

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií

Metoda rozhovoru jako prostředek výchovy

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Vypracovala:
Jitka Šustáčková

Brno 2006

Úvod

Rozhovor je jednou ze základních prostředků motivace při práci s lidmi. V mém povolání je vlastně tou nejdůležitější metodou výchovy, a proto se ve své práci budu zabývat nejen rozhovorem takovým, ale hlavně jeho výchovnou formou.

Jak takový rozhovor vypadá, co vše obsahuje a co ho ovlivňuje, jak optimálně vést rozhovor, na čem všem při takovém rozhovoru záleží a v neposlední řadě kam směřovat rozhovor, aby splnil účel výchovného prostředku. Tomu všemu se budu ve své práci věnovat. Jak se dá rozhovorem a komunikací vůbec ovlivnit chování pacientů. Jak k jednotlivým pacientům přistupovat, jelikož každý člověk je jedinečný a ve své povaze neopakovatelný, ale také nevyzpytatelný.

Není jednoduché s lidmi pracovat, ale i tak bych chtěla říci, že pokud terapeut bude chtít, bude se snažit a použije k tomu veškeré dostupné prostředky, dá se domluvit s každým. Jiná je komunikace s dětmi a jiná s dospělými nebo seniory.

Existuje hodně metod a rad, jak s lidmi pracovat, ale každý si musí vybrat jen tu metodu, která je v danou chvíli nejvhodnější. Je na obratnosti, vynalézavosti a umění fyzioterapeutů, jak se ke svému klientovi postaví.

A proto bych ve své práci chtěla poukázat na to, že nejde jen o kvantitu sdělování informací, ale zejména o kvalitu, a to je potřeba si uvědomovat.

Protože ne vždy je vše tak jednoduché, nechtěla bych proto opomenout také problémy, které mohou ztížit spolupráci. Nato bych chtěla navázat možnostmi jejich řešení.

Doufám, že se mi ve své práci podaří co nejlépe shrnout co má práce obnáší, jaké prostředky komunikace používám a jak se mi daří hovořit s pacienty a přimět je ke spolupráci. Můžu být ve své profesi dokonalá, mít znalosti, pokud ale nebudu umět s pacienty komunikovat je moje profesionalita a znalosti téměř k ničemu.

1. Rozhovor jako prostředek komunikace

Rozhovor je způsob řečové komunikace a sociální interakce mezi dvěma a více lidmi, která se děje za určitým účelem. Důležitou jeho dynamickou stránkou je selektivní naslouchání a reagování a způsob kladení otázek (otázky otevřené, doplňující, katalogové, alternativní, účastné, sugestivní).

Mnohdy informace získáváme, dodáváme a zároveň působíme psychoterapeuticky (např. poradensko-informační rozhovor).

A tak bychom se měli snažit, aby takový rozhovor vždy vedl k danému cíli a toho nakonec i dosáhli.

Komunikování naše vzájemné vztahy i osobnost nejen odráží, nýbrž je též spoluutváří. A tudíž, chceme-li vztahy s lidmi utvářet či měnit, zajisté k lepšímu, nabízí se šance v tom, jak spolu kvalitněji komunikovat slovy, intonací, gesty, mimikou – a třeba i souznějícím mlčením (komunikačně-relační axiom).

Jelikož pracuji jako fyzioterapeutka a denně se setkávám s lidmi je pro mne rozhovor jednou z nejdůležitějších metod motivace.

„Jako zjišťovací a diagnostická metoda je bezprostřední formou dotazování, založenou na přímé ústní komunikaci mezi terapeutem nebo diagnostikem na jedné straně a zkoumanou osobou na straně druhé. Cílem je získání informace od zkoumané osoby ke zjišťovacím nebo diagnostickým účelům“.¹

Fyzioterapeut je v převážně v roli tazatele, pacient převážně v roli respondenta, i když se nevylučuje, aby respondent nekladal také otázky objasňující informace, které mu podávám.

Cílem je aby rozhovor byl přirozený a existovala zde vzájemnost sdělování a dotazování. Měl by být však veden za nějakým účelem.

V praxi využívám rozhovor nejprve ke zjištění anamnézy pacienta a vlastně po celou dobu léčby s ním komunikuji. Snažím se ho tím motivovat, ne zastrážit, a proto musím zprvu navodit příjemnou atmosféru. Vzniká mezi námi jisté pouto a vzájemný vztah a ten je dobré udržovat po celou dobu docházky.

Při takovém sezení, kdy pacient přijde ke mě na terapii poprvé, musím brát ohled na spoustu faktorů ovlivňujících jak samotného pacienta, tak celý průběh konverzace.

¹ Janoušek, J. a kol. Metody sociální psychologie Praha: Stát. pedagog. nakladatelství 1986, s. 108

Místnost by měla být čistá a klidná a měla by navodit pocit klidu a pohody. Měla bych pokládat správné a jednoduché otázky, abych se dozvěděla co nejvíce informací aj..

Zdravotnické povolání patří mezi nejnáročnější vůbec. Každý člověk, který se rozhodne pro práci ve zdravotnictví, by měl dobře zvážit, jaké hodnoty, ale také současně i jaké obtíže jeho budoucí práce přinese. Nejvyšší hodnotou lidského života je zdraví. Fyzioterapeut má tedy velmi krásné a velmi náročné úkoly – pečovat o zachování lidského zdraví a snažit se znovu začlenit člověka do běžného života, nebo v případě, že nelze člověka úplně vyléčit, poskytnout mu takovou péči aby zmírnil jeho obtíže. Zde bych uvedla příklad takového pacienta na vozíčku jako paraplegika či pacienta po amputaci. Zde se budu snažit zachovat zbylé končetiny v dobré kondici, jelikož vím, že chybějící končetiny mu nevrátím. Právě tady je velmi důležitá má funkce jako psychoterapeuta. I když nejsem psycholog či psychiatr můžu člověku pomoci v krizových chvílích tím, že ho vyslechnu.

Takový člověk s nevyléčitelným stavem je velmi citlivý na veškeré informace a na formu jejich podání, i zdánlivé maličkosti pacienta velmi znejistí. Pacient je citlivý i k neverbálnímu sdělení, které doprovází verbální kontakt. Je proto třeba umožnit pacientovi dostatečný prostor na otázky, které je nutné pravdivě, ale šetrně a zodpovědět.

Ve své praxi zjišťuji, že mnohdy ne vlastní rehabilitační léčba, ale spíše jen rozhovor a komunikace taková, lidem více pomáhá.

Někteří se jen potřebují vypovídat a očekávají od nás, že my jim budeme naslouchat.

A tak si myslím, že nezbytnou součástí naší celkové léčby je i psychoterapie.

Musíme umět lidem pomoci i vlídným slovem, gesty a empatií.

Nejčastěji se psychoterapie zaměřuje na zlepšení zdravotního stavu a to jak psychického, komplexní léčbě závažných somatických onemocnění (chronická bolest, nádorové onemocnění a další).

Předpokladem je navázání vztahu, do kterého pacient vstupuje jako partner. Je-li tento vztah založen na vzájemné důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, pacient může potom najít odvahu k vyjádření sebe sama.

V práci s chronicky bolestivými pacienty si musím uvědomit negativní postoj pacienta, kteří mohou být vyšetřováni a léčeni již po několikáté. Zjišťuji, že se někteří pacienti vracejí, ale stále u nich přetrvává negativismus a nechuť spolupracovat a dělat cokoliv ke zlepšení svého stavu a zmírnění bolesti.

2. Co je fyzioterapie?

Existuje celá řada definic léčebné rehabilitace neboli fyzioterapie.

Světová zdravotnická organizace WHO vyjadřuje její obsah jako „*navrácení nemocného člověka do normálního života, jak je to jen možné, a jeho navrácení zpět do společnosti, ve které žije.*“

Fyzioterapie se konkrétně zabývá léčbou pohyblivých částí těla. Klouby, svaly, vazy jsou přetěžovány při neustále se opakujícím pohybu i při dlouhodobém vystavení statické poloze. Ať už je to zapříčiněno jednostranným zatěžováním hlavy, trupu a končetin při práci nebo stavem po úrazu nebo po jakémkoliv onemocnění i po psychickém a pracovním vypětí každého z nás v našem běžném životě.

Prostředky, jimiž rehabilitace dosahuje svých cílů, jsou četné. Vedle základních služeb (léčebná tělesná výchova, léčba prací a fyzikální terapie) např. i psychologická péče, sociální služby, ale i funkční testování (zejména pracovních schopností, příprava pro povolání a pracovní uplatnění. Snaží se zlepšit pohybovou funkci svalů a kloubů do maximálně možného rozsahu pohybu. Je schopná řešit a urychlit léčebný proces pohybového aparátu a snížit až zcela odstranit bolesti a ztuhlost svalů a kloubů. Např. speciální cvičení zvyšuje pohyblivost jednotlivých kloubů a posiluje svaly. A to pak pomáhá zlepšit správné držení těla a následně umožní pohybové aktivity.

Fyzioterapeuti hrají velmi důležitou úlohu v léčebné rehabilitaci, ať už v rámci terapie, reedukace či prevence. Například jsou schopni pomoci lidem po mozkové mrtvici naučit se buď částečně či zcela znovu se pohybovat s ohledem na vzniklé postižení. Učí je se postarat sami o sebe tzn. soběstačnosti. Využívají speciální cvičení jako je Kabatova technika, Bobathova metoda, Vojtova reflexní lokomoce a další jiná cvičení, aby dosáhli co nejlepší kvality pohybu.

Onemocnění, která je fyzioterapie schopná řešit:

- bolesti pohybového aparátu, jako je např. artritida
- bolesti zad a krku, včetně poúrazových stavů
- dětskou mozkovou obrnu
- příznaky, které se vyskytují u těhotných žen / bolesti zad, stresová inkontinence
- bolestivé stavy, které vznikají po jednotvárném přetížení organismu
- astma a onemocnění dýchací soustavy

- poranění vzniklá při sportu /úrazy
- poranění vzniklá popálením
- stavy po infarktu myokardu
- stavy po CMP /mozkové mrtvici / a další neurologická onemocnění /roztroušená skleróza, paraplegie, polyneuropatie, Parkinsonský syndrom
- příznaky vzniklé následkem stresu

2.1. Požadavky na charakterové vlastnosti fyzioterapeuta

Zde bych uvedla takový stručný souhrn požadavků, které vytváří osobnost fyzioterapeuta, jelikož jeho práce by nebyla úspěšná, kdyby ji nevykonával s maximálně profesionálním nasazením. Toto přesvědčení by mělo doprovázet každého zdravotnického pracovníka.

- o duševní vyrovnanost a sebeovládání – nenechat se vyvést z rovnováhy v náročných situacích, být klidný, usměvavý, laskavý a trpělivý
- o čestné jednání a pravdomluvnost – musí uznat chybu a v případě potřeby i věnovat omluvu, je upřímný a přímý
- o smysl pro pořádek a čistotu – udržování hygieny jak u sebe samotného, tak u pacienta
- o taktní jednání - dodržovat povinnost mlčenlivosti , pracuje šetrně, jemně a citlivě
- o schopnost rychlého rozhodování - umět se rychle rozhodnout v závažných situacích, kdy je ohrožen i život pacienta

3. Psychologie sociálních interakcí

Člověk je tvor společenský a společenské vztahy se podílejí na jeho utváření. Není však pasivním objektem, který je vystaven vlivu společenských vztahů. Je aktivním subjektem, který do společenských vztahů aktivně zasahuje a mění je.

Ve společenských vztazích dochází ke vzájemnému kontaktu nebo-li sociálnímu styku mezi 2 nebo více jedinci, kteří na sebe vzájemně působí a dochází mezi nimi ke vzájemnému oboplnnému ovlivňování nebo-li k SOCIÁLNÍ INTERAKCI. Právě při ní dochází k tomu, že chování jedince vyvolává u druhého člověka, který je mu nablízku určitou odezvu nebo-li reakci na jeho chování.

SOCIÁLNÍ INTERAKCE JE VZÁJEMNÝ VZTAH LIDÍ PŘI SPOLEČNÉ ČINNOSTI (AKTIVITĚ)

Podle J. Řezáče má interakce dvě navzájem spjaté a prolínající se stránky, které spoluurčují celkovou povahu sociální interakce:

- a) společnou činnost (součinnost) - interakcí se individuální činnosti mění na činnost společnou, tj. součinnost, a individuální projevy chování se mění na vzájemný mezilidský vztah.
- b) vzájemný mezilidský vztah, tj. vzájemné působení mezi 2 nebo více osobami, který vzniká při společné činnosti (součinnosti) a stává se jednou z podmínek efektivity společné činnosti, která je zase jedním z předpokladů utváření mezilidského vztahu.

Zatímco vztah je jen vzájemným působením mezi 2 či více jedinci, interakcí nazýváme vzájemné oboplnné ovlivňování, které probíhá mezi dvěma a více lidmi.

Zvláštnosti společné aktivity nebo-li součinnosti a vzájemného mezilidského vztahu společně určují povahu sociální interakce. Součinnost a vzájemný vztah jsou spojitě nádoby, které se vzájemně ovlivňují.

3.1. Sociální komunikace

Atributem sociální interakce není jen sociální percepce, resp. sociální poznávání, nýbrž i sociální komunikace, tj. **vzájemné sdělování informací mezi dvěma nebo více subjekty**. Informacemi, které v rozhodující míře ovlivňují vztah mezi dvěma nebo více lidmi, jsou vzájemné **informace o sdíleném vztahu**, které jsou transformovány ve vzájemné pocity a postoje. Informace o vzájemném vztahu mezi dvěma nebo více partnery mohou být předávány bezprostředně a otevřeně, bez jakýchkoli zábran či „vnitřní cenzury“ nebo mohou být vědomě (např. předstíráme zájem o druhého člověka, protože víme, že jeho pomoc budeme v budoucnu potřebovat) či nevědomě (např. zapomeneme přijít na schůzku, protože danému vztahu nepřipisujeme žádnou důležitost) zkreslovány.

Zdrojem informací o druhém člověku není jen to, co říká (v tomto případě hovoříme o komunikaci slovní), nýbrž i to, **jak se chová** (v tomto případě jde o komunikaci neslovní). Nezáleží však jen na tom, jak se člověk v sociální interakci chová, nýbrž záleží i na tom (a někteří odborníci tvrdí, že záleží především na tom), **jak jsou jednotlivé akty jeho chování druhými lidmi interpretovány**. Při interpretaci chování druhého člověka se kromě **atribuce** vlastností i motivů chování uplatňuje ještě **laická psychologie s řadou chyb**, omylů, předsudků a stereotypů. Považujeme-li za zdroj interpersonální komunikace chování partnera, s nímž jsme v interakci, pak má komunikace s ním tyto stránky:

- ❖ chování (jak se partner interakce chová k druhému partneru i k jiným lidem)
- ❖ mluvenou i psanou řeč (co partner říká i píše)
- ❖ mimický výraz, držení a pohyby těla (tzv. řeč těla)

Komunikace je vzájemně **komplementární jev**, v němž se střídá role komunikátora (toho, kdo něco sděluje) a komunikanta (toho, kdo přijímá to, co je obsahem sdělení). Typickým příkladem je rozhovor mezi dvěma osobami. To znamená, že každý z obou partnerů je současně mluvčí i posluchač.

Slovní komunikace se uskutečňuje prostřednictvím mluvené i psané řeči. Jejím rozhodujícím aspektem je **význam sdělovaného**, který má dvě roviny:

- **objektivní**, kdy význam slov je dán konsensem nebo-li dohodou mezi lidmi o tom, co které slovo nebo znak budou označovat, jaký budou mít význam (při

běžné komunikaci s jinými lidmi používáme 8 – 10 tisíc slov, jejichž význam je všeobecně znám (víme např., co znamená slovo otec nebo voda); jde o tzv.

denotativní význam řeči

- **subjektivní** (osobní) význam, který je dán zejména emocionálně podbarvenými asociacemi (např. slovo válka může mít pro různé lidi různý osobní význam); jde o tzv. **konotativní význam řeči**.

Objektivní význam sdělení mohou dotvářet nebo i přetvářet **metalingvistické prostředky**, k nimž např. patří tón hlasu, akcentování části sdělení, mimika, gesta, výraz obličeje atd.), které mohou **posunout nebo zcela změnit význam obsahu sdělení**. Např. pokud vám v rozhovoru řekne partner ironicky, že „...máte vždycky pravdu...“, tak to může znamenat pravý opak tohoto sdělení.

V odborné literatuře se setkáváme s pojmem **zdravá komunikace**, jíž je míněna komunikace **funkční**, která je protikladem komunikace **dysfunkční**, tj. takové komunikace, která komunikaci (a nejen komunikaci, nýbrž i mezilidské vztahy) mezi lidmi deformuje (např. hádky, výbuchy hněvu a nenávisti, pomluvy, lhaní, simulace, disimulace atd.)

Pokud je člověk vystaven po delší dobu nezdravé komunikaci, tak to v jeho mysli zanechává stopy, které ovlivňují jak poznávání a posuzování druhých lidí, tak mohou i narušovat jeho charakter (vytvoří si např. asociální postoje atd.) Očividná je deformace slovní zásoby a vyjadřování při dlouhém pobytu v uzavřené společnosti (vězení, kasárna, internát).

Nezdravá komunikace silně ovlivňuje vegetativní děje probíhající v našem organismu. Např. v přítomnosti neoblíbeného nadřízeného se vám svírá žaludek, z neblahého tušení se vám rozbuší srdce, pokud vám někdo vyhrožuje, můžete dostat panický strach atd.

Zdravá komunikace je proto považována za protiklad komunikace nezdravé a za nezbytnou podmínku **duševního zdraví**. Má dokonce objektivně prokázané terapeutické účinky – onkologičtí pacienti, jímž se dostává během jejich léčby emoční a sociální opory, přežívají objektivně déle ve srovnání se stejně nemocnými pacienty,

jímž se emoční a sociální opory nedostává. U některých onemocnění (např. u roztroušené sklerózy, lehčích mozkových příhodách) ke komunikaci připisován rozhodující význam při stabilizaci stavu nemocných.

K vlastnostem tzv. zdravé komunikace patří:

- bezprostřednost reakce
- přizpůsobování se slovní i neslovní komunikaci svého partnera, s nímž komunikujeme, i když zůstáváme „sami sebou“
- reciprocita v komunikaci (stejná míra možnosti komunikovat mezi sebou)
- humor (pomáhá uvolňovat napětí v komunikaci a vytvářet příznivou atmosféru pro jednání)
- nezahrnovat partnery při komunikaci nepřiměřeným množstvím požadavků, přílišnou kritikou a také „rozmazávat“ zklamání nebo jej dramatizovat, jakož i vyvozovat dalekosáhlé závěry (např. „nikdy s tebou mluvit nebudu“, „u mě jsi skončil“, „pro mě jsi mrtvý“, „nikdy ti s ničím nepomohu“, „to si budu na tebe pamatovat do konce života“ – nepatří to ke komunikaci, která má sloužit uchování duševního zdraví lidí)
- podpora osobnostního rozvoje i rozvoje vzájemných vztahů mezi lidmi
- konzistence interakcí – chováme se k lidem obdobně jako v minulosti, např. usmíváme se při setkání s nimi a projevujeme radost ze setkání (pokud změním své obvyklé chování, tak je to pro druhé signálem, že se s námi (nebo s naším vztahem), něco děje)
- i konfliktní komunikace by měla končit katarzí nebo-li uvolněním (např. pokud někomu něco vytýkáme, měli bychom v závěru vyslovit přesvědčení, že se osoba jistě změní k lepšímu nebo vyvaruje dosavadních chyb)
- komunikace by měla být pozitivní, protože taková komunikace je účinnější při rozvíjení dobrých vztahů mezi lidmi (budeme oblíbenější), tak i pro rozvíjení nás samotných např. naší tvořivosti. Výsledky výzkumu: „Čím je jazyková formulace negativnější a čím více nahání strach, tím méně je druhý ochoten s ní souhlasit a tím rychleji na ni zapomene.“ (téměř každý negativní výrok se dá formulovat tak, aby zněl pozitivně). Přemíra negativního hodnocení dětí ze strany rodičů vede ke nižšímu sebevědomí a nižší sebedůvěře dětí a naopak přemíra pozitivního hodnocení vede k nadměrnému sebevědomí.

Vlastnosti zdravě komunikujícího jedince podle Z. VYBÍRALA:

- pozitivně vidí sám sebe, věří si
- dokáže být, s ohledem na danou situaci, jak empatický, tak neústupný, vstřícný i odměřený (v případě potřeby)
- není soupeřivý typ, což nevylučuje nároky kladené na sebe
- umí sám dospět ke kompromisu i pomoci druhým k němu dospět
- ustoupí-li, neobviňuje
- hodnotí teprve tehdy, až si vyslechne celou informaci (umí pozorně naslouchat)
- je otevřený vůči změnám a rozmanitosti názorů
- nediskvalifikuje ani ve vztahové, ani ve věcné rovině
- umí komunikaci řídit, regulovat její směr a strukturovat ji – ale umí také „nechat se řídit“
- umí neutralizovat konflikty, kolize a napětí nebo jich tvořivě využít
- nezamlouvá, neodbíhá, nemlží
- sám se umí uměřeně odhalit

Zdravě komunikující jedinec je během komunikace schopen sebepozorování i sebereflexe (např. stačí, když si při vzrušené komunikaci uvědomíme, že jsme podráždění, zaujatí nebo unavení a od této sebereflexe je jen krůček k tomu, abychom své jednání korigovali a nedopouštěli se v důsledku svého špatného psychického stavu chyb při komunikaci).

Zvláštním druhem komunikace je komunikace **asertivní**.

“Asertivita je schopnost prosadit se.”

Toto je nejčastěji uváděná definice asertivity. Její přesnější varianta je: “Asertivita je schopnost prosadit se bez zjevné agresivity.” Toto je definice dosti úzká a popisuje jeden z rysů asertivity anebo spíše její důsledek, ale nevyjadřuje její podstatu. Často vzbuzuje negativní pocity. Při zmínce o prosazování se lidem často vybavují vlastnosti jako sobeckost, nedostatek altruismu a bezohlednost. A ty jsou pokládány za záporné.

Asertivita je schopnost projevit se autenticky, tedy být sám sebou navenek. Předpokládá ji akceptace sebe samého i ostatních lidí. Znamená to být schopný projevit své emoce,

názory, požadavky a přání. Lidé, kteří sami sebe akceptovali a projevují se otevřeně a bez napětí, působí sebevědomě a uvolněně. Ostatní lidé je proto mají rádi, rádi si je vybírají za přátele a většinou je následují buď přímo, anebo nepřímo tak, že si je vybírají za vzory.

“Být asertivní znamená být schopný říct ne.”

Ano. Stejně jako říct ano. Být asertivní neznámá jenom být schopný říct ne a odmítnout, ale i uznat, že jsme se zmýlili, přijmout cizí argumenty. Být asertivní znamená i být schopný vyjádřit své pozitivní emoce vůči někomu, být schopný pochválit, vyjádřit náklonnost, lásku. Být asertivní znamená mít odvalu vyslovit své názory a pocity, aniž bychom měli pocit, že nás to jakýmkoliv způsobem ohrožuje. Znamená to přežít okamžik otevření se.

3.2. Jak mluvit s pacientem

3.2.1. Osobní zájem o pacienta

Mohu s ním hovořit obecně nebo zcela konkrétně, ryze věcně – objektivně, uváděním fakt a neměnných skutečností neosobních nebo osobních. Hovořím-li s někým, pak je dobré si uvědomit, že on je schopen vycítit či poznat z toho, jak mluvím, jaký je můj vztah k němu. Tam, kde já sama jsem v roli posluchače, jsem na tom v osobním rozhovoru obdobně. Cítím z toho, co říká, jeho vztah ke mě. Tuto situaci můžu zažít za předpokladu, že se já ocitnu v ordinaci jako pacient.

Osobní zájem pacienta však znamená více než jen tón řeči. Znamená míru lhostejnosti na jedné straně a míru zájmu o pacienta na druhé straně. Zároveň se projevuje stupeň spjatosti přítele s pacientem, úcta k pacientovi, vážnost, kterou mu prokazují tím, že ho beru jako člověka hodného osobního zájmu atp. V čem se to pozná? Jedním ukazatelem osobního zájmu o pacienta je míra pozornosti věnovaná pacientovu citovému životu, jeho emocionálnímu stavu, prožívání jeho těžké situace. Poznává se to podle sociální distance, tj. osobního odstupu či naopak blízkosti v mluvení a jednání s pacientem, podle vřelosti či chladu ve způsobu myšlení. Zdá se, že pacient má ve chvílích, kdy mu je zle, mimořádný cit pro poznání toho, zda ten, kdo s ním hovoří, má o něho opravdový zájem, případně jde-li jen o zájem služební, hraný a nepravdivý.

3.2.2. Citlivé reagování na projevy pacienta

V rozhovoru je typické, že chvíli mluví jeden a po chvíli zase druhý. Střídání slova však nemusí automaticky znamenat i citlivé reagování druhého na to, co první řekl. Setkávám se s rozhovorem, kde si každý říká své bez ohledu na to, co říká ten druhý.

Necitlivost k pacientovi někdy vzniká i z dobrého úmyslu např. v situacích, kdy si terapeut vytvoří plán, co pacientovi řekne. Předsevzetí se snaží realizovat hlava nehlava. Říká své bez ohledu na to, že pacient naznačil, že by rád hovořil o něčem podstatně důležitějším. Jiný způsob, jak se necitlivě přistupuje k pacientovi, je příklad, že pacient si stěžuje, že ho něco bolí nebo dává najevo strach, který může být strachem smrtelným, a terapeut na to reaguje bagatelizací, tj. přehnaným znevažováním pacientova tvrzení.

A jak by tomu mělo asi být, aby citlivost k pacientovým projevům byla taková, abych pacientovi pomohla? Jako člověk, který se setkává denně s desítkami klientů si myslím, že to má být pacient, kdo je středem zájmu v takovém rozhovoru. Ne tedy nemoc.

Citlivost k pacientovi ale neznamena odplácet stejně, jak on jedná. Setkám-li se s výčitkami, které mi adresuje, není na místě mu je oplatit. Obdobně je tomu s projevy agresivity. Právě naopak. Mám zkušenosti s tím, že pokud naopak jedním vlídně a vstřícně a s klidným hlasem, tak tyto agrese zmírňuji.

Jak poznám, že se mi daří citlivě reagovat na pacientovy projevy? Obvykle podle toho, že se mi v rozhovoru pacient stále více otevírá. Zpočátku např. neměl odvalu hovořit o svých problémech a nyní ji má. Na počátku rozhovoru mluvil věcně a posléze najde odvalu mluvit o problému, který má a který souvisí s jeho onemocněním.

Citlivost k pacientovi by však neměla přesáhnout určité meze. Neměla bych se dostávat do problému hlouběji, aby se nestalo, že spíše pacient bude mě utěšovat a chlácholit.

3.2.3. Srozumitelnost řeči

Při rozmluvě je možno používat slov, která jsou obvyklá a jejichž význam je oběma účastníkům rozhovoru dobře znám. Často se mi klade na srdce, abych nepoužívala cizích slov. Snažím se tedy mluvit, tak mi pacient rozuměl a věděl o čem mluvím.

3.3. Doporučené postupy v komunikaci s pacientem

1. Pozdravit – vždy, znovu, každého, i když on sám vejde do místnosti a ani neodpoví. Nejen pozdravem, ale také dalším veškerým vystupováním je potřeba dát pacientovi najevo, že ho vnímám jako hodnotnou, a tedy váženou osobnost. Při setkání proto nelistuji v papírech, nepracuji na počítači, netelefonuji (a pokud jde o telefonát urgentní, pacientovi se omluvím). Můj projev by měl být v souladu s se známým „já pán, ty pán“. Dvojnásob platí tento požadavek u lidí handicapovaných.
2. Oční kontakt s pacientem působí nejen příznivým dojmem na osobu před námi, ale poskytne mi také spoustu informací. Mimické svalstvo je ovladatelné vůlí jen zčásti a jeho vědomá kontrola je nedokonalá. Z mimických projevů mohu bezpečněji než z verbálního vyjádření usoudit, nakolik pacient mé návrhy přijímá, a nakolik je naopak odmítá. Nonverbální složka sdělení je totiž vždy pravdivější než projevy verbální.
3. Pacient musí mít pocit, že v danou chvíli (a z toho posléze vyvodí závěr, že je to tak vždy) je právě a jenom on pro mě tou nejvýznamnější osobou na světě, že já jsem tu jen a jen pro něj. Pokud kdokoli zanedbává toto pravidlo zhoršuje si kontakt s pacientem jak bezprostředně, tak do budoucnosti.
4. Empatický přístup vyjádřit slovně. Empatie (na rozdíl od soucitu, který ale může některé pacienty urážet!!!) je umění vcítit se do situace druhého člověka. Stačí, představím-li si, jak bych se asi cítila, kdybych byla v kůži mého komunikačního partnera. Tento postoj již sám nabízí přiměřené slovní vyjádření.
5. Povzbudit pacienta k řeči (pochopitelně jen tehdy, je-li na to čas). Pacient často kráčí k fyzioterapeutovi s předem přichystanými informacemi a dotazy, které mu chce adresovat. U mě však z různých příčin (není čas, nedám pacientovi příležitost) nedojde k uvolnění jeho napětí a nakonec odchází, bez toho, aniž by mi něco řekl.

6. Trpělivost – je to ctnost, která je zvláště některými pacienty velice tvrdě zkoušena. Mezi asertivní dovednosti patří umění včas a slušně pacientům proud informací zastavit.
7. Zachovávat mlčenlivost a mít respekt k osobním údajům pacientů.
8. Pokud to je možné, nedopustit fenomén přeplněné čekárny, v níž pacient stráví několik hodin. Pacienti mohou mít i při drobných zdravotních obtížích dojem, že ve své těžké situaci mají právo na péči, ohled a rychlou efektivní obsluhu. Tímto chci upozornit na důležitost dobré organizace.
9. Oblečení by mělo být ve shodě se všeobecnými požadavky evropského lidu, jenž má rád, když zdravotnický personál je oblečen do jakési uniformy, nejraději bílé barvy, která určuje jeho příslušnost k profesionálnímu okruhu.

3.4. Rozhovor s klientem

Můj styk s pacientem má různou podobu. Nejdůležitější formou styku s pacientem je to, co dělám a způsob, jak to dělám.

Pro rozhovor s pacientem je stejně důležité jak umění hovořit, tak naslouchat. Mé povídání je přitom však jen jednou – a často ne tou nejdůležitější složkou rozhovoru. Druhá složka – naslouchání pacientovi – je neméně důležitá.

Mluvení s pacientem je možno chápat v různé šíři. Je možno brát v úvahu jen mé slova – tzv. slovní čili verbální komunikaci. Je však dobré si uvědomit, že druhému člověku něco sdělují nejen slovy, ale i jinými způsoby – tzv. mimoslovní čili nonverbální sociální komunikací. Něco mu sdělují tím, jak se tvářím, tj. mimickými výrazy mého obličeje, něco mu sdělují svým pohledem, poklepáním na rameno, případně podáním ruky. Něco mu sdělují i oddálením či přiblížením se k němu, tím zda se k němu nakloním nebo ne.

Zamyslím-li se nad otázkou rozhovoru s pacientem, pak mou první otázkou může být co mu říci? Někdy se zdá, že bych měla říkat to, co mě momentálně napadne, a tím mít

pocit splnění svých pracovních povinností. Druhá cesta naznačuje jiný přístup. Je ji možno přirovnat k vedení slepého a směřování k určitému cíli. Ten kdo vidí, by též měl vědět, kam se má dojít a tento cíl mít neustále na paměti.

Jedním z cílů, ke kterým by měl můj rozhovor směřovat je posilování kladného sebevědomí pacienta. Při nemoci a zvláště při těžkém postižení je obvykle toto sebevědomí všelijak narušeno. Jeho lidská důstojnost však může zůstat zachována vzdor všemu, co se děje.

Praxe pomáhání přináší pro pomáhajícího potřebu i nutnost vstupu každodenně do osobního kontaktu s každým pacientem.

Než člověk přejde k tomu, jak takový rozhovor vést, musí se zamyslet i nad předběžnými podmínkami, které vytvářejí rámec takového rozhovoru.

„Na rozhovor si musíme vyhradit čas. Je-li to první rozhovor s daným klientem v jeho současné situaci, pak nebude kratší než 30min., ale neměl by být ani delší než 60min (nejde-li o rozhovor s více lidmi – manželi, s rodinou apod.). Čas by měl klient předem znát. Tento čas by měl být také dodržen“²

Tato část textu mě velmi zaujala a proto bych k tomuto, připojila vlastní zkušenost. Když jsem před několika lety, po absolvování školy, nastoupila do zaměstnání měla jsem na pacienta cca 30min, ale to nejen na rozhovor ale i na vyšetření, nácvik cvičební jednotky a instruktáž. Jenomže „čas jsou peníze“, a to ve zdravotnictví obzvláště, nastala změna a z 30min nám zkrátily tento čas na 20min. (Hovořím o nemocnici, ve které pracuji).

Myslím, že 20min. je strašně krátká doba na to, abych od pacienta zjistila důležité informace o jeho zdravotním stavu potřebné k stanovení adekvátní celkové rehabilitaci, na organizační záležitosti a na nácvik základní cvičební jednotky a na závěr na poučení. Ale jelikož si to vedení vyžaduje musím se s tím nějak vypořádat. Je proto důležité, aby pacient byl dochvilný a při vstupním rozhovoru zjišťuji jen ty základní informace, které jsou pro nás danou chvílí důležité. Jelikož pacient dochází pravidelně, mohu určité informace nechat na později. Musím, ale zhodnotit, které.

² Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110

„Je vhodné, když při rozhovoru se v zorném poli pomáhajícího nacházejí hodiny, které mu umožní občas zkontrolovat čas a podle toho ovlivnit průběh rozhovoru“.³

Jak již jsem výše uvedla, tak čas je největší překážkou v mém povolání a to samozřejmě se odráží ve kvantitě a někdy ve kvalitě celkové spolupráce s klientem. Hodiny v mém případě slouží hlavně k tomu, abych si hlídala čas nejen já a opravdu věnovala pacientovi maximální čas, ale i k tomu, abych rozhovor a terapii zbytečně neprotahovala, jelikož po jednom pacientovi následuje další a další.

Ne vždy je to tak jednoduché. Některý pacient se na závěr rozhovoří tak, že je těžké ho zastavit a hlavně není slušné ho v polovině věty zastavit a informovat, že venku čekají další a že by měl už jít. A právě v tom tkví asertivní ukončení hovoru.

Proto se mi tento systém nelíbí. Myslím, že je individuální kolik každý pacient bude potřebovat času. Na někoho potřebuji více, na někoho méně. Součástí mé profese není jenom někoho stroze naučit pár cviků, ale také ho psychicky podpořit. Hodně pacientů přichází na terapii nejen pro radu jak cvičit, ale také pro dobré slovo. Všichni chtějí slyšet, že to bude brzy dobré a budou zdraví.

