

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Nikol Zárubová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika komunikace sestry s dětským pacientem

Nikol Zárubová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikol Zárubová**
Osobní číslo: **Z14106**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Problematika komunikace sestry s dětským pacientem**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HORŇÁKOVÁ, Katarína, Svetlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 167 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 978-80-7367-612-4.
2. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 144 s., iv s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.
3. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
4. POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
5. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 9788072625994.
6. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

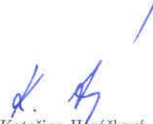
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Škaroupková
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18. 7. 2017

Nikol Zárubová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lence Škaroupkové hlavně za velkou trpělivost a čas, který mi věnovala. Také za cenné rady, podporu a laskavý přístup. Dále bych chtěla poděkovat vrchním sestřám na odděleních, kde jsem výzkum prováděla za spolupráci, a v neposlední řadě patří obrovské díky sestřám, které mi ochotně vyplnily dotazník, bez kterého bych nemohla dokončit svou bakalářskou práci.

ANOTACE

Předmětem bakalářské práce je problematika komunikace sester s dětskými pacienty. V teoretické části se zabývám zejména druhy komunikace a komunikací s dítětem vzhledem k vývoji. Ve výzkumné části zpracovávám informace, které jsem získala na základě vyplněných dotazníků od sester pracujících na dětských lůžkových odděleních. Výzkumnou sondou byly dotazníky, určené pro sestry pracující na dětských odděleních, které se zabývaly různými oblastmi komunikace s dětskými pacienty. Výstupem mé bakalářské práce je edukační materiál usnadňující komunikaci s dětským pacientem.

KLÍČOVÁ SLOVA

komunikace, dětský pacient, všeobecná sestra, nemoc, pediatrie

TITLE

Communication problems between nurse and pediatric patient

ANNOTATION

The topic of this bachelor thesis is the issue of communication between nurses and child patients. The theoretical part deals with the particular types of communication and communication with a child in accordance with his development stage. In the research part are processed information, which I have collected from a survey among nurses working on children's inpatient ward. The survey was conducted among nurses from children's wards, who were researching into various types of communication with child patients. The output of my bachelor thesis is an educational material, which facilitates the communication with child patient.

KEYWORDS

communication, child patient, nurse, disease, pediatrics

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle práce	13
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1 Komunikace ve zdravotnictví	15
1.1 Verbální komunikace	15
1.1.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci	15
1.1.2 Složky verbálního projevu	16
1.1.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	16
1.2 Neverbální komunikace	16
1.2.1 Proxemika	17
1.2.2 Haptika.....	18
1.2.3 Mimika.....	18
1.2.4 Gestika	19
1.2.5 Posturologie	19
1.3 Terapie hrou	19
2 Komunikace z hlediska vývoje jedince	20
2.1 Vývojová stádia.....	20
2.2 Vývoj a osvojování jazyka	21
2.2.1 Prenatální období	21
2.2.2 Novorozenecké období (první měsíc života dítěte)	22
2.2.3 Kojenecké období (1-12 měsíců).....	22
2.2.4 Období batole (1-3 roky)	23
2.2.5 Předškolní věk (3-6 let).....	23
2.2.6 Mladší školní věk (6-11 let).....	24
2.2.7 Období dospívání (11-20 let).....	24
2.3 Faktory ovlivňující řeč	24

3	Komunikace s dětským pacientem	26
3.1	Komunikace s dítětem.....	26
3.1.1	Novorozenec	26
3.1.2	Kojenec	27
3.1.3	Batole	27
3.1.4	Předškolní věk.....	27
3.1.5	Školní věk	28
3.1.6	Dospívající	28
3.2	Hospitalizace dítěte	28
3.2.1	Příjem dítěte do nemocnice.....	29
3.2.2	Pobyt dítěte v nemocnici.....	30
3.2.3	Návštěva dítěte rodičů	30
3.3	Význam neverbální komunikace s dítětem	31
3.4	Zásady komunikace.....	32
3.5	Chyby při komunikaci.....	32
4	Shrnutí problematiky	33
	II. VÝZKUMNÁ ČÁST	34
5	Stanovení cílů	35
6	Metodika výzkumného šetření.....	36
6.1	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	36
6.2	Metoda práce	36
6.3	Dotazník	36
6.4	Organizace dotazníkového šetření	37
6.5	Zpracování získaných dat.....	37
7	Výsledky výzkumného šetření.....	38
8	Diskuze	58
9	Závěr	64

10	Použitá literatura	65
11	Přílohy.....	69

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentů.....	38
Obrázek 2 Pracoviště respondentů.....	39
Obrázek 3 Délka praxe	40
Obrázek 4 Problematická komunikace	43
Obrázek 5 Nejčastější komunikace.....	44
Obrázek 6 Prvky v komunikaci	45
Obrázek 7 Schopnost vcítění se	48
Obrázek 8 S kým komunikujete.....	49
Obrázek 9 Nejjednodušší komunikace	50
Obrázek 10 Nejobtížnější komunikace	51
Obrázek 12 Zájem o vzdělání	56
Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tabulka 2 Pediatrické vzdělání.....	42
Tabulka 3 Jiné vzdělání	42
Tabulka 4 Použití pomůcek	46
Tabulka 5 Pomůcky ke komunikaci.....	46
Tabulka 6 Komunikace prostřednictvím hry	47
Tabulka 7 Používané hry	47
Tabulka 8 Situace.....	52
Tabulka 9 Jiné situace.....	52
Tabulka 10 Bariéry v komunikaci	53
Tabulka 11 Jiné bariéry.....	53
Tabulka 12 Hlavní nedostatky v komunikaci	54
Tabulka 13 Jiné nedostatky.....	54
Tabulka 14 Absolvování kurzu.....	55
Tabulka 15 Kurzy o komunikaci	55

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

apod.	a podobně
ARIP	anestezie, resuscitace, intenzivní péče
č.	číslo
LMD	lehká mozková dysfunkce
např.	například
s.	strana
tzv.	tak zvaný

ÚVOD

Komunikace je ve zdravotnictví velice důležitá, slouží k navázání kontaktu s pacientem a vytvoření důvěry, což zlepšuje průběh léčby a má vliv na hospitalizaci. Kvalitní komunikace je důležitá pro poskytovanou péči a je také základem úspěchu léčby. V krizových situacích je samotná komunikace velmi obtížná, s dítětem je to ještě složitější. Péče o dětského pacienta je náročná, jelikož dětské komunikační dovednosti jsou v každém vývojovém období specifické a odlišné. Komunikace tedy musí odpovídat věku pacienta, jeho stavu a intelektuální úrovni. Mezi profesionální vybavenosti sester patří znalost vývojových stádií a dovednost komunikovat, jelikož schopnost komunikace navozuje vzájemnou důvěru. Velmi záleží na chování zdravotnického personálu vůči pacientům. Prvním krokem k dobrému výsledku je porozumění dítěti v jeho nemoci a jiných zdravotních těžkostech.

U dětí využíváme nejen komunikaci verbální, ale u těch mladších z velké části i neverbální, kterou děti projevují své prožívané emoce. Sestry by také měly komunikovat s dětmi prostřednictvím her a hraček. Herní terapie by měla být v dnešní době nedílnou součástí péče o dětské pacienty v každé nemocnici.

V této bakalářské práci se zabývám problematikou komunikace mezi sestrou a dětským pacientem z důvodu zájmu o toto téma, nejen kvůli mé budoucí profesi, ale hlavně kvůli dětem, pro které by sestry měly být kamarádem, co nejvíce hospitalizaci zpříjemňovat a zahánět strach.

V teoretické části je nejdříve vysvětlena komunikace ve zdravotnictví jako taková, až v dalších kapitolách se zabývám komunikací s dětským pacientem, kde se soustředím hlavně na vývojová stadia, jejich specifika a zásady komunikace s dětmi. Vycházím z odborné literatury, kdy současná literatura věnující se této problematice je nedostatečná, a proto čerpám i ze starších zdrojů. Na podkladě získaných informací jsem pokračovala v praktické části. Výzkumné šetření má kvantitativní charakter.

Cílem této práce je identifikovat nejproblematičtější oblasti komunikace mezi dětským pacientem a sestrou, zjistit jakým způsobem sestry s dětským pacientem nejčastěji komunikují, jak subjektivně vnímají úroveň svých komunikačních dovedností a zda mají zájem se vzdělávat v oblasti komunikace s dětským pacientem.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Identifikovat nejproblematičtější oblasti komunikace mezi dětským pacientem a sestrou.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, jakým způsobem sestry nejčastěji komunikují s dětským pacientem.
- 2) Zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností sester v komunikaci s dětským pacientem.
- 3) Zjistit, zda sestry mají zájem se vzdělávat v oblasti komunikace s dětským pacientem.
- 4) Vytvořit materiál usnadňující komunikaci s dětským pacientem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Dle Mikuláščíka (2010) je komunikace pojem, který má značně široké použití. Slovo *communicare* je latinského původu a znamená něco spojovat, nebo také doručovat, propůjčovat, sdílet s někým, něco někomu dát, společně něco sdílet (Ivanová et al., 2005; Vybíral, 2009). Prakticky znamená základ všech vztahů mezi lidmi (Pokorná, 2008).

Komunikovat ve zdravotnictví neznámá pouze mluvit, ale i získávat a sdělovat informace, na kterých závisí naše zdraví a v mnohých případech i život. Onemocnění a odloučení od rodiny může mít za vinu zhoršení pacientových komunikačních dovedností. Vždy bychom se měli ujistit, že informace byla přijata a správně pochopena. Dovednost komunikovat by měla být součástí profesionálního vybavení, slouží totiž k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (Janáčková, Weiss, 2008; Plevová, Slowik, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

Podle Venglářové a Mahrové (2006) rozlišujeme v praxi tři druhy profesionální komunikace:

- **sociální komunikace** – jedná se o běžný, neplánovaný hovor, kontakt s pacientem.
- **specifická (strukturovaná) komunikace** – oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, edukujeme pacienta či motivujeme k další léčbě. Jsou zde vyšší nároky na srozumitelnost a pochopení.
- **terapeutická (léčebná) komunikace** – rozhovor s nemocným, kdy poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, při přijímání nepříjemných zpráv či při pomoci adaptovat se na změnu.

1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání a sdělování informace pomocí slov. Význam komunikovaného dotváří neverbální složka projevu (Janáčková, Weiss, 2008).

1.1.1 Činitelé spoluvytvářející verbální komunikaci

- **Situační kontext** – kontext chápeme jako situaci, ve které komunikace probíhá. Základní je jednosměrná komunikace, rozumíme ji, když čteme např. knihu, ale hůře snášíme monolog partnera v hovoru. Po reakci lidí na sdělení se stává komunikace oboustranná neboli dvousměrná.
- **Vnitřní dispozice jedince** – do komunikace vnášíme svou identitu a dáváme jedinečnost všem projevům. Komunikace je jedna ze sociálních dovedností, kterou se učíme a zdokonalujeme celý život.

- **Motivace komunikovat** – komunikace je součástí systému biologických a psychosociálních potřeb a předpokládá ochotu, vůli komunikovat. Udržení kontaktu poskytuje oporu a informovanost je základem spolupráce pacienta při léčbě (Plevová, Slowik, 2010; Recknagel, Wüllen, 2007; Venglářová, Mahrová, 2006).

1.1.2 Složky verbálního projevu

Aby byla komunikace efektivní, je důležité věnovat pozornost těmto prvkům:

- rychlost řeči
- hlasitost řeči
- pomlky nebo úplné přerušení rozhovoru
- výška hlasu
- přítomnost embolických slov (slovních parazitů)
- délka projevu
- intonace (Plevová, Slowik, 2010).

1.1.3 Kritéria úspěšné verbální komunikace

- **Jednoduchost** – není vhodné používat terminologie, kterým posluchač nerozumí.
- **Stručnost** – zbytečné okliky vzbuzují nedůvěru, po stručném sdělení by měl být ponechán prostor pro dotazy. Nesmíme zaměňovat stručnost se strohostí a stručnost nesmí být na úkor srozumitelnosti.
- **Zřetelnost** – měli bychom jasně vyjádřit podstatu věci. Mezi problematické patří dvojsmysly či přílišná zobecnění.
- **Vhodné načasování** – načasování je důležité hlavně při sdělování závažných témat. Podmínkou je hlavně klid a soukromí, dále také dostatek času.
- **Přizpůsobivost** – během rozhovoru s pacientem je dobré přizpůsobit styl hovoru reakcím nemocného (Plevová, Slowik, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2 Neverbální komunikace

Neverbální (nonverbální) komunikace znamená druh sdělení, kdy si předáváme informace beze slov, tzv. řečí těla (Janáčková, Weiss, 2008). Patří k ní jakékoli projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili a i ty, kterými řeč doprovázíme. Při neverbální komunikaci sdělujeme pohledy, výrazem obličeje, postojem, gesty, dotyky, přiblížením a oddálením či dokonce i tónem řeči a úpravou našeho zevnějšku. Mimoslovně sdělujeme emoce – pocity a nálady,

naznačujeme zájem, ale také řídíme chod vzájemného styku či ovlivňujeme postoj komunikačního partnera (Janáčková, Weiss, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006).

Neverbální komunikace je vývojově starší a existovala dříve, než se vyvinula řeč. Velmi těžce se ovládá vůlí, obtížně se skrývá. Řeč těla je upřímnější než verbální projev (Pokorná, 2008).

Podle Janáčkové a Weisse (2008) jsou neverbální projevy společným světovým jazykem, ale určité oblasti mají svá nářečí a ta mohou být někdy velmi odlišná. Například přikývnutí ve většině zemí znamená souhlas, ale existují i země, kde je to naopak.

Dle Venglářové a Mahrové (2006) jsou ve zdravotnictví projevy neverbální komunikace velmi důležité. Pacienti se nacházejí v náročné situaci a my jim při ošetřování vstupujeme do osobní zóny, kam pouštět jen své nejbližší a naše doteky jsou už předem vnímány jako nepříjemné. U zdravotního personálu je významnou dovedností vyznat se v řeči těla, umět ovládat vlastní neverbální projevy a umět vnímat neverbální projevy pacienta (Plevová, Slowik, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

Složky neverbální komunikace:

- **proxemika** – sdělování přiblížením a oddálením
- **haptika** – sdělování dotyky
- **mimika** – sdělování výrazem obličeje
- **gestika** – sdělování gesty
- **posturologie** – sdělování fyzickým postojem
- **kinetika** – sdělování pohybem
- **vizika** – sdělování očima, pohledy
- **úpravou zevnějšku** (Pokorná, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006)

1.2.1 Proxemika

Proxemika je vzdálenost, kterou mají mezi sebou lidé, kteří spolu jednají. Podle vzdálenosti rozlišujeme čtyři zóny přiblížení:

- **intimní zóna** – odpovídá většinou vzdálenosti 30-45 cm od těla. Do této vzdálenosti většinou pouštíme jen toho, komu věříme, např. partnera, děti či nejbližší z rodiny. Pokud vnikne do této zóny někdo cizí, cítíme se ohroženi.

- **osobní zóna** – sahá nejčastěji do vzdálenosti natažených paží (75-120 cm). Do této zóny se dostane každý, s kým si podáme ruku. Vstupují do ní přátelé a lidé při neformální komunikaci.
- **sociální zóna** – představuje vzdálenost od 120 do 360 cm. V této vzdálenosti se uskutečňují neosobní rozhovory či obchodní jednání.
- **veřejná zóna** – větší odstup než 360 cm. V této zóně se setkáváme s cizími lidmi, např. na ulici (Plevová, Slowik, 2010; Pokorná, 2008).

U každého člověka jsou však vzdálenosti individuální. Ve zdravotnictví často personál musí překročit osobní či intimní zónu. Je důležité informovat pacienta a omezit narušení osobní zóny na minimum (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.2 Haptika

Haptika je sdělování doteky a podávání rukou. Hmat se rozvíjí ze smyslů nejdříve. Při prvním setkání s pacientem mu většinou podáváme ruku. Podání ruky nám dává informace o emocionálním rozpoložení člověka a vzdálenost ruky od těla signalizuje oblast, kterou bychom neměli překračovat. Ukazuje taktéž míru napětí, stresu a nejistoty. Ve zdravotnictví často dotykem pacientovi sdělujeme porozumění a podporu. U dětských pacientů je dobré používat zvláště pohlazení či podržení za ruku, u novorozenců pak taktilní stimulaci (Plevová, Slowik, 2010; Pokorná, 2008; Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.3 Mimika

Mimikou rozumíme výraz v obličeji a má velice bohatý komunikační potenciál. Mimika především informuje o emocionálních stavech pacienta. Obličej je schopen vyjádřit stovky emocí. Celkem spolehlivě bychom měli vyčíst primární lidské emoce:

- štěstí – neštěstí
- neočekávané překvapení – splněné očekávání
- pocit jistoty – strach
- radost – smutek
- klid – rozčilení
- spokojenost – nespokojenost
- zájem – nezájem (Plevová, Slowik, 2010).

Zdravotní personál by měl být schopen vnímat u pacienta projevy bolesti, které se ve tváři odrážejí zcela mimovolně. Mezi nejvýznamnější neverbální projevy patří pláč a smích (Venglářová, Mahrová, 2006).

1.2.4 Gestika

Tato řeč těla zahrnuje pohyby rukou, hlavy a někdy i nohou, které mají výrazný sdělovací účel. Tyto pohyby naznačují, co by mohlo být řečeno verbálně, ale je srozumitelnější to ukázat. V určitých kulturách se mohou lišit (Pokorná, 2008).

1.2.5 Posturologie

Posturologie je označována jako řeč našich fyzických postojů a držení těla. Ve zdravotnictví je tato komunikace specifická, jelikož my stojíme a pacient většinou leží. Mluvíme na pacienta svrchu a pacienti cítí nadřazenost, zabránit tomu můžeme posazením na židli, nikoliv na postel, kde bychom narušovali pacientovu osobní zónu (Plevová, Slowik, 2010).

1.3 Terapie hrou

Hra je důležitou součástí života dítěte. Podle Brandla (2011) si děti hrají v průměru 7 hodin denně. Hra vede jak k rozvoji smyslů, ale také k formování dětského sebevědomí a intelektu, rozvoji kreativity a dalším pozitivním dopadům (Lazzari, 2013).

V nemocnici herní terapie zpříjemňuje a ulehčuje dítěti pobyt v nemocnici. Sestry na odděleních či herní terapeuti pomáhají dítěti zapomenout na trápení a odreagovat se. Díky tomu se dítěti zlepšuje nálada a jeho psychický stav, což má za následek většinou rychlejší uzdravování, jelikož fyzická a psychická stránka osobnosti jsou spolu úzce spjaty. Při hře se děti cítí uvolněně a osobu, která si s nimi hraje, berou jako kamaráda a důvěřují jí. Mnohdy této osobě svěří věci, které mohou ovlivnit léčbu i ošetřovatelskou péči. Na některé oddělení dochází zdravotní klauni, kteří mají k dispozici nejrůznější pomůcky, díky kterým navazují s dětmi kontakt. Kvůli hrám dochází nejen k odreagování, ale děti díky nim mohou lépe pochopit své onemocnění, a co se s nimi v nemocnici bude dít (Lhoťan, 2016; Strouhalová, 2010).

„Hra je spontánní, vysoce motivovaná a radostná činnost, která je nutná pro normální vývoj každého dítěte. Je důležitým faktorem v oblasti sociálního, rozumového a citového růstu jedince. Prostřednictvím hry se děti učí, vyvíjejí a postupně začínají chápat svět, ve kterém žijí.“ (Sedlářová, s. 145, 2008).

2 KOMUNIKACE Z HLEDISKA VÝVOJE JEDINCE

Díváme-li se na komunikaci z vývojového hlediska, nemůžeme ji zcela úplně vytrhnout z kontextu. U jedince je nejen důležitý tělesný vývoj (růst a motorické dovednosti), ale i smyslový vývoj (sluchové a zrakové vnímání), kognitivní vývoj (paměť, změny v myšlenkových procesech a jazykové schopnosti) a také vývoj sociální, kam zařazujeme sebepojetí, pohlavní identitu a vývoj mezilidských vztahů (Venglářová, Mahrová, 2006).

Rozvoj komunikačních dovedností je podmíněn a ovlivňován nejen geneticky, ale i prostředím. Podle Venglářové a Mahrové (2006) je vliv sociálního prostředí po narození důležitý právě kvůli dostatku podnětu. Děti, které vyrůstají v bohatém prostředí na zvuky, začínají říkat první slova přibližně kolem jednoho roku života. Naopak děti, které mluví až kolem dvou let, vyrůstají většinou v prostředí s menším počtem verbálních interakcí.

2.1 Vývojová stádia

Nejpodstatnější je pro nás kognitivní vývoj jedince. Údaje mohou kolísat v závislosti na inteligenci, socioekonomických faktorech a kultuře, nicméně pořadí vývoje se zdá shodné pro všechny děti (Kelnarová, Matějková, 2010). Piaget (in Venglářová, Mahrová, 2006) stanovil čtyři základní stadia, které jsou velmi důležitá pro vývoj řeči:

- **senzomotorické stadium** – období od narození do druhého roku. V tomto období se u dětí rozvíjí schopnost komunikace, nejdříve na neverbální, později na verbální úrovni.
- **předoperační stadium** – období od dvou do sedmi let. Dítě se postupně učí jazyk a vytváří objektivní reprezentace podle slov a představ. Obtížně si uvědomuje názory druhých, jelikož myšlení je egocentrické. V tomto období také začíná porozumění morálním pravidlům a sociálním konvencím. Zde je nezastupitelný vliv hry a kontakt s ostatními dětmi. Kolem 5 let je dítě schopno sociální komunikace a také získává smysl pro povinnost pravidla dodržovat.
- **stadium konkrétních operací** – období od sedmi do dvanácti let. V tomto období jsou děti schopni používat logické operace a umí používat abstraktní pojmy.
- **stadium formálních operací** – období od dvanácti let. Od tohoto věku děti dosahují stejného způsobu myšlení jako dospělí.

2.2 Vývoj a osvojování jazyka

Děti musí nejen vyslovovat zvuky řeči neboli fonémy, ale také slova a části slov nesoucí význam neboli morfémy, a ty pak spojovat ve větné jednotky, pomocí nichž vyjadřují své myšlenky. Řeči nelze však porozumět bez znalosti kontextu (Průcha, 2011; Venglářová, Mahrová, 2006). Dle Plevové a Slowika (2010) je nejvýznamnější částí kontextu druhá osoba v komunikaci.

Počáteční dětská slovní zásoba je přibližně stejná. Hovoří o zvířatech, lidech, hračkách, jídle a částech lidského těla. Pokud dítě nezná pojem, který vidí, použije jiné – rozšiřuje pojmy. Do vět začínají děti spojovat slova v období 1,5 – 2,5 let (Plevová, Slowik, 2010).

Buhlerová rozdělila vývoj řeči dětí mezi 10. a 25. měsícem do pěti vývojových kroků: pojmenování, vypravování (rovina představ), vciťování se (rovina objasnění), formální myšlení a syntéza (Plevová, Slowik, 2010, s. 41).

Russel uvádí čtyři základní schopnosti, které si dítě musí v raném vývoji osvojit v tomto pořadí:

- *porozumět slyšenému slovu za přítomnosti objektu*
- *porozumět slovu za nepřítomnosti objektu*
- *promluvit slovo za přítomnosti objektu*
- *promluvit slovo za nepřítomnosti objektu (Plevová, Slowik, 2010, s. 41).*

Někteří autoři uvádějí, že děti jsou schopny se ve věku od 2 do 6 let naučit průměrně jedno slovo za hodinu, přičemž jim stačí, aby slovo slyšeli jen jednou. Tím si vytvářejí nejen aktivní, ale i pasivní zásobu, což je zásoba slov, které nepoužívají, ale rozumí jim. Podle psychologů je tento pasivní slovník jedním z kritérií inteligence (Plevová, Slowik, 2010).

Pro práci ve zdravotnictví s dětskými pacienty je nezbytné přizpůsobit komunikaci k jejich úrovni vývoje (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2.1 Prenatální období

Podle Šulové (2010) dochází ke sladování tělesných pohybů mezi dítětem a matkou již ve 25. – 28. týdnu, což je považováno za tzv. prvotní interakci či komunikaci. Dítě na matku působí nejen aktivitou pohybovou (např. kopání), ale od samého začátku gravidity i svojí existencí, a to jak psychicky (těhotenství je nechtěné či chtěné), ale i biologicky (např. humorálně). Matka dítě ovlivňuje náladami a výraznějšími emocemi,

kteřé jsou provázené biochemickými změnami. Vymětal (2003) považuje vztah rodičů ke graviditě, a ještě nenarozenému dítěti za velmi důležitý. Špaňhelová (2009) doporučuje s nenarozeným dítětem mluvit nahlas o všem. Plod kolem 26. týdne dokáže reagovat na řadu akustických podnětů, krátce poté začíná odlišovat zvuky lidské řeči od jiných zvuků a těsně před porodem dokáže velmi pravděpodobně rozeznat hlas své matky (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.2 Novorozenecké období (první měsíc života dítěte)

V tomto období se mezi matkou a dítětem vytváří pevný vztah, proto má být mezi nimi již od samého začátku bohatá interakce. Z hlediska psychologického je pro matku i dítě důležité jak kojení, tak i vzájemný kožní a oční kontakt. Péče o novorozence by měla probíhat v souladu s jeho biologickým rytmem, takže je velmi důležité, aby se dospělý přizpůsobil dítěti, ne naopak (Plevová, Slowik, 2010; Vymětal, 2003).

- **Komunikační prostředky rodiče** – podle Plevové a Slowika (2010) dítě dobře rozeznává výraz ve tváři. Poznává smutek či veselost rodiče, povytažené obočí, smích či překvapení. Rodič by měl dítěti ukazovat svoji tvář, aby si ji zapamatovalo. Dalším komunikačním prostředkem je slovo. Doporučuje se mluvit s dítětem o všem, co se kolem děje, tím se vytváří vztah mezi dítětem a rodičem a také se rozvíjí pozornost dítěte. Novorozenec ještě nerozumí obsahu slov, ale dokáže velmi dobře vnímat intonaci – výšku hlasu a jeho zabarvení.
- **Styl komunikace ze strany novorozence** – novorozenec komunikuje převážně neverbální komunikací. Dalším komunikačním prostředkem je pláč (Plevová, Slowik, 2010). Sedlářová et al. (2008) říká, že od 12. týdne pláče ubývá a dítě začíná reagovat i jinak, např. úsměvem či dotykem. Důležité je také vzájemné poznávání. Rodiče by se měli snažit chápat jednotlivé signály a odpovídat na ně. I my dospělí potřebujeme a očekáváme odpověď na to, co proneseme (Plevová, Slowik, 2010; Špaňhelová, 2009).

2.2.3 Kojenecké období (1-12 měsíců)

V tomto období se z malého nemluvněte vyvine malá osobnost, dítě udělá mnoho pokroků. Podle Klenkové (2006) je ontogeneze dětské řeči ovlivňována vývojem motoriky, sensorického vnímání, myšlení a též jeho socializací. Broukání pozorujeme kolem 8. týdne života. Ve čtyřech měsících se děti už začínají hlasitě smát. Čtvrtý a pátý měsíc se u dítěte objevují zvuky jako pískání, mlaskání, houkání a první hlásky a samohlásky, tzv. žvatláni. O měsíc později dítě začíná vyjadřovat nespokojenost bez užití pláče a hlásky začíná

zdvojit. V osmém a devátém měsíci začíná poslouchat a chápat souvislosti řeči – řekneme, udělej „pápá“ a dítě zamává. Samotná řeč se u dítěte začíná vyvíjet koncem prvního roku života, kdy se u dítěte objeví první smysluplná slova, je jich přibližně 6 (Langmeier, Krejčířová, 2006; Plevová, Slowik, 2010).

Pokud dítěti něco zakazujeme, je důležité, aby tón hlasu, mimika obličeje (je zakázán úsměv při „nenene“), a intonace byly jiné, než na jaké je dítě zvyklé a poznalo, že jeho chování je nepřístupné. V tomto musí být projevoována jednotu mezi rodiči (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.4 Období batole (1-3 roky)

Ve druhé polovině druhého roku začíná dítě chápat symbolický význam slov. Na začátku období batole aktivně používá 20-30 slov, pasivní zásoba je o něco vyšší. Používají jen slova, nikoliv věty a slova mají většinou široký význam. Koncem druhého roku obsahuje slovní zásoba dítěte kolem 300 slov, obohacuje se o přídavná jména, zájmena a příslovce. Vývoj řeči se děje hlavně na základě sociálních interakcí. Děti žijí v kontaktu s hovořícími lidmi a osvojují si řeč komunikací s nimi. Do 2 let děti mluví o sobě převážně ve třetí osobě, až koncem třetího roku začínají používat zájmeno „já“. Počáteční vývoj řeči je mezi dětmi někdy příliš velký, takže tyto normy jsou jen přibližným ukazatelem (Plevová, Slowik, 2010).

Pokud je dítě hospitalizováno existují podle Kristové (2004) tři hlavní komunikační pravidla: sestra by neměla napodobovat řeč batolete, používat zdvořiliny a měla by mluvit zřetelně.

2.2.5 Předškolní věk (3-6 let)

V tomto období jsou patrné pokroky ve větné stavbě. Věty dvouletých byly většinou trojslovné, v předškolním věku už dítě začíná používat souvětí. Dítě 3-4leté udrží déle pozornost a zvládá naslouchat krátkým povídkám a říkankám (Plevová, Slowik, 2010). V tomto věku si podle Langmeiera a Krejčířové (2006) dítě rádo povídá, a to i sám pro sebe. Na začátku 4. roku dítě používá asi 1000 až 1200 slov. Dítě zná celé své jméno, na dotaz zná své pohlaví a umí označit hlavní barvy. Okolo pěti let je dítě schopno popsat věci, dokáže se naučit vyjmenovat dny v týdnu a v šesti letech umí určit i počet předmětů.

Podle Kristové (2004) dítě v tomto okolí má velmi časté dotazy, které by okolí nemělo ignorovat a s trpělivostí na ně odpovídat. V životě předškoláka je totiž komunikace velmi důležitá a je již oboustranná. I když dítě v tomto období tráví čas mimo rodinu, se svými

vrstevníky, od rodičů poté potřebuje objasňovat určité věci, jelikož jim plně důvěřuje, vzhlíží k nim a potřebuje jejich komentář.

2.2.6 Mladší školní věk (6-11 let)

Ve školním věku roste délka a složitost vět, slovní zásoba a zlepšuje se i artikulace. Dítě si osvojuje nová slova, poznává nové významy slov a používá je s větším porozuměním a v lepších souvislostech. Rodič by měl dávat dítěti prostor pro rozhodování a naučit ho nelhat, říkat druhému pravdu (Plevová, Slowik, 2010).

2.2.7 Období dospívání (11-20 let)

Další vývoj se týká hlavně kvantitativní stránky řeči. V tomto období definitivně převládá logické myšlení (Janáčková, Weiss, 2008; Plevová, Slowik, 2010).

