

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**PŘÍSTUP SESTER K PACIENTŮM S PORUCHAMI
KOMUNIKACE**

Bakalářská práce

BARBORA KOPČILOVÁ

Praha 2011

PŘÍSTUP SESTER K PACIENTŮM S PORUCHAMI KOMUNIKACE

Bakalářská práce

Barbora Kopčilová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s. PRAHA 5

Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Rumpová

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2011-05-31

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použité prameny literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Ve Vsetíně dne: 24. dubna 2011

Podpis:

ABSTRAKT

Kopčilová, Barbora. Přístup sester k pacientům s poruchami komunikace. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: MUDr. Dagmar Rumpová. Praha 2011. s.xx

Hlavním tématem bakalářské práce je přístup všeobecných sester k pacientům s poruchami komunikace. V teoretické části je vymezen pojem verbální a neverbální komunikace, narušení komunikačních schopností, překážky v komunikaci, komunikační techniky a dovednosti. Je popsána komunikace s mentálně, zrakově, sluchově handicapovaným pacientem. Pro všechny pacienty je správná komunikace důležitou složkou ošetrovatelského procesu. V části empirické jsou stanoveny problematické oblasti pro průzkum, jehož cílem je zjistit úroveň komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Průzkum je uskutečněn pomocí dotazníku. Dále pak součástí empirické části je vyhodnocení průzkumu, následná diskuze zjištěných fakt a návrhy řešení pro praxi. Výsledek celé práce je zhodnocen v závěru.

Klíčová slova: Komunikace. Verbální. Neverbální. Handicap.

ABSTRAKT IN ENGLISH

Kopčilová, Barbora. The approach of nurses to the patients with communication disorders. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., Bachelor's degree. Head consultant: MUDr. Dagmar Rumpová. Prague 2011. p.xx

The main topic of my bachelor's thesis is the approach of practical (general) nurses to the patients with communicational disorders. In the theoretical part the concept of verbal and non-verbal communication, disturbance of the interpersonal skills, barriers to communication, interactive techniques and skills are introduced. The communication with mentally, visually, aurally handicapped (disabled) patient is described. The right communication is a vital part of the medical treatment for all patients. In the empirical part the problem areas are identified as the basis for research aimed at finding the level of communication between the paramedics and patients. The research is made through a questionnaire. The empirical part continues with the interpretation of obtained data, their consequent discussion and proposals of the possible practical solutions. The final result of the whole thesis is dealt with in the conclusion.

The key terms: Communication. Verbal. Non-verbal. Handicap.

PŘEDMLUVA

Člověk je velice složitý systém, ke kterému však neexistuje žádný návod k použití. Kdyby takový manuál přece jen byl, nemohl by fungovat na všechny lidi, neboť každý člověk je neopakovatelný originál a to platí i v oblasti komunikace. V komunikaci však platí určité zákonitosti, které se musí dodržet, jinak komunikace vázne. Dobrá znalost těchto zákonitostí nám vzájemnou komunikaci usnadní.

Komunikovat neznamena jen mluvit, je to složitý proces, ve kterém jsou nejméně dva účastníci. Je důležitá jejich vzájemná interakce.

Tato práce je zaměřena na vzájemnou komunikační interakci všeobecné sestry a pacienta. Správná komunikace je důležitou složkou ošetrovatelského procesu.

Jednou ze skutečností, kterou byl ovlivněn výběr tématu pro mou bakalářskou práci, je několik vlastních negativních zkušeností (v roli pacienta) s přístupem sester.

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry dodržují určité zákonitosti v komunikaci, zda tyto zákonitosti znají. Ke zjištění míry znalosti sester jsme použili empirickou metodu dotazníku.

Práce by mohla sloužit jako „pomocník“ pro studentky ošetrovatelství, nebo i pro sestry v praxi.

Touto cestou bych chtěla poděkovat své vedoucí práce MUDr. Dagmar Rumpové za připomínky a podnětné konzultace při zpracování mé bakalářské práce.

Abstrakt

Předmluva

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	8
ÚVOD.....	9
CÍL PRÁCE.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CO JE TO KOMUNIKACE.....	11
2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	12
3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	15
4 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ.....	17
5 KOMUNIKAČNÍ PŘEKAŽKY.....	19
6 KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY A DOVEDNOSTI.....	24
7 KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ NEBO SMYSLOVĚ HANDICAPOVANÝM PACIENTEM.....	26
7.1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	26
7.2 SLUCHOVÝ HANDICAP.....	27
7.3 ZRAKOVÝ HANDICAP.....	28
EMPIRICKÁ ČÁST	30
8 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	30
8.1 CÍL PRŮZKUMU.....	31
8.2 PROBLÉMOVÉ OBLASTI PRŮZKUMU.....	31
8.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	31
8.4 METODIKA PRŮZKUMU.....	32
9 ANALÝZA PRŮZKUMU.....	33
10 DISKUSE.....	58
11 ZÁVĚR.....	62
12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1 a Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	34
Tabulka č. 2 a Graf č. 2 Věk respondentů.....	35
Tabulka č. 3 a Graf č. 3 Vzdělání respondent.....	36
Tabulka č. 4 a Graf č. 4 Povolání.....	37
Tabulka č. 5 a Graf č. 5 Délka praxe.....	38
Tabulka č. 6 a Graf č. 6 Představení se.....	39
Tabulka č. 7 a Graf č. 7 Podání ruky.....	40
Tabulka č. 8 a Graf č. 4 Poskytování informací.....	41
Tabulka č. 9 a Graf č. 9 Zodpovídání dotazů.....	42
Tabulka č. 10 a Graf č. 10 Práva pacientů.....	43
Tabulka č. 11 a Graf č. 11 Hlasový projev.....	45
Tabulka č. 12 a Graf č. 12 První dojem.....	46
Tabulka č. 13 a Graf č. 13 Empatie.....	47
Tabulka č. 14 a Graf č. 14 Důvěra.....	48
Tabulka č. 15 a Graf č. 15 Svěřování.....	49
Tabulka č. 16 a Graf č. 16 Respektování soukromí.....	50
Tabulka č. 17 a Graf č. 17 Vnímání nonverbálního projevu.....	51
Tabulka č. 18 a Graf č. 18 Používaná technika.....	52
Tabulka č. 19 a Graf č. 19 Přípravenost školou.....	53
Tabulka č. 20 a Graf č. 20 Ovládání emocí.....	54
Tabulka č. 21 a Graf č. 21 Smyslově handicapovaný pacient.....	55
Tabulka č. 22 a Graf č. 22 Mentálně handicapovaný pacient.....	56
Tabulka č. 23 a Graf č. 23 Agresivní a jinak konfliktní pacient.....	57

ÚVOD

Komunikace má pro každého člověka velký význam. Je to výlučně lidská schopnost, které se člověk musí učit. Komunikace používá výrazových prostředků, které mohou být verbální, nebo neverbální, využívá jich k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace znamená sdílet tedy i dávat.

Správně komunikovat je velmi důležité nejen v běžném životě, ale obzvláště u profesí, v nichž pomoc lidem je v každodenním popisu práce. Povolání všeobecné sestry (dále jen sestry) je bezesporu jednou z takových profesí a bez vzájemné výměny informací mezi pacientem a sestrou nebo zdravotníky navzájem, nelze poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči.

Při výkonu povolání přijde sestra do styku s mnoha pacienty, kteří ne vždy jsou schopni náležitě komunikovat. Je velmi důležité, aby během přípravy na své povolání si zdravotní sestra osvojila komunikační dovednosti nejen s běžným pacientem, ale i s pacientem s problémy v komunikaci (např. hluchoněmým, nevidomým, mentálně postiženým, agresivním, či jinak postiženým pacientem).

Tyto skutečnosti vedly k zaměření cíle práce na zjištění stavu komunikace sestry s pacientem.

CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo, pomocí dotazníku, zjistit míru a způsob komunikace verbální a neverbální, snahu o pochopení pacienta, empatii zdravotního personálu, osobní přístup, dodržování základní společenské etikety a vůbec vytvoření podmínek ke kvalitní komunikaci mezi pacientem a sestrou.

Správná komunikace může zkvalitnit zdravotní péči. V případě handicapovaných pacientů je tento problém ještě daleko ožehavější a citlivější, proto dalším záměrem bylo zjistit úroveň informovanosti zdravotního personálu o komunikaci s takovými pacienty.

Důvodem k výběru tématu této bakalářské práce byly vlastní negativní zkušenosti (v roli pacienta) s komunikací zdravotníků.

1 CO JE TO KOMUNIKACE

Znakem, který odlišuje člověka od zvířat je ,mimo jiné rozumové schopnosti, především řeč. Příčina vzniku řeči i jeho účel je stejný - dorozumět se. Komunikace, zejména řečí, má velký význam pro rozvoj všech složek osobnosti a je pro člověka jednou z nejdůležitějších životních potřeb. Za normálních okolností navazování a udržování kontaktu probíhá zcela přirozeně, aniž by si člověk byl vědom toho, jak tento proces probíhá. Mezi rodiči a novorozencem jde o přirozený instinkt. V předverbálním období vývoje řeči děti využívají zrakový kontakt, úsměv, ukazování či dotýkání aby upoutaly pozornost matky či jiné osoby, aby ji povzbudily k další hře, mluvení, zpěvu. Dotyk, úsměv, či pouhé pozorování jsou důležité cesty a způsoby, z nichž se řeč vyvíjí. Dítě se učí vnímat, zpracovat, zapamatovat si a vybavovat informace, které vnímá z okolí a vydává signály, kterými dále okolí ovlivňuje. Dojde – li k narušení vývoje komunikace v tomto období, projeví se s největší pravděpodobností potíže s komunikací v dospělém věku.

Kdykoliv dochází mezi lidmi k vzájemnému působení (interakci), nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci. Je to hlavní a nejčastější forma mezilidské interakce. Nelze nekomunikovat, jsme-li s druhými. I mlčení něco sděluje. Komunikace je základním procesem všeho sociálního dění.

Komunikace může být i nezáměrným aktem, ale většinou se jedná o akt úmyslný a záměrný. Jde vlastně o jakési vysílání, přijímání a dekodování signálů mezi dvěma, či více osobami.

Jako každý organismus je i člověk spjat se svým prostředím, v němž žije. Jde o dialektiku vztahů, o vzájemné přizpůsobení neboli adaptaci. Člověk si své prostředí mění i upravuje a na straně druhé, přírodní prostředí ovlivňuje člověka, a to i jeho způsob života. K tomu, aby člověk ve svém prostředí obstál, potřebuje informace. Prostřednictvím svých smyslů sbírá podněty, což jsou informace o výhodách i nevýhodách ze svého okolí. Podle toho řídí své chování a jednání. Také je přetvářen a dotvářen společenskými vlivy. To předpokládá vzájemnou výměnu informací. Touha po informacích patří nejen k biologickým, ale i ke společenským potřebám jedinců.

2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE A JEJÍ SLOŽKY

Nekomunikujeme pouze slovy. Používáme různého chování k doplnění verbálního projevu. Například: tělesný pohyb, gesta, výraz tváře, pohyby očí, tón hlasu atd. Někdy takto prozradíme i co jsme nechtěli. Neverbální komunikace mnohdy ovlivňuje posluchače více, než mluvené slovo. Do neverbálního projevu patří:

Proxemika(blížkost) - vztah mezi mluvčím a posluchačem, jejich náklonnost a vzájemné postoje jsou vyjadřovány mírou blízkosti a vzdálenosti při komunikaci. Každý člověk má tzv. osobní zónu, která pro něho představuje bezpečnou vzdálenost vůči jiným osobám. Má několik sfér. Sféru intimní, osobní, sociální a veřejnou sféru.

Intimní sféra – umožňuje bezprostřední kontakt, je typická pro blízký a vřelý citový vztah (matka a dítě, milenci apod.). Je to vzdálenost 15 – 30 cm.

Osobní sféra – naznačuje přátelský vztah s poměrně velkou blízkostí (45 – 70 cm), která umožňuje i fyzický kontakt, pohledy do očí a další dorozumívání (manželé, přátelé).

Sociální sféra – zahrnuje vzdálenost 1,5 – 3,5 m. Je typická pro úřední a neosobní vztah. Ve vzdálenosti je obsažen odstup (učitel a žák, úřední jednání).

Veřejná sféra – je charakteristická velkou vzdáleností několika metrů, je příznačná pro veřejný styk, sdělování či působení (herec v divadle, přednáška v posluchárně).

V průběhu komunikace, samozřejmě může docházet k narušení jednotlivých sfér, to však vždy znamená pro příjemce určité narušení, neklid, úzkost, nejistotu, nepříjemné pocity atd. Některé osobnostní typy snášejí průnik do osobní, případně intimní sféry obzvláště těžce (např. autističtí lidé, neurotici, introverti, precitlivělé osoby).

Haptika - představuje neverbální sdělování kontaktem. Fyzický dotek je příznačný pro přátelský vztah, ale i zde existuje jistá míra povolené intimity, Např. sféra sociální umožňuje podání ruky, osobní pohlazení po tváři. Intimní sféra připouští doteky na intimních partiích těla. Způsob haptiky pak ukáže hloubku vztahu např. agresi, přátelství, něhu. Přijímání sdělení tohoto typu a jejich prožívání je různé, i zde se

prosazují osobnostní typy (např. neadekvátně může přijímat dotyk jedinec deprimovaný, člověk trpící akutními bolestmi, neurotik, hysterická osobnost. úzkostlivý jedinec...).

Posturika a kinetika - jedná se o sdělování prostřednictvím polohy těla. Držením a polohou jednotlivých částí, také však druhem a způsobem pohybů. Množství tělesných pohybů – to je gestikulace, potřásání hlavou, oční kontakt a výraz obličeje dotváří proces komunikace. Užíváme ho k podpoře verbálního projevu a regulujeme tak interakci. Gesty naznačujeme, že se chceme ujmout slova. Výraz tváře obvykle ukazuje míru intimity a vřelost vztahu. Pohyb očí a oční kontakt také odráží blízkost vztahu, přitažlivost a respekt. Jestliže chceme, aby někdo pokračoval v hovoru, udržujeme oční kontakt, potřásáme dostatečně hlavou, nasadíme příjemný výraz a říkáme v určitých intervalech “ hmm, hmm....“ – to všechno je pro mluvčího posílením, aby mluvil dál. Oční kontakt a gesta také regulují interakci. Oční kontakt ve spojení se vzdáleností vytváří přijatelnou míru intimity. Jestliže jsme blízko, pak máme tendenci omezovat frekvenci a trvání očního kontaktu, abychom si zachovali svou intimní sféru. Když je vzdálenost větší, pak vzrůstá oční kontakt.

Gestika - sdělování pohyby a znaky, získanými sociálním učením v průběhu života. Gestika bývá označována jako "řeč rukou". Osvojení gest souvisí s nápodobou, ale jejich užívání se pak stává mimovolným a neuvědomovaným aktem chování. Některá gesta však představují samostatná sdělení a jako taková jsou běžnými způsoby informace - např. pozdrav, souhlas, ...

Mimika - využívá ke sdělování výrazu obličeje, neboť duševní rozpoložení je "modelováno" výrazem tváře. Mimikou jsou vyjadřovány zejména tyto emoční stavy: štěstí, překvapení, strach, zloba, smutek, spokojenost.

Významným činitelem mimické komunikace je zejména úsměv a smích. Úsměv je mezinárodně srozumitelným projevem. Je znakem přátelství, naznačuje sympatii a náklonnost. Může být formou poděkování, ruší hranice submisivity a dominance. Má úzký vztah k humoru a ke hře, vyznačuje se výrazně antiagresivním charakterem (pokud ovšem nejde o úsměv a smích jako výsměch, ironii, úsměšek). Je výrazem vrcholného porozumění, sblížení, důvěry. Naznačuje jisté odlehčení situace, nadhled v situacích, kdy jde o věci vážné a ohrožující. Úsměv a smích jsou citově nakažlivé.

Pohledy - jde o druh komunikace pohledem očí. Bohatost vyjádření souhrnu emocí je možné demonstrovat různými druhy pohledu (odvracení a klopení očí, pohled pokradmý, zamračený, obdivný, laskavý, upřený, těkavý, nepřítomný, vtíravý, přísný bezmocný, strnulý, zvědavý, pohled s přimhouřenými víčky, civění, přímý, vyzývavý). Každá informace je určena určitému objektu a ten ji přijímá a nějakým způsobem na sdělení reaguje. Pohledová činnost je určena tzv. prvky pohledu: zaměření pohledu (na terč — tvář, nohy, ruce...), délka bodového pohledu, četnost pohledů na terč, sled pohledů, zvětšování nebo zmenšování zornice, tvary vrásek kolem očí a pohyby obočí, úhel pootevření očních víček, mrkací pohyby. Sdělení pohledu musí být ovšem správně dešifrováno. Například delší pohledy jsou určeny osobám, které vyvolávají zvýšený zájem, požívají větší autoritu, jsou služebně starší, na lidi známé a ty, kteří jsou s námi v přátelském vztahu. Subjektivně nepříjemně je pocíťováno "nedívání se vůbec" nebo upínavé pohledy po dlouhou dobu.

