

Jihočeská univerzita v Českých
Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Komunikace zdravotnického personálu s klienty

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. et Mgr. Jana Čechová

11.5.2009

Autor práce
Markéta Kolářová

Abstrakt

Svou bakalářskou práci Komunikace zdravotnického personálu s klienty jsem rozdělila do několika kapitol. První kapitolu Současný stav jsem zaměřila na vysvětlení pojmu komunikace a objasnění procesu komunikace obecně. Dále se v práci zaměřuji již na komunikaci z konkrétního hlediska zdravotník- klient (pacient). Jde například o vztah klienta a zdravotníka, zásady správné komunikace při interakci zdravotnického personálu s klienty, produktivní chování, rozhovor ve zdravotnictví atd. V neposlední řadě se v této kapitole zaměřuji na devalvační prvky v komunikaci a neproduktivní chování zdravotníků.

V následující kapitole jsou stanoveny cíle a hypotézy. Prvním cílem mé práce je zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů v nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově. Druhým cílem je posoudit vliv komunikačních dovedností zdravotnického personálu na informovanost klientů o diagnóze, vyšetření a průběhu léčby. Hypotézy znějí takto: „Klienti vnímají úroveň komunikace zdravotnického personálu jako nízkou.“ a „Informovanost klientů je přímo úměrná s úrovní komunikace.“

Pro splnění cílů a ověření hypotéz jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování technikou dotazníku. Základní soubor respondentů tvoří 65 dospělých klientů nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově ve věku od 18 do 65 let. Návratnost dotazníku byla 98%.

Oba stanovené cíle se mi povedlo splnit na základě provedeného výzkumu. Respondenti ohodnotili úroveň komunikace zdravotníků jako velmi dobrou. Stejně tak ohodnotili i informovanost ze strany zdravotníků. Informovanost je tedy přímo úměrná s úrovní komunikace zdravotnického personálu.

První hypotéza tedy potvrzena nebyla, klienti jsou s úrovní komunikace zdravotnického personálu spokojeni. Tuto hypotézu jsem si stanovila na základě osobní zkušenosti a jsem velmi ráda, že ji výzkum vyvrátil. Druhá hypotéza potvrzena byla, informovanost klientů je přímo úměrná s úrovní komunikace.

Zjištěné výsledky mohou posloužit jak zdravotnickému personálu, tak i klientům nemocnice.

Abstract

I have divided my bachelor thesis “Communication of Medical Staff with Clients” into several chapters. The first chapter “Current Situation” explains term “communication” and clarifies the communication process in general. Further in my thesis I address communication between a medical worker and a client (patient) from concrete points of view. I examine e.g. the relationship between a client and a medical worker, principles of correct communication in interaction between medical staff and clients, productive behaviour and dialog in health service. Last but not least, this chapter is focused on devaluation elements in communication and non-productive behaviour of medical staff.

Objectives and hypotheses are set in the following chapter. The first objective of my thesis is to ascertain the subjectively perceived level of communication skills of the medical staff towards their clients from the view of the clients in Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov (Hospital of Rudolph and Stephanie in Benešov). The second task is to assess the effect of communication skills of the medical staff on the awareness of their clients of the diagnosis, examination and the course of therapy. The hypotheses are set as follows: “Clients consider the communication level of the medical staff to be low,” and “Awareness of clients is directly proportional to the level of communication.”

In order to achieve the objectives and verify the hypotheses, I decided for a quantitative research using the questionnaire method. The basic set of respondents comprises 65 adult clients of Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov from the age of 18 to 65 years. The return rate of the questionnaires amounted to 98 %.

I have managed to fulfil both the set objectives on the basis of the conducted research. The respondents considered the level of communication of the medical staff to be very good. Provision of information by the medical staff was also assessed as very good. Thus awareness is directly proportionate to the level of communication of the medical staff.

The first hypothesis “Clients consider the communication level of the medical staff to be low” has not been confirmed. I raised the hypothesis on the basis of my

personal experience and am very glad that the research has disconfirmed the hypothesis. The second hypothesis “Awareness of clients is directly proportional to the level of communication” has been confirmed.

The obtained results may be used by both the medical staff and the clients of the hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Komunikace zdravotnického personálu s klienty vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr.et Mgr. Janě Čechové za odborné vedení, cenné rady a čas strávený při konzultacích.

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav.....	11
1.1 Komunikace.....	11
<i>1.1.1 Komunikace obecně.....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.2 Druhy komunikace.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.2.1 Verbální komunikace.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.2.2 Neverbální komunikace.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.3. Proces komunikace.....</i>	<i>13</i>
1.2 Komunikace zdravotnického personálu s klienty.....	15
<i>1.2.1 Klient a zdravotnický personál.....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.2 Úroveň komunikace.....</i>	<i>17</i>
<i>1.2.3 Zásady správné komunikace.....</i>	<i>18</i>
<i>1.2.3.1 Umění mluvit.....</i>	<i>19</i>
<i>1.2.3.2 Umění naslouchat.....</i>	<i>20</i>
<i>1.2.4 Empatie.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.5 Rozhovor ve zdravotnictví.....</i>	<i>22</i>
<i>1.2.6 Produktivní chování.....</i>	<i>23</i>
1.3 Zdravotnický personál a jeho problémy v komunikaci s klienty.....	25
<i>1.3.1 Devalvační prvky v komunikaci.....</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2 Neproduktivní chování.....</i>	<i>26</i>
2. Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29
3. Metodika.....	30

4. Výsledky	32
5. Diskuze	50
6. Závěr	53
7. Seznam použitých zdrojů	54
8. Klíčová slova	58
9. Přílohy	59

Úvod

Bakalářskou práci na téma komunikace zdravotnického personálu s klienty bych chtěla zaměřit na výzkum subjektivně vnímané úrovně komunikace zdravotnického personálu z pohledu klientů a na následnou kvalitu informovanosti klientů nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově u Prahy. Jde především o to, zda byl klient poučen o své diagnóze, vyšetřovacích metodách, průběhu léčby a nakolik je klient schopen porozumět sdělovaným informacím. Jestliže dojde k deficitu informovanosti klienta, kde může být příčina a jaké jsou možnosti řešení této problematiky.

Toto téma jsem si vybrala na základě vlastní zkušenosti. Při praxi ve zdravotnických zařízeních, především v nemocnicích, jsem se setkávala s klienty, kteří neznali své onemocnění, nevěděli, jaké vyšetření je čeká a jaká léčba bude následovat. Důsledkem toho byly obavy a strach z neznámého. Právě z těchto důvodů bych chtěla zjistit, jak jsou klienti spokojeni s úrovní komunikace zdravotníků a s podáváním informací.

O této problematice se hovoří již mnoho let, a přesto je stále aktuální. V listopadu roku 2005 vydala agentura STEM-MARK výsledky svého výzkumu provedeného na území hl.m. Prahy. Tento výzkum prokázal velmi nízkou úroveň komunikace* zdravotnického personálu vůči klientům, což podle nich snižuje pověst i vnímání kvality zdravotnického zařízení. Přístup zdravotnického personálu ke klientům byl většinou hodnocen jako nevhodný. Ovšem v roce 2008 byl stejnou agenturou proveden obdobný výzkum v nemocnicích středočeského kraje a zde byly výsledky velmi příznivé. Podle této agentury úspěšná komunikace podporuje nárůst diagnostické přesnosti, zvyšuje klientskou spoluzodpovědnost v rozhodovacích schopnostech a úspěšnost dodržování léčebných režimů. Deficit informovanosti klientů prý vyplývá z neschopnosti porozumět zdravotnickým informacím (22).

* Autoři tohoto výzkumu vymezují úroveň komunikace jako řadu dílčích ukazatelů, zaměřených na kvalitu zdravotních služeb, jejichž významnou součástí je vždy komunikace.

Podstatou mé práce tedy bude zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikace zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů. Dále posoudit vliv subjektivně vnímané úrovně komunikace zdravotnického personálu na informovanost klientů o diagnóze, vyšetření a průběhu léčby. Následně tyto poznatky využít při navrhování řešení.

1. Současný stav

1.1 Komunikace

1.1.1 Komunikace obecně

Ze všech znalostí a dovedností patří mezi nejdůležitější a nejužitečnější ty, které se týkají komunikace (5). Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech. Patří tedy k základní bio-psycho-sociální výbavě člověka, ale může se lišit svou vyvinutostí, dědičnými dispozicemi, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována (16).

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, od *communicare*, což znamená spojovat (23). Existuje mnoho různých výkladů pojmu komunikace. Např. George Gerber definuje komunikaci jako sociální interakci prostřednictvím sdělení (23). Podle Jamese Careyho je komunikace symbolický proces, při němž je realita produkována a transformována (23). Jurgen Ruesch a Gregory Bateson tvrdí, že komunikace jsou všechny procesy, kterými lidé ovlivňují jeden druhého (23). H.D. Laswel napsal, že komunikace je kdo říká, co, jakým kanálem, komu, s jakým efektem (9). Na této definici lze ukázat pět prvků komunikace, které se uplatňují téměř ve všech definicích. Jsou to komunikátor, adresát, komunikační kanál, mediované sdělení a účinek (23). Komunikace z fyziologického hlediska je přenos informace pomocí vydávaných a přijímaných signálů, které jsou optické, zvukové, chemické, dotykové případně i elektrické. Základní funkcí komunikace je poznání, varování a vzájemná koordinace chování (10). Z psychologického hlediska je komunikace sociální interakce, při níž dochází ke sdělování a přijímání informací. Komunikace se realizuje ve formě verbální (prostřednictvím řeči) nebo neverbální (prostřednictvím gest, mimiky atd.) (10).

Výraz komunikace slouží jako užitečný výraz pokrývající jak mluvení, tak naslouchání, ba dokonce ještě mnohem více. Je to obecný koncept, který si vydobyl své postavení v každodenní mluvě, a proto stojí za to snažit se mu do jisté hloubky porozumět (1).

1.1.2 Druhy komunikace

Při komunikaci se používají dva hlavní signalizační systémy: verbální a neverbální. Verbální systém představují převážně slovní signály přenášené vzduchem a přijímané sluchem. Neverbální systémy představují veškeré další prostředky, jimiž se může sdělit nějaký význam (5).

1.1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je komunikace zprostředkovaná slovy, jazykem. Lze ji dělit do tří úrovní:

a) suplementární - neustálé vzájemné vyrovnávání informační, emocionální a prožitkové úrovně vyměňovaných sdělení (komunikující udržují rovnováhu, snaží se jeden před druhým se svými zážitky nezůstat pozadu).

b) komplementární - jedna osoba je v direktivní, dominantní pozici vůči druhé, oba účastníci takové rozdělení rolí respektují, tento typ komunikace je vhodný a účinný při předávání informací.

c) metakomplementární - osoba, která je v dominantní pozici tuto možnost nevyužívá a úmyslně ji přenechává druhé osobě, projevuje se umění naslouchat druhému (7).

Verbální komunikace se řídí obecnými a specifickými pravidly, které jsou dané podobou svého národního jazyka a jsou pro uživatele závazná (16).

1.1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace (nonverbální) je proces dorozumívání mezi jedinci (skupinami) jinými prostředky než slovními. Často je také pojmenována jako řeč těla (10). Řeč těla ale tvoří jen jednu podskupinu, i když můžeme říct, že tu nejzajímavější (25). Je srozumitelná sama o sobě a od prapůvodu prvotní forma dorozumívání (16). Neverbální komunikace je zprostředkována pohyby těla, gesty, mimikou, pohyby očí, kvalitou hlasu, pauzami v řeči, zvuky, jako je smích, bručení aj. Dále vzdáleností, čichovými vjemy, používáním artefaktů, jako je oděv, kosmetika aj. Uskutečňuje se mnoha způsoby. K těm nejdůležitějším patří doteky (podání ruky, obětí), gesta

(posilující nebo zeslabující slova, gesta popisná, která znázorňují tvar nebo vzdálenost, nebo napodobením gest druhého vyjadřují jeho podporu), hlas (síla hlasu, hloubka, výslovnost, tempo, frázování a pauzy, stoupající intonace prozrazuje nejistotu, klesající jistotu a důraz), chůze a změna polohy těla, mimika (výraz tváře, její změny a oční kontakt), pozice a držení těla (v něm se odráží míra sebevědomí, únava, vyčerpanost, odhodlání), předměty a prostředí (oblečení, doplňky, předměty denní potřeby, zařízení bytu), vzdálenost (platí, že čím je menší, tím důvěrnější je vztah). Neverbální komunikací lze obrátit smysl slovního sdělení (7).

Ke speciálním neverbálním prostředkům komunikace patří podněty, které nejsou běžně zahrnovány do neverbální komunikace. K těmto speciálním prostředkům patří: a) dotekové podněty - doteky vyjadřují vztahy, nejčastěji jde o ruce a ramena, b) tepelné podněty - jsou vyjádřeny držením těla, jako je schoulení či třes, c) čichové podněty - nejčastěji přijímané jako afektivní na škále příjemné/ nepříjemné (7).

Albert Mehrabian zjistil, že verbální složka tvoří pouhých 7% obsahu sdělení, vokální složka (tón hlasu, modulace a další zvuky) tvoří 38% obsahu sdělení a zbývajících 55% obsahu sdělení je zprostředkováno neverbálními signály. Většina odborníků je zajedno v tom, že verbální složka komunikace přenáší zejména informace, kdežto neverbální část komunikace zprostředkovává mezilidské postoje a někdy je používána jako náhrada verbálních sdělení (19). Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Aktivita i neaktivita, slova i mlčení, vše má význam sdělení. Jakékoliv sdělení ovlivňuje příjemce, a ten tedy také komunikuje (2).

1.1.3. Proces komunikace

Každé mezilidské komunikování zahrnuje přenos sdělení a též výměny sdělení mezi účastníky. Tomu se říká komunikační proces (20). Komunikační proces je ovlivněn mnoha faktory, ke kterým patří schopnost komunikace, vnímavost, osobní prostor, teritorialita, postavení a vztahy, čas, prostředí, postoje a emoce. Mezi dvěma osobami probíhá komunikační proces, který má následující části: komunikátor, komunikant, komuniké, komunikační kanál a zpětná vazba (26).

Komunikátor je osoba, z níž určité sdělení vychází, komunikant určité sdělení přijímá. Komuniké je obsah sdělení a komunikační kanál je způsob, jak je komuniké předáváno (28). Také se dá říci, že komunikační kanál označuje prostor, v němž dochází ke komunikačním aktům- nejrůznější místa a místnosti, vzdálenost mezi vysílačem a přijímačem a také se týká druhu přenosu komunikace (např. jazyk, hlas). Komunikační kanál nebývá obvykle čistý, naopak plný šumů. Komunikačním šumem nazýváme všechno, co správné komunikaci brání. Z tohoto hlediska může být šumem jakékoli rušení původu mechanického, fyzikálního (hluk, špatné osvětlení) i psychického (emoční vztahy, mentální vztahy, únava, inteligenční úroveň). Nositelem šumu, nějakým způsobem narušující vzájemnou komunikaci, může být stejně tak prostředí, jako i účastníci komunikace, dokonce i téma, o němž se mluví (16). Komunikační šumy také vznikají často kvůli tomu, že odesílatel má na mysli něco jiného, než říká, nebo adresát poslouchá svým „oblíbeným uchem“, a proto slyší něco, co odesílatel vůbec neměl na mysli (6). Je na mluvčích, aby dokázali co nejvíce rušivých šumů odstranit (16).

Zpětná vazba zase umožňuje smysluplnou komunikaci. Poskytuje jedinci prostor dozvědět se něco o sobě, svých názorech a postojích. Zpětnou vazbou se dostává jedinci informace o tom, jaký dojem vyvolává u jiných svými projevy, vyjadřováním a konáním (18).

Každá komunikační výměna plní zpravidla jednu či více funkcí. Účelem a rovněž dopadem na příjemce dostává komunikace smysl. Mezi pět hlavních funkcí našeho komunikování patří informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat a pobavit (28).

Záměrný jazykový styk, při kterém střídavě mluví různé osoby, a který probíhá v konkrétní předmětné a sociální situaci nazýváme rozhovor. Může mít podobu doprovodného dorozumívání při jiné činnosti, například pracovní, nebo může být konverzací, která má spíše ráz navazování kontaktu, žertování, odreagování, nebo může mít charakter společné soustředěné komunikace zaměřené na dosažení určitého cíle, nebo vyřešení určitého problému. V tomto posledním případě hovoříme o dialogu. Ten charakterizujeme podrobně těmito rysy:

- tématická cílově-úkolová orientace;

- vnější reciprocita a vnitřní vzájemnost, to znamená, že vzájemné vztahy jsou začleněny do komunikace a reflektovány v ní;
- tématická cílově-úkolová orientace a vzájemnost jsou propojeny.

To znamená, že řešení společného úkolu je zprostředkováno porozuměním vzájemným vztahům a porozumění vzájemným vztahům je zprostředkováno řešením společného úkolu. Z nejobecnější charakteristiky rozhovoru vyjdeme jakožto střídání v řeči mezi dvěma či více účastníky (12).

V dialogu se rozvíjí poznání, porozumění a usuzování. To však vyžaduje dodržování jistých pravidel. Důležitý je pořádek, přístupnost rozumové argumentace, pravdivost sdělení, svoboda projevu, rovnost příležitostí, úcta k druhým a nepředpojatost (21).

Ve zdravotnictví má rozhovor nenahraditelnou úlohu. Všechny důležité okolnosti a skutečnosti zjištěné rozhovorem s klientem by měly být zaznamenány v lékařské či ošetrovatelské dokumentaci a využity při vlastní ošetrovatelské práci.(29).

1.2 Komunikace zdravotnického personálu s klienty

1.2.1 Klient a zdravotnický personál

Komunikace ve zdravotnictví má pro medicínu zásadní význam (11). Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Zdravotnická praxe klade schopnost interakce s klienty i kolegy na významné místo. Veškeré dění uvnitř i styk s okolím se odehrává formou interakcí a komunikace (27). Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a klientem vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s klientem (29). Dopad toho, jak lékař, psychoterapeut, zdravotní setra, psycholog komunikují s klientem, je často dalekosáhlý v tom smyslu, že jeho promlouvání i neverbální působení léčí. Anebo, skromněji řečeno, odborník může svou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou klientovu pohodu (28). Při práci zdravotnického personálu s nemocnými se nelze spokojit jen s obecnými komunikačními dovednostmi. Zdravotník musí zvládnout i

komunikaci profesní. Péče je nemyslitelná bez komunikace mezi nemocným a zdravotnickým pracovníkem (4). Vztah mezi lékařem a klientem patří ve zdravotnictví ke vztahům základním. Navazuje ho každý, kdo se stane klientem zdravotnického zařízení (16). Lékař sám je velmi významným, ne-li nejvýznamnějším léčebným prostředkem. Měl by proto vědět (stejně jako to ví o jiných lécích a léčebných postupech), jaké má účinky, včetně těch vedlejších, a jak se správně dávkovat (9).

Klienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog, to, aby jim lékař říkal pravdu jim srozumitelným jazykem, aby dostali dostatečné množství informací, a to nejen o svém aktuálním stavu, o nemoci a o průběhu její léčby, o rekonvalescenci, ale i o zdravém životním stylu, o prevenci, popřípadě o pracovišti, kde se na typ jeho choroby specializují, kde ji léčí jinak, kde může své potíže ještě konzultovat (16). Toto očekávání klientů, které uvádí V. Linhartová, se objevuje i v etickém kodexu Práv pacientů. Pacient má právo znát jméno svého lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Dále má právo získat od svého lékaře údaje o své zdravotním stavu a průběhu léčby (17). Z tohoto kodexu jsem vycházela při sestavování otázek v druhé části dotazníku, která se týká informovanosti klientů.

Postavení zdravotní sestry je ve vztahu ke klientovi ještě složitější, protože nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tj. v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti. Je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, deprese či osobnostních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti (29).

Stále se zdůrazňuje, že je nutné navázat nejenom profesionální vztah ke klientovi, ale i vztah osobní, lidský, účastný. Odborník nemůže dostatečně humánně a léčivě mluvit s „diagnostickou kategorií“ či „případem“, musí mluvit s člověkem (28).

Léčebná péče jednotlivých členů zdravotnického týmu by měla vytvořit jednotlivý celek. Harmonické jednání zdravotníků by mělo odrážet jak příjemné vnější prostředí, tak i kvalitu mezilidských vztahů (29).

1.2.2 Úroveň komunikace

V písemnictví o mezilidském komunikování najdeme různá hodnotící označení. Častá je řeč o účinné, efektivní komunikaci, a to zejména v souvislosti s ovlivňováním a přesvědčováním. Od Aristotela a sofistů až dodnes se učitelé i myslitelé zabývají účinností komunikace, přičemž v historii se střídají charakteristiky toho, co to vlastně je komunikační efektivita a jaká jsou její kritéria (20). B. A. Fischer zdůrazňuje komplexnost a vícevrstevnatost procesu komunikace, varuje před přílišným zjednodušováním a nabádá k obezřetnosti k nadúrodě všelijakých komunikačních kursů a výcviků (20). Termín „komunikační kompetence“ se zamlouvá B. Wahlstromové, jde o schopnost utvářet a předávat sdělení tak, aby je adresát přijal v souladu se záměrem udělovatele (20). Z. Vybíral dává přednost označení „zdravá komunikace“, používá též adjektivum „kvalitní“ a upozorňuje na úzký vztah mezi kvalitou komunikování a duševním zdravím (20). J. Křivohlavý jde ještě dál a propojuje kvalitní komunikaci s kvalitou lidského života (20).

Míra uspokojení pacienta se jednak týká verbální i neverbální komunikace s lékařem, jednak objektivně poskytnuté péče. Lékař, který umí se svým klientem dobře promluvit, ho už tím začíná léčit a klient spíše přehledně kvalitu léčby, než celkový dojem z rozhovoru. Proto je obecně evidováno více stížností na komunikaci než na léčbu a péči (9). Zvládnutí kontaktu s nemocným ovlivňuje řada okolností, jako je osobnost pacienta (může být specificky poruchová), klinická situace a její závažnost, ale samozřejmě také způsob chování ze strany lékaře (který rovněž může mít osobnostní specifika) (4). Přístup zdravotnických pracovníků ke klientovi by měl být především přemýšlivý a brát v úvahu všechny působící souvislosti, včetně psychologických a sociálních. Zdravotník se musí bránit emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které vedou k neúměrně zjednodušenému pohledu na klienta a jeho problémy. Musí jednat s nemocným jako s člověkem, nikoli jen jako s „případem“. Pomoc klientům spočívá ve skutečnosti, že zdravotník vytváří příznivý psychosociální terén, na němž se může speciálně zaměřené léčebné působení uplatnit optimálním způsobem (29).

1.2.3 Zásady správné komunikace

Lékař musí pro svoji praxi zvládnout odbornou problematiku, ale aby mohl klientovi pomoci, musí se s ním umět domluvit. Jestliže lékař nepochopí problém nemocného, vše co následuje, může být chybné - dochází ke zbytečným vyšetřením, chybným závěrům i léčbě. Lékař musí vědět, že je důležité cvičit se v komunikaci, kterou bude potřebovat:

- k navázání kontaktu s nemocným,
- k vytvoření atmosféry důvěry, pochopení a zájmu o nemocného,
- k získání spolupráce pacienta v procesu stanovení diagnózy a léčby,
- ke zjištění, zda pacient radám lékaře rozumí a je ochoten se jimi řídit (4).

Komunikovat totiž neznamená pouze mluvit. Při správně vedené komunikaci s klientem musí lékař:

- vědět co chce říci,
- rozhodnout, kdy informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace,
- vybrat správné místo pro předání informace,
- rozhodnout, jak nejlépe informaci podat,
- pamatovat na skutečnost, že pro něj již jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné,
- mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat,
- zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči,
- sledovat a zaznamenávat reakce klienta, všímat si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.,
- brát v úvahu pocity nemocného,
- udržovat v přiměřené míře oční kontakt s klientem,
- kontrolovat své neverbální projevy,
- umožnit klientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil,
- nezneklidňovat, ale ani nedráždit klienta svým projevem,
- kontrolovat, zda klient informaci přijal a pochopil (9).

Jedné chybě je možno se jednoduše vyhnout. Zeptá-li se lékař svého klienta, zda rozumí tomu, co mu říká. Vybídnout klienta, aby přímo ukázal, co bude dělat v důsledku toho, co mu právě bylo přikázáno či zakázáno (15).

1.2.3.1 Umění mluvit

Volba slov

Existence synonym ukazuje, že tutéž věc je možno v tomtéž jazyce říci řadou různých slov. Má-li být řeč lékaře klientovi srozumitelná, pak to, co lékař chce říci, by mělo být řečeno slovy, která jsou do určité míry přiměřená slovníku klienta. Dospělí klienti si nejčastěji stěžují na to, že jak lékař, tak sestry je zahrnují latinskými termíny, kterým nerozumějí (15). A snad právě proto by měl lékař vždy vědět, co chce říci, a měl by se vždy umět rozhodnout, kdy, kde a jak nejlépe informaci podat (11).

Jednoduchost sdělení

Věta, kterou vyjadřujeme určitou myšlenku, může být různě dlouhá. Ukazuje se, že čím je věta kratší - např. má-li jen 5-7 slov - tím je srozumitelnější. Platí naopak, že čím je souvětí složitější, tím nesnadněji se hledá jeho smysl, tím snadněji se v něm zabloudí. Srozumitelnost ztěžují zvláště vložené věty podmínkové, přípustkové, odporovací, vylučovací, všelijaké vsuvky atp. Jde-li nám o dobrou srozumitelnost naší řeči, pak bychom měli omezit na minimum v rozhovoru s klientem a jeho příbuznými i používání podřadicích spojek typu ačkoliv, i kdyby atp.

Souvislost

Pro českou větu platí, že pořádek slov ve větě je sice volný, ale ne libovolný. Odborné pravidlo by mělo platit i pro sled vět - pro vedení „myšlenkové nitě“ z jedné věty na druhou. Věty takto za sebou řazené by měli na sebe logicky navazovat. Obdobně by lékař měl zařadit delší přestávku v řeči tam, kde přechází z jednoho tématu na druhé, aby klient pochopil, že bude řeč o něčem jiném. Podaří-li se na začátku takového „mluveného odstavce“ vyznačit heslem téma další řeči, bude to srozumitelnosti jen k dobrému. Řeč se stane přehlednější.

Výstižnost

Formulování telegramů je příkladem hledání výstižného vyjádření toho, co chceme druhému sdělit. Opakem je tzv. upovídání, tj. sdělení určitého obsahu příliš velkým množstvím slov, případně i odbíhání od vlastního jádra věci. Příkladem zde mohou být tzv. exkurse - odbočky od hlavního proudu a myšlenkového sledu řeči.

Podnětnost

Sdělení lékaře má pacienta vést k určité činnosti. Klient by měl to, či ono dělat poté, co se svým lékařem hovořil. Jindy naopak by měl přestat dělat to, co mu lékař zakázal a co je např. v rozporu s naordinovanou terapií (15).

Umění klást otázky

Zdravotník by měl umět klást otázky i v případě, že komunikace není jednoduchá (děti, nemocní v depresi, agresivní pacienti, smyslově i mentálně postižení).

Ovládat profesionální chování

Lékař má být profesionálně adaptovaný, vědomý si svého postavení a zodpovědnosti. Měl by se rychle zorientovat v nové situaci, dokázat pracovat v týmu, respektovat druhé, vhodně reagovat na kritiku.

Být v komunikaci emocionálně mírně pozitivní ve výrazu

Dát najevo zájem o klienta, vyhnout se však vtípkování a svádívému chování. Umět zaujmout empatický postoj. Nezatahovat vlastní problémy do sdělení klientovi nebo do celkového rámce komunikace.

Nesnižovat a neurážet klienta

Dbát na etické komponenty komunikace (4).

1.2.3.2 Umění naslouchat

Vnímání a naslouchání jsou dva hlavní způsoby, kterými přijímáme a dešifrujeme sdělení. Dovednosti v této oblasti nám umožňují přesněji vnímat, lépe chápat a přesněji interpretovat a vyhodnocovat sdělení (5). Naslouchání je nedílnou součástí veškeré komunikace a je to proces rovnocenný mluvení (5). Lékař by se měl během rozhovoru na klienta dívat, měl by být trpělivým, pozorujícím účastníkem komunikace. Měl by vnímat metakomunikaci (mimika, pantomimika, paraverbální

charakteristiky), všímá si nejen toho, co pacient říká, ale i toho, co neříká. Všímá si úzkosti, strachu, napětí a depresivního ladění klienta (15). Musí to být pravé, nikoli napodobenina. Přikyvováním, úsměvy a opakováním důležitých slov aktivně podporuje lékaře klienta, aby mluvil. Slovo pro toto chování je aktivní naslouchání (24). To je někdy také označováno jako naslouchání zúčastněné. Jaké jsou tedy základní charakteristiky zúčastněného naslouchání? Naslouchající nejprve vytvoří vhodné prostředí pro rozhovor. Zvolí klidné místo bez rušivých vlivů, rozsazení nejlépe „přes roh“ a dá jasně najevo, že si na rozhovor jasně vymezil čas, kdy je plně k dispozici. Věnuje vyprávěcímu pozornost, projevuje své city, udržuje oční kontakt asi 65% až 85% doby rozhovoru. Dívá se vyprávěcímu do očí o něco déle než on jemu, aby mu tak dal možnost podívat se stranou. Naklání se nebo otáčí k vyprávěcímu. Vyhledá takovou polohu, aby jeho hlava byla na stejné úrovni jako hlava vyprávěcího. „Vyladuje se“ na vyprávěcího přátelskou pozicí těla, vstřícným výrazem obličeje, vstřícnými gesty, příjemnou hlasovou intonací, tempem i hlasitostí řeči. Dále volbou slovníku, který má být srozumitelný, nevyumělkovaný. Povzbuzuje vyprávěcího neverbálně přikyvováním, zaujatým výrazem obličeje, pokývnutím rukou i fyzickou podporou, například jemným dotykem. Povzbuzuje vyprávěcího verbálně vybídnutím k pokračování. Naslouchající legitimizuje emoce vyprávěcího, tzn. ubezpečuje, že jeho citové projevy jsou oprávněné, není třeba je skrývat ani se za ně omlouvat či dokonce stydět. Poskytuje zpětnou vazbu, potvrzuje, že naslouchá a snaží se porozumět. Může tak činit zopakováním toho, co vyprávěcí sdělil, volným parafrázováním obsahu sdělení, sumarizováním toho co vyprávěcí sdělil, jemným a nevtíravým dotazováním na pocity, myšlenky, reakce, nebo jen přikyvováním. Naslouchající se vcitňuje. Reflektováním emocí vyprávěcího, jejich verbalizací a též jemným zrcadlením emocionálního projevu (výrazu obličeje, gest, pozicí těla), empatickým souznějícím mlčením (20).

1.2.4 Empatie

Pojem empatie se vyskytoval už ve starém Řecku. V původním významu znamenala empatie slinou emoci, vášně. V současnosti empatií označujeme schopnost, pomocí které se člověk v rámci bezprostřední komunikace s jiným člověkem umí vžít do jeho duševního stavu a situace, ve které se nachází (14). Empatie se řadí mezi základní předpoklady efektivní komunikace psychoterapeutického přístupu. Znamená vcítění se do duševního stavu klienta, jeho nálady, prožívání (2). Je to vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Je to dobrá vůle druhému citově porozumět. Ve zdravotnickém povolání se často setkáme s bolestí a strachem. Můžeme vyjádřit, že s klientem cítíme. Pokud je to vhodné, chytit ho za ruku, pohladit. Je důležité si uvědomit, že soucítění není soucit. Je zcela nepřípustné prožívání druhých v zátěžových situacích zlehčovat (27). Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu ke klientovi (14).

Empatie se skládá ze dvou na sebe navazujících složek. Poznávací (kognitivní) složka předpokládá schopnost zdravotnického personálu rozpoznat, v jakém duševním stavu se klient nachází, jakou má náladu, co potřebuje, co očekává a jaký je způsob jeho myšlení. Umožňuje předvídat jeho myšlenkové procesy a reakce. Emocionální složka představuje vcítění se do psychického stavu klienta. Kognitivní a emocionální složka nemohou existovat odděleně. Navzájem se prolínají a determinují (14).

1.2.5 Rozhovor ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví patří rozhovor k technikám, které jsou využívány pro správnou realizaci diagnosticko-terapeutické činnosti. Často se uplatňuje rozhovor volný a individuální, který se může pozvolna změnit na diagnostický. K tomu, aby rozhovor byl úspěšný a splnil svůj cíl, je nezbytná důvěra a spolupráce mezi jedinci, tedy mezi zdravotníkem a klientem. Vlastní rozhovor má čtyři fáze:

1. úvod – měl by mít motivační charakter se sdělením účelu hovoru. V úvodu je vhodné vytvořit vztah důvěry nebo alespoň odstranit bariéry, obavy, rozpaky. Klient by měl mít pocit, že mu zdravotník rozumí a chápe jeho problémy. Ve zdravotnické praxi je vhodné využít různých technik k tomu, aby lékař klienta získal pro další spolupráci.

2. vzestup a pokračování – navazuje na úvodní problematiku. Vhodnější je využívat v rozhovoru obecnější témata a postupně se k dotazovanému přibližovat. Je vhodné do hovoru zbytečně nezasahovat, neprojevat netrpělivost, ptát se věcně a konkrétně na podrobnosti.

3. vrchol, rozuzlení – bývají považovány za podstatu rozhovoru, za moment ke kterému chceme dospět. Získané informace mohou mít silně subjektivní podtext, a proto si je musí zdravotník dalšími metodami ověřovat.

4. závěr – signalizuje zakončení daného tématu, určité uklidnění beze strachu, že získané informace budou zneužity. Každý rozhovor by měl být ukončen tak, aby se v něm dalo kdykoli pokračovat a s dotazovaným dále spolupracovat. Jen příjemné ovzduší a klidná atmosféra může otevřít cesty ke vhodné komunikaci mezi nemocným člověkem a zdravotníkem (29).

M. Venglářová a M. Mahrová ve své knize rozdělují fáze rozhovoru na předinterakční, vstupní, pracovní a závěrečnou fázi, ale v podstatě se neliší od dělení podle kolektivu autorek, které je uvedeno výše (27).

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáme s rozhovorem terapeutickým, informačním a edukačním. Ve všech je potřeba, aby měl zdravotník na paměti, že v rozhovoru jsou s klientem partneři a mají rovnocenná místa (27).

1.2.6 Produktivní chování

Postavení zdravotnického pracovníka, zvláště pak sestry, nabývá v dalším moderním pojetí ošetrovatelství stále důležitějšího významu. Sestry ve vztahu k nemocnému zastávají nezastupitelnou roli, se kterou se postupně ztotožňují. K tomu ovšem může dojít až tehdy, když jsou ve svém vývoji tak daleko, že vykazují většinu charakteristik zralého člověka. Práce musí být pro ně spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením, se kterým se pojí takzvaná seberealizace jedince. Konečně by každá setra měla mít řadu pozitivních vlastností, které ovlivňují její jednání a chování. Každodenní chování sestry vůči klientovi má být pojímáno jako psychoterapeutický přístup. Hovoříme o takzvaném produktivním chování sestry (29).

Sestra se v produktivním chování ke klientovi opírá o základní skutečnosti jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů. V praxi tak

dokazuje, že chápe komplexní charakter nemoci. V tomto smyslu má sestra brát v úvahu:

- objektivní stránku nemoci,
- osobní psychickou a sociální situaci klienta,
- osobní zvláštnosti klienta,
- prožitky nemocného,
- vliv léčebného prostředí a jeho zvláštnosti,
- prognózu onemocnění,
- rozhodnutí lékaře při realizaci záměru léčby (29).

V posledním období nabírají na aktuálnosti pravidla produktivního chování, která obsahují:

- uvedení klienta do prostředí léčebného zařízení, vysvětlení neznámých věcí, poučení, které napomáhá celkové orientaci,
- úsilí o redukci záporných emocí (strachu, úzkosti, studu, beznaděje) prostředky, které má zdravotník k dispozici,
- upozornění a varování, která sledují pozitivní cíle (jak se vyhnout nepříjemnostem),
- zainteresovaný osobní vztah ke klientovi, projevy zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatií,
- podporu a pomoc jako zdroj jistoty, že nemocný nestojí proti svým potížím samotný,
- aktivní úsilí o spolupráci, dodávání odvahy, aktivizace klienta, jako protiklad apatie a izolace,
- průběžné udržování oboustranného kontaktu, vzájemná výměna informací mezi zdravotníky a klienty,
- vytváření ovzduší optimizmu, smysl pro humor, vhodně zvolený žert,
- trpělivost a zájem vyslechnout monolog klienta,
- ocenění snahy a úsilí klienta (29).

Tato nejdůležitější pravidla produktivního chování vůči klientům jsou předpokladem k zajištění kvalitní péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů (29). Jsou to důležité předpoklady pro navázání správné komunikace a vzájemného porozumění. Ve svém výzkumu se však zaměřím především na posuzování úrovně komunikace ve smyslu přítomnosti zásad správné komunikace a devalvačních prvků v komunikaci, které jsou uvedeny níže. Pravidla produktivního chování nebudu zařazovat do hodnotících prvků.

1.3 Zdravotnický personál a jeho problémy v komunikaci s klienty

V čem mohou být zdroje potíží a poruch v mezilidském komunikování? Zajisté v lidech, tedy v osobnostním (ne)vybavení jedince. Může jít o poruchy, které patří do psychopatologie a obecné psychiatrie. Zdrojem komunikačních potíží však bývají také osobnostní charakteristiky připisované lidem obyčejným, nepřesně se říká normálním (20).

Lékaři všeobecně přiznávají komunikační potíže v určitých specifických náročných situacích (např. sdělování špatných zpráv), ale většina z nich se domnívá, že jsou díky své výchově a schopnostem dobrými zprostředkovateli informace (dobrymi „komunikátory“). Většina klientů se naopak vyjadřuje o komunikačních dovednostech lékařů spíše nepříznivě a projevuje nespokojenost nad průběhem vzájemného dorozumívání (9).

1.3.1 Devalvační prvky v komunikaci

Devalvace znamená hrubé, necitlivé, bezohledné komunikování bez úcty, respektu a taktu. Do jejího obsahu je možné zahrnout i neprofesionální komunikační zlozvyky. Mezi nejčastější devalvační projevy patří:

- neodpovídat na pozdrav,
- ignorace,
- pasivní poučování, nezainteresovanost,
- netaktnost a necitlivost,

- bezohlednost, urážení a zbytečná kritika,
- porušení mlčenlivosti,
- podceňování, opovrhování, uštěpačnost a ironie,
- přivádění do trapných situací,
- zpochybňování schopností a zdravého rozumu,
- lhaní, klamání, osočování,
- stereotypní fráze a klišé,
- skákání do řeči,
- odkládání řešení problémů (21).

Tyto projevy jsou často projevem nezralé osobnosti. Komunikace však má budovat vztahy, proto vyžaduje mnoho schopností. Smysluplnost komunikace závisí na tom, do jaké míry jsme schopni uplatňovat zásady produktivní komunikace (21).

1.3.2 Neproduktivní chování

V praxi zdravotníků se mohou vyskytnout určitá negativa, která ovlivní dynamiku spolupráce s nemocným. Může se jednat o nežádoucí osobnostní rysy, nevhodnou motivaci pro práci, nedostatek odborných znalostí, nevhodné mezilidské vztahy nebo také přetížení a únavu sester v ošetrovatelském působení. Tehdy dochází k problémům v přístupu k nemocnému a ošetrovatelské chování se stává neproduktivním. Příznačné pro neproduktivní jednání je, že není záměrné, zdravotníci si ho nejsou vědomi a neradi si ho u sebe připouštějí. Někteří argumentují nedostatkem času a prostoru ve své pracovní náplni, jiní jsou přesvědčeni, že v jejich činnosti je vše v pořádku a že více není potřeba dělat. Jádrem problému bývá vždy v přístupu ke klientovi a v lepším využívání těch reálných možností, které zdravotníci ve své práci mají. Za neproduktivní chování je považováno:

- sdělování polopravdivých nebo nepravdivých informací klientovi, které sice zdravotníkovi mohou v dané chvíli zjednodušit nebo usnadnit práci, ale vyvolají strach nebo nerealistické očekávání,
- neochota ke spolupráci, nezájem o spolupráci,
- projevy nepřátelství,

- škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, kritika, pomluvy,
- stereotypní poučování, mentorování, komandování,
- zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus, vymáhání projevů vděčnosti od klientů,
- nedostatek uznání, snižování úsilí klienta,
- nesdílnost a uzavřenost, strohost,
- neproduktivní utěšování a litování klienta,
- odmítnutí citové vazby, strohá věcnost, úřední tón, odcizení se klientovi, cílům zdravotnictví i cílům vlastního zdravotnického povolání (29).

Co podle odborníků dělá budoucím i současným lékařům v komunikaci s klienty největší potíže? Shodují se, že jde o sdělování závažné diagnózy, komunikaci během paliativní péče a rozmluvu či kontakt s umírajícím (doprovázený pocitem bezmoci). Jedná se o vysoce stresovou záležitost i pro „ostřílené“ lékaře a sestry, kteří ani tak nejsou na tyto situace dostatečně připraveni a často je vnímají jako zátěž. Mezi dalšími body, které lékaři považují ve své práci za velmi problematické, patří i neschopnost rozeznat optimální míru sdělování informací a z toho vyplývající chyby. A které jsou tedy hlavní chyby při komunikaci lékaře s klientem?

- nedostatek opravdového zájmu o klienta,
- skutečnost, že lékař a pacient nemluví stejnou řečí (odborná terminologie),
- nedostatek času a trpělivosti,
- nedostatek respektu k druhému,
- neschopnost navázat kontakt a komunikovat empaticky,
- opomíjení významu nonverbální komunikace (4).

Kolik času věnuje v ordinaci lékař, popřípadě sestra, klientovi a jak s ním oba mluví, tedy komunikace s klientem, verbální i neverbální, značně ovlivňuje kvalitu vzájemně utvářeného vztahu. Záleží nejen na způsobu vedení rozhovoru, na formě, ale také na obsahu, o čem spolu mluví. Neochotu, nezájem, aroganci, hrubost, nevlídnost,

vulgarity, netaktní prozradí na sebe lékař i sestra (i ostatní zdravotnický personál) svou mluvou, chováním a jednáním (29).

Klienta vůbec nezajímá, čím jsou lékař či sestra k hrubě neprofesionálnímu jednání motivováni, zda je to jejich přirozenost nebo momentální reakce na osobní problémy. Na místě je tu slovo profesionalita a její neodmyslitelnou součástí je profesionálně vedená komunikace, z hlediska obsahu, i formy. Profesionalita znamená přijetí a respektování jistých pravidel, což vyžaduje utlumit vlastní nepříznivé pocity. V zájmu profesionálního chování je třeba osvojit si určité požadované modely chování, je-li to třeba i schémata rozhovorů, ovšem s jistou mírou citu pro jedinečnost situací, typů klientů i závažnost jejich zdravotního stavu. To určitě pro každého zdravotníka nepředstavuje stejnou náročnost, klíč skutečně vězí v povahových vlastnostech, v obecném vztahu k lidem i k povolání (29).

Důležitým předpokladem komunikativní způsobilosti je zajímat se o vlastní komunikování a chtít i umět komunikovat o tom, jak spolu komunikujeme (20).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1. Prvním cílem mé práce je zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů v nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově u Prahy.

Cíl 2. Druhým cílem je posoudit vliv komunikačních dovedností zdravotnického personálu na informovanost klientů o diagnóze, vyšetření a průběhu léčby.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1. Klienti vnímají úroveň komunikace zdravotnického personálu jako nízkou.

Hypotéza 2. Informovanost klientů je přímo úměrná s úrovní komunikace.

3. Metodika

V této práci jsem pro ověření svých hypotéz zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování technikou dotazníku.

Úroveň komunikace budu posuzovat podle prvků vyskytujících se v komunikaci zdravotnického personálu. Jde o prvky zásad správné komunikace a devalvace v komunikaci. Zajímá mě především, jestli klienti důvěřují zdravotníkům, a jestli mají klienti pocit, že o ně zdravotníci jeví dostatečný zájem. Zda zdravotníci mluví srozumitelně a zřetelně a zda zdravotníci naslouchají klientům a dávají jim prostor pro vyjádření či dotazy. Z devalvačních prvků komunikace mě bude zajímat neodpovídání na pozdrav, ignorace, netaktnost, necitlivost, urážení, přivádění do trapných situací, lhaní a strohost.

Informovanost klientů budu posuzovat podle vybraných práv klientů, které se objevují v etickém kodexu Práva pacientů. Těmito kritérii jsou znalost ošetřujícího lékaře, znalost diagnózy, znalost vyšetřovacích metod, které klienta čekají, a jejich výsledky, znalost plánu průběhu léčby.

Základní soubor respondentů tvořili dospělí klienti nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově ve věku od 18 do 65 let. Dospělé respondenty jsem zvolila proto, že jsou nejvhodnější pro zjišťování dat formou dotazníku. Základní soubor jsem určila zjištěním kapacity nemocnice, ze které jsem odečetla počet lůžek dětského odd. a přibližný počet seniorů. Základním souborem bylo tedy přibližně 250 klientů. Výběrový soubor klientů byl určen náhodným výběrem ze souboru základního. Výběrový soubor činí 65 klientů. Cílovou skupinu tvoří zdravotníci a klienti nemocnice.

Výzkum mi byl umožněn provést na chirurgickém odd., interním odd., gynekologickém odd. a porodnici. Dotazník jsem rozdala klientům hospitalizovaným na těchto odděleních, kteří byli schopni vzhledem ke svému onemocnění dotazník vyplnit samostatně či s mou pomocí.

Dotazník je rozdělen do dvou částí. První část se týká zjišťování úrovně komunikace zdravotníků a druhá informovanosti klientů. V dotazníku jsem použila otázky uzavřené, polouzavřené i otevřené.

Otázky 1 a 2 jsou identifikační. Otázky číslo 3-8 se týkají zjišťování úrovně komunikace na základě určených indikátorů. V otázce 9 zjišťuji názor klientů, zda má vliv úroveň komunikace zdravotníků na jejich zdravotní stav. Tuto otázku nezahrnuji do zjišťování úrovně komunikace, bude tedy vyhodnocena samostatně. V otázce 10 hodnotí klienti celkovou úroveň komunikace zdravotníků známkami 1-5, přičemž jednička znamená vysokou úroveň a pětka nízkou. Jestliže klienti hodnotí úroveň komunikace známkou 3-5, pak mají v následující otázce prostor pro vyjádření možné příčiny. Otázkami 12-16 zjišťuji informovanost klientů také na základě vytyčených ukazatelů. Otázka 17 dává respondentům možnost shrnout celkovou spokojenost s informovaností ze strany zdravotníků. Opět jsem použila škálu v rozmezí 1-5. Na konci dotazníku nechávám vyhrazené místo pro vyjádření jakékoli připomínky či názoru.

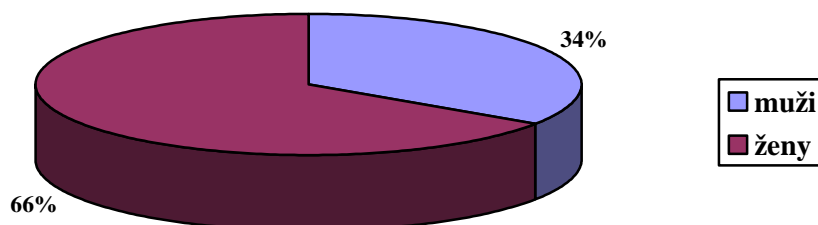
V dotaznících budu vyhodnocovat první a druhou část samostatně. Na základě vyhodnocení jednotlivých částí porovnáím vliv úrovně komunikace zdravotníků na informovanost klientů.

