

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Růžena Šerhantová Šimáková

Předcházení konfliktů mezi středním zdravotnickým personálem
a pacientem

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Miloš Chlad CSc.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Part-time Studies

2009 – 2012

BACHELOR THESIS

Růžena Šerhantová Šimáková

Prevention of conflicts between medical staff and patients

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Miloš Chlad CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10. 3. 2012

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce PhDr. Miloši Chladovi Csc. za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá pohledem středního zdravotnického personálu a pacientů na problematiku prevence a případného řešení vzniklých konfliktů v rámci komunikace mezi pacientem a středním zdravotnickým personálem (sestrou). Rozebírá cíle, obsah, formy, metody komunikace středního zdravotnického personálu v souvislosti s dalším vzděláváním středního zdravotnického personálu v rámci celoživotního učení. Teoretické poznatky jsou využity v praktické aplikaci poznatků přispívajících k efektivní komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem v rámci ambulantní a domácí péče.

Klíčové pojmy

Deprese, dovednost komunikovat, droga, informace, jazyk, konflikt, lékař, nemocný, pacient, problém, prevence, psychika, řeč, sestra, slovní spojení, sociální, umírající, závažný

Annotation

The bachelor's work focuses on the view of the medical staff and patients as for prevention or possible solutions of conflicts within communication between a patient and medical staff (nurses). This work analyses the objectives, content, forms and methods of medical staff in connection with further and lifelong education. Theoretical knowledge is used in practical application of knowledge contributing to effective communication between medical staff and patients in the outpatient and home care.

Key words

Ability to communicate, language, conflict, phrases, patient, prevention (prophylaxis), peaking manner, nurse.

OBSAH

ÚVOD	8
1. Pojem komunikace z pohledu psychologického a sociologického	10
2. Komunikace s pacientem	15
2.1. Obecná komunikace v rámci zdravotnického zařízení	15
2.2. Specifika v komunikaci.....	18
2.3. Komunikace s tělesně postiženým pacientem a pacientem s poruchami smyslů.....	21
2.4. Komunikace s problémovým pacientem a agresivním	22
2.5. Komunikace se sociálně problematickým klientem.....	25
2.5.1. Komunikace zdravotnického personálu s pacientem, klientem se sociálními problémy.....	25
2.5.2. Komunikace s pacientem pod vlivem drog, alkoholu a abúzus léků	26
2.6. Komunikace s pacienty s psychickými obtížemi	27
2.6.1. Komunikace s depresivním pacientem	27
2.6.2. Komunikace s úzkostným pacientem.....	28
2.6.3. Komunikace s narcistickým pacientem.....	29
2.7. Komunikace s chronicky nemocným	30
2.8. Komunikace s pacientem se závažným onemocněním, s umírajícím.....	33
3. Druhy a formy komunikace dle psychologického přístupu	35
3.1. Jazyk a řeč jako nástroj komunikace	39
4. Problémy a nedostatky v komunikaci	45
4.1. Člověk a osobnost	46
4.2. Vnímání jiných lidí, vztahy.....	56
ZÁVĚR.....	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61

ÚVOD

Člověk je sociální bytost, u které se vyvíjí vědomí sociálního já, vědomí jedinečnosti identity. Podstatou jájství je schopnost individua být samo sobě předmětem a to je možné převzetí rolí, které zahrnuje užívání řeči. Díky řeči se přeměňuje v myslící organismus, který má schopnost kontrolovat své chování. Rozhodujícím nástrojem této přeměny je řeč, řečová komunikace v rámci určitého sociálního prostředí.

S komunikací se lidstvo potýká od nepaměti. Již po narození dochází ke komunikaci mezi matkou a potomkem, ať se to týká zvířat či lidí. Z počátku se jednalo o výchovu, ke které byla komunikace ve všech formách nezbytně důležitá. Díky komunikaci dochází k získávání druhých partnerů pro lidské jednání v osobním, pracovním, společenském a politickém životě. Kvalitní a efektivní komunikace je základem kvalitního lidského jednání.

Současný svět se potýká s mnoha sociálními, pracovními a politickými problémy, které jsou velmi závažné a proto je nezbytně důležité, abychom uměli vést dialog založený na vzájemné úctě a respektování.

V této práci se zaměříme na problém komunikace pacienta a středního zdravotnického personálu. Bohužel, každý z nás se alespoň jednou za život setká s nemocí a je nucen navštívit zdravotnické zařízení, kde jsme nuceni komunikovat se zdravotnickým personálem.

Zdravotnický pracovník mimo odborných znalostí a praktických dovedností musí mít i morální vlastnosti, málo se dovídáme o komunikačních schopnostech a dovednostech zdravotnického personálu. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vystupování. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem.

Cílem práce je popis efektivní komunikace jako prevence řešení případných konfliktů mezi středním zdravotnickým personálem a pacientem, případné praktické využití poznatků získaných studiem odborné literatury, týkající se problematiky konfliktů konfliktních situací a využití poznatků z psychologie, pedagogiky a sociální psychologie získané při studiu na vysoké škole pro další vzdělávání středních

zdravotnických pracovníků. Pro výzkum jsme vybrali metodu sociologického šetření formou pozorování, případně dotazníku zdravotníků a pacientů v různých konfliktních situacích.

1. Pojem komunikace z pohledu psychologického a sociologického

Komunikace je pro mnohé z nás způsob spojení, trasa, cesta, je alfou a omegou dorozumívání, bytí. S komunikací máme spojené i další termíny jako například dialog, určité očekávání, proud informací, sdílení jakéhosi vztahu. Mluvení a naslouchání jsou základními formami komunikace. Jako dospělý pracující člověk vykonáváme tyto činnosti denně již řadu let.

V běžném životě je naše komunikace odrazem výchovy, vzdělání, které se nám dostalo v průběhu socializace, řídí se určitými pravidly, etiketou, společenskými normami v dané společnosti.

„Schopnost komunikovat prostřednictvím symbolů odlišuje člověka od zvířat. Komunikace s druhými umožňuje lidem poznávat i ty věci, s nimiž nikdy neučinili osobní zkušenost. Tím se neobyčejně rozšiřuje oblast jejich vědění. Schopnost uchovávat informace ve fixované podobě dále umocnila kapacitu vědění celých kultur.“¹

„Základní existenční problémy, s nimiž se musí vyrovnávat jakákoliv společnost, jsou řešeny problémy lidské kultury. Specifický způsob kulturního jednání vyrůstá z jistých biologických predispozic, do podoby systému kultury se však rozvinul pouze u člověka, takže se stal spolehlivým rozlišovacím znakem všech lidských ras oproti jiným živočišným druhům. Schopnost přijímat informace od druhých lidí prostřednictvím symbolů pronikavě zvýšila šance biologického druhu homo sapiens na přežití. Lidský způsob komunikace se rozvíjí v průběhu kolektivních aktivit pracovních, válečných, ceremoniálních aj. Již J. G. Herder soudil, že schopnost komunikovat kompenzovala biologickou nedostatečnost lidí. Tato schopnost se stala základem lidské kultury. Pomocí symbolů lidé organizují své pocity a zkušenosti do smysluplných forem a vnášejí do svého světa určitý řád, což jim umožňuje lépe se orientovat a vyrovnávat s prostředím, ve kterém žijí.

¹ KELLER, *Úvod do sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901059-7-1, s. 143

Bez komunikace s druhými lidmi není člověk schopen rozvinout mentální procesy, jimiž se liší od jiných živočišných druhů. Bez komunikace nemůže existovat ani žádná forma organizace, což platí jak v případě člověka, tak také zvířat.

Lidská forma komunikace umožňuje, právě díky symbolům, získávat informace i o věcech a událostech prostorově či časově vzdálených, umožňuje transcendovat prostor a čas a tím násobit objem lidského vědění. Člověk je živočich, který se díky symbolům dokáže učit z minulosti, představovat si budoucnost a žít ve světě abstrakcí.

V každé lidské společnosti plní symbolická komunikace několik základních funkcí:

1. je prostředkem koordinace přítomných aktivit
2. slouží jako prostředek orientace vzhledem ke vzdálenějšímu okolí, které není dostupné bezprostřední zkušenosti
3. je prostředkem oživení zkušenosti minulé
4. je prostředkem anticipace a plánování budoucích aktivit.

Ve své funkci tak komunikace umožňuje překonávat izolovanost individuí, umožňuje jim vést kolektivní akci, ve funkci druhé překonává prostorovou distanci, ve funkci třetí a čtvrté distanci časovou. Každá inovace komunikačních prostředků mění možnosti a dosah komunikace ve všech uvedených bodech.“²

Pro celospolečenské uplatnění a splnění úkolů a cílů, je nutné získat partnery.

„Pod pojmem komunikace si můžeme díky odborné literatuře setkat s nejrůznějším vymezením. Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně rozuměli.“³

Ze sociologického hlediska plní komunikace několik základních funkcí: „Jde o prostředek koordinace přítomných aktivit, slouží jako prostředek orientace vzhledem ke vzdálenějšímu okolí, které není dostupné bezprostřední zkušenosti, jako prostředek anticipace (předvídaní, předjímání) a plánování budoucnosti a aktivit.

Primitivní systém preliterární (předliterární) společnosti používat systém tzv. kapilární komunikace, kdy se komunikace odehrávala tváří v tvář a zásobníkem

² KELLER, 1994, *tamtéž*, s. 36, 37

³ KRÁLOVÁ, ŠPATENKOVÁ, *Základní otázky komunikace, komunikace nejen pro sestry*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4, s. 9

informací byla lidská paměť. Klíčové pozice zde pak hrály hospodářská a politická centra a dominující jedinci – většinou staří lidé.

Tradiční organizované kultury již používají písma, které je potřeba ke státnímu dozoru a potřebě skladovat informace (plnění dávek, hranice pozemků apod.). Schopnost čtení a psaní se stává strategickou dovedností jedinců. Tato schopnost se předává v systému škol. Centry psané komunikace se stávají šlechtická sídla, kláštery a v nich vydržovaní básníci, spisovatelé a jiní umělci. Významným centrem vzdělanosti se stávají kláštery a církevní instituce. Jedinci, kteří vládnou uměním psané a jiné komunikace (řečníci, pěvci, hudební skladatelé) se stávají členy společenské elity.“⁴

Ke komunikaci je zapotřebí více osob, u kterých je patrná ochota a vůle komunikovat. V dnešním přetechnizovaném světě jsme svědky komunikace, nejen tváří v tvář, všech aktérů, ale i komunikace pomocí mobilních telefonů, sociálních sítí na internetu, Skype, pomocí videokamer a podobně. „S odvoláním na latinský původ slova definoval Hausenblas⁵ komunikaci široce jako „obcování lidí, společné podílení se na nějaké činnosti ve vzájemném kontaktu.“ Můžeme si toto vymezení vyložit tak, že jsme účastníky komunikace i tehdy, kdy jen komunikace mezi druhými přihlížíme. „Někteří psychologové rozumějí komunikační výměnou jak sdělování, tak sdílení.“⁶ Komunikací rozumíme nejenom řeč (verbální komunikace), ale i postoj celého těla, mimika, atd. Průběh komunikace nám může nastínit důležitost hovoru, vztahy mezi zúčastněnými, vztahy k řešenému problému atd. To vše se nechá vyčíst z neverbální komunikace. Některé definice komunikace jsou zúžené a zaměřují se na přesun komunikace nebo vzájemný kontakt účastníků komunikace. Můžeme se setkat i s termínem vzájemného ovlivňování v průběhu komunikace.

„Komunikací nazýváme koordinované chování, jež se spouští navzájem mezi členy sociální jednotky. V tomto smyslu rozumíme komunikací zvláštní druh chování, propojeného s nervovým systémem, nebo i bez propojení, v rámci toho, jak organismy operují v sociálních systémech. A podobně jako u každého chování, kde můžeme rozlišovat mezi instinktivní nebo naučenou povahou sociálního chování, můžeme rozlišovat také fylogenetické a ontogenetické způsoby komunikace.“⁷

⁴ KELLER, 1994, tamtéž, s. 36, 37

⁵ HAUSEBLAS, 1971

⁶ VYBÍRAL, Psychologie komunikace, Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7178-988-4, s. 25

⁷ VYBÍRAL, 2005, tamtéž, s. 27.

Komunikaci se mohou naučit všichni, kdo se jí naučit chtějí, jak už jsme se zmínili, učení se komunikaci jde ruku v ruce se socializací jedince. Umění správně a efektivně komunikovat vyžaduje nejen znalosti, dovednosti, ale i získávání celoživotních zkušeností, celoživotního učení.

Nic se v lidském životě neděje jen tak, veškeré naše počínání má, nebo mělo by mít svůj účel a smysl. Také v komunikaci si všímáme těchto funkcí. Jak už jsme uvedli, komunikací můžeme rozumět výměnu názorů, předávání určitých informací. Tím, že předáváme informace, zároveň vyvoláváme reakci, čili dosahujeme účelu komunikace a tím komunikace dostává smysl. Mezi pět základních funkcí komunikace patří: informovat, instruovat, přesvědčovat, vyjednávat a v neposlední řadě také pobavit.

Termínem informovat rozumíme předat zprávu, oznámit, informovat- komunikace má informativní charakter. Instruovat znamená, dávat návod či recept, navést na správnou cestu. Při přesvědčování nám jde o to, abychom dostali někoho na svoji stranu, případně ovlivnili jeho rozhodnutí. Hlavním účelem vyjednávání je, dojít k dohodě díky řešení a vyřešení problémů. V praxi ale vidíme řečníky, kterým nezáleží na obsahu sdělovaného, ale na tom, aby se zviditelili, potom se zde uplatňuje funkce: předvádět se. Nemalou funkcí komunikace je funkce sblížení, kontaktu, vůbec radosti zastavit se s někým. Člověk je tvor společenský a přirozeně vyhledává kontakty, čili komunikuje. K této činnosti má každý důvod neboli motivaci. Samozřejmě ta se odvíjí od vlastního psychického rozpoložení, zda je nám osoba, se kterou chceme komunikovat sympatická, zda ovládáme stejný jazyk atd. Z. Vybíral⁸ se k motivaci ke komunikaci vyjadřuje jako o „latentní, skryté funkci“. „Dále ji dělí na motivaci kognitivní, máme-li potřebu něco sdělit, něco předat. Motivací zjišťovací a orientační, je v podstatě tázání, kde se seznamujeme s postoji a názory na danou věc a zároveň vedeme dialog, díky kterému se partner lépe orientuje v komunikaci.

Sdružovací komunikace se odvíjí od uspokojování potřeby se blíže kontaktovat. Sebepotvrzovací komunikací nám dává člověk najevo, že máme pro něho jistou hodnotu. Odejmutím možnosti komunikovat, můžeme chápat, jako odejmutí části ceny partnera v komunikaci. Motivace adaptační je v podstatě „vžívání se plně do sociálních rolí“. Další motivací je motivace tzv. „přesilová“, chceme se předvést, uplatnit se, upozornit na sebe. Motivace může být požitkářská, chceme se bavit, odpočinout, někdy

⁸ VYBÍRAL, 2005, tamtéž str. 25

to bývá na úkor druhého. Komunikace s existenciální motivací uspokojuje u člověka smysl života, má zájem komunikovat. Bez komunikace bychom jen přežívali, náš život by byl chudý. Komunikujeme, abychom si udržovali své psychické zdraví.“

Potřebu komunikace máme každý odlišnou, odvíjí se od povahových rysů jedince, od momentálního psychického rozpoložení, zdravotního stavu, od profese, kterou vykonáváme. Člověk je tvor společenský a komunikace je jeho přirozenou potřebou. Pokud je tato potřeba, potřeba komunikovat, po delší dobu potlačována a dojde-li k úplnému vymizení, může tato skutečnost signalizovat psychickou poruchu.

