

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Problémy komunikace sester u hospitalizovaných handicapovaných
pacientů**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Bc. Alena Polanová

Autor:

Jana Titlbachová DiS

2009

Communication problems between nurses and hospitalized handicapped patients

Social contact is a necessary part of health care profession, and the ability to communicate well belongs to the most important skills of every medical staff. Successful treatment and overall cooperation is a result of mutual relationship and communication between the involved parties. However, professional communication of a nurse is a very demanding subject. There are numerous barriers and issues that prevent efficient communication. This bachelor's thesis is aimed at the topic of communication of nurses and patients disadvantaged due to some handicap.

3 objectives were established for the paper. The first was to find out whether nurses have communication skills in relation to the handicapped patients. Further we were interested in whether the nurses were ready for communication with the handicapped patients through educational program in school, and the third objective was to find the most frequent problems in the identification of psycho-social needs of those patients. Hypotheses were formulated for the objectives H1: Nurses have communication skills in relation to the handicapped patients, H2: Nurses are sufficiently prepared for the communication with the handicapped patients through educational program in school, H3: Nurses emphasize time constraints as the problem of identification of psycho-social needs of the handicapped patients, and H4: The handicapped patients mention lack of privacy as the problem when talking with the nurse. The hypotheses H1 and H3 were confirmed, while H2 and H4 were not. Quantitative research was chosen for the preparation of research part of this bachelor's thesis, and query method was used. As interpersonal contact and relation play major role in the communication, it can't be evaluated only in one direction and two groups of respondents represented the sample file. The first group consisted of nurses in ward blocks of five hospitals, and the second of hospitalized handicapped patients.

This thesis could serve as an educational material for medical staff. It is necessary to continuously learn and deal with this issue with the goal to improve the quality of the provided medical care for the hospitalized handicapped patients so that it corresponds to their actual needs. The results of the research could be an inspiration in the field of education of medical staff.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problémy komunikace sester u hospitalizovaných handicapovaných pacientů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

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

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce paní Bc. Aleně Polanové za její odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji všem, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části této bakalářské práce a hlavně své rodině a přátelům za jejich podporu.

OBSAH

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Stručná charakteristika ošetrovatelství	4
1.1.1 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu	4
1.1.2 Vztah sestra-pacient	5
1.2 Komunikace v ošetrovatelství	6
1.2.1 Pojem komunikace	6
1.2.2 Struktura sociální komunikace	7
1.2.3 Způsoby vyjadřování	8
1.2.3.1 Neverbální komunikace	8
1.2.3.2 Verbální komunikace	11
1.2.4 Oblasti komunikace sestry	12
1.2.5 Efektivní komunikace	13
1.2.6 Komunikační bariéry	14
1.3 Handicap	15
1.3.1 Vztah společnosti k postiženým	16
1.3.2 Definice dle WHO	18
1.3.3 Rozdělení postižení	18
1.3.4 Hospitalizace pacienta s handicapem	19
1.3.4.1 Pacienti s poruchami sluchu	21
1.3.4.2 Pacienti s poruchami zraku	23
1.3.4.3 Pacienti s poruchami řeči	25
1.3.4.4 Pacienti s tělesným postižením	26
1.3.4.5 Pacienti s mentálním postižením	28
1.3.5 Péče o pacienta s handicapem	29
2. Cíle práce a hypotézy	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotézy	31

3. Metodika	32
3.1 Použité metody	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4. Výsledky	34
5. Diskuse	66
6. Závěr	76
7. Seznam použitých zdrojů	78
8. Klíčová slova	82
9. Přílohy	83

Úvod

Komunikace je v životě člověka velmi důležitá, je základem sociální interakce. Komunikace pro nás znamená vzájemnou výměnu informací, slouží k vytváření a udržování lidských vztahů. Nazvala bych ji určitým druhem umění. Mít dobré komunikační dovednosti je pro dnešní život velmi důležité. Dá se říci, že je to například v pracovním nebo v osobním životě polovina úspěchu, ne-li víc.

Umění vést rozhovor, volit správná slova, projevit dostatek empatie, patří mezi dovednosti, které by měl mít každý zdravotník. Pacienti v českém zdravotnictví ale často postrádají zájem a trpělivost ze strany lékařů a sester, nemají odpovídající a srozumitelné informace, stěžují si na „nedostatek času“, který je jim věnován. Problémy v komunikaci se ještě prohlubují, je-li pacient handicapovaný. Zdravotníci se spíš obrací na jeho doprovod než na pacienta samotného.

Handicap označuje znevýhodnění jedince, omezuje ho v některé oblasti nebo zabraňuje vést všední život bez pomoci okolí. Stárí s sebou přináší nemoci a nemoci způsobují různé handicap. Termín handicapovaný se ale týká pacientů všech věkových kategorií, nejen stárí. Pacienti s handicapem i bez něj od zdravotníků potřebují cítit, že vnímají jejich problém. Nejednáme pouze s jejich tělem, ale i s jejich duší. Handicapovaní od nás nepožadují soucit ani charity, chtějí pouze život bez bariér, jak fyzických tak psychických.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila právě pro viditelné nedostatky v komunikaci s handicapovanými v různých zdravotnických zařízeních. Já sama bych si chtěla osvojit prvky správné komunikace, prohloubit si teoretické znalosti v této oblasti.

1. Současný stav

V životě nás potkávají různé události, některé příjemné, jiné méně, mnohé nepředvídatelné... Každý z nás může kdykoli onemocnět, zranit se nebo být účastníkem nehody a tudíž se stát pacientem, mnohé se pak v jeho životě změni. Přijetí role nemocného, být odkázán na ošetrovatelskou péči, pomoc druhých, je pro někoho nezapomenutelná zkušenost, pro jiného doživotní záležitost (35).

1.1 Stručná charakteristika ošetrovatelství

Podpora zdraví, prevence nemoci, péče o nemocné a umírající jsou odvěké lidské problémy a zájmy. Ti, kteří takovou podporu potřebují, ji obvykle naleznou ve svém nejbližším okolí. Je-li potřeba odborné péče, hrají důležitou roli kvalifikovaní pracovníci – lékaři, sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti. Pacient je tradiční označení osoby přijímající zdravotnickou péči. Další označení je klient nebo konzument. Ošetrovatelství jako takové je neustále se vyvíjející obor, zahrnuje vzájemné vztahy mnohých lidí, kteří se podílejí na uspokojování aktuálních a potenciálních potřeb pacienta (23, 10).

1.1.1 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Charakteristické pro moderní ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu, což je jednak myšlenkový algoritmus sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systém kroků a postupů při ošetrování nemocného (25).

Dnes se klade důraz na celou osobnost. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota, kdy porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popřípadě celého systému. A pojem zdraví také zahrnuje celou bytost a všechny stránky jejího životního stylu – tělesnou zdatnost, prevenci negativních tělesných a emocionálních stavů, zvládání stresu, reakce na prostředí, sebepojetí a duchovno. Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho nebo naopak

nadbytku něčeho. Je tím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem a ty se také v průběhu života jedince mění z hlediska kvantity i kvality. V psychologii se obvykle objevuje třídění potřeb na biogenní, fyziologické, psychogenní, sociogenní, psychologické. Toto rozdělení odpovídá holistickému (celostnímu) přístupu k člověku. K roli pacienta patří jeho podřízenost a tradičně trpná pasivita, ta je již v novější době odmítána jako něco nežádoucího, pacient má být aktivní a spolupracovat při léčbě i uspokojování svých potřeb (10, 16, 25, 35).

Analýzou všech údajů o pacientovi dospějeme k poznání jeho reálných potřeb, které jsou vlastně podkladem sesterských diagnóz. Pro ošetrovatelskou praxi byl vytvořen zevrubný a široce uplatnitelný diagnostický systém. NANDA – International (North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku) vyvinula mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, kdy jednotlivé ošetrovatelské problémy označujeme standardními názvy ošetrovatelských diagnóz s číselným kódem (15).

1.1.2 Vztah sestra-pacient

Nevyhnutelným předpokladem ošetrovatelství je vysoká odbornost, která si vyžaduje osobité znalosti podpořené speciální zručností a kompetencemi, autonomní řízení a formulování etického kodexu. Pro poskytování dobré ošetrovatelské péče je velmi důležitý vztah sestry a pacienta. Ve všech profesích, kde se setkáváme s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností, tedy i ve zdravotnictví. Účinná komunikace je základním prvkem, formuje vztahy mezi sestrami a pacienty, interpersonální vztahy na pracovišti a jinde v životě. Sestry, které efektivně komunikují, jsou úspěšnými iniciátorkami změny zaměřené na upevňování zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientem a předchází právním problémům spojeným s ošetrovatelskou praxí. Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka a sociální kontakt je nezbytnou součástí zdravotnické profese,

ať již jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetřovatele či sanitáře. Kvalitní ošetřovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a nemocným (10, 31, 26).

1.2 Komunikace v ošetřovatelství

1.2.1 Pojem komunikace

Komunikace je zjednodušeně chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, což znamená dělat něco společným, radit se, rokovat, hovořit. Jak uvádí Kristová ve své knize *Komunikácia v ošetrovatel'stve* (12), jeden z nejobsáhlejších latinských slovníků *Thesaurus linguae latinae* definuje toto slovo jako *participare* neboli zúčastňovat se s někým na něčem, podílet se. Tento slovník také doslova uvádí *communicare est multum dare* – komunikovat znamená mnoho dávat. Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástroj, kterým se interakce uskutečňují, je komunikace. Ta znamená prakticky základ všech vztahů mezi lidmi. Jde o složitý proces sdělování, sdílení, přenosu a výměny významů a hodnot zahrnující nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou formy chování, pocity, zkušenosti, zboží a jiné. Komunikací rozumějme nejen to, co říkáme, ale také jak, komu a proč to sdělujeme. Naším prostředkem může být jak mluvená, tak psaná řeč, prvky neverbální komunikace nebo různé náhradní komunikační systémy (21, 12, 31, 13).

Cílem komunikace je účinně, co nejefektivněji, něco sdělit, zjistit, pobavit, přesvědčit, odradit... Lidská komunikace je závislá na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech, na prostředí, národní kultuře a mnoha dalších faktorech. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Existují názory, že někdo je touto schopností nadán, jiný nikoliv. Komunikace je ale dovednost, kterou je možné rozvíjet kdykoliv v životě, pokud ovšem chceme (13, 31, 11).

1.2.2 Struktura sociální komunikace

Sociální komunikace je proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. Jsou zde zastoupené jednotlivé složky, které se vzájemně prolínají. Účastníky tohoto procesu jsou komunikátor a komunikant. Komunikátor neboli mluvčí je člověk, který informace, zprávy vysílá jiné osobě, osobám nebo sociální skupině. Komunikantem, příjemcem zpráv je člověk, kterému jsou informace určeny. Ten informace přijímá a následně je dekoduje. V běžném hovoru se obě role rychle střídají. Pojem komuniké představuje obsah zprávy – názory, myšlenky, potřeby, postoje, problémy a emoce. Cesta a způsob, jakým informace probíhá, se nazývá komunikační kanál. Ten označuje jakýsi prostor, v němž dochází ke komunikačním aktům. Mohou to být nejrůznější místa i místnosti, zhruba jde o vzdálenost mezi vysílačem a přijímačem. Týká se ale také druhu přenosu (například jazykem, hlasem, písemně, prostřednictvím médií). Kanál nebývá obvykle čistý, naopak bývá plný šumů. Komunikačním šumem je nazýváno vše, co brání správné komunikaci. Patří sem mechanické a fyzikální vlivy jako hluk, nepříjemná teplota, špatné osvětlení, vítr, ale i psychické vlivy jako vztah k mluvčímu, emoční vztahy, únava, spěch, inteligenční úroveň a dále vlivy fyzické, kam můžeme zařadit nedoslýchavost, nevidomost, bolest a jiné. Nositelem nebo původcem šumu, může být stejně tak prostředí, jako i samotní účastníci komunikace, dokonce i téma, o němž se mluví. Je na mluvčích, aby dokázali odstranit všechny rušivé elementy. V komunikačním systému má nezastupitelné místo zpětná vazba, která umožňuje smysluplnou komunikaci. Dává nám informace o tom, jaký dojem vyvoláváme u jiných nebo jak porozuměli našemu výkladu nebo jak přijali určitou zprávu. I mlčení je v tomto případě odpovědí, která se vrací do našeho vědomí nebo zapisuje do podvědomí (12, 13).

Na všech výše uvedených úrovních komunikačního řetězce pak může docházet k poruše, poškození, nedokonalosti (k nesprávné interpretaci, nepochopení, komunikačním bariérám). Sociální komunikace probíhá v kontextu – v určitém prostředí, čase, situaci... Význam řečeného se tedy může měnit vzhledem ke všem těmto proměnným (21, 12).

1.2.3 Způsoby vyjadřování

V rámci sociální interakce se využívají následující druhy komunikace: verbální, neverbální, paralingvistická. Všechny se projevují současně, ale nemají rovnocenné zastoupení. Všeobecně se uvádí, že neverbální komunikace svým významem převažuje, protože lépe zprostředkuje momentální emoce než verbální. Často bývá citován závěr výzkumu amerického vědce Alberta Mehrabiana, v němž se říká, že sympatii a antipatii lze v druhých lidech vzbudit ze 7% věcným obsahem slov, z 38% vokálním chováním, tedy melodií a rytmem řeči a z 55% faciálním chováním, to znamená výrazem obličeje (12, 36).

1.2.3.1 Neverbální komunikace

Nejjednodušeji definována jako řeč těla, která se uskutečňuje prostřednictvím mimoslovních prostředků. Je vývojově (fylogeneticky) starší, existovala dávno před samotnou řečí. Patří k ní všechny projevy, jež vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, které doprovází naši řeč. Neverbální projevy nám tedy slouží k podpoře obsahu toho, co chceme vyjádřit řečí, ale také jimi můžeme slova zcela nahradit. Dále jejich pomocí lépe vyjadřujeme emoce, nálady, aktuální prožívání a své interpersonální postoje, slouží nám k sebe prezentaci. Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev, je totiž více záležitostí instinktu. Tolik si ji neuvědomujeme, tudíž nekontrolujeme. Mezi neverbální výrazové prostředky patří vizika, mimika, kinetika, gestika, haptika, chronemika, proxemika, posturologie, teritorialita, paralingvistika a jiné znaky. Tyto projevy jsou společný světový jazyk, ale také se mohou v mnohém lišit, jak z pohledu různých kultur, tak i individuality osobnosti (31, 12, 21).

Vizika je řeč očí. Oči jsou nejcitlivější receptor, přijímač informací. Zrakem vnímáme až 87 % všech informací. Při pohledech se rozlišují funkce poznávací, regulační, organizující nebo vyjadřovací. Také za nás dokáží hovořit již od prvního střetnutí, vyjadřují náš zájem. Oči mluví například zaměřením pohledu, dobou výdrže pohledu, četností, sledem, různými pohyby, tvarem obočí, mrkáním nebo vráskami u kořene nosu (12, 21).

Mimikou rozumíme výraz obličeje, jde o pohyby tváře, především úst, očí, nosu. Lidský obličej umí vyjádřit kulturně tradovaná gesta, instrumentální pohyby (při kýchnutí, zívání), ale především stovky emocí jako štěstí, neštěstí, strach, smutek, spokojenost, nezáměr a další (31, 21).

Kinetika je široká oblast zahrnující veškeré pohyby těla a jeho částí. Analyzuje dynamiku a rytmiku všech pohybů, všímá si různých stereotypů či dokáže odhalit zdravotní stav pacienta. Rozsah pohybů přímo souvisí s emocionálním prožíváním situace. Kinetika se soustředí na činnost jednoho člověka i na souhru dvou či více lidí (31, 12).

Součástí kinetiky je gestika, která se zabývá záměrnými pohyby horních končetin, ale i hlavy, někdy i nohou. Tyto pohyby a symboly mohou samostatně naznačovat, zastupovat, podporovat nebo zvýrazňovat naše slova a jednání. Používání gest může být jak vědomé tak nevědomé, někdy bývá gesto pravým opakem toho, co je vyřčeno. Nutno zdůraznit specifiku jednotlivých gest pro různé kultury (12, 21).

Haptika je dorozumívání dotečky a podáváním rukou, kterými se v naší kultuře zdravíme. Stisk ruky patří k prvnímu kontaktu, seznámení s pacientem, dává nám informace o povaze člověka i o zdravotním stavu. Dotyk je zprostředkovaný tlakem na kůži, působením tepla, chladu, vibrací i bolesti a význam doteku spočívá v jeho charakteristice. V komunikaci mají své nezastupitelné místo objetí, pohlazení, letmé dotyky končetin a úst, postrčení, píchnutí i jiné agresivní prvky. Smysl taktilní komunikace by měl být znám všem zdravotnickým pracovníkům, přátelský dotek totiž snižuje psychické napětí. Nemá-li člověk možnost dotýkat se druhého, dochází k takzvané taktilní deprivaci (21, 31, 12, 34).

Způsob vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem nazýváme chronemikou. Jde o to, jak člověk komunikuje v časových souvislostech. Velmi důležité je naučit se efektivně využívat času jako spojence. Dochvilnost, trpělivost, rovnoměrné rozložení času pro vyjádření postojů a názorů zainteresovaných stran, denní plán a hlavně určení priorit jsou prvky efektivní komunikace. Čas značně ovlivňuje neverbální komunikaci, haptiku, gestiku, posturologii a jiné (21).

Nositelem neverbální informace je i vzdálenost, na kterou spolu lidé mluví, je to proxemika neboli sdělování přiblížením se či oddálením. Vzdálenost vypovídá o jistém vztahu, který k sobě lidé mají, hodnotí se na úrovni horizontální a vertikální. Proxemika určuje čtyři horizontální vzdálenosti mezi komunikujícími. Intimní zóna, jejíž hranice je do 30 cm, je shodná s tělesným hmatovým dotekem. Sem patří rodinní příslušníci, blízké osoby. Pokud je tato zóna narušena člověkem, který do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity. Zdravotní sestry často narušují tuto zónu u svých pacientů, vždy by to mělo být na profesionální úrovni a se souhlasem nemocného. Prostor od 30 do 120 cm definuje naši osobní zónu, kterou se snažíme udržet též nenarušenou vniknutím druhé osoby. Je zde možnost fyzického dosahu, sledování mimiky očí a vnímání pachu toho, s kým hovoříme. Tam, kde končí zóna osobní, začíná zóna společenská, sahá do 360 cm a umožňuje sledovat celou postavu partnera. A další je veřejná zóna vymezující vzdálenost od 360 cm do 7,6 m popřípadě dále. Problematika vertikální vzdálenosti představuje výškovou úroveň. Vyjadřuje, kdo z komunikujících má výše očí a ten pak mívá dominantní postavení. Sestra v přístupu k pacientovi využívá rozličné proxemické zóny v závislosti na situaci a ošetrovatelské péči (13, 21, 31).

Teritorialita značí velikost prostoru, který si člověk okolo sebe vytváří a kam pustí jen toho, koho chce (21).

Posturologie čili řeč našich fyzických postojů. Tělesný postoj, držení těla, napětí či uvolnění nám naznačují psychický stav druhého člověka. Poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem děje. Existují tyto základní polohy – stoj, sed, dřep a leh, důležitý je moment jejich stálosti. Sladění poloh, tedy vzájemná rovnocenná poloha, je prostor pro spolupráci. Nejlépe se lidé domluví, když sedí. V naší praxi je specifická situace, kdy my stojíme, a pacient leží. Může se zde objevovat jistá dominance. Do posturologie patří také polohy končetin, hlavy či naklonění těla. Komunikace může probíhat buď v harmonii, nebo v neshodě mezi komunikujícími. Pak se vyskytují různé bariéry, tělesné zábrany, které není lehké odbourat. Jsou to například zkřížené ruce nebo ruce v bok a mnoho dalších. Sestra by měla vědět, že bariéry odpozorované u pacienta nemusí být adresované jí, ale pacient jimi reaguje na situaci, podmínky, prostředí (26, 31, 12).

Paralingvistika představuje přechod mezi mimoslovními a slovními způsoby sdělování. Značí sílu, intenzitu, melodii, zabarvení hlasu, pomlky, rychlost a plynulost řeči. Tyto aspekty mají značnou obsahovou, emocionální a informační hodnotu, popisují momentální náladu a psychický stav. Správné využívání paralingvistických prvků uplatněných ve svém projevu významně ovlivňuje vztahy (21, 12).

Specifickou formou neverbální komunikace je také vzhled a úprava zevnějšku, kdy upravená sestra pozitivně působí na své okolí. Nebo také komunikace pomocí předmětů, barev, úpravou prostředí, dary a jiné (12, 21).

1.2.3.2 Verbální komunikace

Základním nástrojem pro předávání informací je mluvená řeč, tedy dorozumívání pomocí slov. Je to typicky lidská duševní funkce, kterou se odlišujeme od ostatních živých tvorů. Umožňuje nám komunikovat, myslet, ovlivňovat sebe i jiné. Základní je jednosměrná komunikace, kdy například čteme knihu nebo vedeme monolog. Opakem je pak dvousměrná komunikace, tedy rozhovor, při kterém existuje možnost reagování na sdělení. Jinou variantou je naše vnitřní řeč, kdy mluvíme se sebou samým nebo pak masová komunikace, při níž přijímáme zprávy, ale neodpovídáme na ně (31, 12).

Porozumění situaci závisí na mnoha faktorech. Významné jsou aktuální mentální schopnosti, nynější stav v nemoci, strach, bolest a řada dalších bariér. Rozhovor s pacientem nám umožňuje navázání kontaktu, předávání zpráv a je nepřeborným zdrojem informací o nemocném. Do tohoto celého procesu vnášíme svoji individualitu, způsob a hlavně ochotu a vůli komunikovat. Dobře komunikovat neznamena jen volit správná slova, ale věnovat se rychlosti řeči, hlasitosti, délce projevu a dalším prvkům. Každá slovní komunikace má svou formální stránku. Komunikující si musí především rozumět a nesmí zde docházet ke zkreslení informací. Mezi kritéria úspěšné verbální komunikace patří stručnost a jednoduchost. Používáme běžné slovní obraty a krátké věty s ohledem na čas, nezaměňujeme ale se strohostí a neochotou mluvit. Často si ověřujeme, zda nemocný porozuměl sdělení. Naše řeč by měla být přehledná, zřetelná a měla by vyjadřovat podstatu věci. Důležité je správné načasování a zajištění vhodných

podmínek pro rozhovor. Podle toho jak reaguje pacient na naše sdělení, musíme tomu i my přizpůsobit další vývoj hovoru. Komunikace mezi sestrou a pacientem by měla být vždy dvousměrná (31, 33).

1.2.4 Oblasti komunikace sestry

V práci sestry zaujímá výhradní místo komunikace s nemocným. Toto povolání si vyžaduje znalosti komunikace jak s pacienty různých věkových skupin, s různými chorobami, rozličných typů osobností, tak i schopnost jednání s rodinou, blízkými či s přáteli nemocného. Další oblastí je nutná komunikace s kolegy na pracovišti, s nadřízenými, s jinými odborníky v rámci multidisciplinární péče a též s institucemi.

V ošetrovatelské praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti i význam.

1. Sociální komunikace. Jedná se o běžný, neplánovaný hovor, při kterém se vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Během hospitalizace má člověk omezenou možnost sociálních kontaktů, proto pozitivně přijímá možnost jakéhokoli hovoru. A pro zdravotníky je toto přínosné vzhledem k další ošetrovatelské či terapeutické péči. Pro sociální komunikaci jsou vhodné situace jako úprava lůžka, pomoc při jídle a mnohé volnější okamžiky v denním režimu oddělení.

2. Specifická (strukturovaná) komunikace. Ta má určitou plánovanou náplň, sdělujeme v ní důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, edukujeme o plánovaných vyšetřeních, pooperačním režimu a podobně. Důležitá je zde srozumitelnost a přijatelná forma sdělení, vše se odvíjí od aktuálního stavu nemocného. Vždy je nutné si ověřit, zda nemocný porozuměl sdělení a akceptuje ho. Problémy mohou nastat u pacientů se sníženou schopností komunikovat.

3. Terapeutická neboli léčebná komunikace. Nejčastěji probíhá formou rozhovoru, při kterém nemocnému člověku poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, při překonávání psychických překážek nebo přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností (31, 26).

1.2.5 Efektivní komunikace

Jednou ze základních potřeb pacienta je touha po informacích. Chce znát diagnózu, příčiny svých obtíží i terapii a prognózu. Jestliže vážne domluva, vznikají různá nedorozumění, což mívá za následek, že pacient lékaři a celému zdravotnickému týmu přestává důvěřovat, není s jeho péčí spokojen a hůře spolupracuje. Spolupráce je výsledkem vzájemného vztahu a komunikace mezi zúčastněnými. Rozhovor, vedle ostatních způsobů komunikace, je cenný zdroj informací a vytváří a udržuje vztah důvěry mezi oběma stranami (35, 14).

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla nám to, co očekáváme, musíme být pozorní a sledovat řadu prvků z verbální i neverbální oblasti. Nemoc, kterou je postižena tělesná stránka, se promítá i do psychiky člověka. Sestra by proto měla mít znalosti z psychologie. Je třeba respektovat obecné požadavky, které kladně ovlivňují prožívání nemocného. Dopad našeho počínání je často dalekosáhlý, v tom smyslu, že naším promlouváním či neverbálním působením můžeme podstatně ovlivnit psychické zdraví a celkovou pohodu pacienta (31, 26, 33).

Komunikaci vždy spoluvytváříme a ovlivňujeme, ať už jsme aktivní či nikoli. Jednou z nejdůležitějších dovedností je naslouchání. Jedná se o aktivní složku rozhovoru, kdy pozorně posloucháme druhou osobu a snažíme se porozumět tomu, co nám sděluje. Tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému se svěřit, dáváme tím najevo ochotu pomoci. Zpětnou vazbou pak můžeme podpořit to, že jsme citlivě naslouchali a pochopili obsah předávaných informací. Naslouchající reaguje, podporuje, ale neradí, alespoň ne prvoplánově. Rezonancí neboli ozvěnou zopakujeme, co pacient řekl. Reflexe, odezva je formulování problému vlastními slovy. Další techniky aktivního naslouchání jsou sumarizace, poskytující celkový přehled myšlenek, faktů a pocitů, nebo pak povzbuzování. I mlčení patří do komunikace, dává prostor pro přemýšlení a hledání odpovědí. Vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu se nazývá empatie. Je to dobrá vůle druhému citově porozumět, soucítit s ním. Někteří lidé jsou schopni empatického ztotožnění na vysoké úrovni, jiní méně. Nasloucháme ušima, očima i srdcem (31, 21).

Profesionální komunikace sestry je velmi náročná oblast. Lze ji zvládnout nebo se přiblížit partnerským individuálním přístupem a dodržováním mnoha zásad. Vyžaduje od sestry zvládnutí komunikační zručnosti, vnímání pacienta jako celku, rozeznávání různých stavů a prožívání pacienta, trpělivost, umět odhadnout reakce, respektovat a mnohé další (12).

1.2.6 Komunikační bariéry

V rámci interakce mezi sestrou a pacientem mohou vzniknout nejrozmanitější komunikační překážky bránící produktivní komunikaci. Vzniká pak nezdravá komunikace, která nevede k vzájemnému porozumění. K narušení může docházet úmyslně, například manipulací, agresí, nebo neúmyslně prostým nepochopením obsahu slov či nesprávnou interpretací. Již předtím než začneme s někým mluvit, máme o něm určité představy, o jeho schopnostech, motivaci, vůli. Tyto představy nejsou moc objektivní, jsou to pouze naše očekávání, která mohou být však zcela mylná (12, 21, 32).

Bariéry v komunikaci se mohou vyskytovat jak na straně pacienta, tak pracovníka, i v okolním prostředí. U pacienta se mnohdy setkáváme s neochotou, s nedůvěrou, s obavami, jak bude s informacemi naloženo. Velkou roli sehrává určité tabu kolem intimní oblasti, sexuality či nepříjemností v rodině. Každý je jiná osobnost a informace o sobě jinak sděluje. Na ochotě či neochotě nám něco sdělovat se podílí řada faktorů, mezi něž patří věk obou zúčastněných, aktuální stav, fyzické potíže, bolest, únava, stres, úzkost, nepříjemné téma, vztah ke konkrétní osobě a jiné. K těmto běžným obtížím mají někteří pacienti ještě další specifické problémy. Náročnější a obtížněji ošetřitelní bývají pacienti se smyslovými a mentálními defekty, s duševní poruchou či vadou řeči. S takto handicapovanými pacienty se setkáváme stále častěji. Dorozumění a spolupráce je obtížná obzvláště u kombinovaných smyslových a mentálních vad, z nichž vyplývají různé komunikační bariéry. I u starších pacientů musíme počítat s úbytkem smyslových funkcí, mnohdy i depresivním laděním. Říká se, že zrak je brána k věcem a sluch naopak k lidem. Handicapovaným pacientům je nutné zajistit co nejlepší podmínky, aby se k nim informace vůbec dostaly, aby byli ve středu

péče o ně samé. Každé postižení má svá specifika a po zhodnocení stavu je třeba využívat různé techniky dorozumívání, kompenzační pomůcky a též alternativní možnosti. Vždy si ověřujeme zpětnou vazbou správný přenos informací (32, 35).

Také zdravotník může mít problémy komunikovat. Obzvláště v závažných situacích, jako je umírání nebo rozhovor s nevléčitelně nemocným, těžko nacházíme slova a nejsme si svými komunikačními schopnostmi jisti. Nebo například při ošetřování problematického pacienta, se kterým máme špatnou zkušenost z dřívější doby. Těmto tématům či situacím se mnohdy záměrně vyhýbáme. Různé problémy a nejistota se objevují též při ošetřování zdravotně postiženého pacienta. Nevíme, jaký zvolit způsob dorozumívání, mnohdy nechápeme jeho potíže a na povrch vyplývají neřešené problémy. Naopak ne všem pacientům je možné vše věřit, jako například u pacientů s duševní poruchou. Tato péče patří do rukou odborníků. Asi největším nepřítelem komunikace pro nás zdravotníky je čas, kterého je stále nedostatek. Veliké překážky také dokáže vytvořit náš postoj, výraz, tón, narušení intimity, projevený nezájem o určité informace od pacienta, špatná výslovnost, používání cizích výrazů, přehlacení informacemi, nevhodná forma sdělení a v neposlední řadě jakákoli devalvace – snížení hodnoty pacienta. V závislosti na schopnostech zdravotnického pracovníka komunikovat vzniká řada nedorozumění, na druhé straně i silný terapeutický potenciál. Někteří mají dobré komunikační schopnosti již při vstupu do zaměstnání, jiní je získávají praxí a tréninkem (32, 4, 35).

Bariéry v prostředí jsou technického rázu. Řadíme sem hluk, nedostatek soukromí, málo času a jiné nevhodné podmínky. Vzájemnou komunikaci posiluje snaha domluvit se, přemýšlení o možnostech usnadnění domluvy, hledání cest (32).

1.3 Handicap

„Zdravotní postižení“ chápeme jako újmu na zdraví vzniklou následkem vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organismu, jsou to všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti (17).

„Handicap“ je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem roku 1827. Vzniklo z anglického hand in cap – ruka v klobouku a pochází z prostředí dostihového sportu. „Ruka v klobouku“ označovala los, který určoval, které z lehčích, starších či trénovanějších koní ponesou větší zátěž, respektive poklušou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý (27).

Mnohem později začal tento termín přeneseně i u lidí označovat zátěž nějakého onemocnění, tělesné vady nebo postižení. Jde vlastně o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám – většinou bez vlastního zavinění (daném genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími faktory sociálními a sociálněpsychologickými). Handicap je relativní v souvislosti s prostředím. Míra handicapu závisí jak na samotném postižení, tak i na podmínkách, které společnost k jeho vyrovnání poskytuje. Účelem tohoto termínu je položit důraz na nedostatky v okolním prostředí i v mnoha organizovaných aktivitách ve společnosti, například v přístupu k informacím, v komunikaci a vzdělávání, které zabraňují osobám se zdravotním postižením, aby se zapojily za vyrovnaných podmínek (27, 22, 37, 20).

1.3.1 Vztah společnosti k postiženým

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních svým vzhledem, chováním, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem museli vyrovnávat se svými takto odlišnými členy. Každá společnost si ve své kultuře stanovuje určitý ideál a tím určuje normy toho, co je dobré, co nikoli, co je přijatelné, žádoucí, normální. Neporušené zdraví a dobrá psychická i fyzická zdatnost zaujímá určitá, zpravidla přední místa. Tyto postoje podléhají vývoji, avšak zůstávají určité tradice, předsudky, ze kterých vycházejí vztahy jednotlivců, celých skupin i institucí k postiženým spoluobčanům (27, 3, 17).

V přírodě můžeme pozorovat, v zájmu zachování druhu, odmítání jedinců, kteří nevykazují fyzické znaky téhož druhu (např. albinů). Sociálně žijící tvorové selektují skupinu podle fyzického vzhledu a zdatnosti, sociální status dostávají silní jedinci

a naopak ti slabší jsou odsouváni na okraj sociální skupiny. Tyto vlivy pravděpodobně přetrvávaly i na nejprimitivnější úrovni lidského vývoje. Dalším důležitým faktorem je ekonomická situace skupiny. V náročných životních podmínkách, při nedostatku potravy a podobně, lze jen těžko předpokládat, že by si sociální skupina mohla dovolit péči o slabší jedince, kteří skupině nemohou přinést takový užitek.

Tělesné a jakékoli jiné postižení je nápadné tím, že je ve výskytu relativně řídké, výjimečné, neběžné. Stejně je tomu i u lidí nadprůměrných. Jedni jsou ale bráni pozitivně a druzí negativně. Také náboženské představy mají velký vliv na chápání postižení ať už v podobě boží zkoušky nebo trestu. Někdy vyvolávalo fascinaci, jindy strach nebo lítost (27).

I moderní civilizovaný člověk může podléhat magickému či mytologickému myšlení při setkání s neznámým a tedy potenciálně nebezpečným. Tlak společnosti na jedince je velký a působí na obě strany, na jedince zdravé i postižené. V průběhu dějin se ovšem vytvářela i druhá linie vztahu, zřetelněji vyjádřená ve středověku v podobě příkazu křesťanské lásky (charitas) a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné. Zvláště pak v posledních dvou stoletích se objevují skutečné pokusy o reálnou pomoc. Postižený je často chápán jako objekt péče a soucitu.

Demokratická společnost usiluje o integraci postižených mezi zdravou populaci. Cílem je poskytnutí odpovídajícího vzdělání, příprava na povolání, vytváření vhodných pracovních míst a hlavně umožnění samostatného a nezávislého života. Zařadit postižené spoluobčany do společnosti znamená ale také vychovávat zdravou populaci k tomu, aby uměla s postiženými spoluobčany žít, porozumět jejich potřebám, jejich zvláštnostem. Chceme, aby postižení občané mohli prožít pokud možno plnohodnotný a radostný život. Podstatný je vývoj lidské společnosti směrem k toleranci a schopnosti akceptovat odlišnost. Vyspělé státy proto vedle svých systémů zdravotního a sociálního pojištění vytvářejí i různé systémy, programy, organizace sloužící pro snížení důsledků zdravotního postižení. Mezi tyto státy patří i Česká republika (27, 17, 3, 19).

1.3.2 Definice dle WHO

Je třeba od sebe rozlišit 3 termíny - vadu, postižení a znevýhodnění. V roce 1980 uvedla Světová zdravotnická organizace (WHO) ve své Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění jejich definice.

Vada (Impairment) je jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce. Postižení (Disability) je popisováno jako omezení nebo ztráta schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální, přičemž postižení vyplývá z vady. A znevýhodnění (Handicap) je určitá nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje naplnění jeho role, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální (2).

1.3.3 Rozdělení postižení

Postižení mohou být nejrůznějšího druhu. Kromě osob s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením patří mezi osoby se zdravotním postižením také osoby s mentálním postižením a lidé vnitřně nemocní nebo s civilizačními chorobami (2).

Podle doby vzniku rozeznáváme postižení vrozená a získaná. Vrozené vady ovlivňují vývoj dítěte od samého začátku jeho života, vývoj pak probíhá za ztížených podmínek. Vrozená vada zpravidla omezuje dítěti přísun podnětů, nezbytných k optimálnímu vývoji, nepříznivě ovlivňuje jeho sociální kontakt, často nejsou optimální podmínky pro rozvíjení schopnosti učit se. Na druhé straně dítě, žijící s defektem od narození, se na něj lépe adaptuje a ostatní složky osobnosti se vyvíjejí kompenzačně. Dítě s vrozeným defektem je ohroženo i nevhodným výchovným přístupem okolí, někdy bývá nevhodně chráněno, málo vedeno k soběstačnosti, je litováno, hýčkáno, jindy rodiče nedokáží zvládnout náročný úkol, kterým výchova postiženého dítěte je (3, 27).

Vady získané jsou vzniklé v dospělém věku nebo v dětství v době, kdy už byly rozvinuty alespoň v určité míře některé dovednosti, schopnosti, řeč a podobně. Méně zasahují vývoj funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku mohly vyvíjet normálně.

Náhle vzniklý defekt je pro většinu nemocných velmi náročnou situací, která bývá bolestivě prožívána, spojena s úzkostí a duševním traumatem. Nemocný se musí vyrovnat se změnou vzhledu, se ztrátou fyzické zdatnosti, eventuálně s dočasnou nebo trvalou závislostí na druhých, přichází změna či ztráta zaměstnání, popřípadě invalidita. Velmi záleží na rozsahu defektu, na jeho viditelnosti, na sociálních důsledcích defektu. Zvládnutí této náročné situace pak závisí na osobnosti nemocného, jaké způsoby vyrovnání se s náročnými životními událostmi si dříve osvojil i na přístupu okolí. Někteří nemocní se s novou situací vyrovnávají poměrně rychle, realisticky, spolupracují a mají snahu se společensky uplatňovat. Jiní podléhají depresím, málo spolupracují, spokojí se se závislostí na okolí, upoutávají k sobě pozornost. V takových případech je velmi potřebná psychologická péče o nemocného i o jeho rodinu (3, 27).

Obecně platí, že čím je postižení zjevnější, tím jsme k handicapovaným lidem ohleduplnější, pozornější. Ale je důležité vědět, že stupeň postižení není přímo úměrný kvalitě života postižené osoby. Příkladem mohou být ti, kteří i přes svůj výrazný tělesný nebo jiný handicap aktivně sportují či pracují (1, 21).

1.3.4 Hospitalizace pacienta s handicapem

Hospitalizace je pro každého náročnou, individuálně prožívanou situací. Nastává změna prostředí, ztráta pocitu jistoty, prožívání strachu, stresu, často i bolesti. Není divu, že u mnohých pacientů dochází ke změně chování, nervozitě, rychle se mění i pořadí hodnot. Zde je očekávána profesionalita zdravotnického personálu. Je třeba objektivně zhodnotit stav pacienta, jeho schopnosti, míru spolupráce, zvolit správný přístup, vytvořit produktivní ošetrovatelský vztah a poskytnout pochopitelné a přesné informace. Sestra bývá první, kdo je s pacientem v kontaktu a právě na ní je důležitá role získání podrobných informací o pacientovi a vytvoření vztahu důvěry již při sběru ošetrovatelské anamnézy. Potřebuje zjistit všechny problémy, které jsou podstatné pro ošetřování nemocného. Pacienti jsou různého věku, více či méně nemocní, rozdílné osobnosti... Vnímavostí, pozorností, taktním jednáním a cíleným rozhovorem, by sestra měla získat všechna podstatná data. Problém, handicap, deficit pacienta v jakékoli oblasti je nutné poznamenat do dokumentace a předávat si mezi sebou, aby nedocházelo

ke zbytečným nedorozuměním a konfliktům. Existuje celá řada pomůcek, druhů značení pacienta, upozornění v dokumentaci. Každé zdravotnické zařízení má svůj systém (21).

Mnoho lidí i zdravotníků má potíže při komunikaci s postiženými spoluobčany. Každý z nás se někdy instinktivně vyhýbá hovoru o nepříjemných věcech a zavádí téma na nepodstatné, všeobecné věci. Nebo se často mylně domníváme, že postižený o svých problémech nechce mluvit. Někteří se dokonce i vyhýbají očnímu kontaktu, případně pohledu na postižený orgán. Nemocný toto ovšem rychle vycítí. Tendence a projevy soucitu, přebírání péče a podobně, také nejsou to pravé. Těmito reakcemi totiž dáváme najevo, že jsou tito lidé v našich očích odlišní od ostatní populace a to je to, co si právě nepřejí. Největším prohřeškem bývá promlouvání spíš k doprovodu než k samotnému handicapovanému pacientovi. Handicapovaný pacient je stejný pacient jako každý jiný!

Stejně jako u zdravé populace se mezi postiženými zdravotnický personál i rehabilitační pracovníci setkávají s příjemnými pacienty, ale i s těmi, kteří spolupráci odmítají, jsou agresivní, verbálně útoční a stěžují si, jsou nervózní, že nemají situaci pod kontrolou. Přístup i k méně příjemným pacientům je třeba zvládnout na profesionální úrovni, taktně, tolerantně, s porozuměním a s úctou k osobě s defektem. Od prvního styku s nemocným směřuje naše komunikace s ním k získání důvěry. Úsměvem, taktem vytváříme příznivé emoční klima, abychom zabránili vzniku psychické bariéry, kdy se postižený cítí nejistý, nedokáže vhodně komunikovat a sdělovat své potíže, požádat o pomoc. Vhodnou motivací podporujeme aktivity nemocného (sebeobsluhu, zájmovou činnost). K jednání volíme nedirektivní přístup, empatii, upřímnost a přijetí pacienta takového, jaký je (3, 13).

Každý typ postižení s sebou nese svá specifika, klade odlišné nároky na zvládání každodenních běžných činností. Je třeba si uvědomit, že kdo jiný než sám postižený zná nejlépe své potřeby a nejlepší způsob k jejich uspokojení. I když v zásadě nemá jiné potřeby než zdravý, měli bychom umět naslouchat a převést naši práci na spolupráci s ním. Ve výsledku je to prosté a jednoduché, ušetříme si daleko více času a energie a i náš pacient bude spokojenější (30).

1.3.4.1 Pacienti s poruchou sluchu

Poruchy sluchu mají různé psychické i sociální důsledky podle toho, o jak těžké postižení se jedná i podle toho, kdy k postižení došlo. Těžké postižení sluchu vede k podnětové deprivaci, k omezení nebo k úplnému chybění zvukových podnětů. Takový jedinec není tedy omezen jen v oblasti vnímání řeči, ale chybí mu i sluchová orientace v prostředí, v prostoru, které je mimo jeho zrakové zorné pole. Jeho poznání světa je zcela odlišné od slyšících (3, 28).

Podle stupně sluchové ztráty hovoříme o lidech nedoslýchavých, se zbytky sluchu a o neslyšících (hluchých). Nedoslýchavost znamená každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci, ne však jeho úplné vymizení. Může být různého stupně – od lehké nedoslýchavosti až po velmi závažné poškození sluchu. Podstatné však je, že ji lze do určité míry kompenzovat sluchadly. Naprosto rozhodující část pacientů tvoří staří lidé, protože zhoršení sluchu je přirozeným důsledkem stárnutí. Ti jsou také hnacím motorem k převratnému vývoji sluchadel, největší přínos to však má pro nedoslýchavé děti. Jsou-li totiž co nejdříve vybaveny různými technickými pomůckami, mohou rozvinout docela dobře mluvenou řeč (3, 8).

Ohluchlí mohou udržet dobře srozumitelnou řeč a poměrně přirozeně znějící mluvu, zase záleží na době vzniku postižení, jestli k tomu dojde po alespoň částečném rozvoji mluvené řeči nebo před tím. Úroveň je různá. Pokud je již vybudovaná řeč, její gramatická stavba, případně umí číst a psát, bývá zachována komunikace a přijímání informací písemnou formou, jako i možnost správné a srozumitelné hlasité odpovědi. Hlavní problém ohluchlých je psychologický, znají totiž cenu zvuku a velice ho postrádají. Zde pomáhají kochleární implantáty, ale i rozvoj ostatních technologií (psací telefony, faxy, skryté titulky v televizi, teletext, přenosné počítače značně usnadňující písemnou komunikaci, elektronická pošta, datové sítě atd.) (8, 3).

Jako neslyšícího definuje Světová zdravotnická organizace toho, který ani s největším zesílením neslyší zvuk, jazykové schopnosti jsou též velmi chudé. Uvádí se, že úplně neslyšících je u nás asi 0,36 promile populace. Pokud se vůbec naučí mluvit, zní jejich uměle vytvořená mluva velice nepřirozeně, laikům to připadá jako mluva mentálně postižených. Žádná sluchadla jim nepomáhají a kochleární implantáty pouze

tehdy, jsou-li implantovány velmi brzy, již před 2. rokem života. Později totiž dochází k atrofii sluchového centra v mozku. Jediné efektivní řešení spočívá v neodkladném zařazení takového dítěte do rehabilitačního programu založeného na využití znakového jazyka. Znakový jazyk je třeba naučit i co nejvíce členů rodiny, aby bylo vytvořeno pro dítě co nejlepší prostředí k plnohodnotné komunikaci. Mluvenou řeč se tyto děti učí později. Výhodou je, že nepostrádají zvuk, protože ho nikdy nepoznaly, netrpí tudíž psychickou deprivací (8, 3).

Odlišný způsob komunikace je nejvýznamnějším důsledkem sluchového postižení. Běžné dorozumívací prostředky využívají odlišným způsobem nebo používají jiný komunikační systém. Omezení možnosti vnímat a rozlišovat zvuky se projeví potížemi v oblasti osvojení a využití orální řeči. Neslyšící dítě sice začne žvatlat, ale postupně přestane, protože není nijak motivováno, nemá co napodobovat. Ponecháno bez pomoci, zůstane dítě hluchoněmé, i když lze s pomocí logopedie neslyšících vytvořit umělou mluvu. U lidí, kteří ohluchli, je snaha o udržení a zafixování mluvy. Je to velmi obtížné, protože chybí snadnost vnímání a chápání sdělení, kontrola vlastního projevu, je i omezená slovní zásoba a vysoké nároky na koncentraci. Pro neslyšící je orální řeč v podstatě nevyhovující, využívají odezírání. Pohyb rtů se při běžné mluvě ale rychle mění, je nutný přímý zrakový kontakt a ani ne všechny hlásky je možné určit. Předpokládá se, že odezíráním lze zachytit 30% sdělení. Neverbální komunikace – mimika, pantomimika, haptika a další, má ale významnou roli v dorozumívacím procesu u lidí s poruchou sluchu. Znaková řeč je vytvořený specifický systém využívající gesta. Je jednodušší, méně diferencovaná, nepoužívá gramatiku, má i jiný slovosled. Podmínkou je vizuální kontakt, nevýhodou pak omezený počet lidí, kteří toto ovládají. Prstová abeceda je založena na podobném principu, kdy jeden znak znamená jedno písmeno. Technickou pomůckou zajišťující přenos zvuku jsou sluchadla, v dnešní době velmi moderní, malé přístroje (28, 8, 21).

Problémy, ke kterým může dojít, jsou poruchy v porozumění řeči a poruchy schopnosti ovládat mluvenou řeč. Celkově je zde omezený kontakt s okolním světem a nedostatek podnětů. Neslyšící člověk se od slyšícího na první pohled ničím neliší. Proto může dojít i k častým nedorozuměním. Komunikace se sluchově postiženými

pacienty se řídí stupněm jejich sluchové ztráty. Někteří jsou schopni odezírat a naučit se mluvit a ztráta sluchu je částečně kompenzována zrakem, zde je velmi významná neverbální komunikace. Naším cílem je odbourání bariéry mezi lidmi s poruchou sluchu a okolím. Je třeba co nejvíce omezit a odstranit rušivé elementy z prostředí, nemocnému dát možnost výběru formy komunikace, vhodně upozornit nemocného, že na něj mluvíme. Mezi zásady rozhovoru patří zaujetí správné pozice k pacientovi tak, aby nám byl stále vidět obličej, jenž by měl být osvětlen, a nemít zdroj světla za zády. Oči obou konverzujících by měli být ve stejné výši, nikdy bychom si neměli zakrývat ústa, nekřičet, hovořit jasně, používat mimiku. Vždy je nutné se ujistit o porozumění sděleného. Doporučuje se nezahlcovat informacemi, používat krátké věty. Nejčastější chyby, kterých se můžeme dopustit, jsou nedostatek času, projevy netrpělivosti, špatně viditelná oblast tváře, rozhovor v příliš hlučném prostředí nebo rozhovor s třetí osobou místo nemocného, současný hovor s několika lidmi, nedostatečná či naopak velká vzdálenost.

Zvláštní skupinu tvoří starší nemocní, u kterých dochází ke zhoršení sluchu postupně. Své obtíže často před okolím zastírají, nepoužívají kompenzační pomůcky a špatně se s tím vyrovnávají. Při běžném hovoru neslyší, často tak dochází k různým nedorozuměním, případně konfliktům (3, 31).

1.3.4.2 *Pacienti s poruchami zraku*

Drobné poruchy zraku jsou v naší společnosti velmi časté, lze je snadno kompenzovat brýlemi, čočkami a tito lidé se běžně zapojují do společenského života bez jakýchkoliv omezení. Počty lidí s poruchou či ztrátou zraku rychle rostou, neboť přibývá starých lidí v populaci, jejichž zrak slábne a někdy až na hranici slepoty. Škála postižení je od lehčích forem očních vad, přes postižení se zbytky zraku (vidí například pohyb, světlo, tmu) až k nevidomým. Existuje mnoho variant různě závažných postižení zraku ve zrakové ostrosti, schopnosti vnímat za různého osvětlení, změny barvocitu, různá šíře zorného pole... I zde hraje významnou roli období vzniku. Vrozené vady značně ztěžují psychický vývoj, nedostatek podnětů může být nahrazován hmatovými, sluchovými, čichovými, pohybovými a polohovými vjemy. Vady získané mohou

vzniknout náhle vlivem úrazu, po operaci a podobně nebo postupně, jako komplikace některých chorob, vlivem stárnutí či postupující oční choroby (3, 21, 13, 5).

Osoba s poruchou zraku se ocitá v prostředí, které je pro ni neznámé, má potíže s prostorovou orientací, vyznat se ve světě věcí. Nedostatečná orientace zvyšuje závislost na jiných lidech, zvláště v novém prostředí. Nejprve je třeba si uvědomit, že tam, kde chybí zrak jako prostředek vnímání okolí, nám mohou pomoci slova nebo třeba ruce. Ale i mnoho nevidomých usiluje o maximální soběstačnost, proto je lépe se nejprve zeptat, zda je nějaká pomoc zapotřebí (21, 5). Pomoci můžeme jen třeba vhodnou úpravou prostředí, zajištěním bezpečnosti stabilním nábytkem, výrazným značením, velkými nápisy a dostatečným osvětlením, dostupnou signalizací atd. Specifické je doprovázení, vedení nevidomého nebo slabozrakého pacienta, které má svá pravidla. I zde je možné dopustit se hned několika chyb. Nejvhodnější je, když se nevidomý zavěsí za loket či rameno průvodce a pohybuje se 1 - 2 kroky za ním. Oba tak mají volný prostor před sebou a průvodce může kontrolovat okolí a případné překážky. Ani osobní kontakt není příliš těsný, nenarušuje tedy intimní zónu. Vše konkretizujeme a popisujeme slovy, můžeme mít i domluvená gesta (stisk, sklon ruky), značící například schod, zatačku. Jiné způsoby, jako vedení za ruku, vláčení, strkání před sebou, nejsou správné ani důstojné (29, 31).

Ani komunikace mezi personálem a pacientem s poruchou zraku není bezproblémová. Mezi doporučení v přístupu k osobám s poruchou zraku či nevidomým patří přirozené chování a taktní pomoc, nejlépe na vyžádání nebo po domluvě. Zdravit bychom měli první a také se náležitě představit i při každém dalším setkání pro snadnější orientaci nemocného v osobách. Podání ruky je také samozřejmostí, jen ale náš nevidomý toto nevidí, takže slovy bychom měli popisovat každý náš pohyb a budoucí úkon, vše, co děláme. Z prostředí je třeba odstranit všechny možné překážky, upozornit na záchytná i nebezpečná místa a vůbec seznámit nemocného s pokojem i celým oddělením. Při rozhovoru mluvíme přímo k pacientovi, upozorníme ho, že hovoříme právě k němu, neotáčíme se zády, neverbální složku volíme vhodně dle možností vnímání pacienta. Rušivé jsou všechny zvuky z okolí, které nevidomý vnímá mnohem intenzivněji než ostatní (13, 9, 21, 3).

Samostatnost těchto osob je také značně narušena, když v průběhu hospitalizace potřebujeme od nemocného řadu písemných souhlasů. Lidé s poruchou zraku jsou od naší běžné písemné komunikace odtrženi. Nevidomí používají Braillovo písmo, což je vyjádření slov několika plastickými různě seskupenými body. Pro pacienty s lehčí poruchou zraku je vhodné opatřit tiskopis s větší velikostí písma, popřípadě sami sdělení přečíst, vysvětlit a zavést ruku na místo podpisu. Pro tyto okolnosti je dobré mít u sebe svědka případně doprovod nemocného. Velkým prohřeškem zdravotníků je, ponechání pacienta, obzvlášť s poruchou zraku, s papírem v ruce.

V dnešní době existuje řada pomůcek pro zrakově postižené pacienty. Využívají různé typy brýlí, lupy, zvláštní písmo, slepeckou hůl. Z moderní techniky jsou to například elektronické zápisníky, zvukové signalizace, navigace, fonetické počítačové programy a další a další (3).

1.3.4.3 Pacienti s poruchami řeči

Sestra při své práci předává a získává velké procento informací právě formou mluveného slova. Poruchy řeči spočívají ve ztížené schopnosti mluvit, domluvit se, v neschopnosti porozumět mluvené řeči v různém rozsahu. Každá odchylka v řečovém projevu pacienta je pro něj nepříjemná, protože bývá nepřehlédnutelná. A tak se často stává, že takový pacient ztrácí ochotu komunikovat, v cizím prostředí špatně navozuje sociální vztahy, je uzavřený. Nebo naopak nemožnost domluvit se, vede často k bouřlivým reakcím, jako je vysoká nervozita, agresivita, hněv. Komunikace s těmito pacienty bývá obtížná a vyžaduje vysokou dávku trpělivosti a pozornosti. Je důležité rozeznat příčiny, proč s námi nemocný nechce komunikovat (31, 3, 32).

U dětí se setkáváme s celou řadou poruch řeči. Nejčastější je patlavost neboli vadná výslovnost některých hlásek, dále breptavost, koktavost, huhňavost. O opožděném vývoji řeči mluvíme tehdy, když tříleté dítě vůbec nemluví nebo používá jen několik slov izolovaně. Vždy je nutné vyšetření sluchu, mluvidel, posouzení duševního vývoje. Některé vady přetrvávají do dospělosti, nejčastěji vlivem pozdního záchytu a nedostatečnou logopedickou péčí. Mutismus je stav, kdy dítě umí mluvit, ale z psychických důvodů odmítá. Při selektivním mutismu nemluví jen v některých

situacích nebo s někým. Jinou poruchou je afázie, což je částečná nebo úplná ztráta schopnosti rozumět řeči a smysluplně artikulovat následkem poškození mozku při úrazu, náhlé cévní mozkové příhody, při nádoru, operaci. Při percepční poruše bývá řeč zachována, ale nemocný smysluplně neodpovídá, protože nerozumí významu slov. Při expresivní poruše nemocný spontánně téměř nemluví nebo jen krátce, chybně. Ztráta hlasu se týká také pacientů s tracheostomií (3, 31).

Pro komunikaci s pacientem s poruchou řeči je důležité zajistit vhodné prostředí, soukromí a vyjádřit vůli s ním mluvit. Mluvíme jasně, srozumitelně, klidně, v krátkých větách, udržujeme neustálý kontakt, jsme trpěliví. Do hovoru nesmíme nikoho nutit, naopak se přizpůsobíme, snažíme se pomoci nabízením slov, výraznou mimickou a gestickou komunikací. Volba adekvátní domluvy je individuální. Pomáháme si názorem, ukazujeme předměty, pokládáme dobře formulované otázky, na něž lze odpovědět kývnutím, kontrolujeme porozumění našim slovům. Platí zásada neopravovat chybná slova, nevysmívat se a neupozorňovat a hlavně nespíchat, abychom nevytvořili zábrany na straně pacienta. Pokud učíme dítě mluvit, používáme zásadně správnou výslovnost, nasloucháme a chybná slůvka po něm s vlídným přístupem opravujeme. Z alternativních možností lze využít obrázky, počítač, posunky, psaný projev, psací tabulku (31, 12, 32).

