

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

**SPECIFIKA V KOMUNIKACI SESTRY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MICHAELA MACKOVÁ**

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotní sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Kymrová, PhD.

PRAHA 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Macková Michaela  
3. B VS

**Schválení tématu bakalářské práce**


Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Specifika v komunikaci sestry

*Specific Communication of Nurses*

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Kymrová, PhD.

V Praze dne: 1. 9. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce ke studijním účelům.

V Praze dne 4. 3. 2015

*Michaela Macková*

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce paní PhDr. Evě Kymrové, PhD. Za projevenou ochotu a odborné vedení. Jsem velice ráda, že jsem měla možnost poznat, tak neobyčejné osobu, která vnesla světlo a moudrost do mého života. Děkuji, Vám.

Dále mé díky patří všem mým přátelům, kolegům a rodině, kteří mě podporovali.

## **ANOTACE**

Macková, Michaela. *Specifika v komunikaci sestry*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce PhDr. Eva Kymrová, PhD. Praha 2015. 65 s.

Hlavním tématem bakalářské práce jsou specifika v komunikaci sestry a umění komunikace.

V teoretické části jsem navázala na středoškolská témata komunikace, tedy komunikaci z obecného hlediska. Dále bakalářská práce navazuje na vysokoškolskou komunikaci a témata specifitější.

Praktická část pomocí dotazníkového průzkumu monitoruje znalosti, schopnosti a zájem v oblasti komunikace a nových informací sester, dále vliv vzdělání na znalosti sester v komunikaci.

Klíčová slova: Komunikace. Sestra. Pacient. Empatie.

## **ANNOTATION**

Macková, Michaela. Specifics Communication of Nurses. College of Nursing, o.p.s. Level of Qualification: Bachelor (Bc.). Dr. Leader. Eva Kymrová, PhD. Prague 2015. 65 s.

The main topic of this thesis are specifics in communication sisters and the art of communication.

In the theoretical part, I followed the high school themes of communication, ie communication in general. Furthermore thesis builds on the university communication and specific topics.

The practical part through a questionnaire survey to monitor the knowledge, skills and interest in the field of communication and new information sisters, as well as the effect of education on nurses' knowledge in communication.

Keywords: Communication. Nurse. Patient. Empathy.

## **OBSAH**

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD .....	10
1 UMĚNÍ KOMUNIKACE .....	11
2 FORMY KOMUNIKACE .....	12
2.1 Verbální komunikace .....	12
2.1.1 Úspěšnost verbální komunikace .....	12
2.2 Neverbální komunikace .....	13
2.2.1 Neverbální komunikace v povolání sestry .....	14
2.2.2 Vnitřní rozhovor .....	16
2.3 Komunikace sestry se specifickými skupinami pacientů .....	17
2.4 Komunikace s pacientem s infaustním onemocněním .....	18
2.5 Komunikace s depresivním a úzkostným pacientem .....	20
2.6 Komunikace s agresivním pacientem .....	21
2.7 Komunikace s narcistním pacientem, náročným pacientem .....	23
2.8 Komunikace s pacienty dle jejich věku .....	24
2.9 Komunikace v multikulturním ošetrovatelství .....	25
2.10 Komunikace s pacientem s komunikační vadou .....	26
2.10.1 Zvláštnosti v řeči s nevidomým .....	26
2.10.2 Komunikace se sluchově postiženým .....	27
2.11 Komunikace srdce .....	28
2.11.1 Srdce souvisí se srdeční čakrou .....	29
2.11.2 Elektromagnetické pole srdce .....	29
3 NASLOUCHÁNÍ .....	32
3.1 Proces naslouchání .....	32
3.2 Aktivní naslouchání .....	33
3.2.1 Techniky aktivního naslouchání .....	33
4 Průzkum v oblasti komunikace sester .....	34
4.1 Výsledky vlastního průzkumu .....	37

5	DISKUZE .....	56
5.1	Doporučení pro zdravotnické pracovníky, sestry.....	60
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	63

## PŘÍLOHY

### SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**ESP** - mimosmyslové vnímání

**NCONZO** - Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

**ČAS** – Česká asociace sester

**MPSV** – Ministerstvo práce a sociálních věcí

### SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

**Hemoglobin** – červené krevní barvivo

**Koherence** – vlastnost elektromagnetického pole a jeho popis chování

**Paradigma** – souhrn vědní disciplíny v určitém časovém úseku

### SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Demografické údaje: Věk respondentů .....	37
Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů .....	38
Graf 3 - Druh komunikace.....	39
Graf 4 - Zájem o nové informace v oblasti komunikace .....	40
Graf 5 - Znalost zásad efektivní komunikace se specifickými skupinami .	41
Graf 6 - Zásady v komunikaci s agresivním pacientem .....	42
Graf 7 - Znalost specifik v komunikaci s těžce nemocným pacientem .....	43
Graf 8 - Komunikace a zákony celistvosti .....	44
Graf 9 - Naslouchání a komunikace.....	45
Graf 10 - Dostatek času na komunikaci s pacientem.....	46



Graf 11 – Informace k mimosmyslovému vnímání.....	47
Graf 12 - Vědomé kultivování vnitřního rozhovoru.....	48
Graf 13 - Disciplinované myšlení .....	49
Graf 14 - Komunikace matrice lidského života.....	50
Graf 15 - Zásady profesionální komunikace .....	51
Graf 16 - Empatie v povolání sestry.....	52
Graf 17 - Otevřené srdce .....	53
Graf 18 - Setkání sestry s mistrem komunikace .....	54

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	55
---	----

## ÚVOD

Komunikace ve zdravotnictví je v mnohých oblastech velmi specifická. Toto téma mně srdečně zajímalo vždy, avšak až po poznání nových paradigmat jsem hlouběji pronikala do hlubin komunikace. Holistické pojetí v pohledu na vnímání světa, je nedílnou součástí tohoto tématu. Myslím si, že dnešní doba vyžaduje po sestře i celém multidisciplinárním týmu nutnost umění komunikace. Bez dobré komunikace není možná kvalitní péče o pacienta. Komunikace je sdílení informací a informace je prázáklad všeho. Základem spolupráce mezi sestrou a pacientem závisí na vytvoření dobrého vztahu. A dobrý vztah je zcela závislý na komunikačních dovednostech sestry.

Sestra se po celou dobu ošetrovatelského procesu dotýká mnoha citlivých témat a aspektů osobnosti pacienta. Denně se setkává s jeho obnaženým tělem, dotýká se i intimních partií, hovoří a ptá se na choulostivá, citlivá témata a mnohdy na velmi nepříjemné otázky. Dokonce svému pacientovi působí bolest při svých pracovních úkonech. Proto je velmi důležité, aby sestra s pacientem uměla navázat kvalitní vztah, který bude založen na dobré komunikaci, laskavosti a úctě. Měla by mít na mysli, že je potřebné navodit atmosféru důvěry a bezpečí.

Domnívám se, že osvojení a následné používání efektivní komunikace a holistický přístup je zásadní směr, kterým se musíme ubírat v naší ošetrovatelské péči.

V první části bakalářské práce jsem navázala na středoškolská témata komunikace a obohatila je o mé nové poznání, kterého se mi během dalšího studia dostávalo. Zaobírala jsem se poznatky v oblasti celistvosti a vnímání člověka jako součásti jeho multidimenzionálního bytí. Komunikací mezi lidmi navzájem, ale i interakcí s okolním i vnitřním světem jedince. Jsou zde zahrnuty také témata psychiky a duchovního pohledu.

Druhá část prezentuje výzkumné šetření prováděné pomocí dotazníků v zdravotnických zařízeních u sester v Královéhradeckém kraji. Věřím, že zpracovaný materiál pomůže hledat další cesty k účinnější komunikaci mezi sestrou a pacientem, ale i mezi celým multidisciplinárním týmem a také v rozhovoru, který každý z nás vede sám se sebou a světem.

# 1 UMĚNÍ KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je „činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si“. *Thesaurus language latinae*, jeden z nejobsažnějších latinských slovníků definuje slovo „*communicare est multum dare*“, komunikovat znamená hodně dávat. (Zacharová, 2011,s.5)

Přijímání i dávání je základním principem každého vztahu. I zde platí princip polarit, jak uvádějí stará hermetická učení. Komunikace je definována mnoha výklady. Výměnou informací mezi lidmi. Nástroj dorozumívání a myšlení, znamená poskytování zpráv. Slouží jako univerzální jev mezi lidmi a jejich vztahů. Komunikace zdaleka není jen řeč, ale mnohem více, zahrnuje veškeré vědomé i nevědomé chování, vyjádření postojů k lidem i věcem. Je vyjádřena mnoha formami – slovem, obrázkem, gestem, mimikou, intonací atd.

Jednou z významných profesí, kde umění komunikace patří mezi základní pilíře, je povolání sestry, ostatních zdravotnických pracovníků i lékařů. Je základem každého vztahu. Zasahuje do všech lidských rolí, manželské, partnerské, profesionální, rodičovské, ale i do role k sobě samému, která je stěžejní pro náš život a fungování v realitě.

## 2 FORMY KOMUNIKACE

Lidská komunikace je mnohavrstevný proces. Mezi nejčastěji používané dělení patří komunikace verbální a neverbální. Tyto dvě formy se často prolínají a doplňují navzájem. Avšak musíme mít na mysli, že je častým jevem naší společnosti vzájemný rozpor mezi oběma. Lidé mnohdy říkají co je zcela v rozporu s jejich chováním i prožíváním. Všeobecně platí, že sdělení neverbální je mnohdy věrohodnější než chování verbální.

*„Komunikaci proto musíme vždy chápat jako výměnu informací mezi lidmi a integraci jako vzájemné působení, při kterém se nevyměňují jen informace, ale také dochází k bezprostřední společenské činnosti“ (Eva Zacharová, 2011, s. 29).*

### 2.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Základní formou komunikace je rozhovor, který představuje záměrný jazykový styl, kdy střídavě hovoří dvě nebo více osob. Rozhovor probíhá v konkrétní a předmětné situaci. Verbalizace slouží k vyjádření věcného obsahu informací. (Eva Kymrová, 2012).

Slovní vyjádření tedy řeč je vymožeností lidí. Používáme ji zcela automaticky a mnohdy bez hlubšího zamyšlení. Čím více se člověk orientuje na pozitivní hodnotový efekt, na užitek, dobro, krásu, spravedlnost, snaží se i ve svých myšlenkách takto komunikovat. Tím více se zabývá celistvostí komunikace, což by pro zdravotní profese mělo být cestou správného růstu v komunikačních dovednostech. Jen málo lidí pracuje na svém upřímném zdokonalení se v rétorice.

Dle výzkumu (Meharbian) je porozumění tvořeno: verbální komunikací 7% z obsahu řeči 38% z tónu a barvy hlasu a hlasové intonace. Na neverbální komunikaci zbylo 55% ze signálů řeči těla.

#### 2.1.1 ÚSPĚŠNOST VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Pokud budeme chtít komunikovat efektivně, musíme mít na paměti či si osvojit určitá pravidla. Způsob řeči, může být signálem o kvalitě našeho

rozhovoru, Naše intonace je nesmírně důležitá, mnohdy mívá funkci zdůrazňující, pochopení, zcela mění význam pochopeného. Rychlost a tempo řeči, vždy musíme volit adekvátně k příjemci, přílišná uspěchanost, může odhalit nezáměr. Naopak pomalejší tempo volíme, když mluvíme o něčem novém nebo složitějším. Hlasitost sdělovaného bude rozdílná k dané situaci, co a komu chceme sdělit, zvýšením hlasu můžeme chtít zaujmout dominanci, něco zdůraznit nebo být jen slyšet v hlučném prostředí. Snížení hlasu nám naznačuje podřízenost, nejistotu, při respektu, projevu účasti, ale také při bolesti, vystrašení a smutku. Plynulost řeči, pomlky může mít různé příčiny. Sestra může dávat prostor pro přemýšlení, odpočinek. Mlčet neznamená nemít nutně co říci. Nemocný se zastaví, pokud se blíží nepříjemné téma, neví jak se dobře vyjádřit, zvažuje, zda se do hovoru pustit. (Jarmila Kelnarová, Eva Matějková, 2009, s. 17, Eva Zacharová, 2011, s. 33).

Úspěšná verbální komunikace se zaměřuje na požadavky mluveného projevu. Jednoduchost v projevu znamená používání krátkých, stručných a srozumitelných forem, vždy by měla nastat zpětná vazba, ověření porozumění sdělené informace. Stručnost by neměla být na úkor srozumitelnosti, je však prvkem profesionality, kde by neměla být zaměňovaná za strohost a neochotu. Zvláště u závažných sdělení musíme myslet na vhodné načasování sdělovaného. Profesionálním prvkem v řeči je také adaptabilita, zvolení vhodného času na vstřebání a pochopení sdělení.

V neposlední řadě mezi významná kritéria úspěšné komunikace patří oboustrannost v komunikaci. Znamená to, že by se pravidelně měla měnit role hovořícího a poslouchajícího. Jen tak se vzájemná komunikace stane účinnou a vztah mezi sestrou a pacientem plnohodnotným. (Gulášová, 2000).

## **2.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE**

Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy, jako doprovod slovní komunikace (Vybíral, 2005, s. 81). Neverbální komunikace lze definovat jako řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme (Venglářová, 2006, s. 36). I mimoslovní komunikace se řídí

určitými pravidly a je odrazem kvality vzájemných mezilidských vztahů. Člověk pomocí mimoslovní komunikace projevuje své emociální naladění a citění. V mnohých případech napomáhá řeči slovní či ji zcela nahrazuje. Ve zdravotnictví nám tato forma komunikace dává najevo mnohé o pacientovi a jeho postojích. Pokud se zaměříme na řeč těla je nám dobře viditelná, ale nesnadno uchopitelná. Mnohdy je označovaná jako upřímnější oproti komunikaci slovní. Procentuálně se řadí mnohem výše v zprostředkování sdělovaného. Mezi lidmi se dá považovat za univerzální jazyk celé planety. Neverbální komunikace je nazývána neúmyslnou, mnoho lidí na ni během rozhovoru zapomíná.

Tato komunikace je v zdravotnickém povolání velmi důležitým aspektem, sestra by se v ní měla dobře orientovat a umět ji číst. Měla by umět pracovat se svými neverbálními projevy. Specifickou neverbální komunikací je také vzhled a úprava našeho zevnějšku. Sestra by měla být adekvátně oblečená, čistě a pečlivě upravená. V případě opaku vzbuzuje v pacientovi obavy a nedůvěryhodnost. Neverbální komunikace je také nositelkou emocí, naopak přes verbální projev sdělujeme fakta a informace.

### **2.2.1 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE V POVOLÁNÍ SESTRY**

Pacienti jsou mnohem vnímavější k projevům sestry, než by se mohlo zdát. Jsou velice citliví k jejím projevům. Sestra, která chce být úspěšnou a navázat efektivní vztah s pacientem, musí znát neverbální jazyk a efektně jej interpretovat. Efektivní používání tohoto jazyka nám pomáhá zvládat překážky a úskalí, které jsou se ve zdravotnictví běžné, denně sestra vstupuje do intimní zóny pacienta, kterou obvykle s jinými lidmi dodržujeme.

Významným a stěžejním projevem v neverbální komunikaci je mimika. Mimika je odvozená od řeckého slova mimos, to znamená citlivě napodobující, jemný. Mimika je komunikace tváře, řeči očí a pohledů. Emoce nejčastěji zprostředkováváme právě mimikou. Můžeme zaznamenávat úsměv, smutek, strach, štěstí, nezáměr, spokojenost a mnohé další. Na tyto projevy bychom se neměli bát reagovat a ptát se. Jste smutný? Máte bolesti? Obavy atd. Takto reflektujeme náš zájem a potvrzujeme, že chápeme pocity a myšlenky, které pacient prožívá. Sestra by měla znát i specifický výraz tváře u některých chorob

jako je Parkinson, depresivní syndrom a psychiatrické poruchy. Řeč očí, je považována za bránu do duše, každý náš první sociální kontakt začíná mnohem častěji střetem pohledů, a poté slovem. I zde by sestra měla znát specifika v multikulturním ošetřování pacientů. Co v jedné kultuře je přijatelné v jiné, může znamenat opak. V mimické komunikaci bych chtěla podotknout význam a sílu úsměvu. Úsměv je cestou k pozitivnímu naladění, symbolem přátelství, dokáže vyvolat důvěru, působí podpůrně. Myslíme, že bychom měli rozdávat mnohem víc přirozených a upřímných úsměvů. Za opak úsměvu považujeme pláč. Profesionální sestra by měla ovládat své citové reakce, aby nepoškodila pacienta, což je mnohdy velice náročné. (Eva Zacharová, 2011, s. 69, Naděžda Štěpánková, Jaroslava Králová, 2012, s.30).