2. Komunikace s pacientem

2.1. Obecná komunikace v rámci zdravotnického zařízení

Jak jsme se zmínili, prvním a nejčastějším člověkem, se kterým se nemocný setkává je zdravotní sestra. Nedílnou součástí profesionální výbavy jsou i komunikační dovednosti. Součástí osobnostních znaků zdravotní sestry je mimo odborných znalostí a patřičných dovedností jsou i vlastnosti jako jsou např. sociální citění, umění naslouchat a jednat s lidmi, velká míra empatie, osobní zralost, vstřícnost pro vzájemnou spolupráci při aktivitách, které nemocného vrátí zpět do aktivního plnohodnotného života.

Sestra nekomunikuje pouze s nemocným, dospělým či dítětem, komunikuje také s jeho doprovodem, rodinnými příslušníky. Na druhé straně komunikuje s kolegy, nadřízenými a různými institucemi. To vše vyžaduje jisté znalosti a dovednosti v rámci komunikace.

Komunikace s nemocným zaujímá v práci zdravotní sestry stěžejní místo. V rámci profesionální komunikace rozlišujeme tři druhy: sociální komunikaci, specifickou komunikaci a terapeutickou komunikaci.

V sociální komunikaci se jedná o kontakt s nemocným, vedeme běžný rozhovor. Je zde velmi podstatný vzájemný vztah mezi pacientem a osobami, které o něho pečují. Pacient se díky nemoci ocitá v sociální izolaci a tak s povděkem přivítá jakoukoli možnost rozhovoru. Pro vzájemnou efektivní komunikaci je ze strany pacienta potřebné dodržovat několik praktických doporučení. Mezi ně patří například: důvěra k zdravotnickému personálu, pravdomluvnost, nebát se na vše znovu zeptat v případě nejasností, dodržovat léčebný režim a snažit se být v rámci možností, co nejvíce soběstační.

Specifická komunikace je komunikace, kde potřebujeme pacientovi sdělit určitá fakta. Často se jedná o pokyny týkající se například přípravy nemocného na nějaké vyšetření či odběr biologického materiálu nebo úpravy dietního režimu či celkové životosprávy. Nedílnou součástí takto vedeného rozhovoru je motivace nemocného ke spolupráci k další léčbě. Takto vedený rozhovor nese sebou jisté nároky na obě strany. Ze strany zdravotnického personálu se jedná o odbornou přípravu, srozumitelnost sdělení a formu sdělení vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Ze strany nemocného

se jedná o soustředění se na rozhovor a schopnost dané informace zpracovat. Pro sestru je zde důležité ověřit si, zda jí pacient dobře rozuměl a zda její sdělení akceptuje.

Terapeutický rozhovor nastává ve chvíli, kdy nemocný potřebuje pomoc vyrovnat se s nepříznivou informací v rámci jeho zdravotního stavu. Měl by být oporou při těžkých rozhodování, pomoci při adaptaci na změny. Úkolem toho rozhovoru je podpora léčby, zvýšení jejího účinku.

Jestliže sestra umí, v rámci komunikace, všech svých kvalit plně využít, můžeme hovořit o produktivním chování. Toto chování se prolíná ve všech oblastech její pracovní činnosti. Vhodnou situací pro navázání hovoru je například pomoc při jídle, při úpravě lůžka, při hygieně. Na nemocného pohlíží jako na celek, nevidí jen nemoc. Nemocný je sestrou chápán komplexně.

Sestra je součástí určitého týmu, ať se jedná o spolupráci v rámci ústavní péče, ambulantní péče, kde spolupracuje hlavně s ošetřujícím lékařem a s rodinnými příslušníky v rámci domácí péče. Produktivní chování sestry je pojímáno jako psychoterapeutický.

Pro pacienta je důležitý celkový dojem při setkání s ošetřujícím personálem. Ze zkušenosti víme, že nejsou vždy pro nás tak důležité odborné znalosti, které laik není mnohdy schopen objektivně hodnotit, ale co je pro většinu nemocných podstatné, je lidský, vstřícný přístup. Sestra se může prezentovat v rámci komunikace různými způsoby chování: přátelsky, chladně až odmítavě, ochotně, přísně, arogantně, může vzbuzovat respekt někdy až strach, mile, atd.

Nemocný bývá k přístupu zdravotnického personálu velmi vnímavý a i kritický. Pro efektivní komunikaci je důležitá vzájemná spolupráce sestry a pacienta. Úkolem sestry je navodit patřičnou atmosféru a vhodné prostředí pro rozhovor, dopřát si vzájemně dostatek času na komunikaci a následné zpracování informací a na případnou zpětnou vazbu, která je velmi důležitá pro obě strany. Takto vedený rozhovor je tou nejlepší prevencí proti nedorozumění a následným stížnostem.

V různých publikacích přibližujících osobnost zdravotní sestry se setkáváme s tzv. produktivním chováním sestry. Produktivním chováním rozumíme takové chování, které působí příznivě na nemocného v rámci ošetrovatelského procesu. Je to chování povzbuzující, motivující nemocného (klienta) pro spolupráci s ošetřujícím personálem.

K produktivnímu chování setry řadíme např.:

- navozování a udržování kontaktu s nemocným (klientem)
- produktivní komunikace
- seznámení nemocného s neznámými věcmi pro nemocného (klienta)
- aktivace a motivace nemocného (klienta)
- podpora nemocného (klienta)
- navozování optimismu, humor
- zájem o nemocného (klienta)
- trpělivost a schopnost naslouchat

Mnohdy si ani neuvědomujeme, jak působíme na ostatní, když se věnujeme komunikaci. „V neposlední řadě je třeba vyzvednout i vnímavost vůči sobě samému. Přiměřené sebepoznání, schopnost uvědomit si vlastní meze, přednosti, nedostatky, včetně ochoty a schopnosti vyvodit pro sebe potřebné závěry v oblasti práce na sobě a sebevýchovy.“⁹

Většinou si podle situace připravujeme řeč, čili mluvené slovo. Reagujeme na informace či zprávy slovně. Volíme vhodné jazykové prostředky, sestavujeme věty a souvětí, jde-li o delší projev, zaobíráme se stylistikou. K mluvenému projevu patří i zabarvení řeči, vhodná intonace, tempo řeči, rytmus, pauzy. Těmito specifickými zvukovými prostředky můžeme vyjadřovat nejrůznější významové rozdíly obsahu mluveného projevu, dramatizovat části projevu a zároveň i ovlivňovat myšlení partnerů a posluchačů. Všechny tyto prostředky nám slouží k verbální čili slovní komunikaci.

⁹ JOBÁNKOVÁ, *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. ISBN 80-7013-209-4, s. 52

2.2. Specifika v komunikaci

Zdravotnický personál se setkává s různými typy nemocných s různými diagnózami a různým postižením, díky kterým se často změni jeho jednání vůči širokému okolí. Mezi smyslová postižení patří pacienti s poruchami zraku, sluchu, s poruchami porozumění řeči, dále se setkáváme s pacienty tělesně postiženými, s nemocnými se sociálními problémy, s nemocnými chronicky, vážně nemocnými a umírajícími.

Vzájemné působení neboli interakce je nedílnou součástí lidského života. Kamkoli se hme svou existencí, aniž bychom si tento fakt uvědomovali, působíme na druhé lidi kolem sebe a ovlivňujeme se navzájem. Působíme na sebe pomocí komunikace a to nejen verbální, ale i neverbální. Často díky neverbální komunikaci dospějeme rychleji k poznání partnera při komunikaci a zároveň k požadovanému cíli.

Interakcí a vzájemnou komunikací se v odborném světě zabývá sociologie. Je to věda, která se vydělila z filosofie, zabývá se společností komplexně, je vědou o společenských jevech, vztazích a procesech, je vědou teoretickoempirickou, zabývá se především současností.

Sociální interakce nastává tehdy, jestliže jednání jedné osoby nebo skupiny osob vyvolává jednání jiné osoby nebo skupiny, zahrnuje poznání druhých lidí a sebe sama v síti sociálních vztahů a komunikaci. Jiná definice hovoří o sociální interakci jako o přímém, bezprostředním či zprostředkovaném, cíleném či necíleném, osobním i anonymním vzájemném působení dvou nebo více osob i skupin nebo jednotlivce na druhého jednotlivce či skupinu. Užívá se i pojem individuální interakce (rozmlouvání sama se sebou, ovlivňování sama sebe).

Komunikace je v podstatě jedním z příkladů sociální interakce. Různé druhy komunikace zaplňují náš celý život. Komunikujeme s druhými lidmi, nebo od nich přijímáme zprávy nejrůznějšími způsoby, pomocí řeči, písma neverbálními prostředky komunikace jako jsou například mimika, gesta, haptika apod.

Žijeme ve světě konzumní společnosti zaměřené na výkon, úspěch. K tomu, abychom se mohli aktivně zapojit do tohoto „rozjetého vlaku“, musíme splňovat určité podmínky, jako je např. vzdělání, samostatnost, cílevědomost, vlastní aktivita, určitá dravost, jistá míra lidskosti, schopnost kvalitní komunikace atd., ale bohužel se stále

opomíjí velmi důležité podmínky pro kvalitní život jako je fyzické a psychické zdraví. Jestliže dojde vychýlení od normy, týkající se zdravotního stavu, přichází nemoc nebo úraz.

Nemoc chápeme jako těžkou životní situaci, se kterou se musí vyrovnat nejen nemocný, ale i jeho okolí. Jsou zde vysoké nároky na adaptaci s nemocí, či úrazem. Protipólem nemoci je zdraví, které je dle (WHO) Světové zdravotnické organizace definováno takto: „Zdraví je stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody.“

„Nemoc a zvláště nemoc či úraz vážnější jsou pro postiženého člověka zdrojem svízelných situací, které na něj kladou zvýšené a někdy až extrémní nároky. Nemoc může narušit a ohrozit uspokojování potřeb všech vrstev a typů: fyziologických, psychických či sociálních. V krajních situacích nemoc ohrožuje sám život nemocného.“¹⁰

Při různých příležitostech si vzájemně přejeme hodně zdraví, nestává se jen otřepanou frází v rámci vzájemné komunikace. Zdraví je stavěno v současné populaci do popředí životních hodnot. Jakmile je zdraví narušeno, souvisí s tím komplikaci při uspokojování všech potřeb.

Potřebou rozumíme vnitřní stav jedince, který dává najevo, že se některá z podmínek odchýlila od rovnováhy. Potřebu lze vysvětlit jako důsledek nedostatku či přebytku něčeho. Teorií potřeb, která nejvýstižněji popisuje význam základních potřeb je teorie Maslowa. Maslow potřeby rozdělil na potřeby nižšího a vyššího významu a uspořádal je do pyramidy. Při absenci zdraví ať tělesného či duševního, není možné potřeby plně uspokojovat.

Jeden z nejtíživějších problémů, se kterými se nemocní vyrovnávají, je komunikační bariéra. Nemocný klient se často staví do role podřízeného. „Mocenská stratifikace se tak stává příčinou, tak důsledkem postavení člověka, jeho prestiže, jeho podílu na moci.“¹¹ Tato citace je velmi blízká situaci, kterou si vybavujeme ve spojení komunikace pacienta a zdravotnického personálu, je zde patrná pozice moci na straně zdravotnického personálu.

Toto postavení si často určuje pacient sám díky předešlým zkušenostem v rámci komunikace se zdravotnickým personálem. Pacient nezvládá danou situaci, přišla nemoc a tudíž potřeba pomoci. Pacient „laik“ se svěřuje do péče zdravotníkům

¹⁰ JOBÁNKOVÁ, 1996, *tamtéž*, s. 103

¹¹ KELLER, 1994, *tamtéž*, s. 144

(odborníkům), on sám se musí spolehnout na rady a doporučení a musí je nejen uposlechnout, ale musí jim také věřit. Pacient má pocit určité moci nad ním ze strany zdravotnického personálu, tento pocit je ještě umocněn ze strachu o své zdraví či dokonce život.

Nedílnou součástí pracovní náplně zdravotnického personálu, je nejen zbavit pacienta, co nejrychleji a nejšetněji bolesti, ale také strachu a úzkosti. K tomuto nám slouží metoda rozhovoru, který může mít formu informační, diagnostickou, osobní či terapeutickou. A právě díky umění v rámci interakce a komunikace, můžeme vytvořit vzájemnou důvěru, která pozitivně podpoří náš společný cíl.

Každý člověk je individuum a tak bychom měli k němu přistupovat, zvláště jedná-li se o člověka, kterého cosi trápí, ať už se to týká jeho tělesné stránky nebo jeho duše. Hovoříme o člověku nemocném. Jakmile je člověk nemocný, po předchozích nezdarech v samoléčitelství, vyhledává pomoc u zdravotníků. K nejširší skupině zdravotnického personálu bezesporu patří zdravotní sestry.

„Účinné jednání vyžaduje, abychom dokázali přístup k lidem obměňovat a přizpůsobovat jejich osobním zvláštnostem. Klade to nároky na pružnost a pohotovost v přístupu k nim. Předpokladem je schopnost správné orientace ve vztahu k osobním zvláštnostem druhého člověka.

Pokud jde o práci zdravotníků, vystupuje požadavek individuálního přístupu k pacientům. Chybí-li individuální přístup, ztrácí práce zdravotníků účinnost, zdravotníci nemohou v potřebné míře využít možností, které jim kontakt s pacientem v zájmu účinného ošetřování a léčby dává. Ve vztazích s pacienty strohá orientace na technickou stránku práce, nepružné, rutinní „úřadování“ zdravotníků – často spojené s nedostatkem přemýšlivosti, odborné úrovně, nadřazeností a někdy profesionální únavou až deformací vedou k problémům, nezdarům, nedorozumění, konfliktům neshodám.“¹²

S nemocí přichází většinou změny v psychice, v sociální sféře a změny tělesné. Mezi změny sociální řadíme omezenou životní perspektivu, ztrátu některých kompetencí ve všedním životě, náhlé přerušení veškeré sociální aktivity. Zhoršení kvality života, omezení rozvoje, omezení soběstačnosti, bolest a toto všechno jsou

¹² JOBÁNKOVÁ, 1996, *tamtéž*, s.52

změny tělesné. Psychické změny představují změnu role, frustraci, přijetí nemoci, představu vlastního ohrožení.

Člověk přicházející řešit své zdravotní problémy má obavy nejen o své zdraví, ale i o to, jak bude v ambulanci přijat, kdo se ho tzv. ujme. Většina lidí má své zkušenosti se setkáním se s nemocí a následně se zdravotnickým personálem. Velice záleží na tom, jaká je ta naše první zkušenost a ta se vždy při obdobné situaci vybavuje. Každá nemoc může končit úplným uzdravením, úmrtím nebo uzdravením neúplným s přetrvávajícími negativními následky, které mohou být přechodné či trvalé. Nikdo nestůně rád, každý upřednostňuje plnohodnotný život bez strachu z nemoci, bez nemoci a bolesti.

