

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku,  
sluchu**

Bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Poklopová

Studijní program: ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

Datum odevzdání práce: 13. 8. 2013



## **ABSTRAKT:**

Tato bakalářská práce se zabývá připraveností sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči, zraku a sluchu. V dnešní době, kdy se kladou stále větší a větší nároky na sestry při vykonávání jejich povolání je důležité, aby i po stránce komunikace se úroveň zvedla. Komunikace je základní pojítko mezi sestrou a pacientem při vykonávání ošetrovatelské péče. Komunikace je pro profesionální ošetrovatelství jedním ze základních kamenů a je nutné ji neustále rozvíjet, zejména pokud se jedná o komunikaci se specifickými skupinami. Komunikace se znevýhodněnými jedinci, kteří mají narušenou komunikační schopnost, je náročná a vyžaduje znalost komunikačních technik.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je představena komunikace jako taková, její verbální a neverbální část. Dále je popsána komunikace v ošetrovatelství, její význam pro sestry a bariéry, které vznikají při komunikaci mezi sestrou a pacientem. Hlavní částí je objasněn pojem znevýhodněný jedinec a rozebrána komunikace sestry s pacientem s poruchou řeči, zraku a sluchu.

Empirická část je zaměřena na připravenost sester v oblasti komunikace se znevýhodněnými jedinci. Byly stanoveny 3 cíle, a to zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči, připravenost v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku a připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu. Od toho jsou stanoveny výzkumné otázky a to: „Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči? Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku? Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu?“. K dosažení cílů a zodpovězení výzkumných otázek bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí dotazníků pro sestry rozdaných v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Strakonice a.s. a Nemocnici Písek a.s.. Dotazníků bylo zpracováno 102 a výsledky byly dány do grafů.

V šetření se naplnily všechny tři cíle o zmapování problematiky komunikace sester se znevýhodněnými pacienty pomocí odpovědí na výzkumné otázky. Ze šetření vyplynulo, že sestry si zcela neuvědomují co poruchy zraku, sluchu či řeči přesně znamenají. Často uvádějí, že se s těmito pacienty setkávají minimálně. Jako nejčastější komplikace sestry uvádějí potřebu více času na tyto pacienty, možnému nedorozumění mezi sestrou a pacientem a složitost komunikace.

Při zaměření na poruchu zraku většina sester sice neuvádí, že by pociťovala komunikaci se zrakově znevýhodněným jako komplikaci, ale při dotazování na konkrétní zásady v komunikaci se odpovědi sester značně rozcházel. Třetina až téměř polovina sester by použila nevhodnou techniku v komunikaci se zrakově znevýhodněným pacientem.

I při komunikaci se sluchově znevýhodněným měly sestry značné problémy se správnou technikou komunikace. Čtvrtina sester by zcela nevhodně komunikovala s doprovodem místo přímo s neslyšícím. Také sestry neví, jak od takto znevýhodněného pacienta získat informace, které mu předaly, pomocí zpětné vazby. Tato čtvrtina také komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem vnímá jako ztížení práce.

Podle více jak poloviny sester je setkání s pacientem s poruchou řeči výjimečné, přesto většina sester správně poznala chyby při komunikaci, kterých se mohou dopustit. Proto také sestry vidí komunikaci s těmito pacienty jako ztížení jejich práce. Sestry by uvítaly pomůcky pro usnadnění komunikace a to různé tabulky, psací potřeby a obrázky.

Šetření ukázalo, že sestry určité zásady komunikace se znevýhodněnými pacienty mají v povědomí, ale je nutné, aby se jejich znalosti uvedly na větší profesionální úroveň. Tato práce může být využita pro studenty zdravotně sociální fakulty v předmětu komunikace, nebo jako edukační materiál pro všeobecné sestry pečující o pacienty s poruchou řeči, zraku, sluchu.

Klíčová slova: komunikace- ošetřovatelství- porucha řeči- porucha zraku- porucha sluchu

**ABSTRACT:**

This bachelor thesis deals with the preparedness of nurses in the area of communication with a patient with a disturbance of speech, vision and hearing. Nowadays, when placing ever greater demands on nurses in performing of their profession, it is important to raise the level of communication too. Communication is an essential relationship between a nurse and a patient in performing nursing care. For professional nursing, communication is the one of the cornerstones and must be constantly developed, especially with regard to communication with specific groups. Communication with disadvantaged individuals, who have communication disorders, is difficult and requires knowledge of communication techniques.

The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is devoted to communication itself (verbal and non-verbal part). It also describes the communication in nursing, its importance for nurses and barriers that arise in the communication between the nurse and patient. In the main part is explained the term of disadvantaged individuals and is discussed a communication of the nurse with a patient with a disturbance of speech, vision and hearing.

The empirical part is focused on the preparedness of nurses in the area of communication with disadvantaged individuals. Three aims were set: to chart the preparedness of nurses in the area of communication with a patient with a disturbance of speech, the preparedness of nurses in the area of communication with a patient with a disturbance of vision and the preparedness of nurses in the area of communication with a patient with a disturbance of hearing. The research questions are defined from that as follows: "How are nurses prepared in the area of communication with a patient with a disturbance of speech? How are nurses prepared in the area of communication with a patient with a disturbance of vision? How are nurses prepared in the area of communication with a patient with a disturbance of hearing? ". For achieving the aims and for answering the research questions were performed a quantitative investigation using questionnaires for nurses. These were distributed to nurses in the hospital in

Czech Budejovice, Strakonice and Písek. 102 questionnaires were processed and the results were given to graphs.

During the survey were filled all three aims of communication issues of sisters with disadvantaged patients using answers to the research questions. The survey revealed that nurses do not completely realize what disturbances of vision, hearing or speech exactly mean. Often report that they meet minimally with these patients. Nurses report as the most common complications the need of more time for these patients, possible misunderstanding between the nurse and the patient and the complexity of communication.

Although most nurses have not stated that they felt the disturbance of vision as a complication of communicating with the visually disadvantaged, but when querying for specific principles in communication the nurse's answers were different in different ways. Third to almost half of nurses would use inappropriate techniques when communicating with the visually disadvantaged patients.

Even when communicating with hearing-disadvantaged the nurses had considerable problems with the correct technique of communication. A quarter of nurses would be totally inappropriately communicated with accompaniment instead of directly with the deaf person. The nurses also do not know how to get information from such a disadvantaged patient given to him through feedback. This quarter of the nurses also perceives a communication with the hearing disadvantaged patient as a more difficult work.

According to more than half of nurses are meeting with a patients with the disturbance of speech exceptional. Nevertheless most nurses correctly identified the mistakes, which may be committed during communication. Therefore, the nurses perceive a communication with these patients as more difficult of their work. The nurses would welcome aids to facilitate a communication as various tables, pens and pictures.

The survey revealed that nurses have a certain awareness of the principles of communication with disadvantaged patients, but it is necessary to bring their skills to a more professional level. This work can be used for students of the faculty of health and

social in the subject communication, or as educational material for nurses taking care of patients with the disturbance of speech, vision, or hearing.

**Key words:** communication- nursing- disturbance of vision- disturbance of speech- disturbance of hearing

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. Zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systém na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2013

.....

Poklopová Kateřina



**Poděkování:**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za cenné rady a odborné vedení při zpracování této bakalářské práce.

## OBSAH

1	Současný stav .....	12
1.1	Komunikace .....	12
1.1.1	Verbální komunikace .....	13
1.1.2	Neverbální komunikace .....	13
1.2	Komunikace v ošetrovatelství.....	15
1.2.1	Význam komunikace pro sestry.....	16
1.2.2	Bariéry komunikace sestra- pacient.....	18
2	Znevýhodněný jedinec .....	20
2.1	Komunikace sestry se znevýhodněným jedincem .....	20
2.2	Komunikace sestry s pacientem s poruchou řeči .....	21
2.3	Komunikace sestry s pacientem s poruchou zraku .....	24
2.4	Komunikace sestry s pacientem s poruchou sluchu.....	27
3	Cíle práce a výzkumné otázky .....	30
3.1	Cíle.....	30
3.2	Výzkumné otázky .....	30
4	Metodika práce .....	31
4.1	Metoda práce.....	31
4.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	31
5	Výsledky .....	32
6	Diskuse.....	46
7	Závěr .....	52
8	Seznam použitých zdrojů.....	54
9	Klíčová slova .....	58
10	Seznam příloh .....	59

## Úvod

Správná komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelství. Člověk, který se ocitne v roli pacienta, očekává od sestry plné porozumění jeho potřeb a jejich následné uspokojení. Sestra, která plně neovládá komunikační proces, své neverbální projevy, ale i nevnímá projevy pacienta, nemůže být schopna plnohodnotně pečovat o pacienta.

Pacient s narušenou komunikační schopností nemusí být vždy iniciátorem problému v komunikaci. Často je to právě sestra, která si s danou situací neví rady právě díky neznalosti zásad komunikace se znevýhodněnými pacienty.

Sestra musí být připravena komunikovat i se znevýhodněnými pacienty, kdy jí určitá bariéra běžný slovní rozhovor znemožňuje. Měla by zachovat svoji profesionalitu a s komplikovanou situací se vyrovnat díky své dovednosti verbální i neverbální komunikace.

Znevýhodněný pacient se díky komunikačním bariérám ocitá ve velmi nepříjemné, stresující situaci a jeho pobyt ve zdravotnickém zařízení se pro něj stává mnohem více zatěžující než pro ostatní pacienty. Právě ti se často stávají spojkou mezi znevýhodněným pacientem a sestrou díky ochotě pomoci.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala díky svým zážitkům z praxe, kde jsem se setkávala s nevhodným chováním ke znevýhodněným pacientům, jak ze strany sester tak i studentů. Neznalost sester často vedla k momentům, kdy se rozhovor a péče o tohoto pacienta stala stresující situací jak pro pacienta, tak pro sestru.

## 1 Současný stav

### 1.1 Komunikace

Pojem komunikace pochází z latinských slov *communico* a *communicare*, které svým spojením dávají význam sdílet s někým (Šenková, 2002). Je dána spousta definic, například Pokorná komunikaci popisuje jako: „*jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Znamená základ všech vztahů mezi lidmi*“ (Pokorná, s. 7, 2006). V komunikaci nejde jen o předávání informací, ale i o navázání kontaktu mezi lidmi (Plevová, 2011).

Aby mohla komunikace fungovat, je nutné objasnit prvky komunikačního procesu. Komunikátor je osoba, která komunikační proces začíná pro nějaký záměr. Má cíl komunikovat s komunikantem cestou přenosu- komunikačním kanálem. Tento kanál je cesta, díky které je zpráva, kterou chce komunikátor sdělit, předána. Díky kódování je zpráva předána ve formě srozumitelné pro komunikanta, který si ji dekoduje. Zpráva se předává v prostředí jak fyzikálním tak emocionálním. Zpětnou vazbou si komunikátor zkontroluje, zda komunikant zprávu pochopil. Tento celý proces narušuje šum, který ovlivňuje komuniké (Plevová, 2011). V komunikačním procesu je podstatná jak aktivita komunikátora tak i komunikanta. Je podstatná motivace a záměr komunikace pro komunikátora a naopak význam sdělení pro komunikanta (Janoušek, 2007).

Úroveň komunikace je ovlivněna tím, co a komu chce komunikátor předat. Jsou různé úrovně například komunikační klišé, kterým se projevuje zájem o komunikaci. Další úroveň je předávání informací, kdy se sděluje emocionálně nehodnotná informace. Naopak při vyjádření názorů se již propojují emo

ce se sdělením. Vyjádřením emocí se prokazuje důvěra ke komunikačnímu partnerovi. Otevřenou a důvěryhodnou komunikací se vyjadřují příčiny svého chování a jednání (Pokorná, 2006).

Komunikace má různé funkce, které se navzájem prolínají. Funkce informativní informace předává a funkce instruktivní je pouze vysvětluje a popisuje. Souvisí s ní i funkce poznávací. Funkce přesvědčovací má účel ovlivňovat názor ostatních pomocí

argumentů. Další funkce jsou motivující, zábavná, výchovná. Funkce socializační má smysl pro navazování vztahů. Osobní identita pomáhá utvořit si představu o sobě samém. Pro psychický stav je v komunikaci vhodná funkce svěřovací a úniková (Mikuláščík, 2010).

### *1.1.1 Verbální komunikace*

Při dorozumívání se používají dva typy komunikace, a to verbální a neverbální. Tato kapitola se bude zabývat komunikací verbální neboli komunikace slovní. Verbální komunikace je založena na schopnosti smysluplně tvořit věty, které dávají souvislý text a umožňující vést dialog či monolog. Řeč je schopnost člověka podělit se o svoje myšlenky s ostatními lidmi (Plevová, 2011). Verbální komunikace je podstatnou složkou pro sociální komunikaci. Problém v komunikaci nastává, když vhodná slova pro komunikátora nemusejí být vhodná slova pro komunikanta, a proto je nutné si svůj mluvený projev, pokud je to možné, připravit (Janáčková, 2009).

Aby verbální komunikace probíhala bez problémů, je nutné se řídit několika zásadami. Řeč by měla být jednoduchá, stručná, zřetelná. Komunikátor by měl přizpůsobit svou řeč svému partnerovi. Jeho informace by měly být důvěryhodné, správně načasované. Při komunikaci je důležité i jak komunikátor mluví. Řeč by měla mít určité tempo, určitou rychlost a komunikátor by měl zvolit příjemnou barvu a tón hlasu. Také na délce hovoru záleží. Ta by měla odpovídat schopnostem komunikanta udržet pozornost. Je podstatné také vhodně zvolit pauzy, pomlky při komunikaci (Zacharová, 2007).

### *1.1.2 Neverbální komunikace*

Neverbální komunikace neboli řeč těla obsahuje velmi širokou část komunikace, kdy se komunikátor vyjadřuje beze slov, nebo svá slova neverbálními projevy doplňuje a tím je zdůrazňuje. Pomocí neverbální komunikace vyjadřuje emoce, potřeby, nálady, postoje, sympatie. Převážná část komunikace probíhá právě prostřednictvím neverbálních projevů. Může posílit, zeslabit i zcela vyvrátit slovní projev. Každý člověk

má svou vlastní řeč těla, kterou může ovládat jen do určité části. Způsob těchto projevů ovlivňují různé faktory, jako jsou strach, deprese, radost. Pro sestru je velmi důležité vnímat tyto projevy u pacienta. Často pacient ze strachu mlčí o svých problémech, ale vnímavá sestra by měla vycítit, jak se pacient opravdu cítí (Venglářová, Mahrová, 2006). Sestra by měla být schopna ovládat své neverbální projevy. V žádném případě by neměla svým neobratným chováním uvádět pacienta do trapné a nepříjemné situace (Plevová, 2011).

Do neverbální komunikace zařazujeme různé projevy a to například haptiku, gestiku, mimiku, prosturiku a další. Haptika, neboli komunikace dotykem, patří mezi nejdůvěrnější druh neverbální komunikace. Dotekem sestra může upoutat pacientovu pozornost, uklidnit ho, vyjádřit soucit či podporu. Naopak dotykem sestra může narušit pacientův osobní prostor, vyjádřit zlost, agresi. Do haptiky se řadí i podání ruky, kdy i tak rozšířené gesto může ovlivnit vztah mezi sestrou a pacientem. Komunikace pohybem se nazývá kinezika. Při kinezice se zaměřujeme na pohyb celého těla, napětí a uvolněnost rukou a nohou (Plevová, 2011). Komunikace výrazem obličeje je mimika. Mimika dokáže ukázat, jak se člověk cítí, zda je šťastný, smutný, rozčilený, má strach, cítí odpor (Gulášová, 2012). Ovládání mimiky je u sester velmi důležité. Pomocí výrazu dodává pacientovi pocit jistoty, ale může v něm vyvolat i strach a nejistotu. Sestra by svou tvář měla ovládat s přesností a zachovat profesionální chování i za nepříjemné situace. Vizika je komunikace pohledem. Navázání očního kontaktu bývá první spojení lidí při komunikaci. Očním kontaktem ukazujeme zájem, zda komunikačního partnera posloucháme. Pohledem také můžeme sdělit sympatie, dominanci, nezájem o komunikačního partnera a naopak signalizovat zpětnou vazbu. Komunikace postojem, polohou těla se nazývá posturika. Sestra může vyjádřit svůj odstup, nezájem ale i otevřenost a zájem o pacienta. Důležité je všimnout si postoje pacienta. Ten svým postojem sestře ukazuje, jak se cítí, například svou nemocí a bolestí může ztrácet svou aktivní polohu a volí polohu vynucenou. Proxemika je komunikace udržování určité vzdálenosti mezi komunikačními partnery. Sestra často při své práci musí narušovat osobní zónu pacienta, a proto by měla brát na vědomí individualitu pacienta a tento čas

omezit na co nejkratší. Neverbální komunikaci také ovlivňují faktory jako úprava prostředí, vůně těla, upravenost (Plevová, 2011).

