

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009-2012

(

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marcela Knytlová

Komunikace s pacientem na chirurgickém oddělení Nemocnice
Na Homolce

Praha 2012

**Vedoucí práce:
PaedDr. Anton Tomko, LL. A.**

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Full-Time Studies
2009-2012

BACHELOR THESIS

Marcela Knytlová

Communication with patient in the surgical department Na
Homolce Hospital

Prague 2012

**The bachelor Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Anton Tomko, LL. A.**

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 27. 2. 2012

Marcela Knytllová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu PaedDr. Antonu Tomkovi, LL. A. za odborné a věcné rady, při psaní bakalářské práce. Vedení Nemocnice Na Homolce, které mi umožnilo provést průzkum, který je součástí práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá komunikací ve zdravotnickém prostředí. V úvodní části pojednává o komunikaci v obecném hledisku a poté se zabývá specifiky komunikace ve zdravotnickém prostředí. V teoretické části se zabývá komunikací ve zdravotnických zařízeních, vyjadřuje se ke specifickým skupinám, a k jejich odlišnostem, pokud se příslušník této skupiny stane pacientem. V praktické části se zabývá spokojeností pacientů s komunikací v Nemocnici Na Homolce.

Klíčové pojmy

Verbální komunikace, neverbální komunikace, psychologie nemoci, komunikační bariéry, úspěšná komunikace, specifické komunikační dovednosti, edukační rozhovor, aktivní naslouchání, ošetrovatelský proces, fáze ošetrovatelského procesu, anamnéza, bolest, geriatrický pacient, handicap, odlišná kultura.

Annotation

The Bachelor's thesis the communication in medical environment. The introductory part deals with communication from general point of view, afterwards pursues the specifics of communication in medical environment. The theoretical part concerns with communication in medical facilities, deals with specific Gross and their dissimilarities if a member of group becomes a patient. Practical part pursues patient satisfaction with the communication in Na Homolce Hospital.

Key words

verbal communication, nonverbal communication, psychology disease, komunikacion barrier, successful communication, specific communication skill, instructive conversation, aktive listen, nursing procedure, phase nursing procedure, anamnesis, pain, handicap, geriatric patient, pain, different culture.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Komunikace z hlediska psychologie, pedagogiky, sociologie a informačních technologií	10
1. 1 Komunikace z hlediska psychologických teorií	10
1. 2 Komunikace z hlediska z hlediska pedagogiky	10
1. 3 Komunikace z hlediska sociologie	11
1. 4 Komunikace z hlediska informačních technologií	11
2Komunikace s pacientem	12
2. 1 Komunikace z hlediska psychologie nemoci	12
3Neverbální komunikace s nemocným	13
3.1Rozsah, formy neverbální komunikace	13
3. 2 Neverbální komunikace- úprava zevnějšku	13
3. 3 Posturologie- poloha těla	13
3.4Mimika	14
3. 5 Pohledy- řeč očí	15
3. 6 Proxemika	16
3. 7 Haptika- vzájemné doteky	16
3.8 Gestika	17
3. 8. 1 Gesta dlaní	18
3. 8. 2 Gesta rukou	18
3.9 Paralingvistika	19
3. 10 Evalvační a devalvační prvky v komunikaci	19
4. Verbální komunikace s nemocným	21
4.1Činitelé verbální komunikace	21
4. 2 Charakteristika zdravé komunikace	22
4. 3 Druhy komunikace	23
4. 4 Bariéry v komunikaci a chyby v komunikaci s pacientem	24
4. 4. 1 Interní a externí	24
4. 4. 2 Chyby při komunikaci s pacientem	25
4. 5 Kritéria úspěšné komunikace	25
4. 6 Speciální komunikační dovednosti	26
5. Rozhovor s pacientem	29
5.1 Druhy rozhovoru	29
5.2 Formy otázek	30
5.3 Fáze rozhovoru	31
5.4 Aktivní naslouchání	33
6. Komunikace v ošetrovatelském procesu	35
6.1 Fáze ošetrovatelského procesu	35
6.2 Ošetrovatelská anamnéza v ambulanci	35
6. 2. 1 Akutní ambulantní ošetření	35
6. 2. 2 Plánované ošetrovatelství v ambulanci	36
6. 3 Ošetrovatelská anamnéza na lůžkovém oddělení	36

6. 3. 1 Bolest	37
7. Komunikace s pacientem se závažným onemocněním	40
7. 1 Komunikace s vážně nemocným	40
7. 2 Komunikace s onkologickým pacientem	40
7. 3 Komunikace s umírajícím	41
7. 4 Péče o geriatrické pacienty	42
7. 4. 1 Charakteristika seniorského věku	44
7. 4. 2 Základní požadavky na komunikaci se seniory	45
8. Komunikace s handicapovaným pacientem	46
8. 1 Komunikace s pacientem s vadou sluchu	46
8. 1. 1 Komunikace neslyšících	46
8. 1. 2 Zásady komunikace se sluchově postiženými	47
8. 2 Komunikace s pacientem s vadou zraku	48
8. 2. 1 Zásady komunikace se zrakově postiženým	49
8. 3. Komunikace s tělesně postiženými	50
8. 3. 1 Postižení dle zdravotní klasifikace	50
8. 3. 2 Zásady komunikace s tělesně postiženým	51
9. Komunikace s pacientem s odlišnou kulturou	52
9. 1 Komunikace s pacientem islámské komunity	52
9. 2 Charakteristika islámu	52
9. 2. 1 Specifika ošetřování	54
9. 3 Komunikace s pacienty s vyznáním Svědků Jehovových	54
9. 3. 1 Charakteristika Svědků Jehovových	54
9. 3. 2 Specifika komunikace	55
9. 4 Komunikace s pacienty romské komunity	55
9.4.1 Charakteristika romské komunity	55
9.4.2 Specifika komunikace a ošetřování pacientů romského etnika	56

PRAKTICKÁ ČÁST

10. Popis průzkumu	57
11. Cíl a hypotézy průzkumu	57
12. Charakteristika vzorku oslovených lidí	59
13. Metoda sběru dat	60
14. Sběr a zpracování údajů	61
15. Verifikace údajů	65
16. Porovnání s průzkumem NNH	66
17. Závěr z praktické části	67

ZÁVĚR

67

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

69

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

72

SEZNAM PŘÍLOH

74

ÚVOD

Komunikace je nedílnou součástí každodenního života. Ve zdravotnictví je velice specifická. Komunikace v běžném životě je ohraničená, podléhá kontrole, řídí se pravidly, normami, etikou a jinými faktory. Ve zdravotnictví tomu tak ale není. V okamžiku, kdy pacient vstoupí do zdravotnického týmu, tato pravidla a zásady přestávají platit.

Komunikace sestry s pacientem je odlišná, od lékařské komunikace. Už proto, že ona je mnohdy první, která vstupuje do prvního kontaktu s nemocným. Vytvoření dobrého vztahu mezi ním a sestrou je důležité, není možné bez dobře zvládnuté komunikace.

Práce zdravotníků, je týmová, a nelze pracovat individuálně. Je nutné správně a efektivně komunikovat mezi všemi zdravotnickými profesemi a pacientem. Mnohdy se předávají data, kdy při jejich špatné interpretaci by mohlo dojít k nenávratnému poškození nemocného.

Musíme mít na paměti, nutnost poskytnout důležité informace, ve srozumitelné formě. Musíme zachovávat důstojnost nemocných, nechat prostor k jejich dotazům. Také musíme dát možnost vyjádřit jejich vlastní názor.

Komunikativnost je nedílnou dovedností nezbytnou pro profesionální přístup ke klientovi-pacientovi. Je nutnost, aby sestra měla teoretické znalosti v této oblasti, ale i praktické dovednosti, které ovlivňují psychiku nemocného, i její samotnou. Je nutné reagovat vhodně na potřeby nemocného- komunikovat s ním.

Proces komunikace je základem pro ošetřování nemocného. Je nutný k rozvoji léčebného vztahu s nemocným a všech, kteří přijdou s nemocným do kontaktu. Nevhodná a dvojnásobná komunikace přispívá k nepohodě nemocného, negativně ovlivňuje jeho chování, a snižuje důvěru ke zdravotnickému personálu.

Správná komunikace je základem k navození stavu důvěry mezi sestrou a pacientem. Ona je právě ta, která s nemocným tráví nejvíc času, sdílí s ním jeho obavy a

starosti. Mnohdy je ona právě ta, s kterou nemocný konzultuje svoje starosti, ptá se na informace, které se týkají především jeho zdravotního stavu, a jsou relevantní při rozhodování o tom, zda pacient podstoupí či nepodstoupí navrhovanou léčebnou metodu nebo vyšetření.

1. KOMUNIKACE Z HLEDISKA PSYCHOLOGIE, PEDAGOGIKY, SOCIOLOGIE A INFORMAČNÍCH TECHNOLOGIÍ

1.1. Komunikace z hlediska psychologických teorií

Komunikace je nositelem sociálního dění. Člověk se stává člověkem především proto, že rozumí tomu, co se okolo něj děje. Na komunikaci hledí psychologie z hlediska těchto přístupů:

Rogersův přístup: *Nejpodstatnějším vkladem do vztahové roviny mezilidské komunikace je, zůstane-li se účastník komunikace výměny sám sebou. Člověk má být v dialogu s druhým vstřícný a uvolněný, akceptující tj. má druhého přijímat a respektovat, sám autentický, zajímaví se, má se umět vcítit*

Transakční analýza: *Podle autorů transakční analýzy se člověk nachází vždy v jednom ze tří ego-stavů: ego-stavu, rodičovském, dospělém, nebo dětském. Tyto stavy komunikují mezi sebou navzájem, tak vůči okolnímu světu: produkují tzv. "transakce" - komunikační impulzy a odpovědi. To v jaké poloze se nacházíme, se velmi často mění. Střídavě z toho či onoho ego-stavu komunikujeme s druhým nebo sami se sebou.*

Systémový přístup: *Podle systémově orientovaných teoretiků a takzvané systematicky pracujících terapeutů/poradců hraje roli komunikování v systému rozhodující roli kontext, proměňovaný, vědomě nebo nevědomě, každou aktivitou účastníka. Teoretici zaměřeni na analýzu komunikace v daném systému zdůrazňují, že:*

- *Chování účastníků je determinováno systémem*
- *Projevy účastníků určují /determinují/ tento systém¹*

1.2. Komunikace z hlediska pedagogiky

Pedagogická komunikace je příkladem sociální komunikace. V současné době se klade důraz na komunikativní pojetí výchovy ve škole a v rodině. Pedagogická

¹ Vybíral, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 164, 165. ISBN 80-7178-291-2

*komunikace se zabývá účinnou komunikací ve vztahu k procesu sdělování i ve vztahu k sdělovanému.*²

1.3. Komunikace z hlediska sociologie

Sociologie společenská vědy, zabývající se zkoumáním sociálního života jedinců, skupin a společností. Studuje jednání lidí ve společnosti, sociální interakci. *Sociologie se ze svého pohledu dívá na komunikaci, jako na interakční vztah- sociální komunikaci. Charakterizujeme je jako primárního prostředníka pro formování sociálního chování. Tak kde není komunikace dostatečná, je blokována jakákoli sociální činnost.*³

1.4. Komunikace z hlediska informačních technologií

Novým fenoménem v komunikaci jsou bezesporu informační technologie, které umožňují rychlejší, přesnější a snadnější komunikaci. Uchovávají informace v dostupnějších formátech. Tyto technologie dávají možnost nepřetržitého přenosu informací.

² Vališová, A., Kasíková, J. *Pedagogika pro učitele*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 227, 228. ISBN 978-80-247-3357-9

³ Nový, I., Surýne, A. *Sociologie pro ekonomy a manžery*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 53. ISBN -80-247-1705-0

2. KOMUNIKACE S PACIENTEM

Vzhledem ke zdravotnické praxi musí sestra rozlišovat specifika komunikace v následujících rovinách: *Komunikace s pacientem a jejich okolím: s nemocným, dítětem, dospělým, nemocným se zvláštními potřebami, rodinou, blízkými, přáteli. Komunikace s kolegy, nadřízeným, jinými pracovníky v rámci multidisciplinarity institucemi, a sami se sebou.*

V praxi rozlišujeme tři druhy komunikace:

- *Sociální komunikace: jedná se oběžný hovor s pacientem, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují.*
- *Specifická komunikace: jde o oblast komunikace, kde se sdělují důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně.*
- *Terapeutická komunikace: Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných a velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu⁴*

2.1. Komunikace z hlediska psychologie nemoci

Nemoc má na psychiku člověka veliký vliv. Nemocný člověk přechází do pasivity, hlavním aktérem není on, ale zdravotničtí pracovníci. Nemůže vykonávat činnosti, které má rád, nemoc ho omezí při práci a věnování se koníčkům ve volném čase. Změní se i návyky, na které byl zvyklý. Musí provádět činnosti, kterým nerozumí, a které neovládá. Může se změnit i prostředí, v kterém se na nějakou dobu musí nacházet. Dostaví se pocity nejistoty, strachu o své nejbližší, z bolesti. V současné době je velice stresující strach v případě nemoci o ztrátu zaměstnání. Toto všechno ovlivňuje komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Komunikaci ovlivňuje psychický a fyzický stav nemocného.

⁴ Vybíral, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s. 186,187. ISBN 80-7178-291-2

3. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE S NEMOCNÝM

Správná nebo můžeme říci pozitivní, kladná neverbální komunikace je důležitá při první komunikaci s nemocným. Nemocný z ní může usoudit, zda je zdravotnický pracovník přátelský a chce mu pomoci, nebo není. Tento první dojem je velice důležitý. *Neverbální komunikace je komutací beze slov. Neverbální komunikace může někdy dokonce nahradit komunikaci verbální, obvykle ale verbální komunikaci doprovází. Neverbální komunikace tedy ilustruje verbální sdělení, podtrhuje je, zesiluje jeho účinek, popřípadě ho reguluje*⁵

3.1. Rozsah, formy neverbální komunikace

*Rozsah neverbální komunikace je určen: kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Formy neverbální komunikace: mimika, proxemika, kinetika, pohledy, úprava zevnějšku, optika, posturologie, gotika, paralingvistika.*⁶

3.2. Neverbální komunikace sestry- úprava zevnějšku

Specifickou formou neverbální komunikace je vzhled sestry. Sesterský oděv je symbolem role, kterou sestra v nemocnici má. Sestra, která neodpovídá představám pacienta, co se týče oblečení, v něm nevzbuzuje důvěru. Pacienti předpokládají, že bude patřičně oblečená.

3.3. Posturologie- komunikace tělem a jeho částmi

Postoj zdravotníka, je velice důležitý v kontaktu s pacientem. Přátelským postojem dává najevo, zda je pacient vítaný nebo není. Pacient sleduje, jaký postoj máme, když s ním komunikujeme. Měli bychom stát přímo proti němu.

Předmětem zkoumání posturologie je studium poloh těla. Už jen tím, že člověk zaujme určitou pozici těla, rukou, hlavy, může jiným lidem sdělit, zda je jeho postoj přátelský, či nepřátelský, zda chce s nimi dále jednat nebo jednání ukončit. Fyziologie

⁵ Špatenková, N., Králová, J. *Základní otázky komunikace*. 1.vyd. Praha: Galen, 2009. s. 28, 29. ISBN 978-80-7262-599-4

⁶ Ivanová, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 66. ISBN 80-247-1212-1

rozeznává tři základní polohy člověka- vstojе, vsedě, vleže. Při každé z nich můžou různé části těla zaujmout různé polohy. Hovoříme-li o vzájemné poloze dvou částí těla, při téže základní a tělesné poloze, jde o konfiguraci. Určitá konfigurace tak zahrnuje nejen zcela konkrétní polohu rukou a nohou, ale i polohu hlavy a krku atp.- schoulení, zaklonění. Poziturou se pak rozumí celek, který udává jednak základní tělesnou polohu, jednak polohu konfigurace všech částí těla.⁷

Komunikace probíhá na nemocničním pokoji nebo na vyšetřovně. Při začátku rozhovoru sestra vyzve pacient, aby si sednul, ona sedí také. Pro komunikaci s pacientem je velice důležité, aby u něj sestra seděla, v mírném předklonu dopředu. Navážeme s pacientem oční kontakt, usmíváme se. Sedíme vzpřímeně, uvolněně. Ruce složené na stehnech. Můžeme si dát nohu přes nohu. Mírně zvedneme obočí, neotvíráme ústa.

3.4. Mimika

Další formou neverbální komunikace je mimika. Ve zdravotnické profesi se můžeme setkat s tím, že se pacienti usmívají, i když jim ve skutečnosti do smíchu není.

Funkce mimických projevů jsou: sdělování kulturně tradovaných gest, instrumentální pohyby/výraz obličeje při kýčání/, nejčastější je sdělování emocí. Výzkumy zjistili, že člověk dokáže odlišit sedm primárních emocí ve výrazech obličeje

- Štěstí- neštěstí
- Strach a bázeň-pocity jistoty
- Klid-rozčilení
- Spokojenost-nespokojenost, až pocit znechucení
- Neočekávané překvapení-před splněným očekáváním
- Zájem- nezájem

Struktura tváře při mimických projevech a význam různých zón v obličeji:

Mnozí z nás se domnívají, že tvář je nedílným celkem a tudíž se dané emoce odráží v celé tváři, přesněji mimickými změna v určité oblasti. Které složky, zóny či oblasti je možno v lidské tváři rozlišovat? Podle P.Ekmana je to:

⁷ Nelešovská, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 53 ISBN 80-247-0738-1

- *Oblast čela a obočí*
- *Oblast očí a víček*
- *Oblast dolní části obličeje, zahrnující tvář, nos a ústa*

Bolest je vepsána hlavně do horní části obličeje, víčka, obočí, čelo. Štěstí nejlépe přečíst v horní části obličeje. Překvapení je možné přesně určit v každé části obličeje. Smutek a strach se dají určit v oblasti očí a víček. Rozčilení je rozloženo v celé ploše obličeje.⁸

Bolest vyjadřuje výraz očí, upřímný nebo matný. Nepřítomný pohled vytváří bariéru, nezáměr, jiné starosti. Pacient má bolestný výraz v obličeji, svírá oči. Má pokrčené čelo.

3.5. Pohledy- řeč očí

Oči jsou významnou součástí neverbální komunikace. Každý člověk zahajuje očima sociální kontakt. Pohledem lze vyjádřit pocity lépe než slovy. V naší kultuře přímý pohled do očí znamená zájem o někoho, starost o něj. Proto by se sestra měla na pacienta vždy dívat zpřímá, neměla by uhýbat pohledem. Stálý oční kontakt je důležitým ukazatelem sebehodnocení. Pohled potvrzuje pravdivost našich informací. Důležité je střídání pohledů.

Abychom porozuměli řeči očí, je důležité vědět, jaké prvky obsahuje:

- *Zaměření pohledu-nejcitlivější je okamžik pohledu z očí do očí*
- *Doba trvání bodového pohledu-délka pohledu z očí do očí.⁹*

Pokud se pacient dívá přes nos a mírně hlavu opírá v týl, vyjadřuje pohrdání.

U nepřítomného pohledu se pacient dívá nezúčastněně, jako by přes vás. Může i intenzivně přemýšlet. Pokud pacient tře pohledem, signalizuje tím strach.

⁸ Nelešovská, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 53 ISBN 80-247-0738-1

⁹ Nelešovská, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 48, 49 ISBN 80-247-0738-1

3.6. Proxemika

Přiblížení nebo oddálení od druhé osoby také něco sdělujeme. Každý má okolo sebe určitý prostor, který považuje za svůj. Hledání této vzdálenosti není jednoduché. Rozlišujeme čtyři určité prostory:

Intimní prostor: /15-45 cm/ je nejdůležitější ze všech osobních zón. Člověk jej chrání jako své osobní vlastnictví. Mohou do něj vstoupit pouze nejbližší osoby, tedy milenci, rodiče, manželé, děti, blízcí přátelé a příbuzní. Prostor do vzdálenosti asi 15 cm od těla je označován jako uzavřený intimní prostor a lze jej narušit pouze při bezprostředním fyzickém kontaktu.

Osobní prostor: /46-120 cm/ takovou vzdálenost mezi sebou udržují lidé na večírcích, při podnikových oslavách, společenských událostech, přátelských setkáních.

Společenský prostor: /120-360 cm/ takovou vzdálenost udržujeme mezi sebou a cizími lidmi.

Veřejný prostor: více než 360 cm, kdykoli se obracíme větší skupině lidí.¹⁰

Při komunikaci s pacientem by sestra neměla narušovat pacientovu intimní zónu. Pokud ho zná delší dobu a mají k sobě důvěru a určitý vztah, může vstoupit do osobní zóny.

Tabulka číslo 1. Míra odstupu při setkávání podle národnosti¹¹

vzdálenost	národnost
blízko	Arabové, Japonci, Jihoafričané, Francouzi, Afro Američané, Italové Španělé
střední	Britové, Švýcaři, Němci, Rakušané
velká	Bílí Američané, Australané, Novozéland'ané

¹⁰ Pease, A. *Řeč těla*. 1.vyd. Praha: Portál. 2001. s. 20. ISBN 80-7178-582-2

¹¹ Ivanová, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. s. 69. ISBN 80-247-1212-1

3.7. Haptika- vzájemné doteky

Zdravotničtí pracovníci využívají při své kontaktu s pacientem různé formy doteků. Mají účel uklidňující, jiné jsou součástí zdravotnických zákroků. Bohužel některé mohou být i nepřijemné. Proto velice nutné před jakýmkoli zákrokem nastolit pocit důvěry a klidu. Důvěra je důležitá při udržování dobrého vztahu a snižuje úzkost.

Jaký je význam doteku v ošetrovatelské péči:

- Jde o projev péče a účasti
- Jde o nedílnou součást péče o nemocného
- Podtrhujeme jim blízkost a vcítění se, empatii, s jiným člověkem
- Vyjadřujeme tím zájem o nemocného
- Redukujeme stres z neznámé situace
- Upoutáme jím pozornost

Tento taktilní kontakt zahrnuje:

- *Přijem zpráv o působení tlaku, který působí deformaci kůže*
- *Přijem zpráv o působení tepla*
- *Přijem zpráv o působení chladu*
- *Přijem zpráv o vlivu podmětů, které působí bolest*
- *Někdy bývá zařazován i smysl pro vibraci, který registruje chvění*

Dojde-li k dotyku mezi dvěma lidmi, pak je možno hovořit nejenom o tom, kterou částí se jedna osoba dotkla druhé osoby, ale charakterizovat druh doteku. Může jít o podání ruky, stisk, obětí, pohlazení, políbení atd.¹²

3.8. Gestika

Gesta mohou nahradit verbální sdělení. V běžném životě se používají k popisu důležitosti nebo nutnosti řešení vzniklé situace. Lidé je často používají, když emocionálně popisují nějakou důležitou životní situaci nebo příhodu. Gesta mohou o člověku mnohé napovědět.

¹² Nelašová, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. s. 54. ISBN 80-247-0738-1

3.8.1. Gesta dlaní

Pacienti sledují každý pohyb, který zdravotník udělá. Sledují tudíž i jeho gesta, jak dlaní, tak rukou. Zda jsou přátelská, anebo nepřátelská. Složené ruce na hrudi signalizují zábrany a nejistotu. Ruce v kapse, zase to, že moc netoužíme po kontaktu.

Otevřená dlaň je po celou dobu existence lidstva spojovaná s pravdivostí, upřímností, oddaností a podřízeností. Při každodenním setkávání lidé používají dvě základní postavení dlaně. Při prvním z nich směřují dlaně vzhůru: je to gesto typické pro žebráka, který prosí o peníze. Při druhém gestu míří dlaně dolů. Naznačuje to omezení a přidržení. Pokud chce být někdo naprosto upřímný a otevřený, obrátí jednu nebo obě otevřené dlaně ke svému protějšku. Když někdo lže, dá si ruce do kapes nebo založí na hrudi.

Podání ruky. Nejagresivnějším způsobem podání ruky je ruka směřující dlaní dolů. Napřažená paže s dlaní mířící přímo k zemi tlačí druhou stranu do podřízeného postavení. Podání ruky ve stylu rukavice, se nazývá politikovo potřesení rukou. Iniciátor se snaží přesvědčit příjemce o své důvěryhodnosti. Je-li toto gesto použitou osobou, kterou vidíme poprvé v životě, má opačný účinek. Podání ruky ve stylu leklé ryby, je velice nepříjemné a většina lidí ho spojuje se slabým charakterem. Uchopení za konečky prstů, iniciátor má malou sebedůvěru.

3.8.2. Gesta rukou

Mnutí dlaní je gesto, s nímž si lidé dávají najevo svá pozitivní očekávání. Rychlost, s níž si daný člověk mne ruce, naznačuje, kdo bude mít podle jeho názoru prospěch z očekávaných výsledků. Mnutí palce a ukazováčku nebo konečků prstů vyjadřuje očekávání zisku. Ruce opírající se špičkami prstů, znamenají, že mluvčí vyjadřuje své názory. Skloněná věžička znamená, že člověk naslouchá.¹³

Řeč těla představuje základy, na kterých stavíme, svou pohotovou odpověď. Jsou-li základy chatrné, zhrouť se celá stavba. To co vyjadřujeme svým tělem, to co vyjadřujeme slovy, by mělo být v souladu. Pokud je zde nějaký rozpor, tak se bude

¹³ Pease, A. *Řeč těla*. 1.vyd. Praha: Portál. 2001. s. 38, 39, 40. ISBN 80-7178-582-2

publikum řídit tím, co říká vaše tělo. Řeč těla je elementárním způsobem vašeho vyjadřování, naše potřeba upozornit na důležitost problému je přesvědčivější.¹⁴

3.9. Paralingvistika

Představuje přechod od komunikace neverbální k verbální. Zahrnuje sílu hlasu, výšku tónu řeči, rychlost řeči, pomlky, barvu hlasu.

Tichá řeč bývá často projevem nesmělosti, stydlivosti, ale někdy i rozhodnost a důraz může být proklamován tichým, pomalým a důrazným projevem za pomoci výraznějších neverbálních signálů. Hlasitá řeč může znamenat vitalitu, ale také přátelskost a uvolněnost.¹⁵

3.10. Evalvační a devalvační prvky v komunikaci

Tyto prvky, jsou při rozhovoru s pacientem velice důležité, protože dávají najevo to, zdali je pacient pro nás partnerem nebo není. Zda je posluchačem, kterého si vážíme, a který nás opravdu zajímá.

Evalvace, devalvace

Evalvace znamená sdělení kladného hodnocení druhé osobě, to co její kladné sebe pojetí posiluje, a sebevědomí sílí. Mezi evalvační projevy zahrnujeme takové jednání, kdy sdělování úcty, uznání a vážnosti podporujeme kladné hodnocení druhého člověka a posilujeme jeho sebevědomí. Příkladem evalvačního jednání může být laskavé a uctivé jednání s druhým člověkem, uznání kladné hodnoty, toho co dělá, zastání se ho, když se mu křivdí, vyslechnutí ho, chce-li něco říci, nebo jeho pochválení, je-li jeho čin pochválení hoden.

Devalvace znamená snižování hodnoty druhého člověka, s nímž přicházíme do styku, a to jak v očích druhých, kteří jsou našeho jednání svědky, tak i v očích toho s kým jednáme. Děláme to svými činy, tím, jak s ním milostivě jednáme, a jak s ním hovoříme. Příkladem může být nelaskavé a neuctivé jednání, znevažování toho, co druhý člověk dělá, jeho přezírání, pomlouvání, až fyzické napadání.

Příklady devalvačních forem jednání:

¹⁴ Nollke, M. *Velká kniha umění slovní sebeobrany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 28. ISBN 987-80-247-3004-2

¹⁵ Mikulášek, M. *Komunikační dovednosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2003. s. 120. ISBN 80-247-0650-4

- *Nadřazené a povýšené jednání*
- *Demonstrativní ignorance*
- *Jednání neosobní, studené, ryze administrativní, komisní*
- *Podceňování*
- *Podezírání*
- *Opovržlivé jednání*
- *Odbývání*
- *Pomlouvání*
- *Pyšné jednání*
- *Nedodržování dohodnutých pravidel*
- *Šikanování*
- *Záměrné neposkytnutí pomoci*
- *Nedodržení dohodnutých pravidel*
- *Zlehčení práce druhých*
- *Neobjektivní hodnocení druhých*
- *Skákání do řeči*
- *Výsměšné chování vůči ostatním¹⁶*

Jak se tedy vyhnout devalvací:

- Formulovat otázky srozumitelně
- Uvědomit si nebezpečí při jejich chybném zvolení
- Špatně zvolená otázka vyvolá neochotu a odpor

¹⁶ Křivohlavý, Jaro. *Duševní hygiena pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 35 – 37. ISBN 80-247-0784-5

4. Verbální komunikace s nemocným

Verbální komunikace je sdělování prostřednictvím slov. Jedná se o sdělování zpráv a informací. Komunikace ve zdravotnictví je velice náročná a někdy může dojít k nepochopení obsahu sdělení.

4.1. Činitele verbální komunikace

Situační kontext

Rozumíme tím situaci, ve které probíhá komunikace. Základní je jednosměrná-monolog. Ta se však těžko snáší při rozhovoru zdravotní sestry s nemocným, kdy nemocný chce na sdělení reagovat. Při komunikaci je nutno vést komunikaci obousměrnou dialog, kdy pacient může vyjádřit svá sdělení a přání. Pokud mohou reagovat jeden a druhého, bude se jednat o dobrou komunikaci.

Masové komunikaci

Nelze reagovat na sdělení. Při přednáškách lze dát možnost nemocným k vyjádření vlastního názoru.

Vnitřní dispozice jedince

Komunikace je sociální dovednost, jejíž základy získáme sociálním učením ve všech sociálních skupinách, kterými procházíme, nejvýznamnější je rodina. Komunikaci se učíme celý život, do tohoto procesu vnáší každý člověk svou individualitu.

Motivace komunikovat

Předpokládá ochotu, vůli komunikovat. Sestra musí mít zájem s pacientem komunikovat, pak je dobrý předpoklad pro interakci a kvalitní komunikaci. Komunikace slouží k uspokojování potřeb pacienta.¹⁷

¹⁷ Kelnarová, J. Matějková, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty. 4. ročník. 1. vyd.* Praha:Grada Publishing, 2009. s. 16. ISBN 978-80-247-2831-5

4.2. Charakteristika zdravé komunikace

Bezprostřednost reakce

Komunikující neodkládá odpovědi na pozdější dobu, nýbrž reaguje ihned.

Kognitivní přizpůsobování

Je důležité přizpůsobovat se stanoviskům, slovníku a rovněž mimoslovnímu repertoáru druhého. Nemůžeme si myslet, že můžeme se všemi komunikovat stejně. Můžeme ho přirovnat k neustálému biologickému a sociálnímu přizpůsobování měnícím se podmínkám života. Neznamená názorovou nepevnost, ani snadnou ovlivnitelnost našich přesvědčení.

Zájem o druhého

Zajímáme-li se o partnera, se kterým komunikujeme, znamená to, že signalizujeme zájem nejen o jeho sdělení, ale také o něj, ve vztahu ke komunikaci. Přiměřený zájem, o pacienta, většinou podpoří průběh rozhovoru, prohloubí v něm dobré pocity. Lidé mají tendenci říci o sobě něco navíc. Svůj zájem dáme najevo, když:

- *Pozorně nasloucháme*
- *Jsme trpělivý*
- *Náš pohled je přátelský*
- *Náš hlas je přívětivý*
- *Signalizujeme uznání za dobrý pokrok v komunikaci*
- *Sdílíme s druhým*

Součástí projevovaného zájmu je také pohled z očí do očí.

Reciprocita

Princip vzájemnosti, synchronie, reciprocity je základem pro zdravě vyvážený dialog i komunikaci ve skupině. Důležitá je možnost, tedy potencialita a faktičnost této reciprocity. Pro pasivního účastníka je důležité, aby měl možnost vzájemné spolupráce komunikace, aby jeho příspěvky nebyly diskutovány například tím, že ho druhý neposlouchá, nenechá ho domluvit.

Humor

Z hlediska zdravé komunikace můžeme říci, že humorné momenty, humorná odlehčení tématu pomáhají vytvářet uvolněnější atmosféru. Humor pomáhá udržet pozornost.

Tříkrát ne

Není dobré zahrnout druhého nadbytkem požadavků. Snadno s tím vyvoláme mikrozáchvat, že na všechny požadavky nebude stačit. Není dobré druhého zahrnovat přílišnou kritikou. Zde se také spustí obranný mechanismus při druhé nebo třetí výtce. Třetí ne platí ve vyjadřování zklamání. Vyjádřit ho můžeme, neměli bychom ho nějak zvlášť rozbírat, opakovaně připomínat nebo dramatizovat.

Podpora a vývoj flexibility

Komunikaci charakterizuje otevřenost, možnost navázat na přerušovaný rozhovor, neuzavírat perspektivy, možnost pokračovat

Konzistence interakcí

Snažíme se jednat konzistentně, obdobně tomu, jak jsme již předtím jednali, nevybočit z daného pojetí, dodržet směr.

Uvolnění

Po komunikaci obzvláště je-li kolizní, nebo obtížná, by mělo dojít ke katarzi. Očistnému obřadu. O tu se postará někdy už jen dohodnuté shrnutí, závěr.¹⁸

Při komunikaci s pacientem je tady důležité odpovědi neodkládat, reagovat ihned. Pozdější odpověď by mohla vyvolávat pocity nedůvěry a obavy. Při komunikaci se musíme přizpůsobovat individualitě pacienta, není možné komunikovat se všemi stejně. Když komunikujeme, tím dáváme najevo zájem o druhého a jeho trable. Měli bychom naslouchat, trpělivě a myslet na to, aby na komunikaci nepůsobily rušivé faktory, například telefon nebo jiná osoba, která nám do komunikace vstoupí. Pozor na příliš silný tón hlasu. Při komunikaci se díváme pacientovi do očí. Humor v komunikaci s pacientem musíme užívat s rozvahou. Bereme zřetel na jeho současný psychický stav pacienta, věk, jeho onemocnění, náladu aj. I u málo závažného onemocnění, když špatně užijeme humoru, může dojít ke konfliktní situaci.

4.3. Druhy komunikace

- *Sociální komunikací rozumíme běžný hovor s nemocným. Pro rozvoj sociální komunikace je vhodné využít pravidelnou činnost jako je hygiena pacienta a úprava lůžka, pomoc při jídle apod. Tento typ komunikace pomáhá vytvářet vztah mezi sestrou a pacientem.*

¹⁸ Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál. 2009. s. 227- 230. ISBN 987-80-7367-1

- *Specifickou komunikaci chápeme jako strukturovanou komunikaci, při které pacientovi sdělujeme důležitá fakta, zahrnuje motivaci a edukaci pacienta. Zvláštní pozornost je nutné věnovat aktuálnímu stavu nemocného a formě sdělení, aby přijímané informace byly pro pacienta srozumitelné a přijatelné. Jedná se např. o sdělování postupu vyšetření. Závěrem by si měla sestra vždy ověřit, na kolik pacient sdělovaným informacím porozuměl.*
- *Terapeutická komunikace má zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů. Sestra pomáhá pacientovi při rozhodování a přijímání nepříjemných skutečností. Je profesionální povinností sestry být nemocnému nablízku v nelehkých životních situacích a poskytnout mu oporu a naději.¹⁹*

4.4. Bariéry v komunikaci a chyby v komunikaci s pacientem

Chyby při komunikaci s pacientem mají dopad na jeho pozdější důvěru a dobrý kontakt nemocného s členem ošetrovatelského týmu.

4.4.1. Interní a externí

Interní

Nejčastější interní bariérou je obava z neúspěchu. Komunikující se obává selhání. Další bariérou jsou problémy osobního rázu, které se promítají do emocí a do emočního stavu. Zlost vede ke snížení sebekontroly. Další překážkou jsou rozdíly mezi oběma účastníky komunikace. Nejsme schopni akceptovat nižší úroveň komunikačního partnera. Další může být sleng, nářečí, používání odborných výrazů. Xenofobie, neúcta, povýšenectví, odpor nebo nesympatie ke komunikačnímu partnerovi. Nesoustředěnost, zařazování komunikačního partnera do kategorie. Nepřipravenost na komunikování, fyzické nepohodlí.

¹⁹ Kelnarová, J. Matějková, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty. 4. ročník. 1.vyd. Praha:Grada Publishing, 2009. s. 15. ISBN 978-80-247-2831-5*

Externí

Nezvyklé prostředí může působit rušivě. Uspořádání prostředí působí příliš komisičně, partner se cítí nesvůj, situace se mu zdá příliš oficiální. Vyrušování třetí osobou, stačí její přítomnost, nemusí se ani do rozhovoru vměšovat. Hluk a vizuální rozptylování.²⁰

4.4.2. Chyby při komunikaci s pacientem:

- neuspořádané myšlenky
- nepřesné vyjadřování
- příliš mnoho informací, kterým pacient nerozumí
- výrazy, kterým pacient nerozumí
- nedostatek času na rozmluvu
- podceňování, povyšování, pacienta
- vyrušování telefony
- ironie a nevhodný humor
- nepozornost
- nenaslouchání nedostatek empatie
- skákání do řeči
- lhaní
- řešení svých soukromých problémů

4.5. Kritéria úspěšné komunikace

Při komunikaci s klientem zdravotnického zařízení musíme dodržovat pravidla, která nám usnadní úspěšnou komunikaci.

- **Jednoduchost (jasnost) sdělení** umožňuje pacientovi porozumět sdělované informaci. *Sestra by se při komunikaci s pacientem měla vyhnout užívání odborné terminologie a zkratk, které jsou mezi zdravotníky hojně používané, avšak pro laiky nesrozumitelné. Kontrolou, zda pacient sdělované informace porozuměl, může sestra předejít nepochopení a nedorozumění. Sestra by si měla vytvořit návyk opakovat věty typu: „Chcete se na něco zeptat?, „Zopakujte mi, co budete/nebudete dělat.“, „Rozumím tomu správně, že...“ atd. Je vhodné klást*

20 Mikulášek, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing. s. 134 ISBN987-80-247-2339-6

otevřené zjišťovací otázky, na které pacient nemůže odpovědět pouze ano/ne, protože u doplňovacích dotazů jako např. „Rozumíte tomu?“ hrozí nebezpečí, že pacient odkývá, že všemu rozumí, aniž by odpověď byla pravdivá. Chybou je také předpokládat, že pacient je vzdělaný a tudíž všemu rozumí. Často i vysokoškolsky vzdělaní lidé neznají anatomii svých orgánů.

- **Stručnost** sdělení má význam zvláště pro pacienta s bolestí či jinými tělesnými obtížemi. Zdlouhavé informování vzbuzuje u pacientů nedůvěru a působí neprofesionálně. Důležité je také poskytnout pacientovi prostor na případné otázky.
- **Zřetelnost** informací představuje jasné vyjádření podstaty sdělení. Sestra by se měla vyhnout dvojsmyslným sdělením, přílišnému zobecňování a prezentování vlastních názorů.
- **Načasování** informací je podstatné především při sdělování závažných témat. Sestra by si měla pro rozhovor s nemocným vyhradit dostatek času a zvolit vhodný prostor, kde bude zajištěn klid a respektováno soukromí pacienta.
- **Adaptabilita** v rozhovoru představuje nutnost přizpůsobit rozhovor potřebám nemocného. Sestra sleduje reakce a projevy pacienta a podle nich přizpůsobuje styl rozhovoru.²¹

4.6. Speciální komunikační dovednosti

Speciální komunikační dovednosti nám umožní blíže a lépe pacienta pochopit, vcítit se do jeho složité situace a lépe vyhovět jeho potřebám. Z profesionálního hlediska je verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu. Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání. Bývá označováno jako nejdůležitější složka rozhovoru. Je v něm nejen to, že slyšíme, ale také chápeme a rozumíme. To znamená schopnost sestry správně interpretovat, co se v komunikaci dozví.

²¹ Kozierová, B., Rebová, G., Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. s. 145. IBSN 80-217-0528-0

Nasloucháme třemi základními způsoby:

- *Ušima-*
- *Očima*
- *Srdcem: schopnost zapojit emoce*

Podpora v projevu

Jak již víme, v komunikaci se klade důraz na aktivitu. Na danou situaci jsme dva-participace. Pokud pacient sděluje svůj problém, nemluví do prázdna, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit.

Rezonance

Jde vlastně o ozvěnu, druh zpětné vazby, kdy zopakujeme, co pacient řekl. Dáváme tím najevo, že ho vnímáme a rozumíme významu toho, co říká. Zároveň umožňujeme další komunikaci

Reflexe

Je to pokus pochopit širší myšlenkový celek a formulovat ho vlastními slovy. Pacient dlouze a chaoticky rozebírá své zdraví a neustále se vrací k vyšetření, která ho čekají. Můžeme zreflektovat - ztřešší vyšetření jsou pro vás náročná, můžete mít z nich strach. Dáte tak možnost pacientovi mluvit o obavách, které ho trápí a dostanete možnost ho podpořit a uklidnit.

Sumarizace

Je to poskytnutí celkového přehledu rozsáhlého sdělení. Nevyjadřuje se k jedné věci, ale k tomu, co podstatného jsme z celého sdělení rozuměli. Pacient mluví o konzultaci s lékařem, mluví v cizích slovech. Můžeme shrnout- přemýšlím nad tím, jestli jste rozuměl všemu, co vám lékař řekl. Dozvíme se, že všemu nerozuměl a styděl se lékaře zeptat.

Povzbuzení

Znamená povzbudit pacienta, aby v komunikaci pokračoval. Vyprávějte mi o vnucích.

Empatie

Empatie je vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Je to dobrá vůle druhému citově porozumět. Ve zdravotnickém povolání se často setkáváme s bolestí a strachem. Můžeme vyjádřit, že s pacientem cítíme. Pokud je to vhodné, chytit ho za ruku a pohladit. Je zcela nepřijatelné prožívání druhých v zátěžových situacích zlehčovat.

Mlčení

I mlčení patří do komunikace a má i více významů. V tichu můžeme přemýšlet a hledat, jak s pacientem v komunikaci dále pokračovat. Pacient může potřebovat prostor k přemýšlení nad otázkou, kterou chce položit, nebo si rozmyslet odpověď. Tady je potřeba být citlivý k tomu, kdy dát pacientovi prostor, aby si promyslel, co chce říct a kdy ho povzbudit, aby mohl dál pokračovat. Mlčení může nastat z velkého šoku. Často se stane, že pacient přestane mluvit po velice nepříjemné zprávě, která ho zasáhne, že není schopen slov. Bude potřebovat čas, aby se vzpamatoval a zároveň podporu, aby se, se zprávou vyrovnal. Mlčení plné rozpaků bude v praxi sestry spojeno s rozhovory na intimní téma. Bude se setkávat se studem pacienta. Hluboké ticho také nastává tam, kde je všechno řečeno a nastává klid. Je to úzdravné ticho, ve kterém je dobré setrvat.²²

²² Křivohlavý, J. *Povídej, naslouchám*. Praha: Návrat. 1993. s. 20-66. ISBN 80-55495-18-X

5. Rozhovor s pacientem

V současné době, v množství činností, které má sestra na starosti, zejména administrativní činnosti, moc času na povídání si s pacientem právě nezbyvá. Přesto je to právě ona, kdo je s nemocným v každodenním kontaktu, a proto se od ní také očekává, že podá pacientovi základní informace. Nejen, že ho ošetří, zabezpečí jeho základní potřeby, podání léků, přípravu na různé léčebné zákroky, ale také že s ním pohovoří, rozptýlí jeho obavu z nemoci, bude mít představu, jak se dnes cítí a co potřebuje. Proto je velice důležité, aby měla základní znalosti o vedení rozhovoru, který získá pacienta ke spolupráci, a povede k úlevě z obavy o vlastní zdraví.

5.1. Druhy rozhovoru

Správné zvolení druhu rozhovoru s pacientem nám umožní to, aby dobře pochopil námi podávané informace a dokázal odpovědět na pokládané otázky.

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem:

- *Terapeutickým*
- *Informačním*
- *Edukačním*

Terapeutický rozhovor:

Často slyšíme, že dobré slovo léčí. Sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ní často. Od běžných hovorů sociální komunikace se dostává do rozhovoru, kde ústřední roli hrají pocity pacienta. Naslouchání tomu, co pacient cítí, je to nejdůležitější co máme vyslechnout, a to jak verbální tak neverbální úrovni. Nejčastější pocity, se kterými se v praxi setkáváme, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň. I když se naši pacienti nacházejí v náročné životní situaci, neprožívají jen negativní emoce, k jejich pocitům bude patřit i radost, potěšení, klid, láska. Důležité je nezůstat k pocitům pacienta lhostejným a dovolit si je sdílet. O přijímání pocitů druhého mluvíme jako o akceptaci. Akceptovat pocity druhého znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co prožívá. Dovednosti, kterými to v rozhovoru vyjádříme slovy, lze naučit. Důležité je nehodnotit pocity druhých. Neříkat nesmíte být smutná, chlapi nepláčou a jiné. V žádném případě bychom neměli pocity rozhovoru bagatelizovat. Může se stát, že se pacient uzavře do sebe a přestane o svých

pocitech mluvit. Pokud se nám podaří pocity akceptovat, bude pacient v jejich sdělování a zmírní se tak jeho napětí. Povede to ke zmírnění jeho úzkosti a navázání důvěry.

Informační rozhovor:

Už z názvu vyplývá, že účelem tohoto rozhovoru bude sdělování informací. Může to být sestra, která dává pacientovi určité informace. Nebo pacient bude sdělovat informace o sobě. Nestací na pacienta vychrlit všechny informace, které jsme povinni mu sdělit, ale pohovořit s ním o jejich významu a také o tom jestli jim porozuměl. Pravděpodobně pro takové nedostatky v takovýchto rozhovorech ve zdravotnictví, byl zaveden informační souhlas. V informačních rozhovorech je kladen důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Je také důležité informovat včas a na správném místě.

Edukační rozhovor:

Dnešní medicína klade stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na nás tedy často bude, abychom ho něco naučili. To znamená, že mi musíme velice dobře ovládat, to co sami učíme. U edukačních rozhovorů platí tato pravidla:

- *Názornost- příklad, prezentace*
- *Opakování*
- *Trpělivý přístup*
- *Podpora- pochvala*
- *Shrnutí-ověření toho, zda to pacient pochopil²³*

5.2. Formy otázek

Otázky, které nemocnému klademe, formulujeme tak, aby je pacient pochopil a správně na ně odpověděl. Zohledníme při nich věk, i celkový zdravotní stav.

Rozlišujeme otázky:

- *Uzavřené a otevřené*
- *Přímé a nepřímé*
- *Rétorické*

²³ Křivohlavý, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda. 1988. s. 160-168.

Uzavřené a otevřené

Uzavřené otázky připouštějí předem stanovené odpovědi. To mohou být jednoduché odpovědi ano, ne. Jsou vhodné, pokud chce získat rychlé odpovědi. Otevřené otázky nepředvídají možnosti odpovědi. Chceme, aby se nám dotazovaný rozhovořil.

Přímé a nepřímé

Přímé otázky se bezprostředně ptají na to, co chce tazatel vědět. Slouží jako vyjasnění problémů, získání informací, směřování rozhovoru určitým směrem, odbourávání rozporu, vytváření dohod, časné vyjasnění nedorozumění. Nepřímé otázky, jsou otázky, kterými tazatel vyjadřuje určitou strategii. Neptáme se na žádoucí informace. Otázky na předpoklady.²⁴

5.3. Fáze rozhovoru

Abychom se od pacienta dozvěděli všechny relevantní informace, musíme dodržovat pravidla, která se mají při vedení rozhovoru dodržovat.

Rozhovor sestry s pacientem můžeme rozdělit do čtyř fází

ÚVOD- zahájení rozhovoru

Úvod by měl zahrnovat pozdrav a představení se. Výhodou jsou čitelné jmenovky, které jsou ve většině zdravotnických zařízení povinné. Mohou do jisté míry formality představení suplovat. Je vhodné, nikoli však nutné, podat pacientovi ruku. Pokud vám, ale pacient nabídne ruku jako první, musíte bezpodmínečně jeho kontakt opětovat a taktéž mu ruku podat. Pokud byste nereagovali na toto podání ruky vstřícně, mohl by to pacient vnímat jako devalvaci, odmítnutí kontaktu, odmítnutí své osoby apod. Mohlo by to v něm vyvolat negativní pocity, které by velmi komplikovaly navázání dobrého kontaktu mezi ním a námi. Podáváme obvykle pravou ruku. Pokud má však pacient nějaký problém s pravou rukou, je-li například zraněná, může se kontakt odehrát i s levou rukou. Držení rukou by nemělo trvat déle než 5 vteřin a mělo by být spojeno s adekvátní mimikou. Vstřícný výraz ve tváři a pochopitelně i oční kontakt. Nepodáváme obě ruce, je to vnímáno jako majetnické gesto. Během celého rozhovoru udržujeme přiměřený oční kontakt. Dívejte se na pacienta během rozhovoru, a snažte se vyloučit během rozhovoru komunikační bariéry. Jako je stůl mezi vámi, nebo ostré sluneční

²⁴ Allhoff, W., Allhoff, W. *Rétorika a komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 45. ISMB 978-80-247-2283-2

světlo. Jsou to nenápadné aspekty komunikace, které mohou být pro její konečný efekt velice důležité. Mnohdy je třeba sdělit hned na začátku stručně, ale otevřeně účel hovoru. Zdravotnický pracovník musí prvními větami zbavit pacienta nedůvěry a obav. Doporučuje se proto, přizpůsobit se jeho úrovni chápání a vyjadřování, což neznamená křečovitou bodrost či lidovost, ale především srozumitelnost. Pacient by měl získat dojem, že mu rozumíte a že vám může důvěřovat. Na úrovni důvěry totiž závisí úspěch celého hovoru.

Vzestup a pokračování

K získání potřebných informací je nezbytné zajistit soukromí a diskrétnost. Začněte obecnějšími otázkami, které nejsou příliš na tělo. Spontaneitu a sdílnost je možné podpořit řadou prostředků:

- Jednoduchý souhlas, pokynutí hlavou
- Vhodné pomlky
- Zachycení a vystižení toho, co říká druhý aktér komunikace, dokazuje to, že ho pečlivě sledujete
- Parafrázování, opakujete část toho, co pacient říká
- Objasnění, interpretace toho, co vám pacient řekl
- Vyvarujte se netrpělivých poznámek
- Dbejte na jasné a zřetelnou výslovnost, na klidný a přátelský tón
- Nesmíte se nechat vyprovokovat vytáčkami, rozvlácností a zabíhavostí pacienta

Vrchol a rozuzlení

Rozhovor vrcholí v okamžiku, kdy se podaří odkrýt jádro rozhovoru. Rozhovor může mít i několik vrcholů, stejně jako několik poklesů, kdy se vám může zdát, že se nehnete z místa.

Závěr

Rozhovor je nutno vhodným způsobem ukončit, a to tak, aby bylo možno kdykoliv pokračovat ve stejném příznivém ovzduší. V této fázi by měl kulminovat kontakt mezi hovořícími. Pacient by měl pociťovat uklidnění. Mělo by mu být jasné, že vás sblížíje jeden společný cíl- zájem pacientův.²⁵

²⁵ Ivanová, K., Špatenková, N. *Rozhovor s rodinou nemocného- fáze rozhovoru. Osobní rádce zdravotní sestry. Praktické rady a informace.* Praha:Verkag-Dashofer, odborné nakladatelství zdravotnické literatury.Tématická příloha2/2003.TP/7, s.1-7.ISSN 1214-0074

5.4. Aktivní naslouchání

Aktivně naslouchat, by měla být schopna nejen zdravotní sestra, ale každý člověk, který chce porozumět druhému člověku. Je velice nepříjemné, když má pacient pocit, že mu nikdo nerozumí. Aktivní naslouchání má několik účelů:

- *Pomáhá posluchači ověřovat, zda pochopil nejen to, co mluvčí řekl, ale také to co měl na mysli*
- *Prostřednictvím aktivního naslouchání dáváme mluvčímu najevo, že uznáváme a přijímáme jeho pocity*
- *Aktivním nasloucháním mluvčího podněcujeme, aby své pocity a myšlenky zkoumal*

Aktivní naslouchání je psychicky náročná činnost, která vyžaduje soustředění na druhého. Vyžaduje sebekázeň a veliké sebezapření, protože naslouchající nesmí vstupovat do hovoru svými nápady a komentáři, pokud mluvčí úplně nedokončí to, co chtěl říct. Teprve, když máme jistotu, že jasně chápeme, co si mluvčí myslí a co cítí, můžeme přijít s vlastními myšlenkami a interpretacemi.

V aktivním naslouchání je zahrnuta posluchačova ochota a snaha podívat se na problém očima toho druhého. Znamená to, pokusit se porozumět, co mluvčí přesně říká a dělá. Důležitým předpokladem aktivního naslouchání je empatie. Znamená to reagovat a pochopit stanoviska druhé osoby.

Vstřícné naslouchání pomáhá“nastavit zrcadlo“, poskytuje druhému zpětnou vazbu, aby se lépe viděl. Naslouchající se pokouší formulovat myšlenka svého partnera tak, aby se partner dozvěděl, že je chápán a přijímán.

Jestliže aktivně nasloucháme, tak:

- *Jsme lehce nachýleni směrem k partnerovi*
- *Vizuální kontakt je klidný, přerušovaný*
- *Povzbuzujeme hovořícího úsměvy a pokyvováním*
- *Během naslouchání myšlenková rekapitulujeme hlavní body sdělení*
- *Reagujeme na výroky partnera, pokýváním hlavy*
- *Nepřerušujeme partnera*
- *Nehovoříme o podobných pocitech a problémech, které jsme sami prožili*

- *Demonstrujeme své pochopení, zájem a bdělou pozornost pomocí neverbálního vyjádření*
- *Nepohráváme si s předměty, neupíráme pohled dlouho bez přerušení²⁶*

Pro rozhovor s pacientem bychom měli dodržovat tyto zásady:

- Slušnost, pozdravte a představte se
- Myslíme na pacientovo soukromí, důstojnost, respektujeme stud
- Nepoužíváme výrazy, kterým pacient nerozumí, cizí slova, odborné výrazy
- Nenutíme pacienta ke komunikaci
- Jsme pozitivní, chválíme a povzbuzujeme
- Usmíváme se
- Neřešíme své problémy, jsme profesionální
- Ke komunikaci, si najdeme vhodnou dobu a místo
- Snažíme se o dostatek času ke komunikaci, nespěcháme
- Používáme humor, s ohledem na psychický stav pacienta

²⁶ Jiřincová, B. *Efektivní komunikace pro managery*. 1.vyd.Praha:Grada.Publishing.2010 s. 47,48. ISBN 978-80-247-1708-1

6. Komunikace v ošetrovatelském procesu

Ošetrovatelský proces je způsob organizace ošetrovatelské péče, která zabezpečuje potřeby pacienta. Je to děj cyklický a dynamický. Nemocní se na něm aktivně podílejí, vnímáním péče, schopností starat se sám o sebe. Jeho cílem je předcházení, odstranění, zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta.

6.1. Fáze ošetrovatelského procesu

- Ošetrovatelská anamnéza
- Ošetrovatelská diagnóza
- Ošetrovatelské plánování
- Ošetrovatelská realizace plánu
- Ošetrovatelské hodnocení

Ošetrovatelská anamnéza slouží k tomu, aby sestra zjistila individuální potřeby pacienta. Získáváme informace o nemocném v oblasti. Ošetrovatelskou anamnézu provádí sestra na ambulanci, při prvním kontaktu a nemocným, nebo na oddělení při přijetí pacienta k hospitalizaci.

6.2. Ošetrovatelská anamnéza na ambulanci

Nemoc, s kterou pacient přichází do nemocnice, zcela jistě ovlivní jeho chování a prožívání. Sestra je zpravidla první, která s pacientem přichází do kontaktu. Ambulantní sestra, která umí dobře komunikovat snadno, naváže s pacientem kontakt.

6.2.1. Akutní ambulantní ošetření

K akutnímu ošetření, na chirurgickou ambulanci, přichází pacient např. s úrazem nebo s akutní bolestí břicha. Je na vyšetření nepřipraven. Neví, co ho čeká, má obavu o své zdraví, strach z bolesti, obavu o rodinu. Práce sestry v akutní ambulanci je velice náročná. Musí během krátkého času zjistit, jaké má pacient obtíže, uklidnit ho, získat důvěru. Zvolit rychlou, přesnou a klidnou komunikaci, používat jednoduché a srozumitelné otázky. Při neverbální komunikaci dávat pozor na výrazy obličeje, jako je nejistota, údiv. Myslet na to, že pacient sleduje každý náš pohyb. V důsledku špatné komunikace dochází ke konfliktům, úzkosti, depresi, smutku, apatii. Pacient se dostává

do stresové situace. Důležité je pacientovi nelhat. Velký problém někdy bývá s doprovodem nemocného, který může být stejně tak ve stresu, z obavy o svého blízkého, může být agresivní.

6.2.2. Plánované ošetření na ambulanci

K plánovanému ošetření na ambulanci pacient přichází po předchozí telefonické domluvě, nebo osobní dohodě. Výhodou plánované návštěvy je dostatek času, který má zdravotnický personál na pacienta. Při zjišťování anamnézy je důležité, aby sestra:

- Hovořila klidně a srozumitelně
- Plánované otázky musejí mít logický sled
- Klást vždy jen jednu otázku
- Umožnit pacientovi nahlížet na situaci svými očima
- Vyhybat se použití osobních příkladů
- Nespěchat, nechat čas na vlastní úsudek
- Používat oční kontakt, zachovat klid

6.3. Ošetřovatelská anamnéza na lůžkovém oddělení

Pokud pacient přichází k hospitalizaci do nemocnice, zpravidla se nejdříve kontaktuje s příjmovou sestrou, která zjišťuje ošetřovatelskou anamnézu. Ta je odlišná od lékařské. Ošetřovatelská příjmová zpráva obsahuje:

- Datum a hodinu příjmu
- Odkud je pacient přijat
- Zda-li pacient odevzdal léky
- Chce-li informovat rodinu
- Hodnoty fyziologických funkcí
- Alergie
- Vědomí, možnost kontaktu
- Psychický stav
- Schopnost edukace, jeho i rodiny
- Duchovní potřeby
- Výživu

- Bolest
- Soběstačnost a pohyblivost, kompenzační pomůcky
- Vyhodnotí nutriční stav, výživa, dieta
- Sociální anamnéza, plán po propuštění
- Vyhodnotí rizika dekubitů a zjistí riziko pádu
- Další zjištěné skutečnosti a doporučení

Při zjištění příjmové anamnézy je důležité, aby sestra pracovala v klidné, dobře větratelné místnosti, ve které pacientovi zajistí soukromí a dostatek času na rozhovor. Je vhodné anamnézu získávat vsedě, za stolem. Komunikujeme klidným, ne příliš hlasitým hlasem. Představíme se jménem, podáme pacientovi ruku, a můžeme se zeptat na momentální náladu. Pozorujeme neverbální projevy ochoty ke komunikaci. Je důležité, aby pacient viděl vše, co zapisuje a se zápisem souhlasil. Otázky klademe srozumitelné, nepoužíváme výrazy, kterým pacient nerozumí. Pacienta oslovujeme jménem, vyvineme úsilí o potlačení záporných pocitů, dáme najevo, že není ve své těžkosti sám, posilujeme optimismus, trpělivě pacienta vyslechneme, zohlední sociální prostředí, ze kterého pacient pochází.

Po zjištění všech příjmových dokumentů, odvedeme nemocného na pokoj, seznámíme ho s domácím řádem, uložíme mu osobní věci a v neposlední řadě ho seznámíme se spolu pacienty, pokud o to pacient projeví zájem. Během celého ošetrovatelského procesu sledujeme a hodnotíme celkový fyzický a psychický stav pacienta. Velký důraz se klademe na prožívání a léčbu bolesti.

6.3.1. Bolest

Obava z bolesti je silný stresor, kterým pacient prochází, který zvyšuje obavu z přicházející nemoci, strachu z nepříjemného vyšetření. Otázka týkající se bolesti patří k prvním, kterou nám nemocný položí. *Bolest je nepříjemný zážitek, který upozorňuje na poškození organismu. O bolesti se hovoří i v případě psychických útrap. Bolest má obrannou a signální funkci. Subjektivně je bolest založena na vnímání, hodnocení, závažnosti, srovnání s dosavadní zkušeností, očekávání dalšího vývoje, emoční doprovod. Silná bolest patří k závažným stresorům, protože si na ni nelze zvyknout. Míra snášení bolesti je individuální. Ovlivňuje ji řada činitelů. Důležitou roli hraje*

dosavadní zkušenost jedince, význam, který bolesti přičítá, lokalizace bolesti, očekávání intenzity, důvěra ve vlastní schopnost se s ní vyrovnat. Podstatné jsou také kulturní a sociální vlivy. Předpokládáme, že rozdíly mezi lidmi, určitý podmět vnímán jako bolestivý. Zvýšený práh bolesti může přinést určité nebezpečí v důsledku podcenění signálu něčeho, co je pro organismus nežádoucí.²⁷

Během zjišťování informací od pacienta, které se týkají bolesti, během ošetřovatelského procesu hodnotíme:

- VAS- vizuální analogová škála 0-5
- Charakter- pulzující, kolikovitá, řezavá, svíravá, vystřelující, neurčitá
- Lokalizaci bolesti
- Neverbální signály bolesti- pláč, naříkání, grimasy, neklid, sevřené pěsti, úlevová poloha
- Vegetativní signály bolesti- hypertenze, tachykardie, pocení, nauzea, zvracení
- Terapie- opiáty, jiné léky, rehabilitace, poloha, psychická podpora

Bolest je během hospitalizace sleduje a vyhodnocuje se. Z bolesti a utrpení mají pacienti velký strach. Její vnímání také závisí na psychické odolnosti pacienta, kdy si pacient myslí, že ji vydrží a nepotřebuje na ni tisíce léky.

Komunikace s pacientem s akutní bolestí:

- Věnovat jí pozornost
- Zjistit lokalizaci
- Ohodnotit intenzitu
- Pomoci jí popsat, jaká je

Komunikace s pacientem s chronickou bolestí:

- Požádejme pacienta, aby ji popsal a ukázal, kde ji cítí
- Zjistíme intenzitu a kvalitu
- Zjistíme trvání a stálost
- Zjistíme vyvolávající faktory
- Dotazujeme se na eliminující faktory
- Zjistíme další přidružené potíže, které bolest doprovázejí
- Určíme význam bolesti
- Nepodléháme předsudkům o bolesti

²⁷ Paulík, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. s. 63,64. ISBN 978-80-247-2959-2

7. Komunikace s pacientem se závažným onemocněním

V nemocniční i ambulantní praxi se setkáváme s pacienty, kteří jsou vážně nemocní. Jejich onemocnění se zhoršuje, dochází k úbytku soběstačnosti. Jedná se o letité pacienty, s kterými se nemocniční personál zná, zná i jejich rodinu. Péče o chronicky nemocné, onkologické pacienty a umírající je velice náročná.

7.1. Komunikace s vážně nemocným

Onemocnění je charakterizováno změnami v oblasti tělesné, psychické a sociální. Nemocní jsou často hospitalizováni. Jsou odloučeni od své rodiny, v nejhorším případě o ně rodina nemá zájem. Často jsou v invalidním důchodu, používají kompenzační pomůcky, trpí chronickou bolestí. Nemocní mohou být nepříjemní, mrzutí, odmítají komunikovat. Nemocný trpí pocitem osamělosti, nedostatkem kontaktu s blízkými, strachem z dalších bolestivých vyšetření, obava ze smrti.

Rozhovor s nemocným:

- *Podpora pacienta k dalšímu životu. I když je situace vážná, je možné žít dál. Nejde o poskytování planých nadějí, spíše o hledání určitého cíle, na který se pacient může soustředit.*
- *Akceptace zdravotního postižení nemocným. Cílem není pasivní přijetí situace, ale hledání dalších rozměrů života člověka. Nemocný se rozhodne dělat věci, které zvládá s ohledem na svou situaci a nebude snažit o nemožné*
- *Přijetí změn. Sestra pomáhá pacientovi přijmout se ve změně. Komplexy, narušené sebe pojetí, to často doprovází vážné onemocnění*
- *Nemocní ztrácejí kladné sebe pojetí.²⁸*

7.2. Komunikace s onkologickým pacientem

Nádorová onemocnění jsou velkým medicínským a společenským problémem. V posledních letech je v České republice každoročně odhaleno 60 tisíc nových případů onemocnění. Mezi nejčastější onemocnění u mužů patří karcinom

²⁸ Křivohlavý, J. *Vážně nemocní mezi námi*. Praha:Avicenum, 1989. s. 95

plic, nádor tlustého střeva, konečníku a prostaty. U žen je to rakovina prsu, ženských pohlavních orgánů a karcinom plic.

Komunikace mezi sestrou a pacientem

Významné místo v systému psychické podpory pacienta sehrává sociální komunikace mezi ošetřujícím personálem a jím. Zde se rodí základy vzájemného vztahu a důvěry. Pacient musí věřit, že ošetřovatelský personál dělá vše potřebné, aby výsledky léčby byly co nejlepší. Postoj má být pravdivý a zachovávat naději na uzdravení. Zdravotník by měl pomoci pacientovi se vyrovnat se změnou základních životních postojů. Komunikaci často komplikují opakující se otázky, s cílem získat nové odpovědi. Nemocný může mít pocit, že je mu něco zatajováno. Opakovaně se ptá na stejné věci, porovnává kvalitu odpovědí a je či není s odpovědí spokojený. Může být i z odpovědí rozladěný, někdy depresivní, ale i agresivní, že mu každý říká něco jiného. Začne být nedůvěřivý. Mezinárodní instituce zaměřené na onkologické pacienty doporučují, aby měl pacient možnost spolurozhodování o své léčbě. Toto je možné jen při dobré informovanosti pacienta. Cílem komunikace je dodat nemocnému odvalu o jeho nemoci hovořit, klást otázky a nebát se toho, že odpovědi neporozumí nebo ji vůbec nedostane. Pacient nesmí mít po, že ve své nemoci zůstal sám.²⁹

Požadavky na komunikaci:

- Sama sestra musí být v dobré psychické a fyzické kondici, aby mohla pacienty povzbuzovat
- Musí za každých okolností zachovat klid, a tím snižuje pacientovu úzkost
- Sestra by se měla pacienta dotýkat na bezpečných místech, jako je ruka nebo rameno
- Sestra by měla naslouchat tomu, co pacienta trápí
- Aktivně nabízet svou pomoc být empatická
- Přizpůsobovat chování specifickým zvláštnostem pacienta
- Pěstovat pozitivní vztah k pacientovi

V ošetřování nemocných u takto závažných forem onemocnění musíme mít na paměti i syndrom vyhoření. Obranou proti němu je kvalitní odpočinek ve volném čase, dobré vztahy v rodině i na pracovišti.

²⁹ Zachovalová, Eva. *Sestra*, 2011. roč. 21. č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.

7.3. Komunikace s umírajícím

Zvládnutí takovéto komunikace zdravotníkem předpokládá vyjasnění jeho vztahu a postojů k umírání a smrti. Vhodnou komunikaci volíme podle stádia přijetí onemocnění pacientem.

Tabulka číslo 2. *Fáze přijetí závažného onemocnění*³⁰

<i>Fáze</i>	<i>Projev</i>	<i>hodná reakce</i>
<i>Šok, popření</i>	<i>Popírání existence onemocnění</i>	<i>Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného</i>
<i>Hněv, vzpoura</i>	<i>Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů</i>	<i>umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat</i>
<i>Vyjednávání, Smlouvání s osudem</i>	<i>hledání zázračných léků, dávání slibů na uzdravení</i>	<i>Trpělivost, motivace k vytrvání v dosavadní léčbě</i>
<i>Smutek, deprese</i>	<i>Obavy, vzdání se, rezignace na léčbu</i>	<i>Naslouchání, podpora, komunikace s rodinou, hledání řešení</i>
<i>Smíření /nemusí nastat u všech nemocných/</i>	<i>Vyrovnání, loučení s blízkými</i>	<i>Poskytnutí blízkosti, neverbální podpora, pomoc rodině</i>

Pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění u nás existuje hospicová péče. Ta umožňuje ambulantní péči nebo hospitalizaci ve vybraném hospici.

Při komunikaci s pacientem dodržujeme:

- *Odpovídáme na jeho otázky*
- *Mluvíme o tom, co ho trápí*
- *Umožníme, aby mluvil o tom na co myslí*

³⁰ Blumenthal-Barby, K. *Kapitoly z thantologie*. Praha: Avicenum, 1987. s. 42.

- *přijmeme jakoukoli reakci pacienta na zprávu o jeho nemoci a umírání*
- *jsme citlivý k potřebě pacienta mluvit nebo mlčet*
- *identifikujeme sociální podporu pacienta*
- *informujeme pacienta o dalších možných zdrojích pomoci*
- *podporujeme pacientovo hledání smyslu života*
- *všímáme si symptomů psychických problémů*
- *zbavte se zbytečných předsudků farmakoterapie, antidepresiva a v takovémto případě určitě pomohou*
- *orientovat pacienta na přítomnost*
- *povzbuzovat ho, aby dokončil nedodělanou práci*
- *popřejte pocit kontroly nad vlastním životem*
- *nezapomínat na rodinné příslušníky, ti také potřebují pomoc³¹*

7.4. Péče geriatrické pacienty

Geriatric je obor, který se zabývá zdravotním a funkčním stavem ve stáří, zdravím podmíněnou kvalitou života. Synonymem pro geriatrii, je klinická gerontologie. Obecně známým faktem je, že populace stárne. Je to dáno především nízkou porodností, a zároveň nízkou úmrtností, ve všech věkových kategoriích. Zejména se prodlužuje věk u seniorů. Na stárnutí populace mají také vliv stále se zlepšující technologické a léčebné postupy v medicíně.

Tabulka číslo 3. *Podíl osob ve věku na 60. let na území ČR³²*

ROK	Podíl osob starších 60. let v %
1857	6,2
1900	8,8
1930	10,8
1950	12,6
1998	18,1
2025	27,0
2050	Cca 40

³¹ Špatenková, N., Králová, J. *Základní otázky komunikace*. 1.vyd. Praha: Galen, 2009. s. 116. ISBN 978-80-7262-599-4

³² Jiráček, R. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 160. ISBN 978-80-247-2454-6

7.4.1. Charakteristika seniorského věku

Somatické změny:

V oblasti somatické dochází ke změnám funkčním i morfoložickým ve všech systém a orgánech.

- *kardiovaskulární systém – snižuje se elasticita cév, pružnost srdečního svalu i jeho výkonnost*
- *respirační systém- dochází ke změnám elasticity, poddajnosti plic i hrudní stěny, dochází k ochabování dýchacích svalů*
- *nervový systém - ubývá počet neuronů, klesá hmotnost mozku v důsledku atrofie, dochází k biochemickým změnám na synapsích, snížení rychlosti vedení vzruchu na periferních nervech. Všechny tyto změny morfoložické jsou podkladem pro změny psychické.*
- *pohybový aparát – ubývá svalové síly, snižuje sedenzita, opotřebává se více chrupavka, postava je více schoulená a pohyby i reakce se zpomalují*
- *zažívací systém - zhoršuje se chuť a čich, nastává ztráta dentice, snižuje se motilita jícnu a tlustého střeva, sekrece žaludečních a pankreatických šťáv se zmenšuje, ubývá povrchu střevní sliznice*
- *vylučovací systém- dochází ke strukturálním změnám parenchymu ledvin, které způsobují pokles jejich funkce, klesá jak glomerulární filtrace, tak tubulární resorpce. Se sníženou funkcí ledvin také souvisí poruchy vodního a elektrolytového hospodářství.*
- *endokrinní systém – snižuje se funkce a tvorba hormonů, některé žlázy s vnitřní sekrecí svou činnost zastavují*
- *kůže – objevují se vrásky, dochází ke ztrátě elasticity, kožní atrofii a úbytku podkožního tuku*
- *smyslové vnímání - Zrak - klesá akomodační kapacita, snižuje se zraková ostrost, zpomaluje se a klesá adaptace na světlo a tmu. Snižuje se kvalita barvocitu. Klesá citlivost sítnice, a zorné pole se zužuje. Sluch - sluchová ostrost se snižuje už v preseniu. Hmat - s věkem dochází k úbytku Meisnerových hmatových tělísek na konečcích prstu. Čich - atrofují čichová vlákna. Chuť -*

dochází k atrofii slinných žláz s poruchou slinné sekrece chuťových papil kořeni jazyka což způsobuje zhoršenému rozeznávání chutí.

Psychické změny:

K psychickým změnám dochází jednak díky funkčním změnám nervového systému a jednak sociálním vlivům. Dochází ke zhoršení paměti, pocíťování, vnímání, myšlení, adaptability, vitalit. Oslabuje se vštěpování a délka zapamatování nového. Myšlení ztrácí logičnost, pružnost, hloubku, šířku, kritičnost a objektivitu. Snižuje se schopnost učit se novým věcem. Ochuzení fantazie, ustrnutí zájmů. Adaptabilita zvláště na nové podmínky je minimální, reakce na nové prostředí je většinou negativní. Vyhybání se složitým situacím, nechota se rozhodovat. V osobnosti se začíná projevovat nižší pudová složka. Dochází k citové labilitě, citové zranitelnosti. Oslabují se morální zábrany, sebekontrola. „Vytrácejí“ se dovednosti a vědomosti, snižují se schopnosti. Převládá egocentrismus, egoismus. Pocity sociální izolovanosti.

Sociální změny:

Sociální stáří je období spojené s mnoha společenskými změnami. Stáří samo o sobě by se dalo považovat za sociální událost. Osobnost seniora zůstává v podstatě nezměněna, ačkoliv některé povahové vlastnosti se mohou více vyhrotit. Do osobnosti se odráží to, jak se s obtížemi stáří vyrovnávají. Tím, že je osobnost každého člověka jedinečná, je i způsob vyrovnávání se stářím jiný. Manželské vztahy obvykle v tomto období silí, protože na sebe mají více času a ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí. Ostatní sociální vztahy se zužují, ubývá sociálních rolí - samostatné rodiny dětí- nejsou na blízku, zhoršení zdravotního stavu, soběstačnosti. Změna ekonomické situace a životního stylu – odchod do důchodu, ztráta společenské prestiže. Staří lidé často prožívají pocit osamocení - přitom kontakt s druhými lidmi velmi potřebují, (potřebují si promluvit, poradit se, svěřit se někomu, pomoc fyzickou také potřebují). Sociální vztahy bývají často poznamenány zvýrazněním některých osobnostních rysů a postojem ke stáří. Aktualizují se úvahy o celkovém smyslu života. Mezigenerační odcizení – konflikty. Prohlubují se pocity osamělosti poznamenané obavami, že si jich mladí lidé dost neváží, jsou přezíráni, zbyteční a že překázejí. Mají tendenci idealizovat své mládí. Mění se subjektivní prožívání času – minulé roky se

zdají jako něco nepříliš vzdáleného od současnosti. Snaží se vzbudit zájem o svou osobu vzpomínkami na své „staré dobré časy“.³³

7.4.2. Základní požadavky na komunikaci se seniorem:

Požadavky na komunikaci se seniorem jsou specifické, a musíme při nich zohlednit specifika tohoto věku. Hlavně změny, kterými senior prochází.

- *Správná identifikace potřeb pacienta*
- *Vždy komunikovat s ošetřovanou osobou, ne s doprovodem*
- *Uvědomit si cíl, kterého chceme dosáhnout*
- *Nepoužívat vágní a neurčitá slova, a slova, kterým senior nerozumí*
- *Mluvit pomalu a jasně*
- *Správně určit míru pochopení zpětnou vazbou*
- *Neskákat do řeči*
- *Nechat nemocného říci svůj názor*
- *Mít na paměti, že senior může být omezen nedoslýchavostí³⁴*

³³ Jedlička, V. *Praktická gerontologie*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. s. 182,183,184. ISBN 80-7013-109-8

³⁴ Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 24, 25 ISBN 978-80-247-3271-8

8. Komunikace s handicapovaným pacientem

Handicapovaný pacient, tím rozumíme pacienta se znevýhodněním ve smyslu zdravotním, psychickým, nebo sociálním. Pro zdravotnický personál je komunikace s těmito pacienty velice náročná.

8.1. Komunikace s pacientem s vadou sluchu

Sluch má v komunikaci naprosto nenahraditelnou roli. Sluchová vada ovlivňuje vztahy k druhým lidem. Některé sluchové vady lze korigovat použitím sluchadel. Může se však stát, že pacient, obzvláště starší člověk, má potíže s jejich používáním. Z medicínského hlediska se každá porucha funkce sluchového orgánu hodnotí jako sluchové postižení a vymezení kategorií funguje především z funkčního hlediska – podstatná je kvalita a kvantita sluchového vjemu. Z hlediska pedagogického se tato problematika vymezuje v podobě narušení vztahů sluchově postiženého člověka s okolním světem. Jinak na sebe pohlížejí sami sluchově postižení. Mnozí z nich se za postižené nepovažují, cítí se být pouze příslušníky jiné jazykové a kulturní menšiny.

8.1.1. Komunikace neslyšících

Komunikace s neslyšícími je velice složitá pro člověka, který tuto problematiku nezná a může se dopustit chyb. Většinou jsou neslyšící doprovázeni osobou, která jim zprostředkuje kontakt se zdravotnickým pracovníkem. Neslyšící umějí odezírat ze rtů.

Mluvená řeč neslyšících je podmíněna dobou, ve které došlo ke sluchovému postižení. Mluvená řeč neslyšících je z tohoto důvodu různě srozumitelná, často je potřeba si na ni zvyknout. Při jednání s neslyšící osobou je často vhodné určit kontaktní osobu, která bude s neslyšícím jednat, bude zvyklá na jeho způsob promluvy. Navzdory absenci sluchu jsou osoby se sluchovým postižením schopny naučit se vyjadřovat ústní řečí. Je to nejpřirozenější překlenutí komunikační bariéry.

Psaná forma řeč- případě psané řeči sluchově postižených je zapotřebí si uvědomit, že český jazyk umí dobře osoba ohluchlá. Ostatní osoby tj. nedoslýchavé a neslyšící od narození mají různou úroveň znalosti českého jazyka. Problémy při psaném

projevu nastávají například při rozlišování tykání a vykání (znaková řeč toto nerozlišuje), při používání předložek nebo ve slovní zásobě.

Na vzniku dysgramatismu sluchově postižených se podílí tyto faktory:

- *nízká zkušenost s mluvenou řečí*
- *nedostatek až absence sluchové kontroly vlastní řeči*
- *omezené možnosti běžného mechanismu zvládnutí gramatiky mateřského jazyka*

Metody odezírání

- *metoda čistého odezírání - sluchově postižený může vnímat zrakem a dobře chápat mluvené jako slyšící*
- *metoda odezírání s příležitostnou pomocí = podpořit těžko odezíratelné slovo písmem nebo ho vydaktylovat.*
- *metoda odezírání se systematickou pomocí - aplikuje se zejména u neslyšících dětí, které nemají odezírací schopnosti a u mentálně retardovaných sluchově postižených dětí*

8.1.2. Zásady komunikace se sluchově postiženým

- *Komunikace s neslyšícími se řídí určitými pravidly a zásadami. Je dobré je znát a řídit se jimi.*
- *Před rozhovorem s člověkem se sluchovým postižením navážeme zrakový kontakt. Pokud se na nás nedívá, můžeme jej upozornit lehkým dotykem na rameno, paži nebo předloktí, že s ním chceme hovořit. Zrakový kontakt udržujeme po celou dobu rozhovoru.*
- *Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk. Otázku můžeme i napsat.*
- *Odezírání bez pomoci sluchu není spolehlivá metoda vnímání mluvené řeči. Odezírající osobě předem sdělíme téma hovoru.*
- *Při hovoru s nedoslýchavým člověkem nezvyšujeme hlas a nekřičíme. Zajistíme vhodné poslechové podmínky bez okolního hluku.*
- *Doprovází-li člověka se sluchovým postižením tlumočnick či jiná osoba, vždy*

oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod.

- *Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl (nikdy se neptáme, zda nám rozuměl). Ptáme se zásadně vždy po každém důležitém sdělení.*
- *Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení. Proto k takovému člověku přistupujeme se stejným respektem a ohledem na důstojnost jako k člověku bez postižení. Neprojevujeme netrpělivost, neomezujeme komunikaci, ale snažíme se najít cesty, jak se vzájemně lépe dorozumívat.*
- *Na konci každého uceleného sdělení uděláme malou pauzu. Při tlumočení vždy dochází k malému časovému posunu. Tlumočnick musí mít čas přijmout informaci, zpracovat ji a zprostředkovat.*
- *Dáme prostor neslyšícímu vstřebat informace, zeptat se na doplňující otázky. Chce-li se neslyšící člověk zeptat na doplňující informace, poskytneme mu k tomu čas. Na konci hovoru se ho sami zeptáme, zda potřebuje něco dalšího upřesnit.*
- *Při odchodu dejme neslyšícímu písemné sdělení o tom, co jsme projednávali.*
- *Nikdy nemluvte k nedoslýchavému otočení zády.*
- *U osoby, se kterou mluvíte, buďte blízko. Při dvojnásobné vzdálenosti se sníží hlasitost řeči o polovinu.*
- *Oslovíte-li sluchově postiženého v místnosti kde je více lidí, vyslovte jeho jméno.*
- *Špatné pochopení i jediného slova může někdy zapříčinit ztrátu smyslu celých vět. V tom případě je dobré věty znovu opakovat rozfrázovaně, neopakovat je stejně³⁵.*

8.2. Komunikace s pacientem a vadou zraku

Komunikace s pacientem je zrakovou vadou má také svoje specifika. Z praxe se ukazuje, že mnozí pacienti nepoužívají, ve zdravotnické zařízení, kompenzační pomůcky, jako je slepecká hůl. Preferují především doprovod druhé osoby. *Zraková vada působí*

³⁵ APPA, agentura pro neslyšící, *Specifika práce s lidmi se sluchovým postižením*. [on line][cit. 2012-02-13] Dostupné na <http://poradna.prace.cz/prakticke-rady/detail/article/specifika-prace-s-lidmi-se-sluchovym-postizenim/>

pacientům komunikační deficit, protože toho s kým komunikují, nevidí, nevidí jeho výraz a gesta. Pacient se zrakovou vadou nezískává úplná sdělení, cítí se izolovaný a zranitelný.

8.2.1. Zásady komunikace se zrakově postiženým pacientem

- *Než svou pomoc nabídneme, je vhodné se ujistit, že nevidomý o naši pomoc stojí a opravdu ji potřebuje*
- *Vyhnete se projevům soucitu, podceňujícím výrokům a výrokům snižující úctu.*
- *S nevidomým není vhodné manipulovat dřív, než ho slovně upozorníme, že ho budeme např. správně směřovat do dveří, že budou následovat schody, (řekneme schody dolů, schody nahoru), nebo že je v cestě nějaká překážka.*
- *Nevhodné je strkat nevidomého před sebou - ponechat na nevidomém, aby nám řekl, jak ho správně doprovázet (např. chytne se nás za pokrčenou paži). Nevidomý nás může lépe následovat, reagovat na náš pohyb paže. Průvodce vstupuje do místnosti první.*
- *Při doprovodu nevidomého mluvíme o tom, co sami vnímáme vizuálně, informujeme o prostředí, kterým procházíme, o lidech, které potkáváme. Pozor na „přesycení“ informacemi, vybírat ty podstatné a důležité.*
- *Při popisu prostředí se nemusíte vyhýbat informacím o barevnosti prostředí o vizuálních dojmech vidícího.*
- *V rozhovoru se nemusíte úzkostlivě vyhýbat výrazům souvisejícím s viděním, jako: "číst", "podívat se", "uvidíme se" apod. Rozhodně se za ně neomlouvejte, neboť nevidomí tato slova sami používají.*
- *Nezapomínat dát informaci, co způsobují např. nezvyklé zvuky, hluk. Nepoužívat některá slova, která potřebují další informaci - jako "tady", "támhle", "tam" aj.*
- *Známeho nevidomého člověka by měl vidící pozdravit první a k pozdravu by měl připojit svoje jméno, aby nevidomý pochopil, že pozdrav patří jemu.*
- *Když vstupujeme do místnosti, kde se nachází nevidomý, pozdravíme ho první, nebo jemným dotykem dáme najevo svou přítomnost.*
- *Taktéž bychom měli nevidomého informovat o tom, že z místnosti odcházíme, nebo při společné jízdě dopravním prostředkem že vystupujeme.*
- *Při vzájemné komunikaci stojíme k sobě čelem, jak je obvyklé. Nevidomí poznají, když se při řeči otáčíte jinam a z barvy hlasu často vyčtou i některé doprovodné*

jevy jako úsměv, soustředěnost, lhostejnost i nezájem.

- *když se při řeči otáčíte jinam a z barvy hlasu často vyčtou i některé doprovodné jevy jako úsměv, soustředěnost, lhostejnost i nezájem.*³⁶

8.3. Komunikace s tělesně postiženým pacientem

Komunikace s tělesně postiženými, vyžaduje od zdravotnické personálu, velkou dávku taktu a komunikačních zkušeností. Již dobře myšlenou poznámkou, nebo nabídkou pomoci, bychom mohli vyvolat v postiženém člověku, pocit že e nám ho líto.

Tělesně postižení pacienti jsou konfrontováni s tím, že už nikdy nebudou zdraví a budou žít s defektem. Musí se, se svým handicapem naučit žít. Tělesně handicapovaní jsou lidé, kteří mají zjevný tělesný handicap. Jedná se postižení, které přímo souvisí s pohybovým ústrojím. U některých jsou patrné problémy v komunikačních schopnostech. Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Mezi nejčastější pomůcky usnadňující život lidem s tímto handicapem patří invalidní vozík, hole, berle, v dopravě se často setkáváme s úpravou dopravních prostředků směrem k těmto uživatelům, často využívají možností asistenčních psů. Tělesně postižených pacientů, z počtu všech handicapovaných, nejvíce.

8.3.1. Postižení dle zdravotnické klasifikace

- *II. třída -vadné držení těla*
- *III. třída -amelie, dysmelie (chybění části končetin při narození), vrozené rozštěpy páteře, ortopedické vady páteře, amputace, deformace končetiny, degenerativní onemocnění svalstva, stavy po úrazech pohybového ústrojí s trvalými následky, dětská mozková obrna*
- *IV. třída - akutně nemocní jedinci*

Vadné držení těla – je onemocnění pohybového aparátu, jež vzniká v dětství vlivem jeho nesprávného zatížení. Vzniklá svalová nerovnováha pak vede k vadnému držení těla, které se projevuje změnami v reliéfu těla.

Amelie – je vrozený defekt jedné či několika končetin. Vždy je zachován alespoň základ

³⁶ Cerha, J. *Rady průvodcům nevidomých*. [on line] [cit. 2012-02-12]. Dostupný na <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>.

kostí chybějící končetiny.

Dysmelie – je porucha zárodečného vývoje končetin (chybění části končetin při narození)

Rozštěp páteře (*Spina bifida*) – je jedna z nejrozšířenějších vrozených vad. Vzniká v prvních 25 dnech těhotenství. Při této vadě se jeden či několik obratlů neuzavřou a vznikne v nich mezera. Následkem je určitá míra ochrnutí.

Degenerativní onemocnění svalstva neboli **svalová dystrofie** – je genetické onemocnění, jež zasahuje svalstvo. Toto označení zahrnuje přes 20 specifických genetických vad. Většina z nich má podobné příznaky (ochabování svalstva), ale rozdílný průběh.

Dětská mozková obrna – je označení pro skupinu chronických onemocnění, pro něž, je charakteristická porucha centrální kontroly hybnosti. Objevuje se v prvních letech života, a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Příčinou je porucha vývoje či poškození těch oblastí mozku, z nichž je ovládán pohyb.³⁷

8.3.2. Zásady komunikace s tělesně postiženým pacientem

Při komunikaci s tělesně postiženým s pacientem komunikujte s ním, ne s doprovodem. Pokud musíte s nemocným manipulovat, zeptejte se ho na radu, jak to udělat. Používáme kompenzační pomůcky, které nám usnadní manipulaci s tělesně postiženým. Pacienti by měli být vozeni sanitním vozem, ale ne vždy toto platí. Pozor na bariéry na chodbách a na pokojích. Při stravování se musíme informovat o tom, jak je pacient schopen se sám najíst. Veliký problém je také bezbariérové WC a pokoje.

9. Komunikace s pacientem s odlišnou kulturou

³⁷ Kutníková, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1.vyd.Praha: Grada Publishing. 2011. s. 196. ISBN 978-80-247-3676-1

Složení obyvatelstva je kulturně stále různorodější a odlišnosti jednotlivých kulturních a společenských návyků je třeba zohledňovat v ošetrovatelské péči. Mnohdy je specifikum kulturní zvyklosti tak odlišné, že je nutné ošetrovatelský proces přizpůsobit kulturním potřebám pacienta.

9.1. Komunikace s pacienty islámské komunity

Komunikace s pacienty islámské komunity má svoje specifika, která musíme respektovat. Příchod takového pacienta vyvolá u ostatních nemocných údiv. Ženy zpravidla přicházejí zcela jinak oblečené. Je nutné respektovat i to, že manžel chce být přítomen u vyšetření manželky.

9.2. Charakteristika Islámu

Rozšíření

*V pásu od Maroka po Indonésii. Islám je nejmladší z velkých světových náboženství, zrodil se na Arabském poloostrově, uprostřed drsné pouště. V 6. století ležela na severozápadě křesťanská Byzanc, k níž patřila polovina středomoří a na severovýchodě se rozprostírala mocná Persie, jejímž náboženstvím byl prastarý **zoroastrismus***

Šiité

Zůstali v menšině, ale s novou situací se nesmířili a přenesli své naděje na dva syny Alího. Oba však tragicky zahynuli - jeden padl v bitvě proti Umajjovcům roku 680, druhý byl v témže roce zavražděn. Osud Alího a jeho synů natrvalo poznamenal tábor šiitů - stali se pro ně ztělesněním mučedníků a odtud také plyne mnohem emocionálnější přístup k náboženské víře, což mělo rozporné důsledky. Na jedné straně byl šiitský islám

*dynamičtější a mnohem otevřenější novým myšlenkám, na druhé straně se v něm projevoval sklon k autoritářství, agresivitě a nezřídka i k terorismu. Ve středověku tím proslula hlavně sekta **asasínů** (požívačů hašiše), založená tzv. **Starcem z hor**, který ze své horské pevnosti **Alamút** vysílal vrahy po celém Blízkém východě.*

Sunnité

*Sunnitský islám nemá žádnou církevní organizaci, nemá kněze a bohoslužba se omezuje na modlitbu, ke které věřící svolává muezzin. Roli duchovenstva zde hrají tzv. **ulamá**, učenci, kteří se zabývají jak teologickými, tak i právníckými otázkami. Je to důsledek skutečnosti, že islám měl od samého počátku vlastní stát a musel tedy řešit i otázky zákonodárné, sociální atd. V islámu je náboženství nedílně spjata s právem a politikou.*

Šaría

Je islámský zákon, který říká věřícím, jak se mají chovat. Je to kompletní návod k tomu, jak být správným muslimem, a velmi podrobně určuje náboženský, ale i společenský a osobní život věřících. Každý muslim by měl především plnit pět základních povinností:

- 1. Uznávat Alláha jako jediného a všemocného Boha*
- 2. Pětkrát denně se modlit*
- 3. Dodržovat třicetidenní půst v měsíci **ramadánu***
- 4. Poskytovat almužnu chudým*
- 5. Alespoň jedenkrát za život vykonat pouť do Mekky*

Islám je především praktické náboženství, zdůrazňuje rovnost všech muslimů před Bohem a prosazuje sociální spravedlnost. Díky tomu se v minulosti šířil i mírovou cestou a menší skupiny lidí hlásících se k islámu jsou roztroušeny po celém světě. První mešita u nás byla otevřena v Brně. Muhammad se nikdy neprohlásil za Božího syna, ale vždy jen za Proroka, který přináší zjevené Slovo boží. Navazoval přitom na židovství a křesťanství a dlouho věřil, že jej tato náboženství přijmou jako svého završitele. Teprve když nenalezl odezvu, prohlásil islám za samostatné náboženství. Muslimové věří v posloupnost proroků, kteří už před Muhammadem přinášeli.³⁸

³⁸ Apu.cz. *Velká světová náboženství*. [online][cit 2012-02-10]. Dostupné na <http://www.nabozenstvi.apu.cz/islam.html>

9.2.1. Specifika ošetřování

- Většina muslimů se domluví anglicky
- Pečovat o ženy, by měli ženy, teda žena- lékařka
- V odívání nesmí oděv zdůrazňovat tělesné křivky, žena bude trvat na zahalení
- Nesmí jíst vepřové maso
- Při návštěvě je zvykem společně se modlit za uzdravení nemocného
- Emocionálněji dávají najevo bolest
- Transfuze je dovolena
- Transplantace je dovolena, v případě, že jde o živého dárce
- Pitva je zakázána
- Věřící muslim vykonává modlitbu pětkrát denně
- Nikdy neposíláme na vyšetření muslimskou pacientu s mužem
- Někdy chce být přítomen vyšetření manželky manžel
- Chováme se vždy zdvořile a zdrženlivě

9.3. Komunikace s pacienty s vyznáním Svědků Jehovových

Tato náboženská menšina má také svoje zvyklosti, které musíme respektovat. Bohužel jsou někdy v rozporu s naším právním řádem, a hlavně lékaři se pohybují na hraně zákona.

9.3.1. Charakteristika Svědků Jehovových

Tato náboženská organizace vznikla v 70. letech devatenáctého století v USA, původně pod názvem Mezinárodní sdružení vážných badatelů bible. Dnes už státem uznávaná náboženská společnost se os jiných křesťanských církví velice liší, nejen svým velice svérázným překladem bible, ale tím, že jim záleží na zásadách, na kterých ostatním křesťanům nesejde. To činí Jehovisty poněkud zatvrzelejšími a agresivními. Toto si zpravidla ani neuvědomují. Jehovisté jsou mistry v předpovídání konce světa. Jejich ústředí sídlí v Brooklynu V USA. Odmítají vojenskou službu, neslaví Vánoce ani Velikonoce. Mnoho jich často skončilo v koncentračních táborech a komunistických lágrech. Strážní věž je jejich časopisem.³⁹

³⁹ Rampich, J. *Rodinný dům ze všech stran*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. s. 39. ISBN 978-80-247-3607-5

9.3.2. Specifika komunikace

- Odmítají krevní transfúze. Pacienti přicházejí do nemocnice s Průkazem Svědků Jehovových, kde vyjadřují svůj postoj j odmítání krve.
- Ke každé ze Svědků Jehovových je nutno přistupovat jako ke svébytné lidské bytosti
- Dáme možnost rozhodnout se svobodně, bez nátlaku rodiny
- Nepřemlouváme nemocného, aby přijal terapeutický výkon, který odporuje jeho přesvědčení
- Poučíme pacienta o terapeutických a ošetrovatelských výkonech
- Podepsání negativního reversu

9.4. Komunikace s pacienty romské komunity

Komunikace s pacienty není vůbec jednoduchá a vyžaduje velikou profesionalitu od zdravotnických pracovníků.

9.4.1. Charakteristika romské komunity

V rámci etnické skladby světa zaujímají Romové specifické místo. Žijí rozptýleni na všech světových kontinentech, ale nejvíce jich žije v Evropě. Romy můžeme rozdělit z několika hledisek. Obecně existují tři způsoby dělení:

- *Vnitřní*
- *Vnější*
- *Odborné z hlediska etnicko-jazykového*

Vnitřní dělení:

Romové se mezi sebou dělí podle vykonávaných profesí. S každou je spojen různý společenský status. Nejlepší postavení měli vždy hudebníci. Dále se Romové dělí na městské a venkovní. Venkovští si zachovali mnoho ze své tradiční kultury a života, díky poměrné izolovanosti od ostatního obyvatelstva. Mezi sebou se dále rozlišují na špinavé a čisté. Špinavý jsou ti, kteří jedí koňské maso, kuň je pro ně posvátné zvíře, nebo ti kteří jedí ohřívané jídlo, nebo ti kteří porušili skupinovou endogamii.

Vnější dělení:

Česká majorita dělí Romy podle způsobu chování, odívání i podle barvy pleti. Například olašští Romové mají světlejší pigmentaci a nosí tradiční oblečení.

Dělení z hlediska etnicko-jazykového:

Romština se dělí do třech dialektických skupin. Děti jsou největším bohatstvím rodiny. V útlém věku na ně dohlíží matka s prarodiči, v pubertě otec, který je přísnější. Dívky si často musejí brát muže, kterého jim vyberou rodiče, a vdávají se poměrně nízké věku. Těhotná žena je požehnáním do rodiny a přináší jí štěstí. Zvykem býval porod doma. V současné době se romské matky podvolily majoritní poučnosti a rodí v porodnicích. Proto také můžeme velmi často vidět, pokud je porodnici těhotná Romka, tak celá rodina tráví čas v jejím okolí. Většina Romu se hlásí k římským katolíkům. Jsou zvyklí pozdě vstávat a špatně se orientují v hodinách. Nejsou zvyklí poděkovat a poprosit. Velkou úctu chovají k rodičům a ke starším lidem. Romští starší lidé se téměř nevyskytují v domovech důchodců. Postarat se o rodiče je pro ně naprosto přirozené.⁴⁰

9.4.2. Specifika komunikace a ošetřování pacienta romského etnika

- Vnímají neverbální komunikaci více než majoritní společnost
- Nedodržují objednávací doby
- Jsou velice hlasití a hluční. To by mohlo vadit ostatním pacientům
- V případě hospitalizace člena rodiny, zůstávají ostatní členové rodiny v nemocnici celý den, mnohdy i po návštěvních hodinách
- Doprovázejí své členy rodiny na vyšetření
- Pokud je doprovázejí děti, jsou hlučné, nikdo je nenapomene
- Neradi čekají, muži a žena sedí oddělen

PRAKTICKÁ ČÁST

10. Popis průzkumu

Průzkumu jsem prováděla na oddělení všeobecné chirurgie Nemocnice na Homolce. Týkal se spokojenosti s komunikací pacientů, s personálem pracujícím na výše uvedeném oddělení. Průzkum jsem prováděla v době od 1. 7. do 30. 10. 2011. Dotazník

⁴⁰ Ivanová, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. s. 178-180. ISBN 80-7262-599-4.

(viz.příloha), který jsem pro tento účel vytvořila, byl rozdáván nemocným po operaci, kterou absolvovali na výše uvedeném oddělení. Dotazník vyplňovali při propuštění a odevzdávat ho mohli při první plánované kontrole po operaci. Délka od propuštění do první kontroly byla zpravidla osm až čtrnáct dní.

11. Cíl a hypotézy průzkumu

Cílem mého průzkumu je zjistit spokojenost operovaných pacientů na výše jmenovaném oddělení. Pro hodnocení výsledků jsem si stanovila dvě hypotézy.

První hypotéza:

Dokážeme odpovědět na všechny otázky které, nám byly pacienty položeny?

Tato hypotéza odpoví na to, zda zdravotníci odpověděli na všechny otázky, které jim nemocní položili. Pokud pacient odpoví ANO, dostal na všechny otázky odpovědi. Pokud odpoví NE, všechny dotazy mu nebyly zodpovězeny.

Na hypotézu H 1 odpovídají otázky 2, 3, 5, 6, 8.

Otázka číslo 2.

Měl/a/ jste pocit časového presu při vyšetření, takže jste se nemohl/a/ na všechno zeptat?

Na tuto otázku lze odpovědět ANO, NE. Účelem otázky je zjistit, zda měl nemocný čas na to, aby se na všechno zeptal.

Otázka číslo3.

Pokud jste upozornil/a/, že něčemu nerozumíte, bylo vám znovu odpovězeno, a opět zopakováno a vysvětleno to, čemu jste nerozuměl?

Tato otázka odpovídá nato, zda zdravotníci byly ochotni sdělit žádané informace znovu.

Pokud pacient odpoví ANO, dostal všechny odpovědi. Pokud odpoví NE, všechny odpovědi nedostal.

Otázka číslo 5.

Bylo při rozhovoru se zdravotnickým personálem zajištěno vaše soukromí?

Tato otázka odpovídá na to, zda bylo při rozhovoru zajištěno soukromí. Pokud odpoví ANO, soukromí měli, pokud odpoví ne, dostatek soukromí neměli. Nebyla jim dána možnost na všechno se zeptat.

Otázka číslo 6.

Byla vaše komunikace s personálem nějak narušena, např. telefonoval lékař nebo sestra při rozhovoru s vámi?

Tato otázka odpovídá nato, zda byla komunikace se zdravotníkem něčím narušena. Pokud nemocný odpoví ANO, byla nerušena. Pokud odpoví NE, nebyla narušena.

Otázka číslo 8.

Setkal/a/ jste se při komunikaci se zdravotnickým personálem chirurgické ambulance s tím, že by vás zdravotník hrubě odmítl a neposkytl vám, vámi žádané informace?

Tato otázka odpovídá na to, zda zdravotnický pracovník odmítl poskytnout žádané informace. Pokud nemocný odpověděl ANO, bylo mu odmítnuto poskytnout žádané informace, pokud odpověděl NE, žádané informace dostal.

Druhá hypotéza:

Je komunikace se zdravotnickým personálem v celém rozsahu obsahově srozumitelná?

Tato hypotéza odpovídá na otázku, zda je komunikace se zdravotnickým personálem obsahově srozumitelná. Pokud zní odpověď ANO, komunikace je klientům obsahově srozumitelná. Pokud odpoví NE, komunikace obsahově srozumitelná není.

Na hypotézu H 2 odpovídají otázky 1, 4, 7.

Otázka číslo 1.

Používal zdravotnický personál při komunikaci neznámé výrazy, cizí slova, latinské výrazy, které jste nepochopil/a/?

Tato otázka odpovídá na to, zda zdravotníci používali výrazy, kterým nemocný nerozuměl.

Pokud odpověděl ANO, tak všem výrazům nerozuměl a zdravotníci používali cizí výrazy. Pokud odpověděl NE, tak všem výrazům při komunikaci se zdravotníky rozuměl?

Otázka číslo 4.

Stalo se vám někdy, že by sestra nebo lékař řešili při rozhovoru svoje soukromé nebo pracovní problémy a komunikace tím byla narušena?

Tato otázka odpovídá na to, zda zdravotníci, při komunikaci s nemocným, řešili soukromé nebo pracovní problémy.

Pokud odpověděl ANO, tak komunikace narušena byla. Pokud odpověděl NE, tak komunikace narušena nebyla.

Otázka číslo 7.

Jsou písemné materiály, které od nás dostanete, po přečtení doma srozumitelné a dostatečné?

Tato otázka odpovídá na to, zda nemocný dostal písemné materiály srozumitelné a jejich obsah byl dostatečný. Pokud nemocný odpověděl ANO, písemné materiály byly dostatečné, pokud odpověděl NE, dostatečné nebyly.

12. Charakteristika vzorku oslovených pacientů

Během období sbírání dat jsem rozdala 150 dotazníků. Dotazník mi odevzdalo 112 pacientů. To je 71 % z celkového počtu rozdaných dotazníků.

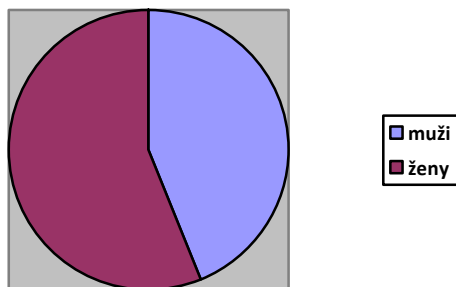
Dotazník mi odevzdalo 63 žen a 49 mužů. Viz tabulka č. 1.

Tabulka číslo 4. Pohlaví

pohlaví	Počet odevzdaných dotazníků
muž	49
žena	63

Vlastní zdroj šetření

Graf číslo 1. Počty odevzdaných dotazníků



Osloveným zkoumaným vzorkem byli pacienti, kteří podstoupili operaci na chirurgickém

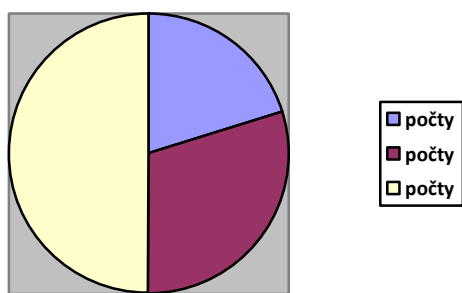
oddělení Nemocnice Na Homolce.

Rozdělení respondentů dle věku.

Tabulka číslo 5. Věk

Věk	Počty respondentů	Počty v % z celkového počtu
18-30	26	23%
31- 41	38	34%
42 a víc	48	43%

Graf číslo 2. Rozdělení dle věku



13. Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem použila dotazník, který se jeví jako nejlepší pro rychlý sběr dat. Také nejméně časově zatěžuje respondenta.

14. Sběr a zpracování údajů

Pracovní hypotéza H1

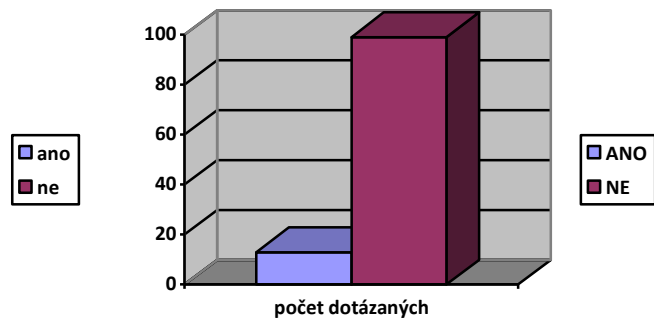
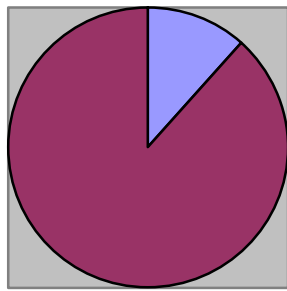
Předpokládáme, že dokážeme odpovědět na všechny otázky, které nám pacienti položí.

K H1 se váží otázky 2, 3, 5, 6, 8.

Otázka číslo 2.

Měl/a/ jste pocit časového presu při vyšetření, takže jste se nemohl/a/ na všechno zeptat?

Graf číslo 3. Výsledky šetření k otázce číslo 2.

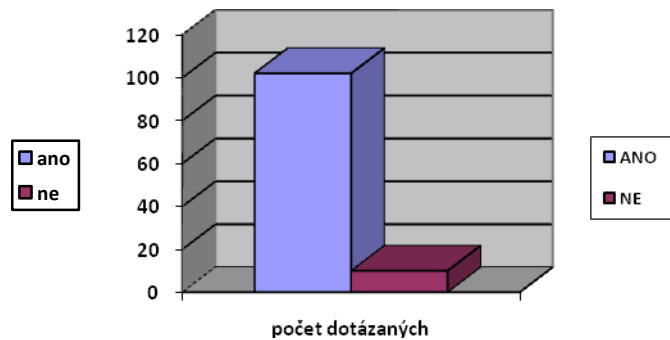
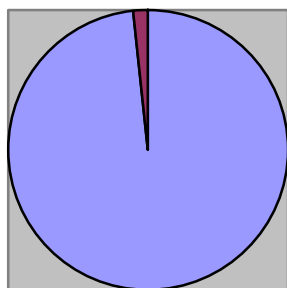


Z celkového počtu dotázaných pacientů odpovědělo: ANO- 13, NE- 99.

Otázka číslo 3.

Pokud jste upozornil/a/, že něčemu nerozumíte, bylo vám znovu odpovězeno, a opět zopakováno a vysvětleno to, čemu jste nerozuměl?

Graf číslo 4. Výsledky šetření k otázce číslo 3.

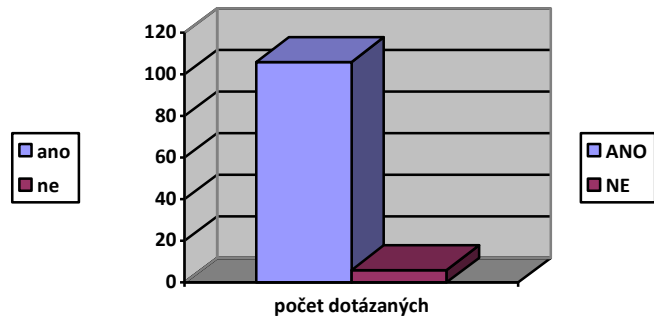
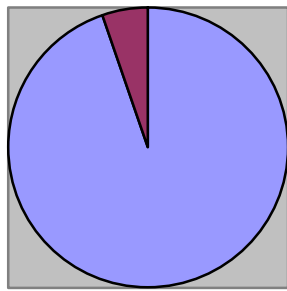


Z celkového počtu dotázaných pacientů odpovědělo: ANO- 110, NE- 2

Otázka číslo 5.

Bylo při rozhovoru se zdravotnickým personálem zajištěno vaše soukromí?

Graf číslo 5. Výsledky šetření k otázce číslo 5.

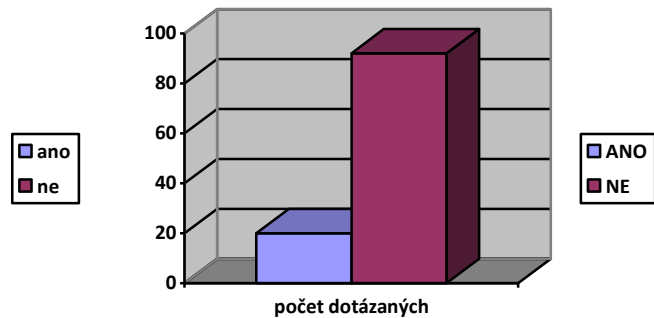
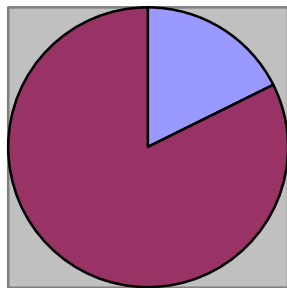


Z celkového počtu dotazovaných pacientů odpovědělo: ANO- 106, NE- 6

Otázka číslo 6.

Byla vaše komunikace s personálem nějak narušena, např. telefonoval lékař nebo sestra při rozhovoru s vámi?

Graf číslo 6. Výsledky šetření k otázce číslo 6.

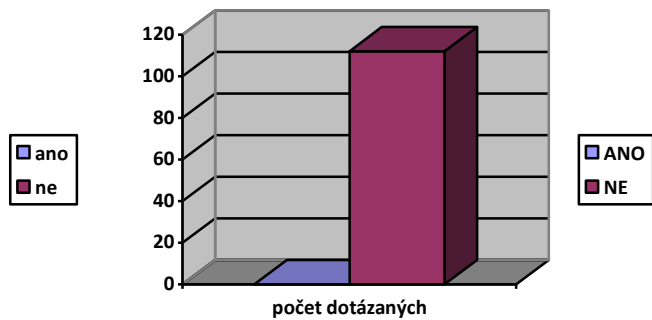
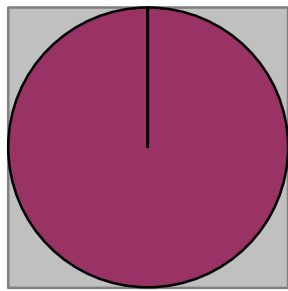


Z celkového počtu dotazovaných pacientů odpovědělo: ANO- 20, NE- 92.

Otázka číslo 8.

Setkal/a/ jste se při komunikaci se zdravotnickým personálem chirurgické ambulance s tím, že by vás zdravotník hrubě odmítl a neposkytl vám, vámi žádané informace?

Graf číslo 7. Výsledky šetření k otázce číslo 8.



Z celkového počtu dotazovaných pacientů odpovědělo: ANO-0, NE- 112.

V kontextu těchto otázek lze konstatovat, že hypotéza číslo 1. se potvrdila, protože předchozí otázky byly zodpovězeny takto.

- Na otázku číslo 2, odpovědělo 13 respondentů, že měli pocit časového presu a 99 odpovědělo, že pocit presu neměli.
- Na otázku číslo 3, odpovědělo 110 respondentů, že pokud něčemu nerozuměli, bylo znovu odpovězeno, pouze 2 odpověděli, že ne.
- Na otázku číslo 5, zda bylo při rozhovoru se zdravotníkem zajištěno soukromí, odpovědělo 106, že bylo. 6 respondentů odpovědělo, že nebylo.
- Na otázku číslo 6, odpovědělo, že komunikace se zdravotnickým personálem byla narušena u 20 respondentů, 92 odpovědělo, že narušena nebyla.
- Na otázku číslo 8, odpovědělo 112 respondentů, že se nesetkali s hrubým odmítnutím poskytnutí požadovaných informací.

Hypotéza H1 se potvrdila.

Pracovní hypotéza H2

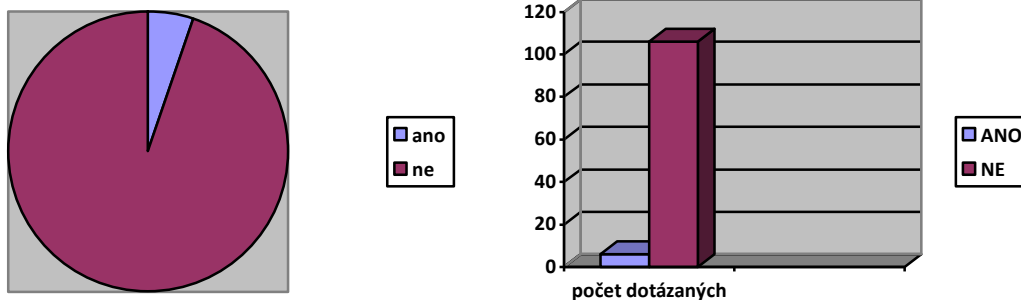
Předpokládáme, že komunikace se zdravotnickým personálem je obsahově pro pacienta srozumitelná.

K H1 se váží otázky 1, 4, 7.

Otázka číslo 1.

Používal zdravotnický personál při komunikaci neznámé výrazy, cizí slova, latinské výrazy, které jste nepochopil/a/?

Graf číslo 8. Výsledky šetření k otázce číslo 1.

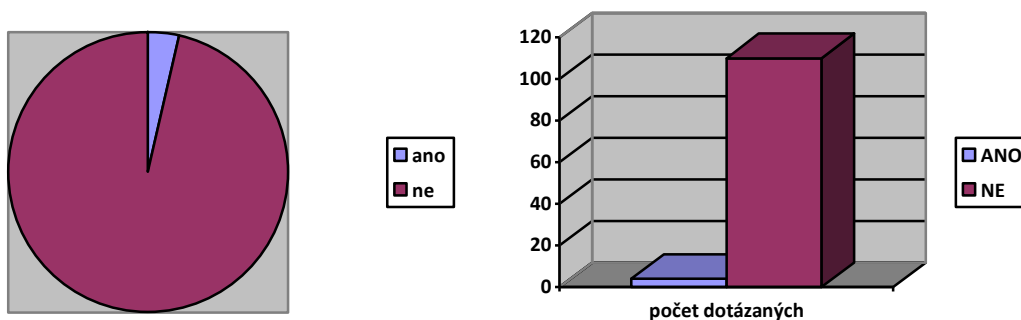


Z celkového počtu dotázaných pacientů odpovědělo: ANO- 6, NE- 106.

Otázka číslo 4.

Stalo se vám někdy, že by sestra nebo lékař řešili při rozhovoru svoje soukromé nebo pracovní problémy a komunikace tím byla narušena?

Graf číslo 9. Výsledky šetření k otázce číslo 4.

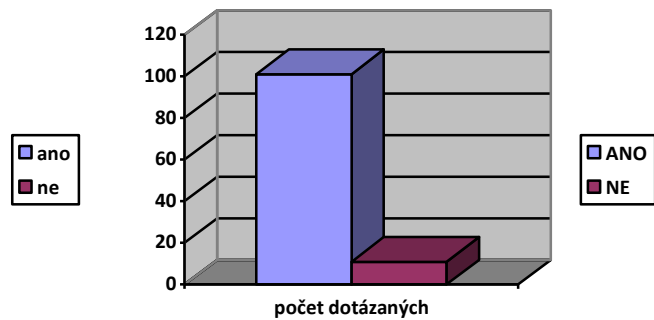
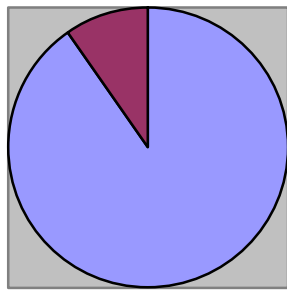


Z celkového počtu dotázaných pacientů odpovědělo: ANO- 4, NE- 108.

Otázka číslo 7.

Jsou písemné materiály, které od nás dostanete, po přečtení doma srozumitelné a dostatečné?

Graf číslo 10. Výsledky šetření k otázce číslo 7.



Z celkového počtu dotazovaných pacientů odpovědělo: ANO- 101, NE- 11.

V kontextu těchto otázek lze konstatovat, že hypotéza H2 se potvrdila, protože otázky byly vyhodnoceny takto.

- Na otázku číslo 1, odpovědělo 106 respondentů, že zdravotnický personál nepoužíval výraz, kterým by nemocný nerozuměl. 6 odpovědělo, že používal.
- Na otázku číslo 4, že byla komunikace narušena soukromím rozhovorem zdravotníků, odpovědělo 108, že nebyla a pouze 4, že byla.
- Na otázku číslo 7, že jsou písemné materiály dostatečné a srozumitelné odpovědělo 101 respondentů, že jsou dostatečné, 11 respondentů odpovědělo, že nejsou dostatečné.

15. Verifikace údajů

K údajům v předchozí kapitole bude přiřazen význam k potvrzení nebo vyvrácení hypotézy.

LEGENDA

+	Potvrzená hypotéza
-	Nepotvrzená hypotéza
+/-	Potvrzená/Nepotvrzená

Pracovní hypotéza H1

Domníváme se, že dokážeme odpovědět na všechny otázky, které nám pacienti položí.

Z výše uvedeného šetření a provedených analýz odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření vyplývá, že H1 se potvrdila.

Tabulka číslo 6. Výsledky šetření H1

Číslo otázky	H 1 potvrzena/ nepotvrzena
Číslo 2	+
Číslo 3	+
Číslo 5	+
Číslo 6	+
Číslo 8	+

Pracovní hypotéza H2

Domníváme se, že komunikace se zdravotnickým personálem je, ve své obsahu, srozumitelná.

Z výše uvedeného šetření a provedených analýz odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření vyplývá, že H 2 se potvrdila.

Tabulka číslo 7. Výsledky šetření H2

Číslo otázky	H 2 potvrzena/ nepotvrzena
Číslo 1	+
Číslo 4	+
Číslo 7	+

16. Porovnání s průzkumem v NNH

Závěry, ke kterým jsem došla v průzkumu, jsem srovnala se závěry průzkumu spokojenosti pacientů, který se provádí každý rok v Nemocnici Na Homolce. Metodou průzkumu je v něm zvolen dotazník, kteří pacienti odevzdávají. V dotazníku je využito bodové hodnocení 1-5. Hodnocení- 1, výborné. 5- nedostatečné. Poté se z celkového počtu spočítala průměrná hodnota- Celková známka.

Tabulka číslo 8. Výsledky dotazníku

Číslo otázky	Celková známka
Vysvětlení zdravotních potíží	1, 25
Dostatek informací o léčbě	1, 31
Soukromí	1,12
Návštěva splnila vaše očekávání	1,21

Na tyto otázky odpovídalo celkem 664 pacientů. Celková průměrná známka je 1,22. Data jsou za období roku 2011.

Porovnála jsem výsledky výzkumu a výsledky průzkumu spokojenosti pacientů Nemocnice Na Homolce a došla jsem k níže uvedeným závěrům.

17. Závěr z praktické části

Ve zkoumaném vzorku pacientů bylo zjištěno, že předpokládané hypotézy se potvrdily. Z průzkumu, který provádí Nemocnice na Homolce, z jeho celkové známky, která je 1,22. Tento dotazník vyhodnocuje obecnou spokojenost pacientů polikliniky.

Myslím si, že péče o pacienty a celková úroveň chování zdravotnických pracovníků Nemocnice Na Homolce je na velice vysoké úrovni. Toto potvrzuje i výsledek celostátního hodnocení nemocnic, ve kterém se Nemocnice Na Homolce umístila na prvním místě. Je ale pravdou, že je stále co zlepšovat. Náprava existuje ve zlepšení komunikace z hlediska poskytnutí lepších písemných materiálů, představení se nemocnému, v omezení narušování komunikace zevními činiteli. Náprava v tom, aby byl na nemocné dostatek času, je v současné době, nereálná.

Proto bych doporučila zaměřit se na zefektivnění činností, tak, aby více času zbývalo na péči o pacienty. Zlepšit interpersonální komunikaci.

18. Závěr

V naší republice má každý občan právo na svobodnou volbu lékaře. Také má nárok na to, aby dostal relevantní informace o kvalitě zdravotnického zařízení, ve kterém chce být ošetřen. Je tak naplněno právo občana, které má zakotveno v našem právním řádu. Důležitou součástí takových informací je výsledek výzkumu spokojenosti pacientů, na jednotlivých klinikách a odděleních. Tyto informace zároveň poskytují zpětnou vazbu vedení jednotlivých oddělení i vedení celé nemocnice. Pravidelné zveřejňování informací, které se týkají kvality poskytované péče, přispívají k posilování zodpovědnosti pacienta za své zdraví. Dále je důležité, aby i zaměstnanci byli seznamováni s výsledky průzkumu, protože spokojenost pacienta, je přímo úměrná se spokojeností zaměstnance. Dotazníky se týkají i spokojenosti pacientů s komunikací. Správná komunikace je ve zdravotnické zařízení velice potřebná a důležitá. Zvláště pak je důležitá její srozumitelnost a přesnost.

Při komunikaci s pacientem získáváme citlivá data, která se bezprostředně týkají jeho zdravotního stavu. Musí být přesně zaznamenaná a chráněná. Je nutné, aby si lékaři i sestry uvědomili, jak je nutné efektivně komunikovat a uvědomili si, prohřešky, kterých se při komunikaci s nemocným dopouštějí.

Celospolečenský přínos při získávání informací o kvalitě komunikace ve zdravotnických zařízeních je nepochybný. Dobrá komunikace s pacientem je velice úzce spojena s interpersonální komunikací mezi zaměstnanci. Je jasné, že kde je komunikace se zdravotníky velice dobře hodnocena pacienty, tam bude i komunikace mezi zaměstnanci na dobré úrovni. V každodenním životě se setkáváme s negativními aspekty chybné komunikace, které mají vliv na výsledné sociální vztahy mezi lidmi. Velice důležité je také vzdělávání zdravotníků v oblasti komunikace. Vhodná jsou školení týkající se komunikačních dovedností a budování vztahu důvěry mezi zdravotníkem a klientem. Posilování empatického chování zdravotníků, snahy porozumět pocitům nemocného, vyhovět jeho přáním zlepší komunikaci.

Abychom dobře komunikovali v profesním i osobním životě, musíme se zamyslet nad tím, jak jsme sami se sebou spokojeni. Jak vnímáme svou rodinu, spolupracovníky a pacienta. Ty hlavně. Zdraví je to nejcennější, co člověk má. Zní to jako otřepaná fráze, ale on si to většinou člověk uvědomí, až když se setká s vážnou nemocí u sebe samého, nebo onemocní jemu, někdo blízký. Nemoc poznamená psychiku nemocného, ovlivní to i jeho komunikaci se svým okolím. Musíme vnímat nemocného jako rovnocenného partnera, pozorně a aktivně naslouchat co se nám snaží říct. Vyjadřovat se jednoduše a jasně. Mít na paměti, že každý má svoje své slabé stránky, své hodnoty, zkušenosti, návyky. To také ovlivní komunikaci s okolím. Mějme na paměti, že komunikace vyvolává u druhých emoce. V souvislosti se zdravotním stavem, při sdělení špatné zprávy, sdělení faktu, že jste vážně nemocný nebo váš blízký těžce onemocněl, to vše vyvolá negativní emoce. Umět se vcítit do pocitu nemocného je důležité, i když mnohdy velice těžké.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Allhoff, W., Allhoff, W. *Rétorika a komunikace*. 14.vyd. Praha: Grada Publishing. 2008. ISBN 978-80-247-2283-2.

Blumenthal, B. *Kapitoly z zhantologie*. Praha: Avicenum. 1987

Ivanová, A. a kol, *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. ISBN 80- 347-1212-1.

Jedlička, J. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1991. ISBN 80-7013-109-8

Jirák, R. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

Jiřinová, B. *Efektivní komunikace pro managery*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 987-80-247-1708-1

Křivohlavý, J. *Povídej, naslouchám*. 1. vyd. Praha: Návrat. 1993. ISBN 80-85495-18-X

Křivohlavý, J. *Jak si navzájem lépe porozumět*. 1. vyd. Praha: Svoboda. 1988.

Křivohlavý, J. *Vážně nemocní mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1989.

Křivohlavý, J. *Duševní hygiena pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. ISBN 80-247-0784-5.

Kelnarová, J., Matějková, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2004. ISBN 978-80-247-2831-5

Kozierová, B., Rebová, G., Olivierová, R. *Ošetrovatelstvo I*. 1.vyd. Martin: Osveta. 1995. IBSN 80-217-0528-0

Kuzmíková, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2011.

ISBN 978-80-247-3676-1

Mikulášek, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2003. ISBN 80-247-0650-4

Nelašovská, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2005. ISBN 80-247-0738-1.

Nollke, M. *Velká kniha umění slovní sebeobrany*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2009. ISBN 987-80-247-3004-2.

Nový, I., Suryne, A. *Sociologie pro ekonomy a managery*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. ISBN 80-247-1705-0.

Paulík, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2010. ISBN 987-80-247-1708-1.

Pease, A. *Řeč těla*. 1.vyd. Praha: Portál. 2001. ISBN 80-7178-582- 2.

Rampich, J. *Rodinný dům ze všech stran*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 987-80-247-3607-5

Vališová, Z., Kasíková, J. *Pedagogika pro učitele*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 987-80-247-3357-9

Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál. 2009. ISBN 987-80-7367-1

Vybíral, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál. 2009. ISBN 80-7178-291-2.

Špatenková, N., Králová, J. *Základní otázky komunikace*. 1.vyd. Praha: Galén. 2009. ISBN

978-80-7262-599-4.

Zachovalová, Eva. *Sestra*, 2011. roč. 21. č. 5, s. 20. ISSN 1210-0404.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Apu.cz. *Velká světová náboženství*. [online][cit 2012-02-10]. Dostupné na <http://www.nabozenstvi.apu.cz/islam.html>

Cerha, J. *Rady průvodcům nevidomých*. [online] [cit. 2012-02-12]. Dostupný na <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>

APPA, agentura pro neslyšící, *Specifika práce s lidmi se sluchovým postižením*. [online][cit.2012-02-13]. Dostupný na <http://poradna.prace.cz/prakticke-rady/detail/article/specifika-prace-s-lidmi-se-sluchovym-postizenim/>

SEZNAM TABULEK A GRAFU

SEZNAM TABULEK

Tabulka číslo 1.....	Míra dostupnosti při setkávání podle národností
Tabulka číslo 2.....	Fáze přijetí závažného onemocnění
Tabulka číslo 3.....	Podíl osob ve věku na 60. let na území ČR
Tabulka číslo 4.....	Pohlaví
Tabulka číslo 5.....	Věk
Tabulka číslo 6.....	Výsledky šetření H1
Tabulka číslo 7.....	Výsledky šetření H2
Tabulka číslo 8.....	Výsledky dotazníku

SEZNAM GRAFU

Graf číslo 1.....	Počty odevzdaných dotazníků
Graf číslo 2.....	Rozdělení dle věku
Graf číslo 3.....	Výsledky šetření k otázce číslo 2.
Graf číslo 4.....	Výsledky šetření k otázce číslo 3.
Graf číslo 5.....	Výsledky šetření k otázce číslo 5
Graf číslo 6.....	Výsledky šetření k otázce číslo 6
Graf číslo 7.....	Výsledky šetření k otázce číslo 8.
Graf číslo 8.....	Výsledky šetření k otázce číslo 1.
Graf číslo 9.....	Výsledky šetření k otázce číslo 4.
Graf číslo 10.....	Výsledky šetření k otázce číslo 7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A-DOTAZNÍKI

Příloha A

Průzkum spokojenosti pacientů s komunikací na chirurgické ambulanci Nemocnice Na Homolce:

1. Používal zdravotnický personál při komunikaci neznámé výrazy, cizí slova, latinské výraz, kterým jste nerozuměl/a/? ANO, NE
2. Měl/a/ jste pocit časového presu, takže jste se nemohla na všechno zeptat? ANO, NE
3. Pokud jste upozornil/a/, že něčemu nerozumíte, bylo vám znovu zodpovězeno mile zopakováno a vysvětleno to, čemu jste neporozuměl/a/? ANO, NE
4. Stalo se vám, že by sestra nebo lékař řešili při rozhovoru s vámi svoje soukromé nebo pracovní problémy a komunikace tím byla narušena? ANO, NE
5. Bylo při rozhovoru se zdravotnickým personálem zajištěno vaše soukromí? ANO, NE
6. Byla vaše komunikace s personálem nějak narušena, např. telefonoval lékař nebo sestra při rozhovoru s vámi? ANO, NE
7. Jsou písemné materiály, které od nás dostanete, po přečtení doma srozumitelné a dostatečné? ANO, NE
8. Setkala jste se při komunikaci se zdravotníkem chirurgické ambulance s tím, že by vás zdravotník hrubě odmítl a neposkytl vám, vámi žádané informace?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marcela Knytlová

Obor: Manažerská studia- řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Komunikace s pacientem na chirurgickém oddělení Nemocnice Na Homolce

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 73

Celkový počet stran příloh: 1

Počet titulů české literatury a pramenů: 28

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PaedDr. Anton Tomko, LL. A.