

Role komunikace v práci všeobecné sestry

David Kratochvíl

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David KRATOCHVÍL**
Osobní číslo: **H08125**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Role komunikace v práci všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části definovat všeobecně komunikaci a jednotlivé druhy a specifika komunikace s klienty v nemocnicích a sociálních ústavech. Dále definovat zásady komunikace s klienty v těchto zařízeních. V praktické části na základě průzkumného šetření zjistit názory a postoje všeobecných sester na komunikaci s klienty. Výstupem bude návrh komunikačních zásad pro všeobecné sestry a účinná opatření pro komunikaci s klienty různých onemocnění.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006 . ISBN 80-247-1262-8
2. JANÁČKOVÁ, L. Základy zdravotnické psychologie. Praha: Triton, 2008 . ISBN 978-80-7387-179-6
3. ŠPATENKOVÁ, N. ELIŠKOVÁ, M. Základní otázky komunikace (komunikace nejen pro sestry). Praha: Galén, 2009. ISBN 97-880-7262-5994
4. POKORNÁ, A. Komunikace se seniory. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 97-880-2473-2718
5. MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4
6. PECH J. Řeč těla a umění komunikace. Praha: NS Svoboda, 2009 ISBN: 978-80-205-0606-1
7. HONZÁK, R. Komunikační pastí v medicíně. Praha: Galén, 2009 ISBN: 80-726-2032-0

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Kateřina Šrahůlková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
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 Zlíně28.2.....


.....

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, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek 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:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní 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 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního 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 školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá rolí komunikace v práci všeobecné sestry v nemocnici a dalších zdravotnických zařízeních. Je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část (obsahuje osm kapitol) je zaměřena na zásady komunikace s klienty různých onemocnění a poruch. První a druhá kapitola definují komunikaci z obecného hlediska. Další kapitoly teoretické části popisují specifika komunikace s dětmi, seniory, psychiatricky nemocnými, klienty s demencí, mentálním postižením, a onkologickým onemocněním. Praktická část se zabývá úrovní komunikačních znalostí všeobecných sester. Předal jsem dotazníky sestřám v různých zařízeních. Dotazníky měly 19 otázek a zabývaly se různými oblastmi a situacemi v komunikaci ve zdravotnictví. Výstupem mé bakalářské práce je „Multi - slovník“, brožury s praktickými komunikačními radami a seznámení s výsledky dotazníkového šetření.

Klíčová slova: komunikace, sestra, onemocnění, rady, znalost

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with „the role of communication in the work of nurse” in the hospital and other medical facilities. It composed of theoretical and practical part. Theoretical part (she contains eight chapters) is concentrated on principles of communication with patients various diseases and disorders. The first and second chapter define communication in general aspects. Other chapters of theoretical part describe the specific of communication with children, seniors, psychiatric patients, patients with dementia, mental disease, and onkologic disease. The practical part deals on knowledge of communication level of nurses. I gave a questionnaires nurses of different facilities. Questionnaires were 19 questions and they engaged with different areas and situations of communication in health. The result of my bachelor thesis is „Multiculture-vocabulary and booklets with practise tips and acquainting with resultes my questionnaire survey.

Keywords: Communication, nurse, disease, advices, knowledge

Děkuji především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kateřině Šrahůlkové, Ph.D. za odborné vedení této práce, podněty, připomínky a rady. Děkuji též všem sestřám Kroměřížské nemocnice a.s., Psychiatrické léčebny Kroměříž, DOZP Barborka Kroměříž, Nemocnice Milosrdných sester svatého Vincence de Paul Kroměříž a KNTB Zlín za čas a trpělivost při vyplňování dotazníku. Poděkování patří také Zdeňce Poláškové, DiS. za technickou podporu a poradenství.

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

Motto

„Řeč je mocnou vládkyní a svým nepatrným tělem, které ani postihnout nelze, vykoná činy nesmírné, vždyť je schopna zapudit strach, odejmout smutek, probudit radost, zvětšit soucit.“ (Gorgias)

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1. KOMUNIKACE OBECNĚ	13
1.1 KOMUNIKAČNÍ PROCES	13
1.2 KOMUNIKAČNÍ FORMY	14
1.3 KOMUNIKAČNÍ FUNKCE	15
2. KOMUNIKACE VŠEOBECNÉ SESTRY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	16
2.1 VLASTNOSTI SESTRY	16
2.2 TYPY ROZHOVORŮ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	17
2.3 PRVKY KOMUNIKACE SESTRY	18
2.4 KRITÉRIA ÚSPĚŠNÉ KOMUNIKACE	18
2.5 SOUČÁSTI HOVORU S KLIENTEM	20
3. SPECIFIKA KOMUNIKACE S NEMOCNÝMI DĚTMI	21
4. SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY	24
5. SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ	27
5.1 KOMUNIKACE S KLIENTY S ÚZKOSTÝMI STAVY	27
5.2 KOMUNIKACE S KLIENTY S DEPRESIVNÍMI STAVY	28
5.3 KOMUNIKACE S KLIENTY SE SCHIZOFRENNÍMI PORUCHAMI	29
6. SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S DEMENCÍ	31
7. SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	34
8. SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S ONKOLOGICKÝMI ONEMOCNĚNÍM	37
PRAKTICKÁ ČÁST	39
9. CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
10. STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	41
11. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
11.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	43
11.2 METODA PRÁCE	43
11.3 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK DOTAZNÍKU	43
11.4 ORGANIZACE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	44

11.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	45
12.	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	46
13.	DISKUZE	74
	ZÁVĚR	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	79
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	81
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK	84
	SEZNAM OBRÁZKŮ	85
	PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Komunikace jako nástroj dorozumívání je prostoupena naší společností již od ne-paměti. V každé době byly její prostředky jiné. Za časů lovců mamutů stačily posunky. V pozdějších staletích starověku a středověku se stala dominantní formou komunikace ústní: verbální i neverbální. Číst a psát uměl málokdo, tato výsada nebyla vlastní ani nejvyšším představitelům tehdejšího světa. Veškerá vzdělanost se soustředila do okolí klášterů, jedině duchovenstvo ovládalo psanou a čtenou formu dorozumívání, kterou předkládalo zástupům věřících v ústní formě. Prvním gramotným římským císařem byl až náš Karel IV. Teprve v novověku osvícení panovníci prosazovali větší vzdělanost pro všechny lid. S povinnou školní docházkou se vlastně mohly rozšířit komunikační kanály (čtená a psaná forma) do všech vrstev obyvatelstva. Dříve se na velkou vzdálenost mohlo komunikovat jen prostřednictvím kouřových signálů, různých listin, dopisů a později telegramů. Dnes se domlouváme s lidmi po celém světě pomocí mobilních telefonů, e-mailů, ICQ, sociálních sítí, chatových služeb a dalších. Různé formy komunikace za posledních 50 let zaznamenaly snad větší rozvoj, než za celá tisíciletí před tím. S každým dalším komunikačním vynálezem byl svět zase o něco propojenější. O tom, jaké formy komunikace nyní existují, se lidem za celá staletí ani nesenilo.

Zvláště důležitá je verbální i neverbální komunikace ve zdravotnictví a v pomáhajících profesích vůbec. Pro hospitalizované klienty může mít dobrá a empatická komunikace větší význam, než tušíme. Kromě realizace ošetrovatelského procesu, plnění lékařských ordinací a celé řady praktických výkonů, zaplňuje právě komunikace s klienty, lékaři, návštěvami i jinými zařízeními největší část pracovního dne sestry. Proto je důležité základy komunikace nejen s klienty, ale i s ostatními pracovníky a kolegy ovládat co nejlépe. Pokud bude zdravotní sestra komunikovat dobře a efektivně, posbírání od klientů (nebo jejich blízkých) kvalitnější anamnézu, během péče potom získá více informací o jejich nemoci, zvycích i dosavadním životě. Sestra potom bude znát jejich přání a potřeby i jejich chování. Získané údaje mohou jí i lékaři pomoci k lepší a kvalitnější péči. V neposlední řadě verbální i nonverbální komunikací mohou klientům dát naději, víru v brzké uzdravení a dobrou náladu. Je známé, že správná a empatická komunikace (slovní i mimoslovní) s klienty v nemocnicích i sociálních ústavech, je jedním z klíčů, který odemyká bránu tolik pro klienty důležitou, avšak v tuto chvíli nedostupnou: bránu „Uzdravení“. Ne každá všeobecná sestra (a zdravotnický pracovník vůbec) komunikovat dovede a ne každá se to chce

naučit. Některé sestry zůstávají celý život na jednom pracovišti, proto si základní specifika komunikace v daném zařízení osvojí a již je nemusí měnit. Jiné sestry (zvláště na počátku kariéry) rychle přecházejí mezi jednotlivými typy zařízení. Setkávají se s různými typy klientů (z hlediska věku i onemocnění) a jim musí interakci také přizpůsobit. Specifikům v komunikaci s jednotlivými klienty se věnuje i následující bakalářská práce (její kapitoly v teoretické části byly záměrně vybrány tak, aby obsáhly co nejširší spektrum klientů, se kterými se může všeobecná sestra setkat, specifika mezi nimi jsou opravdu velká).

Umění komunikovat nejen ve zdravotnictví ale i v životě je jedna z nejsložitějších disciplín. Její zvládnutí závisí nejen na vrozených vlastnostech, ale i na zkušenostech, získaných během života. Ve zdravotnictví to nebývá vždy lehké a klidnou, empatickou a přitom asertivní komunikaci s klienty dovedou jen některé sestry. Jim patří velké uznání nejen od klientů, ale od celé veřejnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. KOMUNIKACE OBECNĚ

„Člověk, jako jedinečná a neopakovatelná bytost, jako sociální tvor, se liší od ostatních živočichů tím, že je schopen pomoci řečí, ale i mimikou, gesty, pohyby se dorozumívat a přenášet myšlenky. Komunikace jako prostředek dorozumívání mezi lidmi je také podmínkou existence sociálního systému. Napomáhá jedinci začlenit se do společnosti, být její plnohodnotnou součástí.“ (Kelnarová, Matějková, 2009, str. 11)

Komunikační dovednosti je možno využít ve všech oborech lidské činnosti. Zvláště se uplatňují v pomáhajících profesích (učitelé, zdravotničtí pracovníci). Dovednost komunikovat znamená schopnost sdělit informaci nejen ve správném čase a místě, ale také správným způsobem a dobře zvoleným komunikačním kanálem.

Komunikace se také dá specifikovat jako interakce prostřednictvím různých verbálních či neverbálních symbolů. Jedná se o proces opakovaného dorozumívání se mezi lidmi. (Mikuláščík, 2003)

1.1 Komunikační proces

Hlavní prostředník komunikačního procesu se nazývá **komunikátor**. Jedná se osobu, která vysílá nějakou zprávu. Předpokládá, že příjemce má společný nebo podobný repertoár poznatků, který umožňuje pochopení toho, co mu chce sdělit. Informaci posílá cestou **komunikačního kanálu**. Při komunikaci tváří v tvář (face to face) jsou hlavním kanálem zvuky, pohledy a posunky těla, mohou to být dotyky v podobě stisknutí ruky nebo lehkého dotyku ramene, ale například i příjemně vonící parfém, příjemcův hlas, vkusné oblečení aj. Naopak komunikační kanály přes televizní obrazovku, počítač, noviny nebo třeba rozhlas jsou v tomto směru mnohem ochuzenější. (Mikuláščík, 2003)

Na druhé straně komunikačního kanálu stojí vždy **komunikant**, tedy příjemce údajů, dat a informací. Má za úkol dešifrovat, pochopit informaci získanou od komunikátora, zpracovat ji a adekvátně zareagovat. Přenos informací a tudíž ztížená reakce může nastat kvůli **komunikačnímu šumu**. Ten může vzniknout zejména při přenosu informací mezi více lidmi (princip tiché pošty). Komunikant přijímá tzv. **komuniké**, čili obsah sděleného, určitou zprávu, informaci. Ke kontrole pochopení komuniké slouží zpětná vazba, která může mít například formu ústní či elektronické odpovědi. **Komunikační kontext** je určitý stav, situace, ve které komunikace probíhá: čas, roční období, místnost, prostředí aj.

1.2 Komunikační formy

Komunikační formy se rozdělují různými způsoby, nejčastěji na verbální neboli slovní, neverbální a komunikaci činem.

- **Verbální komunikace:** základem jsou vyslovené věty, seřazení slov do vět dává smysluplný, přesný a úplný význam. Jedná se o nejtypičtější druh komunikace.

- **Neverbální (nonverbální) komunikace:** mimoslovní komunikací sdělujeme 60-80% informací. Patří sem například mimika: vědomé stahy obličejových svalů, vedoucí ke změnám výrazu tváře, gestika: určitý tělesný pohyb, posunek, například rukou, haptika: kontakt hmatem, dotyk, kinezika: pohyby celého těla, vizika: pohyby očí, víček, obočí, oční kontakt, posturologie: postoje a pozice celého těla, dále paralingvistické projevy: zacházení s předměty, úprava zevnějšku aj.

- **Komunikace činem:** činy za nás hovoří mnohem jasnější řečí, než předchozí dvě formy. K řadě vykonaných činů nejsou slova vůbec potřebná (poskytnutí první pomoci při autonehodě). Jsou však slova, která mohou být činem, mají svoji hodnotovou stránku (např. se někdo jiného člověka zastal za jeho zády, aniž by mu o tom cokoli řekl). Činy slovem na nás působí pozitivně, evalvačně, i negativně, devalvačně. (Křivohlavý, 1988)

Joseph A. DeVito (2008) komunikační formy rozdělil na intrapersonální, kdy člověk hovoří sám ze sebou, interpersonální, kde se jedná o interakci s osobou, s níž má člověk nějaký druh vztahu, dále na rozhovor, což je podle něj komunikace pomocí otázek a odpovědí, komunikaci v malé skupině (která znamená komunikaci ve skupině přibližně pěti až deseti lidí), počítačem zprostředkovanou komunikaci a masovou komunikaci.

Pro všeobecnou sestru a vůbec pro pracovníka ve zdravotnictví má nepochybně největší význam verbální a neverbální komunikace. Slovním projevem lze klienta uklidnit, potěšit jej, sdělit mu zprávu, vysvětlit mu účel vyšetření. Zvláště u dětí a starších klientů má velký význam komunikace neverbální. Dotyk, pohlázení, vlídné gesto nebo jen docela obyčejný upřímný úsměv dovedou často více, než doslovné plnění ošetrovatelského plánu. Další naprosto klíčová forma v nemocnici je rozhovor, nezbytná pro lékaře i všeobecnou sestru. Bez důkladné anamnézy, která je úvodní fází ošetrovatelského procesu, by nemohly být stanoveny správné lékařské ani ošetrovatelské diagnózy. Klient v jakémkoli zařízení musí cítit, že o něj je zájem.

1.3 Komunikační funkce

- **Funkce informativní** spočívají v předávání si informací, dat údajů a faktů mezi lidmi.
- **Funkce instruktivní** patří v podstatě také do funkcí informativních, ale s přídavkem vysvětlení významu popisu, postupu, organizace, návodu jak něco dělat nebo jak něčeho dosáhnout.
- **Funkce přesvědčovací** spočívají v působení na jiného člověka s cílem změnit jeho názor, postoj, hodnocení nebo způsob konání (racionální přesvědčování pomocí argumentů, logiky, emocionální přesvědčování pomocí citů, dost často manipulativní).
- **Funkce posilující a motivující** patří svým způsobem do funkce přesvědčovací. Jde o posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti a posilování vztahu k něčemu.
- **Funkce vzdělávací a výchovná** je specificky uplatňována zejména prostřednictvím institucí, (nemocnice, škola) sycena je funkcí informativní, instruktivní, ale i funkcemi dalšími.
- **Poznávací funkce** souvisí úzce s funkcí informativní. Umožňují sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky a plány.
- **Funkce svěřovací** slouží ke zbavování se vnitřního napětí, k překonání těžkostí, sdělování důvěrných informací, většinou s očekáváním podpory a pomoci. (Mikuláščík, 2003)

Klíčovými funkcemi pro všeobecnou sestru jsou jednoznačně funkce informativní a instruktivní. Spočívají především ve sdělování informací klientům například o blížícím se vyšetření a o nutnosti opatření (dieta, klidový režim). Instruktáž je nutné podat vzhledem ke klientovým věkovým a rozumovým schopnostem. Také předávání ústního hlášení je naplněním informativní funkce. Bez vyčerpávajícího hlášení by nebylo možné efektivně realizovat ošetrovatelský proces. S informacemi pracují sestry celou pracovní dobu. Dostávají je od lékařů, klientů i rodinných příslušníků. Jejich efektivní zpracování a případné předání dál v přiměřené verzi je jeden s klíčových úkolů dnešní všeobecné sestry. Stejně tak důležité je ovládat i ostatní komunikační funkce a to především funkci vzdělávací, svěřovací a poznávací a to nejen v zaměstnání, ale i v běžném životě.

2 KOMUNIKACE VŠEOBECNÉ SESTRY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Všeobecná sestra zastává ve zdravotnickém zařízení desítky úkolů. Kromě důsledné realizace ošetrovatelského procesu, plnění lékařských ordinací, práce s dokumentací a celou řadou praktických výkonů, je to především komunikace s klienty, lékaři, návštěvami i jinými zařízeními. Do komunikace se dá zařadit též ústní hlášení, činnost během vizity a edukace. Těžko lze spočítat, s kolika lidmi za jeden pracovní měsíc musí sestra hovořit, kolik telefonátů vyřídit, kolik nemocných poučit a utěšit. Každý člověk je individualita, s každým je proto nutné hovořit jinak. I každé onemocnění, ať už somatické nebo psychické, vyžaduje určité specifikum pro komunikaci. V každém typu zdravotnického zařízení jsou jiní klienti. Odlišná interakce je mezi všeobecnou sestrou a klienty v domovech pro seniory, kde se skladba ubytovaných mění jen minimálně. Sestra zná jejich přání a potřeby, jejich chování i jejich příbuzné. Mohou zde vzniknout oboustranně přínosné sociální vztahy. Naproti tomu například v interním oddělení nemocnice, kde je za den obrovské množství příjmů, překladů a propouštění, na dlouhé poznávání není čas. Komunikace se zde z časových důvodů často omezuje na pouhé nezbytné minimum. Je na sestře, jakým způsobem ji zvládne.

V ošetrovatelském procesu je komunikace výměna informací mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem, týkající se zdraví a péče. Oba účastníci komunikace jsou vysílačem i přijímačem informací. Vzájemný komunikační vztah mezi nimi by měl být rovnocenný, po profesní stránce je však pochopitelně nevyvážený. Sestra je z hlediska svého postavení odborníkem, znalcem v dané oblasti. Měla by proto komunikaci s klientem do jisté míry vést a řídit. (Špatenková, Králová, 2009)

2.1 Vlastnosti sestry

„Ošetrovatelskou péči a k ní vhodnou komunikaci mohou provozovat pouze lidé, kteří si během života osvojili určité vlastnosti. V hierarchii hodnot je na prvním místě sebe-realizace.“ (Kelnarová, Matějková, 2009, str. 24)

Ta je spojena s poznáním a důležitým pocitem, že všeobecná sestra využívá všechny své komunikační schopnosti (které se naučila a které získala díky klinickým zkušenostem) ku prospěchu klientům. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1997) Všeobecná sestra

tedy k pocitu seberealizace potřebuje splnit očekávání nemocných. Ve zdravotnictví by měli pracovat převážně lidé, kteří si vytvořili pozitivní vztah k ostatním, lidé empatictí. Empatie je schopnost vcítit se do pocitů a prožitků jiné osoby, snaha ji pochopit. Svoji empatičnost sestra prokáže v praxi nejčastěji vhodnou komunikací (projevení účasti, utěšení, vysvětlení, dotyk apod.). (Kelnarová, Matějková, 2009)

Dalšími vhodnými vlastnostmi sestry jsou nepochybně sebepoznání, sebepojetí, sociocentrismus, přizpůsobivost, autonomie, přiměřené sebehodnocení, seberealizace, loajalita, zdvořilost a spolehlivost. Bez těchto (většinou volných a životními zkušenostmi modifikovaných) vlastností bude efektivní komunikace pro všeobecnou sestru složitá, přesto se dají některé zásady pochopit a osvojit.

2.2 Typy rozhovoru ve zdravotnickém zařízení

Všeobecná sestra při kontaktu s nemocným používá několik typů rozhovoru: důležitým typem je rozhovor **terapeutický**. Jedná se často o kontakt v době, kdy klient přijímá závažné, nepříjemné informace, se kterými se těžko vyrovnává. Lidskou a profesionální povinností sestry je být nemocnému v těžkých chvílích nablízku, poskytnout mu naději a oporu při závažných rozhodnutích a pomoc v životně nelehkých situacích. Nejběžnější rozhovor je **sociální** rozhovor. Jedná se o běžný kontakt s nemocným ve zdravotnickém zařízení i v domácí péči (komunikace při hygienické péči, oblékání, podávání stravy, léků aj.) **Specifický** rozhovor je zaměřen na nějaké konkrétnější téma. Účelem je dosažení vyšší motivace nemocného k další léčbě (vysvětlení stravovacího režimu, rizik, vysvětlení postupu při diagnostickém či terapeutickém výkonu atd.). Při vedení tohoto rozhovoru je nezbytná zpětná vazba. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Edukativní rozhovor je narozdíl od specifického zaměřen čistě na „poučení“ nemocného. Chce-li sestra klienta o něčem poučit, musí především danou problematiku ovládat. Není-li si jistá v nějakém okruhu, je vhodné si před samotnou edukací informaci dohledat. Dalším úskalím edukativního rozhovoru je umění informaci vhodným způsobem předat. Nutná je i názornost, zapojení všech smyslů. Například edukuje-li všeobecná sestra klienta o aplikaci inzulínu pomocí inzulínového pera, musí si klient pero během edukace zkusit ohmatat, rozebrat, použít aj. Odbytí klienta jen brožurou či návodem je dnes již nepřijatelné, instruktážní leták slouží jen jako doplnění. Nesmí se též zapomenout na opako-

vání, trpělivý přístup, schopnost pochválit, na závěrečné shrnutí a zpětnou vazbu. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Důležité je působit na základě pozitivní motivace, obecně dle hesla „když to budete dodržovat, Váš stav selepší“. Jednotlivé typy rozhovoru se mohou během jednoho setkání sestry s klientem střídat a prolínat. Například pokud se nemocný během hygienické péče zeptá na účel zítřejšího vyšetření a během vysvětlování projeví z onoho vyšetření strach a nejistotu, je možno uplatnit najednou téměř všechny typy rozhovoru.

2.3 Prvky komunikace sestry

Chce-li všeobecná sestra, aby její komunikace byla efektivní a splnila to, co očekává, musí sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobře komunikovat neznamená jen vhodně volit slova. Je důležité věnovat pozornost dalším prvkům, jako je rychlost řeči, výška hlasu, přítomnost tzv. embolických slov (slovních parazitů), délka projevu a intonace.

Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu. Sestra jistě zná účely aplikace inzulínu, ne však klient, kterému byl nedávno zjištěn diabetes. Proto by rychlost řeči například při této konkrétní edukaci neměla být příliš velká, třeba i proto, aby klient neměl pocit, že sestra chce mít hovor co nerychleji za sebou. Hlasitost bývá rozdílná podle povahy informace. Jinou hlasitost je třeba zvolit při obecných sděleních, platných pro celý pokoj, nebo při ranním hlášení. Zbytečně hlasitý hovor může však působit nepatřičně až netaktně. Proto ve sděleních intimnějšího rázu (třeba že paní Nováková má jít na klyzma), volíme nízkou hlasitost, informaci nemusí slyšet nikdo další.

Výška hlasu je určitým odrazem emocí. Každý má určitou polohu hlasu, která je mu vlastní. Vyšší tóny mohou působit nepříjemně až teatrálně. Pro některé klienty dokonce může být při rozhovoru se zdravotnickým pracovníkem příliš vysoký či kolísavý hlas bariérou v efektivní komunikaci. Velká radost, stres, strach, to vše se na hlasové výšce může projevit.

Zvláště při edukaci nemocných, kdy velmi záleží na srozumitelnosti, rušivě působí přítomnost tzv. embolických slov. Jedná se o nevhodně použitá slova, která můžou celé sdělení převrátit k horšímu. (Venglářová, Mahrová 2006)

2.4 Kritéria úspěšné komunikace

Je známa řada kritérií úspěšné verbální komunikace, čili jakýchsi pravidel co neje-fektivnější komunikace:

- **Jednoduchost:** je zbytečné používat zbytečně složité odborné termíny a přesvědčovat se o vlastní znalosti, když klientova znalost o problematice zvýšena nebude, narozdíl od jeho strachu a obav. Sdělení musí být naopak jasné, používají se běžné slovní obraty. Některá sousloví běžně používaná zdravotníky nemusí být známé širší veřejnosti (intramuskulární injekce, kanyla, heparinová zátka aj.) Již v úvodu rozhovoru je třeba posoudit schopnost klienta aktuálně porozumět sdělovanému obsahu. Je třeba mít na paměti, že příliš jednoduché sdělení může působit devalvačně, může znehodnocovat klienta (např. vystudovaného lékaře).

- **Stručnost:** v situaci nemocného člověka s tělesnými obtížemi, obavami a očekáváním se zvyšuje citlivost na čas. Stručně podaná informace působí profesionálně, zbytečné okliky mohou vyvolat dojem, že sestra dané problematice nerozumí nebo se nechce dostat k jádru problému. Po stručném sdělení je nutné ponechat prostor pro dotazy.

- **Zřetelnost:** při sdělování informací není nutné zabíhat do přílišných detailů. Problema-tická jsou různá dvojsmyslná sdělení (odchod: úmrtí, výkon: vyšetření, zákrok: operace), přílišná zobecnění (všichni mladí mají nižší práh bolesti, všichni diabetici mají cévní potí-že, všichni senioři jsou nechápaví: ani jedno totiž není pravda).

- **Načasovanost:** je třeba zohlednit zvláště u závažných témat. Některá sdělení, přijdou-li příliš brzy či pozdě, mohou působit kontraproduktivně. Při přípravě sdělení je nutné za-myslet se, zda je na informaci vhodná chvíle, jestli okolnosti neruší naši komunikaci a jestli je vůbec v zájmu klienta dané informace slyšet právě nyní. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Jestliže má klient určitou informaci předem, přijme ji obvykle jako fakt, akceptuje ji, třebaže s ní nesouhlasí. K tomuto kritériu patří také respektování režimu dne. Každé první setkání s klientem by mělo začít pozdravem (dobré ráno, hezké poledne...), vnímání času u klienta v nemocnici je totiž odlišné než u sestry. (Špatenková, Králová, 2009)

Pokud si sestra osvojí výše uvedená kritéria, má větší šanci vést s klientem efektivní rozhovor. V něm je nutno uplatnit speciální verbální komunikační dovednosti, které jsou sice známé i v běžném životě, v práci sestry však dostávají nový rozměr. Komunikaci sest-

ra vždy spoluvytváří a ovlivňuje. A to i tehdy, roznášeli léky nebo je jen přítomna hovořit lékaře a klienta. I komunikace je druhem péče, klient a sestra jsou ve vzájemné interakci.

2.5 Součástí hovoru s klientem

Interakce mezi sestrou a klientem má několik částí, které by měla sestra mít na paměti, a které se během rozhovoru s klientem mohou periodicky opakovat:

- **Naslouchání** je proces, při kterém se sestra může dozvědět nejvíce informací. Musí nejen slyšet, ale také chápat, rozumět a správně interpretovat to, co se v rozhovoru dozvídá. Pokud například klient neustále opakuje, že se bojí vyšetření, nelze jen kolem něj chodit a dělat si svou práci, ale je třeba jej vyslechnout a následně se pokusit jeho obavy zmírnit. Nasloucháním jsou totiž vytvářeny podmínky k dalšímu rozhovoru, vznikají náměty pro edukaci a doplnění pro ošetrovatelský proces. Naslouchání je tedy důležitá složka interakce s klientem, jenže aby bylo „co naslouchat“, je nutné klienta nějakým způsobem přimět k řeči, ke sdělení problému, podpořit jej v projevu.

- **Rezonance** je druh zpětné vazby, opakování klientem vyřčených slov. Sestra dává najevo, že klientovi rozumí, opakováním ukazuje, že problematiku vnímá a zajímá se o ni.

- **Sumarizace** je poskytnutí celkového přehledu rozsáhlého sdělení. Sestra se nevyjadřuje k jedné věci, ale k tomu podstatnému, co bylo ze sdělení vyrozuměno. Klient hovoří o konzultaci s lékařem, o jeho učenosti. Z toho je možné sumarizovat, že klient neporozuměl všem cizím termínům a započít tak další komunikaci.

- **Povzbuzování** znamená další nabádání klienta v tom, aby pokračoval ve sdělení. Sestra musí dát najevo, že to, co klient říká (sděluje bolest, strach), je pro ni důležité.

- **Mlčení** je rovněž součástí hovoru s klientem, může mít více významů. V tichu může klient formulovat otázku a zdravotnický pracovník přemýšlet, jak co nejlépe formulovat svou další řeč. Je třeba být citlivý k tomu, kdy dát nemocnému prostor, aby se zamyslel a kdy je naopak třeba jej povzbudit do další řeči. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Znalost těchto technik a schopnosti je použít patří k nejvyšším komunikačním dovednostem a přispívají k získání většího množství informací, nových intervencí a konečně k efektivní realizaci ošetrovatelského plánu.

3 SPECIFIKA KOMUNIKACE S NEMOCNÝMI DĚTMI

Komunikace s dětským klientem v nemocnici či jakémkoli jiném zařízení sebou může nést spoustu úskalí. Ne všichni si dovedou představit, co dítě oslabené nemocí či zraněním, pohybově omezené a odloučené od svých blízkých prožívá. Ne každý zdravotnický pracovník v sobě má určitý „mateřský cit“, který otevírá bránu k dětským srdcím a který pomůže navodit důvěru mezi dítětem v nemocnici a sestrou. Pokud hospitalizované dítě bude sestře věřit, nebude se bát jí sdělit, co a kde ho bolí, jaké má trápení.

U starších dětí (13 až 18 let) je někdy důležité zvládnout a ukočírovat jejich pubertální vývoj. Je dost individuální. Některé děti, dají-li se tak dnešní dospívající vůbec ještě nazvat, jsou již otrlé, nemají z ničeho strach, jiné jsou stále bojácné. Některé zlobí, narušují či nedodržují léčebný režim, mají nevhodné narážky či vulgární mluvu. Jiné jsou naopak bezproblémové, není s nimi žádná starost a poslouchají pokyny ošetřovatelského personálu. U první skupiny dětí je nutno stanovit pravidla denního režimu a jasnou komunikaci, která nepřipouští jiný výklad sdělení: např. „hudbu můžeš poslouchat jen do té doby, než tvůj soused na pokoji nebude chtít spát“ nebo „když je vizita, musíš být na pokoji“. Komunikace s takovými dětmi není jednoduchá a vyžaduje velkou dávku trpělivosti.

Důležité je si dopřát čas na vybudování vztahu s mladým člověkem, naslouchat mu a příliš nesoudit, podporovat zodpovědnost za jeho tělo a zdravotní stav, respektovat pocit studu a vyhnout se direktivnímu, autoritativnímu vedení komunikace. (Špatenková, Králová 2009)

Naopak děti mladšího školního věku (6 až 12 let) mohou být spíše tišší a bojácnější. Je vhodné mluvit klidným a konejšivým hlasem, dát jim čas na adaptaci na nové prostředí a být jim co nejvíce nablízku.

S takovým dítětem už lze dobře komunikovat verbálně, v tomto období dochází k velkému rozvoji slovní zásoby. Pro navázání rozhovoru s dítětem je vhodně začít hovořit ve 3. osobě („Některé děti nerady...“). Během vysvětlování ošetřovatelských intervencí by všeobecná sestra stále měla používat dětský slovník. Některé děti bývají zdravě „upovídané“, mohou však nastat určitá témata, o kterých se dítě nechce bavit, sestra by neochotu dítěte měla rozpoznat a respektovat ji. Dítě by mělo být zahrnuto do diskuze o jeho léčbě, nesmí být odstrčené. Musí mít pocit určité možnosti spolurozhodování. Výhodné pro

dobrou interakci též je umístit na stejný pokoj děti podobného věku. (Špatenková, Králová, 2009)

Dítě do šesti let nemusí být v nemocnici samo. Jeho doprovod nemusí být jen rodič, ale jakákoli plnoletá osoba, které dítě věří (prarodič, starší sourozenec atd.). Díky doprovodu bude mít hospitalizované dítě ve své blízkosti někoho, kdo mu usnadní adaptaci z domova na neznámé prostředí s cizími lidmi a pomůže mu překonat strach z vyšetření a výkonů, které se na něm budou provádět. I komunikace s takovým dítětem je pak jednodušší. Probíhá jakýsi „trojrozhovor“ mezi dítětem, sestrou a doprovodem. Všeobecná sestra nikdy o výkonu či vyšetření neinformuje jen doprovod, ale naopak po vstupu do pokoje pomalu a jednoduše nejprve průběh vyšetření vysvětlí dítěti, doprovod se též obvykle zapojí do vysvětlování „svými slovy“, případně utěšování. Celý proces se děje jen tehdy, je-li dítě již schopné chápat základní souvislosti (zhruba ve věku 2-3 let, je to individuální). Pokud pochopení není možné (novorozenci, kojenci) komunikuje sestra klidně a empaticky s doprovodem, který bývá v těchto případech téměř vždy matka. Ta se může, avšak nemusí podílet i na ošetrovatelské péči. Sestra musí mít na paměti, že například po porodu je matka unavená a není ještě schopna zvládnout veškerou péči o novorozence. Sestra tedy nedirektivně nabízí podílení se na péči ve smyslu „pokud se chcete podívat nebo pomoci, budu jen ráda“. Právě sestra (dětská sestra, porodní asistentka) je totiž za péči o dítě zodpovědná.

I s velmi malým dítětem lze navázat kontakt. Již od 3. měsíce dítě reaguje úsměvem, broukáním a vydáváním zvuků. K takovému dítěti je vhodné se naklonit tak, aby sestře vidělo do obličeje a usmát se (kojenci mají tendenci reagovat na úsměv úsměvem). Sestra by měla hovořit něžně a klidně (kojenci lépe reagují na vysoké tóny a ženský hlas). Základem je ovšem komunikace neverbální (dotyk, pohlazení, nošení v náručí). Při interakci s batolaty (od roku do tří let) je ideální dítě oslovovat jménem (podobou jména, které má rádo), naučit se dešifrovat slova z jeho „slovníku“, používat jednoduchá nedirektivní sdělení. Při nějakém příkazu se dítě může vzepřít a schválně příkaz nesplnit, vyrovnává se tak se stresem. (Špatenková, Králová, 2009)

Není-li z jakéhokoli důvodu možné, aby s malým dítětem byl v hospitalizaci i doprovod, je nutné se při příjmu dítěte rodičů zeptat na důležité informace. Týkají se především toho, zda dítě již bylo v nemocnici, jak usíná, jak spí, jak je samostatné v jídlu a oblékání. Důležité je se zeptat též na to, jak dítě oslovují a má-li sebou oblíbenou hračku, ke které má citový vztah a své pohodlné oblečení. Rodičům je též sděleno, kdo a kdy jim pře-

dá případné informace o zdravotním stavu dítěte. Rozloučení s rodiči je lépe zbytečně neprotahovat. (Kelnarová, Matějková 2009)

Při komunikaci s dětmi se některé všeobecné (nebo dětské) sestry dopouštějí řady chyb, především lžou a zlehčují („zítra už půjdeš domů“ nebo „nebude to bolet“), mají direktivní či autoritativní přístup, který může mít stresující vliv. Devalvují dětské otázky („tomu nemůžeš rozumět“), či emocionální projevy („kluci přece nepláčou“), projevují lítost, která může způsobit zvýšenou plačtivost dětského pacienta, apod. Navázání dobré komunikace s dítětem není lehké a její zvládnutí vyžaduje velký trénink i dávku trpělivosti, vhodné vlastnosti a především empatii. Ne každá sestra dovede s dětmi vhodně komunikovat nebo necítí v práci s dětmi naplnění. Má pak vlastně tři možnosti: naučit se ji částečně v některém s komunikačních kurzů, přetrpět aktivní kariéru na dětských odděleních nebo tento typ zařízení opustit.

4 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY

S klienty - seniory se zdravotnický pracovník může setkat ve všech zařízeních, nemocnicí počínaje a zařízeními sociálních služeb konče. Počet seniorů na světě přibývá. Věku 65 let se v naší populaci dnes dožívá 88% žen a 75% mužů, proto je nezbytné zvládnout se seniory ke vzájemné spokojenosti dobře hovořit, pochopit je a nalézt k nim cestu.

Základem k dobré komunikaci s geriatrickým klientem je především jej důkladně poznat, zjistit jeho smyslová a zdravotní omezení. Není nutné každému staršímu člověku křičet do ucha a mluvit nahlas v jednoduchých větách. Pro mnohé seniory (například vystudované inženýry, pedagogy, lékaře) to může být devalvující. Uvedené zásady, které jsou známé jako zlatý standard rozhovoru se seniory (tedy hlasitá, pomalá mluva a jednoduché, nekomplikované věty), se užívají jen při rozhovoru s klienty se sníženou smyslovou či kognitivní funkcí. Je třeba znát jistá specifika. Mnoho seniorů je nábožensky založených, někteří zažili vykání rodičům, jiní se nedovedli plně adaptovat na rychle se měnící současnou dobu. Na straně takových lidí se tedy mohou objevit zábrany hovořit o určitých věcech. Tabu bývá oblast sexuality, intimních témat, ale například i peníze či nepříjemností v rodině. (Venglářová, 2007)

Bariéry na straně takových klientů jsou nejčastěji smyslové. Při komunikaci s nedoslýchavým seniorem je nutné omezit rušivé vlivy okolí, mluvit pomalu, zřetelně a dívat se do tváře. Volí se vhodná vzdálenost od klienta. Nesmí být narušena osobní zóna klienta (40 cm), ale přílišná vzdálenost snižuje možnost slyšet. Je-li to možné, uplatní se neverbální komunikace. Při hovoru o nějakém předmětu je možné na něj ukázat, složitější sdělení někdy doplnit psaným slovem. Je třeba motivovat klienta k nošení kompenzačních pomůcek (naslouchadlo, brýle) i když to často není jednoduché. U seniorů se špatným zrakem je nejdůležitější rozhovor umně zahájit: zaklepaním, pozdravením, představením se. Sestra dbá na jasné formulace, které omezí možnost jiného výkladu. Nedotýká se klienta bez upozornění, vše důsledně popisuje. Někteří gerontologičtí klienti prodělali v minulosti různá neurologická onemocnění, jež ovlivnila jejich schopnost používat a porozumět řeči (senzorická, motorická afázie). Může u nich dojít k hněvu a agresivitě nebo naopak k rezignaci na komunikaci. Vhodný přístup spočívá hlavně v trpělivosti, hledání alternativních možností (obrázky, počítač, posunky). Sestra nedává obecné otázky, ukazuje předměty, o kterých hovoří. Bariéry mohou být i psychického rázu, senioři mohou být nedůvěřiví, bojí se, že se v novém vztahu zklamou. Ne vždy vznikne hned při prvním setkání se sestrou vzájemná

sympatie. Pak je třeba zapojit profesionální chování, vůli a překonávat úskalí. (Venglářová, 2007)

„Vybudování dobrého vztahu se nedocílí strohým vysvětlováním vyšetření, nebo dalšího postupu, ale spíše vhodným rozhovorem. Jako oblíbená témata hovorů se seniory uvádějí Klevetová a Dlabajová (2008, str. 111) především témata životní (dětství, mládí, škola, koníčky, práce), přírodní (zvyky, tradice, počasí, roční období), významné životní okamžiky (lásky, pracovní úspěchy), příjemné rodinné události, informace z politiky, jídlo a recepty, dále vzpomínky (jak to bylo dříve lepší) a rady a názory na současnou dobu. Většina okruhů je typická pro metodu reminiscence. Systematické zařazování a iniciování hovorů na daná témata v rámci této metody podporuje příjemné pocity klientů. Přispívají k vyšší vnitřní stabilitě, ke klidu a vyrovnanosti, ale především k navození důvěry se zdravotníkem“. (in Malíková, 2010, str. 231)

Sestry v nemocnicích či různých sociálních zařízeních často hovoří se seniory v osobní či zdravotní situaci, která je mnohdy nepříznivá a komplikovaná. Tito senioři jsou tedy mnohem vnímavější vůči všem projevům chování a reakcím, s nimiž se v přístupu o sebe setkávají. Zlepšení těchto málo radostných situací vyžaduje odpovědný přístup sester, efektivní a citlivou komunikaci. Základem je vyvarovat se různých špatných návyků a stereotypů, které by mohly situaci takových klientů ještě zhoršit. Klevetová a Dlabajová (in Malíková, 2010) uvádějí některé takové zlozvyky zdravotnických pracovníků: sestry odsuzují zlozvyky a návyky klientů, aniž by si uvědomily jejich příčinu (z vlastní zkušenosti velmi častý stereotyp, viděný obvykle v zařízeních, kde není příliš času klienta poznat). Sestry radí a hledají řešení v okamžiku, kdy ho klient nepotřebuje. To často vyvolá spíše zlost a smutek, klient často potřebuje jen aktivní naslouchání sester. Další návyk je ukvapené uklidňování klienta (někdy aniž by si sestry klienta vyslechly), přesvědčování klienta (sestry přece nejlépe vědí co je pro seniora dobré, on sám je už starý a nesamostatný), kladení zbytečných otázek (i když je lepší spíše mlčení), vnucování svého názoru, skákání do řeči a vyhýbání se rozhovoru, třeba na základě osobních antipatií.

Občasným jevem je též určitá kategorizace. Někteří lidé a bohužel jsou mezi nimi i sestry, mají pocit, že všichni senioři jsou stejní. Jsou pomalí, hůře jim to myslí, špatně se vyjadřují a vůbec všechny zdržují od práce. Není tomu tak. Ne všichni jsou stejní, některým čas na paměti neubral a určitě nezdržují schválně. Někdy k jejich pochopení stačí tak málo: pohovořit si s nimi, poznat je a mít k nim respekt.