## **1.2 Komunikace v ošetřovatelství**

Ošetřovatelství jde ruku v ruce s komunikací. Bez komunikace nelze navázat vztah s pacientem a nelze mu plně pomoci (Zacharová, 2007). Venglářová a Mahrová ve své knize mluví o komunikaci jako o druhu péče a uvádějí, že: „*pacient a ten, kdo ho ošetřuje, jsou ve vzájemném vztahu a komunikace je druhem péče*“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 25). Díky tomu, že člověk je jedinečný tvor, který je schopen se dorozumívat nejen řečí ale i mimikou, gesty, pohyby, může sestra vnímat pacienta nejen pomocí informací, která jí sdělit chce, ale i pomocí informací, které jí sdělí nevědomky. Komunikace je základ činnosti všeobecné sestry. Díky znalosti komunikace sestra správně rozumí verbálním i neverbálním projevům pacienta. Pomocí komunikace si sestra vytváří vztah s pacientem a může ho poté efektivně a účelně edukovat, informovat, ale především získat důvěru, která je v tomto složitém vztahu základ. Komunikační schopnost sestry je nepostradatelná pro hodnocení stavu a potřeb pacienta, pro plnění jeho tužeb a naplnění ošetřovatelského procesu (Plevová, 2011).

V ošetřovatelství se uplatňují tři druhy komunikace. První, sociální komunikace je neplánovaná, odehrává se například na chodbách či pokojích nemocnic. Druhý druh je strukturovaná komunikace, která je naplánovaná a má konkrétní předem dané téma hovoru. Třetí, terapeutická nebo také léčebná komunikace je, když sestra pacientovi pomáhá se vyrovnat s pro něj novou a stresující situací. Pro sestru náplň ošetřovatelské péče není jen plnit lékařské ordinace, ale také pečovat o pacientovu psychiku právě díky komunikaci. Základním předpokladem pro kvalitní ošetřovatelství je rovnocennost komunikačních partnerů. Je důležité, aby sestra vyslechla i názor pacienta (Zacharová, 2007).

Komunikaci nelze brát jen jako způsob dorozumívání pomocí rozhovoru, ale jako kontakt s okolím, díky němuž se můžeme vyjádřit. Ne všichni pacienti se ale mohou vyjádřit slovy, nebo slovům porozumět. Pro tyto znevýhodněné pacienty jsou

komunikační bariéry a s nimi spojené nedorozumění častou nepříjemnou situací (Plevová, 2011).

Svou významnou roli také hraje etika v ošetrovatelství. Etika udává vztah sestry k pacientovi, určuje její mravní normy a zásady. Pro pacienta je v žebříčku hodnot zdraví na prvním místě a nejedná se jen o zdraví fyzické, ale i psychické. Sestra musí chápat pacientův pohled na zdraví, důvěru, soukromí. Sestra má roli nejen ošetrovatelky, ale také edukátorky, poradkyně, advokáta, manažerky, nositelky změn, výzkumného pracovníka a komunikátora. Etika v ošetrovatelství má za cíl, aby sestra ovládla své chování a jednání při profesionálních výkonech a ošetrovatelskou péči pozvedla na vyšší úroveň (Kutnohorská, 2007). Sestra se ale musí nejen naučit ovládat své chování, ale také se naučit rozpoznat signály, které k ní vysílá pacient (Kristová, 2004).

### *1.2.1 Význam komunikace pro sestry*

Člověk, který vyhledá lékaře preventivně nebo akutně se nejprve setká se sestrou. První dojem, který sestra zanechá, by měl být kladný, profesionální. Komunikace s pacientem by měla být pro sestru zcela přirozená záležitost. Lze považovat produktivní hovor za umění. Sestra, která ovládne komunikační proces, dokáže naslouchat, ovládat své emoce, dokáže se vyrovnat i se stresujícími situacemi. Sestra musí být pro pacienta podporou, symbolem ochoty pomoci. Pacienti nejsou stejní a každý má svá různá specifika. I přes možné nesympatie k pacientovi musí sestra zachovat profesionalitu a do komunikace nepřenášet svoje emoce. Pro sestru by nemělo být důležité, s kým komunikuje, ale jaký vztah s ním díky komunikaci naváže (Špatenková, Králová, 2009). Sestra by si pro vykonávání své profese měla osvojit náklonnost, trpělivost, empatii a neméně důležitou odbornost. Odbornost je velmi důležitá, ale pacient sestře klidně odpustí nepovedený odběr, zato neodpustí nevhodné chování, nesoucit a neochotu. Pacient potřebuje cítit zájem, důvěru (Kopřiva, 2006).

Na práci sestry se nehodí každý, důležitá je velmi osobnost. Od sestry se očekává, že bude mít náležité vzdělání, bude ovládat odbornou činnost, moderní techniku. Musí zvládat zodpovědnost své práce, dokázat se vyrovnat s fyzickou i



psychickou zátěží, rychle reagovat na nečekané situace. Sestra musí být schopna přijímat nové informace a postupy, být sebekritická, mít dobré vystupování (Zacharová, 2007). Pro povolání sestry má velký význam empatie. Jedná se o reakci nutnou pro sestru. Empatie v člověku vyvolává smutek a potřebu pomoci druhým (Vymětal, 2009). Sestry vyrovnaná osobnost a vše již zmíněné, sestře dopomůže k vykonávání a následnému naplnění její práce (Zacharová, 2007).

Sestra při komunikaci musí ovládat komunikační proces, vědět jak hovor začít a také jak ho vhodně ukončit. Musí ovládat zásady správné komunikace, různá specifika při jednání s nejrůznějšími skupinami lidí. Je také velmi podstatné, aby sestra uměla ovládat sama sebe. Pokud nezvládne korigovat své nálady a emoce, nedokáže vést produktivní rozhovor. Je nutné, aby sestra dala pacientovi jistotu, že chce komunikovat a naslouchat. Díky verbálním i neverbálním projevům, které sestra ovládá, pacient nabývá pocitu důležitosti. Pro dobrou komunikaci mezi sestrou a pacientem je potřeba respektu, zájmu, porozumění, podpory, zpětné vazby. Sestra aktivně naslouchá pacientovým slovům, sleduje také jeho neverbální projevy. Do hovoru by měla vždy vložit zpětnou vazbu jak pro pacienta tak pro ni. Komunikaci sestra začíná pozdravem a oslovením jménem, které dodá pacientovi pocit důležitosti. Dále nechá pacientovi prostor pro jeho sdělení. Pečlivě naslouchá a podporuje pacienta slovy jako například ano, mluvte dále. Neskáče pacientovi do řeči, ale střídá roli posluchače s vypravěčem. Využívá neverbální projevy a poskytuje psychickou podporu pacientovi. Sestra se musí přizpůsobit komunikační úrovni pacienta. Měla by odstranit nebo vysvětlit odbornou terminologii. Neměla by odsuzovat pacientovi myšlenky, názory, ale respektovat je (Kristová, 2004). Při komunikaci sestra využívá již zmíněné dovednosti a samozřejmě zásady slušného chování jako je například oční kontakt. Sestra jedná pouze s ním a ne s třetí osobou, nechá dostatečný prostor pacientovi, nevede pouze monolog (Linhartová, 2007). Správná komunikace nemá vliv jen na vztah sestry s pacientem, ale také i na jeho následný léčebný proces, kdy psychika je jedním z důležitých faktorů (Vybíral, 2009). Dodržováním těchto zásad se sestře podaří vést produktivní rozhovor a navázat dobrý vztah pro budoucí spolupráci sestry- pacient (Linhartová, 2007).

### 1.2.2 Bariéry komunikace sestry- pacient

Ne vždy může vést komunikace ke zdárnému cíli. Tzv. nezdravá komunikace přináší pouze nesoulad, nepochopení a manipulaci. Kontraproduktivní komunikace *může být úmyslná s cílem druhého zmanipulovat, nebo neúmyslná díky nevhodnému sdělení, nepochopení* (Pokorná, 2006). Komunikační bariéry je nutné překonávat a nejlépe, pokud je to možné, jim předcházet. Sestra se během své práce s takovými bariérami setkává denně a je na ní, jak se jim bude snažit zabránit. Zásadním krokem pro vedení správné komunikace je tyto bariéry si uvědomit (Mikuláščík, 2010).

Bariéry se rozdělují do dvou skupin, a to na interní a externí překážky. Interní bariéry vznikají mezi komunikačními partnery. Vycházejí ze schopností, dovedností sestry i pacienta. Toho také velmi ovlivňuje jeho zdravotní stav. Negativní emoce jako je strach, zlost, obava z neúspěchu, ale i záporné postoje k okolí jsou překážkou k produktivnímu hovoru (Pokorná, 2006). Překážkou mezi partnery může být i rozdílná komunikační úroveň, kterou jeden z partnerů odmítá akceptovat. Bariéra mezi sestrou a pacientem vznikne i díky víře, kultuře, ale také nářečí, hovorového či spisovného jazyka. První dojem má také velký význam. Vzniklé nesympatie k pacientovi nebo sestře se těžce odbourávají. Bez respektu k partnerovi nelze vést plnohodnotný hovor. Skákání do řeči, nenaslouchání druhému a nesoustředěnost nepatří mezi vhodné komunikační dovednosti. V žádném případě se sestra nesmí dopustit stereotypovat pacienta (Mikuláščík, 2010).

Pro komunikaci je také důležité okolí, kde hovor probíhá. Do externích bariér patří zevní okolní prostředí. Hluk, šum, vyrušení další osobou, to vše narušuje plynulost komunikace. Prostor by nemělo rozptylovat. Sestra při komunikaci by neměla pacienta zahltnit informacemi a pacient musí být schopen naslouchat. Další bariéra je překroucení informace. Většinou k ní dochází neúmyslně díky nepozornosti, špatné výslovnosti, špatné formulaci informace. Této situaci lze předejít zpětnou vazbou. Komunikačnímu zahlcení sestry předejde správným odhadem pacienta. Musí správně odhadnout pacienta s ohledem na jeho věk, zdravotní a psychický stav. Nevhodná forma předání informací vzniká za přítomnosti cizí osoby, nebo při komunikaci se smyslově znevýhodněným jedincem. Sestra by měla vést rozhovor stručně a jasně,

vyvarovat se bezvýznamných a vágních slov. Sestra se musí vždy vyvarovat manipulaci v komunikaci, která je zde zcela nemístná. Jestli-že evalvace je projev úcty ke komunikačnímu partnerovi, jak již bylo řečeno, devalvace je pravý opak. Devalvace se projevuje snižováním hodnoty druhého člověka. Sestra se nesmí chovat k pacientovi s neúctou, nevšímavostí. Povýšené, hrubé a nadřazené chování je u sestry jako pomáhající profesi zcela vyloučené. Pacient také hůře přijímá hovor založený pouze na příkazech, varováních. Moralizování, kritizování, zahanbení, nevhodné vtipkování je zcela nemístné. Při porušování pravidel v produktivní komunikaci sestra ztrácí důvěru, kterou bude jen stěží získávat zpět (Pokorná, 2006).

## **2 Znevýhodněný jedinec**

Znevýhodněný nebo také člověk s postižením je ve společnosti brán jako sociálně slabý jedinec vyžadující péči, pomoc a ochranu. Tyto předsudky je nutno odbourat. Je pravda, že lidé s postižením mají své specifické potřeby, ale nemělo by je to odloučit od okolí (Michalík, 2011). Je pravda, že jejich poškození komunikačních schopností jim komplikuje snadné začlenění do společnosti. Ale není to jen vina postižení. I společnost často žije v milných představách o lidech žijících s postižením. Znevýhodněný jedinec může být plnohodnotný komunikační partner. Stačí se přizpůsobit jeho potřebám a seznámit se s vhodnými zásadami pro komunikaci s postiženým (Slowík, 2010).

Zdravotní postižení se rozlišuje na vrozené a získané. Obě postižení zcela ovlivňují jak život jedince, tak život jeho rodiny a okolí. Dítě s vrozeným znevýhodněním se lépe vyrovnává se svou situací než rodina, naopak při získaném postižení se tato nová situace stává velkou zátěží pro jedince, který se musí s touto těžkou situací smířit (Pokorná, 2006). Zdravotní postižení může být tělesné, mentální, smyslové, ale mohou se i různě kombinovat (Michalík, 2011). Dále se práce bude zabývat znevýhodněním komplikující komunikaci jako je postižení zraku, sluchu a řeči.

### **2.1 Komunikace sestry se znevýhodněným jedincem**

Lidé, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení, aby vyřešili svůj aktuální zdravotní problém, mohou mít také trvalé poškození například postižení zraku, sluchu, řeči (Linhartová, 2007). Znevýhodnění jedinci mají stejná práva jako všichni ostatní pacienti daná etickým kodexem, schváleným roku 1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České Republiky (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1992). Tato práva ukládají povinnosti zdravotnickému personálu poskytovat kvalitní péči, která bez správné komunikace není možná. Sestra, aby byla schopna vést plnohodnotnou komunikaci, musí znát druh a rozsah postižení jedince. Musí být schopna reagovat na znevýhodněného a jeho individualitu. Sestra se musí ubránit předsudkům daným pro znevýhodněné, nebyť předpojatá a v žádném případě se chovat nevhodně a projevovat zcela nemístnou odpudivost (Linhartová, 2007). Sestra při

komunikaci se znevýhodněným jedincem uplatňuje standardní vedení rozhovoru, ale musí znát a být schopna používat specifické komunikační dovednosti pro různé druhy postižení (Kristová, 2004).

Při možnosti se připravit na kontakt se znevýhodněným je dobré se předem zorientovat v jeho postižení. Sestra si prostuduje dokumentaci a vytvoří si obrázek o jeho postižení, ale musí si dát pozor na podceňování a takzvané „škatulkování“. Připraví vhodné prostředí a dostatek času na seznámení. Při prvním kontaktu by se sestra měla zorientovat ve způsobu komunikace znevýhodněného jedince, například ne každý neslyšící umí odezírat, ne každý neslyšící potřebuje tlumočnicka. Sestra by měla projevovat upřímný zájem o znevýhodněného, ale dávat si pozor, aby zachovala pacientovu nezávislost a nepodceňovala ho (Špatenková, Králová, 2009). Měla by si vytvořit k němu kladný vztah pomocí trpělivosti a profesionálního chování (Zacharová, 2007). Měla by mluvit srozumitelně, ne příliš odborně a vždy si ověřit pochopení zpětnou vazbou (Špatenková, Králová, 2009).

Pro sestru je zásadní si uvědomit, že znevýhodněný jedinec sice není schopen přijímat informace způsobem pro zdravého jedince běžným, ale to neznamená, že je z komunikačního procesu vyloučen. Sestra jen musí být schopna přizpůsobit podání informací znevýhodněnému tak, aby to vyhovovalo jeho potřebám (Friedlová, 2007).

## **2.2 *Komunikace sestry s pacientem s poruchou řeči***

Řeč mluvená i psaná je braná jako základní nástroj dorozumívání mezi lidmi. Řeč je stále nejdůležitější spojka mezi lidmi (Slowík, 2010). Jakákoliv jiná alternativa nahrazující běžné slovo není společností přijata a lidé si ji bez důvodu neosvojí. Bohužel pro většinu veřejnosti je důvod pro osvojení specifických způsobů komunikace až postižení jeho samotného nebo člena rodiny (Linhartová, 2007).

Řeč se vyvíjí od narození zároveň s myšlením. Je to zcela individuální proces, ale přesto lze pozorovat určité důležité fáze (Kelnarová, Matějková, 2010). Podle Klenkové vývoj řeči začíná okolo prvního roku života. Dítě používá pro vyjádření první slova a jedná se o jeho potřeby a touhy. Dítě napodobuje svoje rodiče a stále výrazně využívá

gestiky a mimiky. Po druhém roce života dojde k výraznému rozvoji řeči a snaží se komunikovat mnohem více. Dítě v předškolním věku má být schopno tvořit plnohodnotné věty a neměla by mu dělat problém výslovnost. Dále se vývoj řeči odvozuje od rozšiřování slovní zásoby a rozvíjením komunikačních schopností (Klenková, 2006).

Poruchy řeči mohou mít různé příčiny a je mnoho skupin, například vývojová postižení řeči jako je dysfázie, získané organické postižení řeči- afázie, artikulační vady- patlavost, poruchy plynulosti a tempa řeči a mnoho dalších. Tyto poruchy jsou příčinou pro komplikaci dorozumívání s okolím, a proto je podstatné určit přesnou příčinu poruchy a najít možné řešení. Je nutné brát v potaz, zda postižení je vrozené, nebo zda vzniklo následkem onemocnění, nebo úrazu (Slowík, 2010). Řeč je podstatná nejen pro sdělování informací, ale také i pro přijímání. Porucha se tedy může objevit buď pro přijímání, nebo předávání informací (Špatenková, Králová, 2009).

Jakákoliv porucha řeči se stává pro člověka velmi nepříjemnou a on se může komunikaci s okolím vyhýbat. Sestra by měla být schopna rozlišit, zda se jedná o poruchu výslovnosti nebo fatickou poruchu. Porucha výslovnosti se převážně týká dětského věku, a pokud trvá i v dospělosti, nebyla včas odchycena a léčena. Jedná se především o koktavost, patlavost, breptavost, huhňavost. Fatická neschopnost je často formou afázie, která vznikla na základě poškození mozku (Kristová, 2004). V případě, že se jedná o formu receptivní, pacient není adekvátně schopen odpovědět, protože nerozumí. Druhá možnost formy expresivní je, že pacient rozumí, ale přesto není schopen plnohodnotně odpovědět (Lechta, 2005).

Při komunikaci je podstatné volit vhodný přístup pro různou formu poruchy řeči. Je důležité plně ovládat svoje emoce, aby znevýhodněný nenabyl pocitu neúspěchu, selhání. Mělo by to velký vliv na psychiku a mohl by dále odmítat komunikovat a mohlo by dojít až k patologickému stavu logofobii. Je nutné poslouchat velmi pozorně a snažit se zachytit co nejvíce informací již při prvním sdělení. Pacienta sestra podporuje, ale nedokončuje za něj veškeré věty. Při těžkých poruchách je dobré používat otázky s možností odpovědi ano a ne (Slowík, 2010). Je vhodné zaměřovat se na komunikační dovednosti, které se zlepšují. Je nutné plně ovládat neverbální komunikaci. Sestra má

zkoušet s pacientem nové způsoby komunikace a využít pomoc logopeda (Špatenková, Králová, 2009).

Při komunikaci s pacientem s afázií je nutná trpělivost, protože takto postižený slova často komolí a je nutné význam i odhadovat. Rozhovor by měl být krátký a nenáročný. Sestra by měla také využívat alternativní pomůcky pro komunikaci, jako jsou obrázky, fotografie (viz příloha 1). Obrázky by měly odpovídat věku postiženého. Pokud pacient dokáže psát, je dobré toho využít. Sestra musí být chápavá pro psychický stav pacienta, který je zmatený ze situace a frustrovaný, že není schopen plně komunikovat. Pro komunikaci s člověkem s poruchou plynulosti řeči je dobré zvolit klidné prostředí bez rušivých elementů. Jedince by sestra měla chránit před projevem před větším počtem lidí. Pacienta s koktáním sestra nezesměšňuje, nenutí ho opakovat větu, nespěchá na něj. Pacient s touto poruchou může využívat různých uvolňovacích rituálů, a proto by se tím sestra neměla nechat vyvést z míry. Při komunikaci s pacientem s poruchou tempa řeči tedy s breptavostí stačí, když ho sestra taktně upozorní na nesrozumitelnost a on pouze zpomalí a tím zpřesní. Člověk s nesprávnou výslovností je společností tolerován a tato vada pro něj není nijak významně omezující v komunikaci. Člověk s řečovou neobratností má často další motorické postižení a komunikace je proto ovlivněna dalšími faktory. Proto sestra musí komunikaci s tímto pacientem plně přizpůsobit jeho podmínkám a potřebám. Nejtěžší pro sestru je komunikace s nemluvicím pacientem. Pacient s mutismem sice není schopen řeči, ale dá se předpokládat, že rozumí, co mu sestra říká. Proto sestra volí otázky s odpovědí ano a ne, kdy pacient je schopen pokynout hlavou. Zásadní chybou je nesnažit se s takto znevýhodněným pacientem komunikovat. Vyčlenění pacienta ze společnosti má velký dopad na jeho psychiku a on se může uzavřít před světem zcela zbytečně (Slowík, 2010).

### **2.3 Komunikace sestry s pacientem s poruchou zraku**

Může se zdát, že člověk s poruchou zraku nemusí mít problémy při komunikaci s okolím, ale opak je pravdou. Porucha zraku tvoří závažnou komunikační bariéru mezi poškozeným a jeho okolím. Porucha zraku odděluje jedince od věcí kolem něj (Pokorná, 2006).

Zrakem se přijímá až 90% informací a jeho poškození nebo ztráta významně ovlivňuje život. Poškození zraku výrazně ovlivňuje orientaci v prostoru, začlenění do společnosti a psychiku člověka. Za člověka se zrakovým postižením se považuje ten, komu běžná optická korekce nestačí a jeho vada mu způsobuje komplikace v běžném životě. Důležité je, kdy se porucha či ztráta zraku objeví (Slowík, 2007). U dítěte s vrozenou zrakovou vadou je značně ovlivněn psychomotorický vývoj. U takto postižených dětí je podstatné jejich poškození rozpoznat včas a nezaměňovat to s mentální retardací. I když u těchto dětí vývoj může trvat déle, neznamená to, že nebudou schopni například vystudovat vysokou školu. Jejich vývoj velmi ovlivňují blízké osoby. V rodině může dojít k oslabení vztahů díky špatným mimickým projevům dítěte (Friedlová, 2007). Pokud dojde ke ztrátě zraku v pozdějším věku, velmi to ovlivní vytváření sociálních vztahů, orientaci v prostoru, představitost a celkový vývoj člověka (Slowík, 2007). Mezi získané vady patří například zákaly, retinopatie, úrazy, nádory, ale i tak běžné vady jako krátkozrakost a dalekozrakost. U získaných vad je podstatné zda přišly náraz třeba úrazy, nebo postupně jako zákal. Při postupně se zhoršující vadě se člověk lépe vyrovnává a přizpůsobuje s novou, komplikovanou situací. Naopak pro člověka po úraze, kdy přišel o zrak náraz, je tato situace šok a je pro něj těžší se s ní vyrovnat (Slowík, 2010).

Zrakové postižení se rozděluje obvykle dle klasifikační mezinárodní stupnice WHO podle MKN-10. Nejlepší zraková korekce je možná u střední slabozrakosti, která je první kategorií postižení. Druhá kategorie je silná slabozrakost. Do třetí kategorie patří těžce slabý zrak. Nejtěžší postižení zraku je praktická a úplná nevidomost (SONS-Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2002- 2013). Je vhodné, aby si byl zdravotník vědom při komunikaci se zrakově postiženým, jakým stupněm je nevidomí postižen (Slowík, 2007).



Zrakově znevýhodnění používají mnoho pomůcek pro usnadnění jejich života a začlenění do společnosti. Jedná se o pomůcky fungující jako vizuální, sluchové a hmatové náhrady. Využívají přístroje ovladatelné hlasem jako je mobil, počítač, kalkulačka (Slowík, 2010). Dále zrakově znevýhodněným velmi pomáhají zvětšovací lupy (viz příloha 2), elektronické zápisníky, hmatové displeje, speciální programy, speciální hodinky, teploměry, diktafony, Pichtův psací stroj a jedny z nejdůležitějších pomůcek jako je bílá hůl, vodící asistenční pes a Braillovo písmo (viz příloha 3). Existují i další pomůcky pro usnadnění běžných činností například čidlo hladiny v nádobě, zvukový signál na semaforech, autobusových zastávkách, bankovky s rozlišovacími znaky. I když nevidomí lidé mají mnoho pomůcek pro usnadnění života, neznamená to, že pro ně je jejich životní situace lehká a že nepotřebují pomoc (Slowík, 2007).

Komunikovat s nevidomým člověkem nemusí být ani tak náročné pokud zdravotník zná zásady správné komunikace. Pro nevidomého, který se ocitne v novém neznámém prostředí nemocnice, je situace psychicky náročná nejen z pocitu nejistoty z okolí, ale i z obavy o své zdraví. Pro zdravotníka je důležité vědět, kdy nevidomý o zrak přišel a jak si na situaci přivykl (Kristová, 2004).

Nejprve navážeme s nevidomým kontakt. Sestra osloví nevidomého jako první, protože znevýhodněný neví, kdo k němu přistupuje. Po pozdravu následuje představení, aby si postižený uvědomil, kdo jste i se svým pracovním zařazením. Když nevidomý nereaguje na oslovení, je možný dotyk, ale jen je-li nezbytný. Znevýhodněný by se mohl leknout, proto vždy dotek předchází oslovení s pauzou. Vhodné je podání ruky. Aby nedošlo k trapné situaci, je dobré oznámit nevidomému, že mu ruku podáváme. Toto gesto nahrazuje nevidomému oční kontakt (Michalík, 2011). Při komunikaci s pacientem s poruchou zraku se nelze spoléhat na gestikulaci, ale dát důraz na barvu a tón hlasu, který zrakově znevýhodněný dobře vnímá (Plevová, 2011). Je vhodné, aby sestra zrakově znevýhodněného informovala o veškeré činnosti, protože on nemá vizuální kontrolu. Vše má sestra slovně komentovat i to, co zdravému člověku přijde jako samozřejmost. Vždy se musí výkon popsat dříve, než se s ním začne. Je důležité nevidomému vše důkladně popsat, ale stále brát v potaz inteligentní úroveň nevidomého

a nepodceňovat ho například popisováním výkonu jako dítěti. To, že nevidomí nevidí, neznamená, že není potřeba udržovat oční kontakt, protože většinou postižený pozná, že sestra stojí zády nebo bokem. Nevidomí by měl být vždy objednán, pokud nejde o akutní případ, a čas termínu by měl být dodržen. Při příchodu do čekárny se znevýhodněný upozorní, že sestra o něm ví a že půjde brzo na řadu. Je vhodné nevidomému nabídnout pomoc, a pokud ji přijme, řídit se danými pravidly. Nevidomému sestra nabídne loket a jde asi půl těla před ním. Znevýhodněný tak pozná směr cesty, kdy má zastavit a kdy jít. Při cestě sestra nevidomého upozorňuje na nerovnosti a překážky. Dveře otevírá průvodce, zavírá je nevidomý. Při vstupu do nové místnosti se postiženému místnost popíše. Při delším pobytu v nemocnici je dobré znevýhodněného po místnosti provést, aby si nové prostředí osvojil. Poté se již nemá měnit rozložení nábytku v místnosti (Špatenková, Králová, 2009). Při pobytu v nemocnici je nutné pro nevidomého upravit prostředí, poskytnout mu postel blízko sociálního zařízení. Jídlo mu připravit jak je zvyklý a správně mu ho rozložit na talíř, aby mu i tak běžná činnost pro zdravého člověka nemusela činit větší problém než jindy (Michalík, 2011).

Myslet si, že nevidomý vidí jen tmou, je chybné. Mohou rozlišovat světlo a tmou a umět odhadovat překážky před sebou. Je důležité si také uvědomit, že pacient například s dalekozrakostí při odložení brýlí ztratí orientaci v prostoru a potřebuje jiný přístup než člověk bez brýlí. Velkou chybou je podceňovat schopnosti zrakově znevýhodněného. Není třeba vynechávat slova jako vidět, koukat. Sestra vždy jedná s nevidomým a ne s jeho doprovodem. Pokud má nevidomý asistenčního psa, neměl by se hladit, krmit ani nic podobného (Janáčková, Weiss, 2008). Nevidomého je nevhodné před sebou tlačit nebo naopak za sebou tahat. Je dobré se s nevidomým domluvit jak potřebuje pomoc, jak je zvyklý se nechat vést. Při komunikaci by se neměla používat slova jako tady a tam, která nevidomému nic neříkají (Slowík, 2010).

Nejdůležitější je se chovat k zrakově znevýhodněnému s respektem a úctou, ne s přehnaným soucitem, o který nevidomý nestojí (Pokorná, 2006). Zrakově znevýhodněný má svá práva a musí se s ním jednat jako rovný s rovným (Michalík, 2011).

## **2.4 Komunikace sestry s pacientem s poruchou sluchu**

Při ztrátě sluchu vzniká pro člověka velká komunikační bariéra. Člověk se ztrátou sluchu přijde až o 60 % informací. Mohlo by se v porovnání se ztrátou zraku zdát relativně snazší vyrovnat se s tímto postižením, ale rozhodně nelze brát toto znevýhodnění za méně náročné (Slowík, 2007). V případě komunikace je tomu právě naopak, kdy zrak má roli vedlejší a sluch společně s řečí mají roli zásadní. Je to právě porucha sluchu, která odděluje jedince od společnosti (Pokorná, 2006).

U sluchového postižení velmi záleží na času, kdy znevýhodněný o sluch přišel. Došlo-li ke ztrátě sluchu v době, kdy se dotyčný ještě nenaučil mluvit, hovoříme o takzvané prelingvální vadě, vrozené. Postlingvální vada je ta, kdy si znevýhodněný stihl osvojit řeč, než došlo ke ztrátě sluchu (Linhartová, 2007).

Prelingvální vada velmi záporně ovlivňuje psychomotorický vývoj dítěte. Na rozdíl od člověka, který o sluch přijde během života, je dítě ochuzeno o možnost vnímání zvukových podnětů, rozhovorů, není schopno rozvíjet řeč a myšlení. Proto je nesmírně důležitá včasná diagnostika a následná speciální péče pro vývoj takto znevýhodněného dítěte (Pokorná, 2006)

U poruchy získané nehrozí velký dopad na psychomotorický vývoj, naopak to má výrazný dopad na emocionální stránku člověka, jeho sebehodnocení a zařazení do společnosti. Často se tito lidé velmi izolují od okolí a mohou propadat depresím. Díky částečné nebo úplné ztrátě sluchu nejsou schopni se účastnit běžných hovorů a dochází jak k poruše sociálních vztahů, tak i například ztrátě zaměstnání (Pokorná, 2006).

Lidé s postižením sluchu mají k dispozici mnoho pomůcek pro usnadnění komunikace s okolím jako je sluchadlo, kochleární implantát, speciální psací telefony, vibrační budíky, ale samozřejmě i obyčejný mobil a mnoho dalších (Slowík, 2010).

Lidé znevýhodnění poruchou či úplnou ztrátou sluchu se dorozumívají buď pomocí běžné řeči s menšími či většími problémy, nebo pomocí znakové řeči, prstové abecedy (viz příloha 4), písemné řeči. Je podstatné, že vždy má neslyšící právo si zvolit způsob komunikace jaký mu vyhovuje (Pokorná, 2006). Znevýhodněný jedinec často využívá při komunikaci odezírání z úst komunikačního partnera. Je to velmi náročná činnost pro znevýhodněného a proto je důležité dodržovat některé zásady (Slowík,

2010). Odezírání je velmi náročné na soustředění, proto se nemá neslyšící zahlcovat mnoho informacemi najednou. Lze odezírat jen slova, které má znevýhodněný ve své slovní zásobě, proto by sestra neměla používat přílišnou odbornou terminologii. Je důležité, aby jí bylo dobře vidět na ústa, zřetelně artikulovala, používala krátké jasné věty (Linhartová, 2007).

I vedení rozhovoru má svá pravidla. Vždy se mluví s neslyšícím, ne se skupinou. Podstatné informace je vhodné napsat (Linhartová, 2007). Během rozhovoru sestra kontroluje, zda neslyšící rozumí pomocí otázky „co rozuměl“ a ne „zda rozuměl“ (Janáčková, Weiss, 2008). Pro kvalitní komunikaci je vhodné hovořit v klidném prostředí. Mluvit ve vzdálenosti okolo jednoho metru, nekřičet. Důležité pro sestru je sledovat neverbální projevy a umět na ně reagovat, být trpělivá, dát čas a prostor pro dotazy a samozřejmě i umět pochválit snahu znevýhodněného jedince (Friedlová, 2007). Pokud neslyšící neovládá odezíráání a komunikuje pomocí znakového jazyka je potřeba tlumočnicka. Přestože zdravotník neovládá znakovou řeč, musí znát a dodržovat určité zásady při komunikaci s neslyšícím. Pro navázání hovoru je vhodný letmý dotek na předloktí, rameno. Důležité je se nedotýkat neslyšícího zezadu, aby se nelekl. U stolu je povoleno zaklepat na stůl či podlahu, neslyšící cítí vibrace a zareaguje. Sluchově znevýhodnění vnímají změny ve svém okolí pomocí zraku, a proto při zaneprázdnění si nemusí všimnout přítomnosti další osoby. Je vhodné upozornit na příchod například zablikáním světla. Po navázání kontaktu by se měl stručně sdělit obsah rozhovoru a vždy dodržovat oční kontakt. Neslyšící pomocí očí pozoruje svého komunikačního partnera a přerušovaný oční kontakt je pro něj signálem ukončení hovoru. Neslyšící může vidět za přerušovaným očním kontaktem nezáměr. Při komunikaci zprostředkovanou tlumočnickem sestra vždy hovoří k neslyšícímu. Tlumočnickova povinnost je překládat vše co zdravotník hovoří (Linhartová, 2007).

Při hovoru se sluchově znevýhodněným se lze dopustit chyb. Je to například nevěnování neslyšícímu dostatek času pro rozhovor, špatně osvětlená tvář a tím znemožnění odezíráání, přehnaný křik, rušivé elementy jako je rádio, hluk z ulice a další. Velmi nevhodný je hovor s další osobou například s tlumočnickem, vyhýbání se komunikace se znevýhodněným. Jedno z nejhorších předsudků je předpokládat mentální

slabost. Postižení sluchové neznamena postižení mentální. Toho všeho se musí zdravotník vyvarovat (Slowík, 2010).

### **3 Cíle práce a výzkumné otázky**

#### **3.1 Cíle**

1. Zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči.
2. Zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku.
3. Zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu.

#### **3.2 Výzkumné otázky**

1. Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči?
2. Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku?
3. Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu?

## 4 METODIKA PRÁCE

### 4.1 *Metoda práce*

V této práci byla zvolena metoda kvantitativního šetření. Šetření bylo provedeno pomocí dotazníků. Dotazníky byly určeny pro sestry v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnici Strakonice a.s. a Nemocnici Písek a.s. po souhlasném stanovisku hlavních sester nemocnic. Dotazník byl pro všechny sestry stejný, složený z 27 otázek (viz příloha 5). 170 dotazníků bylo v písemné formě rozdáno na oddělení nemocnic v období březen- duben 2013, a poté byly výsledky zpracovány. Zpracováno bylo tedy 102 dotazníků do tabulek s grafy pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Na jednotlivé výzkumné otázky se odpovědělo v souvislosti s výsledky grafů.

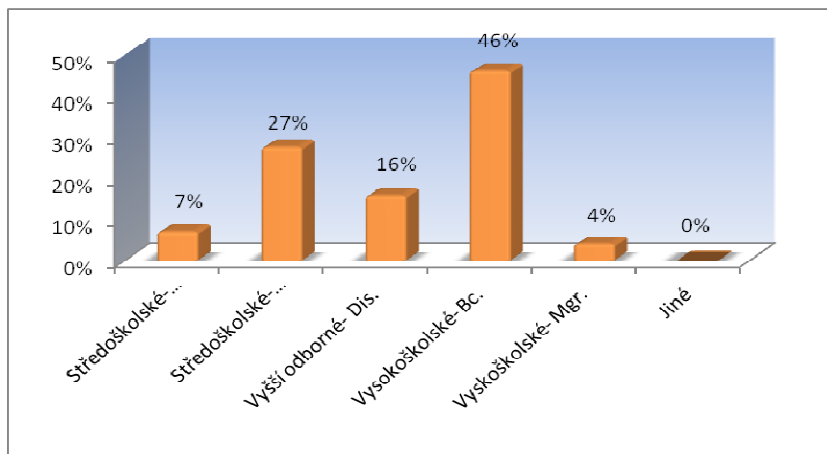
Dotazníky byly zcela anonymní a slouží pouze pro zpracování této bakalářské práce.

### 4.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Dotazníky byly rozdány do vybraných nemocnic jihočeského kraje, a to do nemocnice České Budějovice, Strakonice a Písek. Byly vybrány oddělení interní, chirurgické, urologické, neurologické oddělení. Dále na oddělení následné péče a na ARO a JIP. Dotazník byl určen pro sestry bez konkrétního zaměření na jejich dosažené vzdělání a délku jejich praxe. V rámci šetření bylo rozdáno 170 dotazníků celkem a vrátilo se plně vyplněných 102 dotazníků. návratnost plnohodnotných dotazníků byla tedy 60%.

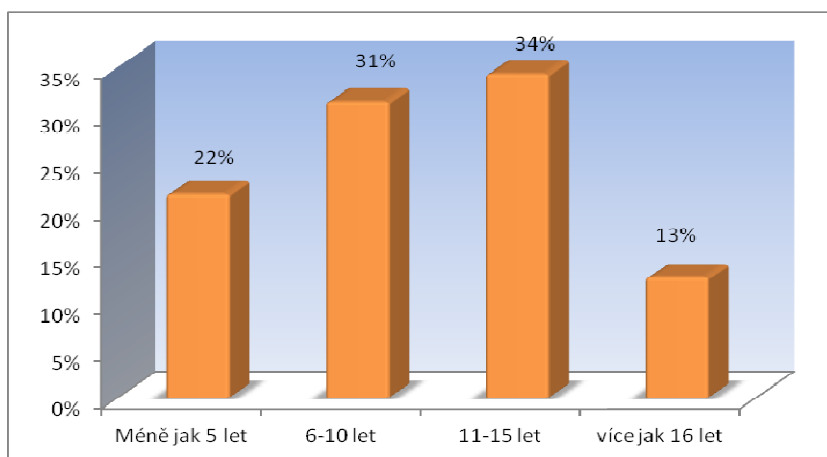
## 5 VÝSLEDKY

**Graf č. 1: Dosažené vzdělání**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %), má středoškolské vzdělání- zdravotnický asistent 7 respondentů (7 %), středoškolské- všeobecná sestra má 28 respondentů (27 %), 16 (16%) respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání- Dis., 47 (46 %) respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání- Bc., vysokoškolské vzdělání- Mgr. uvedli 4 (4 %) respondenti a možnost jiné ne zvolil žádný respondent.

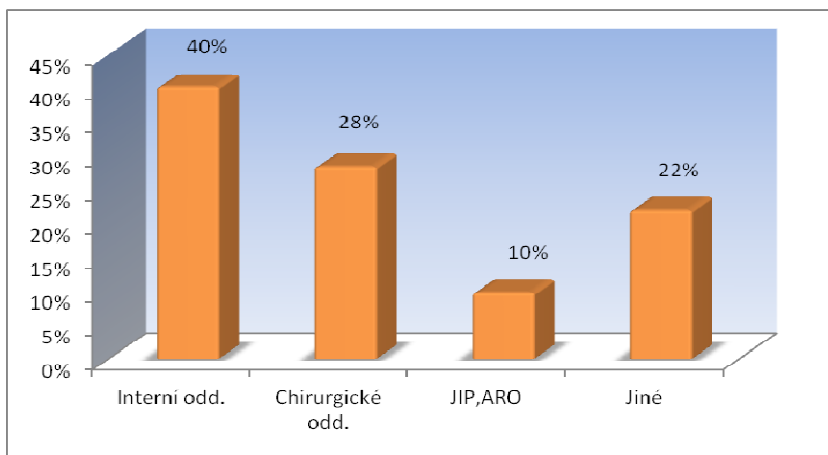
**Graf č. 2: Délka odborné praxe**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) pracuje méně jak 5 let 22 respondentů (22 %), 6-10 let zvolilo 32 respondentů (31 %), 11-15 let zvolilo 35 respondentů (34 %) a více jak 16 let pracuje 13 dotazovaných respondentů (13 %).

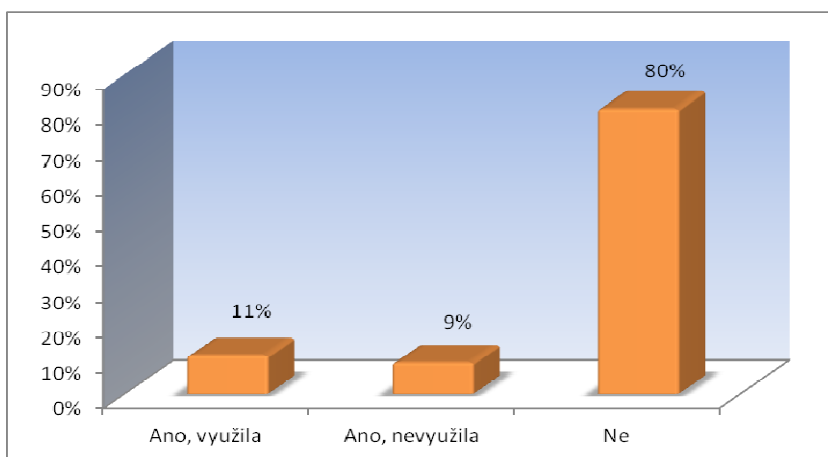


**Graf č. 3: Oddělení**



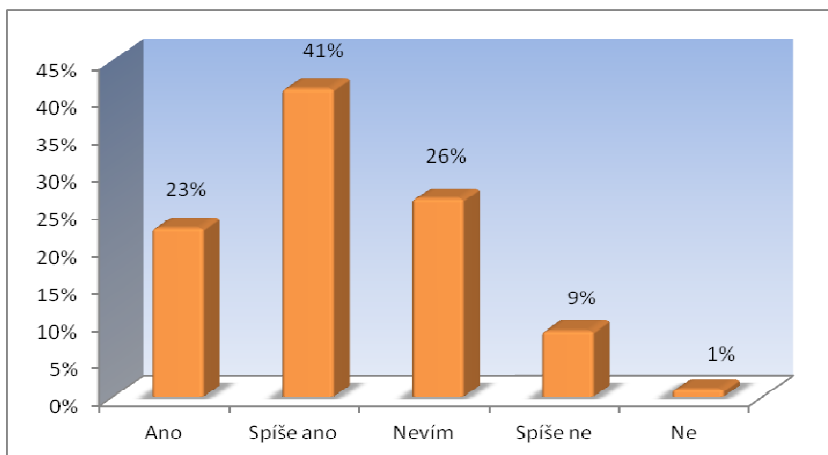
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) pracuje na interním oddělení 41 respondentů (40 %), na chirurgickém oddělení pracuje 29 respondentů (28 %), 10 respondentů (10 %) pracuje na JIP nebo ARO a možnost jiné zvolilo 23 respondentů (22 %). Z tohoto počtu pracuje 11 respondentů na ONP, 8 respondentů na neurologickém oddělení a 4 respondenti na urologickém oddělení.

**Graf č. 4: Možnost školení**



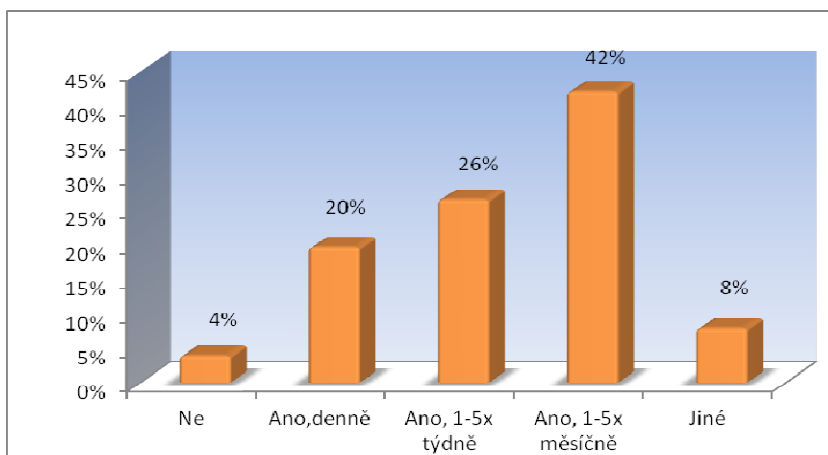
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) zvolilo 11 respondentů (11 %) možnost ano, měla jsem možnost se zúčastnit a využila jsem toho, 9 respondentů (9 %) mělo možnost se zúčastnit, ale nevyužili toho a variantu ne, neměla jsem možnost zvolilo 82 respondentů (80 %).

**Graf č. 5: Uvítání možnosti zdokonalit se ve správné technice komunikace**



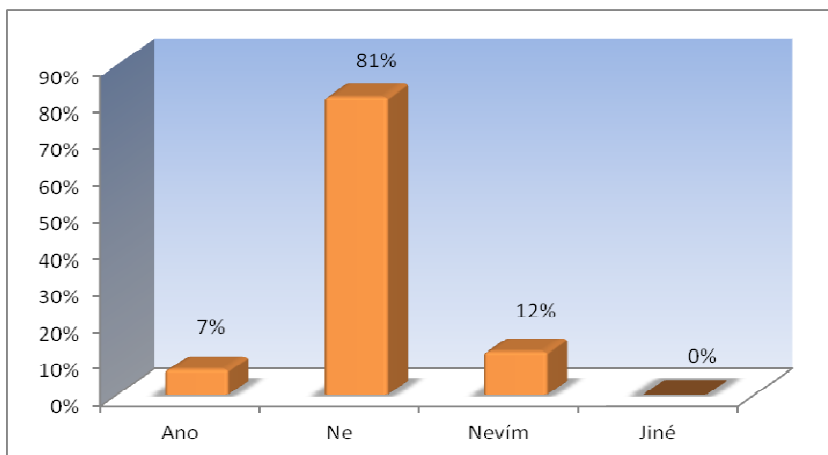
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) zvolilo 23 (23 %) možnost ano, 42 respondentů (41 %) zvolilo variantu spíše ano, 27 respondentů (26 %) zvolilo variantu nevím. Možnost spíše ne zvolilo 9 respondentů (9 %) a variantu ne zvolil 1 (1 %) respondent.

**Graf č. 6: Setkání se zrakově znevýhodněným jedincem**



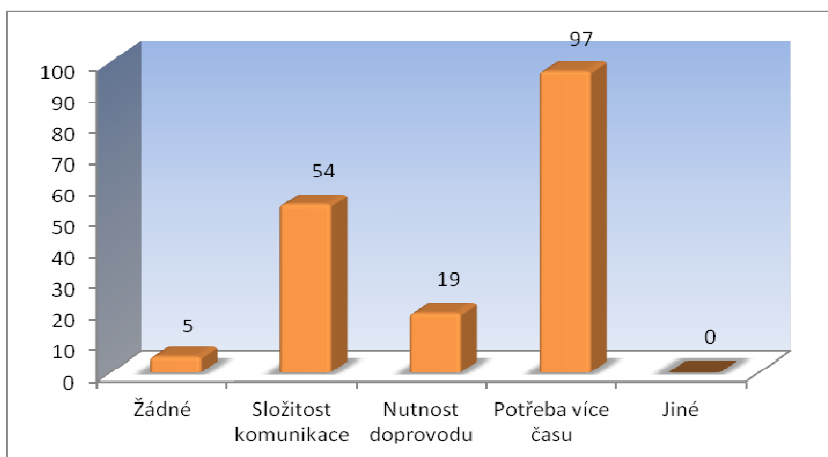
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) se nesetkávají s pacientem s poruchou zraku 4 respondenti (4 %), denně se setkává s pacientem s poruchou zraku 20 respondentů (20 %), možnost 1-5x týdně zvolilo 27 respondentů (26 %), variantu 1-5x měsíčně označilo 43 respondentů (42 %). Jiné označilo 8 respondentů (8 %), z toho 5 respondentů napsalo, že se setkávají s pacientem s poruchou zraku 1-5x za půl roku a 3 respondenti uvedli variantu zcela výjimečně.

