



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Komunikace sestry s dezorientovaným pacientem

Vypracovala: Pavlína Macháčková
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová
České Budějovice 2015

Abstrakt

Teoretická východiska

Komunikaci řadíme mezi základní lidskou potřebu, díky komunikaci se lidé mezi sebou dorozumívají a předávají si informace. Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči nelze, bez profesionálního přístupu sestry ke klientovi a hlavně bez komunikace.

Sestra se ve své ošetrovatelské praxi stále častěji setkává s dezorientovanými klienty a tím jsou na ni kladeny specifické požadavky. Dezorientace je častým příznakem poúrazových a pooperačních stavů či nemocí.

Dezorientovaný klient vyžaduje zvýšené nároky v oblasti komunikace, profesionální přístup a komunikace sestry snižují riziko se základním onemocněním. Správně vedeným rozhovorem má sestra možnost získat informace od dezorientovaného klienta a pozitivně ho ovlivnit, případně ho edukovat, motivovat anebo přesvědčit ke spolupráci. Toto vše se pak odráží v kvalitě vzájemného vztahu mezi sestrou a dezorientovaným klientem.

Cíle práce

Cílem práce bylo zjistit specifika komunikace sestry s dezorientovanými klienty. Byly zvoleny tyto výzkumné otázky: Jaké překážky spatřují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem? Jaké zásady dodržují sestry v komunikaci s dezorientovaným pacientem? V čem se liší komunikace sestry s dezorientovaným klientem od komunikace s orientovaným klientem?

Použitá metodika

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 11 základních otázek. Výzkumný soubor tvořilo 8 respondentů – všeobecné sestry z interního oddělení Domažlické nemocnice, a.s. Věkové rozmezí respondentů bylo od 24 do 36let. Rozhovory jsou anonymní a probíhaly se souhlasem respondentů. Jednotlivé rozhovory byly písemně

přepsány a poté analyzovány. Výsledky pak byly následně rozděleny do kategorií a podkategorií.

Výsledky

Z analýzy rozhovorů vzniklo celkem 5 kategorií: zásady komunikace s dezorientovaným K/P, překážky v komunikaci s dezorientovaným K/P, chyby sester při komunikaci s dezorientovaným K/P, překážky v komunikaci s orientovaným K/P, odlišnost komunikace s dezorientovaným K/P. Jednotlivé kategorie jsou rozpracovány do schémat pro lepší přehlednost.

Z výsledků je patrné, že na výzkumné otázky byly zjištěny potřebné odpovědi a došlo tak ke splnění předem stanoveného cíle. Respondenti uvedli specifika komunikace sestry s dezorientovaným klientem. Výzkumné šetření poukázalo na to, že sestry při komunikaci nepoužívají haptiku. Dále byly odhaleny překážky v komunikaci s orientovaným klientem.

Závěr

Z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry velmi zajímá otázka komunikace s dezorientovanými klienty. Z osobních setkání a rozhovorů se sestrami je však zřejmé, že pohled na komunikaci s dezorientovanými klienty je také velmi ovlivněn charakterovými vlastnostmi a postoji všeobecných sester. Výsledky práce mohou sloužit především sestrám pracujícím s dezorientovanými klienty, pro které mohou být vodítkem pro efektivní zvládnutí komunikace s těmito klienty. Výsledky mohou posloužit pro další výzkum.

Klíčová slova: Komunikace, dezorientace, sestra, ošetřovatelství

Abstract

Theoretical basis

Communication belongs to basic human needs. Thanks to the communication people are able to give information and communicate with each other. It is not possible to provide a good nursing care without a professional nurse attitude to a client and without communication.

A nurse meets disoriented clients in her nursing practice very often and so she has to solve specific requirements. Disorientation is a frequent sign of post-traumatic and postoperative conditions or diseases.

A disoriented client requires increased demands in the area of communication and professional attitude. Nurse communication also decreases the risk of a fundamental disease. A nurse can hold a good conversation and get some information from a disoriented client. She can influence him/her in a positive way, she can motivate or she can persuade the client to cooperate. All this is reflected in the quality of a relationship between a nurse and a disoriented client.

The aim of my work

The aim of my work was to find out some specifics of nurse communication with a disoriented client. These research questions were used: What obstacles do nurses see in the communication with a disoriented client? What principles do nurses keep in communication with a disoriented client? What is the difference between a nurse communication with a disoriented client and communication with an oriented client?

Used methods

I chose a qualitative method for this research survey. Then I used a semi-structured interview with 11 basic questions. In this research 8 respondents were at the age from 24 to 36 years. Interviews were anonymous and respondents agreed with them. Later all interviews were analysed and their results were divided into some categories and subcategories.

Results

I created 5 categories from the analysis of all interviews: principles of communication with a disoriented client/patient, obstacles in communication with a disoriented client/patient, nurse's mistakes in communication with a disoriented client/patient, obstacles in communication with an oriented client/ patient, difference of communication with a disoriented client/ patient. Individual categories are elaborated in some diagrams for better clarity.

The results show that necessary answers were found out to research questions and so the set target was fulfilled. Respondents mentioned some specifics of nurse communication with a disoriented client. This research survey pointed out the fact nurses do not use haptics in communication. Next the survey revealed some obstacles in communication with a disoriented client.

Conclusion

The research shows that general nurses are very interested in the question of communication with disoriented clients. From my personal meetings and interviews with nurses it is obvious that this topic- communication with disoriented clients- is very influenced by personal attitudes and characteristic of general nurses. Results of my work can help nurses working mainly with disoriented clients. These results can be a guideline how to effectively handle the communication with these clients and they can help in a further research.

Key words: communication, disorientation, a nurse, nursing care

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2015

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Chloubové za odborné, trpělivé vedení a za cenné rady. Všem respondentům děkuji za ochotu při poskytnutí rozhovoru.

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Komunikace.....	12
1.1.1 Komunikace jako proces.....	13
1.1.2 Funkce komunikace.....	15
1.1.3 Motivace ke komunikaci.....	15
1.2 Formy komunikace.....	16
1.2.1 Verbální komunikace.....	17
1.2.2 Neverbální komunikace.....	19
1.2.3 Komunikační bariéry.....	21
1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči.....	22
1.3.1 Komunikace v ošetrovatelském procesu.....	24
1.3.2 Komunikační zručnosti sestry.....	25
1.3.3 Osobní dovednosti sestry v komunikaci.....	26
1.4 Orientace.....	27
1.4.1 Dezorientace.....	28
1.4.2 Zmatenost.....	30
1.4.3 Delirium.....	31
1.4.3.1 Predelirantní syndrom.....	32
1.4.3.2 Dehydratace jako příčina deliria.....	33
1.4.4 Poranění mozku.....	34
1.4.4.1 Otřes mozku.....	34
1.4.4.2 Zhmoždění mozku.....	35
1.4.4.3 Komprese mozku.....	35
1.4.5 Demence.....	35
1.4.5.1 Alzheimerova choroba.....	36
1.4.6 Komunikace sestry s dezorientovaným klientem.....	39
2. Cíle a výzkumné otázky.....	40
2.1 Cíl práce.....	40
3. Metodika.....	42
3.1 Popis metodiky výzkumu.....	42
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	42
4. Výsledky.....	43
4.1 Identifikace výzkumného souboru.....	43
4.2 Kategorizace.....	43
4.2.1 Kategorie Zásady komunikace s dezorientovaným K/P.....	44
4.2.2 Kategorie Překážky v komunikaci s dezorientovaným K/P.....	45
4.2.3 Kategorie Chyby sester při komunikaci s dezorientovaným K/P.....	47
4.2.4 Kategorie Překážky v komunikaci s orientovaným K/P.....	50

4.2.5 Kategorie Rozdíly v komunikaci s dezorientovaným K/P	50
5. Diskuze	54
6. Závěr	58
7. Seznam použitých zdrojů	59
8. Seznam příloh	66

Úvod

Potřebu komunikovat řadíme mezi základní potřeby v životě člověka a je podmínkou existence každého sociálního systému. Komunikace je prostředek, díky němuž se lidé mohou mezi sebou dorozumívat a předávat si informace. Základ komunikace tvoří slovní předávání informací, důležitou roli hraje i nonverbální komunikace.

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je podmíněno nejen materiálním vybavením zdravotnického zařízení, ale také profesionálním přístupem sestry ke klientovi. V tomto případě však sestře nestačí běžné komunikační způsoby používané v osobním životě. Je proto důležité, aby si profesionální komunikační dovednosti osvojila.

Dezorientovaný klient klade zvýšené nároky ve všech oblastech, a to i v oblasti komunikace. Dezorientace je častým příznakem různých onemocnění, anebo také následkem poúrazových stavů. Dezorientace často komplikuje základní onemocnění klienta, může zapříčinit úrazy anebo pády. Profesionální přístup, včetně komunikace zdravotnického personálu, přispívá k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče dezorientovaným klientům a minimalizuje riziko pádů a úrazů.

Bakalářskou práci na téma „Komunikace sestry s dezorientovaným klientem“ jsem si zvolila proto, že je nemožné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez správné formy komunikace. Komunikace je dovednost, kterou sestra, má-li zájem, může neustále rozvíjet. Dezorientovaný klient vnímá mnohem citlivěji slova a neverbální projevy sestry než člověk zdravý. V poslední době je věnována větší pozornost výuce komunikace, která je i na dále dle mého názoru nedostatečná.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. V teoretické části jsme se zaměřili na pojem komunikace obecně, dále na komunikaci v rámci poskytované ošetrovatelské péče. Definovali jsme pojmy orientace, dezorientace a vybrali jsme nejčastější stavy, které dezorientaci doprovázejí. V praktické části byly sepsány jednotlivé rozhovory s respondenty. Sběr dat byl proveden kvalitativní formou.

Jako techniku sběru dat, jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující na standardních lůžkových odděleních interního typu.

Výsledky této práce mohou sloužit především sestrám pracujícím s dezorientovanými klienty, pro které mohou představovat vodítko pro efektivní zvládnutí komunikace s těmito klienty. Tyto výsledky mohou zároveň posloužit pro další výzkum.

1. Současný stav

1.1 Komunikace

Lidé jsou na rozdíl od jiných živočichů na planetě schopni využívat komunikaci jako nástroj pro myšlení a dorozumívání se. Komunikace je nepostradatelná v běžném životě, používáme ji v každé životní situaci (1).

Slovo komunikace pochází z latinského pojmu *communicare*, což chápeme jako spolupráce na něčem společném. Komunikace je způsob, při němž lidé navazují kontakt, sdílejí své pocity a myšlenky (2).

Zdeněk Vybíral popisuje komunikace jako „*Sdělení vyjadřuje, jak je sdělení prožíváno, jaké emoční zaujetí a intenzitu emocí sdělení vzbuzuje. Týká se všech zúčastněných. Sdělení neznámá přijetí, může probíhat i tehdy, když s udělovatelem nesouhlasíme.* (3, str. 26)“.

Pojem sociální komunikace lze vysvětlit v užším anebo v širším slova smyslu. V užším slova smyslu chápeme sociální komunikaci jako proces výměny, odevzdávání a přijímání zpráv. Tím, že mezi dvěma a více lidmi probíhá vzájemná výměna informací, se komunikace stává pro všechny zúčastněné společná. V širším slova smyslu chápeme sociální komunikaci jako jakoukoliv interakci mezi dvěma a více jedinci, kteří se navzájem mohou i nemusí poznat. Při tomto způsobu vystupuje do popředí neverbální složka komunikace, tato komunikace probíhá např. mezi lidmi, kteří čekají před ambulancí v čekárně. Navzájem se vnímají, registrují polohu těla ostatních a vzájemné pohyby (4).

V ošetrovatelské praxi neznámá komunikace pouze mluvit, ale i sdělovat a používat informace, na kterých je pak závislé zdraví druhého člověka. Schopnost komunikovat používá zdravotník jako součást svého profesionálního vybavení. Komunikace slouží k rozvíjení vztahu s nemocným. Umění dobře komunikovat vyžaduje mnohé zkušenosti a celoživotní proces učení (5).

Základním kamenem ošetrovatelské péče představuje ošetrovatelský proces, který je založený na dostatku informací, které si sestra od nemocného pomocí komunikace získá. Proto je důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně s jistou dávkou znalostí o jeho bio- psycho- sociálních a spirituálních potřeb (6, 7).

Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace téměř nelze. Klienti, kteří jsou ohroženi na životě, vnímají citlivěji nejen slova, ale také neverbální projevy zdravotnického personálu. Klienti hospitalizovaní ve zdravotnických zařízeních jsou přímo závislí nejen na sestrách, ale také na ostatních členech ošetrovatelského týmu. Proto by si sestra i ostatní zdravotnický personál měli získat důvěru pacienta i jeho rodiny (8).

Komunikace může probíhat prostřednictvím písma, gest, pomocí rozhlasu anebo tisku. Můžeme ji rozdělit například na komunikaci verbální a neverbální. Tomuto rozdělení se budeme více věnovat v následujících kapitolách. Mezi další formy komunikace patří vnitřní řeč, kterou můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní řeč lze vysvětlit jako situaci, kdy mluvíme sami na sebe potichu a vnější řeč jako situaci, kdy mluvíme sami se sebou nahlas (5).

Komunikace představuje také předávání pocitů, citů k druhým. Informace předáváme cestou slovní anebo mimoslovní. Mohlo by se zdát, že převažují slova vyslovená či psaná, ale většinu informací předáváme a přijímáme mimoslovně. O pravdivosti tvrzení více vypovídá pohled, gesta či mimika. Předpokladem pro efektivní komunikaci je souhra verbálních a neverbálních sdělení (9).

1.1.1 Komunikace jako proces

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi, každý z komunikujících se snaží druhého ovlivnit a hledat u něj podporu. V projevu se snaží dát najevo, jaká pravidla jsou pro něj přijatelná- zda je ochoten naslouchat, ustoupit, co nemá rád, co má rád. Pokud komunikace neprobíhá tak, jak by si jeden z komunikujících přál, změní svojí taktiku. Snaží se více argumentovat anebo se snaží zapůsobit na city (2).

Při komunikaci snadněji zachytíme to, co má větší informační náboj, tak že si hůře pamatujeme věci, které se opakují a jsou pro nás běžné. Naopak si pamatujeme věci, které jsou nezvyklé až výjimečné (2).

