

Ilona Plevová, Regina Slowik

Komunikace s dětským pacientem



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

PhDr. Ilona Plevová, RS, Mgr. et Mgr. Regina Slowik, DiS.

KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Recenze:

PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

© Grada Publishing, a.s., 2010

Perokresby podle návrhů autorek překreslila Miloslava Krédlová.

Fotografie v příloze 4 použity s laskavým svolením Ing. Jana Steringy.

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4138. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Antonín Plicka

Počet stran 256

1. vydání, Praha 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2968-8 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7303-2 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

Úvod	11
1 Úvod do komunikace	13
1.1 Komunikační model (proces)	14
1.2 Verbální komunikace	17
1.2.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci	17
1.2.2 Složky verbálního projevu	18
1.2.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace	19
1.2.4 Rozhovor	20
1.3 Neverbální komunikace	24
1.3.1 Sdělování přiblížením a oddálením (proxemika)	26
1.3.2 Sdělování dotykem (haptika)	28
1.3.3 Sdělování výrazem obličeje (mimika)	28
1.3.4 Sdělování gesty	30
1.3.5 Posturologie	32
1.3.6 Kinetika	33
1.3.7 Pohledy	33
2 Zásady komunikace s dítětem podle vývojového období	34
2.1 Vývojová stadia	34
2.2 Vývoj řeči dítěte od prenatálního období	35
2.2.1 Fáze vývoje řeči	36
2.2.2 Faktory ovlivňující vývoj řeči	37
2.3 Vývoj a osvojování jazyka	41
2.3.1 Prenatální období	42
2.3.2 Novorozenecké období (první měsíc života dítěte)	44
2.3.3 Kojenecké období (1–12 měsíců)	46
2.3.4 Období batolete (1–3 roky)	48
2.3.5 Předškolní věk (3–6 let)	50
2.3.6 Mladší školní věk (6–11 let)	52
2.3.7 Období dospívání (11–20 let)	53
2.4 Rozdíly ve vývoji v závislosti na pohlaví	54
3 Zásady komunikace s rodiči	56
3.1 Výchovné postoje v rodině	56
3.2 Spolupráce s rodinou	57
3.3 Rodiče a zvládání dětské nemoci	60

4	Komunikace s dětským pacientem	63
4.1	Onemocnění a individualita dítěte	63
4.2	Hospitalizace dítěte	64
4.2.1	Příjem dítěte do nemocnice	66
4.2.2	Právní problematika, informovaný souhlas	67
4.2.3	Pobyt dítěte v nemocnici	68
4.2.4	Příprava dítěte na zákrok či vyšetření	69
4.2.5	Návštěvy rodičů v nemocnici	70
4.2.6	Hospitalizmus, psychická deprivace	71
4.2.7	Separace	73
4.3	Komunikace s nemocným dítětem	75
4.3.1	Novorozenec	76
4.3.2	Kojenec	76
4.3.3	Batole	76
4.3.4	Předškolní věk	78
4.3.5	Školní věk (6–12 let)	79
4.3.6	Dospívající (13–18 let)	80
4.4	Význam neverbální komunikace s dítětem	80
5	Dítě se sluchovým postižením	83
5.1	Vznik poruchy sluchu	84
5.1.1	Stupeň sluchové poruchy	85
5.2	Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením	87
5.2.1	Reflexní křik	88
5.2.2	Broukání	88
5.2.3	Žvatlání	89
5.3	Logopedie	91
5.4	Komunikační systémy vycházející z českého jazyka	93
5.4.1	Český znakový jazyk	93
5.4.2	Znakovaná čeština	94
5.4.3	Prstová abeceda	94
5.4.4	Gestuno	95
5.4.5	Další komunikační systémy	95
5.4.6	Augmentativní a alternativní komunikace	96
5.5	Tlumočení	96
5.6	Odezírání	97
5.7	Osobnost neslyšícího dítěte a jeho vývoj	98
5.7.1	Vývoj dítěte se sluchovým postižením	98
5.7.2	Motivace u dítěte se sluchovým postižením	99

5.8	Hlavní zásady komunikace s dítětem se sluchovým postižením	100
5.9	Některé důsledky nevhodného přístupu ke specifickým potřebám osob s vadami sluchu	102
5.10	Možnosti komunikace se sluchově postiženými ve zdravotnických zařízeních	105
6	Dítě se zrakovým postižením	107
6.1	Charakteristika jednotlivých skupin zrakově postižených	108
6.1.1	Slabozraké osoby	108
6.1.2	Osoby se zbytky zraku	110
6.1.3	Nevidomé osoby	110
6.1.4	Osoby s poruchami binokulárního vidění	111
6.1.5	Osoby se zrakovým a kombinovaným postižením	111
6.2	Vliv zrakového postižení na vývoj osobnosti dítěte	111
6.2.1	Kognitivní vývoj u dítěte se zrakovým postižením	111
6.2.2	Pohybový vývoj u dítěte se zrakovým postižením	114
6.2.3	Socializace	115
6.3	Odlíšnosti v komunikaci se zrakově postiženým dítětem	116
6.4	Zásady komunikace se zrakově postiženým dítětem	117
6.5	Pomoc při orientaci a chůzi nevidomých dětí	120
7	Hluchoslepota	123
7.1	Komunikační techniky	123
7.1.1	Neverbální formy komunikace	123
7.1.2	Komunikační systémy	124
7.1.3	Zásady komunikace	126
8	Dítě s mentálním postižením	129
8.1	Dělení mentální retardace	130
8.1.1	Lehká mentální retardace	131
8.1.2	Střední mentální retardace	131
8.1.3	Těžká mentální retardace	132
8.1.4	Hluboká mentální retardace	133
8.1.5	Jiná mentální retardace	133
8.1.6	Neurčená mentální retardace	133
8.2	Etiologie mentální retardace	134
8.3	Vývoj a charakteristika dětí s mentální retardací	134
8.4	Zásady komunikace s dítětem s mentálním postižením	136

9	Dítě s pohybovým postižením	138
9.1	Vztah dítěte k tělesnému postižení z hlediska ontogeneze	141
9.2	Hlavní zásady komunikace s dítětem s pohybovým postižením	144
10	Dítě a bolest	146
10.1	Mýty o dětské bolesti	147
10.2	Vnímání bolesti podle vývojových stadií	149
10.3	Faktory při hodnocení bolesti	150
10.3.1	Faktory ovlivňující vnímání bolesti	151
10.4	Topologie bolesti	152
10.5	Měřicí nástroje pro hodnocení bolesti	153
10.5.1	Observační škály	153
10.5.2	Subjektivní hodnocení u předškolních dětí	157
10.5.3	Subjektivní hodnocení u školních dětí	159
10.6	Chyby v přístupu k dítěti s bolestí	160
10.7	Důsledky nedostatečně tlumené bolesti	161
10.8	Spolupráce rodiny v péči o dítě s bolestí	162
10.9	Příprava na bolest	165
10.9.1	Nefarmakologická příprava na bolest	166
10.9.2	Farmakologická příprava na bolest	168
10.10	Sebepoškozování	169
11	Dítě v intenzivní péči	171
11.1	Ontogeneze ve vztahu k hospitalizaci na oddělení intenzivní péče	172
11.2	Hlavní zásady komunikace a řešení problémů na odděleních intenzivní péče	172
11.3	Rodina dítěte	176
11.4	Příprava dítěte k zákrokům	178
11.4.1	Pooperační psychické následky	178
12	Dítě s nepříznivou diagnózou	180
12.1	Kognitivní vývoj představy smrti	180
12.1.1	Batolata	181
12.1.2	Předškolní věk	182
12.1.3	Mladší školní věk	182
12.1.4	Starší školní věk	183
12.1.5	Dospívání	184

12.2	Periodizace umírání	185
12.3	Jak komunikovat s dětmi o smrti a umírání	187
12.3.1	Rady pro komunikaci s dětmi nevyлéčitelně nemocnými a umírajícími	188
12.3.2	Rady pro komunikaci s dětmi doprovázejícími umírajícího, truchlící a pozůstalé	189
12.4	Hlavní zásady péče o umírající	192
12.5	Paliativní péče	196
12.6	Pastorační péče	199
12.7	Onkologická problematika	200
12.7.1	Výskyt nádorů u dětí	201
12.7.2	Základní pravidla v přístupu k rodičům a rady pro rodiče onkologicky nemocných dětí	201
12.7.3	Sdělení onkologické diagnózy	205
	Literatura	209
	Použitá a citovaná literatura	209
	Přehled použitých a citovaných internetových zdrojů	216
	Slovníček užívaných termínů	219
	Přílohy	229
	Příloha 1: Charta práv hospitalizovaných dětí	231
	Příloha 2: Prstová abeceda	232
	Příloha 3: Ukázka slepecké Braillovy abecedy	233
	Příloha 4: Pomůcky pro psaní Braillova písma	236
	Příloha 5: Lormova abeceda	237
	Příloha 6: Vizuální analogová škála	239
	Příloha 7: Metoda Pain Chart	240
	Příloha 8: Literatura k objasnění pojmu smrti	241
	Rejstřík	243

Věnováno všem dětem.

Úvod

K sepsání publikace *Komunikace s dětským pacientem* nás vedly dva důvody. Prvním z nich byl nedostatek ucelené literatury k výuce komunikace, respektive absence knihy, která by podala komplexní přehled o tom, jak komunikovat s nemocným dítětem. Přestože v dnešní době již máme možnost využívat řady učebnic nejen o komunikaci, ale i o komunikaci ve zdravotnictví zaměřené jak na zdravotníky samotné, tak na pacienty s různými nemocemi, takto zaměřená kniha se na našem trhu doposud neobjevila. Druhým důvodem je specifická komunikace s dítětem. Ošetrovatelská péče o dětského pacienta je velmi náročný úkol, ve kterém sociální komunikace hraje významnou roli.

Domluvit se s člověkem, který je v nelehké situaci, má trápení či bolest, není jednoduché. Pokud je tímto člověkem navíc dítě, se všemi svými zvláštnostmi vztahujícími se k jeho věku a vývoji, je velmi snadné dostat se do svízelné situace a nemoci najít způsob, jak tuto komunikační bariéru překonat.

Kniha, jak již bylo uvedeno, se zabývá problematikou komunikace se zdravým i nemocným dítětem ve všech jeho vývojových obdobích a obsahuje základní informace vztahující se k problematice komunikace s dětským pacientem s vybraným onemocněním či postižením. Je určena především zdravotnickým pracovníkům pečujícím o dětské pacienty. Může však být přínosná také pro rodiče, případně ošetřovatele nemocných dětí. Tuto publikaci je ovšem možno považovat taktéž za zdroj učebních opor pro vyučující předmětu komunikace na školách se zdravotnickým zaměřením nebo pro vyučující předmětů se zaměřením na speciální pedagogiku. V případě potřeby získání detailnějších informací k jednotlivým kapitolám doporučujeme čerpat z publikací uvedených v seznamu literatury na konci knihy.

Na závěr úvodních slov jsme zařadili vše vystihující Desatero hospitalizovaného dítěte (Krák et al., 1991), které ač staré, je morálně stále velmi aktuální a vystihuje holistický přístup k dítěti, který se prolíná celou publikací:

1. Měj ke mně úctu jako k člověku.
2. Zajímej se o mě upřímně.
3. Povídej mi o lidech v nemocnicích, o provozu oddělení.
4. Nejdříve mi řekni, co se mnou budeš dělat a co ode mne očekáváš.
5. Nezapomeň, že potřebuji ochranu, jistotu a pozornost.
6. Věnuj mi teplý lidský vztah.

7. Můžeš mi cokoli říct i přikázat, ale vyslechni mě.
8. Nauč mě něco nového.
9. Jsem raději, když svoje povinnosti vykonáváš s milým úsměvem.
10. Zkus vidět situaci mýma očima.

1 Úvod do komunikace

Komunikací obecně rozumíme způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky, postoje. Etymologicky slovo poukazuje na latinský původ (*communicare*). Toto slovo by se dalo do češtiny přeložit jako spolupodílet se na něčem společném, doručovat, propůjčovat, dávat a přijímat, sdílet s někým, něco někomu dát, dopřát. (Ivanová et al., 2005)

Komunikace ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a mnohdy i život. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. (Janáčková, Weiss, 2008) Nemoc, odloučení od rodiny, nemožnost pracovat, to vše může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Sestry, které účinně komunikují, jsou úspěšnějšími iniciátorkami změny zaměřené na upevnění zdraví, lépe vytvářejí důvěrný vztah s pacientem a jeho blízkými a předcházejí právním problémům spojeným s ošetrovatelskou praxí. Účinná komunikace je základem vzniku vztahu sestra-pacient, v našem případě dítě.

Vzhledem ke zdravotnické praxi musí sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci rozlišovat specifika komunikace v rovinách, které jsou uvedeny v tabulce 1.1.

Tab. 1.1 Oblasti komunikace (Venglářová, Mahrová, 2006)

Komunikace s pacienty a jejich okolím	Komunikace se zdravotníky
– s nemocným dítětem – s nemocným dospělým – s nemocným se zvláštními potřebami – s rodinou – s blízkými, přáteli	– s kolegy – s nadřízenými – s jinými odborníky v rámci multidisciplinarity – s institucemi

Ve zdravotnické praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

1. **Sociální komunikace** je neplánovaná, často se odehrává během neformálních setkání. Jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným.
2. **Specifická (strukturovaná) komunikace** má určitou naplánovanou náplň. Jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd.

3. **Terapeutická (léčebná) komunikace** se v ošetrovatelství využívá často. Odehrává se většinou formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu apod. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. (Kozierová, 1995)

1.1 Komunikační model (proces)

Jak již bylo uvedeno, základem komunikace je mezilidské spojení, to znamená, že přenos se děje od člověka k člověku. Komunikačním modelem rozumíme schéma, vzor, který ukazuje, jakou má komunikace strukturu. V modelu jde podle Ivanové et al. (2005) o schematizaci recipročního procesu komunikace, který sestává z odevzdávání a přijímání zpráv mezi dvěma nebo více lidmi. Komunikace v ošetrovatelství je organizovaný schematizovaný systém chování, který umožňuje a řídí interakci mezi sestrou a pacientem. Jde o výměnu zpráv a tvorbu jejich významů. V efektivní komunikaci v ošetrovatelství jde tedy o vzájemné pochopení významů souvisejících s odevzdávanou zprávou. Uvedme nyní jednotlivé složky komunikačního modelu.

1. Vysílač (komunikátor, produktor)

Je iniciátorem komunikace, jenž vysílá sdělení. Vybírá informaci z alternativních možností a volí její kódování do určité formy sdělení. Má v dané chvíli určité vlastnosti, které ovlivňují úroveň jeho komunikace (osobnostní charakteristiky, temperament, emoce, momentální nálada, úroveň znalostí jazyka, ve kterém komunikuje, tělesný stav, pocit diskomfortu, tělesná omezení).

2. Proces kódování

Proces kódování probíhá převedením našich myšlenek do určité formy sdělení. Myšlenky obvykle převádíme do takového kódu, kterému druhý rozumí, například do slov jazyka, kterým mluví příjemce, do gest apod.

3. Proces dekodování

Proces dekodování je interpretace zprávy příjemcem. Proces kódování a dekodování je kulturně podmíněn. Nejlépe je to vidět na kódování významů do neverbálních komunikačních prostředků.

4. Zpráva (komuniké)

Samotná zpráva může mít formu verbální (mluvenou nebo psanou), formu neverbální (gesto, úsměv, oblečení...). Existují však faktory, které ovlivňují proces odesílání a příjem zprávy, jako je např. fyzické zdraví a emocionální pohoda; situace, o které se v dané chvíli mluví, a její význam; neshody v komunikačním procesu; komunikační dovednosti zúčastněných; lidské potřeby a zájmy; pozadí zahrnující kulturní, sociální a filozofické hodnoty; smyslové poškození a funkční schopnost smyslů apod. (Ivanová et al., 2005)

5. Komunikační kanál

Komunikační kanál je médium, kterým se přenáší sdělení. Komunikace málokdy probíhá prostřednictvím pouze jediného kanálu, spíše to bývají dva, tři nebo čtyři různé kanály, které jsou použity souběžně. Při konverzaci probíhající mezi dvěma lidmi se hovoří a naslouchá (hlasový kanál), ale také gestikuluje (zrakový kanál). Současně se také vysílá a vnímá pachový signál (čichový kanál) a často se vzájemně dotýká (hmatový kanál). (De Vito, 2001)

6. Příjemce (komunikant, recipient)

Jedná se o příjemce sdělení. Má stejné charakteristiky jako vysílající. Dekóduje sdělení a vysílá zpětnou vazbu. Ve chvíli, kdy vyšle svoje sdělení zpět, stává se komunikátorem.

7. Zpětná vazba

Zpětná vazba je definována jako odpověď následující po akci. Pomáhá nám vidět naše chování z opačné perspektivy. Ukazuje vysíláči, jak působí jeho sdělení na příjemce. Zpětná vazba může být odevzdávána přímo (slovní odpovědi na naše jednání) nebo nepřímo (činem, mimikou). Dále ji můžeme dělit na pozitivní (pochvala, souhlas) a negativní (kritika, odmítnutí). (Ivanová et al., 2005) Při pozitivní kritice se jedinec po vyhodnocení zpětné vazby chová tak, že posílí své dosavadní chování. Naopak negativní kritika znamená sebeomezení, přibrzdění a zkoordinování sama sebe, tak aby byla nastolena rovnováha. (Vybíral, 2000)

8. Komunikační šum

Komunikační šum způsobuje zkreslení sdělení (informace), může zasáhnout do kterékoli části komunikačního modelu. Komunikační šum může být (Ivanová et al., 2005):

- vnější: hluk, slabé osvětlení, cizí jazyk, neznámé prostředí, slabá intenzita mluvy, příliš velká vzdálenost komunikujících;
- vnitřní: bolest, strach, choroba, pocit osamocení, neschopnost porozumět cizímu jazyku.

Protože sdělení mohou být vizuální stejně jako verbální, může i šum být vizuální. I sluneční brýle, které znemožňují vidět neverbální signály očí lze považovat za šum, stejně jako rozmazané písmo v tištěném textu. (De Vito, 2001) Tabulka 1.2 obsahuje výčet čtyř hlavních typů šumu s podrobnějšími definicemi a příklady.

Tab. 1.2 *Hlavní typy šumu (De Vito, 2001)*

Typy šumu	Definice	Příklady
fyzické	rušivé vlivy pocházející ze zdrojů mimo mluvčího i posluchače, které omezují fyzický přenos signálů nebo sdělení	hluk projíždějících aut, šum počítače, sluneční brýle
fyziologické	vlastní fyziologické bariéry mluvčího nebo posluchače	vady zraku, sluchu, výslovnosti, ztráta paměti
psychologické	kognitivní nebo mentální interference	předpojatost a klamně úsudky o druhém (vysílajícím i příjemci sdělení), uzavřenost, mylné naděje, extrémní emoce (hněv, nenávisť, láska, zármutek)
sémantické	rozdílné pochopené významy	lidé hovořící odlišnými jazyky, používání žargonu nebo příliš složitých termínů, kterým příjemce nerozumí

1.2 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří neverbální složka komunikace (viz kapitola 1.3).

1.2.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci

■ Situační kontext

Kontextem rozumíme situaci, ve které komunikace probíhá. Základní je jednosměrná komunikace. Chápeme ji, když čteme knihu, ale hůř snášíme monolog partnera v hovoru. Lidé mají potřebu reagovat na sdělení. Pak se komunikace stává oboustrannou, dvousměrnou. Příkladem je rozhovor s nemocným. Sestra má podle Venglářové a Mahrové (2006) různé možnosti, jak ho vést. Pokud půjde o oboustrannou komunikaci, kdy se oba zúčastnění budou moci vyjádřit ke svým představám a přáním, budou moci reagovat na toho druhého, pak to bude opravdu rozhovor. Základní rozdíl mezi jednostrannou a obousměrnou komunikací je tedy v možnosti reagovat na sdělení.

Jinou variantou je masová komunikace. Setkáváme se s ní tam, kde nemáme možnost reagovat na sdělené informace.

Variantou komunikace je také naše vnitřní řeč. Komunikujeme se sebou samým, zvažujeme, analyzujeme chování své i jiných.

Porozumění situaci ovlivní také aktuální mentální schopnosti. V případě nemocných je zřejmé, že jejich aktuální stav (strach, bolest apod.) ovlivňuje možnost dobře komunikovat, porozumět situaci či významu sdělení.

Také sdělení, která mají velký význam a jsou emotivně podbarvena, mohou být špatně pochopena. Aranžmá setkání, vhodné tempo řeči, doba sdělení, to vše má význam pro další vývoj komunikace.

■ Vnitřní dispozice jedince

Do procesu komunikace vnášíme svou individualitu. Dáváme jedinečný ráz všem projevům. Komunikace je jednou ze sociálních dovedností (další jsou sociální percepce, řešení konfliktů, schopnost zvládat stres), kterou se učíme celý život. Nejvýznamnější je učení v rodině. Komunikační zvyky si dítě nese dál, a pokud se mu nepodaří je rozvinout, potýká se s obtížemi v mezilidských vztazích celý život.

■ Motivace komunikovat

Komunikace předpokládá ochotu, vůli komunikovat. Pokud je patrný náš zájem o nemocného, ochota s ním být, komunikace má dobrý start. Potřeba komunikace není odtržena od jiných lidských potřeb. Naopak je integrována v systému biologických i psychosociálních potřeb. Člověk je tvor sociální, má potřebu kontaktu, akceptace. Udržení kontaktu poskytuje oporu. Mnozí nemocní popisují nedostatek informací jako nejobtížnější součást role nemocného.

1.2.2 Složky verbálního projevu

Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme podle Venglářové a Mahrové (2006) sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Je důležité věnovat pozornost následujícím prvkům:

- **Rychlost řeči** – Rychlost řeči je úměrná naší znalosti tématu, nemusí být stejná u posluchače, může zakrývat nejistotu, vyjadřovat potřebu mít hovor „rychle za sebou“ anebo může rychle mluvit člověk v obavě, že ho ten druhý nenechá domluvit.
- **Hlasitost řeči** – Hlasitost bývá rozdílná podle povahy sdělení. Jinou hlasitost zvolíme při potřebě upoutat pozornost nebo ve větších prostorách. Zbytečně hlasitý projev působí nepříjemně, netaktně, budí představu o potřebě nadvlády nad publikem. Nemocní ztiší hlas při hovoru na intimní či nepříjemné téma, při obavách, nejistotě.
- **Pomlky nebo úplné přerušování hovoru** – Pomlky nebo přerušování hovoru mohou mít různé příčiny. Sestra může dávat prostor nemocnému pro přemýšlení, odpočinek. Mlčet neznamená nutně nemít co říci. Vyplnění času planým hovorem nepůsobí pozitivně. Nemocný se zastaví, pokud se blíží nepříjemné téma, neví, jak se dobře vyjádřit, zvažuje, zda se vůbec do hovoru pustit.
- **Výška hlasu** – Výška hlasu bývá odrazem emocí. Každý má určitou polohu hlasu, která je mu vlastní. Pokud jsme ve stresu, bojíme se, máme velkou radost, projeví se to na výšce hlasu. Mějme na paměti, že vyšší tóny mohou působit nepříjemně, teatrálně.
- **Přítomnost embolických slov (slovních parazitů)** – Tato slova jsou v řeči jaksi navíc. Všimneme si jich spíše u jiných, příkladem jsou učitelé, řečníci. I vhodně zvolené slovo či slovní spojení, které se opakuje příliš často, působí rušivě.

- **Délka projevu** – Rovnocennost partnerů v komunikaci určuje prostor, který má každý k dispozici. Je jen málo situací, kdy je vhodné komunikovat s někým formou monologu.
- **Intonace** – Význam sdělení podtrhuje intonace. Může být naším pomocníkem při zdůraznění významu, pochopení, naléhavosti. Mění význam sdělovaného.

1.2.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace

■ Jednoduchost

Sdělení musí být stručné a jasné. Používáme běžné slovní obraty. Neefektivní je zdlouhavé opisování situace, používání terminologie neznámé posluchači. Naopak příliš jednoduché sdělení působí devalvačně (znehodnocuje nemocného).

■ Stručnost

V situaci, kdy jsme nemocní, máme tělesné obtíže, obavy či nejasná očekávání, jsme citliví na čas. Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví, zda se dostane k podstatě věci. Po stručném sdělení je nutné ponechat prostor pro dotazy. Nezaměňujme stručnost se strohostí či neochotou mluvit. I čas, kdy poskytujeme informace, nemocný vnímá jako dobu, kdy je mu věnována pozornost. Stručnost je významná při písemné formě komunikace. Nesmí být však na úkor srozumitelnosti. Použití zkratk je nepřípustné a může vést k nepochopení (pacient nemusí znát ve zdravotnictví běžné zkratky používané jako slova, např. céte).

■ Zřetelnost

Při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci. Při pochybách můžeme sdělení opakovat. Problematická jsou dvojsmyslná sdělení (odchod – úmrtí), přílišná zobecnění (všichni diabetici mají cévní obtíže) či osobní názory (to vám bude chutnat). Příkladem nejasného sdělení je například slovní obrat „váš tatínek odešel“ při úmrtí pacienta. Rodina reagovala dotazem, proč jim nedali vědět, tatínka by odvezli. Velmi těžké pak bylo vysvětlovat, že tím bylo myšleno úmrtí.

■ Vhodné načasování

Při přípravě rozhovoru je nutné zvážit všechny souvislosti. Načasování zohledňujeme zvláště u závažných témat. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času.

■ Adaptabilita (přizpůsobivost)

Během komunikace s pacientem je nutné přizpůsobit styl hovoru reakcím nemocného. Sledujeme jeho odpovědi, všímáme si neverbálních projevů. Pokud ho sdělení rozruší, ponecháme čas na oddech. (Kozierová, 1995; Venglářová, Mahrová, 2006)

1.2.4 Rozhovor

Obecně platí, že nelze nekomunikovat. Podle Watzlawicka et al. (1999) má aktivita i neaktivita, slova i mlčení, význam sdělení. Venglářová a Mahrová (2006) dále uvádějí, že jakékoliv sdělení ovlivňuje příjemce, ten nemůže neodpovědět, a tedy také komunikuje. Komunikace znamená jak sdělování, tak sdílení. Komunikují tedy i ti, kteří přihlížejí.

Podle Kristové (2004) představuje rozhovor náročnou dovednost sestry. Dobře připravený a vedený rozhovor má svou strukturu, kterou by měla sestra nejen teoreticky ovládat, ale v přístupu k pacientovi i účinně aplikovat.

■ Struktura rozhovoru

Rozhovor se skládá z částí, které na sebe časově navazují. Kristová je uvádí v publikaci *Komunikácia v ošetrovatelstve* v následujícím pořadí:

1. Přípravná a plánovací fáze rozhovoru

V této fázi sestra hledá odpovědi na otázky:

- **S kým?** – S kterým pacientem bude, chce nebo potřebuje komunikovat (je potřebné, aby se nejdřív seznámila s osobní a rodinnou anamnézou).
- **Proč?** – Cíl rozhovoru – co chce a potřebuje o pacientovi vědět v rámci plánování ošetrovatelské péče.
- **Co?** – Obsah rozhovoru, který vyplývá z cíle rozhovoru.
- **Jak?** – Formulace otázek, uplatnění zásad správně vedeného rozhovoru.
- **Kdy?** – Časový faktor, důležité je načasování rozhovoru, tedy umět vystihnout správný okamžik na jeho realizaci.

- **Kde?** – V jakém prostoru se rozhovor uskuteční; místo na rozhovor musí podle Kristové (2004), ale i Závodné (2005) odpovídat podmínkám soukromí a být bez rušivých elementů.

2. Otevření rozhovoru

Při otevření rozhovoru velmi záleží na zaujetí polohy sestry a pacienta v prostoru. Nejvíce vyhovující je poloha, ve které může pacient nejlíp udržovat zrakový kontakt se sestrou. Samozřejmě by měla být přibližně stejná horizontální úroveň komunikujících. Sestra si sedá k pacientovi tak, aby mu do očí nesvítilo světlo ani slunce. Otevření rozhovoru má dvě fáze:

- **Navázání kontaktu/spojení** je procesem vzbuzení dobré vůle, důvěry a zájmu. Do této fáze nesporně patří již pozdrav, představení se a přivítání. Sestra navazuje kontakt krátkým rozhovorem se širokou tematikou. Tato část nesmí trvat velmi dlouho, aby sestra nevzbudila v pacientovi podezření a obavy z informací, které budou následovat.
- **Nastínění tématu rozhovoru** obsahuje oznámení přibližného trvání rozhovoru, vysvětlení důvodu rozhovoru a upozornění, že pacient má právo neposkytnout informace, které z různých důvodů nechce sdělit. Sestra by si měla uvědomit, že kvalita průběhu rozhovoru závisí právě na tom, jakým způsobem rozhovor začne.

3. Průběh (jádro) rozhovoru

Jádro rozhovoru je nejdelší fáze. Správně vedený rozhovor vyžaduje od sestry schopnost využívat komunikační dovednosti. Jádro rozhovoru obsahuje části, které se navzájem prolínají: vedení rozhovoru, aktivní naslouchání a využití ticha. V průběhu rozhovoru se má sestra řídit všeobecnými zásadami vedení rozhovoru. Bez jejich uplatnění ho nemůže správně vést. Patří sem (vedle předchozích) tyto zásady:

- úsilí o získání důvěry pacienta,
- projevení upřímného zájmu o rozhovor,
- udržování přiměřeného zrakového kontaktu,
- vyvarování se odborné terminologie,
- přizpůsobení se jazykovému projevu pacienta,
- neovlivňování pacienta vlastními názory ani hodnotovým systémem,

- vyhýbání se intruzi,
- přiměřené používání pozitivních neverbálních projevů,
- akceptování ticha, mlčení apod.

Existují také různé typy otázek, které sestra může během rozhovoru uplatnit. Kristová (2004) uvádí celý výčet otázek, které mohou být:

- otevřené (předpokládají volnou odpověď),
- uzavřené (omezují v odpovědi),
- polouzavřené (umožňují širší odpověď, jsou však do jisté míry ohraničené),
- přímé (adresné, zaměřují se na podstatu věci),
- nepřímé (vyhýbavé otázky),
- hlavní (formulované s cílem začít nové téma),
- druhořadé (zaměřené na získání detailnější informace),
- sugestivní (předurčují, ovlivňují odpověď),
- alternativní (poskytují možnost výběru z více alternativ),
- protiotázky (jejich prostřednictvím sestra čelí námitkám pacienta),
- kontrolní (ověřují, jak pacient pochopil informace),
- motivační (navozují, povzbuzují, motivují),
- povzbuzující (lákají k dalšímu průběhu rozhovoru),
- kombinované (vyvolávají zmatek, pacient neví, na co má nejdříve odpovědět),
- zkoumavé (zní jako zvědavost).

Sestra využívá jednotlivé druhy otázek rovnocenně v závislosti na průběhu rozhovoru, odpovědích pacienta a situace. Při kladení otázek by se měla vyhýbat automatizmu a měla by přemýšlet, jak otázka působí na pacienta. Když se chce dozvědět více, klade otázky otevřeného charakteru. Jsou hlavním nástrojem v rozhovoru, protože umožňují pacientovi sebevyjádření. Uzavřené otázky jsou užitečné během rychlého získávání běžných informací.

Klást otázky je mnohem náročnější než odpovídat, protože informační hodnota odpovědi je vymezená právě kvalitou otázek. Proto by měla sestra věnovat jejich formulaci mimořádnou pozornost.

Důležitou komunikační dovedností je **naslouchání**, které Venglářová a Mahrová (2006) označují jako nejdůležitější součást rozhovoru. Je to jeho aktivní složka. Jde v něm nejen o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme. To znamená schopnost sestry

správně interpretovat, co se v komunikaci dozvídá. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky k dalšímu rozhovoru a tím, že nasloucháme, umožňujeme druhému splnění jeho přání (možnost se svěřit). Nasloucháním dáváme také najevo ochotu pomoci.

V aktivním naslouchání jde o celý soubor tzv. kognitivních, myšlenkových a jiných jevů. Nestačí slyšet pouhá slova. Rozhodující je **interpretace** – výklad, vysvětlení a pochopení smyslu toho, co pacient říká. Pokud pacient sděluje svůj problém, nemluví do prázdna, sestra mu naslouchá a může ho v projevu podpořit. To lze pomoci následujících technik (Kristová, 2004; Venglářová, Mahrová, 2006):

- **Rezonance (ozvěna)** – Druh zpětné vazby, kdy zopakujeme to, co pacient řekl. Dáváme tím najevo, že ho vnímáme a rozumíme významu toho, co řekl. Zároveň umožňujeme další komunikaci.
- **Reflexe (odezva)** – Pokus pochopit širší myšlenkový celek a formulovat ho vlastními slovy. Sestra nemusí doslova opakovat slova pacienta. Jde o volnou interpretaci toho, co řekl.
- **Sumarizace** – Shrnutí rozhovoru se zaměřením na nejdůležitější informace. Tím, že sestra rozhovor sumarizuje, pacient zjišťuje, jestli jí řekl všechno, co říct chtěl a jestli pochopila význam jeho myšlenek, názorů, postojů a informací.
- **Povzbuzování** – Znamená povzbudit pacienta, aby v komunikaci pokračoval.
- **Empatie (soucítění)** – Vědomý příklon k druhému člověku a k jeho citovému stavu. Je to dobrá vůle druhému citově porozumět.
- **Mlčení** – Patří do komunikace a může mít více významů. V tichu můžeme přemýšlet a hledat, jak v komunikaci dál pokračovat. Pacient může potřebovat prostor k přemýšlení nad otázkou, kterou chce položit, nebo si rozmyšlet odpověď. Tady je potřeba být citlivý k tomu, kdy dát pacientovi prostor, aby si rozmyslel, co chce říct, a kdy ho povzbudit, aby mohl dál pokračovat.

4. Ukončení rozhovoru

Sestra ukončuje rozhovor pomalu, ne naráz. Při ukončování rozhovoru se drží těchto zásad:

- Včas naznačí pacientovi, že se rozhovor blíží ke konci.
- Je-li rozhovor ukončený, nezačíná nové téma.
- Vyhlásí splnění cíle rozhovoru.

- Sumarizuje – shrne rozhovor.
- Poděkuje za rozhovor, vyjádří ocenění či spokojenost s tím, čeho bylo v rozhovoru dosaženo.
- Ubezpečí pacienta, že informace nebudou zneužity.
- Je-li to potřebné nebo nevyhnutelné, naplánuje další setkání nebo pacientovi oznámí, kdy se znovu uvidí.
- Signalizuje, že domluvený časový limit uplynul, nebo pacientovi vysvětlí, proč je třeba rozhovor ukončit.

5. Záznam rozhovoru

Záznam rozhovoru se provádí pouze ve výjimečných případech, nejčastěji v první fázi ošetřovatelského procesu během zjišťování anamnestických údajů. (Kristová, 2004)

■ Typy rozhovorů

Ve zdravotnické praxi se nejčastěji setkáváme s rozhovorem **terapeutickým** (rozhovor zaměřený na uklidnění, povzbuzení, na optimální řešení dané situace), **informačním** (sdělování informací) (Venglářová, Mahrová, 2006) a **edukačním** (edukace – proces výchovy a vzdělávání pacientů a jejich blízkých je nástrojem k zabezpečení jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodnout) (Závodná, 2005).

Jarošová (1999) dále uvádí rozdělení podle formy – individuální nebo skupinový; podle cíle – diagnostický nebo terapeutický; podle techniky – standardizovaný, nestandardizovaný a volný.

1.3 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace znamená druh sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov, tzv. řečí těla. (Janáčková, Weiss, 2008) Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme. (Lewis, 1989; Venglářová, Mahrová, 2006) Při neverbální (nonverbální) komunikaci sdělujeme výrazem obličeje, oddálením či přiblížením, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, tónem řeči, úpravou našeho zevnějšku apod.

Mimoslovně sdělujeme emoce – pocity, nálady, afekty; naznačujeme zájem; vytváříme dojem o tom, kdo jsme; ovlivňujeme postoj komunikačního partnera; řídíme chod vzájemného styku. (Janáčková, Weiss, 2008)

Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Dá se říct, že nejdůležitější „slyšíme“ očima, přičemž nezapomínáme, že do komunikace je zapojen i čich a hmat. To, co přijímáme „verbálním kanálem“, jsou holá fakta. Neverbální forma „zakresluje obraz do duše“ – postoje, nálady, pocity apod.

V životě se učíme rozeznávat komplexní obrazce neverbálních projevů jako ukazatele různých emocionálních stavů lidí, s nimiž přicházíme do styku. Učíme se chápat jejich význam a smysl. Učíme se číst jejich znaky v chování, mimice, hlase, pohybech, pohledech atd. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Projev mnoha primárních emocionálních stavů má podle Janáčkové a Weisse (2008) transkulturní charakter. Základní gesta a mimika jsou stejné pro všechny obyvatele planety. Ostatní jsme se mimovolně naučili od lidí kolem sebe s kulturně sociálním podtextem. Neverbální projevy jsou tedy společný světový jazyk, ale mají svá nářečí a ta mohou být někdy velmi odlišná. Existuje i řada nezodpovězených otázek a nevysvětlených odlišností. Například přikývnutí znamená pro většinu světa souhlas, existují však země, kde toto gesto značí pravý opak. (Janáčková, Weiss, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006) Nejlépe čitelné jsou projevy emocí v mimice. Žádný jiný druh mimoslovního sdělení také není tak často simulován či disimulován jako právě výraz tváře. Záměrným zaujetím zcela určitého výrazu tváře se snažíme u druhých lidí vyvolat dojem patřičné emoce, například radosti, vzteku, překvapení atd. Tvář však není jediným ukazatelem emocionálního stavu. Z rozborů řeči například vyplývá, že jeho ukazatelem jsou i tóny řeči, zvláště svrchní, dále nedokončené věty, opravování se, zakoktávání, opakování, přeřeknutí, použití nesouvislých a nesrozumitelných zvuků apod. Emoce můžeme číst i z lidských pohybů a gest.

Nejčastějším projevem zájmu, touhy po sblížení je kromě výrazů obličeje (nadvzdnuté obočí, zvýšená frekvence pohledů apod.) dotek, přiblížení, pootočení a naklonění se k sobě a také jasná gestikulace.

Dojde-li k setkání dvou lidí, jakoby mimoděk hodnotíme všechny projevy, které nám mohou odpovédět na otázku, kdo to je. Při prvním styku s neznámým člověkem se vytváření dojmu děje v prvé řadě na základě zhodnocení vnějších znaků – například na základě přitažlivosti jeho vzhledu. V další fázi jsou monitorovány jeho charakteristiky a rysy. Na vytváření prvního dojmu mají však vliv i další podvědomé faktory, jakými jsou například podobnost (kdo je mi podobný, je dobrý, co je krásné, je milé apod.), projekce (připomíná mi afektovanou tchyni, je