Pohledy z očí do očí mohou být výrazem vrcholné intimity, ale také výrazem nepřátelství, výzvou "na souboj", touhou přemoci druhého. Délka a četnost pohledů se také v závislosti na míře intimity předmětu, o kterém se hovoří.

Neverbální komunikace tedy v podstatě naznačuje potřebu sblížení, vyjádřeného vztahu náklonnosti nebo naopak potřebu odstupů. Způsob přijetí sdělení, jeho akceptace nebo naopak odmítnutí.

Každá sdělená informace mění emoční naladění příjemce. Je-li pozitivní, osoba na signál odpovídá. Je tak posilován vztah náklonnosti, citové odezvy, přátelství. Jestliže je naopak signál subjektivně nepříjemný a dochází-li i k narušení osobní zóny, příjemce, který prožívá jistou "psychickou nepohodu", použije neverbální prostředky podobné jako mluvčí. Někdy však tento způsob odpovědi naopak může vyvolat i mnoho konfliktů. Neverbální chování prozradí faleš, klam a skrytý záměr. Bezesporu je neverbální komunikace důležitá a není-li soudružnost mezi neverbálními a verbálními aspekty, pak mají neverbální větší váhu.

3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Jedná se o mluvenou, či psanou řeč. Slovní dorozumívání zahrnuje:

- sdělování vlastních názorů a postojů
- sdělování vlastních pocitů a prožitků
- přenos informací, nových poznatků a vědomostí
- řeč jako prostředek ovlivňování a manipulace s jinými lidmi

Verbální komunikace může mít nejrozmanitější podoby:

- přednáška, výuka
- proslov, projev
- všeobecný rozhovor, diskuse
- pracovní, úřední, služební hovor
- osobní rozhovor s určitým záměrem a různou mírou intimity
- psychotherapeutický rozhovor
- rozhovor jako psychodiagnostická metoda

V každé komunikaci jsou obsaženy dvě stránky. Formální a obsahová.

Obsahová stránka se týká určitým způsobem života lidí, popisuje, analyzuje, řeší jejich činnosti, emoční stavy.

Formální stránka sdělování je psychologickým ukazatelem osobnostním i vztahovým. Patří sem např. dynamika řeči, intonace, intenzita a výška hlasu, využívání pomlky, barva hlasu a rychlost řeči atd. Současně je sdělování dotvářeno neverbálními prostředky, zejména gesty, mimikou, pohledem očí, výrazem tváře. Záměr sdělení zná pouze mluvčí. Záměr zahrnuje širokou škálu nadějí, strachu, přání. Mluvčí převádí záměr do aktivit, v nichž je sdělení obsaženo. Mohou to být slova nebo neverbální projevy. Aktivity představují pokus mluvčího sdělit zprávu, kterou příjemce může nebo nemusí přijmout, či si ji může interpretovat způsobem, který mluvčí nezamýšlel.

V osobním rozhovoru platí určité zákonitosti. Např. délka komunikace je přímo úměrná počtu zúčastněných. Úvodní vystoupení a jeho časové trvání udává i délku dalších příspěvků. Je-li první sdělení dlouhé, dají se předpokládat i delší intervaly

následujících mluvených projevů. Rozhovor souvisí úzce s pohledy do očí. Lidé se častěji a déle dívají na toho, kdo hovoří, vlastní pohledy na ostatní při mluvení jsou méně časté. Řečník, který vystupuje s určitým monologem, se v první fázi nedívá na své posluchače "soustřeďuje se na své myšlenky", zaměřuje se pohledem na ostatní po formulaci určité "myšlenky, před ukončením projevu přerušuje kontakt, po skončení příspěvku se fixuje na posluchače. Své pohledy častěji zaměřuje na ty, kteří je opětují. Z pohledu očí při verbální komunikaci jsou vyvozovány i další závěry. Např. upřené a nepřetržité dívání se do očí je pocíťováno jako emočně nepříjemné. Jestliže řečník pohledem příliš těká a vyhýbá se pohledům do tváří, vyvolává častěji nezáměr, posléze i narušení vzájemné interakce. Slova doprovázená adekvátními pohledy podporují přátelskou atmosféru ve skupině. Postupné přenášení pohledů na jednotlivé členy skupiny prověřuje a posiluje skupinovou atmosféru.

Při verbální komunikaci nejde jen o přenos informací, ale je pro nás něčím víc. Často hledáme možnost s někým pohovořit proto, že máme radost a chceme se o ni podělit, chceme si ulevit od žalu, uvolnit své napětí. To je smyslem přátelského rozhovoru, při němž jde o sdělení radostí i strastí.

4 NARUŠENÍ KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ

Aby komunikace probíhala produktivně, neměla by být narušená. Narušená komunikační schopnost může zahrnovat jednu nebo více jazykových rovin. Z hlediska časového omezení se může jednat o narušení přechodné nebo trvalé a podle doby vzniku hovoříme o narušení vývojovém nebo získaném, které může být hlavním symptomem nebo příznakem jiného dominantního postižení. V oblasti příjmu a zpracování informací může dojít k situacím, kdy informací se dostává příliš málo nebo naopak mnoho nebo jsou deformované.

Nedostatek informací - přísun informací je přímo biologickou nutností, jež zajišťuje prosperitu organismu. Nedostatek mezilidských informací má nepříznivé důsledky podle toho, ve které vývojové fázi je jím člověk postižen. Podle množství přijímaných informací přicházejících ze všech prostředí, se rozvíjí dětská psychika. Je tedy zřejmé, že nedostatek informací nejcitelněji postihuje útlý dětský věk, ale promítá se i v dospělosti.

Nadbytek informací - patologické důsledky bývají obzvláště závažné, jde-li o opakované nebo dokonce trvalé přehlcování informacemi. Jde hlavně o psychické důsledky. Vysoká intenzita informačního znaku přijímaného sluchovou cestou poškozují jak receptor, tak i duševní zdraví. Proti přemíře hluku se organismus brání tím, že utlumuje sluchovou činnost. Nadbytek zrakových informací, zvláště rychle se měnících informací obrazových, jako je tomu při opakovaném, dlouhodobém sledování televize, vede u dětí i dospělých k omezení mezilidské komunikace a vytváří se dokonce společenská izolovanost. Poruchy komunikace představují širokou škálu odchylek od normy, s různými příznaky a příčinami.

5 KOMUNIKAČNÍ PŘEKÁŽKY

Ke komunikačním propastem nepřispívá jen narušení komunikačních schopností, ale i řada překážek, které obzvláště v ošetrovatelství mohou komplikovat léčebný proces u pacienta. Komunikaci mohou narušit vlivy vnější nebo vnitřní tzv. bariéry. Mezi vnější bariéry patří rušivé elementy okolí (hluk, hovory jiných lidí nebo jen jejich přítomnost...). Rušení tohoto typu se dá eliminovat nebo je prostě nevnímat. Hůře už se dají vyloučit vnitřní bariéry, které si mnohdy vůbec neuvědomujeme a můžeme tak narušit komunikaci, či ji úplně zablokovat. Vnitřní bariéry mohou být jak na straně mluvčího, tak i na straně příjemce.

“ Překážky, které nám mohou znemožnit navázání prvního kontaktu a získávání prvních informací jsou:

- Změněné vnímání a poruchy řeči
- Nesoustředěnost, rozptýlenost (netečnost a apatie)
- Neuvědomělé příčiny chování a jednání
- Neslučitelné životní styly a systémy hodnot
- Komunikační neobratnost a necitlivost “ (Čechová 2001, str. 32)

Změněné chování a poruchy řeči - při výkonu svého povolání přichází všeobecná sestra do styku s mnoha odlišnými pacienty s odlišnými komunikačními dovednostmi. Určitě aspoň jedenkrát ve svém profesním životě musí komunikovat s pacientem se smyslovým poškozením (s poškozením sluchu, zraku, kombinované vady ...). Ani s takovým pacientem není těžké se dorozumět, jen sestra musí být na tyto pacienty dostatečně připravená a znát techniky komunikace.

Mezi nejčastější poruchy řeči patří:

- afázie – ztráta již nabyté schopnosti komunikovat
- afonie – ztráta schopnosti hovořit hlasitou řečí
- dysfonie – porucha hlasu
- dysfázie – vývojová nemluvnost
- kombinované vady

Sestra se setkává často s poruchami řeči u pacientů po cévní mozkové příhodě.

U koktavosti je třeba mít na paměti, že se zhoršuje v novém prostředí, při stresu a při komunikaci s cizími lidmi. Je nutné těmto pacientům poskytnout psychickou podporu a dostatek času. Vyskytuje-li se tato vada na straně sestry, měla by sama zvážit, zda je schopna tuto profesi vykonávat.

Nesoustředěnost, rozptýlení - s nesoustředěností během hovoru se potkal určitě každý z nás, ať ze strany mluvčího nebo příjemce. Může mít několik důvodů. Od vnějších rušivých vlivů až po naše vnitřní rozpoložení. U sester bývá nejčastěji nesoustředěnost způsobená pracovní vyčerpáním. Proto, že na odděleních není dostatek personálu, má sestra nadmíru povinností a může se stát, že během hovoru s pacientem přemýšlí, kde by měla být, co má ještě udělat, na co nesmí zapomenout.. atd. Tento neklid se pak promítá do komunikace, hlavně do neverbální složky. Takové poposedávání, vrtění se, sledování času, rychlejší mluva příliš pacientovi neusnadňují otevření se. Navíc ho zpětně ovlivňují a i on se pak cítí nejistě.

U pacienta může být nesoustředěnost způsobena neuspokojením biologických potřeb jako: hlad, žízeň, bolest. Také řada potíží psychické povahy : strach, úzkost, pocity viny, hněv, pocit nedůvěry... atd. Na pacienta také negativně působí sestra, která jen nepřítomně přikyvuje a odpovídá prázdnými, nic neříkajícími větami, aniž by poslouchala, co pacient říká, ten se pak cítí méněcenný, zbytečný a vyvolá to u něj neochotu dodržovat léčebné pokyny sestry.

S apatií se můžeme setkat i u klientů s maladaptivním syndromem. Je na sestře aby si včas povšimla u pacienta negativismu. Vyhýbáním se komunikaci s pacienty, nemůže sestra odvádět kvalitní ošetrovatelskou péči. Pro pacienta může být lhostejná sestra nebezpečná.

Neuvědomělé chování a jednání - člověk je tvor složitý a celý život prochází vývojem a řadou proměn. Ať vyrůstáme v jakémkoliv prostředí s jakoukoliv výchovou, vždy to na nás do budoucna zanechá stopy. Například se naučíme reagovat stejně na určité podněty (a ne vždy je to reakce kladná, či kladně hodnocená okolím) nebo nereagovat vůbec, ač to daná situace žádá. “ Můžeme v sobě nést určitá citlivá místa a když se jich někdo dotkne, obvykle nechtěně, reagujeme nepřiměřeně (neadekvátně)

situaci a významu. Tyhle individuální bolístky se nazývají patologické komplexy.“ (Čechová 2001, str. 34)

S nečekanými reakcemi je také možné se setkat u lidí se zhoršeným sebevědomím. Někteří se snaží upoutat na sebe pozornost, jiní se uzavírají do sebe. Obě skupiny potřebují empatický a trpělivý přístup.

Dalším neuvědomělým chováním je přenos. „Může výrazně ovlivnit vztah mezi sestrou a nemocným a tím i kvalitu komunikace. Přenos vlastně všichni důvěrně známe z každodenního života, ale obvykle ho tak nenazýváme a hlavně si neuvědomujeme, že může ovlivňovat naše dojmy o druhém člověku.“ (Čechová 2001, str. 35)

K přenosu našich zkušeností, postojů, vztahů z minula může docházet i na základě minimální vnější podobnosti. Někdo je nám hned na první pohled nesympatický, či sympatický, aniž by cokoliv řekl nebo udělal.

Přenos nás bude vždy ovlivňovat a je důležité si to uvědomovat a naučit se s ním zacházet, neboť sestra potkává velmi mnoho lidí a není možné některé klienty zavrhnout, jiné vyzdvihovat na základě přenosu.

Neslučitelné životní styly a systémy hodnot - každému z nás se dostalo jiné výchovy, vyrůstali jsme v jiných rodinách, kde jsme získali určitý pohled na svět, na společnost a vůbec na život. Na základě toho všeho jsme si vytvořili žebříček hodnot a nabyli přesvědčení, že náš způsob života, naše hodnoty jsou ty nejlepší. V profesi sestry se však setkáme s jinými přesvědčeními a životními hodnotami ostatních lidí. Je důležité lidi neodsuzovat, nepohrdat jimi, jen proto, že žijí jinak než my. Sestra musí být empatická a tolerantní.

Komunikační neobratnost a necitlivost - “jeden z mnoha komunikačních omylů, které znemožňují lidem si navzájem porozumět, je přesvědčení, že když používáme stejná slova, mají pro nás všechny i stejný význam, že mluvíme o tomtéž. Ale to není pravda.“ (Čechová 2001, str. 36). Chceme-li si porozumět, měli bychom se ujistit, že používaná slova mají stejný význam pro každého z nás.

Velkou bariéru v komunikaci mezi sestrou a pacientem mohou způsobit cizí slova, která sestra používá. Je nutné přizpůsobit svou řeč klientovi a ujistit se, že všemu porozuměl.

Dalším prvkem užívaným v řeči jsou symboly. “ Symboly jsou znaky se skrytým, zpravidla hlubším významem.“ (Čechová 2001, str. 36) Symboly používají lidé ze stejné skupiny (například z pracovní, třeba sestry mezi sebou), lidé mimo skupinu nemají šanci jim porozumět. Sestra by je neměla nikdy používat v komunikaci s pacientem.

Devalvace a evalvace - představíme-li si komunikaci jako posuzovací stupnici, pak devalvace bude představovat část minusovou, evalvace část plusovou. Hodnoty vždy proudí oběma směry. (Příklad: Na pochvalu odpověď úsměvem, poděkováním, lichotkou = posílení oboustranného dobrého vztahu. Na devalvaci - výtku, pokárání - odpověď nevraživým pohledem, nebo záměrným projevem nezájmu = dochází k oboustranné devalvaci).

Devalvace: člověk, který při komunikaci devaluje zúčastněné:

- ❖ Nebere na vědomí, neposlouchá, ignoruje
- ❖ Skáče do řeči, projevuje despekt
- ❖ Podceňuje, přehlíží, opovrhuje
- ❖ Používá často ironie, sarkasmu, zesměšňuje
- ❖ chová se povýšeně
- ❖ chlubí se, šikanuje, jedná necitlivě
- ❖ pomlouvá, nerespektuje, bagatelizuje
- ❖ veřejně uráží slovem, činem, gestem

Evalvace: člověk, u kterého převažuje v komunikaci evalvace:

- ❖ projevuje úctu, respekt
- ❖ chválí, odměňuje, povzbuzuje
- ❖ naslouchá, oceňuje
- ❖ přijímá přátelsky
- ❖ promíjí, odpouští, pomáhá
- ❖ vychází vstříc, projevuje zájem
- ❖ prokáže laskavost
- ❖ sám umí požádat o radu, pomoc

Převažující způsob sdělování hodnot v chování osobnosti charakterizuje její postoj k lidem a ten můžeme vyjádřit v těchto vlastnostech jedince:

Člověk s převažujícími postoji devalvačními:

Netečný, hrubý, povýšený, necitlivý, netaktní, nelaskavý, nesmiřitelný, neochotný pomoci, urážlivý, domýšlivý, pyšný, neuznalý, nevšímavý, nefér, nepřátelský, ironický, sarkastický, apatický, neústupný, nevděčný, nezdvořilý.

Člověk převažující s evalvačními postoji;

Taktní, uctivý, přátelský, laskavý, ochotný ke spolupráci, citlivý, pozorný, uznalý, ochotný pomoci, ochotný ke smíření, úslužný, zdvořilý, velkorysý.