„Čas rozhovoru by měl být časem chráněním. Přetržený vnímavý kontakt bolí. I když se omluvíte a klient projeví pro váš telefonát plné pochopení, zjistíte někdy, že tónina hovoru je po přerušení o poznání jiná. Citlivá část jeho duše, která se pomalu začínala vysouvat ze skořápky, se zatáhla nazpět. Klient sám si toho nemusí být vůbec vědom“.⁴

Tomuto problému se snažím v praxi vyhnout. Když zazvoní telefon, tak se nejprve klientovi omluvím a nato ho zvednu a vyřídím vše co nejrychleji. Soukromé telefonáty si ale vyřizuji později. Pokud se z mé místnosti v daný moment stává telefonní ústředna tak ho vyvěším, abych měla čas na pacienta a mohla se mu plně věnovat. Vím totiž nejlépe sama, jak je mi nepříjemné, když jsem někde na úřadě a do hovoru vstoupí telefonát a úřednice, nevšímající si mě, si vyřizuje své soukromé záležitosti. A proto, pokud nechci ztratit klienta nebudu se takto chovat.

„Posledním bodem předběžné přípravy je vyladění pomáhajícího pro rozhovor. Nejsme stroj, kterému stačí přepnout knoflíkem na jiný program.“

³ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110

⁴ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999,s.110

Před důležitou činností je dobré v sobě „uklidit“. Pracovník se potřebuje odpoutat od toho, co dělal doposud, uvědomit si, jak se cítí, zachytit, že je unavený, protože se dnes nevyspal dobře, rozčilený z toho, co mu řekl kolega před hodinou, nervózní z toho, že pozítří má odevzdat zprávu, kterou těžko stihne sepsat. Když si také věci uvědomí, spojí se s tím co se skutečně právě děje. Pak je spíše může chvíli odložit stranou.

Druhá věc je naladit se na nadcházející rozhovor – prolistovat spis, připomenout si, o čem jsme už mluvili, všimnout si, s jakým pocitem do rozhovoru přicházím. To vše nepotřebuje příliš mnoho času, tak 3-5 min“.⁵

Důležité je optimálně připravit rozhovor a uvědomit si na čem při takovém rozhovoru záleží. Pomocné osnovy a kontrolní seznamy mohou správně členit otázky a rozfázovat rozhovor.

Není ovšem jednoduché takový rozhovor vést. Neexistuje přesné pravidlo, jak přesně by měl takový rozhovor vypadat, existují pouze pomůcky a rady, jak ho vést, ale vždy by měl motivovat druhou osobu k reakci a zapojení se do debaty. Takový rozhovor může být veden mezi dvěma osobami nebo formou diskuze s více lidmi.

⁵ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese Praha: Portál 1999, s. 112

4. Techniky vedení rozhovoru

V rozhovoru jde o střídání otázek a odpovědí všech zúčastněných a předpokládá aktivitu nejenom mou, ale i druhé osoby či osob.

4.1. Obecné techniky vedení rozhovoru

Ať už pokládám správné otázky, aktivně naslouchám nebo šikovně odvracím námitky – mám spoustu možností, jak mohu rozhovor usměrňovat správným směrem.

Postarat se o příjemnou atmosféru – odpovědnost za průběh rozhovoru má terapeut. Je zkušenější, a má pro dbát na dodržování základních pravidel vedení rozhovoru. Jednostranné monology nejsou ku prospěchu věci. Obě strany dosáhnou viditelného úspěchu v rozhovoru pouze tehdy, když také pacient přijde dostatečně ke slovu.

Ne vždy však tomu tak bývá. Je spousta pracovišť, kde si toto terapeuté neuvědomují.

Je nutné mít na paměti:

- názory a potřeby pacienta
- názory a motivy terapeuta
- rozdíly, které z rozhovoru vyplývají

Hledat společné řešení by mělo být cílem a mělo by být přijatelné pro oba.

4.2. Konkrétní techniky vedení rozhovoru

Aby takový rozhovor motivoval a splnil tím účel, který jsem si jako terapeutka předsevzala, musí být splněno několik důležitých podmínek. Některé jsem uvedla výše, ale shrnutí by bylo asi následovně:

- 1) **Mítnost** – místnost, ve které pracuji a ve které je veden rozhovor a léčba by měla být příjemná, teplá, dostatečně prosvětlená, bez nějakých rušících faktorů, jako například hlasité rádio a hlavně by mělo poskytovat soukromí pro mě i pro pacienta.
- 2) **Povaha a nálada terapeuta** – klidný, příjemný, dostatečně hlasitý, ale ne hlučný. Z mého hlasu by mělo být znát, že tomu, o čem pacienta přesvědčuji i já sama věřím. Velmi se u tohoto faktoru promítá únava. Ze své zkušenosti vím, že

pokud jsem unavená, mám nějaký problém či se o mě pokouší nemoc, je strašně těžké to nedát znát nejen v mém hlase, ale i v mimice a gestikulaci.

3) Zájem pacienta – o tom by se dalo psát spousta vět, jelikož toto je asi nejdůležitější při mé práci a promítá se i na výsledku mé práce a snahy pomoci člověku. Pokud pacient má zájem se něco naučit a uzdravit se, poznám to i při rozhovoru, kdy vidíme, že respondent má snahu něco pro sebe udělat. Pokud ale nemá zájem a nechce se uzdravit, jelikož by kupříkladu přišel o invalidní důchod, tak je moje snaha z určité části procent marná. Ale i přesto těmto lidem se musím věnovat a snažit se je nenásilnou formou přesvědčit, i když ne vždy se to podaří. Ale docházka na rehabilitaci je přeci dobrovolná, nemusíme nikoho nutit.

4) Vědomosti terapeuta – je důležité, aby znalost problematiky byla dostatečná. Abych pacientovi nepodávala špatné a zavádějící informace. Samozřejmě se vše odvíjí i od dostatečné praxe a kurzů, kterých se terapeut zúčastnil. Jelikož ve zdravotnictví, a nejen tam, je potřebné se neustále vzdělávat. Nevylučuji, že se nemůže stát, že s nějakou diagnózou nevím rady. Nebudu ale pacientovi lhát do očí, ale taktně mu naznačím, že jsme se s tím ještě nesetkala, ale že do příště zjistím podrobnější informace. Myslím, že tím si získám větší důvěru, než kdybych naznačovali pacientovi, jak moc jsem vzdělaná a používala latinských slov, kterým on nerozumí, za účelem ukázat mu mou chytrost.

Pro pacienta může být rozhovor neuspokojivý dvěma způsoby – může cítit, že mu terapeut něco vnucuje, nebo mu něco důležitého neposkytuje či zatajuje.

Pokud přece jenom jsou splněny aspoň z části předcházející podmínky mohu si být jista, že má snaha vést kvalitní rozhovor přinese vytoužené cíle.

4.3. Příklady dělení rozhovoru:

Po obsahové stránce je možné také rozlišit, zda se jedná o povrchní rozhovor (nezávazné rozptýlení), klábosení (bez zvláštního významu), tématický rozhovor (vysvětlení skutečnosti, osobního postoje),

Rozhovoru překáží: strach, zábrany, ovzduší chladu a lhostejnosti, chybějící schopnost vcítit se do situace, pocity méněcennosti, nejistota,...

Rozhovoru pomáhá klima vzájemné blízkosti a důvěry, schopnost vžít se do situace, pozorné naslouchání.

Jako fyzioterapeutka se někdy dopouštím následujících chyb

- mám neuspořádané myšlenky dříve, než začnu mluvit,
- vyjadřuji se nepřesně,
- snažím se vměstnat mnoho myšlenek do jedné výpovědi, takže působí zmateně,
- ve svých výpovědích mám přemíru myšlenek vzájemně nesouvisejících,
- hovořím dlouho, často bez respektování partnera v rozhovoru.

Časté chyby posluchače:

- chybí mu nerozdělená pozornost,
- myslí dopředu a sestavuje si svou odpověď místo toho, aby poslouchal pozorně po celou dobu,
- všímá si detailů místo toho, aby se snažil pochopit celkový smysl,
- domýšlí si více, než bylo řečeno.

Kontrolní otázky pro vedoucího rozhovoru

- Položila jsem správnou úvodní otázku?
- Plynul rozhovor lehce?
- Podařilo se mi během rozhovoru držet se tématu? Likvidovala jsem odbočení od tématu taktně?
- Dostal se pacient ke slovu, vybízela jsem dostatečně účastníka, aby projevil své mínění?
- Podala jsem jasné shrnutí rozhovoru?
- Sdělila jsem všechny důležité informace?

5. Komunikace se staršími lidmi a s dětskými pacienty

5.1. Specifika komunikace se staršími lidmi

Největší část mé klientely tvoří starší pacienti, a tak bych se měla zaměřit zejména na práci s nimi. Existuje spousta knih a materiálů, které nám radí, jak pracovat se starými lidmi, ale asi nejlepší je vždy praxe a vlastní poznatky z ní. Ale přesto by si měl asi každý uvědomit nějaké to desatero, které nám může dopomoci ke zkvalitnění práce s těmito lidmi.

5.2. Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

- 1) Respektuji identitu pacienta a důsledně jej oslovuji jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.
- 2) Důsledně se vyhýbám infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovořím jako s dětmi (formou, ani obsahem).
- 3) Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráním pacientovu důstojnost; snažím se vyloučit podceňování a nepodložené prisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
- 4) Respektuji princip zpomalení a chráním seniory před časovým stresem; počítám se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
- 5) Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny další návštěvy, přípravu na ně, či domácí instruktáže) několikrát zopakuji či raději ještě napíši na list papíru.
- 6) Aktivně ale taktně ověřím možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobím komunikaci.

- 7) K usnadnění komunikace se zdržuji v zorném poli pacienta, mluvím srozumitelně a udržuji oční kontakt. Při pochybnostech ověřuji správné využití kompenzačních pomůcek.
- 8) Bez ověření nedoslýchavosti nezesiluji hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikuji“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažím se hluk odstranit.
- 9) Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízím (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučuji; umožňuji používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
- 10) Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská a rehabilitační aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

5.3. Specifika komunikace s dětským pacientem u psychických poruch

Styk s dětmi a péče o ně si vyžadují bohatých odborných znalostí a mnoho lidského pochopení. Účelné jednání s dětmi, které napomáhá psychickému zdraví pacienta, je žádoucí ovšem nejen léčebných ústavech a v nemocnicích, ale především ze strany rodičů. Asi nejtěžší je komunikovat s kojenci a batolaty a dále s dětmi s různými psychickými poruchami.

5.3.1. Mentální retardace

U dítěte nelze počítat s pochopením a vzhledem do problematiky diagnostických a terapeutických postupů; je nutno akceptovat jeho nezralost vzhledem k věku podle stupně závažnosti mentální retardace. V minulosti mezi laiky rozšířený pohled na mentálně retardované jedince jako na osoby, které s omezením rozumových schopností

a vědomostí jsou omezené i v emoční oblasti a netrpí tak jako „normální jedinec“ je již snad minulostí. Kontakt s pacientem při nutných lékařských a ošetrovatelských úkonech významně usnadňuje dovednosti navázat s těmito pacienty kontakt. Pokud si to nevyžaduje akutnost situace, ponechávám pacienta čas seznámit se prostředím, navážeme s ním rozhovor. V řeči se vyhýbám složitějším a pro pacienta neznámým slovům, hovořím v kratších větách, nechám pacienta opakovat jeho slovy, podporujeme a chválím jeho projev. Vysvětluji, co budu provádět, někdy s výhodou mohu použít loutku na předvedení úkonu. U jednoznačně bolestivých úkonů omezíme jejich délku. I při nich držím s pacientem verbální kontakt. Po úkonu pozitivně hodnotím pacienta. Nebojím se ho chválit ani odměňovat.

Nevhodně proběhlý kontakt může ztěžovat práci nejen mně, ale i jiným zdravotníkům při příštích kontaktech.

Při kontaktu s rodičem, který bývá při cvičení samotném nebo jeho plánování musím pamatovat na to, že hlavně jeho musím neinstruovat, jak doma s dítětem cvičit.

5.3.2. Fobické a úzkostné poruchy

U tohoto typu poruch, kam patří specifické fobie, agorafobie, sociální fobie, úzkostná porucha aj. V dětském věku je nejčastěji v úzkostných prožitcích přítomen moment separační úzkosti, proto bývá přítomnost rodiče v ordinaci nutná.

Při plánovaných úkonech mohu dítě vhodnou formou vzhledem k jeho věku seznámit s postupem, nechat ho podržet vybrané diagnostické pomůcky apod. s mladšími dětmi se vyplatí edukace hrou. S dítětem držím verbální kontakt i během úkonu, mohu mít předem domluvené signály, kterými může dítě přerušit úkon (pokud je to možné). Posiluje se tím pocit přizpůsobivosti dítěte. Nikdy dětem neslibuji, že „to nebude bolet“, pokud to není pravda. Mohu ale použít jin, ne tak stresující slova /bude to tlačit, píchne to... apod./

Přesto dítě v určité fázi narůstající úzkost nemusí zvládnout, byť bylo předem motivováno ke zvládnutí a byla provedena veškerá příprava. Úzkostná reakce může mít navenek podobu obranných pohybů, útěku i agrese vůči lidem i věcem. Je nanejvýš vhodné ponechat si ve vlastní kompetenci ukončení kontaktu s dítětem. Přitom mohu

vzít na vědomí a verbálně označit situaci jako příliš těžkou a ocenit boj dítěte se strachem. Jako úspěšný mohu před dítětem označit i kontakt, kdy byla splněna jen část úkonů.

Dnes již by nemělo být velkým problémem zaměnit bílý oděv zdravotníka zvláště u dětí, které na něj mají vypěstovanou fobii.

Někdy se nelze vyhnout u extrémně úzkostného dítěte medikaci před nutným výkonem. I tehdy ale po přestálém výkonu dítě za zvládnutí pochválím. Neboť lék mohl pouze pomoci, ale zvládnout muselo dítě samotné.

5.3.3. Deprese

Deprese jsou v dětském a adolescentním věku časté. Malá informovanost v odborné veřejnosti o této skutečnosti je zčásti způsobena rozdíly v obraze, který deprese vytváří v dětském věku v porovnání s typickým obrazem deprese v dospělosti.

V předškolním věku se deprese může projevovat krátkými afektivními výbuchy, záchvaty vzteku a pláče, ztrátou zvědavosti a zájmu o hru, poruchami spánku, nesoustředěností, také stížnostmi na somatické problémy, bolesti břicha i hlavy.

Školáci při depresi vykazují střídání agrese s útlumem, sociální nepřizpůsobivostí (dříve se neobjevujícími konflikty, straněním se kolektivu), nesoustředěností, únavou, starostlivostí, strachem ze zkoušení.

Deprese v adolescenci s sebou přináší sociální fobii, ztrátu zájmů, prudké kolísání nálad, změny hmotnosti (nejen ztrátu chuti a hubnutí, někdy naopak přejídání a nárůst váhy), tendence k užívání psychotropních látek a alkoholu, vyhledávání riskantních situací i antisociální aktivitu.

Rodiče sice změnu často zaznamenají, ale často se setkávám s tendencí k bagatelizaci příznaků, příznaky se svádí na pubertu.

5.3.4. Schizofrenní onemocnění

Pro první ataku schizofrenní poruchy je adolescence zvláště rizikovým obdobím, i když typický počátek sch. onemocnění je v rané dospělosti.

Nevypočitatelnost chování schizofrenika a jeho vysoká nebezpečnost bývá obecně sice veřejností zpracovanou senzačními zprávami medií spíše přeceňována. V žádném případě však nelze tento fenomén bagatelizovat; pacient pod vlivem pozitivních příznaků (bludy, halucinace) může se zajisté zachovat zcela nepřiléhavě situaci, proto je zcela na místě v akutní fázi hospitalizace a zvýšený dohled. Léčba bez medikace není u této poruchy myslitelná. Na druhé straně většina konfliktů mezi pacientem s touto poruchou a zdravotním personálem bývá důsledkem nezkušenosti nebo vyčerpání a vyhořelosti personálu. Přispívá k tomu fakt., že udržet kvalitní kontakt s pacientem bývá náročné. Jeho vnímání reality je narušené. Pocity, že se děje něco nebezpečného, nejistota a doprovodná masivní úzkost tlačí pacientovu psychiku k hledání nějakého vysvětlení. Doplněno tendencí narušeného myšlení k logickým skokům vede pak u pacienta k paranoidním závěrům, které jsou běžným rozhovorem neodklonitelné, nevyvratitelné. Udržet si chladnou hlavu a odstup od pacientových příznaků, ne však od pacienta samotného, jednat v jeho přítomnosti klidně, nepozastavovat se nad nesmyslností jeho projevů. Empatie s pacientem neznamena souhlasit s jeho bludnými závěry. Vyjádření pochybnosti nad jeho paranoidním bludem není to stejné jako ho pacientovi rozmlouvat. Kvalitní akceptující vztah pacienta se zdravotníkem je v akutní fázi významný z krátkodobého i z dlouhodobého hlediska. Krátkodobě zlepšuje pacientovu spolupráci při léčbě, dlouhodobě vede k zlepšení vztahu pacient rodina. Pokud to situace dovoluje, nepodporujeme nesamostatnost a regres, neinfantilisujeme. Klidně můžeme adolescentovi vykat nebo se ho alespoň zeptat na to, chce-li, abychom mu vykali nebo tykali.

5.3.5. Hyperkinetická porucha

Jinak též hyperkinetický syndrom, poruchy pozornosti a aktivity, dříve pod „značkou“ LMD. Trpí jím až 20% dětí školního věku. Příznaky zahrnují dekoncentraci pozornosti, netrpělivost, výrazný neklid, impulsivní jednání. Pod vlivem nepříznivého hodnocení okolí se k těmto příznakům přidává postupně i resignovanost na zlepšení výkonu a

vylepšení hodnocení, nízké sebehodnocení přejímané z okolí, sociální nepřízpůsobivost a poruchy chování.

V přístupu je nutná trpělivost, pozitivní hodnocení. K udržení kontaktu přispívá akceptace kolísající pozornosti, zabíravosti. Dítě trpělivě vracím k tématu rozhovoru, ale také projevím zájem s ním hovořit o spontánně vzniklá témata. V kontaktu s rodiči dítěte se klidně zdržme negativního hodnocení chování dítěte, to již rodiče znají odjinud.

Po probrání několika okruhů problematiky psychicky postižených dětí, bych vše chtěla shrnout asi následovně. Existuje-li nějaké obecné pravidlo ke kontaktu s nemocným a psychicky narušeným dítětem, vyplývá z toho, že děti jsou mnohdy citlivějšími pozorovateli nás samých, než my pozorovateli dětí. Aniž o tom děti mluví, dokážou většinou odpustit mnoho našich nedostatků, pokud cítí, že náš zájem o ně je skutečný. Nemusíme si být v přístupu k dítěti jisti tím, co máme dělat a jak se máme k němu přiblížit. Měli bychom si však být jisti, že se mu přiblížit chceme. A stačí na chvíli.

Asi každá diagnóza se vyznačuje určitými rysy chování jedinců, a tak existují různé metodiky pro komunikaci a práci např. s lidmi po CMP (cévní mozkové příhodě), po operacích totálních endoprotéz, po zlomeninách aj.

Existují i různé kluby, kde se mohou lidé scházet, navzájem se podporovat a spolupracovat jako např. Roska – jde o sdružení osob s roztroušenou sklerózou nebo také Česká alzheimerovská společnost, od které jsem dále uvedla takový návod, jak s těmito lidmi jednat. (viz příloha)

6. Aktivita a pasivita terapeuta v rozhovoru

- 1) ***Terapeut vede rozhovor, vznášá vlastní témata a pacient jen lehce reaguje, většinou nonverbálně, kývnutím hlavy, odpovídá krátce.*** Takovým příkladem je vstupní rozhovor, kdy pacient přijde na terapii poprvé. Jako fyzioterapeutka se mu představím a začnu se zabývat organizačními záležitostmi jako jak, kdy a v kolik hodin bude terapie probíhat, co k tomu bude pacient potřebovat, zda jsou potřeba přítomni příbuzní (např. u dětí, či starších osob) atd.
- 2) ***Pracovník vede rozhovor a pacient plynule odpovídá. Má zde větší možnost projevu.*** Jde o rozhovor, kdy se pacienta ptám jaké má problémy, pro které přichází. Jak dlouho obtíže trvají, za jakých okolností vznikly a jak často se projevují. Zjišťuji co nejvíce informací o něm o jeho diagnóze, tak abych mohla dále adekvátně stanovit terapii.
- 3) ***Klient mluví a terapeut naslouchá a povzbuzuje ho k vlastní aktivitě.*** Tohoto bodu využívám tehdy, zejména u malých dětí, pokud vidím, že se bojí. Snažím se navodit příjemnou atmosféru a stimuluji je k hovoru a tím k odbourání strachu. Také se toho využívá tehdy, pokud byl klient na terapii vícekrát a my od něj požadujeme to, co si zapamatoval, co jsme ho naučili. Nejde totiž jen o to, abych cvičení pacientovi jen odříkala, ale o to, aby si pacient něco zapamatoval do života a z terapie si něco odnesl.
- 4) ***Terapeut a pacient vedou dialog.*** Střídají se ve vedení a následování, vzniká mezi nimi důvěra. Z vlastní zkušenosti vím, že takový respektující dialog vzniká až po několika návštěvách, kdy mezi terapeutem a pacientem vznikne jakési pouto a jsou zničeny bariéry v komunikaci. Ne u všech se však tohle podaří. U lidí zakřiknutých a bojácných se těžce navazuje kontakt a rozhovor vážne a stále se uchyluje jen ke strohým odpovědím. Pokud vidím, že pacient nemá zájem rozvinout rozhovor, nebudu ho nutit a jen mu sdělím důležité informace a cviky, které se má naučit a které od něj budu příště chtít. Pokud již pacient vše potřebné umí, vede se dialog i na banální a nedůležité téma, které je společné oběma, a které pomáhá navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru. I v práci mám

raději, když probíhá terapie na přátelské úrovni, samozřejmě za předpokladu profesionálního chování z mého hlediska. Nechci abych působila jako pedant, který jen nakazuje a zakazuje a dává najevo, že na svém pracovišti je pánem. Ono práce s lidmi není vždy jednoduchá a ne vše probíhá tak jak bychom si představovali.

Rozhovor s pacientem může být ⁶

- a) **vstupní** – při prvním setkání – zahrnuje pozdrav, podání ruky, představení se pacientovi a sdělení jak bude sezení probíhat
- b) **hodnotící** – když hodnotím pacientovo cvičení a úkol, který jsem mu zadala na doma. Zda cvičí správně a také jak dobře si pamatuje zadané instrukce
- c) **kritický** – pokud pacient nesplnil zadaný úkol, zpozdil se a neomluvil, nemá s sebou zadané pomůcky
- d) **výstupní** – při posledním setkání, pacientovi sdělím co a jak dělat do budoucna, obsahuje i podání ruky a pozdrav při odchodu

Sama o osobně si myslím, že se celkově s pacienty velmi málo mluvím. Vše se vyřizuje „mezi dveřmi“, a tak není ani čas se s pacientem blíže poznat.

Na ambulancích, ale i na odděleních je na zdravotní sestry kladeno velké množství práce a v rámci úsporného řešení se omezil i počet sanitárních sester, které fungovaly jako výpomoc.

Ani se tedy nedivím, že nemají nejen čas, ale i chuť probírat s pacienty jejich osobní život. Ti ale často ve fázi nemoci a cizím nemocničním prostředí tuto sociální péči potřebují.

Někdy se i mně při terapii stává, že přijde pacient, a již ve dveřích poznáte, že má nějaké problémy. Samozřejmě, že se hned nevyptávám na to, co se mu stalo, ale spousta z nich začne o problému sama hovořit chce se vypovídat. Tak někdy fungujeme jako „vrby“. Ale i to je součástí mé profese. Ono pokud je pacientovi po psychické stránce lépe, tak se vše lépe hojí, což je jistojistě dokázáno.

⁶ Mentzel, W. Rozhovory se spolupracovníky Praha: Grada Publishing 2004,s.67

6.1. Jak se snažit ovlivnit pacienta

Komunikaci může znesnadňovat i to, že mnozí lidé (častěji muži) nejsou zvyklí a neumějí diferencovaně hovořit o svých prožitcích a vůbec se špatně orientují ve svém vnitřním světě.

Nebývá to neochota, nýbrž neschopnost se zabývat vlastní subjektivitou, která je spíše leká.

Úroveň pohledu do sebe sama je nutno respektovat a vlastně pacienty „učíme“ o sobě přemýšlet a uvědomovat si, co prožívají a co vlastně chtějí.

Spousta pacientů řeší tento problém pláčem, úzkostí či agresivitou.

Často se setkávám se skleslostí, rezignovaností a nedostatkem sebevědomí. V nemocném člověku se snadno vyvine pocit méněcennosti – už ani nevěří, že by mohl být mezi lidmi, jeho aktivita se čím dál tím více zužuje, dochází k přerušení lidských vztahů, hrozí nebezpečí úplné izolace. V takovém případě je nutno se nemocným tím více zabývat a ještě více o něho pečovat.

Stává se někdy, bohužel ne často, že přijde takový pacient a již ve dveřích při vstupu do místnosti vycítíme jeho ať už agresivitu či nechuť spolupracovat. Neměli bychom ho hned odsuzovat za jeho chování, ale nejprve zjistit, proč takovou náladu má.

Je pravda, že i my nemusíme mít vždy dobrou náladu a že nás již po ránu něco rozhodí. Ale terapeuti jako profesionálové by neměli na sobě dát nic znát, i když ne vždy to jde.

Jednou se mi stalo, že přišel pacient značně nervózní a již ve dveřích místo pozdravu na mě spustil, že dlouho čeká a spoustu dalších argumentů. Já místo abych na něho spustila stejně, tak jsem ho klidně pozvala dál a vysvětlila mu jak se věci mají. Posléze se výsledek dostavil a najednou se pacient uklidnil a dokonce se mi omluvit za své jednání.

Musím ale říci, že většina pacientů je ale milých a příjemných a chtějí spolupracovat a vzniká často mezi námi vzájemná důvěra. Není ani neobvyklé, že se pacienti svěřují i se svými osobními problémy. Snažím se je vyslechnout, i když ne vždy se mi daří udržet pozornost, zvláště pokud je těch osobních příběhů za den hodně.

Přesvědčit pacienta aby se opravdu věnoval cvičení i doma a nejenom na našem sezení je někdy problém.

Myslím, že spouště pacientům nejde o to se vyléčit a cvičit, ale mít tzv. docházku z důvodu invalidního důchodu.

Za dobu své praxe mohu říci, že již poznám komu jde o to se vyléčit a dělat něco pro své zdraví a komu pouze o „čárku“ kvůli již zmíněnému důchodu. Avšak i takové pacienty se snažím přesvědčit, že cvičit se musí a že zdraví mají jen jedno a že to nebude s přibývajícím věkem lepší, ale naopak.

Někteří se nad sebou zamyslí a uvědomí si hrozící problém.

Musím uznat, že mám vždy radost, když vidím nějaký výsledek, že se pacient lepší a že uzná naši snahu a dokonce nešetří pochvalou.

Přece jenom i takové uznání přispívá k dobré kvalitě práce, ta pak více baví a má člověk dobrý pocit z dobře vykonané práce a je pyšný na své vzdělání a profesi.

7. Pedagogická komunikace

(Z knihy Úvod do pedagogické psychologie)⁷

Jelikož pracuji každodenně s lidmi, tak si dobře si uvědomuji, že ke kvalitní komunikaci a spolupráci může přispět i znalost tzv. pedagogické komunikace, kterou v hojné míře využívají nejenom učitelé, ale i vychovatelé a vlastně všichni, kteří s lidmi přicházejí do kontaktu.

Spousta z nás si ale vůbec neuvědomuje, že i když nikdy nikde o pedagogické komunikaci neslyšel, tak její principy využívá. Jde zejména o ty profese, kde s lidmi nejenom hovoříme, ale kde se je snažíme něco nového naučit, a to tak, aby si klient co nejvíce ze získaných informací i odnesl.

A tak se pokusím stručně tuto komunikaci přiblížit myslím, že každý z nás si uvědomí, že podvědomě takové pravidla chování a komunikace používá i v běžném životě. Jelikož spousta jejích zásad jsou základem etiky a morálky.

K základní profesní výbavě pedagogického pracovníka (učitele, vychovatele,...) patří schopnost kultivovaného slovního projevu a taktního jednání s žáky, rodiči, spolupracovníky i veřejností. Každé pronesené slovo, výraz tváře, gesto, pohyb, čin, událost – téměř vše, k čemu dochází při pedagogickém kontaktu učitele či terapeuta – je součástí pedagogické komunikace, tj. vzájemné výměny informací (poznatků, názorů, pocitů a postojů), probíhající mezi všemi účastníky pedagogického procesu. Pedagogická komunikace není jen výměnou informací, předáváním sociální zkušenosti či organizačních pokynů, ale zprostředkovává také emocionální stavy, mezilidské vztahy a postoje.

Pedagogická komunikace je zaměřena na dosažení pedagogických cílů, má zpravidla vymezený obsah, probíhá s ohledem na sociální role účastníků a respektuje stanovená komunikační pravidla. Odehrává se nejen ve škole a ve výchovných zařízeních, ale i v rodině, v sportovních a zájmových zařízeních, v kulturně výchovných institucích i v pracovním prostředí.

Řada provedených výzkumů dokazuje, že úroveň pedagogické komunikace výrazně ovlivňuje efektivitu veškeré pedagogické práce. Způsob jakým pedagogičtí pracovníci (zejména učitel, mistři a vychovatelé) komunikují a jednají s žáky, se významně podílí

⁷ Ďurič, L. Úvod do pedagogické psychologie Praha: Stát.pedagogické nakladatelství 1979

nejen na atmosféře výuky, odborného výcviku, zájmové či jiné pedagogické činnosti, ale i na celkovém pedagogickém klimatu školy, učiliště či výchovného zařízení. Kultivované vyjadřování a především citlivé a taktní jednání a vystupování pedagogických pracovníků pozitivně ovlivňuje následnou reakci a činnost žáků. Nápodoba – napodobování činností, vyjadřování, ale především chování a jednání dospělých (zejména rodičů a pedagogů) a přejímání jejich názorů a postojů – je nejen jednou z nejstarších, ale i nejpůsobivějších metod výchovy a vzdělání.

Podle míry připravenosti komunikace a míry očekávanosti jejího průběhu lze rozlišit tři typy pedagogické komunikace.

První typ představuje komunikaci, kterou si může pedagog předem dobře promyslet a detailně připravit (tzv. „naprogramovaná“ komunikace). Při přípravě by měl pedagog respektovat následující hlediska:

1. Adresát – komu je naše sdělení určeno. (Žák, žáci, rodiče, spolupracovníci, pedagogická veřejnost atd.)
2. Cíl komunikace – ujasnění si čeho chceme dosáhnout
(seznámit s organizačními pokyny, předat informaci, vysvětlit nové učivo, orientovat k činnosti, navodit změny v chování a jednání atd.)
Pedagogická komunikace zpravidla sleduje několik cílů.
3. Obsah komunikace – pokud možno přesné vymezení toho, co budeme sdělovat, ukazovat, předvádět
(Při výuce a odborném výcviku vycházíme zpravidla ze vzdělávacích programů a hlavně učebních osnov).
4. Forma komunikace – jak, jakým způsobem, jakou metodou připravený obsah sdělíme.
(Přednáška, vysvětlování, instruktáž, diskuze, beseda, přátelský rozhovor, připravíme případné pomůcky, texty, materiály, záznamy).
5. Podmínky komunikace – vymezený čas, akustické podmínky v místnosti, rozmístění účastníků komunikace v prostoru atd.

Druhý typ představuje komunikace, která se dá připravit jen orientačně, na základě zkušeností pedagogického pracovníka s obdobnými, do určité míry se opakujícími pedagogickými situacemi. Východiskem pro činnost učitele, mistra odborné výchovy,

vychovatele je v tomto případě tzv. rámcová příprava, v praxi zkušených pedagogů běžná.

Třetí a nejnáročnější typ představuje nepřipravená komunikace, odehrávající se v jedinečných a neopakovatelných situacích, které lze jen stěží předvídat. Řešení těchto neočekávaných situací, provázených nezřídka „vypjatou“ atmosférou klade vysoké nároky na schopnost okamžitého „vzhledu“ do nové situace, rychlého vyhodnocení podmínek, na rozhodnost a rozvážnost, ale především na pohotovost, citlivost a takt komunikace ze strany pedagoga. Soustavnou a pečlivou přípravou na řešení běžných a standardních situací získává pedagog četné zkušenosti, rozvíjí schopnost rychlé orientace, pohotovost ve vyjadřování a rozhodnost v jednání, což jsou základní předpoklady pro úspěšné řešení neočekávaných a mimořádných situací.

Řešení mimořádných a neočekávaných situací je náročné nejen na rozhodnost, rozvážnost, citlivost a takt komunikace ze strany pedagoga, ale i na celou osobnost pedagogického pracovníka. Bez nadsázky lze tyto situace nazvat „zkušebním kamenem“ lidské, především mravní úrovně učitele či vychovatele; způsob jejich řešení je „demonstrací“ skutečných (a ne pouze proklamovaných) názorů a postojů a má velmi výrazný výchovný dopad,

Pedagogickou interakci a komunikaci by měl v každé situaci charakterizovat

- 1) klid,
- 2) takt,
- 3) citlivý přístup,
- 4) pohoda,
- 5) vzájemná důvěra,
- 6) orientace na pozitivní jevy, stránky a vlastnosti,
- 7) tolerance
- 8) snaha o porozumění ostatním,
- 9) trpělivost
- 10) objektivita.

Pedagogická komunikace by neměl být jednostranná. Všechny dosavadní domácí i zahraniční výzkumy však ukazují, že během vzdělávací a výchovné činnosti hovoří hlavně (někdy dokonce neustále) pedagogický pracovník a jeho svěřenci jsou převážně v roli posluchačů. Za této situace hovoříme o tzv. jednosměrné komunikaci, kdy

informace proudí převážně jedním směrem (v tomto případě od pedagogického pracovníka k žákům). Opačný případ je v běžné pedagogické praxi spíše výjimečným jevem. Pedagogičtí pracovníci by se měli více orientovat na intenzivní obousměrnou komunikaci, směřující k přibližné vyváženosti obou naznačených přístupů, aniž by se ovšem zříkali využívání všech ostatních možností, včetně obou výše uvedených krajních případů komunikace. Hlavní zásadou je, aby veškerá pedagogická činnost nebyla z komunikačního hlediska stereotypní. Charakter komunikace je do určité míry předurčován cílem komunikace; ve výuce a praktickém výcviku je výrazně poznamenán zvolenými vyučovacími metodami a organizačními formami. Při klasickém postupu hromadné výuky, kdy je žákům prezentováno a objasňováno nové učivo, jsou komunikační možnosti žáků značně omezeny. (Někteří učitelé si dokonce nepřejí být během výkladu „vyrušováni“ případnými dotazy žáků). K obdobné situaci dochází při klasickém ústním zkoušení, zaměřeném pouze na jediného žáka. Pokud je nové učivo vyvozováno s aktivní účastí žáků – rozhovorem s třídou – jsou komunikační možnosti žáků mnohem větší. Dobrý pedagog při komunikaci využívá tzv. zpětnou vazbu; průběžně si ověřuje, zda na jeho pokyny a podněty adekvátně reagují atd. Širší možnosti poskytuje např. společná rozprava – diskuse o určitém probíraném problému; možnosti intenzivní komunikace nabízí skupinové či párové vyučování, maximum pak představuje individualizovaná výuka či výcvik.

V historické vývoji vyučování se pro vzájemnou komunikaci pedagogického pracovníka a žáků vytvořila určitá pravidla, jejichž podobu výstižně zformuloval P.Gavora následovně:

Pedagogický pracovník má právo:

1. kdykoliv si vzít slovo, přerušit žáka,
2. mluvit s kým chce (s jednotlivcem, skupinou),
3. mluvit o čem chce, tj. rozhodovat o tématu komunikace,
4. mluvit jak dlouho chce,
5. mluvit v kterékoliv části místnosti,
6. mluvit v pozici, kterou považuje za vhodnou (vsedě, vstoje, v chůzi, zády k posluchačům atd.

Pravidla pro žáky jsou poměrně přísná. Žák má při hodině právo:

1. mluvit jen tehdy, když mu pedagog udělí slovo,

2. mluvit jen s tím, kdo mu byl určen,
3. mluvit jen o tom, co mu bylo určeno,
4. mluvit jen tak dlouho, jak mu bylo určeno,
5. mluvit jen na místě, které mu bylo určeno,
6. mluvit v pozici, která mu byla stanovena.

Komunikovat, tedy vzájemně si sdělovat a dorozumívat se, lze trojím způsobem:

1. verbálně, tedy slovní komunikací (ústní či písemnou)
2. neverbálně, tedy mimoslovní komunikací
3. jednáním, činností, tedy komunikace činem.

(V pedagogickém procesu se verbální a neverbální komunikace s komunikací jednáním nepřetržitě prolínají.)

V každém verbálním projevu lze rozlišit stránku obsahovou a stránku formální. (Co mluvčí říká a jak to říká.). Obě stránky hrají v pedagogickém procesu významnou roli. Z obsahového hlediska má učitelova komunikace ve výuce velmi rozmanitý charakter. (Může jít o vysvětlení pojmů, dějů a souvislostí, předvedení dovedností, sdělení organizačních pokynů, demonstraci názorů, zaujetí postojů atd.) V každém případě by měl být obsah sdělení srozumitelný všem žákům. Žák by si měl jasně uvědomovat, co mu učitel sděluje, nebo chce sdělit. Verbální projev pedagoga by měl být promyšlený a logicky uspořádaný, s důrazem na základní fakta a souvislosti. Je žádoucí zvolit adekvátní slovník, nové pojmy a termíny podrobně vysvětlit a vystříhat se používání parazitních slov. Srozumitelnosti obsahu je na závalu jak přílišná stručnost, tak i vleklá rozvlácnost. Základním požadavkem na verbální projev je obsahová přiměřenost. Obsah by měl být mj. přiměřený posluchačům, době trvání projevu a závažnosti sdělení. Verbální projev některých pedagogických pracovníků (zvláště začínajících) postrádá přehlednost, řádné objasnění a zdůraznění podstatných a pro pochopení nezbytných pojmů a souvislostí. Obsahová srozumitelnost je často nepříznivě ovlivňována nadměrným používáním odborných termínů. Vybrat hlavní a pro pochopení nezbytné myšlenky a srozumitelně je prezentovat v čase přiměřeném věku žáka, je jedním z projevů pedagogického mistrovství.

Obsah a stylistická výstavba verbálního projevu jsou stejně významné jako forma, kterou tento obsah sdělujeme. Zajímavý a dobře promyšlený výklad se mine účinkem, je-li pronesen monotónně, nevýrazně či s nedostatečnou hlasitostí. Způsob, jakým je

sdělení řečeno, označujeme jako formální stránku řeči. (Při písemném předpisu z mluvené řeči se tento aspekt ztrácí).

Pro hodnocení formální stránky verbálního projevu jsou podstatné následující aspekty:

Hlasitost (intenzita hlasového projevu). Hlasitost pedagoga je závislá

1. na počtu žáků, k nimž hovoří,
2. na prostorovém rozmístění žáků, kterým je jeho slovní projev určen,
3. na zvukových podmínkách prostoru,
4. na významu a závažnosti sdělení a
5. na atmosféře, kterou chce navodit.

Učitel nebo vychovatel by měl v místnosti zaujmout takovou pozici, aby ho všichni žáci slyšeli a udržoval s nimi zrakový kontakt. Ve výuce a odborném výcviku se někdy setkáváme s tím, že někteří učitelé jsou během výkladu otočení zády k žákům a hovoří tzv. „do tabule“. Obdobné negativní důsledky má projev příliš hlasitý (hlučný), ale i projev nedostatečně slyšitelný. Optimální je přiměřená hlasitost, která nepůsobí rušivě a napomáhá udržení pozornosti žáků. K volbě optimální hlasitosti projevu učiteli napomáhá citlivé vnímání atmosféry místnosti (učebny) a zrakový kontakt se žáky.

Dynamika hlasového projevu (řeči) souvisí s hlasitostí. Dynamikou rozumíme zesilování a zeslabování hlasitosti, zpravidla podle závažnosti sdělení. Hlasitost zesilujeme (nebo zeslabujeme) např. tehdy, chceme-li něco zdůraznit, chceme-li zvýšit pozornost apod.

Rychlosti řeči (tempo projevu) je významným formálním aspektem. Tempo řeči je třeba přizpůsobit zejména věku žáků a obsahové náročnosti (obtížnosti) sdělení. Příliš rychlý projev je žákům nesrozumitelný, projev příliš pomalý žáky unavuje a vede ke ztrátě pozornosti.

Intonace (melodie řeči). Intonací rozumíme výškový pohyb hlasu v průběhu mluvené řeči. Usilujeme o přirozenou intonaci, monotónní mluva (mluva stále stejným tónem) má za následek pokles pozornosti, přehnaná intonace působí naopak rušivě.

Správné frázování (udržování přirozeného rytmu řeči). Frázováním se rozumí členění proudu slov do určitých celků, které k sobě významově patří. Krátkou větu vyslovujeme bez pauz, delší věty členíme. Při tomto členění usilujeme o to, aby slova významově související byla vyslovena jedním dechem. Při mluvení děláme vhodné pauzy.

Emocionalita řeči vypovídá o tom, v jakém emocionálním stavu se mluvčí nachází. Odráží se v ní mj. také vztah pedagoga k obsahu komunikace i k žákům.

K základním stavebním prvkům verbální pedagogické komunikace patří otázka. Otázka představuje impuls k činnosti, k přemýšlení, je to podnět k aktivizaci poznávacích, citových a volních procesu žáka (tázaného).

Otázka

1. Navozuje činnost žáka,
2. řídí a usměrňuje činnost žáka žádoucím směrem (k postižení podstaty jevu, k stanovení souvislostí, k hodnocení atd.)

Požadavky na formulaci otázek:

1. Otázka by měla být jasná a srozumitelná (aby tázaný pochopil, k čemu se má vyjádřit, na co má odpovědět, co má vyřešit).
2. Otázka by měla být pokud možno stručná (žádná zbytečná slova, mnohomluvná souvětí „zamlžující“ podstatu dotazu atd.)
3. Výstižná, přesně formulovaná (abychom zjistili to, co chceme zjistit).

Žádná odpověď na otázku by neměl zůstat bez odezvy, bez reakce toho, kdo otázku položil !!!

Zásada kladení otázek ve výuce:

1. Otázka by měla pokud možno zahrnovat jeden problém.
2. Otázky by na sebe měly logicky navazovat, měly by být kladeny v promyšleném pořadí.
3. Chceme-li aktivizovat všechny žáky, položíme nejprve otázku a teprve potom vyvoláme žáka.
4. Otázky klademe přiměřeným tempem.
5. Žákům je třeba poskytnout přiměřený čas na odpověď.

6. Vyvoláváme střídavě všechny žáky.

Otázky lze členit podle řady kritérií, např. podle zaměření na osobní a věcné, podle významu na hlavní, doplňující a pomocné, podle didaktické taxonomie na pamětné, problémové, aplikační, hodnotící atd.

Neverbální komunikace je zpravidla součástí komunikace verbální. Při neverbální komunikaci jde o sdělování:

- pohledy (řeč očí),
- výrazy obličeje (mimika),
- pohyby (kinetika),
- fyzickými postoji (konfigurací všech částí těla),
- gesty (gestika),
- dotykem (haptika),
- přiblížením či oddálením (proxemika) a
- úpravou zevnějšku a prostředí.

K nejčastějším způsobům neverbální komunikace patří sdělování pohledy a výrazy obličeje. Pedagog může pohledem např. vyjádřit zájem o práci žáka, z „přísného“ pohledu lze vyčíst nesouhlas či pokárání, z „přátelského“ pohledu naopak souhlas nebo povzbuzení. Učitelovo zdvižené obočí může „signalizovat“ výzvu k pozornosti, výtku, výzvu k odpovědi, údiv nad vyslovenou odpovědí nebo činem žáka atd. Také gesta mohou mít řadu významů, např. zdvižený ukazováček může znamenat výzvu k zvýšené pozornosti, výtku apod. Gestikulace by měla především funkčně doplňovat mluvený projev a napomáhat zdůraznění jeho nejdůležitějších pasáží. Je třeba se vyvarovat zbytečných a nefunkčních gest, zejména častých prudkých pohybů, působících velmi rušivě. (To platí i pro pohyb pedagogického pracovníka v místnosti.)

Fyzické postoje, přiblížení a vzdálení, dotyky a úprava zevnějšku jsou odrazem pedagogova vztahu k žákům a obsahu komunikace, odrazem jeho mentality i momentální fyzické a psychické kondice. Učitelova kultivovaná mluva by měla být za všech okolností provázena také kultivovanými neverbálními projevy.

I když se pedagogická komunikace realizuje především formou verbálního projevu, dochází i v pedagogické praxi k situacím, které jsou řešeny „beze slov“. V takovém případě hovoříme o tzv. komunikaci jednám, činem, která je mnohdy mnohem

působivější než komunikace verbální. Bezeslovná, rychlá a účinná reakce na konkrétní situaci ve formě praktického činu je výchovně velmi působivá. Může být nejen praktickou ukázkou schopnosti okamžitě a pohotově uplatnit osvojené vědomosti a dovednosti, ale i projevem žádoucích profesních a mravních postojů Činy a jednání pedagogických pracovníků jsou nejen „komplexní výpovědi“ o jejich vzdělanostním profilu, ale především o vlastnostech morálních a lidských. Jejich výchovná hodnota je vysoká a měly by být proto vždy na takové úrovni, aby byly pro žáka přitažlivým příkladem.

Kultivovaný verbální i neverbální projev, stejně tak jako taktní a uvážlivé jednání, by měly patřit k charakteristickým rysům každého pedagogického pracovníka. Pedagogická profese předpokládá mnohem víc než zvládnutí běžných rétorických dovedností. Každé slovo pedagogického pracovníka, způsob a tón, kterým je proneseno, má v konkrétní situaci svůj význam a velký výchovný dopad. Dobrý pedagog vytváří pro komunikaci vhodné podmínky, umí naslouchat jiným, je schopen „zvládnout“ hlasem, zrakem a sluchem prostor, v němž výchovně-vzdělávací činnost probíhá, a odpovídajícím verbálním i neverbálním způsobem citlivě a taktně reagovat na každý pedagogicky významný podnět.

