

Kompetence studentů ošetrovatelství v komunikaci s pacienty s komunikačními problémy

Eliška Patrmanová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Eliška Patrmanová
Osobní číslo: H160376
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Forma studia: prezenční

Téma práce: Kompetence studentů ošetrovatelství v komunikaci s pacienty s komunikačními problémy

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti komunikace.
Příprava metodiky kvantitativní výzkumné části.
Realizace výzkumu u vybrané skupiny respondentů technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tisková/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GRUBER, David. Zlatá kniha komunikace: jemně doladěné vydání bestselleru No. 6.

Vydání šesté. Ostrava: Gruber - TDP, [2015]. 280 s. ISBN 978-80-85624-97-7.

KISSANE, David W, Barry D BULTZ, Phyllis BUTOW, Carma L BYLUND, Simon NOBLE a Susie WILKINSON. Oxford textbook of communication in oncology and palliative care. Second edition. New York, NY: Oxford University Press, 2017. 434 s. ISBN 978-0-19-873613-4.

KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.

MOROVICSOVÁ, Eva. Komunikácia v medicíne. Druhé vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2014. 210 s. ISBN 978-80-223-3620-8.

SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, 2016. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Ařetka Lengalová, Ph.D.
dižanka



Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 17. 5. 2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomová, bakalářská a reportážní práce odvezaná uchazečem k obhajobě musí být už nejpozději pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném statutárním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určen, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za zveřejnění práce požádat na své náklady výpis, opisy nebo rozmnožování.*

(3) *Plán, že odvezkální práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledky obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.*

(1) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, utvořilo-li učitel za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené během svého studium ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho přímého vztahu ke škole nebo školské či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo*

(1) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školského díla (§ 35 odst. 3). Odprásk-li autor takového díla učitel zvolení bez výzvyho ohledu, mohou se tyto osoby domáhat náhrady chybějícího příjmu jeho vůle a úměrné Ústavem § 35 odst. 3 zánemí rozhodem*

(2) *Není-li upraveno jinak, může autor školského díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školského díla z výdělku jině dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přepil na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiblíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školského díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce jsou kompetence studentů ošetrovatelství v komunikaci s pacienty s komunikačními problémy. Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část je členěna do tří kapitol. V první kapitole je vymezen pojem komunikace, význam komunikace v mezilidských vztazích, komunikační proces, typy a formy komunikace. Druhá kapitola pojednává o komunikaci v ošetrovatelství a poslední kapitola je zaměřena na komunikaci s pacienty s různými komunikačními problémy. V kapitole jsou vymezena kritéria komunikace s lidmi s mentálním postižením, zrakovým a sluchovým postižením, komunikace s pacienty jiné národnosti, kultury a komunikace s agresivními pacienty. V praktické části jsou představeny výsledky výzkumu, který byl orientován kvantitativní cestou, formou dotazníku. Dotazník byl určen studentům Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Ústavu zdravotnických věd, oboru Všeobecná sestra a zhodnocuje informovanost studentů o komunikaci s lidmi s komunikačními problémy.

Klíčová slova: komunikace, komunikační problém, ošetrovatelství, pacienti, postižení

ABSTRACT

The topic of the bachelor thesis is the competence of nursing students in communication with patients with communication problems. The thesis is composed of theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter defines the concept of communication, the importance of communication in interpersonal relationships, the communication process, types and forms of communication. The second chapter deals with communication in nursing and the last chapter focuses on communication with patients with different communication problems. The chapter defines criteria for communication with people with mental disabilities, visual and hearing impairment, communication with patients of other nationalities, culture and communication with aggressive patients. In the practical part are presented the results of the research, which was oriented in a quantitative way, in the form of a questionnaire. The questionnaire was designed for students of the Tomas Bata University in Zlín, the department of medical sciences, general nurse, and the students are informed about communication with people with communication problems.

Keywords: communication, communication problem, nursing, patients, disability

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Mgr. Petru Snopkovi, PhD., za odborné vedení, cenné rady, ochotu, a především za trpělivost, kterou mi poskytoval během vypracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří se dobrovolně zúčastnili mého dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost, optimismus a velkou podporu po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 KOMUNIKACE	10
1.1 VÝZNAM KOMUNIKACE V MEZILIDSKÝCH VZTAZÍCH.....	10
1.2 KOMUNIKAČNÍ PROCES	12
1.3 FORMY KOMUNIKACE.....	13
1.3.1 Verbální komunikace	13
1.3.2 Neverbální komunikace	14
1.4 TYPY KOMUNIKACE.....	17
2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ	19
2.1 KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ KOMUNIKACE.....	19
2.2 PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE	21
2.3 NASLOUCHÁNÍ A EMPATIE	21
2.4 ROZHOVOR SESTRY S PACIENTEM	23
3 KOMUNIKACE S PACIENTY S RŮZNÝMI KOMUNIKAČNÍMI PROBLÉMY	24
3.1 JAK SE VYHÝBAT BARIÉRÁM V KOMUNIKACI S LIDMI S POSTIŽENÍM.....	25
3.2 KOMUNIKACE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	25
3.3 KOMUNIKACE S LIDMI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	26
3.4 KOMUNIKACE S LIDMI SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM	28
3.5 KOMUNIKACE S PACIENTEM JINÉ NÁRODNOSTI A KULTURY	30
3.6 KOMUNIKACE S AGRESIVNÍM PACIENTEM	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 KOMUNIKACE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ S PACIENTY S KOMUNIKAČNÍMI BARIÉRAMI	36
4.1 CÍLE VÝZKUMU	36
4.2 METODA VÝZKUMU.....	36
4.2.1 Jednotlivé položky přiřazené k cílům práce.....	36
4.2.2 Respondenti.....	37
4.2.3 Organizace výzkumu.....	37
4.2.4 Zpracování výsledků výzkumu	37
5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	39
6 DISKUZE	72
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	76
ZÁVĚR	77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
SEZNAM TABULEK	84
SEZNAM GRAFŮ	85
SEZNAM OBRÁZKŮ	86

ÚVOD

Komunikace ve zdravotnictví znamená sdělovat a získávat informace, na kterých závisí pacientovo zdraví. Domnívám se, že pro úspěšné vykonávání kvalitní péče o pacienty je podstatné využívat svých komunikačních dovedností. Lidé s různými komunikačními problémy potřebují dostatek času k vyjádření svých potřeb a pocitů. V praxi jsem se mnohokrát setkala právě s tím, že takovým lidem dostatečný prostor k vyjádření nebyl zdravotnickým personálem umožněn. Také jsem se setkala s tím, že se personál bojí a záměrně se vyhýbá komunikaci s takovými lidmi, a hlavně neznají určité zásady, které by měli při komunikaci s pacienty se specifickými komunikačními problémy dodržovat.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila z toho důvodu, že považuji komunikaci u pomáhajících profesí za jednu z nejdůležitějších částí pro vykonávání úspěšné péče o pacienty. Dalším velmi důležitým impulsem pro volbu tématu byly mé osobní důvody. Již od studia na střední zdravotnické škole jsem se zajímala o problematiku komunikace s lidmi se specifickými komunikačními problémy. Během studia jsem brigádně vykonávala práci ošetrovatelky v psychiatrické nemocnici Kroměříž, kde jsem se každodenně setkávala s pacienty s různými komunikačními bariérami. Nejvíce jsem komunikovala s lidmi s mentálním postižením a agresivními pacienty. Velmi aktivně jsem také sledovala ostatní zdravotnický personál, jakým způsobem s takovými lidmi komunikují. Každý pracovník používal jiný způsob komunikace a všimla jsem si, jak různé způsoby komunikace na pacienty působí. Měla jsem také možnost pozorovat při práci psychology a další odborníky, jakou technikou oni komunikují s pacienty s mentálním postižením a dalšími pacienty, kteří měli různé komunikační bariéry. Myslím si, že bez komunikace není kvalitní ošetrovatelská péče o pacienty možná a zlepšuje se délkou praxe a zkušenostmi.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit informovanost studentů ošetrovatelství o komunikaci s pacienty s různými komunikačními problémy a zjistit, zda jsou během vysokoškolského studia dostatečně připravováni na komunikaci s takovými lidmi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Pojem komunikace je hodně používaný, a tak pevně fixovaný v našich myslích, že hledat odpověď na otázku, co přesně znamená, můžeme považovat za nadbytečnou. Nicméně právě v tomto okamžiku si uvědomíme, jak široká problematika se pod ním skrývá a jak žádná ze zatím uváděných definic není schopna zachytit přesné vymezení tohoto pojmu (Žantovská, 2015, s. 13).

Komunikace je nástroj dorozumívání a myšlení. Obecně je definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Jestliže se jedná o výměnu informací mezi lidmi, hovoří se o sociální komunikaci nebo sociální interakci. Komunikace je základním předpokladem fungování mezilidských vztahů (Zacharová, 2008, s. 588).

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, a jeho význam je „činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si“. Napomáhá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny (Zacharová, 2016, s. 8).

Všeobecně je komunikace nejednou popisována jako úspěšné vysílání a přijetí nějakého užitečného sdělení, tedy jako proces přenášení vzkazu od zdroje k příjemci pomocí vyjádření (Mišovič, 2015, s. 12).

V komunikaci se vyskytují tři, v realitě spolu související části. **Verbální komunikace** (slova), **neverbální komunikace** (gesta, mimika, intonace apod.) a **činy** (aktivita, chování, jednání). (Adamová a kol., 2016, s. 16).

1.1 Význam komunikace v mezilidských vztazích

Komunikace má obvykle vždy svůj význam, účel neboli smysl. Každý proces lidské komunikace plní, ať již záměrně či nezáměrně, nějakou komunikační funkci a je určitým způsobem motivován. Můžeme také hovořit o funkci, kterou chce splnit nebo kterou běžně plní. Každá komunikační výměna má jednu nebo více funkcí, které závisí na motivaci komunikujícího, na přípravě a promyšlení sdělení. Významem a dopadem na příjemce dostává komunikace smysl. Jednotlivé funkce komunikace se často vzájemně překrývají (Zacharová, 2016, s. 10).

Základní funkce komunikování:

Informativní – znamená předávání informací, faktů a dat mezi jednotlivými lidmi. Tuto funkci lze považovat za základní funkci komunikace, protože je potřebná pro každodenní získávání i předávání informací druhým lidem.

Instruktivní – navazuje na funkci informativní, ale navíc obsahuje vysvětlení významů, popisu, postupu nebo návodu, jak provádět určitou činnost. Hlavní rozdíl je v tom, že tato funkce nejen informace předává, ale předávaná informace má druhého člověka ovlivnit a navést k tomu, jak by měl určitou myšlenku pochopit nebo jak by měl provést nějakou činnost.

Přesvědčovací – tato funkce slouží k tomu, abychom druhého člověka o něčem přesvědčili. Volíme takový způsob komunikace, který má za účel změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob jeho chování.

Posilovací a motivující – souvisí s funkcí přesvědčovací. Druhému člověku předáváme takové informace, které mají za úkol záměrně posílit jeho sebevědomí nebo posílit jeho vztah k něčemu.

Zábavná – v téhle funkci jde o to, abychom druhého člověka dokázali rozesmát. Funkce vychází ze základních lidských potřeb uvolnit se, pobavit sebe i druhé.

Socializační a společensky integrující – jde o vytváření vztahu mezi lidmi. Jde o funkci komunikace, ve které dochází ke sblížování s druhými lidmi a navazování nových kontaktů.

Osobní identity – funkce týkající se naší osobnosti, pomáhá nám ujasnit si informace o sobě samém, uspořádat si své vlastní postoje a názory.

Poznávací – tato funkce souvisí s funkcí informativní, jde o sdělování si každodenních zážitků, vzpomínek a plánů. Pomocí zkušeností jiných lidí získáváme informace, které bychom vlastními zkušenostmi nebyli schopni prožít.

Svěřovací – tato funkce slouží k tomu, abychom se zbavili svého vnitřního napětí a dokázali překonat to, co nás trápí.

Úniková – V téhle funkci lidé ve většině případů komunikují o neutrálních věcech. Využívají ji, když mají nějaké starosti a problémy. Člověk si chce popovídat a odreagovat se (Mikuláščík, 2003, s. 21 podle Zacharová, 2016, s. 10-11; Žantovská, 2015, s. 21-22).

1.2 Komunikační proces

Cílem komunikace je vzájemná výměna informací, postojů a nálad. Proces výměny informací v konkrétních rovinách sociální komunikace označujeme komunikační proces, který může být jednosměrný nebo obousměrný. Jednosměrný komunikační proces znamená výměnu informací pouze od odesílatele k příjemci bez zpětné vazby. Pro obousměrný komunikační proces je typický přenos informací, do kterého aktivně vstupuje odesílatel a příjemce zprávy. V některých situacích není zpětná vazba možná a je potřeba se více zaměřit na výběr vhodných znaků, přesnost a rychlost přenosu zpráv (Morovicsová a kol., 2014, s. 16).

Je možné, že námi podávané informace nebudou příjemci jasné i pro překážky v komunikaci, kterými jsou například nelogické myšlenky nebo špatně slyšitelná informace. Často se objevují i překážky zvukové, například šumy z okolí nebo překážky, které vznikly u příjemce (nevnímá, neslyší nebo špatně pochopí zprávu, kterou dostal). V komunikaci používáme rétoriku (umění mluvit), dialektiku (umění vést rozhovor, dialog), dialektickou rétoriku (řeč, chování a reakce partnera), techniky jednání (plánované, strategické a taktické užívání verbálních a neverbálních prostředků) a prezentaci (umění představit svoje myšlenky). V dnešní době se v komunikaci klade největší důraz na aktivní naslouchání a zpětnou vazbu. Při aktivním naslouchání udržujeme oční kontakt, aktivně posloucháme druhého a reagujeme na to co nám říká. Zpětná vazba slouží v první řadě k tomu, abychom druhému řekli pocity z jeho chování a upozornili ho na nepochopení nějaké informace apod. (Adamová a kol., 2016, s. 16-17).

Mezi složky komunikačního procesu patří **odesílatel**, který se někdy nazývá také jako komunikátor nebo eminent. Odesílatel je osoba nebo skupina osob, která chce předat zprávu druhému člověku nebo skupině osob a předpokládá, že příjemce má společné nebo podobné znalosti, které mu umožňují rozumět tomu, co mu chce říci. Hlavní úlohou odesílatele je předat informaci tak, aby si ji druhý člověk zapamatoval. Je důležité, aby odesílatel na určité zprávy kladl důraz na vhodnou intenzitu hlasu, délku svého projevu a používal vhodná gesta. **Zpráva neboli komuniké** je obsah sdělované informace. Zprávu můžeme předat v přímém nebo nepřímém sociálním kontaktu. V případě přímého přenosu je důležité zaměřovat se na neverbální komunikaci, která zprávu doplní, a hlavně velmi ovlivní. V nepřímém sociálním kontaktu, kde nemůžeme využívat svou řeč těla, se musíme více zaměřit na přesnější, výstižnější a srozumitelnější vyjádření zprávy do psané formy. **Příjemce**, který se nazývá také jako komunikant, percipient nebo posluchač je člověk, kterému jsou dané informace určené

a který určitou zprávu přijímá. Má za úkol vnímat účel zprávy od odesílatele, rozebrat přijatou zprávu, porozumět jí a vysvětlit ji. V případě jednosměrné komunikace v tomto bodě komunikační proces končí. **Zpětná vazba** je reakce nebo zpráva, kterou příjemce vysílá odesílatelovi pomocí verbálních a neverbálních projevů. Pozitivní zpětná vazba nastane při pochopení, přijetí a akceptování zprávy. Když jde o nepochopení, nepřijetí, nesouhlas, hovoříme o negativní zpětné vazbě. Zpětná vazba dává možnost odesílateli se opravit, doplnit nebo změnit zprávu. **Komunikační kanál** představuje cestu přenosu informací. Můžeme komunikovat v přímém sociálním kontaktu (při komunikaci tváří v tvář) nebo předávat informace cestou, při které není přítomný příjemce zprávy. Mezi nejčastější komunikační kanály patří: telefonický, písemný a elektronický. **Komunikační prostřední** má na komunikaci velký vliv. Je to prostor, kde komunikace probíhá a podněty, které komunikaci ovlivňují. **Komunikační kontext** celková situace, ve které komunikace probíhá. Má složku vnitřní – ta co se odehrává v naslouchajících, a vnější, která obsahuje všechny podněty, které na nás působily dříve a působí nyní (De Vito, 2008 podle Morovicsová a kol., 2014, s. 16-17).

1.3 Formy komunikace

Základní dělení komunikace, které se nejvíce používá je na verbální a neverbální komunikaci. Tyto dvě funkce komunikace se navzájem neustále doplňují, nebo dokonce jedna nahrazuje druhou. Velmi často se stává, že verbální a neverbální projevy v některých situacích spolu dohromady nevyjadřují to stejné. Znamená to, že lidé něco říkají, ale jejich chování tomu neodpovídá. V důsledku toho může vzniknout způsob komunikace, který se označuje jako dvojná vazba. V naslouchajícím to vyvolává určité rozpaky, protože neví, jak má chápat to, co mu bylo řečeno. Neverbální projevy bývají často nevědomé, nekontrolujeme se při nich tak jako při projevech verbálních (Strnadová, 2011, s. 121-122).

1.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je vyjadřována pomocí slov, respektive slovní zásobou (lexikum). Slova mají své pravidla užívání (gramatika) a pravidla vazby (větná vazba). To vše patří k jazykovým neboli lingvistickým prostředkům komunikace (Adamová a kol., 2016, s. 32). Řeč umožňuje vzájemnou výměnu informací, názorů a také zkušeností. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná.

Verbální komunikace je nepostradatelnou součástí sociálního života a nutnou podmínkou myšlení (Zacharová, 2016, s. 29).

Způsob naší komunikace je ovlivněn i osobnostními rysy. **Introvert** mluví málo, klidně, tiše a bez emočního důrazu. Naopak **extrovert** mluví hodně a většinou řekne vše, co chce říci. **Egoista** mluví hlavně o sobě, co vše udělal, co se mu povedlo a co si o tom on sám myslí. **Autokrat** prosazuje tvrdě své názory a myšlenky, vyžaduje, aby se mu lidé podřídili. **Submisivní** osobnost se naopak poddává, nestaví se nikomu do opozice a **liberál** je nestranný k problémům, nemá potřebu se vyjadřovat a nemluví do věcí jiných lidí (Strnadová, 2011, s. 125).

Každá verbální komunikace probíhá v určitém prostředí. Jazykové prostředí je tvořeno čtyřmi základními prvky: lidmi, jejich úmysly, komunikačními pravidly a používanou řečí v dané situaci. Jazykové prostředí může být velmi specifické. Například zdravotníci při práci s pacienty musí svůj způsob komunikování změnit. Pokaždé, co se změní naše role, změní se také náš způsob vyjadřování, většinou i bez našeho vědomí, protože se v komunikaci snažíme používat ty nejvhodnější slova, kterým by člověk, se kterým komunikujeme porozuměl (Zacharová, 2016, s. 30).

Při verbální komunikaci je také velmi důležitá paralingvistická stránka verbálního projevu. Znamená to doplnění významu slova tónem řeči, tím, co komunikující ve svém projevu zesiluje, nebo zeslabuje, zpochybňuje nebo potvrzuje. Jakým způsobem dává najevo svůj postoj, zaujetí, sympatie nebo zlobu. Dobrý komunikátor je dobrý právě především díky používání paralingvistických prvků při komunikaci. Prvků, které takto ovlivňují komunikaci, je celá řada: hlasitost projevu, výška tónu řeči, rychlost projevu, objem a plynulost řeči, pomlky, frázování, barva hlasu, emoční náboj a kvalita řeči (Strnadová, 2011, s. 130).

1.3.2 Neverbální komunikace

Slovo neverbální znamená mimoslovní, beze slov. Mimoslovní komunikace znamená všechna sdělení, kde nepoužíváme slova, znamená to „řeč těla“. Jsou to informace, které vyplývají z postoje člověka, z jeho celkových pohybů, gest, mimiky, činnosti očí, zaujímání vzdáleností a dotyků. Neverbální komunikace je vývojově starší, bohatší, bez jazykových bariér, emočnější, méně kontrolovatelná, je výraznou doménou žen a při běžné komunikaci „tváří v tvář“ představuje většinu (asi 85 %) výměny informací (Gruber, 2015, s. 28-29).

Mezi hlavní důvody, proč neverbálně komunikujeme, patří:

- Úplné či částečné nahrazení řeči
- Napomáhání a podpora řeči
- Vyjádření emocí
- Vyjádření postojů a vztahů
- Sebe prezentace

Naše mimoslovní projevy mohou být vrozené, naučené nebo kombinované, mohou být záměrné nebo nezáměrné. Každý člověk by měl umět odhadnout a použít vhodné neverbální projevy v konkrétní situaci a také si musí vypěstovat zvýšenou vnímavost pro možné porozumění neverbálním signálům přicházejících od ostatních lidí (Žantovská, 2015, s. 39-40).

Neverbální komunikace má velkou výhodu v tom, že nám předává hodně informací o pocitech a postojích lidí. Za její nevýhodu můžeme považovat to, že není tak přesná a efektivní jako komunikace verbální. U neverbálního chování je vhodné vědět, že největší význam je kladen na neverbální projevy v oblasti hlavy a obličeje (tato část je nejvíce vnímána). Na druhém místě jsou pohyby rukou a paží a teprve poté pohyby nohou (Strnadová, 2011, s. 134).

Mimikou rozumíme komunikaci pomocí výrazu v obličeji a při neverbální komunikaci je na prvním místě. Na lidské tváři dokážeme nejlépe rozpoznat v jakém emocionálním stavu zrovna druhý člověk je. Obličej lze rozdělit na oblast čela, očí a obočí, nosu a úst. V těchto oblastech probíhají různé pohyby, většinou závisle na sobě. Mimika je souhrou celého obličeje, ale pro některé emoce jsou určité oblasti v obličeji dominantní. Na tváři je možné rozpoznat sedm základních druhů emocí. Jedná se o: štěstí – neštěstí, neočekávané překvapení – splněné očekávání, radost – smutek, klid – rozčilení, spokojenost – nespokojenost až znechucení, zájem – nezájem, strach – pocit jistoty (Adamová a kol., 2016, s. 18; Heilmann, 2013, s. 56).

