

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Michaela Foltmanová, DiS.

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY MEZI SESTROU A PACIENTEM

Bakalářská práce

Autor práce: **Michaela Foltmanová, DiS.**

Vedoucí práce: **Jaroslava Pečenková**

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**THE COMMUNICATIONS BARRIERS BETWEEN THE
NURSE AND THE PATIENT**

Bachelor's thesis

Author: **Michaela Foltmanová, DiS.**
Supervisor: **Jaroslava Pečenková**

2011

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Hradci Králové dne

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Jaroslavě Pečenkové za vedení mé bakalářské práce a především za vlídný přístup, čas, který mi věnovala, a za cenné a odborné rady, které mi byly poskytnuty. Dále bych chtěla poděkovat hlavní sestře Oblastní nemocnice v Trutnově a.s. Bc. Jarmile Wonkové, dále hlavní sestře Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici Magdaleně Seifertové a v neposlední řadě náměstkyni pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici v Motole Mgr. Janě Novákové, MBA za jejich ochotu.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI	9
1 LINGVISTICKÁ PREHISTORIE.....	10
1.1 PROBLÉMY VÝZKUMU „PRAVĚKÝCH“ JAZYKŮ	10
1.2 SOUČASNÉ „PRIMITIVNÍ“ JAZYKY	10
1.3 HYPOTÉZY O VZNIKU LIDSKÉ ŘEČI.....	11
1.4 VÝVOJ V KOMUNIKACI	11
2 DEFINICE KOMUNIKACE.....	13
2.1 CHARAKTERISTIKA KOMUNIKACE.....	13
2.1.1 FUNKCE KOMUNIKACE	14
2.1.2 KOMUNIKACE JAKO PROCES	15
2.1.2.1 ZÁKLADNÍ SCHÉMA KOMUNIKAČNÍHO PROCESU	16
2.1.3 INTENCIONALITA KOMUNIKACE	19
2.1.4 SYMBOLICKÁ KOMUNIKACE.....	19
2.2 PŘEKÁŽKY EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE.....	20
2.3 MEDICÍNSKÉ NÁZVOSLOVÍ.....	21
3 POJETÍ KOMUNIKACE	23
3.1 VÝBĚR SDĚLOVACÍHO PROSTŘEDKU	23
3.2 ÚROVNĚ KOMUNIKACE	25
3.3 OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE.....	25
3.4 ROLE SESTRY	26
4 DRUHY KOMUNIKACE.....	28
4.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	28
4.1.1 ČINITELÉ SPOLUVYTVÁŘEJÍCÍ VERBÁLNÍ KOMUNIKACI	28
4.1.2 SLOŽKY VERBÁLNÍHO PROJEVU	29
4.1.3 KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	30
4.1.4 SPECIÁLNÍ VERBÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI.....	32
4.1.5 ROZHOVOR	32
4.1.5.1 DRUHY ROZHOVORŮ	34
4.1.5.2 NEDIREKTIVNÍ VEDENÍ ROZHOVORU	35
4.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	36
4.2.1 ZÁSADY SPRÁVNÉHO PODÁVÁNÍ RUKY	38
4.2.2 FORMY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	39
4.2.3 ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU	41
4.2.4 HRANICE TĚLESNÉHO KONTAKTU	42
5 KONTRAPRODUKTIVNÍ KOMUNIKACE	44
5.1 BARIÉRY KOMUNIKACE.....	44
5.2 PŘÍSTUP K NEMOCNÝM PODLE TYPU OSOBNOSTI.....	46
5.2.1 KOMUNIKACE S PACIENTY S PSYCHICKÝMI OBTÍŽEMI	47

5.3 SPECIFIKA PŘÍSTUPU K OSOBÁM SE ZNEVÝHODNĚNÍM	48
5.3.1 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI	48
5.3.2 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI.....	49
5.3.3 KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPÝMI	50
5.3.4 KOMUNIKACE S OSOBAMI S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM.....	51
5.3.5 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM	52
EMPIRICKÁ ČÁST	53
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI	53
6 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	54
7 METODIKA VÝZKUMU.....	55
8 ROZBOR A PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	56
8.1 SESTRY.....	56
8.2 PACIENTI	80
9 DISKUZE	102
ZÁVĚR	104
ANOTACE	105
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY.....	106
SEZNAM GRAFŮ	108
SEZNAM TABULEK	112
SEZNAM PŘÍLOH.....	115

ÚVOD

Řeč je typicky lidská duševní funkce a vlastně tím nejdůležitějším, čím se člověk odlišuje od ostatních živých tvorů. Umožňuje lidem komunikovat, myslet a ovlivňovat sebe sama i druhé (Sestra č. 5/2009).

Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším schopnostem zdravotníka a je nenahraditelnou součástí zdravotnické profese. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez možnosti komunikace mezi sestrou a nemocným člověkem (Sestra č. 10/2008).

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti pro všechny zdravotnické pracovníky a především pro sestry. Sestra, která účinně komunikuje, je úspěšnou iniciátorkou změn v upevnění zdraví, snáze vytváří důvěrný vztah s pacientem a může předejít problémům spojených s ošetrovatelskou péčí. Sestra by měla mít na paměti, že rozhovor je pro nemocného stejně důležitý jako ošetrovatelská péče, lékařská pomoc a zmírňování bolesti (Sestra č. 5/2009).

Jak již bylo ve výše uvedených odstavcích řečeno, komunikace je nedílnou součástí práce každé zdravotní sestry, a proto jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila téma „Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem“. Myslím si, že toto téma je velice aktuální a stále je v této oblasti co zlepšovat.

Ve zdravotní profesi nelze nekomunikovat. Sestra denně komunikuje jak s kolegyněmi, lékaři, tak i pacienty. Domnívám se, že v této oblasti je mezi sestrou a pacientem mnoho rezerv. Při nedostatečné komunikaci může zbytečně dojít k nepochopení, mylnému výkladu slov a tím i k pocitu horší péče, kterou takto může pacient vnímat.

V dnešní době sestry dosahují čím dál vyššího vzdělání, jsou znalejší odborné problematiky a domnívám se, že to se odráží i v komunikaci. Používají daleko více odborných výrazů, anebo si naopak výrazy zlehčují nejrůznější hantýrkou, které ne každý pacient porozumí.

Myslím si, že dnešní uspěchaná doba, větší množství zátěže a nadměrné množství papírování nutí sestru k minimálnímu kontaktu s pacientem, a to je podle mě chyba. Sama z praxe mohu potvrdit, že komunikace je často odsunuta až na poslední místo. Ale jak tento problém vyřešit? Je vůbec nějaké řešení, jak zlepšit vzájemnou komunikaci?

Domnívám se, že tato práce by mohla přispět k nalezení komunikačního úskalí mezi sestrou a pacientem a poukázat na ty problémy, které je potřeba zlepšit.

TEORETICKÁ ČÁST

CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI

- Podat stručný přehled historie komunikace,
- vymežit pojem komunikace,
- zobrazit přehled o možnostech komunikace,
- popis druhů komunikace,
- vysvětlení medicínské terminologie,
- vyhledat překážky efektivní komunikace,
- popsat jednotlivé bariéry v komunikaci.

1 LINGVISTICKÁ PREHISTORIE

Lidská řeč je komunikační systém, který se rozvíjel spolu s člověkem a patří k základním rysům, jimiž se člověk odlišil od ostatních živočišných druhů. Studium původu člověka a jazyka má mnoho společného především z důvodu, že o jejich vzniku a nejdelším období jejich vývoje máme dosud velmi mlhavou představu. Je velmi pravděpodobné, že původ člověka a lidské řeči se nikdy nepodaří zcela objasnit. Přibližnou představu o našich předcích a jejich jazyce máme z minulosti vzdálené zhruba 5000 let, ale člověk a jeho řeč jsou na světě odhadem okolo 5 milionů let (Černý, 2005).

Po celou dobu prehistorie neměl člověk k dispozici žádný způsob záznamu lidské řeči. Ta se proto omezovala na výpovědi tvořené spontánně v daném místě a čase. Z tohoto důvodu nemáme a nikdy nebudeme mít možnost výpovědi zkoumat (Černý, 2005).

1.1 PROBLÉMY VÝZKUMU „PRAVĚKÝCH“ JAZYKŮ

Vzhledem k tomu, že se lidé zajímají o původ a vývoj jazyků, snažili se hledat odpověď na tyto otázky zkoumáním a porovnáváním lidské řeči s dorozumívacími prostředky užívanými v říši zvířat a s vývojem řeči u malých dětí. V prvním případě se prokázalo, že se lidská řeč po kvantitativní i kvalitativní stránce od komunikačních systémů zvířat zásadně liší, a to především svou dvojitou artikulací a úzkou vazbou na myšlení (Černý, 2005).

V poslední době se pozornost lingvistů zaměřuje na kreolské jazyky. Ty vznikly v bývalých koloniích míšením místních jazyků a dialektů s jazyky kolonizátorů. Z lingvistického hlediska jejich výhodou je fakt, že jde o nové jazyky, jejichž vývoj lze většinou sledovat od počátku až do současného stavu (Černý, 2005).

1.2 SOUČASNÉ „PRIMITIVNÍ“ JAZYKY

Odpověď na otázky vzniku a vývoje jazyka se někdy hledala i v oblasti tzv. primitivních jazyků. Ještě dnes se na odlehlých místech např. amazonského pralesa najdou archaická společenství, jejichž způsob života připadá modernímu cestovateli primitivní. Je vhodné si uvědomit, že na světě dnes neexistuje jiná forma člověka než Homo sapiens. Znamená to, že i ti napohled nejprimitivnější současní lidé mají v zásadě stejnou

mozkovou kapacitu a srovnatelně vrozené vlastnosti a schopnosti jako kdokoli z nás (Černý, 2005).

Pokud jde o jazyk, zde se ukázalo, že i ten nejprimitivnější současný jazyk má všechny základní vlastnosti společné s těmi nejrozvinutějšími jazyky. Jeho mluvčí mají k dispozici určitou slovní zásobu a při formulování výpovědi se spolehlivě řídí gramatickými pravidly i pravidly výslovnosti, která jsou jejich jazyku vlastní, i když je možná dosud nikdo nepopsal a sami mluvčí by je asi sotva dokázali formulovat (Černý, 2005).

Každý současný jazyk je úzce spojen s myšlením, je strukturován na základě principu dvojí artikulace a dokonale uspokojuje potřeby daného společenství (Černý, 2005).

1.3 HYPOTÉZY O VZNIKU LIDSKÉ ŘEČI

O počátcích lidského rodu máme jen velmi mlhavou představu, neznáme ani odpověď na otázku o vzniku lidské řeči. Velké množství teorií, které se tuto otázku snaží řešit, má charakter sotva prokazatelných hypotéz (Černý, 2005).

Podle současné genetické klasifikace jazyků, která dělí všechny jazyky světa do dvaceti rodin, by se dalo předpokládat, že člověk se objevil nezávisle na dvaceti různých místech světa. V 19. století se původně v rámci srovnávací gramatiky rozlišovalo až okolo čtyřiceti rodin příbuzných jazyků. Jejich úbytek je dán prokázáním příbuznosti dalších a dalších rodin.

Ponecháme-li stranou mytologické a náboženské názory o vzniku člověka a jazyka, dá se většina dosavadních teorií rozdělit do čtyř skupin. Ty pro samé počátky lidské řeči zdůrazňují zásadní vliv citoslovcí, zvukomalebných slov, gest nebo povelů. Je velmi pravděpodobné, že všechny tyto faktory mohly hrát při vzniku jazyka důležitou úlohu, ale výsadní postavení neměl žádný faktor. Nejpřijatelnější se z lingvistického hlediska zdá Hockettova teorie tzv. předřečového stádia, která naznačuje možnost, jak patrně vznikla artikulovaná lidská řeč. Podle Hocketta užívali předkové člověka několik neartikulovaných zvukových signálů, kterými označovali základní životní funkce (Černý, 2005).

1.4 VÝVOJ V KOMUNIKACI

Komunikace má svoji minulost, přítomnost i budoucnost, a to ve smyslu kontextovém a historickém. V kontextovém smyslu to znamená, že komunikující je ovlivňován tím, co

se dělo před komunikací, i tím, co bude následovat, co je očekáváno. Ve významu historickém souvisí s vývojem člověka od prvopočátku a je jedním z nejdůležitějších projevů vývoje člověka (Mikulaščík, 2003).

Komunikace má i svůj biologický vývoj, který předchází vývojovému procesu historickému. Mohli bychom ho označit jako vývoj fylogenetický.

V botanice můžeme charakterizovat základní pravidla chování rostlin, jak reagují na stimuly, aby přežily. U zvířat a lidí dochází ke stále složitějším formám reagování na stimuly, až tyto formy přerůstají do symbolické podoby, která umožňuje mnohem jemnější diferenciaci v reagování. Zvířata ve srovnání s lidmi komunikují omezenými možnostmi. Primitivní formy jsou specifické podle způsobu života druhu, podle prostředí, ve kterém žije.

Lidská komunikace je odlišná od komunikace nižších druhů, stejně jako je odlišná psychika nižších druhů od psychiky člověka. Nejvýraznějšími odlišovacími znaky jsou symbolika a řeč. Vývoj člověka má v kvalitě a složitosti charakter určité akcelerace, což je možno vidět i na důležitých komunikačních zlomech v historii. Časové úseky mezi prvními důležitými zlomy v komunikaci byly velmi dlouhé, ale postupně se více zkracovaly. První zmínky o existenci jazyka jsou známy z doby 10 000 let před Kristem a nejstarší dochovaná písemná zpráva je z roku 4000 let před Kristem (Mikulaščík, 2003).

2 DEFINICE KOMUNIKACE

Komunikace je pojem, který má velmi široké použití, je latinského původu a znamená „něco spojovat“. Může být použito jako označení pro dopravní síť, přemísťování lidí, přenos informací, postojů a pocitů od jednoho člověka k druhému atd. Komunikačními prostředky mohou být jazyk, pošta, počítač, vlaky, autobusy atd. (Mikulaščík, 2003).

Termín komunikace se užívá v řadě různých vědních oborů, většinou spjatých s používáním nějakého jazyka. K obohacení přispěla kybernetika, pro kterou je komunikace předávání informací mezi komunikátorem a komunikantem. Důležité je kódování a dekódování zpráv, komunikační kanály, časové parametry apod. (Mikulaščík, 2003).

V psychologii není komunikace považována za pouhý přenos informací mezi sdělujícím a příjemcem. Jde více o sebe prezentaci a sebepotvrzení, vyjádření postojů k předmětu, ke komuniké, ale i příjemci informace. Jde o ovlivňování, znesnadňování či usnadňování porozumění. Komunikace má definic celou řadu. Některé zdůrazňují více aspekty obsahové, jiné formální. Některé zdůrazňují stránku prožitkovou, jiné logickou (Mikulaščík, 2003).

Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování. Je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnostní formě, která se realizuje mezi lidmi, a to se projevuje nějakým účinkem. Dále je výměnou významů mezi lidmi použitím běžného systému symbolů (Mikulaščík, 2003).

Pojem související s pojmem sociální komunikace, je pojem sociální interakce. Sociální interakce je pojem obecnějším, širším i nadřazenějším. Sociální komunikace se dá více specifikovat jako interakce prostřednictvím kódovaných symbolů verbálních či neverbálních. Je to interakční proces mezilidského dorozumívání. Lidé si sdělují významy pomocí konvenčních znaků. Sociální interakci a sociální komunikaci lze označit také jako dva aspekty jednoho procesu (Mikulaščík, 2003).

2.1 CHARAKTERISTIKA KOMUNIKACE

Komunikace je široký pojem, přestože na ni budeme nazírat pouze z hlediska sociálněpsychologického, dost těžko se dá jednoduše shrnout do několika vět (Mikulaščík, 2003).

2.1.1 FUNKCE KOMUNIKACE

Hranice mezi jednotlivými funkcemi komunikace nejsou jednoznačné, často se překrývají.

Funkce informativní je předávání určitých informací, faktů, dat mezi lidmi.

Funkce instruktivní je v podstatě funkce informační, ale s přídavkem vysvětlení významů, popisu, návodu, jak něco dělat, jak něčeho dosáhnout atd.

Funkce přesvědčovací je působení na člověka se záměrem změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob konání (Mikulaščík, 2003).

Funkce posilovací a motivující patří do funkce přesvědčovací. Jde zde o posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, posilování vztahu k něčemu.

Funkce zábavná je funkcí s cílem pobavit, rozesmát, vyplnit čas komunikováním, vytváří pocit pohody a spokojenosti.

Funkce vzdělávací a výchovná je specificky uplatňovaná zejména prostřednictvím institucí, sycena je funkcí informativní, instruktivní, ale i dalšími funkcemi (Mikulaščík, 2003).

Funkce socializační a společensky integrující je vytváření vztahů mezi lidmi, sbližování, navazování kontaktů, posilování pocitu sounáležitosti a vzájemné závislosti. Komunikace závisí i na naší společenské úrovni, v jakých společenských segmentech se nacházíme a do jakých chceme patřit. Každá společenská vrstva má odlišný způsob komunikace a není tím myšleno pouze rozdělení podle majetku, společenského postavení a vzdělání, ale i podle věku, stupně vyspělosti člověka (Mikulaščík, 2003).

Funkce osobní identity na úrovni osobnosti, pro JÁ je komunikace důležitou aktivitou. Pomáhá nám ujasnit si spoustu věcí o sobě samém, uspořádat si své postoje, názory, sebevědomí a osobní aspirace (Mikulaščík, 2003).

Funkce poznávací úzce souvisí s funkcí informativní. Pojetí spíše z pohledu komunikanta, kdežto informativní zahrnuje pojetí z pohledu komunikátora i komunikanta. Umožňuje sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky i plány. Prostřednictvím zkušeností jiných lidí konzervujeme ve zkrácené podobě informace, které bychom nebyli vlastními zkušenostmi schopni v takové šíři prožít (Mikulaščík, 2003).

Funkce svěřovací slouží ke zbavování se vnitřního napětí, k překonávání těžkostí, sdělování důvěrných informací s očekáváním podpory a pomoci. Sdílení pocitů a možnost probrat myšlenky je pro každého jedince silnou podporou. Může jít o přímou, empatickou snahu pomoci s maximální mírou identifikace, anebo může jít o pouhé akceptování pocitové úrovně v podobě porozumění bez snah hodnotit (Mikulaščík, 2003).

Funkce úniková slouží k vyrovnání se se zátěží. Pokud je člověk sklíčený, otrávený, znechucený, může mít chuť si s někým popovídat o věcech neutrálních, odreagovat se od starostí, od shonu (Mikulaščík, 2003).

2.1.2 KOMUNIKACE JAKO PROCES

Komunikace není nic statického, lze ji sice zachytit v podobě záznamu, ale její proměnlivost v čase je jednou z nejdůležitějších jejích charakteristik, protože je závislá na celé řadě podmínek a vlivů. Nestačí pouze se zabývat o výstup v podobě napsané nebo pronesené zprávy. Pochopit mluvené nebo napsané zprávy můžeme pouze tehdy, když se budeme zajímat o fázi přípravy, způsob navazování myšlenek a širší kontext situace, vztahy k různým jiným vlivům. Ze strany člověka ovlivňují komunikaci nejen racionální schémata, ale i emoční stavy, které mohou určitou informaci změnit tak zásadním způsobem, že i sám komunikátor může být překvapen (Mikulaščík, 2003).

Komunikace probíhá mezi dvěma nebo více lidmi. Monolog lze považovat za formu přípravy na komunikaci s jinými lidmi nebo za akt vyrovnávání se s vnitřními rozpory. Toto vzájemné působení je ukázkou procesuálního charakteru komunikace, neboť každý ze dvou komunikujících lidí se snaží druhého ovlivňovat, hledat u něj podporu, sebezpotvrzování. Snaží se v projevu dát najevo, jaká pravidla jsou pro něj přijatelná, zda je ochoten ustoupit, naslouchat, co nesnáší, naopak co má rád, co by uvítal. Může se stát, že něco neprobíhá tak, jak by si jeden z komunikujících přál, druhý pak změní svou taktiku, snaží se zapůsobit více na city nebo argumentovat něčím, co původně neměl v úmyslu. Je to proces proměnlivý, účastníci vždy iniciují nějakou změnu. Pokud někdo chce iniciovat změnu, vystupuje aktivně a odesílá zprávu příjemci (Mikulaščík, 2003).

Při vnímání komunikace platí, že snadněji se zachytí to, co má větší informační náboj, hůře si tedy pamatujeme věci běžné, opakující se, a naopak pamatujeme si věci výjimečné, nezvyklé.

Celý proces vnímání komunikace probíhá v podobě sinusoidy. Počátek působí novost, konec komunikace je vnímán pozorněji než střední část informace. Lidské podvědomí se snaží zachytit co nejvíce informací v okamžiku, kdy zjistí, že už nebude nic dalšího následovat (Mikulaščík, 2003).

2.1.2.1 ZÁKLADNÍ SCHÉMA KOMUNIKAČNÍHO PROCESU

Lidé, kteří spolu chtějí hovořit, si chtějí sdělit nejen informace, ale i své vztahy, postoje, pocity, nálady. Podstatou pro pochopení vztahů jsou souvislosti, v nichž jsou předávány zprávy. Většina vztahových informací je předávána neverbálními a paralingvistickými signály, jako je zabarvení hlasu, frázování, hlasitost atd. (Mikulaščík, 2003).

Sociální jednání má podobu určitého schematického, pravidelného a postupového chování, takže určité postupové kroky jsou očekávány, dají se označit jako pravidla. Stanovená pravidla umožňují zjednodušit způsob chování, nepřemýšlet zbytečně nad každou situací a také očekávat určité chování, které je v různých situacích vhodné.

Role, které ve svém každodenním životě naplňujeme, se postupně internalizují a stávají se součástí já, součástí osobnosti (Mikulaščík, 2003).

Lidé jsou schopni komunikovat, neboť ovládají určitá pravidla, která se týkají myšlení i jednání souvisejících s komunikací. Existuje celá řada pravidel a je na nás, zda se jimi budeme řídit, dodržovat je, anebo ignorovat. Při koordinaci naší vzájemné komunikace spoléháme na ucelený a složitý soubor pravidel. Pravidla nás nutí chovat se v určitých mezích, abychom dosáhli cílů (Mikulaščík, 2003).

Čím je komunikace náročnější a čím déle trvá, tím více může docházet k problémům a nedorozumění. Mnohdy celou informaci, její formu, obsah ovlivňují i nevědomé aspekty osobnosti, ba dokonce často i proti vlastní vůli komunikátora. Sdělování neprobíhá formou jednostranné komunikace, je to oboustranný proces. To znamená, že role komunikátora a komunikanta se střídají (Mikulaščík, 2003).

Součástmi komunikačního procesu jsou tyto prvky:

Komunikátor je ten, kdo vysílá nějakou zprávu a předpokládá, že příjemce má společný nebo podobný repertoár poznatků, které umožňují porozumět sdělované informaci, a podobný kódovací systém. Komunikátor zkresluje informace, není plně informovaný, jeho způsob sdělování může být chaotický, zaměřený, může domýšlet neúplné informace a používat nevhodné komunikační prostředky. Může podlehnout funkčnímu postavení, nechce naslouchat, ale jen mluvit. Do svého sdělení vždy promítá svou osobnost, osobní zaujetí, chce být vyslechnut, pochopen, přijat. Svoji roli hrají i komunikátorovy zkušenosti, náladovost, úmyslné dvojznačnosti, významný je i vliv prostředí. V komuniké se objevují nejen myšlenky, záměry, fakta, představy, postoje, ale i fráze, klišé, emoce, obavy. Musíme slyšet

i to, co komunikátor neříká, musíme číst v podtextu, jinak nepochopíme, co nám chce sdělit (Mikulaščík, 2003).

Komunikant je ten, kdo přijímá vyslanou zprávu. Jeho vnímání je ovlivněno osobnostní rovnicí, vlastními zkušenostmi, prožitky, vlastními záměry a cíli. V čase, kdy přijímá informaci, je naslouchajícím. Komunikant předpokládá, že spolu s komunikátorem mají společný repertoár poznatků i vyjadřovacích schopností, tedy stejný způsob kódování. Komunikant by měl sledovat věcný obsah informace, vyslechnout vše až do konce, nemyslet hned na odpověď, všimnout si neverbálních signálů, nedomyšlet je, nevnášet do sdělení své dojmy (Mikulaščík, 2003).

Komuniké je vyslaná zpráva jako myšlenka nebo pocit, které jeden člověk sděluje druhému. Vyslaná zpráva má podobu symbolů verbálních a neverbálních. Pokud použijeme slovo označující konkrétní věc, poslouchající většinou pochopí, co je tím míněno. Složitější situace nastává u slov abstraktních a slovních spojení a případných symbolů neverbálního charakteru. Celá zpráva může být různými lidmi odlišně chápána, a někdy dokonce komunikátor může zprávu úmyslně zamlžovat, vkládat do ní víceznačnost. Odlišné chápání může být způsobeno i kontextem, projekcí vlastních zkušeností, komunikačním šumem (Mikulaščík, 2003).

Komunikační jazyk umožňuje předávat zprávu. Mluvíme-li stejným jazykem, neznamená to, že si musíme vždy rozumět. Význam jazyka rozlišujeme na denotativní a konotativní. Denotativní význam jazyka je význam obsahu pojmu, jež slovo zastupuje např. matematika, přírodní vědy. Konotativní význam je častější v komunikaci mezi lidmi a týká se širšího významu myšlenek, pocitů, tendencí, postojů a záměrů. Dvě slova mohou mít stejný denotativní význam, ale konotativní význam mohou mít odlišný, a to tím, že v jednom výrazu je více eufemismu, více ohledů, více citu (Mikulaščík, 2003).

Jazyk je produktem a součástí kultury, je velmi proměnlivý, má různou úroveň formálnosti, různou, individuálně odlišnou úroveň kvality. V běžné mluvě má informace větší sycení konotativním než denotativním významem (Mikulaščík, 2003).

Důležitou roli v komunikačním jazyku hrají procesy kódování a dekódování. Kódování závisí na znalosti jazyka, slovní zásobě nebo znalosti signálů. Také na schopnosti umět se přizpůsobit partnerovi, se kterým jednáme. Lékařský jazyk je pro laika nesrozumitelný. Lékař by proto měl být schopen přizpůsobit svou mluvu pacientovi, aby všemu rozuměl. Komunikace není jenom mluvením, je také nasloucháním, čtením, psaním, pohyby těla, činy (Mikulaščík, 2003).

Komunikační kanál je cesta, kterou je nějaká informace posílána. Při komunikaci tváří v tvář (face to face) jsou hlavním kanálem zvuky, pohledy, pohyby těla. Mohou to být dotyky v podobě stisku ruky, vkusné oblečení, příjemný hlas, příjemně vonící parfém. Při zprostředkovaném komunikování např. pomocí telefonu, rádia, novin jsou komunikační prostředky ochuzenější (Mikulaščík, 2003).

Zpětná vazba je reakce na přijatou zprávu v podobě potvrzení a způsobu interpretace. Zpětná vazba je při komunikování velmi důležitá. Udržuje oba účastníky v komunikační situaci, dává informaci, jak je zpráva přijata a chápána. Při osobním kontaktu je vždy větší šance pro zpětnou vazbu, a tím i pro porozumění. Má funkci regulativní, sociální, poznávací, podpůrnou a provokující. Je důležité, aby zpětná vazba následovala v co nejkratší době po přijetí zprávy (Mikulaščík, 2003).

Komunikační prostředí je důležitým prvkem komunikace. Prostředí má významný vliv na komunikaci. Některá prostředí propůjčují situaci význam formálnosti, reprezentativnosti, což člověka více zavazuje a stresuje. Komunikační prostředí zahrnuje prostor, kde se komunikace odehrává, také zahrnuje osvětlení, uspořádání místnosti, přítomnost různého počtu lidí. Dále i podněty, které působí a ovlivňují komunikátora i komunikanta, ale i komuniké formou zkreslení, které působí jako komunikační šum. To může být i obyčejný hluk, nepříjemně svítící slunce nebo štípající mravenci na pikniku, horko, ale také šum psychického charakteru (nesympatický člověk), interního charakteru (vtíravé myšlenky, nesoustředěnost, únava) (Mikulaščík, 2003).

Kontext komunikační kontext je situace, celkový rámec, kde komunikace probíhá. Má dvě složky vnitřní a vnější. Vnitřní je to, co se odehrává v nás naslouchajících, jak na nás komuniké působí. Vnější kontextem jsou všechny stimuly, které na nás působily dříve i nyní (prostor, kde se nacházíme, čas, lidé, jejich chování...). Kontext je záležitostí psychologickou, sociální, ale i kulturní. To, co na nás v kontextu působí, ovlivňuje komunikaci, se označuje jako kontextová modalita, to jsou jednotlivé stimulační vlivy (čas, hmotný prostor, emoční vybavení, sociální situace, mezilidské vztahy atd.) (Mikulaščík, 2003).

Poznání kontextu je důležité proto, abychom správně pochopili, co nám chce ten druhý říct, jinak dochází k nedorozumění. Ztráta kontextu může nastat už tím, že jsme nepozorní, že nepostřehneme jen jeden prvek komunikace, ale i to může stačit k tomu, že neporozumíme, co míní komunikátor (Mikulaščík, 2003).

2.1.3 INTENCIONALITA KOMUNIKACE

Obecně lze říci, že komunikace má vždy nějaký účel, nějaké přesvědčení, záměr, očekávání a snahu. Může to být dokonce pouhá radost, že komunikujeme. Vždy máme nějakou motivaci, abychom komunikovali, i když si to někdy ani neuvědomujeme. Dokonce i pasivní komunikování je intencionální, neboť komunikujeme jako příjemci formou percepce, samovolně tím, že nasloucháme (Mikulaščík, 2003).

Porozumění tomu, že komunikace probíhá jako intencionální, účelově zaměřená, nám pomáhá vcítit se do chování odesílatele i příjemce. To, co motivuje komunikátora na počátku rozhovoru k mluvení, nemusí motivovat komunikanta k tomu, aby poslouchal. A pokud poslouchá, nemusí ho to motivovat k tomu, aby prezentovanou zprávu vnímal tak, jak to chce vysílatel (Mikulaščík, 2003).

2.1.4 SYMBOLICKÁ KOMUNIKACE

Pokud komunikujeme, používáme symboly čili vlastní proces formálního předávání zpráv má podobu abstrahovaných symbolů. Za každým symbolem je skryt nějaký objekt, představa věci nebo abstraktního pocitu, myšlenky. Podstatu zpráv tvoří řada představ, které se snaží člověk udržovat ve svém vědomí v co nejkonkrétnější podobě. To umožňuje překonávat bariéry psaného a mluveného slova jako symbolů, které jsou odlišné v každém jazyce. Bariéry pomáhá překonávat i neverbální symbolika pro vyjádření pocitů, přání, které jsou v podstatě stejné na celém světě. Kulturní odlišnosti postupně ustupují tlaku civilizace a lidé si mohou více rozumět i bez znalosti společného jazyka. To má samozřejmě svá omezení, ale i své výhody (Mikulaščík, 2003).

Symboly, které při komunikování používáme, mohou být psané znaky, zvuky, ale i neverbální projevy těla, umělecké artefakty. Symboly nás určitým způsobem osvobodily od omezení, můžeme mluvit o věcech, pocitech, myšlenkách bez existence těchto objektů. Mohou být jen v našich představách. Nemají žádné konkrétní spojení s tím, co zastupují, co reprezentují. Spojení mezi slovem a předmětem je záležitostí domluvy, dlouhodobého vývoje. Je naučeno a předáváno z generace na generaci, má určitý citový náboj, jenž se vytváří osobní zkušeností. Například dva lidé, kteří používají stejné slovo, nemusí myslet úplně tutéž věc a odlišnost může být i v tom, v jaké míře je míněna míra abstrakce (Mikulaščík, 2003).

Společný a běžný systém symbolů je nezbytný, abychom si jako komunikátoři rozuměli, neboť smyslem komunikace je porozumět si. Komunikace je srozumitelná, když

máme společný mateřský nebo hlavní jazyk. Sdílení speciálních jazyků má také svůj význam, a to hlavně ve spojení s povoláním, koníčky, různou úrovní vzdělání. Speciální jazyky můžeme používat pouze s těmi, s nimiž sdílíme profesi, vzdělání, zájmové zaměření, protože máme přiměřenou společnou slovní zásobu (Mikulaščík, 2003).

2.2 PŘEKÁŽKY EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Sestra získává v rozhovoru s pacientem důležité informace o jeho aktuálním zdravotním stavu, problémech, postojích k chorobě a o sociálním prostředí. Překážky v komunikaci brání adekvátnímu vyjádření a správnému pochopení zpráv. Může se vyskytovat na straně odesílatele či příjemce. Překážkou může být i nevhodný výběr přenosu informací a působení nepříznivých faktorů, které ovlivňují vlastní proces výměny informací. K příčinám neefektivní komunikace na straně sester můžeme zařadit přítomnost devalvačních prvků v jednotlivých formách sociální komunikace, dále nevyužívání komunikačních zručností, projevy agresivní komunikace a syndrom vyhoření (Diagnóza v ošetřovatelství č. 3, 2007).

Devalvace v komunikaci mezi sestrou a pacientem znamená přítomnost takových prvků, kterými si komunikující vyjadřují neúctu, nerespektování a nevážení si druhého. Mohou se vyskytovat jak u sestry, tak pacienta. Zhoršují kvalitu sociální interakce a snižují sebevědomí a sebeúctu partnera (Diagnóza v ošetřovatelství č. 3, 2007).

V oblasti neverbální komunikace může jít o vyjádření hněvu, opovrhování ve výrazu tváře při umývání nemocného, o neschopnost udržet oční kontakt při rozhovoru, časté používání dominantní pozice, používání gest vyjadřujících nečestnost anebo přehnaná gestikulace. Dále sem můžeme zařadit nevysvětlený vstup do intimní zóny pacienta při diagnostických, terapeutických či ošetřovatelských postupech. Do této oblasti patří i celková úprava sestry, kterou prezentuje svůj postoj k pacientovi (Diagnóza v ošetřovatelství č. 3, 2007).

Při verbální komunikaci si přítomnost devalvačních prvků sestra uvědomuje více než při komunikaci neverbální. Patří sem nedocenené úsilí pacienta při vykonávání jednotlivých aktivit, nadměrná síla hlasu, dominantní projev sestry, vytvoření krátkého času při rozhovoru s pacientem, používání odborného slovníku (Diagnóza v ošetřovatelství č. 3, 2007).

Syndrom vyhoření se nejčastěji definuje jako stav tělesného, emocionálního a psychického vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým pobytem jedince v citově velmi náročných situacích. Nejčastěji postihuje lidi se slabým sebevědomím, intenzivním vztahem k práci a lidi pracující v pomáhajících profesích. Příčinou vyhoření u pacientů se stává dlouhodobá léčba, která nepřináší zlepšení. Příznaky vyhoření u sester se projevují poklesem energie, slabostí, bolestmi hlavy, bušením srdce, bolestmi břicha, nespavostí, strachem, úzkostí, klesá zájem o pacienta, sestry jsou více kritické, minimalizují kontakt s nemocnými a dávají přednost dokumentaci, kontrole lékárny před pacientem atd.

Předpokladem efektivní komunikace je aktivní využívání informací, vytváření vhodných podmínek práce, dodržování zásad mentální hygieny a celoživotní vzdělávání sester (Diagnóza v ošetřovatelství č. 3, 2007).

2.3 MEDICÍNSKÉ NÁZVOSLOVÍ

Každá oblast lidské činnosti má svou odbornou terminologii. Také klinická medicína a ošetřovatelství užívají specifické výrazy (Sestra č. 11, 2004).

Sestrám jsou dobře známa četná eponyma, což jsou pojmenování podle osob, které s příslušným pojmem mají něco společného. Téměř nekonečný je seznam osob, podle kterých jsou nazvány nemoci, symptomy, syndromy, vyšetřovací manévry, diagnostické a léčebné metody. Z oblasti sesterských činností je to např. Esmarchovo škrtidlo (jeho použití popsal autor v roce 1873), stříkačku Janetku navrhl psychiatr Janet. Němec Schimmelbusch vypracoval rituál aseptické operace, navrhl operační oblečení, operační masku a masku k inhalační narkóze. Dále Trendelenburgova poloha či Priessnitzův zábal (Sestra č. 11, 2004).

O volbě vhodného eponyma se vedou spory způsobené zpochybnutím priorit a také tím, že stejné pojmy se objevují pod různými eponymickými názvy. Některá jména však v medicíně pevně zakořenila a některá eponyma dokonce vytlačila původní název, který si pak zdravotníci jen obtížně vybaví, např. Parkinsonova nemoc. Jiná pojmenování pronikla do běžného života a mají obecnou platnost, např. když si někoho pronikavě prohlížíme, rentgenujeme jej očima (Sestra č. 11, 2004).

Medicínská terminologie se často využívá k vyjádření mimolékařských skutečností, i když v takových případech slova nenesou ničí jméno, např. můžeme být imunní k domluvám, můžeme mít s někým stejnou krevní skupinu (Sestra č. 11, 2004).

Úsloví a rčení, ustálená spojení slov najdeme také v oblasti zdraví a nemoci. Jsou součástí odborné terminologie a nejednou nám je nabízejí sami nemocní při líčení svých potíží nebo problémů. Lidé nám říkají, že nejsou ve své kůži, jsou jako převálcovaní, přeražení, s nervy nadranc atd. (Sestra č. 12, 2004).

Ve zdravotnictví se běžně používá také jazyk nekonvenční, medicínský dialekt, slang, tzv. hantýrka. Je to profesní zájmová mluva s výrazným podílem nespisovných výrazů. Některé výrazy proteplují strohé prostředí a dávají mu lidské rozměry, jako např. bažant, konvalinka či andělíček. V medicíně se často setkávají výrazy odborné a lidutvorné. Většina lidí ví, co znamená gramofon, kapačka, gynda či jipka (Sestra č. 12, 2004).

Slang usnadňuje rychlou komunikaci uvnitř profese, a proto často používá jednoslovné výrazy. Neříkáme intravenózní injekce nebo lumbální punkce, ale intravenóзка či lumbálka (Sestra č. 12, 2004).

Slova mají velkou moc a jsou schopna mnohé napravit, zlepšit, ale také velmi uškodit. Správně vedená komunikace, efektivní komunikace přispívá ke zlepšení vztahů mezi komunikujícími (Pokorná, 2008).

Ztráta schopnosti komunikovat mnohdy vede k závažnému ohrožení vztahů. Sestra používá dovednost komunikovat jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží především k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestra pomáhá nemocným rozšířit jejich sociální kompetence. Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení komunikačních dovedností (Venglářová, Mahrová, 2006).

3 POJETÍ KOMUNIKACE

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená základ všech vztahů mezi lidmi. Jde tedy o proces sdělování, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování apod. (Pokorná, 2008).

Důležitými prvky tohoto procesu jsou tyto články:

- komunikátor (ten, kdo má důvod ke komunikaci, myšlenky, záměry),
- kódování (převod komunikátorových myšlenek do systematického souboru symbolů),
- práva (výsledek kódovacího procesu),
- prostředek (nositel zprávy),
- dekódující příjemce (dekódování zprávy příjemcem na základě vlastních zkušeností a také referenčního obsahu zprávy),
- zpětná vazba (reakce příjemce na sdělení),
- šum (všechny faktory měnící záměr zprávy a její pochopení či přijetí – fyzické, fyziologické, psychologické, sémantické).

Na všech těchto uvedených úrovních komunikačního řetězce pak může docházet k poruše, poškození, nedokonalosti, nesprávné interpretaci, nepochopení, komunikačním bariérám (v důsledku objektivních či subjektivních, odstranitelných či neodstranitelných bariér) (Pokorná, 2008).

Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty, jež o sobě vědí. Společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je to, jak na tuto situaci osoby reflektují, jak ji řeší a jak na ni společně reagují. Jde tedy o transakční proces, v němž každá osoba může fungovat současně jako mluvčí i posluchač. Ve stejném okamžiku, kdy osoba vysílá sdělení, může rovněž přijímat sdělení ze své vlastní komunikace i z reakcí druhé osoby (Pokorná, 2008).

3.1 VÝBĚR SDĚLOVACÍHO PROSTŘEDKU

Komunikačním prostředkem rozumíme nositele zprávy, který umožňuje předávání jednotlivých dat a sdělení příjemci. Představuje technickou, formální stránku komunikačního

procesu nazývanou jako komunikační kanál. Je-li v procesu komunikace velmi dobrá předchozí znalost mezi jednotlivými účastníky komunikace, předpokládá se také snazší výběr vhodnějšího komunikačního prostředku. Pokud je znám nemocný, s nímž budeme komunikovat, snadněji zvolíme komunikační klíč, který je dle nás vhodný k efektivní komunikaci s ním (porucha sluchu, vada řeči, sociální postavení, stupeň vzdělání apod.) (Pokorná, 2008).

Faktory ovlivňující výběr sdělovacího prostředku:

- **rychlost** – potřeba rychlejšího předání zpráv vede především k využití ústní komunikace, která je rychlejší než psaná,
- **okamžitá zpětná vazba** – přímá komunikace (face to face) umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, je tedy vhodnější v případech, kdy je potřeba vyřešit případná nedorozumění, eliminovat odlišnosti apod.,
- **osobní vliv** – v některých případech není možné nebo vhodné nevyužít osobního vlivu (prosba o pomoc, vyjádření díky apod.), tento vliv je využíván v rámci přímé komunikace,
- **rétorický účel** – řeč umožňuje větší osobní zainteresování, psaný projev dovoluje větší kontrolu obsahu sdělení a dokáže lépe využívat argumentů,
- **délka** – v případě sdělení většího množství fakt je vhodnější využití písemného projevu,
- **potřeba záznamu** – je-li nějaká potřeba zaznamenat průběh sdělení, lze to učinit mnoha způsoby ústního projevu – zápisem (hrozí nebezpečí nesprávné interpretace předneseného), nebo filmovou dokumentací (záznam může být příliš dlouhý a zaznamenány jsou také nepodstatné části projevu a sdělení) či audiodokumentací,
- **počet účastníků a jejich vzdálenosti od udělovatele** – čím je rozsáhlejší publikum a čím je vzdálenější od udělovatele, tím spíše využít písemné formy,
- **dostupnost techniky** – není-li dostupná technika, pak se i nejvhodnější komunikační prostředek stává pro udělovatele nedostupným,
- **organizační omezení** – vyplývá z nutnosti zhodnotit náklady, např. na komunikaci, velikost souboru (Pokorná, 2008).

3.2 ÚROVNĚ KOMUNIKACE

Odlišné komunikační úrovně charakterizují to, co chceme sdělit a také komu je toto sdělení určeno (Pokorná, 2008).

Úrovně komunikace můžeme rozdělit na:

- **konverzační klišé** – zdvořilosti, nemají žádnou vypovídající funkci, ale nejsou zbytečné, pro mnohé ani nezbytné. Jsou vyjádřeními, kterými lze dát najevo zájem (např. pozdrav), využití u všech příjemců v rámci interpersonálního kontaktu v obecné rovině sociálního styku,
- **předávání informací** – sdělujeme něco, o čem přemýšlíme, ale nemá to pro nás emocionální hodnotu (oběd máš v troubě, zítra budete mít vyšetření),
- **vyjádření názorů** – sdělujeme vlastní postoj, názory (myslím, že tento postup bude vhodný),
- **vyjádření emocí** – svůj pocit vyjádříme jen lidem, kterým důvěřujeme (mrzí mě to, zlobím se),
- **otevřená a důvěryhodná komunikace** – sdělujeme nejen své pocity, ale také postoje, vysvětlujeme příčiny našeho jednání a chování (Pokorná, 2008).

3.3 OBECNÉ ZÁSADY KOMUNIKACE

Všude tam, kde lidé spolu přicházejí do styku, si něco sdělují. I tehdy pokud se míjejí a ani na sebe nepohlédnou, také tím si něco říkají, jde o komunikaci neintencionální. Mimoslovní komunikace tvoří podstatu našeho sociálního sdělování. Rozhodující je, co děláme a jak se chováme. Pravdou je, že způsob, jakým sdělujeme, dotváří sdělované a že umění naslouchat je cennější. Ten, kdo nemá co cenného říci, to nezakryje ani sebedokonalejším projevem. Dříve, než někdo něco řekne, má již naslouchající určitou představu, co asi mluvčí řekne, a tím je předávaná informace ovlivněna. Často neslyšíme to, co se říká, ale slyšíme to, co slyšet chceme, a neslyšíme, co slyšet nechceme. Vyslovená věta jen přibližně vystihuje to, co máme na mysli, a je pravdou, že slovem se můžeme naslouchajícího dotknout, můžeme jej ranit, ale můžeme jej také potěšit, povzbudit, pomoci mu postavit se na nohy. Každá naše sdělená informace obsahuje i složku postojovou a emoční vzhledem k osobě, se kterou komunikujeme (Pokorná, 2008).

3.4 ROLE SESTRY

V procesu ošetřování klient a sestra zaujímají v různých fázích terapeutického interpersonálního vztahu různé role, ty se projevují příslušným chováním (Pavlíková, 2006).

Sestra může zaujímat:

- a) **Roli neznámé osoby** – v případě, že se s klientem setkají poprvé jako dva neznámí lidé. Při prvním rozhovoru sestra ke klientovi přistupuje zdvořile, bez předsudků, akceptuje ho a též spolupracuje s jeho rodinou. Role neznámé osoby souvisí s úvodní etapou terapeutického vztahu, ve kterém se sestra musí věnovat každému klientovi, i když není schopný sdělovat své pocity.
- b) **Roli pomocnice** – sestra klade klientovi konkrétní otázky a nabízí odpovědi týkající se jeho problémů, poskytuje vysvětlující informace, pomáhá pochopit příčiny jeho stavu a podstatu medicínského plánu léčby.
- c) **Roli učitelky** – ta je kombinací všech rolí. Sestra při jejím naplňování vychází z toho, co klient ví, a učí ho to, co neví a o co má zájem (Pavlíková, 2006).
- d) **Roli ošetřovatelky** – základní a hlavní role každé sestry.
- e) **Roli komunikátora** – správné a účelné používání komunikace napomáhá sestře při všech jejích činnostech.
- f) **Roli poradkyně** – sestra poskytuje citovou a psychologickou podporu, rozvíjí lepší mezilidské vztahy, pozitivně ovlivňuje každodenní těžkosti.
- g) **Roli obhájkyne práv pacienta** – sestra obhájí práva pacienta, seznamuje pacienta s jeho právy v jednotlivých situacích, podporuje pacienta v jeho rozhodnutích a respektuje názor pacienta.
- h) **Roli nositelky změn** – každá sestra se stává nositelkou změn při realizaci ošetřovatelského procesu, kdy napomáhá pacientovi rozhodnout se pro změnu, uskutečnit ji a uplatnit při zlepšování svého zdraví (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).
- i) **Roli vedoucího** – týká se zlepšování zdravotního stavu jednotlivců a rodin, zvyšování efektivity zdravotní péče, úrovně osobní spokojenosti v zaměstnání, zlepšování postojů občanů i zákonodárců k ošetřovatelskému povolání a očekávání kvalitní péče (Mastiliaková, 2003).
- j) **Roli manažerky** – delegování pravomoci.
- k) **Roli výzkumnice** - sjednocení vědeckých hledisek s hledisky klinické ošetřovatelské péče – zdůvodnění proč to či ono děláme.

Profesionální role sestry se prolínají, navzájem se nevyklučují a slouží k objasnění různých povinností sestry (Mastiliaková, 2003).

4 DRUHY KOMUNIKACE

4.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální (slovní) komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov či jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří také neverbální složka komunikace (Venglářová, 2006).

4.1.1 ČINITELÉ SPOLUVYTVÁŘEJÍCÍ VERBÁLNÍ KOMUNIKACI

A) Situační kontext

Tím rozumíme situaci, ve které komunikace probíhá. Jednosměrná komunikace je základní. Chápeme ji, když čteme knihu, ale hůř snášíme monolog partnera při hovoru. Lidé mají potřebu reagovat na sdělení a pak se komunikace stává oboustrannou, dvousměrnou. Příkladem je rozhovor s nemocným, kdy má sestra různé možnosti, jak ho vést. Pokud jde o oboustrannou komunikaci, oba zúčastnění se mohou vyjádřit ke svým představám, přáním, mohou reagovat na toho druhého, jde tedy opravdu o rozhovor. Základní rozdíl mezi jednostrannou a oboustrannou komunikací je v možnosti reagovat na sdělení (Venglářová, 2006).

Jinou variantou je masová komunikace. S ní se setkáváme tam, kde nemáme možnost reagovat na sdělené informace. Takovým příkladem může být nemocniční rozhlas. Vysílá k nám zprávu, kterou my přijímáme, ale neodpovídáme. Je rozdíl mezi komunikací se zpětnou vazbou, kde příjemce má možnost reagovat (Venglářová, 2006).

Porozumění situaci ovlivní i aktuální psychický stav komunikujících. Význam se klade především na aktuální mentální schopnosti. V případě nemocných je zřejmé, že jejich aktuální stav ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci nebo významu sdělení. Ovlivní nás strach či bolest. I sdělení, která mají velký význam a jsou emotivně podbarvena, mohou být špatně pochopena. Setkání, vhodné tempo řeči, doba sdělení, vše má význam pro další vývoj komunikace. Nesmíme zapomenout na citově podbarvená sdělení, kdy může snadno dojít k nepřesnému pochopení. Příkladem je člověk, jemuž byla sdělena radostná zpráva, ten má tendenci vidět věci spíše pozitivně, je dobře naladěný a zrychluje se mu psychomotorické tempo. V přívalu nadšení může být nepřesný ve sdělování, může potlačit

negativa situace. Opakem je přijetí smutné zprávy, kdy máme tendenci vidět věci kriticky, beznadějně a třeba i nevidět možné řešení (Venglářová, 2006).

B) Vnitřní dispozice jedince

Do procesu komunikace vnášíme i svou individualitu a dáváme jedinečný ráz všem projevům. Komunikace je jednou ze sociálních dovedností, kterou se učíme celý život. Základem ve všech sociálních skupinách, kterými člověk projde, je sociální učení. Nejvýznamnější je učení v rodině. Komunikační zvyky si dítě nese dál, a pokud se mu nepodaří je rozvinout, potýká se pak s obtížemi v mezilidských vztazích celý život. Vedení komunikace ovlivní předpoklad o úrovni našeho partnera. V první chvíli je velmi riskantní rozhodnout se o strategii komunikace (Venglářová, 2006).

C) Motivace komunikovat

Komunikace předpokládá ochotu a vůli komunikovat. Pokud je patrný náš zájem o nemocného, ochota s ním být, pak komunikace má dobrý start. Naopak žádný trénink dovedností nenahradí nezájem o člověka. Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb, ale je integrována v systému biologických i psychosociálních potřeb. Je nástrojem uspokojování potřeb člověka. Člověk je tvor sociální a má potřebu kontaktu, akceptace. Udržení kontaktu poskytuje oporu a mnozí nemocní popisují nedostatek informací jako nejobtížnější součást role nemocného (Venglářová, 2006).

4.1.2 SLOŽKY VERBÁLNÍHO PROJEVU

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků jak z oblasti verbální, tak i neverbální (Venglářová, 2006).

Dobře komunikovat neznámá jen zvolit slova, ale je důležité věnovat pozornost dalším prvkům jako rychlosti řeči, hlasitosti, pomlčkám, výšce hlasu, přítomnosti slovních parazitů, délce projevu a intonaci. Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu a ta nemusí být stejná u posluchače. Ten může zakrývat nejistotu, potřebu hovoru. Rychle může mluvit člověk v obavě, že ho ten druhý nenechá domluvit (Venglářová, 2006).

Hlasitost je rozdílná podle povahy sdělení, jinou hlasitost zvolíme při potřebě upoutat pozornost a jinou ve větších prostorách. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně

a budí představu o potřebě nadvlády nad publikem. Nemocní hlas ztiší při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách nebo nejistotě (Venglářová, 2006).

Pomlky nebo úplné přerušování hovoru může mít nejrůznější příčiny. Sestra může dávat nemocnému prostor pro přemýšlení, odpočinek. Mlčet neznamena nemít co říci. Vyplnění času planým hovorem nepůsobí příliš pozitivně. Nemocný se v hovoru zastaví, pokud se blíží nepříjemné téma, neví, jak se dobře vyjádřit, a zvažuje, zda vůbec se do hovoru pustit (Venglářová, 2006).

Výška hlasu bývá odrazem emocí. Každý z nás má určitou polohu hlasu, která je mu vlastní. Pokud jsme ve stresu, bojíme se, nebo máme velkou radost, projeví se to na výšce hlasu. Musíme mít na paměti, že vyšší tóny mohou působit nepříjemně, teatrálně a to zvláště při edukaci nemocných, kdy velmi záleží na srozumitelnosti. Rušivě působí přítomnost embolických slov (Venglářová, 2006).

Každý může svou řeč otestovat na přítomnost slovíček či zvuků, které jsou v řeči tzv. navíc. Všimnout si jich můžeme spíše u jiných, příkladem jsou učitelé, řečníci. I vhodně zvolené slovo nebo slovní spojení, které se opakuje příliš často, působí rušivě (Venglářová, 2006).

Rovnocennost partnerů v komunikaci určuje prostor, který má každý z nich k dispozici. Je jen málo situací, kdy je vhodné s někým komunikovat formou monologu. Zkušený řečník i v případě, že hovoří před velkým sálem posluchačů, komunikuje, i když spíše neverbálně. Pozoruje reakce svých posluchačů, neklid, nervozitu nebo známky nudy. Věnujme pozornost těmto signálům i u nemocných. Třeba z úcty nebo obavy nás nechají mluvit, i když už nejsou naladěni na poslouchání či by něco rádi také řekli nebo dokonce odešli pryč. Význam našeho sdělení podtrhuje intonace. Může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti a mění význam sdělovaného (Venglářová, 2006).

4.1.3 KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

1) JEDNODUCHOST

Sdělení by mělo být stručné, jasné. Používat běžné slovní obraty. Neefektivní je zdlouhavé popisování situace a používání terminologie neznámé posluchači. Ověříme, zda nemocný porozuměl sdělovanému. Je nutné v úvodu rozhovoru ověřit aktuální schopnost porozumět. Příliš jednoduché sdělení působí devalvačně a znehodnocuje tak nemocného.

Některé obraty běžně používané zdravotníky nejsou nebo nemusejí být známé širší veřejnosti. Při obavách nemocného se zeptat může dojít k závažnému nedorozumění. Zdravotníci by měli zvážit, jak budou komunikovat s dítětem nebo zdravotníkem v roli pacienta (Venglářová, 2006).

2) STRUČNOST

V situaci, kdy jsme třeba nemocní nebo máme tělesné obtíže, obavy, nejasná očekávání, jsme citliví na čas. Tehdy působí stručná informace profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví, a zda se dostane k podstatě věci. Po stručném sdělení je důležité ponechat prostor pro dotazy. Nezaměňujeme však stručnost se strohostí či neochotou mluvit. I čas, kdy poskytujeme informace, nemocný vnímá jako dobu, kdy mu věnujeme pozornost. Stručnost je významná při písemné formě komunikace a nesmí být na úkor srozumitelnosti. Použití zkratk je nepřijatelné a může vést k nepochopení, neboť pacient nemusí znát ve zdravotnictví běžné zkratky používané jako slova, např. CT (Venglářová, 2006).

3) ZŘETELNOST

Při komunikaci s nemocným bychom měli jasně vyjádřit podstatu věci. Nesmíme zapomenout na vliv neverbálních projevů. Při jakýchkoliv pochybách můžeme sdělení opakovat. Velmi problematická jsou dvojsmyslná sdělení (odchod – úmrtí), přílišná zobecnění (všichni diabetici mají cévní obtíže), osobní názory (to vám bude chutnat) (Venglářová, 2006).

4) VHODNÉ NAČASOVÁNÍ

Vhodné načasování zohledňujeme zvláště u závažných témat. Důležité je pro sdělení klid, soukromí, nerušený prostor a dostatek času.

5) PŘIZPŮSOBIVOST

Je nutné přizpůsobovat styl hovoru reakcím nemocného. Sledujeme jeho odpovědi a všímáme si neverbálních projevů. Pokud ho naše sdělení rozruší, ponecháme čas na oddech (Venglářová, 2006).

4.1.4 SPECIÁLNÍ VERBÁLNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

Platí, že nelze nekomunikovat. Aktivita, neaktivita, slova i mlčení, to vše má význam sdělení. Komunikace znamená jak sdělování, tak i sdílení. Komunikují i ti, kdo přihlížejí. Komunikaci spoluvytváříme a ovlivňujeme. U verbální komunikace je z profesního hlediska podstatná aktivita a osvojení si speciálních verbálních dovedností. Pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je tedy druhem péče (Venglářová, 2006).

Jedna z nejdůležitějších komunikačních dovedností je naslouchání. Označována jako nejdůležitější součást rozhovoru a jako aktivní složka. Při naslouchání jde nejen o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme. Znamená to především schopnost sestry správně interpretovat, co se v komunikaci dozvídá. Nasloucháním se vytvářejí podmínky k dalšímu rozhovoru. Umožňujeme tím druhému člověku splnění jeho přání, možnost se svěřit a dáváme najevo ochotu pomoci (Venglářová, 2006).

Mezi speciální verbální komunikační dovednosti patří i mimika neboli výraz obličeje. Mimikou můžeme sdělit své emoce. Horní polovina obličeje sděluje strach, úzkost a bolest, které můžeme vidět především v očích a pokrčeném čele. Dolní část obličeje, především okolí úst, může signalizovat uvolnění, úsměv nebo klid. Úsměvem lze rychle navázat kontakt anebo zklidnit pacienta (Sestra č. 1, 2007).

Nasloucháme třemi způsoby:

- Ušima – slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam, slyšíme tón řeči, její rychlost, pauzy i pomlky.
- Očima – vidíme pohled hovořícího, výraz jeho obličeje, jeho postoj a pohyby.
- Srdcem – naše schopnost zapojit emoce (Venglářová, 2006).

4.1.5 ROZHOVOR

Rozhovor je záměrný a organizovaný dialog, v němž zkoumaná osoba, skupina osob odpovídá na otázky tazatele nebo líčí své problémy či stanoviska (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Můžeme určit role účastníků rozhovoru – hovořícího, naslouchajícího, aktéra a posluchače. Určujeme významnou strukturu sdělení. Každý rozhovor má paralingvistické charakteristiky (Venglářová, 2006).

Role účastníků – v praxi zdravotníků jsou role do značné míry předem dány. V roli hovořícího, naslouchajícího, tazajícího a odpovídajícího jsou oba. Je důležité dosáhnout dohody, kdo, kdy, v které roli bude, aby výsledkem byla spolupráce. K dohodě nedochází v případech boje o slovo, skákání do řeči, nebo v případech, kdy z přílišné úcty dáváme druhému neúnosně dlouhou přednost, aby mluvil první (Venglářová, 2006).

V paralingvistických charakteristikách rozhovoru se jedná o to, co nelze písemně zaznamenat. V komunikaci je to hlasitost řeči, výška tónu, rychlost, objem, plynulost řeči, intonace, chyby v řeči, správná výslovnost, věcnost a členění řeči (Venglářová, 2006).

Ve zdravotnictví hraje podstatnou úlohu nemoc. Nemocný člověk je předmětem našeho zájmu. Setkání zdravotníka s pacientem je setkání dvou konkrétních lidí v konkrétním čase a místě a zároveň se začleňuje do širších souvislostí. Jeho součástí je i představa pacienta o zdravotnickém systému, o nemoci, o naší profesi. Rozhovor je velmi důležitý pro získání pacientovy důvěry (Honzák, 1997).

Pro zdravotní sestru jsou při rozhovoru s pacientem důležité tyto kroky:

- Úcta – v rozhovoru si vážíme pacienta jako člověka a rovnocenného partnera.
- Důvěryhodnost – přesvědčit pacienta můžeme jedině vlastním správným chováním.
- Dávat, nejen přijímat – dialog není jen jednostrannou záležitostí. Aby posluchač našemu sdělení naslouchal, i my musíme naslouchat jemu.
- Odložit masku – nelze předstírat, hrát si na někoho jiného nebo zastírat skutečnost.
- Připravenost ke změnám a revizi postojů – vzdát se lpění na svých dogmatických postojích.
- Citlivé odkrývání překážek – je třeba citlivě a taktně hledat příčinu a nebát se ji odstranit, pokud se nemůžeme dorozumět.
- Přátelská atmosféra – lze ji vytvořit vzájemným přijetím, ale není to jednoduché.

Komunikační dovednosti i překážky mohou do komunikace vnášet jak zdravotní sestry, tak pacienti. Zdravotní sestra by měla být tím, kdo dovede rozhovor ke vzájemné kooperaci a zvládne komunikovat s jakýmkoli pacientem (Venglářová, 2006).

4.1.5.1 DRUHY ROZHOVORŮ

Nejčastěji se ve zdravotnické praxi setkáváme s rozhovorem terapeutickým, informačním, edukačním. Je potřeba mít stále na paměti, že v rozhovoru jsme partneři a máme rovnocenná postavení (Venglářová, 2006).