Při péči o seniory často není nouze o stres, frustraci a o syndrom vyhoření. Bohužel zde někdy již nejde o uzdravení, ale jen o udržení co největší kvality života do posledních chvil. Obavy jsou o osud klienta (riziko smrti), jeho bezpečí a zdravotní stav. Geriatrie je stále opomíjený obor, neuznávaný příliš ani mezi profesionály, i když právě vysoké odborné znalosti a zdatnost po všech stránkách vyžaduje na nejvyšší míru. (Venglářová, 2007)

Dobrá a efektivní komunikace seniorem se nedá naučit hned, bude li však všeobecná sestra plnit následující desatero, může najít cestu ke klientovým problémům i jeho srdci:

1. Respektujeme identitu klienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení "babi", "dědo" jsou ponižující.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinštění) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. Při komunikaci s geriatrickými klienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jejich důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léku) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.
6. Aktivně, ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.).
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli seniora, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. Pokud není jednoznačně jisté, že je klient nedoslýchavý, tak zbytečně hlas nezvyšujeme, ani mu nekřičíme do ucha.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení seniora), ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením. (Kalvach a kol., 2008)

5 SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY PSYCHIATRICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

Odlišnosti komunikace s psychiatrickými klienty jsou značné. Je třeba především uplatnit individuální přístup, jasně strukturovanou komunikaci, jednoduchost a zásadovost. Klienti s psychickými onemocněními byli v minulosti zavíráni v psychiatrických léčebnách, nyní se s nimi můžeme setkat téměř ve všech zařízeních (nejen v nemocnicích, ale i kontaktních centrech, ústavech sociální péče, nízkoprahových zařízeních, chráněných dílnách...). Existují desítky psychiatrických diagnóz, v našem výčtu se zaměříme se na nejčastější z nich dle Honzáka (2009): úzkostné stavy, depresivní stavy a schizofrenii.

5.1 Komunikace s klienty s úzkostnými stavy

Úzkost je nepříjemný stav, nemající zcela jasnou a zřetelnou příčinu. Jedná se o obavu z něčeho neznámého (zde je odlišnost od fobických poruch), klient si svůj stav narozdíl od psychotických onemocnění uvědomuje, ale jen velmi těžko s ním dokáže bojovat. Jde o nejčastější duševní onemocnění, trpí jím až 70% psychiatrických klientů.

Jsou to nemocní, kteří od zdravotníků i lékařů požadují často jen potvrzení svých názorů a myšlenek. Někdy nechtějí jiný náhled na věc (na své onemocnění) vůbec slyšet. Ošetřovat tyto nemocné je pro všeobecnou sestru velmi náročné. Úzkostným lidem je nutné vše trpělivě a klidně vysvětlovat. Žijí totiž neustále ve světě nedůvěry a beznaděje. („Mně už nikdo nepomůže, nikdo o mě nemá zájem“). Úzkostný klient často vyhledává kontakt se zdravotníky, žádá jejich zvýšenou pozornost. Někdy ani neví, proč je signálním zařízením zavolal na pokoj. Snad pro uklidnění, je rád že za ním přišel někdo „kompetentní“, komu se může vypovídat ze svých starostí. Chce na téma svého zdraví a dalšího průběhu nemoci opakovaně hovořit, přesto že mu již bylo několikrát odpovězeno. Stále dokola chce slyšet, jak se jeho zdravotní stav zlepšil. Výsledky svých vyšetření často prověřuje pomocí odborné literatury, vyžaduje konzultace s lékaři, stále se nemůže dovolat vyrozumění. Komunikaci s takovým klientem vyžaduje velkou dávku trpělivosti a empatie všeho personálu. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Přístup k úzkostným klientům ze strany personálu by měl být pevný. Jen tak existuje šance, že klient nebude pokračovat ve své regresivní cestě k ještě větší úzkosti. Každý den by měl mít pevný harmonogram. Klient by měl vědět, co se s ním daný den bude dít a

v jaké posloupnosti, případně jak bolestivá budou jednotlivá vyšetření, jakou angažovanost a nepohodlí budou vyžadovat. Vhodným pomocníkem při potlačování úzkosti se stává funkční signalizační systém, který by měl být už dnes samozřejmostí. Přesto se občas nepodaří úzkost potlačit a musí se dostat na povrch v podobě plačtivých či agresivních projevů. V pozadí těchto reakcí je stále úzkost, je důležité udělat něco pro její utlumení. (Honzák, 1999)

Úzkostný člověk sleduje naši verbální i neverbální komunikaci, mimiku i gesta. Jakékoli povzdechnutí například nad výsledky vyšetření u něj může vyvolat nepříjemné pocity. Úzkost potlačuje zájem o klienta, který nesmí být předstíraný. Je třeba si zvláště v odpoledních hodinách najít dostatek času na rozhovor. Ten vyžaduje soukromí a klidné prostředí. Údaje během rozhovoru je třeba podávat srozumitelně, zvolit pomalé tempo řeči, opakovat sdělení a hledat zpětnou vazbu. Není vždy lehké podporovat takového klienta v rozhodování, často za něj musí hledat řešení personál. Ulehčit celou situaci může rodina nemocného, která může zmírnit jeho pocity opuštěnosti. (Kelnarová, Matějková, 2009)

Pokud je známo, že na oddělení je úzkostný klient, není vhodné si před ním šeptat, či o něm mluvit na vizitě ve třetí osobě. V negativním slova smyslu by se o klientech nemělo hovořit ani na vyšetřovně, tím méně o klientech úzkostných.

5.2 Komunikace s klienty s depresivními stavy

Nálada u těchto klientů je trvale snižena, tím spíše že člověk je hospitalizován, má nějakou nemoc a nejistou budoucnost. Provází jí výčitky svědomí, pesimismus a nerozhodnost. Depresivní klient v nemocnici je většinou „odhalen“ pesimistickou náladou během dne, návaly smutku a slz, neochotou účastnit se běžných denních aktivit a vyšetření („To je jedno, stejně mi to nepomůže“), sníženou chutí k jídlu a suicidálními myšlenkami.

Při prvním setkání s depresivním klientem je především důležité dát najevo pochopení a dovolit mu být právě „takový, jaký je“. Apel na silnou vůli, mobilizaci sil a lepších stránek života nemocnému často spíše přitíží, může mít kontraproduktivní efekt. Sestra (i lékař) jsou pro mnoho takových klientů autoritami, jejichž slovo má váhu. Proto není možné klást na klienta přehnané požadavky. Často jim nemůže vyhovět, cítí se ještě provinileji a jeho deprese se zhoršuje. (Honzák, 1999)

Na počátku interakce má sestra tendenci klientovi pomáhat, (někdy i nad rámec svých povinností). Při negativní nebo žádné reakci se pak často stáhne, šetří síly. Delší pobyt s tímto klientem může vyvolat určitou obavu před „nákazou“, tedy obavou že se smutek přenesení i na sestru. V kontaktu může dát klient sestram najevo, že péče o něj nemá smysl, nebo že si ji nezaslouží. Jde však o podstatu černého vidění světa, ne o realitu. Největším nebezpečím je riziko sebevraždy. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Při rozhovoru s nemocným, který jeví výše uvedené příznaky deprese by všeobecná sestra především měla zjistit rizikové faktory: kromě více vulnerabilního ženského pohlaví a somatických chorob (stavy po infarktu, CMP, imobilizace), to též může být osamělost a nízký ekonomický základ. Právě s takovými klienty by měla sestra komunikovat podle jasných zásad: zachovat klidný přístup typu dospělý k dospělému (zvýšená péče staví nemocného do role dítěte), udělat si na rozhovor čas, vybrat na něj vhodné prostředí (ne vyšetřovna a pokoj, ale třeba veranda, společenská místnost), zvolit volnější tempo řeči, podávat přesné informace (jejich dostatek vytváří u klienta pocit kontroly nad situací). Dále je nutné pozitivně reagovat na případné otázky, pokud je třeba, zopakovat sdělení, pokusit se probrat s nemocným všechny možné varianty, podporovat jej v rozhodování, umožnit nemocnému kontakt s lidmi a to nejen příbuznými, ale i ostatními klienty. Není-li to nemožné, povolit návštěvy i mimo určené hodiny. Dále je možné nabídnout klientovi jiné komunikační kanály, především tisk, knihy a televizi, nebo citlivě pohovořit o možnosti využití psychologa. Sestra by nad klientem neměla přijmout dominanci, patronát, ale co nejvíce ho podporovat v samostatném úsudku a rozhodování. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Veškerá komunikace by měla se měla zaměřit ochranu před sebevražedným pokusem, sebepoškozením a úrazy, k získání motivace ke zvládnání běžných činností. Všeobecná sestra se též snaží nemocného povzbuzovat ke sdělování jeho pocitů a nálad, je-li to možné, aktivně jej zapojovat do ergoterapie. Denně by měla jeho nálady stručně zapisovat do dokumentace

5.3 Komunikace s klienty se schizofrenními poruchami

Zatímco předchozí psychiatrická onemocnění si klienti uvědomovali, u schizofrenie tomu tak není. „Jedná se o psychotické onemocnění s postupným rozkladem osobnosti, poruchou jednání, vnímání myšlení, ztrátou kontaktu se skutečností a halucinacemi.“(Vokurka, Hugo, 2006, str. 402)

Celosvětově se jedná o jednu z deseti nejčastějších příčin invalidizace. Dělí se na více druhů, nejčastější je paranoidní schizofrenie (chorobná vztahovačnost, přítomnost bludů, halucinací). Udržet kontakt a dobrou komunikaci s klientem s pozdním stadiem schizofrenie je nesmírně náročné. Většina z nich sice může krátkodobě udržet dobrou komunikaci, později však u nich dochází k přetížení novými podněty a zahlcení úzkostí. Proto by rozhovor s takovými klienty neměl být příliš rozsáhlý a namáhavý. Cenné informace o způsobu jednání s nemocným mohou poskytnout jeho nejbližší, se kterými je vhodné navázat spolupráci. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Klienti se schizofrenií v pozdních částech onemocnění trpí často utkvělými bludy (např. že je personál chce zabít, dává jim postupně jed do čaje, ten je i v injekcích a infuzích) a nenechají si je vymluvit. Jsou podezřívaví, vymýšlí si nová slova, hovoří podivným způsobem, dělají zvláštní nestandardní věci (pokleknou na zem a začnou se modlit během edukace o vyšetření, schválně upadnou ze židle, mohou být agresivní...) Jednání s takovými klienty proto musí být nedirektivní, ale zcela jednoznačná, nepřipouštějící žádnou jinou možnost, než která byla vyřčena. („Žádný jed vám nedáváme, nemáme důvod“, „až pro vás přijdu, půjdeme na vyšetření“ nebo „večer musíte spát, rušíte ostatní na pokoji“). Různé edukace o režimu na oddělení či plánovaném vyšetření nemají často smysl, nemocní nedokáží chápat delší a komplikované sdělení, slévá se jim v jeden celek.

Nejdůležitějším cílem komunikace s klientem se schizofrenií je pomoci nemocnému získat důvěru v sebe i okolí. Dát mu možnost ke sdělení svých potřeb kdykoli během dne a navázání kontaktu s ostatními. Všeobecná sestra též zachovává empatický přístup, snaží se pochopit situaci s ohledem na psychické změny nemocného. Ponechá nemocnému čas, aby obnovil své vztahy s rodinnými příslušníky. Sleduje všechny vlivy, které mohou snížit schopnost komunikovat, například neurologická onemocnění či pórázové mechanické překážky. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Ke klientovi je nutné přistupovat klidně, hovořit nahlas a jednoduše, v klidné intonaci hlasu, důležité je potlačit nervozitu (svou i klientovu), minimalizovat jeho stresy. Roztřesený hlas, neklidné trhavé pohyby a nevhodná gestikulace jsou živnou půdou pro rozjezd klientových bludů. Sestra by neměla klást příliš velké nároky na zapojování se do běžného společenského života, léčba schizofrenie je mnohaletá práce, během které je důležitá důsledná farmakoterapie a psychosociální léčba. Ani tak vždy nebývá úspěšná.

6 SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S DEMENCÍ

„Demence je chronický trvalý úbytek duševních schopností. Nejčastějším typem je Alzheimerova demence. Projevuje se především postupným výrazným úbytkem kognitivních funkcí, inteligence a paměti, zhoršováním soustředění, ztrátou vyšších etických citů, postupnou neschopností sebezpečí a následnou invalidizací.“ (Vokurka, Hugo, 2004, str. 76)

Se zvyšováním věku a snižováním mortality je zjevné, že lidí s demencí bude ve zdravotnických zařízeních přibývat. Dobrá komunikace stojí především na respektování nemocného jako osobnosti, i když třeba nemocí změněné. V různých stádiích demence může nastat též odlišný způsob jednání s takovými lidmi. V počátečních stádiích je základem zajištění bezpečnosti, trpělivé vysvětlování režimu na oddělení (kde se nachází jídelna, WC...), v dalších fázích jde především o zajištění bezpečnosti a prevenci poranění.

Jedno z prvních znamení počátku demence u člověka se ukáže právě v mluvě a komunikaci. Takový člověk najednou nemůže najít správné slovo pro běžný výraz, nemůže si na něj vzpomenout vůbec, nebo jej nahradí jiným, nesprávným termínem. Později může zaměnit jména měst a objektů. Jindy si během rozhovoru třeba opakovaně splete jména svých nejbližších, což může být obzvláště skličující. Totéž se potom děje v rozhovoru se zdravotnickým personálem. Mladého zdravotníka osloví „pane doktore“, paní uklízečku „sestřičko“ apod. Tito lidé mají problémy se zařazováním jmen a titulů, lépe než je v tomto směru neustále opravovat, je projevit k případným chybám respekt a takt. (http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=130, citováno 4.1. 2011)

Komunikace by měla být spíše jednoduchá a přizpůsobena úrovni klientova chápání. Klient by neměl být postaven před rozhodování se mezi více alternativami.

Demence je onemocnění, které se zhoršuje postupně, proto bývají komunikační schopnosti nemocného zpočátku poměrně dobře zachovány. Postupem času je vhodné občas pomoci klientovi v nalezení vhodného slova a poskytnout mu více času na adekvátní odpovědi. Je třeba také počítat s některými excesy (projevy agrese, napadání, nebo že si zdravotnického pracovníka handicapovaný zahrnuje do svého životního příběhu). Nemocný se jen všemi způsoby snaží lépe se zorientovat v situaci. Konečně v pozdních stádiích demence je nutné hledat alternativní komunikační pomůcky, jako jsou piktogramy (obráz-

ky, nahrazující klíčová slova, například WC, jíst, pít, spát..), fotografie či metody bazálního dialogu. (Slowík, 2010)

Již od příjmu do nemocnice či jiného zařízení musí mít takto nemocný pocit, že je o něj zájem, že je vnímán a respektován. K tomuto pocitu často stačí i úsměv, pokynutí, mrknutí oka. V opačné situaci, je-li nemocný přehlížen, mluví-li se na něj rychle nebo pokud je kolem něj velký ruch, může reagovat negativně (plačtivě, agresivně). Je vhodné se přizpůsobit jeho individuálním potřebám, přijmout jej jako osobnost se všemi aspekty. Základem je takového klienta poznat. Již od příbuzných při příjmu je vhodné zjistit návyky nemocného (oblíbená kniha, hudba, denní činnost...). Při běžné péči o klienta je potom vhodné sledovat jeho výraz tváře, chování a reakce. Často není možné se zeptat, co potřebuje nebo co by si přál, protože nám nerozumí, nebo nedokáže adekvátně odpovědět. Pokud je nemocný neklidný, může to znamenat, že něco hledá, nebo že ho taky něco bolí. Pokud zdravotník klienta zná a dokáže analyzovat jeho příznaky, je to dobrá výchozí pozice pro další komunikaci. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009)

Člověk s demencí potřebuje též být oceněn, cítit se jako člověk, který má svou hodnotu. Měl by být chválen za každý úspěch (v počátečních stádiích například za postavení skládačky, v těch pozdních třeba jen za namazání si chleba). Při setkání s rodinou potom tuto pochvalu zdůraznit, dávat ovšem akcent na nemocného. Ten sice často nechápe sdělení, dokáže ale velmi dobře vystihnout jeho tón a atmosféru celé situace. Naopak nemocný by neměl být plísněn, nemělo by se poukazovat na jeho nedostatky (hrozí totiž agresivní reakce). Je vhodné se situacím, ve kterých by mohl selhávat úplně vyhnout. Přizpůsobit se chodu jeho myšlenek, nespěchat, když chce něco sdělit, snažit se sdělení „dešifrovat“.

Při běžném rozhovoru je důležité odstranit nadbytečný šum a ruch z okolí, který si zdraví lidé dokáží „odmyslet“, ale u lidí s demencí může snížit soustředění a vyvolat neklid. Pokud se to povedlo, dívá se sestra klientovi přímo do očí (klient je klidnější, lépe se koncentruje na obsah). Samozřejmostí je pomalá, zřetelná a přiměřeně hlasitá mluva a nonverbální komunikace (nikoli přehnaná či dětinská, stačí jednoduchá gesta, ukázání na předmět aj.) Další zásadou je dostatek času na sdělení a následné provedení úkonu a postupnost sdělení. Například při vysvětlování hygienické péče sestra klienta instruuje bod po bodu. Řekne mu například, ať jde do koupelny a vysvlékne se do půl těla. Po splnění tohoto dílčího úkonu ho instruuje dál (pusťte vodu-namydlete se-osušte se...).

Každou myšlenku je vhodné pokusit se dokončit tak, aby dávala smysl. To vyžaduje jistý čas a trénink. Lepší výsledky interakce s klienty jsou pochopitelně v těch zařízeních, kde jsou handicapovaní déle, jsou adaptovaní na okolní prostředí a personál je dobře zná. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Prostředí, které také dobré komunikaci napomáhá, by mělo být bezpečné a klidné, barevné s množstvím velkých hodin a kalendářů. Každý den by nemocnému mělo být sděleno, jaké je datum, kolik je hodin a co ho ten den čeká. Neměl by se dozvídat jen o ošetřovatelských výkonech, ale i o možnostech aktivního odpočinku, např. „za chvíli půjdeme na vyšetření, nebude vás bolet a pak si můžete číst, vyšívát nebo dívat na televizi“. Jedině tak se bude nemocný cítit dobře a průběh onoho nevyléčitelného onemocnění se povede zpomalit.

7 SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

U jedinců s mentálním postižením došlo k zaostávání vývoje rozumového i adaptačního a k odlišnému vývoji některých psychických vlastností (schopnost myslet, přemýšlet). Postižení je důsledkem nějakého poškození mozku. Jedná se o konstantní stav, nejde tedy o nemoc.

Měřítko komunikačních dovedností je různé. Postižení lidé prochází různými sociálními zařízeními a učí se chovat a reagovat v rámci norem tohoto prostředí. Například člověk, vychovávaný v ústavu nebude mít problém s rozhovorem se zdravotníky, je na ně zvyklý. Jeho rozvoj ale nemusí dosáhnout horní hladiny jeho možností, protože individuální péče je možná jen částečně. Naopak dítě s mentálním postižením, které vyrůstá s rodiči (často jen s matkou), může mít při komunikaci se sestrou velké problémy. Na změnu prostředí reagují tito lidé velmi citlivě. Klienti lehce mentálně retardovaní (IQ 50-69) vedou rozhovory podobné zdravým lidem, může se objevit opožděný vývoj řeči, častá je snížená slovní zásoba a slovní vycpávky, jinak komunikace s takovými klienty nebývá složitá. Většinou jsou ochotní, obvykle se snaží dohodnout a vyhovět. U středně těžké mentální retardace (IQ 35-49) je znakem pomalu se rozvíjející chápání a tvorba řeči. Někteří z těchto klientů se mluvit nenaučí a užívají gestikulaci. V komunikaci s nimi existují velké rozdíly, hodně záleží na předchozí výchově. Klienti, kteří byli vychovávaní citlivě a vedeni k tomu aby mluvili, mohou po krátké adaptaci (a poté, co personál pozná jejich komunikační návyky), vést se sestrou krátké rozhovory na různá témata.

„U těžké a hluboké mentální retardace (IQ pod 35) je již komunikace velmi složitá, nemocný není obvykle schopen tvořit slova, rozumí jen nejzákladnějším pokynům. Vyžadují stálou pomoc a dohled.“ (Höschl, 1996, str. 286).

Vhodná je zde stejně jako u klientů s pokročilou demencí metoda bazálního dialogu, při níž se užívají netradiční komunikační projevy, které mohou mít významnou sdělovací hodnotu. Pohyby očí či svalstva nebo frekvencí dýchání může nemocný mnohé naznačit. Na rozluštění těchto náznaků je třeba čas i zkušenosti sester s takto nemocnými. (Slowík, 2010)

S lidmi s mentálním postižením je nutno pokusit se zacházet stejně jako s ostatními lidmi. I když sestra komunikuje s osobou s mentálním postižením, u které je její nemoc na

první pohled patrná, je třeba se vyvarovat mluvit na ni jako na dítě. Různá šišláni a zdobněliny totiž snižují důstojnost nemocného a rozhodně nepřispějí k jeho samostatnosti. Takoví lidé přicházejí do hospitalizace z domácího prostředí či různých sociálních ústavů, kde žijí léta a jsou tam zvyklí. Adaptace na nové prostředí není lehká. Je vhodné se proto zeptat opatrovníka, jak ve svém domovském prostředí klienta oslovují. (Zde je možno klienta v nemocnici oslovovat jeho křestním jménem, pokud je tak léta zvyklý). Také jeho osobní věci (povlečení, pyžamo, hračky) a časté návštěvy opatrovníka mohou pomoci snazšímu přizpůsobení a komunikaci.

(http://www.associatedcontent.com/article/2814190/common_childhood_mental_illness.html?cat=5, citováno dne 4.1. 2011)

Při příjmu i dalších jednáních ohledně takového klienta bývá obvykle přítomen rodič či opatrovník. Rozhovor by se, pokud je to možné, nikdy neměl vést k nim, ale na klienta. Jeho doprovod příkyvuje, opravuje a podává další informace. Rozhovor sice vydá více času, pomáhá však rozvoji komunikačních schopností klienta a posiluje jeho adaptaci a samostatnost. Pokud je postižený sám, již během prvních slov a vět se sestra pokouší odhalit jeho úroveň komunikace, a tomu pak přizpůsobuje další rozhovory během hospitalizace.

