

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Tereza Skalická

**Spokojenost pacientů oční kliniky s komunikací
lékařů a sester**

*Satisfaction of Patients with Communication Skills of
Medical and Nursing Staff at Ophthalmology Clinic*

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Tereza Skalická

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 12. 6. 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2019

Tereza Skalická

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Hana Janečkové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a trpělivost, kterou mi během zpracování mé bakalářské práce věnovala.

Obsah

1. KOMUNIKACE	9
1.1 DRUHY KOMUNIKACE	9
1.1.1 <i>Verbální komunikace</i>	9
1.1.2 <i>Neverbální komunikace</i>	10
1.1.3 <i>Paralingvistika</i>	12
1.2 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI	14
1.2.1 <i>Naslouchání</i>	14
1.2.2 <i>Empatie</i>	15
1.2.3 <i>Projev porozumění</i>	16
1.2.4 <i>Zájem a podpora</i>	17
2. PROCES KOMUNIKACE	18
2.1 ŠUMY V KOMUNIKACI	18
2.2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE	19
2.3 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO ÚSPĚŠNOU KOMUNIKACI	20
2.3.1 <i>Asertivita</i>	20
2.3.2 <i>Emoční inteligence</i>	21
2.3.3 <i>Temperament</i>	22
2.4 KOMUNIKAČNÍ MALIGNITY PODLE TOMA KITWOODA – ANEB CO OHROŽUJE VZTAH MEZI SESTROU A PACIENTEM	24
2.5 VIDEOTRÉNINK INTERAKCÍ JAKO METODA ZLEPŠOVÁNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	26
2.5.1 <i>Co to je VTI</i>	27
2.5.2 <i>Průběh VTI</i>	28
2.5.3 <i>Principy úspěšné komunikace – vzorce komunikace</i>	29
3. KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	32
3.1 KOMUNIKACE LÉKAŘ – PACIENT	32
3.2 KOMUNIKACE SESTRA – PACIENT	33
3.3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	35
3.4 EDUKACE PACIENTA SE SMYSLOVÝM POSTIŽENÍM	37
3.5 KURZY A SEMINÁŘE	38
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
4.1 CÍL	40
4.2 HYPOTÉZY	40
5. METODIKA SBĚRU DAT	41
6. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	41
7. VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
7.1 KOMUNIKACE SESTER S PACIENTY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM A BEZ POSTIŽENÍ	42
7.2 KOMUNIKACE LÉKAŘŮ A LÉKAŘEK S PACIENTY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM A BEZ POSTIŽENÍ	45
7.3 KOMUNIKACE SESTER A LÉKAŘŮ S PACIENTY OČNÍ KLINIKY	47
7.4 PODÁVÁNÍ INFORMACÍ	48
7.5 NEGATIVNÍ ZKUŠENOSTI PACIENTŮ OČNÍ KLINIKY S KOMUNIKACÍ LÉKAŘŮ A SESTER	50
7.6 CELKOVÉ HODNOCENÍ KOMUNIKACE LÉKAŘŮ A SESTER NA OČNÍ KLINICE	51
8. OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	52
9. DISKUZE	54

SOUHRN	66
SUMMARY	67
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Komunikace nás ovlivňuje každý den, je to přirozená součást lidského života. S komunikací se setkáváme mezi přáteli a v rodině, mezi spolupracovníky nebo ve vztahu zdravotník - pacient. Je to prostředek, který umožňuje vznik mezilidských vztahů a jejich formování. Slouží především k dorozumívání a k výměně informací. Provází nás jak v běžném, tak následně i v profesním životě. Většina problémů, které se v klinické praxi vyskytují, vzniká právě v důsledku neefektivní komunikace. Musím podotknout, že prostředí zdravotnického zařízení je velice náročné na psychiku jedince a často si žádá řešení náročných situací od všech, kteří se podílejí na zdravotní péči.

Je důležité si uvědomit, že správná komunikace, domluva a porozumění tomu, co mi komunikační partner říká, je ve zdravotnickém zařízení jeden z nejdůležitějších faktorů, který má bezprostřední vliv na spolupráci pacienta. Základní výbavou každého zdravotnického pracovníka, by mělo být právě umění komunikovat. To jak se tváříme, jak se díváme a vypadáme, nebo jakým způsobem jednáme a mluvíme, vyvolává mezi lidmi pozitivní nebo negativní reakce a poté adekvátní odezvy. Pro nově přichozího člověka – pacienta, je nemocniční prostředí nepřirozené, spojené s nejistotou a potřebou orientace, jeho vnímání je vypjaté, stává se objektem péče, potřebuje informace a ujištění, že je v bezpečí. Předpokládá se, že kvalitní komunikace je základem úspěchu léčby a poskytované péče. Pokud se zdravotnickému pracovníkovi podaří navázat s pacientem adekvátní kontakt a efektivní komunikaci, zvyšuje se tím jejich vzájemná důvěra, což má významný vliv na celou hospitalizaci a průběh léčby. Z praxe ale vím, jak je tomu ve skutečnosti. Lékař přijde do styku s pacientem pouze při přijetí, na vizitách a při propuštění. Sestry pracují pod vlivem časového tlaku, stresu, únavy a různorodých očekávání ze strany pacientů, lékařů a rodin.

Během mé praxe jsem ale zjistila, že komunikace s pacienty není vždy na dobré úrovni. Zdravotnický pracovník bývá zaneprázdněn administrativou, větším počtem pacientů a množstvím dalších povinností. Komunikace s pacienty bývá pak značně omezena pouze na nejnutnější informace. Takto nedostačující komunikace vede k neuspokojování pacientových potřeb, především pak v psychosociální oblasti. Důsledkem takové komunikace může dojít k mnoha

komplikacím v průběhu poskytování zdravotní péče, např. k nespolupráci pacienta, k projevům agresivity, úzkosti, netečnosti, k pocitům ponížení a ztráty vlastní hodnoty. Pomocí vhodných komunikačních dovedností lze takovým negativním reakcím předejít. Domnívám se ale, že některým zdravotnickým pracovníkům chybí komunikační dovednosti, které by jim pomohly a umožnily s pacienty vhodně a efektivně komunikovat.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že komunikace je neoddělitelnou součástí našich životů a ovlivňuje nás ve všech směrech. Ve zdravotnictví má svou nenahraditelnou funkci pro zjišťování informací nebo zklidnění pacienta. Toto téma považuji za stále aktuální a vyvíjející se. Je nezbytně nutné pro všechny zdravotnické pracovníky, se v komunikaci stále zdokonalovat.

1. Komunikace

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití. (Mikuláščík, 2003) Slovo komunikace pochází z latinského *communicare* neboli „činit něco společným, společně něco sdílet“. (Vybíral, 2005, s. 17)

V odborné literatuře se nachází nejrůznější definice pro komunikaci. Dle Špatenkové je komunikace poskytování zpráv, sdílení informací a vyměňování si svých myšlenek. Nutností je komunikovat tak, aby si všichni účastníci komunikace navzájem porozuměli. Informace se poskytují verbálně, neverbálně či písemně. (Špatenková, 2009) „*Komunikace je sdělení nebo vzájemná výměna informací pomocí nejrůznějších signálů a prostředků.*“ (Jarošová, 2000, s. 53). Je též vzájemnou interakcí subjektů, má složitá pravidla a zároveň velmi jemnou psychologii. Způsob, jakým používáme jazyk a řeč, ovlivňuje myšlení a postoje druhých lidí. (Vybíral, 2005) Díky komunikaci můžeme formovat vztahy, předávat informace, zkušenosti a znalosti. Probíhá mezi dvěma nebo více lidmi, ale také prostřednictvím sdělovacích prostředků. Je nutná ve všech oborech a má mnoho důležitých aspektů.

1.1 Druhy komunikace

Komunikovat můžeme různě. Verbální komunikace zahrnuje mluvené a psané slovo. Ačkoli je slovo důležité, nejde pouze o něj, mnoho užitečných informací nám poskytuje i komunikace neverbální a paralingvistika.

1.1.1 Verbální komunikace

Vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka označujeme jako verbální komunikace. Mikuláščík verbální komunikaci rozdělil na přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou nebo psanou, živou nebo reprodukovanou. Je nezbytnou součástí sociálního života a je nezbytnou podmínkou myšlení. Kdokoliv by byl delší dobu nějak izolován, bez možnosti verbální komunikace s další osobou, prožíval by to jako deprivaci. Dále bychom měli vědět, že při

jakékoli komunikaci je význam slov vždy doplňován neverbálními prostředky a tónem řeči. (Mikuláščík, 2003)

Vymětal považuje za výhodu verbální komunikace okamžitou zpětnou vazbu, celkovou pružnost komunikace a možnost sledování neverbálních i emočních signálů a prvků. Naopak za nevýhodu považuje časovou náročnost a vliv komunikačních šumů a bariér. Hlavním faktorem verbální komunikace jsou slova. Slova výrazně ovlivňují naše myšlení, jednání, pochopení ostatními. Dále ovlivňují i myšlení komunikačního partnera a celkovou atmosféru včetně výsledků komunikace. Vymětal rozeznává ve verbální komunikaci dvě komunikační roviny (racionální a emocionální), dva druhy komunikace (formální a neformální) a řadu komunikačních stylů (konceptní, konverzační, operativní, vyjednávací, osobní). (Vymětal, 2003)

Kvalita verbální komunikace se odvíjí od schopnosti každého jedince využívat slovní zásobu. Pech udává, že slovní zásobu si vytváříme v průběhu celého našeho života a její využití je vizitkou každého jedince. (Pech, 2009)

Význam verbální komunikace nelze nijak podceňovat. Zacharová ve své publikaci poukazuje na to, že ve zdravotnictví je specifický systém komunikace, a to nejen z důvodu odbornosti používaného jazyka, ale i bezprostředního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Zdravotník musí svůj styl hovoru podřídit nově vzniklým okolnostem, např. zdravotnímu stavu pacienta, věku, bolesti nebo také handicapu. (Zacharová, 2016)

1.1.2 Neverbální komunikace

Je historicky starší. Člověk se již před statisíci lety dokázal domluvit pomocí posunků, mimiky obličeje, neartikulovanými zvuky, čímž dokázal vyjádřit to, co potřeboval. (Pech, 2009)

„Neverbální komunikaci lze definovat jako řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme“ (Zacharová, 2016, str. 54)

Neverbální komunikace je pro zdravotnickou praxi velmi důležitá. Je potřeba dorozumět se a pochopit se, stejně tak jako navázat vzájemný vztah, který je

nutný k navození důvěry. Proto dovednost, vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a vnímat neverbální projevy pacientů, je pro zdravotnické pracovníky nezbytná. Dle Pokorné se neverbální projevy člení do různých kategorií. Jde o to, co se sděluje mimickými výrazy, proxemikou, haptikou, posturologií a gesty.

Mimické výrazy jsou utvářeny stahy svalů v obličeji. Ve tváři se dají vypočítat dva základní výrazy, libost a nelibost. Zdravotníci se nejčastěji setkávají u pacientů s výrazy bolesti, zděšení, strachu, smutku, lítosti a paniky.

Proxemika, neboli vzdálenost v prostoru. Při setkání dvou a více osob hraje důležitou roli. Každý z nás si udržuje kolem sebe určitou vzdálenost, tzv. teritorium nebo zónu. Pokorná vymezuje osobně – společenskou zónu na vzájemnou vzdálenost 75-120 cm. V této zóně nepociťujeme osobní ohrožení. Pokud probíhá běžná komunikace, pak je tato vzdálenost udržována nevědomě. Zatímco o intimní zónu se jedná, pokud dva lidé jsou vzdáleni od sebe 15 cm a méně. Tato oblast je vyhrazena pro kontakt s osobou, která je člověku opravdu velmi blízká. Jsou zde zapojeny hlavně čichové a hmatové smysly. Zákroky, které sestra a lékař vykonávají, se převážně odehrávají v intimní zóně pacienta, což znamená, že denně narušují intimní zónu pacienta. Proto zde důležitou roli hraje, dokonalá informovanost pacienta o povaze průběhu zákroku. Pokud zdravotník podlehne rutinně a vstoupí bez předchozího upozornění do pacientovy intimní zóny, může se stát, že se setká s nečekanou reakcí pacienta, která zcela znemožní spolupráci při ošetrovatelském výkonu. Všechny zákroky, které v intimní zóně sestry vykonávají, vyžadují empatii a určitou profesionalitu v komunikaci.

Haptika, neboli komunikace dotyky, ve zdravotnictví má své podstatné a nenahraditelné místo. Nejčastěji k tomuto typu komunikace dochází při prvním kontaktu s pacientem, jelikož při vstupním vyšetření se dotykům nelze vyhnout. Dotyk napomáhá posilovat důvěru pacienta ve zdravotnický personál. Ale nemusí tak být u každého pacienta, u některých dotyk může vyvolat i negativní reakce. Z vlastní zkušenosti vím, že ve většině případů pacient ocení, pokud ho zdravotník drží při nepříjemném zákroku za ruku a zároveň s ním hovoří. Často má toto pouhé držení za ruku větší sílu než léky na zklidnění nebo proti bolesti. Podle Pokorné by měl být smysl doteků všem zdravotníkům naprosto jasný.

Posturologie je řeč našich fyzických postojů. Neverbálně tak komunikujeme držáním a postavením těla. Pokorná poukazuje na to, v jaké poloze držíme ruce, jak máme nakloněnou hlavu, jakým způsobem stojíme, to vše nám může mnoho prozradit o přístupu a zájmu komunikačního partnera. (např. nasměrováním našeho těla k pacientovi dáváme najevo náš zájem o jeho osobu). (Pokorná, 2008)

Je vhodné, aby sestra při hovoru s pacientem udržovala oční kontakt. U pacienta snadno vyvolá pocit nejistoty, pokud se sestra při hovoru na něj ani nepodívá nebo dokonce skloní hlavu. V opačném případě, kdy se očnímu kontaktu vyhýbá pacient, může to znamenat nedůvěru vůči zdravotníkovi, nebo nám pacient neříká úplnou pravdu o svém stavu. V očích dokážeme rozpoznat smutek, radost, účast nebo nezájem. Linhartová uvádí: „*Očima si každého přečteme dříve, než stačí otevřít ústa, ale také každý si přečte nás.*“ (Linhartová, s. 20)

Gestika představuje záměrné pohyby rukou, hlavy a někdy i nohama. Smyslem gest je vyjádření emocí. Gesta mají více významů. Je nutné rozlišit význam, který se vztahuje k tomu, co nám pacient říká, od významu, který se ho přímo týká (např. pacient nám při sběru anamnézy udává bolesti, ale jeho gesta mluví o opaku). (Pokorná, 2008)

1.1.3 Paralingvistika

Dle Vymětala je paralingvistika vědní obor, který zkoumá doprovodné rysy verbální komunikace. Jedná se o mimojazykový faktor, který dokresluje verbální komunikační projev. Mezi základní prvky se řadí například hlasitost projevu, kvalita řeči, věcnost hovoru, výška tónu hlasu, objem řeči, barva hlasu, intonace, pomlky, plynulost řeči, frázování, rychlost řeči, chyby v projevu. (Vymětal, 2008)

Hlasitost projevu nám vypovídá o osobnosti mluvčího, napomáhá zapůsobit na posluchače a získat si jejich pozornost. Hlasitým projevem se obvykle prezentuje sebevědomý, přátelský, uvolněný, suverénní, někdy také afektovaný mluvčí. Opakem je nepřiměřeně tichý projev, který naznačuje trému, nesmělost, stydlivost. Občas také může znamenat rozhodnost a snahu o upoutání

pozornosti, zejména pokud se zároveň zpomalí rychlost projevu a klade se důraz na výrazné neverbální signály. Obvykle se doporučuje hlasitost projevu střídat, čímž zamezíme monotónnosti projevu.

Výška hlasu je individuální, identifikuje mluvčího a ovlivňuje i pocitovou stránku vnímání sdělení příjemcem. Hlubší hlas, je lidmi vnímán důvěryhodněji, vysoký hlas naopak vyvolává dojem slabosti mluvčího.

Barva a emoční zabarvení hlasu je další individuální charakteristikou mluvčího. Na rozdíl od výšky nám barvu hlasu ovlivňuje momentální nálada a celkový emoční stav. Intonace a různé hlasové zabarvení nám zdůrazní a zesílí hlasový projev.

Objem a kvalita sdělení jsou charakterizovány množstvím slov, které mluvčí předá. Kvalita sdělení je závislá na správné výslovnosti (pečlivá, nepečlivá, nedbalá, nesprávná, přehnaná). Kvalita řeči závisí na přiměřené délce vět, kdy na jedné straně máme stručnost až úsečnost, kdy se používají téměř holé věty a na druhé se jedná o rozvláčnost až upovídánost.

Rychlost projevu je důležitá pro jeho srozumitelnost. Příliš rychlá či pomalá řeč vede ke ztrátě pozornosti posluchače. Proto na významné informace klademe větší důraz.

Dle Medvedové plynulost, pomlky a frázování ovlivňují způsob chápání sdělení posluchačem. Když do projevu vložíme úmyslnou pomlku, vyvolá to u posluchače očekávání, zvýšení pozornosti, příležitost pro zamyšlení. Ovšem neúmyslná pomlka je projevem bezradnosti, váhání, nejistoty, rozpaků, nesoustředěnosti či hledání správného a přesného výrazu. (Medvedová, 2013)

Paralingvistika představuje přechod od neverbální komunikace ke komunikaci verbální. Dle Špatenkové dokáže paralingvistika zesílit, nebo naopak zeslabit obsah sdělení, zpochybnit ho, nebo potvrdit. Dále představuje postoj řečníka k dané věci, jeho zaujetí, vřelost, sympatii nebo zlobu. (Špatenková, 2009)

1.2 Komunikační dovednosti

Komunikační dovednosti pomáhají k navázání a zlepšení kontaktu s pacientem. Vztah mezi sestrou a pacientem, výrazně přispívá ke kvalitě komunikace. (Beran, 2000)

Pod pojmem komunikační dovednosti si představme umění efektivně komunikovat s druhými lidmi. DeVito vnímá nedostatek komunikačních dovedností jako negativní vlastnost. Dále tvrdí, že by sestra měla být vždy sebejistá, sympatická, přístupná a důvěryhodná. Ošetrovatelská péče je bez vzájemné efektivní komunikace nedokonalá. (DeVito, 2008) Potřebné jsou také specifické komunikační praktiky.

1.2.1 Naslouchání

Nejlepším nástrojem empatického chování je naslouchání, tvrdí Kristová. Když nasloucháme, dokážeme lépe porozumět druhému člověku. Zdravotnický pracovník se plně soustředí na to, co mu pacient sděluje. Je nutné mít naprostou pozornost, otevřenou mysl a zájem o to, o čem se mluví. Nasloucháním dokážeme rozeznat potřeby pacienta, ať je vyjadřuje verbálně nebo neverbálně. (Kristová, 2004)

Účel správné komunikace mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem je získat informace o jeho zdravotním stavu a bio-psycho-sociálních a spirituálních potřebách. Při rozhovoru s pacientem je důležitá zpětná vazba. Pacient při komunikaci se zdravotníkem nemusí dostatečně poslouchat nebo rozumět tomu co mu říkáme. Nebo nám jen nechce odpovídat na otázky a proto si zdravotníci musí zpětnou vazbou ověřit, zda předali pacientovi srozumitelné informace. (DeVito, 2008)

„Naslouchající musí odložit vlastní pocity a vcítit se do pocitů toho, kdo se svěřuje. Je to poslouchání nejen ušima, ale i očima a srdcem. Naslouchající intuitivně chápe, smyslově cítí, naslouchá, aby porozuměl, soustřeďuje se na sdílení“ (Mikulaščík, 2003, s. 103). Dle Honzáka to u kontaktu zdravotníka s pacientem platí dvojnásob, protože anamnéza je stále jeden z nejdůležitějších

kroků k zahájení léčebného procesu. Při vykonávání zdravotnické profese, bychom měli stále myslet na to, že nemoc není pouhou nemocí těla, ale zasahuje do sociální a psychologické sféry (Honzák, 1999) Proto aktivní a empatické naslouchání znamená „opravdové“ naslouchání „do hloubky“. Dle Vybírala tímto vyvoláváme v pacientovi pozitivní pocity, kdy je vyslechnut, nehodnocen a neodsuzován. Aktivní naslouchání mění i pohled naslouchajícího a je nepostradatelným prvkem u mnohých profesí. (Vybíral, 2000)

Aktivním nasloucháním získávají obě strany možnost získat více informací k diskutovanému tématu. Vytvářejí si tím atmosféru důvěry a zájmu, což napomáhá předcházení nedorozuměním a konfliktům. Hrubošová tvrdí, že díky aktivnímu naslouchání lze sledovat jednotlivé detaily neverbálního projevu komunikačního partnera a přijímání informací je poté přesnější. Jelikož asi třikrát rychleji myslíme, než mluvíme, stává se naslouchání jednou z nejnáročnějších částí komunikace. Často se tak neúmyslně v mysli vzdálíme od tématu a mohou nám ujít důležité detaily. Kromě rychlého myšlení ovlivňuje naši schopnost naslouchat skutečnost, že nejsme příliš otevření cizím názorům, naše názory jsou přece lepší, a není potřeba je měnit. Proto se stává, že si uděláme vlastní názor ještě před koncem rozhovoru. (Hrubošová, 2011)

1.2.2 Empatie

Předpokladem úspěšné komunikace je bezesporu empatie tzn. schopnost vcítit se, ztotožnit se s druhým, představit si sám sebe v situaci toho druhého, jak jsme schopni druhým pomoci. (Vybíral, 2000) Jde o emocionální splynutí s viděním, slyšením i myšlením druhých. Dle Křivohlavého je empatie kognitivní schopnost. Schopnost poznávat, porozumět, pochopit důvod, příčinu a účel neverbálních a verbálních projevů. Pacient se tak cítí sestrou chápán. (Křivohlavý, 2004)

Dle Hartla je empatie součástí emoční inteligence, je schopností vcítit se do pocitů jiné osoby a zároveň umění pracovat s emocemi. Pomocí vcítění se, dokážeme lépe pochopit toho druhého, ztotožnit se s ním či mu důvěrně naslouchat. Vcítěním se do druhého, dokážeme vnímat i neverbální komunikaci,

víme, co nám naznačuje, aniž by nám cokoli řekl. (Hartl, 2008) Šiffelová popisuje empatii jako aktivní proces, zážitek či postoj, který probíhá uvnitř nás a ve vztahu mezi lidmi se postupně rozvíjí. Zážitek z porozumění, dodává odvahu riskovat ve vyjádření pocitů a myšlenek. (Šiffelová, 2010)

Zacharová popisuje hlavní smysl empatie, což by mělo být pomoci člověku, který naši pomoc opravdu potřebuje. Empatie poskytuje ucelený obraz o tom, co pacient prožívá, a to v oblasti poznávací – kognitivní. Např. v jakém duševním stavu se pacient nachází, v jaké je náladě, co potřebuje, co od nás očekává a jaký je způsob jeho myšlení. Umožňuje nám předvídat myšlenkové procesy, a hlavně reakce pacienta. Neméně podstatné je, že nám pomáhá sledovat věci z pacientova pohledu. (Zacharová, 2016)

1.2.3 Projev porozumění

Porozumění obecně znamená pochopit vztah mezi příčinou a následkem, říká Kejklíčková. Ve zdravotnictví, je to pochopení pocitů pacienta, jeho myšlenek a názorů. (Kejklíčková, 2011)

Dle Vybíhalové můžeme díky empatii pacienta lépe poznat a porozumět mu. Své porozumění mu máme dát najevo. Porozumění znamená pochopení vztahu, souvislostí mezi příčinami a následky, což může být vnímáno jako pacientův postoj, myšlenky, názor či psychický stav. Porozumění vychází z toho, co nám pacient sděluje. Je velice důležité umět naslouchat, bez naslouchání nemůžeme druhému porozumět. Projev porozumění je spojen s akceptováním pacienta, neodsuzujeme ho, nedáváme najevo svůj souhlas nebo nesouhlas. Projev porozumění znamená poskytnutí zpětné vazby pacientovi, díky níž si pacient uvědomí, že mu sestra věnovala svůj čas, zájem, pozornost, a hlavně že mu porozuměla. Porozumění pacientovi můžeme vyjádřit různými způsoby: přikývnutím, přitakáním, zopakováním několika posledních slov, shrnutím obsahu sdělení, zdůrazněním určitých pasáží nebo výroků aj. (Vybíhalová, 2011)

1.2.4 Zájem a podpora

Základní složkou ošetrovatelské praxe je zájem o pacienta tvrdí Vybíhalová. Vyjadřuje ho míra zaujetí mezi sestrou a pacientem. Nevyjadřuje pouze to, že se o někoho staráme, jde o hlubší vztah sestra - pacient. Neverbálně sdělujeme pacientovi, že tu jsme pro něho, že to společně zvládneme. Podporou vyjádříme ubezpečení, že v těžké životní situaci, jako je nemoc, není sám. Zájem o pacienta projevujeme často nonverbálně, např. pohledem, který k němu častěji obracíme, přikyvováním hlavou a natočením směrem k pacientovi. Ovšem nesmíme překročit hranice, aby pacient nedosáhl pocitu, že na něj naléháme. Zájmem je myšlena pomoc psychologická.

Dle Vybíhalové v rámci podpory připomínáme pacientovi pozitivní stránky jeho života, pokud je to možné, tak i pozitiva jeho momentální situace. V krizových životních situacích je podpora velice důležitá a má velký význam jako součást pomoci těžce nemocným.

Součástí mezilidské komunikace je i mlčení. Může mít různorodý obsah. Může patřit mezi známky podpory. Nebo naopak může být projevem vzájemného nepochopení. Mlčení se může objevit i na straně pacienta, kdy znamená nedůvěru nebo nezájem o spolupráci. Také se může mlčením vyhýbat podání informací a údajů o své osobě. (Vybíhalová, 2011)

2. Proces komunikace

Komunikaci lze definovat jako proces, během kterého člověk, skupina lidí či organizace (odesílatel) odešle určitý typ informace (zprávu), jinému člověku, skupině lidí, organizaci (příjemce). Budeme-li chápat komunikaci jako přenos sdělení od odesílatele k adresátovi, pak smyslem efektivní komunikace je porozumění mezi těmito osobami. Sdělení obvykle není podáno jednorázově, to znamená, že na prvotní podnět adresátovi nastane jeho reakce, pak následuje reakce odesílatele atd., čímž vzniká jakýsi uzavřený cyklus. Na celý tento proces mohou působit různorodé šumy a komunikaci narušovat.

2.1 Šumy v komunikaci

Tzv. „šumy v komunikaci“ se ve své publikaci o manažerské komunikaci zabývá Botek. Podle délky působení rozlišuje momentální a dlouhodobější šumy. Podle jiného kritéria se dělí šumy na vnější a vnitřní. Za vnější rušení komunikačního procesu lze pokládat nadměrný hluk, nepohodlnou židli, cizí osobu v místnosti, velké horko či chladno, příliš slabé či silné, případně blikající světlo apod. Tyto skutečnosti mohou nepříjemně narušit, někdy i zcela znemožnit přenos informací. Mezi vnitřními rušivými fyzickými a psychickými faktory uvádí Botek například nepříznivý fyzický stav účastníka komunikace, bolest hlavy, pociťovaný časový stres či aktuální emocionálně nepříznivé vyladění.

Nejnebezpečnější jsou podle Botka vnitřní osobnostní faktory, a to zejména proto, že řada z nich není patrna na první pohled a některé se mohou projevit zprostředkovaně, případně až po delší době. Zajímavým případem komunikačního šumu v managementu je tzv. vnitroskupinový jazyk. Asi nejtypičtějšími reprezentanty jsou programátoři a v menší míře všichni odborníci, kteří při hovoru používají svou specifickou terminologii. Pokud spolu komunikují lidé v rámci jedné skupiny, ke komunikačnímu zkreslení vinou vnitroskupinového jazyka zpravidla nedochází. Tento šum se projeví v případě, že alespoň jeden z komunikujících do dané skupiny nepatří a "jazyk" tudíž nezná. (Botek, 2007) Příkladem vnitroskupinového jazyka ve zdravotnictví mohou být např. sdílené

komentáře pacientů na pokoji směrem k ošetřujícímu personálu nebo k podávané stravě, sdílení příběhů nebo zdravotní prognózy jednotlivých pacientů ve chvílích, kdy dotyčný opustí pokoj („ten už to má spočítáno“) apod.

2.2 Efektivní komunikace

Dle Cihelkové je efektivní komunikace otevřená komunikace, kde nedochází k žádnému zkreslení informací a komunikační partneři se navzájem chápou. Efektivní komunikace má stanovené cíle a umožňuje nám pochopit problémy pacienta. Umožní nám se společně rozhodnout a určit správný směr dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Mezi zdravotní sestrou a klientem napomáhá budovat důvěru.

Chceme-li efektivně naslouchat, měli bychom naši pozornost směřovat na to, co nám pacient chce sdělit, ne pouze na smysl slov, ale také na to jakým způsobem nám to pacient sděluje (hlasitost, tón, apod.), abychom si vytvořili celkový obraz, uvádí Cihelková. Pokud něčemu nerozumíme, nebojme se pokládat otázky. Měli bychom se snažit omezit svůj projev a dát dostatek prostoru našemu komunikačnímu partnerovi. Abychom byli objektivní, měli bychom se pokusit vcítit se do mluvčího a reagovat jen na jeho myšlenky, ne celkově na jeho osobu. (Cihelková, a kol., 2006)

Pro efektivní komunikaci Pokorná stanovila 7 bodů, které je nutno splnit:

Důvěryhodnost: komunikace stojí na důvěře a víře, kdy pacient spoléhá na sestru, na způsobilost jejích informačních zdrojů v dané problematice.

Kontext: komunikační program musí být přiměřen reálnému prostředí, kontext musí odpovídat sdělení, nikoli s ním být v rozporu, neboť efektivní komunikace vyžaduje podporu sociálního prostředí.

Obsah: sdělení musí mít pro pacienta přínos, musí odpovídat jeho vlastnímu systému hodnot, musí se to týkat jeho situace.

Jasnost: sdělení musí být vyjádřeno jednoduše. Složitější stanoviska mají být vysvětlena v jednoduchých frázích, sloganech.

Kontinuita a konzistence: komunikaci je nikdy nekončící proces, vyžaduje neustálé opakování, samotné sdělení pak musí být konzistentní (stabilní).

Kanály: jednou vytvořené komunikační kanály, je třeba využívat. Příjemce informací z různých komunikačních kanálů může spojit různé hodnoty.

Schopnost rozumět veřejnosti: komunikace musí počítat se schopnostmi příjemců, komunikace je efektivnější, pokud vyžaduje co nejmenší zvláštní úsilí na straně příjemce, což předpokládá znát jeho zvyky, schopnost přijímat jeho informace, znalosti apod. (Pokorná, 2008)

2.3 Osobnostní předpoklady pro úspěšnou komunikaci

Dodržování pravidel efektivní komunikace nám napomáhají k pochopení naší myšlenky posluchačem. Ovšem často můžeme efektivní komunikace docílit i bez dodržování pravidel, proto pro úspěšnou komunikaci tedy nestačí, aby byla efektivní a naopak. Platí to hlavně tehdy, když máme na komunikaci dostatek času. Často je možné úspěchu v komunikaci docílit, i když nejednám podle pravidel efektivní komunikace. Na schopnost úspěšně či efektivně komunikovat mají velký vliv vrozené a výchovou ovlivnitelné faktory. Těmi faktory může být např. emoční inteligence, temperament, asertivita aj.

2.3.1 Asertivita

Pojem asertivita označuje schopnost prosazovat jiný názor, stanovisko nebo zájem. Je to důležitá komunikační dovednost. Umožňuje jasně vyjádřit a prosadit naše názory a myšlenky, aniž bychom narušovali práva ostatních. (Alberti, et al., 2008)

Do češtiny se slovo asertivita překládá jako „sebejisté jednání“ nebo „zdravé sebeprosazování“. (Vališová, 1994)

Asertivita se zrodila před asi 50 lety ve Spojených Státech a jejím krédem bylo: „neříkejte ano, když chcete říci ne“. (Peterková, 2008)

Každý, kdo se chce umět správně prosadit, stát si za svým názorem a být odolný vůči manipulaci, by měl znát a zároveň respektovat tzv. asertivní lidská práva. Rozlišujeme deset základních asertivních práv podle A. Saltera. (příloha č. 4)

2.3.2 Emoční inteligence

Pojem emoční inteligence uvedli poprvé v roce 1990 P. Salovey a J. D. Mayer. Lze ji chápat jako schopnost zvládnání emocí a umění vcítit se do emocí ostatních jedinců.

Podle amerického psychologa Daniela Golemana se emoční inteligence skládá z pěti složek, které se vzájemně ovlivňují (Goleman, 2009). Jedná se o:

Znalost vlastních emocí: Sebeuvědomění - vědomé rozpoznání citu v okamžiku jeho vzniku. Schopnost sledovat a průběžně si uvědomovat své city je nezbytné pro porozumění v sebe. Lidé, kteří si jsou svými city více jisti, se ve svých životech dokážou lépe rozhodovat.

Zvládnání emocí: Je to schopnost nakládat se svými city tak, aby odpovídaly situaci např. zklidnit vlastní rozčilení, setřást ze sebe dnes tak běžné pocity úzkosti, sklíčenosti či podráždění. Je to schopnost vyvíjející se ze sebeuvědomování. Lidé, kteří v této schopnosti vynikají, se dokážou zotavit daleko rychleji z životních šoků a zklamání.

Schopnost sám sebe motivovat: Je to snaha zapojovat city do našich snah tak, aby vedly k získávání vědění, k tvořivosti a k úspěšné činnosti vůbec, což je spojeno se schopností odkládat uspokojení, ale také s potlačováním zbrklosti a dalšími schopnostmi. Lidé, kteří tyto dovednosti ovládají, jsou produktivnější a výkonnější.

Vnímavost k emocím jiných lidí: Tato schopnost bývá označována jako empatie (vcítění). Rozvíjí se s rostoucím emočním sebeuvědoměním. Empatictí lidé jsou dokonaleji naladěni na projevy toho, co druzí chtějí či potřebují. Proto vynikají v profesích, kde se mohou o někoho starat.

Umění mezilidských vztahů: Jde vlastně o rozvíjení a uplatňování empatie, neboť uspokojivé mezilidské vztahy závisí do značné míry na tom, zda je člověk

schopen vcítit se do emocí ostatních a přizpůsobit tomu své jednání. Jsou to právě tyto vlastnosti, jež bývají v pozadí oblíbenosti, vedoucího postavení či schopnosti konstruktivně jednat s lidmi. Lidem, kteří v tomto směru vynikají, se dobře daří vše, při čem je potřeba úzce spolupracovat s ostatními.

Všechny emoce jsou dle Golemana v podstatě popudy k jednání, a proto je nutné, chceme-li být úspěšní v interpersonálních vztazích, abychom rozpoznávali spolehlivě své vlastní emoce i emoce druhých lidí. Tak si uvědomujeme, co sami činíme nebo chceme učinit, a co činí nebo chtějí učinit druzí. V podstatě tedy jde o dvě základní složky emocionální inteligence, o složku percepční a konativní, o schopnost rozpoznat správně své i cizí emoce a na základě toho psychologicky vhodně jednat. (Goleman, 2009)

2.3.3 Temperament

Asi nejstarší úvahy o temperamentu najdeme u Hippokrata, který rozděloval lidi do čtyř skupin podle toho, která z tělních tekutin u nich převažovala. V závislosti na převažující tělní tekutině se vytvářelo typické chování - temperament člověka. Jednalo se o krev (sangua), žluč (cholé), černou žluč (melan cholé) a hlen (flegma) a typologie, z nich odvozená, která rozděluje lidi na sangviniky, cholery, melancholiky a flegmatiky, přetrvává dodnes. (Botek, 2007).

Sangvinik se vyznačuje především přiměřenou reaktivitou; na slabé podněty reaguje slabě, na silné silně; dominuje u něho reakce typu „slaměný oheň“ tj. rychlé doznívání zážitku a rychlé změny zaměření; je přizpůsobivý, emočně vyrovnaný, ale poněkud nestálý a lehkovážný, vesele laděný, optimistický, jeho prožitky jsou spíše mělké a stejně tak i jeho city – emočně stabilní extrovert.

Flegmatik je emočně celkem vyrovnaný, navenek se jeví jako lhostejný, vzrušují ho jen velmi silné podněty, vykazuje stálost a vcelku spokojenost, klid a až chladnokrevnost či apatii; hlubší vztahy má jen k vybraným osobám; je spíše pasivní a bez velkých životních ambicí a požadavků, nemá rád změny a pohybově je spíše úsporný – emočně stabilní introvert

Melancholik se vyznačuje hlubokými prožitky a spíše smutným laděním, pesimismem a strachem z budoucnosti; život je pro něj často obtížný, usiluje o klid a nesnáší vypjaté situace, vzruchy, hlučnost, jeho city jsou trvalé, ale jejich intenzita se neprojevuje navenek, žije spíše vnitřně; obtížně navazuje kontakty, vztahy, které naváže, jsou trvalé a hluboké – emočně labilní introvert.

Cholerik je silně vzrušivý, má sklon k výbuchům hněvu a k agresi, těžko se ovládá a reaguje často impulzivně, nerozvázně, má sklon „prorážet hlavou zed“, je netrpělivý, panovačný, vyžaduje často od jiných ústupky, je egocentrický, soužití s ním je obtížné; emočně je labilní, city jsou u něho vyvolány snadno, navenek reaguje rychle, silně, často bez zábrán – emočně labilní extrovert. (Říčan, 2010)

Nakonečný (1995) uvádí typologii C. G. Junga, který položil základy dělení temperamentu v závislosti na přístupu k okolnímu světu:

Introvert - člověk žijící především svým vnitřním životem, avšak velmi vnímavý ke svému okolí, přemýšlivý, empatický pozorovatel, rozvážený ve svém jednání a opatrný ve svých citech, sklony k mlčenlivosti v případě neexistence relevantního tématu, preferuje nepřímou komunikaci před hovorem. V případě nutnosti je po určitou dobu schopen se chovat extrovertně.

Extrovert - člověk žijící navenek – povrchní a spontánní - snadno komunikuje a dokáže zahajovat a udržovat i hovor „o ničem“, jedná rozhodně a rychle až zbrkle, po citové stránce je velmi otevřený, ale jeho city jsou taktéž povrchní a je méně vnímavý ke svému okolí. Ke spokojenosti potřebuje být v centru dění, nejlépe i pozornosti, tudíž se rád objevuje na akcích s větším množstvím lidí.

Introvertní si všímá mnohem více detailů, ale nechává si je pro sebe. Extrovertní osobnost je sice schopna vjemy ze svého okolí vnímat ve velkém množství, ale méně intenzivně. (Nakonečný, 1995)

2.4 Komunikační malignity podle Toma Kitwooda – aneb co ohrožuje vztah mezi sestrou a pacientem

Ve zdravotnictví je komunikace zásadním nástrojem k předávání informací. Při dorozumívání se s klientem se můžeme dopustit hned několika závažných nedostatků, které klienta zraňují. Ve zdravotnických zařízeních často dochází k tzv. maligní komunikaci, která postrádá respekt k lidské důstojnosti, devaluje a zraňuje. Jedná se o zhoubné ničivé chování, které je součástí vymezeného sociálního prostředí, zejména v institucích typu nemocnice, léčebna, ústav. Tyto jevy mají obzvláště negativní dopad na klienty, kteří jsou přímo závislí na ošetřující osobě. Čím větší nesoběstačnost klient vykazuje, tím víc se stává závislým na pomoci druhých a tím snáz se stává obětí maligního chování v komunikaci.

Dle Mitchella se Kitwood domníval, že depersonalizační tendence se často vyskytují z důvodu nedostatku specializovaného vzdělání. (Mitchell a kol., 2015)

Projevy maligní komunikace a maligního chování podle Kitwooda:

Zrádčovství, podvádění – ošetřující osoba vědomě lže za účelem usnadnění své práce. Může se jednat i o přinucení klienta za pomoci lži, aby udělal něco, co je mu nepříjemné.

Infantilizace – oslovování pacienta ne jako dospělého, ale jako malé dítě. Typické je používání zbytečných zdrobňelín (pyžamko, peřinka) a žvatlání. Často také volí dětské motivy dekorace. Ve snaze co nejvíce pacientovi usnadnit práci dělají vše za něj. Tímto druhem chování a komunikace však snižují pacientův statut dospělého člověka.

Nálepkování – pacient na základě nepochopení personálem dostává pojmenování na základě svého určitého rysu (např. paní, která svůj strach projevila pláčem je označena za „hysterku“). Mnohdy si takové označení zaslouží pouze tím, že jen pasivně nepřijímají péči od personálu, ale chtějí se do procesu aktivně zapojit.

Stigmatizace – vygradované nálepkování. Klient je zařazen do okolím negativně vnímané skupiny a personál s ním omezuje kontakt a na základě toho se

pacientovi nedostává náležitou péči. Například psychiatrický pacient je nazván „bláznem“.

Ignorance – pacient je přehlížen, do jeho pokoje personál vstupuje bez zaklepání, bez dovolení manipuluje s jeho osobními věcmi a neodpovídá pacientovi na dotaz. Také se často baví o pacientovi s rodinnými příslušníky ale ne s ním samotným (například u nevidomého klienta).

Odepírání a odmítání pozornosti - personál nereaguje na klientovy potřeby a přání, nevěnují mu pozornost. Tento jev často souvisí s nálepkováním a stigmatizací. („Je to blázen, sám přece neví, co chce.“).

Netrpělivost – vybízení pacienta k rychlejšímu tempu spolupráce, než je klient sám schopen zvládnout. Nerespektování jeho vlastního tempa. Příliš rychlé sdělování informací bez ověření pacientova pochopení obsahu.

Vynucování, nařizování – nucení pacienta něco dělat, nařizování, nedovolení, aby si klient vybral, rozhodl se. Tím se ztrácí jeho identita.

Odhánění a zapuzování – sestra si chce potvrdit svoji dominanci tím, že nechá pacienta zbytečně dlouho čekat, nevyhoví mu, dává mu najevo, že vše záleží pouze na jejím rozhodnutí.

Zhmoťňování – pacienti jsou v hovorech sester označováni čísly svých pokojů („Trojka zase zvoní.“), diagnózami („Oblékněte tu pneumonii.“) nebo pouze zájmenem „To“.

Zesměšňování – personál se baví na účet klienta, zveličuje a napodobuje jeho chyby či charakteristické znaky. Toto chování mnohdy mívá za cíl také snížit sebevědomí klienta.

Zneschopňování – v rámci urychlení činnosti sestra provádí všechny úkony za pacienta. Pacient by tyto činnosti však v pomalejším tempu zvládnul sám. Často sestry dělají vše za klienta s dobrým úmyslem. Bohužel mu tím způsobují více škody než užitku, protože ohrožují pacientovu soběstačnost.

Invalidace - sestra nebere vážně pacientovy potřeby, prosby a obavy. Nic z toho, co pacient řekne, nepovažuje za příliš důležité. Tento jev souvisí s odepíráním pozornosti.

Přerušování – vyrušení z činnosti, přinucení pacienta, aby dělal něco jiného, než právě dělá, vyrušení z jeho přemýšlení.

Ponižování a bagatelizování – vygradovaná invalidce. Ošetřující personál nebere klienta vážně a často dělá na jeho výroky sarkastické poznámky.

Obviňování - svedení viny na pacienta za čin, který neudělal. Mnohdy také zastrašování za účelem přiměření pacienta, aby udělal něco, co sám nechce.

Zastrašování – strašení pacienta s cílem přimět jej udělat co chceme.

Tyto chyby personál může páchat úmyslně, ale často také neúmyslně z důvodu používání naučených frází a navyklých komunikačních vzorců, u kterých se nezamýšlí nad jejich případným destruktivním působením. Velkou roli zde také může hrát syndrom vyhoření, přepracování či podvědomí. (Kalvach, 2011, s. 51)

2.5 Videotrénink interakcí jako metoda zlepšování komunikace ve zdravotnictví

Metoda videotréninku interakcí (dále VTI) vznikla v 80. letech v Nizozemí nejprve pod názvem „Video Home Training – VHT“, později „Video interaction guidance – VIG“. V České republice ji od 90. let rozvíjí organizace SPIN pod českým názvem „videotrénink interakcí – VTI“.

Občanské sdružení SPIN u nás vzniklo již v roce 1993. Jeho členy jsou profesionálové z různých oblastí, jejichž společným cílem je šíření metody VTI v České republice, za účelem zkvalitnění různých služeb poskytovaných občanům. Prostředkem k tomuto je především zlepšení komunikace mezi lidmi směrem k humanizaci služeb, zvyšování respektu ke klientům a jejich zplnomocňování. Organizace SPIN šíří metodu VTI nejvíce v oblastech psychosociálních služeb, školství a zdravotnictví. Mezi cíle jejího působení patří vytváření a realizování vzdělávacích programů, nabídka pomoci rodinám i odborníkům v oblasti školství, poradenství a na dalších pracovištích, spolupráce s dalšími organizacemi. (SPIN, 2012)

2.5.1 Co to je VTI

Dle videotrenérky Antonů je videotrénink vlastně videoreflexe profesní či osobní komunikace. V krátkých videonahrávkách se hledají jednotlivé prvky, které vedou k úspěšným momentům v komunikaci. Jsou to detaily, které si většinou sami neuvědomujeme, jelikož se soustředíme na obsah toho, co říkáme. Jde např. o navázání očního kontaktu, drobné natočení těla, výraz v obličeji, intonace či tempo řeči. Při videotréninku se nezaměřujeme samostatně na projev jednotlivce, ale spíše zkoumáme, jaký vliv má komunikace na chování druhého. Zkoumá se vztah a vzájemné reakce. (Antonů, 2019)

Pomáhá řešit problémy ve vzájemných vztazích mezi lidmi v interakci. Videotrénink interakcí je založen na principech dobré komunikace a na podrobné analýze interakčních prvků a vzorců. Podstatou je zaměření na interakci, na vzájemný vztah. Problémy nelze řešit izolovaně. Málo pozitivních kontaktů vyvolává celou řadu negativních vzorců chování. Takže negativní chování způsobuje absence chování pozitivního. Zkušenost ukázala, že při ochotě přistoupit k pozitivním způsobům vzájemného kontaktu dochází k zásadním příznivým změnám v komunikačním vzorci. Proto VTI staví svou pomoc na silných stránkách zúčastněných. Výsledkem jsou pozitivní změny v komunikaci klienta. Klient konkrétně vidí, jak svou komunikací ovlivňuje chování druhých.

Aby došlo ke změně vlastního komunikačního vzorce, je potřeba podrobná analýza tří až pěti videonahrávek komunikace klienta v jeho běžném prostředí, kde problém vzniká (v situacích, kde se objevuje více závažných problémů najednou je vhodná i delší spolupráce). Na každou nahrávku navazuje zpětnovazební rozhovor. Při něm VTI poradce pomáhá klientovi poznat, jaké komunikační prvky mu dobře fungují. Tyto prvky posiluje a pomáhá doplnit chybějící komunikační prvky. VTI poradce doprovází klienta při aktivním hledání a nalezení jeho vlastního funkčního komunikačního vzorce. Klient má během celého procesu možnost vše si vyzkoušet a hlavně procvičit.

Po absolvování spolupráce prostřednictvím metody VTI se kvalitativně mění komunikační vzorec klienta a v návaznosti na něj i komunikační prostředí, ve kterém se pohybuje. (Dobré vztahy, 2019)

2.5.2 Průběh VTI

Cílem je poznat a zejména natrénovat takové komunikační prvky, které pozitivně ovlivňují vzájemné vztahy k druhým.

První kontakt s VTI poradcem - je podstatný zejména pro definování problému. Především je důležité zamyslet se nad představou, jak má v budoucnosti vypadat náš vztah k druhému, jak má vypadat chování vůči sobě navzájem, o co chceme usilovat.

Videozáznam - je nutné vidět, co konkrétně ve vzájemném vztahu s druhými funguje. K tomu je zapotřebí video technika, tj. především kamera (v současné době poslouží i mobilní telefon) a počítačové programy, umožňující práci s videonahrávkou (přehrávání, stříhání, zpomalení, zastavení záznamu).

Největší užitek má nahrávání přímo v prostředí klienta, kde k problémům dochází. Na základě první nahrávky se provádí analýza videozáznamu a zpracování plánu intervence. Ten je důležitý pro zmapování situace, porozumění problému a rozpoznání možností klienta a všeho, co v jeho vztazích funguje.

Analýza videozáznamu - natočenou situaci analyzuje VTI poradce přímo u klienta nebo na svém pracovišti. Detailně provádí mikroanalýzu komunikace a připravuje momenty pro zpětnovazební rozhovor. Vybrané ukázky nám poté pomohou rozvíjet své možnosti, objevit či zdůraznit své silné stránky a zdroje.

Zpětnovazební rozhovor - poskytne nám zpětnou vazbu, která je klíčovou částí celého procesu. VTI poradce pomáhá objevit, čím ovlivňujeme chování druhých. Práce se záznamem, zastavování, zpomalování a vracení situace zpět umožňuje identifikovat jinak nepostřehnutelné pozitivní momenty, které mohou vést k radikálnímu zlepšení. Klient tak může přicházet na věci, kterých by si předtím vůbec nevšiml. Podstatné je objevit, jak úspěšné momenty využívat i v dalších situacích a tak nacházet možnosti pro změnu. Společné sledování těchto momentů je startovním bodem pro společnou diskuzi. Díky ní máme prostor najít svoji vlastní cestu, která bude odpovídat našim vlastním schopnostem, zkušenostem a potřebám.

Ukončení spolupráce - práce může být ukončena ve chvíli, kdy dojde k naplnění předem domluveného rozsahu práce a stanovených cílů. O ukončení

práce však můžeme požádat sami. VTI poradce má právo ukončit práci také v případě, když klient opakovaně nespolupracuje a je na to opakovaně upozorněn poradcem. (Dobré vztahy, 2019)

2.5.3 Principy úspěšné komunikace – vzorce komunikace

Základním tématem videotréninku interakcí je komunikace a její (pozitivní) vliv na mezilidskou interakci, resp. vztahy. Principy kontaktu jsou takové prvky chování, které vedou k pozitivnímu rozvoji komunikace a je možné je identifikovat na videu. Přítomnost nebo nepřítomnost těchto prvků nám pomáhá určit celý komunikační vzorec. Kontakt může úspěšně fungovat pouze za předpokladu, že prvky tvoří celé vzorce. Vzorce se pak seskupují do klastrů - úrovní, které tvoří jednotlivá „podlaží“ ve stavbě komunikace.

I. klastr: iniciativa a příjem

Aby vůbec mohl probíhat smysluplný dialog nebo diskuse, musí si účastníci interakce nejdříve věnovat pozornost a být na sebe naladěni. Základem komunikace je nějaká iniciativa jedné osoby a její přijetí druhou osobou. Aby někdo mohl přijmout iniciativu druhého člověka, potřebuje si jí nejdříve všimnout, věnovat tomu pozornost.

Vzorce komunikace v I. klastru:

- věnování pozornosti - sledovanými interakčními proměnnými jsou neverbální projevy: oční kontakt, odezvy, podávání rukou, aktivní naslouchání, výraz tváře, celková pozice těla, otevřená gesta rukou, natočení se k druhému, výrazné signály, rozdělování pozornosti, vzájemné sledování, projevení zájmu

- vzájemné naladění - sledovanými interakčními proměnnými jsou neverbální projevy: natočení těla, opětování očního kontaktu, kývání hlavy, úsměv, hlasová intonace, výraz obličeje, účast na tom, co druhý dělá, otočení jako odpověď na pozici těla druhého, souhlasné přitakávání.

Sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: pojmenování iniciativ, činností, myšlenek a emocí druhých i sebe sama, pojmenování se souhlasem, dotazování, konstatování situace, říkání „ano“.

II. klastr: vzájemné interakce

Skutečný dialog nebo diskuse potřebují vzorec „utváření skupiny“ a „střídání se“. Bez nich dialog ani diskuse nebudou vůbec možné.

Vzorce komunikace v II klastru:

- utváření skupiny - sledovanými interakčními proměnnými jsou neverbální projevy: rozhlížení se, zapojení do skupiny, propojení se skupinou, nabídka iniciativy, potvrzení příjmu iniciativy

- střídání se - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: předání slova, převzetí slova, pravidelné střídání v konverzaci

- kooperace (spolupráce) - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: rozdělení rolí, včetně kompetencí.

Sledovanými interakčními proměnnými jsou neverbální projevy: dávání a brání věcí, dávání příležitostí, společné jednání, vzájemná pomoc.

III. klastr: vzájemné domlouvání se – dialog, diskuse

Vzorce komunikace:

- utváření názorů - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: předávání názorů, příjem názorů, vzájemná výměna názorů, povzbuzování k vyjádření rozdílných názorů, prozkoumávání názorů, vyjasňování/ověřování názorů

- rozvíjení obsahu - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: zmínka o tématu, uvedení do tématu, rozvíjení tématu, dotazy k tématu, diskuse o tématu, hledání významů

- přijímání závěrů - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: navrhování, poopravení, pozměnění dohody, stanoviska, plánu, přijímání dohody, stanoviska, plánu, shrnování

IV klastr: řešení rozporu – zvládání konfliktu

Vzorce komunikace:

- pojmenování rozporů - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální a neverbální projevy: potvrzení, že slyší názor, potvrzení, že vidí jednání,

pojmenovávání emocí, prozkoumávání záměrů, názorů a jednání, propojení pocitů a sledovaného chování, vyjasňování pozic aktérů konfliktu

- obnovení kontaktu - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální a neverbální projevy: udržení očního kontaktu, pojmenovávání, návrat ke klastrům I, II nebo III

- vytváření dohod a pravidel - sledovanými interakčními proměnnými jsou verbální projevy: zaujímání stanovisek, akceptování stanovisek druhého, domlouvání možné dohody, stanovení pravidel, adaptace na stanovená pravidla, vyjádření obecných principů a dohod (Scherrerová, 2019)

3. Komunikace zdravotnických pracovníků

Vztah mezi zdravotníkem a pacientem, dříve brán jako setkání vzdělaného odborníka a nevzdělaného laika. Ve své publikaci Janáčková uvádí, že v současné době se tento vztah vhodněji a přesněji popisuje, jako setkání odborníka s odborníkem. V praxi to chápeme tak, že pacienta aktivně zapojujeme do preventivních programů, podpory zdraví a spoluzodpovědnosti za své zdraví. (Janáčková, 2007)

Součástí komunikace mezi lékařem – pacientem, všeobecnou sestrou – pacientem je profesionalita, což v praxi znamená respektovat jistá pravidla, a mít osvojené různé modely chování. K umění léčit patří umění komunikovat. (Linhartová, 2006)

Pacient se na zdravotníka obrací s nemocí, kterou nelze léčit a ošetřovat bez vztahu k jeho osobnosti. Zacharová tvrdí, že mnohým konfliktním situacím se dá předcházet, pokud má pacient a zdravotník kladný vztah. Dále pozitivně ovlivňuje účinnost terapeutických zásahů a celý průběh nemoci. (Zacharová, 2016)

3.1 Komunikace lékař – pacient

Lékař nemá jednoduchou roli, pacient od něj vyžaduje vysokou odbornost, schopnost nemoc diagnostikovat a patřičně léčit. Dále očekává taktní a ohleduplné chování a v neposlední řadě i podporu psychickou. Při prvním kontaktu odebírá lékař anamnézu od pacienta, určuje diagnózu a předepisuje léčebný postup. Většina lékařů se zaměřuje na nemoc, což je pro ně jistá emocionální ochrana, ovšem nepůsobí to dobře na pacienta. Nutností je, aby v komunikaci s pacientem projevil určitou dávku empatie, porozumění a schopnosti naslouchat. Cílem lékaře je srozumitelně informovat nemocného, motivovat ho ke spolupráci a spoluúčasti na léčebném režimu a samozřejmě dosáhnout vzájemné důvěry. Pacienti přicházejí do zdravotnických zařízení, pokud nastane nějaký problém, většinou je doprovázený bolestí, úzkostí a strachem. Od lékaře se vyžaduje jakýsi

návod na řešení vzniklého problému - rady, doporučení, zákazy, podpora, profesionálnost, respektování lékařského tajemství.

Z pravidla si lékaři myslí, že vedení rozhovoru s pacientem ovládají správným způsobem. Ovšem většinou si zachovávají již zaběhnuté postupy, aniž by se zajímali o to, zda je to správně, uvádí ve své publikaci Ptáček. I když lékaři mají pocit, že komunikaci ovládají, pacienti se vyjadřují opačně, bývají často nespokojeni právě s komunikačními schopnostmi lékařů. Tyto schopnosti lékaře přímo ovlivňují spokojenost pacienta, průběh a efektivitu léčby. Mezi komunikací lékaře s pacientem a tím, zdali bude pacient respektovat lékařovi rady, je velice úzký vztah. Správnou komunikací docílíme přesnější a rychlejší stanovení diagnózy, léčebného plánu, a i zkrácení doby léčby. Ve finále tak lékaři, kteří jsou schopni s pacienty správně komunikovat, tráví s jedním pacientem méně času než lékaři, kteří vedou monolog a chtějí záměrně omezit čas na jednoho pacienta. (Ptáček a kol., 2011)

Beran ve své publikaci vymezil následující důležité body, které se týkají samotného rozhovoru lékaře s pacientem. Nejprve si lékař stanoví čas začátku rozhovoru; na úvod podá ruku; musí mít přehled o základních anamnestických údajích; dá na začátek rekapitulaci; vymezí si a drží se účelu setkání; musí mít na vědomí, že se jedná o formu pomoci; bere a podporuje aktivní spoluúčast pacienta. Hlavním cílem komunikace mezi lékařem a pacientem je získání důvěry, aby byl pacient srozumitelně informovaný o svém zdravotním stavu, léčebných postupech, aby věřil v naději na úspěch. Výsledkem efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem je spokojený pacient. (Beran a kol., 2009)

3.2 Komunikace sestry – pacient

Komunikace v interakci sestry – pacient, dle Zacharové, prochází určitým vývojem a je závislá na uvědomění si podstaty sociální role pacienta. Na začátku může pacient sestře naprosto důvěřovat, je ochoten spolupracovat, ovšem problém nastane, jakmile se začne průběh nemoci vyvíjet špatným směrem, což narušuje trpělivost a výdrž pacienta. (Zacharová, 2016)

Sestra tráví s pacientem mnohem více času než lékař. Zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jehož cílem je uspokojení bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta.

