



Vliv jednání a chování sestry a její „image“ na průběh hospitalizace nemocného

Andrea Pokorná, Marta Šenkyříková

Katedra ošetrovatelství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

ÚVOD

Hospitalizace v zařízení zdravotní péče je pro nemocného závažným stavem, který ovlivňuje multifaktoriálně jeho dosavadní soukromý život. Významnými determinantami průběhu hospitalizace jsou samozřejmě premorbidní osobnost nemocného, závažnost jeho onemocnění, aktuální psychický a fyzický stav pacienta a jeho sociální postavení. Velmi často opomíjenou významnou determinantou je však také přístup zdravotníků a předchozí zkušenost nemocného s chováním a jednáním poskytovatelů péče. Přitom právě jednání zdravotníků při příjmu a následně v průběhu celé hospitalizace významně ovlivní pacientovu ochotu ke spolupráci (compliance), pochopení a akceptaci nezbytných diagnostických a terapeutických procedur a následně postupné převzetí zodpovědnosti za své zdraví a jeho podporu a ochranu.

Podle mnoha dostupných odborných zdrojů^(2,3,5,7) je prokázána jednoznačná souvislost mezi jednáním a chováním jedné osoby a jejím vlivem na druhou osobu v rámci sociální interakce. Jde o cyklický proces kaskádovitěho charakteru. Individuální vnímání osobnosti poskytovatele péče je opět multifaktoriálně podmíněno stejně jako sociální interakce v obecné rovině. Opět se zde promítají predisponující činitele formující osobnost nemocného i pečující osoby (rodinná výchova, vliv školní výuky, stejně jako dosavadní zkušenost s poskytovateli péče ať již personální či zprostředkovaná aj.).

V šetření, zaměřeném na hodnocení vlivu chování a jednání sestry na průběh hospitalizace, byly pomocí dotazníku zjišťovány pocity nemocných ve vztahu k chování sestry, jejímu jednání a vlivem celkové „image“ na nemocného.

CÍLE PRÁCE

Zhodnotit vnímání „image“ sestry (chování, vzhled apod.) na prožívání nemocného v průběhu hospitalizace a na compliance nemocného.

METODIKA

Do dotazníkového šetření bylo zařazeno 50 pacientů (administrace dotazníku probíhala formou řízeného rozhovoru s autorkami šetření). Hlavním kritériem byla doba hospitalizace odpovídající jednomu týdnu či delší než jeden týden a ochota nemocného ke spolupráci. Dotazník se skládal ze 16 položek. První tři položky byly formulovány jako položky kontaktní, zjišťující demografické údaje (věk respondentů, dosažené vzdělání, pracovní zařazení). Čtvrtá položka byla využita jako filtrační (zjišťovala délku hospitalizace). V dalších otázkách (viz výsledky šetření) se již respondenti

vyjadřovali ke vnímání „image“ sestry výběrem z nabízených odpovědí (jednalo se tedy o položky uzavřené výběrové či položky polouzavřené, v nichž měli respondenti možnost doplnit některé údaje). V poslední položce měli dotazovaní možnost volného vyjádření k tématu. Této možnosti nevyužil nikdo ze zařazených nemocných písemnou formou, ale při řízeném rozhovoru s autorkami šetření respondenti uváděli, že je pro ně osobnost ošetrojící sestry významnou determinantou, jež ovlivňuje průběh hospitalizace.

VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Šetření se zúčastnilo celkem 50 nemocných. Průměrný věk respondentů byl 73 let. Nejčastěji to byly osoby se středoškolským vzděláním (26 nemocných). Základní vzdělání uvedlo 17 dotázaných a vysokoškolské sedm respondentů. Největší skupinu dotazovaných tvořili důchodci (39 starobních a sedm invalidních). Žádný z dotázaných nebyl v pracovním poměru a čtyři respondenti zvolili odpověď student. Většina respondentů byla hospitalizována jeden týden (21) a méně než čtrnáct dní (17) dotázaných. Hospitalizaci delší než dva týdny označilo jedenáct respondentů a jeden dotazovaný byl hospitalizován více než jeden měsíc. Skladba respondentů byla ovlivněna i pracovištěm, kde šetření probíhalo (Interní klinika, Klinika geriatrické a praktického lékařství ve Fakultní nemocnici Brno-Bohunice).

ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ A DISKUSE

Většina respondentů uvedla jako nejvýstižnější definici pojmu „image“ sestry dojem, celkovou koncepci (48%), viz *tabulka I*. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost představy, symbolu, znázornění, kterou uvedlo 10 respondentů (20%). Z těchto výsledků vyplývá, že „image“ je pro druhou osobu vždy významně subjektivizovaná a je ovlivněna nejvíce prožíváním pozorujícího a hodnotícího; nemusí být v souladu se skutečným obrazem pozorovaného subjektu. Z celkového počtu dotázaných pouze 32% zvolilo odpověď obraz, podobnost (devět dotázaných) a možnost odpovědi mentální obraz, reprezentující reálný objekt. Je zajímavé, že poslední možnost odpovědi zvolili všichni vysokoškolsky vzdělaní nemocní a dva studenti.

První dojem v kontaktu se sestrou považuje 94% nemocných za determinantu další spolupráce (konkrétně 74% uvedlo možnost ano, jistě a 20% ano, ale ne rozhodující). Pouze 6 procent respondentů zvolilo odpověď ne a 2% odpověď nevím (*tabulka III*). Z tohoto jednoznačně vyplývá potřeba účinné a produktivní komunikace s nemocným již při prvním kontaktu a její význam pro další spolupráci s nemocným.

Adresa: PhDr. Andrea Pokorná, Katedra ošetrovatelství, LF MU, Kamenice 3, 625 00 Brno, Česká republika, e-mail:

Tabulka I
Nejvýstižnější definice pojmu „image“

Image	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Dojem, celková koncepce	25	48,00
Obraz, podoba, podobnost	9	18,00
Představa, symbol, znázornění, zobrazení, vyobrazení	10	20,00
Mentální obraz reprezentující reálný objekt	7	14,00
Celkem	50	100,00

Hlavní determinanty, které podle nemocných ovlivňují úroveň komunikace mezi sestrou a nemocným ilustruje *tabulka III*. Za zásadně nejvýznamnější determinantu považují nemocní ochotu sestry (19%). Dalšími významnými ovlivňujícími činiteli podle nemocných jsou předchozí zkušenosti nemocného (13%), neverbální projevy sestry (12%) a znalosti sestry (11%), *tabulka IV*. Za stejně významné považuje 9% nemocných aktuální fyzický a psychický stav nemocného a vyjadřovací schopnosti sestry. Pozoruhodné je, že aktuální psychický a fyzický stav sestry považuje za významný ovlivňující činitel 6% respondentů. To znamená, že nemocní předpokládají, že sestra je schopna ovládat své emoce a také projevy změny fyzického zdraví natolik, aby nepůsobily negativně v rámci komunikace s nemocným.

S výsledky odpovědí předchozí položky koresponduje také další otázka, jež hodnotí názor nemocných na význam

Tabulka II

Myslíte si, že první dojem v kontaktu sestry s nemocným je významnou determinantou další spolupráce?

První dojem – determinanta další spolupráce	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, jistě	37	74,00
Ano, ale ne rozhodující	10	20,00
Ne	2	4,00
Nevím	1	2,00
Celkem	50	100,00

Tabulka III

Determinanty, které ovlivňují úroveň komunikace mezi sestrou a nemocným

Determinanta	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Předchozí zkušenost nemocného	28	13,00
„Haló efekt“ (osoba se někomu podobá)	6	3,00
Neverbální projevy sestry	25	12,00
Neverbální projevy nemocného	6	3,00
Přítomnost další osoby	10	5,00
Časová tíseň	11	5,00
Aktuální psychický a fyzický stav nemocného	20	9,00
Aktuální psychický a fyzický stav sestry	13	6,00
Znalosti sestry	24	11,00
Znalosti nemocného	11	5,00
Vyjadřovací schopnosti sestry	19	9,00
Ochota sestry	40	19,00
Jiné (doplňte)	0	0

AČ* - absolutní četnost, RČ** - relativní četnost

Tabulka IV

Rozhodněte, zda v rámci komunikace s nemocným je významná neverbální složka komunikace sestry