Terapeutický rozhovor

Sestra je ta, která je s pacientem často a přichází s ním do bezprostřední blízkosti. Od běžných hovorů sociální komunikace se dostává do rozhovorů, kde hlavní roli hrají pocity pacienta. To nejdůležitější je vyslechnout je, naslouchání tomu, co pacient cítí, a to jak na verbální, tak neverbální úrovni. Nejčastější pocity, se kterými se v praxi setkáme, jsou strach, úzkost, smutek, zklamání, vztek a tíseň. I když se pacienti nacházejí v náročné životní situaci, neprožívají jen negativní emoce, k jejich pocitům patří i radost, potěšení, klid a láska. Důležité je nezůstat k pocitům druhého lhostejný a dovolit si je sdílet. O přijímání pocitů hovoříme jako o akceptaci. Akceptovat pocity znamená dávat druhým najevo, že vnímáme to, co oni prožívají. Dovednosti, kterými slovy to vyjádříme v rozhovoru, se lze naučit. Nehodnotit pocity druhých a ani je bagatelizovat je velmi důležité. Chlácholení a dávání rad není také vždy na místě. V horším případě se může stát, že pacient se uzavře a přestane o svých pocitech mluvit. Pokud se nám podaří jeho pocity akceptovat, bude pacient v jejich sdělování pokračovat a zmírní se jeho napětí. To vede ke zmírnění úzkosti a navázání důvěry (Křivohlavý, 1988).

Informační rozhovor

Účelem tohoto rozhovoru je sdělování informací. Může to být sestra, která dává pacientovi určité informace, nebo pacient sděluje informace o sobě. Důležité je zdůraznit, že jde o rozhovor, nikoliv o monolog. Nestačí na pacienta vychrlit všechny informace, ale pohovořit s ním o jejich významu a také o tom, jestli jim rozuměl. Pravděpodobně v takovýchto rozhovorech pro nedostatky byl zaveden i pojem informovaný souhlas, kdy pacient s určitým výkonem nejen souhlasí, ale také rozumí tomu, s čím souhlasí. Důležité jsou všechny informační rozhovory, které vedeme. Důraz musí být kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací. Často budeme sdělovat a chtít informace, které budou velmi osobní a intimní. Důležité je informovat ve správný čas a na správném místě (Venglářová, 2006).

Edukativní rozhovor

V dnešní medicíně je kladen stále větší důraz na zapojení pacienta do své léčby. Na zdravotní sestře tedy často je, aby pacienta něčemu naučila. Sama sestra musí vědět, co učí, a mít znalost a dovednost předat vědomosti. Nejde jen o předávání informací, ale rozšíření o názornost, příklad, prezentaci nebo ukázkou toho, co chceme naučit. Snažíme se zapojit co nejvíce smyslů pacienta. Musíme dbát na opakování, trpělivý přístup, podporu a závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše pochopil (Venglářová, 2006).

Nezbytná součást tohoto rozhovoru je práce s motivací pacienta. Emocionální stránka zde převažuje nad racionální. Empatická podpora může pomoci problém vidět a řešit. Nesmíme zapomínat na motivaci, se kterou dosáhneme lepšího výsledku. V tomto rozhovoru je dobré používat otázky, neboť jsou lepší než věty oznamovací. Z hlediska formy rozlišujeme otázky na otevřené a uzavřené. Na otevřené je možné odpovědět celou větou či několika větami. Užíváme je tam, kde chceme, aby se pacient rozhovořil nebo něco vysvětlil. Uzavřené jsou na jeden jediný bod, a to na upřesnění informace. Odpovědí je jen jedna z variant ano nebo ne. Z hlediska obsahu dělíme otázky na věcné a osobní. Věcné jsou zaměřeny na zcela určitou věc, která je předmětem rozhovoru. Účelem je získání věcných informací. U osobních otázek se ptáme na mínění druhých, jejich názor, postoj, představu, hodnocení atd. Zaměřujeme se na subjektivní a emocionální stránku člověka (Venglářová, 2006).

4.1.5.2 NEDIREKTIVNÍ VEDENÍ ROZHOVORU

Mezi základní principy vedení nedirektivního rozhovoru patří:

NEDIREKTIVITA – v podporování rozhovoru je zdravotník aktivní, povzbuzuje nemocného ke sdílnosti, nabízí svou přítomnost, neprosazuje své názory, nenabízí řešení a nemá převahu nad nemocným (Venglářová, 2006).

EMPATIE – je vcítění se do pocitů a situace druhého. Slouží nejen k pochopení reakcí lidí, ale umožňuje i předpokládat, jak bude nemocný reagovat. Sestra může zvolit vhodný způsob komunikace. I přes velkou empatii si profesionál musí uchovávat určitý odstup od duševních pochodů nemocného (Kristová, 2004).

EMOČNÍ BLÍZKOST – sestra dává najevo zájem o situaci nemocného. Ukazuje nemocnému, že k němu má vztah jako k člověku, nezajímá se pouze o provedení výkonu spojených s léčením (Venglářová, 2006).

Osvojení dovedností potřebných k vedení nedirektivního rozhovoru je obtížné. Vyžaduje zájem sestry vést rozhovor tímto komunikačním stylem a zvládnout potřebné techniky. Nedirektivní vedení rozhovoru využíváme v situacích emočně silných. Nemocný potřebuje ventilovat své obavy a častou reakcí sestry bývá snaha vyvrátit tyto obavy. Situace, která je pro sestru náročná, je pochopitelná snaha odvrátit závažné téma, rozveselit nemocného či ho povzbudit. Nemocný, který se svěří s citlivým tématem, chápe tuto reakci jako nepochopení a uhýbání závažnosti situace. V horším případě to vnímá jako nezájem o jeho starosti (Venglářová, 2006).

4.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Komunikace nepoužívající slova. Je vývojově starší a existovala předtím, než se vyvinula řeč. Dá se velmi těžce ovládat vůlí a obtížně skrývat (Pokorná, 2008).

Podíváme-li se na neverbální komunikaci podrobněji, zjistíme, že má několik funkcí. Používáme ji, abychom její pomocí řeč podpořili nebo úplně nahradili. S její pomocí vyjadřujeme emoce, interpersonální postoje. Používáme ji k sebe prezentaci neboli představení (Vybíral, 2000).

Upřímnější než verbální projev je považována řeč těla. Neverbální forma zakresluje postoje, nálady, pocity apod. Holá fakta jsou přijímána „verbálním kanálem“. Neverbální projevy komunikace jsou společný světový jazyk, ale mají svá nářečí, která mohou být někdy velmi odlišná (Venglářová, 2006).

Ve zdravotnické praxi jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Potřeba dorozumění je zde stejně velká jako navázání vzájemné důvěry. Musíme si být stále vědomi toho, v jakých specifických podmínkách pracujeme a jak často některé zásady správné komunikace nemůžeme dodržet (Venglářová, 2006).

Gesta nemocného mohou být zkreslená a poloha vleže je v mezilidské komunikaci mimo intimní sféru nevídaná. Stejně tak jako podat ruku zraněnému člověku je mnohdy obtížné. Pacienti se nacházejí v náročné životní situaci a my jim při ošetřování vstupujeme do zóny, kam pouští jen ty nejbližší, proto je významnou a důležitou dovedností sestry vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět jim naslouchat. Je na místě si znovu připomenout, že komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem i činy (La Barre, 2004).

DO NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE PATŘÍ:

MIMIKA

Jde o výraz obličeje. Jde z něj mnoho vyčíst, ale nejčastější je představa o úzkém spojení mezi výrazem obličeje a sdělováním emocí. Mimikou sdělujeme kulturně tradovaná gesta tzv. zdvořilostní úsměv, instrumentální pohyby, např. výraz při kýchnutí. Lze z něj spolehlivě vyčíst primární lidské emoce, např. klid, rozčilení, radost smutek, zájem, nezájem atd. Vedle nich existují i sekundární neboli odvozené emocionální výrazy obličeje, např. střídání výrazů, jedna polovina obličeje vyjadřuje jinou emoci než druhá atd. V obličeji rozlišujeme tři mimické zóny, a to oblast čela a obočí, oblast očí, která je považována za nejdůležitější, a dolní část obličeje. Podle existující teorie štěstí určíme z dolní části obličeje, překvapení a úzkost se vyčte z čela a obočí, smutek a strach v oblasti očí a víček a rozčilení je rozloženo po celé ploše obličeje (Křivohlavý, 1988).

Za nejvýraznější neverbální projevy jsou považovány smích a pláč, které jsou nejen výrazem emocionálního vztahu, ale mají také symbolický ráz a komunikační charakter (Křivohlavý, 1988).

Vyznat se v obličeji druhého není tak lehké, jak se může zdát. Úsměv lze považovat za přátelské gesto, ale může být pochopen i jako výsměch. Lidé zakrývají své emoce a smích používají právě k tomu účelu, když je jim nejhůře. Pacienti často maskují stud, předstírají, že zákrok je nebolí, přemáhají pláč. Sestra právě výrazem obličeje může ovlivnit celkovou atmosféru. Stylizace není však na místě, verbální i neverbální projevy by měly být v souladu.

Pro zdravotní sestru je důležitá schopnost citlivě vnímat projevy bolesti a ty se ve tváři odraží zcela mimovolně (Honzák, 1997).

V případě bolesti je důležitý soulad všech složek. Pokud pícháme injekci, musíme upozornit pacienta, že to bude bolet, a snažíme se neverbálně situaci nezlehčovat (úšklebkem, obracením očí v sloup). Neměli bychom pacienta zatěžovat hovorem o tom, jak má špatné žíly nebo jak někdo jiný špatně vyplnil žádanku. Vyčteme-li napětí pacienta, můžeme ho zmírnit komunikací na zcela nezávazné téma (Venglářová, 2006).

PROXEMIKA

Je definována jako vzdálenost, kterou mají mezi sebou lidé, když spolu něco dělají nebo spolu jednají. Stejně jako zvířata i lidé mají něco, co lze nazvat teritorium. Nejde jen o to, jak daleko od sebe stojí, ale i o celkovou dynamiku pohybu při činnosti či rozhovoru.

Vzájemná citlivost pro prostorové chování ovlivňuje úspěch komunikace. V praxi je velmi důležitá teorie osobní zóny člověka (Křivohlavý, 1988).

HAPTIKA

Zahrnuje taktilní sdělení v sociální interakci. Zabývá se tím, jak se sebe lidé navzájem dotýkají. Nejvíce bylo napsáno o stisku ruky, kterým se především v naší kultuře zdravíme a seznamujeme. Patří v případě seznámení s pacientem k prvnímu kontaktu. Pokud je to možné a na místě, měla by být sestra schopna se pacientovi představit a podat mu ruku. Při prvním kontaktu se doporučuje suchá ruka, střední stisk a přiměřená délka stisku. Nepřirozeně působí použití obou rukou při prvním kontaktu, tak se vítají jen lidé v přátelském kontaktu (Lewis, 2004).

V komunikaci má místo i objetí, pohlazení, dotek úst, postrčení rukou, píchnutí prstem atd. I přičiněním různých situací se vzájemně dotýkáme, např. v autobuse. Specifické dotyky používané v rámci komunikace ve své rodině mívají specifický význam chápaný jen úzkým kruhem blízkých lidí (Lewis, 2004).

4.2.1 ZÁSADY SPRÁVNÉHO PODÁVÁNÍ RUKY

Podání ruky není jen projevem zdvořilosti, ale vyjadřuje také postoj k tomu, komu je podání ruky adresováno. Mezi základní postoje patří rovnost, dominance a submisivita. Ve zdravotnické profesi se občas setkáme i s agresivním dotykem. Do zdravotnické praxe patří lidé pracující ve velkém stresu, emocionálním vypětí a i s případným psychickým onemocněním. Rovnocenné podání ruky navozuje partnerský vztah (Křivohlavý, 1988).

V naší práci jsou dotyky specifické, ryze profesionální, a tudíž nemusí být vždy správně chápány. Je tedy zvlášť důležité uvědomit si zapojení všech druhů komunikací. Pacienti lépe snášejí zákrok, pokud jim sdělujeme, co právě provádíme. Víme i o citlivosti druhých k intimitě těla a respektujeme jejich stud. Velkým prohřeškem je myslet si, že když se sestra setkává s nahotou každý den, může být povznesená a otupělá. Pacient ji vždy bude prožívat intenzivně. Dalším druhem dotyků jsou ty, které nemáme přímo v pracovní náplni. Patří sem již zmíněné podání ruky, kterému není důvod se ve zdravotnictví vyhýbat, pokud ruka pacienta není zrovna zlomená. Jsou situace a místa, kde je vhodné pohlazení, podržení za ruku apod. U dětských pacientů tím nic nezkažíme a u dospělých je potřeba přemýšlet nebo se zeptat. Nejčastější místa dotyků jsou dlaně, hřbet ruky, ramena, hlava (Venglářová, 2006).

4.2.2 FORMY NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

POSTUROLOGIE

Je řeč našich fyzických postojů, polohových konfigurací a držení těla. Existují tři základní polohy, a to vestoje, vsedě a vleže. Pokud chceme získat informace, uskutečnit sdělení, je nezbytná vzájemná rovnocenná poloha obou vsedě. Jestliže oba sedí, vyhnou se konfrontační poloze tváří v tvář, z které není úniku. Ještě vhodnější je však natočení židle do přibližného úhlu 135 stupňů. V rozdílném postoji je jasná dominance. Specifická situace je ve zdravotnické praxi, kdy my stojíme a pacient leží. Tehdy dopadají slova svrchu a postavení pacienta je nevýhodné. Pokud je toto postavení z pracovního hlediska nevyhnutelné, komunikace by měla být zaměřena pouze na to, co se při výkonu děje. Pokud to jde, snažíme se zmírnit nerovnost tím, že si sedneme. Nesmíme však zapomenout na možnost narušení soukromí pacienta a sedáme si na židli, nikoliv na postel (Honzák, 1997).

Do posturologie patří také polohy končetin, hlavy a naklonění těla. Křížení končetin bývá interpretováno jako obrana, stavění určité barikády. Naklonění těla čteme jako zájem, naopak záklon jako vyjádření nezájmu a ruce v bok jsou chápány jako výzva (Honzák, 1997).

Zábrany jsou v komunikaci viditelné překážky a není lehké je odbourat. Ten, kdo je používá, si je neuvědomuje a doprovodné pocity není schopen nijak verbalizovat. Jako je chybou ve verbální komunikaci vytrhávat jednotlivá slova z kontextu, tak je tomu i u komunikace neverbální. Nemá cenu rozebírat s pacientem, že má zkřížené ruce, s největší pravděpodobností to nejspíše vysvětlí tím, že je tak zvyklý a nic to neznamena. Zmírnění jeho obrany je tedy na nás. Na verbální úrovni můžeme pacienta vybídnout k pokračování rozhovoru a nasměrovat ho k ventilaci pocitů. Na neverbální úrovni často dochází k zrcadlení postoje druhého. Pokud je to postoj spolupracujícího, je to velmi dobré, a pokud je to obrana, můžeme ji zmírnit zaujetím vlastní spolupracující pozice (Honzák, 1997).

KINETIKA

Je široká oblast neverbální komunikace zahrnující veškeré pohyby těla a jeho částí. Zabývá se rychlostí, trváním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a souladem pohybu. Má specializované části jako chirognomii, ta se zabývá pohybem rukou a její zvláštní část tvoří znaková řeč (Venglářová, 2006).

GESTA

Jsou pohyby, které mají výrazný sdělovací účel. Naznačují to, co by mohlo být řečeno slovem a je považováno za srozumitelnější, když se to předvede. Rovněž zvyšují názornost řečeného. Gesto může doplnit i verbální projev a tím ho zesílit. Také může vzniknout situace, kdy gesto je pravým opakem toho, co je vyřčeno (Křivohlavý, 1988).

Existuje též vědomé a nevědomé používání gest. Z nevědomých je zajímavé např. gesto při lhaní. Dítě si v takovém případě zakryje ústa a dospělý si často sáhne na nos nebo ucho (Lewis, 2004).

Nesmíme též zapomínat na kulturní odlišnost gest. V naší praxi se můžeme setkat s cizinci, u kterých mohou mít gesta odlišný význam, např. přikývnutí k souhlasu v Bulharsku znamená nesouhlas. Můžeme mít i pacienty se ztíženou schopností komunikovat a společně s nimi budeme hledat společnou řeč pomocí gest. Pozor si musíme dát na tzv. útočná gesta, např. na namířený prst, který může být důležitým signálem agrese. Naopak otevřené dlaně bývají vnímány jako projev upřímnosti a otevřenosti (Thiel, 1993).

Důležité je dávat si pozor na různé příručky, které jednoznačně interpretují některá gesta. I zde platí, že jednotlivé prvky komunikace nelze odtrhávat od kontextu, navíc některá gesta jsou různými autory interpretována odlišně. V případě vytržení gesta z kontextu si můžeme být jisti, že ho interpretujeme špatně. Důležité je vzájemné vnímání a porozumění odpovídající profesionální spolupráci. V nemoci mnohem více platí nutnost uvědomit si, že člověk může reagovat individuálně, nepředvídatelně nebo zcela paradoxně. Pozor bychom si měli dát na unáhlené soudy a zaručené návody, které nás mohou odvést od toho, abychom byli sami sebou (Vybíral, 2000).

POHLEDY

V kapitole o mimice jsme se dozvěděli, jak naše oči mluví zaměřením pohledu, jeho délkou, četností pohledů, jejich sledem, objemem, úhlem pootevření víček, průměrem zornic, mrkáním, tvarem vrásek kolem očí, tvarem a pohybem obočí. Snažíme se na jednotlivé prvky neverbální komunikace nahlížet odděleně, ale ve skutečnosti se vzájemně velice prolínají. Do kinetiky patří i pohyby očí (Lewis, 2004).

Některé pohledy vnímáme příjemně, jiné nepříjemně. Obecně platí, že za nepříjemné je považováno dlouhé civění i situace, kdy se na nás druhý ani nepodívá. Nevhodný je též pohled vzhůru vyjadřující nezájem či opovržení. Za příznivý pohyb zájmu je považováno letmé povytažení obočí (Lewis, 2004).

Pohled z očí do očí může být projevem přátelství, naopak v jiné situaci se z nepřátelství do sebe oči zabodnou jako dva šípy. Oční kontakt je důležitý, můžeme z něj vyčíst a ukázat postoj a emoce (Křivohlavý, 1988).

Pacienty pozorujeme, ale necívíme na ně. Nikdo ve zdravotnické péči nemá být přehlížený. Je dobré představit si sám své pocity, když s námi někdo mluví a přitom stojí zády a prohlíží si papíry (Venglářová, 2006).

4.2.3 ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU

Lze sem zahrnout jak úpravu zevnějšku jednotlivce, tak úpravu prostředí. V případě zdravotníků je specifikem uniforma a celková upravenost. Čistota by měla být samozřejmostí. Negativně vnímána bývá výstřednost a potřeba se odlišovat, stejně jako přílišná uhlazenost a škrobenost. Štěstím je, že je již možný větší výběr pracovního oblečení a i do zdravotnictví začal patřit svět barev. Naše oblečení, upravenost, líčení, účes odráží naši osobnost a aktuální emocionální stav, který má vliv na první dojem a ovlivňuje komunikaci. Uniforma jasně definuje naši roli, což je v určitých situacích výhoda, ale i nevýhoda (Venglářová, 2006).

O potřebě zdomácnit zdravotnická zařízení se mluví hodně a v některých zařízeních jsou vidět velké pokroky. Každá sestra by měla přispět ke zkrášlení, zútulnění, zdomácnění svého pracoviště, jak jen to jde, neboť i bez velkých finančních nákladů jde udělat hodně. Důležité je si připomenout, že vnímáme všemi smysly. Nejvíce vnímáme zrakem a poté čichem (Venglářová, 2006).

Zvláštní důraz klademe na úpravu zevnějšku a prostředí pacienta. V nemoci můžeme pocítit ohrožení vlastní důstojnosti. K osobní pohodě přispívá hezké oblečení, účes, osobní čistota, upravená postel, alespoň minimální soukromí a čistý vzduch. Pacienti budou často potřebovat pomoc, v náročné situaci nemoci budou chtít na tyto skutečnosti rezignovat. Tím, že se pacient o sebe nestará, nám chce něco sdělit a my se můžeme rozčilovat anebo komunikovat. Zde je pak velký prostor pro naše schopnosti, empatii, lidskost a komunikační dovednosti (Venglářová, 2006).

4.2.4 HRANICE TĚLESNÉHO KONTAKTU

Teorie osobních zón

Osobní zónu si můžeme představit jako pomyslnou mýdlovou bublinu, která člověka obklopuje a on se nachází v jejím středu. Každý z nás má kolem sebe takových pomyslných bublin několik. Tyto zóny jsou hranice našeho kontaktu s ostatními lidmi a jejich překročení vyvolává odezvu v našem chování (Venglářová, 2006).

Rozlišujeme následující zóny

1) **Intimní zóna** – její dolní hranice je shodná s těsným hmatovým dotekem, jako má matka a její dítě, manželé nebo milenci. Horní hranice je 15 – 30 cm a sem patří blízcí přátelé nebo rodinní příslušníci. Ze smyslů se zde nejvíce zapojuje hmat a čich (Křivohlavý, 1988).

Pokud je intimní zóna narušena člověkem, který do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity a snahu uniknout. Narušitel je vnímán jako vlezlý a jednání v této pozici často nevede k úspěchu. Komunikace vážne, zvláště v situacích, kdy únik není možný (Thiel, 1993).

2) **Osobní zóna** – její dolní hranicí je maximální vzdálenost, při které se ještě můžeme držet za ruce (45 – 75 cm). Horní hranicí je 1,20 m neboli vzdálenost setkání dvou lidí. Jejím limitem je možnost fyzického dosahu, možnost sledování mimiky, očí a možnost vnímat pach toho, s kým hovoříme (Křivohlavý, 1988).

3) **Společenská zóna** – někdy se nazývá sociální. Začíná tam, kde končí osobní zóna. Její horní hranice je od 2,1 do 3,6 m. Do této oblasti patří např. obchodní jednání, skupinové diskuse. Při horní hranici vidíme celou postavu stojícího partnera (Sivohlavý, 1988).

4) **Veřejná zóna** – vzdálenost partnerů je od 3,6 až do 7,6 m i dále. Zde vnímáme již celou postavu i prostorový pohyb partnera. Patří sem herecká vystoupení, v této zóně se pohybují političtí činitelé (Křivohlavý, 1988).

Zdravotní sestry často narušují intimní zónu pacienta a zároveň pacienta pouští do své zóny. Takovéto narušení by mělo být jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a se souhlasem pacienta, který nemusí být vždy nutně vyřčen. Důležitá je informovanost pacienta, pochopení toho, co ho čeká. Pacient své zóny nijak nevnímá, chování při jejich porušení je mimovolní. Očekáváme, že narušení osobní zóny bude pacient vnímat jako nepříjemné, reagovat strnulostí či sníženou schopností komunikovat. Proto je důležité,

aby informace dostávali v respektující prostorové konfiguraci, čas narušení osobní zóny byl časově omezen na minimum a v této době se po pacientovi nechtělo nic jiného než to, co souvisí s ošetrovatelským výkonem. Díky své profesi se sestra dostává do vzájemného dotyku s pacienty, a tak může časem dojít k navázání bližšího vztahu (u dlouhodobě nemocných, při opakovaných hospitalizacích, u dětských pacientů). Zde je třeba dbát profesionální etiky. Někdy jsou situace, kdy je na místě uspokojit pacientovu potřebu blízkosti. Pacient tu však není proto, aby uspokojoval naše potřeby. Do práce sestry patří i to, že si s pacienty povídá a dotýká se jich, proto je respekt k osobním zónám a zachování profesionality na ni. Prostorový kontext setkání lze ovlivnit změnou polohy, pokud se sestra posadí, bude zóny lépe respektovat než vestoje (Venglářová, 2006).

5 KONTRAPRODUKTIVNÍ KOMUNIKACE

Touto komunikací rozumíme takový typ komunikace, která nevede ke vzájemnému porozumění, může naopak dojít k manipulaci a jiným pochybením. Též ji nazýváme nezdravou komunikací vyvolávající pocity tísně, nesoulad ve sdělování a chápání (Mikulaščík, 2003).

5.1 BARIÉRY KOMUNIKACE

Obecně je lze rozdělit na interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu, obav z neúspěchu, negativních emocí (strach, zlost), nepřípraveností, fyzického nepohodlí či nemoci a bariérách postoje (xenofobie). Externí bariéry jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním, dále vyrušením další osobou, hlukem, šumem, vizuálním rozptylováním, neschopností naslouchat a komunikačním zahlcením (Mikulaščík, 2003).

Překroucení informace – k překroucení dochází nejčastěji neúmyslně, a to nepozorností poslouchajícího nebo tím, že poslouchající již přemýšlí nad odpovědí. Jiným důvodem může být chyba ve verbalizaci (špatná výslovnost, neadekvátní intonace, nesprávný slovosled, nedostatečně vyjádřený požadavek). Insuficientní zpětná vazba – nevhodná je otázka: „Rozumíte mi?“. Vhodnější formou je prosba o zopakování nebo vysvětlení pochopeného (Mikulaščík, 2003).

Komunikační zahlcení – může být spojeno s nedostatečnou diagnostikou aktuálních schopností posluchače, a proto je komunikační klíč potřeba přizpůsobit aktuálnímu psychickému a fyzickému stavu posluchače, věku, vzdělání apod. Nemůžeme podat stejné množství informací dítěti a dospělé ženě, stejně tak jako pacientovi při přijetí a v době propuštění z nemocnice (Mikulaščík, 2003).

Nevhodná forma předávání zpráv s ohledem na posluchače – zde se uplatňuje princip potřeby správné diagnostiky posluchače, a to zejména u osob se smyslovým znevýhodněním, rozdílného věku a stupně vzdělání. Pokud potřebujeme okamžitou zpětnou vazbu, je kontraproduktivní použití písemné formy komunikace. Naopak v případě potřeby dokladu o předání informací je využití písemného záznamu žádoucí (Mikulaščík, 2003).

Evalvace a devalvace – tím je vždy vyjadřován určitý vztah mezi komunikujícími subjekty. Buď je vyjadřován pozitivní nebo negativní vztah, stav neutrální neexistuje. Evalvace v komunikaci je vyjádření pozitivního vztahu charakterizované buď zvýšeným či jen prostým projevem lidské úcty k jedinci nebo zdvořilým a taktním jednáním. Devalvace v komunikaci je vyjádření negativního vztahu charakterizované snížením hodnoty druhého člověka v očích jiných, případně v jeho vlastních (Mikulaščík, 2003, Kristová, 2004).

Použití vágních a bezvýznamných slov – obsah slov a informace nesená slovy, obsažená v komunikaci, by měla být přizpůsobena cíli komunikace. V soukromí si může sdělovatel dovolit nebýt vždy stručný a věcný, ale v pracovním styku je na místě vždy stručnost, jasnost a věcnost. Použití vágních a bezvýznamných slov působí v komunikaci jako inhibitor. Způsobuje kolísání pozornosti posluchače, neschopnost koncentrace a projev se stává nudným (Pokorná, 2008).

Manipulace v komunikaci – je považována za neproduktivní strategii v komunikaci. Manipulaci primárně členíme na kognitivně orientovanou a emocionální. Kognitivní manipulaci označujeme komunikační strategii, při níž sdělující používá pojmy, které jsou poslouchajícímu neznámé, nebo se liší denotativní úroveň pojmu od vnímání konotativní úrovně pojmu druhou osobou. Příkladem je zdravotník používající pojmy, které nemocný nezná. Např. zdravotník při odchodu pacienta sdělí, že zítra se mu před odchodem ještě naberou jaterní testy, načež pacient druhý den odchází s tím, že do jater si píchat nenechá.

Emocionální manipulace je druh manipulativních technik, při nichž manipulující působí primárně na emoce manipulované osoby, která nemá dostatečné množství informací. Velmi často je využívána v partnerských vztazích. V pomáhajících profesích je relativně častá tam, kde při rozhodování nemá klient odpovídající množství informací, které by mu mohly pomoci při rozhodování na základě reálných faktů (Pokorná, 2008).

Mezi faktory omezující komunikaci patří:

- „distancování se“ od pacienta (např. když se zdravotníci postaví ke vzdálené části lůžka nebo se určitým pacientům vyhýbají),
- ignorování emocionálních projevů pacienta
- poskytování falešné naděje, změna v tématu rozhovoru či zaměření se pouze na praktické úkony,
- soustředění se na tělesné symptomy více než na emocionální problémy,
- neschopnost rozpoznat problém nebo nedostatek diagnostických dovedností.

Dále sem patří příkazy, povely, varování, nařízení, napomínání, moralizování, poučování, kritizování, vyjadřování nesouhlasu, obviňování, vysmívání se atd. (Pokorná, 2008).

5.2 PŘÍSTUP K NEMOCNÝM PODLE TYPU OSOBNOSTI

Nemoc je závažným aspektem existence lidského bytí a ovlivňuje všechny složky osobnosti. Subjektivní prožívání nemoci se všemi projevy v chování a jednání nemocného označujeme jako autoplastický obraz nemoci (Pokorná, 2008).

Autoplastický obraz nemoci zahrnuje prožívání nemoci:

Senzitivní – každý jedinec vnímá a prožívá negativní i pozitivní počítky zcela jedinečným způsobem a má jinak nastaven práh bolesti.

Emoční – pocity strachu a obav výrazně ovlivňují prožívání onemocnění. Nesprávné je se domnívat, že dostatek či deficit informací může odstranit či zmírnit prožívání negativních emocí. Hlavní jsou představy nemocného a ty bychom se měli pokoušet ovlivnit.

Volní – rozhodovací schopnosti, přístup k vlastnímu zdraví a péče o něj se projeví v dodržování léčebného režimu a doporučení pečovatелů.

Racionální a informativní – je důležité přiměřené množství informací vzhledem k věku nemocného, charakteru onemocnění a fázi nemoci. Též je nezbytná korekce neadekvátních představ nemocného o onemocnění a jeho symptomech (Pokorná, 2008).

Autoplastický obraz nemoci je dále určován:

Rázem onemocnění – velmi důležitým faktorem bude, zda jde o onemocnění akutní či chronické, nutný rozsah péče a léčby. Zda je nutná hospitalizace a jak bude trvat dlouho, omezení sociálních kontaktů, případné sociální důsledky, jako je invalidizace atd.

Okolnostmi, za nichž nemoc probíhá – problémy a nejistoty, prostředí, kde se nemoc rozvíjí, zavinění nemoci (neschopnost sociálního zabezpečení rodiny, získání výhod – sociální dávky, důchod, míra zavinění nemoci – alkohol, kouření apod.).