**Graf č. 7: Vnímání komunikace se zrakově znevýhodněným jako komplikaci**



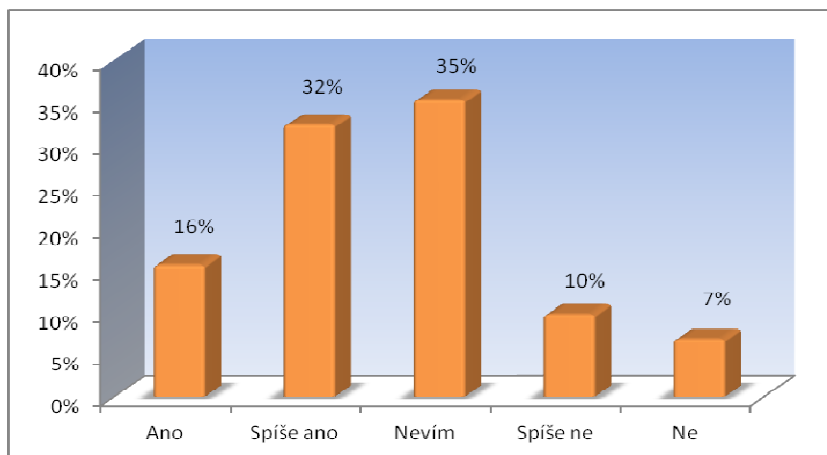
Z celkového počtu 102 respondentů vnímá 7 (7 %) komunikaci s pacientem s poruchou zraku jako komplikaci, 83 respondentů (81 %) ovládá techniku komunikace a 12 respondentů (12 %) zvolilo variantu nevím. Jiné neoznačil žádný respondent

**Graf č. 8: Možné komplikace při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem**



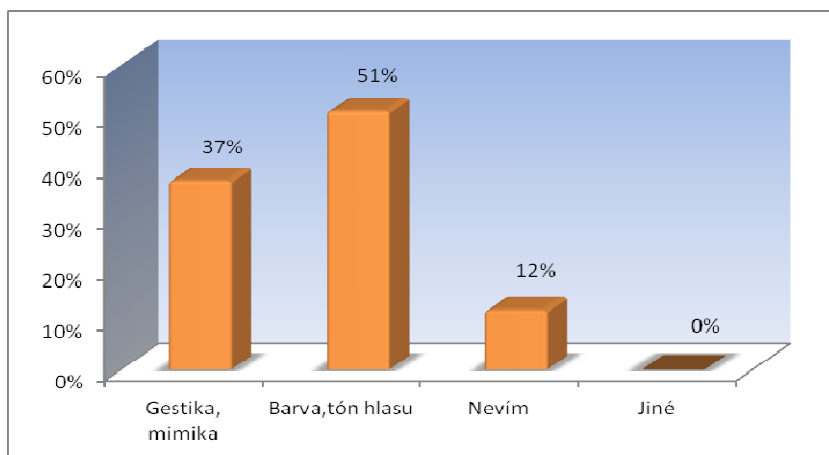
U otázky č. 8 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů nevidí komplikace při komunikaci se zrakově znevýhodněným 5 respondentů, složitost komunikace označilo 54 respondentů, 19 respondentů označilo problém v nutnosti doprovodu pacienta, 97 respondentů vnímá jako problém potřebu více času na pacienta. Jiné neoznačil žádný respondent.

**Graf č. 9: Uvítání pomůcek pro komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem**



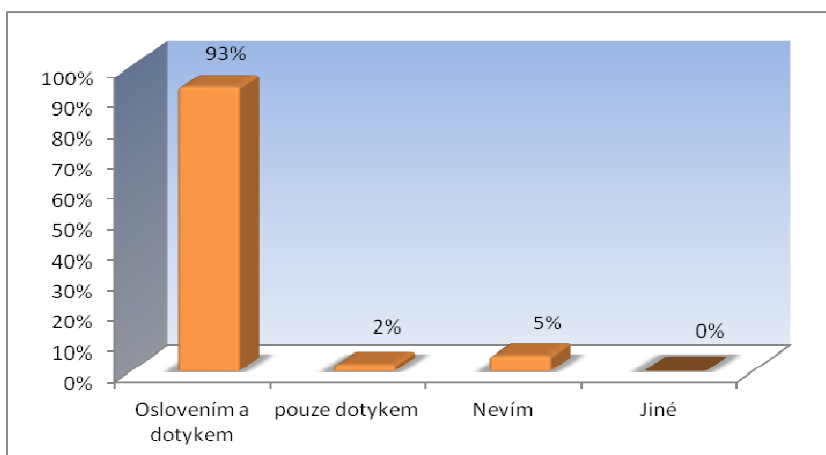
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by uvítalo pomůcky pro usnadnění komunikace 16 respondentů (16 %), spíše ano zvolilo 33 respondentů (32 %), neví 36 respondentů (35 %). Možnost spíše ne označilo 10 respondentů (10 %) a 7 respondentů (7 %) zvolilo variantu ne

**Graf č. 10: Kladení důrazu při komunikaci se zrakově znevýhodněným jedincem**



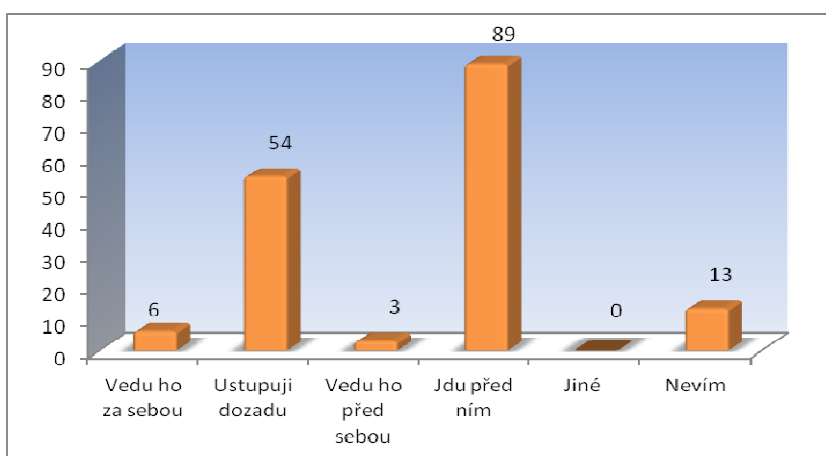
U otázky č. 10 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by 38 (37 %) kladlo důraz na gestiku a mimiku, 52 respondentů (51 %) označilo variantu tón a barvu hlasu. Možnost neví si vybralo 12 respondentů (12 %), a variantu jiné nezvolil žádný respondent.

**Graf č. 11: Navázání prvního kontaktu s nevidomým pacientem**



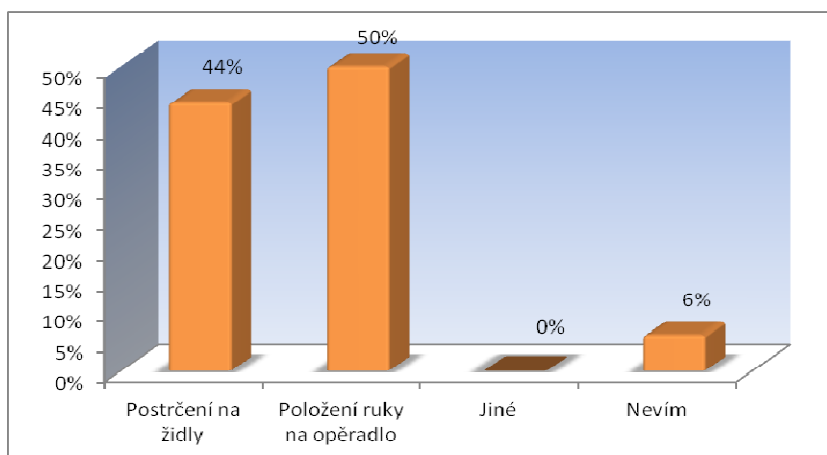
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by navázalo kontakt s nevidomým pomocí dotyku a oslovení 95 respondentů (93 %), pouze dotykem by navázali kontakt 2 respondenti (2 %). Nevím zvolilo 5 respondentů (5 %) a možnost jiné neoznačil žádný respondent.

**Graf č. 12: Doprovázení nevidomého pacienta**



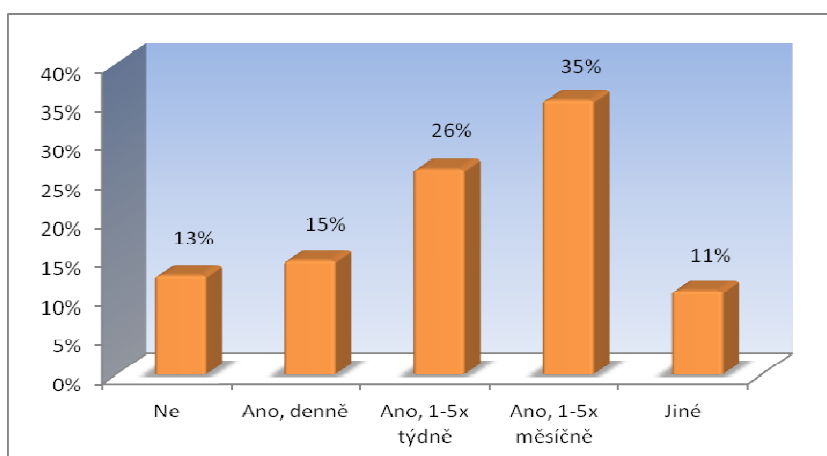
U otázky č. 12 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů zvolilo variantu „držím ho za ruku a táhnu za sebou“ 6 respondentů, možnost „stojím k němu čelem, držím ho za ruce a ustupuji směrem dozadu“ označilo 54 respondentů, 3 respondenti zvolili variantu „držím ho zezadu za paže a tlačím ho před sebou“. „Jdu krok před ním, on se mě drží za rameno nebo paži“ označilo 89 respondentů, Možnost nevím si vybralo 13 respondentů a možnost jiné neoznačil nikdo.

**Graf č. 13: Usazení nevidomého pacienta**



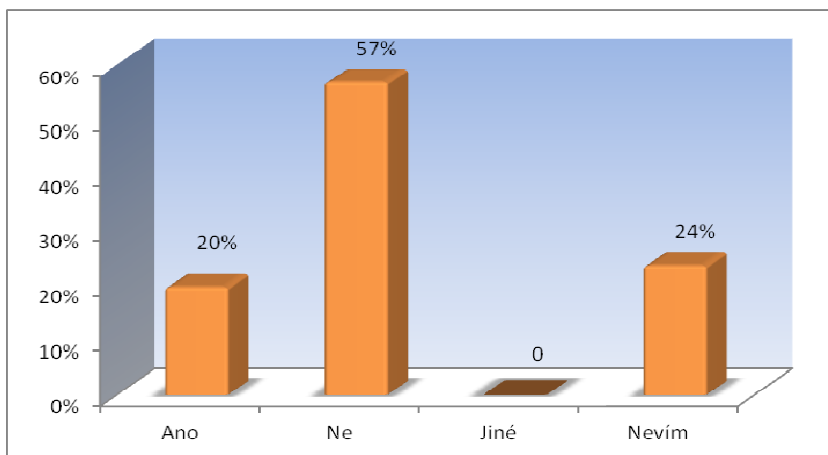
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) si vybralo možnost postrčení na židli 45 respondentů (44 %), 51 respondentů (50 %) zvolilo variantu usazení nevidomého pomocí položení ruky na opěradlo židle. 6 respondentů (6 %) zvolilo variantu nevím a možnost jiné neoznačil žádný respondent.

**Graf č. 14: Setkání se sluchově znevýhodněným jedincem**



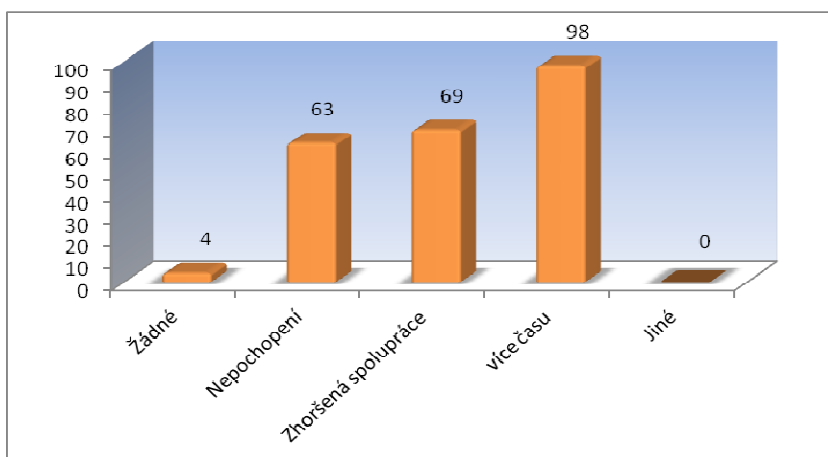
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) uvedlo 13 respondentů (13 %), že se s pacientem s poruchou sluchu neseťkává. Variantu denně označilo 15 respondentů (15 %), možnost 1-5x týdně označilo 27 respondentů (26 %), 36 respondentů označilo možnost 1-5x měsíčně. Variantu jiné označilo 11 respondentů (11 %), z toho 5 uvedlo možnost 1-5x za půl roku, a 6 respondentů uvedlo zcela výjimečně.

**Graf č. 15: Vnímání komunikace se sluchově postiženým jako komplikaci**



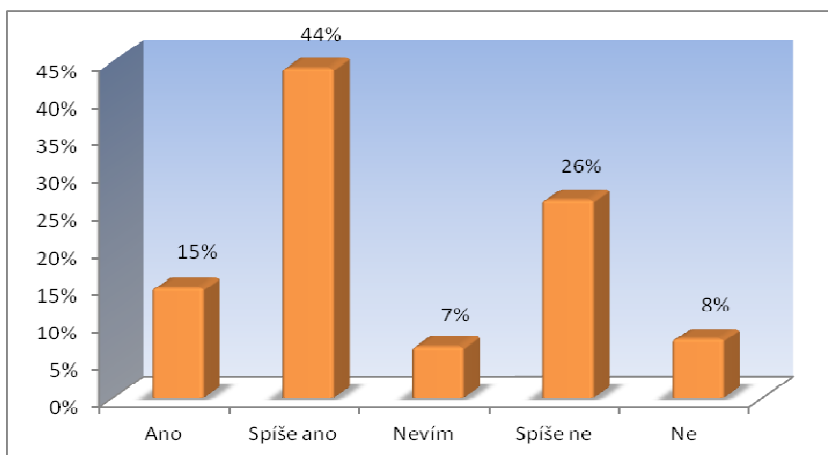
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) vnímá komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem jako ztížení práce 20 respondentů (20 %), 58 respondentů (57 %) označilo variantu „ne, ovládám techniku komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem“, 24 respondentů zvolilo možnost nevím, odpověď jiné neoznačil nikdo.

**Graf č. 16: Komplikace při komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem**



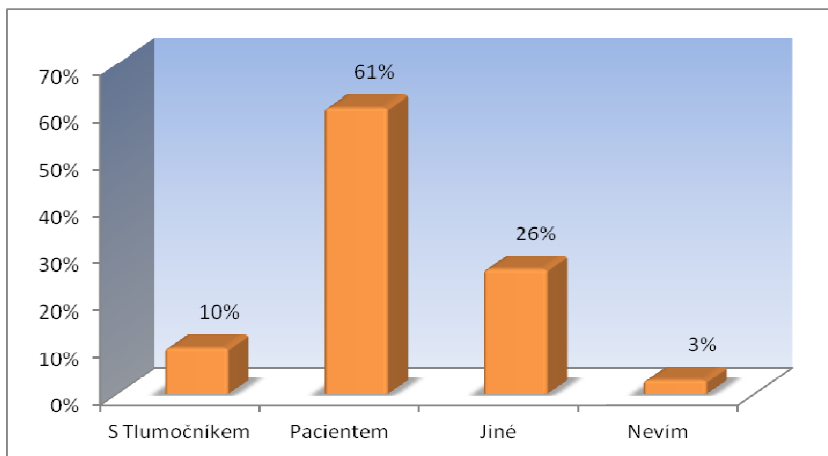
U otázky č. 16 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů nevnímají komplikace 4 respondenti, 63 respondentů označilo jako komplikaci nepochopení mezi sestrou a pacientem, 69 respondentů označilo zhoršenou spolupráci s pacientem, potřebu více času na pacienta označilo 98 respondentů a možnost jiné neoznačil žádný respondent.

**Graf č. 17: Uvítání pomůcek pro komunikaci se sluchově znevýhodněným pacientem**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by uvítalo pomůcky 15 respondentů (15 %), spíše ano zvolilo 45 respondentů (44 %). Možnost nevím označilo 7 respondentů (7 %), spíše ne si vybralo 27 respondentů (26%) a variantu ne označilo 8 respondentů (8 %).

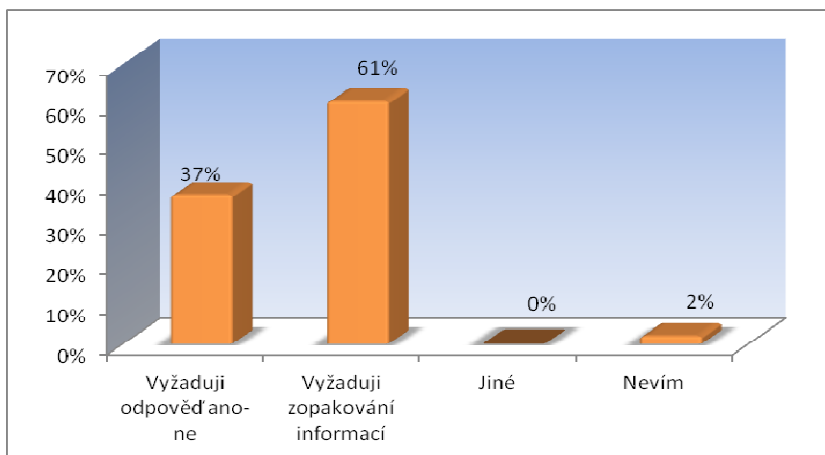
**Graf č. 18: Rozhovor sestry a neslyšícího s doprovodem tlumočníka**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by hovořilo s tlumočníkem 10 respondentů (10 %), s pacientem by hovořilo 62 respondentů (61%). Variantu nevím označili 3 respondenti (3 %). Jiné si zvolilo 27 respondentů (26 %), z toho všech 27 respondentů uvedlo, že by komunikovali jak s pacientem tak i tlumočníkem.

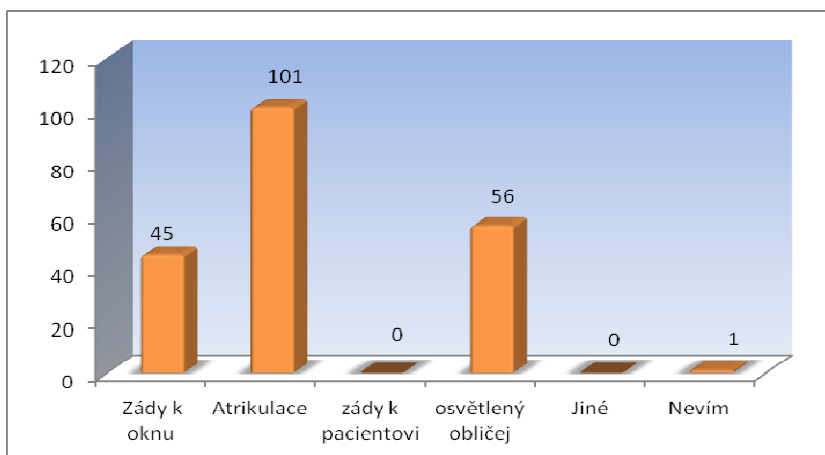


**Graf č. 19: Zpětná vazba s pacientem s poruchou sluchu**



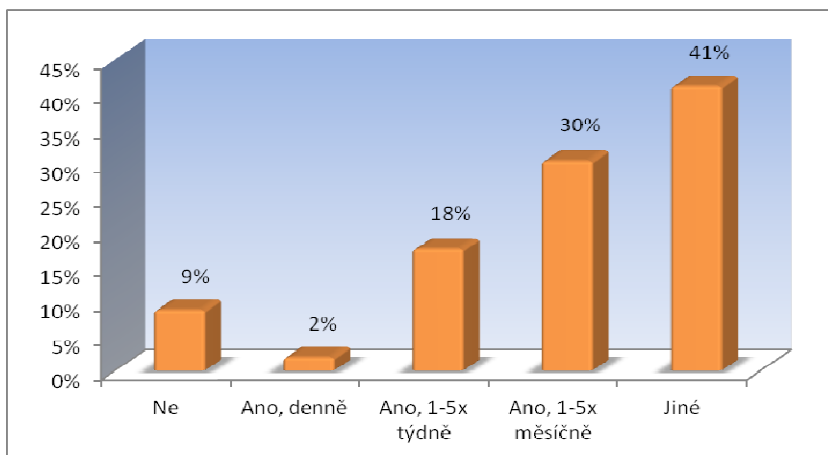
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by si ověřilo, zda pacient porozuměl pomocí otázky s možností odpovědi ano-ne 38 respondentů (37 %), 62 respondentů (61 %) by vyžadovalo na pacientovi zopakování informací a 2 respondenti (2 %) označili variantu nevím. Možnost jiné neoznačil nikdo.

**Graf č. 20: Zásady komunikace se sluchově znevýhodněným pacientem**



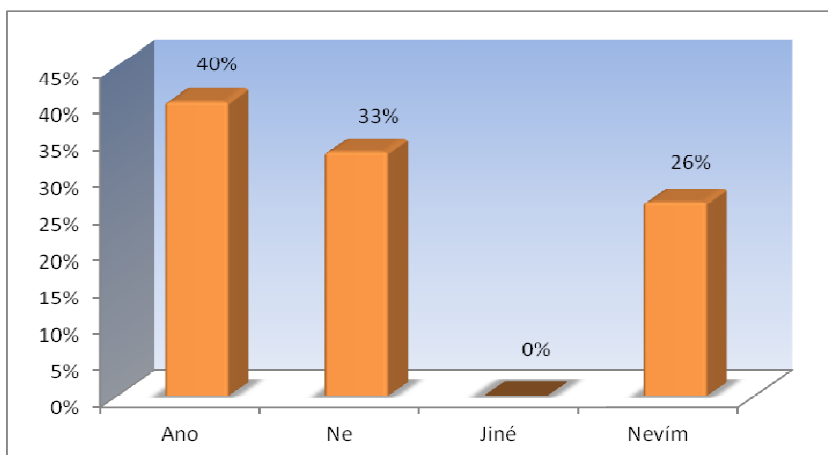
U otázky č. 20 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů označilo možnost „stojím zády k oknu“ 45 respondentů, 101 respondentů označilo zřetelnou artikulaci, možnost „stojím zády k pacientovi“ neoznačil žádný respondent. 56 respondentů označilo možnost „mám jasně osvětlený obličej“, 1 respondent označil variantu nevím. Žádný respondent si nevybral možnost jiné.

**Graf č. 21: Setkání s pacientem s poruchou řeči**



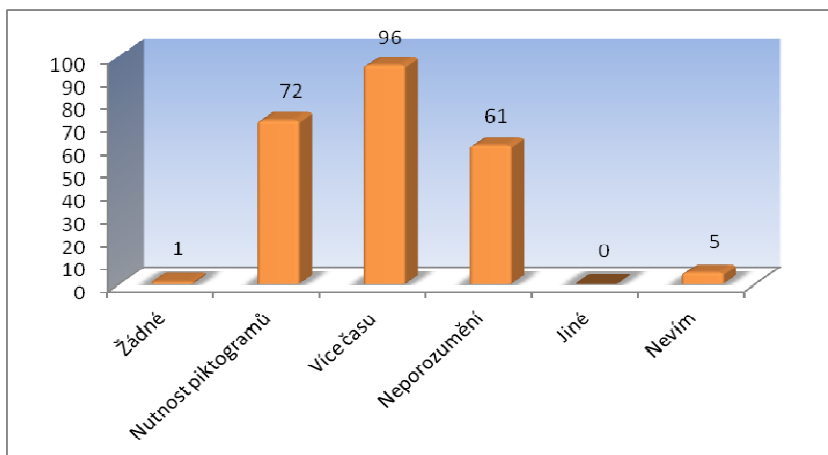
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) se nesetkává s pacientem s poruchou řeči 9 respondentů (9 %), denně označili 2 respondenti (2 %), 18 respondentů (18 %) označilo variantu 1-5x týdně, 31 respondentů (30 %) zvolilo 1-5x měsíčně. Variantu jiné si vybralo 42 respondentů (41 %), z toho 35 respondentů uvedlo, že se setkávají s pacientem s poruchou řeči zcela výjimečně a 4 respondenti uvedli setkání 1-5x za půl roku, 3 respondenti uvedli setkání 1-5x za rok.

**Graf č. 22: Vnímání komunikace s pacientem s poruchou řeči jako komplikaci**



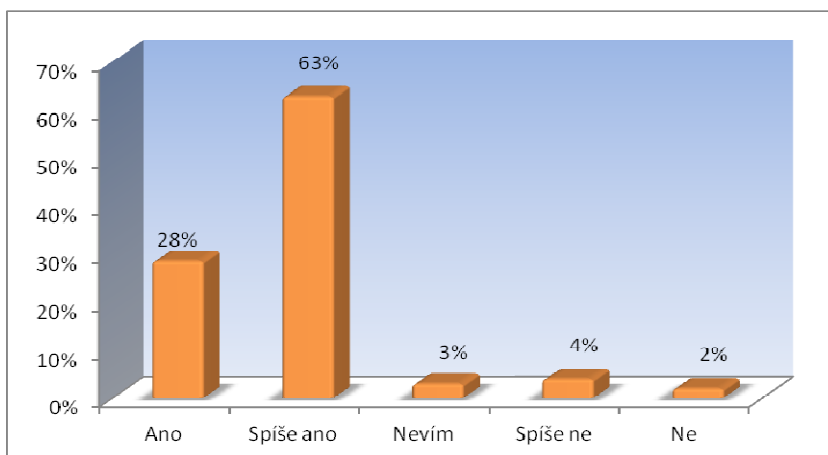
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) vnímá komunikaci s pacientem s poruchou řeči jako komplikaci 41 respondentů (40 %), 34 respondentů (33 %) techniku komunikace ovládá a 27 respondentů (26 %) uvedlo možnost nevím. Variantu jiné neoznačil nikdo.

**Graf č. 23: Možné komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou řeči**



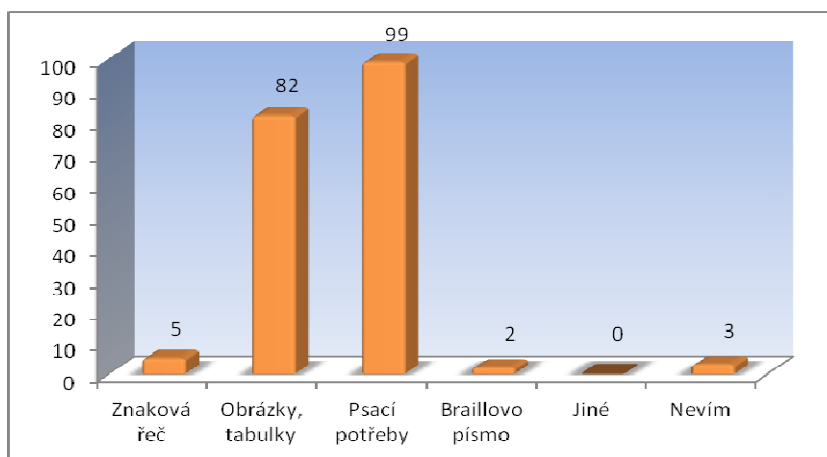
U otázky č. 23 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů nevidí komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou řeči 1 respondent. Možnost nevím označilo 5 respondentů. 72 respondentů označilo jako komplikaci nutnost použití piktogramů, 61 respondentů vidí problém v neporozumění mezi sestrou a pacientem a 96 respondentů uvedlo jako komplikaci potřebu více času na pacienta.

**Graf č. 24: Uvítání pomůcek pro komunikaci s pacientem poruchou řeči**



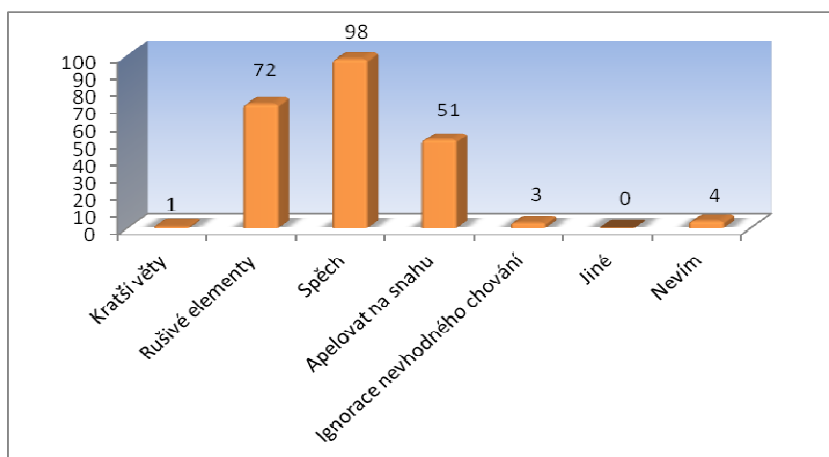
Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) by uvítalo pomůcky 29 respondentů (28 %), spíše ano zvolilo 64 respondentů (63 %), 3 respondenti (3 %) označili možnost nevím. 4 respondenti (4 %) volili variantu spíše ne a 2 respondenti (2 %) označili možnost ne.

**Graf č. 25: Pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou řeči**



U otázky č. 25 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů zvolilo jako pomůcku pro usnadnění komunikace 5 respondentů znakovou řeč, 82 respondentů označilo jako pomůcku obrázky a tabulky s abecedou, 2 respondenti označili Braillovo písmo a 3 respondenti označili nevím. Možnost jiné neoznačil nikdo.

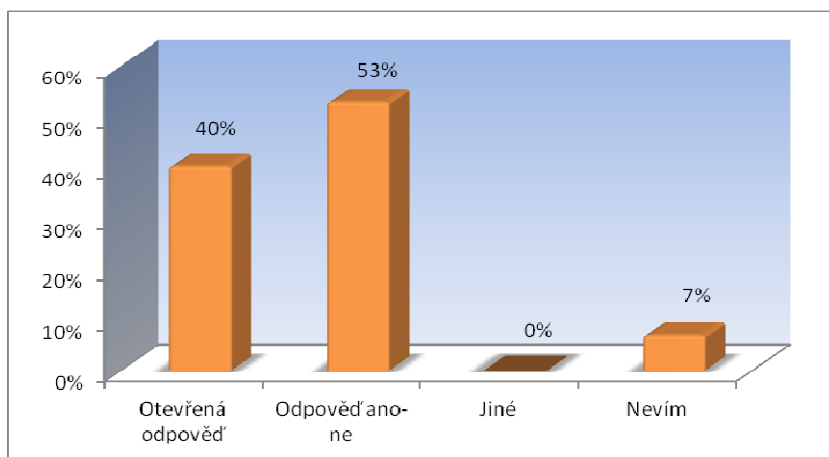
**Graf č. 26: Chyby při komunikaci s pacientem s poruchou řeči**



U otázky č. 26 byla možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 102 respondentů označil jako chybu při komunikaci s pacientem s poruchou řeči použití kratších vět 1 respondent, možnost neodstranění rušivých elementů označilo 72 respondentů, 98 respondentů označilo spěchání na pacienta, 51 respondentů označilo možnost apelovat na jeho snahu. Variantu ignorovat nevhodné chování označili 3

respondenti a možnost nevím si vybrali 4 respondenti. Variantu jiné neoznačil žádný respondent.