4. Výsledky

Ve svém výzkumu jsem se snažila zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikace zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů a její vliv na celkovou informovanost klientů. Pro získání informací od klientů jsem použila dotazník, který jsem osobně rozdala 65 pacientům nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově. Návratnost dotazníků byla shodná s počtem dotazníků rozdaných, tedy 100%. Pouze jeden dotazník jsem musela vyřadit pro nevyplnění otázek na druhé straně listu papíru. Takto vysokou návratnost jsem zajistila tím, že jsem dotazníky dávala jen těm klientům, kteří byli ochotni ho vyplnit po předchozím informování a požádání. Také jsem kontrolovala již na místě, zda jsou vyplněné všechny otázky. Klientům, kteří chtěli dotazník vyplnit, ale samostatně by to nedokázali, jsem s vyplněním pomohla. Celkem jsem tedy zpracovala 98% všech dotazníků.

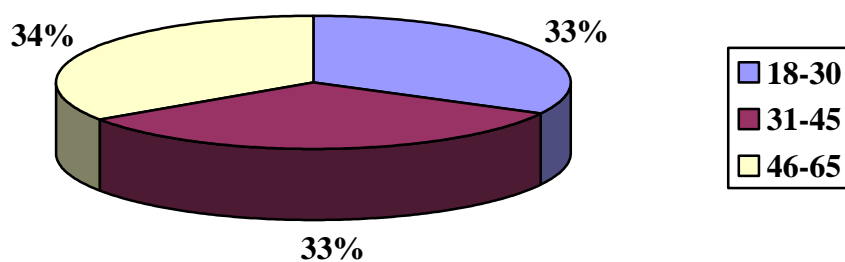
V grafech jsou uvedeny výsledky vyjádřené v procentech. Pro jednodušší orientaci byla data následně zaokrouhlena. Aby výsledné hodnoty v grafech dávaly vždy dohromady 100 %, mohlo dojít k drobným nepřesnostem při zaokrouhlování (+ – 1%). Zdrojem všech grafů je vlastní výzkum.

Graf 1: Pohlaví respondentů



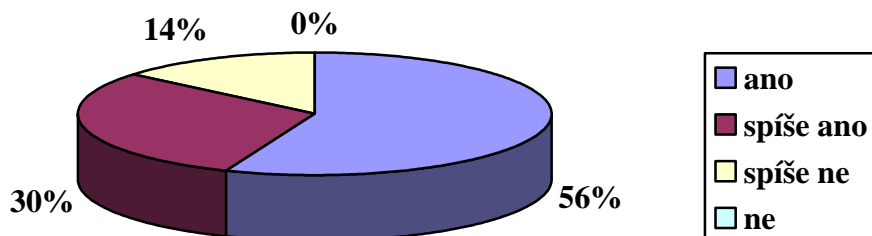
Skupinu respondentů tvořilo 64 klientů (100%), z toho 42 **žen** (66%) a 22 **mužů**(34%).

Graf 2: Věk respondentů

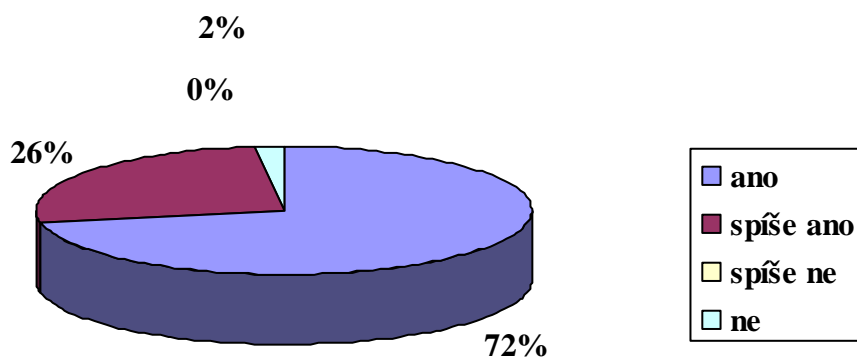


Výzkumný vzorek tvořili dospělí jedinci ve věku 18 – 65 let. Ve věku **18-30** let na dotazník odpovědělo 21 (33%) klientů nemocnice. Stejný počet klientů byl i ve věkovém rozmezí **31-45** let, tedy také 21 (33%) respondentů. Klientů ve věku **46-65** let odpovědělo 22 (34%).

**Graf 3 a 4: Mluví lékaři a zdravotní sestry zřetelně?
Lékaři**

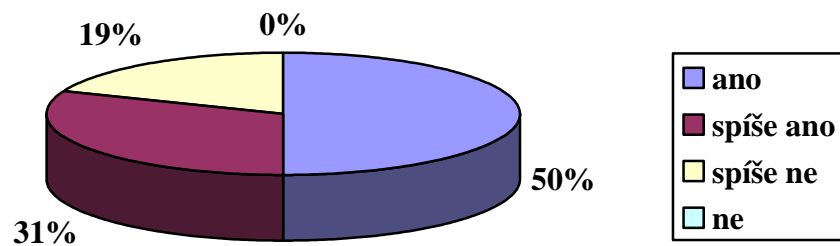


Sestry

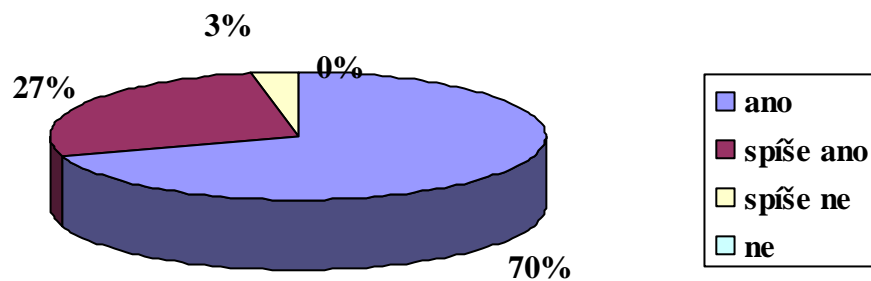


V této otázce mohli respondenti hodnotit lékaře a zdravotní sestry samostatně. Lékaře hodnotilo **kladně** 36 (56%) klientů, sestry 46 (72%) klientů. Odpověď **spíše ano** zvolilo při hodnocení lékařů 19 (30%) klientů, při hodnocení sester 17 (26%) klientů. **Spíše ne** zvolilo pro hodnocení lékařů 9 (14%) respondentů, pro hodnocení sester žádný (0%) respondent. **Záporně** odpovědělo 0 (0%) klientů pro lékaře a 1 (2%) klient pro sestry.

Graf 5 a 6: Máte pocit, že Vám lékaři a zdravotní sestry naslouchají?
Lékaři



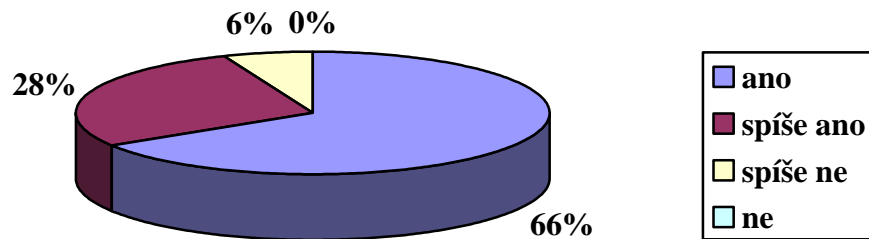
Sestry



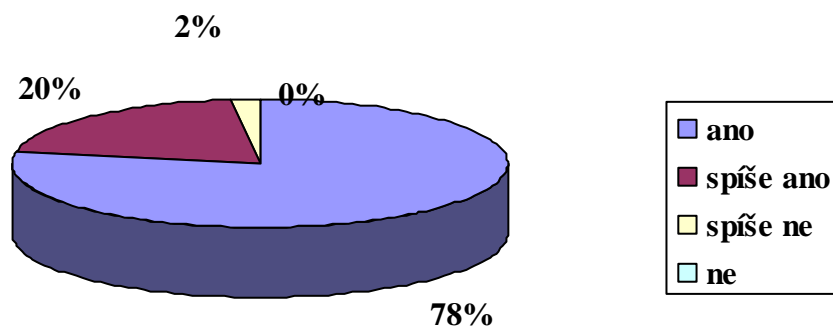
V této otázce mohli klienti opět hodnotit zvlášť lékaře a zdravotní sestry. Při hodnocení lékařů v této otázce odpovědělo 32 (50%) respondentů **ano**, 20 (31%) respondentů **spíše ano**, 12 (19%) respondentů **spíše ne** a 0 (0%) respondentů **ne**. Při hodnocení sester odpovědělo 45 (70%) respondentů **ano**, 17 (27%) respondentů **spíše ano**, 2 (3%) respondenti **spíše ne** a žádný (0%) z respondentů **ne**.

Graf 7 a 8: Dávají Vám lékaři a zdravotní sestry prostor pro vlastní vyjádření či dotazy?