1.3.4.4 Pacienti s tělesným postižením

Tělesné postižení mění roli a postavení člověka, významně ovlivňuje kvalitu života. Samo o sobě není ale překážkou komunikace. Problémy bývají v oblasti sebehodnocení a sebekoncepce, častý je komplex méněcennosti ve vztahu k okolnímu sociálnímu prostředí. Typů a druhů tělesného znevýhodnění může být celá řada, projevuje se poruchami hybnosti, problémy se samostatným pohybem, může být malformace, chybění části či celých končetin nebo jinak deformovaný zevnějšek. Opět je důležitým faktorem čas vzniku, zda jde o postižení vrozené a více či méně přijaté nebo se váže na blízkou minulost či aktuální situaci. Prožívání a chování postiženého je pak velmi odlišné a vyžaduje taktní a citlivý přístup. Zvládnutí takové životní situace je velmi náročné, probíhá postupně s různými výkyvy a hlavně individuálně. Má několik

fází od počátečního šoku, přes rozmlouvání, analyzování k přijetí reality. Blízké okolí i zdravotnický personál by měl tělesně postiženému umožnit vyjádření jeho úzkosti, bolesti, projevit porozumění a také zdůraznit potřebu spolupráce a aktivity. Důležité je mít chuť do života, soustavně rehabilitovat, nalézt sílu překonávat mnohé obtíže, naučit se klást blízké, realizovatelné cíle (12, 3, 29, 21, 7).

Významné změny v životě postiženého jsou spojeny s úrovní soběstačnosti. Ta je dána právě schopností pohybu a schopností o sebe pečovat. Velmi omezující je ztráta schopnosti používat ruce. Pro pomoc je ale opět důležité zjistit, co vlastně handicapovaný od nás požaduje. Naše přílišná aktivita může být spíše rozčilující a může i zhoršit vztahy. Pro sestru je snazší a hlavně rychlejší provést úkony a ošetření sama, ale na druhou stranu pro nemocného je z psychologického hlediska velmi důležitá maximální soběstačnost, aby si svoji pohyblivost udržel a ještě se zdokonaloval. Necháváme dostatečný časový prostor (32, 21, 3, 9).

S tělesně postiženými se v nemocnici nejčastěji setkáváme na chirurgických, rehabilitačních odděleních, ortopedii, neurologii, kde je takových pacientů více, ale také kdekoli jinde. Ne každé oddělení a zařízení je ale bezbariérově řešeno a uzpůsobeno. Ne všude je potřebné technické vybavení pro ošetřování takového pacienta. Hned od počátku je proto důležité přesně zjistit míru sebeobsluhy a schopnosti nemocného, způsob manipulace s ním, zajistit potřebné pomůcky a snažit se upravit prostředí tak, aby bylo bez bariér a vše bylo nadosah dle potřeb nemocného. Užíváme běžný způsob komunikace, rozhovoru se nevyhýbáme a udržujeme oční kontakt. Toto bývá totiž nejčastější chybou v přístupu k tělesně postiženým. Stává se, že někdy mylně předpokládáme též mentální postižení těchto osob, například po ochrnutí nebo dětské mozkové obrně. Oni ale nechtějí naše slitování, pouze porozumění a podporu, dodat správnou míru optimismu. Vhodné je také udržovat odpovídající horizontální úroveň během rozhovoru, zejména u osob na vozíčku nebo ležících. Promlouvání z výšky působí dominantně (3, 7).

1.3.4.5 Pacienti s mentálním postižením

Mentální retardaci nazýváme těžší trvalé opoždění ve vývoji duševních funkcí jedince. Jde o snížení rozumových a intelektových schopností, které mohou být způsobeny řadou vnitřních i vnějších příčin, a odlišností v sociální interakci. Rozlišujeme několik stupňů mentální retardace. Postižení se navenek projevuje sníženou inteligencí, stagnací rozvoje a změnami poznávacích procesů, poruchami verbálních i neverbálních projevů, motoriky, zpomaleným, rigidním myšlením, zvýšenou či sníženou aktivitou, omezením sociálních kontaktů. Charakteristické pro tyto osoby bývá zhoršená koncentrace pozornosti, náhodný charakter vnímání, zkreslené představy o světě, paměťové a komunikační problémy. Jejich chování může postrádat úmysl a nepředvídají ani následky svých činů. Také mají rádi stereotypy a jejich změny velmi těžko přijímají. Vzhledem k vyšší emocionální labilitě a intenzivnějšímu prožívání je zapotřebí zvolit velmi individuální přístup a věnovat pozornost osobitým potřebám a požadavkům jedince (3, 12, 21).

Komunikační postupy užívané u lidí s mentálním znevýhodněním jsou zaměřeny na předávání základních informací a pochopení jednoduchých instrukcí. Přístup k těmto osobám je determinován nejen jejich mentálním věkem, nýbrž také aktuálním psychickým stavem. Významné je včasné seznámení s pacientem, se kterým se setkáváme, abychom se hned na začátku nedopustili chyby. Informace, které potřebujeme pro zvládnutí situace a ošetřování vůbec, jsou oslovení, zvyklosti, rituály, denní režim, míra sebeobsluhy, způsob stravování, zkrátka všechny věci, na které je zvyklý. Ty získáváme nejčastěji od doprovázející osoby a z přiložené dokumentace. Sestra by měla přistupovat k mentálně postiženému trpělivě, taktně, s vysokou tolerancí, nevysmívat se a hlavně přizpůsobit svůj komunikační styl pacientovým schopnostem a promlouvat přímo k němu, ne jen k doprovodu. Otázkou je, zda je vhodné ve zdravotnickém zařízení dospělé osobě s mentálním znevýhodněním tykat. Nedá se to jednoznačně říci, někteří autoři uvádějí, že nikoli, jiní to ale doporučují. Nejvhodnější je zřejmě akceptovat to oslovení a pravidla, na které je dotyčný zvyklý z prostředí, ze kterého pochází. Při rozhovoru využíváme jednoduché věty, pomalé tempo a ponecháváme dostatečný prostor pro zpětnou vazbu, neodporujeme a nevyvrácíme

názor klienta, v případě potřeby se spíš snažíme odpoutat pozornost. Musíme si pozorně všimnout neverbálních projevů klienta a také si hlídat svůj mimoslovní projev, který je velice vnímán. Zbytečně nevyhrocujeme konfliktní situace a infantilní nebo směšné chování raději nekomentujeme, máme pro ně pochopení (21).

Při hospitalizaci těchto pacientů se často vyskytují problémy. Jednak změnou jejich prostředí, pečujících osob a přítomností nemoci a na straně personálu nedostatečnou znalostí práce s mentálně postiženými. Chybou je přílišná přísnost nebo naopak volnost a nedůslednost v dodržování režimu, nejednotnost v postupech ošetrovatelského týmu, používání abstraktních, pro tyto pacienty nepochopitelných pojmů a časté nesplnění slibů (21, 3).

1.3.5 Péče o pacienta s handicapem

Řada našich zdravotnických zařízení není pro handicapovaného pacienta připravena. Objevuje se snaha o architektonická uspořádání, zařízení, stavební úpravy, ale stále chybí například reliéfní znaky, braillové popisky na schodišti, hmatné pásy, které by ulehčily pohyb zrakově postiženým a další pomůcky. Stále je co vylepšovat. V některých nemocnicích již dobře funguje označení pacientů s určitým druhem handicapu. Toto informačně slouží pro veškerý personál, pro lékaře, konziliární lékaře a pomáhá to předcházet zbytečným omylům a problémům během hospitalizace. Také v oblasti vzdělávání jsou snahy včlenit do odborné přípravy zdravotníků všech typů nácvik komunikačních dovedností. Školy, které připravují studenty na povolání, kde se setkávají s různě handicapovanými lidmi, by měly mít dobře a podrobně rozpracovanou právě i tuto problematiku. Cílem je docílit profesionálního přístupu k těmto pacientům. (13, 7).

Zájmem zdravotně postižených odpovídají nejlépe občanská sdružení, která jsou zaměřena na jednotlivé specifické vady. V dnešní době existuje celá řada spolků, poraden a různých organizací zaměřujících se na pomoc, vzdělávání, pracovní uplatnění, integraci osob s jednotlivými handicapy. Ale právě v rámci integrace je potřeba, abychom všichni uměli přijmout tyto občany mezi sebe při jakýchkoli událostech i ve všedním životě. Každý člověk s jakýmkoli postižením má ve společnosti

stejná práva, má právo žít plnohodnotný život. Národní rada zdravotně postižených vydala Desatera pro jednání s pacienty tělesně, zrakově a sluchově postiženými a další, která by měla pro zdravotníky sloužit jako pomůcka a ulehčení jejich denní práce (příloha 3). Letitý problém nelze vyřešit ani rychle, ani stoprocentně ani nějakým desaterem. Ještě to potrvá, ale snad se tyto zásady pro nás všechny stanou jednou samozřejmostí (13, 6, 18, 24).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou sestry připraveny na komunikaci s handicapovanými pacienty prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole.

Cíl 3: Zjistit, jaké jsou nejčastější problémy ve zjišťování psychosociálních potřeb handicapovaných pacientů.

2.2 Hypotézy

H1: Sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům.

H2: Sestry jsou dostatečně připraveny na komunikaci s handicapovanými pacienty prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole.

H3: Sestry vyzdvihují nedostatek času jako problém ve zjišťování psychosociálních potřeb u handicapovaných pacientů.

H4: Handicapovaní pacienti uvádějí nejčastěji nedostatek soukromí jako problém při rozhovorech se sestrou.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke zpracování výzkumné části této bakalářské práce bylo zvoleno kvantitativní šetření a byla použita metoda dotazování. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku, který byl sestaven pro dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořily sestry na lůžkových odděleních nemocnic a druhou skupinou byli hospitalizovaní handicapovaní pacienti. Dotazník pro sestry obsahoval 29 otázek zaměřených na vzdělání sester, jejich komunikační dovednosti a teoretické znalosti v oblasti komunikace s handicapovanými pacienty (příloha 1). Pro zjištění skutečné situace a názoru i druhé strany bylo provedeno i šetření právě mezi hospitalizovanými handicapovanými pacienty. Vzhledem k různému handicapu probíhalo dotazování druhé skupiny, tedy pacientů, způsobem strukturovaného rozhovoru, kdy otázky vycházely z předem připraveného dotazníku (příloha 2). V tomto dotazníku bylo položeno 20 otázek týkajících se pocitů a potřeb pacienta během hospitalizace, a možných komunikačních problémů a chyb zdravotnického personálu. Otázky měly vždy několik možností na výběr a pacienti měli prostor i k vlastnímu vyjádření.

Oba dotazníky byly anonymní a sloužily pouze pro zpracování tohoto šetření. Výsledky šetření byly znázorněny v grafech.

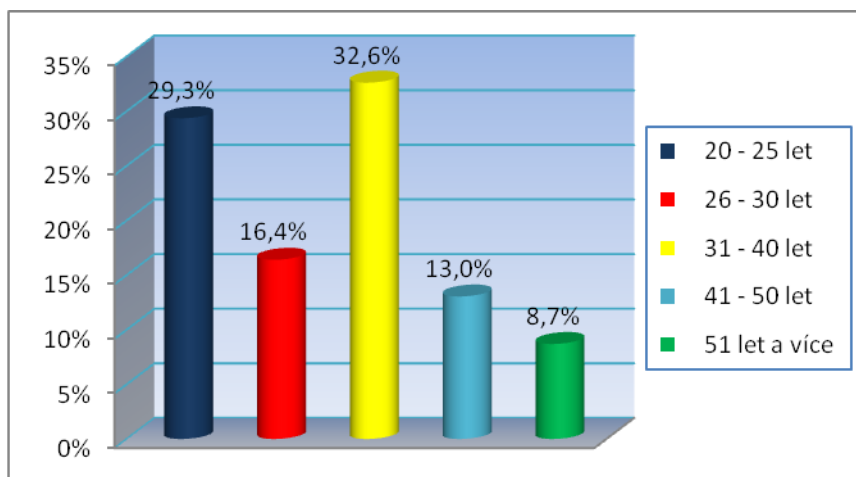
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily dvě skupiny. První skupinu tvořily sestry pracující na lůžkových odděleních několika nemocnic. Šetření bylo prováděno v Praze v Nemocnici Na Homolce, ve Fakultní nemocnici v Motole, v nemocnici Na Františku, ve Fakultní Thomayerově nemocnici a v Rakovníku v Masarykově nemocnici. Mezi sestry bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků se jich 16 nevrátilo. Návratnost tedy činila 87%. Během zpracování výsledků bylo dále 12 dotazníků vyřazeno pro neúplnost údajů. Výsledky byly zpracovány z odpovědí od 92 respondentů.

Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří měli určitý handicap v oblasti tělesné, čili fyzický handicap nebo v oblasti smyslové, kdy se jednalo o postižení zraku, sluchu nebo řeči. Šetření bylo prováděno u pacientů, kteří byli v období květen – červen 2009 hospitalizováni v Nemocnici Na Homolce a v rakovnické Masarykově nemocnici. Dotazování probíhalo formou strukturovaného rozhovoru, kdy otázky vycházely z předem sestaveného dotazníku. Osloveno bylo 27 hospitalizovaných handicapovaných pacientů. Výsledky šetření jsou zpracovány ze všech 27 vyplněných dotazníků, což činí 100%.

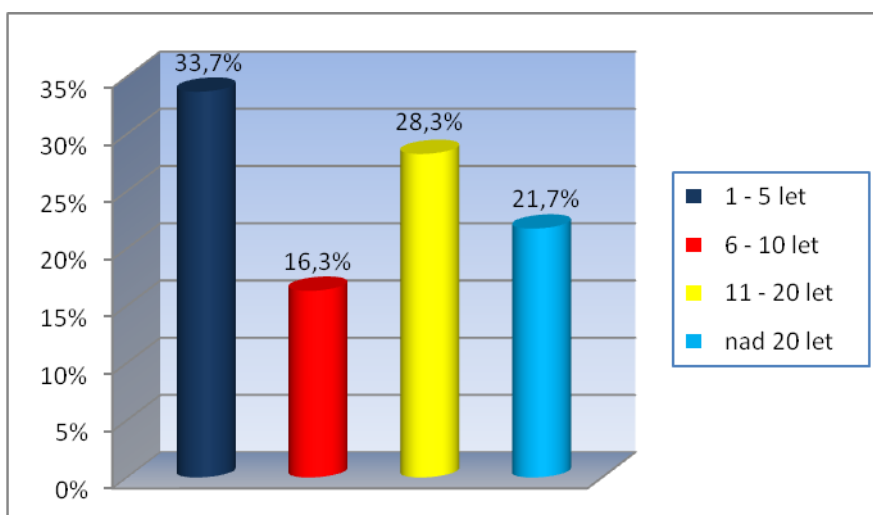
4. Výsledky

Graf 1 Věk sester



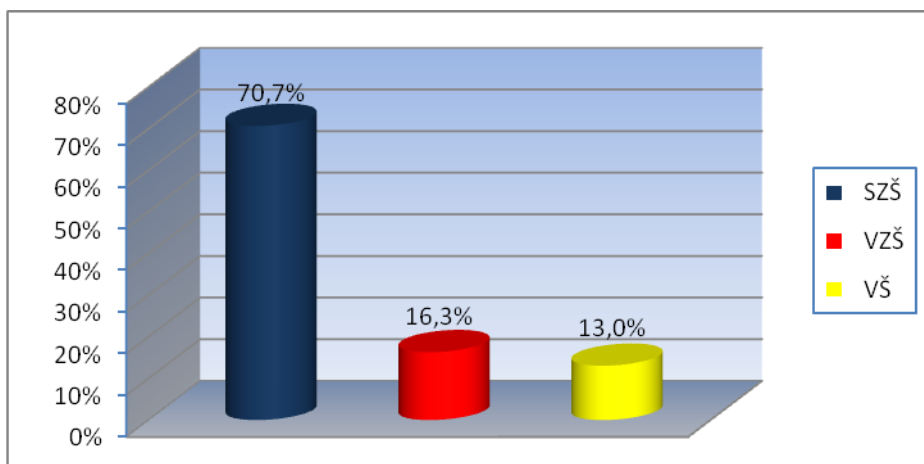
Z celkového počtu 92 dotázaných sester (100 %) jich bylo nejvíce, to jest 30, ve věku 31 - 40 let (32,6 %), druhou největší skupinou byla věková kategorie 20 - 25 let, kterých bylo 27 (29,3 %). Sester ve věku 26 - 30 bylo 15 (16,4 %), ve věku 41 - 50 bylo 12 (13,0 %) a v nejstarší kategorii 51 let a více bylo 8 dotázaných (8,7 %).

Graf 2 Délka praxe



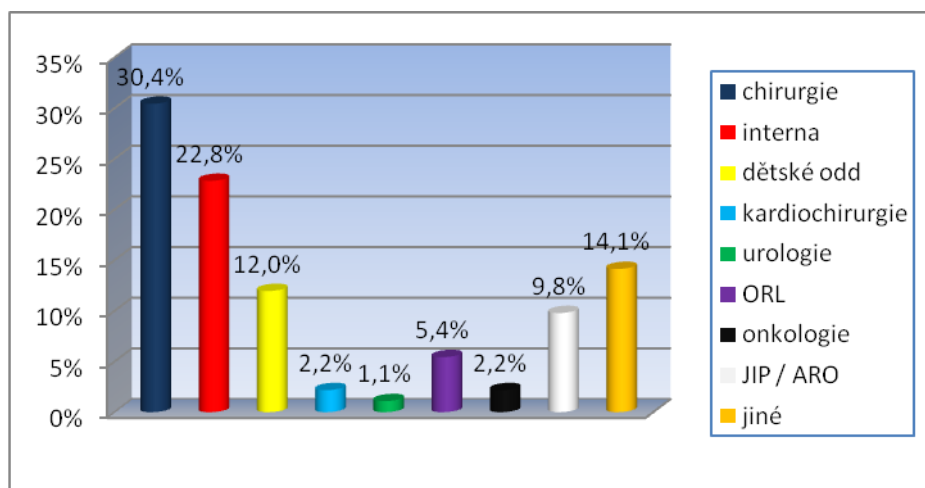
Z 92 dotázaných sester (100 %) bylo 31 (33,7 %) s délkou praxe 1 - 5 let, 15 sester (16,3 %) s délkou praxe 6 - 10 let, 26 sester (28,3 %) s délkou praxe 11 - 20 let a 20 sester (21,7 %) nad 20 let.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



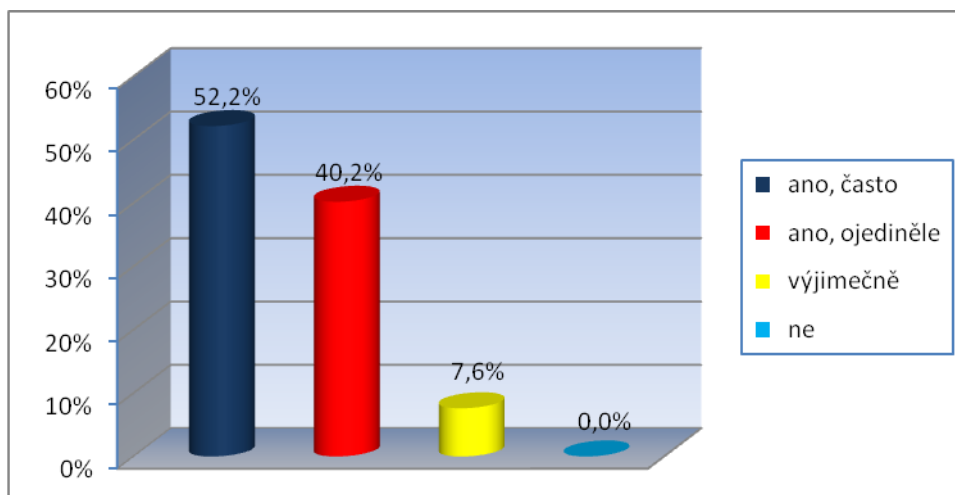
Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, uvedlo 65 (70,7 %) z 92 dotázaných sester (100 %) střední zdravotnickou školu (SZŠ), 15 (16,3 %) dotázaných sester vyšší zdravotnickou školu (VZŠ) a 12 (13,0 %) sester má vysokoškolské vzdělání (VŠ).

Graf 4 Zastoupení sester na jednotlivých odděleních



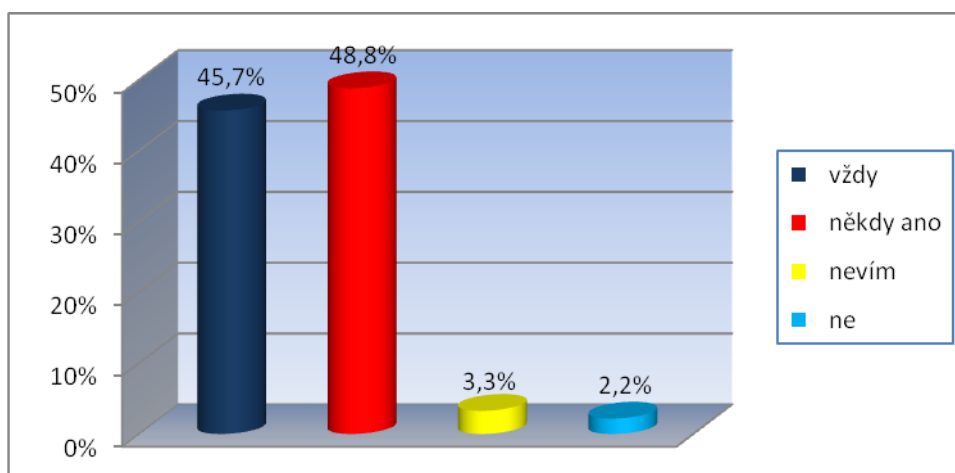
Graf znázorňuje, že z 92 sester (100 %) pracuje 28 sester (30,4 %) na chirurgii, 21 sester (22,8 %) na interně, 11 sester (12,0 %) na dětském oddělení, 2 sestry (2,2 %) na kardiochirurgii, 1 sestra (1,1 %) na urologii, 5 sester (5,4 %) na ORL, 2 sestry (2,2 %) na onkologii, 9 sester na JIP/ARO a 13 sester (14,1 %) uvedlo jiná oddělení.

Graf 5 Práce s handicapovanými pacienty



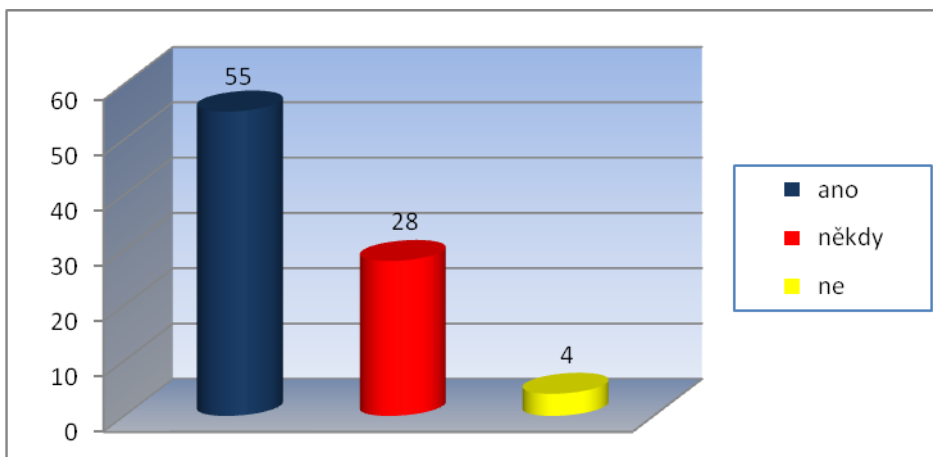
Na otázku, zda se ve své práci setkávají s handicapovanými pacienty, uvedlo ano, často 48 sester (52,2 %) z 92 dotázaných sester (100 %). 37 sester (40,2 %) uvedlo ano, ojediněle. 7 sester (7,6 %) označilo odpověď výjimečně a 0 sester (0 %) uvedlo ne.

Graf 6 Potřeba vyhradit si více času na komunikaci s handicapovaným pacientem než s pacientem bez handicapu



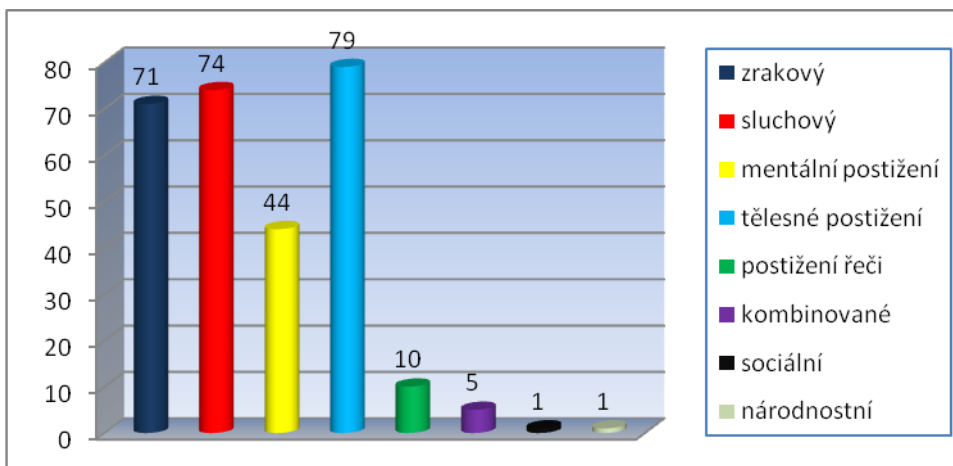
Z grafu je patrné, že z 92 dotázaných sester (100 %) jich 42 (45,7 %) vždy považuje za potřebné, vyhradit si více času na komunikaci s handicapovaným pacientem než s pacientem bez handicapu, 45 sester (48,8 %) uvádí někdy, 3 sestry (3,3 %) neví a 2 sestry (2,2 %) uvedly, že ne.

Graf 7 Vyhrazení si více času na komunikaci s handicapovaným pacientem



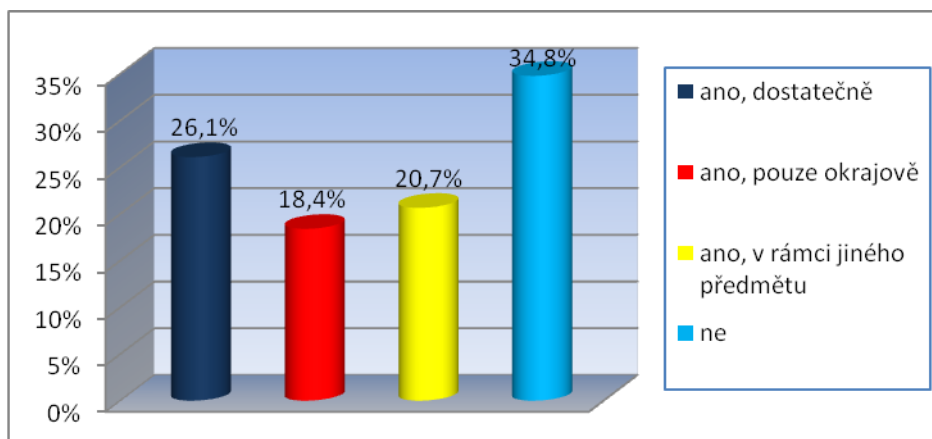
Dotázané sestry, které v předešlé otázce označily odpověď vždy nebo někdy ano, poté odpovídaly na otázku číslo 7, jestli si tedy vyhrazejí více času na komunikaci s handicapovaným pacientem. 55 sester uvedlo, že ano, 28 sester někdy a 4 sestry ne.