**Graf č. 27: Vhodné otázky pro komunikaci s pacientem s poruchou řeči**



Z celkového počtu 102 respondentů (100 %) zvolilo 41 respondentů (40 %) možnost otázky s otevřenou odpovědí, 54 respondentů (53 %) by se tázalo pomocí otázky s odpovědí ano-ne a 7 respondentů označilo variantu nevím. Možnost jiné neoznačil nikdo.

## 6 DISKUSE

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku komunikace sester s pacienty s poruchou řeči, zraku a sluchu. Byly stanoveny tři cíle práce a to: zmatovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči, zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku a třetí cíl byl zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu. Bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí dotazníků pro sestry z nemocnic v Českých Budějovicích, Strakonících a Písku. Osobně jsem roznesla 170 dotazníků na interní, chirurgické a neurologické oddělení, také na JIP a ARO, oddělení následné péče a neurologii. Plně vyplněných dotazníků se mi vrátilo 102 tedy 60 % z celkového počtu. Na 3 odděleních mi dotazníky dokonce ztratily, ostatní byly buď zcela nevyplněné, nebo jen částečně, tedy také nepoužitelné.

Venglářová a Mahrová ve své knize uvádějí, že: „*přestože ve zdravotnictví hraje podstatnou úlohu nemoc, musíme si uvědomit, že ji ve svém okolí nenajdeme, je tam nemocný člověk a ten je předmětem našeho zájmu, nikoliv jeho potíže*“ (Venglářová, Mahrová, s. 28, 2006). Myslím, že je důležité, aby si toto uvědomily nejen sestry v nemocnicích, ale již studenti, kteří se na budoucí povolání zdravotníka připravují. Jak bude ukázáno dále v textu, mezi sestrami jsou velké nedostatky ve znalosti komunikačních technik s pacienty poruchou řeči, zraku i sluchu, které vyplynuly z šetření.

V této práci byly položeny 3 výzkumné otázky: jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacienty s poruchou řeči, jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacienty s poruchou zraku a jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacienty s poruchou sluchu.

Dotazníky byly rozdány na různá oddělení ve třech nemocnicích Jihočeského kraje. Největší zastoupení mají sestry z interního oddělení 40 %, dále sestry z chirurgie 28 %, 10 % tvoří sestry z JIP a ARO, zbylých 22 % respondentů jsou sestry z neurologie, ONP a urologického oddělení (viz graf 3). Zastoupení různých stupňů vzdělání je u respondentů- sester rozmanité. Největší skupinu tvoří sestry s vysokoškolským vzděláním- Bc. a to 46 %. 27 % sester má vzdělání středoškolské- všeobecná sestra,

skupina zdravotnických asistentů tvoří 7 %. Vyšší odborné vzdělání- Dis. dosáhlo 16 % sester a vysokoškolské vzdělání- Mgr. má 4 % sester zúčastněných v šetření (viz graf 1). Převážná část sester pracuje ve zdravotnictví déle jak šest let a to: 6- 10 let pracuje 31 % dotazovaných respondentů, 11- 15 let pracuje ve zdravotnictví 34 % sester a 13 % sester je zaměstnáno ve zdravotnictví více jak 16 let, pouze 22 % sester pracuje ve zdravotnictví méně jak 5 let (viz graf 2).

Dnes, kdy je nutné, aby se sestry celoživotně vzdělávaly a zdokonalovaly se ve svých znalostech a dovednostech, bylo důležité zjistit, zda sestry měly možnost zúčastnit se semináře nebo školení o komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku nebo sluchu. Je znepokojivé, že 80 % dotazovaných sester nemělo možnost se žádného podobného semináře zúčastnit. Pouze 20% respondentům bylo nabídnuto se školení zúčastnit a jen 11 % sester tuto možnost uvítalo a využilo. Uvedly, že seminář se týkal poškození zraku (viz graf 4). Bohužel, od tohoto výsledku se dále odvíjí další hodnocení dotazníku. Také nás zajímalo, zda by sestry uvítaly si osvojit nebo se zdokonalit ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou řeči, zraku a sluchu. 64 % dotazovaných respondentů by možnost uvítalo, 26 % sester neví, zda o další vzdělání v komunikaci se znevýhodněnými stojí a 10 % sester zájem nemá (viz graf 5).

Dále jsme se v šetření věnovali jednotlivým specifikám v komunikaci s pacienty s poruchami řeči, zraku a sluchu. Dotazovali jsme se sester, jak se často podle nich setkávají na svém oddělení s pacientem s poruchou zraku. Výsledky jsou překvapivé. Přestože dnes nosí brýle téměř každý druhý člověk, sestry si zřejmě zcela neuvědomují, co je porucha zraku. Michalík ve své knize hovoří o klasifikaci zrakového postižení: *„řekneme-li „zrakově postižený“, obvykle nám mezi prvními představami naskočí nevidomý člověk. Přesto, že nevidomých lidí je mezi lidmi se zrakovým postižením absolutní menšina, slepota je zkrátka „úderný“ fenomén. Daleko nejvyšší počet však představují lidé slabozrací, kteří se rovněž v nemalé míře potýkají s důsledky zrakového postižení a mnohdy se setkávají s neporozuměním či podceňováním svých potřeb ze strany vidících, neboť „přece vidí““* (Michalík, s. 275, 2011). Sestry na dotaz o setkání s pacientem s poruchou zraku odpovídaly takto: variantu ne označilo 4 % respondentů, 8 % sester se s tímto pacientem setkává zcela výjimečně nebo 1-5x do půl roku. 42 %

sester se setkává s pacientem s poruchou zraku 1-5x do měsíce. 26 % sester si vybralo variantu setkání 1-5x týdně a denně se setkává s tímto pacientem 20 % sester (viz graf 6). Dotazovali jsme se sester, zda vnímají komunikaci s pacientem s poruchou zraku jako ztížení práce. 81 % dotazovaných sester si myslí, že ovládá techniku správné komunikace a proto komunikaci s pacientem s poruchou zraku nevnímá jako ztížení práce. Pouze 7 % sester přiznalo, že je komunikace stresuje a 12 % respondentů neví (viz graf 7). Ale hned v zápětí pouze 5 sester řeklo, že opravdu žádnou komplikaci při komunikaci s pacientem s poruchou zraku nevnímají. Naopak 54 respondentů vidí problém ve složitosti popisování veškerých činností a největší problém se téměř všem dotazovaným sestřím zdá potřeba více času na tohoto pacienta (viz graf 8). Pokusili jsme se zjistit, zda sestry opravdu techniku komunikace s pacientem s poruchou zraku ovládají konkrétními otázkami. Je znepokojivé, že pouze polovina sester si uvědomila, že musí dát důraz při hovoru na barvu a tón hlasu. Dokonce 37 % sester považuje za důležitější gestiku a mimiku i přes to že pacient má poškozený zrak a 12 % sester si není jisto odpovědí (viz graf 10). Naopak velmi kladně vyšlo zjištění, že většina sester (93 %) by správně navázala kontakt s nevidomým pacientem pomocí oslovení a poté dotyku (viz graf 11). Také dotaz o správné technice doprovodu pacienta s poruchou zraku dopadla pozitivně. Sestry si zde mohli zvolit i více jak jednu odpověď a využili toho. Nejlepší variantu vedení jak uvádějí Venglářová a Mahrová ve své knize: „*Pacient položí ruku na rameno sestry, ta jde před ním*“ si vybralo 89 sester (Venglářová, Mahrová, s. 129, 2006). Alternativní metodu, kdy sestra stojí k pacientovi čelem, drží ho za ruce a ustupuje směrem dozadu, která je vhodná například pro pacienta s náhlou ztrátou zraku, třeba i jen dočasnou, označilo 54 sester. Pouze 10 sester si vybralo špatnou techniku vedení a 13 sester vhodné vedení neví (viz graf 12). Problém nastal při otázce usazení pacienta se zrakovým postižením na židli. Sestry měly možnost si vybrat ze dvou možností a odpovědi byly téměř vyrovnané. 50% sester by pacienta usadily správně tím, že ho postaví před židli a položí mu ruku na opěradlo. Bohužel téměř druhá polovina (44 %) sester by pacienta usadila zcela nevhodně postrčením a 6 % sester správnou techniku neví (viz graf 13). Výsledky šetření jsou celkem vyrovnané. Ukazují, že větší část respondentů znalosti mají, ale přesto rozdíl



není tak velký, aby se dalo říci, že převážná část sester komunikaci se zrakově znevýhodněným zvládá bez problémů.

V další části šetření jsme rozebírali problematiku komunikace s pacientem s poruchou sluchu. Nejprve nás zajímalo, jak často se dle sester v nemocnici vyskytuje pacient s poruchou sluchu. Dnes, kdy prostředí kolem nás je stále hlučnější, přibývá mladších a mladších lidí s poškozeným sluchem. Zeptali jsme se sester, jak často mají hospitalizovaného člověka s poruchou sluchu. 13 % sester uvedlo, že se s tímto pacientem nesetkává, 11 % respondentů se setká s pacientem s poruchou sluchu zcela výjimečně, nebo 1- 5 do půl roku. 35 % sester označilo možnost setkání 1- 5 měsíčně. I toto číslo je velmi vysoké. Mezi těmito respondenty jsou i sestry pracující na neurologii, oddělení následné péče a interním oddělení, kde převážná část hospitalizovaných tvoří senioři, u kterých se zhoršený sluch objevuje často. Pouze 15% sester se s tímto pacientem setkává denně a 26 % sester si myslí, že se s člověkem s poruchou sluchu setkává 1- 5 týdně (viz graf 14). Při zjišťování, zda se sestry domnívají, že ovládají správnou techniku komunikace s pacientem s poruchou sluchu, uvedlo odpověď 57 % respondentů. 23 % sester neví, zda jim tato situace ztěžuje práci a 20 % sester přiznalo, že komplikace při komunikaci s tímto pacientem pociťuje (viz graf 15). Přestože více jak polovina sester uvádí, že nemá s komunikací problém, hned v zápětí uvedly téměř všechny sestry (98 respondentů), že potřebují více času na pacienta. Respondenti měli možnost označit více odpovědí a tak 69 respondentů vidí jako komplikaci zhoršenou spolupráci při poskytování ošetrovatelské péče a skoro stejný počet (63 sester) se obávají i nepochopení mezi sestrou a pacientem (viz graf 16). Dále jsme se zaměřili na konkrétní zásady pro komunikaci s pacientem s poruchou sluchu. Dotazovali jsme se s kým má sestra hovořit při setkání sestra- neslyšící pacient- tlumočnick. Více jak polovina sester (61 %) by správně hovořila přímo k neslyšícímu, protože tlumočnick je pouze „spojka“ mezi komunikujícími. Naopak 10 % by hovořilo jen s tlumočnickem a 26 % by hovořilo s tlumočnickem i neslyšícím (viz graf 18). To je ale jedna z nejčastějších bych, které se lze dopustit při komunikaci s neslyšícím pacientem (Pokorná, 2006). Poté sestry měly vysvětlit, jak zjistí, zda jim pacient s poruchou sluchu porozuměl. Odpověď „zeptám se ho, zda rozuměl, a vyžadují odpověď ano- ne“ si vybralo 37 % sester.

Přítom tato možnost je zcela špatně. V literatuře upozorňují právě na problém, kdy senioři raději zapřou svůj zhoršený sluch a odsouhlasí i to, čemu nerozumí (Venglářová, Mahrová, 2006). Větší část respondentů (61 %) by správně vyzvalo pacienta k zopakování informací, které mu předalo. Pouze 2 % sester označilo variantu „nevím“ (viz graf 19). Sestry měly určit vhodné zásady pro komunikaci a výsledky byly uspokojivé. 101 sester správně považuje za podstatné při hovoru s člověkem s poruchou sluchu zřetelnou artikulaci. Také jasně osvětlený obličej považuje větší část respondentů (56 sester) za vhodnou zásadu. Špatně odpovědělo 45 sester, které by se postavily zády k oknu, a tím by znemožnili pacientovi schopnost odezírat (viz graf 20).

Setkání s pacientem s poruchou řeči je pro sestru náročné. Špatné pochopení pacienta může vést k jeho poškození a ohrožuje i léčbu (Venglářová, Mahrová, 2006). Respondenti odpovídali na četnost jejich setkání s pacientem s poruchou řeči. 50 % sester uvedlo, že se s pacientem poruchou řeči neseťkává, nebo jen zcela výjimečně. 2 % sester se na svém oddělení setkává s tímto pacientem denně, 18 % uvedlo setkání 1- 5x týdně a 30 % se setkává s člověkem s poruchou řeči 1- 5x měsíčně (viz graf 21). Nejvíce se s těmito pacienty setkávají sestry na neurologii, interním oddělení a oddělení následné péče. Protože se sestry s těmito pacienty příliš neseťkávají, udává 40 % z nich, že si nejsou jisté technikou komunikace a vnímají to jako komplikaci. Pouze 33 % sester nevnímá ztížení práce a 26 % si odpovědí není jisto (viz graf 22). Hned poté pouze jeden respondent potvrdil, že nevidí v komunikaci s pacientem s poruchou řeči problém. Ostatní označili téměř všechny varianty. 96 sester potřebuje na tohoto pacienta více času, 72 sester vidí problém v nutnosti použití piktogramů a 61 sester se bojí nepochopení mezi ní a pacientem (viz graf 23). Při dotazu na sestry, jak by se vhodně tázaly těchto pacientů, nebyly výsledky zcela dobré. 40 % sester by zvolilo nevhodně otázku s otevřenou odpovědí a 7 % sester odpovědělo, že neví. Pouze polovina (53 %) respondentů by se ptalo díky otázkám s možností ano- ne (viz graf 27). Jako chyby při komunikaci s pacientem s poruchou řeči sestry označily spěch na pacienta (98 sester), rušivé elementy v okolí (72 respondentů), přílišná apelace na jeho snahu (51 sester). 3 respondenti si chybně myslí, že není vhodné ignorovat nevhodné chování pacienta, jako jsou například různá gesta a 1 sestra by nepoužívala kratší věty (viz graf 26). I při

otázce na sestry jaké znají pomůcky pro usnadnění komunikace mezi nimi a pacientem s poruchou řeči došlo k pár chybným označením. 5 sester by při komunikaci s člověkem s porušenou schopností řeči použilo znakovou řeč a 2 sestry si myslí, že tito lidé ovládají Braillovo písmo. Převážná část sester ale odpověděla správně, že dobré je využití psacích potřeb (99 respondentů) a 82 sestry by využilo jako pomoc obrázků a tabulek (viz graf 25). Zároveň ale několik sester uvedlo, že nic takového k dispozici na svém oddělení nemají.

Z výsledků celého výzkumu vychází, že mezi sestrami není znalost problematiky komunikace s pacienty s poruchou řeči, zraku a sluchu na tak dobré úrovni, jaké by si tito pacienti zasloužili. Myslím, že větší průprava sester již při studiu by se odrazila při komunikaci se znevýhodněnými pacienty tak, aby plnění ošetrovatelské péče bylo opravdu na profesionální úrovni.

## 7 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou připravenosti sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu. Cílem práce bylo zmapovat připravenost sester v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu. K dosažení cílů byly stanoveny 3 výzkumné otázky, ke každé problematice znevýhodnění zvlášť. Otázky zněly: „Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou řeči? Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou zraku? Jak jsou sestry připravené v oblasti komunikace s pacientem s poruchou sluchu?“. K zodpovězení otázek bylo provedeno výzkumné šetření pomocí dotazníků pro sestry ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Celkem bylo pro šetření zpracováno 102 dotazníků.

Na otázku o komunikaci s pacientem s poruchou řeči sestry odpověděly takto: Sestry uvedly, že se s tímto pacientem setkávají velmi výjimečně a komunikaci s ním pociťují jako ztížení práce, obávají se nepochopení a nutnosti potřeby více času. I přesto se sestry orientovaly v zásadách komunikace, poznaly nevhodné chování. Problém nastal při dotazu na zpětnou vazbu s pacientem. Skoro polovina respondentů neví, jak zjistit zda jim pacient porozuměl.