Role všeobecné sestry v komunikaci s pacientem je zcela zásadní. Dle Linhartové je komunikace základní prostředek, kterým si získáme důvěru pacienta. Všeobecná sestra by měla být připravena reagovat na otázky, které má pacient na srdci. Na lékaře by ho měla odkázat pouze tehdy, jsou-li otázky diagnostického či léčebného charakteru. Cílem je kvalitní ošetrovatelská péče a spokojený pacient. (Linhartová, 2006)

Sestra by měla zvládat jak verbální, tak i neverbální komunikaci. Pokud tomu tak není, nemůže být dobrým odborníkem. Všeobecná sestra je často vystavována stresovým situacím. Základním úkolem a hlavní doménou všeobecné sestry je komunikace. Jelikož je sestra v nemocnici s pacientem v blízkém kontaktu, není výjimkou, že se jí pacient svěřuje se svými starostmi, obavami a problémy. (Janáčková, 2007)

K požadavkům na všeobecnou sestru dle Linhartové patří:

- verbální a neverbální komunikace;
- používat jazyk, kterému pacient rozumí;
- odborné znalosti v oboru;
- naslouchat pozorně, vysvětlovat jasně a srozumitelně;
- respektovat soukromí a přání;
- zachovat důvěru, nekritizovat pacienta veřejně;
- dát najevo emoční podporu, povzbuzení k spoluúčasti a spoluzodpovědnosti za svoje zdraví;
- úprava zevnějšku sestry

Hlavním cílem komunikace mezi sestrou a pacientem je vztah založený na vzájemné důvěře a spolupráci, spoluzodpovědnosti, dostatečné informovanosti pacienta a kvalitní ošetrovatelské péči. Pacient musí vědět, že je v dobrých rukou a že se mu dostává maximální péče, které je zdravotnické zařízení schopno. (Linhartová, 2006)

3.3 Specifika komunikace s pacientem se zrakovým postižením

O osobě zrakově postižené mluvíme v případě, jsou-li zrakové funkce i s nejlepší možnou korekcí horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je-li zorné pole zúženo pod 10 stupňů.

Lidí, kteří nevidí vůbec nic, je ve skutečnosti jen velmi málo. Většina nevidomých má totiž nějaký zbytek zraku zachovaný. Například vnímají rozdíl mezi dnem a nocí, poznají třeba i to, kde je v tmavé místnosti okno nebo rozsvícená lampa. V tomto případě mluvíme o zachovaném světlocitu. Jiní nevidomí mohou mít různé klamné zrakové vjemy, mezi kterými se může objevit i něco z reality. Někteří jsou schopni rozpoznat hrubé obrysy siluet. Lidé se zbytky zraku používají také bílou hůl, není pravda, že ji mají pouze zcela nevidomí. U některých, kteří používají bílou hůl, je dostupnost zbytku zraku ovlivňovaná mnoha faktory: mírou stresu, konkrétními světelnými podmínkami a řadou dalších věcí.

Při komunikaci jsou velice důležité neverbální projevy. Thiel (1997, str. 8) uvádí, že *„řeč těla je upřímnější, než to, co pronášíme ústy“*. Je nutné si uvědomit, že osoby se zrakovým postižením nemají tu možnost, využít mimoslovní signály. V kontaktu s osobami s postižením zraku bychom se měli chovat zcela přirozeně a dodržovat běžné konvence společenského chování. Ovšem aby konverzace se zrakovým postižením měla bezproblémový průběh, je nutné dodržovat určité zásady.

Nástup informačních technologií má velký význam v životě lidí s postižením. Mnozí vstup počítačů do světa zrakově postižených srovnávají se zlomem, který pro nevidomé znamenalo Braillovo písmo. (Česká oční optika, 2006). V dnešní době ovládá Braillovo písmo pouhých 10% zrakově postižených. Počítač pro zrakově postiženého je nutné vybavit speciálním hardwarem i softwarem. (Česká oční optika, 2006) Různé programy v počítači jsou schopny zpřístupnit informace jiným způsobem než vizuálním. Základním vybavením PC přístupného nevidomým nebo uživatelům s těžkým zrakovým postižením je tzv. screen reader, odečítač obrazovky, který dokáže převést informace ze systému do podoby alternativního hlasového či hmatového výstupu. (Screen reader, online,

2009) Hmatový výstup, tzv. braillovský řádek. Jedná se o speciální přídatné hardwarové zařízení, které se připojuje přes USB port a zobrazuje textovou informaci ve formě Braillova písma. (Braillovské řádky, online, 2010)

Je nutné si uvědomit, že nevidomí jsou zcela normální lidé, kteří nestojí o žádný soucit. Dle Venglářové vždy komunikujeme přímo s nevidomým a ne s jeho doprovodem. Doprovod pouze doprovází, není tam od toho, aby něco vyřizoval. Nevidomého musíme oslovit jako první a to jménem nebo titulem. Mluvíme na něj z čela, neodkláníme hlavu jiným směrem. Představíme se a seznámíme jej se svou pracovní funkcí a s důvodem setkání. S nevidomým bychom měli hovořit jako s každým jiným klientem. (Venglářová a kol., 2006)

Při vstupu do místnosti je nutno nevidomého seznámit s prostředím a upozornit ho na neodstranitelné překážky. Nevidomému popisujeme vše slovy. Informujeme o svém pohybu po místnosti, a pokud odcházíme, řekneme mu to, aby nemluvil do prázdna nebo nezískal pocit nejistoty. Přesně mu říkáme, co děláme, podrobně mu popisujeme zákrok, který se chystáme provést. Například: „Nyní Vám odeberu krev, zaškrtnu Vám pravou ruku gumovým škrtdlem a nastříknu Vám na předloktí dezinfekci“. Při komunikaci se vyjadřujeme jasně, srozumitelně a přímo. Nemusíme se obávat používat tabuizovaná slova jako například „dívat se“, „prohlédnout si“, nebo označení barev. Nevidomí je také běžně používají, když na ně budeme příjemní, určitě nás znovu rádi „uvidí“. (Cerha, 2016)

Lidé získávají cca 70-80 % informací prostřednictvím zraku. Zrakové postižení je tudíž velkým komunikačním deficitem. Pacient se zrakovým postižením není schopen získat úplné sdělení, jelikož mu chybí právě neverbálních sdělení., je proto pochopitelné, že pacient se zrakovým postižením se může cítit izolovaný, nejistý a zranitelný. (Špatenková a kol., 2009)

Jak tedy správně komunikovat s pacientem se zrakovým postižením? Dle Špatenkové sestra navazuje kontakt jako první, představí se, sdělí svou funkci a podá pacientovi ruku. Při podání ruky, stačí pacientovi říci „podávám Vám ruku,“ on zareaguje podáním své pravice. Mějme na paměti, že nevidomému podání ruky nahrazuje vizuální kontakt. Při ošetřování by měla naprosto všechno jasně a srozumitelně komentovat - „Teď vás to píchne ...“, protože pro pacienta

jsou takové informace nezbytné. Při rozhovoru udržujeme běžnou hlasitost i tempo řeči. I když nás to může k tomu svádět, není třeba mluvit hlasitěji nebo pečlivě artikulovat, za předpokladu, že se nejedná o pacienta s poruchou sluchu. Často podceňované, ale velice důležité je u rozhovoru udržovat oční kontakt, zrakově postižený pacient často pozná, pokud mu ho sestra nevěnuje. S osobními věcmi pacienta nikdy nemanipulujeme bez jeho vědomí. Pokud pacienta někam odesíláme, je nutné zajistit mu doprovod. Pacienta musíme seznámit s jeho pokojem, lůžkem, nočním stolkem atd., aby mohl být co nejvíce samostatný. Používáme jasné a stručné instrukce a vyhýbáme se obrátům typu - „tady je a támhle máte ...“ (Špatenková a kol., 2009)

Pacient se zrakovým postižením mívá lépe vyvinutý čich, hmat a sluch. Prostřednictvím sluchu může rozpoznat odvrácenou tvář, což si může vysvětlit jako aroganci či nezájem. (Linhartová, 2006)

V žádném případě by sestra nad pacientem neměla projevovat lítost a soucit a tím z něho udělat méněcenného člověka. (Kutnohorská a kol., 2011)

Při doprovázení pacienta se zrakovým postižením, je dobré znát některá doporučení, která uvádí ve své publikaci Špatenková. Při doprovodu nabídneme předloktí, pacient se nás chytne a jde asi půl těla za námi. Zásadní chybou je, pokud pacienta strkáme před sebou, nebo ho za ruce taháme za sebou. Vždy je nezbytné, aby hlásila zvláštnosti terénu, např. schody, úzký průchod atd. Na schodech by sestra měla upozornit na první a poslední schod a jaký směr schody mají. Při průchodu dveřmi, sestra dveře otevírá a pacient zavírá. Rozhodně, by neměla pacienta dveřmi protlačovat. (Špatenková a kol, 2009)

3.4 Edukace pacienta se smyslovým postižením

Edukace je definována dle Sochorové „jako záměrná a řízená učební aktivita, při níž jeden subjekt usiluje o změnu jiného subjektu za účelem dosažení zamýšlených cílů edukace“. (Sochorová, 2013, str. 6) Edukace má vždy cíl. Sdílet pacientovi důležité informace, zajistit aby si je zapamatoval a dále se podle nich řídil. Dobře poučený pacient se více účastní na procesu poskytování péče. Efektivní edukace může prohloubit pacientovi znalosti, napomůže lépe pochopit

problematiku dané nemoci a tím změnit jeho současný postoj a přístup k dodržování léčebného režimu. (Sochorová, 2013)

Při edukaci pacienta se smyslovým postižením je důležité posoudit, zda edukační materiál, který máme k dispozici, je pro něj užitečný. Pro takového pacienta je nutné edukační materiál upravit do pro něho čitelné podoby.

Na naší klinice jsme vytvořili informační materiály, které si pacient odnáší s sebou domů, když jsou objednáni k nějakému zákroku. Na ambulanci je sestra o všem poučí, ale informací je mnoho a pacienti si vše nedokážou zapamatovat. Většinou s pacienty přichází i příbuzní a blízcí. Je důležité zjistit, zda jsou ochotni jim informace přečíst. V dnešní době rozmachu informačních technologií je možné pacientům nabídnout možnost zaslání těchto materiálů v elektronické podobě. Z mých vlastních zkušeností ale většina pacientů tuto možnost nepreferuje.

3.5 Kurzy a semináře

Mnoho lidí dle mého názoru není dostatečně informováno, je tedy důležité takovéto vzdělávací akce stále nabízet. Z praxe vím, že na školách je tomuto tématu věnováno jen málo času a informace bývají převážně teoretické. Chybí praktická zkušenost a tak zdravotníci v praxi často neví, jak s osobou se zrakovým postižením komunikovat, což může být pro obě strany velice nepříjemné. Vzdělávací kurzy je tedy důležité především směřovat do praxe. Účastníci by měli mít možnost si co nejvíce věcí vyzkoušet, aby pak byli reálně připraveni na situaci, kdy budou s člověkem se zrakovým postižením jednat.

Mé kolegyně vedou v rámci celoživotního vzdělávání kurz „Specifika komunikace s lidmi slabozrakými a nevidomými v praxi“ Tento kurz je určen pro zaměstnance ÚVN Praha. Kurz je rozdělen na dvě části. Na začátku kurzu, ještě než proběhne teoretická část, si účastníci vyplní dotazník. Jsou zde jednoduché otázky zaměřené na znalost faktů o zrakovém postižení. Později během teoretické části se k těmto otázkám vrací a proberou, zda jejich odpovědi jsou správné. Teoretická část nás seznámí s tím, co je zrakové postižení a kdo vlastně zrakově postižený je. Dále se dozvíme o základních pravidlech, komunikace a doprovázení

nevidomých lidí, čemu se vyvarovat a na co klást důraz. V praktické části si účastníci kurzu sami vyzkouší, jaké to je být chvíli nevidomý. A právě zážitková část kurzu je velmi přínosná. Oči si zakryjí škraboškou, vyzkouší si hmatové schopnosti a výraznější sluchové vjemy. Poté se rozdělí na dvě skupiny, kdy jedna část uchazečů jsou nevidomí a část druhá jsou jejich doprovod. Vyzkouší si doprovod nevidomého, chůzi v zúženém prostoru a po schodech. Poté si své role vymění. Celý kurz probíhá interaktivně. Myslím, že tyto semináře jsou velmi užitečné, nejen proto, že pracujeme v nemocnici, kde je předpoklad, že zdravotníci tyto znalosti mají, ale i proto, že s nevidomým člověkem se setkáváme i mimo zdravotnické zařízení. Je tedy přínosné alespoň základní zásady komunikace a doprovodu lidí se zrakovým postižením znát.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Výzkumný problém

4.1 Cíl

V mé bakalářské práci jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti oční kliniky spokojeni s komunikací a podáváním informací od zdravotnických pracovníků a druhým cílem bylo zjistit, zda zrakový handicap komplikuje komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem.

4.2 Hypotézy

Na základě prvního cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že úroveň komunikace sester i lékařů oční kliniky bude hodnocena převážně pozitivně.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že pacienti budou s komunikací sester významně spokojenější v porovnání s komunikací lékařů.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pacienti budou spokojeni s podmínkami, které lékaři i sestry vytvoří pro podávání informací (budou jim věnovat tolik času, kolik potřebují a informace dostanou na vhodném místě a v klidu).

Na základě druhého cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že pacienti, kteří mají zrakové postižení, jsou s úrovní komunikace sester a lékařů oční kliniky významně méně spokojeni než pacienti, kteří zrakové postižení nemají.

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že pacienti se zrakovým postižením se častěji setkali s nepříjemnou událostí v komunikaci se sestrami a lékaři než pacienti bez zrakového postižení.

5. Metodika sběru dat

Pro můj výzkum jsem použila metodu dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici na Oční klinice 1. LF UK a ÚVN, na lůžkové i ambulantní části. Do oběhu bylo celkem rozdáno 170 dotazníků, navraceno a zcela správně vyplněno bylo 135 dotazníků. Návratnost dotazníků byla tedy vysoká (79%). Otázky byly převážně uzavřené, několik otázek bylo otevřených, aby se respondenti mohli volně vyjádřit k tématu. První čtyři otázky byly identifikační a sloužily k popisu souboru. Další otázky byly formulovány tak, aby odpověděly na výzkumné otázky a umožnily potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

K hypotéze č. 1 se vztahovaly otázky číslo 5, 6, 9, 10, 12, 13, které se týkaly komunikace sester a lékařů.

K hypotéze č. 2 se vztahovaly otázky číslo 5, 6, které umožní porovnat spokojenost pacientů s komunikací lékařů a s komunikací sester

K hypotéze č. 3 se vztahovaly otázky číslo 5, 6, 7, 8, 9, jež se ptají pacientů na jejich spokojenost s časem, místem a množstvím podávaných informací.

K hypotéze č. 4 se vztahovaly otázky 3, 5, 6, 9, 10, 12, jež umožní zachytit rozdíly ve spokojenosti s komunikací sester a lékařů mezi pacienty se zrakovým postižením a bez zrakového postižení.

K hypotéze č. 5 se vztahovaly otázky 3, 5, 6, 11, které nám pomohly zjistit, zda se pacienti setkali s nepříjemnými událostmi.

Získaná data jsem vložila do záznamového archu a poté jsem z nich zpracovala jednoduché tabulky a grafy a provedla jednoduchou statistickou analýzu.

6. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili pacienti navštěvující Oční kliniku 1. LF UK a ÚVN. Podmínkou pro zařazení do šetření byly alespoň dvě návštěvy pacienta v ambulantním či hospitalizovaném režimu. Mezi zkoumanými pacienty bylo

78 žen (58%) a 57 mužů (42%). Mladší respondenti do 50 let tvořili pouze 16% našeho vzorku, ve věku 51-70 let bylo 45% a ve věku 71 a více let bylo 39% respondentů. Lze říci, že věková struktura našeho vzorku odpovídá skutečnosti, že pacienti oční kliniky jsou většinou lidé vyššího věku, neboť právě u nich se problémy v oblasti zraku se vyskytují častěji. K rozdělení respondentů podle toho, zda mají či nemají zrakové postižení, jsme použili jejich subjektivní pocit omezení, vyplývající z jejich problémů v oblasti zraku. Mezi osoby se zrakovým postižením se zařadilo 85 respondentů (63%), ostatní se za zrakově postižené nepovažovali nebo to nedokázali posoudit (odpověděli „nevím“). Většina pacientů z našeho vzorku (70%) se na klinice léčí ambulantně, 16 pacientů bylo pouze hospitalizovaných, a 25 prošlo ambulantní i lůžkovou péčí. Ve vzorku bylo tedy celkově 30% pacientů, kteří měli zkušenost s hospitalizací na naší klinice.

7. Výsledky výzkumu

7.1 Komunikace sester s pacienty se zrakovým postižením a bez postižení

Celkové výsledky naznačují, že pacienti hodnotí komunikaci zdravotních sester velmi pozitivně. Více než tři čtvrtiny všech respondentů se vždy při své návštěvě setkali s tím, že sestry podávaly srozumitelné informace, braly na ně ohled, dávaly jim prostor na jejich otázky, naslouchaly, zajistily dostatek soukromí, soustředily se na ně, udělaly si na ně dostatek času a jejich dotazy sestry nezatěžovaly.

Problémy měly sestry pouze s podáváním ruky a představením se jménem. Jen ojediněle měli pacienti pocit, že jejich otázky sestry zatěžují. (viz Tabulka č. 1 a tabulky č. 1a a 1b v příloze)

Abychom mohli zjistit, zda existují rozdíly v komunikaci sester vůči pacientům se zrakovým postižením a pacientům bez zrakového postižení, provedli jsme třídění druhého stupně a uspořádali jsme výsledky do tabulky vyjadřující

relativní četnost výskytu různých aspektů komunikace sester, jak se s nimi setkali respondenti v obou podsouborech (viz Tabulka č. 1 a tabulky č. 1a a 1b v příloze).

Tabulka č. 1: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“). *

Sestry	Zrakově postižení	Bez postižení
Podávaly srozumitelné informace	93%	94%
Braly ohled	89%	70%
Daly prostor na otázky	87%	80%
Naslouchaly	87%	94%
Zajistily soukromí	85%	82%
Soustředily se	84%	90%
Měly dostatek času	80%	80%
Usmívaly se	75%	80%
Dívaly se do očí	74%	74%
Představily se jménem	39%	40%
Podaly ruku	29%	22%
Zatěžovaly je otázky	4%	2%

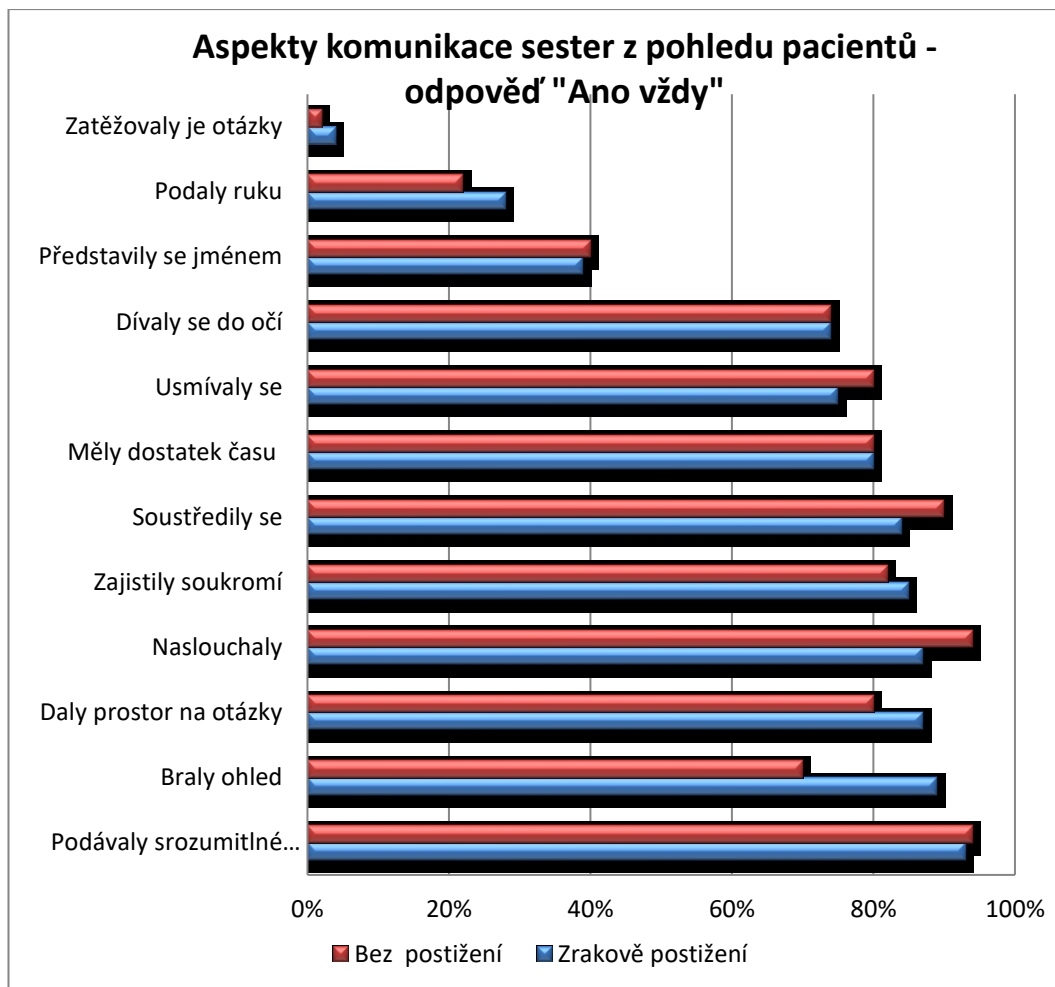
* Podrobnější data jsou uvedena v tabulkách č. 1a a 1b v příloze.

Porovnání obou podsouborů ukazuje (viz Tabulka č. 1), že **pacienti se zrakovým postižením** mají méně často pocit, že jim zdravotní sestry naslouchají, že se na ně soustředí a že se na ně usmívají v porovnání s pacienty bez postižení. Pacienti se zrakovým postižením ale významně častěji vnímají, že sestry na ně berou ohled, dávají jim prostor pro otázky a častěji se setkávají s tím, že jim sestra podá ruku (nicméně tuto zkušenost má pouze 29% pacientů s postižením a 22% pacientů bez postižení).

Naproti tomu **pacienti bez postižení** vnímají častěji, že se na ně sestry usmívají, že jim naslouchají a že se na ně soustředí.

Rozdíly v různých aspektech komunikace sester vyjadřuje též graf č. 1.

Graf č. 1



Jako negativní poznatek vystupuje v našich zjištěních do popředí zejména skutečnost, že pouze čtvrtina pacientů (častěji těch se zrakovým postižením) má zkušenost, že jim sestra pravidelně podává ruku (32% pacientů s postižením a 28% pacientů bez postižení sestra nikdy ruku nepodala). Jménem se sestry nikdy nepředstavily asi pětina pacientů (s postižením to bylo 18%, a bez postižení 22% pacientů). Podrobně viz tabulka č. 1a a 1b v příloze.

7.2 Komunikace lékařů a lékařek s pacienty se zrakovým postižením a bez postižení

Abychom zjistili rozdíly v komunikaci lékařů s pacienty se zrakovým postižením a pacienty bez zrakového postižení, postupovali jsme stejně jako při porovnání komunikace sester. Relativní četnost výskytu jednotlivých aspektů komunikace mezi lékaři a pacienty, jak se s nimi během svých návštěv na oční klinice setkali respondenti obou podsouborů, ukazuje tabulka č. 2. Podrobná data jsou uvedena v tabulkách 2a a 2b v příloze.

Celkově lze říci, že pacienti hodnotí komunikaci lékařů velmi pozitivně. Více než tři čtvrtiny všech respondentů se vždy při své návštěvě setkali s tím, že lékaři se představili, dívali se do očí, naslouchali, soustředili se, dokázali srozumitelně vysvětlit diagnózu a podat informace, zajistit soukromí, dali dostatek prostoru na otázky, brali ohled na jejich handicap (zde bylo pozitivní hodnocení méně časté u lidí bez postižení)

Větší problémy měli lékaři pouze s podáváním ruky a úsměvem. Asi 25-30% pacientů se s těmito projevy setkali jen občas nebo jen u některých lékařů. I v tomto případě, měli jen ojediněle pacienti pocit, že jejich otázky lékaře zatěžují. (viz Tabulka č. 2 a tabulky č. 2a a 2b v příloze)

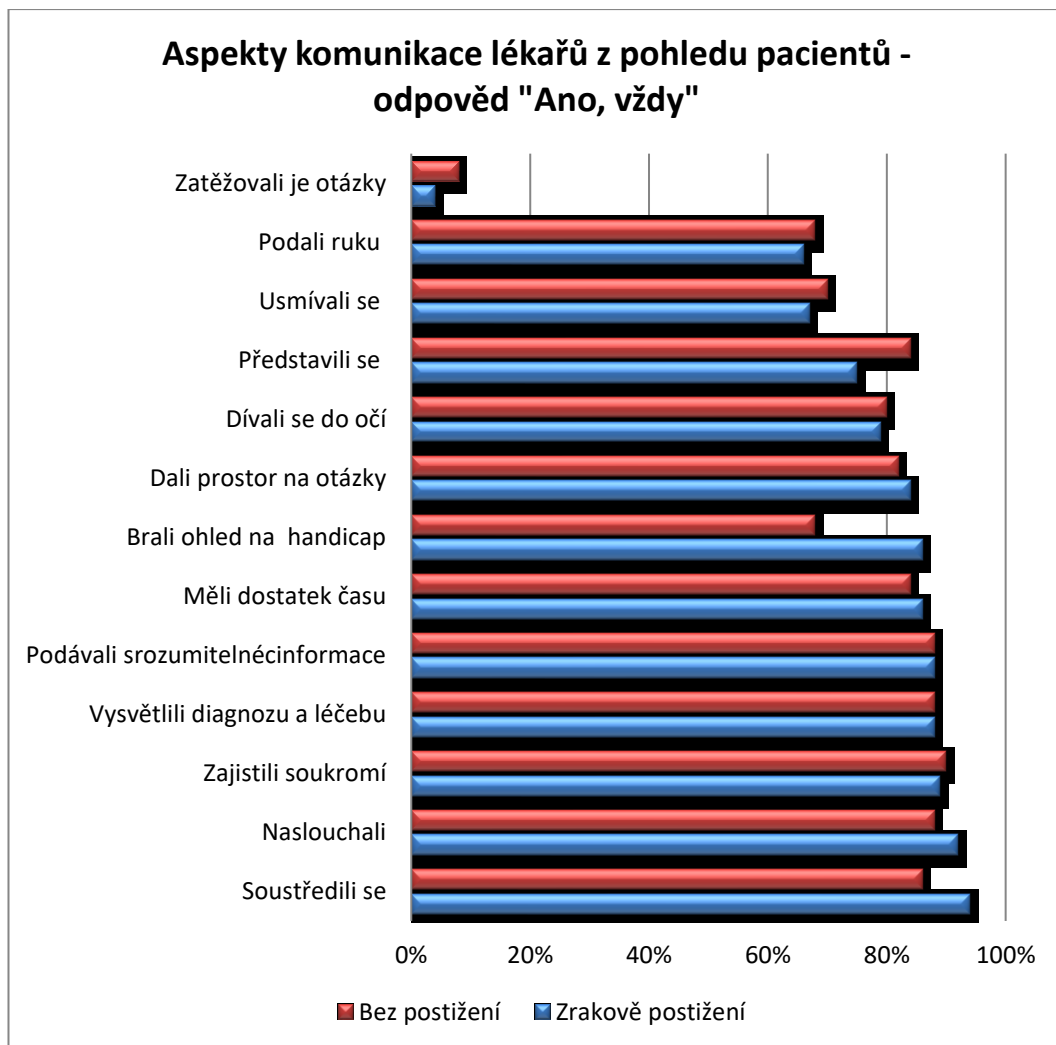
Tabulka č. 2: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u lékařů na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“). *

Lékaři	Zrakově postižení	Bez postižení
Představili se	75%	84%
Podali ruku	66%	68%
Usmívali se	67%	70%
Dívali se do očí	79%	80%
Naslouchali	92%	88%
Soustředili se	94%	86%
Vysvětlili diagnózu a léčbu	88%	88%
Podávali srozumitelné informace	88%	88%
Měli dostatek času	86%	84%
Zajistili soukromí	89%	90%
Dali prostor na otázky	84%	82%
Zatěžovali je otázky	4%	8%
Brali ohled na handicap	86%	68%

* Podrobnější data jsou uvedena v tabulkách č. 2a a 2b v příloze

Lékaři berou výrazně častěji ohledy na handicap pacientů **se zrakovým postižením**, také jim více naslouchají a soustředí se na ně, ale méně často se jim představují svým jménem než pacientům bez postižení. Jiné významnější rozdíly v komunikaci lékařů směrem k pacientům bez postižení a s postižením nejsou z našeho šetření patrné. (Viz též Graf č. 2)

Graf č. 2



7.3 Komunikace sester a lékařů s pacienty oční kliniky

Otázky číslo 5 (která se tázala na různé aspekty v komunikaci sester) a číslo 6 (která se tázala na různé aspekty v komunikaci lékařů), dávají možnost porovnat spokojenost pacientů s komunikací lékařů a s komunikací sester.

Tabulka č. 3 přináší relativní četnosti výskytu různých aspektů komunikace u sester a lékařů, se kterými se setkali naši respondenti. Relativní četnosti umožňují srovnání mezi lékaři a sestrami.

Tabulka č. 3: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester a lékařů na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“).

Aspekty komunikace	Sestry	Lékaři
Představili se	39%	79%
Podali ruku	27%	67%
Usmívali se	77%	68%
Dívali se do očí	74%	80%
Naslouchali	88%	90%
Soustředili se	87%	91%
Podávali srozumitelné informace	92%	88%
Měli dostatek času	80%	85%
Zajistili soukromí	84%	90%
Dali prostor na otázky	84%	84%
Zatěžovali je otázky	3%	5%
Brali ohled na handicap	82%	80%

Významný rozdíl mezi sestrami a lékaři je pouze v představení se a podávání ruky, zde si stojí lékaři podstatně lépe než sestry. Lékaři se také o něco častěji než sestry dívají do očí a více se soustředí na své pacienty, lépe zajišťují soukromí při sdělování informací a udělají si dostatek času na své pacienty. Oproti tomu sestry se na své pacienty více usmívají.

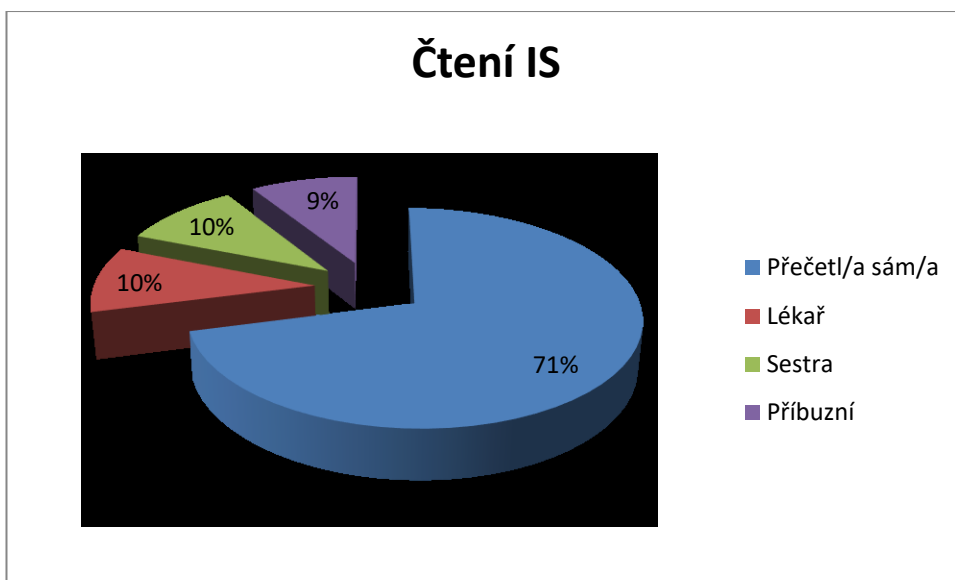
7.4 Podávání informací

V dotazníkovém šetření jsme se též zaměřili na to, jakým způsobem byly pacientům sdělovány informace (otázka č. 7), jak byli seznámeni s informovaným souhlasem před jeho podepsáním (otázka č. 8) a jak byli spokojeni s podmínkami, které jim lékaři a sestry vytvořili při podávání informací (otázky č. 9 a 10). Aby pacienti se zrakovým problémem nebo dokonce se zrakovým postižením mohli dobře podávané informace přijmout a zpracovat, je třeba dostatečný klid při komunikaci, kdy pacient je schopen pořádně vnímat sdělované informace. Velkou chybou je, když nemáme pro pacienta dostatek pochopení a trpělivosti.

Pokud jde o způsob sdělení informací, vyplývá z našeho šetření, že 66% pacientů dostalo informace v ústní podobě a 34% pacientů dostalo informace v písemné podobě. To, že pacientům nebyly podány žádné informace, se na naší klinice nestalo.

Před podepsáním informovaného souhlasu bylo celých 71% pacientů schopno přečíst si jej samostatně, bez pomoci druhé osoby. 10% pacientům ho přečetl lékař, 10% pacientům ho přečetla sestra, 9% pacientů příbuzní. (viz Graf č. 3)

Graf č. 3



Otázka č. 9 zjišťovala, kde byly pacientům podávány informace od sester a od lékařů. Odpovědi respondentů jsme zaznamenali do tabulky č. 4.

Tabulka č. 4: Místa sdělování informací pacientům sestrami a lékaři.

	Sestry	Lékaři
Na vyšetřovně	14%	82%
Na sesterně	60%	1%
Na pokoji s ostatními pacienty	2%	2%
Na pokojí o samotě	13%	9%
Na chodbě	7%	1%
Jiné	1%	0

Ve většině případů podávají lékaři i sestry své informace pacientům na místech k tomu určených. Pouze 7% sester a 1% lékařů podali informace na chodbě a 2% sester i lékařů na pokoji před ostatními pacienty.

Pomocí otázky č. 10, která se ptá na to, zda pacient byl při podávání informací lékařem nebo sestrou něčím vyrušen, jsme zjistili, že 8 (6%) pacientů uvedlo, že byli vyrušeni telefonem, v 7 (6%) případech vstoupila do ordinace druhá osoba a ve 2 (2%) případech došlo k vyrušení tím, že se lékaři mezi sebou radili. V převážné většině případů však k vyrušení při rozhovoru nedošlo. Četnost odpovědí uvádí tabulka č. 5.

Tabulka č. 5: Nejčastější způsoby vyrušení při sdělování informací sestrami a lékaři.

Nebyl vyrušen	116	86 %
Telefon	8	6%
Někdo vstoupil	7	6%
Porada mezi lékaři	2	2%

7.5 Negativní zkušenosti pacientů oční kliniky s komunikací lékařů a sester

V otázce č. 11 jsme se respondentů ptali na to, zda během své návštěvy na naší klinice zažili nějakou nepříjemnou událost v komunikaci se sestrou nebo lékařem. Poprosili jsme je, aby popsali danou situaci.

S takovou událostí se setkalo 28 (21%) pacientů, 107 (79%) pacientů ji nezažilo. Z 28 pacientů, kteří zažili nepříjemnou událost na naší klinice, bylo 18 pacientů se zrakovým postižením.

Konkrétně si pacientka stěžovala na nedostatečné seznámení se svým pooperačním stavem od lékařek. Jiný pacient se celý měsíc nemohl dovolat k lékaři. Další měla pocit, že lékařka vůbec nezná její diagnózu. Zmíněna byla také nepříjemná událost na recepci, ale nebyla konkrétněji popsána.

7.6 Celkové hodnocení komunikace lékařů a sester na oční klinice

Pro celkové zhodnocení komunikace pracovníků oční kliniky měli respondenti k dispozici pětistupňovou škálu podobně jako ve škole (1 nejlepší hodnocení, 2 uspokojivé, 3 dobré, 4 neuspokojivé, 5 nejhorší hodnocení). Abychom mohli provést srovnání, vypočítali jsme průměrné hodnocení v každé hodnocené kategorii. Nebylo třeba započítávat stupně 4 a 5, neboť takové hodnocení se v našem souboru nevyskytlo. Při výpočtu průměru jsme také vyřadili odpověď „nemohu posoudit“, uvádíme pouze četnost jejího výskytu v dané kategorii. Průměrné hodnocení uvádějí následující tabulky č. 6 a 7.

Celkové hodnocení komunikace nám umožní potvrdit nebo vyvrátit první hypotézu o převážně pozitivním hodnocení úrovně komunikace sester a lékařů.

Tabulka č. 6: Průměrné hodnocení spokojenosti s neverbální komunikací sester a lékařů.

	Lékaři	Sestry	Počet respondentů
Zrakově postižení	1,18	1,19	85 (4 se nevyjádřili)
Bez postižení	1,41	1,41	50 (2 se nevyjádřili)
Celkem	1,22	1,25	135 (6 se nevyjádřilo)

Tabulka č. 7: Průměrné hodnocení celkové spokojenosti s komunikací na oční klinice.

	Lékaři	Sestry	Počet respondentů
Zrakově postižení	1,16	1,20	85 (4 se nevyjádřili)
Bez postižení	1,41	1,41	50 (2 se nevyjádřili)
Celkem	1,22	1,18	135 (6 se nevyjádřilo)

Z výpočtů uvedených v tabulce č. 6 vyplývá, že v hodnocení neverbální komunikace sester a lékařů není téměř žádný podstatný rozdíl. Respondenti se zrakovým postižením však projevují v neverbální komunikaci výrazně větší spokojenost než pacienti bez postižení.

V celkové spokojenosti s komunikací sester a lékařů dopadly sestry hůře než lékaři. I v tomto případě hodnotí respondenti se zrakovým postižením celkovou komunikaci s lékaři i sestrami výrazně lépe než respondenti bez postižení.

Respondentům jsme také položili otevřenou otázku, co byste doporučili sestram a lékařům na oční klinice pro zlepšení jejich komunikace s pacienty. Většina respondentů (71%) se k této otázce nevyjádřila, nepředložili žádný návrh. Z doporučení, která byla předložena, jsme vybrali jen některá. Uvádíme přesné citace odpovědí:

„Aby naučili tomuto přístupu i jiné nemocnice.“

„K lékařům nemám připomínky, u sester bych uvítal oční kontakt a úsměv.“

„Při množství pacientů, zcela vyhovující.“

„Vydržet.“

„Lékaři: více a častěji komunikovat s pacientem další postup léčby, a to včetně stručného popisu, co se bude dít a kdy se to bude dít.“

„Trpělivost.“

„Hlavně lékařům větší empatie k pacientům.“

„Doporučuji zlepšit komunikaci na recepci.“

„Někdy větší srozumitelnost v odborných nálezech.“

„Lékaři a sestry jsou velice ochotní, mohu je jen pochválit.“

8. Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1 předpokládala, že úroveň komunikace sester i lékařů oční kliniky bude hodnocena převážně pozitivně. Tato hypotéza se potvrdila. S neverbální komunikací sester bylo spokojeno 101 (75%) pacientů, 103 (76%) pacientů hodnotilo celkovou komunikaci sester známkou 1. U lékařů bylo s neverbální komunikací spokojeno 119 (88%) a celkově s komunikací lékařů bylo spokojeno 103 (76%) pacientů. Tomu, že úroveň komunikace je vysoká dále nasvědčuje skutečnost, že 96 (71%) pacientů nemá žádná doporučení ke zlepšení komunikace na naší klinice.

Hypotéza č. 2 předpokládala, že pacienti budou s komunikací sester významně spokojenější v porovnání s komunikací lékařů. Tato hypotéza se nepotvrdila. S neverbální komunikací sester bylo spokojeno 101 (75%) pacientů, 103 (76%) pacientů hodnotilo celkovou komunikaci sester známkou 1. U lékařů bylo s neverbální komunikací spokojeno 119 (88%) a celkově s komunikací lékařů bylo spokojeno 103 (76%) pacientů. Z výzkumu tudíž vyplývá, že pacienti na oční klinice jsou spokojenější s komunikací lékařů. Horší hodnocení mají sestry v porovnání s lékaři zejména ze strany pacientů se zrakovým postižením.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že pacienti budou spokojeni s podmínkami, které lékaři i sestry vytvářejí pro podávání informací (budou jim věnovat tolik času, kolik potřebují a informace dostanou na vhodném místě a v klidu). Tato hypotéza se potvrdila. Sestry dokázaly dopřát klid při sdělování informací 113 (86%) pacientům, dostatek času si udělaly na 108 (80%) pacientů, a vhodné místo na podávání informací (sesterna, vyšetřovna, pokoj, kde jsou o samotě) si našly v 93 (69%) případech. Lékaři dopřáli klid při sdělování informací 121 (90%) pacientům, dostatek času si udělali na 115 (85%) pacientů, a vhodné místo na podávání informací (vyšetřovna, sesterna, pokoj, kde jsou o samotě) si našli ve 123 (91%) případech. Tyto výsledky korespondují se závěrem hypotézy č. 3. I zde vykazují lékaři lepší výsledky než sestry.

Hypotéza č. 4 předpokládala, že pacienti, kteří mají zrakové postižení, jsou s úrovní komunikace sester a lékařů oční kliniky významně méně spokojeni než pacienti, kteří zrakové postižení nemají. Tato hypotéza se nepotvrdila. Dle výzkumu, pacienti, kteří uvedli, že patří mezi osoby se zrakovým postižením, byli s komunikací sester celkově spokojenější než pacienti, kteří si myslí, že zrakové postižení nemají. Celkovou spokojenost s komunikací sester hodnotilo nejlepší známkou 1 70 pacientů se zrakovým postižením, což odpovídá 82%. Pacienti bez zrakového postižení hodnotili nejlepší možnou známkou ve 33 případech, což odpovídá 66%. Neverbální komunikaci sester známkou 1 hodnotilo 68 (80%) pacientů se zrakovým postižením a 33 (66%) pacientů bez zrakového postižení.

U lékařů nejlepší známkou 1 hodnotilo 73 (86%) pacientů, kteří si myslí, že mají zrakové postižení a 33 (66%) pacientů bez zrakového postižení. Neverbální komunikaci lékařů známkou 1 hodnotilo 73 (86%) pacientů se zrakovým postižením a 33 (66%) pacientů bez zrakového postižení.

Hypotéza č. 5 předpokládala, že pacienti se zrakovým postižením se častěji setkali s nepříjemnou událostí v komunikaci se sestrami a lékaři. Tato hypotéza se potvrdila. Z 28 pacientů, kteří zažili na naší klinice nepříjemnou událost, bylo 18 pacientů (13%) se zrakovým postižením a 10 (7%) pacientů bez zrakového postižení.

9. Diskuze

Ve zdravotnictví má komunikace svou nenahraditelnou funkci pro předávání informací nebo zklidnění pacienta. Během mé praxe jsem zjistila, že komunikace s pacienty není vždy na dobré úrovni. Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, abych zmapovala úroveň komunikace na Oční klinice 1. LF UK a ÚVN na lůžkové i ambulantní části.

Celková spokojenost s komunikací byla velice vysoká, průměrné hodnocení lékařů od všech respondentů bylo 1,22 a průměrné hodnocení sester 1,25. Pacienti (více ti bez zrakového postižení) jsou velmi citliví na způsob, s jakým s ním zdravotnický personál komunikuje. Haškovcová ve své knize uvádí, že praktická komunikace s nemocným je výrazem nelehkého a zřetelného procesu rozhodování. Nelze jednoznačně vymezit způsob, jak by měla komunikace probíhat, styl komunikace by měl být specifický jak pro každého pacienta, tak pro každého lékaře. Při komunikaci by měl lékařský i nelékařský personál dát najevo pochopení situace postiženého a měly by se mu dostat srozumitelné informace možné pro další kroky léčby. (Haškovcová, 2002) Za pozitivní výsledek z pohledu oční kliniky považují i odpovědi na otevřenou otázku č. 13, kde jsme se ptali, co by pacienti doporučili sestram a lékařům pro zlepšení jejich komunikace. V 96 případech (tj. 71%) by pacienti neměnili nic, jsou spokojeni a žádné další doporučení nemají.

U spokojenosti s neverbální komunikací jsou výsledky obdobné jako u celkové spokojenosti. Sestry mají průměrnou známku 1,22 a lékaři jsou na tom nepatrně lépe 1,18. Vysvětlením pro horší hodnocení sester může být skutečnost, že pacienti mnohem častěji vyhledávají nejdříve sestry. Pokud jim sestra nedokáže na otázky dát odpověď, jsou teprve odkázáni na lékaře. Sestra s pacientem komunikuje mnohem častěji než lékař. Z vlastní zkušenosti mohou říci, že sestry jsou často pacientem zastiženy v časové tísní, nemají dostatek času a pacientovy potřeby nejsou dostatečně uspokojeny. Nechci sestry vůbec ospravedlňovat. Naše práce je nezpochybnitelně náročná. Mnohdy by ale stačilo vysvětlit pacientovi, že momentálně nemáme dostatek času a v co nejkratší možné době se u něho zastavit a veškeré informace mu podat. Ptáček, Bartůněk a kol. poukazují na to, že pokud dostane pacient adekvátní množství informací, snižuje to jeho hladinu úzkosti a stresu. Pacienti, kteří jsou před zákrokem dostatečně informováni, následně vyžadují méně léků a stráví v nemocnici kratší dobu, než pacienti, kteří nedostali dostatek informací. (Ptáček a kol., 2011)

Většina pacientů z našeho výzkumu neměla nic, co by doporučila zdravotníkům, pokud jde o jejich komunikaci, s komunikací byli spokojeni. Někteří pacienti by uvítali od sester oční kontakt a úsměv. Někteří pacienti by u lékařů uvítali větší empatii a ve větší míře a častější komunikaci s pacientem o dalším postupu léčby a větší srozumitelnost v odborných nálezech. Toto je jen pár připomínek od pacientů. Celkově hodnotí zdravotnický personál jako velice ochotný a trpělivý. Jeden z pacientů dokonce doporučil, aby tomuto přístupu naučili i jiné nemocnice. Dle Ptáčka a kol., je pro pacienta lékařova empatie ve smyslu vcítění velmi důležitá; dává mu pocit lepšího spojení s lékařem, a tím mu dává i větší volnost, aby mohl vyjádřit své pocity, obavy i naděje. (Ptáček a kol., 2015)

Dle Pavláta sestry i lékaři mají dostatek možností a nabídek ke vzdělávání v oblasti komunikace. Problém může být taktéž v jejich pracovní zátěži. Zdravotníci by si však měli uvědomit, že hlavně první kontakt s nemocným by měl být co nejlepší, protože zde jsou předávány ty nejcennější informace (Pavlát, 1999, Venglářová a kol., 2006).

Otázky, které zjišťovaly spokojenost pacientů s různými aspekty komunikace lékařů a sester (č. 5, 6, 12 a 13) umožnily zajímavé srovnání obou profesí.

Na otázku, zda se sestry představovaly jménem, odpovědělo 39% respondentů „ano vždy“ a 19% „nikdy“ (viz tabulka č. 1). Lékaři se podle 79% respondentů představili jménem vždy, a jen podle 7% respondentů nikdy. V této práci jsem se zaměřila na komunikaci mezi zdravotníky a pacientem, k čemuž samozřejmě patří i tato problematika. K jedné ze zásad slušného vystupování zdravotníků patří představení se při kontaktu s pacientem. To je v provozu na naší ambulanci problém vzhledem k vysokému počtu ošetřených pacientů za den. Při zvážení, kolikrát se sestra představuje při telefonických hovorech a kolik pacientů osloví během své služby je toto téma velice diskutabilní. Povinností zdravotníků, zvláště v nemocnicích, je nosit jmenovku na viditelném místě. Velký rozdíl mezi tím, zda se představují sestry či lékaři přisuzují tomu, že pacienti jsou k určitému lékaři objednáni, tudíž jeho jméno již znají. Sestry, které pacienty vyšetřují na ambulanci, se střídají, proto je pokaždé vyšetřuje někdo jiný. Hospitalizovaným pacientům se sestry i lékaři představují vždy. U hospitalizovaných pacientů je však důležité znát jména služby konající sestry. Sestry na lůžkové části naší kliniky, když si předávají službu, obcházejí všechny pacienty. Končící služba vždy představí sestru, která se o ně bude nadále starat. Lékaři se pacientům představují vždy, když pacienta přijímají. To, že většina pacientů zná jména lékařů na oddělení, protože se jim představí svým celým jménem, považují za pozitivní výsledek.

Na otázku, zda se sestry při ošetřování na pacienta usmívaly, odpovědělo 77% pacientů ano vždy, lékaři se vždy usmívali v 68% případů. Dle Zacharové je úsměv nejúčinnější prostředek komunikace, naznačuje přátelství, je stimulem k toleranci. Úsměv slouží k odlehčení napětí nebo konfliktní situace. Zdravotníci se mohou na pacienta usmát, přičemž nemusí navzájem mezi sebou verbálně komunikovat. (Zacharová, 2017) Podle mého názoru má ve zdravotnickém zařízení, které představuje prostředí vážné a seriózní, vlídný úsměv své opodstatněné místo. Musí však být použitý ve správný čas a na správném místě.

Může snížit strach, obavy, úzkost, a také zároveň vzbudit pocit jistoty a bezpečí. Navíc nás úsměv nic nestojí.

Na otázku, zda sestry podávaly ruku při představení, odpovědělo 27% pacientů ano vždy a 30% nikdy. Lékaři vždy podali ruku 67% pacientů a nikdy nepodali ruku 7% pacientů. Dle Janáčkové je bezprostřední dotyk extrémním případem přiblížení. I tím se něco sděluje. Podání ruky může být příkladem tzv. haptického kontaktu. Při prvním kontaktu s pacientem mu obvykle podáváme ruku. Z toho, jak se lidé tímto způsobem zdraví, můžeme mnoho vyvodit. (Janáčková, 2008) Lidé mají různé názory na podávání rukou. Nebudu zde rozebírat základy etikety nebo polemizovat, zda jde o slušnost či přežitek. Některé národy z hygienických důvodů takový fyzický kontakt vůbec nedovolují. U nás je však podání ruky obvyklé, i když by se nemělo nadužívat. Já osobně na podání ruky nijak nelpím. Dle mého názoru se přeceňuje. Dost často se mi přihodilo, že podání ruky bylo křečovitě, rozpačité, a že lidé ani nevěděli co dělat. Myslím, že úplně postačí pozdravit. Během pozdravu, ať je či není doprovázený podáním ruky, je důležité se vždy dívat do očí. Pozdrav je vhodné doprovázet jemným úsměvem, kterým naznačím, že je mi potěšením daného pacienta potkat.

Na otázku, zda se sestry dívaly pacientů při rozhovoru do očí, odpovědělo 74% ano vždy a lékaři se vždy dívali do očí 80% pacientům. Oční kontakt je nejsilnějším neverbálním komunikačním kanálem. Sestry se v některých případech dívaly při rozhovoru do očí jen občas. Já sama když mluvím, dívám se na druhého člověka spíše méně často. A myslím si, že je to normální. Oči nám samy přirozeně uhýbají, když se potřebujeme soustředit, srovnat si myšlenky, najít vhodná slova. Dle Prudičové je oční kontakt důležitý. Informuje o novém, velmi přesvědčivém výzkumu na lékařské klinice v Torontu. Zaměřil se na tak obyčejnou věc, jakou je komunikace lékaře s pacientem v ordinaci. Srovnával, jak si pacient zapamatuje sdělenou informaci, pokud mu ji lékař vysvětlí z očí do očí, nebo když mu tutéž informaci sdělí od stolu, aniž by odvrátil zrak od monitoru počítače. Užita byla přitom stejná slova se stejným významem. Rozdíly v zapamatování a interpretaci sděleného byly naprosto ohromující. První skupina porozuměla sdělené informaci téměř z 90 procent proti té druhé, ochuzené o oční kontakt, která zopakovala sotva polovinu sdělené informace. (Prudičová, 2017)

Dále jsme se zaměřili na zjišťování, jak jsou pacienti spokojeni s podmínkami, které lékaři i sestry vytvářejí pro podávání informací. Otázky č. 5 a 6 zjišťovaly, zda měl zdravotnický personál na pacienty dostatek času při podávání informací. Sestry si udělaly dostatek času na 80% pacientů a lékaři na 85%. (tab. č. 1 a 2). Podnětem k zamýšlení bývají stížnosti pacientů na neustálou časovou tíseň zdravotníků během výkonu práce. Vím z vlastní zkušenosti, že zdravotníci velmi často pracují v časové tísní. Časovou náročnost práce v pomáhajících profesích a zejména s nemocnými lidmi nelze hodnotit podle tabulek. Ošetrovatelské výkony a péče o pacienty nelze rozvrhnout na minutu přesně. Každý pacient zasluhuje, a měl by dostat individuální péči. Technicky takovou péči samozřejmě dostane, ale na dostatečný individuální přístup, bohužel, někdy nezbývá čas.

Při rozhovoru s pacientem bychom neměli působit dojmem, že máme málo času. Je důležité plně se soustředit na pacienta. Dle Ptáčka a kol., by měly být po dobu rozhovoru vyloučeny rušivé zásahy zvenčí. (Ptáček a kol., 2015) To je mnohdy těžké zajistit, jelikož se stane, že během jednoho rozhovoru s pacientem např. několikrát zazvoní telefon.

Pokud jde o zajištění soukromí a klidu při podávání informací ukazují výsledky výzkumu, že sestry zajistily soukromí a klid podle 84% pacientů a lékaři tak učinili podle 90% (tab. č. 1) Horší výsledek sester má nejspíše objektivní důvody, způsobené podmínkami, ve kterých pracují. Sestra předává pacientovi informace většinou na vyšetřovně sester, protože na pokojích jsou i jiní pacienti. Na vyšetřovně často zvoní telefon, kdy volají nejen pacienti s žádostí o informace, ale také volají anesteziologové ze sálu s žádostí o premedikování a navezení dalších pacientů na sál. V dalších případech zvoní pacienti, či jejich doprovody u vstupních dveří, či pacienti na pokojích. Lékaři mají každý svoji vyšetřovnu, kde se s pacientem mohou zavřít a v klidu mu informace podat. Někdy jsou také vyrušeni telefony, pokud musejí podat informace týkající se stavu pacientů.

Aby se nám pacient svěřil, potřebujeme, aby nám věřil a neobával se prozrazení citlivých informací. Dle Haškovcové přispívá k vytvoření atmosféry respektu a intimity, když zdravotnický pracovník klade otázky v soukromí, tedy

mezi čtyřma očima. (Haškovcová, 1996) Dle Čeledové může mít vliv na komunikaci prostředí, ve kterém se rozhovor zdravotníka s pacientem odehrává. Vytvoření vhodných podmínek pro rozhovor hraje důležitou roli. Pokud chybí vhodné prostory, klid a soukromí, nelze komunikaci považovat za plnohodnotnou a efektivní. (Čeledová a kol., 2017)

Otázka č. 9 zjišťovala, kde byly pacientovi podávány informace. Zde nám z výzkumu vyplynulo, že informace jsou na oční klinice podávány ve většině případů na správném a vhodném místě, pouze 7% respondentů v případě sester a jediný respondent v případě lékařů dostali informace na chodbě. Aby způsob poučení (edukace pacienta) mohl být považován za efektivní, je třeba, aby byl srozumitelný, a to zejména pro laika, aby bylo dobře zvoleno místo a čas podání informací (např. nikoliv při chůzi na chodbě), aby byla zohledněna emociální vnímavost pacienta jeho psychická kondice. Je také důležité, aby předávané informace byly jednoznačné, bez pouhých náznaků vedoucích k dohadům a různým výkladům. Potřebná je i trpělivost poučujícího, když reakce pacienta je negativní apod. Je na umění a zkušenosti zdravotníků správně všechny okolnosti vystihnout a podle toho postupovat. (Kožoušek, 2003)

Otázka č. 10 mapovala, zda se pacientům stalo, že byli vyrušeni ve chvíli, kdy jim byly sdělovány informace. Za pozitivní výsledek považují, že 86% pacientů nemělo zkušenost s vyrušením. Je naprosto nevhodné přijímat během hovoru s pacientem osobní telefonáty, protože nemocného nezajímá, co se děje právě v tuto chvíli mimo ordinaci. Je také nevhodné vést delší telefonáty, a je-li to zcela neodkladné, je potřeba se omluvit. Zdravotnický personál má zachovávat úctu, důstojnost každého jedince, bez ohledu na jeho sociální, psychický a fyzický stav. Respektovat soukromí je neodmyslitelnou součástí profesionálního přístupu k nemocným.

Dále jsme zjišťovali, zda jsou pacienti se zrakovým postižením méně spokojeni s úrovní komunikace než pacienti, kteří zrakové postižení nemají. V našem souboru bylo 85 respondentů, kteří se považovali za zrakově postižené, 35 respondentů se domnívalo, že zrakové postižení nemá a 15 respondentů nevědělo. Rozdíl mezi nevidomým a zdravým člověkem je pouze v tom, že nevidomý se při provádění běžných úkonů nemůže spolehnout na svůj zrak.

Celkovou spokojenost s komunikací sester hodnotilo nejlepší možnou známkou 82% pacientů se zrakovým postižením. Pacienti bez zrakového postižení hodnotili nejlepší možnou známkou v 66%. S neverbální komunikací vyjádřilo nejvyšší spokojenost 80% pacientů se zrakovým postižením a 66% pacientů bez zrakového postižení. U lékařů bylo celkově s komunikací spokojeno 86% pacientů, kteří se považují za zrakově postižené a 66% pacientů bez zrakového postižení (hodnotili známkou 1). S neverbální komunikací bylo maximálně spokojeno 86% pacientů se zrakovým postižením a 66% pacientů bez zrakového postižení.

Tyto výsledky jsou pro oční kliniku příznivé, neboť ukazují na vyšší spokojenost pacientů se zrakovým postižením v porovnání s pacienty bez postižení. Pro nevidomého pacienta jsou ambulantní vyšetření i pobyty v nemocnici obtížnější a způsobují u něj větší pocity nejistoty. Je důležité, aby zrakově postižený pacient byl spokojený a nic na své hospitalizaci nechtěl měnit. Také je důležité, aby se nevidomý člověk cítil v bezpečí, protože se ocitá v neznámém prostředí. Prochází vyšetřeními, podstupuje různé zákroky a může mít obavy z diagnózy a léčby. To vše může způsobovat velkou nejistotu, záleží tedy i na důvěře mezi nevidomým člověkem a ošetrovatelským personálem. Toto uvádí i ze svých zkušeností Michálek a kol. (Michálek a kol., 2010)

Jako prvotní v kontaktu s nevidomým pacientem by mělo být oslovení. V tomto případě nehraje roli, kdo je starší, ani další podobná pravidla etikety. Teprve po oslovení by mělo následovat upozornění dotykem, nikdy však obráceně. Dle Horákové je dobré, aby pracovník sdělil své jméno, protože může nevidomému pomoci s rychlejší identifikací. (Horáková, 2012)

Hmat a sluch jsou pro nevidomého člověka velmi důležité smysly. Nevidomý člověk vnímá intonaci hlasu hlavně v prvních minutách rozhovoru a je pro něj nejdůležitější pro vytvoření vztahu důvěry pacient - sestra, pacient - lékař (Ptáček a kol., 2011). Pokud odcházíme, měli bychom tomuto člověku sdělit, že se vzdalujeme a tím ukončujeme komunikaci s ním. V opačném případě může mít totiž nevidomý snahu s námi dále komunikovat i po našem odchodu.

Při rozhovoru se doporučuje stát čelem k nevidomé osobě, i když nás nevidí, protože tito lidé mají poměrně dobře vycvičený sluch a poznají, kdy se

v rozhovoru otáčíme na jinou stranu. Nevidomí lidé mohou někdy i dokonce přesně vyčíst z hlasu i další neverbální prvky jako je úsměv, nervozita, nesoustředěnost apod. (Slowík, 2010)

Při komunikaci s nevidomým člověkem si musíme uvědomit, že tito lidé jsou zcela normální a nevyžadují soucit. Při komunikaci se obracíme na nevidomého a ne na doprovod. Častou chybou bývá nedostatečný klid při komunikaci, kdy pacient není schopen pořádně vnímat sdělované informace, což může být dáno tím, že při rozhovoru je zapnuté například rádio nebo televize. Velkou chybou je, když nemáme pro pacienta dostatek pochopení a trpělivosti. Pro lepší komunikaci vydala Národní rada osob se zdravotním postižením desatero komunikace s nevidomým pacientem (Viz příloha č. 5) Chybou bývá též, když pacienta neupozorníme na překážky nebo chystané výkony.

Nevidomý člověk se obtížněji seznamuje s novým prostředím, proto je třeba vyšší trpělivosti ze strany ošetřujícího personálu. V domácím prostředí má vše přizpůsobeno tak, aby to jemu samotnému vyhovovalo, v nemocnicích se moc nepočítá se zrakovým handicapem. Michálek a kol., ve své publikaci zmiňují, že prostory nebývají bezbariérové a mohou být pro nevidomého člověka nebezpečné. (Michálek a kol., 2010)

Zjišťovali jsme také, zda pacienti zažili na naší klinice nepříjemnou událost v komunikaci (otázka č. 11). 107 (79%) pacientů žádnou nepříjemnou událost nezažilo, 28 (21%) pacientů uvedlo, že se s nepříjemnou situací setkalo, častěji to byli lidé se zrakovým postižením.

V našem výzkumu si pacientka stěžovala, že byla lékařkou nedostatečně seznámena s pooperačním stavem od lékařek. Podle § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) je poskytovatel zdravotní péče povinen „zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách“. Z mých vlastních zkušeností vím, že pacientům informace o pooperačním režimu a doporučeních, poskytuje převážně sestra, a to hlavně při propouštění pacienta do domácího léčení. Lékaři pouze napíší propouštěcí zprávu, ale informace již pacientovi nesdělí. Každé ráno na naší klinice probíhá vizita s primářem oddělení, tam ale na pacienty není dostatek

času. Proto by si lékaři, když napíšou propouštěcí zprávu, měli pacienta zavolat, vše mu vysvětlit, a také si ověřit, zda jim pacient rozuměl.

Jiný pacient se nemohl celý měsíc dovolat k lékaři. Někdy se bohužel může stát, že není možné lékaře sehnat právě v okamžiku, kdy pacient volá. Většina lékařů není k zastížení stále na stejném místě. Mohou být na sále, nebo mají dovolenou. Ale i přesto se tato situace dá jistě vyřešit. Můžeme mu nabídnout konzultaci s jiným lékařem, nebo si na pacienta můžeme vzít telefonní číslo a po domluvě s daným lékařem pacientovi zavolat.

Další pacientka měla pocit, že lékařka vůbec nezná její diagnózu. Lékaři, když sdělují pacientům informace, by měli mít o pacientech a jejich diagnózách dostatek znalostí. Pokud tomu tak není, měli by pacientovi říci, že se za ním zastaví později a nejprve si pročítá dokumentaci.

Doporučení pro praxi:

- Vzhledem k vysokému počtu ošetřených pacientů klade tento provoz na zdravotníky určité nároky ve smyslu umění komunikovat a jednat s lidmi. Díky komunikačním dovednostem a určitému vystupování zdravotníků pak pacienti navštívené zdravotnické zařízení hodnotí. Z tohoto důvodu považují za vhodné, aby byl zajištěn dostatek vzdělávacích akcí s praktickými cvičeními na téma komunikačních dovedností.
- Lékaři musí během dopoledne napsat propouštěcí zprávy, vyšetřit nově nastupující pacienty a sepsat s nimi příjem. Nemají tedy na dotazy ostatních pacientů dostatek prostoru. Možným řešením by mohly být např. konzultační hodiny, kdy by si lékaři vyhradili čas např. od 15:00 do 15:45 hodin a byli by pacientům k dispozici na zodpovězení jejich dotazů.
- Dále bych doporučila vyhradit delší čas na vizity pacientů, aby měli pacienti možnost získat více informací od operátorů, či vedoucích lékařů.

· Na ambulanci bych doporučila prodloužit časové intervaly, které jsou určeny na vyšetření, aby měli pacienti dostatek času na dotazování a získání informací o svém zdravotním stavu.

· Sestrám i lékařům bych doporučila, projít si kurzem „Specifika komunikace s nevidomými a slabozrakými lidmi.“

Závěr

Profesionální komunikace ve zdravotnictví je jedním z nejnáročnějších typů komunikace. Zdravotníci ve své pracovní době komunikují v podstatě neustále, což vyžaduje nejen odborné a praktické zkušenosti, ale i přirozený zájem o lidi - pacienty, s velkou schopností intuice a empatie.

V mé bakalářské práci jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou pacienti oční kliniky spokojeni s komunikací a podáváním informací od zdravotnických pracovníků a druhým cílem bylo zjistit, zda zrakový handicap komplikuje komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem.

V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že úroveň komunikace sester i lékařů oční kliniky bude hodnocena převážně pozitivně. Tato hypotéza se potvrdila. K tomu, že úroveň komunikace je vysoká nasvědčuje, že 71% pacientů nemá žádná doporučení ke zlepšení komunikace na naší klinice.

V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že pacienti budou s komunikací sester významně spokojenější v porovnání s komunikací lékařů. Tato hypotéza se nepotvrdila. Z výzkumu vyplývá, že pacienti na oční klinice jsou spokojenější s komunikací lékařů.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že pacienti budou spokojeni s podmínkami, které lékaři i sestry vytvoří pro podávání informací. Budou jim věnovat tolik času, kolik potřebují a informace dostanou na vhodném místě a v klidu. Tato hypotéza se potvrdila.

V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že pacienti, kteří mají zrakové postižení, jsou s úrovní komunikace sester a lékařů oční kliniky významně méně spokojeni než pacienti, kteří zrakové postižení nemají. Tato hypotéza se nepotvrdila. Dle výzkumu, pacienti, kteří si myslí, že patří mezi zrakově postižené, byli s komunikací sester celkově spokojenější než pacienti, kteří si myslí, že zrakové postižení nemají.

V hypotéze č. 5 jsem předpokládala, že pacienti se zrakovým postižením se častěji setkali s nepříjemnou událostí v komunikaci se sestrami a lékaři. Tato hypotéza se potvrdila. Z 28 pacientů, kteří zažili na naší klinice nepříjemnou událost, bylo 18 pacientů se zrakovým postižením.

I když výsledky šetření jsou celkem uspokojivé, stále jsou zde velké rezervy v komunikaci. Je jisté, že většina zdravotnických pracovníků má dostatek teoretických dovedností, ale že je nedovede plně využívat v praxi. Domnívám se, že je to v důsledku nedostatečného praktického nácviku komunikačních dovedností již v průběhu studia na středních a vysokých školách. Myslím si, že čím dříve si zdravotníci osvojí komunikační dovednosti, tím lépe je pak budou schopni aplikovat do své praxe. Je nutno poznamenat, že komunikace je dovednost, tudíž ji lze zdokonalovat v průběhu celého života a nikdy není pozdě začít se chtít v ní rozvíjet. Pevně věřím, že se zdravotničtí pracovníci budou v komunikaci zdokonalovat a stejnou měrou se bude zvyšovat spokojenost pacientů. Tím se zvedne úroveň našeho zdravotnictví, která je dle mého názoru po všech stránkách vysoká, kromě jedné z nejdůležitějších oblastí – komunikace. Z toho vyplývají i má doporučení pro praxi.

Souhrn

U pomáhajících profesí, ve kterých přichází pracovníci do kontaktu s lidmi, se klade velký důraz na komunikaci. Předpokládá se, že kvalitní komunikace je základem úspěch léčby a poskytované péče. I když je dnešní zdravotnictví na vysoké úrovni se špičkovými pracovníky ve svém oboru, mnohdy bohužel chybí lidský přístup k pacientům. Je nutné si uvědomit, že pacient je především člověk, který se ocitl v nové roli, kterou nezná. Je to pro něj nová životní situace a mnohdy si sám neumí poradit. A právě proto je tu zdravotnický pracovník, který mu musí pomoci, a to nejen po odborné stránce, ale také po té psychologické.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na spokojenost pacientů s komunikací sester a lékařů. V teoretické části se zabývám základními otázkami komunikace. V první kapitole uvádím druhy komunikace a komunikační dovednosti. Ve druhé kapitole se věnuji efektivní komunikaci a osobnostním předpokladům pro úspěšnou komunikaci. Popisuji komunikační malignity, které mohou ohrozit vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Dále uvádím jako metodu zlepšování komunikace ve zdravotnictví možnost videotréninku interakcí. Ve třetí kapitole se zaměřuji na komunikaci ve vztahu lékaře - pacient a sestra - pacient. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhá na oční klinice, zmiňuji i specifika komunikace s pacientem a edukace pacienta se zrakovým postižením. V praktické části se popisuji realizaci svého empirického výzkumu, který byl zaměřen na spokojenost pacientů s komunikací lékařů a sester na oční klinice. Pomocí dotazníkového šetření zjišťovala spokojenost pacientů se zrakovým postižením a bez zrakového postižení s komunikací sester a lékařů, dále spokojenost s podáváním informací a v neposlední řadě jsem se zaměřila i na negativní zkušenosti se způsoby komunikace zdravotnického personálu oční kliniky.

Summary

In helping professions in which healthcare workers come in direct contact with patients, great emphasis is placed on communication. It is assumed that quality communication is essential for the success of treatment and care. Even with today's high level of health care where workers are highly trained in all aspects of the industry, humane approach to patients is often lacking. An important realisation is that the patient is first and foremost a human being that has been put in a new role that is unfamiliar to him. He has to cope with an unusual life situation and he is often not able to get through it by himself. That is why there are healthcare workers who have to support him, not only professionally, but also psychologically.

My bachelor thesis is focused on patient satisfaction regarding communication with nurses and doctors. Theoretical part deals with the basic issues of communication. First chapter discusses types of communication and communication skills. The main topics of second chapter are effective communication and personality prerequisites for successful communication. I describe communication malignancies that can compromise the relationship between healthcare professionals and the patient. Furthermore, as a method of improving communication in health care, I propose video training and review of interactions. In the third chapter I focus on communication in doctor - patient and nurse - patient relationship. In the practical part I describe the realization of my empirical research is conducted at the ophthalmology clinic, I also briefly mention the specifics of communication and education of a patient with visual impairment. In the practical part I focus on the satisfaction of patients regarding communication of doctors and nurses at the ophthalmology clinic. Using the questionnaire survey I evaluate the satisfaction of patients with or without visual impairment regarding communication with nurses and doctors, satisfaction with information and, last but not least, I inquire about negative experiences with the health workers' communication at ophthalmology clinic.

Seznam literatury

ALBERTI, Robert; EMMONS, Michael., *Umění stát si za svým.*, Praha: Portál, 2004, 256 s., ISBN 80-7178-869-4

ANTONŮ Petra, *Videoreflexe komunikace*, [online]. 2019, [cit.1.4.2019].
Dostupné z: http://antonu.cz/?page_id=103

BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada Publishing, 2000.
s. 27, 36. ISBN 80-7169-962-2

BERAN J. a kol., *Lékařská psychologie v praxi*, první vydání Praha: Grada, 2009.
144 s., ISBN 978-80-247-1125-6

BOTEK, M., *Manažerská komunikace: Šumy a bariéry v komunikaci*. [online].
Vysoká škola chemicko-technologická v Praze, 2007. [cit. 12.02.2019]. Dostupné
z: http://eso.vscht.cz/cache_data/30/vydavatelstvi.vscht.cz/knihyinternal/uid_isbn_978-80-7080-657-9/index.html

BUKOVSKÁ Lucie, *Asertivní komunikace*, Vzdělávací institut ochrany dětí,
2006, 24 s., ISBN 80-86991-73-3

CERHA Josef, *Rady průvodcům nevidomých*, [online]. 205-2011, [cit.2.1.2019].
Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/rady-pruvodcum-nevidomych.php>

CIHELKOVÁ Liana a kol., *Efektivní komunikace – cesta k úspěchu*, [online].
Evropská obchodní akademie 2006, [cit. 12.02.2019]. dostupné z: <http://www.eoakomunikace.cz/data/files/000051.pdf>

DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s.
ISBN 978-80-247-2018-0

DOBŘE VZTAHY, *Základní informace o videotréninku interakcí*, [online]. [cit.1.4.2019]. Dostupné z: https://www.dobrevztahy.cz/vse_o_vti/

GOLEMAN, Daniel: *Emotional intelligence.*, New York: Bantam Books, 1995, xiv, 352 p. ISBN 05-530-9503-X

HARTL, P. - HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2008. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1

HAŠKOVCOVÁ Helena, *Lékařská etika*, 3. vyd. Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-132-7

HONZÁK, Radkin. *Jak se dobře cítit mezi lidmi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. s.14. ISBN 80-7169-772-9

HORÁKOVÁ R., *Sluchové postižení*, 2012. 1.vydání, Praha : Portál, 159 s., ISBN 978-802-262-0084-0

HRUBOŠOVÁ Lucie, *Komunikace pro praxi*, Univerzita Palackého, 2011, ISBN 978-80-244-3024-9

JANÁČKOVÁ Laura, WEISS Petr, *Komunikace ve zdravotnické péči*, Portál, 2008, 136 str., ISBN 978-80-7367-477-9

JANÁČKOVÁ L., PAVLÁT J., *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*, první vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2007, 111 s., ISBN-13: 978-80-210-4330-6

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000, s. ISBN 80-85866-55-2

KALVACH et al., *Křehký pacient a primární péče*, Grada 2011, 397s., ISBN 978-90-247-4026-3

KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. *Logopedie v ošetrovateľskej praxi.*, Grada 2011, s.128, ISBN 978-80-247-2835-3

KOŽOUŠEK Jaromír, *Zdravotnické právo v praxi, Poučení pacienta lékařem*, [online]. 1/2003, [cit.12.2.2019]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/pr/2003/01/02.pdf>

KRISTOVÁ, Jarmila a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikácia v ošetrovateľstve: prístupy - dovednosti - poruchy*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004, 144 s. ISBN 80-806-3160-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 195 s. ISBN 80-7178-835-X

KUTNOHORSKÁ Jana, CICHÁ Martina, GOLDMANN Radoslav, *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s., ISBN 978-80-247-3843-7

LAHNEROVÁ Dagmar, *Asertivita pro manažery*, Grada Publishing, 2012, 192 s., ISBN 978-80-247-4406-3

LINHARTOVÁ V., *Praktická komunikace v medicíně*, první vydání Praha: Grada, 2006, 152 s., ISBN 978-80-247-1784-5

MEDVEDOVÁ, Hana, *Pedagogická komunikace-Paralingvistické projevy*, [online]. 2013 [cit. 12.02.2019]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1441/jaro2013/SZ7BP_KOM1/um/PedagogickakomunikaceStudijni_materialy_k_11.4.pdf

MICHÁLEK Miroslav; VOJTÍŠEK Petr a VONDRÁČKOVÁ Jana, *Váš nevidomý pacient*, [Brožura]. Praha: Okamžik - sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2010, 59 s., ISBN 978-80-86932-26-2

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2003, 368 s. ISBN 80-247-0650-4

MITCHELL G., AGNELLI J., *Person – centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered*, [online]. 2015, [cit.3.4.2019]. Dostupné z: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/personcentred-care-for-people-with-dementia-kitwood-reconsidered-ns.30.7.46.s47>

NAKONEČNÝ Milan, *Lexikon psychologie*, Vodnář, 1995, 397 s., ISBN 80-85255-74-X

OKAMŽIK, *Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením*, [online]. 2016, [cit.3.1.2019]. Dostupné z: http://www.nevidomimezinami.cz/main/nmn/Texty/Komunikace/desatero_komunikace.html

PAVLÁT Josef, *Přehled zásad a kroků lékaře a pacienta*, Praktický lékař, vyd. Praha: 1999, roč. 79, č. 9, s. 538-540. ISSN 0032-6739

PECH, Jaroslav. *Řeč těla & umění komunikace*, NS Svoboda, Praha 2009, s.138, ISBN 978-80-205-0606-1

PETERKOVÁ, Michaela, *Asertivita jako vyzrálý postoj*, [online]. 2008-2016, [cit. 15.01.2019]. Dostupné z: <http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivita.htm>

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2.vy. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5

PRUDIČOVÁ Ivana, *Co o vás prozradí oční kontakt*, [online]. 2017, [cit.2.2.2019]. Dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/vztahy-a-sex/446871-co-o-vas-prozradi-ocni-kontakt.html>

PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kolektiv, *Etika a komunikace v medicíně*, Grada 2011, 528 s., ISBN 978-80-247-3976-2

PhDr. PTÁČEK Radek, a kolektiv, *Lékař a pacient v moderní medicíně - Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*, Grada Publishing, a.s. 2015, 192 s., ISBN 978-80-247-9908-7

ŘÍČAN Pavel, *Psychologie osobnosti*, 2010, Grada Publishing, 208 s., ISBN 978-80-247-3133-9

SCHERREROVÁ Dagmar, *Koučování týmových sportů s použitím interakční analýzy*, [online]. dostupné z : http://cako.cz/dokumenty/Clanek_Interakcni%20analyza%20v%20koucovani%20treneru%20tymovych%20kolektivnich%20sportu_Dagmar%20Scherrerova.pdf

SLOWÍK, J., *Komunikace s lidmi s postižením*, 2010, 1. vydání. Praha : Portál, 2010, 160 s., ISBN 978-80-7367-691-9

SPIN, *Vzdělávací programy*, [online]. 2012, [cit.1.3.2019]. Dostupné z: <http://spin-vti.cz/vzdelavaci-programy>

SOCHOROVÁ Hana, *Příprava edukačních materiálů pro klienty se smyslovým postižením*, Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 81 s.

ŠPATENKOVÁ Naděžda, KRÁLOVÁ Jaroslava, *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*, 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s., ISBN 978-80-7262-599-4

ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. Století*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 192s. ISBN 978-80-247-2938-1

URBAN Jan, *Právo na informace o zdravotním stavu a nakládání s nimi*, [online]. 2017, [cit.2.2.2019]. Dostupné z: e.pravo.cz

ÚVN, *Informovaný souhlas*, [online]. 2019, [cit.12.2.2019]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/informace-pro-pacienty-uvn/informovany-souhlas>

VALIŠOVÁ, Alena. *Asertivita v rodině a ve škole.*, Praha: H+H, 1994, 180 s., ISBN 80-86022-41-2

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

VYBÍHALOVÁ Lenka, *Komunikační dovednosti při práci sestry*, [online]. 2011, [cit. 12.02.2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikačni-dovednosti-pri-praci-sestry-457218>

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, s. r. o., 2005, 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1vyd. Praha: Portál, 2000. s.101. ISBN 80-7178-291-2

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*, Grada, 2016, s. 128, ISBN 978-80-271-0156-6

ZACHAROVÁ EVA, *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*,
Grada, 2017, 264 str., ISBN 978-80-271-9675-3

Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich
poskytování (zákon o zdravotních službách)*

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“)	43
Tabulka č. 2: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u lékařů na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“)	46
Tabulka č. 3: Podíl respondentů, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester a lékařů na oční klinice (Odpověděli „Ano, vždy“)	48
Tabulka č. 4: Podíl respondentů, kterým byly podávány informace na různých místech	49
Tabulka č. 5: Nejčastější způsoby vyrušení při sdělování informací	50
Tabulka č. 6: Průměrné hodnocení spokojenosti s neverbální komunikací sester a lékařů	51
Tabulka č. 7: Průměrné hodnocení celkové spokojenosti s komunikací na oční klinice	51

Seznam grafů

Graf č. 1: Aspekty komunikace sester z pohledu pacientů – odpověď „Ano, vždy.“.....	44
Graf č. 2: Aspekty komunikace lékařů z pohledu pacientů – odpověď „Ano, vždy.“.....	47
Graf č. 3: Čtení IS.....	49

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Tereza Skalická a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který je podkladem pro mou bakalářskou práci na téma „Spokojenost pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem“. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Po statistickém zpracování a interpretaci získaných dat budou dotazníky znehodnoceny. Prosím Vás o zaškrtnutí Vaší odpovědi, nebo její vyznačení v příslušném políčku tabulky. Tam, kde je prázdný prostor, prosím o vaše slovní vyjádření.

Předem Vám velice děkuji za Vaši spolupráci při vyplnění dotazníku.

DOTAZNÍK

1. Jste? a) žena b) muž

2. Kolik je Vám let?

a) 18 – 30 let b) 31 – 50 let c) 51 – 70 let d) 71 a více

3. Považujete se za člověka se zrakovým postižením?

a) ano b) ne c) nevím

4. Na naší klinice jste jako? (můžete zatrhnout i obě varianty)

a) pacient na lůžku – uveďte po kolikáté ležíte na naší klinice:
b) ambulantní pacient – uveďte, kolikátá je to návštěva:

5. Jak s Vámi komunikovaly sestry, které Vás ošetřovaly během pobytu nebo návštěv na naší klinice? (vyznačte v příslušném poli)

	Ano, vždy	Jen občas/jen některé	Ne, nikdy	Nevím, nemohu posoudit
Představily se Vám svým jménem?				
Podaly Vám ruku při				

představení				
Usmívaly se na Vás během ošetřování?				
Dívaly se Vám při rozhovoru do očí?				
Máte pocit, že Vám naslouchaly?				
Máte pocit, že se na Vás soustředily?				
Byly informace, které Vám podávaly, pro Vás srozumitelné?				
Měly na Vás při sdělování informací dostatek času?				
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?				
Zajistily Vám soukromí a klid při podávání informací?				
Daly vám dostatek prostoru na zodpovězení Vašich otázek?				
Braly ohled na Váš zrakový handicap?				

6. Jak s Vámi komunikovali Vaši lékaři a lékařky?

	Ano, vždy	Jen občas/jen někteří	Ne, nikdy	Nevím, nemohu posoudit
Představili se Vám svým jménem?				
Podali Vám ruku při představení?				
Usmívali se na Vás během vyšetření?				
Dívali se Vám během rozhovoru do očí?				
Máte pocit, že Vám naslouchali?				
Máte pocit, že se na Vás soustředili?				
Vysvětlili Vám				

srozumitelně Vaši diagnózu a další léčebný postup?				
Byly informace, které Vám podávali, pro Vás srozumitelné?				
Měli na Vás při sdělování informací dostatek času?				
Zajistili Vám soukromí a klid při podávání informací?				
Dali vám dostatek prostoru na zodpovězení Vašich otázek?				
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?				
Brali ohled na Váš zrakový handicap?				

7. V jaké podobě Vám byly sdělovány informace o Vašem stavu?

- a) ústně
- b) písemně, v podobě informovaného souhlasu
- c) nebyly mi podány žádné informace

8. Pokud jste byl/a požádán/a o podepsání informovaného souhlasu, kdo Vám přečetl jeho text?

- a) přečetl/a jsem si ho sám/a
- b) lékař
- c) sestra
- d) příbuzný
- e) nikdo mi text nepřečetl, obsah informovaného souhlasu jsem se nedozvěděl/a, protože jsem na to neviděl/a, přesto jsem ho podepsal/a

9. Kde Vám byly podávány informace od sester a lékařů?

	Od sester	Od lékařů
a) na vyšetřovně lékaře		
b) na sesterně		
c) na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů		
d) na pokoji, ale byli jsme o samotě		
e) na chodbě		

f) jinde – uveďte kde:		
------------------------	--	--

**10. Stalo se Vám, že jste byli vyrušeni při podávání informací?
Popište, prosím situaci (např. lékař/sestra zvedli telefon, někdo
vstoupil do ordinace, do pokoje a podobně):**

.....
.....

**11. Zažili jste na naší klinice nepříjemnou událost v komunikaci se
sestrou nebo lékařem? Popište, prosím, situaci, co se stalo:**

.....
.....

**12. Nyní se, prosím, zamyslete celkově nad komunikací pracovníků
naší kliniky. Použijte hodnocení jako ve škole a do příslušného
políčka napište číslovku: 1 nejlepší hodnocení 2 uspokojivé 3
dobré 4 neuspokojivé 5 nejhorší hodnocení**

	Sestry	Lékaři	Nevím, nemohu posoudit
Neverbální stránka komunikace (gesta, úsměvy, oční kontakt a další mimoslovní projevy)			
Celková spokojenost s komunikací			

**13. Co byste doporučil/a sestrám a lékařům na naší klinice pro
zlepšení jejich komunikace s pacienty:**

.....
.....

Příloha č. 2: Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN



ÚVN
 ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
 Vojenská fakultní nemocnice Praha

Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN observační studie – osoby připravující se na zdravotnické povolání

Osobní údaje studenta	Email: tereza.skalicka11@seznam.cz Tel.:773963863		
Jméno a příjmení	Tereza Skalická		
Datum narození	11.4.1987		
Adresa trvalého bydliště	Bělohorská 725/136, Praha 6, 169 00		
Stručný popis předmětu výzkumu	Cílem výzkumu je zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s komunikací a podáváním informací ze strany lékařů a sester.		
Způsob provádění výzkumu	Kvantitativní výzkum pomocí dotazníků		
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn a počet subjektů hodnocení	Oční klinika 1. LF UK a ÚVN –Lůžková a ambulantní část, subjektů hodnocených 100-150		
Název VŠ a fakulty	3. Lékařská Fakulta Univerzita Karlova		
Práci schválila fakultní etická komise	*zaškrtněte ANO / NE	Datum schválení	
Předpokládaná doba trvání výzkumu	2 měsíce		
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (hodnoceného subjektu), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Data budou získávána formou anonymních dotazníků, které budou po ukončení šetření zlikvidovány.		

10.2.2019
 Datum

Tereza Skalická
 Podpis studenta

15.2.2019
 Datum

Mgr. Václava Otcová
 Podpis garanta výzkumu v ÚVN


Příloha č. 3: Schválení prováděného výzkumu

Vážená paní
Mgr. Lenka Guttová, MBA
Odborný garant – NŘ pro NLZP a ŘKZP
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice
Praha 6 169 02

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze. Téma mé bakalářské práce je Spokojenost pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem. Výzkumný soubor bude tvořen pacienty z ambulantní a lůžkové části Oční kliniky 1.LF UK. Bude se jednat o kvantitativní šetření dotazníkovou metodou. Respondenti se budou tohoto výzkumu účastnit zcela dobrovolně a anonymně se svým souhlasem. Vedoucí mé bakalářské práce je PhDr. Hana Janečková, PhD.

Předem děkuji

Skalická Tereza
studentka 3. Ročníku – Všeobecná sestra – Ošetřovatelství, 3.LF Univerzity Karlovy
Bělohorská 725/136, Praha 6, 169 00
Tel. 773963863
Email. Tereza.skalicka11@seznam.cz


.....
Podpis studenta




Mgr. Lenka Guttová, MBA

Příloha č. 4: Deset základních práv dle A. Saltera

1. Právo sami posuzovat své vlastní chování a city a být za ně zodpovědní – nikdo nemůže manipulovat našimi emocemi či chováním, pokud to sami nedovolíme. Vyjadřuje to skutečnost, že jsme sami soudci svého chování, autory svých rozhodnutí a sami také za ně neseme odpovědnost.
 2. Právo nenabízet žádné omluvy a výmluvy ospravedlňující naše chování – podstatou tohoto práva je nepoužívat sebeponižující omluvy pro své chování a názory.
 3. Právo posoudit, zda a nakolik jsme zodpovědní za řešení problémů druhých lidí – toto právo má značný význam pro zdravou komunikaci. Pomáhá nám zbavit se tendencí řešit vše za jiné nebo pocitů viny za jiné rozhodnutí.
 4. Právo změnit svůj názor – toto právo nabádá ke změně názoru vždy, když máme nové informace a argumenty. Samozřejmě je nutné neměnit názory ze dne na den, abychom neztratili úctu sami před sebou.
 5. Právo říci: „Já nevím“ – máme právo nerozumět všemu a v tomto smyslu jej využít. Tím se nenecháme zahnat do pocitů méněcennosti.
 6. Právo být nezávislí na dobré vůli ostatních – v životě nastávají situace, kdy naše zájmy a názory jsou v protikladu se zájmy a názory jiných. Častá příčina potíží bývá, jak říci někomu ne.
 7. Právo dělat chyby a být za ně zodpovědní - pocit viny za případnou chybu či omyl v nás vypěstovalo naše okolí. Není nutné být na sebe příliš přísný. Jde o to naučit se zvládnout své chyby bez emocí. Jen ten, kdo nic nedělá, nic nezkaží.
 8. Právo dělat nelogická rozhodnutí – kdybychom dělali věci jen logicky a rozumně, ztrácela by se tím naše lidskost. Toto právo nás zbavuje pocitu, že všechno, co děláme, musí mít logiku, a dává nám možnost chovat se nelogicky. Současně nám dává možnost obrany proti manipulacím, které logiku vyžadují.
 9. Právo říci: „Já ti nerozumím.“ – je nutné se snažit komunikovat jasně a zřetelně, pro druhého čitelně a srozumitelně. Nejsme přece jasnovidci.
 10. Právo říci: „Je mi to jedno.“ – člověk má právo nedbat na to, aby byl perfektní a dokonalý a aby se tak jevil každému. Důležité je, jak to cítíme a chceme my.
- (Lahnerová, 2012; Bukovská, 2006)

Příloha č. 5: Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: "Paní, chce si pán sednout?", jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: "Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný", aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu "teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit" nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme. (Okamžik, 2016)

Příloha č. 6: Podrobné tabulky

Tabulka 1a: Podíl respondentů s postižením, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester na oční klinice:

	Ano, vždy		Jen občas/jen některé		Ne, nikdy		Nevím, nemohu posoudit	
	3	38,8 %	3	35,2 %	1	17,6 %	7	8,2%
Představily se Vám svým jménem?	3	38,8 %	3	35,2 %	1	17,6 %	7	8,2%
Podaly Vám ruku při představení?	2	29,4 %	2	34,1 %	2	31,7 %	4	4,7%
Usmívaly se na Vás během ošetřování?	6	75,2 %	2	23,5 %	0	0%	1	1,1%
Dívaly se Vám při rozhovoru do očí?	6	74,1 %	1	17,6 %	1	1,1%	6	7,0%
Máte pocit, že Vám naslouchaly?	7	87,0 %	8	9,4%	0	0%	3	3,5%
Máte pocit, že se na Vás soustředily?	7	83,5 %	1	12,9 %	0	0%	3	3,5%
Byly informace, které Vám podávaly, pro Vás srozumitelné?	7	92,9 %	6	7,0%	0	0%	0	0%
Měly na Vás při sdělování informací dostatek času?	6	80,0 %	1	15,2 %	0	0%	4	4,7%
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?	3	3,5%	1	12,9 %	6	78,8 %	4	4,7%
Zajistily Vám soukromí a klid při podávání informací?	7	84,7 %	4	4,7%	4	4,7%	5	5,8%
Daly vám dostatek prostoru na zodpovězení Vašich otázek?	7	87,0 %	6	5,8%	1	1,1%	4	4,7%
Braly ohled na Váš zrakový handicap?	7	89,4 %	1	1,1%	0	0%	8	9,3%

Tabulka 1b: Podíl respondentů bez postižení, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u sester na oční klinice:

	Ano, vždy		Jen občas/je n některé		Ne, nikdy		Nevím, nemohu posoudit	
Představily se Vám svým jménem?	20	40%	16	32%	11	22%	3	6%
Podaly Vám ruku při představení?	11	22%	21	42%	14	28%	4	8%
Usmívaly se na Vás během ošetřování?	40	80%	10	20%	0	0%	0	0%
Dívaly se Vám při rozhovoru do očí?	37	74%	4	8%	1	2%	8	16%
Máte pocit, že Vám naslouchaly?	45	94%	3	6%	0	0%	2	4%
Máte pocit, že se na Vás soustředily?	47	90%	2	4%	0	0%	1	2%
Byly informace, které Vám podávaly, pro Vás srozumitelné?	45	94%	5	10%	0	0%	0	0%
Měly na Vás při sdělování informací dostatek času?	40	80%	8	16%	0	0%	2	4%
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?	1	2%	8	16%	39	78%	2	4%
Zajistily Vám soukromí a klid při podávání informací?	41	82%	4	8%	2	4%	3	6%
Daly vám dostatek prostoru na zodpovězení Vašich otázek?	40	80%	7	14%	1	2%	2	4%
Braly ohled na Váš zrakový handicap?	35	70%	3	6%	0	0%	12	24%

Tabulka 2a: Podíl respondentů s postižením, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u lékařů na oční klinice:

	Ano, vždy		Jen občas, jen někteří		Ne, nikdy		Nevím, nemohu posoudit	
Představili se Vám jménem?	64	75,3%	12	14,1%	7	8,2%	2	2,4%
Podali Vám ruku při představení?	56	65,9%	20	23,5%	8	9,4%	1	1,2%
Usmívali se na Vás během ošetřování?	57	67,1%	26	30,6%	0	0%	2	2,4%
Dívali se Vám při rozhovoru do očí?	67	78,8%	12	14,1%	4	4,7%	2	2,4%
Máte pocit, že Vám naslouchali?	78	91,8%	4	4,7%	0	0%	3	3,5%
Máte pocit, že se na Vás soustředili?	80	94,1%	3	3,5%	0	0%	2	2,4%
Vysvětlili Vám srozumitelně Vaši diagnózu a léčebný postup?	75	88,2%	5	5,9%	0	0%	5	5,9%
Byly informace, které Vám podávaly, pro Vás srozumitelné?	75	88,2%	10	11,8%	0	0%	0	0%
Měli na Vás při sdělování informací dostatek času?	73	85,9%	7	8,2%	0	0%	5	5,9%
Zajistili Vám soukromí a klid při podávání informací?	76	89,4%	4	4,7%	4	4,7%	1	1,2%
Dali Vám dostatek prostoru na zodpovězení otázek?	72	84,7%	10	11,8%	2	2,4%	1	1,2%
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?	3	3,5%	7	8,2%	74	87,1%	1	1,2%
Brali ohled na Váš handicap?	73	85,9%	5	5,9%	1	1,2%	6	7,1%

Tabulka 2b: Podíl respondentů bez postižení, kteří se setkali s daným aspektem komunikace u lékařů na oční klinice:

	Ano, vždy		Jen občas, jen někteří		Ne, nikdy		Nevím, nemohu posoudit	
Představili se Vám jménem?	42	84%	5	10%	2	4%	1	2%
Podali Vám ruku při představení?	34	68%	12	24%	2	4%	2	4%
Usmívali se na Vás během ošetřování?	35	70%	12	24%	0	0%	3	6%
Dívali se Vám při rozhovoru do očí?	40	80%	7	14%	0	0%	3	6%
Máte pocit, že Vám naslouchali?	44	88%	6	12%	0	0%	0	0%
Máte pocit, že se na Vás soustředili?	43	86%	3	6%	0	0%	4	8%
Vysvětlili Vám srozumitelně Vaši diagnózu a léčebný postup?	44	88%	2	4%	0	0%	4	8%
Byly informace, které Vám podávaly, pro Vás srozumitelné?	44	88%	6	12%	0	0%	0	0%
Měli na Vás při sdělování informací dostatek času?	42	84%	5	10%	1	2%	2	4%
Zajistili Vám soukromí a klid při podávání informací?	45	90%	4	8%	0	0%	1	2%
Dali Vám dostatek prostoru na zodpovězení otázek?	41	82%	9	18%	0	0%	0	0%
Měl/a jste pocit, že je svými otázkami zatěžujete?	4	8%	5	10%	34	68%	4	8%
Brali ohled na Váš handicap?	34	68%	2	4%	0	0%	14	28%