

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2011 – 2013

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Radka Lorencová**

**Androdidaktické aspekty verbální a neverbální komunikace**

**lékařů a sester**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Pavel Beňo

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER COMBINED STUDIES**

**2011 - 2013**

**DIPLOMA THESIS**

**Radka Lorencová**

**Andragogy Didactics Aspects of Verbal and Non - Verbal**

**Communication Physicians and Nurses**

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Pavel Beňo

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 24. 2.2013

*Radka Lorencová*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat za neotřelý a vstřícný přístup, inspiraci a radu PhDr. Pavlu Beňovi při vedení této práce.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá netradičním pohledem androdidaktiky na komunikaci zdravotníků očima jejich pacientů. Teoretická část nám osvětluje historické kontexty vývoje a vzdělávání v andragogice a medicíně. V přehledu přináší pohled na didaktiku dospělých v návaznosti na vymezení vzdělávání lékařů a sester v jeho pregraduální i postgraduální formě. Přináší přehled teorie komunikace s akcentem na výpovědní hodnotu verbální a neverbální složky. V praktické části se věnuje průzkumu názorů pacientů na komunikaci zdravotníků. Výsledkem je vytvoření prezentace vycházející z výsledků šetření, jejímž smyslem je uplatnění v celoživotním vzdělávání zdravotníků.

## **Klíčové pojmy**

Andragogika, androdidaktika, komunikace, lékař, medicína, neverbální komunikace, verbální komunikace, vzdělávání dospělých, zdravotní sestra.

## **Annotation**

This thesis occupies an unconventional view of andragogy didactics for communication of medics by eyes of their patients. Theoretical part illuminates historical contexts of evolution and education in andragogy and medicine. At knowledge, this thesis brings view on didactics adults in relation to the definition of education of doctors and nurses in their undergraduate and postgraduate form. The thesis brings summary of communication theory with stress on the predictive value of verbal and nonverbal components. The practical part dedicates to a survey of patients' opinion on medical staff members' communication. The result is a presentation based on the result of investigation, whose purpose is application in lifelong learning of medical staff members.

## **Key words**

Adult education, andragogy, andragogy didactics, communication, medicine, nonverbal communication, nurse, physician, verbal communication.

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH, ANDRAGOGIKA JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNA, KOŘENY MEDICÍNY .....</b>	<b>11</b>
1.1 Historické souvislosti vzdělávání dospělých, andragogiky .....	11
1.2 Historie medicíny a vzdělávání v medicíně .....	13
<b>2 ANDRAGOGICKÁ DIDAKTIKA .....</b>	<b>20</b>
2.1 Vymezení problematiky .....	20
2.2 Didaktický proces – prvky, principy, zásady, cíle .....	21
2.2 Fáze didaktického procesu.....	25
2.3 Formy vzdělávání, výuky .....	26
2.4 Didaktické metody vzdělávání .....	26
2.5 Účast dospělých ve vzdělávání.....	27
2.7 Pojmová vymezení .....	28
<b>3 VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>30</b>
3.1 Systém a instituce celoživotního vzdělávání lékařů v ČR.....	30
3.1.1 Formy a ohodnocení vzdělávacích aktivit lékařů .....	33
3.1.2 Diplom celoživotního vzdělávání a EU .....	35
3.2 Systém celoživotního vzdělávání všeobecných sester .....	35
3.2.1 Formy vzdělávání sester.....	38
3.2.2 Uznávání kvalifikace sestry v rámci EU.....	39
<b>4 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE, POJEM, SPECIFIKA .....</b>	<b>41</b>
4.1 Mezilidská komunikace - vymezení pojmu, informace, schéma, účel, motivace.....	41
4.2 Vývoj komunikace v historickém kontextu.....	46
4.3 Verbální komunikace.....	48
4.3.1 Ústní komunikace .....	49
4.3.2 Jazykové prostředí.....	50
4.3.3 Aspekty verbálního projevu .....	50
4.3.4 Poslouchání a naslouchání, rozhovor.....	51
4.3.5 Kritéria úspěšné komunikace zdravotníka .....	54
4.3.6 Písemná komunikace.....	55
4.4 Neverbální komunikace .....	56
4.4.1 Tělo .....	56
4.4.2 Zrak .....	56
4.4.3 Prostorová komunikace.....	57
4.4.4 Komunikace prostřednictvím předmětů.....	58
4.4.5 Komunikace dotykem .....	58
4.4.6 Vliv uniformy.....	59
4.5 Komunikace ve zdravotnictví prostřednictvím IT technologií.....	59
4.5.1 Elektronická zdravotní knížka .....	60
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>62</b>
<b>5 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE .....</b>	<b>62</b>

5.1 Cíl a pracovní hypotézy pilotního šetření.....	64
5.2 Charakteristika pilotního vzorku a výběr respondentů.....	64
5.3 Metody šetření a sběru dat.....	65
5.4 Zpracování údajů .....	67
5.5 Šetření a interpretace výsledků.....	68
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>99</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>103</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>109</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>111</b>



## ÚVOD

Problematice komunikace se v dnešní době věnuje mnoho odborníků, je psáno a vydáváno nespočet knih, stává se atraktivní náplní mnoha školení. Je stěžejním „oborem“ mnoha profesí, které se setkávají či pracují při své práci s druhými lidmi. Proč na toto téma psát další práci? Můžeme nalézt ještě něco nového? Co nám přinesou androdidaktické aspekty?

Autorka předkládané práce (sama původní profesí dětská sestra) na základě rešerší odborné, populární literatury a internetu, na téma verbální a neverbální komunikace v medicíně či zdravotnictví zjistila, že jedné z částí komunikace a to neverbální, není věnována pozornost, není zkoumána, nacházela spíše ojedinělé zmínky na toto téma. Dalším důvodem zaujetí tématem, byly názory zdravotníků, působících ve zdravotnictví mimo ČR, kteří si všimli, že není rozdíl mezi „technickou“ medicínou, mezi léky které jsou u nás pacientům k dispozici, ale mezi chováním zdravotníků k jejich pacientům – klientům. Situace se sice zlepšuje, ale stále je zakořeněno spíše jednání, chování jako s pacientem nežli klientem – tzv. paternalistický způsob komunikace. Studium internetových ohlasů na zdravotnictví, nasloucháním v čekárnách zdravotnických zařízení, příbuzných a kolegů, jednoznačně autorce vyplynulo, že krom stížností na různé doplátky, si pacienti stěžují na přístup, komunikaci, ochotu zdravotníků. Bylo napsáno mnoho odborné, populární literatury, i například z pohledu lékaře, který se náhle ocitá jako anonymní občan u lékaře a najednou vnímá komunikaci zdravotníků jinak. Za velmi inspirativní může být považováno dílo Olivera Sackse či zcela naturalistický střet s vlastní medicínou amerického lékaře Dr. Edwarda E. Rosenbauma v knize Doktor. Autorka této diplomové práce by tuto literaturu doporučila jako povinnou při studiu medicíny či ošetrovatelství.

Zdali, nalezneme v následujícím textu něco nového, nemůžeme každému přislíbit. Můžeme si však připomenout slova moudrých předků: „*opakování, matka moudrosti*“. A proč androdidaktické aspekty? Poskytují nevšední úhel pohledu na medicínu z hlediska andragogiky, tj. disciplíny zabývající se procesy, souvislostmi vzdělávání dospělých a didaktiky, tj. teorie a praxe učení a vyučování. Tato věda, laicky zdánlivě

nenápadně, ale dle názoru autorky práce, zcela zásadně může být velmi nápomocnou v dalším profesním životě zdravotníků. Důvodem je, že medicína (zdravotnictví) má jako jeden z mála oborů lidské činnosti, zákonem zakotvenou povinnost pro lékaře i sestry se dále celoživotně vzdělávat. Tento širší pohled na uvedenou problematiku nám poskytuje možnost posouzení medicíny jako takové v historickém kontextu jejího vývoje s návazností na podstatu jejího zájmu, tj. pacienty. Jsou to lidé, kteří často hledají radu či pomoc. A k tomu, aby byla pomoc či rada správně a efektivně poskytnuta, je nejdůležitějším nástrojem komunikace. Teorie komunikace s pacientem je součástí výuky především ve středoškolském studiu ošetrovatelství, ve vysokoškolském studiu medicíny je již rozdílná, medicíni se s tématem setkávají jen v oboru psychiatrie. Otázkou je, jaký je kladen důraz na druhou část komunikace a to na neverbální komunikaci. Je považována za stěžejní část naší interakce avšak kolik toho o ní víme?

Cílem teoretické části předkládané práce je v první kapitole se blíže seznámit s historickými kontexty vzdělávání dospělých, tj. andragogiky a zároveň poznat historické mezníky medicíny. Druhá kapitola nás uvede do problematiky androdidaktiky, nastíní principy, formy, cíle a metody efektivního vzdělávání dospělých. Navazuje kapitola o vzdělávání lékařů a sester v jejich pregraduální i postgraduální formě. Poslední kapitola nás seznámí s teoretickými východisky komunikace - verbální i neverbální, s akcentem na komunikaci v medicíně.

Empirická část tematicky navazuje na získané teoretické poznatky, vychází z nich. Metodou kvantitativního výzkumu je dotazníkové šetření, doplněné o kvalitativní metodu ve formě individuálních rozhovorů. Stanové hypotézy mapují názory pacientů na prostředí, ve kterém se zdravotnická péče poskytuje. Dále nabízí pacientův pohled na verbální a neverbální komunikaci lékařů a sester. Na základě teoretické i empirické části je vytvořena prezentace do celoživotního vzdělávání lékařů a sester, poskytující odraz názorů jejich pacientů – klientů. Účelem celé této práce je zastavení, zamyšlení se nad sebou samým v každodenní rutině vykonávané medicínské praxe.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH, ANDRAGOGIKA JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNA, KOŘENY MEDICÍNY

### 1.1 Historické souvislosti vzdělávání dospělých, andragogiky

*„Kdo nezná minulost, nikdy nezvládne budoucnost.“*

Mann Golo<sup>1</sup>

Pro ucelenost celého textu je vhodné si ucelit poznatky oboru, jež optikou budeme nahlížet. Ponořme se do vzdělávání dospělých. Vymežující literaturou pro naše potřeby jsou Základy Andragogiky (Palán, Langer<sup>2</sup>), kde se uvádí, že edukace dospělých ve své uvědomělé a ucelené formě sahá do období Egyptského Ramessea (které vychovávalo vojáky, lékaře, architekty a kněze). Taktéž sem patří Platónova Akademie a Aristotelovo Učiliště ve starém Řecku. Řecko je považováno za „kolébku“ evropské vzdělanosti. Nesmíme zapomenout na helénismus a známou Alexandrijskou školu učenců, která položila základy mnoha vědám a naukám. Pokračujme utilitaristickým<sup>3</sup> pojetím vzdělávání a výchovy ve starověkém Římě. První didaktiku pro dospělé „*O výchově řečníka*“ rozpracoval Marcus Fabius Quintilianus.

Středověk utlumil jakékoliv světské vzdělání, vědění na minimum. „Světlem v tunelu“ byl vznik několika univerzit, jenž je považován za položení základního kamene rozvoje vzdělanosti. Koncept celoživotního učení je spojen s učencem českého původu, učitelem národů - Janem Amosem Komenským a jeho Obecnou rozpravou (část čtvrtá Pampaedie).

---

<sup>1</sup> GOLO, Mann. *Citáty* [online]. 2009-2011 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/golo-mann/4977/>

<sup>2</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 7-30. ISBN 978-80-86723-58-7.

<sup>3</sup> Utilitarismus (*in Palán 2008*) = princip hodnocení věcí z hlediska jejich užitečnosti. Užitek jako základ a kritérium hodnocení chování. s. 17.

Za výraznou postavu vzdělávání dospělých Palán<sup>4</sup> považuje dánského učitele a duchovního Nikolaie Frederika Severina Grundtviga. Jeho zásluhou vznikají dánské lidové vysoké školy, usiloval o univerzitu vzdělávání dospělých (která by byla otevřena pro všechny dospělé bez přijímacích a závěrečných zkoušek).

První publikaci o vzdělávání dospělých napsal Thomas Pole pod názvem „*Dějiny vzniku a vývoje škol pro dospělé*“<sup>5</sup>. Roku 1833 je poprvé užit termín „**andragogika**“ Alexandrem Kappem<sup>6</sup> v díle „*Platónovo učení o výchově*“.

Po první světové válce se začíná formovat nová disciplína adult education. Vyvrcholením je v USA založení oddělení pro vzdělávání dospělých na Teachers College of Columbia Univerzity. S měnící se dobou, nastupující vědecko-technickou revolucí narůstá potřeba více vzdělaných lidí, potřeba rozvoje profesního vzdělávání. Z významných českých osobností můžeme zmínit T. G. Masaryka, který byl členem Světové organizace pro výchovu dospělých.

Po druhé světové válce se otevírají nové možnosti ve vzdělávání prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků. Významným rokem ve vzdělávání dospělých je rok 1969, kdy se otevírá Open Univerzita v Anglii. Postupně vznikají večerní školy, lidové univerzity, mění se podnikové vzdělávání. Od šedesátých let se prosazuje andragogika jako věda na univerzitách a ve výzkumných ústavech.

Svou zásadní roli ve vzdělávání dospělých sehrála konference UNESCO s názvem Confitea (Mezinárodní konference o vzdělávání dospělých). Následovala řada konferencí zabývajících se vzděláváním dospělých, významným byl rok 1996 a Delorsova zpráva s názvem „*Učení – skryté bohatství*“. Následuje zpráva OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) s názvem „*Celoživotní učení pro všechny*“, Evropská unie přijímá „*Bílou knihu o vzdělávání*“ a v roce 2000 je přijato „*Memorandum o celoživotním učení*“.<sup>7</sup>

Prvotní zařazení andragogiky jako vědy a studijní disciplíny v Čechách je spatřováno v založení katedry lidovýchovy na Pedagogické fakultě UK v Praze v letech

---

<sup>4</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 17. ISBN 978-80-86723-58-7.

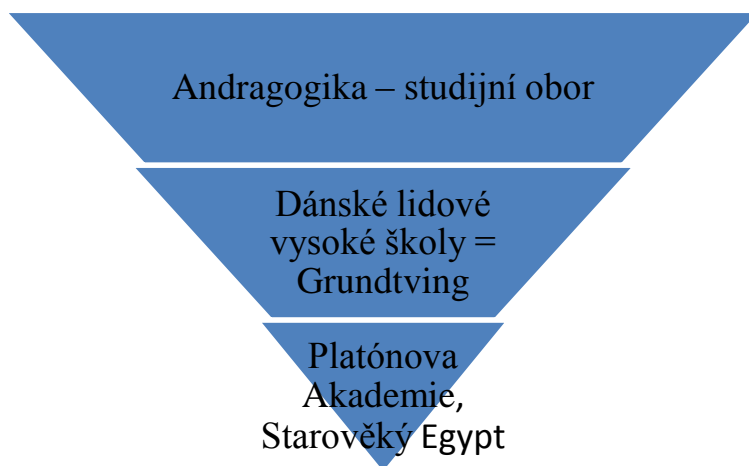
<sup>5</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 18. ISBN 978-80-86723-58-7.

<sup>6</sup> Tamtéž, s. 18.

<sup>7</sup> Tamtéž, s. 17-22.

1947/48. Pojí se se jménem Tomáše Trnky. Toto studium ovšem v roce 1952 zaniká. Studijní obor pedagogika dospělých se otevírá roku 1969 v Praze a Olomouci. Roku 1990 byl studijní obor výchova a vzdělávání nahrazen výstižnějším názvem andragogika na FF UK Praha, dochází k rozšíření studia i na jiné VŠ.

Schéma 1: Vývoj andragogiky



Zdroj: autorka práce

## 1.2 Historie medicíny a vzdělávání v medicíně

Medicína je stará jako lidstvo samo, od pradávna nemoci provázejí lidskou společnost a ta se s nimi snažila bojovat. Roy Porter<sup>8</sup> popisuje prehistorické tlupy lovců a sběračů, kdy každá nemoc či invalidita ovlivňovala celé společenství, a proto i vlastní léčba jedince byla záležitostí celé skupiny. Zde nalézáme patrný rozdíl od současnosti, kdy nerozhoduje společenství – rodina či lékař o léčbě pacienta, ale rozhodovat by měl vždy dotčený jedinec, který má právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu. Za „praotce“ dnešních lékařů jsou považováni léčitelé. Prameny uvádějí, že již v době kamenné se buduje „vzdělávání“ léčitelů. Léčitel v podobě medicinmana, šamana musel být nadán neobvyklou silou či moudrostí, která mohla být maskována epileptickými

<sup>8</sup> PORTER, Roy. *Největší dobrodini lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 1. Překlad Jaroslav Hořejší. Praha: Prostor, 2001, obr. příl. Obzor (Prostor), sv. 34. s. 15-21. ISBN 80-242-0594-7.

záchvaty, nebo například přežil kousnutí jedovatým hadem. Schreiber<sup>9</sup> hovoří o léčitelích, kteří si brali za žáky takové, kteří se nehodili k lovu.

Staří Egypťané v době bronzové vycházejí v medicíně z magična, lékaři jsou zároveň kněžími, znalosti byly předávány z generace na generaci. Z významných představitelů medicíny Řecka je nejznámější Hippokrates. Zde se již hovoří o jeho škole, která měla představy o patologii nemocí, podávala návody na přístup k nemocnému a stanovila etická pravidla pro lékaře - dnes známou Hippokratovu přísahu. V Průkopnicích medicíny od Jána Junase<sup>10</sup> se o Hippokratovi dozvídáme, že zavrhoval stanovení nejrychlejší diagnózy, důraz kladl na zhodnocení celkového stavu nemocného, hlásal individuální přístup k nemocnému. Dnešní doba se asi doopravdy navrácí ke svým kořenům, naslouchá moudrým slovům svých předků. Dlouhou dobu, staletí, tisíciletí se o celostním přístupu k nemocnému nehovořilo, hledala se příčina nemoci v nefungování orgánu...Ne vše je dokonalé, jelikož fyziologie této doby byla poznamenána nedostatečnými možnostmi bádání. Nicméně Hippokratovy spisy ovlivnily medicínu v období celého středověku. Počátky embryologie jsou spatřovány ve spisech Aristotelových (Historie živočichů). Alexandrijská knihovna uchovávala spisy anatomie, fyziologie a lékařství. V Římě vznikají lékařské školy<sup>11</sup>: metodické (choroby způsobeny pohybem atomů), pneumatické (jádrem všeho vzduch, důraz na puls), eklektické (poznatky od jiných lékařů i škol). Povolání lékaře bylo váženým, osvobozeným od daní. Císař Alexandr Severa (222-235) jmenoval úředně učitele lékařství i s jejich platy. V 5. století toto zaniká, rozptyluje se. V letech 130 -200 n. l. se objevuje římský lékař Clarissimus Galenos, který vyučoval anatomii, fyziologii, zabývající se pokusy na zvířatech. Je autorem popisu temperamentu dle smíšení živel: krev, sliz, žlutá a černá žluč, z čehož vycházela arabská medicína. Nejvýznamnější postavou arabské medicíny je osobní lékař bagdádských vládců Avicenna, jehož „Kánon medicíny“ se po překladu do latiny (12. století) stal základní lékařskou učebnicí pro evropské lékařské školy (užívaný až do 18. století). Odsud přetrvává název pro léčiva z přírodních zdrojů jako galenika.

---

<sup>9</sup> SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, s. 8-15. ISBN 80-200-0822-5.

<sup>10</sup> JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, s. 19-25. ISBN 08-052-77.

<sup>11</sup> Tamtéž, s. 34.

Hebrejská medicína nebyla tolik svázána církevními dogmaty, existovaly „rabínské akademie“<sup>12</sup>, kde se již kolem roku 1000 vyučovala medicína. Isaac Judaeus, lékař vládců v Tunisu, vydal v hebrejštině „Knihu o horečkách“, „Knihu o moči“, „Rádce lékaře“. Zde nabádá lékaře k dobročinnému chování, ale zároveň se stará i o materiální blaho lékaře.

Čínská medicína ve svém původním pojetí založená na jin a jang, čchi, učení pěti elementů a vzájemné vyváženosti, harmonii se obnovuje v dnešním přístupu k nemocným.

Křesťanská medicína je položena na medicínském modelu, kdy nemoc i uzdravení je vůlí Boží. Poblíž Caesaraje (Turecko) je v roce 370 založena první nemocnice. Lékařská moudrost této doby vychází z řeckých a arabských prvků. Za nejvýraznější klášterní medicínu se považuje benediktinský klášter na Monte Cassinu (Itálie), kde vedoucím kláštera i léčitelem byl opat a jemu podléhali servitoři (ošetřovatelé). Zde bychom mohli hledat prvopočátky či kořeny ošetřovatelství. To se po mnoho století v oblasti vzdělávání nijak významně neměnilo. Ošetřovatelský um se vyučoval předáváním dovedností zkušenějších. Prvotní zmínky o oboru ošetřovatelství nacházíme kolem roku 500 n. l. a je spojeno s křesťanstvím<sup>13</sup>. V období 6. - 7. století se při kláštorech začaly vytvářet církevní lékařské školy. Léčitelství vycházelo z medicíny řecké a římské, pěstovaly se zde léčivé rostliny, knihovna obsahovala lékařské spisy. Mniši a kněží – léčitelé spojovali přírodní lidové léčitelství s mystifikujícími obřadními úkony.

V letech 1150-80 se v Salernu rozvíjí vysoká lékařská škola, využívající poznatky Galena, Hippokrata Avicenny, kolem 1250 vzniká lékařská fakulta. V Paříži r. 1296 promovalo prvních šest doktorů medicíny s univerzitním titulem. První univerzitou ve střední Evropě je roku 1348 založená Karlova univerzita a její součástí byla lékařská fakulta. Roku 1364 byla sepsána první učebnice chirurgie. Chirurgové se v této době netěšili velké vážnosti, za inkvizice se běžně upalovali. V období renesance medicína výrazně nepokročila. Rozkvětu doznalo zakládání botanických zahrad, herbářů s rozvojem léčení bylinkami. Městský lékař v Basileji, profesor medicíny Paracelsus

---

<sup>12</sup> SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. s. 15-35. ISBN 80-200-0822-5.

<sup>13</sup> KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c1995, xxxi, str. 1404. ISBN 80-217-0528-0.

zavrhne Galenovy poučky, rozvíjí je v realitě<sup>14</sup>. Dle Portera<sup>15</sup> hlavní Paracelsův přínos je v rozvoji přírodní filozofie na chemických principech. K léčbě využíval různých kovů a minerálů. Nemoc objasňoval na základě chemické analýzy moči, ne jen pozorováním, což bylo obvyklé. Na druhé straně se však vysmíval novinkám, např. pitvě. Za nejdůležitější považoval Paracelsus osobní zkušenost, kterou nelze najít v knihovnách. Nabádal k poznání pravdy prostřednictvím pozorování a experimentu.

Schreiber<sup>16</sup> se dále zabývá obdobím 15. století, kdy v Čechách za husitské revoluce je přerušena výuka lékařské fakulty. Lékařství bylo možné studovat v Itálii či Německu. Zajímavý je příběh zrodu chirurgie. Za zakladatele novodobé chirurgie je považován Francouz Paré Ambroise<sup>17</sup>, který se původně stal učněm ranhojičského a holičského řemesla. Rozhodl se dále studovat na vyšší ranhojičské škole, vstoupil do služeb armády a na bojišti získal mnoho chirurgických zkušeností. Zavedl nové způsoby ošetřování ran, poprvé při amputaci použil podvázání artérií, zavedl některé plastické a ortopedické zákroky. V porodnictví zavedl starý indický způsob obratu plodu. Výuka na lékařské fakultě byla obnovena po Bitvě bělohorské, kdy Univerzitu Karlovu převzali jezuité. Bylo jí přiručeno právo na ověřování kvalifikace lékařů, roku 1651 je právo rozšířeno na zkoušení lékárníků, chirurgů, okultistů, kemenožců, lazebníků, porodních bab a židovských zdravotníků. Do roku 1740 byla výuka na univerzitě pouze teoretická, až od tohoto roku bylo studentům doporučeno navštěvovat nemocnice. Do roku 1747 neměla lékařská fakulta pevný studijní plán. Student musel prokázat, že navštěvoval předepsané čtení a podrobil se disputacím. Roku 1784 bylo zavedeno důsledné ročníkové studium s postupovými semestrálními zkouškami a kontrolou studentů při výuce. Tento systém byl v roce 1848 zrušen, prosadila se teze studia prostřednictvím bádání. Po 100 letech bylo opět zavedeno ročníkové studium. Od nejstarších dob uchazeč o titul doktora medicíny musel obhájit jemu určené teze ve „veřejné disputaci“. Postupně bylo

---

<sup>14</sup> SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, s. 25-30. ISBN 80-200-0822-5.

<sup>15</sup> PORTER, Roy. *Největší dobrodiní lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 1. Překlad Jaroslav Hořejší. Praha: Prostor, 2001, s. obr. příl. Obzor (Prostor), sv. 34. s. 25-35. ISBN 80-242-0594-7.

<sup>16</sup> SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, s. 25-30. ISBN 80-200-0822-5.

<sup>17</sup> JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, s. 42. ISBN 08-052-77.



zavedeno písemné zpracování tezí, později jsou zrušeny. V současné době teze předkládají studenti končící program Ph.D.

Operativní obory byly zařazeny do samostatného studia roku 1786, uděloval se titul doktor chirurgie, až do roku 1843. Tituly udělovány v tomto období jsou: Magister chirurgie, Magister porodnictví, Magister očního lékařství, Magister zubního lékařství. Patron chirurgie (ranhojič) je udělován na základě nižšího (dvouletého) chirurgického studia, zrušeno bylo r. 1848. R. 1872 byl zaveden jednotný titul *Medicinae Universae Doctor* (doktor všeobecného lékařství).<sup>18</sup>

První zmínky o učebnici ošetrovatelství (*Poznámky o ošetrovatelství*) se datují do roku 1859 a je spojena se jménem Florence Nightinghalové<sup>19</sup>.

Za zakladatele moderního lékařského studia je Junasem<sup>20</sup> považován Boerhaave Herman (holandský klinik a organizátor). Vzdělání má být nejprve dosaženo v přírodních vědách, dále v teoretických oborech, především v anatomii a fyziologii a nakonec prostřednictvím vyšetřování nemocného v klinických oborech. Za důležitý zdroj poznání považoval pitevní poznatky. Do medicíny a zároveň do její výuky se zapsaly objevy krevního oběhu Harveym, objev mikroskopu bratry Janssenovými, založení fyziologických ústavů J. E. Purkyně. Purkyně krom jiného založil Spolek lékařů českých prosperující dodnes (postgraduální, celoživotní vzdělávání). 19. století přináší urychlení pokroku, což se odráží i v medicíně. Vznikají nové lékařské obory, diferenciuje se celá medicína. Schreiber<sup>21</sup> dále zdůrazňuje nezbytnost naslouchání lékaře nemocnému, což má být nadřazeno pouhému podání léku a nařizování. Zdůrazňuje práva pacientů, nemoc nemá být jen trpně přijímána. Pacient má být informován o celém spektru nemoci i léčebných možnostech. Příkladem vývoje může být psychiatrie, která prošla vývojem přístupu k nemocným. Od svazování, separování psychiatrických pacientů od běžné populace až po dnešní dobu s integrací pacientů do běžné společnosti.

---

<sup>18</sup> JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, s. 42-50. ISBN 08-052-77.

<sup>19</sup> KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, c1995, xxxi, str. 1404. ISBN 80-217-0528-0.

<sup>20</sup> JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny*. Praha: Avicenum, 1977, s. 42-50. ISBN 08-052-77.

<sup>21</sup> SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, s. 31-38. ISBN 80-200-0822-5.

V tomto období se začíná ucelovat formální vzdělávání v ošetrovatelství. Roku 1860 zakládá Florence Nightingalová první ošetrovatelskou školu v Londýně. Je považována za zakladatelku koncepce ošetrovatelství. V českých zemích se výuka ošetrovatelství začíná realizovat na přelomu 19. a 20. století. Vzhledem k jeho proměnlivosti a návaznosti na současnost je historie ošetrovatelství podrobněji popsána v kapitole v kapitole 3.2. Systém celoživotního vzdělávání všeobecných sester.

A jak pokračoval vývoj výuky na Univerzitě Karlově? V roce 1883 došlo k rozdělení lékařské fakulty na českou a německou<sup>22</sup>. Roku 1920 se obnovuje starobylý název Univerzita Karlova. Druhá světová válka opět uzavírá univerzitu, svou činnost obnovuje v roce 1945, kdy jsou založeny pobočky v Plzni a Hradci Králové. Organizace studia od počátku trvala průměrně pět let. Nyní je studium všeobecného lékařství v prezenční formě šestileté. Fakulta nabízí studium v anglickém jazyce pro samoplátce, školné za akademický rok je v rozmezí 325 -360 000Kč.

Krátkodobě byl udělován titul MSDr. – zubní lékař. Od školního roku 2004/2005 je zubní lékařství zakončené titulem MDDr (Medicinae Dentium Doctor), studuje se pět let v prezenční formě. Roku 1992 je zavedeno studium bakalářských a magisterských zdravotnických oborů.

Od školního roku 1995/96 umožňuje fakulta studentům 3. - 6. ročníků vypracovat a obhájit diplomovou práci jako volitelný předmět. O téma DP se studenti mohou ucházet na fakultě i mimo ni. Na fakultě lze pokračovat v doktorandských studijních oborech v českém i anglickém jazyce (Ph.D.).

Další formy vzdělávání na 1. lékařské fakultě UK<sup>23</sup>:

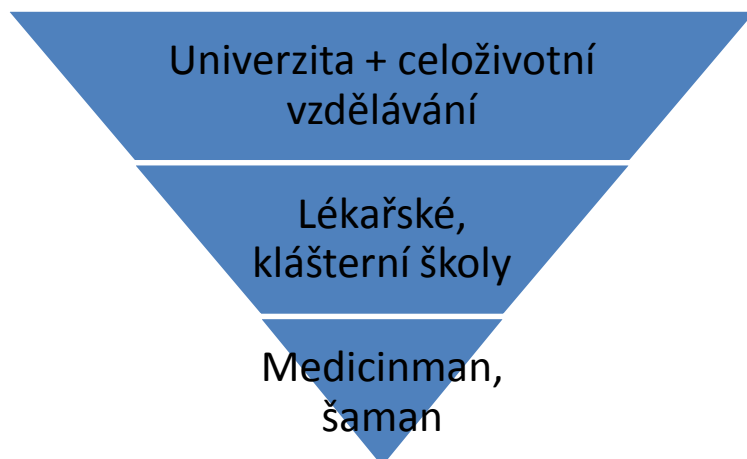
zajišťuje specializační vzdělávání, organizuje celoživotní vzdělávání lékařů, přípravné kurzy pro zájemce o studium lékařských i nelékařských oborů, organizuje Univerzitu třetího věku pro seniory.

---

<sup>22</sup> HELEKALOVÁ, Vlasta. ODDĚLENÍ VNĚJŠÍCH VZTAHŮ 1. LF. *Seznam přednášek na Univerzitě Karlově v Praze: 1. lékařské fakultě ve studijním roce 2012/2013*. Praha, 2012. s. 5 -10.

<sup>23</sup> HELEKALOVÁ, Vlasta. ODDĚLENÍ VNĚJŠÍCH VZTAHŮ 1. LF. *Seznam přednášek na Univerzitě Karlově v Praze: 1. lékařské fakultě ve studijním roce 2012/2013*. Praha, 2012. s. 5-10.