2.3. Komunikace s tělesně postiženým pacientem a pacientem s poruchami smyslů

„Lidé s porušením smyslů mají různé možnosti komunikace. Kvalita života je přímo úměrná přijetí handicapu a nalezení dalších možností v komunikaci s jinými lidmi. Kromě pomoci vyjádřit se a přijímat informaci v rozhovoru se snažíme nemocnému zajistit kontakt s okolím.“¹³

Komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem s poruchou či ztrátou zraku klade nároky ze strany personálu na vldný, klidný přístup k nemocnému. Sestra by měla stát před nemocným, oslovit ho, později uchopit za ruce a vést komunikaci. Při změně pohybu a polohy nemocného, včas nemocného upozorňovat na případné překážky. Vnímání zrakem se velmi podílí na představě o okolním světě. Zrakové postižení výrazně omezuje prostorovou orientaci nemocného. Hovoříme s pacientem srozumitelně, dostatečně hlasitě, protože sluchové vnímání se spolu s hmatem podílí na kompenzaci zrakového postižení. „Pamatujte, že nevidomí jsou normální lidé! Jednejte přímo s nevidomým, nikoli s doprovodem.“¹⁴

Komunikace s nemocným, který trpí s poruchami sluchu, se odvíjí od toho, o jakou poruchu se jedná. Může se jednat o poruchu spojenou s poruchou porozuměním řeči a o poruchu spojenou s poruchou schopností ovládat mluvenou řeč. Takto nemocní

¹³ MAHOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8, s. 123

¹⁴ MAHOVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, tamtéž, s. 128

lidé se ocitají v komunikační bariéře mezi nimi a okolím. Omezený kontakt může vést až ke vzniku depresí, je zde odlišný sociální vývoj než u zdravých jedinců. Důležitým úkolem pro zdravotnický personál je kvalitně zajistit komunikaci a to pomocí zrakové řeči či řeči orální při využití zbytku sluchu, nebo pomocí odezírání pohybů mluvidel. Pro takto postiženého je komunikace nadměrnou zátěží. Tato zátěž vyvolává u nemocných napětí a úzkost. Pokud se nedaří zátěž přiměřeně zvládat, může pacient neadekvátně reagovat a to až afektem.

Pacientovi chybí při komunikaci sluchová kontrola, vážne pochopení významu některých slov a myšlenek, je omezená slovní zásoba. Pro zdravotnický personál je důležité v rámci efektivní komunikace dodržovat určitá pravidla, mezi která patří udržování očního kontaktu, dostatek trpělivosti, klidné prostředí pro rozhovor, umožnění odpočinku v rozhovoru, dostatečné osvětlení místa rozhovoru a možnosti si navzájem vidět si do obličeje. Takto vedený rozhovor můžeme doplnit i pohybem těla, mimikou apod. Vždy bychom se měli ubezpečit, zda nám pacient dostatečně porozuměl.

U nemocných s tělesným postižením by měla komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem obdobně vedena jako u nemocných se smyslovým postižením. Vždy je nutné zachování důstojnosti a taktu při komunikaci. Sestra by neměla uvádět nevhodnou komunikací pacienta do rozpaků. Opět je nutné komunikovat s pacientem a ne s doprovodem, vytvořit vhodnou atmosféru a najít vhodné prostředí pro komunikaci. Komunikace zdravotnického personálu a pacienta by měla vždy být zaměřena na to, aby pacient co nejrychleji danou situaci přijal a smířil se s ní. Dalším úkolem zdravotníků je motivace k výhledu do budoucna, jak s daným postižením žít, co nejplnohodnotněji dál.

2.4. Komunikace s problémovým pacientem a agresivním

V praxi se setkávají pacienti se zdravotnickým personálem, který pracuje velmi profesionálně, zdravotníci mají zájem o nemocného, jsou při komunikaci milí a příjemní a pacienti nemají problém se znovu se zdravotnickým personálem setkat a komunikovat. Tento stav platí i obráceně, při aktivní spolupráci nemocného s personálem. Někdy se stane, že je tato rovnováha v komunikaci narušena a zdravotnický personál se setká s problémovým pacientem nebo pacient s problémovým personálem. Zkušený zdravotnický personál již díky zkušenostem, se

naučí odhadnout danou situaci a podle toho se adekvátně zachovat. Je velmi důležité časně vyhodnotit varovné signály blížícího se problému a naladit se na společnou notu s pacientem. Tyto kroky v jednání vyžadují značné znalosti prostředí a reakce lidí, sociální dovednosti. Problémový pacient se může projevovat různou formou agrese. Od agrese přímé vůči zdravotnickému personálu, tak k agresí transformované, přenesené na jinou osobu. Tato agrese může mít formu verbální, poškozování věcí, sebepoškozování a fyzického napadení, někdy může mít formu instrumentální, kdy se již jedná o naučené jednání díky, kterému nemocný dosahuje svého cíle.

Komunikace a problémovým pacientem není nic příjemného pro obě strany. Nevhodné chování pacienta je třeba ze strany sestry citlivě klidně, ale vždy důsledně limitovat. Zvládnutí takto obtížné situace vyžaduje od zdravotnického personálu sledování a vyhodnocení chování pacienta. Chování, které předchází agresí, nebo přímo fyzickému napadení se vyznačuje u agresora například: nervozitou, určitými tiky v obličeji, celkové chování je jiné, agresivní mimika, celkové napětí v organismu, napětí v obličeji, verbálním i neverbálním vyhrožováním, agresor ukazuje, že je připraven k boji, kopáním a boucháním do předmětů. Úkolem sestry je zachování maximálního klidu, případně odvést pacienta do prostředí, kde nebudeme v komunikaci rušení a také nebudeme rušit svým jednáním okolí. Pokud je to možné, sestra by neměla zůstat při jednání úplně sama. Je vhodné splnit agresivně vystupujícímu pacientovi přání jako je komunikace s lékařem či přednostou oddělení, možnost si zatelefonovat případně u kuřáků si zakouřit. Zdravotnický personál se k takto projevujícímu se pacientovi, klientovi chová v rámci společenského chování dle norem, chová se vlídně, neodpovídá na agresí jakkoliv, jelikož agrese vyvolává agresí další.

„Je nutné konstatovat, že je nemocný rozčilený a jak jeho chování sami zdravotníci vnímají. Mluvený projev zdravotnického personálu je maximálně klidný, většinou pod vlivem takto vedeného rozhovoru se pacient též zklidní. Zdravotnický personál přijímá pacienta takového, jaký je, nekritizuje jeho osobu, ale vyjadřuje se kriticky jen k jeho chování. To že je zachován ze strany zdravotníků akceptující přístup, neznamena souhlas s danou situací. Úkolem zdravotnického personálu je zjistit příčiny takto vedeného chování ze strany pacienta a to formou vhodně kladených otázek, vyjádřením osobního zájmu o pacienta, vyjádřením empatie, vyjádřením svého stanoviska a pochopením následků. Zdravotnický personál by měl udělat určité

vyhodnocení situace, závěr sdělit pacientovi a ověřit si, zda pacient všemu porozuměl. I přes takto vedenou komunikaci někdy dochází k fyzickému napadení zdravotnického personálu, sestry, která je nejčastějším zdravotníkem, který se jako první setkává s pacientem.

Ze strany zdravotníků to vyžaduje:

1. Znalost rizik v konkrétním zdravotnickém zařízení. Vyplývá z uspořádání prostředí, z povahy zařízení. Personální vybavení, možnost přivolat posilu, přítomnost bezpečnostní služby.

2. Sledování neverbálních a verbálních signálů. Schopnost včas vyhodnotit hrozící nebezpečí.

3. Efektivní úprava prostředí. Dostatek prostoru pro komunikaci i pohyb. Přehledná místnost. Odstranění všeho, co může být použito k napadení. Klidné prostředí. Soukromí. Možnost volného odchodu nemocného. Signalizace pro případ ohrožení zdravotníka.

4. Podpora zdravotníka po odeznění napadení. Po zvládnutí napadení je nutné věnovat pozornost napadeným zdravotníkům. Nezpracování traumatického zážitku vede k vyhoření, psychickým obtížím, změně zaměstnání.¹⁵

K nezvládnutí situace napomáhá neprofesionální přístup zdravotnického personálu, což může být protiútok, naplnění potřeby získat vítězství a podobně. K úspěšnému zvládnutí, zde popsané situace napomáhá důkladné proškolení zdravotnického personálu v rámci celoživotního vzdělávání lékařských a ne lékařských zdravotnických pracovníků.

Bohužel se setkáváme s agresivním chováním i u zdravotnického personálu vůči pacientům. Příčinou agresivního chování bývá obvykle druhá strana a tou je pacient, který se dožaduje něčeho, na co nemá nárok, nebo nedodrží léčebný režim a tím kazí snahy ošetřujícího personálu. Agresivní chování se projevuje verbálními projevy jako je křik, hrubost při ošetření.

Dalším projevem může být přímé vyhýbání se nespolupracujícím pacientům, jejich přehlížení. K nejzávažnějším přestupkům zdravotnického personálu je fyzické napadení pacienta. Zde se jedná o úplné selhání profesionála. Vždy je snazší trapným a nepříjemným situacím předcházet, než je následně složitě řešit.

¹⁵ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 84

2.5. Komunikace se sociálně problematickým klientem

2.5.1. Komunikace zdravotnického personálu s pacientem, klientem se sociálními problémy

V sociální práci slovo pacient je často nahrazováno slovem klient. Termín klient má vyjadřovat rovnocenný vztah obou účastníků komunikace. Ten, kdo vznáší poptávku, je klient. Dnes již každé zdravotnické zařízení má k dispozici služby sociálního pracovníka. Soukromé ambulantní praxe, ale tyto pracovníky nezaměstnávají a právě zde je na prvním místě zdravotní sestra, která se díky svému komunikačnímu umění dovídá o sociálních problémech. „Zásadním vybavením zdravotní sestry by měla být znalost zařízení poskytujících poradenskou a sociální práci v regionu a schopnost práce s nimi.“

Sociální problémy nejsou patrné u pacienta, klienta na první pohled, k jejich odhalení je potřeba dostatek času na vzájemný vztah mezi pacientem, klientem a zdravotnickým personálem, zdravotní sestrou. Klient by měl být řádně informován o svém zdravotním stavu a svých možnostech a také právech. Sociální pomoc nespočívá jen v podání informací a praktické pomoci ve formě administrativní, ale je součástí socioterapie. „Úkolem sociální práce je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, zmírnit nebo odstranit ty, které vyřešit lze.“¹⁶

V podstatě se jedná o navození optima v životě v rámci dostupných možností. Mezi základní prvky komunikace zdravotnického pracovníka a klienta patří: vlídný přístup zdravotní sestry ke klientovi, navození vhodné atmosféry pro takto náročný rozhovor, který má napomoci vyřešit náročnou životní situaci. Dále je nutné, aby se klient svěřil s očekáváním sociální intervence, tohoto dosáhne zdravotnický personál formou cíleně vedených otázek. Ze strany klienta je důležitá jeho motivace a spolupráce na dosažení jím stanovených cílů. Vždy je žádoucí ukázat klientovi, jak lze řešit sociální problémy a neutvrzovat ho, že to nejde. Pokud klient nežije sám a má rodinu je v jeho zájmu její zapojení do aktivit směřujícím k řešení dané situace. Pro zdravotníka a sociálního pracovníka není klientem sám klient, ale je klientem jeho celá rodina a dalšími sociálními vztahy. Komunikace v sociální oblasti má několik fází:

1. komunikace lékaře s pacientem, klientem

¹⁶ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 137

2. komunikace lékaře a zdravotní sestry nebo sociálního pracovníka

3. sociální pracovník, zdravotní sestra a klient a jeho blízcí.

V sociální práci je na prvním místě poptávka klienta a tu musí zdravotnický personál či sociální pracovník plně respektovat, jedná-li se o dospělého klienta. Je-li klientem dítě a je bezprostředně v ohrožení, pak je nutné informovat příslušné orgány, které zřídí nápravu. Zdravotnický personál, sociální pracovník podá klientovy informace a návrhy na řešení situace a klient se sám rozhodne, kterou cestou se dá při řešení problémů.

Někdy se v životě stává, že klient musí řešit svou sociální situaci akutně, naléhavě. K tomuto stavu přispívají jak negativní životní události, jako je náhlé onemocnění či dokonce úmrtí člověka, který se stará o osobu blízkou, ztráta domova, zaměstnání, nástup do výkonu trestu, tak i pozitivní situace jako je uzavření sňatku a následné stěhování a hledání nového zaměstnání.

Takovéto situace jsou hodnoceny jako krizové. Jedná se o takový stav, kde je řešení časově velmi limitováno, nejedná se jen o pacienta, klienta, ale o jeho celou rodinu. Komunikace zdravotnického personálu, sociálního pracovníka je zaměřena především na usnadnění celkové situace, motivaci klienta ke spolupráci, podporu jednání klienta, které je účelné, celkové povzbuzení klienta a návrat jeho sebedůvěry. Nedílnou součástí rozhovoru je pomoc při vyjadřování a objektivního náhledu na situaci.

Klient nacházející se v krizové situaci je značně stresován a zde je místo pro zdravotní sestru, která díky svým komunikačním dovednostem a znalostem, kde má danou pomoc hledat, osloví příslušné úřady a instituce, které danou situaci v zájmu klienta úspěšně vyřeší. V dalším kroku je důležité, aby byl klient řádně informován o průběhu řešení, v případě dlouhotrvajících řešení informovat klienta o další možné pomoci odborníka a pomoci ho následně kontaktovat.

2.5.2. Komunikace s pacientem pod vlivem drog, alkoholu a abúzus léků

Za dobu své praxe se téměř každý zdravotnický pracovník setkal s pacientem pod vlivem alkoholu, drog či léků. Nadměrné užívání alkoholu, drog a léků mohou mít mnoho komplikací. Mezi nejčastější patří úraz, nemoc, nebo přímo závislost. Pacienti trpí charakteristickými příznaky, jako jsou: bolesti hlavy, halucinace, nespavost,

poruchy paměti, nervozita, malátnost, zažívací potíže, úzkost, vidiny, střídání nálad a deprese. Dochází u pacientů k poruchám vnímání, pozornosti a vědomí. U chronických alkoholiků mohou často opakované deprese přecházet až k sebevraždám. Terminálním stádiem je demence nebo psychózy.

Péče a komunikace s pacientem pod vlivem alkoholu a drog je velmi obtížná. Zdravotní sestra pečující o takovoto nemocné může trpět předsudky, chovat se k nim s odstupem. Protože, takto nemocného pacienta, je chování obtížně předvídatelné, pacient špatně spolupracuje. Při abstinenčním syndromu se může stát, že pacient poruší společenské a právní normy. Komunikace s takto nemocným pacientem vyžaduje od sestry znalosti a dovednosti v komunikaci s problematickým pacientem, dokonalé sebeovládání, jasně a srozumitelně řečené požadavky, jednat důsledně a rozhodně, vhodně nabídnout odbornou pomoc, motivovat pacienta k celkové změně životního stylu a navrhnout odvykací léčení.

K nejčastějším důvodům, proč se komunikace s takto nemocným pacientem nedaří, je poučování, kárání pacienta, jeho zavrhování, posmívání se mu, poučování, vyčítáním a hodnocením pacienta zdravotnickým personálem. „Problém legálních i nelegálních drog je velmi široký. Neexistuje jednotný návod nebo postup. Snad nejdůležitější je profesionalita a lidskost.“¹⁷

2.6. Komunikace s pacienty s psychickými obtížemi

2.6.1. Komunikace s depresivním pacientem

Komunikace s depresivním pacientem se vyznačuje jistými specifiky. To, že je se člověk stane pacientem čili nemocným je velkou psychickou zátěží. Pacient s depresivním laděním nálad nemusí být nutně psychicky nemocný. Depresivně naladěni mohou být nejen pacienti, ale i rodinní příslušníci, kteří se podílejí na péči o nemocné. Mezi charakteristické znaky, které doprovázejí depresivní chování, patří: změny chuti k jídlu, nezájem o nic, smutná nálada, sebeobviňování, nesoustředěnost, ulpívající myšlenky na konec života, nespavost, neschopnost vykonávat činnosti

¹⁷ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 142

sebeobsluhy, neschopnost pracovat, velmi snížená nebo zvýšená celková aktivita. Spolupráce zdravotnického personálu a depresivního pacienta se může zkomplikovat.

Komplikace se mohou objevit při nadměrné péči projevované depresivnímu pacientovi, který pomoc odmítá a dává zdravotníkům najevo zbytečnost jejich počínání. Při delším pobytu s takto nemocnými, může u zdravotnického personálu vyvolat i ovlivnění jejich nálady. U depresivně laděných pacientů je velké riziko k sebevražedným pokusům a sebevraždám. Při komunikaci zdravotnického personálu, hlavně zdravotních sester s depresivně laděným pacientem je nutné dodržovat několik zásad: projevit empatii se stavem pacienta, nebránit průchodu emocím a projevům pacienta, poznámky týkající se posilování vůle mohou vést k prohloubení deprese, hovořit s pacientem a navodit příhodnou atmosféru pro uzavření protisebevražedné smlouvy. „Sebevražedná smlouva se používá při uzavření dohody mezi nemocným a zdravotníky, že po určitou dobu nepodnikne kroky k ukončení života. Posilujeme nemocného, aby vyčkal na příchod zlepšení nemoci, na účinek léků proti depresi. Přes tuto dohodu je nutné věnovat bezpečí nemocného zvýšenou péči.“¹⁸

Příčinou neúspěchu, nebo komplikací v rámci komunikace zdravotnického personálu a depresivně laděného pacienta může být doporučení denního zaměstnání, změny životního stylu, nadměrná aktivace nemocného. Tyto snahy mohou vést k prohloubení uzavřenosti pacienta a jeho přetížení. Také nezáměr je velmi nepříznivý pro nemocného, jeho vlastní nezáměr o jeho osobu může vést k neprovedení základních životních záležitostí.

2.6.2. Komunikace s úzkostným pacientem

Úzkost je stav určité tísně, který může přerůst až k panickému jednání. U pacientů se jedná o stav, kde není známa jeho přímá příčina. Úzkost obecně upozorňuje na nějaké nebezpečí. U pacientů může být nebezpečím například různé komplikace při léčení nemoci. „Úzkostného pacienta si můžeme představit jako „zvětšeninu normálního pacienta“. Chová se tak, aby získal potřebnou péči. Rád je v blízkosti zdravotníků. Jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situací, bohužel budí spíše negativní pocity a odmítání ze strany druhých.“¹⁹

¹⁸ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 90

¹⁹ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 91

Úzkostný pacient není u zdravotnického personálu oblíben a tak se i kontaktu a komunikaci s ním vyhýbá. Pacient se chová jako by byl jen on sám vážně nemocný a vyžaduje nadměrnou péči a pozornost. Své problémy zveličuje a není ochoten připustit, že tomu tak není. Úzkost u pacienta může být spojena i s vegetativními projevy jako je pocení, pálení na hrudi a tíseň, zrychlený pulz. Pacient tyto projevy aktivně prožívá, ustupují s celkovým psychickým zklidněním nemocného. Úzkostný stav je doprovázen nejistotou, kladením stále dokola ujišťujících otázek, nejistou řečí. Pacient neudrží oční kontakt se zdravotníky, případně je schoulený na lůžku.

Komunikace s úzkostným pacientem se odvíjí od klidného přístupu k pacientovi. Pacient je rovnocenným partnerem v komunikaci se zdravotnickým personálem, který volí pro komunikaci vhodné prostředí a dodržuje zásadu dodržování soukromí. Zdravotnický personál je v komunikaci trpělivý, řádně vysvětluje, na co se pacient ptá. Spolehlivě pacienta informuje o přípravách například na vyšetření. Úzkostný pacient nesmí být izolován od svých blízkých, kontakt s nimi mu napomáhá úzkost zvládat. Informace určené pro pacienta by měly být předávány přesně, srozumitelně, případně vysvětleny. Pacient trpící úzkostí má nadměrnou potřebu mít nad vším co se s ním děje kontrolu a ta mu opět pomáhá úzkost zvládat.

Nezdary v komunikaci zdravotnického personálu s pacientem s úzkostí jsou často vyvolány nevhodně vedeným rozhovorem, kdy je pacient zaplaven nadměrným množstvím informací plných detailů. Někdy je pacient staven do role dítěte, podřízeného, zdravotnický personál se chová k pacientu nadřazeně, nebo se komunikaci úplně a záměrně vyhýbá.

2.6.3. Komunikace s narcistickým pacientem

Narcistický člověk je člověk, který se nadměrně věnuje svému tělu, zvláště jeho zevnějšku. Jedná se o poruchu osobnosti. Vyžadují striktní dodržování společenských pravidel, mají potíže chovat se empaticky, nesnáší kritiku, jsou urážliví. „Pojem narcistní člověk pochází z řecké mytologie. Termín narcistní se užívá pro vyjádření nadměrného pocitu vlastní důležitosti a jedinečnosti.“²⁰

²⁰ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.str 92

Charakteristika narcistního pacienta: pacient je velmi náročný a to jak ve vztahu k sobě, tak i k druhým, je netrpělivý, dává přednost efektu léčby. Vyžaduje speciální péči od vyjímečných členů zdravotnického týmu. Často se odvolává na vlivné sociální kontakty. Chování pacienta s touto poruchou osobnosti se v návaznosti na hospitalizaci zhoršuje. Dojde-li ke konfliktu, odvolává se na vlivné známosti, někdy reaguje až agresivně. „Pamatujme, že problematičtí pacienti působí jako kontroloři péče! Nepřijmou neprofesionální jednání a upozornují nás, často velmi nepříjemně, na naše chyby a omyly.“²¹

Komunikace zdravotnického personálu s narcistním pacientem vyžaduje důstojné a rovnocenné jednání. V případě nedostatku času, upozorní ho personál, že se o něm ví. Zdravotnický personál takto nemocného včas a pravdivě informuje o všech postupech léčby a přiměje pacienta ke spolupráci. Nemocný se bude cítit důležitý a nepostradatelný při společné cestě za uzdravením. Dojde-li ke konfliktu, je nanejvýš vhodné se takto nemocnému pacientovi profesionálně omluvit. Zdravotnický personál posílí tímto krokem partnerský vztah.

Není vhodné ze strany zdravotnického personálu bojovat, s narcistním pacientem, o moc, snažit se pacienta převychovat.

2.7. Komunikace s chronicky nemocným

V ambulantní a nemocniční péči, ale i v domácí péči se setkáváme se s mocnými, jejichž zdravotní stav je neuspokojivý a směřuje spíše do chronického stádia nemoci, nebo je stav již nezvratitelný a směřuje k ukončení života. U chronicky nemocných chybí fáze úplného uzdravení. Tato onemocnění jsou doprovázena s postupnou ztrátou soběstačnosti až postupné závislosti na jiné osobě. Pacienti se často pohybují mezi domovem a nemocničním zařízením. Péče o pacienty chronicky nemocné trvá obvykle i několik let. Během tohoto času si pacient, jeho rodina a zdravotnický personál vytvoří mezi sebou určitý vztah. Takto nemocný pacient se musí vyrovnávat se ztrátou životních kompetencí. Reakce na danou situaci mohou být

²¹ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 92, 93

přizpůsobivé či nikoli. Komunikace zdravotnického personálu a chronicky nemocného pacienta je závislá na schopnosti pacienta se s nemocí vnitřně vyrovnat.

Délka a způsob adaptace je přímo úměrný závažnosti onemocnění, rodinnému zázemí a na změnách, které musí pacient přijmout, aby se mohl vrátit, v rámci možností, do života před onemocněním. Nemoc je provázena řadou nepříjemných situací, jako je například stupňující se bolesti, odkázanost na pomoc druhých, izolovanost, postupně se celkově horšící celkový stav a u hospitalizovaných nemocných i zhoršování zdravotního stavu spolupacientů. Pacienti jsou často pesimisticky až depresivně laděni, odmítají spolupracovat a vůbec celkově komunikovat. Toto prostředí je nepříznivé nejen pro pacienta ale i pro zdravotnický personál. Sestra v takovémto prostředí je permanentně vystavována napětí a stresu.

„Zvládnutí komunikace i jejich úskalí je náročným úkolem. Klade nárok na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost, autoregulační mechanismy sestry. Péče o chronicky nemocné a umírající je zatěžující, personál je ohrožen „vyhořením.“²² Zhoršující zdravotní stav pacienta je doprovázen vlnami zloby a hledáním viníka jeho osudu a může docházet ke konfliktům, které pacient vyvolává proti nejbližší osobě, která o pacienta pečuje, tou osobou je zdravotní sestra. Náročnost situace je stupňována nejen jejím charakterem, ale i reakcemi pacienta a následnými konflikty. Nejen komunikace, ale i celkové působení na pacienta při vykonávání různých činností v rámci péče o nemocného, jsou velmi důležité. Vždy je nutné dodržovat respekt a úctu k nemocnému.

Přístup zdravotnického personálu, hlavně zdravotní sestry, by měl probíhat takto: zdravotní sestra aktivně pacienta motivuje k činnostem, které je nemocný schopen zvládnout samostatně, nebo s malou pomocí, vyjadřuje spoluúčast na dané situaci, vyjádření nespokojenosti, či rozladění pacienta nevnímá osobně. Informace podává setra srozumitelně. Důležitý je pro efektivní vztah a komunikaci zdravotnického personálu a pacienta dostatek prostoru pro rozhovor, nabídnutí či doporučení kompenzačních pomůcek, nebo přímo pomoc odborníka. S chronicky nemocným je také nemocná celá jeho rodina, která potřebuje také speciální péči. Nedílnou součástí komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem je komunikace neverbální, uchopení

²² MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2006, *tamtéž*, s. 107

pacienta při rozhovoru za ruku, u dětí pohlazení atd. Tímto přístupem vzbudí sestra u pacienta jistotu, že má o jeho osobu zájem.

Nemocní trpí pocitem nezájmu, nebo malého zájmu ze strany zdravotnického personálu, mají strach z dalšího průběhu choroby, ztrátou soběstačnosti a schopnosti plně ovládat svoje tělo a samozřejmě strachem ze smrti.

2.8. Komunikace s pacientem se závažným onemocněním, s umírajícím

Pacient se závažným onemocněním prochází podstatnými změnami života a to v oblasti biopsychosociální. Nemocný je izolován od běžného dění, na které byl zvyklý. Jeho svět se uzavřel do kruhu mezi domovem a nemocnicí. Ztrácí řadu kompetencí, protože jeho zdravotní stav mu nedovoluje nadále navštěvovat zaměstnání, vážne komunikace s přáteli a někdy i v rodině.

Onemocnění bývá doprovázeno atakami choroby a následným mírným zlepšením zdravotního stavu. Vážně nemocný pacient je nucen podstupovat často nepříjemné zákroky a vyšetření. Závažně nemocný pacient trpící bolestí a nejistotou se mnohdy projevuje podrážděně, odmítavě až depresivně. Závažně nemocný pacient má opodstatněné obavy z průběhu nemoci a v neposlední řadě z konce života. Jako u chronicky nemocných, tak i u nemocných se závažným onemocněním se zdravotní sestra a další zdravotnický personál setkává s obdobnými obavami, které se nejčastěji týkají: osamělosti, ztráty schopnosti sebeobsluhy, ztráty části těla, strachem z dalšího života s nemocí, strachem a nejistotou týkající se prognózy onemocnění, nedostatkem zájmu ze strany zdravotnického personálu a blízkých.

Sestra musí volit vhodnou formu rozhovoru s takto nemocným pacientem. Je vhodné, pokud to je časově možné, aby se na tento rozhovor vnitřně připravila a byla sama s danou situací vyrovnaná. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky, právě sestra se s nemocným setkává nejčastěji a její úlohou je také povzbuzování pacienta v boji proti zákeřné nemoci, motivace k další terapii, pomáhá nemocnému vyrovnávat se se stávajícím stavem a změnami způsobených nemocí. Sestra přijímá pacienta takového, jaký je, motivuje ho k dalšímu životu a přijetí současné situace, jeho projevy nijak nehodnotí, při projevu hněvu či zlosti dává nemocnému čas, aby emoce mohly projít. Vždy projevuje osobní zájem o pacienta, vyjadřuje pochopení, používá nedirektivní způsob komunikace, chápe pacienta. Dbá na to, aby komunikace byla vždy srozumitelná, citlivá a přirozená, věnuje se tématu, které navodil pacient.

Ne každý člen ošetrovatelského týmu je dokonale vybaven jak osobnostně, tak odborně. Umění komunikovat v tak závažné chvíli, jako je příchod závažného

onemocnění často spějící ke smrti, není dáno každému profesionálovi a tak některé reakce zdravotnického personálu nemusí být vždy vhodné. Nejčastěji se provinují v tom, že užívají direktivního chování a nadměrně pacienta hodnotí. Mezi vhodné modely komunikace zdravotnického personálu a pacienta patří: užívání jazykových prostředků, kterým nemocný rozumí, není vhodné používat termíny pro nemocného neznámé. Zdravotnický personál vhodnou formou projevuje zájem o nemocného, otázky klade spíše zaměřené na celkový stav a pocit nemocného.

I přes veškerou snahu zdravotnického personálu, lékařské a farmaceutické vědy se bohužel nepodaří vždy závažně nemocného či přestárlého pacienta zachránit. „Smrt znepokojuje člověka svou neodvratností s nejistým časováním. Zdravý nebo přechodně nemocný člověk myšlenku na smrt potlačuje a vytěsňuje ze svého vědomí. Těžce nemocným poskytovali v minulosti „duchovní útěchu“ kněží. Změněné společenské podmínky a všeobecný ústup religiozity stavějí na místo kněze lékaře, sestru, psychologa. Ti by měli nemocnému zajistit právo na důstojné umírání.“²³

U umírajícího pacienta se v závěru života stupňuje strach ze samoty, opuštění a zároveň stoupá potřeba blízkosti a bezpečí. Komunikace zdravotnického personálu, zdravotní sestry s umírajícím pacientem je zaměřen na přiblížení života mimo zdravotnické zřízení. Je-li to možné, zajistí nemocnému v úplném závěru života přítomnost jeho blízkých, případně duchovního. Není-li to z nějakých důvodů možné, měla by se na provázení umírajících pacientů účastnit zdravotní sestra. Komunikace s umírajícím pacientem by měla být hlavně laskavá, důstojná, bez chvatu.

„Zvládnutí komunikace s umírajícím nemocným předpokládá vyjasnění osobních postojů zdravotníka k umírání a smrti. Péče o umírající představuje velkou zátěž pro personál, který je často velmi mladý.“²⁴ Doprovázející personál volí v komunikaci s umírajícím takový způsob komunikace, podle toho, jak se nemocný s danou situací vyrovnal, jak ji přijal.

²³ JOBÁNKOVÁ, 1996, *tamtéž*, s. 135

²⁴ MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, *tamtéž*, 2006, s. 114

3. Druhy a formy komunikace dle psychologického přístupu

Komunikaci dělíme na komunikaci přímou, tváří v tvář a nepřímou, zde se jedná o zprostředkovanou komunikaci díky informačním a komunikačním technologiím. Dále komunikace může být vedena jedním směrem a to od komunikátora ke komunikantovi a obousměrná, při které dochází k výměně informací. Jestliže je komunikace určena pro konkrétní osobu (komunikanta), jedná se o soukromou komunikaci, v případě že je sdělení určeno pro širší vrstvu obyvatel, většinou pomocí komunikačních prostředků, knih, odborných publikací, rozhlasu, televize, jedná se o komunikaci veřejnou, nepřímou, jednosměrnou.

Nejdůležitějším pro komunikaci je jednoznačně jazyk. Pomocí myšlenek se nám daří vyjádřit, kromě myšlenek, přání, které nejsou bezprostřední realitou – i mluvit o věcech, o kterých pouze uvažujeme. Díky pečlivému výběru slov můžeme sdělovat lež, pravdu či polopravdu nebo čistou pravdu.

„Podle Austina (1962) by jazyková komunikace měla být analyzována nejen z hlediska výběru slov nebo větné stavby, ale také z hlediska toho, jak je svázán s činností. Austin se totiž domnívá, že když něco říkáme, provádíme řečový akt, který má i společenskou dimenzi.

Když například někdo sděluje nějaký fakt, jako „Země je kulatá“, nestačí jen sledovat, co říká, a zdali je to pravda, nebo lež. Musíme také sledovat sociální a interpersonální kontext, ve kterém sdělení probíhá, a zda je s tímto kontextem v souladu. Když řekneme „Země je kulatá“ malému dítěti, jde o zcela jiný řečový akt, než když to řekneme jinému dospělému během rozhovoru. Úplný význam řeči můžeme postihnout jen tehdy, pokud jazyk chápeme jako nástroj činnosti.“²⁵

Ke komunikaci nám slouží nepřeberné množství prostředků neverbální komunikace, které nám pomáhají zdůraznit to, co říkáme. Jedná se o mimiku, gestikulaci, spodní a svrchní tóny řeči, vzájemné vzdálenosti mezi komunikujícími, pohyby celého těla. Některé reakce na neverbální signály jsou mnohem silnější než na pouze mluvený projev. Musíme si uvědomit, že působíme na ostatní ještě dříve, než

²⁵ HAYESOVÁ, *Základy sociální psychologie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6, s. 31,32

začneme mluvit. Neverbální komunikace má historickou prioritu. Pomocí zachycených výrazů obličejů, hledání rysů, vykreslení vrásek se zkoumaly psychické procesy u člověka.

Mezi nejnápadnější formy neverbální komunikace je metakomunikace. Jedná se o obecný název pro různé dimenze, pomocí kterých lze komunikaci obohatit. Sem patří např. tón řeči či intonace. Jedním z aspektů metakomunikace je řečový registr neboli styl. Jinak budeme hovořit doma s dětmi, jinak s kolegy v práci, jinak na úřadě a jinak s přáteli v restauraci.

„V zásadě dělíme řečové registry na řeč deklamační, formální, informativní, familiární a intimní.

Deklamační: Používá se při formálních projevech, také pro některé druhy věcných písemných sdělení.

Formální: Vyžaduje pečlivé používání gramatiky a slovní zásoby. Často se užívá, když je projev adresován autoritám.

Informální: Obvykle se používá při rozhovoru s cizími lidmi, který má však neformální charakter, například při dotazu na odjezd dalšího vlaku.

Familiární: Často se užívá v konverzaci mezi přáteli nebo lidmi, kteří se dobře znají. Může obsahovat slangové výrazy a často používá gramatické formy, které by v psaném projevu působily nedokončeně a odporovaly by pravidlům.

Intimní: Určený pro intimní přátele a pro blízkou rodinu. Často vede k používání zkratkovité řeči a zvláštních odkazů. Počítá s velkým množstvím společných zážitků zúčastněných osob.²⁶

Jazyk je velmi živý organismus, tak jak se vyvíjí lidstvo a společnost díky vědeckotechnické revoluci, tak se vyvíjí i samostatný jazyk. V učebnicích mluvnice je popisován spisovný jazyk, který je charakteristický pro jednání na úřadech, ve škole, v tisku, v rozhlase a televizi, ale i v odborné literatuře a ve vědě. Spisovný jazyk je vyučován ve školách a cílevědomě regulován.

Při konverzaci používáme i jiné neverbální signály. Jedním z nich je například oční kontakt. Pokud nám osoba naslouchá, většinou oční kontakt udržuje. Z vlastní zkušenosti je nám známo, že člověk, který nám lže, oční kontakt neudrží. Jsou jistá společenská pravidla a rčení o dodržování očního kontaktu, například při slavnostním

²⁶ HAYESOVÁ, 2007, *tamtéž*, s. 30

přípitku, při naslouchání atd. Někteří psychologové přiřazují k neverbální komunikaci smích a údiv.

Smích a úsměv v každém z nás vzbuzuje pocit uvolnění, radosti a štěstí. Jakmile se setkáme v rámci komunikace se smíchem či úsměvem, můžeme předpokládat vstřícnost v jednání, pochopení, laskavost a hlavně ochotu komunikovat. Úsměv v nás navodí pocit přijetí k jednání, jsme rovnocennými partnery pro komunikaci. „Jde o mimořádně důležitý neverbální projev pro budování dobrých vztahů mezi lidmi. V prvé řadě se jím ulamují hroty sociální dominance a submisivity v mezilidských vztazích. K tomuto vztahu dochází ve zdravotnictví často již z toho důvodu, že pacient je v roli člověka závislého na jednání zdravotnických pracovníků. Při tom tato role nepřispívá příznivě ke zlepšování jeho zdravotního stavu, právě naopak.“²⁷ Údiv představuje určité uznání, vyjádření jakési hodnoty v pozitivním či negativním slova smyslu.

Gesta jsou také našimi pomocníky při konverzaci. Jedná se o pohyby paží a rukou v průběhu konverzace. Zde je na místě si uvědomit, která gesta můžeme použít v rámci konverzace dané kultury.

Zdá se, že neverbální aspekty komunikace mají velký význam. „Argyle, Alkema a Gilmour (1971) ukazují, že pokud se stýkáme s neverbálním sdělením, které není v souladu s verbálním sdělením, je pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu, pětkrát větší! Neverbální signály jsou často nevědomé a snad proto je lidé často považují za závažnější indikátory „skutečných“ postojů mluvčího než to, co právě říká.“²⁸

Určitě si každý z nás vzpomene na první vstup do zaměstnání a ještě před nástupem na přijímací pohovor. Od rodičů a dříve narozených jsme slyšeli rady, jak máme udělat ten „nejlepší dojem, první dojem“. Snažíme se zapůsobit na okolí co nejlépe. Zaměřujeme se hlavně na úpravu zevnějšku a na celkové vystupování. K tomuto musíme přistupovat velice opatrně, prvnímu dojmu obvykle podléhají jedinci s malou sociální zkušeností. Jedná se nedostatečně zdůvodněný závěr o druhých lidech,

²⁷ KŘIVOHLAVÝ, *Rozhovor a jednání člověka s člověkem-sociální komunikace ve zdravotnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1980. Tirážní znak 57-875-80, s.

38

²⁸ HAYESOVÁ, 2007, *tamtéž*, s. 31

který je mnohdy založen na intuici. Hodnotící dospějí zbrkle k závěru hodnocení. Časem se může projevit jako překvapivě správný úsudek, nebo jako naprostá chyba.

„Halo efekt“ nám příliš nepřeje v objektivním vnímání okolí. Jsme oslněni kladnými vlastnostmi, za kterými již nevnímáme negativa. Takového jedince hodnotíme a vnímáme velice kladně a připisujeme mu jen kladné vlastnosti a hodnocení, zde se opět projeví chyba prvního dojmu.

Při vnímání druhé osobnosti se můžeme splést, když si postavíme svou vlastní teorii osobnosti. Pod vlivem zjednodušeného hodnocení lidí spojeným s určitými společenskými znaky. Takovéto hodnocení nazýváme jako předpojatost. Takovéto hodnocení si můžeme přiblížit díky lidovým rčením, jako jsou například: „Kdo lže, ten krade. Vrána k vráně sedá.“

Má-li osobnost určité vlastnosti X, zákonitě k nim připisujeme vlastnosti Y. Chyba se může projevit při hodnocení osobností jiné národnosti, náboženského vyznání, pohlaví či barvy pleti. Samozřejmě hodnocení ovlivní naše vlastní zkušenost. Zde hovoříme o tendenci podmiňování.

Hodnocení podle skupin, ze kterých osobnost vychází, označujeme jako „Figura v pozadí“. Hodnocení nám komplikují i předsudky, ty se ale nesmějí stát obecnou normou.

Analogizování neboli projekce, je posuzování, hodnocení podle sebe. Často se setkáváme s výrokem: „...to já bych nikdy neudělal, předpokládal jsem, že když mu pomohu, tak pomůže on mě atd.“

Protekcionalismus se vyznačuje přiznáváním jistých výhod a práv, ve skupině, některým jedincům, které ostatním nepřiznáme.

Favoritismus představuje cílené zaměření na druhou osobu, v negativním slova smyslu. Jedinec tuto situaci hodnotí jako „On si na mě zasedl“, protikladem je popularita uvádění ve známost, při které uplatňujeme vyšší tolerantnost, než k ostatním jedincům. Vliv estetického stereotypu se někdy uplatňuje při vnímání a hodnocení druhých i jak nás vnímá okolí. Jedná se o představu, že náš fyzický zjev si spojujeme s určitými charakterovými vlastnostmi.

Nesmíme opomenout, že na posuzování lidí má vliv i lidová tradice. Jsou nám známé slovní spojení a rčení. Zde se promítá nahromaděná lidová zkušenost. Toto

slovní spojení nemá povšechnou platnost, pravdivost se potvrzuje mnohdy jen v jediném případě.

Při hodnocení se často nevyhneme tendenci uchýlovat se k průměru. Nechceme otevřeně danou osobu hodnotit. Většinou máme k hodnotící osobě bližší osobní, či pracovní vztah a hodnocení by mohlo dosavadní vztah negativně narušit.

Další chybou při hodnocení je chyba přísnosti nebo chyba mírnosti. Hodnotíme spíše negativně, nic se nezdařilo, nebo spíše pozitivně, kdy nevidíme žádné nedostatky. Takovéto hodnocení působí v obou případech velice nemotivačně.

3.1. Jazyk a řeč jako nástroj komunikace

„Řeč, která je již od Platóna chápána jako nástroj dorozumění, kooperace a sjednocení, se ve svých ritualizovaných formách paradoxně stává překážkou dorozumění. Této skutečnosti využívá např. odborný žargon různých profesí k oddělení odborníků od laiků, na stejném principu je postaveno užívání úřední mluvy byrokraty. Cílem je vyloučit nezasevěné z účasti na konverzačních rituálech vyvolených.“²⁹

Lidská řeč se vyvíjí stejně, jako se vyvíjí člověk, od narození po dětský věk, věk puberty až po dospělost jedince. Dlouhodobý vývoj lidstva se měnila nejen jeho anatomie, ale i rozvoji a užívání hlasových a později řečových signálů.

Na řeč se můžeme dívat, jako na mluvený projev, pouze verbální projev, ale v komunikaci řečí rozumíme i neverbální sdělování. Předností klasické rétoriky je umění používat vhodná slova, jazykové prostředky, přesvědčovat, informovat. Ve vztahu k umění mluvit nesmíme zapomenout na kulturu mluveného slova, umět jasně a srozumitelně formulovat své myšlenky a předávat je užší či širší veřejnosti. Kultura mluveného či psaného slova spočívá především v bohaté slovní zásobě, schopnosti používat jazykový styl odpovídající projevu, znát a používat syntaktická pravidla, orientovat se v gramatické a pravopisné kultuře, ovládat grafické nebo zvukové stránky projevu.

²⁹ KELLER, 1994, *tamtéž*, s. 54

Nesmíme zapomenout na to, že řeč působí na psychiku člověka. Řeč je prostředkem kontaktu a dorozumění. Součástí lidské komunikace je bezesporu i mlčení a naslouchání.

Jakmile někoho oslovíme, navazujeme kontakt, navazujeme vztah, dáváme se druhým lidem na vědomí. Řečí sdělujeme určité informace, je na našem umění, zda je předáme bez ztrát a různých informačních šumů. Pomocí řeči vyjadřujeme naše emoce, myšlenky a záměry. Jestliže je nevyjádříme slovy, nemůžeme se s nimi vypořádat a ani si je plně uvědomit. V procesu řeči probíhá interakce mezi partnery. Díky řeči vzbuzujeme žádoucí reakce, vyvoláváme změny postoje, dosahujeme cíle, pro který jsme do komunikace vstoupili. Diskuse se stává plodnou tehdy, jestliže dochází mezi diskutéry k vzájemnému naslouchání a následnému řešení.

„Řeč je specificky lidská schopnost sdělování informací a vzájemného interpersonálního dorozumívání. Zahrnuje soustavu složitých znaků, kterými si lidé sdělují své myšlenky, přání, pocity, radost, souhlas, smutek, hněv, odmítnutí, hrozbu. K tomu má řeč sdělovací prostředky, mezi které patří: mluvení neboli mluva, písmo, posunky, mimika, neartikulované hlasové projevy.

Přijímání informací se děje pomocí smyslového vnímání, především pomocí zraku a sluchu.

Mluva je nejčastější způsob mezilidské komunikace, zahrnující nejméně osobu, která informaci sděluje, tj. Mluví, a osobu, která informaci přijímá, tj. poslouchá. Osoba aktivní pomocí svých mluvidel formuje zvukovou podobu jednotlivých informačních znaků (slov, hlásek). Sluchové ústrojí osoby pasivní tyto zvuky přijímá, zpracovává, vysílá jako elektrické potenciály do mozkové kůry, kde jsou dešifrovány a poslouchající osoba je správně rozezná, pochopí jejich význam, řečenému porozumí. Impulz k mluvě vychází z mozku, kde je fixován artikulační plán určité hlásky, slova, věty.

Podle tohoto plánu se na mluvení aktivně podílí:³⁰

- respirace (proud dýchaného vzduchu)
- fonace (tvorba zvuku mezi hlasivkami nebo v jiném zúžení)

³⁰ KEJKLÍČKOVÁ, *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2835-3, s.15

- artiklace (formování zvukové podoby různým postavením mluvidel, tj. jazyka, zubů, patra, hltanu).

Základní stavební složkou mluvené řeči je hláska. Z hlásek jsou složena slova, ze slov věty. Mluvená řeč po zvukové stránce je řada po sobě následujících složených tónů a šumů, tvořených pomocí hlasového ústrojí a mluvidel proudem vydechovaného vzduchu. V hovorové řeči vyslovíme průměrně pět slabik za sekundu. Hlasy se dělí na samohlásky (vokály) a souhlásky (konsonanty). Jsou charakterizovány svou typickou zvukovou podobou, která se utváří různým postavením úst a změnou nadhrtanových prostorů.

Mluvená řeč zahrnuje nejen po sobě následujících artikulovaných částí, ale je také doprovázena tzv. muzickými faktory řeči. Jsou to zvukové odchylky a modifikace mluvy, které mohou mít doplňkový informační obsah. Vyjadřují citový náboj mluvící osoby jako radost, jistotu, klid, nezájem, smutek, hněv, rozčilení. Mezi tyto faktory patří melodie, rytmus, nasazení, důraz, intenzita, dynamika mluvy.

Z jazykovědného hlediska dělíme mluvu na dvě složky, úrovně: segmentální a suprasegmentální.

Do segmentální úrovně řadí jednotlivé artikulované složky (hlásky, slabiky, slova, věty), do suprasegmentální zmíněné muzické faktory. Do úrovně suprasegmentální lze s určitými výhradami řadit také mimiku, gestikulaci, pohyb hlavy, změnu postoje, které mluvu provázejí. Pro rozumění mluvené řeči má suprasegmentální složka značný význam a někdy má větší informační obsah než část segmentální.

Hlas je zvuk produkovaný hlasovým ústrojím. U člověka se tvoří rozkmitáním hlasivek v hrtanu. Charakteristický zvuk hlasu se označuje jako barva hlasu, je individuálně tak odlišná a stálá, že ji lze použít k identifikaci osob. Zpěv je melodicky modulovaný hlas s estetickým účinkem.³¹

Řečí se nezabývají pouze jazykovědci, psychologové či učitelé jazyka (mateřského), ale je nepochybně předmětem zkoumání i sociologů. Jazyk je nedílnou součástí našeho kulturního kapitálu.

„Práce britského sociologa B. Bernsteina se zaměřuje na odlišnosti řeči různých společenských tříd. Jeho teorie odlišuje „jazykové kódy“: omezený a rozvinutý.

³¹ KREJČÍKOVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 15, 16

Omezený jazykový kód (krátké, často neúplné věty, hojně „plevelných“ slov a osobních zájmen, málo přídavných slov) má limitovaný počet verbálních znaků pro vyjádření osobních reakcí a mínění. Akcent je položen na sdílené významy, zkušenost a skupinovou soudružnost. Nižší vrstvy žijí v prostředích, v nichž platí normy a hodnoty, které nejsou explicitně vyjádřeny v jazyce. V socializaci se uplatňují sankce bez velkého vysvětlování, dítě dostává jednoduché odpovědi, je méně zvědavé a informované.

