

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Komunikační dovednost sestry z pohledu pacienta**

Bakalářská práce

2007

Vedoucí práce:

Bc. Veronika Švábová R. N.

Autor:

Jana Holendová

## **Abstrakt**

Communication had a very important place in nursing. It is fundamental for development of the quality therapeutical relationship between a nurse and a patient and its success is preconditioned by professional knowledge and skills. Ill person perceives much more sensitively than a healthy one words and non-verbal communication by nurse. Illness, separation from the family, impossibility to work, all of that could result in worsening of patient's communication skills. Patient and the nurse are in a mutual relationship and communication is a method of care.

The introductory, more theoretical part includes information about the communication skills of nurses, already mentioned importance of motivation for the communication and structure and types of communication. Large part of the theory is devoted to non-verbal communication and its forms. Also discussed are verbal communication, empathy and basic forms and importance of conversation. Further, there is summarized theory on peculiarities of communication in nursing such as principles of communication between nurse and patient, obstacles in nurse-patient relationship and need for keeping the patients informed. The end of the theoretical part discusses problems with seniors and principles of communication with this age group.

Quantitative research was conducted in the form of anonymous survey between patients from department of internal medicine in hospitals in České Budějovice a.s. and Havlíčkův Brod. The survey was personally distributed among the patients by the researcher.

The aim of the research was to determine the level of satisfaction of patients with nurses' communication skills and also to determine the relationship between decreasing satisfaction of patients with nurses' communication skills and their increasing age.

The research included 110 informants which were divided into three age groups. These groups were then compared with respect to their satisfaction with nurses' communication skills.

The research stated three hypotheses, out of which only the Hypothesis number 1: "Patients are satisfied with nurses' verbal communication" was confirmed.

Hypothesis number 2: “Patients are not satisfied with nurses’ non-verbal communication” and Hypothesis number 3: “With the patients’ increasing age, the satisfaction with nurses’ communication skills is decreasing” were not confirmed.

The results of the research show that communication skills of nurses from departments of internal medicine are satisfactory. The research paper also pointed out to the importance of the communication skills for nurses and the need to develop these skills further during the nurses’ professional careers.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14. května 2007

.....

Podpis

Děkuji vedoucím bakalářské práce Bc. Veronice Švábové a Mgr. Markétě Zeithámové za odborné vedení a čas strávený při konzultacích.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav dané problematiky.....	4
1.1 Komunikace.....	4
1.1.2 Komunikační dovednost.....	5
1.1.3 Emoční inteligence.....	5
1.1.4 Motivace komunikovat.....	6
1.1.5 Struktura a druhy komunikace.....	6
1.2 Nonverbální komunikace.....	7
1.2.1 Mímika.....	8
1.2.2 Proxemika.....	9
1.2.3 Haptika.....	10
1.2.4 Gestika.....	11
1.2.5 Kinetika.....	12
1.2.6 Pohledy očí.....	13
1.2.7 Vzhled a úprava zevnějšku.....	14
1.2.8 Sdělování činy.....	15
1.2.9 Posturologie.....	15
1.3 Verbální komunikace.....	15
1.3.1 Paralingvistka.....	16
1.3.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	17
1.3.3 Aktivní naslouchání.....	19
1.4 Empatie.....	19
1.4.1 Činitelé zvyšující a snižující schopnost empatie.....	20
1.5 Rozhovor.....	20
1.6 Způsoby komunikace v ošetrovatelství.....	21
1.6.1 Potřeba informovanosti pacienta.....	22
1.6.2 Všeobecné zásady efektivní komunikace sestry s pacientem.....	23
1.6.3 Evalvační a devalvační prvky v komunikaci.....	24
1.6.4 Překážky v komunikaci ve vztahu sestra – pacient.....	24

1.7	Agismus .....	25
1.7.1	Zásady komunikace se seniory .....	27
1.7.2	Životní potřeby člověka .....	28
2.	Cíle a hypotézy práce.....	29
2.1	Cíle práce .....	29
2.2	Hypotézy práce .....	29
3.	Metodika .....	30
3.1	Použité metody sběru dat .....	30
3.2	Charakteristika souboru .....	30
4.	Výsledky výzkumu .....	31
5.	Diskuse.....	53
6.	Závěr .....	60
7.	Seznam použitých zdrojů.....	61
8.	Klíčová slova .....	64
9.	Přílohy.....	65
9.1.	Příloha č. 1 – Vzor dotazníku.....	65

## Úvod

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že si myslím, že komunikace může „léčit“ mnohem více, než si myslíme.

Sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem. Nevím, zda si sestry uvědomují, jak velký význam komunikace pro pacienta má. Nemocný člověk přeci vnímá mnohem citlivěji slova a neverbální projevy sestry než člověk zdravý. O to více toto platí u starých a opuštěných pacientů, kteří o komunikaci stojí nejvíce, a paradoxně se jim toto podle mého názoru nedostává. Zejména mladší sestry někdy nerady komunikují a vyhledávají staré pacienty, protože se „bojí stáří“ a nechtějí si ho připustit. Často se například u vizit stává, že „odepsaní“ pacienti bývají nepovšimnuti. To je utvrzuje v tom, že je nikdo nemá rád, a že jsou „nepotřební“. Trochu ironicky lze říci, že sestry raději pomáhají těm, kteří to nejméně potřebují.(10)

Mnohokrát jsem se setkala s tím, že na odděleních stále platí: „když se sestra baví s pacientem, tak nic nedělá“. To je podle mého názoru velmi špatné. Mnohé sestry, ale i další zdravotničtí pracovníci, nemají dostatečné komunikační dovednosti k tomu, aby pomohli pacientům diskutovat o jejich problémech. Komunikace je dovednost; pokud sestra chce, může ji neustále rozvíjet. V poslední době se věnuje větší pozornost výuce a tréninku komunikace v pomáhajících profesích. Pokud ale mohu posoudit z vlastní zkušenosti, je tato změna výuky stále nedostačující.

Jen velmi málo sester získá více než základní vzdělání v psychologii. Většina sester musí tedy získat patřičné dovednosti metodou pokusů a omylů. Jak k tomu ale přijde pacient?



## **1. Současný stav dané problematiky**

Komunikace v ošetrovatelství má své důležité místo. Je základem pro vybudování kvalitního terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem a její úspěšnost je podmíněna profesionálními znalostmi a dovednostmi.(7)

Naše doba je „přetechnizovaná“ a pomalu se začíná vytrácí „lidskost“ sester. Podle mých zkušeností a přečtené literatury jsem přesvědčena o tom, že se většina zdravotníků více zaměřuje na „tu nohu“, než na pacienta samotného. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče.(23)

### ***1. 1 Komunikace***

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je dělat něco společně, řídit se nebo povídat si. Znamená to také zúčastňovat se s někým na něčem, podílet se, mít podíl na něčem.(11)

Každé mezilidské komunikování zahrnuje přenos sdělení a též výměny sdělení mezi účastníky. Předáváme si je slovy, tedy verbálně, a též neverbálně, tj. úsměvem, pláčem, podáním či mávnutím ruky, pohledem, pohlazením, polibkem. Každé komunikování se děje ve zcela určitém prostředí, za zcela určitých okolností, tj. v určitém kontextu. A ten bývá unikátní, neopakovatelný, proto je komunikování jedinečnou, neopakovatelnou událostí.(20)

Lepší komunikace mezi pacientem a sestrou je ještě důležitější než dobrý lék a dobré ošetření. Komunikace má v ošetrovatelství důležité místo, znamená pro sestru celoživotní proces učení se.(7)

### ***1.1.2 Komunikační dovednost sestry***

Termínem „dovednost“, se rozumí, že jde o naučenou, tj. získanou charakteristiku.(13)

Komunikace je složitý proces, který závisí na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Individuálně se liší svou vyvinutostí, vycvičeností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována.(15)

Existují názory, že umění komunikovat se chápe jako dar, s nímž se člověk narodí, a tudíž komunikační výcviky mají pouze malý nebo dokonce žádný význam. Není to pravda. Komunikačním dovednostem se lze naučit do takové míry, do jaké člověk chce a ví jak. Do vínku jsou nám dány genetické předpoklady k tomu, abychom si dokázali osvojit jazyk, jímž se mluví kolem nás. Ovšem samotné předpoklady, třeba i nadprůměrné, ještě žádného kvalitního komunikanta nestvořily.(20)

Ke komunikačním dovednostem patří v širším slova smyslu i osvojení pravidel společenského chování. Během života se v komunikačních dovednostech zdokonalujeme zpravidla cestou pokusů a omylů. Komunikační dovednosti můžeme také nazvat dovednostmi efektivní komunikace.(2)

Ošetřovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocným na významné místo. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikace je dovednost, kterou je možno rozvíjet kdykoliv v životě člověka, pokud je splněna podmínka chtít.(23)

Sestra nevystačí s běžným způsobem komunikace. Je potřeba, aby si osvojila specifické komunikační praktiky a dovednosti, mezi které patří aktivní naslouchání, zpětná vazba, respekt, empatie, výklad, zájem, podpora, mlčení, autentičnost, porozumění a rady.(23)

### ***1.1.3 Emoční inteligence***

Umění jednat s lidmi je jedním z klíčových faktorů tzv. emoční inteligence. Jde o schopnost poznat, jak se cítí druhý člověk, o schopnost všimnout si signálů, které druzí

vysílají a reagovat na ně. Dalšími faktory jsou vědomí sama sebe, schopnost ovládnutí nálady, motivace a ovládnutí impulsivního jednání. Sama vysoká úroveň emoční inteligence ještě nezaručuje její praktické využití. Je to jen potenciál – jako by člověk měl krásný hlas, ale svůj talent nerozvíjel.(17)

#### ***1.1.4 Motivace komunikovat***

Motivace se definuje jako proces aktivity člověka vyvolaný motivem, který končí uspokojením motivu. Motivaci komunikovat, ať už přiměřenou, zvýšenou či sníženou, má každý člověk. Motivy ke komunikaci mohou vycházet z vnitřní potřeby komunikovat, anebo jsou podmíněné prostředím či situací, ve kterých je komunikace pro člověka nevyhnutelná. Motivace ke komunikaci má různou intenzitu a trvání, které kolísá a závisí na množství okolností.(11)

Komunikace předpokládá ochotu, vůli komunikovat. Pokud je patrný zájem sestry o nemocného a ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí zájem o druhého člověka. Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb, naopak je integrována v systému biologických i psychosociálních a spirituálních potřeb člověka. Komunikace je nástrojem uspokojování potřeb člověka.(23)

Je přirozené, když člověk někdy nemá chuť komunikovat. Příčinou bývá emoční rozladěnost nebo kognitivní přesycenost a zahlcení. Nechuť komunikovat, stáhnout se na přechodnou dobu do samoty a odpočinout si od kontaktů mívají pravidelně ti, kteří každodenně hovoří s řadou jiných lidí a navíc o nich musejí přemýšlet a řešit mezilidské problémy, jako např. lékaři, sestry, úředníci.(26)

#### ***1.1.5 Struktura a druhy komunikace***

Nakonečný (18) uvádí tyto složky komunikace. Komunikátor je osoba, z níž určité sdělení vychází, komunikant určité sdělení přijímá. Komuniké je obsah sdělení. Dále Nakonečný uvádí komunikační kanál, tj. způsob, jak je komuniké předáváno a poslední složkou je psychický účinek komuniké.

Důležitým problémem komunikace jako vysílání a přijímání informace je vyvolaná změna v pocitech, snahách a reakcích u účastníků sdílené komunikace. Pro původce sdělení je nepostradatelná „zpětná vazba“, která umožňuje smysluplnou komunikaci. Zpětná vazba je informací o tom, jaký dojem vyvolá komunikátorův projev. (11)

V rámci sociální interakce se využívají následující druhy komunikace: verbální, neverbální a paralingvistická. Vzhledem k tomu, že se v komunikaci objevují všechny druhy současně, nemají stejné procentuální zastoupení: verbální komunikace má zastoupení 7%, neverbální 55% a paralingvistická 38%. (11, 10)

## ***1. 2 Nonverbální komunikace***

Nonverbální komunikace, neboli mimoslovní komunikace, je vývojově nejstarší formou komunikace. Přesto je složité její dekodování. Důvodem obtížnosti jejího dekodování je, že na rozdíl od verbální komunikace nemá přesně stanoven systém komunikačních norem. Touto komunikací se sdělují především emoce a postoje.(22)

Neverbální komunikaci používá sebra k tomu, aby řeč podpořila nebo úplně nahradila. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Z antropologických studií vyplynulo, že jen 7% informací z rozhovoru pochází z toho, co slyšíme. Řeč lidského těla je z velké části záležitostí instinktu. Základní gesta a mimika jsou podle výzkumů stejné pro všechny obyvatele planety. Ostatní se lidé mimovolně naučili od dalších lidí kolem sebe s kulturně sociálním podtextem. Neverbální projevy jsou společný světový jazyk, ale mají svá nářečí, která mohou být někdy velmi odlišná.(23)

Neverbální komunikace je, stejně jako verbální, ovlivněna kulturními vlivy (když si člověk před někým např. plivne, je to považováno za urážku, ale u Masajů se takto vyjadřuje úcta).(7)

Znalost významu nonverbálních projevů je potřebná pro různé profese. Zdá se, že někteří lidé jsou pro porozumění nonverbálního chování přirozeně nadaní, mohou to být například úspěšní obchodníci, diplomaté. Ostatním, k jejichž profesi rovněž patří jednání s lidmi pomůže, pokud se poučí. Nonverbální zprávy jsou často významnější

než slova, která nemají vždy takovou váhu. Uvádí se, že ženy dokáží lépe interpretovat smysl nonverbálního chování než muži (2)

Slovy lze velmi snadno lhát, v nonverbálním doprovodu již to tak jednoduché není.(6)

U neverbálního chování je třeba vědět, že největší význam je kladen na oblasti obličeje a hlavy. Na druhém místě jsou to pohyby rukou a paží a teprve pak pohyby a pozice těla a nohou.(16)

Význam nonverbálních znaků je podmíněn kulturou, dobou, sociální skupinou a prostředím. Nonverbální komunikace se rozlišuje podle prostředků, kterými účastník komunikace vyjadřuje svá sdělení. Patří sem mimika, proxemika, haptika, gestika, kinetika, pohledy očí, úprava zevnějšku, sdělování činy a posturologie.(7)

### ***1.2.1 Mimika***

Mimikou rozumíme aktivitu obličejového svalstva. Je to schopnost modelování vnitřních psychických stavů pomocí výrazů obličeje. Termín mimika je řeckého původu, mimos = citlivka.(22,6)

Lidská tvář je snad nejdůležitějším sdělovačem emocionálních stavů, postojů lidí, jejich reakcí. Svaly v obličejí umožňují více než 1000 různých výrazů a to navíc velmi rychle. Lidé nejnáze rozpoznávají ve tváři štěstí, strach, smutek a překvapení. Obtížněji identifikují rozčilení a znechucení.(17)

Ti, kteří se nejlépe vyznají v emocích druhých, mají nejrozvinutější rozlišovací schopnost pro detaily neverbálních projevů a patří k nejoblíbenějším lidem. Většinou výhodou je, když je posuzovaný člověk vidět i slyšet. Zvýší to pravděpodobnost přesného rozpoznání základní emoce.(26)

Mimika zřejmě jako jediná vyjadřuje míru pocitu potěšení, souhlasu nebo sympatie, zatímco ostatní části těla v tomto směru nepřidávají příliš mnoho informací. Tytéž mimické výrazy mohou ale působit v různých kontextech odlišně.(3)

Mimika je velmi jemná forma komunikačních signálů, z nichž citlivý člověk dovede dobře číst. Dolní polovina obličeje je výrazněji pohyblivá, než horní polovina. Je pravda, že mimicky reaguje celý obličej, ale přesto se rozlišují dvě obličejové zóny.

Do horní zóny patří čelo, nos a oči. Do druhé zóny patří dolní polovina obličeje a rty. Každá z nich se odlišným způsobem projevuje při prožitku různých emocí. Překvapení a údiv se nejvíce projevují na čele, ale zapojeny jsou i oči a ústa. Pocit radosti se nejmórazněji projevuje na dolní polovině obličeje, ale možno jej rozeznat i na očích. Zvednuté obočí může znamenat nepochopení nebo aroganci.(16)

Z množství mimických projevů je pro vztah pacient – sestra nejdůležitější úsměv. Ve zdravotnictví bývá pacient často v roli závislého postavení, personál je naopak v postavení dominantním. Úsměv pomáhá obrušovat hroty sociální nerovnováhy. Úsměvem sestra navozuje atmosféru uvolnění, důvěry, sdílnosti a optimismu.(7)

### ***1.2.2 Proxemika***

Proxemika (řeč prostoru) se chápe jako věda o podvědomém členění vlastního prostoru s následným dodržováním hranic. Termín proxemika je odvozený z latinského slova proximitas = blízkost.(11)

Vzájemná vzdálenost a vzájemné postavení je významným prvkem komunikace, který ukazuje jinak na to, jak jsou si účastníci komunikace blízcí, a jednak na to, v jakém hierarchickém uspořádání je jejich vztah.(6)

Lidé mají potřebu vytvářet si kolem sebe alespoň minimální nenarušitelný prostor. Tato potřeba je biologicky dána. Především jde o zachování vlastní identity jako jedinečné oddělené bytosti. Prostor kolem je pravděpodobně důležitý také proto, že člověk preferuje zrakové vjemy a aby se mohl dívat, musí mít trochu odstup.(17)

Fyzická vzdálenost často přesně kopíruje pomyslnou psychickou hranici. Prostorová vzdálenost se rozděluje na úroveň horizontální (vzdálenost komunikujících od sebe) a vertikální (představuje výškovou úroveň ve vztahu k druhému člověku – o kolik má jeden z komunikujících oči výše než druhý). Zkracováním vzdálenosti sestra může vyjádřit zájem o pacienta a naopak oddálení sestry může být pro pacienta signálem, že je jí lhostejný. (11)

DeVito (3) rozděluje čtyři proxemické vzdálenosti: intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Intimní vzdálenost představuje odstup 45cm a méně. V tomto

prostoru je přítomnost druhého nepřehlédnutelná. Je tak těsná, že ji většina lidí považuje za nevhodnou na veřejnosti.

Zdravotní sestra často narušuje intimní zónu pacienta. Takové narušení by mělo být vždy jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a vždy se souhlasem pacienta.(23)

Osobní vzdálenost je od 45cm do 120cm. Tato vzdálenost definuje ochrannou „bublinu“, kterou se člověk snaží udržet nenarušenou vniknutím někoho druhého. Někdy se označuje jako nárazníková (body – buffer zone). Jedinec může prožívat překročení této zóny nepříjemně. Dvnitř „bubliny“ mohou například ti, které člověk miluje. Společenská vzdálenost je rozmezí od 1,2 do 3,7m. V této vzdálenosti člověk ztrácí pohled na detaily, které má ve vzdálenosti osobní. Používá se k společenským komunikacím. Čím je větší odstup, tím formálněji interakce vypadá. Veřejná vzdálenost je odstup větší než 3,7m. Tato vzdálenost je základem osobní ochrany, umožňuje v případě potřeby podniknout obranné akce.(3,6)

Čím jsou si lidé sympatičtější, tím kratší vzdálenost při komunikaci udržují. Muži mají tendenci udržovat menší vzdálenost než ženy, a to jak k mužům, tak k ženám. Extroverti udržují menší distanci než introverti.(16)

Proxemika je rovněž odlišná v různých kulturách. Arabové nemají při komunikaci rádi velkou vzdálenost na rozdíl od Švédů.(16)

### ***1.2.3 Haptika***

Hmat má vedle zraku relativně největší percepční možnosti. Ukazuje se, že haptický kontakt má mimořádnou důležitost při vytváření dobrých vztahů, důvěry atp.(13)

Jediným dotekem může sestra sdělit mnohem více než slovy. Lidé svým způsobem doteky potřebují. Doteky jsou jim příjemné, a pokud se jim jich nedostává, mohou trpět dokonce deprivací. Kontakt ve společenské souvislosti je omezen hlavně na ruce. V nemoci a v tísní může být dotek nejvhodnější formou komunikace. Navíc může dotek uklidnit mimořádně rozrušeného pacienta.(14)

Tělesný kontakt je důležitý. Položení ruky na paži či rameno zintenzivní duševní kontakt a ujistí pacienta, že není opuštěn celým světem. Pro staré, opuštěné a těžce nemocné je tento prostý úkon účinnější než slovo.(2)

V běžné interakci mezi lidmi má dotýkání svá nepsaná pravidla. Na některé části těla je dohodou dotyk omezen nebo zakázán, jiných se dotknout lze, aniž by byla přestoupena pravidla společenského chování a nenarostlo vnitřní napětí člověka.(17)

Zpravidla se lidé častěji dotýkají žen, méně pak mužů. Nejméně se dotýkají muži muži. Plochy, na které se lze na těle člověka dotknout je u žen méně než u mužů. Jde především o ruce, celé paže, ramena, záda, hlavu. U mužů jsou „povolené“ plochy rozsáhlejší. Dotek může být vnímán stejně tak jako projev přátelský, tak nepřátelský a nepříjemný.(17)

Dotek má statusový a dominantní význam. Např. se dá očekávat, že pravděpodobněji se dospělí budou dotýkat dětí, nadřízení svých podřízených apod. Dotek má významnou roli v psychoterapii.(22)

Do problematiky haptiky patří i sebehaptika (dotýkání se sebe samého). Mohou se zde zařadit projevy jako tření rukou, držení se za ramena, objímání kolen. Sebehaptika prezentuje u pacienta široký repertoár záporných emocí – nepohodu, napětí, strach, úzkost, nedůvěru, nerozhodnost nebo stydlivost při obnažení.(11)

#### ***1.2.4 Gestika***

Gestika se zabývá pohyby rukou, které nejsou samoučelné, ale doprovází slovní projev víceméně spontánně, bez účasti vědomého rozhodnutí.(24)

Gestika je součástí kinetiky, nauky o pohybové činnosti člověka. Termín gesto je odvozený z latinského slova gero, gerere, což znamená projevat - emoce, myšlenky. Gesta v mnohých případech nahrazují slova, zvyšují názornost, dokreslují obsah mluveného slova, podporují a zvýrazňují to, co člověk chce vyjádřit slovy. Gesta jsou významově často důležitější než slova.(11)

Gesty se rozumí kulturně vázané pohyby či postoje. Dané společenství přijímá určitý význam pohybu či polohy částí těla za srozumitelný.(12)



Nejvýznamnější jsou bezesporu ruce, ale sestra věnuje pozornost celému držení těla a ostatním pohybovým projevům. Nejčastějšími a nejčitelnějšími gesty jsou tzv. bariéry či zábrany vyjádřené překřížením paží na prsou. Představují jednak obranu proti hrozícímu nebezpečí, ale také jako „přidržení“ a posílení vlastní osoby.(6)

Všechny gesta lze rozdělit do tří základních skupin. **Ilustrace** jsou gesta, kterými se dokresluje ve vzduchu verbální výklad. Ilustračních gest je celá řada např. gesto vzrůstu a poklesu. Gesta jako **regulátory** chování, např. upozorňování na někoho nebo něco a gesta jako **znaky** – např. kruh z palce a ukazováčku znamená O.K., zvednutý palec směrem vzhůru znamená, že je to výborné.(16)

### 1.2.5 Kinetika

Kinetika je široká oblast neverbální komunikace zahrnující veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a kongruencí (souladem) pohybu.(23)

Předpokládá se kongruence tam, kde je sympatie, nekongruence tam, kde je antipatie. Kongruence se klasifikuje na přímou a zrcadlovou. Přímá kongruence se projevuje tím, že každá osoba při komunikaci naklání hlavu ke své straně. Při zrcadlové kongruenci jedna osoba naklání hlavu na pravou stranu a druhá osoba na stranu levou. To pozorovatel vnímá jako naklonění hlavy stejným směrem.(22)

Pohybem zprostředkujeme až 65 procent neverbální informace o sobě. Stejná část mozku, která řídí řeč, kontroluje i kinetiku. Verbální řeč a pohyb jsou úzce spjaté, člověk se začne pohybovat dřív, než začne mluvit.(7)

Kinetika má specializované části jako chironomii, která se zabývá pohybem rukou. Její zvláštní část tvoří znaková řeč.(23)

Rozsah pohybů přímo souvisí s intenzitou emocionálního prožívání situace. U rozzlobeného pacienta se zvyšuje svalové napětí, čímž se zvýší frekvence pohybů jednotlivých částí těla. Pohyby těla mají bezprostřední vztah k tomu, co se odehrává v komunikaci. Pohyby hlavy vyjadřují souhlas, nesouhlas, odmítnutí, kritický odstup, odpor. Kinetika rozlišuje rytmiku a dynamiku. Rytmika představuje určitý rytmus pohybů těla – stereotypní, rigidní, ladné pohyby apod. Dynamika pohybů zahrnuje

tempo střídání pohybů částí těla nebo těla celého. Pohyby jednotlivých částí těla signalizují, zda se zdravotní stav pacienta zlepšuje, stagnuje nebo zhoršuje, resp. jak se pacient momentálně cítí. Např. zvýšení pohyblivosti ruky po úraze svědčí o optimistické náladě pacienta.(11)

### ***1.2.6 Pohledy očí***

O očích se říká, že to jsou okna do naší duše a že vysílají důležité vzkazy o tom, co si myslíme a co cítíme.(14)

Pohledy očí jsou významnou složkou neslovní komunikace i pro komunikační výjimečnost zrakového kontaktu. Pohled je nejpohotovější forma neslovní komunikativní odpovědi. Zrakový kontakt vyjadřuje např. zájem o pacienta, přerušování, vyhýbání se zrakovému kontaktu je nejčastěji sdělením nezájmu o komunikaci. V každém případě platí, že pohled očí vyjadřuje vyšší citovou zaangažovanost.(22)

Oční nervy obsahují osmnáctkrát více neuronů než nervy sluchové, oči jsou v obličeji velmi nápadné a dobře čitelné. Díky očím si člověk toho druhého „přečte“ dřív, než stačí otevřít ústa.(15)

Člověk vnímá zrakem víc jak 80% informací, oční kontakt partnerů při dialogu zabírá 30 – 40% trvání interakce. Pohledem může sestra vyjádřit zájem o pacientovi problémy a ochotu pomoci mu.(4)

V případě zájmu o něco se lidem rozšiřují zornice. Tento projev postřehne i druhá osoba v rozhovoru, byť si toho není vědoma. Při jednání s pacientem je projev zájmu projevený pohledem velice důležitý.(2)

Pohled z očí do očí představuje mimořádně nabitý kontakt. Pokud mluví sestra s pacientem, není nezbytné, aby neustále na pacienta hleděla. Je však dobré, aby si uvědomila, kam se, když mluví pacient, dívá. Pohledy do dálky a směrem vzhůru jsou velmi často příjemcem signálu nevědomě zpracovány v tom smyslu, že hovořící „loví informace ze vzduchu“, zatímco odhlédnutí směrem k zemi je vykládáno jako „sbírání solidních údajů“. Častá odhlížení a těkavý pohled jsou interpretovány jako nejistota.(6)

Čím menší je oční kontakt, tím nejistěji se cítí příjemce zprávy a čím kratší je vzájemný kontakt, tím méně slov se ve vzájemném kontaktu vysloví.(16)

Signály sdělené očima se liší v závislosti na délce, směru a charakteru pohledu. V každé kultuře existují dost striktní, i když nepsaná pravidla vhodné délky zrakového kontaktu. Když zrakový kontakt nedosáhne určité délky, lidé (z určité kultury) mohou mít dojem, že druhý nemá zájem, stydí se nebo je duchem nepřítomný. Pokud je naopak přiměřená délka pohledu překročena, mohou ho vnímat jako nevhodný projev zájmu nebo dokonce jako projev nepřátelský. Charakter pohledu je také důležitý. Rozšířené nebo zúžené zorničky vyjadřují zejména intenzitu zájmu a emoce jako překvapení, strach nebo znechucení.(3)

Při běžném kontaktu s druhou osobou nás nejvíce zaujmou svaly okolo očí. Typickou konfiguraci nacházíme na řeckých divadelních maskách.(6)

### ***1.2.7 Vzhled a úprava zevnějšku***

To, že „zevnějšek člověka souvisí s jeho individuálními vlastnostmi a není dílem náhody“, napsal již v roce 1921 Ernst Kretchmer v díle Stavba těla a charakter.(15)

Pod komunikaci vzhledem (úpravou zevnějšku) se rozumí volba oblečení, účesu, kosmetiky, preference barev apod. (7)

Lze sem zahrnout jak úpravu zevnějšku sestry, pacienta, tak úpravu prostředí. V případě sestry je specifikem uniforma. Její čistota a upravenost by měla být samozřejmostí. Výstřednosti a potřeba se odlišovat bývá obecně negativně vnímána. Osobní upravenost sestry pozitivně působí nejen na ni, ale ovlivňuje i postoj a chování pacienta k ní. Upravená sestra prezentuje nejen sebe, ale i oddělení, kde pracuje.(11,23)

Každá sestra by měla přispět ke zkrášlení, zútulnění a zdomácnění svého pracoviště. Zvláštní důraz se klade na úpravu zevnějšku a prostředí pacienta. K osobní pohodě významně přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravené lůžko, alespoň minimální soukromí a čistý vzduch. Tím, že se o sebe pacient nestará, chce sestře také něco sdělit. (23)

### ***1.2.8 Sdělování činy***

Sdělování činy představuje tu stránku komunikace, která je zaměřena na to, co sestra dělá, jak jedná a jak se chová. Někdy se hovoří o konativní složce komunikace. Svým chováním a činy sestra přímo ovlivňuje dění kolem sebe.(23)

To nejdůležitější, co člověk říká, to obvykle nejsou slova, ale to, co dělá a co má pro druhého určitý hodnotový výsledek. Z hlediska budování dobrých vzájemných vztahů stojí na druhém místě za činy sdělování mimoslovními formami komunikace.(12)

### ***1.2.9 Posturologie - řeč těla***

Termín posturologie má francouzský původ a vyjadřuje držení těla, postavu. Posturologie jako věda se zabývá přenosem informací vyjádřenou polohou těla a konfigurací jeho částí.(7)

Fyzickým postojem se může vyjádřit mnohé, např. ztrátu zájmu, odstup, povýšenost atp. Není nepodstatné, zda sedíme, stojíme či klečíme a v jaké poloze máme hlavu. Optimální je poloha „tváří v tvář“.(8)

Jestliže je pacient upoután na lůžko, nemůže sestra zhodnotit jeho „řeč těla“. Postoj s rukama v kapsách je projevem nezdvořilosti. Postoj, při kterém má osoba své ruce na bocích je morálním prohřeškem.(7)

### ***1.3 Verbální komunikace***

Verbální (slovní) komunikací se rozumí dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Řeč je typicky lidská duševní funkce. Je tím nejdůležitějším, čím se člověk odlišuje od ostatních živých tvorů. Řeč umožňuje komunikovat, myslet, ovlivňovat sebe i jiné. Slova mají významnou informační hodnotu.(11,26)

Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Aktivita i neaktivita, slova i mlčení, vše má význam sdělení. Jakékoliv sdělení ovlivňuje příjemce, a ten nemůže neodpovědět, a tedy také komunikuje.(23)

Verbální komunikace je to, co je sdělováno slovy a je často doprovázena emocemi. Je nevyhnutelná a často k ní dochází i tehdy, když si člověk komunikovat nepřeje. Je také nevratná, jakmile sestra nebo pacient jednou něco řekli, nemohou to již vzít zpět. O verbální komunikaci je možné říci, že je neopakovatelná, protože každý akt je vždy v něčem jedinečný. Příčina je jednoduchá, všichni a všechno se neustále mění.(3)

Význam verbální komunikace je nepopiratelný. Je nezbytnou součástí sociálního života, je nezbytnou podmínkou myšlení. Téměř pro každého člověka je těžké být jen jeden bez verbální komunikace. Kdokoliv je na delší dobu nějakým způsobem separován od lidí bez možnosti komunikace s nimi, prožívá to jako deprivaci.(16)

Pacienti ke zdravotníkům obvykle vzhlíží s nadějí na vyléčení. Sestra může zlepšit vzájemný vztah, když dovolí, aby pacient věděl nepatrnou drobnost z jejího osobního života.(25)

### ***1.3.1 Paralingvistika***

Paralingvistikou se rozumí akustické projevy řeči, které člověk není schopen zapsat běžným způsobem zápisu.(12)

Dle Janovského (8) tvoří paralingvistika jakési pojítko s verbální komunikací, neboť bezprostředně souvisí s naším verbálním projevem. V paralingvistice se projevuje momentální psychický stav hovořícího. Obecně lze říci, že paralingvistika se zabývá písemně nezaznamenanými charakteristikami řeči, jako je hlasitost, výška tónů řeči, tzv. „barva“ hlasu, rychlost, plynulost a melodie (intonace) řeči.

Každý jazyk má svůj vlastní způsob používání paralingvistických projevů. Čím je národ pokládán za temperamentnější, tím více využívá paralingvistické projevy v řeči.(24)

### ***1.3.2 Kritéria úspěšné verbální komunikace***

**Jednoduchost** řečového projevu znamená používání krátkých vět a výrazů. Sestra by měla podávat informace názorně, vysvětlovat nejasné pojmy srozumitelným způsobem, dodržovat pauzy v řeči, odbourávat odborný slovník a nářečové a slangové

výrazy. Sdělení sestry pacientovi musí být stručné a jasné. Je třeba v úvodu rozhovoru ověřit aktuální schopnost porozumět, příliš jednoduché sdělení působí devalvačně (znehodnocuje nemocného). Některé obraty běžně používané zdravotníky nejsou známé širší veřejnosti. Při obavě nemocného zeptat se může dojít k závažnému nedorozumění. **Stručná informace** působí profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru, zda sestra vůbec ví, o čem mluví, zda se dostane k podstatě věci. Po stručném sdělení je nutné ponechat prostor pro dotazy. Sestra by měla mluvit **zřetelně**. Při komunikaci s nemocným musí sestra vyjádřit podstatu věci. Problematická jsou dvousmyslná sdělení (odchod - úmrtí), přílišná zobecnění (všichni diabetici mají cévní obtíže), osobní názory (to vám bude chutnat). **Vhodná načasovanost** se zohledňuje zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor, dostatek času. A nakonec **adaptabilita (přizpůsobivost)**. Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného.(23,11)

### ***1.3.3 Aktivní naslouchání***

Nahrávání osoby, která něco říká na magnetofon, může být příkladem pasivního naslouchání. Magnetofon při nahrávání na nic nereaguje.(13)

Naslouchat druhému znamená aktivně ho vnímat. Sestra vnímá nejen to, co pacient říká, ale také jak to říká a sleduje přitom jeho mimiku a pohyby.(2)

Komunikace znamená jak sdělování, tak sdílení. Z profesního hlediska je u verbální komunikace podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. Jednou z nejdůležitějších dovedností je naslouchání. Bývá označována jako nejdůležitější součást rozhovoru.(23)

Aktivně naslouchat vyžaduje soustředění pozornosti, otevření mysli a zájem o to, co se říká. Být dobrým posluchačem znamená zbavit se vlastních předsudků, zaujatosti, zaneprázdněnosti a ostatních vnějších i vnitřních rušivých elementů. (11)

Aktivní naslouchání vyvolává v pacientovi pozitivní pocity. Člověk, který se svěřuje, může pociťovat vděčnost, že je někdo ochoten ho vyslechnout a neodsuzovat ho či jinak hodnotit.(26)

Náladu nemocného i způsob zvládnání těžkých situací může ovlivnit zármutek způsobený např. rozvodem, odchodem nebo smrti milované osoby. Velice často se nemocný potřebuje vypovídat. I když jeho blízcí a přátelé příběh slyšeli už mnohokrát, nemocný přesto o tom potřebuje ještě mluvit. Naslouchající zdravotník pak poskytuje mimořádnou službu.(27)

Aktivní naslouchání se někdy označuje jako naslouchání zúčastněné. Vyznačuje se aktivitou naslouchajícího, který nejen registruje co a jak sděluje nemocný, nýbrž také na rozhovoru participuje kognitivně, emočně i akčně, čili behaviorálně. Sestra se snaží nejen vyprávějícímu porozumět, nýbrž i se do něj vcit'ovat.(20)

Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k dalšímu rozhovoru. Tím, že sestra naslouchá, umožňuje druhému splnění jeho přání-možnost se svěřit.(23)

Sestra naslouchá třemi základními způsoby: **ušima, očima a srdcem**. Slova, která sestra slyší ušima, mají širokou paletu významů. To může zapříčinit nesprávné pochopní toho, co pacient říká. Kromě obsahu rozhovoru sestra poslouchá i intonaci, řečové tempo, výšku hlasu a rytmus. Při rozhovoru si sestra očima všímá celé řady neverbálních projevů a také jestli slova nejsou v rozporu s neverbalitou. Sestra naslouchá i srdcem. Nezůstává jen při povrchu informací, ale snaží se proniknout k podstatě mluveného.(11)

Pokud pacient sděluje svůj problém, nemluví do prázdna, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit. To lze pomocí následujících technik. **Rezonance** je ozvěna, druh zpětné vazby, kdy sestra zopakuje s minimální úpravou to, co pacient řekl. Sestra tím dává najevo, že ho vnímá a rozumí významu toho, co pacient říká. Pacient např. řekne: „Dnes mě nikdo nenavštívil“. Sestra může zopakovat: „Vás nikdo nenavštívil?“.(23)

**Reflexe** je o stupeň složitější forma zpětné vazby. Nejde o opakování slyšeného, ale o interpretaci toho, co pacient řekl.(13)

**Sumarizace** je ještě o stupeň složitější, nejde jen o pochopení toho či onoho pacientova výroku, ale o pochopení celé série pacientových výroků. Tím, že sestra rozhovor sumarizuje, tím pacient zjišťuje, zda řekl všechno, co říci chtěl a zda sestra pochopila význam jeho myšlenek, názorů, postojů a informací.(11,13)

Povzbuzování znamená povzbudit pacienta, aby pokračoval v komunikaci. Příklad: „Vyprávějte dál o svých vnučích, zajímá mě to“. Nebo: „Mluvte o tom, co Vás bolí, to co říkáte je důležité“.(23)

Výměna informací vždy znamená „aktivní“ účast všech zúčastněných, i když „odpoví“ mlčením. I mlčení patří do komunikace a může mít více významů. V tichu může pacient přemýšlet a hledat jak v procesu komunikace dále pokračovat. Mlčení může nastat z velkého šoku. Často se stane, že pacient přestane mluvit po nepříjemné zprávě a není schopen slova. Bude potřebovat čas, aby se vzpamatoval a zároveň podporu, aby se vyrovnal se zprávou. Mlčení plné rozpaků bývá spojeno s rozhovory na intimní téma. Sestra by měla být k takovému tichu velmi vnímavá a schopna pomoci pacientovi rozpaky překonat. Hluboké ticho nastává tam, kde už vše bylo řečeno a nastává klid. Je to úzdravné ticho ve kterém je dobré setrvat.(23)

#### ***1. 4 Empatie***

Empatie se řadí mezi základní předpoklady efektivní komunikace psychoterapeutického přístupu. Znamená vcítění se do duševního stavu pacienta. Jakou má pacient náladu, co prožívá. Sestra se naladí na osobnost pacienta, aby alespoň na několik okamžiků byla tím konkrétním pacientem.(2)

Empatie neboli soucítění je vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Je to dobrá vůle druhému citově porozumět. Pokud je to vhodné, sestra může například chytit pacienta za ruku a pohlédit. Je důležité si uvědomit že soucítění není soucit. Empatie se například pozná podle toho, zda je sestra schopna dokončit pacientovu započatou větu. Naslouchání patří mezi předpoklady empatie. V praxi ani nelze jednotlivé dovednosti od sebe oddělovat. Empatie také umožňuje dobře uplatnit další komunikační dovednosti.(23,2)

Díky empatii může sestra pacienta lépe poznat a porozumět mu. Projev porozumění představuje pro pacienta ujištění. Porozumění může sestra vyjádřit různými způsoby. Patří mezi ně například přikývnutí, přitakání („ano...pokračujte...rozumím“). Porozumění neznámá souhlas, sestra může porozumět a nesouhlasit.(2)



Empatie je složitý psychologický zážitek. Schopnost empatie závisí na vývojové úrovni osobnosti, na množství zážitků, na množství vztahů, které jedince ovlivňují, na vzorech chování. Empatie vede k vnitřní očistě, zvyšuje sebepoznání, klade důraz na to, aby pochopení bylo úplné a přesné. Úroveň empatie závisí na charakterových a temperamentních vlastnostech.(16)

#### ***1.4.1 Činitele zvyšující a snižující schopnost empatie***

Empatie je schopnost, kterou může disponovat každá sestra. Navenek se však projevuje rozdílně. Není trvalou vlastností, může se v různých úsecích života vlivem životních událostí a zkušeností měnit. Mezi činitele **zvyšující empatii** patří pozitivní pracovní atmosféra, styl rodinné výchovy a celkové atmosféry, úzké mezilidské vztahy s pozitivním emocionálním naladěním a dobrovolný výběr povolání. Činitele **snižující empatii** jsou choroba, záporné emoce, egoismus, závist, nenávisť, neuspokojené potřeby, nadměrná zodpovědnost, stresové a frustrující situace, společenská nadřazenost, alkohol, drogy a léky.(11)

Projevy empatie nevyžadují žádné pomůcky, materiální podmínky ani nadměrnou energii či námahu. Empatizovat znamená vidět očima pacienta a cítit ho srdcem.(11)

### ***1.5 Rozhovor***

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji lze setkat s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním. V rozhovoru jsou sestra a pacient partnery a mají rovnocenná místa. Terapeutický rozhovor – sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním často. Dostává se do rozhovorů, kde ústřední roli hrají pocity pacienta. Nejčastějšími pocity, se kterými se v praxi setkáme, bude strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek, tíseň. Důležité je nezůstat k pocitům pacienta lhostejný a dovolit si je sdílet. O přijímání pocitů v rozhovoru se hovoří jako o akceptaci. Akceptovat pocity znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co pacient prožívá.(23)

Při uvítání pacienta je dobré, když se sestra představí a podá pacientovi ruku. Při prvním setkání nemůže sestra počítat s tím, že by byl pacient hned ochoten a schopen se svěřit. K získání důvěry je zapotřebí určitého času. Rozhovor mezi sestrou a pacientem představuje odbornou činnost, již se sestra musí naučit stejně jako např. postupu při různých ošetrovatelských činnostech. Na obsah rozhovoru má vliv prostředí, v němž rozhovor probíhá. Požadavkem je, aby nebyla přítomna žádná další osoba. Sestra pacienta při rozhovoru povzbuzuje a pomáhá mu překonávat rozpaky. Svůj zájem, který působí jako mohutný stimul, může sestra projevit neverbálně přitakáváním nebo nakloněním trupu k pacientovi.(2)

Dosud u převážné části zdravotníků přetrvává pocit, že mluvit s pacientem znamená ztrácet vzácný čas, jež lze využít daleko efektivněji.(6)

### ***1.6 Způsoby komunikace v ošetrovatelství***

Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má velký význam při ošetrovatelských postupech a při realizaci veškerých kroků ošetrovatelského procesu. V ošetrovatelské praxi sestra uplatňuje nejčastěji tři způsoby komunikace, a to: sociální komunikaci, strukturovanou komunikaci a terapeutickou komunikaci.(11)

Sociální komunikaci sestra dopředu neplánuje. Odehrává se při neformálních rozhovorech a probíhá více méně spontánně (např. pacient hovoří o své rodině, posezení s pacienty při příležitosti různých svátků). Tato komunikace zpravidla uspokojuje obě strany.(10)

Strukturovaná komunikace má určitý, dopředu stanovený obsah. Sestra si dopředu stanoví cíl rozhovoru, např. poučit pacienta o režimu před vyšetřením, nebo poskytnout pacientovi informace o dietním režimu.(11)

Terapeutická (léčebná) komunikace je charakterizována atmosférou porozumění, stejného naladění, důvěry a spolupráce. Sestra může pacienta přiměřeně aktivizovat v rámci celkové terapie, např. uspokojit jeho potřeby před operačním výkonem, eliminovat záporné emoce, podporovat tělesnou a psychickou aktivitu, podporovat soběstačnost, navrátit emocionální stabilitu apod. (11)

Komunikační schopnost sestry závisí na pochopení procesu a struktury komunikace a na osvojení si a uplatňování komunikačních dovedností. Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře nejen k zlepšení vztahů k pacientovi, ale i k zvýšení kvality života pacienta a uspokojování jeho potřeb.(11)

### ***1.6.1 Potřeba informovanosti pacienta***

Potřeba informovanosti se v moderním ošetřovatelství chápe jako důležitá a smysluplná. V ošetřovatelské praxi je optimální, pokud sestra poskytuje přiměřené množství informací s následným ověřením. Nadměrné množství informací pacient není schopný přijmout a posléze zpracovat. V takové situaci se ztrácejí všechny informace, které překročí kapacitu pacientova vnímání. Tato situace nastává tehdy, pokud sestra oznamuje mnoho informací najednou a hovoří velmi rychle. Výsledkem je zmatený klient, který si zapamatoval jen část informací a není si jistý, zda může požádat o jejich zopakování. Opakem je situace, kdy pacient dostává nedostatečné informace nebo nedostává informace vůbec žádné. Výsledkem je pacient neinformovaný a nespokojený. (23)

Dalším důležitým faktorem je informovanost pacienta z časového hlediska hospitalizace. Ty můžeme rozdělit na informace před přijetím na oddělení, při přijetí, během hospitalizace a při propuštění z oddělení.(11)

Při přijetí pacienta na oddělení se sestra pacientovi představí a podá mu informace, které se týkají organizačního uspořádání ošetrovací jednotky, nemocničního pořádku, denního režimu, jeho práv a povinností apod. (11)

Během hospitalizace sestra poskytuje pacientovi širokou škálu informací týkajících se diagnostických, terapeutických, ošetrovatelských a jiných zásahů souvisejících s léčbou. Informuje ho o způsobu spolupráce, o pohybovém režimu, o dietním omezení apod. Seznámí ho i s možnostmi uspokojení spirituálních potřeb či využívání volného času během hospitalizace.(11)

Před propuštěním z oddělení informuje sestra pacienta o tom, kdy má navštívit obvodního lékaře, o způsobu užívání léků, režimu v rekonvalescenci a úpravě životního stylu a denního režimu.(11)

### ***1 6.2 Všeobecné zásady efektivní komunikace sestry s pacientem***

Smysluplnost kontaktu a komunikace závisí na tom, do jaké míry je sestra schopna uplatňovat zásady produktivní komunikace. Je důležité začít komunikaci pozdravem a přivítáním a oslovovat pacienta příjmením nebo jménem. Během rozhovoru musíme nechat pacienta povídat a aktivně, pozorně a zaujatě ho poslouchat („Zajímá mě Váš názor“), trpělivě vyslechnout monolog („...pokračujte dále“), ale také střídat roli hovořícího a posluchače („Chtěla bych Vám říci ještě toto“) a vyhýbat se intruzii-skákání do řeči. Je dobré se vyhnout stereotypnímu poučování („Nesmíte jíst sladkosti, máte přece cukrovku“). Schopnost poskytnout psychickou podporu, adekvátně využít neverbální projevy, vyloučit odbornou terminologii a slangové výrazy, přizpůsobit se řečovému projevu pacienta, projevit empatii, vytvořit zpětnou vazbu a ubezpečit se, zda pacient porozuměl, patří mezi další základní podmínky efektivní komunikace. Sestra se dále musí snažit najít společné východisko („Co Vás přivedlo k tomuto rozhodnutí?“), všímat si, čemu se pacient při komunikaci vyhýbá, ubezpečit pacienta že se informace nezneužijí a respektovat jeho přání a rozhodnutí. Ve vztahu k širšímu okolí sestra nesmí pacienta kritizovat před ostatními pacienty, zdravotnickými pracovníky ani příbuznými. Měla by ho naopak veřejně chválit. Konečně by sestra měla umět sladit slovní a neverbální projev, zachovat auditivní složku verbálního projevu a využívat parafrázování.(23)

Komunikační schopnost sestry závisí na pochopení procesu a struktury komunikace, osvojení si a uplatňování komunikačních zručností, rozvíjení vlastního způsobu vyjadřování a komunikace, pochopení komunikačních principů a v neposlední řadě využití elementárních zásad slušného chování a účinné komunikace.(11)

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře zlepšit si svoje komunikační schopnosti a využít v přístupu k pacientovi širokou škálu účinných komunikačních prvků, které významnou mírou přispívají nejen k zlepšení vztahů a komunikace na nejširší úrovni, ale také ke zvýšení kvality života pacienta a uspokojení jeho potřeb.(11)

### ***1.6.3 Evalvační a devalvační prvky v komunikaci***

Sestra může pacientovi vědomě či nevědomě projev určitou míru vážnosti, úcty a uznání. V tomto případě se mluví o sociální **evalvaci** – zvyšování lidské hodnoty. Pokud tyto prvky v interakci chybí, jde o sociální **devalvaci** – snižování lidské hodnoty.

Mezi evalvační prvky patří např. pozdrav, schopnost aktivního naslouchání, schopnost vyjádřit pochvalu, respektovat osobnost pacienta. Důležitá je schopnost využít slova podporující pozitivní vztah a komunikaci („děkuji“, „prosím“, „promiňte“)

Devalvace znamená hrubé, necitlivé bezohledné chování bez úcty, respektu či taktu. Nejčastější devalvační projevy sestry jsou např. ignorování pozdravu pacienta, pasivní naslouchání, porušení mlčenlivosti, zesměšňování, infantilizace, skákání do řeči apod. (23)

### ***1.6.4 Překážky v komunikaci ve vztahu sestra-pacient***

V rámci komunikace a interakce mezi sestrou a pacientem můžou vzniknout nejrozmanitější komunikační překážky. Ze strany sestry to může nejčastěji být časový deficit, neochota vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnučování vlastních návodů na řešení problémů pacienta, zatěžování pacienta vlastními problémy, nadměrné přikyvování, negace emocí a používání odborné terminologie.(23)

Vážnou překážkou ze strany sestry se jeví i tzv. bezobsažná komunikace. Ta zpravidla u pacienta vyvolá oprávněný dojem, že ho sestra neposlouchá, nerozumí mu a ani se nesnaží porozumět mu. Jakmile dospěje k takovému přesvědčení, může se u pacienta objevit lhostejnost, nezájem a uzavřenost. Bezobsažné výroky („Vy si ještě v životě užijete“ apod.) mohou pacienta utvrdit v tom, že sestra je pasivní a nemá zájem o jeho hlubší poznání.(11)

Překážky v komunikaci mohou vzniknout i ze strany pacienta. Literatura uvádí, že většina pacientů chce komunikovat, jen 10 -20% není schopných přiměřené komunikace, anebo komunikují problematicky. V praxi se nejčastěji vyskytují situace, ve kterých pacient neumí, nechce, nebo nemůže komunikovat. (11)

Pacient nejčastěji neumí komunikovat tehdy, pokud jako cizinec nerozumí jazyku, kterým sestra hovoří, anebo jde o člověka s nízkou mírou komunikačních schopností.(11)

Častěji se objevuje jev, kdy pacient nechce komunikovat. Mezi nejčastější důvody patří záporné emoce (strach, úzkost, deprese, apatie), nedůvěra k sestře, hospitalizmus, bolest, narušená komunikační schopnost, únava, strach projevit se, maladaptivní projevy v chování atd. (11)

Pacient nemůže komunikovat při vážných chorobách (afázie), po operacích hrdla, když je hluchý, dementní, při intubaci dýchacích cest, při kvalitativních poruchách vědomí a v bezvědomí.(11)

### ***1 7. Agismus***

Věková dimenze patří k nejdůležitějším aspektům „variability člověka“. Dospělí lidé bývají v psychologických studiích bráni jako jakási norma. Zvláštnosti jiných věkových skupin jsou pak stavěny v poměru k této „normě chování dospělého člověka“.(12)

Odborníci neustále zdůrazňují, že stáří není nemoc. Přesto se většina lidí mladších věkových kategorií panicky bojí stáří a často se od starých lidí odvrací. Odmítání starých lidí i svého vlastního stáří je ve vztahu k vyznávaným hodnotám. V současnosti je ideálem homo faber, tedy člověk úspěchu. A protože starší a starý člověk zpravidla už nezvládá a nemůže zvládnout vysoké požadavky, které se váží k úspěchu, je obrazně i doslova odsunován na druhou kolej.(5)

Involuční křehkost, klesající obranyschopnost a narůstající zranitelnost jsou podstatou seniorské ohroženosti, k níž patří také stoupající riziko diskriminace. Věková diskriminace, agismus, může nabývat různých podob. Může jít o hrubé podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku), ale také o předsudky, myšlenkové stereotypy (tzv. mýty o stáří), nevhodné jednání podmíněné přisuzováním negativních vlastností či chorobných projevů všem starým lidem.

Jde např. o zdětinšřování (infantilizaci) starých lidí, o nepřiměřené odebírání jejich kompetencí (rozhodovacích schopností), podceňování jejich schopností (včetně schopnosti údravy), nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti.(9)

K typickým agistickým projevům patří podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí. Je třeba zdůraznit, že přes různé involuční změny se osobnost a osobitost starého člověka bez přítomnosti závažné choroby zásadně nemění. Proto je třeba respektovat osobnost starého člověka při poskytování zdravotnických a sociálních služeb.(9)

Rovněž intelektové schopnosti zůstávají dobře zachovány do nejpokročilejšího stáří. Je důležité zdůraznit, že přirozená involuce nevede k syndromu demence. S věkem sice klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání neznámých situací a problémů (tzv. fluidní inteligence), zachována však zůstává tzv. krystalizovaná inteligence, která využívá k řešení problémů zkušenosti a zažitá schémata. Z hlediska psychického výkonu je ve stáří třeba zajistit dostatečný odpočinek (spánek, přestávky v psychicky náročné činnosti), klid a vlastní tempo (nepřítelem starých lidí je časový stres a obava z neúspěchu). Při učení je třeba respektovat zhoršenou vřtípivost-staří lidé potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování, což má význam při edukování geriatrických pacientů.(9)

Snížení výkonnosti krátkodobé paměti je způsobeno změnami vnitřních stěn mozkových cévek Zato vybavování starších i hodně dávných obsahů se všemi detaily jde seniorům výborně a ještě lépe seniorkám.(9)

Důstojnost pacienta je závažnou prioritou při poskytování zdravotní péče. K chybám medicíny, chápaným jako projev její dehumanizace, patří přílišné soustředění na záchranu člověka a na rozpoznání a léčení chorob, zatímco paliativní péče, ochrana důstojnosti a smysluplnosti života jsou považovány pouze za jakýsi přívažek. K častým formám ponižování důstojnosti geriatrických pacientů patří nerespektování pacientovi vůle, nepřiměřené odnímání kompetencí a kontroly nad děním, nerespektování pacientova soukromí a jeho autonomie, nerespektování pacientova studu (nepřiměřené obnažování, nedostatečné oblečení včetně používání tzv. andělů u chodících pacientů apod.), ponižující a paralyzující krmení a mytí místo dopomoci k sebeobsluze,

anonymizace pacienta a odnímání jeho osobitosti a nedostatečné komunikování, až zvěcnění starého člověka.(9)

### ***1.7.1 Zásady komunikace se seniory***

Správná komunikace se seniory je velmi důležitá. Rozhovory mohou přispět k prevenci potíží stáří, bránit rozvoji patologických důsledků ztrát a přispět k nalezení a udržení smyslu života ve stáří. Jejich přirozený průběh umožňuje komunikaci o ožehavých otázkách a nevyjadřovaných emocích, které, jsou-li tabuizovány, vedou k narůstající depresivitě a často až k tendenci vyhýbat se lidem.(20)

Většinou prožíváme hovor s vrstevníky a hovor s někým, kdo je o generaci či o dvě starší, rozdílně. Na rozdílném průběhu obou setkání se podílí nejen jiná volba komunikačních prostředků, ale také aktivace hlubších „nastavení“ – oživení jiných sociálních vzorů v nevědomí. Transgenerační setkání bývají spojena s přenosy a protipřenosy „dítěte vůči rodiči“, „dítěte vůči autoritě“. Tyto přenosy mohou být například vzdorné nebo ustrašené, s úctou ke stáří, s názorovými propastmi, s evokací archetypů „moudrého starce“, „hodné matky“ nebo „zlé čarodějnice“.(26)

Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením je třeba respektovat identitu pacienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem. Ještě před začátkem komunikace je nutné aktivně, ale taktně ověřit možné komunikační bariéry (poruchy sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobit způsob komunikace. Bez ověření nedoslýchavosti není vhodné zesilovat hlas. Dále je třeba se důsledně vyhýbat infantilizaci (zdětinštění) starého člověka. Při komunikaci sestra respektuje princip zpomalení a chrání seniory před časovým stresem. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakuje, popřípadě napíše na list papíru, protože je nutné počítat se snížením výkonnosti krátkodobé paměti. K usnadnění výměny informací se zdržuje v zorném poli pacienta, mluví srozumitelně a udržuje oční kontakt. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko sestra vždy nabídne (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnucuje. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská 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.(9)

### ***1.7.2 Životní potřeby člověka***

V souvislosti se zdravotní péčí o pacienty je důležitá teorie lidských potřeb, která je obvykle zobrazována jako pyramida. Její základnu tvoří základní biologické potřeby (nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí, uspokojit sexuální pud apod.). Střední patro patří vyšším psychosociálním potřebám (mít soukromí, komunikovat, poznávat, někam náležet, být pozitivně přijímán, zažívat úspěch). Konečně nejvyšší úroveň patří spirituálním nadosobním potřebám (naplňování mravního ideálu, sounáležitost s vyššími principy). Je třeba zdůraznit, že k závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob převážně na základní biologické potřeby. Klienti takové péče jsou nakrmeni, zastláni v čistém lůžku, ale strádají ztrátou kompetencí, komunikační a sensorickou deprivací, ztrátou životní smysluplnosti. Jejich život je redukován na přijímání potravy, vyměšování a „čekání na smrt“. Kvalita života souvisí především s naplněním vyšších životních potřeb.(9)

## **2. Cíle a hypotézy práce**

### ***2.1 Cíle práce***

Cíl 1. Zjistit spokojenost pacienta s komunikačními dovednostmi sestry.

Cíl 2. Zjistit souvislost klající spokojenosti pacienta s komunikačními dovednostmi sestry ve vztahu k jeho zvyšujícímu se věku.

### ***2.2 Hypotézy práce***

Hypotéza 1. Pacienti jsou s verbální komunikací sestry spokojeni.

Hypotéza 2. Pacienti jsou s neverbální komunikací sestry nespokojeni

Hypotéza 3. Se zvyšujícím se věkem pacienta klesá spokojenost s komunikačními dovednostmi sestry.

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použité metody sběru dat***

Výzkumná data byla získána metodou dotazování, technikou sběru dat byl vlastní dotazník.

Dotazníky byly pacientům rozdány osobně (viz příloha č.1: Vzor dotazníku) a obsahují 19 otázek. Otázky č. 1 - 4 jsou identifikační. Otázky č. 5 a 6 jsou použity z dotazníku Ivy Baštýřové (1), která prováděla výzkum na téma „Bariéry v komunikaci mezi sestrou a nemocným“. Otázky č. 7 - 14 zjišťují spokojenost pacientů s neverbální komunikací sestry. Otázka č. 15 zjišťuje verbální i neverbální dovednosti sestry. Otázky č. 16 - 19 se vztahují k verbální komunikaci. Na závěr dotazníku měli respondenti možnost vyjádřit své připomínky. Použité otázky: polootevřené a zavřené.

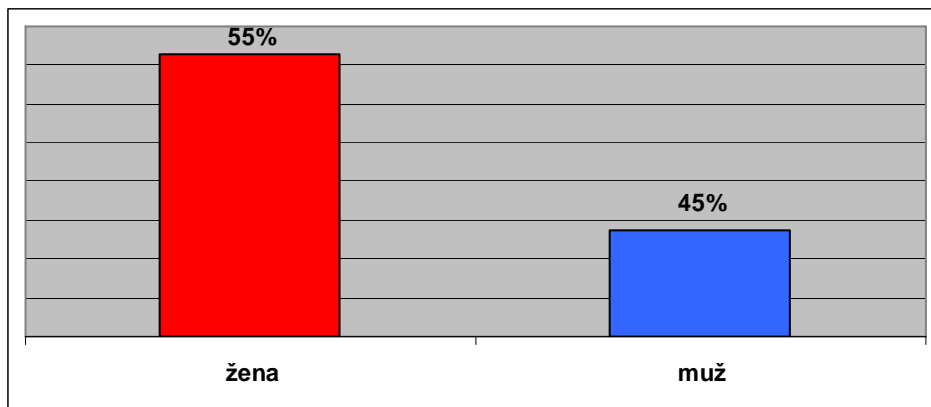
Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel.

#### ***3.2 Charakteristika souboru***

Osloveni byli pacienti v nemocnicích Havlíčkův Brod a České Budějovice a.s. Původně bylo osloveno 130 pacientů na oddělení interních oborů těchto nemocnic. Z počtu 130 odmítlo odpovídat 20 pacientů, to je návratnost 85%. Skupinu respondentů tedy tvořilo 110 (100%) pacientů. Pacienti byli rozděleni do 3 věkových skupin a to ve věkovém rozmezí 18 – 40 let; 41 – 64 let; 65 let a více. U těchto skupin byla porovnávána jejich spokojenost s komunikační dovedností sester.

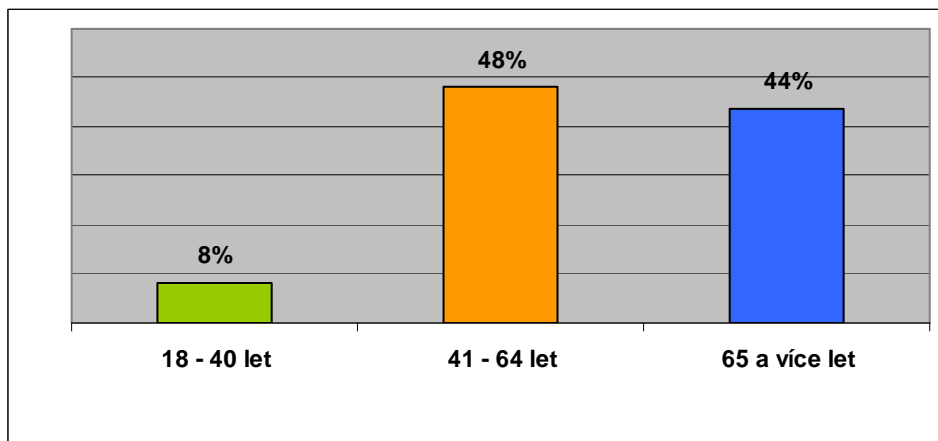
### 3. Výsledky výzkumu

**Graf 1** Pohlaví respondentů (k otázce č. 1)



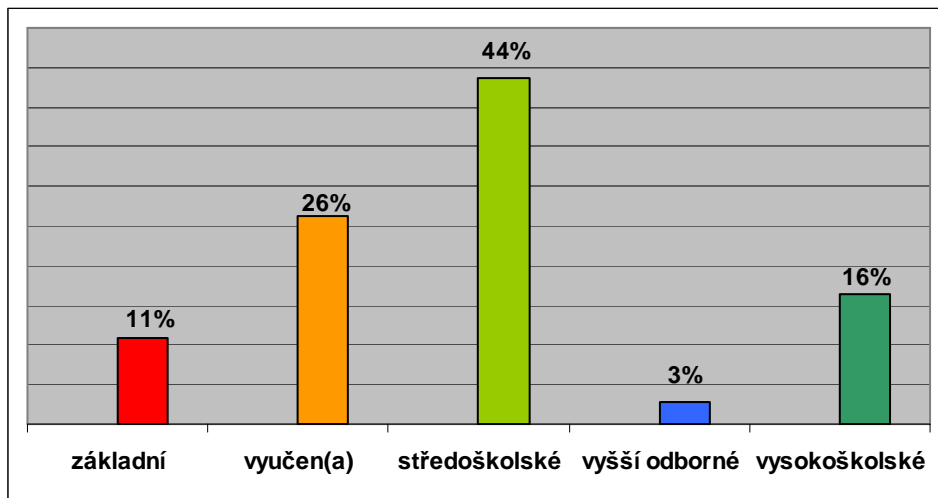
Skupinu respondentů tvořilo 110 pacientů (100%); z toho 60 žen (55%) a 50 mužů (45%).

**Graf 2** Věk respondentů (k otázce č. 2)



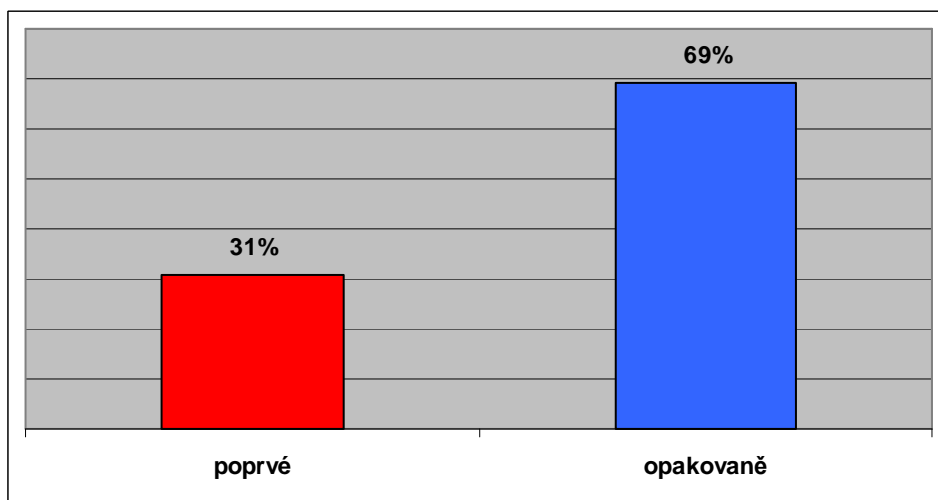
Z celkového počtu 110 pacientů (100%) bylo ve věkové hranici 18 – 40 let 9 pacientů (8 %); ve věkové hranici 41 – 64 let 53 pacientů (48%); ve věkové hranici 65 a více let 48 (44%) pacientů.

**Graf 3** Vzdělání pacientů (k otázce č. 3)



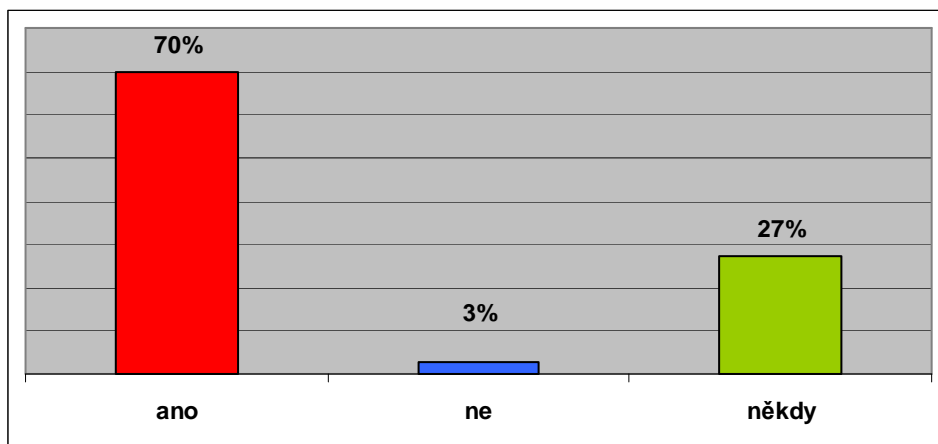
Graf 3 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání pacientů. Z celkového počtu 110 (100%) respondentů uvedlo základní vzdělání 12 (11%) pacientů; vyučen (a) 29 (26%) pacientů; středoškolské vzdělání 48 (44%) pacientů; vyšší odborné 3 (3%) pacienti a vysokoškolské vzdělání 18 (16%) pacientů.

**Graf 4** Četnost hospitalizace pacientů (k otázce č. 4)



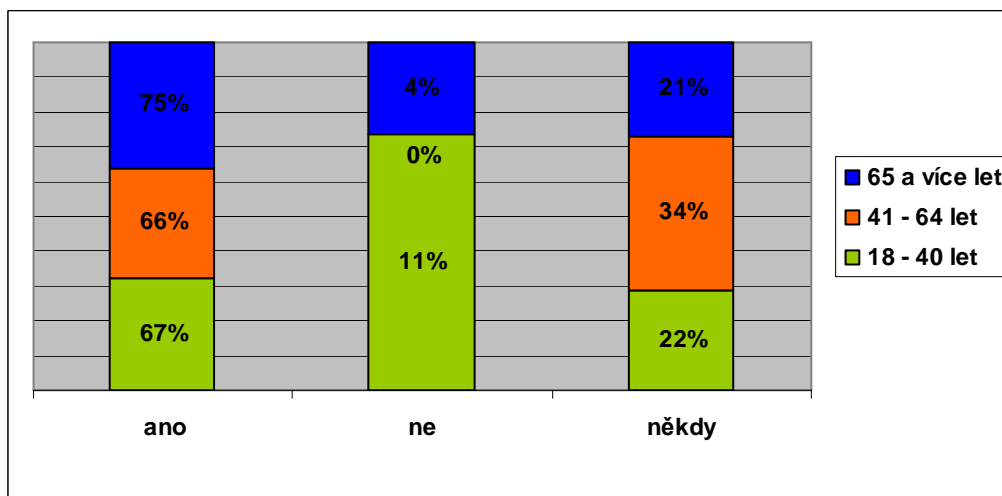
Z celkového počtu 110 (100%) odpovědí; bylo poprvé hospitalizováno celkem 34 (31%) pacientů; opakovaně celkem 76 (69%) pacientů.

**Graf 5** Spokojenost pacientů s komunikací sester (k otázce č. 5)



Z celkového počtu 110 (100%) pacientů odpovědělo ano 77 (70%); ne 3 (3%); někdy 30 (27%) pacientů.

**Graf 6** Spokojenost pacientů s komunikací sester v závislosti na věku (k otázce č. 5)

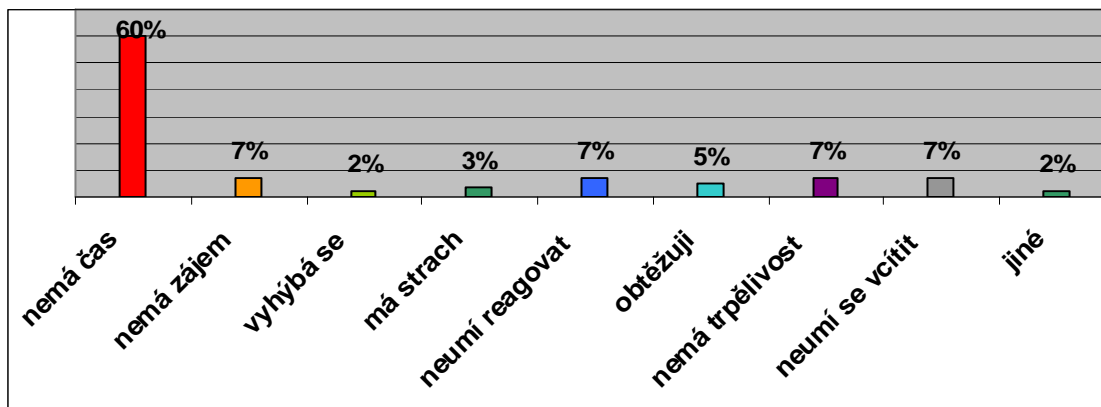


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo celkem 48 (100%) pacientů; z toho ano 36 (75%); ne 2 (4%); někdy 10 (21%).

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo celkem 53 (100%) pacientů; z toho ano 35 (66%); ne 0 (0%); někdy 18 (34%).

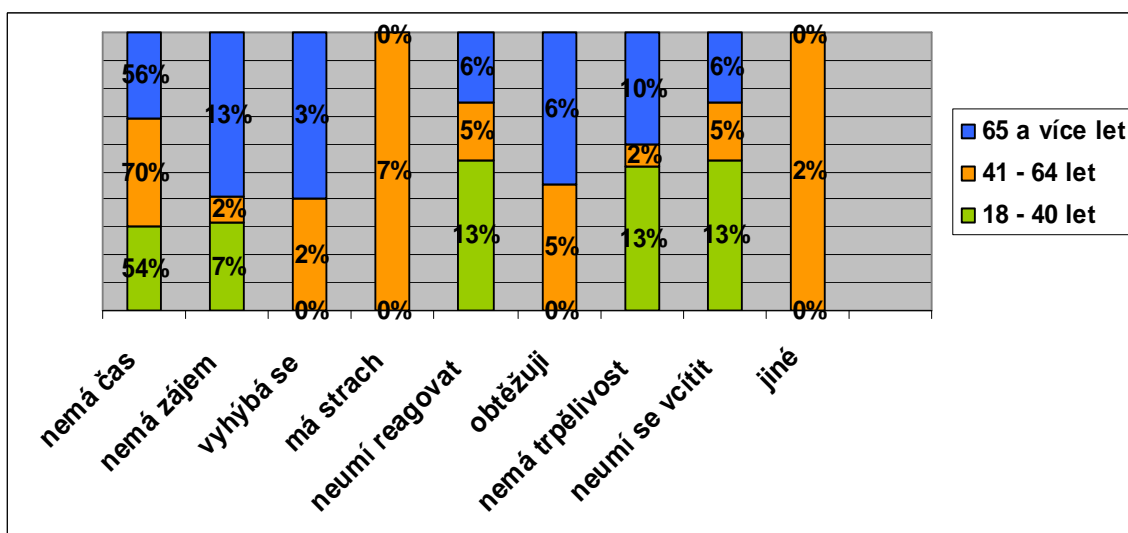
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo celkem 9 (100%) pacientů; z toho ano 6 (67%); ne 1 (11%); někdy 2 (22%).

**Graf 7** Bariéry v komunikaci se sestrou (k otázce č.6)



Celkem odpovědělo 33 pacientů, z čehož většina odpověděla na více možností. Odpovědí bylo celkem 87 (100%), sestra nemá čas komunikovat, odpovědělo 52 (60%) pacientů; nemá zájem komunikovat 6 (7%); vyhýbá se komunikaci 2 (2%); má strach, aby neublížila 3 (3%); neumí reagovat 6 (7%); sestru obtěžuji 4 (5%); nemá trpělivost 6 (7%); neumí se vcítit 6 (7%); možnost jiné 2 (2%); kde pacienti uvedli, že má sestra mnoho dokumentace.

**Graf 8** Bariéry v komunikaci se sestrou v závislosti na věku respondentů (k otázce č. 6)

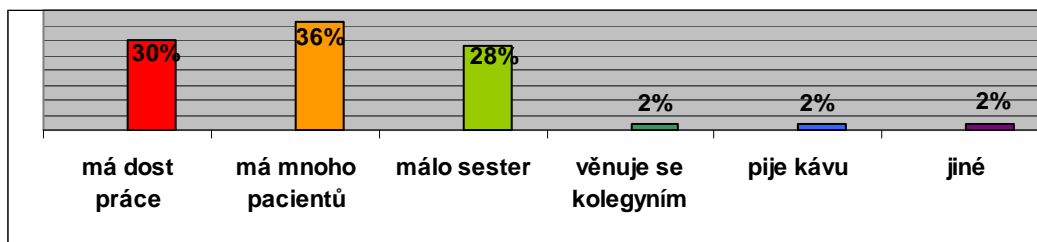


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 12 pacientů, odpovědí bylo 31.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 18 pacientů, odpovědí bylo 41.

Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpověděli 3 pacienti, odpovědí bylo 15.

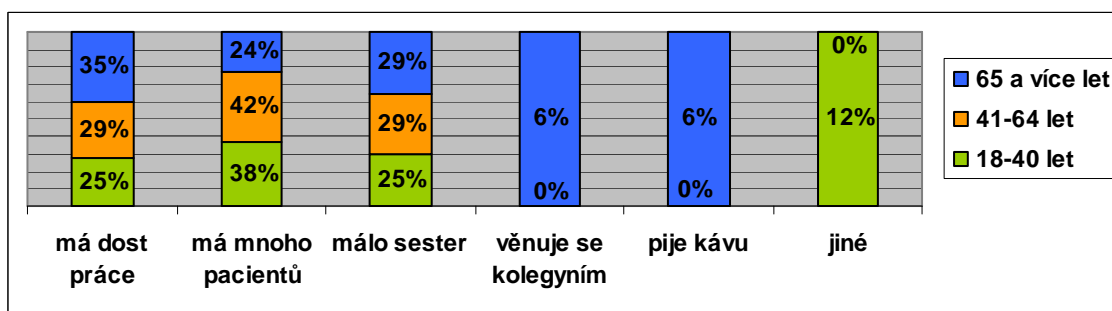
**Graf 9** Sestra nemá čas protože,... ( varianta odpovědí k otázce č. 6)



Graf informuje, proč si pacienti myslí, že sestra nemá čas. Na variantu této možnosti bylo zaznamenáno celkem 53 (60%) odpovědí (Graf 7); 16 (30%) respondentů uvedlo, že má mnoho jiné práce; 19 (36%) má mnoho pacientů; 15 (28%) málo sester na oddělení; 1 (2%) věnuje se kolegyním; 1 (2%) pije kávu; 1 (2%) možnost jiné (mnoho dokumentace).

**Graf 10** Sestra nemá čas protože,...

( varianta odpovědí k otázce č. 6 v závislosti na věku respondentů)



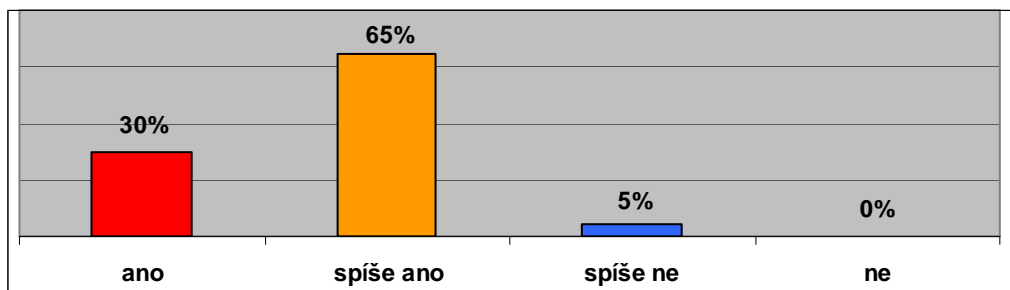
Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 17 respondentů; 6 (35%) uvedlo, že má sestra dost jiné práce; 4 (24%) sestra má mnoho pacientů; 5 (29%) málo sester na oddělení; 1(6%) věnuje se kolegyním; 1 (6%) pije kávu; možnost jiné nevedl nikdo.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 28 respondentů; 8 (29%) uvedlo, že má sestra dost jiné práce; 12(42%) sestra má mnoho pacientů; 8 (29%) málo sester na oddělení; ostatní možnosti uvedlo 0 (0%) respondentů.

Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 8 respondentů; 2 (25%) uvedlo, že má sestra dost jiné práce; 3 (42%) sestra má mnoho pacientů; 2 (25%) málo sester na oddělení; možnost sestra se věnuje kolegyním a možnost sestra pije kávu respondenti nevedli; jiné 1 (12%) kde respondent uvedl, že sestra nemá čas, protože kouří.

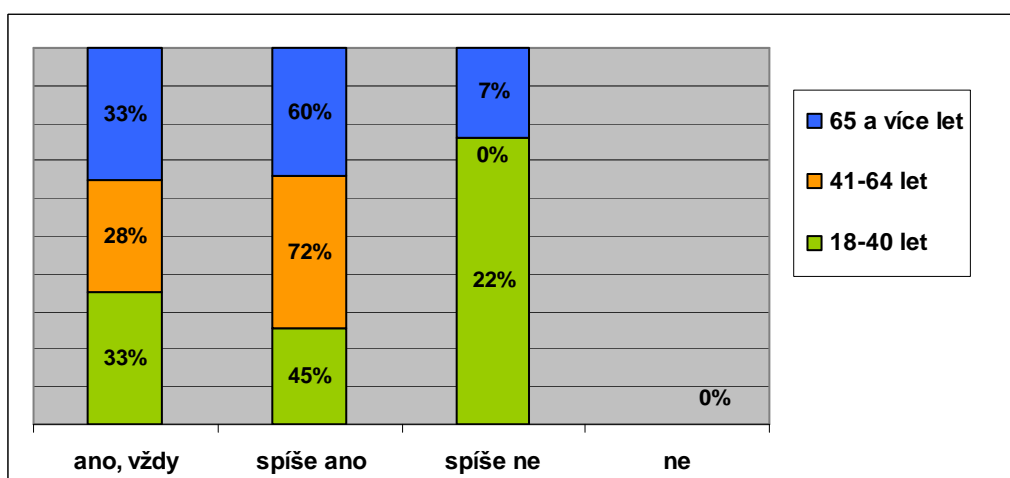


**Graf 11** Použití úsměvu u sester (k otázce č. 7)



Z celkového počtu 110 (100%) pacientů; 34 (30%) odpovědělo, že při kontaktu sestry úsměv používají; spíše ano 71 (65%); spíše ne 5 (5%); odpověď ne neuvědl nikdo z dotazovaných.

**Graf 12** Použití úsměvu u sester v závislosti na věku respondentů (otázka č. 7)

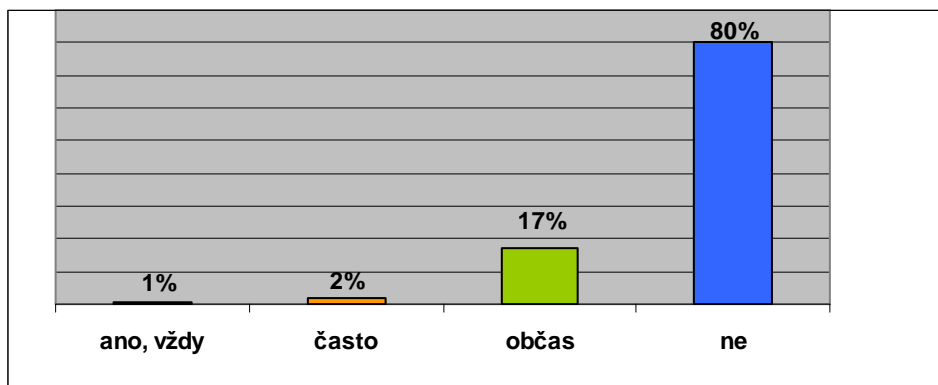


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 48 (100%) pacientů; ano odpovědělo 16 (33%) pacientů; spíše ano 29 (60%); spíše ne 3 (7%).

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano odpovědělo 15 (28%); spíše ano 38 (72%); spíše ne 0 (0%).

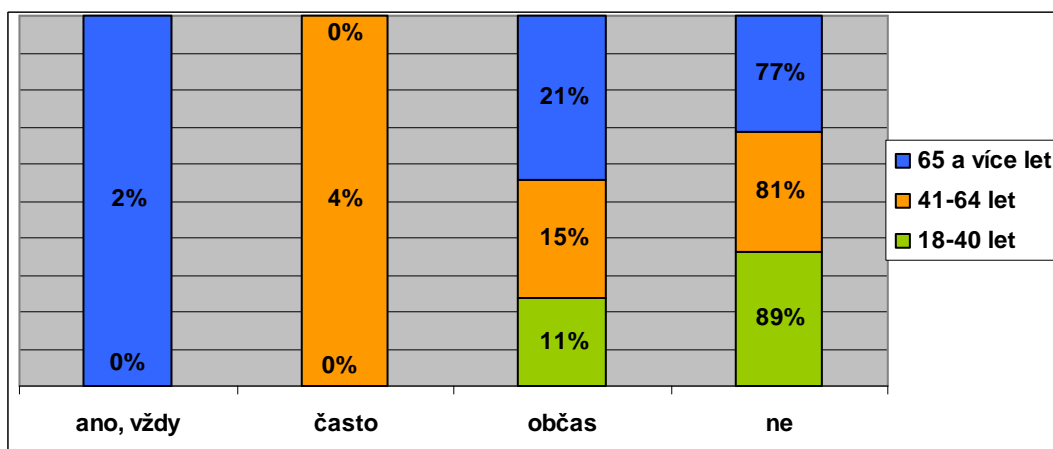
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano odpověděli 3 (33%); spíše ano 4 (45%); spíše ne 2 (22%).

**Graf 13** Fyzická blízkost (otázka č. 8)



Graf znázorňuje, do jaké míry mají pacienti pocit, že je narušován jejich osobní prostor. Odpovědělo 110 (100%) pacientů. Zda pacienti mají pocit, že jim je sestra fyzicky blíže, než je jim příjemné odpovědělo ano 1(1%); často 2 (2%); občas 19 (17%) a ne odpovědělo 88 (80%) dotazovaných.

**Graf 14** Fyzická blízkost sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č.8)

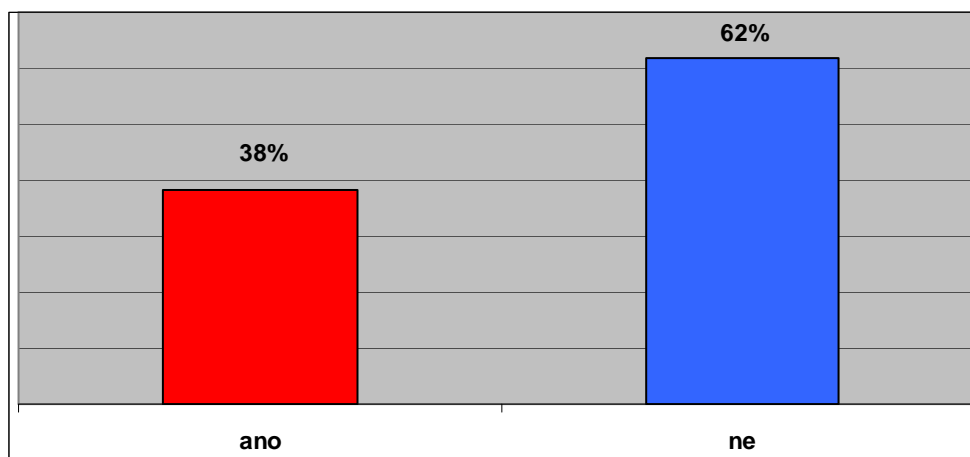


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 48 (100%) pacientů; ano odpověděli 1 (2%) respondent; často 0 (0%); spíše ne 10 (21%); ne 37 (77%) pacientů.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano odpovědělo 0 (0%); často 2 (4%); spíše ne 8 (15%); ne 43 (81%) pacientů.

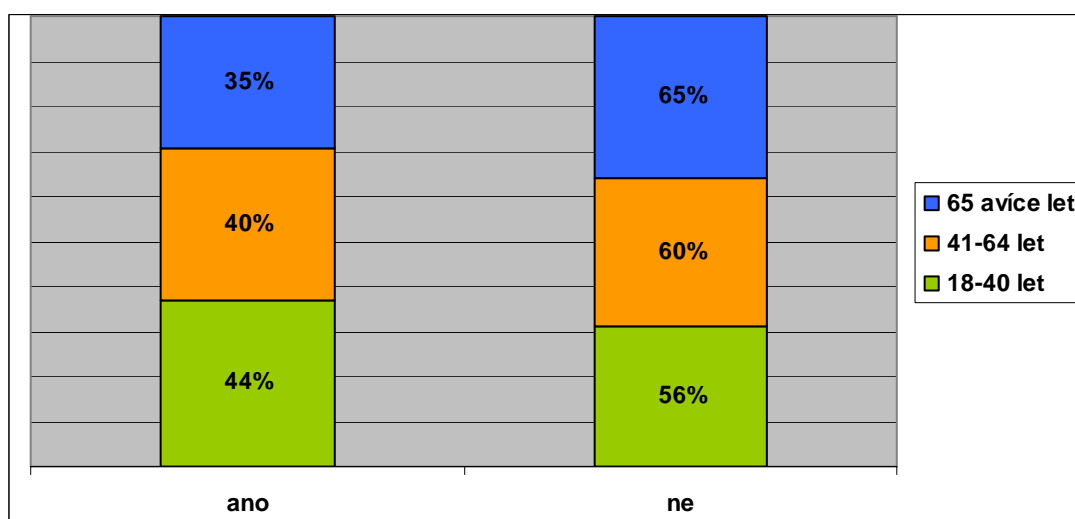
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano odpovědělo 0 (0%); často 0 (0%); spíše ne 1 (11%); ne 8 (89%) pacientů.

**Graf 15** Pohlazení od sestry (otázka č. 9)



Graf vyznačuje, zda pacienti byli od sestry pohlazeni. Odpovědělo 110 (100%) pacientů, ano 42 (38%); ne 68 (62%).

**Graf 16** Pohlazení od sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č. 9)

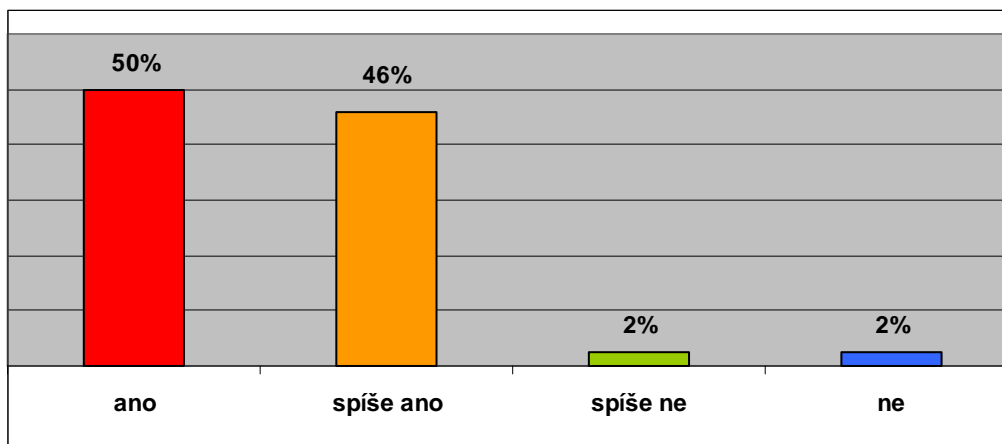


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 48 (100%) pacientů; ano odpovědělo 17 (35%); ne 31 (65%) pacientů.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano odpovědělo 21 (40%); ne 32 (60%) pacientů.

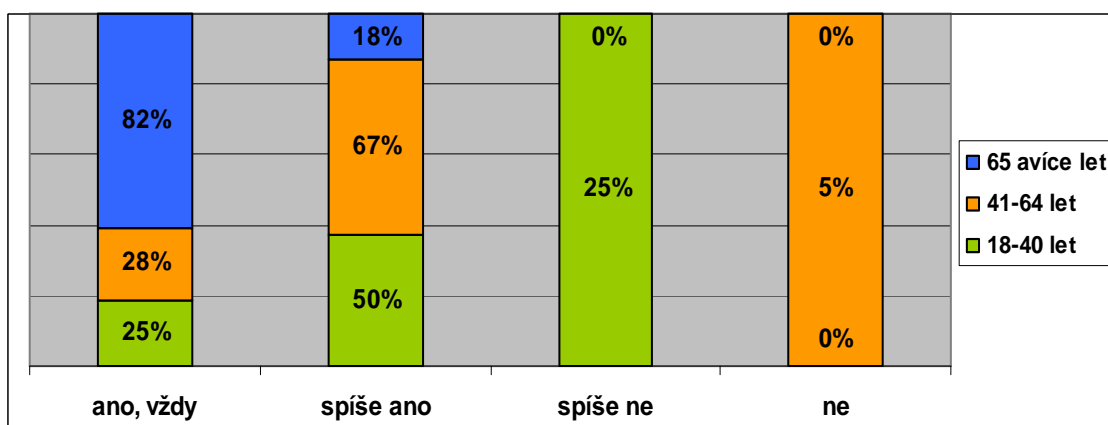
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano odpovědělo 4 (44%); ne 5 (56%) pacientů.

**Graf 17** Příjemnost pohlazení od sestry (otázka č. 10)



Graf informuje, zda pacienti, kteří byli pohlazeni od sestry, pocítovali toto pohlazení jako příjemné. Odpovídalo 42 (100%) pacientů; ano odpovědělo 21 (50%); spíše ano 19 (46%); spíše ne 1 (2%); ne 1 (2%) dotazovaných.

**Graf 18** Příjemnost pohlazení od sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č. 10)

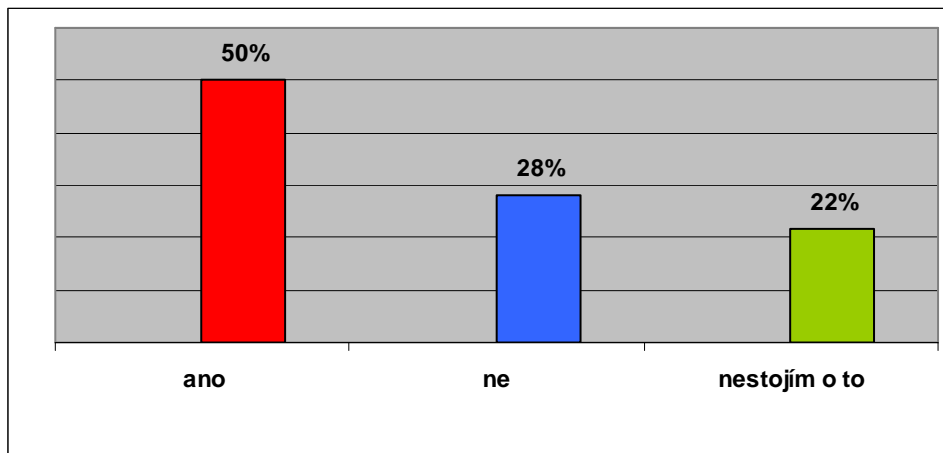


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 17 (100%) pacientů; ano odpovědělo 14 (82%); spíše ano 3 (18%); spíše ne 0 (0%); ne 0 (0%) pacientů.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 21 (100%) pacientů; ano odpovědělo 6 (28%); spíše ano 14 (67%); spíše ne 0 (0%); ne 1 (5%) dotazovaných.

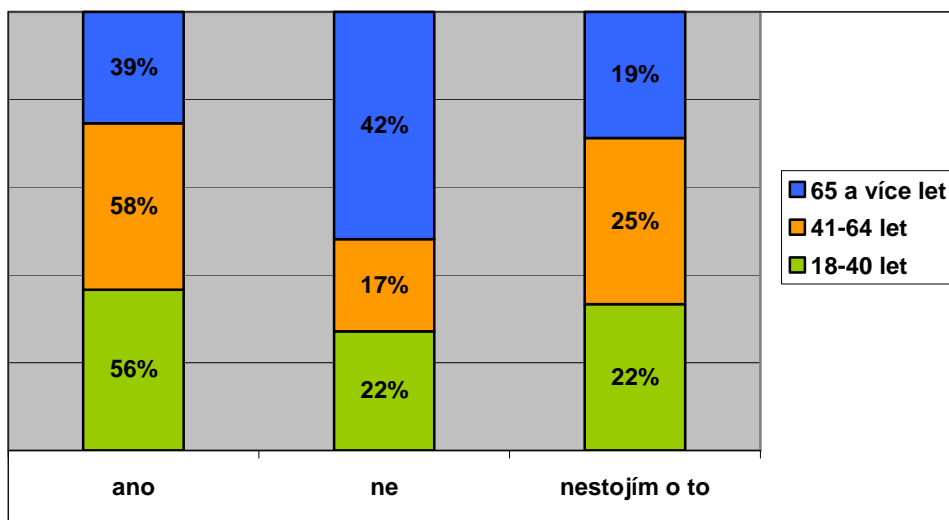
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpověděli 4 (100%) pacienti; ano odpověděli 1 (25%); spíše ano 2 (50%); spíše ne 1 (25%); ne 0 (0%) dotazovaných.

**Graf 19** Přání být pohlazen (otázka č. 11)



Graf znázorňuje, zda si pacienti přejí být od sestry pohlazení; 55 (50%) pacientů odpovědělo ano; 31 (28%) ne a 24 (22%) o pohlazení nestojí.

**Graf 20** Přání být pohlazen od sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č.11)

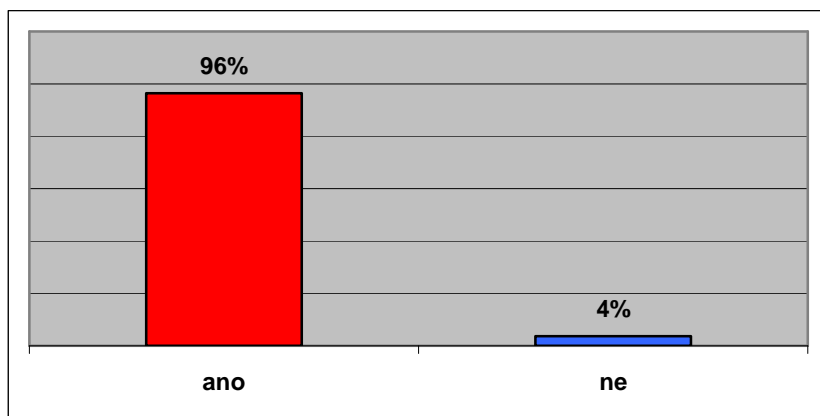


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 48 (100%) pacientů; ano odpovědělo 19 (39%) pacientů; ne 20 (42%) a 9 (19%) pacientů o pohlazení nestojí.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano odpovědělo 31 (58%) pacientů; ne 9 (17%) a 13 (25%) pacientů o pohlazení nestojí.

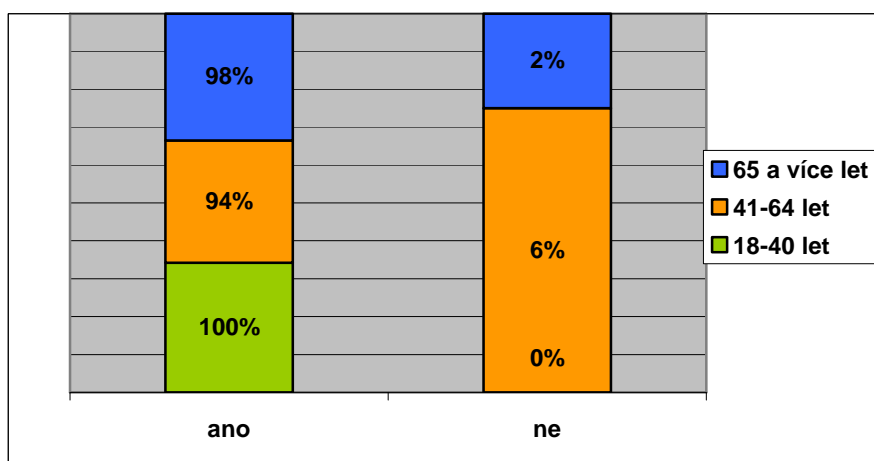
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano odpovědělo 5 (56%) pacientů; ne 2 (22%) a 2 (22%) pacientů o pohlazení nestojí.

**Graf 21** Úprava zevnějšku sestry (otázka č. 12)



Z celkového počtu 110 (100%) pacientů odpovědělo 106 (96%), že je úprava zevnějšku sestry důležitá; ne odpověděli 4 (4%) pacienti.

**Graf 22** Úprava zevnějšku sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č. 12)

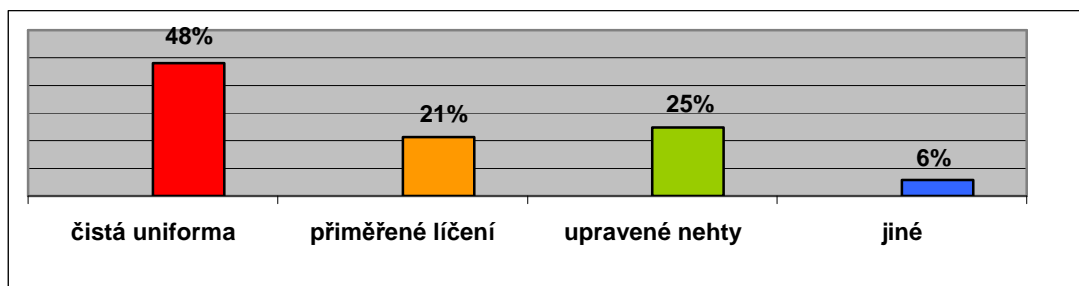


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovědělo 48 (100%) pacientů; ano odpovědělo 47 (98%) pacientů; ne 1 (2%) pacientů.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano odpovědělo 50 (94%) pacientů; ne 3 (6%) pacientů.

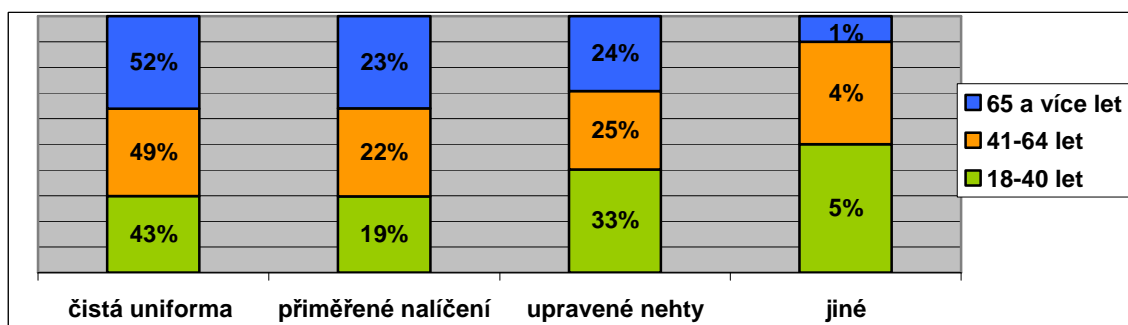
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano odpovědělo 9 (100%); ne 0 (0%) pacientů

**Graf 23** Upravenost sestry (otázka č. 13)



Z grafu vyplývá, co považují pacienti za důležité na zevnějšku sestry; bylo možno zakroužkovat více odpovědí, kterých bylo 206 (100%); pro 99 (48%) respondentů je důležitá čistá uniforma sestry; 44 (21%) přiměřené nalíčení; 51 (25%) upravené nehty; možnost jiné uvedlo 12 (6%) pacientů, kde uváděli jako důležitou příjemnou vůni sestry.

**Graf 24** Upravenost sestry v závislosti na věku respondentů (otázka č. 13)

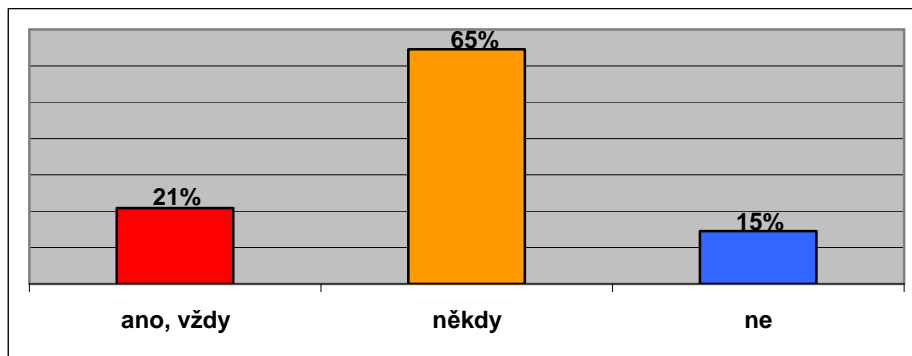


Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovídalo 47 (98%) pacientů; odpovědí bylo 79 (100%); 41 (52%) uvedlo, že je důležitá čistá uniforma; 18 (23%) přiměřené nalíčení; 19 (24%) upravené nehty; 1 (1%) respondentů uvedlo možnost jiné.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 50 (94%) pacientů; odpovědí bylo 100 (100%); 49 (49%) uvedlo, že je důležitá čistá uniforma; 22 (22%) přiměřené nalíčení; 25 (25%) upravené nehty; 4 (4%) respondentů uvedlo možnost jiné.

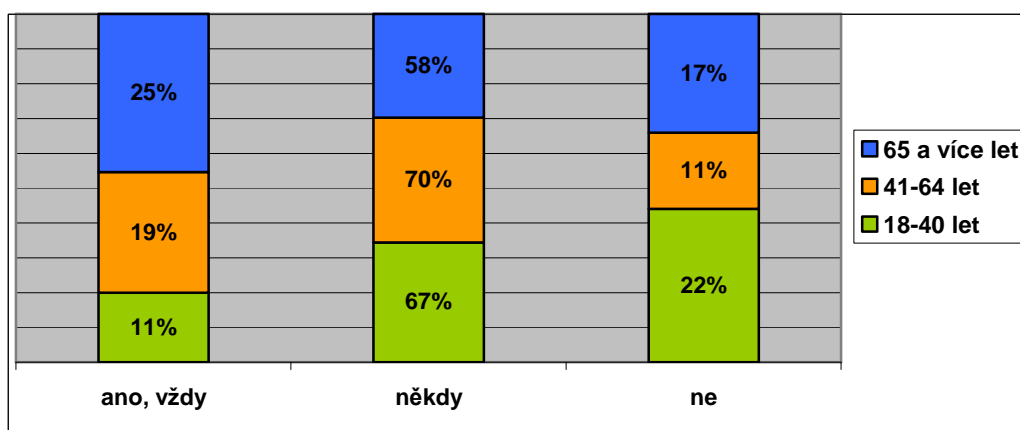
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; odpovědí bylo 21 (100%); 9 (43%) uvedlo, že je důležitá čistá uniforma; 4 (19%) přiměřené nalíčení; 7 (33%) upravené nehty; 1 (5%) respondentů uvedlo možnost jiné.

**Graf 25** Klepání na dveře (otázka č. 14)



Graf ukazuje, zda sestry před vstupem do pokoje zaklepu na dveře; odpovědí bylo 110 (100%); 23 (21%) uvedlo, že sestry zaklepu vždy; 71 (65%) někdy; 16 (15%) uvedlo, že sestry neklepu.

**Graf 26** Klepání na dveře v závislosti na věku respondentů (otázka č. 14)



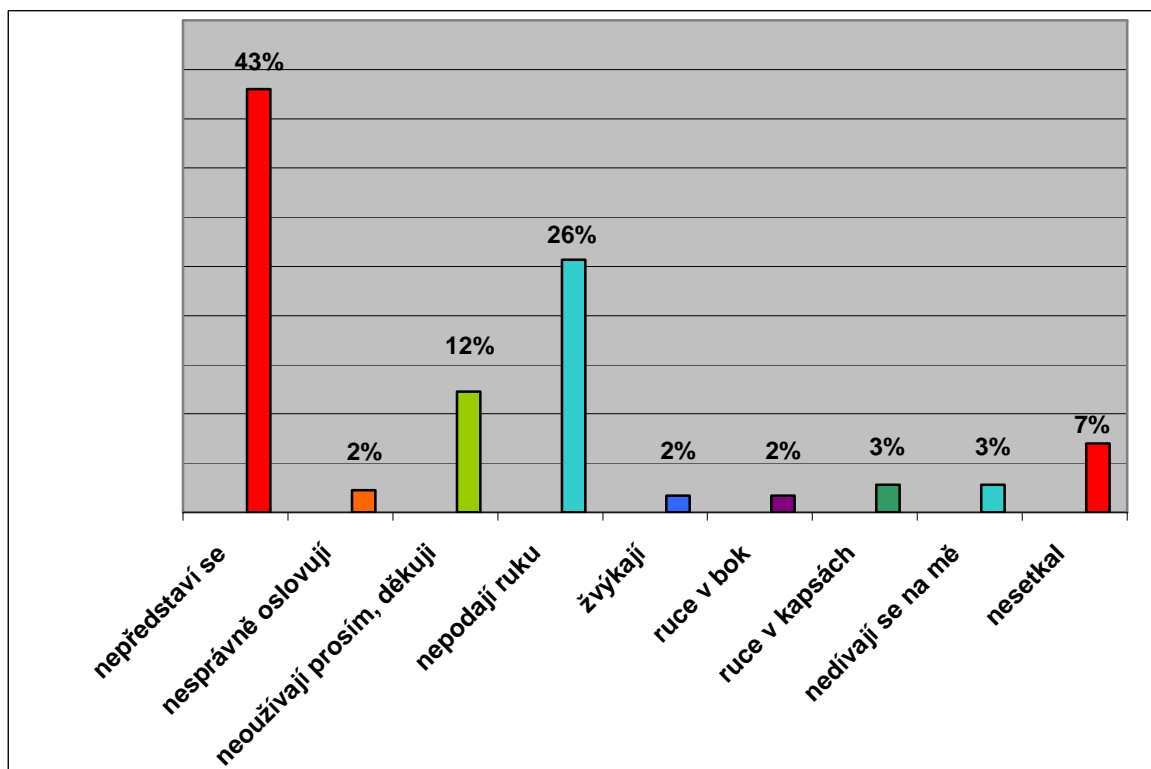
Ve věkovém rozmezí 65 a více let odpovídalo 48 (100%) pacientů; ano uvedlo 12 (25%); někdy 28 (58%); 8 (17%) respondentů uvedlo, že sestry neklepu.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let odpovědělo 53 (100%) pacientů; ano uvedlo 10 (19%); někdy 37 (70%); 6 (11%) respondentů uvedlo, že sestry neklepu.

Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let odpovědělo 9 (100%) pacientů; ano uvedlo 1 (11%); někdy 6 (67%); 2 (22%) respondentů uvedlo, že sestry neklepu.

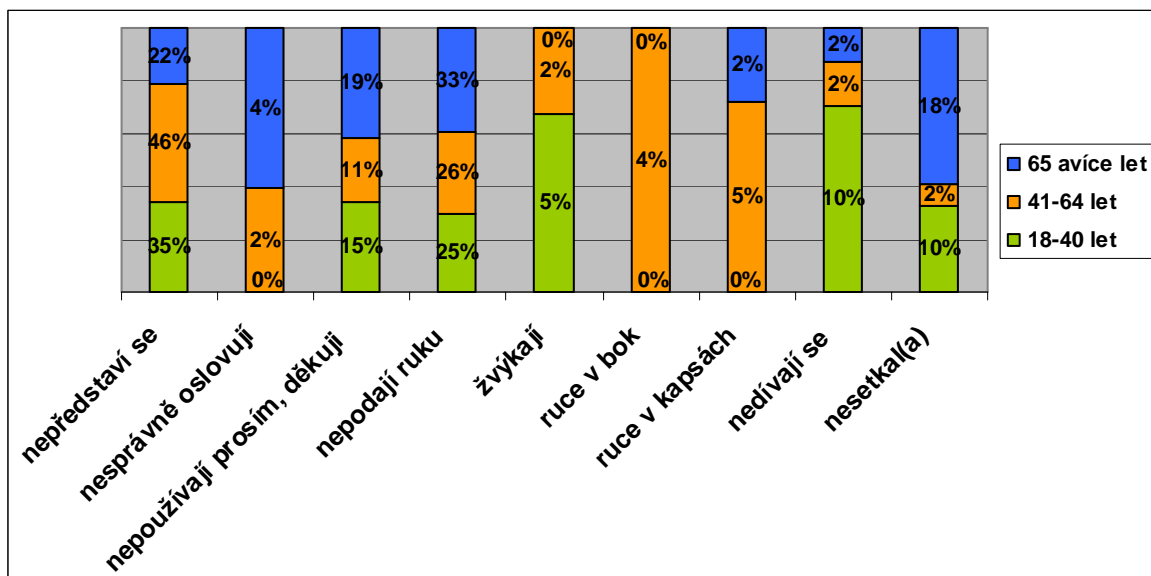


**Graf 27** Chování sester ( otázka č. 15)



Graf ukazuje, jak respondenti hodnotí chování sester; byla zde možnost odpovědět na více možností. Odpovědí bylo celkem 179 (100%); 77 (43%) respondentů uvedlo, že se sestra nepředstaví; 4 (2%) sestry nesprávně oslovují; 22 (12%) nepoužívají prosím, děkuji; 46 (26%) nepodají ruku; 3 (2%) sestry žvýkají, 3 (2%) sestry mají ruce v bok; 5 (3%) sestry mají ruce v kapsách; 5 (3%) respondentů uvedlo, že se sestry při rozhovoru na ně nedívají. 14 (7%) respondentů odpovědělo, že se takovým chováním sester nesetkalo.

**Graf 28** Chování sester v závislosti na věku respondentů (otázka č. 15)

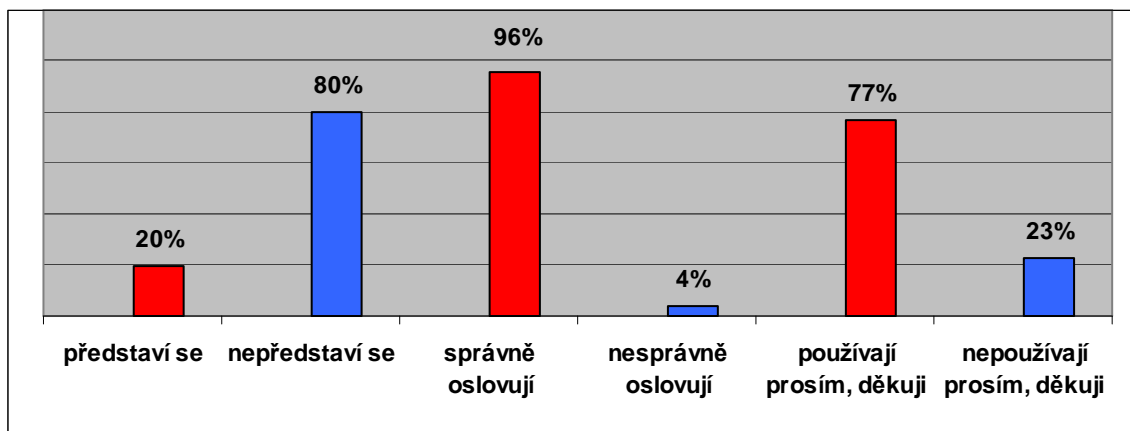


Ve věkovém rozmezí 65 a více let byl 54 (100%) odpovědí; 12 (22%) respondentů uvedlo, že se sestra nepředstaví; 2 (4%) sestry nesprávně oslovují; 10 (19%) sestry nepoužívají prosím, děkuji; 18 (33%) nepodají ruku; 0 (0%) sestry žvýkají; 0 (0%) sestry mají při rozhovoru ruce v bok; 1 (2%) sestry mají při rozhovoru ruce v kapsách; 1 (2%) respondentů uvedlo, že se sestry na ně při rozhovoru nedívají; 10 (18%) respondentů se s tímto chování sester neseťkalo.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let bylo celkem 83 (100%) odpovědí; 44 (46%) respondentů uvedlo, že se sestry nepředstaví; 2 (2%) sestry nesprávně oslovují; 9 (11%) sestry nepoužívají prosím, děkuji; 23 (26%) nepodají ruku; 2 (2%) žvýkají; 3 (4%) sestry mají při rozhovoru ruce v bok; 4 (5%) sestry mají při rozhovoru ruce v kapsách; 2 (2%) respondentů uvedlo, že se sestry na ně při rozhovoru nedívají; 2 (2%) respondentů se s tímto chování sester neseťkalo.

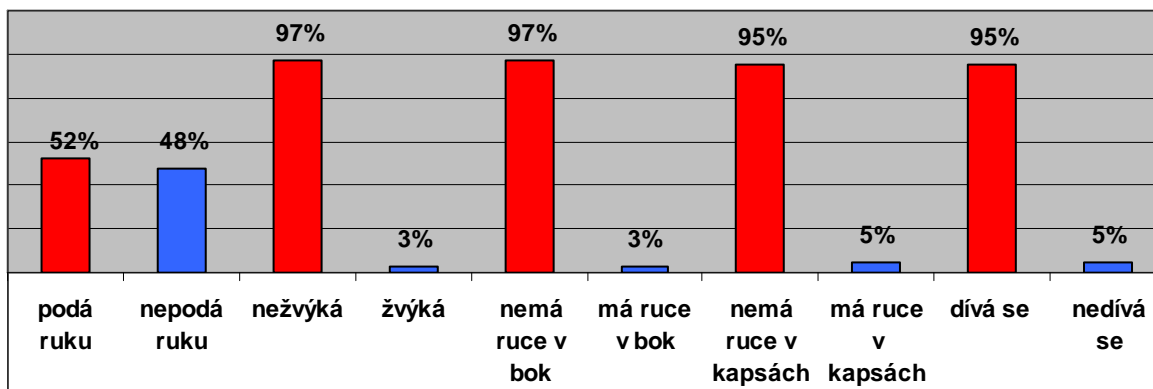
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let bylo 20 (100%) odpovědí; 7 (35%) respondentů uvedlo, že se sestra nepředstaví; 0 (0%) sestry nesprávně oslovují; 3 (15%) sestry nepoužívají prosím, děkuji; 5 (25%) nepodají ruku; 1 (5%) žvýkají; 0 (0%) sestry mají při rozhovoru ruce v bok; 0 (0%) sestry mají při rozhovoru ruce v kapsách; 2 (10%) respondentů uvedlo, že se sestry na ně při rozhovoru nedívají; 2 (10%) respondentů se s tímto chování sester neseťkalo.

**Graf 29** Chování sester - verbální komunikace ( otázka č. 15)



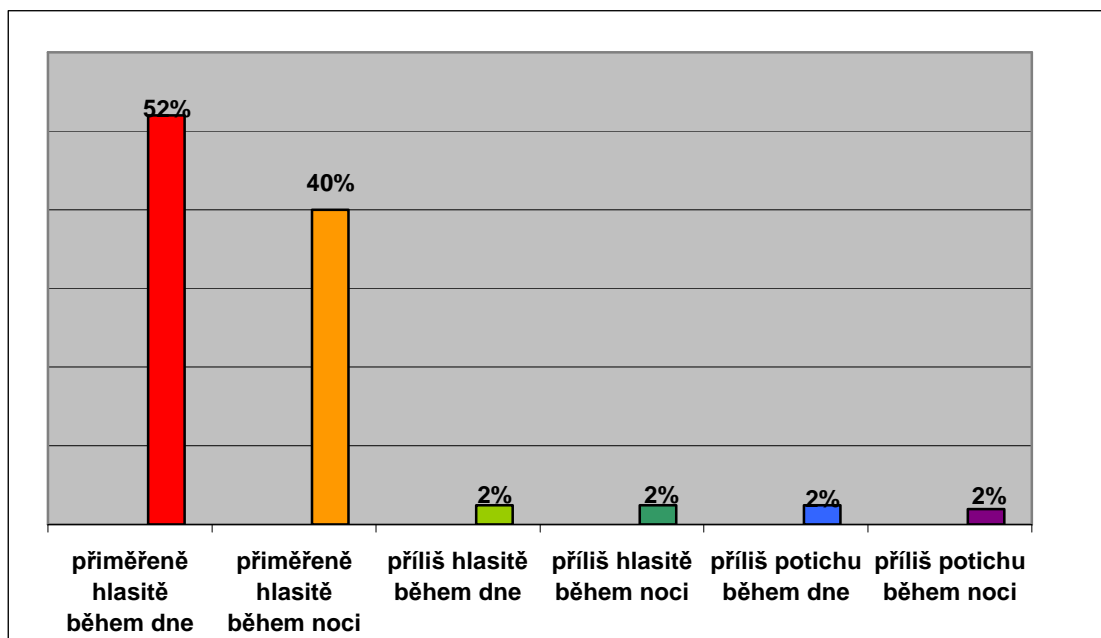
Graf informuje, jak respondenti hodnotí chování sester (verbální komunikaci); odpovědělo 96 (100%) respondentů; 19 (20%) uvedlo, že se sestry představí; 77 (80%) se nepředstaví; 92 (96%) správně oslovují; 4 (4%) nesprávně oslovují; 77 (80%) používají prosím, děkuji; 22 (23%) respondentů uvedlo, že sestry slova prosím a děkuji nepoužívají.

**Graf 30** Chování sester - neverbální komunikace ( otázka č. 15)



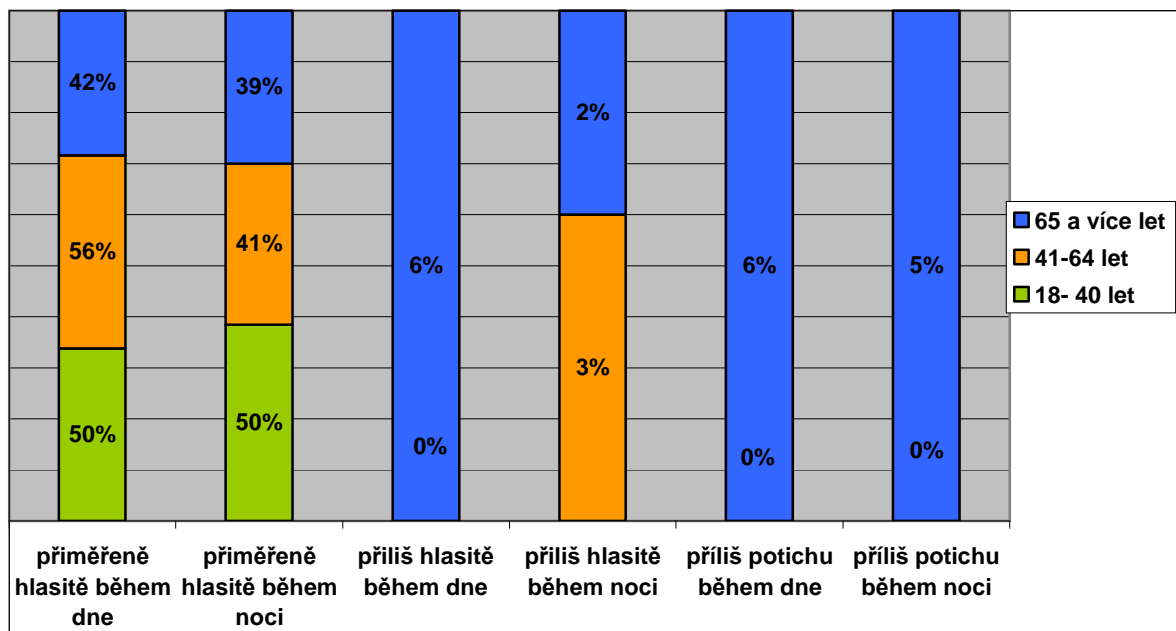
Graf informuje, jak respondenti hodnotí chování sester (neverbální komunikaci); odpovídalo 96 (100%) respondentů; 50 (52%) uvedlo, že sestry při uvítání/ rozloučení ruku podávají; 46 (48%) sestry ruku nepodávají; 93 (97%) sestry nežvýkají; 3 (3%) sestry žvýkají; 93 (97%) sestry nemají ruce v bok; 3 (3%) sestry mají ruce v bok; 93 (97%) sestry nemají ruce v kapsách; 5 (5%) mají ruce v kapsách; 91 (95%) respondentů uvedlo, že se na ně sestry při rozhovoru dívají; 5 (5%) sester se nedívají.

**Graf 31** Jak sestry mluví (otázka č. 16)



Graf informuje, jak se sestry mluví během dne a noci; bylo možno odpovědět na více možností. Celkem bylo 206 (100%) odpovědí; 106 (52%) respondentů zvolilo možnost, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během dne; 81 (40%) zvolilo, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během noci; 5 (2%) sestry mluví příliš hlasitě během dne; 5 (2%) sestry mluví příliš hlasitě během noci; 5 (2%) sestry mluví příliš potichu během dne; 4 (2%) sestry mluví příliš potichu během noci.

**Graf 32** Jak sestry mluví v závislosti na věku respondentů (otázka č. 16)

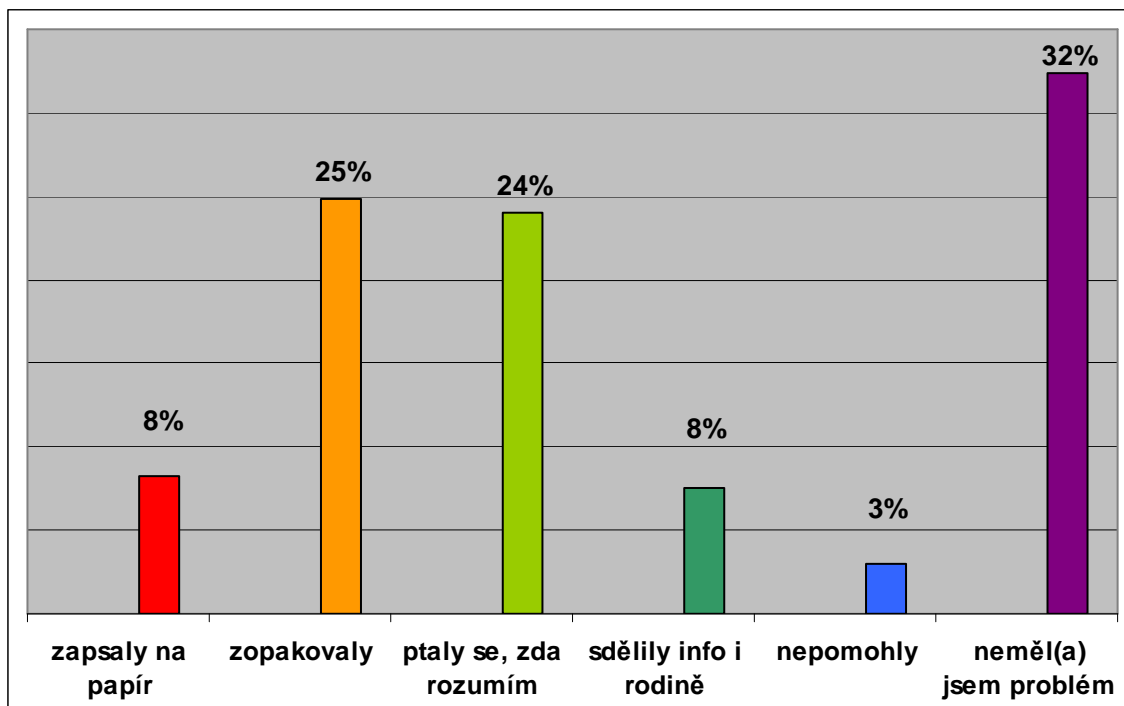


Ve věkovém rozmezí 65 a více let bylo 85 odpovědí (100%); 36 (42%) respondentů zvolilo možnost, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během dne; 33 (39%) zvolilo, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během noci; 5 (6%) sestry mluví příliš hlasitě během dne; 2 (2%) sestry mluví příliš hlasitě během noci; 5 (6%) sestry mluví příliš potichu během dne; 4 (5%) sestry mluví příliš potichu během noci.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let bylo celkem 95 (100%) odpovědí; 53 (56%) respondentů zvolilo možnost, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během dne; 39 (41%) zvolilo, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během noci; 0 (0%) sestry mluví příliš hlasitě během dne; 3 (3%) sestry mluví příliš hlasitě během noci; 0 (0%) sestry mluví příliš potichu během dne; 0 (0%) sestry mluví příliš potichu během noci.

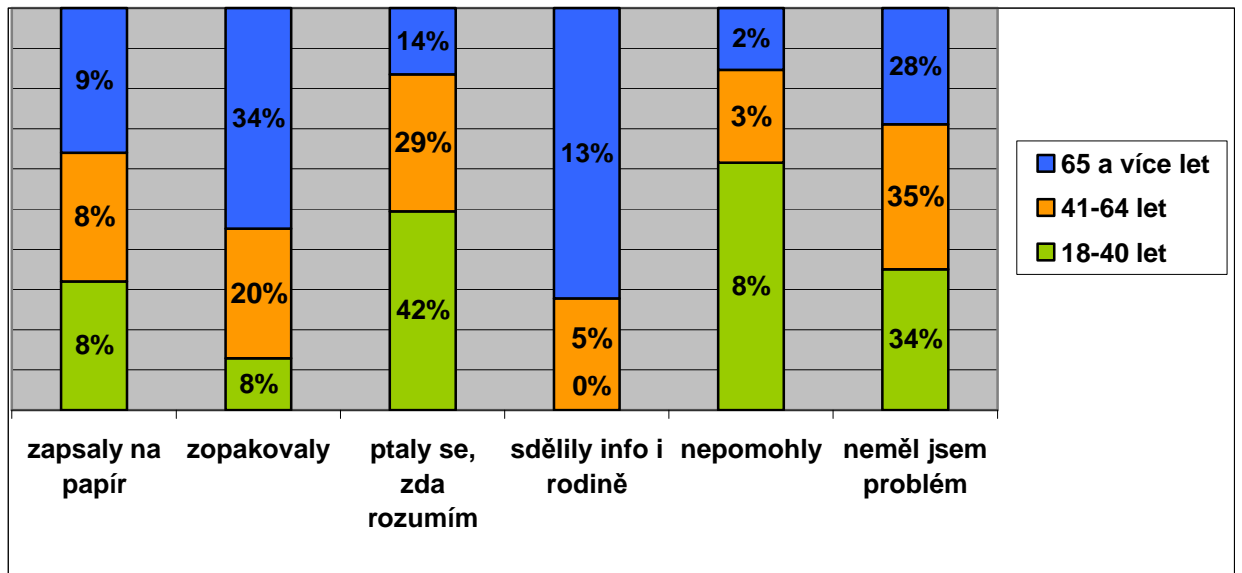
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let bylo 18 (100%) odpovědí; 9 (50%) respondentů zvolilo možnost, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během dne; 9 (50%) zvolilo, že sestry mluví přiměřeně hlasitě během noci; ostatní možnosti pacienti z této věkové kategorie nevyplnili.

**Graf 33** Pomoc sestry s informacemi (otázka č. 17)



Graf znázorňuje, jak pomáhají sestry pacientů, pokud od nich dostanou více informací. Respondenti měli možnost odpovědět na více možností; celkem bylo 133 (100%) odpovědí; 11 (8%) sester zapsalo informace pacientům na papír; 33 (25%) informace zopakovalo několikrát během dne; 32 (25%) se ptalo, zda pacient všemu rozumí; 10 (8%) sester sdělilo informace i rodině; 4 (3%) respondentů uvedlo, že jim sestry nepomohly; 43 (32%) respondentů nemělo problém se zapamatováním informací.

**Graf 34** Pomoc sestry s informacemi v závislosti na věku respondentů (otázka č. 17)

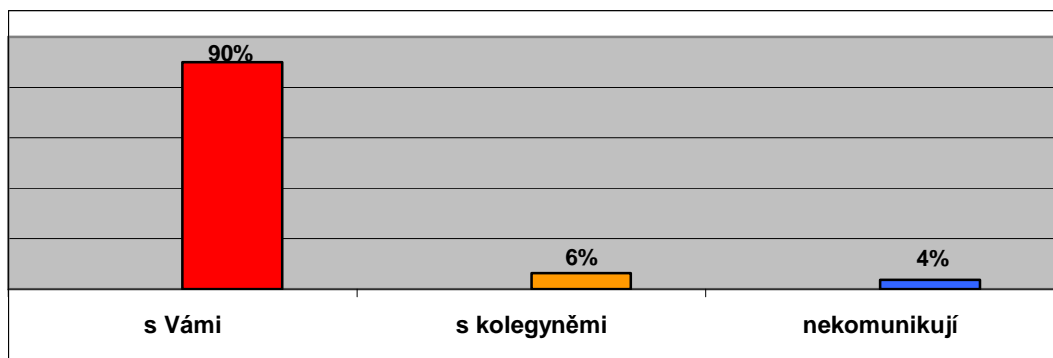


Ve věkovém rozmezí 65 a více let bylo 56 (100%) odpovědí; 5 (9%) sester zapsalo informace pacientům na papír; 19 (34%) informace zopakovalo několikrát během dne; 8 (14%) se ptalo, zda pacient všemu rozumí; 7 (13%) sester, sdělilo informace i rodině; 1 (2%) respondentů uvedlo, že jim sestry nepomohly; 16 (28%) respondentů nemělo se zapamatováním si informací problém.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let bylo celkem 65 (100%) odpovědí; 5 (8%) sester zapsalo informace pacientům na papír; 13 (20%) informace zopakovalo několikrát během dne; 19 (29%) se ptalo, zda pacient všemu rozumí; 3 (5%) sester, sdělilo informace i rodině; 2 (3%) respondentů uvedlo, že jim sestry nepomohly; 23 (35%) respondentů nemělo se zapamatováním si informací problém.

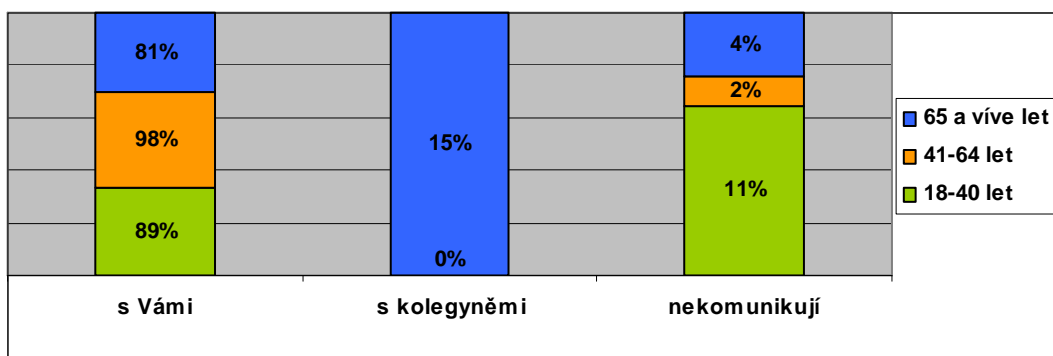
Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let bylo 12 (100%) odpovědí; 1 (8%) sester zapsalo informace pacientům na papír; 1 (8%) informace zopakovalo několikrát během dne; 5 (42%) se ptalo, zda pacient všemu rozumí; 0 (0%) sester, sdělilo informace i rodině; 1 (8%) respondentů uvedlo, že jim sestry nepomohly; 4 (34%) respondentů nemělo se zapamatováním si informací problém.

**Graf 35** S kým sestry komunikují (otázka č. 18)



Graf informuje, s kým sestry při ošetřování pacienta převážně komunikují. Odpovědělo celkem 110 (100%) pacientů; 99 (90%) respondentů uvádí, že sestry komunikují při ošetřování převážně s nimi; 7 (6%) s kolegyněmi; 4 (4%) uvedlo, že sestry nekomunikují.

**Graf 36** S kým sestry komunikují v závislosti na věku respondentů (otázka č.18)



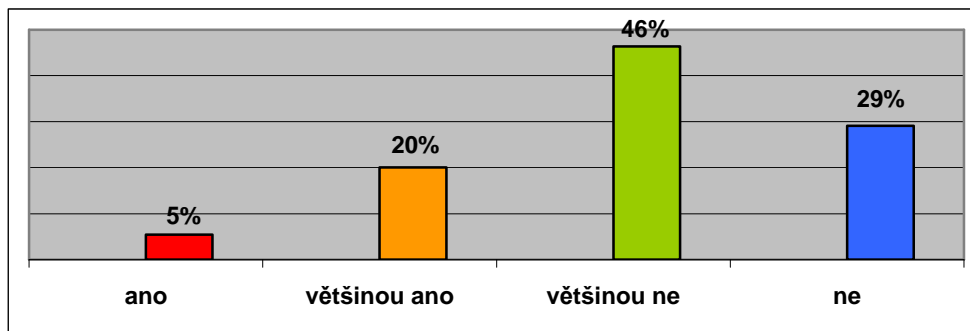
Ve věkovém rozmezí 65 a více let bylo celkem 48 (100%) odpovědí; 39 (81%) respondentů uvádí, že sestry komunikují při ošetřování převážně s nimi; 7 (15%) s kolegyněmi; 2 (4%) uvedli, že sestry nekomunikují.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let bylo celkem 53 (100%) odpovědí; 52 (98%) respondentů uvádí, že sestry komunikují při ošetřování převážně s nimi; 0 (0%) s kolegyněmi; 1 (2%) uvedlo, že sestry nekomunikují.

Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let bylo celkem 9 (100%) odpovědí; 8 (89%) respondentů uvádí, že sestry komunikují při ošetřování převážně s nimi; 0 (0%) s kolegyněmi; 1 (11%) uvedlo, že sestry nekomunikují.

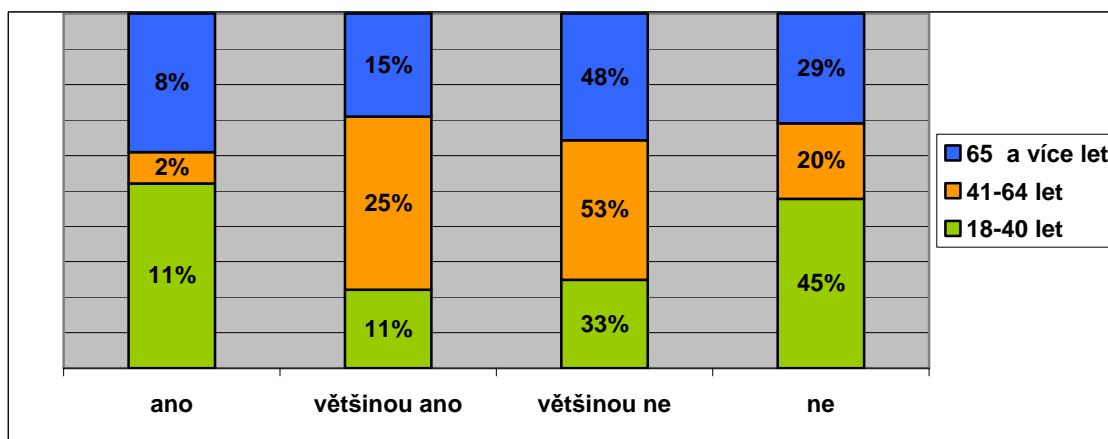


**Graf 37** Nesrozumitelné termíny (otázka č. 19)



Graf znázorňuje, zda sestry používají termíny, které jsou pro pacienty nesrozumitelné. Celkem odpovědělo 110 (100%) respondentů; 6 (5%) uvedlo ano; 21 (20%) většinou ano; 51 (46%) většinou ne; ne uvedlo 32 (29%) respondentů.

**Graf 38** Nesrozumitelné termíny v závislosti na věku respondentů (otázka č. 19)



Ve věkovém rozmezí 65 a více let bylo celkem 48 (100%) odpovědí; 4 (8%) respondentů uvedli ano; 7 (15%) většinou ano; 23 (48%) většinou ne; ne uvedlo 14 (29%) respondentů.

Ve věkovém rozmezí 41 – 64 let bylo celkem 53 (100%) odpovědí; 1 (2%) respondent uvedl ano; 13 (25%) většinou ano; 28 (53%) většinou ne; ne uvedlo 11 (20%) respondentů.

Ve věkovém rozmezí 18 – 40 let bylo celkem 9 (100%) odpovědí; 1 (11%) respondent uvedl ano; 1 (11%) většinou ano; 3 (33%) většinou ne; ne uvedli 4 (45%) respondenti.

#### 4. Diskuse

Tento výzkum si položil otázku, zda jsou pacienti spokojeni s komunikačními dovednostmi sestry (verbální a neverbální) a zda se tato spokojenost snižuje v závislosti se zvyšujícím se věku pacienta. Dotazník byl určen pro pacienty interních oddělení nemocnic Havlíčkův Brod a České Budějovice, který jsem jim osobně předala a vysvětlila instrukce. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků; 20 pacientů vyplnit dotazník odmítlo. Návratnost tedy byla 120 (85%) dotazníků. Ze zmíněných 120 dotazníků jsem nemusela žádný vyřadit, protože jsem vždy zkontrolovala, zda je vše v pořádku a na nejasnosti jsem se na místě zeptala. Pacientům, kteří nebyli schopni dotazník vyplnit samostatně, jsem pomáhala. První část dotazníku (otázky č. 1; 2; 3; 4) je zaměřena na zjištění identifikační údajů respondentů. Z celkového počtu dotazovaných pacientů byli ženy zastoupeny v 55%, muži v 45%. Z výsledků v úvodní části dotazníku je patrný vyšší věk pacientů. To je dáno tím, že dotazníky byly rozdány na interních odděleních, kde je věková struktura pacientů vyšší. Ve věkovém rozmezí 18 - 40 let bylo 8% dotazovaných pacientů, ve věkovém rozmezí 41- 64 let bylo 48% dotazovaných a ve věkovém rozmezí 65 a více let bylo 44% dotazovaných pacientů. Přičemž věkové rozmezí 65 a více let by bylo zastoupeno určitě více, ale někteří respondenti nebyli schopni odpovědět.

Druhá část dotazníku obsahuje dvě otázky (otázka č. 5. a 6.) použité z práce „Bariéry v komunikaci mezi sestrou a pacientem“ Ivy Baštýřové (1). Pacienti se v první otázce vyjadřují k tomu, zda jsou spokojeni s tím, jak s nimi sestry komunikují (otázka č. 5). Ve výsledcích Ivy Baštýřové se vyjádřilo 84% respondentů, že jsou s komunikací sester spokojeni; u mého výzkumu to bylo 70% spokojených respondentů (rozdíl tedy činí 14%). Domnívám se, že tento rozdíl může spočívat v tom, že Iva Baštýřová dotazníky nerozdávala osobně, z čehož usuzuji, že u mého výzkumu měli pacienti větší důvěru a prostor rozprávět se o nedostacích a proto byli spokojeni s komunikací sester méně. Největší procento spokojených pacientů u mého výzkumu bylo ve věkové skupině 65 a více let (75%), což jsem nepředpokládala. Při vyplňování dotazníků

s pacienty, který by se v některých případech dal spíše nazvat jako rozhovor, jsem mnohdy měla pocit, že neodpovídají pravdivě a bojí se, že budou nějakým způsobem poškozeni. Proto pro další výzkum navrhuji jako lepší variantu výzkumný soubor lidí, kteří v nemocnici hospitalizováni nejsou, ale mají s hospitalizací osobní zkušenost. V následující otázce (otázka č. 6) se měli pacienti vyjádřit ke konkrétním bariérám v komunikaci se sestrou. Vzhledem k velkému počtu spokojených pacientů odpovídalo jen 30% pacientů, na rozdíl od Ivy Baštýřové, kde odpovídalo pouze 16% pacientů. Někteří pacienti se vyjadřovali k více možnostem; varianta odpovědi „sestra nemá čas se mnou komunikovat“ byla nejfrekventovanější odpovědí jak v mém výzkumu, tak i u Ivy Baštýřové. Toto potvrzuje i Hanzlíková (4). Oproti tomu Špirudová (21) uvádí, že na odděleních, kde jsou sestry zaneprázdněné, je pro komunikaci největší prostor. Sestry, které pociťují časovou tíseň, jsou se svými pacienty sice krátce, ale účelově. Ve variantě odpovědi mohli pacienti ještě zaznamenat, proč sestra nemá čas; nejčastěji byla uvedena odpověď, že „sestra má mnoho jiných pacientů“, což je na interních odděleních zpravidla běžné. Zajímavě vyšla varianta odpovědi „sestru obtěžují“; čím starší pacient, tím byla tato varianta uváděna vícekrát. Staří lidé se hodně bojí, aby nebyli nikomu na obtíž. To může být, jak uvádí Kalvach (9), důsledkem typických agistických projevů dnešní společnosti vůči starým lidem.

Pro lepší přehlednost diskuse budou další výzkumné otázky probrány v pořadí, v jakém se vztahují k jednotlivým hypotézám. Nejdříve budou vyhodnoceny otázky vztahující se k verbální komunikaci, poté otázky zaměřené na zjišťování spokojenosti s komunikací neverbální a nakonec budou probrány otázky zjišťující souvislost mezi věkem pacienta a jeho spokojeností s komunikací sester obecně-viz. hypotéza č. 3.

Hypotéza č. 1 předpokládala spokojenost pacientů s verbální komunikací sestry. K této hypotéze se vztahují výzkumné otázky č. 15, 16, 17, 18 a 19. (viz. příloha č. 1-Vzor dotazníku)

Otázka č. 15 se k verbální komunikaci vztahuje ve svých prvních třech možnostech odpovědí; na možnost „sestry se nepředstavují“ odpovědělo kladně 80% respondentů; „sestry mě neslovují, jak bych si přál“ kladně 4% a na možnost „sestry

nepoužívají slova: prosím, děkuji“ odpovědělo kladně 23% pacientů. Ve dvou možnostech ze tří, jsou pacienti s verbální komunikací sestry spokojeni. Výsledky u této otázky tedy potvrzují hypotézu č.1.

Otázka č. 16 zjišťovala, zda pacienti hodnotí řečový projev sestry jako přiměřeně hlasitý. Kladnou odpověď představovaly první dvě varianty v možnostech odpovědí (přiměřeně hlasitě během dne; přiměřeně hlasitě během noci). Tyto kladné varianty pacienti udávali v 92%, což potvrzuje hypotézu č. 1

Otázka č. 17 zjišťuje, zda sestry (a jakým způsobem) pacientům pomohou, pokud od nich dostanou více informací, které si nestačí zapamatovat. Bylo možno vybrat více možností. Nejfrekventovanější uváděnou odpovědí (32%) bylo, že pacienti se zapamatováním informací problém nemají. Je zajímavé, že takto odpověděli respondenti téměř shodně ve všech věkových kategoriích. Jak uvádí Honzák (6), průměrně inteligentní pacient odchází z nemocničního zařízení s tím, že třetinu podstatných informací nestačil zaznamenat, zapamatovat si, protože je v situaci tísně, stresu, anebo prostě proto, že informacím nepochopil a je mu trapné se zeptat. Pouze 3% respondentů odpověděli, že se od sestry nedočkali vůbec žádné pomoci, 32% pacientů uvádí, že pomoc sestry se zapamatováním informací nepotřebovali a v 65% se pacienti pomoci od sestry dočkali. Tyto výsledky potvrzují hypotézu č. 1.

Otázka č. 18 se ptá, s kým sestry při ošetřování pacienta převážně komunikují; 90% respondentů uvedlo, že sestry převážně komunikují s nimi, což potvrzuje hypotézu č. 1.

Ve výsledcích otázky č. 19 je znázorněno, zda sestry používají výrazy (termíny), které jsou pro pacienty nesrozumitelné. Pouze čtvrtina respondentů (25%) uvádí, že sestry při komunikaci používají nesrozumitelné výrazy. Tyto odpovědi potvrzují hypotézu č. 1.

Z pěti výzkumných otázek (15, 16, 17, 18 a 19), které zjišťovaly spokojenost pacientů s verbální komunikací sestry, se hypotéza potvrdila ve všech pěti případech.

Hypotéza č. 2 předpokládala nespokojenost s neverbální komunikací sestry. K této hypotéze se vztahují otázky č 7, 8, 9, 14 a 15. Otázky č. 10, 11, 12 a 13 jsou zařazeny pro možnou diskusi, konkrétně otázka č. 10 a 11 se vztahuje k otázce č. 9.

V otázce č. 7 jsem zjišťovala, zda sestry při kontaktu s pacienty používají úsměv. 95% dotázaných respondentů uvádí, že sestra při komunikaci úsměv používá. Hanzlíková (4) uvádí, že sestry s vysokou úrovní empatie používaly úsměv v situacích, kde byl důležitý. Bylo by velmi zajímavé zaměřit výzkum na zjištění situací, ve kterých nejčastěji sestry úsměv používají a zda tento úsměv nezakrývá, jak uvádí Hanzlíková(4), nejistotu a strach a není používán v nevhodnou chvíli. Vhodnou metodou pro tento projekt by podle mého názoru byla metoda pozorování. Odpovědi na tuto otázku nepotvrzují hypotézu č. 2.

V otázce č. 8 jsem zjišťovala, zda pacienti měli někdy pocit, že je jim sestra fyzicky blíže, než je jim příjemné; zkráceně řečeno – zda měli pocit, že jim sestra vstupuje do jejich osobní zóny; 80% respondentů uvedlo, že takový pocit neměli, což nepotvrzuje hypotézu č. 2. Myslím si, že dodržování osobní zóny je velice důležité. Podle mých zkušeností někteří lidé (byť jich je menšina) nemají ve zvyku osobní zónu dodržovat téměř vůbec. Pokud bude takový člověk ošetřovat pacienta, pro kterého naopak bude tato zóna velice důležitá, může být pro takového pacienta pobyt v nemocnici velice stresující záležitostí.

Otázka č. 9 se ptá, zda se pacientům stalo, že by je sestra přátelsky pohladila; negativně odpovědělo celkem 62% dotazovaných. Špirudová (21) uvádí, že jediným dotekem může sestra sdělit mnohem více než slovy. Pokud si uvědomíme jak je pohlazení důležité, je podle mého názoru tento výsledek velmi špatný. Otázka č. 11 se ptá na přání být pohlazen. V tomto případě kladně odpovědělo 50% všech pacientů. Pokud srovnáme odpovědi na otázku č. 9 a 11. zjistíme, že 12% pacientů touží po pohlazení, kterého se ale v době výzkumu nedočkali. To je podle mého názoru dosti vysoký počet. Pokud se podíváme na výsledky otázky č. 10 ( na kterou odpovídal pouze ten, kdo na otázku č. 9 odpověděl kladně), zjistíme, že toto pohlazení bylo příjemné v 96%. U otázky č. 9 se hypotéza č. 2 potvrdila.

Otázka č. 12 a 13 zjišťovala, zda pacienti považují úpravu zevnějšku sestry za důležitou a co je pro ně důležité konkrétně. Bylo velmi zajímavé, že u všech třech věkových skupin se respondenti shodli na tom, že důležitější jsou upravené nehty sestry, než přiměřené nalíčení.

U otázky č. 14 pouze 21% pacientů uvádí, že sestra na dveře před vstupem do pokoje zaklepe vždy. Domnívám se, že těžko najdeme člověka, který bude rád, že mu druhá osoba bez vyzvání vejde do pokoje. Hypotéza č. 2 se v tomto případě potvrdila.

Otázka č. 15 zjišťuje neverbální komunikaci sester v 5 možnostech ( za d až za h). Možnost „sestra nepodá na uvítanou nebo rozloučenou ruku“, uvedlo 48% pacientů; 3% pacientů uvedlo, že „sestry při rozhovoru žvýkají“; 3% uvedlo „že mají ruce v bok“; 5% „ruce v kapsách“ a 5% pacientů uvedlo „že se na ně sestra nedívá“. Ve všech pěti variantách jsou tedy pacienti s neverbální komunikací sestry spokojeni. Hypotéza č. 2 se u otázky č. 15 tedy nepotvrdila. Z pěti možností odpovědí se hypotéza č. 2 nepotvrdila u tří z nich. Hypotéza č. 2 se u otázky č. 15 nepotvrdila.

Po vyhodnocení všech 5 otázek (7, 8, 9, 14 a 15) vztahujících se k neverbální komunikaci můžeme říci, že se hypotéza č. 2 nepotvrdila.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že se zvyšujícím se věkem pacienta bude klesat jeho spokojenost s komunikačními dovednostmi sestry. K této hypotéze se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 18 a 19, tedy otázky na verbální a neverbální komunikaci dohromady. V tomto případě ale budou sledovány odpovědi jednotlivých definovaných věkových skupin zvlášť. Hypotéza bude potvrzena v tom případě, jestliže u nadpoloviční většiny otázek bude spokojenost pacientů s rostoucím věkem zároveň klesat. Výsledky u každé jednotlivé otázky ukazují grafy, které znázorňují spokojenost pacientů v jednotlivých věkových kategoriích.

Otázka č. 7 - 78% dotázaných v nejmladší věkové skupině odpovědělo, že sestra při komunikaci používá úsměv, naproti nejstarší věkové skupině, kde kladně odpovědělo 93%. Nejstarší věková skupina v tomto případě hodnotí sestru pozitivněji, hypotéza se tedy nepotvrdila.

Otázka č. 8 - zde jsem zjišťovala, zda pacienti mají někdy pocit, že je jim sestra fyzicky blíže, než je jim příjemné. V nejmladší věkové skupině odpovědělo ne 89%; ve střední věkové skupině 81% a v nejstarší věkové skupině 77%. Dle vlastní zkušenosti, kterou mám z praxí v nemocnici vím, že starší pacienti častěji udržují větší vzdálenost mezi sebou a ostatními lidmi. Hypotéza č. 3 se v tomto případě potvrdila.

Otázka č. 9 se ptá, zda se pacientům stalo, že by je sestra přátelsky pohladila. Nejmladší věková skupina byla pohlazena ve 44%, střední věková skupina ve 40% a nejstarší věková skupina pouze v 35%. Souhlasím s Beranem (2), který uvádí že pro staré, opuštěné a těžce nemocné je tento prostý úkon účinnější než slovo. Hypotéza se potvrdila.

Otázka č. 14- Nejmladší věková skupina uvedla v 11%, že sestry klepou vždy před vstupem do pokoje, naproti tomu v nejstarší věkové skupině to bylo 25%. Nutno ale podotknout, že výsledek u této otázky může být ovlivněn fyziologickými involučními změnami sluchu starších pacientů. Starší pacienti, vědomi si svých horších sluchových možností, raději předpokládají, že sestra klepe, ač to, jak podle mých zkušeností, tak podle odpovědí v nejmladší věkové skupině, nemusí být zcela pravda. Hypotéza č. 3 se v tomto případě nepotvrdila.

Otázka č. 15 zjišťuje jak verbální tak i neverbální komunikaci. Hypotéza u této otázky se potvrdila pouze u varianty odpovědi b (sestry mě nesprávně oslovují) a u varianty d (sestry mi nepodávají na uvítanou a rozloučenou ruku), (viz Graf 28). Hypotéza se potvrdila pouze ve 2 možnostech odpovědí z osmi, tedy celkově u této otázky se hypotéza nepotvrdila.

V otázce č. 16 zjišťuji, zda sestry s pacienty mluví přiměřeně hlasitě. Kladně odpovědělo 100% pacientů v nejmladší věkové skupině, 97% v střední věkové skupině a 81% v nejstarší věkové skupině. Při rozhovorech pacienti často uváděli, že chyba je u nich, protože mají špatný sluch a sestra za nic nemůže. Z těchto názorů je patrné, že pacienti se často cítí v podřadné roli vůči sestře a ani si neuvědomují, že je povinností sestry se v mnoha věcech pacientovi přizpůsobit. Dle svých zkušeností také vím, že sestry mnohdy zvyšují na starší lidi hlas zbytečně. Hypotéza se u této otázky potvrdila.

Otázka č. 17 zjišťuje, zda sestry (a jakým způsobem) pacientům pomohou, pokud od nich dostanou více informací, které si nestačí zapamatovat. Z výsledků vyplývá, že čím starší pacient, tím více bylo odpovědí na variantu „sestry mi informace zopakovaly několikrát během dne“. Tento výsledek mě nepřekvapil, starší pacienti potřebují informace častěji opakovat. Naopak čím mladší pacient, tím více se sestry ptaly, zda rozumí všemu, co mu sdělily, což nepovažuji za správné a souhlasím s Kalvachem (9), který uvádí že, staří pacienti mají zhoršenou vstřípivost a potřebují ve srovnání s mladými k zapamatování stejného objemu informací větší počet opakování. Čím starší pacient, tím sestry víc sdělovaly informace i rodině. Domnívám se, že mladší pacienti mají v dnešní době možnost sehnat více informací než starší, kteří se mnohdy v naší přetechnizované době jen málo vyznají. Mladší pacienti uváděli častěji, že jim sestry s informacemi nepomohli, než starší pacienti. Hypotéza se tedy potvrdila jen v možnosti c) „sestry se ptaly, zda všemu rozumím“; tedy celkově u této otázky se hypotéza nepotvrdila (viz Graf č. 34)

Otázka č. 18 se ptá, s kým sestry při ošetřování pacienta převážně komunikují; možnost za a) „s Vámi“ uvedlo 89% respondentů v nejmladší věkové skupině; 98% ve střední věkové skupině; 81% v nejstarší věkové skupině. Ve věkovém rozmezí 65 a více let respondenti uvedli v 15%, že sestry převážně komunikují se svými kolegyněmi. Kopřiva (10) v literatuře píše, že „odepsaní“ pacienti bývají často nepovšimnuti, to je utvrzuje v tom, že je nikdo nemá rád, že jsou „nepotřební“. Ve věkovém rozmezí 18 - 40 let uvedlo (11%) respondentů, že sestry při ošetřování s nimi vůbec nekomunikují. Hypotéza se mi zde nepotvrdila.

Ve výsledcích otázky č. 19 je znázorněno, zda sestry používají výrazy (termíny), které jsou pro pacienty nesrozumitelné; kladně odpovědělo 22% v nejmladší věkové skupině; 27% ve střední a 23% v nejstarší věkové skupině. Hypotéza se v této otázce nepotvrdila.

Z devíti výzkumných otázek se hypotéza č. 3 nepotvrdila u šesti z nich. Hypotézu č. 3 tedy zamítám.



## 6. Závěr

V bakalářské práci jsem si stanovila tyto tři hypotézy:

Hypotéza č. 1 „*Pacienti jsou s verbální komunikací sestry spokojeni*“ se potvrdila.

Hypotéza č. 2 „*Pacienti jsou s neverbální komunikací sestry nespokojeni*“ se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3 „*Se zvyšujícím se věkem pacienta klesá spokojenost s komunikačními dovednostmi sestry*“ se nepotvrdila.

Cíle bakalářské práce byly splněny. Byla zjištěna spokojenost pacientů s komunikačními dovednostmi sester. Souvislost mezi klesající spokojeností pacienta s komunikačními dovednostmi sestry ve vztahu k jeho zvyšujícímu se věku byla zjištěna u otázky č. 8, 9 a 16.

Jsem ráda, že jsem si vybrala toto téma své práce, protože jsem se dozvěděla zajímavé věci o komunikaci. Komunikace je totiž velice důležitá a neměla by být v péči o pacienta opomíjena. Vždyť i slovo může léčit. Člověk je přece holistická bytost, a ne jen soubor diagnóz.. Problematika spokojenosti pacienta s komunikačními dovednostmi sestry je v současné době aktuální téma, proto by jí měla být věnována větší pozornost. Z vyhodnocených výsledků tedy vyplývá, že jsou pacienti na interních odděleních s komunikačními dovednostmi sestry celkově spokojeni. Jsem mile překvapena, že se hypotéza č. 2 nepotvrdila. Svědčí to o posunu ošetrovatelské péče. Nonverbální zprávy jsou často významnější než slova, která nemají vždy takovou váhu. Ale přece jen je stále co zlepšovat. Komunikace znamená celoživotní proces učení se.

Výsledky práce budou poskytnuty managementu interních oddělení, kde byl výzkum prováděn. A mohou sloužit také jako výukový materiál.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Baštýřová, Iva. *Bariéry v komunikaci mezi sestrou a pacientem*. České Budějovice, 2005. Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 58 s. Valérie Tóthová. ZS-DP-1380
2. Beran, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3
3. DeVito, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8
4. Hanzlíková, Alžběta a kol. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8
5. Haškovcová, Helena. *České ošetrovatelství 10 - Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-407-0
6. Honzák, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0
7. Ivanová, Kateřina. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
8. Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

9. Kalvach, Z. Onderová, A. *Stáří, pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Florenc-příloha periodiky*. Praha: Galén, 2006. roč. 2, č. 11. 42 s. ISBN 80-7262-455-5
10. Kopřiva, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly ze sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X
11. Kristová, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovaťelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3
12. Křivohlavý, Jaro. *Já a Ty, o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 256 s.
13. Křivohlavý, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X
14. *Lemon 2-soubor učebních textů pro sestry, porodní asistentky a další zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8
15. Linhartová, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-6
16. Mikuláščík, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4
17. Müllerová, Stanislava. *Komunikační dovednosti, studijní texty pro distanční studium*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 2000. 109 s. ISBN 80-7083-457-7

18. Nakonečný, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0
19. O' Conner, Margaret. Aranda, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
20. Plaňava, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací, Přístupy-dovednosti-postupy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2
21. Špirudová, L. Tomanová, D. *Multikulturní ošetřovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X
22. Trpišovská, Dobromila a kol. *Kapitoly se sociální psychologie*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2000. 126 s. ISBN 80-7044-304-9
23. Venglářová, Martina. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
24. Vlček, Václav. *Psychologie pro doteková povolání*. 1. vyd. Olomouc: Poznání, 2003. 126 s. ISBN 80-86606-12-0
25. Vorlíček, J. Abrahámová, J. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6
26. Vybíral, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2
27. Workman, Barbara. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X

## **8. Klíčová slova**

empatie

komunikace

komunikační dovednost

pacient

## **9. Přílohy**

### 9.1 Příloha č. 1 – Vzor dotazníku

## Příloha č. 1 – Vzor dotazníku

Vážené pacientky a pacienti.

V tomto roce končím studium na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník slouží ke zjištění dat pro mou bakalářskou práci na téma *Komunikační dovednost sestry z pohledu pacienta*. Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze ke statistickému zpracování dat.

Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, popřípadě čitelně doplňte. Pokud Vás budou zajímat výsledky tohoto šetření, napište mi na emailovou adresu: [janikja@centrum.cz](mailto:janikja@centrum.cz)

Děkuji za Váš čas a trpělivost  
Jana Holendová

Úvodem Vám nastíním, co je komunikace:

Slovo komunikace znamená vzájemnou výměnu informací mezi lidmi. Komunikujeme vždy, když se s někým setkáme. I mlčení je druh komunikace.

1. Jakého jste pohlaví: a) žena  
b) muž
2. Uveďte prosím svůj věk: a) 18- 40 b) 41-64 c) 65 a více let
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání: a) základní b) vyučen(a) c) středoškolské d) vyšší odborné  
e) vysokoškolské
4. Jste hospitalizován(a): a) poprvé b) opakovaně
5. Jste spokojen(a) s tím, jak s Vámi komunikují sestry?  
a) ano b) ne c) někdy

**Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) za ANO, pokračujte otázkou číslo 7.**

6. Co si myslíte, že brání sestře komunikovat s Vámi? (možno zakroužkovat více možností)
  - a) sestra nemá čas se mnou komunikovat protože:
    - má dost jiné práce
    - má mnoho pacientů
    - je jich na oddělení málo
    - věnuje se kolegyním
    - pije kávu
    - jiné (doplňte).....
  - b) sestra nemá zájem se mnou komunikovat
  - c) vyhýbá se komunikaci se mnou
  - d) má strach z komunikace, aby neublížila
  - e) neumí správně reagovat při rozhovoru
  - f) komunikace je pro ni unavující, mám pocit, že ji obtěžuji
  - g) nemá dostatek trpělivosti
  - h) neumí se vcítit do pacienta
  - i) jiné

7. Používají sestry při kontaktu s Vámi úsměv?  
a) ano, vždy      b) spíše ano      c) spíše ne      d) ne
8. Měl(a) jste někdy pocit, že jsou k Vám sestry fyzicky blíže, než je Vám příjemné (mimo situace, kde je to nezbytně nutné např. při stlání, mytí, ošetřování apod.)?  
a) ano, vždy      b) často      c) občas      d) ne
9. Stalo se Vám, že by Vás sestry přátelsky pohládily?  
a) ano  
b) ne

**Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) za b) NE, pokračujte otázkou číslo 11.**

10. Bylo Vám pohlazení příjemné?  
a) ano, vždy      b) spíše ano      c) spíše ne      d) ne
11. Chtěl(a) byste, aby Vás sestry někdy přátelsky pohládily?  
a) ano      b) ne      c) nestojím o to
12. Považujete úpravu zevnějšku sestry za důležitou?  
a) ano      b) ne

**Pokud jste v předešlé otázce odpověděl(a) za b) NE, pokračujte otázkou číslo 14.**

13. Co je pro Vás u sestry důležité? ( možno zakroužkovat více odpovědí)  
a) čistá uniforma  
b) přiměřené nalíčení  
c) upravené nehty (krátké, nenalakované)  
d) jiné (doplňte).....
14. Zaklepou sestry před vstupem do pokoje?  
a) ano, vždy      b) někdy      c) ne
15. Setkal(a) jste se s následujícím chováním sester? (možno zakroužkovat více možností)  
a) sestry se nepředstaví  
b) sestry mě neoslovují, jak bych si přál ( např. oslovují mě dědo, babi,...)  
c) sestry nepoužívají slova jako: prosím, děkuji  
d) sestry mi nepodají na uvítanou/ rozloučenou ruku  
e) sestry během rozhovoru se mnou žvýkají  
f) sestry mají ruce v bok  
g) sestry mají ruce v kapsách  
h) sestry se na mě při rozhovoru nedívají  
i) sestry.. (doplňte).....



16. Jak s Vámi sestry mluví? ( možno zakroužkovat více možností)

- a) přiměřeně hlasitě během dne
- b) přiměřeně hlasitě během noci
- c) příliš hlasitě během dne
- d) příliš hlasitě během noci
- e) příliš potichu během dne
- f) příliš potichu během noci

17. Pokud jste od sestry dostal(a) více informací najednou, které jste si nestačil(a) zapamatovat, sestry: (možno zakroužkovat více možností)

- a) zapsaly informace na papír
- b) informace zopakovaly několikrát během dne
- c) ptaly se, zda všemu rozumíte
- d) sdělily informace i rodině
- e) mi nepomohly
- f) neměl(a) jsem problém se zapamatováním informací

18. Při ošetřování Vaší osoby komunikují sestry převážně:

- a) s Vámi
- b) s jinými pacienty
- c) s kolegyněmi
- d) nekomunikují

19. Používají sestry výrazy (termíny), které jsou Vám **nesrozumitelné?**

- a) ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) ne

**Děkuji za vyplnění dotazníku.**

**Pokud máte nějaké připomínky, zážitky nebo chcete-li ještě něco sdělit**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis: