

Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty v chirurgických oborech

Beata Žajdlíková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Beata ŽAJDLÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty
v chirurgických oborech**

Zásady pro vypracování:

Cílem této bakalářské práce je zmapovat kladné prvky vlastní komunikace a poukázat na nevhodné metody komunikace sester. Práce bude saturovat komunikační styl a odbornou úroveň komunikace zdravotníka s nemocným.

Teoretická část popisuje, jak rovinu obecné terminologie ve verbální komunikaci, tak terminologie v neverbální komunikaci.

Praktická část bude zaměřena na monitorování rozhovorů sester s nemocným. Pomocí záznamů bude provedena analýza rozhovorů zdravotníka s nemocným a doporučena strategie reflexe ošetrovatelského personálu po získaných rozhovorech.

Doporučení pro praxi: z analýzy rozborů vyplynou rezervy, které při komunikaci s nemocným ošetrovatelský personál má a materiály budou publikovány v odborném časopisu a poskytnuty zdravotníkům z jednotlivých pracovišť pro další rozvoj komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

1. POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
2. HONZÁK, Radkin. Komunikační pasti v medicíně. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 162 s. ISBN 80-7262-032-0.
3. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Jaroslava. Zdravotnická psychologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
4. VYBÍRAL, Zbyněk. Psychologie komunikace. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. Základní otázky komunikace : Komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 879-80-7262-599-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Karafiátová**

Ústav ošetrovatelství

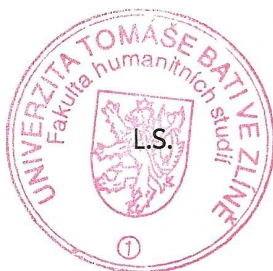
Datum zadání bakalářské práce: **4. února 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel 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.

Ve Zlíně19.2.10.....

.....*Šajdlová*.....

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 nevýdělečně 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.

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Cílem této bakalářské práce je zmapovat kladné prvky vlastní komunikace a poukázat na nevhodné metody komunikace sester. Práce bude saturovat komunikační styl a odbornou úroveň komunikace zdravotníka s nemocným.

Teoretická část popisuje, jak rovinu obecné terminologie ve verbální komunikaci, tak terminologie v neverbální komunikaci.

Praktická část bude zaměřena na monitorování rozhovorů sester s nemocným. Pomocí záznamů bude provedena analýza rozhovorů zdravotníka s nemocným a doporučena strategie reflexe ošetrovatelského personálu po získaných rozhovorech.

Doporučení pro praxi: z analýzy rozborů vyplynou rezervy, které při komunikaci s nemocným ošetrovatelský personál má a materiály budou publikovány v odborném časopisu a poskytnuty zdravotníkům z jednotlivých pracovišť pro další rozvoj komunikačních dovedností ošetrovatelského personálu.

Klíčová slova:

efektivní komunikace, zdravotní sestra, pacient, naslouchání, evalvace, devalvace

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The aim of this bachelor thesis is to map positive elements of personal communication and to point out to inappropriate methods of nurses' communication. Thesis will saturate communication style and professional level of communication between medic and patient.

Theoretical part describes both grade of general terminology in verbal communication and terminology in nonverbal communication.

Practical part will be focused on monitoring dialogues between nurse and patient. The analysis of conversations between medic and patient will be made by means of records and strategy of nursing staff reflection will be recommended after acquired conversations.

Recommendation for practice: reserves will result from analysis, nursing staff has these reserves in communication with patient, materials will be published in technical journal

and will be provided to medics from single workplaces for further communication skills development of nursing staff .

Keywords:

effective communication, nurse, patient, harking, evaluation, devaluation

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaele Karafiátové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOMUNIKAČNÍ PROCES	12
1.1 CHARAKTERISTIKA KOMUNIKACE	12
1.2 KOMUNIKAČNÍ MODELY	13
1.3 INTERPERSONÁLNÍ KOMUNIKACE	16
1.4 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	16
1.4.1 DRUHY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	16
1.4.2 KOMUNIKAČNÍ ROVINY VERBÁLNÍ KOMUNIKACE:	16
1.4.3 PARALINGVISTICKÁ KOMUNIKACE.....	17
1.4.4 OBECNÉ PODMÍNKY KOMUNIKACE.....	17
1.4.5 ÚROVNĚ KOMUNIKACE:.....	19
1.5 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	19
2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE	23
2.1 CHARAKTERISTIKA EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE	23
3 PROBLEMATICKÁ KOMUNIKACE	25
3.1 KOMUNIKACE S PACIENTY S PORUCHOU SLUCHU	25
3.1.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM S PORUCHOU SLUCHU:	25
3.1.2 CHYBY PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM S PORUCHOU SLUCHU:	26
3.2 KOMUNIKACE S PACIENTY S PORUCHOU ZRAKU	26
3.2.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM S PORUCHOU ZRAKU:	26
3.2.2 CHYBY PŘI KOMUNIKACI S NEVIDOMÝMI:.....	27
3.3 KOMUNIKACE S PACIENTY S BOLESTÍ	27
3.3.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTEM S BOLESTÍ:	28
3.4 KOMUNIKACE S PACIENTY S INFAUSTNÍM ONEMOCNĚNÍM	28
3.4.1 ZÁSADY KOMUNIKACE S PACIENTY S INFAUSTNÍM ONEMOCNĚNÍM:.....	29
4 KOMUNIKACE S PACIENTY V CHIRURGICKÝCH OBORECH	31
4.1 ZVLÁDÁNÍ BOLESTI	31
4.2 CHIRURGICKÝ PACIENT	31
4.3 ZÁSADY VHODNÉ KOMUNIKACE PRO VŠECHNY CHIRURGICKÉ PACIENTY	32
5 NASLOUCHÁNÍ	33
5.1 PŘÍSTUPY K NASLOUCHÁNÍ:	34

5.2	PROCES NASLOUCHÁNÍ.....	35
6	BARIÉRY V KOMUNIKACI.....	37
6.1	EVALVACE.....	37
6.2	DEVALVACE.....	38
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
7	CÍLE ŠETŘENÍ.....	40
7.1	CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI.....	40
7.2	CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	40
8	POUŽITÁ METODA ŠETŘENÍ	41
8.1	AUDIONAHRÁVKY	41
8.2	POZOROVÁNÍ.....	41
8.3	POZOROVACÍ MANUÁL.....	41
8.4	METODIKA ŠETŘENÍ.....	43
8.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	43
8.5.1	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
9	DISKUZE	69
10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
	ZÁVĚR	74
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	77
	SEZNAM TABULEK.....	78
	SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Téma mojí bakalářské práce Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty v chirurgických oborech jsem si vybrala z toho důvodu, protože mezilidská komunikace patří mezi základní lidské potřeby. Pro člověka je komunikace velmi důležitá, obzvláště v nemocničním prostředí, kde je komunikace mezi sestrou a nemocným neodmyslitelná. Člověk potřebuje porozumění a vlídné slovo. Komunikace je také velmi důležitá pro navázání vztahu mezi sestrou a nemocným a také pro získávání potřebných informací. Je zde třeba zvláštních dovedností a profesionální přípravy, které by každá sestra měla mít, aby mohla komunikace efektivně probíhat.

V běžné komunikaci se vyskytují pozitivní/produktivní prvky, ale také bohužel i prvky negativní/neproduktivní, které ubírají na její kvalitě. Chyby v komunikaci se vyskytují často, aniž by si to sestry vždy uvědomovali. Jak tedy komunikovat efektivně?

V teoretické části této práce se zabývám jak verbální, tak i neverbální komunikací. Dále se zabývám problematickou komunikací, komunikací charakteristickou pro chirurgická oddělení, nasloucháním a bariérami v komunikaci, které mohou být velmi časté a způsobovat tak neproduktivní/neprofesionální komunikaci.

Praktická část bude zaměřena na monitorování rozhovorů mezi sestrami a nemocnými. Bude provedena analýza jednotlivých rozhovorů a na jejím základě budou stanoveny produktivní/profesionální prvky i neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKAČNÍ PROCES

1.1 Charakteristika komunikace

Dle Špatenkové N. a Králové J. je charakterizována komunikace takto:

„Komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, řeči. Jde o sdělování obsahů zpráv a informací. Pro srozumitelnost jakéhokoli verbálního sdělení je důležité kontrolovat, CO chceme říci a JAK to říci“ (Špatenková, N. Králová, J., 2009, s. 135).

Američtí psychologové David Krech (*1909), Richard Stanley Crutchfield (*1912) a Egerton L. Ballachey (*1910) charakterizují komunikaci jako: *„vzájemnou výměnu názorů mezi lidmi, která se děje především prostřednictvím jazyka a je možná tehdy, pokud mají lidé společné poznatky, potřeby a postoje“* (Řezáč, J., 1998, s. 268).

Pojem komunikace pochází z latinského „communicare“, což znamená někomu něco dát, sdílet něco s někým, vyměňovat si informace.

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným nebo mezi zdravotníky navzájem. V profesi sestry by měla převažovat komunikace vědomá a záměrná, jejímž hlavním cílem by mělo být navázání nosného vztahu mezi ní a pacientem, získání jeho důvěry. Důvěryplný vztah pacienta k sestře je nezbytný pro získávání důležitých informací o pacientovi. Neodmyslitelnou součástí profesionální komunikace je i poskytování informací nemocnému.

V ošetrovatelství ale nevystačíme s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě, v rodině nebo ve škole. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí zdravotníci zcela naučit již během profesionální přípravy. Komunikace s pacienty může být značně různorodá a v mnoha ohledech specifická.

K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace:

- **sociální komunikace** – je neplánovaná, odehrává se při neplánovaných setkáních
- **strukturovaná komunikace** – má určitou strukturovanou náplň, např. rozhovor o pooperační péči s nemocným před operací

- **terapeutická (léčebná) komunikace** – je definována jako proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a současně překonávat psychické překážky, které stojí v cestě k seberealizaci. Sestry ji využívají v různých situacích, například při pomoci nemocnému vyrovnat se sdělením diagnózy (Zacharová, E., 2007, s. 124).

Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:

- vědět co chceme říci,
- rozhodnout, kdy informaci sdělit,
- vybrat správné místo pro sdělení,
- rozhodnout, jak nejlépe informaci podat,
- pamatovat na skutečnost, že pro nás již jasné sdělované informace nemusejí být tak, jasné i pro druhou stranu,
- mluvit zřetelně a srozumitelně, aby nám pacient rozuměl,
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči,
- sledovat a zaznamenávat reakce pacienta,
- brát v úvahu pocity pacienta,
- udržovat stále oční kontakt,
- kontrolovat své neverbální projevy,
- umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil a dát mu prostor pro otázky,
- nezneklidňovat pacienta svým projevem,
- zkontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil.

1.2 Komunikační modely

Komunikační modely zahrnují všechny základní prvky komunikace. Jsou jimi komunikátor, příjemce, sdělení, komunikační kanál, zpětná vazba, případně šum (dochází k němu v nějakých souvislostech a obsahuje možnosti zpětné vazby).

Komunikátor je původcem zprávy. Komunikátorem může být buď jedinec, nebo skupina jedinců. Komunikátor zakóduje zprávu, to znamená, že ji přenesení do srozumitelného jazyka.

Sdělení je výsledkem zakódování. Sdělení při komunikaci mají mnoho forem a mohou být vysílána a přijímána jedním nebo více smyslovými orgány. Může být verbální a neverbální.

Verbální sdělení znamená, že komunikátor vyjadřuje své myšlenky řečí. Neverbální sdělení znamená vyjadřování komunikátora pomocí gest, mimiky, ... Svě myšlenky a záměry vyjadřujeme jak slovy, tak oděvem, který máme na sobě, způsobem chůze a například také jak se usmíváme.

Komunikační kanál je způsob, pomocí kterého se sdělení dostává od komunikátora ke komunikantovi. U verbální komunikace jsou komunikačním kanálem mluvidla člověka, u neverbální komunikace člověk využívá části těla např.: pohyby rukou, výrazy v obličeji, ...

Můžeme je dělit na:

- a) *Bezprostřední* – v bezprostředním komunikačním kanále vzniká přímý kontakt mezi komunikujícími, může být: verbální, neverbální, anebo zprostředkovan skutky a činy.
- b) *Zprostředkovaný* – představuje nepřímý kontakt mezi komunikátorem a komunikantem. Nejčastěji se uvádí tyto komunikační kanály: telefonický, písemný, vizuální, ...

Komunikant (příjemce) je ten, komu je sdělení určeno. Příjemce dekoduje a interpretuje sdělení. Komunikace je účinná, když komunikant chápe smysl sdělení, stejně tak jako komunikátor.

Zpětná vazba je vyjádřením komunikanta k předmětu hovoru, který probíhá mezi ním a komunikátorem. Zpětná vazba vypovídá o tom, jak je sdělení přijato a pochopeno. Je pro komunikátora pojištěnkou, že jeho sdělení je pochopeno. Může být vyjádřena například i mimikou, zamračením nebo úsměvem, souhlasným nebo odmítavým výrazem.

Šum je rušivý faktor, je to narušení toku komunikace, který porušuje sdělení nebo porozumění.

Typy šumu:

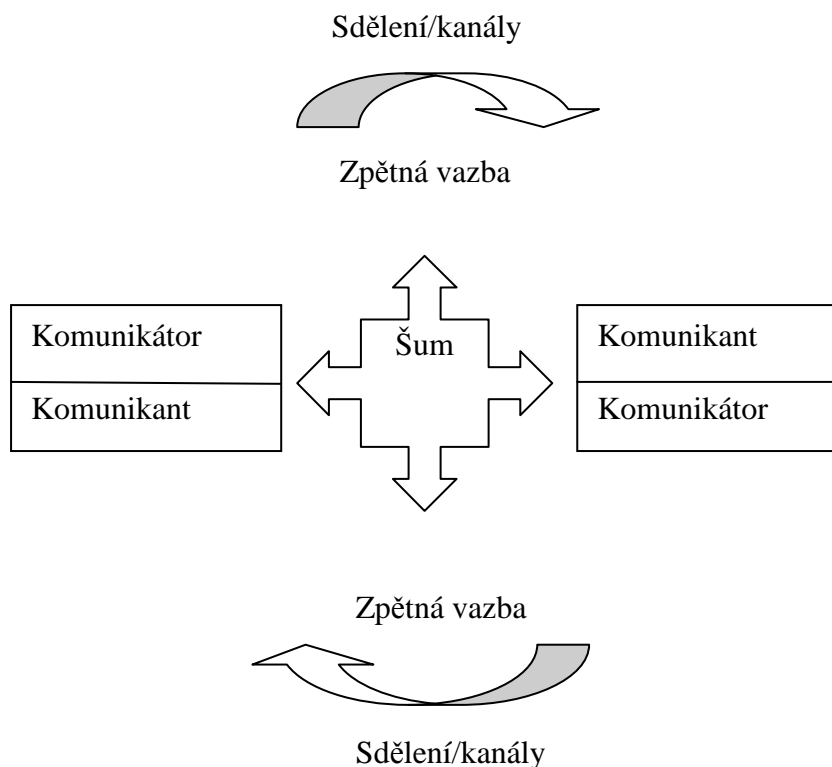
Fyzické – rušivé vlivy pocházejí ze zdrojů mimo mluvčího i posluchače, které omezují fyzický přenos signálu nebo sdělení.