Lékaři



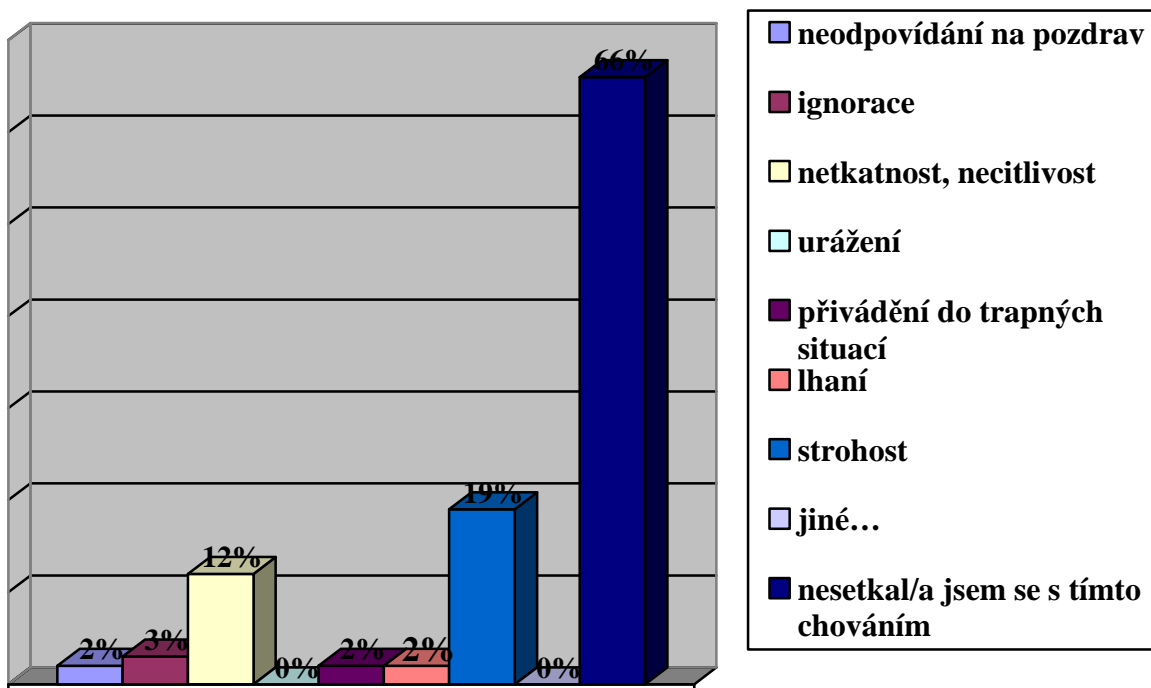
Sestry



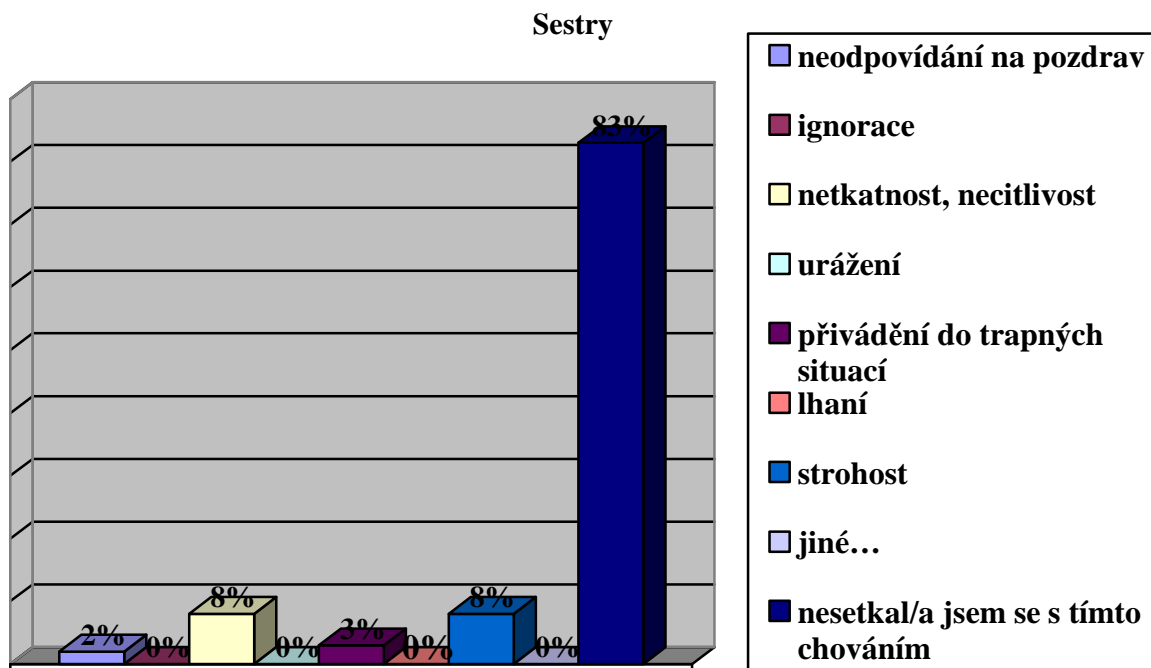
Při hodnocení lékařů na tuto otázku odpovědělo 42 (66%) respondentů **ano**, 18 (28%) respondentů **spíše ano**, 4 (6%) respondenti **spíše ne** a žádný (0%) **ne**. Při hodnocení sester odpovědělo 50 (78%) respondentů **ano**, 13 (20%) respondentů **spíše ano**, 1 (2%) respondent **spíše ne** a žádný (0%) respondent **ne**.

Graf 9 a 10: Setkali jste se někdy u lékařů a zdravotních sester s tímto chováním?

Lékaři

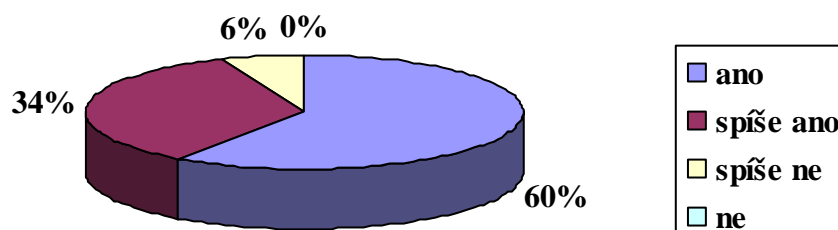


V této otázce mohli respondenti hodnotit zvlášť lékaře a zvlášť zdravotní sestry a také mohli zaškrtnout více odpovědí, proto je každá odpověď vyhodnocena samostatně. S **neodpovídáním na pozdrav** se setkal 1 (2%) respondent, s **ignorací** 2 (3%) respondenti, s **netaktností a necitlivostí** se setkalo 8 (12%) respondentů, žádný (0%) respondent se nesetkal s **urážením**. S **přiváděním do trapných situací** od lékařů se setkal 1 (2%) respondent a stejně tak i se **lhaním** (2%). **Strohost** zaznamenalo 12 (19%) respondentů. Žádný respondent neuvedl **jiné** nepříjemné chování od lékařů a 42 (66%) respondentů se **nesetkalo** s žádným z uvedených typů chování.

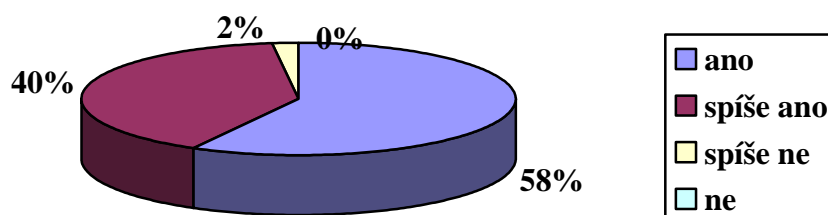


S **neodpovídáním na pozdrav** se setkal 1 (2%) respondent, s **ignorací** žádný (0%) respondent, s **netaktností a necitlivostí** se setkalo 5 (8%) respondentů, žádný (0%) respondent se nesetkal s **urážení**. S **přiváděním do trapných situací** od sester se setkali 2 (3%) respondenti, s **lhaním** 1 (2%) respondent. **Strohost** zaznamenalo 5 (8%) respondentů. Žádný respondent nevedl **jiné** nepříjemné chování od sester a 53 (83%) respondentů se **nesetkalo** s žádným z uvedených typů chování.

**Graf 11 a 12: Budí ve Vás lékaři a zdravotní sestry
důvěru?
Lékaři**



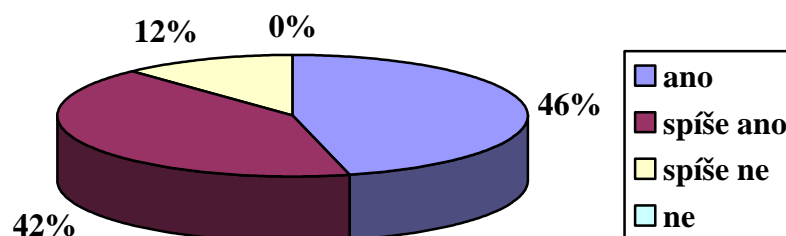
Sestry



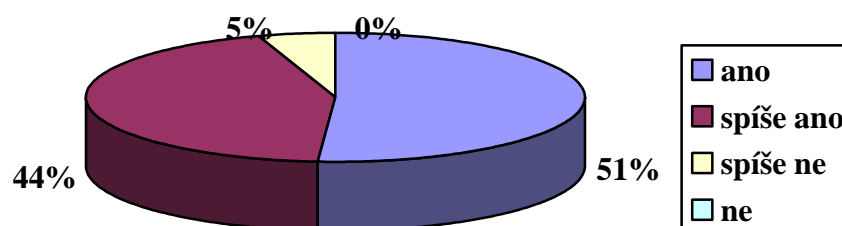
V této otázce mohli respondenti hodnotit lékaře a sestry samostatně. Při hodnocení lékařů odpovědělo 38 (60%) respondentů **ano**, 22 (34%) respondentů **spíše ano** a 1 (2%) respondent **spíše ne**. Žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**. Při hodnocení sester odpovědělo 37 (58%) respondentů **ano**, 26 (40%) respondentů **spíše ano** a 1 (2%) respondent **spíše ne**. Žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**.

Graf 13 a14: Máte pocit, že o Vás projevují lékaři a zdravotní sestry dostatečný zájem?

Lékaři

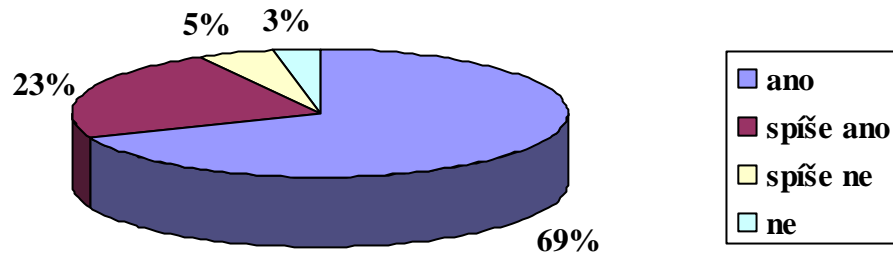


Sestry



V této otázce mohli respondenti hodnotit lékaře a sestry samostatně. Při hodnocení lékařů odpovědělo 29 (46%) respondentů **ano**, 27 (42%) respondentů **spíše ano** a 8 (12%) respondentů **spíše ne**. Žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**. Při hodnocení sester odpovědělo 33 (51%) respondentů **ano**, 28 (44%) respondentů **spíše ano** a 3 (5%) respondenti **spíše ne**. Žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**.

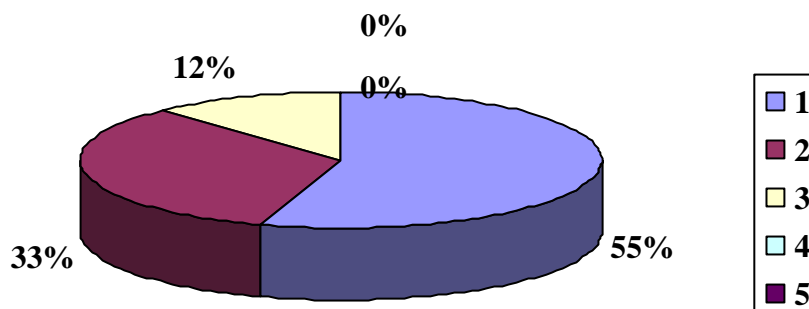
Graf 15: Máte pocit, že způsob komunikace zdravotnického personálu má vliv na Váš zdravotní stav?



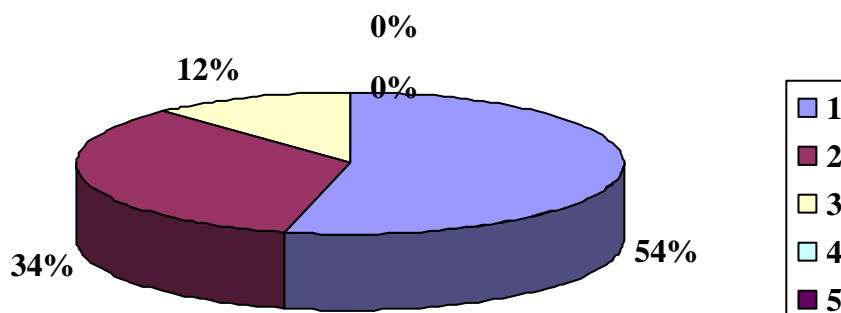
Na tuto otázku odpovědělo **ano** 44 (69%) respondentů, **spíše ano** 15 (23%) respondentů, **spíše ne** 3 (5%) respondenti a **ne** 2 (3%) respondenti.

Graf 16 a 17: Jak by jste celkově zhodnotili úroveň komunikace lékařů a zdravotních sester?