Premorbidní osobností – věk, stupeň celkové citlivosti, charakterové a temperamentové složky osobnosti, charakter a stupnice hodnot, zdravotní uvědomění atd.

Sociálním postavením nemocného – přirozeným sociálním prostředím (vazby v rodině, obavy o ztrátu zaměstnání (Vymětal, 2003).

5.2.1 KOMUNIKACE S PACIENTY S PSYCHICKÝMI OBTÍŽEMI

DEPRESIVNÍ PACIENT

Při komunikaci dáváme najevo pochopení pro stav i situaci. Umožníme nemocnému reagovat podle svého aktuálního stavu. Není vhodné apelovat na silnou vůli, naše snaha může vyvolat pocity selhání, nemocný se pak cítí provinile. Sestra by měla posilovat nemocného, aby vyčkal na zlepšení nemoci, a dbát na zvýšenou bezpečnost. Chybami v přístupu je bagatelizace, zlehčování obtíží, nucení k rozhodování a doporučování nových aktivit (Venglářová, Mahrová, 2006).

ÚZKOSTNÝ PACIENT

Sestra by v přístupu k úzkostnému pacientovi měla zachovávat klidný přístup. Poskytnout dostatek času na rozhovor, vybrat vhodné prostředí, soukromí, zvolit volnější tempo, podávat přesné informace. Věnovat pozornost citlivé přípravě k výkonům, podporovat pacienta v rozhodování a umožnit mu kontakt s rodinou. Chybami v přístupu je přílišné zatížení nemocného zbytečnými detaily, rodičovský přístup a vyhýbání se komunikaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

NARCISTNÍ PACIENT

Důležité je jednat s pacientem důstojně, na úrovni, umožnit mu získat pocit spolupráce. Podávat pacientovi plné informace, ponechat mu možnost rozhodovat se, důležité je dát pacientovi pocit, že je středem zájmu a v případě konfliktu nabídnout krátkou profesionální omluvu. Chybami v přístupu je snaha změnit nemocného, bojovat o moc a nenavození partnerství (Venglářová, Mahrová, 2006).

NEUROTICKÝ PACIENT

Mezi zásady komunikace patří poskytnout povzbuzení, projevit zájem o obtíže, umožnit hovor, který vede k odreagování a zklidnění. Důležité je zvolit vhodný komentář, nabídnout možnost konzultace s psychologem. Chybami v přístupu je zanedbání základních vyšetření, zejména pokud se u pacienta objevují příznaky onemocnění kardiovaskulárního a dýchacího. Nevhodné je bagatelizovat sdělení, apelovat na rozum, přistupovat jako k simulujícímu. Pacient by neměl získat dojem, že pochybujeme o jeho obtížích a též bychom mu neměli sdělovat důvěrné informace ze svého života (Venglářová, Mahrová, 2006).

5.3 SPECIFIKA PŘÍSTUPU K OSOBÁM SE ZNEVÝHODNĚNÍM

Pracovníci pomáhajících profesí se často setkávají s osobami, které mají různým stupněm omezené některé schopnosti, a to kognitivní, smyslové nebo tělesné (Kristová, 2004).

Při hodnocení znevýhodnění rozlišujeme:

- **DISAPTIBILITU** – omezení nebo nedostatek schopností vykonávat činnosti každodenního života. V určitých činnostech potřebuje takto znevýhodněný dopomoc jiné osoby či využití kompenzační pomůcky a teprve poté je schopen sebeobsluhy.
- **HANDICAP** – znevýhodnění jako nepříznivou situaci postiženého ve vztahu k ostatním. Sociální následek vyplývá z choroby či postižení.
- **DEGRESI** – snížení či zhoršení kvality života jedince.

Důležité je vědět, že stupeň postižení není přímo úměrný kvalitě života osoby se znevýhodněním. Příkladem mohou být lidé s výrazným tělesným handicapem, kteří stále aktivně sportují či pracují. Též je nutné identifikovat, zda je postižení vrozené či získané v průběhu života (Kristová, 2004).

V komunikaci s jedincem s omezením tělesných, smyslových či kognitivních funkcí je nutné využít nejen standardních komunikačních technik a dovedností, ale i některých specifických znalostí a dovedností, které nám napomohou v efektivní komunikaci s nimi. Komunikace s handicapovanými je velmi složitá a rozsáhlá (Kristová, 2004).

5.3.1 KOMUNIKACE SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝMI

Jestliže hovoříme o tom, že nevidomost odděluje jedince od věcí, pak porucha sluchu odděluje postiženou osobu od ostatních lidí. U sluchově postižených nejvíce záleží na době vzniku omezení, zda jde o vrozenou nebo získanou vadu a o rychlost a okolnost získání poškození (Kristová, 2004).

Vrozená sluchová vada je závažná překážka v psychomotorickém vývoji dítěte. U dítěte se nevytváří předpoklady pro rozvoj řeči, s tím souvisí i omezení rozvoje myšlení. Nejdůležitější je včasná diagnostika (Kristová, 2004).

U získané sluchové vady bývají největším problémem poruchy emocionální a změny v sebehodnocení. Postižený má pocit izolovanosti a to může vést až k těžkým depresím. Ztrácejí možnost jednoduché komunikace s ostatními, jsou podezíraví a nedůtkliví. Často dochází nejen k narušení sociálních vazeb v rodině, ale i k invalidizaci a nemožnosti pracovního zařazení (Kristová, 2004).

Mezi nečastější doporučení v přístupu s takto postiženými lidmi je omezit rušivé vlivy a podněty, možnost výběru formy komunikace, mluvit tak, aby postižený stále viděl na naše ústa, oči by měly být ve stejné výši, mluvit pomalu, nezakrývat si ústa, používat mimiku a gesta, nekřičet, pokládat jen jednu otázku, a pokud se nemůžeme dorozumět, měli bychom využít pomoc tlumočnicka (Kristová, 2004, Arnold, Undermann Boggs, 2006).

Chybami při komunikaci je nedostatek času, projevy netrpělivosti, špatně viditelná oblast tváře, křik, rušivé elementy, nerespektování soukromí, rozhovor s třetí osobou, velká vzdálenost, mýtus, že všichni neslyšící se dorozumí i písemně a další (Kristová, 2004).

5.3.2 KOMUNIKACE SE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI

Poškození zraku je závažnou komunikační bariérou. Takto postižený člověk má potíže zejména s prostorovou orientací. Osoba s poruchou zraku není schopna sledovat nonverbální signály, proto musí zdravotníci použít slova vyjadřující to, co nemocný není schopen vidět (Arnold, Undermann Boggs, 2006).

I u zrakově postižených je důležité období vzniku. Vrozené zrakové postižení je mnohem méně limitující než vrozené omezení a porucha sluchu. Mezi nejdůležitější doporučení v přístupu k takto postiženým lidem patří chovat se přirozeně, pomáhat taktně, mluvit s nevidomým, ne s průvodcem, zdravít první, aktivizovat, vysvětlit zvuky, kterým nemocný nerozumí, popsat umístění stravy na talíři, hovořit, co při ošetřování děláme (Kristová, 2004, Arnold, Undermann Boggs, 2006).

Chybami při komunikaci je neupozornění na počátek konverzace, neoslovení, poskytnutí pomoci bez upozornění, komunikace s třetí osobou, vyhýbání se kontaktu, přebírání kompetencí, používání nic neříkajících pojmů, nezjištění aktuálního stavu

zrakových funkcí, přemísťování předmětů, postrkávání klienta před sebou, tahání za ruku atd. (Pokorná, 2009).

5.3.3 KOMUNIKACE S HLUCHOSLEPÝMI

Lidé s postižením zraku a sluchu patří do specifické skupiny osob. Donedávna byly tyto osoby považovány za nevzdělatelné, a k nimž není možno nalézt přístup umožňující rozvoj jejich schopností a dovedností. V současné době je propracován systém vzdělávání a osvojování dovedností a vědomostí ve speciálních vzdělávacích centrech (Pokorná, 2009).

Komunikace s hluchoslepým člověkem je nesnadná, ale lze se jí naučit. Nejprve musíme vědět, co vše pacient zvládne, a zhodnotíme úroveň komunikačních dovedností, zvládání základních sebeobslužných činností a hygienické návyky. K hluchoslepému nesmíme přistupovat náhle, vždy se představíme a domluvíme si signál, podle kterého nás hluchoslepý bezpečně pozná. Osoby takto postižené jsou daleko citlivější na intimní nemocniční postupy a je třeba dát jim najevo, kdy mohou bez obav žádat o vše, co potřebují. Musíme vysvětlovat jakékoliv změny, zbytečně pacienta nikam nepřekládat. Důležitá je přímá komunikace a naslouchání (Pokorná, 2009).

Pobyt v nemocnici představuje sám o sobě náročnou životní situaci, která bývá spojena s frustrací, osamělostí, konfliktem, ale i stresem z neznámého prostředí a jeho řádu, očekávání bolesti, lékařských prohlídek a vyrovnávání se se špatnou prognózou. Ve zdravotnickém zařízení se osoba se zrakovou a sluchovou vadou potýká se ztíženými možnostmi komunikace a prostorové orientace (Pokorná, 2009).

Mezi základní reakce na náročnou situaci patří obecně útek, útok a volání o pomoc. Nemoc může být únikem před negativně prožívanou skutečností, může nemocnému přinášet jisté zisky – je opečováván, je jistým způsobem důležitý a je mu věnována zvýšená pozornost. V průběhu hospitalizace se únik projeví neochotou komunikovat či regresí. Volání o pomoc může mít podobu nářku nebo upoutávání pozornosti lékařů. Útočná reakce zahrnuje verbální projevy a může vyústit až v agresivní chování, a to zejména dojde-li k překročení únosné meze. Patří sem subjektivní pocit ohrožení a strachu, prožitky křivdy a nespravedlnosti, zklamání určitého očekávání či pacientovy snahy, prožitek ponížení, zesměšnění, pocit bezmoci atd. (Linhartová, 2007).

Prožívání a vyrovnání se s nemocí závisí na míře informovanosti pacienta o nemoci, její léčbě, prognóze, důvěře ve zdravotnický personál, průběhu onemocnění, ale i na dalších

determinantách autoplastického obrazu nemoci a reakce na ni. Prožívání a výsledné chování pacienta je ovlivňováno jeho osobnostními dispozicemi a může mít významný vliv na zdravotní stav pacienta (Pokorná, 2009).

5.3.4 KOMUNIKACE S OSOBAMI S TĚLESNÝM ZNEVÝHODNĚNÍM

Tělesné schopnosti a výkonnost jsou závažnou determinantou kvality života. V dnešní společnosti jsou dvě pojetí života a hodnocení jedince. Na jedné straně jsou oblíbení lidé krásní, výkonní a zdatní a na druhé straně dochází ke změně postojů k jedincům s různým charakterem handicapu. Rozšiřují se možnosti v uplatnění handicapovaných osob ve společnosti a žít plnohodnotný život (Pokorná, 2009).

Tělesné znevýhodnění nebývá překážkou v komunikaci, nepostihuje-li mluvidla. Nejvýznamnější komunikační bariérou je změna v sebehodnocení a sebekoncepci jedince s tělesným handicapem. Důležitým faktorem je časová přímka vzniku znevýhodnění a rozvoje omezení (Pokorná, 2009).

Základem efektivních komunikačních dovedností je důsledná identifikace potřeby a rozsahu požadované pomoci. Přiměřená aktivita a dopomoc je produktivnější než úplný servis a zajištění veškeré péče (Pokorná, 2009).

V přístupu k tělesně znevýhodněným je důležité nejprve zjistit stupeň sebezpečí, popřípadě požadavky na manipulaci s ním. Udržovat oční kontakt, nevyhýbat se pohledům, komunikaci. Všimnout si všech projevů pacienta a zejména u osob na vozíčku udržovat odpovídající horizontální úroveň očního kontaktu. Akceptovat schopnosti znevýhodněného a jeho možnosti, zjistit zvláštnosti a zvyklosti pacienta, uspořádání prostředí, denního režimu a přizpůsobit se jim (Pokorná, 2009).

Nejčastějšími chybami při komunikaci je vyhýbání se kontaktu s osobou s tělesným handicapem. Nerespektování individuálních zvláštností znevýhodněného, používání neadekvátních pojmů a nepřiměřeného řečového projevu, zdůrazňování nešikovnosti a nutnosti pomoci při běžných denních činnostech, stanovování úkolů nad jeho síly, komunikace s třetí osobou, prostředníkem, nedodržení horizontální úrovně očního kontaktu (Pokorná, 2009).

5.3.5 KOMUNIKACE S OSOBAMI S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

Mentální deficit je charakterizován snížením rozumových a intelektových schopností, změnou poznávacích a rozlišovacích schopností a odlišnostmi v oblasti sociální interakce. Komunikační dovednosti a postupy jsou zaměřeny na předání základních informací a pochopení jednoduchých instrukcí. Z důvodu vyšší emocionální lability a intenzivnějšího prožívání je nutné přistupovat k osobitým potřebám a požadavkům individuálně (Pokorná, 2009).

Významná je důkladná anamnéza a analýza dat získaná od nejbližších osob. Získání informací o zvyklostech, rituálech, denním režimu, oblíbených předmětech, o jídle, nápojích a oslovení. Důležité je akceptovat individuální potřeby jedince a jeho zvyklosti (Pokorná, 2009).

Od nejbližší osoby je důležité zjistit míru samostatnosti a sebeobsluhy. Při osobním kontaktu komunikovat již přímo s osobou se znevýhodněním. Uplatňovat takt, toleranci a trpělivost, udržovat oční kontakt a nezbytné je přizpůsobit komunikaci a pojmosloví schopnostem a dovednostem pacienta. Používat jednoduché věty a vyhýbat se projevům zloby a netrpělivosti. Nevyvracet jeho názor a nijak jej nepřesvědčovat, kontrolovat své neverbální projevy (Pokorná, 2009).

Mezi nejčastější chyby patří neakceptování zvyklostí jedince, komunikace s třetí osobou, nepřizpůsobení komunikace schopnostem a dovednostem handicapovaného, nedodržování očního kontaktu, nevšímavost, zesměšňování, nesplnění závazků a slibů, přílišná přísnost nebo naopak volnost (Arnold, Undermann, Boggs, 2006).

EMPIRICKÁ ČÁST

CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

- Zjistit nejčastější bariéry komunikace mezi sestrou a pacientem,
- popsat nejčastější slangové a zkratkové výrazy,
- zjistit úskalí komunikace ve velkoměstě a maloměstě,
- zjistit pohled pacientů na zdravotní sestru,
- zjistit míru informovanosti pacientů při poskytování zdravotní péče.

6 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Ke zpracování praktické části své bakalářské práce jsem jako výzkumnou metodu zvolila dotazník. Vzhledem k tématu bakalářské práce byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden dotazník byl určen sestřám, druhý pacientům. Dotazníky byly rozdány sestřám a pacientům ve Fakultní nemocnici v Motole na 3. chirurgické klinice a druhá část byla rozdána na chirurgických odděleních menších měst, a to v Masarykově městské nemocnici v Jilemnici a dále v Oblastní nemocnici v Trutnově. Dotazník pro zdravotní sestry naleznete v příloze č. 2 a dotazník pro pacienty naleznete v příloze č.3. Výzkumu se celkem zúčastnilo 129 respondentů, z tohoto počtu se mi během dvou měsíců vrátilo 126 dotazníků. Návratnost byla 98%. V Praze bylo sestřám rozdáno 32 dotazníků a vrátilo se jich 31, návratnost byla u zdravotních sester 97%. Pacientům bylo rozdáno 35 dotazníků a vrátilo se jich 34, návratnost u pacientů byla 97%. V nemocnicích menších měst bylo sestřám rozdáno 30 dotazníků a návratnost byla 100% a pacientům bylo rozdáno 32 dotazníků a návratnost byla též 100%.

7 METODIKA VÝZKUMU

Sestavila jsem dva dotazníky. Jeden byl určen zdravotním sestřám a druhý pacientům. Dotazník pro zdravotní sestry obsahuje celkem 19 otázek, první čtyři otázky jsou informační, dalších šest otázek jsem zaměřila na komunikaci mezi sestrou a pacientem a zbývající otázky byly zaměřeny na odborné a slangové výrazy. Dotazník obsahuje uzavřené, polootevřené a otevřené otázky.

Dotazník pro respondenty obsahuje též 19 otázek, první tři jsou otázky informační, dalších pět otázek se vztahuje ke zjištění informovanosti pacienta a zbývající otázky zjišťují vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Dotazník obsahuje uzavřené a polootevřené otázky.

V úvodu obou dotazníků jsem stručně uvedla jeho smysl a informovala respondenty o anonymitě. Celkem jsem rozdala 129 dotazníků, z toho se mi vrátilo během dvou měsíců 126 dotazníků. Návratnost dotazníků byla 98%. Dotazníky jsem zpracovala na počítači v programu Microsoft Excel. Tyto údaje jsem zpracovala do tabulek a grafů. Pracovala jsem též v programu Microsoft Word.

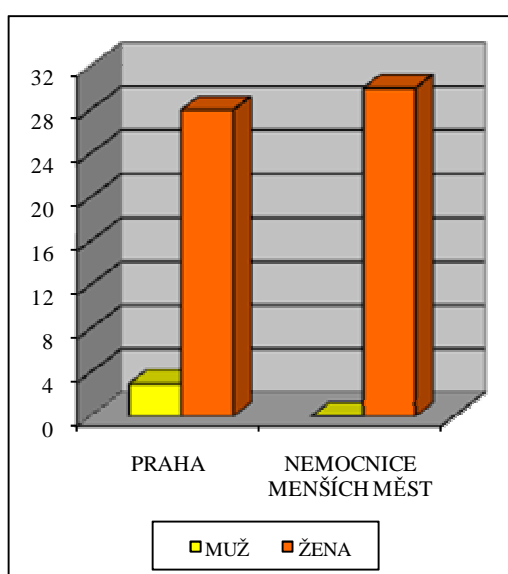
8 ROZBOR A PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

8.1 SESTRY

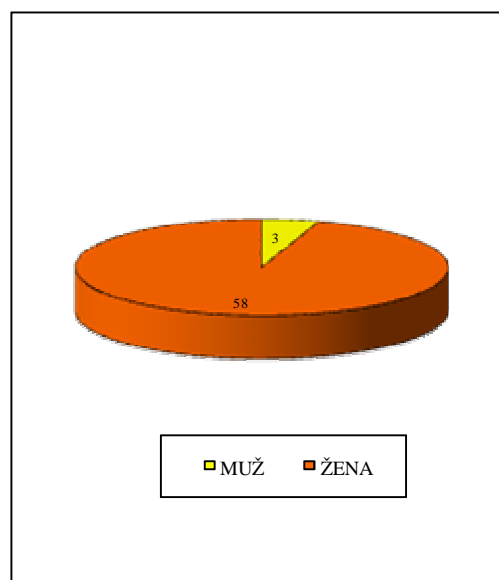
Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1: Pohlaví dotazovaných

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Muž	3	9,7 %	0	0
Žena	28	90,3 %	30	100 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 1: Pohlaví dotazovaných



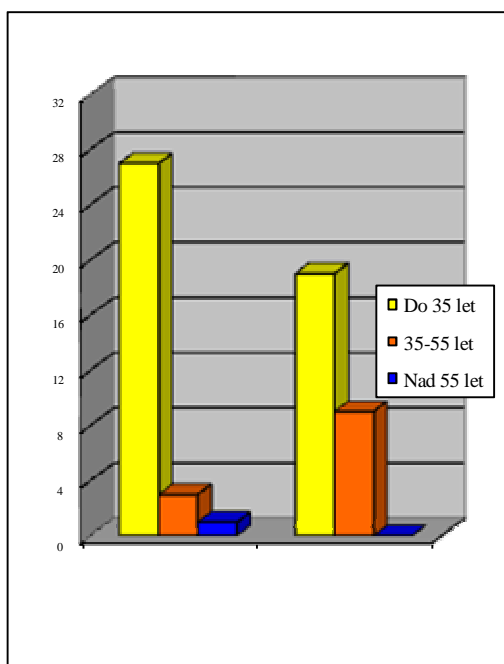
Celkový graf č. 1: Pohlaví dotazovaných

Z výsledků vyplynulo, že 95,1 % dotazovaných bylo pohlaví ženského a pouze 5 % pohlaví mužského.

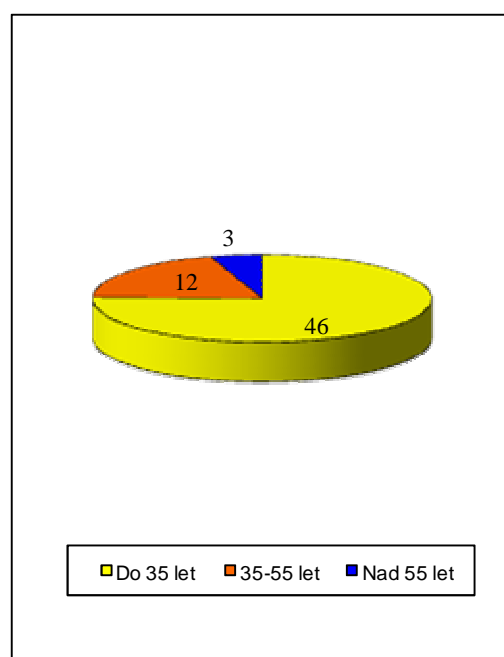
Otázka č. 2: Váš věk

Tabulka č. 2: Věk dotazovaných

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Do 35 let	27	87 %	19	63,3 %
35-55 let	3	9,7 %	9	30 %
Nad 55 let	1	3,2 %	2	6,7 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 2: Věk dotazovaných



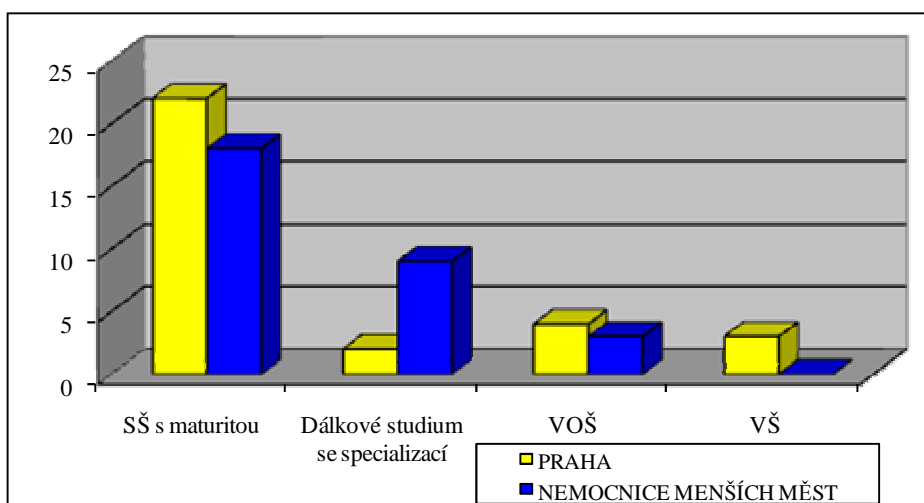
Celkový graf č. 2: Věk dotazovaných

Stáří respondentů se pohybovalo nejvíce do 35 let, a to celkem u 46 dotazovaných, což je 75,4 %. Dalším věkovým rozmezím bylo 35–55 let, takto starých respondentů bylo 12, což je 20 %, a pouze 3 z dotazovaných byli starší 55 let, což je 5 %.

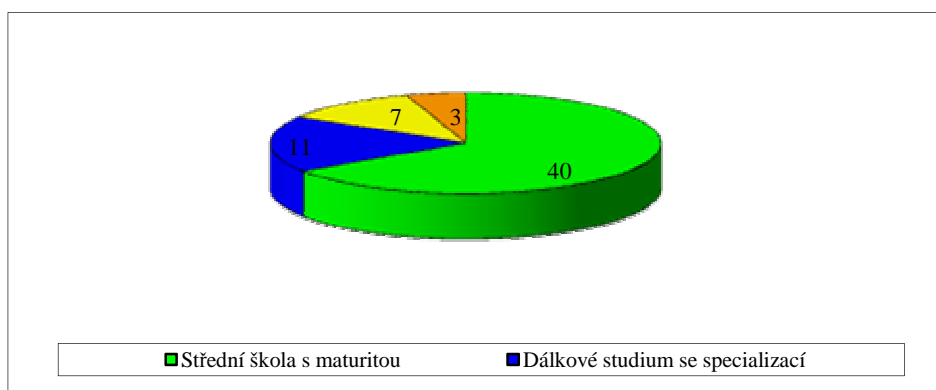
Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
	absolutní počet	procento	absolutní počet	procento
Střední škola s maturitou	22	71 %	18	60 %
Dálkové studium se specializací	2	6,5 %	9	30 %
Vyšší odborná škola	4	13 %	3	10 %
Vysoká škola	3	9,7 %	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



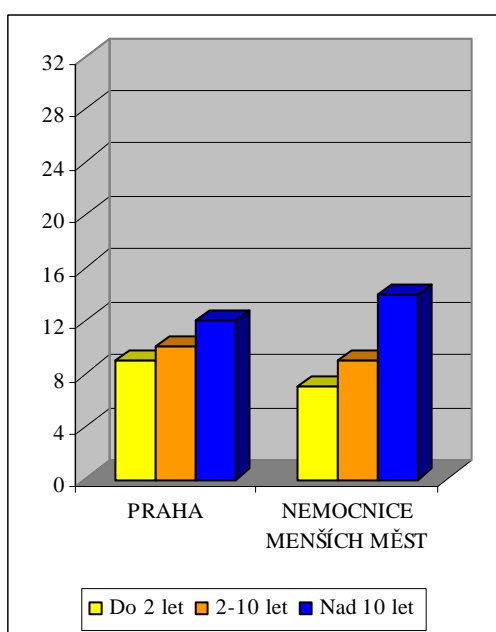
Celkový graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Z dotazovaných mělo nejvíce sester dokončenou střední školu s maturitou, a to celkem 66 % oslovených. Dálkové studium se specializací mělo dokončeno 18 % dotazovaných. Vyšší odbornou školu ukončilo 12 % a pouze 5 % sester mělo vysokou

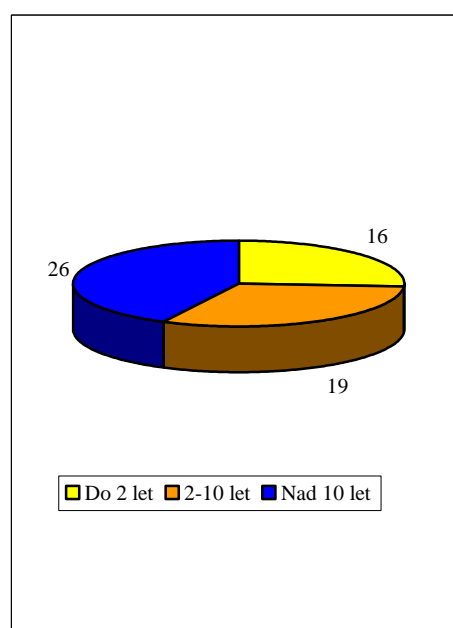
Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Do 2 let	9	29 %	7	23,3 %
2-10 let	10	32,3 %	9	30 %
Nad 10 let	12	39 %	14	47 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví



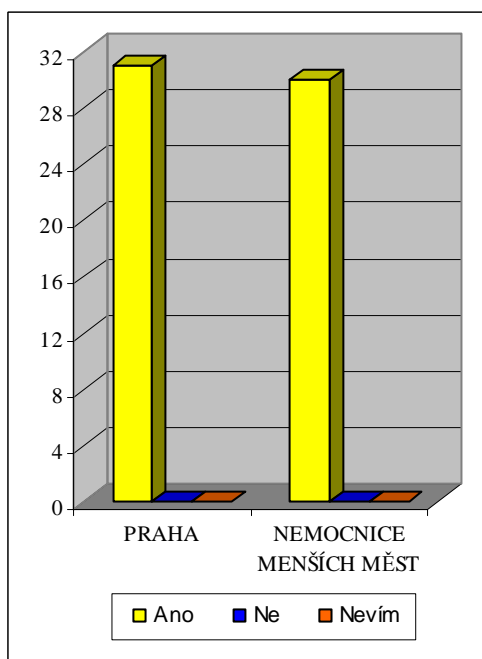
Celkový graf č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví

Z otázky číslo 4 vyplynulo, že celkem 26,2 % oslovených dělá v praxi méně než dva roky. 2–10let se pohybuje v praxi 31,2 % sester a 43 % pracuje ve zdravotnictví déle než 10 let.

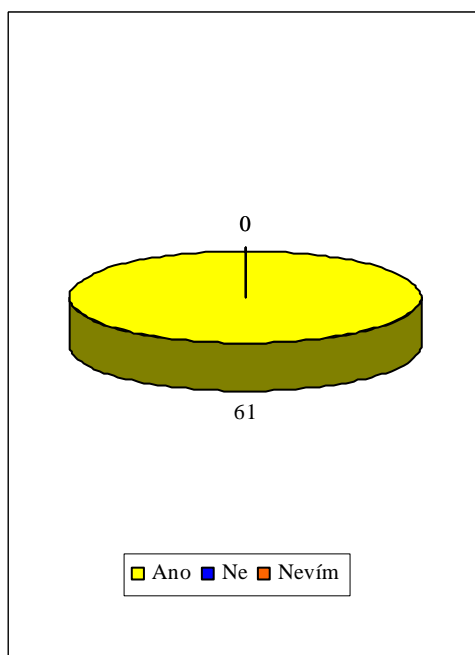
Otázka č. 5: Myslíte, že správná komunikace je potřebná k Vaší práci?

Tabulka č. 5: Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	31	100 %	30	100 %
Ne	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0
Celkem	31	100 %	0	100 %



Graf č. 5: Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá



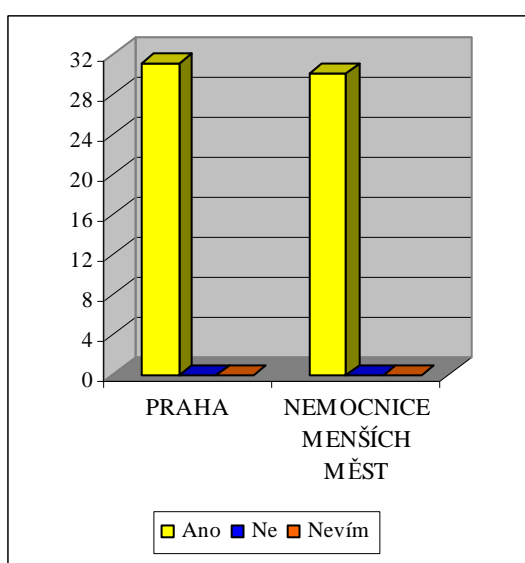
Celkový graf č. 5: Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá

V této otázce se všech 100 % oslovených sester shodlo, že správná komunikace je při jejich práci důležitá.