Fyziologické – vlastní fyziologické bariéry mluvčího nebo posluchače

Psychologické – kognitivní nebo mentální interference; předpojatost, klamně úsudky o druhém, uzavřenost, extrémní emoce.

Sémantické – lidé hovořící odlišnými jazyky, používání příliš složitých termínů, kterým příjemce nerozumí (De Vito, J., 2001, s. 27).

Obrázek č. 1 **Komunikační proces**



(De Vito, J., 2001, s. 28)

1.3 Interpersonální komunikace

Interpersonální komunikace je charakterizována jako komunikace mezi dvěma osobami. Pokud se setkají dva jedinci, vždy dochází ke vzájemné komunikaci. Dokonce i v případě kdy jeden, druhému nic neřekne.

Komunikace mezi dvěma jedinci je to, co a jak si navzájem sdělují. Na základě toho, co si jedinci navzájem sdělují lze rozlišit *věcnou* (zahrnuje věcný obsah sdělení) a *vztahovou rovinu* interpersonální komunikace (sdělení jsou zasazena do určitého dějového a významového rámce, tím nabývají konkrétního smyslu a umožňují porozumět sdělované zprávě). Způsob, jakým spolu jedinci komunikují, vymezuje dva základní druhy interpersonální komunikace:

verbální komunikaci – jedinci spolu komunikují slovy, tzn. verbálně a,

neverbální komunikaci – jedinci komunikují beze slov, tzn. neverbálně.

1.4 Verbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování slov pomocí příslušného jazyka. V širším pojetí se do verbální komunikace zařazuje komunikace ústní i písemná, přímá nebo zprostředkovaná živá či reprodukováná.

1.4.1 Druhy verbální komunikace

- **Formální komunikace** – je obvykle plánována, má stanoveny specifické cíle a bývá realizována jako neveřejná záležitost. Příkladem může být například přijímací nebo hodnotící pohovor.
- **Neformální komunikace** – vyskytuje se mnohem častěji než formální komunikace, je nenáročná na přípravu. Příkladem může být nezávazné povídání.

1.4.2 Komunikační roviny verbální komunikace:

- **Racionální komunikace** – využívá výlučně rozumovou racionální část komunikace, z celého průběhu komunikace se důsledně oddělují jakékoliv emoce. Je základem komentování.
- **Emocionální komunikace** – zabývá se formou sdělení, způsobem jeho podání, individuálním názorem na sdělení, emočními extrémami (pláč, hysterie) apod.

1.4.3 Paralingvistická komunikace

Tento druh komunikace je součástí verbální komunikace. Zabývá se doprovodnými rysy verbální komunikace, které podstatně ovlivňují význam a smysl komunikování. Mezi její základní prvky patří hlasitost projevu, kvalita řeči, výška hlasu, barva hlasu a intonace, emoční zabarvení projevu, plynulost řeči, rychlost řeči, chyby v projevu apod.

Sociální psychologové věnují pozornost rychlosti a hlasitosti řeči, pomlčkám, skákání do řeči, výskytu a četnosti pavuků (slovních parazitů) a intonaci.

Rychle mluví obvykle lidé sebejistí, kteří jsou důvěrně sžití s tématem, o kterém mluví. Rychle ale může mluvit i člověk, který se bojí, že ho ten druhý nenechá domluvit a přerušit ho. Tedy člověk naopak nejistý, který má špatnou zkušenost s nezájmem lidí o jeho problémy. Stejně rozporně se dá vysvětlit i hlasitost řeči. Pozornost druhých se dá upoutat velice hlasitou řečí až křikem, ale také šepem. Všichni se podívají na mluvčího, který z normální hlasitosti náhle přejde k šeptání.

1.4.4 Obecné podmínky komunikace

Aby komunikace mezi klientem a sestrou mohla započít, probíhat a plnit svůj základní smysl, musí být obě komunikující strany schopny tří základních duševních operací: schopnosti informaci *vnímat*, *zhodnotit* a *uchovat* nebo předat.

K tomu aby interakce mezi sestrou a nemocným probíhala produktivně, to znamená tak, aby si vzájemně poskytovali pro ně podstatné informace, musí být navíc splněny tři základní podmínky:

-sestra i pacient musí chtít,

- oba musí umět,
- mít možnost, aby mohli komunikovat.

Zde bych uvedla příklady, jak by se měla sestra chovat ke klientovi při příjmu do nemocnice.

- pozdravíme klienta,
- představíme se,
- převezmeme dokumentaci,
- uvedeme ho na ošetřovnu,
- zeptáme se ho, za jakým účelem přichází,
- chováme se evalvačně,
- mluvíme srozumitelně, pravdivě,
- chováme se přátelsky,
- dáváme klientovi prostor pro dotazy,
- musíme se přesvědčit, zda nám klient porozuměl,
- představíme klientovi ostatní personál, ošetřujícího lékaře,
- seznámíme klienta s oddělením,
- ukážeme mu jeho pokoj, lůžko, skříň na oblečení, kde si odloží,
- oznámíme mu, na koho se může obracet v případě nejasností,
- nezapomeneme nabídnout i nadstandardní služby,
- popřejeme klid (Kelnarová, J., Matějková E., 2009, s. 22).

Příklady neproduktivního chování dle Jobánkové 2003

- nepodáváme úplně pravdivé informace,
- jsme neochotné,
- projevujeme nepřátelství,
- poučujeme ho,
- jsme nesdílné, uzavřené,
- nepodáváme žádné informace,
- projevujeme lítost,
- projevujeme devalvační chování,
- skáčeme nemocnému do řeči,
- nechováme se asertivně (Kelnarová, J., Matějková E., 2009, s. 22).

1.4.5 Úrovně komunikace:

Komunikace probíhá na různých úrovních, které jsou determinovány nejen obsahem komuniké, ale také příjemcem v procesu komunikace, tedy osobou, které je sdělení určeno. Odlišné komunikační úrovně charakterizují to, co chceme sdělit, ale také komu to chceme sdělit. Můžeme rozlišit několik úrovní komunikace:

1. **Konverzační klišé.** Zdvořilosti, které nemají vypovídající funkci, ale nejsou zbytečné. Jsou to vyjádření, kterými lze dát najevo zájem (zdvořilostní otázky, pozdrav,...).
2. **Vyjádření názorů.** Sdělujeme svoje postoje a názory, (myslím, že tento postup bude vhodný).
3. **Otevřená a důvěryhodná komunikace.** Sdělujeme nejen své pocity, ale také postoje. Vysvětlujeme příčiny svého jednání a chování.
4. **Vyjádření emocí.** Vyjádření lidem, kterým důvěřujeme.
5. **Prezentační komunikace.** Předávání informací (zítra budete mít vyšetření).

Tyto styly se mohou překrývat, nejsou od sebe jednoznačně odděleny (Pokorná, A., 2008, s. 23).

1.5 Neverbální komunikace

Předávání informací mezi lidmi může probíhat i neverbálně (mimoslovně). Přestože řeč je specificky lidským dorozumívacím prostředkem, podstatná část (70-90 %) naší komunikace se uskutečňuje formou neverbální. Proto mívá pro druhého člověka mnohem větší význam to, co neříkáme, než to, co se snažíme vyjádřit nebo předat slovně. Dá se tak vyjádřit vztah k druhému člověku, skutečný zájem o něj a jeho problémy, zda si ho vážíme nebo ne. Co všechno tedy patří do neverbální komunikace? Jsou to: vzdálenost, postoj, mimika, pantomimika, tělesný kontakt a zrakový kontakt a paralingvistika.

Vzdálenost (distance) – o vztahu dvou lidí prozradí vzdálenost, kterou při rozhovoru zaujmou, je měřitelná na metry či centimetry.

Tabulka č. 1 Přehled optimálních distancí podle E. T. Halla (*americký antropolog, zkoumal optimální vzdálenost mezi lidmi v různých situacích)

Sféra	Optimální distance (cm)	Popis (příklady)
Veřejná	Větší: 750 – 900	Vnímáme několik osob, skupinu, gestikulaci, pozice těla (veřejný proslov).
	Menší: 350 - 750	Mluvící pečlivě volí slova, snaží se mluvit spisovně, v zorném poli je i více osob (přednáška, diskuze ve větší skupině).
Společenská	Větší: 200 – 350	Vnímají se detaily: pleť, vlasy, mimika; mezi účastníky bývá stůl, pult, (společnost známých, nakupování, kontakty v práci, v zaměstnání, úřední jednání).
	Menší: 120 – 200	Zaměřenost na detaily tváře, zejména na oči (kontakty pracovní i společenské dvou až tří osob).
Osobní	Větší: 75 – 120	Jasně vnímáme detaily tváře; vzdálenost na délku paže, mluví se tišším hlasem (sdělování důvěrnějších informací).
	Menší: 45 – 75	Ke kontaktu očí se připojuje čich, vnímáme parfém, (sdělování důvěrných informací).
Intimní	Větší: 15 – 45	Přidávají se doteky, partneři jsou plně zaujati jeden druhým, mluví potichu (společenský tanec).
	Menší: 0 - 15	Doteky dominují, velkou roli hraje též čich, mluví se šeptem, často se mlčí (líbání, sex).

(Plaňava, I., 2005, s. 148)

Postoj - je rozdíl, jestli s druhým hovoříme a jsme k němu otočení celou přední plochou těla nebo jsme natočeni bokem nebo s ním hovoříme a otočíme se zády nebo dokonce odcházíme. Postoj náš a druhého člověka by měl být v co největším souladu. Nestát nad sedícím nebo ležícím pacientem, snažit se, aby naše oči byli při rozhovoru v přibližně stejné výšce.

Mimika - žádná část těla nedokáže tak bohatě vyjádřit emoce, jako svaly obličeje. Pro zdravotníka je v jeho práci důležitá dolní část obličeje, zvláště okolí úst. Úsměv je tím nejlevnějším lékem, dokáže odzbrojit nepříjemného nebo agresivního pacienta, a přesto je ve zdravotnictví užíván tak sporadicky, jako by představoval jeden z nejnámáhavějších výkonů, které jsou v kontaktu s nemocným možné.

U pacienta by si měla sestra hlavně všimnout horní poloviny obličeje (oblast čela a očí), o které se říká, že sděluje těžké subjektivní stavy. Nemocný, který prožívá strach nebo úzkost, nebo trpí nepříjemnými bolestmi, má velmi často pokrčené čelo, přivřené až zavřené oči, případně obličej překrytý dlaněmi.

Pantomimika - mluva rukou je v sociální interakci dvou lidí zásadně důležitá. Bez rukou nelze navázat fyzický kontakt. Když se lidé sejdou, pozdraví se a přitom si podají ruce. Už způsob podání ruky vypovídá o vztahu jednoho k druhému. Dlaně i celé paže by měly být vstřícné. Složené ruce na hrudníku vypovídají o váhání, nejistotě co mohu od druhého čekat. Ruce v kapsách nebo za zády říkají jednoznačně: netoužím po kontaktu. Rukou a prsty se dají vyjádřit snad všechny emoce.

Tělesný kontakt - v nemocnici zvláště za hospitalizace, kdy členové rodiny a přátelé přicházejí jen omezeně, může nemocný pociťovat dotykovou deprivaci. Sestra by měla umět pohladit, vzít za ruku, povzbudivě se dotknout. Jeden laskavý dotek je za desítky slov. Je ale velmi malá skupina pacientů, u kterých nebude sestra v neverbální komunikaci používat tělesný kontakt. Jsou to obvykle ti, kteří by věkově a sociálně mohli být jejími potenciálními životními partnery. Dvacetiletá sestra se nebude dotýkat mladého svobodného muže. Stejně, jako se lékař středního věku asi vyhne tělesnému kontaktu s mladšími pacientkami. Při komunikaci se všemi ostatními pacienty však tělesný kontakt nejenom možný je, ale je dokonce žádoucí a pro pacienta nesmírně důležitý.

Zrakový kontakt - obličej je částí těla s velikým významem. Zvláště oči a jejich bezprostřední okolí má v mezilidském styku prvořadé postavení. Pohled na druhého je obvykle úplně prvním prostředkem k navázání kontaktu mezi dvěma lidmi. Obvykle ještě dříve než pozdravíme, podíváme se nejprve jeden na druhého. Špatně se navazuje kontakt s člověkem, který se na nás nedívá. Máme nepříjemný pocit, když ten, s kterým hovoříme, třepe očima, dívá se na naše zuby, ruce nebo se dívá přes naše rameno někam mimo nás.

Hlas - když pacient hovoří pomalu, tiše a dělá dlouhé pauzy, je to obvykle proto, že má strach, je ze své situace nejistý a některé věci tají. Lidé hlasitě nemluví o věcech, které považují za intimní (Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M., 1995, s. 175).

2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Efektivní komunikace je otevřená komunikace, kde nedochází ke zkreslení informací.

2.1 Charakteristika efektivní komunikace

Je to otevřená komunikace, kde nedochází ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí. V rámci sociální interakce a v pomáhajících profesích je efektivní komunikace ta, která má stanovené cíle, umožní pochopení problémů klienta. Umožňuje společné rozhodování a směřování dalších diagnostických a terapeutických intervencí. Navozuje vztah důvěry mezi zdravotní sestrou a klientem. Efektivní komunikace je podmiňována naplněním sedmi bodů – „Sedmi C“:

- **Credibility** – Důvěryhodnost: komunikace stojí na atmosféře důvěry a víry, kdy příjemce (pacient) spoléhá na udělovatele (sestru), na kompetentnost jejích informačních zdrojů v dané problematice.
- **Context** – Kontext: komunikační program musí být přiměřen reálnému prostředí, kontext musí odpovídat sdělení, nikoli s ním být v rozporu, neboť efektivní komunikace vyžaduje podporu sociálního prostředí.
- **Content** – Obsah: sdělení musí mít pro příjemce (pacienta) význam, musí odpovídat jeho vlastnímu systému hodnot, musí být relevantním pro jeho situaci.
- **Clarity** – Jasnost: sdělení musí být vyjádřeno v jednoduchých pojmech. Složitější stanoviska mají být zhuštěna do jednoduchých tezí, sloganů, stereotypů. Čím déle sdělení putuje, tím by mělo být jednodušší.
- **Kontinuity and consistency** – kontinuita a konzistence: komunikaci je třeba považovat za nikdy nekončící proces, vyžadující neustálé opakování, samotné sdělení pak musí být konzistentní.

- **Channels** – Kanály: jednou vytvořené komunikační kanály, je třeba náležitě využívat. Příjemce sdělení, informací různými komunikačními kanály spojuje různé hodnoty.

- **Capability** – Schopnost veřejnosti: komunikace musí počítat se schopnostmi příjemců, proto je neefektivnější, jestliže vyžaduje co nejmenší zvláštní úsilí na straně příjemce, což předpokládá znát jeho zvyky, schopnost přijímat jeho informace, znalosti apod. (Pokorná, A., 2008, s. 42).

3 PROBLEMATICKÁ KOMUNIKACE

Dle Špatenkové N. a Králové J. je problematická komunikace charakterizovaná takto:

„Komunikace sestry s pacientem může být přiměřená, problematická, ale také patologická. Komunikace s pacientem není ale vždy jednoduchá, naopak – může být někdy nesmírně problematická. Problematická komunikace může být zapříčiněna například:“ (Špatenková, N., Králová, J., 2009, s. 64)

- Poruchou sluchu
- Poruchou zraku
- Bolestí
- Infaustním onemocněním

3.1 Komunikace s pacienty s poruchou sluchu

Sluch je schopnost člověka vnímat zvuky, má nenahraditelnou roli v komunikaci. Sluchové vady dělíme na vrozené a získané. Vrozené vady se vyskytují již od narození jedince. Získané vady mohou být následkem stáří, nemoci nebo úrazu.

Někteří lidé s těžkou poruchou sluchu používají ke komunikaci znakovou řeč.

3.1.1 Zásady komunikace s pacientem s poruchou sluchu:

- nemluvte k postiženému otočení zády,
- navažte s ním kontakt dotekem,
- stále udržujte kontakt pohledem,
- ve velké míře používejte gesta, mimiku, haptiku,
- mluvte pomalu, hlasitě, nekřičte,
- odstraňte všechny rušivé elementy,
- mluvte tak, aby postižený stále viděl na vaše ústa,
- nezakrývejte si ústa, nepodepírejte si bradu,
- při mluvení nežvýkejte, nedávejte si ruce před ústa,
- zjistěte, zda má postižený k dispozici naslouchadla,
- dejte neslyšícím na výběr možnosti komunikace,
- pečlivě artikulujte,
- tvořte krátké věty,

- požádejte ho, aby vám sdělil, zda vám rozuměl,
- naučte se používat znakovou řeč (alespoň základní znaky),
- doprovází-li člověka tlumočnick, oslovujeme přímo postiženého člověka a ne jeho doprovod,
- nepoužívejte odborné názvy, aby nám postižený rozuměl,
- vždy neslyšícího pochvalte za snahu o udržení pozornosti a porozumění.

3.1.2 Chyby při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu:

- nedostatečné vysvětlení zákroku,
- zvyšování hlasu,
- přehnaná artikulace,
- nedostatečná péče u neslyšícího,
- komunikace s jeho tlumočnickem,
- netrpělivost.

3.2 Komunikace s pacienty s poruchou zraku

Oftalmopedie nebo tyflogedie je věda o výchově a vzdělávání osob se zrakovým postižením. Pacient s vadou zraku má tak v komunikaci velkou nevýhodu, protože kvůli svému postižení se mu nedostává úplného sdělení. Je tedy ochuzen o neverbální komunikaci.

3.2.1 Zásady komunikace s pacientem s poruchou zraku:

- jednejte přirozeně,
- pacient vás nevidí, proto navažte kontakt jako první,
- pozdravte nemocného jako první, k pozdravu připojte i jméno, aby věděl, s kým mluví,
- při podání ruky musíte postiženému říct „podávám Vám ruku,“
- o všem co budete dělat, pacienta informujte,
- při pokynech pro přemísťování používejte slova (vpravo – vlevo, vepředu – vzadu,...),
- vidomí mají tendenci s nevidomým manipulovat dříve, než ho slovně upozorní,

- nepřemísťujte jeho věci, musí zůstat tam, kde si je nevidomý položil,
- pokud má vodícího psa, není vhodné odpoutávat jeho pozornost,
- aktivizujte osobu s poruchou zraku k využití jiných smyslů (sluchového, hmatového, ...), umožněte mu osahat si předměty, které budete používat, zlepšit se tak úroveň komunikace,
- ptejte se, zda potřebuje pomoc,
- jestliže vedete nevidomého, běžte pomalu, nedělejte rychlé pohyby,
- při vstupu do místnosti dávejte přesné instrukce, kde se co nachází,
- s nevidomým zbytečně nemanipulujte, narušujete tak jeho prostorové vnímání a orientaci,
- hovořte o všem, co na jeho pokoji děláte, jinak to působí na nevidomého velmi nepříjemně a vyvolává pocit nejistoty,
- když opouštíte místnost, oznamte to,
- vyvarujte se lítostivých projevů.

3.2.2 Chyby při komunikaci s nevidomými:

- komunikace jen s doprovodem, opomíjení nevidomého,
- nezajištění klidu při komunikaci,
- nevhodné doprovázení nevidomého,
- nevidomého předem neupozorníme, jaký výkon budeme u něj provádět,
- nedostatek trpělivosti s nevidomými (Kelarová, J., Matějková, E., 2009, s. 22).

3.3 Komunikace s pacienty s bolestí

Bolest je velice důležitý symptom onemocnění. Nepříjemný subjektivní pocit, který má svou podstatu ve fyzickém i psychickém poškození organismu. Často bývá spojena se strachem, úzkostí, depresivními stavy klienta.

Margot McCaffrey tvrdí, že: „*bolest je všechno, co uvádí jedinec, který ji prožívá, a vyskytuje se všude tam, kde uvádí*“ (Špatenková, N., Králová, J., 2009, s. 135).

Každý člověk prožívá bolest jinak. Prožívání bolesti může být ovlivněno typem osobnosti, výchovou, prostředím ve kterém se nachází apod.

3.3.1 Zásady komunikace s pacientem s bolestí:

- buďte pozorní k pacientovi,
- nechte si popsat bolest, jak ji nemocný cítí,
- nechte si popsat přesně charakter a lokalizaci a intenzitu bolesti,
- pro zhodnocení intenzity používejte škály pro hodnocení intenzity bolesti,
- zjišťujte vyvolávající příčiny bolesti,
- nepodceňujte jeho potíže,
- buďte nemocnému stále na blízku,
- tolerujte jeho chování při bolesti,
- když pacientovi působíme bolest (vyšetření), vždy jej na to dopředu upozornit,
- podávejte pacientovi analgetika dle ordinace lékaře,
- u některých pacientů používejte „placebo efekt.“

3.4 Komunikace s pacienty s infaustním onemocněním

V nemocniční péči se také často setkáváme s pacienty, kteří trpí infaustním onemocněním. Zvládnutí komunikace je v takovém případě velmi náročným úkolem. Je zde potřeba velké empatie a trpělivosti.

„Choroba bývá doprovázena řadou nepříjemných průvodních symptomů. Mezi ty závažné patří chronická bolest. Nemocný prochází řadou zákroků, mnohdy nedochází ke zlepšení. Péče je soustředěna na oddálení zhoršení stavu.

Očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění. Někteří nemocní odmítají komunikovat, nechtějí spolupracovat se zdravotníky“ (Venglářová, M., Mahrová, G., 2006, s. 107).

Je třeba velmi důkladně uvažovat kdy, ve které fázi onemocnění je nejvhodnější oznámit nemocnému pravdu o jeho nevléčitelné chorobě.

Lékařka Elizabeth Kübler-Rossová popsala 5 fází, kterými může nemocný procházet, jakmile se dozví, že je smrtelně nemocný. Tento model není univerzálně platný – někteří pacienti neprocházejí všemi těmito fázemi.

Tabulka č. 2 Fáze podle Elizabeth Kübler-Rossové

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
NEGACE šok, popírání	„To není možné.“ „To je jistě omyl.“ „Zaměnili výsledky.“	Navázat kontakt, získat důvěru.
AGRESE hněv, vzpoura	„Čí je to vina?“ „Proč zrovna já?“ Zlost na zdravotníky, vyčítá.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
SMLOUVÁNÍ vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů. Ochoten zaplatit cokoliv.	Maximální trpělivost.
DEPRESE smutek	Smutek z utrpěné ztráty. Strach o zajištění rodiny. Strach z účtování.	Trpělivost naslouchat, pomoci urovnat vztahy.
SMÍŘENÍ souhlas	Vyrovnání.	Mlčenlivá lidská přítomnost. Rodina také potřebuje pomoc.

(Špatenková, N., Králová, J., 2009, s. 114)

3.4.1 Zásady komunikace s pacienty s infaustním onemocněním:

- respektujte právo umírajícího na pravdivé informace,
- informace o zdravotním stavu podává lékař,
- proveďte osobní zájem o pacienta,
- nevyhýbejte se pacientovým otázkám o nemoci a léčbě,
- mluvejte o jeho obavách,
- ponechejte mu naději na zlepšení zdravotního stavu,

- neurčujte čas, který nemocnému zbývá,
- přijměte jakoukoliv reakci pacienta na jeho zdravotní stav,
- zapojte do ošetrovatelského procesu i jeho rodinu, hovořte s nimi,
- respektujte právo umírajícího nemít bolest,
- informujte pacienta o dalších možných zdrojích pomoci (psycholog,...),
- používejte také neverbální komunikaci,
- všimněte si u pacienta i jeho rodiny jejich psychických problémů,
- povzbuzujte pacienta,
- umožněte nemocnému hovořit o jeho pocitech,
- buďte empatická (Špatenková, N., Králová, J., 2009, s. 116, Kelnarová, J., Matěj-
ková, E., 2009, s. 57).

4 KOMUNIKACE S PACIENTY V CHIRURGICKÝCH OBORECH

Chirurgický pacient se často setkává se strachem, úzkostí a také velmi často s bolestí. Tyto prožitky mohou být velmi nebezpečné pro léčbu a můžou měnit akutní stavy na chronické. Bolest může vyvolávat strach a obavy. Nemocný má problémy se spánkem, je podrážděný. Na bolest může zvýšeně reagovat. V takovém případě by mohla špatně vedená komunikace vést k pocitům nepochopení klienta a jeho celkové nespokojenosti, která by v konečném důsledku mohla zasahovat do jeho psychické stability.

4.1 Zvládání bolesti

Janáčková L. a Weis P. tvrdí o komunikaci s chirurgickým pacientem, že:

„Komunikace s chirurgickým pacientem vychází z porozumění a využití základních znalostí psychologických mechanismů“ (Janáčková, L., Weiss, P., 2008, s. 108).

Pacient může mít strach z bolesti a může jí být ohromen. Často se ale snaží své projevy ovládnout a bolest potlačit. Proto je vždy vhodné pacienta na bolest upozornit a připravit. Vhodná fráze pro oznámení bolesti je například: „Teď to bude trochu nepříjemné“. Klienti tak na bolest reagují mnohem lépe, než kdybychom jim řekli: „Teď to bude bolet“. Je také velmi vhodné snažit se odvést pozornost klienta od bolesti. Komunikovat s ním, ptát se ho na nejrůznější dotazy, kterými se dá bolest také zmírnit.

Musíme si však, ale uvědomit, že prožitky každého člověka jsou zcela individuální a proto k nim musíme přistupovat jednotlivě.

4.2 Chirurgický pacient

Shiplea a kol. (1978) rozdělují chirurgické pacienty takto:

-**Citliví pacienti** – jsou velmi pozorní a citliví ke každé maličкости během rozhovoru, bývají často úzkostní.

-**Potlačující pacienti** – k zákroku, který je čeká, se staví spíše nezáučníně tak, že se jich to netýká.

-**Vyhýbaví pacienti** – všemu nepříjemnému co je čeká, se vyhýbají. Nemají zájem o to, co se s nimi bude dít. Na zvládání informací nemají žádný pozitivní vliv.

-**Pacienti bojovníci** – Mají velkou snahu se zapojovat do léčebného režimu. Čím více mají informací, tím lépe zvládají lékařské zákroky (Janáčková, L., Weiss, P., 2008, s. 109).

4.3 Zásady vhodné komunikace pro všechny chirurgické pacienty

- pokud to lze, vyberte s pacientem vhodný chirurgický zákrok (vysvětlete pozitiva a negativa zákroku),
- mluvte srozumitelně a pomalu,
- dejte pacientovi prostor pro otázky,
- otázky mu objasněte,
- informujte pacienta o způsobu operace, zákroku, o jeho délce a způsobu provedení,
- dejte pacientovi také potřebné informace o pooperačním období, rekonvalescenci a předpokládané délce pobytu v nemocnici,
- zeptejte se na pacientova očekávání,
- vyjádřete svou podporu.

5 NASLOUCHÁNÍ

Naslouchání je také jednou z podmínek porozumění mezi zdravotní sestrou a klientem. Lidé často neříkají přesně to, co mají na mysli. Nebude-li sestra pozorně naslouchat, nevšimne si mnoha jemných odstínů a náznaků, které jsou v klientově slovním projevu a chování obsaženy.

Podle Rogerse (1997) opravdové naslouchání druhému člověku obohacuje život naslouchajícího (Vybíral, Z., 2000, s. 152).

Psychologie rozlišuje aktivní nebo pasivní naslouchání.

PASIVNÍ naslouchání znamená jen příjem informací, sestra neposkytuje nemocnému zpětnou vazbu. Pasivní naslouchání není moc vhodné pro pacienta, protože nejde rozpoznat, zda sestra rozumí tomu, co slyší. Posluchač působí jako „vrba“.

AKTIVNÍ naslouchání je charakterizováno pochopením, porozuměním posluchače, mluvčímu je poskytována zpětná vazba. Pozornost posluchače (sestry) je výhradně zaměřena na mluvčího (pacienta). Součástí aktivního naslouchání je: výraz tváře, oční kontakt, postoj, mimika, gestika, parafrázování, tón hlasu (hm, ano),...

Účel aktivního naslouchání:

- Posluchači pomáhá ověřovat, co pochopil a co mu mluvčí řekl.
- Zpětná vazba dává posluchači příležitost k objasnění si nejasností.
- Prostřednictvím aktivního naslouchání dáváte mluvčímu najevo, že uznáváte jeho pocity.
- Vzbuzuje důvěru klienta k sestře.
- Sestra tak získá více informací o nemocném.

Při naslouchání se snažte dosáhnout těchto čtyř cílů:

1. Uhádněte předem mluvčího záměr (věc, kterou chce zdůraznit).
2. Občas shrnujte to, co bylo řečeno.
3. Přemýšlejte o hodnověrnosti mluvčího a jeho slov.
4. Poslouchejte „mezi řádky“ např. z tónu hlasu, důrazu a hlasitosti lze vyrozumět více a mnohdy zcela něco jiného než z pouhých slov (Pokorný, J., 2003, s. 53).

Naslouchání vyžaduje:

- Oční kontakt,
- Stejnou rovinu očí,
- Otevřenou pozici v postoji těla,
- Pokyvování hlavou,
- Zvuky souhlasu,
- Parafrázování,
- Kladení otevřených otázek,
- Shrnutí a poděkování za důvěru.

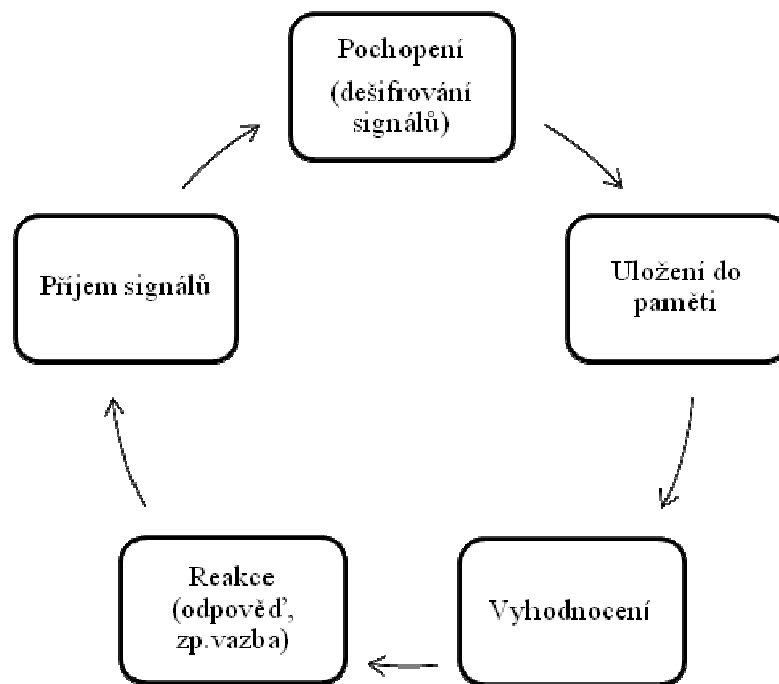
5.1 Přístupy k naslouchání:

- a) **Neutrální pozice** – naslouchání bez jakýchkoli reakcí vůči klientovi.
- b) **Angažovaná pozice** – klient dostává ve výrocích naslouchající sestry podporu pro usilovnější řešení svého problému a dává do sdělení větší energii.
- c) **Inspirojící pozice** – sestra se snaží provokovat klienta, aby své problémy sděloval nově a aktuálně.
- d) **Zrcadlová pozice** – sestra vybírá určité úryvky sdělení, které považuje za důležité a opakuje je. Úkolem sestry je vystihnout, co je v daném sdělení pro klienta nejpodstatnější.
- e) **Pozice odpovědnosti** – sestra se snaží usměrňovat rozhovor tak, aby klient bral plnou odpovědnost za to, o čem mluví.
- f) **Empatická pozice** – sestra se snaží rozpoznat skryté či zamlžené předpoklady, které tvoří základ problému, o němž klient mluví

5.2 Proces naslouchání

„Jde o složitý proces, který má pět fází: příjem signálu, dešifrování, zapamatování, vyhodnocení a reakci na ně“ (De Vito, J., 2001, s. 82).

Obrázek č. 2 Model procesu naslouchání dle Barkera 1990



(De Vito, J., 2001, s. 83)

Přijem signálů

Je to příjem zvukových podmětů, člověk zaznamenává, co bylo řečeno verbálně ale i neverbálně. Snažte se odstranit rušivé elementy z okolí, nepřerušujte mluvčího, soustřeďte se na to, co vám sděluje, ne na to co mu odpovíte.

Dešifrování signálů

Je to fáze, kdy dešifrujete signály mluvčího a zjišťujete, co vám chce sdělit. Sestra by měla pochopit nejen myšlenky, které klient vyjadřuje, ale také emocionální tón. Sestra by si ne-

měla vytvářet definitivní úsudek, dokud plně neporozumí tomu, co se jí snaží klient vyjádřit. Parafrázujte jeho myšlenky.

Uložení do paměti

Shrňte informace, které vám klient sdělil, zapamatujte si je.

Vyhodnocení

Posuďte informace, které vám klient sdělil. Rozlišujte, co jsou fakta a názory nemocného. Otázkami si vyjasněte důležitá fakta.

Reakce

Reakce na informace má dvě fáze. První je v době, kdy ještě klient mluví a druhá, když dokončil svou řeč. Vašimi reakcemi musíte dát najevo, že klienta posloucháte. Je to zpětná vazba, kdy klient pozná, že mu věnujete pozornost. Může to být například jen pokyvování hlavy nebo „hm“. Chovejte se ke klientovi vstřícně, abyste nepůsobili dojem, že jej neposloucháte.

6 BARIÉRY V KOMUNIKACI

Bariéry v komunikaci můžeme rozdělit na interní a externí.

Tabulka č. 3 Bariéry v komunikaci

Interní bariéry	Externí bariéry
Vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu.	Jsou dány zevním prostředím, jeho uspořádáním atd.
Obava z neúspěchu.	Vyrušení další osobou.
Negativní emoce.	Hluk, šum.
Bariéry postoje (xenofobie).	Vizuální rozptylování.
Nepřípravenost.	Neschopnost naslouchat.
Fyzické nepohodlí, nemoc.	Komunikační zahlcení.

(Pokorná, A., 2008, s. 23)

Další bariéry:

Překroucení informace

- dochází k ní nejčastěji neúmyslně, prostou nepozorností poslouchajícího
- dalším důvodem může být např. chyba ve verbalizaci (nesprávný slovosled, chybná výslovnost,...)

Komunikační zahlcení

- komunikaci je třeba uzpůsobit psychickému i fyzickému stavu posluchače, věku, ale i vzdělání a podobně. Není možné podat stejné informace dítěti a dospělému.

6.1 Evalvace

Evalvace v komunikaci – pozitivní vztah, zdvořilé a taktní jednání ke klientovi, zvyšování lidské hodnoty.

„Evalvace jsou projevy úcty a vážnosti ve vzájemném styku“ (Křivohlavý, 1988)

Projevy evalvace:

- pozdrav, odpověď na pozdrav,
- pozorné naslouchání,
- přístup k pacientovi jako k sobě rovnému partnerovi,
- nepředstíraný zájem o klienta,
- vyjádření podpory,
- neskákání do řeči,
- oprávněná kritika,
- pomáhat pacientovi z vlastní vůle a iniciativy,
- projev empatie.

6.2 Devalvace

Devalvace v komunikaci - negativní vztah, snížení hodnoty druhé člověka.

„Devalvace jsou projevy neúcty, nevážnosti, snižování a ponižování v mezilidském styku“
(Křivohlavý, 1986).

Projevy devalvace:

- nevšímavý postoj k jedinci,
- povyšování,
- nadřazenost, povýšenost,
- snižování sebevědomí klienta,
- necitlivé chování,
- necitlivost, bezohlednost,
- porušování mlčenlivosti,
- ironie,
- zpochybňování schopností pacienta,
- preferování jednoho pacienta před ostatními,
- neodpovídání na otázky,
- ignorování pacienta.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE ŠETŘENÍ

Cílem výzkumu této bakalářské práce je zmapovat kladné prvky vlastní komunikace a poukázat na nevhodné metody komunikace sester. Práce bude saturovat komunikační styl a odbornou úroveň komunikace zdravotníka s nemocným.

Podstatou mé práce je zjistit produktivní/profesionální prvky a také zároveň zjistit neproduktivní/neprofesionální prvky, které se vyskytují v komunikaci mezi sestrou a nemocným.

7.1 Cíle teoretické části

Cíl č. 1 – Popsat efektivní komunikaci zdravotníka s nemocným.

Cíl č. 2 – Analýza efektivní komunikace zdravotních sester s pacienty v chirurgických oborech.

Cíl č. 3 – Definovat prvky evalvujícího a devalvujícího chování zdravotních sester v komunikačním procesu s nemocnými.

Cíl č. 4 – Popsat problematickou komunikaci v jednotlivých specifických oblastech v ošetrovatelství.

7.2 Cíle praktické části

Cíl č. 5 – Provést šetření na ošetrovacích jednotkách chirurgického typu, do jaké míry zdravotní sestry uplatňují produktivní/profesionální prvky.

Cíl č. 6 Zmapovat a popsat do jaké míry zdravotní sestry používají neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci s nemocnými.

8 POUŽITÁ METODA ŠETŘENÍ

8.1 Audionahrávky

Audionahrávka je jedním ze způsobů získávání informací a sběru dat od malého počtu respondentů, které se dají velmi snadno vyhodnotit. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a dále pak přepsány a analyzovány. Rozhovory jsem zaznamenávala tak, aby o tom ani jedna ze sester nevěděla. Získané informace byly objektivní a nedošlo tak, ke zkreslení informací, ke kterému by mohlo dojít v případě, že by sestra věděla, že je nahrávána na diktafon a svůj projev by se snažila určitým způsobem ovlivňovat.

8.2 Pozorování

Vlastním pozorováním jsem zjistila, jak se sestry při rozhovoru s pacienty chovají a také jakou používají gestikulaci, která je součástí neverbální komunikace. Dále jsem také při rozhovorech sledovala, v jaké komunikační zóně se sestry nacházejí, která je také velmi důležitá v běžné komunikaci.

8.3 Pozorovací manuál

Pozorovací manuál byl stanoven z materiálů z psychosociálního kurzu a dle odborné literatury popisující komunikaci např. Janáčková 2008, Nakonečný 2009.

Tabulka č. 4 Pozorovací manuál

Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	Vysvětlení	Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	Vysvětlení
Povzbuzování	Posilovat dobrý vzájemný vztah, než pronesete slovo, povzbuzujete jej svým vnitřním projevem.	Familiární přístup	Nevhodné oslovení,...
Potvrzení, uznání	Uznat význam druhé osoby.	Kázání a mentorování	Poučování, (uvědomujete si, nemáte pravdu,...)
Objasňování	Je třeba, aby sestra dále vysvětlovala.	Hodnocení vlastností nemocného	Např. Jste takový a takový,...
Parafrázování	Přeformulování slov, slovy vlastními. Zachování původu myšlenkové podstaty.	Používání latinské terminologie	Používání odborných výrazů, které pacient nezná.
Zrcadlení pocitů	Převzetí verbálních i neverbálních výrazových projevů pacienta v komunikaci do vlastních projevů s cílem udržet kontakt.	Porušení etiky	Např. nedodržení intimity při rozhovoru, nevhodné chování sestry,...
Shrnutí	Shrnutí podstatných informací.	Poskytování tzv. „dobrých rad“	Poskytování našich rad.

(Použité materiály z psychosociálního kurzu)

8.4 Metodika šetření

Ve své práci jsem použila kvalitativní šetření. Pro získání důležitých informací jsem použila audionahrávky. Zaznamenávány byly všeobecné sestry, které komunikovali s pacienty na chirurgických odděleních. Vybrala jsem si dvě ošetrovací jednotky ze dvou nejmenovaných nemocnic, které jsem nijak vzájemně nesrovnávala. Rozhovory jsem nespécifikovala, brala jsem je pouze z obecného pohledu. Jednalo se například o edukaci před operací nebo třeba komunikace sestry při běžném měření krevního tlaku.

Výzkum obsahuje 12 rozhovorů mezi sestrami a pacienty. Víím, že 12 rozhovorů není pro bakalářskou práci mnoho, ale v těch 12 - ti rozhovorech jsem ještě sledovala 12 komunikačních oblastí, tedy 6 produktivních a 6 neproduktivních prvků komunikace. Dle mého názoru je pro prvotní šetření tento vzorek dostačující.

Zjištěná data byla uspořádána do jednotlivých tabulek a pro lepší představu a přehlednost byla tyto data také graficky znázorněna.

8.5 Organizace šetření

V říjnu 2009 jsem si stanovila cíle své práce. Začala jsem studovat potřebnou literaturu, které se vztahovala k mému tématu. Během listopadu jsem psala teoretickou část bakalářské práce. V průběhu blokové praxe, která probíhala v prosinci, jsem začala s praktickou částí, tedy šetřením. Vybrala jsem si dvě ošetrovací jednotky chirurgických oddělení ze dvou nejmenovaných nemocnic, kde jsem pozorovala sestry při rozhovorech s pacienty a zaznamenávala je na diktafon. Rozhovory jsem nijak nespécifikovala, brala jsem je pouze z obecného pohledu. Na základě dvanácti rozhovorů nahraných na diktafon, přepsaných na papír jsem je začala pomocí tabulek analyzovat.

8.5.1 Výsledky výzkumného šetření

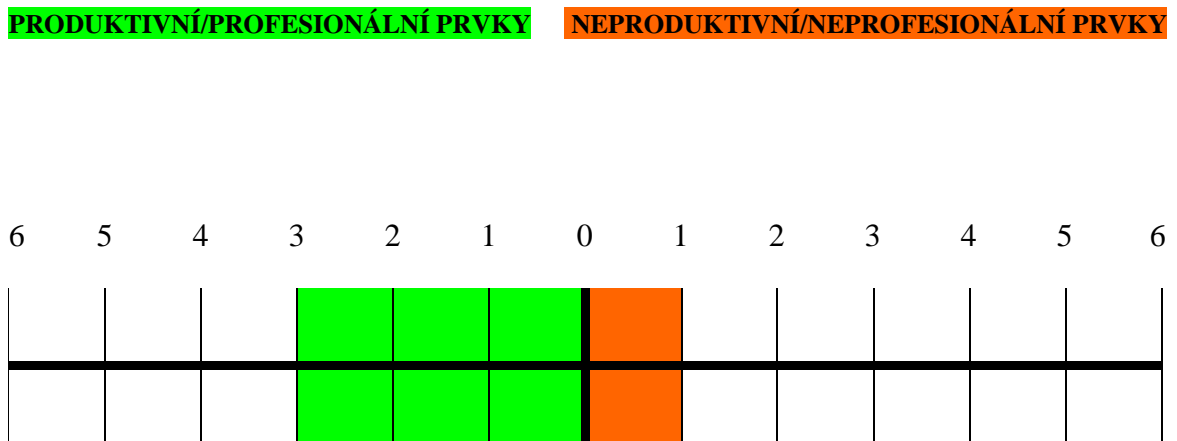
Jednotlivé rozhovory jsem zhodnotila a zaznamenala do tabulek, pro lepší přehled jsem vytvořila grafické znázornění, kde na první pohled vidíme, jak komunikace probíhala, zda v komunikaci převažují produktivní/profesionální prvky nebo neproduktivní/neprofesionální prvky.