Schéma 2: Vývoj vzdělávání lékařů



Zdroj: autorka práce

## 2 ANDRAGOGICKÁ DIDAKTIKA

### 2.1 Vymezení problematiky

Tato kapitola nám přinese základní seznámení s problematikou didaktiky dospělých, seznámí nás s jejími aspekty, objasní nám proces učení dospělých, jeho principy a cíle. V druhé části se obeznámíme s obecnými cíli, fázemi, formami a metodami ve vzdělávání.

V pojmovém vymezení nacházíme andragogickou didaktiku jako teorii výuky (vyučování) dospělých. Palán<sup>24</sup> považuje za předmět androdidaktiky: cíle, metody, organizační formy a obsahy. Je považována za specifickou součást obecné didaktiky s důrazem na respektování zvláštností dospělého (věk, jeho specifické informační potřeby, zdravotní a psychický stav, možnosti využití...). Současné pojetí zahrnuje i zařazení nových technologií do výuky, například e-learning, aplikace blended learningu. Postupem doby dle Mužíka<sup>25</sup> již ztrácí na původním významu etymologický význam didaktika, která znamená vyučovat, ale také dokazovat a poučovat. Právě termín poučovat již v této problematice není tak výrazným. Přechází spíše do oblasti nácviku sociálních dovedností. Vzhledem k tomu, že výuka je komplexní proces, kdy k vyučování dochází na straně lektora v synergii s učením na straně účastníka. Do tohoto procesu vstupuje působení různých vnějších vlivů, za které je považováno prostředí, organizace vzdělávání, zpětná vazba účastníka vzdělávání s lektorem. Cílem je motivovat dospělého člověka k přijímání nových informací a k sebevzdělávání. Podrobněji se samostatně zabývá didaktikou v oboru medicína či ošetřovatelství je zbytečné, jelikož oba tyto obory přebírají zásadní prvky didaktických metod či forem z obecné didaktiky pro dospělé, například viz Kuberová *Didaktika ošetřovatelství*<sup>26</sup>.

---

<sup>24</sup> PALÁN, Zdeněk. *Andromedia: Andragogický slovník. ASOCIACE INSTITUCÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR, o. s. Andromedia.cz: Databanka dalšího vzdělávání* [online]. 2002. vyd. Praha, 2006 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník>

<sup>25</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 323 s. Vzdělávání dospělých. s. 15. ISBN 978-807-3575-816.

<sup>26</sup> KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, s. 153-204. ISBN 978-807-3676-841

Mužík<sup>27</sup> učení charakterizuje jako schopnost adaptace živých organismů na změny v prostředí. U člověka je hlavním předpokladem k učení motivace k získávání znalostí, dovedností či zkušeností. Výsledkem jsou změny v chování a jednání. U člověka je nutno vidět i souvislosti s životním cyklem, kterými se zabývalo a zabývá mnoho prací. Pro příklad uveďme Piagetův názor, je, že učení musí předcházet zráním osobnosti, učivo by nemělo převyšovat věkem dané schopnosti jedince. Vygotskij tvrdil, že rozvoj kognitivních procesů je závislý na tom, jak a čemu se dítě učí. Teorie andragogiky vychází z Knowlese (in Mužík 2010). Ten říká, že dospělý se učí nejlépe, má-li látka pro něj bezprostřední význam, řeší problémy. Teorii zabývající se učením bylo napsáno a jistě ještě bude napsáno mnoho. Dochází ke střetu různých názorů, preferencí jednotlivých teorií. Pokud se tímto tématem někdo chce zabývat hlouběji, je možné se začít do *Psychology of Learning* od Williama S. Sahakiana<sup>28</sup>. Zde jsou popsány koncepty psychologie učení, psychologický výzkum a experimentování, psychologické přístupy k učení a teorie.

## 2.2 Didaktický proces – prvky, principy, zásady, cíle

V každém úvodu jakékoliv činnosti má být stanoven cíl. Metodika stanovení cílů ve vyučování využívá Bloomovu taxonomii cílů. Mužík<sup>29</sup> ji charakterizuje takto: první hladinou jsou znalosti, kdy učící si dokáže vybavit a reprodukovat získané a naučené informace (vědomosti)

Druhá hladina spočívá v porozumění a samostatné reprodukci dříve osvojené látky.

Třetí hladina je použití naučeného v praxi.

Čtvrtá hladina je schopnost analýzou naučené rozčlenit na komponenty, hledat vztahy, uspořádání a vztahy mezi nimi.

---

<sup>27</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 26. ISBN 978-807-3575-816.

<sup>28</sup> SAHAKIAN, William S. *Introduction to the psychology of learning*. 2nd ed. Itasca, Ill.: F.E. Peacock Publishers, c1984, xix, s. 30-55. ISBN 08-758-1284-8.

<sup>29</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 57-58. ISBN 978-807-3575-816.

Pátá hladina navazuje na čtvrtou, jde o schopnost seskládat z komponentů nový dílčí a pak komplexní celek.

Šestá hladina je hodnocení, vrchol celého procesu učení

Základní dělení prvků didaktického procesu dle Vacínové (in Veteška 2011<sup>30</sup>):

**Cíl** – klíčový význam pro konečný výsledek a řízení výuky, ovlivňován řadou činitelů zvenčí

**Obsah**-učební látka dle požadavků, představ objednavatele

**Lektor**-ten, který zprostředkovává učivo

**Účastník**-ten, který přijímá a zpracovává učivo, záleží na něm, zda bude naplněn výukový cíl

**Didaktické prostředky** - prvky, podporující naplnění výukových cílů.

Didaktické zásady (principy) určují cíle a charakter výuky, řídí se jimi lektor ve vyučování. Vycházejí z obecné pedagogiky a napomáhají efektivnímu průběhu výuky.

Dle Palána, Langra<sup>31</sup> jsou nejdůležitější:

- Zásada vědeckosti – obsah odpovídá současnému vědeckému poznání
- Zásada orientace na praxi – témata vzdělávání použitelná v praxi
- Zásada motivace a participace – důraz na aktivitu vzdělávaného, pozitivní atmosféra = motivace účastníka vzdělávání
- Zásada individuálního přístupu - lektor respektuje individuální rozdíly vzdělávaných
- Zásada zpětné vazby a transferu – informace o práci účastníků, o postupu v učení jednotlivce
- Zásada didaktické redukce – výběr informací k cílové skupině, výběr podstatných témat
- Zásada členění výukového procesu – členění obsahu na části, změny metod, přestávky
- Zásada názornosti – zapojení více smyslů do výuky

---

<sup>30</sup> VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. et. al. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011, 208 s. ISBN 978-807-4520-129.

<sup>31</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 150. ISBN 978-80-86723-58-7.

- Zásada orientace na volný čas – prostor pro samostatnou práci, rozvíjí aktivitu účastníků ke komunikaci a tvořivosti.

Dle Mužíka<sup>32</sup> je vzdělávání službou a pro její úspěšnost jsou důležité dvě zásady:

- Zásada partnerského přístupu k účastníkům – základem je aktivizace účastníků. Charakterizuje současný přístup ve vzdělávání, ústup od frontálního vyučování ke skupinové spolupráci lektora a účastníků a účastníků navzájem. Lektor je profilován do pozice facilitátora.
- Zásada nepřetržité zpětné vazby – umožňuje získávat informace o průběhu vzdělávacího procesu, posuzuje kvalitu a efektivitu výuky.

Dále Mužík na základě svých zkušeností zmiňuje zásady pro firemní vzdělávání ( pro celistvost je prakticky zasazeno do medicíny):

- Zásada jednotnosti – koncepční přístup ke vzdělávání jednotlivých profesních skupin – cílem je ulehčení komunikace na podstatě jednotného znalostního základu a vzájemné porozumění v odborných záležitostech. V medicíně se koncepční přístup dodržuje v případě specializačního vzdělávání. V oblasti celoživotního vzdělávání se již často pomíjí. Výrazněji je to v současné době vyjádřeno ve vzdělávání sester, které navštěvují nekonceptně vzdělávací akce, jen aby splnily počet kreditů za cokoliv. Podrobněji popsáno v poslední kapitole.
- Zásada ekonomičnosti – neznamena získání nejlevnějšího kurzu, vždy se cena poměřuje s požadovanou kvalitou na dodavatele vzdělávacího kurzu, náročností a potřebami cílové skupiny. Současná doba přináší možnost získání zdrojů na vzdělávání z operačních programů Evropské unie a to: Lidské zdroje a zaměstnanost, Vzdělávání pro konkurenceschopnost, Praha Adaptabilita. Nejčastějším zdrojem v celoživotním vzdělávání zdravotníků jsou jejich privátní finanční prostředky. Na specializační vzdělávání přispívá či zcela je hradí zaměstnavatel.
- Zásada přizpůsobení vzdělávání potřebám firmy – projekty musí vycházet ze strategie a firemní kultury. Vzdělávání zdravotníků se řídí především potřebami zaměstnavatelů, v praxi znamená například podporu vzdělávacího se dle potřeby specializace daného pracoviště. V tomto případě například nemocnice

---

<sup>32</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 77-79. ISBN 978-807-3575-816.

uvolňuje pracovníka na stáže, hradí mu plat, ubytování, kurzovné. V dalším neboli celoživotním vzdělávání tomu již takto jednoznačně není. Náhrada platu, ubytování náleží jen v případě aktivní účasti na vzdělávací akci (tzn. přednášejícímu).

- Zásada přizpůsobení vzdělávání potřebám cílové skupiny – obsah dle cílové skupiny, dle potřeb vyplývajících z pracovních pozic.
- Zásada permanentnosti vzdělávání – cílem je soustavné přibližování kvalifikační úrovně pracovníků dle měnícího se podnikatelského prostředí. Medicína má celoživotní vzdělávání zakotveno v zákoně, to znamená, že je na zdravotnících ve své podstatě „vymahatelné“.
- Zásada všeobecné závaznosti – vzdělávání všech kategorií pracovníků ve firmě - v medicíně probíhá na všech úrovních.
- Zásada operativnosti ve vedení výuky - výuka se spádem, reagující na aktuální problémy a změny, vede k adaptabilitě a kreativitě. V medicíně kladen důraz především na znalosti nových technologií, doporučení odborných společností (guidelines) v souvislosti s diagnostikou a léčbou jednotlivých oborů. Zde někdy vážne s ohledem na finanční možnosti pracovišť, pracovníků. Inovativní kurzy někdy probíhají v zahraničí. Novinky ve farmakoterapii jsou v ČR velmi rychle, díky práci farmaceutických společností.

Obecně můžeme říci, že cíle vypovídají o tom, čeho pomocí výuky chceme dosáhnout.

Mohou být děleny na kognitivní, afektivní a psychomotorické dle Kalhousa a Obsta (in Aktuální otázky vzdělávání dospělých<sup>33</sup>).

Cíle můžeme dělit dle různých hledisek na cíle (in Tamtéž):

- Obecné (rozvíjení vědomostí, dovedností, návyků uplatnitelných samostatně či jako součást všeobecného vzdělávání).
- Specifické (vycházejí z cílů obecných, jsou konkretizovány).
- Materiální X Formální.
- Adaptační X Anticipační.

---

<sup>33</sup> VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. ET AL. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011, s. 86. ISBN 978-807-4520-129.



Palán a Langer<sup>34</sup> dělí cíle:

- Celkové
- Dílčí
- Etapové
- Konkrétní.

Dle délky se cíle dělí:

- Krátkodobé (blízké)
- Střednědobé (střední)
- Dlouhodobé (vzdálené).

Dále bychom mohli uvést požadavky na výukové cíle, které uvádějí i předešlí autoři (Kalhous a Obst, Palán a Langer).

Požadavky na: komplexnost, konzistentnost, kontrolovatelnost, přiměřenost.

Dále lze při stanovování cíle použít pomůcku SMART (specifičnost, měřitelnost, akceptovatelnost, reálnost, termínovanost cíle).

Tyto cíle by ve vzdělávání dospělých měly být vytyčovány společně v sounáležitosti vedoucí versus jednotlivý pracovník. Každý zaměstnanec by měl mít ve spolupráci s personálním oddělením stanoven rozvojový plán, kde by měly být stanoveny všechny předešlé cíle. Otázkou je, nakolik jsou tyto cíle prakticky využívány, dle zkušeností ze zdravotnictví, je to spíše formální stránka věci. Reálně jsou stanovovány pouze v oblasti specializačního vzdělávání, jelikož jde o zařazení jednotlivce do provozu, ten je následně schopný samostatně pracovat, vykonávat svou funkci bez odborného dozoru.

### **2.3 Fáze didaktického procesu**

Didaktický proces je vhodné členit do konkrétních fází, čímž dojde k uspořádání celého procesu. Ve zjednodušeném přehledu můžeme použít dělení na fáze:

- Motivační (příprava studenta k osvojení učiva)
- Expoziční (vytváření a osvojování vědomostí a dovedností)
- Fixační (upevňování a prohlubování osvojeného učiva)
- Verifikační (ověření vědomostí a dovedností).

---

<sup>34</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 140-142. ISBN 978-80-86723-58-7.

## 2.4 Formy vzdělávání, výuky

Didaktickou formou obvykle rozumíme uspořádání vzdělávacího procesu. Formy lze třídit dle nejrůznějších hledisek (dle Palána, Langer<sup>35</sup>):

- Délka trvání (vyučovací hodina, den, týden)
- Prostředí výuky (pracoviště, místnost, virtuální prostředí)
- Interakce vzdělavatel-vzdělávaný (přímá či nepřímá interakce)
- Zaměření vzdělávacího procesu (kvalifikační či rekvalifikační kurz, občanské či zájmové vzdělávání).

Formy vzdělávání – formální: denní, distanční, kombinované, večerní, víkendové (organizované, strukturované prostředí, vede k získání certifikátu); neformální (kurzy, semináře) a informální (nemá charakter záměrného učení, získává se v běžném dením životě)<sup>36</sup>.

Formy výuky – základní dělení: individuální, hromadná (frontální – nejběžnější forma výuky ve školách v ČR), individualizovaná, diferencovaná, skupinová, integrovaná<sup>37</sup>.

Forma výuky ovlivňuje charakter výukové komunikace.

## 2.5 Didaktické metody vzdělávání

Za metodu se považuje cesta k cíli, která je rozhodující pro jeho dosažení. Metoda stimuluje učení. Ve vyučování se dělí dle kritérií různých autorů.

Dělení dle Mužíka<sup>38</sup>. Uvádí zde klasifikaci didaktických metod dle orientace:

- na lektora - metoda přednášení, učební rozhovor a práci účastníků ve dvojicích či skupinách
- na účastníka - hraní rolí, projektová metoda, samostatná práce účastníka

---

<sup>35</sup> PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, s. 151-152. ISBN 978-80-86723-58-7.

<sup>36</sup> Upraveno dle: PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, s. 106. ISBN 978-802-4739-601.

<sup>37</sup> Upraveno dle: HLADÍLEK, Miroslav. *Kapitoly z obecné didaktiky a didaktiky vzdělávání dospělých*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009, s. 81-93. ISBN 978-80-86723-75-4.

<sup>38</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 89-92. ISBN 978-807-3575-816.

Dle vztahu k praxi: teoretické, teoreticko-praktické, praktické.

Dále Mužík metody vzdělávání dělí dle probíhající výuky - na pracovišti: instruktáž při výkonu práce, asistování, práce na projektu, rotace práce, koučink...

-mimo pracoviště: přednáška, seminář, demonstrování, workshop, případové studie, brainstorming-writing, simulace

Maňák a Švec (in Aktuální otázky vzdělávání dospělých<sup>39</sup>) dělí výukové metody dle šesti aspektů:

- metody slovní
- názorně demonstrační
- praktické
- z hlediska aktivity a samostatnosti žáků (aspekt psychologický)
- z hlediska myšlenkových operací (aspekt logický)
- z hlediska fází výchovně vzdělávacího procesu (aspekt procesuální)
- z hlediska výukových forem a prostředků (aspekt organizační)
- aktivizující metody (aspekt interaktivní)

## 2.6 Účast dospělých ve vzdělávání

Pro komplexnost zpracování problematiky vzdělávání dospělých je nutné uvést i zájem Evropské unie o tuto problematiku. Tato kapitola je zpracována dle zprávy EURYDICE: Formální vzdělávání dospělých: Koncepce a praxe v Evropě, Androulla Vassiliou z roku 2011<sup>40</sup>.

Vzdělanost dospělé populace slouží jako formální ukazatel pro znalosti a dovednosti jednotlivých zemí. Dalším důležitým ukazatelem je účast dospělých na celoživotním vzdělávání, které je jedním z ukazatelů konkurenceschopnosti. Proto se snaží členské státy Evropské unie o navýšení počtu dospělých v celoživotním vzdělávání, do roku 2020 je stanoven průměr 15% dospělé populace. Pro příklad můžeme uvést Akční plán vzdělávání dospělých, který probíhal do roku 2010, hodnocen byl zprávou Eurydice.

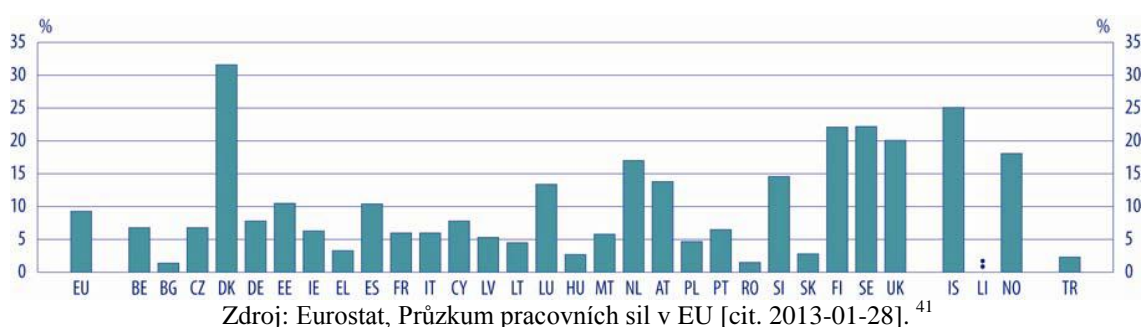
---

<sup>39</sup> VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. ET AL. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011, s. 93. ISBN 978-807-4520-129.

<sup>40</sup> VASSILIOU, Androulla. EURYDICE. *Formální vzdělávání dospělých: Koncepce a praxe v Evropě* [online]. EU, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: [eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf)

Pro názornost problematiky uvádíme následující obrázek zachycující rozdíly v účasti na vzdělávání v EU. Je patrné, že Česká republika zatím zcela nenaplnuje procentuální požadavky EU. Důvody tohoto jevu jsou různé. Pro příklad můžeme uvést problematiku financování dalšího vzdělávání. Ve vyspělých zemích světa je možné si náklady na toto vzdělávání odečítat z ročního daňového základu. Další možnosti jsou naplnění budgetu pro vzdělávání z procentuálního odvodu daní firem.

Obrázek 1: Účast dospělých na vzdělávání a odborné přípravě čtyři týdny před datem dotazování (EU LFS), věk 25-64 let (%), 2009



## 2.7 Pojmologická vymezení

Zpracováno dle Andragogického slovníku.<sup>42</sup>

**Andragogika** - věda o učení, vzdělávání dospělých v celém kontextu procesů a souvislostí. Objektem je dospělý jedinec, předmětem edukace dospělých ve významu celoživotního učení.

**Cíle vzdělávání** – nezbytná součást vzdělávacího procesu ve všech formách vzdělávání, kategorie vymezující záměry a postupy pro jejich dosahování.

**Didaktika** – základní disciplína pedagogiky, modely učení a vyučování, cílů, obsahů, metod a forem vyučování.

<sup>41</sup> Eurostat, Průzkum pracovních sil v EU (data získaná v lednu 2011). VASSILIOU, Androulla. EURYDICE. *Formální vzdělávání dospělých: Koncepce a praxe v Evropě* [online]. EU, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: [eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf). s.11.

<sup>42</sup> PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, s. 33 – 275. ISBN 978-802-4739-601.

**Dospělý** - je ten, jenž dosáhl osmnácti let (právní terminologie). Nicméně je vhodné zmínit především biologické, psychologické, sociální, ekonomické aspekty (zralosti) dospělosti<sup>43</sup>.

**Dovednosti** – učením získané dispozice ke správnému vykonávání určité činnosti.

**Edukace** – modernější význam výchovy a vzdělávání s širším významem v osobním, rodinném životě.

**Formální vzdělávání dospělých** - vzdělávání jedinců uskutečňované ve vzdělávacích institucích s legislativně vymezenými cíli a obsahy.

**Formy vzdělávání dospělých** – vnější organizační uspořádání vzdělávání.

**Kurikulum** – dokument stanovující cíle a obsah vzdělávání.

**Lidské zdroje** – jedinci v pracovním procesu, které uvádějí do pohybu ostatní zdroje (v podniku).

**Metody výuky** – soubor postupů, které se uplatňují v činnosti vzdělavatelů a směřují k cílům výuky.

**Návyk** – ustálený způsob vykonávání činnosti či emočního prožívání.

**Neformální vzdělávání** - probíhá mimo formální vzdělávání, realizuje se pomocí kurzů, seminářů, nevede k ucelenému stupni vzdělávání. Podmínkou je vedení odborníkem.

**Obsah vzdělávání** – skutečnost napomáhající utváření a rozvíjení znalostí, dovedností, kompetencí, postojů a hodnotových orientací vzdělávajících se subjektů.

**Profesní vzdělávání** – forma profesního vzdělávání a odborné přípravy spojených s výkonem určitého povolání.

**Připravenost k učení** - dle Mužíka<sup>44</sup> začíná u dospělého pocitem či vědomím rozdílu mezi znalostí, vědomostí současnou a tím, co by měl vědět a znát.

**Vzdělávání dospělých** - součást vzdělávacího systému, které spolu se vzděláváním dětí a mládeže tvoří součást celoživotního vzdělávání / učení. Zahrnuje veškeré vzdělávací aktivity dospělých realizovaných formálním i neformálním vzděláváním.

---

<sup>43</sup> Upraveno dle Palána: PALÁN, Zdeněk. *Andromedia: Andragogický slovník. ASOCIACE INSTITUCÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR, o.s. Andromedia.cz: Databanka dalšího vzdělávání [online]. 2002. vyd. Praha, 2006 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník>*

<sup>44</sup> MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 26. ISBN 978-807-3575-816.

### 3 VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Medicína je jeden z mála oborů lidské činnosti, kde je povinný propracovaný celoživotní systém vzdělávání, který již v jisté formě fungoval za minulého režimu, v minulém století. Tento systém není vázán jen na vzdělávání lékařů, ale i na vzdělávání ostatního nelékařského personálu. Je zakotveno zákonem jak pro lékaře, tak i pro sestry. I přes svou poměrně dlouhou dobu trvání celoživotního vzdělávání v medicíně, není tento systém stálý a přehledný. Změny systému jsou dány především vstupem České republiky do Evropské unie a synchronizací vzdělávacích systémů jednotlivých zemí, které byly značně rozličné. Je jistě vhodné, aby do tohoto systému vstupoval pohled andragoga, který může fungovat jako jednotící činitel, znalý zásad vhodných pro moderní vzdělávací systémy. Cílem této kapitoly není podrobné popsání vzdělávání lékařů a sester, spíše analogické popsání hlavních bodů tohoto vzdělávání.

#### 3.1 Systém a instituce celoživotního vzdělávání lékařů v ČR

V historickém diskurzu bychom zjistili, že studium medicíny patří mezi nejstarší studované, vyučované obory na VŠ, univerzitách. V ČR je tento obor nejvíce historicky spjat s Karlovou univerzitou v Praze (historie popsána viz kapitola Historie medicíny a vzdělávání v medicíně). Když se budeme zabývat současností vzdělávání lékařů, zjistíme, že vzdělání lékaře není ukončeno absolutoriem vysoké školy. Pokračuje získáním specializace a dalším sebevzděláváním při výkonu profese za dohledu České lékařské komory. Jana Krejčíková<sup>45</sup> se ve svém článku Systém celoživotního vzdělávání lékařů v ČR zabývá pojetím lékařského vzdělávání jako celoživotního procesu, který je utvářen od počátku 20. století. U nás i ve světě se toto vzdělávání člení do tří fází:

- pregraduální (undergraduate medical education)
- postgraduální (postgraduate medical education)
- kontinuální (continuing medical education)

---

<sup>45</sup> KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28a]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php>

Krejčíková<sup>46</sup> dále specifikuje všechny tyto fáze takto. Pregraduální vzdělávání se realizuje na lékařské fakultě a je ukončeno státní závěrečnou zkouškou, získáním titulu doktor medicíny. V současné době jsou vytvářeny mezinárodní standardy pro základní lékařské vzdělávání z důvodu srovnatelnosti úrovně studentů, umožňující dále jejich výměnu. V České republice vzdělávání lékařů probíhá dle zákona č.111/1998 Sb. o vysokých školách<sup>47</sup> v souladu s lékařským zákonem č.95/2004 Sb.<sup>48</sup> Pro samostatný výkon povolání je zpravidla toto vzdělání nedostačující, v praxi znamená, že absolvent - lékař pracuje pod odborným dohledem kvalifikovaného lékaře až do získání specializace.

Postgraduální neboli kvalifikační či specializační vzdělávání lékařů se časově vymezuje na dobu přípravy 2-8 let dle požadavků v jednotlivých oborech. Probíhá při výkonu lékařského povolání na základě samostudia odborné literatury, klinického výcviku pod dohledem školitele v akreditovaném zdravotnickém zařízení (pracoviště musí být akreditováno pro výuku) a je ukončeno specializační či atestační zkouškou.

Systémy tohoto vzdělávání se v jednotlivých zemích liší, nicméně v současné době je snaha o jejich harmonizaci z důvodu mobility zdravotnických pracovníků mezi členskými zeměmi EU. V roce 2004 v ČR došlo ke změně postgraduálního vzdělávání lékařů z dvojstupňového systému specializací na evropsky jednotně uznávaný systém specializací. Původní systém umožňoval získání specializace I. a II. stupně ve 20 základních lékařských oborech a v 60 nástavbových specializacích. Tzn. získání specializace I. stupně v jednom z 20 základních oborů, přípravou po minimálně 30 měsících specializační přípravy a složením zkoušky. Získání této atestace opravňovalo k samostatnému výkonu pouze v některých oborech (např. pro praktického lékaře). Lékaři, kteří chtěli vykonávat samostatně specializovanou činnost, zastávat vedoucí posty (například primáře), museli dále absolvovat 3-5 letou specializační přípravu pod

---

<sup>46</sup> KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28b]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php>

<sup>47</sup> Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách: *In. Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Česko, 1998 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakon-c-111-1998-sb-o-vysokych-skolach>

<sup>48</sup> Zákon č.95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: ve znění zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 189/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 346/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb. [online]. 2004 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova\\_3561\\_1792\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotnicke-povolani-a-odborna-vychova_3561_1792_11.html)

dohledem specialisty a ukončit ji atestační zkouškou II. stupně. Již zmíněný zákon z roku 2004 tento dvoustupňový model ruší a zavádí evropský model jednotné atestace v jednom z 83 specializačních oborů. Doba přípravy se prodloužila na 4-8 let, je ukončena úspěšným složením atestační zkoušky. Atestační zkouška se skládá z části praktické (provedení klinického vyšetření, ošetření, operace pacienta), teoretické (ústní zkouška před komisí, které předchází písemný test) a předložení písemné práce na zadané téma či projektu s obhajobou. Nový systém je stále dopracováván, zejména harmonizací s požadavky Evropské komise a direktivy 93/16EHS<sup>49</sup> (umožňující bezproblémové uznávání mobility specializovaných lékařů po EU). Na tomto místě je jistě vhodné upřesnit dříve používaný termín postgraduální studium – příprava vědecká, která vede k získání titulu Ph.D. – doktorandské studium. Nepatří k získání odborné specializace, specializované způsobilosti. Jde o samostatné vzdělání.

Třetí poslední fázi Krejčíková<sup>50</sup> uvádí jako kontinuální či permanentní lékařské vzdělávání, v poslední době označované jako celoživotní vzdělávání. Je zakotveno v Zákoně č.95/2004 Sb. a dále ve Stavovském předpisu č. 16 České lékařské komory<sup>51</sup>. Probíhá po celou dobu odborné praxe a cílem je neustálá inovace poznatků v souladu s rozvojem vědy. Je považováno za nejdůležitější fázi vzdělávání. Pro lékaře je toto vzdělávání povinné, za získání určitého počtu kreditů vydává Česká lékařská komora (každý lékař je povinně členem) Diplom celoživotního vzdělávání lékařů (období je pětileté). Kredity v ČLK uděluje Rada pro vzdělávání ČLK. Získání diplomu je i podmínkou pro výkon funkce vedoucího lékaře či primáře ve zdravotnickém zařízení. Od ledna 2013 jsou kritéria pro získání diplomu – 150 kreditů za pět let.

Akreditované vzdělávací programy zajišťuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dříve Ústav pro další vzdělávání lékařů), Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, Česká lékařská komora, lékařské fakulty. Vzdělávací aktivity vedoucí k získání kreditů jsou různorodé: kurzy, workshopy, semináře, stáže, klinické dny,

---

<sup>49</sup> Směrnice Rady 93/16/EHS: *o usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci* [online]. 1993 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0016:CS:HTML>

<sup>50</sup> KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28c]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php>

<sup>51</sup> ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 ČLK: Systém celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/stavovsky-predpis-c-16-207.html>



kongresy. Patří sem i vzdělávací akce na základě studia odborné literatury, kde je toto studium zakončeno autodidaktickým testem, který musí být předem ohodnocen ČLK. Za publikační a přednáškovou činnost se kredity neudělují. Akce jsou většinou zpoplatněny, někdy jsou hrazeny z fondů nemocnic či sponzorovány např. farmaceutickými firmami. Vzdělávání se uskutečňuje většinou ve volném čase lékařů. Krejčíková<sup>52</sup> dále rozebírá funkci Institutu pro další vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) jež je příspěvkovou organizací přímo řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. IPVZ zajišťuje činnost pedagogickou, koncepční, analytickou, metodickou, vědeckovýzkumnou, znaleckou aj. Sídlo institutu je v Praze, ale výuka probíhá i na 120 pracovištích rozmístěných po fakultních nemocnicích celé ČR. Významnou součástí pedagogických aktivit je organizace atestačních zkoušek pro lékaře, zubní lékaře, farmaceuty a jiné zdravotnické pracovníky.

Systém celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví je poměrně podrobně propracován, nicméně v poslední době se hovoří o změně ve vzdělávání z důvodu změn systémů zdravotní péče, rychlého rozvoje technologií a pokroku v lékařských vědách s důrazem na informační a komunikační technologie. Mění se vztah lékař (sestra) – pacient (na klienta). Mění se demografické složení obyvatel, směrem ke starší populaci. Proto by vzdělání v medicíně mělo být efektivní, kvalitní, aktuální a prakticky zaměřené. Dle Krejčíkové<sup>53</sup> by měl být výsledkem kompetentní lékař.

### 3.1.1 Formy a ohodnocení vzdělávacích aktivit lékařů

Formy celoživotního vzdělávání lékařů jsou dle České lékařské komory (dále jen ČLK) tyto<sup>54</sup>:

---

<sup>52</sup> KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28d]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php>

<sup>53</sup> KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28e]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php>

<sup>54</sup> ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č.16 ČLK: Formy celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26a]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy celoživotního vzdělávání](http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy%20celozivotniho%20vzdelavani)

- „vzdělávací akce pořádané ČLK; není-li stanoveno či nevyplývá-li z povahy věci jinak, rozumí se ČLK i okresní (obvodní) sdružení ČLK (dále též „OS ČLK“), vzdělávací akce pořádané dalšími subjekty sdruženými v asociaci,
- vzdělávací akce pořádané subjekty provádějícími celoživotní vzdělávání dle zákona č. 95/2004 Sb. vyjma subjektů uvedených pod písmeny a) a b),
- klinické stáže a klinické dny,
- publikační a přednášková činnost,
- studium odborné literatury s autodidaktickými testy,
- elektronické formy vzdělávání,
- vzdělávací akce musí být pořádány na území ČR.“

System přídělování kreditů pro vzdělávací akce dle ČLK<sup>55</sup>:

„Počty kreditů za vzdělávací akce se stanoví takto:

- jedna vzdělávací hodina (45 min) = 1 kredit (maximální počet kreditů za 1 den = 6)
- vzdělávací texty dle § 4 odst. 1 písm. f) a § 11 SP 16 = 2 kredity
- elektronické vzdělávání dle § 4 odst. 1 písm. g) a § 12 SP 16 = 2 – 4 kredity
- den individuální stáže 4 kredity dle § 8 odst. 1
- 1 klinický den 4 kredity dle § 9
- dle § 10 SP č. 16 se za publikační a přednáškovou činnost v rámci systému celoživotního vzdělávání lékařů kredity neudělují.“

Písemný doklad o absolvování vzdělávání má předepsané náležitosti<sup>56</sup>: národně účastníka akce, název a rozsah akce, počet kreditů, informace o pořadateli a odborném

---

<sup>55</sup> ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 ČLK: Formy celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26b]. Dostupné z: [http://www.lkr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy celoživotního vzdělávání](http://www.lkr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy%20celozivotniho%20vzdelavani)

garantovi, evidenční číslo z Centrálního registru akcí celoživotního vzdělávání lékařů, logo pořádajícího člena, informaci, že akce je pořádána dle Stavovského předpisu.

### 3.1.2 Diplom celoživotního vzdělávání a EU

Medicína je jedna z oblastí, kde je již v současné době uznána rovnocennost certifikátů a diplomů celoživotního vzdělávání vydaných v zemích EU, vychází z principu volného pohybu osob v rámci EU. V praxi to znamená, že lékař, který pracuje a vzdělává se v rámci EU, získá certifikát vydaný lékařskou komorou některé členské země EU, po návratu např. do České republiky může zažádat o vydání Diplomu celoživotního vzdělávání vydávaného Českou lékařskou komorou. Vzdělávání by vždy mělo odpovídat Stavovskému předpisu č. 16<sup>57</sup>.

### 3.2 Systém celoživotního vzdělávání všeobecných sester

Jelikož obor zdravotní či všeobecná sestra je velmi proměnným oborem především v současnosti, je nutné uvést alespoň základní historické pojetí tohoto oboru. Hubová<sup>58</sup> se v Historii vzdělávání všeobecných sester zabývá významem této profese od opatrovnické péče o nemocné až po organizovanou činnost založenou na odborném vzdělávání. Za zakladatelku ošetrovatelství je považována Florence Nightingalová, která v roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu v Londýně. Dle Šimurků<sup>59</sup> je v Čechách první dvouletá ošetrovatelská škola otevřena v roce 1914 při Všeobecné

---

<sup>56</sup> ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 ČLK: Formy celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26c]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy celoživotního vzdělávání](http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy%20celozivotniho%20vzdelavani)

<sup>57</sup> ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 ČLK: Formy celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26d]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy celoživotního vzdělávání](http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy%20celozivotniho%20vzdelavani)

<sup>58</sup> HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělávání všeobecných sester: Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 20, č. 2. s. 3-5. ISSN 1214-7664.

<sup>59</sup> ŠIMURKOVÁ, Celstina et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 432 s.

nemocnici v Praze. Hubová<sup>60</sup> dále uvádí, že později vznikají další ošetrovatelské školy s dvouletým vzdělávacím cyklem. Od roku 1960 je studium prodlouženo na čtyřleté na středních zdravotnických školách. Po nástupu do praxe bylo nutno v období 6 měsíců až 1. roku složit „nástupní praxi“ – vyžadoval ji zaměstnavatel, skládala se na příslušném oddělení před primářem a vrchní sestrou. Zkouška sestávala z písemného zpracování zadaného ošetrovatelského tématu, ústního přezkoušení, vykonání praktického ošetrovatelského úkonu. V roce 1960 vzniká Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, kde probíhá především postgraduální výuka středního zdravotnického personálu.

Po roce 1989 je kladen důraz především na kompetence sester v souvislosti s jejich vzděláváním, praxí a vzájemnou propustností vzdělávacích systémů v Evropě. Podmínkou je zavedení centrálního systému registru sester, jehož provoz je v ČR zahájen 12. 5. 2001. Celoživotní vzdělávání sester vychází ze zákona č.96/2004 Sb. a upravuje jej vyhláška č.423/2004 Sb. ve znění vyhlášky č.321/2008 Sb.<sup>61</sup> Touto vyhláškou je stanoven kreditní systém pro vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků tzn., že sestra může pracovat samostatně. Vzdělávací programy zdravotnických škol i postgraduální příprava byla po roce 1989 zásadně inovována. Hubová<sup>62</sup> dále uvádí že, dne 1. 9. 1991 byl dosavadní obor zdravotní a dětská sestra nahrazen oborem všeobecná sestra. Studium bylo čtyřleté s maturitou anebo dvouleté – pomaturitní, nástavbové.

Od školního roku 2004/2005 došlo na středních zdravotnických školách ke zrušení oboru všeobecná sestra a tento obor byl nahrazen oborem zdravotnický asistent. Absolventi tohoto oboru, chtějí-li pracovat bez odborného dohledu, musí dále pokračovat na VOŠ nebo v Bc. programu na VŠ. V současné době je vedena diskuze o zrušení VOŠ a pro samostatnou práci zdravotní sestry bude pravděpodobně vyžadováno

---

<sup>60</sup> HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělávání všeobecných sester: Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 20, č. 2. s. 3-5. ISSN 1214-7664.

<sup>61</sup> MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č.423/2004 Sb.: znění vyhlášky 321/2008 Sb. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2008, částka104, ze dne 29. 08. 2008, s. 4917-4920. [online]. Praha, 2004, 2008 [cit. 2012-10-28a]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/prezidium/komise-pri-prezidiu/kreditni-komise>

<sup>62</sup> HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělávání všeobecných sester: Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 20, č. 2. s. 3-5. ISSN 1214-7664.

minimálně absolutorium Bc. programu na VŠ. Ošetřovatelství lze na VŠ ukončit bakalářským, magisterským i doktorandským studiem. Sestry, které absolvovaly před rokem 2004, mají uzavřenou nástupní praxi a registraci v Registru zdravotnických pracovníků, je zatím uznáno vzdělání a mohou nadále pracovat jako zdravotník bez přímého vedení nebo odborného dohledu. Z některých prací vyplývá problematický postoj k vysokoškolskému vzdělání sester. V ČR bylo zavedeno na základě harmonizace s předpisy ve vzdělávání EU. S vyšším vzděláním sester by jim měly příslušet i vyšší kompetence. V praxi to tak není. Lékaři jsou ochotni v reálné praxi vysokoškolsky vzdělaným sestřím předat část své administrativy, nikoliv však vyšší kompetence. Jinak lékaři spíše uvádějí, že tyto sestry jsou méně zručné, častěji porušují své kompetence a objevují se i názory o jejich nadřazenosti vůči ostatnímu sesterskému personálu (pro příklad možno uvést práci Vavrečková, *Bakalářka ošetřovatelství v očích odborné veřejnosti*<sup>63</sup>).

Postgraduální vzdělávání sester (a ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků - laboranti, ergoterapeuti...) probíhá v několika rovinách. Může to být doplněním úplného VŠ studia magisterského typu – studijní program ošetřovatelství nebo specializačním studiem, kdy se sestra akredituje ve specializačním akreditovaném studijním programu. Poslední, ale povinnou formou vzdělávání sester je celoživotní, kontinuální vzdělávání sester, které se uskutečňuje na základě akreditovaných či certifikovaných kurzů, přednášek, stáží apod. Povinnost se vzdělávat je dána § 53 dle Zákona č.96/2004 Sb. Sestry v časovém horizontu 10 let mají za povinnost nasbírat 40 kreditních bodů<sup>64</sup>. Dále musí aktivně pracovat jako sestra (min. 1 rok v úvazku min. poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo minimálně 2 roky v úvazku min. pětiny stanovené týdenní pracovní doby) a každých deset let podat žádost s doložením počtu kreditů na Registr zdravotnických pracovníků o aktualizaci (vydává Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu). Pokud toto sestra nesplňuje, může se přihlásit ke zkoušce ověřující způsobilost k výkonu povolání.

---

<sup>63</sup> VAVREČKOVÁ, Markéta. *Bakalářka ošetřovatelství v očích odborné veřejnosti* [online]. Brno: Masarykova Univerzita, 2006 [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: [is.muni.cz/th/101092/lf\\_b/Masarykovauniverzita\\_v.doc](http://is.muni.cz/th/101092/lf_b/Masarykovauniverzita_v.doc). s. 64-70.

<sup>64</sup> Upraveno dle: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Registrace zdravotnických pracovníků* [online]. Praha, 2011, 10. 8. 2011 [cit. 2012-10-28b]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku\\_929\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html)

Přezkoušení zajišťuje pod akreditací Ministerstva zdravotnictví ČR, Uznávací jednotka Brno, Vlnářská 6, 603 00 Brno. Touto zkouškou nelze nahradit předepsanou specializaci.

Náplně vzdělávacích programů jsou různé, v současné době po zmírnění podmínek registrace (dříve byla registrace maximálně na 6 let/40kreditů) si sestry mohou spíše vybírat akreditované programy dle jejich zaměření. V minulosti tomu tak zcela nebylo, důvodem bylo především málo akreditovaných vzdělávacích programů, pro mnohé sestry z periferie jejich nedostupnost a nutno zmínit i finanční náročnost vzdělávání. Změnil se i systém ohodnocení kredity za jednotlivou vzdělávací akci (dostupné na stránkách MZ<sup>65</sup>). Sestry si většinu vzdělávacích akcí platí ze svých zdrojů, přepočítáno na jeden kreditní bod a akci, přibližně 1bod 50-100Kč. Výjimkou jsou specializační kurzy, které jsou dotovány ze státního rozpočtu. Na tyto kurzy jsou vypisována výběrová řízení. Jsou to takzvaná rezidentská místa. Nyní se situace trochu lepší, nemocnice začínají pořádat více těchto vzdělávacích akcí, pomáhají farmaceutické firmy, firmy vyrábějící zdravotnické prostředky. Výsledkem je pestřejší nabídka témat k dalšímu vzdělávání, zlevnění akcí, lepší dostupnost. Většinu těchto vzdělávacích programů sestry absolvují ve svém volném čase.

### 3.2.1 Formy vzdělávání sester

Formy jsou dány opět zákonem č.96/2004 Sb. a to je dle §51 akreditovaný kvalifikační kurz či celoživotní vzdělávání dle § č. 54<sup>66</sup>:

- Certifikované kurzy
- Specializační vzdělávání zakončené atestační zkouškou (například dětská sestra)
- Inovační kurzy
- Odborné stáže
- Účast na seminářích, konferencích

---

<sup>65</sup> Upraveno dle: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Kreditní systém 2010* [online]. Praha, 2011, 10. 8. 2011 [cit. 2012-10-28c]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku\\_929\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html)

<sup>66</sup> Upraveno dle: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Přiznávání odborné způsobilosti* [online]. Praha, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/priznavani-odborne-a-specializovane-zpusobilosti-podle-zakona-c96/2004-sb-\\_2419\\_3](http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/priznavani-odborne-a-specializovane-zpusobilosti-podle-zakona-c96/2004-sb-_2419_3)

- Publikační, pedagogická a výzkumná činnost
- E-learningový kurz
- Samostatné studium odborné literatury
- Navazující studijní obor na VOŠ, VŠ.

Akce může pořádat akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace na základě žádosti Ministerstva zdravotnictví.

### 3.2.2 Uznávání kvalifikace sestry v rámci EU

Uznání kvalifikace zdravotní sestry v rámci EU je dáno regulačním orgánem dané země. Tzn., že krom jazykové zkoušky sestra předkládá všechny dokumenty a osvědčení, které nabyta ve své zemi. Regulační úřad po té rozhodne, zda vzdělání bude uznáno, či bude ověřeno zkouškou. Nicméně nelze jednoznačně říci, že vzdělávání sester v rámci EU je zcela jednotné. V současné době je snaha o sjednocení tohoto systému, aby byl srovnatelný a přístupný v rámci celé EU. Nikde však již není sesterská profese ukončena kolem 18. - 19. roku maturitou (což byla v ČR standardní doba přípravy zdravotní sestry až do nedávné doby). Toto vzdělání je rovno profesi zdravotnického asistenta. Současná podoba vysokoškolsky vzdělaných sester již nabízí možnost prostupu a volného pohybu v rámci EU.

Všechny změny ve zdravotnictví, ale i ve vzdělání zdravotních sester, souvisí se vstupem naší země do EU.

Státy vstupující do EU podepisují a přijímají ve vzdělávání zdravotních sester tzv. Strategii NUR/YHO EURO 2000<sup>67</sup>. Tento dokument podepsalo i naše MZ. Tato strategie je důležitá pro další rozvoj oboru a doporučuje sjednotit a zvýšit požadavky na vzdělání sester v Evropě. Program byl přijat ministry zdravotnictví evropských zemí na 2. ministerském zasedání SZO v červnu 2000 v Mnichově. Definuje nové, náročné úkoly sester na počátku druhého tisíciletí. Stanovuje základní principy vzdělání sester, charakterizuje školy, na nichž sestra oprávnění k výkonu povolání získá<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 15-48. ISBN 80-718-4243-5.

<sup>68</sup> STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 15-48. ISBN 80-718-4243-5.

Výkon povolání bez odborného dohledu je nejvyšší kategorií „výkonu povolání“, kdy zdravotničtí (nelékařští) plně odborně způsobilí pracovníci vykonávají činnost zcela samostatně, i když v naprosté většině podle indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Rozhodující při tom není, zda je nebo není lékař přítomen či dostupný, rozhodující je nepřítomnost nadřízeného plně způsobilého zdravotnického pracovníka. Lékař může poskytovat odborný dohled (zdravotnickému asistentovi, případně sestře nezpůsobilé vykonávat povolání bez odborného dohledu) pouze, pokud jde o diagnostické nebo léčebné výkony, nikoli pro ošetrovatelskou péči. Není tedy možné, aby sestry pracující na lůžkových odděleních nebo v domácí péči, pracovaly pouze pod odborným dohledem lékaře. Takže např. jediná sestra v samostatné ordinaci musí být oprávněná k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud vykonává v době nepřítomnosti lékaře diagnostické nebo léčebné výkony, nebo vykonává ošetrovatelskou péči. Pokud sestra ve zdravotnickém zařízení nepracuje vždy za trvalé přítomnosti nadřízené na pracovišti, musí být oprávněna k výkonu povolání bez odborného dohledu (vzor Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu viz příloha C). Zdravotnický pracovník, který je ve vedoucí funkci (staniční, vrchní a hlavní sestry), musí mít také platné Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Cílem této práce není zcela podrobný popis vzdělávání lékařů a sester. Byl popsán ve své základní podstatě, nastíněny základní rysy tohoto specifického a stále se měnícího systému. Snad je ještě vhodné dodat, že se uskutečňuje především ve volném čase lékařů a sester. Čímž se stává náročnějším na skloubení soukromého a profesního života. Pokud nemá zdravotník aktivní účast na semináři či kongresu, je nutno si vzít dovolenou či náhradní volno, pokud se vzdělávání děje v pracovní době.



## 4 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE, POJEM, SPECIFIKA

„Jací jsme, tak komunikujeme.“<sup>69</sup>

### 4.1 Mezilidská komunikace - vymezení pojmu, informace, schéma, účel, motivace

Komunikace je složitý a individuálně závislý proces. Umění komunikace je někdy považováno za dar, nicméně pravdou je, že je třeba se ji učit jako cokoliv jiného. Zkoumají ji lingvisté, psychologové, sociologové, antropologové či etnologové. Z uvedeného vyplývá, že komunikace propojuje mnohé disciplíny. Je každodenní součástí každé bytosti. Zbyněk Vybíral<sup>70</sup> v knize *Psychologie komunikace* uvádí, že: *“posiluje či tlumí emoce a formuje postoje. Dokáže popudit, provokovat, iniciovat – i uchláchnit a zbrzdit druhého v jeho odhodlání. Dokáže přesvědčit o pravdě i věrohodně šířit lež.”* Název pochází z latinského *communication* a jak uvádí Hartl<sup>71</sup> v *Psychologickém slovníku*: *„není specifický lidským jevem, existuje i u živočichů“*. Slovník dále uvádí základní vysvětlení jako: *„dorozumívání, sdělování“*. V psychologickém pojetí výkladu je komunikace brána jako: *„přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé“*. Musil<sup>72</sup> v *Sociální a mediální komunikaci* vymezuje: *„Komunikace je přenos informace pomocí znakového systému, uskutečňovaný mezi lidmi přímo nebo pomocí technickoorganizačních prostředků.“* Informace je obsahem každého procesu v komunikaci, význam je širší. Patří sem např. zpráva v novinách, údaj o přesném času, literární, hudební či výtvarné dílo atd. Dále rozebírá podstatu významu jazyka, kam patří i znakový systém (např. dopravní, směrové značky, Morseova abeceda). Popisuje průběh komunikace od vysílatele

---

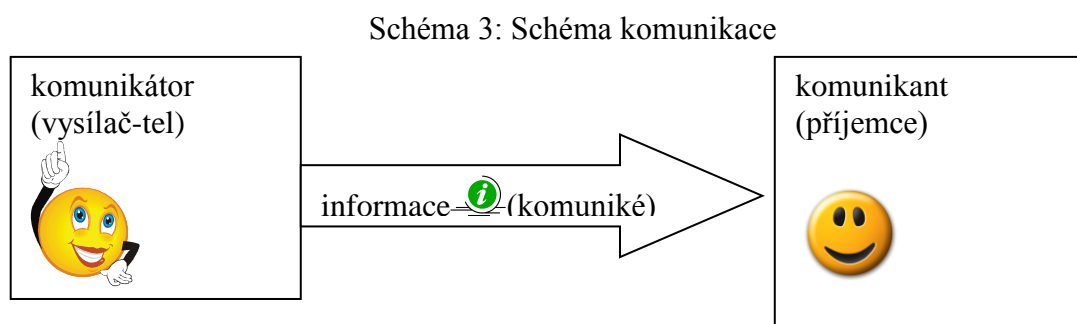
<sup>69</sup> Linhartová, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 14. ISBN 978-80-247-1784-5.

<sup>70</sup> VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, s. 21. ISBN 80-717-8998-4.

<sup>71</sup> HARTL, Pavel, H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. str. 265-266. ISBN 80-7178-303-X.

<sup>72</sup> MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 11. ISBN 978-80-7452-002-0.

(komunikátora) směrem k příjemci (komunikantu, recipientovi). Hovoří o obsahu jako pramenu, zdroji informace (komuniké).



Zdroj. autorka práce

Zdůrazňuje praktické vlastnosti jako přesnost, srozumitelnost, efektivitu a citovou působivost. Rozebírá druhy komunikace na přímou a nepřímou. V přímé komunikaci upozorňuje na nutnost přítomnosti lidských, v nepřímé komunikaci jsou zapotřebí technické prostředky, média. Připomíná, že jde o základní formu sociálního styku. Klade důraz na vyváženost akustické a vizuální složky.

Na tomto místě je vhodné zmínit prostor, ve kterém se komunikace odehrává. Linhartová<sup>73</sup> v Praktické komunikaci v medicíně tento prostor nazývá komunikačním kanálem. V medicíně je tento prostor například ordinace, nemocniční pokoj, chodba. Obvykle je prostor plný šumů (fyzikálních – hluk, nepříjemná teplota, psychických – emoce, vztah, únava, fyzických – nedoslýchavost, bolest).

Nejen prostředí specifikuje užití jazyka, ale patří sem i odlišné podoby přenosu informací pomocí řeči. Farková<sup>74</sup> ve Vybraných kapitolách z psychologie popisuje čtyři typy přenosu sdělení: křížová komunikace, komunikace shora dolů, řetězová komunikace, hvězdicovitá komunikace.

Janáčková a Weiss<sup>75</sup> v knize Komunikace ve zdravotnické péči ji definují jako sdělení informace pomocí signálů a prostředků, které probíhá ústně, písemně, mimikou,

---

<sup>73</sup> LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 13-15. ISBN 978-80-247-1784-5.

<sup>74</sup> FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. s. 142. ISBN 978-808-6723-648.

<sup>75</sup> JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, s. 11. ISBN 978-807-3674-779.

gesty a dalším neverbálním chováním, Podstatou je „vysílání“ či „dešifrování“ signálů z vnějšího světa. Tyto signály můžeme přijímat aktivně či pasivně a můžeme, ale nemusíme na ně vyslat odpověď. Upozorňují na význam správné komunikace, která nám pomáhá být úspěšní.

Linhartová dále popisuje komunikaci jako vědní obor formující se v padesátých letech minulého století, který se stává předmětem vědeckých výzkumů převážně až ve 20. století. Připomíná, že bylo napsáno mnoho vědeckých, marketingově zaměřených knih na toto téma. Uvádí, že poslední dobou převažuje literatura zaměřená především na manipulaci se zákazníkem a marketing. Dále popisuje výměnu informací jako neoddelitelnou od člověka, a to ve významu, že člověk myslí, cítí a nějakým způsobem toto sděluje. Je již jedno, zda slovně či pomocí těla<sup>76</sup>. Proto můžeme říci, že komunikaci dělíme dle toho, kdo, co, komu, jak, proč a s jakým výsledkem říká.

Jiří Langer<sup>77</sup> se ve své práci Znakový jazyk jako prostředek komunikace mezi učitelem a žákem zabývá pojmem úspěšné komunikace. Úspěch komunikace je dán existencí komunikačních kompetencí. Vysvětlení komunikační kompetence nalezneme v Průchově<sup>78</sup> Pedagogickém slovníku jako: „soubor jazykových znalostí a dovedností umožňujících mluvčímu realizovat různé komunikační potřeby...“. Patří sem jistá pravidla komunikace v určitém sociokulturním prostředí. Zahrnuje znalost jazyka, ale i např. kdy hovořit, kdy mlčet, shrnuto: praktickou znalost užití jazyka. Vybíral<sup>79</sup> v Psychologii komunikace hovoří o handicapu v komunikačních kompetencích při neznalosti jazyka, prostředí, souvislostí, profesního žargonu, kultury. V dnešní době může být nekompetence v určité síti komunikace vyjádřena chybějícím připojením k internetu či chyběním mobilního telefonu. Ke komplexnímu pojetí tématu je jistě vhodné zmínit, že i mlčení je jistou formou komunikace. Připomíná ji Eva Kubová<sup>80</sup> ve

---

<sup>76</sup> LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 13. ISBN 978-80-247-1784-5.

<sup>77</sup> LANGER, Jiří. *Znakový systém jako prostředek komunikace mezi učitelem a žákem* [online]. [cit. 2012-10-07]. Dostupné z: [www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/.../2008-Znakovy.pdf](http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/.../2008-Znakovy.pdf)

<sup>78</sup> PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 105. ISBN 978-807-3674-168.

<sup>79</sup> VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, s. 48. ISBN 80-717-8998-4.

<sup>80</sup> KUBOVÁ, Eva. *Co říkáme beze slov: Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2011, roč. 17, č. 12. s. 12-14. ISSN 1212-9607.

svém článku, Co říkáme beze slov (in Psychologie Dnes, 2011). Upozorňuje na skrytý význam mlčení, které se mezi partnery může stát až mučícím nástrojem, nástrojem k pohrdání, ponižování. Celý článek je postaven na významu neverbální komunikace, poskytuje základní informace o dané problematice.

Shrneme-li předešlé, můžeme ji definovat jako proces dorozumění se mezi lidmi či zvířaty za jistým účelem a cílem.

A jak se jednotlivé složky komunikace podílí na konečném výsledku? Ve Slovníku cizích slov <sup>81</sup>nacházíme velmi podnětné zamyšlení: „*Albert Mehrabian (nar. 1939) je americký emeritní profesor psychologie, který je populární svým diskutabilním, sporným pravidlem 7%-38%-55%, podle něhož komunikující člověk upoutává především řečí svého těla, neverbální komunikací, pohyby, gesty (55%), poté melodičností, modulací, tónem svého hlasu (38%) a nejméně upoutává tím, co říká (7%).*“

Kolik z nás přemýšlí nad tím, že mluvíme nejen ústy, ale i tělem, prostorem kolem nás? De Vito <sup>82</sup> hovoří o vzájemném propojení verbální a neverbální stránky, obé teprve tvoří celek. Druhy komunikace dělíme dle přenosu informace na verbální, tzn. slovní, jazykovou komunikaci a na nonverbální komunikaci, tzn. mimoslovní, rozuměno gesty, mimikou, obrazy... Tyto druhy budou podrobněji popsány v samostatných kapitolách.

V medicíně je svým způsobem specifická prostředí, ve kterém se odehrává, zúčastněnými osobami – kdy jeden je profesionál a druhý většinou laik. Ve verbální stránce se setkáváme s množstvím cizích názvů, které nejsou vždy správně vysvětleny. V neverbální komunikaci se setkáváme s deprimujícím prostředím jisté „sterility“ prostředí, množstvím čichových vjemů (dezinfekce), narušením intimní zóny, uniformitou pracovníků (ve smyslu pracovního oděvu). Jistě bychom odlišností našli mnohem více. Jak říká Ptáček, spokojenost pacienta, účinnost léčby je přímo spojena s komunikačními schopnostmi zdravotnického personálu. Toto již výzkumy opakovaně potvrdily. Správná a účelná komunikace přispívá k rychlejšímu stanovení správné

---

<sup>81</sup> KUČERA, Radek. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Ostrava, 2005 - 2006 [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/mehrabian-albert>

<sup>82</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 15-19. ISBN 80-716-9988-8.

diagnózy, efektivnější a kratší terapii. Každý zdravotník by si měl uvědomit výrok prof. Josefa Thomayera: „*Dobře poslouchej svého nemocného, říká ti totiž diagnózu.*“<sup>83</sup> Každý by si měl uvědomit, že komunikace v medicíně není jen o kladení otázek a monologu. Odborná literatura uvádí za základní prostředek lékařské praxe rozhovor, neuvádí však, že je vhodné sledovat, hodnotit a ovlivňovat také neverbální stránku věci. Smyslem neboli účelem komunikace je splnění určitého cíle, funkce.

Komunikace dle Vybírala<sup>84</sup> má funkce:

- předání zprávy, informace = informovat
- zasvěcení, navedení, naučení = instruovat
- získat, zasvětit, zmanipulovat někoho na svou stranu = přesvědčit
- řešit, vyřešit, dospět k dohodě = domluvit, vyjednat
- rozveselit, rozptýlit = pobavit
- zastavit se s někým, pobavit se = kontaktovat
- exhibovat, prezentovat, zalíbit se = předvést se

De Vito<sup>85</sup> v Základech mezilidské komunikace hovoří o pravidlech informativního projevu. Zdůrazňuje užitečnost, uvedení do spojení staré a nové informace, zapojení smyslů, přizpůsobení úrovně složitosti, kultuře, množství informací.

Motivace je skrytou funkcí komunikace. Je individuální, má různou intenzitu, závisí na okolnostech. Dle Vybírala rozlišujeme motivace kognitivní, zjišťovací, orientační, sdružovací, sebezpotvrzovací, adaptační, uplatnění se, požitkářské, existenciální, jiné. Dále rozebírá důvody, kdy lidé nemají chuť komunikovat, např. jsou přesyceni z důvodu své profese – lékaři, učitelé. Déletrvající nechť komunikovat označuje za známku duševní abnormality.

Linhartová<sup>86</sup> uvádí, že účelem či cílem lékařské komunikace je získání pacienta pro určité rozhodnutí. Zdůrazňuje dodržení etických pravidel na základě vzájemného porozumění a dorozumění.

---

<sup>83</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, s. 595. ISBN 978-802-4739-762.

<sup>84</sup> VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, s. 31-35. ISBN 80-717-8998-4.

<sup>85</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 13. ISBN 80-716-9988-8.

Současné výzkumy komunikace naznačují, že správně a pozitivně vedená komunikace vede k lepším terapeutickým výsledkům. Snižuje výskyt stížností a žalob na zanedbání péče pacientů. Roberts and Bucksey<sup>87</sup> ve své práci *Communicating With Patients: What Happens in Practice?* uvádí, že vnímání vztahu pacienta a terapeuta je důležitější pro léčbu než léčba samotná. Dále se zabývají myšlenkou zvážení způsobu, jakým profesionál komunikuje, jak co sděluje, protože toto se jeví důležitějším, než co říká.

## 4.2 Vývoj komunikace v historickém kontextu

Od vzniku lidského rodu spolu lidé komunikovali, komunikují spolu i ostatní živočichové. Zda je více využita verbální či neverbální složka komunikace je dáno jednotlivým živočišným druhem. Počátky slovního dorozumění lidí se datují více než 60 000 let zpět (člověk neandrtálský) dle výzkumu W. E. Garetta (in Vybíral<sup>88</sup>, 2005). Musil<sup>89</sup> popisuje vývoj mezilidské komunikace od gest, mimiky, přes ústní sdělení, obrazy, písemný projev až po televizi a internet. Historii dělí do několika epoch:

- signálů (nutné pro komunikaci skupiny při rozptýlení v prostředí)
- mluvení a jazyka (doložena u kromaňonského člověka)
- psaní (vynalezeno přibližně 3000 let př. n. l.)
- tisku (kolem 1450 knihtisk – Gutenberg)
- elektronické komunikace (posun k informační společnosti)

V historickém diskurzu zjistíme, že správná a účelná komunikace byla ceněna již ve starověkém Řecku. Verbální složce řeči, zvané rétorika, se vyučovalo ve starověku,

---

<sup>86</sup> LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. s. 13. ISBN 978-80-247-1784-5.

<sup>87</sup> LISA ROBERTS AND SALLY BUCKSEY. *Communicating With Patients: What Happens in Practice?* [online]. 2003. vyd. 2003 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/87/5/586.full>

<sup>88</sup> VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, s. 105. ISBN 80-717-8998-4.

<sup>89</sup> MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. s. 29-31. ISBN 978-80-7452-002-0.

ale i na středověkých univerzitách. Kohout<sup>90</sup> v *Rétorice: umění mluvit a jednat s lidmi* říká, že způsob „přesvědčivé“ řeči byl jedním z hlavních vyučovacích předmětů starověkého Řecka. Dnešní doba by mohla hledat vzor v této době, kdy veřejný činitel byl tak úspěšný, jak byl úspěšným řečníkem. Mezi slavné osobnosti starověku patřil jistě Sokrates, Aristoteles, Cicero, ale i jeden z dnes uznávaných předků medicíny – Hippokrates a jeho typologie dle temperamentu. Mění se komunikační „kanály“, kterými se dorozumíváme, od prosté řeči, přes psanou verzi dorozumívání až po technické vymoženosti moderní doby. Z pohledu historického můžeme konstatovat, že prvotní komunikace probíhala pomocí skřeků, zvuků. Používána byla mimika, gesta. Specifika komunikace v medicíně nacházíme již v průběhu vývoje vztahu lékař – pacient. Ptáček<sup>91</sup> popisuje vytvoření a ustálení tohoto vztahu jako paternalistického modelu (rodičovský, otcovský). Vlídne slovo a podpora nemocného byly často používaným nástrojem. V případě závažného stavu byla volena milosrdná lež. Rozvolnění paternalistického vztahu přineslo komplikace a problémy ve vzájemné komunikaci. Novodobá komunikace přináší do medicíny vztah partnerský, nicméně často je spíše na teoretické nikoliv praktické úrovni. Důvody ke změně byly následující. Kladení důrazu na uplatňování lidských práv a svobody, pokroky v medicíně, vzrůstající vzdělanost laiků (především zásluhou internetu), nárůst chronicky a dlouhodobě nemocných. V roce 1970 je formulován první Kodex práv pacientů na světě. V Čechách byl roku 1992 formulován a zveřejněn první Kodex práv pacientů. Aplikován v praxi byl přijetím Parlamentem ČR v roce 2001 a stručně bývá nazýván Úmluvou o biomedicíně. Zde jsou zakotveny nároky pacientů na informace o rozhodnutích týkajících se jejich zdravotního stavu, diagnostických a terapeutických metod. Prostředkem či potvrzením náležité komunikace mezi zdravotníkem a pacientem je tzv. informovaný souhlas. Má tři formy: ústní, písemnou a vyplývající z okolností (konkludentní). Písemná forma informovaného souhlasu není povinná, je rezervována pro invazivní diagnostické a terapeutické metody.