Na druhém místě v neverbální komunikaci jsou gesta. Gestika je odvozená z latinského gero, gerere = vést, chovat se, projevat se. Základními projevy jsou pohyby hlavou, rukou a paží. Gesta mohou zcela v naší komunikaci zcela nahradit verbální projev, podporují, podtrhávají řečené. Mnozí jej používáme zcela nevědomě, založené paže nebo ruce nám naznačují určitou odtažitost či rezervovanost a naopak.

Až třetí místo v mimoslovní komunikaci mají pozice, pohyby a postoje, označujeme je za posturologii. Náš zájem vyjadřujeme vzdáleností, kterou zaujímáme vůči druhým lidem. Je obvyklé, čím větší sympatie, tím menší vzdálenost. Naše pohyby a postoje těla naznačují zájem, či nezájem. Mnoho pohybů a gest odhaluje nervozitu. Správným vnímáním posturologie získáváme ucelený obraz, a však musíme mít na paměti, že každý člověk je jedinečná bytost.

Do komunikace nonverbální řadíme také roviny těla a zóny vzdálenosti. V součinnosti k ošetrovatelskému procesu je pro nás nejvíce zásadní zóna první – intimní. Sestra tuto zónu často narušuje a překračuje, což není příjemné a dá se předpokládat negativní reakce. Zásadou při vstupu do této vzdálenosti je předem informovat o důvodu a délce vstupu. Taktní chování je mírou profesionality.

Komunikací prostřednictvím dotyků nazýváme haptikou. Haptika vyjadřuje schopnost vcítění. Dotyk je projevem zájmu o jinou lidskou bytost. Ukazatelem pozornosti, ale především může snížit úzkost. Úskalí, které nastává špatným

pochopením dotyku, bývá vyvolání sexuálního podtextu. Zde je na místě obezřetnost, která nás vyvaruje nedorozumění i možných problémů. (Eva Zacharová, 2012).

## 2.2.2 VNITŘNÍ ROZHOVOR

Každý z nás vede sám se sebou vnitřní rozhovor a takřka neustále. V naší mysli si neustále klademe spoustu otázek, odpovídáme sami sobě, náš rozhovor má vztaznost k celému světu, ke každé činnosti, kterou vykonáváme, k přátelům, nepřátelům všem lidem, které v životě potkáváme. Tento neustálý vnitřní rozhovor si mnohdy neuvědomujeme, je to doslova vodotrysk našich myšlenek, duševní tok slov, pocitů a vjemů, které mají přímý vztah k tomu, co prožíváme či zažíváme během našeho bytí ve fyzické realitě. Také zde se uplatňují hermetické principy. Myšlenky, které se v nás opakují, kumulují a získávají na své síle, přitahují k nám, vše co zažíváme. Náš vnitřní rozhovor by měl být kultivovaný, má velký vliv na vyrovnanost našeho prožívání. Naše myšlenky by měli být ušlechtilé a kultivované i přesto, že nejsou vidět a slyšet. V našem stvoření mají stejně velkou váhu jako slova a činy, což ještě poměrně málo lidí ví. *„Udržujte krb svých myšlenek čistý, tím založíte mír a budete šťastní“* (Abd- ru-shin, 2012, s. 68).

Z výše napsaného je vidět, jak má náš vnitřní prostor, myšlenkové formy, velký význam a dopad na život. Myšlenky jsou zpracovávány mozkiem, každá vědomá myšlenka je vedena dál, až do Solaru plexu = srdeční čakry, zde se utváří a následně promítají do naší reality. Důležitost čistoty v našem duševním světě, světě našich myšlenek se zrcadlí do světa fyzického. K profesionální komunikaci patří sebeuvědomění a sebereflexe, již můžeme dosáhnout, právě prostřednictvím našeho vnitřního světa, světa myšlenek a vědomé volby. Je více možností a pomocí, kterými můžeme proniknout do našeho nitra. Jednou z nich je meditace.

Vnitřní komunikací se stále učíme, stáváme se sebevědomějšími. Věříme v sama sebe. Pokud by tomu, tak nebylo, jak by nám mohl věřit náš pacient. Když právě důvěrou má být prolnut náš vztah. To znamená, vždy začít u sebe. Pracovat na sobě musíme, vždy v přítomnosti, jenom tu jsme schopni ovlivnit.



Zaměřujeme se na teď a pozitivní myšlení. Rozvíjení pozitivního přístupu k sobě pacientům, kolegům i světu celkově. (Eva Kymrová, 2011).

## **2.3 KOMUNIKACE SESTRY SE SPECIFICKÝMI SKUPINAMI PACIENTŮ**

Sestra se během svého života a praxe setkává s mnoha pacienty, kdy je obzvlášť kladen důraz na vyjádření v komunikaci. Jsou to především překážky bránící ve vzájemné interakci. Překážky mohou být praktického rázu, kdy je komunikace omezena vlivy vnitřního a vnějšího prostředí. Je to hluk okolí a tichý hlas mluvícího. Další překážkou jsou bariéry jazykové. Čím dál více se v dnešní době setkáváme s příslušníky z cizích zemí. Nezřídka je ve zdravotnictví našim pacientem cizinec. Mezi jazykové překážky řadíme nesrozumitelný projev, který nastává na obou stranách, kdy nejsme schopni vstřebat informované. Roli zde hraje i přílišná rychlost našeho mluveného projevu. Velkou skupinou zábran jsou emotivní aspekty, kdy je velmi snížena schopnost soustředění. Také intelektové překážky, nám brání v pochopení podstaty obsahové formy vyjadřovaného během rozhovoru. Často se sestra setkává s pacienty, kteří mají bolesti, jsou vyčerpaní, trpí poruchou spánku či mají smyslové poruchy, jako je hypacusis. Tato skupina pacientů je blokována v komunikaci fyziologickou překážkou. Souhrnem těchto uváděných překážek nám vyplynula komunikace se specifickými skupinami pacientů.

Komunikace s pacienty je velmi různorodá a specifická. Jinak komunikujeme s dospělým, jinak s malým dítětem, nebo s pacientem v depresi. Uvádí se mnoho pravidel pro zdravotníky, která by pomohla překonat nástrahy komunikace s určitou skupinou pacientů. S určitostí mohu říci, že je dobré tato stěžejní pravidla znát, ale co když nastane situace, kdy zapomeneme na naučená pravidla. Vždy bychom měli mít na paměti, že není, až tak důležité s kým komunikujeme. Nejdůležitějším je však, jak komunikujeme a jaký vztah navážeme. Empatické naslouchání, naše přiměřené reagování, vcítění se do momentálních potřeb pacienta je nejlepším nástrojem v překonání bariér. Dobré načasování, připravenost a vytvoření vhodných podmínek pro navázání vztahu

s pacientem nám pomůže navázat atmosféru důvěry a bezpečí. Nadhled, víra ve své schopnosti je způsob dobré komunikace s pacienty. (Špaténková, 2012).

## **2.4 KOMUNIKACE S PACIENTEM S INFAUSTNÍM ONEMOCNĚNÍM**

*„ Jako laň dychtí po bystré vodě, tak dychtí duše má po tobě, Bože! Po bohu žízním, po živém Bohu. Kdy se smím ukázat před Boží tváří?“ (Žalm 42, 2-3).*

Komunikace s pacientem s infaustní prognózou, tedy s nevyлéčitelnou nemocí je pro mě komunikací citově nejnáročnější. Myslím si, že zde notná dávka empatie nestačí. Dokud sám člověk nezažije ve svém blízkém okolí setkání s takto nemocným, nemůže si dost dobře uvědomit složitost komunikace s umírajícím. A právě pro to má infaustní nemocný právo na nemoc reagovat pro nás mnohdy nepřiměřeným chováním, agresí a úzkostí a apod. Tato situace je stresující pro všechny zúčastněné, pacienta samotného, rodinné příslušníky, i pro nás ošetřující personál. Jako profesionálové bychom měli být připraveni udělat mnohé pro zvládnutí nastolené situace a to ze strany pacienta samotného i jeho nejbližších. Zde bych se zmínila o fázích, jak jej popsala Kubler-Rossová. První fází je šok, negace a popření. Při první fázi je klíčovým momentem navázání kontaktu a důvěra. Dále následuje agrese, hněv a vzpoura. Zde bychom měli mít na paměti, že pacient má právo chovat se hněvně a nepohoršovat se nad jeho reakcemi. Třetí fází je tématem smlouvání, vyjednávání, kde pro nás platí maximální možná trpělivost, nemocný se chová zcela iracionálně, je ochoten, zaplatit komukoli cokoli za zázračný lék. Ve čtvrté fázi nastává smutek, truchlení a přichází deprese. V poslední fázi nastává smíření se smrtí a její přijetí. V této fázi skončil pacientův boj s životem a nastává loučení. Pacient se stává vyrovnaným. V poslední fázi je důležité neopomenout a navázat kontakt a popřípadě pomoc rodině, která mnohdy tuto situaci neunes. Každý je jedinečný a prožívá odlišně, proto se nám může stát, že fáze se prolínají či některá ani nenastane.

Téma smrti, bychom neměli navozovat my, nýbrž sám nemocný. Naopak bychom se neměli vyhýbat otázkám, které nám nemocný pokládá. Rozhovor

o strachu, úzkosti, smrti nám pomůže navázat důvěrný vztah s pacientem. Nastávají chvíle, kdy je tím nejlepším rozhovorem mlčení, měli bychom dát umírajícímu dostatek prostoru a času. Říkat jen tolik, kolik sám chce slyšet a kdy to chce slyšet. Nikdy nemůžeme brát naději. Naděje je v této chvíli jako stéblo trávy pro tonoucího. To neznamena, že bychom měli lhát, ani milosrdná lež není na místě. Náš přístup by měl připomínat umění a tvůrčí kreativitu vůči jedinečnosti každého člověka a každé situace.

V ošetrovatelském procesu o pacienta s infaustním onemocněním poskytuje péči v oblasti biologické, psychologické, sociální a v neposlední řadě sem patří péče o potřeby spirituální. Spirituální - duchovní potřeby bývají v těžké životní situaci a během závažné nemoci důležitým tématem. Zde bych se chtěla zmínit, že mnozí zaměňují spiritualitu za náboženství. „ *Spirituální duchovní skutečnost, realita, která přesahuje psychickou úroveň, v určitém smyslu „nadpsychická“ jemnohmotná skutečnost. Podstatu spirituality odkrývá v současné době kvantová fyzika, která racionálně zpřístupňuje pro západní civilizace prastará mystéria. Spiritualita (duchovnost) není náboženství. Některá velká náboženství (především římsko-katolické), v historii lidstva svými dogmaty zničilo nebo účelově zakrylo principy spirituality.*“(Kymrová, 2011, s. 183).

Spirituální zaměření smrtelně nemocných pacientů jsou v terminálním období jejich života nadějí na další cestě, cestě po smrti. Častým a otevíraným tématem jsou hrubá hmota, duch a duše. Dnešní věda a její vědci např. David Bohm – kvantový fyzik, už poodkryli mnohé skutečnosti, že nesmrtelnost je ve skutečnosti nezničitelnost. Rozpuštění hrubé úrovně – těla a zachování jemné roviny – duše. Věřící lidé se v těchto chvílích obracejí na své představené, kněze, faráře, kteří i jim poskytují odpovědi a určitou naději, že život je věčný. Je nutné vážit svá slova. Nikdy neříkáme, že daná situace je beznadějná. Můžeme po pravdě přiznat, že je to těžké, vážné. Rozdíl je v tom, že důraz je kladen na tíži, ne na beznaději. Sestra ve své roli profesionála by měla mít na paměti, že potřeby těžce nemocných jsou různorodé. Snaha sestry je podpora pacienta v plné míře. Blahodárným vlivem v každé situaci je láska, láska a radost navozují pozitivní stav, stav důvěry.

Setra by měla vnímat smrt jako biologický proces, ale mnohdy je to velmi zatěžkávací zkouška života i pro profesionála a otřelého praktika. (Španténková, 2012).

## **2.5 KOMUNIKACE S DEPRESIVNÍM A ÚZKOSTNÝM PACIENTEM**

Úzkostně depresivní syndrom je označení pro soubor příznaků, které jsou typické pro depresivní, tak pro úzkostnou poruchu. Zpravidla se jedna z těchto poruch vyvinula jako první a druhá následně jakožto související. Obě se vzájemně prolínají a jsou považovány za velmi závažnou psychiatrickou poruchu. Při kombinaci úzkosti a deprese hrozí nezdědka riziko sebevraždy, rovněž prognóze na vyléčení je mnohem méně optimistická. Úloha sestry při komunikaci s takto nemocnými pacienty je nelehká, může se ovšem stát výzvou ke zvratu a samotnému odhalení tohoto psychiatrického onemocnění. Základním činitelem je rozeznání příznaků. Sestra by měla umět rozpoznat hlavní znaky deprese a úzkosti u pacienta. Hlavním příznakem je chorobně smutná nálada, zpomalené myšlení a vyjadřování, celkový útlum. Časté jsou i somatické obtíže jako je zácpa, nespavost, ztížené dýchání, mydriáza a bolesti. Pacienta ovládá pocit beznaděje, méněcennosti, neschopnosti. Mají sebevražedné myšlenky a rozhovory. Mnohdy trpí nespavostí či naopak nadměrnou ospalostí, až letargií. Mohou být neklidní a nervózní.

*„Deprese zbavuje člověka radosti z čehokoliv, především ze života“*  
(Linhartová, 2007, s. 72)

Příčinou deprese, úzkosti u pacienta může být velmi rozmanitá, smrt blízkého člověka, ztráta zaměstnání, vlastní onemocnění, rozvod aj. Nikdy bychom při rozhovoru neměli vymlouvat smutek a jeho stav jako samotný. Naší snahou a cílem by mělo být vcítění a snaha o pochopení jeho trýzně. Hledání příčiny a snaha o nalezení řešení. Hlavním rysem našeho rozhovoru by měla být empatie a trpělivost. Slova, která vyslovujeme, by měla být velmi dobře vážená a promyšlená, mnoho psychiatrickým pacientů bývá vztahovačných, což by nám zkomplikovalo naši další spolupráci. Myslíme si, že je důležité v pacientovi vzbudit pocit potřebnosti, dát mu motiv proč bojovat a žít dál.

V dnešní době je toto onemocnění čím dál častější, aktuálně trpí depresí či úzkostí 10% populace. Zde bychom se měli zaměřit i na prevenci těchto poruch a edukaci v boji s takto zákeřným psychickým stavem, který nám bere radost ze života a nedovolí nám radovat se z čehokoliv. (Linhartová, 2007).

## 2.6 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM

*„Agrese je útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě uspokojení potřeby“ (Hartl, Hartlová, 2009, s. 22).*

S agresivním pacientem v zdravotnickém zařízení se setkáváme v dnešní době mnohem častěji. Odpovídají o tom mé vlastní zkušenosti, zprávy v masmédiích i potřeba vzdělávání samotného zdravotního personálu. Nabídka kurzů a seminářů na toto téma je nepřeborná. Agresivní chování v dnešní civilizované době převládá nad zdravým rozumem. Prosazuje se na úrovni jednotlivců, tak i v nadnárodní podobě ve formě válek, válečných konfliktů, teroristických útoků, podvodů, zneužíváním lidí a vyústuje k prosazování zájmů jednotlivců či skupin. Agrese je zcela téma levého mozku, jedinec se obhajuje, popírá a nepřipouští pravdu. Agrese je tedy v područí systému našeho přesvědčení, našeho ega. Agresor bývá ve skutečnosti slabý člověk, většinou s manipulativním vzorcem chování. Slabý člověk je veden ke svému chování především egoismem. Egoismus je vykoupěn buď agresí samotnou, nebo může mít opačnou formu. A to např. ve formě konat dobré skutky, z egoistických pohnutek. Dle jednoho aforismu i samotná láska je nejvyšším stupněm egoismu. Mnoha lidem tedy nejde o to milovat, ale být milován. Projevem agresivního chování může být vulgární slovník vůči zdravotnickému personálu i ostatním pacientům, bouchání předměty, odmítání léků a léčby, může však dojít i k fyzickému napadení. Fyzické napadení je směřované vůči druhým lidem, předmětům a může být zaměřeno i na samotného agresora.

