

# Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků

s pacienty  
se zdravotním  
postižením

Národní rada zdravotně postižených ČR

Partyzánská 7, Praha 7, 170 00  
e-mail: [nrzp@nrzp.cz](mailto:nrzp@nrzp.cz), [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)  
IČO: 70856478

tel.: 266 753 431  
sbírkový účet: 27001329/0800

Desatero pro lepší  
komunikaci.



**NRZP ČR** vznikla v roce 2000 dohodou organizací občanů se zdravotním postižením a dnes je největším a nejrepresentativnějším zástupcem organizací osob se zdravotním postižením v České republice. Aktuálně sdružuje 96 členských organizací, které zastupují téměř 300 000 občanů se zdravotním postižením. NRZP ČR je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a zastupuje občany se zdravotním postižením v dalších významných organizacích. Je rovněž členem několika mezinárodních organizací. NRZP ČR má celostátní působnost s krajskými organizačními jednotkami.

Národní rada zdravotně postižených ČR  
Partyzánská 7, Praha 7, 170 00  
e-mail: nrzp@nrzp.cz, www.nrzp.cz  
IČO: 70856478, tel.: 266 753 431  
sbírkový účet: 27001329/0800



- 6 Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
- 7 K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
- 8 Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
- 9 Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).
- 10 Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti seniora nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

## VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

- 1 Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- 2 Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- 3 Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- 4 V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům. Používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
- 5 Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zámenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- 6 Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na papír. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění, používáme dotek.
- 7 Využíváme neverbální komunikaci, miki, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- 8 Dáme zřetelně najevo, zda odcházíme jen na chvíli nebo zda konzultace skončila.
- 9 Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Pacienty informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, během vyšetření s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- 10 Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

10 Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.

#### IV. Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

- 1 Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho přírodním doprovodem.
- 2 Při nezbytné manipulaci s pacientem pohybově postiženým (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
- 3 Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.
- 4 Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvyklé ví, které místo je nejvhodnější.
- 5 Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
- 6 Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta a snažíme se je odstranit.
- 7 Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.
- 8 Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
- 9 Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.
- 10 Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC.

#### V. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením

- 1 Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babí“, „dědo“ jsou ponižující.
- 2 Důsledně se vyhýbáme zdětinšování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
- 3 Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jeho důstojnost snažíme se vyloučit podceňování a nepodložení přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
- 4 Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
- 5 Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír.

Pacienti se všemi typy zdravotního postižení uvádějí, že jsou často vystaveni ponižování a snižování lidské důstojnosti v případech, kdy jsou v důsledku stigmatizace postižení považováni za slaboduché a podle tohoto deklasujícího přístupu se s nimi jedná. Dokladem je realita všedního dne, kdy lékař nebo sestra hovoří s průvodcem pacienta, nikoliv s pacientem samotným. Otázky typu „a co je pánovi?“ nebo „má pán s sebou průkaz pojišťovny?“ popřípadě „ať si pán odloží“ patří do osobních zkušeností téměř každého člověka s postižením. Proto Národní rada zdravotně postižených ČR (NRZP ČR) přichází s DESATEREM, které má pomoci zdravotnickým pracovníkům s bezproblémovou komunikací s lidmi se zdravotním postižením.

Pacienti s postižením obvykle neříkají, že mají v tomto směru nějaké problémy. Zřejmě je to tím, že se cítí v podřízeném postavení a nechtějí na sebe upoutávat pozornost nebo přivolávat nervozitu či dokonce hněv zdravotnického personálu. Může to být ale také tím, že již rezignovali na snahu neustále a bez výsledku dávat najevo, že by komunikaci a kontakt potřebovali trochu jiným způsobem než se jim dostává. Nebo se jen obvykle bojí v prostředí, ve kterém se nacházejí, říci, že něco potřebují. Evidentně existuje rozpor mezi vnímáním problému komunikace na straně zdravotnických pracovníků a lidí s postižením. Zejména mladší sestry, ale i lékaři se nestydí přiznat určitou nervozitu při kontaktu s lidmi s postižením, neboť neví přesně, jak s takovým pacientem komunikovat, cítí se nejistě.

Je nepochybné, že výše zmíněné problémy ve vzájemné komunikaci mezi pacienty se zdravotním postižením a zdravotnickým personálem existují, a že jsou závažné. Situace je o to závažnější, že demografický vývoj vede k nárůstu seniorů, z nichž část trpí významným, často kombinovaným zdravotním postižením.

Domníváme se, že jediný způsob vedoucí ke vzájemnému lepšímu pochopení musí vést přes cílená a systémová opatření.

#### Tato opatření lze rozdělit do několika kroků:

- 1 Osvětová, propagační a mediální aktivita zaměřená na zdravotnické pracovníky ve všech zdravotnických zařízeních formou tiskoviny vysvětlující základní zásady komunikace s jednotlivými skupinami osob se zdravotním postižením – připraví NRZP ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR).
- 2 Odborné vzdělávání zdravotnických pracovníků v této oblasti, a to na úrovni středního, vysokoškolského i specializačního vzdělávání – účast Rehabilitační klinika 1. LF UK Praha, NRZP ČR, MZ ČR a Česká geriatrická a gerontologická společnost.
- 3 Cílené působení na pacienty se zdravotním postižením (například v rámci celoživotního vzdělávání), aby se naučili prosazovat svá práva na informace, jejichž součástí a předpokladem je schopnost komunikovat – zajistí NRZP ČR ve spolupráci s organizacemi zdravotně postižených a Rehabilitační klinikou 1. LF UK Praha a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT ČR).
- 4 Vydání metodického pokynu určeného zdravotnickým zařízením, který stanoví zásady komunikace zdravotnického personálu s občany s různými druhy zdravotního postižení – MZ ČR ve spolupráci s organizacemi zdravotně postižených.
- 5 Úprava zákona o zdravotní péči, zákona o vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a dalších, ve kterých se promítne povinnost zvláštního přístupu k pacientům se zdravotním postižením.

## I. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

- 1 **Komunikace „přes papír“ s neslyšícími je většinou neúčinná.** Lidé, kteří se narodili jako neslyšící nebo ztratili sluch v raném věku nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamená úlevu.
- 2 **S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s „prázdnými ústy“.** Při mluvení by jednatel neměl jíst, pít, kouřit, žvýkat, podírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- 3 **Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou.** Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- 4 **Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu.** Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40%.
- 5 **Pokud jednatel osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.**
- 6 **Zná-li jednatel osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.**
- 7 **Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.**
- 8 **Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.**
- 9 **Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky** (mobil, rádio, televize apod.).
- 10 **Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujistění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, „co jste mi rozuměl?“**

## II. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

- 1 **Při kontaktu s pacientem je nutné s ním jednat tak, aby se pacient necítil poníženo.** Není možné spoléhat na nějaký jiný, zvláště rozvinutý způsob vnímání zrakově postiženého, například dobrý hmat či sluch.
- 2 **S nevidomým je nutno jednat přirozeně a přímo, nikoliv přes jeho průvodce.** Ten nevidomého pouze doprovází. Věty typu: „Paní, chce si pán sednout?“, jsou nevhodné.
- 3 **Osoba jednatel s nevidomým zdraví jako první.** Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: „Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný“, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost.
- 4 **Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému vizuální kontakt.** Při setkání stačí nevidomému oznámit „podávám Vám ruku“. Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není tedy vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
- 5 **Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít,** při instrumentálním vyšetření je třeba stručně popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Pro nevidomého pacienta jsou informace typu „teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit“ nezbytné.
- 6 **Dveře do místností by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.**

- 7 **Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě.** S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
- 8 **Při komunikaci s nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si.** Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- 9 **Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení. Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho** nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- 10 **Při jednání by měl být nevidomý objednat na určitou hodinu.** Tu je vhodné dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí. Je vstřícné nevidomému pacientovi v čekárně sdělit, že o něm víme.

## III. Desatero komunikace při doprovodu pacientů se zrakovým postižením

- 1 **Zdravotnický pracovník se s nevidomým vždy předem stručně dohodne o způsobu doprovázení.** Obvyklý způsob spočívá v tom, že průvodce nabídne nevidomému rámě a ten se ho při chůzi lehce za loket přidržuje. Průvodce jde vpředu, nikdy nevidomého nepostrkuje, nepoptává ani jinak se s ním nesnaží manipulovat.
- 2 **Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otevírá a nevidomý dveře zavírá.** Proto je výhodné, aby doprovázený byl na straně závěsů (pantů) dveří; není-li tomu tak, před dveřmi si vymění místa tak, že nevidomý za průvodcem přejde na druhou stranu. Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
- 3 **Před vstupem na schodiště průvodce zpomalí nebo úplně zastaví** a upozorní nevidomého na směr schodiště: „schody nahoru“ apod. Dále mu řekne o prvním a posledním schodu každého schodišťového ramene.
- 4 **O nástupu do auta (sanitky) se průvodce a doprovázený předem stručně dohodnou.** Praktické je, aby průvodce položil ruku nevidomého na horní hranu otevřených dveří automobilu, případně upozornil na výši schůdků. Vlastní nástup pak nechá na nevidomém. Je rovněž vhodné předem se dohodnout, kdo zavře.
- 5 **Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první.** Průvodce naznačí pohybem paže, za níž se nevidomý drží, aby se zařadil za něj a šel za ním v zákrytu.
- 6 **Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na opěradlo.** Nevidomému stačí sdělit: „zde je židle, toto je opěradlo“ a on sám si zjistí její polohu a posadí se.
- 7 **Průvodce nevidomému stručně popíše místnost, kde se budou zdržovat.** To platí i o toaletě. Zde by měl průvodce nevidomému sdělit, o jaký druh toalety se jedná. Zkontroluje čistotu a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.
- 8 **Při delším pobytu musí být pacient seznámen s orientační situací místnosti,** aby byl následně samostatný – jak vypadá pokoj, kde se nachází jeho lůžko a noční stolek, kde je umyvadlo, jak najde WC a umývárnu, kde se nachází ambulance, „sesterna“, jak se obsluhuje zařízení na přivolání zdravotní sestry v případě nouze.
- 9 **Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku.** Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované auto.