Graf 8 Zkušenost s jednotlivými druhy handicapu



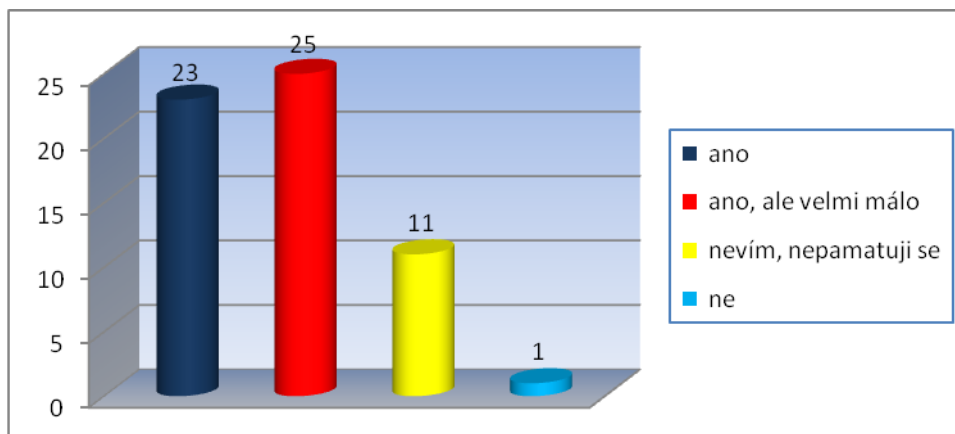
U otázky, s jakými druhy handicapu se sestry ve své praxi setkaly, bylo možno uvést více možností. 71 sester napsalo zrakový handicap, 74 sluchový, 44 mentální postižení, 79 tělesné, 10 sester postižení řeči. 5 dotazovaných uvedlo kombinaci postižení, 1 sestra sociální a 1 národnostní handicap.

Graf 9 Komunikace jako předmět ve škole



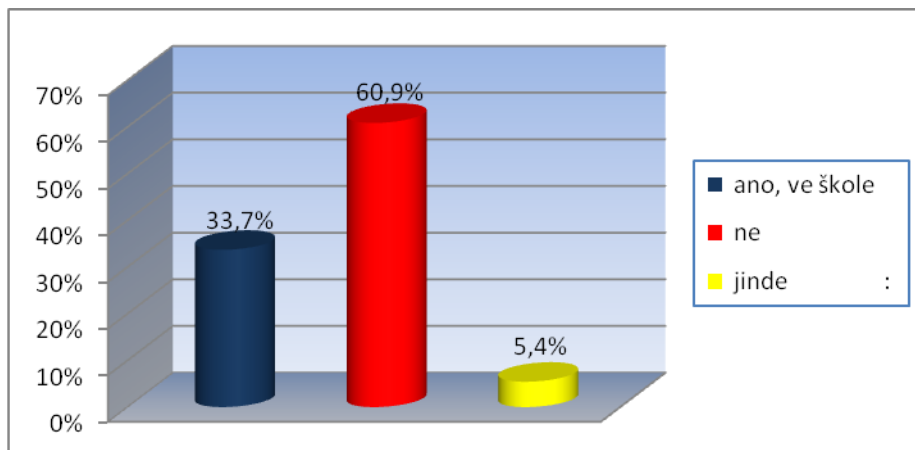
Na dotaz, zda sestry měly ve škole samostatný předmět komunikace, uvedlo ano, dostatečně 24 sester (26,1 %) z celkových 92 (100 %). 17 sester (18,4 %) odpovědělo ano, pouze okrajově, 19 sester (20,7 %) uvedlo možnost ano, v rámci jiného předmětu a 32 sester (34,8 %) uvedlo ne.

Graf 10 Komunikace s handicapovaným pacientem jako součást předmětu komunikace



Sestry, které v předešlé otázce odpověděly, že měly ve škole samostatný předmět komunikace, se v další otázce vyjadřovaly, zdali byla v tomto předmětu vyhrazena část konkrétně komunikaci s handicapovaným pacientem. 23 sester odpovědělo ano, 25 sester uvedlo ano, ale velmi málo, 11 označilo odpověď nevím, nepamatuji se a 1 sestra uvedla ne.

Graf 11 Praktický nácvik komunikace a přístupu k handicapovaným pacientům pod odborným dohledem



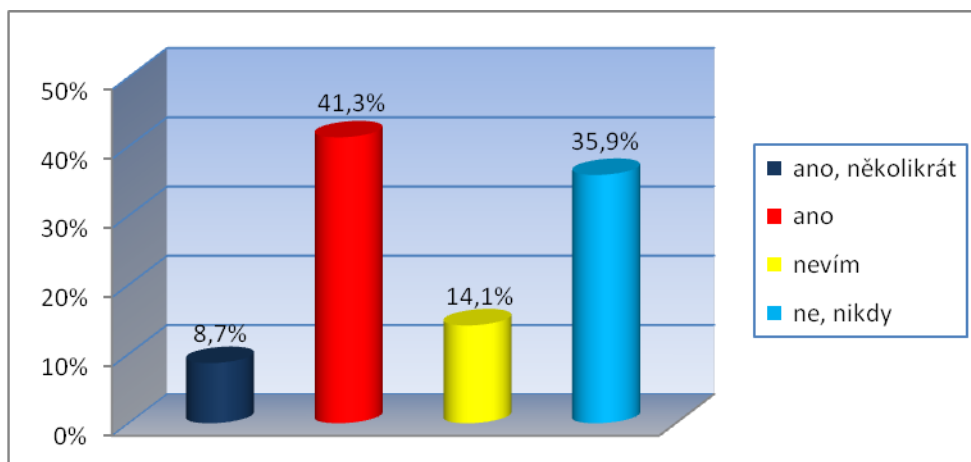
Graf znázorňuje, jestli si sestry někdy zkoušely nacvičovat komunikaci a přístup k handicapovaným pacientům. Z 92 sester (100 %) odpovědělo 31 (33,7 %) ano, ve škole, 56 sester (60,9 %) uvedlo ne a 5 sester (5,4 %) odpovědělo jinde.

Tabulka 1 Místo praktického nácviku komunikace a přístupu k handicapovaným pacientům pod odborným dohledem

místa praktického nácviku komunikace	počet odpovědí
školení o komunikaci	1
seminář	2
práce s mentálně postiženými	1
kurz znakové řeči	1

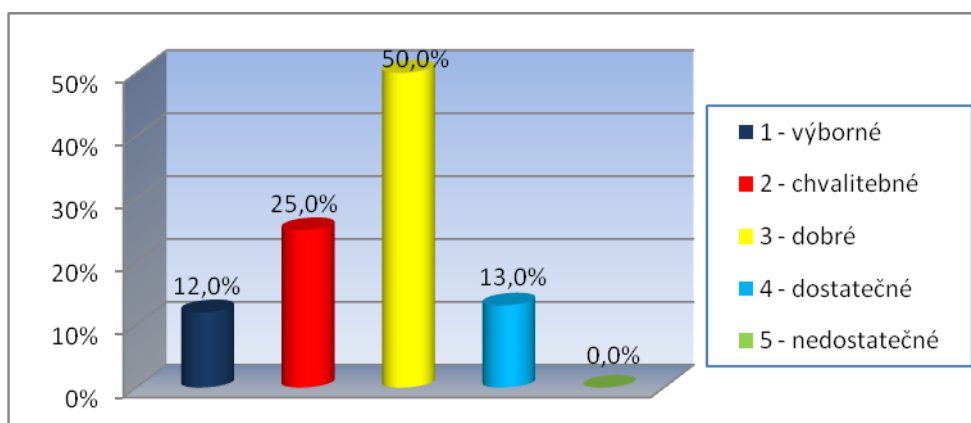
Tabulka 1 ukazuje místo praktického nácviku komunikace a přístupu k handicapovaným pacientům pod odborným dohledem u sester, které v předešlé otázce odpověděly jinde. 1 sestra uvedla školení o komunikaci, 2 seminář, 1 práci s mentálně postiženými a 1 sestra kurz znakové řeči.

Graf 12 Účast na semináři, školení nebo přednášce na téma komunikace s handicapovanými pacienty



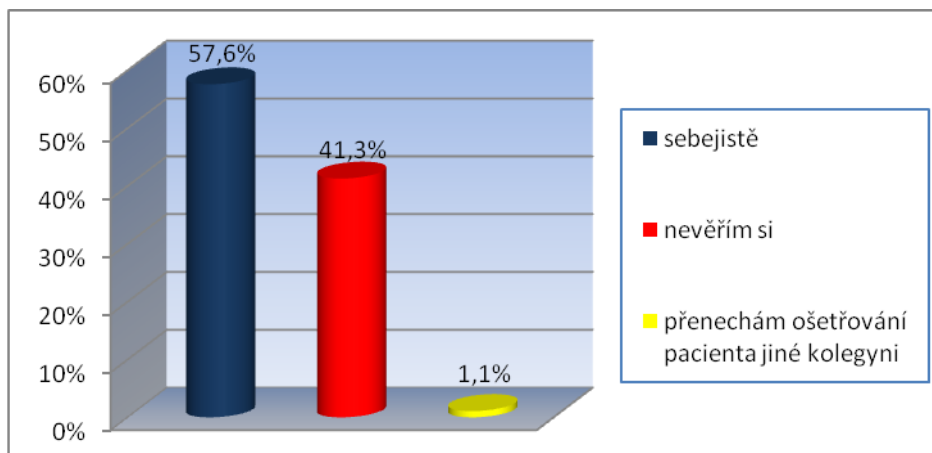
Z 92 dotazovaných sester (100 %) uvedlo 8 sester (8,7 %) ano, několikrát na dotaz, jestli se někdy zúčastnily přednášky, školení či semináře na téma komunikace s handicapovanými pacienty, 38 sester (41,3 %) uvedlo ano, 13 sester (14,1 %) označilo odpověď nevím a 33 sester (35,9 %) uvedlo ne, nikdy.

Graf 13 Zhodnocení svých komunikačních dovedností s handicapovanými pacienty



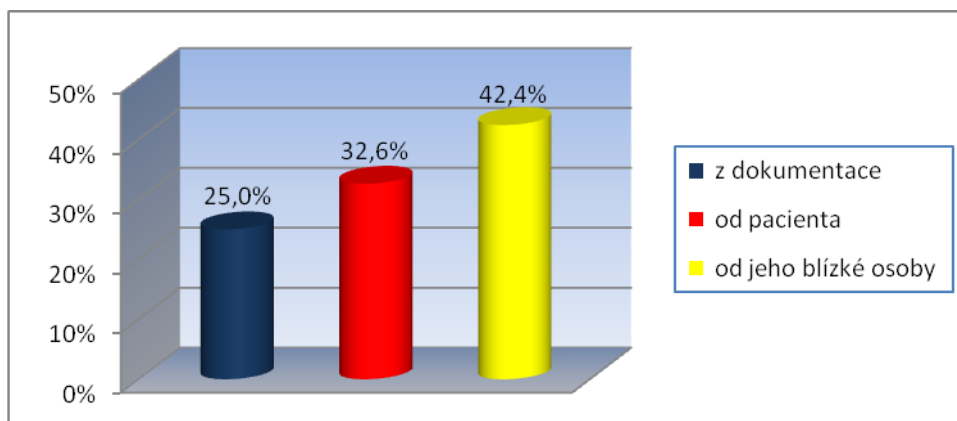
Graf 13 ukazuje, jak sestry hodnotily své vlastní komunikační dovednosti s handicapovanými od 1 - výborné až do 5 - nedostatečné. 11 sester (12,0 %) z 92 (100 %) zhodnotily tyto své dovednosti 1 - výborné, 23 sester (25,0 %) 2 - chvalitebné, 46 sester (50,0 %) se zhodnotilo známkou 3 - dobré, 12 sester (13,0 %) 4 - dostatečné a 0 sester (0,0 %) označilo známkou 5 - nedostatečné.

Graf 14 Pocit jistoty při rozhovoru s handicapovaným pacientem



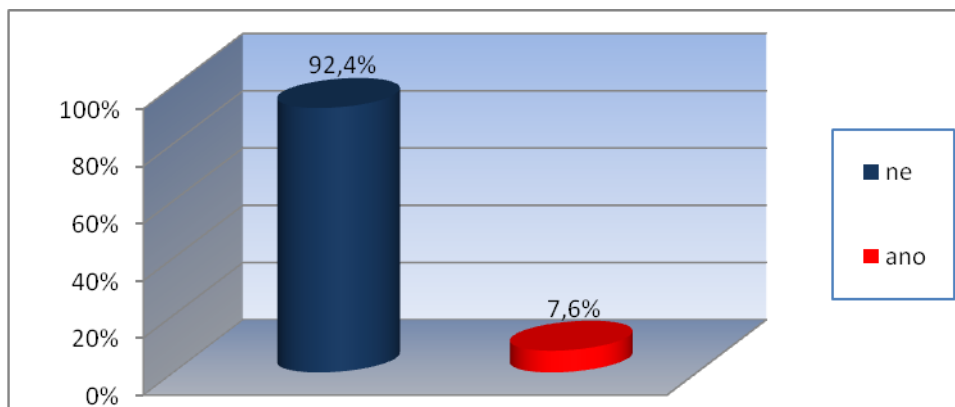
Graf 14 znázorňuje, jak se sestry cítí při rozhovoru s handicapovaným pacientem. Z 92 dotazovaných sester (100 %) uvedlo 53 sester (57,6 %), že se cítí sebejistě, 38 sester (41,3 %) uvedlo, nevěřím si a 1 sestra (1,1 %) označila odpověď, že přenechá ošetřování pacienta raději jiné kolegyni.

Graf 15 Zdroj největšího množství informací o handicapovaném pacientovi při příjmu do nemocnice



Graf 15 ukazuje výsledek odpovědí na otázku, odkud získávají sestry nejvíce informací o handicapovaném pacientovi při příjmu do nemocnice. Z celkových 92 dotazovaných sester (100 %) odpovědělo 23 sester (25 %) z dokumentace, 30 sester (32,6 %) označilo jako odpověď od pacienta a 39 (42,4 %) sester uvedlo jako zdroj nejvíce informací osobu blízkou.

Graf 16 Záměrné vyhýbání se některým tématům v rozhovoru s handicapovaným pacientem



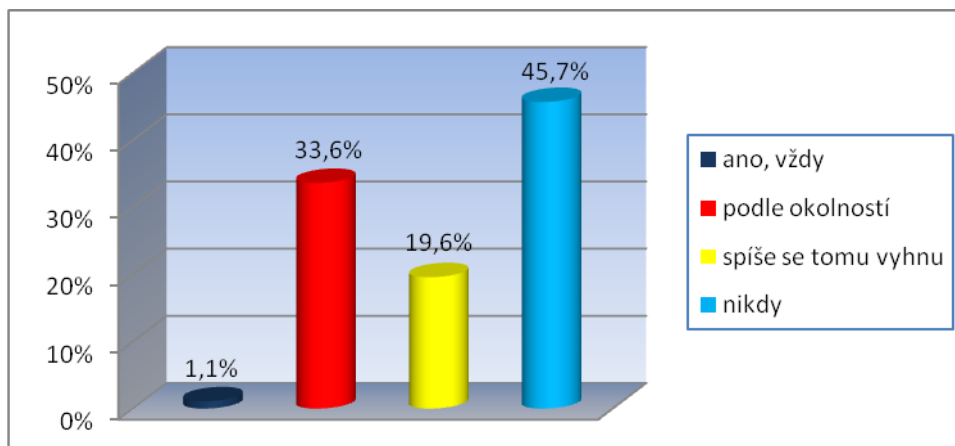
Z 92 dotazovaných sester (100 %) jich 85 (92,4 %) uvedlo, že se při rozhovoru s handicapovaným pacientem žádnému tématu záměrně nevyhýbá. Naopak 7 sester (7,6 %) uvedlo ano.

Tabulka 2 Témata, kterým se sestry vyhýbají při rozhovoru s handicapovaným pacientem

témata, kterým se sestry vyhýbají	počet sester
sexuální život	3
budoucnost	1
handicap	3

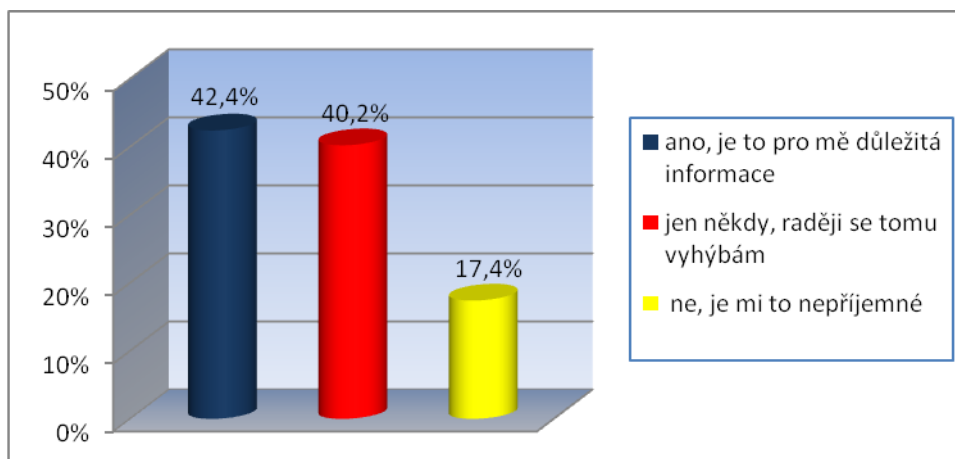
V této tabulce jsou znázorněny odpovědi sester, které v předešlé otázce odpověděly ano, tedy že jsou témata, kterým se záměrně vyhýbají při rozhovoru s handicapovaným pacientem. Z těchto 7 sester uvedly 3 sexuální život, 1 sestra uvedla budoucnost a 3 uvedly handicap jako témata, kterým se záměrně vyhýbají.

Graf 17 Dotazování na oblast sexuality u handicapovaného pacienta



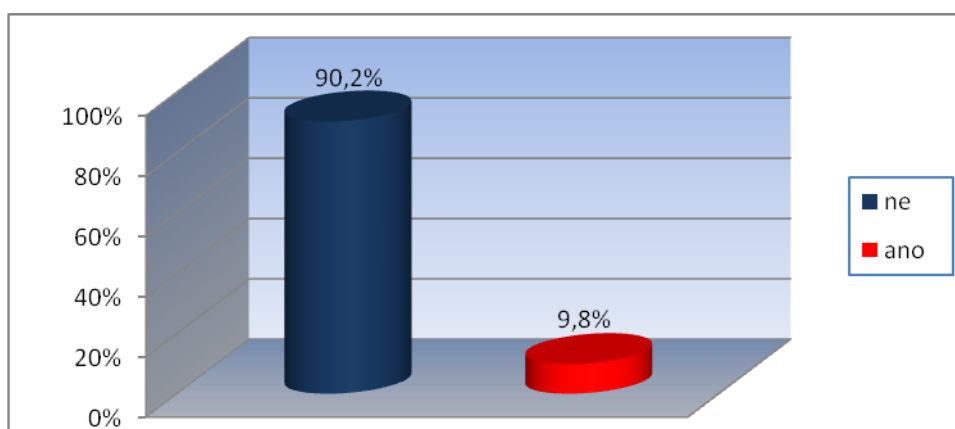
Graf 17 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se sestry ptají na oblast sexuality u handicapovaného pacienta. Z 92 dotazovaných sester (100 %) odpověděla 1 sestra (1,1 %), že se ptá vždy, 31 sester (33,6 %) uvedlo podle okolností. 18 sester (19,6 %) uvedlo, že se tomu spíše vyhne a 42 sester (45,7 %) odpovědělo nikdy.

Graf 18 Rozhovor na téma budoucnost s handicapovaným pacientem



Na otázku, jestli probírají s handicapovaným pacientem otázku jeho budoucnosti, uvedlo 39 sester (42,4 %) odpověď ano, je to pro ně důležitá informace, 37 sester (40,2 %) uvedlo jen někdy, raději se tomu vyhýbají a 16 sester (17,4 %) uvedlo ne, je jim to velmi nepříjemné.

Graf 19 Dovednost specifického dorozumívacího prostředku



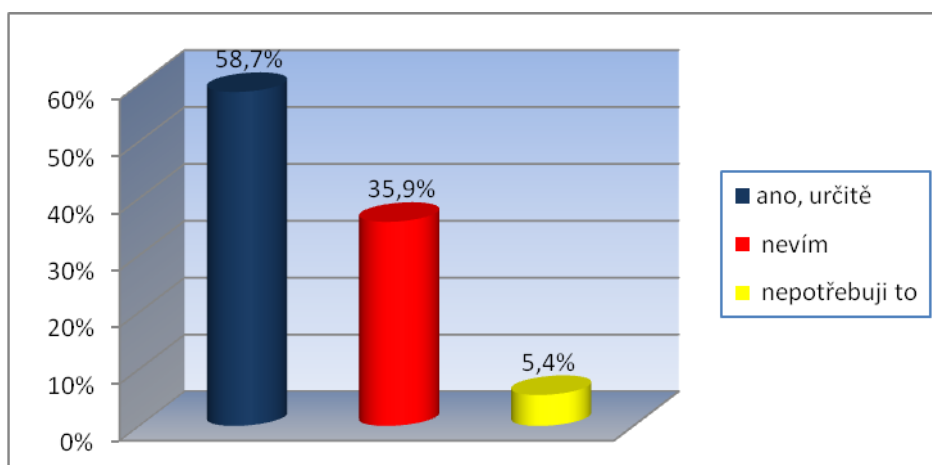
83 (90,2 %) dotazovaných respondentů uvedlo, že neovládají nějaký jiný dorozumívací prostředek než běžnou mluvenou řeč a psaný projev, který lze použít u handicapovaných pacientů. 9 sester (9,8 %) uvedlo, že ano.

Tabulka 3 Specifické dorozumívací prostředky

druhy dorozumívacích prostředků	počet odpovědí
znaková řeč	5
prstová abeceda	1
mimika	3

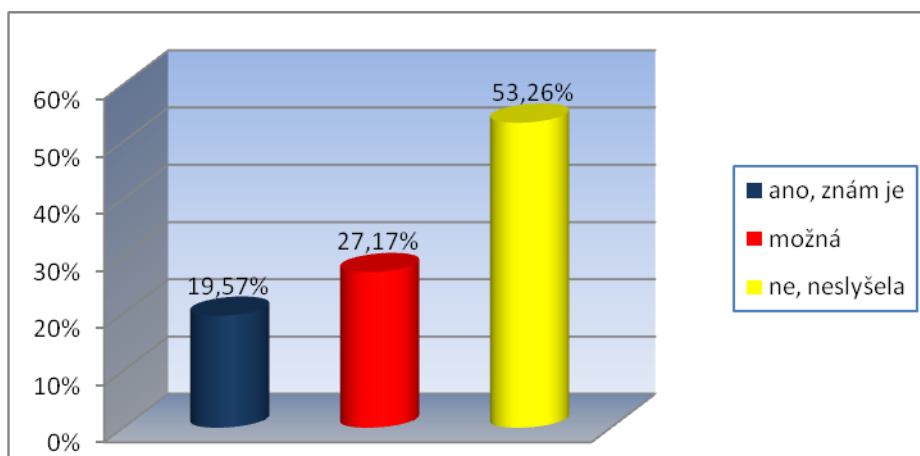
Tabulka znázorňuje odpovědi respondentů z předešlé otázky, kteří odpověděli ano na dotaz, zda znají jiný dorozumívací prostředek než běžnou mluvenou řeč a psaný projev, který lze použít u handicapovaných pacientů. Z těchto 9 sester jich 5 uvedlo znakovou řeč, 1 sestra prstovou abecedu a 3 sestry napsaly mimiku.

Graf 20 Uvítání možnosti dalšího vzdělání



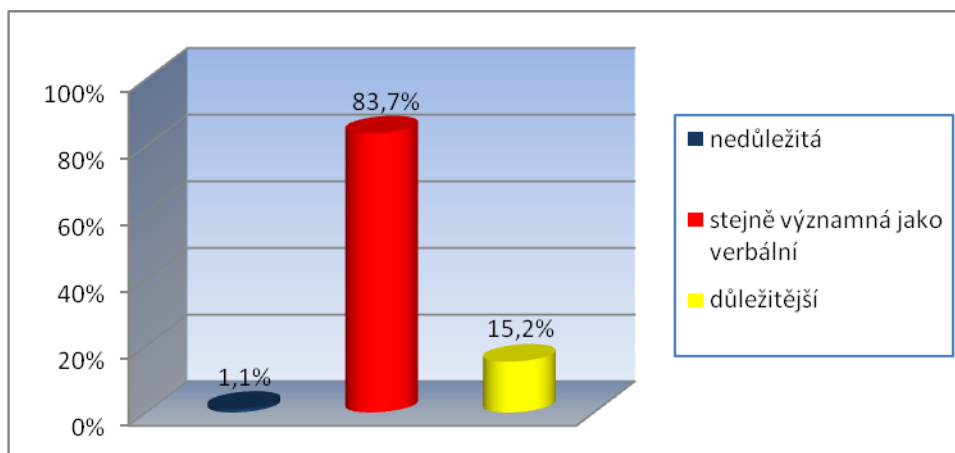
54 (58,7 %) oslovených respondentů uvedlo, že by uvítalo možnost dalšího vzdělání v oblasti komunikace s handicapovanými pacienty, 33 sester (35,9 %) uvedlo, že neví a 5 sester (5,4 %) uvedlo, že to nepotřebuje.

Graf 21 Povědomí sester o desaterech pro komunikaci s handicapovanými pacienty



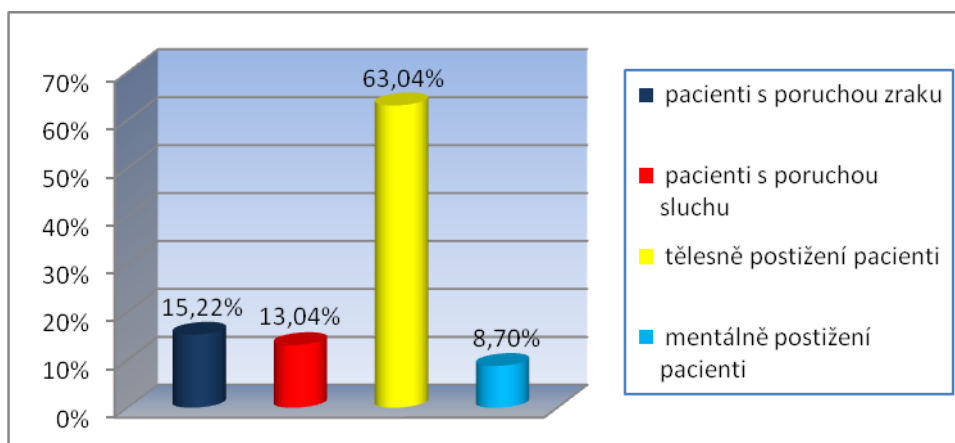
18 sester (19,57 %) zná desatera pro komunikaci s handicapovanými. 25 sester (27,17 %) uvedlo, že možná byla nějaká desatera vytvořena a dalších 49 sester (53,26 %) odpovědělo, že o nich neslyšelo.

Graf 22 Význam neverbální komunikace pro pacienta s handicapem



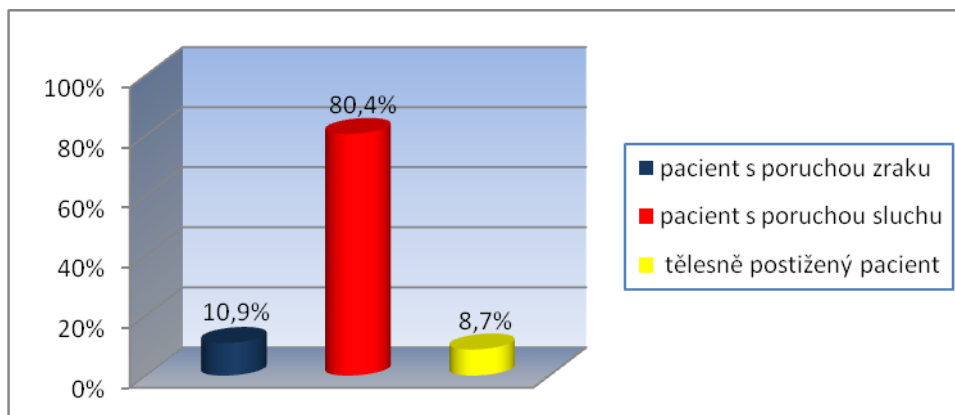
Z grafu 22 je patrné, že 1 sestra (1,1 %) považuje význam neverbální komunikace pro pacienta s handicapem za nedůležitý, 77 dotázaných (83,7 %) ji považuje za stejně významnou jako komunikaci verbální a 14 sester (15,2 %) ji považuje za důležitější.