Za **produktivní rozhovor** jsem označila rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

Tabulka č. 5

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 1	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	/
Shrnutí	-
Celkem	3x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace neprojevena. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 1	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	/
Porušení etiky	-
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	1x

Graf č. 1 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 1**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

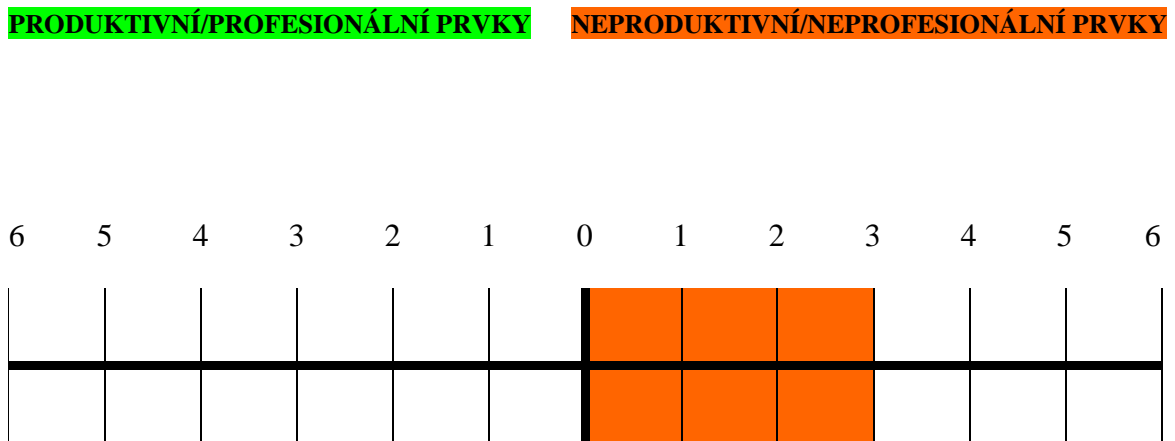
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 1 se objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 1 neproduktivní/neprofesionální prvek, tento rozhovor tedy bude odpovídat rozhovoru, který hodnotím pozitivně.

Tabulka č. 6

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 2	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	-
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	0x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – společenská.	
Rozhovor číslo: 2	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	/
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	3x

Graf č. 2 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu



Komentář ke grafu č. 2

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

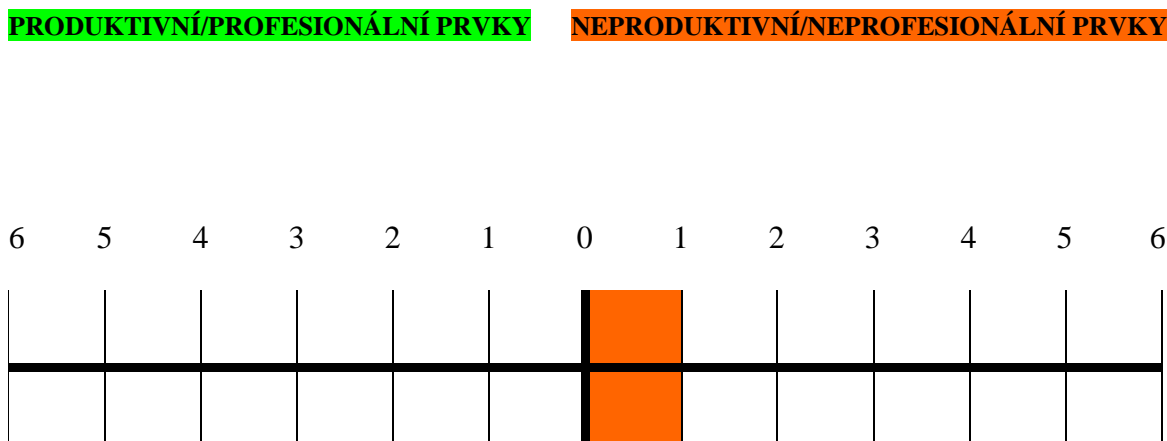
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 2 se z produktivních/profesionálních prvků neobjevil ani jeden prvek a z neproduktivních/neprofesionálních prvků se v tomto rozhovoru objevily 3 prvky. Tento rozhovor proto hodnotím jako neproduktivní/neprofesionální, i když byla neverbální komunikace v normě.

Tabulka č. 7

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 3	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	-
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	0x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace neprojevena. Komunikační zóna – osobní. Sestra se chovala, jako by tam pacient ani nebyl, komunikace z její strany byla mizivá.	
Rozhovor číslo: 3	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	1x

Graf č. 3 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 3**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

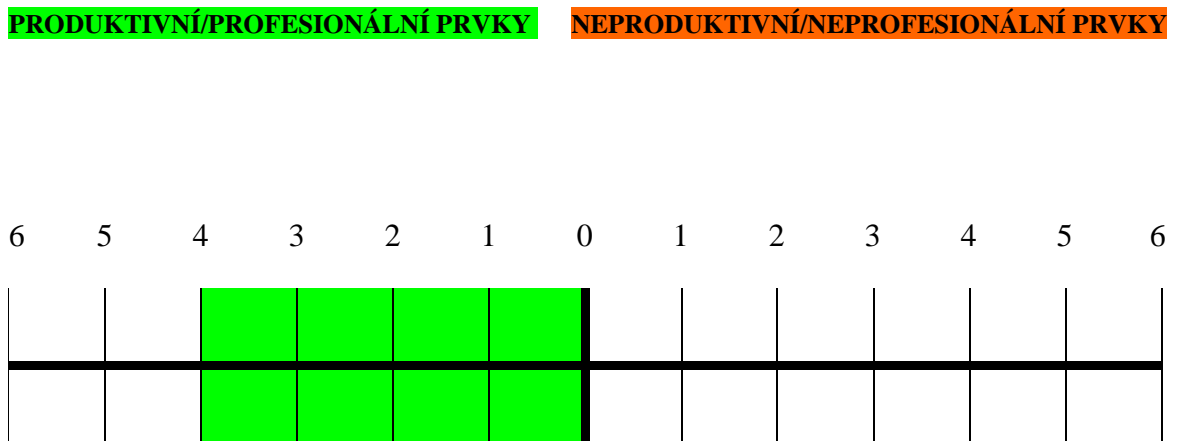
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 3 se z produktivních/profesionálních prvků neobjevil ani jeden prvek a z neproduktivních/neprofesionálních prvků se v tomto rozhovoru objevil 1 prvek, i přesto hodnotím tuto komunikaci jako neproduktivní/neprofesionální. Neverbální komunikace zde nebyla projevna, sestra se chovala, jako by tam pacient ani nebyl.

Tabulka č. 8

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 4	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	/
Parafrázování	/
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	4x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 4	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	-
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	0x

Graf č. 4 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 4**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

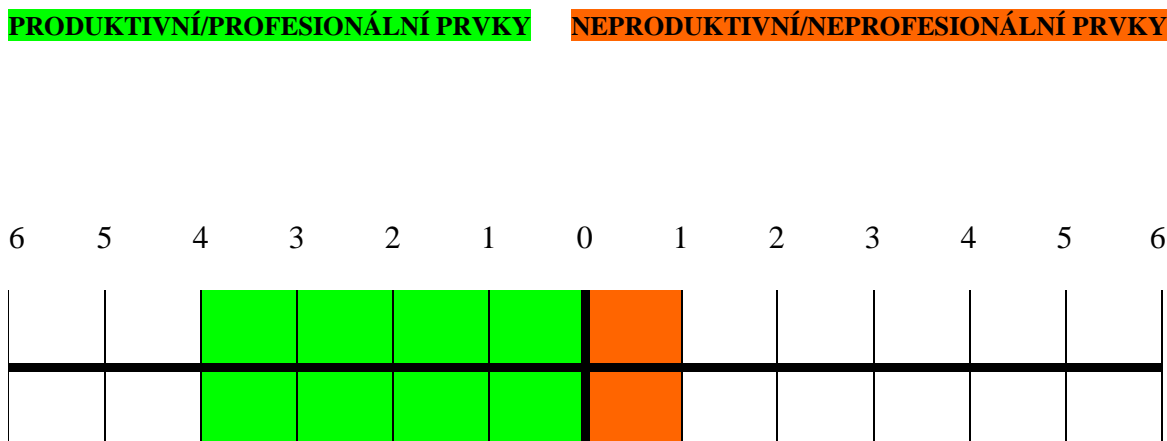
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 4 se objevily 4 produktivní/profesionální prvky a 0 neproduktivních/neprofesionálních prvků. Neverbální komunikace byla v normě, proto tento rozhovor mezi sestrou a klientem hodnotím jako produktivní/profesionální rozhovor.

Tabulka č. 9

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 5	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	/
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	/
Shrnutí	-
Celkem	4x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 5	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	/
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	-
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	1x

Graf č. 5 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu



Komentář ke grafu č. 5

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

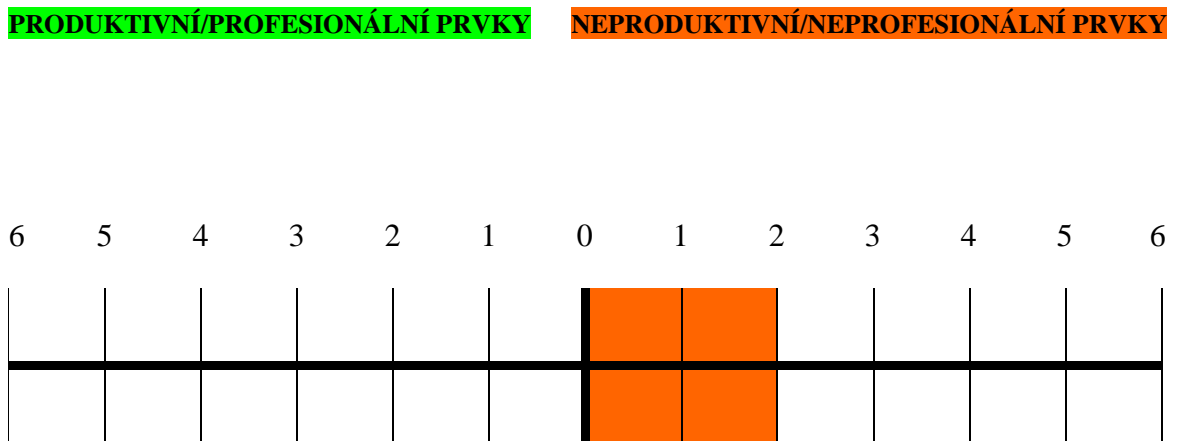
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 5 se objevily také 4 produktivní/profesionální prvky a 1 neproduktivní/neprofesionální prvek. Neverbální komunikace bylo v normě. Tento rozhovor tedy také hodnotím jako produktivní/profesionální.

Tabulka č. 10

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 6	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	-
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	0x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace byla projevna v nadměrné míře. Sestra rozhazovala rukama. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 6	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	2x

Graf č. 6 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu



Komentář ke grafu č. 6

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

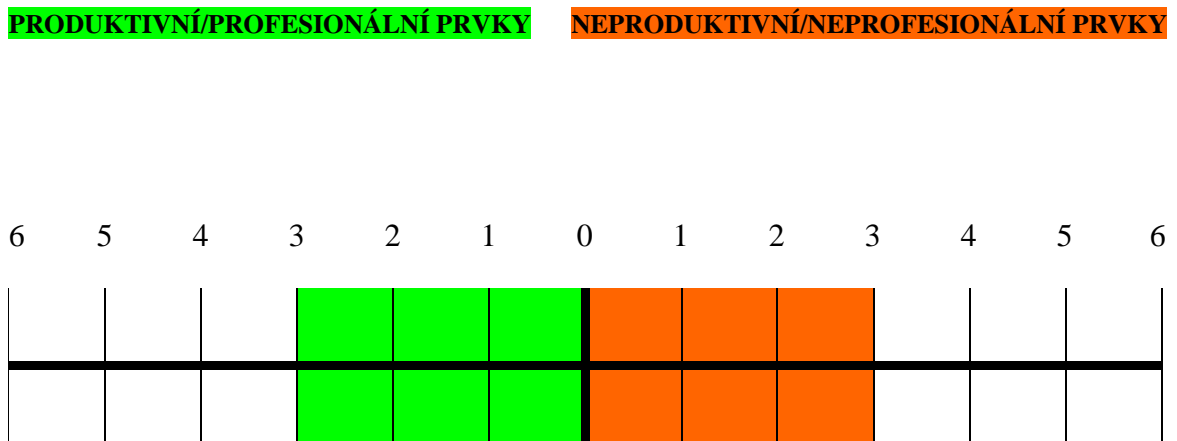
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 6 se neobjevili žádné produktivní/profesionální prvky a neproduktivní/neprofesionální prvky se objevily 2. Neverbální komunikace byla použita ve zvýšené míře. Sestra nadměrně použila gestikulaci. Tento rozhovor bych zhodnotila jako velmi neproduktivní/neprofesionální.

Tabulka č. 11

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 7	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	/
Celkem	3x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 7	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	/
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	/
Celkem	3x

Graf č. 7 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 7**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

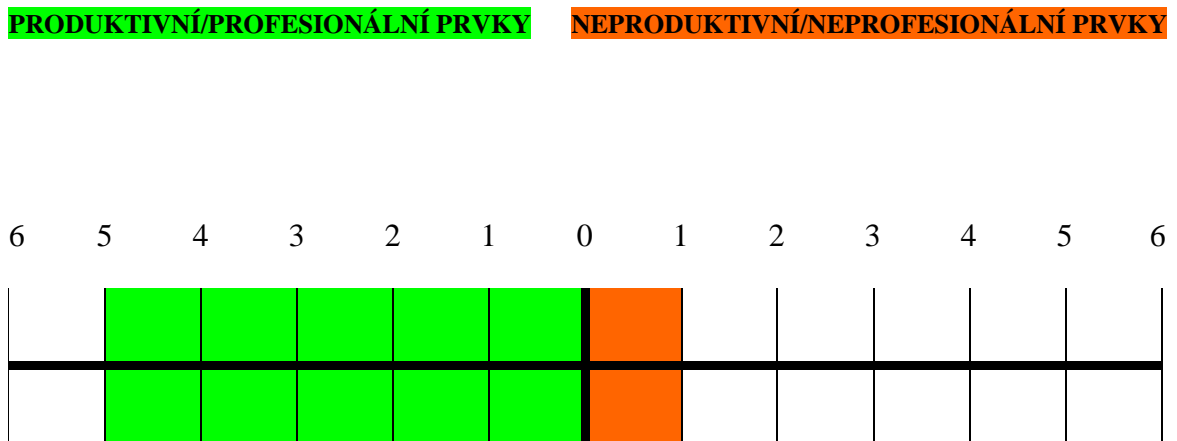
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 7 se objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální, protože nespĺňuje kritéria, kdy maximálně 2 prvky znamenají produktivní/profesionální rozhovor.

Tabulka č. 12

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 8	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	/
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	/
Shrnutí	/
Celkem	5x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – intimní.	
Rozhovor číslo: 8	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	-
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	1x

Graf č. 8 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 8**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

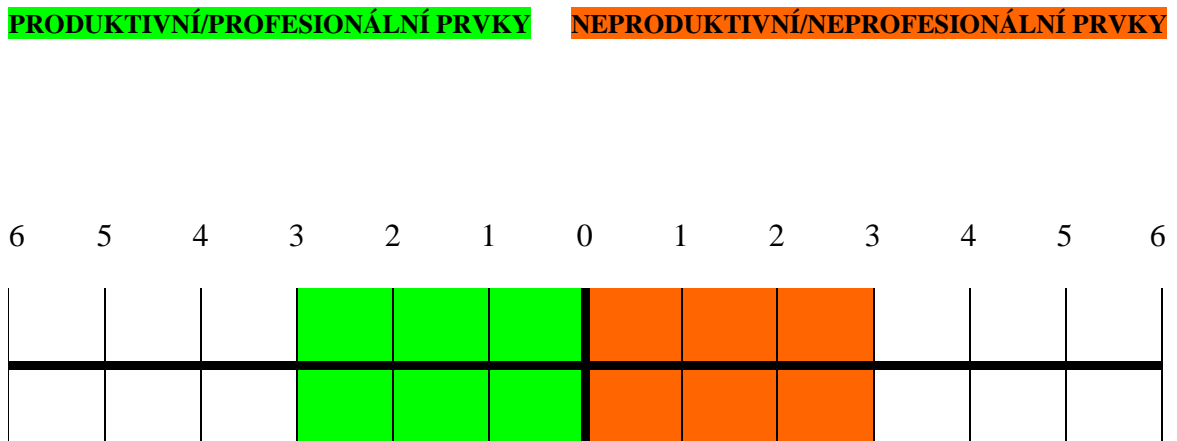
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 8 se objevilo 5 produktivních/profesionálních prvků a pouze 1 neproduktivní/neprofesionální prvek. Neverbální komunikace byla v normě. Tento rozhovor hodnotím tedy jako velmi produktivní/profesionální.

Tabulka č. 13

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 9	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	/
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	/
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	3x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – společenská.	
Rozhovor číslo: 9	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	/
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	3x

Graf č. 9 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 9**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

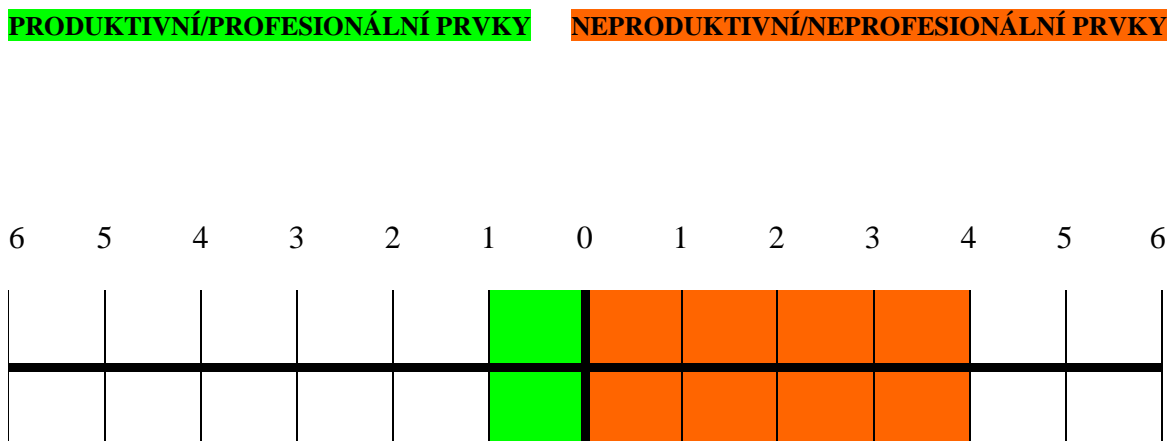
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 9 je výsledek stejný jako v rozhovoru číslo 7, tzn., že se v rozhovoru objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální.

Tabulka č. 14

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 10	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	-
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	/
Shrnutí	-
Celkem	1x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v přiměřené míře. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 10	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	/
Používání latinské terminologie	/
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	4x

Graf č. 10 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 10**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

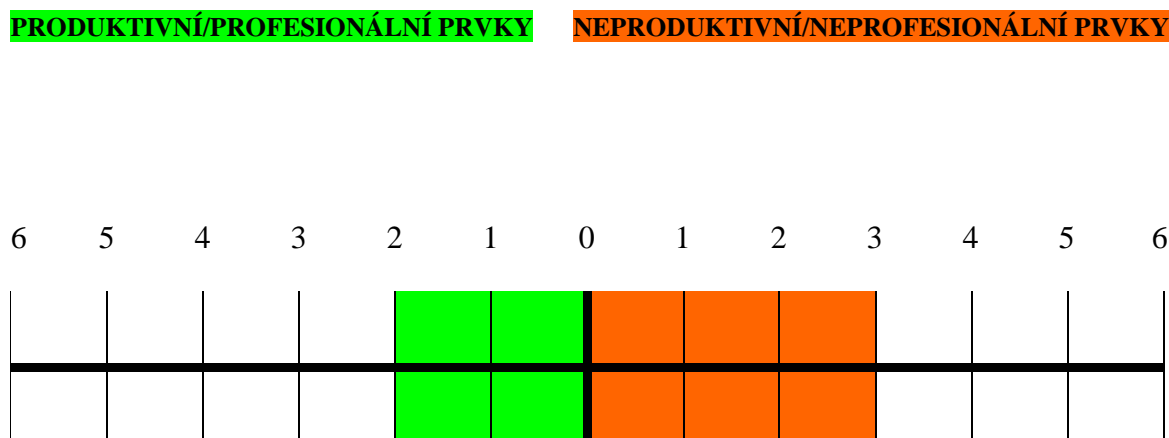
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 10 se produktivní/profesionální prvek objevil pouze 1, oproti tomu se v rozhovoru objevily 4 neproduktivní neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální.

Tabulka č. 15

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 11	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	/
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	/
Celkem	2x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace neprojevena. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 11	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	/
Kázání a mentorování	-
Hodnocení vlastností nemocného	/
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	3x

Graf č. 11 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 11**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

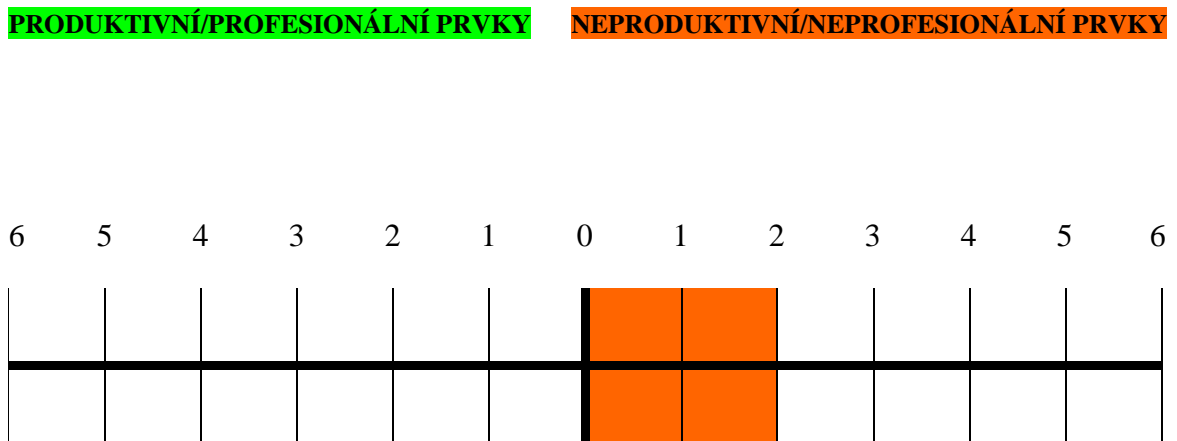
Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 11 se objevily 2 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace zde nebyla vůbec projevna. Tento rozhovor hodnotím jako neproduktivní/neprofesionální.

Tabulka č. 16

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo: 12	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	-
Potvrzení, uznání	-
Objasňování	-
Parafrázování	-
Zrcadlení pocitů	-
Shrnutí	-
Celkem	0x
Neverbální komunikace + respektování komunikační zóny.	
Neverbální komunikace v normě. Komunikační zóna – osobní.	
Rozhovor číslo: 12	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	-
Kázání a mentorování	/
Hodnocení vlastností nemocného	-
Používání latinské terminologie	-
Porušení etiky	/
Poskytování tzv. „dobrých rad“	-
Celkem	2x

Graf č. 12 Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu

**Komentář ke grafu č. 12**

U každého rozhovoru bylo hodnoceno 6 produktivních/profesionálních prvků a 6 neproduktivních/neprofesionálních prvků komunikace. Na grafickém znázornění tak jasně vidíme, zda byla komunikace produktivní či ne.

Za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

V rozhovoru číslo 12 se neobjevili žádné produktivní/profesionální prvky a neproduktivní/neprofesionální prvky se objevily 2. Neverbální komunikace byla použita v normě. Tento rozhovor bych zhodnotila jako velmi neproduktivní/neprofesionální.

9 DISKUZE

Moje bakalářská práce se zaměřuje na komunikaci sester s pacienty. Ošetrovatelská péče je neodmyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným nebo mezi zdravotníky navzájem. Podle mého názoru je správná komunikace v ošetrovatelství stejně tak důležitá jakožto samotná péče. Vzájemný kontakt mezi sestrou a pacientem vyžaduje od sestry nejen psychologické znalosti, schopnosti, ale také empatii. Každá zdravotní sestra je jiná, jedinečná svou povahou, chováním i komunikačními dovednostmi. Proto byl každý zaznamenaný rozhovor sestry s pacientem odlišný.

Prvním cílem této bakalářské práce v teoretické části bylo popsat efektivní komunikaci zdravotníka s nemocným. Druhým cílem byla analýza efektivní komunikace zdravotní sestry s pacienty v chirurgických oborech. Třetím cílem bylo definovat prvky evalvujícího a devalvujícího chování zdravotní sestry v komunikačním procesu s nemocným a posledním, tedy čtvrtým cílem teoretické části bylo popsat problematiku komunikaci v jednotlivých specifických oblastech v ošetrovatelství.

Cíl č. 1 – Popsat efektivní komunikaci zdravotníka s nemocným.

Dle Pokorné 2008, bylo charakterizováno, co je to efektivní komunikace. Je to tedy otevřená komunikace, kde nedochází ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí. Efektivní komunikace je podmiňována naplněním sedmi bodů.

Cíl č. 2 – Analýza efektivní komunikace zdravotních sester s pacienty v chirurgických oborech.

Dle Janáčkové a Weisse 2008, byl charakterizován chirurgický pacient a popsány zásady komunikace s tímto pacientem.

Cíl č. 3 – Definovat prvky evalvujícího a devalvujícího chování zdravotních sester v komunikačním procesu s nemocnými.

V teoretické části jsou také vysvětleny termíny evalvace a devalvace což jasně charakterizuje Křivohlavý 1988.

Cíl č. 4 – Popsat problematiku komunikaci v jednotlivých specifických oblastech v ošetrovatelství. K tomu cíli se vztahuje část bakalářské práce, kde jsem charakterizovala komunikaci v jednotlivých oblastech v ošetrovatelství. Tedy u pacientů s poruchou sluchu, zraku, s bolestí i s infaustním onemocněním.

Cílem pro praktickou část bylo provést šetření na ošetrovacích jednotkách chirurgického typu, do jaké míry zdravotní sestry uplatňují produktivní/profesionální prvky. Posledním cílem praktické části bylo zmapovat a popsat do jaké míry zdravotní sestry používají neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci s nemocným.

Cíl č. 5 – Provést šetření na ošetrovacích jednotkách chirurgického typu, do jaké míry zdravotní sestry uplatňují produktivní/profesionální prvky.

Na základě pozorovacího manuálu jsem zjistila, do jaké míry zdravotní sestry používají produktivní/profesionální prvky. Nyní zde uvedu rozhovory, ve kterých tyto produktivní prvky převažovaly.

V rozhovoru číslo 1 se objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 1 neproduktivní/neprofesionální prvek. Jak jsem si již stanovila, že za produktivní/profesionální rozhovor budu považovat rozhovor, kde se vyskytnou minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky, tento rozhovor tedy bude odpovídat rozhovoru, který hodnotím pozitivně. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 4 se objevily 4 produktivní/profesionální prvky a 0 neproduktivních/neprofesionálních prvků. Neverbální komunikace byla v normě, proto tento rozhovor mezi sestrou a klientem hodnotím jako produktivní/profesionální rozhovor. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 5 se objevily také 4 produktivní/profesionální prvky a 1 neproduktivní/neprofesionální prvek. Neverbální komunikace byla v normě. Tento rozhovor tedy také hodnotím jako produktivní/profesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 8 se objevilo 5 produktivních/profesionálních prvků a pouze 1 neproduktivní/neprofesionální prvek. Neverbální komunikace byla v normě. Tento rozhovor hodnotím dle stanovených pravidel, tzn., že za produktivní rozhovor považuji rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky. V tomto případě je to rozhovor velmi produktivní/profesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V tomto šetření jsem tedy zjistila, že z celkového počtu 12 rozhovorů, pouze 4 rozhovory byly produktivní/profesionální. Za nepříjemného pocitu musím konstatovat, že pouze 33 % prvků bylo produktivních/profesionálních. Jasně z toho vyplývá, že sestry mají velké rezer-

vy v komunikaci. Proč tomu tak je, jsem již v této bakalářské práci nezjišťovala, protože si myslím, že tato oblast by si zasloužila napsání další práce. Dle mého mínění to ale může být například profesní slepota sester, řešení rodinných problémů v práci nebo třeba syndrom vyhoření, kdy se můžou sestry chovat k pacientovi nevhodně a používat nevhodné výrazy v komunikaci. Je proto nutné klást důraz na komunikační zručnosti, s cílem dosáhnout produktivní komunikace.

Cíl č. 6 Zmapovat a popsat do jaké míry zdravotní sestry používají neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci s nemocnými.

Na základě pozorovacího manuálu jsem zjistila, do jaké míry zdravotní sestry používají neproduktivní/neprofesionální prvky v rozhovorech s pacienty. Nyní zde uvedu rozhovory, ve kterých tyto neproduktivní/neprofesionální převažovaly.

V rozhovoru číslo 2 se z produktivních/profesionálních prvků neobjevil ani jeden prvek a z neproduktivních/neprofesionálních prvků se v tomto rozhovoru objevily 3 prvky. Tento rozhovor proto hodnotím jako neproduktivní/neprofesionální, i když byla neverbální komunikace v normě. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 3 se z produktivních/profesionálních prvků neobjevil ani jeden prvek a z neproduktivních/neprofesionálních prvků se v tomto rozhovoru objevil 1 prvek, i přesto hodnotím tuto komunikaci jako neproduktivní/neprofesionální. Neverbální komunikace zde nebyla projevna, sestra se chovala, jako by tam pacient ani nebyl. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 6 se neobjevili žádné produktivní/profesionální prvky a neproduktivní/neprofesionální prvky se objevily 2. Neverbální komunikace byla použita ve zvýšené míře. Sestra nadměrně použila gestikulaci. Tento rozhovor bych zhodnotila jako velmi neproduktivní/neprofesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 7 se objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální, protože nesplňuje kritéria, kdy maximálně 2 prvky znamenají produktivní/profesionální rozhovor. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 9 je výsledek stejný jako v rozhovoru číslo 7, tzn., že se v rozhovoru objevily 3 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 10 se produktivní/profesionální prvek objevil pouze 1, oproti tomu se v rozhovoru objevily 4 neproduktivní neprofesionální prvky. Neverbální komunikace byla v normě, ale i přesto hodnotím tento rozhovor jako neproduktivní/neprofesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 11 se objevily 2 produktivní/profesionální prvky a 3 neproduktivní/neprofesionální prvky. Neverbální komunikace zde nebyla vůbec projevována. Tento rozhovor hodnotím jako neproduktivní/neprofesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

V rozhovoru číslo 12 se neobjevili žádné produktivní/profesionální prvky a neproduktivní/neprofesionální prvky se objevily 2. Neverbální komunikace byla použita v normě. Tento rozhovor bych zhodnotila jako velmi neproduktivní/neprofesionální. Odkaz na rozhovor v příloze P I.

Z této analýzy rozhovorů jsem zjistila, že z 12 - ti rozhovorů převažuje 8 neproduktivních/neprofesionálních rozhovorů.

Toto šetření celkově hodnotím negativně. Zjistila jsem totiž, že 67% prvků komunikace, stanovených dle hodnotícího manuálu bylo neproduktivních/neprofesionálních, což se pak odráží na celkové komunikaci mezi sestrou a nemocným.

Zde na grafickém znázornění na první pohled vidíme výsledek z celkového šetření. Vyplynou z něj rezervy, které mají sestry v komunikaci s nemocnými.

Graf č. 13. Grafické znázornění 12 – ti rozhovorů

PRODUKTIVNÍ/PROFESIONÁLNÍ PRVKY **NEPRODUKTIVNÍ/NEPROFESIONÁLNÍ PRVKY**



10 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z této analýzy je jasné, že zdravotní sestry mají velké rezervy v komunikaci s nemocnými. Nedodržují zásady komunikace. V rozhovorech převažují neproduktivní/neprofesionální prvky, proto by měly být sestry stále vzdělávány jak ve svém oboru, tak v oboru souvisejícím s ošetrovatelstvím tj. zdravotnickou psychologií.

Doporučení pro praxi:

- **Kurzy o efektivní komunikaci.** Pomohly by zdravotním sestřám např. porozumět pacientům, zlepšit svou verbální i neverbální komunikaci, jednat s pacienty taktně a empaticky, dodržovat zásady etiky, vyjadřovat se přesně a srozumitelně, rozvíjet dovednosti a uplatňovat zásady psychoterapeutického přístupu k nemocným, schopnost nejprve myslet a pak jednat. V příloze P III najdete pozvánku ke kurzu o efektivní komunikaci.
- **Videozáznam.** Natáčet sestry na video, pouštět jim záznam, aby hledaly chyby, které udělaly při rozhovoru s pacienty.
- **Nácvik problémových situací v komunikaci.**
- **Pobyty pro sestry.** Pobyty, kde by probíhala školení o efektivní komunikaci.
- **Relaxační pobyty.** Relaxační pobyty, aby nedocházelo k syndromu vyhoření, který se také odráží na komunikaci sester s pacienty ve zdravotnických zařízeních.
- **Článek v časopisu.** Ráda bych uveřejnila článek, ve kterém se čtenáři dozví co je to komunikace, jaké druhy komunikace máme a jak komunikují sestry s pacienty. Zveřejnila bych výsledky z mého šetření.

ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala komunikací sester s pacienty na jednotkách chirurgického typu.

Teoretická část popisuje, jak rovinu obecné terminologie ve verbální komunikaci, tak terminologie v neverbální komunikaci, dále popisuje například naslouchání, evalvací a devalvací v komunikaci.

Praktická část byla zaměřena na monitorování rozhovorů sester s nemocným. Pomocí záznamů byla provedena analýza rozhovorů zdravotníka s nemocným.

Z výsledků šetření vyplynuly velké rezervy, které mají sestry v komunikaci s nemocnými. Velmi nerada tedy musím konstatovat, že v rozhovorech mezi sestrami a pacienty převažují neproduktivní/neprofesionální prvky.

Protože mají sestry nedostatky v komunikaci, doporučila bych jim hlavně vyhledávat semináře, které se týkají komunikace. Pomohly by zdravotním sestram porozumět pacientům, zlepšit svou verbální i neverbální komunikaci, jednat s pacienty taktně a empaticky, dodržovat zásady etiky v komunikaci, vyjadřovat se přesně a srozumitelně. Dále bych doporučila staničním sestram, aby více sledovaly dění na oddělení, hlavně to, jak sestry komunikují s pacienty, popřípadě dokumentovat je na diktafon, dále jim to prezentovat jako ukázkou a upozornit na nevhodné prvky v komunikaci. Navrhla bych také relaxační pobyt pro sestry z chirurgických oddělení.

Proč tomu tak vlastně je, že sestry komunikují velmi neprofesionálně a mají velké rezervy v komunikaci? Byla příliš přísná kritéria pro toto šetření? Mají sestry profesionální slepotu? Trpí syndromem vyhoření? Anebo se jejich osobní život promítá do toho pracovního? Toto jsou otázky k zamyšlení a dalšímu šetření. Tato oblast by si zasloužila napsání další práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1.] ADAIR, John. *Efektivní komunikace*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, s.r.o., 2004. 175 s. ISBN 80-86851-10-9.
- [2.] BOOHER, Diana. *Komunikujte s jistotou*. 3. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 336 s. ISBN 80-7226-762-0.
- [3.] ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- [4.] DE VITO, Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8.
- [5.] DUPUY, Ernest. *Úspěšný dialog*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. 168 s. ISBN 80-7178-666-7.
- [6.] FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Osveta, spol. s.r.o., 2002. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
- [7.] HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 162 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [8.] JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- [9.] KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace : pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- [10.] KERN, Hans, MEHL, Christine, PETER, Martin. *Přehled psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál s.r.o., 1999. 287 s. ISBN 80-7367-121-2
- [11.] KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
- [12.] LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [13.] MAŘÍKOVÁ, Marie. *Rétorika: Manuál komunikačních dovedností*. 2. vyd. Praha: Professional publishing, 2001. 152 s. ISBN 80-86419-10-X.

- [14.] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- [15.] PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 148 s. ISBN 80-247-0858-2.
- [16.] PODGÓRECKI, Józef. *Sociální komunikace v edukaci*. 1. vyd. Ostrava: Repronis, 1998. 322 s. ISBN 80-86122-20-4.
- [17.] POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- [18.] POKORNÝ, Jiří. *Manuál tvořivé komunikace*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, s.r.o., 2003. 195 s. ISBN 80-7204-270-X.
- [19.] ŘEZÁČ, Jaroslav. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: PAIDO, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
- [20.] ŠPATENKOVÁ, Naděžda, KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace : Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 135 s. ISBN 879-80-7262-599-4.
- [21.] VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [22.] VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
- [23.] VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.
- [24.] ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ Miroslava, ŠRÁMKOVÁ Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [25.] Materiály z psychosociálního kurzu

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1. Komunikační proces.....	14
Obrázek č. 2. Model procesu naslouchání dle Barkera.....	34

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1. Přehled optimálních distancí dle E.T.Halla.....	19
Tabulka č. 2. Fáze podle Elizabeth Kübler – Rossové.....	28
Tabulka č. 3. Bariéry v komunikaci.....	36
Tabulka č. 4. Pozorovací manuál.....	41
Tabulka č. 5. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 1.....	44
Tabulka č. 6. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 2.....	46
Tabulka č. 7. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 3.....	48
Tabulka č. 8. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 4.....	50
Tabulka č. 9. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 5.....	52
Tabulka č. 10. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 6.....	54
Tabulka č. 11. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 7.....	56
Tabulka č. 12. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 8.....	58
Tabulka č. 13. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 8.....	60
Tabulka č. 14. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 10.....	62
Tabulka č. 15. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 11.....	64
Tabulka č. 16. Hodnotící manuál pro rozhovor č. 12.....	66

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	45
Graf č. 2. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	47
Graf č. 3. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	49
Graf č. 4. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	51
Graf č. 5. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	53
Graf č. 6. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	55
Graf č. 7. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	57
Graf č. 8. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	59
Graf č. 9. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	61
Graf č. 10. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	63
Graf č. 11. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	65
Graf č. 12. Grafické znázornění k hodnotícímu manuálu.....	67
Graf č. 13. Grafické znázornění 12 – ti rozhovorů.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Rozhovory sester s pacienty
- P II Tabulka pro analýzu rozhovorů
- P III Pozvánka na kurz efektivní komunikace
- P IV Článek do časopisu

PŘÍLOHA P I: ROZHOVORY SESTER S PACIENTY

Rozhovor č. 1

S: „Pane X pozítří půjdete na tu kolonoskopii, vy už jste na tom jednou byl, že ano?“

P: „Áno sestři, já už moc dobře vím, co mě čeká.“

S: „Dobře, ale pro pořádek vám shrnu ještě několik důležitých informací, ať to máme všechno v pořádku.“

P: „Když tedy jinak necháte.“ (smích)

S: „Takže ve středu jdete na to vyšetření a v úterý už budete pít Fortrans – to dostanete od nás, dále pak stravu budete mít lehkou, musí se to střevo řádně pročistit.“

P: „Sestřičko, to já všechno znám.“

S: „Já o tom nepochybuju, že jste znalý, ale musela jsem vám to pro pořádek zopakovat. Takže kdyby něco, víte, kde mě najdete.“

P: „Ano samozřejmě, děkuju, vám sestři.“

Rozhovor č. 2

S: „Paní X zítra půjdete na tu kolposkopii!“

P: „Sestři, a co to vůbec je? Proč na to zase půjdu?“

S: „Máte krev ve stolici, to jste sama říkala, musí se to vyšetřit, je to vyšetření tlustého střeva takovou kamerou.“

P: „To jsou pořád nějaké vyšetření, už mě to fakt nebaví.“

S: „Musíte to vydržet. Není to zase tak hrozné. Nechám vám tady tento roztok, ten budete pít, abyste se pořádně vyprázdnila, večer dostanete ještě klyzma, pak už nebudete nic jíst ani pít. Ráno vám to vyšetření udělají.“

P: „A je to bolestivé? Budu v narkóze?“

S: „Bolestivé se říct nedá, ale bude to nepříjemné, v narkóze nebudete.“

P: „Ach jo, to zase bude, už vůbec nemám náladu něco absolvovat.“

S: „Chcete se ještě na něco zeptat?“

P: „Raději ne.“

S: (odchází)

Pozn.: vzdálenost ode dveří, ostatní pacienti na pokojí, sestra nerespektuje intimitu při rozhovoru, nedostatečně vysvětlila zákrok

Rozhovor č. 3

S: „Změřím vám tlak.“

P: „Ano, můžete, sestři...“

S: „Teď nemluvejte!!“ ... 100/60 máte... (odchází)

Pozn.: bez pozdravu, nezájem o pacienta, žádná komunikace, pacientka se chtěla něco zeptat, sestra jí to nedovolila, porušena etika v komunikaci

Rozhovor č. 4

S: „Paní X změřím vám tlak.“

P: „Dobře, budu ráda.“

S: Míváte nízký, paní X?

P: Nee, vždycky jsem mívala dobrý, skoro stejný.

S: „Takže říkáte, že si ho chodíte pravidelně měřit?“

P: „Já mám doma ten Digital, tak si ho měřím sama.“

S: „Dejte mi ruku prosím, dáme manžetu. Teď chvílku nemluvejte, budu měřit.... Tlak máte opravdu jako mladice 125/80.“

P: „No vždyť vám to povídám.“

S: „Musela jsem se přeci ujistit (smích), zítra půjdete na to vyšetření, později se za vámi stavím a vše vám vysvětlím, abyste věděla, co vás čeká, a neměla jste strach.“

P: „Dobře sestři, jste moc hodná.“

Pozn.: zde jde vidět, že i při běžném měření tlaku si může sestra s pacientem povídat

Rozhovor č. 5

S: „Paní X teď vás zacévkuju, už vás někdy cévkovali, víte jak to probíhá?“

P: „Nee, sestři nikdy jsem v nemocnici ani nebyla.“

S: „Takže, nebojte se, já vám to vysvětlím.. Takže, do močového měchýře vám zavedu močovou trubicí tuto tenkou hadičku, která bude po určité době odvádět moč sem do tohoto sáčku.“

P: „A jak dlouho to tam budu mít?“

S: „To vám teď přesně říct nemůžu, to až podle vašeho zdravotního stavu určí pan doktor, ale maximálně tak 5 dní.“

P: „Tak to se celkem dá, myslela jsem, že to bude na dýl.“

S: „Tak začneme.“

P: „Položte se na záda, pokrčte nohy a dejte co nejvíc od sebe.“

S: „Já vám teda zavedu tu hadičku, zhluboka si dýchejte... Tak už jsme v močovém měchýři, teď napojím tu hadičku tady na ten pytlík a je to hotovo.“

P: „Myslela jsem, že to bude horší. „

S: „No vidíte, nebyla to zase taková hrůza, že... Jste šikovná, dobře jste to zvládla.“

„Tak, kdyby něco, zazvoňte si na nás ano, kdyby byl nějaký problém.“

P: „Děkuju.“

Pozn.: sestra byla milá, ochotná, vše vysvětlila

Rozhovor č. 6

S: „Paní X, vezmu vám krev.“

P: „Ježiš, už zase? Na co mě to pořád berete?“

S: „Vy si jako myslíte, že si to vymýšlím já nebo co? Že je mně to příjemné tady do někoho pořád pichat? „

P: „No, jen jsem se zeptala...“

S: „Já vám však jenom odpovídám..., zacvičte“

P: „Hotovo, přidržte si to!“

Pozn.: sestra byla odměřená, nepříjemná, zvyšovala hlas, drzá, nevysvětlila ani proč krev odebírá

Rozhovor č. 7

S: „Dobry večer, pane X, vy jdete zítra na to drčení, já vám tady naliju takový sirup do štamprlky proti plynatosti, to si teď hned vypijete!“

P: „A co to je sestři.“

S: „To se dává i malým miminkám, po tom si ani neuprdnete, nebo se tak vyprdíte...“ (smích)

P: „Joo??“ (smích)

P: „A v kolik půjdu?“

S: „Jé, tak to vám neřeknu, 2 čípky na vyprázdnění vám tu nechám, jinak od půlnoci nic nejíst, nepít...ano? Rozumíte všemu?“

P: „Snad ano.“

S: „Tak ale radši ještě jednou, takže 2 čípky, od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit jo.“

S: „Kdyby byl nějaké problém, ozvěte se, dobrou noc!“

Pozn.: nedostatečné vysvětlení, nevhodná komunikace, porušení etiky

Rozhovor č. 8

S: „Pane X, zítra jdete na tu operaci, toto si přečtete, nechám vám to tady.“

P: „Dobře, přečtu; mám toho obavy sestři...“

S: „Nemějte strach, dopadne to určitě dobře.“

S: „Od půl noci nejíst, nepít, nekouřit jo, nesnídáte, kdyby jste si chtěl uložit něco do trezoru, můžete, ráno počkáte na nás, dáme vám takové speciální mýdlo, kterým se umyjete, ano?“

P: „Ano.“

S: „Takže jsem pochopila, že všemu rozumíte. Já tedy odcházím, takže od teď už nic nejíst, nepít, tady máte prášek na spaní, užijte si ho teď.“

P: „Dobře, děkuju.“

Pozn.: vzdálenost – pomalu ode dveří, rychle a nedostatečně poučila pacienta, nedala prostor pro otázky, byla příjemná

Rozhovor č. 9

S: „Dobrý večer, zítra vás všechny 3 čeká ten výkon, tedy od půlnoci už ani nejíst, nepít, nekouřit, platí to pro všechny jo, všichni tady dostanete Diazepam, to je ordinace od anesteziologa, to si zapijete, všichni, tady vám to nechám. Jinak cennosti jako je mobil, peníze, doklady si můžete ráno uložit do trezoru, kdybyste chtěli. Ráno dostanete dezinfekční mýdlo, tím se umyjete, ráno si zároveň zapijete další léky. Nechám vám taky ještě takové počteníčko, to si ještě prosím přečtete ano. Potřebujete tedy ještě něco?“

P: „A to budeme všichni 3 vedle sebe i na operačním sále?“

S: „No to bohužel nee...“ (smích)

S: „Vyprázdnil jste se pořádně? Šlo to?“

P: „Myslím, že ano.“

S: „Jinak, kdybyste něco potřebovali, zazvoňte si ano, dobrou noc.“

P: „Dobrou.“

Pozn.: pacienti hromadně poučeni, žádná intimita, měli stud před ostatními se něco ptát

Rozhovor č. 10

S: „Pane X, kvůli té zítřejší operaci co vás čeká, vám musím zabandážovat nohy.“

P: „A k čemu prosím vás?“

S: „No vždyť vám říkám, že kvůli té operaci.“

P: „No to jo, ale z jakého důvodu?!“

S: „Mohli byste dostat embolii, proto musíme nohy pořádně stáhnout.“

P: „Embolii, no to by mi ještě chybělo.“

S: „Zase bych to neviděla tak dramaticky, říkám vám, že je to jen jako prevence, vy se bojíte? Vy jste strašpítel teda.“

P: „No dobře teda, budu vám věřit“

S: „Ukažte, nohu mi zvedněte..... Druhou..... tak a je to hotovo. Za chvíli vám přijdu dat premedikaci.“

P: „Ježiši a to je zase co?“

S: „Příprava na operaci... Zatím naschle. „(zavírá dveře)

Pozn.: sestra byla nepříjemná, nevysvětlila pacientovi, to na co se ptal, nevhodné chování

Rozhovor č. 11

S: „Dědynku, zítra půjdete na vyšetření, které se jmenuje sono, dají vám na břicho takový studivý gel a budou vám po něm jezdit takovou sondičkou.“

P: „Noo, dobře.“

S: „Souhlasíte s tím?“

P: „Ale joo.“

S: „Dědynku, teď vás musím ale poprosit, aby jste od půlnoci nic nejedl ani nepil, musíte být lačný, jen si užijte ty léky, ano? Tady vám nechám ještě takový lísteček, který si přečtete dědečku, jste šikovný, takže to zvládnete, ano... Ale radši ještě jednou, být lačný, užít si léky! Kdybyste něco chtěl, zazvoňte na nás!“

Pozn.: nevhodné oslovení, porušení etiky

Rozhovor č. 12

S1: „Pane, změříme tlak.“

S2: „Zítřa budete mít ten kontrolní snímek těch ledvin ano, takže od půlnoci nejíst.“

P: „Ano, dobře.“

S3: „Vyměním vám tady to krytí.“

P: „Dobře, sestřičko a ten tlak je kolik?“

S1: „140/95“

P: „Děkuju“

P: /otázka k sestře 3/: „Mohla byste mi dát něco od bolesti, hodně mě to bolí a nemůžu pak vůbec spát.“

S3: „Nemůžete teď nic dostat od bolesti, není to ani 4 hodiny co jste měl injekci, musíte to ještě vydržet...“

P: „hmm...“

Pozn.: 3 sestry komunikují s jedním pacientem, mnoho informací pro pacienta v tu chvíli, porušení etiky.

PŘÍLOHA P II: TABULKA PRO ANALÝZU ROZHovorŮ

Hodnotící manuál pro rozbor rozhovorů zdravotní sestry - pacient	
Rozhovor číslo:	
Produktivní/profesionální prvky v komunikaci	
Povzbuzování	
Potvrzení, uznání	
Objasňování	
Parafrázování	
Zrcadlení pocitů	
Shrnutí	
Celkem	
Rozhovor číslo:	
Neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci	
Familiární přístup	
Kázání a mentorování	
Hodnocení vlastností nemocného	
Používání latinské terminologie	
Porušení etiky	
Poskytování tzv. „dobrých rad“	
Celkem	

PŘÍLOHA P III: POZVÁNKA NA KURZ EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE

Kurz efektivní komunikace pro sestry chirurgických oddělení

Dne 12.7.2010 se uskuteční **kurz efektivní komunikace** pro všechny sestry z chirurgických oddělení.

Místo: **Hotel Moskva** Zlín, přednáškový sál

Čas: **9,00 hodin**

Program:

- 9,00 – 10,00 - Registrace
- 10,00 – 11,00 - Přednáška na téma evalvace/devalvace v komunikaci
- 11,00 – 12,00 - Naslouchání
- 12,00 – 12,30 - Oběd (výběr ze 2 menu)
- 12,30 – 14,00 - Řešení konfliktních situací v komunikaci s pacienty
- 14,00 – 15,00 - Problematická komunikace (komunikace s pacienty s poruchou sluchu, zraku, s bolestí)
- 15,00 – 16,00 - Syndrom vyhoření a komunikace
- 16,00 – 16,30 - Diskuze

Cena: **600,-** (50% hradí zdravotnické zařízení)

Počet kreditů: 3

Neváhejte a hlase se na emailovou adresu: kurz@seznam.cz

PŘÍLOHA P IV: ČLÁNEK DO ČASOPISU

Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty v chirurgických oborech

Beata Žajdlíková, studentka oboru všeobecná sestra, Mgr. Michaela Karafiátová

Klíčová slova: efektivní komunikace, zdravotní sestra, pacient, naslouchání, evalvace, devalvace

V mé bakalářské práci Komunikace zdravotních pracovníků s pacienty v chirurgických oborech jsem se zaměřila na komunikaci zdravotních sester s pacienty na jednotkách chirurgického typu.

V teoretické části práce popisuji jak rovinu obecné terminologie ve verbální komunikaci, tak terminologie v neverbální komunikaci. Dále charakterizuji problematickou komunikaci s pacienty, kteří trpí např. poruchou sluchu, zraku nebo bolestí. Co by měla sestra znát a jak se k nim chovat. Také jsou popsány evalvační a devalvační prvky v komunikaci, které již ve své knize popisuje Křivohlavý 1988.

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na monitorování rozhovorů sester s nemocným. Pomocí záznamů byla provedena analýza rozhovorů zdravotníka s nemocným a doporučena strategie reflexe ošetrovatelského personálu po získaných rozhovorech.

Cílem pro praktickou část bylo provést šetření na ošetrovacích jednotkách chirurgického typu, do jaké míry zdravotní sestry uplatňují produktivní/profesionální prvky. Druhým cílem praktické části bylo zmapovat a popsat do jaké míry zdravotní sestry používají neproduktivní/neprofesionální prvky v komunikaci s nemocným.

Použitá metoda šetření.

Audiozáznam je jedním ze způsobů získávání informací a sběru dat od malého počtu respondentů, které se dají velmi snadno vyhodnotit. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a dále pak přepsány a analyzovány. Rozhovory jsem zaznamenávala tak, aby o tom ani jedna ze sester nevěděla. Získané informace byly objektivní a nedošlo tak, ke zkreslení informací, ke kterému by mohlo dojít v případě, že by sestra věděla, že je nahrávána na diktafon a svůj projev by se snažila určitým způsobem ovlivňovat.

Vlastním **pozorováním** jsem zjistila, jak se sestry při rozhovoru s pacienty chovají a také jakou používají gestikulaci, která je součástí neverbální komunikace. Dále jsem také při

rozhovorech sledovala, v jaké komunikační zóně se sestry nacházejí, která je také velmi důležitá v běžné komunikaci

Metodika šetření. Ve své práci jsem použila kvalitativní šetření. Pro získání důležitých informací jsem použila audionahrávky. Vybrala jsem si dvě ošetrovací jednotky ze dvou nejmenovaných nemocnic, které jsem nijak vzájemně nesrovnávala. Rozhovory jsem nespécifikovala, brala jsem je pouze z obecného pohledu. Výzkum obsahuje 12 rozhovorů mezi sestrami a pacienty. Víím, že 12 rozhovorů není pro bakalářskou práci mnoho, ale v těch 12 - ti rozhovorech jsem ještě sledovala 12 komunikačních oblastí, tedy 6 produktivních a 6 neproduktivních prvků komunikace. Dle mého názoru je pro prvotní šetření tento vzorek dostačující.

Za **produktivní rozhovor** jsem označila rozhovor, ve kterém se vyskytly minimálně 3 produktivní/profesionální prvky a maximálně 2 neproduktivní/neprofesionální prvky.

Produktivní/profesionální prvky v komunikaci.

Po celkové analýze jsem v tomto šetření tedy zjistila, že z celkového počtu 12 rozhovorů, pouze 4 rozhovory byly produktivní/profesionální. Za nepříjemného pocitu musím konstatovat, že pouze 33 % prvků bylo produktivních/profesionálních. Jasně z toho vyplývá, že sestry mají velké rezervy v komunikaci.

Neproduktivní/neprofesionální prvky.

Z této analýzy rozhovorů jsem zjistila, že z 12 - ti rozhovorů převažuje 8 neproduktivních/neprofesionálních rozhovorů.

Toto šetření celkově hodnotím negativně. Zjistila jsem totiž, že 67% prvků komunikace, stanovených dle hodnotícího manuálu bylo neproduktivních/neprofesionálních, což se pak odráží na celkové komunikaci mezi sestrou a nemocným.

Zde na grafickém znázornění na první pohled vidíme výsledek z celkového šetření. Vyplývají z něj rezervy, které mají sestry v komunikaci s nemocnými.

RODUKTIVNÍ/PROFESIONÁLNÍ PRVKY **NEPRODUKTIVNÍ/NEPROFESIONÁLNÍ PRVKY**



Doporučení pro praxi.

Z této analýzy je jasné, že zdravotní sestry mají velké rezervy v komunikaci s nemocnými. Nedodržují zásady komunikace. V rozhovorech převažují neproduktivní/neprofesionální prvky, proto by měly být sestry stále vzdělávány jak ve svém oboru, tak v oboru souvisejícím s ošetrovatelstvím tj. zdravotnickou psychologií.

Doporučení pro praxi:

- **Kurzy o efektivní komunikaci.** Pomohly by zdravotním sestřám např. porozumět pacientům, zlepšit svou verbální i neverbální komunikaci, jednat s pacienty taktně a empaticky, dodržovat zásady etiky, vyjadřovat se přesně a srozumitelně, rozvíjet dovednosti a uplatňovat zásady psychoterapeutického přístupu k nemocným, schopnost nejprve myslet a pak jednat.
- **Videozáznam.** Natáčet sestry na video, pouštět jim záznam, aby hledaly chyby, které udělaly při rozhovoru s pacienty.
- **Nácvik problémových situací v komunikaci.**
- **Pobyty pro sestry.** Pobyty, kde by probíhala školení o efektivní komunikaci.
- **Relaxační pobyty.** Relaxační pobyty, aby nedocházelo k syndromu vyhoření, který se také odráží na komunikaci sester s pacienty ve zdravotnických zařízeních.
- **Článek v časopisu.** Ráda bych uveřejnila článek, ve kterém se čtenáři dozví co je to komunikace, jaké druhy komunikace máme a jak komunikují sestry s pacienty. Zveřejnila bych výsledky z mého šetření.

Závěrem bych chtěla tedy říci, protože mají sestry nedostatky v komunikaci, doporučila bych jim hlavně vyhledávat semináře, které se týkají komunikace. Pomohly by zdravotním sestřám porozumět pacientům, zlepšit svou verbální i neverbální komunikaci, jednat s pacienty taktně a empaticky, dodržovat zásady etiky v komunikaci, vyjadřovat se přesně a srozumitelně. Proč tomu tak vlastně je, že sestry komunikují velmi neprofesionálně a mají velké rezervy v komunikaci? Byla příliš přísná kritéria pro toto šetření? Mají sestry profesionální slepotu? Trpí syndromem vyhoření? Anebo se jejich osobní život promítá do toho pracovního? Toto jsou otázky k zamyšlení a dalšímu šetření. Tato oblast by si zasloužila napsání další práce.