Lékaři

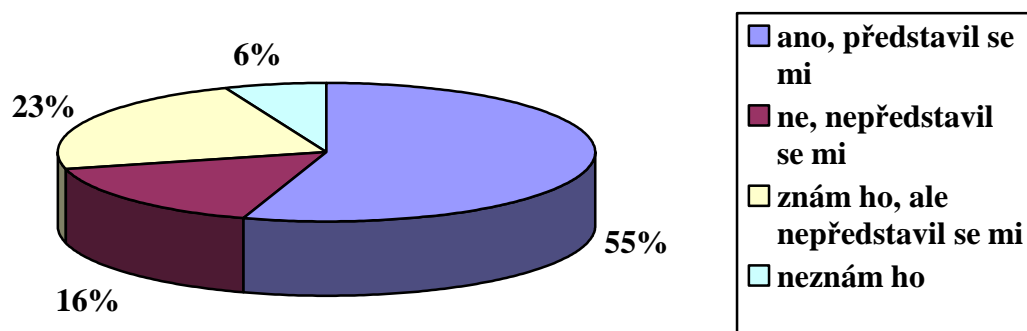


Sestry



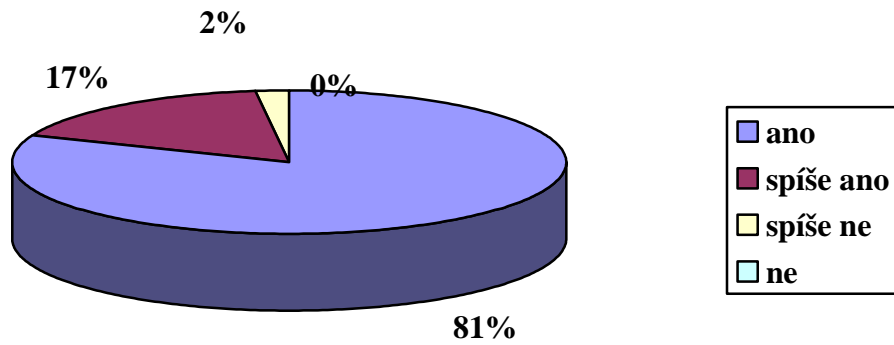
V této otázce mohli respondenti hodnotit lékaře a sestry samostatně. Při hodnocení lékařů dalo známku **1** 35 (55%) respondentů, známku **2** 21 (33%) respondentů a známku **3** 8 (12%) respondentů. Žádný (0%) z respondentů nehodnotil známkou **4** a **5**. Při hodnocení zdravotních sester dalo známku **1** 34 (54%) respondentů, známku **2** 22 (34%) respondentů a známku **3** 8 (12%) respondentů. Žádný (0%) z respondentů nehodnotil známkou **4** a **5**.

Graf 18: Znáte svého ošetřujícího lékaře?



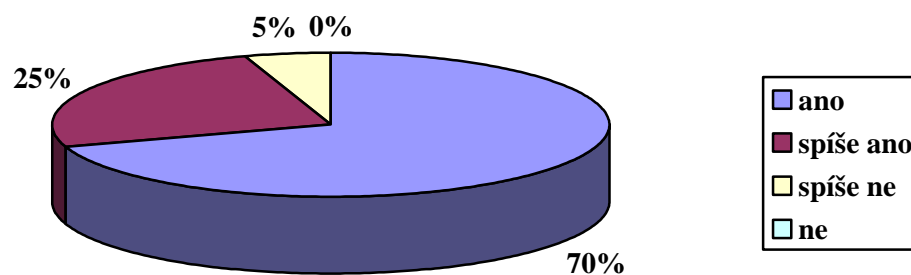
Na tuto otázku odpovědělo 35 (55%) respondentů **ano, představil se mi**, 10 (16%) respondentů odpovědělo **ne, nepředstavil se mi**, 15 (23%) respondentů svého lékaře **zná, ale nepředstavil se jim** a 4 (6%) respondenti svého ošetřujícího lékaře **neznají vůbec**.

Graf 19: Informoval Vás lékař o Vašem onemocnění (popř. úrazu)?



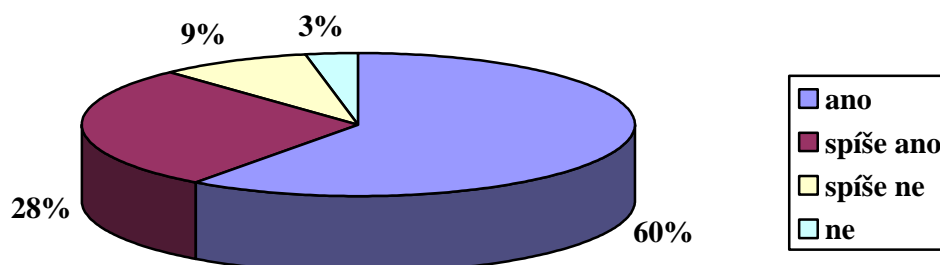
Na tuto otázku odpovědělo 52 (81%) respondentů **ano**, 11 (17%) respondentů **spíše ano**, 1 (2%) respondent **spíše ne** a žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**.

Grag 20: Byl/a jste seznámen s vyšetřením, které Vás čeká?



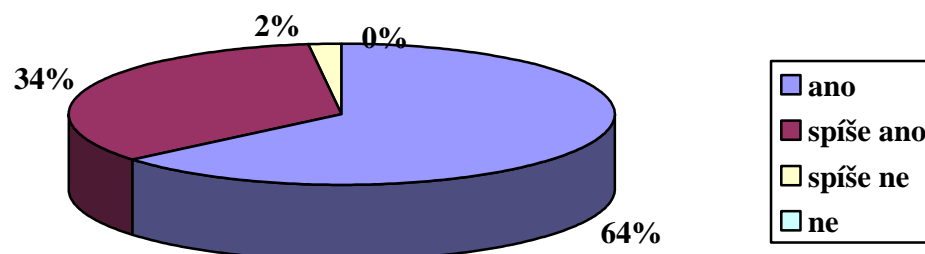
Na tuto otázku odpovědělo 45 (70%) respondentů **ano**, 16 (25%) respondentů **spíše ano**, 3 (5%) respondenti **spíše ne** a žádný (0%) z respondentů neodpověděl **ne**.

Graf 21: Byl/a jste seznámen s výsledky Vašeho vyšetření?



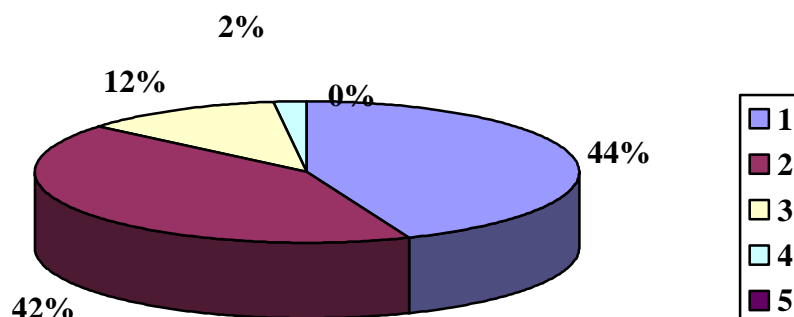
Na tuto otázku odpovědělo 38 (60%) respondentů **ano**, 18 (28%) respondentů **spíše ano**, 6 (9%) respondentů **spíše ne** a 2 (3%) respondenti **ne**.

Graf 22: Informoval Vás lékař, jak bude probíhat Vaše léčba?



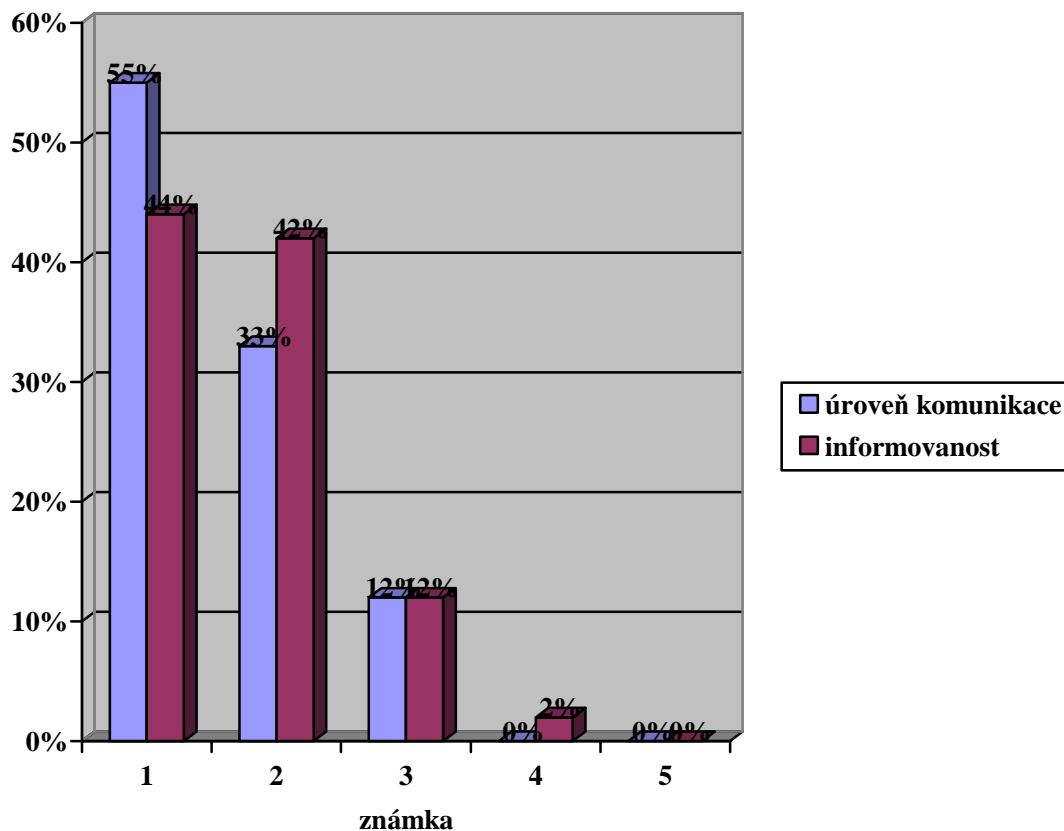
Na tuto otázku odpovědělo 41 (64%) respondentů **ano**, 22 (34%) respondentů **spíše ano**, 1 (2%) respondent **spíše ne** a žádný z respondentů neodpověděl **ne**.

Graf 23: Jaká je Vaše celková spokojenost s informovaností ze strany zdravotnického personálu?



Při hodnocení zdravotnického personálu dalo známku **1** 28 (44%) respondentů, známku **2** 27 (42%) respondentů, známku **3** 8 (12%) respondentů, známku **4** 1 (2%) respondent. Žádný (0%) z respondentů nehodnotil známkou **5**.

Graf 24: Porovnání úrovně komunikace a informovanosti



Úroveň komunikace hodnotilo známkou 1 55% respondentů, známkou 2 33% respondentů, známkou 3 12% respondentů. Známkou 4 a 5 nehodnotil žádný z respondentů. Informovanost ze strany zdravotníků hodnotilo známkou 1 44% respondentů, známkou 2 42% respondentů, známkou 3 12% respondentů, známkou 4 2% respondentů a známkou 5 žádný respondent.

5. Diskuze

Ve svém výzkumu jsem se snažila zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikace zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů a její vliv na celkovou informovanost klientů. Pro získání informací od klientů jsem provedla výzkum technikou dotazníku, který jsem sestavila tak, abych z první části zjistila klienty subjektivně vnímanou úroveň komunikace zdravotníků a z druhé informovanost klientů.

Na základě získaných výsledků mohu konstatovat, že první hypotéza „Klienti vnímají úroveň komunikace zdravotnického personálu jako nízkou“ prokázána nebyla. To je patrné z grafů č. 3-14 a 16-17. Druhá hypotéza „Informovanost klientů je přímo úměrná s úrovní komunikace“ potvrzena byla. To znázorňují grafy č. 18-23.

Jestliže shrnu výsledky jednotlivých otázek zjišťujících úroveň komunikace, pak jsou shodné s výsledky celkového hodnocení úrovně komunikace. Dá se tedy říci, že klienti jsou s úrovní komunikace zdravotníků spokojeni. V tomto tvrzení se shodují i s agenturou STEM-MARK, která prováděla výzkum týkající se kvality očima pacientů. Jednalo se o měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. Do výzkumu byla zařazena i nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově, ve které byl proveden i můj výzkum. Sběrání dat prováděla agentura rovněž technikou dotazníku. Pro měření kvality zdravotní péče byl dotazník zmíněné agentury rozdělen do 8 dimenzí, z toho 1 dimenzi mohu použít pro porovnání výsledků. Jedná se o informovanost, edukaci a komunikaci. Dle slov agentury nemocnice dosáhla výborných výsledků i ve srovnání s fakultativními nemocnicemi. Spokojených klientů bylo v této dimenzi 82% dotazovaných (22). Jestliže budu ve svém výzkumu brát odpovědi ano a spíše ano jako spokojenost respondentů s úrovní komunikace, budou mé výsledky velmi podobné.

Dobré výsledky úrovně komunikace mohli být ale do jisté míry ovlivněny zvolenými pracovišti pro můj výzkum. Zde mám namysli především porodnici. Na tomto oddělení jsou hospitalizovány ženy, které prožívají možná největší událost svého života a jejich hodnocení by tímto mohlo být poněkud zkreslené či ne zcela objektivní.

