

Šárka Tomová, Jana Křivková

---

# Komunikace s pacientem v intenzivní péči

---





Šárka Tomová, Jana Křivková

---

# **Komunikace s pacientem v intenzivní péči**

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

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

**PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D., Mgr. Jana Křivková**

## **KOMUNIKACE S PACIENTEM V INTENZIVNÍ PÉČI**

**Kolektiv autorů:**

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D. (*Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol, Praha*)

Mgr. Jana Křivková (*Ústav ošetřovatelství, 2. LF UK a FN Motol, Praha;*

*Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích*)

Mgr. Daniela Bartoníčková (*Jednotka intenzivní péče, Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha*)

Mgr. Dagmar Kusová (*Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*)

Mgr. Stanislava Reichertová (*Katedra záchranářství a technických oborů, Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni*)

**Recenze:**

PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D., Mgr. Zuzana Pražáková

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2016

Cover Photo © Allphoto, 2016

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6437. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Perokresby Michal Sýkora

Fotografie Mgr. Jana Křivková, PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D.

Počet stran 136

1. vydání, Praha 2016

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

***Autorky děkují ARO JIP Domažlická nemocnice, a.s., Kozínova 292, Domažlice 344 22, za zapůjčení pomůcek.***

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

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

ISBN 978-80-271-9540-4 (ePub)

ISBN 978-80-271-9539-8 (pdf)

ISBN 978-80-271-0064-4 (print)

# Obsah

<b>Předmluva</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>Úvod</b> . . . . .	<b>10</b>
<b>1 Šárka Tomová</b>	
<b>Význam komunikace v ošetrovatelské péči</b> . . . . .	<b>11</b>
1.1 Pohled na komunikaci z hlediska teorie osobnosti . . . . .	16
1.2 Postavení komunikace v ošetrovatelské péči . . . . .	19
1.3 Komunikační cyklus . . . . .	22
1.4 Komunikační bariéry v ošetrovatelské péči . . . . .	26
1.5 Faktory ovlivňující komunikaci s pacienty . . . . .	28
1.6 Komunikační dovednosti zdravotnického pracovníka . . . . .	30
1.6.1 Verbální komunikace . . . . .	31
1.6.2 Neverbální komunikace . . . . .	34
1.6.3 Paralingvistická komunikace . . . . .	43
1.7 Evalvační a devalvační projevy v komunikaci zdravotnického pracovníka . . . . .	46
1.8 Komunikace činem . . . . .	46
1.9 Aktivní naslouchání . . . . .	47
<b>2 Daniela Bartoníčková, Šárka Tomová</b>	
<b>Význam komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči</b> . . . . .	<b>52</b>
2.1 Postavení komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .	52
2.2 Uplatnění komunikačního cyklu v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .	55
2.3 Komunikační bariéry v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .	56
<b>3 Jana Křivková</b>	
<b>Pacient v intenzivní ošetrovatelské péči</b> . . . . .	<b>58</b>
3.1 Definice základních pojmů . . . . .	58
3.2 Pomůcky k zajištění dýchacích cest . . . . .	62
3.2.1 Vymezení pojmu tracheotomie, tracheostomie, tracheostomická kanyla (TSK) . . . . .	64

<b>4</b>	Jana Křivková	
	<b>Komunikační strategie v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .</b>	<b>70</b>
4.1	Podmínky komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .	70
4.1.1	Skórovací systémy vědomí v intenzivní péči . . . . .	73
4.2	Komunikační metody u pacienta v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .	80
4.2.1	Komunikační metody u pacienta na UPV farmakologicky sedovaného a pacienta s kvantitativní poruchou vědomí . . . . .	80
4.2.2	Komunikační metody u pacienta na UPV bez farmakologické sedace . . . . .	82
4.2.3	Specifika komunikace u tracheostomovaných pacientů spontánně dýchajících . . . . .	91
4.2.4	Alternativní komunikační metody u pacientů s tracheostomií . . . . .	95
4.2.5	Náhradní hlasové mechanismy . . . . .	98
<b>5</b>	Dagmar Kusová	
	<b>Bazální stimulace jako forma komunikace v intenzivní péči . . . . .</b>	<b>100</b>
5.1	Definice pojmu bazální stimulace . . . . .	100
5.2	Komunikace v konceptu bazální stimulace . . . . .	101
5.2.1	Biografická anamnéza . . . . .	103
5.3	Prvky bazální stimulace . . . . .	104
5.3.1	Somatická stimulace . . . . .	104
5.3.2	Vestibulární stimulace . . . . .	110
5.3.3	Vibrační stimulace . . . . .	111
5.3.4	Optická stimulace . . . . .	111
5.3.5	Auditivní stimulace (sluchová) . . . . .	112
5.3.6	Orální stimulace (senzorky dutiny ústní, chutových vjemů) . . . . .	112
5.3.7	Olfaktorická stimulace (čichová) . . . . .	113
5.3.8	Taktilně-haptická stimulace (hmatová) . . . . .	113
<b>6</b>	Stanislava Reichertová, Jana Křivková	
	<b>Participace rodiny v procesu komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči . . . . .</b>	<b>114</b>
6.1	Význam rodiny při hospitalizaci pacienta na odděleních intenzivní péče . . . . .	114
6.2	Komunikace mezi sestrou a rodinou . . . . .	115
6.3	Účast rodiny při ošetrovatelské intenzivní péči . . . . .	118

<b>Závěr</b> . . . . .	.120
<b>Seznam zkratek</b> . . . . .	.122
<b>Seznam literatury</b> . . . . .	.123
<b>Rejstřík</b> . . . . .	.130
<b>Souhrn</b> . . . . .	.133
<b>Summary</b> . . . . .	.134





## Předmluva

Téma komunikace ve zdravotnictví je v současné době často skloňovaný problém, který vnímají pacienti jako opomíjený a zdravotníky podceňovaný. Publikací na dané téma se na trhu nachází poměrně široké spektrum. Autorky tohoto textu nás však uvádějí do problematiky komunikace v intenzivní péči, která je velmi specifická a vyžaduje komplexní znalost strategie přístupu k pacientům, kteří jsou odkázáni např. na umělou plicní ventilaci či život s tracheostomií. Sestra se tak učí dešifrovat sdělení pacienta a identifikovat signály, ať už jsou to pouhé pokusy o slova, nebo řeč jeho „spoutaného“ těla. Čtenář má možnost díky tomuto textu získat praktické rady, např. jak funguje hlasový aparát, jaké lze použít pomůcky či škály u pacienta s různým stupněm porušeného vědomí a vlivem sedace nebo jakou nevhodnější komunikační metodu u takových pacientů je možné zvolit. Na základě příkladů z reálných situací, zvláště těch chybných, se můžeme naučit vyhnout negativně působícím obrátům, jež mohou snadno vyvolávat nedorozumění či neadekvátní reakce obou zúčastněných. Autorky do komunikování v intenzivní péči neopomněly zahrnout ani prvky bazální stimulace a návod, jak poučit rodinu v kontaktu s jejich blízkým v náročném prostředí intenzivní péče.

Přeji vám, čtenářům, ať je pro vás tato monografie inspirací, zdrojem k zamyšlení (a to i díky vhodně vybraným citátům známých osobností) a popudem k neustálé kultivaci lidské komunikace nejen za branami zdravotnických zařízení, ale i v běžném každodenním životě.

*PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.  
přednostka Ústavu ošetrovatelství  
3. lékařské fakulty UK, Praha*

## Úvod

V současné době je posuzování kvality ošetrovatelské péče součástí řady světových, evropských nebo národních šetření, jejichž nedílnou součástí je zjišťování spokojenosti pacienta se vzájemnou komunikací se zdravotnickým personálem. S rozvojem společnosti zaměřené na výkon, podmínkami zdravotnické péče a systémem financování se mění i přístup zdravotnických pracovníků, potažmo sester, k pacientovi.

Vztah mezi sestrou a pacientem je utvářen prostřednictvím komunikace. Opravdovost, trpělivost, otevřenost, srozumitelnost, jasnost, výstižnost jsou těmi atributy v interakci, které pomáhají vytvářet důvěrný a pozitivní vztah mezi aktéry komunikační výměny. Záměrem předkládané knihy je ukázat obsahovou složitost komunikace, její funkci v sociální interakci, podat přehled komunikačních strategií v ošetrovatelské péči a zaměřit pozornost na možnosti a techniky komunikace u pacientů, kteří vyžadují intenzivní ošetrovatelskou péči. Neméně významným záměrem je nastínit problematiku komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči a poukázat na nevyhnutelnost osobní vnímavosti, citlivosti a otevřenosti vůči pocitům pacienta i vůči sobě samému.

V profesionální komunikaci jde o uplatňování přístupu „zaměřeného na člověka“, který zavedl americký psycholog Carl R. Rogers. Vychází z vnitřního vztahného rámce osobnosti jedince, z jeho sebepojetí. Podporuje dovednost akceptovat pacienta, schopnost empatie a autenticity ošetřující osoby. Porozumění slovní i mimoslovní interakci, různým typům verbálních projevů, běžně užívaných gest, mimiky, zvuků a jiných informačních prostředků, přemýšlení o nich, adekvátní reagování na ně a jejich vhodné a přiměřené využívání k vlastnímu výstižnému a kultivovanému vyjadřování, způsobilost pro zvládnání konfliktu, způsobilost řídit a regulovat citové prožívání můžeme označit jako komunikativní kompetence, jejichž osvojování a trvalé upevnování je nezbytnou součástí celoživotního vzdělávání sester a všech zdravotnických pracovníků v tomto náročném povolání.

*„Plně porozumět myšlenkám a pocitům druhého, včetně významů, které pro něho mají, a být tímto druhým člověkem také sám plně chápán, to je jeden z nejhodnotnějších a nejvzácnějších lidských prožitků.“*

Carl R. Rogers

# 1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

Šárka Tomová

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“  
indické přísloví

Od doby před 2300 lety, kdy Aristoteles položil základy úspěšné lidské komunikace, se naše základní hodnoty příliš nezměnily. Jeho nejvlivnější teorie se týká přesvědčivosti v komunikaci s druhými. Aristoteles tvrdil, že jakákoliv přesvědčivá promluva – ať již k jednomu člověku, nebo ke stovkám lidí – může být zábavná, hodna zamyšlení, výmluvná či jakákoliv. Pro dosažení přesvědčivosti je podle Aristotela třeba tří různých typů důkazů:

- **Ethos** (etický) – vztahuje se k mluvčímu a jeho povaze, jak se ukazuje prostřednictvím komunikace, odkazuje se k upřímnosti, již daná osoba hovoří. Borg (2007) v této souvislosti dodává, že upřímnost je důležitá, pokud chceme pracovat s empatií. Empatie je založena na důvěře, nastává mezi lidmi, existuje ve vztazích, ne v osobnosti člověka. Důvěryhodnost posunuje vztah dopředu, navázání důvěry mezi sestrou a pacientem je jedním z předpokladů kvalitní ošetrovatelské péče, jež odpovídá současným požadavkům moderní zdravotnické péče.
- **Pathos** (emocionální) – vztahuje se k emocím, které posluchač cítí. Podle Aristotela přesvědčení přichází skrze posluchače, jakmile promluva zasáhne jejich emoce. Z toho vyplývá, že je nutné zapůsobit na emoce posluchače, abychom byli přesvědčiví. Vnímavost sloužící ke zjištění opravdových pocitů lidí, se kterými se jedná, neboli empatie je základem většiny úspěšných vztahů. Odborníci v oboru behaviorálních věd si v posledních letech povšimli dvou vlastností, jež opakovaně vykazují schopnost posílit proces komunikace, a tím i úspěch jedince pro získávání lidí ke svému úhlu pohledu. Těmito vlastnostmi jsou empatie a upřímnost.
- **Logos** (logický) – vztahuje se k samotným slovům mluvčího, jde o výběr slov, faktů, jež uvádí Aristoteles jako důležité pro získání stejného úhlu pohledu posluchače a mluvčího (Borg, 2007).

Problematika komunikace je v dnešní době jednou z nejfrekventovanějších oblastí oborů psychologie, ošetrovatelství, medicíny, ale i dalších společenskovedních oborů. Komunikace (lat. *communicare* – radit se s někým, dorozumívat se, činit něco společným, společně něco sdílet) není jednoznačně definována (Vybíral, 2009). Jde o specifickou formu spojení mezi lidmi prostřednictvím předávání a přijímání informací. Již Galileo Galilei tvrdil, že člověk se může naučit jen tomu, k čemu nalezne sám v sobě schopnost. K tomu, aby člověk v sobě našel schopnost komunikovat, můžeme pomoci nejrůznějšími prostředky (Linhartová, 2007). V komunikaci nejde jen o přechod informace od odesílatele k příjemci, ale také o náš podíl na celku komunikace třeba jen tím, že jsme přítomni, což je aspekt v interakci sestra–pacient z pohledu pacienta zvláště významný. Někteří psychologové rozumějí komunikační výměnou jak sdělování, tak sdílení. Rieger a Vyhnálková (1996, s. 90) vyjadřují svůj náhled na sdílení takto: „*Sdílení vyjadřuje, jak je sdělení prožíváno, jaké emoční zaujetí a intenzitu emocí sdělení vzbuzuje. Týká se všech zúčastněných... Sdílení neznamená přijetí... může probíhat i tehdy, když se sdělovačem nesouhlasíme.*“ Tubbs se dívá na komunikaci jako na „*proces vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi*“ (In Vybíral, 2009, s. 27).

Vymětal (2008, s. 22) v celém přehledu definic komunikace uvádí např. komunikaci jako „*proces přenosu a výměny informací v jakékoliv formě, realizovaný mezi lidmi a projevující se nějakým účinkem*“. Na tomto místě uvádíme **tři základní vztahy komunikace** z hlediska sociální psychologie:

- souvislost komunikace a vzájemného působení
- souvislost komunikace a společné činnosti
- souvislost komunikace a společenských vztahů (Janoušek, 2010)

Komunikace není osobnostní charakteristikou jedince, komunikaci se musíme učit. Jak z výše uvedených vybraných definic vyplývá, je to proces, který má jedinci stále co přinášet, o co ho obohacovat. Není to něco, co by se člověk mohl jednorázově naučit. Komunikaci je nutné chápat jako nekončící proces, který rozvíjí každého z nás. Právě sociální rozměr komunikace je základním pilířem v práci sestry. Vnímání pacienta, jeho potřeb, rozhodování a spolupráce jsou aktivity, které prokazují vyspělost komunikačních dovedností každého zdravotnického pracovníka.

### Vnější a vnitřní kontext komunikace

Znalost vnějších i vnitřních komunikačních kontextů je základním předpokladem vzájemného porozumění a úspěšného dorozumění mezi lidmi. Většinou víme, s kým hovoříme, uvědomujeme si prostředí, v němž k dialogu dochází, reagujeme s určitou časovou prodlevou, v níž to, co jsme slyšeli či viděli, převádíme do svého kognitivního způsobu porozumění, přiřazujeme nové informace k již dříve vytvořeným strukturám, třídíme v myšlenkách to, co jsme přijali a co odpovíme, čelíme časovému tlaku, sami se nacházíme v momentálním emočním rozpoložení, tělesné pohodě nebo diskomfortu (Vybíral, 2009). V ošetrovateľskej péči tyto souvislosti vystupují do popředí naléhavěji, jelikož jde o proces dorozumění s pacientem v intenzivní péči, částečně či zcela odkázaného na naši pomoc. Vnitřním kontextem jsou vstupní informace, vstupní zadání, z pohledu psychologického jsou to naše dosavadní zkušenosti, paměť, způsoby myšlení, schémata přístupu k řešení problému, postoje, fantazie, emoční naladění. Vnitřní kontext tvoří „*všechny vnitřní podněty přicházející z minulosti a z přítomnosti, které nás informují o světě*“ (Tubbs, 2000, s. 8). Vnitřní kontext se přitom neustále vyvíjí, proměňuje, doplňuje dalšími zážitky, zkušenostmi, emocemi, vztahem ke komunikačnímu partnerovi, vlastními osobnostními rysy atd. Vnější kontext může být ve své podstatě sociálně psychologický, kulturní, jazykový, společensko-politický, technologický apod. (Vybíral, 2009).

„*Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek.*“

Héřakleitos

Vezmeme-li v úvahu další přítomné aspekty komunikace, tak ve zdravotnickém prostředí, ve kterém se odehrává interakce zdravotnického pracovníka s pacientem, se znásobuje jejich význam. Komunikaci nejčastěji ovlivňují: *časové ohraničení* (kdy došlo ke komunikačnímu setkání s pacientem, jaký časový úsek je mu věnován); *prostor a prostorové uspořádání* (došlo k setkání na chodbě, před pacienty, v soukromí); *význam obsahu komunikace pro pacienta, přítomnost emocí, vztah mezi komunikujícími* (komunikace např. u dlouhodobě hospitalizovaných, komunikace s někým, koho neznáme apod.); *sociální situace* (přítomnost či nepřítomnost toho, o kom mluvíme, rodina, systém vztahů na pracovišti, kultura skupiny); *existence kontinuity*

(mít možnost se k tématu vrátit); *míra shody jazyka, způsob vzájemného chápání, stereotypy, věk, pohlaví účastníků komunikace, pozice z hlediska moci* (Vybíral, 2009; Mikuláščík, 2010). Nejvýraznějším aspektem v komunikaci se jeví aspekt vztahový, který se přímo podílí na založení vztahu důvěry sestry a pacienta jako výchozího bodu pro úspěšnou komunikaci. Každá komunikační výměna se skládá ze 6 základních složek: sdělujeme obsah, vyjadřujeme svůj postoj ke sdělovanému, vyjadřujeme svůj postoj k příjemci, s nímž komunikujeme, vyjadřujeme své emoce, sdělujeme další atributy o sobě samém (trpělivost, rozhodnost, ohleduplnost aj.) a v neposlední řadě sdělujeme svou představu o dalším průběhu komunikace. Existuje rozdíl mezi komunikací *supportivní*, při níž je vztah jednoho komunikujícího k druhému takový, že podporuje jeho myšlenky, úvahy, rozvoj; a komunikací *defenzivní* (podezřívavou, uzavřenou, staženou). Americký psycholog Watzlavick rozebírá dvě roviny komunikace: *vztahovou a obsahovou*. Prokazuje, jak při mnoha nedorozuměních v komunikaci je nejvýhodnějším řešením rozdělit komunikaci na vztah mezi komunikujícími a analýzu obsahu (Vybíral, 2009). Yalom (2004, s. 109) vyjádřil tuto myšlenku zjednodušeně: „*V konverzaci spočívá obsah v aktuálně použitých slovech, v podstatě toho, o čem se hovoří. Proces však znamená, jakým způsobem je obsah vyjadřovaný, a zejména – co tento způsob vyjadřování říká o vztahu mezi participujícími lidmi.*“ Rozdíl mezi těmito dvěma pojetími komunikace může vést k nedorozumění a možnému konfliktu. Narušený vztah mezi komunikujícími může výrazně ovlivnit shodu a dohodu i ve zdánlivě jednoduchých obsazích. Soupeření a netrpělivost mohou silně narušit obsahovou kvalitu komunikace a člověk má sklon nesouhlasit s navrhovaným, nedodržovat doporučení ani dobře míněné rady.

### Funkce komunikace

Každá komunikační výměna má svůj účel, smysl, funkci, kterou chce splnit nebo bezděčně plní. Dopadem na příjemce dostává komunikace svůj smysl. Na tomto místě uvedeme ty funkce komunikace, jež mají bezprostřední význam ve vzájemném kontaktu sestry a pacienta. Mezi základní funkce komunikace patří:

- **informativní** – předat zprávu, doplnit, oznámit, předat fakta; tvoří podstatnou část vzájemného setkávání sestry s nemocným ve všech složkách ošetrovatelské péče

- **instruktážní** – naučit, zasvětit, navést, vysvětlit významy, popsat postup, jak něco udělat, jak něčeho dosáhnout; tvoří neopominutelnou součást např. následného dodržování léčebného režimu v domácím prostředí
- **persuazivní** – přesvědčit druhého, ovlivnit, pozměnit názor pacienta, získat někoho na svou stranu, emocionální přesvědčování formou působení na city, racionální přesvědčování pomocí argumentů
- **operativní** – vyjednat, domluvit se, vyřešit, dospět k dohodě; např. při propuštění pacienta do domácího ošetření
- **zábavná** – pobavit, rozveselit druhého, rozptýlit apod., zvláště u dětských pacientů (Vymětal, 2008)

Mikuláščík (2008) uvádí a doplňuje další funkce komunikace:

- **motivující** – jde o posilování pocitů sebevědomí, vlastní potřebnosti, posilování vztahu k něčemu; pomáhá uspokojovat potřeby na nejvyšších příčkách Maslowovy pyramidy potřeb
- **socializační** – vytváří vztahy mezi lidmi, navazuje kontakty, posiluje pocit sounáležitosti
- **společensky integrující** – komunikace závisí také na společenské úrovni jednotlivce, v jakých společenských vrstvách se člověk nachází a kam chce patřit
- **funkce osobní identity** – pomáhá ujasnit informace o sobě samém, uspořádání vlastních názorů, postojů, sebevědomí, aspirace; jde o tzv. „ratifikaci sebepojetí“
- **poznávací** – umožňuje sdělovat si každodenní zážitky, vzpomínky a plány, fixuje ve zkrácené podobě zkušenosti jiných lidí, které bychom nebyli schopni v takové šíři prožít
- **svěřovací** – slouží ke zbavování se vnitřního napětí, sdělování důvěrných záležitostí; sdílení pocitů, možnost sdělit nahlas myšlenky, které člověka trápí; tato funkce může dosahovat různé hloubky – může jít o přímou empatickou podporu nebo o pouhou akceptaci emoční úrovně jedince v podobě porozumění bez projevu hodnocení (viz kap. 1.9); tato funkce vyvstává do popředí především v oblasti ošetrovatelské péče a v dalších pomáhajících profesích
- **úniková** – ve stavu smutku, sklíčenosti, znechucení má obvykle jedinec tendenci si nezávazně popovídat, odreagovat se

Závěrem lze tedy konstatovat, že jednotlivé funkce komunikace se vzájemně prolínají celým procesem dorozumívání. Kontakt mezi jedinci je interaktivním procesem a komunikace je v tomto procesu jen jeho součástí. Umožňuje nám však nacházet vzájemné souvislosti mezi vlastním myšlením, prožíváním a chováním, které vedou k dosažení očekávaných výsledků, empatii a percepční sociální senzitivitě, přirozenosti při navazování kontaktů a tvorbě širokého registru sociálních dovedností a technik (Výrost, Dobeš, 2004; Mangrulkar, Whitman, Posner, 2001).

## 1.1 Pohled na komunikaci z hlediska teorie osobnosti

„Znát jiné je moudrost, znát sám sebe je ještě větší moudrost.“  
Lao-c'

Tato kapitola předkládá krátký výčet představitelů teorií osobnosti, které souvisejí s komunikačním procesem člověka či ho ovlivňují.

### Eric Berne (1910–1970)

Patří mezi představitele transakční analýzy. Pokud lidé spolu komunikují, může mít jednání podle transakční analýzy různý charakter. Čím je jednání bezpečnější, tím menší zisk zaručuje. Nejméně bezpečná je intimita, pokud je vzájemný intimní vztah pociťován pozitivně, je zisk maximální. Komunikaci chápe transakční analýza jako splnění následujících podmínek:

- Komunikace se řídí určitými pravidly.
- Do komunikace se zapojuje některý ze tří stavů (rodič – dospělý – dítě), nikoliv celá osobnost.
- Mnoho transakcí je nevědomých.
- Pozici v komunikaci lze označit jako roli ve hře.
- Výsledkem hry jsou pocity.
- Ke hře patří překvapení, mlžení, zmatení (Mikuláščík, 2008).

Tři úrovně osobnosti se promítají do jednání každého člověka odlišným způsobem. *Rodič* = ovládání, pomoc, péče, pravidla, morálka, kritika, ochrana, zákazy, příkazy. *Dospělé ego* = zralost, rozum, naučené pojetí života, zkušenost, racionalita, respekt, tolerance. *Dětské*



*ego* = impulzivnost, emocionalita, hravost, tvořivost, zvědavost, spontánnost, poslušnost, pocit viny.

### **Carl Ransom Rogers (1902–1987)**

Patří mezi představitele humanistické psychologie zaměřené na porozumění a pochopení člověka. Komunikaci považuje za jednu z nejdůležitějších aktivit. Ve svém díle uvádí přehled požadavků, které má člověk splnit, aby se cítil mezi lidmi šťastný. Zmiňujeme jen některé: být upřímný, chovat se otevřeně, uvolněně, vstřícně, s respektem a tolerancí, vyvarovat se přetvářky, umět se vcítit, podpora jako postoj i jako schopnost, otevřenost vůči zážitkům, sebedůvěra (Mikuláščík, 2008).

### **Carl Gustav Jung (1875–1961)**

Patří mezi představitele humanistického pojetí člověka, předpokládá komunikaci zaměřenou na člověka, závislou na postoji jedince, určenou vztahem a zaměřenou na proces vývoje člověka. Jeho hlavním přínosem je komplexní pohled na psychiku a vývoj osobnosti. Jeho teorie staví na přesvědčení, že lidé jsou ovlivňováni jak svými minulými zážitky, tak svými aspiracemi do budoucna. Pro dosažení psychického zdraví je třeba integrovat všechny protichůdné síly v osobnosti do koherentního celku. Za kritérium zralosti považoval stupeň sebeuskutečnění člověka. Každý člověk obsahuje vzorce chování, jež ho predisponují určitým způsobem vnímat, prožívat a reagovat. Jung považuje vývoj osobnosti za dynamický proces, který prostupuje celým životem jedince. Osobnost není statický systém, vyvíjí se a cílem je získat a rozvinout vlastní já, nalezení sebe sama.

### **Alfred Adler (1870–1937)**

Zdůrazňuje aktivní princip života, tvůrčí já. Adler předpokládá, že člověk má sice genetickou výbavu a nějakou výchovu, ale je pánem svého osudu. Člověk je přirozený výsledek zdravého životního stylu, je důkazem sladění individuality a jeho sociálního postoje. Adlerovou vizí je mít takové osobní cíle, které by byly v souladu s pokrokem lidstva; ideálem dokonalosti není jedinec, ale lidstvo jako společenství spolupráce. Adler usiloval o užitečnost pro ty, kteří chtějí sobě a druhým porozumět, ne o neplodné pátrání po absolutní pravdě o lidském naturelu. Bývá považován za předchůdce soudobých humanistů a fenomenologů.

**Harry Stack Sullivan (1892–1949)**

Je představitelem interpersonální teorie psychiatrie. Osobnost podle něho neexistuje samostatně, nýbrž je výsledkem interpersonálních vztahů. Ty začínají v dětství a probíhají po celý život člověka. Hlavním formujícím činitelem je kultura. Základními potřebami jsou potřeba uspokojení (spíše biologická) a potřeba bezpečí (společenská; vyhnutí se nejistotě a úzkosti). Rozvoj osobnosti je podmíněn harmonií sociálních, sexuálních a kognitivních pochodů.

**Erich Fromm (1900–1980)**

Kladl důraz na společenský kontext lidské existence, na důležitost uvědomění si sebe samého a vlastní vnitřní hodnoty. Základním aspektem povahy je svoboda.

Osobnost je podle Fromma celkem zděděných a získaných vlastností, které ji činí jedinečným produktem. Základními složkami jsou temperament a charakter. Temperament je vrozený, víceméně trvalý a nemá etický význam. Charakter je tvořen hodnotovými volbami jedince, jež jsou ovlivňovány sociokulturním okolím.

**John Broadus Watson (1878–1958)**

Je vůdčím představitelem klasického behaviorismu. Watson uvádí, že aktuální chování se má studovat a ne o něm hloubat. Původně zastával názor, že individuální zvláštnosti jedince jsou dány různými zkušenostmi, jejichž vlivu byl jedinec vystaven. Později pojal člověka jako mechanismus, jehož činnost je výsledkem působení prostředí. Osobnost je produktem soustavy zvyků; vývojovým cílem je osvojit si takovou sadu zvyků, jež umožňuje účinné přizpůsobení se a přežití. Je představitelem všemocnosti výchovy, např. je přesvědčen, že ze zdravého novorozence lze zformovat cokoliv.

**Burrhus Frederic Skinner (1904–1990)**

Prosazoval teorii, že každý člověk je jedinečný, každý má jinou genetickou výbavu a jinou osobní historii, každý se chová jinak. Studium osobnosti je o nalézání jedinečného vzoru vztahů mezi chováním organismu a jeho důsledky.

**Albert Bandura (\*1925)**

Uznává vedle významu vnějšího posilování také pozorování, naslouchání a třeba četbu o chování druhých jako formy učení. Zdůrazňuje

učení pozorováním. Většina komplexního chování u lidí vzniká na základě verbálního zprostředkování informací a pozorováním chování u jiných lidí. Pozorováním si tvoříme kognitivní představy, co dělat a co nedělat a jak – kdo to umí, ušetří si čas a mnoho omylů.

### **Julian B. Rotter (1916–2014)**

Je významným představitelem teorie sociálního učení. Hlavní důraz kladl na motivační a kognitivní faktory a sociální kontext chování. Hlavní myšlenkou je předvídatelnost toho, jak se člověk zachová. Lidé upřednostňují chování v minulosti posilované. Každý člověk vnímá prostředí svým typickým způsobem bez ohledu na to, jak se to jeví ostatním.

## **1.2 Postavení komunikace v ošetrovatelské péči**

*„Člověk je bohatý tím, co učinil pro druhé.“*

Johann Wolfgang von Goethe

Komunikace je ve zdravotnictví velmi důležitá, jak u lékařů, tak i u nelékařských zdravotnických profesí. Kvalitní komunikace s pacientem ze strany zdravotnického personálu do jisté míry zlepšuje nebo kladně ovlivňuje trvání, úspěšnost a nákladnost léčby (Ptáček, 2011). Komunikace v ošetrovatelské péči by měla být především komunikací zaměřenou na člověka. Jak uvádějí autoři Motsching a Nykel (2011), komunikace zaměřená na člověka je závislá na postojích, určovaná vztahem a zaměřená na proces vývoje. Nositeli jsou lidé, jejichž postoje vykazují známky kongruence, přijetí a empatického porozumění. Postojem chápeme soubor myšlenek a přesvědčení, která si konstruujeme vůči nějakým konkrétním věcem či jevům v okolním světě. Je to způsob, jakým si uspořádáváme informace, jak definujeme svoji zkušenost. Postoje výrazně ovlivňují naše chování.

V současné době, s rozvojem nových poznatků v medicíně a měnícími se způsoby práce, jsou na sestry kladeny stále nové požadavky týkající se jejich odborných znalostí a dovedností, mezi nimi i dovedností komunikačních. Zdravotnická zařízení jsou více otevřená rodinám pacientů, tím se mění i role sestry, která je nucena komunikovat na různých úrovních (Zacharová, 2011). Všichni blízcí pacientů, rodiče, přátelé a známí, kteří prožívají s pacienty jejich nemoc, hospitalizaci