Každý člověk má o sobě určitou představu, vlastní sebepojetí. Sdělování hodnot ústy jiných dotváří, potvrzuje nebo i popírá vlastní sebehodnocení. V případě, že se člověk setká s devalvačními projevy vůči sobě, volí následující chování:

- změní své sebehodnocení tak, že ho přizpůsobí kritickému posouzení
- distancuje se od kritizující osoby

Za předpokladu, že hodnocení má evalvační charakter, posuzovatele bereme jako člověka sympatického. Hrozí však nebezpečí, že evalvační hodnocení nemusí být správné, doporučuje se, aby si člověk ověřoval posuzování své osoby dvěma a více stranami.

Za psychicky neúnosnou je považována devalvace člověka apatií a lhostejností. Ta ho totiž vede až ke zvláštní situaci sociální izolace a osamění - ač žije v lidské společnosti.

Devalvačním typům sdělování se nelze v mezilidské interakci vyhnout, je však potřebné, aby jejím výsledkem nebyl vzestup nepřátelství nebo soupeření, ale aby vedla k určité korekci nežádoucího chování a ke spolupráci. Je ovšem nutné, aby samotný proces devalvačního sdělování byl doprovázen prvky neverbální komunikace (kritika vyslovená laskavě, zmírnění napětí úsměvem, formulace sdělení, výraz, pohled,...).

Produktivní a neproduktivní chování - produktivní chování vede k vyjádření podpory, úcty k pacientovi. Vychází z objektivní stránky nemoci, ale i z osobní,

psychické a sociální situace. Produktivní chování vede k evalvací. Produktivním chováním ze strany sestry se rozumí:

- uvést pacienta do nemocničního prostředí – seznámit ho s chodem oddělení
- poskytnout informace – usilovat o redukci záporných emocí u pacienta, zodpovědět jeho otázky, říct, co smí a nesmí v rámci léčby.
- osobní vztah k nemocnému – projevovat zájem o pacienta
- zapojit pacienta do aktivní spolupráce
- být trpělivá
- pochválit pacienta, když se mu něco podaří

Neproduktivní chování – bývá nezáměrné, vede k profesní deformaci, syndromu vyhoření. Projevuje se:

- sestra nepodává dostatek informací nebo polopravdivé informace
- neochota ke spolupráci
- šíří klepy, pomlouvá ostatní
- stereotypně edukuje pacienty
- zdůrazňuje své zásluhy
- nesdílnost, strohost
- snižuje klientovo úsilí

6 KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY A DOVEDNOSTI

Aby sestra mohla produktivně komunikovat s pacienty, měla by si osvojit komunikační techniky již během studia. Mezi ně patří umět: naslouchat, klást otázky, zrcadlit, podněcovat, sumarizovat, mlčet.

Naslouchání - "naslouchat neznamena jenom slyšet, znamená předně chápat a porozumět. Proto sociální psychologie rozlišuje mezi pasivním a aktivním nasloucháním." (Čechová 2001, str. 39)

Pasivní naslouchání – je přijímání informací, ale bez dekodování, čili porozumění jim. Jde o poslouchání mluvčího, jeho proudu slov, ale už není slyšet obsah těchto slov, nelze poskytnout zpětnou vazbu mluvčímu, tzv. jedním uchem dovnitř a druhým ven.

Aktivní naslouchání – u aktivního naslouchání dochází k dekodování signálu, k porozumění obsahu slov, neverbálnímu chování, pocitům. Posлуhač se dokáže vcítit do mluvčího, porozumět a pochopit jej.

Nelze však říct, že by pasivní naslouchání bylo špatné, v některých případech je dostačující. Příkladem je pacient, který si tímto způsobem uspořádá myšlenky, dává mu pocit, že není sám zavřený v nemocnici.

Kladení otázek - bez kladení otázek se v ošetrovatelském procesu všeobecná sestra neobejde. Získává tak informace o pacientovi, na základě nich, pak může poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči.

Jsou tři základní druhy otázek: uzavřené – umožňují jen stručné odpovědi (ano, ne)

polouzavřené – umožňují širší odpověď, ale ohraničenou

otevřené – umožňují naprosto volnou odpověď

Ať už sestra zvolí jakýkoliv druh otázky, může se dopustit chyby sugestivně položené otázky. Dotazovat by se měla tak, aby klientovi udala směr odpovědi, ale samotnou odpověď nechala na něm.

Podněcování, stimulační hovor - jsou pacienti, kteří nepotřebují podněcovat k hovoru, jsou to většinou osamělí lidé, kteří jsou rádi, že si mají s kým popovídat. U takových pacientů je problémem je zastavit. Opačný typ pacientů je doslova potřeba

nutit k hovoru. V takových případech je dobré klást otázky typu: “ zajímalo by mě....., ráda bych věděla....., docela by mě zajímalo.....,“

Zrcadlení - zrcadlení (reflexe) je další technika rozhovoru, kterou sestra dává najevo, že klienta poslouchá a rozumí mu. Je součástí zpětné vazby, jíž upevňuje sebe i pacienta, že pochopila vše tak, jak bylo pacientem myšleno. Při odpovědi si ověřuje, jestli dobře pochopila, co jí pacient říká. Všimá si i neverbálního chování. Pokud jsme dobře nerozuměla, přizná to a poprosí pacienta o zopakování. Nikdy pacienta nehodnotí a neodsuzuje jeho životní styl a zvyky.

Sumarizování, částečné shrnování - je další technikou, kdy se všeobecná sestra upevňuje, že pacientovi porozuměla. Po vyslechnutí pacienta se pokusí vlastními slovy shrnout a vystihnout podstatné z jeho sdělení. Shrnováním ukončí otázkou podnětnou, aby pacient mohl pokračovat.

Mlčení - i mlčet se dá několika způsoby. Sestra by měla umět rozlišit o které mlčení se zrovna jedná. Jeden z druhů mlčení, je mlčení, kdy mluvčímu dojdou slova, když neví co říci. Někdy mlčíme proto, že je to lepší pro okolí a nás, neboť promluvíme-li zaručeně “vybouchneme“, raději se ovládneme. Posledním typem, je mlčení, které je v danou chvíli tou nejvhodnější komunikací. Kdy se od posluchače ani jiné reakce nežadá. Toto mlčení není zúčastněným nepříjemné, mluvčí se necítí, že selhal.

Někdy opravdu platí: “mlčeti zlato









7 KOMUNIKACE S MENTÁLNĚ NEBO SMYSLOVĚ HANDICAPOVANÝM PACIENTEM

7.1 Mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného nebo získaného defektu rozumových schopností. Nejvýraznějším rysem mentální retardace je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení a v obtížné adaptaci na běžné životní podmínky. Mentální retardace je postižení trvalé. Schopnost učit se je dána od stupně postižení a výchovných vlivech. (kol. autorů, speciální pedagogika 2004, str.28)

Stupně mentální retardace:	lehká mentální retardace	IQ 69 – 50
	Středně těžká ment.retard.	IQ 49 – 35
	Těžká mentální retardace	IQ 34 – 20
	Hluboká mentální retardace	IQ 20 a níže

Sestra při komunikaci by měla:

-  Zjistit míru postižení, úroveň sebeobsluhy a socializace
-  Přistupovat k mentálně postiženým stejně jako k ostatním klientům, ale s větším taktem a větší trpělivostí
-  Obracet se především na klienta, i když je přítomen doprovod
-  Opakovat své otázky i instrukce tolikrát, kolikrát je to zapotřebí
-  Úroveň sdělení přizpůsobit možnostem klienta
-  Nespoléhat na paměť klienta a sebekontrolu
-  K vyšetření zajistit vždy doprovod
-  Neklást sugestivní otázky

- ✚ Čekat projevy přízně – mentálně retardovaný klient si neumí zachovat sociální odstup
- ✚ Někdy klient může reagovat agresivně, přistupovat vždy taktně
- ✚ Mentálně retardovaný člověk si zasluhuje stejnou úctu a respekt jako jiní lidé

7.2 Sluchový handicap

U lidí se sluchovým postižením je obvykle omezený, přerušovaný nebo opožděný vývoj řeči. Vývoj řeči se odvíjí od:

- stupně sluchového postižení
- přítomnost nebo absence dalšího postižení
- věku a dosaženého stádia vývoje řeči, kdy sluchové postižení vzniklo (po šestém roku věku, je již řeč zakotvená)
- časné diagnostiky a zahájení speciální rehabilitační péče ovlivněné rodinnou výchovou, později od kvality rehabilitační péče a spolupráce s rodinou
















Typy vad: neslyšící, zbytky sluchu, nedoslýchavost

Pro řeč jedinců se sluchovým postižením jsou typické určité znaky. Po zvukové stránce dochází ke změně hlasové polohy, k nepřiměřené melodii. Tempo a přízvuk řeči bývají nepravidelné. Hlasitost není přiměřená. Výslovnost jednotlivých hlásek je tvořena s nadměrným úsilím a často nesprávně. Řeč bývá obtížně srozumitelná. (Hudcová 2005, str.48)

Komunikační systémy sluchově handicapovaných:

- ❖ Slovní podstaty – orální mluvená řeč, odezírání, písemný projev, prstová abeceda, pomocné artikulační znaky, chirografické systémy, piktogramy
- ❖ Neslovní podstaty – mimika, gestikulace, dramatizace, pantomima, dětská znaková řeč, vlastní znakový jazyk neslyšících, znakové jazyky

Pravidla komunikace se sluchově handicapovaným pacientem:

-  Zřetelně artikulovat
-  Obličej mít dobře osvětlen, nezakrývat si ústa
-  Mluvit pomalu
-  Používat jednoduché věty
-  Ptát se
-  Kontrolovat svou i pacientovu neverbální komunikaci
-  Být trpěliví, neodsuzovat
-  Dávat pacientovi čas a možnost oddechu
-  Chválit pacienta
-  Ověřovat, že pacient rozuměl
-  Při obtížné komunikaci kontaktovat rodinu, tlumočnicka
-  Dodržovat vhodnou vzdálenost, nikdy se neobracet zády
-  U pacientů používající sluchadla není třeba příliš zvyšovat hlas
-  Důležitá sdělení raději napsat
-  Nehovořit o pacientovi v jeho přítomnosti, aniž by byl účastníkem hovoru

7.3 Zrakový handicap

Typy zrakových vad: slepota, zbytky zraku, slabozrakost, poškození zrakového pole, porucha barevného vidění. Zrakové vady mohou být získané nebo vrozené. Je-li zraková vada získaná, může to ovlivnit vnitřní svět postiženého. Ví, jak co vypadá, může přiřazovat tvary k předmětům. Samozřejmě záleží, v kolika letech věku k postižení dojde.

Zrakově handicapovaní k prostorové orientaci využívají sluchu a hmatu. To je mít třeba na paměti při jeho hospitalizaci.

Řeč je pro jedince se zrakovým handicapem velmi důležitá, neboť si jejím prostřednictvím osvojuje vědomosti a stává se soběstačným. Někdy dochází k opožděnému vývoji řeči, což je způsobeno omezenými podněty k mluvení. Takto znevýhodněný člověk nemá zkušenosti, které by mu zprostředkoval zrak. Je proto nutné využít každé příležitosti ke komunikaci a rozšiřování slovní zásoby. Člověk s těžkým zrakovým handicapem nemá dostatečné představy o tvaru a podobě předmětů, které umí pojmenovat a často mu chybí i souvislost mezi určitým slovem a jemu odpovídající činností. Některé pojmy je možné si osvojit pomocí vlastního pohybu nebo vlastní činností. Pojmy, které není možno zpodobnit, musíme podrobně popsat. Obtíže v orientaci mají u zrakově handicapovaného člověka za následek větší závislost na jiných lidech. (Nielsenová 1998, str. 56)

Při komunikaci se zrakově handicapovaným klientem:

- ✚ Vyvarovat se projevům soucitu, nevidomí jsou zcela normální lidé
- ✚ Jednat vždy přímo s nevidomým, i když má sebou doprovod
- ✚ Vždy se představit, uvést svou funkci
- ✚ U pacientů se zbytky zraku využít kompenzační pomůcky – televizní lupy, oční optiku, pomůcky pro sebeobsahu, čtení a psaní Braillova písma
- ✚ Vždy informovat předem, co se bude dít, popsat používané nástroje
- ✚ Informovat předem o nepříjemném zákroku
- ✚ Odstranit zdroje hluku, pacient potřebuje slyšet
- ✚ Dávat o sobě vědět, nepohybovat se příliš tiše
- ✚ Odstranit překážky a bariéry
- ✚ Pojmenovávat věci přesně, nikdy ne - tam, tady
- ✚ Nikdy se pacienta nedotýkat, aniž byste nejdřív promluvili a upozornili tak na svou přítomnost

8 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Obecně lze říct, že komunikace je předávání si informací pomocí nejrůznějších prostředků a signálů – ústně, písemně, gesty, postojem a dalšími prvky neverbální komunikace. Předávání informací dochází mezi dvěma či více lidmi. Každá lidská bytost je neopakovatelná a jedinečná, s jedinečnou komunikační schopností, která je každému dána geneticky, výchovou. Existují názory, že jde o schopnost, kterou někdo je nadán, jiný nikoliv. To je omyl. Komunikace je dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě člověka. (Venglářová 2006, str. 11)

U profese všeobecné sestry je velmi důležité zdokonalovat své komunikační dovednosti, neboť je to právě ona, kdo svým přístupem může zkvalitnit ošetrovatelskou péči.

„Ministerstvo zdravotnictví ČR již třetím rokem podporuje plošné měření kvality zdravotnické péče očima pacientů. Jde o projekt hodnocení pacientů podle mezinárodních standardů vycházejících z tzv. Pickerových dimenzí kvality. V případě všeobecných sester se zaměřují na to, jak dokážou komunikovat s pacienty. Zjišťuje se, zda jim pacient rozumí, zda s ním sestry hovoří s patřičným respektem a úctou, zda jsou ochotny s ním promluvit a rozptýlit jejich obavy. Projekt se také zaměřuje na to, zda sestry nehovoří o pacientovi v jeho přítomnosti s kolegyní nebo lékařem ve třetí osobě, jako by ani nebyl přítomen.

Z výsledků projektu vyplynulo, že největší deficit v komunikaci je, mezi lékařem a pacientem, dále pak velmi nízké hodnocení schopnosti zdravotníků zapojit pacienty do rozhodování o vlastní léčbě, nízká ochota personálu zdravotnických zařízení představit se pacientům při komunikaci s nimi, nelze se divit, že nejhorších výsledků ve srovnání se zahraničím dosahujeme v parametru důvěra, což zpomaluje proces uzdravování. Proto je velmi důležité stále zdokonalovat komunikační dovednosti našich zdravotníků.

Podle aktuálních výzkumů spokojenosti, provedených v loňském roce a na počátku letošního, hodnotí pacienti nejlépe sestry z Ústřední vojenské nemocnice v Praze a z Rehabilitačního ústavu Kladrupy.

Lze doufat, že po dalším výzkumu přibude kladně hodnocených nemocnic a zdravotnických zařízení.“ (Florence, časopis moderního ošetřovatelství 12/10, dostupný také z WWW: <http://www.florence.cz/>)

8.1 Cíl průzkumu

Cílem našeho průzkumu bylo zjistit úroveň komunikace všeobecných sester s pacienty. A zjistit míru informovanosti sester o komunikaci s handicapovanými pacienty.

8.2 Problémové oblasti průzkumu

Ze zjištěných informací nás budou nejvíce zajímat tyto problémové oblasti:

1. Dodržují všeobecné sestry společenskou etiketu při prvním kontaktu s pacientem a neutváří si názor na pacienta z prvního dojmu?
2. Dokážou být všeobecné sestry dostatečně trpělivé a empatické?
3. Mají všeobecné sestry dostatek informací o komunikaci s handicapovanými pacienty?

8.3 Výběr respondentů

Průzkum jsme realizovali dotazníkovou metodou u náhodně vybraných respondentů ve zdravotnických zařízeních. Bylo osloveno 50 respondentů starších 18 let. Dotazník byl rozdáván v časovém rozmezí leden až březen 2011.

8.4 Metodika průzkumu

Pro průzkum jsme zvolili empirickou metodu - dotazník (viz. Příloha č. 1). Dotazník se nám jevil nejvhodnější metodou umožňující hromadný sběr dat v poměrně krátkém čase, i pro vhodnost dalšího zpracování získaných dat a v neposlední řadě pro svou finanční nenáročnost.

V úvodu dotazníku jsme respondentům nejdříve objasnili důvod průzkumu, ubezpečili je, že dotazník je anonymní a data v něm budou sloužit výhradně pro účely bakalářské práce a nebudou nijak zneužita. Závěrem úvodu byl návod na vyplnění a poděkování za spolupráci.