7.1. Teorie a praxe pedagogické komunikace

Pedagogickou komunikaci jsem do své práce zahrnula záměrně a z toho důvodu jak jsem již výše uvedla a to , že základní principy této metodiky využívám nejen já, ale všichni co pracují s lidmi, ve své profesi, ať už si to uvědomují nebo ne.

Stejně tak jak byla pedagogická komunikace popisována ve vztahu učitel – žák, mohla bych to prezentovat i na vlastním příkladu fyzioterapeut - pacient.

Jeden zásadní rozdíl,ale tady přeci je, a to ten , že pacient není vždy v roli žáka, ale že má právo zasahovat do léčebného a současně pedagogického procesu. V probíhajícím kontaktu fungujeme oba jako rovnocenní partneři.

Práce s lidmi není vždy jednoduchá a může to potvrdit každý, kdo s lidmi pracuje. Není jednoznačné pravidlo, jak s lidmi mluvit a jednat. Opravdu záleží na spoustě okolností a

na povaze a temperamentu fyzioterapeuta. Jednoznačně musí mít pro práci s lidmi určitý cit. Myslím, že ne každý se hodí pro práci s lidmi. V první řadě ho musí práce bavit. Pokud chodí člověk do práce s nezájmem a nelibostí, tak se to vždy projeví na výkonu jeho práce a také lidé, se kterými jedná, to poznají. Člověk by nevěřil, jak jsou takoví pacienti vnímaví a často poznají i problémy fyzioterapeuta. Pokud chce člověk dosáhnout určitého cíle, v našem případě naučit pacienta určitým zvykům, musí do toho vynaložit někdy opravdu hodně energie, ať už fyzické či psychické.

Je důležité si uvědomit, co pacientovi říkáme a jak. Musíme si mít na paměti, že klient vnímá každé naše slovo, a proto bychom si měli dávat pozor na to říkáme. Rozhodně bychom neměli kritizovat někoho jiného před daným pacientem a také neřešit pracovní problémy. Samozřejmě v rámci etického kodexu zdravotníka, nemáme mluvit o zdravotním stavu ani osobních údajích jiného pacienta.

Komunikace s pacienty však dokáže někdy opravdu hodně unavit, a to zejména psychicky. Někdy člověk nedělá ani tak fyzicky náročnou práci, a přesto může být více unaven než ten, který pracuje manuálně.

7.2. Pro budoucí fyzioterapeuty

Co poradit budoucím studentům fyzioterapie? V první řadě je nejdůležitější si zjistit, co vlastně taková práce fyzioterapeuta obsahuje. Setkávám se ve své praxi s tím, že spousta lidí nemá vůbec představu o tom, co vlastně takový fyzioterapeut dělá. Je všeobecně zaužívaný pojem, že fyzioterapeut je masér. Přitom masáž, ve většině případů klasická, je jen zlomek z toho co se budoucí studenti na tříletém studiu učí.

Fyzioterapie je zejména cvičení, instruktáž a řada specializačních technik.

Člověk hlavně musí chtít pracovat s lidmi, jelikož je to práce někdy velmi těžká. Vždy nám ve škole říkali, že práce ve zdravotnictví není povolání, ale poslání, a to by si každý měl v první řadě uvědomit.

Ve své práci jsem zmínila spoustu metod a postupů při práci s lidmi, a tak to asi vypadá, že o komunikaci s lidmi vím úplně vše a že mě nemůže nic překvapit. Ale opak je pravdou. Právě jedinečnost každého člověka nás obohacuje o nové a nové zážitky a vede nás k tomu, abychom se stále více zdokonalovali v komunikaci s ním.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se snažila upřesnit metodu rozhovoru a možnosti jejího vedení. Je důležité si uvědomit, že rozhodovat se má člověk podle svých cílů a podle momentální situace. Je důležité vědět, že kdykoliv jednáme s někým tváří v tvář a jsme si vědomi, že chceme dosáhnout nějakého konkrétního cíle, velice záleží na tom, jak se chováme. Proto je více než doporučení hodné, abychom si dali tu práci a své chování plánovali, upravovali a monitorovali. Cíl, který máme, může, způsobit větší či menší změny, ale chceme-li zapůsobit na druhé a ovlivnit jejich chování, je bezpodmínečně nutné, abychom vždy a všude své chování vědomě řídili.

Na našem chování se k druhým „záleží“ celý náš budoucí život. Stále se budeme setkávat s lidmi a ať už chceme nebo ne, občas je budeme také potřebovat, není proto dobré, abychom si je naším chováním popudili proti sobě, zejména pokud s nimi neustále pracujeme. Pamatujme, že někdy jediné nevhodně pronesené slovo může zničit všechno těžké úsilí, které jsme nemocnému věnovali.

Chceme-li formovat něčí chování, měli bychom vědět, že se musíme naučit naše chování prezentovat tak, aby jej druzí vnímali, tak jak jsme jej zamýšleli.

Tato práce mi pomohla k tomu, abych si uvědomila, jak na lidi může působit naše jednání a chování, jak má člověk pracovat s lidmi, se kterými každodenně přichází do styku.

Jaké metody a prostředky může použít, aby komunikace byla co nejkvalitnější.

Snažila jsem se objasnit zmíněnou problematiku a nabídnout možnosti řešení v krizových situacích.

Já osobně si myslím, že mně zvolené téma hodně pomohlo při mém povolání, a že poznatky a materiály prozkoumané během procesu psaní hojně využiji ve své praxi.

Resumé

Ve své práci jsem se snažila co nejlíže osvětlit techniku rozhovoru a komunikace jako takové. Nejprve jsem uvedla co to rozhovor je a jak jej využívám ve své praxi.

Jelikož pracuji jako fyzioterapeut, věnovala jsem jednu kapitolu také vysvětlení tohoto pojmu a co tato práce obnáší. Při vykonávání své profese vstupuji do neustálého kontaktu s lidmi, zmínila jsem také úlohu sociální komunikace, jak by měl správný rozhovor vypadat a jaké jsou požadavky na fyzioterapeuta.

Nejčastěji se ve své praxi setkávám se staršími lidmi, a proto jsem zahrнула i do své práce specifika komunikace s těmito komunikanty a určité desatero pro lepší spolupráci.

Stejně tak, jak existují určitá specifika u starších osob, je potřebné připomenout i důležitost znalostí v jednání s dětmi, a to zejména s dětmi s psychickými poruchami.

Nejenom terapeut vede rozhovor, ale existuje určitá souhra mezi terapeutem a klientem, a to se projevuje v aktivitě a pasivitě vedoucího rozhovoru.

Při mém povolání se snažím s lidmi nejenom hovořit a sdělovat jim informace, ale mou snahou je něco pacienty naučit, aby si z mého sezení co nejvíce odnesli, a tak si myslím, že je velmi důležité znát techniky pedagogické komunikace, které jsem ve své práci uvedla.

Závěr jsem věnovala objasnění využití pedagogické komunikace v praxi, protože ne vždy se dá jednat tak, jak je v knížkách psáno.

Poslední část mé práce obsahuje radu pro budoucí fyzioterapeuty, proč se pro toto povolání rozhodnout a proč ne, a co je důležité vědět, než si ho jako své budoucí poslání vyberou.

Seznam použité literatury

1. CARNEGIE, D. *Jak získávat přátele a působit na lidi* Praha: Talpress 1993
2. ČÁP, J. *Psychologie pro učitele* Praha: Portál 2001
3. ĎURIČ, L. *Úvod do pedagogické psychologie* Praha: Stát. pedagog. nakladatelství 1979
4. HÁRDI, I. *Psychologie péče o nemocného* Praha: Avicenum 1972
5. JANOUŠEK, J. a kol. *Metody sociální psychologie* Praha: Stát. pedagog. nakladatelství 1986
6. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese* Praha: Portál 1999
7. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů* Praha: Management Press 2001
8. MENTZEL, W. *Rozhovory se spolupracovníky* Praha: Grada Publishing 2004
9. VORLÍČEK, Ch. *Úvod do teorie výchovy* Praha: Stát. pedagog. nakladatelství 1984
10. PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací* Praha: Grada Publishing 2005
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi* Praha: Avicenum 1989

Přílohy

Česká alzheimerovská společnost

- na pomoc občanům postiženým demencí

Czech Alzheimer Society



Gerontologické centrum, Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8 - Kobylisy

Tel. + 420 2 83 88 03 46, fax + 420 2 88 27 88 [e-mail: gerontocentrum@telecom.cz](mailto:gerontocentrum@telecom.cz)

gerontocentrum@telecom.cz

SHRNUTÍ METOD PRO DOBROU KOMUNIKACI

- Zjisti si údaje o jeho životě, obdobích a situacích, ke kterým se může vztahovat jeho řeč.
- Nesnaž se ho nutit, aby řekl to správné slovo. Jestli rozumíš, co tím míní, nech ho přitom.
- Ve všem, co děláš, se snaž posílit jeho sebeúctu a sebedůvěru.
- Nacházej význam ve všem, co dělá a říká, nebo si buď alespoň vědom, že v tom nějaký význam je.
- Poznej a využij všech zbývajících dovedností. Někdy jsou nejužitečnější dovednosti přehlíženy nebo skryty vinou demence. Například schopnost být zdvořilý.
- Pamatuj, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči tvého těla, tvé náladě a upřímnosti. Nikdy nepředpokládej, že nerozumí tomu, co se říká kolem něho.
- To, co říkáš, podporuj vhodnými gesty.
- Užívej krátkých, jednoduchých vět zaměřených na jedno téma.
- Vyhni se otázkám a příkazům, které nabízejí více možností volby nebo vyžadují více kroků.
- Ke klientovi s demencí přistupuj vždy otevřeně, přátelsky a laskavě. A to i v případě, že situace je náročná nebo jsi rozčilen. Pokud pociťuješ úzkost nebo určité napětí, to se přenesení i na klienta.
- Na začátek rozhovoru ho oslov vždy jménem, čímž se ujistíš, že ti věnuje pozornost. Ovšem i ty si ověř, že věnuješ rozhovoru veškerou pozornost

- Jestliže ti nemocný nepodá jasný důkaz, že si pamatuje, kdo jsi a že tě vnímá ve správných souvislostech, nespolehej na to, že tě poznává. Nejlepší je pokaždé, když se setkáte, představit se a naznačit dalšími prostředky, kdo jsi. Ke svému jménu můžeš navíc připojit svůj vztah k němu, cíl své návštěvy a jak je to dlouho, co jsi ho viděl naposledy.
- Mluv klidně, nižším tónem hlasu. Vysoký tón či hlasitý hovor vyvolává úzkost a napětí. Mluv pomalu, ale ne v monotonním uspávajícím rytmu.
- To, co říkáš, podporuj řečí těla. Např. chceš-li po něm, aby si sedl, ukaž na určitou židli a požádej ho, aby si sedl.
- Používej krátké jednoduché věty, zaměřuj se vždy jen na jedno téma. Vyhybej se pokynům a otázkám, které vyžadují více kroků nebo nabízejí více možností volby.
- Používej hojně fyzické vyjadřovací prostředky, např. jemný dotyk, držení za ruku, ale ne dříve, než se ujistíš, že máš jeho svolení proniknout do jeho osobního prostoru. Někteří lidé více chrání svou soukromou sféru a cítili by jako urážku, kdybys do ní náhle vstoupil.
- Pokus se vyloučit z prostředí rušivé prvky. Nesnaž se vést jakýkoli důležitý rozhovor v prostředí, kde je klient s demencí rozptylován a zmaten.
- Jestliže nemocný reaguje negativně nebo jen nervózně, nazačínej spor a vyhni se domluvám. Místo toho se k citům, o kterých se domníváš, že vyjadřuje, stav s účastí a klidně ho směřuj na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je důležité, aby tě nechápal jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí.