---

<sup>90</sup> KOHOUT, Jaroslav. *Rétorika, Umění mluvit a jednat s lidmi*. Praha: Management Press, 1998. s. 18. ISBN 80-85943-54-9.

<sup>91</sup> PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, s. 27-30. ISBN 978-802-4739-762.

### 4.3 Verbální komunikace

„ Je třeba mluvit pravdu, ne mluvit mnoho.“

Demokritos<sup>92</sup>

Za verbální komunikaci je považováno slovní či jazykové vyjádření. Forma je mluvená či psaná. Může být přímá či zprostředkovaná, živá či reprodukováná.

Verbální stránka se vyvíjí od narození. Faw<sup>93</sup> v Child Psychology se podrobněji zabývá vývojem dětské řeči, kde hovoří i o prvotní reakci na řeč okolí kolem 8. týdne po narození. Prvotní broukání nahrazují kolem jednoho roku věku první slova máma- táta. Lewis<sup>94</sup> V Tajné řeči těla popisuje, že děti do tří let se mezi sebou dorozumívají mimoverbální komunikací. Po té převažuje k vyjádření myšlenek spíše verbální stránka. Ve verbální komunikaci, je ještě nutno pro celistvost textu uvést i intrapersonální komunikaci. Podle J.Piageta (in Janoušek<sup>95</sup>, 2007) 50% řeči u dětí předškolního věku není adresováno ani přizpůsobeno posluchačům. Tato řeč je vnitřní řeči dítěte, je výrazem dětskému neporozumění perspektivě druhé osoby = egocentrické. Dítě se nesnaží v řeči zaujmout stanovisko partnera. Výchozí funkce řeči je komunikativní vůči sobě samému. Tato egocentrická řeč později (mezi třetím a sedmým rokem života) přechází ke skryté řeči vnitřní = intrapersonální (dialog se sebou samotným).

---

<sup>92</sup> MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2.*, dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 97. ISBN 978-80-247-2339-6.

<sup>93</sup> FAW, Terry, Gary S BELKIN a Terry FAW. *Child psychology*. New York: McGraw-Hill, c1989, vii, s. 166. ISBN 00-702-0112-9.

<sup>94</sup> LEWIS, David. *Tajná řeč těla*. Praha: Victoria Publishing, 1995, s. 19. ISBN 80-856-0549-X.

<sup>95</sup> JANOUŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 25-31. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940.



### 4.3.1 Ústní komunikace

Mikuláščík<sup>96</sup> za efektivní při přesvědčování zdůrazňuje ústní komunikaci. Umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, blízkost, bezprostřednost a okamžitou výměnu názorů. Nedá se vzít zpět.

Verbální systém dle DeVita<sup>97</sup> představuje slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem. Dále uvádí pět hledisek charakteru řeči: denotační, konotační – abstrakci - přímočarost - pravidla – hledání významu v lidech, ne pouze ve slovech. Dále DeVito upřesňuje pojmy:

- Denotace je vyjádření objektivního významu termínu, výklad slova ve slovníku. Konotace je emotivní či subjektivní význam termínu. Jako příklad uvádí význam slova smrt pro lékaře = zástava srdce, pro matku zemřelého = vzpomínky na synovo mládí, ambice, rodinu, prodělané nemoci atd.
- Abstrakce ve významu upřesnění pojmu, pokud jsme konkrétnější, přesnější a méně abstraktní. V praxi užití přesnějšího termínu bývá lepší.
- Přímocíarost v komunikaci bývá odlišná dle pohlaví, kdy ženy svá přání a příkazy komunikují nepřímocí, muži jsou přímocíjší. Vysvětlení je hledáno v moci a spokojenosti dané osoby.
- Pravidla řeči jsou gramatická a kulturní. Každá kultura má vlastní styl komunikace, svá pravidla, zásady. Například Japonci v rozhovorech zachovávají mírumilovné vztahy s druhými. Ženy používají zdvořilejší formy než muži. Zdvořilost se mění dle vztahu intimity.
- Význam sdělení se mění v průběhu času, dříve mohl být význam téhož slova jiný než dnes.

Mikuláščík<sup>98</sup> uvádí specifícnosti v užívání jazyka dle osobnostních zvláštností a rysů:

- introvert = bez emočního akcentu, klidně, tiše a málo

---

<sup>96</sup> MIKULÁŠČÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 98. ISBN 978-80-247-2339-6.

<sup>97</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 19. ISBN 80-716-9988-8.

<sup>98</sup> MIKULÁŠČÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 99. ISBN 978-80-247-2339-6.

- extrovert = většinou řekne vše, co má na srdci
- egoista = mluví především o sobě, co udělal, co si o tom myslel
- autokrat = nepřipouští diskuzi, prosazuje své názory a myšlenky
- submisivní osobnost = je konvenční, neodporuje, podvoluje se názoru druhého
- liberál = je nestranný, připouští alternativy, nemluví do věcí druhých

### 4.3.2 Jazykové prostředí

Mikuláščík<sup>99</sup> popisuje rozdílné použití jazyka dle prostředí, ve kterém je použit. Jinak mluví učitel ve škole, kněz v kostele.

Jazykové prostředí je tvořeno čtyřmi základními prvky:

- lidmi
- úmysly
- pravidly komunikace
- skutečně používanou řečí pro danou situaci

O vlivu kultury již bylo řečeno.

Někdy si lidé vytvářejí specifický, zvláštní jazyk, kterým ostatní vyřazují z komunikace. Příkladem jsou studenti středních škol využívající slangu.

Lékař oznamující pacientovi diagnózu latinsky se pravděpodobně setká s nechápavým výrazem pacienta. Měl by způsob komunikace změnit a nepoužívat odborné, cizojazyčné výrazy. Kdykoliv se změní naše role, změní se bez našeho vědomí i náš způsob vyjadřování. Vždy bychom na prostředí, ve kterém se nacházíme, měli myslet.

### 4.3.3 Aspekty verbálního projevu

Mikuláščík<sup>100</sup> se zabývá paralingvistikou. Paralingvistika je dotváření denotačního významu jazyka pomocí svrchních tónů v řeči, zesílením, zeslabením, zpochybněním, potvrzením...

---

<sup>99</sup> MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. s. 99 -100. ISBN 978-80-247-2339-6.

Chápání významu jednotlivých slov ve větě může být měněno důrazem na různá slova.

Paralingvistické aspekty verbálního projevu vyjadřuje:

- hlasitost – intenzita projevu určuje, zda mluva bude příjemná či nepříjemná
- výška tónu řeči – každý člověk má odlišnou výšku a zabarvení řeči, vyšší tóny působí nepříjemně
- rychlost – tempo řeči je vhodné měnit, významné informace je vhodné říkat pomaleji, zřetelněji, důrazněji
- objem řeči – produkce slov je individuálně odlišná, některá literatura popisuje rozdíl mezi muži a ženami
- plynulost řeči, pomlky, frázování
- barva hlasu a emoční náboj
- kvalita řeči – míra redundance ve sdělení
- slovní vata – stereotypní výplň
- chyby v řeči – artikulační, huhlání, přeřikávání, zadržávání, koktání...

#### 4.3.4 Poslouchání a naslouchání, rozhovor

*„Sluch je jeden z pěti smyslů, ale naslouchání je umění.“*

Frank Tyger<sup>101</sup>

*„Musíš být zticha, abys slyšel.“*

Michael Jacobs<sup>102</sup>

Slyšení je fyziologická schopnost smyslových orgánů, poslouchání je dovednost, uvádí Mikuláščík<sup>103</sup>. Opravdové naslouchání je dovednost, která se nejhůře učí a vyžaduje úsilí. Znamená vnímat, pochopit a reagovat. Běžně filtrujeme nedůležitá sdělení. Při poslouchání je důležité vytěžit podstatné informace. Způsoby poslouchání:

---

<sup>100</sup> MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. s. 103. ISBN 978-80-247-2339-6.

<sup>101</sup> Tamtéž, s. 103.

<sup>102</sup> MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 103. ISBN 978-80-247-2339-6.

<sup>103</sup> MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2010, s. 97 - 107. ISBN 978-80-247-2339-6.

- aktivní naslouchání – snaha porozumět tomu, kdo se svěřuje, aktivně naslouchající reaguje a dává zpětnou vazbu, podporuje, dotazuje se
- kritické naslouchání – zhodnocení, pochybování o tom, co je slyšeno
- reflektivní a empatické naslouchání – posluchač odkládá vlastní pocity, vrací se do pocitů toho, kdo se svěřuje (poslouchání očima, srdcem, ušima), odlišné schopnosti lidí k empatii
- poslouchání pro pobavení – většinou cílem je odpočinek, pobavení
- poslouchání pro informace – nejdůležitější identifikování hlavní myšlenky

Porozumění jiným lidem není jednoduché, je to jedna z nejobtížnějších interpersonálních dovedností.

De Vito<sup>104</sup> uvádí rozhovor jako nejčastější formou interpersonální komunikace při setkání dvou a více lidí, kdy prostřednictvím otázek a odpovědí dosahují svých cílů. Na tomto místě je vhodné připomenout, že v současné době je možné vést rozhovor pomocí internetu. Od ostatních druhů komunikace se liší tím, že obě strany se mohou ptát i odpovídat, i když v realitě jedna se více ptá a druhá odpovídá. Dle Hambricka (in De Vito 2001) se rozhovor liší dle struktury a účelu:

- neformální rozhovor (neformální získání informací, obecné téma se volí dopředu, postupná konkretizace otázek v průběhu hovoru)
- řízený rozhovor (téma volená dopředu)
- standartní otevřený rozhovor (nejednoznačné otázky pokládány v předem stanoveném pořadí)
- kvantitativní rozhovor (předem stanovené kategorie s výběrem odpovědí např. 1 až 10)

Další typy rozhovorů jsou: přesvědčovací, hodnotící, poradenské, informativní a přijímací.

---

<sup>104</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 28-35. ISBN 80-716-9988-8.

Mahrová<sup>105</sup> uvádí jako rozhovor v medicíně: terapeutický, informativní, edukační. Důležitým hlediskem v tomto rozhovoru je spolupráce, získání pacientovy důvěry. Dále Mahrová uvádí důležité kroky rozhovoru:

- úcta
- důvěryhodnost
- ochota dávat, nejen přijímat
- ochota odložit masku (nepředstírat či zastírat skutečnosti)
- připravenost ke změnám, přehodnocení postojů
- citlivé odkrývání a překonávání překážek
- přátelská atmosféra

Co rozhovor brzdí? Mahrová říká: strach, namyšlenost, pochybnosti o sobě i druhých, snaha ovládat, ztuhlost, odlišné chápání významu slov, spěch, odlišnost, nezralost. V tomto rozhovoru je profesionálem zdravotník a měl by ho umět vést s jakýmkoliv pacientem. Měl by do něj vnášet vhodnou empatickou podporu, nedirektivnost, emoční blízkost, vhodně používat uzavřených a otevřených otázek. Příliš uzavřených otázek tísní rozhovor, mnoho se toho nedozvíme. Při správně vedeném rozhovoru využíváme tyto dovednosti:

- aktivní naslouchání
- podporování nemocného k rozhovoru
- reflexi
- vyjádření porozumění
- akceptaci a úctu
- autentičnost

Základem správného rozhovoru je zájem o nemocného. Zde je vhodné zmínit důležitost souhry s neverbální komunikací, protože předstíraný zájem může prozradit neverbální komunikace.

---

<sup>105</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 27 – 29. ISBN 80-247-1262-8.

### 4.3.5 Kritéria úspěšné komunikace zdravotníka

*„Žádný lékař nezná lepší lék na unavené tělo a ztrápenou duši, než je naděje.“*

Stefan Zweig <sup>106</sup>

Kritéria dle Kozierové, Erbové, Olivierové (in: Venglářová<sup>107</sup>, 2006):

- jednoduchost – *„ověřujeme, zda nemocný porozuměl sdělovanému“*  
používání běžných obrátů, sdělení má být stručné a jasné
- stručnost – *„stručná informace působí profesionálně“*  
v nemoci či v obavě z ní jsou pacienti přecitlivělí na čas, okliky vzbuzují nedůvěru
- zřetelnost – *„při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci“*  
pozor na dvojsmyslná sdělení, přílišná zobecnění
- vhodné načasování – *„načasovanost zohledňujeme zvláště u závažných témat, podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor, dostatek času“*  
pozor zvláště u závažných témat
- adaptabilita – *„je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného“*  
sledovat odpovědi, neverbální komunikaci

Mezi speciální komunikační dovednosti patří i mlčení. Má více významů. Může být důvodem k přemýšlení, šoku, rozpakům anebo je signálem, že již vše bylo řečeno.

Kozierová<sup>108</sup> zdůrazňuje výsledky výzkumu Ainy Apseové (in Kozierová 1995), která položila běžné lékařské termíny, jako je ambulovat, krevní tlak, dilatovaný, orální apod. pacientům a požádala je o interpretaci těchto výsledků. Zjištěním je, že většina pacientů rozuměla od 51 % do 75 % termínů.

---

<sup>106</sup> ZWEIG, Stefan. *Citáty slavných osobností: Stefanýroky, myšlenky, přísloví a aforismy* [online]. e-Citáty.cz |, rok neznámý, 2007-2013 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/stefan-zweig/?page=2>

<sup>107</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 23. ISBN 80-247-1262-8.

<sup>108</sup> KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c1995, xxxi, str. 248. ISBN 80-217-0528-0.

Vojteková<sup>109</sup> se ve Vybraných kapitolách z ošetrovatelství pro studenty všeobecného lékařství podrobněji zabývá komunikací s pacienty v různých situacích. Za všeobecně platné pravidlo považuje, že každá komunikace je specifická a zdravotník jako profesionál se má umět této situaci přizpůsobit. Základní myšlenky jsou následující: například při komunikaci s dítětem používat oslovení jménem, nelhat mu, neignorovat dětské otázky, pacienta s tělesným postižením nelitovat pro jeho postižení, pacienta se sluchovým postižením upozornit na svou přítomnost dotykem. Mohli bychom zde rozebrat mnoho situací, diagnóz, při kterých je specifická komunikace podmínkou, ale to není cílem této práce.

Již z předešlého teoretického textu vyplývá, že verbální stránce komunikace se věnuje výuka v základní přípravě zdravotníků. Nutno zmínit, že veškerá formální výuka probíhající na českých školách vychází z RVP (Rámcového vzdělávacího programu) a počet jednotlivých hodin konkrétního předmětu je individuální záležitostí školy. Tzn., že výuce profesionální komunikace se věnuje různá časová dotace.

#### 4.3.6 Písemná komunikace

Druhou formou verbální komunikace je písmo. V knize Grafologie od Fischerové a Češkové<sup>110</sup> je cesta k písmu popisována jako velmi dlouhá. První podoby písma byly obrázky, později přišla podoba slabiky nebo hlásky. Dlouhou dobu bylo používáno k posvátným účelům, před objevem knihtisku se knihy utajeně opisovaly za uzavřenými klášterními zdmi. Toto písmo mělo předepsanou povahu, nevyjadřovalo individuální vlastnosti písařů. V dnešní době je písmo považováno za individuálně ovlivněné, odráží dynamiku, náladu a strukturu osobnosti. Oborem zabývajícím se diagnostikou písma je grafologie. Praktické využití je poměrně široké, písmo vypoví o jednotlivci více než např. úzce zaměřený test inteligence. Pomocí písemného textu, poznámek může lékař či sestra potvrdit slovní výklad, pomoci pacientovi v orientaci. Proč je písmo lékařů tak málo čitelné? Toto je asi námět na další výzkum.

---

<sup>109</sup> VOJTEKOVÁ, Ivana et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'stva: pre študentov všeobecného lekárstva*. Bratislava: Asklepios, 2010, s. 112-115. ISBN 978-80-7167-152-7.

<sup>110</sup> FISCHEROVÁ-KATZEROVÁ, Vlad'ka a Dana ČEŠKOVÁ-LUKÁŠOVÁ. *Grafologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, c2004, s. 9-13. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0851-5.

## 4.4 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je komunikace beze slov, komunikace prostřednictvím našich pohybů, gest, mimiky, celkovým vzhledem. Mluví náš výraz obličeje, pohled a pohyb očí, vzdálenost mezi námi, oděv a jeho barva, dotyky, stisky, rychlost a hlasitost řeči, říká De Vito<sup>111</sup>. Mnoho studií na toto téma nebylo nalezeno. Důvodem může být, že v hodnocení neverbální komunikace neexistují jednotná kritéria na hodnocení, intenzivně se zde odráží individuální odlišnosti, zvyklosti. Pro inspiraci můžeme uvést studii *Nonverbal Aspects in the Physician –Patient Interaction* Prof. Petera Schultze<sup>112</sup>. Hovoří zde o problémech v komunikaci (i neverbální) mezi zdravotníky a jejich pacienty. Setkáváme se zde s názorem, že pacienti vycítí únik lékařů (sester) z komunikace pomocí neverbální komunikace (neverbální komunikace ukáže, že lékař není přítomen, věnuje se něčemu jinému a naopak lékař může na základě neverbální komunikace pacienta poznat, že nesděluje všechny relevantní a potřebné informace).

### 4.4.1 Tělo

De Vito uvádí, že typy pohybů jsou: gesta, ilustrátory, afektivní projevy, regulátory a adaptéry. Svou důležitou roli hraje i výška těla, statisticky je prokázáno, že vyšší lidé jsou úspěšnější při pohovorech. Tělo prozrazuje naši rasu. Hovoří i naše hmotnost, délka, barva a úprava vlasů.

Mimika obličeje a ostatní části těla vyjadřuje pomocí signálů emoce (strach, radost, hněv, smutek, překvapení, zájem). V dekodování mimiky existují kulturní odlišnosti, například Japonci je cíleně více ovládají, neukazují tolik emoce navenek.

### 4.4.2 Zrak

Zrak je považován za nejdůležitější systém neverbálních signálů. V komunikaci můžeme hodnotit délku, směr a charakter pohledu. Pohled může charakterizovat povahu

---

<sup>111</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 152 – 157. ISBN 80-716-9988-8.

<sup>112</sup> SCHULTZ, Peter. *Nonverbal Aspects in the Physician –Patient Interaction* [online]. Italy, 2003-2004 [cit. 2013-01-27]. s. 107-116. Dostupné z: [www.bul.unisi.ch/cerca/bul/.../0304Schoch.pdf](http://www.bul.unisi.ch/cerca/bul/.../0304Schoch.pdf)



vztahu, pozitivitu, negativitu. Vyhnutím či odvrácením pohledu udržujeme soukromí druhých.

### 4.4.3 Prostorová komunikace

V Řeči lidského těla Thiel<sup>113</sup> říká, že každá osoba má své teritorium, prostor duše, různící se podle kultury, ve které vyrůstá.

Například Středoevropané a Severoameričané vedou formální rozhovor 50-120cm od sebe. Japonci mají bližší kontakt. Prostorové vnímání je nastaveno dle hustoty obyvatelstva a intimní zóna venkovana je dvojnásobná než intimní zóna městského člověka.

Vniknutí do prostoru druhého je vnímáno jako útok, snaha o vytlačení popisuje Thiel<sup>114</sup>. Dále hovoří o jednotlivých zónách:

- Intimní zóna – odstup do 50cm: přátelé, rodinní příslušníci, milenci.
- Osobní zóna – odstup do 120 cm: osobní, úřední pohovory, společenská posezení.
- Společenská zóna – odstup od 120 do 360 cm: nadřizený s podřizeným, kolegové, obchodní komunikace.
- Veřejná zóna – začíná ve 360 cm: politici ve střehu.

Thiel popisuje reakce na narušení intimní zóny: srdce bije rychleji, stoupá adrenalin, instinkty jsou aktivované.

Do prostorového vnímání lze zahrnout i vnímání vybavení prostoru, barevné ladění, čistotu či vybavenost.

Dle De Vita<sup>115</sup> ovlivňuje prostorovou komunikaci: postavení osob v komunikaci (nadřizený – pořizený či kolegové), kultura, pohlaví (ženy stojí při vzájemné komunikaci blíže), věk (děti stojí k sobě mnohem blíže než dospělí).

---

<sup>113</sup> THIEL, Erhard. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov*. 1. vyd. Bratislava: Plasma Service, 1993, s. 100 – 122. ISBN 80-901-4121-8.

<sup>114</sup> THIEL, Erhard. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov*. 1. vyd. Bratislava: Plasma Service, 1993, s. 105 – 112. ISBN 80-901-4121-8.

<sup>115</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 161 – 164. ISBN 80-716-9988-8.

Teritorialita je projevem vlastnických vztahů k určitému prostoru nebo předmětu. Lidé i zvířata si svá území označují.

#### 4.4.4 Komunikace prostřednictvím předmětů

Do tohoto druhu neverbální komunikace patří barva, dekorace, oblečení, šperky, parfém, dary.

De Vito<sup>116</sup> se všemi druhy zabývá podrobně. Barvami se budeme zabývat v kapitole o vlivu uniformy, souhrnně ovlivňují naše chování a vnímání. Oblečení ovlivňuje názory na druhé především z hlediska jeho čistoty, úpravnosti, barevnosti, značky.

Dekorace prostoru vypovídá o našem postavení v hierarchii, smysl pro styl... Chyběním či přítomností určitých prvků, prostor vypovídá o důležitosti určitých věcí (knihovna hovoří o zájmu v četbě či studiu). Čich ve spolupráci s aromaterapií nás může aktivovat, uklidňovat. Vypovídá o přitažlivosti, našem image.

#### 4.4.5 Komunikace dotykem

Komunikace dotykem se nazývá haptikou. Hmat se rozvíjel dle De Vita<sup>117</sup> dříve než ostatní smysly. Prvotní prozkoumávání světa u dětí je právě pomocí hmatu. Vzájemné dotyky se liší dle kultur. Dotyky dělí dle vyjádření významu: pozitivní emoce, hravost ve smyslu náklonnosti, agresivitu, usměrňuje chování, dotyky rituální – podání ruky při pozdravu, funkční dotyky – pomoc při vstávání.

O významu podání ruky při pozdravu bychom našli mnoho prací. Lze zde hodnotit sílu stisku, polohu, ze které jeden svírá druhému ruku (shora, středem apod.). Patří mezi základní požadavky v etice chování při seznámení či pozdravu. Dokonce v Gynekologii Jindřich Tošner a Evžen Čech v obecných zásadách při pohovoru s nemocnou uvádějí:

---

<sup>116</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 178. ISBN 80-716-9988-8.

<sup>117</sup> DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001, s. 168. ISBN 80-716-9988-8.

„Podání ruky a představení se jménem každé nové pacientce usnadní první kontakt s nemocnou.“<sup>118</sup>

#### 4.4.6 Vliv uniformy

Specifickou komunikací ve zdravotnictví je uniforma. Většinou již na první pohled lze dle uniformy odlišit jednotlivé pozice zdravotníků. Gabriela Mahrová<sup>119</sup> v *Komunikaci pro zdravotní sestry* o ní říká, že definuje naši roli. Oblečení, upravenost odráží náš emocionální stav. Tím, co máme na sobě, jak jsme upraveni či neupraveni, vytváříme pozitivní či negativní první dojem, ovlivňujeme komunikaci. V současné době většina pracovišť již využívá i pozitivního působení barev. V minulosti převážně používaná bílá barva ustupuje do pozadí či je kombinována s barvami. Jak na nás barvy působí? Využijeme zdroje *Průvodce úspěšnou komunikací – efektivní komunikace v praxi* od Jana Vymětala.<sup>120</sup> Bílá barva působí studeně a monotónně. Opticky zvětšuje, působí čistě. Nicméně snadněji dojde k jejímu znečištění, poté působí neupraveně, nedůstojně. Zelená barva je znakem rovnováhy, soustředění, uklidňuje, působí příjemně na zrak. Modrá barva uvolňuje, uklidňuje, vyvolává pocit volnosti a soustředění. Žlutá vyvolává pohodu a má pozitivní vliv na psychiku. Červená zvyšuje aktivitu, napětí. Hnědá je odrazem přírody, pohodlí, klidu.

#### 4.5 Komunikace ve zdravotnictví prostřednictvím IT technologií

Můžeme říci, že do všech oblastí lidského života současnosti, zasahují informační technologie. Nejinak je tomu v oblasti medicíny, kde navíc velmi intenzivně tyto technologie zasahují i do medicíny jako takové. Velmi ceněné jsou technologie

---

<sup>118</sup> ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, xxiv, s. 30. ISBN 978-807-2625-017.

<sup>119</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 49. ISBN 80-247-1262-8.

<sup>120</sup> VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 79. ISBN 978-80-247-2614-4.

především v oblasti edukace, přenosu různých operačních technik. Poměrně často jsou zde využívány přímé přenosy z odborných konferencí.

V komunikaci s pacienty se využívají v dnešní medicíně především tyto prostředky:

- mobilní telefon – příklad: praktický lékař pro děti a dorost zve pomocí SMS zpráv na preventivní prohlídky
- internet – příklad: fungují na něm sítě uvnitř nemocnic – sdílení vyšetření, lékařských zpráv, popis vyšetření, laboratorních hodnot apod.
  - komunikace s pacienty – začíná se zavádět objednávací systém na vyšetření k lékařům pomocí internetu
  - přenos informací z různých přístrojů, například kardiostimulátorů<sup>121</sup>

#### 4.5.1 Elektronická zdravotní knížka

Elektronická zdravotní knížka, též zvaná IZIP<sup>122</sup> byla ve svém počátku (alespoň se snažme tomu věřit) myšlena jako 24 hodinový přístupný zdroj informací o zdravotním stavu pacienta, který propojuje pacienta, poskytovatele zdravotní péče (jakéhokoliv lékaře) a zdravotní pojišťovny. Principem bylo sdílení aktuálních informací o zdravotním stavu zdravotníkům, kterým to daný pacient povolí. Myšlenka vskutku úctyhodná, ve svém jádru měla poskytovat cenné informace a to rychle. Původní záměr rychlé komunikace mezi různými lékaři dodnes není zcela naplněn. V elektronickém zdravotnictví IZIP se vyskytlo několik zásadních problémů. Nicméně problematické se dodnes jeví zabezpečení tohoto systému, to znamená, že obava, že tyto velmi cenné a intimní informace někdo nezneužije. Dalším důvodem, proč není tento systém dodnes plně využíván je, že zastřešující organizaci (IZIP) se dodnes nepodařilo získat pro tento systém dostatek lékařů, kteří by tyto informace mohli doplňovat a sdílet. Asi posledním vážnějším problémem je i problematické financování tohoto projektu. Je financován prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny, jež má smlouvu o financování tohoto

---

<sup>121</sup> LIPOLDOVÁ, Jolana. Dálkové monitorování pacientů s implantovaným srdečním kardiostimulátorem. *Universitas.muni.cz* [online]. 2007: universitas.muni.cz, 2007 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://universitas.muni.cz/200704/DMPsPM.htm>

<sup>122</sup> IZIP Elektronická zdravotní knížka. IZIP. *IZIP Elektronická zdravotní knížka - Společnost IZIP* [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/system-izip/jak-funguje-izip>

projektu nasmlouvanou na dobu neurčitou a je problematické její vypovězení. Dle Zdravotnických novin<sup>123</sup> se stává pojišťovna rukojmím IZIP, jelikož existuje reálná hrozba, že by při odstoupení od „platební morálky“, mohly být nabídnuty data klientů ostatním pojišťovnám. V září 2012<sup>124</sup> podal ministr zdravotnictví Leoš Heger trestní oznámení na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, která je většinovým vlastníkem IZIP, pro ztrátu 450 milionů. Probíhá šetření protikorupční policie

---

<sup>123</sup> ZDN. *VZP zaplatí IZIP za provoz nového portálu pět mil. Kč měsíčně: Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 17, č. 10, s. 15 - 16. ISSN 1805 - 2355.

<sup>124</sup> Projekt IZIP zkoumá protikorupční policie, stát možná přišel o stamiliony. *IDnes.cz/zpravy* [online]. Praha: Mladá fronta dnes, 27.12.2012 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/policie-zacala-setrit-izip-d0u-/domaci.aspx?c=A121227\\_203252\\_domaci\\_jj](http://zpravy.idnes.cz/policie-zacala-setrit-izip-d0u-/domaci.aspx?c=A121227_203252_domaci_jj)

# EMPIRICKÁ ČÁST

Jako odraz teoretické části byla zpracována praktická, empirická část

*„Teorie jsou nezbytné. Svádějí k rozporům, ale i to má svou dobrou stránku, neboť se tak obnaží slabá místa v našich představách a ukáže se, kudy musí jít náš výzkum. Hodnotná je i taková teorie, která se nehodí zcela přesně na všechny známé skutečnosti, pokud se na ně hodí lépe než některé jiné představy.“*

Hans Selye<sup>125</sup>

## 5 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO CÍLE

V praktické části této práce vstupujeme na tenký led vzájemné komunikace zdravotníků a jejich pacientů. Zde klienti zhodnotí verbální a neverbální komunikaci lékařů a sester. Již v úvodu této části je vhodné upozornit na individuální vnímání každého jednotlivce, každý má jiná etická pravidla, dle nichž posuzuje chování, jednání či komunikaci druhých. Do hodnocení zasahuje věk, vzdělání či zdravotní stav každého jednotlivce. Není cílem předkládané práce paušalizovat zjištění na každého zdravotníka, spíše poskytnout podnět pro sebereflexi, zamyšlení se. Vyzdvihnout nejčastěji vnímané nedostatky v komunikaci ze strany pacientů, upozornit na důležitost neverbální komunikace. Nicméně stejně či spíše více důležitá je komunikace neverbální. A otázkou je, jak dalece si toto zdravotníci uvědomují a zdali ji ovládají. I přes poměrně velké množství vzdělávacích akcí pro zdravotníky, nebyla nalezena žádná, která by jim předkládala komplexní informace o komunikaci. Dále byly prostudovány dotazníky spokojenosti pacientů v nemocnicích či ambulancích, nalezeny byly ojedinělé pokusy o zhodnocení spíše přístupu personálu, spokojenosti se stravou, časem ošetření a vyšetření, nikoliv hodnocením non verbální komunikace. Pro usnadnění orientace v této problematice je v závěru práce vytvořena prezentace, která bude v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků uplatněna.

Záměrem předkládané práce bylo provedení pilotního šetření mezi pacienty v České republice a zjištění, která část komunikace se jim jeví jako problematická či

---

<sup>125</sup> SELYE, Hans. *Citáty slavných osobností* [online]. rok neznámý [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: <http://www.citaty-slavných.cz/vyhledavani/v%C3%BDzkum>

nedostatečná. Ještě před spuštěním dotazníkového šetření (před vymezením hypotéz) v terénu a rozhovorů byly ověřeny otázky pomocí zveřejnění dotazníků na internetovém odkazu vyplno.cz (zde se průzkumu zúčastnilo 122 respondentů). Pokud byla otázka z větší části zodpovězena, jako nevím, byla vyřazena či přeformulována. Dále byly dotazníkové otázky – jejich porozumění, testovány na náhodně oslovených pacientech. Úskalím šetření bylo, jak formulovat otázky na verbální a neverbální komunikaci, aby jejich srozumitelnost byla rovnocenná celé populaci. Původní baterie čítající 42 otázek byla zkrácena, přeformulována na 20 otázek.

První hypotéza na neverbální komunikaci prostorem je inspirována studií STEM. Při studiu teorie komunikace byla nalezena jedna práce zabývající se postavením soukromých nemocnic. V závěru bylo konstatováno, že pacienti jsou přesvědčeni, o kvalitnější péči v soukromých nemocnicích. 67% respondentů uvedlo, že soukromé nemocnice nabízejí kvalitnější služby než státní nemocnice, které nemusí tolik usilovat o zisk<sup>126</sup>. Otázkou je nakolik pacienti hodnotili odborné znalosti, nakolik se zabývali prostředím, chováním personálu. Na základě této informace byla sestavena první hypotéza, kde se respondenti měli vyjádřit, zdali vidí rozdíl v prostorovém vybavení státních a soukromých zdravotnických pracovišť, jelikož by tato informace mohla být doplněním uvedeného zkoumání STEMU. Tento druh komunikace je považován za neverbální komunikaci. Často o prostředí hovořili i oslovení pacienti. Druhá hypotéza hodnotí dostatek informací o zdravotním stavu pacientů, které jim poskytl zdravotníci. Jde o naplnění verbální komunikace (kapitola 4.3.3). Třetí se zabývá porovnáním neverbální komunikace lékařů a sester. Ve vzdělání sester se komunikaci věnuje více času, proto byla zvolena tato varianta, která by měla ověřit lepší neverbální komunikaci sester. Čtvrtá hypotéza doplňuje předešlé šetření a dotazuje se na chování, ochotu - srovnává lékaře a sestry. Lékaři byli postaveni do kladné role z důvodu, že prvotní kontakt, problémy většinou řeší sestra – dlouhé čekání, chybění dokumentů, donesení či obstarání komfortu pacienta. Lékař je ten, který napíše utišující prostředek, provede operaci a má zlaté „ručičky“.

Celé šetření může být podnětem k vytvoření výzkumu na toto téma v širší populaci, je zdrojem ověření či vyvrácení hypotéz, slouží k ověření nástrojů, metod a terénu.

---

<sup>126</sup> STŘEDISKO EMPIRICKÝCH VÝZKUMŮ. *Postavení soukromých nemocnic* [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: <http://www.stem.cz/clanek/1072>

Vzorek respondentů není zcela reprezentativní, tímto je omezena validita zjištěných dat. Z důvodu vstřícnosti některých oslovených respondentů byla vytvořena i kvalitativní část šetření, která doplňuje kvantitativní průzkum dotazníkem. Jde o upřesnění hodnocení otázek s konkrétními poznatky jednotlivců v individuálních rozhovorech. Nejde o hloubkové rozhovory.

## 5.1 Cíl a pracovní hypotézy pilotního šetření

Prvotním cílem práce je analyzovat stav, jak pacienti vnímají verbální a neverbální komunikaci zdravotnických pracovníků. Sekundárním cílem je vytvoření prezentace do dalšího vzdělávání zdravotníků.

**Hypotéza č. 1:** Většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti prostředí ve státním zařízení.

**Hypotéza č. 2:** Většina pacientů množství informací, které jim zdravotníci poskytují, považují za dostatečné, nikoliv však formu jejich podání.

**Hypotéza č. 3:** Neverbální komunikace lékařů je pacienty hůře vnímána než neverbální komunikace sester.

**Hypotéza č. 4:** Většina pacientů je spokojena s chováním a ochotou lékařů, ale není spokojena s chováním a ochotou sester.

## 5.2 Charakteristika pilotního vzorku a výběr respondentů

Vzhledem k omezenému přístupu k pacientům v nemocnicích i ambulancích (v případě výzkumu nutno požádat etické komise daných pracovišť) není náš vzorek reprezentativní. Snahou bylo oslovit široké sociální spektrum se všemi stupni vzdělání, zhruba stejný počet mužů i žen, respondenti dopředu nebyli známí. Lokalitou šetření byla Praha, Středočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj. Pacienti byli osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku autorkou práce, která je i po vyplnění ihned vybrala (pacienti byli požádáni, zdali by věnovali 6 minut svého času při čekání v ambulanci či hospitalizaci, dobré věci a pomohli nám vyplnit dotazník). Odmítli jen čtyři. Vzhledem k dosažení



anonymity bylo v dotazníku uvedeno věkové rozpětí, nebyla šetřena sociální stratifikace.

Dotazník vyplnilo celkem 80 respondentů. Kompletně vyplněných dotazníků, použitých ke zpracování pilotního šetření bylo 66, tj. 82,5%. Z toho bylo 38 žen (tj. 58 %), mužů bylo 28 (tj. 42%). Zbylé dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost údajů, chybělo vyplnění 1né či více odpovědí. Průměrný věk se nachází v rozmezí 36 – 50 let.

Rozhovor byl uskutečněn s 5 oslovenými respondenty, kteří měli zkušenost s hospitalizací v uplynulém roce. Nejsou zahrnuti v kvantitativním hodnocení dotazníku. Dvě respondentky při zadání dotazníku byly neobyčejně ochotné, a proto byly požádány, zdali by neposkytly rozhovor. Obě souhlasily. Další respondentka je má známá a dva muži jsou kolegové. Všichni jsou z Plzeňského kraje. Dva muži a jedna žena jsou ve věku 36-50let, dvě ženy jsou ve věku 51-60let.

### **5.3 Metody šetření a sběru dat**

Kvantitativní šetření bylo provedeno pomocí dotazníkového šetření. Autorka práce osobně požádala o vyplnění dotazníku a sama následně vybrala. Jde o explicitní komunikaci a sběr empirických, kvantitativních dat. Základním prostředkem byly sestavené otázky na základě položených hypotéz. Ke splnění účelu ověření hypotéz, je nutno je převést do specifických otázek, které vedou k odpovědím. Celkem má papírový dotazník 23 základních otázek, jednu u otázky č. 7 rozvíjející. V části jedna jsou čtyři otázky na tvrdá data (údaje o respondentovi), následuje osmnáct (i s doplňkovou) uzavřených otázek s nabídnutou škálou odpovědí, u jedné bylo použito číselné, známkovací ohodnocení (otázka č. 20) a dvě otevřené, volné otázky, kde respondenti odpovídali samostatně, slovně. Dotazník je zprostředkovanou formou dotazování, založen na písemné komunikaci. Výhodou například oproti rozhovoru je, že není komplikován osobou tazatele. Je možné jeho prostřednictvím oslovit větší množství osob. Pedagogický slovník<sup>127</sup> uvádí, že dotazník je diagnostickým a výzkumným prostředkem ke shromažďování informací pomocí dotazování osob. Dle vědecké metodologie jsou konstruovány otázky, které jsou následně předkládány v písemné

---

<sup>127</sup> PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 49. ISBN 978-807-3674-168.

formě. Objektivnost je závislá na formulaci otázek, výběru respondentů a způsobu zadání dotazníku.

Kvalitativní šetření bylo provedeno na základě osobního rozhovoru autorky práce a oslovených respondentů. Tazatelka pokládala otázky z dotazníku (strukturovaný, individuální rozhovor), avšak nebyly nabídnuty předem standardizované odpovědi. Respondenti odpovídali volně, tazatelka si zapisovala poznámky. V rozhovoru se více zaměřujeme na podstatu problému, na jeho kvalitu, rozšiřuje nám odůvodnění v odpovědích. Hlavním nástrojem je výzkumník, závěry jsou holistické, komplexní a široce formulované, nestandardizované.

Pedagogický slovník<sup>128</sup> popisuje rozhovor jako výzkumný prostředek ústní komunikace při dotazování. Záznam je proveden na magnetofon či jinak a následně analyzován z hlediska obsahu chování, rozhovoru respondentů. V pedagogickém výzkumu se obvykle používá v kombinaci s dotazníkem.

Výsledky dotazníku byly zaneseny do Microsoft Excelové tabulky, následně zpracovány pomocí Microsoft Power Pointu do grafů. Excelová tabulka byla zpracována pomocí kódování, tzn. náhrada údajů symboly (např., vzdělání zjednodušeně: základní = z, vyučen = v, střední s maturitou = m, VŠ = š). Zpracování dat proběhlo pomocí matematicko – statistických metod (MS-Excel), číselné odpovědi byly zpracovány pomocí modusu, mediánu. Výsledky rozhovorů byly zpracovány v demografických datech, údajích o respondentech do tabulky. Volné odpovědi byly přepsány k jednotlivým otázkám. Respondenti byli očíslováni od jedné do pěti (vytvořeno kódování) a dále uváděni jako respondent 1 atd.

Prezentace uvedá v příloze této práce je považována za základ výměny informací ve vědeckém světě – uvádí Plevová v kapitole Výzkum v ošetrovatelství.<sup>129</sup> Prezentace osobně autorkou se očekává v rámci seminářů pořádaných v rámci celoživotního vzdělávání pro lékaře a sestry.

---

<sup>128</sup> PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 203-204. ISBN 978-807-3674-168.

<sup>129</sup> BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 233. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

## 5.4 Zpracování údajů

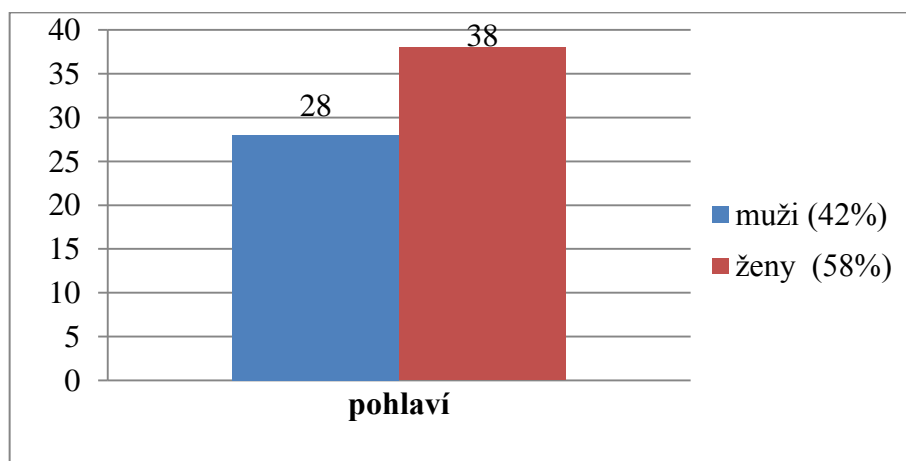
Zadání dotazníku proběhlo v průběhu měsíce ledna 2013, poslední dotazník byl vybrán 29. ledna 2013. Rozhovory byly realizovány v týdnu od 14. do 18. ledna 2013. Následně došlo k rozřídění, očíslování a zanesení každé odpovědi do vytvořené Excelové tabulky z úplných dotazníků. Zde byla zvolena varianta přidání filtru, čímž se práce s tabulkou stala velmi jednoduchou. Neúplné dotazníky, kde chyběla jedna či více odpovědí, byly vyřazeny. Následovalo vyhodnocení jednotlivých výsledků pomocí filtrování, sčítání, procentuálním vyjádření, použití průměru. Vzhledem k zachování anonymity nebylo možno využít v hodnocení modusu či mediánu, jelikož máme jen věková rozpětí. Výsledky pilotního šetření jsou zpracovány v grafické formě a je použita věcná interpretace. U rozhovorů jsou k jednotlivým otázkám zapsána slovní vyjádření respondentů dle pořizovaných poznámek.

## 5.5 Šetření a interpretace výsledků

### Kvantitativní, dotazníkové šetření

Tvrdá data

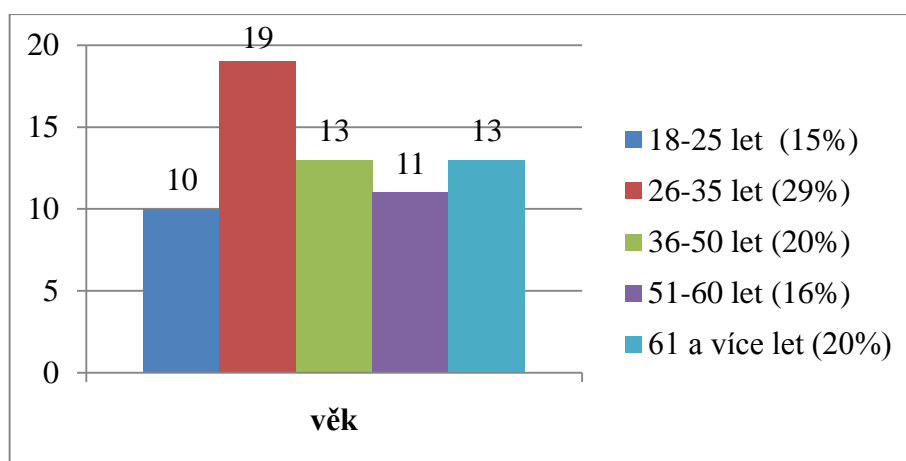
Graf 1: Pohlaví respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Celkem použitých dotazníků respondentů bylo 66. Z toho mužů bylo 28 (42 %), žen 38 (58 %). To znamená, že mužů bylo o 10 méně (o 16 %) méně než žen.

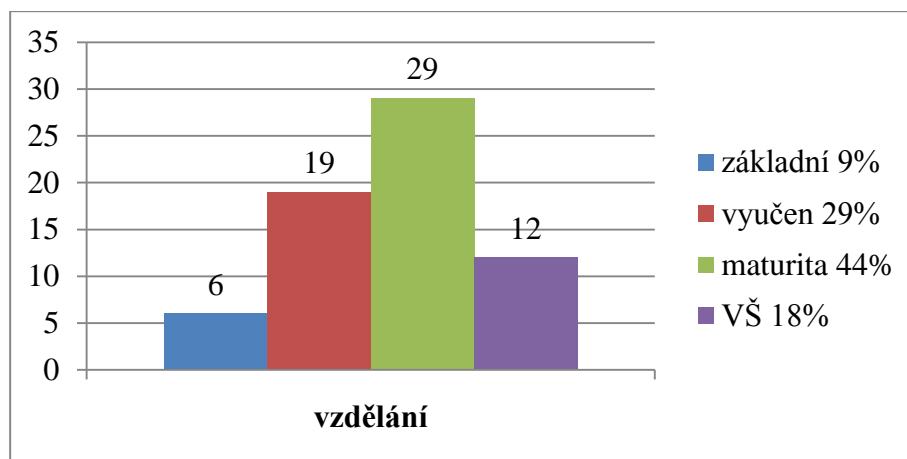
Graf 2: Věk respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vzhledem k anonymitě účastníků šetření, bylo nabídnuto věkové rozmezí. Nejvíce respondentů, nejčastěji se vyskytující veličina se nachází ve věkové skupině 26-35 let (29 %), nejméně ve věkovém rozmezí 18-25 let (15 %). Věkový střed byl dosažen v rozpětí 36-50 let.

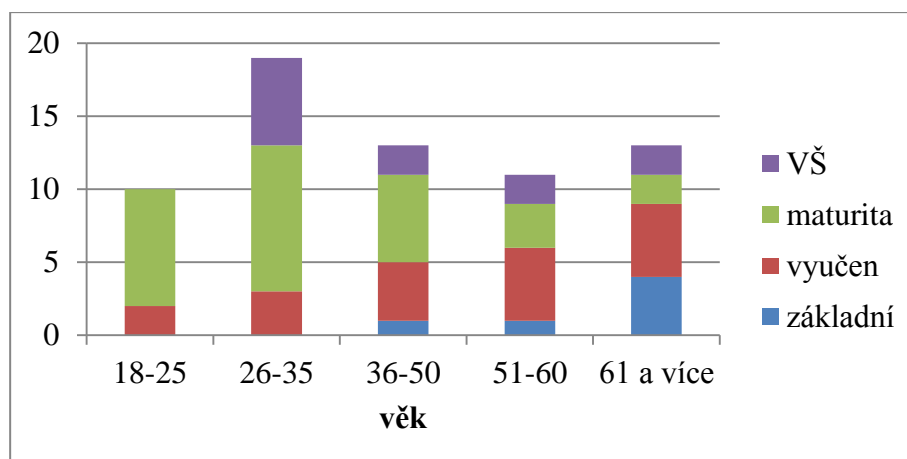
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z 66 dotazovaných bylo nejvíce se středoškolským vzděláním s maturitou 29 (tj. 44 %), nejméně se základním vzděláním 6 (tj. 9 %).

Graf 4: Závislost věku a vzdělání

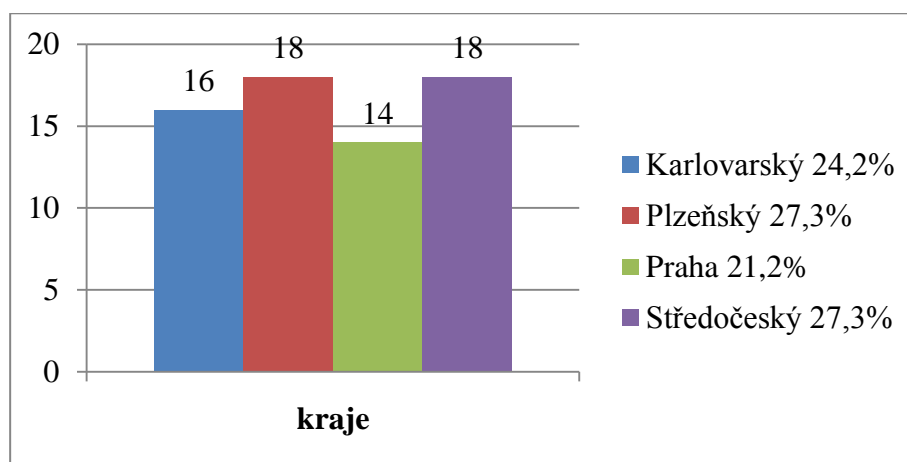


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Zajímavé srovnání nabízí srovnání věku a dosaženého vzdělání dotazovaných.

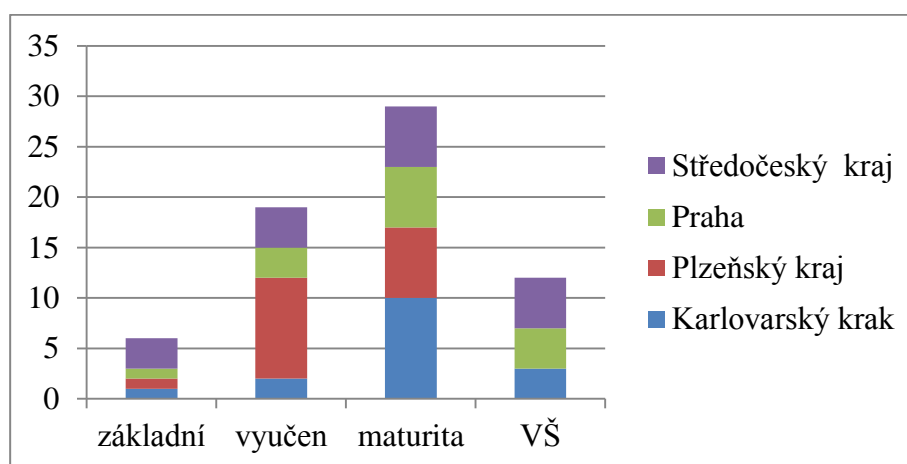
Vysokoškolské vzdělání a maturita se nejčastěji vyskytují v sice v nejpočetnější skupině, tj. věkové rozmezí 26-35let, nicméně toto vzdělání tvoří  $\frac{3}{4}$  dotázaných ( VŠ – 6, tj. 31,5 %, maturita 10, tj. 52,6 %). V první věkové skupině 18-25 let nacházíme u respondentů dvě ukončená vzdělání: maturita (8, tj. 80 %) a vyučen (2, tj. 20 %). Důvodem může být, že tazatelé jsou ještě v aktivní přípravě na vzdělání a v průběhu delšího času se vzdělání může ještě posunout o stupeň výš. V prvních dvou věkových rozmezích, nejmladší dva věkové sloupce, nemají žádného tazatele se základním vzděláním. Nejvíce dotázaných se základním vzděláním nalézáme ve věkové skupině 61 a více let – jsou čtyři (tj. 30,8 %).

Graf 5: Bydliště respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 6: Vzdělání a bydliště respondentů



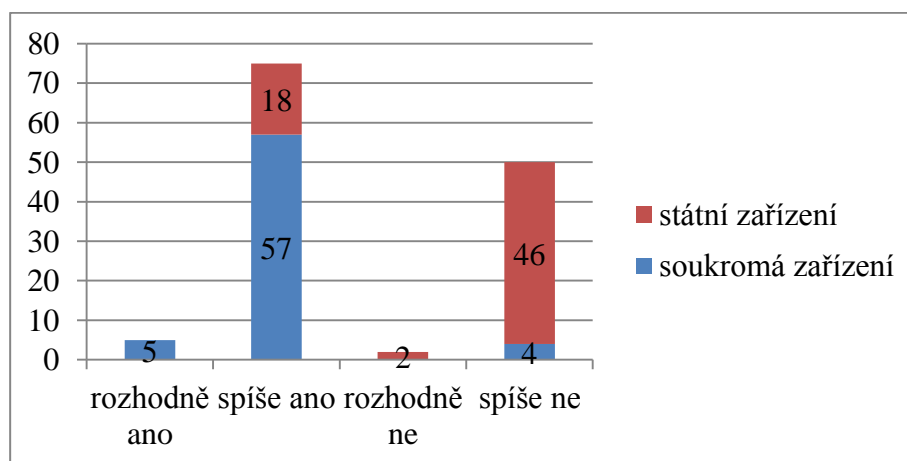
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Stejně dotázaných máme v Plzeňském a Středočeském kraji 18 (tj. 27,3 %). Nejméně z hlavního města Prahy 14 (tj. 21,2 %). Zajímavé srovnání nabízí graf 6, závislost vzdělání a bydliště. Vysokoškolské vzdělání má nejvíce respondentů v Praze, ze 14 dotázaných jsou 4 VŠ (tj. 28,5 %), dále ve Středočeském kraji – z 18 dotázaných má VŠ 5 (tj. 27,7 %). Nejnižší vzdělání v našem šetření mají tázaní ve Středočeském kraji 3, z celku 18 (tj. 16,7 %). Důvody odpovídají demografickým zvyklostem, obyvatelé hlavního města Praha obecně dosahují nejvyššího počtu VŠ vzdělaných lidí. Nejnižší vzdělání ve Středočeském kraji může odůvodňovat lokalita s dělnickými a nižšími profesemi z minula (např. oblast Kladno. Důvody mohou však být i náhodné, šetření není reprezentativní.

**Hypotéza č. 1:** Většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti prostředí ve státním zařízení.

Otázka 5: Prostředí zdravotnického zařízení je čisté (včetně vybavení toalet – utěrky, toal.papír) a líbí se mi

Graf 7: Otázka 5: Prostředí je čisté (včetně vybavení toalet – utěrky, toal.papír)



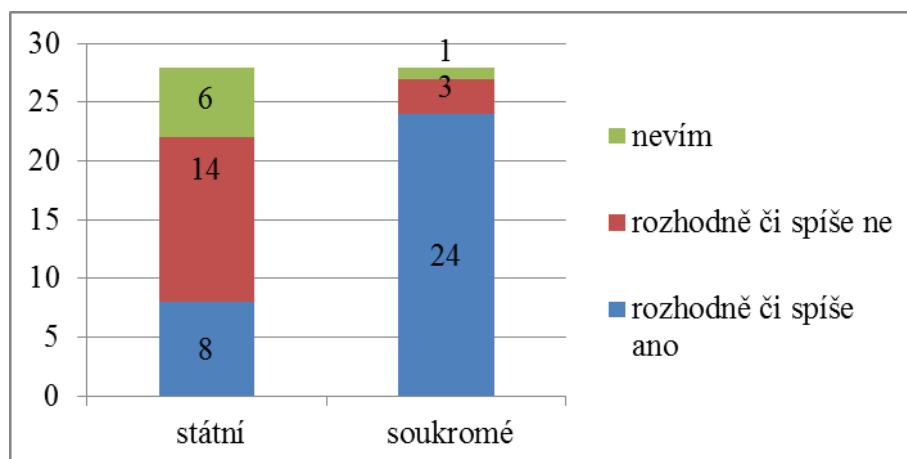
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

62 respondentů kladně hodnotilo (rozhodně či spíše ano) prostředí soukromých zdravotnických zařízení (tj. 93,9 %). Jen 4 (tj. 6,1 %) dalo soukromým zařízením negativní hodnocení. 48 pacientů (tj. 72,7 %) ohodnotilo negativně (rozhodně či spíše

ne) prostředí státních zařízení a jen 18 (tj. 27,2 %) ohodnotilo státní zařízení kladně (spíše ano).

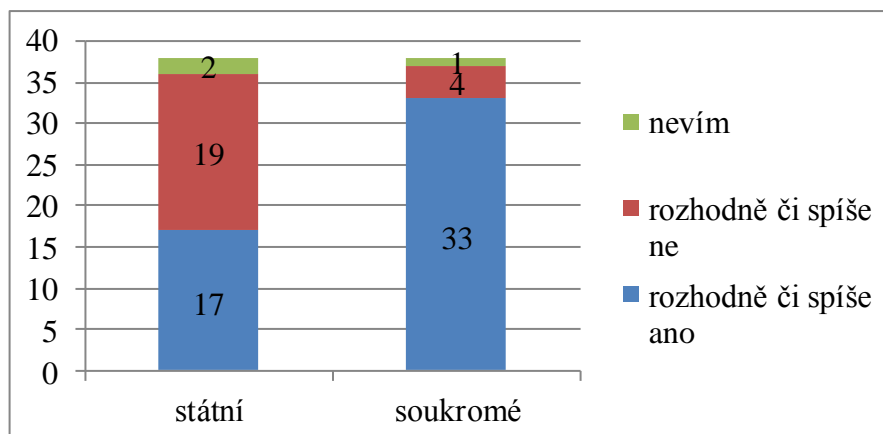
Hodnotí prostředí dotázaní odlišně dle pohlaví (grafy 8 a 9)?

Graf 8: Otázka 5: Prostředí je čisté – hodnotí muži



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 9: Otázka 5: Prostředí je čisté – hodnotí ženy



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Pro přehlednost kladných či záporných odpovědí byly odpovědi v grafech 8,9 - rozhodně a spíše ano sloučeny, rozhodně a spíše ne taktéž. Z grafů vyplývá že: muži častěji zvolili odpověď nevím (státní zařízení 6, tj. 21 %, soukromé 1, tj. 3,5 %) nežli ženy (státní zařízení 2, tj. 5 %, soukromé z. 1 tj. 2,6 %). V záporném hodnocení

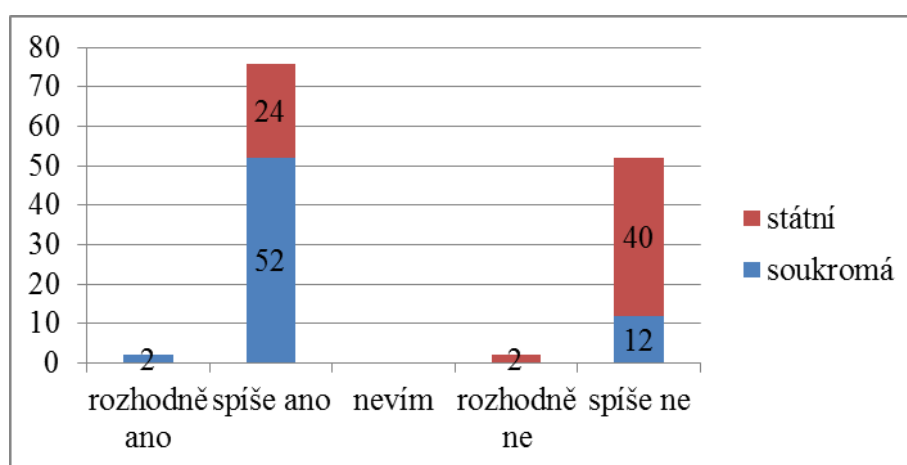


prostředí státních zařízení můžeme konstatovat, že se spíše obě pohlaví shodnou (ženy byly mírnější), taktéž v kladném hodnocení soukromých zdravotnických zařízení.

Jasně vyplývá, že muži i ženy kladně hodnotí prostředí spíše soukromých zdravotnických zařízení a to v 57 případech bez ohledu na pohlaví (tj. 86,4 %) oproti 25 kladným hodnocením ve státních zdravotnických zařízeních. (tj. 37,8 %).

Otázka 6: Barevné ladění (malba) zdravotnických zařízení se mi líbí:

Graf 10: Otázka 6: Barevné ladění

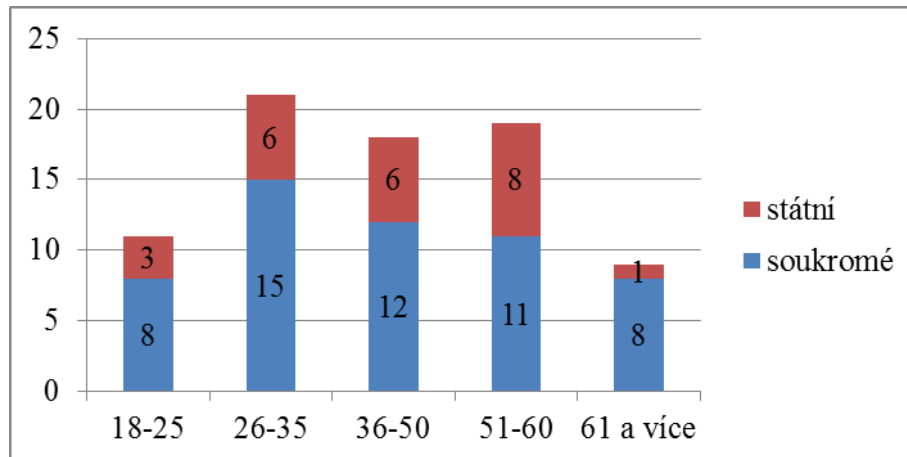


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Barevné ladění (výmalba) se dotázaným více líbilo v soukromých zdravotnických zařízeních (kladné odpovědi rozhodně či spíše ano = 54 pacientů, tj. 81,8 %) oproti státním zařízením (kladné odpovědi 24, tj. 36,3 %). Mezi pohlaví nebyly nalezeny výrazné rozdíly v názorech.

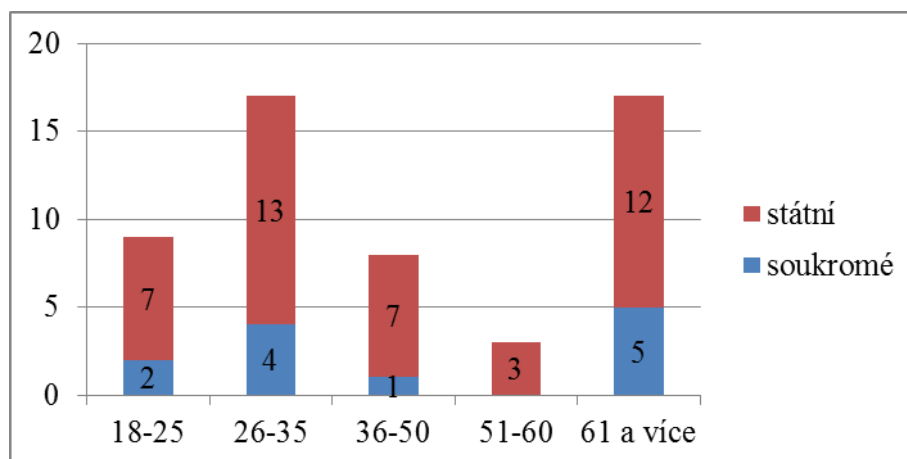
Existuje závislost v hodnocení barev a věku? Názory na barevnost zdravotnických pracovišť a jejich pacientů dle věku zobrazují následující grafy č. 11 a 12.