Bylo rozdáno 50 ks dotazníků. Vyplněné dotazníky byly vhazovány do předem připravené bedýnky, dělo se tak přímým kontaktem, proto byla návratnost 100%. Respondenti měli možnost výběru odpovědi ze tří až pěti možností. Některé otázky vyžadovaly volnou odpověď.

Dotazník obsahuje 24 otázek. Prvních pět otázek se zaměřuje na osobu respondenta – jeho věk, pohlaví, profese, vzdělání a délka praxe ve zdravotnictví. Dodržování běžné etikety jako je podání ruky, představení se, zjišťovala otázka č. 6, 7. Osmá až osmnáctá otázka ukázala úroveň komunikace a postoje k pacientovi ze strany ošetřujícího personálu. Například poskytování informací, zodpovězení pacientových dotazů, ovlivnitelnost zdravotníků prvním dojmem při setkání s pacientem, jsou-li empatičtí, respektují-li soukromí pacienta. Otázka č. 18 byla otázkou s volnou odpovědí, respondenti udávali nejčastěji používané komunikační techniky. Devatenáctá otázka zjišťovala u respondentů, jestli se cítí být školou připraveni na komunikaci se znevýhodněným pacientem. Otázky č. 20 až 23 se zaměřily na kvalitu informovanosti u zdravotníků o komunikaci se smyslově handicapovaným, mentálně handicapovaným, agresivním nebo jinak problémovým pacientem. Poslední otázka č. 24 je otázkou volnou, kde respondenti mohli otevřeně vyjádřit svůj názor jak zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a pacienty.

9 ANALÝZA PRŮZKUMU

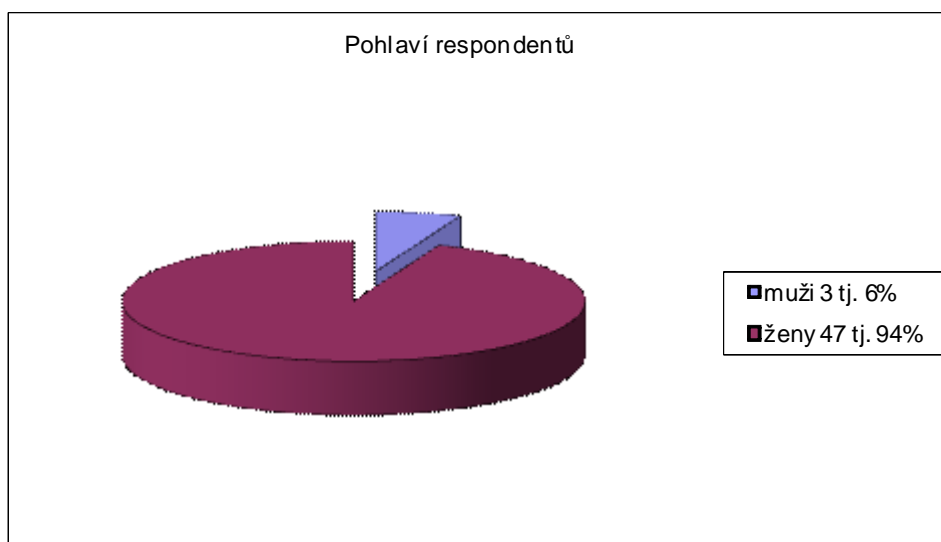
Po shromáždění všech vyplněných dotazníků začínáme s jejich zpracováním. Výsledky průzkumu zpracováváme tak, aby byly co nejpřehlednější. U každé otázky počítáme celkový počet a vyjádření v %. Pro lepší přehlednost jsou dána data do tabulky a koláčového grafu. Každá otázka je vyhodnocena na jedné straně s tabulkou a grafem, číslo tabulky a grafu se shoduje s číslem otázky v dotazníku.

Otázka č. 1: Jste muž, žena?

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Muži	3	Tj.	6%
Ženy	47	Tj.	94%
Celkem	50	Tj.	100%

Graf č. 1



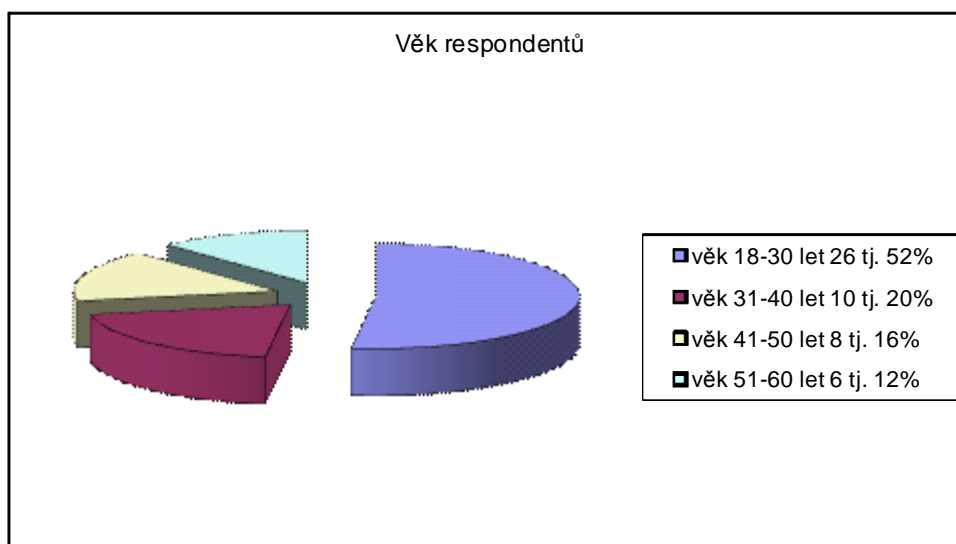
U této otázky nejsou výsledky nijak překvapivé. 94 % dotazovaných byly ženy a jen 6% mužů. Profese všeobecné sestry je stále ženskou doménou.

Otázka č. 2: Váš věk?

Tabulka č. 2 Věk respondentů

věk 18-30 let	26	tj.	52%
věk 31-40 let	10	tj.	20%
věk 41-50 let	8	tj.	16%
věk 51-60 let	6	tj.	12%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 2



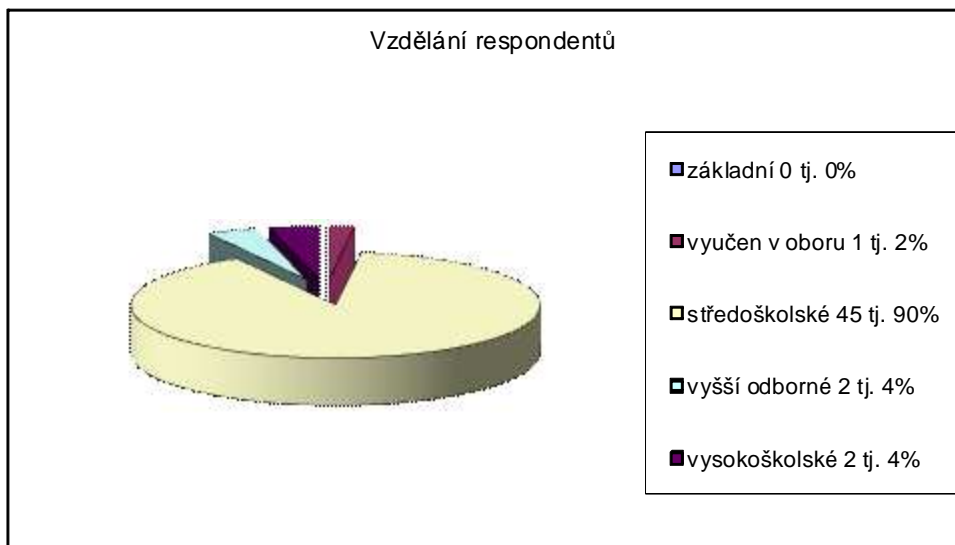
Největší počet respondentů byl z věkové skupiny 18–30 let (52%).
20% tvořilo věkovou skupinu 31-40 let, dále pak byla skupina 41-50 let(16%) a
nejmenší počet (12%) byl z věkové skupiny 51–60 let.

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Základní	0	Tj.	0%
vyučen v oboru	1	Tj.	2%
středoškolské	45	Tj.	90%
vyšší odborné	2	Tj.	4%
vysokoškolské	2	Tj.	4%
Celkem	50	Tj.	100%

Graf č. 3



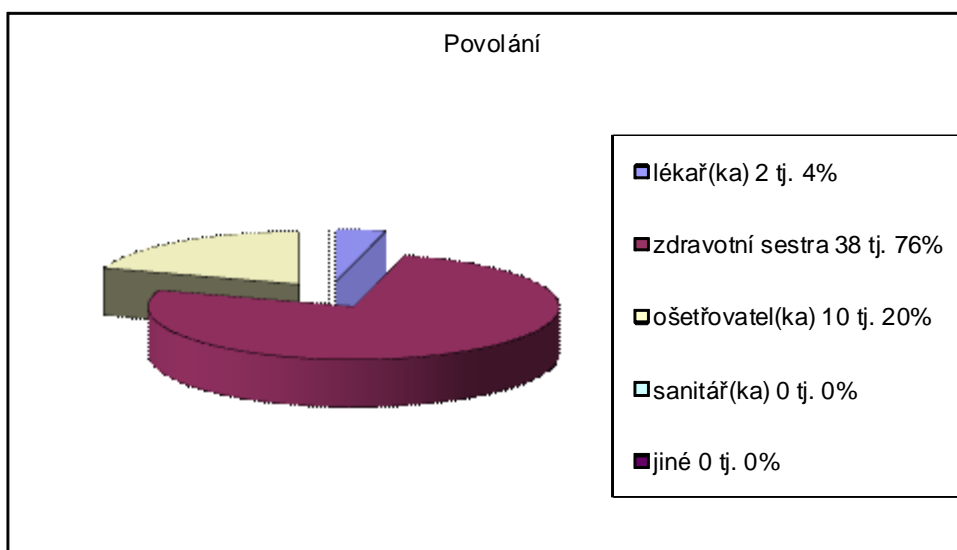
Celých 90% respondentů bylo středoškolského vzdělání, vyučen v oboru 2%, vyšší odborné také 2% a stejně tak vysokoškolského vzdělání bylo 2% respondentů. Základního vzdělání bylo 0%.

Otázka č. 4: Pracujete jako?

tabulka č. 4 Povolání

lékař(ka)	2	tj.	4%
všeobecná sestra	38	tj.	76%
ošetřovatel(ka)	10	tj.	20%
sanitář(ka)	0	tj.	0%
Jiné	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 4



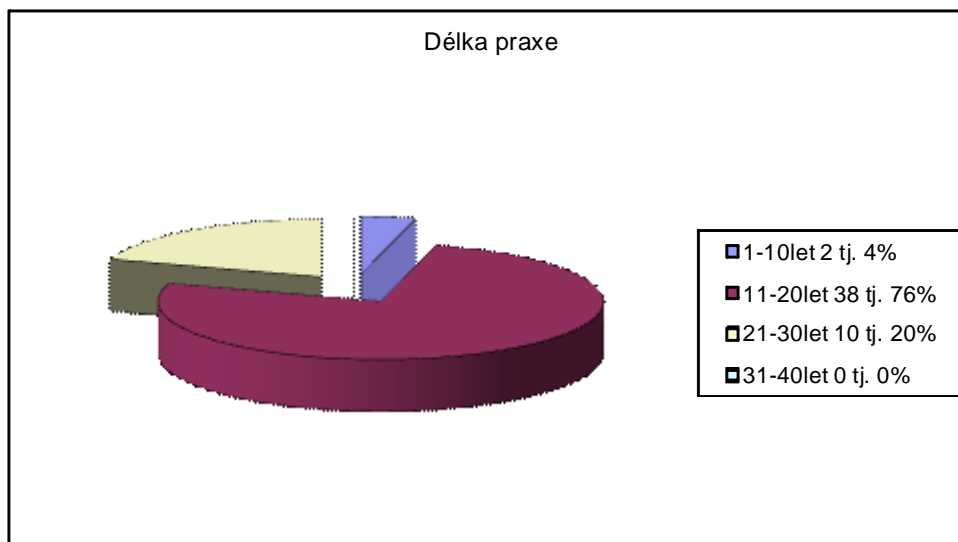
Dotazník vyplnilo 4% lékařů, nejvíce všeobecných sester 76% a 20% ošetřovatelek, 0% sanitářek a 0% jiného povolání.

Otázka č. 5: Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulkač.5 Délka praxe

1-10let	2	tj.	4%
11-20let	38	tj.	76%
21-30let	10	tj.	20%
31-40let	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 5



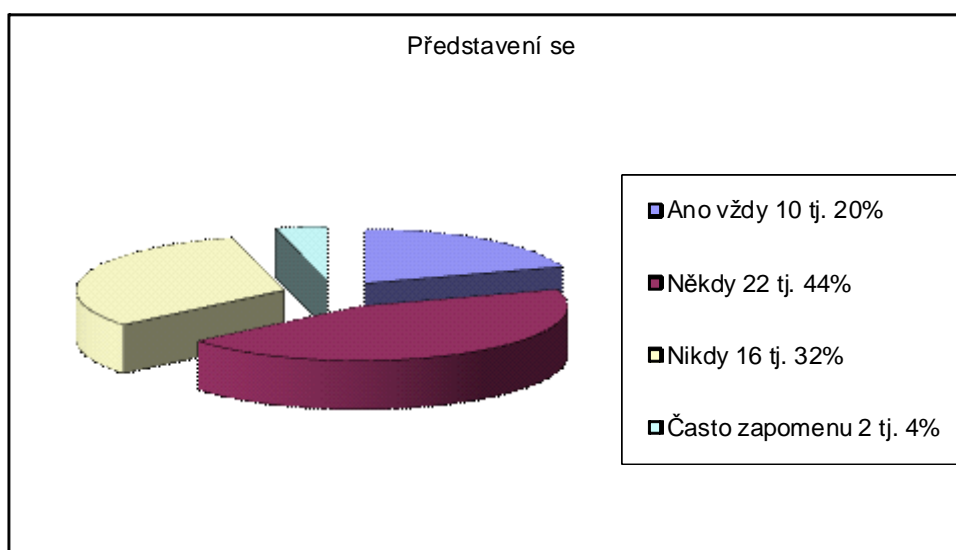
Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí 11–20 let (76%). Další početnou skupinu tvořili zdravotníci s praxí 21–30let (20%), jen 4% zdravotníků bylo s praxí do deseti let a žádný respondent nespadal do skupiny s praxí 31–40 let.

Otázka č. 6: Představíte se při prvním setkání s pacientem?

Tabulka č. 6 představení se

Ano vždy	10	tj.	20%
Někdy	22	tj.	44%
Nikdy	16	tj.	32%
Často zapomenou	2	tj.	4%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 6



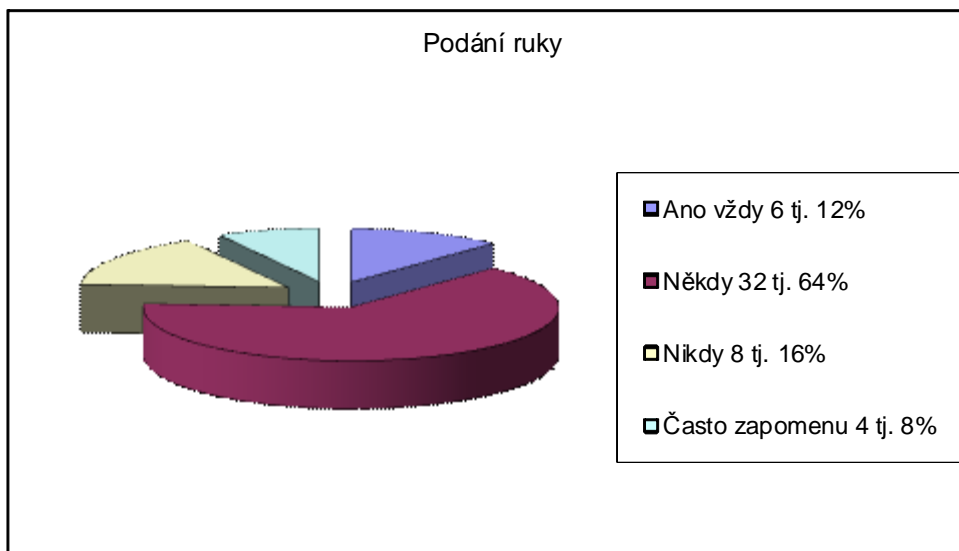
Celých 44% zdravotníků se představí jen někdy a až 32% se nepředstaví vůbec, 20% se představí vždy a 4% často zapomenou.