Pomocí otázek č. 11-16 se mi podařilo zjistit, jaká je celková spokojenost klientů s informovaností ze strany zdravotníků. Toto hodnocení ukázalo pozitivní výsledky. Ty se pak shodují s celkovým hodnocením informovanosti. I v tomto tvrzení se mohu opřít o výsledky výzkumu agentury STEM-MARK, kde se již ve výše uvedené dimenzi hodnotila mimo jiné také informovanost. Výsledky byly velmi uspokojivé, 82% klientů bylo s informovaností spokojeno. Pokud tedy budu opět brát odpovědi ano a spíše ano v mém výzkumu jako spokojenost klientů s informovaností, výsledky se budou velmi dobře shodovat s výsledky získanými agenturou STEM-MARK.

Jsem toho názoru, že tyto výsledky, které se týkají edukace klientů, mohl ovlivnit snadný přístup k odborným i laickým medicínským informacím. Zejména internet dnes umožňuje snadné vyhledání odpovědí na otázky týkající se diagnózy, léčby a dalších údajů. Dnešní klienti zdravotnických zařízení se tak často předem seznámí s potřebnými informacemi a od lékaře již nevyžadují rozsáhlé vysvětlení. Ale možná je právě toto následek dřívější špatné edukace pacientů.

Výsledky jak mého výzkumu, tak agentury STEM-MARK ukazují, že přístup ke klientům je v současné době již na velmi dobré úrovni. Domnívám se, že je to díky tomu, jak je v posledních letech toto téma často probíráno a řešeno. Na zdravotnický personál se kladou čím dál větší nároky na schopnost kvalitně komunikovat s pacientem a zdravotníci si toho jsou dobře vědomi. Domnívám se, že dnes není vizitkou lékaře jen „odvedená práce“ na úrovni fyzické léčby, ale že je to možná častěji jeho celkový přístup ke klientovi. Ten zahrnuje z velké části právě komunikaci. To potvrzují i Zacharová, Hermanová a Šrámková, které ve své publikaci uvádějí, že vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a klientem vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s klientem (29).

Jestliže porovnáím výsledky první a druhé části mého dotazníku, zjistím, že hodnocení úrovně komunikace a informovanosti jsou prakticky obdobné. Tak to také znázorňuje graf č. 24. Mohu tedy říci, že úroveň komunikace zdravotníků skutečně je přímo úměrná s informovaností klientů ze strany zdravotnického personálu. Domnívám

se, že kdyby úroveň komunikace byla hodnocena hůře, bude i informovanost klientů horší. Toto ovšem výsledky výzkumu neukázaly.

Otázku 9. jsem vložila do dotazníku pouze ze zvědavosti, avšak do samotného hodnocení úrovně komunikace jsem ji nezahrnula. Zjišťuji v ní, zda-li mají klienti pocit, že způsob komunikace zdravotníků má vliv na jejich zdravotní stav. 69% respondentů odpovědělo ano, spíše ano 23% respondentů, spíše ne 5% respondentů a ne 3% respondentů. Většina klientů se tedy domnívá, že na ně ve větší či menší míře působí způsob komunikování zdravotníků. Tento výsledek je podle mého názoru velmi zásadní. „Dobré komunikaci“ se dá více méně naučit, a jestliže by tedy měla mít opravdu tak velký vliv na zdravotní stav klientů, je její opomenutí zavádějící a chybné. Zde se musím vrátit k tvrzení Z. Vybírala, které se mi, myslím, potvrdilo, že tedy lékaři nebo jiní zdravotníci svým promlouváním i neverbálním působením skutečně léčí (28). Anebo, skromněji řečeno, odborník může svou komunikací podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou klientovu pohodu (28).

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem mé práce bylo zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností zdravotnického personálu s klienty z pohledu klientů v nemocnici Rudolfa a Stefanie v Benešově u Prahy. Druhým cílem bylo posoudit vliv komunikačních dovedností zdravotnického personálu na informovanost klientů o diagnóze, vyšetření a průběhu léčby. Oba cíle se mi podařilo splnit na základě provedeného výzkumu. Respondenti ohodnotili úroveň komunikace zdravotníků jako velmi dobrou. Stejně tak ohodnotili i informovanost ze strany zdravotníků. Informovanost je tedy přímo úměrná s úrovní komunikace zdravotnického personálu.

Dále jsem si na počátku práce stanovila dvě hypotézy. První hypotéza „Klienti vnímají úroveň komunikace zdravotnického personálu jako nízkou“ se nepotvrdila. Tuto hypotézu jsem si stanovila na základě osobní zkušenosti a jsem velmi ráda, že ji výzkum vyvrátil. Druhá hypotéza „Informovanost klientů je přímo úměrná s úrovní komunikace“ se potvrdila.

V této práci jsem se pokusila co nejlépe definovat funkci komunikace ve zdravotnictví na základě odborných poznatků a její nezanedbatelnou potřebnost pro navázání dobrých vztahů zdravotníka s klientem. To je přeci hlavní předpoklad pro kvalitní spolupráci během celého léčebného a ošetrovatelského procesu. A nejen pro spolupráci, ale ve své podstatě i pro samotnou léčbu, když i dobré slovo může mít do jisté míry léčebný účinek. Proto si myslím, že je nesmírně důležité, aby si právě tohoto byli zdravotníci co nejlépe vědomi. Aby se uvědomovali, jak velkou moc mají ve svých slovech a gestech.

V komunikaci se může zdokonalovat každý během celého života. Proto bych zde ráda navrhla, aby veškerý zdravotnický personál měl možnost zlepšovat své komunikační techniky a celkový přístup ke klientům. Může se jednat o přednášky, semináře, výcviky atd. Myslím že možností je v dnešní době mnoho a záleží jen na jedinci, jak se k této problematice postaví.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAIR, John. *Efektivní komunikace*. 1. vydání. Praha: Alfa Publishing, 2004. 176 s. ISBN 80-85851-10-9
2. BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3
3. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ISO 690 a ISO 690-2* [online] [cit. 2008-11-15]. Dostupné z <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
4. ČERMÁK, Martin. Komunikuji, komunikuješ, komunikujeme. *Zdravotnické noviny* [online]. 6/2008 [cit. 11.2.2008]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=343967>. ISSN 1214-7664
5. DE VITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 80-7169-988-8
6. GABRIELE, P. – KÜHLINGER, F. J. *Komunikační a jiné měkké dovednosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 112 s. ISBN 978-80-247-2145-3
7. HARTL, Pavel.- Hartlová, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vydání (opravený dotisk). Praha: Portál, 2004. 775 s. ISBN 80-7178-303-X
8. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod. Zpracování dat*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1
9. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0

10. *Ilustrovaná encyklopedie*. 1. vydání (2. svazek). Praha: Encyklopedický dům, spol. s.r.o., 1995. 518 s. ISBN 80-901647-5-7
11. JANÁČKOVÁ, L. – WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
12. JANOUŠEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-1594-0
13. KOZLOVÁ, L.-KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0
14. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X
16. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
17. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práva pacientů ČR* [online]. Poslední úpravy 2005-4-27 [cit. 2009-4-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
18. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0

19. PEASE, Allan. *Řeč těla. Jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-582-2
20. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací. Přístupy-dovednosti-poruchy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 148s. ISBN 80-247-0858-2
21. PŘIBULA, Marek. – PAL'A, Gabriel. *Stručně o komunikácii. Nielen pre teológov*. 1. vydání. Prešov: Pro Communio, 2006. 160 s. ISBN 80-969416-2-3
22. RAITER, Tomáš. Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. *Ministerstvo zdravotnictví České Republiky* [online]. c 2008 [cit..2009-1-3] . Dostupné z <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>
23. REUFOVÁ, Irena a kol. *Slovník mediální komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 327 s. ISBN 80- 7178- 926- 7
24. TATE, Peter. *Komunikace pro lékaře. Jak získat důvěru pacienta*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2
25. TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. 2. vydání. Brno: Computer Press, 2007. 482 s. ISBN 80-251-0183-5
26. TOTHOVÁ, V. - KAHOUN V.- KOZLOVÁ L. *Problematika kontaktu pomáhajících profesí s klientem*. In Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky. 1 vydání. Trnava: Mosty, 2003. s. 66 –70. ISBN 80-89074-71-5
27. VENGLÁŘOVÁ, M. – MAROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8

28. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80- 7178-998-4
29. ZACHAROVÁ,E.-HERMANOVÁ, M.-ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha:Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

8. Klíčová slova

Informovanost

Klient

Komunikace

Úroveň komunikace

Zdravotnický personál

9. Přílohy

Vzor dotazníku

Vážení klienti nemocnice,
jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V tomto roce končím studium a pro svou závěrečnou bakalářskou práci zjišťuji údaje týkající se komunikace zdravotnického personálu s klienty. Jde především o to, jak jsou klienti spokojeni s úrovní komunikace zdravotníků. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude sloužit pouze pro zpracování údajů v mé práci. Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

Děkuji za Váš čas.

Markéta Kolářová

1. část

1. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18-30
- b) 31-45
- c) 46-65

3. Mluví lékaři a zdravotní sestry zřetelně?

(srozumitelné a nekomplikované sdělení, přiměřené tempo řeči, odpovídající tón hlasu)

Lékaři

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Sestry

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

4. Máte pocit, že Vám lékaři a zdravotní sestry naslouchají?

(berou v úvahu Vaše pocity, udržují v přiměřené míře oční kontakt, mají vstřícná gesta, zaujatý výraz v obličeji)

Lékaři

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Sestry

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Váš komentář:

5. Dávají Vám lékaři a zdravotní sestry prostor pro vlastní vyjádření či dotazy?

Lékaři

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Sestry

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Váš komentář:

6. Setkal/a jste se někdy u lékařů a zdravotních sester s tímto chováním?

Lékaři

- a) neodpovídání na pozdrav
- b) ignorace
- c) netaktnost, necitlivost
- d) urážení
- e) přivádění do trapných situací
- f) lhaní
- g) strohost
- h) jiné nepříjemné chování (vypište jaké)
- i) nesetkal/a jsem se s žádným z uvedených typů chování

Sestry

- a) neodpovídání na pozdrav
- b) ignorace
- c) netaktnost, necitlivost
- d) urážení
- e) přivádění do trapných situací
- f) lhaní
- g) strohost
- h) jiné nepříjemné chování (vypište jaké)
- i) nesetkal/a jsem se s žádným z uvedených typů chování

7. Budí ve Vás lékaři a zdravotní sestry důvěru?

Lékaři

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Sestry

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

8. Máte pocit, že o Vás projevují lékaři a zdravotní sestry dostatečný zájem?

Lékaři

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

Sestry

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9. Máte pocit, že způsob komunikace zdravotnického personálu má vliv na Váš zdravotní stav?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

10. Jak by jste celkově zhodnotil/a úroveň komunikace lékařů a zdravotních sester?

(1=vysoká úroveň, 5=nízká úroveň)

Lékaři

1-----2-----3-----4-----5

Sestry

1-----2-----3-----4.....5

Váš komentář:

11. Jestliže hodnotíte úroveň komunikace zdravotnického personálu známkou 3, 4, 5, kde si myslíte, že je příčina?

2. část

12. Znáte svého ošetřujícího lékaře?

- a) ano, představil se mi
- b) ne, nepředstavil se mi
- c) znám ho, ale nepředstavil se mi
- d) neznám ho

13. Informoval Vás lékař o Vašem onemocnění (popř. úrazu, důvodu hospitalizace)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

14. Byl/a jste seznámen/a s vyšetřením, které Vás čeká?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

15. Byl/a jste seznámen/a s výsledky Vašeho vyšetření?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

16. Informoval Vás lékař, jak bude probíhat Vaše léčba?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

17. Jaká je Vaše celková spokojenost/nespokojenost s informovaností ze strany zdravotnického personálu?

(1=celková spokojenost, 5=celková nespokojenost)

1-----2-----3-----4-----5

Váš komentář:

Zde můžete napsat jakékoli připomínky, názory atd.

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji úspěšnou léčbu.