2.3 Faktory ovlivňující řeč

Podle Plevové a Slowika (2010) ovlivňuje vývoj řeči několik faktorů:

- **inteligence** – děti s vyšší inteligencí začínají mluvit dříve než děti méně bystré. Jejich slovní zásoba se také vyvíjí rychleji a používají gramaticky správnější a delší věty. Mentálně zaostalí v této oblasti velmi zaostávají.
- **pohlaví** – během prvního roku života není mezi chlapci a děvčaty velký rozdíl. Po prvním roce jsou lepší dívky v artikulaci a mají větší slovní zásobu. Chlapci dívky dohánějí v pozdějším věku, a dokonce je i v používání určitých slov předčí. Dívky jsou všeobecně na vyšší úrovni v gramatice a v hláskování.
- **bilingvismus** – je popřeno výzkumy, že děti z dvojjazyčných rodin zaostávají v řeči. Dokonce jsou podle testů více kreativní.
- **dvojčata** – u dvojčat se řeč vyvíjí později, jelikož mají méně verbální stimulace od rodičů, a hlavně vyrůstají blízko vedle sebe, takže se jedno dítě naučí velmi rychle rozumět řečovým projevům druhého a nemají potřebu se dorozumívat s ostatními. Rozdíl se v průběhu prvních let ve škole vyrovná.
- **stimulace rodiči** – s dětmi, s kterými si rodiče více povídají, roste slovní zásoba rychleji. Naopak u dětí, které tráví více času s vrstevníky či koukají příliš na televizi, se slovní zásoba rozvíjí pomaleji.
- **společensko-ekonomické podmínky** – děti, které mají rodiče s vyšším vzděláním, používají ve věku 3 let mnohem více slov než děti s rodiči s nižším vzděláním.

- **zdravotní stav dítěte** – záleží na osobnosti a psychických vlastnostech dítěte, ale do značné míry negativně ovlivňuje vývoj řeči i tělesné postižení či onemocnění.

3 KOMUNIKACE S DĚTSKÝM PACIENTEM

Komunikace s dětskými pacienty je velmi specifická a je potřebná efektivní komunikace ze strany zdravotnických profesionálů. Prvním důležitým aspektem ke komunikaci sestry s dětským pacientem je znalost vývojových charakteristik a zvláštností každého vývojového období od narození dítěte až po období adolescence (Špatenková, Králová, 2009). Sestra musí získávat a ustavičně zdokonalovat své komunikační schopnosti při péči o dětského pacienta, stává se totiž pro dítě vedle rodičů nejbližší kontaktní osobou (Plevová, Slowik, 2010). Správná komunikace nám může velmi pomoci v navázání vzájemného vztahu a tím k dosažení úspěšné spolupráce (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.1 Komunikace s dítětem

Důležité je, aby komunikace probíhala především s dítětem. I když se zdá, že dítě je příliš malé, stydí se nebo na nás nereaguje, musíme být trpěliví a na dítě se opakovaně obracet. Především ho chválíme a oceňujeme, ale ptáme se ho i na věci a na svolení, aby mělo pocit, že může rozhodovat o tom, co se s ním děje (Plevová, Slowik, 2010). Nesmíme zapomenout, že dítě občas zcela nechápe význam slov, ale plně chápe napjatou či přátelskou atmosféru (Seifertová, 2016).

Nejlepší je navázat komunikaci přes hračku, kterou dítě s sebou má, popřípadě mu nějakou půjčit. Můžeme se přes ni ptát, zda medvídko něco bolí, či jak se cítí. Děti často uplatňují mechanismus projekce a své vlastní pocity promítají do hračky. Můžeme tedy medvídko ošetřit tak, jak plánujeme ošetřit dítě, pochválit medvídko za to, jak je statečný a pak přenést pozornost na dítě. Tímto způsobem si můžeme získat dětskou důvěru a dítě je pak ochotnější ve spolupráci s námi (Plevová, Slowik, 2010).

3.1.1 Novorozenec

Dítě na komunikaci není nikdy příliš malé. Už novorozenci po porodu reagují na lidský hlas, poznají matčin a na něj reagují živěji než na jiné hlasy. Již kolem třetího týdne vyvíjejí námahu, aby se dostali do polohy, ze které by mohli lépe slyšet matčin hlas. Také mají schopnost napodobovat jednoduché mimické výrazy a rozlišovat příjemný a nepříjemný dotek. Velmi rychle si uvědomí, že jeho mocná zbraň je křik, kterým si přivolá pomoc a bude mu poskytnuta péče – přebalení, nakrmení, pochování (Sheldon Kennedy, 2005; Plevová, Slowik, 2010; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

3.1.2 Kojenec

Dle Špaténkové a Králové (2009) je dobré navázat s kojencem kontakt stejně jako u novorozenců. Mělo by nám být dobře vidět do obličeje, měli bychom se usmívat, mluvit něžně a klidně. Důležitá je neverbální komunikace (doteky, držení, houpání), abychom s dítětem navázali dobrý vztah. Vhodné je do péče zapojit i rodiče, jelikož od 8. měsíce je dítě velmi citlivé na odloučení od mateřské osoby. Mocnou zbraní kojenců je úsměv. Úsměv jako reakce na sociální kontakt neboli sociální úsměv se začíná objevovat na konci třetího měsíce života (Plevová, Slowik, 2010).

3.1.3 Batole

Při komunikaci s batoletem používáme jasná a krátká sdělení. Nabízíme jim možnosti, necháváme je rozhodovat, chtějí se cítit nezávislí. Aby se cítili více v bezpečí, necháme je používat jejich známé předměty – hračky, věci, oblečení z domova. Snažíme se dítě oslovovat tak, jak má rádo a užíváme výrazy, které používá např. pro vyprazdňování (Plevová, Slowik, 2010).

Kolem třetího roku se začne projevovat dětský vzdor a negativismus, který je v tomto věku naprosto normální. Dítě si začne uvědomovat svoji individualitu, někdy je to pouhý způsob, jak se dítě vyrovnává se stresem. Objevuje se u všech jedinců, ale u každého jinak, jelikož hraje v tomto ohledu roli výchova a také temperament dítěte. Verbálně se vzdor projevuje slovy: „Já nechci!“ „Já chci!“ nebo například „Já sám!“ Neverbálně pak dupáním, pěstičkami a výrazem ve tváři či vztekáním. Na toto musíme reagovat nedirektivně, snažíme se odvést pozornost nebo používáme tzv. zrcadlení, kdy napodobujeme chování, které předvádí dítě (Plevová, Slowik, 2010).

3.1.4 Předškolní věk

S dětmi v tomto období udržujeme oční kontakt, mluvíme srozumitelně, stručně, klidně a pomalu. Nepřerušujeme dítě, pokud nám něco sděluje a nešetříme s oceňováním a chválením. Děti si potřebují hrát, takže používáme pro vysvětlení ošetřovatelských intervencí „terapii hrou“.

Každý jedinec má rád „dospělácký“ přístup, takže se dítěti představíme, mluvíme přímo k němu, a ne k rodičům a domlouváme se na pravidlech ošetření. Nikdy ale dítě nepodvádíme, nelžeme mu. Dítě nám poté už nebude věřit, cítí se podvedené a důvěra se pak velmi těžko obnovuje (Plevová, Slowik, 2010).

3.1.5 Školní věk

Kvůli velkému rozvoji řeči se s dítětem v tomto období dá velmi dobře verbálně komunikovat. Stále používáme pro vysvětlování ošetřovatelských intervencí dětský slovník. Počínající pubertální věk se může projevat arogantním chováním nebo např. vulgarizmy. Důvodem tohoto chování může být velká nejistota a vnitřní citlivost, zranitelnost a křehkost. Chlapci v tomto věku komunikují méně než děvčata, která své tělo vnímají intenzivněji (Plevová, Slowik, 2010).

3.1.6 Dospívající

Dospívající je plnohodnotný účastník komunikace, takže mu dovoluujeme se plně projevovat a respektujeme jeho soukromí a pocit studu. Používáme správné odborné výrazy, co se týče vyšetření a zdravotního stavu a vždy si ověříme, jestli nám rozumí. Oslovujeme dospívající jménem, pozitivně zapůsobí i vykání a v rámci vybudování důvěry se snažíme dítě vyslechnout a neodsuzovat. Přístupujeme k dospívajícímu jako k jedinečné originální osobnosti a vyhýbáme se autoritativnímu a direktivnímu stylu komunikace (Plevová, Slowik, 2010).

3.2 Hospitalizace dítěte

Dle Matějčka (2001) hospitalizace představuje narušení života dítěte, vytržení z denního života rodiny, narušení jeho denních aktivit a omezení kontaktu s příbuznými a vrstevníky. Během hospitalizace sestra stráví s dítětem nejvíce času a může pozitivně ovlivnit jeho adaptaci na hospitalizaci. Než dítě přijde do léčebného zařízení je příprava v rukou rodičů, která je také velmi důležitá, jelikož postoje, které rodiče zaujmou k nemoci a k léčbě dítěte velmi ovlivní chování dítěte.

Dítěti je potřeba otevřeně a upřímně říct, že půjde do nemocnice, protože tím zabráníme nepříjemným překvapením a stavům úzkosti. Nijak nelžeme a nepodvádíme jej, jelikož tato nejruznější opatření rodičů, která podle nich zmenšují strach dítěte, většinou vede k větším komplikacím, než když je dítěti řečena pravda (Plevová, Slowik, 2010).

Dětem do sedmi let by se měla zpráva o hospitalizaci sdělovat dva týdny před přijetím, aby to byly schopné pochopit. Dětem starším důkladněji vysvětlíme důvody hospitalizace a trpělivě odpovídáme na jejich dotazy. Podle Matějčka (2001) vynecháváme nepříjemnosti, které hospitalizaci provázejí, ale naopak zdůrazňujeme příznivé okolnosti („poznáš nové lidi, děti a zajímavé věci“, „budeš dříve zdravý“ apod.). Čím je dítě mladší, tím kratší by mělo být

sdělování informací o přijetí do nemocnice. U kojenců a batolat je na informování o hospitalizaci většinou zapomínáno a není to považováno za důležité, což nejčastěji způsobuje náhlou separaci. O to je více pak důležitá péče a zacházení s dítětem během hospitalizace (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010).

3.2.1 Příjem dítěte do nemocnice

I přes velké úsilí zdravotníků a rodičů připravit dítě na hospitalizaci, je pro každé dítě příchod na oddělení negativním zážitkem. Čím méně bylo předchozí přípravy doma či v ambulanci, tím více záleží na prvních dojmech dítěte z nového prostředí. Také je velmi důležité získat informace od samotných rodičů o dítěti, abychom si udělali představu o jeho individuálním charakteru. Stejně jako je potřeba zjistit informace o návycích dítěte a jeho denním programu, zvláště u kojenců a batolat (Plevová, Slowik, 2010).

Sestra by si při příjmu měla zjistit, jaká je úroveň samostatnosti dítěte při hygieně, jídle, vyprazdňování a spánku a jaké jsou jeho oblíbené hračky a hry (Plevová, Slowik, 2010).

Podle Kristové (2004) by sestra měla při příjmu dodržet tyto činnosti:

- pozdraví,
- představí se,
- orientuje komunikaci v první řadě na dítě, ve druhé na matku či jinou doprovázející osobu,
- osloví dítě a zeptá se ho, jak se jmenuje a zjistí, jak by si přálo být osloveno,
- oslovuje dítě jménem,
- naváže s dítětem kontakt pomocí hračky, knihy či jiné pomůcky,
- pokud má dítě s sebou oblíbenou hračku, orientuje na ní pozornost; hračka může pomáhat při překonávání strachu,
- ukáže dítěti oddělení, pokoj, vyšetřovnu, hernu, hračky a knihy,
- seznámí dítě s ostatními dětmi na pokoji,
- povypráví mu o lidech v nemocnici – lékařích, sestrách, herní specialistce a nových kamarádech,
- poskytne dítěti prostor na otázky a trpělivě na ně odpovídá.

Rozloučení rodičů s dítětem by mělo být provedeno v klidu, pokud možno rychle, bez protahování do nekonečna, bez pláče a divadelních scén. V těchto okamžicích by měl být nápomocen někdo ze zkušených pracovníků (Matějček, 2001).

3.2.2 Pobyt dítěte v nemocnici

Hra je u dětí hlavní, dominantní činnost a hravá aktivita přetrvává i u nemocného dítěte. Zlepšuje citový stav, vytváří vztahy jistoty, důvěry a spolupráce, prolomuje sociální izolaci a poskytuje náhradní uspokojení za zájmy a činnosti, které jsou nemocí omezeny či dokonce vyloučeny, zkrátka je u dítěte významným léčebným aspektem (Boledovičová et al., 2006).

Podle Matějčka (2001) je ideálem, aby se pokoj v nemocnici příliš nelišil od domova. Malby na stěnách by měly přitahovat pozornost dítěte, měla by být v pokoji stůl a židle, aby si děti, kterým je to povoleno mohly u stolu hrát. Dále by především starší děti měly mít u své postele noční stolek, do kterého si mohou uložit své osobní věci. Pokoje jsou uspořádány tak, aby na sebe děti viděly, a osvědčují se pokoje se 3-4 dětmi. Na každém oddělení by měla být herna a její vybavení se řídí zásadami o vybavení herny v mateřských školkách, a to samé platí i o hračkách (Plevová, Slowik, 2010).

Podle Matějčka (2001) by žádné dítě všech věkových kategorií nemělo zůstat v nemocnici opuštěno a nezaměstnáno, jelikož právě zajímavá hra a účelné zaměstnávání vytváří radostnou náladu, která velmi přispívá k uzdravování.

Také strach hraje velkou roli v uzdravování. Děti jsou před příchodem do nemocnice strašeny nejen rodiči, ale i kamarády a poté se se svými strachy bojí svěřovat nám, dospělým, jelikož si myslí, že by utrhly posměch, a tak se svěřují jiným dětem a tím na ně strach přenášejí. Proto je velmi důležité získat si dětskou důvěru, aby nám pověděly, čeho se bojí. Největší zbraní je klid, laskavost a povzbudivé chování ošetřujícího personálu. Dítě velmi brzo pozná, že nemocnice není zdaleka tak strašidelná a zlá, jak si představovalo (Matějček, 2001).

3.2.3 Návštěva dítěte rodičů

Dnes je velmi časté, že do nemocnice je přijímána s dětmi, zvláště s těmi malými, i matka či jiný blízký. V přítomnosti matky se naděje na uzdravení dítěte zvyšuje a dítě lépe spolupracuje i se zdravotníky (Kelnarová, Matějková, 2014). Návštěvy rodičů a blízkých velmi přispívají k duševní pohodě a zbavují děti pocitu osamělosti, zvláště u těch, které jsou hospitalizované samotné. Zvláštní péči a pozornost musíme věnovat dětem, kterým návštěva nedorazí. Takové děti bývají smutné, zklamané a jsou pronásledovány pocitem žárlivosti či závisti vůči kamarádům. Děti bychom měli umět zaměstnat a zaujmout, aby jim hra poskytovala dostatek citového uspokojení a zahnala nepříjemné pocity. V takových případech je i na místě využít služby dobrovolníků, kteří chodí na dětská oddělení či herních specialistů,

kteří jsou součástí pracovního týmu některých nemocnic (Matějček, 2001; Plevová, Slowik, 2010).

3.3 Význam neverbální komunikace s dítětem

Neverbální signály neboli tzv. řeč těla je u dětí velkou částí projevu svých prožívaných emocí. Mimika je u malých dětí nejcitlivějším ukazatelem psychických a somatických stavů. Nejvýznamnější je u novorozenců a kojenců, u dětí mentálně postižených a dětí těžce nemocných (Plevová, Slowik, 2010).

- **Mimika a řeč očí** – tvář dítěte je mnoho prozrazující a projevované city zrcadlí jeho prožívání (bolest, smutek, radost apod.). Pro komunikaci s dítětem je důležitý oční kontakt a dodržení tzv. zrakového horizontu, což znamená nedívat se na dítě z výšky, ale ve stejné úrovni. Úsměv sestry je pro dítě taktéž hodně důležitý.
- **Proxemika** – sestra při kontaktu s dítětem zaujímá nejčastěji zónu intimní nebo osobní. Intimní zóna je důležitá při provádění diagnostických, terapeutických či ošetrovatelských úkonů, a to i při projevení nesouhlasu či negativních emocí. Osobní zóna se využívá při ošetřování či edukaci. Sestra využívá ve své profesi i zónu společenskou, pokud např. oslovuje skupinku dětí. Veřejnou zónu prakticky nevyužívá.
- **Haptika** – u dětí se nejčastěji používá dotyk – pohlazení, pochování. Důležitá je citlivost, jelikož dotykem můžeme sice dítě uklidnit, ale naopak i zneklidnit či rozrušit. Když vezmeme dítě do náručí, vytváříme tím vztah důvěry a lásky, ale také pocit bezpečí a jistoty.
- **Posturika** – řeči fyzických postojů, držení těla a polohové konfigurace si sestra všímá už od příjmu. Od sestry jsou vyžadovány jemné a klidné pohyby. U dětí si sestra musí všimnout prvků, které znázorňují negaci jako např. překřížení horních končetin na hrudníku apod. Také si všímá, zda si nepřidrhuje některou část těla, což může značit bolestivost místa.
- **Gestikulace** – tato část neverbální komunikace obsahuje spontánní pohyby těla, a to převážně rukou. U dětí je gestikulace velmi bohatá. Sestra by se měla vyhýbat gestům jako zvednutí prstu při zakazování, poklepávání na stůl nebo gestům se zařatou pěstí (Plevová, Slowik, 2010; Venglářová, Mahrová, 2006).

3.4 Zásady komunikace

- Dítěti nelžeme,
- trpělivě vše vysvětlujeme s přihlédnutím ke zralosti dítěte, nevědomost podporuje fantazii a ta strach,
- používáme krátké srozumitelné věty a jednoduchý slovník,
- dbáme na to, aby dítě vědělo, že nezůstane samo,
- připravujeme na bolest, nikdy netvrdíme opak,
- vždy chválíme a oceňujeme jakékoliv úsilí či činnost,
- při navázání kontaktu využíváme hračky, knihy nebo obrázky; zjišťujeme co má rádo,
- pokud je možnost spolupráce s rodiči, začleníme je do celého procesu; dítě z komunikace nikdy nevynecháváme, nemluvíme o něm, ale s ním (Venglářová, Mahrová, 2006).

3.5 Chyby při komunikaci

- Lhaní, zastírání a zlehčování,
- přístup k dítěti jako k malému dospělému,
- přílišný autoritativní přístup, direktivita,
- devalvace (znehodnocování) emocionálních projevů (vzteku, pláče),
- ignorování dětských otázek nebo neurčité odpovědi,
- kárání dítěte za nešikovnosti nebo srovnávání s jinými dětmi,
- projevy lítosti (Venglářová, Mahrová, 2006).

4 SHRNUÍ PROBLEMATIKY

Komunikace nám umožňuje získat pacienta ke spolupráci na léčbě. Bez dobré komunikace je nemožná dobrá spolupráce a také dobrá péče. Je snadné se naučit pravidla efektivní komunikace, ale umění komunikovat vyžaduje mnohem víc. Vyžaduje hlavně určité zkušenosti, vědomosti, dovednosti, je to takové celoživotní učení. Efektivní komunikace s pacientem obsahuje nejen aktivní a empatické naslouchání, ale i přiměřené reagování. Nejefektivnější cestou, jak navázat dobrý vztah je vskutku naslouchání a pozorování pacienta (jeho neverbální projevy). Tím snadno a rychle získáme potřebné informace, pochopíme pacientovu zkušenost s nemocí, vytvoříme důvěru a zlepšíme průběh léčby. Sestry by měly být modelem pro komunikaci s pacienty a také adekvátním vzorem. V 80 % případů má jednání a komunikaci s pacientem ve svých rukou právě zdravotnický personál. Nejdůležitějším úkolem je při prvním setkání udělat tzv. dobrý první dojem a navázat dobrý vztah (Bramhall, 2014; Plevová, 2010; Špatenková, Králová, 2009).

Od zdravotnického personálu se kvůli komunikaci s pacienty různého věku vyžaduje nejen dostatečná komunikační kompetence, ale hlavně dobrá znalost vývojové psychologie. Je totiž více než nutné respektovat specifika různých vývojových fází. Žádné dítě není na komunikaci příliš malé, což se často opomíjí. U dětí využíváme nejen komunikaci verbální, ale u těch mladších z velké části i neverbální, kterou děti projevují své prožívané emoce (Martinez, 2011; Venglářová, Mahrová, 2006).

Děti snadno uplatňují mechanismu projekce a své vlastní pocity a stavy promítají do oblíbené hračky. Také provedením náznaku ošetření a pochválení medvídka může docílit lepší spolupráce ze strany dítěte. Děti velmi oceňují dospělácký přístup, a pokud stanovíme nějaké pravidla, není dobré je nedodržovat. Pokud totiž jednou nalomíme důvěru dítěte, velmi těžko se získává zpět. S dítětem můžeme komunikovat prostřednictvím kartiček, hraček či her, získáme si tím dětskou důvěru, pozornost a zpřijmíme tím dětem pobyt v nemocnici. Jsme pro ně totiž nejen zdravotníci, ale často jsme pro ně partneři ve hře, náhradou kamarádů a někdy i rodičů (Špatenková, Králová, 2009).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 STANOVENÍ CÍLŮ

Hlavní cíl:

Identifikovat nejproblematičtější oblasti komunikace mezi dětským pacientem a sestrou.

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, jakým způsobem sestry nejčastěji komunikují s dětským pacientem.
- 2) Zjistit subjektivně vnímanou úroveň komunikačních dovedností sester v komunikaci s dětským pacientem.
- 3) Zjistit, zda sestry mají zájem se vzdělávat v oblasti komunikace s dětským pacientem.
- 4) Vytvořit materiál usnadňující komunikaci s dětským pacientem.

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké jsou nejproblematičtější oblasti v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem?
- 2) Je komunikace s dětským pacientem pro sestry obtížná?
- 3) Jakým způsobem sestry nejčastěji komunikují s dětským pacientem?
- 4) Vzdělávají se sestry v oblasti komunikace?
- 5) Jaký má vliv vzdělání na komunikaci s dětským pacientem?

6 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumným vzorkem pro dotazníkové šetření byl zdravotnický personál, konkrétně dětské a všeobecné sestry pracující v kontaktu s dětským pacientem na dětském lůžkovém oddělení. Výzkum byl prováděn ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních, jedno zařízení bylo krajského typu, kde byly dotazníky rozdány na pediatrické a chirurgické oddělení a druhé typu fakultního, kde dotazníky putovaly na oddělení pediatrické, chirurgické a také na neurologické. Výzkum byl prováděn s písemným svolením obou nemocnic. Rozdáno bylo 85 dotazníků, návratnost byla 65, čili 76,5 %.

6.2 Metoda práce

Pro výzkum byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu. Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti apod. Většinou pracuje s velkým souborem respondentů. Používá metodu např. dotazník. (Kutnohorská, 2009)

Kvantitativní výzkum probíhal pomocí dotazníkového šetření. Výzkum byl proveden v souladu s platným zněním zákona o ochraně osobních údajů (zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a jejich uchovávání v informačních systémech) pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Východiskem pro konstrukci dotazníku byly cíle výzkumu.

6.3 Dotazník

Dotazník v jeho základní podobě není nic jiného než standardizované interview předložené v písemné podobě (Ferjenčík, 2010, s. 183). Přestože má dotazníkové šetření nevýhody, jako je nemožnost klást doplňující otázky, možnost špatného výkladu položené otázky či nižší věrohodnost získaných dat a další, bylo nakonec rozhodnuto pro tuto variantu. Dotazník nám umožňuje v relativně krátkém časovém období nasbírat dostatečné množství potřebných dat k výzkumu.

Dotazník pro sestry obsahoval 19 položek, kombinovanou metodou otevřených a uzavřených otázek. Uzavřené otázky jsou sestaveny jako polytomické, výčtové (umožňují vybrat jednu, nebo více odpovědí). Šetřením jsme hledali odpovědi na naše výzkumné otázky. Dotazník je přiložen v přílohách.

6.4 Organizace dotazníkového šetření

Po vytvoření dotazníku bylo nejprve provedeno pilotní šetření, kdy dotazníky byly ukázány 3 všeobecným sestřám se specializací pediatrie. Po konzultaci a na základě připomínek byly provedeny lehké změny. Samotný výzkum byl prováděn od 15. února 2017 do 17. března 2017. Dotazníky byly ponechány ve spolupráci s vrchními sestrami oddělení a byly předkládány sestřám k vyplnění. Ke každému dotazníku byla k dispozici zalepovací obálka z důvodu zachování anonymity. Všichni účastníci výzkumu byli předem seznámeni s tím, kdo a za jakým účelem bude mít k získaným informacím přístup.

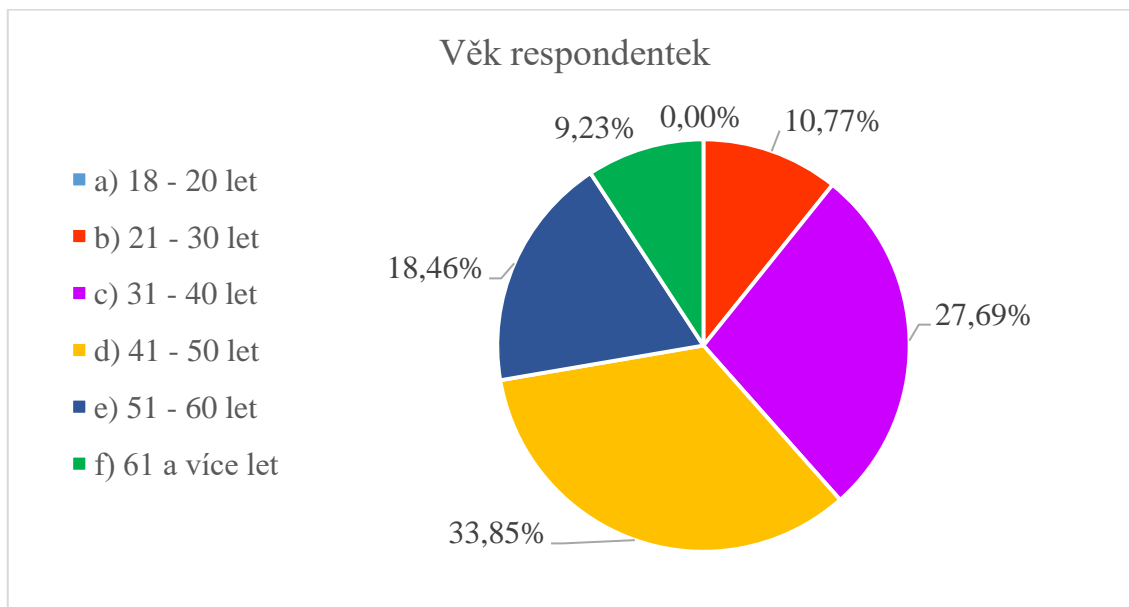
6.5 Zpracování získaných dat

Získaná data z dotazníků byla uspořádaná do tabulek četností, z nichž byly vytvořeny přehledné grafy. Tabulky obsahují tzv. absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří vybrali určitou odpověď. Relativní četnost v % udává údaje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Pod tabulkou či grafem následuje komentář k položce.

Všechna získaná data z výzkumu byla zpracována v programech Microsoft Word 2013 a Microsoft Excel 2013.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

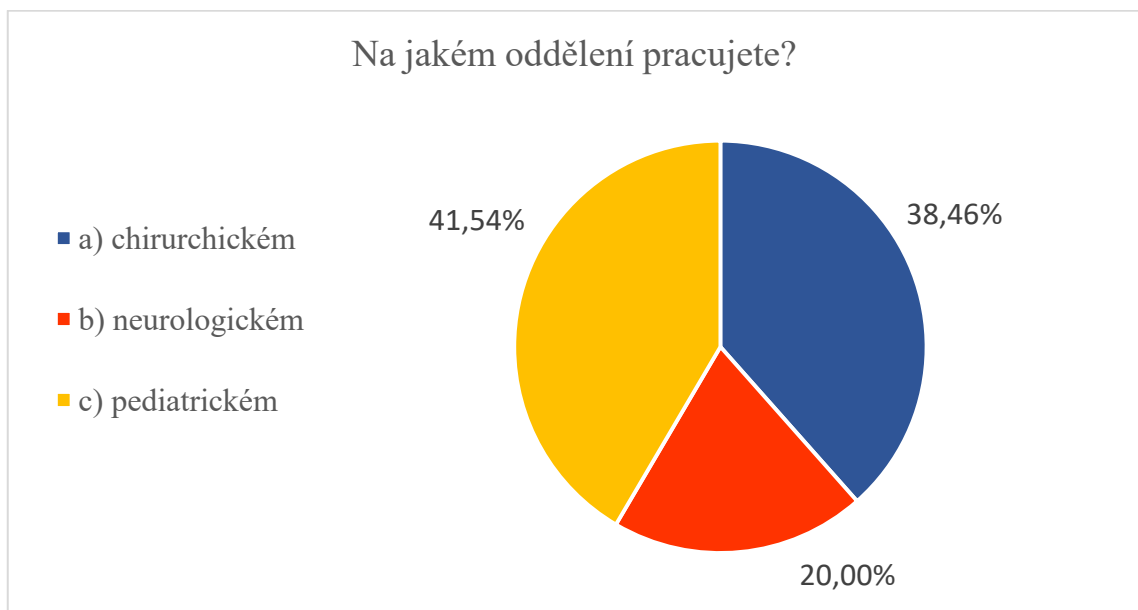
Otázka č. 1 – Uveďte Váš věk:



Obrázek 1 Věk respondentů

Nejvíce respondentů na dětských odděleních udávali věk v rozmezí 41-50 let (33,85 %). Sester ve věku 31-40 let se v dotazníkovém šetření zúčastnilo 27,69 %. Respondentů mezi 51-60 let bylo 18,46 %, ve věku 21-30 let 10,77 % a dotázaných ve věku 61 a více let bylo zastoupeno 9,23 %. Podle obrázku č. 1 je patrné, že sestry v 18-20 letech na dětském oddělení nepracují.

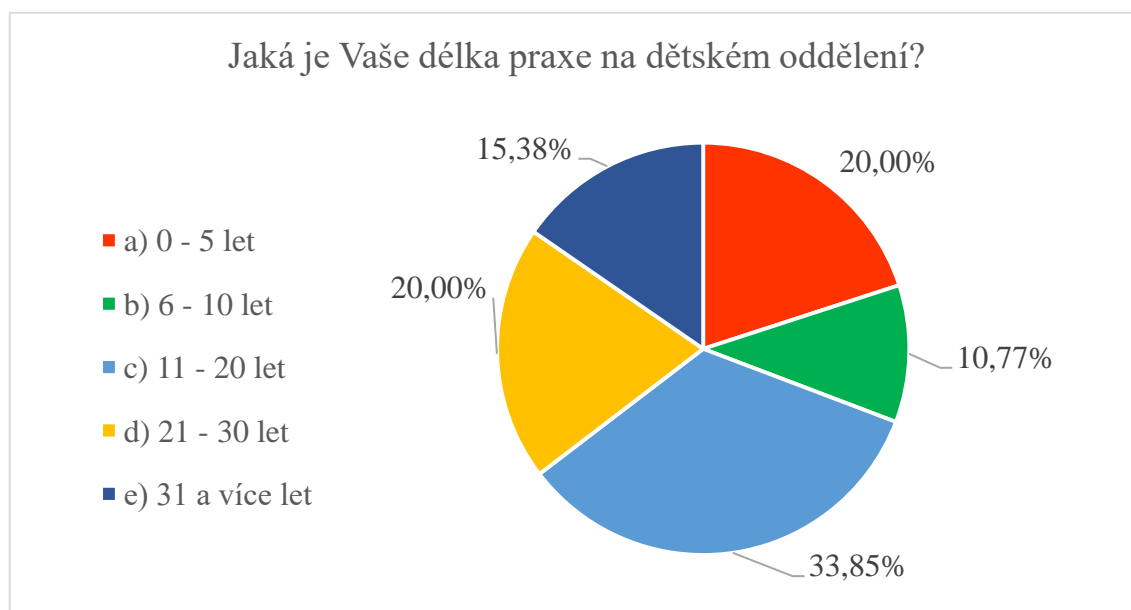
Otázka č. 2 – Na jakém dětském oddělení pracujete?



Obrázek 2 Pracoviště respondentů

Z dotazníkového šetření vyšlo, že 41,54 % dotázaných pracuje na oddělení pediatrickém. Na chirurgickém dětském oddělení pracuje 38,46 % respondentů a zbylých 20 % pracuje na dětské neurologii.