I když je omezený jazykový kód vhodnější pro přenos praktické zkušenosti, snižuje šance na školní úspěch, neboť dítě obtížněji reaguje na abstraktní jazyk školy a obecné principy disciplíny, handicapuje ho „překlad“ jazyka učitele, hůře pak hlouběji chápe látku a snáze přijímá rutinu než hledání řešení. Řeč v rozvinutém jazykovém kódu (složitější, rozvinutá souvětí, mnoho příslovečných určení, přívlasků) má zdůraznit individualitu mluvčího. Porozumění je méně založeno na kontextu, dítě se učí zobecňovat, matky se snaží výchovná opatření vysvětlovat, a tak je rozvinutý kód každodenní přirozenou formou komunikace.

Děti ze středních vrstev jsou tak prý schopnější vyrovnat se s požadavky výuky, později dosahují profesních pozic, v nichž obvykle pracují spíše se symboly, jejichž prostřednictvím manipulují s druhými lidmi. Mají reálnější aspirace, jsou motivovány k mobilitě usnadňované schopností vyjadřovat stanoviska a prosazovat v řečové komunikaci individualitu. Sociální diferenciaci se tak reprodukuje prostřednictvím odlišné jazykové socializace.³²

Prof. PhDr. Jan Keller, CSc. se dívá na řečové kódy a řečové chování takto: „Sociologii vždy zajímá jaké je řečové chování a podmíněnost daná k sociální skupině. Zjistilo se, že lidé pocházející z různých sociálních vrstev používají určité, pro ně typické řečové kódy, které lze zařadit do tzv. sociolingvistiky (řeč určité skupiny lidí, u nás např. brněnský hantek, který je též i formou nářečí).

Nižší vrstvy používají tzv. veřejnou řeč, která je typická tím, že používá specifickou slovní zásobu: krátké, často neúplné věty, časté opakování slůvek „pak“ a „tak“, „protože“, má malé množství adjektiv a adverbii (přídavných jmen a příslovcí), často používá osobní zájmena, jejichž význam má být zřejmý z kontextu, časté kategorie tvrzení.

³² HAVLÍK, *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1385-7, s. 124

Střední vrstvy (dělnická třída) používají tzv. formální řeč, která nese znaky: je zde přesná gramatická struktura, komplexní větné konstrukce mají množství spojek a vztažných vět, je zde množství příslovečných určení, mají diferencované používání adjektiv a adverbii, jazyková gesta zde hrají zanedbatelnou úlohu. Tato vrstva má větší syntaktické možnosti (větší slovní zásobu a slovní skladbu). Formální řeč se v určitých situacích používá všemi lidmi, ale formální řeč je dána pouze střední vrstvě, která je schopna verbálního plánování (slovního projevu, či použití jazykových lingvistických kódů). Tyto kódy umožňují vyjádření a rozvinutí přání a mínění, které je třeba sdělit.

Tzv. nižší vrstvy mají tendenci se podřizovat cizí autoritě, kdy se zabývá pouze monotónní manipulací s věcmi s minimální možností vlastního rozhodování. Vždy mají pocit, že vlastní podmínky nemohou změnit a okolní mechanismy společnosti pro ně zůstávají tajemstvím. Proto utíkají do jim důvěrně známých primárních skupin – grup, kde si vystačí s malým počtem syntaktických variant – slovní rozmanitost – slovní zásoba, používání synonym. Jejich konverzace a užívání slov je proto implicitní (špatně zjevná, nepoužitelná, zamlžená, nevhodně volená, chybná).

Střední vrstvy ve své komunikaci manipulují nejen s věcmi, ale většinou se symboly a jejich prostřednictvím pak s druhými lidmi. Mají vysoké aspirace, dlouhodobé sociální jistoty a možnost individuálního sociálního vzestupu. V jejich situaci a postavení se přímo žádá jejich hodnotová orientace, která tvoří základ jejich vzestupu. Nepředpokládají, že druzí jsou stejného smýšlení jako oni, právě naopak, snaží se svými názory odlišit a proto je v jejich řeči tak málo zamlčených předpokladů.

Vedle veřejné řečové formy je formální řečová varianta odlišná v tom, že se určuje nejen to, o čem se mluví, ale i jak se mluví. V rutinních situacích dávají ti s rozvinutým kódem přednost omezené výrazové variantě.

Sociální skupiny používají v komunikaci tzv. diskursivní univerzum (postupují rozumově uvědomováním si logických souvislostí, tj. rozumový způsob myšlení). Takové skupiny se uchylují k vlastním symbolům, které tvoří komunikační bariéru při styku s jinou skupinou, proto téže věci nebo situaci dávají jiný význam, smysl, název. Podobná bariéra je při styku s cizí řečí, kde se stačí naučit pro překonání bariéry cizí řeč, která má většinou pevná gramatická pravidla a řád – pak jde o lingvistickou resocializaci.³³

³³ KELLER, 1994, *tamtéž*

Z prací Jana Kellera, Radomíra Havlíka a B. Bernstaina je patrné, že se lidé, patřící k dané sociální skupině, v daném sociálním prostředí dorozumívají obdobnými jazykovými prostředky, typickými pro danou sociální skupinu, komunitu. Protože se jejich mluva vyznačuje typickými verbálními i neverbálními prostředky pro danou sociální skupinu, může docházet ke komplikacím v rámci vzájemné komunikace mezi členy odlišných sociálních skupin.

Takto se dívá na komunikaci účastníků různých skupin Dr. Milan Nakonečný: „Komunikace mezi účastníky určitých skupin, respektive osobami, které se liší věkem, pohlavím, statusem a dalšími faktory, je v různých kulturách různě organizována, podobně jako proces interakce mezi těmito osobami. Tak existují určitá pravidla, která stanoví, že v určité situaci člověk odpovídá, jen když je tázán, že mladší osoba na setkání neoslovuje starší osobu, muž ženu, že žák hovoří o hodině vyučování až tehdy, je-li k tomu vyzván atd. Sám proces interakce je spoután řadou pravidel. Ve vzájemných interakcích jsou tak očekávány určité způsoby chování, které vyplývají ze sociálních rolí interagujících osob. Proces interakce je tak dotvářen vnášením rolí a společenskými normami.“³⁴

Z našeho vnímání, můžeme hodnotit práci Dr. Nakonečného ve srovnání se sociology Kellerem či Havlíkem, jako detailnější. Nakonečný si všímá podrobněji rozdílnosti jednání mezi pohlavími, všímá si věkových či generačních rozdílů v komunikaci. Zde je patrný i určitý historický posun v komunikaci. Jinak jsme se chovali ve škole my a jinak se museli chovat naši rodiče a prarodiče. Vidíme posun ve vývoji celé společnosti, dochází k posunu společenských norem, uznávání a respektování autorit, a tedy i k posunu komunikace.

³⁴ NAKONEČNÝ, *Úvod do sociální psychologie*. Praha : SPN 1967. 1011-5438, ST 17-15-24/66, str. 155

4. Problémy a nedostatky v komunikaci

Obecně je známo, že můžeme komunikovat jen s tím, kdo s námi komunikovat chce. Potíže, které narušují komunikační proces lze shrnout do jednoho termínu a to je komunikační šum. Se šumy se můžeme setkat na všech úrovních komunikačního procesu. Komunikace prochází určitou posloupností: úroveň významu, úroveň kódu, úroveň vnímání a úroveň přenosu.

Další členění komunikace je vznik myšlenky, kódování myšlenky, vysílání zakódované zprávy, přenos pomocí komunikačního kanálu, příjem zprávy a její dekódování a nakonec pochopení. Šumy jsou to, co komunikaci zkresluje, omezuje nebo mění její obsah a význam. Zpráva musí projít dlouhou trasu od původce k příjemci a tak není nic neobvyklého, že se stanou na cestě problémy, komunikační bariéry.

Základem úspěchu při komunikaci a jednání s lidmi je umění se vyjadřovat prezentovat, mluvit jen tehdy, máme-li co sdělit, nemluvit potichu, projevovat v rámci komunikace přirozený zájem o druhé, dbát na to, aby bylo partnerovi v komunikaci dopřán dostatek prostoru pro vyjádření.

Myšlenka může být z různých důvodů pro příjemce nepřijatelná. Při kódování se původce dopouští chyb například při neznalosti cizího jazyka nebo užívání nejasných či mnohoznačných symbolů. Příjemce trpí smyslový handicapem a tak zprávu není schopen kvalitně přijmout. Informace je špatně slyšitelná či viditelná. Příjemce chápe zprávu odlišně, ne jak se od něho očekává. Někteří lidé mají z komunikace určité obavy, které pramení například z malého sebevědomí, strachu, studu, problému se vyjádřit a z vlastního znevážení mluvčího. Samozřejmě je nepochybné, že efektivní komunikace závisí i na osobnostech, které spolu míní komunikovat, na prostředí a předmětech jednání.

4.1. Člověk a osobnost

Na naší planetě žije v současnosti okolo sedmi miliard lidí. Můžeme si být téměř jistí, že se nesetkáme s naprosto stejnými jedinci a to dokonce s takovými, kteří pocházejí z jednovaječných dvojčat. Mohou si být podobní jedinci například po fyzické stránce, ale jsou rozdílní v životních zkušenostech, v povahových rysech, způsobem komunikace atd.

Osobností nazýváme v praktickém životě člověka, který se vyznačuje určitou atraktivitou, popularitou nebo sociálním postavením. Jindy si pojem osobnosti spojujeme s označením člověka, který vyniká kladnými povahovými rysy nebo kdo má převyšující výsledky ve své činnosti nad ostatními v daném oboru. Hovoříme pak o osobnosti kultury, osobnosti vědy, školství, sportu a podobně.

V psychologii označujeme jako osobnost kteréhokoli člověka. Osobnost je velmi složitý soubor psychických stavů, procesů a vlastností. „Osobností z psychologického hlediska rozumíme soubor tělesných i duševních vlastností, které každého jedince výrazně charakterizují, tj. vypovídají o tom, jaký člověk je. Osobnost také chápeme jako princip zvláštnosti, jedinečnosti, neopakovatelnosti a odlišnosti každého člověka od ostatních lidí.“³⁵

Osobností se člověk nerodí, ale stává. Osobnost se vyvíjí a utváří. Na vývoji osobnosti se podílí genetická výbava, se kterou přichází na svět a prostředí, do kterého se rodí. Ze sociologického hlediska ovlivňuje výrazně další rozvoj jedince status jeho rodičů ve společnosti a tudíž i možnost tzv. rovného startu a rovných podmínek. Nenahraditelnou funkci má v utváření harmonicky rozvinuté osobnosti primární socializace dítěte probíhající v rodině a na ni plynule navazující socializace sekundární již dospělého jedince. Obecně vývoj člověka ovlivňuje dědičnost, prostředí a výchova.

Psychologie osobnosti se věnuje jednak struktuře osobnosti a její dynamice. Tělesná a psychická (duševní) složka se vzájemně doplňují a prolínají. Nelze je od sebe oddělit. Vhodným příkladem mohou být pro nás psychosomatózy a somatopsychózy.

³⁵ BILDOVÁ, *Úvod do psychologie osobnosti a do sociální psychologie*. 2. vyd.. Praha: Credit , 1999. ISBN 80-213-0544-4. s. 9

V případě psychosomatózy, jde o stav, kdy nás trápí nějaký problém, řešení se nepřeberně dlouho táhne a nevidíme ani cestu ke zdárnému konci řešení problému. V průběhu těchto těžkostí se u nás náhle začnou projevovat problémy tělesného rázu. Často nás bolí hlava, jsme unaveni, mohou nastat problémy s imunitou a podobně. Somatopsychóza je ovlivnění psychiky v průběhu onemocnění. Může se projevit již při sdělení diagnózy nebo v průběhu diagnostiky a léčení. Rozlišení, třídění a zkoumání částí osobnosti a jejich vztahů souhrnně označujeme jako problematiku struktury osobnosti.

Strukturu osobnosti můžeme rozdělit na:

- Schopnosti
- Temperament
- Charakter
- Motivaci

Všechny tyto části struktury osobnosti spolu souvisí a navzájem se ovlivňují. „Schopnostmi se v psychologii označují předpoklady, rysy či vlastnosti, které člověku umožňují realizovat určité velmi obecné či naopak specifické aktivity, činí ho vhodným k úspěšnému vykonávání určitých kategorií či druhů činností, k určité kvalitě a úrovni řešení situací či problémů, vyrovnávání se s určitými nároky, požadavky, životními situacemi, prostředím.“³⁶

Pod schopnostmi si můžeme představit určité předpoklady pro realizaci určitého výkonu. „Schopnosti jsou individuální vlastnosti, které jsou podmínkou pro úspěšné vykonávání jedné či více činností.“³⁷

Obě definice velice výstižně popisují informaci o schopnostech. Definice Oldřicha Mikšíka je díky názornému přiblížení snadno pochopitelná. Schopnosti rozlišujeme na schopnosti:

- kognitivní (poznávací)
- senzomotorické (pohybové) jako je např. jízda na kole, sport
- umělecké – hudební sluch, výtvarné umění, kreativita

³⁶ MIKŠÍK, *Psychologická charakteristika osobností*. Praha: Kakolinum, 2001. ISBN 80-246-0240-7. s. 116

³⁷ FARKOVÁ, *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-64-8. s. 104

- sociální – schopnosti navazovat kontakty, empatie
- intelektuální – obecná inteligence

– specifické intelektové schopnosti:

- verbální
- numerické
- prostorová představivost

U schopností si dále všímáme dalšího jejich rozlišení. Hovoříme o vlohách, což jsou vrozené schopnosti rozvoje osobnosti, nadání, které se vyznačuje schopností podávat v určité oblasti počínání nadprůměrný výkon. Talent spojujeme s nadáním, kde jsou přítomny mimořádně rozvinuté schopnosti. Nejvyšším hodnocením schopností je genialita, která představuje schopnost vytvoření mimořádného díla díky výjimečně rozvinutému talentu.

Díky tomu, že každý z nás oplývá různým množstvím, druhem a kvalitou schopností, jsme každý z nás originál. Společnost potřebuje zastoupení v široké škále činností, které jsou nezbytné pro existenci lidstva a tak díky rozvoji rozličných schopností, získáváme odborníky pro různé oblasti lidského bytí.

Pokud bychom měli všichni stejné schopnosti a nijak by se nelišily, mohlo by se stát, že by nám neuměl nikdo upéci chléb, ale za to bychom měli samé jedince, kteří by uměli hrát na housle. Společnost by nebyla schopna uspokojit ani základní potřeby obyvatelstva. Buďme rádi, že tomu tak není. Vidíme kolem sebe umělce, ať už se zabývají hudbou či kreativní činností, mnohdy u nich postrádáme jakýsi smysl pro řád a odpovědnost. Potkáváme vědecké pracovníky, kteří často mají problémy v praktických činnostech a někdy vážne schopnost verbální komunikace a podobně. Toto jsou postřehy z praktického života, které vypovídají o tom, že máme některé schopnosti rozvinuty více a jiné méně nebo téměř vůbec.

Termín temperament je používán již od staré antiky. Hlavní zdroj o čtyřech typech temperamentu pochází od Hipokrata. Představuje soubor vlastností vztahujících se k citovému reagování, které je charakteristické pro daného jedince. Jedná se o povahové vlastnosti, které jsou určeny vrozeným biologickým základem. Temperament je možné kultivovat, nikoli změnit.