Otázka č. 7: Podáte pacientovi ruku při příchodu a odchodu?

Tabulka č. 7 podání ruky

Ano vždy	6	tj.	12%
Někdy	32	tj.	64%
Nikdy	8	tj.	16%
Často zapomenu	4	tj.	8%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 7



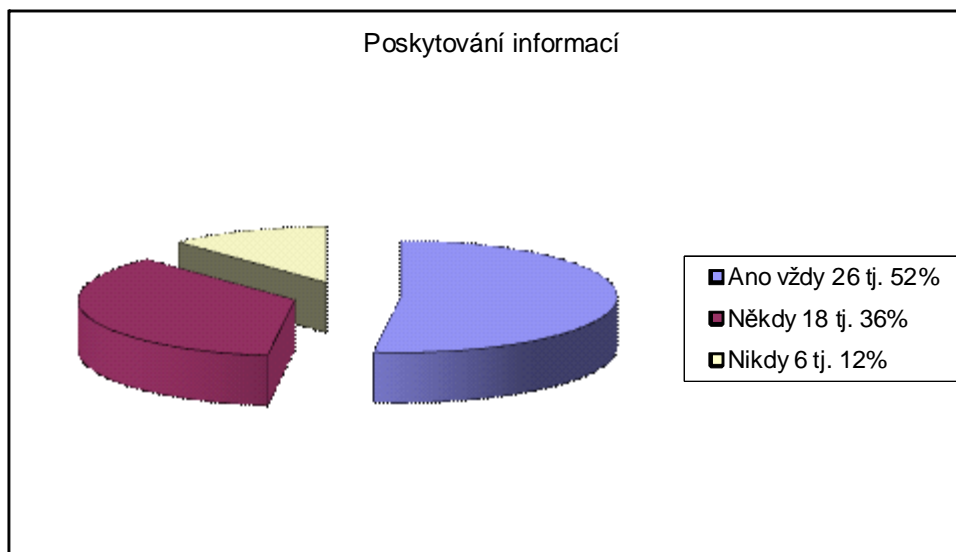
Stejně tak jako v předchozí otázce, tak i podávání ruky nepatří mezi obvyklé zvyky respondentů. Pouze 12% ruku podá vždy, 64% někdy, 16% nikdy a 8% často zapomene.

Otázka č. 8: Domníváte se, že pacientovi poskytujete dostatek informací týkajících se jeho osoby, vzhledem k vaší profesi a kompetencím?

Tabulka č. 8 Poskytování informací

Ano vždy	26	tj.	52%
Někdy	18	tj.	36%
Nikdy	6	tj.	12%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 8



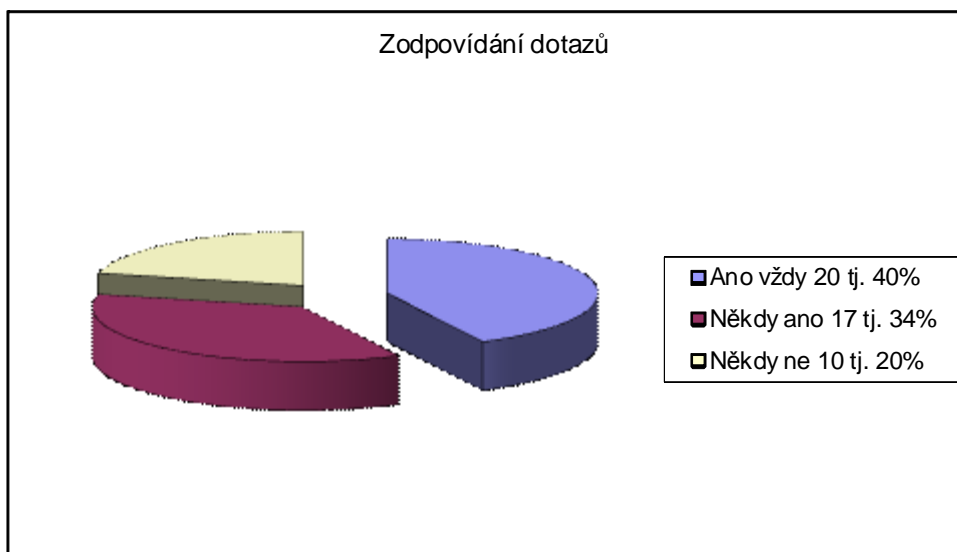
Tyto výsledky již jsou povzbudivější – 52% respondentů vždy podává dostatek informací pacientovi, 36% někdy a 12% nikdy.

Otázka č. 9: Věnujete pacientovi dostatek času, zodpovídáte trpělivě jeho dotazy?

Tabulka č. 9 Zodpovídání dotazů

Ano vždy	20	tj.	40%
Někdy ano	17	tj.	34%
Někdy ne	10	tj.	20%
Nelze posoudit	3	tj.	6%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 9



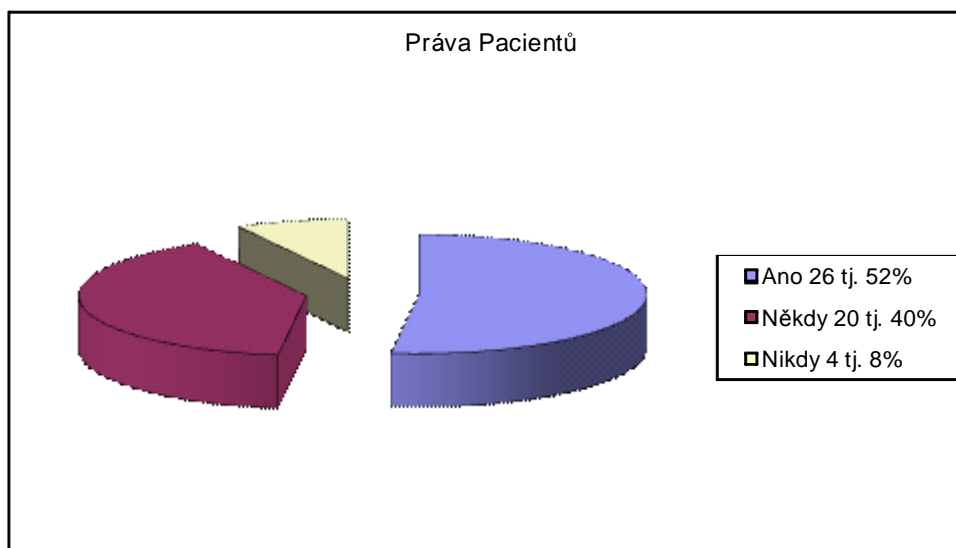
U této otázky 40% respondentů odpovědělo ano vždy, 34% někdy ano, 20% někdy ne a 6% nedokázalo posoudit.

Otázka č. 10: Informujete pacienty o jejich právech ?

Tabulka č. 10 Práva pacientů

Ano	26	tj.	52%
Někdy	20	tj.	40%
Nikdy	4	tj.	8%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 10



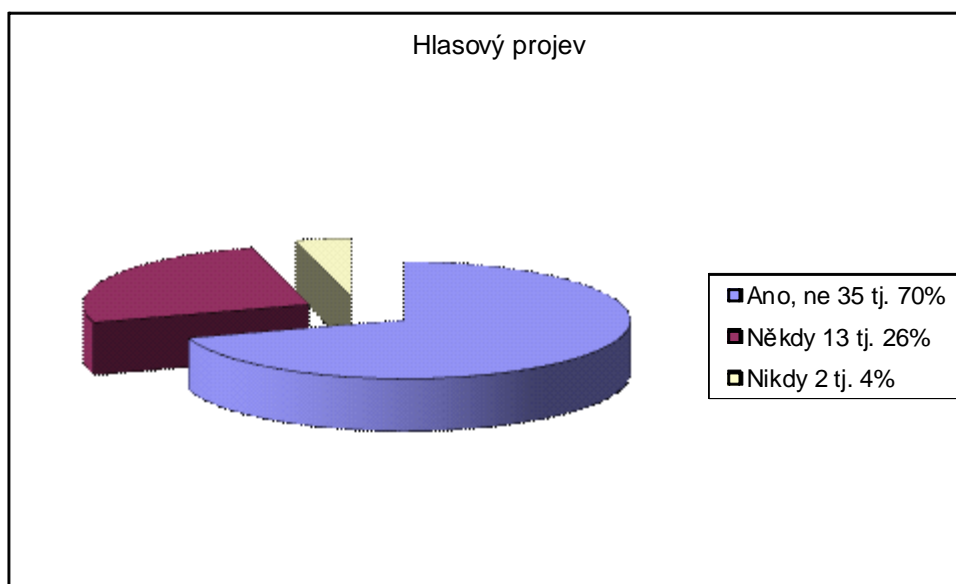
52% respondentů informuje pacienty o jejich právech, 40% pacienty informuje někdy a 8% neinformuje vůbec.

Otázka č. 11: Mluvíte srozumitelně a dostatečně hlasitě?

Tabulka č. 11 Hlasový projev

Ano vždy	35	tj.	70%
Někdy	13	tj.	26%
Nikdy	2	tj.	4%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 11



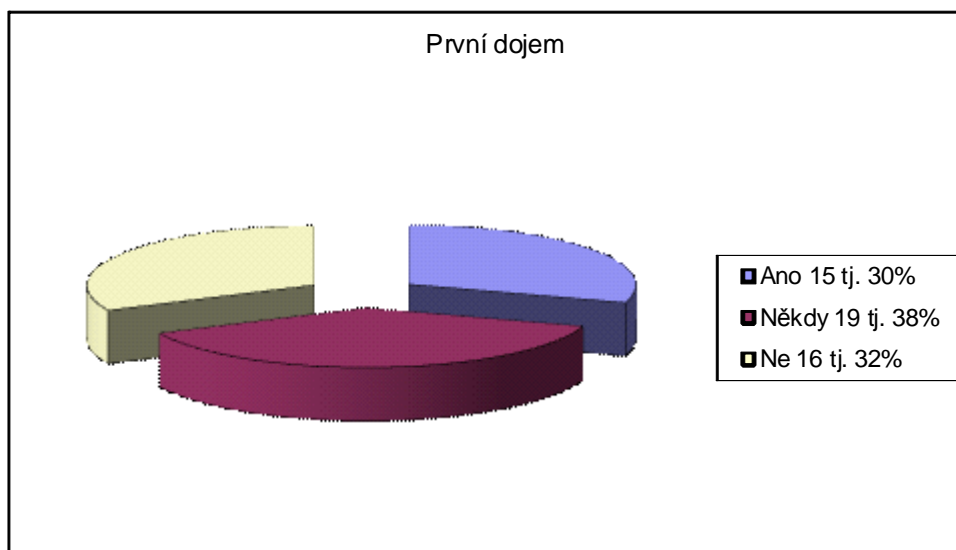
Celých 70% respondentů má vždy přiměřený hlasový projev, 26% ne vždy si uvědomí svůj projev a 4% vůbec nekontroluje svůj projev.

Otázka č. 12: Stává se vám, že si názor na pacienta utvoříte jen z prvního dojmu?

Tabulka č. 12 První dojem

Ano	15	tj.	30%
Někdy	19	tj.	38%
Ne	16	tj.	32%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 12



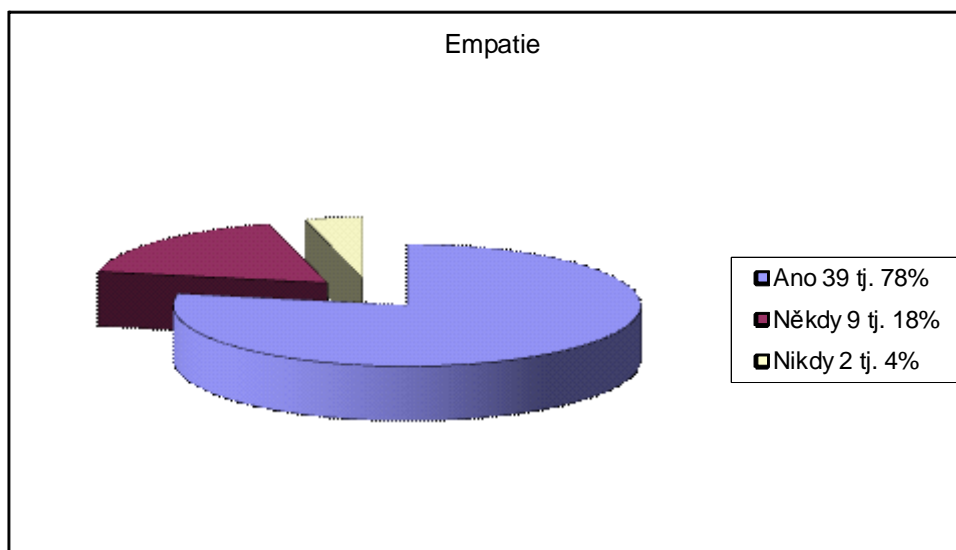
30% si utváří názor na pacienta z prvního dojmu, 38% někdy a 32% se nenechá ovlivnit prvním dojmem.

Otázka č. 13: Domníváte se, že jste dostatečně empatičtí?

Tabulka č. 13 Empatie

Ano	39	tj.	78%
Někdy	9	tj.	18%
Nikdy	2	tj.	4%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 13



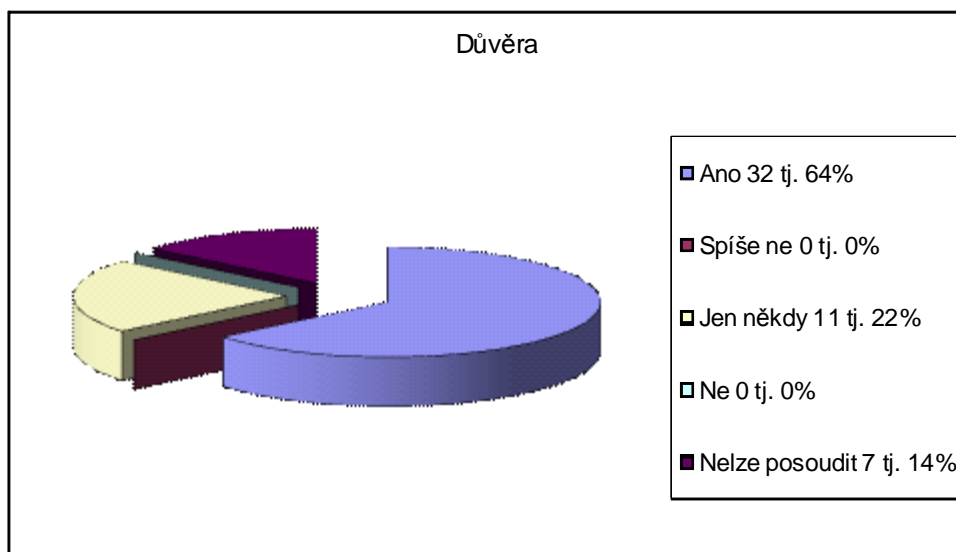
Dostatečně empatických je 78% respondentů, 18% se dokáže vcítit do pocitů pacienta někdy a 4% se nikdy pocity pacienty nezaobírá.

Otázka č. 14: Domníváte se, že dokážete vzbudit důvěru u pacienta?

Tabulka č. 14 Důvěra

Ano	32	tj.	64%
Spiše ne	0	tj.	0%
Jen někdy	11	tj.	22%
Ne	0	tj.	0%
Nelze posoudit	7	tj.	14%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 14



U pacienta umí vzbudit důvěru 64% respondentů, 22% jen někdy, 7% respondentů nedokázalo posoudit a zápornou odpověď si nevybral žádný respondent.

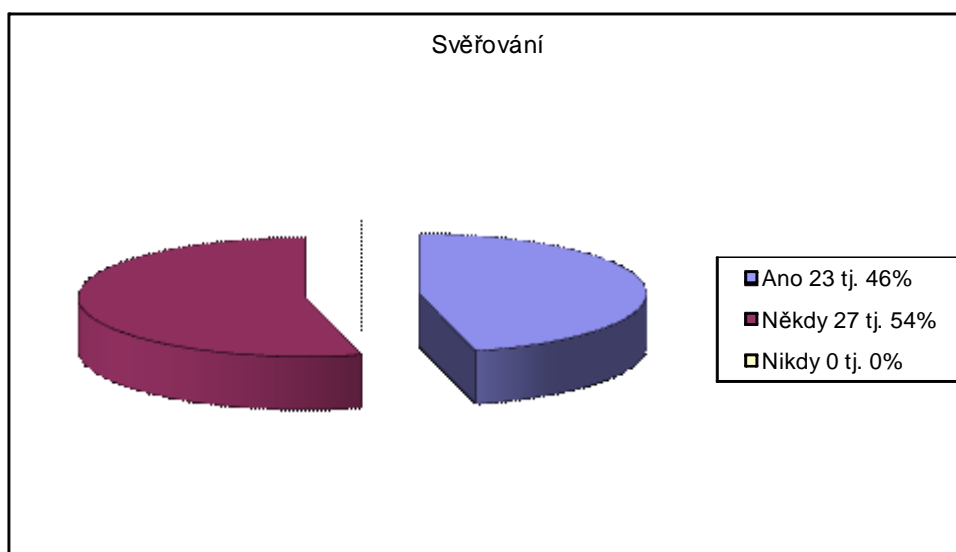
Z vlastní zkušenosti vím, že s člověkem, který u vás vyvolá důvěru, je komunikace daleko jednodušší a přínosnější. Myslím si, že by zdravotníci měli být důvěryhodní.

Otázka č. 15: Svěřují se vám pacienti s osobními problémy?

Tabulka č. 15 Svěřování

Ano	23	tj.	46%
Někdy	27	tj.	54%
Nikdy	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 15



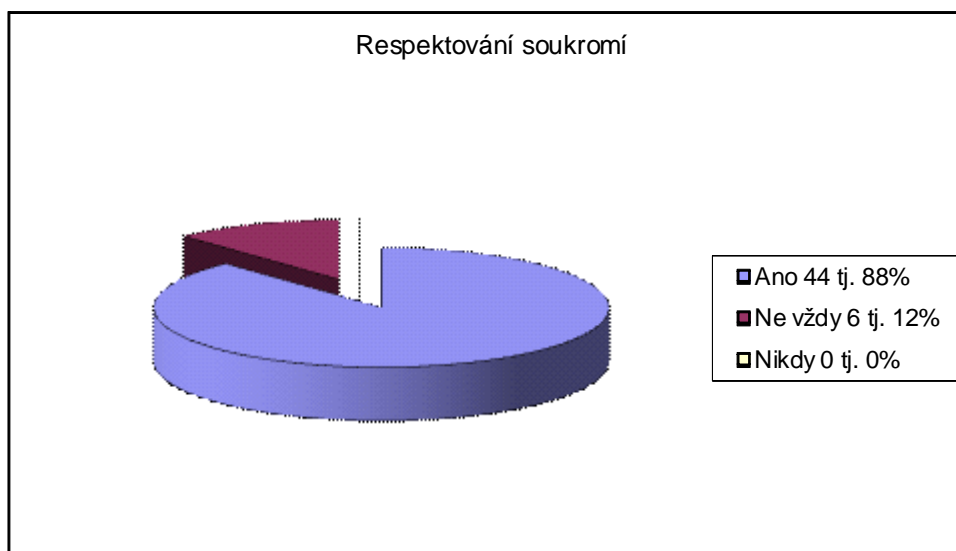
Ve 46% se pacienti se svými osobními problémy respondentům svěřují, 54% je jen někdy obeznámeno s osobními problémy pacienta a žádný s respondentů nevyužil odpověď zápornou.

Otázka č. 16: Respektujete soukromí pacienta?

Tabulka č. 16 Respektování soukromí

Ano	44	tj.	88%
Ne vždy	6	tj.	12%
Nikdy	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 16



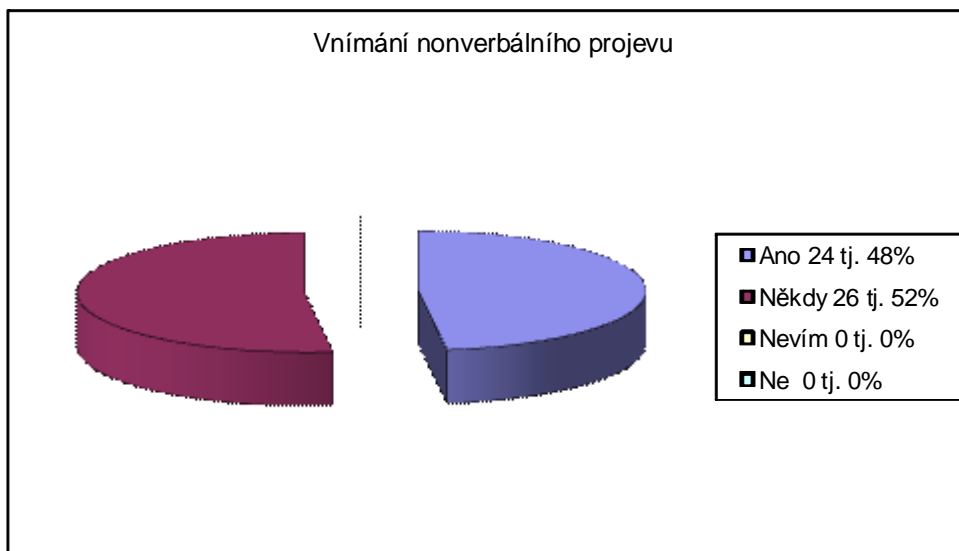
Žádný s respondentů neodpověděl, že nerespektuje soukromí pacienta. 88% dotázaných vždy respektuje soukromí pacienta, 12% ne vždy.

Otázka č. 17: Dokážete vnímat a reagovat na nonverbální sdělení pacienta?

Tabulka č. 17 Vnímání nonverbálního projevu

Ano	24	tj.	48%
Někdy	26	tj.	52%
Nevím	0	tj.	0%
Ne	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 17



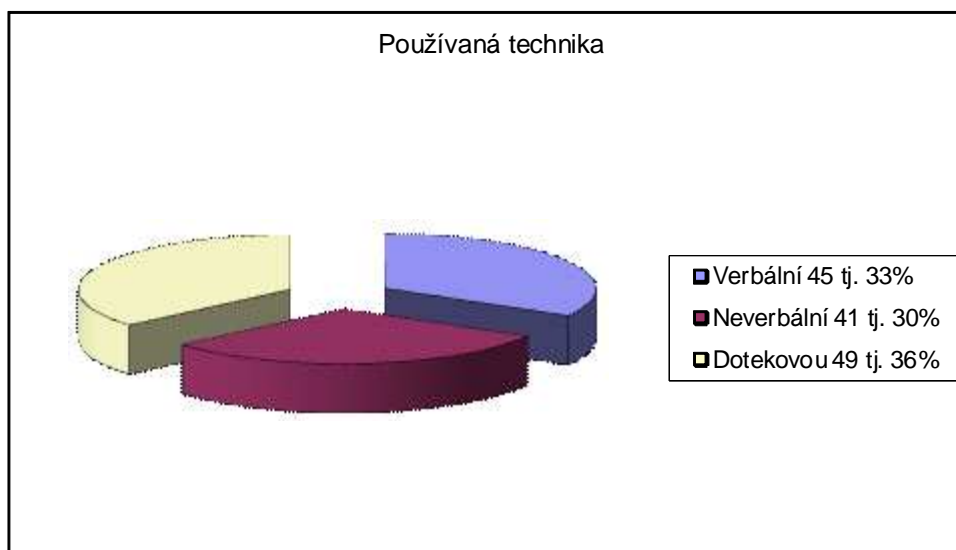
48% respondentů dokáže vnímat a reagovat na nonverbální pacientovo sdělení, 52% reaguje a vnímá jen někdy, 0% respondentů nevnímá ani nedokáže reagovat na nonverbální sdělení pacienta a stejně tak 0% neví.

Otázka č. 18: Jakou techniku (verbální, nonverbální, dotekovou) komunikace s pacientem používáte?

Tabulka č. 18 Používaná technika

Verbální	45	tj.	33%
Neverbální	41	tj.	30%
Dotekovou	49	tj.	36%
Celkem	135	tj.	100%

Graf č. 18



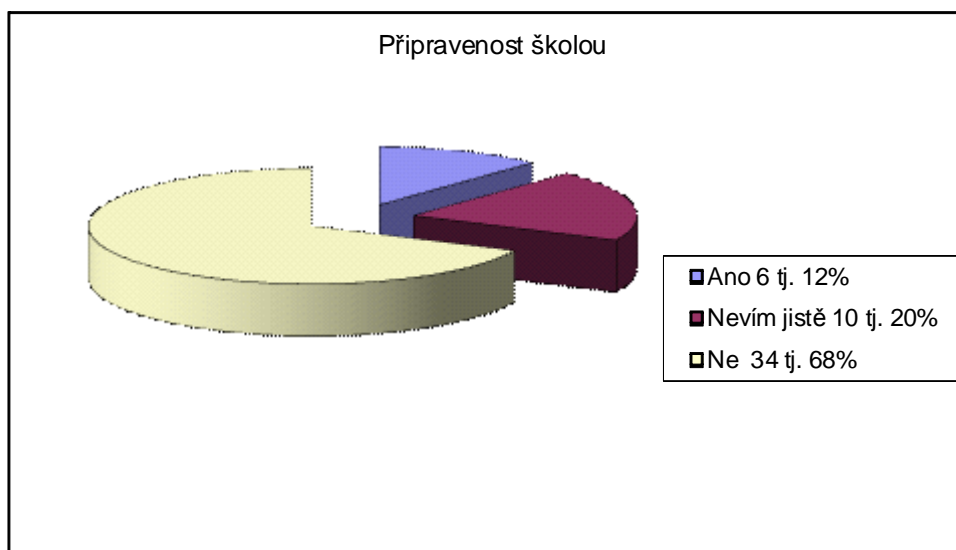
Tato otázka nabízela možnost volné odpovědi. Respondenti uvedli více, jak jednu komunikační techniku, celkový součet tedy neodpovídá padesáti dotázaných. 33% používá komunikační techniku verbální, 30% nonverbální a nejvíce používají respondenti techniku dotekovou - 36%.

Otázka č 19: Myslíte si, že škola vás dostatečně připravila na komunikaci s “
problematickým “ (smyslově, mentálně postiženým, agresivním, atd.) pacientem?

Tabulka č. 19 Přípravenost školou

Ano	6	tj.	12%
Nevím jistě	10	tj.	20%
Ne	34	tj.	68%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 19



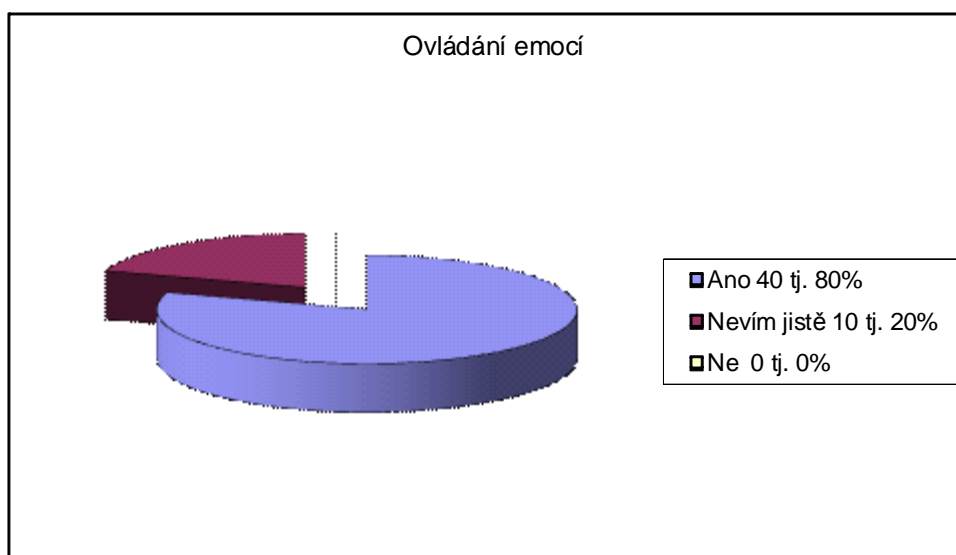
Celých 68% respondentů se necítí být dostatečně připravených školou na komunikaci s
“ problematickým “ pacientem. 12% škola dostatečně připravila a 20% neví jistě.

Otázka č. 20: Umíte ovládat své emoce při komunikaci s takovým pacientem?

Tabulka č. 20 Ovládání emocí

Ano	40	tj.	80%
Nevím jistě	10	tj.	20%
Ne	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 20



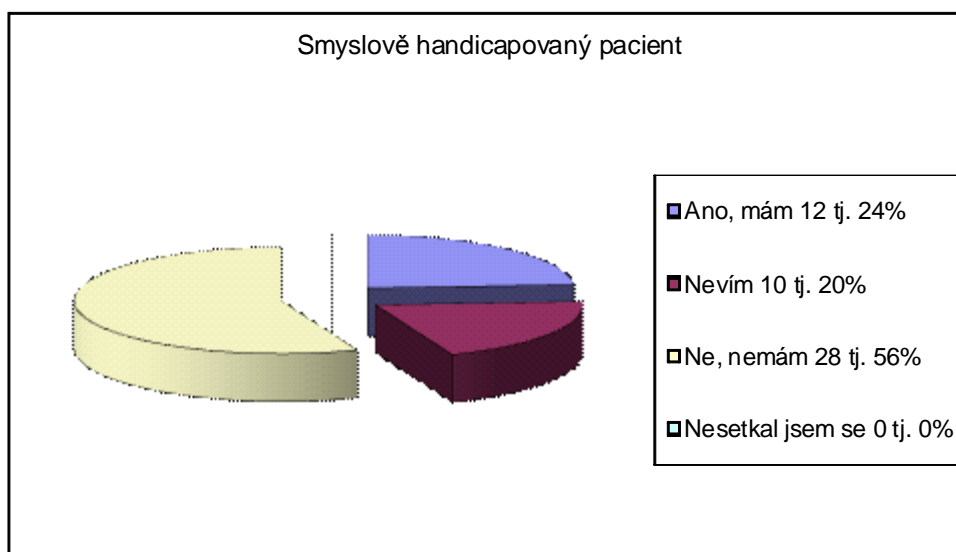
Emoce při komunikaci s problematickým pacientem ovládá 80% dotázaných, 20% neví jistě a 0% své emoce neovládá.

Otázka č. 21: Pokud jste se setkal(a) se smyslově handicapovaným pacientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

Tabulka č. 21 Smyslově handicapovaný pacient

Ano, mám	12	tj.	24%
Nevím	10	tj.	20%
Ne, nemám	28	tj.	56%
Nesetkal jsem se	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 21



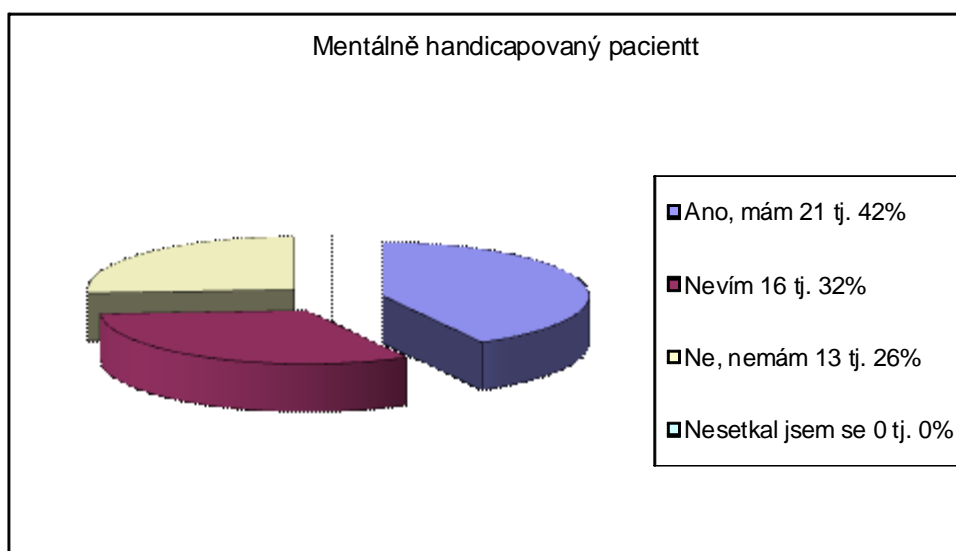
Každý z respondentů se smyslově handicapovaným pacientem setkal. Jen 24% je dostatečně informovaných, jak komunikovat se smyslově handicapovaným pacientem 20% neví, zda takového pacienta potkalo a 56% neví, jak s takovým pacientem komunikovat.

