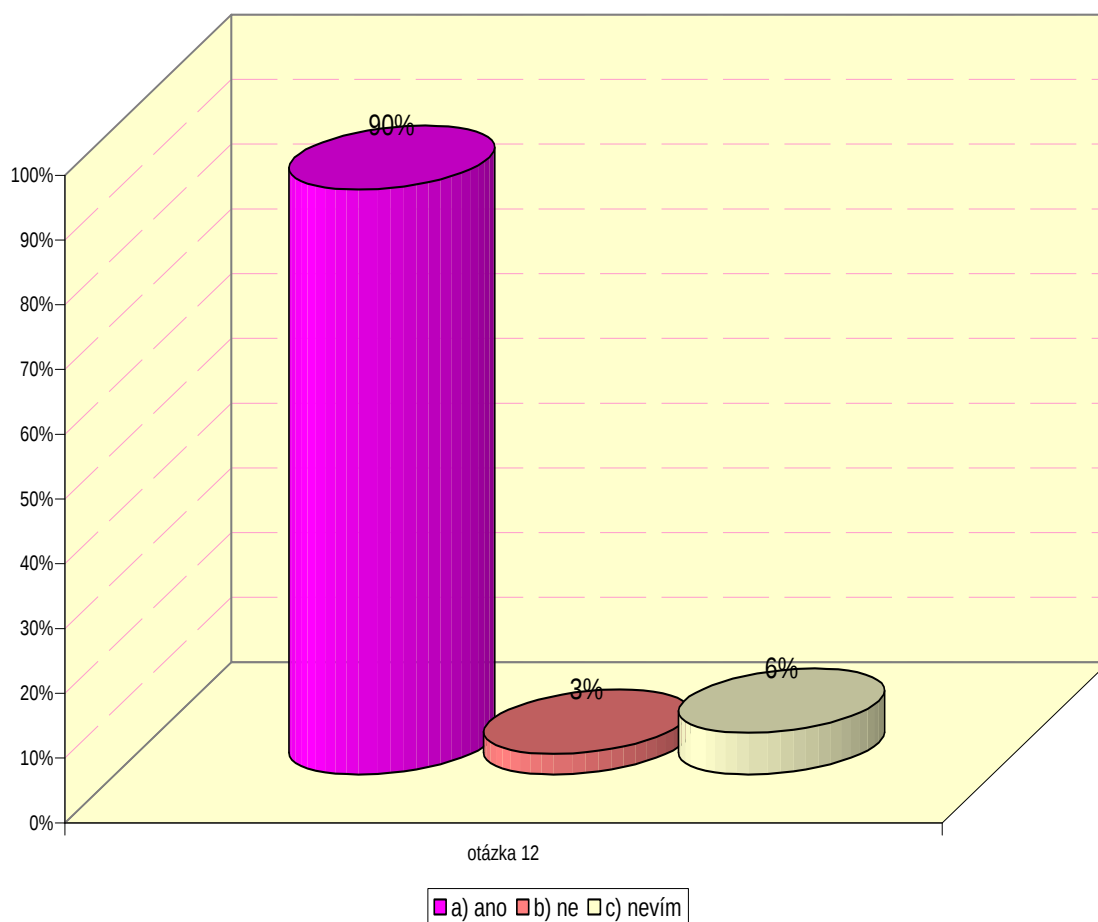
V otázce deset odpovědělo 32 (51 %), že se na jejich oddělení klade důraz na terapeutickou komunikaci, 16 (26 %) ne a dalších 14 (23 %) neví.

Graf 11 Podpora terapeutické komunikace ze strany vedení



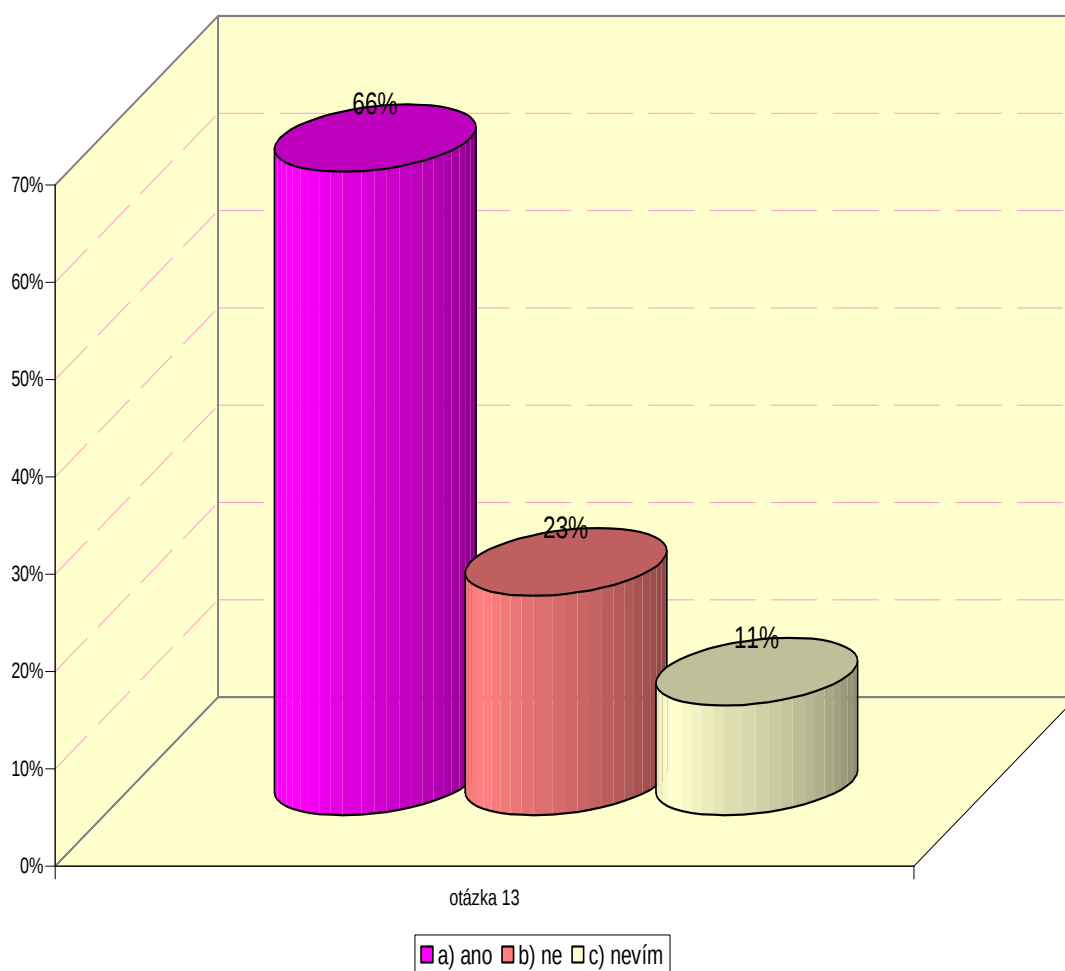
U otázky jedenáct zaměřené na podporu terapeutické komunikace ze strany vedení odpovědělo 32 (51 %) ano, 11 (18 %) ne a 19 (31 %) nevím.