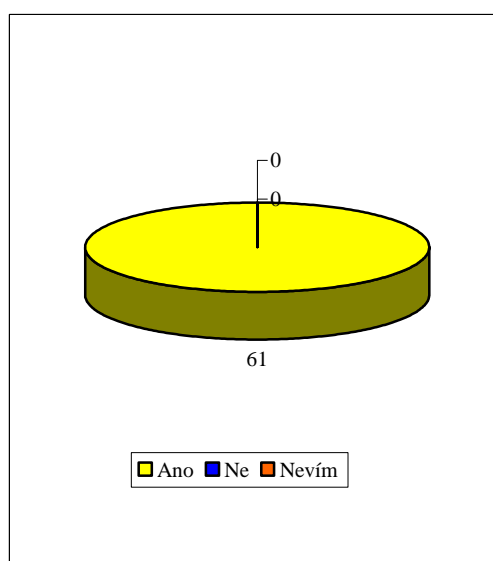
Otázka č. 6: Domníváte se, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta?

Tabulka č. 6: Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	31	100 %	30	100 %
Ne	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 6: Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta



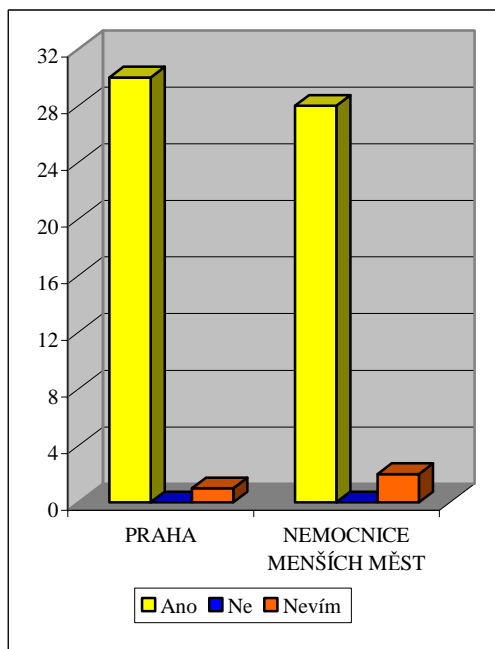
Celkový graf č. 6: Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta

Z otázky vyplynulo, že všech 100 % zdravotních sester si myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta.

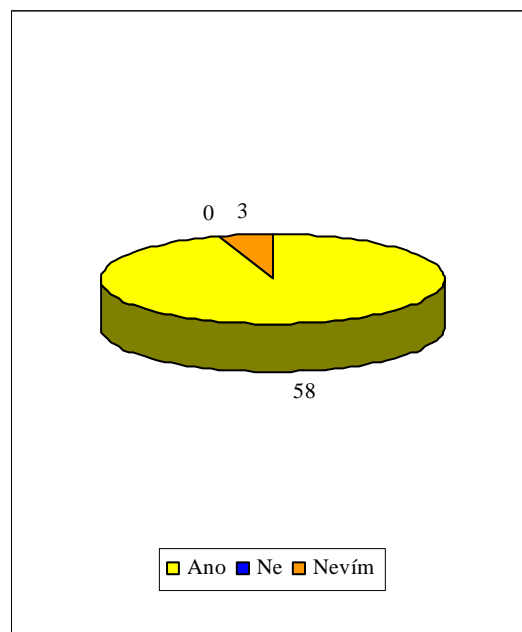
Otázka č. 7: Domníváte se, že předáváte pacientům srozumitelné informace?

Tabulka č. 7: Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	30	97 %	28	93,3 %
Ne	0	0	0	0
Nevím	1	3,2 %	2	6,7 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 7: Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace



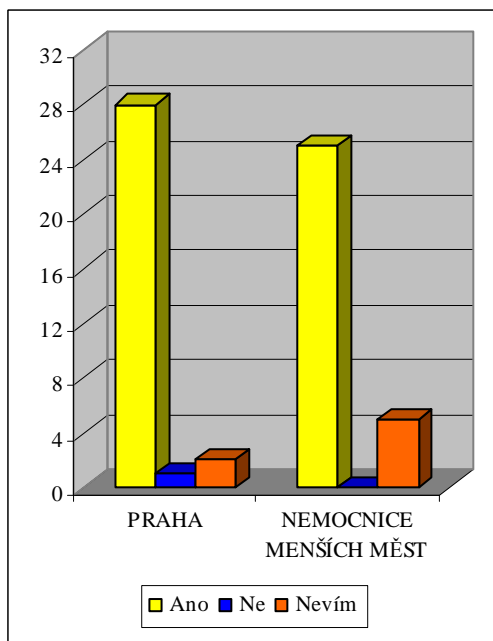
Celkový graf č. 7: Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace

95,1 % sester se domnívá, že předává pacientům srozumitelné informace. Žádná z oslovených si nemyslí, že by nepodávala srozumitelné informace a 3 sestry, tedy 4,9 % neví, zda podávají srozumitelné informace.

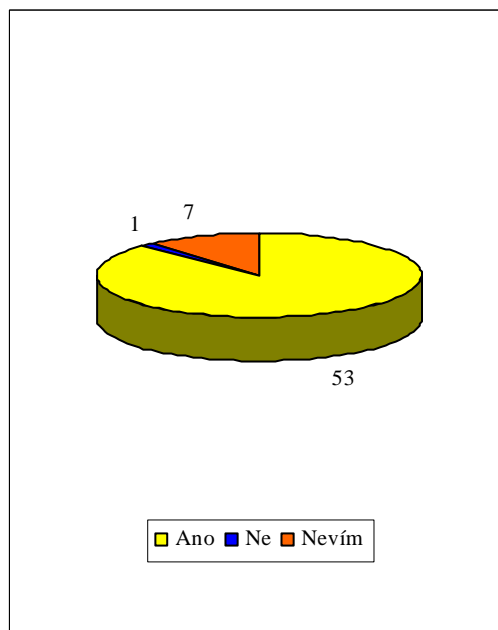
Otázka č. 8: Myslíte si, že Vám pacienti při vzájemné komunikaci rozumí?

Tabulka č. 8: Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	28	90,3 %	25	83,3 %
Ne	1	3,2 %	0	0
Nevím	2	6,5 %	5	17 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 8: Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí



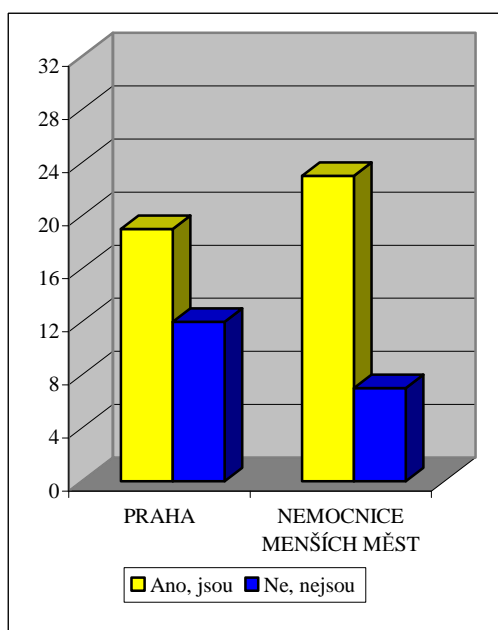
Celkový graf č. 8: Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí

Z odpovědí vyplynulo, že 87 % sester si myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí. Pouze 1 sestra si myslí, že NE. 11,5 % sester odpovědělo, že NEVÍ.

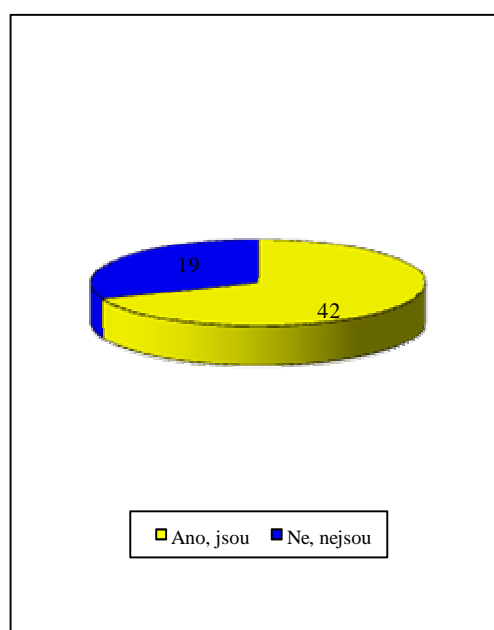
Otázka č. 9: Domníváte se, že jsou rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem?

Tabulka č. 9a: Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY
Ano, jsou	19	61,3 %	23	77 %
Ne, nejsou	12	39 %	7	23,3 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 9: Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem



Celkový graf č. 9: Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem

Z výsledku vyplynulo, že 69 % sester si myslí, že existují rezervy v komunikaci, a 31,2 % si myslí, že rezervy nejsou.

V případě odpovědi ANO mě zajímalo, v čem si myslí, že spočívají rezervy. Odpovědi jsou zobrazeny v následující tabulce.

V případě odpovědi ANO uveďte prosím jaké:

Tabulka č. 9b: Vyjádření, jaké rezervy vidí sestry při komunikaci s pacientem

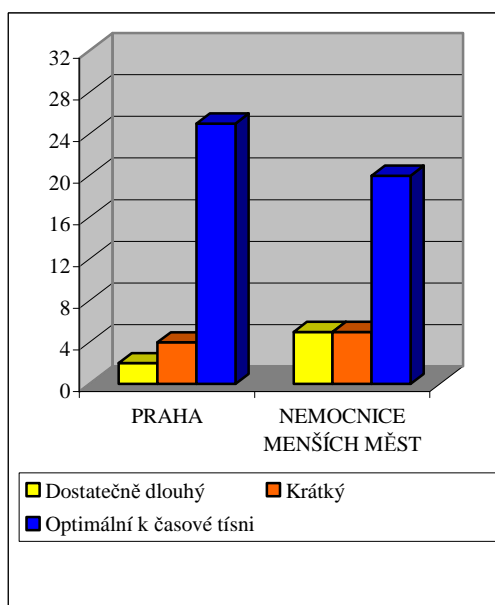
	PRAHA	NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST
Nedostatek času	0	14
Trpělivost	3	2
Přístup	0	1
Tón hlasu	0	1
Jazyková bariéra	0	3
Množství sdělených informací	0	2
Používání slangových výrazů, kterým pacient nerozumí	3	0
Méně práce, více času	11	0
Unavené sestry	1	0

V této tabulce jsou vidět jen vybrané odpovědi, ze kterých vyplývá, že sestry vidí největší rezervy v komunikaci s pacientem v nedostatku času, množství práce, trpělivosti, používání slangových výrazů, jazykové bariéry a dalších.

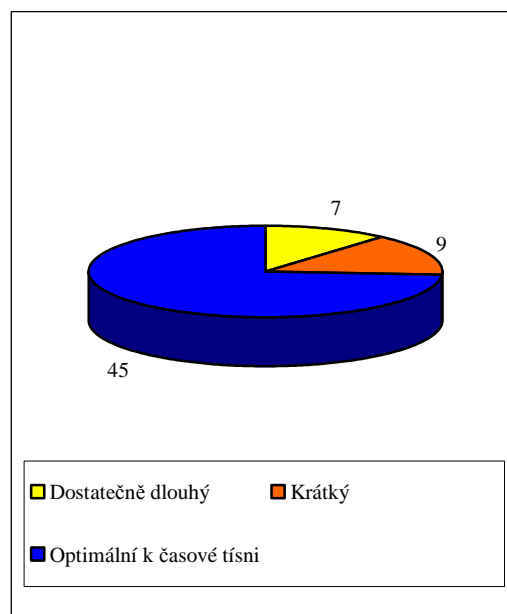
Otázka č. 10: Čas, který věnujete pacientovi při komunikaci, považujete za:

Tabulka č. 10: Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Dostatečně dlouhý	2	6,5 %	5	17 %
Krátký	4	13 %	5	17 %
Optimální k časové tísní	25	81 %	20	67 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 10: Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci



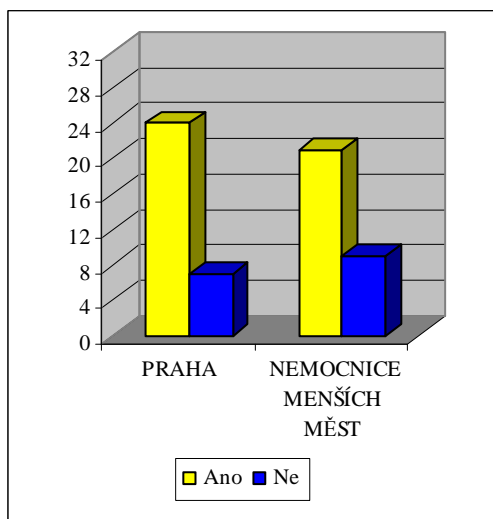
Celkový graf č. 10: Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci

74 % dotazovaných sester považuje čas věnovaný komunikaci s pacientem za optimální k časové tísní, 15 % za krátký a 12 % za dostatečně dlouhý.

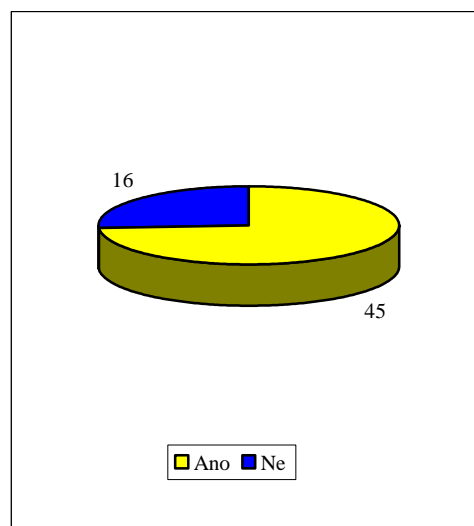
Otázka č. 11: Navštívil/a jste někdy seminář se zaměřením na komunikaci?

Tabulka č. 11: Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	24	77,4 %	21	70 %
Ne	7	23 %	9	30 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 11: Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci



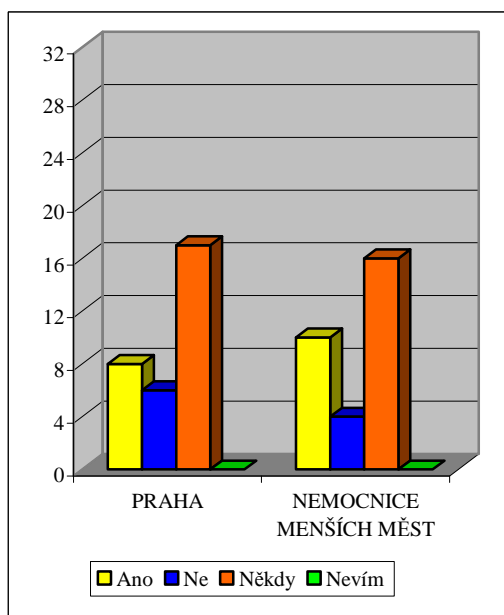
Celkový graf č. 11: Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci

Celkem 74 % sester navštívilo seminář zaměřený na komunikaci a 26,2 % nikdy nenavštívilo seminář na téma komunikace.

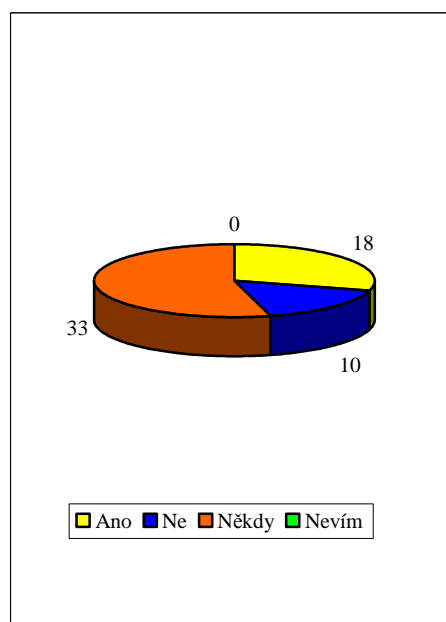
Otázka č. 12: Používáte při komunikaci s pacientem odborné výrazy, např. periferní žilní katétr - kanyla, flexila?

Tabulka č. 12a: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	8	26 %	10	33,3 %
Ne	6	19,4 %	4	13,3 %
Někdy	17	55 %	16	53,3 %
Nevím	0	0	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 12: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy



Celkový graf č. 12: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy

30 % sester přiznalo, že používá při komunikaci s pacientem odborné výrazy. 43,2 % přiznalo, že jich užívá někdy a 16,3 % udalo, že je nepoužívá.

Pokud sestry odpověděly ANO, dále mě zajímalo, které odborné výrazy používají. Odpovědi jsou zobrazeny v následující tabulce.

Pokud ANO, vypište nějaké další výrazy.

Tabulka č. 12b: Odborné výrazy, které sestry používají při komunikaci

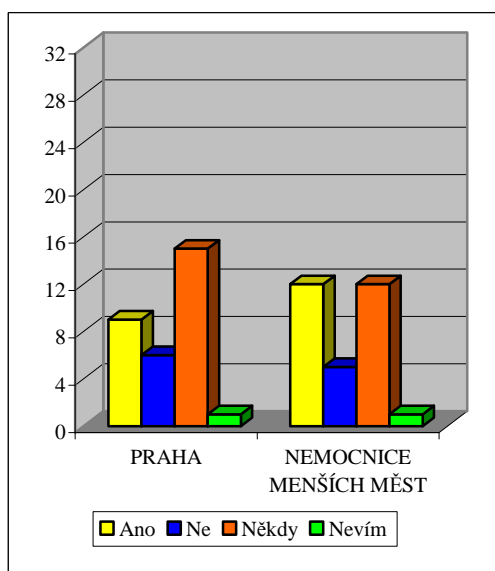
	PRAHA	NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST
Ezmarch	1	0
<i>Fýzák</i>	1	0
CŽK	4	0
Centrál	2	0
Epidurál	2	0
PMK	3	1
Cévka	2	1
CT	1	0
RTG	1	0
Sono	1	0
Druh operace	1	0
Redon	1	0
Bandáže	1	0
Oxymetr	1	0
<i>Artérka</i>	1	0
Klyzma	0	2
PŽK	0	1
Infuze	0	1
Lékové skupiny	0	1
Embolie	0	1
Saturace	0	1
Perforace	0	1
Zajištěná žíla	0	1
Kolostomie	0	2

Z tabulky vyplývá, že sestry k odborným výrazům zařadily i slangové výrazy, které jsou odlišené typem písma. Mezi nejčastěji používané odborné výrazy vypsaly CŽK, PMK, cévka, centrál, epidurál, klyzma, kolostomie, ezmarh, CT, Sono a další, které jsou uvedené v tabulce. V tabulce jsou vidět jen vybrané odpovědi.

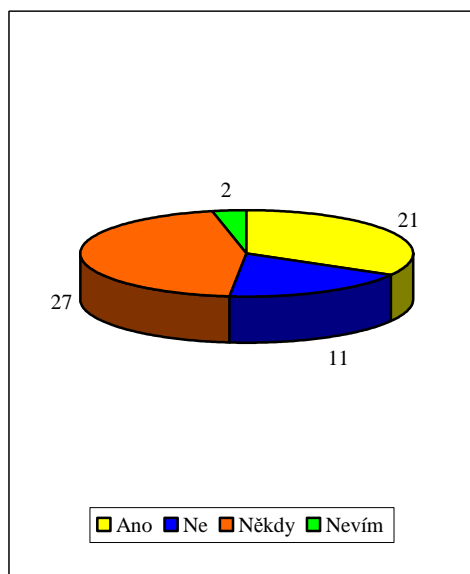
Otázka č. 13: Používáte při komunikaci s pacientem slangové výrazy,
např. kabelka–Redonův drén?

Tabulka č. 13a: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	9	29 %	12	40 %
Ne	6	19,4 %	5	17 %
Někdy	15	48,4 %	12	40 %
Nevím	1	3,2 %	1	3,3 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 13: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy



Celkový graf č. 13: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy

34,4 % sester uvedlo, že při komunikaci s pacientem používá slangové výrazy. 44,2 % odpovědělo, že jich užívá někdy. 18,3 % je nepoužívá a 2 sestry, tedy 3,3 % nedokáže posoudit, zda je užívá.

Pokud sestry odpověděly ANO, opět mě zajímalo, které slangové výrazy používají. Odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce.

Pokud ANO, vypište nějaké další výrazy.

Tabulka č. 13b: Slangové výrazy, které sestry používají při komunikaci

	PRAHA	NEMOCNICE MENSŠÍCH MĚST
Kabelka	1	0
<i>Hadička</i>	1	5
Epík	1	0
Náušnice	1	0
Kolíček	1	0
Taška	1	0
<i>Centrál</i>	1	0
Jehlička	1	0
Sáček	1	0
Krabice	2	0
<i>Hrudní drén</i>	1	0
Pékáčko	0	1
<i>Flexila</i>	0	1
<i>Kyslíkové brýle</i>	0	1
Ponožky	0	1
Včelička	0	2
Bažant	0	1
<i>Gramofón</i>	0	1
Kapačka	0	1
Oblbovák	0	1

Z tabulky vyplývá, že sestry k slangovým výrazům zařadily i odborné výrazy, které jsou odlišené typem písma. Je možné, že některé sestry používají slangové výrazy tak dlouho, že je považují za odborné. Mezi nejčastější používané slangové výrazy, které sestry při komunikaci používají, vypsaly: hadička, krabice, včelička, kabelka, epík, náušnice, kolíček, taška a další, které jsou uvedené v tabulce. V tabulce jsou vidět jen vybrané odpovědi.

Otázka č. 14: Napište, které slangové výrazy používáte, aniž jste si vědomi, že jim pacient nemusí rozumět.

Tabulka č. 14: Slangové výrazy, které sestry používají, aniž by si uvědomovaly, zda jim pacient rozumí

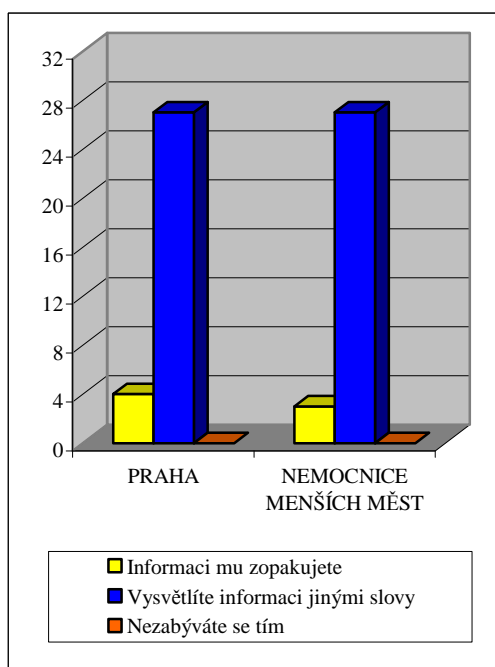
	PRAHA	NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST
Epík	4	0
<i>Centrál</i>	4	1
Keda	1	0
Flexila	1	3
Redon	2	1
<i>Katetr</i>	1	0
<i>JIP</i>	2	2
Fýzák	3	0
Katřas	1	0
Pytlík	1	1
Bandaska	1	0
<i>Kanyla</i>	2	1
<i>Infuze</i>	1	0
Pékáčko	0	5
Pejsek	1	0
Podprdelník	1	0
<i>Cévka</i>	1	3
Kabelka	1	1
<i>Perfuzor</i>	1	0
<i>Žanetka</i>	1	0
Kapačka	0	1
Náladovka	0	1
<i>Gramofón</i>	0	2
<i>Klyzma</i>	0	1
Nevybavuji	7	0

V tabulce je vidět, že sestry k slangovým výrazům zařadily i odborné výrazy, které jsou v tabulce vyjádřeny jiným písmem. Mezi nejčastější slangové výrazy, které sestry používají, uvedly: centrál, pékáčko, JIP, cévka, epík, flexila, redon, fýzák, kanyla, gramofon, kabelka, pytlík, keda, katetr a další, které jsou uvedené v tabulce. Sedm sester uvedlo, že si žádné nevybavuje. V tabulce jsou vidět jen vybrané odpovědi.

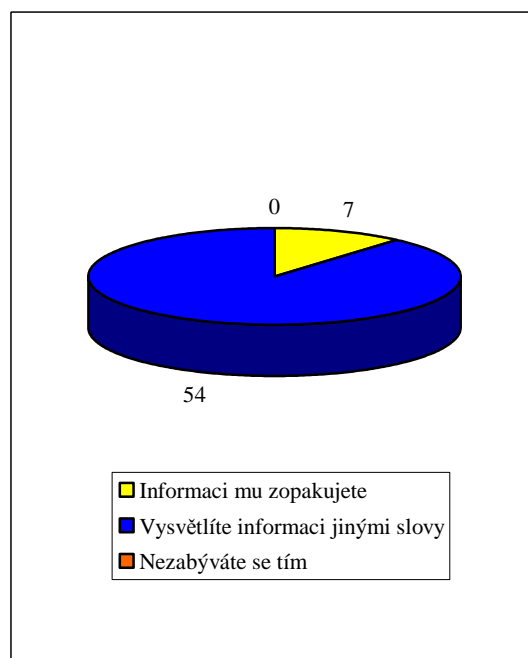
Otázka č. 15: Pokud máte pocit, že Vám pacient nerozumí.

Tabulka č. 15: Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí

		PRAHA	NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Informaci mu zopakujete	4	13 %	3	10 %
Vysvětlíte informaci jinými slovy	27	87 %	27	90 %
Nezabýváte se tím	0	0	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 15: Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí



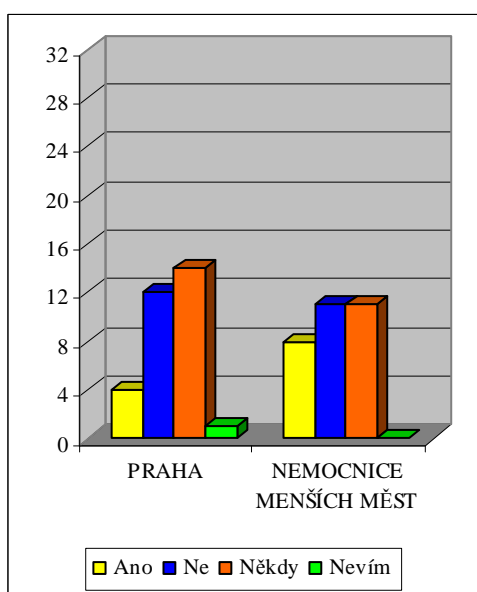
Celkový graf č. 15: Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí

Pokud pacient při komunikaci sestře nerozumí, 11,5 % dotazovaných udalo, že informaci zopakuje. 89 % sester vysvětlí informaci jinými slovy. Žádná ze sester neudala odpověď „Nezabýváme se tím“.

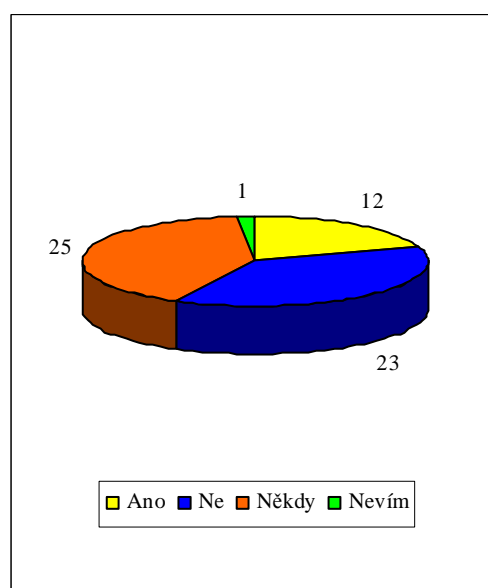
Otázka č. 16: Používáte při komunikaci zkratkové výrazy (JIP, NGS, PMK...)?

Tabulka č. 16: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	4	13 %	8	27 %
Ne	12	33 %	11	37 %
Někdy	14	45,2 %	11	37 %
Nevím	1	3,2 %	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 16: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy



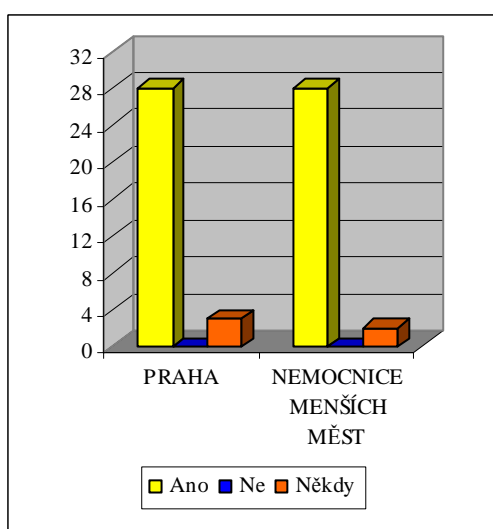
Celkový graf č. 16: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy

Na otázku, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy, odpovědělo 20 % ANO, 38 % NIKOLI a 41 % NĚKDY a jedna setra uvedla odpověď NEVÍM.

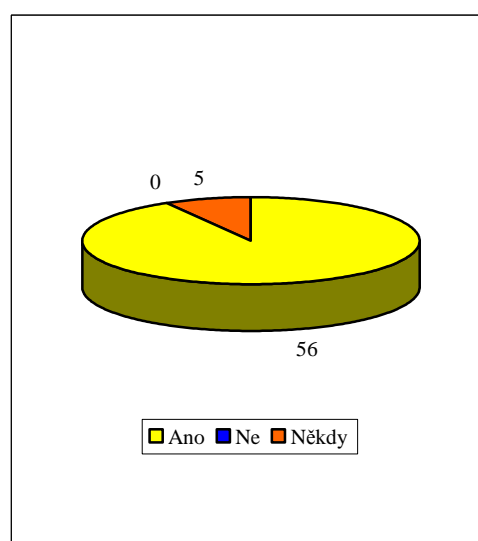
Otázka č. 17: Komunikujete s pacientem, pokud např. odebíráte krev, převazujete ránu atd.?