Proxemika je slovo odvozené od latinského slova proximitas, které znamená blízkost. Proxemika se zaměřuje na rozdělení osobního prostoru, dodržováním určitých hranic a naznačuje vztah mezi komunikujícími, vztah člověka k danému prostředí, stupeň oficiálnosti, důvěrnosti nebo intimity mezi partnery. Během komunikace se mezi komunikujícími vytváří určité vzdálenosti, které mohou v průběhu rozhovoru zůstat na stejné úrovni nebo se mění dle charakteru rozhovoru. Prostorová vzdálenost mezi partnery může být ve dvou rovinách: horizontální a vertikální. Horizontální rovina znamená vzdálenosti komunikujících od sebe,

mění se přibližováním nebo oddalováním. Vertikální rovina znamená, jakou máme výškovou úroveň ve vztahu k jinému člověku a vymezuje se úrovní zrakového kontaktu (Morovicsová a kol., 2014, s. 53). Rozlišujeme čtyři zónové vzdálenosti. **Intimní zóna** (do 30 cm), kde člověk dovolí vstup jen svým nejbližším, jako je například intimní partner nebo děti. Při kontaktu s pacienty se často dostáváme do intimní zóny, například při hygienické péči. Před vstupem do této zóny je velmi důležité s pacientem komunikovat, informovat ho, vysvětlit důvod a časové trvání vstupu. **Osobní zóna** (45–120 cm) je vzdálenost setkání dvou lidí, například při úředním jednání nebo komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Je zde umožněn kontakt v rámci podání ruky nebo položení ruky na rameno (Zacharová, 2016, s. 57). **Společenská zóna** (1,2–3,6 m) je zóna každodenního styku citově nezaujatých lidí například rozhovor mezi nadřízeným a podřízeným (Morovicsová a kol., 2014, s. 54). Poslední je **veřejná zóna** (3,6–7,6 m), kde při komunikaci vnímáme nejen celou postavu komunikujícího, ale i hlasitost řeči a jasnou výslovnost. V této zóně se například pohybují zdravotničtí pracovníci na různých přednáškách nebo seminářích (Zacharová, 2016, s. 58).

Haptika je komunikace při které využíváme dotyků. Doteky jsou ve většině případů intimní záležitostí a společensky přijatelné mezi cizími lidmi je jen podání ruky. V praxi se s takovým druhem komunikace setkáváme téměř při každém kontaktu s pacientem. Dotyk nebo pohazení mohou v situacích napětí, strachu, úzkosti či obav působit na pacienta velmi uspokojivě a povzbudivě (Morovicsová a kol., 2014, s. 51). Ve zdravotnictví rozeznáváme dva způsoby doteků. Prvním je dotek, během prováděné výkony u pacienta a druhý dotek slouží k přenášení emociálních zpráv. Druhý způsob doteku je při komunikaci s pacientem velmi důležitý, například chycení za ruku přináší pacientovi spoustu emocionálních reakcí jako je ujištění nebo pochopení (Benbenishty et al., 2015, s. 1359-1360).

Při **kinezice** hovoříme o neverbální komunikaci, která studuje pohyb těla a jeho částí. Kineziku, tělesný postoj, lze popsat jako komplexní charakteristiku, která skrze tělesné roviny a tělesné pozice vyvolává účinky, které komunikační partner vnímá. (Heilmann, 2013, s. 63).

Gesta mají výrazný sdělovací účel, doplňují verbální komunikaci. Nejvíce gest při komunikaci je prováděno rukama. V sociální komunikaci mají velký význam, protože zvyšují pozornost toho, co říkáme a v mnohých případech i zcela nahrazují slova. Doporučuje se používat gesta nejvíce v horní polovině těla, protože jsou vnímané jako pozitivní. Pacient svými gesty doplňuje vyslovené slovo, signalizuje svoje prožívání, myšlenky a emoce (Poledníková a kol., 2013, s. 66).

Posturologie zahrnuje tělesný postoj, napětí či držení těla. Posturologie má při komunikaci významnou roli, protože postoji dáváme najevo shodu či neshodu názorů. Od polohy těla, lze velmi dobře odvodit, do jaké míry skutečně komunikujícího partnera zajímá to, co mu říkáme (Žantovská, 2015, s. 46). Mezi posturologické prvky, které mají vypovídající schopnost, patří také polohy končetin, hlavy a naklonění těla. Používají se dva výrazy, a to kongruence, která vyjadřuje soulad vztahu mezi sestrou a pacientem, a inkongruence představující nesoulad – například, pacient chce zdravotníkovi ještě něco říci, ale on polohou těla naznačuje, že chce odejít (Zacharová, 2016, s. 59).

Vizika je součástí neverbální komunikace, která zahrnuje řeč očí a pohledů. Na očích si lze u člověka velmi dobře všimnout, jaký je jeho momentální psychický a fyzický stav. Dá se z nich rozpoznat například stres, únava, radost, smutek nebo strach. Když se komunikující navzájem dívají do očí, tak můžeme mluvit o efektivní komunikaci, protože si věnují soustředěné pohledy. Řeč očí využívá zdravotnický pracovník hlavně při posuzování tělesného a psychického stavu pacienta, při sběru anamnézy, při edukaci, diagnostických nebo terapeutických postupů apod. (Morovicsová a kol., 2014, s. 35-37).

1.4 Typy komunikace

V sociální komunikaci se setkáváme podle způsobu přenosu informací s určitými typy komunikace.

Kruhová komunikace, při které jde o bezprostřední komunikaci s nejbližšími sousedy. V rámci této komunikace nemá nikdo z komunikujících dominantnější postavení a nevede průběh komunikace. Například komunikace mezi pacienty sedícími v čekárně (Morovicsová a kol., 2014, s. 13).

Řetězová komunikace probíhá pouze s jedním sousedem, který informaci předává dalším osobám. S řetězovou komunikací se nejčastěji setkáváme v rámci výměny služeb mezi sestrami nebo při předávání informací mezi pacienty o šikovnosti zdravotníků (Morovicsová a kol., 2014, s. 13).

Ohnisková komunikace, při které je klíčová a dominantní pouze jedna osoba, jejímž prostřednictvím komunikují další (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 12).

Vertikální komunikace umožňuje postup informací shora dolů a naopak, tedy od výše postavených osob směrem k osobám s nižším postavením. Umožňuje účast níže postavených členů na vedení komunikace nebo na řešení různých problémů. Příkladem může být postup

informací od vedení nemocnice přes primáře oddělení až k sestřím a opačně (Morovicsová a kol., 2014, s. 14).

Horizontální komunikace umožňuje výměnu informací mezi členy, kteří jsou na stejné úrovni. Jedná se například o komunikaci mezi pacienty na pokoji nebo mezi sestrami na ošetrovně (Morovicsová a kol., 2014, s. 14).

2 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Za komunikaci považujeme úplně všechno, co proběhne mezi námi a pacientem. Začíná „haló-efektem“, což jsou zprávy, které o nás a našem zařízení pacient zjistí ještě dřív, než se s námi potká (Honzák, 2014, s. 87).

Sociální komunikace je považována za základ v ošetrovatelské péči. Komunikace probíhající mezi zdravotníkem a pacientem je vždy nezbytná, nezvratná a neopakovatelná. **Nezbytnost** představuje stále probíhající komunikační proces. Jde o vyjádření toho, že sestra je s pacientem v každodenním kontaktu a v každodenním spojení, a to buď verbálním, nebo neverbálním. Pod **nezvratností** komunikace si představíme, že slova, které sestra pacientovi řekne nebo použité neverbální projevy již nemůže vzít zpět. Musí vždy počítat s tím, že pacient jí nemusí její nevhodný projev odpustit. **Neopakovatelnost** znamená individuálnost konkrétní komunikační situace. Musíme si uvědomit, že žádná situace se už nebude v daném čase a v daném prostředí opakovat (Zacharová, 2016, s. 101).

Správná komunikace je nutná ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, ale i ve všech oblastech našeho každodenního života. Zdravotník by měl využívat své dovednosti komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k dobrému navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Také je velmi nutné, aby se nám při komunikaci s pacientem shodovala verbální a neverbální komunikace, protože je to předpokladem pro získání pacientovi důvěry. Právě pomocí dobré profesionální komunikace získává sestra důležité informace v péči o pacienta, protože při komunikaci se sestrou je pacient ve většině případů v menším stresu a často si vzpomene na důležité informace, které lékaři zapomněl sdělit. Zdravotník musí na závažné informace od pacienta reagovat i při péči o pacienta, například při poskytování ošetrovatelské péče (Hawryluck, 2004, s. 71–72 podle Ptáček a kol., 2011, s. 240-241).

2.1 Kritéria úspěšné komunikace

V úspěšné neboli efektivní komunikaci jde o otevřenou komunikaci, kde nedochází ke zkreslení informací, a komunikující partneři si rozumí. V práci pomáhajících profesí je efektivní komunikací taková, která má jasně stanovené cíle a v konečném výsledku umožní pochopení problémů pacienta, popřípadě jejich vyřešení společnou aktivitou. Umožňuje společné rozhodování o dalších terapeutických a diagnostických intervencích. Otevřená komunikace navozuje vztah důvěry mezi personálem a pacientem (Pokorná, 2008, s. 33).

Na dosažení vzájemné kvalitní komunikace je nutné respektovat určité požadavky. K základním požadavkům patří **individuální přístup**. Jde o přizpůsobení našeho jednání specifickým zvláštnostem pacienta a o pochopení, že každý pacient má jiné potřeby. Musíme si uvědomit, že slova, která používáme při rozhovoru s jedním pacientem, se mohou druhého dotknout. Je velmi podstatné zjistit všechno, co by mohlo daného pacienta nepříznivě ovlivnit a co by mu naopak mohlo pomoci (Zacharová, 2016, s. 31). V komunikaci je velmi důležitá **jednoduchost**. Sdělení musí být stručné a jasné. Neefektivní je zdlouhavé popisování situace a používání odborných výrazů, u kterých pacient nezná význam. V úvodu rozhovoru je třeba si ověřit schopnost pacienta porozumět, protože naopak velmi jednoduché výrazy mohou vyznít tak, že pacientovu situaci zlehčujeme a pacienta znehodnocujeme. Dalším důležitým požadavkem je **stručnost**, protože při obavách a nejasných očekáváních jsou pacienti citliví na čas. Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné rozvádění problémů naopak vzbuzují nedůvěru, zda zdravotník vůbec ví, o čem mluví, zda se dostane k podstatě věci. Nesmíme ale zaměňovat stručnost se strohostí či neochotou mluvit. Důležitá je také **zřetelnost**. Při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci. Velmi častým problémem jsou dvojsmyslná sdělení, jako je například používané slovo „*odchod*“ místo slova „*úmrtí*“. V komunikaci také není vhodné používat přílišná **zobecnění** (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 23). Komunikaci je důležité **vhodně načasovat**. Pokud s námi pacient nechce komunikovat nebo na komunikaci zatím není připraven, tak v žádném případě **do komunikace nenutíme**. Pro zlehčení situace a vyjádření radosti je vhodné používat laskavý humor, optimismus a **usmívat se** (Špatenková, Králová, 2009, s. 56). Nutným prvkem komunikace je také **adaptabilita**. Přizpůsobivost znamená schopnost měnit podávané informace v závislosti na tom, jak reaguje pacient. Sestra by se měla vyhýbat rutinnímu projevu a měla by sledovat odpovědi nemocného, včetně neverbálních projevů. Úspěšně komunikovat neznámá jen hovořit. Sestra by měla vybrat **vhodné místo** ke komunikaci a rozhodnout se kdy a jak pacientovi sdělí určitou informaci. Důležité je také umožnit pacientovi, aby se mohl v dostatečné míře vyjádřit a zkontrolovat, zda pacient informaci **přijal a pochopil**. V neposlední řadě by se sestra neměla vyhýbat **očnímu kontaktu** (Zacharová, 2016, s. 34). Úspěšná komunikace předpokládá, že zvládneme i verbální projev, který zahrnuje tempo řeči, intonace, hlasitost projevu, pomlky a výška hlasu. K otevřené a kvalitní komunikaci přispívá také to, že umíme uvědomit rovnocennost partnerů v komunikaci (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 17).

2.2 Profesionální komunikace

„Termínem profesionální komunikace sestry je vyjádřena komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, jež umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit“ (Zacharová, 2016, s. 101).

Venglářová a Mahrová (2006, s. 24) rozlišují tři druhy profesionální komunikace: **sociální komunikace**, při které jde o běžný rozhovor a kontakt s nemocným, například komunikace při ranní hygienické péči nebo podávání jídla. **Specifická komunikace**, kdy zdravotnický pracovník pacienta edukuje a motivuje k další léčbě. **Terapeutická komunikace**, která se nejvíce využívá v době, kdy pacient přijímá závažné nebo nepříjemné informace o svém zdravotním stavu, se kterými se těžko vyrovnává.

Prostřednictvím komunikace můžeme pacientovi pomoci zorientovat se v jeho nové životní situaci, kterou změna zdravotního stavu přináší, vyrovnat se s problémy, změnit pacientův postoj k onemocnění, hledat přiměřené cíle nebo nové hodnoty (Morovicsová a kol., 2014, s. 86).

Špatná komunikace mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče se vyskytuje z několika důvodů, včetně těch, kdy pacientům není poskytnuta příležitost ani čas na to, aby vyprávěli svůj příběh nebo vysvětlili své problémy. Když jsou pacienti přerušeni v jejich komunikaci tak mají pocit, že nejsou nasloucháni. Pokud se pacienti domnívají, že pokyny týkající se péče jsou příliš obtížné nebo nerozumějí tomu, co mají dělat, může to mít vliv na dodržování pokynů pro péči. Kromě toho může špatná komunikace způsobit, že pacienti pocítí, že pokyny pro péči jsou v rozporu s jejich osobním přesvědčením a že poskytovatelé zdravotní péče buď tyto obavy ignorují, nebo si je neuvědomují (Chard, R. and Makary, M.A., 2015, s. 329-342).

2.3 Naslouchání a empatie

Aktivní naslouchání je projevem respektu k pacientovi a je také základem pro navázání bezpečného vztahu naplněného důvěrou obou stran. Aktivní naslouchání znamená, že zdravotnický pracovník dává najevo svůj zájem o vyprávění pacienta (Hauke, 2014, s. 84).

Považuje se to za nejvyšší stupeň poslouchání, kdy pozorně a aktivně vnímáme pacientovi informace, připravujeme si dotazy, kriticky hodnotíme, aktivně vyhledáváme a rozlišujeme to, co je pro nás zajímavé a vylučujeme to, co je v daném sdělení nepodstatné (Vymětal, 2008, s. 47).

Mezi metody aktivního naslouchání patří: **Parafrázování**, kdy zdravotník aktivně naslouchá tomu, co pacient říká, a opakuje to stejné, ale jinými slovy. Například pacient řekne: „*Já mám takové starosti...*“ a personál odpoví: „*Máte starosti. Chcete mi o nich něco říci?*“.

Reflexe (zrcadlení emocí), kdy zdravotník dává najevo, že slyší pacientovi emoce a také je komentuje. Je třeba přijmout pacientovi myšlenky a projevy tak, jak nám je řekne, neměnit a nekritizovat je. Dokázat jinými slovy říct, co nám pacient právě řekl a hledat předpokládanou příčinu. Například: „*Když vás poslouchám, mám dojem, že se něčeho bojíte*“ (Klevetová, 2017, s. 116-117).

Oceňování, kdy pacientovi dáváme najevo pozitivní zpětnou vazbu. Zdravotnický pracovník si všímá, co se pacientovi podařilo, jak se mu daří zvládat své problémy a také mu to říká. Oceňování vede ke zvyšování sebevědomí pacienta a jeho úcty.

Shrnování, které slouží k tomu, aby se obě strany ujasnily, že si porozuměly, ale také k tomu, že pacient najednou slyší jiný pohled na svou problematiku a možná v tom jiném pohledu najde i další možnosti týkající se jeho problému (Hauke, 2014, s. 85-86).

Mlčení, kdy pacientovi dáváme prostor, aby se dál vyjádřil. Pokud nemocný mlčí, srovnává si myšlenky. Mlčení je také komunikace.

Pohled, kterým můžeme potvrdit, že s pacientem souhlasíme a respektujeme jeho sdělení.

Dotyk (pohlazení, stisk ruky), kterým můžeme vyjádřit podporu nebo souhlas s pocity nemocného (Klevetová, 2017, s. 118).

Velmi důležité je také naslouchání empatické, kdy nasloucháme v první řadě pocitům pacienta, snažíme se do nich vcítit a pochopit, proč pacient komunikuje právě takovým způsobem, jakým komunikuje. Při takovém naslouchání musíme být tedy soucitní a úroveň naší empatie je závislá na charakterových a temperamentních vlastnostech každého z nás (Vymětal, 2008, s. 47).

Empatie je kognitivní schopnost – schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních a neverbálních projevů druhých lidí. Pochopit to, o co se snaží, čemu se chtějí vyhnout a co v sobě skrývají. Empatie je porozumění jiné osobě přes sebe sama a úzce souvisí se schopností naslouchat a správně vykládat, co si člověk myslí. Každý člověk má v sobě schopnost být empatický, jen se u každého projevuje jinak. Empatii tvoří dvě na sebe navazující složky, které poskytují informace o pacientově prožívání, a to v oblasti kognitivní, to znamená, v jakém duševním stavu se pacient nachází, jakou má náladu, co potřebuje a co očekává. Umožňuje tím sestře předvídat jaké má pacient myšlenky a reakce a pomáhá jí sledovat věci z jeho pohledu (Zacharová, 2016, s. 70-75).

Empatický kontakt má velmi specifický význam a je to klíčová součást smysluplného vztahu. Neznamená to jen porozumět tomu, co druhý člověk říká. Cílem není rozumové pochopení, ale empatický kontakt. Neznamená to, že musíme mít stejné pocity, znamená to, že jsme s ním (Marshall, 2015, s. 69; Kissane et al., 2017, s. 10).

Empatie je něco, co vzniká předtím, než začneme mluvit. Znamená to zcela se vcítit do kůže pacienta. Nejde o to, abychom jsme se cítili úplně stejně jako pacient, ale stát při něm a snažit se vnímat svět z jeho pohledu. Jeho úhel pohledu je pro něj stejně skutečný jako pro nás ten náš. Cílem empatie není najít pravdu, ale respektovat oba názory (Basu, Faust, 2013, s. 66)

2.4 Rozhovor sestry s pacientem

Rozhovor by měl probíhat ve čtyřech fázích. V první fázi by měla být **příprava na rozhovor**, ve které si sestra ujasní cíl a obsah rozhovoru, jak dlouho si s pacientem může povídat, připraví si materiály, které lze pacientovi nabídnout a zjistí si všechny dostupné údaje o pacientovi. Do první fáze se řadí i příprava prostředí, ve kterém bude rozhovor probíhat. Vhodné je zajistit prostředí s co nejméně rušivými vlivy. Také si musíme předem zjistit, zda je pacient s námi ochotný komunikovat a vhodně upravit polohu pacienta. Před začátkem rozhovoru ještě pacienta ujistíme o tom, že informace, které nám poskytne, nebudeme nikde bez jeho svolení zveřejňovat (Plevová a kol., 2011, s. 26). Druhou fází je **otevření rozhovoru**, která začíná pozdravem a oslovením, dále představením sebe a podáním ruky. Někdy je třeba říct pacientovi hned na začátku stručně, ale otevřeně účel rozhovoru. Pro důvěryhodnou komunikaci je dobré přizpůsobit se pacientově úrovni chápání a vyjadřování. Na začátku je dobré navázat komunikaci otázkami například „*Jak se máte?*“ nebo „*Jak se cítíte?*“. Vytvoříme tak prostor pro sdělení pacientových potřeb. Třetí fází je **průběh rozhovoru** neboli jádro rozhovoru, kde pacient odpovídá na otázky sestry, ale také může mluvit pacient a sestra naslouchat. Jádro je nejdelší fáze rozhovoru. Během rozhovoru je důležité s pacientem udržovat oční kontakt. Poslední fází je **ukončení rozhovoru**, ve které se opakuje to nejdůležitější z celého rozhovoru. Před ukončením je dobré pacienta upozornit, že se blíží konec, aby měl čas případně na nějaké své dotazy. Je vhodné poděkovat pacientovi za ochotu a v případě potřeby si zapsat informace, které jsme zjistili. Rozhovor by se měl ukončit tak, aby v něm bylo možné kdykoliv pokračovat ve stejně pozitivní atmosféře (Plevová a kol., 2011, s. 26-27).

3 KOMUNIKACE S PACIENTY S RŮZNÝMI KOMUNIKAČNÍMI PROBLÉMY

Mezi nejčastější komunikační problém se považuje komunikace s lidmi s postižením, kdy je komunikace hodně specifická a podle míry postižení se vystavuje menším či větším bariérám. U pacientů s postižením, u kterých z různých důvodů nelze využít běžné formy verbální a neverbální komunikace, jsou pro lepší dorozumění využívány prostředky tzv. **alternativní a augmentativní komunikace (AAK)**, mezi které můžeme řadit český znakový jazyk, znakovou češtinu, Braillovo písmo, různorodé obrázky, symboly a další. Za alternativní považujeme systémy, které běžnou komunikaci úplně nahrazují, pojmem augmentativní označujeme prostředky, které běžnou komunikaci pouze doplňují. Nevýhodou AAK je, že pouze malý okruh lidí takovou komunikaci zná a umí používat (Klugerová a kol., 2017, s. 29).

Postižení znamená omezení nebo ztrátu schopností dělat činnost takovým způsobem, který je pro člověka považován za normální. Reakce okolní společnosti bývají různé, avšak ve většině případů jde o vyloučení takových osob ze společnosti. Hodně lidí je velmi ovlivněno předsudky, které se ve společnosti rychle šíří a pro člověka, který s postižením nemá žádné zkušenosti a informace, je velmi těžké odlišit je od reality. Velký počet lidí si myslí, že když je člověk nějakým způsobem postižený, tak nemůže být šťastný, že takový lidé nemají smysl pro humor a další. U některých lidí můžou vyvolávat strach, odpor a přináší nejistotu, protože jen málo lidí ví, jak s takovým člověkem komunikovat, jak mu porozumět, jak se k němu chovat (Slowík, 2016, s. 21-26).

K základním komunikačním dovednostem patří naslouchání, porozumění, projevení zájmu a poskytnutí rady. Řeč těla bývá někdy důležitější než komunikace slovní. Zvláště při kontaktu s postiženými pacienty klademe verbální a neverbální komunikaci odlišný důraz. Nejčastěji jde o postižení smyslové, a to zrakové nebo sluchové. Handicapované není vhodné litovat a vždy bychom se k takovým lidem měli chovat s úctou. Když přijde handicapovaný s doprovodem, obračejme se vždy na nemocného, nikoli na doprovázející osobu. Nezapomínejme, že nemocní se sluchovým či zrakovým nebo jiným postižením jsou normálními lidmi (Šipr, 2015, s. 106).

3.1 Jak se vyhýbat bariérám v komunikaci s lidmi s postižením

Tak jako některé projevy komunikaci podporují a ulehčují, existují i jiné, které ji naopak brání. Takových projevů je mnoho a liší se dle typu osobnosti a závažnosti situace (Žantovská, 2015, s. 64).

Bariéry při komunikaci s pacienty vždy budou a není možné je úplně odstranit. Pomoci mohou však určité zásady, které by se při komunikaci s takovými lidmi měly používat. Mezi hlavní patří **aktivní a pozorné naslouchání**. Ve většině případů jde o pacienty, kteří kvůli svému postižení nemají moc příležitostí setkávat se a povídat si s druhými lidmi a komunikace s kýmkoli je pro ně určitou formou socioterapie. Jestliže má pacient problémy s vyjadřováním tak bychom neměli dávat najevo naši netrpělivost. **Respektování dorozumivacích možností** je pro handicapovaného člověka velmi důležité. Vhodné je přizpůsobit se jeho tempu mluvení a vnímání – i kdybychom měli mluvit pomaleji než obvykle. U lidí s postižením se kromě případného odlišného verbálního projevu objevuje také specifický neverbální projev, kdy se musíme **přizpůsobit dané situaci**. Často se objevuje náhlá neobvyklá mimika nebo nečekané narušení naší osobní a intimní zóny, například člověkem s mentálním postižením. Velmi důležité je **přijímat postiženého člověka jako rovnocenného partnera**. Partnerský přístup totiž znamená, že druhá osoba je pro nás především člověkem, a to bez ohledu na jeho odlišnosti nebo omezení (Slowík, 2010, s. 27-29).

3.2 Komunikace s lidmi s mentálním postižením

U mentálně postižených pacientů jsou ovlivněny veškeré složky verbální komunikace motorické, jazykové i kognitivní. Verbální výkony mentálně retardovaných osob jsou nejenom snižené, ale i velmi omezené a zpomalené (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018, s. 289).

Mezi základní stupně patří hluboká, těžká, střední a lehká mentální retardace. **Hluboká mentální retardace** je nejtěžší stupeň, kdy si člověk nedokáže sám uspokojovat ani své základní potřeby. Zvládá pouze minimální počet slov a potřebuje neustálou péči druhé osoby. IQ u takových jedinců je do 20. **Těžká mentální retardace** u dospělých jedinců odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. Jedinec je schopný se naučit chodit a uspokojovat své základní potřeby. Řeč je těžko srozumitelná a slovní zásoba velmi omezená. IQ u takových jedinců je 20-34. **Střední stupeň mentální retardace** u dospělých jedinců odpovídá mentálnímu věku 6-9 roků a IQ je 35-49. Jedinec je schopný dosáhnout určitého stupně samostatnosti a nezávislosti. U **lehké mentální retardace** je IQ 50-69. Takový lidé zvládají způsob komunikace,

který je potřebný pro každodenní komunikaci. Jsou ve většině případů samostatní, jen v náročných situacích potřebují pomoc. Úroveň odpovídá mentálnímu věku 9–12 let. **Mentální subnorma** se vyskytuje u jedinců, kteří mají IQ 70–79. **Podprůměrná inteligence** představuje nejlehčí stupeň mentálního postižení, kdy IQ je v rozmezí 80–89 (Morovicsová a kol., 2014, s. 179–180).

I když se velké množství lidí vyhýbá při komunikaci s mentálně postiženými lidmi očního kontaktu, tak je pro takové osoby velmi důležitý. Zdravotník při udržování očního kontaktu dává najevo, že ho téma zajímá a že je pro ně názor pacienta důležitý. Pokud chceme navázat komunikaci s takovými lidmi, je velmi důležité přizpůsobit naši rychlost řeči. Důvodem nepochopení bývají často příliš dlouhé věty. Je vhodné mluvit zřetelně, pomalu a používat krátké, přímé a přesné věty. V kontaktu s lidmi s mentálním postižením vhodné využívat co nejvíce neverbálních projevů. Důležité je, aby mimika i gestika odpovídaly tomu, co pacientovi říkáme. Takový lidé používají často nevhodná slova při komunikaci, případně si na ně vůbec nevzpomenou. Tento stav musíme zohledňovat a reagovat velmi flexibilně. Hodně zdravotníků u takových pacientů nevyužívá podání ruky při setkání, které může být velmi užitečné zvláště ve chvíli, kdy se pacient cítí odcizeně. Dotyk by měl podporovat pozitivní naladění a může být často prvním průlomem, který umožní vznik vztahu, z něhož kvalitní péče vychází. Mentálně postižené lidé není vhodné oslovovat zdobnělinami. Uctivý přístup vyžaduje i přiměřené oslovení, ke kterému vždy patří vykání. Křestní jméno a tykání by mělo být používáno pouze v případech, kdy pacient už na příjmení nereaguje. Někteří pečující stále opravují, co lidé s mentálním postižením řeknou, protože z jejich pohledu jsou tato tvrzení nepravdivá a nelogická. Výsledkem takových oprav často bývá zděšení, zoufalství a nedůvěra. Často se o takových lidech hovoří, jako by nebyli přítomni. Brát člověka vážně znamená hovořit s ním přímo a přímo se ho ptát, pokud se ho daná záležitost týká (König, Zemlin, 2017, 51–58).

3.3 Komunikace s lidmi se zrakovým postižením

Vidění je složitý proces, na kterém se kromě oka a nervových drah významně podílí také mozek, který veškeré signály zpracovává ve výsledný zrakový vjem. Poškození může nastat v receptoru, v dráze spojující oko s centrem i ve zrakovém centru mozku. Rozlišujeme vidění centrální, kterým vnímáme detaily a barvy, a vidění periferní, které umožňuje vnímat prostor a orientovat se v něm. Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakového vnímání různé příčiny a rozsahu. Rozlišujeme čtyři základní skupiny poruchy zraku. **Ztráta**

zrakové ostrosti, kdy lidé nevidí zřetelně, hovoříme o refrakčních vadách. Takový lidé mohou mít obtíže s rozlišováním detailů. **Postižení zorného pole** znamená omezení prostoru, který člověk vidí. V praxi je toto zrakové postižení okolím nejhůře pochopitelné. **Okulomotorické poruchy** nastávají při vadné koordinaci pohybu očí. Potíže vznikají při používání obou očí, při sledování pohybujícího se předmětu. **Problémy se zpracováním zrakových podnětů** jsou způsobeny poškozením zrakových center v kůře mozku. Oko jako orgán je v pořádku (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 14-15).

Zrak využíváme jako primární smysl při získávání až 90 % všech informací. Jakékoliv zrakové omezení ztěžuje především orientaci, a pokud jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení, pak je jím výrazně ovlivněna také komunikace a psychika pacienta (Slowík, 2016, s. 61).

V komunikaci hraje velmi důležitou roli doba, kdy ke vzniku postižení došlo. Při ztrátě zraku během života mají totiž velký význam zkušenosti, které pacient získal před onemocněním. V mnoha případech musí člověk se zrakovým postižením počítat s tím, že druzí lidé v komunikaci s ním mohou upadat do rozpaků, protože se cítí nejistí a nemají s podobnými situacemi žádné zkušenosti. Zrakově handicapovaní lidé se totiž dostatečně nezaměřují na mimiku, gesta ani pozici partnera při komunikaci, takže na tyto podněty přiměřeně nereagují, zatímco ostatní se na ně spoléhají. Slabozrací lidé mohou v komunikaci využívat svůj zrak alespoň z části podobným způsobem jako ostatní. Při setkání s takovými lidmi je vhodné na sebe při pozdravu upozornit lehkým dotykem nejlépe na předloktí, aby dotyčnému bylo jasné, že se snažíme navázat kontakt právě s ním. Při rozhovoru je dobré se postavit tak, aby světlo dopadalo na naši tvář. Při písemné komunikaci je třeba psát hodně viditelně, například tmavým fixem na bílý papír. Při komunikaci s nevidomými osobami je také velmi důležité po oslovení na sebe upozornit lehkým dotekem. Nikdy obráceně, protože by se člověk vylekal. Během rozhovoru se doporučuje stát čelem k dotyčnému a odstranit veškeré rušivé elementy v okolním prostředí. Je potřeba vše vysvětlovat přesně a detailně. V komunikaci s nevidomým je vhodné vyvarovat se soucitu, o který zrakově postižení příliš nestojí. Pacienti by mohli mít pocit, že jejich schopnosti podceňujeme. Během rozhovoru s takovým člověkem bychom ho měli nejen informovat o všem podstatném (včetně vysvětlení odkud přicházejí které zvuky), ale také mu vše, co nemůže sám vidět detailně popsat. Není vhodné s takovým pacientem samovolně fyzicky manipulovat a snažit se mu pomoci bez jeho dovolení. Taková pomoc by měla následovat vždy až po slovním upozornění a vzájemné domluvě. Před odchodem bychom měli nevidomého člověka upozornit, že se chystáme odejít a ukončujeme tím komunikaci (Slowík, 2010, s. 68–74).

Pokud nevidomý člověk někoho osloví v prostředí, kde je více lidí, měli bychom zareagovat, i když se k nám neobráčí a nestojí přímo před námi. Většinou se takový člověk snaží vyhledat pomoc, ale neví, jakým směrem se otočit, neví, kde přesně a kdo stojí. Lidé mají tendenci na zrakově postiženého mluvit nahlas nebo na něj nemluvit vůbec a mluvit jen na doprovod, který s člověkem přichází. Je to způsobené tím, že nám chybí zrakový kontakt, který při komunikaci se zdravým pacientem běžně využíváme. Musíme si uvědomit, že takový člověk není hluchý ani mentálně zaostalý, a hovořit přímo s ním (Kimplová, Kolaříková, 2014, s. 75).

Při komunikaci s pacienty bez zrakového postižení se ve většině případů představíme pouze jednou a poté při dalších činnostech s pacientem komunikujeme bez představování. U lidí se zrakovým postižením se však musíme představovat před každou příležitostí, kdy se s pacientem chystáme komunikovat, protože si musíme uvědomit, že nás pacient nevidí a jen podle našeho hlasu nás nemusí vždy poznat. Když chceme nevidomému ukázat místo, kam se má posadit, dovedeme ho k židli, položíme mu pouze jeho ruku na opěradlo židle a pacient se posadí sám (Klugerová a kol., 2017, s. 56).

Hlavní pozornost je u nevidomých lidí věnována jejich hmatu. V písemné komunikaci využívají takový jedinci obvykle **Braillovo bodové písmo**. Výuka čtení a psaní Braillova písma u osob později osleplých bývá často problémem. Některé osoby, většinou seniorského věku, se do učení takového písma nechtějí pouštět, protože je hodně omezuje bolestivost a necitlivost bříšek prstů (Finková, 2011, s. 48).

3.4 Komunikace s lidmi se sluchovým postižením

Postižení sluchu se nejčastěji popisuje jako změna sluchového vnímání a ostroty sluchu. Sluchové poruchy se dělí z hlediska stupně sluchové ztráty na periferní, centrální sluchové postižení, nedoslýchavost a hluchotu. Dále se dělí dle času, kdy k postižení došlo na vrozené a získané poruchy a dle způsobu vzniku na náhlé a postupně se vyvíjející poruchy. Získané poruchy mají oproti vrozeným poruchám výhodu, že už má pacient zkušenosti s řečí, gramatikou, případně už umí číst a psát (Morovicsová a kol., s. 175).

Lidé se sluchovým postižením využívají různé pomůcky, které jim vše pomáhají zvládat, hlavně komunikaci s ostatními lidmi. Nejvíce známou kompenzační pomůckou je sluchadlo, které zesiluje zvuky přicházející do ucha. Další pomůckou je kochleární implantát. Ten zvuk nezesiluje, ale převádí na elektrické impulzy, které následně prostřednictvím voperovaných

elektrod stimuluje přímo zakončení sluchového nervu ve vnitřním uchu. Komunikaci usnadňují i další pomůcky jako jsou speciálně psací telefony, vibrační budíky a další (Slowík, 2010, s. 79).

V praxi se nejčastěji setkáváme s nedoslýchavostí u starších lidí. Velmi často se stává, že z důvodu nedoslýchavosti neslyší vše, co po nich požadujeme, nepochopí obsah a stydí se nás znova zeptat. Proto jsou jejich odpovědi často špatné, nedávají smysl a dochází k nedorozumění a konfliktům. Takový lidé trpí často depresemi, protože při komunikaci ve větším počtu lidí, se raději do komunikace nezapojují, protože se bojí, že nerozumí a odpoví špatně. Cítí se velmi izolováni od ostatních, protože se jen málo zúčastňují nějakých diskusí. Jednotlivé formy mají nahradit verbální komunikaci, usnadňují dorozumívání a pomáhají překonávat bariéry ve vzájemných vztazích. Jedná se o **mimicko – gestikulační komunikaci**, která se vytváří u sluchově postižených samovolně a nahrazuje mluvenou řeč při kontaktu s nejbližšími. **Posunková komunikace**, která spočívá v dohodnutých pohybech a sestavě rukou a prstů. **Orální řeč** je slovní, mluvená řeč. Postižení při jejím používání však nedokáží kontrolovat svoji hlasitost, přízvuk a artikulaci. **Odezírání** je formou komunikace, při které se pomocí zraku dá pochopit, co nám chce druhý člověk říct. Sledují se pohyby úst, mimika a gestika mluvčího. **Písemná řeč**. Její použití záleží na úrovni rozumového vývinu jedince. **Daktylní řeč** neboli prstová abeceda, která využívá polohy prstů, které představují jednotlivé hlásky. **Znaková řeč** je komunikace spojující neúplnou informaci z úst s neúplnou informací ruky. **Totální komunikace** představuje komplex manuálních a orálních způsobů komunikace. Umožňuje využívat všechny formy dorozumívání. **Taktiling**, kdy postižený vnímá vibrace hlasivek tak, že má svoji ruku položenou na rameni mluvčí osoby (Vašek, 2003 podle Morovicsová a kol., 2014, s. 177).

Náročnost komunikace s pacientem s postižením sluchu vždy závisí na druhu a míře postižení. Před zahájením komunikace s takovým pacientem musí sestra zjistit, na jaké komunikační úrovni pacient je, jakým způsobem se baví s ostatními lidmi a podle toho zvolit nejvhodnější způsob komunikace. Hodně zdravotníků se pacienta se sluchovým postižením bojí nebo stydí zeptat, jakým způsobem by chtěl komunikovat, protože si myslí, že je to nevhodné. Naopak, patří to k profesionálnímu chování, když si nechají poradit od pacienta, na jaký způsob komunikace je zvyklý. Důležité je, aby pacient vždy dostatečně viděl na ústa zdravotníka, který s ním komunikuje a nepřerušovat oční kontakt. Když dojde k přerušování očního kontaktu na delší dobu, a ještě k odvrácení hlavy, dojde zároveň i k přerušování celého

rozhovoru, protože pacient to vnímá tak, že rozhovor už skončil (Beňo, Capíková, 2013, s. 51).

V rozhovoru se sluchově postiženým člověkem je důležité vyslovovat zřetelně, nezvyšovat hlas a neměnit rychlost řeči. Rozhovor s takovým pacientem začínáme pouze tehdy, když je k nám pacient otočený čelem a vidí nám do očí. Nikdy nezačínáme, jeli k nám postižený obrácen zády nebo ze strany, a pokud se na nás dotýčný nedívá, upozorníme ho jemným dotykem. Pro zlepšení komunikace je vhodné, aby náš obličej byl dobře osvětlen, není dobré stát na pokoji záda k oknu (Klugerová a kol., 2017, s. 45).

Při komunikaci ve skupině by člověk se sluchovým postižením měl mít možnost dobře vidět na všechny ostatní. Během rozhovoru si často ověřujeme, zda nám pacient rozumí, je vhodné požadovat zpětnou vazbu po pacientovi a případně naši větu zopakujeme s použitím jiných slov (Slowík, 2010, s. 89).

Kromě schopnosti mluvit hraje u takových pacientů také jejich schopnost odezírání z úst zdravotníka. Důležitým předpokladem úspěšného odezírání je vzdálenost. Pacient potřebuje dobře vidět na naše rty, takže optimální vzdálenost by měla být v rozmezí 0,5 – 0,4 m. Je vhodné, aby zdravotník s pacientem stáli naproti sobě a nejlépe tak, aby měli oči ve stejné úrovni. Celkově bychom při odezírání měli mluvit na pacienta pomaleji a je vhodné se vyhýbat cizím a pro pacienta neznámým slovům. Odezírání je aktivita velmi namáhavá na soustředění. Dospělý člověk je při ní schopen udržet souvisle pozornost přibližně 20 minut, poté efektivita odezírání výrazně klesá (Slowík, 2010, s. 85–86).

V praxe se můžeme setkat i s pacienty, kteří mají poškozen sluch i zrak. Takoví jedinci se nazývají osoby s duálním sensorickým postižením. Nejčastěji se používá termín hluchoslepý. U těchto lidí je velmi obtížné vytvořit funkční komunikaci, zvláště jedná-li se o osoby s vrozenou hluchoslepotou (Horáková, 2012, s. 127).

U takových jedinců se musíme více zaměřit na to, co nám chtějí sdělit pomocí svého chování. Ruka nahrazuje často funkci očí a uší hluchoslepeho člověka (Štěrbová, 2013, s. 73).

3.5 Komunikace s pacientem jiné národnosti a kultury

Pojmem kultura označujeme existenci určitých hodnot materiálních a duchovních, které vytvořil a rozvíjí člověk svou vlastní konkrétní činností. Takto člověkem vytvořená kultura, předávaná z generace na generaci záměrným či nezáměrným působením, zpětně člověka ovlivňuje (Balvín, 2012, s. 20).

Pojem subkultura znamená odlišnost od dominantní společnosti. Tvoří ji skupiny lidí, kteří mají zvláštní hodnoty a normy, ve kterých se neshodují s dominantní kulturou (Kutnohorská, 2013, s. 24).

Multikultura je pojem, kterým označujeme žití rozdílných kultur vedle sebe. Stupeň prolínání kultur a jejich vzájemné ovlivňování je závislý na jejich blízkosti, duchovních vztazích apod. (Balvín, 2012, s. 32).

Interkulturalita je pojem, který se používá při situaci, když mezi sebou komunikují rozdílné kultury. Interkulturalita vyplývá z různých oblastí praxe, ve kterých je komunikace mezi takovými lidmi nevyhnutelná. Takovými oblastmi jsou například mezinárodní komunikace, a hlavně oblast zdravotní péče (Balvín, 2012, s. 55).

Předpona multi ve slově „multikulturalismus“ označujeme množství kultur a jejich nejrůznější druhy. Tento pojem neznamená, že mezi různými kulturami jsou k sobě všichni lidé tolerantní, jak je často všeobecně chápán. Multikulturní situace je tedy možno chápat jako neustále probíhající interkulturní dialog. Interkulturní setkávání můžeme hodnotit negativně, pokud se usilovně snažíme o udržení jedinečnosti dané kultury. Pozitivní přístup je tehdy, když uznáváme i jiné hodnoty ostatních lidí a možnost komunikace mezi kulturami. Multikulturalismus lze chápat jako stav sociálně patologický, když si budeme myslet a budeme se řídit podle toho, že lidé, kteří přicházejí do nemocničního zařízení, se musí vzdát svých tradic a zvyků (Preissová, Švachová, 2013, s. 28–30).

Každý zdravotník, který pečuje o pacienta jiné kultury, by měl mít alespoň minimálními znalosti, jak s takovým pacientem komunikovat. Velmi důležité je znát způsob, jakým lidé mluví. Lidé **anglosaské kultury** přerušování řeči považují za velmi nezdvořilé. **Románské kultury** skákání do řeči akceptují, lidé mluví i zároveň poslouchají. U **japonských** pacientů je mluvení přerušováno chvílemi ticha. Zdravotník může mít pocit, že pacient nerozumí, ale japonský pacient tímto dává najevo respekt (Kutnohorská, 2013, s. 69).

Některé kulturní normy mohou také určovat, který člen rodiny by měl být v komunikaci osloven a kdo dělá za rodinu a její členy rozhodnutí. Když komunikujeme s pacientem, který je jiné národnosti a nerozumí, musíme si uvědomit, že nemá problém se sluchem, pokud ho opravdu nemá. Z toho důvodu nemusíme na pacienta zvyšovat hlas, jak to mnoho zdravotníků dělá. Ani přes naši velkou snahu se nemusí komunikace s pacientem podařit a může to vyvolávat negativní pocity, frustraci, vztek nebo bezmoc. V některých případech je nutné přivolat tlumočníka. Během rozhovoru, kde je přítomen i tlumočník, je nutné mluvit přímo

na pacienta, nikoliv na tlumočníka. Důležité je mluvit pomalu, srozumitelně, v krátkých větách a nechat tlumočníka překládat (Špatenková, Králová, 2009, s. 96–97).

V **islámské kultuře** je nevhodné mluvit o rodinných a intimních problémech, hlavně když komunikujeme s osobou opačného pohlaví. Stydí se bavit o základních fyziologických funkcích, jako je močení, stolice apod. Nemluví s mužem o těhotenství. Otázka ohledně rodinného stavu je vnímána jako nepříjemná, protože nebýt ve svazku manželském je považováno za něco špatného. Když je pacientka svobodná, neptáme se na otázky ohledně porodu a dětí, protože mimomanželský pohlavní styk je zakázán. Podávání rukou při setkání a loučení není obvyklé. Často si místo podání ruky při pozdravu přikládají svou ruku na srdce. Pokud pečuje o ženu muž, je dotek určitých míst zakázán. Další specifikou islámské kultury je rozlišování podání pravé či levé ruky. Pouze pravá ruka je určena k podávání čistých věcí, levá naopak k podání nečistých (Špirudová, 2004, s. 79–81 podle Kutnohorská, 2013, s. 100–102).

Pokud muslimové mluví, pozorně poslouchejme. Když uvidí, že má zdravotník zájem o jejich zkušenosti a názory, tak jim budou také naslouchat a vnímat je. Tam, kde je to možné, je vhodné nabídnout literaturu, která se týká tématu rozhovoru. Je však důležité, abychom danou knihu znali a mohli tak rozhodnout, zda je to pro daného pacienta vhodné (Maurer, 2014, s. 147–149).

U **romských pacientů** se vyskytuje jazyková bariéra především při práci se starší věkovou generací, která mluví převážně romsky. Především je třeba nespěchat a být trpělivý, vnímat mimoslovní komunikaci, nekritizovat pacienta před ostatními, a hlavně se nebát blízkosti a dotyku. Romové se hodně zaměřují na přítomnost, takže se často stává, že při komunikaci své problémy a povinnosti odkládají do budoucna. Velmi zdůrazňují význam své rodiny a nechtějí se sami rozhodovat, proto při rozhovoru ve většině případů požadují rodinného příslušníka. Hodně problematická situace může být, když není respektován požadavek pacienta. Při rozhovoru s takovým pacientem by neměl zdravotník používat příkazy, ale jen pomoci pacientovi uvědomit si jeho možnosti a prostředky a motivovat ho. Velmi důležitá je volba slov a slovních spojení. Měla by být na takové úrovni, aby předávané informace pacient rozuměl. Když používáme složité nebo odborné výrazy může to takového pacienta dokonce urazit. Měli bychom se s pacientem bavit na takové úrovni, aby neměl pocit, že se snažíme dokázat naši oficialitu a nadřazenost. Také znalost romštiny (alespoň několik základních slov) je užitečné pro navázání dobré komunikace, především jako prevence proti nadávkám (Urban, 2015, s. 59–64).

Vietnamská komunita se vyznačuje uzavřeností, která má několik příčin. Především je to velká odlišnost české a vietnamské kultury, dále jazyková bariéra, jako je nedostatečná znalost českého jazyka těch, kteří se narodili ve Vietnamu. Při komunikaci je velmi důležité, jak dlouho už žijí v České republice a jak se dokáží přizpůsobit. Při rozhovoru velmi málo mluví o svých problémech. Na rozdíl od ostatních pacientů, považují za neslušné, když navážeme přímý oční kontakt a také smrkání do kapesníku je považováno za velmi nevhodné při rozhovoru. Před vietnamskými pacienty nemluvíme o svých problémech a starostech, děláme klidné a pomalé pohyby. Když chceme pacientovi projevit úctu, podáváme mu věci oběma rukama. Hodně důležité je si uvědomit, že ve vietnamské kultuře se pacienti usmívají, když něčemu nerozumí, protože tím dávají najevo omluvu zato, že nám neporozuměli. Když se smějí nahlas, dávají tím najevo, že chtějí zmírnit nějakou pro ně nepříjemnou situaci. Mohou nám také přikývnout, ale nemusí rozumět. Vždy je nutná zpětná vazba. Když mají ruce na prsou, znamená to, že jsou rozčilení z toho, co jsme jim řekli. U takových pacientů si musíme dávat pozor na dotek a pohlazení, protože je to pro ně pouze výsadou rodičů, jinak to považují za projev přílišné sebedůvěry. Při podávání rukou druhá ruka přikryje a stiskne podávané ruce. Neverbální komunikace je pro Vietnamce velmi důležitá a při neznalosti jazyka přebírá významnou roli (Kutnohorská, 2013, s. 109–111).

3.6 Komunikace s agresivním pacientem

Agrese je u lidí vždy zjevná a chování záměrné. Zjevný znamená, že agresi jde pozorovat a záměr znamená, že chování má nějaký vědomý účel (Látalová, 2013, s. 16).

Při práci s pacienty, musí mít zdravotnický pracovník dostatek informací i z ostatních oborů a vědět, zda pacient není potencionálně rizikový. Mezi potencionálně agresivní pacienty se řadí pacient s mentálním postižením, kdy spouštěče agrese lze nazvat jako 5 N. Jedná se o netrpělivost, neznalost specifik komunikace, neznalost klientových návyků, nekomunikace a nedostatek zkušeností s těmito pacienty. Mezi další se řadí duševně nemocní pacienti, pacienti užívající návykové látky, nezaměstnaní pacienti a pacienti bez přístřeší (Burda, 2014, s. 24–30).

Zdravotnický pracovník by měl mít znalosti v oblasti krizové komunikace. To však neznamená, že by měl omlouvat a tolerovat agresivní projevy pacienta. Při poskytování zdravotnické péče by měl zdravotník vědět, jak komunikovat s agresivním pacientem a dobrou komunikací agresi odvrátit. Pacienta musíme vždy dobře poslouchat a snažit se s ním co nejvíce mluvit o jeho problému, který mu agresi způsobuje. Při komunikaci s potencionálně

agresivním pacientem je vhodné užívat logiku a argumentovat. Vystupňovat agresi mohou i nejasné požadavky, když pacient nerozumí tomu, co po něm požadujeme. Pokud je pacient agresivní, je zbytečné po něm vyžadovat, aby se choval rozumně, zvyšovat hlas nebo zrychlovat řeč. Absolutně kontraproduktivní v komunikaci je reagovat na agresivitu agresivitou. Není vhodné pacientům dávat nereálné sliby, abychom na chvíli zmírnili agresi, protože po jejich nesplnění se agrese může vrátit v mnohem silnější formě. V neverbální komunikaci si není vhodné dávat ruky do kapsy a otáčet se k pacientovi zády. Také bychom se měli vyhnout děláním prudkých gest a pohybů (Burda, 2014, s. 42–43).

Při komunikaci s agresivním pacientem se od něj držíme v dostatečné vzdálenosti. Je vhodné upozornit pacienta na jeho chování. Klidným hlasem mu vysvětlit, že takové jednání nevede k řešení konfliktu a přijde vám nespravedlivé. Zeptejme se agresivního pacienta, jak si věci představuje on, jaké věci mu přesně vadí, do čeho se chce sám zapojit, co si může vzít na starost a oceňme jeho snahu. S takovými pacienty jednejme s laskavostí, pochopením a trpělivostí. Na druhou stranu si jasně vymezme, které jednání je ještě v pořádku a které už ne (Gottwaldová, 2017, s. 103–105).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 KOMUNIKACE STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ S PACIENTY S KOMUNIKAČNÍMI BARIÉRAMI

4.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech, studentů oboru Všeobecná sestra, ve vztahu k pacientovi s komunikační bariérou.

Cíl 2: Zjistit postoj a názor studentů na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami.

Cíl 3: Zjistit, zda dle svého názoru, jsou studenti během studia, dostatečně připravováni na komunikaci s pacienty s různými komunikačními bariérami.

4.2 Metoda výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce je použita kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku, který byl konzultován a schválen vedoucím bakalářské práce.

Dotazník je sestaven celkem ze 25 položek, z nichž je 19 položek uzavřených a 6 položek polo-uzavřených. V polo-uzavřených otázkách má respondent možnost označit za svou odpověď pole „jiné“ a dopsat vlastními slovy, co má na mysli. 23 položek je sestavených tak, že respondenti smí za správnou odpověď označit pouze jednu z uvedených a u zbylých 2 položek mají respondenti možnost jedné nebo více odpovědí.

Respondenti vyplňují dotazník dle pokynů, které jsou uvedeny v úvodní části dotazníku, kde je také zmíněno, že je daný výzkum zcela anonymní.

4.2.1 Jednotlivé položky přiřazené k cílům práce

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech, studentů oboru Všeobecná sestra, ve vztahu k pacientovi s komunikační bariérou.

K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky č. 1, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24.

Cíl 2: Zjistit postoj a názor studentů na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami.

K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky č. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 16, 20, 25.

Cíl 3: Zjistit, zda dle svého názoru, jsou studenti během studia, dostatečně připravováni na komunikaci s pacienty s různými komunikačními bariérami.

K tomuto cíli se vztahují výzkumné otázky č. 6, 10, 11, 12, 15.

4.2.2 Respondenti

Za respondenty jsem si zvolila studenty Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra, prezenční formy studia. Dotazník měli možnost vyplnit studenti prvních, druhých i třetích ročníků. Výběr respondentů byl spíše z osobních důvodů. Během studia na střední zdravotnické škole jsem se mnohokrát setkávala s tím, že studenti nevěděli, jak správně komunikovat s pacienty s různými komunikačními bariérami a během praxe se vyhýbali kontaktu s takovými pacienty. Z toho důvodu mě velmi zajímal názor studentů na vysoké škole na danou problematiku.

4.2.3 Organizace výzkumu

Dotazník byl vytvořen elektronicky, pomocí webové stránky www.surveymonkey.com a následně byl rozeslán pomocí emailu na předem zjištěné skupinové emailové adresy studentům prvních, druhých a třetích ročníků, oboru Všeobecná sestra, prezenční formy studia.

V prvním ročníku je celkový počet studentů 42, ve druhém ročníku je 44 studentů a ve třetím ročníku je studentů 34. Celkový počet studentů je tedy 120, z nichž dotazník vyplnilo 68 studentů.

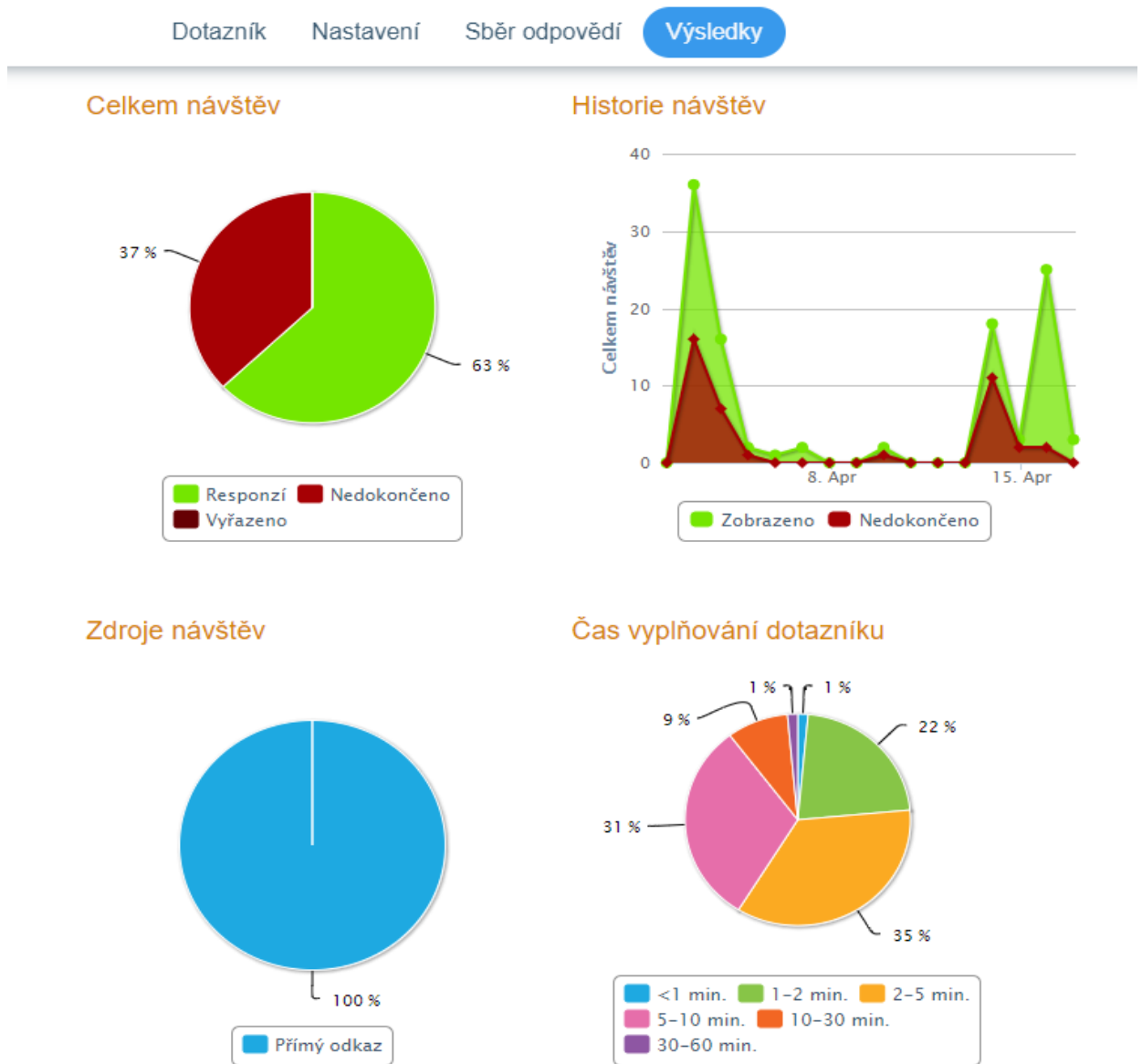
Sběr elektronických dat probíhal v období od 3. 4. 2019 do 17. 4. 2019.

4.2.4 Zpracování výsledků výzkumu

Zpracování výsledků výzkumného šetření bylo provedeno na stránkách www.surveymonkey.com a následně převedeno do programu Microsoft Word 2010. Každá z položek je zpracována do samostatné tabulky, ve které je uvedena absolutní a relativní četnost výsledků. Absolutní četnost znázorňuje celkový počet studentů, kteří v dané položce označili stejnou odpověď. Relativní četnost znázorňuje zastoupení těchto studentů v procentech. Každá položka má, kromě samostatné tabulky, vytvořené i grafické znázornění výsledků dotazníku. Pod tabulkou a grafem je uveden i slovní komentář daných výsledků.

Dle výsledků, zpracovaných na již zmíněné stránce www.surveymonkey.com., otevřelo dotazník pomocí zasláného přímého odkazu na studentské emailové adresy celkem 108 studentů. Z celkového počtu otevřených dotazníků, dokončilo vyplňování 68 studentů a 40 studentů ukončilo vyplňování dotazníků před odesláním, tudíž jejich odpovědi nebyly započítané do konečných výsledků. Je zde také uvedeno, za jaký časový úsek studenti dokázali dotazník vyplnit. V rozmezí 2–5 minut vyplnilo dotazník 35 % studentů, 5–10 minut vyplňovalo dotaz-

ník 31 % studentů, 1–2 minuty na vyplnění potřebovalo 22 % studentů, 9 % studentů vyplnilo dotazník za 10–30 minut, 30–60 minut potřebovalo na vyplnění pouze 1 % studentů a také méně jak 1 minutu vyplňovalo dotazník pouze 1 % studentů. Přehledné grafické znázornění, získané ze stránek www.surveio.com, je uvedeno v obrázku č. 1.



Obrázek 1 – přehledné grafické znázornění výsledků

5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Otázka č. 1: Víte, co znamená pojem komunikační bariéra?

Tabulka 1 – komunikační bariéra

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neschopnost pacienta navázat kontakt s okolím	0	0 %
Překážka bránící dorozumění dvou nebo více osob	61	89,7 %
Úplná neschopnost pacienta komunikovat	7	10,3 %
Celkem	68	100 %



Graf 1 – komunikační bariéra

Komentář:

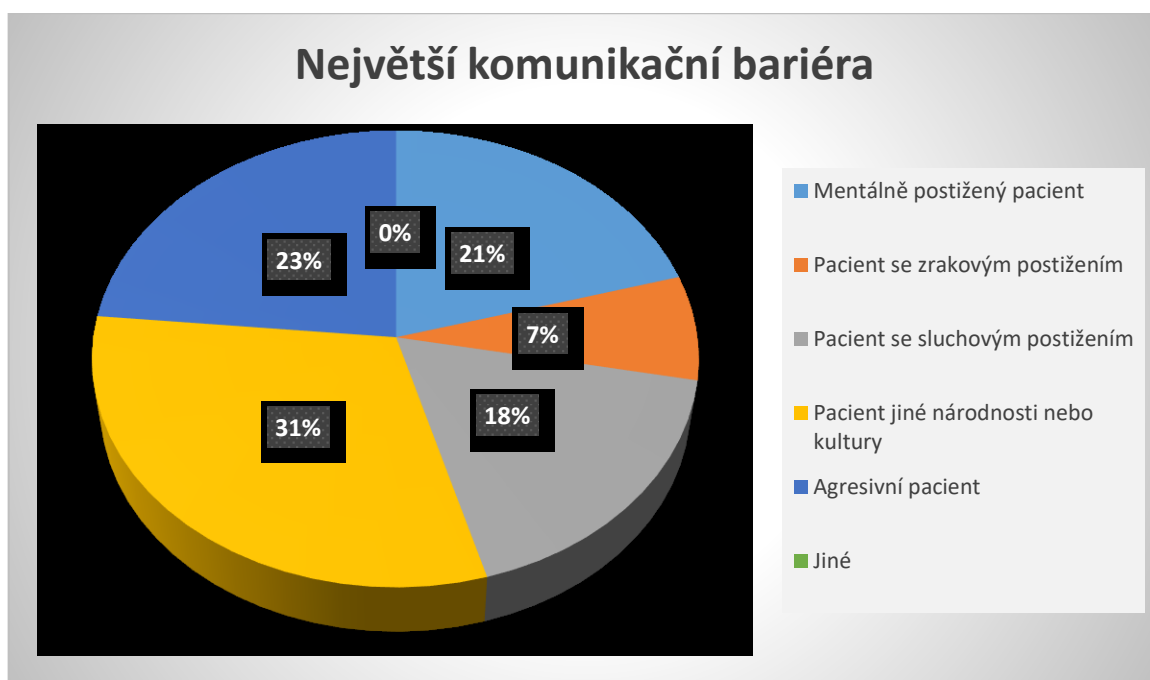
Cílem této otázky bylo zjistit, zda studenti ví, co znamená základní pojem „komunikační bariéra“. 61 (89,7 %) studentů označilo správnou odpověď, že pojem komunikační bariéra

znamená překážka bránící dorozumění dvou nebo více osob. Zbýlých 7 (10,3 %) studentů tvrdí, že pojem komunikační bariéra znamená úplnou neschopnost pacienta komunikovat, což je odpověď špatná. Další chybnou odpovědí, kterou měli studenti na výběr byla, že komunikační bariéra je neschopnost pacienta navázat kontakt s okolím, tu však za svou odpověď neoznačil žádný student.

Otázka č. 2: Jaká je z Vašeho pohledu největší komunikační bariéra při komunikaci s pacienty?

Tabulka 2 - největší komunikační bariéra

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mentálně postižený pacient	14	20,6 %
Pacient se zrakovým postižením	5	7,4 %
Pacient se sluchovým postižením	12	17,6 %
Pacient jiné národnosti nebo kultury	21	30,9 %
Agresivní pacient	16	23,5 %
Jiné	0	0 %
Celkem	68	100 %



Graf 2 - největší komunikační bariéra

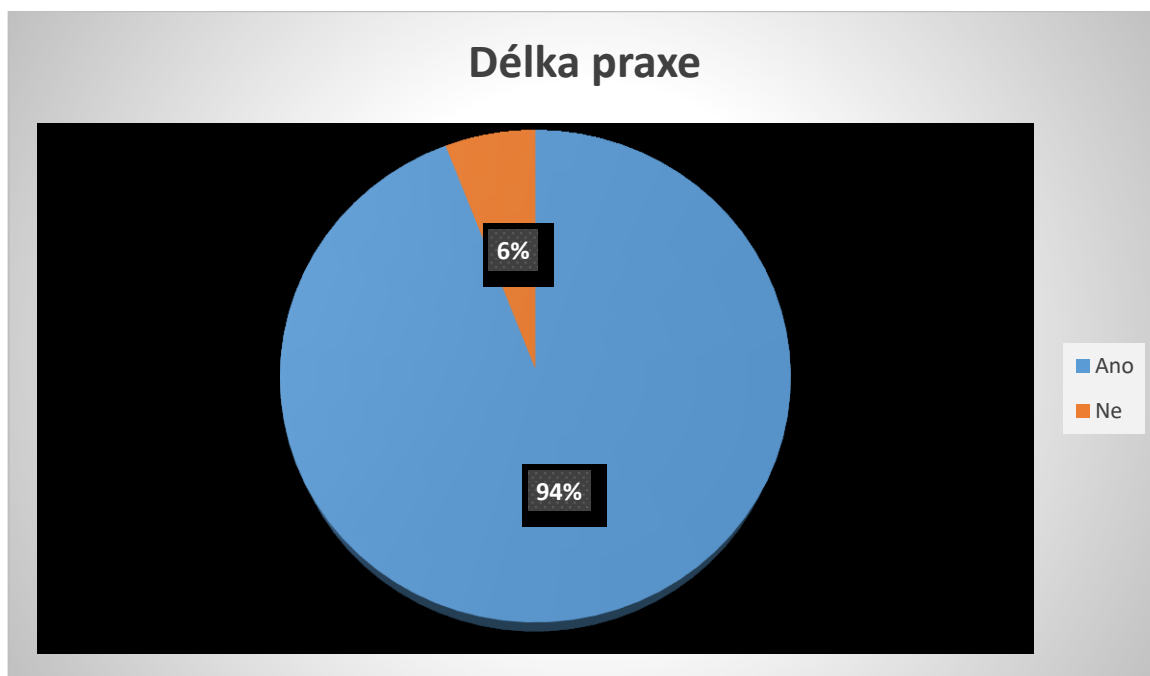
Komentář:

Tahle otázka byla zaměřena na zjištění největší komunikační bariéry při komunikaci s pacienty pohledem studentů. Z výsledků vyplývá, že největší komunikační bariérou je pro 21 (30,9 %) studentů pacient jiné národnosti nebo kultury. Pro 16 (23,5 %) studentů je největší komunikační bariérou agresivní pacient, který se v nemocničních zařízeních vyskytuje poměrně často. 14 (20,6 %) studentů označilo za svou odpověď mentálně postiženého pacienta, 12 (17,6 %) označilo pacienta se sluchovým postižením a zbylých 5 (7,4 %) studentů považuje za největší komunikační bariéru pacienta se zrakovým postižením. Respondenti měli také možnost označit za největší komunikační bariéru jinou, než tu, které byly uvedeny, avšak této možnosti nebylo využito ani jednou.

Otázka č. 3: Ovlivňuje podle Vás délka praxe ve zdravotnictví komunikační dovednosti sestry?

Tabulka 3 – délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	64	94,1 %
Ne	4	5,9 %
Celkem	68	100 %



Graf 3 – délka praxe

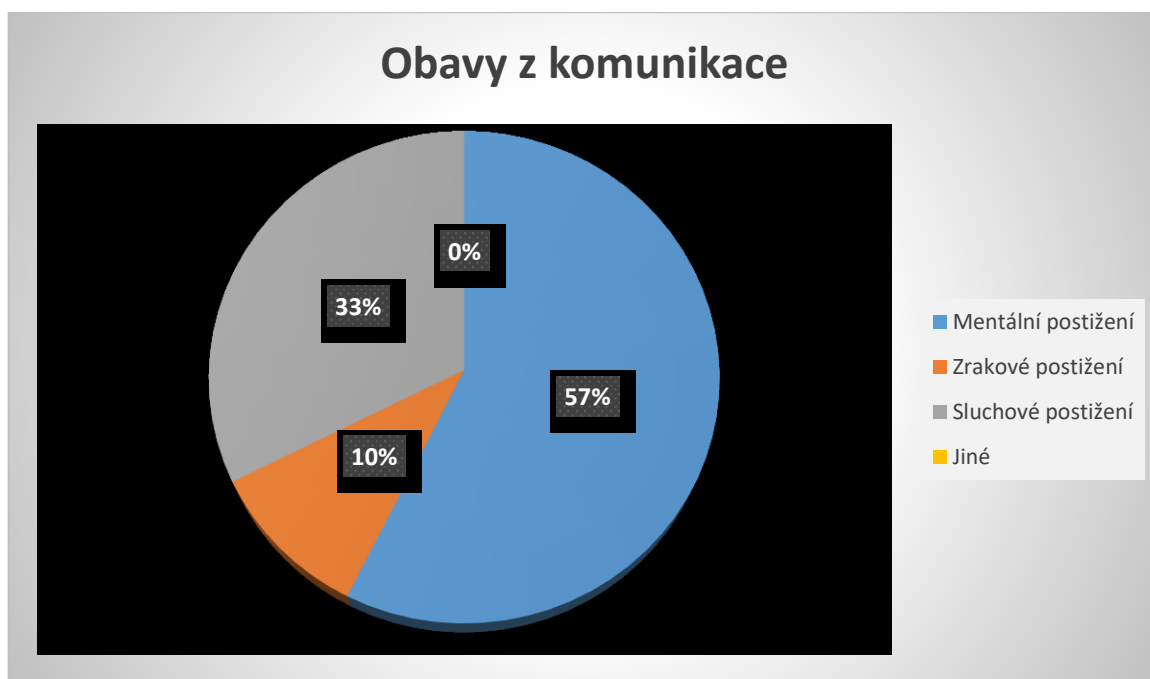
Komentář:

Podle grafického znázornění je jednoznačné, že většina, tudíž 64 (94,1 %) studentů je přesvědčena o tom, že délka praxe ve zdravotnictví velmi ovlivňuje komunikační dovednosti sestry. Pouze 4 (5,9 %) studenti si myslí, že délka praxe komunikační dovednosti sestry nijak neovlivňuje.

Otázka č. 4: S pacientem, s jakým typem postižení byste se nejvíce báli komunikovat?

Tabulka 4 – obavy z komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mentální postižení	39	57,4 %
Zrakové postižení	7	10,3 %
Sluchové postižení	22	32,4 %
Jiné	0	0
Celkem	68	100 %



Graf 4 – obavy z komunikace

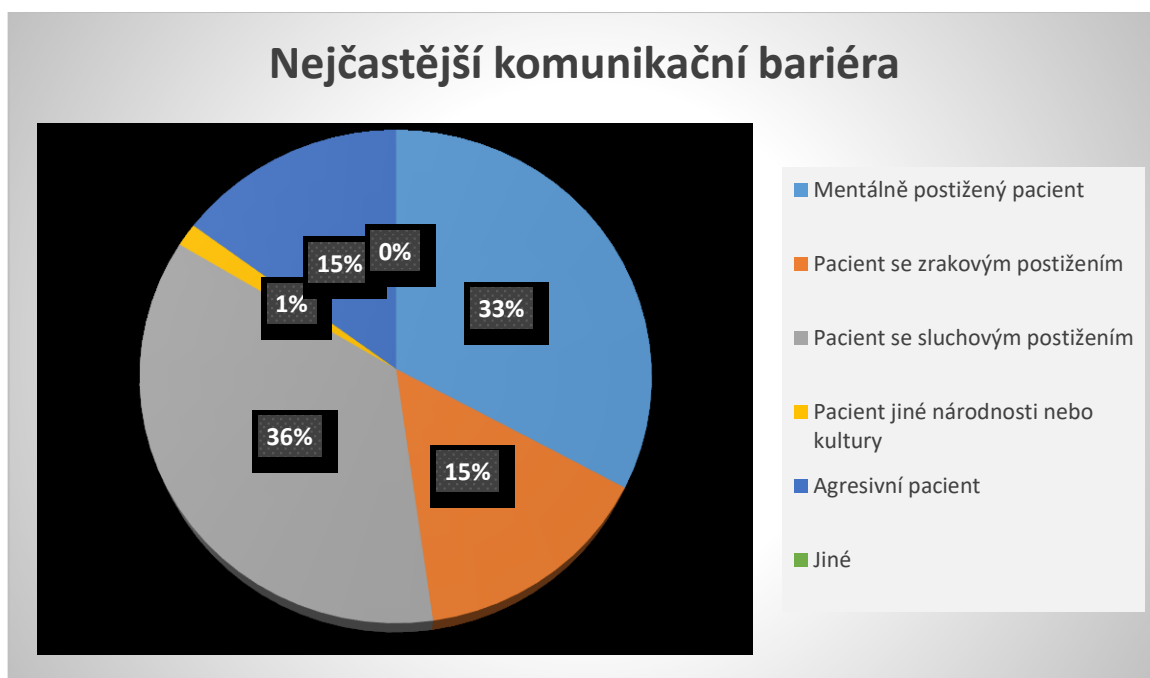
Komentář:

Na otázku, s jakým typem postižení se studenti nejvíce bojí komunikovat odpovědělo více než polovina studentů – 39 (57,4 %), že největší problém mají s pacienty, kteří trpí mentálním postižením. Pro dalších 22 (32,4 %) studentů je velmi obtížné a mají strach z komunikace s pacienty se sluchovým postižením. 7 (10,3 %) studentů označilo za svou odpověď postižení zrakové a možnosti jiné (vlastní) odpovědi nebylo využito ani jednou.

Otázka č. 5: S jakým typem komunikační bariéry se během praxe setkáváte nejčastěji?

Tabulka 5 - nejčastější komunikační bariéra

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mentálně postižený pacient	22	32,4 %
Pacient se zrakovým postižením	10	14,7 %
Pacient se sluchovým postižením	24	35,3 %
Pacient jiné národnosti nebo kultury	1	1,5 %
Agresivní pacient	10	14,7 %
Jiné	1	1,5 %
Celkem	68	100 %



Graf 5 - nejčastější komunikační bariéra

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, s jakou konkrétní komunikační bariérou se studenti setkávají nejčastěji v rámci své odborné praxe. Výsledky ukázaly, že studenti přicházejí do kontaktu nejčastěji s pacienty se sluchovým postižením – uvedlo tak 24 (35,3 %) studentů. Mentálně postiženého pacienta za svou odpověď označilo 22 (32,4 %) studentů. 10 (14,7 %) studentů uvedlo, že se na praxi nejčastěji setkávají s pacienty se zrakovým postižením a stejného počtu výsledků dosáhli i agresivní pacienti. S pacienty jiné národnosti nebo kultury se na praxi nejčastěji setkává pouze jeden student (1,5 %). Jinou odpověď uvedl jen jeden respondent (1,5 %), který vlastními slovy do odpovědi dopsal, že se nejčastěji setkává s pacienty, kteří trpí demencí.

Otázka č. 6: Máte během praxe dostatek času na komunikaci s lidmi s různými komunikačními bariérami?

Tabulka 6 – čas na komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	38	55,9 %
Ne	30	44,1 %
Celkem	68	100 %



Graf 6 - čas na komunikaci

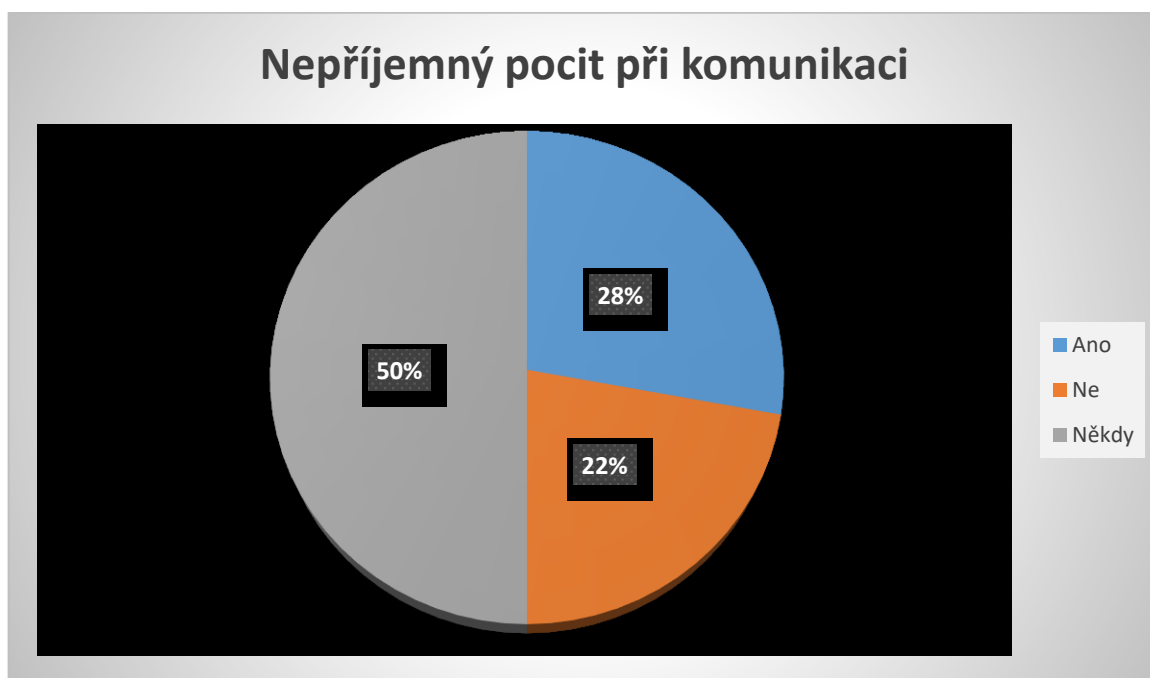
Komentář:

Z celkového počtu 68 odpovědí, 38 (55,9 %) studentů uvedlo, že během plnění své odborné praxe mají dostatečný časový prostor na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami. Zbýlých 30 studentů (44,1 %) pak uvedlo, že na komunikaci s takovými pacienty, během své praxe, dostatek času nemají.

Otázka č. 7: Je pro Vás obtížné nebo nepříjemné s pacienty s komunikačními bariérami komunikovat?

Tabulka 7 - nepříjemný pocit při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	19	27,9 %
Ne	15	22,1 %
Někdy	34	50 %
Celkem	68	100 %



Graf 7 - nepříjemný pocit při komunikaci

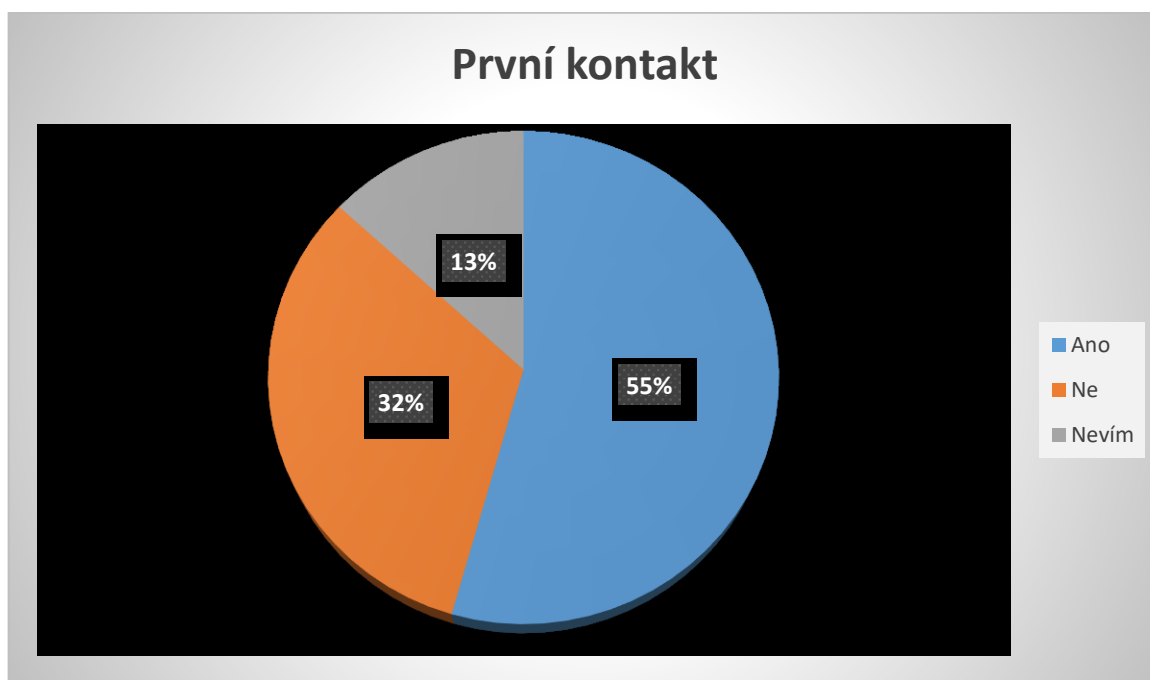
Komentář:

V této položce bylo cílem zjistit, zda je pro studenty obtížné nebo nepříjemné komunikovat s pacienty s komunikačními bariérami. Z celkového počtu 68 odpovědí, označila přesně polovina (34, 50 %) studentů, že je pro ně obtížné nebo nepříjemné s takovými pacienty komunikovat pouze někdy. 19 (27,9 %) studentů tvrdí, že je pro ně obtížné nebo nepříjemné s takovými pacienty komunikovat vždy a zbylých 15 (22,1 %) studentů uvedlo, že pro ně komunikace s takovými pacienty obtížná nebo nepříjemná není.

Otázka č. 8: Působil Vám první kontakt s pacientem s komunikační bariérou problémy?

Tabulka 8 – první kontakt

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	54,4 %
Ne	22	32,4 %
Nevím	9	13,2 %
Celkem	68	100 %



Graf 8 – první kontakt

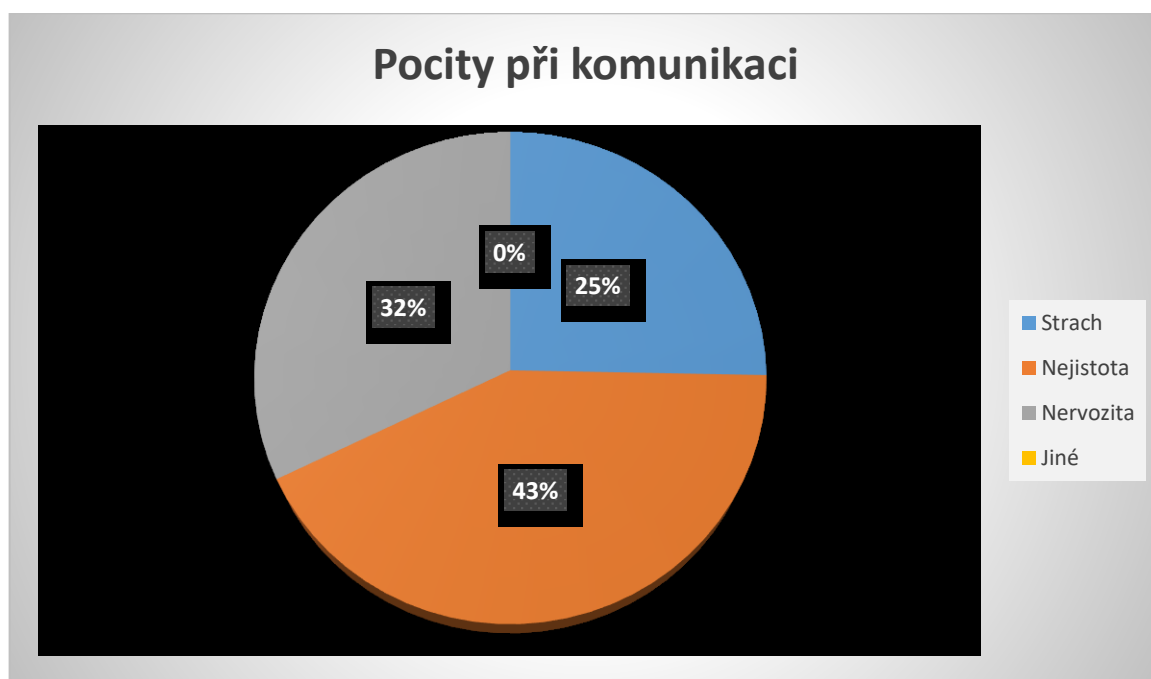
Komentář:

V položce č. 8, ve které se zjišťovalo, zda si studenti vzpomenou na svůj první kontakt s pacientem s komunikační bariérou a na to, zda jim působil problémy se ukázalo, že pro 37 (54,4 %) studentů byl první kontakt s takovým pacientem problematický. Dále 22 (32,4 %) studentů uvedlo, že při prvním kontaktu s takovým pacientem problém nenastal a zbylých 9 (13,2 %) studentů označilo za svou odpověď možnost „nevím“.

Otázka č. 9: Jaké pocity Vás provází při komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami?

Tabulka 9 – pocity při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Strach	22	32,4 %
Nejistota	37	54,4 %
Nervozita	28	41,2 %
Jiné	0	0 %
Celkem	68	100 %



Graf 9 - pocity při komunikaci

Komentář:

Nejčastější pocit, který studenti při komunikaci zažívají je nejistota – uvedlo tak 37 (54,4 %) studentů. Dále 28 (41,2 %) studentů uvedlo, že je při komunikaci s takovými pacienty provází nervozita a 22 (32,4 %) studentů tvrdí, že při komunikaci s takovými pacienty pociťují strach.

Otázka č. 10: Myslíte si, že jste při studiu dostatečně připravování na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami?

Tabulka 10 – připravenost na komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	34	50 %
Ne	34	50 %
Celkem	68	100 %



Graf 10 - připravenost na komunikaci

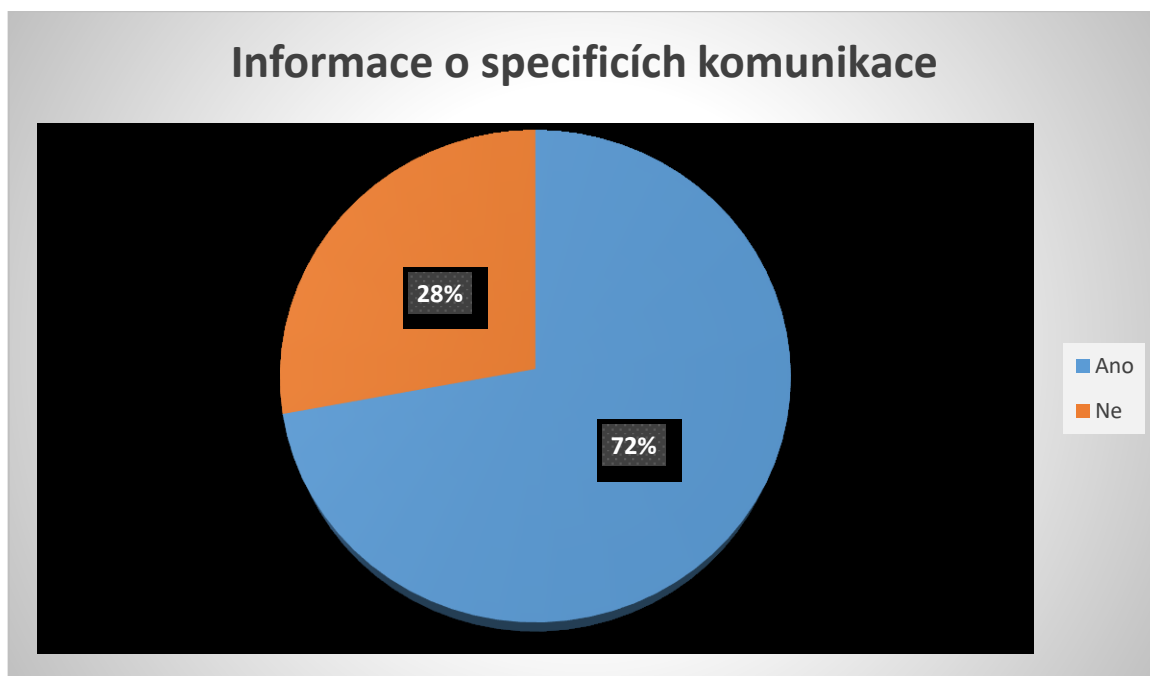
Komentář:

Touto otázkou jsme zjišťovali, zda si studenti myslí, že jsou na vysoké škole dostatečně připravování na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami. Na grafickém znázornění je dobře viditelné, že přesně polovina studentů (34, 50 %) tvrdí, že připravenost během studia, na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami, je dostačující a druhá polovina studentů (34, 50 %) tvrdí, že během svého studia na vysoké škole nejsou dostatečně připravování na komunikaci s takovými pacienty.

Otázka č. 11: Chtěl/a byste získat více informací o specifických komunikace s lidmi s různými komunikačními bariérami?

Tabulka 11 - informace o specifických komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	49	72,1 %
Ne	19	27,9 %
Celkem	68	100 %



Graf 11 - informace o specifických komunikace

Komentář:

V této otázce, zda by studenti měli zájem získat více informací o specifických komunikace s lidmi s různými komunikačními bariérami se dle výsledků ukázalo, že 49 (72,1 %) studentů, by chtělo během studia získat více informací ohledně dané problematiky. Zbýlých 19 (27,9 %) studentů zájem o více informací nemá.

Otázka č. 12: Snažíte se sami vyhledávat a shromažďovat informace o pacientech s různými komunikačními bariérami a o zlepšení komunikace s nimi?

Tabulka 12 - snaha o zlepšení komunikace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	33,8 %
Ne	45	66,2 %
Celkem	68	100 %



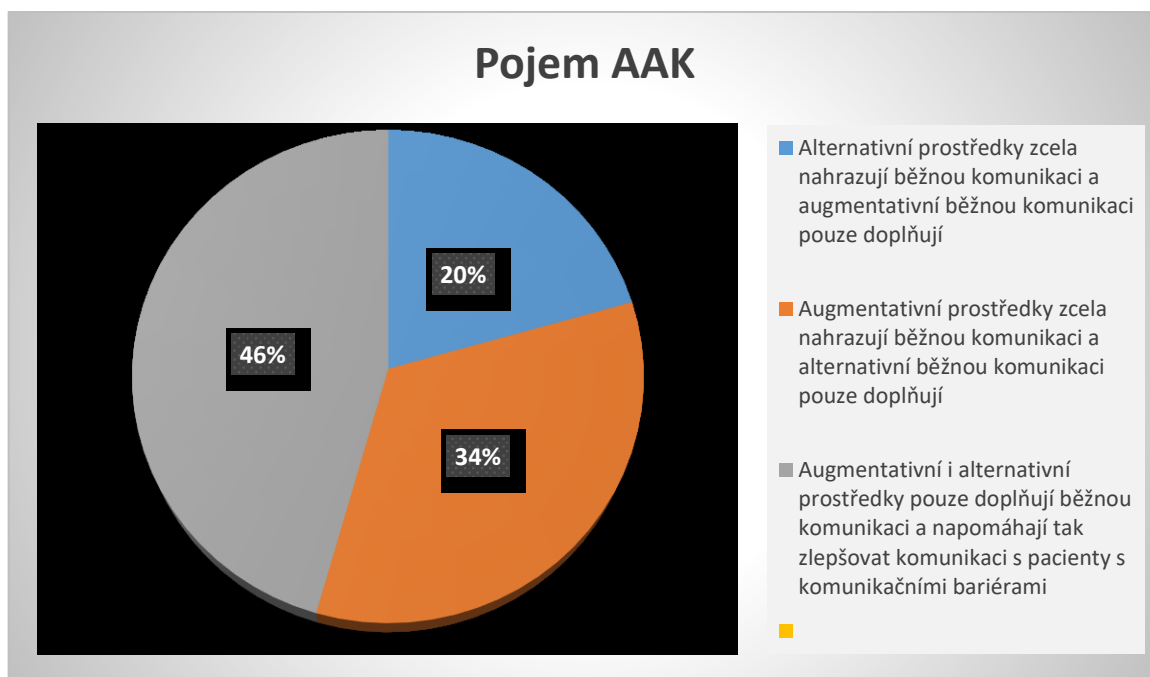
Graf 12 - snaha o zlepšení komunikace

Komentář:

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda si studenti sami vyhledají a shromažďují informace o pacientech s různými komunikačními bariérami a snaží se tak o zlepšení komunikace s nimi. 45 (66,2 %) studentů uvedlo, že si sami žádné informace o takových pacientech nevyhledávají a zbylých 23 (33,8 %) studentů uvedlo, že si vyhledávají a shromažďují různé informace a přispívají tak ke zlepšení svých komunikačních dovedností s pacienty s komunikačními bariérami.

Otázka č. 13: Co znamená pojem alternativní a augmentativní komunikace (AAK)?*Tabulka 13 – pojem AAK*

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alternativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a augmentativní běžnou komunikaci pouze doplňují	14	20,6 %
Augmentativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a alternativní běžnou komunikaci pouze doplňují	23	33,8 %
Augmentativní i alternativní prostředky pouze doplňují běžnou komunikaci a pomáhají tak zlepšovat komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami	31	45,6 %
Celkem	68	100 %



Graf 13 - pojem AAK

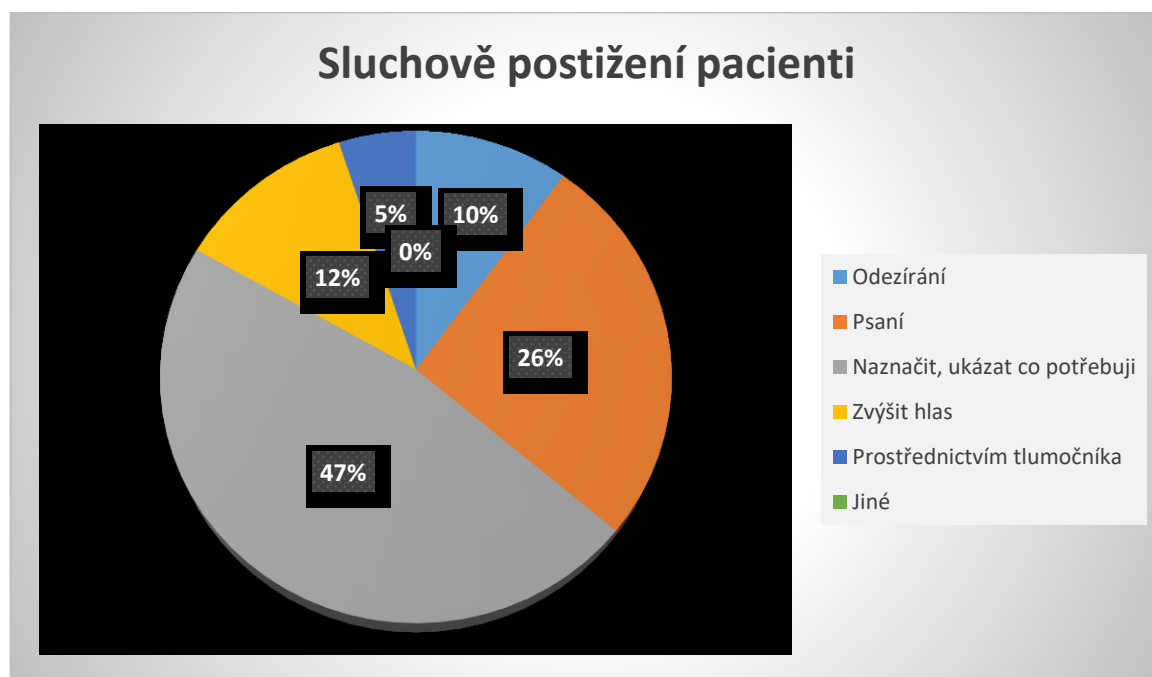
Komentář:

Tahle otázka byla zaměřena na zjištění informovanosti studentů o pojmu AAK. 31 (45,6 %) studentů označilo, že augmentativní i alternativní prostředky pouze doplňují běžnou komunikaci a napomáhají tak zlepšovat komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami, což je odpověď špatná. Dalších 23 (33,8 %) studentů uvedlo také špatnou odpověď, že augmentativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a alternativní běžnou komunikaci pouze doplňují a pouze zbylých 14 (20,6 %) studentů odpovědělo správně, že pojem AAK vyjadřuje, že alternativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a augmentativní běžnou komunikaci pouze doplňují.

Otázka č. 14: Jaké techniky používáte při komunikaci se sluchově postiženými lidmi?

Tabulka 14 - sluchově postižení pacienti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odezírání	12	17,6 %
Psaní	31	45,6 %
Naznačit, ukázat co potřebuji	56	82,4 %
Zvýšit hlas	14	20,6 %
Prostřednictvím tlumočnicka	16	8,8 %
Jiné	0	0 %
Celkem	129	175 %



Graf 14 - sluchově postižení pacienti

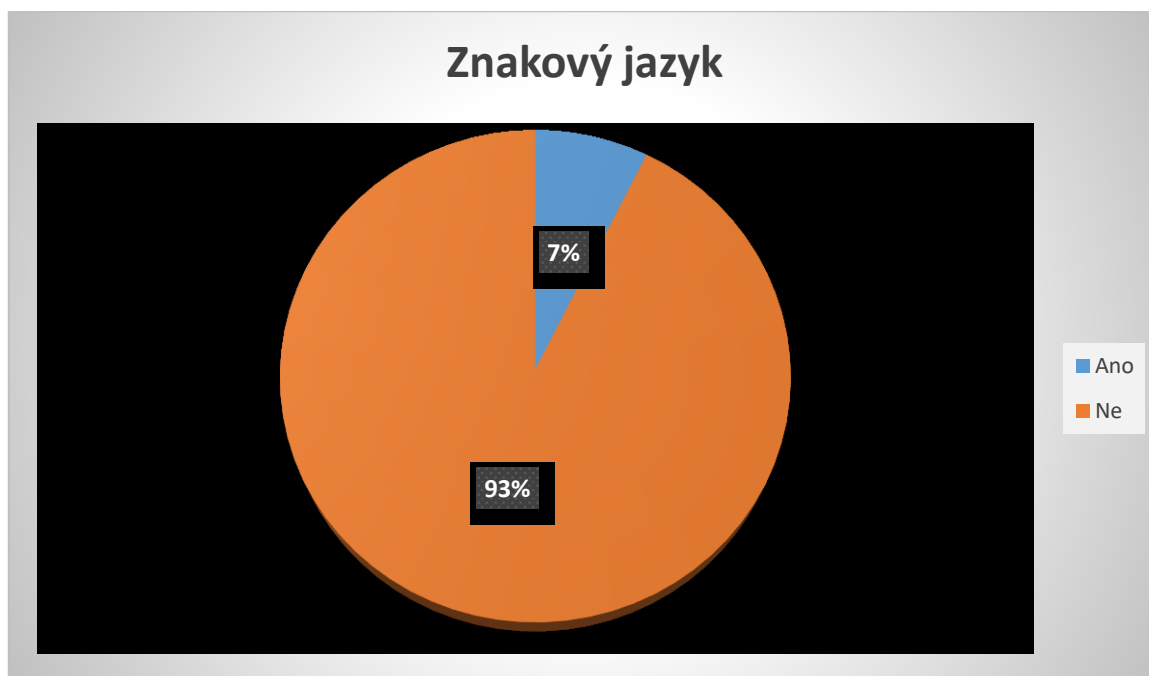
Komentář:

U této otázky měli respondenti možnost označit více odpovědí najednou. Na otázku, jaké techniky studenti používají při komunikaci se sluchově postiženými lidmi odpovědělo 56 (82,4 %) studentů, že naznačí nebo nějakým způsobem ukážou pacientovi co po něm požadují. 31 (45,6 %) studentů pacientovi napíšou na papír co mají na mysli. 14 (20,6 %) za svou odpověď označilo, že na sluchově postiženého pacienta zvýší hlas, když po něm něco požadují a 12 (17,6 %) studentů používá techniku odezírání z úst. 16 (8,8 %) studentů uvedlo prostřednictvím tlumočnicka. Jinou odpověď nevyužil nikdo.

Otázka č. 15: Učili jste se v nějakém předmětu, během studia na vysoké škole, alespoň základní prvky znakového jazyka?

Tabulka 15 – znakový jazyk

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	7,4 %
Ne	63	92,6 %
Celkem	68	100 %



Graf 15 - znakový jazyk

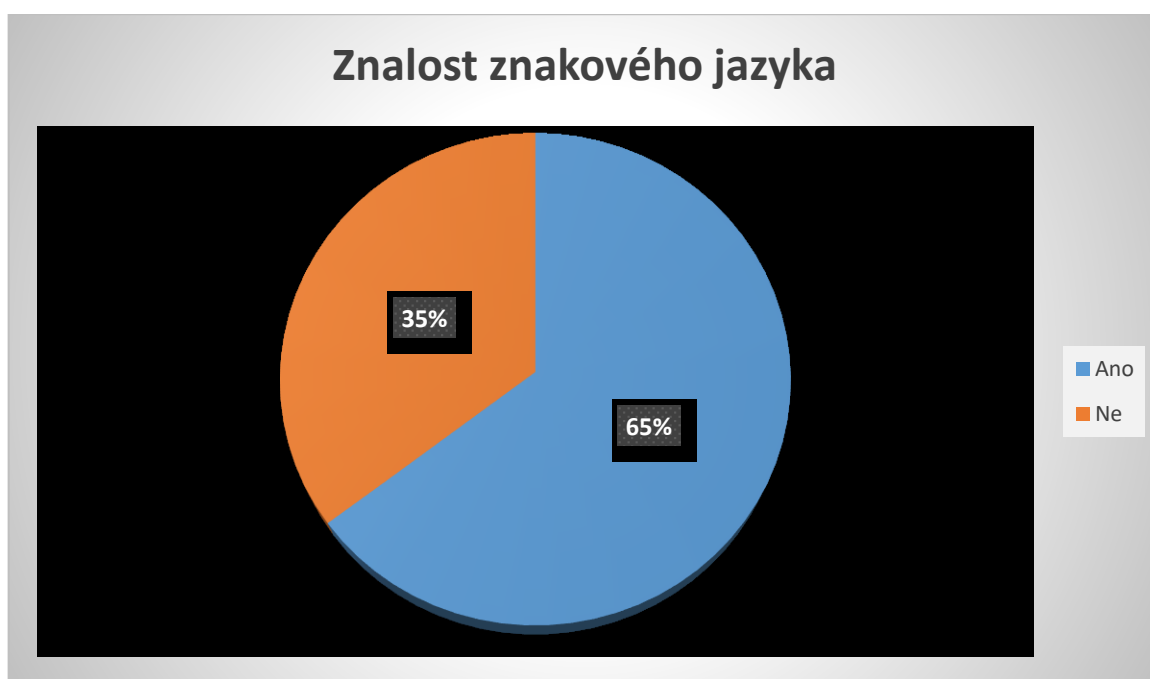
Komentář:

Otázka č. 15 zjišťovala, zda se studenti v nějakém předmětu, během studia na vysoké škole, učili alespoň základní prvky znakového jazyka a z výsledků vyplývá, že většina (63, 92,6 %) studentů uvádí, že se prvky znakového jazyka v žádném předmětu neučili a pouze 5 (7,4 %) studentů tvrdí, že se alespoň základní prvky znakového jazyka učili.

Otázka č. 16: Myslíte si, že všeobecné sestry by měly ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka?

Tabulka 16 – znalost znakového jazyka

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	44	64,7 %
Ne	24	35,3 %
Celkem	68	100 %



Graf 16 - znalost znakového jazyka

Komentář:

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký mají studenti názor na znalost znakového jazyka u všeobecných sester. 44 (64,7 %) studentů je přesvědčeno, že by všeobecné sestry měly ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka, pro lepší dorozumění se s pacienty se sluchovými problémy. 24 (35,3 %) studentů si myslí, že není potřeba, aby všeobecné sestry uměly ovládat znakový jazyk.

Otázka č. 17: Myslíte si, že při komunikaci se zrakově postiženými pacienty je vhodné na sebe upozornit lehkým dotykem?

Tabulka 17 - zrakově postižený pacient

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	61	89,7 %
Ne	7	10,3 %
Celkem	68	100 %



Graf 17 - zrakově postižený pacient

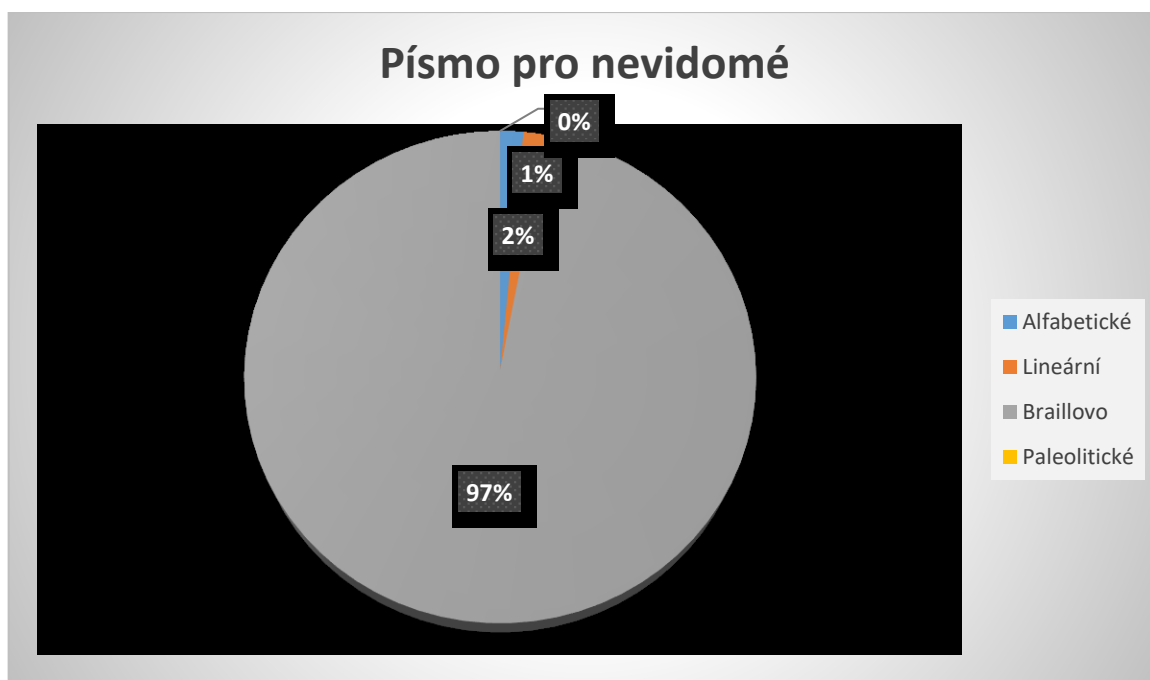
Komentář:

V této otázce převládá většinový názor a to, že 61 (89,7 %) studentů tvrdí, že při komunikaci se zrakově postiženými pacienty je vhodné na sebe upozornit lehkým dotykem a pouze 7 (10,3 %) studentů zastává názor, že při komunikaci s takovými pacienty není vhodné na sebe upozorňovat lehkým dotykem.

Otázka č. 18: Víte, jaký typ písma se využívá při komunikaci s nevidomými pacienty?

Tabulka 18 - písmo pro nevidomé

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alfabetické	1	1,5 %
Lineární	1	1,5 %
Braillovo	66	97,1 %
Paleolitické	0	0 %
Celkem	68	100 %



Graf 18 - písmo pro nevidomé

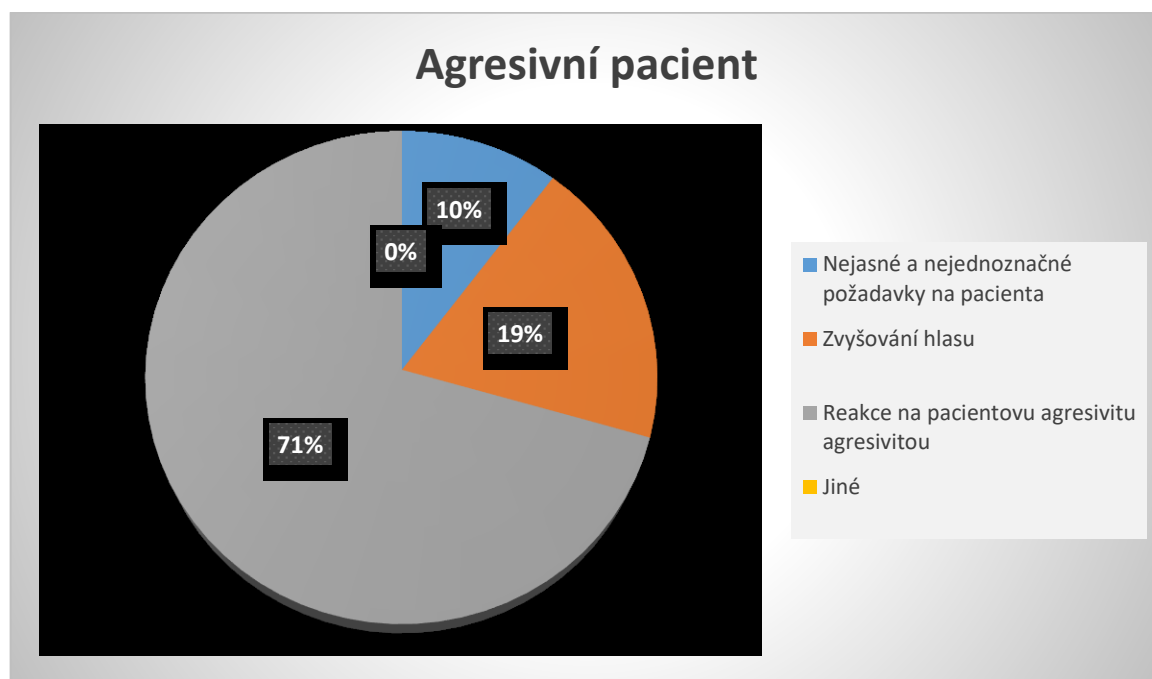
Komentář:

Úkolem této otázky bylo zjistit, zda studenti vědí, jaký typ písma se využívá při komunikaci s nevidomými pacienty. 66 (97,1 %) studentů zvolilo správnou odpověď a to, že při komunikaci s takovými pacienty se využívá písmo Braillovo. Pouze jeden (1,5 %) student uvedl písmo Alfabetické a také písmo Lineární uvedl pouze jeden (1,5 %) student. Na výběr bylo také písmo Paleolitické, které však za správnou odpověď neoznačil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 19: Co je podle Vás největší chybou ze strany personálu při komunikaci s agresivním pacientem?

Tabulka 19 - agresivní pacient

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nejasné a nejednoznačné požadavky na pacienta	7	10,3 %
Zvyšování hlasu	13	19,1 %
Reakce na pacientovu agresivitu agresivitou	48	70,6 %
Jiné	0	0 %
Celkem	68	100 %



Graf 19 - agresivní pacient

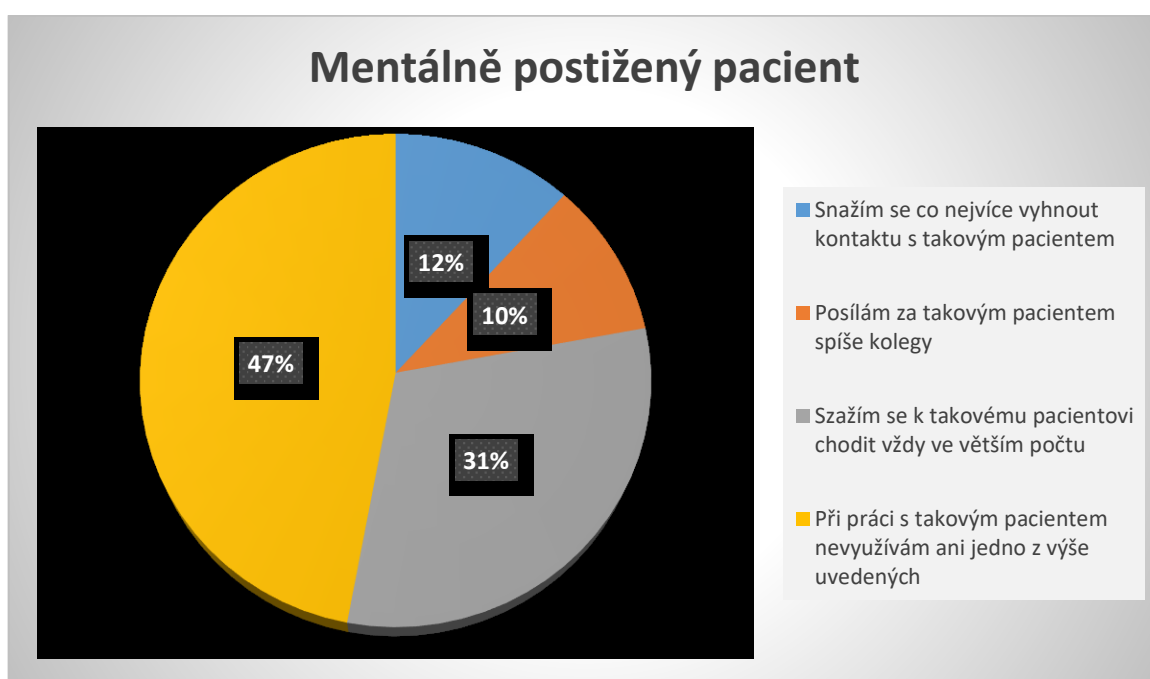
Komentář:

Na otázku, co je podle studentů největší chybou ze strany personálu při komunikaci s agresivním pacientem, 48 (70,6 %) studentů uvedlo, že za největší chybu považují reakci personálu na pacientovu agresivitu agresivitou. Dalších 13 (19,1 %) studentů si myslí, že největší chybou je zvyšování hlasu na pacienta a 7 (10,3 %) studentů uvedlo, že největší chybou jsou nejasné a nejednoznačné požadavky na pacienta ze strany personálu. Jiná odpověď nebyla označena ani jednou.

Otázka č. 20: Snažíte se práci s mentálně postiženým pacientem vyhnout, posíláte za takovým pacientem kolegy nebo chodíte k takovému pacientovi ve větším počtu?

Tabulka 20 - mentálně postižený pacient

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Snažím se co nejvíce vyhnout kontaktu s takovým pacientem	8	11,8 %
Posílám za takovým pacientem spíše kolegy	7	10,3 %
Snažím se k takovému pacientovi chodit vždy ve větším počtu	21	30,9 %
Při práci s takovým pacientem nevyužívám ani jedno z výše uvedených	32	47,1 %
Celkem	68	100 %



Graf 20 - mentálně postižený pacient

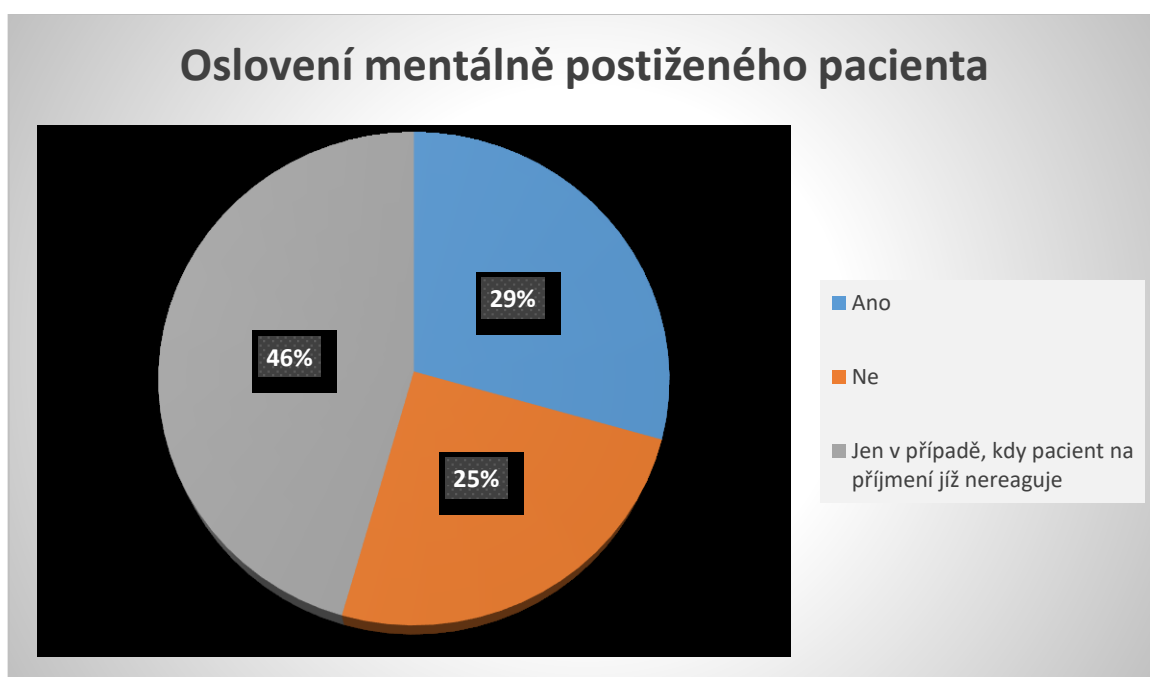
Komentář:

Otázka č. 20 byla zaměřena na mentálně postižené pacienty a zjišťovala, zda k takovému pacientovi během praxe chodí studenti ve větším počtu, snaží se práci s mentálně postiženým pacientem vyhnout nebo posílají za takovými pacienty kolegy. Respondenti měli také možnost za svou odpověď zvolit, že při práci s takovými pacienty nevyužívají ani jedno z uvedených. Takovou odpověď si zvolilo 32 (47,1 %) studentů. Dalších 21 (30,9 %) studentů se snaží k takovému pacientovi chodit vždy ve větším počtu, 8 (11,8 %) se co nejvíce snaží vyhnout kontaktu s takovým pacientem a 7 (10,3 %) studentů posílá za takovým pacientem spíše kolegy.

Otázka č. 21: Myslíte si, že při komunikaci s mentálně postiženými pacienty je vhodné používat tykání a křestní jméno pacienta?

Tabulka 21 - oslovení mentálně postiženého pacienta

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	29,4 %
Ne	17	25 %
Jen v případě, kdy pacient již na příjmení nereaguje	31	45,6 %
Celkem	68	100 %



Graf 21 - oslovení mentálně postiženého pacienta

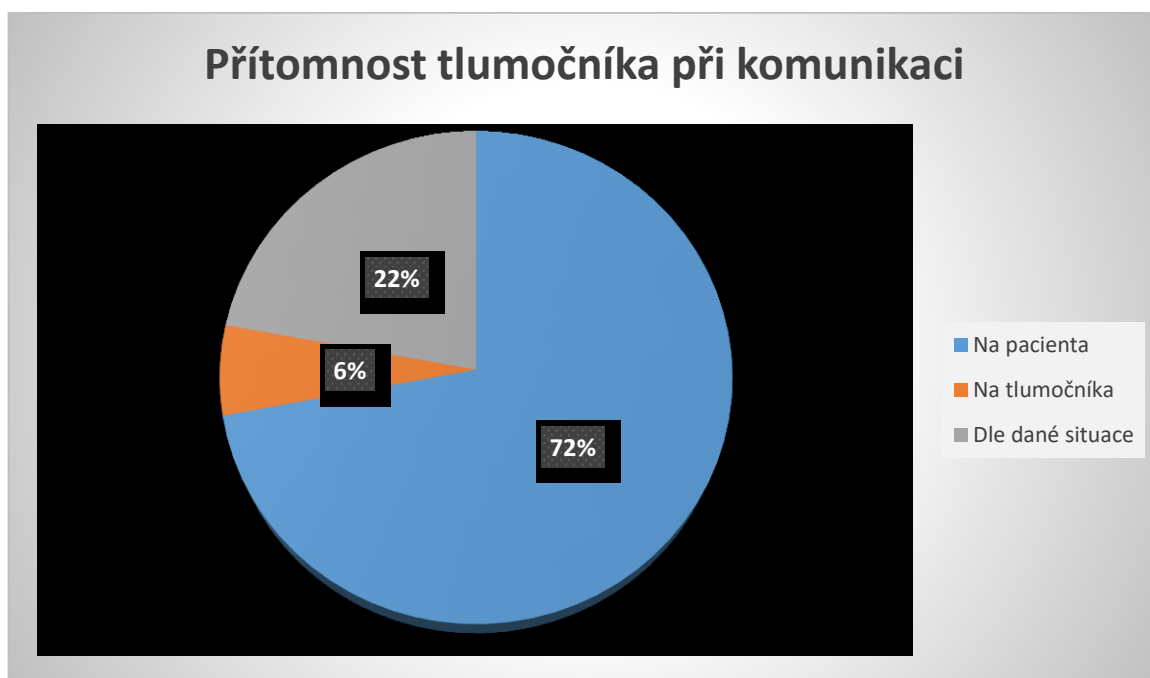
Komentář:

Na otázku, zda si studenti myslí, jestli je při komunikaci s mentálně postiženými pacienty vhodné používat tykání a křestní jméno pacienta, lze z výsledků konstatovat, že 31 (45,6 %) studentů uvedlo, že je to vhodné jen v případě, kdy pacient již na příjmení nereaguje. 20 (29,4 %) studentů tvrdí, že použití křestního jména a tykání takovému pacientovi je vhodné vždy a zbylých 17 (25 %) studentů uvedlo, že použití tykání a křestního jména při komunikaci s mentálně postiženými pacienty není vhodné v žádném případě.

Otázka č. 22: Domníváte se, že při komunikaci s pacientem jiné národnosti, za přítomnosti tlumočnicka, je vhodné mluvit na pacienta nebo na tlumočnicka?

Tabulka 22 - přítomnost tlumočnicka při komunikaci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na pacienta	49	72,1 %
Na tlumočnicka	4	5,9 %
Dle dané situace	15	22,1 %
Celkem	68	100 %



Graf 22 - přítomnost tlumočnicka při komunikaci

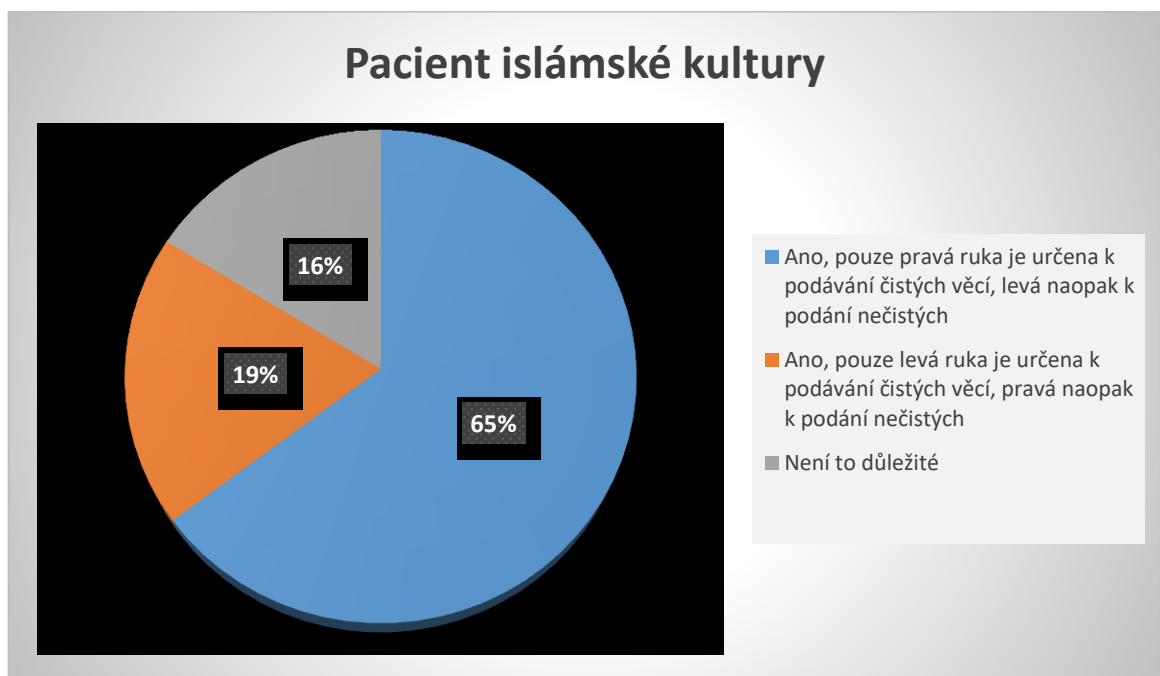
Komentář:

U této otázky jsme se zaměřili na komunikaci s pacientem, který je jiné národnosti a kde je potřeba využít tlumočnicka. 49 (72,1 %) studentů označilo správnou odpověď a to, že při komunikaci s pacientem jiné národnosti, za přítomnosti tlumočnicka, je vhodné mluvit na pacienta. 15 (22,1 %) studentů tvrdí, že aktuální situace ovlivňuje, zda budeme mluvit na pacienta nebo na tlumočnicka a 4 (5,9 %) studenti označili za svou odpověď „na tlumočnicka“.

Otázka č. 23: Myslíte si, že u pacienta islámské kultury je důležité, jakou rukou podáváme pacientovi určité věci?

Tabulka 23 - pacient islámské kultury

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pouze pravá ruka je určena k podávání čistých věcí, levá naopak k podání nečistých	44	64,7 %
Ano, pouze levá ruka je určena k podávání čistých věcí, pravá naopak k podání nečistých	13	19,1 %
Není to důležité	11	16,2 %
Celkem	68	100 %



Graf 23 - pacient islámské kultury

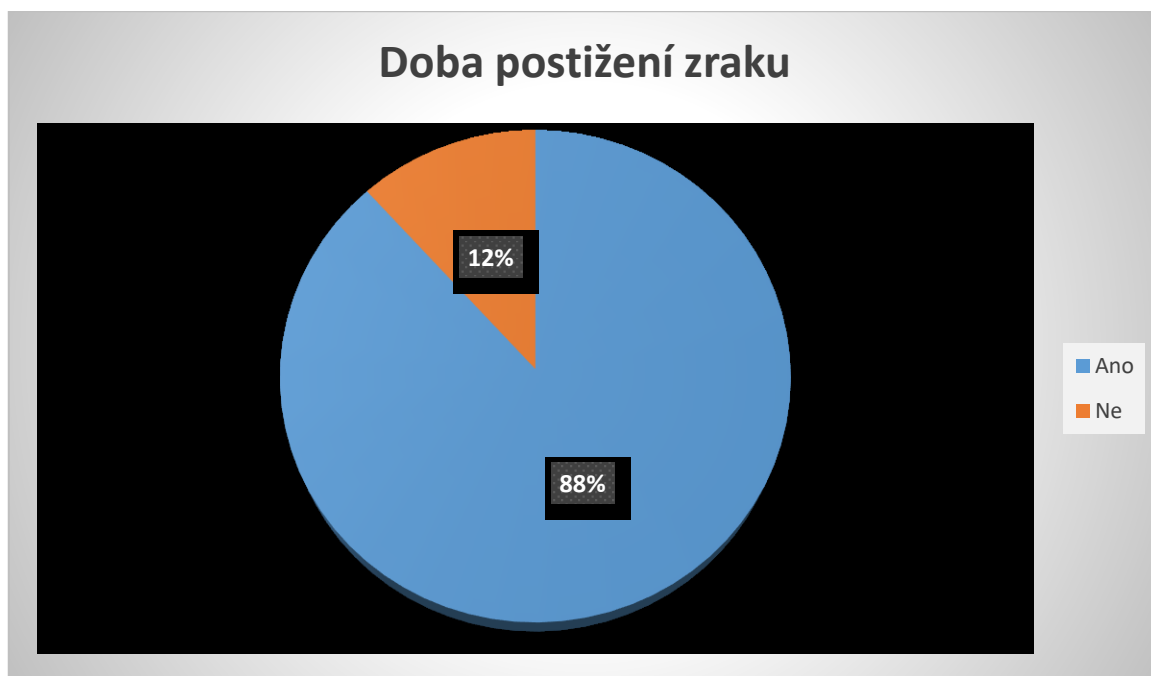
Komentář:

Na otázku, zda si studenti myslí, jestli je u pacienta islámské kultury důležité, jakou rukou podáváme určité věci, odpovědělo 44 (64,7 %) studentů správně a to, že ano, protože pouze pravá ruka je určena k podávání čistých věcí, levá naopak k podání nečistých. 13 (19,1 %) studentů si myslí, že pouze levá ruka je určena k podávání čistých věcí, pravá naopak k podání nečistých a zbylých 11 (16,2 %) studentů tvrdí, že to není důležité.

Otázka č. 24: Myslíte si, že u zrakově postižených pacientů hraje důležitou roli doba, kdy k postižení došlo?

Tabulka 24 - doba postižení zraku

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	60	88,2 %
Ne	8	11,8 %
Celkem	68	100 %



Graf 24 - doba postižení zraku

Komentář:

Tato otázka zjišťuje, zda si studenti myslí, jestli u zrakově postižených pacientů hraje důležitou roli doba, kdy k postižení došlo. Z celkového počtu 68 dotazovaných, si většina studentů (60, 88,2 %) myslí, že doba, kdy k postižení došlo, hraje výraznou roli a zbylých 8 (11,8 %) studentů tvrdí, že doba, kdy k postižení došlo, nemá na komunikaci žádný vliv.

Otázka č. 25: Jste podle sebe dostatečně trpělivý při komunikaci s pacienty s komunikační bariérou?

Tabulka 25 - vlastní trpělivost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	53	77,9 %
Ne	15	22,1 %
Celkem	68	100 %



Graf 25 - vlastní trpělivost

Komentář:

Tato otázka nám sdělila, že 53 (77,9 %) studentů je podle sebe dostatečně trpělivých při komunikaci s pacienty s komunikační bariérou a dalších 15 (22,1 %) udává, že podle vlastního názoru dostatečně trpěliví při komunikaci s pacienty s komunikační bariérou nejsou.

6 DISKUZE

Komunikace u pomáhajících profesí je jedna z nejdůležitějších částí pro vykonávání úspěšné péče o pacienty. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit jakou úroveň informovanosti o komunikačních dovednostech mají studenti oboru Všeobecná sestra, ve vztahu k pacientovi s komunikační bariérou. Dalším cíle bylo zjistit postoj a názor studentů na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami a zjistit, zda dle svého názoru jsou studenti, během studia, dostatečně připravováni na komunikaci s takovými pacienty.

Pro vyhodnocení úrovně informovanosti jsem si předem stanovila kritéria, které dle výsledků dotazníku pomohou vyhodnotit, jaká je informovanost studentů o komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami. Otázky, které zjišťují informovanost studentů o komunikačních bariérách spolu s procentuálními výsledky správných odpovědí jsou znázorněny v tabulce č. 26. Kritéria a výsledky jsou znázorněna v tabulce č. 27.

Tabulka 26 – otázky a správnost odpovědí

Číslo otázky	Procentuální počet studentů, kteří odpověděli správně
1	89,7 %
13	45,6 %
17	89,7 %
18	97,1 %
19	70,6 %
21	45,6 %
22	72,1 %
23	64,7 %
24	88,2 %

Tabulka 27 – úroveň informovanosti

Úroveň informovanosti	Kritéria	Výsledky
Velmi dobrá	Minimálně u 5 otázek, vztahující se k cíli číslo 1, bude minimálně 90 % úspěšnost správné odpovědi	Pouze u jedné otázky (otázka č. 18) označilo správnou odpověď více než 90 % respondentů (97, 1 %)
Dobrá	Minimálně u 5 otázek, vztahující se k cíli číslo 1, bude minimálně 80 % úspěšnost správné odpovědi	Pouze u 4 otázek označilo správnou odpověď více než 80 % z celkového počtu respondentů
Střední	Minimálně u 5 otázek, vztahující se k cíli číslo 1, bude minimálně 70 % úspěšnost správné odpovědi	U 6 otázek označilo správnou odpověď více než 70 % z celkového počtu respondentů
Špatná	Méně než 70 % z celkového počtu respondentů označí minimálně u 5 otázek správnou odpověď	U 3 otázek označilo správnou odpověď méně než 70 % z celkového počtu respondentů

Dle předem stanovených kritérií můžeme zhodnotit, že informovanost o komunikačních dovednostech, studentů oboru Všeobecná sestra, ve vztahu k pacientovi s komunikační bariérou je na **střední úrovni**. Většina studentů na otázky, zjišťující jejich informovanost o komunikačních bariérách, odpověděla dobře. Pouze u 3 otázek označilo správnou odpověď méně jak 70 % studentů. Nejhůře dopadla otázka zjišťující, co znamená pojem AAK. Pouze minimální počet studentů odpovědělo na danou otázku správně.

Studenti se během své odborné praxe nejvíce bojí komunikovat s mentálně postiženými pacienty, doprovází je při komunikaci nejistota a pravděpodobně je to tím, že studenti neví, jak správně mentálně postižené pacienty oslovovat a navázat s nimi kontakt. Pouze méně jak polovina studentů z celkového počtu dotazovaných vědí, že při komunikaci s mentálně postiženým pacientem je vhodné používat tykáni a křestní jméno pacienta pouze tehdy, kdy již

pacient na oslovení svým příjmením nereaguje. Není vhodné mentálně postiženému pacientovi automaticky tykat, bez ověření, zda reaguje na oslovení svým příjmením, jak to někteří studenti praktikují. Pacient se v takové situaci může cítit velmi poníženo a mít pocit, že není respektován. Velmi pozitivní je, že i když se studenti nejvíce bojí komunikovat s mentálně postiženými pacienty, tak se s nimi, dle výsledků dotazníku, během své praxe setkávají velmi často a převážná část studentů se kontaktu s takovými pacienty nevyhýbá a neposílá za sebe jiné spolužáky nebo pracovníky oddělení, aby s pacientem komunikovali.

Během své praxe se studenti nejvíce setkávají s pacienty se sluchovým postižením, a pro dorozumění s takovými pacienty nejvíce využívají techniku ukázky a naznačení, co po pacientovi požadují. Někteří ze studentů využívají nebo alespoň někdy využili při komunikaci s takovými pacienty možnost tlumočnicka a u otázky zjišťující správnost komunikace prostřednictvím tlumočnicka většina studentů ví, že je vhodné mluvit na pacienta nikoliv na tlumočnicka. Na otázku, s jakým typem komunikační bariéry by se studenti báli nejvíce komunikovat, byli sluchově postižení pacienti na druhém místě hned po mentálně postižených. Může to být způsobeno tím, že v mnohých případech jsou sluchově postižení pacienti zvyklí a odkázáni pouze na znakovou řeč, kterou ovšem podle mého názoru ovládá jen malý počet zdravotních sester. Studenti si myslí, že by sestry měly umět ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka, ale v žádném z předmětů během studia na vysoké škole se jej neučily.

Za největší komunikační bariéru studenti považují pacienty jiné národnosti nebo kultury. Je to způsobeno tím, že dle výsledků šetření se pouze minimální počet studentů během své praxe setká s takovými pacienty. Z toho důvodu, že s takovými pacienty studenti komunikují velmi zřídka, nemají osvojené pravidla komunikace s danými pacienty a neví, jak přesně s nimi komunikovat a na otázku, zda je u pacienta islámské kultury důležité, jakou rukou podáváme pacientovi určité věci, odpovědělo pouze 65 % studentů správně.

Polovina studentů tvrdí, že jsou během studia na vysoké škole dostatečně připravováni na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami, i přes to, že během studia není vyčleněn samostatný předmět, ve kterém by se probíraly specifika komunikace s pacienty s komunikačními problémy. Více než polovina studentů označila, že je při komunikaci s takovými lidmi provází nejistota a z toho vyplývá fakt, který tvrdí převážná část studentů, že délka praxe velmi ovlivňuje komunikační dovednosti sestry. Během studia můžeme být teoreticky dostatečně připravováni, ale danou jistotu v komunikaci získáme délkou praxe ve zdravotnictví a téměř každodenním kontaktem s takovými lidmi. I přes to, by převážná část studentů

ocenila získat více informací během studia o specifikách komunikace s pacienty s komunikačními bariérami. Na otázku, zda je pro studenty nepříjemné a obtížné s takovými pacienty komunikovat, odpovědělo nejvíce studentů, že je to pro ně obtížné pouze někdy, a to z toho důvodu, že studenty při komunikaci provází již zmiňovaná nejistota. Tyto výsledky můžeme porovnat s publikovanou bakalářskou prací z roku 2012, jejíž autorkou je Martina Drábíková, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulty. Ve své práci zjišťovala postoj studentů oboru Všeobecná sestra k vlastním komunikačním dovednostem. Pro praktickou část bakalářské práce použila kvantitativní metodu výzkumu technikou dotazníku. Dotazník vyplnilo celkem 84 studentů, druhých a třetích ročníků, oboru Všeobecná sestra. Studenti zmíněné fakulty mají během studia vyčleněný samostatný předmět Komunikace ve zdravotnictví, který je rozložen do dvou semestrů. Převážná část studentů tvrdí, že je pro ně předmět Komunikace ve zdravotnictví důležitý a velmi efektivní pro následnou komunikaci s pacienty v praxi. Mnozí ze studentů tvrdí, že jejich komunikační dovednosti se zlepšují absolvováním ošetrovatelské praxe, ale pro některé je právě předmět Komunikace ve zdravotnictví to, co kladně ovlivňuje jejich komunikační dovednosti, které následně využívají v praxi. Pro mnohé ze studentů by bylo velmi přínosné pro zlepšení jejich komunikace s pacienty, kdyby měli možnost absolvovat kurz zaměřený na zdokonalení komunikačních dovedností a někteří si myslí, že ještě větší časová dotace předmětu by zlepšila jejich komunikační dovednosti. Pro většinu studentů je předmět Komunikace ve zdravotnictví velkým přínosem a během absolvování odborné praxe nenastala situace, kdy by studenti nevěděli, jakým způsobem s pacienty komunikovat. Nejvíce se setkávají se zrakově postiženými pacienty a tvrdí, že na komunikaci s nimi jsou dobře připraveni z výuky. Nepocítují zábrany v komunikaci s handicapovanými a na agresivního pacienta, se kterým se během plnění ošetrovatelské praxe téměř všichni setkali, byli také dostatečně připraveni z předmětu Komunikace ve zdravotnictví.

Při komunikaci s pacienty s komunikační bariérou je velmi důležité poskytnout pacientovi dostatek času na komunikaci a být trpělivý. Převážná část studentů tvrdí, že dle svého názoru jsou dostatečně trpěliví při kontaktu s takovými pacienty a těm, kteří označili, že být trpěliví nedokážou věřit, že se toho naučí časem a praxí ve zdravotnictví nebo si zvolí pro svou práci zdravotní sestry takové pracoviště, kde nebudou ve velké míře přicházet do kontaktu s pacienty s komunikačními bariérami.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Ze získaných výsledků mého výzkumu vyplývá, že studenti mají největší obavy komunikovat s pacienty, se kterými se během své praxe setkávají nejčastěji. Jsou to mentálně a sluchově postižení pacienti.

Pro studenty by bylo velmi přínosné, kdyby během studia na vysoké škole měli možnost získat více teoretických poznatků o komunikaci s pacienty s různými komunikačními problémy. Vhodné by bylo alespoň na jeden semestr vyčlenit samostatný předmět, ve kterém by se studenti dozvěděli informace o dané problematice. V předmětu by se studenti naučili, jak správně komunikovat s pacienty s určitými typy komunikačních bariér, a hlavně základní prvky znakové komunikace, které by mohli využít při komunikaci se sluchově postiženými pacienty, se kterými se studenti setkávají během své praxe nejčastěji.

I přes všechna doporučení je to v každém z nás, jak si to „sami v sobě“ nastavíme a jak danou problematiku budeme vnímat. Zda jsme ochotni snažit se zlepšovat během své praxe a následně během svého povolání v komunikaci s takovými pacienty, a hlavně vyhovět specifickým požadavkům u pacientů s různými komunikačními bariérami nebo je to pro nás nepříjemné a budeme se kontaktu s takovými lidmi během vykonávání svého povolání co nejvíce vyhýbat.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost studentů ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra, o komunikaci s pacienty s různými komunikačními problémy a zjistit, zda jsou během vysokoškolského studia dostatečně připravováni na komunikaci s takovými lidmi.

V teoretické části, v první kapitole, je vymezen pojem komunikace, význam komunikace v mezilidských vztazích, komunikační proces, typy a formy komunikace. Druhá kapitola pojednává o komunikaci v ošetrovatelství a poslední kapitola je zaměřena na komunikaci s pacienty s různými komunikačními problémy. V kapitole jsou vymezena kritéria komunikace s lidmi s mentálním postižením, zrakovým a sluchovým postižením, komunikace s pacienty jiné národnosti, kultury a komunikace s agresivními pacienty.

V praktické části jsme pomocí dotazníku zjistili, že informovanost u studentů o komunikačních bariérách je na střední úrovni a zda jsou dostatečně připravováni během studia na vysoké škole, na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami, si polovina studentů myslí, že ano a druhá polovina, že ne. Studenti by ocenili dozvědět se během vysokoškolského studia více informací o dané problematice, například absolvováním povinného předmětu o komunikaci s pacienty, který momentálně v rámci studia není. Studenti svým názorem také potvrdili, že komunikační dovednosti sestry velmi ovlivňuje délka praxe ve zdravotnictví. I přes nejistotu studentů v komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami, se studenti kontaktu s takovými pacienty během své odborné praxe nevyhýbají, a to je velmi důležité pro následný rozvoj a zlepšování komunikačních dovedností každého ze studentů, protože jak jsem uvedla v úvodu práce, pro úspěšné vykonávání kvalitní péče o pacienty je podstatné využívat svých komunikačních dovedností a u pomáhajících profesí, které jsou velmi krásné, ale náročné povolání, je komunikace považována za jednu z nejdůležitějších částí pro vykonávání úspěšné péče o pacienty.

Podrobné výsledky výzkumu jsou uvedeny v diskuzi naší práce. Všechny předem stanovené cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMOVIÁ, Lenka, Libor REJF a Barbora STIEBEROVÁ. *Komunikace a jednání s lidmi v praxi*. V Praze: České vysoké učení technické, 2016. ISBN 978-80-01-06008-7.

BALVÍN, Jaroslav. *Pedagogika, andragogika a multikulturalita*. Praha: Hnutí R v nakl. Radix, 2012. ISBN 978-80-86798-07-3.

BASU, Andreas a Liane FAUST. *Umění úspěšné komunikace: jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada, 2013. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-5032-3.

BENBENISHTY, J.S. and HANNINK, J.R., 2015. Non-Verbal Communication to Restore Patient-Provider Trust. *Intensive Care Medicine*, 07, vol. 41, no. 7, pp. 1359-1360 Hospital Premium Collection; ProQuest Central; ProQuest Natural Science Collection; ProQuest Technology Collection. ISSN 03424642. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-015-3710-8>.

BEŇO, Pavol a Silvia CAPÍKOVÁ. *Teoretické, praktické a právne aspekty komunikácie s pacientmi a klientmi s postihnutím sluchu*. Bratislava: Samosato, 2013, 155 s. ISBN 978-80-89464-21-0.

BURDA, Patrik. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-564-8.

DRÁBIKOVÁ, Martina, 2012. *Postoj studentů oboru Všeobecná sestra k vlastním komunikačním dovednostem* [online]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, Všeobecná sestra. Dostupné z: https://theses.cz/id/m8ywax/Martina_Drbikov_-_bakalsk_prce.pdf

FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2742-3.

GOTTWALDOVÁ, Radka. *Jak na pasivní agresi: nenechte se jí zmítat a ovládat*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1113-6.

GRUBER, David. *Zlatá kniha komunikace: jemně doladěné vydání bestselleru No. 6*. Vydání šesté. Ostrava: Gruber - TDP, [2015]. ISBN 978-80-85624-97-7.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HEILMANN, Christa M. *Řeč těla: gesta, mimika, emoce*. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4394-3.

HONZÁK, R. *Některé užitečné prvky komunikace*. Psychiatr. Praxi, 2014/05/15 2014, vol. 15, no. 2, p. 51.

HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.

CHARD, R. and MAKARY, M.A., 2015. Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices. *AORN Journal*, 10, vol. 102, no. 4, pp. 329-342 Hospital Premium Collection; ProQuest Central. ISSN 00012092. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.07.009>.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KIMPLOVÁ, Tereza a Marta KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?: souhrn (nejen) psychologické problematiky*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KISSANE, David W. *Oxford textbook of communication in oncology and palliative care*. Second edition. New York, NY: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-19-873613-4.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KLUGEROVÁ, Jarmila. *Komunikace v teorii a praxi speciální pedagogiky*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017. ISBN 978-80-7452-128-7.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4413-1.

LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.

MAURER, Andreas. *Příručka pro komunikaci s muslimy*. Přeložil Jarmila KOVÁČOVÁ, přeložil Tomáš KOLARÍK, přeložil Vladimíra LASOTOVÁ. Albrechtice: Křesťanský život ve spolupráci s nakladatelstvím Lukáš Lhořan ve Pstruží, [2014]. ISBN 978-80-7112-178-7.

MIŠOVIČ, Ján. *Komunikace ve společnosti*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015. ISBN 978-80-7380-545-6.

MOROVICSOVÁ, Eva. *Komunikácia v medicíne*. Druhé vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2014, 210 s. ISBN 978-80-223-3620-8.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.

POLEDNÍKOVÁ, Ľubica. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, c2013, 223 s. Vysokoškolská učebnica. ISBN 978-80-8063-410-0.

PREISSOVÁ, Andrea a Irena ŠVACHOVÁ, ed. *Protipředsudkové vzdělávání v kontextu multikulturalismu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3413-1.

PREISSOVÁ, Andrea, Martina CICHÁ a Lenka GULOVÁ. *Jinakost, předsudky, multikulturalismus: možnosti a limity multikulturní výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3287-8.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

STRNADOVÁ, Věra. *Interpersonální komunikace: monografie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-157-0.

ŠIPR, K. *Komunikace s handicapovanými*. Interní Med., 2015/06/01 2015, vol. 17, no. 3, p.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠTĚRBOVÁ, Dana. *Rodiny s postiženými dětmi: "tak trochu jiné" rodiny?*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3459-9.

URBAN, David. *Sociální práce s romskými rodinami*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-457-7.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace s geriatrickým pacientem*. Interní Med., 2009/01/01 2008, vol. 10, no. 12, p. 588-589.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

ŽANTOVSKÁ, Irena. *Rétorika a komunikace*. Praha: Dokořán, 2015. Bod (Dokořán). ISBN 978-80-7363-712-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAK alternativní a augmentativní komunikace

A kol. A kolektiv

Apod A podobně

č. číslo

cm Centimetr

IQ Inteligenční kvocient

S. Strana

Tzv. Tak zvaně

% Procenta

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – komunikační bariéra</i>	39
<i>Tabulka 2 - největší komunikační bariéra</i>	41
<i>Tabulka 3 – délka praxe</i>	43
<i>Tabulka 4 – obavy z komunikace</i>	44
<i>Tabulka 5 - nejčastější komunikační bariéra</i>	45
<i>Tabulka 6 – čas na komunikaci</i>	47
<i>Tabulka 7 - nepříjemný pocit při komunikaci</i>	48
<i>Tabulka 8 – první kontakt</i>	49
<i>Tabulka 9 – pocity při komunikaci</i>	50
<i>Tabulka 10 – připravenost na komunikaci</i>	51
<i>Tabulka 11 - informace o specifických komunikace</i>	52
<i>Tabulka 12 - snaha o zlepšení komunikace</i>	53
<i>Tabulka 13 – pojem AAK</i>	54
<i>Tabulka 14 - sluchově postižení pacienti</i>	56
<i>Tabulka 15 – znakový jazyk</i>	58
<i>Tabulka 16 – znalost znakového jazyka</i>	59
<i>Tabulka 17 - zrakově postižený pacient</i>	60
<i>Tabulka 18 - písmo pro nevidomé</i>	61
<i>Tabulka 19 - agresivní pacient</i>	62
<i>Tabulka 20 - mentálně postižený pacient</i>	64
<i>Tabulka 21 - oslovení mentálně postiženého pacienta</i>	66
<i>Tabulka 22 - přítomnost tlumočnicka při komunikaci</i>	67
<i>Tabulka 23 - pacient islámské kultury</i>	68
<i>Tabulka 24 - doba postižení zraku</i>	70
<i>Tabulka 25 - vlastní trpělivost</i>	71
<i>Tabulka 26 – otázky a správnost odpovědí</i>	72
<i>Tabulka 27 – úroveň informovanosti</i>	73

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 – komunikační bariéra</i>	<i>39</i>
<i>Graf 2 - největší komunikační bariéra</i>	<i>41</i>
<i>Graf 3 – délka praxe</i>	<i>43</i>
<i>Graf 4 – obavy z komunikace.....</i>	<i>44</i>
<i>Graf 5 - nejčastější komunikační bariéra</i>	<i>45</i>
<i>Graf 6 - čas na komunikaci.....</i>	<i>47</i>
<i>Graf 7 - nepříjemný pocit při komunikaci</i>	<i>48</i>
<i>Graf 8 – první kontakt.....</i>	<i>49</i>
<i>Graf 9 - pocity při komunikaci.....</i>	<i>50</i>
<i>Graf 10 - připravenost na komunikaci.....</i>	<i>51</i>
<i>Graf 11 - informace o specifikách komunikace</i>	<i>52</i>
<i>Graf 12 - snaha o zlepšení komunikace</i>	<i>53</i>
<i>Graf 13 - pojem AAK</i>	<i>55</i>
<i>Graf 14 - sluchově postižení pacienti</i>	<i>56</i>
<i>Graf 15 - znakový jazyk</i>	<i>58</i>
<i>Graf 16 - znalost znakového jazyka</i>	<i>59</i>
<i>Graf 17 - zrakově postižený pacient</i>	<i>60</i>
<i>Graf 18 - písmo pro nevidomé</i>	<i>61</i>
<i>Graf 19 - agresivní pacient</i>	<i>62</i>
<i>Graf 20 - mentálně postižený pacient</i>	<i>64</i>
<i>Graf 21 - oslovení mentálně postiženého pacienta</i>	<i>66</i>
<i>Graf 22 - přítomnost tlumočnicka při komunikaci</i>	<i>67</i>
<i>Graf 23 - pacient islámské kultury.....</i>	<i>68</i>
<i>Graf 24 - doba postižení zraku</i>	<i>70</i>
<i>Graf 25 - vlastní trpělivost.....</i>	<i>71</i>

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1 – přehledné grafické znázornění výsledků</i>	<i>38</i>
---	-----------

SEZNAM PŘÍLOH

<i>Příloha 1 – dotazník komunikační problémy</i>	<i>88</i>
--	-----------

DOTAZNÍK

Příloha 1 – dotazník komunikační problémy

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Patrmanová a jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, Ústavu zdravotnických věd, oboru Všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma “Kompetence studentů ošetrovatelství v komunikaci s pacienty s komunikačními problémy“. Vaše odpovědi a postřehy jsou pro mne velmi cenné. Cílem je zjistit úroveň informovanosti studentů oboru všeobecná sestra o komunikačních problémech pacientů. Vaším úkolem je odpovědět na předložené otázky a prosím, abyste označili tu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor. Dotazník je zcela anonymní. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Víte, co znamená pojem komunikační bariéra?

- Úplná neschopnost pacienta komunikovat
- Překážka bránící dorozumění dvou nebo více osob
- Neschopnost pacienta navázat kontakt s okolím

2. Jaká je z Vašeho pohledu největší komunikační bariéra při komunikaci s pacienty?

- Mentálně postižený pacient
- Pacient se zrakovým postižením
- Pacient se sluchovým postižením
- Pacient jiné národnosti nebo kultury
- Agresivní pacient
- Jiné.....

3. Ovlivňuje podle Vás délka praxe ve zdravotnictví komunikační dovednosti sestry?

- Ano
- Ne

4. S pacientem, s jakým typem postižení byste se nejvíce báli komunikovat?

- Mentální postižení
- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Jiné.....

5. S jakým typem komunikační bariéry se během praxe setkáváte nejčastěji?

- Mentálně postižený pacient
- Pacient se zrakovým postižením
- Pacient se sluchovým postižením
- Pacient jiné národnosti nebo kultury
- Agresivní pacient
- Jiné.....

6. Máte během praxe dostatek času na komunikaci s lidmi s různými komunikačními bariérami?

- Ano
- Ne

7. Je pro Vás obtížné nebo nepříjemné s pacienty s komunikačními bariérami komunikovat?

- Ano
- Ne
- Někdy

8. Působil Vám první kontakt s pacientem s komunikační bariérou problémy?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Jaké pocity Vás provází při komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami?

- Strach
- Nejistota
- Nervozita
- Jiné.....

10. Myslíte si, že jste při studiu dostatečně připravováni na komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami?

- Ano
- Ne

11. Chtěl/a byste získat více informací o specifikách komunikace s lidmi s různými komunikačními bariérami?

- Ano
- Ne

12. Snažíte se sami vyhledávat a shromažďovat informace o pacientech s různými komunikačními bariérami a o zlepšení komunikace s nimi?

- Ano
- Ne

13. Co znamená pojem alternativní a augmentativní komunikace (AAK)?

- Alternativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a augmentativní běžnou komunikaci pouze doplňují
- Augmentativní prostředky zcela nahrazují běžnou komunikaci a alternativní běžnou komunikaci pouze doplňují
- Augmentativní i alternativní prostředky pouze doplňují běžnou komunikaci a napomáhají tak zlepšovat komunikaci s pacienty s komunikačními bariérami

14. Jaké techniky používáte při komunikaci se sluchově postiženými lidmi?

- Odezírání
- Psaní
- Naznačit, ukázat co požadují
- Zvýšit hlas
- Prostřednictvím tlumočnicka
- Jiné.....

15. Učili jste se v nějakém předmětu, během studia na vysoké škole, alespoň základní prvky znakového jazyka?

- Ano
- Ne

16. Myslíte si, že všeobecné sestry by měli ovládat alespoň základní prvky znakového jazyka?

- Ano
- Ne

17. Myslíte si, že při komunikaci se zrakově postiženými pacienty je vhodné na sebe upozornit lehkým dotykem?

- Ano
- Ne

18. Víte, jaký typ písma se využívá při komunikaci s nevidomými pacienty?

- Alfabetické
- Lineární
- Braillovo
- Paleolitické

19. Co je podle Vás největší chybou ze strany personálu při komunikaci s agresivním pacientem?

- Nejasné a nejednoznačné požadavky na pacienta
- Zvyšování hlasu
- Reakce na pacientovu agresivitu agresivitou
- Jiné.....

20. Snažíte se práci s mentálně postiženým pacientem vyhnout, posíláte za takovým pacientem kolegy nebo chodíte k takovému pacientovi ve větším počtu?

- Snažím se co nejvíce vyhnout kontaktu s takovým pacientem
- Posílám za takovým pacientem spíše kolegy
- Snažím se k takovému pacientovi chodit vždy ve větším počtu
- Při práci s takovým pacientem nevyužívám ani jedno z výše uvedených

21. Myslíte si, že při komunikaci s mentálně postiženými pacienty je vhodné používat tykání a křestní jméno pacienta?

- Ano
- Ne
- Jen v případě, kdy pacient již na příjmení nereaguje

22. Domníváte se, že při komunikaci s pacientem jiné národnosti, za přítomnosti tlumočníka, je vhodné mluvit na pacienta nebo na tlumočníka?

- Na pacienta
- Na tlumočníka
- Dle dané situace

23. Myslíte si, že u pacienta islámské kultury je důležité, jakou rukou podáváme pacientovi určité věci?

- Ano, pouze pravá ruka je určena k podávání čistých věcí, levá naopak k podání nečistých
- Ano, pouze levá ruka je určena k podávání čistých věcí, pravá naopak k podání nečistých
- Není to důležité

24. Myslíte si, že u zrakově postižených pacientů hraje důležitou roli doba, kdy k postižení došlo?

- Ano
- Ne

25. Jste podle sebe dostatečně trpělivý při komunikaci s pacienty s komunikační bariérou?

- Ano
- Ne