

Význam sociální komunikace ve zdravotnictví

Marcela Nábělek

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marcela NÁBĚLEK**
Osobní číslo: **H118631**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Význam sociální komunikace ve zdravotnictví**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na komunikační zdatnost středních zdravotnických pracovníků (SZP)
- na povědomí (informování) o právech klientů
- na komunikaci zdravotnického zařízení směrem k veřejnosti

Součástí práce bude realizovaný kvantitativní výzkum zaměřený jak na SZP tak na klienty zdravotnického zařízení a jejich pohled na význam a efektivitu komunikace.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Křivohlavý, J. **Rozhovor a jednání člověka s člověkem – sociální komunikace ve zdravotnictví.** Brno: ÚDVSZP, 1980

Pokorná, A. **Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.** Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2

Ptáček, R., Bartůněk, P. **Etika a komunikace v medicíně.** Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2

Venglářová, M., Mahrová, G. **Komunikace pro zdravotní sestry.** Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. František Sýkora

Katedra pedagogiky a psychologie


Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

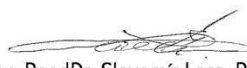
Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

V Brně 14.2.2014

MARCELA NABĚLEK
.....
Jméno, příjmení studenta

.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá významem sociální komunikace v prostředí zdravotnického zařízení. Teoretická část je věnována obecným východiskům sociální komunikace, ale zejména se zaměřuje na specifika této komunikace ve zdravotnictví, a to na oblast interakcí v pracovních-vztazích, na komunikaci s klienty i s jejich rodinou. V neposlední řadě pojednává o aplikaci a akceptaci práv klientů. Empirická část prezentuje výsledky a analýzu kvantitativního výzkumu realizovaného formou dotazníkového šetření orientované na klienty a nelékařské zdravotnické pracovníky totožného zdravotnického zařízení. Zkoumání směřovalo na zjištění úrovně komunikačních dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků a na úroveň aplikace práv klientů v podmínkách zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: klient/pacient, nelékařský zdravotnický pracovník, zdravotnické zařízení, komunikace – sociální, verbální, neverbální, práva pacientů

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the importance of a social communication in the environment of a healthcare facility.

The theoretical part is dedicated to the general possibilities of a social communication, however, it is focused especially on the particularities of that communication in a health service, namely in the field of the interaction of professional relationships and the communication with the clients and their families. Finally, the thesis deals with the use and acceptance of the clients' laws. The empirical part presents the results and the analysis of the quantitative research implemented by filling in the questionnaire forms oriented towards the clients and the non-medical staff of the medical department.

The research was directed to the discovery of the communication skills level of the non-medical staff and to the level of the clients' laws application in the healthcare system.

Keywords: client, non-medical staff, medical department, social, verbal, non-verbal communication, clients' laws

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Františkovi Sýkorovi za velice užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytoval během zpracování mé závěrečné bakalářské práce.

Rovněž bych chtěla poděkovat svému manželovi Liborovi, celé rodině a přátelům za morální podporu a pomoc během studia a taktéž při zpracování této bakalářské práce, čehož si nesmírně vážím.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Marcela Nábělek

„Jak velký rozdíl může být mezi tím, co si myslím, co chci říci, co se domnívám, že říkám, co skutečně říkám, co vy chcete slyšet, co slyšíte, a jak mě pochopíte... a kolik obtíží v komunikaci to přinese. Nicméně, zkusme se s tím vypořádat...“

Bernard Werber (francouzský spisovatel)

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OBECNÁ VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE	12
1.1 SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE A INTERAKCE	12
1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	16
1.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	20
1.4 NASLOUCHÁNÍ A JEDNÁNÍ	23
2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	25
2.1 KOMUNIKACE V RÁMCI PRACOVNĚ-PROFESNÍHO VZTAHU.....	25
2.2 KOMUNIKACE S KLIENTEM	29
2.3 KOMUNIKACE S RODINOU KLIENTA	34
2.4 KOMUNIKACE ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ SMĚREM K VEŘEJNOSTI.....	35
3 UPLATNĚNÍ PRÁV NEMOCNÝCH V PODMÍNKÁCH SOUČASNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ	37
3.1 PRÁVA PACIENTA – TEORIE A PRAXE	37
3.2 INFORMOVANÝ SOUHLAS	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 METODIKA PRÁCE	45
4.1 CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKŮ	45
4.2 REALIZACE ŠETŘENÍ A VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	45
4.3 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ	46
5 CÍL EMPIRICKÉHO VÝZKUMU	47
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	48
6.1 VIZUALIZACE CELKOVÉHO OBJEMU DOTAZNÍKŮ	48
6.1.1 Klienti.....	48
6.1.2 NLZP.....	48
6.2 DEMOGRAFICKÁ A DOPLŇUJÍCÍ DATA	48
6.2.1 Klienti.....	48
6.2.2 NLZP.....	50
6.3 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	52
6.3.1 Klienti.....	52
6.3.2 NLZP.....	56
6.4 PRÁVA PACIENTŮ	59
6.4.1 Klienti.....	59
6.4.2 NLZP.....	62
7 DISKUZE	65
8 DOPORUČENÍ (NÁVRHY ŘEŠENÍ) PRO PRAXI	70
ZÁVĚR	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76

SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Komunikace je součástí každodenní existence jednotlivce i celé společnosti. Pojem komunikace si většina z nás asociuje s mluveným slovem. Ke komunikaci dochází již v prenatalním období, kdy jsou položeny počátky oboustranné komunikace matky a dítěte. K razantnějšímu rozvoji vztahu dochází narozením. V tomto období je nepostradatelná neverbální komunikace. Dítě vnímá matčino teplo, vůni, dotyky, zvuk jejího hlasu a další signály. Často je prezentováno, že člověk vnímá více neverbální složku komunikace, než to co je vyjadřováno slovy. To neplatí pouze u malých dětí, ale v jakékoli životní etapě každého člověka, ať už ve zdraví nebo v nemoci.

Pro pomáhající profese jsou nutností náležitě komunikační dovednosti, které rozhodují o kvalitě sociálních vazeb s klienty. Tyto dovednosti je možné kdykoliv rozvíjet. Omezení nebo ztráta komunikačních schopností narušují sociální vztahy v každodenním životě. Ať už se jedná o osobní vztahy v rámci partnerství a rodiny, nebo vztahy v rámci své profese a běžných společenských styků.

Základem sociálního styku v oblasti zdravotnictví je oboustranná komunikace. Každý z komunikačních partnerů dostává prostor pro vlastní vyjádření nebo reakci na nastalou situaci. Předpokladem kvalitního vztahu je vzájemná akceptace a respekt. Podstatná je také shoda ve verbálním a neverbálním vyjadřování pro navození důvěry a spolupráce. Právě shoda nebo rozpor v projevu profesionálů je klientem v nemoci vnímán intenzivněji. Taktéž zdravotníkem je vnímán nejenom obsah slovního sdělení, ale taktéž neverbální složka, která mnohdy odhalí to, co nebylo sděleno nebo sdělováno „šifrovaně“.

Téma sociální komunikace jsem zvolila z několika pohnutek. Jedním z nich je vlastní zjištění, kdy z důvodu určité sociální izolace v rámci mateřské dovolené jsem více začala vnímat důležitost sociálního kontaktu a komunikace. Po návratu do zaměstnání na pozici zdravotní sestry neboli nelékařského zdravotnického pracovníka (dále jako NLZP), jsem vyzorovala, že klienti jsou často vnímáni jako objekty zdravotnických úkonů. Toto zjištění bylo umocněno mojí předchozí osobní zkušeností v roli hospitalizovaného klienta ve vážném stavu. Vázla komunikace, nepřilíš se respektovalo soukromí. Následný pocit bezmoci je velice frustrující a dehonestující. Jsme všichni lidé, a to lidi smrtelní.

Do podobné situace se může dostat kdokoliv a kdykoliv. Důležitými jsou nejenom profesní dovednosti, ale bezesporu i schopnost empatie, respekt a efektivní komunikace.

Vzhledem k nárokům na zvyšování profesních kompetencí NLZP a požadavkům na zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče při nedostatečném personálním zabezpečení zbývá na klienta méně a méně času. Ustupuje kdesi do pozadí, jako by se ho celé dění ani netýkalo. Komunikace je často směřována k zjišťování potřebných údajů o biologických potřebách či poruchách, k provádění edukace, předávání dalších informací. Větší důležitost a vážnost se začíná přisuzovat intenzivnějšímu vztahu mezi NLZP a klientem i jeho rodinou. Témata s tímto zaměřením se začínají objevovat nejenom v odborné literatuře či odborných periodikách, ale i na seminářích a sympoziích. Je opravdu nutné pečovat o klienta jako o celistvého člověka. Tudiž komplexně se zajímat o jeho biologickou, psychickou a sociální složku a přestat jej izolovat či jinak diferencovat.

Cílem teoretické části práce bude popsat specifika a aplikaci sociální komunikace ve zdravotnictví. Součástí péče je také akceptace práv nemocného člověka ve smyslu zachování a ochrany jeho lidské důstojnosti. Úkolem této samostatné kapitoly bude objasnit rozdíly mezi teorií a praxí.

Cílem praktické části bude zmapovat úroveň komunikačních dovedností zdravotnického personálu a rovněž oblasti práv pacientů. Na základě komparace výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na NLZP a klienty zdravotnického šetření, budou výstupy prezentovány prostřednictvím tabulek a slovního vyhodnocení. Významná zjištění budou vyobrazená v grafech.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ VÝCHODISKA SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE

„Pokud uvažujeme, čím je zprostředkováno sdílení, jsme v rámci komunikace. Pokud uvažujeme, co znakově vyjádřený význam sám zprostředkovává, jsme v rámci interakce“.¹

Jaromír Janoušek

Tato kapitola bude směřovaná jako úvod do obecné oblasti komunikace, jako do naprosto obvyklé vědomé i nevědomé součásti života každého jedince ve společnosti. Každý z nás je součástí určité sociální struktury, neboť člověk nemůže žít v izolaci. Vyhledává další lidi, se kterými se dostává do různých typů vztahů, jejichž základ tvoří právě komunikace.

1.1 Sociální komunikace a interakce

Komunikací je zejména vyjádřena **interakce** mezi jednotlivými organismy, tudíž se jedná o interakci v rámci interpersonálního styku. Pojem komunikace pochází z latinského slova *communicare*. Ve slovnících je charakterizován jako: *vespolné účastnění, společné sdílení, sdělení*. Komunikace mimo již uvedeného značí také pozemní propojení, silnici, cestu, telekomunikaci. Samotný rozhovor možno pojímat jako propojení mluvících a vytvoření určité cesty pro navázání kontaktu. Patří mezi zásadní a charakteristickou lidskou dovednost ovlivňující všechny vztahy v rámci vlastní sociální existence.

Při **sociální komunikaci** jde o sdělování v sociální skupině při sociálním kontaktu. Jejím působením se společenské vztahy zakládají a upravují. Pokud není pevný základ, nedochází ke správnému a pevnému budování vztahu s jeho perspektivním trváním. Schopnost sdílení je projevem celkové zralosti osobnosti.²

¹ Janoušek, J. Sociální komunikace. Praha: Svoboda, 1968, s. 42

² Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha: Svoboda, 1988, s. 20

Křivohlavý (1980) definuje sociální komunikaci jako „*rozhovor člověka s člověkem, jednání člověka s člověkem.*“³ Také vyzvedává významnost všech účastníků rozhovoru a samotnou specifikaci rozhovoru. Z uvedeného lze vyvodit, že v sociální komunikaci se jedná zejména o přenos informací v rámci spojení člověka s člověkem při sociálním styku. Velikou roli hraje aktuální emocionální stav účastníků a samotná situace. Ovlivňuje ji rovněž hodnotové preference, postoje, prožitky, zkušenosti, výchova, vzdělání atd. To vše působí na způsob, obsah sdělení a na samotnou podobu vztahu mezi aktéry komunikace.

Každý z účastníků sdělování se střídá v roli *vysílatele* a *příjemce* sdělení. Jsme adresáty zprávy od vysílatele, také si uvědomujeme sebe sama. Vnímáme své pocity, svoje tělo, dle reakcí protějšku odhadujeme jeho postoj k nám a k informaci, kterou prezentujeme.

G. M. Andrejevová v rámci sociálního styku rozlišuje:

- a) ***komunikační*** oblast výměny informací
- b) ***interakční*** oblast výměny a organizace činnosti
- c) ***perceptivní*** oblast oboustranného vnímání, poznávání a porozumění⁴

Komunikaci možno klasifikovat jako „*verbální, neverbální (nonverbální), realizovanou činy a skutky*“⁵. Běžně se tyto druhy komunikace vzájemně prolínají, podporují, doplňují nebo vyvrací. Mluvíme tak o *kongruenci*, tedy shodě, transparentnosti, autentičnosti. Opakem je *inkongruence*. Každý rozhovor nabízí možnosti a příležitosti dozvědět se nejenom něco o protějšku, ale poskytuje informace o nás samotných, o možnosti své chování ovlivňovat a rozvíjet. Porozumět sobě i jiným tvoří základ sociálního styku.

³ Křivohlavý, J. Rozhovor a jednání člověka s člověkem-sociální komunikace ve zdravotnictví, Praha: ÚDVZP, 1980, s. 7

⁴ Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha: Svoboda, 1988, s. 11

⁵ Vymětal, J. Průvodce úspěšnou komunikací. Praha: Grada, 2008, s. 23

Formy komunikace dle DeVita (2008):

- INTRAPERSONÁLNÍ jako mluva se sebou samým. Niterně soudíme sebe i své chování; vytváříme scénáře situací, představy jak příště reagovat; zvažujeme a volíme výběr; hodnotíme sebe sama, druhé atd.
- INTERPERSONÁLNÍ se realizuje při interakci s jinými. Předpokládá se určitý vztah k osobě, se kterou je hovor veden. Vztah se komunikaci může různě modifikovat.
- ROZHOVOR (POHOVOR), kde komunikace probíhá pomocí otázek a odpovědí. Účelem je získávání žádoucích informací o protějšku, rady, instrukce.
- KOMUNIKACE V MALÉ SKUPINĚ. Vazby mezi jednotlivci jsou intenzivnější; větší interakce a ovlivňování; společné zájmy nebo cíle.
- VEŘEJNÁ KOMUNIKACE řečníka směrem k posluchačům. Může být přímá nebo zprostředkovaná a jejím cílem je přesvědčování nebo výměna informací.
- KOMUNIKACE ZPROSTŘEDKOVANÁ POČÍTAČEM je současným trendem zejména mládeže, kdy se vytrácí potřeba bezprostředního přímého kontaktu.
- MASOVÁ KOMUNIKACE jako forma nepřímé komunikace. Je určena velkému množství příjemců. Dokáže zásadním způsobem ovlivňovat názory, hodnoty, postoje. Zprostředkovaná prostřednictvím masmédií.⁶

Komunikace probíhá nepřetržitě. Není jasně rozpoznatelný ani její začátek ani konec. „*Vše co již bylo řečeno, nelze vzít zpátky.*“⁷ To stejné platí o komunikaci písemní. Mluvíme o důsledcích komunikace, o její neopakovatelnosti. Můžeme přehrát určité věty a souvětí, ale vnější a vnitřní situace jedince již nebude totožná s tou předchozí. Vhodná je příprava předem pokud se jedná o důležitý rozhovor, pokud nám na vztahu záleží. V případě, že se jedná o emočně vypjatou situaci, je příhodné si ponechat určitý čas na odeznění intenzivních pocitů, utřídit si myšlenky. Posléze dokážeme jasně a jednoznačně formulovat své zhodnocení, smýšlení a postoj k nastalé situaci.

⁶ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace, Praha: Grada, 2008, s. 29-30

⁷ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace, Praha: Grada, 2008, s. 51

Podstatná je rovněž motivace ke komunikaci. Co nás vede k tomu navazovat spojení; jaký je záměr nebo cíl; jakým způsobem je sdělování vedeno; zda mu protějšek dokáže správně porozumět; zda opravdu chceme něco sdělit nebo pouze je nástrojem naší exhibice.⁸

K výchozím cílům komunikace náleží „*učit se, spojovat, pomáhat, ovlivňovat, hrát si*“⁹

Komunikace by měla být pro člověka potěšením. Běžným fenoménem je, že ne všechny rozhovory jsou příjemné a radostné. Nezbytností je dokázat se účastnit i takové konverzace a adekvátně zvládat verbalizovat svoje pocity a názory přímo osobě, které se dotýkají. Každý z nás má odlišnou úroveň komunikačních dovedností v závislosti od výchovy, vzdělání a prostředí, ve kterém žijeme. Důležité je nerezignovat na udržování vztahů se svým okolím. Narušená schopnost komunikace a interakce může být prvním projevem psychické poruchy nebo prodělaného duševního traumatu.

Jak lze charakterizovat jednotlivé prvky komunikace? Na samotném počátku hovoru je umístěn *komunikátor*. Někdy bývá označen také jako vysílač, řečník nebo mluvčí. Z něj primárně vychází záměr komunikovat nebo je motivován nějakým důvodem k vyjádření, tedy k vysílání určité informace. Před jejím vysláním musí svoje *komuniké* (sdělení, zprávu, informaci) nějak *zakódovat*. Poté je uskutečněn přenos prostřednictvím *komunikačního kanálu*. Ten představuje způsob přenosu informace – slovní, písemný vizuální, dotyk, gestikulace či jiný neverbální projev. Také jím může být určitý skutek nebo kreativní činnost a její výsledný produkt. Na pomyslné opačné straně stojí *příjemce*. Bývá označován jako adresát sdělení, posluchač. Ten přijímá zprávu a *dekóduje* ji. Některým způsobem jí rozumí, interpretuje ji. Následně je očekávaná zpětná reakce a z příjemce se tak stává komunikátor.

⁸ Vybíral, Z Psychologie komunikace, Praha: Portál, 2009, s. 32-35

⁹ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace, Praha: Grada, 2008, s. 51

Komunikace se odehrává v určitém prostředí a v situačním kontextu. Posluchač na místě příjemce není nezkušený. Má své zkušenosti, znalosti. Sdělení proto může mít díky prožitkům a dalším souvislostem jiný konotační význam než pro odesílatele. Pro příjem sdělení musí být psychicky naladěný. „*Posluchač není pasivním reproduktorem, má své citění, své vlastní strategické záměry, svou vlastní činnost – nečeká jen na to, co se mu řekne*“.¹⁰

Komunikační proces probíhá v šesti následujících krocích: „*vytváření představ, kódování, přenos, přijetí, dekódování, reakce*“¹¹

Průběh je cyklický, tj. dle reakce příjemce sdělení dochází u odesílatele k procesu vytváření představ a následující odezvy ve smyslu zakódování a dalšímu přenosu. Pod pojmem představy lze jmenovat myšlenku, ideu, informaci a potřebu jejich sdílení. Kódování je ovlivněno kulturně-společenským kontextem. Přenos bývá *jednostranný* nebo *oboustranný*. Rozdíly jsou v (ne)střídání rolí a iniciativy vysílatele a příjemce. Pro přijetí sdělení jsou podstatnými odpovídající funkce smyslových orgánů a kognitivních schopností. Dekódování probíhá ve smyslu, že mu příjemce nějak rozumí. Extrahuje, přijímá a interpretuje ze správy dle něj podstatné informace. Následná reakce zabezpečuje zpětnou vazbu pro vysílatele. Dochází k vyrozumění, zda a jakým způsobem bylo sdělení pochopeno, ratifikováno nebo odmítnuto.

1.2 Verbální komunikace

Jedná se o vyjadřování pomocí slov. Je nástrojem pro uspokojování potřeb, mimo jiné potřeba sociálního kontaktu a potřeba akceptace. Ovlivňuje ji samotná individualita osobnosti. Taktéž je žádoucí přizpůsobit sdělování úrovni komunikačního partnera, se kterým je navázán tento poměr, aby správně porozuměl sdělení. Dorozumívání usměrňuje situační kontext.¹²

¹⁰ Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme, Praha: Svoboda, 1988, s. 22

¹¹ Grohar-Murray, M. E. DiCroce, H. R. Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče, Praha: Grada, 2003, s. 59-60

¹² Venglářová, M. Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry, Praha: Grada, 2006, s. 19-20

Komunikace je sociální dovedností, získanou a rozvíjenou během socializace. Co si lidé představují pod pojmem „mluvit“? Křivohlavý (1980) pojímá následovně:

- „*Vyjádřit určitou ideu.*“
- „*Promluvit znamená říct něco nového.* („*obohacení příjemce sdělením, které mu říká něco nového*“¹³)
- „*Hovořit znamená působit na druhé lidi.*“
- „*Mluvit také může znamenat komunikační dovednost.*“
- „*Mluvit znamená povídat si formálně i neformálně s někým.*“

Komunikaci nelze chápat pouze jako jednostranný proces. Z hlediska efektivity je nevyhnutelné, aby byla proměněná v proces oboustranný, což značí střídavou zpětnou vazbu.¹⁴

K složkám verbálního projevu náleží:

Rychlost řeči – závislá také od znalosti tématu. Často mlčí nebo se spoře vyjadřují lidé, kteří nemají dostatečné znalosti nebo si nejsou jisti adekvátností vědomostí. Rychlou mluvu lze pozorovat, pokud mluvčí chce mít svojí výpověď a situaci rychle za sebou. Může se jednat buďto o stresovou situaci z důvodu časového presu nebo obavy, že se mu nedostane prostoru pro vyjádření.

Hlasitost – cílem hlasitého projevu je mnohokrát upoutání pozornosti. Může se jednat o upoutání na sdělení nebo naopak na svoji osobu, vyjadřovat potřebu nadvlády, ovládnutí situace, potvrzení své autority. Ke ztišení dochází zejména v situacích, kdy sdělujeme něco osobního, intimního, nepříjemného. Zeslabení hlasu může také vyjadřovat nejistotu, strach.

Pomlky – užívané zvláště pro utřídění myšlenek, prostor pro nacházení správných slov a spojení, nebo jako prostor pro odpočinek. *Mlčet neznamená nemít co říct.*¹⁵ Jsou situace, ve kterých je vhodnější mlčení oproti vyplňování mezer zbytečnou mluvou. Mlčení je

¹³ Křivohlavý, J. Rozhovor a jednání člověka s člověkem-sociální komunikace ve zdravotnictví, Praha: ÚDVPZ, 1980, s. 47

¹⁴ Carnegie, D, Jak správně myslet, jednat a mluvit, Praha: Práh, 2010, s. 6-7

¹⁵ Venglářová, M. Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry, Praha: Grada, 2006, s. 20

využíváno, pokud je nastolené téma nepříjemným nebo v situaci, kdy nevíme, jak a zda vůbec máme něco vyjádřit.

Výška hlasu – vyjadřuje různé spektrum emocí. Příjemnější a důvěryhodnější je níže položený hlas. Vysoké tóny působí nepříjemně až teatrálně. Častým nešvarem v komunikaci jsou tzv. embolická slova. Jedná se o slova a zvuky, které jsou do mluvy vkládané zbytečně (navíc), často se opakují. Většina z nás má své „oblíbené“ a „frekventované“ slovo (např: prostě, pakliže, jako, jakoby, ano, hmm atd.)

Délka projevu – pro dialog je charakteristická rovnocennost partnerů, kdy si během rozhovoru poskytují dostatečný prostor pro vyjádření. Důležité je sledovat mimoslovní projevy partnera během rozhovoru, zda nás vůbec vnímá nebo nás nechává se vymluvit.

Intonace – modifikuje význam nebo znění celého sdělení. Dle zkušeností někdy dokážeme diferencovat, co je sdělováno přátelsky, nepřátelsky, ironicky, posměšně atd.

V průběhu verbálního sdělení se do vnímání promítá význam sdělení. Rozlišuje se *denotace* a *konotace*.¹⁶ U denotátu se jedná o objektivní význam sdělení, tedy co je předmětem a obsahem informace. Má obecný význam a platnost jako systém znaků účelného dorozumívání v rámci určité kultury. Konotace má význam subjektivní a emocionální, který se odvíjí od konkrétních zkušeností jednotlivce.

Interpersonální komunikace je realizována jako:

► **Rozhovor (interview)** při němž se jedná o styk dvou lidí, kdy prostřednictvím otázek a odpovědí je dosahováno stanovených cílů. Volba otázek a odpovědí je v kompetenci účastníků. Standardně je jedna osoba *tazatelem* a druhá *dotazovaným*. Rozhovor může mít rozsah od neformální každodenní komunikace až po přísně vymezený způsob jeho vedení. Konflikty v rozhovoru mohou pomoci učit se argumentaci, respektu k partnerovým argumentům.¹⁷ Rozhovor může být: „*neformální, řízený, standardní otevřený,*

¹⁶ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace, Praha: Grada, 2008, s. 124

¹⁷ Vybíral, Z. Psychologie komunikace, Praha: Portál, 2009, s. 119

*kvantitativní.*¹⁸ Příkladem řízeného hovoru jsou například politické televizní debaty, kdy účastníci mají jednak informace ohledem diskutovaného tématu, ale také scénář otázek. Na takový typ rozhovoru se dopředu připraví. Dle dynamičnosti rozhovoru mohou ze situace vyplynout nové dotazy, které nebyly dopředu stanoveny a od účastníků vyžadují dostatečnou znalost tématu, dokonalé vyjadřovací dovednosti i interpretační schopnosti při konfrontaci. Při jednání s uchazeči o zaměstnání je interview často vedeno jako standardizovaný pohovor s předem stanovenými typy a pořadím dotazů pro všechny pozvané zájemce. Také se může jednat o metodické vedení rozhovoru, prostřednictvím něhož dochází ke sběru výzkumných dat. Bývá prováděn tváří v tvář nebo nepřímým prostřednictvím telefonního hovoru. U standardizovaného typu dochází k redukci informací, jelikož typy a pořadí otázek jsou předem dané. Mohou být také předem dány alternativy odpovědí.¹⁹ Účelem je získání velkého množství dat ke statistickému zpracování.

► **Dialog**, často pojímán jako synonymum komunikace. Dochází při něm k intenzivnější interakci, jelikož je důvodem určitá intenzita zájmu o komunikačního partnera. Může se také jednat o dialog v rámci intrapersonální komunikace. Konverzace je nepochybně podstatou společenského života. Jejím cílem je, především hledání řešení problému nebo situace. Bází vytváří akceptace názorů, hodnot a pohledů svého partnera a nacházení jakéhosi kompromisu. Kvalita dialogu se odvíjí od aktivity, autentičnosti, důvěry, úsilí účastníků a usměrňování k oboustranně akceptovatelné dohodě. T. Slama-Cazacuová jej od běžného rozhovoru odlišuje jednak výměnou rolí, ale zejména procesem naslouchání, kdy se účastníci drží merita věci a neodbíhají od tématu.²⁰

Tři aspekty dialogu:

1. Dialog je orientován na určitý cíl, ke kterému míří společná aktivita jeho účastníků
2. Dochází v něm k oboustranné interakci

¹⁸ Sýkora, F. Úvod do studia předmětu sociální komunikace, Brno: IMS, 2008, s. 12-13

¹⁹ Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2002, s. 124-127

²⁰ Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988, s. 169

3. V dění se reflektují, produkují i obměňují vztahy účastníků²¹

1.3 Neverbální komunikace

Základem komunikace je rovněž projev celého těla. Sdělování evidujeme jednak za pomoci smyslových orgánů, ale „mluví“ také naše oči, obličej, poloha končetin i celého těla. Způsob podání ruky, objetí, pohlazení jsou identickým způsobem komunikace, stejně jako samotná lidská řeč.²² Projev verbální nelze izolovat od projevu neverbálního, jelikož se prolínají. Mimoslovní projevy mluvenou řeč: „*zdůrazňuje, doplňuje, popírá, reguluje a řídí, opakuje, nahrazuje*“²³ Taktéž slouží jako prostředek sebeprezentace. Projev neverbální může figurovat též jako nezávislé a samostatné vyjádření.

Tegze (2003) charakterizuje okruhy neverbální komunikace:

- 1) „*Komunikace činy*“
- 2) „*Oblast vlastních produktů*“
- 3) „*Konzumace cizích produktů*“
- 4) „*Řeč těla (body language)*“
- 5) „*Vztahy mezi individuálním a obecně sdíleným pohledem na život*“

Ad 1. Ukazuje na soulad nebo rozpor v jednání, chování, prožívání s jeho názory, postoji, uznávanými hodnotami atd.²⁴ Nesoulad má vliv na důvěru. Někdy bereme takové jednání jako zradu. Může se jí stát pomlouvání nebo vyzrazení svěřeného tajemství. V chování a jednání hledáme „důkazy“ prostřednictvím kterých usuzujeme, zda je něco myšleno vážně a zda můžeme této osobě věřit.

Ad 2. Každý tvořivý projev jedince má výpovědní hodnotu o svém autorovi. Reprezentuje jeho: vnímání, představy, vztah k sobě samému i k vnějšímu okolí, úroveň osvojených dovedností, duševní rozpoložení, hodnocení atd.

²¹ Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988, s. 170

²² Adair, J. Efektivní komunikace. Praha: Alfa, 2004, s. 23

²³ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2008, s. 152-153

²⁴ Tegze, O. Neverbální komunikace. Praha: Computer Press, 2003, s. 18

Ad 3. Do této zóny lze zařadit výběr a nákup produktů, jenž pochází z vnější produkce, a které nakupuje, navštěvuje, užívá nebo prohlíží. Předměty nebo aktivity dokáží o člověku mnoho prozradit.

Ad 4. Obecně považována za nejpodstatnější, zajímavější a s vysokou výpovědní hodnotou. Mnohdy vadná interpretace projevů jednotlivce je počátkem interpersonálních konfliktů (haló efekt, první dojem, stereotypizace atd.).

Ad 5. Řadí se sem kultura, ke které náleží vzdělanost a duchovní stránka, umělecké zaměření - architektura, hudba, literatura, malířství.²⁵

Druhy neverbálního sdělení (Křivohlavý, 1980):

- **Proxemika** (vzdálenost)
- **Haptika** (dotyk rukou)
- **Posturologie** (poloha, držení těla)
- **Kinesika** (pohyby končetin a jiných částí těla)
- **Gestika** (kulturně standardizované pohyby)
- **Mimika** (výrazy obličeje, pohyby obličejových svalů)
- **Pohledy** (řeč očí)

Wahlstromová (cit. in Vybíral, 2009) zde ještě doplňuje:

- **Chronemiku** (zacházení s časem jako celkový spěch, rychlost řeči, orientace na přítomnost nebo budoucnost)
- **Manipulaci s předměty** (organizace prostoru pracovního stolu, způsob používání věci, stylizace bytu, řízení auta atd.)²⁶

²⁵ Tegze, O. Neverbální komunikace. Praha: Computer Press, 2003, s. 20

²⁶ Vybíral, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2009, s. 82

K neverbální komunikaci se řadí *paralingvistické projevy*. Tvoří jakýsi přechod k verbální komunikaci a jsou definovány jako *vokální dimenze řeči*. Vyjadřují emoce, postoje, dojmy, které ovlivňují vnímání sdělení. Patří sem hlasitost, rytmus, plynulost, výška tónu, přízvuk, slovosled, chyby v řeči, barva hlasu, pomlky, vokalizace (zvuky doprovázející pláč, sténání, zívání, chrochtání při smíchu atd.).²⁷

Mlčením také sdělujeme svůj vnitřní stav a emoce. Může sloužit: jako prostor pro utřídění a formulaci myšlenek; jako zbraň ve smyslu trestu nebo emočního zranění jiných; jako vyjádření strachu, úzkosti, pocitu vlastního ohrožení, ochrana okolí při náhlých a emočně vypjatých situacích (kdy je riziko později svých slov a skutků litovat); jako vyjádření vzdoru vůči autoritě rodiče či nadřízeného, vyjádření vzteku a potupy apod.

Mimoslovní komunikace je podstatným atributem sociálního učení, kdy dochází k osvojování jazyka, kulturně diferencovaného způsobu neverbálního dorozumívání. Je součástí adaptace na prostředí, ve kterém jedinec existuje a podmíněno interakcí s jinými jedinci v podmínkách dané společnosti. Probíhá v různých sociálních situacích, jejichž výsledkem je osvojené chování a jednání. I když každý signál má svůj význam, nelze jej jednoznačně vyložit. Vše se odvíjí od znalostí kontextu. Zásadní jsou taktéž samotné znalosti a zkušenosti pozorovatele. Rozdíly v projevech můžou být závislé na pohlaví, věku, sociálním statusu. Podstatná část neverbální komunikace je nevědomá. Lze ji rovněž vědomě ovlivňovat, což představuje součást předem připravené a plánované sebe prezentace. Tehdy se jedná o úmysl něco zatajit, skrýt, popřít. Prezentovat se lepším, vzdělanějším, kultivovanějším, schopnějším apod.

²⁷ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2008, s. 163

1.4 Naslouchání a jednání

Naslouchání v rozhovoru má totožný principiální význam jako samotné kladení dotazů a formulační dovednost.²⁸ Snaha naslouchat je impulzem pro partnera, aby pokračoval ve sdělování. Častou vlastností lidí je egocentrismus, z kterého plynou tendence k podceňování ostatních a přeceňování sebe sama. Nejspíše z totožného důvodu je běžným fenoménem neochota a neschopnost naslouchat jiným. V rozhovoru je značná snaha se prosazovat, být aktivnějším komunikantem. Reflektuje přístup a přesvědčení, že právě já mám co říct, vidím věci ze správné perspektivy, mám dostatek zkušeností a znalostí atd.

„Jestliže sami s plnou vážností a pozorně nasloucháte, pak je i váš partner v rozhovoru nanejvýš připraven zabývat se i vaším názorem na probírané záležitosti, seznámit se s vašimi argumenty. I on je tedy ochoten vám naslouchat.“²⁹

Možné je rozlišit dva způsoby naslouchání:

1. **Pasivní naslouchání**, při kterém příjemce tiše projevuje zájem příkyvováním hlavou a udržuje vizický kontakt. Akceptaci může vyjádřit slovně nebo paralingvisticky jako „hm“. Zájem projevuje ten, kdo je ochoten naslouchat.³⁰
2. **Aktivní naslouchání** je podmíněno vnímavostí, pozorností vůči mluvčímu. Vlastní úvahy a interpretace předkládáme, až hovořící ukončí své vyprávění.

Během aktivního naslouchání je percipována verbální i neverbální složka sdělování. Respekt je v tomto případě vyjadřován komplexním chováním. Sdělení je vnímáno bez přerušování a vyvozování závěrů. Ověřování, zda mluvčímu rozumíme, verifikujeme shrnutím jeho výpovědi. Jedná se o parafrázování, kladení konkretizujících dotazů. Dle zpětné reakce se nám dostane potvrzení, zda je sdělení pochopeno. Odstraní se nejasnosti, které by mohli negativně ovlivnit celkový proces ve smyslu objektivního pohledu. Určité chování navozuje jistou reakci svého okolí. Naslouchání taktéž vyvolá

²⁸ Štěpaník, J. Umění jednat s lidmi 2. Komunikace. Praha: Grada 2005, s. 98

²⁹ Von Kanitz, A. Umění úspěšné komunikace. Praha: Grada, 2005, s. 31

³⁰ Černý, V. Prodejní techniky. Brno: Computer Press, 2010, s. 46

obdobnou reakci. Dojde k navození vztahu nebo k reakci zlosti z nepochopení s rizikem stažení se a ztráty důvěry.

Fáze naslouchání: „*přijem signálů, porozumění, zapamatování, hodnocení, reakce*“³¹

Lidské **chování** je složitý jev s nemožností jednoznačné interpretace. Každý jedinec nese za své chování individuální odpovědnost. Psychologové nahlíží na činnost jako na druhou fázi procesu, jehož prvotní fázi tvoří rozhodování. Rozhodování končí *rozhodnutím*, tedy skutečným jednáním.³² Při rozhodování volíme z několika variant. Rozhodným pro samotnou volbu by měla být také vize možných důsledků preferovaného jednání. Samotný charakter určitého činu a další způsoby jednání mohou mít velký kvalitativní potenciál jako konativní atribut komunikace. Někdy jsou slova zbytečná a je nutné něco udělat, nějak stav řešit. Na protipólu jsou typy jednání, které mohou být spíše pojímány jako projev neúcty, urážky, hrubosti nebo zneužití důvěry. Následně dochází k *devalvaci*. Jinak řečeno snížení hodnoty člověka, se kterým je navazován lidský vztah. Jejím opakem je *evalvace*.³³ Konání, může být realizováno jako pasivní přizpůsobení se vlivům z externího okolí nebo aktivní až agresivní a bezohledné prosazování své vůle a záměrů.

Součástí každodenní existence je, *vyjednávání*, jehož smyslem bývá dosahování určitého kompromisu a společného rozhodnutí.³⁴ Předpokladem pro takhle optimální závěr vyjednávání jsou komunikační dovednosti a oboustranná ochota k dohodě. Pokud již od počátku střetu, je jedním z partnerů, přistupováno s cílem zvítězit a prosadit se, může dojít k zásadnímu narušení interpersonálního vztahu.

³¹ DeVito, J. A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada, 2008, s. 103-110

³² Křivohlavý, J. Jak si navzájem lépe porozumíme. Praha: Svoboda, 1988. s. 179

³³ Křivohlavý, J. Rozhovor a jednání člověka s člověkem – Sociální komunikace ve zdravotnictví. Praha: ÚDVZP, 1980, s. 59

³⁴ Sýkora, F. Úvod do studia předmětu sociální komunikace. Brno: IMS, 2008, s. 15

2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

NLZP je ve většině situací osobu první linie, se kterou klient nebo jeho rodina přichází do kontaktu. Je to neopakovatelná a jedinečná příležitost, která skýtá možnost navázat oboustranně pozitivní vztah. Od něj se následně odvíjí další spolupráce, která dokáže zabezpečit výraznější efekt péče a terapie. Kapitola bude zaměřena na zvláštnosti kolem komunikace s klientem a také s jeho příbuznými. Při zabezpečování péče zdravotnický pracovník rovněž vstupuje do styku s ostatními členy zdravotnického týmu a dalšími profesionály nejenom v rámci vlastního oboru. V kapitole bude zmíněna i zprostředkovaná komunikace zdravotnického zařízení směrem k veřejnosti

2.1 Komunikace v rámci pracovní-profesního vztahu

Vztahy na pracovišti determinují kvalitu poskytované péče. Pro poskytování bezpečné péče je nevyhnutelná adekvátní, spolehlivá a konkrétní komunikace s lékaři a ostatními členy týmu.³⁵ V průběhu výkonu své profese NLZP vstupuje do kontaktu s poměrně velkým spektrem zdravotnických profesí a dalších odborných pracovníků, kteří prosazují své odlišné nároky, názory, očekávání a povinnosti. Interpersonální vztahy jsou formovány zejména sociální a odbornou komunikací. Týká se oblasti verbální, neverbální i oblasti realizovaných skutků.³⁶ Dorozumívání je prezentováno individuálními postoji ke všem objektivním skutečnostem. Dotýkají se jednotlivců, předmětů, obecných hodnot. Osobní stanoviska jsou výchozím elementem ovlivňujícím mezilidské vztahy.

Lékař a sestra jako reprezentanti pomáhajících profesí si musí být vždy vědomi významu své pozice. Vztahy mezi lékaři a sestrami mají markantní dopad na celkovou spokojenost pracovníků realizujících své povolání, na vyváženost a atmosféru pracovního kolektivu.

³⁵ Heřmanová, J. Vácha, M. Svobodová, H. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2008, s. 144

³⁶ Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. *Vztah sestra-lékař*. Brno: NCO NZO, 2010, s. 64

Předpokladem pro pozitivní vytváření poměrů je zejména efektivní komunikace a vzájemný respekt.

Zdravotnický pracovník nese právní i osobní odpovědnost za prováděnou profesní aktivitu. Nutným se jeví aktivní a cílené rozvíjení svých odborných vědomostí, zručností, komunikačních dovedností. Poté zvládne být opravdovým společníkem pro své kolegy, ať už v pozici rovnovážné nebo podřízené, a též vzorem profesionála. V tomto specifickém teritoriu jsou velice významným komunikačním kanálem činy, chování a nonverbální vyjádření. Profesní komunikace mezi lékařem a sestrou je využívána při společné a paralelní realizaci péče o klienta. Jak společenská, tak i sociální komunikace se užívá při součinnosti na administrativních, organizačních, provozních úkolech.³⁷

Ústředním prvkem týmové spolupráce ve zdravotnictví je péče o zdraví, potažmo snaha o návrat ke zdraví. Objektem péče je člověk, jeho zdraví i deficit v této základní oblasti. Specifikem koordinace činností v současném zdravotnictví je zejména potřeba sjednocení, propojení a kontinuita dílčích aktivit všech profesionálů podílejících se na komplexní péči o klienta. Týmová práce, respektive spolupráce, vyžaduje od všech svých členů nevyhnutelnou nutnost součinnosti. Neméně důležitá bude dovednost efektivní komunikace, jejímž cílem je pomoci problém objektivně a erudovaně zdůvodnit, zhodnotit, řešit. Vnímavost k naslouchání zvyšuje perspektivu dosažení kompromisu jako prevence napětí ze soupeření profesí.

Faktory působící na vztah sestra-lékař (Bártlová a kol., 2010):

- **Pracovní prostředí**, někdy chápáno jako synonymum *pracovních podmínek*.

Determinováno je povahou vykonávané práce, metodikou, dostupností i využitelností technického zařízení, samotnou charakteristikou pracovního prostoru pro výkon činnosti (estetika, velikost, zdravotně nezávadné okolí, odpovídající hygienické podmínky aj.). Tyto vztahy výrazně určují rovněž společenské faktory a formy managementu jakožto správy a vedení. V neposlední řadě do nich vstupuje také podniková kultura jako osobitá

³⁷ Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. Vztah sestra-lékař. Brno: NCO NZO, 2010, s. 82

prezentace uznávaných hodnot, postojů. Z uvedeného vyplývá, že prostředí je jedním z faktorů, který má účinek na spokojenost, mezilidské vztahy a na samotný výkon.