Graf 12 Význam terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesi



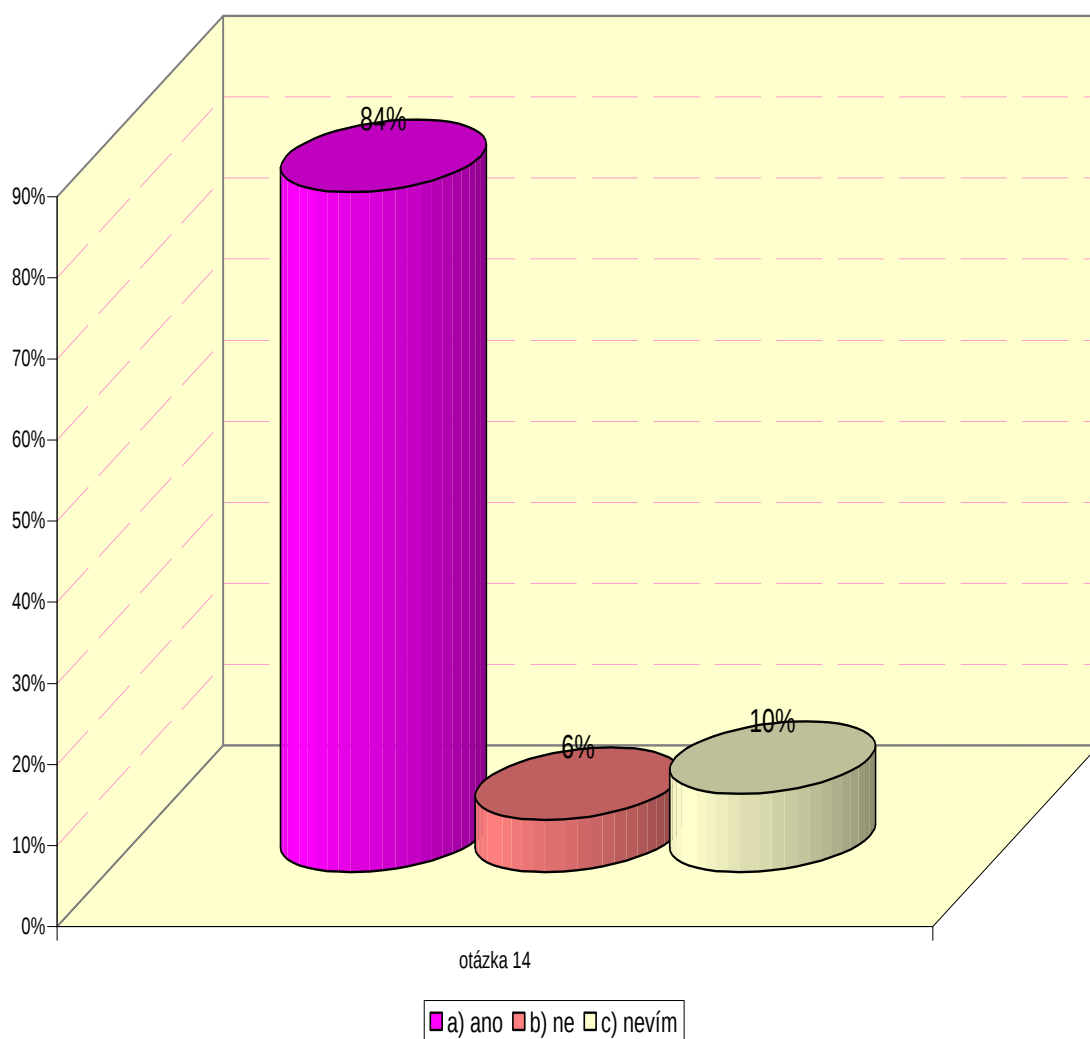
Význam terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesi prikladá 56 (91 %), za nevýznamný jej považujú 2 (3 %) sestry a 4 (6 %) neví zda terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesi má význam.

Graf 13 Ovlivnění terapeutické komunikace mírou povinností sestry



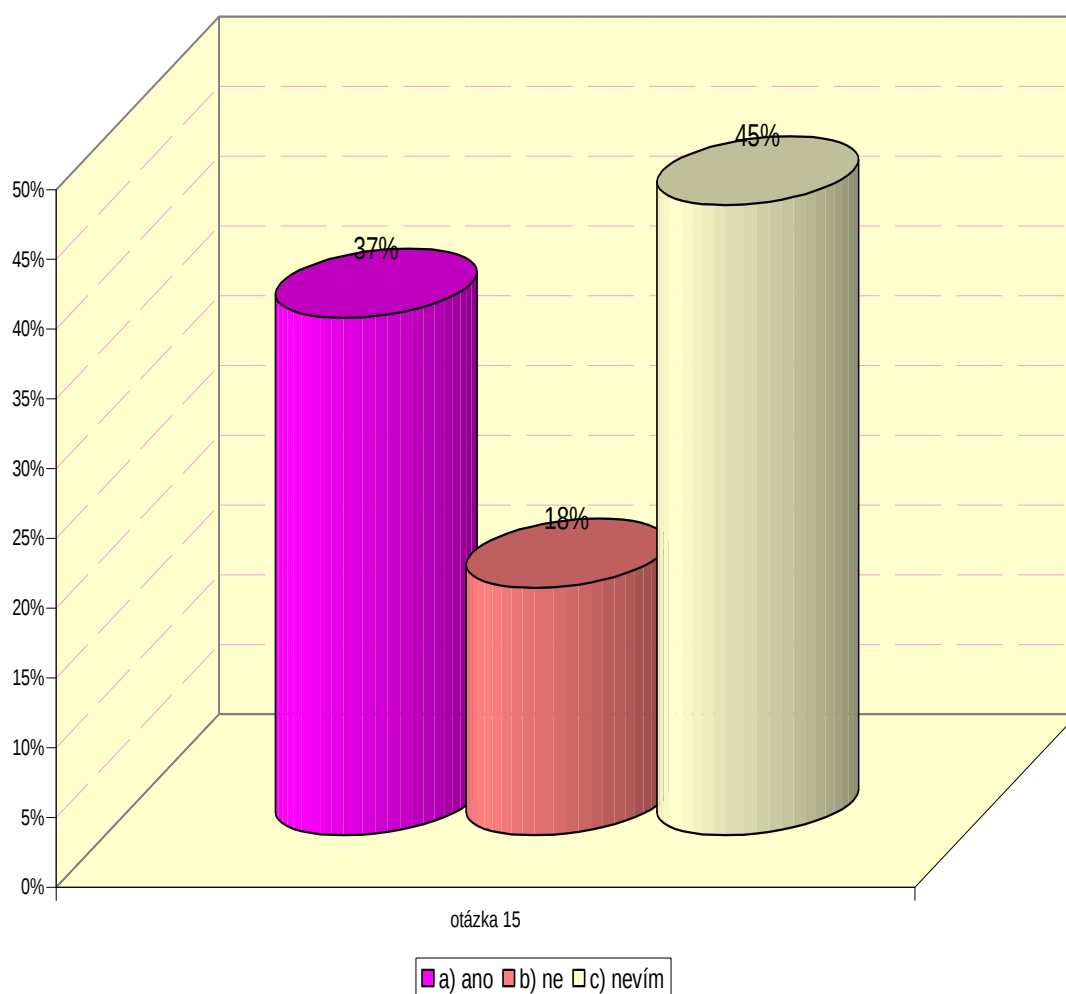
U otázky třináct odpovědělo 41 (66 %), že úroveň terapeutické komunikace je ovlivněna mírou povinností, 14 (23 %) není ovlivněna povinnostmi a 7 (11 %) neví.