Otázka č. 22: Pokud jste se setkal(a) s mentálně handicapovaným pacientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

Tabulka č. 22 Mentálně handicapovaný pacient

Ano, mám	21	tj.	42%
Nevím	16	tj.	32%
Ne, nemám	13	tj.	26%
Nesetkal jsem se	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 22



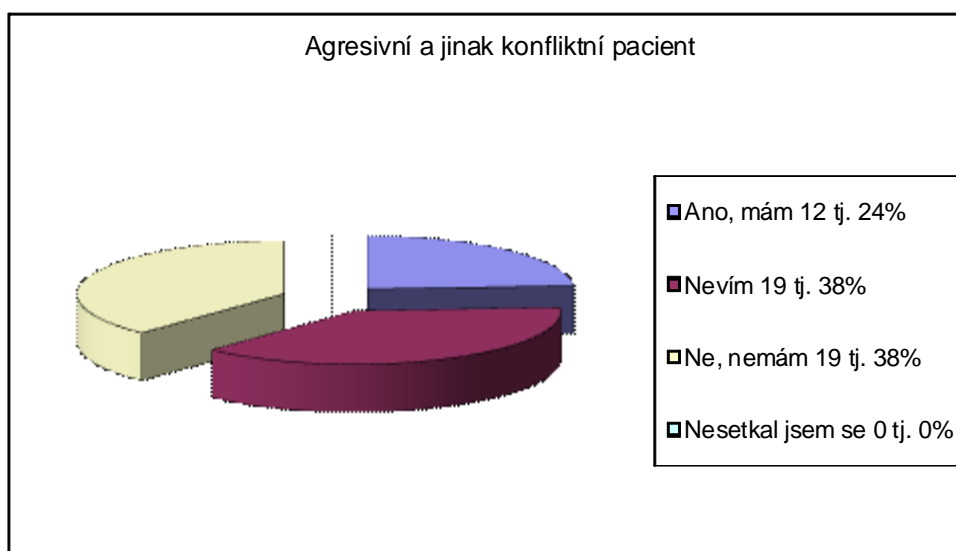
42% respondentů ví, jak komunikovat s mentálně znevýhodněným pacientem, 26% neví jak komunikovat, 32% neví, zda má dostatek informací o komunikaci s tímto pacientem. S mentálně handicapovaným se setkal každý dotázaný.

Otázka č. 23: Pokud jste se setkal(a) s agresivním nebo jinak konfliktním pacientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

Tabulka č. 23 Agresivní a jinak konfliktní pacient

Ano, mám	12	tj.	24%
Nevím	19	tj.	38%
Ne, nemám	19	tj.	38%
Nesetkal jsem se	0	tj.	0%
Celkem	50	tj.	100%

Graf č. 23



38% respondentů nemá dostatek informací a stejné množství dotázaných neví, zda má dostatek informací, jak komunikovat s agresivním pacientem. 24% má dostatek informací o komunikaci s agresivním pacientem. S agresivním pacientem se setkali všichni respondenti.

Otázka č. 24: Jakým způsobem, dle vašeho názoru, lze zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a pacienty?

U poslední otázky byla ponechána respondentům volná odpověď. Deset dotázaných neodpovědělo na tuto otázku vůbec, třikrát bylo navrženo absolvovat semináře o komunikaci, jedenkrát přistupovat k pacientům naprosto laicky a třicet šest respondentů shodně odpovědělo, že jediným možným způsobem jak zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a pacienty je, dostatek personálu. S tím nelze, než souhlasit.

10 DISKUSE

Cílem našeho průzkumu bylo zjistit úroveň komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem a také informovanost sester o komunikaci s pacientem s poruchami komunikace.

P1 Dodržují všeobecné sestry společenskou etiketu při prvním kontaktu s pacientem, neutváří si názor na pacienta z prvního dojmu?

Tuto problémovou oblast zkoumala otázka č. 6, 7, 12. První z otázek se zaměřovala na představení se zdravotníka pacientovi při prvním setkání, jen 20% respondentů odpovědělo, že vždy tak činí. 44% jen někdy a celých 32% se nikdy nepřestaví pacientovi a pacient tak neví, kdo se stará o jeho zdraví. U druhé otázky o podání ruky pacientovi, jsou výsledky obdobné. Ruku podá pouze 12% zdravotníků, někdy 64% a 16% nikdy nepodá pacientovi ruku. Je možné, že se rozhodují na základě prvního dojmu z pacienta, což ověřovala otázka poslední, která ukázala velmi vyrovnané výsledky mezi těmi, kteří se ovlivnit nenechají a kteří ano. Ještě figuruje jedna skupina, taková, která se někdy prvním dojmem ovlivnit nechá. Pokud bychom tyto dvě skupinky sloučili, vznikla by početnější skupinka ovlivnitelných respondentů.

Tyto výsledky nejsou příliš příznivé pro zdravotníky. Každý z nás se může dostat do role pacienta a bude-li moct, vybere si zdravotnické zařízení, kde personál ví, jak se správně chovat. Slušné chování by ve zdravotnických zařízeních nemělo chybět, přispívá to k celkové pohodě pacienta, což má příznivý vliv na léčebný proces. Stejně tak pacient má právo vědět, kdo jej ošetřuje. Velmi neprofesionální je, utvářet si celkový dojem na pacienta z pár prvních okamžiků setkání. Zde se nabízí doporučení pro praxi, častější školení personálu v základním společenském chování, audity zaměřující se na dodržování etikety a pro větší odolnost podléhání prvnímu dojmu – psychotrénink personálu.

P2 Dokáže být všeobecná sestra dostatečně trpělivá a empatická?

Tuto oblast sledovaly otázky č. 8 – 11 a 13 - 18. V otázce 8. až 11. týkajících se podávání informací k pacientově osobě vzhledem k profesi a kompetencím, dále zodpovídání dotazů pacientům a nakonec seznámení jich s jejich právy byly výsledky velmi dobré. 52% respondentů vždy podává dostatek informací pacientovi, 36% někdy a 12% nikdy a dotazy zodpovídá 40% respondentů ano vždy, 34% někdy ano, 20% někdy ne. A v oblasti informování pacientů o právech 52% respondentů informuje pacienty o jejich právech, 40% pacienty informuje někdy a 8% neinformuje vůbec. V kontrolní otázce č. 11 hlasitosti a srozumitelnosti hlasového projevu 70% respondentů má vždy přiměřený hlasový projev, ovšem není dobré, že 26% ne vždy si uvědomí svůj projev a 4% vůbec nekontroluje svůj projev. Právě z těchto výsledků je možné konstatovat, že by bylo vhodné znovu edukovat a průběžně zkontrolovat personál, aby se minimalizovaly případy, kdy pacienti nedostanou všechny potřebné informace nebo jim nebyly sděleny dostatečně hlasitě či srozumitelně.

Dále jsme v otázkách číslo 13., 14. a 15. zjišťovali míru empatie, a zda si sestra dokáže získat důvěru pacienta a jestli se jí pacienti svěřují s osobními problémy. Celých 78% se umí vcítit do pocitů pacienta, což by se mělo odrážet v jejím přístupu k nim. 64% dotázaných svým přístupem vzbudí důvěru u pacienta a 46% se pak pacienti svěřují s osobními problémy. U těchto vysokých čísel v oblasti empatie a důvěry je patrná velmi dobrá úroveň přístupu personálu. V souvislosti s těmito výsledky je procento pacientů, kteří se svěřují sice nižší, což ovšem může souviset s tím, že i přes empatie a důvěru ze strany sester nemá tolik pacient potřebu se svěřovat.

A v otázce č. 16 týkající se respektování soukromí pacientů je výsledek velmi povzbudivý. Žádný s respondentů neodpověděl, že nerespektuje soukromí pacienta. 88% dotázaných vždy respektuje soukromí pacienta, 12% ne vždy. S ohledem na fakt, že z důvodu péče o pacienty ani není možné vždy a všude striktně respektovat soukromí pacienta lze považovat tento výsledek za vynikající ukázkou přístupu sester.

Nakonec poslední dvojice otázek číslo 17. a 18. mapovala oblast nonverbálních informací od pacientů a užívání technik. Zde 48% respondentů dokáže vnímat a reagovat na nonverbální pacientovo sdělení, 56% reaguje a vnímá jen někdy. U poslední otázky respondenti uvedli více, jak jednu komunikační techniku, celkový součet tedy neodpovídá padesáti dotázaných. 33% používá komunikační techniku verbální, 30% nonverbální a nejvíce používají respondenti techniku dotekovou - 36%. Výsledek lze považovat pouze za uspokojivý, protože naznačuje, že sestry užívají více než jednu techniku, ovšem současně by bylo vhodné, kdyby všechny používaly dle potřeby ve vhodnou dobu kteroukoliv z navržených technik. Právě v této poslední oblasti by bylo zapotřebí opět zkvalitnit přístup sester – například formou školení od specialistů.

P3 Mají všeobecné sestry dostatek informací o komunikaci s handicapovanými pacienty?

Třetí problémovou oblast zkoumaly otázky č. 19 – 23. Zde z šetření vyplynulo hned v první otázce významné zjištění, že celých 68% respondentů se necítí být dostatečně připravených školou na komunikaci s „problematickým“ pacientem. Pouhých 12% škola dostatečně připravila a zbývajících 20% toto neví jistě. V návaznosti na tuto skutečnost lze tedy výsledek otázky č. 20 - ovládnutí emocí - považovat za uspokojivý: Emoce při komunikaci s problematickým pacientem ovládá 80% dotázaných, 20% neví jistě a 0% své emoce neovládá. Naopak následující zjištění je velmi neuspokojivé: Každý z respondentů se smyslově handicapovaným pacientem setkal. Jen 24% je dostatečně informovaných, jak komunikovat se smyslově handicapovaným pacientem, 20% neví, zda takového pacienta potkalo a 56% neví, jak s takovým pacientem komunikovat. Podobně v otázce č. 22 - s mentálně handicapovaným se setkal každý dotázaný. Zde je ovšem výsledek povzbudivější, protože 42% respondentů ví, jak komunikovat s mentálně znevýhodněným pacientem, 26% neví jak komunikovat, 32% neví, zda má dostatek informací o komunikaci s tímto pacientem. A u poslední otázky opět zjišťujeme neuspokojivý stav připravenosti personálu: 38% respondentů nemá

dostatek informací a stejné množství dotázaných neví, zda má dostatek informací, jak komunikovat s agresivním pacientem. 24% má dostatek informací o komunikaci s agresivním pacientem. S agresivním pacientem se setkali všichni respondenti.

Výsledky v této oblasti interakce zdravotníků s handicapovanými pacienty nejsou příliš pozitivní. Řešení nedostatků se přímo nabízí v oblasti malé informovanosti o způsobu komunikace s handicapovaným klientem, kde je na jednotlivých zařízeních zajistit nápravu formou krátkých informativních, nebo lépe demonstrativních schůzek se specialisty, nebo vytvořili pracovní prostor pro speciálního pedagoga. Daleko hůře se budou odstraňovat návyky týkající se profesionální deformace a neosobního přístupu ke klientům, které dlouhodobě lze řešit snad nějakým obecným připomenutím etického kodexu.

Lze se domnívat, že by bylo dobré na chvíli se občas zastavit a zamyslet se nad možnými důsledky našeho počínání, kdy se neúmyslně chováme nevhodně.

11 ZÁVĚR

Závěrem lze konstatovat, že cíl práce, jímž bylo zjistit úroveň komunikace mezi sestrou a pacientem a také informovanost sester o komunikaci s pacientem s poruchami komunikace byl naplněn.

V úvodu byl prezentován teoretický základ z oblasti komunikace obecné i z oblasti sesterských komunikačních dovedností a zvláště pak komunikace s mentálně nebo smyslově handicapovanými klienty.

V práci byly vybrány tyto problémové oblasti:

1. Dodržují všeobecné sestry společenskou etiketu při prvním kontaktu s pacientem a neutváří si názor na pacienta z prvního dojmu?
2. Dokážou být všeobecné sestry dostatečně trpělivé a empatické?
3. Mají všeobecné sestry dostatek informací o komunikaci s handicapovanými pacienty?

Všechny 3 problémové oblasti byly šetřením prověřeny, vyhodnoceny a v uvedených případech zjištění nedostatečného stavu byly v kapitole č. 10 Diskuse navržena opatření na zlepšení tohoto stavu v budoucnosti.

12 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly se sociální medicíny*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. s 89.
2. ČECHOVÁ, V., a KOLEKTIV. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s 176. ISBN 80-7013-342-2
3. DUNOVSKÝ, J., a KOLEKTIV. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing a.s., 1999.
4. FELDMANN, H. *Kompedium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing a.s., 1996. s 365. ISBN 80-85 605-67-8
5. HÁJKOVÁ V. a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha, Epocha- Somatopedická společnost 2009, s 159. ISBN 978-80-904464-0-3
6. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999. s 165. ISBN 80-85824-60-4
7. HOUDCOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. Praha: Trion s.r.o., 2005. s 189 ISBN 80-7254-623-6
8. HROBOŇ, M., a JEDLIČKA, I., a HOŘEJŠÍ, J. *Nedoslýchavost, trápí vás*. Praha: Makropulos, 1998. s 78. ISBN 80-86 003-13-2
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. s 389. ISBN 80-244-0873-2
10. KUBOVÁ L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech market 1996. 45s. ISBN 80-902134-1-3
11. LAŠTOVKA, M. *Poruchy plynulosti řeči*. Dolní Břežany: Scriptorium, 1997. s 166. ISBN 80-86197-13-1
12. NIELSENOVÁ, L. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV, 1998. s 246. ISBN 80-85866-26-9
13. POKORNÁ A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2010, s 104, ISBN 978-80-7013-524-2

14. PROŠKO J. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada publishing a.s. 2007, s 227. ISBN- 978-80-247-1697-8
15. RICHARDS, A., a EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. s 432. ISBN 80-247-0932-5
16. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál s.r.o., 2000. s 199. ISBN 80-7178-312-9
17. ŠIMKOVÁ H. *Efektivní komunikace*. Praha: EuroProfis 2007, s 48. ISBN 978-80-239-8840-6
18. VENGLÁŘOVÁ M. a kol: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha. Grada Publishing 2006. s 114. ISBN 80-2471262-8
19. Elektronický zdroj : Florance časopis moderního ošetrovatelství, článek: Od zdravotních sester pacienti očekávají vstřícnou komunikaci. 6.6. 2010, str. 39, měsíčník. Dostupnost z WWW [http:// www.florance.cz/](http://www.florance.cz/)), datum citace: 14.5.2011

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Asertivita

Příloha č. Pacienti s problémy v dalších oblastech komunikace

PŘÍLOHA Č. 1 – DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Barbora Kopčilová a jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotnická v Praze, obor všeobecná sestra, bakalář.

Pro ukončení svého studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: *Přístup sester k pacientům s poruchami komunikace.*

Předkládám Vám následující dotazník a prosím o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní, data v něm budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a nebudou nijak zneužita.

Zvolenou odpověď prosím zakroužkujte. Tam, kde se nabízí rozsáhlejší odpověď se klidně rozepište.

Za spolupráci předem děkuji.

1. Jste:
 - a. Muž
 - b. Žena

2. Váš věk:

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
 - a. Základní
 - b. Vyučen v oboru
 - c. Středoškolské
 - d. Vyšší odborné
 - e. Vysokoškolské

4. Pracujete jako:
 - a. Lékař(ka)
 - b. Zdravotní sestra
 - c. Ošetřovatel(ka)
 - d. Sanitář(ka)
 - e. Jiné.....

5. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?
.....

6. Při prvním setkání s klientem se představíte?
- a. Ano vždy
 - b. Někdy
 - c. Nikdy
 - d. Často zapomenu
7. Podáte klientovi ruku při příchodu a odchodu?
- a. Ano vždy
 - b. Někdy
 - c. Nikdy
 - d. Často zapomenu
8. Domníváte se, že klientovi poskytujete dostatek informací týkajících se jeho osoby, vzhledem k Vaší profesi a kompetencím?
- a. Ano vždy
 - b. Někdy
 - c. Nikdy
9. Věnujete klientovi dostatek času, zodpovídáte trpělivě jeho dotazy?
- a. Ano vždy
 - b. Někdy ano
 - c. Někdy ne
 - d. Nelze posoudit
10. Informujete klienty o právech pacientů?
- a. Ano
 - b. Někdy
 - c. Nikdy

11. Mluvíte srozumitelně a dostatečně hlasitě?

- a. Ano vždy
- b. Někdy
- c. Nikdy

12. Stává se Vám, že si názor na klienta utvoříte jen z prvního dojmu?

- a. Ano
- b. Někdy
- c. Ne

13. Domníváte se, že jste dostatečně empatičtí?

- a. Ano
- b. Někdy
- c. Nikdy

14. Domníváte se, že dokážete vzbudit důvěru u klienta?

- a. Ano
- b. Spíše ne
- c. Jen někdy
- d. Ne
- e. Nedokáži posoudit

15. Svěřují se Vám klienti s osobními problémy?

- a. Ano
- b. Někdy
- c. Nikdy

16. Respektujete soukromí klienta?

- a. Ano
- b. Ne vždy
- c. Nikdy

17. Dokážete vnímat a reagovat na nonverbální sdělení klienta?

- a. Ano
- b. Někdy
- c. Nevím
- d. Ne

18. Jakou techniku (verbální, nonverbální, dotekovou....) komunikace s klientem používáte?

.....

.....

.....

.....

19. Myslíte si, že škola vás dostatečně připravila na komunikaci s „problematickým“ (smyslově, mentálně postiženým, agresivním, atd.) klientem?

- a. Ano
- b. Nevím jistě
- c. Ne

20. Umíte ovládat své emoce při komunikaci s takovým klientem?

- a. Ano
- b. Nejsem si jist
- c. Ne

21. Pokud jste se setkal(a) se *smyslově handicapovaným* klientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

- a. Ano mám
- b. Nevím
- c. Ne nemám
- d. Doposud jsem se s takovým klientem nesetkal(a)

22. Pokud jste se setkal(a) s *mentálně handicapovaným* klientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

- a. Ano mám
- b. Nevím
- c. Ne nemám
- d. Doposud jsem se s takovým klientem neseťkal(a)

23. Pokud jste se setkal(a) s *agresivním nebo jinak konfliktním* klientem, máte dostatek informací o komunikaci s ním?

- a. Ano mám
- b. Nevím
- c. Ne nemám
- d. Doposud jsem se s takovým klientem neseťkal(a)

24. Jakým způsobem, dle Vašeho názoru, lze zlepšit komunikaci mezi zdravotníky a klienty?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění

PŘÍLOHA Č.2 - ASERTIVITA

Jak se "správně" chovat vůči druhým lidem, jak najít soulad mezi vnitřními pocity a vnějším sociálním chováním? Je možné prosadit vlastní, potřeby a cíle a respektovat přitom cíle, potřeby ostatních, je možné se takovému jednání naučit, tzn. osvojit si postupy či pravidla, které správné reagování zajistí? Odpověď zní : ano.

Autorem pojmu Asertivita je Američan A. Saller, který se už ve 40. letech pokusil o praktické využití teorie mezilidské komunikace. Definoval ji jako: "Přímé a přiměřené vyjadřování osobních myšlenek, pocitů, názorů, aniž bychom porušili práva vlastní i druhých lidí."

Asertivní chování zahrnuje širokou škálu lidského chování v sociální interakci, nelze ho chápat zúženě jako tzv. "zdravé prosazování" či zdůvodněné jednání, kterým jedinec upřednostňuje své zájmy a potřeby, či kterým přímočaře dosáhne svých cílů. V asertivním způsobu vystupování je slušnost, tolerantnost, ohleduplnost, empatie, tedy řada sociálních dovedností se silným etickým důrazem. Řídí se zásadou, že svoboda vlastního chování končí tam, kde je ohrožována svoboda cizí. Je tedy výrazem zralé osobnosti, zahrnuje v sobě schopnost sebepoznání, pochopení hranic vlastních možností i schopností, vyjasněný systém životních hodnot.

Asertivnímu chování se lze učit. V rodině i ve škole se však jedinec setkává s požadavky, které jsou v protikladu těmto zásadám. Dítě je od malička vedeno především k disciplinovanosti, úctě k autoritám, poslušnosti. Přímé chování bývá regulováno příkazy i tresty. Místo asertivního jednání je tak dítě vedeno k nesamostatné pasivitě, někdy je sebeprosazování chápáno jako agresivita. Častou chybou rodinné a institucionální výchovy (a později partnerských vztahů), je manipulace s dítětem či dospělým, citové vydírání, sobectví nebo usměrňování založené na podplácení.

Tyto způsoby sociálního jednání jsou mnohdy podporovány konvencí, tradičními normami, osvědčenými vztahy poslušnosti, podřízenosti, společenského pokrytectví, etickými bariérami a podobně.

Asertivní jednání přitom může pro osobnost přinášet řadu pozitivních momentů:

✚ pomáhá nalézat vnitřní identitu

✚ kladně ovlivňuje skupinovou atmosféru a posiluje spolupráci

vede k odpovědnosti za vlastní činy, zvyšuje samostatnost, tvořivost a sebedůvěru

– zvyšuje sebevědomí

– umožňuje vyrovnat se snadněji s běžnými zátěžovými situacemi

umožňuje svobodně se rozhodovat a jednat bez pocitu úzkosti a viny
Ovšem asertivní jednání může i komplikovat mezilidské vztahy, hlavně ty partnerské, neboť člověk vystupující asertivně komunikuje s lidmi, kteří se řídí jinými formami chování a asertivnímu chování nerozumí nebo se mu brání.

V běžném životě se velmi často setkáváme s chováním lidí, v němž jsou výrazně obsaženy prvky agresivity a pasivity. Tyto projevy se dají snadno odlišit od chování asertivního a lze je cílevědomým tréninkem měnit.

Pasivní jednání je takový způsob reagování, kdy člověk má tendenci ve všem ustupovat, chová se submisivně, pociťuje však přitom ztrátu vlastní hodnoty a sebeúcty. Kořeny a projevy se dají následovně popsat. Výchova dítěte byla sama pasivní, jejím cílem bylo vedení k slušnosti za každou cenu. Preferovala potlačení vlastního názoru. Pasivní jedinec je nerozhodný, dobrovolně a předčasně se vzdává svých cílů. Jeví se nejistý, izolovaný. Svým chováním provokuje ze strany okolí agresi a despekt. Má výraznou snahu vyhnout se konfliktům únikem. Sebeprožívání je zatíženo úzkostí, strachem, obavami z odmítnutí okolím. Ostatními je tento člověk vnímán jako nekompetentní problémová osobnost. Pasivita se promítá i do vnějšího vzhledu. Je pro ni příznačné shrbené držení těla, časté přikyvování, psychomotorický neklid, nervózní gesta, vyhýbání se pohledu do očí, nejistý třesoucí se hlas.

Agresivní jednání je účelové chování, při kterém jedinec sleduje bez ohledu na ostatní své osobní cíle a nerespektuje práva jiných lidí. Agresivní člověk má tendenci rozhodovat za ostatní, je neústupný, vyvolává konflikty, podceňuje okolí. V hádkách používá ironie a sarkasmu, snadno ztrácí sebekontrolu, touží po vítězství za každou cenu. V citovém prožívání převažuje hněv a nepřátelství. Agresivní chování vyvolává strach, lidé se takovému jedinci vyhýbají.

Ve vzhledu se projevuje ztuhlým držením těla, jeho hlas je zvýšený s akcenty a ironickou intonací. Typický je jeho nesouhlas dávaný výrazně najevo, chladné, pronikavé pohledy do očí a přerušování partnera v dialogu.

Rodinná výchova v dětství byla pasivní nebo přehnaně tvrdá, zacílená k rozmazlování nebo sobectví.

Asertivní jednání je výsledkem přímé výchovy zaměřené k upřímnosti, hrdosti a sebeúctě. Výchova je láskyplná, posiluje sebedůvěru a vede k ohleduplnosti vůči druhým. Asertivní jedinec je cílevědomý, nevzdává se předem, samostatně se rozhoduje a sám hodnotí vlastní jednání. Ke svému okolí se chová přátelsky, vyžaduje-li to situace, je ochoten ke kompromisu. Vzbuzuje respekt a úctu. V konfliktních situacích se chová rozvážně, ovládá své emoce a způsoby reagování. Ze strany ostatních není vždy příznivě posuzován, v průběhu času však kladné hodnocení převažuje.

Vnější projevy jsou uvolněné, gesta a mimika jsou v souladu s obsahem komunikace. Pohledy jsou přímé, ale ne ulpívavé, hlasová regulace vřelá a zúčastněná, při respektování věcnosti a přesnosti sdělení.

ASERTIVNÍ PRÁVA

Vyhnout se manipulativnímu jednání předpokládá mimo jiné i uvědomění si práv, která zaručují vlastní sebeúctu a důstojnost. Asertivní práva jsou:

1. Právo sám posuzovat vlastní chování, myšlenky a emoce a být za ně zodpovědný (v podstatě jde o možnost samostatně se rozhodovat v jednoduchých, ale i složitých životních situacích. Radu od ostatních je možné akceptovat, ale není pro rozhodování určující).
2. Právo nenabízet žádné výmluvy, vysvětlení ani omluvy svého jednání (nejde o absenci omluvy za chybu, ale za právo nehromadit zbytečné výmluvy a zdůvodňování).

3. Právo posoudit, zda a nakolik jsem zodpovědný za řešení problémů druhých lidí. (Jedná se o možnost nepodléhat tlaku veřejného mínění typu: "Co by tomu řekli, co by si o mně mysleli").
4. Právo změnit svůj názor (jde o možnost, připuštění omylu ve vlastních názorech či jednání). Nejedná se však o ukvapené, citové či účelové změny, které by naopak svědčily o nezralosti či morální nedostatečnosti.
5. Právo dělat chyby a být za ně zodpovědný. (Jde o možnost dopustit se omylu, přiznat si ho, ale zbytečně nehledat omluvy za něj).
6. Právo říci "Já nevím." (Možnost volit tuto odpověď, jestliže nás okolí manipuluje do neřešitelných situací)
7. Právo být nezávislý na dobré vůli ostatních lidí (jedná se o zbavení se pocitu, že člověk má za všech okolností jednat tak, aby si uchoval náklonnost a přízeň jiných). Jde tedy o schopnost odmítnout a neprožívat přitom obavy ze ztráty sympatií, či vinu, že jsme se někoho dotkli.
8. Právo dělat nelogická rozhodnutí (jedná se opět o možnost odmítnutí či sdělení bez závislosti na očekávání druhých, či zbytečného vysvětlování vlastního počínání).
9. Právo říci: "Já ti nerozumím" (jde o schopnost přímé a jednoznačné komunikace tam, kde okolí volí naznačující a náhradní způsoby dorozumívání či sdělování).
10. Právo říci: "Je mi to jedno". Jedná se o možnost nedodržovat vštěpované pravidlo, že je nutné usilovat o vlastní dokonalost. Opět velmi často sahá k nátlakovému mechanismu: Co ti ostatní?

11. Právo sám se rozhodnout, zda budu jednat asertivně nebo ne, (vychází ze skutečnosti, že jedinec sám uváží, zda danou situaci budě řešit asertivně, nebo vyžaduje jiný způsob reagování).

PRÍLOHA č.3

PACIENTI S PROBLÉMY V DALŠÍCH OBLASTECH KOMUNIKACE

Narcistický pacient

Na první pohled není nijak nápadný, při delším kontaktu je náročný. Narcistické osobnosti mají nadměru dávky sebeúcty a sebevědomí, smyslem jejich života je neustálé utvrzování se ve vlastní dokonalosti. Svě okolí vnímají jen jako zrcadlo reflektující jejich nádheru. Mají svou představu o své výjimečnosti a ošetřující personál musí, dle jejich názoru, tuto kvalitu cítit a uznávat. Estetický prvek je u nich na prvním místě, otázky reálných možností neberou často vůbec v úvahu. Tyto osobnosti jsou jako pacienti věčně nespokojení s tendencí sekýrovat a později si stěžovat.

Přístup k pacientovi:

- ❖ Jasná dohoda o možnostech, postupech a očekávaném výsledku
- ❖ Využití malé dávky manipulace – akceptování sebeobdivného postoje
- ❖ Metoda postupných kroků – kroky podnikané a kontrolované na obou stranách
- ❖ Spolupráce s psychologem – kognitivně behaviorální terapie (Honzák 1999, str.116)

Depresivní pacient

Depresivní pacient vypadá smutně, bez zájmu, bez chuti ke spolupráci, nevidí žádnou perspektivu, vzdává věci předem, cítí se bezmocně a beznadějně. Takový pacient nejen špatně spolupracuje a předem dává najevo, že naše práce vlastně nemá cenu, ale navíc svým nezájmem o život více či méně skrytým způsobem signalizuje, že žítí je tak obtížné, že by bylo lépe je ukončit. Riziko sebevraždy je u této poruchy velice vysoké.(Honzák 1999, Str110)

Přístup k pacientovi:

- ❖ Nikdy nedoporučujte depresivnímu pacientovi, aby se sebral, je to stejně nesmyslné jako doporučit člověku s bronchitidou, aby přestal kašlat
- ❖ Dávejte najevo pochopení, zkuste pacienta přesvědčit o nutnosti odborné péče
- ❖ Je vhodný neverbální kontakt, ale ne upřené pohledy do očí
- ❖ V případě naznačených sebevražedných tendencí je povinností lékaře o těchto myšlenkách mluvit
- ❖ Je vhodné sestavit antisuicidiální smlouvu – klient slíbí, že do doby než vyhledá pomoc, nepodnikne nic, co by ho ohrozilo
- ❖ Vhodná spolupráce s psychiatrem, medikace

Úzkostný pedant

Úzkostný pedant je kombinací agresivního a příliš úzkostného pacienta. Tito pacienti projevují velmi často nespokojenost s čímkoliv od vykonané práce, přes způsob ošetření, finanční vyrovnání až po vybavení pracoviště. Velmi často si vedou podrobné záznamy, v nichž je v drtivé většině negativní hodnocení všeho, co jim celá medicína nabídla. Pacient žádá být hýčkán, ale zároveň neztratit pocit vlády.(Honzák 1999, str.111)

Přístup ke k pacientovi:

- ❖ Shrnout pacientův názor
- ❖ Nenechat se zlákat ke kritice kolegů či pracoviště
- ❖ Nechat pacienta vést své záznamy, podporovat pozitivní prvky, akceptovat stížnosti
- ❖ Nepřistoupit na hru, že vše je dobré nebo špatné
- ❖ Učit pacienta zaměřit se na pozitivní věci
- ❖ Být hodně trpěliví

Úzkostný pacient

Úzkostný pacient se dožaduje pocitu bezpečí a jistoty, ochrany, uklidnění a podpory. Dělá to ale často tak nešťastným způsobem, že vyvolá nepříjemný dojem a odmítavou odpověď. Poté jeho další postup může vést buď k agresivně útočné reakci, nebo k eskalaci úzkostných projevů až do roviny hysterického jednání. V chování jsou zvýrazněné projevy, s nimiž většina lidí přichází k lékaři. Úzkost je nepříjemný prožitek, který vede k fyziologické reakci – zvýšená adrenergní aktivita, reakce kardiovaskulárního systému, stresová reakce močového a zažívacího systému, neurotické projevy. (Honzák 1999, str.107)

Přístup ke pacientovi:

- ❖ Vhodné prostředí ordinace, čekárny (uklidňující dojem)
- ❖ Přístup zvolit vlídný a pevný
- ❖ Vysvětlit pacientovi postup léčby, upozornit na bolestivé zákroky, dohodnout signalizační systém, který pacientovi dovolí mít pocit kontroly
- ❖ Vhodný oční kontakt, šetřit gesty
- ❖ Používat komunikační techniku
- ❖ Při hysterické reakci zdravotník převezme ‚rodičovskou‘ funkci
- ❖ Snažit se získat pacienta pro spolupráci
- ❖ Případně medikace

Agresivní pacient

Agresivní jednání pacienta může mít různé roviny: od afektu provázeného fyzickým napadáním osob, nebo destrukcí předmětů přes slovní výpady a vyhrožování až po hostilitu maskovanou ledovou zdvořilostí. Pacient nespolupracuje. Agresivita může být dána typem osobnosti, duševním onemocněním nebo fází v rámci prožívání závažného onemocnění. Agresivní chování může být snahou o zakrytí úzkosti. (Honzák,1999,str.104)

- ❖ Přístup k pacientovi:

- ❖ Zjistit příčinu agresivního chování
- ❖ Nereagovat stejně agresivními projevy
- ❖ Nedávat impulsivní odpovědi, nechat si čas na rozmyšlenou
- ❖ Pacienta vyslechnout a zodpovědět jeho otázky
- ❖ Využít energii při agresi na jinou prospěšnou aktivitu – zapojení do léčby, získání ke spolupráci
- ❖ Při projevech nezvládnutí agrese použít medikaci