- **Organizační struktura zdravotnického zařízení.**

Posílená je dvěma různými formami subordinace. NLZP jsou na jedné straně podřízeni lékařům, na straně druhé sesterskému managementu. Posílená submise se může podílet na vzniku, prohlubování neshod a narušení vztahů, zejména pokud se dostane do určité konfrontace zájmů nebo nestejněho interního nařízení, doporučení, instrukcí.

- **Pohled lékařů na ošetřovatelství.**

Ošetřovatelství je poměrně frekventovaně považováno za jakousi poloprofesi bez vlastní autonomie. Snižování respektu a odbornosti vede ke konfrontacím, nekonstruktivní a neopodstatněné kritice. Důležité je posilňovat spolupráci jako podstatný prvek prospěšnosti pro všechny zúčastněné strany. Tím je rozuměno lékaře, sestru, klienta.

- **Sestra-žena a její role.**

Až 80% objemu NLZP tvoří ženy. Z důvodu založení rodiny nebo konfrontaci s vysokými nároky profese, dochází ke značné fluktuaci, jejímž nežádoucím produktem je různě závažný deficit sester na jednotlivých pracovních úsecích. Dle výše zmíněného popisu je lékaři chápána profese zdravotní sestry-ženy jako provizorní. Také předpokládají, že osoby zastávající toto povolání mají nízkou erudici a tomu odpovídající mzdové ohodnocení.

- **Gender problematika.**

Utuzována generálními a ustálenými názory společnosti, kdy je posilován status, autorita a kompetentnost mužů ve vedoucích pozicích. Gender je podmíněn kulturním, psychologickým a sociálním vnímáním rolí mužů a žen. Již v dětství je rodiči i okolím vymezováno, co patří ke klukům a co k holkám. Dle zvoleného pohledu se také volí volnočasové aktivity, zaměření studia, povolání atd. Gender problematika vstupuje do všech sociálních vztahů ve zdravotnictví, usměrňuje interakci a komunikaci.³⁸

³⁸ Srov. Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. Vztah sestra-lékař. Brno: NCO NZO, 2010, s. 55-63

Konflikty jsou součástí každodenní existence. Nelze se jim vyhnout ani v profesním životě. Kompetence všech zdravotnických pracovníků jsou specifikovány zákony. Jsou ovlivněny povahou profese a zvyklostmi každého oddělení. V praxi jsou NLZP často delegovány úkoly mimo oblast jejich kompetencí. Může se jednat o úkoly, které spadají do kompetence nižších nebo pomocných zdravotnických pracovníků, eventuálně dalšího odborně nekvalifikovaného personálu (osoby zabezpečující úklid, údržbu apod.). Rovněž se to týká úkolů odborného charakteru spadajících do kompetence lékařů. Zdravotní sestry je vykonávají na základě ústního pověření a přání lékaře. Z toho poté pramení možné množství konfliktů v rámci profesního týmu a narušení vztahů i celkové atmosféry při realizaci péče. Může dosáhnout charakteru protiprávního jednání s trestní odpovědností, pokud dojde k zanedbání péče nebo poškození klienta. Značné množství neshod vychází z oboustranného nepochopení rolí a zodpovědnosti náležící k příslušné profesní působnosti. Někdy se může v konfliktu jednat o domnělý zásah sester do oblasti lékařské péče s jejich předpokládanou nedostatečnou erudicí. Sociální status ošetrovatelství je nižší v důsledku samotné historie. Podílí se na něm též zkreslený pohled společnosti o naivitě, submisi a nízkém vzdělání sester. Rozpory mezi sestrou a lékařem mívají mnohdy původ v objektivním nebo subjektivním vnímání reality ve smyslu nestejnomyšlného rozdělení pozic, moci a nástrojů.

„U sester v důsledku nedostačujícího personálního obsazení, pracovního přetížení, nutnosti přesčasů, nejednoznačnosti role a úkolů odvádějících je od přímé péče o pacienta, často dochází ke značnému stresu, vzniku syndromu vyhoření, konfliktům a frustraci. ... Velká psychická zátěž vyplývá, jak ze samotné podstaty ošetrovatelské profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž v každodenní ošetrovatelské péči dochází.“³⁹

Při hledání řešení u neshod bývá nutností vyjádření vlastního pohledu a percepce situace. U druhého partnera se předpokládá naslouchání a poskytnutí zpětné vazby. Pro nacházení dohody je nutností oboustranný kompromis a jeho akceptace, jelikož nejde o mocenský

³⁹ Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. Vztah sestra-lékař. Brno: NCO NZO, 2010, s. 64

souboj profesí. Zřetel by měl být v tomto případě kladen zejména na zájmy klienta, který je v znevýhodněné a závislé pozici.

Strategie řešení konfliktů:

- Pasivní a vyhýbavá strategie nevede k přímému řešení problému a dialogu o něm.
- Osobitě zaměřená strategie jako osvědčení střetu a dialogu s předpokladem ústupků na straně opozičního partnera.
- Integrovaná strategie potvrzuje konflikt a taktéž uznává partnerovu rovnocennost.⁴⁰

Efektivní řešení konfliktů přispívá k posilování, rozvíjení a stabilizaci vztahů na pracovišti. Snaha neshody řešit nebo naopak vyvolávat je rovněž závislá na charakteru jednotlivých osobností. Pro kladné vztahy na pracovišti je nutností konfliktům předcházet nebo je konstruktivně řešit tak, aby byly spíše přínosem než překážkou kvalitní vzájemné spolupráce a komunikace. I proto je nezbytné uvědomování si svých nedostatků a restrikcí jako cesty k transformaci vlastního stanoviska. Může to zapříčinit lepší porozumění sobě sama a ostatním.

2.2 Komunikace s klientem

V průběhu posledních let dochází ke změnám role nemocného. Vztah paternalistický je transformován na vztah partnerský.⁴¹ Změnu podnítil nárůst chronických (celoživotních) onemocnění kdy chorobný stav lze vyléčit pouze ad optimum (z části). Taktéž je zdůrazňováno převzetí aktivní odpovědnosti za své zdraví, neboť občan již má dostatek informací ohledem péče o zdraví a předcházení nemoci. Dalším aspektem podporujícím změnu v oblasti komunikace je fakt, že uživatelé zdravotní péče jsou podporováni k náročnějšímu jednání. Z mého pohledu je určitá rozpolcenost v přijímání takového vztahu. Přístup náročného spotřebitele, ale s poměrně častým postojem v odmítání převzetí odpovědnosti. Běžně slýcháváme větu: „*Celý život si platím pojištění, tak se o mne ve zdravotnictví musíte dobře postarat.*“

⁴⁰ Srov. Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. Vztah sestra-lékař. Brno: NCO NZO, 2010, s. 71

⁴¹ Bártlová, S. Chloubová, I., Trešlová, M. Vztah sestra-lékař. Brno: NCO NZO, 2010, s. 12

Vytvoření vztahu ke klientovi je zásadním prvkem u pomáhajících profesí. Vstupuje se zde do vztahu s člověkem v určité tísní a také v různém stupni závislé pozici. Situace vyžaduje slušnost, akceptaci, empatii a také navození pocitu, že klient není nikomu na obtíž. Nemocní hledají signály zejména v neverbálních projevech profesionálů, které mohou kladně i negativně ovlivňovat atmosféru a vztahy. „Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“⁴² Během poskytování péče je zdravotník v mocenské pozici, čímž může dojít k navození nedůvěry, pasivity, zlosti a odstupu na straně klienta.

Poměrně častým zlozvykem při interakci je jednostranný direktivní přístup, při němž dochází k vedení bez ponechání prostoru pro vlastní iniciativu. Patří sem zejména instruktáž ve smyslu příkazu nebo zákazu. Menší direktivní potenciál má návrh, doporučení, návod. Nedirektivní přístup vyžaduje dostatek prostou a energie. Vyžaduje osobní snahu pro vyjádření aktivní podpory klientovi při jeho volbě a rozhodování, ovšem za předpokladu dostatečné míry poskytnutých validních informací. Některé osoby vidí v pozici zdravotníka autoritu, které nelze odporovat. Aby NLZP dokázal vést nedirektivní rozhovor, je nutný zájem a také zvládnání techniky. Její základ tvoří aktivní naslouchání podporující komunikaci, důvěru, akceptaci. Nevhodnou strategií je vyvracení obav a bagatelizování problémů. Dochází pak k navození pocitů uhýbání, zatajování, netečnosti.

Zásady nedirektivního hovoru:

- „Iniciativa ponechána klientovi“
- „Vyjádření sympatií a porozumění“
- „Reflexe sdělení“
- „Akceptace a úcta“
- „Autentičnost „⁴³

⁴² Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2000. s. 15

⁴³ Srov. Venglářová, M. Mahrová, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006, s. 34-36

Pro rozhovor s klientem je důležité vymezení času, prostoru i samotné psychické a fyzické vyladění pomáhajícího⁴⁴. Toto nabývá platnosti zejména, pokud se jedná o důležitý hovor ohledem diagnózy, léčby a perspektivy budoucího života. Smyslem vymezení prostoru je zejména zachování intimity, důstojnosti. V prostředí nemocnic je obdobný prostor částečně zachováván v ambulantním provozu. Postrádán je na odděleních, kdy se rozhovory i vyšetření provádějí za přítomnosti třetí osoby v roli dalšího hospitalizovaného klienta. Při provádění ošetrovatelských úkonů v době návštěv jsem žádala rodinné příslušníky o poskytnutí prostoru pro soukromí na provedení úkonu i tehdy, když se jednalo zrovna o jejich příbuzného. Z důvodu charakteristického prostředí nemocničních pokojů, kdy na pokoji je umístěno více lůžek, se zachovávání soukromí často stává problematickým. Důležité je naučit se mluvit s nemocným, ne z důvodu nutnosti, ale z potřeby s ním mluvit.⁴⁵ Potřebou může být pouze prostý lidský vztah nebo samotná naléhavost získávání dalších informací. Do komunikace s klientem se leckdy promítá profesní nejistota a bezradnost. Jejím projevem bývá naoko suverénní vystupování odborníka, který má věci pod kontrolou. Taková póza stimuluje u klienta pocit arogantního jednání zdravotníka, přičemž následnou odezvou jsou vznikající výpady, rebelství, stěžování si jako výraz popření racionálního chování.

Jak již bylo zmiňováno, vztah klient-zdravotník zásadně podmiňuje neverbální projev obou účastníků. Vstupují do něj všechny složky komunikace: oční kontakt, výrazy obličeje, změny polohy celého těla, pohyby a dotyky rukou, vzdálenosti, další znaky (písmo, činy, zacházení s předměty a časem, úprava zevnějšku apod.)

Nezbytným je porozumění mimoslovnímu sdělování a rovněž schopnost správné interpretace. Ve zdravotnictví je tato oblast neomezeným zdrojem informací, které je nutno brát v potaz při každém kontaktu s klientem. Dotýká se oblasti prvotního navázání vztahu, jeho utváření, získávání důvěry a dobrovolné spolupráce. Podstatným je vědomí, že neverbální sdělení nevysílá pouze klient, ale také zdravotník.

⁴⁴ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2000, s. 110

⁴⁵ Andrysek, O. a kol. Mluv se mnou, Praha: Maxdorf, 2011, s. 107

► Pokud během sociální interakce chceme efektivně komunikovat, je důležité navázat a udržovat oční kontakt. Dle Kristové a Tomaškové jsou oči nejsenzibilnějším receptorem informací o lidech, při němž je vnímáno až 87% všech informací.⁴⁶ Při naslouchání udržujeme intenzivnější a souvislejší oční kontakt, než u mluvení. V odborných zdrojích je neschopnost udržet oční kontakt popisován jako projev nezájmu, neúcty, pokrytectví nebo lži. Při kontaktu s nemocným je důležité brát v úvahu situaci, ve které se nachází a hledat možné příčiny snížení schopnosti udržování zrakového kontaktu. Zdůvodněním bývá pocit nejistoty, ztráta orientace v nastalých okolnostech, projev studu. Může také znamenat, že se vnitřně zaobírá již sděleným a nevěnuje nadále pozornost diskutovanému tématu. Zásadním je netrvat na vizickém kontaktu a vyhýbat se jeho interpretaci bez ověření skutečné příčiny.

► Mimikou dochází k vyjadřování emocí skutečných nebo hraných. Účinnost předstíraných emocí se odvíjí od „hereckého talentu“. Poměrně lehce lze identifikovat základní pocity. Může se jednat o bolest, která mnohdy doprovází akutní stadium nemoci či některé zdravotnické úkony. Důležitá je kongruence prožívaných potíží též z hlediska správné a přesné diagnostiky. Problémem bude, pokud klient zatíná zuby, „krčí obličej“, zavírá oči, vysílá další signály diskomfortu, ale na dotaz ohledem intenzity bolesti řekne pouze: „*dá se to vydržet; není to tak hrozné; jsou i horší věci apod.*“.

► Na podobu gestikulace má vliv osobnost jedince ovlivněná výchovou a okolím, kulturní či etnický vliv, případně se může jednat o diferencovaný systém určité subkultury. Komunikace pomocí rukou je součástí dorozumívání u lidí s výrazně omezeným sluchem až jeho úplnou a trvalou ztrátou. Ve zdravotnickém zařízení může sloužit jako alternativní, i když výrazně omezený, způsob komunikace s cizinci při neznalosti jazyka. Předem domluvených gest možno využít jako způsobu náhradního dorozumívání během vyšetření nebo léčby, kdy klientovi není umožněno mluvit.

► Podání ruky definuje začátek i konec společenského setkání. Mělo by být také přirozenou doménou zejména prvního kontaktu s klienty. Hmat je po zraku druhou nejdůležitější smyslovou rozlišovací schopností. Větší potřebu doteků mají osoby ženského

⁴⁶ Kristová, J. Tomašková, Z. Komunikácia v ošetrovatel'stve, Martin: Osveta, 2002, s. 31

pohlaví. Osobitým příkladem, kdy hmat zprostředkovává primární rozlišovací schopnost, jsou osoby s výrazným omezením až ztrátou zraku. Ve zdravotnictví lze prostřednictvím dotyků nebo fyzického vedení pomoci nevidomému s orientací v novém prostoru. Důležité je rozlišovat účel dotyků. Při provádění ošetrovatelských úkonů je nezbytností dotýkat se klienta. Před začátkem samotného úkonu je nutno pokaždé vysvětlit účel, povahu a až posléze přistoupit k jeho provedení. Iniciační dotyk a další podněty, které jsou součástí tzv. *bazální stimulace*,⁴⁷ se využívají zejména na odděleních intenzivní péče. Jeho podstatou je provést dotyk na vpřed stanoveném a identickém místě s oslovením klienta, obeznámením s plánovanými úkony, a to bez ohledu na to, zda je při plném vědomí.

► Podstatou proxemiky je dodržování vzdáleností dle charakteristiky vztahu komunikujících osob. Instrumentální činnosti, které souvisí s péčí o nemocného, mohou být považovány za značné narušení soukromí, jejichž nepříznivým efektem může být heteroagrese nemocného.⁴⁸ Jak již bylo výše zmíněno, nastává naléhavost vysvětlení úkonů. Jeho smyslem bude rovněž docílení dobrovolné a aktivní spolupráce klienta. Důležitým je vědomí, jak často a proč vstupovat do intimní zóny, která je vymezená vzdáleností 0-45 cm. Narušování této zóny probíhá oboustranně. Zdravotník do ní vstupuje a současně nechává druhou osobu vstupovat do své.

► Chronemika je určena zvykem, kterým vyjadřujeme, zacházíme a strukturujeme svůj čas. Jde o to, jak člověk komunikuje v časových vztazích.⁴⁹ Časové vytížení je velice účinným prvkem mimoslovní komunikace, které ovlivňuje další projevy a jejich kongruentnost. Časový prostor je důležitý pro předávání informací, provádění instruktáže, edukace. Nabízí jednak možnosti intenzivnější interakce, ale také prostor pro samotného klienta na kladení dotazů ohledem nejasností nebo doplnění dalších souvislostí.

⁴⁷ Srov. http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php [cit. 2014-2-17].

Bazální stimulace – uznávaný pedagogicko-ošetrovatelský koncept, jehož autorem je německý speciální pedagog Prof. Dr. Andreas Fröhlich. Jedná se o komunikační, interakční a stimulační postupy, které podporuje vývoj. Soustřeďuje se na všechny oblasti potřeb. Aplikuje se především v neonatologii u dětí předčasně narozených, intenzivní péči u klientů po traumatech mozku. Také se realizuje u dětí a u dospělých s vrozeným kognitivním a somatickým postižením, u jedinců s demencí, při různých typech akutních nebo chronických onemocnění. Srov. http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

⁴⁸ Pokorná, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Brno: NCO NZO, 2010, s. 29

⁴⁹ Mikulaščík, M. Komunikační dovednosti v praxi. Praha: Grada, 2003, s. 131

► Během rozhovoru s klienty je podstatné vědomí vlastní pozice těla, kterým podvědomě vysíláme (ne)zájem k mluvčímu. Celková úprava zevnějšku předává nepřeborné množství informace o jednotlivci. Během komunikace jsou zapojené všechny smysly. Vnímané jsou vůně, barvy, dekorace, oblečení apod. Nelze eliminovat také vzhled prostředí, kde hovor probíhá. To vše s rozdílným působením usměřňuje komunikaci mezi zdravotníkem a klienty. V neposlední řadě jsou podstatné paralingvistické prvky ovlivňující samotný verbální projev a jeho efekt na příjemce sdělení.

2.3 Komunikace s rodinou klienta

V současných podmínkách českého zdravotnictví není kladen až takový zřetel na komunikaci s rodinou klienta. Leč rodina dokáže záporně či pozitivně ovlivňovat úsilí zdravotnického týmu při poskytování péče, posílit motivaci pro dodržování léčebného režimu. Je rovněž důležitým partnerem profesionálů zabezpečujícím nemocnému podporu, ať už po stránce sociální nebo emocionální. V době nedávno minulé měla rodina více informací než samotný klient. Dnes je uplatňován větší respekt ke klientově autonomii. Na základě jeho přání a svolení jsou poskytovány informace osobám uvedeným v dokumentaci dle platné legislativy.

Pro lepší součinnost rodiny je žádoucí aktivní a otevřený přístup zdravotnického personálu. Charakter prvního a posledního kontaktu zanechává u příbuzných nejhlubší dojem. Vědomí tohoto faktu by mělo být pokaždé bráno v potaz, zejména při úvodním pohovoru s rodinou. Objem veškeré sociální interakce je podmíněn povahou nemoci a zdravotním stavem, od něhož se odvíjí délka hospitalizace, frekvence návštěv, častost kontaktů se zdravotnickým personálem.

Účelem rozhovorů s rodinou bývá: „*získávání a poskytování informací, vyjádření podpory, účasti, zájmu, poskytnutí pomoci i uklidnění*“⁵⁰

⁵⁰ Zacharová, E. Hermanová, M. Šrámková, J. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007, s. 86-87

Při kontaktu s rodinou je užíváno nedirektivního vedení hovoru, jehož zásady byly uvedeny výše. Rodina potřebuje bezesporu čas adaptovat se na změněnou situaci. Mnohdy své obavy a úzkost přenáší na nemocného příbuzného, potažmo na širší okolí. Nastává situace, kdy je potřeba doprovázet rodinné příslušníky, zejména pokud se jedná o závažnou diagnózu s nejistou prognózou. Informace o zdravotním stavu poskytuje lékař, ale nemá tolik prostoru věnovat příbuzným delší dobu. NLZP dokážou poskytnout dlouhodobější oporu ve vstřícné komunikaci, a to např. vyjádřením účasti. Mají dostatečné informace o zdravotním stavu, mohou reprodukovat sdělení lékaře na lidské úrovni, zvolit přijatelnější a srozumitelnější komunikační atmosféru pro klientovy blízké.⁵¹

2.4 Komunikace zdravotnického zařízení směrem k veřejnosti

Komunikace probíhá zprostředkovaně jako masová komunikace prostřednictvím sdělovacích prostředků. Mediální komunikace je jedním z elementů sociální komunikace. Pojímána je taktéž jako důležitý pramen interpretace sociální reality a názorů na ni (kultura, hodnoty, postoje). Pro toto sdělování platí základní schéma: *„původce zprávy jakožto mluvčí, samotný charakter sdělení z hlediska obsahu a formy, příjemce zprávy tedy veřejnost“*.⁵²

Pokud se realizuje komunikace s médií, je nutno mít na zřeteli, co je a není zamýšleno sdělit. Neexistuje informace „mimo záznam“, jelikož každý údaj v tomto případě bude pojímán jako věc veřejná, tudíž její zveřejnění jako veřejný zájem. Před samotným vystoupením je nutností vytvořit tiskové prohlášení a poskytnout reportérovi seznam klíčových sdělení.⁵³ Pro tento typ styku bývá standardně pověřená osoba tiskového mluvčího. Podstatným mimo jeho dovednosti mluvit s médií, je zájem a přehled o oblasti, z které zprostředkovává informace.

⁵¹ Andrysek, O. a kol. Mluv se mnou, Praha: Maxdorf, 2011, s. 66

⁵² Janoušek, J. Sociální komunikace, Praha: Svoboda, 1968, s. 133.

⁵³ Vymětal, Š. Krizová komunikace a komunikace rizika. Praha: Grada, 2009, s. 130

V současné době enormního rozvoje aktivního využívání informačních technologií, se běžnou záležitostí stává prezentace zdravotnického zařízení prostřednictvím webových stránek. Tato forma nabízí mnoho informací různorodého zaměření. Počínaje základními informacemi pro klienty, až po obecné a specializované informace pro laickou i odbornou veřejnost.

Mezi základní priority ČR náleží prevence nemoci, ochrana a podpora zdraví. (srov. „*Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví*“)⁵⁴. Dochází k oslovení zdravého obyvatelstva. Smyslem je eliminace vzniku onemocnění nebo včasný záchyt, čímž dochází ke snižování léčebných nákladů a rovněž podpora sociální gramotnosti. Preventivní programy se stávají součástí komunikace k veřejnosti, způsob zdravotní výchovy občanů k aktivnímu přebírání odpovědnosti za péči o své zdraví. Vhodně volená edukace může přispět k celkové změně pohledu jednotlivce na přístup k zachování své integrity.

Projevem dostupnosti a otevřenosti směrem k širokému spektru obyvatelstva bývají akce „dny otevřených dveří“. Zájemci mají možnost organizovaného vstupu do prostor, kam by vstupovali pouze jako nemocní, případně jako jejich doprovod.

Působením na přirozený lidský altruismus je oslovována veřejnost se žádostmi o různé druhy pomoci. Strategickým motivačním krokem bývá zapojení známé osobnosti nebo skupiny. Příkladem může být zapojení osobností soukromé televizní společnosti do registru dárců kostní dřeně. Jiným vzorem může být zase organizované darování krve nebo krevní plazmy populárním sportovním klubem.

⁵⁴Ministerství zdravotnictví ČR [online]. © 2010 MZČR [cit. 2014-02-23] Dostupné z: www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

3 UPLATNĚNÍ PRÁV NEMOCNÝCH V PODMÍNKÁCH SOUČASNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Základem etiky ve zdravotnictví je soubor norem určujících a hodnotících chování a jednání všech profesních zaměstnanců vstupujících do péče o nemocné i zdravé jedince. Organizací, Česká asociace sester, byl přijat *Etický kodex sester* (viz. Příloha č. 4), přejetý od Mezinárodní rady sester (ICN). Vymezuje normy etického chování NLZP ve smyslu respektu práva na život a důstojnost, respektu ke každému jednotlivci bez ohledu na kulturní, rasové či jiné odlišnosti⁵⁵. Vychází z *Listiny základních práv a svobod* jakožto i samotná *Práva pacienta*. Důležité je před sebou vidět člověka a jednat s ním způsobem odpovídajícím tomuto statusu a ne momentální roli nemocného. Z hlediska akceptace individuality je nezbytností nezačleňovat klienty do anonymní kolonky diagnózy nebo čísla pokoje jako tolik přítomného fenoménu depersonalizace.

3.1 Práva pacienta – teorie a praxe

Kterým vhodným konceptem označit nemocného člověka? Pacient, klient, konzument? Pojem klient je spíše spojován s obchodním vztahem, kdy na základě ujednaného finančního obnosu dochází ke směně za služby, statky. Modernisty je preferován z důvodů vyjádření rovnocennosti a možnosti volby. Jeho užíváním je vztah „*ponížen bezohledností k altruismu, kterého hodnotu nelze penězi vyjádřit.*“⁵⁶ V § 3 se „*pacientem rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby.*“⁵⁷ Tudíž na jedné straně stojí poskytovatel zdravotních služeb a na opačné jejich přijímatel nebo adresát. Nejedná se pouze o samotnou terapii, ale zahrnuje další škálu poskytovaných služeb, jakými jsou prevence, diagnostika, prodej léčiv, zdravotnických potřeb atd. „*Ve většině případů by se dalo*

⁵⁵ Česká asociace sester [online]. © 2008 ČAS [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf

⁵⁶ Zdravotnictví a medicína [online]. © 2014 Mladá fronta a.s. [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: www.zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pacient-nebo-klient-172542

⁵⁷ 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

*hovořit o spotřebiteli, kdy užívá služby a výrobky, které mohou ovlivnit jeho zdraví a bezpečnost.*⁵⁸

Samotná historie práv je poměrně krátká. Začala se psát od roku 1990, kdy na základě návrhu PhDr. Heleny Haškovcové byl kodex zpracován a v roce 1992 legalizován Centrální etickou komisí MZ ČR. Vzorovým byla práva pacientů zveřejněná Americkým svazem občanských svobod. Sám o sobě nemá právní závaznost, jelikož jde o výraz odůvodněných přání nemocných. V rámci komparace se zákonnými ustanoveními může nabýt vymahatelnou legislativní formu. Takovým příkladem mohou být etické kodexy lékařských i nelékařských profesí, dalšími zákony vymezující oblasti a druhy zdravotní péče. V nadřazené pozici pro ostatní platné zákony a projevem integrace zdravotnictví EU je Úmluva o biomedicině ratifikovaná v roce 2001.⁵⁹

Práva nejsou striktně daná. Dochází k jejich úpravám na základě komparace s aktuálním stavem. Pokud se některé z práv stane běžně a obecně realizovaným pravidlem, pozbývá své opodstatněnosti být zařazeno jako právo klientem uplatňované. Etický kodex práv pacienta (viz. Příloha č. 3) je obvyklou součástí veřejně dostupných informací, které nabízejí webové stránky zdravotnických zařízení. Práva pacienta jsou rovněž definována v **§ 28 Předpisu č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**,⁶⁰ jenž nahradil *Předpis č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu*. Tento pozbyl účinnosti od 1. 4. 2012.

Etický kodex „Práva pacienta“

Právo č. 1 souvisí s péčí poskytovanou kvalifikovanými pracovníky. Způsob získání a uznání odborné kvalifikace je stanoven zákony. Dotýká se rovněž profese NLZP.⁶¹

⁵⁸ Doležal, T. Doležal, A. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Linde: Praha, 2007, s. 9

⁵⁹ Haškovcová, H. Informovány souhlas. Praha: Galen, 2007, s. 9-19

⁶⁰ Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. © MZČR [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

⁶¹ Předpis č. 96/204 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o NLZP)

Rozporem je ideální versus dostupná medicína. Tento status nemusí být limitován pouze financemi. Dostupnost může být pojímána geografickou vzdáleností nebo samotnou přítomností kvalifikovaného technického a personálního zázemí, dostupností léků, technologií atd. Etickým problémem může také být stanovení komu a v jakém rozsahu poskytnout odborný zásah odpovídající postupu lege artis. S tímto rozporem se lze například setkat u nemocných v terminálním stadiu infaustního onemocnění nebo u nemocných se stanovenou diagnózou mozkové smrti. Pokračovat v nákladných odborných intervencích a prodlužovat život bez další perspektivy a kvality, nebo neléčit, případně usnadnit odchod z jeho bytí.

Právo č. 2 postihuje přirozenou společenskou oblast osobních vztahů. Prvkem sociálního styku soukromého charakteru je poznání osoby, se kterou do takového vztahu vstupujeme. Samozřejmostí musí být představení se zúčastněného personálu klientovi. Jde bezesporu o **následný** krok ve vztahu důvěry a akceptace. Právo na soukromí je složité realizovat v určitých situacích. Může se jednat o vícelůžkové pokoje s nemožností nebo nákladností prostorových úprav. Nutnost respektovat přirozený stud a ohled na relativní soukromí lze zajistit přinejmenším použitím závěsu mezi lůžky klientů. Pobytem v nemocnici je narušená kontinuita rodinných a sociálních styků. Klient musí mít možnost denního styku s rodinou a přáteli. K omezení návštěv přistupovat pouze v případě závažných důvodů (epidemie chřipky apod.).

Právo č. 3 a 4 pojednává o přístupu klienta k informacím o svém zdravotním stavu, navrhované léčbě, vyšetřeních a dalších postupech s potřebou informovaného souhlasu. Může také uplatňovat právo na odmítnutí terapie a obeznámení s důsledky. O této problematice bude pojednáno v následující samostatné podkapitole.

Právo č. 5 a 6 se zaměřuje na etická témata, jakými jsou stud, soukromí, důvěrnost. „*Je logické, že lékaři i zdravotní sestry „prolamují“ bariéry intimní sféry člověka.*“⁶² Jedná se o respekt a zabezpečování vhodných podmínek pro zdravotní úkony vynucující si jak fyzické, tak psychické odhalení klientů. Předpokladem pro účast na stážích budoucích lékařských i nelékařských pracovníků je dobrovolnost a souhlas nemocného.

⁶² Haškovcová, H. Práva pacientů, Praha: Aleny Krtilové, 1996, s. 96

Nevím, zda pro riziko odmítnutí nebo prostého opomíjení až předpokládané samozřejmosti jsem se velice zřídka setkala s vyžádáním souhlasu konkrétního klienta. Zcela samozřejmým by mělo být zachovávání veškerých informací zdravotního i osobního charakteru vyplývající taktéž z povinnosti mlčenlivosti. Informování osoby blízké je legislativně upraveno. Tedy komu a v jakém rozsahu budou informace poskytnuty. Podmíněno je písemným souhlasem, který je součástí dokumentace.

Právo č. 7 „Zdravotnický systém je organizován hierarchicky. Jsou jasně vymezeny kompetence jací lékaři a v kterých zdravotnických zařízeních mohou provádět určitý typ diagnostických a terapeutických výkonů“⁶³ V praxi znamená, že pokud stav klienta vyžaduje jistý druh intervence, na základě informací a doporučení lékaře je odeslán na jiné pracoviště. To lze zorganizovat pouze za podmínky zajištění souhlasu zvoleného pracoviště.

Právo č. 8 se odvolává na kontinuitu léčby. Klient se nesmí dostat do stavu, kdy nebude známo, jaká bude další návaznost péče. Povinností zdravotníků je informovat klienta o tom, jaký bude navazující postup např. po propuštění. (jak dlouho platí recept na předepsané léky, do kdy je nutno navštívit obvodního lékaře, komu jsou určeny propouštěcí zprávy, jaká režimová opatření je nezbytné dodržovat, za jakých podmínek je nutné kontaktovat propouštějícího lékaře apod.)

Právo č. 9 postihuje nutnost informovanosti a souhlasu klienta při volbě nestandardního postupu nebo účasti na klinickém výzkumu. Rozhodnutí o povolení provádění experimentálních postupů na lidech uděluje lokální Etická komise při zdravotnickém zařízení a SÚKL (Státní ústav pro kontrolu léčiv) na základě nezávislého zhodnocení předložených náležitostí. K účasti na klinické studii je vyžadován písemný souhlas dotyčné osoby, která předem obdrží veškeré informace a prostor pro rozhodnutí a dotazy. Účast je dobrovolná, povětšinou anonymní s možností odstoupení bez následků sankčního postihu. Množství informací bývá v tomto případě enormní a souhlas má leckdy rozsah několika stránek. Etickým i právním problémem se může stát, pokud se tato možnost nabídne klientovi během výkonu. Nemá dostatek času na rozmyšlení, konzultaci s rodinou či jiným

⁶³ Haškovcová, H. Práva pacientů, Praha: Aleny Krtilové, 1996, s. 116

lékařem, dostatek prostoru pro kladení dotazů, souhlas je někdy podepisován až po dokončení výkonu apod. Nedovedu posoudit, zda kvůli riziku odstoupení z výzkumu není zmiňována alternativa odstoupení v jakékoliv fázi.

Právo č. 10 vstupuje do oblasti závěru životní etapy. Bezpodmínečně nutné je vyjádření respektu a zachování důstojnosti k člověku v závěrečné fázi jeho života. Díky konfrontaci se strachem z vlastní smrtelnosti, ne každý dokáže být aktivním účastníkem poskytujícím oporu prostřednictvím své přítomnosti. V praxi to může také znamenat, že umírající člověk je ponecháván o samotě a bez „zbytečných“ zásahů. Další morální problémy nastávají při manipulaci s mrtvým tělem. Dotýkají se způsobu zacházení s mrtvým tělem při přípravě na odvoz, provedení pitvy nebo odběru tkání k dalšímu použití. Existují standardy upravující tuto oblast, ale opět hodně záleží na přístupu a vyzrálости osobnosti jednotlivců, kteří jsou aktéry tohoto procesu.

Právo, č. 11, vědět výši finančního obnosu vynaloženého při zabezpečování léčby. „*Důvody zakládající toto právo jsou: výchovný a kontrolní.*“⁶⁴ Konfrontace poskytuje náhled, proč občan odvádí „vysoké“ částky zdravotního pojištění a jaké jsou reálné náklady léčby. Tyto informace nejsou poskytovány standardně jako součást vyúčtování prodělané léčby. Pojišťovny je poskytují na základě individuálních žádostí svých klientů. Právo vstupuje také do oblasti, kde je nutná spoluúčast klienta (stomatologické zákroky, diagnostika, doplatky nebo plné hrazení léků atd.).

„*Každé právo je vyváženo též určitou povinností. Pacient je povinen seznámit se s pravidly tzv. nemocničního řádu a dodržovat je.*“⁶⁵

3.2 Informovaný souhlas

Z důvodu změny paternalistického vztahu mezi lékařem a klientem na vztah partnerský, je zdravotník konfrontován s požadavkem na zachování jeho autonomie. Souběžně je uplatňováno právo na participaci při rozhodování vzhledem k poskytované zdravotní péči.

⁶⁴ Haškovcová, H. Práva pacientů. Praha: Alena Krtilová, 1996, s. 150

⁶⁵ Haškovcová, H. Práva pacientů. Praha: Alena Krtilová, 1996, s. 151

Informovaný souhlas se stává podstatným instrumentem pro předávání významných údajů a rovněž je považován za samostatný projev vůle klienta. V článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je stanoveno: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas*“. Nutností je podání informací klientovi před zahájením výkonu, a to o charakteru, záměru a rizicích plánované intervence. Založeno je rovněž právo dotyčné osoby svůj souhlas odvolat. Nelze jej odvolat, pokud se výkon začal provádět a jeho přerušení by způsobilo újmu na zdraví nebo životě. Odvolání souhlasu (revers) dle norem musí mít písemnou podobu. V praxi se se zrušením souhlasu až tak často nesetkáváme. Může to být způsobeno neznalostí této možnosti. Taktéž ve většině případů se klient podřizuje doporučení lékaře. Je respektován jako odborná autorita, které nelze odporovat. Z psychologického hlediska lékař nabízí pomoc, a tím vlastně projevuje zájem, což nelze odmítnout. Souhlas musí být: „*kvalifikovaný, svobodný, poučený*“.⁶⁶ Otázkou je poučení o dalších alternativách. Někdy je bráno navrhované řešení jako jediné možné. Až po odmítnutí se rozebírají další eventuality. Informace o dalších alternativách by měl klient dostat, nikoliv v nejasné obecné rovině, ale dle specifikace ke svým problémům. Jedná se tedy o informace od kompetentních odborníků. V praxi se takové postupy příliš neaplikují vzhledem k vytíženosti specialistů. V případě nejasností se volí spíše konzultace lékař-lékař specialista.

Svolení pouze na základě ústního souhlasu je prováděno u rutinních výkonů. Možné je rovněž uplatňovat konkludentní formu souhlasu, která je udělena mlčky, ale prostřednictvím gesta, jako projevu souhlasu (otevření úst, nachystání paže pro měření tlaku krve apod.). Pro písemnou formu informovaného souhlasu není stanovena jednoznačná právní úprava. Předpisem č. 372/2011 Sb. je § 34 vymezená pouze písemná forma souhlasu s hospitalizací a pokud se vyžaduje nebo jej stanoví předpisy č. 285/2002 Sb. a č. 373/2011 Sb. Ponechává poskytovateli prostor, kdy může sám určovat charakter zdravotních služeb vyžadujících podepsání informovaného souhlasu, čímž ale dochází k nejednotnosti. Hlavní ideou souhlasu v převážné většině bývá především vlastní ochrana a vytrácí se jeho primární myšlenka ve formě ochrany práv klienta a empatie.

⁶⁶ Haškovcová, H. Informovaný souhlas. Proč a jak?. Praha: Galén, 2007, s. 25

Písemné souhlasy bývají různě obsáhlé s cílem informovat o provedení výkonu, ale taktéž o možných komplikacích. Nikdy ale nelze postihnout všechny komplikace, kdy v případě výskytu té vzácné padá smysl písemného informovaného souhlasu jakožto ochrany zdravotnického zařízení. Dalším úskalím takových souhlasů bývá skutečnost, že většina lidí si krátce po podepsání nepamatuje, co vlastně podepsala. Mnohdy už jenom pohled na rozsáhlost a množství souhlasů k podpisu klienty odradí od důkladného čtení. Na doporučení, aby si přečetli, co podepisují, slýcháváme pouze: „Dejte to sem, já to podepíšu. Však vy jste odborníci, a proto víte, co je potřeba.“ Někdy informovaný souhlas nahrazuje osobní kontakt s lékařem. *„Informovaný souhlas má být získán po důkladném rozhovoru s nemocným a písemná forma, která ze zákona není povinná, má být stručná, v obecné rovině a bez taxativního vyjmenování všech možných komplikací.“*⁶⁷ Při získávání informovaného souhlasu je podstatný prostor pro klientovy dotazy, kdy se může aktivně ptát na nejasnosti ohledem plánovaného zákroku. Z mravního hlediska má větší hodnotu rozhovor než veškerý podepsaný materiál.

Problémem informovaného souhlasu je otázka obligatorního časového odstupu mezi uskutečněním poučení a realizací plánovaného zákroku nebo výkonu.⁶⁸ Nejedná se o akutní zásah z důvodu zachování zdraví a života. Tehdy je uplatňována presumpce souhlasu. Legislativně není řešená délka minimální doby od obeznámení k provedení zásahu. Hospitalizovaní klienti obvykle podepisují souhlasy den předem. U ambulantních výkonů není výjimkou podepisování těsně před výkonem v rozmezí několika minut až hodin.

U nezletilých je souhlas vyžadován od zákonného zástupce. Může jej rovněž udělit sám nezletilý, pokud je kognitivně a volně vyspělý jej poskytnout po předchozím obeznámení s povahou, účelem a riziky plánovaného výkonu. Musí ale být provedeno způsobem přiměřeným jeho vyspělosti.

⁶⁷ Pafko, P. spoluautor Mluv se mnou, Praha: Maxdorf, 2011, s. 118

⁶⁸ Zahumenský, D. a kol. Legislativní ochrana práv pacientů. Liga lidských práv: 2008, s. 7

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Pro získání potřebných informací k tématu bakalářské práce jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Jedná se o měrný nástroj, za pomoci kterého lze zjišťovat postoje, názory a smýšlení jednotlivců. Nesporná výhoda uvedeného druhu šetření spočívá v rychlém získání informací od velkého počtu respondentů. Nabízí rovněž ekonomickou i časovou nenáročnost. Nevýhodou je eventualita zkreslení údajů, jehož příčinou může být neporozumění dotazům, ovlivnění aktuální situací nebo osobou, momentální emoční rozpoložení aj. Dotazníky, které jsou uvedené v příloze č. 1 a 2, jsem sestavila samostatně pod odborným vedením konzultanta bakalářské práce. Jedná se o dotazníky zaměřené na profesní zaměstnance a klienty zdravotnického zařízení. Byl volen anonymní dotazník, jehož cílem bylo zajištění co největší objektivity odpovědí.

4.1 Charakteristika dotazníků

Dotazník určený nelékařským zdravotnickým pracovníkům obsahoval 17 uzavřených otázek a dotazník vyhrazený pro klienty obsahoval 19 uzavřených otázek. Bylo jej možné členit na tři části. První část se zaměřovala na otázky demografického charakteru (pohlaví, věk, vzdělání, u NLZP délka praxe atd.), druhá část na oblast komunikace a třetí na práva klientů.

Před samotnou realizací šetření jsem uskutečnila předvýzkum, jehož účelem bylo ověřit srozumitelnost dotazů. Osloveno bylo celkem 8 respondentů, 4 z řad klientů a 4 z řad zdravotních sester. Vzhledem k připomínkám na složitost a rozsáhlost dotazů, jsem dotazník přepracovala. Volila jsem tedy dotazy jednodušší, adresnější. Také bylo zredukováno množství dotazů, jelikož z důvodů rozsáhlosti se dostavily projevy neochoty jej vyplnit z důvodu časové náročnosti.

4.2 Realizace šetření a výběr respondentů

Abych mohla realizovat šetření, bylo nutné dle interního řádu, získat povolení. Jelikož jsem v žádosti zvolila možnost, že nebudu uvádět toto zdravotnické zařízení jako zdroj dat, nelze konkretizovat, kde se daný výzkum prováděl. V případě zájmu, je povolení

k nahlédnutí u autorky práce. Poté byly dotazníky distribuovány vedoucím pracovníkům jednotlivých úseků s přesnými instrukcemi k vyplnění. Další rozdělení bylo v jejich režii, kdy volili náhodně vybrané zdravotní sestry nebo je vyplnili sami za svoji osobu profesního pracovníka.

Dotazníky pro klienty zařízení jsem distribuovala převážně samostatně nebo za výpomoci dvou kolegyně, kterými mně byla nabídnuta spolupráce. Respondenti byli oslovení náhodně, se žádostí o dobrovolnou účast na anonymním šetření, které ovšem nikterak nesouvisí s daným zařízením, potažmo s jejich aktuálními zdravotními problémy. Bylo rovněž vstřícně akceptováno odmítnutí z důvodu nezájmu, psychické nebo fyzické indispozice. V případě souhlasu a nevhodných okolností (absence optické pomůcky, nemožnost použít stůl k psaní, klidový režim dominantní paže atd.), byla mnou navržená pomoc akceptována. Tudíž jsem předčítala dotazy a dle klientovy volby označovala příslušná políčka v dotazníku.

Sběr dat probíhal od 1. listopadu do 31. prosince 2013. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků, z toho bylo 70 dotazníků adresovaných NLZP a 90 klientům. Po sesbírání bylo pro neúplnost vyřazeno celkem 10 dotazníků, z toho 8 dotazníků od klientů a 2 dotazníky od zdravotních sester. Pro konečné zpracování bylo použito celkem 128 dotazníků, z toho 75 vyplněných klienty a 53 NLZP.

4.3 Způsob zpracování

Získané a extrahované údaje byly zpracovány programem Microsoft Excel a jsou uvedeny v četnostních tabulkách a komentářích. Významná zjištění jsou vyjádřena graficky, jejich zpracování bylo provedeno programem Microsoft Word. Vše je prezentováno v kapitole: „*Výsledky průzkumu a jejich analýza*“.

5 CÍL EMPIRICKÉHO VÝZKUMU

Cílem šetření bylo zjistit názory ve vnímání úrovně komunikačních dovedností NLZP jednak z pohledů samotných profesních pracovníků, ale taktéž z pohledu klientů zdravotnického zařízení. Dalším záměrem bylo zjistit aplikační úroveň práv pacientů a samotné povědomí klientů o svých právech v roli nemocného.

V souladu s cílem bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné otázky.

- 1. Jaká je úroveň získaných a v praxi uplatňovaných komunikačních dovedností?**
- 2. Jak jsou aplikována práva pacientů v podmínkách zdravotnického zařízení?**

Operacionalizace a definice pracovních hypotéz.

H1 Předpokládám, že více než 75% zdravotních sester se setkalo s odbornými informacemi ohledem komunikace s klienty.

H2 Předpokládám, že NLZP dokáží při vykonávání profese empaticky vnímat klienty a jsou si vědomí svého projevu.

H3 Domnívám se, že více než 75% klientů je obeznámeno se svými právy.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

6.1 Vizualizace celkového objemu dotazníků

6.1.1 Klienti

Tabulka č. 1

	a. č.	r. č. (%)		a. č.	r. č. (%)
rozdáno	90	100,00	k analýze	83	100,00
návratnost	83	92,20	vyhodnoceno	75	90,40
ztráta	7	7,80	vyřazeno	8	9,6

Celkem bylo klientům rozdáno 90 dotazníků s poměrně vysokou návratností, a to 83 (92,2%). Ztráta se týkala 7 dotazníků (7,8%). Ke konečné analýze a vyhodnocení bylo postoupeno 75 dotazníků (90,4%). 8 dotazníků (9,6%) bylo vyřazeno pro neúplné nebo chybné vyplnění. (srov. Příloha - graf č. 1)

6.1.2 NLZP

Tabulka č. 2

	a. č.	r. č. (%)		a. č.	r. č. (%)
rozdáno	70	100,00	k analýze	55	100,00
návratnost	55	78,60	vyhodnoceno	53	96,36
ztráta	15	21,40	vyřazeno	2	3,64

Pro NLZP byl celkový objem distribuovaných dotazníků 70 s návratností 78,60% a ke zpracování bylo určeno 55. Ztráta zahrnovala 15 dotazníků (21,4%). Konečná analýza a vyhodnocení se týkalo 53 dotazníků (96,36%). Vyřazeny byly 2 dotazníky (3,64%) z důvodu neúplného nebo chybného vyplnění. (srov. Příloha - graf č. 2)

6.2 Demografická a doplňující data

6.2.1 Klienti

Tabulka č. 3

Pohlaví respondentů	a. č.	r. č. (%)
muži	51	67,99
ženy	24	32,01
celkem	75	100

Ve sledovaném souboru byli více zastoupení muži, a to 51 (67,99%). Žen bylo 24 (32,01%).

Tabulka č. 4

Věk	a. č.	r. č. (%)
do 30 let	6	8,02
31-40 let	9	12,03
41-50 let	10	13,29
51-60 let	15	20,03
61-70 let	20	26,60
nad 70 let	15	20,03
celkem	75	100,00

Dotaz ohledem kalendářního věku respondentů nabízel možnost zařazení do 6 specifikovaných věkových skupin. Největší počet respondentů, a to 20 (26,60%), byl zařazen v rozmezí 61-70 let. Shodný počet po 15 respondentech (20,03%) se nacházel v rozmezí 59-60 let a nad 70 let. Směrem k nižší věkové hranici se počty respondentů snižovaly. Ve skupině 41-50 let bylo zařazeno 10 respondentů (13,29%). Věkové rozpětí 31-40 let tvořilo 9 respondentů (12,03%) a pod 30 let pouze 6 respondentů (8,02%).

Tabulka č. 5

Vzdělání	a. č.	r. č. (%)
základní	9	12,03
střední odborné s maturitou	25	33,28
střední odborné	22	29,33
vysokoškolské	19	25,36
celkem	75	100,00

V souboru respondentů byla v oblasti vzdělání relativní vyváženost mimo vzdělání základní, kde počet respondentů byl 9 (12,03%). Vysokoškolsky vzdělaných bylo 19 respondentů (25,36%). Středního odborného vzdělání dosáhlo 22 (29,33%) a středního odborného s maturitou docílilo 25 respondentů (33,28%).

Tabulka č. 6

Důvod přítomnosti ve zdravotnickém zařízení	a. č.	r. č. (%)
ambulantní ošetření nebo kontrola	28	37,35
plánovaná zákrok nebo vyšetření	18	23,97
hospitalizace	29	38,68
celkem	75	100,00

V souboru bylo téměř shodného počtu dosaženo u klientů *hospitalizovaných* a těch, kteří přicházeli k *ambulantnímu ošetření nebo ke kontrole*. U prvně zmíněného se jednalo o objem 29 (38,68%) a u druhého 28 respondentů (37,35%). 18 (23,97%) jich přicházelo k *plánovanému zákroku nebo vyšetření*.

6.2.2 NLZP

Tabulka č. 7

Pohlaví	a. č.	r. č. (%)
muži	6	11,27
ženy	47	88,73
celkem	53	100,00

V souboru nelékařských zdravotnických pracovníků měly nejvyšší zastoupení ženy, a to v počtu 47 respondentek (88,73%). Mužů zde bylo 6 (11,27%).

Tabulka č. 8

Věk	a. č.	r. č. (%)
do 20 let	0	0,00
21-30 let	14	26,41
31-40 let	20	37,76
41-50 let	12	22,64
nad 50 let	7	13,19
celkem	53	100,00

V souboru respondentů měli nejvyšší zastoupení pracovníci ve věkové kategorii *31-40 let*. Tvořilo ji 20 respondentů (37,76%). Poměrné vyváženosti bylo dosaženo ve věkové kategorii s rozpětím *21-30 let* s počtem 14 dotázaných (26,41%) a s rozpětím *41-50 let* s počtem 12 respondentů (22,64%). Nejnižšího počtu bylo dosaženo ve věkové kategorii

nad 50 let, kterou tvořilo 7 respondentů (13,19%). Do věkové kategorie 20 let nespadal žádný z respondentů.

Tabulka č. 9

Délka praxe ve zdravotnictví	a. č.	r. č. (%)
do 5 let	11	20,70
5-10 let	5	9,43
11-15 let	10	18,92
16-20 let	7	13,19
nad 20 let	20	37,76
celkem	53	100,00

Záměrem dotazu bylo zjištění délky praxe zdravotnických pracovníků. Bylo zde nabídnuto 5 variant pro možnost volby. Nejvyšší počet tázaných, a to 20 (37,76%), uváděl délku svého působení ve zdravotnictví nad 20 let. 11 respondentů (20,70%) volilo variantu do 5 let. Obdobného počtu respondentů, a to 10 (18,92%), bylo dosaženo ve skupině 11-15 let. 7 respondentů (13,19%) se zařadilo do možnosti 16-20 let a 5 dotázaných (9,43%) do možnosti 5-10 let.

Tabulka č. 10

Nejvyšší dosažené vzdělání	a. č.	r. č. (%)
SZŠ	10	18,92
Dis.	7	13,19
specializace	22	41,48
VŠ	14	26,41
celkem	53	100,00

V souboru respondentů z řad profesních pracovníků bylo za nejvyšší vzdělání nejčastěji uváděno pomaturitní specializační studium (v tabulce jako specializace) u 22 zúčastněných (41,48%). *Vysokoškolské vzdělání* uvedlo 14 respondentů (26,41%). Primární a základní vzdělání v oboru, tedy střední zdravotnickou školu, volilo 10 tázaných (18,92%). Vyšší zdravotnickou školu (v tabulce jako možnost Dis.) uvádělo 7 respondentů (13,19%).

Tabulka č. 11

Pracovní zařazení	a. č.	r. č. (%)
ambulance	13	24,52
standardní lůžkové oddělení	17	32,09
intenzivní péče	15	28,34
sál	8	15,05
celkem	53	100,00

Pracovní zařazení sledovalo momentální pozici jednotlivých členů souboru ve zdravotnickém zařízení, kde skupina s nevyšší početností byla tvořena sestrami pracujícími na standardním lůžkovém oddělení. Tuto možnost uvádělo 17 respondentů (32,09%). 15 tázaných (28,34%) působilo v intenzivní péči a 13 respondentů (24,52%) v ambulantním provozu. V souboru se vyskytli taktéž pracovníci sálu, jejichž počet činil 8 respondentů (15,05%).

6.3 Komunikace ve zdravotnickém zařízení

6.3.1 Klienti

Tabulka č. 12

Nejčastější důvody komunikace sester s klienty	a. č.	r. č. (%)
seznámení	4	2,69
zjištění identifikačních údajů	32	21,28
zjištění potíží	33	22,11
vysvětlení nejasností	22	14,58
předávání informací od lékaře	28	18,65
vyjádření empatie	2	1,36
jiné	1	0,68
uklidnění	11	7,36
poučování, instruktáž	16	10,61
přesvědčování	0	0,00
řešení konfliktu	1	0,68
celkem	150	100,00

Názory souboru klientů na důvody (záměr) komunikace NLZP v průběhu navazování kontaktu, kdy volili dvě z 10 nabízených eventualit případně možnost vlastního vyjádření. Nejfrekventovaněji se vyskytoval důvod *zjištění potíží*, kdy tato možnost byla uvedena ve 33 případech (22,11%). Následovalo *zjištění identifikačních údajů* - 32 odpovídajících

(21,28%), poté *předávání informací od lékaře*, 28 respondentů (18,65%) a *vysvětlování nejasností* zdravotní sestrou, na které se klient z různých důvodů nezeptal lékaře, 22 dotázaných (14,58%). V 16 případech (10,61%) bylo uvedeno, že NLZP komunikují s cílem *poučovat nebo instruovat nemocné*. Pouze v 11 případech (7,36%) byl jako důvod komunikace uveden záměr *uklidnit* klienta, ve 4 případech (2,69%) *seznámit se* s klientem a u 2 respondentů (1,36%) bylo důvodem komunikace vyjádření *vcítění* se do jeho situace. Jen 1 volba (0,68%) byla označená u možnosti *řešit* nastalý *konflikt*. Vlastní vyjádření zvolil 1 respondent (0,68%), který jako důvod komunikace uvedl *zdravotní úkony*. Žádný z respondentů nezvolil uvedenou možnost *přesvědčování*.

Tabulka č. 13

Registrace vizuální úpravy, výrazu tváře a způsobu jednání zdravotnických pracovníků klientem.	a. č.	r. č (%)
ano	57	75,97
spíše ano	17	22,70
spíše ne	1	1,33
ne	0	0,00
celkem	75	100,00

75% respondentů má za to, že si všimne neverbální komunikace ze strany NLZP, proto zvolili možnost *ano* (57). Možnost *spíše ano* označilo 17 respondentů (22,70%). Pouze jednou byla zvolena možnost *spíše ne*, tedy 1,33%. Volba *ne*, nebyla zvolena.

Tabulka č. 14

Komunikační převaha během rozhovoru	a. č.	r. č (%)
u personálu	27	36,00
u klienta	2	2,66
rovnováha	41	54,61
nevím	5	6,73
celkem	75	100,00

Dotaz směřoval k subjektivnímu hodnocení komunikační převahy klientem. Větší polovina respondentů, a to 41 (54,61%), vnímala *rovnovážné* postavení obou komunikačních partnerů. 27 respondentů (36%) označilo *převahu* na straně zdravotnického *personálu*

a pouze 2 dotazovaní (2,66%) zvolili komunikační převahu na straně *klienta*. 5 respondentů (6,73%) nedokázalo zhodnotit tuto situaci, a proto volilo možnost *nevím*.

Tabulka č. 15

Vyjádření nervozity a nespokojenosti při dlouhém čekání	a. č.	r. č. (%)
vždy	1	1,33
často	2	2,66
někdy	38	50,72
nikdy	34	45,29
celkem	75	100,00

Dotaz zjišťoval, zda klienti dokáží vyjádřit nespokojenost z důvodu dlouhého čekání na ošetření, léky, příchod lékaře/sestry atd. 50,72% respondentů - tedy 38 se domnívá, že vyjadřuje nespokojenost *někdy*. 34 dotázaných (45,29%) zvolilo možnost *nikdy*. Pouze 1 respondent (1,33%) označil *vždy* a 2 dotázaní (2,66%) *často*.

Tabulka č. 16

Spokojenost s komunikací zdravotníků	a. č.	r. č. (%)
vždy	36	47,98
často	34	45,29
někdy	5	6,73
nikdy	0	0,00
celkem	75	100,00

Úmyslem této otázky bylo zmapování spokojenosti s komunikací zdravotních pracovníků. Téměř totožného výsledku bylo dosaženo ve volbě možnosti *vždy*, kterou označilo 36 respondentů (47,98%) a *často*, označenou ve 34 případech (45,29%). 5 respondentů (6,73%) volilo alternativu odpovědi *někdy*. Možnost *nikdy* nebyla zvolena.

Tabulka č. 17

Tázání na význam odborných výrazů užitých zdravotníky	a. č.	r. č. (%)
vždy	15	20,03
často	18	23,97
někdy	36	47,98
nikdy	6	8,02
celkem	75	100,00

Respondenti odpovídali na dotaz, zda se informují na význam použitých odborných (medicínských) termínů při komunikaci, a kterým přirozeně jako laici nerozumí nebo rozumí částečně. 47,98% respondentů (36) uvedlo, že se dotazují *někdy*. 18 respondentů (23,97%) uvádělo možnost *často* a 15 dotázaných (20,03%) označilo *vždy*. 6 respondentů (8,02%) uvedlo, že se *nikdy* neptají na tyto výrazy.

Tabulka č. 18

Vyhýbání se konfliktům se zdravotníky	a. č.	r. č. (%)
vyhýbám se často	17	22,70
nikdy nejdu do konfliktu	55	73,23
vyhýbám se pouze někdy	3	4,07
vyhledávám je	0	0,00
celkem	75	100,00

Záměrem takto formulované otázky byla snaha zjistit, zda se klienti dokáží prosadit, pokud nastane konfliktní nebo sporná situace. 55 respondentů (73,23%) označilo uvedenou alternativu, že *nikdy nejde do konfliktu* se zdravotnickým personálem. 17 dotázaných (22,70%) uvedlo, že se sporným situacím *často vyhýbá* a 3 respondenti (4,07%) se domnívají, že se takovým situacím *vyhýbá pouze někdy*. Čtvrtou možnost, kdy taková situace je *vyhledávanou*, neoznačil žádný z respondentů.

Tabulka č. 19

Negativní efekt špatné nálady zdravotních sester	a. č.	r. č. (%)
vždy	12	16,02
často	12	16,02
někdy	37	49,28
nikdy	14	18,68
celkem	75	100,00

Na dotaz ohledem vlivu negativního naladění ze strany NLZP, 37 respondentů (49,28) uvedlo, že takový stav na ně působí *někdy*. 14 dotázaných (18,68%) se domnívá, že negativní naladění na ně *nikdy* nepůsobí. Shodný počet volby byl uveden u možnosti *vždy* a *často*, které zvolilo po 12 respondentech (16,02 %).

6.3.2 NLZP

Tabulka č. 20

Znalosti o efektivní komunikaci s klienty	a. č.	r. č. (%)
ano	18	34,02
spíše ano	13	24,52
spíše ne	21	39,62
ne	1	1,84
celkem	53	100,00

Cílem bylo zmapovat odborné komunikační znalosti NLZP. 21 respondentů (34,02%) uvedlo, že se s informacemi takového zaměření pravděpodobně nesešlo, a proto zvolili možnost *spíše ne*. 18 dotázaných (34,02) označilo možnost *ano*. Určité znalosti mělo 13 tázaných (24,52%), kteří vybrali alternativu *spíše ano*. 1 respondent (1,84%) se domnívá, že uvedené znalosti a informace nemá, a proto zaškrtnl *ne*.

Tabulka č. 21

Snaha o empatický přístup ke klientovi	a. č.	r. č. (%)
vždy	20	37,76
někdy	10	18,92
neumím odhadovat pocity klientů	1	1,84
často	22	41,48
nikdy	0	0,00
nemám takové znalosti z psychologie	0	0,00
celkem	53	100,00

Z nabízených 6 možností měli zdravotničtí pracovníci zvolit názor na vlastní potenciál k empatickému přístupu ke klientům. 22 respondentů (41,48%) se domnívá, že se často dokáže vcítit do situace klienta. 20 dotázaných (37,76%) si myslí, že tento přístup zvládá vždy a 10 respondentů (18,92%) zvolilo možnost někdy. Alternativa, neumím odhadovat pocity klientů, byla zvolena pouze u 1 respondenta (1,84%). Dvě z nabízených možností odpovědí (nikdy a nemám takové znalosti z psychologie) nebyly označeny ani jednou.

Tabulka č. 22

Zjišťování pohnutek klientů při odmítání péče nebo léčby	a. č.	r. č. (%)
ano, vždy	29	54,72
pouze někdy	13	24,52
nikdy, jsem pracovně vytížený/á	1	1,84
ne, nezajímá mě to	0	0,00
předávám to do kompetence lékaře	10	18,92
celkem	53	100,00

Výzkum byl zaměřen na to, zda NLZP zjišťují objektivní nebo subjektivní pohnutky klientů při odmítnutí podstoupit nabízenou léčbu, zákrok nebo vyšetření. I zde byly nabízené možnosti odpovědí. 29 tázaných (54,72%) uvedlo, že vždy zjišťují důvody, které klienty vedou k takovému postoji. 13 respondentů (24,52%) označilo možnost pouze někdy a 10 dotázaných (18,92%) posuzovalo, že toto zjišťování přísluší do kompetence lékaře. Nikdy se klientů neptá na důvody zamítání navržených postupů 1 respondent (1,84%). Nezájem nebyl nikým z respondentů označen.

Tabulka č. 23

Projev netrpělivosti při zdržování od povinnosti	a. č.	r. č. (%)
vždy	0	0,00
často	0	0,00
někdy	39	73,59
nikdy	14	26,41
celkem	53	100,00

Profesní pracovníci zde vyjadřovali svá mínění, zda projevují svoji netrpělivost a nelibost, pokud je klient „zdržuje“ od dalších povinností. 39 respondentů (73,59%) se zařadilo k možnosti, že netrpělivost vyjadřuje *někdy* a 14 dotázaných (26,41) se zhodnotilo, že *nikdy* nevyjadřují netrpělivost v takových situacích. Variantu *vždy* a *často* ne zvolil nikdo z oslovených.

Tabulka č. 24

Zjišťování správnosti pochopení užitých odborných výrazů	a. č.	r. č. (%)
ano	25	47,25
spíše ano	22	41,48
spíše ne	6	11,27
ne	0	0,00
celkem	53	100,00

V souboru profesních pracovníků 25 respondentů (47,25%) zvolilo možnost *ano* jako odpověď, že zjišťují, zda klient chápe význam použité odborné terminologie. Druhou frekventovanou odpovědí byla možnost *spíše ano*, kterou označilo 22 dotázaných (41,48%). *Spíše nezjišťuje* chápání použité terminologie klientem 6 respondentů (11,27%). Varianta *ne*, nebyla zvolena.

Tabulka č. 25

Vliv sympatií na komunikaci	a. č.	r. č. (%)
vždy	0	0,00
často	5	9,43
někdy	38	71,65
nikdy	10	18,92
celkem	53	100,00

Vliv sympatií na komunikaci sledovala otázka č. 11 v dotazníku pro NLZP. Zde nejčastěji tázání volili odpověď *někdy*, a to 38 respondentů (71,65%). Možnost *nikdy* uvádělo 10 dotázaných (18,92%). Jako *častý* vliv sympatií na komunikaci uvedlo 5 respondentů (9,43%). Odpověď *vždy* nebyla zvolená žádným tázaným.

Tabulka č. 26

Percepce svého neverbálního projevu při komunikaci	a. č.	r. č. (%)
vždy	10	18,92
často	14	26,41
někdy	26	49,05
nikdy	3	5,62
celkem	53	100,00

Percepce svého neverbálního projevu při komunikaci s klienty se zabývala otázka č. 12 (dotazník pro NLZP). 49,05 % dotázaných zvolilo odpověď *někdy* (26). 14 respondentů se začlenilo pod odpověď *často*. 10 tázaných (18,92%) uvedlo možnost, že *vždy* je si vědomo svého mimoslovního projevu při komunikaci. 3 respondenti (5,62%) si tento svůj projev *nikdy* neuvědomují.

6.4 Práva pacientů

6.4.1 Klienti

Tabulka č. 27

Čtení celého rozsahu podepisovaných formulářů	a. č.	r. č. (%)
vždy	42	55,98
často	9	12,03
někdy	18	23,97
nikdy	6	8,02
celkem	75	100,00

Podpisování formulářů různých typů je součástí písemných souhlasů s navrženými způsoby léčby, diagnostiky, hospitalizace. Cílem bylo zjistit, zda klienti čtou celé znění mnohdy rozsáhlých formulářů. 42 klientů (55,98%) uvedlo, že celý rozsah tiskopisů čtou *vždy*. 18 respondentů (23,97%) uvedlo, že je čte jenom *někdy* a možnost *často* zvolilo

9 respondentů (12,03%). 6 respondentů (8,02) se přiklonilo k možnosti, že nikdy nečtou podepisované formuláře.

Tabulka č. 28

Představování se u zdravotníků	a. č.	r. č. (%)
vždy	26	34,63
často	26	34,63
někdy	19	25,36
nikdy	4	5,38
celkem	75	100,00

Klienti mají právo znát jména zdravotnických pracovníků, kteří o ně pečují. Shodný počet odpovědí - 26 (34,63%) bylo zvoleno u alternativy vždy a často. 19 respondentů (25,36%) uvedlo zkušenost, že se profesní pracovníci představují někdy a 4 respondenti (5,38%) vyjádřili osobní názor vycházející rovněž ze zkušenosti, kdy se jim tyto pracovníci nepředstavili.

Tabulka č. 29

Mínění klientů, zda může lékař odmítnout další péči v případě, že klient odmítne navržený postup	a. č.	r. č. (%)
ano	11	14,69
spíše ano	22	29,33
spíše ne	24	32,01
ne	18	23,97
celkem	75	100,00

Účelem otázky bylo zmapovat mínění klientů ohledně práva lékaře odmítnout léčit pacienta, který nesouhlasil a navrhovaný léčebný nebo diagnostický postup odmítl. Téměř totožný počet respondentů zvolilo možnost spíše ne - 24 (32,01%) a spíše ano - 22 (29,33%). 18 tázaných klientů (23,97%) se zařadilo k odpovědi ne. Pod jednoznačnou alternativu ano se zařadilo 11 respondentů (14,69%).

Tabulka č. 30

Povědomí klientů o svých právech.	a. č.	r. č. (%)
ano	22	29,33
spíše ano	9	12,03
spíše ne	11	14,69
ne	33	43,95
celkem	75	100,00

Na dotaz, zda se klienti někdy setkali s kodexem „Práva pacientů“, 33 respondentů (43,95%) zvolilo jednoznačnou odpověď ne a 22 dotazovaných (29,33%). Odpověď ano uvedlo 11 respondentů (14,69%) označilo možnost spíše ne. Nejméně, a to 9 dotázaných (12,03%), uvádělo odpověď spíše ano.

Tabulka č. 31

Porozumění všem podaným informacím	a. č.	r. č. (%)
vždy	38	50,72
často	27	36,00
někdy	8	10,62
nikdy	2	2,66
celkem	75	100,00

Během komunikace zdravotníků s klienty je často užívána odborná terminologie a poskytováno velké množství informací. Proto účelem dotazu bylo zjistit, zda podávaným informacím rozumí. 50,72% respondentů - 38 uvádělo, že jim rozumí vždy. 27 dotázaných (36,00%) se domnívá, že rozumí často. 8 respondentů (10,62%) volilo možnost někdy a 2 respondenti (2,66%) nikdy nerozuměli poskytnutým informacím.

Tabulka č. 32

Předávání informací za přítomnosti cizí osoby	a. č.	r. č. (%)
ano	19	25,36
ne	41	54,61
nevzpomínám si	15	20,03
celkem	75	100,00

Záměrem otázky bylo zjistit názor klientů na zachování jejich soukromí při předávání informací ohledně zdravotního stavu. 54,61% respondentů - 41 uváděla zkušenost, že se cizí osoba při předávání takových sdělení nevyskytovala. 19 respondentům (25,36%) byly informace poskytnuty za přítomnosti třetí osoby a 15 dotázaných (20,03%) si na takovou situaci nevzpomínalo.

Tabulka č. 33

Vyžádání klientova svolení pro přítomnost studenta nebo provedení úkonu studentem	a. č.	r. č. (%)
vždy	27	36,00
někdy	13	17,26
nevzpomínám si	6	8,02
často	1	1,33
nikdy	9	12,03
taková situace nenastala	19	25,36
celkem	75	100,00

Pokud během poskytování zdravotnické péče se vyskytl student zdravotnické školy nebo medicíny, u 27 respondentů (36,00%) byl vždy vyžádán souhlas s jejich přítomností. 13 dotázaných (17,26%) uvedlo, že se jejich souhlas vyžadoval pouze někdy, u 9 tázaných (12,03%) souhlas nebyl vyžádán nikdy. Nejméně byla zvolená možnost často, a to pouze 1 osobou (1,33%). 6 respondentů (8,02%) si nevzpomínalo na takovou situaci a u 19 klientů (25,36%) taková situace nenastala.

6.4.2 NLZP

Tabulka č. 34

Představení se při navazování prvního kontaktu	a. č.	r. č. (%)
vždy	19	35,88
často	8	15,05
někdy	18	34,02
nikdy	8	15,05
celkem	53	100,00

Problematiku představování se při navazování prvního kontaktu mapovala otázka č. 13. V tomto souboru bylo dosaženo téměř shodného počtu pro odpověď vždy se představuji,

kdy tuto eventualitu zvolilo 19 respondentů (35,88%) a pro odpověď *někdy* 18 dotázaných (34,02%). Odpověď *často* a *nikdy* uvedlo shodně po 8 respondentech (15,05%). Tito vyjádřili vlastní praktickou zkušenost ohledně představování se klientům při prvním kontaktu s nimi.

Tabulka č. 35

Věnuje se klientům dostatek času pro svobodné rozhodování?	a. č.	r. č. (%)
ano	8	15,05
spíše ano	14	26,41
spíše ne	21	39,62
ne	10	18,92
celkem	53	100,00

Nejvíce respondentů - 21 (39,62%) vyjádřilo svůj názor prostřednictvím volby možnosti *spíše ne* jako odpovědi na dotaz, zda je klientům poskytnut dostatek času pro vlastní a svobodné rozhodnutí. 14 dotázaných (26,41%) zvolilo možnost *spíše ano*. Jednoznačné vyjádření odpovědi *ne*, zvolilo 10 respondentů (18,92%) a odpověď *ano* uvedlo 8 respondentů (15,05%).

Tabulka č. 36

Seznámení klientů s jejich právy	a. č.	r. č. (%)
vždy	16	30,17
nikdy	13	24,52
nemáme jej k dispozici	5	9,43
někdy	19	35,88
neznám znění kodexu	0	0,00
celkem	53	100,00

Oblast seznámení klientů s jejich právy sleduje otázka č. 15 dotazníku pro NLZP. Zdravotničtí pracovníci mohli volit z 5 nabízených alternativ. Z celkového souboru respondentů nejvíce z nich zvolilo možnost, *někdy* seznamují klienty s jejich právy - 19 zúčastněných (35,88%). Další častou odpovědí bylo *vždy* seznamují - tuto možnost volilo 16 respondentů (30,17%). 13 dotázaných (24,52%) vybralo eventualitu, *nikdy*

neseznamují klienty s jejich právy. 5 respondentů (9,43%) uvedlo, že nemá etický kodex „Práva pacienta“ k dispozici. Možnost neznám znění kodexu nebyla zvolena.

Tabulka č. 37

Možnost zajistit soukromí při realizaci péče	a. č.	r. č. (%)
ano	11	20,70
spíše ano	27	51,05
spíše ne	14	26,41
ne	1	1,84
celkem	53	100,00

Otázka zjišťovala podmínky pro zajištění soukromí klienta při realizování zdravotnické péče. V souboru zastávalo akceptující názor dostatečných možností zajištění soukromí klientů při realizaci ošetrovatelské péče větší část respondentů, a to 27 (51,05%). Ti své mínění potvrdili označením možnosti spíše ano. 14 respondentů (26,41%) toto mínění nezastávalo, a proto zvolila možnost spíše ne. 11 dotázaných (20,70%) bylo absolutně přesvědčeno, že takovou možnost mají. Jenom 1 respondentem (1,84%) byla označena možnost ne.

Tabulka č. 38

Názor NLZP, zda klienti podepisují formuláře bez důkladného čtení	a. č.	r. č. (%)
vždy	0	0,00
často	26	49,05
někdy	20	37,76
nikdy	7	13,19
celkem	53	100,00

Respondenti z řad profesních pracovníků se u této otázky vyjadřovali k názoru, zda klienti podepisují formuláře bez důkladného čtení. Téměř polovina zúčastněných – 26 respondentů (49,04%) se domnívá, že klienti často podepisují formuláře bez pročtení. 20 respondentů (37,76%) zastává názor, že se to děje jen někdy. 7 dotázaných (13,19%) je přesvědčeno, že klienti všechny podepisované formuláře čtou, a proto zvolilo možnost nikdy. Alternativa, kdy klienti vždy důkladně čtou formuláře k podepsání, nebyla zvolena u žádného respondenta.

7 DISKUZE

Empirická část práce analyzuje výstupy dotazníkového zkoumání zaměřeného na cílovou kategorii respondentů, kterou tvořily dva soubory – klienti zdravotnického zařízení a nelékařští zdravotničtí pracovníci. Celkový počet dotazovaných klientů byl 75, NLZP 53.

Nejvíce respondentů ze skupiny NLZP bylo ženského pohlaví, a to 47 (88,73%). Mužů bylo 6 (11,27%). Z interních zdrojů zařízení jsem obdržela informaci, že na úseku, kde byl prováděn výzkum, je zaměstnáno 89 žen (92,71%) a 7 mužů (7,29%). Nejpočetnější skupiny bylo dosaženo ve věkovém rozpětí 31-40 let (20 – 37,76%) a totožného počtu v délce aktivity ve zdravotnictví, jakožto s praxí nad 20 let (20 - 37,76%). Nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru bylo pomaturitní specializační studium (v dotazníku uvedeno jako specializace). Zde se zařadilo 22 respondentů (41,48%). Za zmínku stojí skutečnost, že pomaturitní specializační vzdělání v oboru má vyšší kredit než vzdělání vysokoškolské. Co se týče aktuální pracovní pozice dotazovaných, nejvíce zúčastněných pracovalo na standardním lůžkovém oddělení (17 – 32,09%).

U klientů byl výrazný rozdíl v pohlaví mezi respondenty. Mužů bylo 51 (67,99%) a žen pouze 24 (32,01%). Nejpočetnější skupina tvořena 20 dotazovanými (26,60%) spadala do věkového rozpětí 61-70 let. Jako nejvyšší dosažené vzdělání v počtu 25 případů (33,28%) bylo označeno vzdělání střední odborné s maturitou. Poměrně vyváženého počtu bylo dosaženo u klientů hospitalizovaných (29 – 38,68%) a přicházejících k ambulantnímu ošetření nebo kontrole (28 – 37,35%).

Komunikace ve zdravotnickém zařízení

Otázka č. 6 v dotazníku pro NLZP zjišťovala znalosti profesních pracovníků zaměřené na efektivní komunikaci s klienty, kdy nejčastější reakce byla, že spíše nemají vědomosti o takovém způsobu komunikace (21 – 39,62%). Hlubším rozborem jsem se dopracovala k datům, které zobrazuje **graf č. 3** (viz Příloha). Nejvíce jednoznačných a kladných odpovědí, tedy 8, bylo dosaženo u respondentů s VŠ vzděláním a 7 u respondentů se specializací. 10 respondentů s dosaženou specializací spíše nemá poznatky o této oblasti. Je zde poněkud nastíněná skutečnost, že při zvyšování kvalifikace

je opomíjená oblast komunikace zaměřující se na nemocné. V dotazu zaměřujícím se na spokojenost klientů s komunikací zdravotníků (ot. č. 9 v dotazníku pro klienty) byla nejčastěji uváděná možnost vždy (36 – 47,98%) a často (34 – 45,29%). Poměrně nízkého počtu odpovědí bylo zařazeno pod možnost někdy (5 – 6,73%).

Ot. č. 5 (dotazník pro klienty) jako nejhojnější důvod komunikace sester byly klienty nejčastěji voleny tyto dvě alternativy odpovědí: zjištění potíží (33 – 22,11%), zjištění identifikačních údajů (32 – 21,28%). Toto zjištění charakterizuje pracovní náplň zdravotních sester spíše jako práci administrativní povahy, což poněkud postrádá původní smysl této profese ve smyslu poskytování pomoci, podpory jedinci v oslabené pozici. Zdravotničtí pracovníci v otázce 7 měli možnost vyjádřit svoje nazírání na vlastní schopnost empatie. Rovnoměrných odpovědí bylo dosaženo ve vyjádření profesních pracovníků, že vždy (20 – 37,76%) a často (22 – 41,48%) se snaží o citlivý a chápající přístup. Mým úmyslem bylo rovněž zjistit názor klientů, zda a jak vnímají komunikační převahu během rozhovoru se zdravotníky. Jednalo se o dotaz č. 7, kdy víc než polovina oslovených, tedy 41 respondentů (54,61%) vnímalo svojí rovnovážnou pozici, ve srovnání k profesním pracovníkům.

Neverbální projev NLZP je klientem v nemoci vnímán větší měrou než při plném zdraví. Během praxe jsem někdy nabývala dojmu, že tento stav je zdravotníky poněkud bezděky opomíjen. Ze zmíněného důvodu jsem do obou dotazníků zakomponovala dotazy zaměřující se na percepci neverbálních projevů a též na schopnost klientů projevit nespokojenost při výskytu nepříznivých podmínek. U klientů tuto oblast postihovaly ot. č. 6, 8, 11 a 12. 75,97% klientů (57) jednoznačnou kladnou odpovědí vyjádřilo, že si všimne upravenosti, způsobů chování a jednání zdravotníků. Rovněž registruje výraz komunikujícího. V kontrastu k výsledku předchozího dotazu se vyskytl překvapující názor ve smyslu percepce špatné nálady zdravotních sester. Téměř polovina dotázaných (37 - 49,28%) z řad klientů se vyjádřila, že takový stav na ně působí jenom někdy. Obecným faktem je, že negativní emoce vyvolávají další obdobně nepříznivé pocity a vjemy. Paralelně obdobného výsledku se docílilo i u následujících otázek. Jedna z nich zjišťovala, zda jsou klienti schopni vyjádřit nespokojenost, nervozitu a zjišťovat důvod dlouhého čekání na ošetření, léky, příchod sestry nebo lékaře apod. Polovina dotázaných

(38 - 50,72%) pouze někdy vyjádří nevoli a 34 respondentů (45,29%) nikdy nevyjadřuje svoje emoce při výskytu výše zmíněných okolností. Frekventovanými bývají situace, kdy klienti vyjadřují nespokojenost před NLZP. Při konfrontaci s lékařem, jakožto s osobou se subjektivně vnímaným vyšším stupněm autority, se staví do submisivní pozice bez vyjádření svého skutečného, u sestry verbalizovaného, názoru. V podstatě je možné brát jako alternativní odpověď na předchozí dotaz, výstup otázky mapující schopnost klientů se prosadit a vyjádřit své mínění i za rizika vyvolání konfliktu se zdravotníky. 73,23 % respondentů (55) nikdy nepůjde do konfliktu. Dle rozdílných, a odporujících si výstupů, výzkumem je možné dedukovat, že klienti svoji aktuální pozici vnímají jako závislou/podřízenou. Může tak převládat jistá obava se kongruentně vyjadřovat z důvodu pocitu ohrožení své pozice, obav ze „msty“ zdravotníků, ignorace či zesměšnění jejich potíží i samotné osoby.

U NLZP byla percepce neverbálního projevu zkoumaná v ot. č. 9, 11, 12. 73,59% respondentů (39) někdy dává najevo netrpělivost, pokud jej klient zdržuje od dalších povinností. Tyto projevy můžou zmařit další úsilí klienta navázat kontakt nebo pokus sdělit své pocity, názory. Taktéž působení sympatií ovlivňuje samotnou komunikaci. Jak její navázání, tak další rozvíjení při budování pozitivního vztahu a posilování klientovy důvěry v ošetřující personál. U 38 dotázaných (71,65%) někdy mají sympatie/antipatie ke klientovi vliv na jejich komunikaci.

Ot. č. 10 (v obou typech dotazníků) se zaměřovala na oblast pro zdravotnictví typickou - užívání odborné terminologie. Profesionální pracovníci často a bezděčně používají při komunikaci odborné výrazy. Taková slova prostupují do rozhovorů s klienty v domněnku, že je jim rozuměno. Této domněnce je umocněno faktem, že se zdravotníkům nedostává zpětné vazby, zda tomu tak opravdu je. Dalším důvodem je fakt, že klienti jsou považováni za informované laiky, kteří disponují možnostmi získávat další informace z různých odborných i méně odborných zdrojů (médiu, internet, literatura, brožurky apod.). Ke zmiňované zpětné vazbě musí docházet i od samotných zdravotníků, kteří musí posuzovat individuální možnosti a schopnosti jedince dle věku, vzdělání, charakteristik onemocnění či dalších indicií. Klienti uváděli, že se na význam odborných výrazů někdy ptají (36 -47,98%), což byla nejčastější odpověď. NLZP ve 25 případech (47,25%) uváděli, že se pravidelně informují, zda klienti rozumí významům odborné terminologie. 22 respondentů (41,48%), zvolilo možnost spíše ano jako reakci na zjišťování pochopení.

O této problematice lze rozsáhle diskutovat. Obtížné je, že při tom kvantu předávaných informací vlastně ani on sám pořádně neví, na co by se měl ptát. Ve stresové situaci je problematické vzpomenout si na informace z předchozích rozhovorů se zdravotníky.

Práva pacientů

Jedním z práv klientů je právo znát jména osob, které zabezpečují zdravotnickou péči. Představování by se tak mělo stát součástí nejen společenského styku, ale přirozeným úkonem všech profesních pracovníků vstupujících do bezprostředního styku s klienty. Tuto oblast sledovala ot. č. 14 v dotazníku pro klienty a ot. č. 13 v dotazníku určenému NLZP. Totožného počtu odpovědí, a to 26 (34,63%) bylo dosaženo v odpovědích, vždy a často se zdravotníci klientům představili. Podrobnější analýzu problematiky zobrazuje **graf č. 5** (viz. Příloha). Zdravotničtí pracovníci nejčastěji odpovídali, že se představují vždy, a to v 19 případech (35,88%). S minimálním rozdílem byla volená možnost, někdy se představují klientům, a to v 18 případech (34,02%). 8 respondentů (15,05%) se nikdy nepředstavuje. Detailnější analýza voleb odpovědí je znázorněná na **grafu č. 4**. Ze zjištěného vyplývá jasný deficit v návyku profesních pracovníků představovat se klientovi, čímž dochází k nedodržování již zmiňovaného práva znát jména osob o něj pečujících.

Součástí edukace, zejména při prvním kontaktu, je obeznámení s právy pacientů. Na oddělení, kde jsem působila, bylo písemné znění práv součástí vybavení každého pokoje a byly tak kdykoliv k dispozici. Mohu čerpat ze své praxe, kdy klienti mnohdy nejevili zájem svá práva znát nebo si je pročíst. Ot. č. 16 (klienti) mapovala oblast informovanosti o kodexu „Práva pacientů“. 33 respondentů (43,95%) se neseťkalo s tímto kodexem. Dle **grafu č. 7** (viz Příloha) není výrazný rozdíl v tom, zda se jednalo o klienty přicházející k zákroku/vyšetření (10), ambulantnímu ošetření/kontrolě (11), hospitalizaci (13). V ot. č. 15 jsem popsala modelovou situaci a zjišťovala názor respondentů. Mým záměrem bylo srovnání výsledků této otázky s ot. č. 16, tedy zda se jejich názor opírá o znalosti práv. Větší polovina dotazovaných (41 – 55,98%) se domnívala, že lékař nemá právo odmítnout léčit klienta, pokud odmítl navržený postup léčby, vyšetření. V komparaci s ot. č. 15 se k tomuto názoru častěji přiklonili respondenti, kteří neměli znalosti o svých právech. Jednalo se o 26 případů (viz Příloha **graf č. 8**).

V dotazníku pro NLZP uvádělo 19 respondentů (35,88%), že klienty poučují o jejich právech někdy. 13 odpovídajících (24,52%) nikdy neprovádí obeznámení s právy pacientů. Důkladnější rozbor této oblasti zobrazuje **graf č. 6** (viz Příloha).

Aby se klienti mohli správně rozhodovat, musí obdržet veškeré informace o svém zdravotním stavu a o dalších plánovaných postupech v diagnostice, léčbě. Tímto způsobem je poskytnut prostor pro vyjádření vlastní autonomie a nabídnut prostor pro participaci. Podmínkou pro realizaci vyšetřovacích i léčebných postupů je ve většině případů vyžádán písemný souhlas. Mnoho souhlasů je rozsáhlých (vícestránkových nebo s další přílohou), mnohdy podepisovaných v relativně krátkém časovém úseku před samotným uskutečněním zásahu. Proto jsem zjišťovala, zda je klienti čtou vždy a zda všem předávaným informacím rozumí. Četnější skupina dotazovaných (42 – 55,98%) si vždy čte, co podepisuje a rovněž 38 respondentů (50,72 %) rovněž uvedlo, že vždy rozumí celému rozsahu sdělení. NLZP jsou názoru, že klienti signované formuláře čtou často (26 – 49,05%). 20 dotázaných (37,76%) vyjádřilo domněnku, že si je čtou pouze někdy. K pozoruhodným výstupům bylo docíleno u ot. č. 14, kdy 31 dotazovaných NLZP (58,54%) si myslí, že klientům se neposkytuje dostatek informací a času pro rozhodování.

Veškeré informace o klientech nesmí být sdělovány dalším nezainteresovaným osobám a náleží do povinnosti mlčenlivosti. Zachování soukromí musí být samozřejmostí pro všechny typy profesí, které se dostávají do kontaktu s klienty a poskytují jim určitou péči nebo služby. Problematickým je zachování intimity na vícelůžkových pokojích. 38 respondentů (71,75%) vyjádřilo názor, že mají možnost zajistit soukromí klientů při provádění odborných úkonů. 41 dotázaných klientů (54,61%) uvedlo, že předávání informací ohledně zdravotního stavu proběhlo bez přítomnosti třetí osoby. 27 respondentů (36,00%) rovněž uvedlo, že se vždy vyžadovalo jejich svolení pro přítomnost studentů nebo provedení úkonu studentem. Otázkou je, zda se opravdu jednalo o vyžádání souhlasu, nebo pouze o oznámení skutečnosti.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nemoc nebo jakékoliv vybočení mimo obvyklý stav je stresujícím elementem pro každého jedince. Takové okolnosti mohou výrazným způsobem ovlivnit a pozměnit způsoby přirozeného vlastního projevu, chování a komunikace. Je důležité si tuto skutečnost uvědomovat, obzvláště pokud se nacházíme v roli profesního zdravotnického pracovníka, od kterého je nepochybně očekávaná určitá pomoc a opora.

Aby nelékařský zdravotnický pracovník dokázal náležitě posoudit nastalou situaci, musí disponovat odbornými poznatky. Proto se domnívám, že je více než nutností, aby při odborné přípravě na zdravotnické povolání, byl věnován dostatek pozornosti též poznatkům ohledně efektivní komunikace s klienty. Jedná se zejména o dovednost aktivního naslouchání, vyjádření podpory a empatie jako projev úcty, vážnosti situace, vědomí lidské hodnoty každého jedince bez ohledu na aktuální situaci, respekt jeho rozhodnutí, ač v rozporu s vlastním míněním apod. Součástí sebepoznání je rovněž schopnost kontrolovat, záměrně ovlivňovat svůj projev, dokázat se vyrovnat se stresem apod. Mnoho uvedených vlastností a návyků je nejenom projevem znalostí, cviku, ale také zralosti osobnosti, pozitivního vztahu k povolání a k lidem obecně.

Do pravidelné náplně práce NLZP spadají činnosti, které ji odvádí od intenzivnějšího kontaktu s klienty. Ať už v podobě množství administrativní práce, různých aktivit spadajících do kompetencí nižšího zdravotnického či nezdravotnického personálu, někdy i do působnosti lékařských pracovníků. Úsilí managementu by mělo směřovat ke kontrole a k dostatečnému personálnímu zabezpečení, aby byly v praxi respektovány kompetence jednotlivých členů zdravotnického týmu, s dostatečným finančním ohodnocením.

Neopomenutelnou náplní práce zdravotních sester i lékařů je edukace, dodržování a obhajoba práv dle platného kodexu. Což ovšem předpokládá jejich znalost, zájem a aktivní zainteresovanost. Přínosnou by byla důkladnější výchova veřejnosti k přebírání odpovědnosti za své zdraví, intenzivnější projevy participace během prevence, diagnostiky, léčby. Opravdové projevy zájmu o všechna práva i povinnosti vyplývající ze své role klienta, bez strachu vyjádřit mínění, postoje, přání a potřeby. Do oblasti výchovy veřejnosti spadá nejen aktivita všech zdravotnických pracovníků, ale rovněž efektivní zdravotní výchova na školách a zprostředkovaná komunikace prostřednictvím médií, jako i dostupnost informací z veřejnosti známých odborných zdrojů.

ZÁVĚR

Závěrečná bakalářská práce se zabývala komunikačními dovednostmi profesních pracovníků a zjišťovala jejich úroveň a uplatnění v praxi. Rovněž mapovala stupeň povědomí o právech klientů zdravotnických zařízení a jejich praktickou aplikaci. Srovnávala názory a vnímání zmíněných oblastí nejen ze strany klientů, ale rovněž ze strany NLZP.

Teoretická část práce v první kapitole čerpá z obecných poznatků sociální komunikace a její verbální i neverbální rovinu. Druhá kapitola se zaměřuje na specifika této komunikace v podmínkách zdravotnického zařízení. Je zaměřená na komunikaci při interakci s klienty a jejich rodinou, na interpersonální komunikaci v rámci pracovní-profesních vztahů. V obecné rovině rovněž nastiňuje možnosti zprostředkované komunikace k veřejnosti. Třetí kapitola je orientovaná na práva klientů a komparaci teorie s praxí.

Empirická část práce se zabývá rozбором výstupů kvantitativního výzkumu. Analýzou a vyhodnocením dotazníkového šetření zaměřeného na klienty zdravotnického zařízení i na samotné profesní pracovníky (NLZP) této instituce, mohu shledat tento stav.

H1 Předpokládám, že více než 75% zdravotních sester se setkalo s odbornými informacemi ohledem komunikace s klienty.

Hypotéza byla falzifikována. Šetřením bylo zjištěno, že celkově 58,54% NLZP disponovalo těmito znalostmi. Klienti ale vyjádřili obecnou spokojenost s komunikací zdravotníků.

H2 Předpokládám, že NLZP dokáží při vykonávání profese empaticky vnímat klienty a jsou si vědmi svého projevu.

Uvedená hypotéza sice potvrdila snahu NLZP k empatickému přístupu ke klientům, ačkoliv 73,59 % uváděla, že projevuje netrpělivost, pokud je klientem zdržována od pracovních povinností. Většina profesních pracovníků si je pouze někdy vědoma svého neverbálního projevu.

H3 Domnívám se, že více než 75% klientů je obeznámeno se svými právy

Táto hypotéza, byla falzifikovaná. 41,36% klientů uvedlo, že mají povědomí o svých právech. Pouze 30,17% NLZP vždy seznamuje klienty s jejich právy.

Vývoj techniky a technologií je prudký a nezastavitelný. Postihuje rovněž oblast zdravotnictví, kde se klade velký důraz na kvalitu a úroveň poskytované péče. Žádný sebedokonalejší přístroj ale nikdy nenahradí lidskou interakci, tak důležitou pro sociální vývoj každého jednotlivce. Nemoc lze brát také jako určitý proces vývoje, nabízející nepřeberné množství situací a příležitostí, jak jej ovlivnit. V tomto zátěžovém období klienti často hledají v roli zdravotníka pomoc, podporu, útěchu, naději. Mnohdy není pro ně až tak podstatným samotný odborný úkon, jako prostý lidský přístup a vytvoření vzájemného pozitivního až spolupráčského vztahu. Vždyť přicházejí se svými tělesnými problémy, které nějak prožívají a svěřují důvěrné informace, i když nikoho z nás neznají. Jsou vybízeni věřit, spolehnout se a přijímat, co je nabízeno. Už jenom pro tuto skutečnost si zaslouží akceptaci, úctu a vážnost.

Proto s nimi rozmlouvejme, naslouchejme a svým chováním projevujeme, že právě my jsme tu pro ně a ne obráceně. Jelikož je nutné uvědomit si, že bez nemocí by nebylo ani zdravotnických profesí. Nezbytností je mít tuto skutečnost na vědomí při každodenním styku s klienty a nepodřizovat jejich přání a práva vlastním ambicím a cílům.

„ Lásku, vlídnost a bratrský soucit potřebuje nemocný někdy více než všechny léky.“

Fjodor Michajlovič Dostojevskij

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Adair, J. *Efektivní komunikace*. Praha: Alfa, 2004, s. 176. ISBN 80-86851-10-9.
2. Andrysek, O. a kol. *Mluv se mnou*, Praha: Maxdorf, 2011, s. 147. ISBN 978-80-7345-257-5
3. Bártlová, S. Chloubová, I. Trešlová, M. *Vztah sestry-lékař*. Brno: NCO NZO, 2010, s. 127. ISBN 978-80-7013-526-6
4. Carnegie, D. *Jak správně myslet, jednat a mluvit*. Praha: Práh, 2010, s. 157. ISBN 978-80-7252-294-1.
5. Černý, V. *Prodejní techniky*. Brno: Computer Press, 2010, s. 470. ISBN 80-251-0032-4.
6. DeVito, A. Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2008, s. 512. ISBN 978-80-247-2018-0.
7. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 374. ISBN – 80-246-0139-7.
8. Doležal, T. Doležal A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007, s. 138. ISBN 978-80-7101-684-6.
9. Grohar-Murray, E. Mary., DiCroce, R. Helen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003, s. 320. ISBN 80-247-0267-3.
10. Haškovcová, H. *Práva pacientů*. Praha: Aleny Krtilové, 1996, s. 176. ISBN 80-902163-0-7.
11. Haškovcová, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha: Galén, 2007, s. 104. ISBN 978-80-7262-497-3.
12. Heřmanová, J. Vácha, M. Svobodová, H. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2008, s. 200. ISBN 978-80-247-3469-9.
13. Janoušek, J. *Sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1968, s. 173. ISBN neuvedeno.
14. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000, s. 147. ISBN 80-7178-429-X.
15. Kristová, J. Tomašková, Z. *Komunikacia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta 2002, s. 164. ISBN 80-8063-170-7.
16. Křivohlavý, J. *Rozhovor a jednání člověka s člověkem – Sociální komunikace ve zdravotnictví*. Praha: Ústav pro další vzdělávání SZP, 1981, s. 93. ISBN neuvedeno, Tirážní znak 57-875-80.

17. Křivohlavý, J. *Jak si navzájem lépe porozumíme*. Praha: Svoboda, 1988, s. 240. ISBN neuvedeno, Tirážní znak 25-095-88.
18. Mikulaščík, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003, s. 361. ISBN 80-247-0650-4
19. Motschnig, R. Nykl, L. *Komunikace zaměřená na člověka*. Praha: Grada, 2011, s. 172. ISBN 978-80-247-3612-9.
20. Pokorná, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2010, s. 104. ISBN 978-80-7013-524-2
21. Sýkora, F. *Úvod do studia předmětu Sociální komunikace*, Brno: BonnyPress, 2008, s. 34. ISBN neuvedeno.
22. Štěpaník, J. *Umění jednat s lidmi 2*. Praha, Grada, 2005, s. 168. ISBN 80-247-0844-2.
23. Venglářová, M. Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, s. 144. ISBN 80-247-1262-8.
24. Von Kanitz, A. *Umění úspěšné komunikace*. Praha: Grada, 2005, s. 112. ISBN 80-247-1222-9.
25. Vybíral, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009, s. 320. ISBN 978-80-7367-387-1.
26. Vymětal, J. *Průvodce úspěšnou komunikací*. Praha: Grada, 2008, s. 328. ISBN 978-80-247-2614-4.
27. Vymětal, Š. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada, 2009, s. 176. ISBN 978-80-247-2510-9
28. Zacharová, E. Hermanová, M. Šrámková, J. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007, s. 232. ISBN 978-80-247-2068-5
29. Zahumenský, D. a kol. *Legislativní ochrana práv pacientů*, Brno: Liga lidských práv, 2008, s. 28. ISBN neuvedeno.

DALŠÍ PRAMENY

Internetové zdroje:

- I. Česká asociace sester [online]. © ČAS [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
- II. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA [online]. © 2011 CLK [cit. 2014-02-23]. Dostupné z: www.lkcr.cz/mezinarodni-smlouvy-a-umluyy-432.html
- III. INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE ® [online]. © INSTITUT Bazální stimulace ® s.r.o. 2004-2014 [cit. 2014-2-17]. Dostupné z: www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
- IV. Ministerství zdravotnictví ČR [online]. © 2010 MZČR [cit. 2014-02-23] Dostupné z: www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html
- V. Zdravotnictví a medicína [online]. © 2014 MF a.s. [cit. 2014 -02-23]. Dostupné z: www.zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pacient-nebo-klient-172542

Právní předpisy:

- I. Předpis č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
- II. Předpis č. 373/2011 S. Zákon o specifických zdravotních službách.
- III. Předpis č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o NLZP).
- IV. Předpis č. 285/2002 Sb. Transplantační zákon
- V. Předpis č. 92/2001 Sb. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.
- VI. Předpis č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

A. č.	Absolutní četnost.
Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
Cit.	Citováno
Č.	Číslo
ČAS	Česká asociace sester
Dis.	Diplomovaný specialista
Et al.	Et alii (a kolektiv/a jiní)
EU	Evropská unie
ICN	International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester
Kol.	Kolektiv
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	Například
Ot.	Otázka
R. č.	Relativní četnost
s.	Strana
Sb.	Sbírka
Srov.	Srovnej
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tj.	To jest
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1.</i> Objem dotazníků pro klienty	48
<i>Tabulka 2.</i> Objem dotazníků pro NLZP	48
<i>Tabulka 3.</i> Pohlaví klientů	48
<i>Tabulka 4.</i> Věk klientů	49
<i>Tabulka 5.</i> Nevyšší dosažené vzdělání u klientů	49
<i>Tabulka 6.</i> Důvod přítomnosti klientů ve zdravotnickém zařízení	50
<i>Tabulka 7.</i> Pohlaví NLZP	50
<i>Tabulka 8.</i> Věk NLZP	50
<i>Tabulka 9.</i> Délka praxe NLZP ve zdravotnictví	51
<i>Tabulka 10.</i> Nejvyšší dosažené vzdělání NLZP v oboru	51
<i>Tabulka 11.</i> Pracovní zařazení NLZP	52
<i>Tabulka 12.</i> Nejčastější důvod komunikace sester s klienty	52
<i>Tabulka 13.</i> Klientem registrovaná vizuální úprava, výraz a jednání zdravotnických pracovníků	52
<i>Tabulka 14.</i> Klienti vnímaná komunikační převaha během rozhovoru	53
<i>Tabulka 15.</i> Klientem vyjadřovaná nervozita při dlouhém čekání	54
<i>Tabulka 16.</i> Spokojenost klientů s komunikací zdravotníků	54
<i>Tabulka 17.</i> Dotazování klientů na význam užitých odborných termínů	55
<i>Tabulka 18.</i> Vyhýbají se klienti konfliktům se zdravotníky?	55
<i>Tabulka 19.</i> Negativní efekt špatné nálady NLZP na klienty	56
<i>Tabulka 20.</i> Znalosti NLZP o efektivní komunikaci s klienty	56
<i>Tabulka 21.</i> Snaha NLZP o empatický přístup ke klientům	56
<i>Tabulka 22.</i> Zjišťování pohnutek klientů při odmítání péče/léčby	57
<i>Tabulka 23.</i> Projevy netrpělivosti NLZP při zdržování od povinností	58
<i>Tabulka 24.</i> NLZP zjišťována správnost pochopení užitých odborných výrazů	58

<i>Tabulka 25.</i> Je komunikace NLZP ovlivněná sympatiemi ke klientům?	58
<i>Tabulka 26.</i> Percepce vlastního neverbálního projevu u NLZP	59
<i>Tabulka 27.</i> Čtení celého rozsahu podepisovaných formulářů	59
<i>Tabulka 28.</i> Představuji se klientům zdravotníci?	60
<i>Tabulka 29.</i> Mínění klientů, zda může lékař odmítnout další péči v případě, že klient odmítne navržený postup	60
<i>Tabulka 30.</i> Povědomí klientů o svých právech	61
<i>Tabulka 31.</i> Rozumí klienti všem předaným informacím	61
<i>Tabulka 32.</i> Dostal klient informace za přítomnosti cizí osoby	61
<i>Tabulka 33.</i> Vyžádání klientova svolení pro přítomnost studenta nebo provedení úkonu studentem	62
<i>Tabulka 34.</i> NLZP se představují klientovi	62
<i>Tabulka 35.</i> Věnuje se klientům dostatek času pro svobodné rozhodování	63
<i>Tabulka 36.</i> NLZP obeznamují klienty s jejich právy	63
<i>Tabulka 37.</i> Možnost NLZP zajistit soukromí pro realizaci péče	64
<i>Tabulka 38.</i> Názor NLZP, zda klienti podepisují formuláře bez čtení	64

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha P I:** *Dotazník pro pacienty.*
- Příloha P II:** *Dotazník pro zdravotní sestry.*
- Příloha P III:** *Etický kodex: „Práva pacientů“.*
- Příloha P IV:** *Etický kodex sester.*
- Příloha P V:** *Grafy.*

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Jmenuji se **Marcela Nábělek**. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Názvem mojí závěrečné práce je: „*Význam sociální komunikace ve zdravotnictví*“, pro kterou je zvolen výzkum Vašich názorů a zkušeností ohledně komunikace a práv pacientů.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o anonymní vyplnění celého dotazníku, o pravdivé a upřímné odpovědi.

Volbu Vaší odpovědi označte křížkem do příslušného políčka. V případě omylu nebo dodatečném zvážení jiné odpovědi „chybné“ políčko celé zamalujte a křížkem označte Vámi vybrané.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplňováním přiloženého dotazníku

1. Pohlaví:

- muž žena

2. Věk:

- méně jak 30 31-40 41-50 51-60 61-70 více jak 70

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní střední odborné
 střední odborné s maturitou vysokoškolské

4. Důvod Vaší přítomnosti ve zdravotnickém zařízení:

- ambulantní ošetření nebo kontrola
 plánovaný zákrok nebo vyšetření
 hospitalizace

5. Nejčastějším důvodem, proč s vámi zdravotní sestra komunikuje je:

(zvolte maximálně 2 odpovědi)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> seznámit se s Vámi | <input type="checkbox"/> uklidnit Vás |
| <input type="checkbox"/> zjistit Vaše identifikační údaje | <input type="checkbox"/> poučovat a instruovat Vás |
| <input type="checkbox"/> zjistit Vaše potíže | <input type="checkbox"/> přesvědčovat Vás |
| <input type="checkbox"/> vysvětlit nejasnosti, na které jste se nezeptal/a lékaře | <input type="checkbox"/> řešit konflikt |
| <input type="checkbox"/> předávat informace od lékaře | <input type="checkbox"/> jiné |
| <input type="checkbox"/> snaha Vás pochopit (vcítit se do Vaší situace) | |

6. Všimnete si, jak jsou upravení, jak se tváří a jakým způsobem s Vámi mluví zdravotničtí pracovníci?

- ano spíše ano spíše ne ne

7. Při rozhovoru mezi Vámi a zdravotní sestrou, je převaha (více mluví) na straně:

- zdravotní sestry pacienta rovnováha obou nevím

8. Pokud dlouho čekám na ošetření, léky, odběr, příchod lékaře/sestry atd., dávám najevo nervozitu nebo nespokojenost:

- vždy často někdy nikdy

9. S komunikací ze strany zdravotníků jste spokojen/a:

- vždy často někdy nikdy

10. Na odborné (medicínské) výrazy, kterým nerozumíte, se ptáte:

- vždy často někdy nikdy

11. Konfliktům (sporům) se zdravotnickým personálem:

- vyhýbám se často vyhýbám se pouze někdy
 nikdy nejdu do konfliktu vyhledávám je

12. Špatná nálada ze strany sester na Vás působí negativně:

- vždy často někdy nikdy

13. Celé znění formulářů, které podepisujete před lékařskými zákroky/vyšetřeními si čtete:

- vždy často někdy nikdy

14. Zdravotničtí pracovníci (sestry nebo lékaři) se Vám představují:

- vždy často někdy nikdy

15. Myslíte si, že pokud pacient odmítne výkon, vyšetření, léčbu, mají lékaři právo odmítnout další péči o tohoto pacienta:

- ano spíše ano spíše ne ne

16. Setkal/a jste se někdy s dokumentem, který má název: Etický kodex práv pacientů?

- ano spíše ano spíše ne ne

17. Informacím o léčbě, zákroku, operaci, vyšetření, odběru, studií např. s novým lékem atd., které jste v minulosti podstoupila, jste rozuměl/a:

- vždy často někdy nikdy

18. Byly Vám někdy předávány informace nebo prováděno vyšetření za přítomnosti cizí osoby (spolupacient nebo jeho příbuzní, uklízečka, jiná nezdravotnická osoba)

- ano ne nevzpomínám si

19. Byl/a jste žádán/a o svolení, pokud odběr nebo vyšetření měl provést student zdravotnické školy nebo student medicíny?

- vždy často
 někdy nikdy
 nevzpomínám si taková situace nenastala

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

Jmenuji se **Marcela Nábělek**. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Názvem mojí závěrečné práce je: „*Význam sociální komunikace ve zdravotnictví*“, pro kterou je zvolen výzkum Vašich názorů a zkušeností ohledně komunikace a práv pacientů.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o anonymní vyplnění celého dotazníku, o pravdivé a upřímné odpovědi.

Volbu Vaší odpovědi označte křížkem do příslušného políčka. V případě omylu nebo dodatečném zvážení jiné odpovědi „chybné“ políčko celé zamalujte a křížkem označte Vámi vybrané.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplňováním přiloženého dotazníku.

1. Pohlaví:

- muž žena

2. Věk:

- méně jak 20 let 21-30 31-40 41-50 více jak 50 let

3. Délka praxe ve zdravotnictví:

- méně jak 5 let 5-10 let 11-15 let 16-20 let více jak 20 let

4. Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:

- SZŠ Dis. Specializace VŠ

5. Pracovní zařazení:

- ambulance intenzivní péče
 standardní lůžkové oddělení sál

6. Setkal/a jste se při studiu nebo práci (školení, semináře) s informacemi ohledně efektivní komunikace s pacienty?

- ano spíše ano spíše ne ne

7. Při rozhovoru se snažíte vcítit do situace pacienta, ve které se právě nachází?

- vždy často
 někdy nikdy
 neumím odhadovat pocity pacienta nemám takové znalosti z psychologie

8. Pokud pacient odmítá péči nebo terapii, zjišťujete důvody jeho rozhodnutí?

- ano vždy ne, nezajímá mě to
 pouze někdy předávám to do kompetence lékaře
 nikdy, jsem pracovně vytížen/á a mám další pacienty

PŘÍLOHA P III: ETICKÝ KODEX: „PRÁVA PACIENTŮ“

- Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení, má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
- Pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má býti současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby, brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí býti provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí býti zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí, podle svých možností, přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře, odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může býti předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

PŘÍLOHA P IV: ETICKÝ KODEX SESTER

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta. Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných oborů

KODEX ICN

Etický kodex sester připravený ICN, má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta.

Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem.

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti

a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

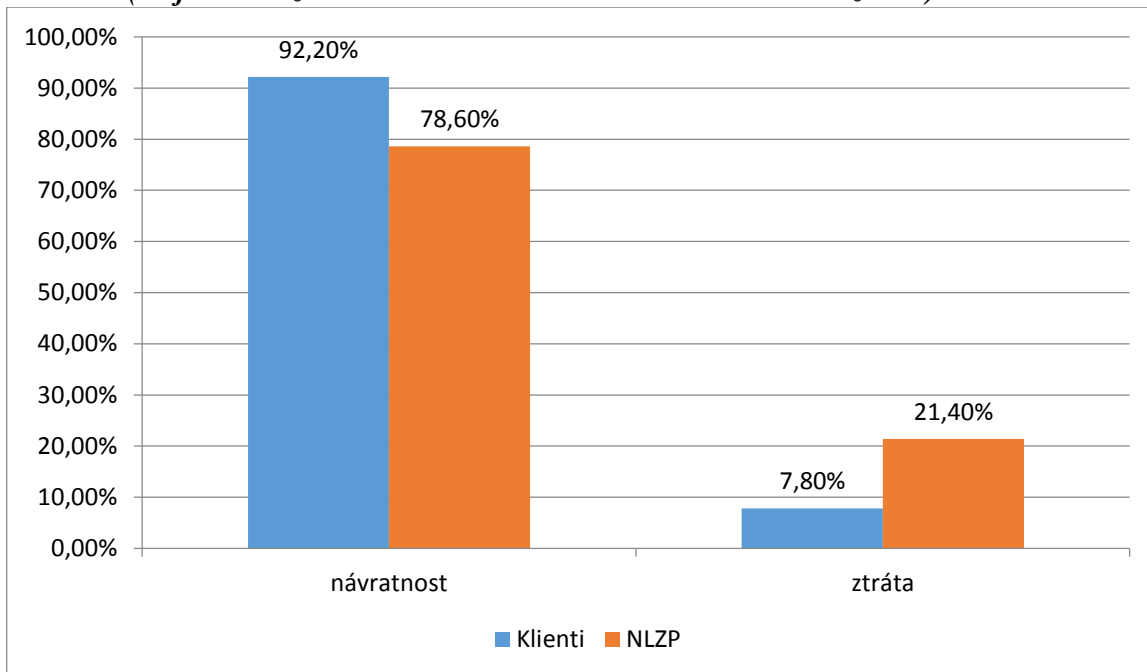
4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

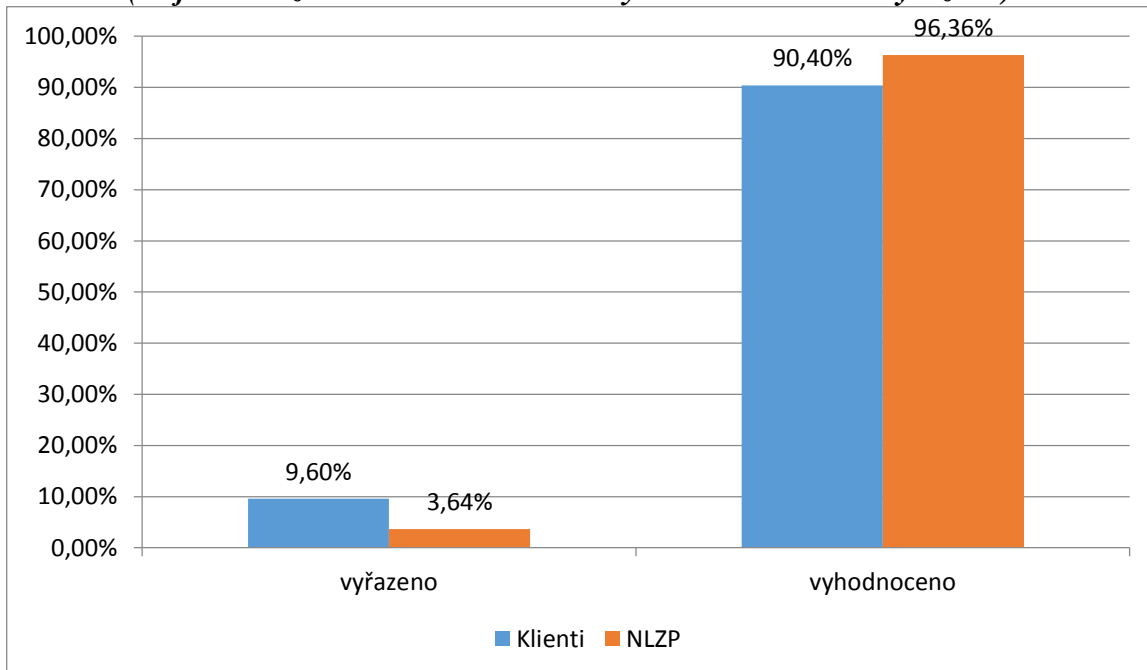
Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

PŘÍLOHA P V: GRAFY

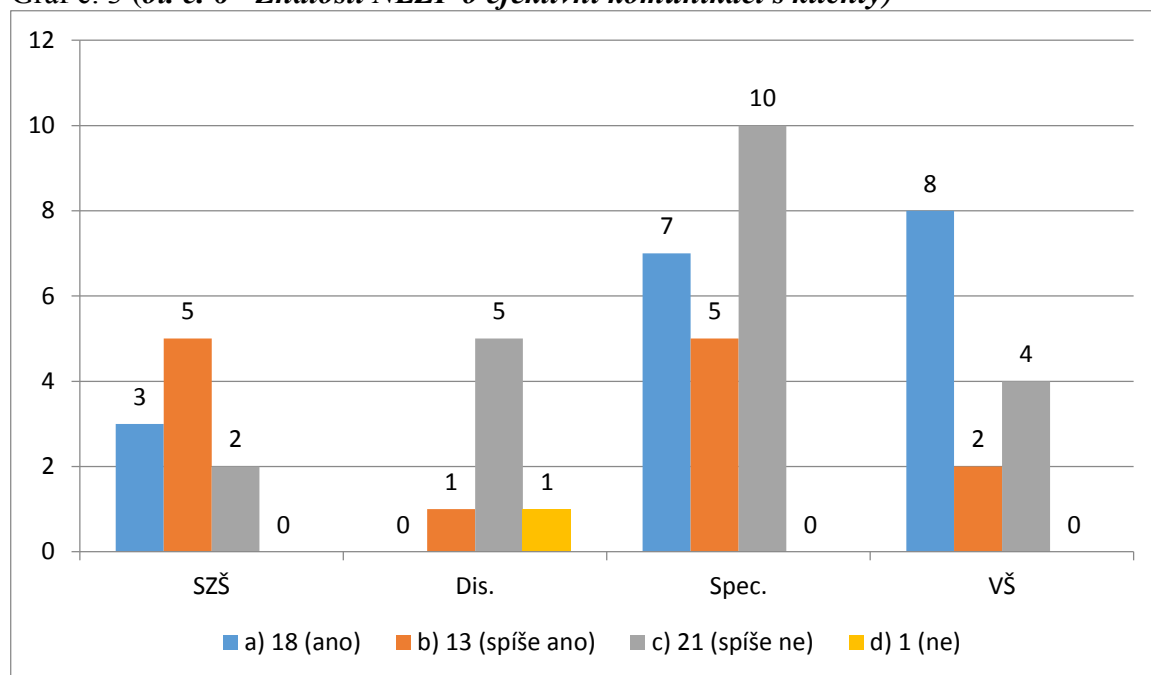
Graf č. 1 (Objem dotazníků NLZP a klientů – návratnost versus ztráta)



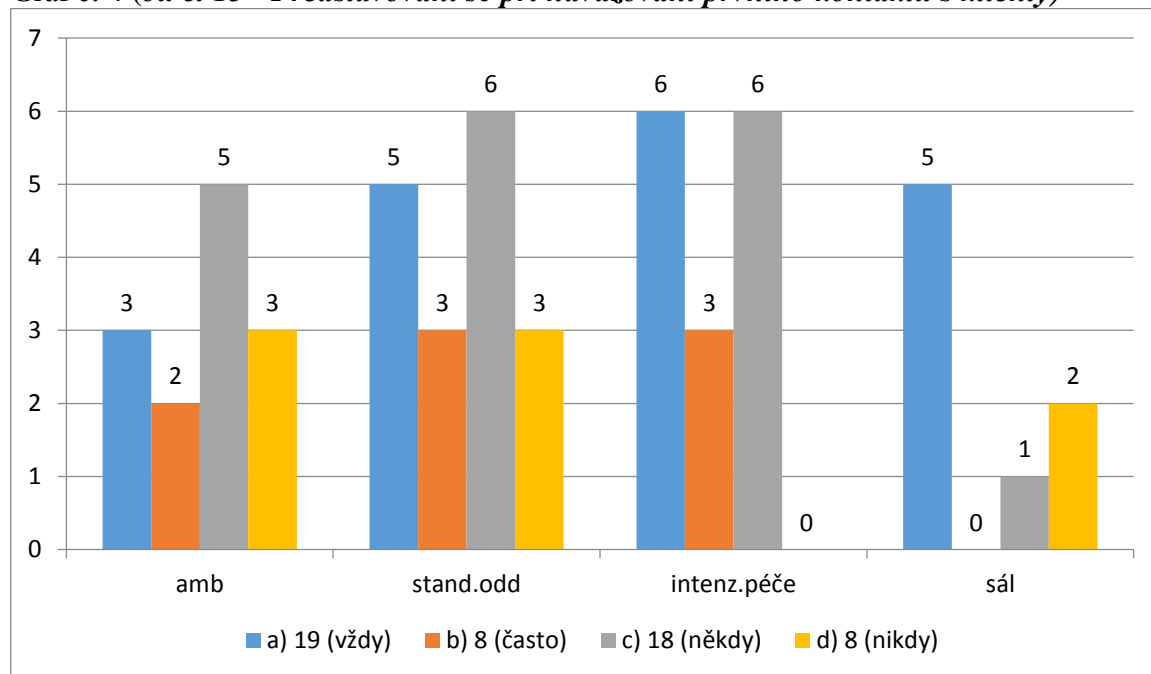
Graf č. 2 (Objem dotazníků NLZP a klientů – vyhodnoceno versus vyřazeno)



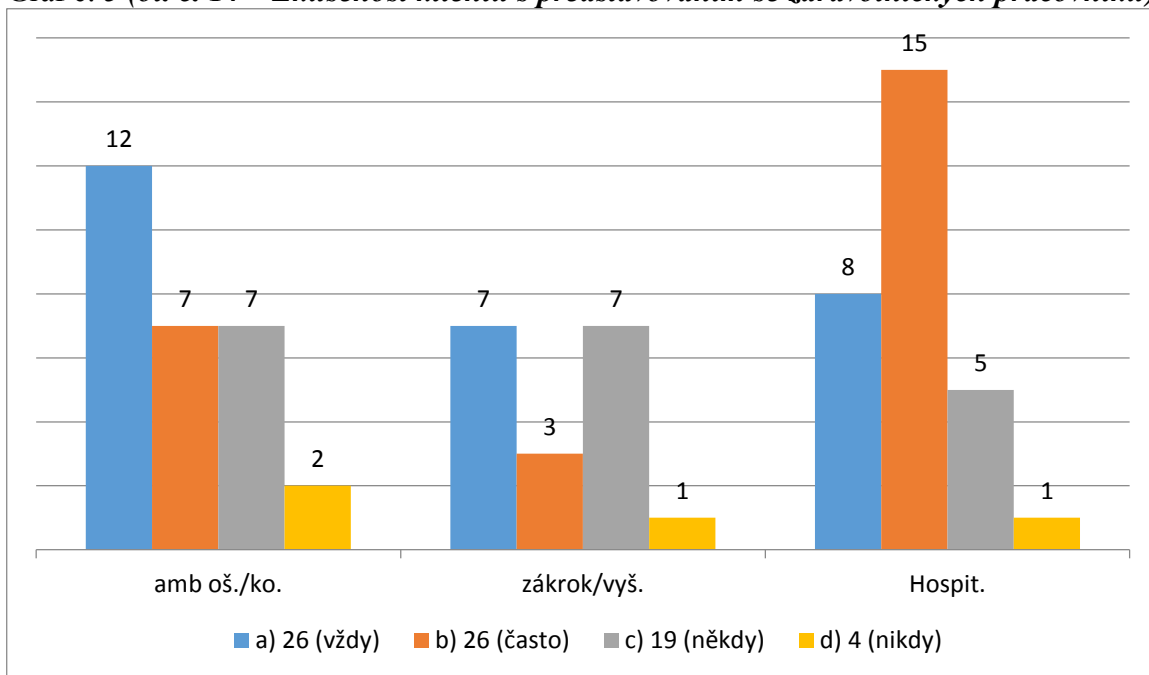
Graf č. 3 (ot. č. 6 - Znalostí NLZP o efektivní komunikaci s klienty)



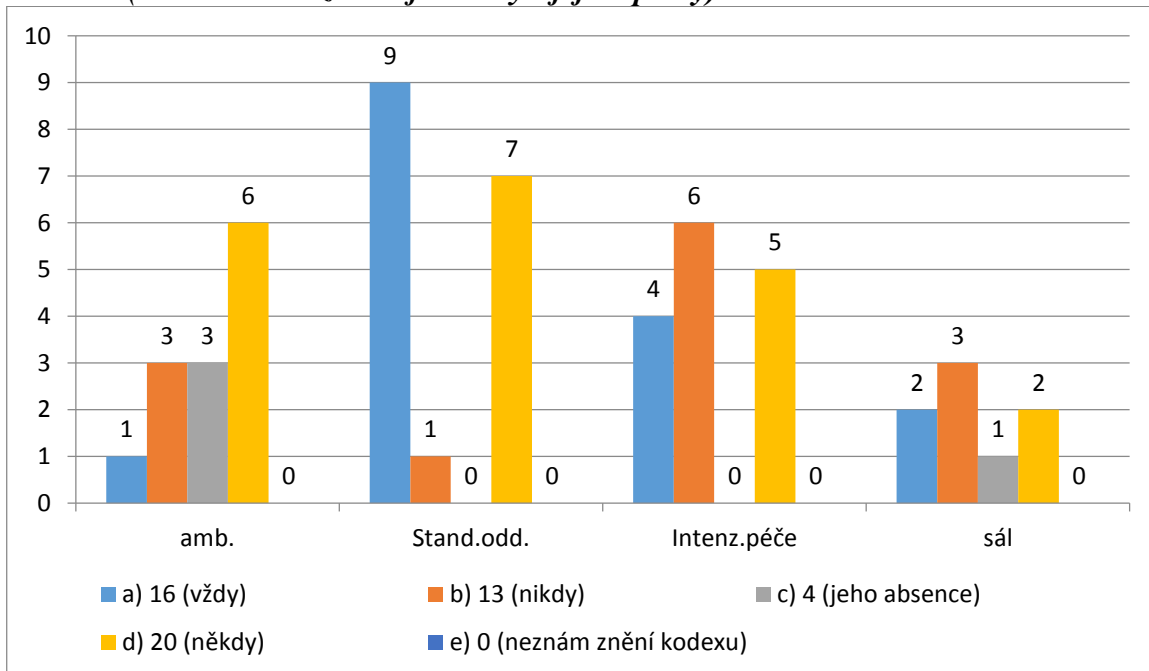
Graf č. 4 (ot. č. 13 - Představování se při navazování prvního kontaktu s klienty)



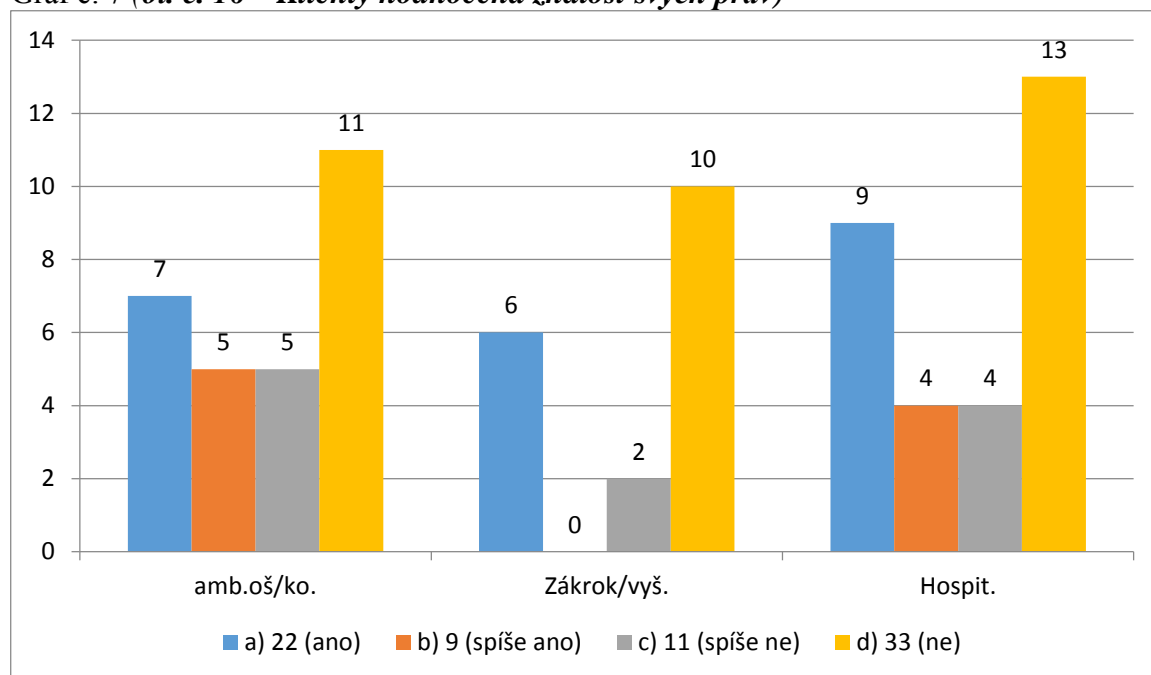
Graf č. 5 (ot. č. 14 – Zkušenost klientů s představováním se zdravotnických pracovníků)



Graf č. 6 (ot. č. 15 - Obeznamuji klienty s jejich právy)



Graf č. 7 (ot. č. 16 – *Klienty hodnocena znalost svých práv*)



Graf č. 8 (ot. č. 15 versus ot. č. 16 – *Úsudek klienta, zda může lékař odmítnout další léčbu, pokud je odmítnán navržený postup /Klienty hodnocena znalost svých práv*)

