GRADA

Ilona Plevová, Regina Slowik

Komunikace s dětským pacientem

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

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

GRADA®

Copyright © Grada Publishing, a.s.

Copyright © Grada Publishing, a.s.

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

KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Recenze:
PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

© Grada Publishing, a.s., 2010
Perokresby podle návrhů autorek překreslila Miloslava Krédlová.
Fotografie v příloze 4 použity s laskavým svolením Ing. Jana Steringy.
Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 4138. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková
Sazba a zlom Antonín Plicka
Počet stran 256
1. vydání, Praha 2010
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

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

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

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

ISBN 978-80-247-2968-8 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7303-2 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2012

Obsah

Úvod 11

1 Úvod do komunikace 13
1.1 Komunikační model (proces) 14
1.2 Verbální komunikace 17
1.2.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci 17
1.2.2 Složky verbálního projevu 18
1.2.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace 19
1.2.4 Rozhovor 20
1.3 Neverbální komunikace 24
1.3.1 Sdělování přiblížením a oddálením (proxemika) 26
1.3.2 Sdělování dotykem (haptika) 28
1.3.3 Sdělování výrazem obličeje (mimika) 28
1.3.4 Sdělování gesty 30
1.3.5 Posturologie 32
1.3.6 Kinetika 33
1.3.7 Pohledy 33

2 Zásady komunikace s dítětem podle vývojového období 34
2.1 Vývojová stadia 34
2.2 Vývoj řeči dítěte od prenatálního období 35
2.2.1 Fáze vývoje řeči 36
2.2.2 Faktory ovlivňující vývoj řeči 37
2.3 Vývoj a osvojování jazyka 41
2.3.1 Prenatální období 42
2.3.2 Novorozenecké období (první měsíc života dítěte) 44
2.3.3 Kojenecké období (1–12 měsíců) 46
2.3.4 Období batolete (1–3 roky) 48
2.3.5 Předškolní věk (3–6 let) 50
2.3.6 Mladší školní věk (6–11 let) 52
2.3.7 Období dospívání (11–20 let) 53
2.4 Rozdíly ve vývoji v závislosti na pohlaví 54

3 Zásady komunikace s rodiči 56
3.1 Výchovné postoje v rodině 56
3.2 Spolupráce s rodinou 57
3.3 Rodiče a zvládání dětské nemoci 60

4 Komunikace s dětským pacientem 63
4.1 Onemocnění a individualita dítěte 63
4.2 Hospitalizace dítěte 64
4.2.1 Příjem dítěte do nemocnice 66
4.2.2 Právní problematika, informovaný souhlas 67
4.2.3 Pobyt dítěte v nemocnici 68
4.2.4 Příprava dítěte na zákrok či vyšetření 69
4.2.5 Návštěvy rodičů v nemocnici 70
4.2.6 Hospitalizmus, psychická deprivace 71
4.2.7 Separace 73
4.3 Komunikace s nemocným dítětem 75
4.3.1 Novorozenec 76
4.3.2 Kojenec 76
4.3.3 Batole 76
4.3.4 Předškolní věk 78
4.3.5 Školní věk (6–12 let) 79
4.3.6 Dospívající (13–18 let) 80
4.4 Význam neverbální komunikace s dítětem 80

5 Dítě se sluchovým postižením 83
5.1 Vznik poruchy sluchu 84
5.1.1 Stupeň sluchové poruchy 85
5.2 Vývoj řeči u dětí se sluchovým postižením 87
5.2.1 Reflexní křik 88
5.2.2 Broukání 88
5.2.3 Žvatlání 89
5.3 Logopedie 91
5.4 Komunikační systémy vycházející z českého jazyka 93
5.4.1 Český znakový jazyk 93
5.4.2 Znakovaná čeština 94
5.4.3 Prstová abeceda 94
5.4.4 Gestuno 95
5.4.5 Další komunikační systémy 95
5.4.6 Augmentativní a alternativní komunikace 96
5.5 Tlumočení 96
5.6 Odezírání 97
5.7 Osobnost neslyšícího dítěte a jeho vývoj 98
5.7.1 Vývoj dítěte se sluchovým postižením 98
5.7.2 Motivace u dítěte se sluchovým postižením 99

5.8 Hlavní zásady komunikace s dítětem se sluchovým postižením 100
5.9 Některé důsledky nevhodného přístupu ke specifickým potřebám osob s vadami sluchu 102
5.10 Možnosti komunikace se sluchově postiženými ve zdravotnických zařízeních 105

6 Dítě se zrakovým postižením 107
6.1 Charakteristika jednotlivých skupin zrakově postižených 108
6.1.1 Slabozraké osoby 108
6.1.2 Osoby se zbytky zraku 110
6.1.3 Nevidomé osoby 110
6.1.4 Osoby s poruchami binokulárního vidění 111
6.1.5 Osoby se zrakovým a kombinovaným postižením 111
6.2 Vliv zrakového postižení na vývoj osobnosti dítěte 111
6.2.1 Kognitivní vývoj u dítěte se zrakovým postižením 111
6.2.2 Pohybový vývoj u dítěte se zrakovým postižením 114
6.2.3 Socializace 115
6.3 Odlišnosti v komunikaci se zrakově postiženým dítětem 116
6.4 Zásady komunikace se zrakově postiženým dítětem 117
6.5 Pomoc při orientaci a chůzi nevidomých dětí 120

7 Hluchoslepota 123
7.1 Komunikační techniky 123
7.1.1 Neverbální formy komunikace 123
7.1.2 Komunikační systémy 124
7.1.3 Zásady komunikace 126

8 Dítě s mentálním postižením 129
8.1 Dělení mentální retardace 130
8.1.1 Lehká mentální retardace 131
8.1.2 Střední mentální retardace 131
8.1.3 Těžká mentální retardace 132
8.1.4 Hluboká mentální retardace 133
8.1.5 Jiná mentální retardace 133
8.1.6 Neurčená mentální retardace 133
8.2 Etiologie mentální retardace 134
8.3 Vývoj a charakteristika dětí s mentální retardací 134
8.4 Zásady komunikace s dítětem s mentálním postižením 136

9 Dítě s pohybovým postižením 138
9.1 Vztah dítěte k tělesnému postižení z hlediska ontogeneze 141
9.2 Hlavní zásady komunikace s dítětem s pohybovým postižením 144

10 Dítě a bolest 146
10.1 Mýty o dětské bolesti 147
10.2 Vnímání bolesti podle vývojových stadií 149
10.3 Faktory při hodnocení bolesti 150
10.3.1 Faktory ovlivňující vnímání bolesti 151
10.4 Topologie bolesti 152
10.5 Měřicí nástroje pro hodnocení bolesti 153
10.5.1 Observační škály 153
10.5.2 Subjektivní hodnocení u předškolních dětí 157
10.5.3 Subjektivní hodnocení u školních dětí 159
10.6 Chyby v přístupu k dítěti s bolestí 160
10.7 Důsledky nedostatečně tlumené bolesti 161
10.8 Spolupráce rodiny v péči o dítě s bolestí 162
10.9 Příprava na bolest 165
10.9.1 Nefarmakologická příprava na bolest 166
10.9.2 Farmakologická příprava na bolest 168
10.10 Sebepoškozování 169

11 Dítě v intenzivní péči 171
11.1 Ontogeneze ve vztahu k hospitalizaci na oddělení intenzivní péče 172
11.2 Hlavní zásady komunikace a řešení problémů na odděleních intenzivní péče 172
11.3 Rodina dítěte 176
11.4 Příprava dítěte k zákrokům 178
11.4.1 Pooperační psychické následky 178

12 Dítě s nepříznivou diagnózou 180
12.1 Kognitivní vývoj představy smrti 180
12.1.1 Batolata 181
12.1.2 Předškolní věk 182
12.1.3 Mladší školní věk 182
12.1.4 Starší školní věk 183
12.1.5 Dospívání 184

12.2 Periodizace umírání 185
12.3 Jak komunikovat s dětmi o smrti a umírání 187
12.3.1 Rady pro komunikaci s dětmi nevyléčitelně nemocnými a umírajícími 188
12.3.2 Rady pro komunikaci s dětmi doprovázejícími umírajícího, truchlící a pozůstalé 189
12.4 Hlavní zásady péče o umírající 192
12.5 Paliativní péče 196
12.6 Pastorační péče 199
12.7 Onkologická problematika 200
12.7.1 Výskyt nádorů u dětí 201
12.7.2 Základní pravidla v přístupu k rodičům a rady pro rodiče onkologicky nemocných dětí 201
12.7.3 Sdělení onkologické diagnózy 205

Literatura **209**
Použitá a citovaná literatura 209
Přehled použitých a citovaných internetových zdrojů 216

Slovníček užívaných termínů **219**

Přílohy **229**
Příloha 1: Charta práv hospitalizovaných dětí 231
Příloha 2: Prstová abeceda 232
Příloha 3: Ukázka slepecké Braillovy abecedy 233
Příloha 4: Pomůcky pro psaní Braillova písma 236
Příloha 5: Lormova abeceda 237
Příloha 6: Vizuální analogová škála 239
Příloha 7: Metoda Pain Chart 240
Příloha 8: Literatura k objasnění pojmu smrti 241

Rejstřík **243**

Věnováno všem dětem.

Úvod

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

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

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

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

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

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

1 Úvod do komunikace

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

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

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

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

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

Ve zdravotnické praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

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

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

1.1 Komunikační model (proces)

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

1. Vysílač (komunikátor, produktor)

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

2. Proces kódování

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

3. Proces dekódování

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

4. Zpráva (komuniké)

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

5. Komunikační kanál

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

6. Příjemce (komunikant, recipient)

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

7. Zpětná vazba

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

8. Komunikační šum

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

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

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

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

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

1.2 Verbální komunikace

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

1.2.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci

Situační kontext

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

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

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

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

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

Vnitřní dispozice jedince

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

Motivace komunikovat

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

1.2.2 Složky verbálního projevu

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

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

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

1.2.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace

Jednoduchost

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

Stručnost

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

Zřetelnost

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

Vhodné načasování

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

Adaptabilita (přizpůsobivost)

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

1.2.4 Rozhovor

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

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

Struktura rozhovoru

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

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