Význam neverbální komunikace sestry	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, zcela jistě	35	70,00
Ano, ale není rozhodující	12	12,00
Ne, není důležitá	1	2,00
Nevím	2	4,00
Celkem	50	100,00

neverbální složky komunikace sestry. Nemocní uváděli celkem v 82%, že v komunikaci se sestrou je významná neverbální složka komunikace sestry (možnost ano, jistě zvolilo 70% a ano, ale není rozhodující, 12% dotázaných), *tabulka V*. Pouze pro 2% nemocných ze sledovaného vzorku není důležitá neverbální komunikace a 4% pacientů uvedlo, že neví. Nemocní tedy nereagují pouze na obsah slov, ale sledují také paralingvistickou složku každého sdělení sestry, což odpovídá všeobecně platnému pravidlu, že slovní obsah znamená pouze 7% z celkového sdělení.⁽¹⁾

Nejvýznamnější složkou neverbální komunikace sestry je posturologie, kterou uvedlo 21% nemocných. Pro 18% je důležitý oděv sestry a pro 15% z nich je významná mimika. Pro 14% respondentů je podstatná upravenost sestry a její haptika (dotečky sestry). Význam gest uvedlo 12% respondentů. Podle našeho názoru je zajímavým faktem, že pouze 6% nemocných sdělilo, že významnou determinantou v komunikaci se sestrou je pro ně chronemika (schopnost hospodaření s časem). Tuto možnost opět zvolili pouze vysokoškolsky vzdělaní nemocní.

Za zcela zásadní lze považovat také to, že 90% nemocných uvedlo, že úroveň komunikace sestra-pacient ovlivňuje předchozí zkušenost nemocného (50% ano, vždy; 40% ano, někdy). Tato zjištění jsou v souladu s poznatky z odborných zdrojů zaměřených na komunikaci v medicíně a v ošetrovatelství; např. Tate⁽⁷⁾ uvádí tuto skutečnost také jako součást tzv. pacientova kruhu učení, *tabulka VI*.

Pozoruhodné je srovnání hodnocení ovlivnění komunikace a vztahu sestra-nemocný aktuálním psychickým a fyzickým stavem nemocného a sestry (*tabulky VII a VIII*). Celkem 96% nemocných uvedlo, že psychický a fyzický stav nemocného ovlivní úroveň vztahu sestra-nemocný (54% respondentů zvolilo možnost ano, vždy, 42% odpověď ano, někdy), ale ovlivnění vztahu sestra-nemocný psychickým a fyzickým stavem sestry uvedlo 76% dotázaných (33% ano, vždy, 45% ano, někdy); 8% nemocných považuje aktuální psychický a fyzický stav sestry za nedůležitý a 14% respondentů zvolilo odpověď nevím. Z šetření vyplývá, že nemocní očekávají, že vliv problémů sestry na úroveň komunikace bude minimalizován na nejmenší možnou míru. Osobně se domníváme, že je-li nemocný adekvátním způsobem informován o změně aktuálního stavu sestry, bude i vzájemná komuni-

Tabulka V

Která složka neverbální komunikace je nejdůležitější?

Nejdůležitější složka neverbální komunikace	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Oděv sestry	22	18,00
Upravenost sestry	18	14,00
Mimika	19	15,00
Gestikulace	15	12,00
Chronemika – práce s časem	7	6,00
Haptika – dotečky sestry	18	14,00
Posturologie – postoje sestry	26	21,00
Jiná možnost (doplňte)	0	0,00

Tabulka VI

Myslíte si, že úroveň komunikace sestra-nemocný ovlivní předchozí zkušenost nemocného?

Vliv předchozí zkušenosti	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, vždy	25	50,00
Ano, někdy	20	40,00
Ne, není důležitá	2	4,00
Nevím	3	6,00
Celkem	50	100,00

Tabulka VII

Myslíte si, že úroveň komunikace sestra-nemocný ovlivní aktuální psychický stav nemocného?

Vliv aktuálního psychického stavu nemocného	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, vždy	27	54,00
Ano, někdy	21	42,00
Ne, není důležitý	0	0,00
Nevím	2	4,00
Celkem	50	100,00

Tabulka VIII

Myslíte si, že úroveň komunikace sestra-nemocný ovlivní aktuální psychický stav sestry?

Vliv aktuálního psychického stavu nemocného	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, vždy	17	33,00
Ano, někdy	23	45,00
Ne, není důležitý	4	8,00
Nevím	7	14,00
Celkem	50	100,00

kace produktivnější, protože nemocný bude znát příčinu případné změny v chování sestry a nebude nucen přemýšlet o tom, zda nevznikl jiný komunikační problém či bariéra.

Další dvě položky dotazníkového šetření byly zaměřeny na compliance nemocného na základě intervencí ze strany sestry (názor a postoj sestry). Pro 82% nemocných zařazených v šetření je důležitý názor sestry při dodržování léčebného režimu (dieta, užívání léků), *tabulka IX*. Z tohoto počtu 47% nemocných považuje názor sestry za důležitý vždy a 35% někdy při rozhodování pro dodržování léčebného režimu; 10% nemocných zvolilo odpověď není pro mne důležitý a 8% respondentů nezná na tuto otázku odpověď. Pro stejnou skupinu (82% nemocných) je důležitý postoj sestry při dodržování léčebného režimu (43% uvedlo, že je důležitý vždy a 39% nemocných jej považuje za důležitý někdy). Naopak 16% respondentů není ovlivněno postojem sestry a zvolilo odpověď není důležitý. Jeden nemocný zvolil odpověď nevím. I tato zjištění jsou ve shodě s údaji udávanými v literatuře. Compliance nemocného je ovlivnitelná pouze do určité míry a její měření je velmi problematické, zejména v postojové oblasti, tzn. tam, kde není možno provést objektivní hodnocení situace (např. sledování spotřeby léků), *tabulka X*. Tate⁽⁷⁾ uvádí pravidlo jedné třetiny, které ilustruje možnosti ošetřovatelského personálu vzhledem k podpoře adherence a compliance nemocného.

Poslední položka šetření zjišťovala ovlivnění průběhu nemoci a prožívání nemoci chováním a jednáním sestry. Celkem 72% nemocných uvedlo, že jsou ovlivněni pozitivně chováním a jednáním sestry. Pouze 8% (tzn. 4 respondenti) zvolilo odpověď negativního ovlivnění sestrou. Jako nedů-

Tabulka IX

Je pro vás při rozhodování o dodržování léčebného režimu (dieta, užívání léků) důležitý názor sestry?

Význam názoru sestry na compliance nemocného	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, vždy	24	47,00
Ano, někdy	18	35,00
Ne, není důležitý	5	10,00
Nevím	4	8,00
Celkem	50	100,00

Tabulka X

Je pro vás při rozhodování o dodržování léčebného režimu (dieta, užívání léků) důležitý postoj sestry (její chování)?

Vliv chování sestry (postoje) na compliance nemocného	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, vždy	22	43,00
Ano, někdy	20	39,00
Ne, není důležitý	8	16,00
Nevím	1	2,00
Celkem	50	100,00

Tabulka XI

Ovlivňuje chování a jednání sester prožívání vaší nemoci?

Vliv chování sestry na prožívání nemoci	Počet odpovědí (AČ)*	Počet odpovědí (RČ)**
Ano, pozitivně	35	72,00
Ano, negativně	4	8,00
Ne, chování sestry není důležité	6	12,00
Nevím	4	8,00
Celkem	50	100,00

ležitě, ve vztahu k prožívání vlastní nemoci, označilo chování a jednání sestry 12% dotázaných a odpověď nevím zvolilo 8% nemocných, *tabulka XI*.

ZÁVĚR

Z výsledků šetření jednoznačně vyplynula potřeba náležité a účinné komunikace s přihlédnutím k akceptaci individuálních potřeb jednotlivých nemocných, která významně ovlivní průběh hospitalizace. Osobnost sestry a její „image“ hraje nezanedbatelnou roli v prožívání nemoci a průběhu hospitalizace u nemocného nejen z toho důvodu, že sestra stráví s nemocným nejvíce času ve srovnání s ostatními členy zdravotnického týmu. Také názory a postoje sestry jsou významným činitelem, který ovlivní pacienta a prožívání jeho nemoci.

LITERATURA

1. De Vito JA. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2001.
2. Kristová K, Tomašková Z. Komunikácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2004.
3. Krivohlavý J. Psychologie zdraví. 1. vydání. Praha: Portál, 2001.
4. Krivohlavý J. Psychologie zdraví. 2. vydání. Praha: Portál, 2003.
5. Lau RR. Cognitive representations of health and illness. In: Handbook of Health Behavior research. Ed. Gochman D. New York: Mc Graw Hill, 1999.
6. Myerscough PR, Ford M. Talking with patients. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1996:243.
7. Tate P. Komunikace pro lékaře. Jak získat důvěru pacienta. Praha: Grada, 2005