Graf 23 Handicapovaní pacienti, se kterými se nejsnáze komunikuje



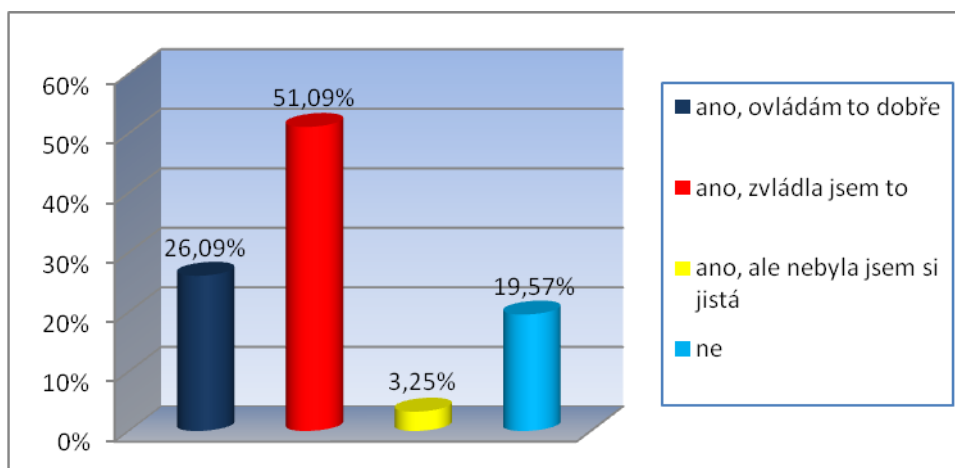
14 dotázaných (15,22 %) odpovědělo, že handicapovaní pacienti, se kterými se nejsnáze komunikuje, jsou pro ně pacienti s poruchou zraku. 12 sester (13,04 %) označilo pacienty s poruchou sluchu. Nejvíce, tedy 58 (63,04 %), uvedlo tělesně postižené pacienty a nejméně 8 sester (8,70 %) uvedlo mentálně postižené pacienty.

Graf 24 Jakému pacientovi je nejobtížnější vysvětlit ultrazvukové vyšetření



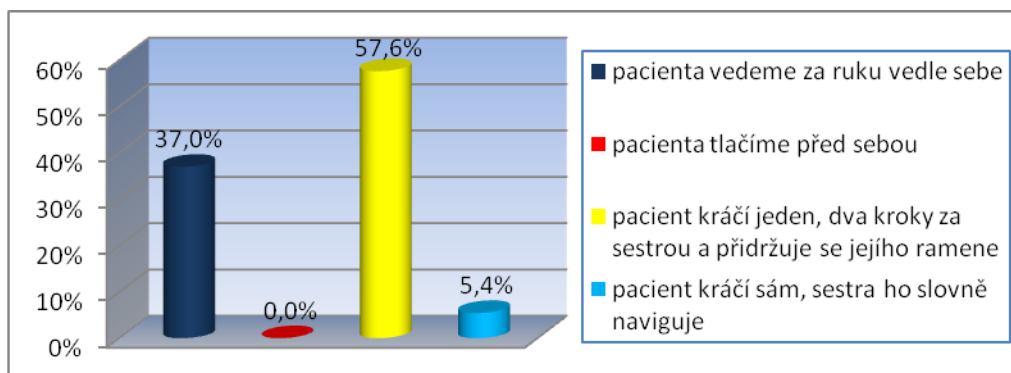
Když připravují dotazované sestry handicapovaného pacienta na ultrazvukové vyšetření, pro 10 sester (10,9 %) je nejobtížnější vysvětlit toto vyšetření pacientovi s poruchou zraku, pro nejvíce z nich, 74 sester (80,4 %), je to pacient s poruchou sluchu, naopak nejméně dotázaných sester, 8 (8,7 %), uvedlo tělesně postiženého pacienta.

Graf 25 Doprovod nevidomého pacienta na toaletu



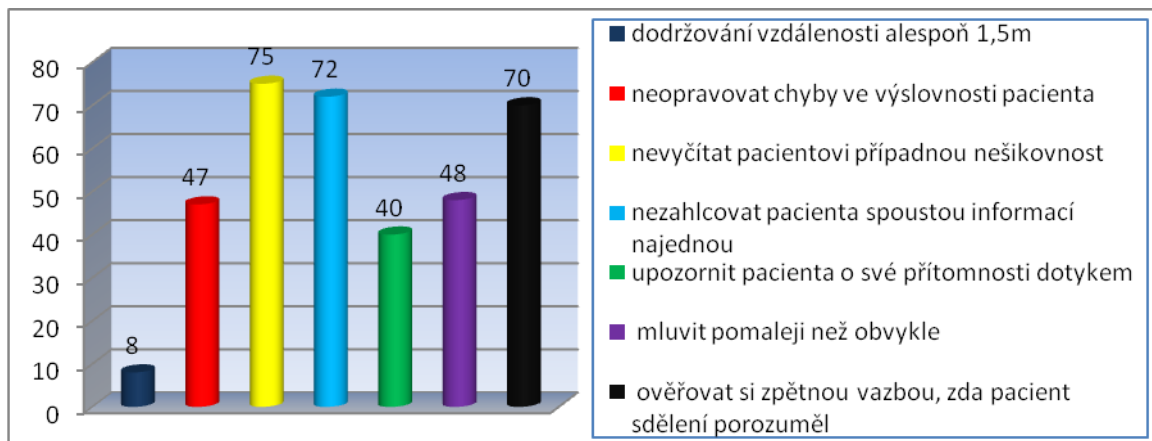
Graf 25 znázorňuje odpovědi na otázku, jestli sestry doprovázely někdy nevidomého pacienta na toaletu. 24 sester (26,09 %) odpovědělo, že to ovládá dobře. 47 sester (51,09 %) opovědělo ano, zvládla jsem to. Nejméně z nich, 3 sestry (3,25 %) si při doprovodu nebyly jisté a 18 sester (19,57 %) odpovědělo ne.

Graf 26 Nejvhodnější způsob vedení pacienta s poruchou zraku



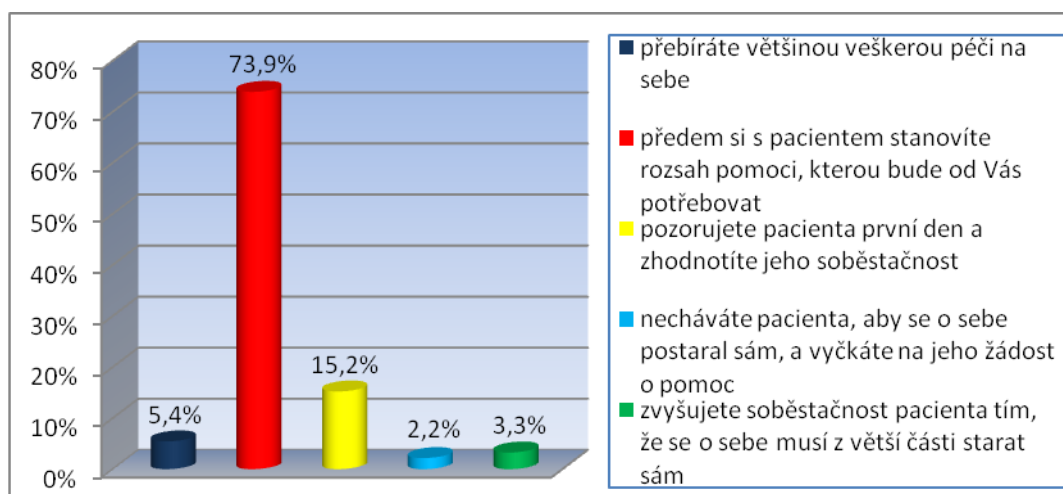
Jako nejvhodnější způsob vedení pacienta s poruchou zraku, uvedlo 34 dotazovaných (37,0 %), že vedeme pacienta vedle sebe, 0 sester (0,0 %) odpovědělo, že pacienta tlačíme před sebou, nejvíce, 53 sester (57,6 %) uvedlo, že pacient kráčí jeden, dva kroky za sestrou a přidržuje se jejího ramene a 5 sester (5,4 %) uvedlo, že pacient kráčí sám, sestra ho slovně naviguje.

Graf 27 Zásady komunikace s pacientem s tělesným postižením



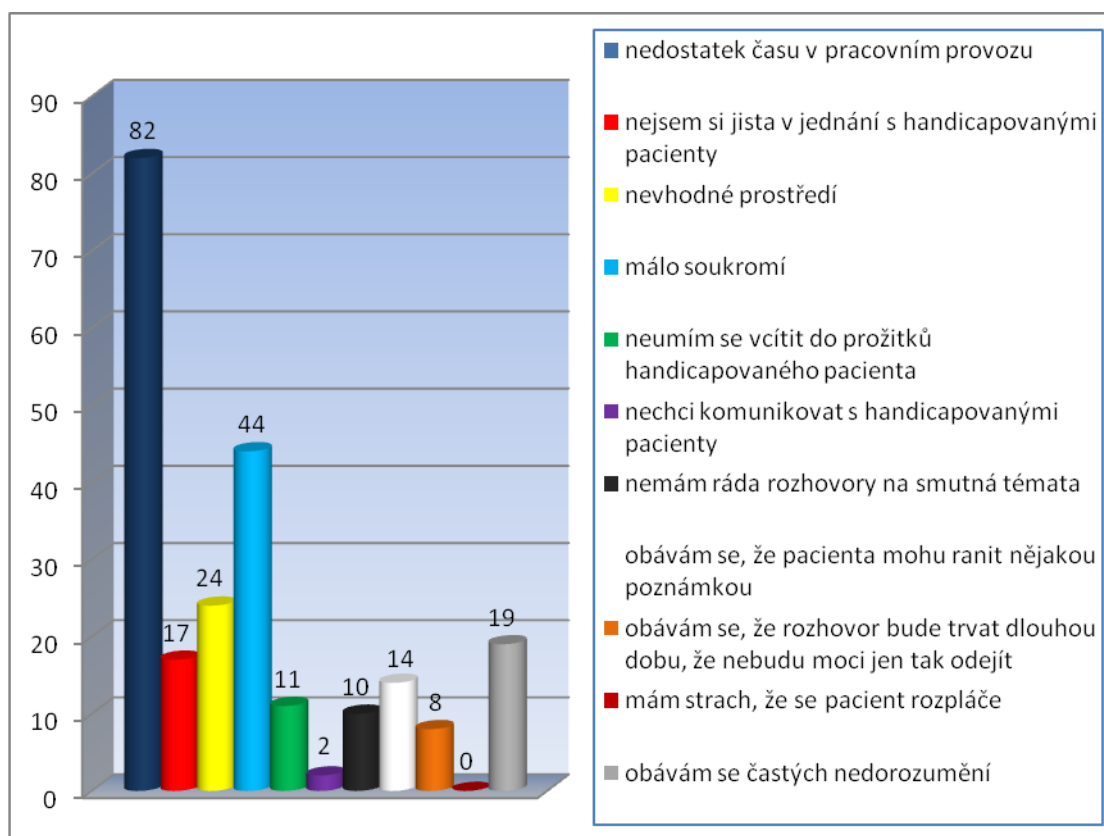
V otázce, co patří mezi zásady komunikace s pacientem s tělesným postižením, mohli respondenti označit více možností. 8 sester označilo dodržování vzdálenosti alespoň 1,5m, 47 neopravovat chyby ve výslovnosti pacienta, 75 nevyčítat pacientovi případnou nešikovnost, 72 nezahlcovat pacienta spoustou informací najednou, 40 upozornit pacienta o své přítomnosti dotykem, 48 mluvit pomaleji než obvykle a 70 sester uvedlo ověřovat si zpětnou vazbou, zda pacient sdělení porozuměl.

Graf 28 Postup při péči o handicapovaného pacienta



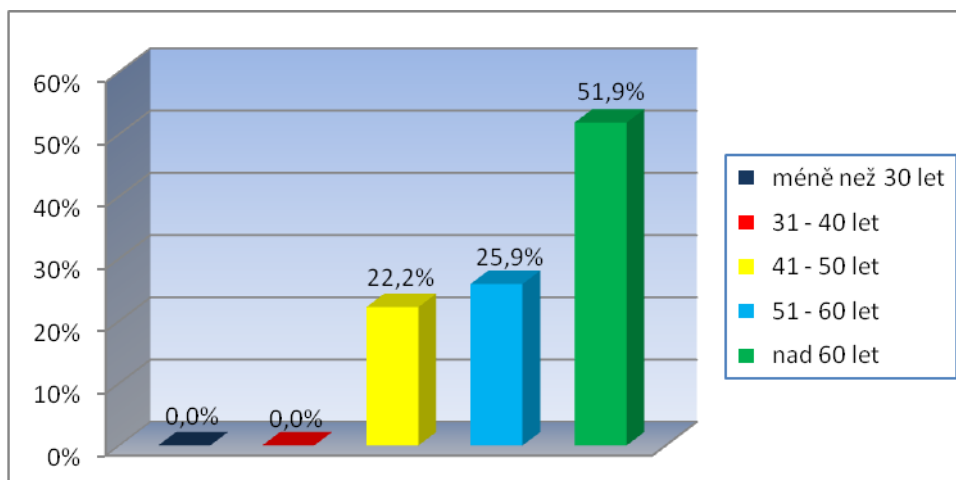
Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak postupují při péči o handicapovaného pacienta. 5 sester (5,4 %) odpovědělo, že přebírají většinou veškerou péči na sebe, nejvíce z nich, 68 (73,9 %) respondentů uvedlo, že si předem s pacientem stanoví rozsah pomoci, kterou bude od nich potřebovat. 14 sester (15,2 %) zadrželo odpověď, že pozorují pacienta první den a zhodnotí jeho samostatnost, 2 (2,2 %) uvedly, že nechávají pacienta, aby se o sebe postaral sám, a vyčkají na jeho žádost o pomoc a 3 sestry (3,3 %) uvedly, že zvyšují soběstačnost pacienta tím, že se o sebe musí z větší části starat sám.

Graf 29 Největší překážky v přístupu k handicapovanému pacientovi



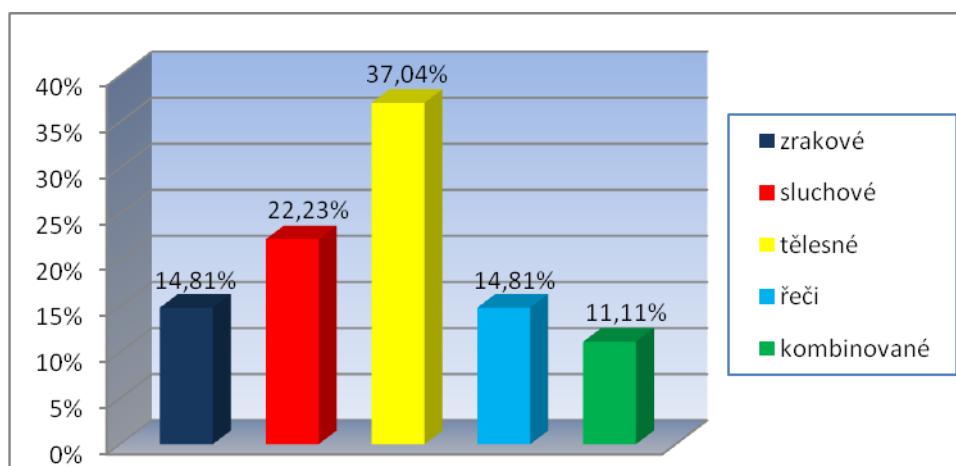
Na otázku, co je pro Vás největší překážkou v přístupu k handicapovanému pacientovi bylo možno zaškrtnout více odpovědí, 82 sester uvedlo nedostatek času v pracovním provozu, 17 z nich si není jistých v jednání v handicapovanými pacienty, 24 označilo nevhodné prostředí, 44 sester zaškrtnulo málo soukromí, 11 sester odpovědělo, že se neumí vcítit do prožitků pacienta, 2 sestry nechtějí komunikovat s handicapovanými pacienty, 10 nemá ráda rozhovory na smutná témata, 14 respondentů se obává, že může pacienta ranit nějakou poznámkou, 8 sester se obává, že rozhovor bude trvat dlouhou dobu, že nebudou moci odejít, 0 sester odpovědělo, že mají strach, že se pacient rozpláče a 19 dotazovaných sester se obává častých nedorozumění.

Graf 30 Věk pacientů



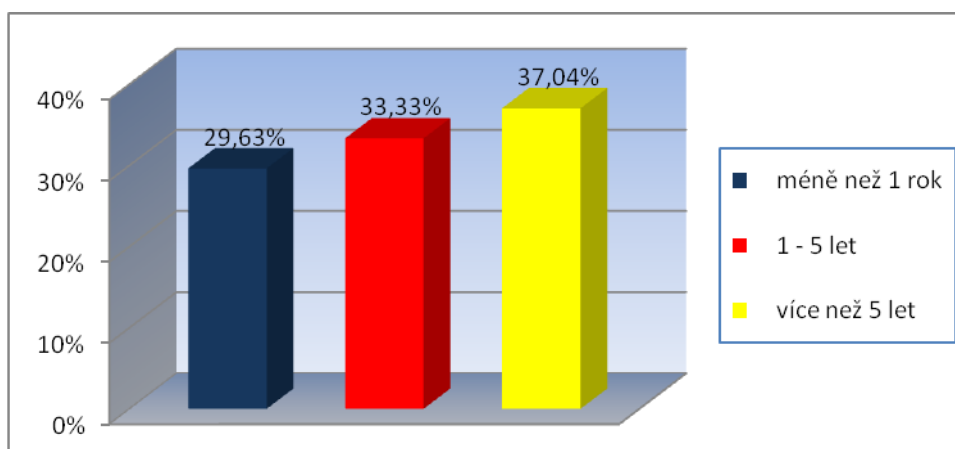
Graf 30 ukazuje věkové kategorie dotázaných pacientů. Z celkového počtu 27 dotazovaných pacientů bylo 0 (0,0 %) pacientů méně než 30 let, 0 pacientů (0,0 %) bylo ve věkové kategorii 31 - 40 let, 6 pacientů (22,2 %) bylo ve věku 41 - 50 let, 7 (25,9 %) ve věku 51 - 60 let a v kategorii nad 60 let bylo 14 pacientů (51,9 %).

Graf 31 Druh postižení (handicapu)



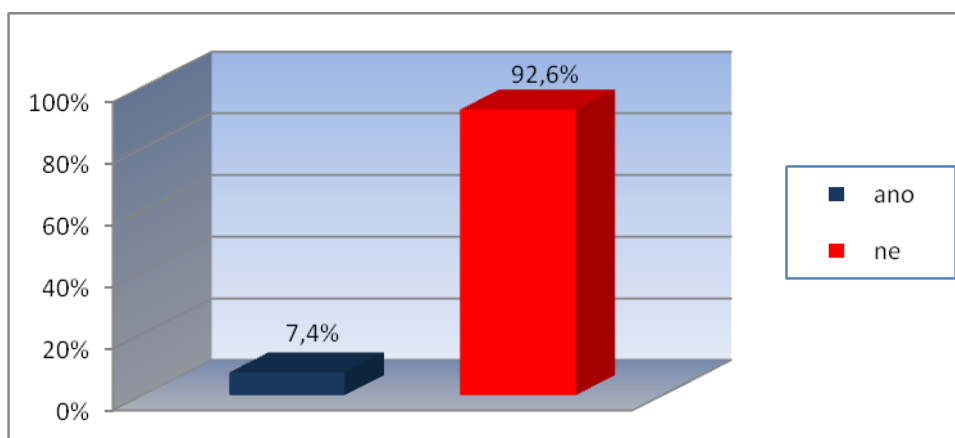
4 dotazovaní pacienti (14,81 %) měli zrakový handicap, 6 (22,23 %) sluchový handicap, 10 (37,04 %) tělesný handicap, 4 pacienti (14,81 %) trpěli vadou řeči a nějakou kombinaci zmíněných postižení uvedli 3 (11,11 %) pacienti.

Graf 32 Délka postižení



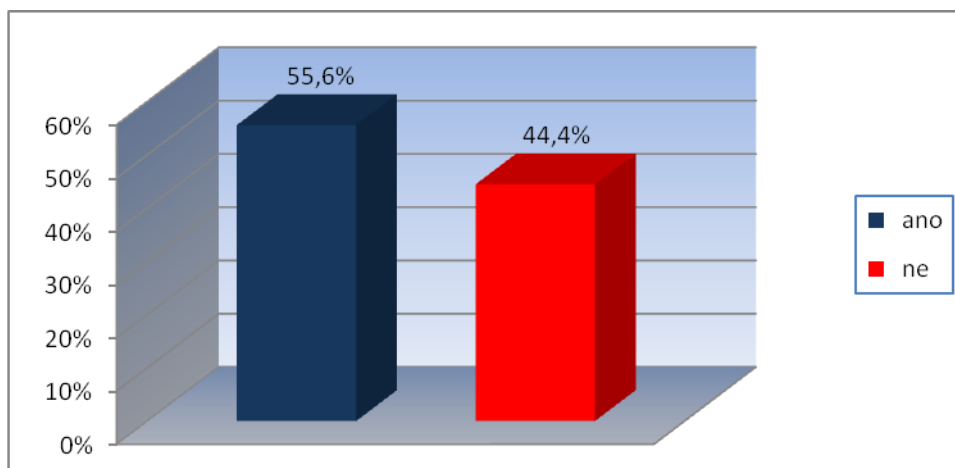
U 8 pacientů (29,63 %) trvalo jejich postižení méně než jeden rok, u 9 (33,33 %) z nich to bylo 1 - 5 let a u 10 pacientů (37,04 %) byla délka postižení více než 5 let.

Graf 33 První hospitalizace



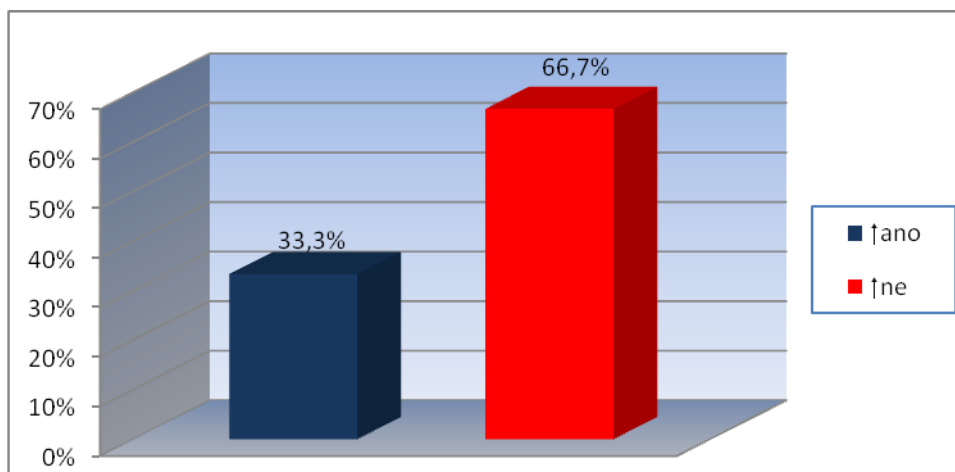
2 dotazovaní pacienti (7,4 %) byli hospitalizováni poprvé, 25 pacientů (92,6 %) bylo hospitalizováno již vícekrát.

Graf 34 Představení se příjmové sestry



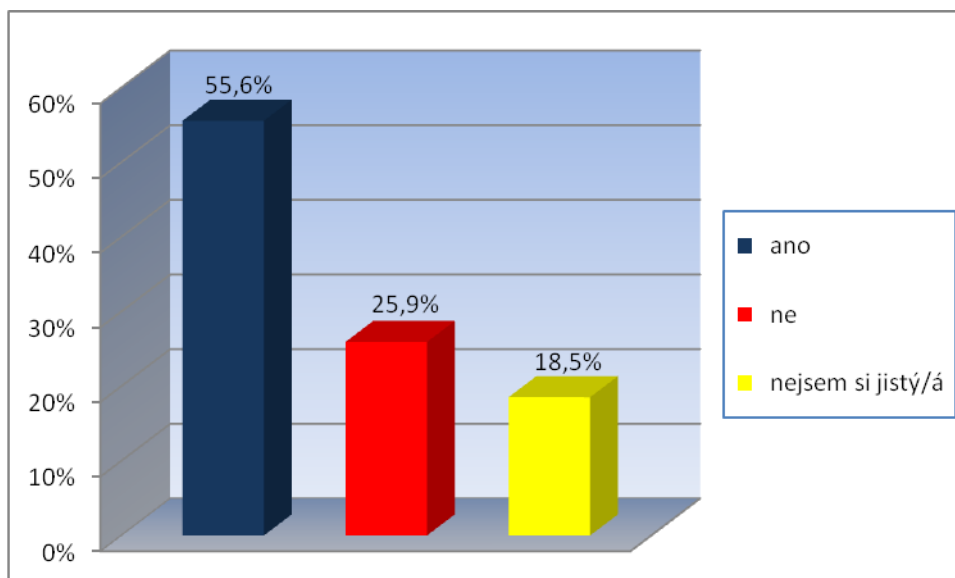
15 pacientů (55,6 %) uvedlo, že se jim sestra při příjmu představila, 12 (44,4 %) uvedlo, že ne.

Graf 35 Podání ruky od příjmové sestry



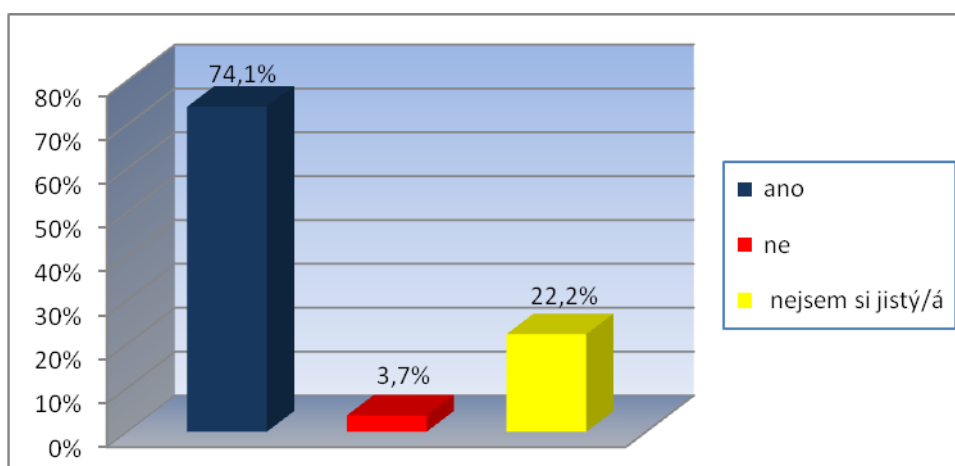
Na otázku, jestli příjmová sestra podala pacientovi ruku, uvedlo odpověď ano 9 respondentů (33,3 %), ne odpovědělo 18 dotazovaných (66,7 %).

Graf 36 Znalost jména ošetřující sestry



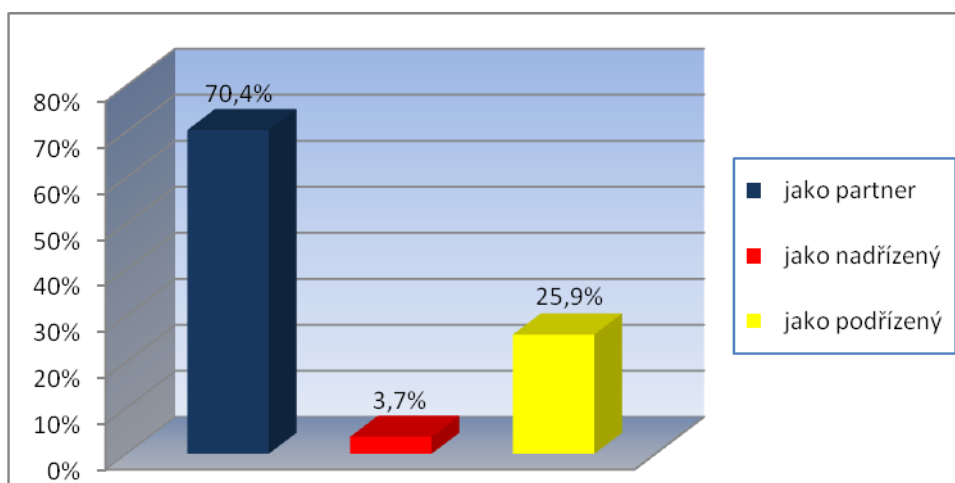
Graf ukazuje, že 15 pacientů (55,6 %) znalo jméno své příjmové sestry, 7 pacientů (25,9 %) neznalo a 5 pacientů (18,5 %) si nebylo jisto.