Jak komunikovat a jak jednat s agresivním pacientem, člověkem? Komunikace s tímto pacientem bývá mnohem složitější než samotná ošetřovatelská péče. Pokud se nám podaří pochopit, že neadekvátní chování vyplývá, vždy ze strachu a ohrožení, může se nám podařit zvládnutí této komunikace. Doporučovaný postup je klid mysli, ovládnutí emocí, ovládnutí

svého chování a následného jednání. Agresor bývá zajatcem svého vlastního strachu, kterému mnohdy ani on sám nerozumí. Neví, že škodí, tato osoba si neváží sama sebe ani svého okolí. Není, nebo ani neumí se chovat empaticky, tvořivě a s ohleduplností, nezná a pravidla a zákony. Jeho předchozí agresivní chování mu zajistilo v minulosti to, co si vyžádal. Tento typ pacienta si neuvědomuje, že agrese, kterou aplikuje na ostatní je agresí proti sobě samému. Nemluvený zákon praví: Když ubližuji tobě, ubližuji sobě. Nehněvám se na tebe, nýbrž na sebe, protože nedokážu vyřešit svůj problém. Sestra by měla mít na mysli, že tento typ pacientů nechová úctu ani sám k sobě. Dále může být agrese vyvolaná z biologických příčin, jako vývojové a organické poruchy, poruchy paměti a pozornosti, ti kteří mají sníženou produkci serotoninu v mozku aj. Cílem naší komunikace, by mělo mít za cíl navázání spolupráce. Sestra volí strategii chování dle daného typu pacienta a situace. Pozorně naslouchá, respektuje druhého, zjišťuje a poskytuje informace, je tolerantní k člověku v krizi a jeho chování, vždy si udržuje ústupovou cestu. Další možnou verzí je tlumení konfliktu, působení jako parter, který je vstřícný i když druhá protistrana se zrovna nechová adekvátně, je zlá a křičí. Důležité je zachování klidu, pozorně poslouchat, mít oční kontakt, nereagovat na vulgarismy. Nebát se slovního kontaktu, hlasitě mluvit, klást otázky, můžeme se přiblížit fyzicky na projev zájmu. Pozor, sestra si musí hlídat svou intimní zónu. Tón hlasu by měl být důsledný, projev pomalý a zřetelný, nesmíme neadekvátně zvyšovat hlas. Snaha je naleznout jádro problému. Konečnou fází je vysvětlení či nabídka jiného řešení. Pokud by se nám nedařilo zvládat danou situaci, je rozumné přivolat lékaře, a pokud by se situace vyhrotilo nepřiměřeně našim silám, volat policii. V komunikaci s agresivním pacientem si opakujeme pravidla nonverbální komunikace. Hlídáme si svoji mimiku, nešpulíme rty, nezvedáme obočí. Naše gesta jsou klidná, pohyby nejsou prudké a těkavé. Udržujeme si již zmíněnou bezpečnostní zónu, naše bezpečí je prvořadé. Postavení našeho těla je vždy čelem k pacientovi. Musíme být stále ve střehu. Zvládání vypjatých situací a kontakt s agresivním pacientem je jednou z mnoha specifik práce sestry. Sestry by měli být v tomto směru vzdělávány v aktivním učení technik zvládání neklidu a agrese. Měli by si posilovat své sebevědomí a učit se komunikovat s těmito lidmi. (Hartl, Hartlová, 2009).

*„Nemůžeme změnit myšlení jiných lidí, ale můžeme změnit své myšlení a tím sami sebe. Obnovení podvědomého intelektu člověka transformuje.“*  
(Murphy, 2008, s. 12)

## **2.7 KOMUNIKACE S NARCISTNÍM PACIENTEM, NÁROČNÝM PACIENTEM**

*„Narcizmus je přemrštěné zaměření na vlastní osobu, na obdiv k sobě samému, s egocentrickým laděním“* (Hart, Hartová, 2009, s. 342).

Psychologie Sigmunda Freuda rozlišuje dva typy narcismu. Primární narcismus – jako stádium vývoje dětského věku. A sekundární narcismus – jako závažnou poruchu osobnosti. Z psychologického hlediska dnešní doby je narcista strukturovaná poruchou osobnosti. Narcistický pacient je člověk, který je přesvědčen o své výjimečnosti, dokonalosti a jedinečnosti. Má pocit své neomezenosti, se sklony k exhibicionismu. Takový to pacient má představu, že mu zdravotnický personál vyhoví ve všech jeho nadstandardních potřebách. Vyžaduje přehnanou pozornost a péči. Neplatí pro něho pravidla, jako pro ostatní pacienty. Je sobecký a neohleduplný. Komunikace sestry s tímto pacientem je náročná z mnoha ohledů. Vyžaduje časovou náročnost, neustálou podporu a všestrannou pozornost. Chování je manipulativní se sklonem k agresivitě. Naší úlohou není takovéto chování odsuzovat, považovat narcistu za chladného, věčného problémistu, sobeckého a arogantního pacienta. Musíme si uvědomit, že on sám je objetí své poruchy osobnosti. Jeho chování je i jeho iluzí. V komunikaci platí navození partnerského vztahu a empatie. Pacientovi dáváme najevo, že je středem našeho zájmu, pravidelně a důsledně ho informujeme o průběhu léčby, snažíme si zachovat důstojnost a jednáme s úctou.

Sestra a zdravotnický personál se ve své profesi setkávají s typy pacientů, kde je komunikace obzvláště nesnadná. Zvládnutí komunikace s náročným pacientem je ukázkou naší profesionality. Velmi náročná a mnohdy vyhrocená komunikace bývá s pacienty, kteří jsou pod vlivem drog a alkoholu. Náročné je také nacházet společnou cestu s lidmi, kteří jsou asociální, mají nízký morální kodex a úplně jiný náhled na život, než většina populace. Náročným pacientem

se pro nás může stát člověk, jehož povaha nám nesympatizuje. Což, každý zná z běžného osobního života. Standardem našeho chování by měla být emociální neutralita, naše vnitřní vyrovnanost a snaha o pozitivně laděný rozhovor. (Venglářová, Mahrová, 2006).

## **2.8 KOMUNIKACE S PACIENTY DLE JEJICH VĚKU**

Všeobecná sestra se ve své práci setkává s pacienty napříč věkovému rozhraní. Od těch nejmladších dětí po ty úplně nejstarší seniory. Každá věková etapa si žádá jiné specifikum v komunikaci. V komunikaci s dětmi je důležité znát rozdělení dětského věku, zralost dítěte a dle toho se přizpůsobit. Jako sestry se stáváme pro dítě nejbližší osobou, jsme náhradou rodičů a kamarádů. Důležité je sdělování dotykem, pohlazením, stisk a objetí. Dítě se zaměřuje na výraz v naší tváři a oční komunikaci. Trpělivě vše vysvětlujeme, krátkými a jednoduchými větami. Dítě ubezpečujeme, že nebude samo, nelžeme mu, připravujeme ho na další ošetřovatelské postupy, chválíme a oceňujeme jej. K dětem v starším věku přistupujeme jako k rovnocenným parterům, nechováme se k nim dětinsky a nehovoříme zdrobněle.

V komunikaci se starými lidmi se vrství k obecným komunikačním problémům jejich specifické obtíže. Staří lidé mohou trpět poruchou smyslového vnímání, kognitivní poruchou, afázií aj. Významnou součástí komunikačního procesu je naslouchání, časový prostor a odstraňování komunikačních bariér. V popředí naší interakce je nonverbální projev. Řeč očí nás informuje o pacientově prožívání, myšlenkách a citech. Dotekový kontakt podpoří důvěru, může postačit klasické podání ruky nebo pohlazení. Senioři bývají v kontextu se svým věkem a fyzickou kondicí zpomalení a je třeba se přizpůsobit jejich rytmu. Důležité informace týkající se léčby, medikace a vyšetření zdůrazňujeme, popřípadě zaznamenáváme do papírové podoby. V komunikaci s geriatrickým pacientem by sestra měla aktivně vyhledávat bariéry v komunikaci – špatný zrak, sluch, poruchu kognitivních funkcí. Zajistit klidné a vlídné prostředí s dostatkem soukromí. Pro zefektivnění stojíme v zorném poli. Při práci se starými lidmi uplatňujeme individuální přístup, empatii a sociální inteligenci. Posilujeme sebedůvěru správným a zdvořilým oslovením, nikdy bychom neměli hovořit zdrobněle či snad zesměšňujícím způsobem, bohužel v praxi jsem se



s tímto problémem již setkala a tyto situace se vyskytují. Klíčovým východiskem pro specifickou komunikaci se seniory je skutečnost, že staří lidé mají stejnou důstojnost jako kterákoliv jiná dospělá osoba.

## 2.9 KOMUNIKACE V MULTIKULTURNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ

### **Motto:**

*„Pokud mají lidé přežít a žít ve zdravém, pokojném a smysluplném světě, pak musí sestry a další zdravotničtí pracovníci pochopit jejich různá kulturní přesvědčení, kulturní hodnoty a životní styl, aby byli schopni poskytovat kulturně uzpůsobenou prospěšnou zdravotní péči.“ (Madeleine Leiningerová)*

V dnešním multikulturním světě nabývá na důležitosti znalost zdravotníků, komunikace a správného chování k pacientům, kteří jsou příslušníci jiného etnika, národa, rasy a religiozity. Multikulturní komunikace je založena na porozumění příslušníkům jiných kultur a hodnot. Respektuje jejich přesvědčení, tradice, kulturní specifika jednotlivců, komunit i rodin. Naším cílem v multikulturním ošetrovatelském procesu v péči o pacienta je využití našich komunikačních dovedností se zřetelem na komunikační etiku. Znalost nejenom cizího jazyka, ale i zvyklostí, tradic, historie a postoj ke zdraví a nemoci pacienta jiné kultury nám usnadní naší péči o něho. I zde platí, že bychom měli každého člověka vnímat jako jedinečnou a celistvou bytost.

Pro navázání rozhovoru je nezbytné, zjištění v kterém jazyce pacient hovoří. Vyčlenit si na pacienta dostatek času v klidném a nerušeném prostředí. Hovořit pomalu v krátkých větách a spojeních, klást důraz na artikulaci. Pokud je to možné zajistit tlumočnicka, popřípadě používat pomůcky, kterým pacient porozumí. Využít obrázky, nákresy, schémata, slovník či tabulky k usnadnění sdělovaného. Sestra by měla mít na paměti, že odstranění co největšího množství bariér usnadní nejenom naší vzájemnou sociální intervenci a komunikaci, ale náš pacient se bude lépe cítit. Nebude zmatený, ztracený, méněcenný a zmírníme jeho strach a obavy. V komunikaci s multikulturním pacientem nabývá na významu řeč těla, zprostředkovává nám pocity člověka mnohem lépe nežli slova. V současné multikulturní době je prospěšné, učit se

proč jsme odlišní. A proč jsme takoví, nejen z pohledu sestry a zdravotních pracovníků, ale i z pohledu běžného člověka, který cestuje do zahraničí či se potkává s cizinci u nás v České republice. (Klenková, 2006).

## **2.10 KOMUNIKACE S PACIENTEM S KOMUNIKAČNÍ VADOU**

Komunikační vada, tedy narušení komunikačních schopností lze rozdělit do kategorií dle Lechty:

- vývojová nemluvnost – dysfázie
- získaná orgánová nemluvnost – afázie
- získaná psychogenní neschopnost – mutismus
- narušení zvuku řeči – rinolálie, palatolálie
- narušení plynulosti řeči – tumultus sermonis, balbuties
- narušení článkování řeči – dyslálie, dysartrie
- symptomatické poruchy řeči

Podle Lechty je „komunikační schopnost jednotlivce narušená tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu, nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i gramatickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ (In Klenková, 2006, s. 54).

V komunikaci s pacienty s některou z výše uvedených vad, platí zásada evalvačního chování. Verbální projev pacienta bývá zpravidla hůře srozumitelný. Souhrnně lze uplatnit naší toleranci a chápaví přístup k pacientovi.

### **2.10.1 ZVLÁŠTNOSTI V ŘEČI S NEVIDOMÝM**

Komunikace s pacientem se zrakovým postižením není komunikací náročnou. Komunikace by měla probíhat zcela přirozeně, bez projevů lítosti a soucitu. V ošetrovatelské péči s nevidomým pacientem jednáme především prakticky. Důležité je uvědomit si, že osoba nevidí naše nonverbální projevy, tudíž je vhodné nahradit je slovy. Můžeme i výrazná gesta jiných osob

přetlumočit, pokud mu to ulehčí orientaci v komunikaci. Při setkání můžeme využít i dotyku. Naší pomoc nevnučujeme, ptáme se, zda jí potřebuje a jakou formou. Pomáháme způsobem, který je dohodnut k vzájemné spokojenosti. (Venglářová, Mahrová, 2006).

### **2.10.2 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝM**

Setkání se sluchově postiženým pacientem není neobvyklou událostí, protože tvoří velkou nehomogenní skupinu osob s poruchou sluchu. Do této skupiny patří lidé s totální hluchotou, osoby ohluchlé a nedoslýchavé. Komunikace s tímto pacientem zahrnuje dvě složky komunikace a to na slovní a neslovní podstaty. Slovní podstata je založena na mluvené hláskové řeči, odezírání a také psané projevy. Neslovní složka v komunikaci zahrnuje znakový jazyk, mimiku a gestiku, pantomimu a dramatizaci. Při prvním setkání navazuje náš rozhovor zrakovým kontaktem, popřípadě na sebe upozorníme lehkým dotykem na paži či rameno. V první řadě zjišťujeme způsob a preference v rozhovoru. Následnou preferenci zapíšeme do zdravotní dokumentace. Při odezírání dbáme na zřetelné vyslovování, tempo mluveného a nezvyšujeme hlas. Přehnaně neartikulujeme. Náš obličej by měl být čelně k pacientovi a dobře osvětlen. Odezírání není spolehlivou formou vnímání řeči, a proto se ujistíme, zda pacient porozuměl. Máme na zřeteli, že snížená psychická a fyzická nepohoda snižují schopnost vnímání. Pacient má právo na svého tlumočnicka. Pokud se takto rozhodne, vždy komunikujeme se sluchově postiženým, nikoliv s tlumočnickem. U pacienta s částečnou poruchou sluchu či nedoslýchavým dbáme na eliminaci rušivých projevů z okolního prostředí a nevzdalujeme se příliš daleko. Pravidelně ověřujeme, zda nám rozuměl a to především ohledně důležitých sdělení. Pacienta se neptáme, jestli nám rozuměl, ale co nám porozuměl. Sestra by neměla projevovat netrpělivost, neomezovat komunikaci, měla by se snažit vcítit do role pacienta, pro lepší porozumění potřebám sluchově postiženého. Komunikace se sluchově postiženými pacienty se v praxi jeví jako náročná a ze strany zdravotnického personálu často selhává. Sestry a lékaři nejsou dostatečně připraveni na zvládnutí poskytování zdravotní péče sluchově postižených pacientů. Cílem

novodobé a profesionální péče by mělo být vzdělávání zdravotního personálu v této oblasti a ukázání jejich specifík.

Základní informovanost a připravenost by odstranila bariéry v komunikaci se sluchově znevýhodněnými pacienty. Naší prioritou musí být umožnění plnohodnotné a vzájemné komunikace. (Venglářová, Mahrová, 2006).