Při komunikaci s pacientem s poruchou zraku si jsou sestry jisty svými znalostmi a uvádějí, že většina z nich nevnímá setkání tímto pacientem jako komplikaci. Přesto bohužel jejich odpovědi odhalily, že správné vedení nevidomého, jeho usazení na židli, nebo jen způsob navázání prvního kontaktu je problém. Odpovědi sester se velmi rozcházely, téměř polovina sester by zvolila špatnou techniku.

Setkání s pacientem s poruchou sluchu v sestřích vyvolává obavy z nepochopení, nutnosti více času na tohoto pacienta a možnost jeho zhoršené spolupráce. Při dotazu na zásady komunikace se sluchově znevýhodněným se odpovědi sester rozcházely. Polovina sester by se například postavila nevhodně zády k oknu a komunikovaly by s doprovodem tohoto pacienta, což je zcela nemístné.

Díky dosaženým výsledkům došlo k splnění cílů o zmapování dané problematiky. Pomocí výzkumných otázek se odhalil problém rozcházejících se znalostí v oblasti komunikace sester s pacienty s poruchou řeči, zraku a sluchu. Také bylo zjištěno, že

sestry projevily zájem o zlepšení jejich znalostí v komunikaci se znevýhodněnými jedinci. Tato práce může být využita pro studenty zdravotně sociální fakulty v předmětu komunikace nebo jako edukační materiál pro všeobecné sestry pečující o pacienty s poruchou řeči, zraku, sluchu.

## 8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 9788024713144.

GULÁŠOVÁ, Ivica. Prostředky neverbální komunikace. *Prostředky neverbální komunikace*. 2012, roč. 22, č. 5, s. 26-27. ISSN 1210-0404.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Praktická komunikace pro každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 111 s. ISBN 9788024724799.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2008, 134 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-3674-779.

JANOUSEK, Jaromír. *Verbální komunikace a lidská psychika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 169 s. ISBN 9788024715940.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 162 s., 8, 8 s. obr. příl. ISBN 9788024732701.

Klasifikace zrakového postižení dle WHO. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: klasifikace zrakového postižení dle WHO* [online]. 2002 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti; logopedická prevence; logopedická intervence v ČR; příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 224 s. ISBN 8024711109.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-736-7181-6.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 386 s. ISBN 8071789615.

LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s. ISBN 9788024717845.

LORM. *Fotogalerie: kompenzační pomůcky* [online]. 2007 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/img/fotogalerie/kompenzacni-pomucky/elektronicka-zvetsovaci-lupa.jpg>

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. Psyché (Grada). ISBN 978-807-3678-593.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

PATOČKA, Josef. *Jaké jsou představy nevidomých od narození?* [online]. 2010 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://vecivazne.blogspot.cz/2010/06/jake-jsou-predstavy-nevidomych-n.html>

PLEVOVÁ, Iлона. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 9788024735580.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 8070134402.

Pomůcky Moniky Malatové. LOUŠOVÁ, Veronika. *Czechdesign* [online]. 2008 [cit. 2013-08-08].

Dostupné z: <http://www.czechdesign.cz/foto.php?status=obr&c=1726&o=10951>

Práva pacientů ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 1992, 2005 [cit. 2013-06-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 9788024717333.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 9788073676919.

ŠENKOVÁ, Silva. *Latinsko-český, česko-latinský slovník*. 3. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002, 262 s. ISBN 80-718-2143-8.

ŠKUBALOVÁ, J. *Umíš prstovou abecedu?* [online]. 2011 [cit. 2013-08-08]. Dostupné z: <http://zsujezd.blog.cz/1102/umis-prstovou-abecedu>

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009, 135 s. ISBN 9788072625994.



VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 8024712628.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 319 s. ISBN 978-807-3673-871.

VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 176 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2510-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 9788024720685.

## **9 KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikace

Ošetřovatelství

Porucha zraku

Porucha sluchu

Porucha řeči

## **10 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1: Ukázka piktogramu pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou řeči

Příloha 2: Elektronická zvětšovací lupa

Příloha 3: Braillovo písmo

Příloha 4: Prstová abeceda

Příloha 5: Dotazník pro výzkumné šetření

*Příloha 1: ukázka piktogramu pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou řeči*



**ČIŠTĚNÍ ZUBŮ**

**Příloha č. 2: Elektronická zvětšovací lupa**



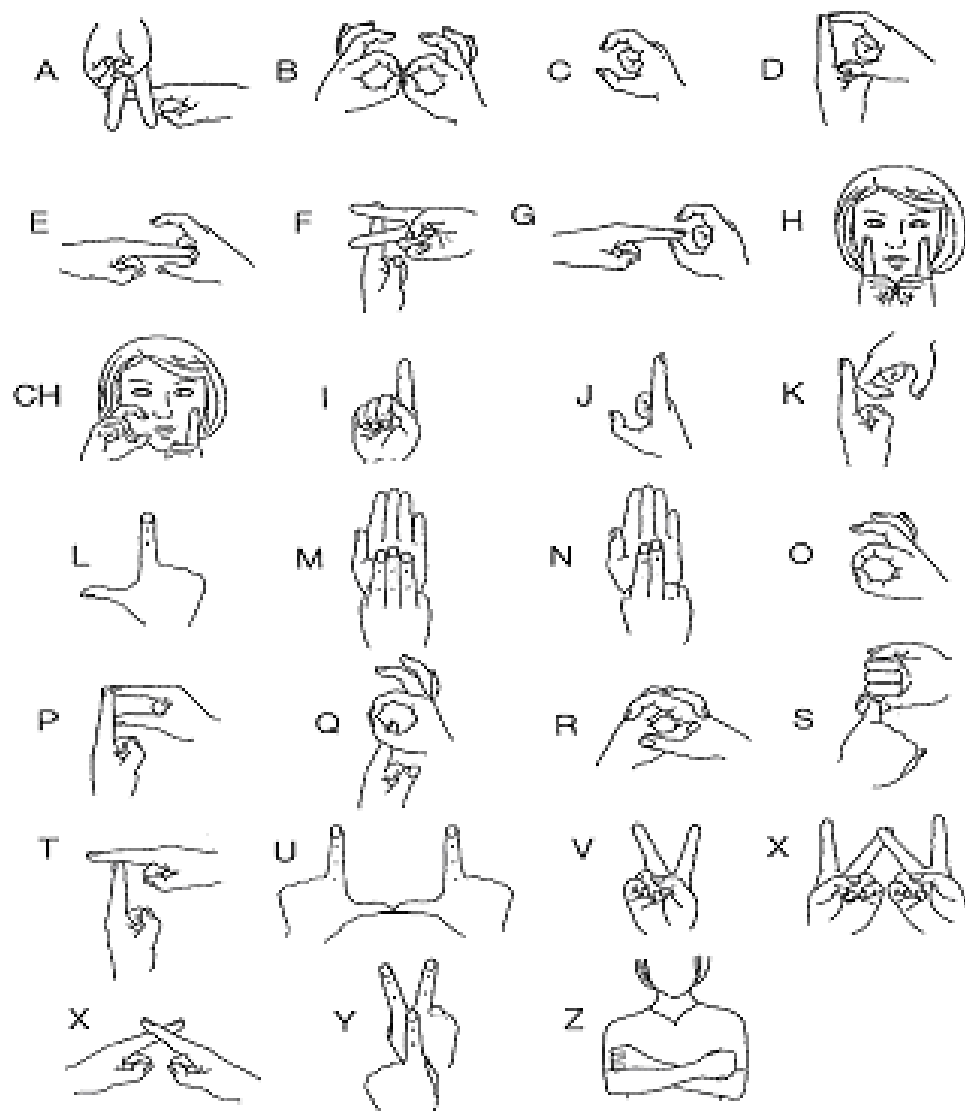
Příloha č. 3: *Braillova abeceda*

## Braillova abeceda

v současnosti používaná

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
U	V	X	Y	Z	Ý		W	Ž	Ů
Á	Ě	Č	Ď	Š	Ň	/	Ť	Ó	Ř
í	é	ú	,	-	'	VELKÉ PÍSMENO	MALÉ PÍSMENO	ČÍSELNÝ ZNAK	ŘETĚZEC VELKÝCH PÍSMEN

Příloha č. 2: prstová abeceda



## **Příloha 5: Dotazník pro výzkumné šetření**

Vážená kolegyně, kolego,

jmenuji se Kateřina Poklopová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma Přípravenost sester na komunikaci s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu a chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní. Velice mi tím pomůžete při vytváření mojí práce.

Na otázky odpovídejte zakroužkováním odpovědí nebo slovně. Můžete i zvolit více odpovědí.

**Předem děkuji za Vaši spolupráci.**

### **1) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské – zdravotnický asistent
- b) Středoškolské- všeobecná sestra
- c) Vyšší odborné – Dis.
- d) Vysokoškolské – Bc.
- e) Vysokoškolské – Mgr.
- f) jiné, prosím uveďte:.....

### **2) Jaká je délka Vaší praxe?**

- a) Méně jak 5 let
- b) 6- 10 let
- c) 11 - 15 let
- d) Více jak 16 let

### **3) Na jakém oddělení pracujete?**

- a) Interní oddělení
- b) Chirurgické oddělení



- c) JIP, ARO
- d) Jiné, prosím uveďte:.....

**4) Měla jste možnost se v rámci celoživotního vzdělávání zúčastnit semináře, školení o komunikaci s pacientem s poruchou zraku, sluchu nebo řeči?**

- a) Ano, měla jsem možnost se zúčastnit a využila jsem toho
- b) Ano, měla jsem možnost se zúčastnit, ale nevyžila jsem toho
  - Pokud ano, prosím uveďte, jakého tématu by se seminář týkal:.....
- c) Ne, neměla jsem možnost se zúčastnit

**5) Uvítala byste možnost osvojit si nebo zdokonalit se ve správné technice komunikace s pacientem s poruchou zraku, sluchu nebo řeči?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
  - Pokud ano, prosím uveďte, jakého tématu by se kurz měl týkat:.....
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

**6) Setkáváte se na Vašem oddělení v rámci ošetřovatelství s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ne
- b) Ano – denně
- c) Ano – 1-5x týdně
- d) Ano – 1- 5x měsíčně
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**7) Vnímáte komunikaci s pacientem s poruchou zraku jako komplikaci, ztížení práce?**

- a) Ano, neovládám techniku komunikace se zrakově postiženým pacientem
- b) Ne, ovládám správnou techniku komunikace se zrakově postiženým pacientem
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**8) Jaké komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou zraku v rámci ošetrovatelské péče pozorujete? (možnost více odpovědí)**

- a) žádné
- b) Složitost popisování činností prováděných u tohoto pacienta
- c) Nutnost doprovázet pacienta na vyšetření
- d) Potřeba více času na pacienta
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**9) Uvítala byste pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou zraku?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
  - Prosím uveďte jaké:.....
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) ne

**10) Na co kladete důraz při komunikaci se zrakově znevýhodněným pacientem? (možnost více odpovědí)**

- a) Gestiku, mimiku

- b) Barvu a tón hlasu
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) nevím

**11) Jak navážete první kontakt s nevidomým člověkem?**

- a) Oslovením a dotykem
- b) Pouze dotykem
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**12) Jak doprovázíte pacienta s poruchou zraku po zdravotnickém zařízení?**

**(možnost více odpovědí)**

- a) Při doprovázení pacienta ho držím za ruku a táhnu za sebou
- b) Při doprovázení pacienta stojím k němu čelem, držím ho za ruce a ustupuji směrem dozadu
- c) Při doprovázení pacienta ho držím zezadu za paže a tlačím ho před sebou
- d) Při doprovázení pacienta jdu krok před ním, on se mě drží za rameno nebo paži
- e) Jiné, prosím uveďte:.....
- f) nevím

**13) Jak usadíte pacienta se zrakovým postižením na židli?**

- a) Postavím pacienta před židli a jemným postrčením ho na ni usadím
- b) Postavím pacienta před židli a ruku mu položím na opěradlo
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) nevím

**14) Setkáváte se na Vašem oddělení v rámci ošetřovatelství s pacientem s poruchou sluchu?**

- a) Ne

- b) Ano - denně
- c) Ano – 1-5x týdně
- d) Ano – 1-5x měsíčně
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**15) Vnímáte komunikaci s pacientem s poruchou sluchu jako komplikaci, ztížení práce?**

- a) Ano, neovládám techniku komunikace se sluchově postiženým pacientem
- b) Ne, ovládám správnou techniku komunikace se sluchově postiženým pacientem
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**16) Jaké komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu v rámci ošetrovatelské péče pozorujete? (možnost více odpovědí)**

- a) Žádné
- b) Nepochopení mezi sestrou a pacientem
- c) Zhoršená spolupráce při poskytování ošetrovatelské péče
- d) Potřeba více času na pacienta
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**17) Uvítala byste pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou sluchu?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
  - Pokud ano, prosím uveďte jaké:.....
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

**18) S kým hovoříte, pokud pacienta s poruchou sluchu doprovází tlumočnick?**

- a) S tlumočnickem
- b) S pacientem
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**19) Jak zjistíte, zda Vám pacient vše rozuměl?**

- a) Zeptám se ho, zda rozuměl, a vyžaduji odpověď ano- ne
- b) Vyzvu ho k zopakování informací, které jsem mu předala
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**20) Jaké jsou zásady při komunikaci s pacientem s poruchou sluchu? (možnost více odpovědí)**

- a) Stojím zády k oknu
- b) Zřetelně artikuluji
- c) Při hovoru stojím zády k pacientovi
- d) Mám jasně osvětlený obličej
- e) Jiné, prosím uveďte:.....
- f) Nevím

**21) Setkáváte se na Vašem oddělení v rámci ošetřovatelství s pacientem s poruchou řeči?**

- a) Ne
- b) Ano, denně
- c) Ano, 1-5x týdně
- d) Ano, 1-5x měsíčně
- e) Jiné, prosím uveďte:.....

**22) Vnímáte komunikaci s pacientem s poruchou řeči jako komplikaci, ztížení práce?**

- a) Ano, neovládám techniku komunikace s pacientem s poruchou řeči
- b) Ne, ovládám správnou techniku komunikace s pacientem s poruchou řeči
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) Nevím

**Jaké komplikace při komunikaci s pacientem s poruchou řeči v rámci ošetrovatelské péče pozorujete? (možnost více odpovědí)**

- a) Žádné
- b) Nutnost používání piktogramů- názorné obrázky
- c) Potřeba více času na pacienta
- d) Neporozumění mezi sestrou a pacientem
- e) Jiné, prosím uveďte:.....
- f) Neví

**23) Uvítala byste pomůcky pro usnadnění komunikace s pacientem s poruchou řeči?**

- a) Ano
- b) Spíše ano  
- prosím uveďte jaké:.....
- c) Nevím
- d) Spíše ne
- e) Ne

**24) Jaké znáte pomůcky pro usnadnění komunikace mezi Vámi a pacientem s poruchou řeči? (možnost více odpovědí)**

- a) Znaková řeč
- b) Obrázky, tabulky s abecedou
- c) Psací potřeby, blok

- d) Braillovo písmo
- e) Jiné, prosím uveďte:.....
- f) Nevím

**25) Jaké chyby se může sestra dopustit při komunikaci s pacientem s poruchou řeči?( možnost více odpovědí)**

- a) Používá jednodušší věty
- b) Neodstraní rušivé podněty z okolí
- c) Spěchá na pacienta
- d) Apeluje na jeho snahu
- e) Ignoruje jeho nevhodné chování
- f) Jiné, prosím doplňte:.....
- g) Nevím

**26) Jaké jsou vhodné otázky pro komunikaci s pacientem s poruchou řeči?**

- a) Otázky pro otevřenou odpověď
- b) Otázky pro odpověď ano, ne
- c) Jiné, prosím uveďte:.....
- d) nevím

Zde je prostor pro Vaše postřehy, připomínky a nápady týkající se problematiky komunikace s pacientem s poruchou řeči, zraku, sluchu:

.....

.....

.....

