

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Nikola Gašperíková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Nikola Gašperíková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI V OŠETŘOVATELSKÉ
PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2014.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Poděkování věnuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, cenné rady, podporu a čas, který mi věnovala. Poděkování patří také mému příteli za psychickou podporu a trpělivost při psaní této práce, stejně tak děkuji celé mé rodině.

Anotace

Příjmení a jméno: Gašperíková Nikola

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Komunikační dovednosti v ošetřovatelské péči

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran : 70

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 16

Klíčová slova: komunikace - komunikační dovednosti - všeobecná sestra - pacient - ošetřovatelská péče

Souhrn:

Tato bakalářská práce shrnuje a zkoumá poznatky z oblasti komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetřovatelské péči. Práce je rozdělena na dvě základní části. Teoretická část popisuje úvod do komunikace, základní dělení komunikace a zaměřuje se na komunikaci v ošetřovatelské péči. Dále se věnuje komunikaci s pacientem se specifickými potřebami a s pacientem se zdravotním postižením. Praktická část práce zkoumá úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetřovatelské péči.

Annotation

Surname and name: Gašperíková Nikola

Department: Nursing

Title of thesis: Communication Skills in the Nursing Care

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages: 70

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 16

Key words: communication - communication ability - nurse - patient - nursing care

Summary:

This is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result. This bachelor thesis sums up and probes findings of the domain of communication ability of nurses in nursing care. Thesis is divided in two basic sections. Theoretical section describes introduction to communication, basic dividing of communication and it is focussing on the communication in nursing care. Along this, it inscribes communication with patient with specific needs and with patient with physical disability. Practical section probes level of communication ability of nurses in nursing care.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ÚVOD DO KOMUNIKACE.....	11
1.1 Komunikace v ošetrovatelské péči	12
1.1.1 Verbální komunikace.....	14
1.1.2 Neverbální komunikace.....	15
1.1.3 Aktivní naslouchání.....	18
1.1.4 Kontraproduktivní komunikace.....	19
2 KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI	20
2.1 Komunikace s agresivním pacientem	20
2.2 Komunikace s depresivním pacientem	22
2.3 Komunikace s úzkostným pacientem	23
2.4 Komunikace s pacientem s infaustním onemocněním.....	24
3 KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	27
3.1 Pacient s tělesným postižením	28
3.2 Pacient se zrakovým postižením.....	28
3.3 Pacient se sluchovým postižením	30
3.4 Pacient s poruchou řeči	31
PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 FORMULACE PROBLÉMU	33
5 CÍL VÝZKUMU	33
5.1 Hlavní cíl.....	33
5.2 Dílčí cíle.....	33
6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	35
7 METODA SBĚRU DAT	35
8 ORGANIZACE VÝZKUMU	35
9 ANALÝZA ÚDAJŮ	36
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKÁÝCH ÚDAJŮ	51
11 DISKUZE	55
ZÁVĚR.....	61
LITERATURA A PRAMENY.....	62
SEZNAM ZKRATEK	64
SEZNAM TABULEK	65
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Komunikace v ošetrovatelské péči je nedílnou součástí péče o pacienta. Je nezbytná pro vybudování vztahu mezi sestrou a pacientem, který by měl být založen na důvěře, respektu a úctě. Navázání takového vztahu bývá náročné, ale pomocí vhodných komunikačních dovedností jej lze vybudovat. Komunikace je dovednost, nýbrž vrozená schopnost, jak se někdy nesprávně uvádí. Sestra by se proto měla komunikačním dovednostem učit a stále je zdokonalovat, jelikož komunikace v ošetrovatelské péči je v mnoha ohledech specifická. Kvalitní komunikace je také předpokladem úspěchu léčby a má významný vliv na hospitalizaci pacienta.

Během mé praxe jsem ale zjistila, že komunikace s pacienty není vždy na dobré úrovni. Sestry bývají zaneprázdněné administrativou, větším počtem pacientů a množstvím dalších povinností. Komunikace s pacienty bývá pak značně omezena pouze na nejnужnější informace. Takto nedostačující komunikace vede k neuspokojování pacientových potřeb, především pak v psychosociální oblasti. Důsledkem takové komunikace může dojít k mnoha komplikacím v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, např. k nespolupráci, agresivitě, úzkosti, netečnosti aj. Pomocí vhodných komunikačních dovedností lze takovým komplikacím předejít. Domnívám se ale, že některým sestřím chybí komunikační dovednosti, které by jim pomohly a umožnily s pacienty vhodně a efektivně komunikovat.

Tyto mé osobní zkušenosti z praxe mě přivedly k volbě tématu *Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči*, o které jsem si sama zažádala. Již od střední školy, kdy jsem chodila na praxi, jsem si všímala problémů v přístupu sester k pacientům. Postupem času mě tato problematika zajímala čím dál více, a proto jsem se rozhodla zabývat se jí v mé bakalářské práci. Prostřednictvím této práce jsem se chtěla dozvědět více o komunikačních dovednostech a zjistit, na jaké úrovni jsou tyto dovednosti u všeobecných sester v ošetrovatelské péči.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá úvodem do komunikace a zaměřuje se na komunikaci v ošetrovatelské péči. Druhá kapitola popisuje komunikaci s pacienty se specifickými potřebami. Ve třetí kapitole je seznámení s komunikací s pacienty se zdravotním postižením.

Praktickou část práce jsem zaměřila na posouzení úrovně komunikačních dovedností sester. Cílem je posoudit, zda sestry mají teoretické znalosti z obecné

komunikace, zda disponují komunikačními dovednostmi v každodenní interakci s pacienty, zda umějí vhodně komunikovat s pacienty se specifickými potřebami a s pacienty se zdravotním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO KOMUNIKACE

Co vlastně znamená slovo komunikace? V odborné literatuře se lze setkat s nejrůznějšími definicemi pro komunikaci. Komunikace znamená poskytování zpráv, sdílení informací a vyměňování si myšlenek. Je ovšem nutné komunikovat tak, aby si účastníci komunikace navzájem porozuměli. Informace mohou být verbální nebo neverbální, psané či mluvené. (Špatenková, Králová, 2009, s. 9)

Abychom uměli snadno a rychle nalézt problém ve vážnoucí komunikaci, je nezbytné pochopit komunikační proces, jeho jednotlivé elementy. Na začátku komunikace musí **komunikátor** (osoba s úmyslem komunikovat) **zakódovat** (prostřednictvím jazyka či neverbálními signály) své **sdělení** (zprávu, komuniké). Dalším elementem tohoto procesu je **komunikační kanál**, neboli cesta, kterou dojde k přenosu informací (mluveným nebo psaným slovem, dotekem či nějakým skutkem). Pokud by tímto elementem komunikační proces končil, k žádné uspokojivé komunikaci by nedošlo. Je nutné, aby na druhém konci komunikačního kanálu figuroval **komunikant** (člověk, kterému je sdělení určeno). Komunikant musí obdržené sdělení **dekódovat** (porozumět mu). Pokud jsou zprávy přijaty a dekódovány, komunikant na ně musí nějakým způsobem reagovat, dochází tak ke zpětné vazbě. **Zpětná vazba** (tzv. feedback) umožňuje další sdělení tím, že původní komunikant reaguje, stává se tedy komunikátorem. Odpověď nynějšího komunikátora přijímá původní komunikátor, který se nyní stává komunikantem. Takto komunikace probíhá dál, až do doby, dokud není ukončena. Celý tento komunikační proces probíhá v určitém **kontextu**, tj. v prostředí. (Špatenková, Králová, 2009, s. 11)

Komunikuje naprosto každý člověk. I lidé, kteří jsou různě omezeni svými možnostmi projevu (např. nemohou se pohybovat, mají smyslové postižení, nemohou mluvit atd.), mohou komunikovat. Své omezení kompenzují např. očima, pohybem hlavy, stiskem ruky apod. (Špatenková, Králová, 2009, s. 13) Při jakémkoliv typu komunikace a komunikačního prostředku je nutné, aby komunikace byla efektivní. K tomu je potřeba splnění určitých požadavků, mezi které patří zřetelnost, stručnost, správnost, úplnost a zdvořilost. (Vymětal, 2008, s. 27)

Teorie sociální komunikace říká, že nelze nekomunikovat. Jakmile se setkají dva lidé, nemohou spolu nekomunikovat. (Špatenková, Králová, 2009, s. 12)

1.1 Komunikace v ošetrovateľskej péči

Komunikace probíhající v ošetrovateľskej péči je výměna informací týkajících se zdraví a péče mezi pacientem a všeobecnou sestrou (dále jen sestra). Pacient a sestra jsou zároveň vysílačem a přijímačem informací. Komunikace je základem ošetrovateľskej péče, je její nedílnou součástí. Sestra a pacient sdílejí a interpretují informace a budují svůj vzájemný vztah, který posléze rozvíjejí. Bez komunikace mezi sestrou a pacientem je kvalitní ošetrovateľská péče naprosto nemyslitelná. (Špatenková, Králová, 2009, s. 9)

Profese sestry vyžaduje zcela zvláštní komunikační dovednosti, kterým by se měly budoucí sestry naučit již během svého studia, jelikož komunikace je základem veškeré ošetrovateľskej péče. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 81)

Vztah mezi sestrou a pacientem by měl být postaven na rovnocennosti, jelikož spolu komunikují dvě lidské bytosti. V ošetrovateľskej péči je ale tento vztah nevyvážený, protože sestra je z hlediska své pozice pro pacienta autoritou, expertem. Měla by proto komunikaci do určité míry řídit a rozhodovat o její formě a obsahu. (Špatenková, Králová, 2009, s. 9-10)

Každý člověk je originální a lidé se od sebe navzájem liší zejména svou povahou a chováním. Stejně tak jsou rozdílné i sestry. Jednotlivé sestry se od sebe liší osobností, gender aspekty (zda jde o muže nebo ženu), věkem, vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi, pracovištěm. Sestry jsou různé a také pacienti jsou různí. Jediné, co mohou mít pacienti společné, jsou jejich zdravotní problémy a diagnózy. Jinak je ale každý pacient naprosto originální, každý má svůj životní příběh a každý z nich se nachází v jiné životní situaci. Sestry a pacienti se nacházejí v zcela odlišných rolích, což někdy může být příčinou mnoha nedorozumění mezi nimi. Nemoc a léčba nemocí je pro sestry běžná, normální součást jejich práce, ale pro pacienty je každá nemoc osobní záležitost, protože se jich bytostně týká. Proto pacienti od sester očekávají pozornost, laskavost, pochopení a maximální péči. (Špatenková, Králová, 2009, s. 13-14)

Vztah mezi sestrou a pacientem může trvat několik minut (např. v ambulancích), hodin, dní, týdnů, měsíců, ale i roky (např. v ústavech sociální péče). Bez ohledu na délku vztahu jsou dány základní principy vztahu mezi sestrou a pacientem, mezi které patří respekt, autentičnost, empatie, aktivní naslouchání, důvěra a důvěrnost. (Špatenková, Králová, 2009, s.22)

Pacient reaguje na nemoc svým jedinečným způsobem adaptace, vyrovnává se s danou situací. Sestra by neměla jakkoliv hodnotit a soudit tyto reakce, ale měla by se snažit takového pacienta bezpodmínečně kladně přijmout, měla by ho respektovat. **Respekt** je „*schopnost akceptovat (přijímat) názory a reakce jiného člověka i přes vlastní (a to i nesouhlasné) pocity.*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 22) Respekt neznamená souhlas nebo svolení, ale neodsuzující přístup k pacientovi. Cílem tohoto přijímání je, aby se pacient cítil pohodlně a bezpečně. (Špatenková, Králová, 2009, s. 23)

Dalším principem vztahu mezi sestrou a pacientem je **autentičnost**. „*Autentičnost je schopnost být sám sebou v rámci profesní role.*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 24) Znamená to, že sestra si je vědoma svých vlastních reakcí na pacienta, např. pokud ztrácí s pacientem trpělivost, dokáže tuto svou vlastní netrpělivost přijmout. Situace, kdy se sestra přizná pacientovi, že si s něčím neví rady, je příkladem chování autentické sestry. V očích pacienta není sestra špatná, ale autentická. Pacient si nepřeje „učebnicový“ příklad chladně neosobní profesionální ošetřovatelky, ale opravdovou, skutečnou sestru. (Špatenková, Králová, 2009, s. 24)

Do vztahu sestra–pacient patří neodmyslitelně **empatie**. „*Empatie je schopnost vcítit se do toho, co pacient v souvislosti s nemocí a svojí změněnou situací prožívá.*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 25) Empatii lze chápat jako formu participace (spoluúčasti) na pacientově světě. Sestra, která chápe pacientovu zkušenost s nemocí, stanovuje s pacientem ošetřovatelské cíle a přizpůsobuje k nim ošetřovatelské intervence, je sestra empatická. (Špatenková, Králová, 2009, s. 25)

Sestra, která si chce (a měla by chtít) vybudovat s pacientem rovnocenný uspokojivý vztah, by měla umět **aktivně naslouchat**. O aktivním naslouchání budu pojednávat v samostatné kapitole.