Otázka č. 3 – Jaká je Vaše délka praxe na dětském oddělení?



Obrázek 3 Délka praxe

Největší počet respondentů a to ve 33,84 % pracuje 11-20 let ve zdravotnictví. Dalších 20 % bylo stejně zastoupeno, a to v délce 21-30 let a 0-5 let, 15,38 % má zastoupení v délce odpracovaných let 31 a více, 10,77 % respondentů pracuje 6-10 let.

Otázka č. 4 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
SZŠ obor všeobecná sestra	20,00 %	13
SZŠ obor dětská sestra	35,38 %	23
VZŠ obor diplomovaná všeobecná sestra	9,23 %	6
VZŠ obor diplomovaná dětská sestra	3,08 %	2
PSS – pomaturitní specializační studium	7,69 %	5
Bakalářské studium	9,23 %	6
Magisterské studium	4,62 %	3
Specializace v pediatrii	10,77 %	7
Celkový součet	100,00 %	65

20 % respondentů dosáhlo nejvyššího vzdělání na střední škole obor všeobecná sestra. Střední školu s oborem dětská sestra absolvovalo 35,38 % dotázaných. 9,23 % respondentů vystudovalo obor diplomovaná všeobecná sestra na VOŠ a stejný počet respondentů vystudovalo bakalářské studium. Specializaci v oboru má 10,77 % respondentů a 7,69 % studovala pomaturitní specializační studium. Magisterského studia dosáhlo 4,62 % respondentů a 3,08 % dotázaných vystudovalo obor diplomovaná dětská sestra na VOŠ.

Otázka č. 5 – Absolvoval/a jste vzdělání zaměřující se na pediatrii?

Tabulka 2 Pediatrické vzdělání

Absolvoval/a jste vzdělání zaměřující se na pediatrii?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) ne	24,62 %	16
b) středoškolské vzdělání – dětská sestra	46,15 %	30
c) magisterský studijní obor – ošetrovatelství v pediatrii	1,54 %	1
d) specializační vzdělávací program – ošetrovatelství v pediatrii	24,62 %	16
e) jiné	3,08 %	2
Celkový součet	100,00 %	65

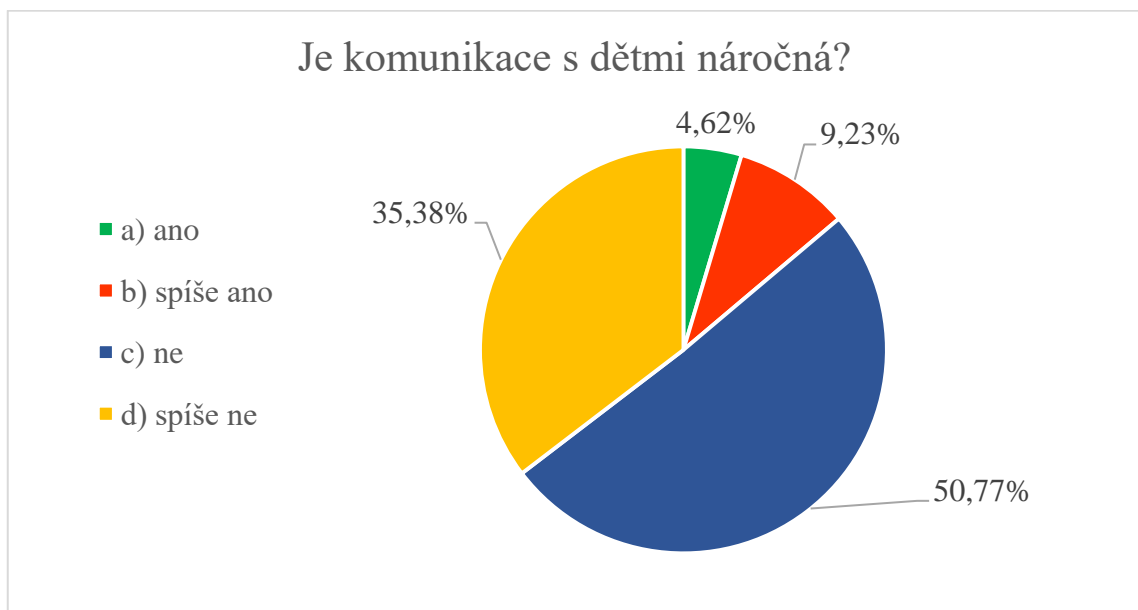
Odpovědi k možnosti e) jiné:

Tabulka 3 Jiné vzdělání

	Absolutní četnost
VOŠ obor diplomovaná dětská sestra	2

Z dotázaných 24,62 % neabsolvovalo vzdělání zaměřující se na pediatrii. Dětskou sestru na střední škole vystudovalo 46,15 % respondentů. Magisterského titulu dosáhl jen jeden respondent (1,54 %) a specializační vzdělání ošetrovatelství v pediatrii absolvovalo 24,62 % dotázaných. Odpověď e) jiné zvolilo 3,08 % dotázaných a ty uvedli, že vystudovali vyšší školu odbornou obor diplomovaná dětská sestra.

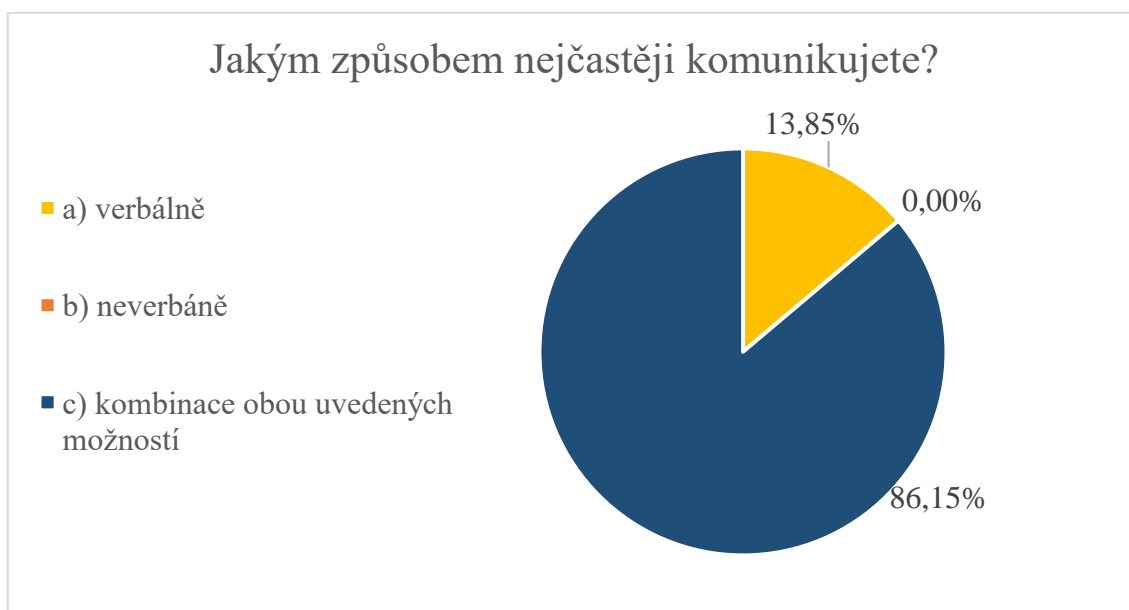
Otázka č. 6 – Spatřujete komunikaci s dětským pacientem jako problematickou?



Obrázek 4 Problematická komunikace

Polovina dotázaných sester nespatřuje komunikaci s dětským pacientem jako problematickou. Pouze třem sestrám z 65 dotázaných (4,62 %) přijde komunikace problematická. Odpověď spíše ano zvolilo 9,23 % respondentů.

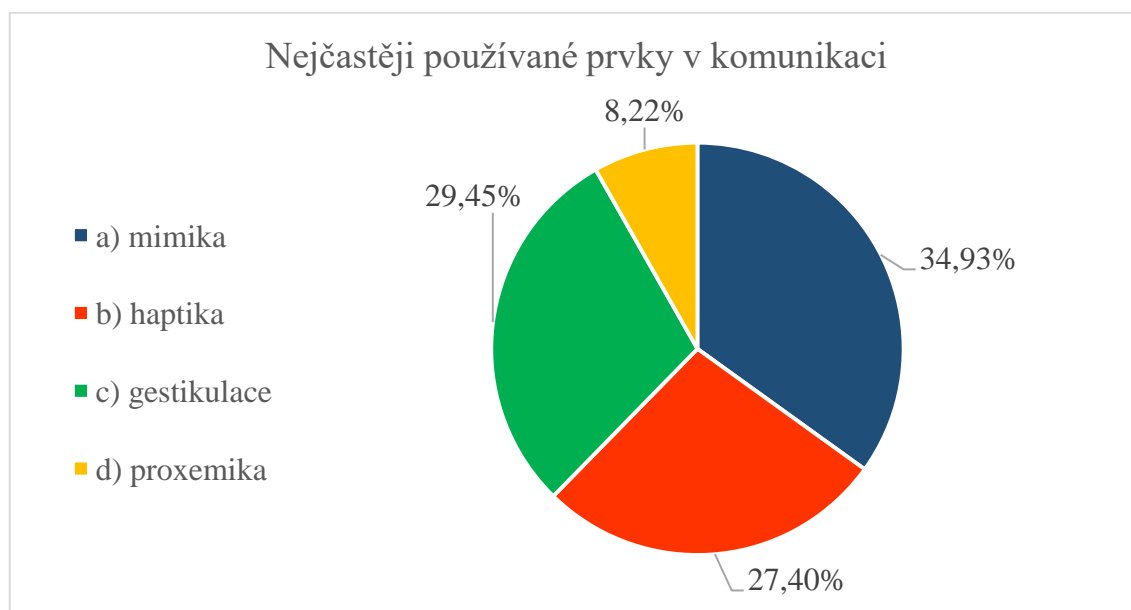
Otázka č. 7 – Jakým způsobem nejčastěji komunikujete s dětským pacientem?



Obrázek 5 Nejčastější komunikace

86,15 % respondentů uvedlo, že kombinují verbální s neverbální komunikací. Komunikaci verbální upřednostňuje v péči o děti 9 z 65 respondentů (13,85 %). Možnost neverbální komunikace nevybral žádná respondent.

Otázka č. 8 – Jaké neverbální prvky nejčastěji v komunikaci používáte?



Obrázek 6 Prvky v komunikaci

V této otázce mohli respondenti uvést více možností.

Nejčastější neverbální prvek v komunikaci sestry používají sdělování výrazem obličeje. Téměř 30 % respondentů zvolilo sdělování dotyky a sdělování gesty. Nejméně oblíbený neverbální prvek je sdělováním přiblížením a oddálením, který byl zvolen jen 8,22 % sester z dotázaných.

Otázka č. 9 – Používáte ke komunikaci s dětským pacientem pomůcky?

Tabulka 4 Použití pomůcek

Používáte ke komunikaci pomůcky?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) ano	32,31 %	21
b) spíše ano	30,77 %	20
c) ne	13,85 %	9
d) spíše ne	23,08 %	15
Celkový součet	100,00 %	65

Pokud ano, jaké?

Tabulka 5 Pomůcky ke komunikaci

	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
hračky	55,56 %	20
obrázky	16,67 %	6
puzzle	2,78 %	1
panenka kiwanis	5,56 %	2
fotografie	2,78 %	1
knížky	2,78 %	1
škála bolesti	2,78 %	1
záleží, o jakou komunikaci jde	2,78 %	1
tužka, papír, pastelky	5,56 %	2
dvd, cd	2,78 %	1
Celkový součet	100,00 %	36

40 respondentů, což je více než 60 %, používá nebo někdy použilo ke komunikaci s pacienty pomůcky. 13,85 % dotázaných nikdy nepoužili žádnou pomůcku a 23,08 % respondentů je většinou taktéž nepoužívají. V této otázce byla možnost vypsát, jaké pomůcky sestry používají, což je uvedeno v tabulce č. 5. Nejčastěji respondenti uváděli hračky.

Otázka č. 10 – Komunikujete s pacientem prostřednictvím her?

Tabulka 6 Komunikace prostřednictvím hry

Používáte ke komunikaci hry?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) ano	40,00 %	26
b) ne	60,00 %	39
Celkový součet	100,00 %	65

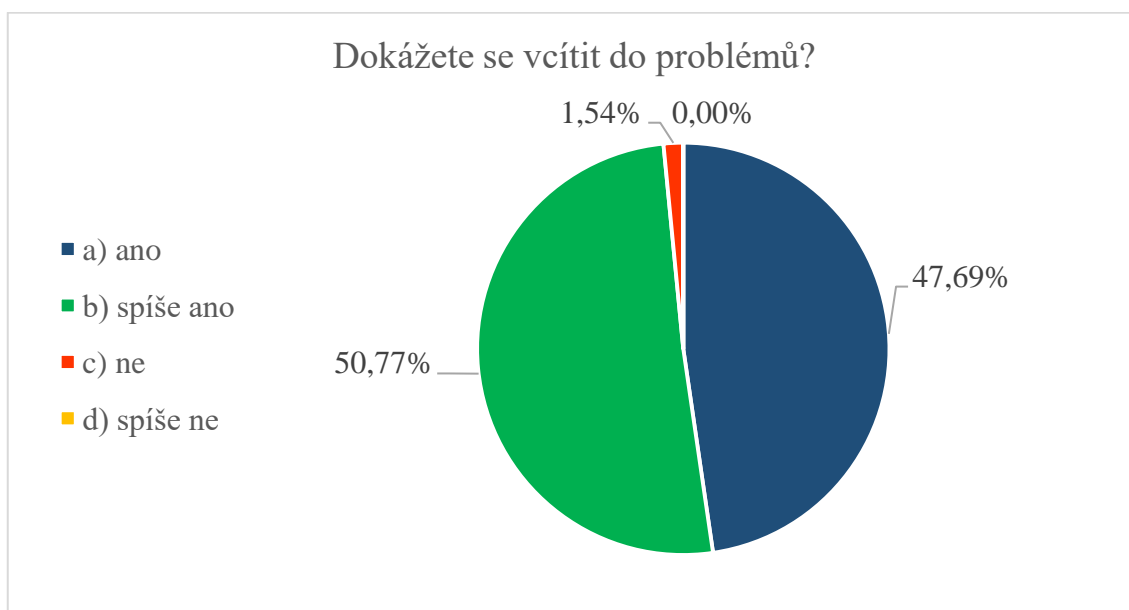
Pokud ano, jaké používáte?

Tabulka 7 Používané hry

	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
Lego	6,67 %	1
terapeutická panenka	13,33 %	2
Hračky	20,00 %	3
na doktora	6,67 %	1
karetní hry	20,00 %	3
povídání, hádanky, slovní hříčky	6,67 %	1
hledej, vybarvuj	6,67 %	1
deskové hry	13,33 %	2
Puzzle	6,67 %	1
Celkový součet	100,00 %	15

60 % dotázaných sester nepoužívá ke komunikaci s dětským pacientem hry a 40 % respondentů odpovědělo, že naopak hry ke komunikaci používají. Hry, které respondenti používají, jsou uvedeny v tabulce č. 7, nejčastěji používají karetní hry a hračky.

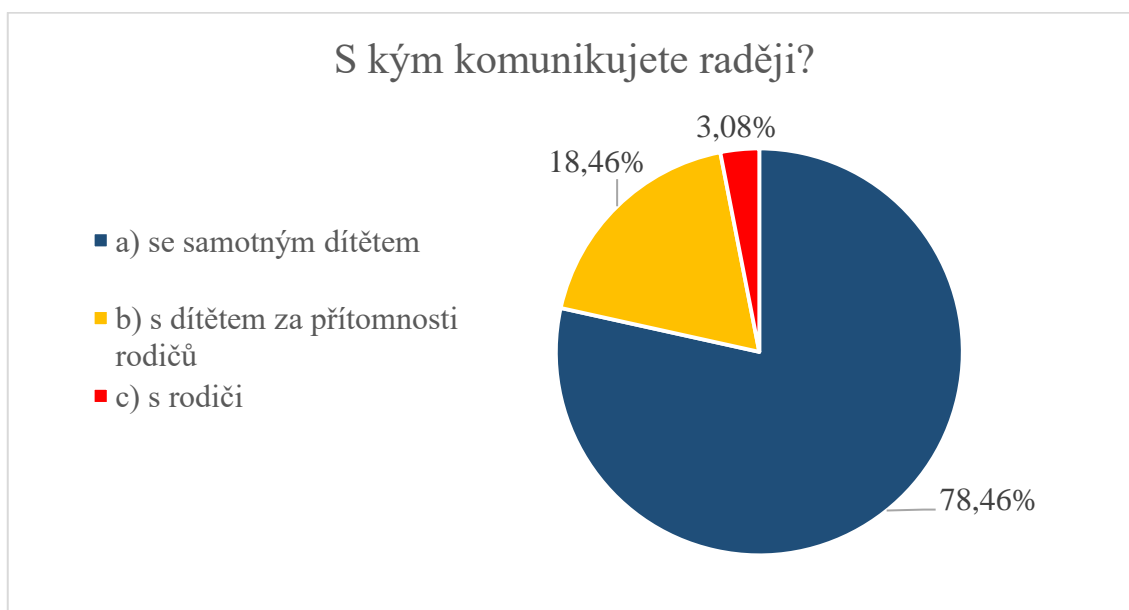
Otázka č. 11 – Dokážete se vcítit do problémů dětského pacienta?



Obrázek 7 Schopnost vcítění se

47,69 % respondentů odpovědělo, že se vždy dokáže vcítit do problémů dětského pacienta, 50,77 % respondentů se dokáže vcítit ve většině případů. Problém s tím má jen 1 respondent, který odpověděl, že se spíše nedokáže vcítit do problémů pacienta. Žádný respondent neodpověděl, že to nedokáže.

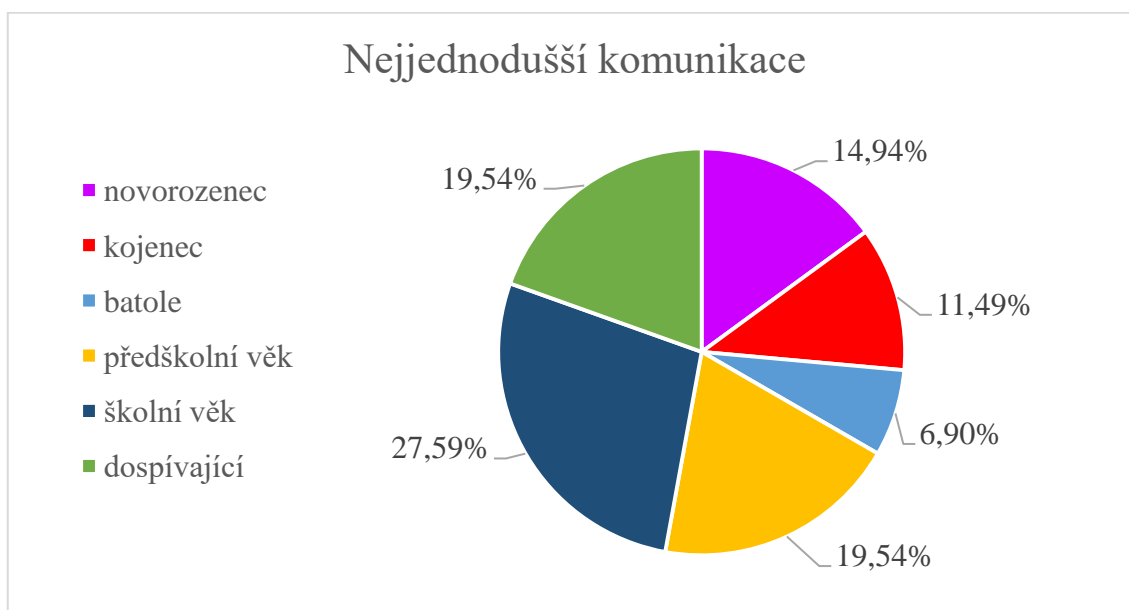
Otázka č. 12 – S kým komunikujete raději?



Obrázek 8 S kým komunikujete

Se samotným dítětem komunikuje raději 78,46 % dotázaných. Přednost komunikaci s dítětem za přítomnosti rodičů dává 18,46 % respondentů. Se samotnými rodiči komunikují raději pouze 2 sestry z dotázaných (3,08 %).

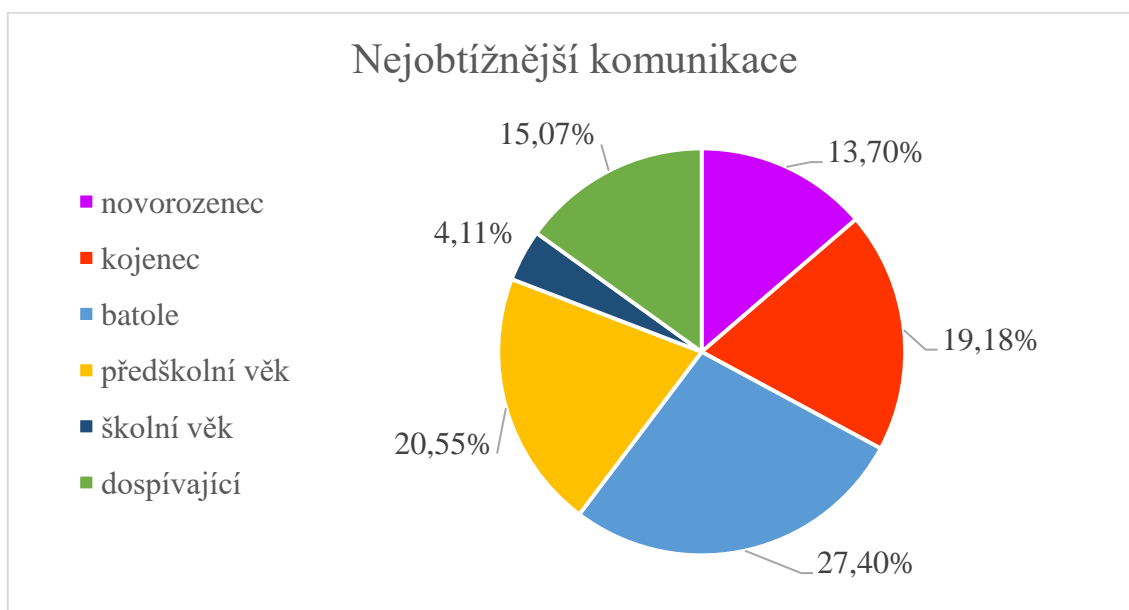
Otázka č. 13/a – S jakou věkovou skupinou dětí se Vám nejjednodušeji komunikuje?



Obrázek 9 Nejjednodušší komunikace

Za nejjednodušší komunikaci označuje 27,59 % dotázaných komunikaci s dětmi ve školním věku. 19,54 % respondentů přijde nejjednodušší komunikace s dospívajícím a s dětmi v předškolním věku. Komunikace s novorozenci jsou v závěsu se 14,94 %, dále komunikace s kojencem v 11,49 % a s batoletem v 6,9 %.

Otázka č. 13/b – S jakou věkovou skupinou dětí se Vám nejobtížněji komunikuje?



Obrázek 10 Nejobtížnější komunikace

Nejobtížněji se podle dotazníkového šetření komunikuje respondentům s batoletem, tuto možnost vybralo 27,40 % dotázaných. 20,55 % vybralo nejobtížnější komunikaci s dětmi v předškolním věku a těsně v závěsu je komunikace s kojencem (19,18 %). Za nejobtížnější komunikaci označuje 15,07 % respondentů komunikaci s dospívajícím, dále 13,7 % vybralo komunikaci s novorozencem a nejméně zastoupená odpověď byla komunikace s dětmi ve školním věku čili 4,11 %.

Otázka č. 14 – V jakých situacích si nejméně věříte v rámci komunikace s dětským pacientem?

Tabulka 8 Situace

V jakých situacích si nejméně věříte?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) při příjmu pacienta	4,62 %	3
b) při vykonávání ošetrovatelského výkonu	6,15 %	4
c) před operací	6,15 %	4
d) při bolestech pacienta	30,77 %	20
e) při vizitě	1,54 %	1
f) během návštěvní doby	20,00 %	13
g) jiné	30,77 %	20
Celkový součet	100,00 %	65

Odpovědi k možnosti g) jiné:

Tabulka 9 Jiné situace

	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
věřím si vždy	20,00 %	4
nevyplněno	10,00 %	2
není problém v žádné situaci	30,00 %	6
nevím	10,00 %	2
vše stejně	5,00 %	1
autismus	5,00 %	1
za přítomnosti hloupé matky	5,00 %	1
postižené dítě	10,00 %	2
při řešení akutní situace	5,00 %	1
Celkový součet	100,00 %	20

Nejméně si respondenti věří při komunikaci s dítětem při bolestech (30,77 %). Další častá odpověď byla, že si dotázaní nejmíň věří během návštěvní doby (20 %). Stejně zastoupena byla odpověď před operací a při vykonávání ošetrovatelského výkonu (6,15 %). Při příjmu pacienta si nejméně věří 4,62 % respondentů. Při vizitě si nejméně věří jen jeden respondent (1,54 %). 30,77 % respondentů uvedli jiné odpovědi, které jsou vypsány v tabulce č. 9.

Otázka č. 15 – Co Vám nejčastěji brání v komunikaci ze strany dětského pacienta?

Tabulka 10 Bariéry v komunikaci

Co vám nejčastěji brání v komunikaci?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) neochota komunikovat	23,21 %	26
b) agrese	24,11 %	27
c) pláč	23,21 %	26
d) strach	22,32 %	25
e) jiné	7,14 %	8

Odpovědi k možnosti e) jiné:

Tabulka 11 Jiné bariéry

	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
rodiče	75,00 %	6
závažný stav dítěte	12,50 %	1
mentální postižení	12,50 %	1
Celkový součet	100,00 %	8

V této otázce mohli respondenti zvolit více možností.

Nejčastější odpověď byla zvolena agrese jako bariéra v komunikaci ze strany pacienta (24,11 %). Těsně v závěsu byly odpovědi neochota komunikovat a pláč (23,21 %), dále strach (22,32 %). Jinou odpověď uvedlo 7,14 % respondentů, odpovědi jsou vypsány v tabulce č. 11.

Otázka č. 16 – Jaký je hlavní nedostatek v rámci komunikace z Vaší strany?

Tabulka 12 Hlavní nedostatky v komunikaci

Jaký je Váš hlavní nedostatek?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) nedostatek komunikační schopnosti	6,15 %	4
b) nedostatek času	43,08 %	28
c) nedostatek empatie	0,00 %	0
d) nepociťuji žádný nedostatek	49,23 %	32
e) jiný	1,54 %	1
Celkový součet	100,00 %	65

Odpovědi k možnosti e)jiný:

Tabulka 13 Jiné nedostatky

	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
nedokážu posoudit	100 %	1

V rámci komunikace nepociťuje žádný nedostatek ze svojí strany 49,23 % respondentů. Jako hlavní nedostatek komunikace považuje nedostatek času 43,08 % dotázaných. Odpověď nedostatek komunikační schopnosti zvolilo 6,15 % dotázaných. Odpověď jiný uvedl jeden respondent, a to, že odpověď nedokáže posoudit. Nedostatek empatie nezmínil žádný respondent.

Otázka č. 17 – Absolvoval/a jste nějaký kurz (školení, seminář, fórum a jiné) o komunikaci?

Tabulka 14 Absolvoování kurzu

Absolvoval/a jste nějaký kurz o komunikaci?	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
a) ano	55,38 %	36
b) ne	44,62 %	29
Celkový součet	100,00 %	65

Pokud ano, jaký?

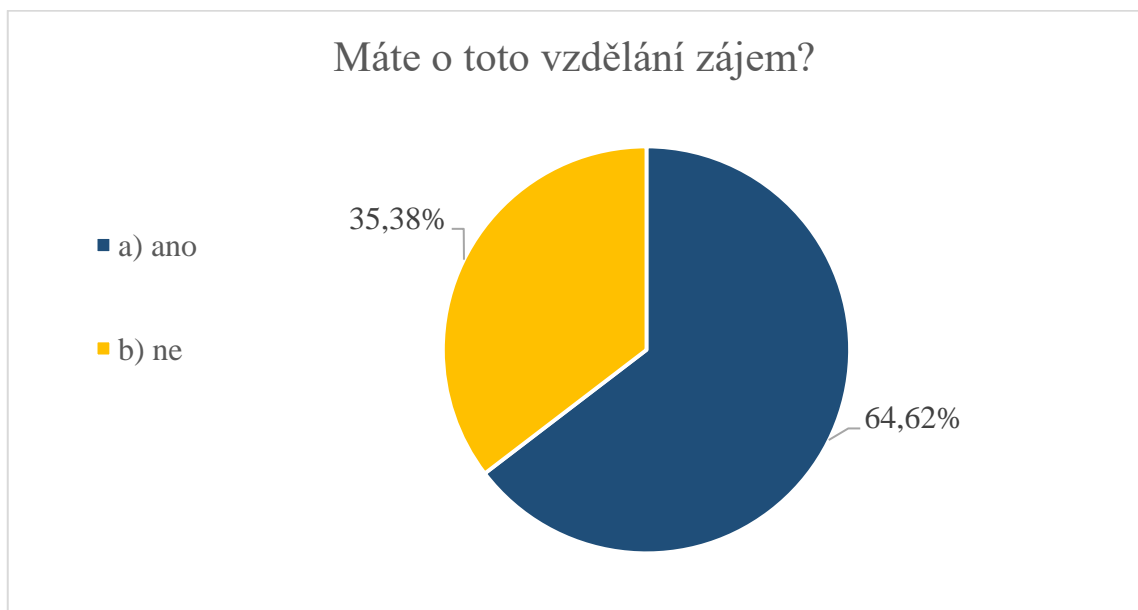
Tabulka 15 Kurzy o komunikaci

Kurzy o komunikaci	Relativní četnost (v %)	Absolutní četnost
komunikace	20,83 %	5
komunikace s dětským pacientem	12,50 %	3
komunikace s rodiči předčasně narozených dětí	4,17 %	1
komunikace s problematickým pacientem	12,50 %	3
první psychická pomoc ve zdravotnictví	4,17 %	1
pro výuku 1. pomoci zážitkovou metodou	4,17 %	1
seminář o efektivní komunikaci	4,17 %	1
kurz komunikace pro zdravotní sestry	4,17 %	1
komunikace s autistou	12,50 %	3
kurz komunikačních technik	4,17 %	1
komunikace v onkologii	4,17 %	1
formy komunikace	4,17 %	1
nevzpomínám si	8,33 %	2
Celkový součet	100,00 %	24

55,38 % dotázaných sester absolvovalo někdy kurz (školení, seminář, fórum a jiné) o komunikaci, které jsou vypsány v tabulce č. 15.

44,62 % respondentů žádný takový kurz nikdy neabsolvovalo.

Otázka č. 18 – Máte o toto vzdělání v této problematice zájem?



Obrázek 11 Zájem o vzdělání

64,62 % respondentů má zájem se vzdělávat v této problematice co se týče komunikace s dětským pacientem. 35,38 % o toto vzdělání zájem nemá.

Otázka č. 19 – Máte nějaké rady nebo tipy pro komunikaci s dětským pacientem? Chybělo Vám v dotazníku něco a chtěli byste doplnit?

Na tuto otázku odpovědělo 13 respondentů čili 20,00 %. Odpovědi jsou vypsány níže.

- Dotazník je dostatečně vypovídající o komunikaci s dětmi
- Chybí zaměření na komunikaci s dítětem, co má psychické poruchy – LMD, autismus, Aspergerův syndrom
- Dotazník je obecný, není rozlišeno, o jaké věkové skupiny sestry na odděleních pečují, to může mít vliv i na odpovědi
- Raději komunikuji pouze s dětským pacientem, rodiče často ovlivňují danou situaci, napovídají nesprávné informace, které ovlivňují léčbu i pobyt v nemocnici, někdy říkají dětem i nepravdu (lež), a to dětská sestra nikdy neříká
- Často je komunikace s dítětem lepší bez přítomnosti rodičů, protože oni často dítěti vnuknou jiný názor, myšlenku či slibují jim věci, které nelze dodržet ani splnit
- Nejlépe se komunikuje s dítětem samotný, bez přítomnosti rodičů
- Více naslouchat, jinak není co doplnit
- Z mého hlediska je často důležité, získat si důvěru pacienta a až po tom je ta komunikace snazší. Každý dětský pacient je individuální, takže i můj přístup k němu. Je tady spousta výjimek, které vybočují z daného období vývoje
- Mít starání se o děti jako poslání a pomoci jim při zvládnání nemoci. V 99 % mají děti kladnou odezvu, z vyšetření odcházejí beze strachu a v dobré psychické pohodě
- Individuální přístup
- Velmi těžká je komunikace s dítětem s Aspergerovým syndromem
- Trpělivost, důležité je být „uvěřitelný“, nehovořit s dětmi jako s „blbci“
- Komunikace s dětským pacientem je velmi široký pojem, nelze odpovědět obecně. Jiná komunikace bude u pacienta při běžné kontrole, jiná u invazivního výkonu, jiná u přípravy na operaci. Také prvky a pomůcky použiji dle toho. U vizity není potřeba gestikulace a pomůcky, u přípravy na výkon z potlačení strachu, použiji veškeré možné metody. Dítě je tvor individuální, specifický pro výrazné odchylky během vývoje. U některých dětí je účast rodičů žádoucí a velmi pomůžou, u některých naopak. Každé dítě potřebuje jasné informace a pokyny, uzpůsobeny věku a jeho chápání. Ideálním prostředkem je forma hry. Dětská sestra je při hospitalizaci dítěti nejbližší, proto je komunikace klíčová.

8 DISKUZE

Práce se zaměřuje na problematiku komunikace mezi sestrou a dětským pacientem. Tato kapitola shrnuje zjištěné výsledky plynoucí z provedeného výzkumného šetření a odpovídá na výzkumné otázky.

Pro zodpovězení výzkumných otázek byly předány dotazníky sestrám na oddělení pediatrickém, chirurgickém a neurologickém ve dvou nemocnicích. Rozdáno bylo 85 dotazníků, návratnost byla 65, čili 76,5 %. Tento výzkum budu hlavně porovnávat s bakalářskou prací *Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem* Pavlína Hadašové, DiS., která oslovovala sestry taktéž pracující na dětských odděleních. U výzkumu Hadašové, který byl prováděn v roce 2013, bylo navraceno 70 dotazníků ze 100. V této bakalářské práci bylo navraceno 65 dotazníků čili o 5 dotazníků méně než v práci Hadašové, takže rozdíl není tak markantní v rámci porovnávání výsledků. Hadašová výzkum prováděla i na dětských ambulancích a jednotkách intenzivní péče, moje dotazníky byly rozdávány jen na oddělení, kde jsou děti hospitalizovány, jelikož si myslím, že se komunikace na ambulancích, jednotkách intenzivní péče a odděleních liší, ale bohužel jsem nenašla lepší práci k porovnání.

Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla 41–50 let a to 33,85 %. Ve výzkumu Hadašové (2013, s. 43) byla nejvíce zastoupena věková skupina 31–40 let. Ani na jednom oddělení jak v mém výzkumu, tak ve výzkumu Hadašové (2013, s. 46) nepracují sestry ve věku 18–20 let. Zajímavé je zastoupení sester v mém výzkumu ve věku 61 let a více, které činilo počet 6 (9,23 %), přičemž ve druhé bakalářské práci bylo uvedeno sester v tomto věku 0. Tento fakt značí, že věk sester pracujících na dětských odděleních se zvyšuje.

V otevřené otázce ohledně délky praxe jsou odpovědi též rozdílné. V mém výzkumu byla odpověď 11–20 let praxe na dětských odděleních zvolena 22krát (33,85 %), přičemž ve výzkumu Hadašové (2013, s. 45) nejčastější odpověď byla 6–10 let praxe, nicméně délka praxe 11–20 let byla těsně v zákrytu.

Nejvyšší zastoupení v mém výzkumu mají sestry se středoškolským vzděláním, a to v oboru dětská sestra 35,38 % a v oboru všeobecná sestra 20,00 %. Pokud porovnáám dosažené vzdělání v mém výzkumu a ve výzkumu Hadašové (2013, s. 44), tak v něm nejsou velké rozdíly. Rozdíl, který je hoden ke zmínění, že v mém výzkumu jsou 3 respondenti s magisterským vzděláním a 7 respondentů se specializací v oboru pediatrie, přičemž ve výzkumu Hadašové (2013, s. 44) neudává magisterské vzdělání ani specializaci v oboru

pediatrie žádný respondent. Výsledek nás vede k tomu, že vzdělání sester se postupem času zvyšuje.

V naší skupině respondentů považuje komunikaci s dětským pacientem za problematickou pouze 13,85 % dotázaných, což je velmi malé procento, odpovídá nám to na **výzkumnou otázku č. 2**, čili zda je komunikace s dětským pacientem pro sestry obtížná.

Ve **výzkumné otázce č. 3** jsem zjišťovala, jakým způsobem sestry nejčastěji komunikují s dětským pacientem. K této otázce jsem v dotazníku zvolila otázky č. 7-10.

Nejdříve jsem se ptala, zda nejčastěji používají komunikaci verbální, neverbální či kombinaci obou možností. Kombinaci obou možností zvolila většina respondentů a to 56 (86,15 %). Neverbální komunikaci nedává přednost žádný respondent, nicméně jsem na neverbální komunikaci zvolila další otázku, kde mohli respondenti zvolit více odpovědí, a to, jaké neverbální prvky nejčastěji v komunikaci používají. Nejvíce zastoupená odpověď byla sdělování výrazem obličeje čili mimika a to 51 respondentů (34,93 %). Na obličeji lze identifikovat např. překvapení, zájem, úzkost, vztek, radost, smutek či strach neboli tzv. primární lidské emoce (Venglářová, Mahrová, 2006). Nejméně častá odpověď byla zvolena proxemika neboli sdělování přiblížením a oddálením (8,22 %), nejspíše proto, že spousta respondentů nevědělo, co si pod tím představit. Žáková (2016, s. 48) ve svém výzkumu uvádí, že sestry dítě při pláči chovaly, při vyšetření dítě utěšovaly, držely za ručičku a hladily, jelikož dotek je velmi důležitým projevem zájmu. Také Ptáček (2011) uvádí, že vhodná komunikace a dobré chování sestry k dítěti usnadňuje průběh hospitalizace a u dítěte vyvolává pocit bezpečí, klidu a důvěry. Ve výzkumu Růžičkové (2009) se ukázalo, že dotýkání se dítěte není u sester tak běžné, spíše výjimečné, odůvodňují si tento výsledek tím, že práce je stará 8 let a z mého výzkumu vyplývá, že neverbální komunikace sester se značně zlepšila.

V otázce, zda respondenti používají ke komunikaci pomůcky, odpovědělo kladně 63,08 % respondentů. Po důkladném projetí dotazníků jsem zjistila, že sestry, které se přiklánějí k nepoužívání pomůcek, dosáhli většinou jen vzdělání na střední škole. V otázce, zda respondenti používají ke komunikaci hry, odpověděla větší polovina (60 %), že hry ke komunikaci nepoužívají. Wanerman (2015) uvádí, že skrze herní činnost lze u dítěte v kritické zátěžové situaci (např. hospitalizace v nemocnici) regulovat a pozitivním způsobem zpracovávat tzv. separační úzkost a strach, což v podobných okamžicích dítě může prožívat. Hadašová (2013, s. 47) ve své bakalářské práci zvolila pro tuto oblast jednu otázku,

kde ji vyšlo, že většina respondentů používá verbální komunikaci, komunikaci neverbální a hrou používá jen 20 respondentů ze 70. Doufám, že po dodání mého výstupu z této bakalářské práce na vybraná oddělení, kde probíhal výzkum, se komunikace pomocí pomůcek zlepší, jelikož si myslím, že hračky, karty a hry děti nejen ocení, ale výrazně to sníží jejich strach. Žáková (2016, s. 48) ve své práci uvádí, že sestry s dítětem komunikovaly prostřednictvím hraček, kdy sestra použila plyšového medvídka, na kterém dítěti vysvětlila, jak bude probíhat vyšetření či udává, že sestry používaly i obrázky a plakát na zdi. Také píše, že sestra odváděla pozornost od náběrů krve pomocí otázek na rodinu, školku a jeho oblíbené hračky (Žáková, 2016, s. 60). Právě Kelnarová a Matějková (2014) popisují, že sestra pomocí hraček může dítěti ukázat, kde bude operováno či vyšetřováno. Též zmiňuje, že dítě, které je takto připravené, pak mnohem lépe spolupracuje, méně se bojí a doba vyšetření se zkracuje.

V další řadě nás zajímalo, zda se sestry dokáží vcítit do problémů dětského pacienta. Téměř polovina respondentů (47,69 %) to dokáže, druhá polovina jen v některých případech (50,77 %), jen 1 respondent čili 1,54 % vybralo u této otázky odpověď spíše ne. K podobnému zjištění došla i Hadašová (2013, s. 53), ta zjistila, že se dokáže vcítit do dětského pacienta 60 % respondentů a zbylých 40 % jen v některých případech. Empatie by podle Bánovčínové a Bubeníkové (2011) měla být brána jako základní předpoklad efektivní ošetrovatelské praxe a také prostředkem k dosahování ošetrovatelských cílů.

Také nás zajímalo, s kým sestry komunikují raději. Nadpoloviční většina (78,46 %) komunikuje raději se samotným dítětem, což jsou velmi uspokojivá procenta, jelikož tak by to mělo být. Měli bychom mluvit především s dítětem, ptát se ho na různé věci, žádat o svolení a nabízet mu alternativy, aby mělo dojem, že je také aktérem komunikace a může rozhodovat o tom, co se s ním děje. Jelikož pokud sestra upřednostňuje komunikaci s dítětem před rodičem, získá dítě k sestře důvěru a lépe snáší pobyt v nemocničním zařízení. Také můžeme navázat komunikaci s dítětem přes hračku, kterou s sebou má. Rozhodně dítě nepodvádíme, rodiče často provádějí různá opatření, aby dítě nemělo předem strach, což může v některých případech přinést více komplikací (Plevová, Slowik, 2010; Špatenková, Králová, 2009). Též ve výzkumu Hadašové (2013, s. 49) byla většinou zvolena komunikace s dětským pacientem (68,57 %). Postlová (2012, s. 48) ve svém výzkumu udává, že komunikace sestry s dítětem proběhla u 88,2 % respondentů a Vorbová (2006, s. 51) píše ve výzkumu, že z pohledu rodičů 87,50 % sester během vyšetření s dítětem komunikovalo.

Na nejvýznamnější **výzkumnou otázku č. 1** neboli jaké jsou nejproblematictější oblasti v komunikaci mezi sestrou a dětským pacientem nám odpovídají otázky č. 13-16.

Ve 13. otázce jsme zjišťovali, s jakou věkovou skupinou se sestrám nejjednodušeji a nejobtížněji komunikuje. Za nejjednodušší komunikaci byl sestrami zvolen školní věk (27,59 %). Podle Špatenková a Králové (2009) v tomto věku dochází k velkému rozvoji řeči, takže se dá s těmito dětmi už poměrně dobře komunikovat verbálně. Těsně v závěsu byla období dospívajícího a předškolního věku (19,54 %). Za nejobtížnější komunikaci bylo sestrami zvoleno období batolete (27,40 %), nejspíše kvůli tomu, že děti v tomto věku zažívají období prvního vzdoru nebo se může hovořit o tzv. malé pubertě. Dítě si začíná uvědomovat svoji individualitu a vehementně se ji snaží prosadit (Špatenková, Králová, 2009). Zajímavé je, že druhou nejčastější odpovědí byla komunikace s dětmi v předškolním věku (20,55 %), která byla některými sestrami zvolena jako komunikace nejjednodušší, to svědčí o tom, že každý ovládá komunikaci jinak a někomu, co přijde jako nejlehčí, to druhému přijde jako nejtěžší. Těsně v závěsu byla komunikace s kojenci (19,18 %), což je nejspíše dáno tím, že sice respektujeme denní režim dítěte, ale jelikož kojenci ještě nemluví, často musíme pouze předpovídat, jak se cítí a co nám chtějí pláčem sdělit. V tomto období také musíme úzce spolupracovat s rodiči, což je vzhledem výsledkům otázky „s kým komunikujete raději“ zřejmé, že některým respondentům nevyhovuje. K podobnému zjištění ohledně nejobtížnější komunikace došla Hadašová (2013, s. 55) ve svém výzkumu, nejčastější zvolená odpověď byla též komunikace s věkem batolete (42,86 %), nicméně zastoupení stejných procent, měla komunikace s dopívajícím, což v mém výzkumu zvolilo jen 15,07 %.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala, v jakých situacích si sestry nejméně v rámci komunikace s dětským pacientem věří. Z výzkumného šetření mi vyšlo, že nejméně si věří při bolestech pacienta (30,77 %), což bylo dost očekávané, protože si myslím, že v praxi jsou stále nedostatky v praktickém přístupu k bolesti, taktéž Frelichová (2013) ve své práci *Bolest u dětí* uvádí značné rezervy v diagnostice a způsobu tišení bolesti, což prokazují výsledky jejího výzkumu. Většinou je chybná příprava dítěte na výkon i na provázející bolest, takže se dítě dostává do stresu a zmatku. Také si často sestry nevěří během návštěvní doby (20,00 %), kdy bych řekla, že největším problémem je ovlivňování dítěte rodiči, jelikož postoje, které mohou zaujímat, velmi ovlivní chování dítěte. Další častou odpovědí byla vybírána odpověď „jiné“ (30,77 %), kdy respondenti sami vypisovali situace. Nejčastěji vypsána odpověď byla, že si věří vždy či nemají problém v žádné situaci. Také dvakrát byla vypsána odpověď, že si nejméně věří při kontaktu s postiženým dítětem. U Hadašové (2013, s. 51)

byla nejčastější odpověď při zátěži pacienta (32,86 %), což se velmi shoduje s naší nejčastější odpovědí, protože si myslím, že zátěž pacienta je úzce spojena s pacientovou bolestí.

K výše zmíněné výzkumné otázce jsem zvolila jako další otázku, co nejčastěji brání sestřím v komunikaci ze strany dětského pacienta. Nejdříve u této otázky mohli respondenti vybrat jednu odpověď, ale v rámci pilotní studie po zkonzultování hotového dotazníku se třemi všeobecnými sestrami se specializací pediatrie mi bylo doporučeno v této otázce uskutečnit možnost zvolení více odpovědí. Kvůli tomu mohli respondenti u této otázky zvolit více možností, což mělo za následek, že odpovědi byly zvoleny až téměř vyrovnaně (mezi 22,32 % - 24,11 %). Nabídka odpovědí byla neochota komunikovat, agrese, pláč a strach. 7,14 % respondentů uvedli odpověď jiné, kde hlavně psali, že jim nejvíce v komunikaci brání rodiče, po jednom hlasu měl závažný stav dítěte a mentální postižení dítěte.

V závěrečné otázce k této výzkumné otázce jsem zvolila, jaký je hlavní nedostatek v rámci komunikace ze strany sester. Zde nejčastěji respondenti volili, že nepocítují žádný nedostatek (49,23 %). Těsně za touto odpovědí byl zvolen nedostatek času (43,08 %), tento problém předpokládám je způsoben nedostatkem sester pracujících na lůžkových odděleních. I Žáková (2016, s. 57) ve své práci zmiňuje, že komunikaci někdy stěžuje časová tíseň a nedostatek personálu. 4 respondenti (6,15 %) zvolili nedostatek komunikačních schopností, což bylo zvoleno hlavně u mladších respondentů, jelikož komunikovat se učíme celý život a učíme se hlavně zkušenostmi, které sbíráme se zvyšujícím se věkem. Taktéž Špatenková s Královou (2009) ve své publikaci uvádí, že i zdravotníci na své komunikaci musí neustále pracovat, aby byla nejen dobrá, ale stále lepší a lepší.