Tabulka č. 17a: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	28	90,3 %	28	93,3 %
Ne	0	0	0	0
Někdy	3	9,7 %	2	6,7 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 17a: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev



Celkový graf č. 17a: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev

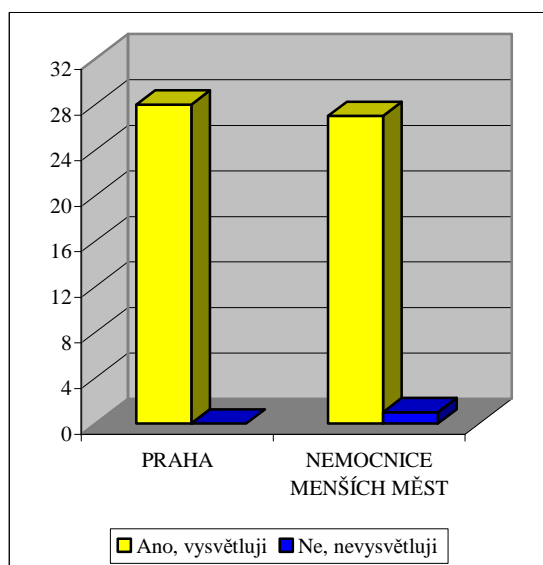
Z celkového grafu je patrné, že při odběru krve komunikuje 92 % sester, pouze pět sester, tedy 8,2 % uvedlo NĚKDY. Žádná ze sester neuvedla odpověď NE.

Pokud sestry odpověděly ANO, zajímalo mě, zda vysvětlují, co právě dělají.

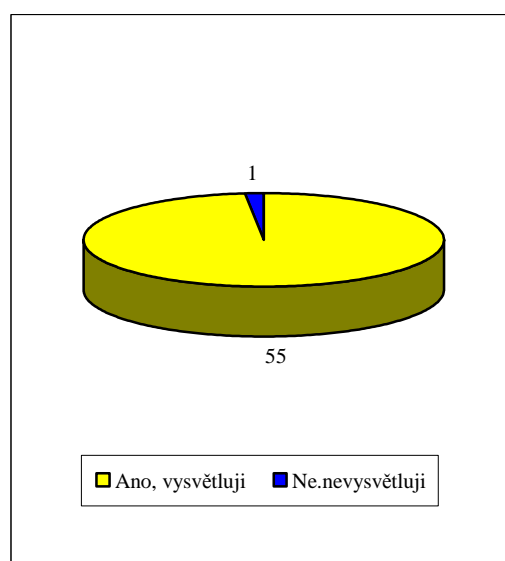
Pokud ANO, vysvětlíte při těchto úkonech, co právě děláte?

Tabulka č. 17b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují při úkonech pacientovi, co právě dělají

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano, vysvětluji	28	100 %	27	96,4 %
Ne, nevysvětluji	0	0	1	3,6 %
Celkem	28	100 %	28	100 %



Graf č. 17b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují při úkonech pacientovi, co právě dělají



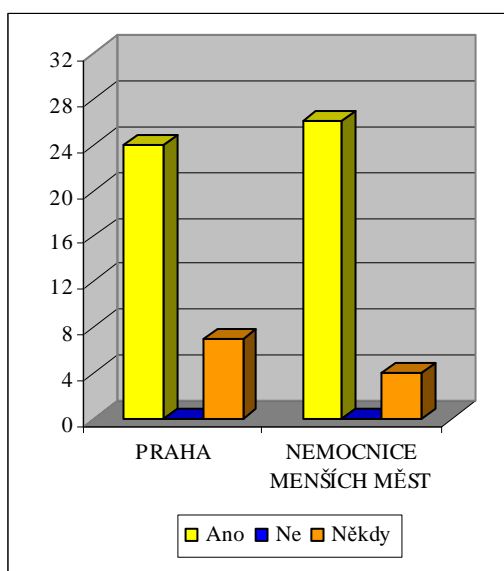
Celkový graf č. 17b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují při úkonech pacientovi, co právě dělají

Z grafu vyplývá, že 98,2 %, tedy téměř všechny sestry vysvětlují při úkonech, co právě dělají. Pouze jedna sestra, což je 1,8 %, uvedla NIKOLI.

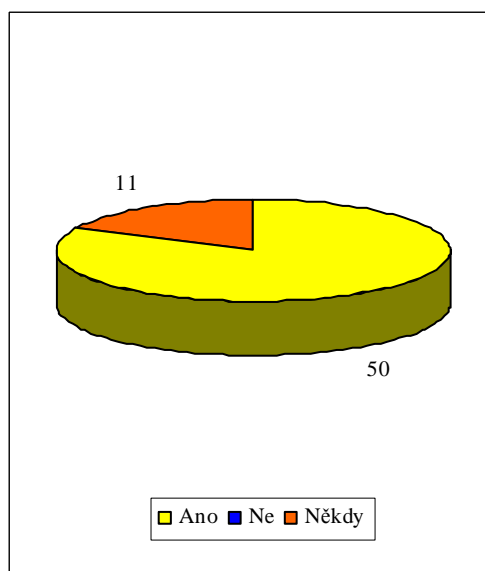
Otázka č. 18: Komunikujete s pacientem zrakově, sluchově či psychicky postiženým, pokud např. odebíráte krev, převazujete ránu atd.?

Tabulka č. 18a: Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	24	77,4 %	26	87 %
Ne	0	0	0	0
Někdy	7	23 %	4	13,3 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 18a: Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev



Celkový graf č. 18a: Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev

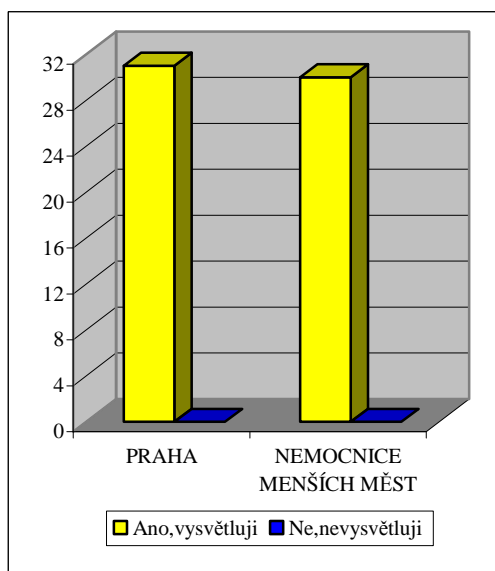
Na otázku, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud u něho něco provádějí, odpovědělo 82 % ANO, 18 % uvedlo NĚKDY. Odpověď NE ne zvolila ani jedna sestra.

Pokud sestry odpověděli ANO, zajímalo mě, zda vysvětlují, co právě dělají.

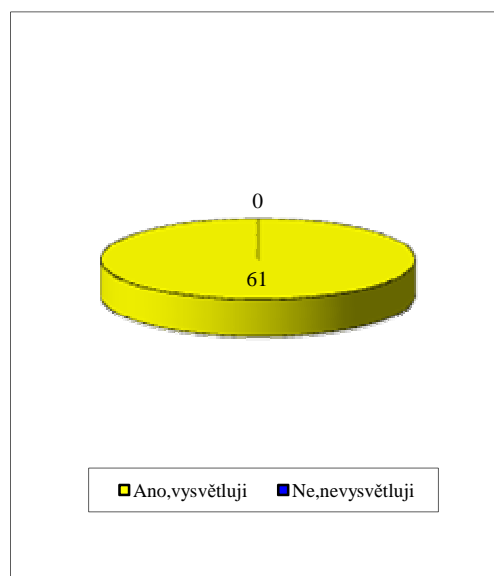
Pokud ANO, vysvětlíte při těchto úkonech, co právě děláte?

Tabulka č. 18b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
	MUŽI	ŽENY	MUŽI	ŽENY
Ano, vysvětluji	31	100 %	30	100 %
Ne, nevysvětluji	0	0	0	0
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 18b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají



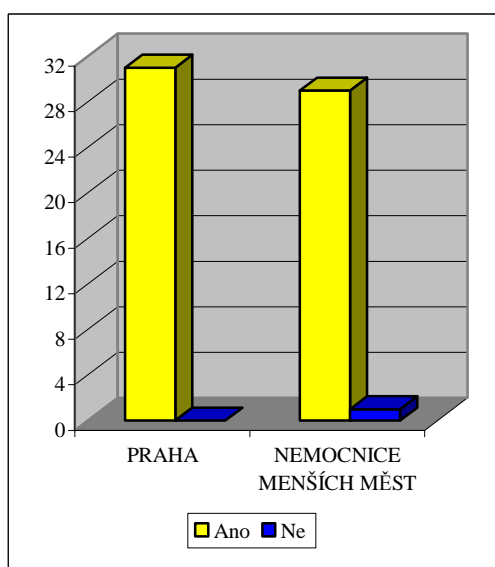
Celkový graf č. 18b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají

V této otázce se všech 100 % sester shodlo, že zrakově, sluchově či psychicky postiženým vysvětlují, co právě dělají.

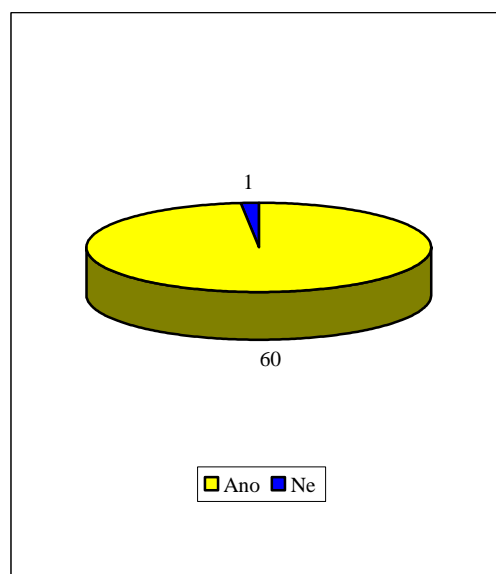
Otázka č.19: Komunikujete s pacientem i mimo prováděné ošetrovatelské úkony?

Tabulka č. 19: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetrovatelské úkony

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Ano	31	100 %	29	97 %
Ne	0	0	1	3,3 %
Celkem	31	100 %	30	100 %



Graf č. 19: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetrovatelské úkony



Celkový graf č. 19: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetrovatelské úkony

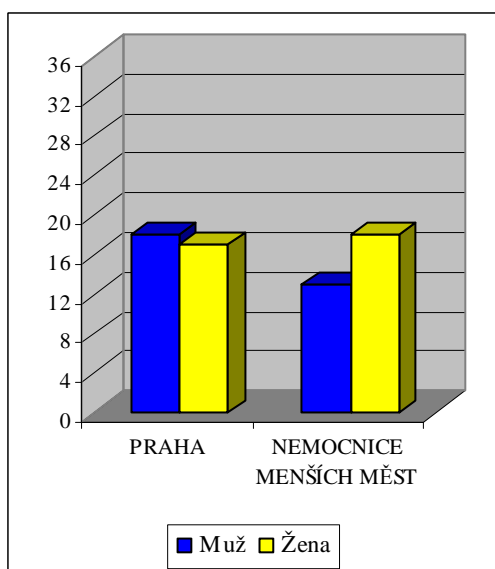
Na otázku, zda sestry komunikují s pacienty i mimo prováděné ošetrovatelské úkony, odpovědělo 98,4 % sester ANO. Jedna sestra, tedy 1,6 %, uvedla odpověď NE.

8.2 PACIENTI

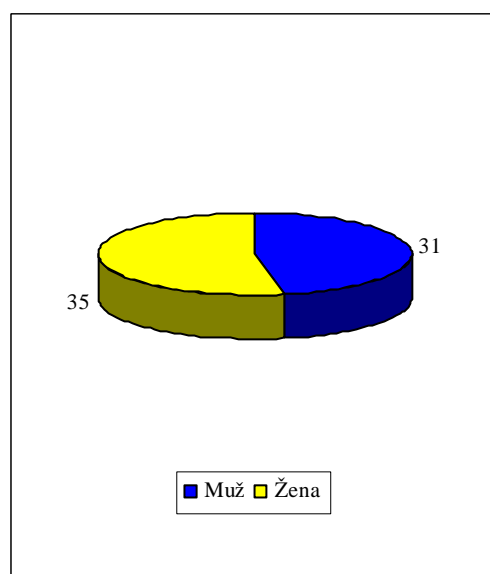
Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1: Pohlaví dotazovaných

	PRAHA		NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST	
Muž	18	51,4 %	13	42 %
Žena	17	49 %	18	58 %
Celkem	35	100 %	31	100 %



Graf č. 1: Pohlaví dotazovaných



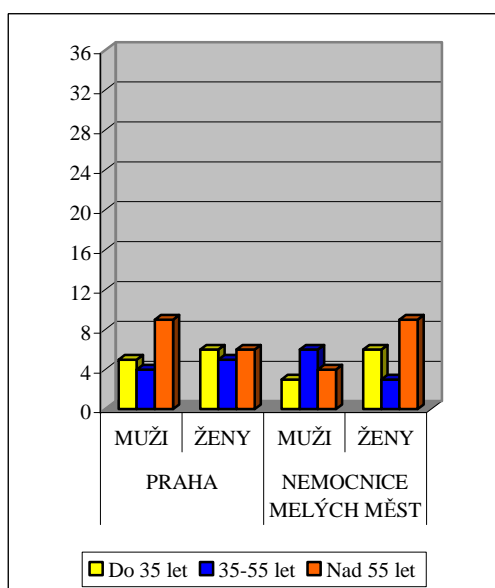
Celkový graf č. 1: Pohlaví dotazovaných

Z grafu vyplývá, že 53 % dotazovaných bylo pohlaví ženského a 47 % pohlaví mužského.

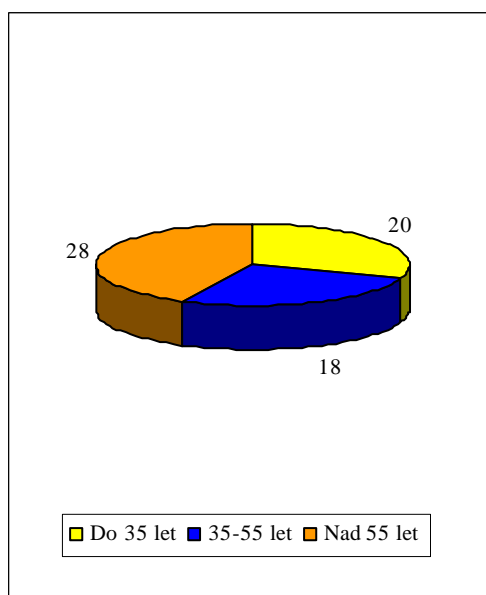
Otázka č. 2: Váš věk

Tabulka č. 2: Věk dotazovaných

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Do 35 let	5	28 %	6	35,3 %	3	23,1 %	6	33,3 %
35 - 55 let	4	22,2 %	5	29,4 %	6	46,2 %	3	17 %
Nad 55 let	9	50 %	6	35,3 %	4	31 %	9	50 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 2: Věk dotazovaných



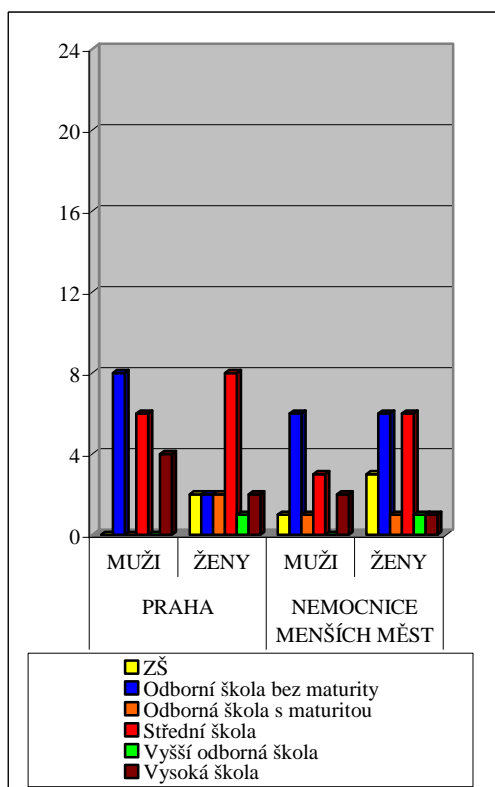
Celkový graf č. 2: Věk dotazovaných

30,3 % dotazovaných nebylo starších 35 let. 27,3 % se věkem pohybovalo mezi 35–55 lety a 42,4 % respondentů bylo starších 55 let.

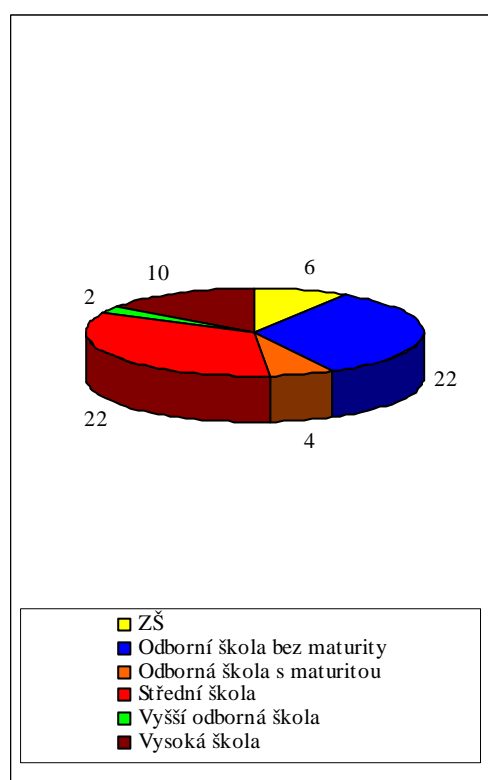
Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
ZŠ	0	0	2	11 %	1	7,7 %	3	17 %
Odborná škola bez maturity	8	44 %	2	11 %	6	46 %	6	33 %
Odborná škola s maturitou	0	0	2	11 %	1	7,7 %	1	5,6 %
Střední škola	6	33 %	8	47 %	3	23 %	6	33 %
Vyšší odborná škola	0	0	1	5,9 %	0	0	1	5,6 %
Vysoká škola	4	22 %	2	11 %	2	15,4 %	1	5,6 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



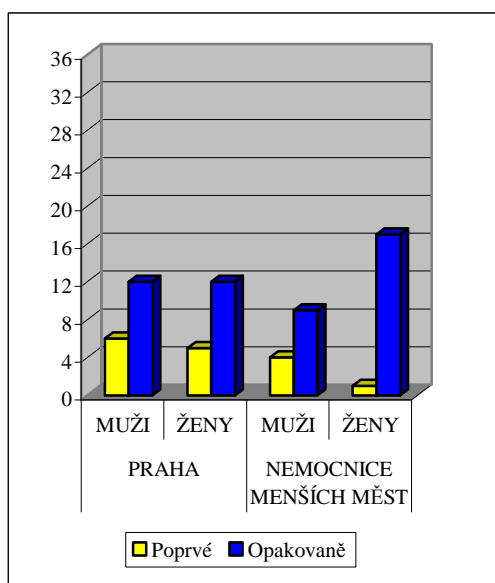
Celkový graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

9 % oslovených mělo ukončeno základní vzdělání, 33 % odbornou školu bez maturity, 6 % odbornou školu s maturitou, 33 % střední školu, 3 % vyšší odbornou školu a 10 % dotazovaných mělo vysokoškolské vzdělání.

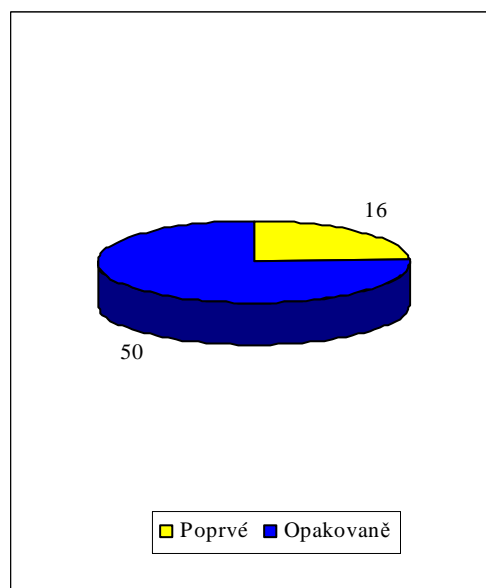
Otázka č. 4: Jste hospitalizován/a?

Tabulka č. 4: Vyjádření, zda je pacient hospitalizován

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Poprvé	6	33 %	5	29 %	4	30,1 %	1	5,6 %
Opakovaně	12	67 %	12	70,1 %	9	69 %	17	94 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 4: Vyjádření, zda je pacient hospitalizován



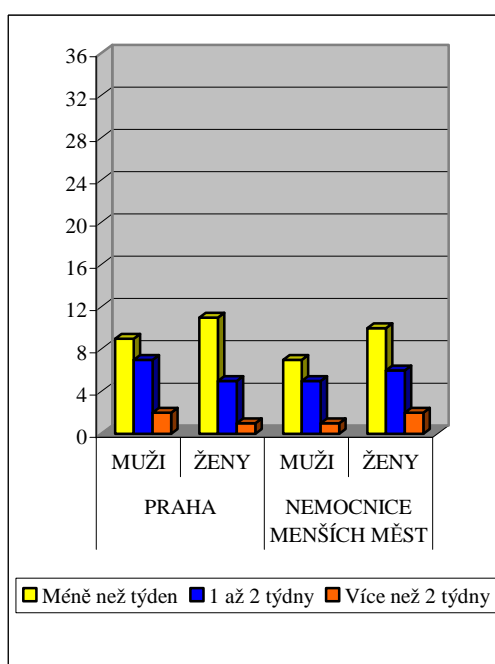
Celkový graf č. 4: Vyjádření, zda je pacient hospitalizován

76 % dotazovaných při vyplňování dotazníku bylo hospitalizovaných opakovaně, 24,2 % naopak poprvé.

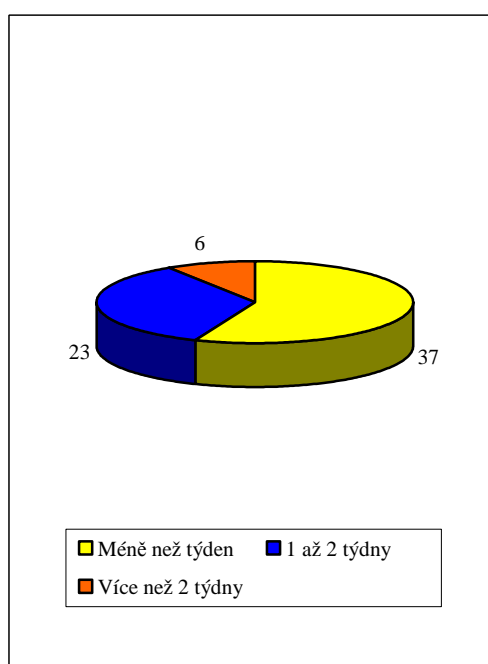
Otázka č. 5: Délka Vaší hospitalizace je?

Tabulka č. 5: Délka hospitalizace

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Méně než týden	9	50 %	11	65 %	7	54 %	10	56 %
1 až 2 týdny	7	39 %	5	29 %	5	38 %	6	33 %
Více než 2 týdny	2	11 %	1	5,9 %	1	7,7 %	2	11 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 5: Délka hospitalizace



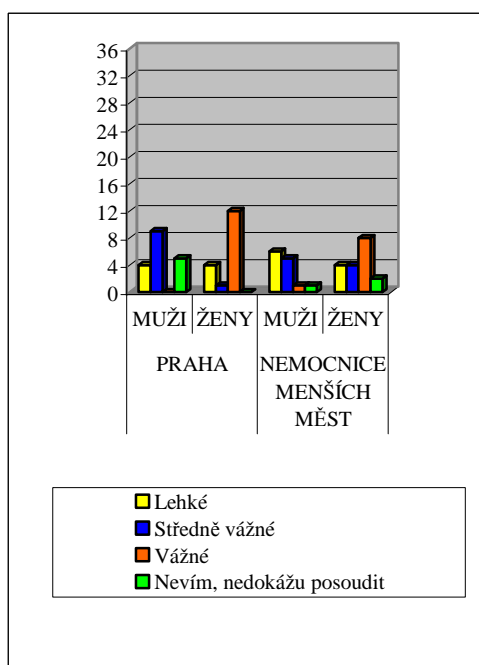
Celkový graf č. 5: Délka hospitalizace

56,1 % dotazovaných uvedlo, že jejich hospitalizace je kratší než týden. U 35 % respondentů se délka hospitalizace pohybuje mezi 1 až 2 týdny a 9,1 % je hospitalizováno více než 2 týdny.

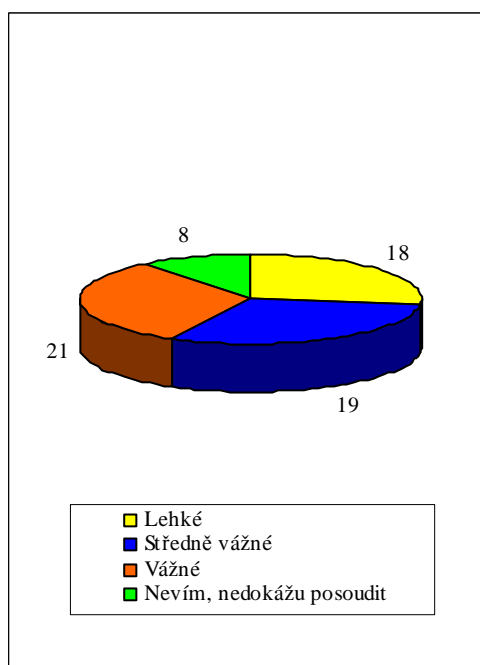
Otázka č. 6: Vaše onemocnění, se kterým jste hospitalizován/á, je pro Vás.

Tabulka č. 6: Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Lehké	4	22 %	4	23,5 %	6	47 %	4	22 %
Středně vážné	9	50 %	1	5,6 %	5	39 %	4	22 %
Vážné	0	0	12	71 %	1	7,7 %	8	44 %
Nevím, nedokážu posoudit	5	28 %	0	0	1	7,7 %	2	11 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 6: Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění



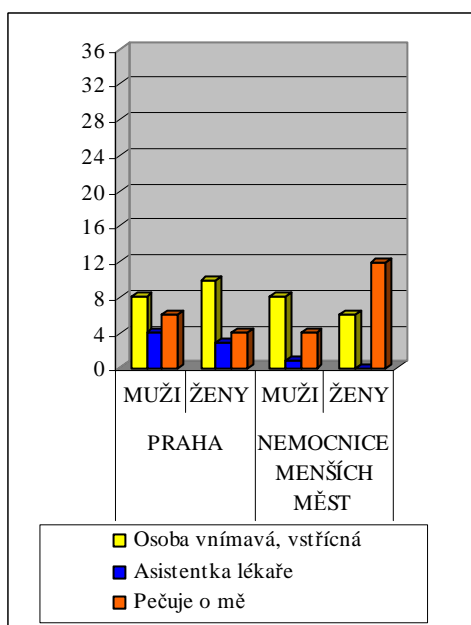
Celkový graf č. 6: Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění

Z grafu vyplývá, že 27 % dotazovaných považuje své onemocnění za lehké, 29 % za středně těžké, 32 % za vážné a 12 % respondentů nedokáže posoudit závažnost svého onemocnění.

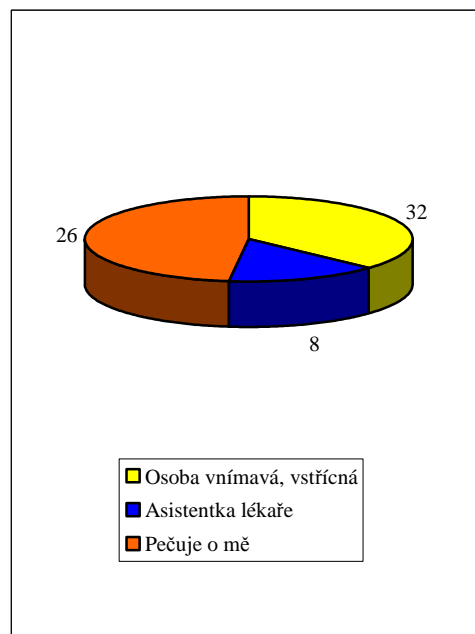
Otázka č. 7: Čím je pro Vás zdravotní sestra?

Tabulka č. 7: Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Osoba vnímavá, vstřícná, zastupující pacienta	8	44 %	10	59 %	8	62 %	6	33 %
Asistentka lékaře	4	22 %	3	18 %	1	7,7 %	0	0
Pečuje o mě	6	33 %	4	24 %	4	31 %	12	67 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 7: Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra



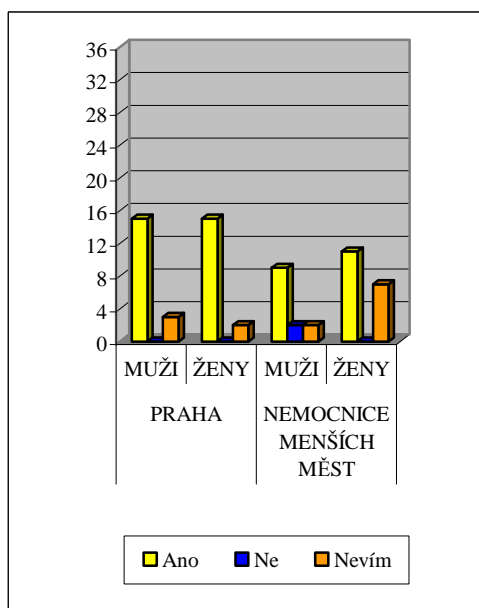
Celkový graf č. 7: Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra

Pro 64 % respondentů je sestra osoba vnímavá, vstřícná, zastupující pacienta. Pro 12 % asistentka lékaře a pro 39 % pečovatelka o jejich osobu.

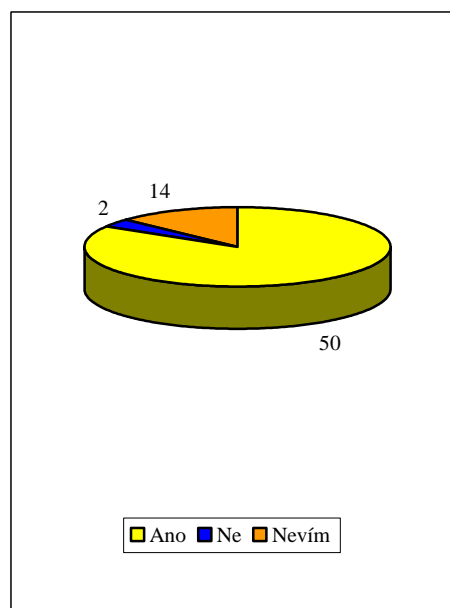
Otázka č. 8: Máte dostatečné informace o svém onemocnění?