Při komunikaci mezi dvěma jedinci probíhá komunikační proces, který se skládá z následujících částí: komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál a zpětná vazba. Komunikátor je ten, kdo vysílá nějakou zprávu. Předpokládá se, že příjemce zprávy má podobný seznam poznatků, který umožňuje rozumět tomu, co mu chce sdělit. Do svého sdělení vkládá komunikátor svoji osobnost a zaujetí. Chce být vyslechnut, pochopen a přijat (10).

Komunikant je ten, kdo vyslanou zprávu přijímá. Vnímání komunikanta je ovlivněno osobností rovnici, vlastními zkušenostmi, prožitky a vlastními cíli. Měl by vyslechnout komunikátora bez přerušování až do konce a všimnout si neverbálních signálů (5).

Komuniké označuje vyslanou informaci, kterou jeden člověk sděluje druhému. Takto vyslaná informace má podobu verbálních nebo neverbálních symbolů (9).

Komunikační jazyk předává komunikační zprávu. I když používáme stejný komunikační jazyk, neznamená to, že si vždy rozumíme. Význam slov může být individuálně různě chápán (1).

Komunikační kanál je cesta, kterou je zpráva posílána. Při komunikaci tváří v tvář, jsou hlavním kanálem zvuky, pohledy a pohyby těla. Při komunikaci zprostředkované (pomocí mobilního telefonu, rádia, televize, nahrávky) jsou komunikační prostředky ochuzenější (10).

V komunikačním procesu hraje důležitou roli zpětná vazba, což je reakce na přijatou zprávu. Zpětná vazba udržuje oba účastníky v komunikační situaci, přináší informace o tom, jak příjemce zprávu přijal a pochopil. Při osobním kontaktu je vždy větší šance na porozumění, a tedy i na zpětnou vazbu (1).

1.1.2 Funkce komunikace

Každý komunikační proces plní z pravidla jednu či více funkcí. Ke každé komunikaci je člověk něčím motivován, ať už zjevně, či skrytě. Zrealizováním funkce získává komunikace svůj smysl, řečené či jiným způsobem sdělené získává význam pro jistého člověka. Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace se dost často překrývají. Hovoříme o funkci, kterou chce komunikující splnit, anebo ji plní (10).

Mezi hlavní funkce komunikace patří funkce informativní, ta předává fakta, informace mezi sestrou a klientem. Funkce instruktivní navazuje na informační, ale na rozdíl od ní rozvíjí popis, návod jak něco dělat. Přesvědčovací funkce působí na člověka, aby změnil svůj názor, hodnocení či postoj. Zábavná funkce, jde o pobavení, vyplnění času komunikací, která dodává pocit spokojenosti. Socializační funkce, jde o sbližování a vytváření vztahů mezi lidmi (1).

1.1.3 Motivace ke komunikaci

Motivaci definujeme jako souhrn pohnutek jednání člověka, které končí jejich realizací. Motivaci komunikovat má každý člověk. Tato motivace se u lidí vyskytuje v různé míře, která se mění v závislosti na řadě okolností. Závisí například na tom, zda je člověk unavený, nebo zda ovládá jazyk komunikačního partnera (3).

Tyto motivy mohou vycházet z vnitřní potřeby člověka- „potřebujeme“ komunikovat, nebo mohou být podmíněny prostředím či situací, ve které je komunikace pro člověka nevyhnutelná (9).

V komunikaci se nejčastěji uplatňují následující motivy. Motivace kognitivní se uplatňuje, chceme-li něco sdělit, vyjádřit se, podělit se o myšlenku nebo znalost. Chceme „vtáhnout“ našeho komunikačního partnera do světa naší mysli. Předávání smyslu je komunikace (9).

Motivace zjišťovací a orientační nám pomáhá orientovat se v daném aktuálním tématu, ptát se na informace, postoje a na prožitky (1).

Motivace sdružovací jejím úkolem je navázat vztah a uspokojit potřebu bližšího kontaktu. Pyramidu lidských potřeb spoluvytváří tato potřeba, kdy je lidská spokojenost bezprostředně závislá na naplnění potřeby komunikace a někam patřit. Celý proces komunikace neslouží pouze ke sdělování obsahu, ale zároveň i k vytváření vztahových záměrů, tj. navázat kontakt, udržet ho, obnovit i přerušit (1).

Motivace sebestpotvrzovací připomíná, že komunikací s druhými lidmi rozvíjíme a potvrzujeme svou osobní identitu, upevňujeme vlastní sebeobranu. Tím, že v opakovaných sporech „stojíme za svým“ potvrzujeme mínění, které máme o sobě. Komunikací se stáváme sami sebou (9).

Motivace adaptační v komunikaci zdůrazňuje naši roli, komunikujeme proto, abychom naši roli hráli. Rolovým stereotypům se přizpůsobujeme řečí svého těla a naším vystupováním. Komunikací se přizpůsobujeme svému okolí (9).

Motivace přesilová pracuje s faktem, že každý chceme na sebe upoutat pozornost, předvést se. Motivací může být snaha vyniknout ve srovnání s druhými (10).

Motivace požitkářská nás vede k rozptýlení, úniku od problému a starostí (10).

Motivace existenciální se stará o to, abychom se v životě vyhnuli depresi a melancholii. Komunikujeme proto, abychom se udrželi psychicky zdraví (10).

Zájem komunikovat probouzí u člověka také fakt, že prostřednictvím komunikace nalézá smysl svého života. Je-li výsledkem komunikace životní spokojenost, naplňujeme svůj životní úkol. Pokud s někým sdílíme nebo si vyměňujeme myšlenky, vzpomínky či zážitky, náš život dostává smysl (1).

1.2 Formy komunikace

Komunikace se nejčastěji dělí na komunikaci verbální a neverbální. Obě tyto formy komunikace se navzájem doplňují, mohou dokonce jedna druhou nahrazovat. Lidé mnohdy něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá a tak verbální a neverbální projevy mohou být v některých situacích v rozporu. Vzniká tak dvojná vazba, rozpor mezi slovy a chováním. V takové situaci lze považovat neverbální sdělení za věrohodnější než chování verbální (5).

Komunikace činem, tedy vykonané činy, za nás mnohdy hovoří srozumitelnější řečí, než komunikace verbální a neverbální. K celé řadě vykonaných činů nejsou slova vůbec potřebná, například při poskytnutí první pomoci (11).

U komunikace obrazné se jedná o názorné zobrazení informace, u komunikace symbolické dochází ke sdělování informací pomocí symbolů (11).

Ve zdravotnické praxi, využíváme kromě komunikace interpersonální, tj. komunikace mezi dvěma nebo více lidmi, také komunikaci intrapersonální. Intrapersonální komunikace znamená například získávání informací z počítače anebo z archivu při opakované hospitalizaci (5).

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělení informace pomocí slov. Mluvení lze popsat jako vyjádření myšlenek artikulovanou řečí, konkrétním jazykem. Řeč se skládá ze slov, slova odpovídají konkrétním významům. Podstatou řeči bylo, abychom se vždy domluvili, ale není tomu tak. Různá slova mohou mít více významů (12).

Verbální komunikace může být přímá, zprostředkovaná, psaná nebo mluvená. Verbální komunikace je nedílnou součástí sociálního života. Každý z nás, kdo zažije delší izolaci bez možnosti komunikovat s jinými lidmi, prožívá deprivaci. Při každé komunikaci je význam slov dotvářen neverbálními prostředky a tónem řeči. Od neverbální složky komunikace se slova nedají oddělit (1).

Verbální komunikace slouží jako prostředek k dorozumívání a zároveň je podmínkou existence sociálního systému. Komunikace pomáhá začlenit se jedinci do společnosti, při poskytování ošetrovatelské péče jsou komunikační dovednosti pro zdravotnický personál prioritou. K navázání vztahu mezi zdravotnickým personálem a nemocným slouží právě tato efektivní komunikace. Komunikační dovednosti je nejen možné, ale i nutné po celý náš život rozvíjet, protože ztráta komunikace může ohrozit vztahy v sociální skupině (11).

Aby se verbální komunikace mohla zrealizovat a mohla plnit svůj úkol, tedy vzájemnou výměnu informací, musí obě strany chtít komunikovat. Sestra se musí ve své

profesi naučit vést rozhovor s agresivními, zmatenými anebo s pacienty s poruchami řeči. Sestra je tím, kdo rozhovor vede a řídí, je aktivní složkou rozhovoru. Ve chvíli, kdy mluví pacient, řídí komunikaci sestra tím, že pacienta nabádá k rozvoru a klade otázky (7, 13, 14).

Každý zdravotník by si měl osvojit schopnosti sociální komunikace. Společným zájmem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení spokojenosti pacientů, a to ve všech oblastech- psychické, sociální ale i somatické péče. Komunikace mezi zdravotníkem a klientem je důležitým hlediskem ošetrovatelské činnosti. Při komunikaci mezi zdravotníkem a nemocným je zapotřebí navodit důvěru, která bude nemocného zbavovat obav a strachu (5).

Verbální komunikace představuje to, co si sestra a klient navzájem oznamují slovy. Sestra by měla komunikovat přesně, jasně a především srozumitelně. Prostřednictvím slov, sestra vysvětluje, získává, povzbuzuje a motivuje. Slova mají vysokou hodnotu, a proto by je sestra měla volit uváženě (4).

Komunikace s klienty je velice obtížná a náročná činnost, která vyžaduje od zdravotníků empatii, kvalifikaci, čas a především víru, že tato činnost je užitečná. Pro úspěšné zrealizování ošetrovatelského procesu založeného na aktivním kontaktu sestry s pacientem je nutné aby, sám pacient, ale i jeho rodina měli k sestře důvěru. Klient se nachází ve zranitelné pozici, jak fyzické tak psychické, a důvěra se stává zcela zásadní. Pokud sestra neumí správně komunikovat se svými pacienty, nikdy nedosáhne taktového úspěchu při poskytování ošetrovatelské péče (13, 14).

Pro kvalitní komunikaci mezi sestrou a klientem se dbá na určité postupy, které slibují zlepšení dané komunikace. První důležitým bodem je jednoduchost, tedy snažíme se o to, aby sdělená informace byla jasná a stručná. V dalším bodě zmiňme vhodné načasování, které je nutné vzít v úvahu při vážných tématech. Jednou z nejdůležitějších a nejvíce podceňovanou složkou je naslouchání, které vstupuje do rozhovoru jako aktivní složka (15).

Jako důležitou složku komunikace nelze opomenout empatii, kterou chápeme jako pochopení prožitků druhého člověka. Empatie povoluje sestře orientovat se na potřeby nemocného. Ošetrovatelské intervence se pak zaměřují na zdravotní problémy

daného pacienta a také na jeho neschopnost anebo schopnost vyrovnat se anebo se přizpůsobit na změny v běžném životě. Vnímání a komunikace, to jsou dvě důležité věci, které empatie zahrnuje (13).

Kdykoliv se bude zdravotnický personál obracet na klienta, musí ho oslovit jménem anebo titulem, aby nemocný věděl, že mluvíme na něj. Vždy se na klienta obracíme přímo, nikdy ne prostřednictvím doprovodu, s kterým se mnohdy komunikuje snadněji (12).

1.2.2 Neverbální komunikace

Komunikace mezi lidmi je vyjádřena jako sdělování informace pomocí signálů a prostředků a to buď písemně, ústně, mimikou, gesty a dalšími neverbálními projevy. Neverbálně se projevují i postoje jako je podřízenost, očekávání, ale také psychické stavy, mezi které patří úzkost, agresivita anebo nejistota (16, 17).

Neverbální projev může potvrzovat obsah sdělené informace, může s ním být v rozporu anebo dokonce může vypovídat o něčem jiném, než co je obsaženo ve verbálním sdělení. Je důležité připomenout, že všichni pacienti velmi vnímají neverbální komunikaci všech zdravotnických pracovníků. Musíme proto klást důraz na to, aby byl každý pacient vnímán jako holistická bytost. Neverbální komunikaci lze vysvětlit jako komunikaci beze slov, mnohé pocity a city lze vyjádřit pohybem anebo výrazem obličeje (7, 13).

Tvář člověka je vnímána za nejdůležitější komunikační orgán, který vyjadřuje prožívané pocity, názory, životní postoje a myšlení. Pouhým okem člověk vnímá 87% informací, 9% sluchem a 4% ostatními smysly. Pacient toho nemusí mnoho říci a sestra aniž by si to uvědomovala, si představuje, zda je klidný, vyrovnaný anebo naopak nervózní a rozčilený. Samozřejmě totéž platí i z druhé strany. Důležitým momentem v neverbální komunikaci je oční kontakt. Oči jsou u člověka nejcitlivějším senzorem na přijímání informací o lidech. Při práci s pacientem má sestra mnoho příležitostí pro oční kontakt. Jedním z neúčinnějších prostředků komunikace je úsměv, na který se pořád

zapomíná. Úsměv je nejpřirozenějším prostředkem k vytvoření přátelského vztahu mezi sestrou a pacientem (7, 8).

Haptikou neboli dotykovým kontaktem rozumíme fyzický kontakt. Dotek může pacienty povzbudit, uklidnit, může překonat i jazykovou bariéru. Dotek může mít mnoho významů, je to velmi silný nástroj. Dokáže snížit napětí pacientů ve stresových situacích. Za zdvořilost považujeme, podání ruky a také vyjádření postoje k tomu, komu je podání určeno (8, 13).

Důležité informace je možné sdílet i vzdáleností k druhé osobě, mluvíme tedy o fyzické vzdálenosti a ta se nazývá proxemika. Sociální psychologové rozlišují čtyři zóny, ve kterých komunikace probíhá. Jedná se o vzdálenost přátelskou, intimní, veřejnou a pracovní. Sestra by při běžném rozhovoru s pacientem neměla narušovat intimní zónu a zaujímat vzdálenost přátelskou. Výjimku tvoří pacienti, u kterých sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, nebo pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko při čemž je zrakový kontakt omezen. V těchto situacích sestra využívá vzdálenost intimní, u které může uplatnit i dotekové projevy (8).

Řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin je dalším nástrojem neverbální komunikace, hovoříme tak o posturice. Sestra si u klienta všímá, jakou zaujímá polohu, zda aktivní či pasivní, což může mnohé napovědět o jeho zdravotním stavu. Existují tři základní polohy- v leže, sedě a ve stoje Pokud chceme od pacienta získat informace, je důležité vytvořit rovnocennou a vzájemnou polohu vsedě (8, 17).

Gestikulaci můžeme definovat jako spontánní pohyb částí těla během řeči, nejčastěji rukou. Gesta podtrhují určité sdílené informace a zvyšují názornost toho, o čem hovoříme. Gesta nám umožňují lépe vyjádřit prožitky a doplňují mluvené slovo (7, 8).

Vzhled a úprava zevnějšku je speciální forma neverbální komunikace, která mnohé naznačuje o člověku. I sestřskou uniformu je možno považovat za určitý symbol role, pozice a tedy i určité kompetence (8, 13).

Paralingvistiku, lze chápat jako přechod z komunikace neverbální, ke komunikaci verbální. Zeslabuje nebo naopak zesiluje obsah sdílené informace, potvrzuje ho anebo jej naopak popírá a ukazuje postoj řečníka k dané věci (8).

1.2.3 Komunikační bariéry

Komunikační bariéry chápeme jako překážky, které nám ztěžují komunikaci s druhým člověkem. Bariéry v komunikaci lze rozdělit na interní a externí. Externí bariéry jsou dány vnějším prostředím, jeho uspořádáním. Jedná se například o vyrušení druhou osobou, hluk, šum, neschopnost naslouchat anebo komunikační zahlcení. Interní bariéry vycházejí z dovedností a schopností člověka, jeho zdravotního stavu a prožívání. Mohou to být například negativní emoce, fyzické nepohodlí či nemoc. K běžnějším komunikačním bariérám patří somatické bariéry. Myslíme tím bolest, poruchy zraku, sluchu, problémy spojené s poruchou řeči, potíže s orientací a zmateností. Psychickými bariérami rozumíme prožívání strachu, úzkosti, nedůvěra ke zdravotnímu personálu a neochota hovořit na intimní témata (18, 19).

Úlohou sestry při komunikaci je zmapovat rozsah omezení a nalézt vhodnou a přijatelnou metodu komunikace. Například při komunikaci se klientem s demencí platí pravidlo, že je nutné si pro komunikaci vytvořit dobré podmínky. Pátráme po tom, co klient právě dělá a teprve, až si budeme jisti, že nás vnímá, začneme komunikovat. Mluvíme pomalu, srozumitelně, v krátkých větách, nepoužíváme odborné výrazy, volíme slova, která jsou nemocnému známá (7, 20, 21).

Při komunikaci se snažíme omezit rušivé a rozptylující elementy, aktivně vyhledáváme, navazujeme a udržujeme oční kontakt. Průběžně si pomocí zpětné vazby ověřujeme, zda klient našim informacím porozuměl. Používáme také nonverbální komunikaci - dotek, mimiku a sledujeme tyto projevy u klienta (7, 20, 21).

Klientovi dáváme jasně najevo, že je rozhovor u konce nebo že odcházíme. Komunikaci neomezujeme, ale snažíme se ji přizpůsobit jeho schopnostem. Nemocného nepodceňujeme, při veškerých činnostech ho povzbuzujeme, podporujeme a dáváme mu najevo, co dělá správně. Je nutné ujistit se, zda nás nemocný vnímá a až poté v rozhovoru pokračujeme. Snažíme se působit pozitivně, volíme klidný tón hlasu a dáváme dostatek času nemocnému, aby se mohl vyjádřit (7, 20, 21).

Ztráta sluchu omezuje komunikaci a značně ovlivňuje kvalitu života, zejména v oblasti sociální a psychické, může vést až k sociální izolaci. Poškozením sluchu trpí

převážně senioři, kteří o nedoslýchavosti nemluví, tají ji, nebo se za ni stydí. Proto je nutné, aby sestra přistupovala k takto nemocnému klientovi citlivě, aby mu pomohla zachovat svou důstojnost a přijmout zhoršení funkce sluchu (22, 23).

Mezi základní zásady komunikace patří: hovořit v krátkých větách ne v souvětí, pomalu, zřetelně vyslovovat, mluvit nahlas avšak nekřičet. Měli bychom být trpěliví, dát klientovi čas na rozmyšlenou a chválit ho za spolupráci, kontakt musíme udržovat přímým očním pohledem a je vhodné jej doplňovat gesty obličeje a rukou (22, 23).

1.3 Komunikace v ošetrovatelské péči

Poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je nemyslitelné bez komunikace mezi sestrou a pacientem nebo komunikace mezi zdravotnickými pracovníky navzájem. Komunikace je základem humánního ošetrovatelství a tvoří základ každé ošetrovatelské péče (6).

V každém jiném zaměstnání a tudíž i v ošetrovatelství, si nelze vystačit jen s komunikací, kterou si člověk osvojí ve svém běžném životě, ve škole či v rodině. Komunikace v rámci dané profese vyžaduje určité dovednosti, které se musí zdravotníci osvojit během jejich profesní přípravy. Sestry zvládají poměrně dobře komunikaci společenskou, ale stále se musí učit rozebírat své vztahy s lidmi a záhy používat své dovednosti k tomu, aby zlepšily svou poskytovanou ošetrovatelskou péči. Aby komunikace v ošetrovatelství měla odpovědný a smysluplný vztah, měly by si sestry uvědomit samy sebe i osobnosti druhého člověka (3, 6).

Chce-li sestra klientům porozumět a komunikovat s nimi, musí uznávat a věřit v hodnotu, jedinečnost a sílu druhého člověka. Stejně jako ošetrující personál, tak i klienti přináší do rozhovoru morální hodnoty a postoje, které vychází z jejich výchovy, zkušeností a kultury (6, 18).

Sestra v rámci ošetrovatelské péče nabádá naprosto cizí lidi, k tomu aby okryli osobní části jak své duše, tak i těla. Dotazuje se pacientů na velmi intimní záležitosti, o kterých se na veřejnosti nemluví. Dotýká se intimních partií a provádí i nepříjemné výkony. Ošetrovatelský proces toto však vyžaduje, proto je podstatné aby sestra uměla

vytvořit atmosféru důvěry, pocitu jistoty, bezpečí a aby s pacientem založila vztah na vzájemné důvěře a respektu. Musí si však pamatovat, že bez dobré komunikace není možná dobrá spolupráce mezi sestrou a pacientem. Komunikace sestry s ostatním týmem poskytované ošetrovatelské péče, vede pak k týmové spolupráci a k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalitní péče není možná bez kvalitní komunikace. Komunikace je v ošetrovatelském procesu vzájemnou výměnou informací týkajících se péče a zdraví mezi klientem a sestrou. O komunikaci můžeme mluvit jako o dynamickém a kontinuálním procesu, kdy pacient a sestra nejen vysvětlují a sdílejí určité informace, ale také vytváří a upevňují jejich vzájemný vztah. Komunikace mezi sestrou a pacientem je zaměřena především na pacientovy potřeby, kdy sestra pátrá, co pacient potřebuje. Musí vyhodnotit pacientův fyzický a psychický stav, jeho schopnost a ochotu komunikovat, případně jeho spirituální potřeby (13, 24).

Předpokladem úspěšné léčby je vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Profese sestry zahrnuje i odpovědnost a zvládnutí komunikace s pacientem, případných komunikačních bariér (14, 25).

Na komunikaci je třeba si vždy vyhradit čas za každých okolností, i když tempo moderního ošetrovatelství nedává prostor dlouhým dialogům s klienty. Komunikace je investice, která se zdravotnickému personálu vrátí. Důležitý pro komunikaci je informovaný souhlas, který komunikaci s pacientem předpokládá (13).

Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace v ošetrovatelské praxi, z nichž má každá svá pravidla a specifika. Za prvé se jedná o profesionální komunikaci, kdy je komunikace specifická, neboli strukturovaná, během níž jsou sdělovány důležité informace, nemocný je motivován k další léčbě. Zde se kladou nároky na srozumitelnost sdělené informace. Příkladem může být sdělení postupu na vyšetření. Mezi další typ patří komunikace sociální, kdy se jedná o běžný rozhovor s klientem. Touto komunikací rozumíme konverzaci například při úpravě lůžka či osobní hygieně. Posledním druhem je komunikace terapeutická, která se využívá při běžném kontaktu s klientem a poskytuje mu tak pomoc a oporu (15).

V dnešní době jsou sestry seznámeny s tím, jak jednat s pacienty, ale mnohdy si neuvědomují, že jejich postoj, tvář, doteky anebo mlčení jsou podstatnou součástí

komunikace, kterou tyto složky nejen ovlivňují, ale mohou být i zdrojem nekomunikativního chování klienta (7).

1.3.1 Komunikace v ošetrovatelském procesu

V komunikačním procesu mezi sestrou a klientem můžeme popsat následující postup: Posuzování úrovně komunikace- sestra při prvním kontaktu s klientem posuzuje několik složek, a to: stupeň rozvoje řeči, neverbální projevy a styl komunikace (4).

Při posuzování stupně rozvoje řeči u klienta hodnotí sestra jeho jazykovou zručnost, vztahovou a obsahovou stránku komunikace, a to, zda převažuje verbální anebo neverbální komunikace, zda se objevují překážky v rozvoji řeči a všímá si i komunikačních návyků (4).

Při posuzování neverbální komunikace si sestra všímá všech složek neverbální komunikace (mimika, proxemika, haptika, posturika, gestikulace, vzhled a celková úprava zevnějšku). Komunikační styl klienta je též součástí posuzování úrovně komunikace, která je ovlivněna vnitřními a vnějšími faktory. Mezi tyto faktory řadíme vzdělání, kulturu, výchovné vlivy, společenský status a osobnostní vlastnosti (4).

Diagnostika komunikačních problémů – sestra zde věnuje pozornost a všímá si verbálně komunikačních problémů. Porucha verbální komunikace znamená pro klienta sníženou schopnost nebo neschopnost přijmout či odeslat informaci (4).

Plánování efektivní komunikace - po objevení problému v komunikaci stanoví sestra ve spolupráci s pacientem cíle a naplňuje způsob, aby se klientovi komunikační schopnosti zlepšily. Sestra naplňuje zásahy do komunikace s ohledem na příčinu poruchy verbální komunikace. Sestra naplňuje a stanovuje tyto aktivity: předvídá potřeby klienta, udržuje jednoduchou komunikaci, naplňuje individuální metody k překonání problémů při dané poruše, na otázky odpovídá jednoduše a přímo, vede klienta k vyjadřování vlastních emocí a povzbuzuje klienta k zpětné vazbě v komunikaci s jinými lidmi (4).

Realizace komunikace- prostřednictvím terapeutické komunikace sestra realizuje komunikaci s pacientem (4).

Vyhodnocení komunikace – v rámci klasifikace komunikačních aktivit se nehodnotí jen komunikace klienta, ale také komunikace sestry. Sestra zhodnotí, zda byly splněny cíle a získané informace o komunikaci porovná se stanovenými kritérii. Informaci o komunikaci sestra získá aktivním pozorováním stylu verbální komunikace a také pozorováním neverbálních projevů (4).

1.3.2 Komunikační zručnosti sestry

Poskytování ošetrovatelské péče se neobejde bez vzájemné komunikace mezi sestrou a klientem. Proto je pro sestru důležité, aby si osvojila komunikační praktiky a zručnosti. Mezi komunikační praktiky a zručnosti patří aktivní naslouchání, mlčení, respekt, zájem, podpora, schopnost poradit, úsměv a humor.

Aktivní naslouchání někdy nazýváme jako naslouchání zúčastněné. Chápeme ho jako dovednost, kterou používáme především v osobní komunikaci. Naslouchání je jedním z důležitých kroků na cestě k pochopení, porozumění druhého člověka a k vytvoření dobrých vzájemných vztahů. Projevuje se aktivitou naslouchajícího, který zaznamenává, co a jak vyjadřuje komunikační partner. Má snahu vyprávěcímu porozumět a vcítit se do něj. Naslouchání probíhá třemi způsoby, očima- vidění, ušima- sluchem a srdcem- milováním. Sestra, která klientovi naslouchá, musí odložit vlastní pocity a vcítit se do pocitů pacienta, který se jí svěřuje. Když sestra prožitek klienta vědomě zpracuje a dokáže pochopit problémy druhého člověka, mluvíme o empatii. Empatie není důležitá jen ve vztahu k pacientovi, ale je také nutná v komunikaci mezi pracovníky (4, 20, 27, 28).

Mlčení, umění mlčet je to nejcennější a může být důležitější než všechny slova. Mlčení potřebuje sebeovládání, schopnost odhadnout danou situaci a citlivě posoudit, kdy je vhodné promluvit, co je vhodné říci, co ne a jak to říci. Některé sdělení si je vhodné nechat pro sebe, pro jiné si sestra musí najít vhodnou dobu. Mlčení může způsobit i prodělaný velký šok, často se setkáváme s tím, že pacient přestane mluvit po sdělení nepříjemné zprávy. Mlčení, které se projevuje rozpaky, je spojeno

s rozhovory na intimní téma a hluboké ticho se objevuje tam, kde již bylo vše řečeno (2, 28).

Respektem lze vyjádřit postoj sestry k pacientovi, ale také ho ocenit jako lidskou bytost. Je symbolem spoluúčasti sestry na pacientových problémech, starostech a zároveň je projevem její důvěry k pacientovi. Sděluje ochotu přijmout pacienta jako individuální bytost (4).

Zájem je sdělením osobního vztahu sestry ke klientovi. Sestra může zájem sdělit slovy: „můžeme si o tom spolu promluvit“ nebo „zajímá mě Váš názor“ (4).

Podporu chápeme jako postoj, kterým lze nejlépe vyjádřit slovy sestry k pacientovi: „jsem tu pro Vás“ anebo „cítím s Vámi“. Sdělením podpory ujišťuje sestra pacienta, že v boji proti chorobě nezůstal sám (4).

Schopnost poradit představuje to, co pacient očekává od sestry, tedy pomoc a radu. Sestra by měla udílet jednoznačné rady, doporučení, měla by zmínit i povinnosti pacienta. Sestra pacientovi podává rady důvěryhodné, jasné a srozumitelné bez povýšenosti. Důležité je, aby se sestra ujistila, že ji pacient pochopil a rozuměl jí (27, 29).

Úsměv a humor je důležitou schopností pro vykonávání zdravotnického povolání. Úsměv dodává práci větší rozměr a zvyšuje pocit uspokojení. Nejde však o to posmívat se druhým, ale spíše smát se s nimi a umět se pousmát svým chybám. Dobře zvolený humor pomáhá odlehčit těžké životní situace, pohladí duši, rozptýlí frustraci a bolest (4, 29).