## **2.11 KOMUNIKACE SRDCE**

Srdce je klíčovým aspektem naší osobnosti. Naše srdce je tou nejhlubší niterností a nazýváme jej jádrem a středem našeho života. Stejně tak, jako v pravém mozku se nachází pravda. I v našem srdci, se vždy nachází pravda. Srdce je holistické, celostní a intuitivní. Naše srdce je přímo napojeno na vesmírné energie, tedy na zdroj absolutní lásky, nekonečné tvořivosti a veškerého vědění. Srdce je jedinou vstupní cestou do jiné reality, dimenze. Každý, kdo chce na sobě samém pracovat a stát se tak lepším člověkem, který je spokojen se všemi úrovněmi svého bytí. Ten musí začít pracovat se svým srdcem a jeho napojováním. Pomocníkem k napojení na naše srdce by měla být naše intuice. Významnou roli hrají naše strachy, hlavně strachy z lásky. Paradoxně strach z lásky z nás dělá zdrženlivé a sarkastické jedince. Prožíváme tolik strachu z toho, že budeme zraněni, ovládnáni, manipulováni a zneužiti, že uzavíráme svá srdce dobrovolně. Tím ztrácíme schopnost přijímání a dávání lásky. Uzavírá se nám tak cesta ducha a možnost napojení na vesmírné energie a jiné dimenze.

### **Máme tři komunikační cesty srdce:**

1. Cesta je přes hrtan a ústa
2. Cesta je přes ruce
3. Cesta je přes malou pánev

První cesta je považována za tu nejdůležitější komunikační cestu srdce. Může se stát, že tato cesta je blokována, to se může projevit i fyzickými obtížemi. Zablokování způsobují nevyjádřené pocity, nevyslovená sdělení a slova, která měla být vyřčena.

Druhá cestou je cesta přes ruce. Cesta sjednocení a protikladu odloučení. Ruce milujícího člověka jsou nabitý pozitivní energií a jejich dotek léčí. Lásky ze srdce proudí do rukou.

Třetí cestou je komunikační cesta přes malou pánev. Tato cesta se vztahuje ze srdce k vnějšímu světu. Plnohodnotný a šťastný život je otevřený lásce. Takový to člověk se stává sebe uvědomělý, jeho pocity se začnou probouzet a vibrace navyšovat. (Eva Kymrová, 2011).

### **2.11.1 SRDCE SOUVISÍ SE SRDEČNÍ ČAKROU.**

Čakry jsou nazývány kvantovými fyziky leptonovými útvary, jsou to naše energetická centra, která nás spojují s makrokosmem, kdy je jedinec mikrokosmos. Naše srdeční čakra, která otevírá cestu komunikační brány je nazývána Anaháta a je čakrou čtvrtou. Anaháta je Sánškrtské slovo a znamená „zvuk nevznikl úderem“. Jejím významem je přerozdělování energie Jing a Jang pomocí meridiánů. Samotné její centrum se nachází v srdci. Úlohou srdeční čakry je sjednocování skrze lásku. Čtvrtá čakra hraje velkou úlohu při zjemňování našeho vnímání. Je nazývána také branou duše, protože se s ní můžeme spojit s univerzální částí naší duše, makrokosmem. V úrovni této čakry miluje svůj život.

Zde bychom zmínili další velmi významnou čakru v naší komunikaci. Touto čakrou je naše šestá čakra Adžňa nazývaná také třetím okem. Váží se k ní všechny smysly a nadmyslové vnímání. Ve spojení s otevřenou čakrou srdce můžeme také vysílat léčivé energie a uzdravovat na dálku. Zároveň získáváme přístup ke všem úrovním Stvoření, které leží za fyzickou realitou našeho vnímání. Zprostředkování informací přichází intuicí, jasnoviděním, jasnocítěním a jasnoslyšením.

### **2.11.2 ELEKTROMAGNETICKÉ POLE SRDCE**

Živé organismy, tedy i lidé si vyměňují elektromagnetickou energii, prostřednictvím doteku svých polí. Tato energie se dá připodobnit radiovému vysílači a přijímači přenášejícímu hudbu. Při setkání dvou lidí dojde prostřednictvím jejich elektromagnetických polí k důmyslné výměně informací.

Lidé si tuto energetickou informaci předávají pomocí elektromagnetického pole srdce. Čím je vzdálenost bližší, přenos je nejsilnější. Koherence srdečního pole přispívá k vzájemné výměně, dialogu informací. Čím máme svá srdeční pole uspořádanější, tím je intenzivnější přenos informací. Pokud vysílá srdeční koherentní pole naplněné láskou, péčí a úctou, spojení je mnohem pevnější, vnímavější a otevřenější.

Empatie by měla být nedílnou součástí profese sestry a lékařů, ale i ostatních povolání, která pracují v přímém kontaktu s lidmi. Empatie by měla být všude, kde je předpoklad práce s člověkem v životní tísni. Upřímné a hluboké vcítění se do prožitků druhého jedince je spojeno se schopností optimálně a jemně reagovat na vzniklé situace. Empatie je stav našeho srdce. Pokud tedy nemáme svá srdce otevřená, nedá se naučit. Sestra či lékař, který dosahuje svou vědomou volbou koherence elektromagnetického pole srdce, vyzařuje k pacientovi laskavost, dobrosrdečnost a kladný úmysl chtít pomoci, tedy léčit. Toto vyzařování je zachyceno organismem nemocného a využívá energii ke své změně svého biologického fungování. Rány se rychleji a lépe hojí, slábnou intenzita bolesti, mění se DNA a hladina hemoglobinu se zvýší. Změny v biologickém potenciálu jedince jsou již dnes prokázány mnoha vědci. Změny nastávají v celém těle. Vyplavovány jsou mnohé hormony např. testosteron, dopamin, také více imunoglobulinu IgA, který má za následek posílení zdraví.

Nejlepších výsledků je dosahováno při vědomém záměru, tedy na stavu mysli léčitele – lékaře a sestry. Záměr při jejich práci má významnou důležitost. Čím více soucitnosti, tím více koherence v jejich elektromagnetickém poli. Z toho vyplývá lepší schopnost léčit. Nárůst koherence v elektromagnetickém poli člověka, způsobuje změny funkce v mozkové kůře. Tím se jedinci prohlubuje vnímání a zvýrazní se jeho poznávací schopnosti. Následkem pro sestru či lékaře je citlivé pochopení problémů pacienta. Vyzískání významů z vnitřního světa léčeného. Léčení se stává uzdravovacím procesem.

Zvyšování vzájemné intenzity dvou živých organismů, prohlubuje jejich stopy v srdcích a narůstá změna v elektromagnetickém poli. Tento aspekt léčení není běžně přítomen v dnešní technologické medicíně. Pacienti nejsou schopni reagovat na koherentní elektromagnetické pole. Racionální pohled na

svět, staré vzorce myšlení, vnímání světa levou hemisférou a vyloučení srdce má za následek nekoherentní a neuspořádané pole. Toto vše přispívá k momentální situaci v naší medicíně a léčení. ( Buhner, 2007).

### 3 NASLOUCHÁNÍ

Naslouchání neodmyslitelně patří k základům komunikace. Naslouchání je procese, při němž lidé přijímají a zpracovávají zvukové signály. Základem úspěšné komunikace mezi lidmi je schopnost vzájemného naslouchání. „*Umět dobře komunikovat znamená nejen umět dobře mluvit, stejně tak – ne-li dokonce více – to znamená umět dobře naslouchat*“ (Chodura, 2000, s. 6). Pokud se pacient obrátí na lékaře či sestru s nějakým zdravotním, ale i úplně jiným problémem, vyvolá to v jeho osobě reflexní puzení tento problém vyřešit. Vcítí se do této role automaticky, avšak tato role není jeho rolí. Prvořadým smyslem jeho pomoci pacientovi by mělo být naslouchání. I kdyby se nic jiného v jejich vzájemném kontaktu nepodařilo. (Kopřiva, 2006).

Naslouchání neznamena jenom slyšet, ale i porozumět a chápat. Efektivní naslouchání umožní získat velmi cenné informace o našich pacientech, o sobě a všem, co je pro sestru při její práci důležité. Aktivní naslouchání umožňuje, vyhnout se problémům a také lépe se rozhodovat. Umožňuje lepší proniknutí a nahlédnutí do nitra druhých lidí. Pomáhá nám získat větší množství informací a ucelený náhled na danou situaci. Naslouchání se zdá být automatické, což není pravda, mnohdy je to boj s mnoha rušivými vlivy. Správným nasloucháním je možno ovlivnit chování a postoj pacienta. Nasloucháme očima, ušima a srdcem.

*„Lidé všeobecně více respektují a následují toho, kdo jim naslouchá a rozumí. Vědět, kdy vynechat kritické a hodnotící postoje a naslouchat druhému uvolněně, s projevy porozumění pro všechno, co slyšíte, je velmi užitečné pro efektivní komunikaci“* (Devito, 2001, s. 81).

#### 3.1 PROCES NASLOUCHÁNÍ

Naslouchání má svůj vlastní proces. První fází tohoto procesu je příjem signálu, signál k nám přichází prostřednictvím verbální, ale neverbální formy komunikace. Druhou fází je dekódování přijatého signálu. Dekódování znamená zjištění, co chce mluvčí sdělit. Tedy pochopení celého obsahu vyjádření a to i myšlenek, emocí a naléhavosti sdělení. Pokud druhá fáze proběhla úspěšně



a posluchač přijal celé sdělení, přichází na řadu uložení do paměti. Uložené informace v paměti, pak musíme uchovat po dobu důležitosti, tedy po dobu pokud budeme s informací pracovat. Na první dojem vypadá fáze uložení do paměti snadně, což tak úplně jednoduché není. *„Pamatujete si nikoli to, co jste slyšeli, ale to, co si vzpomínáte, že jste slyšeli. Ve své paměti nereprodukuje přesně, co vám někdo řekl, ale spíše rekonstruuje přijatá a zaznamenaná sdělení do nějakého systému, který vám dává smysl“* (Devito, 2001, s. 84).

Další fází v procesu naslouchání je vyhodnocování informací posluchačem. Vyhodnocujeme záměr, který se nalézá za sdělením. Po vyhodnocení je na řadě zpětná vazba mluvčímu, která by měla obsahovat všechny prvky asertivní komunikace.

## **3.2 AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ**

Aktivní naslouchání je lidský přístup, který bychom měli používat v celém svém životě. Naslouchání není pasivní spoluúčast, ale aktivní proces. Jde o pozastavení svých vlastních myšlenek a vytváření vědomého úsilí pochopit pozici pacienta. Vyžaduje to stálou přítomnost u druhého člověka (Kopřiva, 2006).

### **3.2.1 TECHNIKY AKTIVNÍHO NASLOUCHÁNÍ**

Povzbuzování – cílem je projevit zájem a povzbudit k dalšímu hovoru.

Parafráze – je ověřování, zda vše chápeme správně. Parafráze je druh zpětné vazby, kdy je třeba novým způsobem přeložit myšlenky a fakta. Př. „Strašně mě to bolí.“ – „Vás to hodně bolí.“

Shrnutí – cílem shrnutí je zhodnocení dosaženého pokroku, důležitých fakt a myšlenek. Sumarizace je vhodný nástroj, který nám pomůže zastavit záplavu opakovaného ze strany pacienta a zároveň tím dá sestra najevo, že reflektovala obsah pacientova sdělení.

Empatie – znamená vcítění se do druhého člověka a jeho momentálních potřeb. Empatie je podmínka důvěrné komunikace a vzájemného vztahu. Empatický člověk je schopen naladit se do podobné emociální úrovně a porozumění jeho duševního vztahu (Venglářová, Mahrová, 2006).

## 4 PRŮZKUM V OBLASTI KOMUNIKACE SESTER

### Průzkumný problém

- Zmapování současné situace na dané téma komunikace a sestry. A to v interakci výkonu zdravotního povolání a rovině komunikace osobního růstu.

### Průzkumné cíle

- 1 Zjistit, zda vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry s vyšším dosaženým vzděláním. Jsou znalejší v oblasti komunikačních schopností než sestry s nižším dosaženým vzděláním.
- 2 Zjistit jaká je úroveň a dovednost sester v oblasti komunikace
- 3 Zjistit, zda sestry znají a orientují se v komunikaci se specifickými skupinami pacientů a způsoby komunikace.
- 4 Zjistit zda, mají sestry zájem o nové informace v oblasti komunikace a další sebe rozvíjení své osobnosti, jako celistvé bytosti.

### Předmět průzkumu – zkoumaná oblast

- Sestry pracující ve zdravotnických zařízeních v Královéhradeckém kraji z oblasti České Meziříčí, Opočno, Nové město nad Metují, Rychnov nad Kněžnou a Dobruška.

### Průzkumný soubor

- Průzkum bude cílený.
- Sestry se zdravotnickým vzděláním SZŠ, VSŽ, (Dis.), VŠ – Bc., Mgr. sestry, které pracují bez odborného dohledu a sestry, které pracují s odborným dohledem.
- Výběr průzkumu bude záměrný.
- Velikost vzorku – 100 dotazovaných sester

## **Časové rozmezí**

- Průzkumné šetření bude prováděno od 26. 1. 2015 do 15. 2. 2015

## **Metody průzkumu**

- Při průzkumu je použito dotazníkové metody.
- Respondenti byli cíleně osloveni svými nadřízenými pracovníky jednotlivých oblastí, kteří byli osobně požádáni o spolupráci.

## **Průzkumný tým**

- Vrchní a staniční sestry a majitelky soukromých zdravotních firem z oblasti České Meziříčí, Opočno, Nové město nad Metují, Rychnov nad Kněžnou a Dobruška.
- Zpracovatel – Michaela Macková

## **Hypotézy**

**Hypotéza 1** Lze předpokládat, že vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry s vyšším stupněm vzdělání jsou znalejší a zdatnější v oblasti komunikačních schopností ve své rovině profesionální i osobní. Mají zájem o osobní růst.

**Hypotéza 2** Lze předpokládat, že sestry znají dobře oblast komunikace i všechny její úrovně a aspekty. V profesi sestry tvoří komunikace a umění komunikovat základ profesionálního vybavení.

**Hypotéza 3** Lze předpokládat, že sestry dobře znají a orientují se v komunikaci se specifickými skupinami pacientů. Setkávají se s nimi při výkonu svého povolání, dnes již běžně.

**Hypotéza 4** Lze předpokládat, že sestry mají zájem o nové informace, poznatky a další sebevzdělání. Vytvoří si tak, předpoklady k celistvému profesionálnímu i osobnímu rozvoji. Komunikaci považují za matrici lidského života.

## **Technika dotazníku**

- Celkem bylo použito 18 dotazujících položek.
- V dotazníku byly použity uzavřené a polootevřené otázky. Respondenti byli požádáni, aby zakroužkovali odpovědi jim nejbližší.
- Dotazníků bylo rozdáno 100 a návratnost činila 100 dotazníků.
- K hypotéze číslo 1 se vztahovaly položky 5,6,7,8,9,11,12,13,14,15. K hypotéze 2 pak položky 3,8,10,15,18. K hypotéze 3 se vztahovali položky 5,6,7,9 a k hypotéze 4 pak položky 4,11,12,13,14,16,17.

## **Předprůzkum**

Pro ověření validity zvoleného průzkumného nástroje a pro jeho případnou úpravu byl před zahájení výzkumného šetření realizován předprůzkum. Realizace proběhla na pracovišti Agentury domácí péče. Byl rozdán cvičný dotazník a ověřeno, zda-li byl pochopen. Jeho náročnost a doba vyplnění. Výsledné připomínky posloužily k vyladění dotazníku.

## **Zpracování**

- Zpracovaná data byla vytříděna a zpracována kvantitativní metodou.
- Jednotlivé položky byly zpracovány do přehledných grafů vyjádřeny v procentech.

## **Organizační zabezpečení**

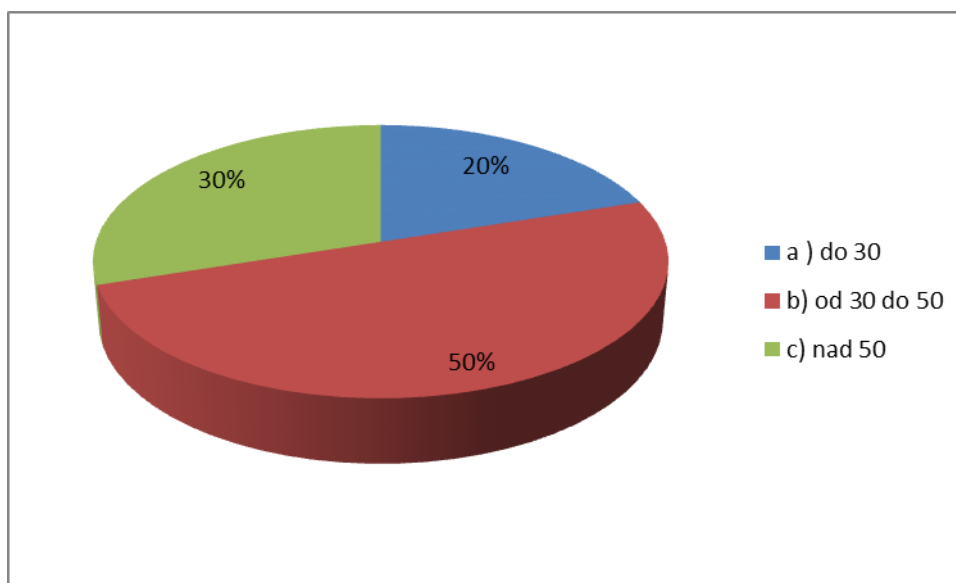
- Časový prostor byl zvolen na 3 týdny.  
Průzkumné šetření bylo financováno z vlastních finančních zdrojů autorky.

## 4.1 VÝSLEDKY VLASTNÍHO PRŮZKUMU

### Položka č. 1 – Kolik Vám je let?

- a) do 30
- b) od 30 do 50
- c) nad 50

**Graf 1 – Demografické údaje: Věk respondentů**

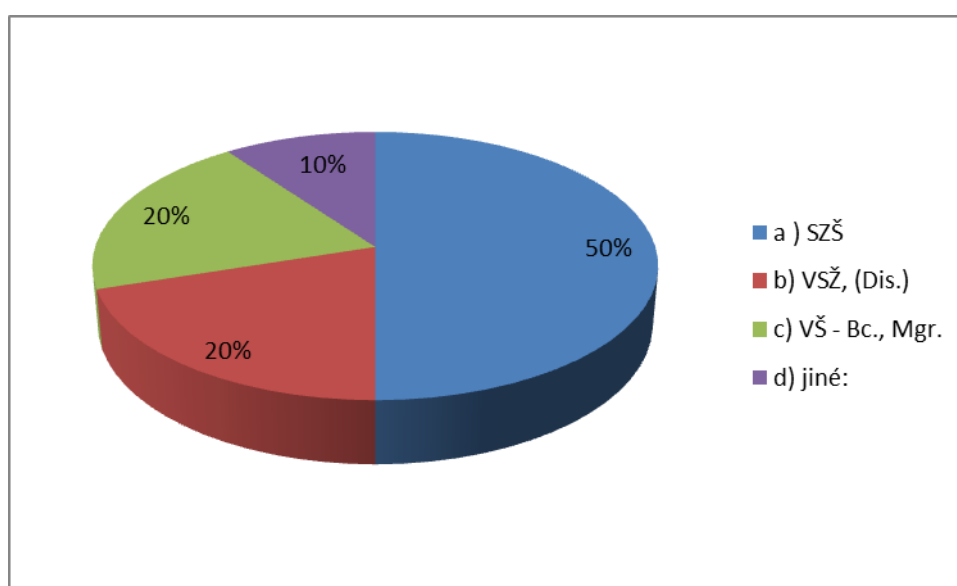


První položka se týkala věkového rozložení respondentů. Tato první položka je demografickým ukazatelem, který slouží k informativnímu účelu. Rozložení věkových kategorií v zdravotnických zařízeních. Ze 100 roznesených dotazníků vyplnilo dotazník celkem 100 respondentů. Věkové zastoupení lze pokládat za relativně rovnoměrně rozložené, a tedy skrývající i jistou reprezentativnost vzorku. V zastoupení věkových kategorií jsem předpokládala, že položka b) bude v největší míře zastoupena, což s množstvím 50% se potvrdilo. Položka a) a b) jsou téměř shodné v četnosti zastoupení.

## Položka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ
- b) VSŽ, (Dis.)
- c) VŠ – Bc., Mgr.
- d) jiné: .....

**Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

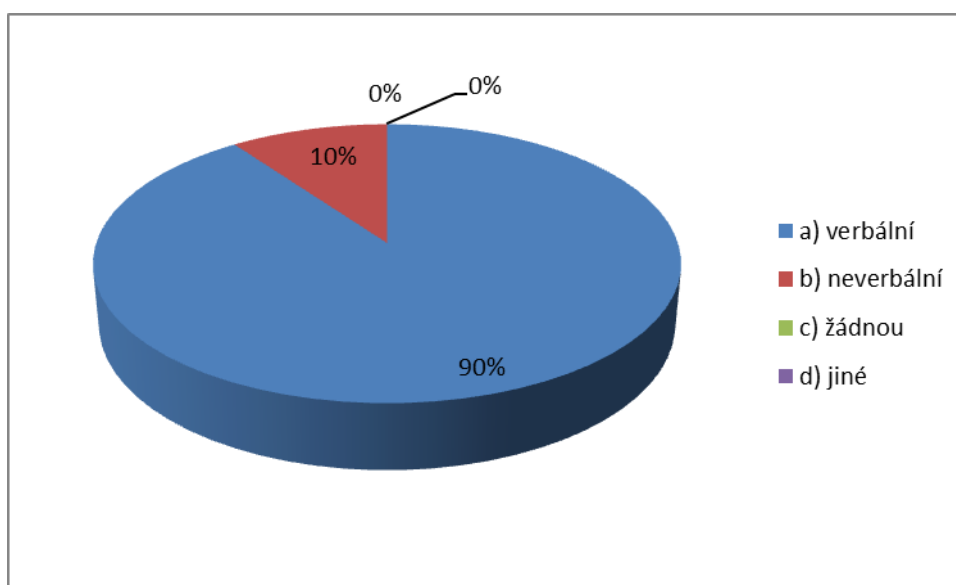


Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Položka č. 2 nám poslouží jako ukazatel vlivu vzdělání. A to na celkové komunikační schopnosti v oblasti zdravotnictví tedy v přímé péči o pacienta, ale i na vliv komunikačních dovedností sester v rovině osobní. U položky č. 2 předpokládáme, že stupeň nejvyššího vzdělání bude mít velký vliv na toto rozdělení. Tímto se budeme podrobněji zabírat u vyhodnocení hypotézy č. 1. Z celkových 100 dotázaných respondentů celá polovina 50% má středoškolské vzdělání. Druhá polovina je zastoupena relativně rovnoměrně. 20% respondentů má vyšší vzdělání VSŽ anebo Dis. 20% dotázaných má vysokoškolské vzdělání a to Bc. a Mgr. titul. 10% dotázaných uvedlo jiné vzdělání, z toho někteří uvedli jaké, někteří dotázaní se u odpovědi jiné nevyjádřili.

### Položka č. 3 – Prosím uveďte, kterou z komunikací upřednostňujete?

- a) verbální
- b) neverbální
- c) žádnou
- d) jiné: .....

**Graf 3 - Druh komunikace**

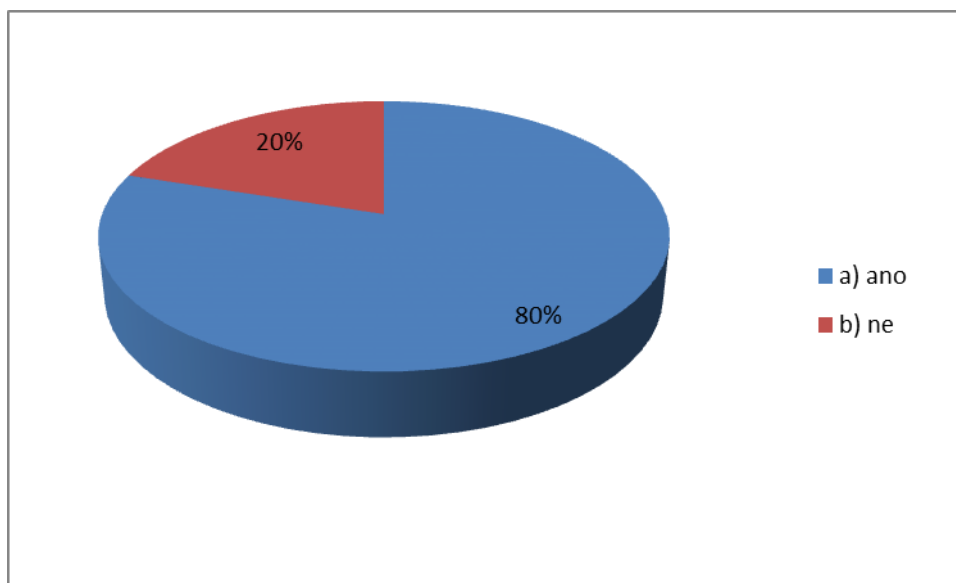


Ze sta 100 respondentů 90% upřednostilo komunikaci verbální. Toto vyhodnocení, zcela vyvracuje, dle výzkumu (Meharbian), že lidé ve skutečnosti porozumí dle přijímaného signálu: verbální komunikaci 7% z obsahu řeči 38% z tónu hlasu, barvy a hlasové intonace. Na neverbální komunikaci zbylo 55% ze signálů a řeči těla. 10% respondentů upřednostnilo neverbální komunikaci, která ve skutečnosti odráží větší část porozuměného v oblasti komunikace. Položka a) a b) nebyla u dotázaných vůbec volbou výběru. Obě položky činí 0% ze 100 dotázaných.

**Položka č. 4 – Máte zájem o nové informace v oblasti komunikace (knihy, semináře školení atd.)**

- a) ano
- b) ne

**Graf 4 - Zájem o nové informace v oblasti komunikace**



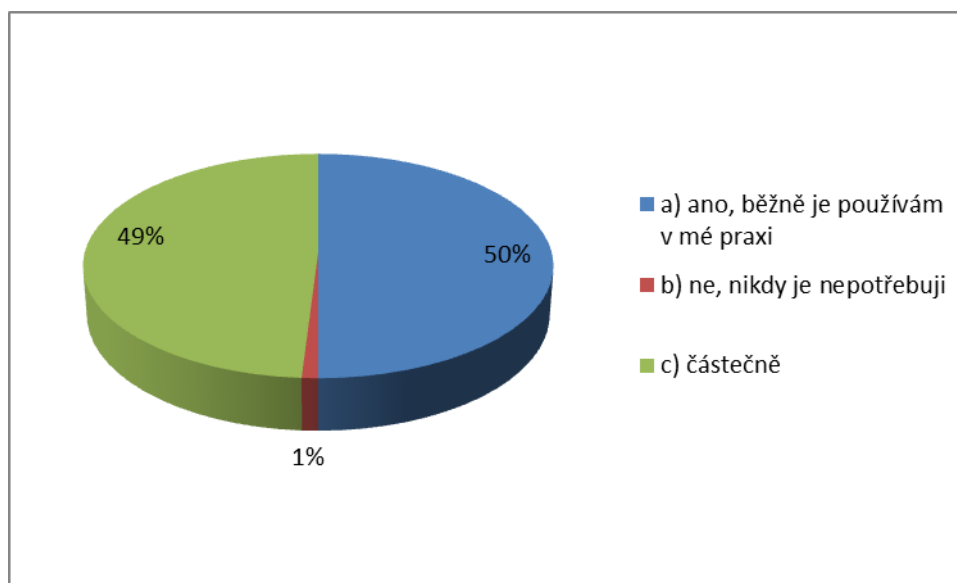
Zájem o nové informace v oblasti komunikace projevilo 80% respondentů ze 100 dotázaných. 20% respondentů nemá zájem o nové informace a vzdělávání na dané téma. Nové informace snižují neurčitost a zvyšují uspořádanost. Zájem o nové informace spoluvytváří záměr, jak již bylo zmíněno v této práci. Záměr je středem naší osobnosti, stejně tak jako atomové jádro v atomu. Větší uspořádanost, tedy informovanost v nás evokuje růst osobnosti. Zabývat se novými informacemi znamená rozvíjet si svůj obzor poznání. Informace je prvotní prazaklad všeho. Informace je jednotný, všeobecný a zákonitý proces základních vztahů, vazeb, a závislostí všech forem energie, hmoty a pohybu. Celý svět je vyjádřen informacemi. (Kymrová, studijní materiály. 2012). Zájem o nové informace v oblasti komunikace byl vysoký, je hodnocen velice kladně.



**Položka č. 5 – Znáte zásady pro efektivní komunikaci se specifickými skupinami pacientů (děti, senioři, cizinci....)?**

- a) ano, běžně je používám v mé praxi
- b) ne, nikdy je nepotřebuji
- c) částečně

**Graf 5 - Znalost zásad efektivní komunikace se specifickými skupinami**

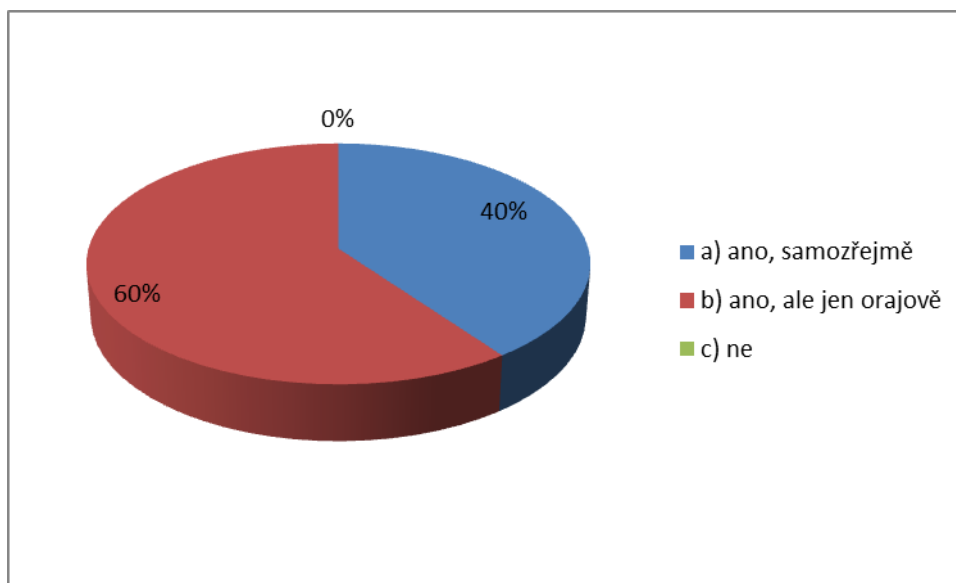


Pouze 1 respondent, 1% ze sta dotázaných, uvedl, že nezná zásady v komunikaci se specifickou skupinou pacientů. Polovina respondentů činí 50% a zná efektivní zásady v komunikaci. Menší polovina respondentů 49 dotázaných, 49% zná znalosti zásad v komunikaci se specifickou skupinou pacientů částečně.

### **Položka č. 6 - Znáte zásady v komunikaci s agresivním pacientem?**

- a) ano, samozřejmě
- b) ano, ale jen okrajově
- c) ne

**Graf 6 - Zásady v komunikaci s agresivním pacientem**



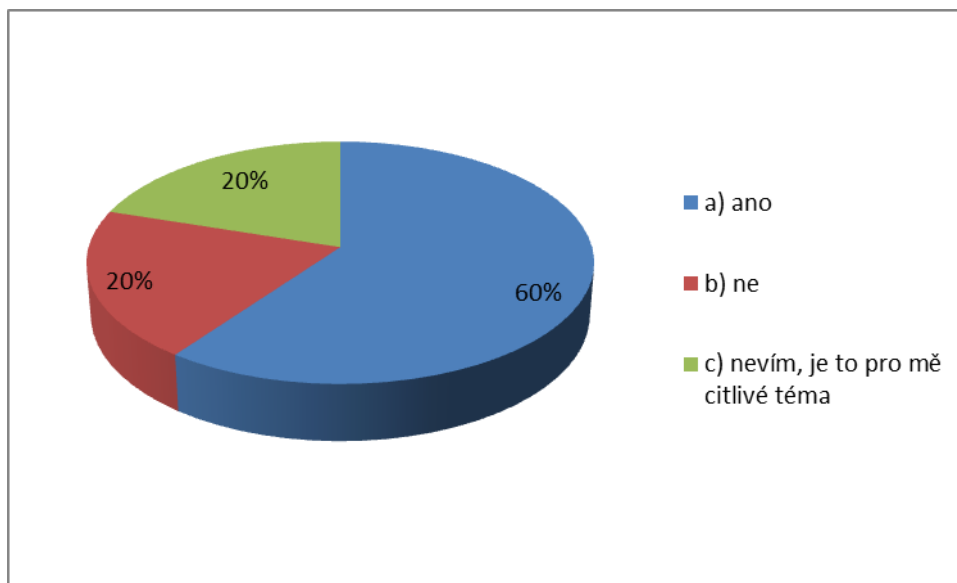
Z celkového počtu respondentů, znájí zásady v komunikaci s agresivní pacientem, alespoň okrajově všichni dotazovaní, tedy 100 dotázaných, 100% vzorku. Ano, ale jen okrajově položka b) 60%, položka a) ano, samozřejmě 40% a položka c) ne 0% vzorku.

Obecně znají všechny sestry nějakou ze zásad v komunikaci s agresivním pacientem. Nikdo neuvedl odpověď ne. Což je považováno za nesprávnou odpověď. Toto téma je dále rozpracované v této práci v kap. 3.6, zde jsou uvedena doporučení a zásady v komunikaci s agresivním pacientem.

**Položka č. 7- Znáte specifika v komunikaci s těžce nemocným pacientem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, je to pro mě citlivé téma

**Graf 7 - Znalost specifik v komunikaci s těžce nemocným pacientem**

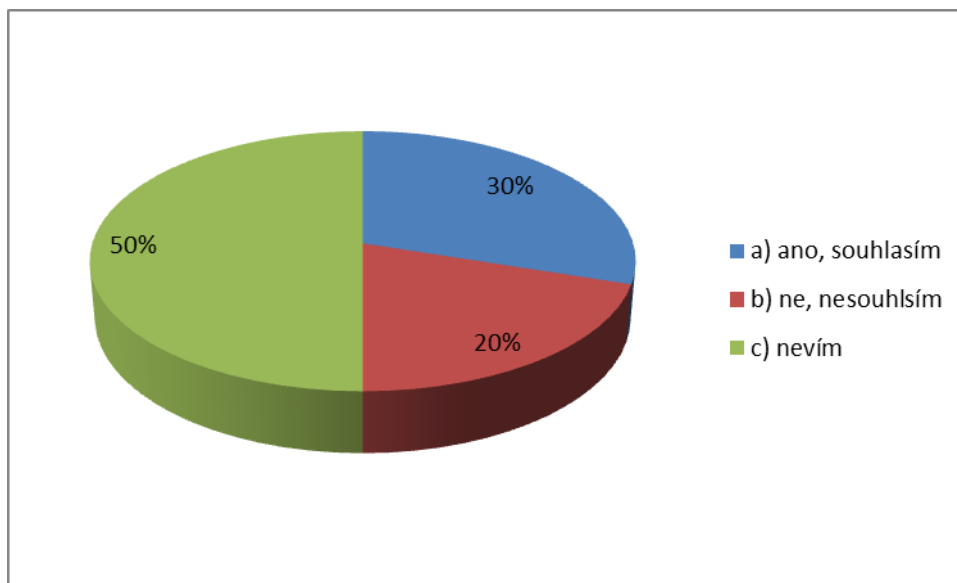


Znalost v komunikaci s těžce nemocným pacientem má většina dotázaných. Z celkového počtu 60 respondentů uvedlo položku a) ano 60%, položku b) ne 20% a položku c) nevím, je to pro mě citlivé téma 20%. Celkově lze říci, že sestry znají specifika v komunikaci s těžce nemocným pacientem. Ohledně položky c) bychom mohli polemizovat, zda by některý z dotázaných znal některá ze specifik a zásad.

**Položka č. 8 – Myslíte si, že v komunikaci se odrážejí veškeré zákony celistvosti?**

- a) ano, souhlasím
- b) ne, nesouhlasím
- c) nevím

**Graf 8 Komunikace a zákony celistvosti**

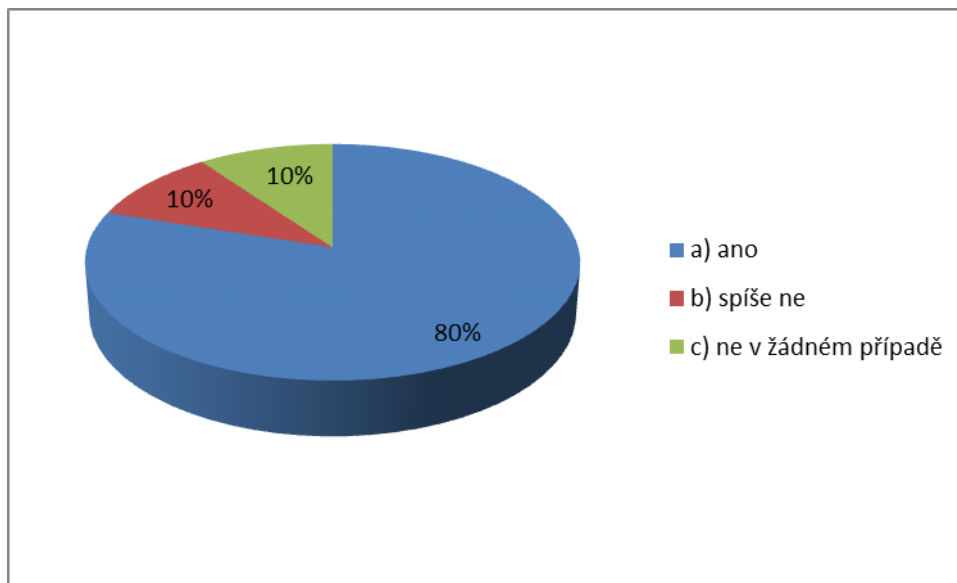


Z celkového počtu dotázaných respondentů odpovědělo na položku a) 30%, na položku b) 20% a na položku c) 50% dotázaných. Toto hodnocení, není mnou v kladných položkách. Předpokládala bych mnohem větší účast položky a) a menší vyhodnocení položky c). Zcela určitě se v lidské komunikaci odrážejí veškeré zákony celistvosti.

### **Položka č. 9 – Považujete naslouchání v komunikaci za klíčové?**

- a) ano
- b) spíše ne
- c) ne, v žádném případě

**Graf 9 - Naslouchání a komunikace**

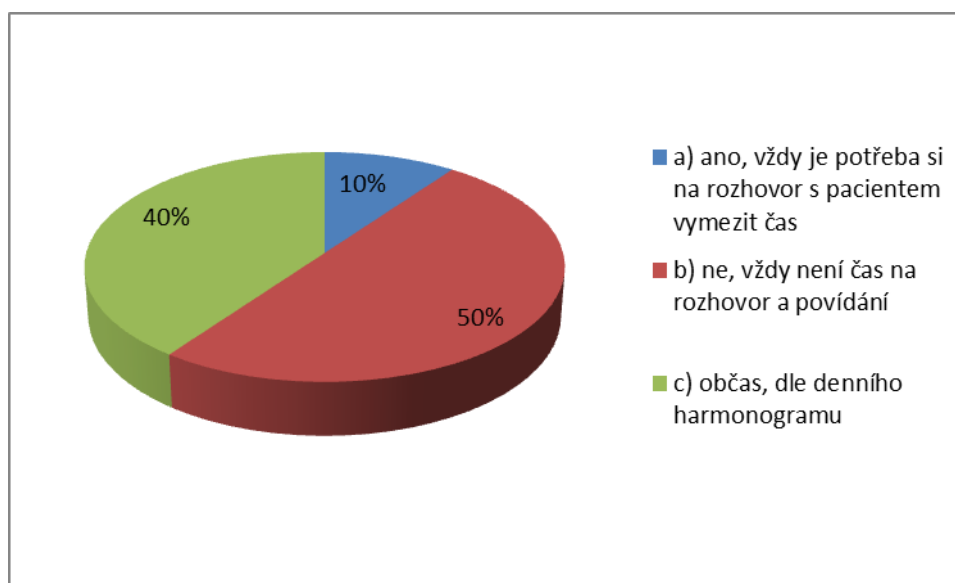


Naslouchání je v komunikaci klíčové. Kladnou odpověď uvedla naprostá většina respondentů. Z celkových 100%, kladných 80% odpovědí u položky a) položka b) a c) měla minimální zastoupení. Položka b) 10% a položka c) 10%. Téma naslouchání je v této práci rozpracováno v samostatné kapitole č. 4.

### **Položka č. 10 – Máte dostatek času na komunikaci s pacientem?**

- a) ano, vždy je potřeba si na rozhovor s pacientem vymezit čas
- b) ne, vždy není čas rozhovor a povídání
- c) občas, dle denního harmonogramu

**Graf 10 - Dostatek času na komunikaci s pacientem**

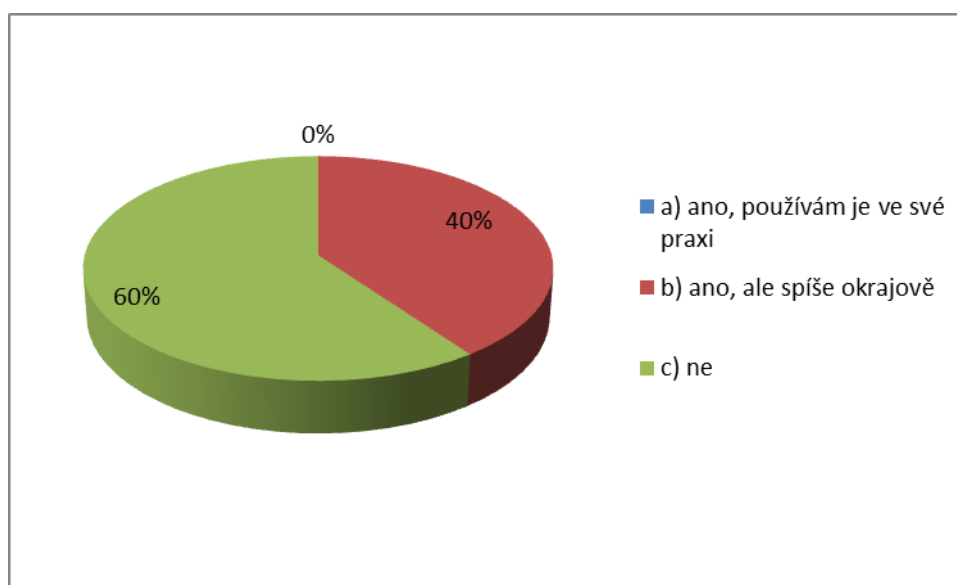


Jedna polovina respondentů 50% uvedla, že není, vždy čas na rozhovor a povídání s pacientem. 10% dotázaných považuje vymezení času na rozhovor s pacientem za důležité. Zbylá položka 40% respondentů, uvádí, že mají čas jen občas, vzhledem k dennímu harmonogramu práce. Z našeho hlediska, by si sestra měla na rozhovor s pacientem, vždy udělat čas a upravit tomu i svůj harmonogram. I při nedostatku času a velkému vytížení je pacient prvořadý.

**Položka č. 11 - Máte informace nebo věříte na mimosmyslové vnímání (jasnovidectví, telepatie, telekineze...)?**

- a) ano, používám je ve své praxi
- b) ano, ale spíše jen okrajově
- c) ne

**Graf 11 – informace k mimosmyslovému vnímání**

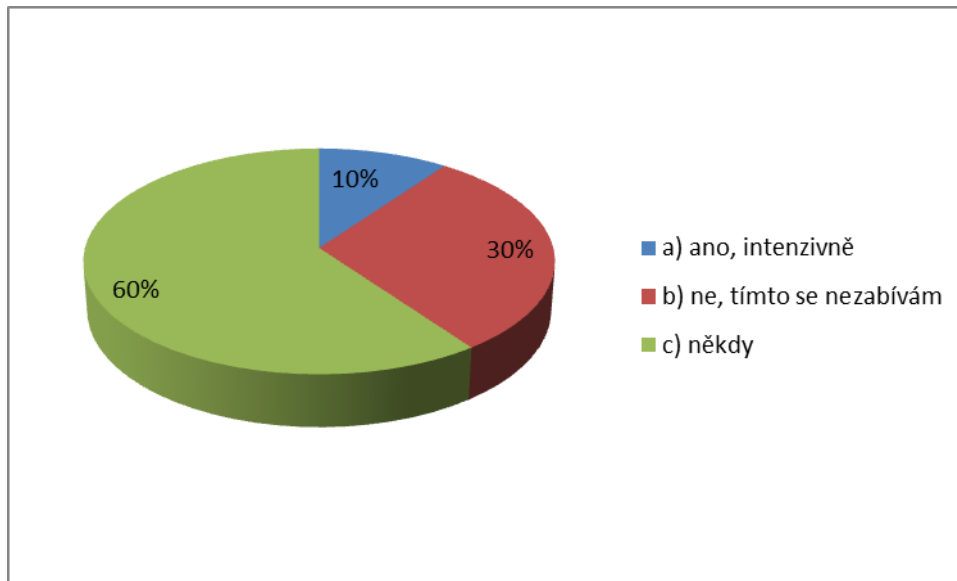


Žádný z dotazovaných respondentů nevedl položku a) ano, používám je ve své praxi, 0% ze vzorku. Většina respondentů, odpověděla položkou c) ne, 60% ze vzorku. Položka b) ano, ale spíše jen okrajově, činí 40% vzorku. Z čehož vyplývá, že mimosmyslová komunikace není používána a informace o této komunikaci jsou malé.

## **Položka č. 12 – Kultivujete vědomě svůj vnitřní rozhovor?**

- a) ano, intenzivně
- b) ne, tímto se nezabývám
- c) někdy

**Graf 12 - Vědomé kultivování vnitřního rozhovoru**



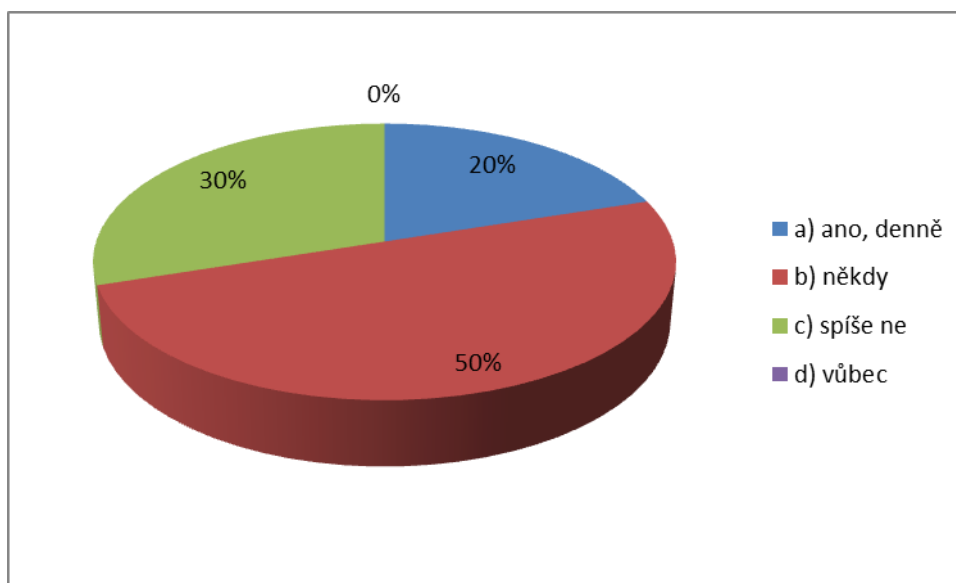
Největší skupinu tvořila položka c) 60%. Někdy se respondenti zabývají kultivováním vnitřního rozhovoru. Menší skupina dotázaných uvádí, že se nezabývá kultivováním vnitřního rozhovoru, položka b) 30%. Poslední, třetí údaj v této položce činí 10%, 10 respondentů se zabývá a kultivuje svůj vnitřní rozhovor se sebou samým intenzivně.