Graf 14 Terapeutická komunikace jako kompetence sestry



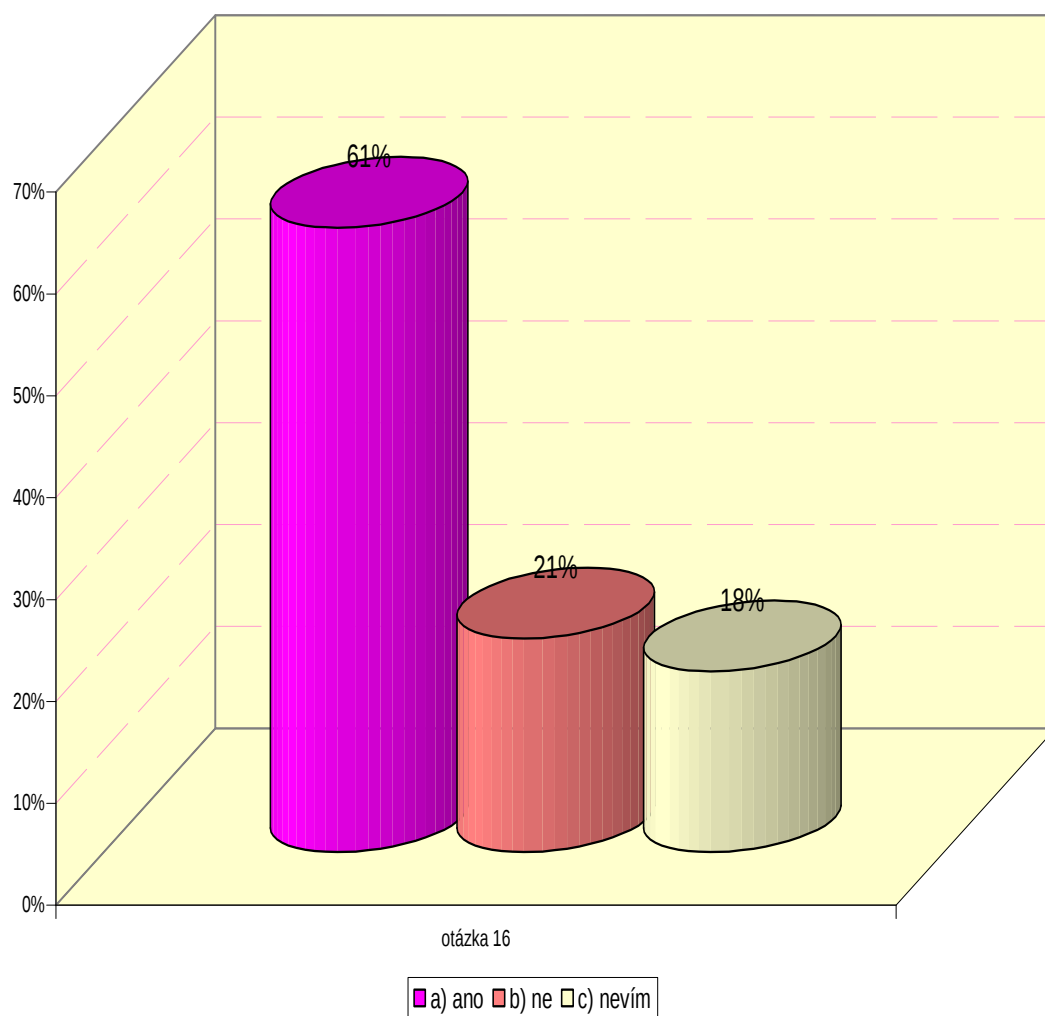
V další otázce je-li dle názoru sester terapeutická komunikace v jejich kompetenci odpovědělo 52 (84 %) ano, 4 (6 %) ne a 6 (10 %) neví v čí kompetenci je.

Graf 15 Ovládání technik terapeutické komunikace



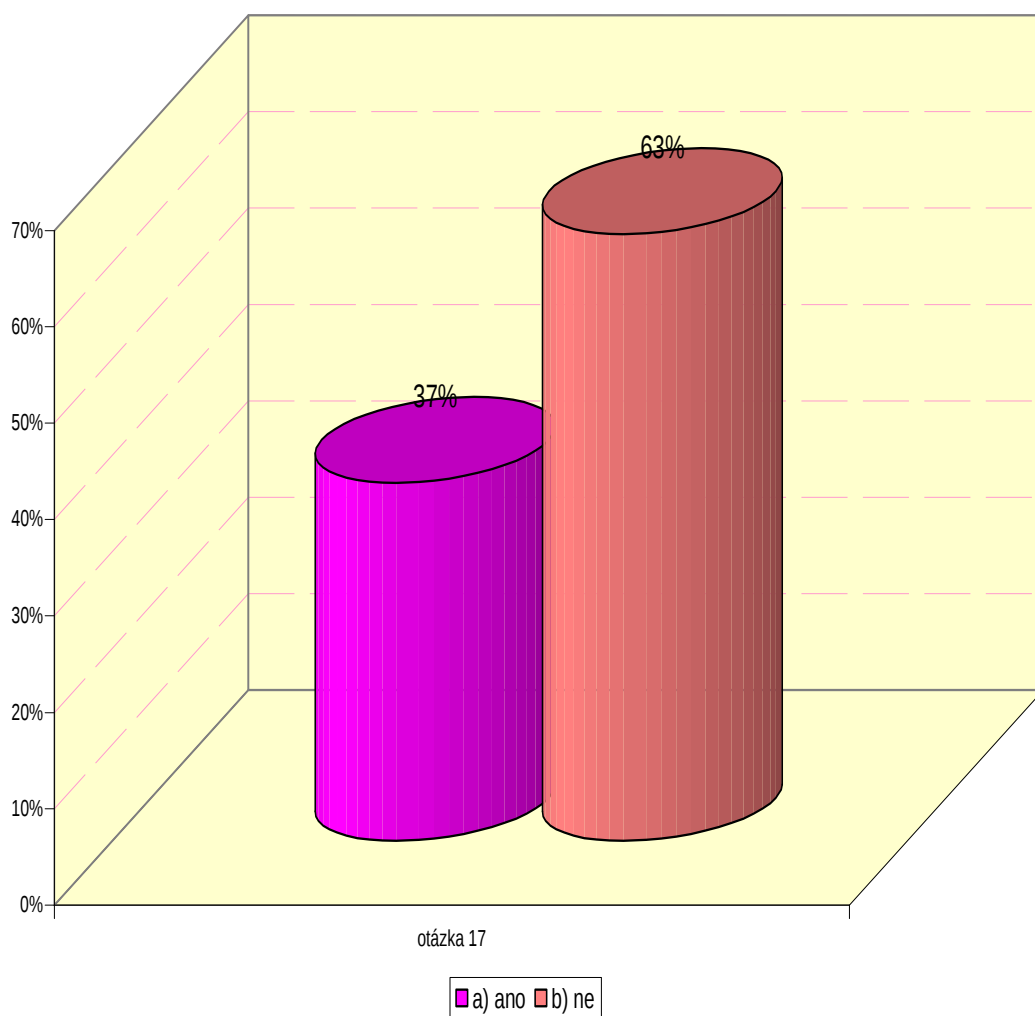
U otázky zda sestry ovládají techniky terapeutické komunikace odpovědělo z celkového počtu 62 respondentů 23 (37 %) ano, dalších 11 (18 %) ne a zbývajících 28 (45 %) odpovědělo nevím.

Graf 16 Zájem sester vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace



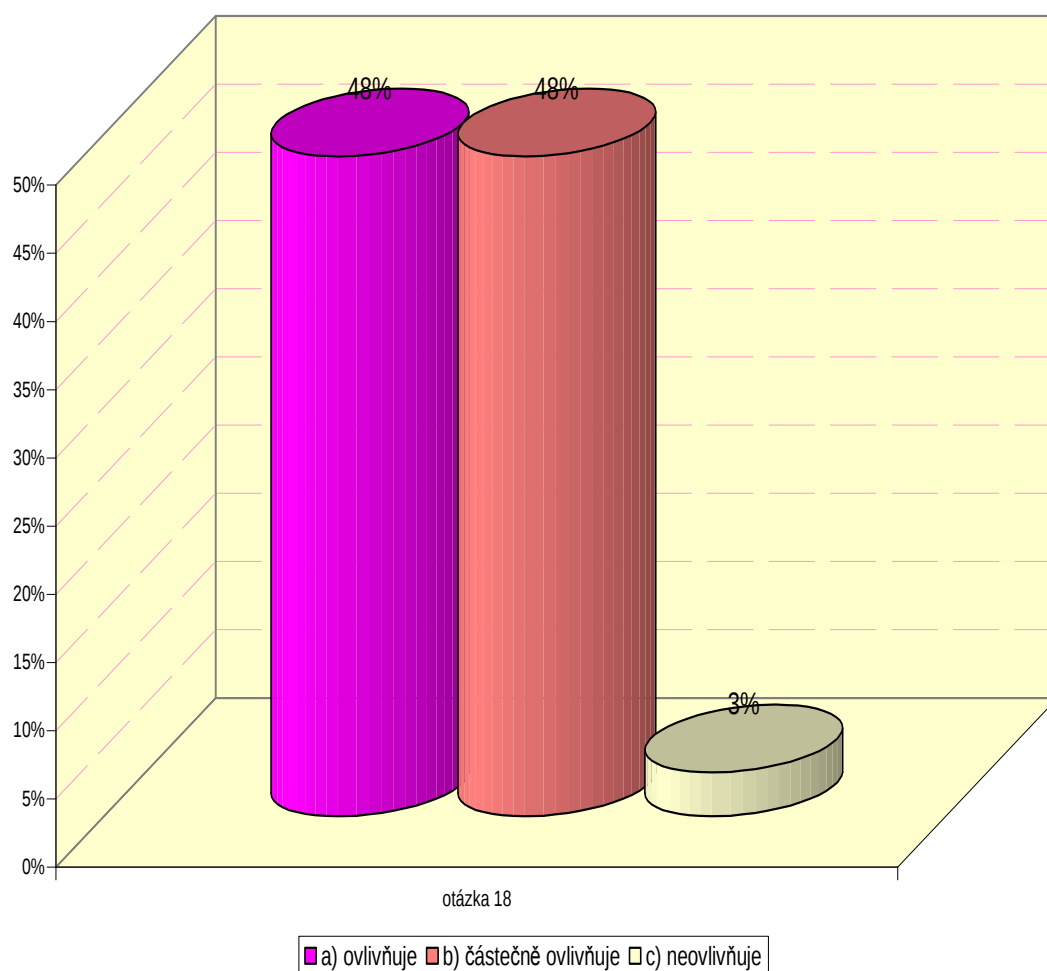
V otázce zda mají sestry zájem vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace odpovědělo 38 (61 %) ano, dalších 13 (21 %) sester ne a zbývajících 11 (18 %) nevím.

Graf 17 Využívání možností vzdělávat se



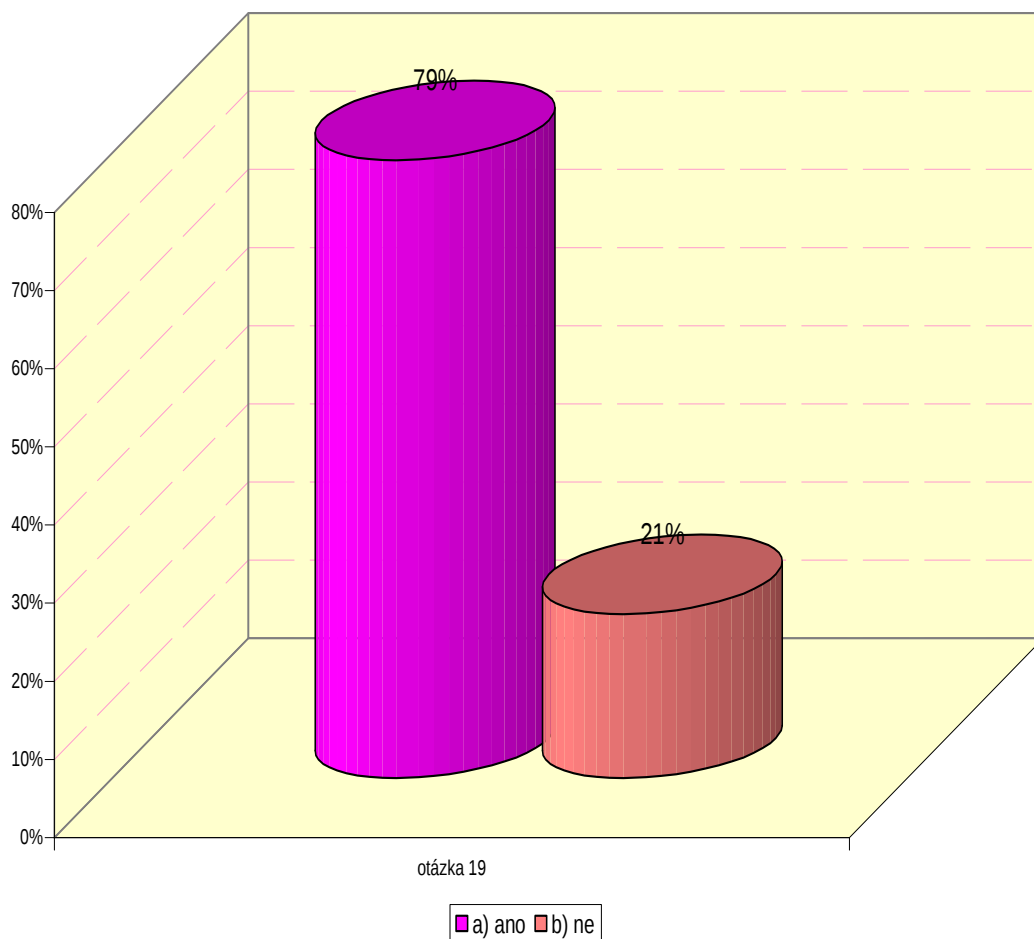
Následující otázka je zaměřena na to, zda sestry využívají možností vzdělávat se v terapeutické komunikaci, zde 23 (37 %) ano a 39 (63 %) ne.

Graf 18 Ovlivnění terapeutické komunikace délkou hospitalizace



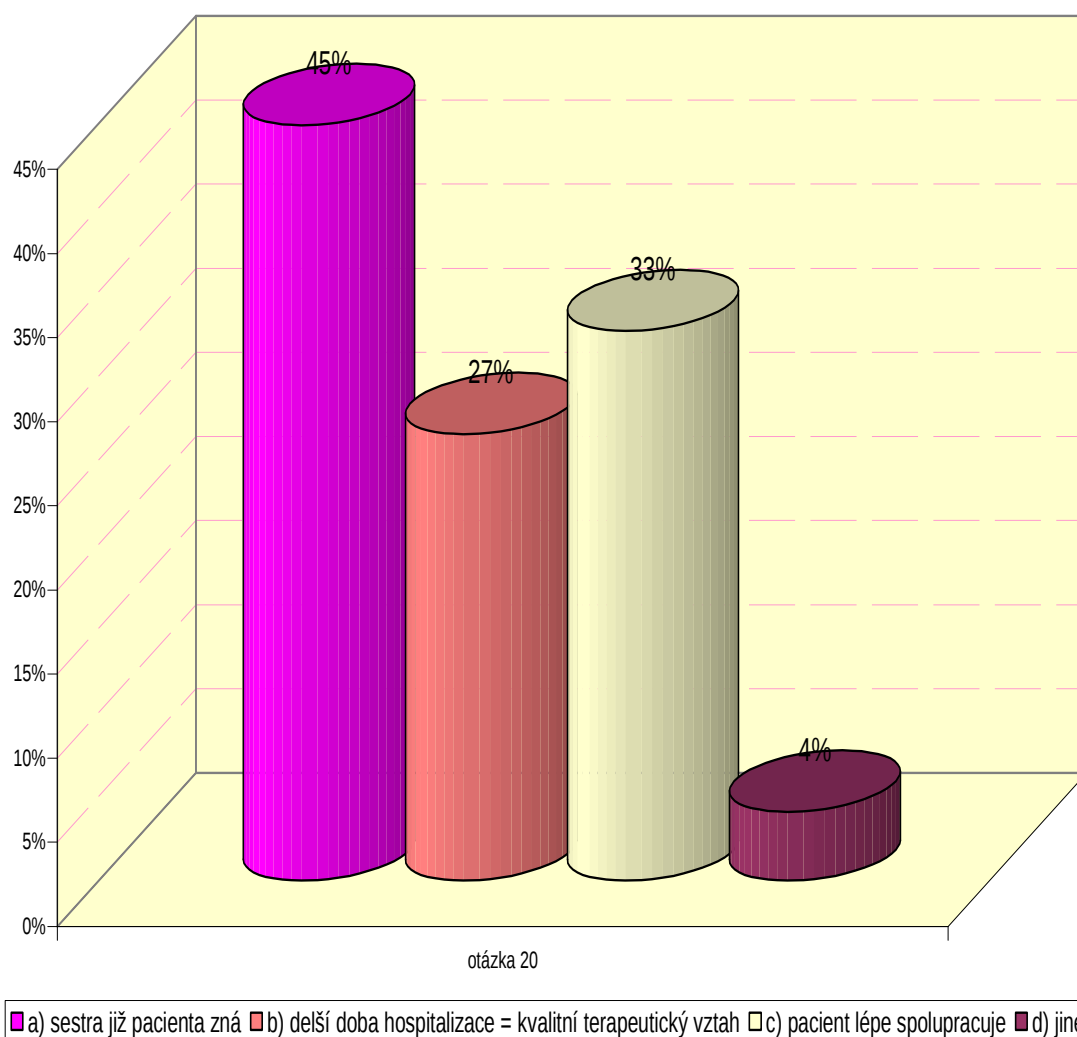
U této otázky zda je terapeutickou komunikaci ovlivňuje délka hospitalizace odpovědělo z celkového počtu respondentů 62, 30 (48 %) ovlivňuje, 30 (48 %) ovlivňuje částečně a 2 (3 %) neovlivňuje.

Graf 19 Lepší rozvinutí terapeutické komunikace u déle hospitalizovaných pacientů



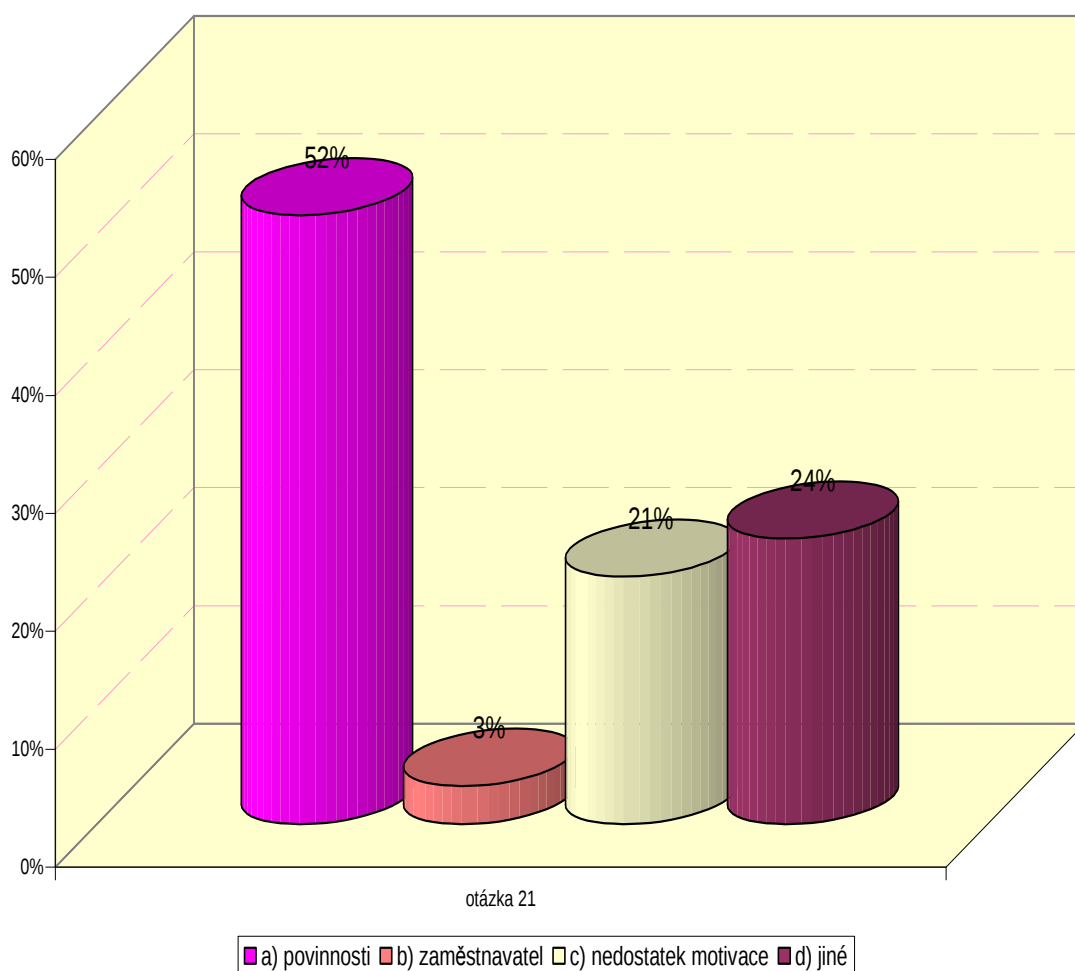
Z celkového počtu respondentů 62 si 49 (79 %) myslí, že u déle hospitalizovaných pacientů může sestra lépe rozvinout terapeutickou komunikaci, zbývajících 13 (21 %) sester odpovědělo ne.

Graf 20 Důvody lepšího terapeutické komunikace při delší hospitalizaci



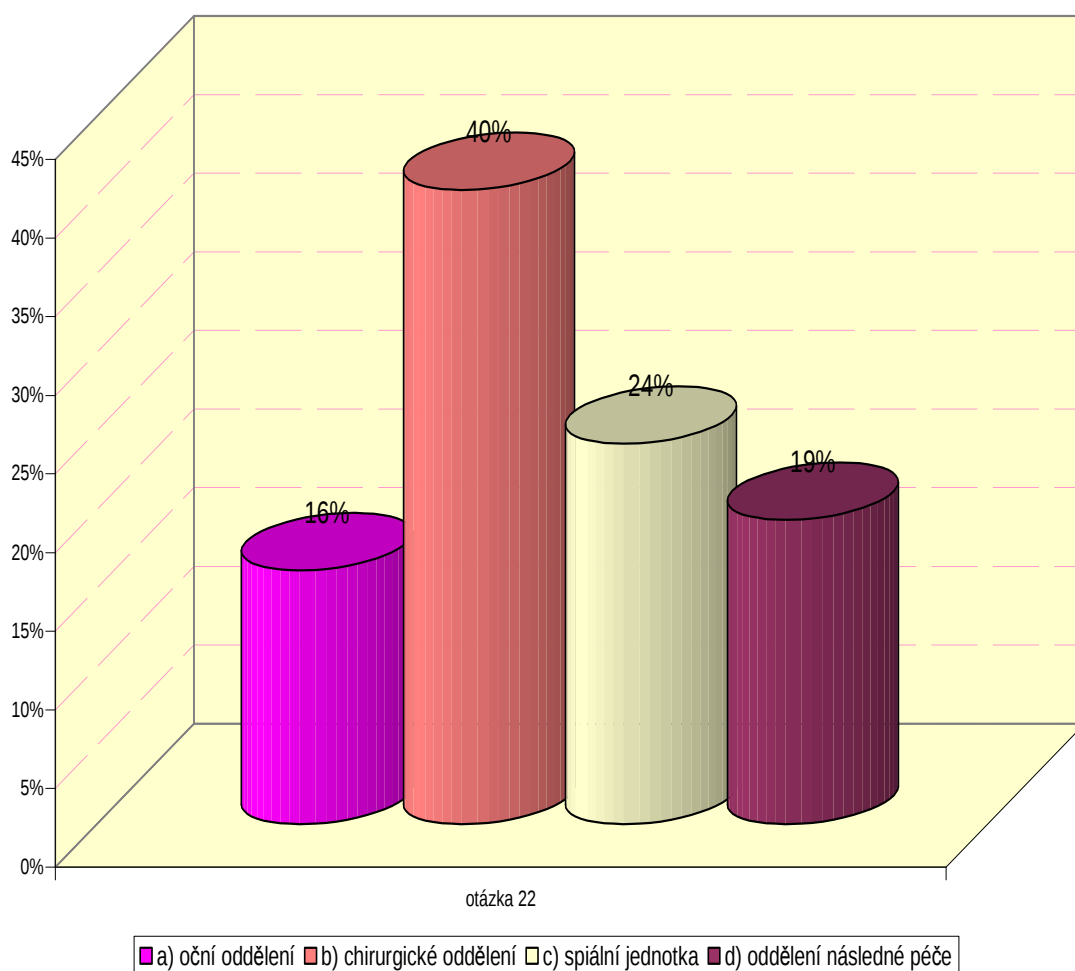
Z předchozích 49 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku číslo devatenáct, uvádí v otázce číslo dvacet jako důvody lepšího rozvinutí terapeutické komunikace 22 (41 %) sester, že sestra již pacienta lépe zná, dalším důvodem je, že delší doba hospitalizace=kvalitní terapeutický vztah, zde odpovědělo 13 (25 %), dalších 16 (30 %) uvádí, že pacient lépe spolupracuje, 2 (4 %) uvádí jiné nespecifické důvody.

Graf 21 Konkrétní zábrany v aplikaci terapeutické komunikace



V předposlední otázce zaměřené na to, co sestrám konkrétně brání v aplikaci terapeutické komunikace na jejich pracovišti uvedlo 32 (52 %) sester povinnosti, 13 (25 %) zaměstnavatel, 13 (21 %) nedostatek motivace, 15 (24 %) jiné důvody.

Graf 22 Pracoviště



V poslední otázce odpovědělo z celkového počtu respondentů 62 sester, že 10 (16 %) pracuje na očním oddělení, 25 (41 %) na chirurgickém oddělení, 15 (24 %) pracuje na spinální jednotce a 12 (19 %) pracuje na oddělení následné péče.

5. Diskuse

Ve výzkumné části bakalářské práce se zabýváme užitím terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu, dále znalostmi sester o daném pojmu a technikách či zásadách souvisejících s terapeutickou komunikací. Vybrána byla oddělení jako oddělení následné péče, kde převažuje dlouhodobá hospitalizace, a dle mého názoru se zde z tohoto důvodu zvyšuje potřeba komunikovat s pacienty „terapeuticky“. Protikladem dlouhodobé péče je naopak například oddělení chirurgické, kde jsou obvykle pacienti hospitalizováni kratší dobu. Dalšími specifickými odděleními, kde proběhl výzkum je oční oddělení, neboť se domnívám, že lidé s chorobami či postižením zraku terapeutickou komunikaci potřebují jako „lék“. Posledním oddělením byly spinální jednotky, kde se sestry setkávají s pacienty s poruchami hybnosti, onemocněním páteře, tudíž zde pacienti opět prožívají vysoké psychické napětí. Výběrem těchto oddělení však nechci snižovat její význam na odděleních ostatních. Vzhledem k neregulérnímu počtu vrácených dotazníků, nebylo možno provést bližší porovnání v užívání a znalostech terapeutické komunikace.

Výzkum byl prováděn formou dotazování. Dotazník vyplňovaly sestry z oddělení následné péče a očního oddělení v Českých Budějovicích, dále sestry na chirurgických odděleních a spinální jednotce Úrazové nemocnice Brno a konečně sestry pracující na spinální jednotce Fakultní nemocnice Motol v Praze.

Co se týká délky praxe, pak celkem 25 (40 %) sester pracuje ve zdravotnictví více než 15 let (viz graf 1), což dle mého názoru svědčí o tom, že tyto sestry vykonávají svou profesi spíše jako „poslání“. Z výše uvedených oddělení 52 (84 %) sester ukončilo své vzdělání maturitou (graf 2).

V souvislosti s tématem práce byly stanoveny 4 cíle práce. Prvním cílem práce bylo „Zjistit znalosti sester o terapeutické komunikaci“, k tomuto cíli se vztahovaly následující otázky číslo 3, 4, 5, 6, 8 (viz. Příloha 1) K tomuto cíli se vztahovala hypotéza číslo 1: „*Sestry nemají znalosti o terapeutické komunikaci*“. Tato hypotéza byla potvrzena.

U otázky číslo tři kde sestry zodpovídaly, zda se již setkaly s pojmem terapeutická komunikace odpovědělo 52 (84 %) sester ano (graf 3) z toho 22 (42 %) ve škole (graf 4), z čehož můžeme usoudit, že nezastupitelnou roli zde má samotné vzdělání sester. U další otázky jsme se zaměřili na to, co pro sestry znamená terapeutická komunikace 33 (53 %) sester, je přesvědčeno, že terapeutická komunikace znamená každý kontakt s pacientem (graf 5). Z těchto výsledků lze usuzovat na to, že terapeutická komunikace je sice sestrám známa, nicméně stále nesplňuje potřeby vyspělého ošetrovatelského procesu. Zacharová (29) také uvádí, že především sestra je tím pracovníkem, jež nese odpovědnost za příznivý zdravotní stav pacienta. Vyžaduje to od ní nejen odborné znalosti, ovládání psychoterapie, ale i řešení složitých situací. Literatura terapeutickou komunikaci chápe v kontextu toho, že každodenní chování sestry vůči nemocnému je pojímáno jako psychoterapeutický přístup. Dále se uvádí, že terapeutická, jinak také léčebná komunikace je definována jako proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a současně překonávat psychické překážky, které stojí v cestě k seberealizaci. Sestry ji využívají v různých situacích, ve kterých pacientovi pomáhají lépe vyrovnat se s danou situací (29). Pro Vymětala (27) je pak psychoterapeutický vztah vytvářen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu jíž zastává. Reaguje tím na projevy pacienta a jeho problematiku (27). Převeďme-li zmiňované na sestru, která v terapeutické komunikaci zastává roli terapeuta, pak je to právě ona, kdo odpovídá při každém kontaktu s pacientem za pozitivní či negativní dopady svého chování na pacienta. Dále nás zajímalo vzhledem ke stanovené hypotéze číslo 1: „*Sestry nemají znalosti o terapeutické komunikaci*“, zda sestry znají zásady terapeutické komunikace. Z uvedených výsledků vyplývá, že 23 (37 %), zná zásady terapeutické komunikace, 16 (26 %), nezná a 23 (37 %) neví, zda zná zásady terapeutické komunikace, což je dohromady 39. *Ze všech uvedených výsledků zaměřených na znalosti terapeutické komunikace, zásad a technik, vyplývá, že se hypotéza nepotvrdila.* Avšak dovoluji si tvrdit, že tyto znalosti nejsou dostatečné, což například jasně dokazuje graf 6, kde celkem 39 sester neví či nezná zásady terapeutické komunikace.

Dále jsme se zaměřily na techniky, které sestry nejvíce v terapeutické komunikaci využívají, zde bylo zjištěno, že z celkového počtu odpovědí, neboť zde měly sestry možnost vybrat více jak jednu z uvedených, odpovědělo 43 sester nejvíce využívá dotek, 56 sester vysvětlení (graf 8). V publikaci pro doteková povolání se dočteme, že se jedná o taková povolání, při jejichž výkonu se pracovník dotýká jiné osobnosti jako celku, do této skupiny profesí patří mimo jiná také všechna zdravotnická povolání. Dále zde cituji: „Všichni již ze svého života víme, ač neradi přiznáváme, že nejhorší či nejmilejší dotek v našem životě byl realizován slovem“ (6 s.18). Další hojně používanou technikou je vysvětlení, oproti dalším již specifitějších technikám využívaných v terapeutické komunikaci, což je opět dle mého názoru způsobeno nedostatečnou znalostí jakožto i motivací sester.

Druhým cílem práce bylo „Zjistit možnosti sester vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče“ a k tomuto cíli byla stanovena hypotéza 2: *„Sestry mají možnosti vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče, ale nejsou k tomu motivovány ze strany svého zaměstnavatele“*. Otázky, které se vztahují k tomuto cíli a hypotéze 10, 11, 16, 17, 21 (Příloha 1). *Druhá hypotéza byla vyvrácena*. V otázce deset odpovědělo 32 (51 %), že se na jejich oddělení klade důraz na terapeutickou komunikaci, 16 (26 %) ne a dalších 14 (23 %) neví (graf 10). U další otázky zaměřené na podporu terapeutické komunikace ze strany vedení odpovědělo 32(51 %) ano, 11(18 %) ne a 19(31 %) nevím (graf 11). V otázce zda mají sestry zájem vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace odpovědělo 38 (61 %) ano, dalších 13 (21 %) sester ne a zbývajících 11 (18 %) nevím. Následující otázka je zaměřena na to, zda sestry využívají možností vzdělávat se v terapeutické komunikaci, zde 23 (37 %) ano, a 39 (63 %) ne. Literatura uvádí vzdělání umožňující přípravu pro výkon povolání, jako jeden z faktorů jež zásadním způsobem ovlivňují profesní vystupování sestry. Toto vzdělání je pak realizováno různými formami po celý rok a celoživotně (29).