„Obecně převládá pohled na temperament jako na vrozenou záležitost mající značný význam v dynamice chování, v situačních projevech subjektu.“³⁸

Hipokrates temperament rozdělil do čtyř skupin podle základních druhů tělesných šťáv a to na typ sangvinický (krev), flegmatický (hlen), cholericý (žluč), melancholický (černá žluč). Toto rozdělení se používá dodnes, někdy bývá doplněno o další koncepce osobnosti, kdy je popisován vztah vlastností chování a prožívání. I. P. Pavlov, který ke každému typu osobnosti přiřadil ještě sílu, rychlost a stabilitu. Například melancholik je slabý, nevyrovnaný a pomalý, vyznačuje se silnými a hlubokými emocemi, které jsou laděny ke sklíčenosti a smutku. Cholerik je silný, nevyrovnaný a rychlý, snadno se vzruší, je výbušný, ale emoce netrvají dlouho. Flegmatik je silný, vyrovnaný a pomalý, může přecházet až ke lhostejnosti. Sangvinik je silný, vyrovnaný a rychlý.

Mezi základní typologie osobnosti podle švýcarského psychiatra Junga patří rozdělení na introverta a extroverta. Introvert je zaměřen spíše na své nitro, má bohatou fantazii, je uzavřený vnějšimu světu, nemá potřebu komunikovat, vystačí si sám. Extrovert je společenský, činorodý, praktický, potřebuje vnější svět, je přístupný.

Německý psychiatr E. Kretschmer popisuje typologii osobnosti jako konstituční typologii. „Podle Kretschmera existují nyní následující vztahy mezi typy stavby těla a typy charakteru: pyknická, astenická a atletická.“³⁹

Astenický typ je typem hubené osobnosti, vyznačující se dlouhými dolními i horními končetinami. Jeví se jako subtilní či slabý. Pyknický typ má sklony k tloušťce a podsaditosti. Atletik je typem sportovce s dlouhými dolními končetinami.

Typologie osobnosti se navzájem více, či méně prolínají, málokdy se setkáme s typickým sangvinikem či melancholikem.

„Základní vlastností lidského duševního života, která se projevuje různým způsobem už u novorozence, je vzrušivost, dispozice, která určuje formální vlastnosti reagování, jako je síla a trvání. Obecně tedy jde o formální vlastnosti osobnostní dynamiky, které se projevují např. intenzitou pohybů, jejich tempem, ale i hloubkou prožívání.“⁴⁰

³⁸ MIKŠÍK, 2001, *tamtéž*, s. 34

³⁹ NAKONAČNÝ, *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993. ISBN s. 119

⁴⁰ NAKONEČNÝ, 1993, *tamtéž*, s. 60

Charakter je soustava vlastností, které se projevují ve vztazích osobnosti k důležitým životním skutečnostem, mají morální význam. Sledujeme vtaž k sobě samému a k jiným lidem, vztah k práci, vztah k životním problémům a komplikacím, sílu vůle, vztah k přírodě. „Charakter by bylo možno definovat jako soubor kladných i záporných vlastností, které vyhraňují chování člověka vzhledem k dlouhodobějším cílům a perspektivám, které si ve svém životě vytyčuje.“⁴¹

Pro charakter je v českém jazyce termín-povaha člověka, v řečtině hovoříme o vryté podobě. Nejdůležitějším obdobím pro člověka je období primární socializace, asi přibližně do tří až čtyř let věku. Zde se dítě setkává nejprve s matkou a později s ostatními rodinnými příslušníky. Vývoj se odvíjí v rodinném zázemí a zde se postupně formuje i charakter. Dítě je velice vnímavé na prostředí kolem sebe, sleduje a zároveň hodnotí vztahy, které se ho přímo či nepřímo dotýkají. Dítě se hlavně učí z příkladu.

Charakter člověka nejlépe poznáme v mezních životních situacích. Máme-li informace o tom, jakými charakterovými vlastnostmi osobnost disponuje, můžeme u ní předvídat, jak se bude v určitých situacích chovat.

Mezi charakterové vlastnosti, které mají vztah k morálce a hodnotám patří například:

- poctivost – představuje nedotknutelnost cizího majetku, neobohacovat se nedovoleným způsobem
- spravedlnost – být nezaujatý, objektivní
- pravdomluvnost – říkat pravdu, nelhat
- čestnost – otevřenost, přímočarost
- serióznost – shoda názorů, činů

„Termín motivace je v současné době jedním z nejčastěji používaných psychologických pojmů. Souvisí s celkovým postavením a úlohou člověka ve společnosti, s jeho činností i s jeho osobností. Každé cílevědomé jednání je jednáním motivovaným.“⁴²

S pojmem motivace můžeme spojit termíny jako je aspirace, touha, přání, tlak, očekávání, chtění, potřeba, tenze, záměr či cíl. Vždy na nás působí několik motivů, které dle aktuální atraktivity třídíme. Činnost člověka ovlivňuje velké množství vnitřních

⁴¹ BILDOVÁ 1999, *tamtéž*, s. 45

⁴² BEDRNOVÁ, NOVÝ, *Psychologie a sociologie v řízení firmy*. Praha: Prospektrum, 1994. ISBN 80-7175-010-7, s. 183

a vnějších motivů. Každý sám si pak určuje, který motiv upřednostní, nebo úplně vypustí podle toho jakým směrem je zrovna motiv zaměřen. Tento výběr se odvíjí od cílů, úmyslů člověka, jeho přání a na dalších vnitřních podmínkách jako je psychické rozpoložení a tělesný stav. Ke každému počinání je člověk nějak motivován a to pozitivně či negativně a ke každé činnosti má vztah.

Je nám známo, že jinak vypadají výsledky činností, ke které jsme výborně motivováni, máme k ní kladný vztah a s jinými výsledky se setkáváme při činnosti, ke které máme vztah negativní. Tento obrázek si můžeme přiblížit příkladem ze školy. Předmět, který máme rádi a současně je nám sympatický přístup učitele, který ho přednáší, se nám lépe učí, těšíme se na jeho hodiny, než ten ke kterému nemáme žádný vztah nebo dokonce odpor. Samozřejmě také výsledky odpovídají vztahu k předmětu a učiteli. Jestliže je motivace nízká, nedostačující, tak i výsledky tomuto stavu odpovídají. Ale i nadměrná motivace, když příliš chceme něčeho dosáhnout, se stává zničující při dosahování výsledku.

Často se setkáváme s tímto případem u lidí, kteří jsou příliš upjatí a zaměřeni na výkon, neumí se na život dívat s určitým nadhledem. Motivace je komplex propojených motivů, které shrnují jednak vnější pobídky a cíle a motivy vnitřní, které nutí k činnosti. Můžeme se zjednodušeně motivaci vyložit, jako to, co chceme a proč. Důvody pro určité lidské chování nazýváme motivy. Díky motivům se odvíjí naše jednání, chování. „Jsou to funkční prvky osobnosti, které určují směr a intenzitu jejího chování.“⁴³

„Motivace představuje dynamickou složku osobnosti. Motivací rozumíme soubor vnitřních hybných sil, motivů, které působí jako vnitřní zdroje činnosti člověka.“⁴⁴

Motivace může existovat ve dvou podobách: motiv, který právě působí a motiv, který je skrytý a za určitých okolností se může oživit a působit jako reálný motiv. „Vymezení a řešení motivační struktury osobnosti patří mezi klíčové oblasti, kterými se psychologie osobnosti zabývá. Slouží k pochopení a vysvětlení dvou aspektů interakčních aktivit osobnosti: proč je daný jedinec aktivní a proč má jeho aktivita právě daný a nikoli jiný směr, vyústění.“⁴⁵

⁴³ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1. s. 41

⁴⁴ BILDOVÁ, 1999, *tamtéž*, s. 25

⁴⁵ MIKŠÍK, 2001, *tamtéž*, s. 65

Motivace je odrazem našeho psychického a tělesného stavu. Je nám známo, že když nás něco trápí například nějaký zdravotní problém, naše mysl se upne na vyřešení tohoto problému a na jiné věci, podněty nemáme ani pomyslení, soustředíme se na řešení toho, co nás nějakým způsobem omezuje. „Motivy-vnitřní hybné síly- jsou dynamické, energetické zdroje ve struktuře osobnosti jedince, které určitou činnost nebo jednání vyvolávají, spouštějí, zahajují. Orientují tuto aktivitu určitým směrem, určují „kam se síla upře“, čemu jedinec věnuje svou energii. Kromě toho udržují aktivitu jedince na určité výši, dokud není dosaženo žádoucího cíle. Motivační náboj tedy určuje směr, intenzitu a trvání aktivity člověka.“⁴⁶

Na proces motivace se můžeme dívat jako na prostředek k dosažení určitého cíle či uspokojení nějaké potřeby. K uskutečnění toho cíle organismus nahromadí určitou energii, kterou díky motivaci zaměří na uspokojení dané potřeby, na základě psychického dění a vnějších pohnutek.

Pro člověka je charakteristické jednání na základě motivů. Nejedná se izolovaný motiv, ale o soubor motivů. Motiv je důvod našeho jednání, je součástí psychické činnosti. „Motiv je každá vnitřní pohnutka podněcující jednání člověka.“⁴⁷ Člověk si může motivy přehodnocovat, uvažovat o nich. Některé špatně ujasněné nebo nedostatečně promyšlené motivy vedou k nevhodnému chování. Motivы mohou mít trvalý, dlouhodobý charakter, nebo dočasný. Díky motivaci je člověk aktivován k činnosti tak dlouho, dokud není dosaženo žádoucího cíle. Pak motiv zaniká, jakmile je cíl splněn. „Motivy utvářejí určité komplexy, které člověka stimulují jednat za určitých okolností určitým způsobem. Děje se tak pod vlivem učení: na základě získávání určitých osobních zkušeností, přijímáním hotových motivačních vzorců, které jsou v této formě prezentovány společností.“⁴⁸

Součástí motivačního procesu jsou potřeby, postoje, hodnoty, návyky a zájmy. Potřebou lze vyjádřit nedostatek něčeho. Mezi základní podmínky existence člověka je uspokojování jeho potřeb. Jestliže je omezeno nebo dlouhodobě odpíráno uspokojování potřeb, pociťuje jedinec jako něco nepříjemného deprimujícího. „Potřeba je prožívaný

⁴⁶ BILDOVÁ, 1999, *tamtéž*, s. 25

⁴⁷ BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1994, *tamtéž*, s. 185

⁴⁸ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 45

nebo pocíťovaný nedostatek něčeho důležitého pro život jedince. I pocíťovaný přebytek může podnítit potřebu odstranit jej.⁴⁹

Jedná se o vnitřní stav, který dává na vědomí odchýlení se od optima. Může se jednat jak o nedostatek, tak o přebytek něčeho. Potřeba aktivuje člověka k činnosti, která naplňuje přání, očekávání, tužby. Tato činnost je provázena určitým vnitřním napětím, které se vytrácí po uspokojení potřeby. Pro potřeby je typická cykličnost vzniku a jejich uspokojování. Uspokojením nemusí být vždy jen dosažení jakési rovnováhy, doplnění nedostatku či odstranění přebytku. Pocit uspokojení můžeme nastolit i při odstranění nepříjemného napětí, strachu například z nemoci či ztráty zaměstnání, nebo při odstranění bolesti. „Aby se člověk stal motivovaným, musí nejprve pocíťovat nezbytnost uspokojení. Takové pocíťované nezbytnosti jsou potřebami.“⁵⁰

Potřeby člověka jsou rozděleny do dvou základních skupin. Hovoříme o primárních potřebách, které můžeme nazvat jako biologické potřeby a sekundární, získané potřeby. Uspokojování primárních potřeb je spojováno s nezbytnou podmínkou existence člověka. Sekundární potřeby jsou spojovány s rozvojem osobnosti člověka. Potřeby člověka sestavovány podle různých kvalifikací, jednou z nejvýznamnějších kvalifikací potřeb je kvalifikace podle Maslowa. Jedná se o hierarchický systém potřeb. Maslow uspořádal potřeby od nejnižších k nejvyšším. Jedná se o potřeby základní, kam patří potřeby fyziologické a potřeby bezpečí. Psychologické kam patří potřeba lásky a sounáležitosti a potřeby seberealizace, kam patří potřeby osobního růstu kognitivní a estetické potřeby.⁵¹

„Motivací lidského jednání ovlivňuje sociální působení. Dokládá to například ověřené zjištění, že jednání člověka je ovlivňováno čtyřmi přáními (potřebami), která jsou společná všem lidem bez ohledu na jejich kulturní vyspělost. Jsou to: přání nových zkušeností, touha po bezpečnosti a jistotě, touha po uznání a touha po citové odezvě.“⁵²

Součástí motivačního procesu jsou postoje. Postojem rozumíme ustálenou tendenci charakteristickým způsobem reagovat na určité činnosti, lidi a situace. „Postoj

⁴⁹ BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1994, *tamtéž*, s. 186

⁵⁰ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 43

⁵¹ ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 44

⁵² BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1994, *tamtéž*, s. 187

představuje pohotovost reagovat určitým způsobem na určitý, motivačně významný podnět.⁵³

Každý člověk má své postoje uspořádány. Postoje získáváme v průběhu života, ovlivňují je životní postoje našich nejbližších, sociální prostředí, hromadné sdělovací prostředky, životní zkušenosti a vzdělání. Ovlivňují naši hodnotovou orientaci. Postoje, které jsou komplexní, obsahují složku kognitivní, emotivní a konativní. Podle toho, jaký máme postoj k určitému jevu, činnosti, osobě, situaci, tak se na ně reagujeme a umíme se s danými situacemi vyrovnávat. Postoje se mohou v průběhu života měnit. Složky postojů se projevují v chování člověka podle dominantní složky, zda je dominantní složka racionální či citová. Postoje dělíme podle převládající složky na přesvědčení, kde převládá složka racionální a na předsudky, kde převládá složka iracionální.

„Postoje patří mezi významné součásti charakteristiky osobnosti, často umožní předvídání chování, jednání a prožívání jedince v krizových situacích.“⁵⁴ To jaké má daný člověk postoje a jak je ve svém chování uplatňuje má pro nás podstatný význam. Víme-li, jaký má člověk postoj ke svým blízkým, v zaměstnání nám dává možnost daleko lépe odhadnout jeho chování, než kdybychom měli k dispozici informace o jeho temperamentu a schopnostech.

Tyto zkušenosti z předvídání chování lidí v určitých situacích, zvláště v krizových jsou velmi cenné, například při výběru uchazečů na určité pracovní pozice, tomu však předchází přijímací řízení na střední a posléze vysoké školy. Ne každý může vykonávat náročné povolání, jako je například lékař či zdravotní sestra, učitel nebo právník či letec, ne každý může být náhradním rodičem.

Hodnoty patří do motivačního procesu. „Hodnotou rozumíme zobecnění snahových tendencí člověka a přitažlivost zamýšleného cíle (proč cosi konkrétního chceme, co nás nejvíce zajímá).“⁵⁵

Jak se od sebe navzájem lišíme svým vzhledem, tak se lišíme svými žebříčky hodnot. Jedná se o to, jaké máme v životě priority. V průběhu života dochází v prioritách k určitým změnám, jiné hodnoty uznáváme, když jsme mladí, máme práci, jsme zdraví a jiné hodnoty dáváme do popředí, když nás potká nějaká nemoc, či ztráta

⁵³ ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 45

⁵⁴ KELNAROVÁ, MATĚJKOVÁ, *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1. s. 50

⁵⁵ FARKOVÁ, 2008, *tamtéž*, s. 113

blízké osoby. „Hodnotu je možno vymezit jako něco žádoucího, čeho si člověk váží, co ovlivňuje výběr vhodných způsobů a cílů jeho jednání.“⁵⁶

Různorodost hodnotové orientace je bohatá. Jsou lidé, kteří mají rádi hmotné statky, jiní společenské postavení a prestiž, jiní dávají přednost vědění a vzdělání, další cestují a věnují se zážitkovým aktivitám. Náš životní styl je orientován podle naší hodnotové orientace. „Hodnoty představují osobní vizi dokonalého života“ a jsou „něčím, pro co má cenu žít“. Uspokojování takových životních hodnot přináší „nejvyšší radost a štěstí“.⁵⁷

Zájmy se spolupodílejí na motivačním procesu, bývají silným motivačním prvkem. Jedná se o aktivní činnost, která se vyznačuje kladným citovým vztahem k určité činnosti a k předmětům souvisejícím touto činností. Zájmy jsou součástí naší duševní hygieny, podílejí se na rozvoji osobnosti, aktivují pevnou vůli, posilují charakter osobnosti. Dopřávají nám aktivně odpočívání, přinášejí nové zážitky. Zájům připisujeme velký význam. Rozdělujeme zájmy na profesní a mimoprofesní. Profesní zájmy jsou zájmy o fyzické práce a vědu. Mimoprofesní zájmy jsou například cestování, dobrodružství. Oceňovací zájmy jsou zájmy kulturní, estetické a intelektuální.

Maličkosti, jako jsou návyky, nám velmi usnadňují život. Jedná se o automatizované jednání, kterého jsme dosáhli opakováním téže samé činnosti a to mnohonásobně. Automatizovaná činnost nevyžaduje pečlivé soustředění. Mezi návyky patří například udržování hygieny, používání oděvu či příboru při jídle, ale i studijní a pracovní návyky. Mezi automatizované činnosti patří i řízení automobilu. „Vytváření žádoucích návyků je závažný úkol výchovy nebo také sebevýchovy,“⁵⁸ Opakem návyků jsou zlovyky. Jedná se o nežádoucí nebo přímo škodlivé návyky. Mezi zlovyky řadíme například lhaní, alkoholismus či záliby v jiných drogách.

⁵⁶ BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1994, *tamtéž*, s. 190

⁵⁷ ŠIMÍČOVÁ-ČÍŽKOVÁ, ZACHAROVÁ, 2011, *tamtéž*, s. 46

⁵⁸ BEDRNOVÁ, NOVÝ, 1994, *tamtéž*, s. 189

4.2. Vnímání jiných lidí, vztahy

Proto, abychom vůbec mohli komunikovat je důležitý proces sociálního poznávání. Mohlo by se zdát, že je nutné poznání jiných, druhých osob, se kterými se dostáváme v rámci veškerého bytí do jakéhokoliv kontaktu. Nesmíme opomenout, že je nutné především poznání sama sebe. „Teorie sebepercepce předpokládá, že znalosti o sobě získáváme pozorováním vlastního chování a vlastních reakcí na různé věci. Informace o sobě tedy získáváme velmi podobným způsobem jako informace o druhých.“⁵⁹

Tento postřeh si můžeme vysvětlit i tak, že chování druhých je naším zrcadlem, jak se chováme ke svému okolí, tak se okolí chová k nám a tak jsme také posuzováni a hodnoceni. Není také náhodou, že pro posuzování druhých lidí a správný přístup k nim, je velmi podstatný, kladný přístup sama k sobě. Ač to může znít samolibě, ale člověk by se měl mít rád, měl by si věřit a přistupovat k životu pozitivně. Většinou jak se chováme k sobě, tak se chováme i k druhým.

Může se nám jevit tato potřeba jako zbytečná, vždyť my přece umíme komunikovat, jednat s lidmi.

V průběhu života se setkáváme s různými typy osobností, s někým se nám jedná snadněji, s jiným máme občasné nedorozumění v rámci komunikace a s jiným člověkem k dohodě téměř nikdy nedojde. I jako pozorovatelé vidíme rozdíly v úspěšnosti těch, kteří stále v životě narážejí a jedinci, kteří životem klidně tzv. proplouvají.

Každý člověk chce být v životě úspěšný ve všech rovinách a tudíž i spokojený. Sebezpoznaní je užitečné k tomu, abychom co nejlépe využívali svůj vlastní osobnostní kapitál. Je třeba znát, které vlastnosti máme potlačovat a které rozvíjet. Umět zvládat svoje emoce a usměrňovat svoje chování. Snadněji se umíme přizpůsobit nárokům na nás kladeným doma či v zaměstnání, snadněji nalézáme své místo v životě.

„Můžeme se zaměřit na to, co je zdrojem našich neúspěchů nebo nesnází. V čem jsme naopak úspěšní, které způsoby našeho chování a které vlastnosti nám napomáhají při řešení úkolů a situací při našem jednání s druhými lidmi.“⁶⁰

⁵⁹ HAYESOVÁ, 2007, *tamtéž*, s. 76

⁶⁰ BILDOVÁ, 1999, *tamtéž*, s. 81

Proces sociálního poznávání bývá mnohdy narušen chybami, kterých se dopouštíme v rámci poznávání druhých. Díky těmto chybám se dopouštíme omylů při hodnocení protějšku v komunikaci a také k chybnému posuzování sama sebe. Poznávání a vnímání sama sebe a druhých lidí si všímá sociální percepce, která je nedílnou součástí nonverbální komunikace. Pro sociální psychologii má značný význam sociální percepce druhých osob v procesu vzájemné interakce. Posuzování druhých i sama sebe je velmi náročné z toho hlediska, abychom postupovali racionálně, bez emocí, což je hlavně pro ženy velmi obtížné, jelikož je známo, že ženy bývají více emotivní než muži. Hůře se spolu domluví dvě ženy, než když spolu hovoří dvojice smíšená či dva muži.

Každý z nás je jen člověk a tak samozřejmě ovlivňuje vnímání a hodnocení náš celkový aktuální stav. Jinak vše vnímáme, když jsme nachlazení, jinak když nás někdo nebo něco rozčílilo, jinak když máme hlad nebo, když se třeba bojíme.

Samozřejmě, že těžko najdeme nějaký obecný návod, jak máme vnímat své okolí, jak ho máme objektivně hodnotit. Člověk a společnost se neustále vyvíjí a tak závěry o druhých lidech nemůžeme brát za obecnou platnost, ale je třeba naše závěry znovu hodnotit a případně pozměňovat. Vnímání sama sebe a vztah k druhým může být ovlivněno řadou atribučních chyb a dalšími okolnostmi. Je nám známo, že jsou nám lidé něčím blízcí, sympatičtí, oblíbení, něčím nás přitahují a s těmito lidmi snadno navážeme kontakt, posléze i vztah. Rádi s těmito lidmi komunikujeme. Naopak při náznačce odmítnutí, antipatie se navazování komunikace stává obtížnou.

Tím, že nežijeme izolovaně, ale ve společnosti lidí vzájemně se ovlivňujících, je k tomuto vzájemnému působení nutno vytvářet vztahy. Mezi základními podmínkami pro schopnost je navazovat, je bezesporu primární socializace a následně socializace sekundární. V průběhu socializace si osvojujeme pravidla a normy v mezilidské komunikaci v prostředí dané kultury kde žijeme.

Primární socializace probíhá v raném dětství v rodině. Ta je prvním společenským prostředím pro dítě. Již v prenatálním období je jedinec ovlivňován a to prostřednictvím chování matky a širokého okolí, které na matku působí. Rodina je klíčové prostředí, kde se utváří osobnost. Na budoucí matku a zároveň na plod působí, zda optimálně funguje partnerský vztah, vztahy s širší rodinou, pracovní vztahy, prostředí, ve kterém se budoucí matka nachází, podmínky bydlení, pracovní podmínky,

zdravotní stav a sociální situace. Dítě je velice vnímavé a citlivé. Zážitky z dětství jsou mnohdy ukládány na celý život. V průběhu primární socializace se dítě učí základním návykům, v optimálním případě, v harmonickém, láskyplném prostředí rodiny.

Na primární socializaci navazuje socializace sekundární, můžeme ji chápat, jako socializaci v průběhu života, díky životním zkušenostem. K socializaci se Jan Keller vyjadřuje takto: „Socializaci prochází každý lidský tvor, má-li se stát sociální a kulturní bytostí. Cílem socializace je zformovat bytost, která se bude i o samotě chovat tak, jako by byla pod stálým dohledem ostatních členů skupiny.“⁶¹

Naše chování, schopnost navazovat vztahy a fungovat v nich ovlivňuje mnoho faktorů, nejen to, jak jsme připraveni na život díky primární socializaci, ale i to, jaká jsme osobnost. Mezilidské vztahy se projevují ve dvou formách: v mezilidské komunikaci a kooperaci. Vztahy člověka jednoznačně ovlivňují, ať pozitivně či negativně.

Na vztahy se můžeme dívat z různého úhlu pohledu, můžeme je dělit podle délky trvání: dlouhodobé – krátkodobé, podle typu vztahové skupiny na partnerské nebo rodičovské, pracovní, politické, zájmové, formální – neformální.

Hayesová (2007) zpracovala pohled na vztahy podle tělesné přitažlivosti, prvního dojmu, důvěrnosti, vzájemné náklonnosti, vnímané omylnosti a neverbálních indikátorů přitažlivosti. Aniž bychom si to uvědomovali, v praxi se často řídíme stejným nebo obdobným pohledem na věc.

Tělesná přitažlivost má velký vliv na navazujících vztazích. Je-li nám někdo fyzicky blízký, navazujeme vztahy snadněji a naopak nám nesympatičtí jedinci v nás vzbuzují nepříjemné pocity a i takovýmto jedincům přisuzujeme negativní vlastnosti. To se týká i jisté podobnosti osob s námi samými, osoby mající stejné nebo málo odlišné postoje. Máme také tendence si vybírat partnery podle toho, zda jsou schopni uspokojit naše potřeby, vyslyšet naše prosby.

Bližší vztah navazujeme obvykle s lidmi, se kterými se setkáváme častěji, známe je dobře až důvěrně. Většinou jsou to lidé z našeho nejbližšího okolí, z rodiny, spolužáci, kolegové z práce. Takovýto vztah budeme těžko navazovat například na zastávce autobusu či v metru.

⁶¹ KELLER, 1994, *tamtéž*, s. 32,33

V přítomnosti lidí, kteří nás mají rádi, se cítíme velice dobře, příjemně. I vztahy nejsou vždy stabilní a tak se může měnit i vzájemná náklonnost v jejich průběhu.

Je známo, že nám jsou málo sympatičtí lidé, kteří se jeví jako dokonalost sama. Těmto se vše daří, nejsou mnohdy schopni přiznat sebemenší chybu. Necítíme potřebu z vlastní iniciativy s nimi navazovat vztah. Není výjimkou, že mezi tyto osoby často patří bohužel naši nadřízení, nebo někdy i rodiče a pak vzniká další problém, a to, jak touto skutečností vyrovnat a v tomto vztahu obstát.

Díky neverbální komunikaci, jsme schopni patřičně naznačit, zda máme o někoho zájem, nebo jsme-li ochotni přijmout nabídku k navázání vztahu. Mezi nejčastěji používané prostředky patří vzdálenost mezi partnery při rozhovoru, oční kontakt a rozšíření zornic signalizuje zájem, postavení rukou- překřížení znamená odmítnutí, to samé platí u postavení dolních končetin.

Setkáváme se s jedinci různých kvalit a tak v rámci každodennosti i získáváme zkušenosti v jednání s nimi. Tyto se nám ukládají podvědomě do paměti a vybavují se nám, jestliže se s podobným či téměř stejným jedincem setkáme. Je-li naše zkušenost pozitivní, jsme rádi, že můžeme s takovýmto člověkem opět navázat vztah, je-li zkušenost negativní, raději se mu vyhneme.

Jako všechno ve světě, tak i vztahy se vyvíjejí. Na počátku vztahu ve větší míře užíváme prostředků neverbální komunikace, postupně přecházíme a doplňujeme ji komunikací verbální. Snažíme se ukázat v tom nejlepším světle, protože se chceme vyhnout odmítnutí. Díky komunikaci se navzájem poznáváme a sblížíjeme natolik, že dovolíme protějšku nahlédnout do svého soukromí. To může vést k dalšímu krůčku v budování vztahu, nebo naopak, k jeho zániku.

Máme-li již vztah zdárně vybudován, je třeba o vztah patřičně pečovat. Můžeme péči o vztah přirovnat k péči o dítě. Jakmile vložíme jako rodiče to nejlepší do dítěte, co můžeme v rámci primární socializace vložit, to také budeme v pozdějším životě sklízet. Toto platí v jakémkoli vztahu, jak kvalitně začneme vztah budovat, takový bude.

ZÁVĚR

Práce se zabývá problematikou komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem, analýzou příkladů komunikace zdravotníků a pacientů s různými druhy onemocnění a obecnou komunikací v rámci zdravotnické komunikace.

Komunikaci zdravotnického personálu je v dnešní době nedílnou součástí práce zdravotníků a zdravotních sester, na kterou je kladen stále větší důraz. Kvalitní, efektivní komunikace přispívá ke kvalitnímu průběhu ošetrovatelského procesu. Cílem práce je tak poskytnout analýzu specifik komunikace, které lze aplikovat přímo v praxi, nebo jako součást dalšího vzdělávání nelékařských pracovníků ve zdravotnictví za účelem minimalizovat konflikty v rámci komunikace mezi pacienty a zdravotnickým personálem, nebo jim přímo předcházet.

Popisuje úskalí rozhovoru v mezních situacích, které mohou v praxi nastat. V práci jsou uvedeny praktické návody na efektivní komunikaci a příklady kontraproduktivní komunikace. Je zde kladen důraz na osobní přístup zdravotnického personálu, na jeho potřebné morálněvolní vlastnosti, znalosti a dovednosti v oblasti komunikace, ke konkrétnímu pacientovi a jeho sociálnímu prostředí. Bylo upozorněno na závažné, nežádoucí chyby vedoucí ke konfliktům, nebo dokonce ke stížnostem. Práce seznamuje s praktickými nástroji komunikace.

Účelem příkladů nedostatků a problémů bylo navodit motivaci ze strany zdravotnického personálu ke kvalitní komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem na základě praktických a teoretických znalostí o osobnosti člověka, o vzájemných vztazích mezi lidmi a vzájemném vnímání lidí. Bakalářská práce poskytla teoretické poznatky získané z praxe a z odborné literatury. Vzhledem k obsáhlosti a složitosti tématu bylo po konzultaci s vedoucím práce od praktické části upuštěno. Předpokládá se další rozpracování tématu v další práci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDRNOVÁ, E. , NOVÝ, I. *Psychologie a sociologie v řízení firmy*. Praha : Prospektrum, 1994. ISBN 80-7175-010-7
- BILDOVÁ, E. *Úvod do psychologie osobnosti a do sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Credit, 1999. ISBN 80-213-0544-4
- FARKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 2.vyd. Praha : UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-64-8
- HAVLÍK, R. *Úvod do sociologie*. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1385-7
- HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 4.vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-283-6
- KELLER, J. *Úvod do sociologie*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901059-7-1
- KELLNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3270-1
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor a jednání člověka s člověkem-sociální komunikace ve zdravotnictví*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1981. Tirážní znak 57-875-80
- MĚCHUROVÁ, A. *Jak dobře mluvit a úspěšně jednat*. Praha : UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-32-7
- MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobností*. Praha : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0240-7
- MIKŠÍK, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha : Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-926-X
- NAKONEČNÝ, M. *Úvod do sociální psychologie*. Praha : SPN, 1967. 1011-5438

NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha : Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9

ŠPATÉNKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace, komunikace nejen pro sestry*. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace* . Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2

ŽANTOVSKÁ, I., *Jazyková komunikace v dějinách lidstva*. 2. vyd. Praha: UJAK, 2008. ISBN 978-80-86723-55-6

Internetové zdroje:

Komunikace ve zdravotnictví pro sestry [on-line] [cit. 28. 1. 2012] dostupné z WWW <[http://www.mek-in.cz/komunikace ve zdravotnictví pro sestry/](http://www.mek-in.cz/komunikace%20ve%20zdravotnictv%C3%AD%20pro%20sestry/)>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Růžena Šerhantová Šimáková

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Předcházení konfliktů mezi zdravotnickým personálem a pacientem

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 55

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 20

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Miloš Chlad CSc.