### **Položka č. 13 – Snažíte se o disciplinované myšlení?**

- a) ano, denně
- b) někdy
- c) spíše ne
- d) vůbec

**Graf 13 - Disciplinované myšlení**



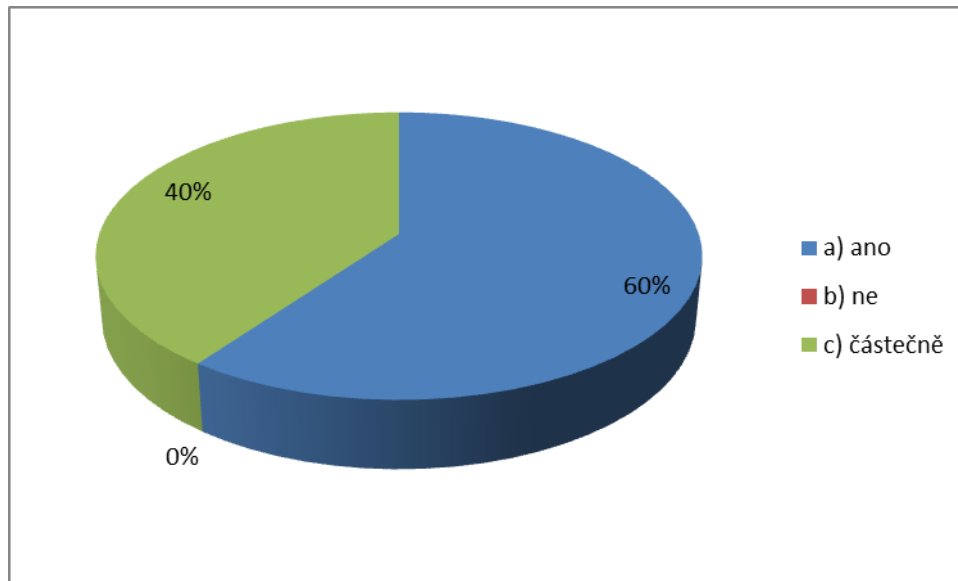
Z dotazovaných sester polovina 50% odpovídalo položkou b) někdy. Žádná sestra neodpověděla položkou d), 0%. V téměř shodných číslech jsou položka a) 20% a položka c) 30%. Závěrem ukázal, že sestry se snaží o disciplinované myšlení a tím i o kultivování vnitřního rozhovoru.

Chraňme se zmatených myšlenek a povrchnosti při myšlení. Povrchnost se vymstí, protože nás sníží a učiní z nás rejdiště cizích vlivů. Tím se snáze staneme mrzutýma, náladovýma a nespravedlivýma k našemu okolí. Myšlenky lidí jsou činy vůle, v nichž spočívá síla ducha. (Abd-ru-shin, 2012).

### **Položka č. 14 – Považujete komunikaci za matrici lidského života?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**Graf 14 - Komunikace matrice lidského života**

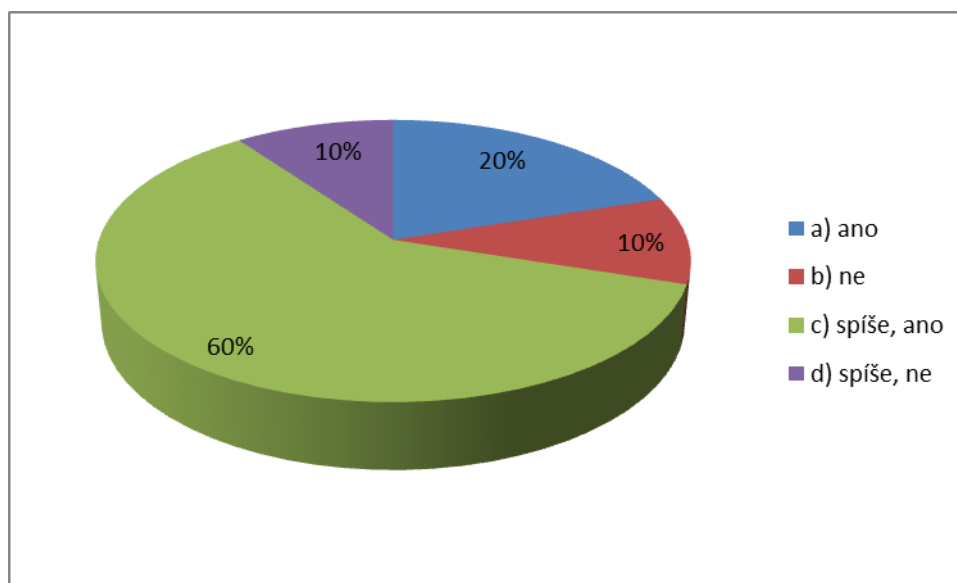


60 respondentů, 60% z celého vzorku odpovídalo položkou a) ano. Druhá položka činí ze 100 respondentů 40%, čili 40 dotázaných. Třetí položka b) 0%, nevedl žádný dotazovaný respondent. Ze statistiky vyplývá, že respondenti považují komunikaci za matrici lidského života. V holistickém pojetí na svět je zcela určitě, komunikace matrice našeho života.

**Položka č. 15 – Myslíte si, že ovládáte zásady v profesionální komunikaci?**

- a) ano
- b) ne
- c) spíše, ano
- d) spíše, ne

**Graf 15 - Zásady profesionální komunikace**

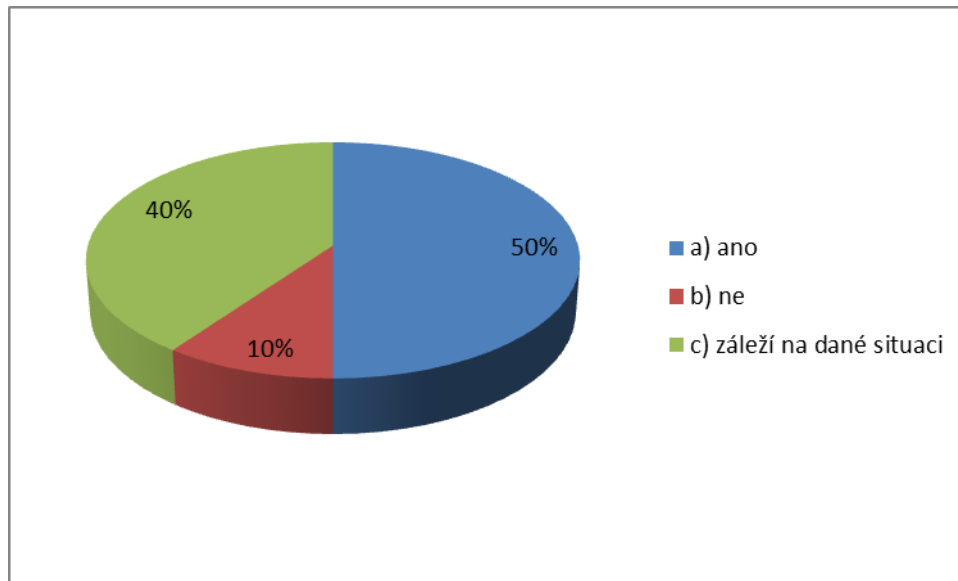


Většina respondentů, 60% odpovídá kladně, položkou c) spíše, ano. Druhou početně nejvyšší položkou u respondentů je položka a) ano, činí 20%. Položky b) ne a d) spíše ne, jsou shodné, zastoupeny 10%. Dá se předpokládat, že sestry ovládají zásady v profesionální komunikaci s drobným pochybením.

### **Položka č. 16 – Myslíte si, že jste empatičtí?**

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na dané situaci

**Graf 16 - Empatie v povolání sestry**



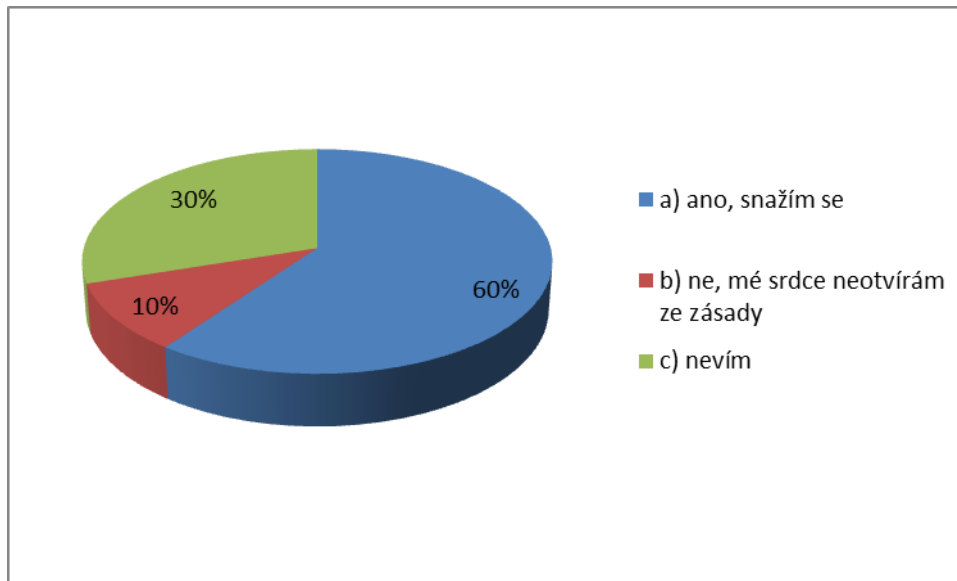
Téma empatie se prolíná napříč této bakalářské práce v její teoretické části. Je považovaná za nedílnou součást v profesi sestry a lékařů. Empatie je stav našeho srdce.

Odpověď a) ano, označilo 50 dotázaných tedy 50% respondentů. Odpověď b) ne, označilo pouze 10% z vzorku. Poslední položku c) záleží na dané situaci, označilo 40% respondentů.

### **Položka č. 17 – Myslíte si, že máte otevřené srdce?**

- a) ano, snažím se
- b) ne, mé srdce neotvírám ze zásady
- c) nevím

**Graf 17 - Otevřené srdce**

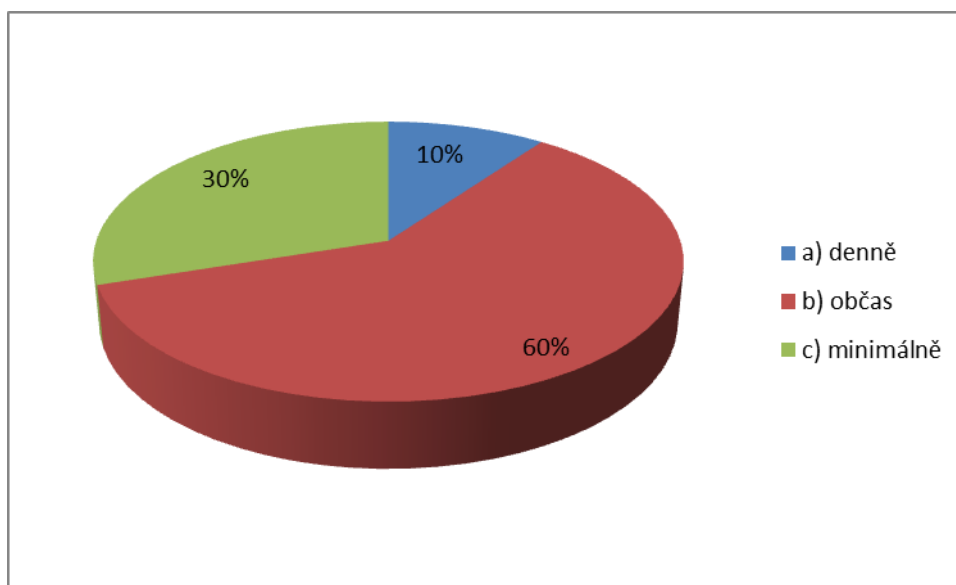


Zájem o to mít otevřené srdce má 60% respondentů, odpovědělo položkou a) ano, snažím se, 30% z vzorku zvolilo položku c) nevím. Poslední, třetí položka obsáhla u dotázaných nejnižší četnosti a to 10% u položky b) ne, mé srdce neotvírám ze zásady. Téma komunikace srdce je podrobněji popsáno v této práci v kapitole 3.11 teoretické části.

**Položka č. 18 – Jak často se ve svém povolání setkáváte s mistry komunikace?**

- a) denně
- b) občas
- c) minimálně

**Graf 18 - Setkání sestry s mistrem komunikace**



Pouze 10 respondentů, 10% vzorku uvádí položku a) denně. 60 respondentů, 60% se domnívá, že se s mistry v komunikaci setkávají občas, položka b). Třetí položku tvoří 30% ze sta 100% respondentů, otázkou c) minimálně. Z toho vyplývá, že dotazovaní respondenti se domnívají, že ve své profesi se setkávají s mistry v komunikaci zřídka.

**Tabulka 1 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

Odpovědi	SZŠ		VSŽ (Dis.)		VŠ - Bc., Mgr.	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Správné, kladné, zájem	300	60%	130	65%	160	80%
Nesprávné, nezájem	110	22%	30	15%	30	15%
Neutrální částečné	90	18%	40	20%	10	5%
<b>Celkem</b>	<b>500</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>	<b>200</b>	<b>100%</b>

Tabulka 1 – se vztahuje k položce a grafu č. 2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? V tabulce jsme pracovali pouze s odpovědi a), b) a c). Odpověď d) jiné, byla ze statistiky vyřazena pro neadekvátní výsledky odpovědi respondentů. V tabulce používáme relativní i absolutní čísla. Pracujeme s položkami 5,6,7,8,9,11,12,13,14 a 15. Z této statistiky nám vzešli výsledky k hypotéze č. 1. Odpověď a) SZŠ, bylo označeno správné, kladné, zájem 300 odpovědi respondentů (60%), nesprávné, nezájem 110 odpovědi respondentů (22%) a neutrální, částečné 90 odpovědi respondentů (18%). Odpověď b) VSŽ, (Dis.), z celkového počtu odpovědi bylo správné, kladné, zájem 130 odpovědi dotázaných (65%), nesprávné, nezájem bylo označeno 30 odpovědi (15%) a neutrální, částečné 40 odpovědi (20%). Odpověď c) VŠ – Bc., Mgr., z počtu všech odpovědi 200 jsou správné, kladné, zájem 160 odpovědi respondentů (80%), nesprávné, nezájem 30 odpovědi (15%) a neutrální, částečné odpovědi respondentů 10 (5%). Z toho vyplynulo, že vyšší dosažené vzdělání má vliv na znalosti a dovednosti v oblasti komunikace.

## 5 DISKUZE

Výsledky tohoto průzkumu nebylo možné srovnávat s jinými autory. Z výsledků našeho šetření vyplynuly mnohé informace a údaje k danému tématu, které jsme podrobně interpretovali v praktické části. Komunikace s jejími specifiky je téma, které je pro zdravotníky, sestry i lékaře stěžejní. Komunikace, tedy sdílení informací je dnes samostatný vědní obor, její znalost a osvojení v praxi umožňuje předpoklad k celistvému osobnímu i profesionálnímu rozvoji sester všech specializací. Odborná literatura se zabývá spíše komunikací v obecné a praktické rovině. V této práci jsme se snažili zahrnout holistické aspekty komunikace se zákony mentálního, emočního i fyzického světa.

Prvním naším cílem bylo zjistit, zda má vliv vysokoškolské a vyšší dosažené vzdělání na znalosti a schopnosti v oblasti komunikačních dovedností sester než vzdělání nižší. Předpokládali jsme, že vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry s vyšším dosaženým vzděláním, mají větší znalosti v oblasti komunikace a to ve svém profesním i osobním životě. Mají zájem o růst své osoby. Hypotéza se potvrdila zcela. Tabulka - 1, Graf a položka - 2. Skupina respondentů s vyšším dosaženým vzděláním má větší schopnosti i znalosti v oblasti komunikace, než respondenti s nižším dosaženým vzděláním. Vysokoškolsky vzdělané sestry a sestry s vyšším vzděláním, mají také zájem o rozvoj osobního potenciálu.

Druhým cílem bylo zjistit jaká je úroveň a dovednost sester v oblasti komunikace. Zde jsme předpokládali, že sestry znají dobře oblast komunikace i všechny její aspekty. Jelikož v profesi sestry tvoří komunikace a umění komunikovat základ profesionálního vybavení. Tato hypotéza se nepotvrdila. V položce (4), která se týkala verbální a neverbální komunikace a její upřednostnění v komunikaci, absolutní většina upřednostnila verbální komunikaci. Předpokládali jsme, že sestry budou častěji prezentovat komunikaci nonverbální. V interakci s pacientem nám tento druh komunikace sděluje mnohé informace a fakta, která bývají mnohem upřímnější, než



samotná slova a ústní sdělení. Procentuálně nám přináší také více informací. V komunikaci se odrážejí veškeré zákony celistvosti. (graf č. 8). Zde většina respondentů odpovídala úplně jinak, ne dle předpokladů a skutečnosti. Ohledně další vztažné otázky (10), se domníváme, že sestry by si měly vytvořit více času na komunikaci s pacientem. Polovina respondentů, se vyjádřila, že nemá čas na rozhovor a naopak minimum dotázaných považuje si utvořit čas, vždy dle potřeby pacienta. Posledním vyhodnoceným grafem (č. 18), který se týká, našeho druhého výzkumného cíle se informujeme o setkání s mistrem v komunikaci v profesní sféře. Člověk a jeho označení mistr v komunikaci je velice subjektivní, ale i přesto většina dotázaných se s ním setkává ve svém povolání jen občas. Sestry by se měly více zaměřit na své komunikační dovednosti jako profesionálního nástroje.

Úkolem třetího cíle bylo zjistit, zda sestry znají a orientují se v komunikaci se specifickými skupinami pacientů a způsoby komunikace. Zde jsme předpokládali, že sestry znají a orientují se v komunikaci se specifickými skupinami pacientů. Sestry se s nimi při výkonu svého povolání setkávají zcela běžně. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Vyšší procento respondentů, zná zásady pro efektivní komunikaci se specifickými skupinami pacientů. Přestože velká část dotazovaných odpovídala, že pouze částečně. Nepatrná část dotázaných odpověděla, že tyto zásady nepovažuje za důležité, tedy je nepotřebuje. V komunikaci s agresivním pacientem předpokládáme, že sestry znají zásady v komunikaci s určitými nedostatky. Vyhodnocení grafu (č. 7) ukázalo nad většinovou znalost v specifikách komunikace s těžce nemocným pacientem. V oblasti naslouchání položka (č. 9), jsou výsledky respondentů velmi kladné. Sestry považují naslouchání, jako klíčový prvek komunikace. Tento cíl jsme hodnotili pozitivně, přestože byla hypotéza potvrzena částečně. Téměř každý autor odborné literatury uvádí, že komunikaci se učíme celý život a stále je co zlepšovat, natož v přímé péči o specifické skupiny pacientů.

Posledním čtvrtým cílem jsme chtěli zjistit, zda mají sestry zájem o nové informace v oblasti komunikace a další rozvíjení své osobnosti, jako celistvé bytosti. Předpokládali jsme, že sestry projeví zájem o nové informace, poznatky

a sebevzdělání, vytvoří si tak předpoklady k celistvému osobnímu i profesionálnímu rozvoji. Komunikaci považují za matici lidského života. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Naprostá většina respondentů projevila zájem o nové informace v oblasti komunikace. Naopak informovanost o komunikaci mimosmyslového vnímání je malá, přestože je již dnes prokázána v mnoha vědeckých studiích a interpretována v nemalém množství publikací významných vědců a profesorů renomovaných univerzit. ESP nabízí velmi široké a praktické možnosti, které jsou mnohem větší než v případě jiných smyslů. Prostřednictvím ESP mohou být např. vnímány myšlenky jiných lidí, sledovány události odehrávající se v jiném časovém bodě. Informovanost a víra v nadsmyslové schopnosti je pravděpodobně malá i proto, že je nutné přijmout hypotézu, že naše vnímání probíhá i mimo fyzické tělo, nejenom v receptorech, nervech a mozku, ale i mimo hmotné tělo. V nehmotných a jemnohmotných strukturách. Nejznámějším projevem ESP jsou předtuchy, intuitivní vjemy, které má každý z nás. Z grafu (č. 11) vyplynulo, že ne každý, z našich respondentů žádný, se jimi nedokáže řídit a přiřkládat jim patřičný význam. Jasnovidnost a telepatie jsou vyšším stupněm intuice, jasnovidce dokáže cíleně vyhledávat potřebné informace. Jedná se o obousměrný přenos informací mezi vlastní duší jasnovidce a univerzálním informačním polem. Informační pole obsahuje všechny informace o jevech v hmotném světě. Tato schopnost je ve skutečnosti naladění se na určitou informaci v prostoru a čase. Pro snadnější pochopení bychom tento proces mohli přirovnat k vyhledávacímu programu počítače, hledajícího klíčová slova. Položka a graf (č. 12) sledoval u respondentů jejich záměrnou kultivaci vnitřního rozhovoru. Většinová skupina dotazovaných, uvedla, že kultivuje svůj vnitřní rozhovor někdy. Položka a graf (č. 13) navázal na předchozí položku, ohledně snahy o disciplinované myšlení. Zde jsme předpokládali, že sestry utvářejí a pozitivně rozvíjejí svůj vnitřní svět, což se nám ve většině případů potvrdilo. Graf a položka (č. 14) pokládal otázku, považujete komunikaci za matici lidského života. Většina dotázaných souhlasila s názorem, ano. Ani jeden dotázaný nezvolil negativní názor, ne. Odpovědi byli převážně kladné, tedy správné. Z toho vyplynulo, že sestry považují komunikaci za matici lidského života. Komunikace se týká veškerého dění člověka, probíhá formou interakcí, všech lidí navzájem. V rovině vnějšího

i vnitřního světa. Tok informací je nepřetržitý. Jakoukoliv výměnu informací považujeme za komunikaci a to v různých rovinách. Informace přijímáme vědomě i podvědomě. Graf a položka (č.16) sledovala posouzení schopnosti empatie. Pojem empatie použil poprvé Alfréd Adler, rakouský lékař a fyzioterapeut. Podle tohoto lékaře znamenala empatie, schopnost vcítění se do jiného člověka a schopnost prožívat jako on. Empatie je podmíněna adekvátní orientací ve vlastní osobě a svých pocitech. Člověk, který se nevyzná ve vlastním citovém prožívání, jen těžko může chápat pocity toho druhého. Empatie má emoční i kognitivní složku. (Kutnohorská, 2007). Většina námi dotázaných si myslí, že jsou empatičtí, pouhé minimum udává, že záleží na dané situaci. Poslední položka, která se vztahuje k cíli čtyři je (č. 17). Myslíte si, že máte otevřené srdce? Tato otázka byla posouzena kladně, nadpoloviční většina respondentů uvedla: Ano, snažím se. Ne, mé srdce neotvírám ze zásady, uvedlo pouze nepatrné množství dotazovaných. A odpověď c) nevím, uvedla výrazně podpoloviční část respondentů. Závěrem připomínáme, že tato hypotéza se potvrdila částečně.

Průzkumné šetření v oblasti specifík komunikace sestry bychom mohli uzavřít pozitivně. Už z výše uvedených výsledků. Domníváme se, že pokud se budou sestry a zdravotní personál vzdělávat v komunikaci, budou více schopny, přispět ke zlepšení zdravotního stavu svých pacientů. Zároveň budou schopny více reflektovat své nedostatky v komunikaci a tím také vědět, na které oblasti komunikace by se měli zaměřit a které zlepšit.

V současné době se sestry učí umění komunikace především na vyšších a vysokých školách. Na středních školách se učí umění komunikace jen okrajově a to povětšinou v předmětu Psychologie, tato výuka je zaměřena na základy tohoto umění či na jeho obecnou část. Jak se ukázalo, bylo by přínosné, aby se výuka rozšířila na niternější a specifitější oblasti komunikace a výuku možností sdílení a předávání informací. Domníváme se, že s výukou by se mělo započít již na základních školách.

Motto:

*„Jestliže opravdu žijí duchové a jestliže všichni žijeme v Jediné Mysli a jestliže je možné mentálně komunikovat bez pomoci jakéhokoli fyzického nástroje, potom musí být duchovní komunikace!“*

(Ernest Holmes)

## **5.1 DOPORUČENÍ PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY, SESTRY**

Pro již vystudované sestry a zdravotní pracovníky, dnešní doba přináší nemalé možnosti dalšího vzdělání ve specifických oblastech komunikace všech úrovní, sdílení a přenosu informací. Jednou z nich je organizace národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů NCONZO v Brně. Další nemalou organizací, která se mimo jiné zaměřuje na vzdělávání je Česká asociace sester, sdružení zdravotnických pracovníků se sídlem v Praze. Internetové stránky ČAS poskytují informace zařazené do jednotlivých sekcí vzdělávání a nabídky kurzů a seminářů. Je zde odborná literatura a výukové filmy. ČAS od roku 2012 rozšířila své internetové stránky o internetovou učebnu, která je zdarma. Tato učebna poskytuje kurzy celoživotního vzdělání zdravotnických nelékařských pracovníků v souladu s vyhláškou 321/2008 Sb. Další rozšíření našich komunikačních dovedností a to v anglickém jazyce můžeme v Jazykové škole Pygmalion, která poskytuje odborné kurzy angličtiny pro zdravotní personál, tyto jsou určeny pro nelékařské i lékařské pracovníky. Pygmalion má svá působiště v Českém Těšíně, Třinci a Ostravě. V současné době jsou poskytovány kurzy Ministerstvem práce a sociálních věcí MPSV, které jsou akreditované, mezi nabídkou jsou i témata komunikace a osobního rozvoje pro zdravotníky. Dnešní doba nabízí i mnoho dalších způsobů vzdělávání v oblasti umění komunikace a to i v možnostech vysoko vibračních systémů, které navyšují naše energetické kvality vědomí. Jednou z těchto možností je esoterická škola Zezirath se sídlem v Praze a Čáslavi, jejíž majitelkou a učitelkou je psychoterapeutka Mgr. Klára Hanzalová. Zde se mohou vzdělávat a absolvovat kurzy zdravotní pracovníci i veřejná společnost. Při absolvování některého z kurzů či zasvěceních v Zezirathu se nám může

dostat mnohých poznání. Jsme přijímač i vysílač v jedné bytosti. Jsme schopni dojít k energetickým změnám a tedy k pravdě. A k této pravdě se můžeme dostat i za pomoci spojení s vyššími projevy existence.

## ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit vědomosti, dovednosti a vzdělání v komunikaci sester. Také schopnost sebereflexe v komunikaci sester v přímé péči o pacienty. Výsledky poukazují na význam vzdělání v této oblasti. Respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním prokázali, více znalostí v oblasti umění komunikace, jak v obecném směru, tak i v niternějším a specifikovanějším způsobu komunikace. Vzdělání v komunikaci, vždy nezaručuje, výhradní úspěch, je zde celá řada mnoha dalších aspektů, ale při práci s lidmi, pacienty, kteří se nachází v nelehké životní situaci, nemoci či tísní, zvyšuje pravděpodobnost správného přístupu a tím i lepší péči a rychlejší uzdravení, ve prospěch pacienta.

Významnou položkou v průzkumu se stal zájem o nové informace, celých 80 % respondentů by mělo zájem o nové informace v oblasti komunikace. Což by mohlo být pokynem pro samotné dotazované, ale i jejich zaměstnavatele jít ve vzdělání kupředu a to pro osobní i profesní rozvoj, každého z nich.

Vhodné by zvolit cesta kompromisu. Kdy každý zdravotník sám za sebe bude mít zájem o nové informace a sebevzdělání a zároveň bude podporován i ve svém zaměstnání svým nadřízeným.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DEVITO, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAVLÍK, Josef; VURM, Vladimír. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče: učební texty*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně – Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9

JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24 s. ISBN 80-7071-246-5.

KELNAROVÁ, Jarmila. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada Publishing, 2009. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9

KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 2013. 152 s. ISBN 978-80-262-0528-9

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2010. 200 s. ISBN 978-80-7367-726-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0748-5.

KYMROVÁ, Eva. *Holistické přístupy v psychologii*. Praha: Maurea, 2011. 186 s. ISBN 978-80-904955-0-0

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně – pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

QUISOVÁ, Sylvie. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská universita v Opavě, 2009. 73 s. ISBN 978-80-7248-551-2.

TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

VIRTUE, Doreen. *Tvůj život ve světle*. Praha: Synergie Publishing SE, 2012. 343 s. ISBN 978-80-7370-014-0

VRUBLOVÁ, Yvetta. *Kapitoly z psychologie a komunikace ve zdravotnictví*. Ostrava: VŠB – Technická univerzita, 2006. 60 s. ISBN 80-248-1132-4.



VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-7.

*Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003. 269 s. ISSN 1213-8096.

ZACHAROVÁ, Eva. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. Brno: Tribun EU, 2011. 130 s. ISBN 978-80-7399-285-9

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Miroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

*Zdravotnický a sociální pracovník v praxi*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007. 79 s. ISBN 978-80-87023-04-4.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Dotazník

I

## **PŘÍLOHA A - Dotazník**

Dotazník pro sestry

Dobrý den vážení kolegové a kolegyně,

Jmenuji se Michaela Macková a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na Vysoké škole zdravotnické v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce zaměřené na téma specifika v komunikaci sestry. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Vybranou odpověď zakroužkujte nebo v případě nehodící se odpovědi dopište do příslušné kolonky. Děkuji za spolupráci a Váš čas, který dotazníku věnujete.

### **1. Kolik Vám je let?**

- a) do 30
- b) od 30 do 50
- c) nad 50

### **2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SZŠ
- b) VSŽ, (Dis.)
- c) VŠ – Bc., Mgr.
- d) jiné:.....

### **3. Prosím uveďte, kterou z komunikací upřednostňujete?**

- a) verbální
- b) neverbální
- c) žádnou
- d) jiné:.....

**4. Máte zájem o nové informace v oblasti komunikace (knihy, semináře, školení atd.)**

- a) ano
- b) ne

**5. Znáte zásady pro efektivní komunikaci se specifickými skupinami pacientů (děti, senioři, cizinci...)?**

- a) ano, běžně je používám v mé praxi
- b) ne, nikdy je nepotřebuji
- c) částečně

**6. Znáte zásady v komunikaci s agresivním pacientem?**

- a) ano, samozřejmě
- b) ano, ale jen okrajově
- c) ne

**7. Znáte specifika v komunikaci s těžce nemocným pacientem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, je to pro mě citlivé téma

**8. Myslíte si, že v komunikaci se odrážejí veškeré zákony celistvosti?**

- a) ano, souhlasím
- b) ne, nesouhlasím
- c) nevím

**9. Považujete naslouchání v komunikaci za klíčové?**

- a) ano
- b) spíše ne
- c) ne, v žádném případě

**10. Máte dostatek času na komunikaci s pacientem?**

- a) ano, vždy je potřeba si na rozhovor s pacientem vymezit čas
- b) ne, vždy není čas na rozhovor a povídání
- c) občas, dle harmonogramu práce

**11. Máte informace nebo věříte na mimosmyslové vnímání (jasnovidectví, telepatie, telekineze...) ?**

- a) ano, používám je ve své praxi
- b) ano, ale spíše okrajově
- c) ne

**12. Kultivujete vědomě svůj vnitřní rozhovor?**

- a) ano, intenzivně
- b) ne, tímto se nezabývám
- c) někdy

**13. Snažíte se o disciplinované myšlení?**

- a) ano, denně
- b) někdy
- c) spíše ne
- d) vůbec

**14. Považujete komunikaci za matrici lidského života?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**15. Myslíte si, že ovládáte zásady v profesionální komunikaci?**

- a) ano
- b) ne
- c) spíše, ano
- d) spíše, ne

**16. Myslíte si, že jste empatičtí?**

- a) ano
- b) ne
- c) záleží na dané situaci

**17. Myslíte si, že máte otevřené srdce?**

- a) ano, snažím se
- b) ne, mé srdce neotvírám ze zásady
- c) nevím

**18. Jak často se ve svém povolání sestry setkáváte s mistry komunikace?**

- a) denně
- b) občas
- c) minimálně