1.3.3 Osobní dovednosti sestry v komunikaci

Sestra během své praxe přijde do kontaktu s nejrůznějšími lidmi. Klienty ve velké míře ovlivňuje to, jak sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti. Klient vyjadřuje své obavy a problémy, pocítuje podporu a pohodu pouze tehdy, když sestra uplatňuje své interpersonální dovednosti správně. Důvěryhodnost, sebeakceptování, asertivita, pozornost a laskavost, to jsou osobnostní dovednosti a kvality, které by žádná sestra neměla postrádat (10, 11, 27)

Důvěryhodností rozumíme spolehlivost v mezilidských vztazích. Vyjadřuje nám souhru v tom, co se říká a jaké se konají činy. Důvěryhodný člověk je schopen projevit důvěru k druhému člověku (10, 11).

Sebeakceptování je hluboce spojeno s odhalením vlastního nitra. Lidé, kteří mají problémy s akceptací sebe samé, mají problémy i se svěřením se druhým. Pokud se člověk neotevře, neukáže druhým jaký opravdu je, nepoznají ho a nemohou ho akceptovat. Pokud má člověk o sobě, špatné mínění, nemůže tak vytvářet dobré vztahy s ostatními lidmi (10, 11, 12).

Asertivita v podstatě vyjadřuje způsob komunikace a jednání, jakým daný člověk sděluje otevřeně, upřímně své myšlenky, názory, postoje a city, jak pozitivní tak i negativní. Člověk, který jedná asertivně, umí přesně označit, o co mu jde, jak vidí danou situaci, co si myslí a jak ji prožívá. Součástí člověka, který se chová asertivně je přiměřené sebevědomí a pozitivní vztah k druhým lidem. Respektuje druhou stranu, chování je sebejisté. Naslouchá požadavkům, je schopen přiznat svou chybu a přistoupit na kompromis (10, 17, 18).

Pozornost můžeme projevit udržováním očního kontaktu, kdy oči sestry jsou ve stejné výšce jako oči klienta. Dále můžeme pozornost prokázat příkyvováním, nasloucháním a neverbálními projevy klientovi. Pozornost tedy znamená být fyzicky i psychicky přítomen (12, 18)

Laskavost lze nejlépe vyjádřit neverbálními komunikačními prostředky. Mezi tyto prostředky řadíme úsměv, projevování zájmu o klienta, oslovení klienta příjemným tónem hlasu a otevřené držení těla, tím máme na mysli uvolněné tělo, nekřížit paže ani nohy (25, 27).

1.4 Orientace

Orientace označujeme jako schopnost správně zpracovat došlé informace a být tak orientován o své osobě v čase, prostoru, správně vyhodnotit okolní situace a vyznat se v nich. Optimální stav činnosti nervstva je jasná a neporušená orientace. Orientaci dělíme na orientaci časem, osobou, místem a situací. Orientace časem se označuje znalostí kalendářního data, dne v týdnu, měsíce, roku a denní dobou. Orientace osobou, sem zahrnujeme znalost své vlastní osoby, jméno, příjmení, datum a místo narození, zaměstnání. Orientace místem, znalost adresy a místa pobytu. Orientaci situací, máme na mysli chápání dění aktuální situace, například důvod pobytu na právě aktuálním místě (30).

1.4.1 Dezoriantace

Dezoriantace nepostihuje všechny složky orientace současně a ve stejné síle. Jako první složka bývá postižena orientace časem, jako poslední orientace osobou. Dezoriantace je tedy neschopnost se správně ztotožnit ve vztahu k času, místu a osobě (31).

Dezoriantace může být jak příčinou, tak symptomem různých onemocnění. S dezorientací se nejčastěji setkáváme při delirantních stavech, demencích, úrazech mozku a psychiatrických onemocněních. Ovšem také při těžkém postižení ledvin a jater, kdy dochází k metabolickému rozvratu organismu. Také dehydratace a malnutrice mohou být spouštěcími faktory dezorientace. Větší výskyt dezorientace zaznamenáme u starších pacientů, či u pacientů trpící demencí. Tudíž jedním z faktorů, který může vyvolat dezorientaci je náhlé přijetí nemocného do zdravotnického zařízení (21, 23).

Dezorientace situací se objevuje po hlubokém spánku, přechodně po ustoupení poruchy vědomí. Tato situace se často stává, vzbudí-li se nemocný po operaci či úrazu, kde je hluk z monitorujících přístrojů a silné osvětlení (14, 32).

Dezorientace místem může být proměnlivá ve své síle, od lehké dezorientace k silné dezorientaci místem. Klient se na začátku nedokáže orientovat mezi cizími lidmi a v cizím prostředí. V horším případě se neorientuje mezi svými přáteli, rodinou ani ve svém bydlíšti. Tyto stavy se vyskytují u klientů, kteří trpí demencí (33).

Dezorientace časem se často vyskytuje v průběhu léčby neuroleptiky, u schizofreniků nebo při epileptické auře. Příznakem dezorientace časem je pocit zrychleného času, nebo naopak zpomalení času až jeho úplné zastavení. Mezi další příznak patří ztráta časové reality, která se objevuje u hluboké deprese a poruch vědomí. Častým příznakem je ztráta časových relací, ve které dochází k tomu, že dvě prožité události se spojí v jednu, tento stav je definován jako jednotící paramnézie (30, 34).

Dezorientace osobou, k té dochází po odeznění poruchy vědomí. Klient si není schopen vybavít své jméno, datum narození, zaměstnání (30).

Ke stavu dezorientace se často připojuje neklid a agrese. Neklid je stav, kdy dojde ke zvýšení pohybové aktivity. Neklid není úmyslným chováním klienta, je to projev klinického stavu. Jde o obranu pozici, zdravotnický personál se však mnohdy domnívá, že nám to pacient dělá s úmyslem, ale není tomu tak. Neklid klienta může způsobovat mnoho faktorů, například intoxikace, úrazy mozku, vynucená poloha anebo příliš těsníci obvaz. Může být proto vyjádřen v různé intenzitě, od problémové spolupráce, negativizmu, až po odmítání léků, infuzí. Agrese je stav psychomotorického neklidu, který často souvisí s úzkostí. Nepřátelské, útočné chování označujeme jako agresivitu. Agresivita má několik podob, agresivně můžeme myslet, jednat, komunikovat, agresivita je přítomna v našich představách, přáních i snech (35, 36, 37).

Prožití křivdy, nespravedlnosti, které člověk považuje ve svém životě za významné a týkají se jeho osoby anebo osob jemu blízkých, to vše může být vyvolávající příčinou agresivního chování. Dále může mít klient subjektivní pocit strachu anebo ohrožení, agresivní projev nastává tehdy, když pacient vnímá něco co je

mu zbytečně nepříjemné. Agresivní jednání klienta může mít různé formy projevu, od afektu provázeného fyzickým napadením přes slovní výhrůžky až po hostilitu (37).

Cílem při poskytování ošetrovatelské péče je, že klient nebude ohrožovat své okolí ani sám sebe, bude cítit naši podporu a nakonec ho získáme pro naši spolupráci. Má-li sestra dojem, že je klient neklidný a že hrozí riziko fyzického napadení, musí zvolit vhodný přístup k pacientovi. Při prvotním kontaktu s klientem, je vhodné se představit a nabídnout mu podání ruky. Jestliže pacient odmítne podanou ruku, může to znamenat nedůvěru, strach nebo neochotu s námi spolupracovat. Ke klientovi by sestra měla přistupovat přímo, tedy čelem, aby se necítil ohrožený. Kontakt zezadu anebo z boku, může být vnímán nepříjemně. Sestra si udržuje při vzájemném kontaktu dostatečný odstup, aby byla v případě napadení mimo pacientův dosah. Sestra by měla mluvit zřetelně a dobře artikulovat, hlas by měl být vyrovnaný. Používá srozumitelné a krátké věty, musí se ujist'ovat, že jí pacient rozumí (35, 36, 37).

Důležité je také podávat klientovi informace o tom, co se s ním bude provádět a proto informace, které považujeme za důležité, raději zopakujeme. Sestra se při kontaktu s pacientem musí vyvarovat náhlých a nečekaných pohybů, které mohou u klienta vyvolat pocit ohrožení. Klientovi nikdy nelžeme, nabízíme mu naši podporu, sestra na klienta nikdy nenaléhá a nepouští se s ním do konfrontace. Vystoupá-li situace a chování pacienta se stává nebezpečné, ať už ohrožuje sebe nebo své okolí, lze po vyčerpání ostatních možností použít omezovací prostředky. Omezovací prostředky by měly být použity tehdy, jestliže selhaly všechny dosud použité prostředky. Při použití omezovacích prostředků, by měla být klientovi věnována zvýšená jak lékařská tak i ošetrovatelská péče (35, 36, 37).

1.4.2 Zmatenost

K poruše orientace se často připojuje i stav zmatenosti. Zmatenost se často vyskytuje u osob s pokročilým onemocněním, u starších osob a u lidí, kteří jsou polymorbidní. Neléčená a nerozpoznatelná zmatenost je stresující zkušenost jak pro

samotného klienta, tak i pro jeho rodinu a blízké. Zmatenost nám může znemožnit komunikaci a zanechat u zbytku rodiny nepříjemné vzpomínky. Mezi další problémy patří bezpečnost zmateného klienta, je-li zmatenost spojena s neklidem, hrozí riziko pádu a následného úrazu. Zmatenost můžeme rozdělit dle délky trvání na akutní a chronickou zmatenost (38).

Akutní zmatenost je přechodná a vzniká náhle. Při akutní zmatenosti dochází k přechodné poruše vnímání, myšlení a pozornosti, dezorientaci časem, místem a osobou. Může také docházet ke změně psychomotorického tempa, hypoaktivita anebo naopak hyperaktivita. Klienti trpí poruchami spánku, v noci je vzhůru a zmatený, během dne je spíše somnolentní. Může být přítomna emocionální labilita, klient je rozrušený, plačtivý aniž by rozuměl tomu, proč se tak cítí. Při akutní zmatenosti je porucha vnímání, která zahrnuje špatnou interpretaci skutečnosti, iluze a halucinace (32, 38).

Chronická zmatenost je definována tak, že je nevratná a dlouhodobá. Projevuje se postupným úpadkem osobnosti, poruchou paměti, orientace, myšlení, chování a úbytkem intelektu. Nejčastějšími podněty chronické zmatenosti jsou stavy po poranění hlavy, cévní mozkové příhody a demence (32).

Zmatenost je projevem klinického stavu, kterým může být náročná životní situace anebo onemocnění. Vyskytuje se především u klientů, kteří mají pocit psychického či fyzického nepohodlí, tento stav není úmyslný. Zmatený klient není orientován o tom, kde je, ani co se s ním děje. Tento stav poměrně často doplňují ještě bludy a halucinace, kdy klient zmateně pobíhá z jednoho místa na druhé a je zde větší riziko úrazu. Zdravotnický personál, který vykonává ošetrovatelskou péči u těchto klientů, má mnohdy pocit, že nedokáže celou situaci vhodně řešit (38, 39).

1.4.3 Delirium

Delirium je mnohdy označováno jako akutní stav zmatenosti, jedná se o organickou duševní poruchu. Tento stav vzniká jako nespecifická reakce na různé škodliviny somatického anebo intoxikačního charakteru. Spouštěčem deliria mohou být takzvané intrakraniální příčiny, kam řadíme nádory, demence, poranění hlavy a období

po záchvatu u epilepsie. Další příčinou jsou extrakraniální, sem řadíme popáleniny, toxické a pooperační stavy, infekce, metabolické a endokrinní poruchy. Posledním spouštěčem je příčina psychická, kam řadíme po stresové stavy, poruchy adaptace, schizofrenii a melancholický typ deprese (9, 30).

Deliria se často vyskytují v nočních hodinách a probíhají bouřlivě. Součástí tohoto stavu bývají iluze, halucinace a doprovází je silný psychomotorický neklid. Mohou se napojit na noční můry a po probuzení pokračují jako deliria s halucinacemi. Klienti mají přetočený spánek, v noci nespí a přes den ano. Na průběh deliria nemají pacienti celistvé vzpomínky z důvodu poruchy krátkodobé paměti, též se může vyskytovat plná ztráta paměti. Důsledkem poruchy paměti dochází k dezorientaci v místě, čase a v horším případě i k dezorientaci v osobě. Při bouřlivých deliriích se může klient třást, obtížně se vyjadřuje, vrávorá, je agresivní, může plakat, volat o pomoc v důsledku halucinace. Věkové skupiny, které jsou nejzranitelnější, tvoří děti a staří lidé (9, 36, 40).

1.4.3.1 Predelirantní syndrom

Predelirantní syndrom předchází deliriu, je definován úzkostí, bolestí hlavy neklidným spánkem s nočními děsy. Může začínat zcela nenápadně, klient například netrefí do svého lůžka, je zmatený a bezradný. Prioritou je, aby byly tyto symptomy včas rozpoznány a předešlo se tak plně rozvinutému deliriu. Zvýšené nároky jsou požadovány u lékařů a zdravotnického personálu, je snaha předejít anebo snížit možný rozvoj deliria. Personál musí včas rozpoznat rizikové faktory a příznaky, které by mohly poukazovat na případné delirium. Intenzita deliria kolísá, od lucidních intervalů až k úplné dezorientaci. Obvykle je reverzibilní a může trvat několik hodin až dní (32, 40).

1.4.3.2 Dehydratace jako příčina deliria

Nedostatečný příjem tekutin patří mezi nejčastější projev stáří a může vyvolat delirium. Dehydrataci můžeme označit za stav, který nám přináší hodně problémů. Dehydratace je porušení vnitřní rovnováhy organismu v důsledku snížení obsahu vody v těle. Nedostatek tekutin způsobuje omezenou tvorbu tekutin, potu a organismus se přehřívá. Klesá také aktivita metabolismu a jiných enzymů. Voda je hlavní složkou organismu člověka, obsah vody v lidském těle je zhruba 60%, zbylých 40% tvoří pevné látky. K dehydrataci nejčastěji dochází kvůli poruše mezi příjmem a výdejem tekutin. Pitný režim musí být brán jako, předcházení vzniku onemocnění a jako nezbytná podmínka pro náš kvalitní život (9, 29).

Většina naší populace zejména senioři si neuvědomují nutnost pravidelného příjmu tekutin. Proto se dehydratace stala hrozbou náhlé hospitalizace. Velkým problémem je snížený pocit žízně u seniorů, který vede k nedostatečnému příjmu tekutin, tento pocit však neodpovídá skutečné potřebě organismu. Organismus u seniorů zvýšeně reaguje na změny náplně v cévním, vodním a minerálním řečišti, společným faktorem pro řadu onemocnění, je již právě zmíněná dehydratace (9, 29, 41).

Příčiny dehydratace lze rozdělit na věkem podmíněné, iatrogenní a psychologické. Mezi nejčastější příčinu patří věkem podmíněná dehydratace, jedná se o strach ze samovolného úniku moči. Senioři se snaží tento problém vyřešit tím, že omezí svůj denní přísun tekutin na minimum. Iatrogenní příčina je poškození pacienta lékařem, ke kterému dochází vzhledem k polymorbiditě klientů. Klienti trpí více chorobami, užívají celou řadu léků a vlivem jejich účinku může dojít k dyspeptickým potížím, anebo k lékové intoxikaci. Mezi psychické příčiny řadíme pocit nepotřebnosti a sociální nejistoty. Následek dehydratace se promítá v řadě onemocnění, klienti mohou být dezorientovaní a mohou se dostat až do deliria (9, 28, 41).

1.4.4 Poranění mozku

Při poranění mozku může také docházet k dezorientaci, úrazy mozku představují v dnešní době velký problém nejen kvůli stoupající frekvenci, ale především pro svou lékařskou závažnost (38).

Poranění mozku jsou na druhém místě, kdy je nutná hospitalizace klienta následkem úrazu a je nevyšší příčina úmrtnosti. Poranění hlavy může být dle své síly zcela bez následků, anebo naopak může způsobit zhmoždění mozkové tkáně, které je často spojené se zlomeninou kostní tkáně lebky. Úder i o té nejmenší intenzitě může způsobit krátkodobou ztrátu vědomí. Délka ztraceného vědomí je dána závažností mozkového úrazu. K orientačnímu hodnocení stavu vědomí u úrazů mozku se využívá Glasgowská škála. V této škále hodnotíme reakci na podněty: otevření očí, slovní odpověď a motorickou odpověď. Tato škála se skládá ze tří samostatných testů. Bodové ohodnocení všech tří testů se sečte a výsledné číslo udává úroveň vědomí. Maximální počet je 15 bodů, což znamená, že je pacient plně při vědomí. Minimální počet získaných bodů mohou být 3 body, což znamená závažnou poruchu vědomí (38).

1.4.4.1 Otřes mozku

Otřes mozku neboli komoce, je krátkodobá, reverzibilní porucha činnosti centrálního nervového systému. Neurologický náález je bez ložiskových změn a pacient nemá žádné trvalé následky. Příznakem komoce mozku je ztráta vědomí, která může být někdy jen vteřinová. Na dobu kdy je dotčený v bezvědomí si nepamatuje, po probrání z bezvědomí má pacient s otřesem mozku centrální vegetativní poruchy, jako jsou bolesti hlavy, nauzeu, zvracení, závratě, hypotenzi anebo tachykardie. Po probrání k vědomí může být pacient ještě po nějakou dobu dezorientovaný anebo v somnolentním stavu. Po probuzení s námi komunikuje, odpovídá na naše otázky, ale nejspíše si to nebude pamatovat. Bezvědomí by nemělo trvat více než 5 minut a stav obluzenosti by neměl trvat déle než jednu hodinu. U pacienta sledujeme stav vědomí a pravidelně monitorujeme fyziologické funkce. Tento úraz

provází stavy zmatenosti, proto by měla sestra především zajistit bezpečnost pacienta. Pokud to situace umožňuje, měla by sestra klienta uložit blízko na pokoj od svého pracoviště a sledovat tak změny jeho zdravotního stavu (34, 38).

1.4.4.2 Zhmoždění mozku

Ke zhmoždění mozku, neboli ke kontuzi dochází v situaci kdy je intenzita násilí větší než při otřesu mozku a může dojít k dezorientaci klienta. Kontuze mozku je morfologické poškození mozkové tkáně často spojované s prokrvácením. Lokalizace kontuze může být v místě nárazu i proti místu nárazu. Klinický obraz je velmi proměnlivý, záleží však na lokalizaci a rozsahu kontuze. Mráкотný stav či bezvědomí, trvají déle než u komoče, někdy dokonce až celé měsíce, kdy následuje období několikadenní až několika týdenní zmatenosti. U zhmoždění mozku je důležitá doba bezvědomí pro stanovení prognózy a následné rehabilitace (34, 38).

1.4.4.3 Kompresie mozku

Jde o stav, kdy krev stlačí mozkovou tkáň, tak že dochází k traumatické nitrolební hypertenzi. Mezi typické klinické příznaky patří takzvané dvoufázové bezvědomí, kdy poraněný upadne do bezvědomí, po probnutí zvrací a po různě dlouhé době upadá do druhého bezvědomí. Kompresie mozku vyžaduje operační řešení (34).

1.4.5 Demence

Demence je mnohdy provázána dezorientací, lze ji chápat jako celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých částech psychiky a ve svém výsledku zasahují celou osobnost člověka i s jeho tělesnou součástí. Demence

je získaná a výskyt se výrazně zvyšuje s věkem, jedná se o onemocnění spíše vyššího věku. Toto onemocnění vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy (42).

„Demence je získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, jež je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Pokles kognitivních schopností se vyznačuje poruchami úsudku a myšlení při cílených činnostech a při všeobecném zpracování informací. Zároveň bývá patrna emoční labilita, podrážděnost či apatie a změny sociálního chování. U postiženého jedince přitom není porušeno vědomí a nejsou známky deliria.“ (43, s. 187).

Demenci lze definovat jako klinický syndrom, pro který je typický pokles intelektu a dalších kognitivních funkcí, které ve svém následku vedou k tomu, že pacient není schopen sám zvládat běžné denní činnosti. Postupně dochází ke zhoršování paměti, orientace, myšlení, vnímání řeči a dalších funkcí (34, 43).

Demenci můžeme dělit podle různých znaků, musíme však diagnosticky rozlišit jednotlivé typy demencí. Nejčastěji jsou demence rozdělovány do dvou skupin: Alzheimerovské demence a nealzheimerovské demence (33).

1.4.5.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova nemoc je závažné onemocnění projevující se demencí, jedná se o nejčastější příčinu demence vůbec. Etiologie toho onemocnění zatím není zcela objasněná. Alzheimerova demence je vyvolána úbytkem neuronů a změnou neurochemických funkcí v různých částech mozku. Tato choroba poškozuje zejména krátkodobou paměť, která nám dovoluje ukládat to, co se momentálně děje a umožňuje nám udržet pozornost a koncentraci (33).

Alzheimerova nemoc můžeme rozdělit na presenilní formu, která je typická časným začátkem a příznaky se obvykle rozvinou do 65let života. Častější je však forma senilní, která začíná později, příznaky se vyskytují po 65 roce života nebo později (44).

Rizikovými faktory u Alzheimerovy choroby jsou: vyšší věk, genetická dispozice, prodělaný úraz hlavy, ženské pohlaví, demence v rodinné anamnéze, Downův syndrom, snížená funkce štítné žlázy, chybění vitamínu B12, nízká úroveň vzdělání anebo deprese (44).

Rozlišujeme zde tři stádia nemoci. U Alzheimerovy demence lehké formy se vyskytují pouze drobné příznaky, které lze snadno přehlédnout, jako je zhoršování paměti anebo obtížné hledání slov. Nemocný se opakuje, zapomíná a ztrácí věci. Toto období většinou trvá od 2 do 4let. Ve středně těžké formě jsou příznaky již méně přehlédnutelné a nedovolují nemocnému provádět řadu běžných denních činností. Mezi nejčastější projevy patří zapomínání, spolu se jmény příbuzných a snížená schopnost se sám o sebe postarat. Dále sem patří dezorientace, kdy se ztratí i na známém místě a zhoršují se i řečové schopnosti. Tento středně těžký stupeň trvá od 2 do 10let a je zde typické zhoršování mentálních funkcí, je nutný trvalý dohled anebo umístění pacienta do speciálního zařízení. V třetí, poslední těžké formě je nemocný zcela odkázán na péči druhých. V této fázi se objevují obtíže při příjmu potravy, nemocný není schopen poznat své přátele, členy rodiny ani sám sebe, dochází zde i k výrazným poruchám chování, není schopen mluvit ani vnímat mluvenou řeč (34, 43).

Pro tuto chorobu je typický plíživý a pomalý začátek, někdy vzniku demence u Alzheimerovy choroby předchází porucha, kterou nazýváme lehká porucha poznávacích funkcí. Pro tuto poruchu je charakteristické, že je přítomna porucha paměti, a to jak subjektivní pocit zapomnětlivosti, tak i objektivně měřitelná porucha. Významné je však, že na rozdíl od demence nejsou podstatně napadeny činnosti denního života a je zachována soběstačnost. Na začátku můžeme pozorovat poruchy paměti, ty nemusí být vždy nápadné. U starších pacientů mohou být přisuzovány k jejich věku a postupnému stárnutí. Postupem času však dochází k podtržení těchto poruch. Většinou se jedná o nepřesné a ztížené vybavování starých vzpomínek-paramnezií což jsou zkreslené vybavené vzpomínky nebo ekmnezie, nesprávně časově lokalizované vzpomínky. Vyskytuje se porucha krátkodobé paměti a paměťové všítipivosti, brzy se začínají přidávat poruchy prostorové orientace. Klienti ztrácejí orientaci v jim dobře známých místech a nenacházejí cestu domů. V pozdějších fázích

pak mohou zabloudit ve svém vlastním bytě, ztrácí prostorovou představivost, mají také porušenou časovou orientaci a nejsou schopni odhadnout svoje schopnosti. Člověk, který je postižen Alzheimerovou demencí ve srovnání s jinými demencemi často ztrácí náhled a neuvědomuje si svou chorobu, přestává se cítit nemocný. S odstupem času dochází postupně k poruše činností denního života, dochází k progresi onemocnění a tak i poruše základních praktických dovedností jako je například zvládnutí základní hygieny anebo obléknutí se (34, 44, 45).

Společně s Alzheimerovou chorobou se někdy zmiňuje o takzvaném syndromu afaticko-aprakticko-agnostickém, čímž označujeme poruchy řeči, účelného zacházení s věcmi a poznávacích funkcí. Afázie je porucha řeči, která vzniká v důsledku různých oblastí mozkové kůry. Nemocný není schopen porozumět slyšené mluvě, při dobře zachovaném sluchu, což označujeme jako senzorickou afázii. Motorická afázie vyvolává neschopnost tvorby srozumitelné řeči, při neporušených mluvidlech (34, 44, 45).

Pro odhalení již počátečních stádií Alzheimerovy choroby se používají různé testy, například test hodin, který tento stupeň demence odhalí. Tento test spočívá v tom, že pacient dostane nakreslit hodiny a současně zobrazit určený čas. Pokud jsou hodiny nakresleny do kruhu s čísly tam, kde mají být a znázorňují správný čas, tak je vše v pořádku. Jestliže se pacientovi nedaří nakreslit kruh, nebo jsou v kruhu přeházená čísla, či hodinové ručičky nejsou správně nastaveny, je velká pravděpodobnost, že autor takto nakreslených hodin trpí demencí. Pro vyšetřování poruch paměti u demencí se používá Mini Mental State Examination, který se skládá z 10 okruhů a je bodově ohodnocen. Dalším používaným testem je test všedních činností a test instrumentálních všedních činností (33).

1.4.6 Komunikace sestry s dezorientovaným klientem

Nejdůležitější částí, při poskytování ošetrovatelské péče dezorientovanému klientovi je samotná komunikace s ním. Požadavky pro efektivní verbální komunikaci jsou, zřetelnost, jednoduchost, stručnost, přizpůsobivost a vhodné načasování. Při poskytování ošetrovatelské péče dezorientovanému klientovi může být postižena nejen vnímavost ale i samotná komunikace. Frustrace anebo agrese klienta mohou být zdrojem potíží problémů s komunikací. Než začne sestra o klienta pečovat, měla by se mu představit, mnohdy to zlepší klientův přístup. Dále by sestra měla uvést datum, čas, místo kde se nachází a činnosti, které již klient vykonal (2).

Při rozhovoru s klientem se mu díváme do očí a udržujeme oční kontakt, povzbuzujeme ho, aby mluvil pomalu. Při rozhovoru bychom měli sedět ve stejné rovině, měl by vidět do naší tváře a na naše ruce. Mluvíme dostatečně na hlas, ale nekřičíme, dbáme na artikulaci jednotlivých slov. Informace sdílíme co nejjednodušeji, aby jim klient porozuměl, hovoříme pomalu. Používáme krátké a jednoduché věty, vyvarujeme se používání dlouhých souvětí. Vždy klademe jen jednu otázku, nikdy více otázek najednou, snažíme se najít takovou polohu hlasu, aby zněl hlas klidně a příjemně. Nepoužíváme příkazy a nikdy na klienty nekřičíme (35, 36, 40).

Podstatné informace vždy několikrát zopakujeme, čekáme, až klient zareaguje, mluvíme vždy v klidném, dobře osvětleném prostředí, kde nás neruší jiný klient anebo televize či rádio, aby nás bylo dobře slyšet. Náš verbální projev, pro lepší názornost doplňujeme i prvky neverbálními- gesty, mimikou. Nehovoříme o samotném klientovi s někým dalším před ním, jako by nebyl přítomen, takový postup samotného klienta ponižuje. Klientovu snahu s námi komunikovat oceňujeme a povzbuzujeme ho, tím podporujeme jeho sebevědomí. Agresivní chování může u klienta znamenat i opakovaný neúspěch v komunikaci (2, 35, 46, 47).

Při provádění nějakého ošetrovatelského výkonu komentujeme jen ten výkon, který momentálně provádíme. Budeme-li provádět samotný výkon bez jakékoliv

komunikace, popíráme existenci klienta a snižujeme jeho motivaci zůstat propojen s realitou. Zásadně se vyhýbáme hádkám a prudkým výměnám názorů.

Hádky anebo střet s nemocným vede jen ke zhoršení jeho stavu a podrážděnosti zdravotnického personálu. Proto se ke klientům chováme vždy klidně, podporujeme komunikaci s rodinou klienta, či přáteli. Je možné, že nastane situace, že se s klientem verbálně nedomluvíme a bude muset začít využívat prvky neverbální komunikace. Pacienti, kteří trpí demencí, jsou citliví a vnímaví na jakýkoliv projev neverbální komunikace (2, 35, 36, 46, 47).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit specifika komunikace sestry s dezorientovanými klienty při poskytování ošetrovatelské péče.

V rámci výzkumu byl stanoven jeden hlavní cíl: Zjistit specifika komunikace sestry s dezorientovanými klienty.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1. Jaké překážky spatřují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem?

Výzkumná otázka 2. Jaké zásady dodržují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem?

Výzkumná otázka 3. V čem se liší komunikace sestry s dezorientovaným klientem od komunikace s orientovaným klientem?

3. Metodika

3.1 Popis metodiky výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Výzkumná data byla získána metodou dotazování. Jako techniku sběru dat byl použit polostandardizovaný rozhovor. Otázky pro všeobecné sestry jsou uvedené v příloze č. 1. Respondenti měli volný prostor pro vyjádření svých odpovědí.

Rozhovory byly přepsány, vytištěny a metodou tužka a papír byly následně kódovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Jednotlivé kategorie jsou zpracované do přehledných schémat. Rozhovory s respondenty byly očíslovány. Na tyto čísla je odkazováno v textu, např. R1 (respondent č. 1). Pod schémata jsou citace jednotlivých respondentů bez lingvistické úpravy.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily registrované všeobecné sestry pracující na standardních lůžkových oddělení interního typu. Oslovila jsem všeobecné registrované sestry z interního oddělení Domažlické nemocnice a.s., všichni respondenti s poskytnutím rozhovoru souhlasili, na základě toho jsem provedla 8 rozhovorů se sestrami, které probíhali jednotlivě v období leden- březen 2015.

První čtyři otázky při rozhovoru byly identifikační, pomocí kterých jsme zjišťovaly u jednotlivých respondentů věk, oddělení na kterém sestry pracují, nejvyšší vzdělání a jak dlouho pracují ve zdravotnictví. Další otázky byly směřovány ke komunikaci s orientovaným a dezorientovaným klientem.

4. Výsledky

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1 identifikační údaje respondentů

Respondent č. 1	žena	věk 28 let	Středoškolské vzdělání
Respondent č. 2	žena	věk 30 let	Vysokoškolské vzdělání
Respondent č. 3	žena	věk 25 let	Vysokoškolské vzdělání
Respondent č. 4	žena	věk 35 let	Středoškolské vzdělání
Respondent č. 5	žena	věk 31 let	Středoškolské vzdělání
Respondent č. 6	žena	věk 24 let	Vysokoškolské vzdělání
Respondent č. 7	žena	věk 36 let	Středoškolské vzdělání
Respondent č. 8	žena	věk 30let	Středoškolské vzdělání

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje číslo respondenta, pohlaví, věk a dosažené vzdělání. Respondenty tvoří ženy, věkové rozmezí všeobecných sester je od 24 let do 36 let. Středoškolské vzdělání má 5 respondentů a 3 respondenti mají vysokoškolské vzdělání.

4.2 Kategorizace

Tabulka 2 Přehled kategorií

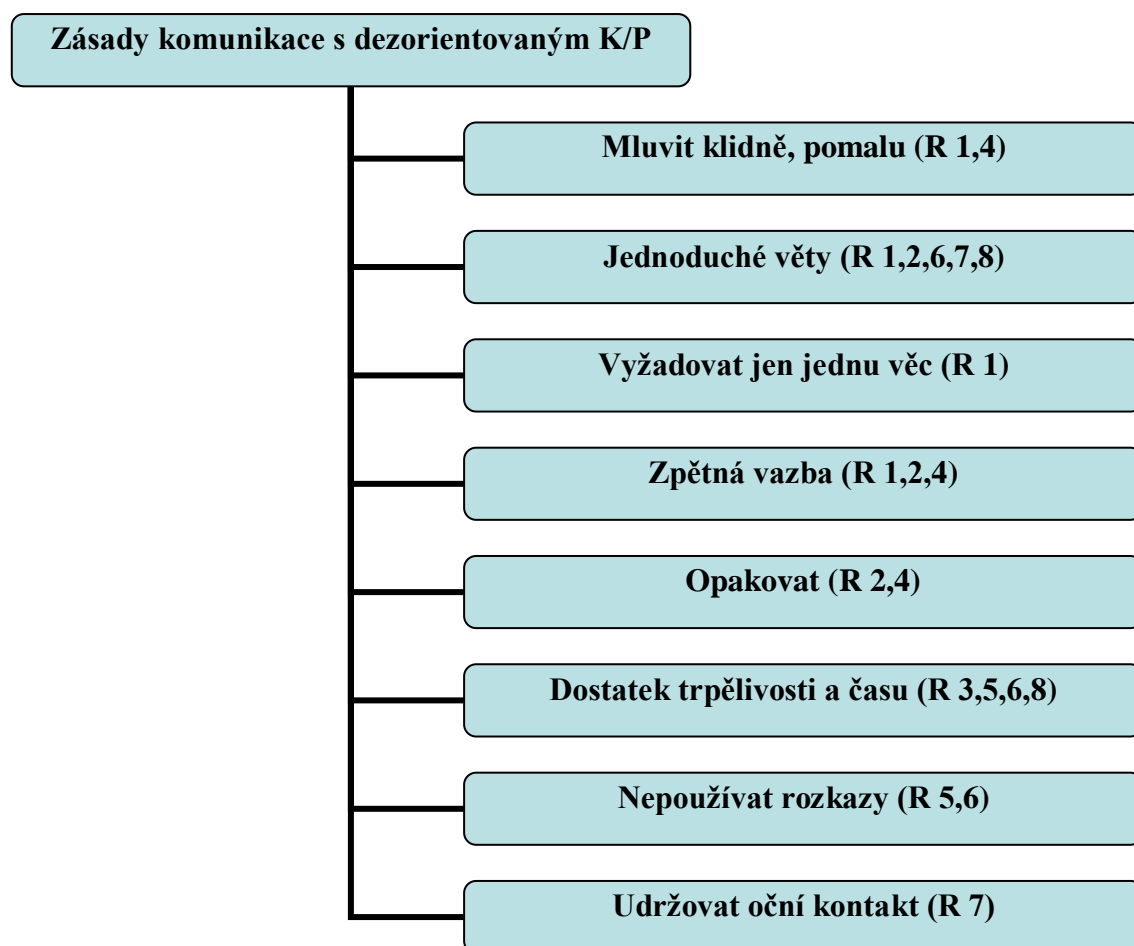
Kategorie
1. Zásady komunikace s dezorientovaným K/P
2. Překážky v komunikaci s dezorientovaným K/P
3. Chyby sester při komunikaci s dezorientovaným K/P
4. Překážky v komunikaci s orientovaným K/P
5. Odlišnost komunikace s dezorientovaným K/P

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.1 Kategorie Zásady komunikace s dezorientovaným K/P

V kategorii „Zásady komunikace s dezorientovaným K/P“ v odpovědích respondenti vyjadřovali své názory na to, jaké jsou podle nich zásady při komunikaci s dezorientovaným K/P. U jednotlivých odpovědí jsou uvedena čísla respondentů, kteří zmiňovali odpovědi v jednotlivých oblastech.

Schéma 1 Zásady komunikace s dezorientovaným K/P



Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto schématu je znázorněno, jaké zásady spatřují všeobecné sestry při komunikaci s dezorientovaným klientem. Než se sestra začne s klientem komunikovat, měla by mu představit, což žádná s oslovených respondentek neuvedla. Používat

jednoduché věty udává 5 respondentů., *Mluvím jednoduše, tím myslím, že nepoužívám dlouhé věty.*“ (R6). K dalším zásadám sestry řadí dostatek trpělivosti a času. *„Snažím se být trpělivá a na klienta nespěchat.“* (R8). Při komunikaci s dezorientovaným klientem je důležité dívat se mu do očí a udržovat oční kontakt. Jedna sestra uvedla, že je důležité, aby s dezorientovaným K/P udržovala oční kontakt. *„Dodržuju oční kontakt, který mnohdy napoví.“* (R7).

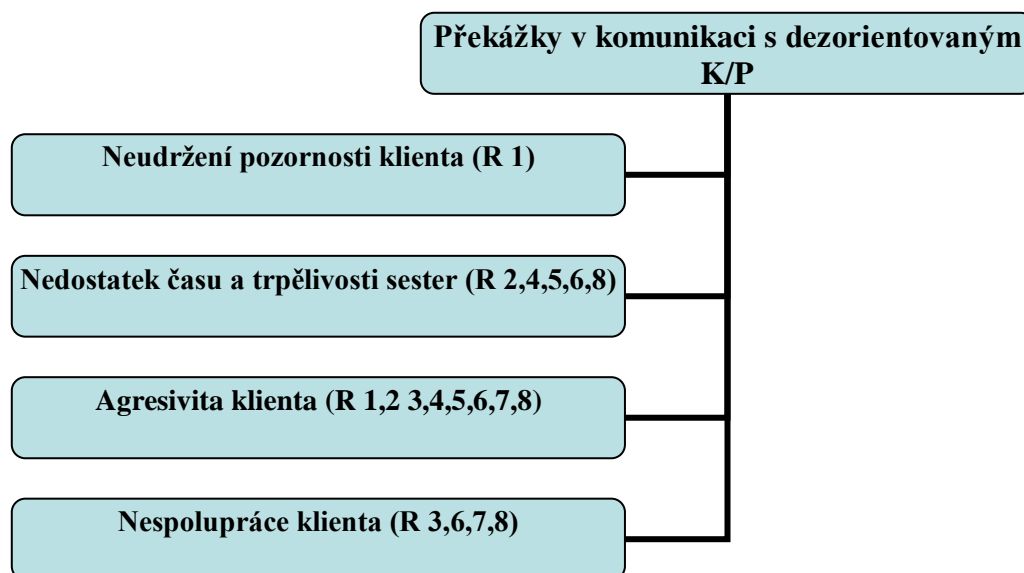
Při komunikaci je důležité sdělovat informace co nejjednodušeji, aby je klient pochopil, mluvíme dostatečně na hlas. Dvě sestry uvedly mluvit pomalu a klidně s pacientem. *„Mluvím klidně a pomalu, aby mě pacient stačil chápat.“*(R4). Zpětnou vazbu považují 3 sestry za důležitou zásadu při komunikaci. *„Informace nebo úkoly, který sdělím si u pacienta ověřuju zpětnou vazbou, abych věděla, jestli jsme se pochopily anebo ne.“* (R2).

Důležité informace klientovi vždy několikrát zopakujeme a čekáme, až klient zareaguje. Opakovat informace zmínily dvě sestry. *„Používám věty, který několikrát opakuju.“* (R2)“. Při komunikaci nikdy na klienty nekřičíme a nepoužíváme příkazy. Dvě sestry zmínily, že mezi zásady komunikace s dezorientovaným klientem patří nepoužívat rozkazovací způsob. *„Komunikace s dezorientovaným pacientem je pro zdravotnický personál psychicky náročná a tak nepoužívám na pacienty rozkazy, snažím se všechno říkat v množném čísle- půjdeme, uděláme.“* (R5).

4.2.2 Kategorie Překážky v komunikaci s dezorientovaným K/P

Schéma 2 Překážky v komunikaci s dezorientovaným K/P

Toto schéma znázorňuje překážky v komunikaci s dezorientovaným klientem, se kterými, se sestry setkaly a vyjádřily je ve svých odpovědích.



Zdroj: vlastní výzkum

Na tomto schématu je vidět, jaké překážky spatřují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem. Komunikační bariéry chápeme jako překážky, které nám ztěžují komunikaci s dezorientovaným klientem. Na komunikaci je potřeba si vyhradit čas, ale dnešní tempo moderního ošetřovatelství nedává prostor dlouhým rozhovorům s pacienty. Pět sester udává, že nedostatek času a trpělivosti sester, je jednou z překážek v komunikaci. „ *A určitě nedostatek času a trpělivosti sester, u nás na oddělení máme někdy až 10 dezorientovaných pacientů a s naším personálním vybavením jsme vůbec rády, že pacienty uhlídáme, natož si s nima nějak hluboce povídat.* “ (R5).

Neudržení pozornosti dezorientovaného klienta udala jedna sestra. „ *Největší překážkou je pro mne pozornost dezorientovaného pacienta, kterou nikdy neudrží a pak mě nevnímá.* “ (R1).

Častou překážkou při komunikaci s dezorientovaným klientem je také jeho agresivita či neklid. Všechny oslovené respondentky uvedli agresivitu. „ *Agrese, s agresivním pacientem je komunikace pěkně náročná, na tož poskytování oše. péče.* “ (R5). „ *Dezorientovaný pacient je často agresivní a tím znemožňuje moji komunikaci*

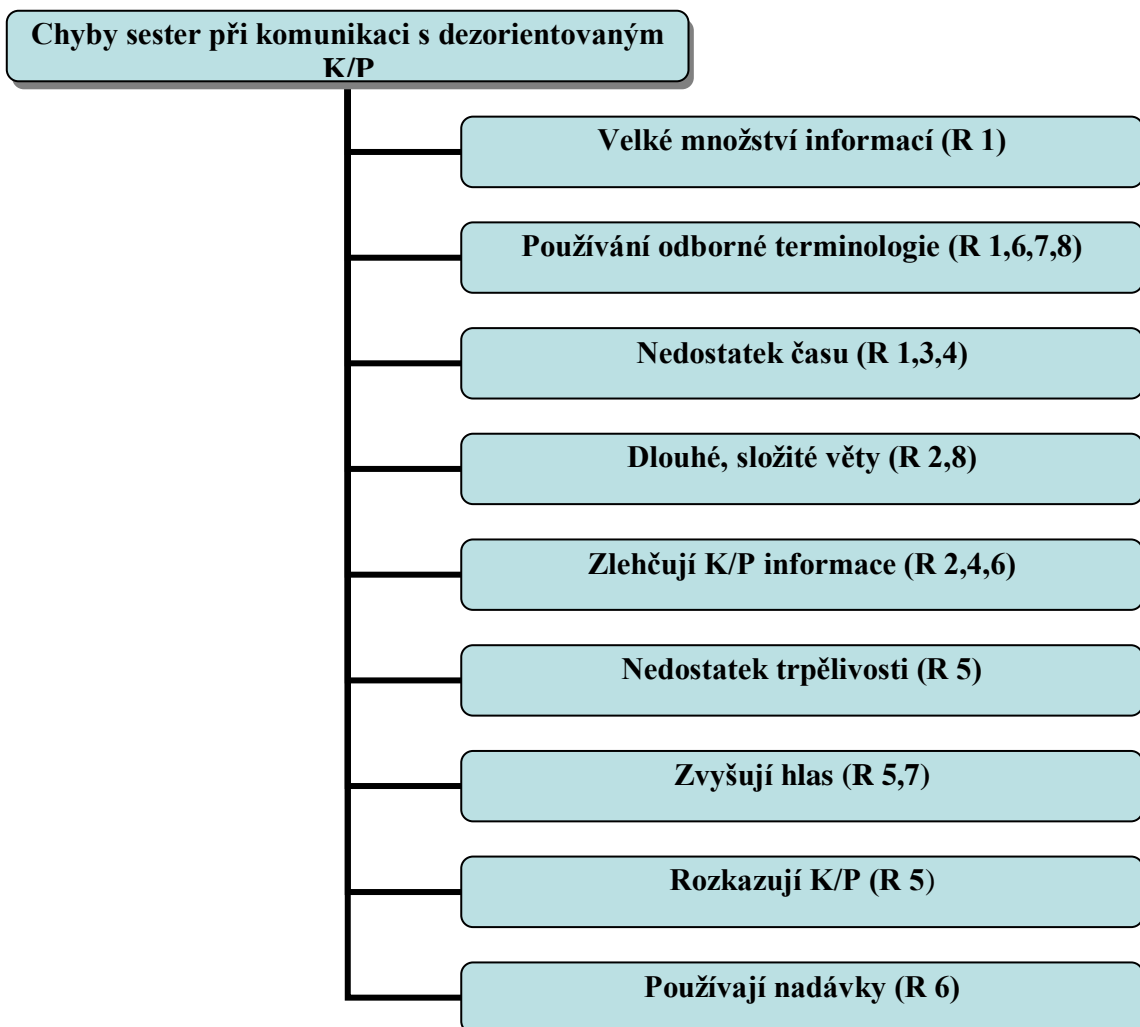
s ním, protože si ve většině případech myslí, že mu chce ublížit, případně ho okrást.“ (R8).

Jako další překážku uvedly 4 sestry nespolupráci klienta. *„Při komunikaci je nutná i spolupráce pacienta, ve většině případů se u dezorientovaných pacientů o spolupráci mluvit nedá, jsou spíš pasivní a z našeho dialogu je můj monolog.“ (R3).* Mnohdy si sestry neuvědomují, že jejich postoj, tvář, doteky anebo mlčení jsou podstatnou součástí komunikace, kterou tyto složky nejen pozitivně ovlivňují, ale mohou být i zdrojem nekomunikativního chování pacienta.

4.2.3 Kategorie Chyby sester při komunikaci s dezorientovaným K/P

Schéma 3 Chyby sester při komunikaci s dezorientovaným K/P

V kategorii Chyby sester při komunikaci dezorientovaným K/P vyjadřovali respondenti svůj názor na to, jakých chyb se dopouští při komunikaci s dezorientovaným klientem. Následující schéma mapuje odpovědi respondentů, které uvedly.



Zdroj: vlastní výzkum

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že sestry jsou si vědomy, že se dopouští chyb při komunikaci s dezorientovaným klientem. Čtyři sestry uvedly, že používají při komunikaci odbornou terminologii, aniž by si uvědomily, že jim klient nerozumí. „Při komunikaci používám, aniž bych si to uvědomila odbornou terminologii, pacient mi vše odkýve, ale při dalším rozhovoru zjistím, že vůbec nepochopil, co jsem mu říkala anebo co po něm chci.“ (R1).

Nedostatek času, který sestry mají na komunikaci s dezorientovaným klientem, uvedly tři sestry. „ Když máš akutní příjem, do toho probíhá vizita tak není v mých

silách věnovat dezorientovanému pacientovi tolik času, kolik by on sám potřeboval.“ (R3).

Tři respondenti uvedli, že jsou si vědomy toho, že problémy které jim dezorientovaný klient udá, zlehčují. „ *U nás se točí furt ty samí pacienti, troufám si říct, že už je i známe a víme co od koho čekat, díky opakovaným hospitalizacím někdy zlehčuju informace nebo obtíže, který mi pacient popisuje.“ (R4).*

Používání dlouhých a složitých vět v komunikaci uvedly dvě sestry. „ *Na pacienty při příjmu anebo i během hospitalizace vybalíme hodně informací v tak složitých a dlouhých větách, že bych tomu ani já sama nerozuměla.“ (R8).*

Dále dvě sestry udaly, že na dezorientované klienty při komunikaci zvyšují hlas. „ *Byla jsem svědkem kdy při rozhovoru sestra na pacienta zvýšila hlas, ne kvůli tomu že by neslyšel, ale prostě ho okřikla jak malý dítě a pak došlo ke slovnímu konfliktu mezi oběma.“ (R5).*

Jedna sestra uvedla, že se při komunikaci používá velké množství informací a klienti pak nevědí, co je důležité a co nikoliv. „ *Pacientům říkáme hodně informací najednou, říkáme jim, co po nich chceme, co kde je, počítáme s tím, že si všechno pamatují z předchozí hospitalizace.“ (R1).*

Respondentka č. 5 uvedla, že při komunikaci s dezorientovanými klienty nemají sestry dostatek trpělivosti a rozkazují jim. „ *Nedostatek trpělivosti při komunikaci, taky některý sestry pacientům rozkazují a navádějí je do něčeho, do čeho ani oni sami nechtějí.“*

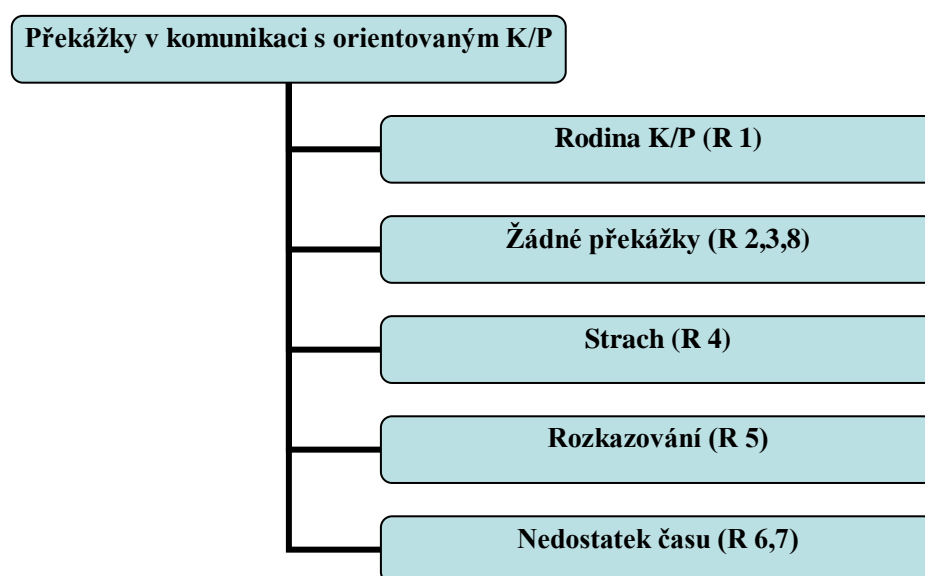
Respondentka č. 6 uvedla, že se setkala s nadávkami, které sestra směřovala na klienta. „ *Setkala jsem se s urážkami a nadáváním pacientům, který sestra vykřikovala přes celý pokoj, před dvěma dalšíma pacientama.“*

Jako další chybu při komunikaci s dezorientovaným pacientem lze považovat to, že sestry nepoužívají nonverbální komunikaci, dotek a mimiku. Žádná s uvedených respondentek, ale toto neuvedla.

4.2.4 Kategorie Překážky v komunikaci s orientovaným K/P

Schéma 4 Překážky v komunikaci s orientovaným K/P

V následujícím schématu jsou zmapovány odpovědi respondentů na to, jaké spatřují překážky v komunikaci s orientovaným klientem.



Zdroj: vlastní výzkum

K orientovanému klientovi přistupují sestry v komunikaci odlišně, než ke klientovi dezorientovanému. Pouze tři respondenti nespátřují žádné překážky při komunikaci s orientovaným klientem. "*Při komunikaci s orientovaným pacientem nevidím žádný překážky, který by mi bránil v komunikaci s ním.*" (R8). "*Dlouho přemejšlím a vážně mě nic, jako žádná překážka nenapadá.*" (R3). Komunikace s orientovaným klientem bývá méně časově náročnější. Pět respondentů uvedlo překážky následující. Dva respondenti

uvedli jako překážku nedostatek času. "*Určitě jako u všeho je to nedostatek času, kterej je náš hlavní nepřítel.*" (R7).

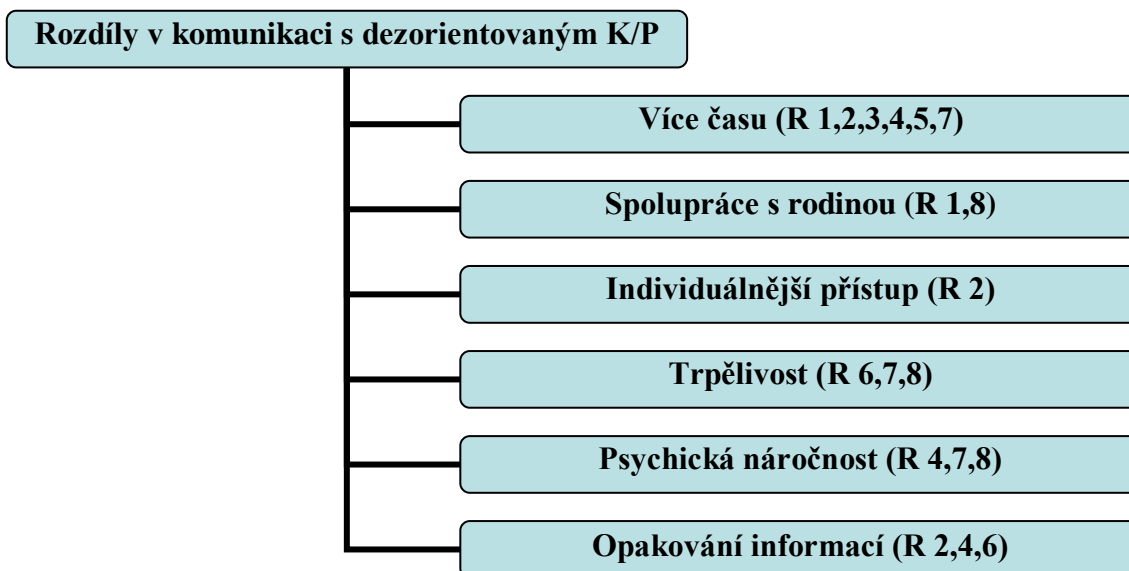
Naslouchání je důležité k pochopení druhého člověka a vytvoření dobrých vzájemných vztahů. Respondenti zmínili rodinu samotného klienta, strach z komunikace o vážné nemoci a rozkazování. „*Pacienti jsou často natlačení do něčeho do čeho ani sami nechtějí, tím myslím třeba některý výkony anebo léčebný postupy, sestry s lékařem prostě rozhodnou, rozkážou a pacient jako důvěřivý člověk prostě poslechne.*“ (R5).

Respondentka č. 4 uvedla, že jako překážku vnímá strach z klientovy strany. „*Překážkou při komunikaci s orientovaným pacientem je strach z komunikace, třeba když má klient nějaký závažný onemocnění anebo když po něm chceme nějaký intimnější informace*“.

V rodině hospitalizovaného klienta, spatřuje překážku při komunikaci respondentka č. 1, které se domnívá, že rodina hospitalizovaného klienta naruší celkový průběh komunikace mezi zdravotnickým personálem a klientem. „*Když je přítomná rodina, která třeba pacienta doprovází do nemocnice. Rodina mi pak chce všechno říct za samotného pacienta, kterej občas jen tak sedí a ani si nedovolí nesouhlasit, tak že kolikrát nám rodina podá úplně jiný informace než pak sám samotnej pacient*“.

4.2.5 Kategorie Rozdíly v komunikaci s dezorientovaným K/P

Schéma č. 5 Rozdíly v komunikaci s dezorientovaným K/P



Zdroj: vlastní výzkum

Následující schéma nám uvádí odpovědi respondentů, které uvedli jako rozdílné v komunikaci s dezorientovaným klientem. Z následujícího schématu vyplývá, že všichni oslovení respondenti vidí v komunikaci s dezorientovaným klientem rozdíl. Pět respondentů uvedlo, že jako rozdíl při komunikaci s dezorientovaným klientem považují více času, který je nutný dezorientovanému klientovi při komunikaci věnovat. „*Jako rozdíl si myslím je to, že u dezorientovaného pacienta strávíš víc času, to co mu říkáš, nemusí vždycky pochopit.*“ (R1). „*Určitě je to čas, s orientovaným pacientem máš komunikaci hotovou za pět minut, zatím co s dezorientovaným pacientem je komunikace časově mnohem delší.*“ (R2).

Dva respondenti uvedli, že jako rozdíl při komunikaci spatřují spolupráci s rodinou, která je u dezorientovaného klienta mnohem potřebnější a to jak v rámci poskytování ošetrovatelské péče anebo jako zdroj informací. „*V komunikaci u dezorientovaného klienta je naším zdrojem rodina, se kterou musíme spolupracovat. Rodina nebo příbuzný znají zvyky nemocného a může nám to pomoci při hospitalizaci.*“ (R1). „*Rozdíl je v tom, že při komunikaci s dezorientovaným klientem by měla být přítomná rodina, a informace který nám klient řekne buď schválit anebo potom někde stranou říct jak to opravdu je, prostě je tady rozdíl ve větší spolupráci s rodinou.*“ (R8).

Pouze jeden respondent zmínil jako rozdíl v komunikaci potřebu individuálnějšího přístupu. „Rozdíl je v tom, že k dezorientovanému pacientovi přistupujeme více individuálně, snažíme se mu vyjít vstříc“. (R2).

Tři respondenti zmínili potřebu větší trpělivosti při komunikaci. „Větší trpělivost při komunikaci, protože většinou tě pacient nechápe.“ (R6). „ Při jakýmkoliv dorozumívání a komunikaci je nutný bejt hodně trpělivá, protože tě kolikrát pacient ani neposlouchá anebo vůbec nerozumí, co po něm chceš.“ (R7).

Jako další rozdíl uvedli tři respondenti psychickou náročnost komunikace. „Komunikovat s dezorientovaným pacientem je hlavně psychicky náročný.“ (R4). „Komunikace je už sama o sobě dost náročná, tady bych řekla, že jako hlavní rozdíl v komunikaci je náročnost, která se vztahuje na psychiku, není to sranda denně komunikovat s dezorientovanýma pacientama.“ (R7).

Tři respondenti uvedli, že rozdíl v komunikaci je častější opakování informací při komunikaci. „ Věci, který po pacientovi chceš, nebo informace, který mu říkáš, musíš několikrát zopakovat.“ (R2). „ Opakovat, opakovat a ještě jednou opakovat. Mnohdy jenom opakuju a po nějaký době dosáhnu toho, čeho jsem po pacientovi chtěla.“ (R6).

5. Diskuze

V této bakalářské práci na téma „Komunikace sestry s dezorientovaným pacientem“ byl stanoven jeden cíl a to zjištění specifík komunikace s dezorientovaným klientem. K tomuto cíli byly stanoveny 3 výzkumné otázky: Jaké překážky spatřují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem? Jaké zásady dodržují sestry při komunikaci s dezorientovaným klientem? V čem se liší komunikace s dezorientovaným klientem od komunikace s orientovaným?

Ke zjištění informací byl zvolen kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Bylo osloveno 8 respondentů, všech 8 respondentek tvoří ženy, jedná se o všeobecné sestry z interního oddělení Domažlické nemocnice a. s. Věkové rozmezí sester se pohybovalo od 28 až do 36let. Všechny dotazované sestry jsou plně soběstačné, orientované místem, časem a osobou, netrpí žádnou poruchou chování. Při dotazování byly zjištěny nejprve identifikační údaje respondentů- věk a dosažené vzdělání. Získané údaje jsou znázorněny v tabulce 1.

V první části výzkumného šetření jsme se zaměřili na zásady komunikace s dezorientovaným klientem. Zjišťovali jsme od sester, jaké dodržují zásady při komunikaci s dezorientovaným klientem. Tato kategorie obsahuje 8 podkategorií, které jsou následně znázorněny ve schématu 1. Velmi často sestry uváděly, že jednou ze zásad, při komunikaci s dezorientovaným klientem, je zapotřebí dostatek času a trpělivosti. Venglářová, Mahrová (2006) zmiňují, že zásadami pro efektivní verbální komunikaci jsou zřetelnost, jednoduchost, stručnost, přizpůsobivost a vhodné načasování. Než začne sestra s klientem komunikovat, měla by se mu nejdříve představit a uvést datum, čas, místo kde se nachází. (2). Mezi dalšími uvedenými zásadami uvedly sestry mluvit pomalu a klidně, používat jednoduché věty, požadovat jen jednu věc a vyžadovat zpětnou vazbu. Venglářová, Babiaková (2006) se domnívají, že musíme hovořit dostatečně na hlas, ale nekřičet. Používat krátké a jednoduché věty, klást jen jednu otázku a na klienty nekřičet a nepoužívat příkazy (35). Mezi dalšími zásadami udaly sestry, že je nutné informace opakovat, udržovat oční kontakt a

nepoužívat rozkazy. Vymětal (2003) zmiňuje, že při komunikaci je důležité, abychom seděli ve stejné rovině, klient by měl vidět do naší tváře a na naše ruce (40). Naším výzkumem bylo zjištěno, že sestry nedodržují jednu z hlavních zásad při komunikaci s dezorientovaným klientem a to, že se klientům nepředstavují a neuvádí datum, čas a místo kde se nachází. Dále ani jedna sestra neuvědomila, že s klientem sedí ve stejné rovině a je jí vidět do tváře a na ruce.

V další části práce jsme se zaměřili, jaké sestry spatřují překážky při komunikaci s dezorientovaným klientem. Tato kategorie obsahuje 4 podkategorie, které jsou přehledně znázorněny ve schématu 2. Venglářová, Mahrová (2006) uvádí, že frustrace anebo agrese klienta mohou být překážkami při komunikaci s dezorientovaným klientem (2). Tato slova se shodují s výpověďmi dotazovaných sester, protože slovo agrese, bylo zmíněno u všech dotazovaných respondentek. Dále sestry uvedly, že jako další překážkou při komunikaci s dezorientovaným klientem je nedostatek času a trpělivosti sester při komunikaci a nespolupráce klienta. Kalvach, Onderková (2006) uvádí, že při komunikaci s dezorientovaným klientem je nutné si pro komunikaci vytvořit dobré podmínky, což je časově náročné, pátrat po tom, co klient dělá a teprve, až si budeme jisti, že nás vnímá, začneme komunikovat (20). Další překážky sestry spatřují v neudržení pozornosti dezorientovaného klienta. Kalvach, Onderková (2006) zmiňují, že při komunikaci se snažíme omezit rušivé a rozptylující elementy při komunikaci, aktivně vyhledáváme, navazujeme a udržujeme oční kontakt (20). Z výsledků výzkumu vyplynulo, že jako největší překážku vnímají agresivitu klienta. Některé respondentky poukazovaly na nedostatek času, který je vázán na nedostatek zdravotnického personálu na danou směnu. Při dostatečném počtu zdravotnického personálu by se daly tyto překážky minimalizovat.

V další části práce jsme zjišťovali, jakých chyb se sestry dopouští při komunikaci s dezorientovaným klientem. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že všechny sestry jsou si vědomy, že se nějakých chyb dopouštějí. Nejčastěji uvedly, že při rozhovoru s klientem používají odbornou terminologii, při čemž si to ani ony samy neuvědomují. Dále je patrné, že sestry dostatečně klienty nepodporují a neumí mlčet. Některé respondentky uvedly, že dokonce informace, které zjistí od klientů, zlehčují a

při nedostatku trpělivosti použijí nadávku. V tomto případě lze souhlasit s názorem Havlik, Wurm (2004) kteří tvrdí, že předpokladem úspěšné léčby je vytvoření dobrého vztahu mezi zdravotnickým personálem a klientem. Profese sestry zahrnuje i odpovědnost a zvládnutí komunikace s klientem i případných komunikačních bariér, komunikace je pro sestru významná investice, která se jí vrátí (25).

V druhé části bakalářské práce jsme se věnovali překážkám v komunikaci s orientovanými klienty. Všeobecné sestry uváděly, jaké spatřují překážky v komunikaci s orientovanými klienty. Z výzkumu vyplývá, že tři sestry nevidí žádné překážky v komunikaci a ani se s žádnou během své praxe nesetkaly. Další sestry uvádí jako překážku u orientovaných klientů nedostatek času, který je podmíněn nedostatečným počtem zdravotních pracovníků. Jako další překážku uvedla jedna respondentka rodinu klienta, kdy pak rodina podá neúplné informace zdravotníkům. Kapounová (2007) tvrdí, že klienti hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních jsou přímo závislí nejen na sestřích, ale i na ostatních členech ošetrovatelského týmu. Proto by si sestra i ostatní členové ošetrovatelského týmu měli získat důvěru klienta, ale i jeho rodiny, která se podílí na léčebném procesu spolu s klientem (8). Lze proto s tímto názorem souhlasit, rodina klienta pro nás jako pro zdravotníky může znamenat zdroj důležitých informací anebo ji můžeme zapojit do ošetrovatelské péče.

V třetí části bakalářské práce jsme se věnovali rozdílům v komunikaci s dezorientovanými klienty. Všeobecné sestry odpovídaly na to, jaké spatřují rozdíly v komunikaci s dezorientovaným klientem. Z následujícího výzkumu vyplývá, že všechny respondentky vidí v komunikaci s dezorientovaným klientem rozdíl. Respondentky uvedly, že rozdíl spatřují v časové náročnosti, s dezorientovaným klientem je zapotřebí více času na komunikaci. Havlik, Wurm (2004) tvrdí, že na komunikaci je zapotřebí si vyhradit čas za každých okolností, i když dnešní tempo moderního ošetrovatelství nedává prostor k vedení dlouhých dialogů mezi klienty a zdravotnickým personálem (25). Jako další rozdíl sestry uvedly, že u dezorientovaného klienta je nutno informace několikrát trpělivě opakovat. Při opakování informací, dosáhneme po klientovi to, co vyžadujeme. Bláha (2004) uvádí, že je nutné ujistit se,

zda nás klient vnímá a poté pokračovat v opakování informací, které chceme klientovi sdělit (7).

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit specifika komunikace sestry s dezorientovanými pacienty. Na začátku byly stanoveny tři výzkumné otázky, na které pomocí hloubkových rozhovorů s všeobecnými sestrami, byly získány odpovědi.

Z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry velmi zajímá otázka komunikace s dezorientovanými klienty. Z osobních setkání a rozhovorů se sestrami je však zřejmé, že pohled na komunikaci s dezorientovanými klienty je také velmi ovlivněn charakterovými vlastnostmi a postoji všeobecných sester.

První výzkumná otázka se zabývala tím, jaké spatřují sestry překážky při komunikaci s dezorientovaným klientem. Všichni dotazovaní respondenti jsou si vědomy nějaké překážky, při komunikaci s dezorientovaným klientem. Z výzkumu vyplývá, že všichni dotazovaní spatřují jako překážku agresivitu klienta, ke které se připojuje ještě další překážka a to nedostatek času na klienta, který je vázán na nedostatek zdravotnického personálu na danou směnu. Při dostatečném počtu zdravotnického personálu by se daly tyto překážky minimalizovat. Někteří respondenti zmínili nespolupráci klienta, kdy je klient při rozhovoru pasivní.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jaké zásady dodržují sestry v komunikaci s dezorientovaným klientem. Z výsledků vyplynulo, že v komunikaci s dezorientovaným klientem je nutno dodržovat zásady. Sestry uvedly, že na komunikaci je nutno si vyhradit čas a mít dostatek trpělivosti. Dále mluvit klidným hlasem, používat jednoduché věty. Sestry také zmínily používání zpětné vazby a nepoužívat rozkazy při komunikaci s dezorientovaným klientem. Dále sestry uvedly nutnost udržovat oční kontakt s dezorientovaným klientem. Z následujícího výzkumu vyplynulo, že sestry při komunikaci s dezorientovanými klienty nepoužívají haptiku, která je důležitou součástí komunikace. Dotek dokáže klienty povzbudit, uklidnit anebo překonat jazykovou bariéru.

Třetí výzkumná otázka se zabývala tím, v čem se liší komunikace s dezorientovaným klientem od komunikace s orientovaným klientem. Všichni respondenti se shodli na tom, že rozdíl v komunikaci spatřují. Dále respondenti uvádějí,

že je zde větší časová náročnost a psychická zátěž, která ohrožuje sestry syndromem vyhoření. Respondenti dále uvedli, že je zde nutný individuálnější přístup ke klientovi a nezbytná je i spolupráce s rodinou, která nám poskytuje důležité informace o klientovi, případně ji můžeme zapojit do péče. Dále respondenti zmínili, že je potřeba více trpělivosti než při komunikaci s orientovaným klientem a nedílnou součástí komunikaci je opakování sdělovaných informací.

Cíl práce splněn, výsledky mohou sloužit především sestrám pracujícím s dezorientovanými klienty, pro které mohou být vodítkem pro efektivní zvládnutí komunikace s těmito klienty. Výsledky mohou posloužit pro další výzkum.

7. Seznam použitých zdrojů

1. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
2. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-802-4712-628.
3. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 319 s. ISBN 80-717-8998-4.
4. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.
5. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. Grada. ISBN 978-802-4740-621.
6. LEMON 1, *Learning materiál on nursing*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně, 2001. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
7. BLÁHA, K., a kol. *České ošetrovatelství 13. : sestra a pacient (komunikace v praxi)*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
8. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
9. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721 705.

10. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
11. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 135 s. ISBN 978-802-4728-315.
12. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
13. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
14. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1784-6.
15. TRNKOVÁ, Ivana. Úskalí komunikace v resuscitační péči, *Vinohradské ošetrovatelství: 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost: recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství v roce 2007*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum, 2008. s. 140. ISBN 978-80-87244-14-2.
16. MECHOVÁ, I; MAJKUSOVÁ, K. Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 12, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
17. JANÁČKOVÁ, L., PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické dokumentace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

18. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.
19. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
20. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
21. PATHY, John, Alan J. SINCLAIR a John E. MORLEY. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Chichester, West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd., 2006. ISBN 978-0-470-09055.
22. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
23. PIDRMAN, Vladimír. Poruchy chování ve stáří. In: *Medi news: časopis pro lékaře*. Praha: Edukafarm, 2003, s. 268-271. ročník 2, č. 4. ISSN 1213-9866.
24. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-802-4713-144.
25. HAVLIK J. - WURM V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. České Budějovice: ZSF, 2004. ISBN 80-7040-725-5.
26. KRÁLOVÁ, J., PÁRTLOVÁ, M. Empatie na pracovišti. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 10, s. 24-25. ISSN 1210-0404.
27. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Praha: Grada, 2005, 146 s. ISBN 80-247-0858-2.

28. KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
29. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997, 159 s. ISBN 80-858-2460-4.
30. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-726-2363-X.
31. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
32. KOVANDOVÁ, Helena. Je zmatenost pacienta ošetrovatelským problémem?. *Multidisciplinární péče*. Plzeň: EduCare, 2006, č. 1, s 20- 22. ISSN: 1801-0199.
33. KUČEROVÁ, Helena., *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006.
112 s. ISBN 80-247-1491-4.
34. SEIDL, Z., OBENBERGER, J., *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.
35. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
36. VYSKOČILOVÁ, K., *Ošetřování agresivních a neklidných nemocných. Sestra*. Praha: 2003, roč. 14, č. 12, s. 18. ISSN 1210-0404.

37. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
38. O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
39. KUBEŠOVÁ, H., et al., *Akutní stavy v geriatrii*, Galen, 2009. 233s. ISBN 978-80-7262-650-5.
40. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
41. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
42. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.
43. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 367 s. ISBN 80-246-0502-3.
44. HÖSCHL C., Demence z klinického pohledu. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 12, s. 44. ISSN 1210-0404.
45. RESSNER P., Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč. 5, č. 1, s. 11-16. ISSN 1213-1814.
46. BENEŠOVÁ, V., KUREJLOVÁ, I. Alzheimerova choroba - komplexní péče o nemocného. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 14, č. 8, s. 59-60. ISSN 1210-0404.

47. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ.
Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3. Vyd. Brno: Národní centrum
ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-
532.

8. Seznam příloh

Příloha 1

Otázky do rozhovoru pro sestry

1. Jaký je Váš věk?
2. Na jakém oddělení pracujete?
3. Jakého nejvyššího vzdělání jste dosáhla?
4. Setkala jste se během své praxe s dezorientovaným klientem?
5. Komunikovala jste během své praxe s dezorientovaným klientem?
6. Dodržujete při komunikaci s dezorientovaným klientem nějaké zásady?
7. V čem spatřujete překážky v komunikaci s dezorientovaným klientem?
8. Jakých chyb se podle Vás sestry dopouští při komunikaci s dezorientovaným klientem?
9. Dodržujete při komunikaci s orientovaným klientem nějaké zásady?
10. V čem spatřujete překážky v komunikaci s orientovaným klientem?
11. V čem se podle Vás liší, komunikace s dezorientovaným klientem a orientovaným klientem?