Hlavní zásadou interakce s takovými klienty je mít na paměti, že člověk s mentálním postižením zasluhuje stejnou úctu a respekt jako jiní lidé, jen je k němu přistupovat s větším taktem a mít na sdělení více času. Případné otázky i instrukce je nutné opakovat tolikrát, kolikrát je to zapotřebí, být trpělivý a tolerantní a úroveň sdělení přizpůsobit možnostem klienta. (Honzák, 1999)

Nikdy bychom se též neměli spokojit s prostým sdělením informace, ale vždy počkat na znamení, že klient sdělenou informaci chápe (příkývnutí, klidný výraz, zjištění pochopení pomocí otázek). Samozřejmostí je během rozhovoru sledovat nonverbální projevy nemocného a postupně se je snažit naučit „dešifrovat“ (například pohled z okna může znamenat, že jej chce otevřít, ukazování směrem k nočnímu stolku zas, že chce něco k jídlu atd.) Někdy klient hovoří tak, že mu není příliš rozumět. Je-li ubytován v sociálním ústavu mnoho let, personál mu již rozumí, je zvyklý na jeho styl mluvy. V nemocnici je však nováčkem, proto se všeobecná sestra i celý personál snaží jeho jednotlivé projevy pochopit a reagovat na ně. Pochopená slova a gesta si pak během dne předává mezi personálem. Vhodné jsou též jednoduché a krátké zápisy do dokumentace.

Ošetřovatelské výkony jsou takto nemocným vysvětlovány co nejjednodušeji, až dětsky (často je maximum možného „půjdeme na vyšetření, pan doktor chce vidět snímek břicha, nebude to bolet“). Při běžných denních úkonem je vhodné se vyhnout otázkám s otevřeným koncem nebo dávající klientovi možnost rozhodnutí z mnoha variant. Spíše je třeba vést klienta s postižením k jednotlivým a postupným krokům (tedy raději říkat „nyní půjdeme do koupelny“ než se ptát „chcete jít do koupelny, na WC, nebo do jídelny?“) Na krátkodobou paměť je lepší se nespoléhat, raději se vyplatí sázet na důslednost a opakované vykonávání stejných činností v určenou hodinu. (Kelnarová, Matějková 2009)

To přináší větší šanci, že si jednotlivé úkony zapamatuje. Zlobit se na případné zapomínání, nebo děláni věcí jinak nemá smysl. Postižený to jistě nedělá schválně. Uvnitř to jsou obvykle velmi hodní lidé, bezelstní a důvěřiví. Málokdy by udělali úmyslně nějakou špatnost. I proto je tolik důležitá trpělivost a individuální přístup. Nebývá to vždy lehké, zvláště začátky hospitalizace bývají krušné na obou stranách. Vyžaduje to velkou dávku trpělivosti ze strany personálu, ale vše je zvládnutelné a radost ze vzájemného porozumění je pak o to vyšší.

8 SPECIFIKA KOMUNIKACE S KLIENTY S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Ošetřování nemocných se zhoubnými nádory a komunikace s nimi vyžaduje od sester velké odborné znalosti a komunikační schopnosti. Jedná se o každodenní uplatnění citlivého a empatického přístupu. Péče je náročná, nemocní totiž intenzivně vnímají slovní i mimoslovní projevy sester. Onkologicky nemocní lidé jsou v těžkém psychickém stavu, zhroutily se jim všechny životní tužby a plány, mohou se nacházet v přímém ohrožení života. Na zdravotníky mohou reagovat plačtivostí, depresí, někdy suicidálními pokusy, jindy verbální agresí. (Slezáková, 2007)

Sestra tyto skutečnosti musí mít na paměti, stejně jako by měla znát jednotlivé fáze přijímání nevyлéčitelné nemoci, které sepsala v roce 1969 americká lékařka E. Küblerová-Rossová (in Slezáková, 2007)

- **Fáze šoku:** člověk je ohromen, vyděšen, plný úzkosti, strachu a má tendenci tuto otřesnou skutečnost popřít.
- **Fáze zloby a vzteku:** projevuje se podrážděností, slovní agresivitou a častá je zde nutkavá otázka: proč právě já?
- **Fáze klidnění a smlouvání:** typickým příznakem v této fázi je upínání se k novým a zářačným metodám a shánění informací o nich. Člověk v této fázi přijímá konečnost: zemře, ale až se něco uskuteční.
- **Fáze deprese:** naznačuje, že už docházejí síly psychicky odolávat a další boj se zdá marný.
- **Fáze smíření:** vyskytuje se u klientů v konečném stadiu života, je někdy spojena s odevzdaností i se smířením s nevyhnutelností smrti. Jindy je přítomno úplné zoufalství.

V dnešní době se většina onkologických onemocnění, pokud se podchytí včas, dá dobře léčit. K tomu bychom měli motivovat i nemocné. Povinnost informovat o zdravotním stavu klienta i jeho rodinu má sice pouze lékař, nikdo však nemůže zakázat sestře dávat nemocným naději. Ta však nesmí být planá.

Vše začíná již u sdělení onkologické diagnózy. USA prosazuje tvrdě pravdomluvný přístup, má k tomu určeny i speciální místnosti, kde je onemocnění sdělováno, přítomna je kromě klienta a lékaře i sestra. Celý rozhovor je nahráván. Klient by podle amerických lé-

kařů měl znát čistou pravdu, už pro případné uspořádání majetkových poměrů. Evropa má jiné kulturní tradice i celkově jiný vztah k obyvatelstvu, přesto podobný „pravdivý“ přístup je i tady již běžný. (Linhartová, 2007)

Nikdy by se však podobně závažné onemocnění nemělo oznamovat na pokoji a už vůbec ne během vizity, jak je v českém prostředí bohužel stále běžné, to ani v případě, že klienti o svém onemocnění téměř najisto vědí. Vždy je třeba dodržovat etické zásady, dbát na emoce nemocného.

Nemocní ještě nemusí být s nemocí smíření, proto bývají plačtiví nebo naopak agresivní. Namísto je tedy uklidnění a ujištění, že tu sestra je s nemocným. Někteří nemocní si pocity nesou v sobě, jiní se chtějí vypovídat. V takové chvíli, je-li to jen trochu možné by měl zdravotnický pracovník člověka vyslechnout. Nebude chtít hovořit jen o své nemoci, ale pravděpodobně i o vztazích, nenaplněných úkolech či přáních. Pokud skutečně není dostatek času, slíbí sestra nemocnému, že za ním za chvíli přijde. Někdy nemocní chtějí hovořit i s psychologem (který by měl být přítomen v každém zdravotnickém zařízení) či knězem. Samotný běžný hovor s nemocným by neměl být veden v rovině soucitu, ale běžné komunikace sestry a klienta. Všeobecná sestra by neměla nijak dávat najevo (v hlase, non-verbální komunikaci), že je jí nemocného líto, naopak i když je to velmi těžké, se pokusit lítost potlačit. Plačtivý hlas sestry nebo přehnané utěšování totiž mohou zhoršit psychické rozpoložení klienta.

V dalších fázích léčby bývá klient často oslaben náročnými procedurami (chemoterapie, radioterapie) proto je důležité jej nezatěžovat přílišným množstvím slov, ale naopak mu zajistit dostatek odpočinku. Při zájmu klienta o rozhovor jej však pochopitelně poskytnout. Nemocný by během celé hospitalizace měl vnímat přítomnost všeho personálu. Ten by měl být optimistický, usměvavý a neměl by se již zabývat minulostí, tím co bylo (jak se klient choval před nemocí) ale tím, co může udělat, aby byla pro klienta lepší budoucnost. Na místě by měla být také ohleduplnost vůči aktuálnímu zdravotnímu stavu a náladám nemocného, stejně jako pomocná ruka a milé slovo pro nemocného v jakémkoli stádiu. Ta bývá na konci důležitější, než veškerá dostupná léčba.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem průzkumu je především zjistit postoje a názory všeobecných sester na různé oblasti komunikace s klienty ve zdravotnických zařízeních. V práci se pokouším o získání údajů od všeobecných sester o významu komunikace v jejich běžném pracovním dni a vlivu komunikace na realizaci ošetrovatelského procesu. Pokouším se o odhalení případných potřeb a nedostatků všeobecných sester v oblasti komunikace ve zdravotnických zařízeních. Na základě výsledků dotazníkového šetření jsem vytvořil brožury s návrhy komunikačních zásad a účinnými opatřeními pro komunikaci s klienty různých onemocnění. Brožur je více druhů, budou rozdány všeobecným sestřím do zdravotnických zařízení. Všechny vychází z osobních zkušeností a z výsledků dotazníkového šetření. Sestry by je měly využívat jako pomůcku ve své praxi.

10 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit, jak se všeobecné sestry zajímají o komunikaci a zda jsou ochotné se o tématu komunikace s klienty ve zdravotnických zařízeních dozvědět nové informace.

H1: 80% všeobecných sester o komunikaci zajímá, až na výjimky mají sestry o nové informace na téma komunikace s klienty ve zdravotnických zařízeních zájem.

Cíl 2: Zjistit, s jakými klienty (dle onemocnění či zdravotního postižení) se podle názoru všeobecných sester komunikuje nejhůře.

H2: Nejhůře se dle názoru všeobecných sester komunikuje s klienty s psychickým onemocněním.

Cíl 3: Posoudit názory sester na obtížnost komunikace s klienty v jednotlivých zdravotnických zařízeních/odděleních. Zjistit, ve kterých zařízeních/odděleních je komunikace s klienty dle názoru všeobecných sester nejobtížnější, a kde naopak nejjednodušší.

H3: Nejobtížnější je dle názoru všeobecných sester komunikace s klienty v psychiatrické léčebně.

H4: Nejjednodušší je dle názoru všeobecných sester komunikace s klienty na interním a chirurgickém oddělení nemocnice.

Cíl 4: Zjistit, s jakými hraničními a nepříjemnými situacemi se všeobecné sestry nejčastěji setkaly při komunikaci s klienty (popřípadě s jakými to bylo klienty)

H5: Všeobecné sestry se nejčastěji setkaly s agresivitou klientů a s nemožností vysvětlit klientovi nějakou záležitost, týkající se jeho zdravotního stavu (vyšetření, edukace...)

H6: Všeobecné sestry zažily nejvíce hraničních situací při komunikaci s klienty pod vlivem alkoholu a návykových látek.

Cíl 5: Zjistit, s kterými klienty cizí národnosti/etnika se všeobecné sestry ve svém pracovišti nejčastěji setkaly a posoudit způsob, kterým zvládly komunikaci s nimi (překonání jazykové bariéry atd.)

H7: Více než 50% všeobecných sester se ve svém pracovišti setkala s klientem/klientkou Vietnamské národnosti a romského etnika.

H8: Nejčastějšími „prostředky“ pro překonání případné jazykové bariéry byl příbuzný, ovládající jazyk a tlumočnick.

Cíl 6: Zjistit, které vlastnosti či schopnosti, důležité pro komunikaci ve zdravotnickém zařízení, považují všeobecné sestry za nejdůležitější.

H9: Nejdůležitějšími vlastnostmi či schopnostmi všeobecných sester při komunikaci s klienty jsou teoretické znalosti oboru ošetrovatelství a schopnost empatie, vcítění se, porozumění.

Cíl 7: Zjistit, zda bývají všeobecné sestry při některých komunikačních situacích nervózní, případně v kterých situacích to je.

H10: Všeobecné sestry bývají nejčastěji nervózní při komunikaci s agresivním nemocným.

Cíl 8: Posoudit názory všeobecných sester na vizitu: zjistit, které situace během ní brání klientovi položit otázku, a kdo všechno by měl u vizity být.

H11: Během vizity klientovi nejvíce brání položit otázku nedostatek času během vizity.

H12: U vizity by kromě lékaře a všeobecných sester měli být přítomni studenti středních, vyšších odborných a vysokých škol.

Cíl 9: Zjistit, která vlastnost či schopnost všeobecným sestram všeobecně chybí při komunikaci s klienty.

H13: Více než 40% všeobecných sester si myslí, že jedna z vlastností, která jim v komunikaci s klienty chybí, je trpělivost.

Cíl 10: Zjistit, které vlastnosti či situace jsou největší překážkou v komunikaci a klientem ve zdravotnickém zařízení.

H14: Více než 45% všeobecných sester si myslí, že jednou z vlastností či situací, které jsou překážkou v komunikaci s klientem ve zdravotnickém zařízení, je nedostatek času sestry.

11 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

11.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek tvořili zdravotničtí pracovníci, kteří jsou zaměstnáni ve zdravotnických zařízeních na pozici všeobecných sester. Dotazníkové šetření probíhalo mezi sestrami Kroměřížské nemocnice a.s. (konkrétně na neurologickém, gynekologickém, urologickém oddělení a oddělení UNK), Psychiatrické léčebny Kroměříž (mužské i ženské oddělení: léčba psychiatrických poruch), DOZP Barborka Kroměříž (jedná se o ústav pro klienty s mentálním postižením) Nemocnice Milosrdných sester svatého Vincence de Paul Kroměříž (léčebna dlouhodobě nemocných) a KNTB Zlín (konkrétně na interním a ortopedickém oddělení). Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků, na každé jednotlivé oddělení či pracoviště minimálně 5 a maximálně 19 dotazníků. Sestry byly vybírány metodou záměrného výběru, tedy aby ve výsledku odrazily názory a postoje všeobecných sester z co nejširšího spektra zdravotnických zařízení a výsledek tak byl co nejhodnotnější.

11.2 Metoda práce

Metodou získání údajů byl dotazník. Dotazník je explorační výzkumná metoda, sloužící k získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob, kteří se nazývají respondenti. Dotazník se obvykle skládá z prvků, takzvaných dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části předmětové (otázkové) a odpovědi. Východiskem pro konstrukci dotazníku by měl být cíl výzkumu. Dotazníkové otázky mohou být otevřené (tedy ty, u kterých se předpokládá dopsání nějaké konkrétní odpovědi), zavřené (tedy možnosti více variant, spočívá v označení jedné či více možností) a polootevřené (kombinace předchozích dvou typů dotazníkových otázek, spočívají v označení odpovědi a předpokládají též nějaké písemné doplnění). Právě poslední typ dotazů, polootevřený, byl v dotazníku zastoupen nejvíce. (Farkašová a kol., 2003)

11.3 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník měl celkem 19 otázek. Byly do něj zahrnuty všechny typy otázek, tedy otevřené, zavřené a polootevřené.

Otázky číslo 11 a 14 byly otevřené.

Otázky číslo 2, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16 a 17 byly polootevřené.

Otázky číslo 1, 3, 4, 5, 8, 13, 18 a 19 byly uzavřené.

Položky číslo 1 a 2 se týkaly všeobecných údajů (vzdělání, délka praxe ve zdravotnických profesích). Otázky číslo 3 až 5 a 7 měly orientačně zjistit komunikační postoje sester (odhalit jejich všeobecný náhled na komunikaci a jejich ochotu dozvědět se o komunikaci s klienty nové informace). Otázky číslo 6 a 8 mají za cíl odhalit názory všeobecných sester na obtížnost komunikace se specifickými klienty a v jednotlivých zařízeních. Položka číslo 9 se věnovala hraničním a kritickým situacím při komunikaci. Kladla si za cíl zjistit, zda a při jakých příležitostech se do ní všeobecné sestry dostaly ve svém zaměstnání. Otázky číslo 11 a 12 se zabývaly zkušenostmi všeobecných sester s klienty cizí národnosti a etnika a jejich jazykové i celkové připravenosti na komunikaci s nimi. Položka číslo 13 se týkala vlastností všeobecných sester a jejich důležitost při komunikaci s klienty. Otázka číslo 14 se zabývala složitostí komunikace na jednotlivých oddělení. Narozdíl od otázky číslo 8 vycházela z vlastních zkušeností sester. Otázka číslo 15 se týkala komunikačních situací, při kterých mohou být sestry nervózní. Dotazy číslo 16 a 17 směřovaly své pole působnosti na vizitu. Kladly si za cíl zjistit názor sester na možné zábrany klienta během vizity a na počet lidí u vizity. Konečně položky 18 a 19 se týkaly vlastností a schopností sester, které při komunikaci s klienty chybí nebo jsou naopak největší překážkou. Při otázkách číslo 5 a 17 měly sestry za úkol odpovědět dle modelové situace.

11.4 Organizace dotazníkového šetření

Dotazník byl tvořen v zimě roku 2010. Po konzultacích a následném schválení dotazníku mou odbornou vedoucí byl postupně předáván sestrám ve výše uvedených zdravotnických zařízeních. Dotazníkové šetření probíhalo ve dnech 24. 2. až 4. 4. 2011. Před předáním dotazníků na jednotlivá pracoviště bylo vždy nutné informovat vedoucí pracovníky (hlavní sestry, náměstkyně ošetrovatelské péče atd.) o plánovaném dotazníkovém šetření na jejich pracovišti. Všeobecné sestry měly na jeho vyplnění vždy minimálně 7 kalendářních dní. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků, vrátilo se jich celkem 114, návratnost tedy byla vysoká: 94, 21% (nejvyšší, 100% návratnost byla v Nemocnici Milosrdných sester svatého Vincence de Paul Kroměříž). Ne všechny položky z každého dotazníku se daly ovšem použít, pokud některá odpověď nebyla validní, otázka byla v daném dotazníku vyřazena, celý dotazník ovšem vyřazen nebyl.

11.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla uspořádána do tabulek četností. Byla vyjádřena v tzv. absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí ze všech nabídnutých možností. Relativní četnost (v %) potom poskytuje údaje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. U některých otázek nebylo technicky možné hodnoty v absolutní a relativní četnosti vyjádřit, případně je v těchto hodnotách sečíst. U nich je potom napsána poznámka s odůvodněním a případnou alternativou (tou je například počet dosažených bodů, jeho průměr). Každá položka je vyjádřena dotazníkovou otázkou v původním znění. Je-li to možné, je pod tabulkou přehledný graf. Pro účely této práce byl zvolen graf sloupcový (při bodových hodnotách nebo součtu vyšším než 100%) nebo výsečový (pokud je součet právě 100%). Poté následuje stručný komentář k položce, případně informace o potvrzení či nepotvrzení hypotéz.

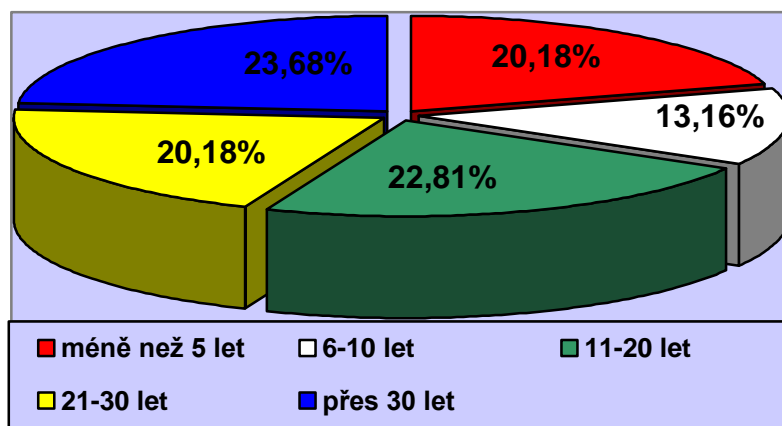
12 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1: Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č.1 Množství let ve zdravotnictví

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- méně než 5 let	23	20, 18
- 6-10 let	15	13, 16
- 11-20 let	26	22, 81
- 21-30 let	23	20, 18
- přes 30 let	27	23, 68
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

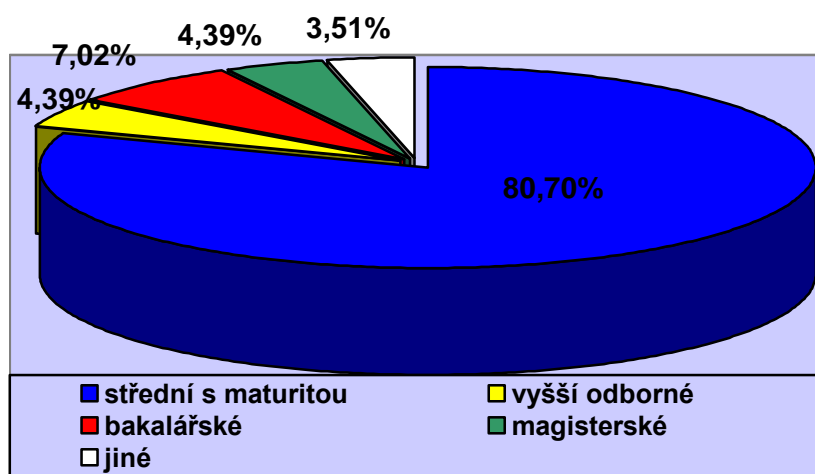
Graf č.1 Množství let ve zdravotnictví



Z tabulky č.1 a grafu č.1 je patrné, že se dotazníkového šetření zúčastnily všechny „pracovní“ skupiny všeobecných sester v poměrně vyváženém počtu. Jsou zde zastoupeny všechny sestry, od těch, které pracují ve zdravotnictví méně než pět let (20, 18%) až po ty úplně nejzkušenější, které působí ve zdravotnictví přes 30 let (tato skupina sester je nejpočetnější, čítá 23, 68% sester). Nejméně početnou skupinu zde tvoří ty sestry, které pracují ve zdravotnictví 6 až 10 let (13, 16%).

Položka č. 2: Jaké je Vaše vzdělání v oboru?*Tabulka č.2 Vzdělání v oboru*

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- střední s maturitou	92	80,7
- vyšší odborné	5	4,39
- bakalářské	8	7,02
- magisterské	5	4,39
- jiné	4	3,51
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.2 Vzdělání v oboru

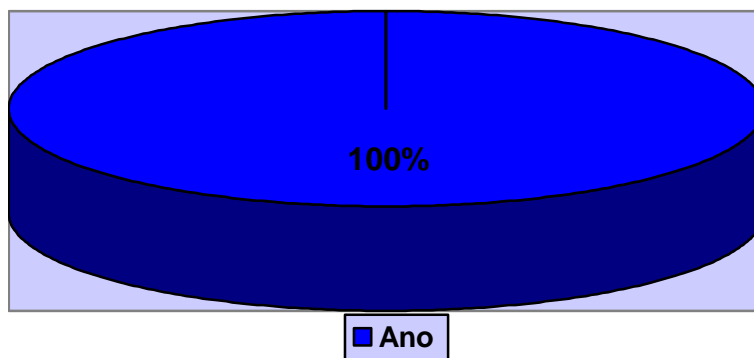
Více než čtyři pětiny všeobecných sester (konkrétně 80,7%), které se zúčastnily dotazníkového šetření, mají středoškolské vzdělání s maturitou. Jak je vidět z tabulky a grafu č. 2, o zbývajících necelých 20% se dělí zbylé položky (zde jsou zastoupeny ty sestry, které mají vyšší vzdělání než středoškolské, případně středoškolské vzdělání doplněné nějakým specializačním vzděláním). Přes 7% všeobecných sester, které odpovídaly na dotazník, má bakalářské vzdělání. Ostatní možnosti jsou marginální, nepřesáhly 5%.

Položka č. 3: Považujete ve své práci komunikaci za důležitý prostředek k pochopení problémů a potřeb klientů?

Tabulka č.3 Důležitost komunikace

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano	114	100
- ne	0	0
Celkem:	114	100%

Graf č.3 Důležitost komunikace



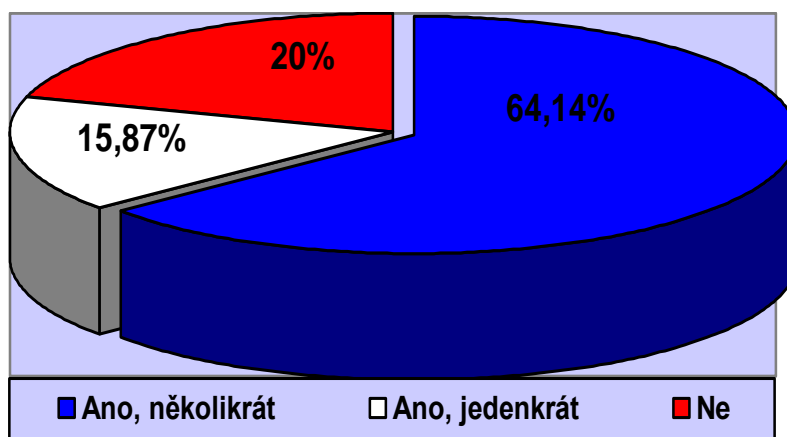
Jak je zřejmé z tabulky i grafu č. 3, na otázku odpověděly kladně úplně všechny dotazované sestry (100%). Všechny tedy dle jejich názoru za důležitý prostředek k pochopení problémů a potřeb klientů komunikaci považují.

Položka č. 4: Zúčastnil/a jste se nějakého odborného semináře/přednášky, které se týkaly komunikace, dorozumívání se s klienty?

Tabulka č.4 Účast na přednáškách o komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano, několikrát	73	64, 14
- ano, jedenkrát	18	15, 87
- ne	23	20, 18
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.4 Účast na přednáškách o komunikaci



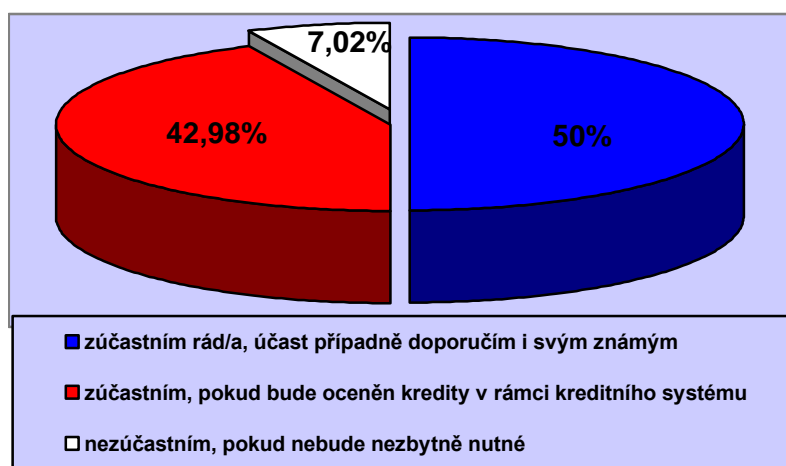
Sečteme-li položku 1 a 2 v otázce, vyjde nám, že zhruba 80% dotazovaných všeobecných sester se již někdy zúčastnilo nějakého semináře či přednášky o komunikaci, 64, 14% sester potom více než 1x. 15, 87% z dotazovaných sester se nějaké komunikační akce zúčastnilo právě 1x. Jak je patrné z tabulky a grafu č. 4, zbylá jedna pětina respondentů, která se zúčastnila dotazníkového šetření, se odborného semináře / přednášky, který se týkal komunikace, dorozumívání se s klienty, zatím nikdy nezúčastnila.

Položka č. 5: Doplňte větu dle Vašeho názoru: Odborného semináře o komunikaci s handicapovanými klienty se ve svém volném čase.....

Tabulka č.5 Doplnění věty

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
. . . zúčastním rád/a, účast případně doporučím i svým známým.	57	50
. . . zúčastním, pokud bude oceněn kredit v rámci kreditního systému.	49	42,98
. . . nezúčastním, pokud to nebude nezbytně nutné.	8	7,02
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.5 Doplnění věty



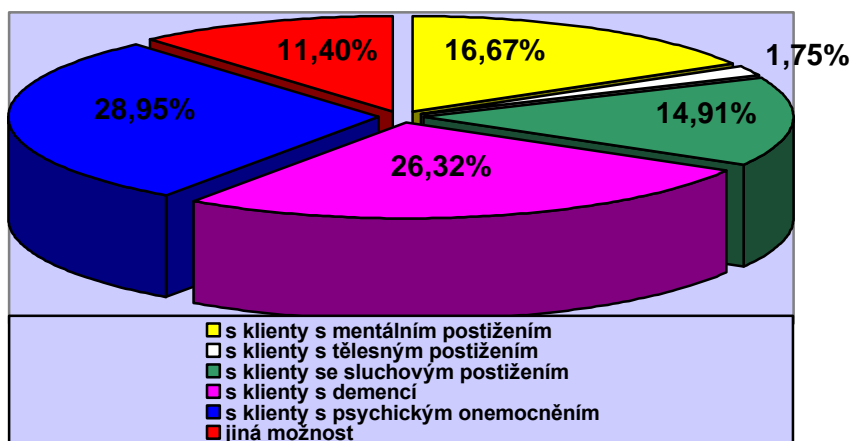
Tato položka byla postavena na základě modelové situace. Jak je patrné z tabulky a grafu č. 5, téměř všechny sestry, které odpověděly, by se odborného semináře na nějaké komunikační téma zúčastnily. 50% z nich by účast doporučila případně i svým známým. 42,98% respondentů by se výše uvedeného semináře účastnila jen za podmínek ohodnocení účasti kredit v rámci kreditního systému. Zbýlých 7,02% dotazovaných všeobecných sester by se takového semináře zúčastnily jen ve stavu nejvyšší nutnosti.

Položka č. 6: S kterými klienty se podle Vašeho názoru nejhůře komunikuje?

Tabulka č.6 Obtížnost komunikace s klienty

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- s klienty s mentálním postižením	19	16,67
- s klienty s tělesným postižením	2	1,75
- s klienty se sluchovým postižením	17	14,91
- s klienty s onemocněním štítné žlázy (hyperfunkcí)	0	0
- s klienty s demencí	30	26,32
- s klienty s CHOPN-chronická obstrukční plicní nemoc	0	0
- s klienty s psychickým onemocněním (schizofrenie, psychozy..)	33	28,95
- jiná možnost (možno doplnit)	13	11,4
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.6 Obtížnost komunikace s klienty



Jak je patrné z tabulky a grafu č. 6, výsledek byl velmi vyrovnaný. Mezi prvním a druhým a mezi třetím a čtvrtým místem bylo vždy jen několik málo hlasů. Nejvíce hlasů získala možnost psychiatrická léčebna, tuto variantu označilo téměř 29% dotazovaných sester. S klienty s demencí, která vzniká až během života, se dle názoru dotazovaných sester komunikuje mnohem hůře (26,32%) než s klienty s mentálním postižením (16,67%), které

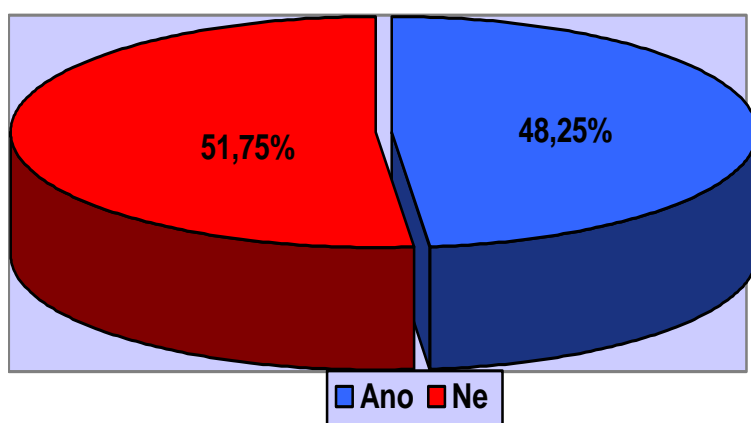
bývá často vrozené. Na 4. místě se umístila obtížnost komunikace s klienty se sluchovým postižením, tuto variantu označilo necelých 15% respondentů. Více než desetina sester v této otázce označila možnost „jiné“. Mohly pak napsat dle vlastního uvážení a zkušeností další možnosti, které nebyly uvedeny ve výběru. Opakovaně se v různých verzích objevovaly se odpovědi jako „alkoholová deliria, opilost“, „s agresivními klienty“, „s hluchoněmými klienty“ nebo „s občany romské národnosti“. Vzhledem k tomu, jak byla otázka položena (tedy s „kterými klienty“ a ne s „klienty kterých onemocnění“ se nejhůře komunikuje), je nutné se zmínit i o těchto odpovědích. Výsledný graf je průměrem názoru všech oddělení/zařízení a víceméně odpovídá názoru každého jednoho dotazovaného oddělení/zařízení. V žádném z nich příliš nepřevážila jedna možnost nad jinou, i pořadí odpovědí bylo téměř všude stejné.

Položka č. 7: Četl/a jste někdy nějakou publikaci (knihu, příručku, brožuru), která se týká komunikace s nemocnými klienty? (Zásady komunikace, specifika komunikace s handicapovanými..)

Tabulka č.7 Čtení knih o komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano	55	48,25
- ne	59	51,75
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.7 Čtení knih o komunikaci



Odpovědi na otázku č. 7 v dotazníku byly velmi vyrovnané, nakonec těsně převážila možnost „ne“, těsná většina dotazovaných všeobecných sester (51,75%) tedy nečetla žádnou knihu ani příručku, týkající se komunikace. Zbylých 48,25% dotazovaných respondentů odpovědělo kladně, některé všeobecné sestry (například z LDN Kroměříž) v odpovědích uváděly, že ve svých pracovištích četly manuály komunikace s jednotlivými typy klientů. I tyto odpovědi jim byly uznány jako „ano“.

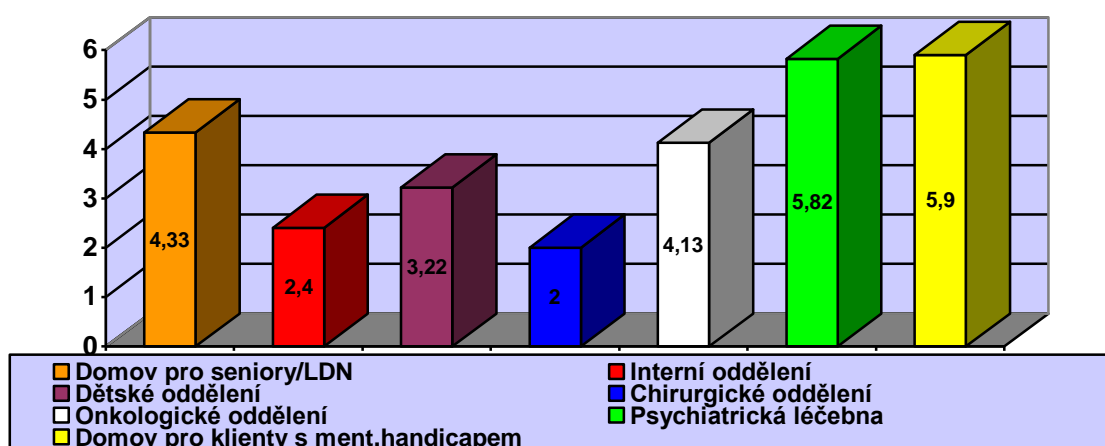
Položka č. 8: Očíslujte prosím čísla 1-7 obtížnost komunikace v jednotlivých zařízeních. K typu zařízení, kde je podle Vás komunikace s klienty nejjednodušší napište číslo 1. Tak postupujte až do zařízení, které považujete z hlediska komunikace s místními klienty za nejtěžší. Jedná se o Váš subjektivní názor.

Tabulka č.8 Obtížnost komunikace na jednotlivých pracovištích

Odpovědi	Počet dosažených bodů (průměr)	Relativní četnost (%)
Domov pro seniory/LDN	4,33	15,5
Interní oddělení nemocnice	2,40	8,61
Dětské oddělení nemocnice	3,22	11,54
Chirurgické oddělení nemocnice	2	7,16
Onkologické onemocnění nemocnice	4,13	15,23
Psychiatrická léčebna	5,82	20,84
Domov pro klienty s mentálním handicapem	5,9	21,11
Celkem:	-	Zaokrouhleně 100%

Pozn. Počítat absolutní by zde nemělo význam, každá sestra disponovala 1 až 7 body. Výsledek je vyjádřen v % a v průměru dosažených bodů. Čím více získaných bodů a procent, tím je dle sester komunikace na daném pracovišti složitější. Procenta vyjadřují poměr z celkového počtu všech možných dosažených bodů. Do tabulky bylo zařazeno 112 odpovědí.

Graf č.8 Obtížnost komunikace na jednotlivých pracovištích



Pozn. výsledné hodnoty v grafu jsou zobrazeny v průměrném počtu dosažených bodů.

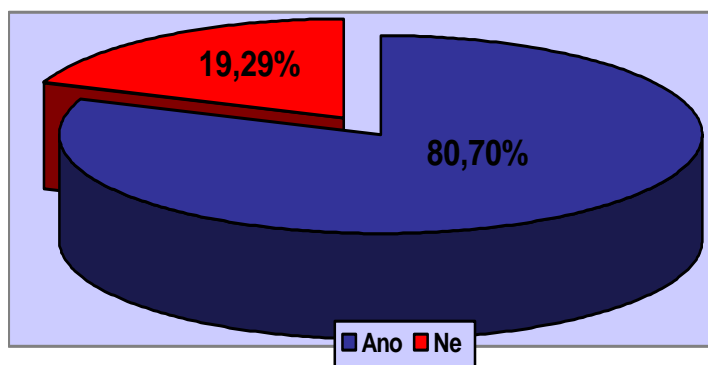
Výsledek mezi prvním a druhým místem byl opět velmi těsný, rozhodovalo několik desetin hlasů. Jak je zřejmé z tabulky a grafu číslo 8, možnost Domov pro klienty s mentálním handicapem (21, 11%) získala nejvíce hlasů, následována Psychiatrickou léčebnou (20, 84%). Naopak běžná oddělení jako chirurgie (7, 16%) či interna (8, 61%) skončily až na posledních dvou místech, komunikace v těchto typech zařízení je dle dotazovaných všeobecných sester nepochybně snadnější. Na třetím místě se za Psychiatrickou léčebnou a Domovem pro klienty s mentálním handicapem s odstupem umístil Domov pro seniory/LDN (15, 5%) následován onkologickým oddělením (15, 23%), Dětské oddělení bylo dle názoru dotazovaných sester zařazeno jako těžší pro komunikaci než interní či chirurgické oddělení, v přepočtu získalo 11, 54% hlasů. Sestry z dětského oddělení však nebyly do dotazníkového šetření zařazeny. Celkový výsledek opět stejně jako v položce č. 6 kopíruje i výsledky z jednotlivých oddělení/zařízení. Nikde nenastala významná odchylka od celkového trendu.

Položka č. 9: Zažil/a jste někdy nějakou náročnou, hraniční situaci při komunikaci s klientem? (agresivita klienta, obtížná edukace, neschopnost klienta pochopit situaci)

Tabulka č.9 Náročné situace v komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano (prosím stručně popište)	92	80,7
- ne	22	19,29
Celkem:	114	Zaokrouhleně 100%

Graf č.9 Náročné situace v komunikaci



Více než 80% dotazovaných všeobecných sester (opět napříč všemi odděleními, nejvíce však v psychiatrické léčebně) již ve své praxi při komunikaci s klientem zažilo nějakou krizovou a hraniční situaci. Většina ze sester, které odpověděly „ano“, poté stručně celou záležitost popsaly (obvykle v několika slovech) pro účel této položky jsem všechny získané odpovědi rozdělil do několika kategorií.

Agresivita klienta: objevovala se vůbec nejčastěji ze všech popisovaných případů, téměř ve všech dotazovaných odděleních. Nejčastěji v psychiatrické léčebně, interním oddělení a LDN Kroměříž. To, že s agresivními klienty mají sestry doopravdy potíže, dokazují některé výmluvné odpovědi. Z došlých reakcí vybírám následující: „Agresivita-fyzické napadení.“ „Agresivní klient - v rozčilení nebyl schopen a ani nechtěl pochopit, co se po něm žádá.“; „Byla jsem napadena pacientem...“; „Je-li klient agresivní, alkoholik, dominantní. Odcházel-li sám od sebe z oddělení domů.“; „Klient byl hospitalizovaný z psychiatrické léčebny, byl agresivní, dokonce útočil na zdravotnický personál.“; „Agresivní, sprostý, vyhrožoval, chtěl volat policii, nechtěl spolupracovat, viděl něco, co nebylo. (Psycho stavy po odeznění

anestezie).“; „Agresivní pacient nechtěl mletou stravu, hodil talíř po sestře.“; „Agresivita klienta - při měření tlaku zničil řetízek a pokusil se škrtnout sestru.“

Klient pod vlivem alkoholu a návykových látek: šetření sice neprobíhalo na protialkoholním oddělení psychiatrické léčebny, přesto i s případy opilosti klienta (nově příchozího) se dotazované sestry setkaly. Objevovaly se reakce typu: „Klient pod vlivem látky neznámého původu - nevěděl, kde se nachází“; „Klient v opilosti, nebylo možné se s ním domluvit-bezdomovec.“; „Pacient alkoholik - agresivita slovní, fyzická.“

Kognitivní a smyslový handicap klienta: s těmito klienty zase zažily kritické situace přirozeně ty dotazované sestry, na jejichž odděleních je možné se s těmito klienty setkat, tedy v DOZP Barborka (kde jsou ubytováni klienti s mentálním postižením), psychiatrické léčebně a neurologickém oddělení. Zde jsou některé příklady: „Pacient po CMP - obtížná edukace ohledně rehabilitace“; „Většinou klienti po CMP, kdy nevnímají, nemluví, mají zavedenou NGS popřípadě PEG, musí se polohovat, přebalovat a komunikují pouze mimikou obličeje.“

„S pacientem s psychickými poruchami, pacientem s afázií nebo s pacientem po CMP.“; „Vysvětlit nesvéprávnému klientovi nutnost zákroku a přípravu k vyšetření.“; „Dohled nad pacientem s Alzheimerovou demencí-bezradný, opouští oddělení, oslovuje kolemjdoucí (návštěvy, personál) - nelze poučit, vysvětlit.“

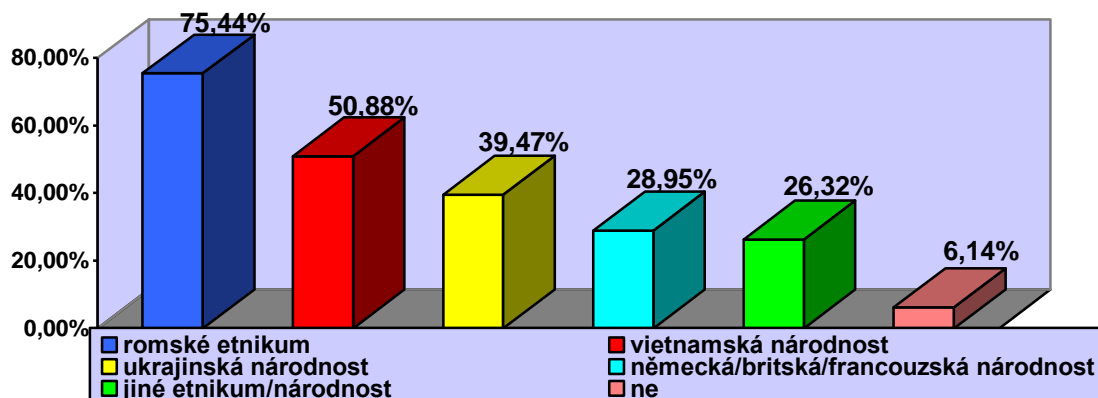
Položka č. 10: Měl/a jste ve svém zařízení klienta/klientku cizí národnosti/etnika? Možno označit více možností:

Tabulka č.10 Setkání s klienty národnostních/etnických menšin

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano, příslušníka/příslušnici romského etnika	86	75,44
- ano, příslušníka/příslušnici vietnamské národnosti	58	50,88
- ano, příslušníka/příslušnici ukrajinské národnosti	45	39,47
- ano, příslušníka/příslušnici německé/britské/francouzské národnosti	33	28,95
- ano, příslušníka/příslušnici jiného etnika/národnosti (možno doplnit)	30	26,32
- ne	7	6,14
Celkem:	-	Zaokrouhleně 100%

Pozn. Absolutní četnost se zde nesčítala, dotazované sestry mohly označit více možností. Do tabulky bylo zařazeno 114 odpovědí.