Výzkumy v České republice na poli kvality zdravotní péče dlouhodobě poukazují na celkově vysokou úroveň „odborné kvality“, avšak propastně nízkou úroveň komunikace zdravotnického personálu vůči pacientům navštěvujícím zdravotnická zařízení lůžkového i ambulantního typu. Tento fakt je překážkou rozvoje kvality zdravotnického zařízení a přispívá k celkové nízké spokojenosti populace s úrovní zdravotního systému (23). V současné době je nabídka kurzů komunikace jakož i komunikace terapeutické velmi široká, neboť kvalita poskytované péče je podmíněná nejen materiální a technickou vybaveností, ale také profesionálním přístupem personálu ke klientovi. Tento přístup předpokládá účinný interaktivní proces, kterého součástí je zainteresovaný vztah vymezující prvky terapeutické komunikace. Cílem těchto kurzů je poskytnout základní informace profesionální komunikace. Tyto kurzy jsou zaměřeny především na vytvoření terapeutické aliance sestra klient/pacient, pravidla zdravé komunikace sestra versus pacient a také na asertivní komunikaci či manipulaci ve vztahu sestra a pacient. Nicméně tato nabídka je opravdu široká a nabízí mimo jiné specifické kurzy zaměřené na empatii, naslouchání nebo na komunikaci s pacienty se specifickými potřebami. Dalším stanoveným cílem číslo 3 bylo „Zjistit, zda sestry uplatňují terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu v rámci každodenního kontaktu sestra – pacient“. K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 7, 9, 12, 13, 14, 15. Stanovená hypotéza číslo 3 „*Sestry neuplatňují v praxi v rámci každodenního kontaktu sestra-pacient terapeutickou komunikaci*“ byla vyvrácena. U otázky sedm z celkového počtu 62 sester považuje 12 (19 %) terapeutickou komunikaci za důležitou, pouze pro pacienta, 45 (73 %) sester ji považuje za důležitou pro pacienta i pro sestru, 2 (3 %) ji za důležitou nepovažuje a zbývajících 3 (5 %) sestry neví (graf 7). Vědomé uplatnění terapeutické komunikace v každodenním kontaktu s pacientem uvedlo 28 (45 %) sester, že ji uplatňuje vždy, 23 (37 %) sester málokdy, pouze u pacientů jejichž stav to vyžaduje. Z dalších 2 (3 %) odpovědělo, že nikdy neuplatňuje terapeutickou komunikaci a 9 (15 %) sester neví, zda uplatňuje terapeutickou komunikaci (graf 9). Za pozitivní zjištění považují, že 56 (91 %) přikládá význam terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu.

Naopak za nevýznamný jej považují 2 (3 %) sestry a 4 (6 %) neví, zda terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu má význam (graf 12). Vymětal terapii definuje jako léčbu v běžném slova smyslu, jež konkrétně znamená užití psychologických postupů a strategií, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví.

Pokud lze psychologickými prostředky vyloučit okolnosti, které k poruše zdraví vedly. Specifikem těchto prostředků uplatňovaných v psychoterapeutických postupech je jejich výlučně komunikační a vztahová povaha (27). U otázky třináct odpovědělo 41 (66 %), že úroveň terapeutické komunikace je ovlivněna mírou povinností, 14 (23 %) není ovlivněna povinnostmi a 7 (11 %) neví. Z tvrzení sester je možno vyvodit domněnku, že jsou to právě povinnosti, které sestrám brání rozvíjet terapeutickou komunikaci, neboť prioritní se stává pouze „základní péče“ o pacienta a splnění administrativních požadavků, ostatní pak ustupuje do pozadí. Jak je uvedeno v literatuře, může profesionální deformace souviset s pracovní přetížeností či s nevhodnou motivací pro práci (29). Ze všech výše uvedených výsledků lze vyvodit, že sestry mají povědomost o terapeutické komunikaci, avšak ta nestačí k efektivnímu využívání při komunikaci s pacientem. Největší roli proč se sestry nezajímají více o danou problematiku zde hrají povinnosti, tedy velké množství náročných úkolů, které sestry během své služby musí splnit. Další nezanedbatelnou položkou je zábrana ze strany zaměstnavatele či nedostatek motivace. V další otázce je-li dle názoru sester terapeutická komunikace v jejich kompetenci odpovědělo 52 (84 %) ano, 4 (6 %) ne a 6 (10 %) neví, v čí kompetenci je.

Posledním 4 cílem práce bylo „Zjistit, zda je terapeutická komunikace ze strany sester ovlivněna délkou hospitalizace pacienta“, k tomuto cíli se vztahovala hypotéza 4 „*Sestra má možnost rozvinout terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu u pacientů s delší dobou hospitalizace, která byla potvrzena.*“ K poslednímu cíli se vztahovaly otázky číslo 18, 19, 20.

V rámci výzkumu na jednotlivých odděleních nás zajímalo, zda je terapeutická komunikace ovlivněna délkou hospitalizace, zde si 49 (79 %) sester myslí, že u déle hospitalizovaných pacientů může sestra lépe rozvinout terapeutickou komunikaci (graf 18, 19) a nejčastějším důvodem je, že sestra již pacienta lépe zná (graf 20). Hypotéza číslo 4 Sestra má možnost rozvinout terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu u pacientů s delší dobou hospitalizace, tak byla potvrzena, sestra má možnost rozvinout terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu u pacientů s delší dobou hospitalizace.

Shrnutím výsledků si dovoluujeme tvrdit, že bylo zjištěno, zda sestry mají znalosti o terapeutické komunikaci, v čem vidí její přínos, například u déle hospitalizovaných pacientů, ale také pro vlastní profesionální rozvoj v osobnosti sestry, a co jim naopak brání v hojnějším užívání terapeutické komunikace v ošetrovatelském procesu.

6. Závěr

Bakalářská práce s názvem „Terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu“ pojednává o problematice komunikace mezi sestrou a pacientem, znalosti sester z dané oblasti a jejich využívání v ošetrovatelském procesu. Nemoc a s ní související hospitalizace patří mezi stresové, emocionálně i psychicky náročné životní situace. Zde právě sestra má nezastupitelnou roli, podílet se svým empatickým, holistickým přístupem a především „léčebnou“ komunikací na zlepšení kvality hospitalizace nemocného člověka a uspokojovat tak jeho bio-psycho-sociální-spirituální potřeby. K tomuto přispívá také umění vhodné komunikace za užití správných zásad, technik a znalostí, což je nejen na uvedených odděleních nezbytnou součástí komplexní a profesionální ošetrovatelské péče.

Cílem výzkumu bylo zjistit znalosti sester o terapeutické komunikaci, jejich možnosti sester vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče. Zjistit, zda sestry uplatňují terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu v rámci každodenního kontaktu sestra – pacient a nakonec také zjistit, zda je terapeutická komunikace ze strany sester ovlivněna délkou hospitalizace pacienta. Dovolujeme se tvrdit, že zmíněné cíle byly výzkumem splněny.

V souvislosti s tematikou bakalářské práce byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza ve znění: „*Sestry nemají znalosti o terapeutické komunikaci*“, byla výzkumem vyvrácena. Druhá hypotéza: „*Sestry mají možnosti vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace při poskytování ošetrovatelské péče, ale nejsou k tomu motivovány ze strany svého zaměstnavatele*“, byla taktéž výzkumem vyvrácena. Třetí hypotéza: „*Sestry neuplatňují v praxi v rámci každodenního kontaktu sestra – pacient terapeutickou komunikaci*“ byla vyvrácena. Poslední čtvrtá hypotéza: „*Sestra má možnost rozvinout terapeutickou komunikaci v ošetrovatelském procesu u pacientů s delší dobou hospitalizace*“, byla potvrzena.

Návrhem do praxe, který může situaci částečně optimalizovat je především prezentovat význam komunikace jako terapeutické a její nezastupitelné místo v ošetrovatelském procesu a snažit se motivovat sestry pro její širší zavedení v praxi.

Bylo by vhodné specificky se zaměřit na vzdělávání sester v dané problematice, stejně tak ale také jejich motivaci pro danou činnost. Jsme přesvědčeni, že dané téma je v současnosti velmi aktuální a bude tak přínosem pro budoucí profesionální sestry jež budou umět nejen „ošetřovat“ či „pečovat“, ale také - či snad především - komunikovat.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) DYNÁKOVÁ, Šárka. Nebudu s Tebou komunikovat. *Sestra*. Praha : 2005. roč.14, č.5, s. 71. ISSN 1210-0404.
- 2) DYNÁKOVÁ, Šárka. Komunikační strategie s „obtížným pacientem“. *Sestra*. Praha : 2005, roč.15, č.10,s.14. ISSN 1210-0404.
- 3) HONZÁK, Radkin. Umění správné komunikace sestra – pacient. *Sestra*, roč. 11, č. 1 , 2001 , s. 49, 1210-0404
- 4) KELNAROVÁ, Jarmila. Komunikace jako priorita při komplexní ošetrovatelské péči o umírající. *Sestra*. Praha : 2007, roč. 9, č. 1, s. 24-25. ISSN 1210-0404
- 5) KOZIÉROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovaťelsvo 1*. Martin: Osveta : 1995. 836 str. ISBN 80-217-0528-0
- 6) KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah, jakou součást profese*. 1.vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X
- 7) KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovaťelstve*.1. vyd. Martin : Osveta: 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
- 8) KUBÍČKOVÁ, N. *Zármutek a pomoc pozůstalým*.1. vyd. Praha : ISV, 2001. s. 267.