K **výzkumné otázce č. 4**, zda se sestry vzdělávají v oblasti komunikace, jsem zvolila otázky č. 17 a 18, čili zda respondenti absolvovali nějaký kurz (školení seminář, fórum a jiné) o komunikaci a zda o toto vzdělání mají zájem. Kurz či jiné absolvovala nadpoloviční většina (55,38 %) a zájem o vzdělání v této problematice je též velký čili 64,62 %. Nejčastěji udávali kurzy, semináře či školení o komunikaci, o komunikaci s dětským či problematickým pacientem, dále pak např. o komunikaci s autistou. Ve výzkumu Hadašové (2013, s. 60) v otázce, zda respondenti absolvovali nějaký kurz či seminář o komunikaci byla nadpoloviční většina s odpovědí ne (70,00 %), což mě vede k závěru, že sestry se opravdu v této problematice postupně vzdělávají a mají o to čím dál tím větší zájem.

K poslední **výzkumné otázce č. 5** neboli jaký vliv má vzdělání na komunikaci s dětským pacientem jsem porovnávala odpovědi z otázky, zda sestry spatřují komunikaci s dětským pacientem jako problematickou s otázkou ohledně vzdělání. Komunikaci s dětským pacientem jako problematickou označilo 9 (13,85 %) respondentů. Po projetí všech dotazníků jsem přišla na to, že 7 z nich má pouze středoškolské vzdělání, jeden respondent má specializaci v pediatrii (ARIP) a jeden dovršené magisterské studium nikoli však pediatrické. Stejně jako v otázce č. 9 jsem zjistila, že pomůcky nepoužívají spíše sestry se středním vzděláním. Tyto odpovědi mě dovádějí k tomu, že čím vyšší vzdělání, tím je pro sestry lehčí komunikace, tím víc o ní mají nastudováno a také používají ke komunikaci pomůcky.

Závěrečná otázka ve výzkumném šetření byla otevřená a respondenti zde mohli napsat rady a tipy pro komunikaci s dětským pacientem či něco, co jim v dotazníku chybělo. Často sestry dodávaly, že raději komunikují pouze s dětským pacientem bez přítomnosti rodičů, jelikož rodiče danou situaci ovlivňují, vniknou dětem jiný názor a slibují věci, které nelze splnit, tento výsledek nám vyšel i z otázky s kým raději sestry komunikují. Také upřednostňují individuální přístup, získání si důvěry pacienta a trpělivost. Dále zmiňují, že chybí zaměření na dítě s psychickými poruchami, čehož jsem si vědoma. Téma této bakalářské práce je velice obsáhlé a myslím si, že by se dalo pokračovat v tomto tématu např. v práci diplomové. Kvůli tomuto jsem do této bakalářské práce nezapojila komunikaci s dětmi v intenzivní péči, protože i s nimi je komunikace z důvodu poruchy vědomí a zajištěných dýchacích cest odlišná, a také komunikaci s postiženými dětmi, soustředím se na komunikaci jen s dětmi psychicky zdravými a hospitalizovanými na klasických odděleních. Bohužel jsem v rámci této bakalářské práce na více neměla prostor.

Na závěr bych chtěla dodat, že výsledky tohoto výzkumného šetření nelze generalizovat pro všechny zdravotnické zařízení, ale vypovídají o situaci na zkoumaných pracovištích.

9 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zmapovat problematiku komunikace sestry s dětským pacientem. Považovala jsem komunikaci v péči o dětského pacienta za klíčovou a také se mi toto tvrzení potvrdilo. Zpravidla si všichni myslíme, že komunikaci ovládáme. Nejrůznější komunikační bariéry a konflikty nás ale znova a znova utvrzují v tom, že se stále máme co učit, co zlepšovat a rozvíjet. Dobrá komunikace je totiž zdrojem spokojenosti.

U dětských pacientů je komunikace zvláště důležitá. Je důležité, aby panovala mezi sestrou a dítětem vzájemná důvěra. V některých případech není možné, aby společně s dítětem byl na oddělení hospitalizovaný příbuzný, a tak je sestra pro dítě nejen zdravotnicí, ale mnohdy nahrazuje i rodiče a kamarády.

Sestra by měla nejen ovládat specifika jednotlivých vývojových stádií, ovládat efektivní komunikaci, ale také používat ke komunikaci s dětským pacientem pomůcky, hry a hračky, které podle mého komunikaci usnadňují.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo identifikovat nejproblematictější oblasti komunikace mezi dětským pacientem a sestrou. Z mého výzkumného šetření vyšlo, že mnohdy sestry upřednostňují komunikaci se samotným dítětem bez přítomnosti rodičů, nejméně si věří při bolestech pacienta, za nevýhodu považují nedostatek času a také jim v komunikaci brání nejen rodiče, ale i dětská agrese, pláč, strach či neochota komunikovat.

Všech stanovených cílů bylo dosaženo a na výzkumné otázky bylo odpovězeno.

Mým výstupem z bakalářské práce je pohádka o medvídkovi, přiložená v přílohách, kdy medvídkovi je napichována žíla z důvodu zavedení kanyly. Pohádka by mohla sloužit ke snížení strachu dětí před tímto výkonem. Tento výkon jsem zvolila z důvodu, že je prováděn na všech odděleních, kde jsem rozdávala dotazníky (pediatrické, chirurgické a neurologické oddělení). Tuto pohádku rozdám na tyto oddělení, kde jsem výzkum prováděla a doufám, že to bude prospěšné a sestry budou materiál ulehčující komunikaci aktivně používat.

Taktéž doufám, že v budoucnu nebude nemocnice pro děti jen strašákem a anonymním zařízením plným bílých plášťů a divných věcí.

10 POUŽITÁ LITERATURA

BÁNOVČINOVÁ, L. a M. BUBENÍKOVÁ, 2011. Empatia v ošetrovatel'stve. *Ošetrovatel'ství a porodní asistence*. roč. 2. č. 1, s. 165-170. ISSN 1804-2740.

BRAMHALL, E. *Effective communication skills in nursing practice* [online]. 2014 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns.29.14.53.e9355>

BRANDL, Michael. (2011). Children's Play and Military Toys Today. *Psychological Science and Education*. 2. ISSN 1814-2052.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010, 256 s. ISBN 978-80-7367-815-9.

FRELICHOVÁ, Monika, 2013. *Bolest u dětí*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Andrea Filová.

HADAŠOVÁ, Pavlína, 2013. *Bariéry komunikace sestry s dětským pacientem*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatel'ství. Vedoucí práce doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

HORŇÁKOVÁ, Katarína, Světlana KAPALKOVÁ a Marína MIKULAJOVÁ. *Jak mluvit s dětmi: od narození do tří let*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 167 s. ISBN 978-80-7367-612-4.

JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 136 s. ISBN 9788073674779.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014, 144 s., iv s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5203-7.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů 1 díl*. Praha: Grada, 2010, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024732701.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů 2. díl*. Praha: Grada, 2014, 128 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024736006.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, 2006, 224 s. ISBN 8024711109.

KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004, 210 s. ISBN 80-8063-160-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství.* Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 8024727137.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie.* 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 8024712849.

LHOŤAN, Josef. *Hospitalizace dítěte na chirurgii* [online]. 2016 [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: http://zdravi.euro.cz/clanek/hospitalizace-ditete-na-chirurgii-482021?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz

LAZZARI, Simona. *Vývoj dítěte v 1.-3. roce.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3734-8.

MARTINEZ, Elena Araujo. *The specificities of communication in child nursing care* [online]. 2011 [cit. 2017-07-14]. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100005&script=sci_arttext&tlng=en

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001, 147 s. ISBN 80-86022-92-7.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi.* 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 328 s. Manažer. ISBN 9788024723396.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 247 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství.* Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 9788070134665.

POSTLOVÁ, Zuzana, 2012. *Problematika komunikace sester s rodiči při příjmu dítěte na dětské oddělení.* Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Vedoucí práce Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

PRŮCHA, Jan. *Dětská řeč a komunikace: poznatky vývojové psycholingvistiky.* Praha: Grada, 2011, 200 s. Psyché (Grada). ISBN 9788024731810.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.

RECKNAGEL, Marion a HEIKE ROHMANN – VAN WÜLLEN. *Clever kommunizieren: schwierige Gespräche souverän meistern.* Offenbach: GABAL, 2007, 160 s. ISBN 9783897497344.

RŮŽIČKOVÁ, Barbora, 2009. *Komunikace sestry s nemocným dítětem.* Bakalářská práce. Ostrava: OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii.* Praha: Grada, 2008, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024716138.

SEIFERTO VÁ, Jarmila, 2016. Komunikace praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatric pro praxi.* 17. ISSN 1213-0494.

SHELDON KENNEDY, L. *Communication for Nurses. Talking with Patients.* London: Jones and Barlett Publisher International, 2005, 204 s. ISBN 9780763769925.

STROUHALOVÁ, Pavla. *Herní terapie v nemocnicích* [online]. 2010 [cit. 2017-06-20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/herni-terapie-v-nemocnicich-453234>

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Komunikace mezi rodičem a dítětem: styly a techniky komunikace, komunikace rodiče ve vztahu k dítěti, vývojová období dítěte, komunikace v náročných situacích.* Praha: Grada, 2009, 104 s. Pro rodiče. ISBN 9788024726984.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry.* 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠULOVÁ, Lenka. *Raný psychický vývoj dítěte.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 248 s. ISBN 9788024618203.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VORBOVÁ, Renáta, 2006. *Komunikace s rodiči dětských pacientů v rámci ambulantní péče.* Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Obor ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace.* Praha: Portál, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie.* Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178.

WANERMAN, Todd. (2015). Points of Intersection: Using Teacher Research to Integrate Individual Support and Group Curriculum in a Toddler Program. *Voices of Practitioners*, 10(2).

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* Praha: Grada, 2011, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024740621.

ŽÁKOVÁ, Nikola, 2016. *Komunikace zdravotníků s rodiči dětského pacienta.* Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová.

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Nikol Zárubová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra, Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích. Vyplněním následujícího dotazníku mi pomůžete při tvorbě mé bakalářské práce na téma „Problematika komunikace sestry s dětským pacientem.“ Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro studijní účely. Je určen pro sestry pracující na dětských odděleních.

Vyplněný dotazník prosím vložte do obálky.

Předem Vám děkuji za Váš čas.

Odpověď prosím označte křížkem, nebo vyplňte volnou výpověď.
Označte vždy jen jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

1. Uveďte Váš věk

.....

2. Na jakém dětském oddělení pracujete?

.....

3. Jaká je Vaše délka praxe na dětském oddělení?

.....

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

5. Absolvoval/a jste vzdělání zaměřující se na pediatrii?

- a) ne
- b) středoškolské vzdělání – dětská sestra
- c) magisterský studijní obor – ošetřovatelství v pediatrii
- d) specializační vzdělávací program – ošetřovatelství v pediatrii
- e) jiné (uveďte prosím)

6. Spatřujete komunikaci s dětským pacientem jako problematickou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

7. Jakým způsobem nejčastěji komunikujete s dětským pacientem?

- a) verbálně
- b) neverbálně
- c) kombinace obou uvedených možností

**8. Jaké neverbální prvky nejčastěji v komunikaci používáte?
(v případě potřeby můžete označit více odpovědí)**

- a) mimika – sdělování výrazem obličeje
- b) haptika – sdělování dotyky
- c) gestikulace – sdělování gesty
- d) proxemika – sdělování přiblížením a oddálením

9. Používáte ke komunikaci s dětským pacientem pomůcky?

- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) ne
 - d) spíše ne
- Pokud ano, jaké?

10. Komunikujete s pacientem prostřednictvím her?

- a) ano
 - b) ne
- Pokud ano, jaké používáte?

11. Dokážete se vcítit do problémů dětského pacienta?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) ne
- d) spíše ne

12. S kým komunikujete raději?

- a) se samotným dítětem
- b) s dítětem za přítomnosti rodičů
- c) s rodiči

13. S jakou věkovou skupinou dětí se Vám nejjednodušeji a nejobtížněji komunikuje?

(prosím vyberte: novorozenec, kojeneček, batole, předškolní věk, školní věk, dospívající)

Nejjednodušší komunikace -

Nejobtížnější komunikace -

14. V jakých situacích si nejméně věříte v rámci komunikace s dětským pacientem?

- a) při příjmu pacienta
- b) při vykonávání ošetrovatelského výkonu
- c) před operací
- d) při bolestech pacienta
- e) při vizitě
- f) během návštěvní doby
- g) jiné (uveďte prosím)

**15. Co Vám nejčastěji brání v komunikaci ze strany dětského pacienta?
(v případě potřeby můžete označit více odpovědí)**

- a) neochota komunikovat
- b) agrese
- c) pláč
- d) strach
- e) jiné (uveďte prosím)

16. Jaký je hlavní nedostatek v rámci komunikace z Vaší strany?

- a) nedostatečné komunikační schopnosti
- b) nedostatek času
- c) nedostatek empatie
- d) nepocit'uji žádný nedostatek
- e) jiný (uveďte prosím)

17. Absolvovala jste nějaký kurz (školení, seminář, fórum a jiné) o komunikaci?

- a) ano
 - b) ne
- Pokud ano, jaký?

18. Máte o toto vzdělání v této problematice zájem?

- a) ano
- b) ne

19. Máte nějaké rady nebo tipy pro komunikaci s dětským pacientem?

Chybělo Vám v dotazníku něco a chtěli byste doplnit?
(Prostor pro Vaše vyjádření, názory a podněty k tématu)

.....
.....
.....
.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Nikol Zárubová
nikol.zarubova@gmail.com





Sestřička si na tácek připravila vše, co je potřeba.



Ručičku sestřička zatáhne barevným páskem.



Najde správnou žilku, místo vpichu očistí vodičkou.



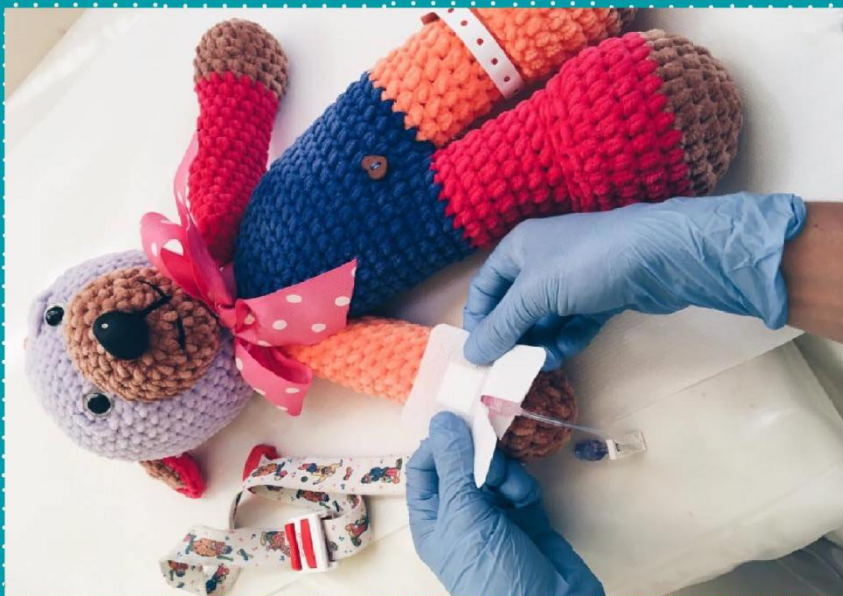
A zavede kanylku.



Kovovou jehličku sestřička vytáhne.



**Nasadí na brčko hadičku s modrým špuntíkem.
Kanylku propláchne vodičkou.**



**Křídýlka kanylky podloží čtverečkem, aby
nevznikl otlak a nalepí kalhotky.**



Hadičku přilepí ke kalhotkám, aby hezky držela.



Sestřička napíše na kalhotky datum, aby věděla, kdy kanylku zaváděla.



Když jsou hadičky přilepené, vše se ještě schová pod sítku.



A protože Honzík ví, že to nebolí, tak se na nás
usmívá.