Graf č.10 Setkání s klienty národnostních/etnických menšin



Všeobecné sestry mohly označit více možností, kromě těch, které odpověděly „ne“, ty označily jen poslední variantu odpovědi. Jak je zřejmé z tabulky a grafu č. 10, více než

třičtvrtina sester (konkrétně 75, 44%) se na svém pracovišti setkala s klienty romského etnika, více než polovina také s klienty vietnamské národnosti. Téměř 40% dotazovaných sester

mělo možnost komunikovat s člověkem ukrajinské národnosti. Menší zkušenost mají sestry s klienty z vyspělých států západní Evropy (z Francie, Británie, Německa: 28,95%) kterých v České republice mnoho nežije. Více než čtvrtina dotazovaných sester (26, 32%) uvedla, že zažila setkání s klientem i jiné národnosti, nejčastěji arabské, rakouské či maďarské. Jen velmi malý počet sester (6, 14%) uvedl, že se nikdy s klientem či klientkou cizí národnosti/etnika doposud neseťkal.

Položka č. 11: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, vyberte si jednu z označených možností a popište, jakým způsobem jste s klientem dané národnosti či etnika komunikovali. (Jak jste mu vysvětlili výkon, který ho čeká?/byl přítomen tlumočnick nebo jiná sestra ovládající jazyk?...)

Otázka byla určena pro **93, 86%** dotazovaných sester, které na předchozí otázku odpověděly **ano**. Překvapivé pro mě bylo, jak málo se dnes využívá ve zdravotnických zařízeních tlumočnick a jak častá je různá alternativní komunikace, pro klienty cizí národnosti často nepřilíš pochopitelná. V zdravotnických zařízeních, kde přece jen byl **tlumočnick** využit, se v odpovědích sester objevila následující prohlášení: „Byl přítomen tlumočnick a lékař téže národnosti.“; „Přes telefon s tlumočnickem.“; „Komunikace s doprovodem, tlumočnickem, slovník.“; „Byl přítomen tlumočnick, a pokud ne, vždy se dá nějak domluvit.“; „U německého a vietnamského klienta přivolán tlumočnick, u romského klienta shodným způsobem jako s ostatními, jen zvláštní přístup.“; „Pokud nerozuměl česky, byl přivolán překladatel.

Jak již bylo řečeno, žije u nás mnoho cizinců, kteří již **český jazyk částečně ovládají**:

„Pacientka ovládala také český jazyk - spolupráce byla dobrá“; „Pacientka hovořila česky, případně slovensky. S komunikací jsme neměly problémy“; „Pacient byl schopen se domluvit.“

Z odpovědí, kdy cizí jazyk **ovládal přímo někdo z oddělení**, vybírám následující výroky:

„Jiná sestra jednoduchou angličtinou.“; „Byl přítomen lékař, který klientovi vše vysvětlil v angličtině.“; „Lékař, ovládající jazyk.“; „Zdravotnický personál se naučil během hospitalizace pár základních frází.“

V některých případech (a bylo jich nejvíce) bylo nutné se domluvit **nonverbálními prostředky**: „Komunikovali jsme posunkovou řečí.“; „Výkon jsme mu vysvětlily rusky a posunky.“; „Pomocí gestikulace, názorné ukázky.“; „Rukama, nohama.“; „Tlumočila rodina, částečně gesty.“; „S příslušníkem vietnamské národnosti jsme se jako sestry dorozumívali pomocí obrázků.“

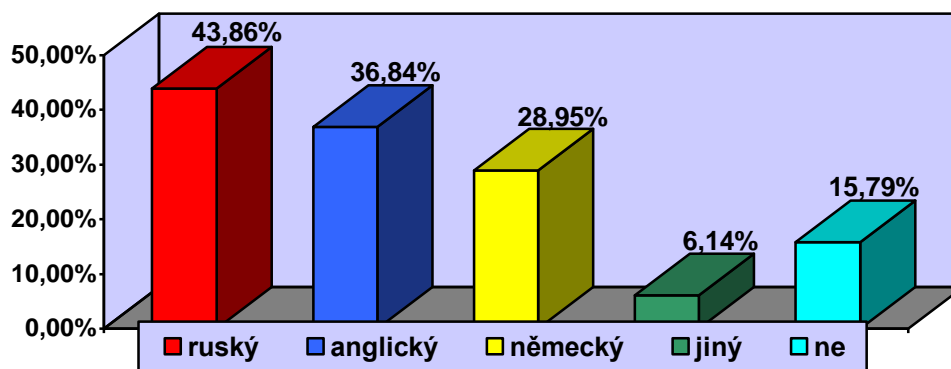
Položka č. 12: Ovládáte nějaký cizí světový jazyk? Možno označit více možností

Tabulka č.11 Jazyková znalost sester

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano, ruský	50	43,86
- ano, anglický	42	36,84
- ano, německý	33	28,95
- ano, jiný (možno doplnit)	7	6,14
- ne	18	15,79
Celkem	-	-

Pozn. Relativní ani absolutní četnost se zde nesčítala, sestry mohly označit více odpovědí, celková relativní četnost by tak byla více než 100%. Do tabulky bylo zařazeno 114 odpovědí.

Graf č.11 Jazyková znalost sester



Jak je zřejmé z tabulky a grafu č. 11, nejvíce je mezi dotázanými všeobecnými sestrami známý ruský jazyk (43,86%), následovaný angličtinou (36,84%) a němčinou (28,95%)

Tentokrát zde rozhodoval věk sester, ty starší označovaly nejčastěji ruský jazyk, mladší zase angličtinu či němčinu (případně nějaký alternativní jazyk). V budoucnu se zřejmě poměr otočí ve prospěch západoevropských jazyků. 15,79% dotazovaných sester uvedlo, že žádný jazyk neovládá.

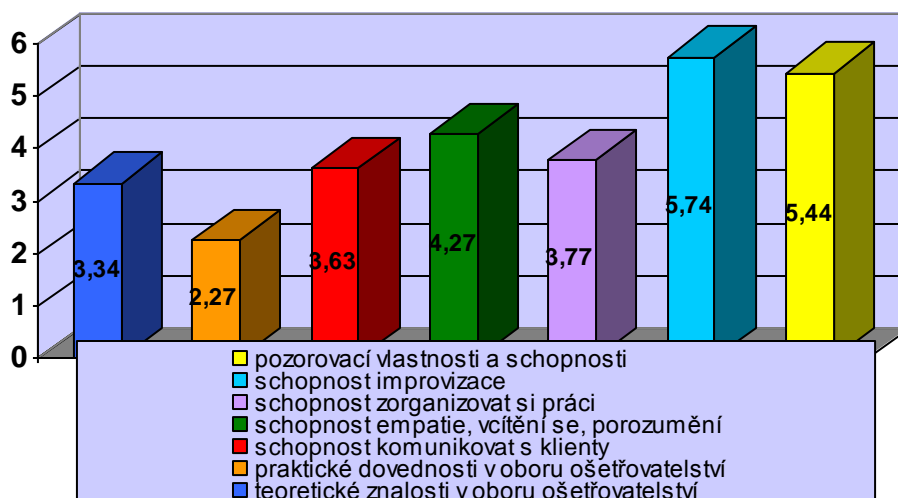
Položka č. 13: Seřadte prosím číselně podle důležitosti následující vlastnosti všeobecné sestry. Tu vlastnost, kterou považujete za nejdůležitější, označte číslem 1. Tak pokračujte, až označíte číslem 7 vlastnost, kterou považujete v práci sestry za nejméně důležitou:

Tabulka č. 12 Důležité vlastnosti sestry

Odpovědi	Počet dosažených bodů (průměr)
- teoretické znalosti oboru ošetrovatelství	3,34
- praktické dovednosti oboru ošetrovatelství	2,27
- schopnost komunikovat s klienty (edukace, podávání informací..)	3,63
- schopnost empatie, vcítění se, porozumění	4,27
- schopnost zorganizovat si práci	3,77
- schopnost improvizace	5,74
- pozorovací vlastnosti a schopnosti	5,44

Pozn. Počítat relativní četnost by zde nemělo význam, každá sestra disponovala 1 až 7 body. Sestry měly bodovat vlastnosti dle obtížnosti, protože „nejobtížnější“ vlastnost má nejméně bodů, nepočítá se zde ani absolutní četnost, ale pouze dosažená bodová hodnota. Do tabulky bylo zařazeno 111 odpovědí.

Graf č.12 Důležité vlastnosti sestry



Pozn. Výsledné hodnoty v grafu jsou zobrazeny v počtu dosažených bodů.

Otázka si kladla za cíl zjistit, jak si schopnost komunikovat s klienty stojí v porovnání s ostatními vlastnostmi sestry, důležité v ošetrovatelském procesu. Z tabulky a grafu č. 12 je patrné, že komunikační schopnost sester je třetí nejdůležitější (3, 63 bodu) hned po praktických dovednostech (2, 27 bodu) a teoretických znalostech (3, 34 bodu) v ošetrovatelství. Těsně za schopností komunikace stojí schopnost zorganizovat si práci (3, 77 bodu). Schopnost empatie získala 4, 27 bodu a obsadila tak 5. příčku. Poslední dvě varianty získaly nad 5 bodů.

Položka č. 14: Pracoval/a jste během své pracovní kariéry i na jiném oddělení, než kde právě působíte? Pokud ano, vyplňte prosím následující řádky (...) Vaše bývalé pracoviště (možno i více zařízení/oddělení v nemocnici) (...) Vaše srovnání, kde byla komunikace s klientem těžší/jednodušší, jaká byla specifika, odlišnosti komunikace s klienty na daném pracovišti atd. Váš osobní názor, možno rozepsat.

Otázka se týkala všech sester, které už za svůj život prošly více než jedním oddělením. Dotazované sestry měly porovnat **obtížnost komunikace** v jednotlivých zařízeních, kterými za svou pracovní kariéru již prošly. Odpovědi byly velmi různorodé, záležely na prioritách sestry a jejich oblíbě současného či bývalého pracoviště. Následující tabulka ukazuje zkušenost a pohled sester na obtížnost komunikace v různých typech oddělení/zařízení:

Tabulka č.13 Obtížnost komunikace v jednotlivých zařízeních

Bývalé pracoviště	Současné pracoviště	Srovnání sestry
Gerontopsychiatrie (PL, domov pro seniory)	LDN	těžší byla komunikace na gerontopsychiatrii, bylo to dáno zdravotním stavem pacientů
Domov pro klienty s mentálním postižením	LDN	těžší komunikace byla v dřívějším zaměstnání
Ošetrovatelská jednotka domova pro seniory	LDN	vzhledem k trvalému pobytu klientů v domově pro seniory byla komunikace jednodušší, protože jsem je dobře znala a našli jsme vhodný způsob komunikace
Traumatologie, ORL ambulance, neurologická ambulance, ortopedická ambulance	LDN	těžší komunikace než na mém současném pracovišti byla v ambulanci ORL pro sluchové vady a více geriatrických pacientů a v neurologické ambulanci pro demenční pacienty. Naopak jednodušší než dnes byla na traumatologii, z důvodu nižší věkové hranice pacientů
Gerontologická oddělení	Psychiatrická léčebna	komunikace podobná, v obou případech nutný specifický přístup, pomalá mluva - na PL navíc bezpečnostní riziko
Porodní oddělení Valtice	Neurologie	důležitá a těžká byla edukace matek po porodu

různá oddělení v nemocnici	DOZP Barborka	nejobtížnější komunikace je s těžce mentálně postiženými. Jejich potíže, přání, trápení je možno poznat pouze z jednání a ze změny chování klienta
Šestinedělí	Gynekologické odd.	na oddělení šestinedělí se vyskytují mladé ženy, více schopné chápat edukaci. Vyskytují se zde i cizinky (nejčastěji vietnamského a romského etnika), komunikace s nimi probíhá formou ukázky (kojení, odstřík..) či přes tlumočnicka. Na oddělení gynekologie se vyskytují i starší či onkologicky nemocné ženy - horší porozumění
IKEM Praha, FTN Praha, ZZS Zlínského kraje...	Ortopedie	nejjednodušší byla komunikace na ARO a nejtěžší na záchranné službě (mnoho různých zranění, diagnóz..)
Interní oddělení	Ortopedie	na interně komunikace těžší, byli tam starší klienti s různými handicap, lidé s poruchou vědomí atd..na ortopedii mladší klienti: snadná domluva
ARO, JIP	Ortopedie	komunikace lehčí zde na ortopedii, na ARO klienti v bezvědomí, nutné alternativní komunikační metody, Bobath koncept, bazální stimulace..ortopedie domluva jako v běžném životě
Metabolická JIP	UNK	na metabolické JIP pacienti leželi déle, byla potřeba stálá komunikace s pacienty, čekající na transplantaci orgánů. Někdy bylo těžší jim vyjít vstříc v požadavcích
UNK	Urologie	těžší na bývalém pracovišti (pacienti s tracheostomií)
ARO, chirurgie, domov pro seniory	Urologie	nejhorší byla komunikace s klienty na ARO. Jsou pod sedativy, zaintubovaní, komunikace s minimální reakcí
Dětské oddělení	Interní oddělení	na interně komunikace jednodušší, s dětmi je horší domluva, často nevědí, co chtějí, mění názory, jsou plačtivé atd.

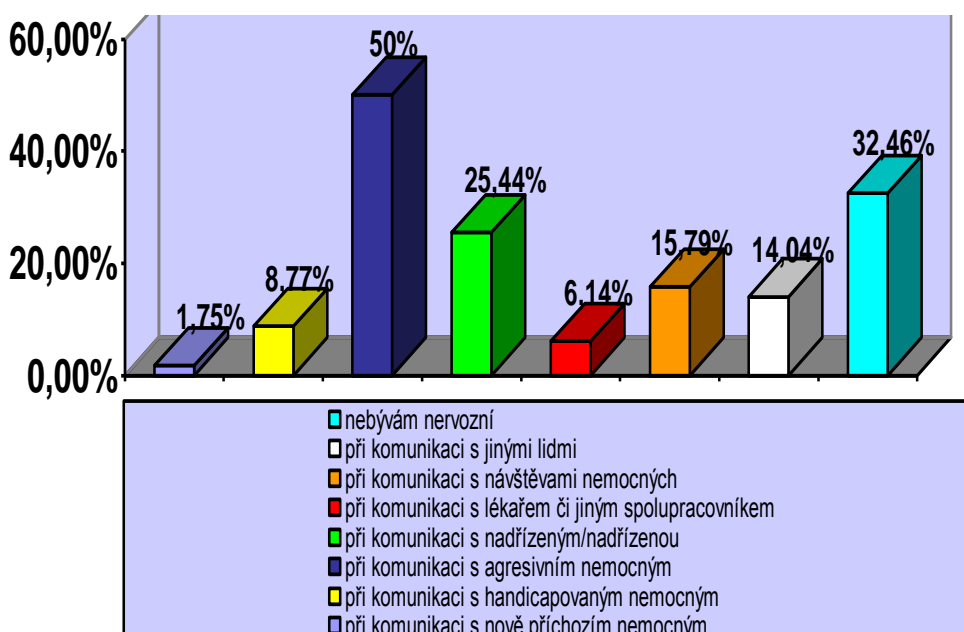
Položka č. 15: Býváte někdy při komunikaci ve svém zařízení nervózní? Při jakých situacích? Možno označit více odpovědí:

Tabulka č.14 Nervozita sester při komunikaci

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ano, při komunikaci s nově příchozím nemocným	2	1,75
- ano, při komunikaci s handicapovaným nemocným (mentálně, tělesně)	10	8,77
- ano, při komunikaci s agresivním nemocným	57	50
- ano, při komunikaci s nadřízeným/nadřízenou	29	25,44
- ano, při komunikaci s lékařem či jiným spolupracovníkem	7	6,14
- ano, při komunikaci s návštěvami nemocných	18	15,79
- ano při, při komunikaci s jinými lidmi (možno doplnit)	16	14,04
- ne, nebývám nervózní	37	32,46
Celkem:	-	Zaokrouhleno 100%

Pozn. Absolutní četnost zde nebyla sčítána, sestry mohly totiž označit více možností. Do tabulky bylo zařazeno 114 odpovědí

Graf č.13 Nervozita sester při komunikaci



Téměř třetina dotazovaných sester (32, 46%) si nevybrala žádnou „kritickou“ komunikační situaci a uvedla, že při komunikaci nervozitou netrpí (tyto sestry již pak neoznačovaly žádnou jinou možnost). Zbylé dvě třetiny vybíraly libovolně ze sedmi nabízených možností. Přesně polovina z celkového počtu odpovídajících označila možnost „při komunikaci s agresivním nemocným“. Již v některých předchozích otázkách bylo vidět, že právě agresivita je vlastnost, kterou sestry u klientů mají rády ze všech nejméně. Více než čtvrtina sester cítí nervozitu, musí-li komunikovat s nadřízeným či nadřízenou (25, 44%). Necelých 16% je nervózní při komunikaci s návštěvami nemocných, těsně v závěsu skončila možnost „při komunikaci s jinými lidmi“ (14, 04%). Zde měly sestry možnost svou odpověď specifikovat. Opět se několikrát opakovala možnost „s Romy“, pro nepřizpůsobivost a nerespektování pravidel některých z nich. Jiné sestry nerady komunikují se zaměstnanci rychlých záchranných služeb: někteří dle jejich vyjádření bývají nepříjemní a arogantní. Všechny ostatní možnosti získaly méně než 10% hlasů.

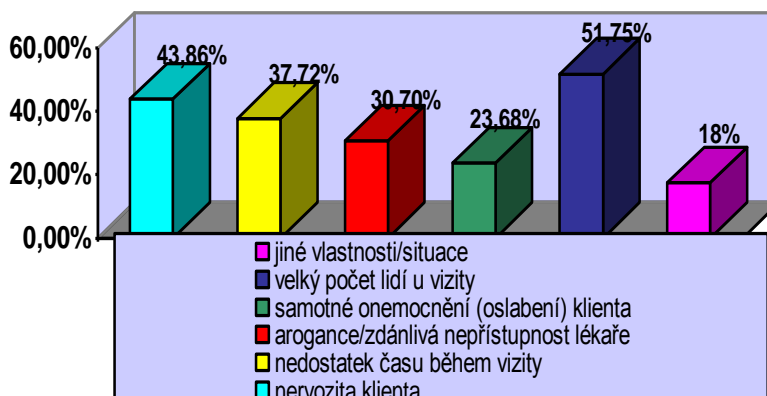
Položka č. 16: Která vlastnost či situace klientovi nejvíce brání zeptat se během vizity lékaře na upřesnění svého zdravotního stavu? (Váš osobní názor, možno označit více odpovědí).

Tabulka č.15 Klient u vizity

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- nervozita klienta	50	43,86
- nedostatek času během vizity	43	37,72
- arogance/zdánlivá nepřístupnost lékaře	35	30,7
- samotné onemocnění (oslabení) klienta	27	23,68
- velký počet lidí u vizity	59	51,75
- jiné vlastnosti/situace (možno doplnit)	21	18
Celkem:	-	-

Pozn. Relativní ani absolutní četnost se zde nescítala, sestry mohly označit více odpovědí a celková relativní četnost by tak byla více než 100%. Do tabulky bylo zařazeno 114 odpovědí.

Graf č.14 Klient u vizity



Více než polovina dotázaných sester (51,75%) zastává názor, že klientovi nejvíce brání se u vizity lékaře zeptat velký počet účastníků vizity. Následuje nervozita klienta (43,86%) a nedostatek času během vizity (37,72%). Téměř třetina sester označila též možnost arogance/zdánlivá nepřístupnost lékaře. I ta může někdy klientovi zabránit položit u vizity otázku. U možnosti „jiné“ (18%) se objevovaly například odpovědi „stud před spolupacienty“ nebo „vlivem stáří klienta“.

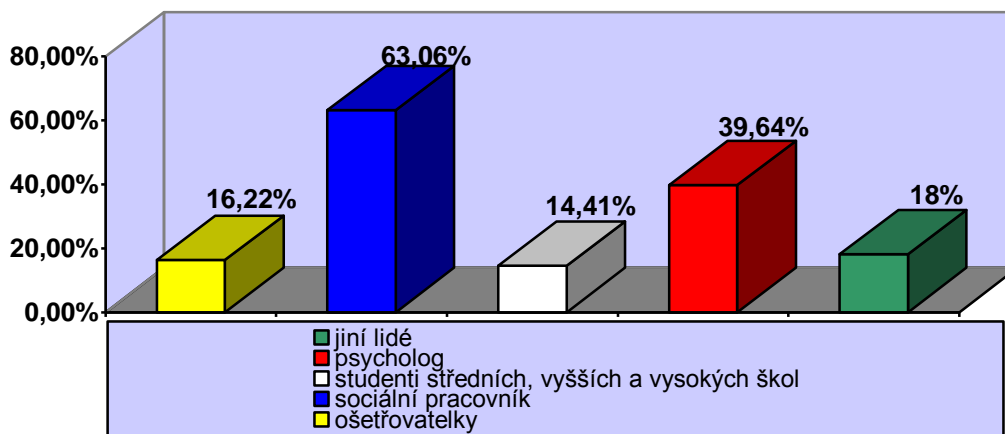
Položka č. 17: Kteří lidé by se kromě lékaře a sester měli např. na interním oddělení nemocnice zúčastnit velké vizity? (Váš osobní názor, možno označit více odpovědí)

Tabulka č.16 Lidé u vizity

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- ošetřovatelky	18	16,22
- sociální pracovník	70	63,06
- studenti středních, vyšších a vysokých škol	16	14,41
- psycholog	44	39,64
- jiní lidé (možno doplnit)	20	18
Celkem:	-	-

Pozn. Relativní ani absolutní četnost se zde nescítala, sestry mohly označit více odpovědí a celková relativní četnost by tak byla více než 100%. Do tabulky bylo zařazeno 111 odpovědí.

Graf č.15 Lidé u vizity



Z tabulky a grafu číslo 15 je zřejmé, že dotazované sestry si u vizity přejí sociálního pracovníka. Tento názor sdílí 63,06% z nich. Téměř 40% si u vizity přeje psychologa. Velmi špatně dopadli překvapivě studenti, jejich přítomnost u vizity je žádoucí jen u 14,41% sester: dopadly tak ještě hůře než ošetřovatelky. Z 18% v možnosti „jiní lidé“ se v různých variantách nejvíce objevoval rehabilitační pracovník a nutriční terapeut.

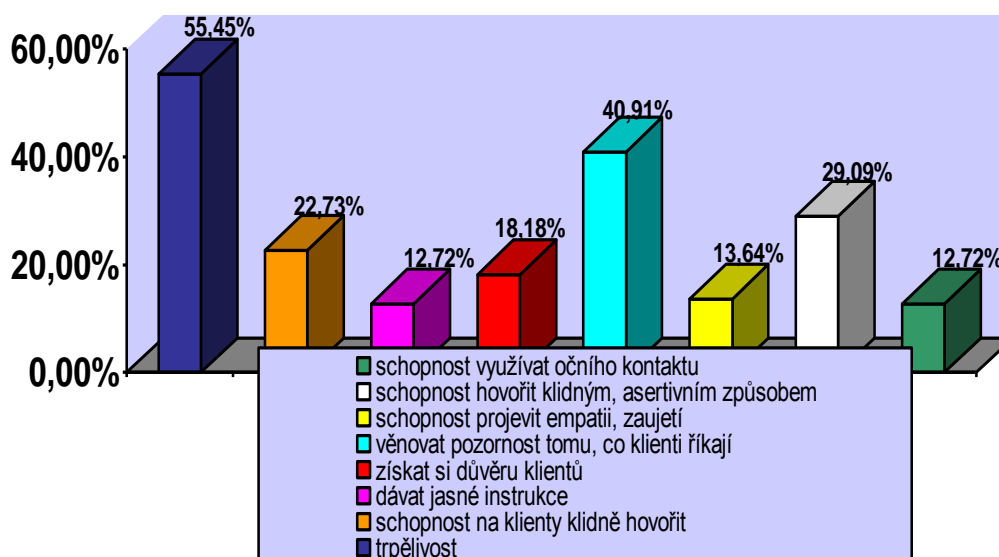
Položka č. 18: Která vlastnost či schopnost sestrám obecně nejvíce chybí při komunikaci s klienty? (možno označit 1-3 odpovědi, jedná se o Váš osobní názor)

Tabulka č.17 Chybějící vlastnosti sester

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- trpělivost	61	55,45
- schopnost klidně na klienty hovořit, bez emocí vysvětlovat, další postup, vyšetření..	25	22,73
- dávat jasné instrukce	14	12,72
- získat si důvěru klientů	20	18,18
- věnovat nepředstíranou pozornost tomu, co klienti říkají (i když to říkají pomalu, zabíhají do přílišných detailů atd..)	45	40,91
- schopnost projevit empatii, osobní zaujetí	15	13,64
- schopnost hovořit klidným a asertivním způsobem	32	29,09
- schopnost využívat očního kontaktu	14	12,72
Celkem:	-	-

Pozn. Relativní ani absolutní četnost se zde nesčítala, sestry mohly označit více odpovědí a celková relativní četnost by tak byla více než 100%. Do tabulky bylo zařazeno 110 odpovědí.

Graf č.16 Chybějící vlastnosti sester



V této otázce bylo třeba prokázat i sebekritičnost. Sestry měly označit maximálně 3 možné varianty odpovědí, protože teoreticky by bylo možné napsat kteroukoli z možností. Jak je zřejmé z tabulky a grafu č. 16, více než polovina z dotazovaných sester (55, 45%) si myslí, že jim nejvíce chybí trpělivost. Druhé místo ve výsledku patří absenci schopnosti sester věnovat nepředstíranou pozornost tomu, co klienti právě sdělují, možnost získala 40, 91%. 3. a 4. místo si jsou hodně podobné, týkají se nízké schopnosti sester klidně a vyrovnaně s klienty hovořit. I nevhodná modulace a přílišná „hlasitost“ sestry (22, 73%) mohou být dle dotazovaných sester mimo jiné bariérami v efektivní komunikaci s klienty. Necelá pětina dotazovaných sester (konkrétně 18, 18%) zastává názor, že jedna z chybějících schopností sester při interakci s klienty je schopnost získat si jejich důvěru.

Položka č. 19: Které vlastnosti sestry či situace jsou podle Vás naopak největší překážkou v komunikaci, v navození důvěry mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem? (možno označit 1-3 odpovědi, jedná se o Váš osobní názor)

Tabulka č.18 Vlastnosti, překážející komunikaci

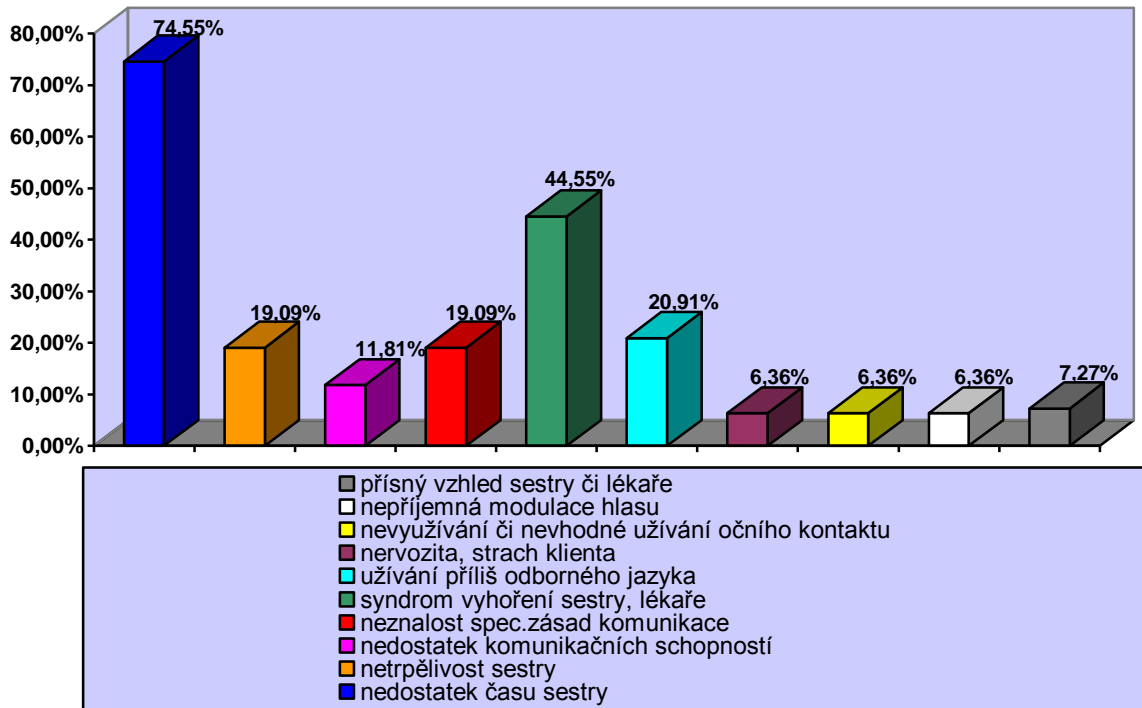
Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
- nedostatek času sestry	82	74, 55
- netrpělivost sestry	21	19, 09
- nedostatek komunikačních schopností, znalostí	13	11, 81
- neznalost specifických zásad komunikace (s klienty s handicapem, klienty s demencí, s klienty hovořícími jiným jazykem..)	21	19, 09
- syndrom vyhoření sestry, lékaře	49	44, 55
- užívání příliš odborného a nesrozumitelného jazyka (sestrou i lékařem)	23	20, 91
- nervozita, strach klienta	7	6, 36
- nevyužívání či nevhodné užívání očního kontaktu, mimiky, gest	7	6, 36
- nepříjemná modulace hlasu	7	6, 36
- přísný vzhled sestry či lékaře	8	7, 27
Celkem:		-

Pozn. Relativní ani absolutní četnost se zde nesčítala, sestry mohly označit více odpovědí a celková relativní četnost by tak byla více než 100%. Do tabulky bylo zařazeno 110 odpovědí.

Sestry měly označit maximálně 3 možné varianty odpovědí, protože teoreticky i zde by bylo by bylo možné napsat kteroukoli z možností: cílem bylo zjistit, které vlastnosti sester jsou největší překážkou v dobré komunikaci s klientem. 74, 55% dotazovaných sester si myslí, že je to nedostatek času jich samotných. Překvapivě mnoho hlasů získal i syndrom vyhoření sestry, lékaře, možnost označila téměř polovina sester (44, 55%). S velkým odstupem poté skončilo užívání příliš odborného a nesrozumitelného jazyka (sestrou i lékařem), neznalost specifických zásad komunikace a netrpělivost sestry, všechny varianty do-

sáhly okolo 20%. Varianta nedostatek komunikačních schopností, znalostí získala 11,81% hlasů a obsadila tak 6. místo. Za zmínku stojí ještě přísný vzhled sestry či lékaře (7,27%) ostatní možnosti označilo jen velmi málo sester.

Graf č.17 Vlastnosti, překážející komunikaci



13 DISKUZE

Cíl 1: Zjistit, jak se všeobecné sestry zajímají o komunikaci a zda jsou ochotné se o tématu komunikace s klienty ve zdravotnických zařízeních dovědět nové informace. H1: 80% všeobecných sester o komunikaci zajímá, až na výjimky mají sestry o nové informace na téma komunikace s klienty ve zdravotnických zařízeních zájem. Dlouho jsem přemýšlel, jestli sestry mají o dobrou komunikaci s klientem zájem, jestli se chtějí na toto téma učit nové věci. Oblast komunikace v ošetrovatelství se totiž neustále rozvíjí. Dotazníkové šetření ukázalo, že tomu tak je a 1. hypotéza se potvrdila: 92, 98% z dotazovaných sester by se zúčastnilo nějakého komunikačního semináře. Jen polovina z celkového počtu ovšem bez „úplatku“ v podobě přidělených kreditů v rámci kreditního systému. V dnešní době se sestry musí vzdělávat celoživotně. Součástí tohoto vzdělávání je i sběr kreditů, ty se dají získat i za pasivní účast. Otázka v dotazníku ovšem neřeší, zda by si všeobecné sestry s nabídky seminářů vybrali právě ten, který se týká komunikace, ale jestli by se zúčastnily nebo neúčastnily semináře o komunikaci. Ve skutečnosti ovšem výběr semináře/přednášky, které se sestra zúčastní, ovlivní více faktorů (například vzdálenost, aktuální množství kreditů nebo motivace jiných osob). Z vlastních zkušeností usuzuji, že naprostá většina sester i celého zdravotnického personálu vůbec svým chováním dokazuje, že komunikace s klienty je důležitá a uvědomuje si její prospěšnost.

Cíl 2: Zjistit, s jakými klienty (dle onemocnění či zdravotního postižení) se podle názoru všeobecných sester komunikuje nejhůře. H2: Nejhůře se dle názoru všeobecných sester komunikuje s klienty s psychickým onemocněním. V každém zdravotnickém zařízení je nutné hledat jiné výrazové prostředky, určené pro komunikaci. Tím se částečně zabývá i teoretická část. Dle názoru dotazovaných všeobecných sester je nejsložitější komunikace s klienty psychiatrických onemocnění (28, 95%) což potvrzuje mou druhou hypotézu. Jako druhou nejobtížnější zvolily sestry komunikaci s klienty s demencí (26, 32%). Výsledky byly ovšem velmi těsné. Na třetím místě skončili s odstupem klienti s mentálním postižením. V součtu získaly tyto varianty přes 70% hlasů, je tedy zřejmé, že z hlediska obecného vnímání sester je komunikace těmito třemi skupinami klientů nejtěžší.

Cíl 3: Posoudit názory sester na obtížnost komunikace s klienty v jednotlivých zdravotnických zařízeních/odděleních. Zjistit, ve kterých zařízeních/odděleních je komunikace s klienty dle názoru všeobecných sester nejobtížnější, a kde naopak nejjednodušší. H3: Nejobtížnější je dle názoru všeobecných sester komunikace s klienty v psychiatrické léčebně. H4: Nejjednodušší je dle názoru všeobecných sester komunikace s klienty na interním a chirurgickém oddělení nemocnice. Jako nejtěžší pro komunikaci z hlediska zařízení zvolily dotazované sestry Domov pro klienty s mentálním handicapem (v přepočtu 21, 11%), který tentokrát porazil psychiatrickou léčebnu (20, 84%) výsledky byly též velmi těsné. 3. hypotéza se ovšem nepotvrdila. Vítězství těchto dvou zařízení je dáno zřejmě tím, že zde obvykle nejsou klienti z „běžného života“, kteří najednou onemoc-

něli a potřebují pomoc, ale spíše lidé, kteří mají nějaký handicap v oblasti vnímání, chování a kognitivních funkcí. Domluva je tedy s nimi mnohem složitější. Naopak běžná oddělení jako chirurgie či interna skončily až na posledních dvou místech, komunikace v těchto typech zařízení je nepochybně snadnější (potvrzení 4. hypotézy). Lidé zde obvykle nejsou hospitalizováni tak dlouho jako v ústavech pro mentálně postižené (kde jsou i po mnoho let), nebo v psychiatrické léčebně. Na internu nebo chirurgii si chodí lidé „vyřešit“ svůj zdravotní problém (tríselnou kýlu, srdeční infarkt...) a poté se vrátit do běžného života. Všeobecné vnímání sester tedy nepředpokládá v těchto odděleních větší komunikační bariéry.

Cíl 4: Zjistit, s jakými hraničními a nepříjemnými situacemi se všeobecné sestry nejčastěji setkaly při komunikaci s klienty (popřípadě s jakými to bylo klienty). H5: Všeobecné sestry se nejčastěji setkaly s agresivitou klientů a s nemožností vysvětlit klientovi nějakou záležitost, týkající se jeho zdravotního stavu (vyšetření, edukace...) H6: Všeobecné sestry zažily nejvíce hraničních situací při komunikaci s klienty pod vlivem alkoholu a návykových látek. Největší zátěžové situace pro sestry nepřináší komunikace s klienty s omezeným vnímáním, ale s klienty agresivními. To potvrzuje i 5. hypotézu. Z více než 80% dotazovaných sester, které zažily nějakou hraniční situaci, se nejvíce opakovala agresivita klienta. 6. hypotéza se potvrdila částečně, s klienty pod vlivem alkoholu se některé dotazované sestry setkaly a zažily s nimi nepříjemné komunikační situace, tato možnost se však neobjevila jako nejčastější.

Cíl 5: Zjistit, s kterými klienty cizí národnosti/etnika se všeobecné sestry ve svém pracovišti nejčastěji setkaly a posoudit způsob, kterým zvládly komunikaci s nimi (překonání jazykové bariéry atd.) H7: Více než 50% všeobecných sester se ve svém pracovišti setkala s klientem/klientkou Vietnamské národnosti a romského etnika. H8: Nejčastějšími „prostředky“ pro překonání případné jazykové bariéry byl příbuzný, ovládající jazyk a tlumočnick. 7. hypotéza se potvrdila, více než třičtvrtina dotazovaných sester se setkala s klienty romského etnika, nadpoloviční většina i s klientem vietnamské národnosti. Nejvíce ze všech tří menšin ovládají český jazyk Romové, u nich je při komunikaci nutný jen specifický přístup, mnohem horší slovní zásobu mohou mít klienti z Vietnamu a Ukrajiny. Otázka komunikace s klienty národnostních a etnických menšin bude v budoucnu s čím dál více se globalizujícím světem nabývat na významu. Už nyní jsou získaná čísla překvapivě vysoká. Proto se touto otázkou zabývá i jeden z výstupů bakalářské práce (Multislovník, pomůcka k usnadnění komunikace). Nejčastějším prostředkem pro překonání případné jazykové bariéry ovšem nebývá tlumočnick ani příbuzný, ovládající jazyk, ale různé prvky neverbální komunikace (taková byla nejčastější reakce dotazovaných sester: 8. hypotéza se tedy nepotvrdila).

Cíl 6: Zjistit, které vlastnosti či schopnosti, důležité pro komunikaci ve zdravotnickém zařízení, považují všeobecné sestry za nejdůležitější. H9: Nejdůležitějšími vlastnostmi či schopnostmi všeobecných sester při komunikaci s klienty jsou dle jejich názoru teoretické znalosti oboru ošetrovatelství a schopnost empatie, vcítění se, porozumění. Hypotéza se nepotvrdila, nejdů-

ležitějšími vlastnostmi a schopnostmi, které souvisí s komunikací s klienty, jsou dle sester jejich praktické dovednosti a teoretické znalosti. Schopnost empatie, vcítění porozumění skončila až na 5. místě.

Cíl 7: Zjistit, zda bývají všeobecné sestry při některých komunikačních situacích nervózní, případně v kterých situacích to je. **H10:** Všeobecné sestry bývají nejčastěji nervózní při komunikaci s agresivním nemocným. **Výsledky 10.** hypotézu potvrzují: 50% dotazovaných všeobecných sester je nervózní právě při komunikaci s agresivními klienty. Stejně jako v 9. otázce, i v té 15. tedy jednoznačně nejvíce negativní emoce v sestřích zanechává agresivní chování klientů.

Cíl 8: Posoudit názory všeobecných sester na vizitu: zjistit, které situace během ní brání klientovi položit otázku a kdo všechno by měl u vizity být. **H11:** Během vizity klientovi nejvíce brání položit otázku nedostatek času během vizity. **H12:** U vizity by kromě lékaře a všeobecných sester měli být přítomni studenti středních, vyšších odborných a vysokých škol. Nejvíce brání klientům u vizity položit otázku velký počet lidí přítomných u vizity (51, 75%) a klientova nervozita (43, 86%). 11. hypotéza se tedy nepotvrdila. Otázka počtu lidí u vizity se týká též další hypotézy: z průměrné modelové situace, (tedy velká vizita na interním oddělení nemocničního zařízení), si více než 63% přeje účast sociálního pracovníka. Některé sestry v dotazníku opatrně dodávají, že jen „dle sociální situace pacienta - jen dle potřeby“, přesto je výsledné číslo překvapivé. V některých konkrétních situacích je skutečně sociální pracovník třeba, týká se to zejména lidí nemajetných nebo klientů před přeložením do domova pro seniory či jiného zařízení. Téměř dvě pětiny sester by si na interní vizitě též přálo účast psychologa. Ten může podpořit klienta k otázce, vyhodnotit vnímání a chování klienta, v neposlední řadě sledovat celou situaci na vizitě, vyhodnotit „hladinu stresu“ která vzniká během vizity. Studenty u vizity si však přeje jen 14, 41% dotazovaných sester, ani 12. hypotéza se tedy nepotvrdila.

Cíl 9: Zjistit, která vlastnost či schopnost všeobecným sestřím všeobecně chybí při komunikaci s klienty. **H13:** Více než 40% všeobecných sester si myslí, že jedna z vlastností, která jim v komunikaci s klienty chybí je trpělivost. **Hypotéza se potvrdila,** nedostatek trpělivosti všeobecných sester je dle nich samotných hlavním kamenem úrazu při interakci s klienty. Tento názor zastává více než 54% dotazovaných sester.

Cíl 10: Zjistit, které vlastnosti či situace jsou největší překážkou v komunikaci a klientem ve zdravotnickém zařízení. **H14:** Více než 45% všeobecných sester si myslí, že jednou z vlastností či situací, které jsou překážkou v komunikaci a klientem ve zdravotnickém zařízení je nedostatek času sestry. **Hypotéza se potvrdila,** největší překážkou v komunikaci s klientem je skutečně nedostatek času sestry. Tento postoj zastává 74, 55% dotazovaných sester. Právě absence trpělivosti a času je dle mého názoru komunikační překážkou nejen ve zdravotnictví, ale i v běžném životě.