Graf 37 Jistota na koho se obrátit s nově vzniklým problémem



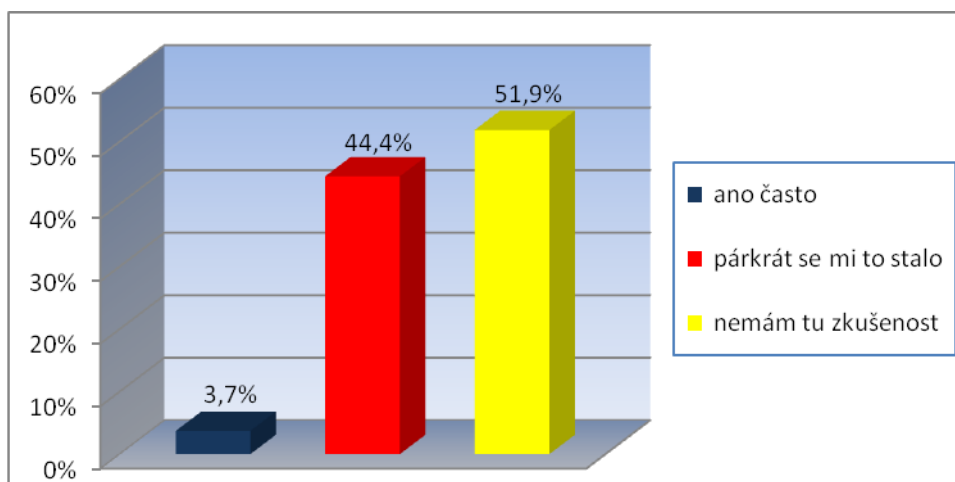
20 pacientů (74,1 %) odpovědělo, že ví, na koho se obrátit s nově vzniklým problémem, 1 pacient (3,7 %) odpověděl, že neví a 6 dotazovaných (22,2 %) si nebylo jisto.

Graf 38 Postavení pacienta ve spolupráci se sestrou



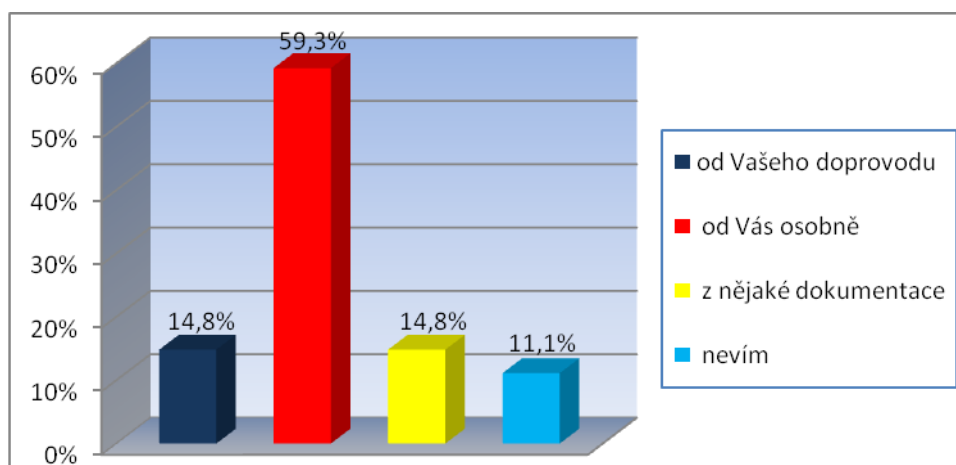
19 dotazovaných pacientů (70,4 %) uvedlo, že se cítí ve spolupráci se sestrou jako partner, 1 pacient (3,7 %) se cítí jako nadřízený a 7 pacientů (25,9 %) uvedlo, že se cítí jako podřízený.

Graf 39 Nepříjemné pocity během hospitalizace



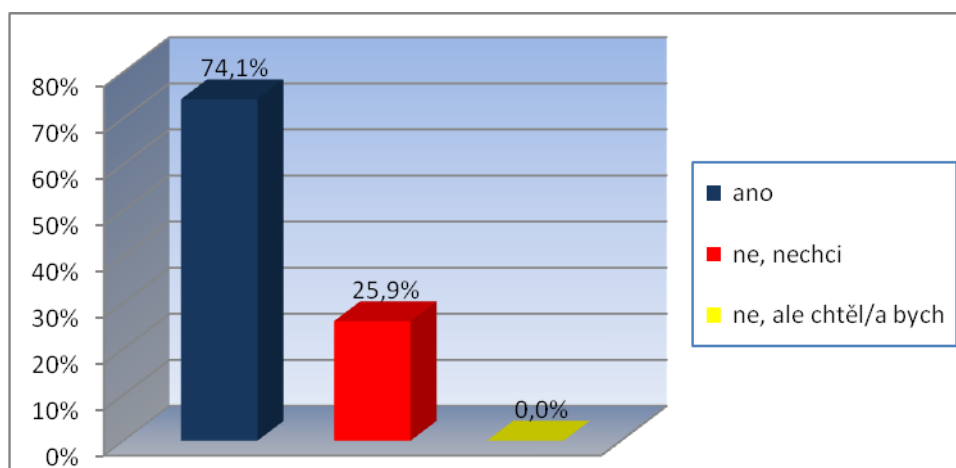
Na otázku, jestli se pacienti cítili někdy při rozhovoru se sestrou ponížene (nepříjemně), uvedl 1 dotazovaný pacient (3,7 %), že má často tyto nepříjemné pocity během hospitalizace, 12 pacientů (44,4 %) uvedlo, že se jim to párkrát stalo a 14 dotazovaných (51,9 %) tuto zkušenost nemá.

Graf 40 Sestra při příjmu získávala nejvíce informací



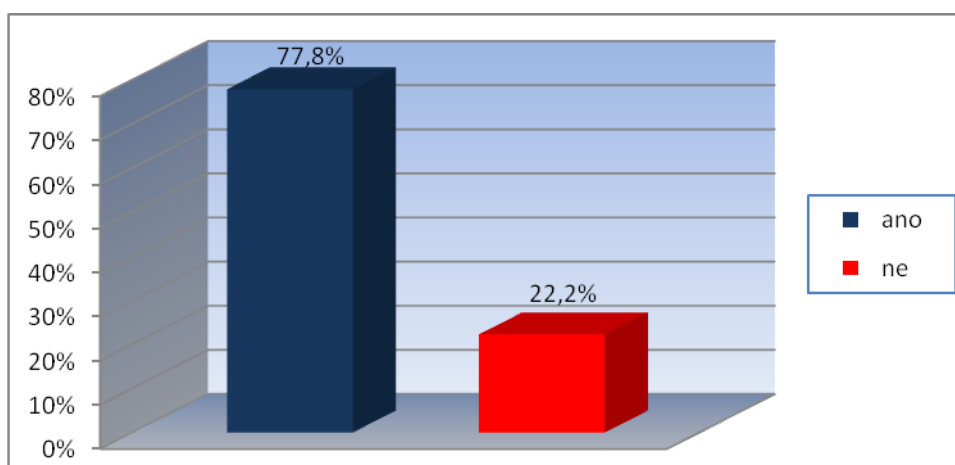
Při zpětném hodnocení komunikace sestry s pacienty při příjmu uvedli 4 pacienti (14,8 %), že sestry získávaly nejvíce informací o nich od jejich doprovodu, 16 (59,3 %) odpovědělo, že od nich osobně, 4 (14,8 %) uvedli jako zdroj informací o nich dokumentaci a 3 (11,1 %) nevěděli, od koho sestry získávaly o nich nejvíce informací.

Graf 41 Možnost mluvit o svém handicapu



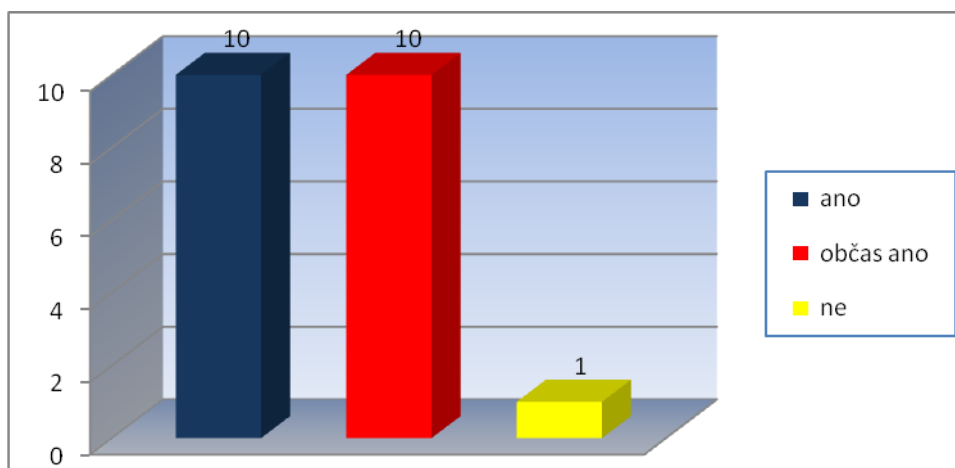
Graf znázorňuje, jestli pacienti měli možnost hovořit se sestrou o svém handicapu. 20 dotazovaných pacientů (74,1 %) odpovědělo ano, 7 pacientů (25,9 %) odpovědělo ne, nechci a 0 pacientů (0,0 %) uvedlo odpověď, že neměli tuto možnost, ale chtěli by.

Graf 42 Možnost sdělit své zvyklosti vzhledem k handicapu



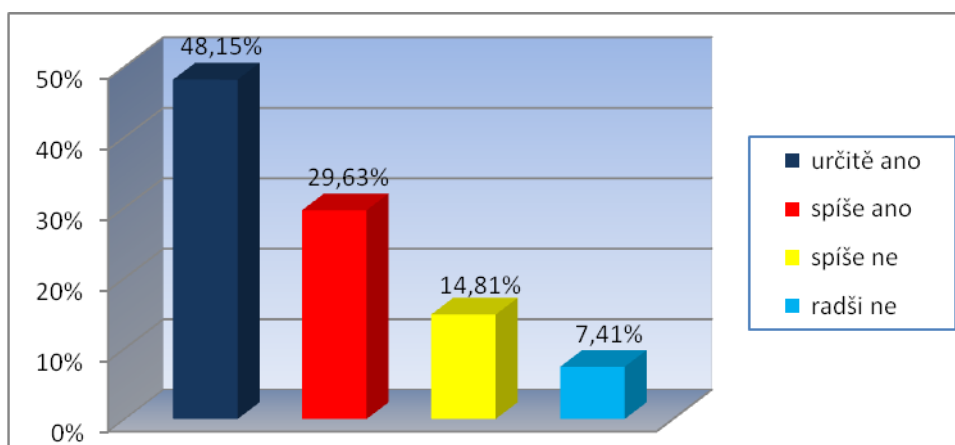
21 dotazovaných pacientů (77,8 %) uvedlo, že měli možnost sdělit sestře a ošetřujícímu personálu své zvyklosti ohledně handicapu, 6 pacientů (22,2 %) tuto možnost nemělo.

Graf 43 Ohled na zvyklosti



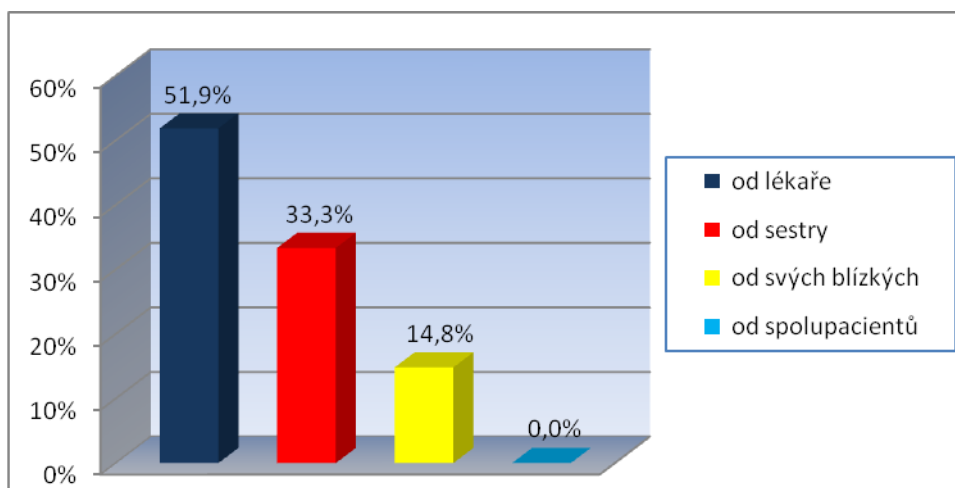
V grafu 43 se vyjadřuje 21 respondentů, kteří na předešlou otázku o možnosti sdělit sestře a ošetřujícímu personálu své zvyklosti odpověděli ano, k dotazu, jestli byl na jejich zvyklosti brán ohled. 10 z těchto 21 pacientů odpovědělo, že ano, 10 uvedlo odpověď občas ano a 1 pacient uvedl ne.

Graf 44 Aktivní vyhledávání informací o svém zdravotním stavu



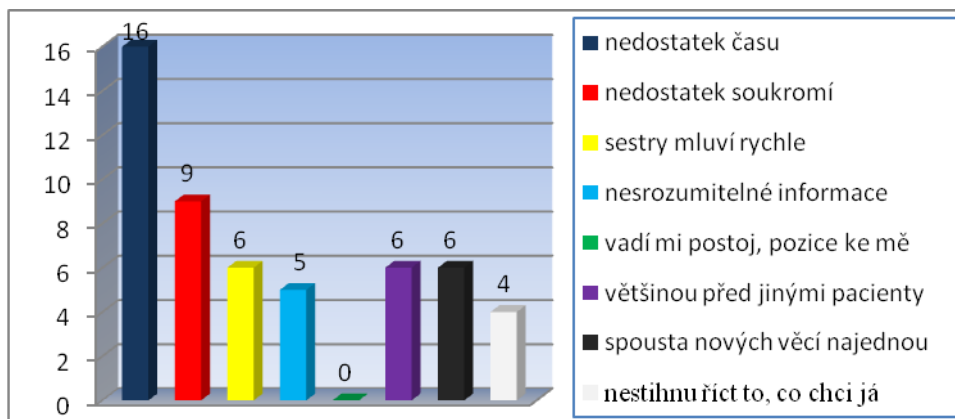
Na otázku, jestli handicapovaní pacienti aktivně vyhledávají informace o svém zdravotním stavu, odpovědělo 13 respondentů (48,15 %) určitě ano, 8 (29,63 %) uvedlo spíše ano, 4 (14,81 %) spíše ne a 2 (7,41 %) zaškrtnli odpověď radši ne.

Graf 45 Zdroj nejvíce informací o zdravotním stavu pacienta



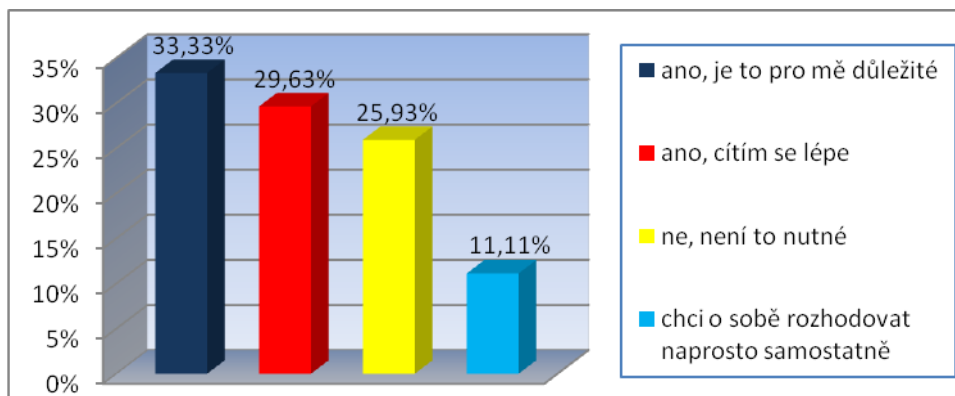
14 respondentů (51,9 %) získává nejvíce informací o svém zdravotním stavu od lékaře, 9 (33,3 %) od sestry 4 (14,8 %) od svých blízkých a 0 (0,0 %) dotazovaných respondentů uvedlo spolupacienty jako zdroj informací.

Graf 46 Nejčastější problémy při komunikaci se sestrami



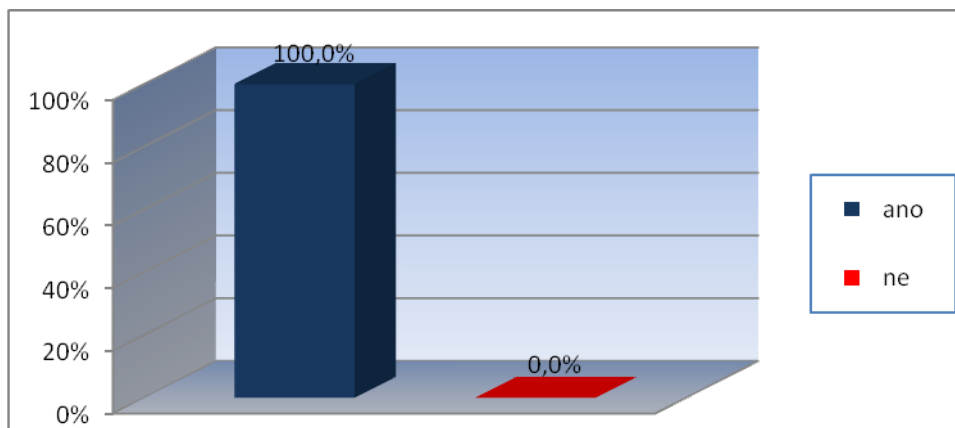
V otázce, jaké mají handicapovaní pacienti nejčastější problémy při komunikaci se sestrami, mohli dotázaní uvést více odpovědí. 16 pacientů uvedlo nedostatek času, 9 nedostatek soukromí, 6 pacientů odpověď, že sestry mluví rychle, pro 5 jsou to nesrozumitelné informace, 0 respondentů uvedlo odpověď, vadí mi postoj, pozice ke mně, 6 respondentů uvedlo jako nejčastější problém, že komunikace probíhá před jinými pacienty, pro 6 je to spousta věcí najednou a 4 dotazovaní uvedli odpověď, nestihnu říci to, co chci já.

Graf 47 Potřeba někoho blízkého při léčebném procesu



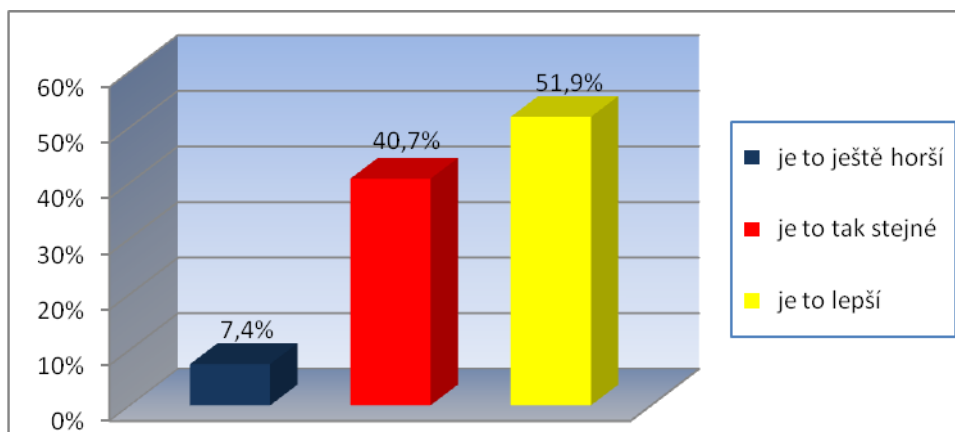
Graf 47 ukazuje, jestli dotazovaní pacienti potřebují ke sdělování diagnózy, vysvětlování léčby či podobných záležitostí týkajících se léčby někoho blízkého z jejich okolí. 9 pacientů (33,33 %) uvedlo ano, je to pro mě důležité, 8 pacientů (29,63 %) zaškrtnuli odpověď ano, cítím se lépe. 7 (25,93 %) uvedlo ne, není to nutné a 3 respondenti (11,11 %) odpověděli, že chtějí o sobě rozhodovat samostatně.

Graf 48 Možnost mít u sebe někoho blízkého



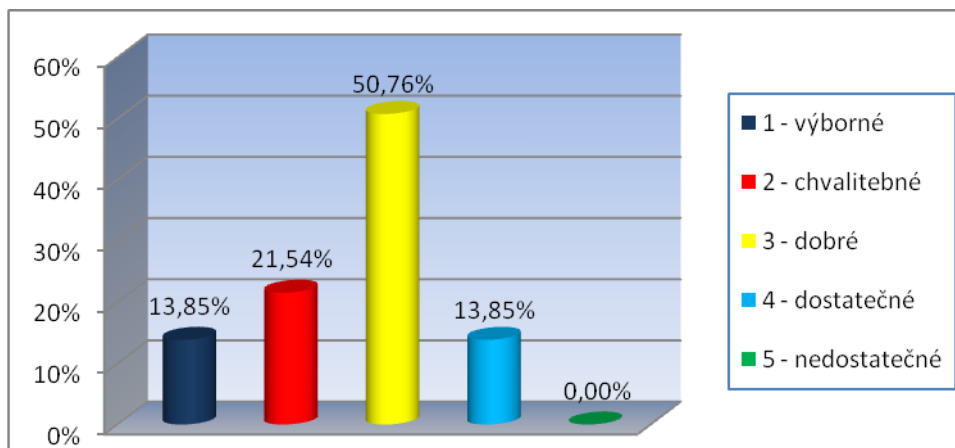
Všech 17 respondentů, kteří odpověděli kladně na předešlou otázku, jestli by u sebe uvítali někoho blízkého při vysvětlování diagnózy, léčebném procesu atd., odpovědělo ano i na otázku, jestli je jim to umožněno.

Graf 49 Změna pocitu strachu a nejistoty v průběhu hospitalizace



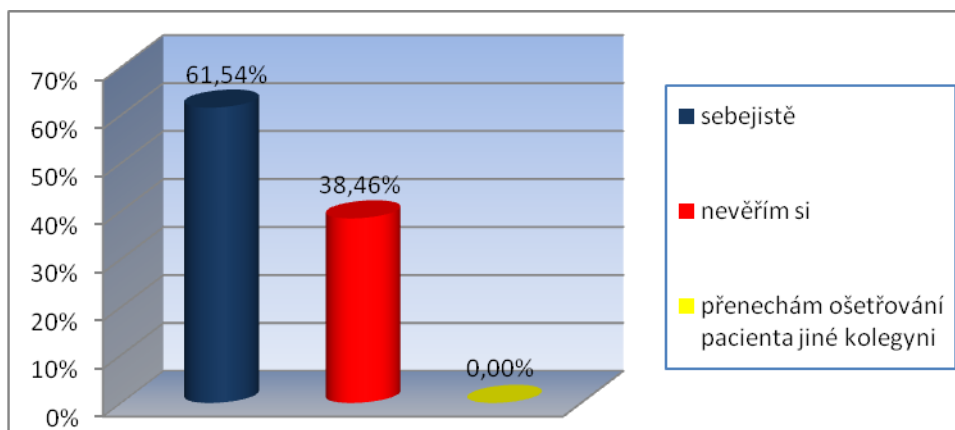
2 respondenti (7,4 %) odpověděli, že jejich pocit strachu a nejistoty v průběhu hospitalizace byl ještě horší, 11 (40,7 %) uvedlo, že je to tak stejné a u 14 (51,9 %) z nich se to zlepšilo.

Graf 50 Jak hodnotí své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty sestry se středoškolským vzděláním (SZŠ)



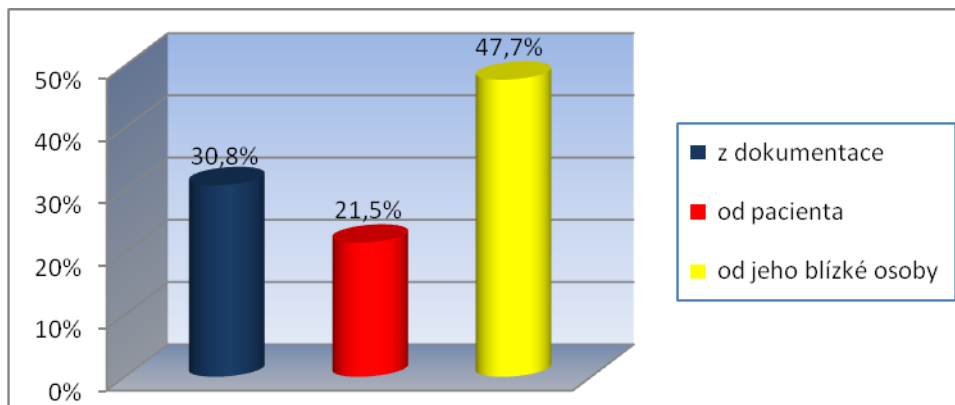
Z 62 sester se středoškolským vzděláním (100 %) označilo 9 sester (13,85 %) své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty známkou 1-výborné. 14 sester (21,54 %) označilo své dovednosti známkou 2-chvalitebné, 33 sester (50,76 %) se odhodnotilo známkou 3-dobré (13,85 %) a 0 sester (0,00 %) známkou 5-nedostatečné.

Graf 51 Pocit jistoty při rozhovoru s handicapovaným pacientem u sester se středoškolským vzděláním (SZŠ)



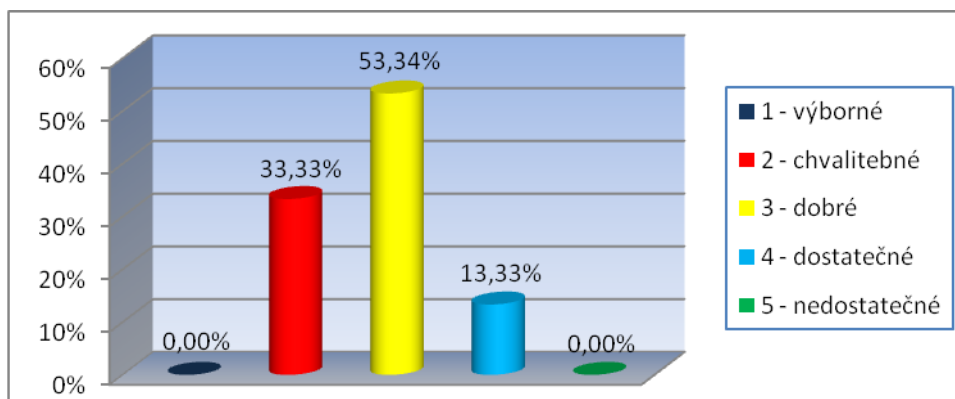
Graf 51 znázorňuje, jak se sestry se středoškolským vzděláním cítí při rozhovoru s handicapovaným pacientem. Z těchto 62 dotazovaných sester (100 %) uvedlo 40 sester (61,54 %), že se cítí sebejistě, 25 sester (38,46 %) uvedlo, nevěřím si a 0 sester (0,00%) označila odpověď, že přenechá ošetřování pacienta raději jiné kolegyni.

Graf 52 Odkud získávají sestry se středoškolským vzděláním (SZŠ) nejvíce informací o handicapovaném pacientovi



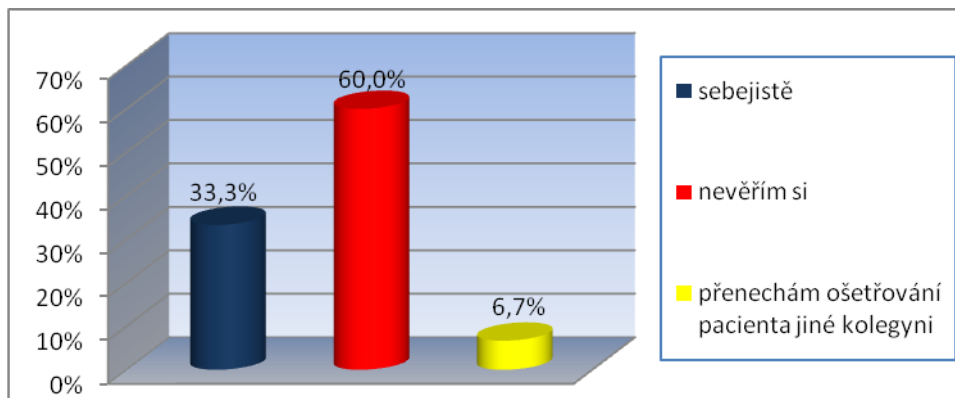
20 sester (30,8 %) z 62 sester (100 %) se středoškolským vzděláním uvedlo jako zdroj nejvíce informací o handicapovaném pacientovi dokumentaci. 14 sester (21,5 %) získává nejvíce informací přímo od pacienta a 31 sester (47,7 %) získává informace od jeho blízké osoby.

Graf 53 Jak hodnotí své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty sestry s vyšším odborným vzděláním (VOŠ)



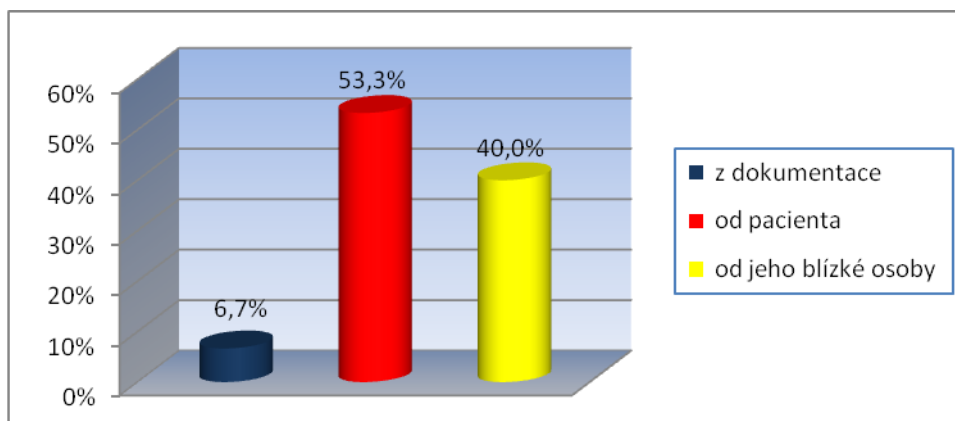
Graf 53 ukazuje, jak hodnotí své schopnosti sestry s vyšším odborným vzděláním (VOŠ), kterých bylo 15 (100 %). 0 (0,00 %) sester se ohodnotilo známkou 1 - výborné, 5 sester (33,33 %) označilo známkou 2 - chvalitebné, 8 sester (53,34 %) uvedlo známkou 3 - dobré, 2 sestry (13,33 %) se ohodnotily známkou 4 - dostatečné a 0 sester (0,00 %) označilo známkou 5 - nedostatečné.

Graf 54 Pocit jistoty při rozhovoru s handicapovanými pacienty u sester s vyšším odborným vzděláním (VOŠ)



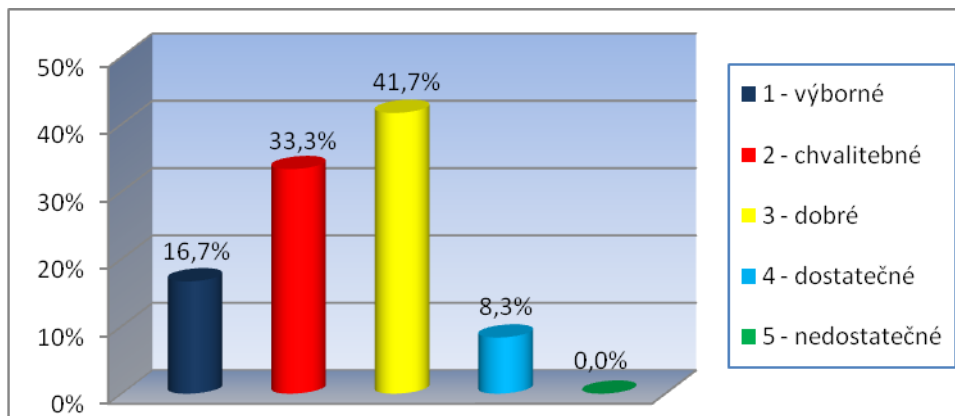
5 sester (33,3 %) z 62 sester (100 %) s vyšším odborným vzděláním uvedlo, že se cítí sebejistě při komunikaci s handicapovaným pacientem, 9 sester (60,0 %) si při komunikaci nevěří, a 1 sestra (6,7 %) radši přenechá pacienta jiné kolegyni.

Graf 55 Odkud získávají sestry s vyšším odborným vzděláním (VOŠ) nejvíce informací o handicapovaném pacientovi



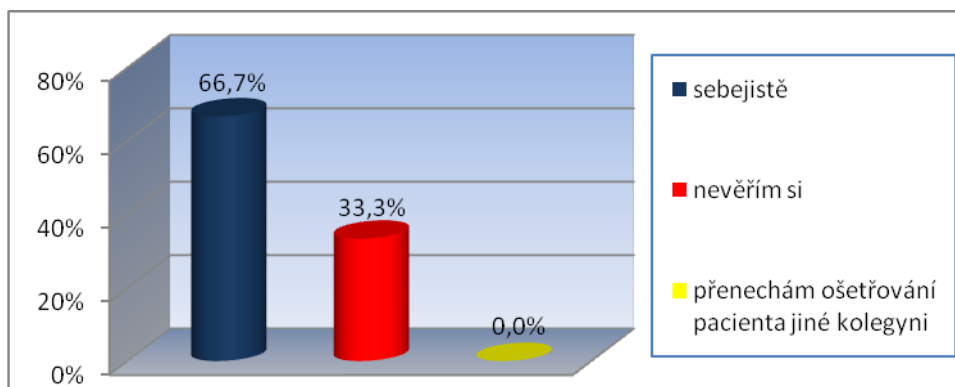
1 sestra (6,7 %) z 15 sester (100 %) s vyšším odborným vzděláním získává nejvíce informací o handicapovaném pacientovi při příjmu do nemocnice z dokumentace, 8 sester (53,3 %) uvádí pacienta jako zdroj informací a 6 sester (40,0 %) získává informace od jeho blízké osoby.

Graf 56 Jak hodnotí své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty sestry s vysokoškolským vzděláním (VŠ)



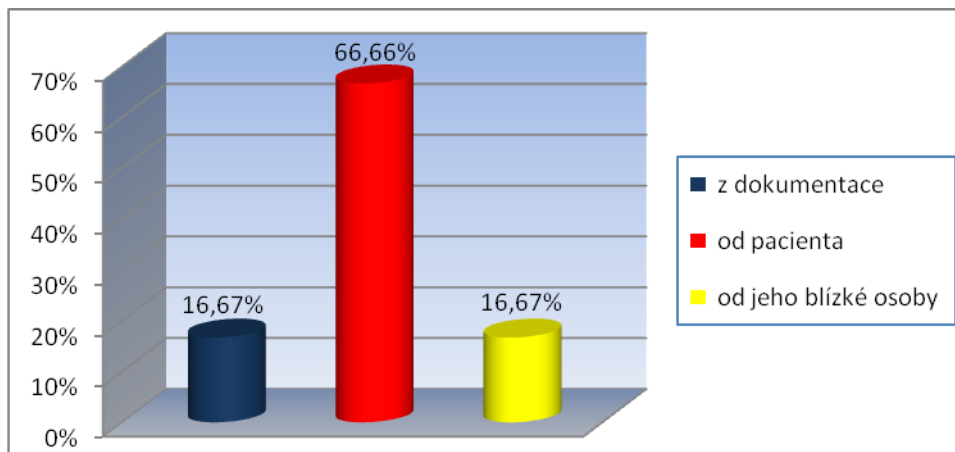
Graf 56 ukazuje, jak vidí své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty sestry s vysokoškolským vzděláním. 2 sestry (16,7 %) z těchto 12 sester (100 %) označily své dovednosti 1 - výborné, 4 sestry (33,3 %) se ohodnotily známkou 2 - chvalitebné, 5 sester (41,7 %) označilo známkou 3 - dobré, 1 sestra (8,3 %) uvedla známkou 4 - dostatečné a 0 sester (0,0 %) se ohodnotilo známkou 5 - nedostatečné.

Graf 57 Pocit jistoty při rozhovoru s handicapovanými pacienty u sester s vysokoškolským vzděláním (VŠ)



8 sester (66,7 %) z 12 sester (100 %) s vysokoškolským vzděláním se cítí při komunikaci s handicapovanými pacienty sebejistě, 4 sestry (33,3 %) uvedly, že si při komunikaci nevěří a 0 sester (0,0 %) přenechá ošetřování handicapovaného pacienta jiné kolegyni.

Graf 58 Odkud získávají sestry s vysokoškolským vzděláním (VŠ) nejvíce informací o handicapovaném pacientovi



Graf 58 ukazuje výsledek odpovědí na otázku, odkud získávají sestry s vysokoškolským vzděláním nejvíce informací o handicapovaném pacientovi při příjmu do nemocnice. Z těchto 12 dotazovaných sester (100 %) odpověděly 2 sestry (16,67 %), že získávají informace z dokumentace, 30 sester (32,6 %) označilo jako odpověď od pacienta a 39 (42,4 %) sester uvedlo jako zdroj nejvíce informací osobu blízkou.

5. Diskuse

Tato bakalářská práce je zaměřena na oblast komunikace ve zdravotnictví, respektive na problematiku komunikace sester u pacientů, kteří jsou oproti jiným znevýhodněni určitým handicapem. Naším úkolem bylo zhodnotit úroveň komunikace sester právě s těmito pacienty. Byly stanoveny 3 cíle práce. Zajímalo nás, zda sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům a zda jsou připraveny prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole. Dále jsme se zajímali o nejčastější problémy ve zjišťování psychosociálních potřeb handicapovaných pacientů.

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno v měsíci červnu 2009 a výzkumný soubor tvořily dvě skupiny respondentů. Formou dotazníku byly osloveny sestry lůžkových oddělení celkem z pěti nemocnic (Nemocnice Na Homolce, Fakultní Nemocnice v Motole, Fakultní Thomayerova nemocnice, Nemocnice Na Františku a Masarykova nemocnice v Rakovníku), kam byly dotazníky distribuovány na různá oddělení. Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků, vyplňovaly je sestry všech věkových kategorií, s různou délkou praxe a různým vzděláním. Návratnost dotazníků činila 87 %, což je vzhledem k vytíženosti sester a neochotě vyplňování dotazníků uspokojivé. Dotazník obsahoval 29 otázek zaměřených na vzdělání a přípravu sester v oblasti komunikace, na jejich skutečné komunikační dovednosti a teoretické znalosti, na pocity a problémy při komunikaci s handicapovanými pacienty. Ve snaze více zobektivizovat situaci, abychom nezískali názory jen jedné strany, a vzhledem k tomu, že v komunikaci jde především o interpersonální kontakt a vztah a nelze ji tudíž hodnotit jen jedním směrem, bylo provedeno též šetření mezi handicapovanými pacienty. Jejich dotazování probíhalo formou strukturovaného rozhovoru podle předem připraveného dotazníku, kdy bylo osloveno 27 pacientů s určitým typem handicapu. Dotazníky jsem tedy vyplňovala společně s pacienty a tím jsem předešla možným nedorozuměním, nepochopením a problémům při jejich vyplňování. Tyto získané informace nám slouží jako zpětná vazba. Zjišťovala jsem informovanost, pocity a problémy pacientů při komunikaci se sestrami během hospitalizace. Pro získání ještě cennějších informací by bylo třeba dle mého názoru většího vzorku pacientů a více podrobnějších otázek, což si vyžaduje větší časový prostor.

Snažili jsme se oslovit sestry z nejrůznějších lůžkových oddělení a položili jsme jim otázku, zda se ve své práci setkávají s handicapovanými pacienty. Graf 5 ukazuje, že všechny dotazované sestry se na svých odděleních setkávají s handicapovanými pacienty, z toho 48 (52,2 %) často, 37 sester (42,2 %) ojediněle a 7 (7,6 %) výjimečně. Dále nás ale zajímalo, s jakými konkrétními druhy handicapů se sestry ve své praxi setkávají, a z toho nám také vyplynulo, co vše vlastně za handicap považují. Toto ukazuje graf 8 k otázce číslo 8, kde sestry mohly vlastními slovy vypsát několik možností. Ve většině případů uváděly zrakový a sluchový handicap a tělesné postižení, méně již mentální postižení a postižení řeči jen v 10 případech. V 5 případech sestry uvedly odpověď kombinace vad a po jedné odpovědi se objevily i možnosti jako sociální a národnostní handicap. Literatura uvádí několik druhů handicapů. Handicapem a postižením se zabývá například Vágnerová, M., Hadj-Moussová, Z., Štěch, S. *Psychologie handicapu* (27), dále Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie* (3), Matějček, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí* (17) a mnoho dalších. Jde vlastně o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám a jeho míra závisí jak na samotném postižení, tak i na podmínkách, které společnost k jeho vyrovnání poskytuje. Zajímavý je i názor Filipiové (6), která uvádí, že handicap je vše, co člověku více či méně komplikuje všední život a že například fyzických handicapů existuje tolik forem, kolik je handicapovaných. Z 27 dotazovaných pacientů (100 %) bylo nejvíce s tělesným postižením (37,04 %), dále bylo sluchové, zrakové a postižení řeči. 3 pacienti uvedli kombinaci vad (graf 31).

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny 4 hypotézy. U hypotézy H1: Sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům, vycházíme v dotazníku pro sestry z otázek číslo 6, 7, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 (graf 6, 7, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29) a v dotazníku pro pacienty z otázek číslo 5, 6, 9, 10, 11, 17 (graf 34, 35, 38, 39, 40, 46). Graf 13 nám ukazuje, jak sestry subjektivně hodnotí své komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům. 50 % dotázaných, to je 46 sester se ohodnotilo známkou 3, že mají dobré komunikační dovednosti. 23 sester (25 %) označilo své dovednosti jako chvalitebné a 11 sester (12 %) jako výborné. Dostatečné dovednosti, tedy známku 4,

označilo 12 sester (13 %) a nedostatečné neoznačil nikdo. Pocity sester při rozhovoru s handicapovanými pacienty nám vyjadřuje graf 14, kdy 53 sester (57,6 %) z celkových 92 dotázaných označuje, že se při rozhovoru s handicapovaným pacientem cítí sebejistě, 38 sester (41,3 %) si nevěří a jedna sestra dokonce označila možnou odpověď, že raději přenechá ošetřování pacienta jiné kolegyni. Z těchto dvou grafů bychom mohli usoudit, že sestry mají komunikační dovednosti vzhledem k handicapovaným pacientům, ale jde jen o jejich subjektivní vyjádření. MUDr. Petr Malý píše ve svém článku Komunikace je nástrojem pro vytvoření důvěry (14), že se opravdu schopnost komunikace s těmito pacienty postupně zkvalitňuje a to vzhledem ke vzdělávání zdravotníků v této oblasti. Naopak Linhartová (13) poukazuje na trvalé nedostatky v komunikaci jako takové a nejen s handicapovanými. Ve své knize zmiňuje též výsledky zajímavého předvýzkumu Institutu zdravotní politiky a ekonomiky z roku 2004, ohledně vztahu pacientů k lékařům, kde jako nejčastějším nedostatkem byla uváděna právě komunikace s přívlastky jako špatná, hrubá, zlehčující, nepřiměřená pacientovi či situaci atd. Víím, že nemůžeme dávat úplně dohromady lékaře a sestry a pacienty bez a s nějakým handicapem. Ale vždyť při většině situací pracují lékař a sestra společně, mnohdy v jedné ordinaci, oba jsou u pacienta a komunikují s ním, spolupracují, a tak nepředpokládáme závratné rozdíly ve schopnosti komunikovat s pacienty mezi jednotlivými úrovněmi zdravotnického personálu. A za druhé, pacienti s nějakým postižením nejsou jiní lidé, mají stejné, plus třeba nějaké další psychosociální potřeby. Jak se ale většina shodneme na názoru a jak se zmiňuje i MUDr. Vratislav Kraus ve Zdravotnických novinách (11), záleží na individuálních schopnostech, někteří tento dar mají a jiní, když chtějí, se tomu mohou naučit. S tím souvisí další otázka pro sestry, zda ovládají nějaký jiný dorozumívací prostředek než běžnou mluvenou řeč a psaný projev, který lze použít u handicapovaných pacientů (graf 19). Pouze 9 sester (9,8 %) uvedlo, že umí používat nějaký specifický dorozumívací prostředek, z čehož v 5 případech šlo o znakovou řeč, jedna odpověděla prstovou abecedu a 3 sestry označily mimiku (součást neverbální komunikace) za zvláštní dorozumívací prostředek (viz tabulka 3). Hrubý (8) poukazuje na to, že neverbální komunikace má především pro lidi s poruchou sluchu významnou roli. Znaková řeč je jedním ze specifických náhradních komunikačních

systémů, je jednodušší, méně diferencovaná, nepoužívá gramatiku, má i jiný slovosled. Její podmínkou je vizuální kontakt, ale velkou nevýhodou pak omezený počet lidí, kteří toto ovládají. Ohledně uvítání možnosti dalšího vzdělání v této oblasti vypovídá otázka 20 (graf 20). Přestože si většina sester věří a své dovednosti ohodnotila dobrými známkami, tak 54 sester (58,7 %) označilo odpověď ano, určitě, že by uvítala další možnost vzdělání, 33 sester (35,9 %) neví a 5 sester uvedlo, že to nepotřebuje. Nutno ale poznamenat, že toto jednoznačně nesvědčí pro malé znalosti sester, protože vzdělávání vlastně nekončí nikdy. Kdy můžeme prohlásit, že všechno známe a umíme? Naopak, mnohdy se stává, že když se něčemu naučíme, nutí nás to o problematice dozvědět se víc a víc. Je naopak chvályhodné, že již některé sestry přijaly skutečnost celoživotního vzdělávání za svou. Pro zajímavost jsme si dále z tohoto výzkumného šetření vytáhli i výsledky, které by charakterizovaly a třeba odlišovaly sestry podle vzdělání. Zajímalo nás, jak se samy hodnotí sestry s různým stupněm vzdělání, jaké mají pocity, a pro objektivní posouzení jejich dovedností jsme vybrali otázku číslo 15, a to odkud získávají nejvíce informací o pacientovi. Tyto výsledky jsou vyjádřeny v grafech 50 až 58. Z celkového počtu 92 dotázaných sester, má 65 (70,7 %) vystudovanou střední zdravotnickou školu, 15 (16,3 %) vyšší zdravotnickou školu a 12 sester (13,0 %) má vysokoškolské vzdělání (graf 3). Tyto 3 skupiny nejsou bohužel v našem výzkumném souboru rovnoměrně zastoupeny. Ale z grafů 50, 51, 52 je patrné, že středoškolsky vzdělané sestry se nejčastěji ohodnotily známkou 3 (50,76 %), dále známkou 2 (21,54 %) a bylo i dost jedniček. V komunikaci se cítí sebejistě, ale na otázku, odkud čerpají nejvíce informací o handicapovaném pacientovi, odpověděly v největším počtu, že od blízké osoby a ne od pacienta samotného, jak by to mělo být. Sestry, které vystudovaly vyšší zdravotnickou školu, se také v nejvíce případech ohodnotily známkou 3, v komunikaci s handicapovanými si méně věří, ale správně získávají informace od samotného pacienta (graf 53, 54, 55). A vysokoškolsky vzdělané sestry se do třetice také hodnotí dobře, v komunikaci jsou si většinou jisté a své dovednosti potvrzují také správnou odpovědí, že hovoří více s pacientem (graf 56, 57, 58). Takže můžeme říci, že z našeho šetření, mimo jiné vyplynulo, že s vyšším

vzděláním nevzrostla sebejistota, ale sestry si osvojily prvky správné komunikace s handicapovanými.

Na zjištění teoretických znalostí v oblasti komunikace byly formulovány otázky 26, 27 a 28. V grafu 26 k otázce 26, kde sestry vybíraly ze čtyř možností nejvhodnější způsob vedení pacienta s poruchou zraku je vidět, že správně jich odpovědělo 53 (57,6 %), tedy že pacient kráčí jeden, dva kroky za sestrou a přidržuje se jejího ramene. Na dvě možnosti, které byly zcela špatné, odpovědělo minimum, jen 5 sester. Podobná situace byla i u otázky 28 (graf 28), kde většina, 68 (73,9 %) odpověděla správně, jak pečuje o handicapovaného pacienta. A také, zde tři nežádoucí odpovědi, měly minimální zastoupení. Velmi dobré výsledky jsou vidět i na grafu 27 k otázce 27 o zásadách komunikace s tělesně postiženým pacientem. Zde bylo možné vybrat si a vyznačit více odpovědí. Nevyčítat pacientovi případnou nešikovnost, z nabízených tu nejvíce dotýkající se tělesného handicapu, označilo 75 z 92 sester. Sestry hodně vybíraly i jiné možnosti, které se sice více týkají jiného postižení, ale v přístupu k pacientovi nejsou špatné, což svědčí o poměrně dobrých znalostech zásad komunikace. A například zpětnou vazbu, zda pacient porozuměl sdělení, což je důležité u všech pacientů a obzvláště u těch s různým postižením, označilo 70 z 92 sester. Tato zmínka je v každé literatuře o komunikaci. Mezi novější publikace, kde jsou zásady komunikace s handicapovanými podrobně rozepsány, patří *Komunikácia v ošetrovateľstve* od Kristové (12), Venglářová *Komunikace pro zdravotní sestry* (31) a například Janáčková, Weiss *Komunikace ve zdravotnické péči* (9).

Přestože máme k dispozici jen malý vzorek ze skupiny handicapovaných pacientů, tak z našeho šetření vyplývá, že sestry mají komunikační dovednosti. Na otázku číslo 9 v dotazníku pro pacienty (graf 38), odpovědělo 19 z nich (70,4 %), že se ve spolupráci se sestrou cítí jako partner. Dále více než polovina, 14 handicapovaných pacientů nemá zkušenost, že by se někdy cítila ponížene při rozhovoru se sestrou (graf 39). A hodnotné pro nás také je zjištění z grafu 40, kde 59,3 % pacientů uvádí, že sestra při příjmu do nemocnice získávala nejvíce informací od nich osobně. Na druhou stranu k argumentům proti, které by mohly znalosti sester vyvracet, můžeme zahrnout například graf 21 k otázce číslo 21, kde sestry odpovídaly, zda znají desatera pro

komunikaci s handicapovanými pacienty. Otázka v dotazníku byla položena tak, aby z ní nebylo patrné, že taková desatera existují. A z výsledků je patrné, že je zná pouze 18 sester (19,57 %), přestože naše šetření bylo prováděno většinou ve velkých pražských nemocnicích, kde jsme tuto znalost více předpokládali. Tato desatera byla ale vytvořena teprve nedávno, takže jsme se zde přesvědčili, že jejich rozšíření a povědomí mezi sestrami určitě ještě nějakou dobu potrvá.

Ke druhému cíli byla stanovena hypotéza H2: Sestry jsou dostatečně připraveny na komunikaci s handicapovanými pacienty prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole. Zde vycházíme z otázek číslo 9, 10, 11, 12 a 20 z dotazníku pro sestry, vyjádřeno v grafech 9, 10, 11, 12, 20. Přímá otázka zněla, zda dotazované sestry měly komunikaci jako samostatný předmět ve škole. V grafu 9 jsou znázorněny vyrovnané odpovědi, kdy 26,1 % sester mělo tento předmět dostatečně, 18,4 % ano, ale okrajově, 20,7 % mělo komunikaci v rámci jiného předmětu a 34,8 % sester komunikaci nemělo. To znamená, že sice celkem 65,2 % sester se s komunikací ve škole setkalo, ale v různém rozsahu. Graf 10 nám ukazuje, že sestry, které měly ve škole komunikaci, byly ve většině případů také seznámeny se specifiky komunikace u handicapovaných pacientů, opět ale možnost dostatečně uvádí jen 23 sester. Praktického nácviku (graf 11), který má podle nás velký význam a přínos, se 56 sester (60,9 %) nezúčastnilo oproti 31 (33,7 %), které měly tu příležitost ve škole. Předchozí grafy nehovoří zcela jednoznačně a přesvědčivě, jak bychom si představovali, pro dostatečnou a kvalitní přípravu sester ve škole. Z výsledků, které nám vyšly, nemůžeme tedy druhou hypotézu potvrdit. Při jejím zkoumání musíme vzít ještě v potaz více faktorů, které šetření dozajista ovlivňují, například vzdělání v souvislosti s věkem. Nemalé procento našich dotázaných je starší věkové kategorie (graf 1) a ze školy jsou již dávno pryč. Na problematiku komunikace, její specifika atd., se klade poslední dobou velký důraz, změnil se i přístup k pacientovi jako takovému. Proto došlo i v oblasti vzdělávání zdravotníků k velkým změnám a komunikace zaujímá podstatné místo. Jak píše i MUDr. Petr Malý (14), je kladen důraz na připravenost zdravotníků v této oblasti. Dnes je zdravotnický personál již na úrovni kvalifikačního, pregraduálního studia připravován pro kontakt s klienty se zdravotním postižením. Podle názoru MUDr. Vratislava Krause (11), ale speciálními

kurzy prošlo jen malé množství zdravotnických pracovníků a většina se tomuto umění musela a musí učit až během své praxe. Drtivá většina zdravotníků je tedy, jak si myslíme, schopna komunikovat s handicapovanými nemocnými na odpovídající úrovni, potvrzuje nám to i naše první hypotéza. Důležitým faktorem jsou individuální schopnosti a snaha každého z nás a to ani škola nezaručí. Tyto dovednosti se dají získat i na různých seminářích, přednáškách, kurzech, osvojují se až samotnou praxí. V současné době existuje řada takových akcí a programů a také je mnoho handicapovaných lidí, se kterými se setkáváme. Dnes je i dobrá a hlavně neopomíjená příprava ve škole. Z našeho šetření můžeme dále jen odhadovat, že ty sestry, které komunikaci ve škole neměly, mohou patřit k posledním dvěma věkovým kategoriím a polovině třetí, a že dnes je tomu vlastně už jinak. To by odpovídalo i procentuálním výsledkům z grafů 1 a 9. Ale jsou to jen odhady.

A posledním cílem práce bylo, zjistit, jaké jsou nejčastější problémy ve zjišťování psychosociálních potřeb handicapovaných pacientů. Pro každého je hospitalizace spojena s nejistotou, strachem, zásahem do běžného života, do určité míry ztrátou individuality, omezeným kontaktem s jeho blízkými atd. Úspěšná léčba a vůbec spolupráce je výsledkem vzájemného vztahu a komunikace mezi zúčastněnými. Existuje celá řada bariér a problémů, které efektivní komunikaci brání. Naší snahou by mělo být, zajistit co nejlepší podmínky, aby se i k handicapovaným pacientům dostaly náležité informace a naopak. Vymětal (35) poukazuje na to, že komunikační dovednosti jsou nástrojem pro uspokojení všech potřeb. Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla nám to, co chceme, musíme využívat a sledovat řadu prvků neverbální a verbální komunikace obzvlášť u pacientů s různým postižením. Asi největším nepřítelem komunikace pro nás zdravotníky je čas, kterého je stále nedostatek. A právě neverbální komunikace, ta která by u pacientů s různým postižením měla být více využívána, je nedostatkem času velmi ovlivněna, jak popisuje i Pokorná (21). My jsme si ke třetímu cíli formulovali též hypotézu H3, že sestry vyzdvihují nedostatek času jako problém ve zjišťování psychosociálních potřeb u handicapovaných pacientů. K této hypotéze nám mohou pomoci i názory sester z otázek číslo 6, 7 z dotazníku pro sestry (graf 6, 7). Kde se v obou grafech drtivá většina sester vyjádřila,

že je potřeba si na rozhovory s handicapovanými pacienty vyhradit více času a že to tak i dělají. V grafu 22 vidíme, že neverbální komunikaci považuje 83,7 % sester za stejně významnou jako verbální a podle 15,2 % dotázaných sester je důležitější. Stěžejní je pro nás otázka 29, kde sestry měly možnost vybrat a zaškrtnout více možností, jaké jsou pro ně největší překážky v přístupu k handicapovanému pacientovi (graf 29). Zde jednoznačně v 82 případech označily možnost nedostatek času v pracovním provozu a tím potvrdily naši hypotézu. Dále uvedly málo soukromí, nevhodné prostředí, obavy z častých nedorozumění atd. Nás ještě zajímalo a konkrétně jsme se také zeptali, jestli není třeba nějaké téma, kterému by se sestry v rozhovoru s postiženým pacientem vyhýbaly. Často bývají například oblast sexuality nebo jiné intimní záležitosti tabuizovány a my jsme předpokládali, že i zde bude nějaké téma tvořit komunikační bariéru. Jak ale sestry odpovídaly, znázorněno v grafu 16, 92,4 % sester se žádnému tématu záměrně nevyhýbá. Pouze 7 sester přiznalo, že se vyhne tématům jako je sexuální život, vlastní handicap nebo budoucnost postiženého (viz tabulka 2). Zajímavé ale je, shlédnout odpovědi hned na následující otázku (graf 17), kde až 45,7 % dotázaných uvádí, že na oblast sexuality se handicapovaného pacienta nikdy neptá a 19,6 % se tomu spíše vyhne. Naše kontrolní, avšak nijak záludná otázka, měla tedy svůj účel. Podobně je tomu u otázky číslo 18, kde jsme se tázali na problematiku budoucnosti. Také 16 sester přiznává, že se na to neptá, že je to pro ně nepříjemné a 37 sester se tomuto tématu raději vyhne. Můžeme tedy konstatovat, že i některá témata, jak jsme správně předpokládali, jsou také problémem v komunikaci s handicapovanými.

Hypotéza H4 zněla: Handicapovaní pacienti uvádějí nejčastěji nedostatek soukromí jako problém při rozhovorech se sestrou. Vycházeli jsme hned z několika otázek v dotazníku pro pacienty, kde jsme zjišťovali, zda jsou psychosociální potřeby našich pacientů uspokojeny, do jaké míry a kde vidí největší nedostatky. Většina pacientů uvedla, že se ve spolupráci se sestrou cítí jako partner, že ví, na koho se v případě potřeby obrátit se vzniklým problémem a více než polovina dotázaných ví, jak se jejich ošetřující sestra jmenuje (graf 38, 37, 36). Z tohoto můžeme usoudit, že vztahy mezi sestrami a pacienty z našeho šetření jsou na dobré úrovni. Direktivní přístup v péči

o pacienta nemá své místo a ani přínos. MUDr. Válek píše ve svém článku *Hospitalizace pacienta s handicapem* (30), že každý postižený zná nejlépe své potřeby a také nejlepší způsob k jejich uspokojení. Každý typ postižení má svá specifika a také pacient od pacienta je jiný, je potřeba udržovat individualitu člověka. Na léčbě a ošetřování by se měl podílet, což je nakonec přínosné pro obě strany, jak pro pacienta, tak pro personál. V grafu 44 jsme se přesvědčili, že opravdu v 48,15 % pacienti aktivně vyhledávají informace o svém zdravotním stavu a 29,63 % se přiklání k možnosti spíše ano. V otázce číslo 13 jsme dále zjišťovali, zda pacienti měli možnost sdělit své zvyklosti vzhledem ke svému handicapu a tím se vlastně podílet na péči o sebe sama, popřípadě zvyšovat svoji soběstačnost. 21 z 27 pacientů odpovědělo, že ano (graf 42). Mezi důležité potřeby, které je třeba ještě zmínit, patří podle nás také přítomnost někoho blízkého z rodiny nebo okolí, když si to pacient přeje. Z grafu 47 je patrné, že 29,63 % pacientů se tak cítí lépe a pro 33,33 % pacientů je to dokonce důležité. Graf 48 znázorňuje, že všem 17 pacientům, kteří toto přání vyjádřili, to bylo umožněno. Z předchozích grafů usuzujeme, že psychosociální potřeby pacientů jsou většinou uspokojovány. A konečně jaké jsou pro handicapované pacienty ty nejčastější problémy v komunikaci se sestrami? Na to jsme položili přímou otázku číslo 17, kde bylo na výběr z osmi možností a též prostor pro vlastní názor. Jako nejčastější problém z našeho šetření vyšel opět nedostatek času jako v dotazníku pro sestry (graf 46). Naše hypotéza H4 tedy potvrzena nebyla. Nedostatek soukromí, jak jsme my předpokládali, uvedlo 9 z 27 pacientů. Další nabídnuté možnosti jako spousta informací najednou, rozhovor před jinými pacienty, nesrozumitelné informace, rychlé tempo řeči a jiné, byly vyrovnaně zastoupeny.

K handicapovaným pacientům bychom měli na jednu stranu přistupovat stejně jako k těm ostatním, abychom v nich nevyvolávali pocity deprese, výčitek, nepotřebnosti, invalidity, odlišnosti a jiné. Na druhou stranu jim ale musíme být nápomocni v období, které je pro ně určitě velmi těžké. Přizpůsobení se nemocničnímu režimu, nemoci, je náročné pro každého z nás, pro pacienty s určitým handicapem to musí být ještě o mnoho nesnadnější. Často jsou v mnohém závislí na pomoci a péči druhých, mohou se setkat s nepochopením, sami bez informací. V poslední otázce jsme

se ptali na pocit strachu a nejistoty v průběhu hospitalizace. Graf 49 vypovídá o tom, že pro 40,7 % nemocných je to stejné jako na začátku, 51,9 % udává zlepšení a 2 pacienti uvedli, že je to horší. Závěrem můžeme říci, že sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům, hypotéza H1 se potvrdila. Přípravu na komunikaci ve škole, kterou sestry prošly, však nemůžeme označit za dostatečnou nebo takovou, jakou by si sami sestry představovaly, hypotéza H2 se tedy nepotvrdila. Komunikace mezi lidmi s sebou vždy nese problémy a nedorozumění a je třeba se stále přizpůsobovat, učit a mít vůli komunikovat. Nejčastějším problémem vůbec, který obě skupiny označily, je nedostatek času pro komunikaci v ošetrovatelské péči. V hypotéze H3, u sester jsme toto předpokládali, H3 byla tedy potvrzena. U pacientů jsme předpokládali jako největší problém nedostatek soukromí, H4 potvrzena nebyla. Cíle práce byly splněny.

6. Závěr

Profesionální komunikace sestry je velmi náročná oblast. Rozhovor s nemocným nám umožňuje navázání kontaktu, předávání zpráv a je nepřeborným zdrojem informací o nemocném. Základním nástrojem pro předávání informací je mluvená řeč, mnohdy je ale zapotřebí umět použít i jiné dorozumívací prostředky a to u pacientů se sníženou schopností komunikovat. Naši komunikací a vlastně veškerým chováním působíme na pacienta v kladném i záporném slova smyslu. Toto bychom měli mít neustále na mysli a jednat vždy a s každým s citem, empatií a hlavně důstojně. Nutno podotknout, že ne každý je touto schopností nadán. Profesní příprava sester by proto i v této oblasti měla být kvalitní, důsledná a zahrnovat veškeré náležitosti.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům. Dále jsme se zajímali, zda jsou sestry připraveny na komunikaci s handicapovanými pacienty prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole a třetím cílem bylo najít nejčastější konkrétní problémy ve zjišťování psychosociálních potřeb těchto pacientů. K cílům byly stanoveny hypotézy H1: Sestry mají komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům, H2: Sestry jsou dostatečně připraveny na komunikaci s handicapovanými pacienty prostřednictvím vzdělávacího programu ve škole, H3: Sestry vyzdvihují nedostatek času jako problém ve zjišťování psychosociálních potřeb u handicapovaných pacientů a H4: Handicapovaní pacienti uvádějí nejčastěji nedostatek soukromí jako problém při rozhovorech se sestrou.

Po zpracování výsledků našeho kvantitativního šetření jsme zjistili, že sestry komunikační dovednosti ve vztahu k handicapovaným pacientům mají. Hypotéza H1 se tedy potvrdila. Samozřejmě záleží na individuálních vlastnostech a chuti komunikovat. Specifické dovednosti si sestry osvojují již ve škole, samotnou praxí a například v rámci různých seminářů a přednášek. Jak z našeho šetření vyplynulo, má příprava sester i své nedostatky, hypotéza H2 potvrzena nebyla. V dnešní době začíná být komunikaci ve zdravotnictví a komunikaci se specifickými skupinami pacientů věnována náležitá pozornost, je však třeba klást velký důraz i na praktickou stránku. Praktickým nácvikem přístupu k handicapovaným si rozšíříme obzory, získáme cenné informace a lépe si

uvědomíme, jaké potřeby tito pacienti mají a jaký přístup je nejvhodnější zvolit. Jak jsme zjistili, velké procento sester tuto příležitost nemělo. Dále byla hypotéza H3 potvrzena a H4 nikoli. Jako nejčastější problém při komunikaci uvedly totiž obě skupiny dotázaných, jak sestry, tak hospitalizovaní handicapovaní pacienti, nedostatek času - věčný problém v dnešním zdravotnictví i světě. Cíle práce byly splněny.

Provedeným výzkumným šetřením byly odhaleny ještě některé nedostatky právě, co se týče vzdělání v komunikaci. Výsledky šetření by mohly posloužit jako impuls pro oblast školství ve zdravotnictví a mohly by být publikovány v některém z odborných časopisů. Tato práce by také mohla sloužit jako edukační materiál pro zdravotnický personál. Je třeba se neustále učit a zabývat se touto problematikou s cílem zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče u hospitalizovaných handicapovaných pacientů tak, aby odpovídala jejich skutečným potřebám.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BRATRŠOVSKÁ, Z., HRDLIČKA, F. *Lidé s handicapem*. [cit. 2009-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.blisty.cz/art/26197.html>.
2. BUBENÍČKOVÁ, H. *E-Bariéry osob se zdravotním postižením*. [cit. 2009-02-24]. Dostupné z WWW: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 173. s. ISBN 80-7013-342-2.
4. DAVID, IVAN Duševní porucha a komunikace. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2006. roč. 55, č. 5, s. 14. ISSN 0044-1996.
5. DENKOVÁ, JANA Kontakt s nevidomými a těžce zrakově postiženými. *Sestra*. Praha: 2008. roč. 18, č. 1, s. 55-56. ISSN 1210-0404.
6. FILIPIOVÁ, D. *Integrace handicapovaných*. [cit. 2009-04-23]. Dostupné z WWW: <http://www.filipiova.cz/politika/nazory.html>.
7. GULÁŠOVÁ, IVICA Princípy komunikácie sestry s telesne postihnutým pacientom. *Revue ošetrovatel'stva a laboratorných metodík*. Bratislava: 2005. roč. 11, č. 1, s. 25-26. ISSN 1335-5090.
8. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 1. díl. 2. vyd. Praha: Septima, 1999. 396 s. ISBN 80-7216-096-6.
9. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
10. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo* 1. l. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

11. KRAUS, VRATISLAV Je personál zdravotnických zařízení schopen komunikovat s handicapovanými pacienty na odpovídající úrovni? Záleží na individuálních schopnostech. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2006. roč. 55, č. 5, s. 14. ISSN 0044-1996.
12. KRISTOVÁ J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 211s. ISBN 80-8063-160-3.
13. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
14. MALÝ, PETR Komunikace je nástrojem pro vytvoření důvěry. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2006. roč. 55, č. 5, s. 14. ISSN 0044-1996
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl Systémový přístup*. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
17. MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H+H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
18. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Desatera pro lepší komunikaci s pacienty se zdravotním postižením*. [cit. 2009-5-12]. Dostupné z WWW: <http://www.prvnikrok.cz/detail-clanek.php?clanek=1116>.
19. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*. [cit. 2009-3-20]. Dostupné z WWW: <http://www.nrzp.cz/userfiles/file/npvp2006.pdf>.
20. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. [cit. 2009-3-22]. Dostupné z WWW: <http://www.nrzp.cz/standardni-pravidla-pro-vyrovnani-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/>.

21. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.
22. PRŮCHA, J. et al. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 72 s. ISBN 80-7178-772-8.
23. SALVAGE, J. *Ošetrovatelství v akci*. Česká společnost sester, 1997. 119s. ISBN 92-890-1312-5.
24. SOUKUPOVÁ, IRENA Bezbariéroví zdravotníci. *Zdravotnické noviny ČR*. Praha: 2006. roč. 55, č. 5, s. 12-13. ISSN 0044-1996.
25. TRACHTOVÁ E. A KOLEKTIV. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013- 285-X.
26. TUTKOVÁ, JITKA Komunikace sestra – pacient. *Sestra*, Praha: 2007. roč. 17, č. 1, s. 22-23, ISSN 1210-0404.
27. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTĚCH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 870. ISBN 80-7178-802-3.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
30. VÁLEK, L. Hospitalizace pacienta s handicapem. *Sestra*. Praha: 2001. roč. 11, č. 1, s. 6. ISSN 1210-0404.
31. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
32. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory – příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 987-80-247-2170-5.

33. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 319 s. ISBN 80-7178-998-4.
34. VLČEK, V. *Psychologie pro doteková povolání*. Olomouc: Poznání, 2003. 124 s. ISBN 80-86606-12-0.
35. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie* 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
36. WAGE, J. *Řeč těla: jako účinný nástroj prodeje*. 5. vyd. Praha: Management press, 2002. 116 s. ISBN 80-7261-023-6.
37. ZÁVIŠOVÁ, P. *Využití pedagogiky zážitku při integraci osob s tělesným postižením*. Bakalářská práce pdf, 2007. 56 s.

8. Klíčová slova

Handicap

Komunikace

Komunikační bariéry

Pacient

Sestra

Potřeby

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Příloha 2 Dotazník pro pacienty

Příloha 3 Desatera komunikace pro pacienty s různým typem postižení

Příloha 1 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně,

jmenuji se Jana Titlbachová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem Problémy komunikace sester u hospitalizovaných handicapovaných pacientů. Tímto bych vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Označte, prosím, vždy jednu z nabízených odpovědí, nebude-li uvedeno jinak. Tento dotazník je anonymní a poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce, proto vás prosím o pravdivé vyplnění odpovědí.

Předem vám děkuji za spolupráci a čas, který jste tomu věnovaly.

1. Kolik je Vám let?

- ☐ 20 - 25 let
- ☐ 26 - 30 let
- ☐ 31 - 40 let
- ☐ 41 - 50 let
- ☐ 51 let a více

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- ☐ 1 - 5 let
- ☐ 6 - 10 let
- ☐ 11 - 20 let
- ☐ nad 20 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ☐ SZŠ
- ☐ VZŠ
- ☐ VŠ

4. Na jakém oddělení pracujete?

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ chirurgie | ☐ ORL |
| ☐ interna | ☐ onkologie |
| ☐ dětské odd | ☐ JIP / ARO |
| ☐ kardiochirurgie | ☐ jiné |
| ☐ urologie | |

5. Setkáváte se ve své práci s handicapovanými pacienty?

- ☐ ano, často
- ☐ ano, ojediněle
- ☐ výjimečně
- ☐ ne

6. Považujete za potřebné (opodstatnělé) vyhradit si více času na komunikaci s handicapovaným pacientem než s pacientem bez handicapu?

- ☐ vždy
- ☐ někdy ano
- ☐ nevím
- ☐ ne

7. Jestliže jste odpověděla na předchozí otázku vždy nebo někdy ano, vyhrazujete si tedy více času na komunikaci s handicapovaným pacientem?

- ☐ ano
- ☐ někdy
- ☐ ne

8. S jakými druhy handicapů jste se již ve své praxi setkal/a?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ _____ | ☐ _____ |
| ☐ _____ | ☐ _____ |
| ☐ _____ | ☐ _____ |

9. Měl/a jste ve škole samostatný předmět komunikace?

- ☐ ano, dostatečně
- ☐ ano, pouze okrajově
- ☐ ano, v rámci jiného předmětu
- ☐ ne

10. Pokud jste odpověděl/a ano, byla v tomto předmětu vyhrazena část konkrétně komunikaci s handicapovaným pacientem?

- ☐ ano
- ☐ ano, ale velmi málo
- ☐ nevím, nepamatuji se
- ☐ ne

11. Zkoušel/a jste si někdy prakticky nacvičovat komunikaci a přístup k handicapovaným pacientům pod odborným dohledem?

- ☐ ano, ve škole
- ☐ ne
- ☐ jinde Prosím, vypište kde: _____

12. Zúčastnil/a jste se někdy semináře, školení nebo přednášky na téma Komunikace s handicapovanými pacienty?

- ☐ ano, několikrát
- ☐ ano
- ☐ nevím
- ☐ ne, nikdy

13. Jak byste sama zhodnotila své komunikační dovednosti s handicapovanými pacienty? Na stupnici od 1 do 5.

1 = výborné, **2** = chvalitebné, **3** = dobré, **4** = dostatečné, **5** = nedostatečné

1 2 3 4 5

14. Jak se cítíte při rozhovoru s handicapovaným pacientem?

- ☐ sebejistě
- ☐ nevěřím si
- ☐ přenechám ošetřování pacienta jiné kolegyni

15. Odkud získáváte nejvíce informací o handicapovaném pacientovi, když jej přijímáte do nemocnice?

- ☐ z dokumentace
- ☐ od pacienta
- ☐ od jeho blízké osoby

16. Je nějaké téma, kterému se záměrně v rozhovoru s handicapovaným pacientem vyhýbáte?

- ☐ ne
- ☐ ano Pokud jste odpověděl/a ano, vypište, prosím, jaké: _____

17. Ptáte se konkrétně na oblast sexuality u handicapovaného pacienta?

- ☐ ano, vždy
- ☐ podle okolností
- ☐ spíše se tomu vyhnu
- ☐ nikdy

18. Probíráte s handicapovaným pacientem otázku jeho budoucnosti?

- ☐ ano, je to pro mě důležitá informace
- ☐ jen někdy, raději se tomu vyhýbám
- ☐ ne, je mi to nepříjemné

19. Ovládáte nějaký jiný dorozumívací prostředek než běžnou mluvenou řeč a psaný projev, který lze použít u handicapovaných pacientů? Pokud ano, tak jaký?

☐ ne

☐ ano _____

20. Uvítal/a byste další možnost vzdělání v oblasti komunikace s handicapovanými?

☐ ano, určitě

☐ nevím

☐ nepotřebuji to

21. Slyšel/a jste, že by byla vytvořena nějaká desatera pro komunikaci s handicapovanými pacienty?

☐ ano, znám je

☐ možná

☐ ne, neslyšela

22. Domníváte se, že je neverbální komunikace pro pacienta s handicapem:

☐ nedůležitá

☐ stejně významná jako verbální

☐ důležitější

23. Se kterými handicapovanými pacienty je pro Vás komunikace nejsnazší?

☐ pacienti s poruchou zraku

☐ pacienti s poruchou sluchu

☐ tělesně postižení pacienti

☐ mentálně postižení pacienti

24. Připravujete handicapovaného pacienta například na ultrazvukové vyšetření.

Jakému pacientovi je pro Vás nejobtížnější toto vyšetření vysvětlit?

- ☐ pacient s poruchou zraku
- ☐ pacient s poruchou sluchu
- ☐ tělesně postižený pacient

25. Doprovázeli jste někdy nevidomého pacienta na toaletu?

- ☐ ano, ovládám to dobře
- ☐ ano, zvládla jsem to
- ☐ ano, ale nebyla jsem si jistá
- ☐ ne

26. Nejvhodnější způsob vedení pacienta s poruchou zraku je:

- ☐ pacienta vedeme za ruku vedle sebe
- ☐ pacienta tlačíme před sebou
- ☐ pacient kráčí jeden, dva kroky za sestrou a přidržuje se jejího ramene
- ☐ pacient kráčí sám, sestra ho slovně naviguje

27. Mezi zásady komunikace s pacientem s tělesným postižením patří:

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí.)

- ☐ dodržování vzdálenosti alespoň 1,5m
- ☐ neopravovat chyby ve výslovnosti pacienta
- ☐ nevyčítat pacientovi případnou nešikovnost
- ☐ nezahlcovat pacienta spoustou informací najednou
- ☐ upozornit pacienta o své přítomnosti dotykem
- ☐ mluvit pomaleji než obvykle
- ☐ ověřovat si zpětnou vazbou, zda pacient sdělení porozuměl

28. Jak postupujete, když pečujete o handicapovaného pacienta? Vyberte, prosím, jednu možnost.

- ☐ přebíráte většinou veškerou péči na sebe
- ☐ předem si s pacientem stanovíte rozsah pomoci, kterou bude od Vás potřebovat
- ☐ pozorujete pacienta první den a zhodnotíte jeho soběstačnost
- ☐ necháváte pacienta, aby se o sebe postaral sám, a vyčkáte na jeho žádost o pomoc
- ☐ zvyšujete soběstačnost pacienta tím, že se o sebe musí z větší části starat sám

29. Co je pro Vás asi největší překážkou v přístupu k handicapovanému pacientovi? Můžete označit i více odpovědí.

- ☐ nedostatek času v pracovním provozu
- ☐ nejsem si jista v jednání s handicapovanými pacienty
- ☐ nevhodné prostředí
- ☐ málo soukromí
- ☐ neumím se vcítit do prožitků handicapovaného pacienta
- ☐ nechci komunikovat s handicapovanými pacienty
- ☐ nemám ráda rozhovory na smutná témata
- ☐ obávám se, že pacienta mohu ranit nějakou poznámkou
- ☐ obávám se, že rozhovor bude trvat dlouhou dobu, že nebudu moci jen tak odejít
- ☐ mám strach, že se pacient rozpláče
- ☐ obávám se častých nedorozumění

Mockrát Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 2 Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Jana Titlbachová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obor všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám tématem Problémy komunikace sester u hospitalizovaných handicapovaných pacientů. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplňování následujícího dotazníku. Jedná se o stručné otázky a výběr z několika možností odpovědí, či Vaše krátké vyjádření k problematice. Tento dotazník je anonymní a poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce, proto Vás prosím o pravdivé zodpovězení otázek.

1. Kolik je Vám let?

- ☐ méně než 30 let
- ☐ 31 - 40 let
- ☐ 41 - 50 let
- ☐ 51 - 60 let
- ☐ nad 60 let

2. Jaké je Vaše postižení (handicap)?

- ☐ zrakové
- ☐ sluchové
- ☐ tělesné
- ☐ řeči
- ☐ kombinované

3. Jak dlouho trvá Vaše postižení?

- ☐ méně než 1 rok
- ☐ 1 - 5 let
- ☐ více než 5 let

4. Jste hospitalizován/a poprvé?

- ☐ ano
- ☐ ne

5. Představila se Vám sestra při příjmu?

- ☐ ano
- ☐ ne

6. Podala Vám příjmová sestra ruku?

- ☐ ano
- ☐ ne

7. Znáte jméno své ošetřující sestry?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nejsem si jistý/á

8. Víte na koho se obrátit s nově vzniklým problémem?

- ☐ ano
- ☐ ne
- ☐ nejsem si jistý/á

9. Jak se cítíte ve spolupráci s Vaší sestrou?

- ☐ jako partner
- ☐ jako nadřízený
- ☐ jako podřízený

10. Cítil jste se někdy v minulosti během hospitalizace při rozhovoru se sestrou ponížene (nepříjemně)?

- ☐ ano často
- ☐ párkrát se mi to stalo
- ☐ nemám tu zkušenost

11. Když zhodnotíte zpětně komunikaci sestry s Vámi při příjmu do nemocnice. Získávala nejvíce informací o Vás:

- ☐ od Vašeho doprovodu
- ☐ od Vás osobně
- ☐ z nějaké dokumentace
- ☐ nevím

12. Měl/a jste možnost hovořit se sestrou o svém handicapu?

- ☐ ano
- ☐ ne, nechci
- ☐ ne, ale chtěl/a bych

13. Měl/a jste možnost sdělit sestře a ošetřujícímu personálu své zvyklosti vzhledem k Vašemu handicapu?

- ☐ ano
- ☐ ne

14. Pokud jste odpověděl/a ano, byla na ně brána zřetel?

- ☐ ano
- ☐ občas ano
- ☐ ne

15. Vyhledáváte aktivně informace o svém zdravotním stavu, když jste hospitalizovaný?

- ☐ určitě ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ radši ne

16. Od koho dostáváte nejvíce informací o svém zdravotním stavu?

- ☐ od lékaře
- ☐ od sestry
- ☐ od svých blízkých
- ☐ od spolupacientů

17. Jaké máte nejčastější problémy při komunikaci se sestrami? Můžete říci i více.

- | | |
|---|--|
| ☐ nedostatek času | ☐ vadí mi postoj, pozice ke mně |
| ☐ nedostatek soukromí | ☐ většinou před jinými pacienty |
| ☐ sestry mluví rychle | ☐ spousta nových věcí najednou |
| ☐ nesrozumitelné informace | ☐ nestihnu říct to, co chci já |
| ☐ _____ | ☐ _____ |

18. Potřebujete ke sdělování diagnózy, vysvětlování léčby či podobných záležitostí týkající se vás osobně někoho z Vašeho blízkého okolí?

- ☐ ano, je to pro mě důležité
- ☐ ano, cítím se lépe
- ☐ ne, není to nutné
- ☐ chci o sobě rozhodovat naprosto samostatně

19. Jestliže jste odpověděl/a v otázce č. 18 ano, je Vám to umožněno? Jinak pokračujte další otázkou.

☐ ano

☐ ne

**20. Když jste šel/šla do nemocnice měl jste určitě strach nebo pocit nejistoty.
Změnilo se to nějak?**

☐ je to ještě horší

☐ je to tak stejné

☐ je to lepší

Děkuji Vám za cenné informace, které jste mi poskytl/a pro vypracování tohoto šetření do mé bakalářské práce.

Příloha 3 Desatera komunikace pro pacienty s různým typem postižení

I. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

1. Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná. Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamena úlevu.
2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“. Při mluvení by jednáající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou. Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu. Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40 %.
5. Pokud jednáající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.
6. Zná-li jednáající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.
7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.
8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.
9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky (mobil, rádio, televize apod.).
10. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“.

II. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

1. Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se necítil ponížen. Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvlášť rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
2. S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce. Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: "Paní, chce si pán sednout?", jsou nevhodné.
3. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první. Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: "Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný", aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
4. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
5. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít, při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu "teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit" nezbytné.
6. Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
7. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě. S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
8. Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slov: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si. Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.

10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu. Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

III. Desatero komunikace při doprovodu pacientů se zrakovým postižením

1. Zdravotnický pracovník se s nevidomým vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení. Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému rámě a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepopotahuje ani jinak se s ním nesnaží manipulovat.

2. Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá. Proto je výhodné, aby doprovázený byl na straně závěsů (pantů) dveří; není-li tomu tak, před dveřmi si vymění místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.

3. Před vstupem na schodiště průvodce zpomalí nebo úplně zastaví a upozorní nevidomého na směr schodiště: "schody nahoru" apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.

4. O nástupu do auta (sanitky) se průvodce a doprovázený předem stručně dohodnou. Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na nevidomém. Je rovněž vhodné předem se dohodnout, kdo zavře.

5. Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první. Průvodce naznačí pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.

6. Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo. Nevidomému stačí sdělit: "zde je židle, toto je opěradlo" a on sám si zjistí její polohu a posadí se.

7. Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat. To platí i o toaletě. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.

8. Při delším pobytu musí být pacient seznámen s orientační situací místnosti, aby byl následně samostatný - jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde

je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, "sesterna", jak se obsluhuje zařízení na přivolání zdravotní sestry v případě nouze.

9. Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku. Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.

10. Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.

IV. Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.

2. Při nezbytné manipulaci s pacientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.

3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.

4. Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.

5. Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozíčkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.

6. Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta a snažíme se je odstranit.

7. Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.

8. Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katétr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.

9. Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.

10. Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC.

V. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.

2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).

3. Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jeho důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).

4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.

5. Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír.

6. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.

7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.

8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.

9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).

10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti seniora nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.

2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.

3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.

4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.

5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.

6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.

7. Využíváme neverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.

8. Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.

9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Zdroj: (17)