- 9) LA BARRE, F. *Jak mluví tělo: neverbální chování v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Triton, 2004. 302 s. ISBN 80-7254-446-2
- 10) LEMON 2 – *soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-238-8
- 11) LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- 12) PAE, S. MATSUI, N. HASHITANI, T. SUGAI, Y. SUGISHITA, C. Therapeutic communication techniques used by experienced and inexperienced care workers toward the elderly in a nursing home. *Gerontological society amer.* 1275 K Street NW Suite 350, Washington, DC 20005-4006 USA, ISSN : 0016-9013
- 13) PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1 vyd. Praha : Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5
- 14) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 86. ISBN 80-7013-440-2
- 15) RICHARDS, Ann. SHARON, Edwards. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 375 s. ISBN 80-247-0932-5.

- 16) ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Zážitek prázdného pokoje. In Florence. [online] 2.5.2007. roč. 5. [cit. 2008-04.10] Dostupné z WWW: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=511_12.1.2008>
- 17) ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Agresivní pacient. *Osobní rádce zdravotní sestry*. Tematická příloha 2/2003. Praha : Verlag Dashöfer, 2003, 1–10 s. ISSN 1214-0074
- 18) ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1.vyd. Praha : Grada, 2004. s.197. ISBN 80-247-0586-9
- 19) STAŇKOVÁ. Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe *České ošetrovatelství* 13. 1.vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s.49. ISBN 80-7013-282-5
- 20) TIMULÁK. L. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1 vyd. Praha : Portál, 2006. 181 s. ISBN 80-7376-106-9
- 21) TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra – pacient. *Sestra*. Praha : 2007, roč. , č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
- 22) VENGLÁŘOVÁ, Martina. MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. s. 144. ISBN 80-247-1262-8

- 23) VLASÁKOVÁ, Dita. Health Management Consulting Czech Republic. In: Sestra . [online] 24.3.2007, roč. 9. č. 1. s. 20-27. [cit. 2007-03.03]. Dostupné z WWW:<<http://209.85.129.104/search?q=cache:E1-KJtNOMJ0J:sestra.cz/scripts/detail.php%3Fid%3D319744+komunikace+v+o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A9m+procesu&hl=cs&ct=clnk&cd=1&gl=cz>>
- 24) VLČEK, Václav. *Psychologie pro doteková povolání*. 1.vyd. Praha : Poznání, 2003. s.109. ISBN 80-86606-12-0
- 25) VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. s.543. ISBN 80-7178-696-6
- 26) VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. s. 319. ISBN 80-7178-998-4
- 27) VYMĚTAL, kol. *Obecná psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Grada, 2004. s. . ISBN 80-247-0723-3
- 28) YALOM, Irvin.D. *Chvála psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. s. 248. ISBN 80-7178-761-2
- 29) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1 vyd. Praha : Grada, edice Sestra, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

8. Klíčová slova

Sestra

Pacient

Komunikace

Terapeutická komunikace

Krizová intervence

Komunikace s pozůstalými

9. Přílohy

9.1 Příloha 1 Dotazník

9.2. Příloha 2 Zóny osobního kontaktu

9.1 Příloha 1

Dotazník

Vážená kolegyně, vážení kolegové

jmenuji se Lenka Poláková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím Vás o spolupráci na dotazníkovém šetření v rámci své bakalářské práce s názvem „Terapeutická komunikace v ošetrovatelské procesu“.

Tento dotazník je anonymní a poslouží pouze k účelům mé bakalářské práce.

Z uvedených možností vyberte, prosím, vždy pouze jednu vyhovující odpověď, není-li uvedeno jinak.

Před vyplňováním dotazníku bych Vás ráda seznámila se samotným pojmem terapeutická komunikace. Mnohdy si totiž při výkonu práce ani neuvědomujeme, že hovor, který právě vedeme s pacientem může být terapeutický. Jedná se tedy o specifickou formu komunikace mezi sestrou a pacientem, která působí pozitivně na bio-psycho-sociální-spirituální stránku pacienta. V terapeutické komunikaci sestra využívá nejen znalostí z verbální, ale také neverbální složky komunikace, plus má možnost využít jednu z mnoha terapeutických technik jako je například přitakání (potvrzení zájmu sestry), sumarizace (shrnutí), opakování (utvrzení se, že sestra chápeme pacienta správně), empatie (vcítění se), dotek, reflexe čili přeformulování klíčových slov, rozšířenou technikou reflexe je pak parafrázování a znamená opakování toho, co již pacient řekl, avšak za použití jiných slov. Terapeutická komunikace je o pochopení a podpoře, avšak s vyvarováním se subjektivních názorů a hodnocení.

Děkuji Vám za spolupráci

Lenka Poláková

1. Délka vaší praxe je?

- a) 0 – 5 let
- b) 6- 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) více

2. Vaše dosažené vzdělání?

- a) s maturitou
- b) vyšší odborná škola – Dis.
- c) vysoká škola - bakalář(ka)
- d) vysoká škola – magistr(a)

3. Setkala jste se již s pojmem terapeutická komunikace?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděla ano, pokračujte následující otázkou, odpověděla jste-li, že ne, přeskočte, prosím, na otázku č.5

4. Kde jste se poprvé setkala s pojmem terapeutická komunikace?

- a) škola
- b) praxe
- c) nepamatuji se
- d) jiné.....

5. Terapeutická komunikace je?

- a) každý kontakt s pacientem
- b) zaměřená na konkrétní potřebu pacienta
- c) není v kompetenci sestry
- d) jiné (prosím vypište):

6. Znáte zásady terapeutické komunikace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Považujete terapeutickou komunikaci za důležitou?

- a) ano, pouze pro pacienta
- b) ano, pro pacienta i sestru
- c) ne
- d) nevím

8. Jaké zásady terapeutické komunikace nejvíce uplatňujete v ošetrovatelském procesu?

(zde můžete zaškrtnout více možností)

- a) empatie
- b) parafrázování
- c) sumarizace
- d) přitakání
- e) dotek
- f) vysvětlení
- g) žádnou
- h) jiné.....

9. Uplatňujete vědomě terapeutickou komunikaci v rámci každodenního kontaktu s pacientem?

- a) ano, vždy
- b) málokdy, pouze u pacientů jejichž stav to vyžaduje
- c) ne, nikdy
- d) nevím

10. Klade se na vašem oddělení důraz na terapeutickou komunikaci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Je na vašem oddělení podporována terapeutická komunikace ze strany vedení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Má podle Vás terapeutická komunikace v ošetrovatelském procesu význam?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Myslíte si, že úroveň terapeutické komunikace je ovlivněna mírou povinností sestry?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Je dle vašeho názoru terapeutická komunikace v kompetenci sestry?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

15. Ovládáte techniky terapeutické komunikace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Máte zájem vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Využíváte možnosti vzdělávat se v oblasti terapeutické komunikace?

- a) ano
- b) ne

18. Myslíte si, že terapeutickou komunikaci ovlivňuje délka hospitalizace?

- a) ovlivňuje
- b) částečně ovlivňuje
- c) neovlivňuje

19. Myslíte si, že u déle hospitalizovaných pacientů může sestra lépe rozvinout terapeutickou komunikaci?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděl(a), že ano, prosím pokračujte následující otázkou, v opačném případě, přeskočte na otázku č. 21

20. U pacientů s delší dobou hospitalizace, lze terapeutickou komunikaci více rozvinout, protože:

- a) sestra již pacienta zná
- b) delší doba hospitalizace = kvalitní terapeutický vztah
- c) pacient lépe spolupracuje
- d) jiné.....

21. Co vám konkrétně brání v aplikaci terapeutické komunikace na vašem pracovišti?

- a) povinnosti
- b) zaměstnavatel
- c) nedostatek motivace
- d) jiné.....

22. Na kterém oddělení pracujete?

- a) oční oddělení
- b) chirurgické oddělení
- c) spinální jednotka
- d) oddělení následné péče

Děkuji za spolupráci

9.2. Příloha 2 Zóny osobního kontaktu (7)