ZÁVĚR

Téma své bakalářské práce jsem si vybral pro jeho neustálou aktuálnost: komunikace provází člověka po celý život a neustále se vyvíjí. Nejinak tomu je i v oblasti zdravotnictví. Hlavním problémem, kterým jsem se ve své bakalářské práci zabýval, byla úloha komunikace ve zdravotnictví v dnešní době. Říká se, že dnes lidé mezi sebou hovoří stále méně, že běžná komunikace je na ústupu. Snižuje slovní zásoba lidí (hlavně mladých) a na pozitivní a empatickou komunikaci v dnešní uspěchané době už není čas. Která však jiná oblast než zdravotnictví, kde trpí nemocní a oslabení lidé, by se měla stát jakousi státní „vlajkovou lodí“ komunikace, jakýmsi ostrůvkem, kde je na interakci a dorozumívání s klienty stále ještě dostatek času a prostoru? Často se zamýšlím nad tím, jestli lidé okolo mě mezi sebou mluví tak, jak by měli. Jsou k sobě vždy upřímní? Dokáží se ještě dnes zastavit a vyslechnout druhého nebo to už pro samý spěch zapomněli? A dokáží se vůbec domluvit? Tyto otázky by si ve své práci měla klást každá sestra. Výše uvedené stavy z běžného života totiž mohou být jen marginální záležitostí v porovnání se zdravotnictvím. I zde dochází mezi zdravotnickým personálem (všimějme si všeobecných sester, o kterých je tato bakalářská práce) a jejich klienty k mnoha nezvládnutým a kritickým komunikačním situacím. Následky mohou být skutečně fatální. Interakce mezi sestrou a klientem začíná již u příjmu nemocného. Zde je nutné zjistit, jakým způsobem je schopen nový klient chápat nové informace. Dokáže odpovědět na otázku? Chápe význam sdělení? Nemá nějaký smyslový handicap? Již u zjišťování anamnestických údajů může všeobecná sestra o klientovi mnohé zjistit. Nejen mluvené slovo ale i úsměv a pokynutí ruky může nového klienta (oslabeného nemocí) alespoň částečně uklidnit. Naopak nevhodná gestikulace či narážka mohou klientovy obavy ještě zvýšit. I během hospitalizace je správná a efektivní komunikace s klientem důležitá. Opomenutí edukace nebo pokynů ohledně vyšetření či dalšího léčebného režimu může mít pro klienta závažné důsledky.

Proto i převážná část teoretické části se zabývala specifiky komunikace s jednotlivými klienty. S každým klientem je nutno hovořit trochu jinak, nemělo by ovšem záležet jen na jeho onemocnění či věku, ale především na tom jaký je. Možná důležitější než naučit se a znát všechna komunikační specifika, je umět důkladně klienta (a člověka vůbec) poznat. Hlavní zodpovědnost komunikace s klienty nesou na svých bedrech sestry, proto byla praktická část zaměřena na ně. Jako metodu zjišťování údajů od sester jsem zvolil dotazník se všemi druhy odpovědí. Otázky se snažily přinést nový pohled na interak-

ci sester a klientů. Respondenti byli vybíráni záměrně z co nejrozmanitějších zařízení, aby celkový výsledek byl co nejvíce ucelený. Cílem bylo zjistit co nejvíce informací o komunikaci a dozvědět se o ní i z jiného pohledu než z toho svého, zúženého jen na návštěvy praxe v rámci výuky. Postoje sester mi nabídly velmi zajímavý pohled na reálný obraz komunikace v současných zdravotnických zařízeních.

Jako opatření do praxe bych navrhoval více odborných kurzů a seminářů, které se týkají komunikace s klienty různých onemocnění a handicapů. Tyto semináře by byly „honorovány“ kredity v rámci kreditního systému a konaly by se přímo v daném zařízení. Byly by tématické (například na neurologii by se hovořilo o zásadách komunikace se všemi druhy klientů, opakovaně ovšem o specifikách komunikace s klienty po CMP, epileptickém záchvatu, roztroušenou sklerózou atd.) a opakované (například 2x až 3x ročně).

Dále bych zavedl funkci tlumočnicka do každého zdravotnického zařízení (v těch menších alespoň jako externistu), který by měl být co nejdříve přítomen a připraven klientovi, hovořícímu jiným než českým jazykem, poskytnout informace o situaci a následné léčbě v jeho mateřštině. Tlumočnick by nebyl přítomen 24 hodin denně, chodil by za klientem v různých časových intervalech (například během vizity). Během dne by byly sestřám k dispozici ošetřovatelské slovníky v cizích jazycích a pochopitelně obrázky (s pitím, WC, injekční stříkačkou), usnadňující základní komunikaci, ovšem nenahrazující funkci tlumočnicka či rodilého mluvčího. Z důvodu plíživé globalizace bude totiž u nás klientů cizích národností nepochybně přibývat.

Různé brožury a letáky o komunikaci s klienty jsou nepochybně dobrá věc, ale nic nenahradí praktické zkušenosti. Proto by v budoucnu nebylo špatné organizovat různá setkání zdravotnických pracovníků (například pod hlavičkou MZ ČR), kde by si přítomní z různých druhů zařízení vyměňovali zkušenosti nejen v oblasti komunikace.

Další z návrhů (které ovšem nejsou příliš reálné a zřejmě k nim nebude dostatek vůle ze strany vedoucích činitelů ve zdravotnictví) jsou například různé kurzy sebeobrany nebo jednání praktická výuka jednání s agresivními klienty a lidmi pod vlivem alkoholu (z agresivních klientů jde dle dotazovaných sester oprávněný strach) nebo posílení ochranné služby v okolí nebo přímo ve zdravotnickém zařízení. Protože aby se sestry mohly věnovat svému poslání, tudíž ochraně zdraví svých klientů (i prostřednictvím komunikace) musí být samy chráněny a to nejen svými zkušenostmi a komunikačními dovednostmi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BALDWIN, C. Communicating [cit 2011-4-1]. Dostupný z http://alzheimers.org.uk/site/scripts/documents_info.php?documentID=130 (MAY 2010).
- 2) BEER, M. D., PEREIRA, S. M., PATON, C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-7254-582-5.
- 3) COMMON, J. Childhood Mental Illness [cit 2011-4-1]. Dostupný z http://www.associatedcontent.com/article/2814190/common_childhood_mental_illness.html?cat=5 (May 25 2010).
- 4) DEVITO J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Expert, 2008. ISBN: 978-80-247-2018-0.
- 5) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN: 80-8063-229-4.
- 6) HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 2009 ISBN: 80-726-2032-0.
- 7) HÖSCHL C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: H & H, 1996. ISBN: 80-85787-96-2.
- 8) IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, K., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1212-1.
- 9) JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN: 978-80-7387-179-6.
- 10) JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2454-6
- 11) KALVACH Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 978-80-247-2490-4.
- 12) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN: 978-80-247-2831-5.
- 13) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: SVOBODA, 1988. ISBN: 25-095-88.

- 14) MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 978-80-247-3148-3.
- 15) MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4.
- 17) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-1784.
- 18) PECH J. *Řeč těla a umění komunikace*. Praha: NS Svoboda, 2009. ISBN: 978-80-205-0606-1.
- 19) POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 97-880-2473-2718.
- 20) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III - Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 80-247-2270-4.
- 21) SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-691-9.
- 22) ŠILEROVÁ, L. *Agresivní pacient*. [cit 2011-13-5]. Dostupný z http://www.paramedik.cz/wp-content/prednasky/2005_vary/silerova/text0.html.
- 23) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace (komunikace nejen pro sestry)*. Praha: Galén, 2009. ISBN: 97-880-7262-5994.
- 24) VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-2170-5.
- 25) VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1262-8.
- 26) VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-009-7.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.s.	Akciová společnost
aj.	A jiné
apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
CMP	Cévní mozková příhoda
č.	Číslo
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
FTN	Fakultní Thomayerova Nemocnice Praha
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IQ	Intelligenční kvocient
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská Nemocnice Tomáše Bati
kol.	Kolektiv
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
ment.	Mentálně
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	Například
NGS	Nazogastrická sonda
odd.	Oddělení
ORL	Otolaryngologie
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
Pozn.	Poznámka
str.	Strana
tzv.	Takzvaný
UNK	Ušní – Nosní – Krční

USA	Spojené státy americké
WC	Water closet - toaleta
ZZS	Zdravotní záchranná služba

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Množství let ve zdravotnictví
Graf č. 2	Vzdělání v oboru
Graf č. 3	Důležitost komunikace
Graf č. 4	Účast na přednáškách o komunikaci
Graf č. 5	Doplnění věty
Graf č. 6	Obtížnost komunikace s klienty
Graf č. 7	Čtení knih o komunikaci
Graf č. 8	Obtížnost komunikace na jednotlivých pracovištích
Graf č. 9	Náročné situace v komunikaci
Graf č. 10	Setkání s klienty národnostních/etnických menšin
Graf č. 11	Jazyková znalost sester
Graf č. 12	Důležité vlastnosti sestry
Graf č. 13	Nervozita sester při komunikaci
Graf č. 14	Klient u vizity
Graf č. 15	Lidé u vizity
Graf č. 16	Chybějící vlastnosti sester
Graf č. 17	Vlastnosti, překážející komunikaci

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Množství let ve zdravotnictví
Tabulka č. 2	Vzdělání v oboru
Tabulka č. 3	Důležitost komunikace
Tabulka č. 4	Účast na přednáškách o komunikaci
Tabulka č. 5	Doplnění věty
Tabulka č. 6	Obtížnost komunikace s klienty
Tabulka č. 7	Čtení knih o komunikaci
Tabulka č. 8	Obtížnost komunikace na jednotlivých pracovištích
Tabulka č. 9	Náročné situace v komunikaci
Tabulka č. 10	Setkání s klienty národnostních/etnických menšin
Tabulka č. 11	Jazyková znalost sester
Tabulka č. 12	Důležité vlastnosti sestry
Tabulka č. 13	Nervozita sester při komunikaci
Tabulka č. 14	Obtížnost komunikace v jednotlivých zařízeních
Tabulka č. 15	Klient u vizity
Tabulka č. 16	Lidé u vizity
Tabulka č. 17	Chybějící vlastnosti sester
Tabulka č. 18	Vlastnosti, překážející komunikaci

SEZNAM OBRÁZKŮ

(Z BROŽURY JAK KOMUNIKOVAT)

V kapitole Proč vlastně v práci komunikovat, k čemu je komunikace dobrá?

[cit 2011-2-5]. Dostupný z <http://www.brejle.net/wp-content/uploads/otaznik.jpg&imgrefurl>

[cit 2011-2-5]. Dostupný z www.clipartheaven.com/clipart/health_%26_medical/cartoons/nurse_04.gif&imgrefurl

V kapitole Vlastnosti a schopnosti sestry, důležité pro komunikaci

[cit 2011-2-5]. Dostupný z http://www.graphicsfactory.com/clip-art/image_files/tn_image/3/600573-tn_octo_doctor.gif&imgrefurl

[cit 2011-2-5]. Dostupný z <http://www.maconcountyttn.com/images/nursing.jpg>

V kapitole Kritéria úspěšné komunikace

[cit 2011-2-5]. Dostupný z http://euods.pspace.cz/?r_id=81

V kapitole komunikace s dětským klientem

[cit 2011-2-5]. Dostupný z www.preschoollearningonline.com/Coloringpages/nurse_baby.gif&imgrefurl

[cit 2011-2-5]. Dostupný z http://www.clipartoday.com/clipart/people/people/children_265685.html

V kapitole Komunikace ze seniory

[cit 2011-2-5]. Dostupný z

http://www.clipartguide.com/_named_clipart_images/0511-0812-2704-1146_Black_and_White_Clip_Art_of_a_Stooped_Old_Man_with_Cane_clipart_image.jpg

V kapitole komunikace s klienty s demencí

[cit 2011-2-5]. Dostupný z

<http://theregisterednurse.net/registered-nurse-pictures/registered-nurse-gallery-125-salary-programs-on-the-job-pictures/>

[cit 2011-2-5]. Dostupný z

<http://img.mf.cz/492/668/14.jpg&imgrefurl=http://www.zdn.cz/news/check-sub%3Fid%3D288284&usg>

V kapitole Komunikace s klienty s mentálním postižením

[cit 2011-2-5]. Dostupný z

http://www.istockphoto.com/file_thumbview_approve/13012048/2/istockphoto_13012048-nurse-and-patient.jpg&imgrefurl

V kapitole Komunikace s klienty s úzkostnými a depresivními stavy

[cit 2011-2-5]. Dostupný z

http://thumbs.dreamstime.com/thumb_344/1229471841jfpH3Q.jpg&imgrefurl

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

http://joerogers.homestead.com/nurse_clipart_picture.jpg&imgrefurl

V kapitole komunikace s agresivními klienty

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

<http://moodle.zss-siemianowice.pl/file.php/1/nurse-10369.jpg>

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

<http://img.mf.cz/109/667/20.jpg&imgrefurl=http://www.zdn.cz/news/check-sub%3Fid%3D294462&usg>

V kapitole Specifika komunikace s klienty národnostních a etnických menšin-Vietnamci a Romy

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

<http://randomfanboy.files.wordpress.com/2010/02/nurse.jpg&imgrefurl>

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

http://www.picturesof.net/_images_300/A_Nurse_Giving_a_Patient_a_Shot_Royalty_Free_Clipart_Picture_090823-124559-835009.jpg&imgrefurl

Obrázek z titulní strany:

[cit 2011-4-5]. Dostupný z

<http://coloringpagesforkids.info/nurse-coloring-pages/>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Žádost o umožnění dotazníkového šetření (ukázka)

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Brožura pro sestry - Jak komunikovat? (titulní strana)

Příloha č. 4 Informační brožura pro sestry a vedení zdravotnických zařízení (titulní strana)

Příloha č. 5 Multi – slovník v ošetrovatelství (titulní strana)

PŘÍLOHA P 1: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (ukázka)

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

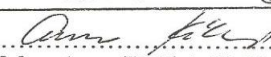
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	David Kratochvíl
Téma bakalářské práce	Role komunikace v práci všeobecné sestry
Skupina respondentů	střední zdravotničtí pracovníci
Pracoviště	DOZP BARBORKA, KROMĚŘÍŽ


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.2.2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Sociální služby města Kroměříže
příspěvková organizace
Domov pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA
Vestavni ošetrovatelská péče
767 01 Kroměříž, K. Čapka 2333
tel. 573 909 532 • IČ 71193420


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P2: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se David Kratochvíl, jsem student Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, fakulty humanitních studií, 3. ročníku studijního programu Ošetřovatelství. Chtěl bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku v rámci své bakalářské práce na téma „Role komunikace v práci všeobecné sestry“. Není-li uvedeno jinak, pokuste se označit vždy jen jednu možnost. Dotazník je anonymní a uvedené odpovědi budou použity jen pro potřeby bakalářské práce. Za jeho vyplnění předem děkuji.

1. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

- méně než 5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- přes 30 let

2. Jaké je Vaše vzdělání v oboru?

- střední s maturitou
- vyšší odborné
- bakalářské
- magisterské
- jiné (možno doplnit).....

3. Považujete ve své práci komunikaci za důležitý prostředek k pochopení problémů a potřeb klientů?

- ano
- ne

4. Zúčastnil/a jste se nějakého odborného semináře/přednášky, které se týkaly komunikace, dorozumívání se s klienty?

- ano, několikrát
- ano, jedenkrát
- ne

5. Doplníte větu dle Vašeho názoru: Odborného semináře o komunikaci s handicapovanými klienty se ve svém volném čase.....

- ...zúčastním rád/a, účast případně doporučím i svým známým
- ...zúčastním, pokud bude oceněn kredity v rámci kreditního systému
- ...nezúčastním, pokud to nebude nezbytně nutné

6. S kterými klienty se podle Vašeho názoru nejhůře komunikuje?

- s klienty s mentálním postižením
- s klienty s tělesným postižením
- s klienty se sluchovým postižením
- s klienty s onemocněním štítné žlázy (hyperfunkcí)
- s klienty s demencí
- s klienty s CHOPN-chronická obstrukční plicní nemoc
- s klienty s psychickým onemocněním (schizofrenie, psychozy..)
- jiné možnost (možno doplnit).....

7. Četl/a jste někdy nějakou publikaci (knihu, příručku, brožuru), která se týká komunikace s nemocnými klienty? (Zásady komunikace, specifika komunikace s handicapovanými..)

- ano (možno uvést název a autora).....
- ne

8. Očíslujte prosím čísla 1-7 obtížnost komunikace v jednotlivých zařízeních. K typu zařízení, kde je podle Vás komunikace s klienty nejjednodušší napište číslo 1. Tak postupujte až do zařízení, které považujete z hlediska komunikace s místními klienty za nejtěžší. Jedná se o Váš subjektivní názor.

- Domov pro seniory/LDN
- Interní oddělení nemocnice
- Dětské oddělení nemocnice
- Chirurgické oddělení nemocnice
- Onkologické onemocnění nemocnice
- Psychiatrická léčebna
- Domov pro klienty s mentálním handicapem

9. Zažil/a jste někdy nějakou náročnou, hraniční situaci při komunikaci s klientem? (agresivita klienta, obtížná edukace, neschopnost klienta pochopit situaci)

ano (prosím stručně popište)

ne

10. Měl/a jste ve svém zařízení klienta/klientku cizí národnosti/etnika? Možno označit více možností:

- ano, příslušníka/příslušnici romského etnika
- ano, příslušníka/příslušnici vietnamské národnosti
- ano, příslušníka/příslušnici ukrajinské národnosti
- ano, příslušníka/příslušnici německé/britské/francouzské národnosti
- ano, příslušníka/příslušnici jiného etnika/národnosti
(možno doplnit).....

ne

11. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, vyberte si jednu z označených možností a popište, jakým způsobem jste s klientem dané národnosti či etnika komunikovali. (Jak jste mu vysvětlili výkon, který ho čeká?/byl přítomen tlumočnick nebo jiná sestra ovládající jazyk?...)

12. Ovládáte nějaký cizí světový jazyk? Možno označit více možností:

- ano, ruský
- ano, anglický
- ano, německý
- ano, jiný (možno doplnit).....
- ne

13. Seřad'te prosím číselně podle důležitosti následující vlastnosti všeobecné sestry. Tu vlastnost, kterou považujete za nejdůležitější, označte číslem 1. Tak pokračujte, až označíte číslem 7 vlastnost, kterou považujete v práci sestry za nejméně důležitou:

- teoretické znalosti oboru ošetrovatelství
- praktické dovednosti oboru ošetrovatelství
- schopnost komunikovat s klienty (edukace, podávání informací..)
- schopnost empatie, vcítění se, porozumění
- schopnost zorganizovat si práci
- schopnost improvizace
- pozorovací vlastnosti a schopnosti

14. Pracoval/a jste během své pracovní kariéry i na jiném oddělení, než kde právě působíte?

Pokud ano, vyplňte prosím následující řádky:

Vaše bývalé pracoviště (možno i více zařízení/oddělení v nemocnici):

Vaše srovnání, kde byla komunikace s klientem těžší/jednodušší, jaká byla specifika, odlišnosti komunikace s klienty na daném pracovišti atd. Váš osobní názor, možno rozepsat:

15. Býváte někdy při komunikaci ve svém zařízení nervózní? Při jakých situacích? Možno označit více odpovědí:

- ano, při komunikaci s nově příchozím nemocným
- ano, při komunikaci s handicapovaným nemocným (mentálně, tělesně)
- ano, při komunikaci s agresivním nemocným
- ano, při komunikaci s nadřizovaným/nadřizovanou
- ano, při komunikaci s lékařem či jiným spolupracovníkem
- ano, při komunikaci s návštěvami nemocných
- ano při, při komunikaci s jinými lidmi (možno doplnit).....
- ne, nebývám nervózní

16. Která vlastnost či situace klientovi nejvíce brání zeptat se během vizity lékaře na upřesnění svého zdravotního stavu?(Váš osobní názor, možno označit více odpovědí)

- nervozita klienta
- nedostatek času během vizity
- arogance/zdánlivá nepřístupnost lékaře
- samotné onemocnění (oslabení) klienta
- velký počet lidí u vizity
- jiné vlastnosti/situace (možno doplnit).....

17. Kteří lidé by se kromě lékaře a sester měli např. na interním oddělení nemocnice zúčastnit velké vizity? (Váš osobní názor, možno označit více odpovědí)

- ošetřovatelky
- sociální pracovník
- studenti středních, vyšších a vysokých škol
- psycholog
- jiní lidé (možno doplnit).....

18. Která vlastnost či schopnost sestřám obecně nejvíce chybí při komunikaci s klienty?

(možno označit 1-3 odpovědi, jedná se o Váš osobní názor)

- trpělivost
- schopnost klidně na klienty hovořit, bez emocí vysvětlovat, další postup, vyšetření..
- dávat jasné instrukce
- získat si důvěru klientů
- věnovat nepředstíranou pozornost tomu, co klienti říkají (i když to říkají pomalu, zabíhají do přílišných detailů atd..)
- schopnost projevit empatii, osobní zaujetí
- schopnost hovořit klidným a asertivním způsobem
- schopnost využívat očního kontaktu

19. Které vlastnosti sestry či situace jsou podle Vás naopak největší překážkou v komunikaci, v navození důvěry mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem? (možno označit 1-3 odpovědi, jedná se o Váš osobní názor)

- nedostatek času sestry
- netrpělivost sestry
- nedostatek komunikačních schopností, znalostí
- neznalost specifických zásad komunikace (s klienty s handicapem, klienty s demencí, s klienty hovořícími jiným jazykem..)
- syndrom vyhoření sestry, lékaře
- užívání příliš odborného a nesrozumitelného jazyka (sestrou i lékařem)
- nervozita, strach klienta
- nevyužívání či nevhodné užívání očního kontaktu, mimiky, gest
- nepříjemná modulace hlasu
- přísný vzhled sestry či lékaře

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji hezký den

PŘÍLOHA P3: Brožura pro sestry - Jak komunikovat? (titulní strana)

JAK KOMUNIKOVAT?



**Praktické komunikační rady pro sestry a ostatní zdravotnický
personál**

PŘÍLOHA P4: Informační brožura pro sestry a vedení zdravotnických zařízení (titulní strana)

INFORMAČNÍ BROŽURA PRO SESTRY A VEDENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ



Výtah z dotazníkového šetření bakalářské práce

PŘÍLOHA P5: Multi – slovník v ošetrovatelství (titulní strana)

MULTI-SLOVNÍK



v ošetrovatelství

