UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy

Bc. Ivana Zeisbergerová, Di.S.

II. ročník – navazující kombinované studium

Obor: Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.**

Olomouc 2011

PALACKY UNIVERSITY IN OLOMOUC

Science education

Department of antropology and health

Bc. Ivana Zeisbergerová, Di.S.

Communication skills of health professionals in contact with the patient

Thesis

Supervisor: **Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.**

Olomouc 2011

Prohlašuji, že předložená 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.

V Olomouci dne 7. dubna 2011 Ivana Zeisbergerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a psychologický přístup.

Velké poděkování patří také všem vrchním sestrám, které umožnily sběr dat k praktické části práce, a všem zdravotnickým pracovníkům, kteří spolupracovali při vyplnění dotazníkového šetření.

V neposlední řadě patří poděkování paní Ing. Petře Knapové za odbornou pomoc při zpracování praktické části a také rodině za jejich všestrannou podporu.

OBSAH

ÚVOD **7**
I TEORETICKÁ ČÁST **9**
1 KOMUNIKACE **10**
1.1 Formy komunikace 10
1.1.1 Verbální komunikace 10
1.1.2 Neverbální komunikace 11
1.1.3 Vybrané formy neverbální komunikace 12
1.2 Typy komunikace 16
1.3 Charakteristika zdravé komunikace 16
1.4 Techniky komunikace 17
2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ **19**
2.1 Elementy komunikačního procesu 19
2.2 Profesionální komunikace 21
2.3 Rozhovor s pacientem 22
3 KOMUNIKACE SE SPECIFICKÝMI SKUPINAMI PACIENTŮ **24**
3.1 Komunikace na standardním oddělení 24
3.2 Komunikace na JIP a na ARO 25
3.2.1 Komunikace s depresivním pacientem 26
3.2.2 Komunikace s agresivním pacientem 26
3.2.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí 27
3.3 Komunikace s pacientem různých věkových skupin 28
3.3.1 Komunikace s dětským pacientem 28
3.3.2 Komunikace s pacientem seniorem 30
3.4 Komunikace s pacientem s postižením 31
3.4.1 Komunikace s pacientem s narušenou komunikační schopností 31
3.4.2 Komunikace s pacientem s vadou sluchu 33
3.4.3 Komunikace s pacientem se zrakovým postižením 34
3.4.4 Komunikace s pacientem s tělesným postižením 36
3.4.5 Komunikace s pacientem s duševní poruchou 37
3.5 Komunikace s pacientem cizincem 38
3.5.1 Komunikace s pacientem národnostní menšiny 39

II VÝZKUMNÁ ČÁST 42
4 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI 43
4.1 Výzkumné otázky 44
5 VÝZKUMNÁ METODA 45
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR 48
6.1 Průběh sběru dat 50
7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 51
7.1 Okruh I. 51
7.1.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků v oblasti znalostí komunikačních dovedností? 51
7.1.2 Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků a účast na vzdělávacích akcích úroveň znalostí v problematice komunikace? 58
7.2 Okruh II. 87
7.2.1 Výzkumná otázka č. 3: Poskytují zaměstnavatelé svým pracovníkům možnost účasti na vzdělávacích akcích v problematice komunikace? 87
7.2.2 Výzkumná otázka č. 4: Mají zdravotničtí pracovníci zájem o tuto problematiku? 88
7.2.3 Výzkumná otázka č. 5: Jaká je nejvíce užívaná metoda zdravotnických pracovníků při komunikaci s pacientem cizincem a s pacientem v bezvědomí? .90
7.2.4 Výzkumná otázka č. 6: Jak subjektivně hodnotí zdravotničtí pracovníci své komunikační dovednosti realizované v praxi? 93
8 DISKUSE 97
ZÁVĚR 103
SOUHRN 106
SUMMARY 107
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 108
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 112
SEZNAM OBRÁZKŮ 113
SEZNAM TABULEK 114
SEZNAM PŘÍLOH 115
PŘÍLOHY 116

ÚVOD

„Problém nebývá v tom, co neříkáme, ale v tom, co neslyšíme.“

(Plamínek, 2008)

Tento citát pochází od autora mnoha psychologicky zaměřených knih, doktora Jiřího Plamínka. Můžeme jej nalézt v díle *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet, rozumět.* Komunikace je často širokou veřejností vnímána jako výměna informací mezi aktéry. Jistě je to správně, ale jak prozrazuje název již zmiňovaného díla, je to především umění. Nejde jen o sdělení informací, ale především o jejich společné sdílení.

Komunikace v dnešním moderním světě probíhá různými prostředky. Komunikuje se mobilními telefony, počítači a dalšími technologickými metodami. Efektivní komunikace znamená vhodně se vyjadřovat, umět slyšet, co druhý říká, a rozumět tomu. Dnes se setkáváme s případy, kde tato dovednost chybí. A proto je velmi nutné o správné komunikaci mluvit, zabývat se jí a rozšiřovat ji do povědomí dnešní vyspělé společnosti. Protože komunikace je nedílnou součástí života, je vždy přítomná a všudypřítomná.

Největší důraz se klade na komunikaci u pomáhajících profesí, tedy u profesí, ve kterých přichází pracovníci do kontaktu s lidmi. Jde např. o manažery, úředníky různých institucí, prodavače, učitele, atd. Ve zdravotnictví by pak měla být efektivní komunikace samozřejmostí. Předpokládá se, že kvalitní komunikace je základem úspěchu léčby a poskytované péče. Naváže-li zdravotnický pracovník (ať už lékař nebo sestra) mezi pacientem adekvátní komunikaci, zvyšuje se jejich vzájemná důvěra, což má významný vliv na hospitalizaci a průběh léčby. Z praxe ale vím, jak je tomu ve skutečnosti. Lékař přijde do styku s pacientem pouze při přijetí, na vizitách a při propuštění. Nejvíce času s ním pak tráví ošetřující sestra, která je ovšem zaneprázdněna i jinými povinnostmi, často se stará o několik pacientů a musí vyřizovat mnoho úředních záležitostí. To, že se pacientům nemůže naplno věnovat, se pak odráží v přístupu k nim, a to po všech stránkách uspokojování základních potřeb nemocného.

I když je dnešní zdravotnictví velmi vyspělé, moderní a se špičkovými pracovníky svého oboru, chybí mnohdy lidský přístup k pacientům. Je důležité si uvědomit, že pacient pro ně není jen „klient“, který něco potřebuje, ale je to především člověk, jako všichni ostatní, který se pacientem stal. Změnil svou roli v roli, kterou nezná, je v nové životní situaci a mnohdy s ní neumí bojovat. Proto je zde zdravotnický pracovník, který mu musí pomoci, a to nejen po odborné stránce, ale také v psychologických aspektech.

A právě taková praxe ve zdravotnictví a mé osobní zkušenosti mě přivedly k volbě tohoto tématu. Ve své diplomové práci se zaměřuji na efektivní komunikaci zdravotnických pracovníků a jejich komunikativní dovednosti. Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části se zabývám základními otázkami komunikace. V první kapitole uvádím formy, typy a techniky komunikace a způsoby, jak by měla správná komunikace vypadat. Ve druhé kapitole se zaměřuji na komunikaci s pacientem, především na to, jak by měl probíhat rozhovor. Třetí kapitola je obsáhlejší a jsou v ní uvedené postupy, jak komunikovat s určitými skupinami pacientů.

V praktické části se pak formou výzkumné metody zaměřuji na komunikativní dovednosti zdravotnických pracovníků v praxi. Pomocí dotazníkového šetření zjišťuji úroveň informovanosti o komunikaci a jejich subjektivní náhled na praktikované způsoby komunikace.

Cíle práce:

- Zhodnotit jaká je úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků o komunikaci.
- Zhodnotit úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků o komunikaci v souvislosti s věkem, délkou praxe, nejvyšším dosaženým vzděláním a účastí na vzdělávacích akcích.
- Zjistit, zda zdravotnická zařízení umožňují zdravotnickým pracovníkům vzdělávat se v problematice komunikace s pacientem.
- Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci mají zájem vzdělávat se v oblasti komunikačních dovedností.
- Zhodnotit realizaci komunikačních technik při komunikaci s vybranými skupinami pacientů.
- Zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků v praxi.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Jednoznačná definice komunikace neexistuje. Různá literatura uvádí různé definice komunikace, např. „komunikace je výměna informací, pocitů, zkušeností.“[1] Podle jiného autora je komunikace „přijímání, interpretace a vysílání signálů.“[2] Obecně lze říci, že komunikace znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli.[3]

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. „Jde o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot, zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvory apod.“[4]

Lidskou komunikací se vědci začali zabývat až od poloviny 20. století, zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií, který zasahuje do všech oblastí lidské činnosti.

1.1 Formy komunikace

Základní dělení komunikace je na verbální (slovní) a nonverbální (mimoslovní). Verbální komunikace se ve vývojovém kontextu považuje za mladší, nonverbální komunikace za vývojově starší. V historickém významu souvisí s vývojem člověka od prvopočátků a je jedním z jeho nejdůležitějších projevů.

1.1.1 Verbální komunikace

Znamená komunikaci prostřednictvím jazyka a řeči. Charakterizuje člověka vůči jiným společensky žijícím živočichům. Je tudíž výhradně vlastností a dovedností člověka. Vyznačuje se především těmito rysy:

- „artikulovaná řeč, tvořená hláskami, slovy, větami

[1] VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 11.

[2] MIKULAŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 16.

[3] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 9.

[4] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 10, s. 11.

- vázána na jazyk
- slova jsou symboly s víceméně stálým a určitým významem, který není zcela závislý na souvislosti a situaci
- může vyjadřovat i témata a obsahy nepřítomné, minulé, vzdálené nebo budoucí, případně i neskutečné a fantazijní, např. v literatuře nebo mýtu.“[5]

Člověk je pro verbální komunikaci vybaven fyziologicky, utvářením a umístěním hlasivek a svalovou ovladatelností jazyka a rtů, a vrozenou schopností osvojit si jazyk. Sám jazyk patří do oblasti kultury a každý jednotlivec se jej musí naučit používat. Ve společnostech, které neznají písmo, se jazyk udržuje pouze předáváním z generace na generaci, a pokud se toto předávání přeruší, jazyk vymře. Jazyk a řeč úzce souvisejí s intelektuálními schopnostmi a silně ovlivňují lidské myšlení. Složitější formy spolupráce, organizace společnosti a zejména shromažďování a předávání znalostí, myšlenek a technik nejsou bez verbální komunikace patrně možné.[6]

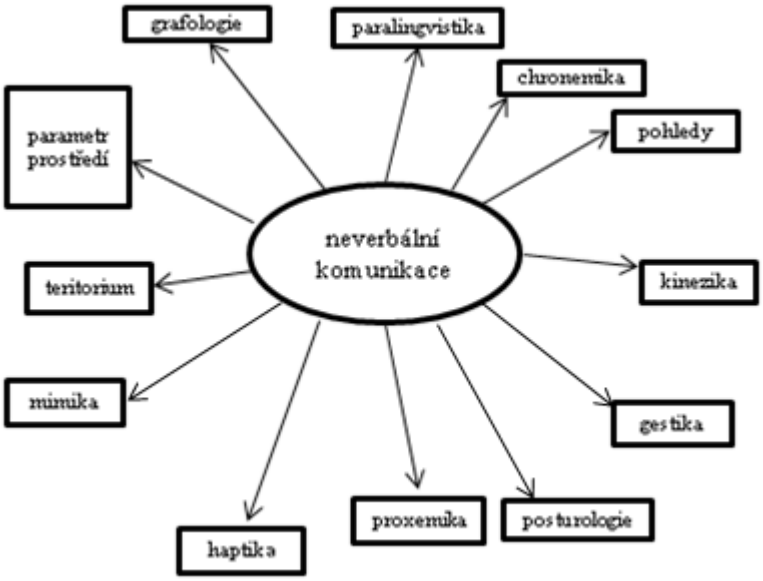
1.1.2 Neverbální komunikace

Znamená souhrn mimoslovních sdělení, která jsou vědomě nebo nevědomě předávána člověkem jiné osobě nebo lidem. Rozděluje se podle neverbálních projevů do několika skupin, které jsou znázorněny na schematickém obrázku[7] následující strany.

[5] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 9.

[6] *Wikipedie, otevřená encyklopedie* [online]. 2010 [cit. 2011-02-26]. Verbální komunikace - Wikipedie. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Verb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace>.

[7] Haptika znamená komunikace dotekem. Proxemika vyjadřuje vztah mezi lidmi prostřednictvím vzdáleností. Posturologie je vědní disciplína zabývající se postoji a uspořádáním těla v prostoru. Gestika se zabývá gesty rukou a kinetika pohyby těla. Aspektem neverbální komunikace jsou pohledy a signály vysílané očima. Chronemika je úsekem neverbální komunikace zabývající se zacházením člověka s časem. Mimoslovní projevy řeči jako jsou hlasitost, výška tónů, rychlost, plynulost, frázování zkoumá jazykovědní obor Paralingvistika. Také psaná forma komunikace, tj. písmo, se řadí do skupiny neverbální komunikace, obor, který se písmem zabývá, se nazývá grafologie. Na komunikaci má vliv také momentální prostředí a území, ve kterém se komunikanti nacházejí. (VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 54).



Obrázek č. 1: Neverbální komunikace[8]

Prostřednictvím neverbální komunikace si s druhými lidmi předáváme informace o tom, jak vnímáme sami sebe a svého partnera, informace o vlastních emocích, napětí a rozpoložení. Může zesílit nebo doplnit verbální komunikaci, podtrhnout její důležitost, regulovat ji, nebo také zcela nahradit.

1.1.3 Vybrané formy neverbální komunikace

Při komunikaci mají zásadní význam nejen slova, ale i mimoslovní projevy. Mnohé může odhalit také ***úprava zevnějšku*** – způsob oblečení, líčení, účes. V mnoha povoláních je oblečení symbolem profese. „Např. ve zdravotnictví je sesterská či lékařská uniforma symbolem jisté pozice, role a tedy i kompetence v určité situaci. Sděluje ostatním, že dotyčná osoba je připravena vykonávat očekávanou činnost. Lidé, kteří nedbají na svůj zevnějšek, vzbuzují u druhých nejistotu a pochyby.“[9]

Výraz tváře nejsilněji odráží emoční stav a prožívání. Může vyjadřovat radost, smutek, strach, štěstí, neštěstí, překvapení, rozčilení, spokojenost, nezájem, atd. Některé výrazy obličeje snadno odkryjí momentální prožívání. „Neschopnost vytvořit vhodný výraz

[8] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi.* Praha: Grada Publishing, 2003.

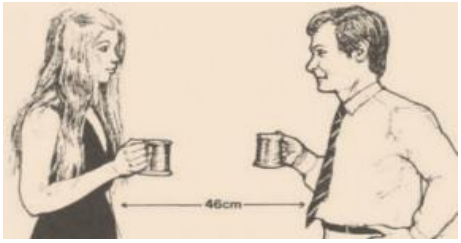
[9] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 29.

obličeje může být součástí symptomatologie některých nemocí, také některé psychiatrické poruchy mohou způsobit oploštění afektu a minimální výraz obličeje.“[10]

Obrázek č. 2: Řeč očí a pohledů[11]

Neméně významným komunikátorem emocí je ***řeč očí a pohledů.*** Často se říká, že oko je do duše okno. Očima zahajujeme sociální kontakt. Tedy kontakt člověka s člověkem. Pohledem lze vyjádřit víc než slovy, např. zvednutí obočí nebo přímý pohled může být v jiných kulturách vnímán jako hostilní nebo urážlivý.

„Sdělování jistých informací může zprostředkovávat také vzdálenost mezi komunikanty, ***přiblížením se*** k druhému či ***oddálením*** od něho. Čím jsou si lidé sympatičtější, tím kratší vzdálenost při komunikaci udržují, a naopak. Každý člověk má tzv. intimní zónu, která je ve vzdálenosti do 15-30cm. Do této zóny si pouští jen lidi, s kterými sdílí určité sympatie.“[12]



Obrázek č. 3: Proxemika[13]

[10] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 30.

[11] *Nakladatelství Portál* [online]. 2005 - 2011 [cit. 2011-02-26]. Oční kontakt. Dostupné z WWW:<http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=3179>.

[12] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 31.

[13] *Anavin svět* [online]. 2011 [cit. 2011-03-09]. Neverbální komunikace - Posturologie. Dostupné z WWW: <http://www.anavi.estranky.cz/clanky/neverbalni-komunikace/posturologie.html>.

Význam ***doteku*** je často opomíjen. „Když ústa nevědí, co říci, ruka to ví.“ Dotek je univerzálním jazykem. Držení za ruku nebo lehký dotek na paži může být během stresových situací velmi uklidňující. Fyzický kontakt je projevem zájmu o druhé. Může překonat jazykovou, věkovou, ale i jinou bariéru. Může uklidnit, podpořit, ujistit.

Celkový vzhled těla, ***pohyby***, držení těla, poloha rukou, nohou, směr natočení těla o člověku mnoho prozrazuje. Signalizuje emoční stav, zaujetí, postoj k druhému či ke sdělení, které je obsahem komunikace. Např. rychlá chůze se vztyčenou hlavou charakterizuje jedince sebevědomé a optimistické, svěšená hlava a skleslá ramena mohou vypovídat o výrazu nedůvěry, obav či nejistoty. Vysoká frekvence pohybů končetin, jako např. podupávání či klepání nohou, poukazuje na nervozitu, napětí, netrpělivost, nesouhlas s tím, co se právě sděluje nebo děje, a může blokovat komunikaci.

Obrázek č. 4: Řeč těla[14]

Kongruence (souhlasnost) polohy těla aktérů vyjadřuje sympatie a náklonnost během komunikace. Pokud spolu účastníci souhlasí, mívají i podobnou polohu těla. V opačném případě je nesouhlas podtržen i nesouhlasnými polohami těla účastníků.[15]

Gesta mohou nahradit verbální sdělení. Běžně se používají při popisování velikosti, tvaru apod., aby si druhý dokázal lépe představit, co je mu sdělováno. Kromě těchto zjevných gest ale člověk používá i gesta neuvědomělá, která mohou taktéž mnoho prozradit. Např. otevřené ruce a paže mohou znamenat otevřenost a upřímnost při komunikaci. Založené paže, překřížené ruce, propletené prsty mohou poukazovat na rezervovanost, nebo opatrnost při komunikaci, také však mohou být výrazem zranitelnosti a potřeby ochrany.[16]

[14] *Mozektevidi.net* [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Tajná řeč těla. Dostupné z WWW: <http://mozektevidi.net/clanek/tajna-rec-tela>.

[15] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 35.

[16] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 35.

Obrázek č. 5, 6: Haptika[17]

Paralingvistika představuje přechod od komunikace neverbální ke komunikaci verbální. Dává najevo postoj řečníka k dané věci, jeho zaujetí, vřelost, sympatii nebo zlobu, může zesilovat nebo zeslabovat obsah sdělení, zpochybňovat ho nebo potvrzovat. Do paralingvistiky se zahrnuje sílu hlasu, výška tónu řeči, rychlost verbálního projevu, objem řeči, plynulost a kvalita řeči, parafrázování, pomlky, barva hlasu a také chyby v řeči. Hlasitá řeč může znamenat vitalitu, sebevědomí, přátelskost, uvolněnost, nebo i špatné sebeovládání. Naopak tichá řeč bývá projevem nesmělosti, stydlivosti. Někdy ovšem i rozhodnost a důraz může být proklamován tichým, pomalým projevem za pomoci výraznějších neverbálních signálů. Rychlé tempo mívají lidé impulzivní a temperamentní, ale může být také známkou nevázanosti nebo nervozity. Pomalé tempo může být projevem věcnosti, rozvahy, vyrovnanosti nebo celkové pomalosti či váhavosti.[18]

Obrázek č. 7: Řeč těla[19]

[17] *Anavin svět* [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Neverbální komunikace - Haptika. Dostupné z WWW: <http://www.anavi.estranky.cz/clanky/neverbalni-komunikace/haptika.html>.

[18] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 35.

[19] *Anavin svět* [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Neverbální komunikace - Haptika. Dostupné z WWW: <http://www.anavi.estranky.cz/clanky/neverbalni-komunikace/haptika.html>.

Neverbální chování je sice dobře viditelné, ale nesnadno interpretovatelné. Je třeba být proto velmi opatrný při dekódování neverbálních signálů a brát zřetel na další faktory např. temperament, situaci, zdravotní stav, věk, pohlaví, geografickou či etnickou oblast, sociální třídu, společenskou skupinu. Je vždy třeba vycházet z kontextu dané situace a posuzovat celkové neverbální i verbální sdělení.

1.2 Typy komunikace

Komunikace se dle počtu komunikantů dále rozlišuje. „Jde-li o ***kruhovou*** komunikaci, znamená to, že probíhá mezi nejbližšími sousedy. Komunikuje-li aktér pouze s jedním sousedem a ten s dalším, jedná se o komunikaci ***řetězovou***. Je-li klíčová jedna osoba, jejímž prostřednictvím komunikují další, jedná se o komunikaci ***ohniskovou***. ***Vertikální*** komunikace znamená, že informace jde shora dolů a zdola nahoru (např. vedoucí dává příkazy podřízeným a sleduje realizaci, přijetí. K tomu potřebuje informace zdola). Kdežto u ***horizontální*** komunikace proudí informace mezi členy skupiny na téže úrovni hierarchie (např. komunikace mezi zdravotníky na oddělení).“[20]

Ze sociálního pohledu lze komunikaci rozčlenit na ***intropersonální a interpersonální.*** ***Intropersonální komunikaci*** chápeme jako komunikaci, kterou vede účastník sám se sebou (vnitřní monolog nebo dialog). Může probíhat formou vnitřní neartikulované řeči, nebo nahlas artikulovatelným projevem. ***Interpersonální*** komunikace znamená komunikaci mezi dvěma i více lidmi. Může mít formu dialogu, interview či vyjednávání, apod. Je-li komunikátorů, kteří si sdělují nějaké informace, postoje a názory, více, hovoří se o komunikaci ***skupinové***. ***Masová*** komunikace znamená, že mluvčí předává sdělení širšímu obecenstvu. Takovým příkladem jsou časopisy, knihy, televize, internet, atd. Komunikace probíhá také mezi příslušníky různých kultur a je nazvaná ***interkulturní***. Je dána odlišnými jazyky, zvyky, morálkou, zákony nebo také časovým pásmem.[21]

1.3 Charakteristika zdravé komunikace

Komunikace mezi lidmi by měla být zdravá, někteří autoři též používají adjektivum „kvalitní“. Nezdravá komunikace působí velmi intenzivně na vegetativní děje v organismu

[20] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 12.

[21] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 32-33.

člověka. „Může způsobit např. bušení srdce z neblahého tušení, svírání žaludku z hrozby apod. Dokonce i u některých nemocí je komunikaci připisován velmi významný vliv na stabilizaci stavu nemocného (např. roztroušená skleróza).“[22] Zdravá komunikace je charakterizována tzv. ***bezprostřední reakcí***, kdy komunikující neodkládá odpovědi na pozdější dobu, reaguje na ně ihned. Hodinové i několikadenní mlčení vede k poruchám momentálního kontaktu a někdy udržuje i delší poruchu ve vztahu. Při komunikaci je třeba se přizpůsobovat stanoviskům, slovníku i mimoslovnímu vyjádření druhého. Tato dovednost se označuje jako ***kognitivní přizpůsobování***. Úspěšnou komunikaci zajistí především projevený ***zájem o druhého***, trpělivé a pozorné naslouchání, příjemný hlas, projevená radost i starost a uznání druhého. Mezi další charakteristické znaky se řadí ***reciprocita a konzistence interakcí***[23], využití ***humoru***, otevřenost a neuzavírání perspektivy s možností dalšího pokračování komunikace. Nedoporučuje se zahrnovat jiné nadbytkem požadavků, přílišnou kritikou a vyjadřovat zklamání příliš dramaticky. Platí zde zásada ***třikrát ne***.

V publikacích o mezilidském komunikování se nachází různá hodnotící označení. „Zdravá, efektivní, funkční či vydařená komunikace se často označuje jako sociální dovednost, sociální obratnost, případně meziosobní dovednost, což jsou synonyma pro dovednosti komunikační – verbální i neverbální.“[24]

1.4 Techniky komunikace

Ke zdravé komunikaci patří umění asertivního chování. „Asertivita je způsob komunikace, který mluvčímu pomáhá svobodně vyjádřit svůj názor, tak aby neohrozil či neurazil komunikační partnery, a přitom si svůj názor uhájil. Je to způsob komunikace v různých životních situacích, při které nedochází k omezování práv mluvčího ani ostatních.“[25] Asertivní jednání není ani pasivní ani agresivní. Díky němu umí člověk čelit kritice, manipulaci a afektivním a agresivním výpadům. „Asertivní trénink učí člověka

[22] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 13.

[23] Reciprocita znamená, že každý má mít možnost se vyjádřit, neskákat druhému do řeči, nechat ho domluvit. Konzistencí interakcí rozumíme dodržování směru při konverzaci, nevybočit z daného pojetí. (MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 32-33).

[24] PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy, dovednosti, poruchy*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 74.

[25] MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 132.

bránit se, prosadit se a vyjadřovat se. Podle situace, která nastala, lze využít některou z asertivních dovedností. Princip techniky ***asertivní „ne“*** spočívá v naučení se odmítat bez pocitu provinění, bez nutnosti vysvětlování.“[26] Další možnou technikou je taktika ***pokažené gramofonové desky***, kdy komunikující osoba klidně a vytrvale opakuje její požadavek, tedy to, čeho chce dosáhnout. Ignoruje manipulativní léčky a trvá si na svém. Asertivní technikou ***otevřené dveře*** přiznává dotyčná osoba kritikovi, že v tom co říká, může být pravda. Technika ***sebeotevření*** pomáhá klidně sdělovat kladné i záporné aspekty své osobnosti a chování. ***Volné informace*** je technika, která učí při komunikaci rozpoznávat prvky pro našeho partnera zajímavé a důležité a současně nabízí volné a nevyžádané informace o sobě. ***Negativní aserce*** učí přijímat kritiku negativních kvalit, chyby a omyly, aniž by se dotyčný musel omlouvat. Redukuje zlost a agresivitu kritika. K aktivní podpoře kritiky s cílem použít získané informace nebo je vyčerpat vede technika ***negativního dotazování***. Kritik je veden k větší asertivitě a malé závislosti na manipulativních manévrech. ***Selektivní ignorování*** je technika umožňující vyrovnání se s kritikou. Dotyčná osoba nereaguje na manipulativní kritiku, může dát najevo, že slyšel, ale nevyjadřuje se k jádru věci. ***Přijatelný kompromis*** lze využít v situaci, kdy není v sázce porušení sebeúcty dotyčných. Tam, kde je v sázce jejich sebehodnocení, kompromisy při asertivním jednání neexistují.[27]

V kontextu asertivního jednání má každý určitá práva. Právo nebát se vyjadřovat své pocity, (mimika má odrážet, co dotyčný cítí), nebát se říci „ne“, dokázat přijmout pochvalu, jednat spontánně a nemluvit za skupinu, nýbrž za sebe. Informační zdroje uvádějí deset asertivních práv (viz *Příloha č. 1*).

[26] MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing, 2007 s. 132.

[27] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*, s. 14.

2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. V ošetřovatelském procesu je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou a lékařem, přičemž oba účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem i přijímačem informací. Tyto informace mohou být rozmanité – verbální, neverbální, psané nebo mluvené, formální nebo neformální, specifické v tématu nebo na něco konkrétně zaměřené. „Komunikace je kontinuální a dynamický proces, ve kterém zdravotnický pracovník a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Je nedílnou součástí ošetřovatelské péče, je jejím základem. Ošetřovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. A takové setkání se bez komunikace neobejde.“[28]

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s lidmi jako s příjemci jejich práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetřovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými i kolegy na významné místo. „Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace. Ztráta schopnosti komunikovat je mnohdy vážným ohrožením vztahů. Každý zdravotník by měl užívat dovednosti komunikovat s pacientem jako součásti profesionálního vybavení.“[29]

2.1 Elementy komunikačního procesu

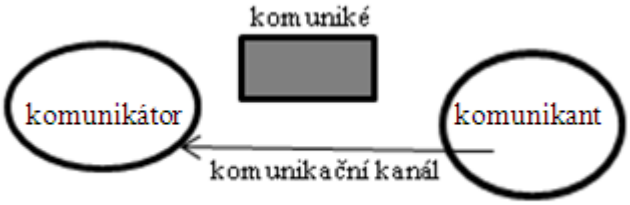
„Kvalitní ošetřovatelská péče je bez komunikace mezi sestrou a pacientem nemyslitelná. Vzájemný komunikační vztah zdravotníka a pacienta by měl být lidsky rovnocenný, komunikují spolu dvě lidské bytosti. Po profesní stránce je ale přirozeně nevyvážený – lékař i sestra jsou z hlediska své pracovní pozice autoritou, experty.

[28] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 9.

[29] VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 11.

Mohou proto, a měli by, komunikaci s pacientem do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě i obsahu.“[30]

Váznoucí komunikace může být následkem poruchy jednotlivých komunikačních elementů. Na začátku komunikace musí ***vysílač*** (osoba nebo skupina s úmyslem komunikovat, komunikátor) svoje ***sdělení*** (zprávu, komuniké) ***zakódovat***, to se děje přes jazyk nebo neverbální signály. Poté nastupuje cesta, způsob přenosu informací prostřednictvím tzv. ***komunikačního kanálu*** (mluvené nebo psané slovo, dotek nebo také nějaký skutek). Pro smysluplnost komunikace musí být ale na druhém konci někdo, kdo informace přijímá a zpracovává. Takovým elementem je ***přijímač*** (člověk, kterému je sdělení určeno, komunikant), který musí sdělení ***dekódovat*** (porozumět mu). Jakmile jsou zprávy přijaty, dekódovány, příjemce na ně nějakým způsobem reaguje. Dochází ke ***zpětné vazbě,*** původní přijímač reaguje – stává se vysílačem – jeho odpověď přijímá původní vysílač, který je nyní v pozici přijímače. Tak se komunikace posouvá dál, dokud není ukončena. To vše probíhá v určitém ***kontextu*** (prostředí)[31]. Ta samá slova nebo určité formy chování a jednání mohou mít v jiném kontextu různý význam. Například při návštěvě pacienta a při náhodném setkání otázka „Jak se máš?“



Obrázek č. 8: Schéma komunikačního procesu[32]

Obtíže mohou být způsobeny kterýmkoliv elementem, nedorozumění se šíří celým komunikačním procesem a dál vyvolává určitou reakci. Typickým příkladem v praxi zdravotnického pracovníka může být pacient cizinec. V tomto případě se zdravotník musí napojit na jiný komunikační kanál a využít jiných, kreativnějších způsobů komunikace, aby pacientovi určité sdělení předal. Určitou možností je i využití překladatele, který by sdělení sestry pacientovi dekódoval. Problémy mohou nastat také v procesu dekódování.

[30] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 10.

[31] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*, s. 24-28.

[32] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 24.

Např. u psychiatrických pacientů, u pacientů po centrální mozkové příhodě, kdy má pacient snahu komunikovat, ale problém v zakódování (poškozený mozek není schopen zakódovat) vede k problematickému porozumění. Co chce psychiatrický pacient říct, když tvrdí, že vidí UFO? Zdravotník s určitými vědomostmi by měl vytušit, že ve skutečnosti tím pacient myslí, že je vyděšený a zmatený, nebo že se nemůže ovládat.[33]

2.2 Profesionální komunikace

V komplexní ošetřovatelské péči o nemocné patří dobrá komunikace zdravotnického personálu mezi priority. V praxi se rozlišují tři druhy profesionální komunikace.

Sociální komunikace – jde o běžný rozhovor a kontakt s nemocným jak ve zdravotnických zařízeních, tak v domácí péči (např. komunikace při ranní hygieně, podávání jídla, léků apod.).

Specifická komunikace – zdravotnický pracovník působí edukačně, motivuje nemocného k další léčbě. Při sdělování faktů je důležitá zpětná vazba, tzn., zda nemocný sdělení rozumí (např. vysvětlení dodržování stravovacího režimu při onemocnění, vysvětlení rizik, vysvětlení postupu při vyšetření apod.).

Terapeutická komunikace – při kontaktu zdravotnického pracovníka s nemocným ve zdravotnických zařízeních jde často o kontakt v době, kdy pacient přijímá závažné, nepříjemné informace, se kterými se těžko vyrovnává. Lidskou a profesionální ošetřovatelskou povinností je být nemocnému v těžkých chvílích oporou, poskytovat mu naději při závažných rozhodnutích a pomoc v těchto životně nelehkých situacích. Terapeutická komunikace se děje často formou rozhovoru (např. uklidnění pacienta před operačním výkonem, orientovat ho na nové cíle, plány, podporovat jeho soběstačnost, orientovat na smysluplný život, podporovat psychickou a tělesnou aktivitu apod.).[34]

Dobrá komunikace je otázkou vztahů. Vztah mezi lékařem, sestrou a jiným zdravotnickým personálem je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami.

[33] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 12.

[34] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*, s. 15.

2.3 Rozhovor s pacientem

Při rozhovoru s pacientem se nejčastěji používá techniky aktivního naslouchání. Nejprve by měl zdravotnický pracovník pacienta povzbudit, aby vyjádřil svůj zájem a dokázal ho nabudit k dalšímu rozhovoru. Pak přichází prostor pro zrcadlení a parafrázování. Pacient buď souhlasí, nebo opravuje a doplňuje. Důležité je také průběžné objasňování. Na závěr je vhodné udělat shrnutí a poskytnout pacientovi ocenění. Jestliže pacient cítí respekt, pochopení, ví, že mu někdo naslouchá, a důvěřuje zdravotníkům.[35]

Fáze rozhovoru:

1. ***Úvod*** – zahájení. Zahrnuje pozdrav a představení se (výhodou je jmenovka na oděvu). Podání ruky (zdravotnický pracovník podává ruku jako první a to s kvalitním stiskem asi pět sekund, s přiměřenou mimikou a očním kontaktem.) Odstranění nevhodných bariér (stůl mezi zdravotníkem a pacientem, sluneční světlo, apod.) a stručné sdělení účelu rozhovoru. Získání důvěry a navození přátelské atmosféry.
2. ***Vzestup a pokračování*** – k získání potřebných informací je zapotřebí zajistit soukromí a diskrétnost. Na začátek se volí spíše obecnější otázky, postupně se dle možností přechází na osobní a nepříjemné otázky.
3. ***Vrchol a rozuzlení*** – rozhovor vrcholí v okamžiku, kdy se podaří odkrýt jádro rozhovoru. Těch může být několik, stejně jako několik poklesů, kdy se zdravotnickému pracovníkovi může zdát, že rozhovor nikam nevede.
4. ***Závěr*** – rozhovor je nutno vhodně ukončit. V této fázi by měl kulminovat kontakt mezi hovořícími. Pacient by měl pociťovat uklidnění, mělo by mu být jasné, že je sblížen se zdravotnickým pracovníkem společným cílem – zájmem o něj.[36]

„Rozhovor mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem představuje odbornou činnost, kterou je třeba se naučit. Probíhá ve dvou rovinách, v rovině kognitivní a emoční.“[37] Průběh celého rozhovoru musí být již předem připraven. Stanovena by měla být hodina, způsob, jak pacienta k rozhovoru vybídnout. V průběhu se vyvarovat negativně

[35] BERAN, Jiří, et al. *Lékařská psychologie v praxi: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 70.

[36] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 59-60 .

[37] Kognitivní rovina zahrnuje faktické údaje, konkrétní obsah sdělení. Emoční rovina dodává konkrétním faktům význam prostřednictvím neverbální komunikace – intonace, mimika, gesta, držení těla. Obě roviny spolu úzce souvisí a probíhají zároveň. (BERAN, Jiří, et al. *Lékařská psychologie v praxi: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 70).

hodnotících výroků a eliminovat rušivé vnější elementy (telefonáty, jiné návštěvy apod.). Rozhovor pro pacienta končí vždy možností dalšího kontaktu a zdvořilým rozloučením.

3 KOMUNIKACE SE SPECIFICKÝMI SKUPINAMI PACIENTŮ

Pacientem se člověk obvykle nerodí. Stává se jím v průběhu života. (I když jsou situace, kdy se člověk rodí jako pacient.) Proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta má nejen svou fyziologickou a patofyziologickou stránku, ale má i stránku psychologickou. Pacient je definován jako léčící se nemocný člověk (termín „pacient“ je odvozen od latinského pateo, patere – trpěti – a „patiens“ – trpělivý).[38]

Nemoc je obecně definována jako nepřítomnost zdraví. Nemocný člověk je pak člověk ztížený nemocí. Problematiku psychologie nemoci vystihuje podrobně profesor psychologie Jaro Křivohlavý. Člověk postižen nemocí se stává jiným. Musí změnit vše, svůj životní styl, mnohdy práci, přizpůsobit bydlení, sociální a ekonomické poměry, přehodnotit pohled na sebe samého a dokázat přijmout skutečnost, že je nemocen. Mnohdy se tak ale neděje a nemocní se stávají zatrpklými, uzavírají se do sebe, nekomunikují s okolím a podléhají depresím. Další pacienti, kteří nedokážou tento fakt akceptovat, si vůbec nepřipouští, že jsou nemocní, jiní se pak stávají agresivními, vulgárními a bývají nebezpeční jak sobě tak okolí. Zdravotnický pracovník se tak ve své práci potýká s různými typy pacientů a se všemi musí umět správně komunikovat.[39]

3.1 Komunikace na standardním oddělení

Na standardním lůžkovém oddělení jsou většinou hospitalizováni pacienti při vědomí, plně orientovaní, schopni spolupráce. Tito pacienti se mohou označovat za „dobré“ a „špatné“. „Jako „dobrý“ je obvykle označován ten pacient, který je trpělivý, chová se civilizovaně, na moc se neptá, poslušně koná, co je mu nařízeno, dodržuje předepsaný režim, neodchyluje se od toho, co se od něj očekává, a nedělá zdravotnickému týmu žádné problémy. Za „špatného“ pacienta je obvykle označován ten pacient, který klade zdravotnickému personálu mnoho zvědavých otázek, který má připomínky k mnohému, co

[38] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 13.

[39] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*, s. 13-15.

se s ním děje, mnohé problematizuje, je příliš zvídavý a dosti tvrdě vyžaduje odpovědi na své otázky, (kterých bývá mnoho).“[40]

Komunikace s pacientem je nejen věda, ale i velké umění. Efektivní komunikace vyžaduje aktivní naslouchání a přiměřené reagování. Pro navázání dobrého vztahu s pacientem existují různá doporučení (viz *Příloha č. 2*).

S pacienty hospitalizovanými na standardních odděleních dochází ke komunikaci neustále. Je proto důležité, aby si dokázal zdravotnický pracovník osvojit konkrétní dovednosti. Mezi ně patří ***naslouchání***, které neznamená jen slyšet, znamená především plně chápat a porozumět. Při pasivním naslouchání se jedná jen o příjem a zpracování zvukových signálů, bez snahy porozumět a dekódovat je s přihlédnutím ke kontextu situace mluvčího. Aktivní naslouchání je naslouchání a porozumění pocitům. ***Podněcování, stimulace hovoru*** je u některých nemocných potřeba z různých důvodů. Využívají se podněcující věty nebo formulace pro navázání kontaktu a další rozšíření tématu. Opakem jsou nemocní, kteří mají problémy s mnohomluvností a odbíhají od tématu. ***Zrcadlení*** (reflexe) je součást zpětné vazby. Reflexí ubezpečuje zdravotnický pracovník sebe i pacienta, že pochopil řečené, tak jak to bylo myšleno. ***Sumarizování*** je částečné shrnování, bilance toho, co již nemocný řekl. Mělo by končit otázkou, která dá nemocnému možnost pokračovat dál. ***Mlčení*** má zvládat sestra jako jednu ze základních komunikačních technik[41]. Kdo mluví, neslyší, protože mlčení znamená základ pro naslouchání.

3.2 Komunikace na JIP a na ARO

Na jednotce intenzivní péče a především pak na anesteziologicko-resuscitačním oddělení jsou hospitalizováni pacienti, kterým hrozí selhání, nebo kterým již selhávají životní funkce. Tito pacienti jsou v závažném stavu a často v bezvědomí. Není však pravidlem, že se zde vyskytují jen pacienti na podpoře dýchacích přístrojů a léků, lidé v komatu, jsou zde i pacienti při vědomí, kteří vyžadují stálou kontrolu a zvýšenou péči. V důsledku onemocnění, poranění, poruchy mozkových funkcí, ale také samotným prostředím intenzivní péče mohou být psychicky narušeni. Často se pak na takových pracovištích setkáváme s pacienty depresivními nebo agresivními.

[40] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 53.

[41] ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*, s. 91-92.

3.2.1 Komunikace s depresivním pacientem

„Deprese je chorobný smutek, duševní stav s pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, ztrátou zájmu, poklesem sebevědomí, sebeobviňováním, zpomalenou řečí a hlasem, v němž slyšíme trápení. Mohou se objevit poruchy spánku, únava, nechutenství. Pacienti často hovoří o odchodu ze života nebo myslí na sebevraždu.“[42]

„Depresivní pacient se vyznačuje tím, že si často stěžuje na kognitivní výpadky, působí velmi zpomaleně, může však při trpělivosti a dostatečných zkušenostech zdravotnického pracovníka odpovídat přiléhavě, výpadky v paměti mohou být malé nebo dokonce žádné.“[43]

Ze stran komunikace dochází k několika problémům. Pacient nebude mít zájem s někým hovořit, nebude brát zřetel na požadavky, které jsou na něj kladeny. Jeho zájem o uzdravení upadá, a tudíž se nebude podílet na spolupráci a dodržování léčebného režimu. Je proto třeba zvolit evalvační chování, být empatický a snažit se mu být v jeho situaci nápomocen. V komunikaci je vždy třeba vážit slov, protože takoví pacienti jsou vztahovační a velmi citliví. Nevymlouvat mu jeho smutek, neokřikovat ho a nenabádat, že se má snažit být takový či jinaký. Být otevřený a vnímavý k jeho jednání a chování a za jeho stavy ho neodsuzovat.[44]

Každý zdravotnický pracovník by měl v takovéto situaci zpozornět a snažit se navázat spolupráci s nemocničním psychologem nebo psychiatrem. Ten doporučí další postupy a léčbu, které by měly pacientovu depresivní náladu zmírnit. Sestra může přispět tím, že bude pacienta rozptylovat různými činnostmi, muzikoterapií, zájmovou činností, apod.

3.2.2 Komunikace s agresivním pacientem

„Agrese je útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě uspokojení potřeby.“[45]

Příčiny mohou být jednak vnitřní (osobnost, užívání návykových látek, dlouhodobá nespokojenost, pocit ohrožení, špatná zkušenost se zdravotnickými zařízeními, bolest,

[42] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 35.

[43] SCHULER, Matthias; OSTER, Peter. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 75.

[44] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 90-92.

[45] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009, s. 32.

strach, apod.), jednak vnější (prostředí, systém dané instituce, chování zdravotníků – ignorování, bagatelizace, nezájem, křik, nadávání, podceňování, režim na JIP, apod.).

Komunikace s takovým pacientem může být těžší než samotná ošetřovatelská péče. Jeho chování se může projevovat verbálním či fyzickým napadením, poškozováním věcí, sebepoškozováním a neverbálními projevy. Komunikace vyžaduje klidné a profesionální chování, hlas by měl být klidný, vlídný, pohyby pomalé. Vhodným postupem je aktivní naslouchání. Snažit se zjistit, o co pacientovi skutečně jde, používat pozitivní verbální formulace, chovat se k němu s úctou a respektem. Hrozí-li fyzické napadení zavolat ochranku či policii a nikdy nebýt v jeho přítomnosti sám. Za nevhodné se považuje protiútok. Křičí-li pacient a zdravotník začne také zvyšovat hlas, přispívá tak k rostoucí agresi. Za své nevhodné chování je dobré se omluvit, ale nikdy neomlouvat nevhodné chování svých kolegů.[46]

„Žádná komunikační dovednost nevede jednoduše ke zklidnění agresivního pacienta. Nástroje zklidnění si přizpůsobuje pracovník dle individuálního stylu a osobnosti. Podstatou úspěchu je komunikace opravdová a upřímná.“[47]

3.2.3 Komunikace s pacientem v bezvědomí

Na intenzivních pracovištích jsou hospitalizováni pacienti v bezvědomí. Je to stav, kdy dochází k selhání životních funkcí s nutností jejich náhrady pomocí přístrojů. Tito pacienti jsou v hlubokém komatu a často nereagují. Proto se zřejmě také rozšířilo mínění, že pacienti ležící na ARO nevnímají. Zda je to pravda, je stále otázkou výzkumu, v každém případě se dnešní moderní ošetřovatelství staví k této problematice jednoznačně. S takovýmito pacienty je nutné zacházet a komunikovat stejně jako s pacientem při vědomí. Tomu se věnuje dnes už poměrně známý koncept bazální stimulace.

Bazální stimulace využívá techniky verbální i nonverbální komunikace. Je založena na stimulaci vědomí pomocí smyslů. Prostředkem neverbální komunikace je tzv. iniciální dotek, což je smluvený dotek, kteří používají všichni pracovníci, než začnou s pacientem manipulovat nebo provádět ošetřovatelský výkon. I přesto, že je pacient v bezvědomí, je snahou zachovat s ním verbální kontakt. Veškeré činnosti, které jsou s ním spjaty, je zapotřebí mu ozřejmit, jako by nás vnímal. Také zdravotníkův projev, ať už k pacientovi samotnému, nebo k jiné situaci, by měl být korigován, jelikož opravdu není jisté, zda nás

[46] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 85-90.

[47] PATON, Carol. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 41.

pacient vnímá. Existuje totiž nejeden případ, kdy se pacient z komatu probudil a dokázal hovořit o tom, co slyšel v době, kdy si druzí mysleli, že je nepřítomen. Nejen klidné slovo, tiché prostředí, ale také nonverbální komunikace, a to především haptika, je na místě. Každý dotek, pohlazení může pacienta v bezvědomí pozitivně stimulovat. Také role rodiny zde hraje komunikačně významnou roli. Proto je třeba správné edukace o možných technikách komunikace s tímto pacientem.[48]

Komunikace s lidmi, jejichž vědomí či vyjadřovací schopnosti jsou omezené, je velice náročná a vyžaduje nejen znalosti dané problematiky, ale také dostatečnou dávku schopností zaznamenávat reakce pacienta, ty totiž mohou být někdy zcela nepatrné. „Schopnost je zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná. První osobou, která zachytí nepatrné reakce klienta, je právě často jeho příbuzný.“[49]

3.3 Komunikace s pacientem různých věkových skupin

Komunikace musí odpovídat věku pacienta. Jinak komunikujeme s dítětem, jinak s dospělým, jinak se seniorem. Taková komunikace vyžaduje od zdravotnického personálu dostatečnou komunikační kompetenci a poměrně dobrou znalost vývojové psychologie a dalších oborů.

3.3.1 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dětmi je základní a velmi obtížný aspekt v pediatrii. Když se u dítěte stanoví diagnóza, nabývá dobrá komunikace ještě většího významu. „Děti pak mohou pokládat různé otázky a na takové otázky se musí odpovídat opatrně a s ohledem na vývojový stupeň dítěte, jeho úroveň chápání a individuální zvláštnosti, včetně jeho osobních zkušeností, náboženství a kultury.“[50]

Žádné dítě není na komunikaci příliš malé. Vždy je třeba najít vhodnou techniku. Komunikace s dětmi a s jejich rodiči hraje velmi významnou roli v péči o dětské klienty.

Dítě přichází do zdravotnického zařízení se strachem a své onemocnění vnímá více emocionálně než racionálně. Pro zdravotníky přicházející do kontaktu s dětskými pacienty

[48] *Institut Bazální stimulace, akreditovaná vzdělávací instituce* [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Bazální stimulace v práci sestry. Dostupné z WWW:<http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_sestra.php>.

[49] FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*, Praha: Grada Publishing 2007, s. 34.

[50] ARANDA, Sanchia; CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 277.

je komunikace značně obtížná zejména proto, že většinou současně komunikují také s jejich rodiči. Proto musí velmi dobře znát a ovládat zásady a způsoby profesionální komunikace.

V ošetřovatelství (ale také v jiných povoláních) si pracovník nevystačí s komunikací, kterou si osvojil v běžném životě, v rodině a ve škole. Komunikace v rámci zdravotnické profese vyžaduje zvláštní dovednosti, které se musí budoucí zdravotník naučit už při přípravě na profesi a stále je zdokonalovat.[51]

Batolata a děti předškolního věku velmi těžce nesou odloučení od rodiny. Reagují na takové situace výraznými změnami v chování. Jedná se o „tzv. separační chování.“[52] Prevencí je hospitalizace dospělé osoby spolu s dítětem, což se již běžně praktikuje. U dětí této věkové kategorie se hojně využívá zejména neverbální komunikace. V komunikaci se osvědčuje využívání různých hraček a loutek. S pomocí loutky může například zdravotník dítěti lépe vysvětlit plánovaný léčebný výkon. Vhodný pomocník pro navazování komunikace s dítětem je např. plyšová hračka v kapse sestry.

Děti školního věku se poměrně rychle adaptují na nemocniční podmínky. Je třeba co nejdříve podat informace o režimu dne, zajistit orientaci v prostředí, vysvětlit léčebné a ošetřovatelské výkony. Důležité je dítěti nelhat, nestrašit ho, a dávat pozor na užívání násilí (devalvace dítěte). Dětské pacienty je nutné často chválit, povzbudit (zejména, když se dítěti něco nezdaří). Specifický přístup vyžadují děti pubertálního věku, které často provokují, jsou slovně agresivní. Osvědčuje se v klidu vyčkat, až se vypovídají, a držet se konkrétního problému, např. co má užívat, kam má jít na vyšetření, co ho čeká apod. Velká pozornost by měla být věnována zejména introvertním dětem. V takovém případě se osvědčuje snaha formou nedirektivního rozhovoru otevřít jejich nitro.[53]

Chyby, které se nejčastěji vyskytují při komunikaci s dítětem, jsou zastírání, lhaní, zlehčování, příliš autoritativní přístup, devalvace emocionálních projevů (pláč, strach, vztek), ignorace dětských otázek, kárání za nešikovnost, přílišné projevy lítosti. Aby byla komunikace sestry efektivní, je nutné si osvojit specifické komunikativní dovednosti, poznat osobnost dítěte, jeho potřeby a mít vřelý vztah k dětem. Pak bude mít komunikace

[51] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 69-70.

[52] *Separační chování – chování charakteristické fázi zoufalství, agrese, negativismu, adaptace*. (ARANDA, Sanchia; CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 277.

[53] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 71-72.

terapeutický účinek na nemocné dítě a pozitivně ovlivní interakci mezi rodiči dítěte a zdravotnickým personálem.[54]

3.3.2 Komunikace s pacientem seniorem

Každý člověk má určitý styl komunikace. Vrozené tempo řeči, často používaná slova. „Je známkou profesionality naučit se znát a používat termíny, které klient přijímá a rozumí jim. Při práci se seniory se zdravotnický pracovník setkává s jiným historickým a kulturním kontextem. Je nutné pamatovat na fakt, že většina seniorů je věřících. Mnoho z nich zažilo vykání rodičům. Nebylo běžné používání vulgarismů. Na druhé straně může být pozoruhodné, když člověk v úctyhodném stáří používá nadávky. Ne vždy je to vlivem onemocnění.“[55]

Demografickým vývojem je dáno, že populace stárne a přibývá starších lidí, kteří potřebují zdravotní péči. Tento fakt je dán procesem involučních změn ve stáří a vede k častějším onemocněním. Někteří senioři však vyhledávají zdravotní péči také z jiných důvodů. Těmi jsou osamocenost, potřeba s někým komunikovat, setkat se s jinými lidmi. Ženy jsou zpravidla velmi komunikativní a ochotné sdělit téměř všechno, naopak muži jsou více hostilnější, zlobí se na neduhy stáří a na své zdravotní problémy, útěchu hledají v alkoholu, kdežto ženy v medikaci.

Komunikace s touto skupinou pacientů je velmi náročná a specifická. Pro zdravotníky bývá často prověrkou jejich komunikativních dovedností. Problémy, které mohou nastat, jsou nejen v probíhajících involučních procesech, ale také např. v úpravě zevnějšku a nedostatečné hygieně. Pomalejší tempo seniora může být problémem při komunikaci s mladšími lidmi, kteří jsou netrpěliví a ukvapení. Specifické jsou také poruchy paměti a nutnost stálého opakování se, což muže být někdy pro zdravotníky vyčerpávající. Velmi častá je tendence seniorů komunikovat s ostatními jen o svých tělesných obtížích. O svých nemocech a neduhách mluví velmi často a rádi, a to proto, aby na sebe upoutali pozornost. Problém komunikace může seniorovi činit ve větší skupině, kdy musí vynakládat velké úsilí v případném hluku, aby slyšel a byl slyšen, aby dokázal vnímat vše řečené, bojí se ptát, a proto se raději stáhne do pasivity.[56]

---

[54] *Diagnóza v ošetřovatelství* [online]. 2010 [cit. 2011-12-27]. Diagnóza v ošetřovatelství: DVO4-2008-komunikace. Dostupné z WWW: <http://www.diagnoza.info/?sec=redaction(=cz&red_id=38>.

[55] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 74.

[56] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 76-77.

V různých literaturách se uvádí doporučení pro komunikaci se staršími lidmi. Také Národní rada zdravotně postižených taková doporučení vydala (viz *Příloha č. 3*).

3.4 Komunikace s pacientem s postižením

Pojem handicap je obvykle vykládán jako nevýhoda, překážka, znevýhodnění lidí s postižením oproti ostatním lidem. U nás je stále chápán ve vztahu k lidem s postižením či omezením, což je v rozporu s evropskými konvencemi. „Handicap vzniká v situaci, kdy náročnost prostředí převyšuje fyzické či smyslové schopnosti jedince (např. bariérový přístup, chybějící informace v Braillově písmu, apod.). Není tedy vrozenou či získanou vlastností, ale dočasným stavem způsobeným kombinací určitých specifických potřeb jednotlivce a nevhodně řešeným prostředím, které tyto požadavky nesplňuje.“[57]

Používá-li se označení handicapovaný pacient, je nutné si uvědomit, v jaké souvislosti je tak nazýván. Je rozdíl, když se řekne pacient handicapovaný, postižený, mentálně postižený, amputovaný, pacient s nemocí či problémem. „Handicap pacienta (ve smyslu zdravotního, psychického či sociálního znevýhodnění) zpravidla představuje handicap i pro jeho komunikaci. Pacienti s postižením bývají často považováni za méněcenné partnery pro komunikaci, ostatní lidé s nimi komunikují mnohem méně, ne příliš ochotně a na velmi omezený čas.“[58]

Podmínkou dobře vedené komunikace je znát typ postižení, i když přichází s jiným, dalším zdravotním problémem. Je důležité rozumět pacientovým speciálním a specifickým potřebám. Některé zásady platí stejně pro všechny handicapované pacienty. Tou hlavní je „profesionální přístup bez předpojatosti, předsudků a štítivosti.“[59]

3.4.1 Komunikace s pacientem s narušenou komunikační schopností

Definovat narušenou komunikační schopnost je (samo o sobě) dosti nesnadné. Velmi komplikované je již vymezení normality, to znamená určení, kdy se jedná o normu, a kdy už o narušení. Platí zde určité jazykové zvláštnosti (např. odlišná výslovnost vibrant v češtině a němčině, jiné tempo řeči a typické nosové zabarvení v jiných jazycích).

[57] *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. 2010 [cit. 2011-11-27]. Hendikep, handicap. Dostupné z WWW: <http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hendikep-handicap-hendykep>.

[58] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009, s. 99.

[59] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 75.

Hodnotí-li se, zda je či není u určité osoby narušena komunikační schopnost, vždy se musí zvážit, v jakém jazykovém prostředí žije (Praha, Jižní Morava, Ostravsko), jaké má hodnocená osoba vzdělání. Nelze se orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, pozornost musí být věnována všem rovinám jazykových projevů člověka. „Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu“[60] nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.[61]

Narušená komunikační schopnost zahrnuje poruchy mluvené řeči, poruchy psaní i neverbálních projevů. K takovým poruchám může dojít v důsledku deficitu během vývojového období, ať už prenatálně nebo postnatálně, nebo také důsledkem nemoci. Nejčastěji se vyskytuje afázie, což je neurologický stav, kdy řečová funkce nefunguje nebo chybí. Lidé s touto poruchou nedokážou slova vyjádřit (expresivní afázie), není jim rozumět (receptivní afázie) nebo obojí najednou (globální afázie). Při komunikaci s takovými lidmi je důležité poskytnout jim dostatek času, aby dokázali obdržet informaci a formulovat myšlenku. Zdravotnický pracovník by se měl zaměřit na komunikační dovednosti, které pacient má a snažit se o jejich rozvoj. Také používání neverbální komunikace může patřičně situaci usnadnit. Selže-li stávající způsob komunikace s pacientem, je vhodné objevovat další možnosti. Vždy mluvit krátce a k věci a za veškerou snahu ho chválit. Zdravotnický pracovník by se měl také naučit pracovat s humorem, jelikož ten může odlehčit mnohdy náročné situace během komunikace, ale je zároveň důležité, aby si uvědomil, do jaké míry je to vhodné. V neposlední řadě je také na místě vyhledání spolupráce logopeda.[62]

[60] Foneticko-fonologická rovina se zaměřuje na zvukovou stránku řeči. Zkoumá její znělost, nosovost, kontinuálnost, asimilaci (spodobnost) hlásek. Zabývá se dále přízvukem, melodií, tempem a barvou hlasu. Morfologicko-syntaktická rovina se zaměřuje na zkoumání vlastního vývoje řeči, který začíná okolo jednoho roku, tzn. zda li věkově dítě odpovídá projevům řeči. Z pohledu logopeda je důležité znát v ontogenezi řeči pořadí fixace jednotlivých hlásek, souhlásek, a dle tohoto pořadí se postupuje při korekci výslovnosti. Pragmatická rovina představuje rovinu sociální aplikace, sociálního uplatnění komunikační schopnosti, do popředí vystupují sociální a psychologické aspekty komunikace. Jde o schopnost dítěte pochopit a osvojit si v daných věkových kategoriích roli komunikačního partnera. (KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 37).

[61] KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 53-54.

[62] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 100-101.

3.4.2 Komunikace s pacientem s vadou sluchu

„Vada sluchu může být buď vrozená nebo získaná, a to v důsledku involučních změn ve stáří nebo nemoci či úrazu. Postižení sluchu je často spjato s postižením řeči. Vady sluchu se zpravidla hodnotí podle velikosti sluchové ztráty – ohluchlost, hluchota, zbytky sluchu, nedoslýchavost.“[63]

Neslyšící lidé jinak myslí, odborné terminologii nerozumějí, neznají synonyma ani homonyma, pro každé slovo mají jeden znak. Lidé, kteří se narodili již bez sluchu, nebo ho ztratili již v raném dětství, nemají v mozku vyvinuté sluchové centrum. Zato dokonale vnímají a filtrují pohyby. Proto musí být jejich řeč jiná. Je znaková[64]. „Čeština je pro neslyšící lidi obtížný cizí jazyk (tak jako pro slyšícího člověka čínština se svými malovanými znaky) a jsou ve své zemi cizinci. Proto je nutné nezapomínat na to, že když jinak myslí, tak také jinak mluví a cítí.“[65]

Při komunikaci se sluchově postiženým pacientem je nejdůležitější dodržovat zásadu očního kontaktu. K pacientovi je nutné mluvit přímo, pomalu a správně artikulovat, používat mimiky a gest. Také činnosti jako dávání rukou před ústa, pití a jedení, kouření apod. je v tomto případě nutné eliminovat. Důraz se klade na klidné prostředí – akustická pohoda. Jednou z možností komunikace je psaní textu na papírky. Ta je ale účinná v případě, že pacient netrpí ztrátou sluchu od narození, jelikož takoví jedinci mají velmi malou slovní zásobu a komunikace by nebyla adekvátní. Odezírání z úst je další možností, ale nelze ji brát jako plnohodnotnou komunikaci. Tímto způsobem komunikace pacient pochytí asi čtyřicet procent sdělovaných informací. Použití prstové abecedy (viz *Příloha č. 4)* je možné hlavně při vysvětlování nových jmen, neznámých slov. Mnoho sluchově postižených využívá technických kompenzačních pomůcek – sluchadel. Ty jsou výborným

[63] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry.* Praha: Galén, 2009, s. 101.

[64] Znaková řeč je souborem manuálních pohybů v definovaném prostoru, v němž se neslyšící zorientují stejně dobře, jako slyšící ve změti zvuků. Neslyšící v České republice používají Český znakový jazyk. Je to jazyk české neslyšící menšiny, liší se regionálně i národnostně. Prstovou abecedu si vymysleli neslyšící k napsání slova, pro něž dosud není znak a pro hláskování jména a liší se v jednotlivých zemích. Dalším jazykem je znakovaná čeština, což je umělý systém, vytvořený k dorozumívání se neslyšícího se slyšícím. Jednotlivá česká slova se artikulují a k nim se ukazují odpovídající znaky znakového jazyka.(LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 89-90).

[65] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 89.

pomocníkem u lidí se zbytky sluchu. Zesilují zvuk a pomáhají tak přibližovat poslouchajícímu mluvenou řeč.[66]

Sluchově postižený pacient dokáže v některých případech sám verbálně komunikovat, ale jeho projev může být nedokonalý. Zdravotnický pracovník by měl v takovém případě umět naslouchat a domýšlet si, co mu je sdělováno. Vždy si ale své domněnky ověřuje.

Nejefektivnější a nejužitečnější je znaková řeč. Je vhodné, když ji někdo na oddělení ovládá, nebo alespoň, když mají zdravotničtí pracovníci možnost využívat tlumočnické služby. Je možné také využívat pracovníka jiné kliniky, který ji ovládá. Verbální stránka je primární složkou komunikace. Není však složkou jedinou, a toho je třeba při komunikaci se sluchově postiženým využívat, jelikož verbální komunikace je zde nepoužitelná, nebo není použitelná samostatně, bez komunikace s jiným způsobem.[67]

3.4.3 Komunikace s pacientem se zrakovým postižením

Zrakově postižení lidé se rozdělují na nevidomé a slabozraké. Nevidomost se dále člení na praktickou, skutečnou nevidomost a plnou slepotu. Slabozrakost je orgánové postižení obou očí. Lidé se zbytky zraku se nacházejí na pomyslné hranici mezi osobami slabozrakými a nevidomými. Vyznačují se používáním bílé hole a vodícího psa. Slabozrací lidé mívají zachovánu schopnost čtení. Při čtení slabozrakých jedinců by měly být splněny následující podmínky – vhodná intenzita a směr osvětlení textu, vhodná velikost a tvar písma, sklon textu, kontrast. Je možné použít optické a optoelektronické pomůcky, pomůcky na bázi počítače (lupy, televizní kamerová lupa, digitální televizní lupy). Nevidomí a lidé se zbytky zraku používají bodové (Braillovo) písmo. Využívají také pomůcek jako je Pichtův psací stroj, diktafon, hlasové záznamníky, a to zejména k záznamu textu, informací z různých jednání. Mezi moderní pomůcky pak patří mobilní telefony přizpůsobené nevidomým či mluvící bankomaty apod.[68]

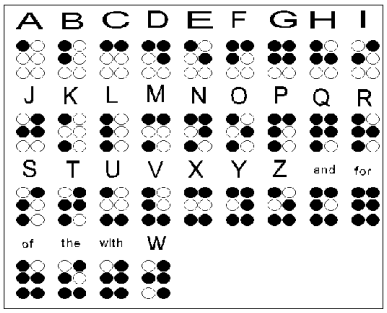
Při komunikaci se zrakově postiženým pacientem platí zásada, že zdravotnický pracovník komunikuje s pacientem, nikoli s doprovodem. Má-li s sebou pacient vodícího psa, vždy by měl mít možnost volného pohybu v nemocnici. Pokud je v nemocnici přítomen pes, který prochází náročným speciálním výcvikem, měl by se k němu

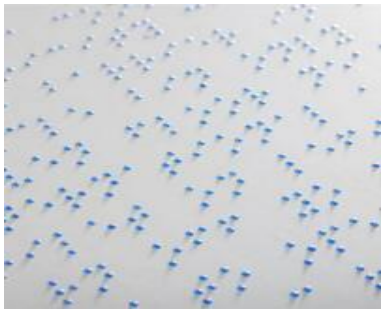
[66] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 103-104.

[67] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál*, s. 89-90.

[68] KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*, s. 159-160.

zdravotnický pracovník chovat tak, jako by byl lidský doprovod. Není vhodné na psa mluvit, pískat či ho krmit. Potřebuje-li sestra či lékař „oslovit“ psa, dělá tak prostřednictvím jeho pána. Zdravotnický pracovník zdraví pacienta jako první, čímž dává najevo svou přítomnost, a oslovuje ho jménem, aby upozornil pacienta, že komunikuje s ním. Vhodné je, aby se představil i svým jménem, aby pacient věděl, s kým jedná. Ačkoli pacient nevidí, je nutné udržovat stálý oční kontakt. Pacient pozná podle hlasu odvrácení hlavy, a tím může nabývat dojmu, že mu není věnována dostatečná péče. Všechny úkony týkající se pacienta, vyšetření, zákroky, manipulace apod. je nutné vždy předem oznamovat, aby na ně byl pacient připraven a nelekl se. S jeho věcmi by se nemělo manipulovat, není-li na to upozorněn, jelikož jsou zvyklí dodržovat přesný řád a své uložení věcí jim pomáhá při orientaci.[69]





Obrázek č. 9, 10: Braillovo písmo[70]

Chybí-li zrak, o to důležitější je hlas. Nevidomí velmi citlivě rozlišují intonaci. „To, co pro vidomého znamená vizuální kontakt pro získání prvního dojmu, to je hlas se vším, co se z něj dá vyčíst. Je nutné si stále uvědomovat, že nevidomý člověk prožívá hlas první minuty setkání s lékařem a sestrou v ordinaci jako nejdůležitější chvíli pro vytvoření budoucího vztahu důvěry.“[71]

Nevidomý člověk je zcela normální, má různé přednosti a nedostatky jako každá jiná osoba. Při setkání s ním je přirozené a nenucené chování tím nejlepším dokladem, že je respektován takový, jaký je.

[69] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s 105-106.

[70] *Tiskárna, výroba reklamy, tisk a potisk textilu* [online]. 2011 [cit. 2011-11-27]. Dostupné z WWW: <http://www.tiskarnamanzel.cz/>.

[71] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál.* Praha: Grada Publishing, 2006, s. 85.

3.4.4 Komunikace s pacientem s tělesným postižením

Při komunikaci s tělesně postiženým pacientem je důležité uvědomit si určitá fakta. „Rozlišuje se postižení chronické (nevyléčitelné onemocnění, dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav), což je poškození nebo oslabení fyziologických funkcí vyžadující stanovenou životosprávu a životní styl, a tělesné (lokomoční, pohybové), což je omezení hybnosti až znemožnění pohybu a dysfunkce motorické koordinace zapříčiněné poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace nebo amputací či deformací části motorického systému.“[72]

Zdravotnický pracovník by měl při kontaktu s pacientem chronicky nemocným porozumět jeho nemoci – znát stádia, fáze a průběh, specifika. To vede k pochopení pacientova problému a ke snazší komunikaci. „Případnému nedorozumění, a to jak ze strany zdravotnického pracovníka, tak i pacienta, se může zabránit opakováním sdělení, kladením kontrolních otázek. Nevhodné je pacienta stresovat časem nebo suverénním paušalizujícím jednáním, či opakovaným vyptáváním se na okolnosti, které jsou pacientovi nepříjemné.“[73]

Při kontaktu je důležité uvědomit si příčinu, která vedla k postižení, a podle toho volit opatření vycházející z potřeb pacienta a zohledňovat zvláštnosti tělesně postiženého. Předchází se tak potížím a nedorozuměním, a to zejména v oblasti akceptovatelné partnerské pomoci. Má-li pacient problém s komunikační oblastí, dává mu zdravotnický pracovník prostor k vyjádření a ověřuje si, zda pacient rozumí. Další možností je záznam informací, potřebuje-li si pacient udělat poznámky. Vhodné je psát informace na počítači nebo okopírovat příslušnou část, která se týká jeho záležitosti.

Mezi zásady dodržující se v jednání s tělesně postiženým pacientem patří:

- ***„Interaktivně pracovat s problémem*** – umět pacienta vyslechnout i akceptovat jeho optiku náhledu na problémovou situaci, ozřejmit si příčinné souvislosti a rozebrat podstatu problému.
- ***Objasnit si pacientovy potřeby a očekávání*** – vysvětlit mu dané kompetence – v čem a jakým způsobem mu můžeme pomoci, případně ho odkázat na spolupracující pracoviště.

[72] KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 199.

[73] KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 213.

- ***Nabídnout řešení*** – objasnit pacientovi výhody i rizika jednotlivých možných řešení s tím, že konečný výběr je po vyjasnění všech otázek či neporozumění na něm.
- ***Domluvit se na dalším postupu*** – dohoda o tom, co pro něho zdravotník udělá, co může pacient udělat sám a jak se bude postupovat dál, včetně řešení různých komplikací.“[74]

3.4.5 Komunikace s pacientem s duševní poruchou

Pacient s duševním onemocněním je především člověk. Nikdy by se na něj nemělo pohlížet jen jako na diagnózu, nebo jako na problém. Je to člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. „Jeho obtíže se vyskytly v některé z oblastí psychických funkcí, případně představují kombinaci poruch těchto funkcí. Takové problémy jsou pro něho velkou zátěží a mohou ho postavit až do role nemocného.“[75]

Mezi duševní poruchy kromě mentální retardace patří např. demence (Alzheimerova choroba), schizofrenie, afektivní poruchy (manická, depresivní, manicko-depresivní), neurotické poruchy (fobické úzkostné poruchy, panické, obsedantně kompulzivní, posttraumatické stresové poruchy, hysterie), poruchy chování a osobnosti u dospělých (paranoidní, schizofrenická osobnost, psychopatická, hysterická osobnost), poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí u dětí. Toto je jen výčet z mnoha dalších možných poruch.

Při komunikaci s duševně nemocným platí obdobná pravidla jako při komunikaci s mentálně retardovaným pacientem. Mít na zřeteli takt, toleranci, empatii, ohleduplnost, toleranci, trpělivost a úctu. Pokusit se udržet vstřícné a pozitivní naladění v hovoru, klidný a pomalý tok řeči se zvýrazněnými modulačními faktory. Nebát se využívat prostředky neverbální komunikace, a to především mimiku a gestiku. „Je třeba si uvědomit, že takto postižený pacient vnímá komunikaci na mnohem vyšší úrovni a že osoby trpící jinou mentální poruchou než je mentální retardace či demence, jsou intelektově zcela normální, nebo dokonce nadprůměrní, i když to neodpovídá úrovni jejich verbální či neverbální komunikace.“[76]

---

[74] KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 228.

[75] MAHROVÁ, Gabriela, et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 28.

[76] KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 264.

3.5 Komunikace s pacientem cizincem

Pacienti hospitalizováni v českých nemocničních zařízeních mohou pocházet z různých kulturních prostředí a mohou mluvit různými jazyky. Proto je dobré znát jejich kulturu, názory, hodnoty, způsoby jednání a chování. Každý zdravotnický pracovník by měl znát alespoň základy antropologie, aby si dokázal udělat představu o jiných kulturách a zemích, a poznal tak psychosociologii těchto lidí.

Problémem vyplývajícím z rozdílů mezi kulturami, je otázka dorozumění se. Dokáže-li se dotyčný pracovník s pacientem cizí národnosti nějakým způsobem domluvit, ať už přímo zná jeho jazyk, nebo mluví světovým jazykem, je vše v pořádku. Bohužel se však často setkáváme s případy, že zdravotničtí pracovníci, a to především nelékařského povolání, cizí jazyk neovládají. Tady pak nastává problematická komunikace.

Tento problém v komunikaci řeší tzv. interpersonální komunikace. „Základními prvky interpersonální komunikace jsou komunikační dovednosti, kulturní vlivy, umění naslouchat, dovednost kriticky myslet, moc a etika.“[77]

Jestliže pacienti z důvodu neznalosti jazyka nejsou schopni dostatečně vyjádřit svoje problémy, popsat své obtíže a porozumět instrukcím, může docházet k frustraci, strachu, úzkosti, hněvu a smutku a dalším negativním emocím, které jsou projevem neuspokojené potřeby jistoty a bezpečí. Kromě toho způsobuje jazyková bariéra problémy při získávání informovaného souhlasu. Může komplikovat pacientův proces rozhodování, komplikuje dodržování léčebného režimu pacientem, plnění instrukcí a požadavků, což (ve svém důsledku) může vést ke značným problémům.[78]

Zdravotnická zařízení se snaží vyvíjet strategie přístupu k pacientovi tak, aby byly maximálně uspokojeny jeho potřeby, a to i v případě, jedná-li se o cizince, který plně neovládá jazyk dané země, v jejímž zdravotnickém zařízení se nachází. To ovšem přináší mnoho problémů, zejména jedná-li se o finančně náročná vyšetření, nebo například prodlouženou délku pobytu. Předčasné propuštění nedostatečně informovaného a edukovaného pacienta s sebou přináší opakované hospitalizace. Problém vyvstává také se zdravotními pojišťovnami.[79]

---

[77] DE VITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001, s. 9.

[78] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, s. 96.

[79] Zdravotní pojišťovny nezohledňují práva pacientů na informace do důsledků, což znamená, že náklady spojené s nasazením tlumočníka nehradí. To vedlo přední externí poradce k vypracování projektu vnitřní nemocniční tlumočnické služby a od roku 1996 i k její úspěšné realizaci. (ŠPINDUROVÁ, Lenka;

Pro navázání kontaktu s pacientem je vždy vhodné použít základní pozdravení a jednoduchou společenskou frázi nejlépe v jazyku, kterému pacient rozumí. „To předpokládá, že zdravotnický personál zvládne několik vět v jazycích, kterými hovoří klientela jejich teritoria.“[80] Rozdíly jsou také v užívání nonverbální komunikace. Přímý oční kontakt je v některých kulturách považován za neslušný nebo výhružný, nebo například sahání na hlavu je v některých kulturách tabu stejně tak jako dotýkání se opačného pohlaví. Kulturní normy mohou také určovat, kterému členu je možno sdělovat informace a kdo dělá za rodinu a její členy rozhodnutí. Je pochopitelné, že zdravotničtí pracovníci nemohou znát všechny kulturní nuance, ale ohleduplnost a ochota učit se zvyšuje kompetenci komunikovat efektivně.

3.5.1 Komunikace s pacientem národnostní menšiny

„Národnostní menšina je skupina obyvatel státu, tvořící menšinu v nedominantní pozici uvnitř státu, disponujícím etnickými, náboženskými nebo jazykovými charakteristikami, které jsou odlišné od charakteristik většiny obyvatel, mající vědomí vzájemné solidarity, motivované, byť jen implicitně kolektivní vůli přežít, a jejímž cílem je dosáhnout rovnosti s většinou, jak ve skutečnosti, tak podle zákona.“[81]

Evropská Porada WHO o právech pacientů schválila v Amsterodamu 28. - 30. března 1994 dokument ***„Principy práv pacientů v Evropě“: Všeobecný rámec.*** Je to soubor zásad na podporu a uplatňování práv pacientů členských zemí EU. Dokument se zmiňuje o nutnosti respektovat kulturu pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že byla Česká republika přijata do EU, předpokládá se, že se bude měnit národnostní, kulturní a etnická struktura populace. V současné době se mění struktura i počet imigrantů. Pravděpodobný je postupný nárůst cizinců legálně pobývajících na území ČR – práce, studium, turistika. Lze též předpokládat podíl českých zdravotnických pracovníků v různých mezinárodních pracovních skupinách, např. vojenských či humanitárních. Tedy je důležité, aby se český zdravotnický systém připravil na větší diverzifikaci klientů (různorodost kulturní, národnostní, etnickou apod.). Tato připravenost

TOMANOVÁ, Danuška; KUDLOVÁ, Pavla; HALMO, Renata. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 79).

[80] ŠPINDUROVÁ, Lenka; TOMANOVÁ, Danuška; KUDLOVÁ, Pavla; HALMO, Renata. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 78.

[81] *Multikultura* [online]. 2010 [cit. 2011-01-01]. Multikultura - národnostní menšiny, Definice pojmu národnostní menšina. Dostupné z WWW: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=2.>.

se týká oblasti legislativní, politické, vzdělávací, ale i oblastí přímé péče o klienty různých etnik a kultur.[82]

Tato problematika spadá především do oblasti multikulturního ošetřovatelství. Aby ale zdravotnický personál dokázal s těmito pacienty efektivně komunikovat, měl by znát alespoň základy jejich kultury a života. Poměrně často jsou v nemocničních zařízeních ošetřováni romští obyvatelé. To je zapříčiněno jejich vysokým osídlením v České Republice. V důsledku jejich povahových rysů, především temperamentu, s nimi bývá komunikace obtížnější. V takových případech se doporučuje chovat se evalvačně a být trpělivý. Neironizovat a snažit se udržet v souladu verbální a neverbální projev. Romští obyvatelé jsou velmi intuitivní a dokážou rozpoznat neupřímnost. Důležité je chovat se taktně a dát pozor na kritiku, protože veřejné zostuzení je pro pacienta romského původu potupa. Zdravotnický personál by se měl při jednání s romskými pacienty snažit o empatii a chápat jejich bouřlivý projev.[83]

Také vietnamští občané jsou v České republice poměrně v hojném zastoupení a je tedy vhodné, aby zdravotnický personál znal alespoň jejich stravovací návyky, které se od našich poměrně liší. Při komunikaci by se měl chovat evalvačně, jelikož Vietnamci ctí pravidla slušného chování. Hovořit klidným hlasem, srozumitelně, při jednáních opětovat úsměvy, sledovat zda rozumí sdělovaným informacím, popř. využít tlumočnické služby. Vždy být empatický.

„Ukrajinští pacienti jsou v českých nemocnicích velmi ukáznění a nemají žádné speciální požadavky, emocionálně se příliš neprojevují. Rodinní příslušníci do nemocnic většinou nedocházejí, jelikož nejsou v České republice přítomni. Jsou maximálně ochotní přizpůsobit se a pochopit režimové požadavky oddělení. Největším problémem při ošetřování je neschopnost kvalitní a produktivní komunikace v souvislosti s neznalostí jazyka.“[84] Při komunikaci je nutné hovořit klidně a srozumitelně, čekat na zpětnou vazbu, zda pacient rozumí, chovat se evalvačně a být empatický.

Židé jsou národem, jenž je nositelem židovského náboženství. Židovský zákon vyžaduje, aby Židé vyhledávali kvalifikovanou medicínskou péči. Některé zákroky jsou pro ně však nepřijatelné, a proto by měl zdravotnický personál znát jejich hodnotový

[82] *WikiSkripta* [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Multikulturní ošetřovatelství. Dostupné z WWW: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Multikulturn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.> .

[83] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. Ročník,* s. 81-82.

[84] KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník.* Praha: Grada Publishing, 2009, s. 87.

systém a podle toho k němu také přistupovat. Vždy by měl brát na vědomí jejich víru, rituály, jednat slušně a empaticky, chovat se evalvačně, hovořit srozumitelně a ne direktivně.

Dostane-li se zdravotník do kontaktu s pacientem národnostní menšiny, musí si pro úspěšnou komunikaci uvědomit jejich kulturu. „Kultura je jedním z faktorů, které ovlivňují zdraví a péči o duševní i fyzické zdraví. Ovlivňuje hodnoty a postoje, odráží se v emoční složce, ovlivňuje zastávání vlastní role (včetně role pacienta), komunikaci a hodnotový systém i identitu člověka.“[85] Doporučení, jak komunikovat s pacientem cizincem jsou uvedena v *Příloze č. 5*.

[85] IVANOVÁ, Kateřina; ŠPINDUROVÁ, Lenka; KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing, 2005, s. 227-228.

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších dovedností zdravotnických pracovníků při ošetřování nemocných. Má vliv na celý průběh hospitalizace a tím na kvalitu poskytované péče. Vlivem komunikace na kvalitní péči se již zabývá spousta odborné literatury. Také samotná zdravotnická zařízení v dnešní době vyžadují kvalitní přístup stran zdravotnického personálu k pacientům a nabízejí různé kvalifikační kurzy a školení. Týkají se nejen samotné kvality péče, ale také přístupu a komunikace k hospitalizovaným pacientům. Pacienti jsou více vnímaví a vyžadují od zdravotnických pracovníků jistý profesionální přístup. Problematika komunikace s pacientem je široká, jelikož se týká různých oblastí, různých pacientů a ke každému je nutné zvolit individuální přístup. Být dostatečně vzdělán a průběžně se v této oblasti vzdělávat, má své opodstatnění a výsledky se projevují na kvalitě ošetřování nemocných.

Hlavní cíl

Na základě teoretických východisek je stanoven tento následující hlavní cíl:

1. Zjistit úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech zdravotnických pracovníků ve vztahu k pacientovi.

Z hlavního cíle vychází dílčí cíle:

Dílčí cíle

1. Zaměřit se na úroveň informovanosti komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků v souvislosti s věkem, délkou praxe a nejvyšším dosaženým vzděláním
2. Zjistit, zda zdravotnická zařízení umožňují zdravotnickým pracovníkům vzdělávat se v problematice komunikace s pacientem.
3. Zjistit, zda zdravotničtí pracovníci mají zájem vzdělávat se v oblasti komunikačních dovedností
4. Zhodnotit realizaci komunikačních metod při komunikaci s vybranými skupinami pacientů
5. Zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků v praxi

4.1 Výzkumné otázky

Vzhledem k cílům výzkumné části bylo stanoveno šest výzkumných otázek rozdělených do dvou okruhů. Okruhy jsou členěny podle zjištění vědomostních znalostí a podle realizace v praxi.

Výzkumné otázky

I. Okruh výzkumných otázek (vědomostní otázky)

1. Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků v oblasti znalostí komunikačních dovedností?
2. Ovlivňuje věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků a účast na vzdělávacích aktivitách úroveň znalostí v problematice komunikace?

II. Okruh výzkumných otázek (praktické otázky)

3. Poskytují zaměstnavatelé svým pracovníkům možnost účasti na vzdělávacích akcích v problematice komunikace?
4. Mají zdravotničtí pracovníci zájem o tuto problematiku?
5. Jaká je nejčastější využívaná metoda zdravotnických pracovníků při komunikaci s pacientem cizincem a s pacientem v bezvědomí?
6. Jak subjektivně hodnotí zdravotničtí pracovníci své komunikační dovednosti realizované v praxi?

5 VÝZKUMNÁ METODA

Dotazník

Je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy výzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů.[86] Vymezuje se jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnějším (názory na zaváděná organizační opatření) nebo vnitřním (postoje, motivy, citové vztahy). Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazována osoba odpovídá písemně.[87] Jeho součástí je sdělení o účelu, podání instrukcí o vyplnění, termín vrácení a poděkování za vyplnění. Musí dávat záruku, že informace nebudou použity proti dané osobě.

Výhody dotazníkového šetření:

- Časová úspora.
- Možnost srovnávání s podobnými typy lidí.
- Rychlé vyhodnocení.
- Možnost pracovat individuálním tempem.
- Jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného.
- Možnost hromadného počítačového zpracování.

Nevýhody dotazníkového šetření

- Při eventuálním neporozumění otázce nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo zpřesnit.
- Kladné stránky dotazníku může znehodnocovat nízká návratnost.
- Důležitou roli hraje rovněž délka dotazníku. Příznivý dojem u dotazovaného navozuje i vhodná grafická úprava dotazníku.
- Časově náročné při vytváření.

[86] *Http://www.dotaznik-online.cz/*. In [online]. [s.l.] : [s.n.], 2010 [cit. 2011-01-09]. Dostupné z WWW: <dotaznik.cz>.

[87] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2007, s. 163.

- Vhodný je doprovodný dopis, který vysvětlí účel výzkumu.[88]

Postup tvorby dotazníku, který je rozdělen do několika etap.

1) ***Vytvoření seznamu informací, které má dotazování přinést.***
   Písemný seznam požadovaných informací je užitečnou pomůckou v průběhu celé tvorby dotazníku.
2) ***Určení způsobu dotazování.***
   Písemné dotazování – lze využívat, pokud jde o získání široké palety názorů, zkušeností, námětů.
   Telefonické dotazování – vhodné pro krátké, rychlé, orientační rozhovory.
3) ***Specifikace cílové skupiny dotazovaných osob a jejich výběr.***
   Musíme si odpovědět na otázku, koho se budeme ptát.
4) ***Konstrukce otázek ve vazbě na požadované informace.***
   Podle možných variant odpovědí rozeznáváme především otázky otevřené, umožňující obsáhlejší odpovědi, které jsou celé zaznamenány, a otázky uzavřené, které umožňují pouze výběr z předepsaných variant.
5) ***Konstrukce celého dotazníku.***
   Úvodní otázky – jejich funkcí je navázání kontaktu, představení výzkumu.
   Věcné, meritorní otázky – týkají se předmětu šetření.
   Filtrační otázky – umožňují logickou stavbu dotazníku.
   Identifikační otázky – tj. ty, které charakterizují respondenta.
6) ***Pilotáž.***
   Dotazník je určen pro desítky či stovky různých lidí, kteří odlišným způsobem vnímají a reagují. Aby se minimalizovalo toto riziko, je užitečné otestovat jednoznačnost dotazníku na malém vzorku respondentů.
7) ***Analýza údajů a závěry*** – jakmile jsou průzkumem zjištěny a shromážděny potřebné údaje, následuje jejich zpracování a analýza. Výběr metod analýzy zjištěných dat závisí na cíli studie a způsobu získávání údajů.
8) ***Závěry a doporučení.***[89]

K získání dat byla použita metoda anonymního dotazníkového šetření. Byl vytvořen vlastní dotazník rozdělen do dvou částí. První všeobecná část je složena z šesti položek.

[88] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství.* Praha: Grada Publishing, 2009, s. 42

[89] PŘIBOVÁ, M. *Marketingový výzkum v praxi*, s. 75-84

Jsou zaměřeny na zjištění identifikačních údajů. Druhá speciální část je složena z dvaceti pěti položek. Ve speciální části jsou otázky zaměřené tak, aby byla zjištěna úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků (deset položek), a vlastní pojetí a subjektivní náhled na tuto problematiku (patnáct položek).

Výzkumné šetření je rozděleno do dvou částí. První část se zaměřuje na všeobecné informace o respondentovi, druhá část se zaměřuje na celkové znalosti respondenta o komunikačních dovednostech. Druhá část je složena z otázek, které se zaměřují na všeobecné vědomosti respondenta týkající se problematiky komunikace (vědomostní otázky), a na jejich vlastní realizaci a pojetí komunikace jako základní dovednost (praktické otázky).

Dotazník je tvořen především uzavřenými otázkami, nabízí výběr volby odpovědí. Výhodou je jednodušší vyhodnocování získaných dat.

Znění dotazníků je uvedeno v *Příloze č. 6*.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Zkoumaný soubor respondentů tvořily sestry a dva lékaři Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

Ve FNKV bylo osloveno 104 respondentů. Tvořily jej především sestry intenzivních i standardních oddělení. Dotazníkové šetření zde probíhalo na pracovištích chirurgické, interní, neurologické, ortopedicko-traumatologické, neurochirurgické, popáleninové a anesteziologicko-resuscitační kliniky. Na každé pracoviště bylo rozdáno 13 dotazníků. Návratnost dotazníků z této nemocnice byla 96%.

Ve VFN bylo osloveno 96 respondentů a tvořili jej rovněž sestry intenzivních a standardních oddělení. Do výzkumného šetření byla zapojena pracoviště psychiatrie, ORL, IV. interní klinika, I. interní klinika, neurologická, I. chirurgická, II. chirurgická klinika a geriatrie. Na každé pracoviště bylo rozdáno 12 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 79%.

Následující tabulky vystihují základní charakteristiku výzkumného souboru. Další podrobnější údaje jsou součástí *Přílohy č. 12.*

VFN			FNKV		
pracoviště	počet respondentů	návratnost v %	pracoviště	počet respondentů	návratnost v %
Geriatrie	7	58,3	ARO	12	92,3
I. interní klinika	10	83,3	Neurochirurgie	13	100
IV. interní klinika	12	100	Popáleninová klinika	13	100
Psychiatrie	10	83,3	Chirurgie	13	100
Neurologie	10	83,3	Neurologie	10	76,9
ORL	12	100	I. interní klinika	13	100
I. chirurgická klinika	8	66,6	III. interní klinika	13	100
II. chirurgická klinika	7	58,3	Ortopedicko-traumatologická klinika	13	100
celkem	76	79,1		100	96,1

Tabulka č. 1 Počet respondentů jednotlivých nemocnic

pohlaví	muž	žena	celkem
VFN	6	70	76
FNKV	9	91	100
celkem	15	161	176

Tabulka č. 2 Charakteristika souboru dle pohlaví

oddělení	JIP/ARO	standardní oddělení	celkem
VFN	18	58	76
FNKV	46	54	100
celkem	64	112	176

Tabulka č. 3 Charakteristika souboru dle oddělení

výskyt	%	%	%
délka praxe	VFN	FNKV	celkem
0-4	32	48	41
5-10	30	20	24
11-15	14	16	5
16-20	8	9	9
nad 21	16	7	11

Tabulka č. 4 Charakteristika souboru dle délky praxe

výskyt	%	%	%
věk	VFN	FNKV	celkem
18-25	12	19	16
26-34	26	37	33
35-43	37	27	31
44-52	16	15	15
Nad 52	9	2	5

Tabulka č. 5 Charakteristika souboru dle věku

výskyt	%	%	%
vzdělání	VFN	FNKV	celkem
středoškolské	56	56	57
vyšší	18	28	24
vysokoškolské	24	14	18
lékařské	0	2	1

Tabulka č. 6 Charakteristika souboru dle vzdělání

6.1 Průběh sběru dat

Získávání dat probíhalo v období od 1. ledna do 28. února 2011. Bylo osloveno celkem 200 respondentů dvou Fakultních nemocnic v Praze a to jak pracovníci nelékařského povolání (sestry) tak i lékařského povolání.

Pro povolení dotazníkového šetření byly osobně osloveny vrchní sestry vybraných pracovišť VFN a FNKV, a po jejich schválení dotazníkového šetření pak také Náměstek pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu VFN a Náměstek pro ošetřovatelskou péči FNKV v Praze.

Do FNKV bylo rozdáno 104 dotazníků, do VFN bylo rozdáno 96 dotazníků. Na vyplnění byla stanovena doba dvou měsíců.

Žádost o povolení dotazníkového šetření je obsahem *Přílohy č. 7*.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Analyzování bylo provedeno po jednotlivých výzkumných otázkách, ve kterých se zohledňovala různá kritéria. Vědomostní otázky ve speciální části dotazníku byly rozebírány z hlediska pohlaví, věku, délky praxe, vzdělání a absolvování kurzů.

Pro vyhodnocení informovanosti respondentů byl za každou správnou odpověď udělen 1 bod. Po té byly vytvořeny kategorie podle počtu bodů vždy po 25% správných odpovědí, z nichž 1. stupeň byl nejlepší (viz *Příloha č. 8*).

Rozdáno bylo 200 dotazníků, do dvou nemocnic. Vráceno bylo 176 dotazníků, což představuje návratnost 88%. (viz *Příloha č. 9*).

Hierarchie této kapitoly odpovídá stanoveným výzkumným otázkám.

7.1 Okruh I.

Analýza odpovídá I. Okruhu výzkumných otázek (vědomostní otázky). Je zaměřen na úroveň informovanosti a celkové znalosti zdravotnických pracovníků o komunikačních dovednostech. Dále zde byla zohledněna tato kritéria: věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání a účast na vzdělávacích aktivitách.

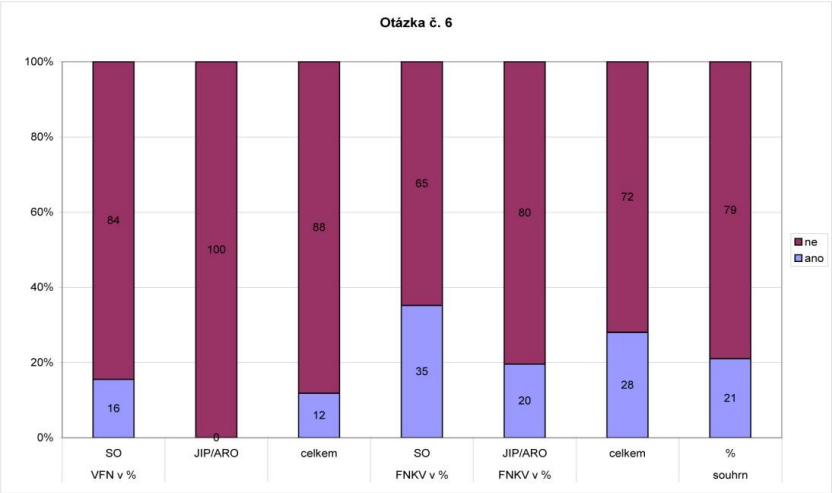
7.1.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků v oblasti znalostí komunikačních dovedností?

Analyzovány byly následující vědomostní otázky.

Definujte, co podle Vás znamená pojem komunikace?

Na otázku odpovědělo správně z celkového počtu pouze 21% dotazovaných. V porovnání obou nemocnic je lepší výsledek u FNKV. U VFN není zobrazeno oddělení JIP/ARO a to z důvodu pouze negativních odpovědí. Správné odpovědi pak byly pouze na

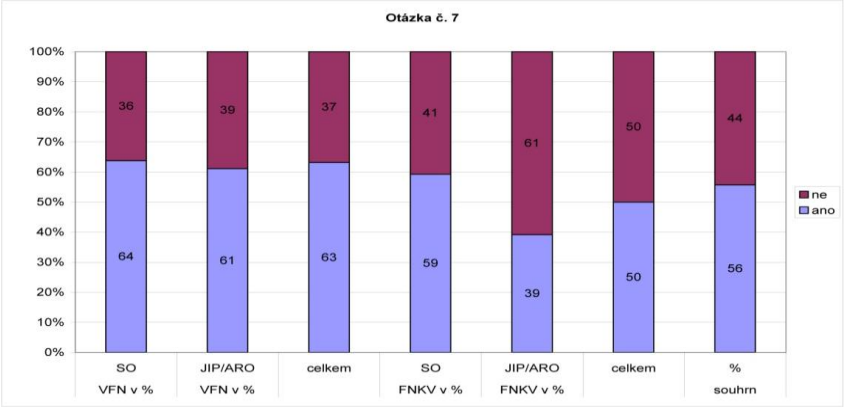
standardním oddělení a to v 16%. Mnoho dotazovaných odpovídalo z výběru možností, že komunikace znamená sdělování informací mezi dvěma komunikanty (45%) nebo rozhovor mezi několika komunikanty (20%). Zbývajících 14% odpovídalo, že je to předávání zpráv mezi dvěma a více komunikanty.



Graf č. 1 Okruh I.: Komunikace – výskyt správných odpovědí

Víte, co znamená pojem „negativní aserce“?

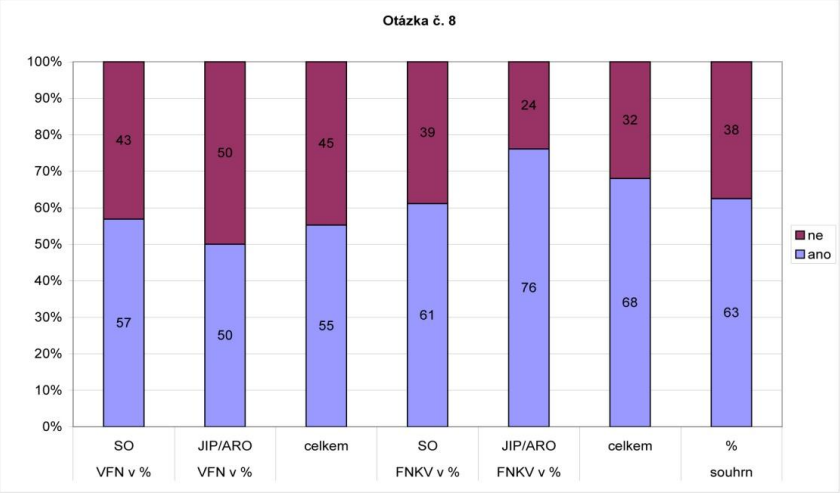
Graf ukazuje procento úspěšnosti v odpovědi. Na výše uvedenou otázku odpovědělo kladně 56 % dotazovaných. Větší procento úspěšnosti bylo u VFN, 63 % z celkového počtu. Obě oddělení u VFN mají celkem vyrovnaný výsledek. U FNKV bylo úspěšnější standardní oddělení, 59 %. K nejčastějším špatným odpovědím patřilo, že negativní aserce je porušení pravidel asertivního chování (25%), dále se vyskytovala odpověď výrazný nesouhlas s jiným jednáním, chováním (13%), a 6% dotazovaných odpovědělo, že negativní aserce dle nich znamená nereagování na kritiku našich negativních kvalit.



Graf č. 2 Okruh I.: Negativní aserce – výskyt správných odpovědí

Víte, co znamená proxemika?

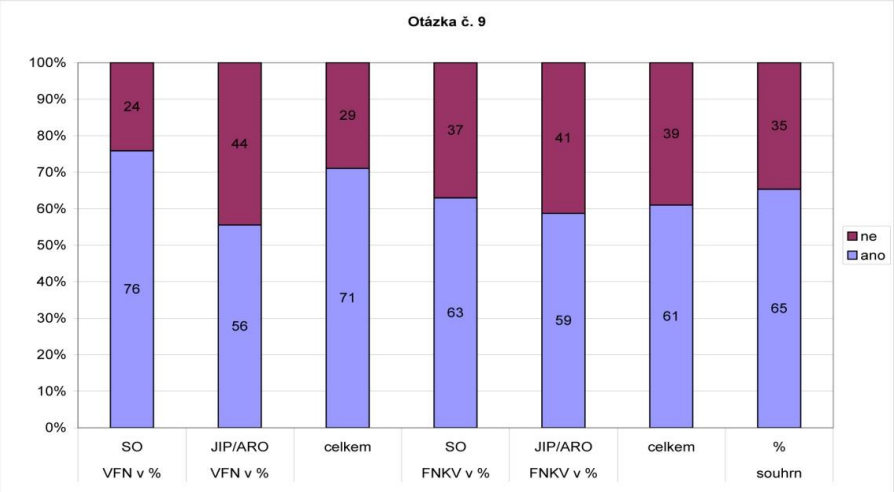
Na odpověď, co znamená proxemika (komunikace přiblížením, oddálením) odpovědělo správně 63 % z celkového počtu dotazovaných. Nejlepší výsledek ukazuje oddělení JIP/ARO u FNKV, 76 %. U VFN byly výsledky na obou odděleních celkem vyrovnané, pohybovaly se okolo 50 %. V 38% byla zvolená špatná odpověď. 17% dotazovaných odpovědělo, že to znamená řeč držení těla, 11% dotazovaných zvolilo odpověď komunikace dotekem, 10% dotazovaných si myslí, že proxemika je komunikace výrazem obličeje.



Graf č. 3 Okruh I.: Proxemika – výskyt správných odpovědí

Mezi projevy evalvace podle Vás patří…

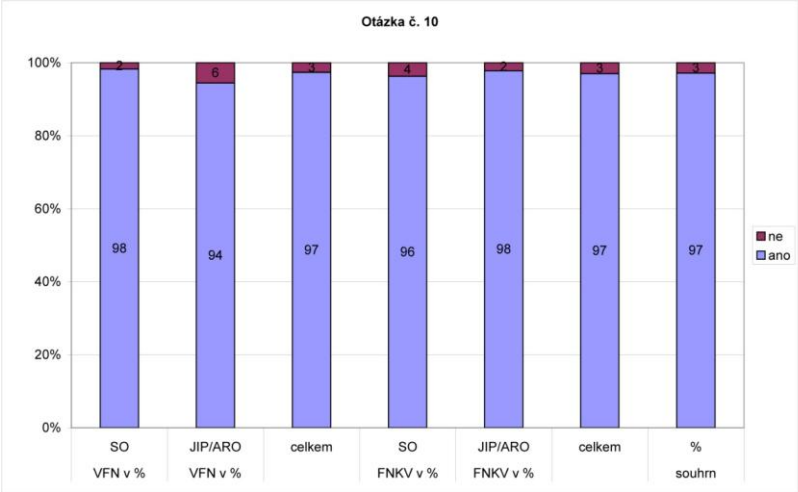
Devátou otázku odpovědělo správně 65 % všech dotazovaných. Zvolili si správnou odpověď – umět prominout, odpustit, být velkorysý k drobným nedostatkům. Špatně odpovědělo 35% dotazovaných. Mezi nejčastější špatné odpovědi patřilo, že evalvace znamená být urážen, ponižován, zesměšňován (18%), 10% dotazovaných uvedlo, že je to agresivita, nesouhlas, kladený odpor, vzpoura a 7% dotazovaných si myslí, že to znamená být nadšen, nabuzen pro něco nového. Největší procento úspěšnosti lze vyčíst na standardním oddělení ve VFN, 76 %. Ve FNKV se výsledky obou oddělení pohybují kolem úspěšnosti 60 %.



Graf č. 4 Okruh I.: Projevy evalvace – výskyt správných odpovědí

Co je to mimika?

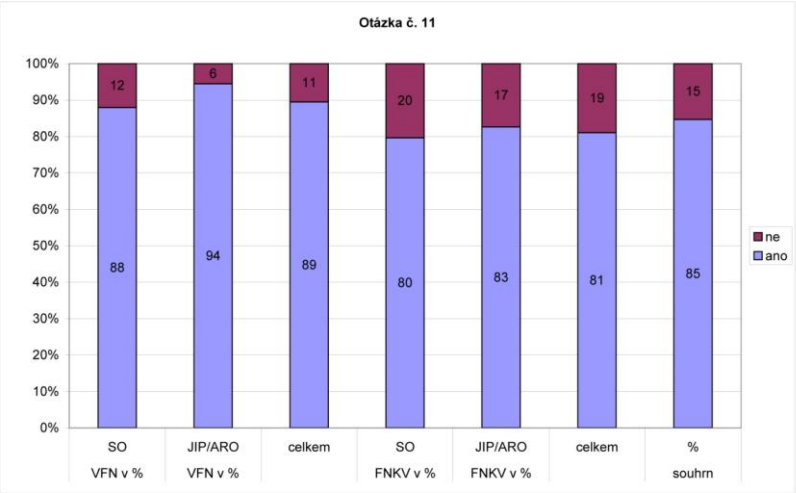
Na výše uvedenou otázku odpověděli skoro všichni správně, 97 %. Mimika je výraz obličeje. Možnost výběru doteku nezvolil žádný dotazovaný, řeč očí uvedlo 2,5 % z dotazovaných a 0,5 % si myslí, že je to projev našeho mluvení. Výsledky v obou nemocnicích jsou vyrovnané.



Graf č. 5 Okruh I.: Mimika – výskyt správných odpovědí

Co je to haptika?

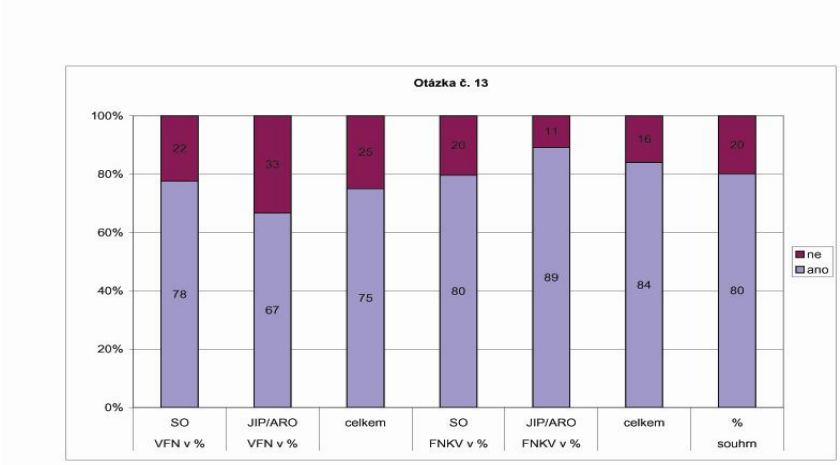
Haptika znamená dotek. Na otázku, co je to haptika, odpovědělo správně 85 % z celkového počtu dotazovaných. Lepší výsledky byly prokázány na intenzivních pracovištích obou nemocnic. Správné odpovědi se ale pohybují ve vysokých číslech na všech odděleních. Pouze 15% z dotazovaných odpovědělo na tuto otázku špatně. Uváděli, že haptika znamená vůně těla (5%), řeč držení těla (7%) a 3% z dotazovaných uvedlo, že je to řeč pohybů. Ve srovnání obou nemocnic lepší výsledky jsou viditelné ve VFN.



Graf č. 6 Okruh I.: Haptika – výskyt správných odpovědí

Víte, co znamená bazální stimulace?

Na otázku, co znamená bazální stimulace, odpovědělo kladně 80 % dotazovaných. Ti zvolili možnost - koncept podporující zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta, 20 % z dotazovaných zvolilo špatnou odpověď, 14% odpovědělo, že to znamená udržování pacienta při životě základní léčbou, 4% zvolilo odpověď - Stimulace v oblasti bazálních ganglií a 2% dotazovaných neví, co znamená bazální simulace. Nejvíce nevědoucích tohoto pojmu je ve VFN a to s údivem na oddělení JIP/ARO, 33 %.

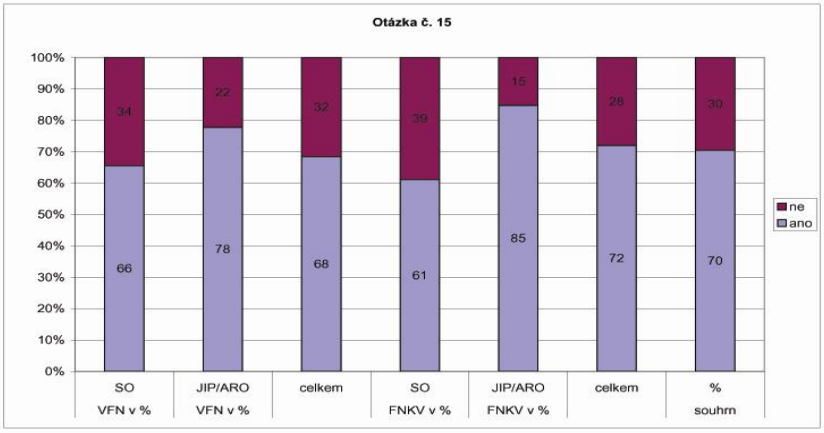


Graf č. 7 Okruh I.: Bazální stimulace – výskyt správných odpovědí

Co je iniciální dotek?

Správná odpověď na tuto otázku zní - cílený dotek, v rámci bazální stimulace, který podává informaci pacientovi o tom, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho. Tuto odpověď zvolilo 70% dotazovaných. 30% odpovědělo špatně. 12% dotazovaných uvedlo, že iniciální dotek znamená cílený dotek, který stimuluje pacienta v bezvědomí, 10% zvolilo odpověď, že je to dotek, kterým dávám pacientovi na vědomí, že ho poslouchám a může se mnou komunikovat, zbývajících 8% si myslí, že iniciální dotek je dotek z vlastní iniciativy, který by měl uspokojit sociální potřeby pacienta

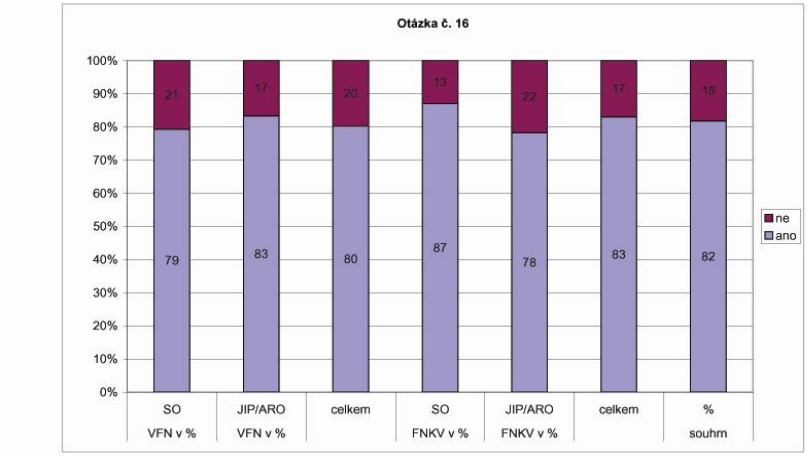
Více záporných odpovědí lze vidět ve sloupečcích standardních oddělení obou nemocnic, 34 % u VFN a 39 % u FNKV. Lepší výsledky se objevují na intenzivních pracovištích.



Graf č. 8 Okruh I.: Iniciální dotek – výskyt správných odpovědí

Asertivita dle Vás znamená:

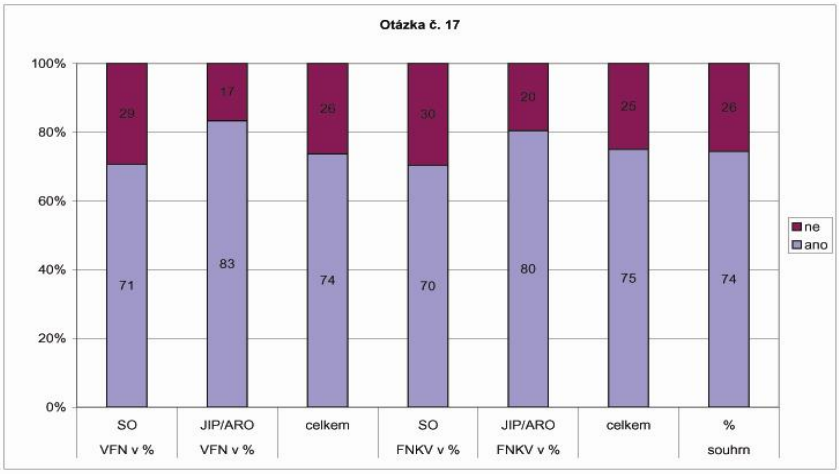
Na otázku, co znamená asertivita, odpovědělo správně 82 % všech dotazovaných. Správná odpověď byla - způsob chování a jednání, kterým přijatelnou formou upřednostňuju své názory, přičemž vnímám a respektuji názory druhých. 9% dotazovaných si vybralo možnost - způsob jednání potlačující nežádoucí projevy chování, 6% si myslí, že je to nepřiměřený způsob chování, zbývající 3% dotazovaných uvádí, že asertivita je násilné upřednostňování svých názorů. Nejmenší procento úspěšnosti pak vykazuje JIP/ARO FNKV, ale ve výsledném hodnocení jsou výsledky u obou nemocnic vyrovnané.



Graf č. 9 Okruh I.: Asertivita – výskyt správných odpovědí

Aktivní naslouchání dle vás vystihuje:

Aktivní naslouchání znamená - pozorné poslouchání druhého, jeho vnímání, sdílení pocitu a aktivní reagování na něj. Tuto správnou odpověď zvolilo 74 % dotazovaných. 13% dotazovaných uvedlo, že to znamená, pozorné vnímání toho, co druhý říká. 8% zvolilo možnost odpovědi - vyjádřený souhlas s tím, co prožívá druhý, a 5% dotazovaných uvedlo, že aktivní naslouchání je vcítění se do pocitu druhého. Při porovnání výsledků obou nemocnic je zřejmé, že úroveň informovanosti je zde obdobná. Opět jsou prokazatelné lepší výsledky na intenzivních pracovištích obou nemocnic.



Graf č. 10 Okruh I.: Aktivní naslouchání – výskyt správných odpovědí

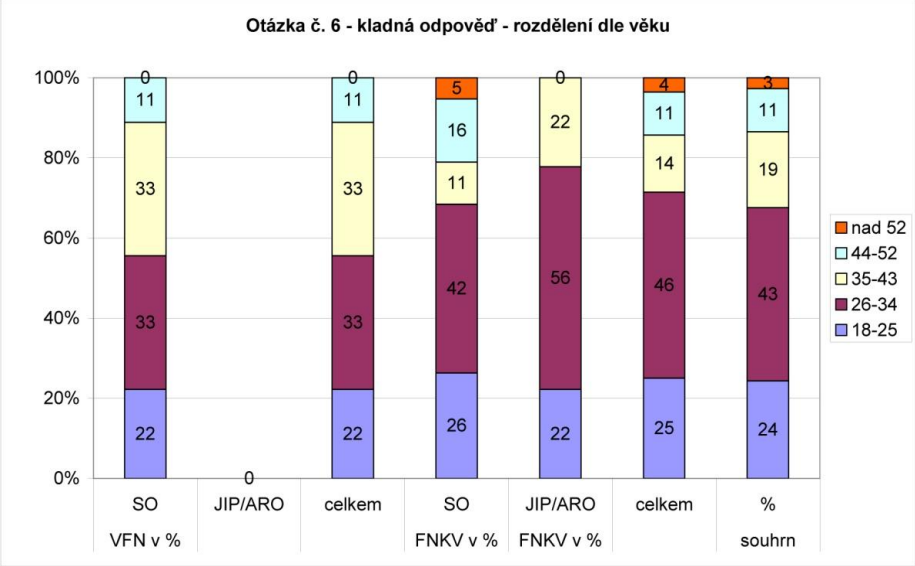
Závěr: Správné odpovědí zdravotnických pracovníků na vědomostní otázky se vždy pohybovaly nad 50%, kromě první otázky, kdy byly odpovědi správné pouze ve 21%. To znamená, že z deseti vědomostních otázek bylo devět otázek zodpovězeno z více jak 50% správně. Po sečtení výsledku byl stanoven průměr správných odpovědí 69, 3%. Zbývajících 30,8% pak tvoří průměrnou hodnotu nesprávných odpovědí. Úroveň informovanosti není nejvyšších hodnot, ale průměrná hodnota necelých 70% se dá již považovat za poměrně vysoké procentuální číslo. Průměrné hodnoty správných odpovědí jsou v *Příloze č. 10*. Zdravotničtí pracovníci dosáhli 2. stupně informovanosti v problematice komunikace s pacientem (viz *Příloha č. 8*).

7.1.2 Výzkumná otázka č. 2: Ovlivňuje věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání zdravotnických pracovníků a účast na vzdělávacích akcích úroveň znalostí v problematice komunikace?

Analyzovány byly vědomostní otázky vzhledem k daným kritériím: věk, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, účast na vzdělávacích akcích. Následující grafy znázorňují výsledky správných odpovědí k těmto kritériím.

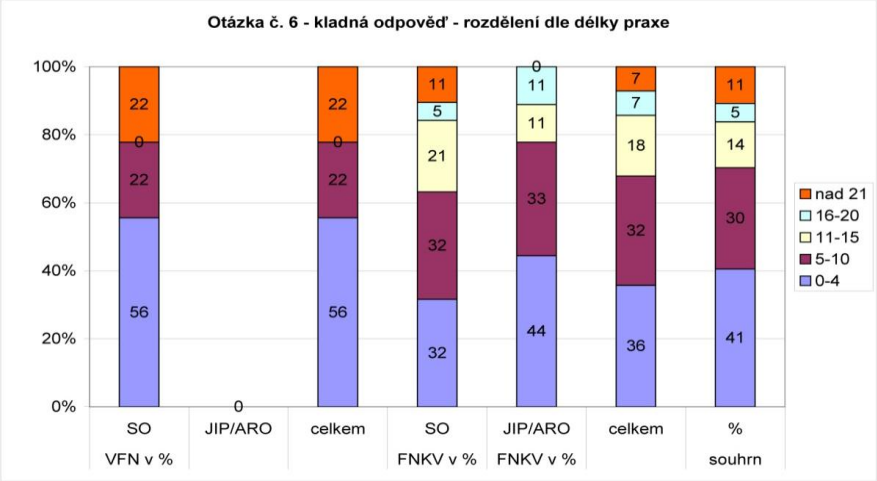
Vědomostní otázka: Definujte, co podle Vás znamená komunikace?

Největší procentuální zastoupení správných odpovědí vzhledem k věku zaujímá věkové rozhraní 26-34 let, z toho vyplývá, že 43% z celkového počtu, co odpovědělo správně, se pohybuje v rozmezí věkové hranice 26-34 let a to na všech odděleních obou nemocnic. Druhé místo zaujímá věková hranice 18-25 let (24%) a v třetí místo věková hranice 35-43 let (19%). Nejméně správných odpovědí se vyskytuje ve věkovém rozmezí nad 52 let, tj. 3% z celkového počtu správných odpovědí. Intenzivní pracoviště VFN nemají v grafu žádné věkové zastoupení, jelikož zde nebyla žádná odpověď správná.



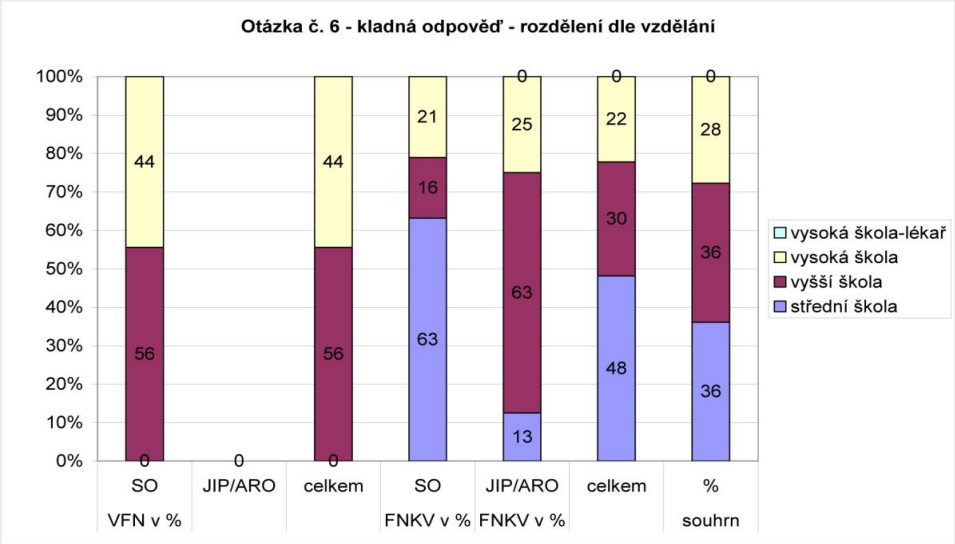
Graf č. 11 Okruh I.: Komunikace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Následující graf znázorňuje výsledky kladných odpovědí na tutéž vědomostní otázku vzhledem k délce praxe na pracovišti. Graf znázorňuje, že nejlepších výsledků dosahují dotazováni mezi 0-4 odpracovaných let. Poměrně vysoké procentuální zastoupení (30%) mají pracovníci s délkou praxe 5-10 let. Nejméně správných odpovědí (5%) se pak vyskytlo u dotazovaných s délkou praxe 16-20 let. U VFN převažuje délka praxe 0-4 let, 56 %. U FNKV na standardním oddělení je stejný výsledek u délky praxe 0-4 a 5-10 let, 32 %. Na oddělení JIP/ARO téže nemocnice odpovědělo kladně 44 % dotazovaných s délkou praxe 0-4 let.



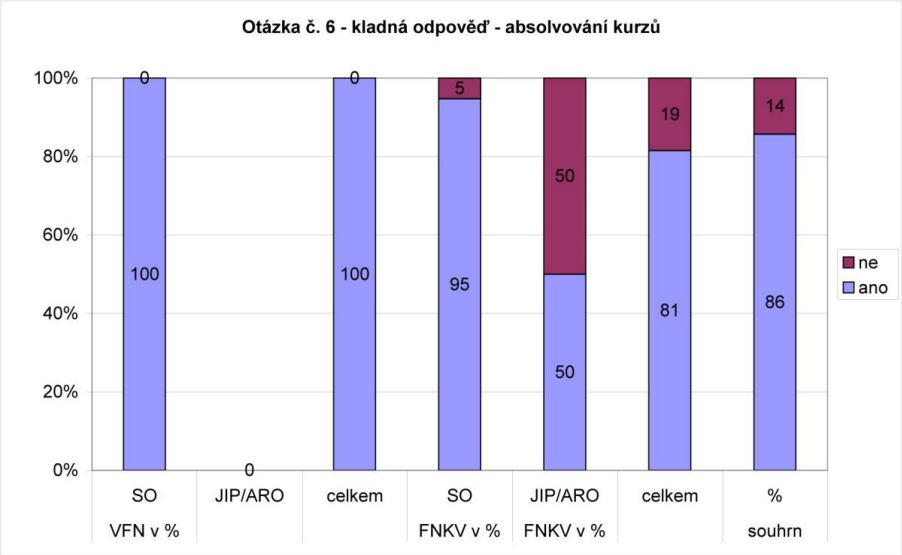
Graf č. 12 Okruh I.: Komunikace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Při analýze výsledků vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání vyšlo, že správně odpovídali dotazováni se středoškolským vzděláním a s vyšším vzděláním, a to ve stejném procentuálním zastoupení. Méně správných odpovědí pak bylo u pracovníků s vysokoškolským vzděláním (28%). Dotazníkového šetření se sice zúčastnili dva lékaři, ale vzhledem k jejich špatné odpovědi nemají v grafu zastoupení. Ve VFN odpověděli kladně ti dotazovaní, kteří mají dosažené vyšší (56 %), anebo vysokoškolské vzdělání (44%). U FNKV je to na oddělení JIP/ARO podobné, ovšem i se zastoupením středoškolského vzdělání (13%), na standardním oddělení kladně odpovědělo více dotazovaných s ukončeným středoškolským vzděláním (63%). Z celkového pohledu jsou výsledky téměř vyrovnány.



Graf č. 13 Okruh I.: Komunikace - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Při vyhodnocování správných odpovědí vzhledem k účasti na speciálních kurzech vyšlo, že ti, kteří odpověděli správně, absolvovali kurzy (86%). Zbývajících 14% dotazovaných se kurzu nezúčastnilo. Z grafu lze také vyčíst, že na oddělení JIP/ARO u FNKV 50% dotazovaných, kurzy neabsolvovalo. Z hlediska správné odpovědi vzhledem k absolvování kurzů lze vyvodit, že absolvování má vliv na úroveň informovanosti o problematice.

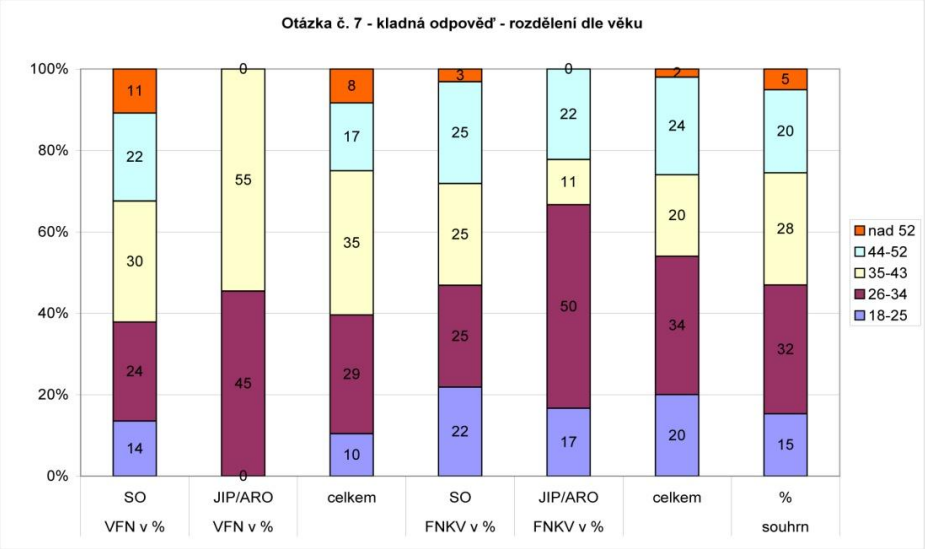


Graf č. 14 Okruh I.: Komunikace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Dotazovaní, kteří odpověď znali, pracují na odděleních po dobu 0-4 let, 41 % a jsou ve věkovém rozmezí 26-34 let, 43 %. Z výsledku je podíl na ukončeném vzdělání téměř vyrovnaný. Ve výsledcích si lépe vedla FNKV.

Vědomostní otázka: Víte, co znamená pojem negativní aserce?

Na tuto vědomostní otázku odpověděli kladně dotazováni hlavně ve věku 26-34 let. Z celkového počtu obou nemocnic 32 %. Druhé místo zaujímá věková hranice 35-43 let (28%), třetí místo u této otázky zaujímají dotazováni ve věku 44-52 let (20%). Při porovnání obou nemocnic vykazuje větší procento věkové hranice 26-34 oddělení JIP/ARO FNKV a také VFN. Ve věku nad 52 let odpovědělo správně pouze 5 % pracovníků. Lze tedy poznamenat, že nejlépe informováni o této problematice jsou mladí pracovníci a to ve věkové kategorii 26-34 let.

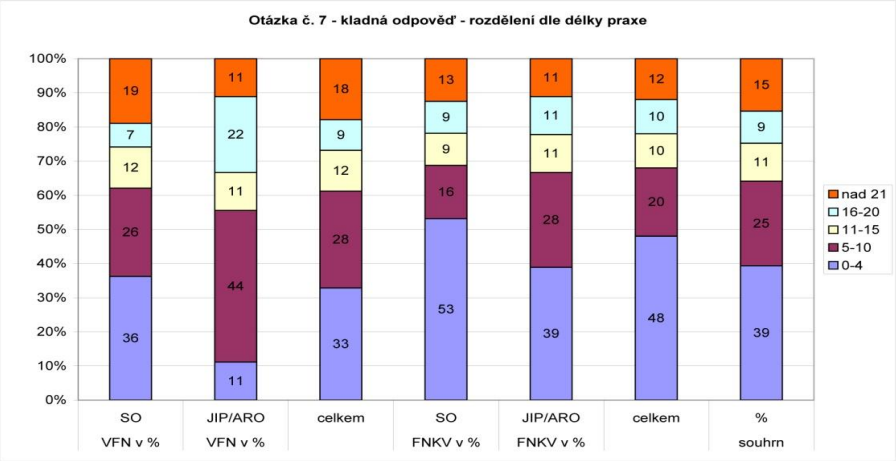


Graf č. 15 Okruh I.: Negativní aserce - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Nejvíce správných odpovědí bylo zjištěno u dotazovaných s délkou praxe 0-4 let, 39 %. Lepší výsledek je vidět u FNKV, konkrétně na standardním oddělení, 53 %.

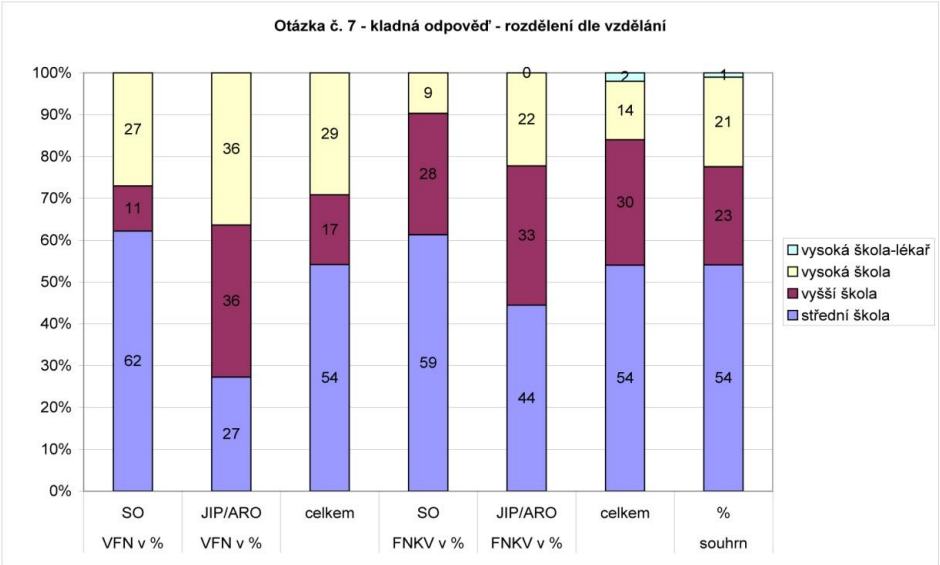
U VFN se doplňovali dotazovaní s délkou praxe 0-4 a 5-10 let. Na standardním oddělení byli úspěšnější pracovníci s délkou praxe 0-4 let, 36 % a na JIP/ARO téže nemocnice 5-10

let, 44 %. Při porovnání celkových výsledků nemocnic vychází, že jsou si poměrně podobné.



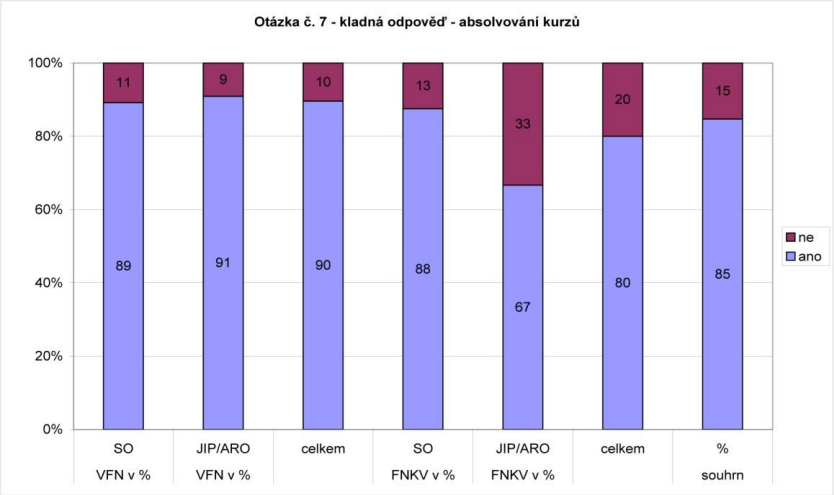
Graf č. 16 Okruh I.: Negativní aserce - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Co se týká správných odpovědí vzhledem k nejvyššímu dosaženému vzdělání, 54 % dotazovaných, kteří odpověděli kladně, má ukončené středoškolské vzdělání. 23% dotazovaných pak absolvovalo vyšší školu. Na tuto otázku odpověděli správně také oba lékaři (1% z celkového množství). Oddělení JIP/ARO ve VFN patřili mezi úspěšnější z dotazovaných s ukončeným vzděláním na vyšší škole, 36 %.



Graf č. 17 Okruh I.: Negativní aserce - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Následující graf znázorňuje výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvovaným kurzům. Většina z vybraných pracovníků, 85 %, absolvovalo kurzy týkajících se psychologických intervencí. Pouze 15% dotazovaných, co odpověděli správně, kurzy neabsolvovali. Při porovnání obou nemocnic bylo zjištěno větší procento u VFN, 90 %. Výsledky obou oddělení byly celkem vyrovnané. U FNKV absolvovalo kurzy více pracovníků na standardním oddělení, 88 %.

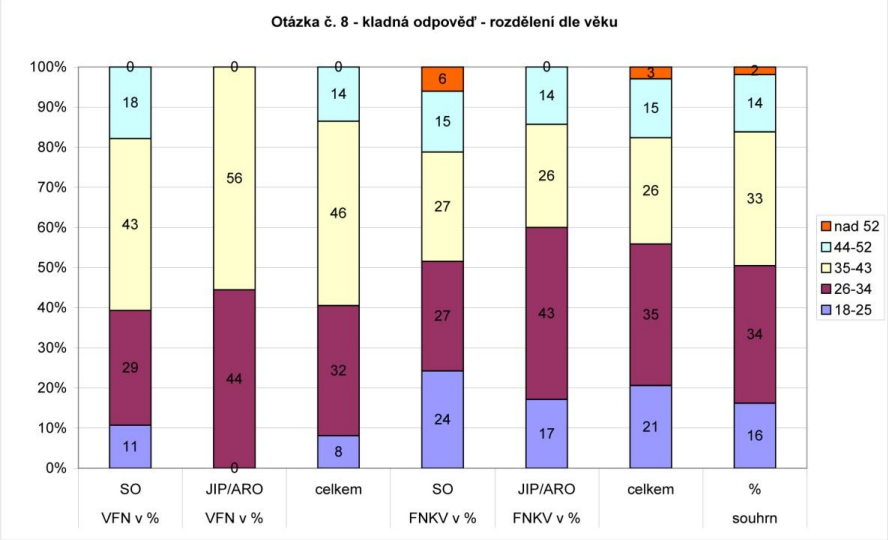


Graf č. 18 Okruh I.: Negativní aserce - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Z celkového pohledu ti, kteří odpověděli správně, pracují v nemocnicích po dobu 0-4 let a jsou ve věku 26-34 let s ukončeným středoškolským vzděláním a po absolvování kurzu. Lépe si vedla VFN.

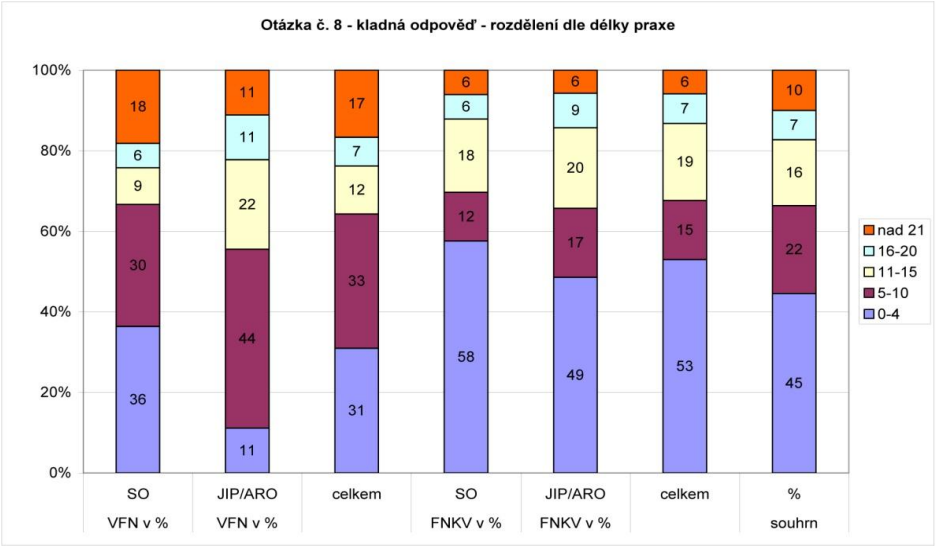
Vědomostní otázka: Víte, co znamená proxemika?

Nejúspěšnější skupina z celkového počtu dotazovaných, kteří správně odpověděli, je v rozmezí věku 26-34 let, 34 %. Velmi obdobných výsledků se pak objevuje u věkového rozhraní 35-43 let (33%). Nejmenší zastoupení je u věkové hranice nad 52 let a to pouze 2% z celkového počtu. Na intenzivních pracovištích VFN se věková hranice těch, co odpověděli správně, pohybuje jen ve dvou věkových kategoriích, a to 56% dotazovaných ve věkové hranici 35-43 let a 44% ve věkové hranici 26-34 let.



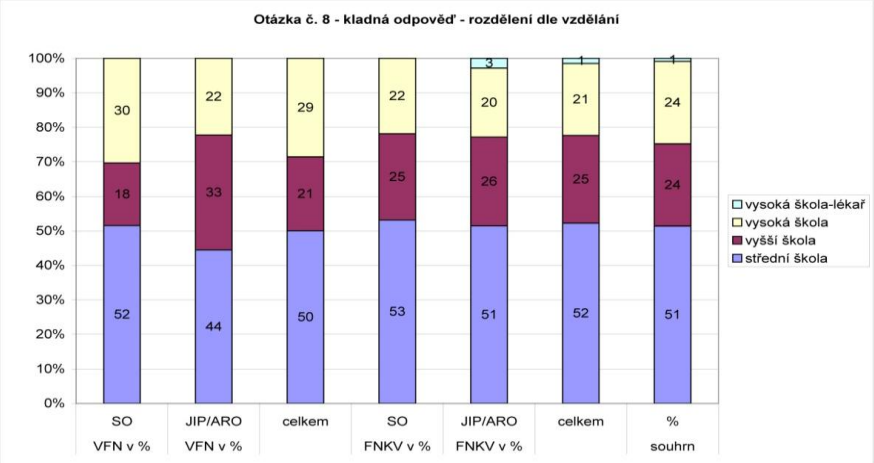
Graf č. 19 Okruh I.: Proxemika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Při pohledu na sloupeček souhrnu v grafu následující strany, lze vyčíst, že nejvíce kladných odpovědí patřilo dotazovaným s délkou praxe 0-4 let. Druhé místo pak zaujímají dotazováni s praxí od 5-10 let (22%). Nejméně kladných odpovědí se pak vyskytuje u délky praxe 16-20 let (7%). U VFN je znatelné vyšší procento u pracovníků s délkou praxe 5-10 let, 33 %.



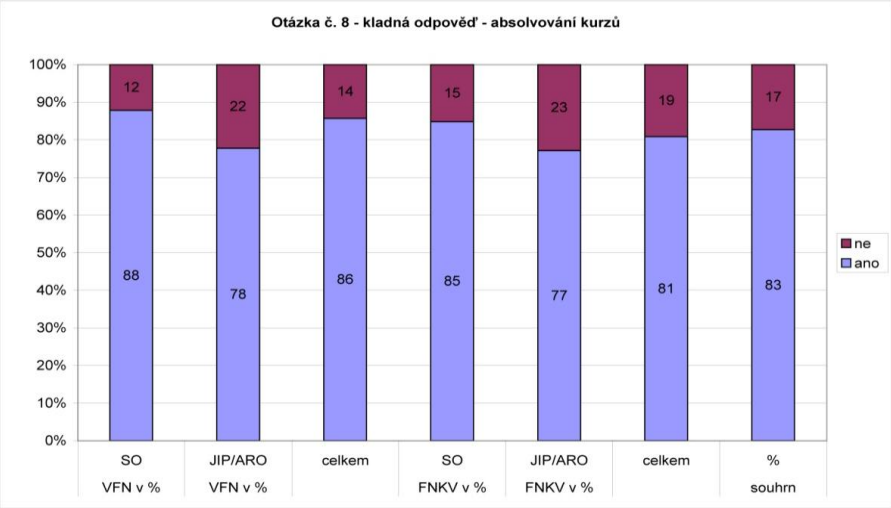
Graf č. 20 Okruh I.: Proxemika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Následující graf je už při prvním pohledu docela vyrovnaný ve všech odděleních obou nemocnic. Při vyhodnocování kladných odpovědí vzhledem k dosaženému nejvyššímu vzdělání, bylo opět více těch, kteří mají ukončené středoškolské vzdělání, 51 %. Druhé místo zaujímají dotazováni s absolvovanou vyšší školou, tvoří 24% z celkového počtu a zároveň stejného výsledku bylo u absolvované vysoké školy (24%). Také na tuto otázku odpověděli správně oba lékaři (1%).



Graf č. 21 Okruh I.: Proxemika - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Poslední sledované kritérium (absolvování kurzů) nám ukazuje, že opět téměř většina dotazovaných, 83 %, kurzy absolvovala. Výsledky obou nemocnic jsou vyrovnané.

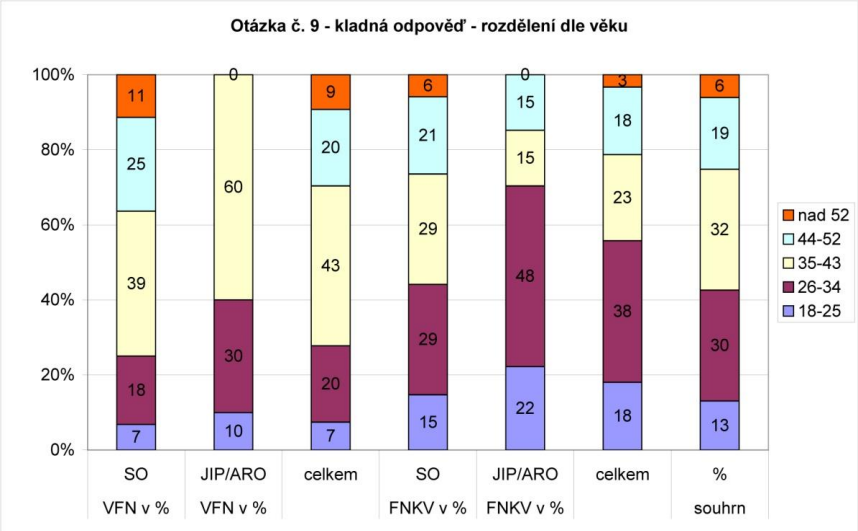


Graf č. 22 Okruh I.: Proxemika – Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Osmou otázku odpověděli správně dotazováni ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním a s větším procentuálním zastoupením těch, kteří absolvovali kurzy. Lépe si vedla FNKV.

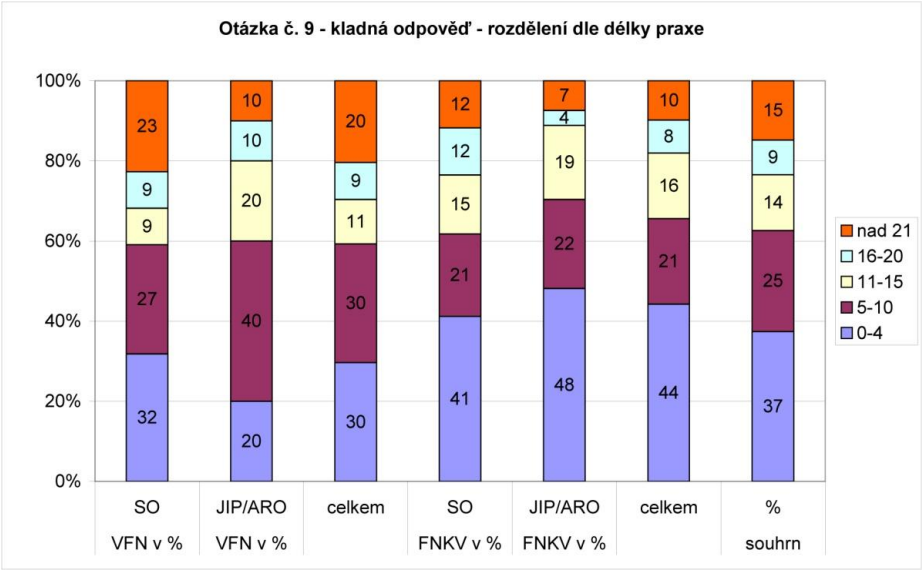
Vědomostní otázka: Mezi projevy evalvace podle Vás patří…

Poslední sloupeček grafu znázorňuje celkové správné výsledky všech dotazovaných vzhledem k jejich věku. Nejúspěšnější byli dotazovaní ve věku 35-43 let, (32 %). Druhé místo obsadili dotazováni ve věkové kategorii 26-34 let (30%). Věková kategorie 18-25 let se tentokrát posunula na čtvrté místo. Výskyt správných odpovědí byl pouze 13%. Při detailním pohledu na jednotlivé nemocnice je vidět, že ve FNKV je lepší věková skupina 26-34 let, 38 %.



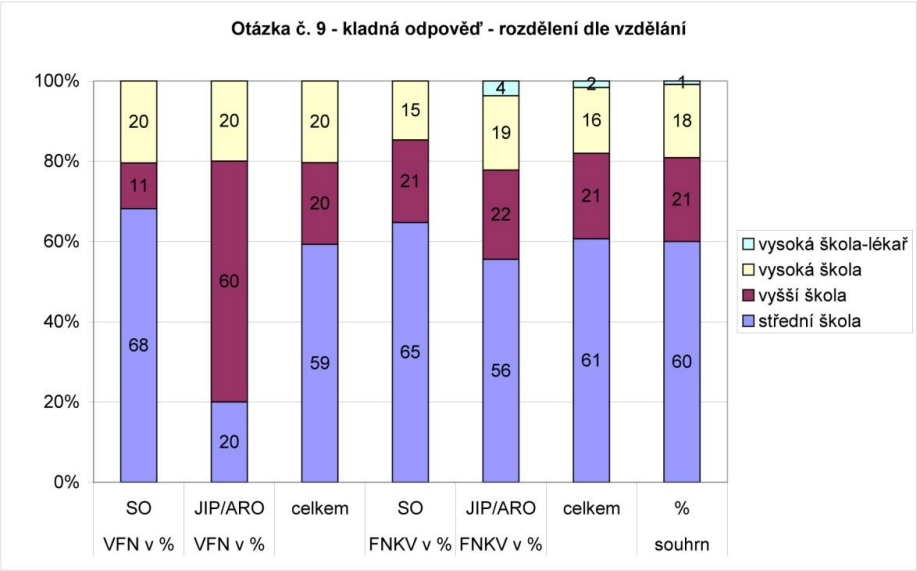
Graf č. 23 Okruh I.: Projevy evalvace - Výskyt správných odpovědí dle věku

Při zohlednění kritéria délky praxe, odpověděli správně nejvíce pracovníci s praxí 0-4 let, 37 %. Poslední místo zaujímají pracovníci s praxí 16-20 let (9%). Ve FVKN je výsledek stejný, pouze s vyšším procentním číslem 44 %. Ve VFN jsou vyrovnané výsledky u délky praxe 0-4 a 5-10 let, 30 %.



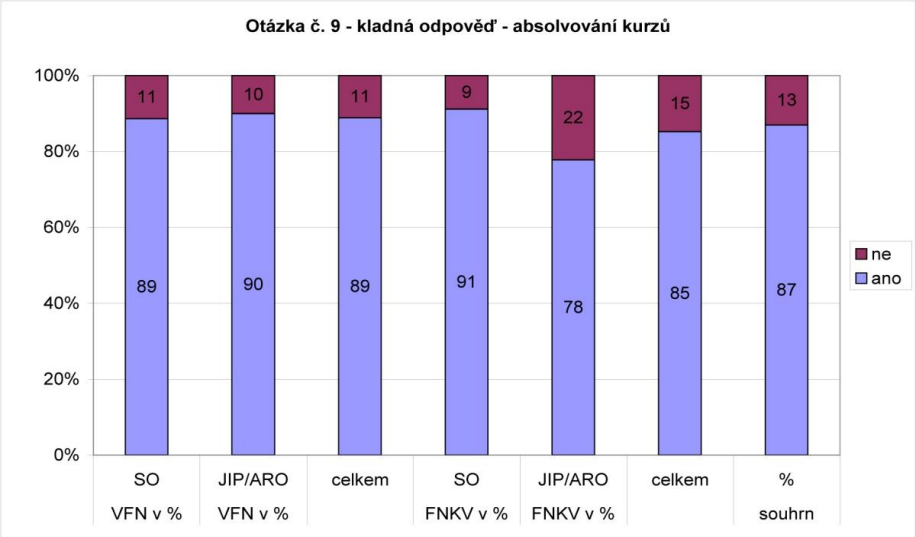
Graf č. 24 Okruh I.: Projevy evalvace - Výskyt správných odpovědí dle délky praxe

Mezi vybranou skupinu patří opět největší procento dotazovaným s ukončeným středoškolským vzděláním, 60 %. Ve VFN na oddělení JIP/ARO je jich více se vzděláním z vyšších škol, 60 %. Jinak jsou výsledky vyrovnané.



Graf č. 25 Okruh I.: Projevy evalvace - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Opět většina dotazovaných, kteří odpověděli správně, speciální kurzy absolvovala (87%). I zde jsou si výsledky v obou nemocnicích obdobné.

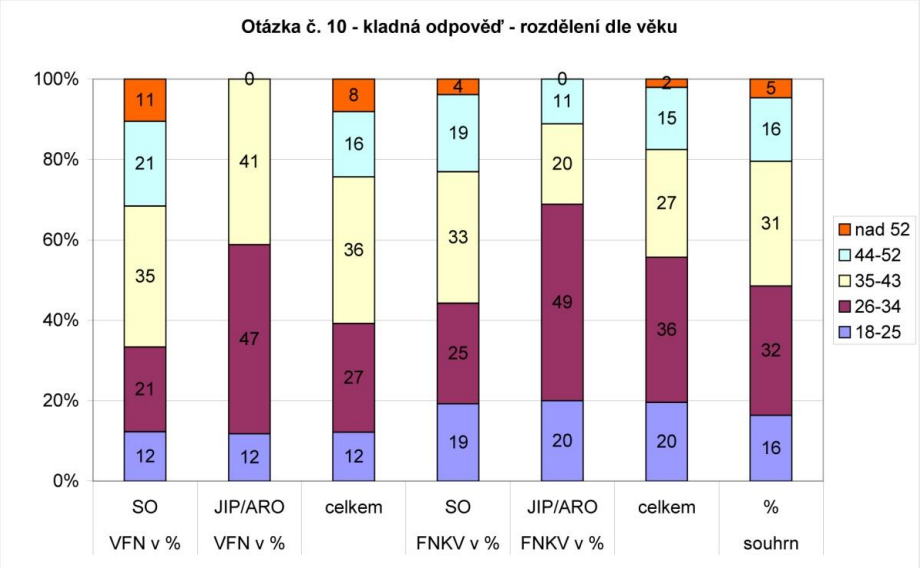


Graf č. 26 Okruh I.: Projevy evalvace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Devátou otázku odpověděli správně zdravotničtí pracovníci ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním. Byl opět prokázán vliv na účasti na vzdělávacích akcích. Lépe si vedla VFN.

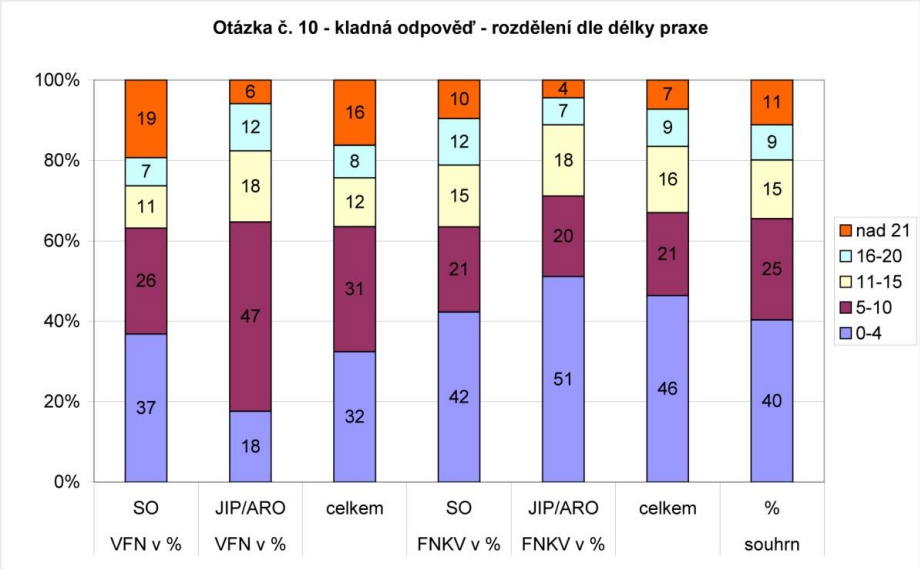
Vědomostní otázka: Co je mimika?

Graf vyhodnocuje kladné odpovědi na vědomostní otázku vzhledem k věku. Mezi správně odpovídajícími bylo nejvíce dotazovaných ve věkové skupině 26-34 let, (32 %). Poměrně velké zastoupení i u všech odděleních má věkové rozmezí 35-43 let, a to z celkového počtu 31%. Nejméně kladných odpovědí je u zaměstnanců ve věku nad 52 let, to činí 5% z celkového počtu. V porovnání výsledků věkových kategorií obou nemocnic jsou shodné.



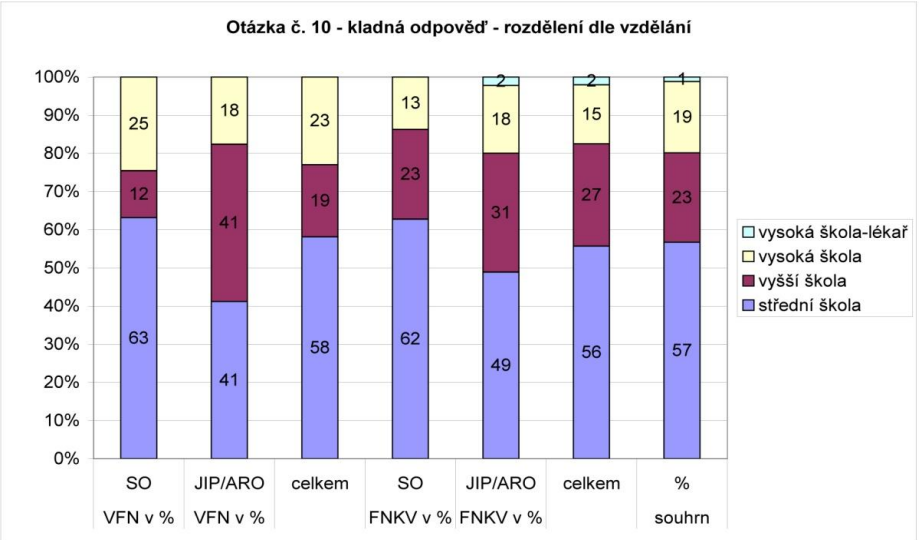
Graf č. 27 Okruh I.: Mimika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Jelikož předešlý graf ukazuje složení mladého kolektivu, není překvapivé, že nadalším uvedeném grafu zaujímá největší procento pracovníků s délkou praxe 0-4 let, 40 %. Nejméně správných odpovědí se vyskytuje u dotazovaných s délkou praxe 16-20 let (9%). Pouze na oddělení JIP/ARO ve VFN odpověděli lépe pracovníci s délkou praxe 5-10 let, 47 %. Při celkovém hodnocení správnosti odpovědi vzhledem k délce praxe v jednotlivých nemocnicích jsou výsledky obdobné.



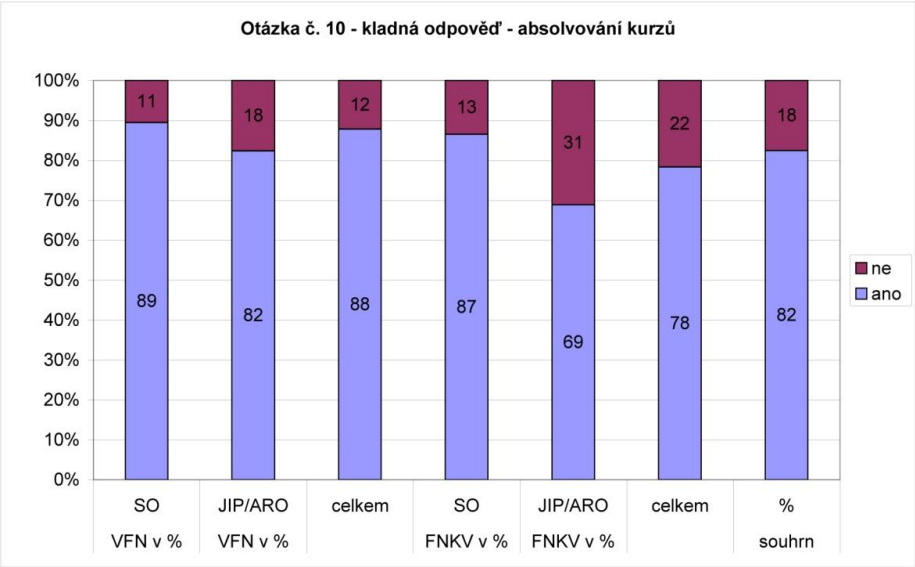
Graf č. 28 Okruh I.: Mimika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Mezi dotazovanými, kteří správně odpověděli, je opět nejvíce těch, kteří mají ukončené středoškolské vzdělání. Z celkového počtu je to 57 %. Druhé místo zaujímají dotazováni s absolvovanou vyšší školou (23%) a opět nejméně správných odpovědí se vyskytlo u dotazovaných s absolvovanou vysokou školou. Také oba lékaři odpověděli správně (1%). Ve VFN na oddělení JIP/ARO odpovědělo správně více zaměstnanců s ukončeným vzděláním na vyšší škole. V celkovém pohledu jsou opět výsledky vcelku vyrovnané.



Graf č. 29 Okruh I.: Mimika - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Následující graf vyhodnocuje výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvovaným kurzům. Většina mezi dotazovanými se správnými odpověďmi kurzy absolvovala. Z celkového počtu je to 82%. Neabsolvovalo 18% dotazovaných. Ve FNKV na oddělení JIP/ARO se nyní objevilo celkem velké procento, 31 %, těch, kteří kurzy neabsolvovali. Celkově lze ale shrnout, že absolvování kurzů má vliv na úroveň informovanosti a výsledky jsou si podobné.

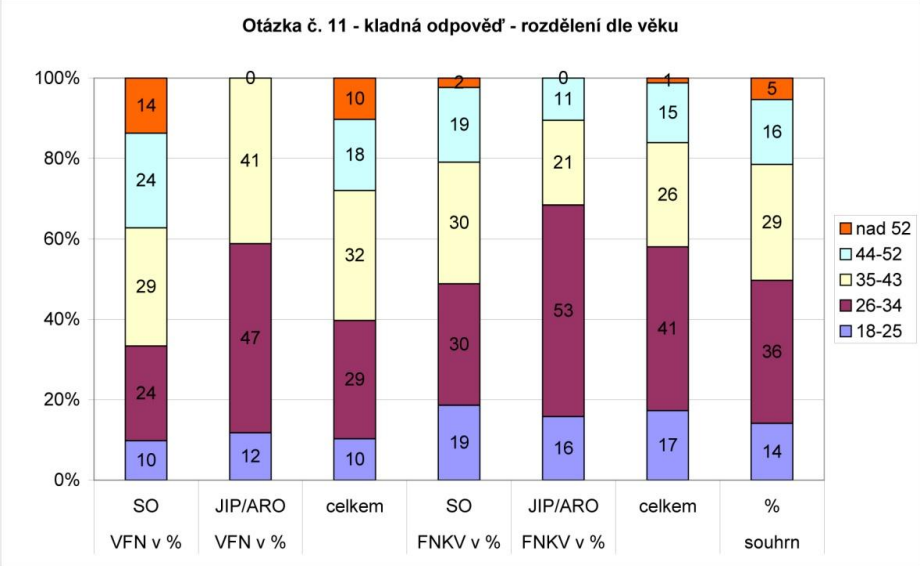


Graf č. 30 Okruh I.: Mimika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Desátou otázku odpověděli správně pracovníci opět ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let s ukončeným středoškolským vzděláním. Otázku odpověděli správně téměř všichni, kdo se účastní vzdělávacích kurzů. Výsledky obou nemocnic byly vyrovnané.

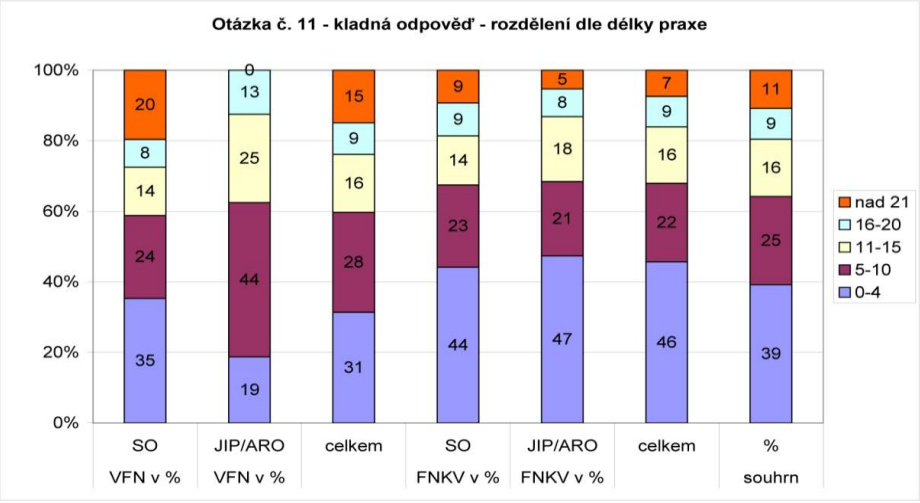
Vědomostní otázka: Co je haptika?

Následující grafy vyhodnocují vědomostní otázku dle stanovených kritérií. Graf na další stránce vyhodnocuje výskyt správné odpovědi vzhledem k věkové kategorii. V posledním sloupečku grafu lze vidět, že největší skupinu tvoří dotazovaní v rozmezí věku 26-34 let, 36 %. Druhé místo obsadili dotazováni ve věkové kategorii 35-43 let (29%) a poslední místo pak věková hranice nad 52 let (5%). Při pohledu na jednotlivé nemocnice není zanedbatelné procento ani u věku 35-43 let, 29 %. Celkové porovnání věkových kategorií v obou nemocnicích je shodné.



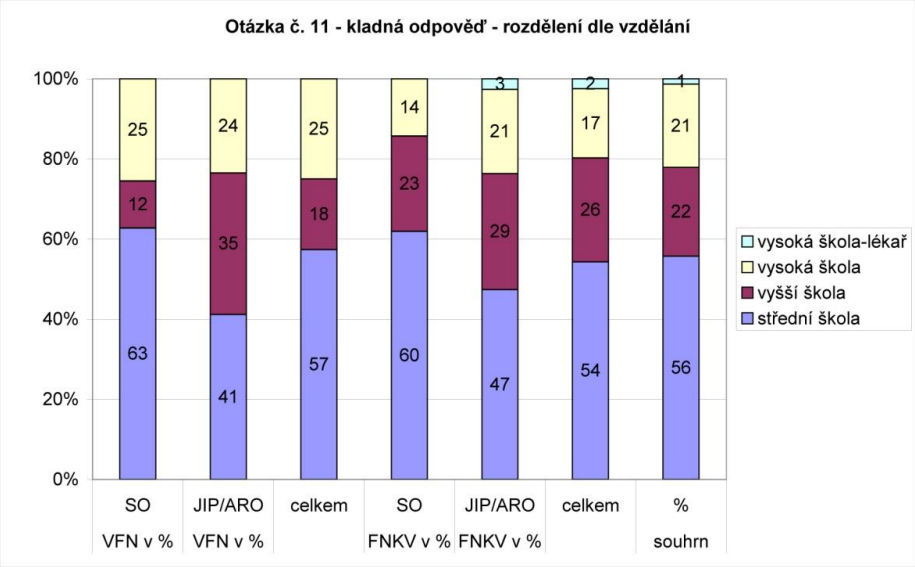
Graf č. 31 Okruh I.: Haptika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Při pohledu na výsledky délky praxe, vzhledem ke správné odpovědi, se objevuje největší procentuální zastoupení u skupiny s praxí 0-4 let, 39 %. Druhou pozici zaujímají pracovníci s praxí 5-10 let (25%). Pouze ve VFN na oddělení JIP/ARO je znatelně více těch, kteří mají délku praxe 5-10 let, 44 %. Nejméně správných odpovědí se vyskytlo u dotazovaných s délkou praxe 16-20 let. To činí 9%.



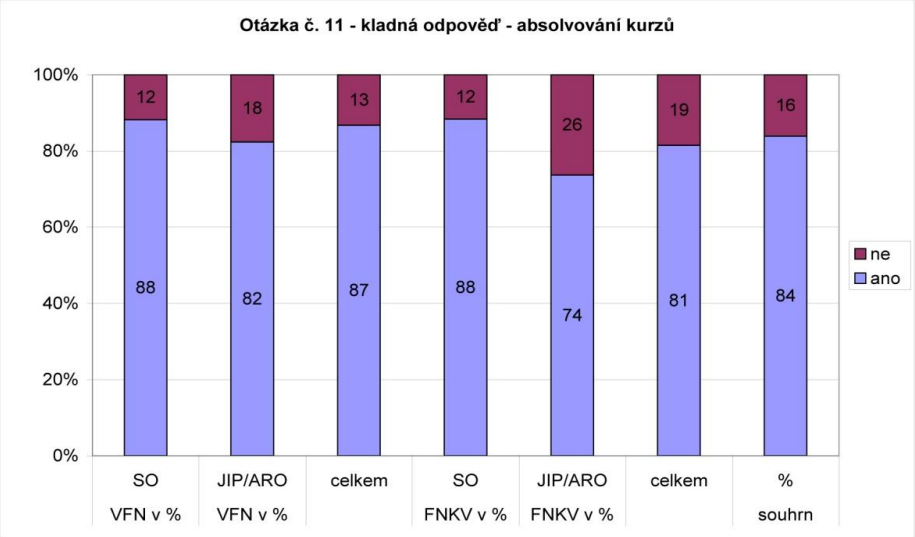
Graf č. 32 Okruh I.: Haptika - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Výsledek tohoto grafu kopíruje výsledky grafu z předchozích otázek. Nejvíce zastoupení jsou ti s ukončeným středoškolským vzděláním, 56 %. Výsledky v obou nemocnicích jsou si podobné.



Graf č. 33 Okruh I.: Haptika - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Graf je rovněž obdobný tomu z předešlé otázky. 84 % dotazovaných kurzy absolvovalo. Nejvíce těch, kteří žádné neabsolvovali je ve FNKV na oddělení JIP/ARO, 26 %. Opět lze vyvodit závěr lepší informovanosti u zaměstnanců s absolvovanými kurzy.

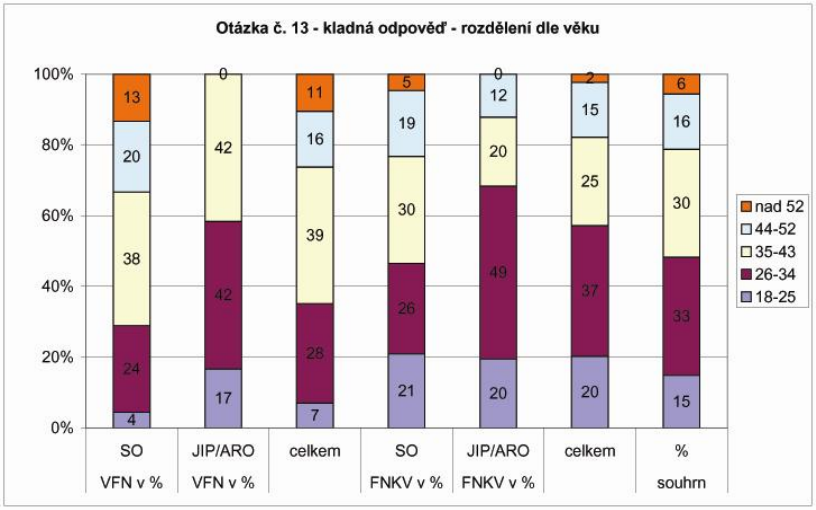


Graf č. 34 Okruh I.: Haptika - Výskyt správných odpovědí pojmu vzhledem k absolvování kurzů

Jedenáctou otázku odpověděli správně zaměstnanci ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním a absolvovanými kurzy. Výsledky obou nemocnic byly opět celkem vyrovnané.

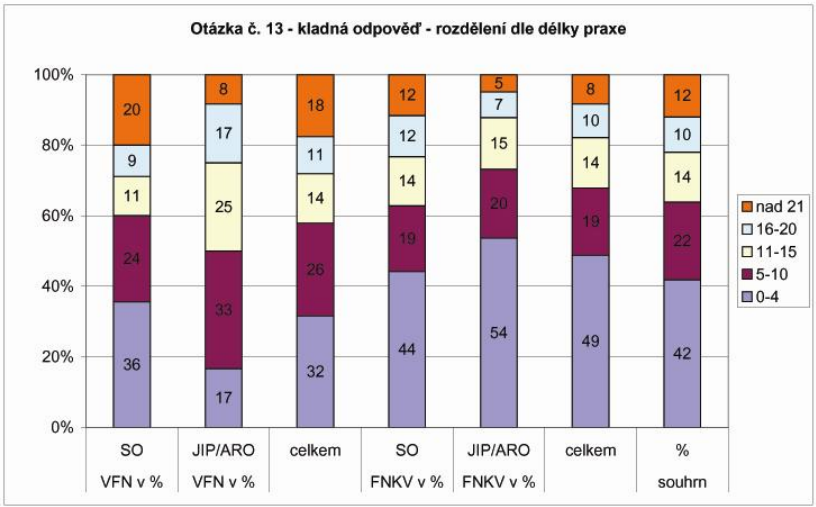
Vědomostní otázka: Víte, co znamená bazální stimulace?

V posledním sloupečku následujícího grafu lze vidět, že mezi těmi, kteří kladně odpověděli, jsou pracovníci ve věkovém rozmezí 26-34 let, 33 %. Také pracovníci ve věkové kategorii 35-43 let mají ve správných výsledcích poměrně vysoké procentuální zastoupení (30%). Nejméně správných odpovědí se vyskytlo u věkové kategorie nad 52 let. To činilo 6%.



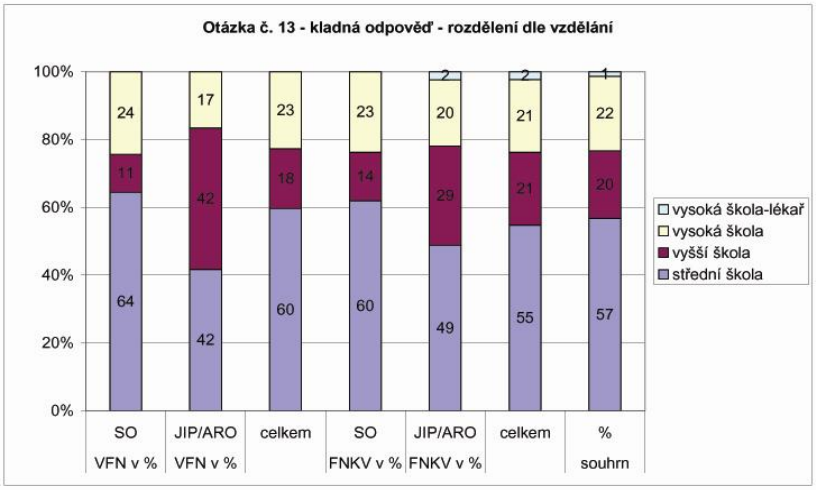
Graf č. 35 Okruh I.: Bazální stimulace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Ve výsledcích následujícího grafu převažují vzhledem ke správné odpovědi zaměstnanci s délkou praxe 0-4 let, 42 %. Pouze ve VFN na oddělení JIP/ARO je ve většině skupina mezi 5-10ti lety praxe. Téměř o polovinu méně z tohoto výsledku zaujímají pracovníci s délkou praxe 5-10 let (22%), ale přesto jsou na druhé pozici. Nejméně správných odpovědí bylo zaznamenáno opět u délky 16-20let (10%).



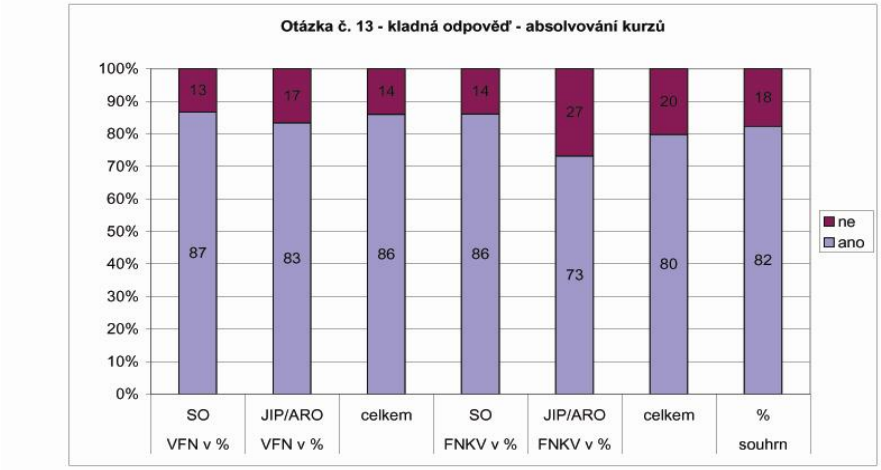
Graf č. 36 Okruh I.: Bazální stimulace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Při pohledu na vzdělání, opět převažují kladné odpovědi u zaměstnanců se středoškolským vzděláním, 57 %. Dotazováni s absolvovanou vysokou školou (22%) vykazují o 2% lepší výsledky než absolventi vyšší školy (20%). Také oba lékaři odpověděli správně (1%). Porovnání výsledků obou nemocnic jsou obdobné.



Graf č. 37 Okruh I.: Bazální stimulace - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Z 82% byla účast na vzdělávacích kurzech, tito také odpověděli správně. V 18% se dotazovaní kurzů nezúčastnili. Výsledky jsou si opět podobné.

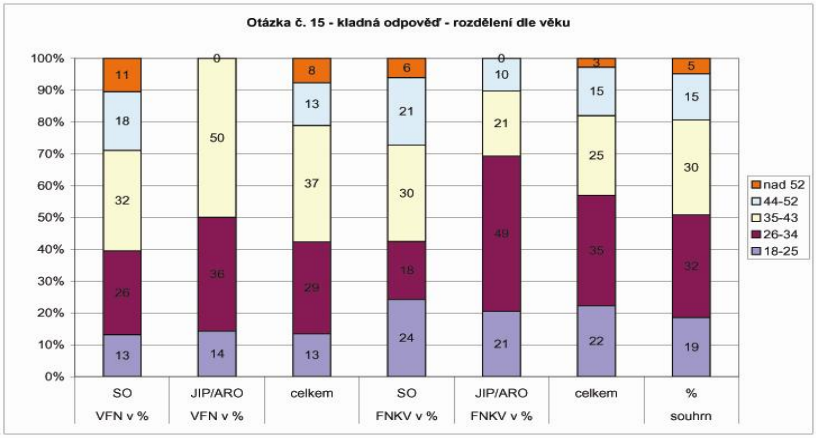


Graf č. 38 Okruh I.: Bazální stimulace - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Co je bazální stimulace odpověděli správně zaměstnanci ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním. Lepší výsledky jsou jednoznačně opět u dotazovaných, kteří absolvovali speciální kurzy. Celkově si lépe vedla FNKV.

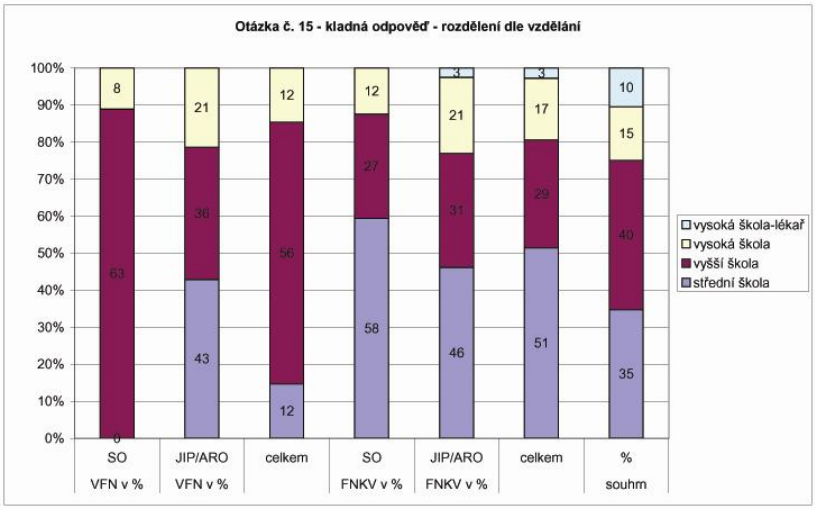
Vědomostní otázka: Co je iniciální dotek?

Nejvíce těch, kteří správně odpověděli, je ve věkovém rozmezí 26-34 let, 32 % z celkového počtu. Druhé místo zaujímá věková kategorie 35-43 let (30%). Nejméně správných odpovědí se vyskytuje u dotazovaných, kteří mají nad 52 let. To činí 5% z celkového počtu. Ve VFN je výsledek trochu jiný, zde tvoří největší skupinu jedinci ve věku 35-43 let, (37 %) a na oddělení JIP/ARO dokonce 50 %.



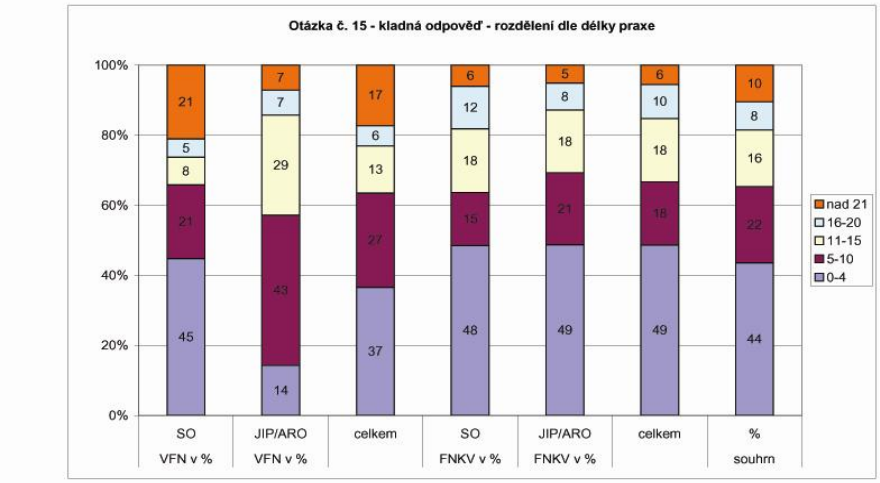
Graf č. 39 Okruh I.: Iniciální dotek - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Na tuto vědomostní otázku odpovědělo správně více dotazovaných s ukončeným vzděláním na vyšší škole, 40 % z celkového počtu. Dotazováni se středoškolským vzděláním se nyní posouvají na druhé místo. Z celkového počtu činí 35%.



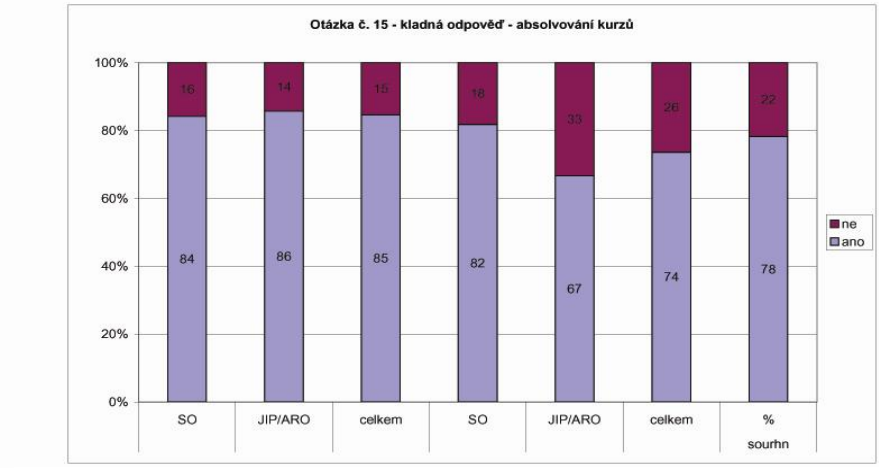
Graf č. 40 Okruh I.: Iniciální dotek - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Z grafu lze vyčíst, že vzhledem k správné odpovědi převažují zaměstnanci s délkou praxe 0-4 let, (44 %). Na druhém místě jsou pracovníci s délkou praxe 5-10 let (22%). Poslední místo zaujímá opět délka praxe mezi 16-20 let (8%). Pouze ve VFN na oddělení JIP/ARO je ve většině skupina mezi 5-10-ti lety praxe, 43 %.



Graf č. 41 Okruh I.: Iniciální dotek - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Kurzy absolvovalo 78 % zaměstnanců, z celkového počtu dotazovaných, kteří správně odpověděli. Celých 22% z dotazovaných uvedlo, že kurzy neabsolvovali.

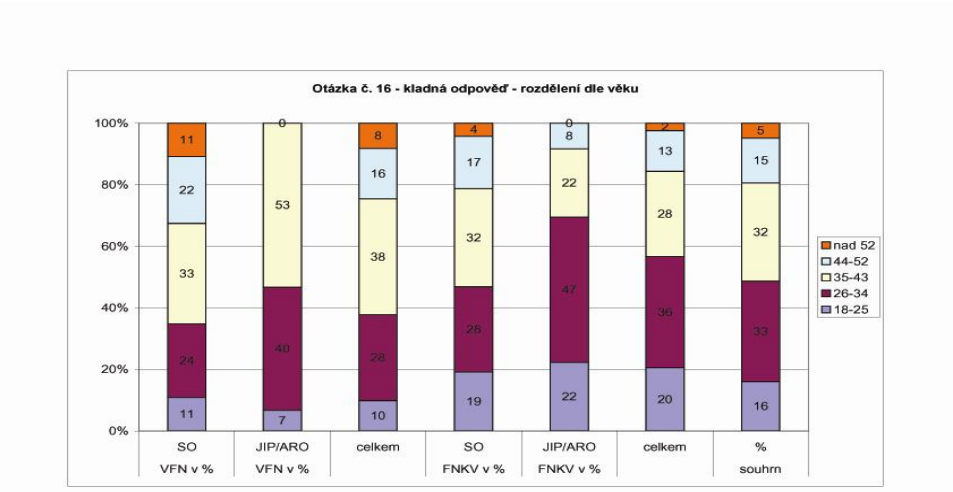


Graf č. 42 Okruh I.: Iniciální dotek - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Co je iniciální dotek, odpověděli správně zaměstnanci opět ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, ale tentokrát s ukončeným vyšším vzděláním. Byl prokázán vliv vzdělávacích speciálních kurzů. Lépe si vedla FNKV.

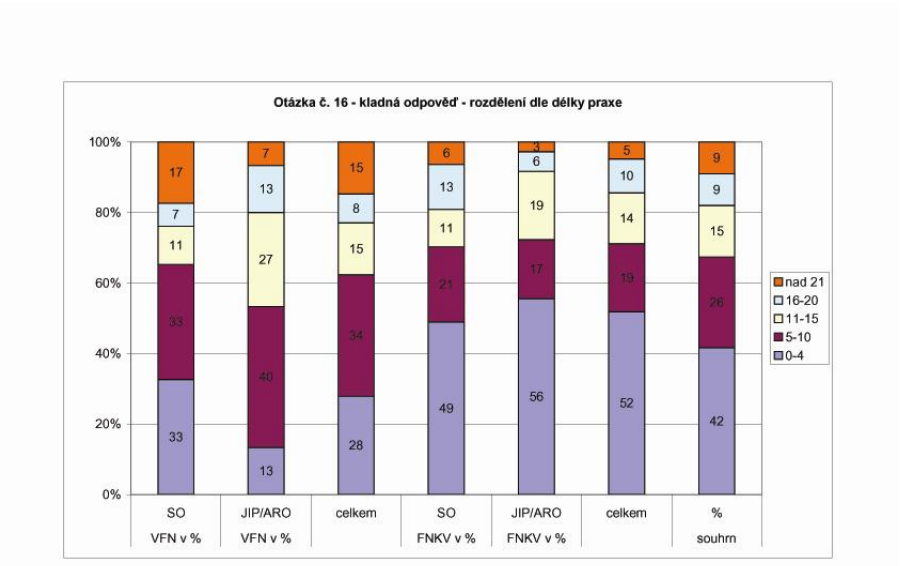
Vědomostní otázka: Asertivita dle Vás znamená…

Při pohledu na věk dotazovaných, je vidět, že nejvíce se správnou odpovědí jich je ve věku 26-43 let (33%). Tato věková skupina se vyskytuje nejvíce v obou nemocnicích. V těsných výsledcích následuje věková kategorie 35-43 let (32%). Tentokrát na posledním místě se umístila věková kategorie nad 52 let, a to v 5%.



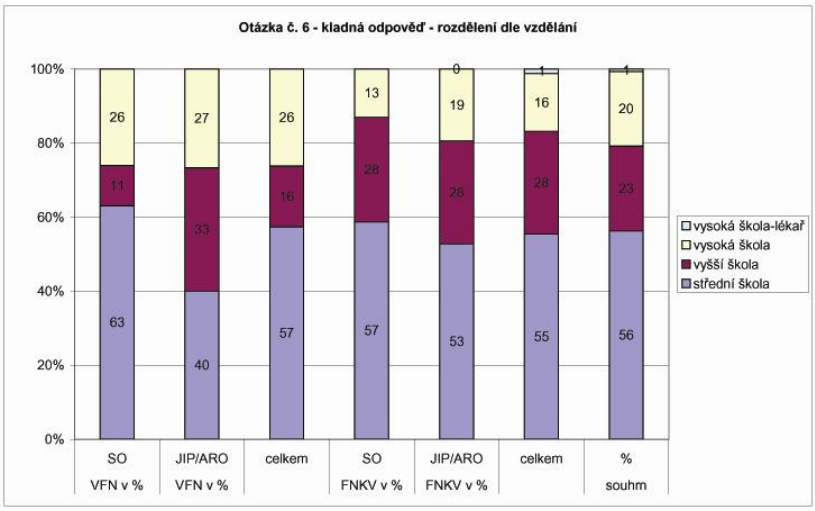
Graf č. 43 Okruh I.: Asertivita - Výskyt správných odpovědí vzhledem k věku

Poslední sloupeček následujícího grafu ukazuje opět vzhledem ke správnosti odpovědi, že z celkového pohledu pracuje nejvíce dotazovaných v těchto nemocnicích 0-4 let (42 %). Ve FNKV je tato skupina také v obou odděleních ve většině, 52 %. Ve VFN je ale až na druhém místě za lidmi s délkou praxe 5-10 let, 34 %. Výsledky obou nemocnic jsou ale v rozvrstvení věkových kategorií vzhledem ke správné odpovědi stejné.



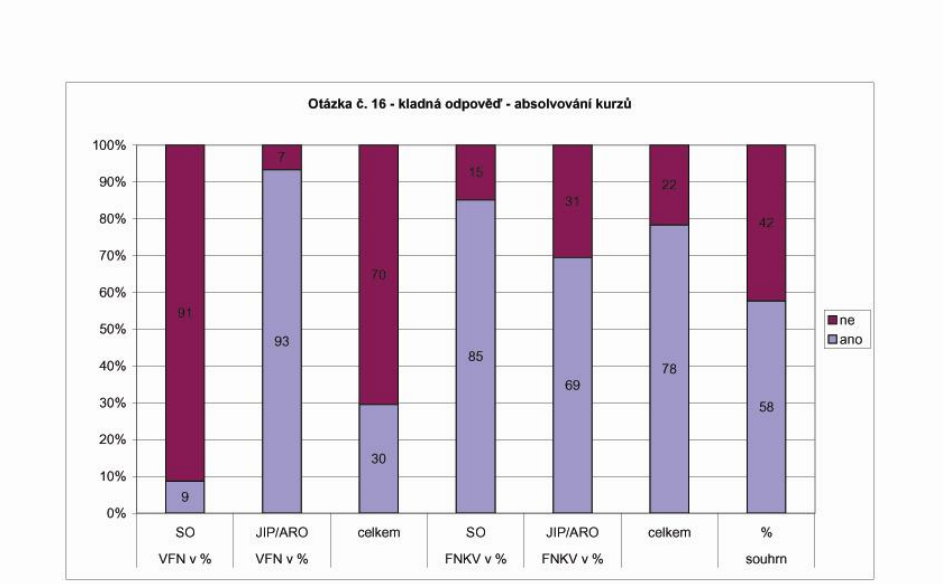
Graf č. 44 Okruh I.: Asertivita - Výskyt správných odpovědí pojmunvzhledem k délce praxe

Výsledky v následujícím grafu jsou si celkem vyrovnány. Všechny sloupečky ukazují, že nejvíce těch, kteří správně odpověděli, má ukončené středoškolské vzdělání (56%). Na druhém místě se opět vyskytují absolventi vyšší školy (23%).



Graf č. 45 Okruh I.: Asertivita - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Graf ohledně absolvování kurzů nyní zobrazuje již celkem velké procento těch, kteří kurzy neabsolvovali, 42 % z celkového počtu dotazovaných se správnou odpovědí. Nejvíce se kurzů nezúčastnili pracovníci standardního oddělení ve VFN, 91 %. Zajímavé výsledky přinesla analýza na odděleních ve VFN, pouze 9% dotazovaných standardních oddělení absolvovali kurz a naopak na intenzivních pracovištích je jich 93%.

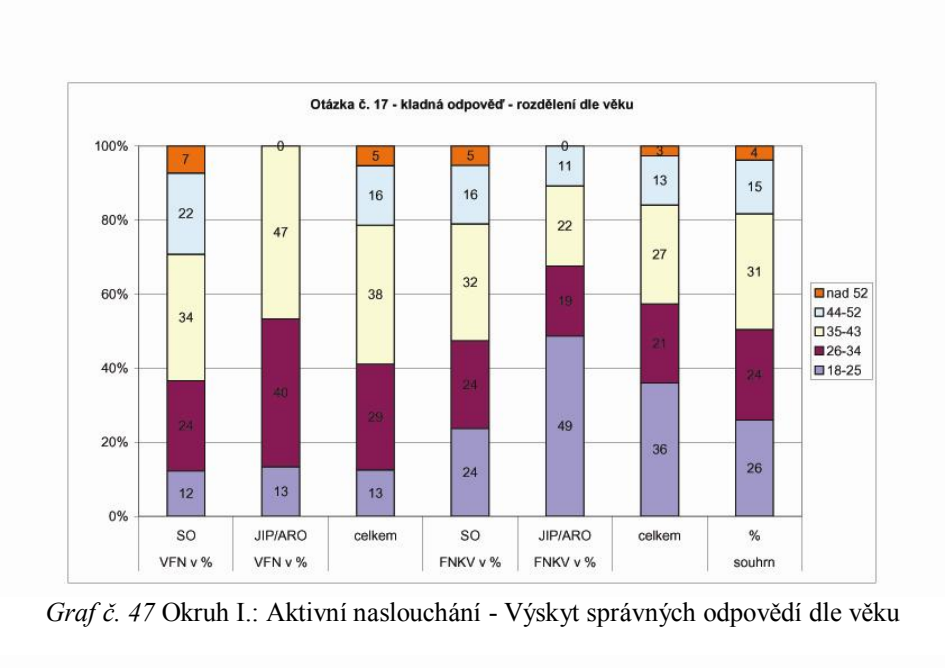


Graf č. 46 Okruh I.: Asertivit - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Na otázku co je asertivita správě odpověděli pracovníci ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním. Lépe si vedla FNKV, ale výsledky byly hodně vyrovnané.

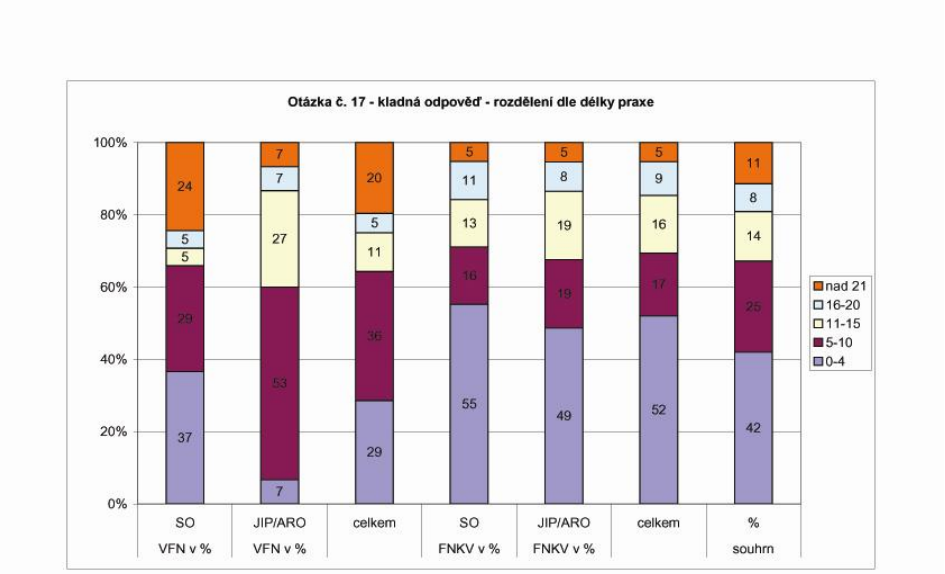
Vědomostní otázka: Aktivní naslouchání dle Vás vystihuje…

V posledním sloupečku následujícího grafu se zobrazuje největší procento ve věkovém rozmezí 35-43 let, 31 % ze všech dotazovaných, kteří správně odpověděli. Nejmenší zastoupení má věková hranice nad 52 let, 4%.



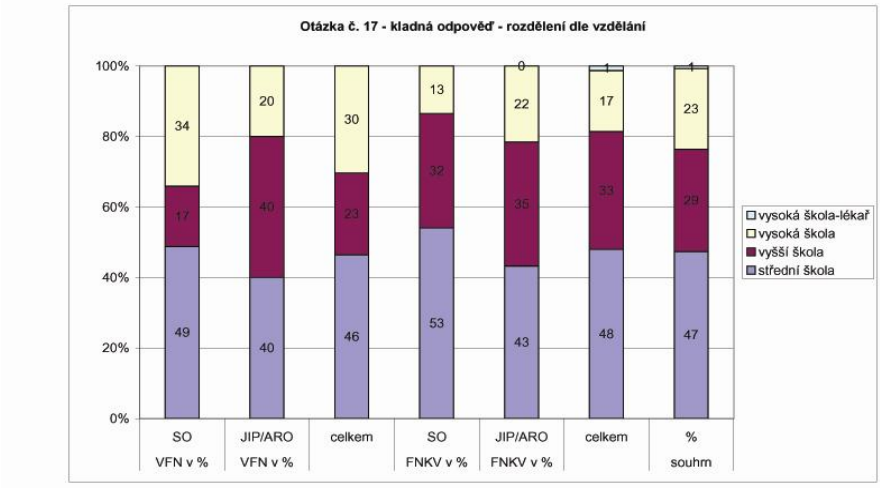
Graf č. 47 Okruh I.: Aktivní naslouchání - Výskyt správných odpovědí dle věku

Co se týká délky praxe, nejvíce dotazovaných se správnou odpovědí se nachází ve skupině s délkou praxe 0-4 let, 42 %. Pouze ve VFN na oddělení JIP/ARO převažují zaměstnanci pracující v nemocnici 5-10 let, 53 %. Nejmenší zastoupení mají opět pracovníci s délkou praxe 16-20 let, 8%.



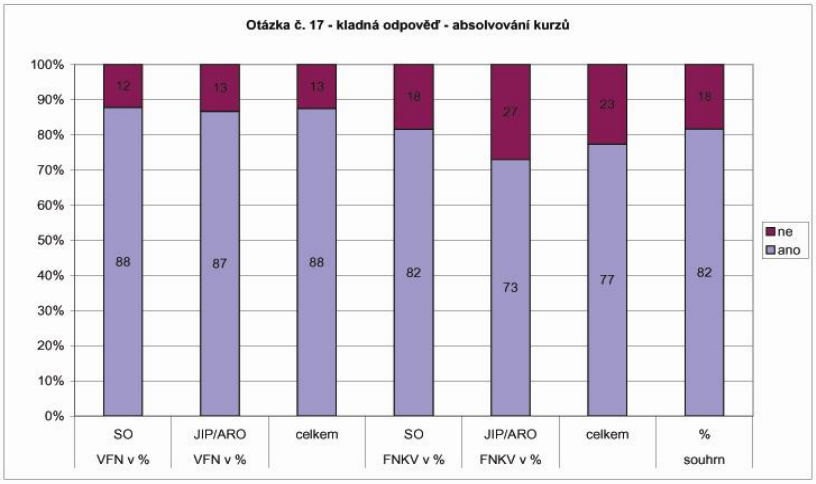
Graf č. 48 Okruh I.: Aktivní naslouchání - Výskyt správných odpovědí vzhledem k délce praxe

Nejvíce těch, kteří správně odpověděli, mají opět ukončené středoškolské vzdělání, 47 % z celkového počtu. Druhé místo zaujímají absolventi vyšších škol (29%) a třetí pak s menším rozdílem absolventi vysokých škol (23%). Jeden lékař zodpověděl správně.



Graf č. 49 Okruh I.: Aktivní naslouchání - Výskyt správných odpovědí vzhledem ke vzdělání

Opět většina co správně odpověděla, kurzy absolvovala, 82 %. Neabsolvovalo 18% dotazovaných. Výsledky jsou si podobné a to v obou nemocnicích na všech odděleních.



Graf č. 50 Okruh I.: Aktivní naslouchání - Výskyt správných odpovědí vzhledem k absolvování kurzů

Co je aktivní naslouchání vystihli nejlépe zdravotničtí pracovníci tentokrát ve věku 35-43 let, s délkou praxe 0-4 let, s ukončeným středoškolským vzděláním. Vliv vzdělávacích akcí byl opět prokázán. Lépe si vedla FNKV. Výsledky byly ale hodně vyrovnané.

Závěr: Z deseti vědomostních otázek bylo 8 otázek, kdy se věk dotazovaných pohyboval ve věkovém rozmezí 26-34 let. Zbývající 2 otázky zastupovali dotazováni ve věkovém rozmezí 35-43 let. Nejlépe odpovídali pracovníci středního věku. Ve všech sledovaných otázkách správných odpovědí dosáhli pracovníci s délkou praxe 0-4 let. Tato délka praxe je poměrně krátká a nejlepší vědomosti vykazují zdravotničtí pracovníci pracovně poměrně „mladí“. V nejvyšším dosaženém vzdělání pak dominují absolventi středních škol, a to z 10 hodnocených otázek se objevují 9x. Za absolventy SZŠ mají nejlepší vědomostní znalosti absolventi VOŠ. Jednoznačně byl prokázán vliv na vzdělávacích akcích, ve všech otázkách dominovali ve správnosti odpovědi ti, kteří se účastnili speciálního kurzu o komunikaci. (Výsledky viz *Příloha č. 11*).

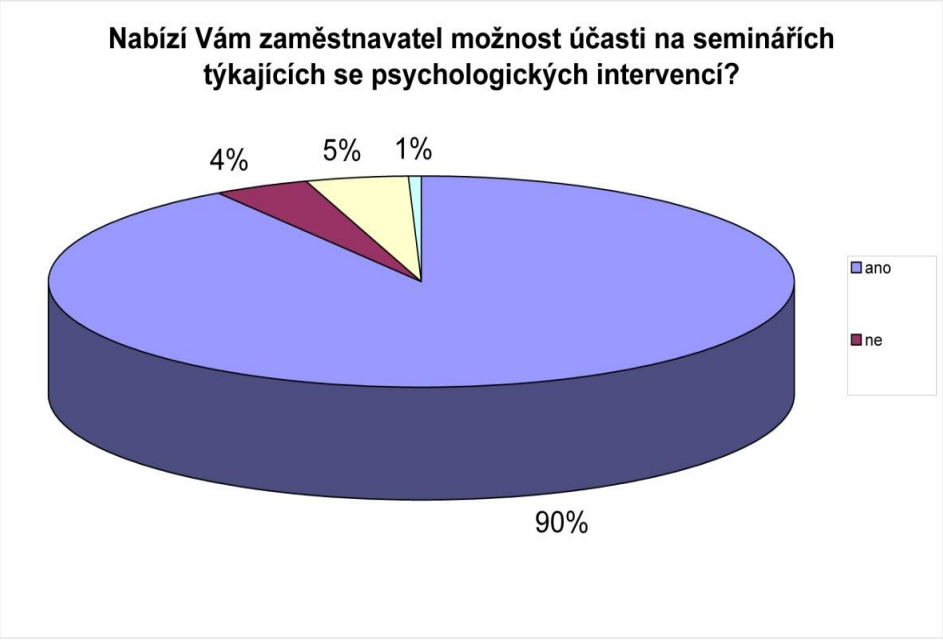
7.2 Okruh II.

Analýza odpovídá II. Okruhu výzkumných otázek (praktické otázky). Je zaměřena na aplikaci komunikačních dovedností v praxi a na subjektivní hodnocení komunikačních dovedností pracovníků.

7.2.1 Výzkumná otázka č. 3: Poskytují zaměstnavatelé svým pracovníkům možnost účasti na vzdělávacích akcích v problematice komunikace?

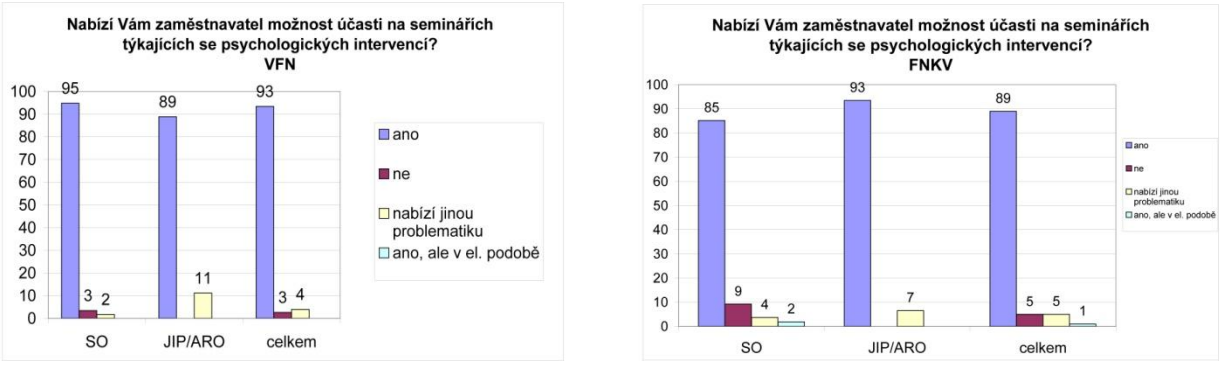
Následující graf znázorňuje, zda zaměstnavatel nabízí svým zaměstnancům možnosti účasti na seminářích týkajících se psychologických intervencí.

Jak bylo zjištěno, 90 % dotazujících odpovědělo kladně, 5% odpovědělo, že nabízí jinou problematiku (spíše odbornou) a 1% dotazovaných uvedlo, že nabízí kurzy v elektronické podobě. Ve 4% se objevuje, že není zaměstnavatelem poskytována možnost účasti na vzdělávacích akcích v problematice komunikace.



Graf č. 51 Okruh II.: Nabídka účasti na vzdělávacích akcích stran zaměstnavatele

Podrobnější grafy ukazují podobné výsledky v obou nemocnicích. Pouze u FNKV se objevuje 1% kurzů nabízených v elektronické podobě, které se u VFN nevyskytly.

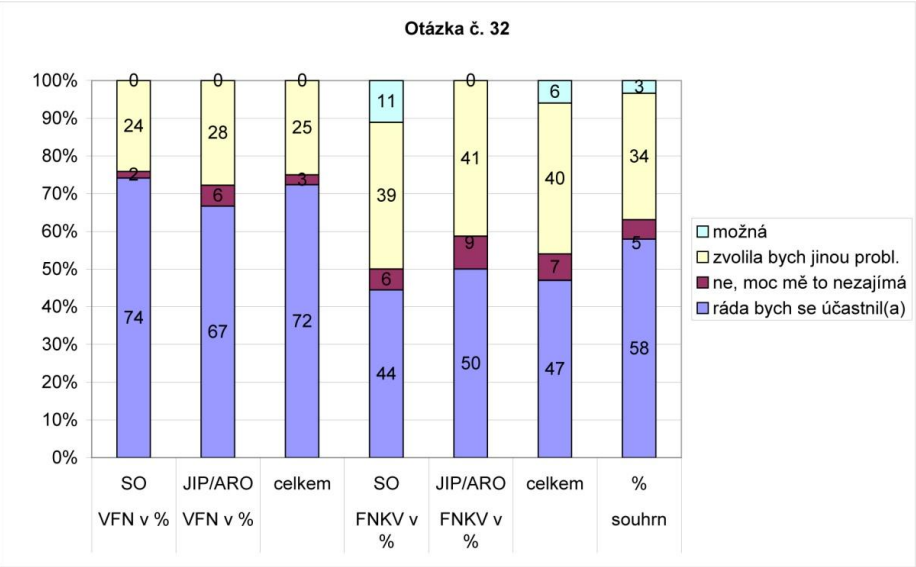


Graf č. 51.1 Okruh II.: Situace v jednotlivých nemocnicích

Závěr: Jednoznačná odpověď na výzkumnou otázku zní, že zaměstnavatelé umožňují svým pracovníkům vzdělávat se v problematice komunikace s pacientem. Výsledky ukazují, že 90% dotazovaných se speciálního kurzu zúčastnila.

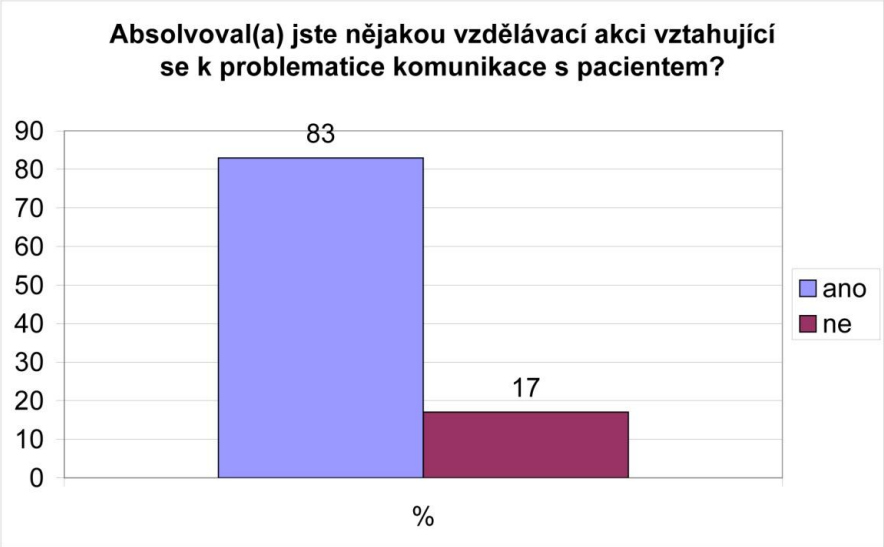
7.2.2 Výzkumná otázka č. 4: Mají zdravotničtí pracovníci zájem o tuto problematiku?

Tato výzkumná otázka vychází z položky č. 32, kde dotazováni odpovídali, zda by se zúčastnili speciálního kurzu o komunikaci s pacientem či dali přednost jiné problematice. 58 % dotazovaných odpovědělo, že by se rádo účastnilo. Při porovnávání zájmu jednotlivých nemocnic pak vyšší procento vykazuje VFN. Ve FNKV by pracovníci dali přednost raději jiné problematice. Objevuje se také nižší procento (do 10%), kdy dotazování volí možnost nabídky odpovědi, že by se nezúčastnili, jelikož je tato problematika nezajímá. Tato odpověď, i když v malém procentuálním zastoupení se objevuje u obou nemocnic. Celkové vyhodnocení pak znázorňuje, že 34% by dalo přednost jiné problematice a ve 3% se objevuje odpověď, že by se možná účastnili, ale záleželo by na počtu kreditů. Menší zájem o komunikační kurz byl pak projeven ve FNKV.



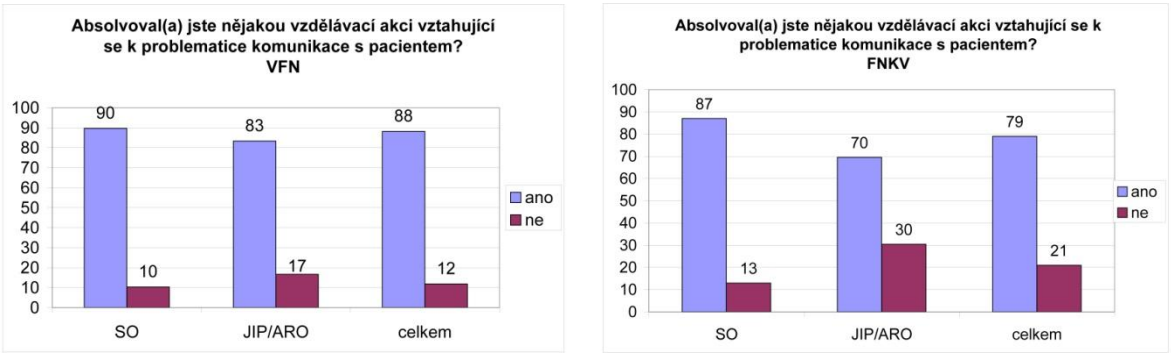
Graf č. 52 Okruh II.: Četnost zájmu o vzdělávací akce stran zdravotnických pracovníků

Další graf ukazuje, zda zdravotničtí pracovníci absolvovali nějaké vzdělávací akce vztahující se k problematice komunikace s pacientem. Výsledky ukazují, že téměř většina (88 %), se kurzů zúčastnila.



Graf č. 53 Okruh II.: Účast zdravotnických pracovníků na vzdělávacích akcích

Následující graf porovnává účast pracovníků na vzdělávacích akcích o komunikaci u jednotlivých nemocnic. Větší procento, 88 %, zúčastněných pracovníků je prokazatelné u VFN. Ve FNKV se akcí zúčastnilo pouze 79%. U obou nemocnic dominuje účast zaměstnanců standardních odděleních.



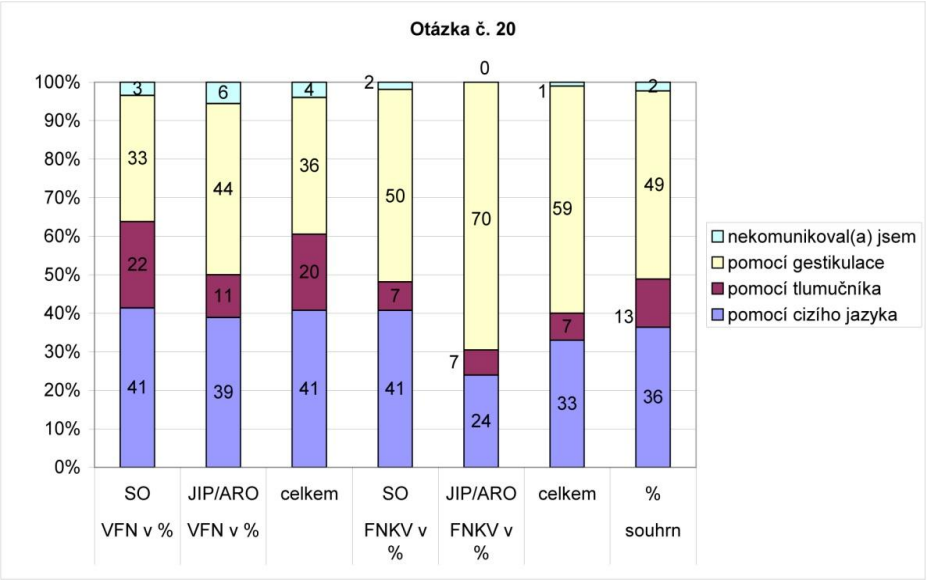
Graf č. 53.1 Okruh II.: Výskyt v jednotlivých nemocnicích

Závěr: Po analýze náležitých dotazníkových otázek, by se dalo na výzkumnou otázku odpovědět, že zdravotničtí pracovníci mají zájem o problematiku komunikace s pacientem. 83% dotazovaných se již účastnilo vzdělávací akce, a 58% z dotazovaných by rádi účastnili.

7.2.3 Výzkumná otázka č. 5: Jaká je nejvíce užívaná metoda zdravotnických pracovníků při komunikaci s pacientem cizincem a s pacientem v bezvědomí?

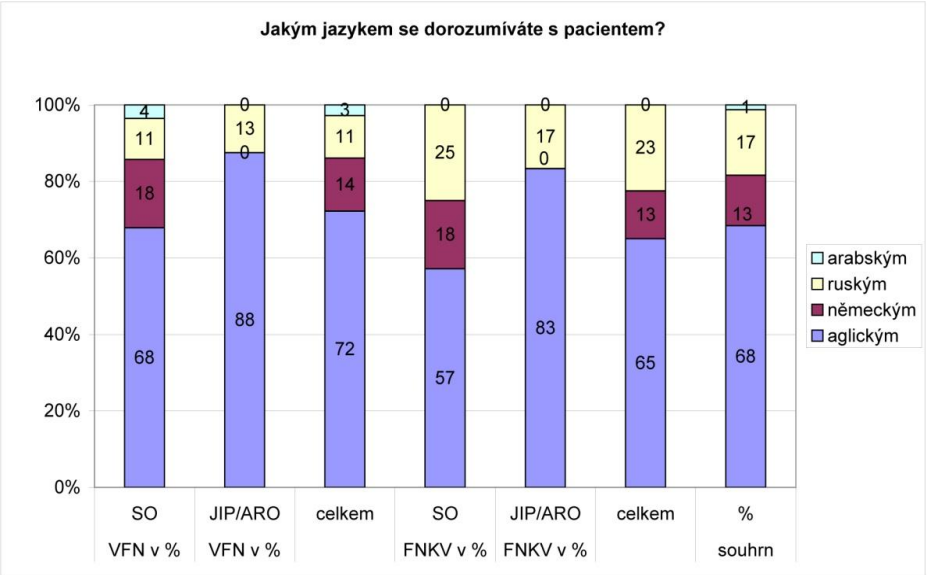
Výzkumná otázka hodnotí v dotazníku položku č. 20 - Jakou formou jste se s ním dorozumíval(a)?. Nejčastější formou komunikace s pacientem cizincem je dle výsledků užívání gestikulace (49%). 36% z celkového počtu zvolilo užití cizího jazyka, 13% dotazovaných pak využívá služeb překladatele. Ve 2% se také ukázalo, že zdravotničtí pracovníci s takovými pacienty nekomunikují. Z grafu lze také vyčíst, že nejvíce využívají překladatelských služeb standardní oddělení ve VFN (22%). Nejméně pak (7%) intenzivní pracoviště ve FNKV.

Výsledky jasně ukazují, že při dorozumívání se s cizincem převládá forma gestikulace nad využitím překladatelské služby.



Graf č. 54 Okruh II.: Nejužívanější metoda komunikace s pacientem cizincem

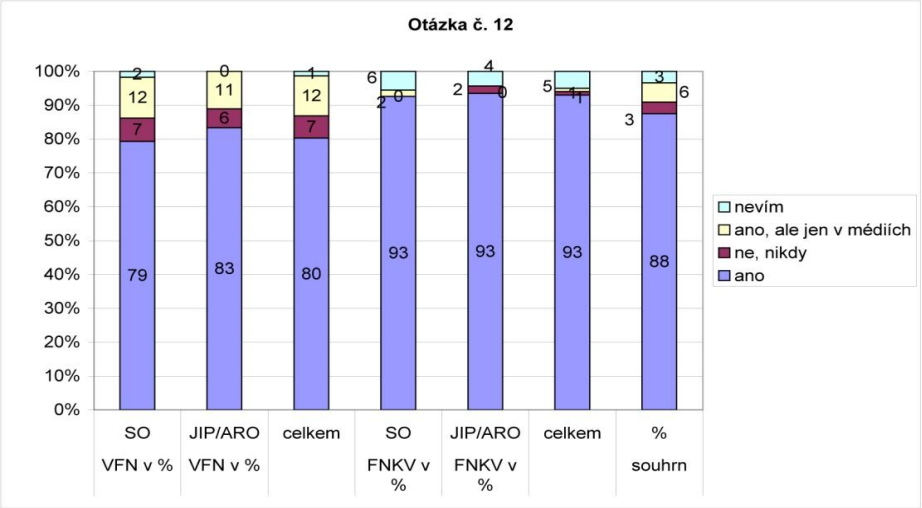
Jako cizí jazyk, kterým se zdravotničtí pracovníci nejvíce dorozumívají s pacientem, uvedlo 68 % všech dotazovaných jazyk anglický.



Graf č. 55 Okruh II.: Nejpoužívanější dorozumívací jazyk

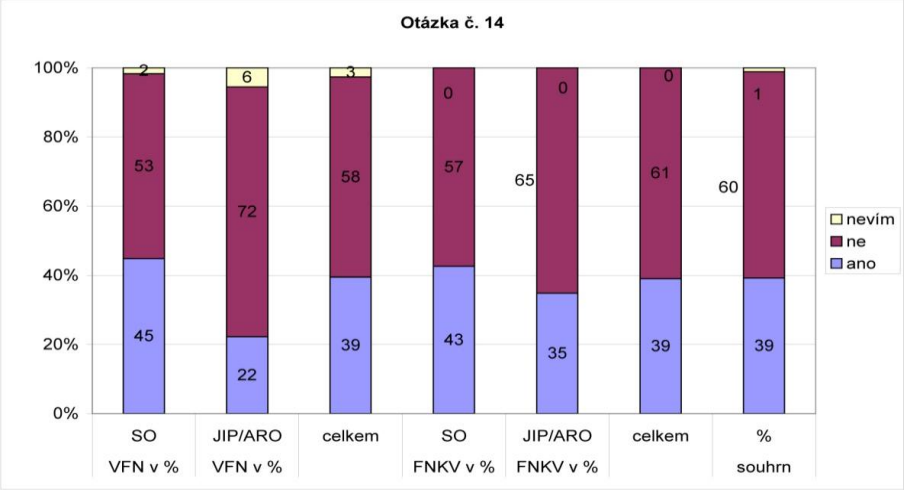
Při vyhodnocování komunikace s pacientem v bezvědomí byla pozornost věnována koncepci bazální stimulace. Z dotazníku byla vyhodnocena položka č. 12 a 14.

Na otázku, zda se zdravotničtí pracovníci setkali s pojmem bazální stimulace odpovědělo 88% dotazovaných kladně. 6% dotazovaných uvedlo, že ano, ale jen prostřednictvím médií, ve 3% se objevila záporná odpověď, že nikdy se s tímto pojmem nesetkali. Zbývající 3% dotazovaných uvedlo, že neví, zda se s tímto pojmem setkali. Obecně lze říci, že zdravotničtí pracovníci mají o tomto pojmu povědomí.



Graf č. 56 Okruh II.: Povědomí o bazální stimulaci

S touto otázkou pak souvisí položka č. 14, která zjišťuje, zda se bazální stimulace na pracovištích provádí. Bazální stimulaci provádí na svém pracovišti 39 % dotazovaných. Většina, 60 %, ji neprovádí. I když povědomí o teorii bazální stimulace je vysoké, realizace již poměrně nízká. Z grafu lze vyčíst, že nejvíce realizují bazální stimulaci standardní oddělení VFN (45%), nejméně pak intenzivní pracoviště VFN. Dojde-li k porovnání výsledků standardních oddělení a intenzivních oddělení v obou nemocnicích, více tuto činnost vykonávají právě na standardních odděleních.

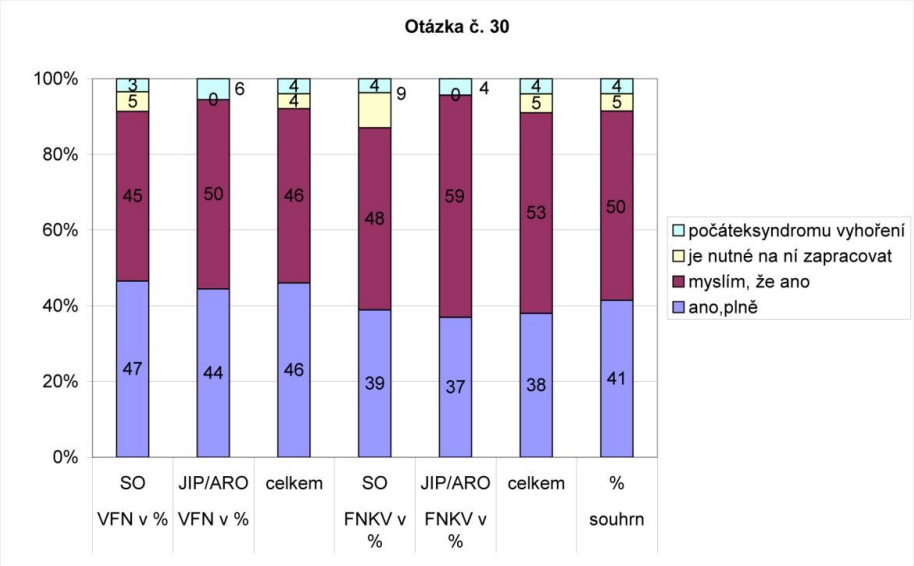


Graf č. 57 Okruh II.: Výskyt realizace bazální stimulace

Závěr: Odpověď na pátou výzkumnou otázku zní, že nejčastější metodou, kterou zdravotničtí pracovníci užívají při komunikaci s pacientem cizincem je gestikulace (49%). Překladatelské služby využívají velmi málo (13%). 36% zdravotnických pracovníků hovoří cizím jazykem (nejčastěji anglickým). Ve vztahu k pacientovi v bezvědomí je bazální stimulace využívána poměrně málo. Celkově pouze ve 39% z celkového počtu.

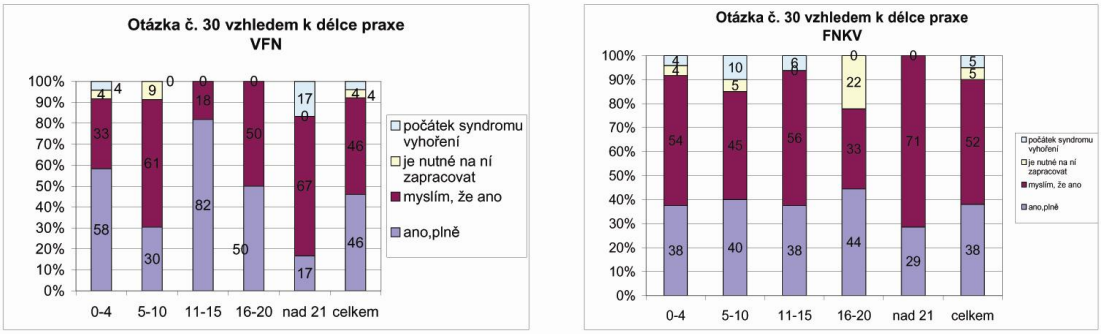
7.2.4 Výzkumná otázka č. 6: Jak subjektivně hodnotí zdravotničtí pracovníci své komunikační dovednosti realizované v praxi?

K vyhodnocení této výzkumné otázky došlo na základě analýzy dotazníkové položky č. 30 a č. 31. Subjektivním pohledem zdravotnických pracovníků vyšlo, že polovina z celkového počtu (50%) si myslí, že jejich komunikace s pacientem je dostačující. 41% dotazovaných uvedlo, že je plně dostačující. Z toho vyplývá, sečteme-li tyto obdobné odpovědi, že 91% dotazovaných je se svou komunikační schopností spokojeno. Pouze v 5% uznávají, že je na jejich komunikaci nutno zapracovat, 4% dotazovaných pak uvádí, že jsou na začátku vzniku syndromu vyhoření. V celkovém pohledu na graf se výsledky obou nemocnic kopírují.



Graf č. 58 Okruh II.: Subjektivní hodnocení komunikačních dovedností

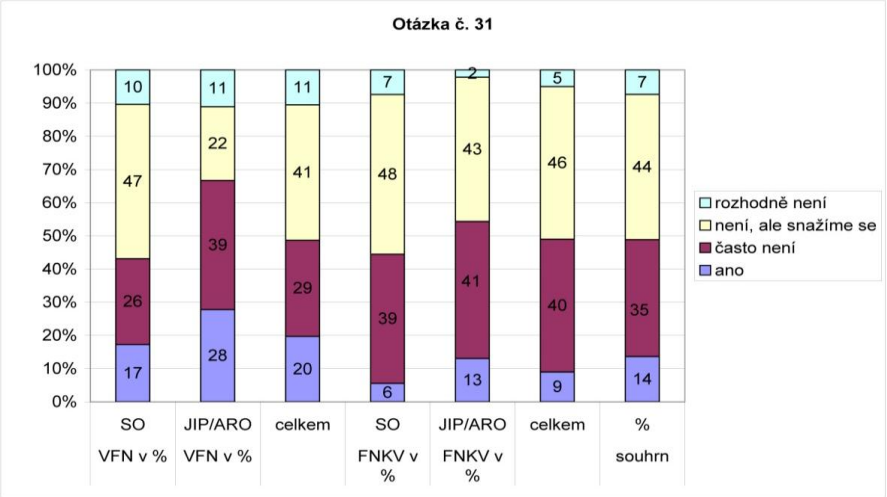
Níže uvedené grafy porovnávají situaci v jednotlivých pracovištích. Ve VFN si pracovníci s délkou praxe 11-15 let myslí v 82 %, že jejich komunikace je plně v pořádku. Ostatní výsledky jsou si celkem podobné. Ve FNKV mají téměř stejný procentuální výsledek u všech délek praxe.



Graf č. 58.1 Subjektivní hodnocení v jednotlivých nemocnicích

K zodpovězení položené výzkumné otázky byla také analyzována položka, zjišťující, zda mají zdravotničtí pracovníci na komunikaci s pacientem dostatek času. 44% dotazovaných uvedlo, že není, ale snaží se i přes nedostatek času. Ve 35% se objevila odpověď, že často není. 7% pak uvedlo, že rozhodně čas není. Opět sloučíme-li tyto obdobné možnosti

odpovědí, vyjde výsledek 86%. Lze tedy říci, že zdravotničtí pracovníci v 86% nemají pro pečlivou komunikaci dostatek času. Čas na pečlivou komunikaci se objevuje ve 14%. Ve zbývajících 14% pak čas na komunikaci udávají. Z celkového pohledu na graf pak vychází, že dostatek času na pečlivou komunikaci mají zaměstnanci intenzivních pracovišť VFN, nejméně pak na standardních odděleních FNKV.



Graf č. 59 Okruh II.: Subjektivní hodnocení časové dostupnosti

Závěr: Odpověď na poslední vědomostní otázku zní, že zdravotničtí pracovníci subjektivně vnímají své komunikační dovednosti za dostačující. Celkově takto odpovědělo 91% dotazovaných.

Celkové zhodnocení analýzy dat

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 91 % žen a 9 % mužů. Největší zastoupení bylo zjištěno na standardních odděleních obou pozorovaných nemocnic.

Ze 41 % tvoří kolektiv pracovníci s délkou praxe 0-4 let. Jedná se tedy o pracovně mladé zaměstnance.

Nejčastější věkové rozpětí bylo zjištěno od 26-43 lety. Jedná se tedy o zaměstnance produktivního věku.

Jako vzdělání bylo nejčastěji, 57 %, uvedeno ukončené středoškolské. Dotazníkového šetření se zúčastnili pouze dva lékaři.

S nabídkou kurzů ani jejich absolvování nebyl shledán problém. Většina kurzy absolvovala a zaměstnavatel je podporuje.

Vědomostní otázky

V odpovědích na vědomostní otázky byla úspěšnější Fakultní nemocnice FNKV. V Osmi otázkách z deseti měla lepší výsledek než VFN a v jedné otázce měly obě nemocnice výsledek totožný.

Nejčastěji odpovídali správně dotazovaní ve věku 26-34 let s praxí 0-4 roky a ukončeným středoškolským vzděláním.

Praktické otázky

57 % všech dotazovaných odpovědělo, že jsou na jejich pracovišti hospitalizování lidé cizí národnosti. Většina, 97 %, z nich je už i ošetřovala. Co se týká dorozumívání se s nimi, 49 % zvolilo gestikulaci a 36 % formu cizího jazyka. Cizí jazyk ovládá 73 % dotazovaných. V nejčastějším případě, 68%, uvedli znalost anglického jazyka. Více než polovina, 51 %, nepociťuje žádné zvláštní pocity při jejich ošetřování, 37 % přiznává vlastní neschopnost.

O možnosti využití překladatele v nemocnici si myslí, že je možná 35 % dotazovaných a 40 % to neví. Z toho je patrné že tuto službu většina (77 %) nevyužívá.

Jako nejčastější problém, se kterým se zdravotní personál setkává ze strany pacientů, byla uvedena agresivita a odmítání spolupráce. Toto uvedlo 31 % dotazovaných.

Při komunikaci s pacientem se 70 % zdravotníků snaží dodržovat intimní prostředí. Ale přiznává, že ne vždy je to možné. Nejvíce na to hledí pracovníci s délkou praxe nad 21 let.

Kurzu komunikace s pacientem by se rádo zúčastnilo 58 % dotazovaných, ale 34 % bylo zvolilo jinou problematiku. Větší zájem projevili zaměstnanci obou oddělení VFN (celkem 72 %) než ve FNKV (celkem 47 %).

(Analýza výsledků dalších položek dotazníku viz. *Příloha č. 12*).

8 DISKUSE

Na začátku diskuse bych se chtěla pozastavit nad samotným tématem diplomové práce. Zvolené téma pocházelo z vlastní iniciativy, jelikož jsem pět let pracovala na neurochirurgické jednotce intenzivní péče a vím, že mnohdy se komunikaci s pacienty nevěnovalo dosti pozornosti. Byli zde hospitalizováni jak pacienti při vědomí, tak pacienti na umělé plicní ventilaci. Často jsme se setkávali s pacienty agresivními, desorientovanými, psychoorganickými a také s cizinci. Mnohdy byla komunikace s nimi náročná a bohužel neprobíhala tak, jak by se od zdravotnických pracovníků dalo očekávat. Z mého pohledu to bylo zapříčiněno nedostatečnou informovanosti o komunikačních dovednostech zdravotnického personálu, ale také množstvím práce a tlakem, který byl na personál vynakládán. Jistě není jednoduché pracovat na pracovišti, kde se za službu vymění celá skladba pacientů, kde jsou pracovníci zahlceni vyplňováním dokumentace, překlady a příjmy, náročností léčby u komplikovaných stavů a k tomu ještě pečovat o psychoorganické pacienty. Subjektivně pociťuji, že také má komunikace nebyla dostačující.

Zdravotnický pracovník, ať už to sestra, lékař, fyzioterapeut a jiní odborní pracovníci jsou s touto problematikou ve své přípravě na povolání v odborných předmětech seznamováni a jsou tak rozvíjeny jejich komunikační kompetence. Je nutné si uvědomit, že zdravotnický pracovník je především profesionál a měl by dle toho také vystupovat. V jeho práci zastává jistou roli a je zapotřebí se s ní plně ztotožnit a dokonale ji sehrát. Jakmile odchází z nemocničního zařízení domů, odkládá tuto roli a měl by zapomenout na všechny strasti a neduhy, co v práci zažil.

V dnešní době se odborníci stále více zabývají psychologickými aspekty v práci zdravotnického pracovníka. Hovoří se o syndromu vyhoření, prevence stresu, chování a přístup personálu k pacientovi, s ním spojená komunikace aj. Také samotná zdravotnická zařízení mají zájem v těchto oblastech vzdělávat a školit své pracovníky. Nabízejí proto různé odborné semináře, kurzy, školení, aj. Také problematika komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem je v dnešní době již velice diskutovanou oblastí a odborná literatura nabízí spoustu doporučení, jak se zdravé a efektivní komunikaci naučit.

Při psaní teoretické části jsem pracovala s mnoha knihami a nebylo lehké tak širokou a obsáhlou problematiku zúžit přibližně do čtyřiceti stran textu. Při plánování a organizování

praktické části práce jsem se rovněž potýkala s jistými komplikacemi a to především s umístěním dotazníků na zdravotnická pracoviště. Několik zařízení spolupráci se mnou odmítlo. Dalo by se to chápat vzniklou momentální situací, která ve zdravotnictví panovala a to vzpoura lékařů proti finančnímu ohodnocení To se promítalo nejen v chování a vystupování samotných lékařů, ale také ve vztahu k sestrám, pacientům a koneckonců v celém zdravotnickém zařízení. V této situaci není jistě lehké po někom vyžadovat, aby dělali víc, než je v jejich pracovní smlouvě. Také mě překvapil způsob některých hlavních sester, jakým odmítli realizaci mého dotazníkového šetření. O to víc na téma komunikativní dovednosti zdravotníků. Zde mě napadla otázka: „Není-li komunikativní dovednost prioritou hlavní sestry nemocnice, jaká je komunikace ostatních zdravotníků v nemocnici?“. Je pravdou, že se jednalo o nestátní zdravotnickou organizaci, ale to není důvod k neprofesionálnímu a neslušnému přístupu k ostatním. V jiných nemocnicích bylo důvodem odmítnutí mého dotazníkového šetření zahlcenost pracovišť jinými dotazníkovými akcemi.

V nemocnicích, kde průzkum probíhal, byl naprosto odlišný přístup a to jak stran náměstkyní, tak vrchních sester. K realizaci průzkumu byly otevřené a některé ukázaly i osobní zájem, na toto téma se mnou diskutovaly. Jejich ochota ke spolupráci by se dala vysvětlit i tím, že jak Fakultní nemocnice Královské Vinohrady tak Všeobecná fakultní nemocnice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze jsou státními zařízeními a podpora vzdělávání je součástí jejich existence. Spolupráci v těchto dvou nemocnicích bych hodnotila kladně.

Než přistoupím k hodnocení výsledků praktické části, chtěla bych se ještě zmínit o užité výzkumné metodě. Užitý dotazník, jak již bylo zmíněno v textu, je nejpoužívanější metodou a má výhodu v rychlém zpracování. Nevýhodou se ukázala forma zvolených odpovědí a to s nabídkou možností odpovědí. Dotazováni si vybírali z daných možností a mnohdy tak neměli prostor pro vlastní vyjádření. Proto často dopisovali i jiné formulace, než které byly uváděny. Lepší alternativou by bylo zvolení otázek s možností otevřené odpovědi. Dalším negativem byla délka dotazníků. Obsahoval 32 položek. Pro dotazované to znamenalo poměrně dlouhou dobu na jejich vyplnění a v závěru mu již nemuseli věnovat dostatek pozornosti. Ale i přesto byly všechny položky vyplněné a také návratnost byla vysoká. Při zpracovávání jsem došla k závěru, že některé položky či odpovědi mohly být lépe formulované, jelikož odpovědi si byly docela podobné, nebo bylo třeba zamyslet se více nad jejich významem.

A nyní přistoupím k výsledkům praktické části.

Do výzkumného šetření byly zapojeny dvě fakultní nemocnice. Z rozdaných 200 dotazníků se vrátilo 176 vyplněných, což představuje poměrně vysokou návratnost (88%) a výsledky průzkumu by se daly považovat za věrohodné. Ke spolupráci byly vyzvány sestry i lékaři, jelikož se jedná o téma zaměřené na zdravotnické pracovníky. Ze 176 navrácených byly pouze dva dotazníky, které vyplnili lékaři. To znamená, že akce se zúčastnily především sestry a výsledky se nedají aplikovat na všechny zdravotnické pracovníky. Jak již bylo v diskusi uvedeno výše, dalo by se to připisovat v té době vzniklou situací ve zdravotnictví. Na tento problém mě také upozorňovalo několik vrchních sester a také, že zkušenost se spolupráci lékařů na vyplňování různých dotazníkových šetření, není příliš uspokojivá.

Jelikož je práce zaměřená na komunikativní dovednosti s různými skupinami pacientů, byly dotazníky rozdány na různá pracoviště. Komunikace probíhá všude a vždy a každé pracoviště je specifické svou práci a tudíž také komunikací. Jinak probíhá komunikace s pacientem na standardním oddělení, jinak na jednotce intenzivní péče, jinak na psychiatrii, na ambulanci atd. Do standardních oddělení byly při hodnocení zahrnuty kromě lůžkových standardních oddělení klinik také ambulance, psychiatrie a geriatrie, kde byl rovněž výzkum realizován. Větší zastoupení bylo stran standardního oddělení.

Některé výsledky výzkumného šetření byly uspokojivé. Ukázalo se, že většina zdravotníků se účastnila různých kurzů či školení (a to v 83%) v problematice komunikace s pacientem. Také zaměstnavatelé mají zájem o vyškolování svých zaměstnanců v této problematice, výzkum ukázal, že pouze ve 4% jim možnost účasti zaměstnavatelem poskytována není. Je tedy chvályhodné, že je také jiné než odborné problematice věnována velká pozornost. Při rozboru dalších otázek dotazníku byl také prokázán vliv účasti na těchto akcích vzhledem k informovanosti a úrovně znalostí. Jednoznačně se ukázalo, že úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech je vyšší u pracovníků, kteří absolvovali vzdělávací akce. Také zájem pracovníků o tuto problematiku byl vysoký, 58% všech dotazovaných. 34% pracovníků by pak dalo přednost problematice svého oboru a to většinou na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. Zde se dá předpokládat, že takový zájem o komunikaci s pacientem není velký, jelikož jsou pacienti většinou v bezvědomí, a spíše se zde více zaměřují na odborné dovednosti sester.

Na druhou stranu mě překvapil výsledek, že na většinu vědomostních otázek správně odpovídali pracovníci se středoškolským vzděláním. Jak ale ukazuje graf s vyhodnocením dosaženého vzdělání, největší zastoupení mají právě pracovníci středoškolského vzdělání.

Je tedy pravděpodobné, že výsledky byly ovlivněné právě tímto faktem. I když se školský systém ve vzdělávání sester neustále mění a poměrně dlouhou dobu již existují vysoké školy pro sestry v různých oborech, je zřejmé, že v nemocničních zařízeních stále dominují pracovníci se středoškolským vzděláním. 18% zúčastněných sester pak mělo vysokoškolské vzdělání. Také je zajímavé, že nižší úrovně informovanosti dosáhly právě sestry s vysokoškolským vzděláním. Předpokládá se, že čím vyšší vzdělání, tím jsou větší znalosti.

Shrnu-li výsledky vědomostních ukázek, byly z větší části zodpovězeny správně. Grafy vždy ukazují v celkovém hodnocení nad polovinu správných odpovědí. Lze poznamenat, že informovanost a úroveň znalostí je u zdravotnických pracovníků vyhovující. Jen u otázky č. 6, kdy měli definovat, co podle nich znamená pojem komunikace, odpovědělo jen 21% dotazovaných správně. Většina uváděla, že je to sdělování informací mezi dvěma komunikanty nebo předávání zpráv mezi dvěma a více komunikanty. Dokonce v jedné nemocnici na oddělení intenzivní a resuscitační péče nebyla žádná správná odpověď. Možná si byly při prvním čtení odpovědi docela podobné, ale každá znamenala ve své podstatě něco jiného a je nutné si uvědomit, že komunikace není jen předávání informací či sdělování zpráv, ale vzájemná interakce subjektů.

Za povšimnutí stojí také otázka č. 13, ve které byli respondenti dotazováni, zda vědí, co znamená bazální stimulace. 80% dotazovaných odpovědělo správně. V porovnání pracovníků standardních odděleních a intenzivních pracovišť by se dalo hovořit o vyrovnaných výsledcích. Následující otázka s tím spojená, zda provádějí na svých pracovištích bazální stimulaci, již přinesla překvapující výsledky. 60% dotazovaných odpovědělo, že bazální stimulaci neprovádí. O to více překvapující bylo, že se provádí méně na intenzivních pracovištích obou nemocnic. Když si představím, že na intenzivním pracovišti je bazální stimulace jedna z nejdůležitějších a možných metod komunikace s pacientem v bezvědomí, jsou tyto výsledky vcelku neuspokojivé. Koncept bazální stimulace je poměrně moderní metodou a představuje jisté podmínky, které se musí pro efektivnost dodržovat. Patří zde mimo jiné také zaškolování pracovníků a vyhrazení dostatku času na její realizaci. Což představuje ve zdravotnictví, jak také ukazují výsledky otázky č. 31, značné potíže. Na komunikaci s pacientem nemají dostatek času, a jak někteří dotazováni v dotazníku uvedli, je to způsobeno především přebytkem administrativní práce, náročností odborné práce, na intenzivních pracovištích, a na standardním oddělení vysokým počtem pacientů a nedostatkem sester na službě. Zde musím bohužel i z osobní

zkušenosti souhlasit s dotazovanými, jelikož díky všem těmto aspektům je skutečně ubírán čas pro důkladnější komunikaci s pacienty.

V této diskuzi bych chtěla zmínit ještě jeden problém, a to komunikace zdravotnických pracovníků s pacientem cizincem. A opět jak ukázaly výsledky, opravdu by se dala tato problematika považovat za závažnou. 57% z celkového počtu, což je větší polovina, se setkává s hospitalizovanými cizinci na svém pracovišti. Nejčastěji byli uváděni Slováci, Poláci, Ukrajinci, Rómové, ale také poměrně často Izraelci, Angličané, Portugalci, Afghánci. Průzkum probíhal v pražských fakultních nemocnicích, což má jistě vliv na skladbu zde hospitalizovaných cizinců. Nejčastější technikou, kterou se dorozumívali zdravotničtí pracovníci s cizinci, byla gestikulace. Dle mého názoru gestikulace není plnohodnotnou komunikací s pacientem. Pomocí gestikulace se nedá vyjádřit spousta informací, a tudíž pacient strádá v mnoha oblastech. Nejefektivnější je, když má možnost pacientem cizí národnosti hovořit s někým, kdo rozumí jeho řeči a v jeho jazyce s ním bude taky komunikováno. Nejvhodnější opět z mého pohledu je spolupráce s překladatelem. V dnešní době je v České republice zaznamenán nárůst cizinců a zdravotnická zařízení, jako poskytovatelé zdravotní péče, by měla být připravena umět efektivně a adekvátně poskytovat péči všem. Zvláště patří-li do zemí Evropské unie, a o to víc se to předpokládá u nemocnic v hlavních městech, kde se cizinců pohybuje nejvíce. Výsledky ale ukazují, že 40% dotazovaných neví, zda mají možnost spolupracovat s překladatelem., což je docela vysoké číslo. 35% odpovědělo, že mají tuto možnost a 25% odpovědělo, že nemají. Srovnáme-li tyto dvě hodnoty, není mezi mini velký rozdíl. Také následující otázka, zda možnosti služeb s překladatelem využívají, je v 77% neuspokojivá. V teoretické části práce se již zmiňuji, že je to problém pojišťoven, které tyto překladatelské služby neproplácí. Tudíž je pouze vlastní vůlí zdravotnického zařízení, zda tuto službu pro své pacienty cizince bude poskytovat. K této problematice psali dotazováni, že se často využívá při komunikaci s cizince právě lékařů, kteří se s nimi dorozumívají většinou světovým jazykem, ale problém narůstá, není-li lékař zrovna k dispozici. Zde bych navrhovala přístup v komunikaci s pacienty cizinci zlepšit. Každý má právo na zdraví a poskytování kvalitní péče bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, náboženství. Spolupracuje-li nemocnice s překladatelem, proč této možnosti více nevyužívat? Myslím si, že kdyby nebyly finanční prostředky na poskytování této služby stran nemocnic, tuto službu by ani nenabízely. Jak ale výsledky ukázaly, tato možnost se objevila ve 35%. To by se dalo považovat za nezanedbatelné číslo, a je lze to chápat, že využití překladatelských služeb je v našich nemocnicích možné, ale je třeba, aby byli zdravotničtí pracovníci o tomto

edukováni a uměli, v případě potřeby, překladatele kontaktovat. Jsem si jistá, že využívání těchto služeb by také pozvedlo image českých nemocnic.

Měla-li bych se zamyslet nad přínosem této práce, myslím si, že v mnoha věcech, byly odkryté jisté nedostatky zdravotnických pracovníků v zabývané problematice. Na druhou stranu jsem se mohla přesvědčit, že spousta zdravotníků má výborné komunikační znalosti a zájem o dobrou komunikaci z jejich stran trvá. Jak jsem se domnívala, že komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty je na velmi špatné úrovni, toto výzkumné šetření mi pomohlo udělat si představu o skutečnosti a pomohlo mi odprostit se od mylných představ. Pro mě samotnou měla tato práce velký přínos.

Z pohledu zdravotnického pracovníka bych pak kladně zhodnotila přístup kolegů, kteří si udělali ve své časové náročnosti chvíli na vyplnění poměrně dlouhého, a řekla bych také už více osobně vnímaného dotazníku. Jediné co mě, jako intenzivní sestru mrzí, je problematika realizace bazální stimulace na intenzivních a resuscitačních pracovištích. Zde by bylo přínosné, kdyby se opravdu pracovníci zamysleli nad smyslem tohoto konceptu a snažili se více o jeho realizaci.

Z pohledu budoucího pedagoga bych pak doporučila, i když výsledky středoškolsky vzdělaných pracovníků byly vynikající, zaměřit se více na praktický nácvik různých komunikačních situací a možnosti jejich řešení. Na vysokých školách by bylo přínosné, kdyby se povinně vyučoval světový jazyk. Tím by se možná částečně odbourala problematika komunikace s pacienty jiných státních příslušností. Dle mého názoru znalost cizího jazyka by měla patřit mezi základní dovednosti vysokoškolsky vzdělaného člověka. A co se týká teoretických vědomostí, zvýšit požadavky na jejich osvojení, jelikož se v šetření ukázalo, že nejsou takových kvalit, jaké by vysokoškolsky vzdělaný člověk, měl vykazovat.

ZÁVĚR

Komunikace představuje nedílnou součást v našem životě. Mnohdy probíhá automaticky a nevědomě. Vznikem různých odvětví psychologie a neustálým zkoumáním člověka po stránce psychosociální, se stále více v dnešní době hovoří o interakci člověka s prostředím. Komunikace zde hraje významnou roli. Může probíhat mezi různými subjekty, ale nejčastěji je to komunikace člověka s člověkem. A právě na tuto komunikaci je práce zaměřena a předmětem zkoumání se stalo zdravotnictví. Zde se totiž předpokládá vysoká komunikační úroveň pracovníků.

Prvním cílem práce bylo zhodnotit, jaká je úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků o komunikačních dovednostech. Zdravotničtí pracovníci dosáhli druhého stupně úrovně informovanosti. V průměrné hodnotě je to 69,3% správných odpovědí na položené otázky.

Druhým cílem bylo zhodnotit úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech v souvislosti s věkem, délkou praxe a nejvyšším dosaženým vzděláním. Nejvyšší úrovně informovanosti dosáhli pracovníci ve věku 26-34 let. Bylo prokázáno, že délka praxe nemá vliv na úroveň informovanosti, jelikož nejlepších výsledků dosáhli pracovníci relativně „mladí“, s délkou praxe 0-4 roky. Také nejvyšší dosažené vzdělání (u sester je to vysoká škola) neovlivňuje úroveň informovanosti. Nejlepších výsledků dosáhli vždy absolventi středních a vyšších škol. Jednoznačně byl ale prokázán vliv vzdělávacích akcí, jelikož nejvyšší úrovně informovanosti dosáhli právě ti, kteří kurzy absolvovali.

Třetím cílem bylo zjistit, zda zdravotnická zařízení umožňují zaměstnancům vzdělávat se v problematice komunikace s pacientem. Výsledky ukázaly jednoznačný závěr obou nemocnic, že tuto možnost zaměstnavatelé svým zaměstnancům poskytují. Skutečných 90% dotazovaných odpovědělo, že ano. Pouze ve 4% možnost nenabízí, v 5% se objevilo, že nabízí spíše jinou problematiku a 1% uvedlo, že nabízí, ale v elektronické podobě.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, zda zdravotničtí pracovníci mají zájem vzdělávat se v oblasti komunikačních dovedností. 58% projevilo zájem o účast na specializačním kurzu

o problematice komunikace. 5% dotazovaných odpovědělo, že je to moc nezajímá, 3% dotazovaných by se možná zúčastnilo, ale záleželo by na počtu kreditů a 34% dotazovaných by zvolilo jinou problematiku.

Pátým cílem bylo zhodnotit realizaci komunikačních technik při komunikaci s vybranými skupinami pacientů. Jednalo se především o komunikaci s cizinci a s pacienty s poruchou vědomí. 57% dotazovaných uvedlo, že na jejich pracovišti jsou hospitalizováni cizinci, což je více než polovina. Pacienty cizince osobně ošetřovalo 97% dotazovaných, což jsou skoro všichni. Metoda, kterou se s cizinci dorozumívali, byla nejčastěji (49%) gestika. Cizí jazyk užívá 36% a pouze ve 13% přes překladatelské služby. Co se týká spolupráce s překladatelem, 35% dotazovaných odpovědělo, že mají tuto možnost, ve 25% nemají a 40% dotazovaných o této službě nemá povědomí. Služeb překladatele se využívá v nemocnicích ve 23%, v 77% dotazováni uvedli, že této služby nevyužívají. Bylo tedy prokázáno, že nejužívanější metodou je gestikulace.

Ve vztahu komunikace s pacientem v bezvědomí byla pozornost věnována konceptu bazální stimulace. 88% z dotazovaných uvedlo, že se s tímto pojmem setkali. Také výsledky správné definice bazální stimulace byly vysoké, a to 80% z dotazovaných odpovědělo správně. Důležitým prvkem bazální stimulace je iniciální dotek. Také výsledky tohoto pojmu vykazuje vysokou znalost, 70% z dotazovaných odpovědělo správně. Teoretické znalosti v této problematice jsou uspokojivé. Vlastní realizace není tak vysoká. Pouze 39% z dotazovaných uvedlo, že bazální stimulaci provádí. Průzkum ukázal, že na intenzivních pracovištích se bazální stimulace provádí podstatně méně (součet výsledků intenzivních pracovišť obou nemocnic dává hodnotu 57%, součet standardních oddělení obou nemocnic dává součet 88%). Výzkumné šetření potvrzuje, koncept bazální stimulace není stále součástí komunikace s pacientem v bezvědomí.

Jednoznačným doporučením pro praxi by pak bylo zlepšit metodu komunikace s pacientem cizincem. Tak jako se již dneska běžně stává součástí personálu psycholog, nutriční poradce, sociální sestra či sestra specialistka na danou problematiku, tak by měl být kdykoliv personálu k dispozici překladatel. Alespoň fakultní nemocnice by tuto službu měly automaticky využívat. Pozornost by neměla být zaměřena pouze na léčbu, ale měla by být komplexní. To znamená, že pacient má uspokojeny všechny potřeby – bio-psycho-sociální.

I když povědomí o bazální stimulaci je docela vysoké, měla by se zvýšit realizace na intenzivních pracovištích, jelikož právě tato pracoviště mohou smysl bazální stimulace pozdvihnout. Vývoj v medicíně jde neustále kupředu a bazální stimulace je jednou z metod, která by mohla přinést vynikající výsledky do ošetřovatelské péče. Je již několik kazuistik, které potvrdily význam bazální stimulace, ale stále je ještě málo pracovišť, kde se provádí. Bazální stimulace by se dala zařadit do nonverbální formy komunikace, ale pro pacienta velmi efektivní, mnohdy až s léčebnými účinky.

SOUHRN

Téma diplomové práce pocházelo ze subjektivní potřeby odkrýt komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků při kontaktu s pacientem. Práce je rozdělena a dvě části.

Teoretická část se zabývá problematikou komunikace. V jednotlivých kapitolách jsou popisovány formy, techniky komunikace, rozhovor s pacientem, charakteristika zdravé komunikace. Nejobsáhlejší oddíl teoretické části tvoří kapitola Komunikace se specifickými druhy pacientů. Zde je pozornost zaměřena na specifika komunikace s pacienty různé problematiky.

Výzkumná část je zaměřena na úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků o komunikačních dovednostech a jejich realizace v praxi. Za výzkumnou metodu byl zvolen dotazník s výběrem možností odpovědí. Analýza probíhala na základě stanovených výzkumných otázek rozdělených do dvou okruhů. K lepší názornosti interpretace výsledků byly použity grafy a tabulky. Práce je obohacena přílohami.

SUMMARY

Thesis derived from a subjective need to uncover the communication skills of health workers in contact with the patient. The work is divided and the two parts.

The theoretical part deals with communication. The chapters are described forms, communication techniques, interview with the patient, characteristics of health communication. The most extensive section of the theoretical part of the chapter Communicating with the types of patients. Here, attention is focused on the specifics of the communication with patients, different issues.

The research part is aimed at raising the level of health workers on communication skills and their implementation in practice. The research method was chosen by selecting the questionnaire responses. Analysis conducted on the basis set of research questions divided into two areas. To improve clarity of interpretation of the results were used graphs and tables. The work is enriched enclosures.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARANDA, Sanchia; CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

BERAN, Jiří, et al. *Lékařská psychologie v praxi: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 140 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

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

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetřovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu.* Praha: Grada Publishing, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

IVANOVÁ, Kateřina; ŠPINDUROVÁ, Lenka; KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

KELNAROVÁ, Jarmila; MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: Pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 268 s. ISBN 80-244-1168-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství.* Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřovatelský personál*. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAHROVÁ, Gabriela, et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATĚJKOVÁ, Erika. *Jak řešit konflikty a problémy v partnerských vztazích*. Praha: Grada Publishing, 2007. 159 s. ISBN 978-80-247-1832-3.

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

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi.* 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 328 s. ISBN 97-880-247-2339-6.

PATON, Carol. *Intenzivné péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7.

PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy, dovednosti, poruchy*. Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

SCHULER, Matthias; OSTER, Peter. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠPINDUROVÁ, Lenka; TOMANOVÁ, Danuška; KUDLOVÁ, Pavla; HALMO, Renata. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-10.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Internetové zdroje:

Wikipedie, otevřená encyklopedie [online]. 2010 [cit. 2011-02-26]. Verbální komunikace - Wikipedie. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Verb%C3%A1ln%C3%AD_komunikace>

Diagnóza v ošetřovatelství [online]. 2010 [cit. 2011-12-27]. Diagnóza v ošetřovatelství: DVO4-2008-komunikace. Dostupné z WWW: <http://www.diagnoza.info/?sec=redaction⟨=cz&red_id=38>

ABZ.cz: slovník cizích slov [online]. 2010 [cit. 2011-11-27]. Hendikep, handicap. Dostupné z WWW: <http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/hendikep-handicap-hendykep>.

Multikultura [online]. 2010 [cit. 2011-01-01]. Multikultura - národnostní menšiny, Definice pojmu národnostní menšina. Dostupné z WWW: <http://www.multikulturazlin.cz/l.php?id=2.>

Performance, Learning, Leadership, & Knowledge Site [online]. 2010 [cit. 2011-03-02]. Leadership. Dostupné z WWW: <http://www.nwlink.com/~donclark/leader/leadcom.html>.

ZDN - Zdravotnické noviny [online]. 2010 [cit. 2011-03-02]. Sestra - Archiv - ZDN. Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/articles?page=5>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2010 [cit. 2011-03-02]. Legislativa. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/>.

WikiSkripta [online]. 2010 [cit. 2011-03-06]. Multikulturní ošetřovatelství. Dostupné z WWW:<http://www.wikiskripta.eu/index.php/Multikulturn%C3%AD_o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD.>

Bazální stimulace v práci sestry. Dostupné z WWW: <http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_sestra.php>.

Nakladatelství Portál [online]. 2005 - 2011 [cit. 2011-02-26]. Oční kontakt. Dostupné z WWW: <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=3179>.

Anavin svět [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Neverbální komunikace - Posturologie. Dostupné z WWW: <http://www.anavi.estranky.cz/clanky/neverbalni-komunikace/posturologie.html>.

Mozektevidi.net [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Tajná řeč těla. Dostupné z WWW: <http://mozektevidi.net/clanek/tajna-rec-tela>.

Anavin svět [online]. 2011 [cit. 2011-02-26]. Neverbální komunikace - Haptika. Dostupné z WWW: <http://www.anavi.estranky.cz/clanky/neverbalni-komunikace/haptika.html>.

Tiskárna, výroba reklamy, tisk a potisk textilu [online]. 2010 [cit. 2010-11-27]. Dostupné z WWW: http://www.tiskarnamanzel.cz/

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
NRZP	Národní rada zdravotně postižených
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
ČR	Česká republika
FNKV	Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
ORL	Otorynolaryngologie
SO	Standardní oddělení
SZŠ	Střední zdravotnická škola
VOŠ	Vyšší zdravotnická škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: Neverbální komunikace

Obrázek č. 2: Řeč očí a pohledu

Obrázek č. 3: Proxemika

Obrázek č. 4: Řeč těla

Obrázek č. 5, č. 6: Haptika

Obrázek č. 7: Řeč těla

Obrázek č. 8: Schéma komunikačního procesu

Obrázek č. 9, č. 10: Brailovo písmo

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Počet respondentů jednotlivých nemocnic

Tabulka č. 2: Charakteristika souboru dle pohlaví

Tabulka č. 3: Charakteristika souboru dle oddělení

Tabulka č. 4: Charakteristika souboru dle délky praxe

Tabulka č. 5: Charakteristika souboru dle věku

Tabulka č. 6: Charakteristika souboru dle vzdělání

Tabulka č. 7: Členění stupně informovanosti

Tabulka č. 8: Vyhodnocení stupně informovanosti

Tabulka č. 9: Častost výskytu stupně informovanosti

Tabulka č. 10: Průměrná hodnota správných odpovědí vědomostních otázek

Tabulka č. 11: Četnost výsledků vědomostních otázek dle stanovených kritérií

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Asertivní práva

Příloha č. 2: Doporučení pro efektivní komunikaci dle Špatenkové

Příloha č. 3: Doporučení pro komunikaci se staršími lidmi dle NRZP

Příloha č. 4: Prstová abeceda

Příloha č. 5: Jak komunikovat s cizincem

Příloha č. 6: Dotazník

Příloha č. 7: Žádost o dotazníkovou akci

Příloha č. 8: Vyhodnocení stupně informovanosti

Příloha č. 9: Návratnost dotazníků

Příloha č. 10: Průměrná hodnota správných odpovědí

Příloha č. 11 Výsledky vědomostních otázek dle kritérií

Příloha č. 12: Analýza dalších položek dotazníku

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Asertivní práva

(zdroj: www. wikibooks.cz)

Právo sám posuzovat svoje vlastní chování, myšlenky a emoce a být za ně sám zodpovědný.

Právo neposkytovat žádné výmluvy, ani omluvy vysvětlující tvoje chování.

Právo sám posoudit, nakolik jsi zodpovědný za řešení problémů ostatních lidí.

Právo změnit názor.

Právo dělat chyby.

Právo říct *já nevím*.

Právo být nezávislý na dobré vůli a mínění jiných.

Právo dělat nelogická rozhodnutí.

Právo říct *já ti nerozumím*.

Právo říct *je mi to jedno*

Příloha č. 2 Doporučení pro efektivní komunikaci dle Špatenkové

(zdroj: ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace,* s. 53)

- Dobře se připravit na setkání s pacientem, plno informací se dá vyčíst z dokumentace.
- Komunikaci vhodně načasovat nebo přiměřeně pracovat s časem, který je k dispozici.
- Vytvořit dobré podmínky pro navázání vztahu a komunikace s pacientem.
- Adekvátně pracovat se všemi verbálními i nonverbálními prostředky (hlas, gesta, mimika, osobní styl).
- Projevit upřímný zájem o pacienta (např. pečlivou úpravou zevnějšku).
- Mluvit jasně, srozumitelně a pro pacienta pochopitelně.
- Vždy si ověřit co a jak pacient ze sdělení pochopil.

Příloha č. 3 Doporučení pro komunikaci se staršími lidmi dle NRZP

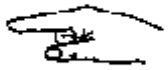
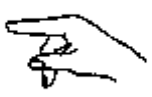
(zdroj: www.nrzp.cz)

- Respektovat identitu pacienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem.
- Důsledně se vyhýbat infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka.
- Důsledně chránit důstojnost seniorů.
- Respektovat princip zpomalení a chránit seniory před časovým stresem.
- Složité nebo zvláště důležité informace několikrát opakovat nebo raději napsat na list papíru.
- Aktivně, ale taktně ověřovat komunikační bariéry a tomu přizpůsobit komunikaci.
- Při komunikaci se zdržovat v zorném poli pacienta, mluvit srozumitelně a udržovat stále oční kontakt.
- Nezvyšovat zbytečně hlas.
- Vždy nabízet jakoukoliv pomoc, ale nevnucovat ji.
- Směřovat intervence tak, aby podporovala a udržovala soběstačnost seniorů.

Příloha č. 4 Prstová abeceda

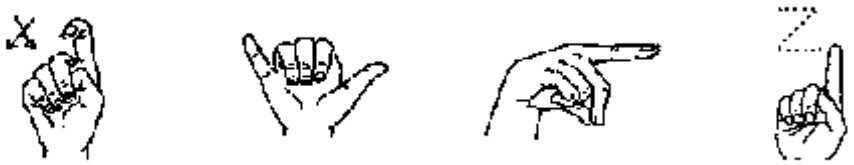
(zdroj: www.ruce.cz)

Jednoruční prstová abeceda

A	B	C	D
E	**F**	**G (varianta 1)**	**G (varianta 2)**
			
H (varianta 1)	**H (varianta 2)**	**CH**	**I**
J	**K**	**L**	**M**
N	**O**	**P (varianta 1)**	**P (varianta 2)**
			
Q	**R**	**S**	**T (varianta 1)**

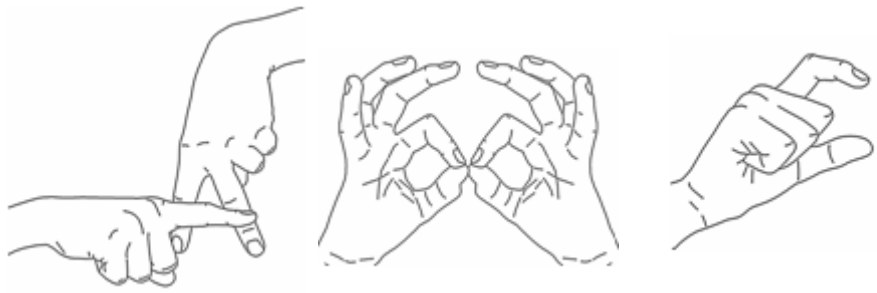
T (varianta 2) U V W

X Y Z (varianta 1) Z (varianta 2)

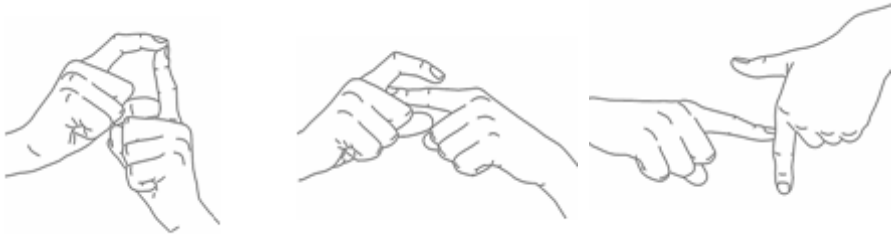


Dvouruční prstová abeceda

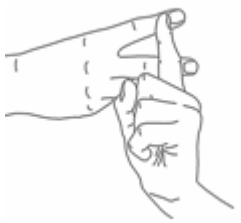
A B C



D E F (varianta 1)



F (varianta 2) G H



CH

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

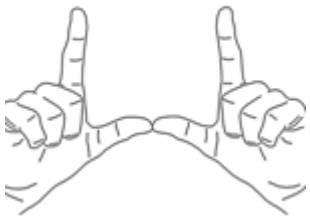
S

T

U

V

W



X

Y

Z

Příloha č. 5 Jak komunikovat s cizincem

(zdroj: http://www.eifzvip.cz)

- Zjistit, zda je možné komunikovat ve třetím jazyce a do jaké míry ho pacient zná.
- Mluvit pomalu, zřetelně artikulovat, přitom nekřičet.
- Používat gesta a obrázky, které pacientovi zlepší pochopení.
- Pokud pacient neporozuměl, zopakovat jinými slovy.
- Používat jednoduché věty, vyhýbat se souvětím.
- Všímat si, kterým slovům pacient rozumí nejlépe a ty pak používat.
- Pokud je to možné, naučit se v pacientově řeči alespoň základní pozdrav – zájem o pacienta. Když pacient učí zdrav. pracovníka říci něco ve svém rodném jazyce, navozuje tím atmosféru důvěry.
- Pokud není jasné, co přesně pacient chtěl říci, je vhodné ho požádat, aby informaci zopakoval jinými slovy.
- Ponechat pacientovi čas, hlavně když má problémy vyjádřit se v cizím jazyce, nespěchat!
- Bedlivě sledovat neverbální příznaky strachu, obav, nepokoje a bolesti, protože jejich projev může být kulturně skreslený.
- Po podání informací si ihned ověřit, zda pacient skutečně rozuměl.
- Vyhýbat se medicínským výrazům a zdravotnickému slangu, kterému nemusí pacient rozumět.
- Pozor na specifika češtiny – např. názvy měsíců
- Na doplnění informací používat obrázky: piktogramy.

Příloha č. 6 Dotazník

(zdroj: vlastní tvorba)

Vážení lékaři a milé sestřičky,

jako studentka závěrečného ročníku oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické obory si vás dovoluji požádat o spolupráci při realizaci výzkumného šetření, týkajícího se problematiky komunikace zdravotníků s pacientem. Prosím vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který bude sloužit ke sběru a zhodnocení dat mé diplomové práce na téma Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem. Zaškrtněte, prosím, vždy jednu z nabídnutých odpovědí, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji vám za spolupráci.

Ivana Zeisbergerová

1. všeobecná část

Pohlaví: …… Věk: …….

1. Vaším nejvyšším dosaženým vzděláním k výkonu profese je:

1) střední zdravotnická škola
2) vyšší zdravotnická škola
3) vyšší zdravotnická škola, specializační studium (obor……..)
4) bakalářské studium, specializační studium (obor……...)
5) magisterské studium, specializační studium (obor……)
6) magisterské studium, všeobecné lékařství

2. Pracujete na oddělení ……v nemocnici ……

3. Délka praxe na tomto pracovišti……..

4. Absolvoval(a) jste nějakou vzdělávací akci (seminář, kurz, přednášku) vztahující se k problematice komunikace s pacientem?

1) ano
2) ne

5. Nabízí Vám zaměstnavatel možnost účasti na podobných seminářích týkajících se psychologických intervencí – komunikace s pacientem, krizová komunikace, prevence syndromu vyhoření, apod.?

1) ano
2) ne
3) nabízí spíše jinou problematiku
4) ano, ale v elektronické podobě

2. speciální část

6. Definujte, co podle vás znamená pojem komunikace?

1) Předávání zpráv mezi dvěma a více komunikanty
2) Sdělování informací mezi dvěma komunikanty
3) Vzájemná interakce subjektů
4) Rozhovor mezi několika komunikanty

7. Víte, co znamená pojem „negativní aserce“?

1) Přijímání kritiky našich negativních kvalit
2) Nereagování na kritiku našich negativních kvalit
3) Porušení pravidel asertivního chování
4) Výrazný nesouhlas s jiným jednáním, chováním

8. Víte, co znamená proxemika?

1) Dotek
2) Řeč držení těla
3) Výraz obličeje

4) Přiblížení a oddálení

9. Mezi projevy evalvace podle Vás patří:

1) Umět prominout, odpustit, být velkorysý k drobným nedostatkům
2) Být uražen, ponižován, zesměšňován
3) Být nadšen, nabuzen pro něco nového
4) Agresivita, nesouhlas, kladený odpor, vzpoura

10. Co je to mimika?

1) Řeč očí
2) Výraz obličeje
3) Dotek
4) Projev našeho mluvení

11. Co je to haptika?

1) Vůně těla
2) Řeč držení těla
3) Řeč pohybů
4) Dotek

12. Setkali jste se už někdy s pojmem bazální stimulace?

1) Ano
2) Ne, nikdy
3) Ano, ale znám tento pojem jen z médií
4) Nevím

13. Víte co znamená bazální stimulace?

1) Nevím, co to znamená
2) Udržování pacienta při životě základní léčbou
3) Koncept podporující zachovalé schopnosti (komunikační a pohybové) klienta
4) Stimulace v oblasti bazálních ganglií

14. Provádíte na Vašem pracovišti bazální stimulaci?

1) Ano

2) Ne

15. Co je iniciální dotek?

1) Cílený dotek, v rámci bazální stimulace, který podává informaci pacientovi o tom, kdy začíná a kdy končí naše přítomnost a činnost u něho

2) Dotek z vlastní iniciativy, který by měl uspokojit sociální potřeby pacienta

3) Dotek, kterým dávám pacientovi na vědomí, že ho poslouchám a může se mnou komunikovat

4) Cílený dotek, který stimuluje pacienta v bezvědomí

16. Asertivita dle vás znamená:

1) Způsob jednání potlačující nežádoucí projevy chování

2) Způsob chování a jednání, kterým přijatelnou formou upřednostňuju své názory, přičemž vnímám a respektuji názory druhých

3) Nepřiměřený způsob chování

4) Násilné upřednostňování svých názorů

17. Aktivní naslouchání dle vás vystihuje:

1) Vyjádřený souhlas s tím, co prožívá druhý

2) Pozorné vnímání toho, co druhý říká

3) Vcítění se do pocitu druhého

4) Pozorné poslouchání druhého, jeho vnímání, sdílení pocitu a aktivní reagování na něj

18. Jsou na vašem pracovišti hospitalizováni lidé cizí národnosti?

1) Ano, poměrně často 10-15 případů za rok

2) Ne, vůbec

3) Zřídka, 1-2 případy za rok

4) Ne, 1 případ za 5 let

19. Ošetřoval(a) jste už někdy občana jiné národnosti?

1) Ano, jaké ……

2) Ne

20. Jakou formou jste se s ním dorozumíval(a)?

1) Pomocí cizího jazyka (který……)
2) Pomocí tlumočníka
3) Pomocí gestikulace či různou jinou formou
4) Raději jsem nekomunikoval(a), aby se situace nekomplikovala

21. Jaké byly Vaše pocity při komunikaci s ním?

1) Pocit beznaděje
2) Pocit vlastní neschopnosti a nedokonalosti
3) Žádný zvláštní pocit
4) Pocit nedokonalosti poskytované péče v našem zařízení

22. Je možnost ve vašem zařízení spolupráce s překladatelem?

1) Ano
2) Ne
3) Nevím

23. Využíváte této možnosti?

1) Ano
2) Ne

24. Umíte cizí jazyk?

1) Ano, jaký ……
2) Ne

25. S jakými problémy se ve vztahu k pacientovi nejčastěji setkáváte?

1) agresivita, odmítání spolupráce
2) nezájem, nechuť, averze
3) labilita, euforie
4) věčná nespokojenost a náročnost ze stran pacienta

26. Je na vašem pracovišti možnost využití tlumočnické služby?

1) Ano

2) Ne

3) Nevím

27. Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sluchově postiženým?

1) Dostatečně hlasitě hovořit a artikulovat

2) Názorné ukázky toho, co po neslyšícím chci

3) Pravidlo „face to face“, přiměřené tempo řeči, přiměřená artikulace, běžný výraz tváře

4) Posazení bokem k neslyšícímu, co nejblíže k jeho uchu, výrazná artikulace a mimika

28. Při komunikaci s pacientem dodržujete intimní prostředí?

1) Ne, nejsou na to vhodné podmínky

2) Ano, ale jen v nejzávažnějším případě

3) Vždycky a za každých okolností

4) Ano, ale ne vždy je to z různých příčin možné

29. Myslíte si, že vaše komunikace s pacientem je dostačující?

1) Ano, plně

2) Myslím, že ano, ale mohla by být lepší

3) Mám pocit, že je nedostačující, začínám se obávat, že by bylo nutné na ni zapracovat

4) Mám obavy, že začínám mít příznaky syndromu vyhoření

30. Myslíte si, že při vaši práci je dostatek času na pečlivou komunikaci?

1) Ano, vždycky je na kvalitní komunikaci čas

2) Vzhledem k dalším povinnostem často není

3) Není, ale vždycky se snažím dle možností maximálně vyslechnout

4) Rozhodně není

31. Kdyby jste měl(a) možnost zúčastnit se kurzu komunikace s pacientem, přihlásil(a) by jste se, nebo by jste dal(a) přednost problematice svého oboru

1) Ráda bych se zúčastnil(a)

2) Ne, taková problematika mě moc nezajímá

3) Dal(a) bych přednost odborné problematice

4) Možná, záleželo by na počtu kreditů

Příloha č. 7 Žádost o dotazníkovou akci

(zdroj: vlastní tvorba pro FNKV, interní formulář F-VFN-075)

Mgr. Irena Trpišovská
Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 50
100 34 Praha 10

Ivana Zeisbergerová
Zahradní 76
747 92 Háj ve Slezsku - Lhota
Zeisbergerova.Ivana@seznam.cz

Žádost o povolení průzkumu pomocí dotazníkového šetření

Žádám Vás tímto o povolení průzkumu pomocí dotazníkového šetření, který bude sloužit ke sběru dat k mé diplomové práci na téma Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem. Termín sběru dat by měl probíhat od 1. 1. 2011 do 1. 2. 2011, na pracovištích chirurgické kliniky, interní kliniky a neurologické kliniky.
Jsem studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, 2.ročník, kombinované studium, oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické obory.

Děkuji za vyřízení
S pozdravem

Ivana Zeisbergerová

Dne 29.12. 2010 v Kolíně ....

Vyjádření

Dne 12.1.11 v Praze ....

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY ŠROBÁROVA 50, 100 34 PRAHA 10 NÁMĚSTEK PRO OŠETŘOVATELSKOU PÉČI

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci
F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací	
Příjmení a jméno žadatele	Zeisbergerová Ivana
Kontaktní adresa	Benešova 621, 280 02, Kolín II
Telefon	728 31 20 57 — e-mailová adresa: zeisbergerova.ivana@seznam.cz
Škola / fakulta	Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta
Obor studia	Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
Téma závěrečné práce	Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat	1.1.2011 – 1.2.2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	II. chir. klinika kardiovaskulární chirurgie
Zjišťované informace	Informace o základních znalostech zdravotníků: obecné komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat:	Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum:	3. 1. 2011	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Datum	17. 1. 2011	Podpis	
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	☐ Ano ☒ Ne	Částka	
Datum	17.1.11	Podpis	

Platí pouze pro II CHK

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci
F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací	
Příjmení a jméno žadatele	Zeisbergerová Ivana
Kontaktní adresa	Benešova 621, 280 02, Kolín II
Telefon	728 312057 — e-mailová adresa: zeisbergerova.ivana@seznam.cz
Škola / fakulta	Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta
Obor studia	Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
Téma závěrečné práce	Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat	1.1.2011 – 1.2.2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	I. chir. klinika hrudní, břišní, úrazové chirurgie
Zjišťované informace	Informace o základních znalostech zdravotníků: obecné komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat:	Diplomová práce (Platí pouze CHK)

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum:	3.1.2011	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Datum	17.1.2011	Podpis	
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	☐ Ano ☒ Ne	Částka	
Datum		Podpis	

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci
F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

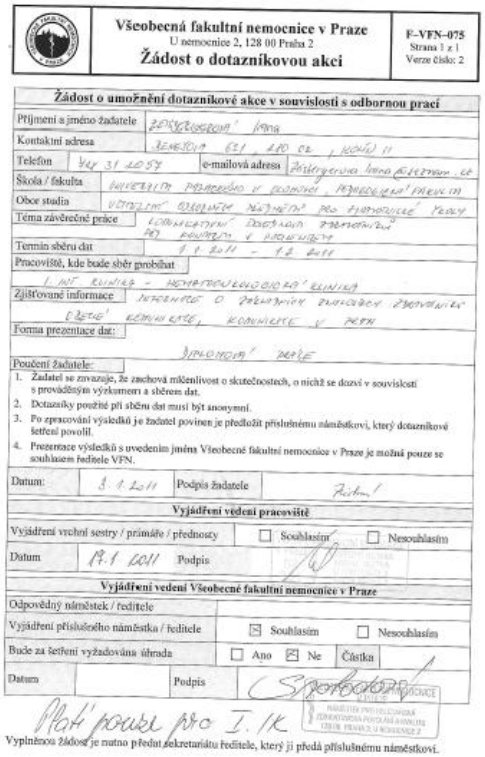
Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací	
Příjmení a jméno žadatele	Zeisbergerová Ivana
Kontaktní adresa	Benešova 621, 280 02, Kolín II
Telefon	728 312057 — e-mailová adresa: zeisbergerova.ivana@seznam.cz
Škola / fakulta	Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta
Obor studia	Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy
Téma závěrečné práce	Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat	1.1.2011 – 1.2.2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Geriatrie
Zjišťované informace	Základní znalosti zdravotníků: obecné komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat:	Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum:	12.1.2011	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	☐ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Datum		Podpis	
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	☐ Ano ☒ Ne	Částka	
Datum	17.1.2011	Podpis	

Platí pouze pro Geriatrická

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F–VFN–075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: ZEMSKÁ BERGEROVÁ Hana
Kontaktní adresa: Benešova 621, 280 02 Kolín II
Telefon: 721 31 2057 e-mailová adresa: Zemskabergerova.hana@seznam.cz
Škola / fakulta: Univerzita Pardubického, Dopravní fakulta Jana Pernera
Obor studia: Ošetřovatelství, Diplomované všeobecné sestry
Téma závěrečné práce: Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat: 1. 1. 2011 – 12. 2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat: I. interní klinika – hematoonkologická klinika
Zjišťované informace: Informace o základních složkách zdravotní dietní komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat: Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum: 3. 1. 2011 Podpis žadatele: Zemská

Vyjádření vedení pracoviště

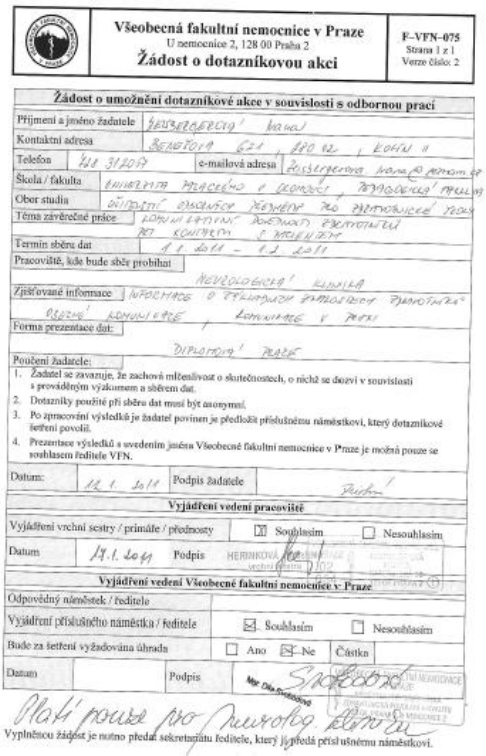
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty: ☐ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Datum: 19. 1. 2011 Podpis:

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele:
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada: ☐ Ano ☒ Ne Částka:
Datum: Podpis: Svobodová

Platí pouze pro I. IK

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F–VFN–075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: ZEMSKÁ BERGEROVÁ Hana
Kontaktní adresa: Benešova 621, 280 02 Kolín II
Telefon: 721 31 2057 e-mailová adresa: Zemskabergerova.hana@seznam.cz
Škola / fakulta: Univerzita Pardubického, Dopravní fakulta Jana Pernera
Obor studia: Ošetřovatelství, Diplomované všeobecné sestry
Téma závěrečné práce: Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat: 1. 1. 2011 – 12. 2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat: Neurologická klinika
Zjišťované informace: Informace o základních složkách zdravotní dietní komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat: Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum: 12. 1. 2011 Podpis žadatele: Zemská

Vyjádření vedení pracoviště

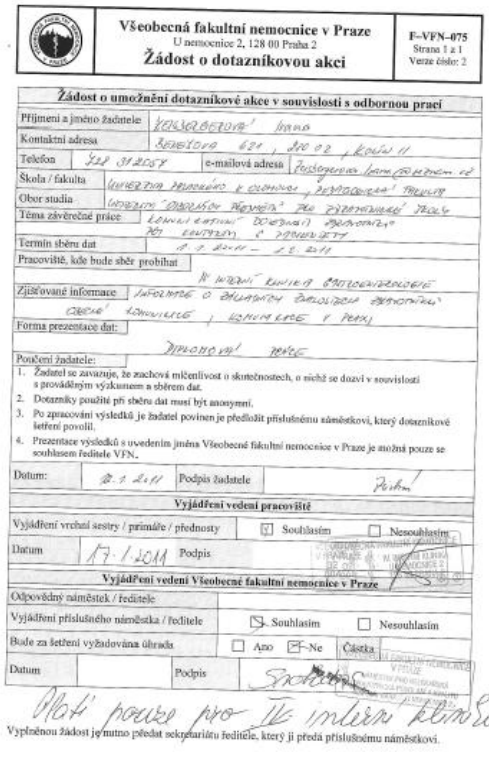
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Datum: 19. 1. 2011 Podpis: Heřmánková

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele:
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada: ☐ Ano ☒ Ne Částka:
Datum: Podpis: Svobodová

Platí pouze pro neurologickou kliniku

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F–VFN–075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: ZEMSKÁ BERGEROVÁ Hana
Kontaktní adresa: Benešova 621, 280 02 Kolín II
Telefon: 721 31 2057 e-mailová adresa: Zemskabergerova.hana@seznam.cz
Škola / fakulta: Univerzita Pardubického, Dopravní fakulta Jana Pernera
Obor studia: Ošetřovatelství, Diplomované všeobecné sestry
Téma závěrečné práce: Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat: 1. 1. 2011 – 12. 2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat: II. interní klinika gastroenterologie
Zjišťované informace: Informace o základních složkách zdravotní dietní komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat: Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum: 12. 1. 2011 Podpis žadatele: Zemská

Vyjádření vedení pracoviště

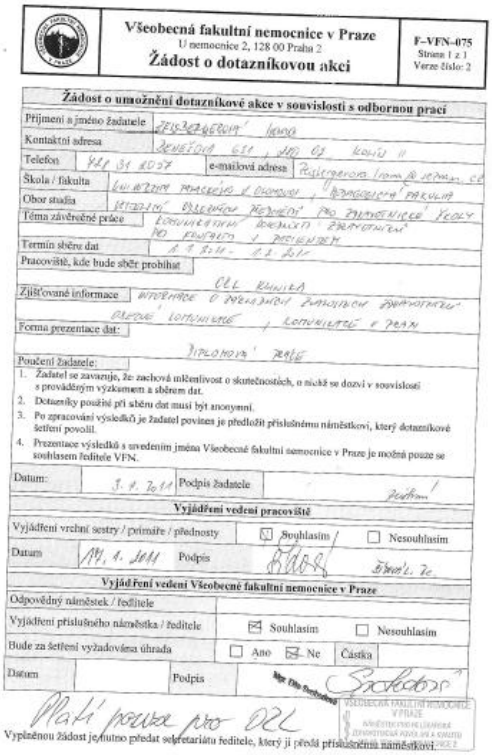
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Datum: 17. 1. 2011 Podpis:

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele:
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada: ☐ Ano ☒ Ne Částka:
Datum: Podpis: Svobodová

Platí pouze pro II. interní klinika

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U nemocnice 2, 128 00 Praha 2
Žádost o dotazníkovou akci

F–VFN–075
Strana 1 z 1
Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele: ZEMSKÁ BERGEROVÁ Hana
Kontaktní adresa: Benešova 621, 280 02 Kolín II
Telefon: 721 31 2057 e-mailová adresa: Zemskabergerova.hana@seznam.cz
Škola / fakulta: Univerzita Pardubického, Dopravní fakulta Jana Pernera
Obor studia: Ošetřovatelství, Diplomované všeobecné sestry
Téma závěrečné práce: Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Termín sběru dat: 1. 1. 2011 – 12. 2011
Pracoviště, kde bude sběr probíhat: OAIL klinika
Zjišťované informace: Informace o základních složkách zdravotní dietní komunikace, komunikace v praxi
Forma prezentace dat: Diplomová práce

Poučení žadatele:
1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum: 3. 1. 2011 Podpis žadatele: Zemská

Vyjádření vedení pracoviště

Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Datum: 19. 1. 2011 Podpis:

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele:
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele: ☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada: ☐ Ano ☒ Ne Částka:
Datum: Podpis: Svobodová

Platí pouze pro OAIL

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 **Žádost o dotazníkovou akci**	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací

Příjmení a jméno žadatele:	[illegible]		
Kontaktní adresa	[illegible]		
Telefon	[illegible]	e-mailová adresa	[illegible]
Škola / fakulta	[illegible]		
Obor studia	[illegible]		
Téma závěrečné práce	[illegible]		
Termín sběru dat	[illegible]		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	[illegible]		
Zjišťované informace	[illegible]		
Forma prezentace dat:	[illegible]		

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.
4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.

Datum:	[illegible]	Podpis žadatele	[illegible]

Vyjádření vedení pracoviště

Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosty	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Datum	[illegible]	Podpis	[illegible]

Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	☒ Souhlasím	☐ Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada	☐ Ano ☒ Ne	Částka	
Datum	[illegible]	Podpis	[illegible]

[illegible]

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.

Příloha č. 8 Hodnocení stupně informovanosti

(zdroj: analýza dotazníkového šetření, vlastní tvorba)

stupeň informovanosti	%	počet bodů
1.	100	176-133
2.	75	132-89
3.	50	88-45
4.	25	44-0

Tabulka č. 7 Členění stupně informovanosti (zdroj: vlastní tvorba)

otázka	počet správných odpovědí	%	počet získaných bodů	stupeň informovanosti v %	stupeň informovanosti
6	37	21	37	25	4.
7	99	56	99	75	2.
8	111	63	111	75	2.
9	114	65	114	75	2.
10	171	97	171	100	1.
11	150	85	150	100	1.
13	141	80	141	100	1.
15	123	70	123	75	2.
16	144	82	144	100	1.
17	130	74	130	75	2.

Tabulka č. 8 Vyhodnocení stupně informovanosti (zdroj: vlastní tvorba)

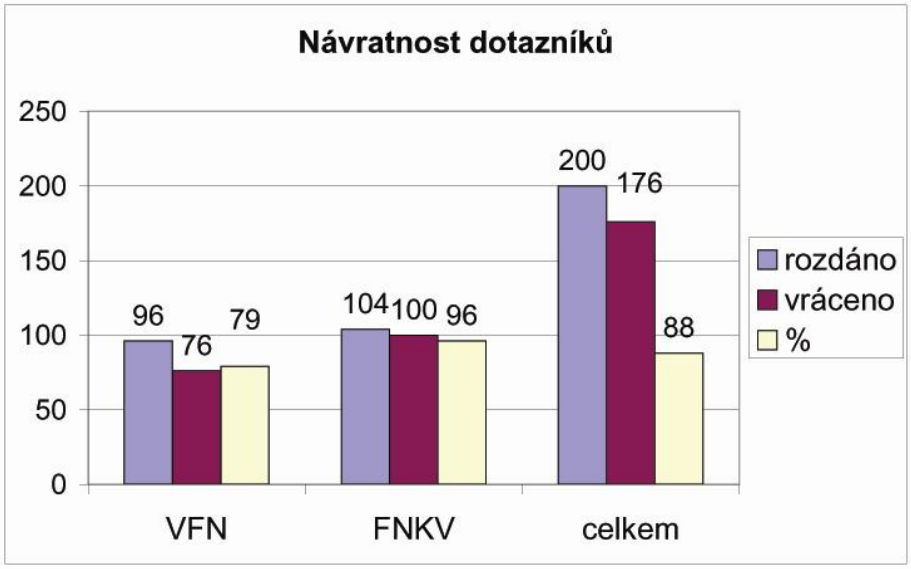
stupeň informovanosti	častost výskytu
1.	4x
2.	5x
3.	0x
4.	1x
celkový průměr	1,8

Tabulka č. 9 Častost výskytu stupně informovanosti (zdroj: vlastní tvorba)

Příloha č. 9 Návratnost dotazníků

(zdroj: analýza dotazníkového šetření, vlastní tvorba)

Celkem rozdáno 200 dotazníků do dvou nemocnic. Vráceno bylo 176, což představuje návratnost 88 %. Z FNKV se vrátilo 96% vyplněných dotazníků. Z VFN již méně, 76%.



Graf č. 60 Návratnost dotazníků

Příloha č. 10 Průměrná hodnota správných odpovědí

(zdroj: analýza dotazníkového šetření, vlastní tvorba)

otázka číslo	správně	špatně
6	21%	79%
7	56%	44%
8	63%	38%
9	65%	35%
10	97%	3%
11	85%	15%
13	80%	20%
15	70%	30%
16	82%	18%
17	74%	26%
průměr	69,3%	30,8%

Tabulka č. 10 Průměrná hodnota správných odpovědí vědomostních otázek (zdroj: vlastní tvorba)

Příloha č. 11 Výsledky vědomostních otázek dle kritérií

(zdroj: analýza dotazníkového šetření, vlastní tvorba)

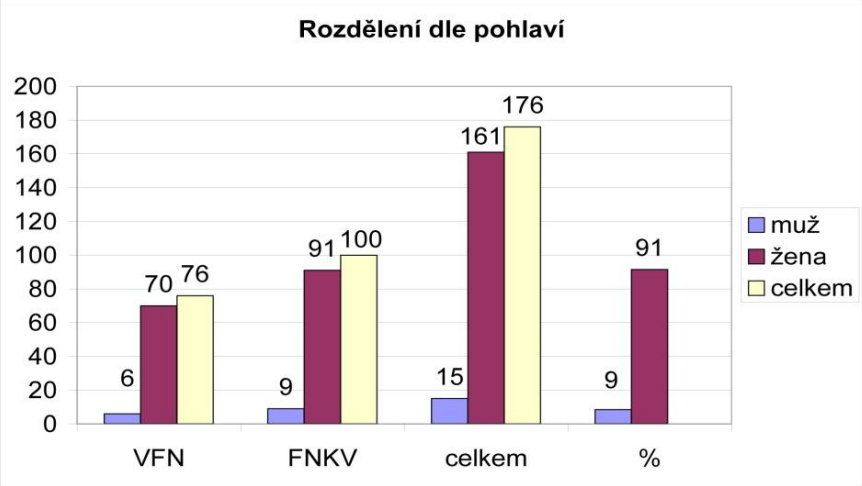
vědomostní otázka č.	6	7	8	9	10	11	13	15	16	17
věk	26-34	26-34	26-34	35-43	26-34	26-34	26-34	26-34	26-34	35-43
%	43	32	34	32	32	36	33	32	33	31
délka praxe	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4
%	41	39	45	37	40	39	42	44	42	42
vzdělání	VOŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	VOŠ	SZŠ	SZŠ
%	36	54	51	60	57	56	57	43	56	47
účast na kurzech	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
%	86	85	83	87	82	84	82	78	58	82

Tabulka č. 11 Četnost výsledků vědomostních otázek dle stanovených kritérií (zdroj: vlastní tvorba)

Příloha č. 12 Analýza dalších položek dotazníků

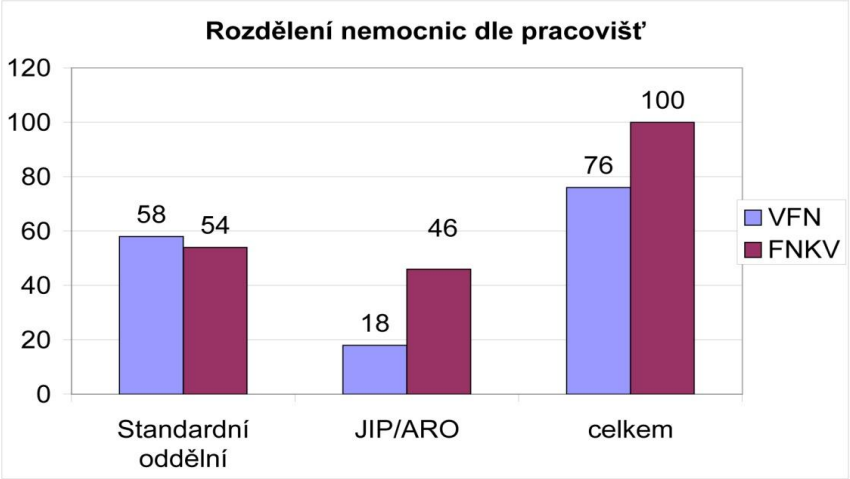
(zdroj: analýza dotazníkového šetření, vlastní tvorba)

Při analýze dotazníků bylo zjištěno, že největší zastoupení v obou nemocnicích mají ženy, 91% z celkového počtu. Celkově se průzkumu zúčastnilo 15 mužů, a zastoupení bylo v obou nemocnicích.



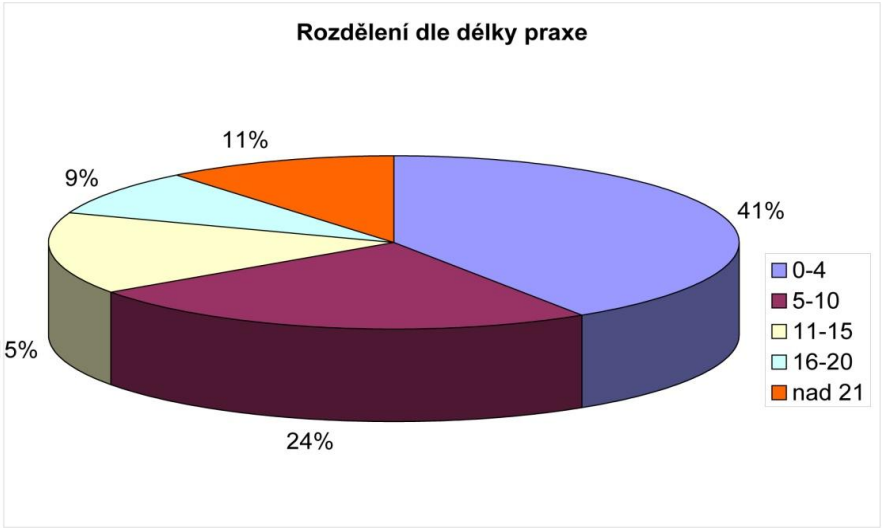
Graf č. 61 Zastoupení respondentů dle pohlaví

Níže uvedený graf ukazuje zastoupení zaměstnanců na jednotlivých odděleních obou nemocnic. Největší procento zastoupení zaujímá standardní oddělení, na obou pracovištích více než 50%.



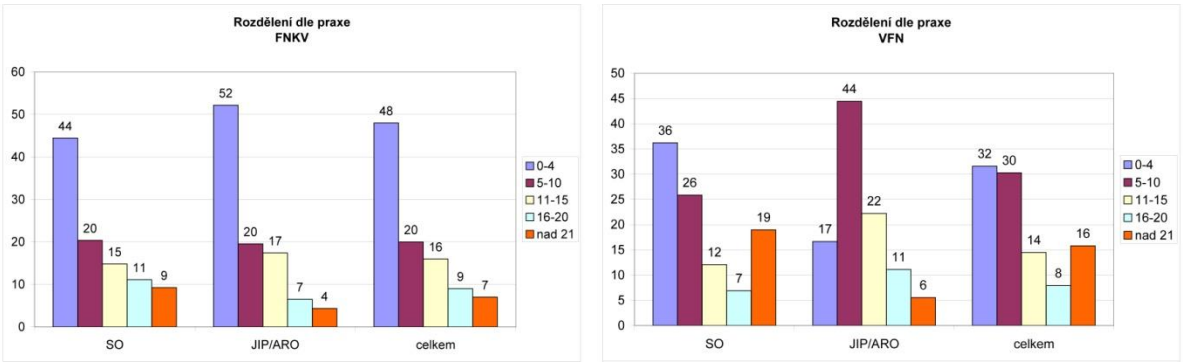
Graf č. 62 Výskyt standardních a intenzivních pracovišť

Při vyhodnocování délky praxe u zaměstnanců byla nejprve délka praxe rozdělena do následujících kategorií: 1. 0-4 roky, 2. 5-10 let, 3. 11-15 let, 4. 16-20 let, 5. nad 21 let. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že největší procento se nachází v intervalu 0-4 let a to celkem 41 %. Pracovníci s délkou praxe nad 21 let představují 11%.



Graf č. 63 Délka praxe

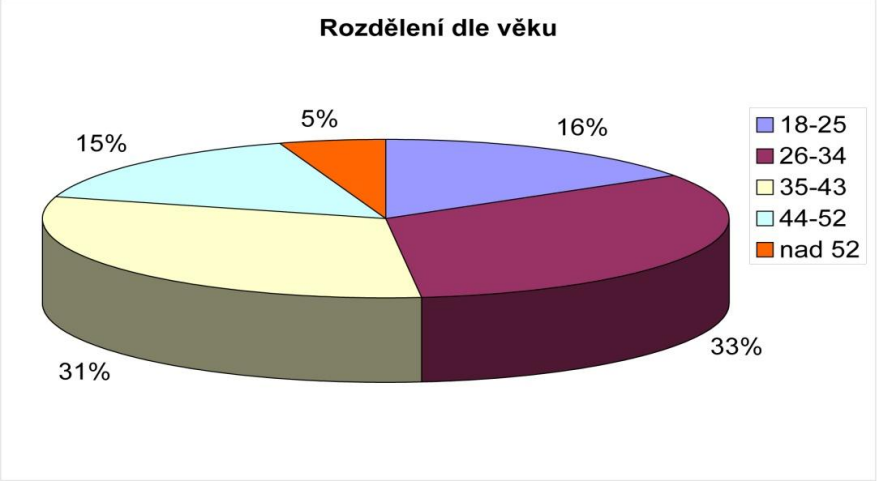
Ve FNKV pracuje nejvíce zdravotních sester relativně krátkou dobu, 0-4 roky. Je to téměř polovina, 48 %. Ve VFN je situace podobná, ale procento je již nižší 32 % a hned vedle s 30 - ti procenty jsou zdravotní sestry s praxí 5-10 let.



Graf č. 63.1 Délka praxe v jednotlivých nemocnicích

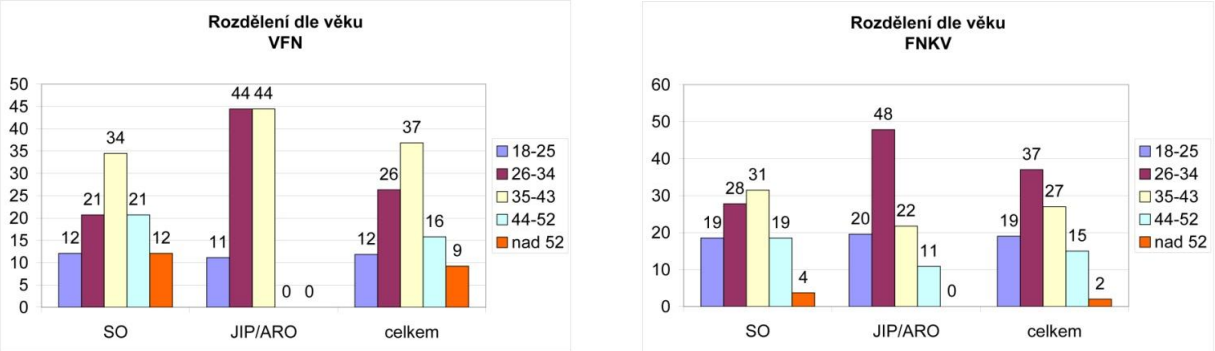
Z výsledků lze konstatovat, že největší zastoupení mají zdravotníci s odpracovanými roky v rozmezí 0-10let.

Při vyhodnocování věku zaměstnanců bylo postupováno obdobně jako při vyhodnocení délky praxe. Dle věku byli zaměstnanci rozděleni do následujících kategorií: 1. 18-25 let, 2. 26-34 let, 3. 35-43 let, 4. 44-52 let, 5. více než 52 let. V obou nemocnicích převažují zaměstnanci produktivního věku, 33 % v rozmezí věku 26-34 let a 31 % v rozmezí 35-43 let. Nad 52 let je to pouze 5 % zaměstnanců.



Graf č. 64 Věk respondentů

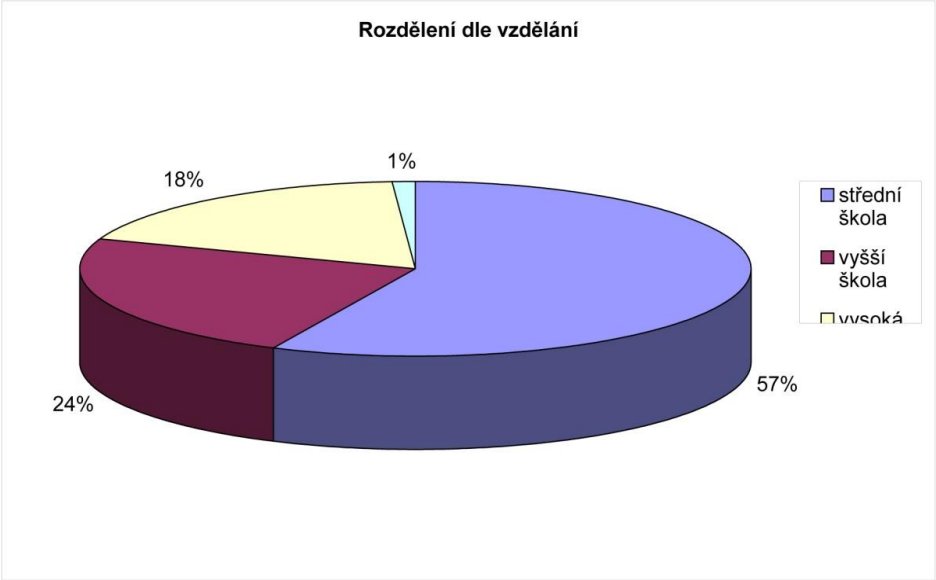
Ve VFN pracuje 37 % zdravotních sester v rozmezí věku 35-43 let a ve FNKV představuje největší procento sester ve věku 26-34 let, 37 %.



Graf č. 64.1 Věk respondentů v jednotlivých nemocnicích

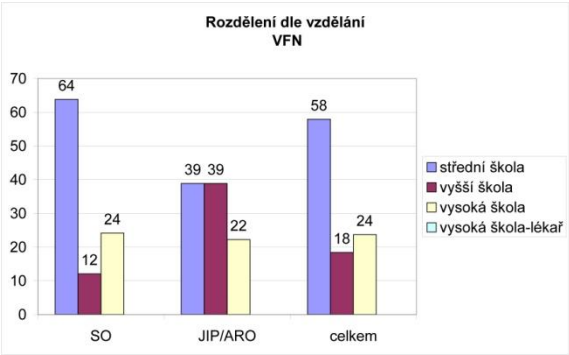
Dle výsledků lze konstatovat, že v nemocnicích pracují poměrně mladí a produktivní zaměstnanci.

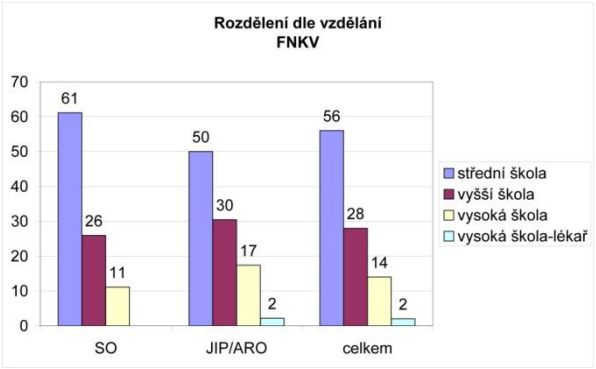
Co se týká nejvýše dosaženého vzdělání, mezi nejvíce zastoupené patří zaměstnanci s ukončeným středoškolským vzděláním, 57 %. Z toho vyplývá, že dotazníky vyplňovaly z 99 % zdravotní sestry.



Graf č. 65 Vzdělání respondentů

Níže uvedené grafy (hodnoty znamenají počet pracovníků) ukazují podrobnější rozdělení dotazovaných dle vzdělání u obou sledovaných nemocnic. Ve VFN se dotazníkového šetření neúčastnil žádný lékař.

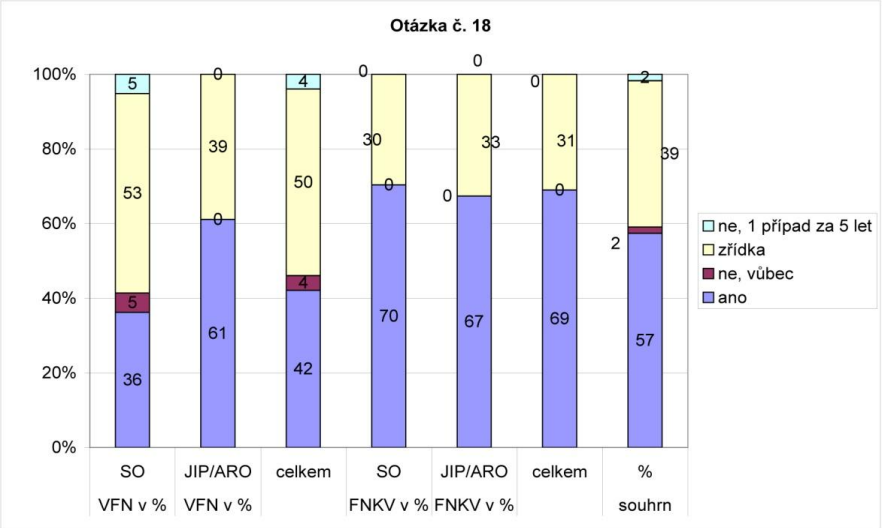




Graf č. 65.1 Vzdělání respondentů v jednotlivých nemocnicích

Otázka č. 18) Jsou na Vašem pracovišti hospitalizováni lidé cizí národnosti?

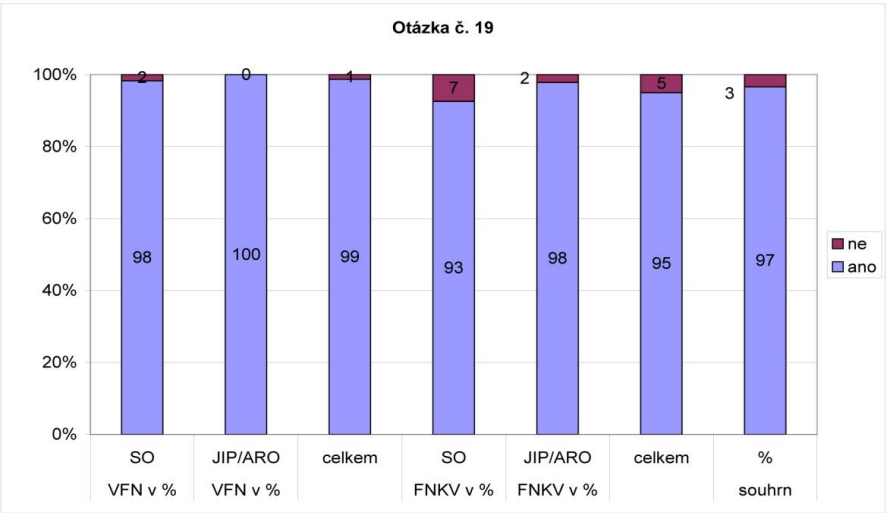
Ve VFN jsou hospitalizováni lidé cizí národnosti zřídka. Takto odpovědělo 50 % dotazovaných. Ve FNKV jsou tito lidé hospitalizováni v 69 %. Z celkového pohledu lze ale říct, že výskyt hospitalizovaných cizinců je v českých nemocničních zařízeních poměrně častý.



Graf č. 66 Výskyt cizinců v nemocničních zařízeních

Otázka č. 19) Ošetřoval(a) jste už někdy občana jiné národnosti?

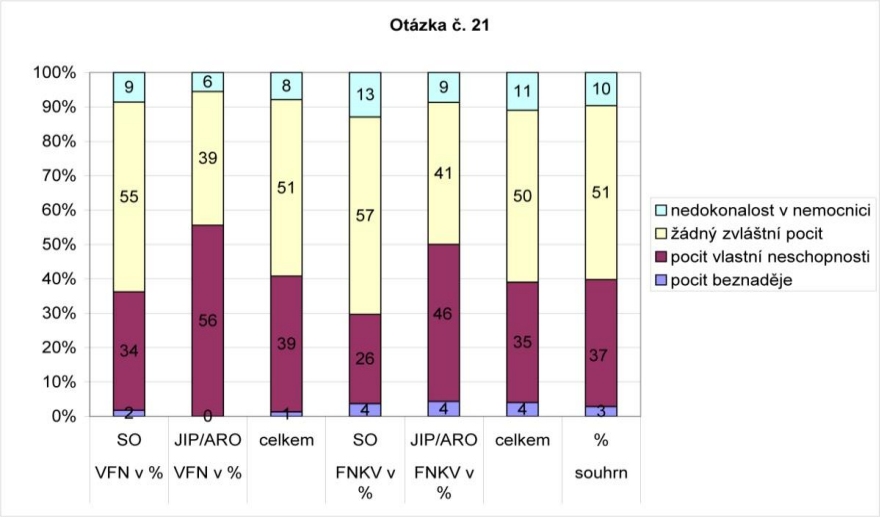
Na otázku, zda dotazovaní ošetřovali občana jiné národnosti, odpovědělo 97 % všech dotazovaných, že ano. Ve VFN na oddělení JIP/ARO dokonce všichni.



Graf č. 67 Výskyt ošetřování pacientů cizinců

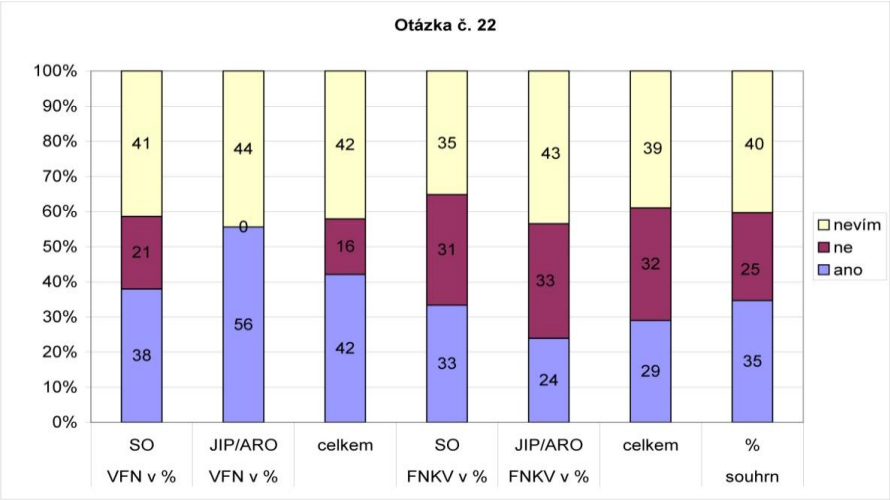
Otázka č. 21) Jaké byly Vaše pocity při komunikaci s ním?

Při ošetřování osob cizí národnosti nepociťuje 51 % dotazovaných žádný zvláštní pocit, 37 % uvádí pocit vlastní neschopnosti. Výsledky obou nemocnic jsou si podobné.



Graf č. 68 Subjektivní hodnocení pocitů při komunikaci s pacientem cizincem

Otázka č. 22) Je možnost ve Vašem zařízení spolupráce s překladatelem?

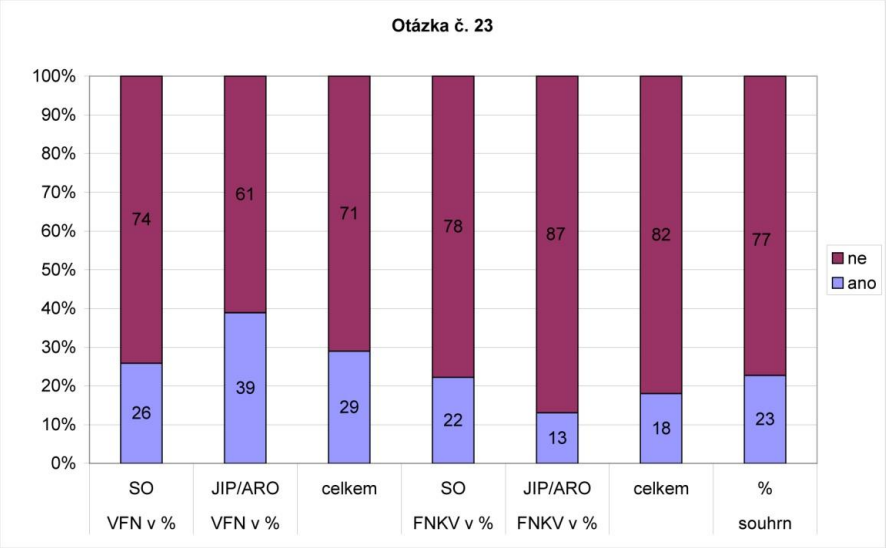


Graf č. 69 Možnost využití překladatelských služeb

Ve VFN uvádí 42 % dotazovaných, že je v této nemocnici možnost spolupráce s překladatelem, 42 % neví a 16 % si myslí, že ne. Ve FNKV uvádí 29 % dotazovaných, že je v této nemocnici možnost spolupráce s překladatelem, 39 % neví a 32 % si myslí, že ne.

Otázka č. 23) Využíváte této možnosti?

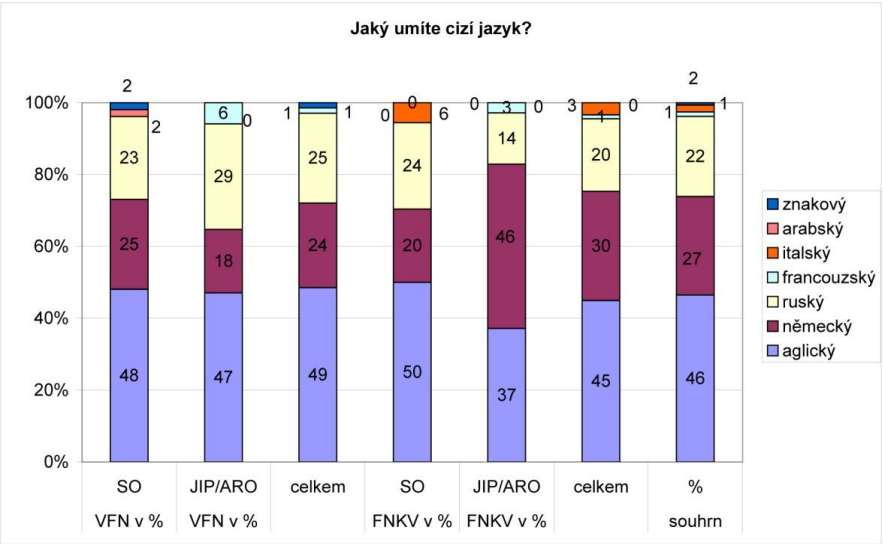
Většina (77 %) možnosti překladatele nevyužívá. Výsledky obou nemocnic jsou celkem vyrovnané.



Graf č. 70 Využití překladatelských služeb

Otázka č. 24) Umíte cizí jazyk?

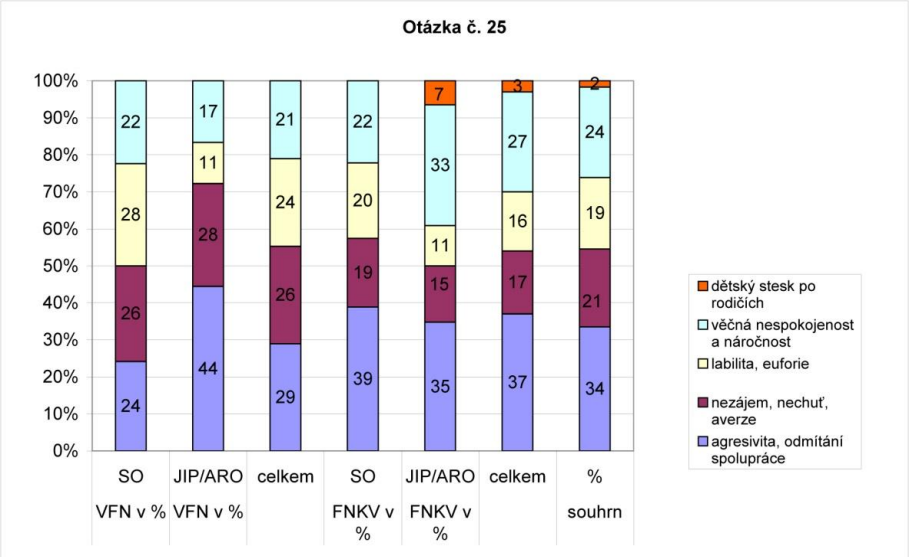
Většina z dotazovaných odpověděla, že umí cizí jazyk, 73 %. Výsledky obou nemocnic jsou opět celkem vyrovnané. Jako nejvíce používaný jazyk uvedlo 46 % anglický, 27 % německý.



Graf č. 71 Znalost cizího jazyka

Otázka č. 25) S jakými problémy se ve vztahu k pacientovi nejčastěji setkáváte?

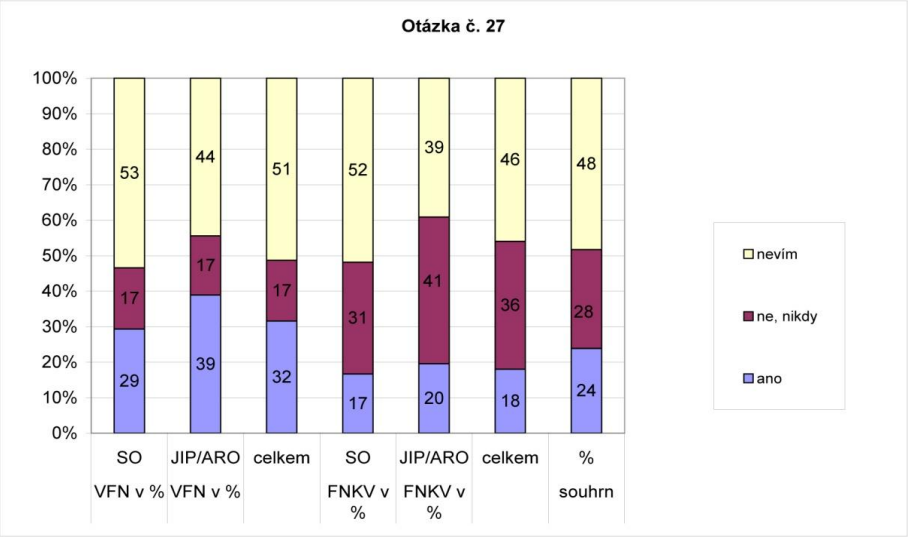
Jako největší problém, se kterým se většina setkává 31 % dotazovaných, byla uvedena agresivita a odmítání spolupráce. Ta zaujímá první místo u obou nemocnic.



Graf č. 72 Charakteristika skladby hospitalizovaných pacientů

Otázka č. 27) Je na Vašem pracovišti možnost využití tlumočnické služby?

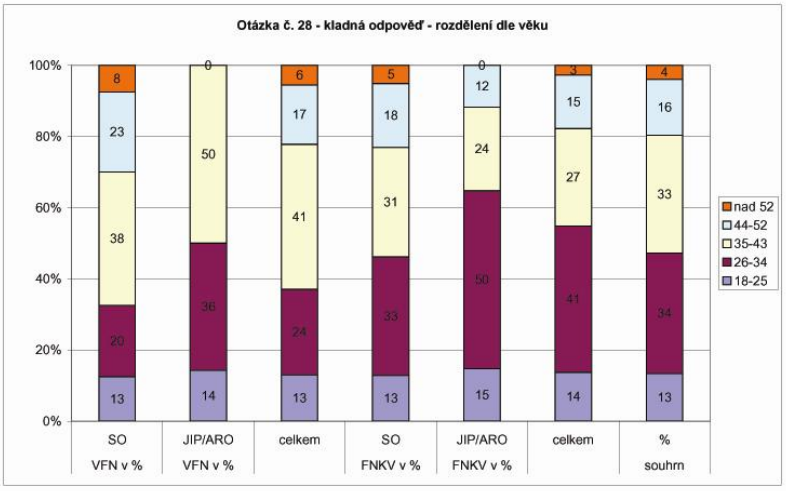
Na výše uvedenou otázku odpověděla většina dotazovaných (48 %), že neví, zda je možné využít tlumočnické služby. Výsledky obou nemocnic jsou celkem vyrovnány.



Graf č. 73 Využití tlumočnické služby

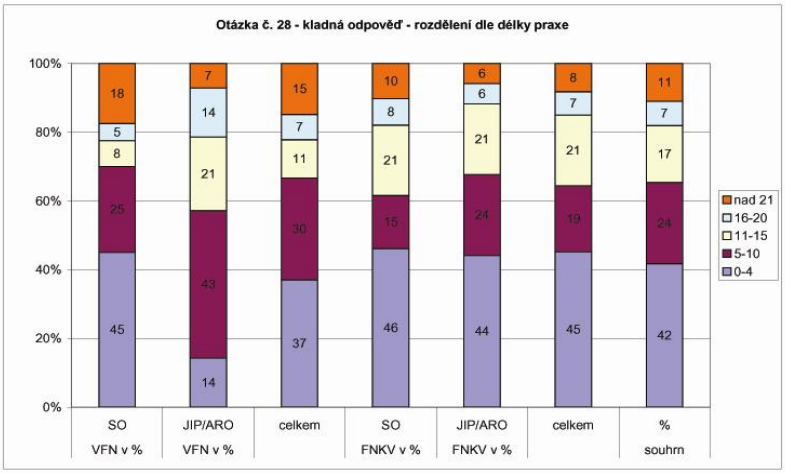
Otázka č. 28) Co považujete za nejdůležitější při komunikaci se sluchově postiženým?

Na výše uvedenou znalostní otázku odpovědělo správně 72 % dotazovaných. Z celkového pohledu jich bylo nejvíce co správně odpovědělo ve věku 26-34 let (34 %). Ve VFN převažuje věková skupina 35-43 let (41 %) a ve FNKV odpovědělo správně 41 % zdravotníků ve věku 26-34 let.



Graf č. 74 Vědomostní otázka: Správná odpověď vzhledem k věku

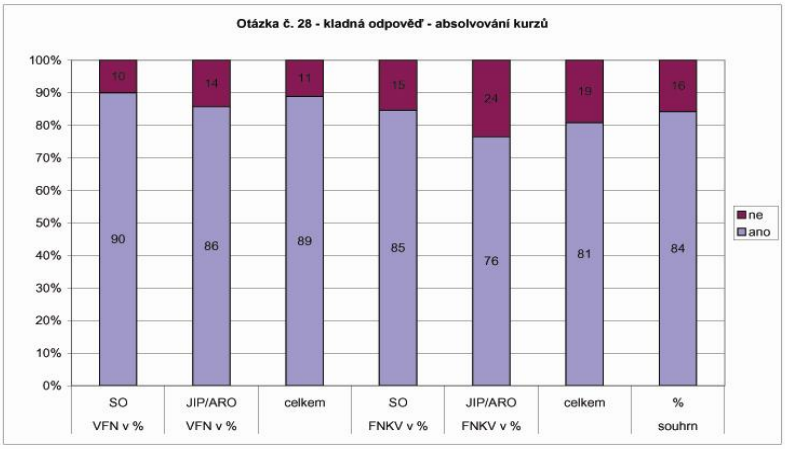
Tuto otázku odpovědělo správně nejvíce osob s délkou praxe 0-4 let, 42 %.



Graf č. 75 Vědomostní otázka: Správná odpověď vzhledem k délce praxe

Kromě oddělení JIP/ARO ve VFN, kde správně odpovědělo 50% dotazovaných s vyšší školou, převažují dotazovaní s ukončeným středoškolským vzděláním, 55 %.

Většina (84 %) dotazovaných co správně odpověděli, kurzy absolvovala.

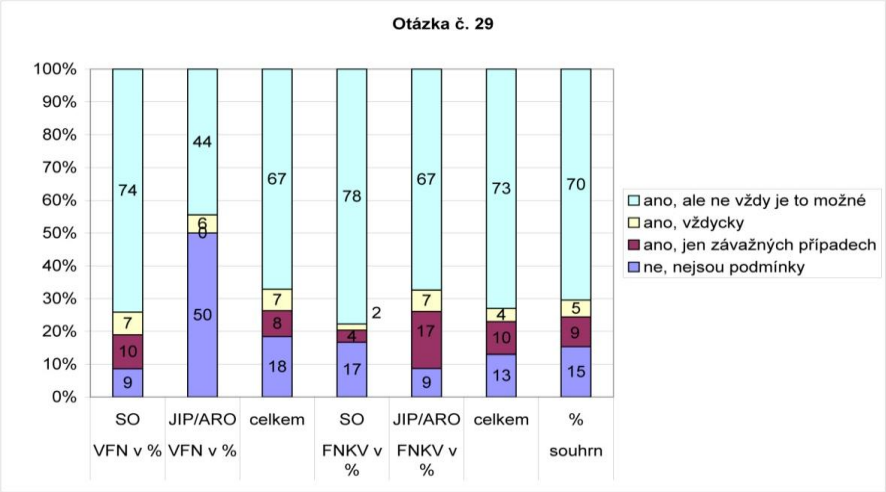


Graf č. 76 Vědomostní otázka: Správná odpověď vzhledem k absolvování kurzů

Poslední vědomostní otázku odpovědělo správně větší procento dotazovaných opět ve věku 26-34 let, s délkou praxe 0-4, let s ukončeným středoškolským vzděláním. Lépe si vedla FNKV.

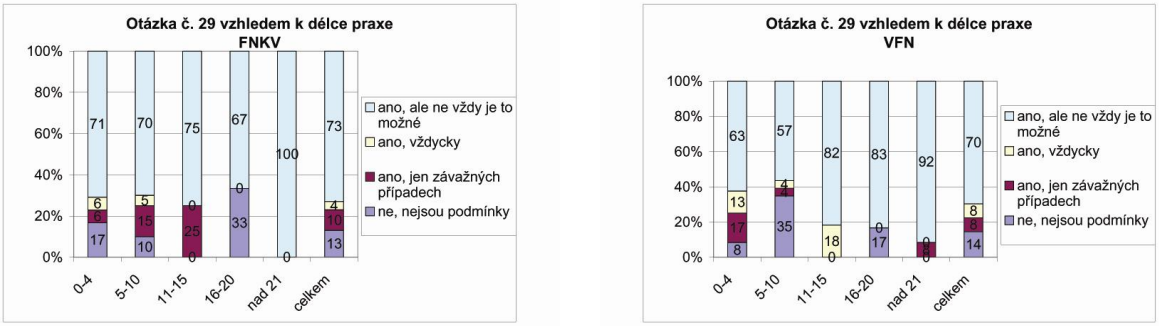
Otázka č. 29) Při komunikaci s pacientem dodržujete intimní prostředí?

Intimní prostředí dodržuje vždy pouze 5 % zdravotníků z celkového počtu dotazovaných. V závažných případech je to 9 % a ve většině případů to dodržuje 70 %. Zbylých 9 % intimní prostředí nedodržuje, protože na to nejsou podmínky. Výsledky jsou celkem vyrovnané v obou nemocnicích, pouze zaměstnanci na oddělení JIP/ARO ve VFN uvádí v 50 %, že nemají vhodné podmínky.



Graf č. 77 Dodržování soukromí při komunikaci

Při pohledu na délku praxe ve FNKV dodržují ve 100 % intimní prostředí zdravotničtí pracovníci s praxí nad 21 let. Rovněž zdravotničtí pracovníci s délkou praxe 11-15 let se ho snaží dodržovat, 75 % vždy, když je to možné a 25 % také, ale pouze v závažných případech. Výsledky obou nemocnic se kopírují.



Graf č. 77.1 Situace v jednotlivých nemocnicích

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Ivana Zeisbergerová, Di.S.
Katedra:	Katedra antropologie a zdravovědy
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Komunikativní dovednosti zdravotníků při kontaktu s pacientem
Název v angličtině:	Communication skills of health professionals in contact with the patient
Anotace práce:	Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších dovedností zdravotnických pracovníků při ošetřování nemocných. Má vliv na celý průběh hospitalizace a bezesporu také na kvalitu poskytované péče. Problematika komunikace s pacientem je široká, jelikož se týká různých oblastí, různých pacientů a ke každému je nutné zvolit individuální přístup. Být dostatečně vzdělán a vzdělávat se v této oblasti má svůj význam a výsledky se projevují na kvalitě ošetřování nemocných. Pomocí dotazníkového šetření byla zjišťována úroveň informovanosti zdravotnických pracovníků o komunikačních dovednostech a realizace komunikačních metod v praxi. Vědomostní otázky byly analyzovány z hlediska správných odpovědí a dle určitých kritérií. Praktické otázky se zaměřují na subjektivní vnímání komunikačních znalostí a realizaci v praxi. Výsledky jsou prezentovány v grafickém znázornění. Zdravotničtí pracovníci dosáhli druhého stupně informovanosti v oblasti komunikačních znalostí, na úroveň informovanosti nebyl prokázán vliv délky praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání, byl prokázán vliv účasti na vzdělávacích akcích. Zdravotničtí pracovníci mají zájem o problematiku komunikace s pacientem a své komunikační dovednosti hodnotí kladně.
Klíčová slova:	Verbální komunikace, neverbální komunikace, interpersonální komunikace, techniky, komunikační proces, terapeutická komunikace, naslouchání, senior, postižení, cizinec, dotazník

Anotace v angličtině:	Communication is one of the most important skills of health workers in treating patients. It affects the entire course of hospitalization, and no doubt also on the quality of care. The isme of communication with the patient is wide because it avers different areas, different patiens and each must choose an individual approach. Be sufficiently treined and educated in this area has its own importace and the results are reflected in the quality of patient care. Using the questionnaire was evaluated level of awareness of health staff on communication skills and communication methods of implementation in practice. Knowledge questions were analyzed in terms of correct answers according to certain criteria. Practical issues to focus on the subjective perception of the communication of knowledge and implementation in practice. The results are presented in the graph. Health care workers have reached the second level of awareness in communication skills, the level of awareness was shown to influence length of experience and educational attainment, was shown to influence participation in educational events. Health professionals have an interest in communicating with patients and their communication skills positively.
Klíčová slova v angličtině:	Verbal communication, nonverbal communication, interpersonal communication, Technology, communication process, therapeutic communication, Listening, Senior, Disability, Stranger, Survey
Přílohy vázané v práci:	Asertivní práva Doporučení pro efektivní komunikaci dle Špatenkové Doporučení pro komunikaci se staršími lidmi dle NRZP Prstová abeceda Jak komunikovat s cizincem Dotazník Žádost o dotazníkovou akci Vyhodnocení stupně informovanosti Návratnost dotazníků Průměrná hodnota správných odpovědí Výsledky vědomostních otázek dle kritérií Analýza dalších položek dotazníku
Rozsah práce:	148 stran
Jazyk práce:	Český