

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULKA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Kristýna Králová

Porucha komunikace z pohledu sestry

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Nina Peloušková, Ph.D.

Olomouc 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, informace v ní uvedené jsou převzaty z informačních zdrojů vypsané v závěrečném seznamu literatury a pramenů.

Brno 29. dubna 2011

podpis studentky

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Nině Pelouškové Ph.D. za čas a rady, které mi věnovala a udělila a pomohla tím k vypracování této bakalářské práci.

Obsah

Úvod.....	4
1. Cíle práce	5
2. Komunikace	6
1.2. Podoby komunikace.....	7
2. Verbální komunikace	8
3. Neverbální komunikace	9
4. Komunikace sestry s pacientem.....	11
4.1. Komunikace s agresivním pacientem	13
5. Komunikace s pacientem s handicapem	15
5.1. Pacient s narušenou komunikační schopností.....	15
5.2. Komunikace s pacienty se sluchovou vadou	16
5.3. Komunikace s nevidomými	17
6. Komunikace se seniorem	18
7. Výzkumné šetření	19
7.1. Metodika výzkumu	19
8. Zpracování dotazníkového šetření	20
9. Diskuze	38
10. Závěr	40
Seznam použité literatury a prameny.....	42
Seznam tabulek a grafů:.....	44
Seznam zkratk:.....	45
Seznam příloh:	46

Úvod

Podle Linhartové je cílem komunikace něco efektivně sdělovat, zjišťovat pobavit, přesvědčit i odradit (Linhartová, 2007, str.11).

Někteří lidé tuto schopnost v průběhu života ztratili nebo ji mají narušenou. Možných důvodů je nesčetně. Může to být fyzický handicap, funkční poškození mozku, agresivita, sociální izolace, věk.

V práci sestry je setkání s těmito lidmi velmi časté. Komunikace je obtížná, náročná na čas i psychiku a proto je důležité ovládnutí technik, které komunikaci umožní a tím i usnadní. Každodenní setkávání sester s pacienty s poruchami komunikace mohou vést k přetížení sestry a následně k chybám, které by mohly ovlivnit kvalitu péče i přístup k takovým pacientům.

Dostatečné ovládnutí komunikačních technik a užití v praxi mohou této situaci pomoci předejít. Osvojení těchto vyžaduje určitý čas, je třeba je neustále zdokonalovat a v mnohých případech je nezbytné dozdělování se. Existují semináře, vzdělávací akce, specializační vzdělávání, které napomáhají usnadnit zvládnutí a užití správných technik v komunikaci s pacientem. Jedním z takových zařízení je například: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, které nabízí např. Komunikace – asertivita jako účinný nástroj, Praktické zvládnutí agresivního pacienta. Jako další bych zmínila Dům léčby bolesti s hospicem v Rajhradě u Brna.

Zjistit úroveň komunikace a její obtížnost je úkolem této bakalářské práce, která se zaměřuje na sesterský zdravotnický personál na Neurochirurgické klinice ve Fakultní nemocnici Brno.

1. Cíle práce

1. Zjistit, zda sestry znají pojem komunikační technika.
2. Popsat náročnost péče o pacienty s komunikačními obtížemi.
3. Vyjmenovat, které prostředky na podporu komunikace používají.
4. Zmapovat ochotu sester se v oblasti problematiky komunikace s pacienty s komunikační potíží zdokonalit.

2. Komunikace

Komunikovat znamená poskytovat zprávy, sdílet informace, vyměňovat si myšlenky a vyjadřovat se takovým způsobem, aby si účastníci komunikace vzájemně porozuměli. V ošetrovatelském procesu je komunikace výměnou informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a sestrou, přičemž oba účastníci komunikace jsou zároveň vysílačem a přijímačem informací. Tyto informace mohou být rozmanité – například verbální nebo neverbální, psané nebo mluvené, formální nebo neformální, specifické v tématu nebo třeba zaměřené na vztah. Komunikace je totiž kontinuální a dynamický proces, kdy sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, je jejím základem. Ošetrovatelský proces je procesem setkávání se člověka s člověkem. A takové setkání se bez komunikace neobejde (Špatenková, Králová, 2009, str. 9).

V základní rovině se komunikace dělí na: (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, str. 90)

- Sociální – neplánovaná, odehrávající se na např. při neformálních setkáních.
- Strukturovanou – má určitou plánovanou náplň, např. rozhovor o pooperační péči s nemocným před operací.
- Terapeutickou neboli léčebnou – proces pomáhající překonávat stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se realitě a také překonávat psychické překážky.

1.2. Podoby komunikace

Dle využitého sdělovacího prostředku, způsobu předání informací a dalších charakteristických rysů předávaného poselství rozlišujeme různé podoby komunikace.

Tab. č. 1. Podoby komunikace

Verbální (slovní)	Neverbální (mimoslovní)
Auditivní (hudba, řeč)	Vizuální (noviny, časopisy, obrazy)
Statická (neměnicí se)	Dynamická (procházející další změnou)
Přímá (např. face to face)	Zprostředkovaná (technicky přenášená)
Aktuální (probíhající v aktuálním čase)	Reprodukováná (záznam komunikace)
Individuální (mezi dvěma subjekty)	Skupinová (mezi více subjekty)
Dvoustranná (mezi dvěma subjekty)	Vícestranná (mezi více subjekty)
Jednosměrná (bez okamžité zpětné vazby)	Oboustranná (s možností zpětné vazby)
Prvotní (základní)	Druhotná (rozvinutá, záznam)

(Pokorná, 2008, str. 14)

2. Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, řečí. Jde o sdělování obsahů zpráv a informací. Pro srozumitelnost jakéhokoli verbálního sdělení je důležité kontrolovat, CO chcete říci a JAK to říci (Špatenková, Králová, 2009, str. 35).

Ve věcné části sdělení se dopouštíme mnoha chyb, a ty pak činí proces komunikace zdravotnického pracovníka s pacientem náročnější, složitější, problematičtější a mohou vést k nepochopení obsahu sdělení. Problémy v obsahové části sdělení se pochopitelně promítají do interakce obou komunikujících, tedy do vztahu sestra – pacient (Špatenková, Králová, 2009, str. 35- 36).

Vlastní rozhovor má mít 4 fáze:

Úvodní fáze slouží k navázání kontaktu, odstranění obav, k položení základu pro důvěru k vzájemnému naladění komunikujících osob (Tutková, J., 1/2007, str. 22).

Další fáze je vzestup a pokračování, která navazuje na úvodní problematiku. Je vhodné do hovoru zbytečně nezasahovat, neprojevovat netrpělivost, je třeba se ptát věcně a konkrétně na to, co potřebujeme vědět (Tutková, J., 1/2007, str. 22).

Třetí fází rozhovoru je vrchol a rozuzlení, tedy podstata, ke které jsme chtěli dospět (Tutková, J., 1/2007, str. 22).

Poslední částí je pak **závěr** daného tématu. Rozhovor by měl být pak zakončen tak, aby se dalo pokračovat (Tutková, J., 1/2007, str. 22).

Chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace může být intenzivním zdrojem sororigenie, tedy poškození pacienta sestrou, resp. jiným zdravotnickým pracovníkem. Slovo pak nepůsobí jako lék, ale jako jed (Špatenková, Králová, 2009, str. 37).

3. Neverbální komunikace

Takzvaná řeč těla často zprostředkuje pocity člověka lépe než slova, člověk vyjadřuje snadněji emoce, povzbuzení a porozumění. Patří sem také chůze a držení těla, které často prozrazují sebehodnocení, momentální náladu a zdraví (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

Složky nonverbální komunikace:

Proxemika (vzdálenost) – při rozhovoru rozlišujeme 4 zóny: intimní (soukromou), osobní (přátelskou), sociální (formální) a veřejnou. Ve zdravotnictví je zapotřebí mimořádného taktu a citlivosti, protože zde dochází k narušování těchto zón, zvláště intimní a osobní (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

K dalším znakům neverbální komunikace patří **posturitika**. Tělesný postoj nám naznačí psychický stav druhého člověka, přičemž postoj náš a nemocného by měl být v souladu. Sestra by neměla stát nad sedícím nebo ležícím pacientem, oči mají být při rozhovoru v přibližně stejné výšce (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

Mimikou (výrazy obličeje) můžeme sdělit emoce. Horní polovina obličeje zpravidla sděluje strach, úzkost a bolest, které můžeme vidět především v očích, pokrčeném čele. Dolní část obličeje, zvláště okolí úst, může signalizovat uvolnění, úsměv, klid. Úsměvem lze rychle navázat kontakt nebo zklidnit pacienta (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

Pantomima (gestikulace či mluva rukou) je v interakci lidí zásadně důležitá. Už způsob podání ruky vypovídá o vztahu, pro lidi s komunikačními problémy jsou ruce nedocenitelným dorozumívacím prostředkem (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

Haptika je druh kontaktu, který zahrnuje vnímání tlaku, chladu, tepla, chvění, bolesti prostřednictvím receptorů uložených v kůži. Tělesný kontakt patří zvláště u hospitalizovaných pacientů ke každodenní činnosti personálu. Ne vždy je pacientovi i personálu příjemný. Někteří pacienti pociťují dotykovou deprivaci, jiní jsou nadměrně úzkostliví. Sestra má umět pohladit, vzít za ruku, povzbudit. Jen dotekem můžeme sdělit více než záplavou slov (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

Pohledy (zrakový kontakt) bývají první „řečí“, někdy i poslední, když slova chybějí. Špatně se navazuje kontakt s člověkem, který třepe očima, dívá se „někam mimo“. Naučit se ovládat svoje neverbální projevy, umět pozorovat nemocného s tím, že jsme jeho neverbální projevy schopni pojmenovat, patří k práci zdravotnických

pracovníků. Je třeba vždy dbát na to, aby informace získané verbální a neverbální cestou byly v souladu, nesoulad těchto složek značí neupřímnost v jednání. Protože komunikační schopnosti většiny tělesně i duševně postižených jsou typicky narušené, vyžadují různé typy zdravotního postižení kromě základních zásad i specifické přístupy, které vyjdou z potřeb klientů (Tutková, J., 1/2007, str. 23).

4. Komunikace sestry s pacientem

Termínem profesionální komunikace sestry je vyjádření komplexní a náročné zručnosti, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit, uvádí Zacharová (2007).

K tomu, aby proces komunikace vznikl a produktivně se rozvíjel, musí být splněny tři základní požadavky. **První požadavek** je chtít komunikovat. Ten musí splňovat jak sestra, tak pacient (Zacharová, prosinec 2009, str. 30).

Druhý požadavek efektivní komunikace zdůrazňuje, aby sestra i pacient uměli komunikovat. Pacient většinou s komunikací nemá problémy, využívá obvyklý způsob, na který byl zvyklý před onemocněním. Sestra však nevystačí s tradičními komunikačními technikami. Neustále si musí rozšiřovat vědomosti a dovednosti o nové poznatky, které bude aplikovat a praxi. Jedná se například o komunikaci s problémovými skupinami pacientů, jakou jsou agresivní, depresivní pacienti, pacienti pod vlivem návykových látek (Zacharová, prosinec 2009, str. 30).

Třetím a posledním požadavkem na zabezpečení průběhu komunikace je vytvoření možností ke komunikování, tj. moci komunikovat. Tento požadavek nesplňují nebo splňují jen částečně nejen handicapovaní pacienti s poruchou sluchu, zraku a řeči, ale také dementní pacienti v bezvědomí apod. (Zacharová, prosinec 2009, str. 30).

Překážky mohou být všeobecného rázu a týkají se obou zúčastněných subjektů.

Mezi nejčastější překážky efektivní komunikace patří: (Gulášová, 2009):

- Praktická překážka způsobená rušivými vnitřními a vnějšími vlivy nebo příliš tichým hlasem udělovatele zprávy.
- Překážka jazyková bývá dána rychlým nesrozumitelným projevem, ale také dlouhými větami s množstvím důležitých informací. Je dána i odlišným mateřským jazykem u cizinců.
- Překážka emotivní překrývá soustředěnost, intelektová charakterizuje rozdílnost odborného vyjadřování a překážka v chápání poukazuje na různé pochopení komunikačního obsahu.
- Důležitou úlohu mají i překážky fyziologické, které jsou dány bolestí, únavou, nedostatkem spánku nebo smyslovými poruchami (Zacharová,

prosinec 2009, str. 30).

Sestra, aby vedla rozhovor správně, musí dodržovat **základní psychologické a etické zásady v přístupu k pacientovi** (Gulášová, 2009):

1. Musí znát jméno pacienta a oslovovat jej jménem.
2. Vyvinout úsilí snížit záporné pacientovy pocity.
3. Musí mít schopnost pacienta psychicky podporovat, dát mu najevo, že se svými těžkostmi není sám.
4. Mít zvýšený zájem o pacienta.
5. Vyvinout úsilí o spolupráci s pacientem.
6. Neustále udržovat oční kontakt s pacientem.
7. Posilňovat optimismus u pacienta.
8. Mít trpělivost vyslechnout pacienta.
9. Umět vyslovit ocenění, pochvalu pacientovi.
10. Vědět z jakého sociálního prostředí pacient pochází (Zacharová, prosinec 2009, str. 29).

Na straně sestry se však mohou vyskytnout i další překážky v komunikaci, mezi které můžeme zařadit nejasné, nepřesné informace, únik od tématu nebo vyhýbání se určité problematice. Problémem může být jednosměrnost komunikačního prostoru buď sestrou, nebo pacientem, ale také dvoukolejnost, kdy se sestra s pacientem navzájem neposlouchají. Nevhodná je manipulace, kdy sestra „tlačí“ pacienta do kouta. Neprofesionální je i nadměrné množství informací směrem k pacientovi nebo neetické chování spojené s výsměchem, dvojsmyslností, urážkami pacientů (Zacharová, prosinec 2009, str. 30).

4.1. Komunikace s agresivním pacientem

Agrese je popisována jako útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit.

Mezi nejčastější projevy emočního neklidu, kdy lze předpokládat, že pacient situaci nezvládá, chystá se k aktivnímu projevu, **patří**:

- Nervozita, rozrušení, nápadná gestikulace.
- Podupávání a kopání do předmětů v okolí.
- Prudké klepání, bouchání dveřmi, házení dokumentace na stůl.
- Upřený až provokující pohled do očí.
- Napětí ve tváři, nervózní pomrkávání, semknutí rty nebo úšklebky, nepravidelný hlasitý dech.
- Sevřené pěsti, gesta připomínající bití, strkání do osob.
- Celkové napětí směřující k výbuchu.
- Agrese v řeči, spojená s vulgarizmy, urážkami, výhrůžkami.
- Narušení osobní zóny lékaře i sestry (Zacharová, 2009, str. 471).

Zásady při jednání

Důležité je zůstat klidný, nechovat se autoritářsky, zachovat si zdvořilost, umožnit pacientovi, aby cítil pochopení a nabídnout řešení situace, neobviňovat, nenutit, přiznat chybu. (Je třeba mít na paměti, že agrese zesiluje agresi). Verbálně je nutné snažit se udržet přiměřený tón, tempo a hlasitost řeči, vyvarovat se ironie, dát najevo, že jste tady pro pacienta, srozumitelně sdělit závěr a přesvědčit se, že rozuměl (Němec, Stuchlíková, 11/2007, str. 24).

Nejčastější chyby

Nesprávné je reagování instinktivním způsobem. Protiútokem, ale je potřeba vyjít z konfliktu vítězně, získat navrch. Mezi chyby patří i provést úkon, ošetření za každou cenu, nebo představa, že situaci vždy zvládneme sami. Je vhodné se vyvarovat také podcenění, či nerozpoznání signálu blížícího se napadení (Němec, Stuchlíková, 11/2007, str. 24).

Agresivita na straně zdravotníka

Je třeba si uvědomit, že vůči agresivitě nejsme sami imunní. Mezi nejčastější příčiny patří tendence trestat pacienta či jeho příbuzného, který je nepříjemný, obtěžující či drzý. Agresivita se nejčastěji projevuje zvyšováním hlasu, ironií či necitlivostí při komunikaci. Je zjevné, že v dnešní době se agresí nevyhneme, a to jak v soukromém, tak i profesním životě. Je ale důležité agresii předcházet a vzniklou vyhrocenou situaci správně vyhodnotit a zvládnout. (Němec, Stuchlíková, 11/2007, str. 24).

5. Komunikace s pacientem s handicapem

Handicap pacienta (ve smyslu zdravotního, psychického či sociálního znevýhodnění) zpravidla představuje handicap i pro jeho komunikaci (a to nejen se zdravotnickými pracovníky). Handicapovaní bývají často považováni za méněcenné partnery pro komunikaci, ostatní lidé s nimi komunikují mnohem méně, ne příliš ochotně a pouze na velmi omezený (krátký) čas (Špatenková, Králová, 2009, str. 99).

5.1. Pacient s narušenou komunikační schopností

Narušená komunikační schopnost se netýká pouze mluvené řeči (verbální komunikace), zahrnuje také její grafickou formu (psaní), mimoverbální prostředky (neverbální komunikaci), a dokonce i netradiční komunikační kanály.

Jazyk a řeč jsou našim základním způsobem komunikace s ostatními. Řečový deficit může být nedílnou součástí vývojového procesu (např. kojeneckého věku), ale může být také projevem nebo důsledkem nemoci. Příkladem takového deficitu může být např. afázie (Špatenková, Králová, 2009, str. 100).

Afázie je neurologický stav, kdy řečová funkce nefunguje nebo absentuje.

Existují tři základní typy afázie: (Špatenková, Králová, 2009, str. 100)

- Expresivní nebo motorická afázie slova nemohou být vyjádřena nebo formována).
- Receptivní afázie (jazyk není srozumitelný a není ostatními chápán).
- Globální afázie (zahrnuje expresivní i receptivní deficity).

Pokud jde o poruchu řeči zaviněnou receptivní afázií (po úrazu či mozkové příhodě), anebo nemocný není schopen mluvit z psychických důvodů (z úzkosti a strachu), musíme rezignovat na verbální komunikaci a vyžadovat výraznou komunikaci mimickou a gestickou – pokud je jí pacient schopen. Volba adekvátní domluvy s pacientem má individuální charakter. Nemůžeme klást otázky typu: „Co Vás bolí?“ – „Kde Vás to bolí?“, ale musíme zpočátku odhadnout a tipovat – ať se to týká zjišťování faktů, potřeb, mínění, postojů a ptát se: „Bolí Vás hlava?“ – „Bolí Vás za hrudní kostí?“ – „Chcete jíst, pít, močit?“ – „Je Vám zima?“ (Linhartová, Věra, 2007, str. 77).

5.2. Komunikace s pacienty se sluchovou vadou

Jestliže hovoříme o tom, že nevidomost odděluje jedince od věcí, pak porucha sluchu odděluje postiženou osobu od jiných lidí. U sluchově postižených záleží více než u jiných druhů postižení na době vzniku omezení (vrozená nebo získaná vada, rychlost a okolnosti získaného postižení sluchu), (Pokorná, 2008, str. 58-59).

Komunikace se sluchově postiženými pacienty se řídí stupněm jejich sluchové ztráty. Někteří neslyšící jsou schopni odezírat a naučit se mluvit. Ztrátu sluchu částečně kompenzují zrakem, proto je pro ně velmi významná neverbální složka mezilidské komunikace (Linhartová, 2007, str. 88).

Některá pravidla chování ve společenství neslyšících

Zrakový kontakt

Při vizuální komunikaci (komunikace prostřednictvím znakového jazyka) musí být navázán oboustranný kontakt. Znakuje-li (mluví) neslyšící, vždy se při tom upřeně dívá na toho, ke komu takto mluví, a pokud se na něho nedíváme, nemůžeme ho vůbec sledovat. Přerušování očního kontaktu se znakující osobou je pokynem, že rozhovor končí. Pokud oční kontakt přerušíte, dáváte tím najevo, že vás sdělení nudí nebo nezajímá. Občasným pokývnutím hlavy a zúčastněným pohledem je žádoucí dát najevo, že rozumíte. (Linhartová, 2007, str. 94)

Navázání hovoru

Chcete - li někomu nebo neslyšící sdělit, kdo se na něho nedívá, upozorní ho dotykem, pokud je v dosahu, nebo rychlým zatřepáním ruky, pokud je dál.

Dotyk je přípustný v horní části paže, na předloktí nebo na rameni, a to pouze lehký. Nedotýkáme se zezadu, neslyšící nemusí kroky přicházejícího zaznamenat a může se leknout. U stolu je dovoleno „zavolat“ na dotyčného zaboucháním na stůl nebo zadupáním na zem. Cítí vlnění vzduchu a hmatové „brnění“ země. (Linhartová, 2007, str. 94).

Jak upoutat pozornost po příchodu do místnosti?

Neslyšící jsou především nuceni (a k tomu vychováváni) vnímat vizuální podněty. Když intenzivně a soustředěně pracují, můžeme svůj příchod do místnosti oznámit rychlým zapnutím a vypnutím osvětlení, krátkým zablikáním, které doplňuje jemné zaklepání na dveře. Delší blikání znamená bouchání na dveře, a proto není vhodné. (Linhartová, 2007, str. 94).

Nevhodné chování

Je velmi neetické, využívají-li slyšící toho, že je neslyšící neslyší. To se děje, pokud hovoříme o člověku v jeho přítomnosti tak, jako byste nemluvili, kdyby vás dotyčný mohl slyšet. Veďte v jeho přítomnosti konverzaci, kterou by on mohl sledovat. Pokuste se nebavit za jeho zády. Zajděte si do klubu mezi neslyšící a vyzkoušejte si, jaké to je, ničemu a nikomu nerozumět. (Linhartová, 2007, str. 95).

5.3. Komunikace s nevidomými

Poškození zraku, jakéhokoliv stupně a charakteru, je závažnou komunikační bariérou a limitující okolností pro znevýhodněného jedince. Osoba s poruchou zraku se ocitá v prostředí, které je pro ni neznámé a má potíže zejména s prostorovou orientací (Pokorná, 2008, str. 66).

Chybí-li zrak, o to důležitější je **hlas**. Nevidomí velmi citlivě rozlišují intonaci, slyší v ní téměř každé hnutí vaší mysli (Linhartová, 2007, str. 85).

I u zrakového postižení hraje významnou úlohu období jeho vzniku. Nicméně, dá-li se to tak vůbec hodnotit, je vrozené zrakové postižení mnohem méně limitující, než vrozené omezení a porucha sluchu. Za zvlášť závažnou je pak považována zejména náhle vzniklá trvalá ztráta zraku. Znevýhodněný jedinec neměl čas si na nově vznikající situaci zvyknout, adaptace je tedy výrazně zhoršena. Porucha zrakového vnímání odděluje jedince od věcí (Pokorná, 2008, str. 66).

6. Komunikace se seniorem

Dnes již mnoho seniorů má psychologické znalosti na takové úrovni, že pozná, s jakými zdravotníky se právě setkal a v jakém zdravotnickém prostředí se nachází (Kelnarová, J. 2007, str. 166 – 167).

Dokáže-li být zdravotník empatický, musí tomu odpovídat i jeho mimika, gesta, proxemika, haptika i úprava zevnějšku a další neverbální projevy. Sdělování činy představuje tu stránku komunikace, která ukazuje na to, co děláme, jak se chováme a jak jednáme. V interakci zdravotník senior nelze nekomunikovat. Verbálně, neverbálně i činem ovlivňují zdravotníci veškeré dění kolem sebe, vzájemnou spolupráci se seniory. Dobrá a efektivní komunikace má velký význam v uzdravování seniorů. Komunikaci se seniory ovlivňuje i jejich psychický stav a fyzický a důležitý je i sociální činitel. Nelze opomenout i spirituální a duchovní potřeby seniorů (Kelnarová, J. 2007, str. 166 – 167).

Komunikace se seniory vyžaduje, aby zdravotníci byli profesionálně empatictí, aby chápali bio-psycho-sociální i duchovní potřeby seniorů, aby chápali jejich momentální psychický stav. Komunikace seniorů může být nápomocná při uzdravení seniorů, může však také velmi ublížit. Pro komunikaci je třeba se naučit trpělivě naslouchat a respektovat každého pacienta na naší Zemi. Vytvoření důvěrného vztahu, vyjádření vzájemné úcty a respektu, laskavost a empatie jsou předpokladem terapeutického přístupu k pacientům seniorům (Kelnarová, J. 2007, str. 167).

Chyby při komunikaci se seniory ((Kelnarová, J. 2007, str. 167)

- Devalvační chování.
- Komunikace je jednosměrná.
- Je nesoulad mezi verbální a neverbální složkou komunikace, dopouštíme se kognitivní i emocionální manipulace.
- Autoritativní a direktivní přístup.
- Nedostatek času při komunikaci se seniory, netrpělivost, spěch.
- Nervozita při komunikaci se seniory.
- Vnášení zkušeností do komunikace se seniory. Předem počítáme se sníženou intelektovou schopností seniorů.

7. Výzkumné šetření

7.1. Metodika výzkumu

Tato bakalářská práce je zaměřená na sestry pracující na Neurochirurgické klinice ve Fakultní nemocnici Brno. Respondentů bylo 50 a zkoumaný vzorek byl z řad sester. Všechny sestry přicházejí denně do styku s pacienty s komunikační obtíží.

Klinika disponuje dvěma jednotkami intenzivní péče a dvěma odděleními. Výskyt pacientů vzhledem k diagnózám je široký, tudíž i rozmezí výskytu komunikačních problémů. Mezi základní diagnózy patří: Neurinom acusticu, úrazové krvácení do mozku v oblasti řečového centra, alkoholismus.

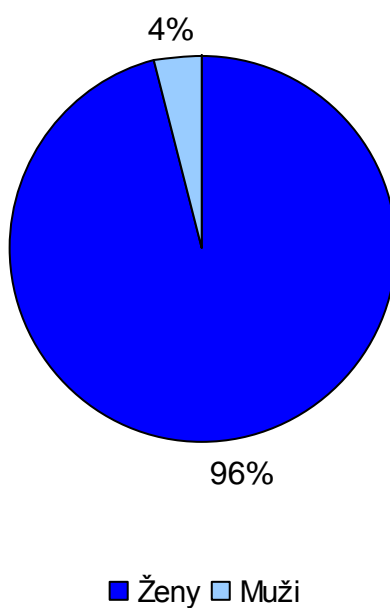
Výzkum probíhal v měsících března a dubna. Bylo rozdáno 70 dotazníků s minimální návratností 50. Dotazník byl anonymní. Otázky byly koncipovány jednoduše a srozumitelně. Bylo použito 12 otázek uzavřených, 2 polouzavřené, 2 škálovací, 1 otevřená a 1 otevřená se škálovou stupnicí. Otázky, u kterých bylo možno vybrat více možných odpovědí, byly označeny.

8. Zpracování dotazníkového šetření

Otázka č. 1. Vaše pohlaví?

Tab. č. 2. Pohlaví zdravotníků

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	48	96 %
Muži	2	4 %
Celkem	50	100 %



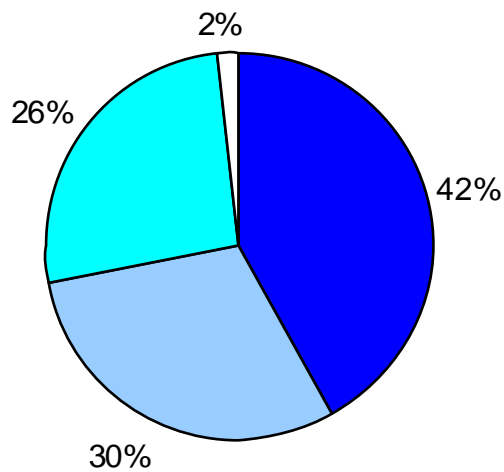
Graf č. 1. Pohlaví zdravotníků

Výzkumu se zúčastnilo celkem 50 respondentů z řad sester. Z nich bylo 48 žen a 2 muži. Ženy vytvořily převahu ve zkoumaném vzorku, a to 96 %. Mužů byly 4 %.

Otázka č. 2. Kolik let pracujete?

Tab. č. 3. Doba praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 let	21	42 %
6 – 16 let	15	30 %
17 – 30 let	13	26 %
Nad 30 let	1	2 %
Celkem	50	100 %



■ do 5 let ■ 6 - 16 let ■ 17 - 30 let □ nad 30 let

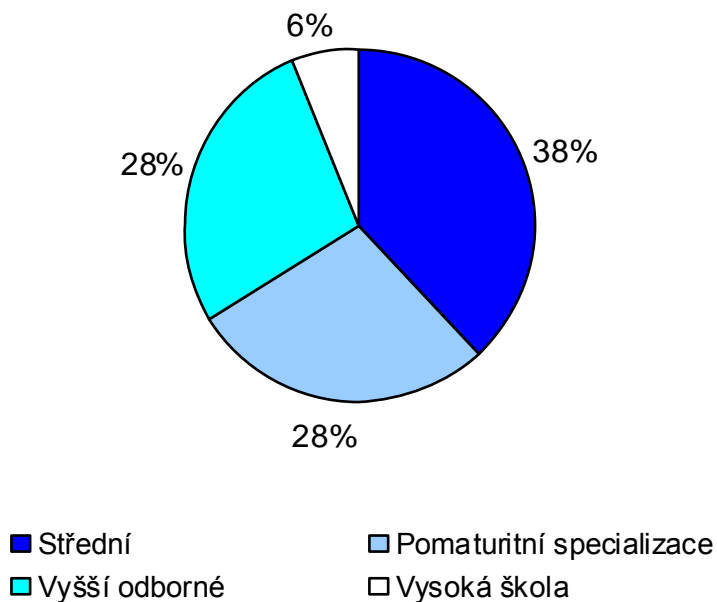
Graf č. 2. Doba praxe

Nejvíce sester pracujících na klinice je poměrně s krátkodobou praxí do 5let. Celkem jich bylo zastoupeno 42 %. Pouze jedna sestra uvedla praxi delší než 30let, tudíž 2 % z celkového počtu.

Otázka č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. č. 4. Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední	19	38 %
Pomaturitní specializační vzdělávání	14	28 %
Vyšší odborné	14	28 %
Vysoká škola	3	6 %
Celkem	50	100 %



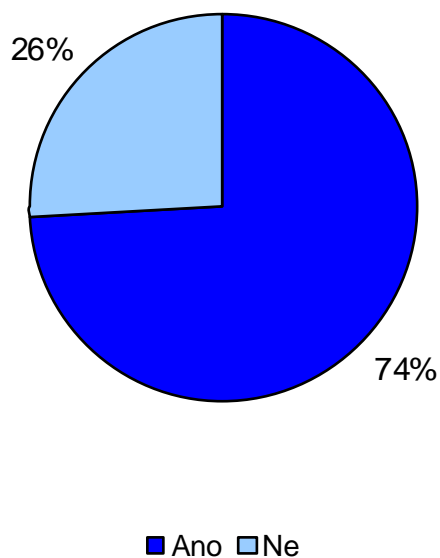
Graf č. 3. Dosažené vzdělání

Nejvíce sester má středoškolské vzdělání. Pomaturitní specializační vzdělání a Vyšší odbornou školu má shodných 28 %. Nejméně je vysokoškolaček. Jen 3 %. Nutno říci, že některé jsou v této době studentkami vysoké školy.

Otázka č. 4. Setkal/a jste se někdy s pojmem komunikační technika v ošetrovatelství?

Tab. č. 5. Pojem komunikační technika

Pojem komunikační technika	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	74 %
Ne	13	26 %
Celkem	50	100 %



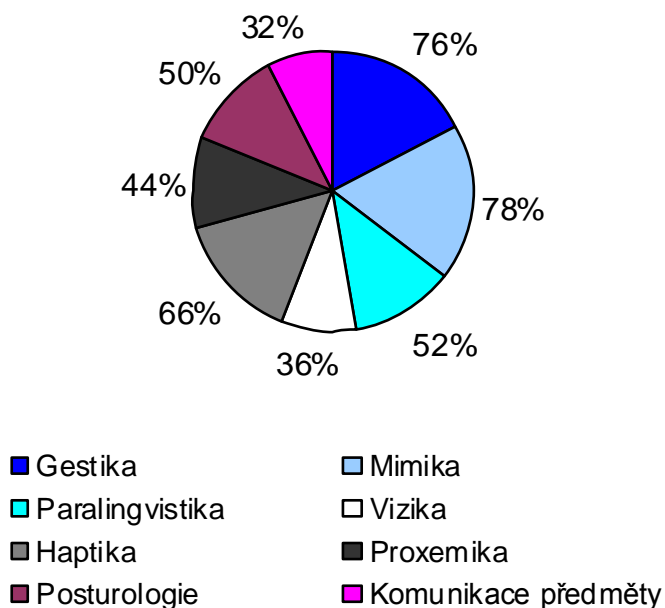
Graf č. 4. Pojem komunikační technika

S pojmem komunikační technika se setkalo 76 % sester. Pouhých 24 % odpovědělo záporně.

Otázka č. 5. Pokud ano, označte techniky, se kterými jste se setkal/a (možnost více odpovědí).

Tab. č. 6. Setkání s komunikační technikou

Označení techniky	Absolutní četnost	Relativní četnost
Gestika	38	76 %
Mimika	39	78 %
Paralingvistika	26	52 %
Vizika	18	36 %
Haptika	33	66 %
Proxemika	22	44 %
Posturologie	25	50 %
Komunikace předměty	16	32 %
Celkem	39	100 %



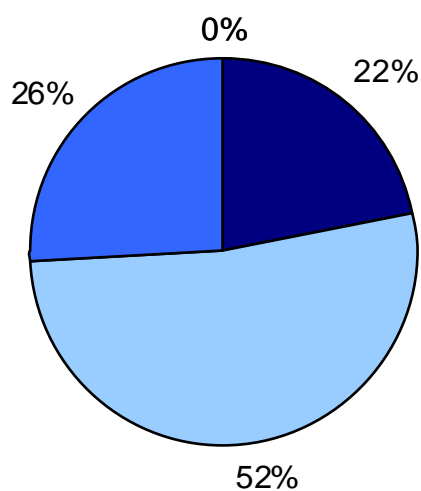
Graf č. 5. Setkání s komunikační technikou

V 78 % se setkaly sestry s pojmem mimika, v 76 % gestika a v 66 % haptika. Paralingvistiku zná celých 52 %, v 50 % uvádí posturologii. 44 % proximiku a pouze v 36 % uvádí viziku a 32 % komunikaci předměty.

Otázka č. 6. Setkáváte se na Vašem pracovišti s pacienty, kteří mají komunikační obtíže?

Tab. č. 7. Setkání s pacienty

Četnost pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	0	0 %
Téměř vůbec	0	0 %
Občas	11	22 %
Často	26	52 %
Velmi často, denně	13	26 %
Celkem	50	100 %



■ Ne □ Téměř vůbec ■ Občas □ Často ■ Velmi často, denně

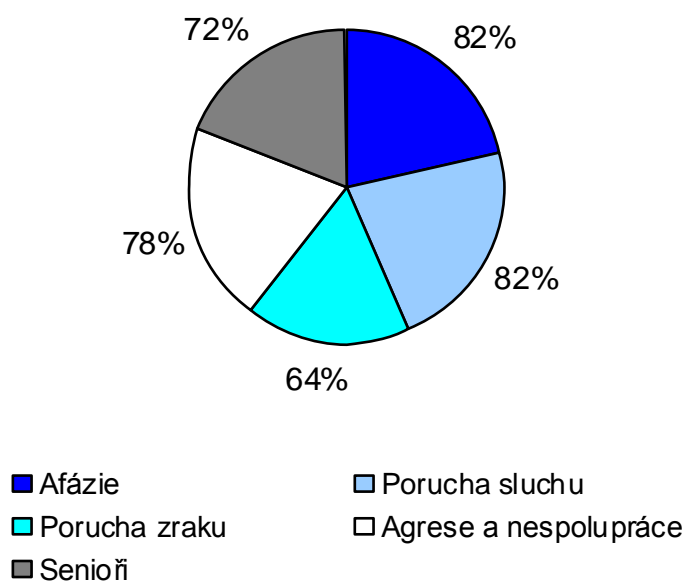
Graf č. 6. Setkání s pacienty

Až 52 % sester odpovědělo, že se ve své praxi často setkává s pacienty, kteří mají komunikační obtíže. Denně se s nimi setkává 26 %. A pouhých 22 % se setkává občas. Z těchto výsledků bych se mohla pouze domnívat, že těchto 22 % by mohly být sestry pracující na oddělení.

Otázka č. 7. Vyberte z nabídnutých možností, se kterými pacienty se setkáváte (možnost více odpovědí)?

Tab. č. 8. Přehled pacientů s poruchou komunikace

Poruchy u pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Afázie	41	82 %
Porucha sluchu	41	82 %
Porucha zraku	32	64 %
Agrese a nespolupráce	39	78 %
Senioři	36	72 %
Celkem	50	100 %



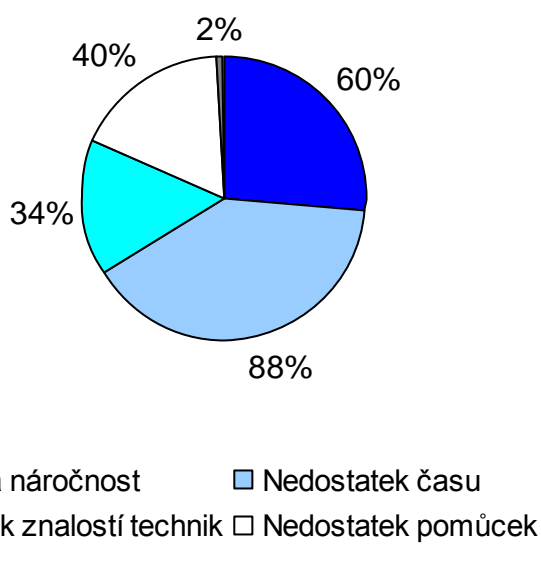
Graf č. 7. Přehled pacientů s poruchou komunikace

Až 82 % pacientů je shodně z řad pacientů s afázií a poruchou sluchu. Agresivní a nespolupracujících pacientů je 78 %. Seniorů je zastoupeno 72 % a nakonec pacienti s poruchou zraku. Těch je nejméně – 64 %.

Otázka č. 8. Které jsou, podle Vás, nejčastější důvody potíží v komunikaci s pacienty s komunikačními obtížemi (možnost více odpovědí)?

Tab. č. 9. Důvody potíží v komunikaci

Důvody potíží	Absolutní četnost	Relativní četnost
Psychická náročnost	30	60 %
Nedostatek času	44	88 %
Nedostatek znalostí technik	17	34 %
Nedostatek pomůcek	20	40 %
Jiné	1	2 %
Celkem	50	100 %



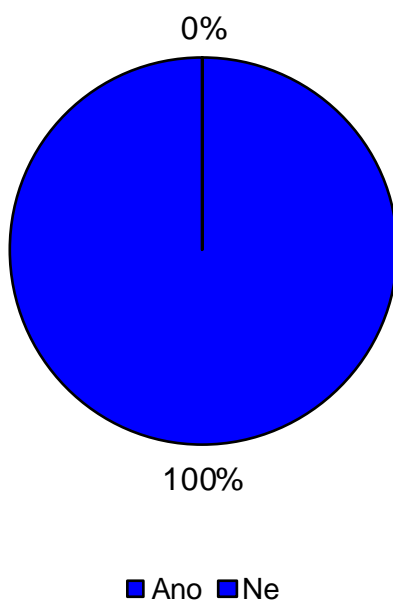
Graf č. 8. Důvody potíží v komunikaci

Nejčastějším problémem v komunikaci s pacienty s komunikační potíží vidí sestry v nedostatku času. Až 88 %. Na druhém místě, a to v 60 %, je psychická náročnost v péči o tyto pacienty. Nejmenší problém vidí sestry v nedostatku komunikačních pomůcek. Jen jedna sestra uvedla i jiný problém. Problém vidí v nespolupráci klienta, náladovosti personálu a v neposlední řadě i celkový stav pacienta v akutní fázi onemocnění nebo bezprostředně po operaci.

Otázka č. 9. Vyhýbáte se záměrně péči o pacienty s komunikačními obtížemi?

Tab. č. 10. Vyhýbání se pacientů

Vyhýbání se pacientům	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	0	0 %
Ne	50	100 %
Celkem	50	100 %



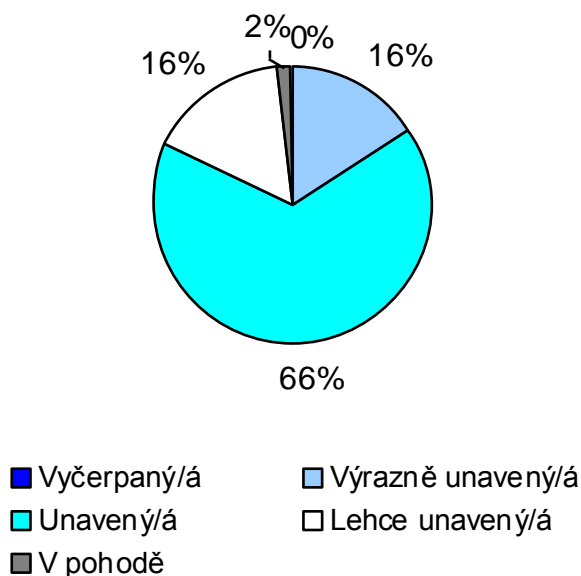
Graf č. 9. Vyhýbání se pacientů

Přestože mají sestry nedostatek času na pacienty s komunikační obtíží a psychickou náročnost při práci s nimi, péči o ně se sestry nevyhýbají. Celý počet 50 % odpověděl na otázku záporně.

Otázka č. 10. Uveďte vaše pocity po 12h službě, na které se staráte o pacienta s komunikační obtíží?

Tab. č. 11. Pocity po 12h službě

Pocity po 12h	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vyčerpaný/á	0	0 %
Výrazně unavený/á, nechce se mi s nikým komunikovat	8	16 %
Unavený/á, ale komunikuji s okolím	33	66 %
Lehce unavený/á, jako po běžné 12h službě	8	16 %
Cítím se v „pohodě“	1	2 %
Celkem	50	100 %



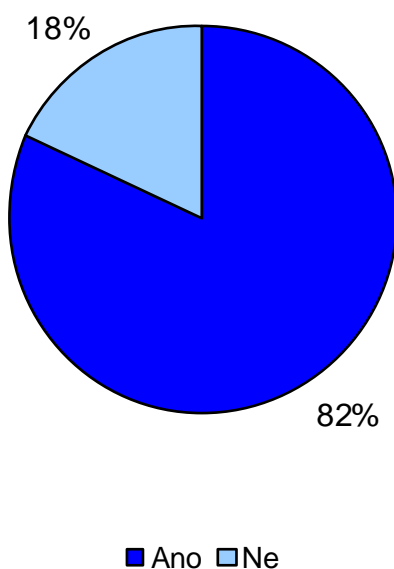
Graf č. 10. Pocity po 12h službě

Po 12h práci v péči o pacienta s komunikační obtíží udává celých 66 % sester únavu. Shodných 16 % sester je buď výrazně unaveno, nebo naopak se cítí lehce unaveno. V pohodě jsou 2 %. Tyto dvě procenta jsou zastoupeny sestrou, která neslouží 12h, nýbrž pouze ranní provoz. Celkově by se dalo říci, že i přes náročnost péče, jsou sestry po 12h stále ještě komunikovat s okolím. Vyčerpanost neudává ani jedna.

Otázka č. 11. Disponuje Vaše pracoviště pomůckami na podporu komunikace?

Tab. č. 12. Pomůcky na pracovišti

Pomůcky na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	41	82 %
Ne	9	18 %
Celkem	50	100 %



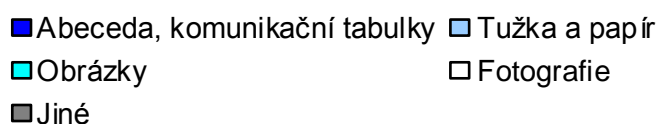
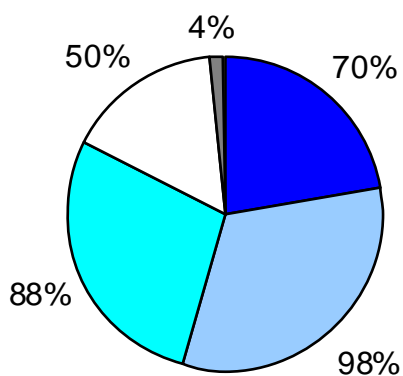
Graf č. 11. Pomůcky na pracovišti

82 % dotázaných sester udává, že jejich pracoviště disponuje pomůckami na podporu komunikace. Jen 18 % udává, že ne. Vzhledem k tomu, že se jednalo o jedno pracoviště, je toto číslo alarmující. 18 % sester se nesetkalo s pomůckami na podporu komunikace. Dalo by se hypoteticky usuzovat, že tyto sestry mohly pracovat na oddělení.

Otázka č. 12. Vyjmenujte, které znáte (možnost více odpovědí)?

Tab. č. 13. Znalost pomůcek

Znalost pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Abeceda, komunikační tabulky	35	70 %
Tužka a papír	49	98 %
Obrázky	44	88 %
Fotografie	25	50 %
Jiné	2	4 %
Celkem	50	100 %



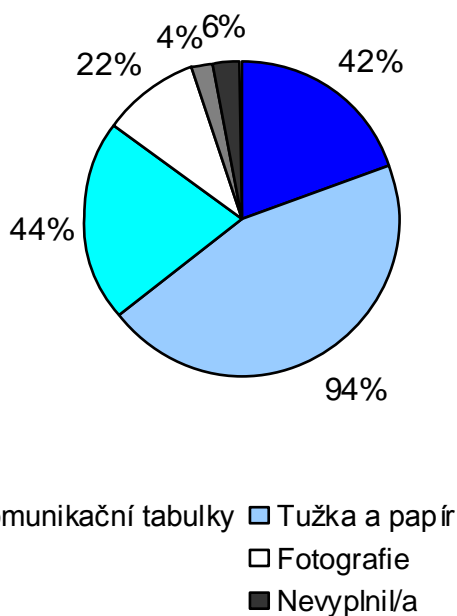
Graf č. 12. Znalost pomůcek

98 % sester si vybralo jako nejznámější komunikační pomůcku tužku a papír. 88 % uvedlo obrázky. 70 % abecedu a komunikační tabulky, v 50 % to byly fotografie. 4 % sester uvedly jinou komunikační pomůcku, a to slabikář. Bývá užíván především u pacientů s poruchou vyjadřování – afázií.

Otázka č. 13. Vyjmenujte, které Vy sám/sama využíváte (možnost více odpovědí)?

Tab. č. 14. Osobní užívání pomůcek

Užívání pomůcek	Absolutní četnost	Relativní četnost
Abeceda, komunikační tabulky	21	42 %
Tužka a papír	47	94 %
Obrázky	22	44 %
Fotografie	11	22 %
Slabikář	2	4 %
Nevyplnil/a	3	6 %
Celkem	50	100 %



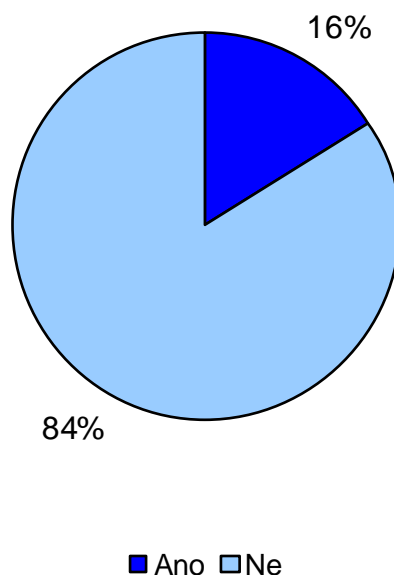
Graf č. 13. Osobní užívání pomůcek

Už z předchozí otázky se dá předpokládat, že nejvíce sester bude používat tužku a papír. Celkem 94% je používají. Dalších 44 % má nejužívanější obrázky a ve 42 % abecedu, komunikační tabulky. Nejméně, a to 22 % používá fotografie a jen 4 % slabikář. Bohužel 6 % na otázku neodpovědělo.

Otázka č. 14. Absolvoval/a jste někdy nějaký vzdělávací kurz, program v oblasti komunikace s pacienty s komunikační obtíží?

Tab. č. 15. Absolvování kurzu

Absolvovaný kurz	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	16 %
Ne	42	84 %
Celkem	50	100 %



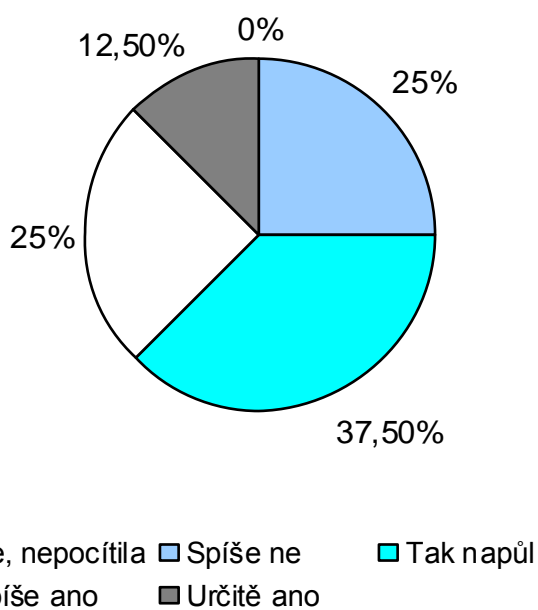
Graf č. 14. Absolvování kurzu

84 % sester nikdy neabsolvovalo kurz na podporu komunikace a zvýšení její efektivnosti v praxi. Naopak 16 % uvedlo, že kurz absolvovalo.

Otázka č. 15. Pokud ano, jaký, kde a pocítil/a jste zlepšení komunikace v praxi?

Tab. č. 16. Zlepšení úrovně komunikace

Zlepšení komunikace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne, nepocítila	0	0 %
Spíše ne	2	25 %
Tak napůl	3	37,5 %
Spíše ano	2	25 %
Určitě ano	1	12,5 %
Celkem	8	100 %



Graf č. 15. Zlepšení úrovně komunikace

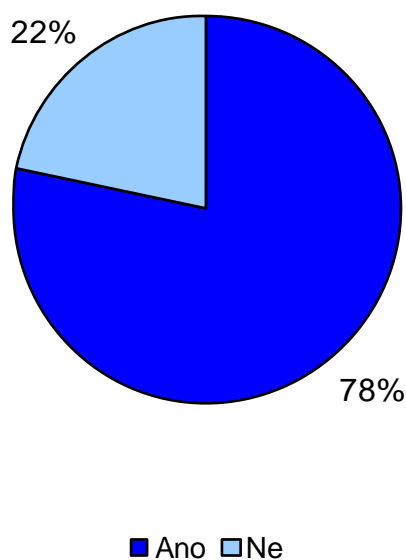
Z počtu osmi sester celých 37,5 % uvádí zlepšení komunikace po absolvování kurzu. Stejný počet 25 % sester udává, že spíše ano pocítily, a spíše ne nepocítily zlepšení v komunikaci. Absolutní ne, nepocítila, neudává žádná sestra.

Sestry uváděly vzdělávání v rámci studia na škole, absolvování seminářů, které pořádal zaměstnavatel a nakonec i samostudium.

Otázka č. 16. Pokud ne, napadlo Vás, že byste chtěl/a tento kurz absolvovat?

Tab. č. 17. Absolvování kurzu z vlastní iniciativy

Touha absolvovat kurz	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	33	78 %
Ne	9	22 %
Celkem	42	100 %



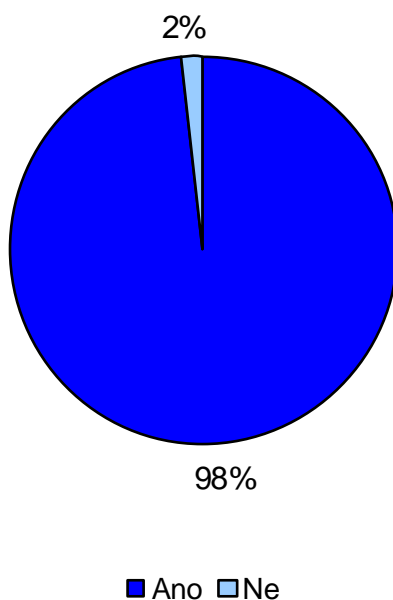
Graf č. 16. Absolvování kurzu z vlastní iniciativy

Celých 78 % uvedlo, že by v budoucnu chtěly sestry absolvovat kurz na zlepšení komunikace s pacienty s komunikační obtíží. Pouze 22 % napsaly zápornou odpověď. Toto číslo je poměrně vysoké, uvážíme-li, na jakém pracovišti pracují.

Otázka č. 17. Myslíte si, že vzdělávání v oblasti komunikačních technik s pacienty s komunikačními obtížemi je přínosné pro praxi?

Tab. č. 18. Přínos vzdělávání pro praxi

Přínos kurzu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	98 %
Ne	1	2 %
Celkem	50	100 %



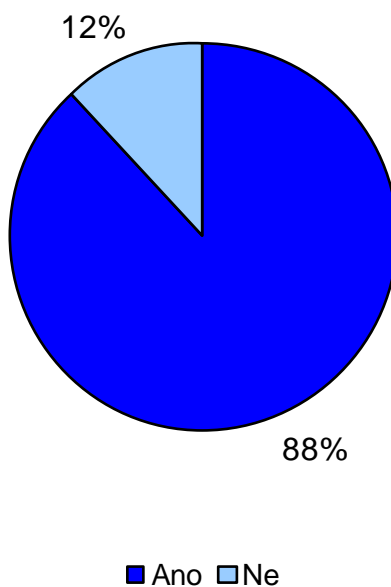
Graf č. 17. Přínos vzdělávání pro praxi

98 % sester vidí přínos v pořádání a v absolvování kurzů a seminářů podporující vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty s komunikačními obtížemi. Jen 2 % uvádí zápornou odpověď.

Otázka č. 18. Zaměřil/a jste se na základě tohoto dotazníku na kvalitu Vašich komunikačních dovedností?

Tab. č. 19. Zaměření se na kvalitu komunikačních dovedností

Zaměření se na kvalitu komunikačních dovedností	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	88 %
Ne	6	12 %
Celkem	50	100 %



Graf č. 18. Zaměření se na kvalitu komunikačních dovedností

Na základě tohoto dotazníku se zaměřilo na úroveň schopnosti zvládnání komunikace s pacienty s komunikační obtíží celých 88 %. Pouze 12 % se nezaměřilo.

9. Diskuze

Vybíhalová ve svém výzkumu, provedeném v Nemocnici Prostějov, uvádí, že 51 % sester každý měsíc setkává s agresivním pacientem. 76 % sester se dokáže proti slovní agresi efektivně ubránit, proti fyzické uvedlo efektivní obranu 38 %. Většina sester ví, jak postupovat při výskytu agresivního pacienta; 65 % sester uvedlo, že nečetly odbornou literaturu týkající se dané problematiky a ani nenavštívily odbornou přednášku či seminář. Převážná část sester (87 %) by uvítala více informací na téma agresivního chování (Vybíhalová, 12/2010).

Četnost setkání s agresivními pacienty na neurochirurgické klinice je 78 % sester. Z výsledků můžeme usuzovat, že sestry nevidí problém v nezvládnutí komunikace, ale nedostatek času a jen 2 % sester uvedlo, že problém vidí v sestře samotné, v jejím jednání. Potřebu vzdělávání v oblasti komunikace uvedlo oproti Prostějovské nemocnici 78 %.

Výsledky práce Vondruškové z oblasti komunikace (Vondrušková, 2010), uvádí, že 40 % zdravotníků z počtu 67 dotázaných navštívili odborný kurz nebo seminář, 63 % uvádí jako zdroj informací kolegy a sestry a znalosti ze školy využívá 34 %. Nutno podotknout, že se mezi dotázanými vyskytovalo 7 lékařů, 3 sanitářky, 2 zdravotničtí asistenti a 2 studentky Vyšší odborné školy. Její zaměření není jen na jednu kliniku, nýbrž na spektrum klíčových oddělení - jako geriatric, neurologie, chirurgie, rehabilitace a Léčebna dlouhodobě nemocných. Stejně tak i na Neurochirurgické klinice, která byla cílem výzkumu, se hospitalizují senioři, pacienti po operaci a rehabilitovaní. Zajímavé je, že i přes poměrně velký počet sester, které uvádí zdroje znalostí v oblasti komunikace, tak 28 % je spíše nepovažuje za dostatečné a 9 % je považuje za plně nedostatečné. Nevědělo 10 %. Zbylé jsou spokojené. Naopak z výsledků výzkumu této práce vyplynulo, že na Neurochirurgické klinice pouze 16 % z dotázaných absolvovalo vzdělávací kurz, který pořádal zaměstnavatel a ani jedno procento sester neuvvedlo zdroj v okolí svých kolegů a jen jedna sestra uvedla, že zdrojem informací je internet a sebevzdělávání.

Vondrušková též uvádí, že nejčastějším důvodem komplikace při komunikaci s problémovým pacientem je nedostatek času (76 %) a na druhém místě nespolupráce pacienta. V šetření této práce udalo až 88 % na prvním místě shodně a to nedostatek času a na druhé místo uvedla velká část respondentů psychickou náročnost (60 %).

Titlbachová, (2009) výzkum práce zaměřila na sestry na různých odděleních. V Titlbachové výzkumu 71 sester uvedlo, že se setkala s pacienty se zrakovým handicapem a 74 sester se setkala s pacientem se sluchovým handicapem. Z dotazovaných sester se za svou praxi opakovaně zúčastnilo vzdělávacího kurzu nebo semináře 9 %, jednou 42 % a 36 % odpovědělo ne. V našem dotazníkovém šetření se setkala 82 % sester se sluchovým handicapem a 64 % se zrakovým handicapem, vzdělalo se 16 % sester a více vzdělávání se v oblasti komunikace s pacientem by chtělo 78 % sester. Ve výzkumu Titlbachové odpovědělo na otázku potřeba dalšího vzdělávání 58 % a jen 5,5 % uvedlo, že potřebu nemají. Nutno zmínit, že z dotazovaných sester se komunikuje 15 % snadněji s pacienty s poruchou zraku a 13 % uvedlo poruchu sluchu.

I v tomto případě uvádí Titlbachová časovou náročnost v péči o pacienta s handicapem. Z dotázaných sester uvedlo 46 % nutnost vyhrazení si více času na komunikaci, 49 % jen někdy, 3 % sestry nevěděly a 2 % uvedly v odpovědi ne.

V závěru lze říci, že sestry na Neurochirurgické klinice zvládají komunikaci s pacienty s handicapem nebo jinou komunikační potíží. V uvedených výzkumech, které se zaměřily na podobný problém, je velmi malé procento respondentů, které se vzdělávaly v průběhu praxe v oblasti komunikace, ale nutno podotknout, že 78 % sester by si rádo doplnilo. Shodně ve všech pracích uvádíme časovou náročnost, kterou vyžaduje péče o pacienta s komunikační potíží.

10. Závěr

Dotazník byl směřován k sestřám, které pracují na náročném oddělení, kde je poměrně velké zastoupení pacientů, kteří mají poruchu v komunikaci. V případě této bakalářské práce se jednalo o Neurochirurgickou kliniku ve Fakultní nemocnici Brno.

Vzhledem k náročnosti péče se dalo očekávat, že počet sester, které se starají o pacienta s poruchou komunikace, bude velký. Z dotázaných sester neodpověděla ani jedna záporně. Nejvíce uváděly setkání s poruchou řeči a sluchu. Na třetím místě uvedly setkání s agresivními pacienty, a to v 78 %.

V prvním cíli bylo úkolem zjistit, zda sestry znají pojem komunikační technika. Na otázku odpovědělo 100 % dotázaných sester. 37 (74 %) uvedlo, že pojem komunikační technika znají. A 13 (26 %) nikoli. Je zajímavostí, že při vyjmenování těch, se kterými se setkaly, ale odpovědělo už 39 sester. Z toho usuzujeme, že pojem komunikační technika je pro sestry příliš pojmem obecným, ale v konkrétních příkladech se sestry dokážou orientovat a výrazy znají. 39 (78 %) sester uvedlo nejznámější prostředek komunikace mimiku, 38 (76 %) gestiku, 33 (66%) haptiku, 26 (52 %) paralingvistiku, posturologii uvedlo 25 (50 %) sester, proxemiku 22 (44 %), viziku 18 (36 %), 16 (32 %) uvedlo komunikaci předměty.

Druhý cíl měl za úkol popsat náročnost komunikace s pacienty s komunikační potíží. Vzhledem k variabilitě složení pacientů se s pacienty, kteří mají komunikační problém, setkává denně 13 (26 %) sester. Odpověď často uvedlo 26 (52 %) dotázaných. Občas se setkává 11 (22 %) sester. Odpověď téměř vůbec a ne neuvádla žádná sestra. Po 12h službě v péči o tyto pacienty uvedlo lehkou únavu, jako po běžné 12h službě celkem 8 (16 %) sester. Unavené, ale stále komunikující s okolím bylo 33 (66 %) sester. Výrazně unavených a nekomunikujících bylo 8 (16 %) sester a vyčerpání neudávala ani jedna sestra. 1 (2 %) uvedla, že se cítí v „pohodě“, ale v jejím případě se nejednalo sestru v 12h provozu, nýbrž pouze v provozu ranním. I přes náročnost práce se záměrně nevyhýbá péči o pacienty s poruchou komunikace ani jedna sestra 50 (100 %).

Třetí cíl rozebíral používání prostředků na podporu komunikace. Zastoupení komunikačních pomůcek je na Neurochirurgické klinice kladně ohodnoceno v 82 %. Překvapením je, že 18 % uvedlo, že pracoviště žádnými pomůckami nedisponuje a je nutno si klást otázku, zda nad otázkou přemýšlely nebo ve své práci žádné pomůcky

nepotřebovaly, a tudíž žádné nehledaly. Dá se usoudit, že tyto sestry pracují na standardním oddělení, kde není tak velký výskyt pacientů s poruchou komunikace nebo délka jejich praxe je ještě velmi krátká. Všechny ale pomůcky znají a dokonce 4% uvedly i jiné, než byly vypsané. Nejvíce se v praxi používá tužka a papír, 94 % sester je používá. Ke komunikaci využívají sestry i obrázky (44 %) a komunikační tabulky (42 %). Slabikář uvedly 4 %. Předčítání textu vede ke stimulaci řečového centra a zlepšení kvality řeči u pacientů s postižením mozku v této oblasti. Bohužel se našlo 6 % sester, které nevyjmenovaly žádnou užívanou pomůcku.

Čtvrtý cíl měl zmapovat ochotu sester ve vzdělávání se a zdokonalování v oblasti komunikace s pacientem. Pouze 8 (16 %) sester uvedlo, že navštívily kurz nebo seminář na zkvalitnění komunikace s pacienty s poruchou komunikace. Kurzy pořádal zaměstnavatel nebo jiné zařízení. Jedna sestra uvedla, že se zdokonaluje doma pomocí literatury a dostupných materiálů na internetu. Zlepšení „tak napůl“, pocítily 3 (37,5 %), shodně 25 (50 %) vybralo spíše ano a spíše ne, určitě ano uvedla jen 1 sestra (12,5 %). Z těch, které žádný seminář nebo kurz neabsolvovaly 42 (100 %), uvedlo 33 (78 %), že by rády kurz navštívily a 9 (22 %) o vzdělání v této oblasti zájem nemá. Je s podivem, že v následující otázce hodnotilo 49 (98 %) přínos vzdělávání kladně. Jen 1 (2 %) odpovědělo negativní odpověď.

V poslední otázce výzkumného šetření se měla každá sestra zamyslet nad přínosem tohoto dotazníku a zhodnotit, zda se na jeho základě zamyslely nad úrovní kvality jejich komunikační dovedností. Je potěšujícím zjištěním, že se 44 (98 %) nad svou schopností komunikace zamyslelo a pouhých 6 (12 %) odpovědělo záporně. Cíle práce a výzkumného šetření byly splněny. V komunikaci s pacienty mají sestry snahu se zdokonalovat nebo alespoň se nad sebou zamyslely. Práce by mohla být přínosem i v oblasti vybavenosti pracoviště komunikačními pomůckami, které by sestrám usnadnily práci s pacienty a pacientům tím i zmírnit stres, který jistě handicap v komunikaci vyvolává.

Seznam použité literatury a prameny

- IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1832-2
- KELNAROVÁ, J. *Komunikace se seniory*, Geriatria 4/2007, Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť, XIII. Ročník. str. 166 – 167. ISSN 1335-1850
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. str. 11- 95., ISBN 978-80-247-1784-5
- NÁRODNÍ RADA ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH ČR. Desatero problémy v komunikaci zdravotníků s pacienty se zdravotním postižením, Florence: Časopis moderního ošetrovatelství, číslo 7-8, Ročník II, červenec – srpen 2006, str. 48-50., Praha: Galén, spol. s.r.o. ISSN 1801-464X – viz přílohy č. 3-5
- PAPOUŠEK., Odborný časopis Občanského sdružení LOGO. *Logomalovánk – cvičný sešit*. MK ČR E 15201, ISSN 1214-8075 viz přílohy 7-8
- POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2008. str. 14-66., ISBN 978-80-7013-466-5
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace – Komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009. str. 9-100., ISBN 978-80-7262-599-4
- STUHLÍKOVÁ, H., NĚMEC, I. *Agresivní pacient*, Sestra 11/2007, Praha: Mladá fronta a.s., ročník 17. str. 24. ISSN 1210-0404
- TITLBACHOVÁ, J., *Problémy komunikace sester u hospitalizovaných handicapovaných pacientů*. Č. Bud., 2009. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta., str. 41-49
- TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestra-pacient*, Sestra 1/2007, Praha: Mladá fronta a.s., ročník 17. str. 22 - 23, ISSN 1210-0404
- VONDRUŠKOVÁ, H., *Komunikace zdravotnického personálu s pacienty s narušenou komunikační schopností*, Brno 2010., bakalářská práce (Bc.). Masarykova Univerzita Pedagogická fakulta – Katedra speciální pedagogiky., Vlastní šetření. str. 22-48
- VYBÍHALOVÁ, L., *Agresivní pacient – výzkum*, Sestra 12/2010, Praha: Mladá fronta a.s., ročník 20. str. 22-23. ISSN 1210-0404

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace sestry a pacienta v ošetrovatelské péči*, Diagnóza v ošetrovatelství, Praha: Promediamotion s.r.o., Ročník V, číslo 10. str. 29 – 30. ISSN 1801-1349

ZACHAROVÁ, E. *Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků*, Interní medicína pro praxi, Olomouc: Solen, s.r.o., 2009; 11(10). str. 471. ISSN 1212-7299

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie, Teorie a praktická cvičení.*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, str. 90., ISBN 978-80.247-2068-5

Obrázky:

Viz příloha č. 6

http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://i.idnes.cz/08/013/cl/PKA208a6f_abeceda.jpg&imgrefurl=http://technet.idnes.cz/hacky-a-carcky-delaji-problemy-i-po-600-letech-fib-/tec_tecnika.asp%3Fc%3DA080117_180422_tec_tecnika_pka&usg=__In-ImbAL8y4-4vQs_54FSYNS40k=&h=246&w=328&sz=14&hl=cs&start=49&zoom=1&tbnid=LH05-ulncP-NHM:&tbnh=125&tbnw=174&ei=7s6qTcz0M9vW4wbPpImbCg&prev=/search%3Fq%3Dabeceda%26hl%3Dcs%26sa%3DX%26rlz%3D1R2GGLL_en-GB%26biw%3D1259%26bih%3D579%26tbnid%3Disch&itbs=1&iact=rc&dur=226&oei=vM6qTdXfElio8QOjhoG5Ag&page=3&ndsp=22&ved=1t:429,r:0,s:49&tx=82&ty=72 [cit. 2011-04-16]

Seznam tabulek a grafů:

Tab. č. 1. Podoba komunikace.....	8
Tab. č. 2. Pohlaví zdravotníků.....	21
Tab. č. 3. Doba praxe.....	22
Tab. č.4. Dosažené vzdělání.....	23
Tab. č. 5. Pojem komunikační technika.....	24
Tab. č. 6. Setkání s komunikační technikou.....	25
Tab. č. 7. Setkání s pacienty.....	26
Tab. č. 8. Přehled pacientů s poruchou komunikace.....	27
Tab. č. 9. Důvody potíží v komunikaci.....	28
Tab. č. 10. Vyhýbání se pacientů.....	29
Tab. č. 11. Pocity po 12h službě.....	30
Tab. č. 12. Pomůcky na pracovišti.....	31
Tab. č. 13. Znalost pomůcek.....	32
Tab. č. 14. Osobní užívání pomůcek.....	33
Tab. č. 15. Absolvování kurzu.....	34
Tab. č. 16. Zlepšení úrovně komunikace.....	35
Tab. č. 17. Absolvování kurzu z vlastní iniciativy.....	36
Tab. č. 18. Přínos vzdělávání pro praxi.....	37
Tab. č. 19. Zaměření se na kvalitu komunikačních dovedností.....	38
Graf č. 1. Pohlaví zdravotníků.....	21
Graf č. 2. Doba praxe.....	22
Graf č. 3. Dosažené vzdělání.....	23
Graf č. 4. Pojem komunikační technika.....	24
Graf č. 5. Setkání s komunikační technikou.....	25
Graf č. 6. Setkání s pacienty.....	26
Graf č. 7. Přehled pacientů s poruchou komunikace.....	27
Graf č. 8. Důvody potíží v komunikaci.....	28
Graf č. 9. Vyhýbání se pacientů.....	29
Graf č. 10. Pocity po 12h službě.....	30
Graf č. 11. Pomůcky na pracovišti.....	31
Graf č. 12. Znalost pomůcek.....	32
Graf č. 13. Osobní užívání pomůcek.....	33
Graf č. 14. Absolvování kurzu.....	34
Graf č. 16. Absolvování kurzu z vlastní iniciativy.....	35
Graf č. 17. Přínos vzdělávání pro praxi.....	36
Graf č. 18. Zaměření se na kvalitu komunikačních dovedností.....	37

Seznam zkratk:

Č.	Číslo
FN	Fakultní nemocnice
NCH	Neurochirurgie, Neurochirurgická
Tab.	Tabulka
Str.	Strana
Vyd.	Vydání

Seznam příloh:

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Schválení dotazníkové akce

Příloha č. 3 Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

Příloha č. 4 Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

Příloha č. 5 Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním
postižením

Příloha č. 6 Ukázka abecedy

Příloha č. 7 Ukázka textu na podporu mluvení a tvoření slov

Příloha č. 8 Obrázky na podporu myšlení a komunikace

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Králová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění mého dotazníku, který je podkladem pro vypracování mé bakalářské práce na téma Porucha komunikace z pohledu sestry. Dotazník je anonymní. Z uvedených otázek si vyberte vždy jednu z odpovědí, u škál stupeň hodnocení a zatrhněte. Otázky, kde si můžete vybrat z více možností, jsou označeny.

Velmi děkuji za spolupráci.

Kristýna Králová, DiS.

1. Vaše pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Kolik let pracujete?

- a) do 5 let
- b) 6 – 16 let
- c) 17 – 30 let
- d) nad 30 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) střední
- b) pomaturitní specializační vzdělávání
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské

4. Setkal/a jste se někdy s pojmem komunikační technika v ošetrovatelství?

- a) ano
- b) ne

5. Pokud ano, označte techniky, se kterými jste se setkal/a (možnost více odpovědí).

- a) gestika
- b) mimika (rozčilení, nespokojenost, štěstí, strach, zájem)
- c) paralingvistika (přízvuk, hlasitost, plynulost řeči, intonace, vokalizace, kvalita)
- d) vizika (zaměření pohledu, délka výdrže, počet mrkání, četnost pohledů, sled pohledů)
- e) haptika (podávání rukou, doteky vyjadřující emoce, náklonost, pozdrav, pomoc)
- f) proxemika (vzdálenost mezi lidmi)
- g) posturologie (držení těla, poloha rukou, hlavy)
- h) komunikace prostřednictvím předmětů (oblečením, barvami, čichová)

6. Setkáváte se na Vašem pracovišti s pacienty, kteří mají komunikační obtíže?

Ne	Téměř vůbec	Občas	Často	Velmi často, denně
1	2	3	4	5

7. Vyberte z nabídnutých možností, se kterými pacienty se setkáváte (možnost více odpovědí)?

- a) afázie – porucha tvorby a porozumění řeči
- b) porucha sluchu
- c) porucha zraku
- d) agrese a nespolupráce
- e) senioři

8. Které jsou, podle Vás, nejčastější důvody potíží v komunikaci s pacienty s komunikačními obtížemi (možnost více odpovědí)?

- a) psychická náročnost
- b) nedostatek času
- c) nedostatek znalostí komunikačních technik
- d) nedostatek pomůcek na Vašem pracovišti
- e) jiné (uved'te)

9. Vyhýbáte se záměrně péči o pacienty s komunikačními obtížemi?

- a) ano
- b) ne

10. Uveďte Vaše pocity po 12h službě, na které se staráte o pacienta s komunikačními obtížemi?

Vyčerpaný/á	Výrazně unavený/á, nechce se mi s nikým komunikovat	Unavený/á, ale komunikuji s okolím	Lehce unavený/á, jako po běžné 12h službě	Cítím se „v pohodě“
1	2	3	4	5

11. Disponuje Vaše pracoviště pomůckami na podporu komunikace?

- a) ano
- b) ne

12. Vyjmenujte, které znáte?

- a) komunikační tabulky
- b) tužka a papír
- c) obrázky
- d) fotografie
- e) jiné (uveďte) ...

13. Vyjmenujte ty, které sám/sama využíváte?

14. Absolvoval/a jste někdy nějaký vzdělávací kurz, program v oblasti komunikace s pacienty s komunikačními obtížemi?

- a) ano
- b) ne

15. Pokud ano, jaký, kde a pocítil/a jste zlepšení komunikace v praxi?

Ne, nepocítila	Spíše ne	Tak napůl	Spíše ano	Určitě ano
1	2	3	4	5

16. Pokud ne, napadlo Vás, že byste chtěl/a tento kurz absolvovat?

- a) ano
- b) ne

17. Myslíte si, že vzdělávání v oblasti komunikačních technik s pacienty s komunikačními obtížemi je přínosné pro praxi?

- a) ano
- b) ne

18. Zaměřil/a jste se na základě tohoto dotazníku na kvalitu Vašich komunikačních dovedností?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 2 Schválení dotazníkové akce



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Pracoviště medicíny
dospělého věku
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

Pracoviště
reprodukční medicíny
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

Pracoviště
dětské medicíny
ČERNOPOLNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

**ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE
V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ**

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Králová Kristýna, DiS.

Datum narození: 03. 08. 1983..... Telefon: 775 308 540..... Email: tyna.k@email.cz....

Adresa (pro zaslání vyjádření): Spodní 8, Brno – Bohunice, 62500

Škola/Fakulta: FZV, UP Olomouc

Obor studia: Všeobecná sestra, komb. studium

Téma závěrečné práce: Porucha komunikace z pohledu sestry

Požadavek (přesná specifikace): Možnost rozdat dotazníky na dané téma k vyplnění na pracoviště

Způsob provedení sběru dat: dotazníkové šetření

Termín sběru dat: od 14. 03.11 do 15. 04. 11

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Neurochirurgická klinika

Presentace dat: státní závěrečná zkouška *bakalářská práce*

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolil. Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: *14. 3. 2011*

Podpis: *[Signature]*

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu::

ANO
 NE

Úhrada:

ANO
 NE

Datum: *16/3 2011*

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
Podpis a razítko

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne:..... pod číslem:.....

Částka k úhradě:

Zaplaceno dne:

Datum:

Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ

Příloha č. 3

Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

- 1.** Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu.
- 2.** S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem k nim a s prázdnými ústy. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- 3.** Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- 4.** Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40 %.
- 5.** Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
- 6.** Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
- 7.** Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
- 8.** Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
- 9.** Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.
- 10.** Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku „co jste mi rozuměl?“.

Příloha č. 4

Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. S nevidomým je vhodné jednat přirozeně. Je chybné se domnívat, že nevidomí vidí jen tmu, že mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek nebo že mají výborný sluch a hmat.

2. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost. Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené, nebo zcela zavřené.

3. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému oční kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.

4. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Je-li pro vidoucího pacienta informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ užitečná, pro nevidomého je tato informace naprosto nezbytná.

5. Je chybou nevidomého podceňovat. Chodí-li někdo s bílou holí nebo nosí černé brýle, nemusí být slepý, ale slabozraký.

6. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.

7. S nevidomým lze bez obav použít slova vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.

8. Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze zastupuje. Věty typu „Paní, chce si pán sednout?“ jsou naprosto zbytečné.

9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je dobré co nejpřesněji dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí.

Příloha č. 5

Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

- 1.** Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
- 2.** Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
- 3.** Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
- 4.** Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
- 5.** Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
- 6.** Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
- 7.** K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
- 8.** Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
- 9.** Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízáme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta), ale nevnučujeme; umožňujeme použití

vání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.

10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Příloha č. 6 Ukázka abecedy

Česká abeceda

a á b c č d ď e é ě
f g h ch i í j k l m
n ň o ó p q r ř s š
t ť u ú ů v w x y ý
z ž

Příloha č. 7 Ukázka textu na podporu mluvení a tvoření slov

Hlávka -B-

Rty jsou sevřené, zuby mírně od sebe. Výdechový proud vzduchu proráží hlasně závěr sevřených rtů.

Nacvičujeme nápodobou: bum, bum, bim, bam, bam, bim

Nepodaří-li se nápodoba, dáme vyslovovat M (mamama) a stiskneme chřípí nosu, ozve se hlávka B (bababa).

1. Slabiky: ba, be, by, bo, bu, bou.
2. bába, balík, balón, balkón, banán, báseň, bavlna, bažina, bažant, bál, balvan, bajka, basa...
beseda, beton, bezinky, Beskydy, Běda, bednička...
bytost, byl, býk, bystrý, bývalo, bitva, bílý...
bolí, bolest, bodá, bojí, boty, boj, bok, bomba...
buben, bum, buchta, bučí, bubeník, bude, buk...
boule, bouda, boubelatý, Boubín, bouří, bouře...
3. bláto, blatouch, blána, blázen, blůza, bloudí, blok, brada, brána, brk, Brno, brzy, brýle, brečí, brní...
4. tabule, cibule, dobude, obutý, ubohý, náboj, klobouk, obálka, chleba, houba, oba, obloha, oblaka, dobytek, nábytek, obilí, slabý, kobliha, ublížil, oblek, obec, obličej, obvaz, obyčejný, kobyla, babyka, bábovka...

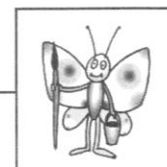


B BUBENÍK BOTY
BUBEN BALÓN BRÁNA

5. bubák, babička, buben, bubínek, bublá, bublina, boby, bobule, bubeník, blahobyt, bubáček, bumbum...
6. Babička peče bábovku. Běda balí balík. Budulínka bolí zoubek. Ježek má bodliny. Bobík hlídá boudu. Na buben se bubnuje – bum, bum, bum. Bohuš se nebojí bouřky. Do Brna vede brána. Princ Bajaja hubuje na bábu. Bláza nese babičce bledule. Bohuš maluje na tabuli boty. V Brně bude blahobyt.

Bubnujeme na buben,
pojdte děti, pojdte ven,
máme buben, máme balón,
budem běhat celý den.

Bubeník bubnuje
bum, bum, bum, bum, bum,
postavíme celý dům.
Bouda padá – bum!
Kuba nemá dům.



Grafomotorická pomůcka: plot

Příloha č. 8 Obrázky na podporu myšlení a komunikace

Jak jdou obrázky po sobě? Označ pořadí.