Ve vztahu sestra-pacient je naprosto zásadní **důvěra**. Je významná pro budování dobrého vztahu a sdílení informací. Pacient se nachází ve zranitelné pozici (psychicky i fyzicky), a proto potřebuje věřit, že sestra je důvěryhodná a spolehlivá. Rozhodnutí pacienta, zda bude nebo nebude důvěřovat sestře, záleží na jejím chování. (Špatenková, Králová, 2009, s. 26)

S důvěrou velmi úzce souvisí **důvěrnost**. Pro pacienta je důležité vědět, že údaje o něm a informace od něho jsou a zůstanou důvěrné. To znamená, že pacient předpokládá, že

sestra o něm nemluví tam, kde může informace někdo zaslechnout (např. v kavárně, v tramvaji). Důvěrnost, a s ní spojená mlčenlivost, se týká samozřejmě i telefonických a elektronických informací. Mohou ale vzniknout důvody, které mlčenlivost dokonce vylučují. Patří sem tzv. ohlašovací povinnost, která se vztahuje na situace týrání, zneužívání nebo zanedbávání osob apod. Veškeré tyto důvody jsou vymezeny zákonem a každá sestra by je měla bezpečně znát. (Špatenková, Králová, 2009, s. 26)

1.1.1 Verbální komunikace

„Verbální komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, řeči. Jde o sdělování obsahů zpráv a informací.“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 35)

Ve věcné části sdělení se sestry dopouštějí mnoha chyb, které pak činí proces komunikace sestry s pacientem náročnější, problematičtější, složitější a mohou vést k nepochopení obsahu sdělení. Vzniklé problémy v obsahové části se pak promítají do interakce obou komunikujících, do vztahu sestra-pacient. (Špatenková, Králová, 2009, s. 35-36)

Jaké jsou tedy nejčastější chyby ve věcné stránce sdělení? Především to jsou neuspořádané myšlenky před zahájením komunikace, čímž může docházet k nepřesnému vyjadřování. Problém vzniká také při snaze sdělit příliš mnoho informací, často i nepodstatných. Výsledkem je sdělení působící zmateně, neuspořádaně a chaoticky. Další chybou je, pokud pacient dostává mnoho informací, které ale nemají vzájemnou logiku, a tím se tyto informace stávají nesrozumitelnými. Někdy sestra v nejistotě, zda pacient chápe sdělení, mluví dál a dál, a tím pacienta informačně zcela zahltlí. Reakce je většinou pak taková, že pacient „vypustí“ všechno. Chybou také je, pokud sestra dostatečně neregistruje pacientovy reakce a některé podstatné momenty v jeho odpovědích, protože hovor se tak nedostává ke svému cíli. (Špatenková, Králová, 2009, s. 36)

Při verbální komunikaci mohou vznikat nesprávně volenými slovy různá nedorozumění, komunikační šumy a problémy. Proto je nutné volit slova pečlivě, obzvláště při používání mnohoznačných slov. Sestry často používají odborné termíny, kterým pacienti nerozumí. Pacienti se většinou tváří, že těmto slovům rozumí, taková komunikace je ovšem bezúčelná. (Špatenková, Králová, 2009, s. 36)

Sestra by neměla komunikaci komplikovat příkazováním pacientovi, moralizováním, kázáním, souzením, kritizováním, obviňováním a podceňováním pacienta. Neměla by se povyšovat nad pacienta, srovnávat ho s jinými pacienty nebo dokonce se

sebou. Komunikaci mezi sestrou a pacientem by určitě neměl rušit soukromý telefonát sestry, sestra by také neměla být ironická a používat nevhodný humor. Chybou je etiketizace, tzn. označování pacientů „nálepkami“, většinou negativními („Prostě je to hysterka/hypochondr..., no.“) a stereotypizace, neboli iracionální posuzování jedinců či celých skupin („Všichni senioři jsou zapomětliví!“). (Špatenková, Králová, 2009, s. 36)

Zdrojem sorrorigenie může být zcela jistě právě chybná nebo nezvládnutá verbální komunikace. Sorrorigenie je termín pro označení poškození pacienta sestrou nebo jiným zdravotnickým pracovníkem. Slova pak mohou působit jako jed. Slova totiž dokážou utěšit, ale i urazit, či dokonce ranit. Jak také říká arabské přísloví: „*Nejvíce zla vychází z úst.*“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 37)

Sestra by měla umět pozorně naslouchat pacientovým slovům, dávat najevo svůj zájem o pacienta a brát jeho přání s plnou vážností a respektem. Měla by mluvit s pacientem o tom, co potřebuje, co ho trápí. Je důležité, aby pacienta oceňovala a povzbuzovala ho. Správná sestra by nikdy neměla litovat času, který věnovala komunikaci s pacientem. (Špatenková, Králová, 2009, s. 37)

Je nezbytné, aby si každá sestra osvojila schopnosti účelné komunikace, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Aby byla taková komunikace úspěšná, je nutné, aby sestra zvládala základní dovednosti mezilidského vztahu a brala ohledy na specifika věku pacientů a druhu jejich onemocnění. (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 208)

1.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikaci lze charakterizovat jako komunikaci beze slov. Někdy může zcela nahradit komunikaci verbální (mimikou, gestem), častěji ale verbální komunikaci doprovází. Neverbální komunikace zesiluje účinek verbálního sdělení. Prostřednictvím neverbální komunikace lze také odhalit, že řečená slova nejsou autentická, např. pacient s bolestivou grimasou říká, že ho nic nebolí. Sestra, která umí správně identifikovat neverbální projevy, se takto může dozvědět o pacientovi i to, co jeho slova zakrývají, protože pocity a city lze vyjádřit nejlépe právě neverbálně, např. mimikou, pohyby těla atd. (Špatenková, Králová, 2009, s. 28-29) Neverbální komunikace tvoří až 55 % veškeré komunikace, proto by jí sestra měla rozumět. (Špatenková, Králová, 2009, s. 38)

Na základě neverbální komunikace si sestra nebo pacient vytváří první dojem, který bývá pro první kontakt a úvodní komunikaci rozhodující. Proto je neverbální komunikace tak významnou součástí komunikace. (Vymětal, 2008, s. 73)

Součástí neverbální komunikace je **mimika**, tedy výraz obličeje. Z obličeje toho lze vyčíst mnoho, ale především má úzké spojení se sdělováním emocí. Mezi primární lidské emoce, které lze vyčíst ve výrazu obličeje, patří např. klid, rozčílení, radost, smutek, štěstí, neštěstí apod. Mimikou se také sdělují kulturně tradovaná gesta a instrumentální pohyby, např. výraz při kýchnutí. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 41)

Další složkou neverbální komunikace je **proxemika**, která je definována jako „vzdálenost, kterou mezi sebou lidé mají, když spolu něco dělají nebo spolu jednají.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 43) Každý člověk si podvědomě chrání své teritorium a jestliže někdo neznámý překročí jeho osobní zónu, cítí se nesvůj. Podvědomě se pak brání ústupem a snaží se obnovit přijatelnou vzdálenost. Tuto osobní zónu si lze představit tak, že člověk je ve středu pomyslné bubliny. Denně do této bubliny vstupují neznámí lidé, což vyvolává u tohoto člověka automatický ústup. Tento jev nazýváme proxemickým tancem. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 19) Osobní zóny se dělí na několik částí. **Intimní zóna** má dolní hranici shodnou s těsným hmatovým dotekem, jako např. matka s dítětem, milenci apod. Horní hranicí této zóny je 15 - 30 cm, kam patří členové rodiny a blízcí přátelé. Pokud tuto zónu naruší člověk, který do ní nepatří, vzbuzuje tím vždy nepříjemné pocity. Je nutné poznamenat, že sestra často narušuje intimní zónu pacienta, a proto by takové narušení mělo být vždy jen v situacích z profesního hlediska nezbytných. Další zónou je **osobní zóna**, jejíž dolní hranice je 45 - 75 cm a horní hranice 1,2 m. Tato zóna umožňuje fyzický dosah a možnost sledování mimiky. **Společenská zóna**, někdy také nazývaná sociální zóna, začíná tam, kde končí osobní zóna a její horní hranice je od 2,1 - 3,6 m. V této zóně se uskutečňují služební styky, obchodní jednání, skupinové diskuze apod. Poslední je **veřejná zóna**, jejíž dolní hranice je 3,6 a horní hranice až 7,6 m. Typická je pro herecká vystoupení a politické činitele. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 50-51)

Haptika je pojmenování pro komunikaci prostřednictvím doteků. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 40). V ošetrovatelské péči může být lehký dotek na paži pro pacienta velmi uklidňující, zvláště během stresových situací. Fyzickým kontaktem sestra projevuje zájem o pacienta. Dotek má schopnost překonat mnohé bariéry. Toho by si měla být sestra vědoma, protože při kontaktu s pacientem používá různé druhy doteků, které mohou být

uklidňující, ale i nepříjemné, např. zavádění intravenózního katétru. (Špatenková, Králová, 2009, s. 32)

Posturologie je označení pro komunikaci prostřednictvím fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 45). Poloha rukou, nohou a hlavy, směr natočení těla k člověku apod., to vše mnohé prozrazuje. Pokud např. pacient podupává nohou, může sestra usoudit, že pacient je nervózní, netrpělivý, nebo nesouhlasí s tím, co se právě sděluje. (Špatenková, Králová, 2009, s. 33)

Širokou oblastí neverbální komunikace, zabývající se rychlostí, trváním, ohraničením, prostorovostí, akcelerací a souladem pohybu, je **kinetika**. Její specializační součástí je chironomie, která se zabývá pohybem rukou. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 47)

Gesta „naznačují, co by mohlo být řečeno slovem, ale je považováno za srozumitelnější, když se to ukáže. Gesto může i doplnit verbální projev a tím ho zesílit.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 48) Lidé používají záměrná gesta (např. při popisování tvaru) a gesta, která si ani neuvědomují. Právě proto mohou gesta mnohé prozradit. Jestliže má pacient založené či překřížené paže, může to znamenat, že je opatrný vůči prozrazení některých osobních informací. Zrovna tak tím může naznačovat, že je zranitelný a potřebuje ochranu. (Špatenková, Králová, 2009, s. 33)

Řeč očí a pohledů je v ošetrovatelské péči velmi důležitá. Očima sestra zahajuje každý kontakt s pacientem a někdy lze vyjádřit pohledem mnohem více než slovy. Přímý oční kontakt je vnímán jako sdělování zájmu či důvěryhodnosti. Proto by se sestra měla na pacienta vždy při komunikaci dívat. Jestliže zapojí ještě fyzický dotek, jedná se o projevení intimity. Pokud sestra komunikuje s pacientem z odlišné kultury, je nutné, aby znala určité kulturní odlišnosti, neboť co může být přijatelné v jedné kultuře, nemusí být přijatelné v jiné kultuře. Jedná se zvláště o oční kontakt. (Špatenková, Králová, 2009, s. 30)

V ošetrovatelské péči je důležitá i **úprava zevnějšku sestry**. Upravenost a čistota uniformy odráží osobnost sestry, stejně tak jako její účes a líčení. Proto by její celková upravenost a čistota měla být samozřejmostí. Sestra by se také měla snažit zkrášlovat své pracoviště, protože nejvíce toho pacient vnímá zrakem. Každá sestra by také měla klást důraz na úpravu zevnějšku a prostředí pacienta, protože hezké oblečení, účes, upravené

lůžko a čistý vzduch, přispívá k osobní pohodě pacienta. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 49-50)

Na přechodu mezi verbální a neverbální komunikaci stojí **paralingvistika**, která zesiluje nebo zeslabuje verbální sdělení. Mezi součásti paralingvistiky patří např. síla hlasu, výška tónu řeči, rychlost verbálního projevu, plynulost a kvalita řeči, pomlky, parafrázování apod. (Špatenková, Králová, 2009, s. 34-35) Paralingvistika zaujímá až 38 % komunikace. (Špatenková, Králová, 2009, s. 38)

Při interpretaci neverbálních signálů by ale sestra neměla generalizovat a podceňovat neverbální komunikaci, protože tato komunikace je podmíněná celou řadou faktorů, např. zdravotním stavem, věkem, pohlavím apod. Měla by vždy vycházet z kontextu dané situace a posuzovat jak neverbální, tak i verbální sdělení. (Špatenková, Králová, 2009, s. 35)

1.1.3 Aktivní naslouchání

„Aktivní naslouchání je definováno jako stav, kdy aktivně posloucháme druhou osobu, snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Jsme schopni pozorně vnímat informace, držet se hlavního tématu.“ (Pokorná, 2010, s. 37)

Naslouchání je dovednost, kterou se lze naučit. Patří mezi čtyři základní komunikační dovednosti, mezi které patří mj. mluvení, čtení a psaní. Naslouchání patří mezi dovednost, která se nejhůře učí, jelikož může působit řada vnitřních a vnějších podnětů, které mohou rozptylovat jak sestru, tak i pacienta. Sestra, předstírající pozornost, okrádá pacienta o čas a narušuje vyváženost vztahu s pacientem. (Mikuláščík, 2010, s. 85)

Nejefektivnější cesta, jak s pacientem navázat dobrý vztah, je aktivní naslouchání. Tento způsob komunikace může také sestře usnadnit rychlé získání potřebných informací, např. při odebrání anamnézy. (Špatenková, Králová, 2009, s. 54)

Pokud má sestra snahu porozumět pacientovi a umí aktivně vyhledávat podstatné informace ve sdělení pacienta, lze hovořit o sestře, která umí aktivně naslouchat. Je důležité, aby v rozhovoru mezi sestrou a pacientem byla průběžná verbální i neverbální odezva. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 62)

Jsou známé určité techniky aktivního naslouchání, které může sestra nenásilnou formou v každém rozhovoru realizovat. **Povzbuzení** znamená, že sestra stimuluje pacienta neverbálními i verbálními signály k rozhovoru („*Ano, pokračujte, já vám rozumím.*“).

Další technikou je **přeformulování hlavních myšlenek**, kdy sestra zopakuje pacientovi jeho hlavní sdělení („*Pokud jsem to správně pochopila, říkáte, že nejvíce Vás rozčílilo ...*“). Během rozhovoru by sestra měla požádat pacienta o upřesnění toho, čemu sama nerozumí, jde o tzv. **vyjasnění** („*Omlouvám se, ale není mi úplně jasné ...*“). Velmi důležité je **shrnutí** toho, co pacient řekl. Vhodná je reflexe jeho pocitů („*Když to tedy shrnu, nejvíce vás trápí ...*“). Každého pacienta velmi potěší **ocenění**, které pak usnadní další spolupráci. Sestra by měla ocenit otevřenost pacienta, jeho spolupráci či dodržování léčby. Během aktivního naslouchání by sestra neměla pacientovi skákat do řeči, odcházet během rozhovoru, dávat najevo netrpělivost, udělovat direktivní rady, uhýbat očima a otevřeně projevovat nesouhlas. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 62)

1.1.4 Kontraproduktivní komunikace

Kontraproduktivní komunikace je typ komunikace, která nevede ke vzájemnému porozumění. Tuto komunikaci lze nazvat tzv. nezdravou komunikací, ve které jsou přítomné pocity tísně a nesoulad ve sdělování a chápání. (Pokorná, 2010, s. 43)

Komunikační bariéry lze rozdělit na interní a externí. Mezi interní bariéry patří např. obava z neúspěchu, negativní emoce (strach, zlost), nepřípravenost, ale také fyzické nepohodlí a nemoc. Lze tedy říci, že interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností pacienta, z jeho prožívání a zdravotního stavu. Další složkou kontraproduktivní komunikace jsou externí bariéry, které jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd. Patří sem vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, dále také neschopnost naslouchat a komunikační zahlcení. (Pokorná, 2010, s. 43)

Mezi další komunikační bariéry patří překroucení informace, nevhodná forma předávání zpráv, devalvace v komunikaci (vyjádření negativního vztahu charakterizovaný snížením hodnoty druhého člověka v očích jiných lidí a případně i v jeho očích), používání vágních a bezvýznamných slov a manipulace v komunikaci. (Pokorná, 2010, s. 44-47)

2 KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

Rozdělení pacientů se specifickými potřebami je velmi rozsáhlé. Pacienti mohou být agresivní, depresivní, úzkostní, psychicky labilní, sociálně znevýhodnění, s trvalým poškozením, onkologicky nemocní atd. Mnohdy se tato specifika kombinují a komunikace je pak o to složitější. Sestra by proto měla znát specifika komunikace s těmito jednotlivými pacienty, aby vždy dosáhla spolu s pacientem efektivní komunikace.

V této bakalářské práci se nezabývám všemi pacienty se specifickými potřebami, jelikož jednotlivé skupiny těchto pacientů jsou velmi obsáhlé a zasloužily by si samostatné zpracování. Vybrala jsem si čtyři skupiny pacientů (agresivní, depresivní, úzkostné a infaustně nemocné pacienty), neboť se domnívám, že se v nemocnicích vyskytují velmi často, ne-li stále.

2.1 Komunikace s agresivním pacientem

V médiích lze stále častěji slyšet o smutných příbězích, kdy pacient fyzicky napadl ošetřující personál. Agrese je přirozené chování, které je spjaté se základním pudem sebezáchovy. Je pozůstatkem z historické doby, kdy naši předkové bojovali o potravu, o přežití atd. V současné době se projevy agrese tlumí, ale nelze ji zcela odstranit. (Linhartová, 2007, s. 65) Nejčastějšími oběťmi agresivních pacientů v nemocnici jsou sestry. (Látalová, 2013, s. 44)

Agresivita může být projevem nízké tolerance k psychické zátěži nebo bolesti. Pacient se pak může chovat až násilně. Někdy může zaútočit pacient, kterému byla právě sdělena nepříznivá diagnóza. Pacient je zklamaný z omezených možností léčby a z málo nadějných prognóz. Agresivita může být také projevem odreagování se od velké bolesti, která pacienta trápí. Dlouhé čekání v čekárně bývá také zdrojem agresivity pacienta. Případy, kdy pacient obrací agresi proti sobě, jsou spíše výjimečné. (Linhartová, 2007, s. 66) Agresivita může být rovněž pro některé pacienty „normální“ způsob, jak se vyrovnávat se stresem. (Špatenková, Králová, 2009, s. 85)

Zdrojem agrese může být také dlouhodobě pociťovaná obava z bolestivého výkonu. Pacient se může obávat mnohých znevýhodnění a omezení, která s sebou nemoc přináší. Pochopitelně se agresivně mohou chovat pacienti s duševními poruchami, a to jak

v psychiatrických ordinacích, tak i jinde. V neposlední řadě se agresivně chovají pacienti pod vlivem alkoholu, drog a psychotropních látek. (Linhartová, 2007, s. 66)

Jak ale usoudit, že se jedná o agresivního pacienta? Důležité je, aby si sestra všímala všech neverbálních projevů komunikace. U agresivního pacienta může sestra pozorovat podupávání nohama, nervózní popocházení, ale i kopání do prostoru a předmětů. Pacient může silně gestikulovat celými pažemi a tlouct předměty o stůl. Může nepravidelně a hlasitě dýchat a lze slyšet agresi v řeči, která se projevuje vulgarizmy, urážkami a výhrůžkami. Narušování osobní zóny sestry, nespolečenské naklánění se do obličeje všem přítomným osobám, může být také signálem hrozícího nebezpečí. (Linhartová, 2007, s. 66-67)

Při komunikaci s agresivním pacientem se upřednostňuje jednání, které tlumí agresi, jelikož pacient většinou od sestry očekává také agresivní odpověď. Pokud se jí nedočká, je překvapen a zaskočen a po nějaké době volí přijatelnější způsoby. (Linhartová, 2007, s. 67)

Existují určitá obecná pravidla, jak zvládnout komunikaci s agresivním pacientem. V první řadě by sestra měla nechat pacienta chvíli mluvit, aby zjistila, čím je možné emoční jednání vysvětlit, popř. omluvit. To je velmi důležité pro zvolení způsobu, jak dále komunikovat. Na místě je, aby sestra udržovala od pacienta bezpečnou vzdálenost a respektovala vzájemné osobní prostory. Měla by se snažit silně gestikulujícího pacienta posadit a vyzvat ho ke klidnému dýchání. Sestra by se určitě neměla nechat vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu chování, které se pak může obrátit proti ní. Významnou roli hraje hlas sestry, proto by měla mluvit klidným a vlídným hlasem. Měla by udržovat oční kontakt a nezvedat obočí či špulit rty, měla by sedět nebo stát klidně a snažit se nedělat prudká gesta. Pokud je příčina hněvu oprávněná, je vhodné a důležité se omluvit. To většinou vede ke zmírnění agrese. Snahou sestry by mělo být obnovení pacientovy důvěry. (Linhartová, 2007, s. 69)

Nevhodnou volbou pro komunikaci s agresivním pacientem je protiútok, kdy agresivní pacient křičí a sestra začne křičet také, protože tím dochází k rostoucí agresivitě pacienta. Nedoporučuje se také omlouvání svého kolegy za jeho nevhodné chování, jelikož pak se sestra může stát v očích pacienta „spolupachatelem“. Naprosto nepřijatelné je zesměšňování pacienta, devalvace či ironizování. (Špatenková, Králová, 2009, s. 89)

2.2 Komunikace s depresivním pacientem

V ošetrovatelské péči se sestra může často setkávat s depresivními pacienty. Depresivní prožívání vzniká při zvýšené zátěži, např. při onemocnění, při péči o blízkého nemocného člověka, při obavách o zdraví. Ne vždy se musí jednat o duševní poruchu. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 89)

Mezi nejnapadnější projevy depresivního pacienta patří smutek, nezáměr, nerozhodnost, zpomalená řeč a hlas, bezmoc, mluvení o odchodu ze života. Někdy se dokonce může vyskytnout pokus o sebevraždu. Deprese je nemoc, kterou není snadné léčit ani za pomoci nejnovějších léků. (Linhartová, 2007, s. 72)

Depresivní pacient bývá velmi citlivý na své zdraví a často somatizuje své psychické potíže, které ho pak vedou k lékaři. Při komunikaci s depresivním pacientem by sestra měla vážit každé slovo, protože pacient je velmi vztahovačný. Neměla by pacienta okřikovat ani nabádat, aby už nebyl smutný, protože to mu opravdu nepomůže. Také apel na pevnou vůli není vhodný, pacient může propadnout pocitům viny. Sestra by měla vědět, že pro pacienta je nemožné zvládnout depresi vůlí. (Linhartová, 2007, s. 72)

V počátku ošetřování mívá sestra tendenci pomáhat pacientovi, podporovat ho v jeho těžké situaci, ale pokud je výsledkem negativní až nulová reakce, sestra se většinou stáhne, začne šetřit silami, nastává tak nekvalitní péče o pacienta. Pacient dává najevo, že snaha nemá smysl, a proto je péče o něj tak obtížná. Velkým a nejzávažnějším rizikem u depresivních pacientů je možnost sebevražedného chování. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 89) Proto se mezi lékařem a depresivním pacientem se uzavírá tzv. „antisuicidiální (protisebevražedná) smlouva“ neboli dohoda, že po určitou dobu nepodnikne pacient žádné pokusy k ukončení života. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 90) Psychologové tvrdí, že tato smlouva bývá dodržována. (Linhartová, 2007, s. 72)

Sestry velmi často chybují v komunikaci s depresivním pacientem. Nejčastější chybou je bagatelizování, zlehčování pacientových potíží. Pacient pak propadá dojmu, že mu nikdo nerozumí. Sestry také mohou doporučovat nové aktivity, které ovšem mohou pacienta přetěžovat. Také není vhodné nucení pacienta k rozhodování, jelikož pohled do budoucnosti nepomůže současnosti. Oproti tomu se může vyskytnout přílišná liberálnost, tj. ponechání pacienta sama sobě, jejíž riziko spočívá v tom, že pacient nezvládne ani běžné denní činnosti. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 90)

Komunikace s depresivním pacientem je náročná a zatěžující, vyžaduje hodně trpělivosti a času. Jestliže ale sestra s pacientem vhodně nekomunikuje, problém se prohlubuje. (Linhartová, 2007, s. 73)

2.3 Komunikace s úzkostným pacientem

Úzkost lze definovat jako „nepříjemný emoční stav provázený obdobnými psychickými i somatickými znaky jako strach, s tím rozdílem, že příčina úzkosti není známá.“ (Špatenková, Králová, 2009, s. 90) Vyskytuje se u většiny nemocí. (Janáčková, Weiss, 2008, s. 78)

Úzkost může být normální nebo patologická. Normální úzkost je signálním afektem, který upozorňuje jak na vnější nebezpečí, tak i na vnitřní ohrožení (např. těžko řešitelný vnitřní konflikt). Člověk musí na tento signální afekt nějakým způsobem reagovat. Lidé mají řadu zvládacích a obranných mechanismů, které vedou buď k znovuobnovení psychické rovnováhy, nebo k tvorbě systémové formace. Oproti tomu patologická úzkost se může projevovat nadměrnou úzkostí, nebo naopak nedostatkem úzkosti. (Vymětal a kol., 2007, s. 65)

Úzkost se projevuje neklidem, třesem, pocením dlaní, poruchami koncentrace pozornosti, rychlým a povrchním dýcháním. Úzkostný pacient může mít svíravý pocit za hrudní kostí a bušení srdce. Obvykle se neustále na něco ptá a příliš často zvoní na sestru. (Špatenková, Králová, 2009, s. 90) Úzkost může také být povahovým rysem pacienta. (Linhartová, 2007, s. 69)

Úzkostný pacient se chová tak, aby získal potřebnou péči, je rád v blízkosti sestry. Sestra ale mívá tendenci spíše unikat, jelikož tento pacient budí většinou negativní pocity, a to proto, že jeho potřeba blízkosti a ochrany je neadekvátní situací. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 91)

Při komunikaci s úzkostným pacientem by měla být sestra vnímavá vůči všem příznakům úzkosti, měla by chápat pacientovy pocity a ukázat mu zájem o něj samotného. Nejsou vhodné prázdné fráze typu: „Zítra vám bude líp.“ Sestra by se vždy měla snažit identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi verbalizovat jeho pocity. Důležitá je pomalá, krátká, jasná a srozumitelná řeč. Také přiměřené a vhodné informace pomáhají redukovat pacientovu úzkost. Pokud pacient trpí silnou úzkostí, je vhodné, aby lékař zajistil konzultaci s psychologem. Někdy se úzkost může vystupňovat až do takové fáze, že

se lékař rozhodne pro medikaci léků, nejčastěji anxiolytik. (Špatenková, Králová, 2009, s. 91-92)

Zásadní chybou v komunikaci s úzkostným pacientem je vyhýbání se kontaktu s ním, jelikož důsledkem je jen zvýšení jeho úzkosti. Není také vhodný rodičovský přístup, kdy sestra přijímá dominanci nad pacientem, což může podporovat pacientovy nezralé reakce. Je třeba, aby si sestra uvědomila, že pokud se bude chovat jako rodič, pacient bude reagovat jako dítě. Není též vhodné, aby sestra zatěžovala pacienta zbytečnými detaily a nepodstatnými informacemi, které jen zvyšují jeho úzkost. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 92)

2.4 Komunikace s pacientem s infaustním onemocněním

Zpráva o infaustním (nepříznivém) onemocnění znamená pro pacienta obvykle těžkou krizi. Jde totiž o situaci, kterou není schopen zvládnout sám. Nemoc s infaustní prognózou není ovšem stresující jen pro pacienta, ale pro všechny zúčastněné, tedy i pro jeho blízké a sestry. Právě sestra se svými ošetrovatelskými intervencemi může mít velký vliv na to, jak se pacient na svou situaci adaptuje. Měla by pomáhat pacientovi zvládnout vše, co mu jeho onemocnění přináší. (Špatenková, Králová, 2009, s. 113)

Mnoho sester vnímá smrt jako důsledek selhání zdravotní péče, v čemž může spočívat problém jejich komunikace s pacienty. (dostupné z <http://www.aacn.nche.edu/elnec/about/fact-sheet.>)

Průběh nemoci je ovlivněn fyzickým, psychickým, sociálním, spirituálním a finančním stavem pacienta a celé jeho rodiny. Elizabeth Küblerové-Rossová popsala 5 fází prožívání vážného onemocnění. První fázi popsala jako **negaci**. Pacient je v této fázi v šoku. Typickou větou bývá: „*Ne, to není možné, zaměnili výsledky.*“ V této fázi by sestra měla navázat s pacientem kontakt a získat si jeho důvěru. Další fází je **agrese**, kdy se pacient hněvá a má vztek. Může mít zlost na všechny sestry a celý ošetrovatelský personál, mívá zlost i na zdravé lidi. Mívá velké pocity nespravedlnosti. Sestra by měla pacientovi dovolit odreagování a neměla by se pohoršovat, jelikož je to normální reakce. Pacient má právo zlobit se. Třetí fázi nazvala **smlouvání**. Pacient se v této fázi snaží hledat zázračné léky, hledá různé léčitele. Bývá ochoten zaplatit za cokoliv a mívá sklon činit velké sliby. Sestra by měla být v této fázi velmi trpělivá. Poté nastupuje **deprese**, kterou prožívá snad každý pacient, kterému byla sdělena infaustní prognóza. Pacient trpí velkým smutkem z utrpené či hrozící ztráty, začíná mít strach o zajištění rodiny. Sestra by měla trpělivě

naslouchat, snažit se pomoci urovnat vztahy v pacientově rodině. Poslední fázi pojmenovala jako **smíření**, souhlas. Pacient vzdává boj a bývá vyrovnán se svou prognózou. Zde nastává čas loučení. Sestra může pomoci tím, že pacienta drží za ruku, utře slzu apod. Někdy pomáhá i pouhá mlčenlivá lidská přítomnost. Sestra by měla brát zřetel také na to, že v této fázi může rodina potřebovat možná větší pomoc než pacient. Je velmi důležité vědět, že ne každý pacient prochází všemi fázemi. Někdo v jedné setrvává déle, u jiného se fáze prožívání mohou často střídat. Do fáze smíření nemusí dojít každý pacient. Pro pacienta je velmi důležité, aby nebyl osamocen a netrpěl bolestí. Za těchto podmínek lze říci, že umírá důstojně. (Špatenková, Králová, 2009, s. 114)

Sestra by se měla snažit poskytovat kvalifikovanou ošetrovatelskou péči i na konci života pacienta. Měla by umožnit pacientovi důstojnou smrt, která bývá definována různě, většina pacientů ale považuje důstojnou smrt za takovou, která je bezbolestná. Důležité je, aby důstojné smrti předcházelo důstojné umírání. (Špatenková, Králová, 2009, s. 115)

Péče o pacienty s infaustní prognózou je velmi náročná a stresující. V průběhu procesu umírání by sestra měla uspokojovat pacientovy tělesné, emocionální (psychické), sociální a spirituální potřeby. Sestra pochopitelně všechny tyto potřeby sama uspokojit nemůže, proto je zde nutná týmová spolupráce a vhodná je spolupráce s dalšími subjekty poskytujícími péči (např. dobrovolníci, hospicová péče). (Špatenková, Králová, 2009, s. 115)

Jak by tedy měla sestra správně komunikovat s pacienty s infaustním onemocněním? Především by se sestra neměla nevyhýbat pacientovým otázkám o nemoci a léčbě, naopak, je velmi důležité, aby s ním mluvila o jeho obavách. Je nezbytné, aby sestra přijala jakoukoliv reakci pacienta na zprávu o jeho umírání a aby byla citlivá k potřebě pacienta mluvit či mlčet. Dále by měla umět identifikovat sociální podporu pacientova, tj. informovat ho, kdo všechno mu může pomoci (členové rodiny, psycholog, kněz apod.). Sestra, která chce umět správně komunikovat s infaustně nemocným pacientem, by měla umět povzbuzovat pacienta (např. aby dokončil nedokončené věci ...), dopřát mu pocit kontroly nad jeho životem a všímat si pacientových příznaků psychických problémů. Nikdy by sestra neměla zapomínat na rodinu pacienta, protože i ona potřebuje pomoc a podporu, někdy dokonce i větší, než samotný pacient. (Špatenková, Králová, 2009, s. 116)

Umírající pacienti mají své představy o laskavé péči. (viz PŘÍLOHA Č. 1)

Ošetrovatelská péče nekončí smrtí pacienta. Sestra je odpovědná za důstojnou péči o tělo zemřelého a měla by být citlivá k potřebám rodiny. V některých případech si členové rodiny přejí strávit nějaký čas se svým zesnulým. Někteří s ním chtějí zůstat o samotě, jiní si přejí přítomnost sestry či duchovního. Sestra by jim to měla umožnit a je-li to možné, měla by respektovat náboženské a etnické zvyky. (Špatenková, Králová, 2009, s. 117)

3 KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

WHO uvádí, že v jednotlivých zemích je 5 až 19 % celkové populace zdravotně postižených. (dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>, [cit. 2014-02-13])

U některého pacienta se může vyskytnout chronická nemoc, na základě které může vzniknout zdravotní postižení, např. u roztroušené sklerózy. U jiného pacienta může jít o trvalé postižení, které ale nevyžaduje dlouhodobou péči, a proto by sestra neměla chápat takového pacienta jako nemocného. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 261)

V naší společnosti existují bohužel různé projevy pohrdání, odporu a vyhýbání se kontaktu se zdravotně postiženými. Také různé mýty a stereotypy stigmatizují zdravotně postižené pacienty, a tím snižují jejich sociální status. (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011, s. 35)

Při komunikaci s těmito pacienty by sestra měla užívat správnou terminologii. Dříve užívané výrazy, např. mrzák, invalida (výjimkou je jen zachovaný pojem „invalidní důchod“), jsou dnes zcela nepřijatelné. V naší společnosti je asi 10% osob se zdravotním postižením a tento počet se zvyšuje s věkem, výrazně stoupá od 60 let. Mezi hlavní uváděné skupiny se zdravotním postižením patří osoby s tělesným postižením, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, osoby s vnitřním postižením (osoby s „civilizačními chorobami“), s mentálním postižením a osoby s těžší poruchou řeči. Také psychiatričtí pacienti (zejména psychotici) a osoby s demencí patří do skupiny osob se zdravotním postižením. Někdy se sestra může setkat s pacientem, u kterého se vyskytuje několik druhů postižení, pak se jedná o kombinované postižení. Kombinovaná postižení mívají často stejnou etiologii, ale nemusí tomu tak být vždy. Nejčastěji se tento pojem používá u osob, které trpí mentálním postižením kombinovaným např. se zrakovým postižením. Bohužel někteří laici se domnívají, že všechny osoby se zdravotním postižením jsou postiženy i mentálně. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 261-262)

Sestra by měla umět využívat současných pacientových komunikačních schopností a podporovat jeho nezávislost i v oblasti komunikace. (Špatenková, Králová, 2009, s. 99)

3.1 Pacient s tělesným postižením

Tělesné postižení vnáší do komunikace mezi sestrou a pacientem určitá specifika. Velmi záleží na tom, jak je pacient adaptován na své postižení. Od toho se pak odvíjí komunikace. Tělesně postižený pacient je konfrontován s tím, že už nikdy nebude úplně zdravý, a tím může být narušená jeho kvalita života. Tělesné postižení se projevuje především různými poruchami hybnosti, které způsobují omezenost (disaptibilitu) při uskutečňování určitých aktivit. (Špatenková, Králová, 2009, s. 106)

Samotné tělesné postižení nezpůsobuje vážnou komunikační bariéru. Komunikační bariéry způsobují spíše sestry ve svém myšlení a chování. Sestra by si proto měla nejdříve ověřit stupeň pacientovy nesamostatnosti/samostatnosti, aby věděla, jakou pomoc bude pacient potřebovat. Měla by vždy respektovat jeho možnosti. Činnosti, které pacient zvládne sám, by sestra nikdy neměla vykonávat za něj. (Špatenková, Králová, 2009, s. 106)

Při komunikaci s tělesně postiženým pacientem by sestra vždy měla respektovat autonomii takového pacienta. To znamená, že pokud mu sestra chce s něčím pomoci, měla by se vždy nejprve zeptat, zda pacient o nabízenou pomoc stojí. Dále by se sestra neměla vyhýbat komunikaci s tělesně postiženým pacientem, protože toto postižení obvykle neznamená komunikační deficit. Velmi důležité je, aby sestra vždy předpokládala normální inteligenci pacienta, a to i přes různé atypické projevy, např. spazmy. Měla by bedlivě pozorovat verbální i neverbální komunikaci, oceňovat a chválit pacienta. Vždy by měla odstranit všechny možné překážky, které by mohly pacientovi překážet. Pokud je pacient upoután na vozíčku, je vhodné, aby si sestra klekla a měla tak s pacientem oči ve stejné výši. Sestry mívají sklon být vůči tělesně postiženým pacientům hyperprotektivní, ale je to zbytečné, neboť tito pacienti si velmi cení své nezávislosti. (Špatenková, Králová, 2009, s. 107)

3.2 Pacient se zrakovým postižením

Zrakové postižení či dokonce nevidomost je velkým komunikačním deficitem, jelikož zrak umožňuje vidět výraz obličeje mluvčího, jeho gesta. Pacient se zrakovým postižením nikdy nezíská úplné sdělení, protože je ochuzen o mnoho neverbálních sdělení. Pacient bez zrakového postižení získává cca 70-80 % informací právě prostřednictvím zraku, je proto pochopitelné, že pacient se zrakovým postižením se může cítit izolovaný a zranitelný. (Špatenková, Králová, 2009, s. 104)

Jak by tedy měla sestra správně komunikovat s pacientem se zrakovým postižením? V první řadě by sestra měla navázat kontakt jako první, protože pacient sestru nemůže vidět. Vždy by se měla představit a uvést svou funkci. Podání ruky nahrazuje takovému pacientovi vizuální kontakt, proto by ji sestra měla nabídnout a slovně tuto situaci okomentovat. Při ošetřování by měla naprosto všechno komentovat, např. „*Ted' vás to bude trochu tlačit ...*“, protože pro pacienta jsou takové informace nezbytné. Při rozhovoru s pacientem by sestra měla využívat běžnou hlasitost i tempo řeči. Není třeba hovořit hlasitěji nebo pečlivě artikulovat. Oční kontakt s takovým pacientem je velmi důležitý, ač se to může zdát zbytečné, ale zrakově postižený pacient často pozná, že mu sestra nevěnuje oční kontakt. Co se týče osobních věcí pacienta, měly by zůstat tam, kam si je sám položil, sestra by s jeho věcmi neměla manipulovat bez jeho vědomí. Pokud je nutné pacienta někam odeslat, např. na rentgen, je nutné, aby pacientovi obstarala doprovod. Pokud je trasa příliš složitá, je vhodné, aby pacientovi obstarala doprovod. (Špatenková, Králová, 2009, s. 104-105)

V žádném případě by sestra nikdy neměla pacienta litovat a dělat z něj méněcenného člověka. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 122)

Pokud je potřeba, aby sestra pacienta někam doprovodila, měla by znát jednoduchá doporučení. V první řadě by se měla pacienta zeptat, zda potřebuje pomoc, protože ne vždy ji pacient chce. Pokud pacient potřebuje pomoc, měla by sestra nabídnout předloktí a jít asi napůl těla před pacientem. Zásadní chybou je, pokud sestra strká pacienta před sebou, nebo ho za sebou vleče. Pokud sestra potřebuje zahnout doprava nebo doleva, nemusí to pacientovi říct, neboť pacient to vycítí pohybem jejího těla. Vždy je nezbytné, aby hlásila zvláštnosti terénu, např. schody, úzký průchod atd. Při chůzi po schodech by sestra měla nahlásit první a poslední schod a také upozornit, jaký směr schody mají. Při vstupu do kterékoliv místnosti by dveře měla otvírat sestra a pacient by je měl zavírat. Rozhodně by neměla pacienta dveřmi protlačovat. Měla by pacientovi popsat interiér místnosti. Zvláště nutné je seznámit pacienta s jeho pokojem, lůžkem, nočním stolkem atd., aby mohl být následně samostatný. Je důležité, aby sestra dávala pacientovi jasné a stručné instrukce a nepoužívala slova typu „támhle je ...“. (Špatenková, Králová, 2009, s. 105-106)

Pacient se zrakovým postižením mívá velmi dobře vyvinutý čich, hmat a sluch. Prostřednictvím sluchu může proto velmi dobře rozpoznat odvrácenou tvář a může to pak vnímat jako aroganci, nezájem ... (Linhartová, 2007, s. 83)

3.3 Pacient se sluchovým postižením

Komunikace se sluchově postiženým pacientem je závislá na stupni sluchové ztráty. Sluchová postižení mohou být prelingvální (pacient ztratil sluch ještě v období, než se naučil mluvit) a postlingvální (pacient ztratil sluch, když už uměl mluvit). Dále se sluchová postižení rozdělují na nedoslýchavost a hluchoslepotu, tj. kombinovanou senzoricou vadu. Při komunikaci s pacientem se sluchovým postižením může dojít k mnohým nedorozuměním, jelikož takový pacient se na pohled od slyšícího ničím neliší. (Linhartová, 2007, s. 88)

WHO klasifikuje sluchové postižení na lehkou nedoslýchavost (pacient rozumí slyšené řeči ze 6-4 m), středně těžké postižení (pacient rozumí slyšené řeči ze 2-4 m), hluchotu, stařeckou nedoslýchavost a ušní šelest (tinitus), kterým trpí až 17% populace a ve věku 60-65 let již každý druhý člověk. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 297)

Většina sluchově postižených pacientů má zbytky sluchu, které ale nestačí ke spontánnímu rozvoji řeči. Velmi záleží na době, kdy sluch ztratili (od toho se odvíjí i jejich mentální dispozice). Někteří se dokonce naučí mluvit, ale jejich řeč je jiná. Pacienti se sluchovým postižením myslí jinak a jejich sociální vztahy jsou také jiné. Svět vnímají zrakem a hmatem, a to si vynucuje i jiné chování, které slyšící lidé hodnotí jako příliš nápadné a hlučné. Z těchto důvodů je komunikace s nimi obtížnější než komunikace s nevidomými. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 296)

V současné době mají pacienti se sluchovým postižením komunikační a kompenzační pomůcky, jako např. psací telefony, uzpůsobené mobilní telefony, faxy a počítače, světelné a vibrační budíky, sluchadla aj. Přesvědčení, že všichni pacienti se sluchovým postižením umějí odezírat, je nesprávné. Tuto dovednost ovládají pouze někteří (postlingválně sluchově postižení pacienti) a sestra by měla vědět, že schopnost odezírat trvá sice 15-20 minut, ale již po 5 minutách přichází únava a hovor je třeba přerušovat. Obecně je odezíráání namáhavé, a proto pozornost během komunikace klesá. (Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2011, s. 297)

Jak tedy správně komunikovat s pacienty se sluchovým postižením? Před zahájením komunikace by sestra měla upozornit pacienta lehkým dotykem nebo rychlým zamáváním ruky v jeho zorném poli. Tím dá sestra pacientovi najevo, že s ním chce mluvit. Za žádných okolností by neměla sestra mluvit s pacientem za jeho zády, ale měla by se postavit tak, aby jí pacient dobře viděl na rty. Pacient sestru neslyší, proto by neměla

křičet, spíše naopak, měla by mluvit bez hlasu. Sestra by měla užívat jen běžná slova v jednoduchých větách a zásadně by neměla užívat cizí termíny či dokonce lékařskou slangovou terminologii. Pacient takovým termínům nerozumí. Při komunikaci je velmi důležité, aby sestra využívala zpětnou vazbu, tzn. ujištění, že pacient jí rozumí. Sestra by se také měla vyhýbat ironickým poznámkám, jelikož neslyšící pacient ironii ostatních nerozumí. V neposlední řadě je možné využívat přirozených gest. Použití tužky a papíru lze pouze u pacientů, kteří umí psát. Sestra by neměla zapomínat, že pacient se sluchovým postižením má právo získat dostatek informací, stejně tak jako každý jiný pacient. (Linhartová, 2007, s. 95)

3.4 Pacient s poruchou řeči

Sestra pečující o pacienta získává a předává velkou část informací formou mluveného slova. Pokud sestra komunikuje s pacientem s poruchou řeči, může dojít k nesprávnému porozumění, které vážně ohrožuje přesné pochopení problémů pacienta. Sestra proto musí být při komunikaci velmi trpělivá a pozorná. Sestra, která se vyhýbá komunikaci s pacientem s poruchou řeči, selhává. Poruchy řeči se dělí na poruchy receptivní složky řeči a poruchy expresivní složky řeči. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 131-132)

U pacienta, který trpí **poruchou receptivní složky řeči**, převládá neschopnost porozumět mluvené řeči, např. u receptivní afázie po mozkové příhodě nebo úrazu (pacient není schopen porozumět mluvené řeči).

Poruchy expresivní složky řeči mohou být v oblasti formální a obsahové. **Expresivní afázie** je postižení v obsahové oblasti a znamená, že pacient není schopen mluvit. Do formální oblasti postižení patří mutismus, dysartrie, poruchy výslovnosti a koktavost. **Mutismus** je porucha, při které pacient nemůže mluvit z psychických důvodů. Pokud takový pacient nemůže mluvit jen v některých situacích, jedná se o selektivní mutismus. **Dysartrie** znamená porucha motoriky mluvidel. Sestra, která pracuje na dětském oddělení, se může často setkat s **poruchami výslovnosti**, protože u dětí jsou nejčastější. Měla by se snažit dítěti porozumět a vhodnou formou zjistit, zda je v logopedické péči. V ošetrovatelské péči se sestra může setkat také s **koktavostí**, která je nejnápadnější a nejzávažnější řečovou poruchou, při níž jsou postižení velmi citliví na psychickou pohodu. Vždy je nutné, aby sestra poskytla pacientovi prostor pro klidný hovor a nespěchala. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 132)

Při komunikaci s pacientem s poruchou řeči by sestra vždy měla zajistit vhodné prostředí a soukromí. Měla by mluvit jasně a v krátkých větách a vždy by si měla ověřit, že jí pacient rozuměl. Nikdy by neměla pacienta opravovat a nutit ho ke změně stylu řeči. Sestra by také neměla přebírat způsob pacientova vyjadřování a zásadně by neměla pacienta vést ke změně stylu řeči. Není též vhodné, aby pacienta nutila k hovoru, pokud sám nemá zájem. Sestra vzdělaná v komunikačních dovednostech by se vždy měla snažit hledat možnosti co nejlepší komunikace, např. prostřednictvím symbolů, obrázků, afatického slovníku, gest apod. (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 133)

V ošetrovatelské péči jsou také určitá významná specifika komunikace s dětským, dospělým, geriatrickým pacientem a s pacientem s bolestí. Mé rozpětí práce však nedovoluje se jimi více zabývat, jelikož by si zasloužily samostatné zpracování.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Jedním z nejslabších míst celého našeho zdravotnictví je komunikace s pacienty. Dokazují to různé soudní spory, které vedou pacienti proti svým lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům. Přitom se odhaduje, že by bylo možné až v 90 % případů těmto žalobám a stížnostem předcházet rozumnou a účinnou komunikací. (Špatenková, Králová, 2009, s. 124) V bakalářské práci se proto ve výzkumném šetření zabývám zjišťováním stavu obecných i specifických komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetrovatelské péči. Pro navázání a udržení vztahu s pacientem při poskytování ošetrovatelské péče u jednotlivých pacientů je důležité, aby sestra měla znalosti z komunikace a jejím prostřednictvím se snažila o zkvalitnění ošetrovatelského procesu. Disponují ale všeobecné sestry komunikačními dovednostmi v ošetrovatelské péči?

5 CÍL VÝZKUMU

5.1 Hlavní cíl

Problematika komunikace v ošetrovatelské péči mě zajímala už na střední škole, kdy jsem chodila na odborné praxe do nemocnice. Už tehdy jsem si všímala problému v přístupu sester k pacientům. Zajímalo mě, zda je tento problém důsledkem nedostatečných komunikačních dovedností sester.

Problematika komunikace ve zdravotnictví mě velmi zajímá. Mým cílem je zjistit, na jaké úrovni jsou komunikační dovednosti všeobecných sester v ošetrovatelské péči.

5.2 Dílčí cíle

Cíl č. 1: Analýza teoretických znalostí všeobecných sester v oblasti obecné komunikace.

Předpoklad č. 1: Většina dotazovaných všeobecných sester má teoretické znalosti z obecné komunikace.

Otázky č. 5, 6 a 7.

Kritérium hodnocení: Většina = 51 % a více

Pro potvrzení předpokladu jen nutné správné zodpovězení 2 z 3 otázek.

Cíl č. 2: Zjistit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v každodenní interakci s pacienty.

Předpoklad č. 2: Většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti v každodenní interakci s pacienty.

Otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12.

Kritérium hodnocení: Většina = 51 % a více

Za dostatečné považují správné zodpovězení 3 z 5 otázek.

Cíl č. 3: Objasnit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester s pacienty se specifickými potřebami.

Předpoklad č. 3: Většina dotazovaných všeobecných sester má nedostatečné komunikační dovednosti s pacienty se specifickými potřebami.

Otázky č. 13, 14, 15, 16 a 17.

Kritérium hodnocení: Většina = 51 % a více

Za nedostatečné považují chybné zodpovězení 3 z 5 otázek.

Operacionalizace pojmu: Pacient se specifickými potřebami - agresivní pacient, depresivní pacient, úzkostný pacient, infaustně nemocný pacient.

Cíl 4: Analýza komunikačních dovedností všeobecných sester s pacienty se zdravotním postižením.

Předpoklad 4: Většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti s pacienty se zdravotním postižením.

Otázky č. 18, 19, 20, 21 a 22.

Kritérium hodnocení: Většina = 51 % a více

Za dostatečné považují správné zodpovězení 3 z 5 otázek.

6 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů tvořilo 100 všeobecných sester, pracujících na interních a chirurgických klinikách Fakultní nemocnice Plzeň. Zaměřila jsem se pouze na tyto kliniky, jelikož jsou základními odděleními nemocnice.

7 METODA SBĚRU DAT

Výzkumná část práce byla prováděna metodou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Kvantitativní metodu jsem si zvolila pro umožnění oslovení širšího vzorku respondentů. Strukturovaný dotazník (viz příloha) obsahoval 22 otázek. 7 otázek bylo uzavřených a 15 polootevřených. K získání dotazníků jsem použila přímou metodu, kdy jsem dotazníky rozdávala i vybírala osobně.

První otázky jsou filtrující pro získání základních informací, jako je věková kategorie, délka praxe, nejvyšší ukončené vzdělání a pracoviště respondentů. Další otázky vycházely ze stanovených předpokladů a z teoretické části práce.

Údaje z dotazníků byly zpracovány do tabulek pomocí programu Microsoft Office Word 2007.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od ... do ... 2014 po písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz příloha). Dotazníky byly distribuovány ve Fakultní nemocnici Plzeň a byly určeny všeobecným sestřím. Dotazníkové šetření probíhalo na Chirurgické klinice (Oddělení A, B, C, E a F), na Chirurgickém oddělení (Stanice B a C) a na I. interní klinice (Oddělení A, B a C)

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Z celkového počtu bylo získáno 80 vyplněných dotazníků, což činilo 80% návratnost.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

- a) 20 - 35 let
- b) 36 - 45 let
- c) 46 a více let

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Odpovědi	a)	b)	c)	Celkem
Absolutní četnost	34	26	20	80
Relativní četnost (%)	42,5 %	32,5 %	25 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 1 vyplývá, že dotazníky vyplňovaly nejvíce sestry ve věku 20 - 35 let – 34 sester (42,5 %), ve věku 36 - 45 let – 26 sester (32,5 %) a ve věku 46 a více let bylo vyplněno jen 20 dotazníků (25 %).

Otázka č. 2: Jaká je délka Vaší praxe?

- a) do 2 let
- b) 3 - 6 let
- c) 7 - 10 let
- d) 11 a více let

Tabulka č. 2 Délka praxe respondentů

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	12	6	8	54	80
Relativní četnost (%)	15 %	7,5 %	10 %	67,5 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 2 vyplývá, že 11 a více let zdravotnické praxe má 54 (67,5 %) dotazovaných sester. 12 (15 %) dotazovaných sester má zdravotnickou praxi do 2 let. 8 (10 %)

dotazovaných sester má praxi 7 - 10 let. Jen 6 (7,5 %) dotazovaných sester má zdravotnickou praxi 3 - 6 let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské (maturitní zkouška)
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- d) specializační vzdělání

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	36	10	22	12	80
Relativní četnost (%)	45 %	12,5 %	27,5 %	15 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 3 ukazuje, že dotazníky vyplňovaly nejvíce sestry se středoškolským vzděláním – 36 (45 %), pak sestry s vysokoškolským vzděláním – 22 (27,5 %), dále sestry se specializačním vzděláním – 12 (15 %) a nejméně sester s vyšším odborným vzděláním – 10 (12,5 %).

Otázka č. 4: Na jakém oddělení pracujete?

- a) na interním oddělení
- b) na chirurgickém oddělení

Tabulka č. 4 Pracoviště respondentů

Odpovědi	a)	b)	Celkem
Absolutní četnost	36	44	80
Relativní četnost (%)	45 %	55 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 4 vyplývá, že dotazníky vyplňovalo nejvíce sester z chirurgických oddělení - 44 (55 %). Na interních odděleních vyplňovalo dotazníky 36 (45 %) sester.

Otázka č. 5: Neverbální komunikace zaujímá:

- a) 20 % veškeré komunikace
- b) 40 % veškeré komunikace
- c) 55 % veškeré komunikace
- d) 10 % veškeré komunikace

Tabulka č. 5 Znalost respondentů procentuálního zastoupení neverbální komunikace

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	6	48	26	0	80
Relativní četnost (%)	7,5 %	60 %	32,5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Podle tabulky č. 5 vědělo 26 (32,5 %) dotazovaných sester, že neverbální komunikace zaujímá 55 % veškeré komunikace. 48 (60 %) sester si myslelo, že neverbální komunikace zaujímá 40 % veškeré komunikace. Jen 6 (7,5 %) dotazovaných sester si myslelo, že neverbální komunikace zaujímá 20 % veškeré komunikace. 0 (0 %) sester uvedlo, že neverbální komunikace zaujímá 10 % veškeré komunikace.

Otázka č. 6: Hranice intimní zóny je:

- a) do 30 cm
- b) 45 - 74 cm
- c) 75 - 100 cm
- d) 210 - 360 cm

Tabulka č. 6 Znalost respondentů hranice intimní zóny

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	72	6	2	0	80
Relativní četnost (%)	90 %	7,5 %	2,5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 6 vyplývá, že 72 (90 %) dotazovaných sester znalo hranici intimní zóny - do 30 cm. 6 (7,5 %) dotazovaných sester si myslelo, že intimní zóna má hranici od 45 - 74 cm. Jen 2 (2,5 %) dotazované sestry si myslely, že intimní zóna má hranici od 75 - 100 cm. 0 (0 %) odpovědělo, že hranice intimní zóny je 210 - 360 cm.

Otázka č. 7: Haptika se zabývá:

- a) komunikací prostřednictvím pohledů
- b) komunikací prostřednictvím fyzických postojů
- c) komunikací prostřednictvím doteků

Tabulka č. 7 Znalost respondentů pojmu „haptika“

Odpovědi	a)	b)	c)	Celkem
Absolutní četnost	2	2	76	80
Relativní četnost (%)	2,5 %	2,5 %	95 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 76 (95 %) dotazovaných sester znalo pojem „haptika“ - komunikace prostřednictvím doteků. 2 dotazované sestry (2,5 %) si myslely, že se jedná o komunikaci prostřednictvím pohledů a další 2 (2,5 %) sestry uvedly, že se jedná o komunikaci prostřednictvím fyzických postojů.

Otázka č. 8: Pohlázení pacienta (např. po ruce) považujete:

- a) za nevhodné gesto
- b) za narušování intimity pacienta
- c) na projev empatie a důvěry
- d) jiné ...

Tabulka č. 8 Pohlázení pacienta (např. po ruce) z pohledu respondentů

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	0	4	76	0	80
Relativní četnost (%)	0 %	5 %	95 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 8 je zřejmé, že většina sester - 76 (95 %), považuje správně pohlázení pacienta (např. po ruce) za projev empatie a důvěry. Jen 4 (5 %) sestry považovaly takové pohlázení za narušování intimity pacienta. 0 (0 %) sester považují toto pohlázení za nevhodné gesto a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 9: Při příjmu pacienta Vaší první intervencí je:

- a) administrativní činnost
- b) navázání očního kontaktu, pozdrav
- c) doprovod pacienta na jeho příslušný pokoj
- d) jiné ...

Tabulka č. 9 První intervence respondentů při příjmu pacienta

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	2	74	4	0	80
Relativní četnost (%)	2,5 %	92,5 %	5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 9 vyplývá, že 74 (92,5 %) sester odpovědělo správně - při příjmu pacienta nejdříve navážou s pacientem oční kontakt a pozdraví ho. 4 (5 %) sestry uvedly, že nejprve doprovodí pacienta na jeho příslušný pokoj. Jen 2 (2,5 %) sestry uvedly, že se nejprve zabývají administrativní činností.

Otázka č. 10: V situaci, kdy při rozhovoru s pacientem něčemu nerozumíte:

- a) požádáte pacienta o upřesnění toho, čemu nerozumíte
- b) necháte pacienta dále mluvit, nechcete ho přerušovat v hovoru
- c) projevíte nevoli, protože Vás to zdržuje od práce
- d) jiné ...

Tabulka č. 10 Reakce respondentů při nedorozumění s pacientem během rozhovoru

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	76	4	0	0	80
Relativní četnost (%)	95 %	5 %	0 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 10 vyplývá, že 76 (95 %) dotazovaných sester ví, jak mají zareagovat v situaci, kdy při rozhovoru s pacientem něčemu nerozumí - požádají pacienta o upřesnění toho, čemu nerozumí. Jen 4 (5 %) sestry uvedly, že nechají pacienta dále mluvit, aby ho nepřerušovaly v hovoru. 0 (0%) sester uvedlo, že projeví nevoli, neboť je to zdržuje od práce a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 11: Po ošetrovatelském výkonu pacientovi:

- a) vždy poděkujete za spolupráci
- b) poděkujete jen v případě, že jste spokojen/a se spoluprácí
- c) nepoděkujete
- d) jiné ...

Tabulka č. 11 Poděkování pacientům za spolupráci po ošetrovatelském výkonu

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	44	34	2	0	80
Relativní četnost (%)	55 %	42,5 %	2,5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 11 vyplývá, že 44 (55 %) dotazovaných sester odpovědělo správně - vždy pacientovi poděkují za spolupráci. 34 (42,5 %) sester by poděkovalo jen v případě, že by byly spokojeny se spoluprácí. Jen 2 (2,5 %) sestry by nepoděkovaly. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 12: Pokud se Vám pacient svěřuje s problémem v psychosociální oblasti:

- a) snažíte se o rozvoj otevřené komunikace s pojmenováním pocitů
- b) snažíte se změnit téma rozhovoru
- c) dostáváte se do situace, kdy nevíte, co říci
- d) jiné ...

Tabulka č. 12 Reakce respondentů na svěřování pacientových problémů

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	68	6	6	0	80
Relativní četnost (%)	85 %	7,5 %	7,5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 12 vyplývá, že 68 (85 %) dotazovaných sester ví, jak komunikovat v situaci, kdy se jim pacient svěřuje s problémem v psychosociální oblasti - snaží se o rozvoj otevřené komunikace s pojmenováním pocitů. 6 (7,5 %) sester se snaží změnit téma rozhovoru a dalších 6 (7,5 %) sester se dostává do situace, kdy nevědí, co říci. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 13: Pokud na Vás křičí agresivní pacient, jaká bude Vaše reakce?

- a) křičíte na něj také, nenecháte si to líbit
- b) snažíte se ho moralizovat
- c) ignorujete ho
- d) zjistíte, čím se dá agresivní chování pacienta vysvětlit, necháte ho chvíli mluvit, popř. odejdete a přijdete za chvíli
- e) jiné ...

Tabulka č. 13 Reakce respondentů na křik agresivního pacienta

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	2	22	4	52	0	80
Relativní četnost (%)	2,5 %	27,5 %	5 %	65 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 13 ukazuje, že většina - 52 (65 %) dotazovaných sester odpověděla správně na otázku „Pokud na Vás křičí agresivní pacient, jaká bude Vaše reakce?“ - zjistí, čím se dá agresivní chování pacienta vysvětlit, nechají ho chvíli mluvit, popř. odejdou a přijdou za chvíli. 22 (27,5 %) sester by se snažilo pacienta moralizovat. 4 (5 %) sestry by pacienta ignorovaly. Jen 2 (2,5 %) sestry by křičely na pacienta také, nenechaly by si to líbit. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 14: Pokud se Vám depresivní pacient svěřuje se svými starostmi:

- a) snažíte se jeho starosti zlehčit („To bude dobré ...“)
- b) apelujete na pevnou vůli
- c) snažíte se ho aktivizovat (křížovky, knihy, televize ...), abyste odvedl/a myšlenky od jeho starostí
- d) dáte najevo pochopení pro jeho stav i situaci
- e) jiné ...

Tabulka č. 14 *Reakce respondentů na svěřování starostí depresivního pacienta*

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	4	4	32	40	0	80
Relativní četnost (%)	5 %	5 %	40 %	50 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 14 vyplývá, že 40 (50 %) dotazovaných sester vědělo správně, jak se zachovat v situaci, kdy se depresivní pacient svěřuje se svými starostmi - dají najevo pochopení pro jeho stav i situaci. 32 (40 %) sester by se snažilo pacienta aktivizovat (křížovky, knihy, televize ...), aby odvedly myšlenky od jeho starostí. 4 (5 %) sestry by se snažily jeho starosti zlehčit („To bude dobré ...“) a další 4 (5 %) sestry by apelovaly na pevnou vůli. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 15: Při komunikaci s úzkostným pacientem:

- a) se snažíte k pacientovi zachovávat rodičovský přístup
- b) se snažíte identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi verbalizovat jeho pocity
- c) se snažíte spíše vyhýbat komunikaci
- d) jiné ...

Tabulka č. 15 Komunikace respondentů s úzkostným pacientem

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	4	76	0	0	80
Relativní četnost (%)	5 %	95 %	0 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 15 ukazuje, že 76 (95 %) dotazovaných sester ví, jak komunikovat s úzkostným pacientem - snažit se identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi verbalizovat jeho pocity. 4 (5 %) sestry by se snažily zachovávat k pacientovi rodičovský přístup. 0 (0 %) sester by se snažilo spíše vyhýbat komunikaci a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 16: Jak zareagujete v situaci, kdy infaustně nemocný pacient začne mluvit o smrti?

- a) snažíte se změnit téma
- b) nevíte, co říci
- c) vyslechnete ho, mluvíte s ním o tom
- d) řeknete mu, že on přeci ještě nezemře
- e) jiné ...

Tabulka č. 16 Rozhovor respondentů s pacientem na téma „Smrt“

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	18	12	30	20	0	80
Relativní četnost (%)	22,5 %	15 %	37,5 %	25 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 16 ukazuje, že 30 (37,5 %) dotazovaných sester odpovědělo správně na otázku „Jak zareagujete v situaci, kdy infaustně nemocný pacient začne mluvit o smrti?“ - vyslechnou ho, mluví s ním o tom. 20 (25 %) sester pacientovi řeknou, že on přeci ještě nezemře. 18 (22,5%) sester se snaží změnit téma a 12 (15 %) sester neví, co říci. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 17: S příbuznými infaustně nemocného pacienta:

- a) komunikujete a snažíte se je zapojit do péče o pacienta
- b) komunikujete, jen když Vás osloví
- c) nekomunikujete, nevíte, o čem byste s nimi měl/a mluvit
- d) nekomunikujete, jelikož neprojevují o rozhovor zájem
- e) jiné ...

Tabulka č. 17 Komunikace respondentů s příbuznými infaustně nemocného pacienta

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	72	8	0	0	0	80
Relativní četnost (%)	90 %	10 %	0 %	0 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 17 vyplývá, že většina dotazovaných sester - 70 (90 %), zná nutnost komunikovat s příbuznými infaustně nemocného pacienta a zapojovat je do léčby. Jen 8 (10 %) sester s příbuznými infaustně nemocného pacienta komunikují, jen když je příbuzní osloví. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „nekomunikujete, jelikož neprojeví o rozhovor zájem“ a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 18: Při komunikaci s tělesně postiženým pacientem:

- a) vždy předpokládáte průměrnou (normální inteligenci)
- b) se mu snažíte se vším pomoci
- c) se vyhýbáte komunikaci s tímto pacientem, jelikož nad ním pociťujete lítost
- d) jiné ...

Tabulka č. 18 Komunikace respondentů s tělesně postiženým pacientem

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	48	32	0	0	80
Relativní četnost	60 %	40 %	0 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 18 vyplývá, že 48 (60 %) dotazovaných sester správně uvedlo, že při komunikaci s tělesně postiženým pacientem předpokládají průměrnou (normální) inteligenci. 32 (40 %) sester by se snažilo tomuto pacientovi se vším pomoci. 0 (0 %) sester se vyhýbá komunikaci s tímto pacientem z důvodu pocitů lítosti a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 19: Při ošetřování zrakově postiženého pacienta:

- a) raději nepopisujete, co provádíte, mohl/a byste ho vylekat
- b) vše komentujete („Teď to píchne.“)
- c) upozorníte jen bolestivé podněty
- d) jiné ...

Tabulka č. 19 Komunikace respondentů během ošetřování zrakově postiženého pacienta

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	0	64	16	0	80
Relativní četnost (%)	0 %	80 %	20 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 19 vyplývá, že 64 (80 %) dotazovaných sester uvedlo správně, že při ošetřování zrakově postiženého pacienta vše komentují („Teď to píchne). 16 (20 %) sester uvedlo, že by pacienta upozornily jen na bolestivé podněty. 0 (0 %) uvedlo, že raději nepopisují, co provádějí a 0 (0 %) sester uvedlo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 20: Po příjmu zrakově postiženého pacienta:

- a) se zaměříte na popis interiéru jeho příslušného pokoje
- b) seznámíte pacienta s interiérem jeho příslušného pokoje později, ne vždy máte čas ihned po příjmu
- c) neseznamujete pacienta s interiérem jeho příslušného pokoje
- d) jiné ...

Tabulka č. 20 Seznámení zrakově postiženého pacienta s interiérem jeho pokoje

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	Celkem
Absolutní četnost	70	6	4	0	80
Relativní četnost (%)	87,5%	7,5%	5%	0%	100%

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 20 vyplývá, že 70 (87,5 %) dotazovaných sester uvedlo správně, že při příjmu zrakově postiženého pacienta se zaměřují na popis interiéru jeho příslušného pokoje. 6 (7,5 %) sester seznamují pacienta s interiérem jeho místnosti později a 4 (5 %) sestry neseznamují pacienta s interiérem jeho příslušného pokoje. 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 21: Při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu:

- a) striktně dodržujete oční kontakt
- b) křičíte
- c) děláte i jiné činnosti (píšete, ošetřujete)
- d) tvoříte dlouhé věty
- e) jiné ...

Tabulka č. 21 Komunikace respondentů s pacientem s poruchou sluchu

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	50	2	28	0	0	80
Relativní četnost (%)	62,5%	2,5%	35%	0%	0%	100%

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 21 vyplývá, že 50 (62,5 %) dotazovaných sester vědělo, že při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu je třeba striktně dodržovat oční kontakt. 28 (35 %) sester si myslelo, že by při této komunikaci mohly dělat i jiné činnosti (psát, ošetřovat). Jen 2 (2,5 %) sestry odpověděly, že by při komunikaci s pacientem s poruchou řeči křičely. 0 (0 %) sester uvedlo, že by tvořily dlouhé věty a 0 (0 %) sester zvolilo odpověď „jiné ...“

Otázka č. 22: Při komunikaci s pacientem s poruchou řeči (např. s koktavostí):

- a) se snažíte pacienta opravovat
- b) se snažíte pacienta vést ke změně stylu řeči
- c) se snažíte vyhýbat komunikaci s tímto pacientem, jelikož mu stejně nerozumíte

- d) poskytnete prostor pro klidný hovor, neopravujete pacienta, necháte ho mluvit
- e) jiné ...

Tabulka č. 22 *Reakce respondentů na komunikaci s pacientem s poruchou řeči*

Odpovědi	a)	b)	c)	d)	e)	Celkem
Absolutní četnost	4	24	2	50	0	80
Relativní četnost (%)	5 %	30 %	2,5 %	62,5 %	0 %	100 %

Zdroj: Vlastní

Z tabulky č. 22 vyplývá, že 50 (62,5 %) dotazovaných sester vědělo, jak má komunikovat s pacientem s poruchou řeči - poskytnout mu prostor pro klidný hovor, neopravovat ho, nechat ho mluvit. 24 (30 %) sester odpovědělo, že by se snažily vést pacienta ke změně stylu řeči. 4 (5 %) sestry odpověděly, že by se snažily pacienta opravovat a 2 (2,5 %) sestry zaškrtnuly odpověď, že by se vyhýbaly komunikaci s tímto pacientem, jelikož mu stejně nerozumí. 0 (0 %) sester uvedlo odpověď „jiné ...“

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKAÝCH ÚDAJŮ

Předpoklad č. 1: Většina dotazovaných všeobecných sester má teoretické znalosti z obecné komunikace.

Kritériem pro potvrzení tohoto předpokladu je, pokud většina dotazovaných všeobecných sester zodpoví správně 2 z 3 položených otázek. Tento předpoklad se týká otázek 5, 6 a 7.

Tabulka č. 23 Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 1

Číslo otázky	5.	6.	7.
Správná odpověď	c)	a)	c)

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 24 Vyhodnocení předpokladu č. 1

Číslo otázky	Správná odpověď	Počet správných	Procent správně
5.	c)	26	32,5 %
6.	a)	72	90 %
7.	c)	76	95%

Zdroj: Vlastní

Kritériem pro potvrzení předpokladu č. 1 bylo správné zodpovězení alespoň 2 z 3 otázek. V tabulce č. 23 jsou stanoveny správné odpovědi. Z tabulky č. 24 vyplývá, že na otázku č. 5 odpovědělo správně 26 (32,5 %) dotazovaných sester. Na otázku č. 6 odpovědělo správně 72 (90 %) dotazovaných sester. Na poslední otázku č. 7 odpovědělo správně dokonce 76 (95 %) dotazovaných sester. Vzhledem k tomu, že 2 z 3 položených otázek zodpověděla většina sester správně, mohu konstatovat **potvrzení předpokladu č. 1**, že většina všeobecných sester má teoretické znalosti z obecné komunikace.

Předpoklad č. 2: Většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti v každodenní interakci s pacienty.

Kritérium pro potvrzení tohoto předpokladu je, pokud většina dotazovaných všeobecných sester zodpoví správně 3 z 5 položených otázek. K tomuto předpokladu se vztahují otázky č. 8, 9, 10, 11 a 12.

Tabulka č. 25 Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 2

Číslo otázky	8.	9.	10.	11.	12.
Správná odpověď	c)	b)	a)	a)	a)

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 26 Vyhodnocení předpokladu č. 2

Číslo otázky	Správná odpověď	Počet správných	Procent správně
8.	c)	76	95 %
9.	b)	74	92,5 %
10.	a)	76	95 %
11.	a)	44	55 %
12.	a)	68	85 %

Zdroj: Vlastní

Kritériem pro potvrzení předpokladu č. 2 bylo správné zodpovězení 3 z 5 otázek. V tabulce č. 25 jsou vyznačeny správné odpovědi. Z tabulky č. 26 vyplývá, že na otázku č. 8 odpověděla správně většina dotazovaných sester - 76 (95 %). Na otázku č. 9 odpověděla správně většina dotazovaných sester - 74 (92,5 %). Na otázku č. 10 odpověděla správně také většina dotazovaných sester - 76 (95 %). Na otázku č. 11 odpovědělo správně 44 (55 %) dotazovaných sester. 68 (85 %) dotazovaných sester odpovědělo správně na otázku č. 12. Z uvedené tabulky vyplývá, že většina dotazovaných sester odpověděla správně na všech 5 otázek. Pro potvrzení předpokladu bylo třeba správné zodpovězení 3 z 5 otázek. Mohu tedy konstatovat **potvrzení předpokladu č. 2**, že většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti v každodenní interakci s pacienty.

Předpoklad č. 3: Většina dotazovaných všeobecných sester má nedostatečné komunikační dovednosti s pacienty se specifickými potřebami.

Kritériem pro potvrzení tohoto předpokladu je, pokud většina dotazovaných respondentů zodpoví chybně 3 z 5 položených otázek. Otázky, týkající se tohoto předpokladu, jsou č. 13, 14, 15, 16 a 17.

Tabulka č. 27 Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 3

Číslo otázky	13.	14.	15.	16.	17.
Správná odpověď	d)	d)	b)	c)	a)

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 28 Vyhodnocení předpokladu č. 3

Číslo otázky	Správná odpověď	Počet správných	Procent správně
13.	d)	52	65 %
14.	d)	40	50 %
15.	b)	76	95 %
16.	c)	30	37,5 %
17.	a)	72	90 %

Zdroj: Vlastní

Kritériem pro potvrzení předpokladu č. 3 bylo chybné zodpovězení 3 z 5 otázek. V tabulce č. 27 jsou znázorněny správné odpovědi. Z tabulky č. 28 vyplývá, že 52 (65 %) dotazovaných sester odpovědělo správně na otázku č. 13. Na otázku č. 14 odpovědělo správně 40 (50 %) sester. Na otázku č. 15 odpovědělo správně 76 (95 %) sester. Jen 30 (37,5 %) sester zodpovědělo správně na otázku č. 16. Na poslední otázku č. 17 odpovědělo správně 72 (90 %) sester. Pro potvrzení předpokladu bylo třeba chybné zodpovězení většiny dotazovaných sester 3 z 5 otázek. Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných sester zodpověděla správně 3 z 5 otázek, mohu konstatovat, že **předpoklad č. 3 se nepotvrdil.**

Předpoklad č. 4: Většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti s pacienty se zdravotním postižením.

Kritériem pro potvrzení tohoto předpokladu je, pokud většina dotazovaných respondentů zodpoví správně alespoň 3 z 5 položených otázek. Otázky, týkající se tohoto předpokladu, jsou č. 18, 19, 20, 21 a 22.

Tabulka č. 29 Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 4

Číslo otázky	18.	19.	20.	21.	22.
Správná odpověď	a)	b)	a)	a)	d)

Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 30 Vyhodnocení předpokladu č. 4

Číslo otázky	Správná odpověď	Počet správných	Procent správně
18.	a)	48	60 %
19.	b)	64	80 %
20.	a)	70	87,5 %
21.	a)	50	62,5 %
22.	d)	50	62,5 %

Zdroj: Vlastní

Kritériem pro potvrzení předpokladu č. 4 bylo správné zodpovězení alespoň 3 z 5 položených otázek. V tabulce č. 29 jsou znázorněny správné odpovědi. V tabulce č. 30 je vyhodnocení předpokladu č. 4. Z tabulky vyplývá, že většina respondentů odpověděla správně na všech 5 otázek, přičemž k potvrzení předpokladu bylo třeba zodpovědět správně alespoň 3 otázky, **předpoklad č. 4 se tudíž potvrdil.**

11 DISKUZE

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetrovatelské péči. Dalším cílem práce byla analýza teoretických znalostí všeobecných sester z obecné komunikace. Dalším cílem této práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry mají dostatečné komunikační dovednosti v každodenní interakci s pacienty. Dalším cílem bylo objasnit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester s pacienty se specifickými potřebami a s pacienty se zdravotním postižením. Během průzkumného šetření mě mile překvapil vlídný přístup všeobecných sester.

První čtyři otázky dotazníku jsou pouze informativní. První otázka je věnována věku všeobecných sester. Zde jsem zjistila, že největší zastoupení (42,5 %) tvoří sestry, kterým je 20 - 35 let. Zde je zajímavé, že průzkumného šetření se zúčastnilo pouze (25 %) sester ve věku 46 a více let. Je možné, že sestry věkového zastoupení 46 a více let neměly zájem zúčastňovat se tohoto průzkumu. Druhá otázka je věnována délce praxe všeobecných sester. Zde jsem zjistila, že největší zastoupení (67,5 %) tvoří sestry, které pracují ve zdravotnictví 11 a více let. Překvapilo mě, že pouze (15 %) dotazovaných sester má délku praxe do 2 let. Myslím si, že je to z důvodu nízkého zájmu absolventů zdravotnických škol o práci na lůžkových odděleních. Třetí otázka se týká nejvyššího dosaženého vzdělání všeobecných sester. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že většina (45 %) dotazovaných sester má středoškolské vzdělání. 27,5 % všeobecných sester má vysokoškolské vzdělání, což je značný rozdíl oproti výsledkům (Hančínové L.) z roku 2013, která ve své bakalářské práci uvedla, že zastoupení sester s vysokoškolským vzděláním je pouze 9,5 %. Proto mě nárůst vysokoškolsky vzdělaných sester překvapil. Myslím si, že velkou spoluúčasť na tomto příznivém nárůstu vysokoškolsky vzdělaných sester má i vedení Fakultní nemocnice Plzeň, které od sester vyžaduje, aby si vzdělání doplnily. Předpokládám, že ročně se bude procento vysokoškolsky vzdělaných sester zvyšovat.

Předpoklad č. 1, týkající se teoretických znalostí z obecné komunikace, se vztahoval k otázkám č. 5, 6 a 7. Kritériem pro potvrzení tohoto předpokladu bylo správné zodpovězení 2 z 3 otázek. Na základě odpovědí byl předpoklad potvrzen. Z otázky č. 6 je zřejmé, že většina (90 %) dotazovaných sester zná hranice intimní zóny. Myslím si, že znalost jejích hranic je důležitá, protože sestra denně zasahuje pacientovi do této zóny (např. při ošetrovatelských výkonech). Zasahování do intimní zóny je nepříjemné každému

člověku, tedy i pacientovi. Proto by sestra měla mít na paměti, že do této zóny má vstupovat jen v případě nutnosti (např. při výše zmíněných ošetrovatelských výkonech), nebo při vyjadřování empatie, důvěry a podpory (např. pohlazením).

K ověření předpokladu č. 2 se vztahují otázky 8, 9, 10, 11 a 12. Kritérium pro potvrzení předpokladu bylo správné zodpovězení 3 z 5 otázek. Předpoklad byl potvrzen. Pohlazení pacienta (např. po ruce) považovalo 95 % za projev empatie a důvěry. Udivilo mě ale, že 5 % sester považuje takové pohlazení za narušování intimity pacienta. Přitom je ve zdravotnictví znám fakt, že většina pacientů je za každé pohlazení vděčná. U otázky č. 9 mě potěšilo zjištění, že 92,5 % sester při příjmu pacienta nejprve naváže oční kontakt a pacienta pozdraví. 2,5 % sester uvedlo, že se nejprve věnují administrativní činnosti. Víím, že administrativa příjmů pacientů je rozsáhlá a časově náročná, ale myslím si, že oční kontakt, pozdrav, úsměv, k tomu třeba ještě podání ruky, je při příjmu slibný začátek rozvíjejícího se vztahu mezi sestrou a pacientem. Nemusím snad ani zdůrazňovat „časovou náročnost“ těchto prvotních intervencí. Z otázky č. 11 vyplývá, že většina (55 %) dotazovaných sester vždy děkuje pacientům za spolupráci. Otázku jsem zvolila do dotazníku z toho důvodu, že jsem si při své praxi v nemocnicích všimla, že pacientům se příliš neděkuje za spolupráci při výkonech. Přitom je velice důležité pacienta pochválit a ocenit, protože mnohé ošetrovatelské výkony jsou nepříjemné a někdy i bolestivé. Poděkováním a případnou pochvalou si lze také pacienta získat k další spolupráci. 42,5 % sester děkuje pacientům za spolupráci jen v případě, že jsou spokojeny se spoluprací. Svým způsobem tento přístup chápu, protože situace, kdy pacient nespolupracuje, nechce nebo nemůže spolupracovat, jsou pro sestry a lékaře jistě velmi náročné a stresující. Ovšem domnívám se, že efektivní komunikace může mnohým potencionálním problémům předcházet. Z otázky č. 12 je zřejmé, že většina dotazovaných sester se snaží o rozvoj otevřené komunikace s pojmenováním pocitů, pokud se jim pacient svěřuje s problémem v psychosociální oblasti. Tato intervence je správná a příjemně mě překvapilo, že takto jedná značné procento dotazovaných sester - 85 %. Naopak mě znepokojilo, že 7,5 % sester by se v takové situaci snažilo změnit téma rozhovoru. Pacient, který se odhodlal svěřit se svým problémem, určitě očekává od sestry alespoň pozorné vyslechnutí a možná očekává i pochopení a empatii. Pokud by sestra změnila téma rozhovoru, pacient by k ní nejspíše ztratil důvěru.

Předpoklad č. 3 se nepotvrdil. K ověření tohoto předpokladu se vztahují otázky č. 13, 14, 15, 16 a 17. Otázka č. 13 mě nepříjemně překvapila. 2,5 % sester odpovědělo, že pokud by

na ně křičel agresivní pacient, že by křičely také, nenechaly by si to líbit. I přesto, že pacient nemá právo na sestru křičet, by se nikdy sestra snížila k takovému jednání a křičet také. Měla by hlavně vědět, že tím situaci neuklidní, ale naopak. V první řadě by se sestra měla zajímat o příčinu agrese. Linhartová (2007) ve své publikaci uvádí, že spouštěcím faktorem k agresi může být dlouho pociťovaná obava z bolestivého zákroku, z nepříznivého vývoje nemoci a mnohá omezení, která pacientovi nemoc přináší. Sestra samozřejmě za tyto faktory nemůže, ovšem pacient má právo se odreagovat. Bohužel, často se pro „výlev“ zlosti stává sestra tím prvním člověkem. Je to možná také z toho důvodu, že sestra je v kontaktu s pacientem více než kterýkoliv jiný zdravotnický pracovník. Velmi důležité je, aby si sestra tyto výlevy zlosti od pacientů nebrala osobně, i když si myslím, že to pro sestru musí být mnohdy velmi těžké. Ale jen při klidném rozhovoru může sestra zjistit zdroj agrese a dle toho jednat. 27,5 % dotazovaných sester by se snažilo pacienta moralizovat, což může ale vést ve většině případů jen ke zvýšení agrese. 5 % sester by v takové situaci pacienta ignorovalo, což může také vést ke zvýšení agrese. Většina (65 %) dotazovaných sester odpověděla správně, že by zjistila, čím se dá agresivní chování pacienta vysvětlit, nechala by ho chvíli mluvit, popř. by odešla a přišla za chvíli. Zdá se, že zvládnutí agrese pacientů ve zdravotnickém zařízení je pro sestry stále problémem. Z otázky č. 14 vyplývá, že 50 % dotazovaných sester umí správně jednat v situaci, kdy se jim depresivní pacient svěřuje se svými starostmi - dá najevo pochopení pro jeho stav i situaci. Nemalá část sester (40 %) by se snažila pacienta aktivizovat (křížovkami, knihami, televizí ...), aby odvedla myšlenky od jeho starostí. Ovšem sestra aktivizací pacienta zatěžuje, což může vést k tomu, že se pacient začne cítit méněcenný (jelikož např. nezvládne luštit ani křížovky). Sestra by se neměla snažit odvádět myšlenky pacientových starostí, jelikož tím mu nepomůže. Sestra, která má empatické cítění a znalosti ohledně specifik komunikace s depresivním pacientem pozná, kdy chce pacient o svých starostech mluvit. Měla by mu k tomu dát prostor a aktivně pacientovi naslouchat. 5 % dotazovaných sester by odpovědělo na pacientovy starosti větou „*To bude dobré ...*“, což považuji za krajně nevhodnou frázi z toho důvodu, že tím pacienta devaluje. Tímto způsobem pacientovo trápení zlehčuje, což by sestra dělat určitě neměla. Dle mého názoru tuto větu řekne sestra, která se neumí vcítit pacientových pocitů. Stejně procento sester (5 %) by apelovalo na pevnou vůli, což je také nesprávné jednání. Depresivní pacient nemůže zvládnout své starosti pevnou vůlí, a pokud to po něm sestra vyžaduje, může se začít cítit neschopný, méněcenný. Otázka č. 15 mě mile překvapila, jelikož většina (95 %) dotazovaných sester odpověděla, že se při komunikaci s úzkostným pacientem snaží

identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi verbalizovat jeho pocity. 5 % sester odpovědělo, že by se snažilo k pacientovi zachovávat rodičovský přístup. Tento přístup je ale nevhodný, neboť dle Špatenkové a Králové (2009) evokuje nezralé reakce pacienta. V konečném důsledku to může vést k tomu, že pacient se začne chovat jako dítě, což je pro všechny členy zdravotnického týmu, tedy i pro sestru, nežádoucí. Očekávala jsem, že některé sestry se budou spíše vyhýbat komunikaci s úzkostným pacientem, ale na tuto otázku odpovědělo 0 % sester, což mě příjemně překvapilo. V otázce č. 16 jsem zjišťovala reakci sester v situaci, kdy pacient začne mluvit o smrti. Bohužel, jak jsem očekávala, výsledky nebyly příznivé, ač většina (37, 5 %) sester odpověděla správně, že by pacienta vyslechla a mluvila s ním o tom. Ovšem správně odpovídajících 37, 5 % sester považuji za neuspokojivý výsledek. 25 % dotazovaných sester by pacientovi řeklo, že on přeci ještě nezemře. Očekávala jsem, že tuto odpověď budou sestry volit, neboť v praxi jsem tuto větu slyšela mnohokrát a musím se přiznat, že i já jsem občas tuto větu použila. Pokud si dobře pamatuji, nikdy jsme se na střední škole neučili, co říkat v těchto situacích, a proto jsem používala tuto větu, kterou jsem odposlechla od sester. Až na vysoké škole, kdy jsme se zabývali touto problematikou, jsem si objasnila, jak správně v těchto situacích jednat. 15 % sester by v rozhovoru na toto téma nevědělo, co říci. Myslím si, že na základě těchto zjištění, by bylo velmi přínosné pořádání různých odborných seminářů pro sestry, zaměřených především na komunikaci s infaustně nemocnými pacienty. Oproti tomu je chvályhodné zjištění, že 90 % dotazovaných sester komunikuje s příbuznými infaustně nemocného pacienta a snaží se je zapojovat do léčby. Myslím si, že práce s příbuznými je nesmírně důležitá. Pokud příbuzní spolupracují se sestrou, stávají se pro sestru velkou pomocí, a tím i pro pacienta. Stejně tak komunikující sestra je velkou oporou a pomocí pro příbuzné.

Předpoklad č. 4 se potvrdil. Týkal se otázek č. 18, 19, 20, 21 a 22. V otázce č. 18 odpovědělo správně 60 % dotazovaných sester, že při komunikaci s tělesně postiženým pacientem předpokládají vždy průměrnou (normální) inteligenci. Je znám fakt, že někdy lidé považují tělesně postižené zároveň za mentálně zaostalé, což je obrovský omyl. Těší mě, že většina sester předem předpokládá minimálně průměrnou inteligenci a dle toho s pacientem komunikuje. Samozřejmě, že také mnoho tělesně postižených lidí může být mentálně postižených, ale před začátkem komunikace by měla sestra vždy předpokládat průměrnou inteligenci, aby pacienta zbytečně nedevalvovala. 40 % dotazovaných sester odpovědělo, že se tělesně postiženým pacientům snaží se vším pomoci, což nepovažuji za

zcela vhodný přístup. Sestra by se měla snažit pacienta co nejvíce aktivizovat a neměla by za něj vykonávat činnosti, které pacient zvládne sám. Tímto způsobem podporuje jeho autonomii, nezávislost. Z otázky č. 19 vyplývá, že většina (80 %) dotazovaných sester vše komentuje („Teď to píchne“), pokud ošetřuje zrakově postiženého pacienta. To hodnotím velice kladně, jelikož pacient se může velmi vylekat i jen např. postřikem dezinfekčního prostředku na kůži, oproti pacientovi, který má zrak zachován a postřik očekává. Netřeba snad zdůrazňovat, že upozornění na bolestivé či nepříjemné podněty je neodmyslitelné. Dle mého průzkumného šetření 20 % sester upozorňuje zrakově postižené pacienty jen na bolestivé podněty, což si myslím, že je nedostatečné. Jak jsem se už zmínila, pacient by měl vědět i o nebolestivých podnětech, aby se nepolekal. Z otázky č. 20 vyplývá, že většina (87,5 %) sester po příjmu zrakově postiženého pacienta ihned seznamuje s interiérem jeho příslušného pokoje. Tato otázka je dle mého názoru velmi důležitá, protože v praxi se stává, že sestra nemá čas pacientovi říci, kde je jeho noční stolek apod., a pokud to udělá později, pacient se už cítí dezorientován a jistě to také nemá příznivý vliv na pacientův první dojem z hospitalizace na příslušném oddělení. I v mém průzkumném šetření vzešlo, že 7,5 % sester seznamuje pacienta s interiérem jeho příslušného až později, jelikož ne vždy mají čas ihned po příjmu. Bohužel, 5 % sester uvedlo, že zrakově postiženého pacienta neseznamuje s interiérem jeho pokoje, což si v praxi neumím představit. Tito pacienti mívají velmi dobře vyvinutý hmat a potřebují si proto vše ve svém okolí osahat a zorientovat se v novém prostředí. Sestra, která pacienta provede po jeho pokoji, nechá mu osahat postel, noční stolek, skříň apod., pacientovi velmi usnadní proces adaptaci v novém prostředí. Jistě si všichni umíme představit, jak nám bylo, když jsme byli hospitalizováni v neznámém prostředí, a to jsme vše viděli vlastním zrakem. Proto si snad ani nelze představit, jak náročná musí být hospitalizace pro zrakově postiženého pacienta. U otázky č. 21 uvedlo 35 % dotazovaných sester, že při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu vykonávají i jiné činnosti (např. píšou, ošetřují). Tímto způsobem nemůže ale pacient odezírat a je proto naprosto bezvýznamné, co sestra při těchto činnostech pacientovi sděluje, jelikož pacient jí nevidí na ústa a sestra s ním neudrhuje oční kontakt. Ale těší mě alespoň 62,5 % sester, které při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu striktně dodržují oční kontakt. Poslední otázkou č. 22 jsem zjišťovala, jak sestry komunikují s pacientem s poruchou řeči (např. s koktavostí). 62,5 % dotazovaných sester zodpovědělo správně, že poskytnou pacientovi prostor ke klidnému rozhovoru, neopravují ho a nechají ho v klidu mluvit. 30 % sester by se snažilo vést pacienta ke změně stylu řeči, což považuji za velmi nevhodné a neprofesionální. Pacient již těžko svou mluvu změní, ač

by jistě chtěl. V žádném případě by nikdy neměla sestra na vadu řeči upozorňovat. 2,5 % sester by se snažilo vyhýbat komunikaci s takovým pacientem, jelikož by mu stejně nerozumělo. Takové řešení je krajně nepřijatelné, pacient za svou poruchu řeči nemůže a má právo, aby s ním sestra komunikovala takovou měrou, jako komunikuje s ostatními pacienty.

Myslím si, že většina sester má dostatek teoretických znalostí ohledně komunikačních dovedností, ale že je nedovede plně využívat v praxi. Domnívám se, že je to v důsledku nedostatečného praktického nácviku komunikačních dovedností už v průběhu studia na středních školách. Proto doporučuji zařadit do výuky komunikace více praktických ukázek a cvičení, kdy by si budoucí sestry osvojovaly různé techniky komunikačních dovedností a v praxi je pak aplikovaly na pacientech. Myslím si, že čím dříve si sestra osvojí komunikační dovednosti, tím lépe je pak bude schopna aplikovat do své praxe. Ovšem je nutno poznamenat, že komunikace je dovednost, tudíž ji lze zdokonalovat v průběhu celého života a nikdy není pozdě začít se chytit v ní rozvíjet. Už několik let se pojednává o tom, že sestřím dělá v praxi problém komunikace s infaustně nemocnými pacienty, což se potvrdilo i v mé práci. Proto bych vyzdvihla nutnost zavést do nemocnice pravidelné semináře a přednášky na tuto tematiku.

Pevně věřím, že sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci se budou v komunikaci stále zdokonalovat a stejnou měrou se bude zvyšovat spokojenost pacientů. Tím se zvedne úroveň našeho zdravotnictví, která je dle mého názoru po všech stránkách vysoká, kromě jedné z nejdůležitějších oblastí - komunikace.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se snažila objasnit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetrovatelské péči. Hlavním cílem bylo posoudit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v ošetrovatelské péči. Dalším cílem byla analýza teoretických znalostí všeobecných sester z obecné komunikace. Dalším cílem bylo zjistit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v každodenní interakci s pacienty. Dalším cílem bylo zjistit úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v pacienty se specifickými potřebami a s pacienty se zdravotním postižením. Bakalářská práce je rozdělena do dvou základních částí. Teoretická část je rozdělena na 3 oddíly, zabývající se úvodem do komunikace, komunikací s pacienty se specifickými potřebami a komunikací s pacienty se zdravotním postižením. K praktické části jsem použila dotazníky pro všeobecné sestry. K průzkumnému šetření jsem si zvolila čtyři předpoklady. Předpoklad č. 1 se týkal teoretických znalostí všeobecných sester z obecné komunikace. Tento předpoklad se mi na základě zjištěných výsledků potvrdil, všeobecné sestry tedy mají teoretické znalosti z obecné komunikace. V předpokladu č. 2 jsem zjišťovala úroveň komunikačních dovedností všeobecných sester v každodenní interakci s pacienty. Předpoklad se mi potvrdil. Z dotazníků vyplývá, že všeobecné sestry mají dostatečné komunikační dovednosti v každodenní interakci s pacienty. Předpoklad č. 3 se týká komunikace s pacienty se specifickými potřebami. Předpoklad se mi nepotvrdil, očekávala jsem, že všeobecné sestry nemají dostatečné komunikační dovednosti s pacienty se specifickými potřebami. Z dotazníků ale vyplývá, že většina všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti s pacienty se specifickými potřebami. Zde bych ale zmínila, že by bylo přínosné uspořádat odborný seminář o problematice komunikace s agresivním, depresivním a infaustně nemocným pacientem, jelikož i když většina sester uspěla, stále u mnoha sester se vyskytují závažné nedostatky a chyby v komunikaci s těmito skupinami pacientů. Předpoklad č. 4 se týká zdravotně postižených pacientů. Předpokládala jsem, že většina dotazovaných všeobecných sester má dostatečné komunikační dovednosti s pacienty se zdravotním postižením. Předpoklad č.4 se mi potvrdil.

LITERATURA A PRAMENY

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. 240 s. ISBN 978-80-247-4454-4.

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

ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava, ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. vyd. Brno: NCONZO, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

BUBENÍČKOVÁ, Hana. *E-Bariéry osob se zdravotním postižením*. [cit. 2014-02-13]. Dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>.

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

KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, WIJA, Petr a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

VYMĚTAL, Jan a kol. *Speciální psychoterapie - 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi - 2., doplněné a přepracované vydání*. 1. vyd. 2010. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGE OF NURSING, *El nec fact sheet*. [online] 24.3. 2014. Dostupné z WWW: <http://www.aacn.nche.edu/el nec/about/fact-sheet>.

SEZNAM ZKRATEK

s. – strana

č. - číslo

tzv. - tak zvaně, tak zvaný

tj. - tak jinak

např. - například

atd. - a tak dále

apod. - a podobně

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 *Věk respondentů*

Tabulka č. 2 *Délka praxe respondentů*

Tabulka č. 3 *Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů*

Tabulka č. 4 *Pracoviště respondentů*

Tabulka č. 5 *Znalost respondentů procentuálního zastoupení neverbální komunikace*

Tabulka č. 6 *Znalost respondentů hranice intimní zóny*

Tabulka č. 7 *Znalost pojmu „haptika“*

Tabulka č. 8 *Pohlazení pacienta (např. po ruce) z pohledu respondentů*

Tabulka č. 9 *První intervence respondentů při příjmu pacienta*

Tabulka č. 10 *Reakce respondentů při nedorozumění s pacientem během rozhovoru*

Tabulka č. 11 *Poděkování pacientovi za spolupráci po ošetřovatelském výkonu*

Tabulka č. 12 *Reakce respondentů na svěřování pacientových problémů*

Tabulka č. 13 *Reakce respondentů na křik agresivního pacienta*

Tabulka č. 14 *Reakce respondentů na svěřování starostí depresivního pacienta*

Tabulka č. 15 *Komunikace respondentů s úzkostným pacientem*

Tabulka č. 16 *Rozhovor respondentů s pacientem na téma „Smrt“*

Tabulka č. 17 *Komunikace respondentů s příbuznými infaustně nemocného pacienta*

Tabulka č. 18 *Komunikace respondentů s tělesně postiženým pacientem*

Tabulka č. 19 *Komunikace respondentů během ošetřování zrakově postiženého pacienta*

Tabulka č. 20 *Seznámení zrakově postiženého pacienta s interiérem jeho pokoje*

Tabulka č. 21 *Komunikace respondentů s pacientem s poruchou sluchu*

Tabulka č. 22 *Reakce respondentů na komunikaci s pacientem s poruchou řeči*

Tabulka č. 23 *Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 1*

Tabulka č. 24 *Vyhodnocení předpokladu č. 1*

Tabulka č. 25 *Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 2*

Tabulka č. 26 *Vyhodnocení předpokladu č. 2*

Tabulka č. 27 *Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 3*

Tabulka č. 28 *Vyhodnocení předpokladu č. 3*

Tabulka č. 29 *Správné odpovědi týkající se předpokladu č. 4*

Tabulka č. 30 *Vyhodnocení předpokladu č. 4*

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1 Laskavá péče

PŘÍLOHA Č. 2 Dotazník pro všeobecné sestry

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

„Laskavá péče

Když ke mně přijdete i přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mne, uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám to nemohu vrátit. Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na mé maličkosti, které mi jsou milé, když vzpomenete na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit i o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mne jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde.“

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

PŘÍLOHA Č. 2

Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Gašperíková a studuji bakalářský obor Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Téma mé bakalářské práce zní: „Komunikační dovednosti v ošetrovatelské péči“. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Dotazník poslouží pouze ke zpracování mé práce. Nebude-li uvedeno jinak, označte prosím vždy jednu z nabízených odpovědí.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci a Váš čas.

S pozdravem Nikola Gašperíková

1. Kolik je Vám let?

- a) 20 - 35 let
- b) 36 - 45 let
- c) 46 a více let

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) do 2 let
- b) 3 - 6 let
- c) 7 - 10 let
- d) 11 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské (maturitní zkouška)
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- d) specializační vzdělání

4. Na jakém oddělení pracujete?

- a) na interním oddělení
- b) na chirurgickém oddělení

5. Neverbální komunikace zaujímá:

- a) 20 % veškeré komunikace
- b) 40 % veškeré komunikace

c) 55 % veškeré komunikace

d) 10 % veškeré komunikace

6. Hranice intimní zóny je:

- a) do 30 cm
- b) 45 - 74 cm
- c) 75 cm - 100 cm
- d) 210 cm - 360 cm

7. Haptika se zabývá:

- a) komunikací prostřednictvím pohledů
- b) komunikací prostřednictvím fyzických postojů
- c) komunikací prostřednictvím doteků

8. Pohlazení pacienta (např. po ruce) považujete:

- a) za nevhodné gesto
- b) za narušování intimity pacienta
- c) za projev empatie a důvěry
- d) jiné ...

9. Při příjmu pacienta Vaší první intervencí je:

- a) administrativní činnost
- b) navázání očního kontaktu, pozdrav
- c) doprovod pacienta na jeho příslušný pokoj
- d) jiné ...

10. V situaci, kdy při rozhovoru s pacientem něčemu nerozumíte:

- a) požádáte pacienta o upřesnění toho, čemu nerozumíte
- b) necháte pacienta dále mluvit, nechcete ho přerušovat v hovoru
- c) projevíte nevoli, protože Vás to zdržuje od práce
- d) jiné ...

11. Po ošetřovatelském výkonu pacientovi:

- a) vždy poděkujete za spolupráci
- b) poděkujete jen v případě, že jste spokojen/a se spoluprací
- c) nepoděkujete
- d) jiné ...

12. Pokud se Vám pacient svěřuje s problémem v psychosociální oblasti:

- a) snažíte se o rozvoj otevřené komunikace s pojmenováním pocitů
- b) snažíte se změnit téma rozhovoru
- c) dostáváte se do situace, kdy nevíte, co říci
- d) jiné ...

13. Pokud na Vás křičí agresivní pacient, jaká bude Vaše reakce?

- a) křičíte na něj také, nenecháte si to líbit
- b) snažíte se ho moralizovat
- c) ignorujete ho
- d) zjistíte, čím se dá agresivní chování pacienta vysvětlit, necháte ho chvíli mluvit, popř. odejdete a přijdete za chvíli
- e) jiné ...

14. Pokud se Vám depresivní pacient svěřuje se svými starostmi:

- a) snažíte se jeho starosti zlehčit („To bude dobré ...“)
- b) apelujete na pevnou vůli
- c) snažíte se ho aktivizovat (křížovky, knihy, televize ...), abyste odvedl/a myšlenky od jeho starostí
- d) dáte najevo pochopení pro jeho stav i situaci
- e) jiné ...

15. Při komunikaci s úzkostným pacientem:

- a) se snažíte k pacientovi zachovávat rodičovský přístup
- b) se snažíte identifikovat zdroj úzkosti a pomoci pacientovi verbalizovat jeho pocity
- c) se snažíte spíše vyhybat komunikaci
- d) jiné ...

16. Jak zareagujete v situaci, kdy infaustně nemocný pacient začne mluvit o smrti?

- a) snažíte se změnit téma
- b) nevíte, co říci
- c) vyslechnete ho, mluvíte s ním o tom
- d) řeknete mu, že on přeci ještě nezemřel
- e) jiné ...

17. S příbuznými infaustně nemocného pacienta:

- a) komunikujete a snažíte se je zapojit do péče o pacienta
- b) komunikujete, jen když Vás osloví
- c) nekomunikujete, nevíte, o čem byste s nimi měl/a mluvit
- d) nekomunikujete, jelikož neprojevují o rozhovor zájem
- e) jiné ...

18. Při komunikaci s tělesně postiženým pacientem:

- a) vždy předpokládáte průměrnou (normální) inteligenci
- b) se mu snažíte se vším pomoci
- c) se vyhýbáte komunikaci s tímto pacientem, jelikož nad ním pocítujete lítost
- d) jiné ...

19. Při ošetřování zrakově postiženého pacienta:

- a) raději nepopisujete, co provádíte, mohl/a byste ho vylekat

- b) vše komentujete („Teď to píchne.“)
- c) upozorníte jen na bolestivé podněty
- d) jiné ...

20. Po příjmu pacienta se zrakovým postižením:

- a) se zaměříte na popis interiéru příslušného pokoje, oddělení
- b) ne vždy máte čas seznámit ho s popisem interiéru příslušného pokoje, oddělení; uděláte to později
- c) neseznamujete ho s interiérem příslušného pokoje, oddělení
- d) jiné ...

21. Při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu:

- a) striktně dodržujete oční kontakt
- b) křičíte
- c) děláte i jiné činnosti (píšete, ošetřujete)
- d) tvoříte dlouhé věty
- e) jiné ...

22. Při komunikaci s pacientem s poruchou řeči (např. s koktavostí):

- a) se snažíte pacienta opravovat
- b) se snažíte pacienta vést ke změně stylu řeči
- c) se snažíte vyhýbat komunikaci s tímto pacientem, jelikož mu stejně nerozumíte
- d) poskytnete prostor pro klidný hovor, neopravujete pacienta, necháte ho mluvit
- e) jiné ...

Zdroj: Vlastní