Tabulka č. 8a: Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	15	83 %	15	88 %	9	69 %	11	61 %
Ne	0	0	0	0	2	15,4 %	0	0
Nevím	3	17 %	2	12 %	2	15,4 %	7	39 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 8a: Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění



Celkový graf č. 8a: Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění

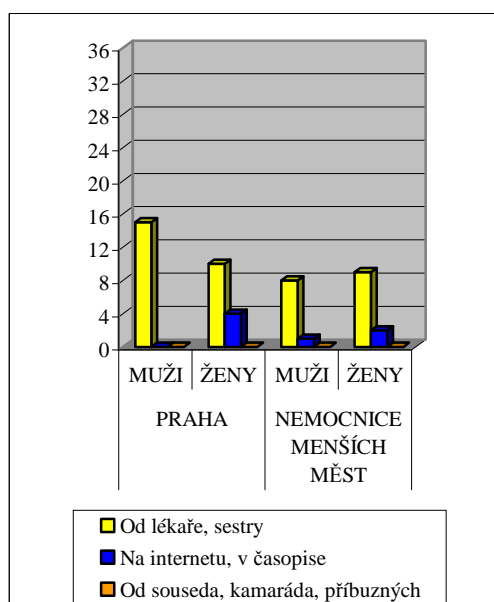
Z grafu vyplývá, že pro 76 % oslovených jsou informace o jejich onemocnění dostačující, pro 3 % NE a 21 % odpovědělo NEVÍM.

Pokud respondenti odpověděli ANO, zajímalo mě, kde tyto informace získali.

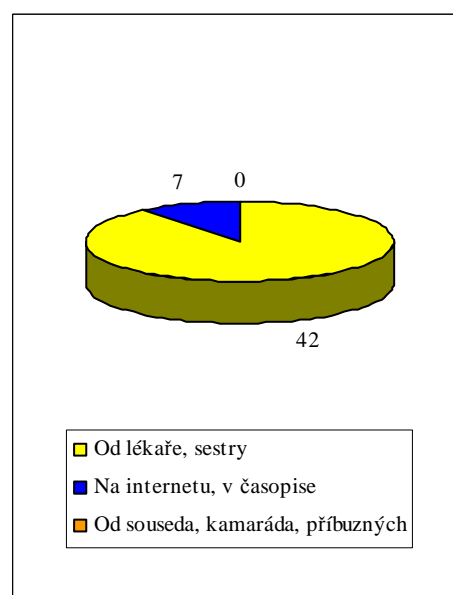
Pokud ANO, kde jste tyto informace získal/a.

Tabulka č. 8b: Vyjádření, kde nemocní získali informace o své nemoci

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Od lékaře, sestry	15	23 %	10	71 %	8	89 %	9	82 %
Na internetu, v časopise	0	0	4	29 %	1	11 %	2	18 %
Od souseda, kamaráda, příbuzných	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	15	100 %	14	100 %	9	100 %	11	100 %



Graf č. 8b: Vyjádření, kde nemocní získali informace o své nemoci



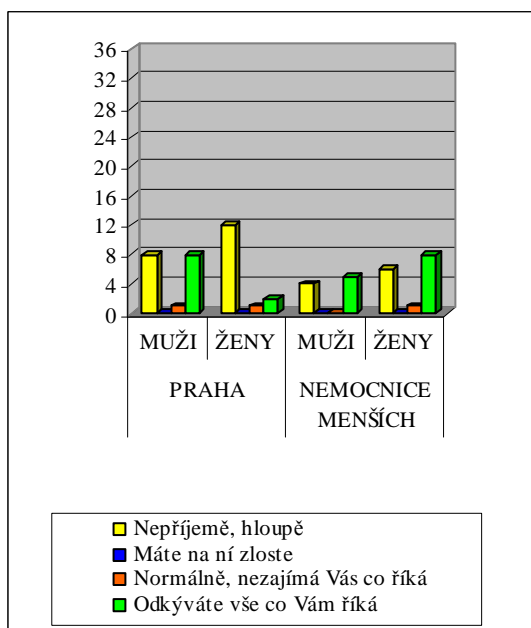
Celkový graf č. 8b: Vyjádření, kde nemocní získali informace o své nemoci

86 % odpovídajících získalo informace o své nemoci od lékaře, sestry, 14 % na internetu, v časopise. Odpověď od souseda, kamarádů či od příbuzných nezvolil nikdo.

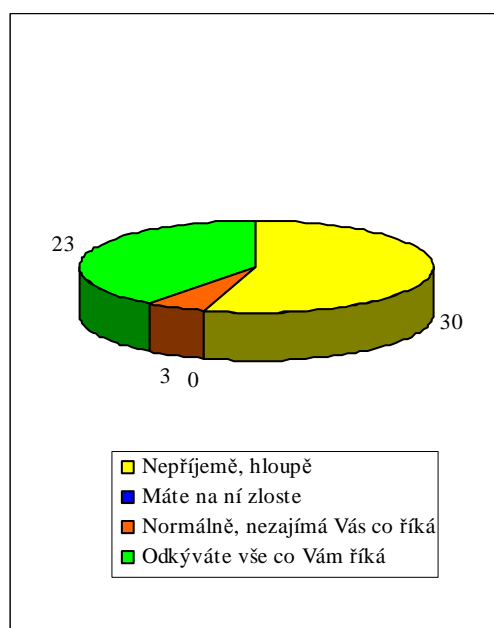
Otázka č. 9: Pokud s Vámi sestra komunikuje o něčem, čemu nerozumíte, cítíte se.

Tabulka č. 9: Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Nepříjemně, hloupě	8	44 %	12	70,6 %	4	30,2 %	6	33 %
Máte na ní zlost	0	0	0	0	0	0	0	0
Normálně, nezajímá Vás, co říká	1	5,6 %	1	5,9 %	0	0	1	5,6 %
Odkýváte vše, co Vám říká	8	44 %	2	12 %	5	38 %	8	44 %
Neodpovědělo	1	5,6 %	2	12 %	4	30,1 %	3	17 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 9: Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí



Celkový graf č. 9: Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí

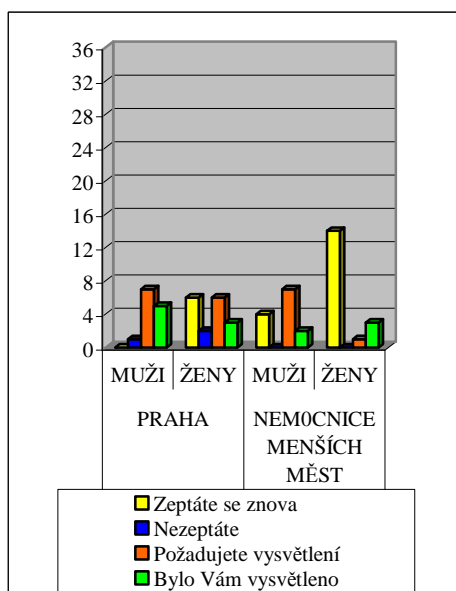
Z grafu vyplývá, že 54 % dotazovaných se cítí hloupě, pokud s nimi sestra komunikuje a oni jí nerozumí. 41 % přiznalo, že odkývá, co jim sestra říká. 5 % odpovědělo „normálně, nezajímá Vás, co říká“.

Zajímavé je, že na tuto otázku neodpovědělo 10 respondentů. Proto tito dotazovaní nejsou v předchozím procentuálním vyjádření započítáni.

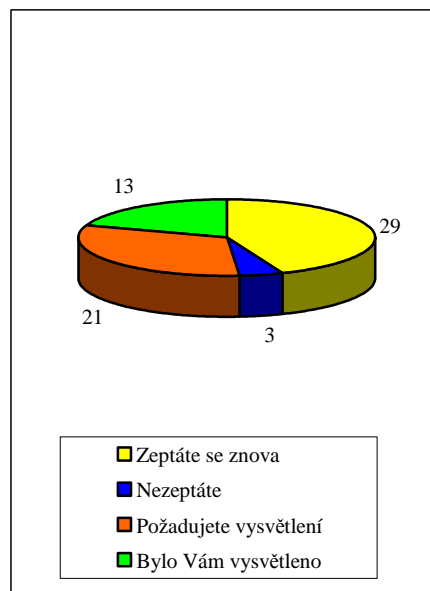
Otázka č. 10: Pokud sestra používá odborné výrazy, kterým nerozumíte.

Tabulka č. 10: Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Zeptáte se znova	5	28 %	6	35 %	4	31 %	14	78 %
Nezeptáte	1	5,6 %	2	12 %	0	0	0	0
Požadujete vysvětlení	7	39 %	6	35 %	7	54 %	1	5,6 %
Bylo Vám vysvětleno	5	28 %	3	18 %	2	15,4 %	3	17 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 10: Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy



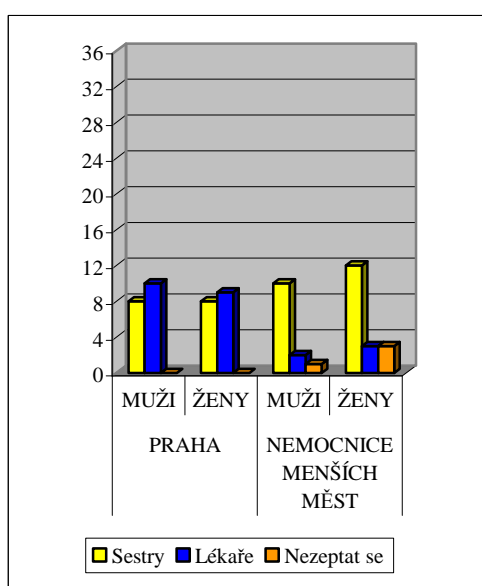
Celkový graf č. 10: Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy

Pokud sestra používá odborné výrazy, kterým pacienti nerozumí, odpovědělo 45 % dotazovaných, že se zeptá znova. 4,5 % se nezeptá, 32 % požaduje vysvětlení a 20 % odpovědělo, že jim bylo vše vysvětleno.

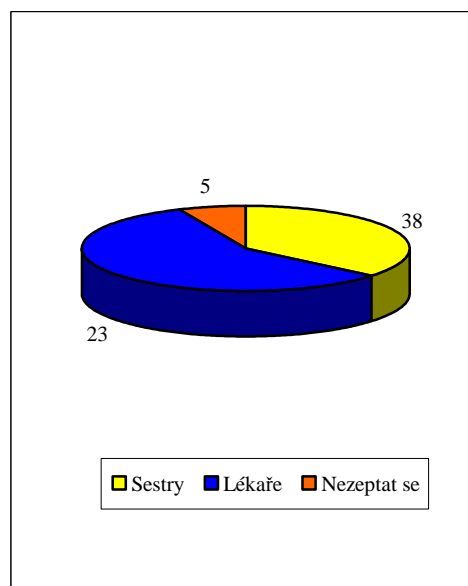
Otázka č. 11: Myslíte si, že na nesrozumitelné výrazy je lepší se zeptat?

Tabulka č. 11: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Sestry	8	44 %	8	47 %	10	77 %	12	67 %
Lékaře	10	56 %	9	53 %	2	15 %	3	17 %
Nezeptat se	0	0	0	0	1	7,7 %	3	17 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 11: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat



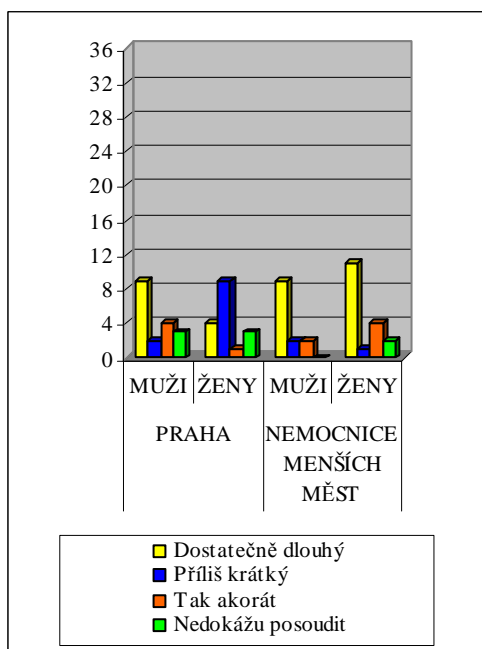
Celkový graf č. 11: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat

Na nesrozumitelné výrazy se 58 % oslovených zeptá sestry, 36 % lékaře a 6,1 % se znova nikoho nezeptá.

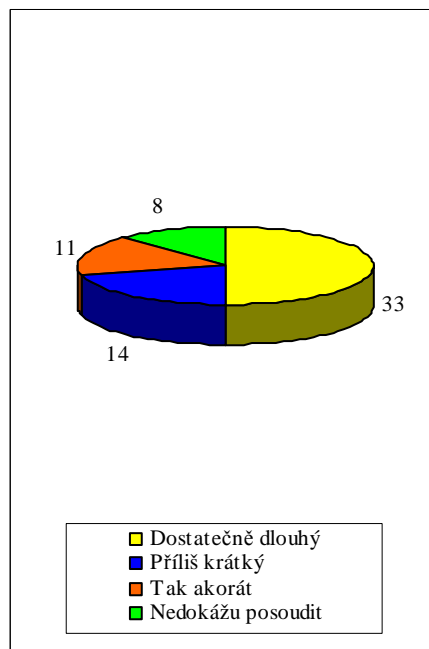
Otázka č. 12: Čas, který Vám sestra při komunikaci věnuje, považujete za:

Tabulka č. 12: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Dostatečně dlouhý	9	50 %	4	24 %	9	69 %	11	61 %
Příliš krátký	2	11 %	9	52,3 %	2	15,4 %	1	5,6 %
Tak akorát	4	22 %	1	5,9 %	2	15,4 %	4	22 %
Nedokážu posoudit	3	17 %	3	18 %	0	0	2	11 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 12: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času



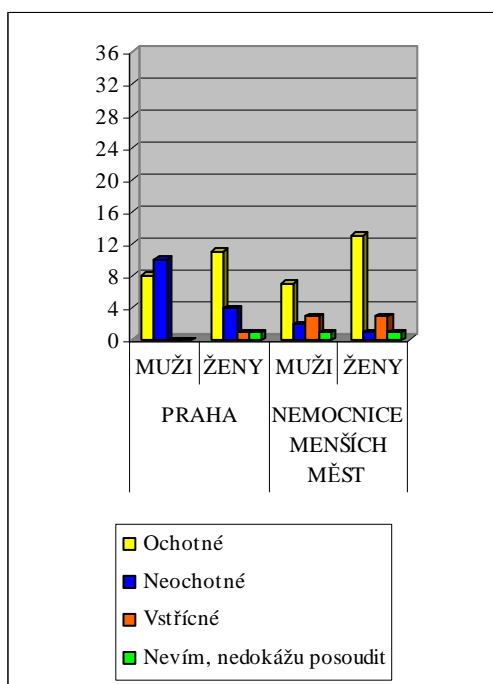
Celkový graf č. 12 – vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času

50 % oslovených si myslí, že jim sestra věnuje dostatek času při komunikaci. 23 % respondentů považuje čas, který jim sestra věnuje, za příliš krátký, 17 % za tak akorát a 12 % nedokáže posoudit.

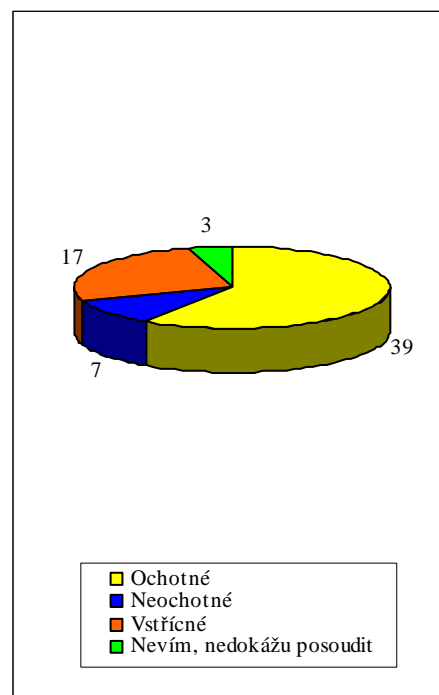
Otázka č. 13: Jaké jste zažily při komunikaci se zdravotníky projevy?

Tabulka č. 13: Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ochotné	8	44,4 %	11	65 %	7	53,4 %	13	72 %
Neochotné	10	56 %	4	24 %	2	15,4 %	1	5,6 %
Vstřícné	0	0	1	5,9 %	3	23 %	3	17 %
Nevím, nedokážu posoudit	0	0	1	5,9 %	1	7,7 %	1	5,6 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 13: Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky



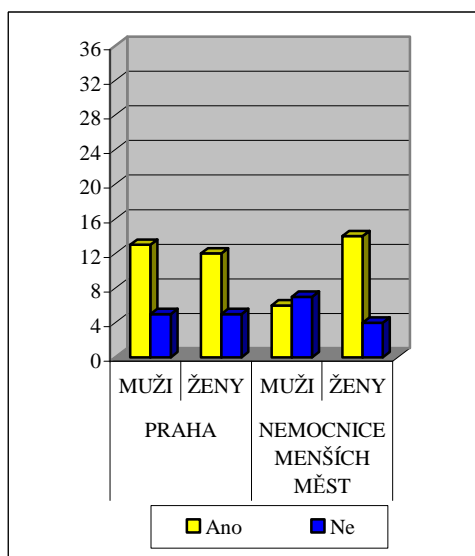
Celkový graf č. 13: Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky

Z grafu vyplynulo, že 59 % se setkala s ochotnými projevy ze strany zdravotníků, 26 % se vstřícnými, 11 % s neochotnými, 4,5 % neví, nedokáže posoudit.

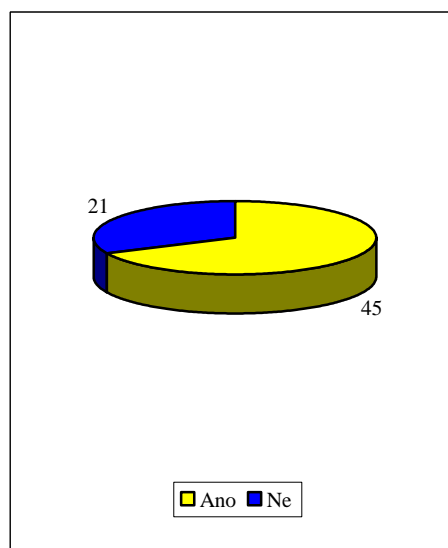
Otázka č. 14: Myslíte si, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji?

Tabulka č. 14: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	13	72 %	12	71 %	6	46 %	14	78 %
Ne	5	28 %	5	29 %	7	54 %	4	22,2 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 14: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji



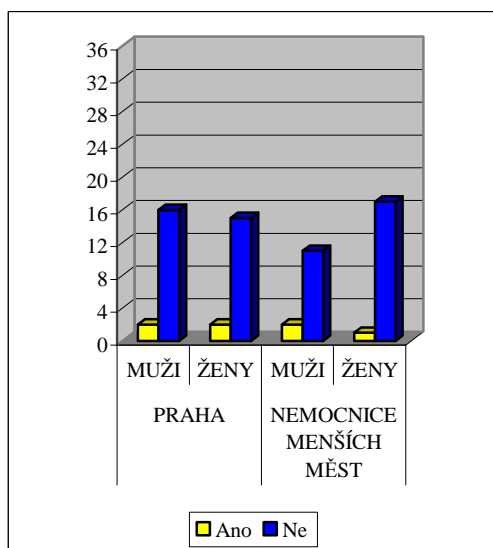
Celkový graf č. 14: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji

Ze všech dotazovaných si 68 % myslí, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji a 32 % NE.

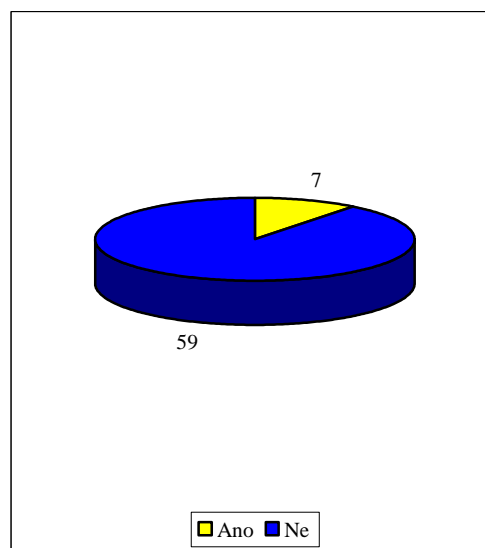
Otázka č. 15: Dokážete si vybavit nějaké slovo, výraz, kterému jste nerozuměl/a?

Tabulka č. 15: Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	2	11 %	2	12 %	2	15,4 %	1	5,6 %
Ne	16	89 %	15	88 %	11	85 %	17	94,4 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 15: Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli



Celkový graf č. 15: Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli

89 % respondentů se nesetkalo s výrazem od zdravotníků, kterému by nerozuměli, 11 % ANO.

Pokud respondenti odpověděli ANO, zajímalo mě, kterým výrazům nerozuměli. Odpovědi jsou uvedeny níže.

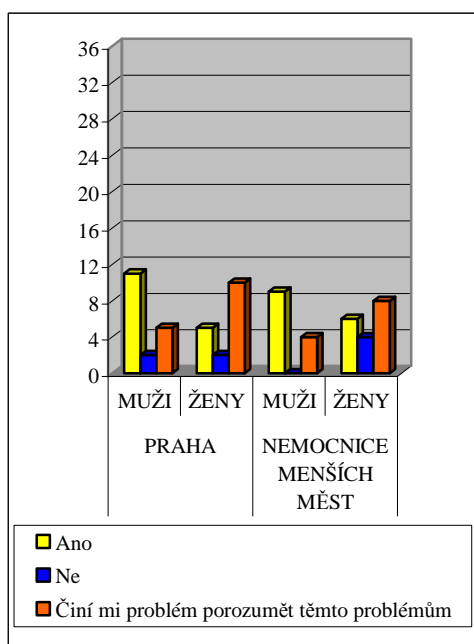
Odpovědi na výrazy, kterým respondenti nerozuměli, byly: Crohnova nemoc, pasáž, jméno jejich nemoci, NGS a jedna odpověď byla, že jich je mnoho.

Otázka č. 16: Orientujete se ve zkratkách ve zdravotnické terminologii?

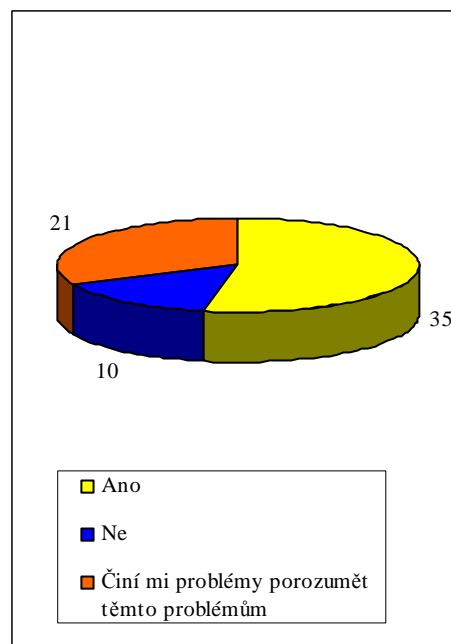
(JIP - jednotka intenzivní péče, NGS - nazogastrická sonda, RTG - rentgen, PMK - permanentní močový katétr)

Tabulka č. 16: Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	11	61 %	5	29 %	9	69 %	6	33 %
Ne	2	11 %	2	12 %	0	0	4	22 %
Činí mi problémy porozumět těmto výrazům	5	28 %	10	59 %	4	31 %	8	44 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 16: Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii



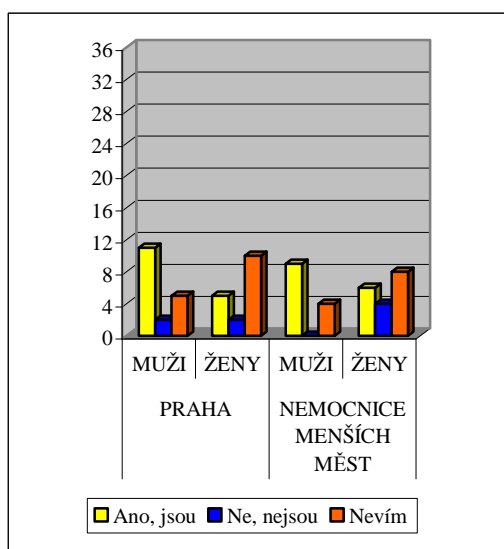
Celkový graf č. 16: Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii

Z celkového grafu vyplynulo, že 47 % dotazovaných si myslí, že se orientuje ve zkratkách ve zdravotnické terminologii, 12,1 % NE. 41 % přiznalo, že jim činí problémy porozumět těmto výrazům.

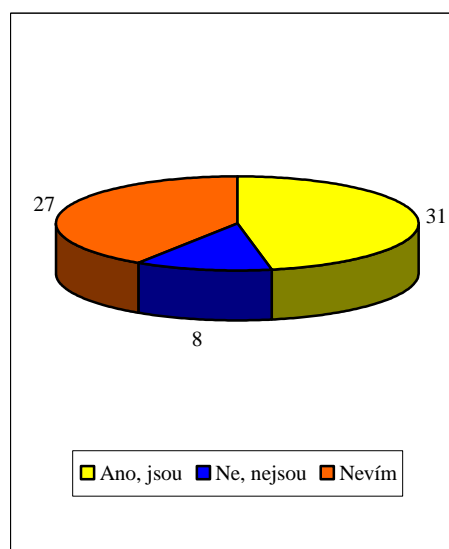
Otázka č. 17: Myslíte si, že jsou rezervy ve zlepšení komunikace mezi zdravotníky a pacienty?

Tabulka č. 17: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano, jsou	11	61 %	5	29 %	9	69 %	6	33 %
Ne, nejsou	2	11 %	2	12 %	0	0	4	22 %
Nevím	5	28 %	10	59 %	4	31 %	8	44 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 17: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem



Celkový graf č. 17: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem

47 % oslovených si myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem, 12 % NE a 41 % neví, nedokáže posoudit.

Pokud respondenti odpověděli ANO, zajímalo mě, jaké jsou ty rezervy. Odpovědi jsou uvedeny níže.

Na to, jaké jsou rezervy, respondenti odpovídali:

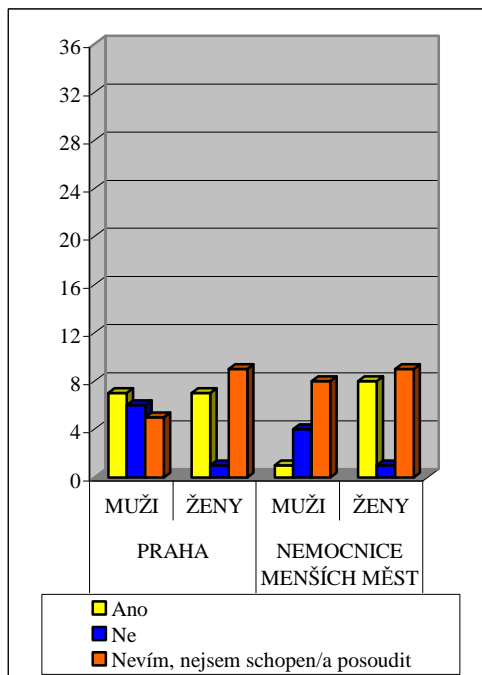
- jsou a vždy budou,
- je to o lidech,
- více slušnosti,
- ohled,

- zdravotní sestry si berou osobní problémy do práce,
- rezervy jsou dány individuálními rozdíly mezi lidmi,
- zkrácení čekací doby na vyšetření,
- ze strany zdravotníků méně odborných výrazů,
- lékaři nazývají vše složitě,
- více informací o onemocnění,
- více péče,
- vstřícnost,
- ochota,
- trpělivost,
- nedostatek času.

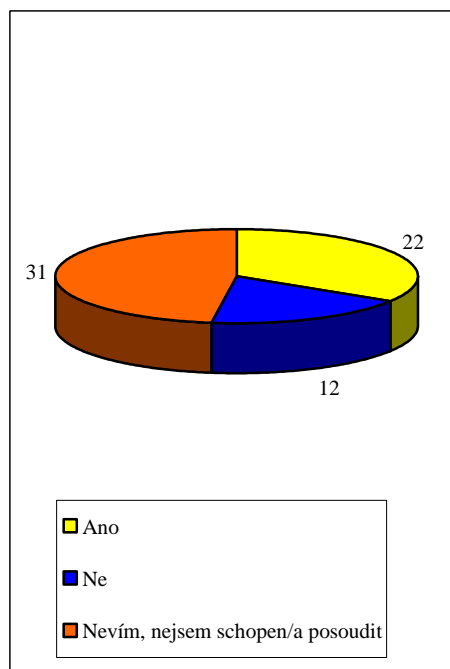
Otázka č. 18: Myslíte si, že je rozdíl v komunikaci zdravotníků a pacientů ve velkoměstě nebo na malém městě?

Tabulka č. 18: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a na malém městě

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	7	39 %	7	41,2 %	1	7,7 %	8	44,4 %
Ne	6	33 %	1	5,9 %	4	31 %	1	5,6 %
Nevím, nejsem schopen/a posoudit	5	28 %	9	53 %	8	62 %	9	50 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 18: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a na malém městě



Celkový graf č. 18: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a malém městě

Z celkového grafu vyplývá, že 35 % respondentů si myslí, že jsou rozdíly v komunikaci zdravotníků a pacientů ve velkoměstě a na malém městě, 18 % NE a 47 % neví, není schopen/a posoudit.

Pokud respondenti odpověděli ANO, zajímalo mě, v čem si myslí, že je ten rozdíl. Odpovědi jsou uvedeny níže.

Na tuto otázku respondenti uvedli:

Ve velkých městech:

- menší zájem,
- méně času,
- na klinikách se chovají povýšeně,
- důležitější je diagnóza než pacient,
- dělají to jen pro peníze,
- malá motivace a nezájem o práci,
- rozdíl v přístupu k pacientovi.

Mezi další názor na město naopak bylo uvedeno:

- ve velkoměstě je vstřícnější přístup, a to je dáno vybavením, zaměřením a zkušeností zdravotníků,
- v odbornosti,
- v odlišném sociální prostředí.

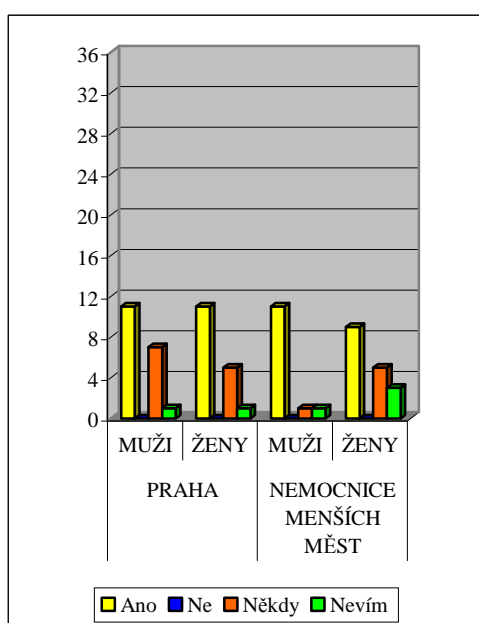
V menších městech jsou:

- vstřícní,
- snaživí,
- lidé se znají,
- větší důvěra,
- osobní přístup,
- počet zdravotního personálu,
- s pacientem v menších městech jednají jako s dítětem.

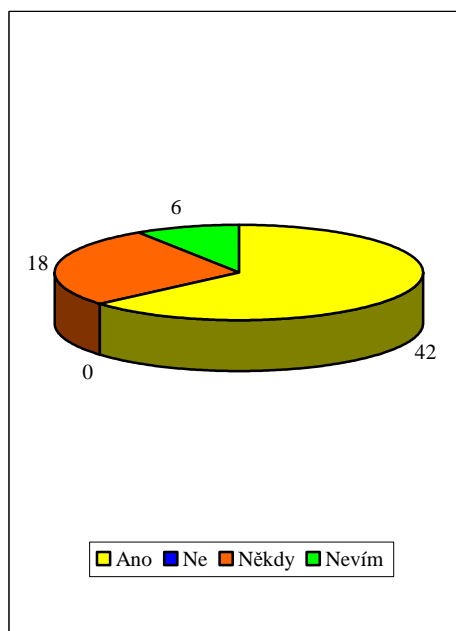
Otázka č. 19: Domníváte se, že dostáváte od zdravotníků srozumitelné informace?

Tabulka č. 19: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že dostávají od zdravotníků srozumitelné informace

	PRAHA				NEMOCNICE MENŠÍCH MĚST			
	MUŽI		ŽENY		MUŽI		ŽENY	
Ano	11	61 %	11	65 %	11	85 %	9	50 %
Ne	0	0	0	0	0	0	0	0
Někdy	7	39 %	5	29 %	1	7,7 %	5	28 %
Nevím	1	5,6 %	1	5,9 %	1	7,7 %	3	17 %
Celkem	18	100 %	17	100 %	13	100 %	18	100 %



Graf č. 19: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a na malém městě



Celkový graf č. 19: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a malém městě

64 % respondentů věří, že dostává od zdravotníků srozumitelné informace, 27 % odpovědělo NĚKDY a 9 % NEVÍ. Odpověď NE nezvolil žádný respondent.

9 DISKUZE

V roce 2007 byla zpracována podobná bakalářská práce na téma „Komunikace jako součást ošetrovatelské péče“, kterou zpracovala Bc. Hana Fialová. Tato práce byla také zaměřena na komunikaci mezi sestrou a pacientem, ale z hlediska vztahu mezi faktorem času a ošetrovatelskou péčí v domovech pro seniory. Další práce na podobné téma byla „Komunikační dovednost sestry z pohledu pacienta“, kterou napsala Bc. Jana Holendová. Tato práce byla zaměřena na spokojenost pacientů s komunikačními dovednostmi sestry na interních odděleních. Obě práce vyšly pozitivně z hlediska komunikace mezi sestrou a pacientem. Má bakalářská práce na téma „Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem“ je tedy zaměřena také na komunikaci, ale trochu jiným směrem. Snažím se nalézt největší úskalí komunikace mezi sestrou a pacientem

V mém výzkumném šetření se u sesterského dotazníku zúčastnilo i 5 % mužů. Z důvodu zanedbatelného počtu jsem dále v tabulkách nerozlišovala pohlaví muž, žena. Stáří sester se nejvíce pohybovalo do 35 let, a to v 75,4 %. Nejvyšší dosažené vzdělání u 66 % byla střední škola s maturitou. Délka praxe byla u 43 % více než deset let.

U pacientů byla převaha žen, a to 53 %. Věk se nejvíce pohyboval nad 55 let, a to ve 42,2 %. Vzdělání respondentů bylo ve shodě ukončená odborná škola bez maturity a střední škola, a to v 33 %. 76 % respondentů bylo hospitalizováno opakovaně a jejich hospitalizace byla v 56,1 % kratší než týden. 32 % respondentů považovalo své onemocnění za vážné. Pro 69 % respondentů je zdravotní sestra osoba vnímavá, vstřícná a zastupující pacienta.

76 % respondentů odpovědělo, že informace o jejich onemocnění jsou pro ně dostačující a nejvíce informací získávají od lékaře a sestry, a to v 86 %. Překvapující je, že na nesrozumitelné výrazy se ale v 58 % zeptají sestry.

Názor pacientů a sester se shoduje v tom, že existují rezervy ve vzájemné komunikaci. Tento názor sdílí 68 % sester a 47 % pacientů. Na to, jaké rezervy existují, se pacienti a sestry shodli v nedostatku času, trpělivosti a v používání slangových výrazů.

Sestry si ve 100 % myslí, že správná komunikace je při jejich práci potřebná, stejně tak, že dostatečná komunikace zlepšuje spokojenost pacienta. 95,1 % sester se domnívá, že předává pacientům srozumitelné informace, kterým pacienti při vzájemné komunikaci rozumí. To si myslí 87 % sester. Naopak respondenti si v 68 % myslí, že zdravotníci by měli mluvit srozumitelněji a 54 % pacientů se cítí hloupě, pokud s nimi sestra komunikuje a oni jí

nerozumí. Pokud sestra používá odborné výrazy, kterým pacient nerozumí, 45,4 % uvedlo, že se zeptá znova. Zde se shodují odpovědi se sestrami, které v 89 % uvedly, že pokud jim pacient nerozumí, informaci mu vysvětlí jinými slovy. Co se týče času potřebného v komunikaci mezi sestrou a pacientem 50 % respondentů uvedlo, že sestra jim věnuje čas dostatečně dlouhý. Sestry uvedly, že čas, který pacientovi věnují, je optimální k časové tísní.

U odborných výrazů se 89 % respondentů nesetkalo s výrazem od zdravotníků, kterému by nerozuměli, ale 41 % přiznalo, že jim činí problémy porozumět zkratkám ve zdravotnické terminologii. 43,2 % sester přiznalo, že někdy při komunikaci s pacientem používají odborné výrazy, ve 44,2 % slangové výrazy a v 41 % zkratkové výrazy. Z tabulek vyplývá, že sestry neznají rozdíl mezi odborným a slangovým výrazem. Domnívám se, že některé sestry používají slangové výrazy tak dlouho, že je považují již za odborné.

98,4 % sester odpovědělo, že s pacientem komunikují i mimo prováděné úkony a komunikují i s pacientem zrakově, sluchově či psychicky postiženým, na tom se shodly sestry v 98,2 %.

N otázku, zda si respondent myslí, že je rozdíl v komunikaci ve velkoměstě a na malém městě, odpovědělo 47 % NEVÍ, ale ani odpověď ANO nebyla zanedbatelná, na kterou odpovědělo 35 % respondentů, a rozdíly se našly.

Nutné je upozornit, že nemalé procento sester, tedy 26,2 % nikdy nenavštívilo seminář se zaměřením na komunikaci.

ZÁVĚR

Z výzkumu vyplývá, že komunikaci považují jak respondenti, tak zdravotní sestry za velmi důležitou a vidí v ní rezervy. V tomto směru by se měla komunikace zlepšit, ať již ve zlepšení nedostatku času, trpělivosti nebo používání odborných výrazů, které byly nejčastěji uvedeny jak u pacientů, tak u zdravotních sester. Pacienti dále vypsalí mezi rezervy ochotu, vstřícnost, zkrácení čekací doby na vyšetření a další. 76 % respondentů odpovědělo, že informace o jejich onemocnění jsou pro ně dostačující a nejvíce informací získávají od lékaře a sestry, a to v 86 %. Překvapující je, že na nesrozumitelné výrazy se ale v 58 % zeptají sestry. Pro 69 % respondentů je zdravotní sestra osoba vnímavá, vstřícná a zastupující pacienta.

Zajímavé je, že sestry mají představu v komunikaci s pacientem, že na pacienty mluví srozumitelně, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí, což v 68 % vyvrátili pacienti, kteří odpověděli, že by sestry měly mluvit srozumitelněji.

Domnívám se, že většina pacientů neodpovídala zcela pravdivě, neboť se v některých otázkách ukázaly rozpory. Např. 89 % respondentů se neseťkalo s výrazem, kterému by nerozuměli, přesto 41 % přiznalo, že jim činí problémy porozumět zkratkám ve zdravotnické terminologii.

43,2 % sester přiznalo, že někdy při komunikaci s pacientem používají odborné výrazy, ve 44,2 % slangové výrazy a v 41 % zkratkové výrazy. Mezi nejčastěji používané slangové výrazy sestry uváděly hadička, krabice, včelička, kabelka, epík atd. Mezi zkratkami se nejvíce v odpovědích objevovali CŽK, PMK, JIP, CT atd.

Pro zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem v praxi by byla žádoucí větší návštěvnost sester na seminářích na téma „komunikace“. Výzkum ukázal, že 26,2 % sester nikdy nenavštívilo podobný seminář. Pro praxi by bylo vhodné více seminářů o komunikaci pro sestry. Dále by ke zlepšení komunikace přispělo udělat si více času na pacienta, vysvětlování všech odborných i slangových výrazů, které sestry v dotazníku přiznaly, že někdy užívají. Důležitý pro praxi je i volný čas sestry, který by měl vést k odreagování a nabrání nových sil, které se pak odrazí pozitivně v jejich práci.

Při porovnání komunikace ve velkoměstě a na malém městě nedokázalo 47 % respondentů posoudit tento rozdíl. Jinak výsledek ve prospěch malých měst nebyl překvapující. Respondenti uvedli na malém městě např. větší vstřícnost, větší důvěru, lidé se znají a naopak, že ve velkoměstě je menší zájem, malá motivace, povýšenost, důležitější je diagnóza než pacient atd.

ANOTACE

Autor:	Michaela Foltmanová, DiS.
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem
Vedoucí práce:	Jaroslava Pečenková
Počet stran:	124
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	Komunikace, sestra a pacient, bariéry komunikace, zdravotnický slang

Bakalářská práce pojednává o komunikačních bariérách mezi sestrou a pacientem. Snaží se nalézt největší úskalí v komunikaci mezi sestrou a pacientem.

Těžiště práce tvoří kvantitativní průzkumné šetření zaměřené na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem. Zkoumaný vzorek tvořili pacienti a zdravotní sestry z velkoměsta a dvou menších měst.

The bachelor thieses deals with communications barriers between the nurse and the patient. Trying to find the greatest difficulties in communications between the nurse and the patient.

The focus of this work consists of quantitative survey focused on the interaction between the nurse and the patient. The sample consisted of the patients and the nurses from the metropolis and two smaller towns.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ARNOLD, E., UNDERMANN BOGGS, K. *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses*. 5th Edition. Publisher: W.B Saunders Company, 2006. 555 s. ISBN 978-1-4160-2913-7.

ČERNÝ, J. *Malé dějiny lingvistiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 240 s. ISBN 80-7178-908-9.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.

HORŇÁKOVÁ, A. Specifika komunikace ve zdravotnické profesi. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 5, s. 30. ISSN 1210-0404.

KOBER, L. Specifika ošetrovatelské péče o cizince. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 3. vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988. 235 s. Brož.

LA BARRE, F. *Jak mluví tělo: neverbální chování v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 302 s. ISBN 80-7254-446-2.

LEWIS, D. *Tajná řeč těla*. 1. vyd. Praha: East West Publishing Company, 2004. 229 s. ISBN 80-86663-02-7.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. díl. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

MIKULAŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.

MOROVICSOVÁ, E. Překážky efektívnej komunikácie vo vzťahu sestra - pacient. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, roč. 3, č. 3, s. 103–104. ISSN 1801-1349.

O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

PACOVSKÝ, V. Sondy pod povrch medicínského názvosloví. 1. část. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 11, s. 77. ISSN 1210-0404.

PACOVSKÝ, V. Sondy pod povrch medicínského názvosloví. 2. část. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 12, s. 44. ISSN 1210-0404.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

THIEL, E. *Řeč lidského těla prozradí víc než tisíc slov*. 1. vyd. Bratislava: Plasma service, 1993. 134 s. ISBN 80-901412-1-8.

TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry - pacient. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 22–23. ISSN 1210-0404.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

SEZNAM GRAFŮ

Dotazník sestry

Graf č. 1 Pohlaví dotazovaných.....	56
Celkový graf č. 1 Pohlaví dotazovaných.....	56
Graf č. 2 Věk dotazovaných.....	57
Celkový graf č. 2 Věk dotazovaných.....	57
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	58
Celkový graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	58
Graf č. 4 Délka praxe ve zdravotnictví.....	59
Celkový graf č. 4 Délka praxe ve zdravotnictví.....	59
Graf č. 5 Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá...60	
Celkový graf č. 5 Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá.....	60
Graf č. 6 Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta.....	61
Celkový graf č. 6 Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta.....	61
Graf č. 7 Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace.....	62
Celkový graf č. 7 Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace.....	62
Graf č. 8 Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí....	63
Celkový graf č. 8 Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí.....	63
Graf č. 9 Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšování komunikace mezi sestrou a pacientem.....	64
Celkový graf č. 9 Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšování komunikace mezi sestrou a pacientem.....	64
Graf č. 10 Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci.....	66
Celkový graf č. 10 Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci.....	66
Graf č. 11 Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci.....	67

Celkový graf č. 11 Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci.....	67
Graf č. 12 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy.....	68
Celkový graf č. 12 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy.....	68
Graf č. 13 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy.....	70
Celkový graf č. 13 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy.....	70
Graf č. 15 Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí.....	73
Celkový graf č. 15 Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí.....	73
Graf č. 16 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy.....	74
Celkový graf č. 16 Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy.....	74
Graf č. 17a Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev.....	75
Celkový graf č. 17a Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev.....	75
Graf č. 18a Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev.....	77
Celkový graf č. 18a Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev.....	77
Graf č. 18b Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají....	78
Celkový graf č. 18b Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají.....	78
Graf č. 19 Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetřovatelské úkony.....	79
Celkový graf č. 19 Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetřovatelské úkony.....	79

Dotazník pacienti

Graf č. 1 Pohlaví dotazovaných.....	80
Celkový graf č. 1 Pohlaví dotazovaných.....	80
Graf č. 2 Věk dotazovaných.....	81
Celkový graf č. 2 Věk dotazovaných.....	81
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	82
Celkový graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání.....	82
Graf č. 4 Vyjádření, zda je pacient hospitalizován.....	83

Celkový graf č. 4 Vyjádření, zda je pacient hospitalizován.....	83
Graf č. 5 Délka hospitalizace.....	84
Celkový graf č. 5 Délka hospitalizace.....	84
Graf č. 6 Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění.....	85
Celkový graf č. 6 Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění.....	85
Graf č. 7 Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra.....	86
Celkový graf č. 7 Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra.....	86
Graf č. 8a Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění.....	87
Celkový graf č. 8a Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění.....	87
Graf č. 8b Vyjádření, kde nemocní informace o své nemoci získali.....	88
Celkový graf č. 8b Vyjádření, kde nemocní informace o své nemoci získali.....	88
Graf č. 9 Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí..	89
Celkový graf č. 9 Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí.....	89
Graf č. 10 Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy.....	90
Celkový graf č. 10 Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy.....	90
Graf č. 11 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat.....	91
Celkový graf č. 11 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat.....	91
Graf č. 12 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času.....	92
Celkový graf č. 12 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času.....	92
Graf č. 13 Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky.....	93
Celkový graf č. 13 Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky.....	93
Graf č. 14 Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji.....	94
Celkový graf č. 14 Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji.....	94
Graf č. 15 Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli.....	95

Celkový graf č. 15 Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli.....	95
Graf č. 16 Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii.....	96
Celkový graf č. 16 Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii.....	96
Graf č. 17 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem.....	97
Celkový graf č. 17 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem.....	97
Graf č. 18 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a malém městě.....	99
Celkový graf č.18 Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a malém městě.....	99
Graf č. 19 Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že dostávají od zdravotníků srozumitelné informace.....	101
Celkový graf č. 19 Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že dostávají od zdravotníků srozumitelné informace.....	101

SEZNAM TABULEK

Dotazník sestry

Tabulka č. 1: Pohlaví dotazovaných	56
Tabulka č. 2: Věk dotazovaných.....	57
Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	58
Tabulka č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví	59
Tabulka č. 5: Vyjádření, zda si sestry myslí, že je správná komunikace při jejich práci důležitá	60
Tabulka č. 6: Vyjádření, zda si sestry myslí, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta	61
Tabulka č. 7: Vyjádření, zda si sestry myslí, že předávají pacientům srozumitelné informace	62
Tabulka č. 8: Vyjádření, zda si sestry myslí, že jim pacienti při vzájemné komunikaci rozumí	63
Tabulka č. 9a: Vyjádření, zda si sestry myslí, že existují rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem	64
Tabulka č. 9b: Vyjádření, jaké rezervy vidí sestry při komunikaci s pacientem.....	65
Tabulka č. 10: Vyjádření, zda si sestry myslí, že věnují pacientům dostatečný čas při komunikaci.....	66
Tabulka č. 11: Vyjádření, zda sestry navštívily seminář zaměřený na komunikaci.....	67
Tabulka č. 12a: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci s pacientem odborné výrazy	68
Tabulka č. 12b: Odborné výrazy, které sestry používají při komunikaci	69
Tabulka č. 13a: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci slangové výrazy	70
Tabulka č. 13b: Slangové výrazy, které sestry používají při komunikaci	71
Tabulka č. 14: Slangové výrazy, které sestry používají, aniž by si uvědomovaly, zda jim pacient rozumí.....	72
Tabulka č. 15: Vyjádření, co sestry udělají, pokud jim pacient nerozumí	73
Tabulka č. 16: Vyjádření, zda sestry používají při komunikaci zkratkové výrazy.....	74
Tabulka č. 17a: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem, pokud např. odebírají krev ...	75
Tabulka č. 17b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují při úkonech pacientovi, co právě dělají.....	76
Tabulka č. 18a: Vyjádření, zda sestry komunikují s handicapovaným pacientem, pokud např. odebírají krev	77

Tabulka č. 18b: Vyjádření, zda sestry vysvětlují handicapovaným pacientům, co právě dělají	78
Tabulka č. 19: Vyjádření, zda sestry komunikují s pacientem mimo prováděné ošetrovatelské úkony	79

Dotazník pacienti

Tabulka č. 1: Pohlaví dotazovaných	80
Tabulka č. 2: Věk dotazovaných.....	81
Tabulka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	82
Tabulka č. 4: Vyjádření, zda je pacient hospitalizován	83
Tabulka č. 5: Délka hospitalizace	84
Tabulka č. 6: Vyjádření, co znamená pro respondenty jejich onemocnění	85
Tabulka č. 7: Vyjádření, čím je pro respondenty zdravotní sestra	86
Tabulka č. 8a: Vyjádření, zda mají respondenti dostatek informací o svém onemocnění	87
Tabulka č. 8b: Vyjádření, kde nemocní získali informace o své nemoci	88
Tabulka č. 9: Vyjádření, jak se cítí respondenti, když s nimi sestra komunikuje a oni nerozumí	89
Tabulka č. 10: Vyjádření, co respondenti udělají, pokud sestra používá odborné výrazy	90
Tabulka č. 11: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je lepší se na nesrozumitelné výrazy zeptat.....	91
Tabulka č. 12: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že jim sestra při komunikaci věnuje dostatek času	92
Tabulka č. 13: Vyjádření, jaké projevy respondenti zažili při komunikaci se zdravotníky	93
Tabulka č. 14: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji.....	94
Tabulka č. 15: Vyjádření, zda respondenti nějakému slovu nerozuměli	95
Tabulka č. 16: Vyjádření, zda se respondenti orientují ve zdravotnické terminologii	96
Tabulka č. 17: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že existují rezervy v komunikaci mezi sestrou a pacientem	97
Tabulka č. 18: Vyjádření, zda si respondenti myslí, že je rozdíl v komunikaci mezi zdravotníky a pacienty ve velkoměstě a na malém městě	99

Tabulka č. 19: Vyjádření, zda se respondenti domnívají, že dostávají od zdravotníků srozumitelné informace.....	101
---	-----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Slangové výrazy

Příloha č. 2 Dotazník sestry

Příloha č. 3 Dotazník pacienti

Příloha č. 4 Způsoby podání rukou

Příloha č. 5 Osobní zóny

Příloha č. 1 Slangové výrazy

- Fýzák – fyziologický roztok
Artérka – arteriální žilní katetr
Kabelka – redonův drén, hrudní drén
Epík – epidurální analgezie
Kolíček – uzávěr na konec močové cévky
Taška – hrudní drén
Jehlička – injekce
Sáček – permanentní močový katetr
Krabice – hrudní drén
Pékáčko – permanentní močový katetr
Ponožky – bandáže dolních končetin
Včelička – injekce
Bažant – močová lahev
Kapačka – infuze
Oblbovák – injekce
Náladovka - injekce
Keda – epidurální analgezie
Katetr – periferní žilní nebo močový katetr
Kaťas - periferní žilní nebo močový katetr
Pytlík – permanentní močový katetr
Bandaska – redonův drén
Pékáčko – permanentní močový katetr
Pejsek – redonův drén
Podprdelník – podložka pod pacienta
Náušnice – tento výraz jsem bohužel slyšela poprvé

Příloha č. 2 Dotazník sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem posluchačka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit a zpracován pro bakalářskou práci na téma „Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem“.

Vaše odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě doplňte.

Dotazník je anonymní, v případě Vašeho zájmu o výsledky výzkumu mne kontaktujte na e-mailové adrese michaela.foltas@seznam.cz.

Děkuji Vám za ochotu, Váš čas a uvedení pravdivých informací.

Michaela Foltmanová

1) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Váš věk:

- a) Do 35 let
- b) 35 – 55 let
- c) Více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) Střední škola s maturitou
- b) Dálkové studium se specializací
- c) Vyšší odborná škola
- d) Vysoká škola

4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví.

- a) do 2 let
- b) 2 - 10 let
- c) Více

5) Myslíte si, že správná komunikace je potřebná k Vaší práci?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

6) Domníváte se, že dostatečná komunikace mezi sestrou a pacientem zlepšuje spokojenost pacienta?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

7) Domníváte se, že předáváte pacientům srozumitelné informace?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

8) Myslíte si, že Vám pacienti při vzájemné komunikaci rozumí?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

9) Domníváte se, že jsou rezervy ve zlepšení komunikace mezi sestrou a pacientem?

- a) ANO, JSOU
- b) NE, NEJSOU

Pokud ANO, jaké

10) Čas, který věnujete pacientovi při komunikaci, považujete za.

- a) dostatečně dlouhý
- b) krátký
- c) optimální k časové tísní

11) Navštívil/a jste někdy seminář se zaměřením na komunikaci?

- a) ANO
- b) NE

12) Používáte při komunikaci s pacientem odborné výrazy, např. periferní žilní katetr – kanyla, flexila?

- a) ANO
- b) NE
- c) NĚKDY
- d) NEVÍM

Pokud ANO, vypište nějaké další výrazy

13) Používáte při komunikaci s pacientem slangové výrazy, např. kabelka – Redonův drén

- a) ANO
- b) NE
- c) NĚKDY
- d) NEVÍM

Pokud ANO, vypište nějaké další výrazy

14) Napište, které slangové výrazy používáte, aniž jste si vědomi, že jim pacient nemusí rozumět.

.....
.....
.....

15) Pokud máte pocit, že Vám pacient nerozumí.

- a) informaci mu zopakujete
- b) vysvětlíte informaci jinými slovy
- c) nezabýváte se tím

16) Používáte při komunikaci zkratkové výrazy (JIP, NGS, PMK...)?

- a) ANO
- b) NE
- c) NĚKDY
- d) NEVÍM

17) Komunikujete s pacientem, pokud např. odebíráte krev, převazujete ránu atd.?

- a) ANO
- b) NE
- c) NĚKDY

Pokud ANO, vysvětlíte při těchto úkonech, co právě děláte?

- a) Ano, vysvětluji
- b) Ne, nevysvětluji

18) Komunikujete s pacientem zrakově, sluchově či psychicky postiženým, pokud např. odebíráte krev, převazujete ránu atd?

- a) ANO
- b) NE
- c) NĚKDY

Pokud ANO, vysvětlíte při těchto úkonech, co právě děláte?

- c) Ano, vysvětluji
- d) Ne, nevysvětluji

19) Komunikujete s pacientem i mimo prováděné ošetřovatelské úkony?

- a) ANO
- b) NE

Příloha č. 3 Dotazník pacientí

Vážení respondenti,

jsem posluchačka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru všeobecná sestra, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové a chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění tohoto dotazníku, který bude použit a zpracován pro bakalářskou práci na téma „Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem“.

Vaše odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě doplňte.

Dotazník je anonymní, v případě Vašeho zájmu o výsledky výzkumu mne kontaktujte na e-mailové adrese michaela.foltas@seznam.cz.

Děkuji Vám za ochotu, Váš čas a uvedení pravdivých informací.

Michaela Foltmanová

1) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Váš věk:

- a) Do 35 let
- b) 35 – 55 let
- c) více

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) Základní škola
- b) Odborné učiliště bez maturity
- c) Odborné učiliště s maturitou
- d) Střední škola
- e) Vyšší odborná škola
- f) Vysoká škola

4) Jste hospitalizován/a.

- a) poprvé
- b) opakovaně

5) Délka Vaší hospitalizace je.

- a) méně než týden
- b) 1 – 2 týdny
- c) Více než 2 týdny

6) Vaše onemocnění, se kterým jste hospitalizován/a, je pro Vás.

- a) lehké
- b) středně vážné
- c) vážné
- d) nevím, nedokážu posoudit

7) Čím je pro Vás zdravotní sestra.

- a) osoba vnímavá, vstřícná, zastupující pacienta
- b) asistentka lékaře
- c) pečuje o mě

8) Máte dostatečné informace o svém onemocnění?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

Pokud ANO, kde jste tyto informace získal/a.

- a) od lékaře, sestry
- b) na internetu, v časopise
- c) od souseda, kamarádů, od příbuzných

9) Pokud s Vámi sestra komunikuje o něčem, čemu nerozumíte, cítíte se.

- a) nepříjemně, hloupě
- b) máte na ni zlost
- c) normálně, nezajímá Vás, co říká
- d) odkýváte vše, co Vám říká

10) Pokud sestra používá odborné výrazy, kterým nerozumíte.

- a) zeptáte se znovu
- b) nezeptáte
- c) požadujete vysvětlení
- d) bylo Vám vysvětleno

11) Myslíte si, že na nesrozumitelné výrazy je lepší se zeptat.

- a) sestry
- b) lékaře
- c) nezeptat se

12) Čas, který Vám sestra při komunikaci věnuje, považujete za.

- a) dostatečně dlouhý
- b) příliš krátký
- c) tak akorát
- d) nevím, nedokážu posoudit

13) Jaké jste zažili v komunikaci se zdravotníky projevy?

- a) ochotné
- b) neochotné
- c) vstřícné
- d) nevím, nedokážu posoudit

14) Myslíte si, že by zdravotníci měli mluvit srozumitelněji?

- a) ANO
- b) NE

15) Dokážete si vybavit nějaké slovo, výraz, kterému jste nerozuměl/a?

- a) ANO
- b) NE

Pokud ANO, napište které

- 16) Orientujete se ve zkratkách ve zdravotnické terminologii?
(JIP – jednotka intenzivné péče, NGS – nazogastrická sonda, RTG – rentgen, PMK – permanentní močový katetr)**
- a) ANO, orientuji
 - b) NE, neorientuji
 - c) Činí mi problémy porozumět některým z těchto výrazů

- 17) Myslíte si, že jsou rezervy ve zlepšení komunikace mezi zdravotníky a pacienty?**
- a) ANO, jsou
 - b) NE, nejsou
 - c) Nevím

Pokud ANO, jaké

- 18) Myslíte si, že je rozdíl v komunikaci zdravotníků a pacientů ve velkoměstě nebo na malém městě?**
- a) ANO
 - b) NE
 - c) Nevím, nejsem schopen/a posoudit

Pokud ANO, v čem myslíte, že je ten rozdíl?

- 19) Domníváte se, že dostáváte od zdravotníků srozumitelné informace?**
- a) ANO
 - b) NE
 - c) NĚKDY
 - d) NEVÍM

Příloha č. 4 Způsoby podání rukou



C – odpovídající stisk ruky, správná horizontální úroveň



D – unikající prsty jedné osoby (možné příčiny: nejistota, obavy, nechut ke komunikaci, fyzické omezení – pocení rukou, pocit méněcennosti, snížené sebehodnocení, pocit submisivity)



E – leklá ryba – ochablá, studená ruka, někdy vlhká (možné příčiny: nejistota, obavy, nechut ke komunikaci, fyzické omezení – pocení rukou)



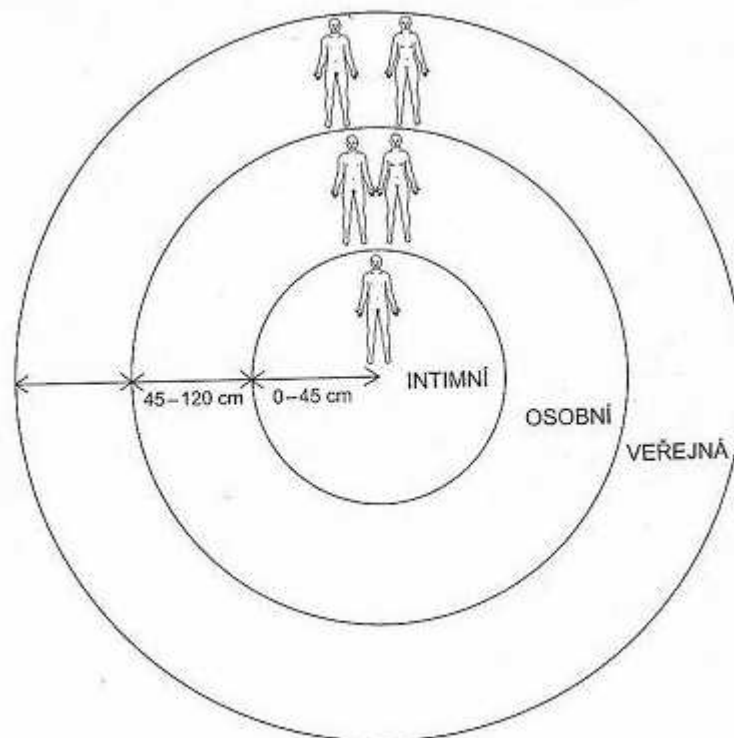
F – autoritativní stisk, destruktivní, bolestivý (možné příčiny: vyjádření dominance, projev síly a pocitu nadřazenosti, často ale také snaha o skrytí nejistoty)



G – využití druhé ruky (vyjádření podpory, účasti, přátelského, ale někdy také majetnického postoje)

(Pokorná, 2009)

Příloha č. 5 Osobní zóny



(Venglářová, Mahrová, 2006)