Graf 11: Otázka 6: Kladné hodnocení dle věku - barevné ladění



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 12: Otázka 6: Negativní hodnocení dle věku - barevné ladění



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z předešlého vyplývá, že i v závislosti na věku preferují respondenti kladný názor na barevné ladění v soukromých zdravotnických zařízeních. Například **kladné hodnocení** seřazených dle věku soukromých zařízení se pohybuje v procentuálním vyjádření takto: 80 - 78,8 - 92,3 - 100 - 61,5 % = průměr **82,5 %**. Tzn., že ve věkovém rozmezí 51-60 ohodnotilo 100% kladně soukromá zdravotnická zařízení. Naopak nejméně (tj. 61,5 %) respondentů ve věkové skupině 61 a více ohodnotilo kladně soukromá zařízení. Zajímavé je, že ve věkové skupině 51-60 byli respondenti i nejvíce shovívaví ke státním zařízením, kde tato obdržela kladné hodnocení v 72,7 % (tj. od 8 pacientů z 11). Nicméně souhrnně kladně hodnotí všechny věkové skupiny v barevném

ladění většina respondentů (od 61,5 % do 100 %). Naopak státní zařízení ve většině hodnocení tázaných získala spíše **negativní hodnocení** (v procentuálním vyjádření tj. dle věku 70 – 68,4 – 53,8 – 27,2 – 92,3 % = průměr **62,34 %**).

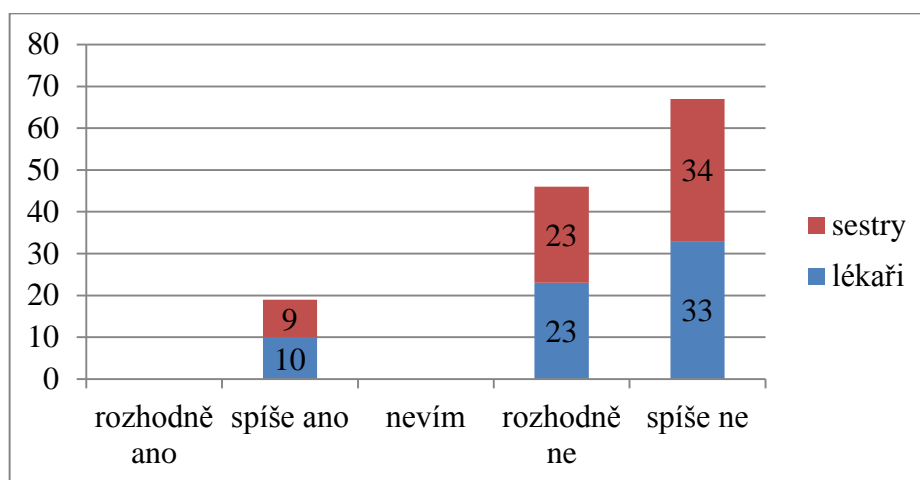
V souhrnu ověření **hypotézy č. 1:** Většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti prostředí ve státním zařízení.

Hypotéza **byla** tazateli **potvrzena**. Soukromá zdravotnická zařízení v prostředí kladně hodnotilo 93,9 % oproti státním zařízením 6,1% tázaných. Barevné ladění v soukromých zařízeních kladně ohodnotilo 81,8 % oproti státním v 36,3 % dotázaných.

**Hypotéza č. 2:** Většina pacientů množství informací, které jim zdravotníci poskytují, považují za dostatečné, nikoliv však formu jejich podání.

Otázka 7: Ošetřující personál se mi představí

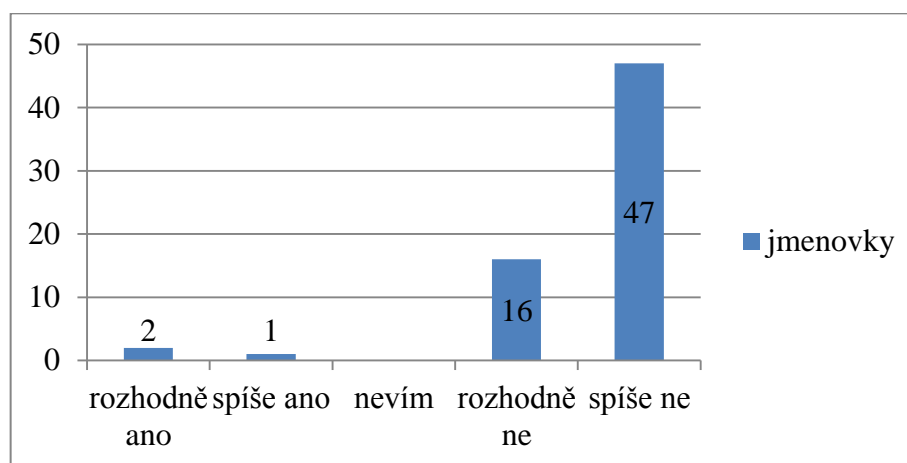
Graf 13: Otázka 7: Personál se představí



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Považujete za dostatečné, že se nepředstaví, ale nosí jmenovky?

Graf 14: Doplnění otázky 7: Jmenovky

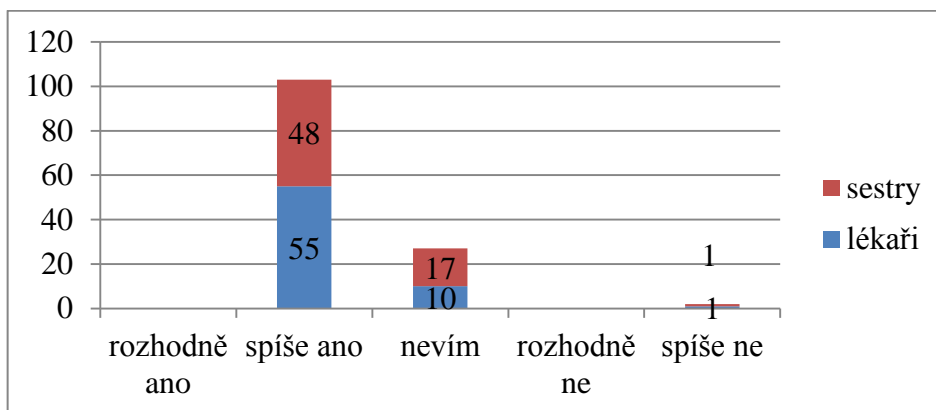


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Verbální stránka řeči při rozhovoru s neznámým člověkem by dle etických norem měla začínat představením. V našem šetření se ukázalo, že pacienti hodnotili, zdali se jim zdravotník představí takto: 10 dotázaných (tj. 15 %) uvedlo představení lékaře a jen 9 (tj. 13,6 %) uvedlo představení sester. To znamená, že dle našich respondentů se **nepředstaví 84,8 % (tj. 57) lékařů a 86,3 % (tj. 56) sester**. Doplnující otázka byla položena, zdali tázaní považují za dostatečné představení personálu, když nosí jmenovky. Za dostatečné toto považují 3 (tj. 4,5 %) dotázaní a naopak 63 osob (tj. 95,5 %) toto považuje za nedostatečné.

Otázka 8: Rychlost řeči je vždy přiměřená

Graf 15: Otázka 8: Rychlost řeči

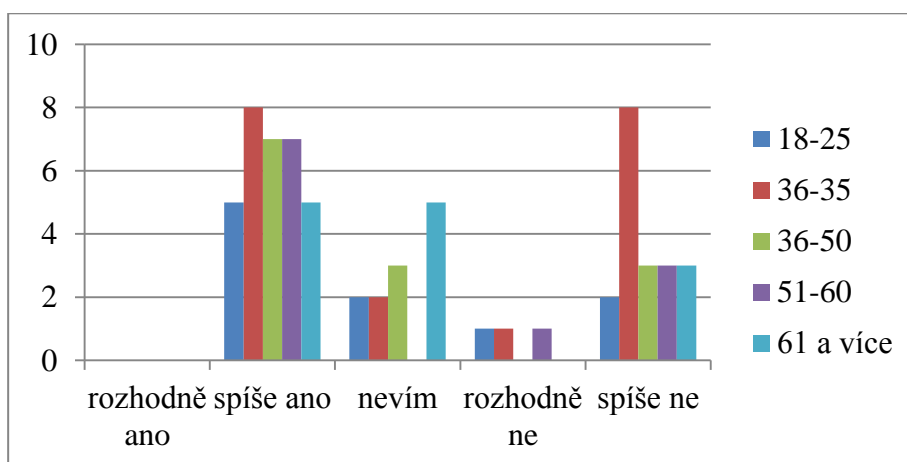


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Paralingvistický parametr verbální stránky řeči, tj. rychlost, **neumělo** (nevědělo) posoudit u sester 17 (**25,7 %**) respondentů, u lékařů 10 (**15 %**) respondentů. Je to téměř třetina dotázaných. Jeden tázaný záporně zhodnotil rychlost řeči lékaře a sestry. Zbytek dotázaných tuto stránku komunikace hodnotili kladně, tzn., že spíše většina. Věk či pohlaví zde nebyli významným hodnotícím faktorem.

Otázka 9: Vím od personálu vše, co o své nemoci potřebuji vědět

Graf 16: Otázka 9: Vím vše o své nemoci – dle věku

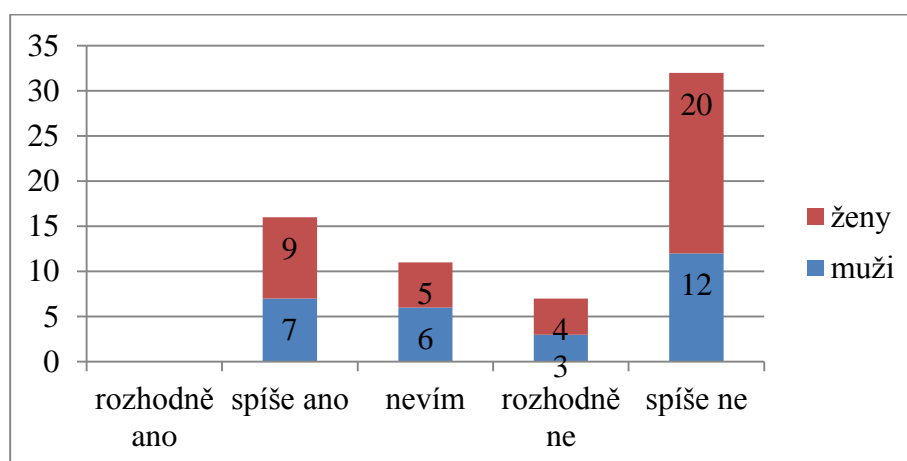


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

V hodnocení nebyl významný rozdíl mezi muži a ženami. Ví od personálu vše o své nemoci 32 (tj. 48,5 %), neví 12 (tj. 18 %), rozhodně a spíše **ne** 22 (tj. 33 %) dotázaných. To znamená, že zhruba polovina pacientů je spokojena s objemem informací, naopak třetina by přivítala informací více. Rozhodnout se neumělo (pokud správně pochopili otázku) nejvíce ve věkové kategorii 61 a více let (5 ze 13). Zde by bylo vhodné asi více specifikovat tento dotaz. Vložen byl graf 9, který dokumentuje rozložení odpovědí dle věku.

Otázka 10: Byly mi podány veškeré informace i o alternativní, alternativních způsobech léčby

Graf 17: Otázka 10: Alternativní informace



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

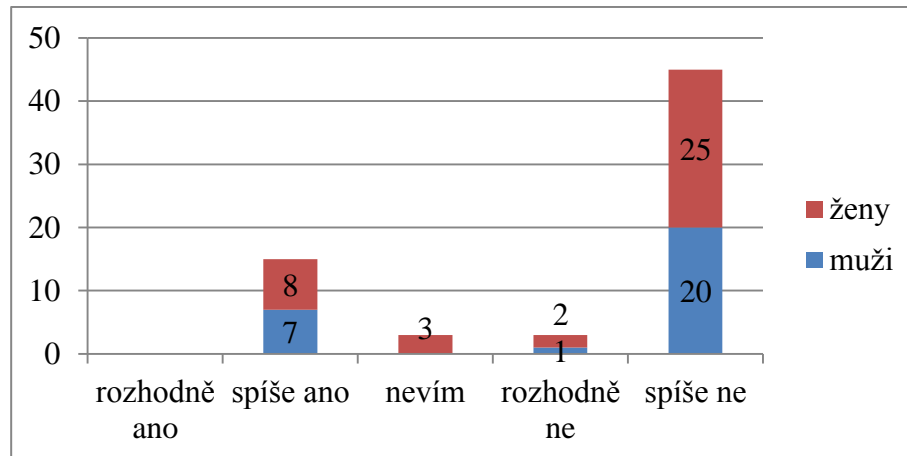
Dotazovaní se měli vyjádřit, zda jim zdravotníci podali veškeré i alternativní informace. Z 66 respondentů jich 39 (rozhodně ne 7, spíše ne 32), (tj. 59 %), odpovědělo **záporně**. Nijak významný nebyl rozdíl v pohlaví (jak ukazuje graf 13) ani ve věku respondentů.

16 dotázaných bylo spíše **spokojeno** s alternativními informacemi (tj. 24 %). Nevědělo 11 (tj. 16,6 %).

Jako doplnění verbální komunikace byla položena 11. Otázka, která má za cíl podpořit verbální sdělení. Doplňuje verbální sdělení dokreslením obrazového materiálu – forma sdělení, mnemotechnických pomůcek- plakátů, obrázků, podporuje slovní sdělení. Pro zajímavost byl graf sestaven v závislosti na pohlaví.

Otázka 11: Zdravotníci při vysvětlování onemocnění či postupu používají obrazový materiál

Graf 18: Otázka 11: Používají obrazový materiál



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

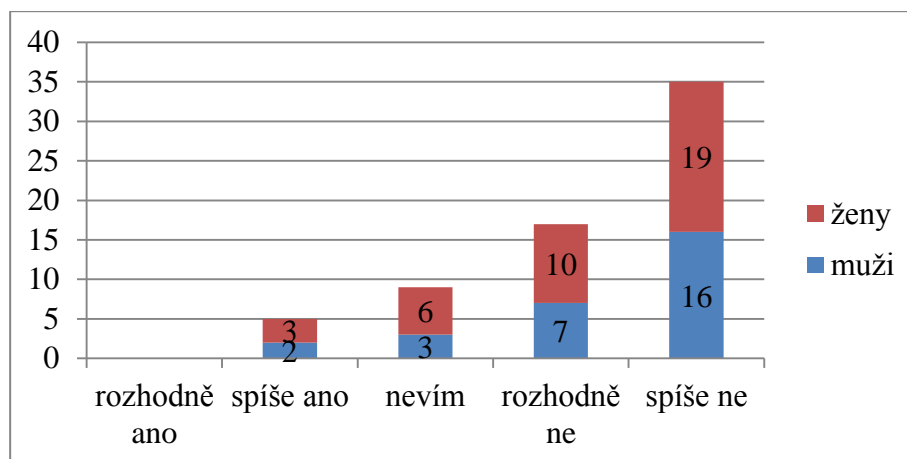
Respondenti se ve většině vyjádřili, že obrazový materiál zdravotníci **nepoužívají**. 22 **mužů** (tj. **32 %**), 27 **žen** (tj. **41 %**) sdělilo, že ho rozhodně či spíše nepoužívají. Kladně (spíše ano) se vyjádřilo jen 7 (tj. 10,6 %) mužů, 8 (tj. 12 %) žen ze všech dotázaných. Neuměly se rozhodnout celkem jen 3 dotázané.

V souhrnu ověření hypotézy **č. 2**: Hypotéza **nebyla** potvrzena. Pacienti zcela nepotvrdili dostatek informací, k formě měli výhrady či zcela neuměli vyhodnotit. Množství informací ověřovaly otázky č. 7 (plus doplňující), č.9, č.10 z kterých vyplývá, že se zdravotníci většinou nepředstavují ve více než 80 %, necelá polovina pacientů má dostatek informací o své nemoci cca 48 %, 59 % uvedlo, že jim nebyly poskytnuty informace o alternativních postupech. Tzn., že nemají dostatek informací. Otázka 8 a 11 hovořila o formě komunikace. 8. otázka o rychlosti sdělování informací většina hodnotila kladně (neumělo zhodnotit od 15 do 26 % pacientů). Formu podání informací (11. otázka) společně s obrázkovým materiálem negativně hodnotila většina respondentů. Souhrnně můžeme konstatovat, že pacienti nemají dostatek informací a i forma podání má své rezervy.

**Hypotéza č. 3:** Neverbální komunikace lékařů je pacienty hůře vnímána než neverbální komunikace sester.

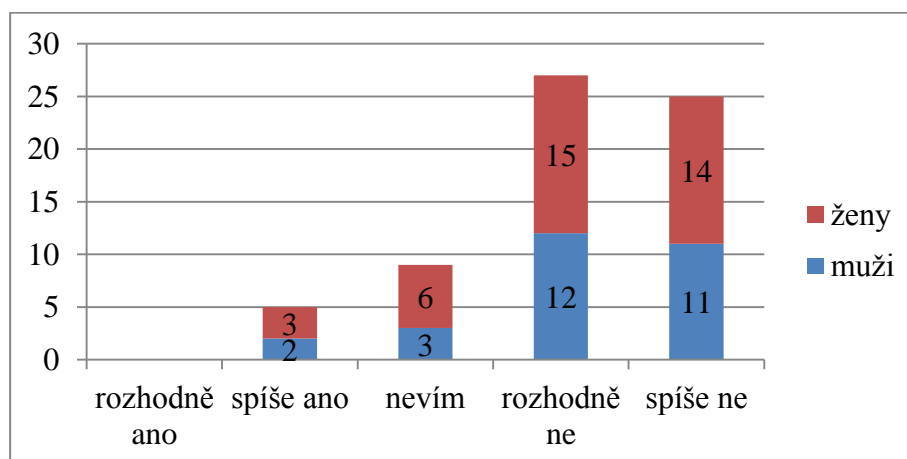
Otázka 12: Zdravotník mi při představení či pozdravu podá ruku

Graf 19: Otázka 12: Podá ruku - lékaři



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 20: Otázka 12: Podá ruku – sestry



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tato úvodní otázka z neverbální komunikace - podání ruky je považována za základ etiky při představení či pozdravu, je spíše orientační. Nebyla hodnocena síla stisku či poloha ruky. Důvodem bylo, že s odstupem od této komunikace je toto obtížně hodnotitelné. Nicméně účelem bylo zhodnotit, zdali zdravotníci toto základní vyjádření

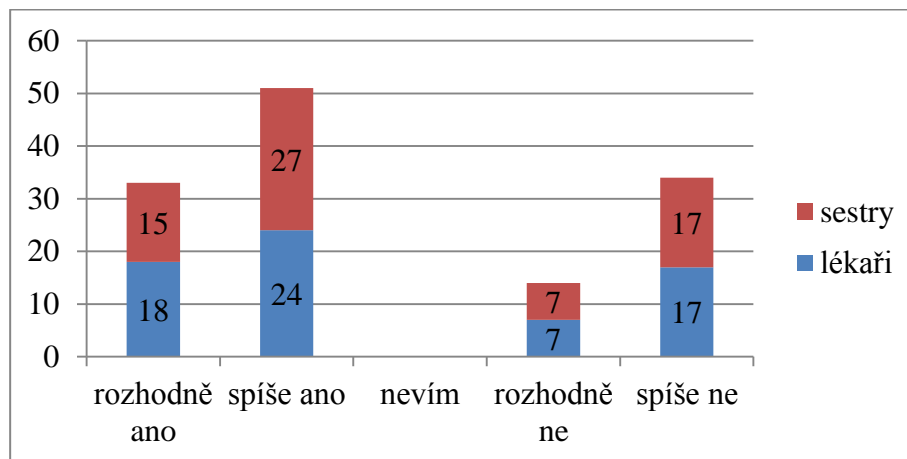


etiky používají, najdeme-li rozdíl mezi lékaři a sestrami. Často se autorka práce setkávala se steskem lidí žijících či setkávajících se se zdravotníky v zahraničí, že v České republice se toto neděje. Otázka číslo 12 toto jasně potvrzuje. Pouze 5 respondentů (tj. 7,5 %) se setkala s **podáním ruky**. 9 jich nevědělo a zbývajících 52 dotázaných (tj. **78,8 %**) jich odpovědělo **rozhodně či spíše ne**.

Grafy jsou rozděleny lékaři – sestry, rozhodně ne bylo více použito u sester, jinak rozdíl mezi hodnocení zdravotníků nebyl nalezen (negativní hodnocení lékařů 52, sester 52 dotázaných).

Otázka 13: Výraz tváře (mimika) zdravotníka je vždy chápající, sympatizující, pozitivní

Graf 21: Otázka 13: Výraz tváře (mimika) zdravotníka

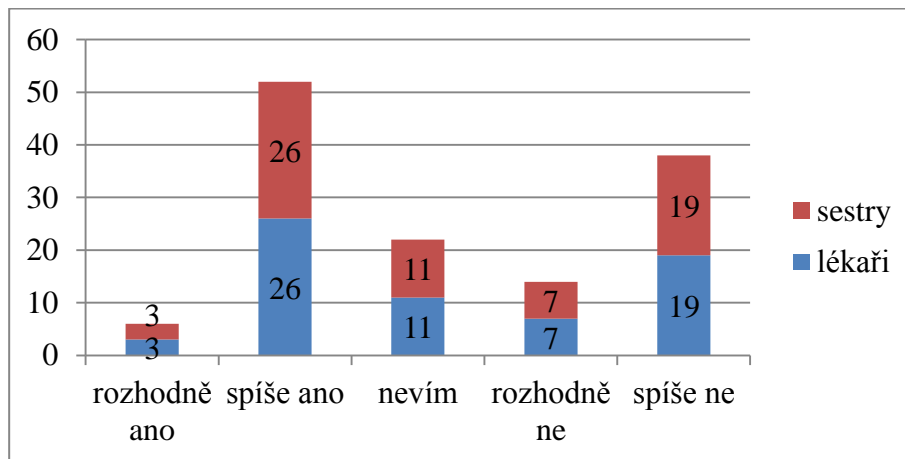


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

V odpovědích nebylo významného rozdílu mezi muži a ženami hodnotiteli. **Není významný rozdíl** v hodnocení mimiky tváře **lékařů či sester**. Můžeme konstatovat, že většina dotázaných se přiklonila ke **kladné** odpovědi - rozhodně či spíše ano – 42 tázaných (tj. **63,6 %**). **Záporné** hodnocení k používání mimiky tváře zdravotníků použilo ve variantě rozhodně či spíše ne 24 tázaných (tj. **36 %**), to znamená, že jisté rezervy v používání profesionálního, podporujícího výrazu tváře u zdravotníků spatřujeme v odpovědích 1/3 dotázaných.

Otázka 14: Při rozhovoru se mnou zdravotník udržuje oční kontakt

Graf 22: Otázka 14: Oční kontakt

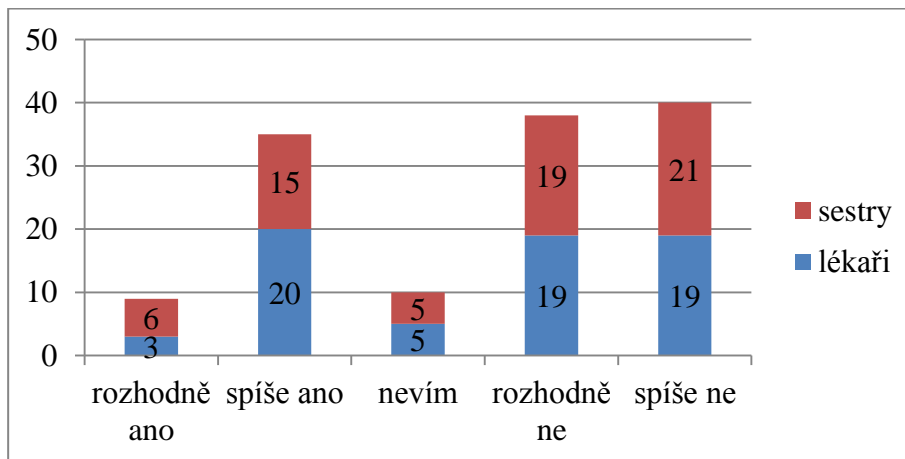


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Zajímavé je, že není rozdíl v odpovědích mužů a žen, zrovna tak jsou **stejně hodnoceni lékaři a sestry**. Oční kontakt zdravotníci udržují, odpovědělo rozhodně či spíše ano 29 (tj. 44 %) respondentů. Nevědělo 11 (tj. 16,6 %) a záporně ohodnotilo udržování očního kontaktu v odpovědi rozhodně či spíše ne 26 (tj. 39,4 %) tázaných. Tzn., že **téměř 40 % pacientů vnímají nedostatečně oční kontakt** při rozhovoru. Jde sice o subjektivní pocit pacientů, nicméně autorka práce, která se setkává s lékaři a jejich pacienty v jejich vzájemné interakci, by se přiklonila k verzi, že jsou zde jisté rezervy.

Otázka 15: Zdravotníci používají pozitivního, podporujícího, milého úsměvu

Graf 23: Otázka 15: Úsměv

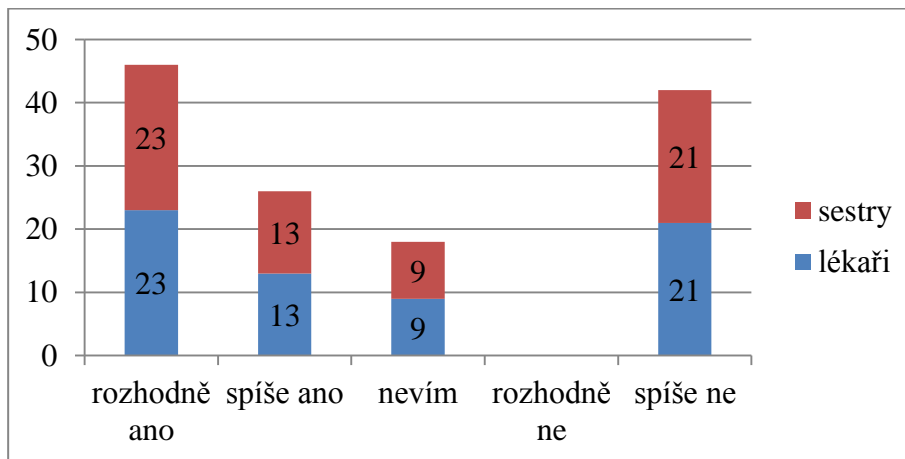


Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Nebyly shledány významné rozdíly v odpovědích mužů a žen. **Nebyly** shledány významné **rozdíly** mezi **hodnocením lékařů a sester**. Neumělo odpovědět 5 dotázaných. Kladné ohodnocení (rozhodně či spíše ano) uvedlo u lékařů 23 (tj. 34,8 %), u sester 21 (tj. 31,8 %) respondentů. U sester bylo zjištěno dvojnásobně rezolutní rozhodně ano. **Negativní** hodnocení (rozhodně či spíše ne) uvedlo na **lékaře 38 (tj. 57,5 %)**, na **sestry 40 (tj. 60,6 %) respondentů**. Tzn., že více dotázaných je nespokojeno s používáním úsměvu zdravotníků nebo že více respondentů by přivítalo používání úsměvu zdravotníky

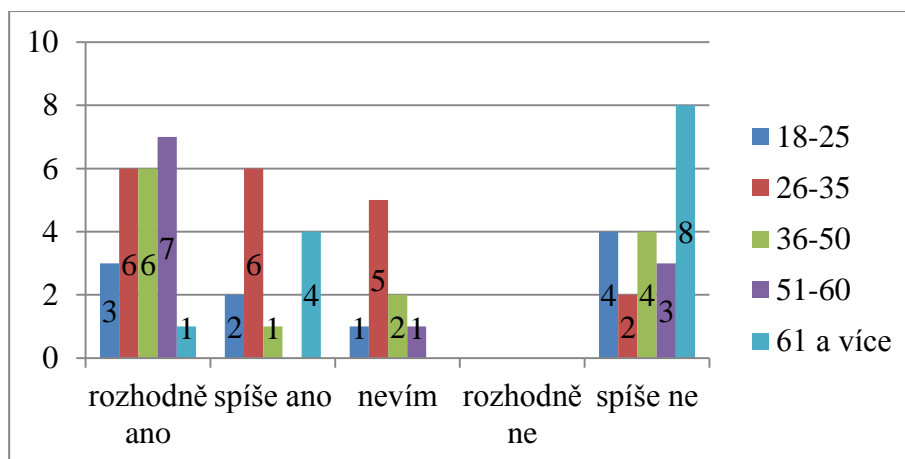
Otázka 16: Celková úprava zevnějšku ošetřujícího personálu je velmi dobrá

Graf 24: Otázka 16: Zevnějšek personálu



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 25: Otázka 16 : Zevnějšek personál - dle věku respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

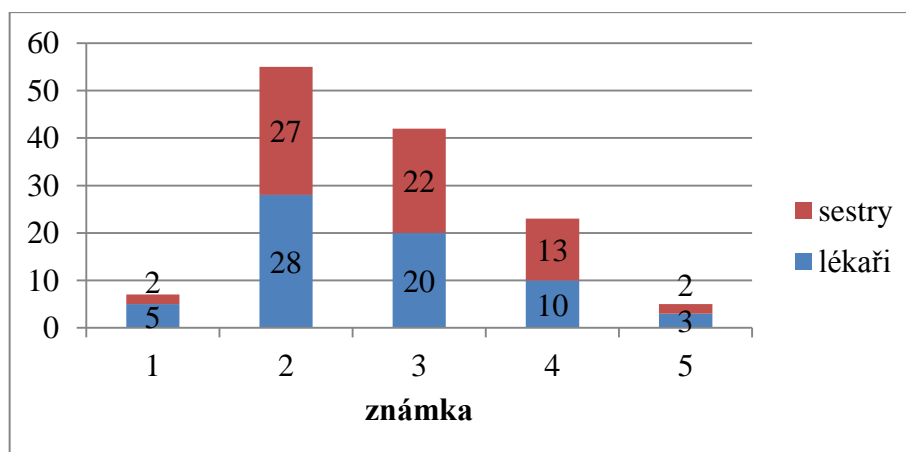
Pro zajímavost byl vytvořen graf v závislosti hodnocení úpravy zevnějšku na věku respondentů. V pohlaví a ani v hodnocení **lékařů a sester nebyl nalezen** výraznější **rozdíl**. **Kladně** celkovou úpravu zevnějšku personálu hodnotilo 36 (tj. **54,5 %**) respondentů. Nevím sdělilo 9 (tj. 13,6 %). Spíše ne na celkovou úpravu zevnějšku zdravotníků sdělilo 21 (tj. 31,8 %) dotázaných. Rozdíl byl nalezen v negativním hodnocení nejstarší generace respondentů, tj. ve věkové skupině 61 a více. 8 ze 13 (tj. 61%) zde uvedlo, že úprava zevnějšku spíše není dobrá.

V souhrnu ověření hypotézy č. 3: Hypotéza, že neverbální komunikace lékařů je hůře vnímána, než neverbální komunikace sester **nebyla potvrzena**. V hodnocení lékařů a sester se téměř nenacházely rozdíly, jen 3 % rozdílu bylo nalezeno v používání úsměvu ve prospěch sester. Celkové hodnocení neverbální komunikace zdravotníků bylo následující: téměř 80% zdravotníků nepodává ruku svým pacientům při představení či pozdravu, v mimice zdravotníků převážilo kladné hodnocení o 27 %, o 5 % převážilo kladné hodnocení v očním kontaktu. V používání úsměvu vidí respondenti rezervu, záporných 61 % versus 32-35 % kladných. Zevnějšek kladně hodnotilo 54 % tázaných.

**Hypotéza č. 4:** Většina pacientů je spokojena s chováním a ochotou lékařů, ale není spokojena s chováním a ochotou sester.

Otázka 17: Chování personálu bych ohodnotil/a známkami

Graf 26: Otázka 17: Chování personálu



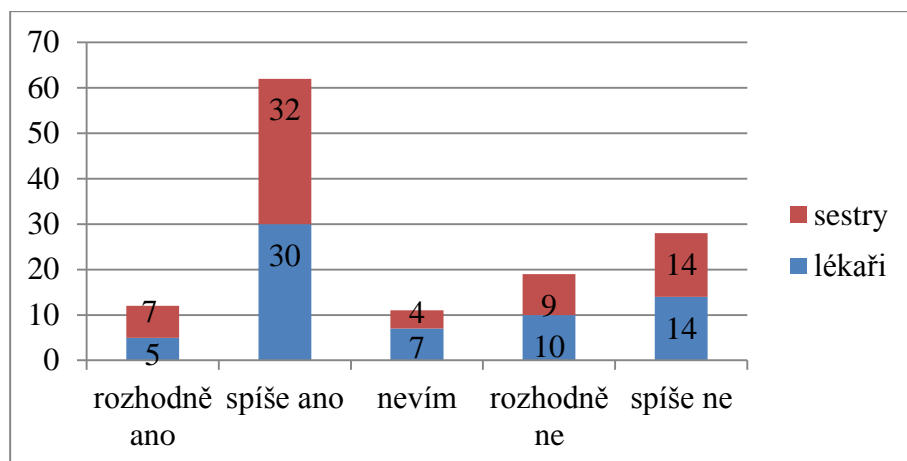
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Respondenti byli požádáni o oznámkování chování lékařů a sester. Výraznější rozdíl hodnocení mezi oběma skupinami (lékaři – sestry) se nenašel. Lékaři obdrželi od svých pacientů průměrnou známku 2,66, sestry 2,78 (průměr zdravotníků celkem **2,72**). Medián (míra centrální tendence) lékařů se nachází na rozmezí známky 2 – 3, u sester na známce 3. Modus (hodnota nejčastěji se vyskytující) u lékařů známka 2 (28 krát), u sester známka 2 (27 krát). V krajních hodnotách (známka jedna, známka pět) lékaři

obdrželi 5 krát jedničku – sestry 2 krát, lékaři dostali 3 krát pětku – sestry 2 krát. Zdravotníci ve známkování chování obdrželi lepšího průměru.

Otázka 18: Zdravotníci jsou ochotní

Graf 27: Otázka 18: Ochota personálu



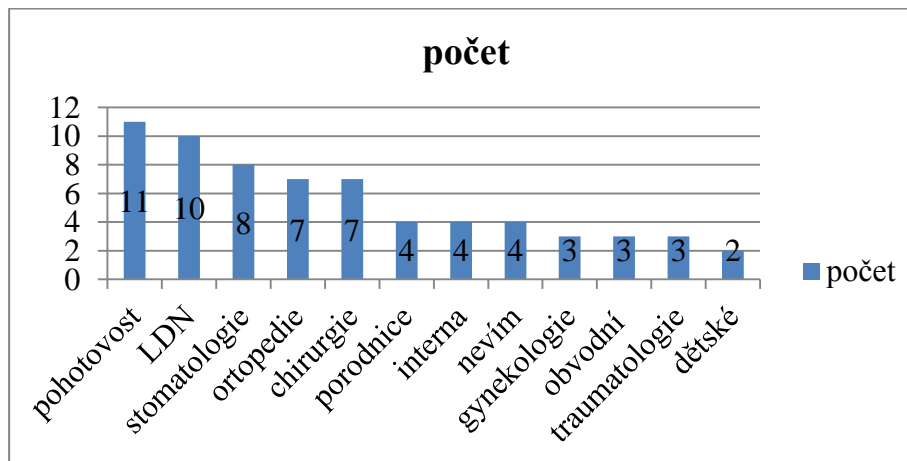
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z grafu 27 vyplývá, že **většina pacientů považuje zdravotníky za ochotné. Nebyl nalezen významný rozdíl v hodnocení lékařů a sester.** Kladně (rozhodně ano, spíše ano) ohodnotilo lékaře 35 (tj. 53 %) a sestry 39 (59 %) respondentů. Ochotu neumělo ohodnotit u lékařů 7 (tj. 10,6 %), u sester 4 (tj. 6 %) pacientů. Negativně (rozhodně ne či spíše ne) lékaře hodnotilo 24 (tj. 36 %), sestry 23 (34,8 %) hodnotících. Tzn., že většina respondentů ochotu zdravotníků hodnotí kladně.

V souhrnu ověření hypotézy č. 4: Hypotéza **nebyla** potvrzena. Pacienti vnímají **chování a ochotu lékařů a sester za téměř shodné.** V chování měly sestry známku o 0,12 horší než lékaři, což lze považovat za nevýznamné. Ochotu hodnotili respondenti o 6 % (tj. 4 pacienti) lepší u sester než u lékařů. Chování i ochotu vcelku hodnotili respondenti jako lepší průměr (celková známka 2,72).

Otázka 19: Máte-li zkušenost s neochotou, personál jakého oddělení byl neochotný

Graf 28: Hodnocení otázky 19 (volná odpověď): Zkušenost s neochotou



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Pacienti odpovídali samostatně, nebyla jim nabídnuta žádná varianta. Odpověděli všichni. Graf negativního hodnocení ochoty zdravotníků dle oddělení byl srovnán dle nejvíce získaných hlasů. **Nejvíce** negativních hlasů v našem průzkumu na ochotu zdravotníků získala **pohotovost** 11 (tj. 16,6 %) následují pracoviště LDN 10 (tj. 15,1 %), stomatologie 8 (tj. 12 %) ortopedie 7 (tj. 10,6 %), chirurgie 7 (tj. 10,6 %). Konkrétně hodnotit (či možná neměli žádnou negativní zkušenost) neuměli čtyři dotázaní (tj. 6 %). Dva negativní hlasy dostali zaměstnanci dětského odd. 2 (tj. 3 %).

Otázka 20: Máte-li nějaký podnět k hodnocení komunikace ošetřujícího personálu, napište ho

Tabulka 1: Hodnocení otázky č. 20 (volná odpověď): Podnět k hodnocení komunikace

pokud si lékař není jistý diagnózou nepřemýšlet nahlas
ochota- nebýt otrávený, podrážděný, být vstřícný, neprojevat pohrdání
cítila bych se lépe, kdybych měla pocit, že chápou, že mi je zle, někdy jsem vystrašená, když nevím co se se mnou děje, stačí, když to zahrají, empatie
chovejte se ke svým pacientům, jakoby to byli Vaši příbuzní
krom odborných výrazů by se měli snažit o popis více laicky, aby vše bylo pochopitelné, jasné
zdravotníci berou svůj protějšek jako malého, neberou ho jako dospělého, který by o své léčbě a potažmo léčbě by měl spolurozhodovat
ženy po porodu by mohli brát jako svéprávné a myslící osoby
občas je dobré jim připomenout, že pacient je klient ne materiál či inventář
občas postrádám prostor pro dotazy, mám pocit, že je tím obtěžuji, oni mají svůj standartní postup, větší pochopení, laické výrazy
ocenila bych, kdyby mi personál popisoval, co a proč dělá, podrobně vysvětlit vyšetření, možnosti léčby apod.
dodržování objednané doby - lékař přijde o dvě hod. později
potřebovali by více času na pacienta
respekt k pacientovi
vřelost, větší lidskost, přátelské jednání
moc administrativy, málo času na pacienty
podat ruku při příchodu a odchodu pacienta
pozdravit, představit se
nechovat se jako že vše co dělají je samozřejmé

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Z 66 hodnocených respondentů jich 18 (tj. 27 %) odpovědělo i na poslední volnou odpověď. Jsou to jednotlivé odpovědi, nelze je zcela sjednotit. Mnohdy se opakují názory již dříve vyjádřené v našich otázkách, například podání ruky, laické výrazy



místo odborných. Velmi zajímavý je názor, že by se zdravotníci měli vždy chovat tak, jakoby před nimi byli vlastní příbuzní. Dále se vyjadřují k empatii, popisu toho co se s pacientem bude nadále dít.

### **Kvalitativní hodnocení – individuální rozhovory**

Následuje kvantitativní část pilotního průzkumu. Jde o doplnění kvantitativních dat pomocí rozhovoru.

Tabulka 2: Základní parametry získaného souboru – rozhovory

<b>Pohlaví</b>	žena	3
	muž	2
<b>Věk</b>	36 - 50	3
	51 -60	2
<b>Vzdělání</b>	základní	1
	střední s maturitou	2
	vysokoškolské	2
<b>Bydliště</b>	Plzeňský kraj	6

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Rozhovory byly uskutečněny s pěti respondenti, z toho byli dva muži a tři ženy (respondenti byli očíslováni od 1 do 5). Tři respondenti byli ve věkovém rozmezí 36 – 50 let, dva v rozmezí 51 – 60 let. Vzdelání tázaných bylo: jedenkrát základní, dvakrát středoškolské s maturitou a dva měli vysokoškolské vzdělání. Bydliště všech dotázaných bylo v Plzeňském kraji.

Nyní následují výpovědi respondentů k jednotlivým otázkám, které byly zaznamenány formou poznámek.

**Hypotéza č. 1:** Většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti prostředí ve státním zařízení.

Otázka č. 5: Prostředí zdravotnických zařízení se mi líbí – státní, soukromé

Respondent 1: Soukromá zařízení se mi líbí více, jsou útulnější, státní bývají zastaralé, nevybavené

Respondent 2 : Soukromá zařízení jsou kulturnější – barvy, plakáty. Někteří praktici by se mohli ve výbavě čekáren zlepšit.

Respondent 3: Rozdíl je ve vybavení. Soukromá zařízení mají lepší nábytek, vymalováno barvou, v čekárně TV, květiny. Státní mají uzamčené a nevybavené toalety. Chybí jim toaletní papír a utěrky.

Respondent 4: Soukromá mají lepší vybavení včetně zázemí čekáren. Někdy ve státních chybí zachování intimity – plenta na svlékání. Vadí mi recepce ve státních nemocnicích a ambulancích, chybí zde soukromí, všechny své problémy musím popsat zde před ostatními pacienty.

Respondent 5: Záleží na jednotlivcích. Státní jsou většinou méně vybavené. Ve státních mi chybí vkusné obrázky na stěnách.

Otázka č. 6: Barevné ladění (malba) zdravotnických zařízení se mi líbí

Respondent 1: Státní asi mají spíše bílou, strohou, nicneříkající výmalbu. V soukromém zařízení se ladí i nábytek. Barevně hezčí jsou soukromá zařízení. Ve státních se mi barvy asi nelíbí. Použil bych teplé barvy – meruňka a pro děti více obrázků.

Respondent 2: Státní jsou bílé. Zvolila bych meruňkovou, pastelovou. Soukromá jsou asi hezčí, tam barvy používají.

Respondent 3: Hlavní je, aby prostředí bylo čisté. Ve státních jsou barvy omšelé. Asi proto, že jsou spíše bílé. Použil bych teplé, pastelové barvy. Líbí se mi modrá, žlutá, tlumená zelená.

Respondent 4: Státní jsou bílé. Použila bych hezké kombinace pastelových barev.

Respondent 5: Nelíbí se mi bílá barva samotná. Spíše jsou barevná soukromá zařízení. Použila bych zelenou a žlutou.

V souhrnu ověření hypotézy č. 1: **Hypotéza byla potvrzena.** Pacienti se shodli, že soukromá zařízení jsou lépe vybavena, jsou kulturnější. Barvy mají soukromá zařízení také lepší než státní, ty jsou označeny respondenty za bílá. Pacienti soukromá zařízení hodnotili pozitivněji.

**Hypotéza č. 2:** Většina pacientů množství informací, které jim zdravotníci poskytují, považují za dostatečné, nikoliv však formu jejich podání.

Otázka č. 7: Ošetřující personál se mi představí

Respondent 1: To se mi ještě nestalo. Bylo by to fajn. Není rozdíl mezi sestrou či lékařem. Někdy se nepředstaví ani do telefonu. Jmenovky nejsou dostatečné, někdy je ani nepřechtu. Někdy nejsou jména ani na ambulanci.

Respondent 2: Nepamatuji se, spíše ne. Snad někdy doktor, ale setra vůbec ne. Jmenovky sice nosí, ale dostatečné to není. Chci vědět, kdo o mě pečuje.

Respondent 3: Lékař se mi představil asi dvakrát při hospitalizaci, sestřičky dvě také při hospitalizaci. Bylo by hezké vědět, s kým mám tu čest. Jmenovky беру pozitivně.

Respondent 4: Nepředstavují se, ani doktor, ani sestra. Cedulky jsou dobré, někdy si je přechtu. Jinak nevím, jestli to je primář nebo uklízečka.

Respondent 5: Doktor se představí sem tam. Sestřičky bohužel ne. Jmenovky jsou alespoň něco, ale určitě to nestačí.

Otázka č. 8: Rychlost řeči je vždy přiměřená

Respondent 1: Asi ano. Nemám problém s rychlostí, když tak je zastavím. Nevidím rozdíl sestra – lékař.

Respondent 2: U starších by rychlost mohli uzpůsobit – oba – lékař i sestra. Třeba by mohli používat více intonaci, důraz na důležité ve větě.

Respondent 3: Ano. Sestry i lékaři dobré. Není rozdíl.

Respondent 4: Sestra i lékař mluví přiměřeně, nemám výhrady.

Respondent 5: Nemám problém. Kdyby náhodou drmolili, tak je zastavím.

Otázka č. 9: Vím od personálu vše, co potřebuji o své nemoci vědět

Respondent 1: Spíše ne. Hledám informace na internetu. Chtěl bych, aby mi ukazovali co mi je na obrázku orgánu. Například jsem nepochopil pokyny k vyplnění a byli nervózní. Neměli by zapomínat na letáky k nemocem. Nevím na co konkrétně je jaký lék, musím se ptát.

Respondent 2: Asi vím. Když ne, tak se snažím ptát.

Respondent 3: Je dobré, když před zákrokem vše vysvětlí a namalují obrázek. Není to moc časté. Při hospitalizaci jsem neznala harmonogram, co kdy bude, ani přesný den zákroku. Setkala jsem se i s tím, že při hospitalizaci na ortopedii se nestarali o mojí základní diagnózu a terapii s ní spojenou. Neřekli mi, že mám vysadit antikoncepci dostatečně dlouhou dobu před zákrokem. Informací je málo. Chtěla bych jich více.

Respondent 4: Ptám se. Někdy nerozumím cizím slovům. Neříkají na co je který lék, ptám se.

Respondent 5: Často používají cizí jazyk. O své nemoci asi vím, co potřebuji, asi ani vše nechci vědět. Léky zatím pořád neužívám, uvidíme. Budu se ptát.

Otázka č. 10: Byly mi podány veškeré informace i o alternativní, alternativních způsobech léčby

Respondent 1: Ne. Anesteziolog mi ani nedal podepsat souhlas s operací. Alternativní způsoby ani nezmínili. Na dotazy potom spíš odpoví. Musím se ptát. Jsem pomalejší. O léčbě nediskutují, alternativy neřeší- dají podepsat nějaký papír.

Respondent 2: Mám pocit, že mám všechny informace. Někdy si hledám na internetu.

Respondent 3: Ne. Neurolog mě dlouho tahal za nos a neřešil mé problémy. O RTG jsem si musela říct. Neřešil dlouhodobé problémy mého onemocnění, operační variantu sám zamítl s tím, že je to padesát na padesát. V nemocnici mi o více variantách řekli a doporučili šetrnější. V otázkách někdy odpovídají jen na to, co sami chtějí.

Respondent 4: Určitě ne. Sice nevím o alternativách, ale mám pocit, že říkají jen to, co oni považují za důležité.

Respondent 5: Nemohu hodnotit. Nemám zkušenosti. Asi budou i jiné alternativy. Měla bych se ptát.

Otázka č. 11: Zdravotníci při vysvětlování onemocnění či postupu používají obrazový materiál (například plakáty s orgány, namalují postup operačního zákroku...)

Respondent 1: Ne. Někdy mi dají leták do ruky. Bylo by to hezké.

Respondent 2: Je, to by se mi líbilo. Nepoužívají.

Respondent 3: Stalo se, že mi namaloval lékař zákrok na papír. Přišlo mi to hezké. Měli by to používat.

Respondent 4: Obrázky jsou vždycky vítané. Chci vědět, kde se mi co děje. Měli by je používat, ale nedělají to.

Respondent 5: Je, to ne. Nechci vědět co se děje. Někdy dávají letáky, kde jsou obrázky. To se podívám.

V souhrnu ověření **hypotézy č. 2: Hypotéza nebyla potvrzena**, jelikož pacienti nemají dostatek informací (neznají ošetřující personál, musí se ptát na informace o své nemoci, hledají na internetu) a forma podání je v rychlosti řeči v pořádku, nicméně pacienti by přivítali používání obrazového materiálu (až na jednu tázanou, která ale nakonec přiznala, že obrázky v letácích, pokud je obdrží, studuje).

**Hypotéza č. 3:** Neverbální komunikace lékařů je pacienty hůře vnímána než neverbální komunikace sester.

Otázka č. 12: Zdravotník mi při představení či pozdravu podá ruku

Respondent 1: To ne. Asi se mi to nestalo. Lékaři sedí a kývnou k posazení, ale ruku ... Sestra mi otevře dveře a ukáže, pojd'te dál.

Respondent 2: Není to běžné. Spíše bych to dělal, že ve státním mi nikdy, nikdo ruku nepodal, ale u soukromých to lékař udělal, možná i sestra

Respondent 3: Jedenkrát přijímací sestra na Bulovce. Jinak asi ne. Na lékaře si nepamatuji, že by to udělal.

Respondent 4: Ne. Ani jeden. Hm, bylo by to hezké, příjemné.

Respondent 5: Tak to vůbec. Asi by to dělat měli, když se představím, tak taky podávám ruku.

Otázka č. 13: Výraz tváře (mimika) zdravotníka je vždy chápající, sympatizující, pozitivní

Respondent 1: Výraz je neurčitý, někdy apatický. Lékaři jsou neutrální, možná sestry vyjadřují v obličeji více empatie.

Respondent 2: Nevím jak je výraz relevantní v hodnocení. Často jsou uštvaní, na pacienty se nedívají. Stalo se mi, že sestry se tvářily blbě – úsměšky, snižuje to celou ambulanci či nemocnici. Třeba v soukromé ambulanci, když se sestřička tváří mile, tak tam chodím raději. Milý úsměv mě podpoří.

Respondent 3: Je to individuální. Na neurologii bych lékaři i sestře, která tam je teď dala trojku (známku). Dříve tam byla milá a vstřícná sestřička. Teď tam nerada chodím. Celkově na lůžkovém oddělení bych dala lékařům známku 2, sestřím 3. Ty se pošklebovaly, ale určitě mile nepodpořily mou bolest či starost. Někdy se jich člověk bál. V ambulanci až na výjimky je to lepší.

Respondent 4: Je to různé. Mezi sestrami i lékaři se najde ten, který ve výrazu tváře naznačí pochopení, účast a někdy mám pocit, že mi obličej říká, neotravuj.

Respondent 5: Spíš nechápe či je nijaký. Nevím, tváří se různě. Chápající, asi ne.

Otázka č. 14: Při rozhovoru se mnou zdravotník udržuje oční kontakt

Respondent 1: Sestry spíše ano, lékaři spíš ne.

Respondent 2: Třeba můj zubař vůbec ne, sestřička se spíše dívá do očí. Jinak asi ne.

Respondent 3: Praktik, gynekolog, ortoped ano. Jinak často lékaři koukají spíš do výsledků a povídají mi něco. Podle očního kontaktu např. poznám jakou náladu má můj neurolog a podle toho se buď přiznám či raději nikoliv ke svému zdravotnímu stavu. Taky na něm vidím ironii, když ho už příliš otravuji se svými problémy. Sestry se spíše dívají do očí při rozhovoru.

Respondent 4: Mám takového (lékaře), který při rozhovoru spí, alespoň já mám ten pocit. Jinak asi spíš obojí ano.

Respondent 5: Jo, dívají se. Obojí (sestry, lékaři) stejně.

Otázka č. 15: Zdravotníci používají pozitivního, podporujícího, milého úsměvu

Respondent 1: No to ne. Uvítal bych to. Lékaři ne, sestřičky občas.

Respondent 2: Lékaři vždy ne. Sestry na ambulanci asi občas, v soukromé více, na lůžku podle toho jak jsou utahané.

Respondent 3: Podle zařízení. Lékaři spíš ano, sestry ano. Je to fajn, když se usmějí. Mám pocit, že se uzdravím.

Respondent 4: Na onkologii lékaři ano, jinak bych jim třeba dala známku 2, mohli by přidat. Mladší sestřičky na onkologii ho používaly více než starší.

Respondent 5: Jen, ať ho používají více. Starší sestřičky se usmějí spíš než mladší. Lékaři se moc neusmívají, asi je něco trápí.

Otázka č. 16: Celková úprava zevnějšku ošetřujícího personálu je velmi dobrá

Respondent 1: No, mohli by přidat – obojí stejně. Zase záleží, v privátu vypadají upraveněji. Někdy má lékař i kravatu.

Respondent 2: Asi ano. Lékaři i sestry stejné.

Respondent 3: Někteří lékaři jsou ošuntělí, propocení. Sestry by měly volit vhodnou délku šatů, zadek jim koukat nemusí. Jsem sice žena, ale nemusím jim vidět až do žaludku. Lékaři i sestry stejné.

Respondent 4: Souhlasím. Je to dobré – obojí (lékaři i sestry).

Respondent 5: Jo. Mají uniformy, tak toho více nenadělají (lékaři i sestry).

V souhrnu ověření **hypotézy č. 3**: Výrazné rozdíly v neverbální komunikaci mezi lékaři a sestrami z hodnocení jejich pacientů nebylo nalezeno, **hypotéza nebyla potvrzena**. Jak lékaři, tak sestry mají rezervy v podání ruky (zcela výjimečně podá lékař), výraz tváře spíše není chápající (jedenkrát byla sestra označena za empatickou, ale zase jedenkrát sestra s úsměšky), oční kontakt spíše udržují sestry – rozdíl lékař - sestra minimální, přidat by měli (lékaři i sestry) v milém úsměvu i když slovem občas sestry byly pozitivně hodnoceny, hodnocení zevnějšku, úpravy stejné.

**Hypotéza č. 4:** Většina pacientů je spokojena s chováním a ochotou lékařů, ale není spokojena s chováním a ochotou sester.

Otázka č. 17: Chování personálu bych ohodnotil/a známkami

Respondent 1: Lékař 3, sestry 3.

Respondent 2: Lékaři 2, sestry 2.

Respondent 3: Lékaři 2, sestry 2.

Respondent 4: Lékaři 1, sestry 2 – je to individuální, asi bych našla i horší.

Respondent 5: Lékaři 1, sestry 2.

Otázka č. 18: Zdravotníci jsou ochotní

Respondent 1: Asi přiměřeně jak lékaři, tak sestry. Někdy je člověk žádá o jednu věc opakovaně – sestry. Lékaři pořád pospíchají.

Respondent 2: No, dle oddělení. U sester platí, že čím vyšší vzdělání, tím menší ochota k ošetřování nemocných (vysokoškolsky vzdělané sestry nejsou tak ochotné jako ty s maturitou) – podle jmenovek jsem to zjistil. Když tam bylo Bc. či Mgr. tak mi nechtěly donést ani čaj. U lékařů podle specializace.

Respondent 3: spíše ano. V nemocnici ošetřující lékař celkem ochotný byl, rezerva tem také je. Moc jsem ho neviděla. Sloužící lékař – to bylo spíše, že jsem další kus. U sester v nemocnici jsem se setkala spíše s neochotou- dvě z deseti byly ochotné, zbytku bych dala čtyřku za ochotu.

Respondent 4: Asi je. Je to stejné s lékaři i sestrami.

Respondent 5: Nevím. Asi jo. Sestra nebo doktor není v ochotě rozdíl.

V souhrnu ověření **hypotézy č. 4: Nebyla potvrzena.** Ve známkování sestry byly hodnoceny jedenkrát o stupeň hůře než lékaři, v chování spíše převládalo pozitivní hodnocení ochoty zdravotníků, spíše individuální rozdíly. Jedenkrát zazněl názor na ochotu v souvislosti s dosaženým vzděláním u sester. Čím vyšší vzdělání, tím nižší ochota.



Otázka č. 19: Máte-li zkušenost s neochotou, personál jakého oddělení byl neochotný

Respondent 1: Chirurgie. Tady sestry reagovaly až na třetí volání. Pak mi řekly:“ jo to jste vy, my myslely, že je to nějaký děda co votravuje“. Opačně – ochotní jsou na dětském

Respondent 2: Přidat by mohla chirurgie a kardiologie – jak lékaři, tak sestry.

Respondent 3: Ortopedie. Pak je rozdíl v soukromém jsou ochotní, ve státním ne.

Respondent 4: Neochotní byli na očním. Lékaři a sestry stejně.

Respondent 5: Na gynekologické klinice jsou neochotné sestry na recepci. Jinak lékaři i sestry na chirurgii jsou spíš neochotní.

Souhrn: Třikrát respondenti označili za **neochotný** personál **chirurgie**, jedenkrát ortopedie, oční, kardiologie, gynekologie. Dále uvedli dotázaní rozdíl mezi soukromým a státním zařízením ve prospěch ochoty personálu v soukromém zařízení.

Otázka č. 20: Máte-li nějaký podnět k hodnocení komunikace ošetřujícího personálu...

Respondent 1: Zdravotníci by se nás měli více ptát, vyjadřovat zájem o nás jako o lidi, vyjadřovat empatii.

Respondent 2: Více empatie, mohli by být více „hodnější“, lidskost. Měli by udělat pořádek v časovém harmonogramu v ambulancích, aby tam člověk „netrčel věčnost“ (dodržovat objednávací dobu). V nemocnici nerozsvěcovat v pět hodin ráno, když člověk nejlépe spí. Mytí by mělo být večer a ne ráno. Teploměr ať rozdávají také později a ne v pět.

Respondent 3: Méně administrativy, stále píšou jenom papíry. Měli by dostat více peněz na vybavení především státních zařízení. Více času na pacienta, chybí empatie.

Respondent 4: Přidat na empatii.

Respondent 5: Čekání v čekárně (dodržovat objednávací dobu). No a trochu vcítění se neuškodí. Ať si sebe představí, když tam bude sedět místo mě.

Souhrn: Převažoval názor, že zdravotníci by měli **přidat v empatii**, času věnovanému pacientům. Dále byl opakovaně vyjádřen názor, že by měl být dodržován čas, na který je pacient objednan na vyšetření – ošetření.

## ZÁVĚR

Cílem předkládané práce byl netradiční pohled, tj. pohled andragoga, androdidaktiky, na komunikaci zdravotníků s jejich pacienty za pomoci retrospektivního pacientova pohledu. V širším kontextu poskytnout ucelený náhled na historii andragogiky a medicíny. Nahlédnout do teorie výuky, která slouží jako základní kámen pro účelné vzdělávání, které prochází napříč celým předkládaným textem, předložit teoretickou oporu pro seznámení se s komunikací.

Bylo zjištěno, že medicína i andragogika, mají své kořeny v dávné minulosti, ve své podstatě jsou oba obory staré tisíce let. Vzdělávání dospělých (andragogika) má v historických kořenech tak slavná a známá jména jako Platón, Aristoteles. V současné době jde o pedagogickou vědu, která má vzrůstajícího významu, zejména v kontextu celoživotního vzdělávání podporovaného Evropskou unií. Napomáhá dospělé populaci v jeho celoživotním profesním uplatnění, což vyžaduje celoživotní učení a další vzdělávání a to i po ukončení formálního, školského vzdělávání. Toto zjištění úzce souvisí s oborem medicíny, která má povinné další vzdělávání zdravotníků (lékařů i sester). Medicína provází lidskou společnost od pradávna. Vyjmenovat slavné osobnosti tohoto oboru, které se zasloužily o rozvoj a vzdělání, není jednoduché. Pro naše účely jistě postačí zmínit jména jako Hippokrates, Galenos, Avicenna a českému čtenáři jistě známý J. E. Purkyně. Pokud hovoříme o významu vzdělávání, musíme se zabývat i teorií výuky, didaktikou. Jako hlavní předpoklad k učení je uváděna motivace. V souvislosti s naším textem jde o motivaci danou zákonem, jelikož lékaři v pětiletých a sestry nově v desetiletých cyklech, musejí předkládat doklady o absolvovaném vzdělávání svým zaměstnavatelům či zřizovatelům. Na základě teoretické opory v didaktice bylo zjištěno, že vzdělávání zdravotníků má své rezervy. V zásadách firemního vzdělávání v medicíně nalzáme nekonceptnost, ekonomickou náročnost především pro sestry (cena jednoho bodu – kreditu), časovou náročnost. Toto vzdělávání je realizováno především ve volném čase, čímž se často liší od vzdělávání ostatních profesí. Uskutečňuje se v odpoledních hodinách, víkendovém čase či o dovolené. Ve formách vzdělávání nyní nalzáme trend v sesterském vzdělávání směrem

k vysokoškolsky vzdělaným sestřám (soulad s předpisy EU), kterým na druhé straně chybí vyšší kompetence. Postgraduální vzdělávání lékařů doznalo v poslední době výrazné změny především ve změně dvou stupňů atestace (20 základních oborů v prvním stupni a nepovinném druhém stupni – 60 nástavbových specializací) směrem k jednotné atestaci v 83 specializačních oborech. Opět jde o soulad se vzděláváním EU. Díky povinnému vzdělávání ve zdravotnictví můžeme možná konstatovat, že alespoň částečně ČR naplňuje koncepce EU ve vzdělávání dospělých (což je do roku 2020 15% dospělé populace), které má však velké rezervy (nyní cca 7-8%).

Teorie komunikace nás vnáší do hlavního cíle práce. Každý by si ve svém každodenním kontaktu s druhými měl uvědomit význam nejen toho, co říkáme (obsahu slov), ale především si všímat neverbálních sdělení. Zapamatovat si pravidlo 7-38-55, což říká, že slova sdělují 7%, paralingvistika hovoří 38% a neverbální komunikace vypovídá v 55%! Především v profesi zdravotníka je toto velmi důležité a to oboustranně. Pokud lékař a sestra bude znát výklad neverbální komunikace, může zlepšit výtěžnost z každého rozhovoru, pozná, že pacienta něco trápí. Mnoho odborných textů upozorňuje na význam správně odebrané anamnézy (soubor informací o předchorobí). Špatně odebraná anamnéza může pro pacienta končit letálně. Obráceně, tzn. ovládat vlastní neverbální komunikaci, pomáhá v podpoře vztahu s nemocným, buduje důvěru pacient – zdravotník.

Praktická část nás seznámila s pohledem pacientů na zdravotníky. Bylo zjištěno, že hodnotit komunikaci a to především neverbální, není jednoduché. Na základě před - pilotního šetření bylo nutné upravit otázky, zjednodušit formulaci, přiblížit je široké populaci. Hodnocení dotazníkového a kvalitativního šetření nenaznalo v hodnocení rozdílu, nicméně slovní hodnocení se vyhnulo neurčitému hodnocení „nevím“. První položená hypotéza, že většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti státním zařízením, byla potvrzena. Pacienti si všímají útulnosti, vybavení i barevnosti prostředí. V rozhovorech neútné prostředí pacienti specifikovali v barevnosti jako bílé prostředí. Druhá hypotéza nebyla potvrzena, jelikož pacientům chyběly některé zásadní informace od zdravotníků (například jméno ošetřujícího personálu či veškeré informace o alternativách léčby), nedostatky našli pacienti i ve formě podání informací (např. zdravotníci nepoužívají ilustrativní

materiál). V každých zásadách o efektivní komunikaci nalézáme ponaučení, že slova je vhodné podpořit ještě např. obrazovým materiálem. V rozhovorech tázání uváděli, že se sami na informace ptají, vyžadují je aktivně. Třetí hypotéza, že neverbální komunikace lékařů je hůře vnímána než neverbální komunikace sester (sestry mají více teoretických hodin o komunikaci) nebyla potvrzena. Převážně kladně respondenti hodnotili mimiku a oční kontakt zdravotníků. Podání ruky zdravotníka či používání podporujícího úsměvu se příliš v našich ordinacích asi nedočkáme. Čísly vyjádřeno: 80 % zdravotníků nepodá ruku při pozdravu či představení se, 61 % hodnocení pacientem na použití úsměvu bylo záporných. Stejná hodnocení byla i v rozhovorech, kde bylo použito výstižně slova na dotaz úsměv: „*měli by přidat*“. Čtvrtá hypotéza, která předpokládala, že lékaři obdrží lepší hodnocení na chování a ochotu nežli sestry (lékař je ten, který napíše utišující prostředek, sestra musí vyřídit nepříjemné záležitosti ambulance například dlouhé čekání) se rovněž nepotvrdila. Obě skupiny obdržely hodnocení lepšího průměru, známkou vyjádřeno 2,72. V rozhovorech byly vyjádřeny individuální rozdíly. V závěru praktické části byly vzneseny ještě dva dotazy.

Respondenti byli požádáni o specifikaci oddělení, kde se setkali s neochotnou. V dotazníkovém šetření bylo nejvíce dotázaných nespokojeno s pohotovostí, v rozhovoru označili nespokojenost respondenti s personálem chirurgického oddělení. Poslední otázka byla volná odpověď, kde byli pacienti požádáni o to, zdali mají nějaký podnět ke zlepšení komunikace ve zdravotnictví. V kvantitativním i kvalitativním šetření jednotně vyjádřili respondenti přání - více empatie od zdravotníků. Dále jsou vyjádřeny jednotlivé připomínky, které čtenář nalezne souhrnně na straně 81 a 90.

Na základě provedeného pilotního šetření je možné konstatovat, že byly nalezeny rezervy ve verbální i neverbální komunikaci zdravotníků. Je k zamyšlení jednotlivých vedoucích pracovníků zdali by nebylo vhodné, provést na každém oddělení „komunikační audit personálu“. Často především v rozhovorech bylo hovořeno o individuálních rozdílech v komunikaci. Z praktického hlediska vyplynulo, že vhodnější způsob hodnocení komunikace by byl po jednotlivých návštěvách pacientů v ambulancích či zhodnocení komunikačních dovedností personálu pacienty při propuštění z hospitalizace. Předpokládáme, že tímto opatřením by bylo odstraněno některých „nevím“ z dotazníkového šetření. Došlo by k individualizaci slabších míst

v komunikaci personálu, což by se mohlo stát výukovým cílem v celoživotním rozvojovém vzdělávání – nácvik profesionální komunikace zdravotník – pacient, klient. Zlepšení komunikace personálu by mělo přinést vyšší kredit daného pracoviště, což v současné době je jistě nezanedbatelné kritérium, jelikož dle využitelnosti (obložnosti apod.) jsou realizovány smlouvy se zdravotními pojišťovny. Další praktické využití profesionální komunikace je v budoucnu spatřováno i v tom, že v zahraničí jsou známy případy, kdy pojišťovny, které prodávají pojištění lékařům proti zanedbání péče, si poslechnou úryvky rozhovorů s jejich pacienty. Lékaři, kteří věnují pacientům více času, aktivně jim naslouchají, jsou charizmatičtí, mají méně žalob na zanedbání péče než ti druzí. Vůbec nerozhoduje odborná příprava a kvalifikace. Toto je potvrzeno výzkumy. Více si zaujatý čtenář může najít v knize Malcolma Gladwella *Mžik*<sup>130</sup>.

Využití, přínos předložené práce spatřujeme především v oblasti dalšího vzdělávání lékařů a sester formou seminářů, workshopů. Cílem je přinést zamyšlení se každého jednotlivce nad sebou samým, nalezením mezer v komunikaci s druhými, s pacienty a postupný nácvik profesionální komunikace nejen z hlediska obsahu sdělení (tj. verbální stránky řeči), ale především v neverbální komunikaci. Cíl této práce by měl být zahrnut do dotazníkových šetření jednotlivých nemocnic, jejich jednotlivých oddělení. Komunikace je to na čem stojí a padá úspěch medicíny. Hodně štěstí všem, kteří si toto berou za své!

---

<sup>130</sup> GLADWELL, Malcolm. *Mžik: jak myslet bez přemýšlení*. 1. vyd. v českém jazyce. Překlad Martin Weiss. Praha: Dokořán, 2007, s. 40-43. ISBN 978-807-3630-973.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## SEZNAM ČESKÉ LITERATURY

- BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.
- DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace.* 1. vyd. Praha: Grada, 2001, 420 s. ISBN 80-716-9988-8.
- FARKOVÁ, Marie. *Vybrané kapitoly z psychologie.* Vyd. 2. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. ISBN 978-808-6723-648.
- FISCHEROVÁ-KATZEROVÁ, Vladka a Dana ČEŠKOVÁ-LUKÁŠOVÁ. *Grafologie.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 202 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0851-5.
- GLADWELL, Malcolm. *Mžik: jak myslet bez přemýšlení.* 1. vyd. v českém jazyce. Překlad Martin Weiss. Praha: Dokořán, 2007, 246 s. ISBN 978-807-3630-973.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- HELEKALOVÁ, Vlasta. ODDĚLENÍ VNĚJŠÍCH VZTAHŮ 1. LF. *Seznam přednášek na Univerzitě Karlově v Praze: 1. lékařské fakultě ve studijním roce 2012/2013.* Praha, 2012.
- HLADÍLEK, Miroslav. *Kapitoly z obecné didaktiky a didaktiky vzdělávání dospělých.* Vyd. 2., přeprac. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009, 186 s. ISBN 978-80-86723-75-4.
- HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ. *Historie vzdělávání všeobecných sester: Sestra.* Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 20, č. 2. ISSN 1214-7664.
- JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči.* Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
- JANOŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. Psyche (Grada Publishing). ISBN 978-802-4715-940.
- JUNAS, Ján. *Průkopníci medicíny.* Praha: Avicenum, 1977, 364 s. ISBN 08-052-77.
- KOHOUT, Jaroslav. *Rétorika: umění mluvit a jednat s lidmi.* 2. rozš. vyd. Praha: Management Press, 1998, 159 s. ISBN 80-859-4354-9.
- KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství.* Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.

- KUBOVÁ, Eva. *Co říkáme beze slov: Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2011, roč. 17, č. 12. ISSN1212-9607.
- LEWIS, David. *Tajná řeč těla*. Praha: Victoria Publishing, 1995, 229 s. ISBN 80-856-0549-X.
- LEWIS, David. *Tajná řeč těla*. Praha: Victoria Publishing, 1995, 229 s. ISBN 80-856-0549-X.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MUSIL, Josef. *Sociální a mediální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 256 s. ISBN 978-807-4520-020.
- MUŽÍK, Jaroslav. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Vyd. 1. Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2010, 323 s. Vzdělávání dospělých. ISBN 978-807-3575-816.
- PALÁN, Zdeněk a Tomáš LANGER. *Základy andragogiky*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.
- PORTER, Roy. *Největší dobrodiní lidstva: historie medicíny od starověku po současnost*. V českém jazyce vyd. 1. Překlad Jaroslav Hořejší. Praha: Prostor, 2001, 807 s., [24] s. obr. příl. Obzor (Prostor), sv. 34. ISBN 80-242-0594-7.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 294 s. ISBN978-802-4739-601.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 322 s. ISBN 978-807-3674-168.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
- ROB, Lukáš, Alois MARTAN a Karel CITTERBART. *Gynekologie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2008, 319 s. ISBN 978-807-2625-017.
- SCHREIBER, Vratislav. *Medicína na přelomu tisíciletí: historie medicíny v kostce, současný stav a kam spěje*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000, 207 p. ISBN 80-200-0822-5.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4243-5.



- ŠIMURKOVÁ, Celstína et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 432 s.
- THIEL, Erhard. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov*. 1. vyd. Bratislava: Plasma Service, 1993, 134 s. ISBN 80-901-4121-8.
- VÁVRA, Vlastimil. *Mluvíme beze slov*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 308 p. ISBN 80-703-8128-0.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. ET AL. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2011, 208 s. ISBN 978-807-4520-129.
- VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-717-8998-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 322 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
- ZDN. *VZP zaplatí IZIP za provoz nového portálu pět mil. Kč měsíčně: Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 17, č. 10. ISSN 1805 - 2355.

## SEZNAM ZAHRANIČNÍ LITERATURY

- FAW, Terry, Gary S BELKIN a Terry FAW. *Child psychology*. New York: McGraw-Hill, c1989, vii, 490 p. ISBN 00-702-0112-9.
- KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. *Ošetrovatelstvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c1995, xxxi, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- SAHAKIAN, William S. *Introduction to the psychology of learning*. 2nd ed. Itasca, Ill.: F.E. Peacock Publishers, c1984, xix, 504 p. ISBN 08-758-1284-8.
- VOJTEKOVÁ, Ivana et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovatel'stva: pre študentov všeobecného lekárstva*. Bratislava: Asklepios, 2010, 124 s. ISBN 978-80-7167-152-7.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 ČLK: Formy celoživotního vzdělávání lékařů* [online]. 2002, 26. 11. 2012 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy celoživotního vzdělávání](http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html#Formy%20celozivotniho%20vzdelavani)

Eurostat, Průzkum pracovních sil v EU (data získaná v lednu 2011). VASSILIOU, Androulla. EURYDICE. *Formální vzdělávání dospělých: Koncepce a praxe v Evropě* [online]. EU, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: [eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf)

GOLO, Mann. *Citáty* [online]. 2009-2011 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://azcitaty.cz/golo-mann/4977/>

IZIP Elektronická zdravotní knížka. IZIP. *IZIP Elektronická zdravotní knížka - Společnost IZIP* [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/system-izip/jak-funguje-izip>

KREJČÍKOVÁ, Jana. *Systém celoživotního vzdělávání lékařů v České republice* [online]. 2005 [cit. 2012-10-28a]. Dostupné z: <http://www.csvs.cz/aula/200503.php> http

KUČERA, Radek. *ABZ slovník cizích slov* [online]. Ostrava, 2005 - 2006 [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/mehrabian-albert>

LANGER, Jiří. *Znakový systém jako prostředek komunikace mezi učitelem a žákem* [online]. [cit. 2012107]. Dostupné z: [www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/clanky/2008-Znakovy.pdf](http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/clanky/2008-Znakovy.pdf)

LIPOLDOVÁ, Jolana. *Dálkové monitorování pacientů s implantovaným srdečním kardiostimulátorem*. *Universitas.muni.cz* [online]. 2007: universitas.muni.cz, 2007 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/dalkove-monitorovani-pacientu-s-kardiostimulátorem-a-implantabilním-defibrilátorem-447999>

LISA ROBERTS AND SALLY BUCKSEY. *Communicating With Patients: What Happens in Practice?* [online]. 2003. vyd. 2003 [cit. 2012-10-20]. Dostupné z: <http://www.physicaltherapyjournal.com/content/87/5/586.full>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Registrace zdravotnických pracovníků* [online]. Praha, 2011, 10.8.2011 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku\\_929\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zákon č. 95/2004: Metodický pokyn pro uznávání a prokazování specializované způsobilosti lékaře, zubního lékaře a farmaceuta podle zákona č. 95/2004 Sb.* [online]. 29. ledna 2004. Ministerstvo zdravotnictví, 2004, 26.04.2012, 14:542012 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/odbornik/obsah/metodicky-pokyn-pro-uznavani-a-prokazovani-specializovane-zpusobilosti-lekarezubního-lekare-a-farmaceuta-podle-zakona-c95/2004-sb-\\_2534\\_3.html](http://www.mzcr.cz/odbornik/obsah/metodicky-pokyn-pro-uznavani-a-prokazovani-specializovane-zpusobilosti-lekarezubního-lekare-a-farmaceuta-podle-zakona-c95/2004-sb-_2534_3.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Vyhláška č. 423/2004 Sb.: znění vyhlášky 321/2008 Sb.* [online]. Praha, 2004, 2008 [cit. 2012-10-28]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/prezidium/komise-pri-prezidiu/kreditni-komise>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Kreditní systém 2010* [online]. Praha, 2011, 10.8.2011 [cit. 2012-10-28c]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku\\_929\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Přiznávání odborné způsobilosti* [online]. Praha, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/odbornik/obsah/priznavani-odborne-a-specializovane-zpusobilosti-podle-zakona-c96/2004-sb->

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Registrace zdravotnických pracovníků* [online]. Praha, 2011, 10.8.2011 [cit. 2012-10-28b]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku\\_929\\_3.html](http://www.mzcr.cz/obsah/registrace-zdravotnickych-pracovniku_929_3.html)

PALÁN, Zdeněk. *Andromedia: Andragogický slovník. ASOCIACE INSTITUCÍ VE VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR, o.s. Andromedia.cz: Databanka dalšího vzdělávání* [online]. 2002. vyd. Praha, 2006 [cit. 2013-01-14]. Dostupné z: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník>

Projekt IZIP zkoumá protikorupční policie, stát možná přišel o stamiliony. *IDnes.cz/zpravy* [online]. Praha: Mladá fronta dnes, 27.12.2012 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/policie-zacala-setrit-izip-d0u-/domaci.aspx?c=A121227\\_203252\\_domaci\\_jj](http://zpravy.idnes.cz/policie-zacala-setrit-izip-d0u-/domaci.aspx?c=A121227_203252_domaci_jj)

SELYE, Hans. *Citáty slavných osobností* [online]. rok neznámý [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: <http://www.citaty-slavných.cz/vyhledavani/v%C3%BDzkum>

SCHULTZ, Peter. *Nonverbal Aspects in the Physician –Patient Interaction* [online]. Italy, 2003-2004 [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: [www.bul.unisi.ch/cerca/bul/.../0304Schoch.pdf](http://www.bul.unisi.ch/cerca/bul/.../0304Schoch.pdf)

Směrnice Rady 93/16/EHS: *o usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci* [online]. 1993 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31993L0016:CS:HTML>

STŘEDISKO EMPIRICKÝCH VÝZKUMŮ. *Postavení soukromých nemocnic* [online]. Praha, 2006 [cit.2013-01-27]. Dostupné z: <http://www.stem.cz/clanek/1072>. IZIP Elektronická zdravotní knížka. IZIP. *IZIP Elektronická zdravotní knížka - Společnost IZIP* [online]. Praha, 2006 [cit. 2013-01-16]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/system-izip/jak-funguje-izip>

VASSILIOU, Androulla. EURYDICE. *Formální vzdělávání dospělých: Koncepce a praxe v Evropě* [online]. EU, 2011 [cit. 2013-01-28]. Dostupné z: [eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/.../128CS.pdf)

VAVREČKOVÁ, Markéta. *Bakalářka ošetrovatelství v očích odborné veřejnosti* [online]. Brno:Masarykova Univerzita, 2006 [cit. 2013-01-27]. Dostupné z: [is.muni.cz/th/101092/lf\\_b/Masarykovauniversitav.doc](http://is.muni.cz/th/101092/lf_b/Masarykovauniversitav.doc)

Vyhláška č.423/2004 Sb.: znění vyhlášky 321/2008 Sb. In: *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2008, částka 104, ze dne 29.08.2008, s.4917-4920. [online]. Praha, 2004, 2008 [cit. 2012-10-28a]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/prezidium/komise-pri-prezidiu/kreditni-komise>

Zákon č.95/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: ve znění zák. č.125/2005 Sb., zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 189/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 346/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.* [online]. 2004 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi\\_1792\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html)

Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách: In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. Česko, 1998 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakon-c-111-1998-sb-o-vysokych-skolach>

ZWEIG, Stefan. *Citáty slavných osobností: Stefanýroky, myšlenky, přísloví a aforismy* [online]. e-Citáty.cz |, rok neznámý, 2007-2013 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z: <http://citaty.net/autori/stefan-zweig/?page=2>

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Účast dospělých na vzdělávání a odborné přípravě čtyři týdny před datem dotazování (EU LFS), věk 25-64 let (%), 2009	28
---	----

## Seznam schémat

Schéma 1: Vývoj Andragogiky	13
Schéma 2: Vývoj vzdělávání lékařů	19
Schéma 3: Schéma komunikace	42

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Hodnocení otázky č. 20: Podnět k hodnocení komunikace	88
Tabulka 2: Základní parametry získaného souboru – rozhovory	89

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	68
Graf 2: Věk respondentů	68
Graf 3: Nevyšší dosažené vzdělání	69
Graf 4: Závislost věku a vzdělání	69
Graf 5: Bydliště respondent	70
Graf 6: Vzdělání a bydliště respondentů	70

Graf 7: Otázka 5: Prostředí je čisté	71
Graf 8: Otázka 5: Prostředí je čisté – hodnotí muži	72
Graf 9: Otázka 5: Prostředí je čisté – hodnotí ženy	72
Graf 10: Otázka 6: Barevné ladění	73
Graf 11: Otázka 6: Kladné hodnocení dle věku – barevné ladění	74
Graf 12: Otázka 6: Negativní hodnocení dle věku – barevné ladění	74
Graf 13: Otázka 7: Personál se představí	75
Graf 14: Doplnění otázky 7: Jmenovky	76
Graf 15: Otázka 8: Rychlost řeči	77
Graf 16: Otázka 9: Víím vše o své nemoci – dle věku	77
Graf 17: Otázka 10: Alternativní informace	78
Graf 18: Otázka 11: Používají obrazový materiál	79
Graf 19: Otázka 12: Podá ruky – lékaři	80
Graf 20: Otázka 12: Podá ruku – sestry	80
Graf 21: Otázka 13: Výraz tváře	81
Graf 22: Otázka 14: Oční kontakt	82
Graf 23: Otázka 15: Úsměv	83
Graf 24: Otázka 16: Zevnějšek personálu	84
Graf 25: Otázka 16: Zevnějšek personálu – dle věku respondentů	84
Graf 26: Otázka 17: Chování personálu	85
Graf 27: Otázka 18: Ochota personálu	86
Graf 28: Otázka 19 (volná odpověď): Zkušenost s neochotou	87

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE OČIMA PACIENTŮ .....	I
PŘÍLOHA B – DOTAZNÍK .....	X
PŘÍLOHA C - OSVĚDČENÍ .....	XV

# PŘÍLOHY

## Příloha A – VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE OČIMA PACIENTŮ

### Verbální a neverbální komunikace očima pacientů

Radka Lorencová



### Obsah

1. Komunikace – proč?
2. Co nám řekl průzkum pacientů o nás?





# 1. Komunikace – proč?

- Komunikace = sdělování, přenos informací  
úspěch v medicíně základ „dobré“ informace.
- Informace ? - anamnéza, terapie
- Víme, jak působí naše informace na pacienty?
- Jak je pacienti vnímají?
- Jak pacienti vnímají nás?



= KOMUNIKACE

## Co to je komunikace, jak vypadá?

vysílač – tel komunikant

informace

příjemce - komunikant



## Dělení komunikace

- verbální: slovní, jazykové vyjádření (forma psaná, mluvená) – zkuste si nahrát svou řeč
- neverbální: prostředí, pohyby, mimika, vzhled... - natočte se na video
- 55 – 38 -7



## Vliv – působení komunikace

- gesta (55%), poté melodičnost, modulace, tón hlasu (38%) a nejméně upoutává tím, co říkáme (7%)

(KUČERA, Radek: ASZ slovník cizích slov [online]. Ostrava, 2005 - 2006 [cit. 2013-01-23]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php?lovo=mehrabian-alfert>)

- neverbální > verbální !!!



## Neverbální komunikace v praxi

- Otevřená dlaň – pokora před něčím, něčím



- Ruka zakrývá ústa – nesouhlas



- Ruce za hlavou – autokracie,  
vše pod kontrolou



Zdroj: <http://dcastrovachajevna.bloggpot.cz/j/neverbální-komunikace.html>

## Neverbální komunikace v praxi

- Ukazováček – natažený – agrese, vztek



- Pozdrav potřesením ruky –  
dle pozice ukazuje na hierarchii,  
dominantnost, srdečnost



Zdroj: <http://dcastrovachajevna.bloggpot.cz/j/neverbální-komunikace.html>

## 2. Pilotní šetření – jak nás vidí pacienti?

- dotazníkové šetření, doplňkové rozhovory
- leden 2013, položeny čtyři hypotézy
- dotazník: 66 pacientů – 28 mužů, 38 žen  
rozhovory: 5 pacientů – 2 muži, 3 ženy
- věk: rozmezí od 18 a více než 61
- vzdělání: základní, vyučen, maturita, VŠ
- lokalita: kraj –Praha, SČ,KV,Plzeňsk



### Prostředí soukromé - státní

- Většina pacientů pozitivně hodnotí prostředí soukromých zdravotnických zařízení oproti prostředí ve státním zařízení.
- Šetřeno: prostředí, barevné ladění (malba).
- Soukromá zdravotnická zařízení v prostředí kladně hodnotilo 93,9% oproti státním zařízením 6,1% tázaných. Barevné ladění v soukromých zařízeních kladně ohodnotilo 81,8% oproti státním v 36,3% dotázaných.



## Informace, forma podání

- Šetřeno: jméno oš. personálu, informace o zdravotním stavu, alternativy, využití obr.materiálu.
- Souhrnně můžeme konstatovat, že pacienti nemají dostatek informací a i forma podání má své rezervy - zdravotníci se nepředstavují ve více než 80%, méně než polovina (48%) má pocit, že má info o své nemoci (hledají internet), kladně – rychlost řeči, chybí používání obrazového materiálu.



## Neverbální komunikace

- V hodnocení lékařů a sester se téměř nenacházely rozdíly, jen 3% rozdílu bylo nalezeno v používání úsměvu ve prospěch sester.
- Téměř 80% zdravotníků nepodává ruku svým pacientům při představení či pozdravu.
- V mimice zdravotníků převážilo kladné hodnocení.
- O 5% převážilo kladné hodnocení v očním kontaktu – udržujeme.
- V používání úsměvu vidí respondenti rezervu (ano 32%, ne 61%).
- Úprava zevnějšku je dobrá (ano 54%).



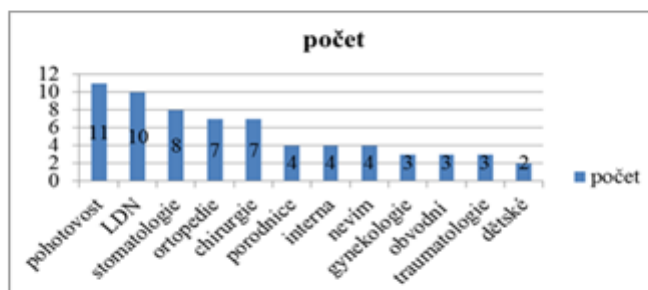
## Chování a ochota zdravotníků

- Chování – známky – průměr 2,72 – nebyl rozdíl lékaři (2,66) – sestry (2,72)
- Ochota - většina pacientů považuje zdravotníky za ochotné – sestry o 6% lepší hodnocení (kladně celkem 59%)



## Co nám chtěli sdělit?

Kde byl personál neochotný?





## Co nám chtěli sdělit?

- pokud si lékař není jistý diagnózou nepřemýšlet nahlas
- ochota- nebýt otrávený, podrážděný, být vstřícný, neprojevoval pohrdání
- cítila bych se lépe, kdybych měla pocit, že chápou, že mi je zle, někdy jsem vystrašená, když nevím co se se mnou děje, stačí, když to zahrají, empatie
- chovejte se ke svým pacientům, jakoby to byli Vaši příbuzní
- krom odborných výrazů by se měli snažit o popis více laicky, aby vše bylo pochopitelné, jasné
- zdravotníci berou svůj protějšek jako malého, neberou ho jako dospělého, který by o své léčbě a potažmo léčbě by měl spolurozhodovat
- ženy po porodu by mohli brát jako svéprávné a myslící osoby
- občas je dobré jim připomenout, že pacient je klient ne materiál či inventář



## Co nám chtěli sdělit?

- občas postrádám prostor pro dotazy, mám pocit, že je tím obtěžují, oni mají svůj standartní postup, větší pochopení, laické výrazy
- ocenila bych, kdyby mi personál popisoval, co a proč dělá, podrobně vysvětlit vyšetření, možnosti léčby apod.
- dodržování objednané doby - lékař přijde o dvě hod. později
- potřebovali by více času na pacienta
- respekt k pacientovi
- vřelost, větší lidskost, přátelské jednání
- moc administrativy, málo času na pacienty
- podat ruku při příchodu a odchodu pacienta
- pozdravit, představit se
- nechovat se jako že vše co dělají je samozřejmé



## Shrnutí

- Prostředí soukromých zařízení je lépe vybaveno, je barevnější - ? můžeme něco udělat
- Poskytujeme informace - představme se, ptejte se pacientů zda všemu rozumí, nepoužívejme cizí slova, sdělujme veškerá možná řešení – nechme pacienta vybrat, nechme jim prostor, ukažme jim na obrázku, kde je problém - ? čas
- Pozor na mimiku, přidejme na úsměvu (nic nestojí a dává mnoho), podejme pacientovi ruku.
- Zkusme být empatičtí a chovat se tak, jako bychom ošetřovali sami sebe!

Děkuji  
za pozornost  
a hodně štěstí.  
Radka Lorencová



[http://neviditelnypes.lidovky.cz/svet-tecka-za-climategate-0y0-/p\\_veda.asp?c=A101127\\_204339\\_p\\_veda\\_wag](http://neviditelnypes.lidovky.cz/svet-tecka-za-climategate-0y0-/p_veda.asp?c=A101127_204339_p_veda_wag)



## **Příloha B – DOTAZNÍK**

Z důvodu zachování celistvosti, formátu dotazníku, začíná na následující straně.

Vážená paní, vážený pane,  
dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Cílem je zhodnotit úroveň komunikace lékařů a sester, prostředí ve kterém se zdravotní péče poskytuje. Výsledky budou výchozími daty pro vytvoření vzdělávacího materiálu, který bude v rámci jejich školicích akcí prezentován. Pomáháte dobré věci a i sami sobě.  
Dotazník je anonymní, zakroužkujte odpověď, kterou považujete za správnou. Vyplnění Vám zabere maximálně 10 minut. Mnohokrát děkuji.  
Radka Lorencová studentka Univerzity Jana Ámose Komenského Praha

**1. Vaše pohlaví:      muž      žena**

**2. Váš věk:**

- 18-25
- 26-35
- 36-50
- 51-60
- 61 a více

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:**

- Základní
- Vyučen (a)
- Středoškolské s maturitou
- VŠ

**4. Bydlíte v kraji: Praha    Karlovarský kraj    Plzeňský kraj  
Středočeský kraj**

Jiný:

**5. Prostor zdravotnického zařízení je čisté (včetně vybavení toalet – utěrky, toal.papír) a líbí se mi:**

státní zařízení:

- rozhodně ano
- spíše ano
- nevím
- rozhodně ne
- spíše ne

soukromé zařízení:

- rozhodně ano
- spíše ano
- nevím
- rozhodně ne
- spíše ne

Pokud se Vám nelíbilo, stručně popište, co se Vám nelíbilo, co by jste změnili:

**6. Barevné ladění (malba) zdravotnických zařízení se mi líbí:**

státní zařízení:

- rozhodně ano
- spíše ano
- nevím
- rozhodně ne
- spíše ne

soukromé zařízení:

- rozhodně ano
- spíše ano
- nevím
- rozhodně ne
- spíše ne

**Ošetřující personál se mi představí:**

- | <u>lékaři</u>  | <u>sestry</u> |
|----------------|---------------|
| • rozhodně ano | rozhodně ano  |
| • spíše ano    | spíše ano     |
| • nevím        | nevím         |
| • rozhodně ne  | rozhodně ne   |
| • spíše ne     | spíše ne      |

Považujete za dostatečné, že se nepředstaví, ale mají jmenovky?

- rozhodně ano
- spíše ano
- nevím
- rozhodně ne
- spíše ne

**8. Rychlost řeči je vždy přiměřená:**

- |                |              |
|----------------|--------------|
| • rozhodně ano | rozhodně ano |
| • spíše ano    | spíše ano    |
| • nevím        | nevím        |
| • rozhodně ne  | rozhodně ne  |
| • spíše ne     | spíše ne     |

**9. Vím od personálu vše, co o své nemoci, potřebuji vědět:**

- |                |              |
|----------------|--------------|
| • rozhodně ano | rozhodně ano |
| • spíše ano    | spíše ano    |
| • nevím        | nevím        |
| • rozhodně ne  | rozhodně ne  |
| • spíše ne     | spíše ne     |

**10: Byly mi podány veškeré informace i o alternativní, alternativních způsobech léčby:**

- |                |              |
|----------------|--------------|
| • rozhodně ano | rozhodně ano |
| • spíše ano    | spíše ano    |
| • nevím        | nevím        |
| • rozhodně ne  | rozhodně ne  |
| • spíše ne     | spíše ne     |

**11. Zdravotníci při vysvětlování onemocnění či postupu používají obrazový materiál (například plakáty s orgány, namalují postup operačního zákroku...):**

- |                |              |
|----------------|--------------|
| • rozhodně ano | rozhodně ano |
| • spíše ano    | spíše ano    |
| • nevím        | nevím        |
| • rozhodně ne  | rozhodně ne  |
| • spíše ne     | spíše ne     |

**12. Zdravotník mi při představení či pozdravu podá ruku:**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**13. Výraz tváře (mimika) zdravotníka je vždy chápatelý, sympatizující, pozitivní:**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**14. Při rozhovoru se mnou zdravotník udržuje oční kontakt (nedívá se do počítače):**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**15. Zdravotníci používají pozitivního, podporujícího, milého úsměvu:**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**16. Celková úprava zevnějšku ošetřujícího personálu je velmi dobrá:**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**17. Chování personálu bych ohodnotila (a) známkami (jako ve škole):**  
lékaři: 1 2 3 4 5                                      sestry: 1 2 3 4 5

**18. Zdravotníci jsou ochotní:**

- rozhodně ano                      rozhodně ano
- spíše ano                              spíše ano
- nevím                                      nevím
- rozhodně ne                              rozhodně ne
- spíše ne                                      spíše ne

**19. Máte-li zkušenost s neochotou, personál jakého oddělení byl neochotný (prosím napište):**

**20. Máte-li nějaký podnět k hodnocení komunikace ošetřujícího personálu, napište ho:**

Ještě jednou děkuji za Váš čas, informace a trpělivost.

## PŘÍLOHA C – OSVĚDČENÍ

### MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

na základě předložených dokumentů rozhodlo o vydání

## OSVĚDČENÍ

*k výkonu zdravotnického povolání  
bez odborného dohledu*

v oboru **všeobecná sestra**

paní **Radka Lorencová**

narozena - datum a místo 24. 4. 1971 - Klatovy

s platností do 2. 3. 2010

registrační číslo 005-0094-4246

podle § 67 a dále podle § 93 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a podle § 46 a následujících zákona č. 71/1967 Sb., o správním řízení (správní řád), ve znění pozdějších předpisů

k označení své odbornosti může připojit též označení „Registrovaný(á)“

22. 3. 2006  
datum



  
za Ministerstvo zdravotnictví

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Radka Lorencová**

**Obor: Andragogika**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Androdidaktické aspekty verbální a neverbální komunikace lékařů a sester**

**Rok: 2013**

**Počet stran textu bez příloh: 102<sup>131</sup>**

**Celkový počet stran příloh: 15<sup>132</sup>**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 37**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 4**

**Počet internetových zdrojů: 27**

**Vedoucí práce: PhDr. Pavel Beňo**

---

<sup>131</sup> zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce

<sup>132</sup> zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh