

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ  
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE V PRÁCI VŠEOBECNÉ  
SESTRY**

Bakalářská práce

Autor: **Martina Poláková**  
Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ  
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE  
DEPARTMENT OF NURSING**

**NONVERBAL COMMUNICATIONS IN A GENERAL  
HEALTH NURSE'S PROFESSION**

Bachelor's thesis

Author: **Martina Poláková**  
Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2008

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

(podpis)

**Poděkování:**

Touto cestou bych ráda poděkovala paní Mgr. Evě Vachkové, za pomoc a čas, který mi věnovala při psaní této závěrečné bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří byli ochotní a vstřícní mi pomoci, při zpracování empirické části této práce.

**MOTTO:**

*„Communicare est multum dare“*

*(Komunikovat znamená mnoho dát)*

# OBSAH

ÚVOD .....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1.1. KOMUNIKACE .....	10
1.1.1. Typy komunikace .....	11
1.1.2. Funkce komunikace .....	12
1.1.3. Vývoj komunikace .....	13
1.2. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	14
1.2.1. Paralyngvistické jevy .....	15
1.2.2. Faktory dotvářející slovní komunikaci .....	16
1.2.3. Zásady úspěšné verbální komunikace .....	17
1.2.4. Naslouchání .....	18
1.2.5. Rozhovor .....	19
1.3. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	20
1.3.1. Mímika .....	22
1.3.2. Řeč očí .....	24
1.3.3. Gestika .....	26
1.3.4. Haptika .....	28
1.3.5. Proxemika .....	30
1.3.6. Posturologie .....	33
1.3.7. Kinezika .....	35
1.3.8. Úprava zevnějšku .....	36
1.4. SDĚLOVÁNÍ ČINY .....	38
1.5. ZVLÁŠTNOSTI KOMUNIKACE U DĚTÍ .....	40
1.5.1. Signály komunikace dětí .....	41
1.5.1.1. Signály radosti .....	42
1.5.1.2. Signály volání o pomoc .....	45
1.5.2. Komunikace s nemocným dítětem .....	50
2. EMPIRICKÁ ČÁST .....	52
2.1. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	53
2.2. METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	53
2.3. VÝZKUMNÝ VZOREK .....	54
2.4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER .....	54
2.5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DĚTÍ .....	67
2.6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DOSPĚLÝCH NEMOCNÝCH .....	75
2.7. DISKUSE .....	85
ZÁVĚR .....	92
ANOTACE .....	94
POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA .....	95
SEZNAM GRAFŮ .....	97
SEZNAM TABULEK .....	98
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	100
SEZNAM PŘÍLOH .....	100
PŘÍLOHY .....	101

## ÚVOD

Komunikace je v posledních letech skloňována ve všech směrech a odvětvích. Asi všichni víme, co slovo komunikace znamená, ovšem jen málo kdo z nás ho dokáže opravdu výstižně popsat. Vždyť i slovníky či encyklopedie mají s tímto slovem problémy. Je totiž velmi nejednoznačné. Může například vyjadřovat:

- *Dorozumívání obecně - nejčastějším způsobem takové komunikace bývá lidská řeč a písmo popř. nonverbální komunikace (komunikace beze slov)*
- *Pozemní komunikace - čili silnice, dálnice, chodníky, cyklostezky apod.*
- *Obecně dopravní cestu - např. železnice, vodní cesta, letecká cesta*
- *Telekomunikace - starší obecné označení pro všechny metody elektronické komunikace* (Wikipedia)

Nás bude zajímat první význam tohoto slova – tedy dorozumívání.

*Zdá se, že dnes už lidé spolu nemluví, nerozmlouvají, nepovídají si, nebaví se, nepřou se, nediskutují, nebesedují, nevyprávějí si, nesdílejí si zážitky a názory, ale jen komunikují. Škoda, že jedno módní slovo rázem vymetá z českého jazyka celou tu různost lidského sdělování a sdílení, jímž se tak nevratně člověk vydělil z ostatní živočišné říše. Obávám se, že to odumírání synonymické řady, její nahrazení univerzálním komunikovat, je i výrazem naší pohodlnosti myslet. Už i v aktivní slovní zásobě dětí výše citovaná synonyma slovo komunikovat nahrazuje.* (Linhartová, 2007, str.11)

Komunikace je pro nás součástí jakéhokoli kontaktu mezi lidmi, a proto se stala důležitou součástí našeho každodenního života. Mluvíme o ní například v souvislosti s rodiči a dětmi, politiky a občany, ale také zdravotníky a pacienty. Je tedy i nedílnou součástí profese každé všeobecné sestry. Měli bychom se proto zamyslet nad jejími zákonitostmi a zapeklitostmi. O komunikaci se hojně hovoří, ale v okamžiku, kdy máme navázat kontakt s dalšími lidmi, často tuto schopnost ztrácíme. Tento fakt je všeobecně rozšířen a můžeme říci, že se stále rozšiřuje. I proto je důležité se tímto tématem zabývat.

Komunikaci dělíme na tři podskupiny – komunikaci verbální, komunikaci neverbální a komunikaci činy. Nejstarší je pravděpodobně komunikace neverbální. Je dokázáno, že i lidé v pravěku se dorozumívali, přestože řeč u nich ještě nebyla vyvinutá. Také u dětí se již po narození projevují prvky komunikace neverbální, řeč přichází mnohem později. Ovšem nelze říci, že ke komunikaci nám postačí jen některá z jejích složek. Všechny jsou spolu úzce provázány a proto vždy, byť nevědomky, komunikujeme za pomoci všech těchto složek.

Téma komunikace je velmi široké a zajímavé, proto jsem si ho vybrala pro svou bakalářskou práci. O komunikaci jsem se začala zajímat již na střední škole, kde mě k tomu přiměly postřehy na odborné praxi v nemocnici. Začala jsem si uvědomovat, jak důležité je umět správně komunikovat s lidmi. Zajímalo mě, jak se správně dorozumívát, čeho využít a čeho se naopak vyvarovat. Výsledkem této zvědavosti je nejen tato práce, ale doufám, že i zlepšení mých komunikačních dovedností.

V první části své bakalářské práce jsem se snažila zpracovat teoretické poznatky získané z odborné literatury. Jak jsem zmínila již výše, složky komunikace nelze zcela oddělit, proto i já jsem je do své práce zařadila všechny. O komunikaci verbální jsem se zmínila opravdu zběžně, upozornila jsem pouze na skutečnosti, kde se dělají nejčastěji chyby nebo které jsou opravdu důležité. Vzhledem k tomu, že téma mé práce je Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry, jsem této oblasti věnovala nejvíce prostoru. Postupně jsem se zabývala jednotlivými oblastmi a jejich důležitými prvky často vyskytovanými ve zdravotnictví. Vložila jsem i kapitolu o sdělování činy, která je s neverbální komunikací úzce spjata. Poslední kapitola v teoretické části práce pojednává o komunikaci s dětmi. Myslím si, že se často zapomíná, že dítě není malý dospělý, a proto by se měla i komunikace s ním lišit. Snažila jsem se upozornit na nejdůležitější aspekty dětské komunikace a její odlišnosti od té „dospělé“.

Pro vypracování empirické části jsem si zvolila dotazníkovou metodu. Vypracovala jsem dotazník zaměřený na znalosti a dovednosti všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace. Pro výzkum mezi sestrami jsem si stanovila 3 cíle:

1. Zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace.
2. Zjistit míru využití teoretických znalostí neverbální komunikace v praxi.
3. Zjistit rozdíly ve znalostech neverbální komunikace podle let v praxi a různosti oddělení, na kterém je praxe vykonávána.

Pro potvrzení či vyvrácení informací získaných od všeobecných sester, jsem použila dotazníkové šetření u pacientů ze stejných oddělení, z kterých byly sestry účastnicí se výzkumu. Pro tento účel jsem si stanovila další 3 cíle:

1. Zjistit názory dětských pacientů na schopnosti sester v neverbální komunikaci.
2. Zjistit názory dospělých nemocných na schopnosti sester v neverbální komunikaci.
3. Zjistit rozdíly mezi názory sester a pocity nemocných.



## **1. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1.1. KOMUNIKACE

*Slovo komunikace je latinského původu. V latině communicare znamená communem reddere – učinit společným.* (Mareš, Křivohlavý, 1995, str.15)

Chápeme-li komunikaci pouze obecně, jde o prosté sdělování informací slovy. V širším slova smyslu jde i o sdílení pocitů, nálad, myšlenek, postojů atd. Využíváme k tomu mnoho prostředků a signálů, jako jsou například mimika, gesta a postoje. Pro hlubokou a přínos mající komunikaci je důležité obě tyto složky propojit. Komunikace neznámá pouze si předat informaci, ale i vzájemně se potěšit, otevírat druhému své pocity, dávat a přijímat. Je to tak prostá věc, že si ji často ani neuvědomujeme. Její sílu a důležitost spatříme až v okamžiku, kdy se nám jí nedostává. Tím je často období nemoci a hospitalizace, kdy jsme odloučeni od našich blízkých a přátel. Tento okamžik není obtížný jen pro nemocného a jeho blízké, ale i pro zdravotníky, kteří o pacienta pečují. Vždyť oni jsou ti, kteří se snaží pochopit obtížnost situace každého pacienta a vžít se do jeho pocitů. Z toho vyplývá, že komunikovat neznámá pouze mluvit, ale i pozorovat, cítit, vnímat a snažit se pochopit.

Často slyšíme, že komunikace je schopnost, se kterou se již rodíme – někdo ji má více a jiný méně. Jde o dovednost, jež můžeme stále zlepšovat. Ovšem musí být splněna základní podmínka – chtít! Pokud chceme, je snazší se zaměřit na to, co a jak říkáme, kdy a kde to říkáme a hlavně komu to říkáme. Dále je nutné se zaměřit na chování, gestikulaci, postoje a další projevy obou komunikujících. Teprve naučíme-li se tyto signály vidět a porozumět jim, může být naše komunikace opravdu důsledná a precizní.

Výměna informací by nikdy (tím spíše ve zdravotnictví) neměla být jednosměrná, měla by probíhat v obou směrech. Vždy pochopitelně s ohledem na situaci v různé míře. Někdy bude míra informací větší jen od komunikátora (autor sdělení) k recipientovi (posluchač), například při vysvětlení průběhu vyšetření, a jindy bude množství informací vyrovnané. Informujeme-li o něčem pacienta, vždy se optáme (nejen optáme, ale existuje více technik zjištění zpětné vazby), zda informaci slyšel a pochopil.

Budeme-li dodržovat základní zásady (příloha 5), je velmi pravděpodobné, že komunikace mezi námi a pacientem bude na vysoké úrovni a ku prospěchu nás všech.

### 1.1.1. TYPY KOMUNIKACE

V práci zdravotníků rozlišujeme tři typy komunikace. Každý typ má své důležité místo, charakter, zákonitosti i význam. Neměli bychom je zaměňovat a žádný z nich vynechávat. Pro dobrý vztah zdravotnický personál – pacient jsou důležité všechny tři. Vždy bychom také měli přizpůsobit své chování danému typu komunikace. Ne ve všech situacích je každé chování vhodné. Je třeba dát si pozor například na úsměv, aby si ho nemocný nevyložil špatně. V některých situacích by mohl úsměv způsobit dojem výsměchu či pocit nepochopení. Komunikaci dělíme na:

- 1. Sociální – jedná se o běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Vhodné situace k jeho využití jsou například úprava lůžka, hygiena či další volnější okamžiky dne.*
- 2. Specifická – jde o oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně atd. Zde jsou zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, přijatelnou formu, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného. Na závěr je nutné ověřit, zda nemocný sdělení rozuměl a akceptuje ho. Mezi příklady specifické komunikace můžeme zařadit sdělování postupu vyšetření či způsobu stravování při daném onemocnění.*
- 3. Terapeutická – Odehrává se často formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. (Venglářová, Mahrová, 2006, str.12 a 13)*

U všech typů komunikace je velice důležité přizpůsobit ji momentálnímu stavu nemocného, jeho možnostem a také věku. Proto vždy důsledně pozorujeme, jakého pacienta máme před sebou. Nelze se všemi komunikovat stejně.

## 1.1.2. FUNKCE KOMUNIKACE

Komunikaci dělíme do čtyř různých skupin podle toho, jakou má funkci. Funkce neboli význam komunikace je dán cílem, kterého chceme dosáhnout. I ve zdravotnictví užíváme druhy komunikace patřící do všech skupin. Některé jsou důležité z profesionálního hlediska, jiné slouží k rozptýlení či napomáhají empatii.

Dělíme na:

- 1. informativní funkci** – smyslem je předat zprávu či doplnit informace ke zprávě podané již dříve. Uvádí nutná fakta. Jako příklad můžeme uvést informování nemocného o plánovaném vyšetření.
- 2. instruktážní funkci** – tento typ komunikace má za úkol navést, zacvičit, naučit atd. Příkladem je vysvětlení o způsobu stravování či péči o novorozence.
- 3. Persuazivní funkci** – jejím cílem je přesvědčit adresáta, aby změnil názor, získat jej na svou stranu. V nemocnici je tato funkce patrná například při přesvědčování pacienta o důležitosti operace, kterou on odmítá.
- 4. Zábavní funkci** – tato funkce zajišťuje rozptýlení, pobavení či odvedení myšlenek od problému. Je to ono známé „jen tak si popovídat“. Hovoříme o tom, co nemocného baví, co má rád.

Každá z těchto funkcí má své nezastupitelné místo v komunikaci s pacientem. Je důležité umět nemocnému citlivě sdělit důležité informace, ale také umět ho alespoň na chvíli rozptýlit. Není nutné být mistrem v komunikaci. Stačí jen chtít podat pomocnou ruku a ukázat svou „lidskou“ tvář. Uvidíme, že každý pacient uvítá náš zájem o něho. My jako zdravotník jsme často jeho jediným spojením s okolním světem.

### 1.1.3. VÝVOJ KOMUNIKACE

Je všeobecně známo, že způsob a úroveň komunikace se s věkem jedince postupně mění. Bez ostychu můžeme říci, že komunikace začíná již samotným početím. Vždyť již v děloze plod komunikuje s matkou. Jednou z prvních odpovědí je všem dobře známé kopání plodu. Některé zdroje dokonce uvádějí, že plod si svým pohybem „říká“ o určitou pozornost či nějaké jednání, jako je například spuštění hudby. Tyto informace nejsou prozatím řádně doložené, proto se hovoří o vývoji komunikace až od narození dítěte. Pro její rozvoj je podstatné stáří jedince a také tělesný, smyslový, kognitivní a sociální vývoj.

Každé dítě má před sebou velmi náročný úkol. Musí se naučit užívat neverbální komunikaci, poté zvukovou stránku jazyka (tzv. fonémy), dále pak významovou složku a nakonec umět vše spojit dohromady. K tomu, aby se děťátko vše správně naučilo, potřebuje partnera v komunikaci. Tím je mu nejčastěji matka, ale nezapomínejme, že u dětí nemocných je tímto partnerem právě sestra. Dítě se nejvíce naučí pozorováním a posloucháním.

Zhruba do 7. roku života mají děti utvořeny základy pro komunikaci. V této době si vytváří aktivní, ale i pasivní slovní zásobu. Tou jsou myšlena slova dítětem nepoužívaná, ale chápáná. Také získává schopnost tvořit nejprve jednoduché a poté složité větné celky a rozumět jim. To se učí především zkoušením nových slovních spojení a reakcí okolí na ně. V dalším období života si jedinec zejména rozšiřuje slovní zásobu a zdokonaluje se v utváření složitých vět. Dá se tedy říci, že do základní školy vchází dítě připravené na komunikaci s ostatními.

Jakožto zdravotníci bychom si měli vždy uvědomit, jaké komunikační schopnosti má jedinec před námi a tomu uzpůsobit náročnost, formu i délku komunikace.

Jak bylo již dříve zmíněno, komunikace se skládá ze složek verbální, neverbální a komunikace činy. Jen těžko si lze představit dorozumívání jen za pomoci jedné z těchto složek. Nelze je rozdělit! Proto ani já je nemohu ve své práci opomenout, než se budu věnovat hlavní části této práce – komunikaci neverbální.

## 1.2. VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

V tomto případě se jedná o dorozumívání se dvou a více osob pomocí slov či jiných znaků jazykového systému. Podle Vybírala slovní komunikací rozumíme výběr, kombinování a produkci jazykových znaků (psaní projevů, rozmyšlení řeči, artikulace atd.), proces vzájemného sdělování, vnímání (percepce), příjem (recepce) a porozumění slovním sdělením.

K výměně informací při verbální komunikaci dochází pomocí daných znaků. Hlavním znakovým systémem specifickým pro lidskou společnost je řeč. Tu můžeme dále rozdělit na znaky fonetické – mluvené slovo, a znaky gramatické neboli řeč psanou. Řeč můžeme nazvat nejuniverzálnějším prostředkem komunikace, protože při předávání informací tímto způsobem dochází k nejmenším ztrátám smyslu sdělovaného. K tomu je ovšem ještě zapotřebí, aby všichni účastníci komunikace velmi dobře chápali danou situaci a byli naladěni na „stejnou vlnu“. Například přijde-li pacient za sestrou s více problémy, měli by si společně ujasnit, o kterém hovoří nyní a který vyřeší později. Také by sestra měla chápat, že tato situace je pro pacienta důležitá, a měla by ji proto brát také tak.

Ve slovní komunikaci rozlišujeme autora sdělení – komunikátor a příjemce sdělení – recipient. Dojde-li ke komunikaci, provádí komunikátor tzv. kódování řeči a recipient dekódování. To platí, ať už se jedná o řeč psanou či mluvenou. Dekódováním se recipient snaží „rozluštit“ komunikátorovu zprávu a přijít tak na smysl sdělení. Ne vždy se ovšem dekódovaná zpráva shoduje s původní myšlenkou autora. Pro upřesnění informací či k lepšímu pochopení verbálního sdělení slouží rozhovor. Ten by měl být jednou z hlavních složek komunikace mezi lidmi. Na jeho důležitost by se nemělo zapomínat nikde tam, kde přichází do kontaktu více lidí. Jedním z takových míst je i zdravotnictví. Proto bychom měli dbát na důslednost v komunikaci s pacientem. Mnohdy nestačí jen tištěné brožury a odborné publikace – je důležité si udělat na pacienta čas a vše mu vysvětlit při rozhovoru.

*Mezi dovednosti umožňující vést informačně plnohodnotný a obě strany uspokojující dialog patří zejména umění poslouchat a slyšet, dále umění klást otevřené otázky, tedy dotazy, které dovolují nemocnému vysvětlit, co prožívá a jak svůj stav hodnotí. (Honzák, 1997, str.18)*

Verbální komunikaci tvoří pouze slova. Jsou tu další důležité složky a faktory, které ji dotvářejí. Jsou to paralingvistické jevy, kontext situace, vnitřní předpoklady jedince, motivace ke komunikaci a také zásady v komunikaci. Pokud toto všechno pospojujeme do jednoho celku, vzejde nám úspěšné, srozumitelné a jasné slovní sdělení.

### 1.2.1. PARALINGVISTICKÉ JEVY

Jak bylo výše zmíněno, pro efektivní verbální komunikaci nestačí pouze volit ta správná slova. Většina autorů zabývajících se komunikací hovoří o sedmi důležitých jevech:

**Tempo řeči** většinou vypovídá o míře znalostí daného tématu. Čím rychleji mluvíme, tím větší jsou pravděpodobně naše znalosti. Rychle může člověk hovořit i z obavy, že ho nenecháme domluvit. Proto bychom měli pacienta vždy ujistit, že na rozhovor máme dostatek času. Tempo řeči stoupá i při nejistotě či studu – máme nutkání mít hovor „rychle za sebou“.

V rozhovoru (obzvláště mezi zdravotníky a nemocnými) platí, že není dobré zaplňovat čas planým povídáním - lepší variantou jsou **pomlky**. Nejčastěji se s nimi setkáváme, když se blíží nepříjemné téma, hovořící má strach, neví, jak se vyjádřit či pociťuje stud. Pomlky se v hovoru s nemocným hodí, i pokud něco vysvětlujeme. Dáme mu tak možnost přemýšlet, nebo se dotázat na nejasnosti. Mlčení vždy neznamena, že nemáme co říci.

Každý z nás má svou vlastní **polohu hlasu** – jeho výšku. Ke změnám této polohy dochází v emocionálně laděných situacích. Například jsme-li ve stresu nebo máme strach, zlost, či naopak radost. Obecně se dá říci, že vysoké tóny jsou nepříjemné, iritují, a naopak tóny hluboké uklidňují.

**Síla hlasu** (hlasitost) by měla být úměrná situaci, velikosti prostoru, v němž se hovoří a také sluchovým možnostem posluchače. Je již známo, že není pravdivé tvrzení – čím hlasitější, tím srozumitelnější! Naopak, příliš hlasitý projev je nepříjemný až netaktní a odpoutává pozornost od obsahu sdělení.

*„Intonací se rozumí „melodie věty“. Podaří-li se nám správně intonovat to, co říkáme, umožní to posluchači odlišit a identifikovat oznamovací větu od věty tázací a poznat, zda daná věta bude pokračovat nebo zda již končí.“* (Křivohlavý, 1995, str. 80) Intonace umožňuje pochopit význam řečeného, proto s její pomocí můžeme tento význam měnit.

**Celková délka sdělení** je velkým aspektem správnosti komunikace. Musíme si uvědomit, že ne každý je připraven (ochoten) si povídat stejně dlouhou dobu. Jen málo kdy je vhodná komunikace formou monologu, a navíc i zde bychom měli nechat dostatek prostoru druhému, aby mohl vyjádřit svůj názor.

Jednou z nejčastějších chyb v rozhovoru je užívání takzvaných embolických slov neboli **„slovních parazitů“**. Jedná se o slova, která naši řeč narušují a tvoří ji nesrozumitelnou, například slova „tedy“, „jaksi“, „jak se říká“, „kdyby“ nebo jen zvuky či hlásky - „ehm“, „ééé“, „nóó“ atd.

## 1.2.2. FAKTORY DOTVÁŘEJÍCÍ SLOVNÍ KOMUNIKACI

Jak bylo již výše zmíněno, verbální komunikace je tvořena mnoha částmi. Některé můžeme snadno ovlivnit (výběr slov, paralingvistika). Pak jsou ještě faktory, které tak snadno ovlivnit nemůžeme. Počítáme mezi ně kontext situace, individualitu hovořícího a motivaci ke komunikaci.

**Kontextem situace** se myslí situace, ve které rozhovor probíhá. Vždy bychom měli brát v úvahu téma hovoru a podle něj „upravit“ situaci. Místo a čas si můžeme ve většině případů zvolit. Neměli bychom na to zapomínat ani v komunikaci s nemocným. Ne každé sdělení je vhodné (možné) říkat na pokoji s dalšími pacienty a takřkajíc „mezi dveřmi“. I způsob komunikace by měl být rozdílný vzhledem k tématu. Některé informace se dají sdělit pomocí jednosměrné komunikace (letáky, brožury). Ovšem nemocný by měl mít vždy možnost reagovat, nechat si objasnit čemu nerozuměl nebo se zeptat na další informace. Také nesmíme zapomínat na momentální psychický stav našeho partnera v komunikaci. U nemocných, tím spíše hospitalizovaných lidí je zřejmé, že jejich současný zdravotní i emocionální stav bude velmi ovlivňovat jejich možnosti dobře komunikovat s okolím.

Dalším prvkem vstupujícím do komunikace je **individualita hovořícího**. V každém našem projevu je kousek nás samých. Nesmíme však opomenout, že i posluchač je jistou individualitou, jejíž vlastnosti naši komunikaci ovlivňují. U nemocných také platí, že jejich schopnost a ochotu komunikace ovlivňují subjektivní pocity z nemoci, hospitalizace i personálu. Měli bychom se proto snažit na naše klienty působit pozitivně a často je vybízet k vyjádření pocitů a názorů.

Posledním faktorem ovlivňujícím komunikaci, o kterém se zmíníme, je **motivace**. Základem dobré komunikace je ochota a vůle komunikovat. Motivaci dělíme na několik typů. Pro naše potřeby jsou nejdůležitější:

- motivace kognitivní – potřeba něco sdělit, vyjádřit svůj názor
- motivace sdružovací – potřeba navázat s někým kontakt
- motivace adaptační – potřeba utvrdit se o svém postavení ve společnosti
- motivace požitkářská – nevázané koketování, rozptýlení se, bavit se, být baven

Nyní již známe všechny prvky, které společně tvoří neverbální komunikaci. Budeme-li je mít na paměti při každé konverzaci, měla by směřovat ke stanovenému cíli. Avšak pro její srozumitelnost a plnohodnotnost existují ještě zásady, o kterých se zmíníme v další kapitole.



### 1.2.3. ZÁSADY ÚSPĚŠNÉ VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

*„Nasloucháme-li někomu – pacientovi, kolegovi, sestře, úředníkovi atp. – pak nás někdy trápí to, že vzdor jeho dobré výslovnosti, přeci jen dost dobře nechápeme, co chce říci. Je dost možné, že si podobné otázky klade i pacient, s nímž hovoříme. Není proto marné uvést si v přehledu pět pravidel dobré srozumitelnosti naší řeči: (Křivohlavý, 1995, str.75)*

#### 1. **Volba slov**

V českém jazyce je mnoho slov, která se dají říci jinak – tzv. synonyma. Jejich užíváním nejen zpestříme svůj slovník, ale také umožníme posluchačům orientovat se v našem sdělení. Při rozhovoru s nemocným bychom se měli snažit přizpůsobit svůj slovník slovníku pacienta. Tím mu pomůžeme pochopit naše sdělení.

#### 2. **Jednoduchost sdělení**

Naše sdělení by mělo být jasné, raději použijeme krátkých srozumitelných vět, než dlouhých nesrozumitelných souvětí. Vždy říkáme na rovinu, co máme na mysli, nesnažíme se o zdlouhavé složité opisování situace.

#### 3. **Souvislost**

V češtině sice není pevný pořádek slov ve větě jako je tomu například v angličtině, ale i zde platí, že slova mají jistý řád. Musí na sebe navazovat určitým způsobem, aby dávala smysl, to platí i pro celé věty v hovoru. Celým sdělením by měla procházet jakási „nit“ vedoucí smysl z jedné věty na druhou.

#### 4. **Výstižnost**

Používáme takové množství slov, aby bylo dostatečně vysvětleno potřebné, ale nebylo zakryto nedůležitým. Přílišná stručnost může škodit stejně jako přílišná upovídání. Hovoříme-li příliš stručně, může mít nemocný pocit, že je nám lhostejný nebo nás dokonce obtěžuje.

#### 5. **Podnětnost**

Naše sdělení by vždy mělo vést k reakci ze strany nemocného. Pokud jsme mu například právě vysvětlili, co musí dělat pro zlepšení stavu, měl by nemocný začít s danou činností a naopak. Na závěr je vhodné vyzvat pacienta, aby nám zopakoval či předvedl, co zná, ví, umí.

## 1.2.4. NASLOUCHÁNÍ

Při komunikaci se může zdát, že nejdůležitějším jevem je umění „mluvit“. Avšak pravdou zůstává, že prvním a snad nejdůležitějším je umění naslouchat. Co se rozumí nasloucháním? Mnoho lidí si myslí, že jde o pouhé poslouchání (přijímání) zprávy, jako například z rádia. Ovšem při naslouchání ve správném slova smyslu jde o zapojení všech komunikačních kanálů: verbální komunikace – řeči

neverbální komunikace – mimoslovní sdělení

sdělování činy – co děláme, jak to děláme a také kdo se jak chová

*„Nejde jen o to slyšet, co druhý říká, ale být aktivním posluchačem a chápat, porozumět, tj. správně interpretovat to, co nám partner sděluje. Toto naslouchání se děje třemi komunikačními kanály: ušima, očima, srdcem.“* (Křivohlavý, 1995, str.86)

V komunikaci rozlišujeme dva vzájemně podobné termíny, které se svým obsahem velmi liší. Jde o slyšení a naslouchání. A čím se liší?

**„Slyšet“** – jde o pouhé zachycení zvuků (slov) bez větší snahy jim porozumět - posluchač zůstává pasivní bez reakcí a vyjádření emocí, důvodem může být jeho nezájem, zaměření na „důležitější“ program či neschopnost porozumět sdělení...

**„Naslouchat“** – není jen příjem zvuků, snaha pochopit a správně interpretovat slyšené - posluchač je aktivní, věnuje hovořícímu svou pozornost, čas, respektuje ho, snaží se o navázání důvěry...

*„Není-li naslouchání jen posloucháním toho, kdo co říká, čím je? Psychologové zde hovoří o tzv. selektivním naslouchání či o selektivním zaměření pozornosti. .... Při takovémto naslouchání do určité míry neslyšíme vše, ba ani se nesnažíme slyšet za každou cenu vše, co je řečeno, ale snažíme se slyšet vše o určité věci. .... Příkladem selektivního naslouchání může být zaměření lékaře při braní anamnézy. Zpočátku naslouchá všemu, později se zaměřuje speciálně na určité údaje – i když mu ani při tom nic neujde.“* (Křivohlavý, 1995, str.49)

Selektivní naslouchání je složitý a citlivý systém výběru, čemu naslouchat. Které informace jsou ty důležité, a které můžeme vypustit. Vždy je důležité zaměřit se na situaci a pocity našeho partnera v komunikaci, jen tak bude náš rozhovor přínosem.

## 1.2.5. ROZHOVOR

*„Termínem „rozhovor“ označujeme rozmluvu či rozmlouvání dvou či více osob. Na rozdíl od monologu, kdy jeden mluví a druhý či všichni ostatní poslouchají, je rozhovor verbální i neverbální činností, které se účastní aktivně všichni přítomní.“*

(Křivohlavý, 1995, str.82)

Rozhovor slouží ke zjištění osobních zkušeností, dovedností, názorů, myšlenek, pocitů a uvědomování si vlastní identity či postavení. Ve zdravotnictví nám pomáhá ujasnit si, co nemocný již zná, co bychom mu měli vysvětlit, z čeho má obavy a také jak mu můžeme pomoci. Rozhovor je jednou z nejdůležitějších součástí sociální interakce zdravotníka s pacientem. Jak bylo již dříve zmíněno, jen zřídka kdy by se mělo jednat o monolog. Většinu rozhovorů tvoří takzvané dialogy – rozhovory dvou a více lidí.

Rozhovor není vždy stejný, známe jich mnoho druhů. Pro naše účely ovšem postačí dvě základní jednoduchá dělení:

### 1. dle cíle

- informační – účelem je získání či předání informací,
  - užití při odběru anamnézy, vysvětlení postupu vyšetření...
- edukativní – cílem je něčemu naučit – nutná dobrá znalost tématu edukujícím
  - příklad užití je naučení pacienta užívání inzulínového pera
- terapeutický – užíván k uklidnění, povzbuzení...
  - užití při tíživé situaci nemocného, jeho strachu, úzkosti, zklamání, smutku, tísně atd.

### 2. dle techniky

- standardizovaný – jasně určený cíl, striktně stanovené otázky v daném pořadí
  - užití při výzkumu – nutnost srovnávání
- nestandardizovaný – cíl vždy stejný, formulace i pořadí otázek je měnitelné
  - užití při odběru anamnézy
- volný – sledujeme konkrétní cíl, ale není úplně pevný
  - využíváme například při obecném „zábavném“ rozhovoru

Při výkonu zdravotnického povolání bychom neměli nikdy zapomenout na význam rozhovoru a jeho prospěch. Zde více než kde jinde platí, že dobré slovo je polovinou úspěchu. Při povídání s pacienty je velmi důležitá projevená empatie.

### 1.3. NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Nonverbální komunikace je jednodušší a starší formou komunikace. Jde o formu komunikace beze slov – tedy řeč těla. Autoři odborné literatury, např. Thiel (1997), říkají, že řeč těla je upřímnější než to, co sdělíme slovy. Skutečně důležité věci většinou „říkáme“ a „slyšíme“ tělem. Můžeme říci, že asi jen 7% informací získaných během rozhovoru pochází ze slov. Dalších 38% vytušíme z tónu hlasu a zbylých 55% sdělení poznáme z řeči těla.

Mimoslovní komunikace je velmi široká. Pro jednodušší orientaci v ní rozlišujeme způsoby sdělování do osmi základních skupin: mimika (výrazy obličeje), řeč očí (pohledy), gestika, haptika (doteky), kinezika (pohyby), fyzické postoje, proxemika (vzdálenosti), úprava zevnějšku a okolního prostředí. Po hlubším studiu těchto aspektů můžeme říci, že komunikujeme, i když zrovna mlčíme. Tuto myšlenku předkládají například autoři J. Messina a C. Messina (online) a také J. Mareš a J. Křivohlavý (1995). Jasně to dokládají i běžné denní situace. Například vyhýbáme-li se protijdoucímu chodci. Nikdy se s ním přeci slovně nedomlouváme, kdo půjde vlevo a kdo vpravo. K dorozumění nám stačí pouze pohled.

*Není možno nekomunikovat. I když se na někoho nepodívám, něco tím „říkám“. Není možné se netvářit a nechovat. I když něco neudělám, přece tím něco sděluji. Mnohé si sdělujeme beze slov.*  
(Křivohlavý, 1988, str.6)

Z vědeckých poznatků vyplývá, že nonverbální komunikace má dvě složky – vrozenou a získanou. Dokazují to výzkumy prováděné na od narození nevidomých a hluchých dětech. Také mezi jednotlivými národy a kontinenty existují gesta, která se neliší. Do vrozené složky neverbální komunikace můžeme zařadit devět základních projevů. Jsou to signály radosti a signály volání o pomoc. Podrobně se o těchto signálech můžete dočíst v kapitole komunikace s dětmi. Ostatním projevům se musíme teprve naučit. K učení používáme pozorování a napodobování. Proto od narození nevidomé děti projevují některé signály jiným způsobem než je ve společnosti běžné.

Nonverbální komunikací vyjadřujeme například veškeré naše emoce a pocity. Snažíme se vytvořit dojem „kdo jsem“ a pomocí něj se přiblížit či distancovat od ostatních komunikujících. Nejen slovy, ale i projevy našeho těla se pokoušíme přesvědčovat a ovlivňovat, ukazovat co chceme, co je nám příjemné a co nepříjemné. Ale existují i věci, které musíme vyjádřit slovy, neboť bez nich to není možné.

*„Mimoslovnými způsoby se nedá sdělit např. dilema, nutnost volby mezi dvěma možnostmi, které se navzájem vylučují. Beze slov se nedá vyjádřit podmíněný vztah typu: Jestliže předchází A, pak musí následovat B. Nonverbálně se nedá sdělit „nic“. Nemůžeme například sdělit „nic nevidím“, „nebudu tady nic dělat“ apod. Odtud plyne už zmíněná teze: není možné se nijak nechovat. (Mareš, Křivohlavý, 1995, str.106)*

Při odečítání neverbální komunikace se můžeme dopustit i nějakých chyb. Tou největší je oddělování jednotlivých gest od celku. Jen při výkladu celého komplexu signálů můžeme dosáhnout opravdu celkového a správného poznatku informací. Další chybou je zaměřování se na určitou část těla. Pokud se kupříkladu zaměříme jen na gesta rukou, můžeme přehlédnout opačný postoj, který vyjadřují dolní končetiny. Další chybou je jednoznačné chápání signálů. Máme totiž například slzy radosti, žalu i vzteku.

Pokud s někým hovoříme, měli bychom si všimnout signálů, které k nám vysílá jeho tělo. Je totiž známou pravdou, že tělo nás prozradí v každé lži, ono na rozdíl od slov neumí být nepoctivé. Ještě lepšími pozorovateli musíme být u lidí starších a u lidí pracovně nadřizených. Moc a věk totiž gesta redukuje. Stává se, že nám někdo říká věci, o kterých sám není vnitřně přesvědčen. Ze slov to nepoznáme, ale gesta a další projevy nám to bezpečně prozradí. Uvědomme si také, že gesta se s postupem věku trochu mění. Například lže-li nám dítě, zakryje si rukou ústa. Dospělí toto gesto neopouští, pouze ho trochu mění. Nejčastěji zamíří jejich ruka k nosu, jakoby svrběl, zužují se jim zorničky, zvedají obočí či cukají koutkem úst.

*Ostatně někteří vědci, jako např. Desmond Morris, tvrdí, že lež lechtá. Opravdu prý vyvolává svědění určitých nervových zakončení v obličeji. A když svědí nos, už není možné zadržet ruku, která automaticky zamíří k obličeji, aby tam poškrábala. (Thiel, 1997)*

Řeč těla se dá ovlivnit, ale dokáže to pouze člověk s vysokým stupněm sebeovládání či profesionál v tomto oboru (herec, politik...). Ženy mají velkou schopnost rozeznat signály neverbální komunikace, muži jsou na tom v tomto ohledu o něco hůře. I proto je ve zdravotnictví role sestry – ženy nezastupitelná. Sestra u pacienta objeví i pocity o kterých nemluví. Jedná se většinou o pocity vyjádřené mikrosignály jako je cukání svalů v obličeji, zarudnutí tváří či zužování zorniček. Ovšem chceme-li rozumět řeči těla druhých, musíme nejprve porozumět té svojí. Zkusme tedy ve chvílích volna pozorovat signály vlastního těla a přiřazovat je k jednotlivým pocitům a situacím. Naučíme se tak lépe naslouchat svým vlastním potřebám, ale i potřebám svých pacientů.

### 1.3.1. MIMIKA

*Pohyby obličejových svalů – mimika. Hovoříme-li o obličejí, pak hned v úvodu musíme říci, že obličej je poměrně nejbohatším sdělovačem nonverbálních zpráv. Je též „nastavován“ jako zrcadlo druhému člověku, jsme-li s tím v interakci.* (Křivohlavý, 1986, str. 110)

Oblast obličeje je velmi široká a rozmanitá, proto se pro potřeby neverbální komunikace rozděluje do tří částí:

- ◆ oblast čela a obočí
- ◆ oblast očí a víček
- ◆ oblast dolní části obličeje (tváře, nos, ústa)

V každé z těchto oblastí můžeme pozorovat jiné signály. Ovšem půjdeme-li podrobněji do jádra věci, zjistíme, že se jednotlivé vjemy objevují ve všech oblastech, pouze v různých intenzitách. Obecně však platí, že v obličejí můžeme snadno rozpoznat emocionální rozpoložení pozorovaného. Každý pocit, ať příjemný či nikoli, se odrazí v naší tváři.

*Psychologové P. Ekman a W. Fiesen zjišťovali, kolik druhů emocí člověk dokáže s velkou přesností rozlišit v obličejí jiných lidí. Dospěli k číslu sedm, přičemž většina emocí v jejich seznamu má podvojnou podobu:*

- štěstí – neštěstí
- radost – smutek
- klid – rozčilení
- spokojenost – nespokojenost
- zájem – nezájem
- strach a bázeň
- překvapenost

(Mareš, Křivohlavý, 1995, str.109)

Vedle těchto základních emocí existují ještě takzvané sekundární výrazy. Jde o situace, kdy dochází ke splnutí či střídání výrazů emocí, nebo kdy každá polovina obličeje vyjadřuje jinou emoci. I to je důvodem, proč musíme emoce našich pacientů odečítat komplexně z celé tváře. Ovšem pro snazší zapamatování je dobré si obličej rozdělit do již zmiňovaných oblastí.

*Existuje teorie, podle které štěstí určíme nejvíce z dolní části obličeje, překvapení a úzkost se nejpřesněji vyčte z čela a obočí, smutek a strach v oblasti očí a víček, rozčilení je rozloženo po celé ploše obličeje.* (Venglářová, Mahrová, 2006, str.42)

V celém obličejí zaznamenáváme dva dominantní prvky vhodné k podrobnějšímu zkoumání. Prvním z nich jsou oči a jejich pohledy – ty budou probrány v samostatné kapitole – řeč očí. Druhým z těchto prvků jsou lidská ústa. *Ústa a rty patří už v dětství k důležitým orgánům, jejichž prostřednictvím zkoumáme svět. Polibky můžeme vyjádřit náklonnost, kousáním nenávisť.* (Bruno, Adamczyk, 2007, str.64) Proto bychom si i v kontaktu s nemocným měli uvědomit, že vyceněné zuby nemusí vždy nutně znamenat agresi, mohou být jen znakem obyčejného strachu.

Častěji se ovšem setkáme s vyjádřením emocí formou úsměvu, smíchu či pláče. *Jak pláč, tak i smích probíhají pak do značné míry stereotypně – podle stále stejného vzoru. Vždy téměř až do těch nejmenších podrobností stejně.*“ (Křivohlavý, 1988, str.82)

Jako v celé neverbální komunikaci i zde platí, že každý prvek – tedy i úsměv a smích – má více možných významů. Ne vždy je stejný a úplně upřímný.

Obyčejný úsměv, se zavřenými rty nebo odhalující pouze horní řadu zubů, je výrazem spokojenosti, potěšení a mírné radosti (obrázek 1 viz příloha 10). Je doprovázen „hřejivým“ očním kontaktem. Můžeme ho pozorovat, například přijdou-li nemocného navštívit blízcí.

Zvláštním je úsměv, kdy odhalujeme pouze dolní řadu zubů. Ten nejčastěji znázorňuje ostych, stud, nervozitu. Setkáváme se s ním, hovoříme-li s nemocným o citlivých problémech.

*V širokém úsměvu jsou odhaleny obě řady zubů, kontakt očima obvykle chybí a je navázán až ke konci, když už úsměv pohasíná. Srdečný, opravdový úsměv lze cítit ještě poté, co druhá osoba, nebo přímo jeho příjemce odejde ze scény.* (Youngová, 1997, str.29)

Posledním hlavním typem úsměvu je úsměv chladný, falešný (obrázek 2 viz příloha 10). Může připomínat úsměv lidí čekajících na vyfotografování. Zde se usmívají pouze rty, oči zůstávají chladné, nepříjemné, někdy až bez výrazu. Tento výraz může trvat pouze nepatrně krátce a zmizet dřív než se změní v úsměv vřelý. V nemocnici ho můžeme spatřit, pokud nemocný něčemu nerozumí, ale bojí se nebo nechce nám o tom říci.

S přibývajícím věkem se usmíváme a smějeme stále méně. Naše úsměvy jsou kratší a méně patrné. To ještě neznamena, že jsme méně spokojeni. Jako sestry bychom si to měly uvědomovat především při ošetřování starších pacientů. Zde musíme hledat především úsměv v očích.

### 1.3.2. ŘEČ OČÍ

Všichni asi známe rčení, že „oči jsou okna do duše“. To přesně vystihuje význam očí v sociální komunikaci. Oči každého z nás nejlépe prozradí naše pocity, myšlenky, souhlas i případnou negaci.

*Je možno říci, že očima jako radarem prohledáváme okolí, do kterého vstupujeme či ve kterém se již nalézáme. Pohledy zjišťujeme, kde je kdo, co dělá, jak se tváří, jak se chová, jaký je a jak se na nás dívá. Dotahujeme to pak o kousek dál a snažíme se odhadnout, jak se asi bude chovat i k nám. Dá se říci, že očima vysíláme do světa ty nejdůležitější zprávy, týkající se našeho vztahu – i našeho momentálního vztahu k lidem, například našeho ujištění, že jsme s nimi, že s nimi souhlasíme, že je podporujeme, že je máme rádi atp.*

*(Křivohlavý, 1988, str.21)*

Pro porozumění řeči očí, musíme nejprve vědět jak naše oči „mluví“. Je několik základních důležitých prvků, které musíme sledovat:

- \* Zaměření pohledu – směr kam se dívá. Je zaměřený na určitý cíl, tím jsou objekty ve středu zorného pole. Nejsilnějším se zdá být pohled z očí do očí.
- \* Délka jednoho pohledu – většinou se liší dle sledovaného cíle. V kontaktu mezi lidmi jsou dlouhé pohledy vnímány negativně. Svou roli zde hrají kulturní odlišnosti – musíme si dát pozor při ošetřování cizinců
- \* Sled pohledů – kam se podíváme nejdříve a kam později. Obzvláště pozorní bychom měli být při kontaktu s postiženými pacienty, ti nepříjemně vnímají přehlížení své osoby.
- \* Četnost pohledů – vyjadřuje, kolikrát se podíváme na jednu osobu. Citlivost lidí na příliš četné pohledy je poměrně velká. I když obecně platí, že je lépe dívat se kratší dobu a častěji, než „civět“.
- \* Celkový objem - vyjadřuje, kolik času jsme svým pohledem věnovali jedné osobě. Často bývá brán za známku zájmu – např. čím větší je celková délka pohledu při rozhovoru s pacientem, tím víc se skutečně zajímáme o jeho názory a pocity.



- \* Průměr zornic – ovlivňují především vnitřní pocity. Musíme si dát ovšem pozor na množství světla v zorném poli, které může průměr zornic ovlivnit. Jsme-li si jisti vhodným osvětlením, můžeme dle mydriázy usoudit například na stres či sympatizující pocity. Mióza se vyskytuje nejčastěji, pokud s něčím nesouhlasíme.
- \* Úhel víček – má velmi širokou paletu možností, kterou jsme schopni odlišit. Například přivřená víčka mluví o soustředění či zájmu, nebo víčka doširoka otevřená zračí většinou strach či úlek.
- \* Frekvence mrkání – se velmi liší dle zaujetí a vnitřního rozpoložení. Pokud jsme něčím zaujatí či vystrašení, četnost mrkání se snižuje.
- \* Tvary a pohyby obočí – nám říkají mnoho o souhlasu či nesouhlasu s řečeným. Souhlasíme-li, nevědomě povytahujeme obočí nepatrně nahoru, naopak nesouhlasíme-li, stahujeme ho mírně k sobě (ke kořeni nosu).
- \* Vrásky kolem očí – nevypovídají jen o věku, ale i o vnitřních pocitech. Například jsme-li něčím zaujatí, vrásky kolem očí se mírně zvýrazní.

Pokud známe tyto aspekty řeči očí, je pro nás jednodušší vyčíst pocity a rozpoložení našich pacientů. Stejně důležité je dávat pozor na pohledy své, abychom nemocnému neublížili či ho neranili - některé jsou vnímány pozitivně, jiné negativně. Také záleží na dané situaci, každý pohled není vhodný ve všech situacích. Nikdy bychom neměli naše pacienty přehlížet, ale ani na ně civět. Nevhodný je též pohled vzhůru vyjadřující opovržení, nebo pohled nepřítomný, který vyjadřuje náš nezájem o pacienta.

*Své pacienty tedy pozorujeme, ale „necívíme“ na ně. Nikdo v naší péči by neměl být přehlížený. Upřímný pohled do očí někdy řekne víc než tisíc slov. Je dobré si představit, jaké to je, když s námi někdo mluví a přitom stojí zády a hrabe se v papírech.*

(Venglářová, Mahrová, 2006, str.49)

### 1.3.3. GESTIKA

*Gesty se rozumí kulturně vázané pohyby či postoje. Dané společenství přijímá určitý význam pohybu či polohy částí těla za srozumitelný. Gesto je v podstatě symbolický tvar sdělení. Je úzce vázáno na určitý společenský celek. Lidé z tohoto okruhu mu rozumí. Má pro ně stejný význam.* (Křivohlavý, 1995, str.53)

Gesta nejčastěji pozorujeme na horních končetinách v podobě pohybů doprovázejících slovní sdělení. Nesmíme ovšem opomíjet pohyby a polohy dolních končetin, které jsou též důležité. Měli bychom vždy sledovat gestiku všech končetin, jinak může být sdělení, k nám vysílané, zkreslené. Pozměnit význam gesta může také jeho vytržení z kontextu, proto bychom měli vždy gesta chápat komplexně, jako jeden celek.

*Ruce říkají „ano“ i „ne“ a vždy mluví pravdu. Prozrazují přání, vyjadřují pocity, signalizují náladu. To by měl být pro vás dostatečný důvod dívat se svým pacientům příště pozorně na ruce. Ty jsou vysloveně upovídáné a nedovedou vůbec nic zamlčet, ba ani když vězí hluboko v kapsách. Ruce dávají odpovědi, dělají nabídky, třebaže se váš partner při rozhovoru kouše do rtů.* (Thiel, 1997)

Gest známe celou velkou řadu. Není v mých silách zmínit tu všechna, proto se zaměřím pouze na ta nejdůležitější. Stejně jako v každé jiné profesi i ve zdravotnictví platí, že bychom měli užívat především gesta přátelská, vlídná či neutrální a gestům vulgárním se vyhýbat. Měli bychom si uvědomit, že nemocný člověk může reagovat nepředvídatelně či zcela paradoxně, proto i gesta pacientů mohou být někdy velmi nezdvořilá. V takových případech se doporučuje si jich nevšímat.

Pro naše účely je jedním z nejvýznamnějších gest „otevřená dlaň“ (obrázek 3 viz. příloha 10). Dokládáme tak přátelství, otevřenost a pravdivost vyřčených slov. Naučíme-li se toto gesto používat, omezíme tak náchyllost k menším i větším lžím. Lhát s otevřenými dlaněmi totiž není vůbec snadné. Nejen, že náš partner pozná, že není něco v pořádku, ale i my se cítíme odhalitelní téměř „jako nazí“. Rozhovor doplněný gestem otevřené dlaně probíhá lépe – rychleji dochází k navázání důvěry a dobrých mezilidských vztahů. Gestem s opačnými znaky je „rozkazující ruka“ s dlaní směřující dolů. Pokud nás tedy někdo žádá o laskavost s takto nastavenou rukou, berme to jako příkaz a neodmítejme.

Za „třením ucha“ (obrázek 4 viz. příloha 10) nebo „bubnováním prsty“ se nejčastěji skrývá nervozita, nejistota či netrpělivost. Pokud přemýšlíme či zvažujeme (například odpověď) třeme si bradu (obrázek 5 viz. příloha 10) nebo přikládáme ruce k hlavě. Pokud je však hlava rukou podepřená (obrázek 6 viz. příloha 10) neznačí to přemýšlení, ale nudu či nezáměr. Dalším častým gestem je zkřížení paží či dolních končetin přes sebe nebo kombinace obojího (obrázek 7 viz. příloha 10). Vytvoření takzvané bariéry je znakem nesouhlasu, strachu či nedůvěry.

Dnes využíváme především gesta méně nápadná. I proto je obtížnější zaznamenat pocity nemocných. Většinou křížíme ruce pouze před dolní částí těla (obrázek 8 viz. příloha 10) nebo tvoříme bariéru pouze jednou rukou. Často využívaným manévrem, jak získat bariéru, je úprava náramku či hodinek. Velmi podobné bariéry si vytváříme i pomocí dolních končetin. Křížíme je od kotníků až po stehna, a to v sedě i ve stoje. Tato gesta jsou většinou doplněna i typickým výrazem v obličeji – strnulými rysy a kousáním spodního rtu.

Při stresových situacích máme tendenci se pomocí gest sebeuklidňovat. K tomu nám pomáhá právě tvoření bariér, ale také pohrávání si s předměty nebo jejich vkládání do úst (obrázek 9 viz. příloha 10). *Desmond Morris tvrdí, že vkládání předmětů do blízkosti rtů nebo přímo do úst je okamžitým pokusem o navození stejné jistoty, jakou člověk prožíval jako kojeneček u matčina prsu. Z toho vyplývá, že vložení raménka brýlí do úst je v zásadě uklidňujícím gestem.*

*(Pease, 2001, str.93)*

Nikdy bychom neměli zapomenout na kulturní odlišnosti v gestikulaci. Například vertikální kývnutí hlavy v naší kultuře znamená souhlas, kdežto v jiné (např. Bulharsko) znamená pravý opak – tedy nesouhlas. Kulturně podmíněná je také bohatost gest. Ukazuje se, že některé národy užívají gestikulaci velmi hojně, kdežto jiné jsou více konzervativní a v užívání gest je spíše sporé. Kupříkladu porovnejme naši vlastní gestikulaci s jejím italským ekvivalentem a spatříme značný rozdíl. Ještě častější užívání gest můžeme sledovat u jihovýchodních kultur (Číňané, Japonci, Korejci atp.).

Při každém rozhovoru s nemocným člověkem bychom měli svou pozornost zaměřit i na tato nenápadná gesta. Budeme-li na ně adekvátně reagovat, setkáme se s úspěchem a naši pacienti v nás naleznou opravdovou oporu. Začne-li si tedy pacient vytvářet bariéry, ptejme se na jeho názor či obavy, dáme mu tím možnost vyjádřit své pocity, získat v nás důvěru a tak odbourat nutnost obrany. Celkově dopomůžeme k efektivnějšímu rozhovoru a spolupráci.

### 1.3.4. HAPTIKA

*Haptika – sdělování bezprostředním kontaktem „kůží na kůži“, jak tomu je např. při podání ruky, při pohlazení, políbení, mazlení atp. (Křivohlavý, 1986, str.103)*

Ne vždy jsou dotyky přímé, tedy kůží na kůži. Můžeme se setkat i s dotyky nepřímými, tedy před oděv. Rozsah tělesného kontaktu bychom měli vždy přizpůsobit situaci, věku a pohlaví nemocného a také jeho kultuře. Stejně jako u jiných odvětví neverbální komunikace, i zde platí, „jiný kraj, jiný mrav“.

Obecně můžeme říci, že nejčastější místa doteků jsou dlaně, hřbet ruky, ramena a hlava. Na těchto místech jsou dotyky všeobecně přijímány. Pokud je nutný kontakt na jiném místě, měli bychom přemýšlet o jeho vhodnosti. Za nevhodné či nepříjemné jsou většinou považovány dotyky v intimních partiích, na obličeji a také na ploskách nohou (obrázek 10 viz. str. 29).

Nemůžeme říci, že je dotyk jako dotyk. Každý taktilní kontakt je jiný, je jich několik druhů, které vyjadřují různé:

- rituální dotyky – při pozdravech a loučení (podání ruky, objetí atp.)
- funkční dotyky – úkonové, mají cíl (pomoc při aktivitě, odstranění nečistoty atp.)
- vyjádření pozitivních emocí – podpora, ocenění, náklonnost atp.
- vyjádření hravosti – ve smyslu náklonnosti či agresivity
- usměrnění – chování, jednání, postoje

Dále každý dotek vyjadřuje zprávu o působení tlaku na kůži, o bolestivosti, o teplotě a o chvění. Tyto prvky vypovídají o vlastnostech jedince před námi a o jeho momentálním citovém rozpoložení. Například člověk sebevědomý předává doteky pevné, silné, neochvějné a většinou teplými rukama. Naproti tomu člověk rozrušený mívá ruce studené, chvějící, slabé a takové jsou i jeho dotyky.

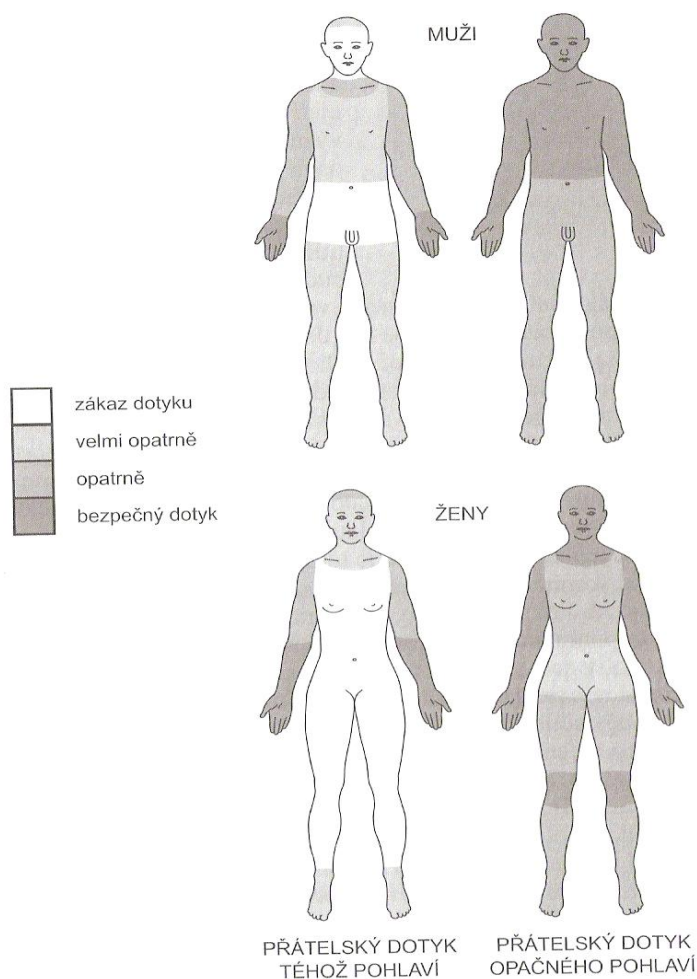
V naší profesi se setkáme s několika situacemi, z nichž vychází nutnost dotyku. První z nich je situace nepřímo nutných doteků, kam můžeme zařadit například první kontakt s pacientem. Zde bychom asi doporučili prosté podání ruky (obrázek 11 viz. příloha 10). Není důvod, proč bychom se mu měli ve zdravotnictví vyhýbat, pokud to nevyžaduje zdravotní stav pacienta.

*Správné podání ruky vzbuzuje příjemný pocit – stisk není ani příliš pevný, ani příliš hadrovitý. Ruka není na omak vlhce lepkavá: pokud se snadno potíte, postarejte se, ab byla vaše dlaň suchá – před podáním si ji (diskrétně) otřete.* (Clayton, 2004, str.41)

Dále se setkáme se situacemi přímo vyžadujícími náš dotyk. To jsou okamžiky provádění rozličných výkonů, například aplikace injekce. V tomto případě bychom měli být obzvláště pozorní. Jedná se často o dotyky nepříjemné až bolestivé. Je nutné vše dobře vysvětlit a popsat, to znamená zapojit i ostatní druhy komunikace.

Posledním typem situací vyžadujících dotek zdravotnického personálu, jsou okamžiky pro pacienta náročné, stresující nebo bolestivé. Zde potřebuje naši podporu a porozumění. To můžeme vyjádřit například stiskem ruky nebo ramene.

Ať už jsou naše dotyky nutné či nikoliv, vždy bychom si měli uvědomit, že se jedná o velmi osobní, citlivou věc, a podle toho se zachovat. Před každým kontaktem nejprve nemocného informujeme, případně se zeptáme, zda je dotyk vhodný.



**Obrázek 10** – Vhodné a nevhodné dotyky (Převzato z Venglářová, Mahrová, 2006)

### 1.3.5. PROXEMIKA

Nejen mimikou a gesty spolu hovoříme, využíváme k tomu též vzdálenost, kterou zaujímáme od našeho partnera v komunikaci. Ovšem i on nám svým oddálením či přiblížením cosi sděluje. Je dobré na to vždy pamatovat a povšimnout si. Výhodné je, že proxemika je měřitelná veličina neverbální komunikace. K tomu používáme jednotky míry, jako jsou centimetry a metry.

*Proxemika si nevšímá jen oddálení komunikujících osob, ale také jejich vzdáleností vertikální, měřené výškou očí od země. Jsou-li oči komunikujících osob ve stejné výši, pak si jsou partneři do jisté míry rovni. Výzkumy ukázaly, že ten, kdo má oči výše, dostává i určitou převahu (v sociálně-psychologickém smyslu) nad tím, kdo má oči níže.*

*(Mareš, Křivohlavý, 1995, str.112)*

Všichni jsme si jistě již všimli, že vzdálenosti mezi lidmi jsou různé, od těsného kontaktu až po několik metrů. I každý z nás jako jedinec využívá všechny druhy vzdáleností, s někým hovoříme velmi zblízka a s jiným nikoli. Jako příklad můžeme využít pozdrav. S příjemnou kolegyní se pozdravíme několik desítek centimetrů od sebe, ale s pacientem, kterého vidíme prvně v životě, nás bude dělit delší vzdálenost. Faktorů ovlivňujících vzdálenost mezi námi je několik – pohlaví, věk, společenské postavení, předmět komunikace, celková situace, kultura atp. Například je známo, že ženy k sobě bývají obecně blíže než muži, a také osoby stejného postavení udržují kratší vzdálenost než mezi podřízeným a nadřízeným.

*Stejně jako ostatní zvířata, i člověk má svou vlastní přenosnou „vzduchovou bublinu“, jejíž velikost závisí na hustotě zalidnění míst, kde vyrůstal. Velikost osobní zóny je proto kulturně podmíněná.*

*(Pease, 2001, str.19)*

Někteří odborníci věří, že lidé žijící v hustě osídleném prostředí, potřebují méně osobního prostoru než ti, kteří žijí ve volnější oblasti. Například hovoříme-li s pacientem z města, můžeme zaujmout kratší vzdálenost než u pacienta pocházejícího z malé vesnice. Pokud bychom narušili tyto vzdálenosti a přiblížili se více, vyvolali bychom různé reakce. *Člověk z venkova by se možná cítil nepříjemně a nejistě, nevěděl by, jak má na narušení svého prostoru reagovat. Jeho reakce by byla nejspíš méně agresivní než reakce obyvatele města.*

*(Clayton, 2003, str.20)*

*Setkají-li se dva lidé s rozdílnými představami o svých osobních zónách, je možno pozorovat jev, kterému se v sociální psychologii říká proxemický tanec. Tento tanec, při němž je hledána oběma partnerům vyhovující míra vzájemného oddálení, připomíná do určité míry pohyb boxerů v ringu. Osoba, pro niž je stávající oddálení příliš velké, se při tomto přizpůsobování prostoru vzájemného styku snaží přiblížit se k partnerovi. Ten ale má jinou představu o slušném oddálení v daném styku. Proto před druhou osobou ustupuje, a to buď přímo dozadu, nebo úhybnými pohyby do stran. Obvykle bývá tento proxemický konflikt řešen určitým kompromisem, tj. zaujetím vzájemné polohy, která jednomu není ještě příliš dotěrnou a druhému je při tom již přijatelným přiblížením se k partnerovi. (Křivohlavý, 1988, str.103)*

Jak bylo již zmíněno, udržujeme několik různých vzdáleností. Každou z nich si můžeme představit, jako pomyslnou „mýdlovou bublinu“. Tyto „bubliny“ nazýváme zóny a máme kolem sebe čtyři (obrázek 12 viz. příloha 10):

- ❖ intimní zóna – zabírá vzdálenost od těsného dotyku až do 45 cm. Sem patří jen naši nejbližší – tedy milenci, manželé, rodiče, děti atp. Ze smyslu nejvíce zapojujeme hmat a čich. Narušení tohoto prostoru cizí osobou je vnímáno jako vlezlé, nikdy nevede k úspěchu.
- ❖ osobní zóna – začíná tam, kde se ještě můžeme držet za ruce (asi 45cm) a končí přibližně na 120cm. V této zóně je ještě možný tělesný kontakt, dobré odečítání mimiky a pohledů a také využití čichu. V naší profesi bychom tuto vzdálenost měli udržovat při většině kontaktů s nemocným. I tak musíme být obezřetní, ne každému je tato vzdálenost příjemná.
- ❖ společenská zóna – zaujímá vzdálenosti mezi 120 a 360cm. V této vzdálenosti již ztrácíme přehled o detailech. Je užívána nejčastěji při služebních jednáních či skupinových diskusích. Ve zdravotnictví bychom ji měli dodržovat vždy při prvním kontaktu s nemocným, abychom ho „nevystrašili“.
- ❖ veřejná zóna – je od 360 cm dále. Tuto vzdálenost využíváme při veřejných jednáních, kdy potřebujeme zaujmout větší počet posluchačů, např. odborné konference. Vnímáme celou postavu i její pohyby v prostředí.

Jak bylo již řečeno, každý má velikost svých zón individuální. Výše zmíněné míry jsou jen přibližné a obecné. Musíme proto vždy nejprve opatrně zjistit, kam až nás nemocný pustí, aniž by vyjadřoval nepříjemné pocity.

*Když nebudete respektovat intimní zóny ostatních, můžete rychle ztratit jejich sympatie. Pokud vniknete do teritoria svého partnera, může se cítit utlačovaný, a bude proto rozladěný. Narušením osobní a intimní zóny mohou vzniknout dokonce blokádové postoje, takže se lidé nevědomě zdráhají naslouchat nebo plnit úkoly. Nezáleží na tom, zda jsou to vaši podřízení, kolegové nebo zákazníci, pokuste se zachovat přiměřený odstup, abyste vztah budovali pozitivně.*

(Bruno, Adamczyk, 2007, str.84 a 85)

Proxemiku zajímá nejen vzdálenost mezi stojícími či pohybujícími se lidmi, ale také například rozsazení kolem stolu. Pro dobrý výsledek rozhovoru je důležité, jaké místo u stolu zvolíte. Máte-li dobře komunikovat s pacientem, přemýšlejte proto, kam posadíte jeho a na jaké místo si sednete vy sami.

Jednou z nejlepších variant je pozice „přes roh“. Toto uspořádání vám umožňuje příjemný rozhovor, který umožní navázání důvěry – nestaví vás totiž do role „protihráče“. Je možné dobré navázání zrakového kontaktu, ale není ani problémem pohledem uhnout. Roh stolu mezi vámi bude působit jako mírná bariéra a pacient se nebude cítit ohrožený.

Další možností je pozice „vedle sebe“. Je vhodné ji použít až k opakovanému setkání, kdy vás nemocný již zná. Dejte si pouze pozor na vzdálenost mezi vámi, aby se klient necítil stísněně. Doporučuje se ji používat i v případě, kdy se do rozhovoru má zapojit třetí osoba. Například má-li za hospitalizovaným pacientem přijít jiný lékař na odborné konsilium. Nemocný se většinou cítí nejistý a zranitelný. Tímto usazením osob získá pocit většího bezpečí. Naznačíte tak, že jste na jeho straně a záleží vám na dobrém výsledku rozhovoru.

Nevhodnou, ale často stále ještě užívanou pozicí je usazení pacienta proti sobě přes desku stolu. Toto uspořádání vás ale staví do role oponentů a svádí k malé bitvě. Pokud je tedy nevyhnutelné, snažte se alespoň zmírnit jeho negativní vlivy. Odstraňte všechny předměty, které leží na stole mezi vámi, místo nich položte své ruce a nakloňte se mírně dopředu. Naznačíte tak svůj zájem o jeho potíže a trápení.

Pokud během rozhovoru pozorujete, že je klient neklidný, pokuste se pozměnit vaše posazení či vzdálenost. I tím můžete pomoci k lepšímu získání důvěry a důležitých informací.



### 1.3.6. POSTUROLOGIE

*Posturika – sdělování fyzickým postojem, tj. konfigurací všech končetin, krku, hlavy a těla – viz. tvary soch a sousoší, např. milenců.* (Křivohlavý, 1986, str. 104)

Posturologie se zabývá fyzickým postojem jednotlivce, ale i vzájemnými postoji dvou a více osob. Naše postoje vyjadřují míru napětí, souhlas či nesouhlas, přátelství, sympatie x antipatie atp. Ke změně výrazu postačí i nepatrná změna polohy těla – např. mírný úklon hlavy stranou.

Naše postoje se liší i s ohledem na situaci. Kupříkladu jsme-li v místnosti sami, naše postoje jsou jiné, než v přítomnosti dalších lidí nebo máme-li pocit, že jsme viděni. Jiný postoj také zaujímáme, jsme-li v kontaktu s osobou nám sympatickou, přátelskou, než s lidmi úplně cizími. To bychom si měli uvědomit i při prvním kontaktu s nemocným, kdy jeho postoje budou spíše odtaziťé. Postoje dvou a více lidí ovlivňuje i probírané téma. Postoj hovořícího vypovídá o snaze zaujmout posluchače, přesvědčit ho a získat pro svůj názor. Naopak poloha těla posluchače vyjadřuje míru zaujetí tématem a jeho souhlas či nesouhlas.

Obecně se dá říci, že známe tři typy postojů – vsedě, vleže, ve stoje. Vždy bychom se měli snažit sladit polohy těla obou komunikujících. Není-li to možné, jako mnohdy ve zdravotnictví, měli bychom polohy alespoň co nejvíce přiblížit, a zbytečně neprodlužovat nevyrovnanost pozic. Uvědomme si, jak je pro pacienta nevhodné a nepříjemné, je-li v poloze vleže a my nad ním stojíme. V tuto chvíli se pacient obvykle cítí stísněně a podřazeně. Naším úkolem je, dát pacientovi najevo rovnost našich postavení. To může učinit například tím, že se u pacienta posadíme. Vždy na židli, nikdy ne do postele nemocného!

Musíme si uvědomit, že i ležící pacient nám svou polohou něco sděluje. Nikdy přeci neleží dva pacienti úplně stejně. Může nám naznačit nezájem tím, že se odvrátí, strach schoulením, pasivitu a odevzdanost přílišným uvolněním atp. Podobné prvky můžeme nalézt i u pacientů sedících, stojících a dokonce i u pohybujících se.

*Vnější postoj člověka vyjadřuje jeho postoj vnitřní. Podle držení těla lze poznat, v jakém emocionálním rozpoložení se náš protějšek nachází. Jak již bylo řečeno, neměli byste samozřejmě vnímat jen postoj těla, ale také souhru mimiky, gest a hlasu.*

(Bruno, Adamczyk, 2007, str.53)

Již jsem se zmínila o příliš uvolněném postavení značícím například pasivitu či odevzdanost, jeho opakem je postoj přílišného napětí, který můžeme spatřit například při stresu nebo strachu. Ve zdravotnickém prostředí se s oběma setkáváme velmi často. Hospitalizace bývá pro pacienty stresujícím faktorem, mají strach ze své nemoci a budoucnosti, a v nejtěžších chvílích dochází i k úplnému vyčerpání, pasivitě a odevzdanosti.

Příliš napjatý postoj se tedy může stát prvním, který u našeho pacienta zpozorujeme. Podle čeho ho tedy rozeznáme, abychom dokázali vhodně zareagovat?

- *svaly jsou napjaté*
- *výraz těla je ztuhlý*
- *může působit nepřátelsky*
- *vyvolává nervózní dojem*
- *mimika je nehybná, pohled strnulý*
- *trup a hlava se tlačí dozadu*
- *svaly na krku jsou napjaté*
- *kolena propnutá*
- *ramena povytažená vzhůru*
- *obava před kontaktem nebo před ztrátou kontroly*
- *špatný stoj (napětí a námaha)* (Bruno, Adamczyk, 2007, str.55)

Mohlo by se zdát, že opakem je příliš uvolněný postoj. To platí pouze málo kdy. Ve většině případů je příliš uvolněný postoj důsledek dlouhodobého nadměrného vypjetí. U pacientů se s ním setkáváme například při sdělení, že jsou již vyléčení. Druhým případem, kdy se ve zdravotnictví setkáme s příliš uvolněným postojem, je období po sdělení závažné diagnózy. Pacienti jsou dlouho stresováni nejistotou, a náhle se dostaví úleva z jasné diagnózy, nebo naopak (a to častěji) rezignace a odevzdanost. Tento postoj vyjadřuje:

- ◆ *spočínutí v pohodlnosti*
- ◆ *lhostejnost*
- ◆ *unavený a bez jiskry*
- ◆ *svaly jsou ochablé*
- ◆ *ramena visí, pohled bloudí po okolí nebo se skryje dovnitř*
- ◆ *pohyby a reakce se zdají být bez iniciativy* (Bruno, Adamczyk, 2007, str.54)

Pokud u pacienta zpozorujeme některý z těchto postojů, je důležité hledat příčinu. Jen známe-li příčinu, můžeme nemocnému opravdu pomoci.

### 1.3.7. KINEZIKA

Jde o vědu zabývající se veškerými bezděčnými pohyby těla a jeho částí. Má ještě specializované části, zkoumající pouze určitou oblast – např. chironomie věnuje pozornost pouze pohybu rukou, a její zvláštní část tvoří znaková řeč.

Mohlo by se zdát, že u pohybu se můžeme zaměřit pouze na to, zda je či není přítomen. To je ovšem zavádějící. Samozřejmě je to hlavní složka této části neverbální komunikace, ale je mnoho dalších prvků, kterých si u pohybu můžeme všimnout.

Další důležitou součástí je rychlost jednotlivých pohybů. Rychlé pohyby nás mohou upozorňovat kromě spěchu také například na nervozitu. A naopak pohyby pomalé vypovídají o únavě či nezájmu. S rychlostí také souvisí akcelerace a celková doba trvání pohybů.

Dále sledujeme ohraničení a prostorovost - zda jsou pohyby jasně započaté a ukončené, zda se pohybující se část pohybuje ve všech osách nebo jen po jedné z nich.

Poslední důležitou součástí kineziky je kongruence neboli soulad pohybů. Zde zkoumáme, zda pohyby končetin, hlavy a trupu vyjadřují to samé. Někdy se může stát, že tomu tak není, jako příklad si uvedeme nervózního pacienta, aby něco nepokazil. Dolní končetiny stojí nehybně na místě, ale horní se třesou a veškerou činnost vykonávají jakoby zbrkle. Pohled na dolní končetiny v nás může vyvolat dojem, že nemocný se cítí klidný, stejně jako jsou klidné jeho nohy. Ovšem, podíváme-li se o něco víc, tedy na ruce, zjistíme, že třes i zbrkllost pohybu vypovídá o nervozitě a spěchu.

*V nemocničním prostředí mohou sdělovací význam nabývat např. i charakteristiky pohybu zdravotně postižené části těla – např. chůze pacienta na ortopedickém oddělení, pohyby páteře na neurologickém oddělení atp. Velká pozornost byla věnována pohybům krku a hlavy v interakci lékaře a pacienta, kde ztrnulost naznačuje mimořádně intenzivní napětí, případně sociální odpor a živost naopak sociální aktivitu. (Křivohlavý, 1995, str.53)*

V sociálním kontaktu obecně platí, že „nejživější“ jsou naše ruce. Těmi pohybujeme téměř bez ustání, ale neméně důležitou roli má i pohyb hlavy, tedy její kývání. Většině z nás se jistě vybaví pokývání na souhlas či nesouhlas. Dále kýváme například i při rozhodování se z více možností, při vnitřním napětí pro uvolnění a také chystáme-li se k „boji“ v hovoru.

Stejně jako v ostatních částech neverbální komunikace i zde platí, že nemůžeme jednotlivé pohyby oddělit od celku. Je vždy nutné chápat je v kontextu ostatních projevů a vůbec celé situace. Ostatně důkazem je příklad nervózního pacienta zmiňovaný výše.

### 1.3.8. ÚPRAVA ZE VNĚJŠKU

Tato kapitola je velice široká, zahrnuje nejen úpravu osobního vzhledu, ale také úpravu prostředí. Věnuje se tedy všem předmětům, co člověk vytvořil nebo upravil. Pro naše potřeby se budeme zabývat oblečením, šperky, barvami, vůněmi a uspořádáním prostoru.

„Šaty dělají člověka.“ To je známá věc. Co je na nich, ale tak důležité, že bývají jedním z faktorů, podle kterých si utváříme první názor na člověka? Naše oblečení o nás na první pohled prozradí společenské postavení, sociální zázemí, serióznost, náš vkus a kreativitu a také případný liberální či konzervativní postoj. Prozrazuje také něco o naší potřebě se odlišovat, být výstřední, to ovšem bývá často vnímáno negativně. Stejně jako přílišná uhlazenost či škrobenost.

*V našem případě je specifikem uniforma, celková upravenost a čistota by měla být samozřejmostí. Máme štěstí, že je již možný větší výběr v pracovním oblečení a i do zdravotnictví začal patřit svět barev.* (Venglářová, Mahrová, 2006, str.49)

Ve zdravotnictví oblečení jasně definuje roli každého člena týmu. Ovšem tento systém je nejednotný, v některých nemocnicích odlišuje lékaře od sester pouze barva oblečení, jinde i střih. Proto se často stává, že jsou naši pacienti zmatení a neví, s kým zrovna hovoří. Jako zdravotní sestry bychom si měly všimnout nejen čistoty a upravenosti své uniformy, ale především vzhledu a úpravy pacienta. Již z oblečení poznáme, zda se o sebe nemocný stará, zda je v čistotě a v suchu nebo jestli je zanedbaný. I tyto prvky jsou velmi důležité pro dobrou následnou péči.

Stejně jako oblečení o nás vypovídá i upravenost vlasů, nehtů a případné líčení. Zde většinou platí – „méně je někdy více“. Většinou je společností lépe přijímáno konzervativnější upravení vzhledu než liberální až extravagantní. Především při výkonu naší profese všeobecné sestry bychom měly dodržovat určité standardní způsoby úpravy. Střih vlasů je samozřejmě libovolný, ale vždy by měl být pečlivě upravený. Vlasy nejraději stahujeme do culíku či drdolu, případně spínáme sponkami. Měli bychom zajistit, aby nám při jednotlivých úkonech nepřekáželi a nepadali do očí. Nehty jsou významným prvkem, který hodně napoví o celkové péči o sebe sama. V dnešní době je u žen velký trend umělých či gelových nehtů. Ovšem všeobecná sestra by tyto „doplňky“ nosit neměla. Její ruce by měly zdobit krátce zastřižené, hladké, čisté a nenalakované nehty. Stejný trend je vítán i v oblasti líčení – mělo by být pouze jemné, přirozené.

Šperky, které nás zdobí, o nás též vypovídají mnohé. *Nejběžnější šperk, který dává specifický signál je snubní nebo zásnubní prsten. Značkové hodinky a nákladné šperky s drahými kameny vyvolávají dojem bohatství. Náušnice u muže mohou znamenat, že muž je posuzován jinak než muž, který takovýto šperk nosí.* (Scharmová, 2004, str.34 a 35) V dnešní době se hodně rozšířilo zdobení lidského těla piercingem a tetováním. Dříve to bývalo většinou znakem lidí z nižších společenských vrstev, např. vězení. Dnes to již neplatí. Obecně můžeme říci, že tyto ozdoby jsou znakem mladé generace, jejího pocitu volnosti a svobody.

Bylo zjištěno, že naši psychiku, vnímání a chování ovlivňuje i výběr barev kolem nás. *Barva je ve skutečnosti světlo. A bez něj nikdo z nás nemůže žít. Buňky našeho těla reagují na jeho přítomnost či nedostatek, a to má přímý vliv na naši tělesnou, citovou, duševní a duchovní pohodu. Stačí, když si uvědomíme, jak na barvy reagujeme – na posvátnou úctu, kterou cítíme při západu slunce, či naději, která nás naplní, když spatříme čarovnou duhu -, a ihned si uvědomíme jejich léčivou moc.* (Norris, 2004, str.8) I podvědomě se obklopujeme barvami, které nám v tu chvíli mohou pomoci. Jednotlivé barvy mají svůj charakter, význam a vlastnosti, jimiž mohou pomoci. Ovšem ne ve všech kulturách jsou barvy chápány stejně. Například u nás je bílá barva znakem čistoty a jemnosti, ale v asijských zemích značí smrt a smutek. Tamní ženy se ve smuteční dny oblékají do bílých šatů. Barvy se dají použít k ovlivnění pocitů každého z nás, používáme je ve formě oblečení, bytových doplňků, jídla nebo například koupelí. Význam barev a jejich účinků je umístěn v příloze 8.

Zatím ne zcela jasně podložené informace říkají, že podobné účinky jako barvy, mají na lidský organismus i vůně. Známe je ve formě parfémů, vonných olejů, koupelí nebo například svíček. S jejich pomocí můžeme dosáhnout psychického i tělesného zklidnění a uvolnění, nebo pozitivně ovlivnit různé nepříjemné stavy, jako je nachlazení, únava, stres a některá další onemocnění. U vážnějších stavů by mělo být vůni užíváno jen jako doplňku ke klasické medicíně. Znalostí účinků vůní využívá aromaterapie. *Aromaterapie je úžasnou alternativní metodou, která vám přinese radost a uspokojení. Navíc přirozeným způsobem posiluje psychické i fyzické zdraví a pomáhá vám udržet si pozitivní přístup k životu.* (Hardingová, 2003, str.10) Využití některých vůní při konkrétních obtížích je v příloze 9.

Stejně jako oblečení nebo úprava hlavy o nás vypovídá i uzpůsobení prostoru kolem nás. V naší profesi je důležité rozestavení pokoje – musíme ho uzpůsobit podmínkám konkrétních pacientů. Druhým významným článkem je rozsazení kolem stolu, o kterém jsme hovořili v kapitole proxemiky.

## 1.4. SDĚLOVÁNÍ ČINY

Sdělování činy (konativní složka komunikace) je nejvyšší složkou komunikace vůbec. Slova poví hodně, gesta a mimika to dotvoří, ale až to, co při rozhovoru děláme, jak se chováme, jak jednáme, mu dá definitivní podobu a možnost úspěchu. Nemusíme být přímo jedním z komunikujících, abychom rozhovor ovlivnili. Už jen tím, že jsme ve stejné místnosti, něco děláme a nějak se chováme, ovlivníme výsledek probíhajícího rozhovoru.

*To, co děláme, jak se chováme a jak jednáme, to patří k nejdůležitějším projevům v našich osobních setkáních. Nadarmo se neříká: „To, co kdo dělá, mluví za tři.“ Proto i při naslouchání bychom neměli zapomenout na to, že to, co kdo říká, je třeba zvažovat s pohledem na to, co kdo dělá.* (Křivohlavý, 1993)

Každý náš čin můžeme nějak ohodnotit, těmito hodnotami jsou například pochvala, výtka, ironie či uznání. Dá se tedy říci, že tím jak se chováme, jak jednáme, vyjadřujeme míru úcty druhé osobě. A platí to i opačně. Jsou situace, kdy chceme dosáhnout určitého stupně uznání, a proto tomu přizpůsobíme i své chování. Ovšem musíme říci, že tuto hodnotu nemá jen samotné chování a jednání. Ke konečné míře uznání musíme přičíst i to o čem hovoříme, jak hovoříme a v neposlední řadě i všechny složky neverbální komunikace. Všechny tyto složky musí být v rovnováze (kongruentní), jinak každý pozorovatel ihned pozná, že je něco v nepořádku. Možná hned nedokáže určit, co se mu nelíbí, ale je si jistý naším „podvodem“. Takovým příkladem může být například pacient, který přichází pro bolest břicha. Bolest verbalizuje, jako velmi silnou, ale stojí i chodí v úplně rovné pozici, nevyhledává úlevovou polohu a navíc se mile usmívá. Tato nesourodá, nerovnovážná sdělení bývají nejčastější, snažíme-li se zakrýt nějakou svou chybu, špatný pocit či nedostatek. Většinou je to zbytečné, nás to stojí příliš energie a ostatní stejně poznají, že něco není v pořádku. Jen když své chyby přiznáme, dáváme si možnost, je napravit, změnit se.

*Lidově se říká, že jednou vyřčené slovo už ani pár volů zpátky nevezme. O činech to platí dvojnásob. Proto je v hodnotovém zaměření na činy tak vysoký nárok na etiku a morálku. V našem povolání jde o zdraví ostatních a naše činy do něj přímo zasahují. Může dojít k situaci, kdy už hovoříme nejen o sdělování činy, ale přímo o sdělení. Když jen čistě z lidskosti, a ne z povinnosti pochováme plačící dítě, aby maminka mohla jít na vyšetření, je to, co říkáme činy, jasné. Někdy jsou slova zbytečná, je třeba něco udělat.*

(Venglářová, Mahrová, 2006, str.55)

Sdělování činy je opravdu velmi široké téma. Pro naše účely postačí, zastavíme-li se u spolupráce, soupeření, evalvace a devalvace. Ty jsou důležitou součástí naší práce.

Ve zdravotnictví je slovo spolupráce neustále skloňovaným termínem. Hovoříme o něm v souvislosti se vztahem sestra – pacient, lékař – pacient, ale i sestra – sestra a sestra – lékař. Zkratka spolupráce je pro nás všude přítomná. Pro vznik spolupráce je nutných několik kroků, které musíme podstoupit. Prvním z nich je si uvědomit, že chtít spolupracovat musí obě dvě strany. Pokud jedna z nich o spolupráci nestojí, nikdy k ní nedojde. Ovšem není dobré čekat, až se někdo rozhodne začít. Pokud máme zájem o spolupráci, musíme vždy začít u sebe. Naším dalším krokem tedy je přijmout, že bychom neměli přemýšlet formou „já“, ale „my“. „My“ je na vyšším stupni, a tedy v okamžiku, kdy to uznáme, je možné vyhovět ostatním. S tím úzce souvisí další krůček k úspěchu. Tím je naučit se dělat kompromisy a dokázat se někdy dobrovolně vzdát svého privilegia, úspěchu pro dobro ostatních. Pokud se nám podaří dojít až sem, schází už jen pomyslný poslední krok. Ještě musíme získat důvěru našeho partnera. Jen v případě důvěruje-li nám náš protějšek a my jemu, může dojít k úspěšné spolupráci. My bychom měli být tím, kdo první nabídne ruku ke spolupráci, ať už jde o pacienta nebo kolegu v týmu.

Opakem spolupráce je soupeření. Je logicky domyslitelné, že do naší profese soupeření příliš nepatří. V tomto vztahu je vždy totiž někdo výš (vítěz) a někdo níž (poražený). Nežádá by se mohlo stát, že poraženým by se stal právě pacient. Této teorii napovídá fakt, že nemocný ve většině případů nemá odborné zdravotnické vzdělání. Jediný vztah, kde bychom snad mohli uvažovat o mírném soupeření, je vztah mezi sestrami. Mírné soupeření se může stát „hnacím motorem“ k lepším výkonům.

Dalšími zmíněnými pojmy jsou devalvace a evalvace. Tak nazýváme efekt, který vyvolá naše chování, to nikdy není neutrální. Devalvující chování je to, které vyjadřuje naši neúctu, snižuje sebevědomí, většinou je velmi zraňující a těžko snesitelné. Naopak chování evalvační vyjadřuje naši úctu a uznání, ale i pochvalu a schopnost být vstřícní. Jako sestry bychom se měly naučit evalvačnímu chování. Pokud budeme na pacienta působit devalvačně, ztratíme jeho důvěru a tím i možnost úspěšného ošetřování.

*Znovu připomínáme, že konativní úroveň je stupněm nejvyšším. Slova mohou utěšit, úsměv zahřát, ale ten, kdo se se mnou rozdělí o svačinu, mi pomohl zahnat hlad. Platí to i obráceně. Slova mohou bolet, výhružné gesto ranit, ale křivé obvinění naruší vztahy pravděpodobně navždy.*

(Venglářová, Mahrová, 2006, str.59)

## 1.5. ZVLÁŠTNOSTI KOMUNIKACE U DĚTÍ

V prvé řadě bychom si měli uvědomit, že dítě není zmenšený dospělý. Dítě není jen malé, má i jiné schopnosti a dovednosti než dospělý. To platí i v oblasti komunikace. Je známo, že se každé dítě rodí s částečnou schopností neverbální komunikace, která se během růstu rozvíjí. V oblasti komunikace verbální je zapotřebí spojení mnoha faktorů, aby došlo k rozvoji řeči. Mám na mysli motorické dovednosti, smyslový vývoj, kognitivní vývoj (paměť, myšlení, jazykové schopnosti...) a sociální vývoj (sebepojetí, identita, vztahy...). Dle úrovně jejich vyspělosti je dítě schopné určitého způsobu komunikace. Rozvoj komunikačních dovedností je ovlivněn stimulací vývoje mnoha podněty. Vyrůstá-li dítě v prostředí bohatém na různorodé podněty, můžeme u něj pozorovat snahu o slovní komunikaci dříve než u dítěte, které má podnětů méně.

Odborná literatura psychologie hovoří o takzvaných citlivých obdobích. Pro naše potřeby je důležitý předškolní věk, kam spadá citlivé období právě pro rozvoj intelektu a s ním spojenou komunikaci. Dítě, které v této době komunikačně strádá, si nevytvoří pevné komunikační základy, na kterých by mohlo později stavět. Do budoucna proto může docházet k selhání v komunikaci s jinými lidmi.

Měli bychom si uvědomit, že děti se učí především pomocí napodobování. Mělo by tedy mít dostatek příležitostí k „okoukání“ správné komunikace. Můžeme k tomu užít například hru, říkadla, písničky apod. Dítě se rychleji naučí to, co slyší a vidí opakovaně.

Vzhledem k tomu, že se má práce zabývat především neverbální komunikací, i zde se zaměřím na neverbální projevy dětí. Jde o devět základních signálů, rozdělených na signály radosti a signály volání o pomoc. Poslední podkapitolou věnovanou dětem bude podkapitola komunikace s nemocným dítětem, jež je specifickým tématem.



### 1.5.1. SIGNÁLY KOMUNIKACE DĚTÍ

*„Kdyby se mne kdokoli a kdykoli zeptal, co považuji pro člověka za nejdůležitější, bez váhání bych odpověděl, že emoce.“*

VLADIMÍR VONDRÁČEK

Každé dítě se rodí se schopností vyjadřovat své pocity a emoce pomocí devíti vrozených signálů. Ty jsou vyjádřeny kombinací výrazů obličeje, řeči těla a zvuků. Dítě jimi reaguje na všechny podněty - na vnitřní, jako je hlad, i na vnější, mezi které řadíme například hlasitý zvuk. Tyto signály můžeme zaznamenat u dětí i dospělých všech kultur.

Již od narození je oněch devět signálů základním prostředkem komunikace mezi dítětem a jeho okolím. Jsou proto velmi důležité pro správný emocionální vývoj. Později se z nich vyvíjejí city! A také utvářejí základ povahy každého z nás.

*„Tyto signály můžeme rozdělit do dvou odlišných skupin – signály radosti a signály volání o pomoc. Mezi signály radosti řadíme zájem, potěšení a překvapení. Signály volání o pomoc zahrnují hněv, tíseň, strach, zahanbení, znechucení a averzi vůči zápachu. Skutečnost, že negativních signálů je více, se zdá být evolučním fenoménem. Pro přežití dítěte je zřejmě důležitější, aby bylo schopné signalizovat stav nepohody či ohrožení než příjemné pocity.“*

(Holinger, Donerová, 2005)

Nejdůležitějším místem pro odhalení jednotlivých signálů je obličej a to zejména oblasti očí a rtů. Do těchto míst se také nejčastěji soustřeďuje pohled každého miminka. Proto je důležité při každém kontaktu s dítětem ponechat náš obličej v jeho zorném poli.

Každý z devíti signálů můžeme zaznamenat v různých intenzitách – od slabých až po nesnesitelné. Pokud si nevšimneme, že se nám dítě snaží něco sdělit nebo tomu neporozumíme, bude časem intenzita sdělení stoupat. Pokud se dítě setká s nepochopením, mohou některé signály přecházet v signály jiné. Například jsou-li zájem a radost dítěte dospělým zamítány, změní se v zahanbení. Je také důležité si uvědomit, že tyto signály nepřichází samostatně, vyvolávají signály jiné a vzájemně se ovlivňují.

Základním předpokladem spokojeného děťátka je fakt, že jeho signálům lidé z jeho okolí rozumějí. Nejedná se vždy pouze o rodiče či prarodiče. V dnešní době, kdy je stále více dětí nemocných, je důležité, aby těmto signálům rozuměli i zdravotničtí pracovníci. Pro tento případ naštěstí existuje návod, jak tyto signály dešifrovat.

### 1.5.1.1. SIGNÁLY RADOSTI

Tři signály vyjadřující radost a legraci jsou zájem, potěšení a překvapení. Upozorňují nás, že miminko má zájem o podněty a informace ze svého okolí. Překvapení je reakce na náhle objevený podnět. Uvádí dítě do střehu a připravuje ho na další situace, které mohou přijít. Zájem a potěšení nám ukazují míru nadšení ze setkávání a poznávání věcí a situací. Tyto signály mají zásadní vliv na emoční a intelektuální vývoj dítěte, proto je velmi důležité podporovat je.

#### ZÁJEM

*„Pokud je dítě něčím jasně zaujaté můžeme u něj pozorovat projevy zájmu. Toto dítě bude mít lehce pozdvižené či pokleslé obočí. Pusinka může být trochu pootevřená. Jestliže se objekt jeho zájmu pohybuje, upřeně ho očima sleduje. Celé tělo vypadá v pohotovosti a je trochu napjaté. Může otáčet hlavou či celým tělem ve směru pohybu předmětu jeho zájmu. Dítě také pozorně naslouchá všem doprovodným zvukům. Zájem se vyjadřuje od pouhého zběžného zájmu až po vzrušení.“* (Holinger, Donerová, 2005)

Z projevů zájmu, jako je pozorování, ohmatávání, očíhávání a ochutnávání získávají děti informace a potěšení. Tyto způsoby vyhledávání a zkoumání nových věcí jsou velice důležité, jsou to metody, kterými se učíme. Pokud jsou projevy zájmu opakovaně potlačovány, kritizovány nebo zmařeny, může být dítě přivedeno k tomu, aby se za své zvědavé a nevázané chování stydělo. To může vyústit až v narušený vývoj sebevědomí či vlastního rozhodování.

Pokud dítě zaregistruje negativní postoj dospělého k nějaké činnosti, zopakuje ji ve snaze zjistit souvislost mezi příčinou a důsledkem. Pro dobré rozvíjení zájmu dítěte je důležité:

1. Pomáhat ve zjišťování, jak svět funguje
2. Povzbuzovat objevující se zájem dítěte
3. Ponechat dítě plně vyjádřit signály pro zájem
4. Nastavit hranice – co dítě smí a co již ne

Velice důležité je, naučit se zvládat situace, kdy musíme zájem přerušit. To často vede k tísní a zlosti. Nejprve oceňte zájem dítěte a umožněte mu projeviti svou nelibost navenek. Teprve pak se posuňte k další činnosti. Pomáháte tak dítěti rozvíjet schopnost ovlivnit napětí a odložit uspokojení potřeby (např. odvedením pozornosti).

Zájem je velmi důležité sledovat jak u zdravých, tak u nemocných dětí. Každé hospitalizované dítě je stresováno již samotným prostředím, proto bychom se měli snažit zabavit jeho pozornost něčím zajímavým. Tak mu nabídneme možnost stonat v klidu a bez zbytečného stresu.

## POTĚŠENÍ

*„Potěšení se signalizuje různými způsoby. Miminko se usmívá. Rty se roztahují a rozšiřují směrem ven a nahoru. Směje se, tvářičky se trochu zkrabatí a oči zjasní. Často vydává různé druhy vysokých, pronikavých tónů a radostných zvuků. Potěšení rozlišujeme na škále od požitku k radosti, od pousmání po výbuch smíchu.“* (Holinger, Donerová, 2005)

Velmi často se signály radosti střídají se znaky zájmu, překvapení či strachu. Celkově tyto projevy vytváří obraz hravosti a zábavy. Například uvidí-li dítě svou oblíbenou hračku, se kterou vy nyní pohybujete, bude to v něm vzbuzovat zájem nad něčím novým a také radost, že jste si všimli, co se mu líbí. Pro dítě je velmi důležitá vaše kladná reakce na jeho projevy zájmu a radosti. S každým smíchem zažívá drobeček opravdový, i když třeba kratičký pocit radosti a potěšení. To jsou pocity krátkodobé, pomíjivé, ale mají obrovský dlouhodobý přínos.

Pokud je děťátko potěšené z něčeho potencionálně nebezpečného, zkuste ho pochopit. Pokud budete dítě za pocit potěšení a radosti často kárat, vyvoláte v něm pocit, že nemá na potěšení nárok. Místo toho zkuste raději přeměřovat radost děťátka na bezpečnější předměty. Zaujme-li ho například některá „hadička“ k němu napojená, zkuste ji vyměnit za hračku s natahovacím dlouhým ocáskem. Pokuste se slovně odvést pozornost dítěte od původního objektu zájmu. Tím mu ukážete, že rozumíte jeho zájmu a radosti, a sami budete klidnější, protože dítě je opět v bezpečí.

Jak rozvíjet potěšení dítěte? Uvědomte si, že bez vaší pomoci je stále na jednom místě – dopřejte mu pohyb a tím i lepší pozorování okolí. Berte ho často do náručí, noste po pokoji, zvedejte ho z podložky kdykoli je to možné a hlavně nenechávejte dítě stále na stejném místě. Také je důležité podporovat smyslové vnímání světa. Dopřejte děťátku dostatek podnětů hmatových, zrakových, ale i sluchových. Podávejte mu předměty rozličných materiálů, různých barev a vydávající mnoho zvuků. Vždy u toho dítěte pozorujte, jak na jednotlivé podněty reaguje a vraťte se zpět k věcem, které u něj vyvolali potěšení.

Dítka v nemocnicích často bývají smutná a k radosti jim chybí velmi mnoho. Je proto nadmíru důležité, abychom jim zajistili dostatek hraček a podnětů, které zaujmou jejich pozornost a učiní je alespoň na chvíli šťastnější. Měli bychom se snažit jim věnovat každou, byť nepatrnou chvíli z našeho nabitého pracovního času. Jen tak jim dáme v nemocnici možnost zažít potěšení a spokojenost.

## **PŘEKVAPENÍ**

*„Když miminko signalizuje překvapení, zdvihne se mu obočí, oči se do široka rozevřou a mrkají a pusinka se otevře do tvaru „o“. Možná pootočí hlavu nebo se bude snažit pootočit celé tělo, jestliže překvapení přichází z boku nebo zezadu.“ (Holinger, Donerová, 2005)*

Pro děťátko je překvapivý každý zvuk, tvar či událost, se kterými se setkává poprvé. Tyto situace vyvolávají překvapení především proto, že nemají dostatek zkušeností s okolním světem. Některé věci mohou způsobit nejen překvapení, ale i trochu děsu. Překvapení tak tedy umožňuje obrátit naši pozornost k věci, která je v tu chvíli neodkladná.

Když jsme překvapeni, prudce vzrůstá aktivita mozku. To způsobí větší obezřetnost proti možnému poranění. Pokud dítě pocítí překvapení, má možnost poté poznat zájem nebo strach. Tento mechanismus ovlivňuje velikost onoho překvapení. Záleží na tom, co překvapení vyvolalo, zda například upadnuvší talíř či houkající auto. Dalším faktorem ovlivňujícím reakci miminka je postoj dospělého (rodiče, všeobecné sestry, lékaře) k této situaci. Pokud projevíme klid a pochopení, jistě tato událost vyvolá v dítěti zájem, v opačném případě způsobí strach. Na reakci robátka má také vliv jeho temperament. Průbojnější dítě spíše projeví zájem nežli strach.

U překvapení je velmi důležité intenzitu reakce korigovat. Nenechte ji vystupňovat na maximum, naopak, snažte se ji ovládnout tak, aby dítěti pomohla k poznání nového. To od vás ale vyžaduje být neustále ve střehu – k překvapení totiž dochází náhle. Pro přeměnu překvapení v zájem či potěšení je důležité ocenění a činnost. Jedná-li se například o houkající monitor nad lůžkem dítěte, ujistěte ho, že mu nehrozí nebezpečí, pohlad'te ho a zvuk co nejdříve vypněte. Tím dáte dítěti pocit, že mu rozumíte, chápete ho a může se na vás polehnout. Můžete se ještě pokusit překvapení posunout k zájmu tím, že vezmete děťátko do náručí a ukážete mu, co za přístroj ten ošklivý zvuk vydává a že se ho nemusí bát.

### 1.5.1.2. SIGNÁLY VOLÁNÍ O POMOC

Mluvíme-li o signálech volání o pomoc, máme na mysli tíseň, hněv, strach, zahanbení, znechucení a averzi vůči zápachu. Dětem slouží k tomu, aby ukázali těm, kdo o ně pečují, že je něco v nepořádku. Upozorňují tak na své potřeby a pocity neštěstí. Dovolte jim tedy vyjádřit negativní emoce a pak se pokuste odstranit jejich příčinu. Tyto signály jsou totiž pouhou informací o nespokojenosti, nikoli agresí. Pokud se je budete snažit potlačit, dítě bude mít problém vyjádřit své pocity a získá dojem, že svět je nebezpečný a netečný k jeho neštěstí. Úspěšní jsou ti, kdož dítě sledují a okamžitě reagují na jakýkoli signál volání o pomoc. Dají mu tím pocit, že tu jsou pro něj a se vším mu pomohou.

#### TÍSEŇ

*„Signál tísně se vyjadřuje křikem, obočím vyklenutým do oblouku, pusou s koutky otočenými dolů, slzami, rytmickými vzlyky, neklidem nebo stažením do sebe. Větší dítě může tíseň dohnat k horečné aktivitě. To se projevuje pokřiveným obličejíčkem a kroucením rukama, nebo mácháním rukama jako větrný mlýn. Starší děti mohou kňourat nebo do nich něco vjede a nadělají kolem sebe spoušť. I když se to, jak dítě tíseň projevuje, může v průběhu růstu měnit, význam signálů zůstává stejný a stejnou zůstává nutnost přiměřeného způsobu reakce.“* (Holinger, Donerová, 2005)

Projevy tísně jsou signálem, který v dětském jazyce znamená SOS. Rozpoznat co tíseň spustilo, není vždy snadné. U malých miminek je většinou projevem hladu, mokré plenky, bolesti či nepohodlí. S přibývajícími měsíci může také znamenat například nudu, osamělost, odloučení od blízké osoby, ale i strach či stud. Pokud si těchto signálů nepovšimneme, mohou se stupňovat až k utrpení a později se promění v hněv. Určitě nejsou projevem rozmazlenosti či agresivity dítěte.

Jak tedy zvládat tíseň děťátka? Snažte se mu co nejvíce umožnit, aby ji projevilo. Pokud to dítěti dovolíte, dáte mu možnost uvědomit si, že jeho pocity jsou skutečné a mají svou platnost. To mu pomůže při budování sebedůvěry. Uvědomte si, že i sebemenší dítě skutečně cítí to, co cítí. Nesnažte se to popírat, ba naopak, snažte se najít příčinu tísně a odstranit ji. Například je-li dítě hospitalizované a pláče, neříkejte: „Vždyť se ti nic neděje!“ Pro dítě to může znamenat pocit odloučení, zahanbení a může si také připadat velice zranitelné. Pokuste se dítě utišit, vysvětlit mu nastalou situaci, a odvést jeho pozornost k zajímavější činnosti.

## HNĚV

*„Hněv se vyjadřuje zařatou čelistí, rty buď pevně sevřenými, nebo staženými tak, aby odhalovaly zuby, zarudlým obličejem, zamračeným čelem, oči mohou být zúžené, nozdry rozšířené, svaly na šíji napjaté. Dále se pak projevuje křikem, údery, kopáním nebo kousáním. Také se vyznačuje tím, že se dítě náhle rozmrzele stáhne do sebe a hledí nasupeně. Tento signál se vyskytuje v rozsahu od pohněvanosti až k zuřivosti.“ (Holinger, Donerová, 2005)*

Hněv je signálem, který je nejčastěji špatně chápán. Rozhněvané dítě se dá jen těžko utišit, ale ono si skutečně nemůže pomoci. Rodí se totiž téměř bez schopnosti svůj hněv zvládat. Až podle příkladu dospělých a jejich reakcí se učí se svým hněvem pracovat.

Projevy hněvu jsou důsledkem nějaké dlouhotrvající negativní emoce, jako je tíseň či strach. Tento negativní pocit může vzniknout i v důsledku přerušení pozitivních prožitků (zájem, potěšení). Děťátko vám svým rozzlobením říká, že jeho pocity už jsou moc silné a nedají se vydržet. Zkuste se proto místo na samotný hněv zaměřit na příčinu, která ho vyvolala. Pokud ji odstraníte, za chvíli odezní i hněv. Nesnažte se jeho hněv schovat či přecházet bez povšimnutí, to může i u malých dětí vyvolat depresi. Pokuste se každý záchvat vzteku pojmenovat a vysvětlit dítěti, proč tato situace nastala.

Dokážete-li dítěti pomoci a ještě ovládnou svůj vlastní hněv nad jeho výbuchem vzteku, učíte ho, jak hněv ovlivnit. Ono už si pomalu spojí, že uznáváte jeho hněv, že mu pomáháte odstranit příčinu, ale také to, jak vy se v dané situaci zachováte. Tím si postupně utváří vlastní model ovládnutí vzteku.

S postupným vývojem děťátka se mění i důvody, které hněv způsobí. U nemluvnat jsou to nejčastěji hlad, bolest, únava či nepohodlí. O něco později se přidávají například nuda či frustrace. V době kdy se začíná dítě vyjadřovat i slovně, se připojují především psychické podněty, jako je zklamání, zahanbení či strach. S dalším postupem věku se stále rozšiřují možnosti různých spouštěčů hněvu.

## STRACH

*„Signál strachu se projevuje navenek několika různými způsoby. Oči miminka mohou být široce rozevřené, pokožka bledá. Může náhle zchladnout, nebo se naopak začít potit. Obličej, ruce a nohy se mohou třást. Dokonce může mít zježené vlásky, možná vykřikne, ale možná bude úplně zticha. Nemluvně často reaguje také tím, že se úplně stáhne do sebe, nebo dokonce najednou usne. Strach se vyskytuje na emocionální škále v rozsahu od obavy až po hrůzu.“*

(Holinger, Donerová, 2005)

Strach je další vrozenou reakcí organismu – pomáhá člověku před nebezpečím utéct nebo se mu účinně bránit. Při strachu se rozlijí po těle stresové hormony, dojde k náhlému vzestupu míry nervových vzruchů, a k mnoha biochemickým reakcím, které není tělo schopné dlouho zvládat. Jednotlivé situace dítě nijak nepoškodí. Horší jsou stavy, kdy se dítě bojí dlouhodobě a nikdo mu nepodá pomocnou ruku. Strach je tím pověstným pudem sebezáchovy, který mají dětičky dobře vyvinutý. Velmi nápadně reagují na každý sebemenší náznak nebezpečí. Snaží se nás tím upozornit, že jsou v nesnázích a potřebují naši pomoc.

Snažte se být citlivý k náznakům strachu dítěte a pomozte mu situaci řešit. Naučíte ho tím, jak strach regulovat. Nezapomeňte však, že každé dítě je jiné a tudíž bude i každé jinak reagovat. Co v jednom dítěti vyvolá strach, u druhého vzbudí zájem. Obecně platí, že citlivější děti reagují výrazněji a stačí jim mnohem méně, aby se vyděsili. I situace pro vás naprosto běžné, jako je pád předmětu či houkání přístroje, mohou dítě vystrašit. Velice nebezpečné jsou opakující situace, ze kterých má dítě strach a nemá ve vás oporu. Například jde-li na odběr krve a vy mu řeknete: „to nic není!“ Ono se, ale cítí ohrožené. Bude-li se tato situace opakovat, dítě získá pocit, že ho nikdo nechrání a je velmi zranitelné. Nakonec se může strach stát součástí tohoto drobečka a vyústit až v poruchu chování či citů.

Dalším podnětem vyvolávajícím strach může být i silný hněv. Reagují-li dospělí na rozhněvané dítě negativně, získá pocit, že hněv je něco zlého a začne se ho obávat.

Ovládnou strach, je velmi obtížné – potřebujeme, aby ho dítě poznalo, ale netrápilo se jím. Zkuste se spoléhat na základní pravidlo. Nechte dítě projevit svůj strach, pojmenujte ho a teprve poté se ho pokuste odstranit. Dejte dítěti právo cítit strach a dáte mu tím i možnost rozpoznávat a hodnotit své pocity. Pojmenujete-li pro dítě strašidelnou situaci, umožníte mu si ji lépe zapamatovat. Ihned poté se pokuste zdroj strachu odstranit nebo přeměnit na zájem.

## ZAHANBENÍ

*„Miminko signalizuje zahanbení sklopenýma očima a svěšenými rameny; obličej a krční svaly poklesnou dolů. Dítě může odvrátit hlavu nebo koukat do země, víčka jsou také pokleslá. Některá miminka se dokonce červenají. Signál lze prožívat na kontinuu od lehkého zahanbení až po hluboký pocit ponížení.“*

(Holinger, Donerová, 2005)

Signál zahanbení vzniká nejčastěji jako následek zájmu a potěšení dítěte v kombinaci s nesouhlasem a rázným zásahem poskytovatele péče. Nejedná se o uraženost děťátka, že jste mu sebrali hračku, jde o vrozenou reakci na náhlé negativní přerušování zájmu.

Zahanbení je podkladem pro pocity méněcennosti, viny, studu a nedostatek odvahy. Může také zchladit zájem a potěšení dítěte, a v krajním případě může dokonce vyvolat vztek. Pociťuje-li ho dítě často, může mít později problémy se sebeúctou a pocity neschopnosti.

Zahanbení nevyvolávají jen činy, ale i pocity. Často se zlobíme, ukazujeme-li dítě, že se bojí, je nervózní nebo se cítí v tísní. Může tak získat pocit, že projevy emocí jsou špatné a mělo by se za ně stydět. Pokud je udusí v sobě, dostane pochvalu. A o tu přeci jde! Snažte se proto dítě podporovat v projevování citů.

Nemůžeme říci, že by zahanbení bylo vždy striktně špatné. Cítí-li dítě mírný stud, zjišťuje, že některé formy chování jsou nevhodné. Toto se může naučit jen v případě, že od vás dostane správné podněty. Nekritizujte proto dítě jako takové, ale vždy jen jeho nevhodné chování. Hází-li například jídlo na zem, neříkejte: „Nech toho! To se nedělá!“ řekněte raději: „Jídlo patří na talíř, ne na zem. Je ošklivé, když ho tam házíš.“ Z toho dítě pochopí, že je špatná pouze jeho činnost, nikoli ono celé. Zdá-li se vám, že dítě zlobí, pokuste se jeho zájem přeměřovat jinam. Zabráníte tím nežádoucí činnosti a zároveň k němu vysíláte signál, že zájem o nové věci je dobrý.



## ZNECHUCENÍ A AVERZE VŮČI PACHU

*„Znechucení se signalizuje vysunutým spodním rtem a jazykem. Miminko nebo batole se většinou brání před ošklivou nebo nezdravou chutí pliváním nebo zvedáním žaludku nebo přímo zvracením. Averse na pachy se projevuje zvednutým horním rtem a nosem. Miminko nebo batole se většinou brání před ošklivými nebo škodlivými pachy tím, že zvedá hlavu a odvrací ji stranou a nakrčí nos.“* (Holinger, Donerová, 2005)

Ne vždy, když miminko signalizuje znechucení či averzi vůči pachu, máte pochopení. Vždyť vám mrkev chutná a dezinfekce téměř voní. Co se tedy tomu malému nelíbí? Tyto reakce jsou, jako všechny předchozí, vrozené, proto věřte, že je dítěto myslí vážně. Nejsou pouze projevem náladovosti, dovolte mu je tedy plně vyjádřit.

Mnoho malých dětí nemá rádo některé druhy zeleniny, jsou totiž mnohem aromatictější a pronikavější než si myslí dospělí. Dejte mu tedy dostatek času pro zalíbení v některých potravinách. Rozhodně je dítěti nenuťte, pouze mu je vícekrát nabídněte, to platí i v nemocnici. Pouze byste tím vyvolali pocity strachu, osamocení a nepochopení. Je možné, že dítěto změní názor na některou potravinu, ale vždy o to musí samo stát.

I zde je naším úkolem především dítěti porozumět a dát mu to najevo. Dítěto tak získá pocit, že umí odlišit co je pro něj dobré a bude sebejistější. Samozřejmě nenecháme děťátko trápit se a zdroj negativní emoce odstraníme.

Může se zdát, že těmito signály se řídíme u dětí, které ještě neumí mluvit, ale není to tak docela pravda. Samozřejmě u nemluvnat jsou tyto znaky nejvýraznější, jsou pro ně totiž jediným způsobem komunikace a možností, jak vyjádřit své pocity. Děti, které již mluví, podstatnou část sdělení vyjádří slovy, přesto i nadále zůstávají základní signály patrné. Především u nemocných dětí můžeme pozorovat jakýsi návrat ve vývoji k jednodušším způsobům vyjadřování. To znamená, že i dítě, které již mluví, se začne opět vyjadřovat převážně pomocí devíti základních signálů. Při hlubším zkoumání lidí, můžeme zjistit, že tyto prvky v komunikaci zůstávají až do dospělosti. Období nemoci je často dobou, kdy se vracíme tzv. do dětství a naše způsoby komunikace jsou velmi jednoduché. Proto je důležité těchto devět signálů radosti a volání o pomoc znát a především jejich znalosti využívat v praxi.

## 1.5.2. KOMUNIKACE S NEMOCNÝM DÍTĚTEM

Nyní již známe vývojová stádia dětí a jejich specifika a také devět základních signálů napomáhajících dítěti ve vyjadřování. Toto jsou znalosti nezbytné pro správnou komunikaci s dětmi. Tito drobečkové jsou v období nemoci obzvláště citliví, proto by naše komunikace s nimi měla být co nejdokonalejší. Jen správná komunikace a schopnost vcítit se nám pomůže získat důvěru dítěte a přimět ho ke spolupráci. Sestra je pro dítě osobou, která mu zajistí kontakt s okolním světem, pocit bezpečí a také mu nahradí kamarády při povídání a hře. Jako všeobecné setry bychom měly umět s dětmi komunikovat formou, která jim je srozumitelná. U dětí ještě více než u dospělých platí, že většinu informací sdělí neverbální komunikace. Měly bychom se proto důkladně zaměřit na všechny její oblasti:

- ❖ mimika – důležitý úsměv a přívětivé „grimasy“
- ❖ pohledy – NUTNÝ pohled do očí
- ❖ gestika – vhodné zrcadlení a důsledné výrazy pomocí gest
- ❖ haptika – individuální vnímavost – dobré pohlazení, držení za ruku, chování
- ❖ proxemika – u dětí většinou menší vzdálenost než u dospělých
- ❖ posturologie – vhodná stejná výška = přidřepnout, posadit se...
- ❖ kinezika – zrcadlení jen u vhodných pohybů (přecházení), ne u negativních (pobíhání)
- ❖ zevnějšek a prostředí – domácíjší prostředí – barvy, hračky, hudba...

Nemůžeme ale samozřejmě zapomenout na význam komunikace verbální. Zde platí několik zásad a pravidel, jak s nemocnými dětmi hovořit.

- Vždy říkáme pravdu. Jak nás učili už naše maminky – lež má krátké nohy. A každé dítě dříve či později přijde na to, že jsme mu neřekli pravdu. Tím ohrozíme vzájemnou důvěru a ochotu dítěte spolupracovat s námi.
- Musíme být velmi trpěliví a vše vysvětlovat s přihlédnutím k věku a možnostem dítěte. Vysvětlujeme, co se bude dít, jak dlouho to trvá, zda to bolí, atd. Uvědomme si, že nevědomost dává prostor strachu!
- Po celou dobu rozhovoru používáme jednoduchý a srozumitelný slovník.
- Vždy po pravdě přiznáme bolestivost výkonu – nikdy netvrdíme opak!
- Snažíme se dítě chválit i za malé pokroky a úspěchy.
- Při komunikaci užíváme hračky, obrázky, knížky, písničky...
- Vždy se snažíme zapojit do hovoru rodiče, ale hlavní osobou musí vždy zůstat dítě – mluvíme s ním, ne o něm!

Rozhovor a vůbec celý kontakt musíme vždy přizpůsobit danému dítěti a konkrétní situaci – musí být individuální. Měli bychom se držet hlavních zásad, ale jen za cenu toho, že dítěti neublízíme. Ne každé dítě je schopné ihned unést celou pravdu. Měli bychom si dát také pozor na chyby v přístupu:

- ◆ *lhaní, zastírání, zlehčování*
- ◆ *přístup k dítěti jako k malému dospělému*
- ◆ *přílišný autoritativní přístup, direktivita – může mít sice krátkodobý dobrý efekt, ale celkově působí napětí a stres, který se v budoucnosti opakovaně automaticky objeví a bude mít negativní vliv na kooperaci*
- ◆ *devalvace emocionálních projevů (pláče, vzteku, strachu)*
- ◆ *ignorace dětských otázek, nebo neurčité odpovědi, popř. devalvace typu – „tomu bys ještě nerozuměl“*
- ◆ *kárání dítěte za nešikovnosti, výčitky, srovnávání s jinými dětmi*
- ◆ *projevy lítosti* (Venglářová, Mahrová, 2006, str.80)

Jako zdravotníci bychom měli být schopni komunikovat s dětmi různého věku a v různých situacích. Měli bychom přizpůsobovat komunikační dovednosti právě tomu kterému jedinci. Neměli bychom nikdy zapomínat, v jak těžké situaci se dítě nachází, je-li nemocné. A v neposlední řadě bychom měli brát ohled na jeho pocity, nálady a chování. Komunikace s dětským pacientem je specifická a velmi náročná, proto bychom se neměli bát hovořit o ní v celém týmu.

## **2. EMPIRICKÁ ČÁST**

## **2.1. CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Před začátkem výzkumného šetření jsem si stanovila 5 základních cílů:

1. Zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace.
2. Objasnit míru využití teoretických znalostí neverbální komunikace v praxi.
3. Poznat názory dětských pacientů na schopnosti sester v neverbální komunikaci.
4. Dozvědět se názory dospělých nemocných na schopnosti sester v neverbální komunikaci.
5. Vytyčít rozdíly mezi názory sester a pocity nemocných.

## **2.2. METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

K výzkumnému šetření byla zvolena metoda dotazníku. Nejprve vznikl v pracovní verzi pro pilotní studii, která byla rozdána deseti všeobecným sestřím. Podle jejich odpovědí, výtek a otázek, byl dotazník upraven. Finální verze obsahovala 20 otázek a tři podotázky, některé otázky byly uzavřené, jiné s volnou tvorbou odpovědi. Tento dotazník naleznete v příloze 2.

Podle výsledků získaných výzkumným šetřením mezi sestrami byly sestaveny další dvě verze dotazníku. Tyto verze byly určeny dětským a dospělým nemocným. Dětská verze dotazníku byla zkrácena na 13 otázek a jednu podotázku (viz. příloha 3). Dotazník pro dospělé obsahoval 15 otázek a jednu podotázku (viz. Příloha 4).

## **2.3. VÝZKUMNÝ VZOREK**

Výzkum byl prováděn na lůžkových odděleních v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav a.s. s laskavým svolením hlavní sestry (viz. příloha 1). Pro výzkum byla vybrána oddělení chirurgická, interní a dětská, kde jsem se též setkala s velkou ochotou.

V prvním kole výzkumu, tedy v pilotní studii, byly vybrány 4 sestry z interních oddělení a vždy 3 sestry z oddělení chirurgických a dětských. Poté byl dotazník poupraven.

Hlavním vzorkem byly všeobecné sestry z výše jmenovaných oddělení. Na každé oddělení byly dodány dotazníky tak, aby byl vždy jeden pro každou ze sester. Tedy na chirurgická oddělení 32 dotazníků, na interní oddělení 34 dotazníků a na dětská oddělení 32 dotazníků. Návratnost byla různá, z chirurgických oddělení 100%, z interních 50% a z dětských oddělení zhruba 81%.

Další skupinu respondentů tvořili pacienti dětských oddělení. Bylo vybráno 10 dětí různého věku a pohlaví. Zde byl dotazník vyplňován se souhlasem rodičů. U dětí do deseti let byli rodiče vyplňování dotazníku přítomni. Návratnost byla 100%.

Posledním výzkumným vzorkem byli dospělý nemocní, kteří poskytli souhlas s touto studií. Bylo vybráno 20 nemocných, 10 z chirurgických a 10 z interních oddělení. Nemocní byli vybráni podle pohlaví, věku a vzdělání, aby vznikl průřez všemi skupinami. Návratnost byla 100%.

## **2.4. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER**

Na následujících stranách naleznete výsledky výzkumného šetření u sester. Nejprve jsou interpretovány výsledky celkové od všech sester, které dotazník vyplnily. U každé otázky naleznete stručný popis nejvýraznějších výsledků uvedený v absolutních počtech (množství sester, které odpověděli) a tabulku znázorňující všechny odpovědi, zde jsou uvedeny absolutní počty i procentuální přepočty. U důležitých či zajímavých výsledků je uveden také koláčový graf znázorňující procentuální hodnoty.

## 1. Pohlaví

Vzhledem k faktu, že dotazník byl určen všeobecným sestřám, je zastoupení pohlaví pouze ženské. Tedy všech 75 dotazovaných, čili 100%, jsou ženy. Z toho vyplývá, že na oddělení, kde výzkum probíhal, nepracují na postu zdravotních sester žádní muži.

**Tabulka 1** Pohlaví sester

	dotazovaných	procentuelně
Muž	0	0%
Žena	75	100%

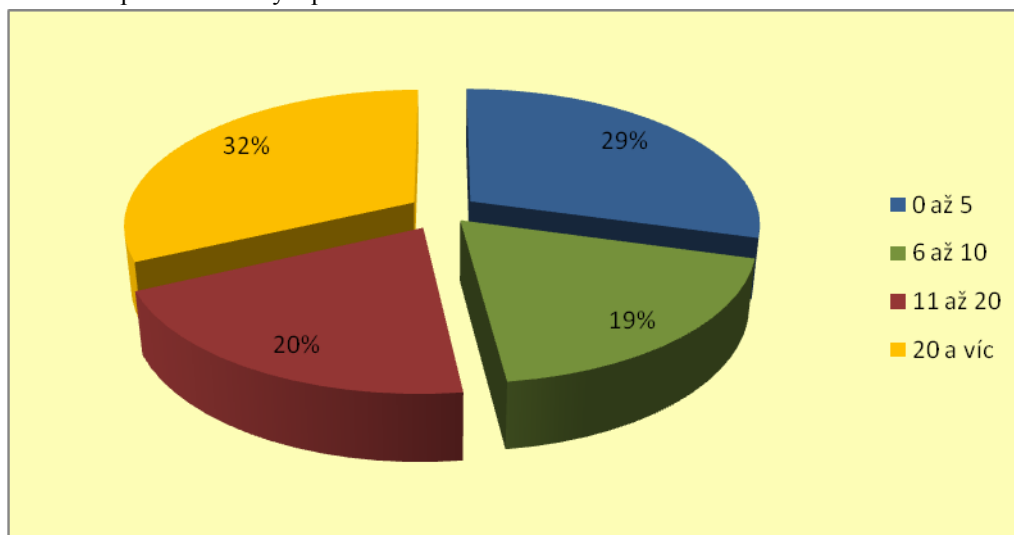
## 2. Roky odpracované v praxi

V této oblasti byly možnosti rozděleny na čtyři skupiny. Z odpovědí vyplynulo, že věkové rozdělení je v podstatě rovnoměrné. Pracují zde jak sestry starší, tak i absolventky.

**Tabulka 2** Odpracované roky

	dotazovaných	procentuelně
0 až 5	22	29%
6 až 10	14	19%
11 až 20	15	20%
21 a více	24	32%

**Graf 1** Odpracované roky v praxi



### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání (doplňte obor):

V oblasti vzdělávání odpovědělo 47 sester, že má dokončené vzdělání na střední zdravotnické škole. Dále 21 sester uvedlo, že mají specializační studium. Dá se tedy říci, že u sester stále převažuje střední vzdělání. Jen málo z nich má nástavbové studium a dokonce žádné nejsou vysokoškolsky vzdělané. Z výsledků se tedy dá usuzovat, že sestry dávají přednost specializačnímu studiu před vysokoškolským.

**Tabulka 3** Vzdělání sester

	dotazovaných	procentuelně
SZŠ	47	63%
Nástavbové studium SZŠ	7	9%
VŠ (denní studium)	0	0%
VŠ (kombinované studium)	0	0%
Specializační studium	21	28%

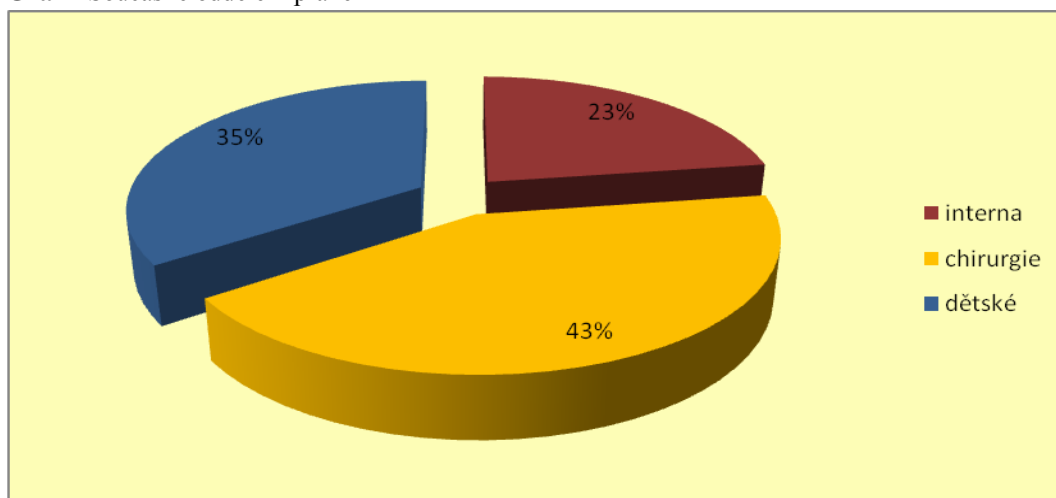
### 4. Na kterém oddělení praxi vykonáváte v současné době?

Z dotazovaných sester pracovalo 17 na interních odděleních, 32 na oddělení chirurgických a 26 na dětských odděleních.

**Tabulka 4** Současné oddělení praxe

	dotazovaných	procentuelně
interna	17	23%
chirurgie	32	43%
dětské	26	35%

**Graf 2** Současné oddělení praxe





## 5. Absolvoval/a jste speciální kurz o komunikaci ve zdravotnictví?

Na tuto otázku odpovědělo 56 sester záporně a pouze 19 sester kladně. Z toho můžeme usoudit, že pouhých 25,33% sester má speciální vědomosti o problematice komunikace ve zdravotnictví.

**Tabulka 5** Absolvovaní speciálního kurzu o komunikaci

	dotazovaných	procentuelně
ano	19	25%
ne	56	75%

## Kdyby Vám byl tento kurz nabídnut, zúčastnil/a byste se?

Většina sester odpověděla, že by měly o tento kurz zájem a zúčastnily by se. Pouhých 22 sester by se takového kurzu nezúčastnilo. Dá se tedy říci, že by bylo výhodné takovýto kurz uspořádat.

**Tabulka 6** Zájem o kurz o komunikaci

	dotazovaných	procentuelně
ano	53	71%
ne	22	29%

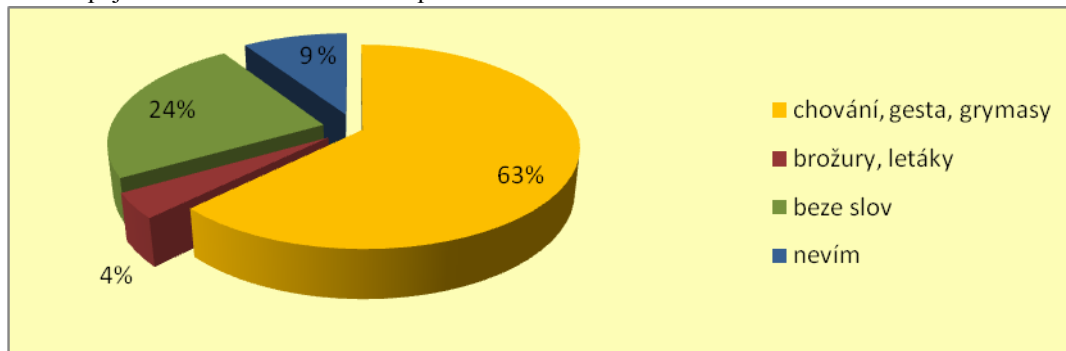
## 6. Co si představíte pod pojmem neverbální komunikace?

Z této otázky bylo zjištěno, že většina sester ví, čím se neverbální komunikace zabývá. Osmnáct sester napsalo pouze obecně, že se jedná o komunikaci beze slov. Podrobný rozpis jednotlivých oblastí vypsalo 47 sester.

**Tabulka 7** Pojem neverbální komunikace podle sester

	dotazovaných	procentuelně
chování, gesta, grimasy...	47	63%
brožury, letáky	3	4%
beze slov	18	24%
nevím	7	9%

**Graf 3** pojem neverbální komunikace podle sester



## 7. Ze které části obličeje nejlépe vyčtete strach a smutek?

Většina sester si myslí, že strach nejlépe vyčteme z oblasti očí a víček. Další dvě možnosti jsou téměř vyrovnané.

**Tabulka 8** Vyčtení strachu z obličeje

	dotazovaných	procentuelně
Oblast čela a obočí	17	23%
Oblast očí a víček	43	57%
Oblast nosu, tváří a úst	15	20%

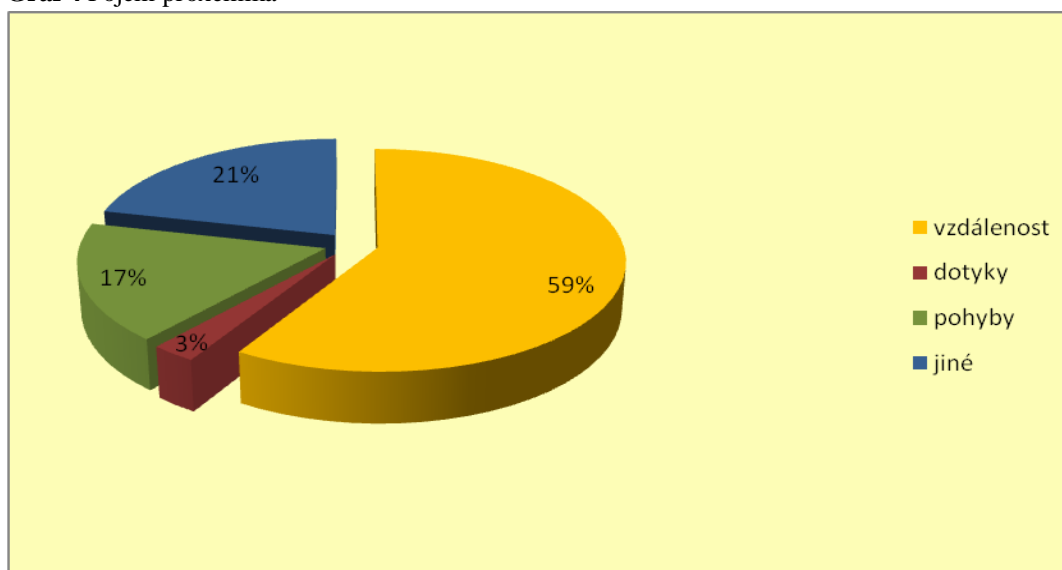
## 8. Čím se zabývá proxemika?

U této otázky se ukázalo, že sestry tento pojem příliš neznají. Jen 44 z nich znalo správnou odpověď. Šestnáct sester vybralo možnost jiné a všechny dopsaly, že neví, co tento pojem znamená. Z toho můžeme usuzovat pro vhodnost uspořádání kursu, kde by byly všechny pojmy vysvětleny.

**Tabulka 9** Pojem proxemika

	dotazovaných	procentuelně
vzdálenost	44	59%
dotyky	2	3%
pohyby	13	17%
jiné	16	21%

**Graf 4** Pojem proxemika



## 9. Jakou udržujete vzdálenost při rozhovoru s nemocným?

Velká většina sester pravděpodobně intuitivně udržuje správnou vzdálenost. Šedesát tři z nich uvedlo, že udržují odstup 45 cm až 1,2 m, což je vzdálenost společenská. Ve zdravotnictví ve většině situací jistě vhodná. 4 sestry zvolily vzdálenost 0 až 45 cm. Ta je zajisté při některých situacích potřebná, ale ne vždy vhodná.

**Tabulka 10** Vhodná vzdálenost podle sester

	dotazovaných	procentuelně
0 až 45 cm	4	5%
45 cm až 1,2 m	63	84%
1,2 až 3,6 m	8	11%
3,6 m a více	0	0%

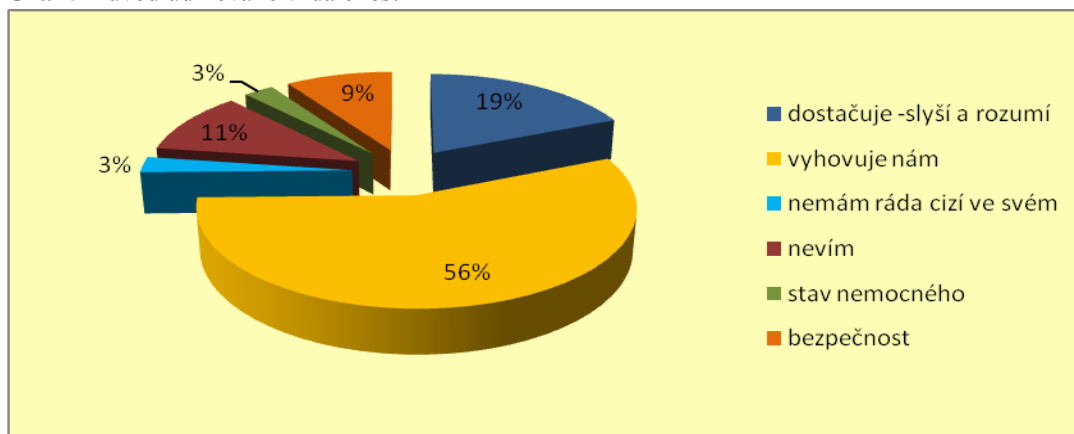
### Proč udržujete zrovna tuto vzdálenost?

Na tuto doplňující otázku byla možná volná tvorba odpovědi. Největší počet sester napsal, že vyhovuje jim osobně i pacientům. Objevila se i otázka bezpečnosti. Sedm sester si myslí, že udržují bezpečnou vzdálenost.

**Tabulka 11** Důvod udržované vzdálenosti

	dotazovaných	procentuelně
dostačuje -slyší a rozumí	14	19%
vyhovuje nám	42	56%
nemám ráda cizí ve svém	2	3%
nevím	8	11%
stav nemocného	2	3%
bezpečnost	7	9%

**Graf 5** Důvod udržované vzdálenosti



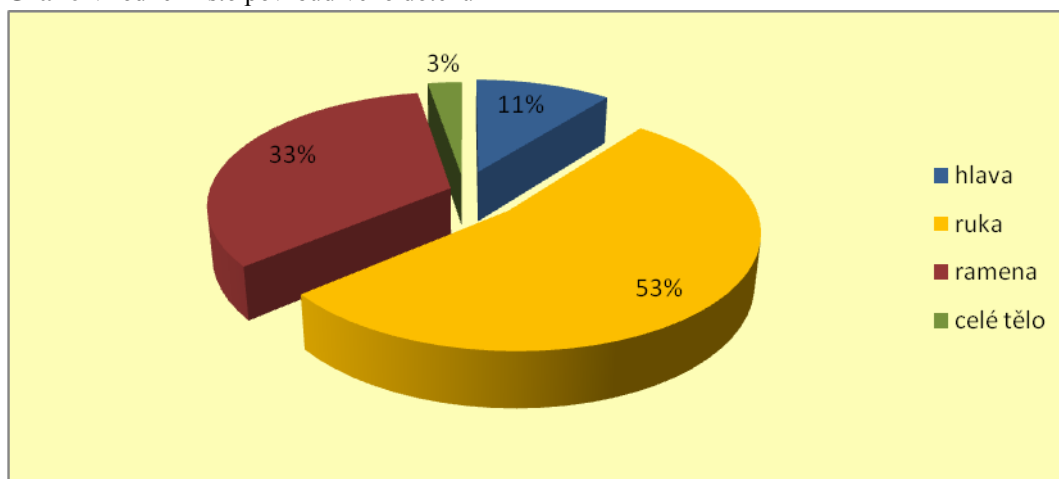
## 10. Které části těla nemocného se dotýkáte, pokud ho chcete povzbudit?

Podle odpovědí většina sester povzbuzuje své pacienty stiskem ruky. Dalších 25 sester vždy stiskne nemocným rameno. Ukázalo se, že sestry mají porozumění pro udržení určitého odstupu, soukromí i v situaci, kdy je nutné povzbuzení.

**Tabulka 12** Vhodné místo povzbudivého doteku

	dotazovaných	procentuelně
hlava	8	11 %
ruka	40	53%
ramena	25	33%
celé tělo	2	3%

**Graf 6** Vhodné místo povzbudivého doteku



## 11. Jak nejčastěji reagují nemocní na dotyky?

Ukázalo se, že podle sester nemocným jejich dotyky nevadí. Padesát osm jich uvedlo, pacienti na dotek nejčastěji reagují úsměvem. Dalších 17 sester se nejčastěji setkává se stiskem ruky, jako odpovědí na dotek sestry. Odpovědi objetí, odtažení a agrese ne zvolila žádná ze sester.

**Tabulka 13** Reakce nemocných na dotek

	dotazovaných	procentuelně
úsměvy	58	77%
stisk ruky	17	23%
objetí	0	0%
odtažení	0	0%
agrese	0	0%

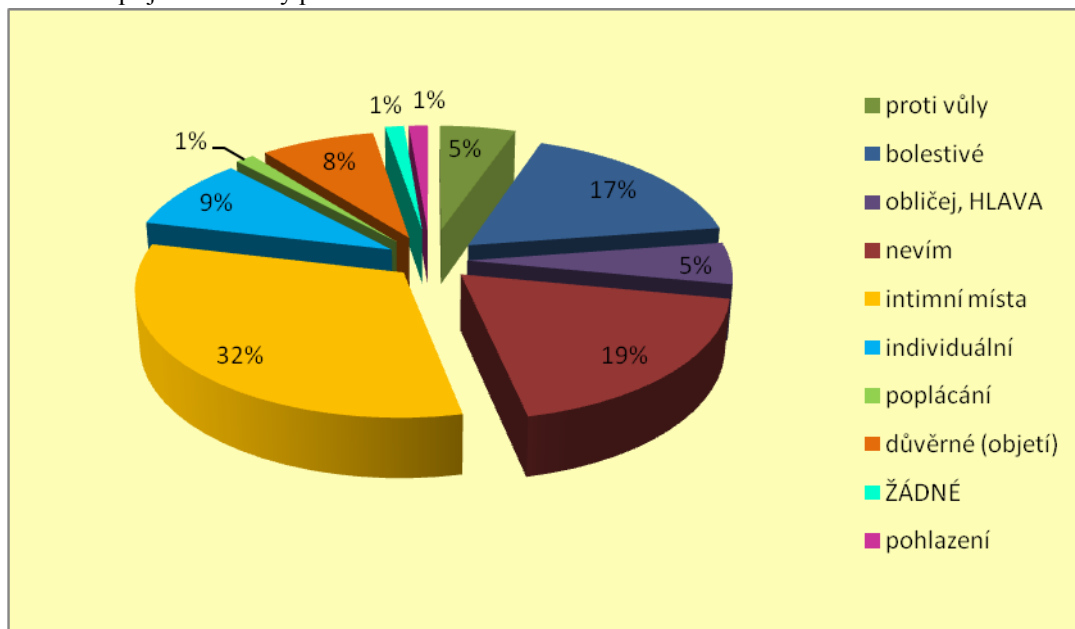
## 12. Které doteky, podle Vašeho názoru, považují pacienti za nepříjemné?

Zde se objevila široká paleta možností. O individualitě v souvislosti s nepříjemnými doteky přemýšlí 7 sester. Nejčastější odpovědi se staly intimní doteky, o kterých uvažuje 24 sester. Druhé nejčastěji zmiňované byly doteky bolestivé – 13 sester. Šest sester si myslí, že nepříjemné jsou doteky důvěrné, jako je objetí. Již z velkého množství se dá usuzovat, že se jedná opravdu o individuální téma.

**Tabulka 14** Nepříjemné doteky podle sester

	dotazovaných	procentuálně
intimní místa	24	32%
bolestivé	13	17%
obličej, hlava	4	5%
proti vůli	4	5%
důvěrné (objetí)	6	8%
poplácání	1	1%
pohlazení	1	1%
žádné	1	1%
individuální	7	9%
nevím	14	19%

**Graf 7** Nepříjemné doteky podle sester



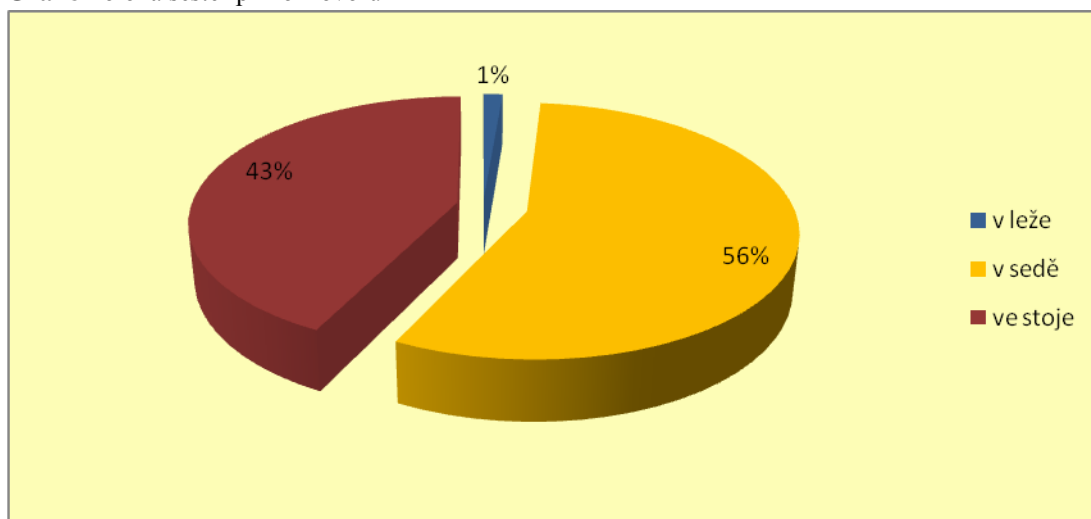
### 13. Jako polohu nejlépe zaujmete při rozhovoru s ležícím nemocným?

Z těchto odpovědí vyplývá, že si více než polovina sester uvědomuje vhodnost posazení se, když hovoří s nemocným. Jedna sestra označila, že je vhodné komunikovat vleže. Můžeme jen hádat, zda se dopustila chybného označení, nebo zda označila odpověď nevhodnější, i když neproveditelnou.

**Tabulka 15** Poloha sester při rozhovoru

	dotazovaných	procentuelně
vleže	1	1%
v sedě	42	56%
ve stoje	32	43%

**Graf 8** Poloha sester při rozhovoru



### 14. Znamenají jednotlivá gesta (např. kývnutí hlavy) u všech kultur a národů totéž?

U této otázky většina sester správně odpověděla, že gesta se v závislosti na kultuře mění. Jen 10 sester si myslí, že gesta jsou všude stejná. Přestože jde jen o malý počet sester, je velmi důležité tuto otázku objasnit. I nepatrné špatně pochopené gesto může znamenat velké neshody.

**Tabulka 16** Gesta v kulturách

	dotazovaných	procentuelně
ano	10	13%
ne	65	87%

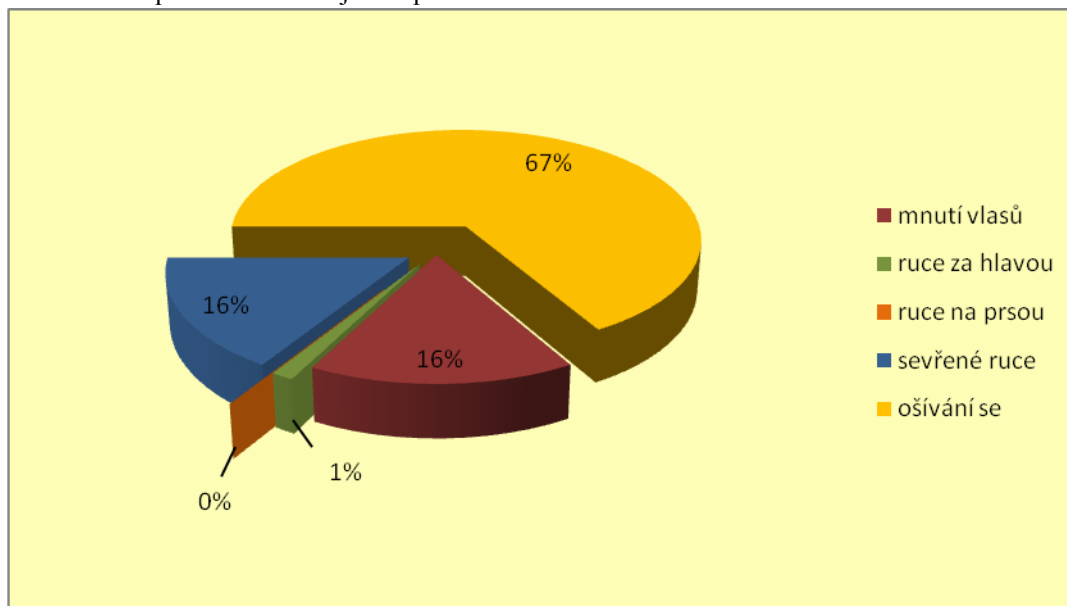
### 15. Z jakých gest poznáte, že je pacient nervózní, nejistý?

Padesát sester usuzuje na nervozitu, pozoruje-li na pacientovi „ošívání se“. Jde o stav kdy je nemocný celkově neklidný, poposedává, stále si s něčím „pohrává“ a bloudí očima. Jediná sestra označila za nervózní gesto, když má pacient ruce složené za hlavou.

**Tabulka 17** Gesta při nervozitě a nejistotě podle sester

	dotazovaných	procentuelně
mnutí vlasů	12	16%
ruce za hlavou	1	1%
ruce na prsou	0	0%
sevřené ruce	12	16%
ošívání se	50	67%

**Graf 9** Gesta při nervozitě a nejistotě podle sester



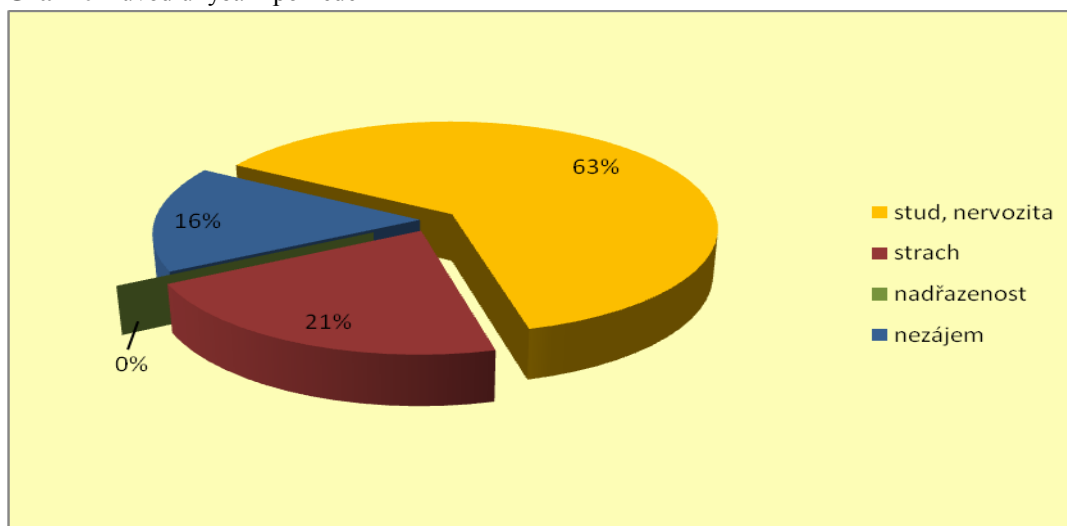
### 16. Co vyjadřuje nemocný v případě, že uhýbá pohledem?

Za uhýbáním pohledem 47 sester vidí správně stud či nervozitu. Dalších 16 sester usuzuje na strach. Nemůžeme říci, že by tato odpověď byla chybná, každý nemocný je osobnost, jejíž projevy jsou čistě individuální.

**Tabulka 18** Důvod uhýbání pohledem

	dotazovaných	procentuelně
stud, nervozita	47	63%
strach	16	21%
nadřazenost	0	0%
nezájem	12	16%

**Graf 10** Důvod uhýbání pohledem



### 17. Do jakých míst převážně směřuje váš pohled při rozhovoru s nemocným?

Opravdu valná většina sester – celých 73 – uvedla, že se při komunikaci dívá nemocnému do očí. Jen 2 sestry napsaly, že se dívají nemocnému na ramena.

**Tabulka 19** Kam sestry koukají

	dotazovaných	procentuelně
do očí	73	97%
na ramena	2	3%
na boty	0	0%
mimo pacienta	0	0%



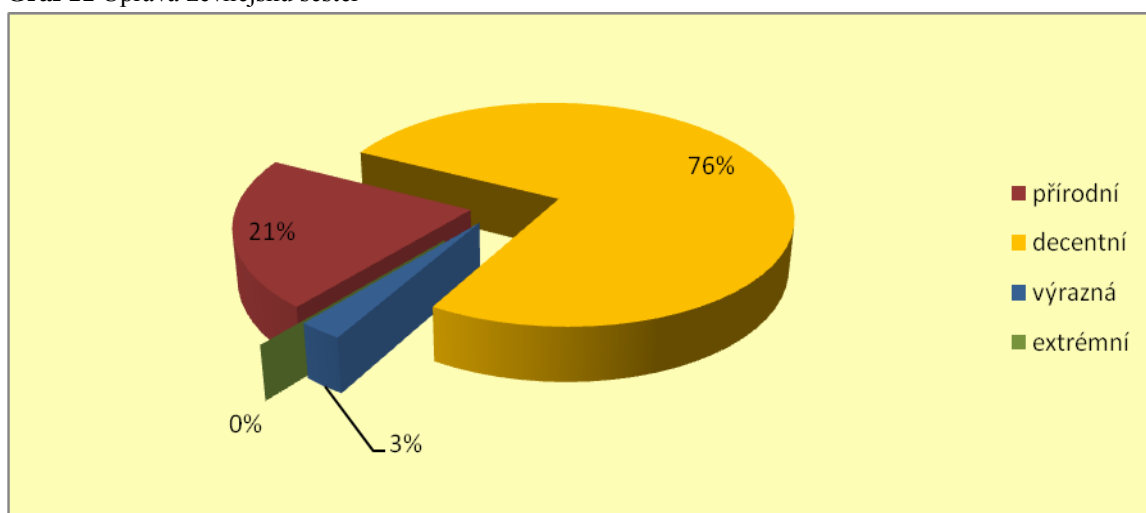
### 18. Jakou úpravu líčení, nehtů a účesu volíte při výkonu své profese?

Přírodní úpravu volí při výkonu své profese 16 dotazovaných sester. Tento způsob byl charakterizován jednoduchým účesem, nenalíčeností a krátkými nenalakovanými nehty. Nejvíce sester zvolilo decentní způsob (jednoduchý účes, přírodní líčení, krátké světlé nehty). Výraznou úpravu (výrazný účes či přeliv, výrazné líčení, dlouhé barevné nehty) pro svou profesi volí 2 sestry. Žádná z dotazovaných nezvolila extrémní styl (výrazný účes i přeliv, tmavé výrazné líčení, dlouhé tmavé nehty).

**Tabulka 20** Úprava zevnějšku sester

	dotazovaných	procentuelně
přírodní	16	21%
decentní	57	76%
výrazná	2	3%
extrémní	0	0%

**Graf 11** Úprava zevnějšku sester



### 19. Jste spokojený/á se vzhledem své uniformy?

Podle očekávání se ukázalo, že více než polovina sester je se svou uniformou nespokojená. Negativní odpověď uvedlo 44 sester ze 75.

**Tabulka 21** Spokojenost s uniformou

	dotazovaných	procentuelně
ano	31	41%
ne	44	59%

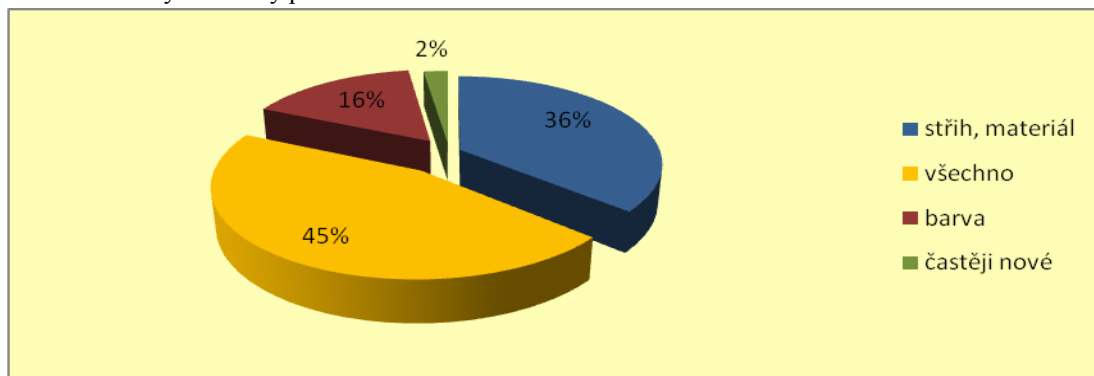
### Co byste případně změnil/a na své uniformě?

Na tuto otázku 20 sester odpovědělo, že by chtěli změnit úplně celou uniformu. Prý by měla být více civilní. Dalších 16 sester by změnilo střih a materiál svých uniforem. Doplnovaly, že by měli být pohodlnější a příjemnější na omak, ne tolik tvrdé. Především sestry z dětského oddělení by si přáli barevnější oděv.

**Tabulka 22** Změny uniformy podle sester

	dotazovaných	procentuelně
střih, materiál	16	36%
všechno	20	45%
barva	7	16%
častěji nové	1	2%

**Graf 12** Změny uniformy podle sester



### 20. Vlastní komentář

Ve vlastním komentáři 62 sester nechalo prázdné místo, tedy jen 13 sester vyjádřilo svůj názor. Sedm z dotazovaných sester uvedlo, že dotazník je příliš obecný, a tudíž nemůže přesně vyjádřit skutečnost. Tři sestry se zmínily o nedostatku času na důkladnou komunikaci s pacienty. Dále se objevili připomínky týkající se častosti komunikace, soukromí při ní a významu úsměvu během rozhovoru. Tyto zmínky byly vždy v jediném dotazníku.

## 2.5. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DĚTÍ

Na dalších stranách jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření u dětských pacientů. Výsledky jsou interpretovány stejným způsobem jako výsledky výzkumu mezi sestrami.

### 1. Pohlaví:

U dětských pacientů byli vybráni respondenti vyrovnaně. Tedy 4 chlapci a 6 dívek.

**Tabulka 23** Pohlaví dětských respondentů

	dotazovaných	procentuelně
chlapec	4	40%
děvče	6	60%

### 2. Věk:

Dětský věk jsme v dotazníku rozdělili na dvě skupiny. První tvoří děti od 3 do 10 let a druhou děti od 11 do 18 let. Ve výzkumném šetření máme 3 zástupce mladší skupiny a 7 zástupců dětí starších. To vyplývá z faktu, že starší děti lépe spolupracují.

**Tabulka 24** Věk dětí

	dotazovaných	procentuelně
3 až 10	3	30%
11 až 18	7	70%

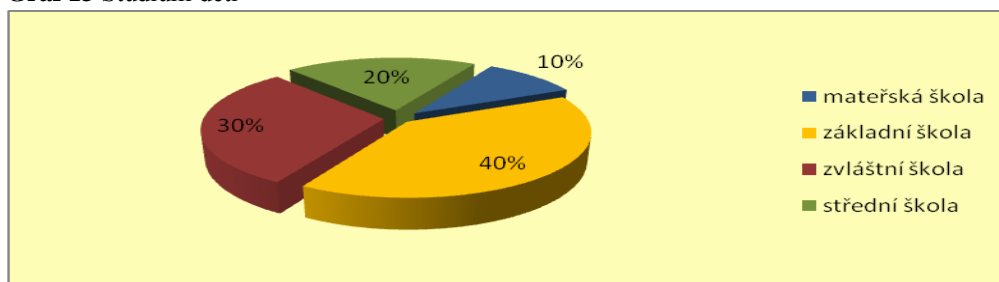
### 3. Nyní navštěvujete:

Při dotazu na vzdělání byly odpovědi rovnoměrně rozložené. Nejvíce z dotazovaných dětí navštěvuje základní školu. Zastupují 1. i 2. stupeň.

**Tabulka 25** Studium dětí

	dotazovaných	procentuelně
mateřská škola	1	10%
základní škola	4	40%
zvláštní škola	3	30%
střední škola	2	20%

**Graf 13** Studium dětí



#### 4. Poznají sestry, jak se cítíte (z pohledů, gest, výrazů obličeje)?

U této otázky bylo zjištěno, že většina dětí je spokojená. Že jim sestry rozumí si myslí 7 dětí.

**Tabulka 26** Poznají sestry pocity dětí

	dotazovaných	procentuelně
ano	7	70%
ne	3	30%

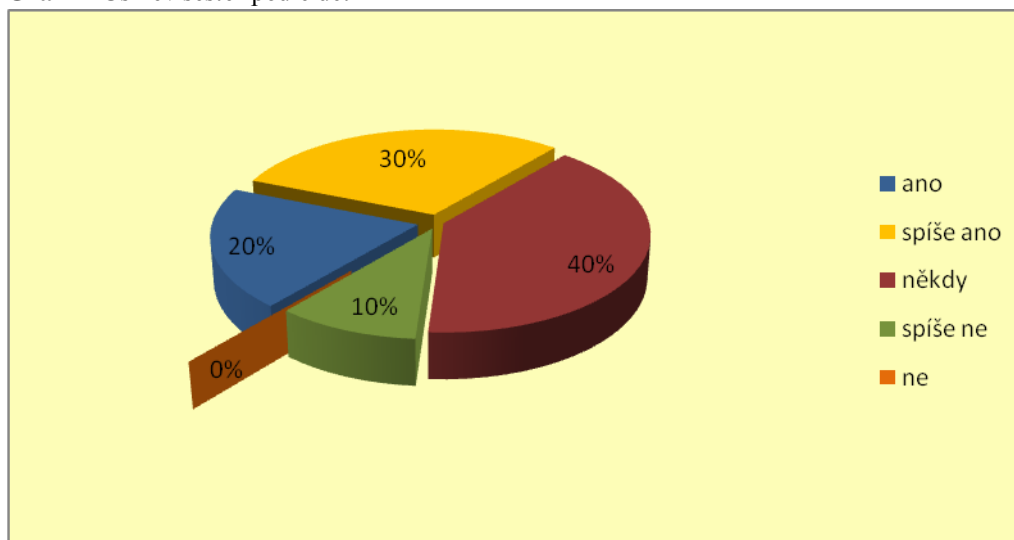
#### 5. Usmívají se sestry, když s vámi komunikují?

Výsledky této otázky jsou spíše pozitivní. Při výkonu své profese se podle dětí sestry spíše usmívají nebo se usmívají jen někdy (50/50). Jediné dítě má zkušenost, že se sestry spíše neusmívají.

**Tabulka 27** Úsměv sester podle dětí

	dotazovaných	procentuelně
ano	2	20%
spíše ano	3	30%
někdy	4	40%
spíše ne	1	10%
ne	0	0%

**Graf 14** Úsměv sester podle dětí



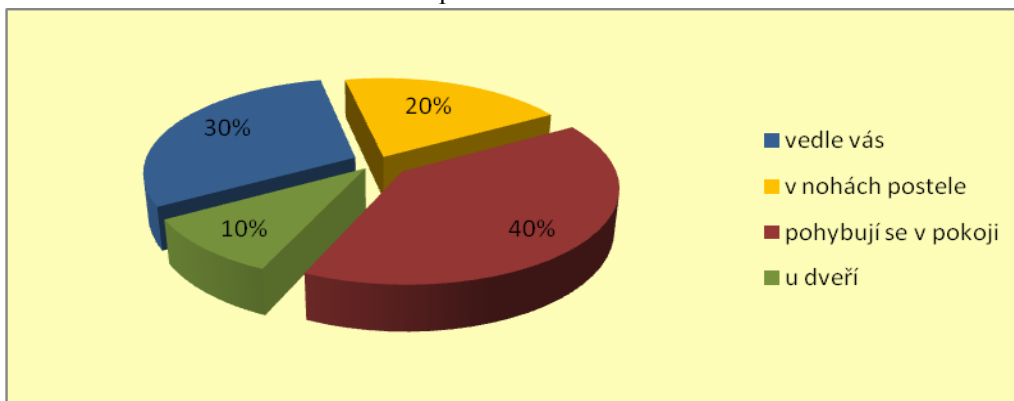
## 6. Kde bývají nejčastěji sestry, když s Vámi komunikují?

Zde nás zajímalo, jakou vzdálenost sestry nejčastěji udržují, pokud komunikují s dětmi. Tři děti uvedli, že sestry bývají vedle nich. Jsou jim nablízku a je zde možný přímý haptický kontakt. Největší počet dětí zapsal možnost, že se sestry pohybují po pokoji. Většinou s nimi komunikují, pokud něco v pokoji dělají. Poslední dítě uvedlo, že s ním sestry hovoří ode dveří, tedy ani pořádně nevstoupí do pokoje.

**Tabulka 28** Vzdálenost udržovaná sestrami podle dětí

	dotazovaných	procentuelně
vedle vás	3	30%
v nohách postele	2	20%
pohybují se v pokoji	4	40%
u dveří	1	10%

**Graf 15** Vzdálenost udržovaná sestrami podle dětí



## Je vám tato vzdálenost příjemná?

V této podotázce jsme se našli zjistit, zda vzdálenost udržovaná sestrami, dětem vyhovuje či nikoli. Ukázalo se, že důležitým faktorem je vzdálenost, kterou sestry udržují. Pokud se sestry pohybují v těsné blízkosti dítěte nebo v nohách lůžka, jsou děti spokojené. Pokud se sestry pohybují v pokoji nebo dokonce zůstávají u dveří, je to dětem spíše nepříjemné.

**Tabulka 29** Příjemnost vzdálenosti pro děti

	dotazovaných	procentuelně
ano	2	20%
spíše ano	4	40%
spíše ne	4	40%
ne	0	0%

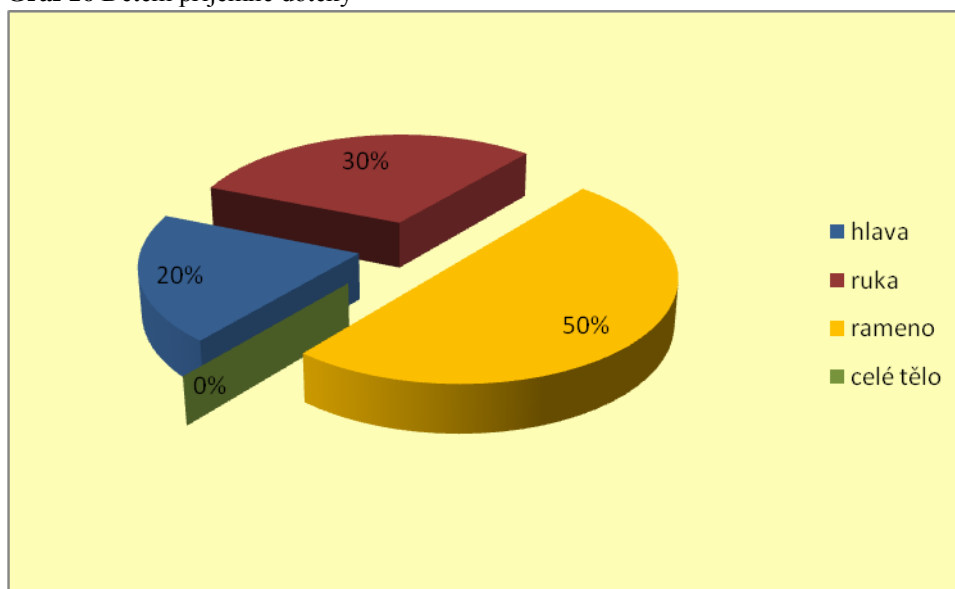
## 7. Kde je vám dotek sestry nejpříjemnější?

Zde se ukázalo, že obecná představa, že děti mají rády objetí a takzvané pomazlení, není v nemocnici na místě. Žádné z dětí totiž nevedlo, že by jim tento dotek byl příjemný. Nejvíce dětí napsalo, že jim je nejpříjemnější pouze dotyk na rameni.

**Tabulka 30** Dětem příjemné doteky

	dotazovaných	procentuelně
hlava	2	20%
ruka	3	30%
rameno	5	50%
celé tělo	0	0%

**Graf 16** Dětem příjemné doteky



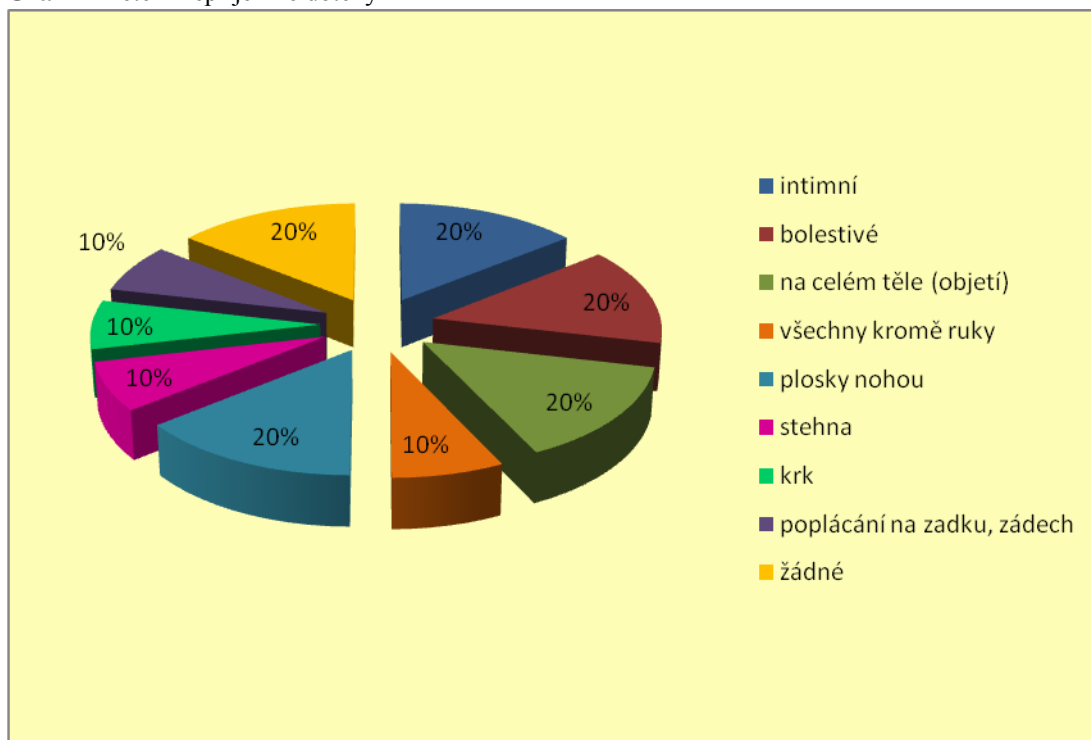
## 8. Jaké doteky jsou Vám nepříjemné?

U této otázky byla volná tvorba odpovědi, proto je počet odpovědí větší než deset, kolik je respondentů. Odpovědi byli různorodé, stejně maximálně od dvou dětí. Nejčastěji se jako nepříjemné objevily doteky intimní, bolestivé nebo objetí.

**Tabulka 31** Dětem nepříjemné doteky

	dotazovaných	procentuelně
intimní	2	20%
bolestivé	2	20%
na celém těle (objetí)	2	20%
všechny kromě ruky	1	10%
plosky nohou	2	20%
stehna	1	10%
krk	1	10%
poplácání na zadku	1	10%
žádné	2	20%

**Graf 17** Dětem nepříjemné doteky



## 9. Jakou polohu mívá sestra nejčastěji, když s Vámi mluví?

Zde všechny děti napsali, že u nich sestry stojí.

**Tabulka 32** Poloha sester u dětí

	dotazovaných	procentuelně
leží	0	0%
sedí	0	0%
stojí	10	100%

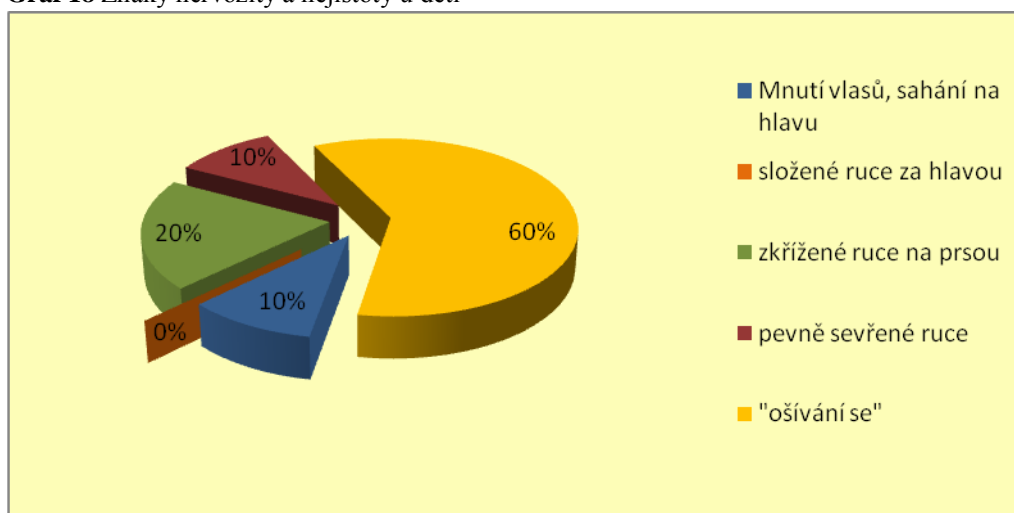
## 10. Co děláte, pokud jste nervózní nebo nejistý (máte strach)?

U projevů nervozity bylo šesti dětmi zaznamenáno, že se ošívají. Tedy celkově jsou neklidné, neposedí, stále musí něco dělat, těkají pohledem. Další 2 děti napsali, že si složí ruce na prsou, tedy si vytvoří bariéru mezi sebou a sestrou.

**Tabulka 33** Znaky nervozity a nejistoty u dětí

	dotazovaných	procentuelně
Mnutí vlasů, sahání na hlavu	1	10%
složené ruce za hlavou	0	0%
zkřížené ruce na prsou	2	20%
pevně sevřené ruce	1	10%
"ošívání se"	6	60%

**Graf 18** Znaky nervozity a nejistoty u dětí





### 11. Kam se dívají sestry, když s Vámi hovoří?

Zde se ukázalo, že sestry chápou význam pohledu do očí. Tuto možnost totiž uvedlo 6 dětí. Zbylé 4 děti si myslí, že sestry nejčastěji koukají volně do prostoru. To souvisí také s místem, na kterém se sestry pohybují. Pohled do prostoru zvolily děti, které napsali, že se sestry pohybují po pokoji, pokud s nimi hovoří.

**Tabulka 34** Pohledy sester podle dětí

	dotazovaných	procentuelně
do vašich očí	6	60%
na vaše ramena	0	0%
na své boty	0	0%
do prostoru	4	40%

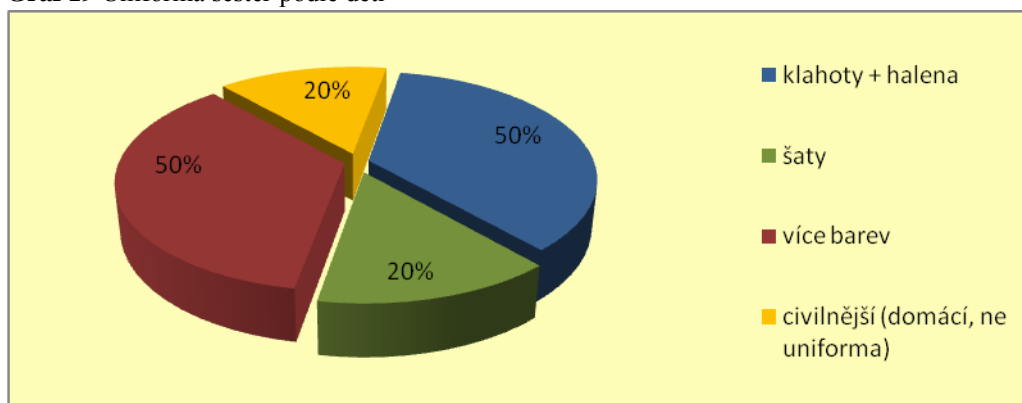
### 12. Jak by měla podle Vašeho názoru vypadat uniforma sester? (možno více odpovědí)

Vzhledem k faktu, že bylo možno zatrhnout více odpovědí, máme celkem 14 výsledků. Důležitým faktem se ukázalo, že polovina dětí by volila barevnější oblečení sester. Dvě děti si myslí, že by sestry měli být oblečeny více civilně. Tuto možnost by volily převážně malé děti. Vzhledem k faktu, že dotazník byl vyplňován spolu s rodiči, bylo zjištěno, že klasická uniforma děti děsí.

**Tabulka 29** Uniforma sester podle dětí

	dotazovaných	procentuelně
kalhoty + halena	5	50%
šaty	2	20%
více barev	5	50%
civilnější (domácí, ne uniforma)	2	20%

**Graf 19** Uniforma sester podle dětí



### **13. Vlastní komentář**

V tomto oddíle měli děti možnost vypsát cokoli, co je napadlo k tématu. Dvě děti uvedly, že by chtěly být více s maminkou. Zde se jednalo o malé děti hospitalizované bez někoho blízkého. Dále se vyskytla možnost, že se dítě v nemocnici nudí. Přálo by si, aby s ním sestry trávily více času. Další dítě by chtělo domů k rodičům, v nemocnici je samo a bez svých hraček. Ostatní děti nechaly pole volné.

## 2.6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U DOSPĚLÝCH NEMOCNÝCH

Na dalších stranách jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření u dospělých pacientů. Výsledky jsou interpretovány opět stejným způsobem. Nejprve je uveden krátký popis důležitých výsledků a poté následuje tabulka se všemi možnostmi odpovědí. Jen u zajímavých či důležitých výsledků je uveden také graf.

### 1. Pohlaví:

V oblasti pohlaví byli respondenti vybráni souměrně. Výsledek je tedy 9 mužů a 11 žen.

**Tabulka 30** Pohlaví dospělých respondentů

	dotazovaných	procentuelně
muž	9	45%
žena	11	55%

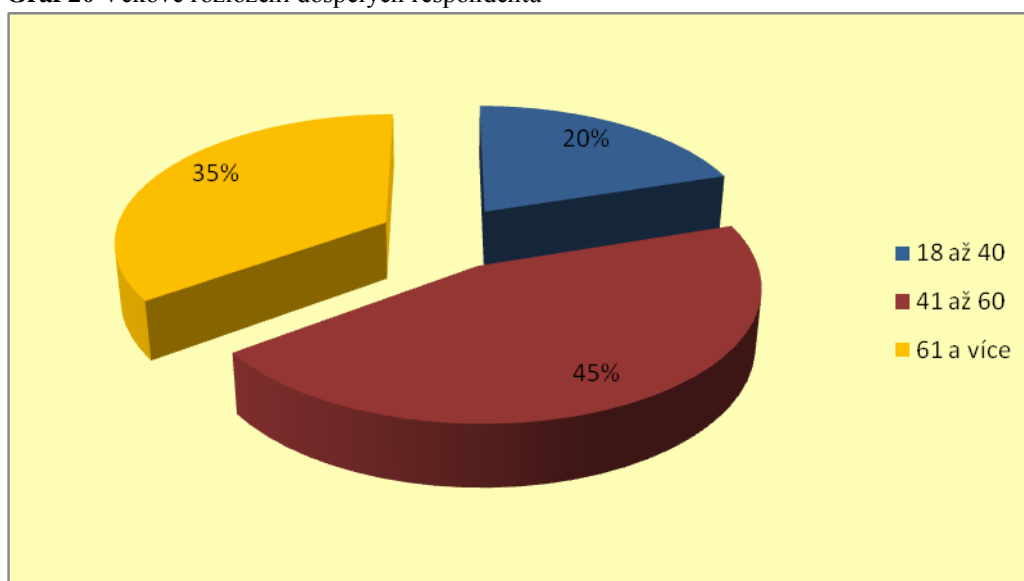
### 2. Věk:

Mezi respondenty byla nejpočetnější skupina lidí ve středním věku. Nejméně zastoupena byla skupina lidí do 40 let.

**Tabulka 37** Věkové rozložení dospělých respondentů

	dotazovaných	procentuelně
18 až 40	4	20%
41 až 60	9	45%
61 a více	7	35%

**Graf 20** Věkové rozložení dospělých respondentů



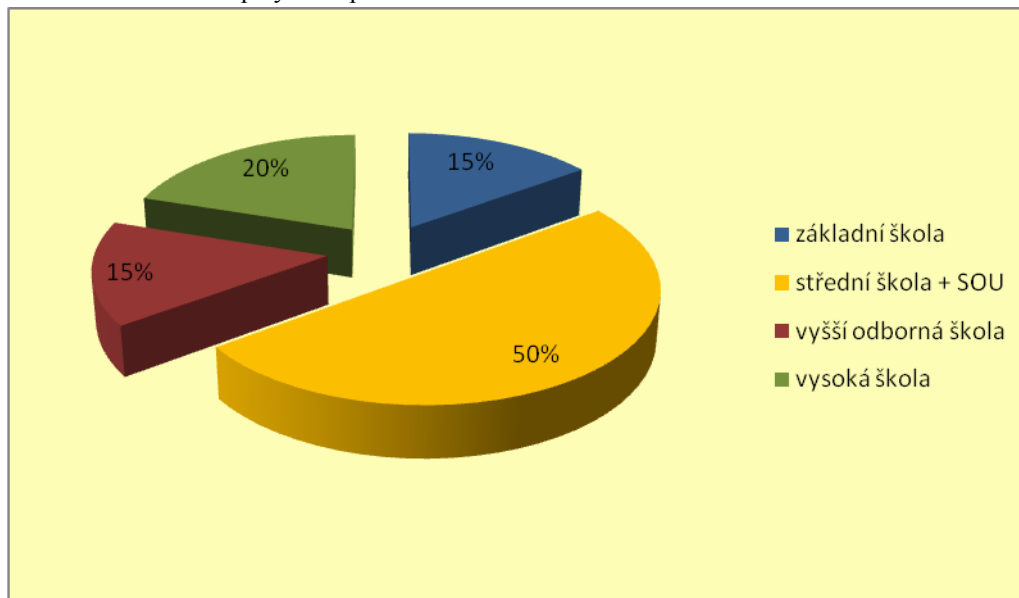
### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Polovina respondentů má ukončené střední odborné učiliště nebo střední školu s maturitou. Vždy po třech dotazovaných má pouze základní školu či vyšší odbornou školu. Čtyři lidé mají ukončené vysokoškolské studium.

**Tabulka 38** Vzdělání dospělých respondentů

	dotazovaných	procentuelně
základní škola	3	15%
střední škola + SOU	10	50%
vyšší odborná škola	3	15%
vysoká škola	4	20%

**Graf 21** Vzdělání dospělých respondentů



### 4. Oddělení, na kterém právě ležíte:

Dotazník byl rozdán cíleně, proto je deset pacientů z oddělení interního a deset z oddělení chirurgického.

**Tabulka 39** Oddělení

	dotazovaných	procentuelně
Interní	10	50%
chirurgické	10	50%

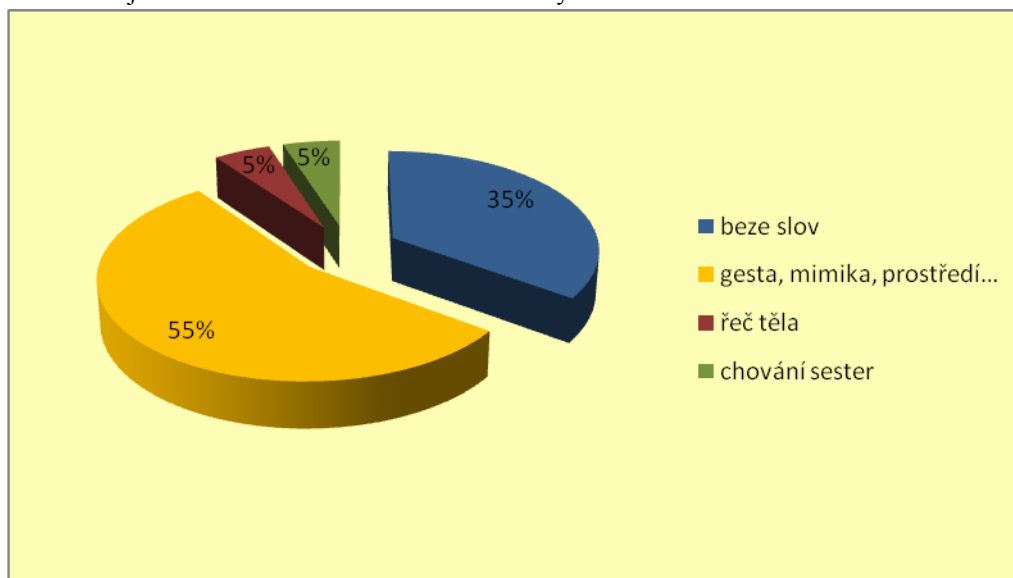
## 5. Co si představíte pod pojmem neverbální komunikace?

7 nemocných odpovědělo obecně, že se jedná o komunikaci beze slov. Nadpoloviční skupina uvedla podrobný rozpis položek, které zapadají do neverbální komunikace. Uváděli mimiku, gestiku, dotyku, vzdálenost, postoje a prostředí.

**Tabulka 40** Pojem neverbální komunikace dle nemocných

	dotazovaných	procentuelně
beze slov	7	35%
gesta, mimika, prostředí...	11	55%
řeč těla	1	5%
chování sester	1	5%

**Graf 22** Pojem neverbální komunikace dle nemocných



## 6. Myslíte si, že Vám sestry rozumí i beze slov (z pohledů, gest, výrazů obličeje)?

Zde se ukázalo, že nadpoloviční většina, tedy 12 respondentů si myslí, že jim sestry skutečně rozumí i beze slov.

**Tabulka 41** Poznají sestry pocity dospělých

	dotazovaných	procentuelně
ano	12	60%
ne	8	40%

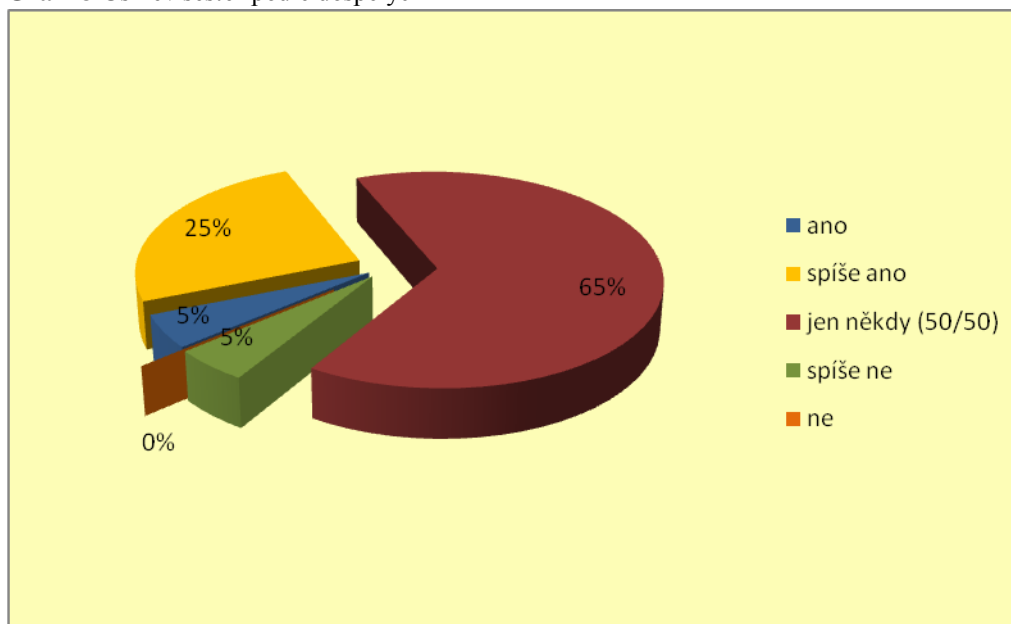
## 7. Usmívají se sestry, když s vámi komunikují?

Třináct nemocných zaznamenalo, že se sestry usmívají jen někdy (50/50). Ostatní ohlasy byly spíše pozitivní. Pouze jediný pacient uvedl, že se sestry spíše neusmívají.

**Tabulka 42** Úsměv sester podle dospělých

	dotazovaných	procentuelně
Ano	1	5%
spíše ano	5	25%
Někdy	13	65%
spíše ne	1	5%
Ne	0	0%

**Graf 23** Úsměv sester podle dospělých



## 8. Jakou vzdálenost nejčastěji udržují sestry, když s Vámi komunikují?

Ukázalo se, že sestry udržují správné vzdálenosti. Polovina respondentů totiž uvedla jako nejčastější vzdálenost 45 cm až 1,2 m a druhá polovina vzdálenost 1,2 m až 3,6 m.

**Tabulka 43** Vzdálenost udržovaná sestrami u dospělých

	dotazovaných	procentuelně
0 - 45 cm	0	0%
45 cm - 1,2 m	10	50%
1,2 m - 3,6 m	10	50%
3,6 m a více	0	0%

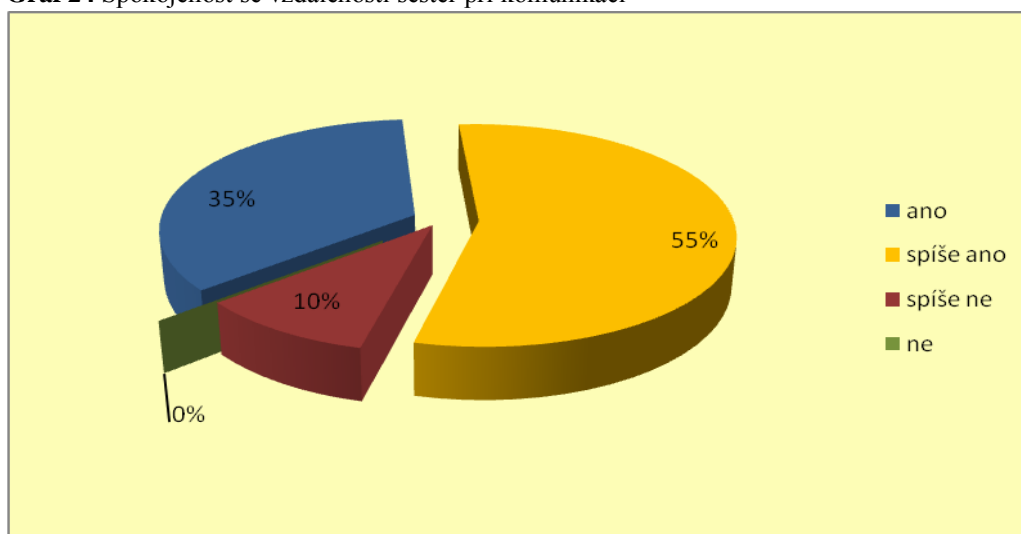
### Vyhovuje Vám tato vzdálenost?

Zde byly odpovědi různorodé, ale veskrze pozitivní. Sedm nemocných je se vzdáleností sester zcela spokojeno a dalších 11 pacientů je spíše spokojených. Pouze dvěma pacientům vzdálenost sester spíše nevyhovuje. Každý z těchto nespokojených pacientů uvedl jinou udržovanou vzdálenost.

**Tabulka 44** Spokojenost se vzdáleností sester při komunikaci

	dotazovaných	procentuelně
Ano	7	35%
spíše ano	11	55%
spíše ne	2	10%
Ne	0	0%

**Graf 24** Spokojenost se vzdáleností sester při komunikaci



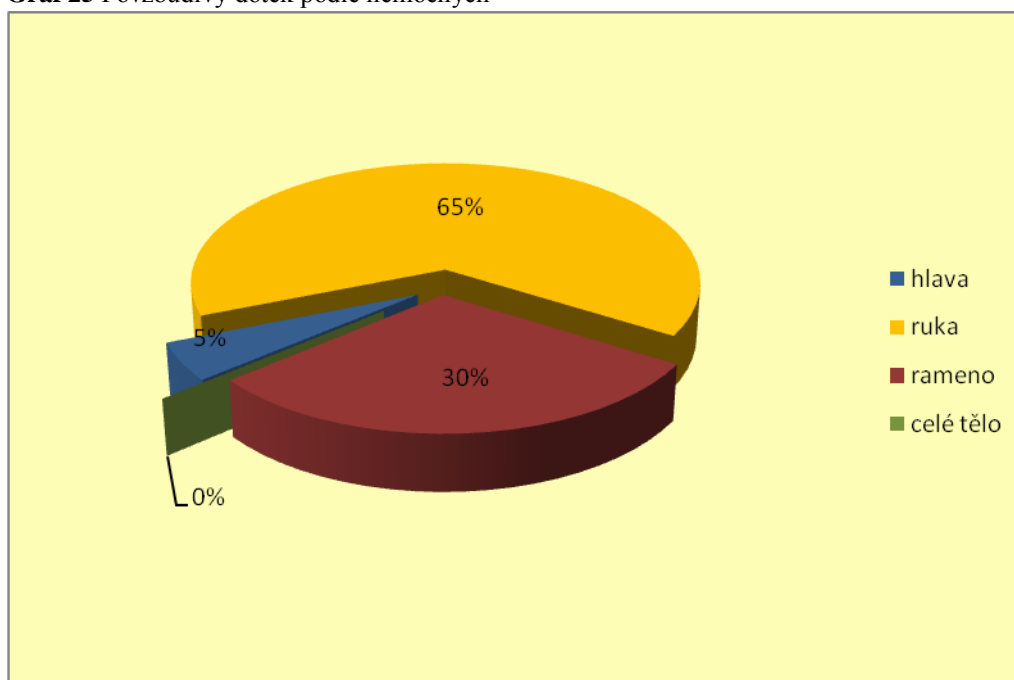
## 9. Na které části těla považujete dotek sestry za povzbudivý?

Nadpoloviční většina nemocných považuje za povzbudivý dotek na ruce. Často se také vyskytovala odpověď stisk ramene.

**Tabulka 45** Povzbudivý dotek podle nemocných

	dotazovaných	procentuelně
Hlava	1	5%
Ruka	13	65%
Rameno	6	30%
celé tělo	0	0%

**Graf 25** Povzbudivý dotek podle nemocných





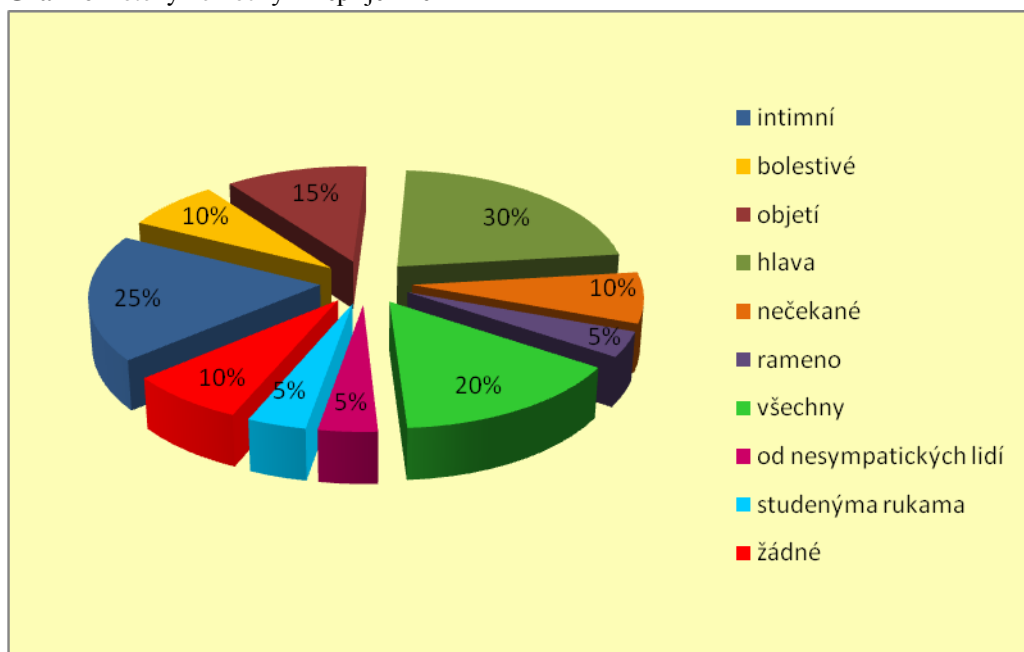
## 10. Jaké doteky jsou Vám nepříjemné?

Tato otázka byla s volnou tvorbou odpovědi, proto je i počet různých doteků velký. Někteří respondenti uvedli více možností. Nejčastěji se vyskytovaly doteky intimní a doteky na hlavě. Dále se objevily například doteky nečekané, studenýma rukama nebo od nesympatických lidí.

**Tabulka 46** Doteky nemocným nepříjemné

	dotazovaných	procentuelně
Intimní	5	25%
Bolestivé	2	10%
Objetí	3	15%
Hlava	6	30%
Nečekané	2	10%
Rameno	1	5%
Všechny	4	20%
od nesympatických lidí	1	5%
studenýma rukama	1	5%
Žádné	2	10%

**Graf 26** Doteky nemocným nepříjemné



## 11. Jakou polohu zaujímají sestry nejčastěji při rozhovoru s Vámi?

Zde téměř všichni respondenti uvedli, že sestry během hovoru stojí. Jen dva dotázaní zvolili možnost, že sestry sedí.

**Tabulka 47** Poloha sester při rozhovoru podle nemocných

	dotazovaných	procentuelně
Vleže	0	0%
Vsedě	2	10%
ve stoje	18	90%

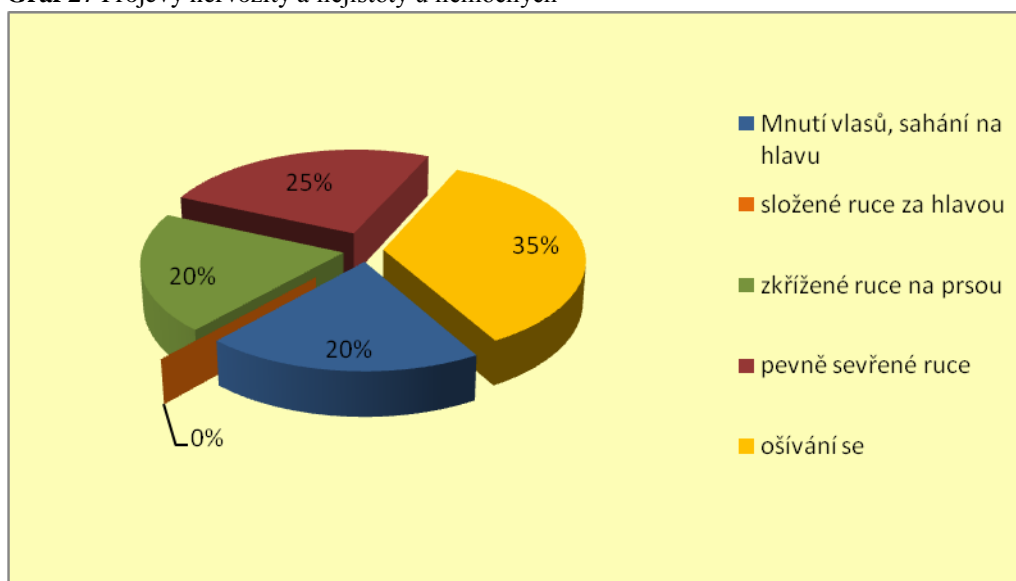
## 12. Jakými gesty projevíte svou nervozitu, nejistotu?

Nejčastěji se vyskytující odpovědí, byla poslední možnost – „ošívání se“. Často se také objevovalo gesto pevně sevřených rukou.

**Tabulka 48** Projevy nervozity a nejistoty u nemocných

	dotazovaných	procentuelně
Mnutí vlasů, sahání na hlavu	4	20%
složené ruce za hlavou	0	0%
zkřížené ruce na prsou	4	20%
pevně sevřené ruce	5	25%
ošívání se	7	35%

**Graf 27** Projevy nervozity a nejistoty u nemocných



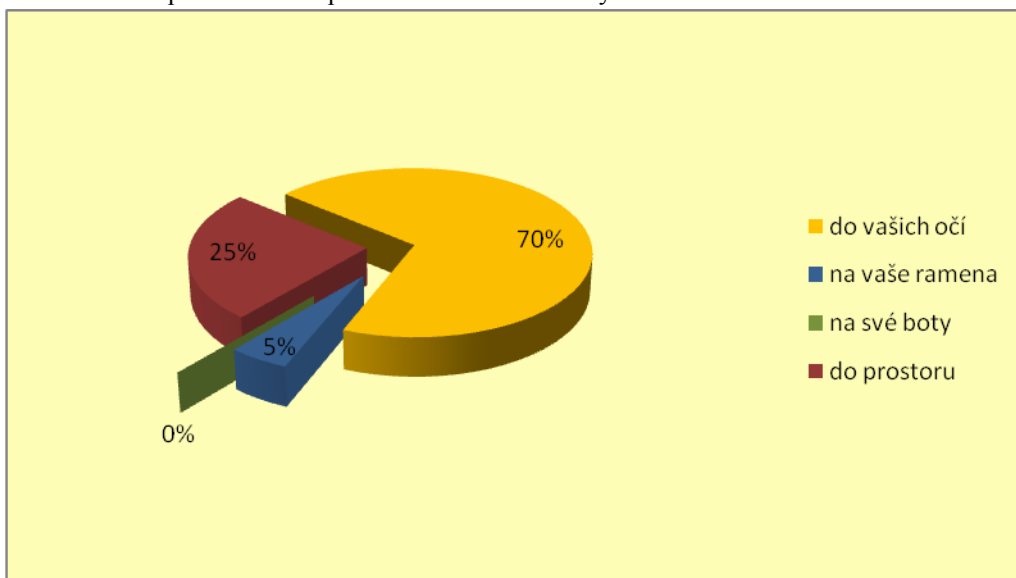
### 13. Kam nejčastěji směřují pohledy sester, když s Vámi komunikují?

Zde se velmi dobře ukázalo, jak moc si sestry uvědomují důležitost očního kontaktu s pacientem. Pohled do očí při rozhovoru uvedlo 14 dotazovaných.

**Tabulka 49** Místo pohledu sester při komunikaci s nemocným

	dotazovaných	procentuelně
do vašich očí	14	70%
na vaše ramena	1	5%
na své boty	0	0%
do prostoru	5	25%

**Graf 28** Místo pohledu sester při komunikaci s nemocným



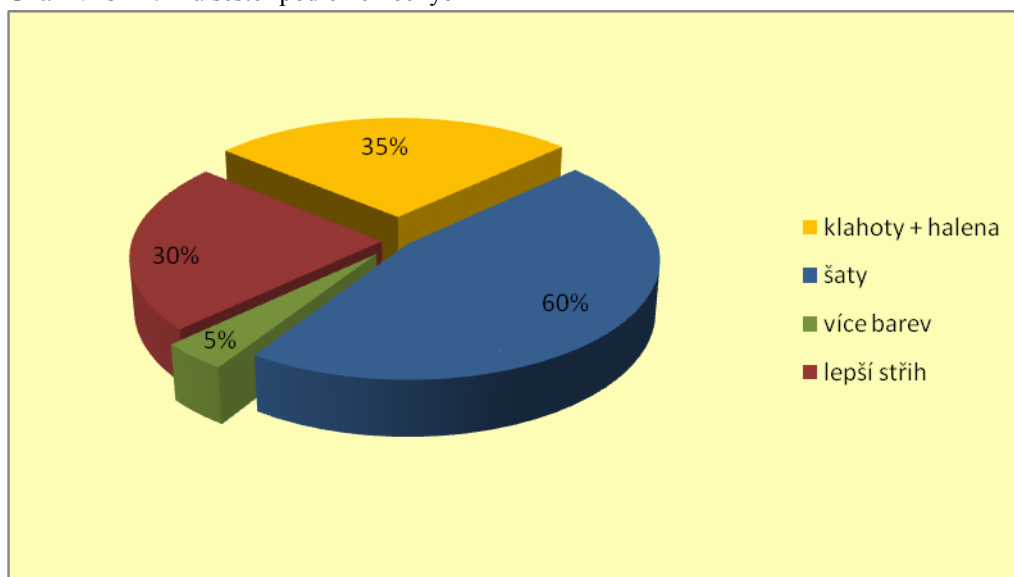
#### 14. Jak by měla podle Vašeho názoru vypadat uniforma sester? (možno více odpovědí)

Vzhledem k faktu, že bylo možné zvolit více odpovědí a někteří respondenti toho využili, je počet odpovědí více než dvacet, kolik bylo respondentů. Mírná většina by volila jako sesternskou uniformu šaty spíše než kalhoty a halenu. Také se často opakoval názor, že by měly mít sesternské uniformy lepší střih.

**Tabulka 50** Uniforma sester podle nemocných

	dotazovaných	procentuelně
kalhoty + halena	7	35%
Šaty	12	60%
více barev	1	5%
lepší střih	6	30%

**Graf 29** Uniforma sester podle nemocných



#### 15. Vlastní komentář

V tomto místě se většina nemocných vzdala možnosti se vyjádřit. Osmnáct z nich nechalo jen prázdné pole. Jediný pacient napsal, že by si přál, aby sestry věnovaly nemocným více času. Poslední pacient napsal, že dotazník obsahuje vše a on již nemá, co by dodal.

## 2.7. DISKUSE

Před zahájením výzkumného šetření jsem předpokládala, že všeobecné sestry ví, co neverbální komunikace je a čím vším se zabývá. Také jsem se domnívala, že většina z nich své znalosti využívá i v praxi. Z výzkumu mezi sestrami vyplynulo, že mé domněnky byly správné. Pro kontrolu těchto zjištěných údajů, jsem rozdala dotazník i mezi pacienty, ve většině otázek se ukázalo, že se sestrami souhlasí. Bylo jen pár výjimek. Musím ovšem upozornit, že vzorek pacientů byl příliš malý na to, abychom mohli tyto získané údaje považovat za objektivní. Jsou pouze mírným nástinem situace, která by byla vhodná k hlubšímu prozkoumání.

Po zhodnocení počátečních otázek dotazníku sester týkající se pohlaví, vzdělání a délky praxe, jsem zjistila, že na odděleních, kde výzkum probíhal, pracují v rolích všeobecných sester pouze ženy. Je potěšující, že rozložení sester podle délky praxe je rovnoměrné. Na všech odděleních pracují sestry absolventky i sestry starší, s více než dvacetiletou praxí. Domnívám se, že toto rozložení je vhodné pro předávání zkušeností z praxe začínajícím sestram. Překvapující se mi zdá fakt, že 63% všeobecných sester ze zkoumaného vzorku má pouze střední zdravotnickou školu. Zdá se, že dnešní trend vysokoškolského studia se zatím na těchto odděleních příliš neprojevil. Může to souviset i s faktem, že starší sestry dají raději přednost specializačnímu studiu a ty, které vysokou školu studují, teprve do praxe přicházejí. Domnívám se také, že většina vysokoškolsky vzdělaných sester zůstává ve fakultních nemocnicích, proto jsou v menších nemocnicích zastoupeny minimálně nebo úplně schází. Avšak na druhou stranu musím vyzdvihnout, že 28% dotazovaných sester má dokončené specializační studium. Z toho usuzuji, že sestry mají zájem o další vzdělávání v oboru, ve kterém pracují.

Na dotaz týkající se studia neverbální komunikace odpovědělo 75% sester negativně – žádný speciální kurz neabsolvovali. To může souviset s celkovým vzděláním sester. Tato tematika totiž většinou bývá podrobněji probírána až na vysoké škole. Na zvážení je ovšem fakt, že 71% sester by mělo o podobný kurz zájem. V dotazníku uvedly, že by se ho rády zúčastnily. Při srovnání s prací Scharmové (2004) jsem zjistila, že obdobné výsledky zjistila i ona. Celých 60% sester jí sdělilo, že neměli možnost se v této oblasti vzdělávat. A dokonce 82% sester zvolilo možnost, že by tento kurz rády navštívily. Podle toho usuzuji, že nedostatek vzdělání v oblasti komunikace nebude jen momentálním problémem mého výzkumného vzorku.

Domnívám se, že oblast komunikace je věcí vždy minimálně dvou lidí. V tomto případě tedy všeobecných sester a jejich pacientů. Z tohoto důvodu jsem chtěla znát také názory pacientů a ne jen samotných sester. Vytvořila jsem si tedy malou skupinu respondentů, kteří mi ochotně dotazník vyplnili. Jsem si vědoma, že z důvodu opravdu malého vzorku nemůžu tyto výsledky zobecnit. Pro můj záměr ovšem postačují.

Kontrolní skupinu tvoří vždy deset pacientů ze stejného oddělení, na kterém vykonávají svou profesi dotazované sestry. Tento vzorek byl vybrán tak, aby utvořil průřez všemi skupinami obyvatel. Je tedy tvořen napůl ženami a napůl muži. Věkově zahrnuje všechny skupiny obyvatel od 18 let. Nejpočetněji byla zastoupena skupina lidí středního věku – od 41 do 60 let. I v oblasti vzdělání byla snaha pokrýt všechny skupiny, což se podařilo, přestože rozložení není úplně rovnoměrné. Nejpočetnější skupinu tvoří lidé s dokončeným odborným učilištěm nebo střední školou s maturitou.

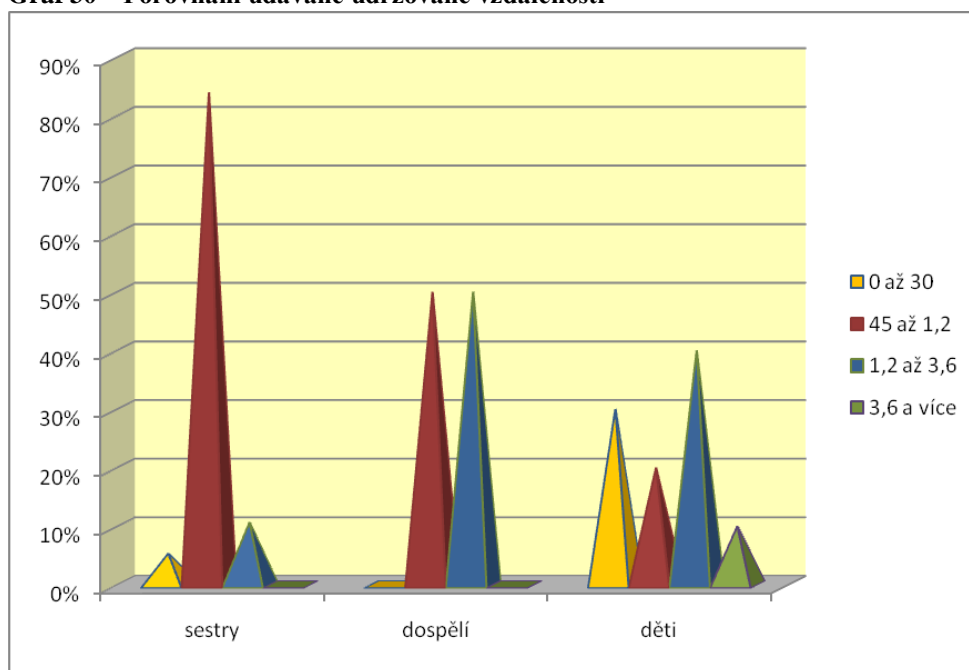
Poslední skupinku dotazovaných tvoří deset pacientů dětského oddělení. Zde jsou zastoupeny rovnoměrně dívky i chlapci různého věku od 3 do 18 let. Vzděláním zastupují mateřskou, základní, zvláštní i střední školu.

První otázkou uvádějící do samotné zjišťující části dotazníku jsem se snažila zjistit, zda všeobecné sestry vůbec vědí, co neverbální komunikace je. Ukázalo se, že 87% sester tyto vědomosti má. Některé sestry odpověděli sice pouze velmi obecně, ale z dalších odpovědí v průběhu dotazníku se ukázalo, že opravdu vědí. Překvapilo mě, že 4% sester si myslí, že neverbální komunikace je dorozumívání pomocí brožur a letáků. Jen pro představu jsem stejnou otázku položila i pacientům. A zjistila jsem, že i laici toto téma znají a vědí, čím se zabývá. Dokonce 55% nemocných podrobně rozepsalo, o co se jedná.

Dále jsem se sester ptala, kde nejlépe vyčtou strach a smutek. Zde se odpovědi dost lišili. Byly zastoupeny všechny nabídnuté možnosti, i když mírně převažoval názor, že nejlépe lze tyto emoce vyčíst z očí. Z těchto výsledků by se dalo usuzovat, že vyjádření emocí je velmi individuální. Nemocných jsem se proto zeptala, zda mají pocit, že jim sestry rozumí i beze slov. Z odpovědí vyplývá, že ano - uvedlo tak 60% dospělých a 70% dětí. Nemocným jsme položili ještě doplňující otázku zajímavější se o usměvavost sester. Můžeme říci, že pacienti jsou v této oblasti spokojeni, protože uvádí, že se sestry usmívají – ať už stále nebo jen někdy. Podle odpovědí na tyto úvodní otázky se zdá, že základ pro neverbální komunikaci mezi sestrou a nemocným je na dobré úrovni a obě strany jsou spokojené. Ovšem jak už je zmíněno výše, vzorek pacientů je malý pro zobecnění závěrů, proto spíše musím říci, že odpovídající pacienti jsou s komunikací sester spokojeni.

Na otázku čím se zabývá proxemika, dokázalo správně odpovědět pouze 59% dotazovaných sester. S tím jistě souvisí fakt, že sestry neprošly speciálním kurzem o komunikaci, proto jednotlivé názvy neznají. Domnívám se, že sestry opravdu pouze neznají cizí názvy, ale v problematice se orientují. Pokud jsem se totiž zajímala o dodržovanou vzdálenost a její důvody, uvedly většinou sestry vzdálenost vhodnou. Celých 84% sester uvedlo, že udržují vzdálenost 45 až 1,2m. Při srovnání těchto výsledků se studií Scharmové jsem zjistila, že se naše výsledky liší. U ní byla nejčastěji volena vzdálenost do 50cm, tedy kratší než v mém případě. Myslím si, že tento rozdíl vznikl vzhledem k faktu, že výzkum Scharmové probíhal na odděleních typu JIP, kdežto výzkum můj na odděleních standardních. Je zřejmé, že na JIP musí být sestry vzhledem k povaze onemocnění pacientům blíže. Nejčastěji uváděným důvodem pro udržovanou vzdálenost bylo, že vyhovuje oběma stranám. Proto jsme stejnou otázku položili i pacientům. Ti vesměs odpovědi sester potvrdili. Většinou se shodli na uváděné vzdálenosti i faktu, že jim vyhovuje. Výsledky porovnání znázorňuje graf 30.

**Graf 30 – Porovnání udávané udržované vzdálenosti**



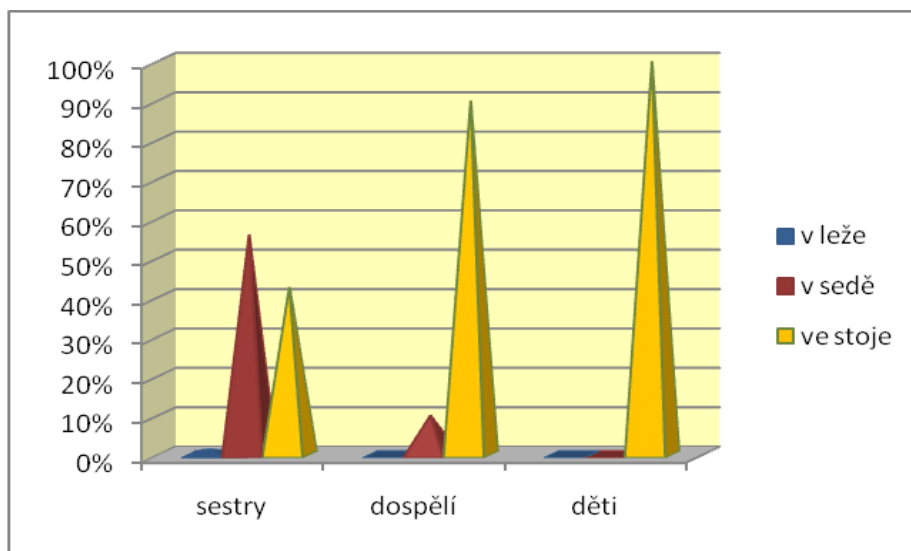
Další zkoumanou oblastí se stala haptika. Nejprve mě zajímaly dotyky, s jejichž pomocí sestry povzbuzují své pacienty. Ukázalo se, že nejčastěji je volen stisk ruky nebo ramene. Pohlázení po hlavě nebo objetí volí pouze málo sester. I v této oblasti se sestry většinou shodují s názorem pacientů. I u nich totiž převažují dotyky na ruce či rameni, jako příjemné a povzbudivé. Sestry ještě odpovídaly, jak reagují pacienti na jejich doteky. Převážná většina (77%) sester si všímá jako odpovědi na dotek úsměvu. Zbylé sestry vyzorovaly, že pacient většinou opětuje stisk ruky. Jejich reakce jsou tedy pozitivní. Zde jsem shledala shodu s výzkumem Scharmové, která uvádí, že 96% reakcí nemocných na dotek je pozitivních.

V oblasti haptiky mě zajímaly i doteky nepříjemné. Zde se všechny skupiny respondentů shodly na dotecích bolestivých, intimních a důvěrných, jako je objetí. Také se ve všech skupinách objevil názor, že žádné doteky nejsou nepříjemné. Dále se vyskytla spousta dalších možností, ale většinou jen u pár jedinců, např. doteky studenýma rukama, na krku či doteky nečekané. Z tohoto celkem širokého seznamu nakonec vyplynulo, že doteky jsou velmi individuální záležitosti. Jako zajímavost uvádím, že někteří jedinci považují za nepříjemné například doteky na hlavě (30%), které jiní nemocní (5% dospělých a 20% dětí) považují dokonce za povzbudivé. Mohlo by se zdát, že rozdíl v dotecích se bude lišit s věkem. V mém výzkumném vzorku tomu tak většinou není, stejné doteky se nacházejí u všech věkových skupin. Jen u malých dětí je mírný rozdíl. Ty uváděly doteky spíše lechtivé, jako jsou doteky na krku či ploskách nohou.

Velké rozdíly se objevily v oblasti postoje sestry při rozhovoru. Sestry uvedly dokonce v 56%, že u pacienta sedí. Ovšem stejnou možnost zvolilo pouze 10% dospělých nemocných a dokonce žádné dítě. Myslím si, že tato neshoda vznikla tím, že sestry uváděly, jak je to nejvhodnější a ne jak to dělají. Pacienti uváděly své zkušenosti s postojem sester. Domnívám se, že zde není vina úplně na straně sester. S ohledem na fakt, že se mnohdy stává, že na oddělení s 25 pacienty jsou pouze tři sestry, není v jejich silách, si ke každému z nich, byť jen na chvíli sednout. Při větším počtu zdravotnického personálu na stejný počet pacientů by pravděpodobně nastala změna. Sestry by měli více času na každého ze svých pacientů, a to by jim umožnilo se u nich i posadit. Výsledky porovnání znázorňuje graf 31 umístěný na následující straně.

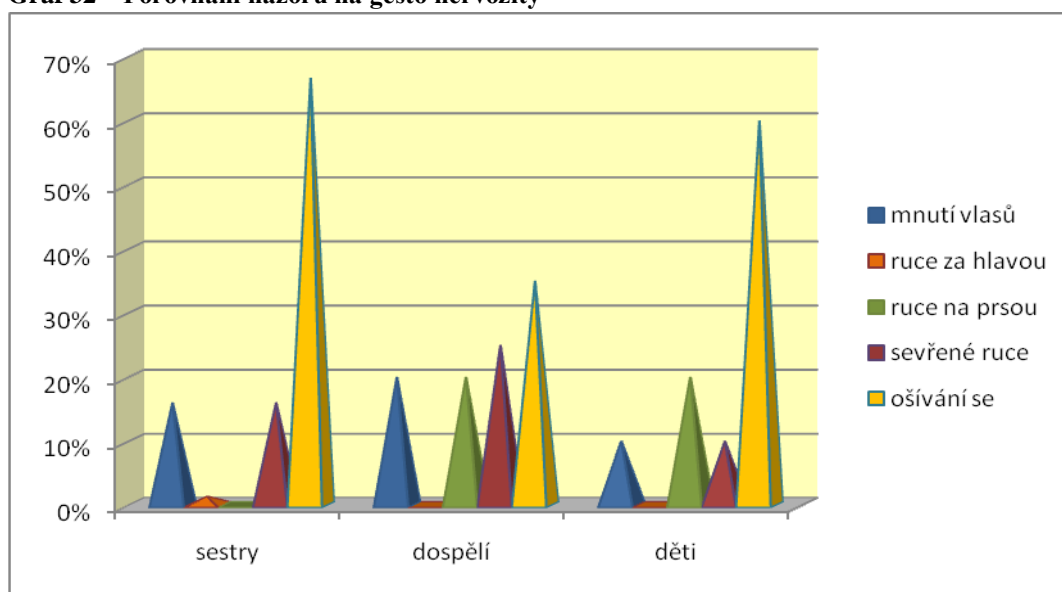


Graf 31 - Porovnání udávaného postoje sestry při rozhovoru



Další zkoumanou oblastí byla gesta. Nejprve jsem zjišťovala, zda si sestry myslí, že jsou ve všech kulturách gesta stejná či nikoli. Většina sester ví, že tomu tak není. Tato informace je velmi důležitá při ošetřování zahraničních pacientů. I jediné nevhodně zvolené gesto může způsobit velké nedorozumění. Jak je zmíněno již mnohokrát, i zde hraje velkou roli individualita nemocného. Nezáleží tedy jen na kultuře. I proto jsem dalším dotazem chtěla zjistit, podle jakých gest sestry usuzují na nervozitu. Přestože nejčastější odpovědí bylo, že se nemocný „ošívá“, ostatní odpovědi byly zastoupeny vyváženě. Pro kontrolu jsem stejnou otázku položila i nemocným. I zde byly odpovědi rovnoměrně rozvrženy, ovšem s příklonem k jiným možnostem. Přesné výsledky znázorňuje následující graf 32.

Graf 32 – Porovnání názorů na gesto nervozity



Zajímalo mě, co si sestry představí za uhýbání pohledem. Většina sester si myslí, že v tomto případě je pacient nervózní nebo se stydí. Podle odborné literatury má toto gesto opravdu většinou tento význam. Dalšími možnostmi vyložení tohoto jevu jsou nezájem nebo strach. I tyto možnosti sestry uváděly.

Domnívám se, že jedním z nejdůležitějších pohledů ve zdravotnictví, je pohled sestry při rozhovoru s nemocným. Převážná většina sester (97%) prý kouká svým nemocným do očí. Při porovnání s výzkumem Scharmové jsem zjistila, že i ona dospěla k obdobnému výsledku. Její respondenti měli na výběr z pěti možností, zda hledí do očí – ano, spíše ano, někdy, spíše ne, ne. Všechny odpovědi byly rozloženy mezi první tři možnosti odpovědí. Tento fakt v mém výzkumu potvrdili z velké většiny i nemocní. Myslím si, že toto je velmi důležitá oblast, a proto je shoda mezi sestrami a nemocnými velmi cenná. Pohled do očí vypoví opravdu velmi mnoho, proto je důležité ho hojně využívat.

Poslední zkoumanou oblastí byla úprava vzhledu sestry a její uniforma. Z tohoto výzkumu vyplynulo, že většina sester volí decentní či přírodní úpravu svého vzhledu. To je dobré zjištění. Vzhled totiž pomáhá nejvíce utvářet první dojem a ten je pro sestru obzvlášť důležitý, chce-li získat důvěru svého pacienta. I v odborných publikacích se uvádí, že není vhodné výrazné líčení a barva vlasů. Ve výzkumu Scharmové se dokonce ukázalo, že někteří nemocní na nevhodnou barvu vlasů sestru upozorní.

U uniformy jsem se zaměřila na spokojenost sester s ní a na případné změny, které by provedly. Ukázalo se, že 59% sester se svou uniformou spokojeno není. Nejčastěji by ji změnili úplně celou, popřípadě alespoň střih a materiál. Se změnou střihu souhlasí i 30% nemocných. U dětských pacientů nejvíce vynikl názor změnit barevnost sesterských uniforem. Pokud tyto poznatky shrneme, zjistíme, že by bylo opravdu třeba změnit úplně celou uniformu všeobecné sestry tak, aby byli spokojeni nejen samotné sestry, ale i pacienti.

Pohlédnu-li zpět na cíle mé práce, mám dojem, že se mi podařilo všechny naplnit. Nyní jen velmi stručně shrnu, co jsem k jednotlivým cílům zjistila.

1. Zjistit úroveň znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace.

Zjistila jsem, že znalosti všeobecných sester jsou spíše obecné, povrchové. Přesné termíny příliš neznají, ale i tak jsou schopné najít správné řešení situace. Za důvod tohoto výsledku pokládám fakt, že sestry neabsolvovaly speciální kurz o komunikaci. Pozitivní ovšem je, že většina z nich by měla o tento kurz zájem.

2. Objasnit míru využití teoretických znalostí neverbální komunikace v praxi.

Míra využití znalostí v praxi je omezena mírou znalostí. Ovšem to platí jen do jisté míry. Přestože teoretické znalosti sester nejsou úplné, většina z nich je schopna určit správné způsoby komunikace. Domnívám se, že to může být způsobeno častým kontaktem s lidmi nebo pouze intuitivně vycítěno.

3. Poznat názory dětských pacientů na schopnosti sester v neverbální komunikaci.

U dětských pacientů bylo zjištěno, že jsou s komunikací sester spokojeni. Většina z nich má pocit, že jim sestry rozumí. Překvapilo mě, že dle tohoto výzkumu není rozdíl v komunikaci s dětmi oproti dospělým téměř žádný. Ovšem tato skutečnost může být velmi ovlivněna příliš malým vzorkem dětských pacientů. Myslím si, že zde díky tak malé skupině respondentů došlo ke zkreslení výsledků.

4. Dozvědět se názory dospělých nemocných na schopnosti sester v neverbální komunikaci.

Většina dospělých pacientů je podle odpovědí s komunikací všeobecných sester spokojena. Jejich názory a postřehy byly veskrze pozitivního charakteru. Ovšem i zde musím znovu upozornit na příliš malý vzorek respondentů, čímž mohly být výsledky zkresleny.

5. Vytyčit rozdíly mezi názory sester a pocity nemocných.

Zde musím podotknout, že názory jsou téměř stejné, liší se jen mírně. Otázky, kde byl mezi odpověďmi sester a pacientů rozdíl, byly většinou zaměřeny na pocity a dojmy. Domnívám se tedy, že rozdíl v těchto údajích tedy není chybou, pouze vyjádřením individuality každého jedince.

## ZÁVĚR

Jak jistě většina z nás ví, komunikace je složitý jev. Skládá se z několika vzájemně propojených složek – komunikace verbální, komunikace neverbální a komunikace činy. Tyto jednotlivé složky od sebe nemůžeme úplně oddělit. Pokud s někým hovoříme, vždy užíváme všech těchto složek. Mohlo by se zdát, že většinu sdělení si říkáme slovy, ale opak je pravdou. Slovně si sdělujeme pouze zlomek informací, většinu za nás „řekne“ naše tělo. Zatím co verbální komunikace je především záměrná, řeč těla je z velké části mimovolní. Jen málo kdy můžeme své projevy těla ovlivnit, proto by se dalo říci, že tělo neumí lhát.

Komunikovat neznamená jen předávat informace, jde také o vyjádření sebe sama. Sdílujeme informace o všech členech komunikace. Říká nejen, co si myslíme, ale i to, jací jsme. Komunikovat tedy znamená předávat informace, být někomu na blízku, potěšit se, vyjádřit názor či cit, vztah k lidem, také sdílet společné zážitky nebo myšlenky atp. I v případě, že nic neříkáme, něco sdělujeme – nelze nekomunikovat.

Slovní komunikace vyjadřuje naše názory, myšlenky, obecné informace... Za přechod ke komunikaci neverbální můžeme považovat paralingvistické jevy. Prvky jako je hlasitost, výška hlasu či intonace. Jimi často upřesňujeme slovně řečené. Komunikace beze slov je velmi obsáhlá, zahrnuje všechny projevy našeho těla. Patří sem tedy mimika, pohledy, gestika, haptika, proxemika, posturologie, kinezika a také úprava vzhledu a okolního prostředí.

Jakožto zdravotníci se při své profesi setkáváme s velkým počtem lidí, ať už jsou to přímo lidé nemocní nebo jejich blízcí. Při každém takovém kontaktu jsou kladeny vysoké nároky na naše komunikační schopnosti a dovednosti. Jde nejen o samotná slova, ale právě i o komunikaci neverbální. Jediné gesto či úsměv mnohdy udělá více než tisíc slov. Komunikace ve zdravotnictví je o to složitější, že psychický stav komunikaci velmi ovlivňuje. Také se častěji než kde jinde setkáme s lidmi tělesně i mentálně hendikepovanými, lidmi hluchoněmými, nebo s pacienty slepými. U všech těchto skupin má komunikace zvláštní charakter. Další významnou a početnou skupinou se specifickými složkami komunikace jsou děti. Jejich komunikace je především neverbální. Touto skupinou jsem se zabývala v kapitole 1.5.

Jen z pouhého pohledu na člověka si můžeme udělat představu o tom, co je v komunikaci opravdu důležité. Vždyť ústa zajišťující verbální komunikaci máme jen jedna, avšak oči, uši i končetiny potřebné ke komunikaci neverbální máme vždy v páru. Z toho můžeme usuzovat, že naslouchání a neverbální komunikace jsou tím důležitým v kontaktu člověka s člověkem.

Při psaní této práce jsem se věnovala nejen teoretickým poznatkům z oblasti komunikace, ale především části praktické. Zde jsem se snažila o zjištění a objasnění poznatků o neverbální komunikaci mezi všeobecnými sestrami. Chtěla jsem zjistit míru teoretických znalostí všeobecných sester a jejich využívání v praxi. Domnívala jsem se, že sestry tyto vědomosti mají, ale ne vždy je správně využívají. Proto jsem se snažila také objasnit názory dospělých i dětských pacientů na schopnosti všeobecných sester v komunikaci.

Pro získání podkladů k této části své bakalářské práce jsem zvolila Oblastní nemocnici Mladá Boleslav a.s.. Výzkum jsem se rozhodla provést na chirurgických, interních a dětských odděleních formou dotazníkového šetření. Ve výše zmíněné nemocnici jsem se shledala s příjemnými a velmi ochotnými lidmi. Nejprve s hlavní sestrou, od které jsem získala povolení k provedení výzkumu ( viz. příloha 1), a která též projevila velký zájem o zpracované výsledky tohoto šetření. Dále pak s vrchními a staničními sestrami na odděleních, kde výzkum probíhal a v neposlední řadě i se samotnými sestrami a pacienty, jenž byli respondenty mého výzkumu.

Nejvýraznějším zjištěním celého výzkumu je fakt, že všeobecné sestry mají pocit, že nejsou dostatečně vzdělány v oblasti neverbální komunikace. To potvrzuje zjištění neznalosti základních pojmů neverbální komunikace. Ovšem 71% sester by mělo o takové vzdělání zájem. Domnívám se tedy, že stojí za úvahu sestřím kurz s touto tematikou poskytnout.

Spíše zajímavostí byl výsledek nepříjemných doteků dospělým pacientům. Objevilo se zde, že jim jsou nepříjemné doteky na hlavě, které bychom mohli považovat i za povzbudivé. Vždyť na pohlazení po hlavě jsme zvyklí již z dětství od mámy.

Za důležité zjištění mého výzkumu považuji skutečnost, že nemocní jsou s neverbální komunikací sester spokojeni a ve velké většině názorů se shodují.

Na závěr ovšem musím upozornit, že výzkumný vzorek dospělých i dětských pacientů byl příliš malý, abychom z něj mohli dělat obecné závěry. Měl by sloužit pouze pro mírnou představu, jaké by mohly názory nemocných být.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Martina Poláková
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
<b>Název práce:</b>	Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková
<b>Počet stran:</b>	129
<b>Počet příloh:</b>	14
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Klíčová slova:</b>	Komunikace, Neverbální komunikace, Mimika, Řeč očí, Gestika, Haptika, Proxemika, Posturologie, Kinezika, Úprava zevnějšku, Sdělování činy, Signály komunikace dětí

Bakalářská práce pojednává o komunikaci a jejím využití ve zdravotnickém prostředí. Je zde zařazena i složka verbální komunikace, přestože stěžejním bodem práce je komunikace neverbální. Můžeme zde nalézt i kapitolu o sdělování činy, nebo kapitolu zabývající se specifiky komunikace s dětmi.

Druhou polovinu práce tvoří výzkumné šetření zaměřené na zjištění míry znalostí všeobecných sester v oblasti neverbální komunikace a využívání těchto znalostí v praxi. Zjištěné údaje byly kontrolovány pomocí výzkumného šetření mezi pacienty. Obě skupiny respondentů pocházely z lůžkových oddělení (chirurgická, interní, dětská) Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a.s..

My bachelor assignment discusses a communication and its usage in medical environment. A part of verbal communication is placed in this assignment, although the aim of the assignment is nonverbal communication. A chapter about communication by acts, or a chapter which deals with specifics of communication with children can be found.

The second part of the assignment is based on research examination focused on survey of nurses's knowledge degree in nonverbal communication area and the usage these informations in profession. Searched informations were controlled by research examination between patients. The both patient's groups were from the bed ward (surgery, internal, children's ward) Regional Hospital Mladá Boleslav a.s..

## POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA:

1. BRUNO, T., ADAMCZYK, G., *Řeč těla: přesvědčte svou mimikou, gesty a držením těla*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 156 str. ISBN 978-80-247-2008-1
2. CLAYTON, P., *Řeč těla: Čtete gesta, mluvíte svými pohyby*. 1.vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2004. 168 str. ISBN 80-7181-117-3
3. HARDINGOVÁ, J., *Tajemství aromaterapie*. 1.vyd. Praha: Svojtka & co., 2003. 224str. ISBN 80-7237-761-2
4. HOLINGER, P. C., DONEROVÁ, K., *Co říkají děti, než se naučí mluvit: devět signálů, jichž nemluvnata využívají k vyjádření svých pocitů*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 222 str. ISBN 80-7254-634-1
5. HONZÁK, R., *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 1.vyd. Praha: Galén, 1997. 159 str. ISBN 80-85824-60-4
6. HONZÁK, R., *Požadavky na lékaře*. [online]. [cit. 2008-4-2]. Dostupné na: <http://psaci.misto.cz/MAIL/medicina/honzak/poradavkynalekare.html>
7. HONZÁK, R., *Požadavky na pacienta*. [online]. [cit. 2008-4-2]. Dostupné na: <http://psaci.misto.cz/MAIL/medicina/honzak/poradavkynapacienta.html>
8. JANOUŠEK, J., *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 176 str. ISBN 978-80-247-1594-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J., *Neverbální komunikace: řeč pohledů, úsměvů a gest*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 147 str.
10. KŘIVOHLAVÝ, J., *Tajemství úspěšného jednání*. 1.vyd. Praha: Grada, 1995. 168 str. ISBN 80-85623-84-6
11. KŘIVOHLAVÝ, J., *Rozhovor lékaře s pacientem: učební text*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 str. ISBN 80-7013-187-X
12. KŘIVOHLAVÝ, J., *Povídej – naslouchám*. 1.vyd. Praha: Návrat, 1993. 105str. ISBN 80-85495-18-X
13. KŘIVOHLAVÝ, J., *Já a ty - o zdravých vztazích mezi lidmi*. 2.vyd. Praha: AVICENUM, 1986. 256str

14. *Komunikace*. [online]. [cit. 2008-4-15] Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Komunikace>
15. LA BARRE, F., 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 302 str. ISBN 80-7254-446-2
16. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152 str. ISBN 978-80-247-1784-5
17. MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J., *Komunikace ve škole*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 210 str. ISBN 80-210-1070-3
18. MESSINA, J.J., MESSINA, C., *Tools for communication – nonverbal communication issues*. [online]. [cit. 2008-3-15] Dostupné na: <http://www.coping.org/dialogue/nonverbal.htm>
19. MORRIS, D., *Bodytalk: řeč těla*. 1.vyd. Praha: IŽ, 1999. 245 str. ISBN 80-240-0238-8
20. NORRIS, S., *Tajemství léčení barvami*. 1.vyd. Praha: Svojtka & Co., 2004. 224 str. ISBN 80-7352-124-5
21. PEASE, A., *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 137 str. ISBN 80-7178-582-2
22. SCHARMANOVÁ, R., *Neverbální komunikace v ošetrovatelství*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2004. 58str. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
23. THIEL, E., *Mluvíme tělem: řeč těla prozradí víc než tisíc slov*. 1.vyd. Praha: Knižní klub, 1997. 136 str. ISBN 80-7176-511-2
24. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144 str. ISBN 80-247-1262-8
25. VYBÍRAL, Z., *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 263 str. ISBN 80-7178-291-2
26. YOUNGOVÁ, L., *Obnažená tvář: Průvodce lidskou tváří*. 1.vyd. Praha: Talpress, 1997. 316 str. ISBN 80-7197-056-5



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Odpracované roky v praxi	55
Graf 2 – Současné oddělení praxe	56
Graf 3 – Pojem neverbální komunikace podle sester	57
Graf 4 – Pojem proxemika	58
Graf 5 – Důvod udržované vzdálenosti	59
Graf 6 – Vhodné místo povzbudivého doteku	60
Graf 7 – Nepříjemné doteky podle sester	61
Graf 8 – Poloha sester při rozhovoru	62
Graf 9 – Gesta při nervozitě a nejistotě podle sester	63
Graf 10 – Důvod uhýbání pohledem	64
Graf 11 – Úprava zevnějšku sester	65
Graf 12 – Změny uniformy podle sester	66
Graf 13 – Studium dětí	67
Graf 14 – Úsměv sester podle dětí	68
Graf 15 – Vzdálenost udržovaná sestrami podle dětí	69
Graf 16 – Dětem příjemné doteky	70
Graf 17 – Dětem nepříjemné doteky	71
Graf 18 – Znaky nervozity a nejistoty u dětí	72
Graf 19 – Uniforma sester podle dětí	73
Graf 20 – Věkové rozložení dospělých respondentů	75
Graf 21 – Vzdělání dospělých respondentů	76
Graf 22 - Pojem neverbální komunikace dle nemocných	77
Graf 23 – Úsměv sester podle dospělých	78
Graf 24 – Spokojenost se vzdáleností sester při komunikaci	79
Graf 25 – Povzbudivý dotek podle nemocných	80
Graf 26 – Doteky nemocným nepříjemné	81
Graf 27 – Projevy nejistoty a nervozity u nemocných	82
Graf 28 – Místo pohledu sester při komunikaci s nemocným	83
Graf 29 – Uniforma sester podle nemocných	84
Graf 30 – Porovnání udávané udržované vzdálenosti	87
Graf 31 – Porovnání udávaného postoje sestry při rozhovoru	89
Graf 32 – Porovnání názorů na gesto nervozity	89

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví sester	55
Tabulka 2 – Odpracované roky	55
Tabulka 3 – Vzdělání sester	56
Tabulka 4 – Současné oddělení praxe	56
Tabulka 5 – Absolvování speciálního kurzu o komunikaci	57
Tabulka 6 – Zájem o kurz o komunikaci	57
Tabulka 7 – Pojem neverbální komunikace podle sester	57
Tabulka 8 – Vyčtení strachu z obličeje	58
Tabulka 9 – Pojem proxemika	58
Tabulka 10 – Vhodná vzdálenost podle sester	59
Tabulka 11 – Důvod udržované vzdálenosti	59
Tabulka 12 – Vhodné místo povzbudivého doteku	60
Tabulka 13 – Reakce nemocných na dotek	60
Tabulka 14 – Nepříjemné doteky podle sester	61
Tabulka 15 – Poloha sester při rozhovoru	62
Tabulka 16 – Gesta v kulturách	62
Tabulka 17 – Gesta při nervozitě a nejistotě podle sester	63
Tabulka 18 – Důvod uhýbání pohledem	64
Tabulka 19 – Kam sestry koukají	64
Tabulka 20 – Úprava zevnějšku sester	65
Tabulka 21 – Spokojenost s uniformou	66
Tabulka 22 – Změny uniformy podle sester	66
Tabulka 23 – Pohlaví dětských respondentů	67
Tabulka 24 – Věk dětí	67
Tabulka 25 – Studium dětí	67
Tabulka 26 – Poznají sestry pocity dětí	68
Tabulka 27 – Úsměv sester podle dětí	68
Tabulka 28 – Vzdálenost udržovaná sestrami podle dětí	69
Tabulka 29 – Příjemnost vzdálenosti pro děti	69
Tabulka 30 – Dětem příjemné doteky	70
Tabulka 31 – Dětem nepříjemné doteky	71
Tabulka 32 – Poloha sester u dětí	72

Tabulka 33 – Znaky nervozity a nejistoty u dětí	72
Tabulka 34 – Pohledy sester podle dětí	73
Tabulka 35 – Uniforma sester podle dětí	73
Tabulka 36 – Pohlaví dospělých respondentů	75
Tabulka 37 – Věkové rozložení dospělých respondentů	75
Tabulka 38 – Vzdělání dospělých respondentů	76
Tabulka 39 – Oddělení	76
Tabulka 40 – Pojem neverbální komunikace dle nemocných	77
Tabulka 41 – Poznají sestry pocity dospělých	77
Tabulka 42 – Úsměv sester podle dospělých	78
Tabulka 43 - Vzdálenost udržovaná sestrami u dospělých	79
Tabulka 44 – Spokojenost se vzdáleností sester při komunikaci	79
Tabulka 45 – Povzbudivý dotek podle nemocných	80
Tabulka 46 – Doteky nemocným nepříjemné	81
Tabulka 47 – Poloha sester při rozhovoru podle nemocných	82
Tabulka 48 – Projevy nervozity a nejistoty u nemocných	82
Tabulka 49 - Místo pohledu sester při komunikaci s nemocným	83
Tabulka 50 - Uniforma sester podle nemocných	84

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – upřímný úsměv	117
Obrázek 2 – falešný úsměv	117
Obrázek 3 – gesto otevřené dlaně	117
Obrázek 4 – „tření ucha“ při nervozitě	117
Obrázek 5 – „tření brady“ při přemýšlení	117
Obrázek 6 – „podepřená hlava“ při nudě, nezájmu	117
Obrázek 7 – „bariéra“	118
Obrázek 8 – „bariéra“ před dolní polovinou těla	118
Obrázek 9 – vkládání předmětů do úst	118
Obrázek 10 – vhodné a nevhodné doteky	29
Obrázek 11 – správné podání ruky	118
Obrázek 12 – proxemické zóny	119

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Žádost o provedení výzkumu	101
Příloha 2 – Dotazník pro všeobecné sestry	102
Příloha 3 – Dotazník pro dětské pacienty	105
Příloha 4 – Dotazník pro dospělé pacienty	107
Příloha 5 – Zásady komunikace s pacientem	109
Příloha 6 – Požadavky na lékaře (ostatní zdravotnické pracovníky) a na nemocné	110
Příloha 7 – Desatero falešných představ o tom, jak spolu mluvíme	111
Příloha 8 – Význam barev	113
Příloha 9 – Význam vůní	115
Příloha 10 – Obrázky neverbální komunikace	117
Příloha 11 – Tabulka výsledků výzkumu sester rozdělených podle počtu odpracovaných let	120
Příloha 12 – Tabulka výsledků výzkumu sester rozdělených podle oddělení praxe	123
Příloha 13 - Tabulka výsledků výzkumu dospělých nemocných rozdělených podle oddělení hospitalizace	126
Příloha 14 - Tabulka výsledků výzkumu dětských pacientů rozdělených podle věku	128

## PŘÍLOHA 1 – Žádost o provedení výzkumu

Vážená paní  
Jiřina Hlaváčková  
Hlavní sestra Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s.  
Václava Klementa 147  
293 50 Mladá Boleslav

V Hradci Králové 24. října 2007

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgickém, interním a dětském oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s.**

Vážená paní Hlaváčková,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na chirurgickém, interním a dětském oddělení Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s. v rámci závěrečné bakalářské práce studentky Martiny Polákové, narozené 21.12.1985, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – všeobecná sestra, prezenční formy, LF UK v Hradci Králové.

Cílem práce je zjistit míru vědomostí a praktických dovedností všeobecných sester v neverbální komunikaci a na základě zjištěných poznatků upozornit na případné nedostatky v této oblasti.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního a dobrovolného dotazníku, který je přiložen k žádosti. Součástí práce bude zpracování dotazníku u klientů, jež poskytnou souhlas s touto studií.


Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Evy Vachkové, odb. as. z Ústavu sociálního lékařství, oddělení Ošetřovatelství LF UK v Hradci Králové.

K žádosti přikládáme dotazník.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

  
Mgr. Eva Vachková  
Ústav sociálního lékařství  
Vedoucí oddělení Ošetřovatelství  
A  
Martina Poláková  
3. ročník Ošetřovatelství

-----  
Kontaktní adresa:

Mgr. Eva Vachková, Odd. Ošetřovatelství  
LH UK v Hradci Králové  
Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové  
e-mail: [VachkovaE@lfhk.cuni.cz](mailto:VachkovaE@lfhk.cuni.cz)  
tel.: 495816365

-----  
Vyjádření vedení instituce:

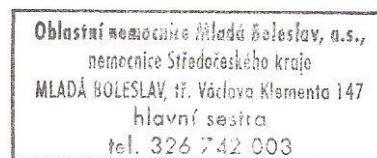
- souhlasím  
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

9. 11. 2007

Podpis a razítko:





## **PŘÍLOHA 2 – Dotazník pro všeobecné sestry**

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Martina Poláková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor ošetřovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění toho dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma *Neverbální komunikace v práci zdravotní sestry*. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nevpisujte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci, která je nedílnou součástí státní zkoušky.

Vyplněný dotazník, prosím, zalepte do přiložené obálky, aby byla zachována Vaše anonymita. Poté obálku předejte kontaktní osobě na Vašem oddělení, od které jste dotazník obdržela.

Předem velmi děkuji za spolupráci.

S pozdravem Martina Poláková

### **Instrukce pro vyplnění dotazníku:**

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen *jednu* odpověď.
2. Pokud vyberete odpověď *jiné*, doplňte Vaši konkrétní variantu odpovědi.
3. U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
4. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
5. Na konci dotazníku je místo pro Váš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

#### **1. Pohlaví:**

- a) Muž
- b) Žena

#### **2. Roky odpracované v praxi:**

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-20
- d) 20 a více

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání (doplňte obor):**

- a) SZŠ
- b) Nástavbové studium SZŠ
- c) VŠ (denní studium)
- d) VŠ (kombinované studium)
- e) Specializační studium

#### **4. Na kterém oddělení praxi vykonáváte v současné době?**

- a) Interní
- b) Chirurgické
- c) Dětské

**5. Absolvoval/a jste speciální kurz o komunikaci ve zdravotnictví?**

- a) Ano
- b) Ne

**Kdyby Vám byl tento kurz nabídnut, zúčastnil/a byste se?**

- a) Ano
- b) Ne

**6. Co si představíte pod pojmem neverbální komunikace?**

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

**7. Ze které části obličeje nejlépe vyčtete strach a smutek?**

- a) Oblast čela a obočí
- b) Oblast očí a víček
- c) Oblast nosu, tváří a úst

**8. Čím se zabývá proxemika?**

- a) Vzdáleností mezi komunikujícími
- b) Dotyky
- c) Pohyby těla
- d) Jiné: .....

**9. Jakou udržujete vzdálenost při rozhovoru s nemocným?**

- a) 0-30 cm
- b) 45 cm – 1,2 m
- c) 1,2 m – 3,6 m
- d) 3,6 m a více

**Proč udržujete zrovna tuto vzdálenost?**

.....  
.....

**10. Které části těla nemocného se dotýkáte, pokud ho chcete povzbudit?**

- a) Hlava
- b) Ruka
- c) Ramena
- d) Celé tělo (objetí)

**11. Jak nejčastěji reagují nemocní na dotyky?**

- a) Úsměv
- b) Stisk ruky
- c) Objetí
- d) Odtážení
- e) Agrese

**12. Které dotyky, podle Vašeho názoru, považují pacienti za nepříjemné?**

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

**13. Jako polohu zaujímáte při rozhovoru s ležícím nemocným?**

- a) Vleže
- b) Vsedě
- c) Ve stoje

**14. Znamenají jednotlivá gesta (např. kývnutí hlavy) u všech kultur a národů totéž?**

- a) Ano
- b) Ne

**15. Z jakých gest poznáte, že je pacient nervózní, nejistý?**

- a) Mnutí vlasů, sahání na hlavu
- b) Složené ruce za hlavou
- c) Zkřížené ruce na prsou
- d) Pevně sevřené ruce
- e) „ošívání se“

**16. Co vyjadřuje nemocný v případě, že uhýbá pohledem?**

- a) Stud, nervozitu
- b) Strach
- c) Nadřazenost
- d) Nezájem

**17. Do jakých míst převážně směřuje váš pohled při rozhovoru s nemocným?**

- a) Do očí nemocného
- b) Na ramena nemocného
- c) Na „špičky bot“
- d) Mimo pacienta (do prostoru)

**18. Jakou úpravu líčení, nehtů a účesu volíte při výkonu své profese?**

- a) Přírodní (jednoduchý účes, nenalíčená, krátké nenalakované nehty)
- b) Decentní (jednoduchý účes, přírodní líčení, krátké světlé nehty)
- c) Výraznou (výrazný účes či přeliv, výrazné líčení, dlouhé barevné nehty)
- d) Extrémní (výrazný účes i přeliv, tmavé výrazné líčení, dlouhé tmavé nehty)

**19. Jste spokojený/á se vzhledem své uniformy?**

- Ano
- Ne

**Co byste případně změnil/a na své uniformě?**

.....  
.....

**20. Vlastní komentář**

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

Došel/došla jste na konec dotazníku. Znovu, prosím, zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem.

Děkuji

Martina Poláková



## **PŘÍLOHA 3 – Dotazník pro dětské pacienty**

Vážení rodiče, milé děti.

Jmenuji se Martina Poláková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor ošetřovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění toho dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma *Neverbální komunikace v práci zdravotní sestry*. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nevpisujte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci, která je nedílnou součástí státní zkoušky.

Vyplněný dotazník, prosím, zalepte do přiložené obálky, aby byla zachována Vaše anonymita. Poté obálku předejte kontaktní osobě, od které jste dotazník obdrželi.

Předem velmi děkuji za spolupráci.

S pozdravem Martina Poláková

### **Instrukce pro vyplnění dotazníku:**

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen *jednu* odpověď.
2. U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
3. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
4. Na konci dotazníku je místo pro Vaš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

#### **1. Pohlaví:**

- c) chlapec
- d) děvče

#### **2. Věk:**

- a) 3 - 10
- b) 11 - 18

#### **3. Nyní navštěvujete:**

- f) Mateřskou školu
- g) Základní školu
- h) Zvláštní školu
- i) Střední školu

#### **4. Poznají sestry, jak se cítíte (z pohledů, gest, výrazů obličeje)?**

- e) ano
- f) ne

#### **5. Usmívají se sestry, když s vámi komunikují?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) jen někdy
- d) spíše ne
- e) ne

**6. Kde bývají nejčastěji sestry, když s Vámi komunikují?**

- a) Vedle Vás
- b) V nohách postele
- c) Pohybují se v pokoji
- d) U dveří

**Je vám tato vzdálenost příjemná?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

**7. Kde je vám dotek sestry nejpříjemnější?**

- a) Hlava (pohlazení)
- b) Ruka (podržení)
- c) Rameno (poklepání)
- d) Celé tělo (objetí)

**8. Jaké doteky jsou Vám nepříjemné?**

.....  
.....

**9. Jakou polohu má sestra nejčastěji, když s Vámi mluví?**

- a) leží
- b) sedí
- c) stojí

**10. Co děláte, pokud jste nervózní nebo nejistý (máte strach)?**

- f) Mnutí vlasů, sahání na hlavu
- g) Složené ruce za hlavou
- h) Zkřížené ruce na prsou
- i) Pevně sevřené ruce
- j) „ošívání se“

**11. Kam se dívají sestry, když s Vámi hovoří?**

- a) Do Vašich očí
- b) Na Vaše ramena
- c) Na své boty
- d) Do prostoru

**12. Jak by měla podle Vašeho názoru vypadat uniforma sester? (možno více odpovědí)**

- a) Kalhoty + halena
- b) Šaty
- c) Více barev
- d) Civilnější (domácí, ne uniforma)

**13. Vlastní komentář**

.....  
.....

Došel/došla jste na konec dotazníku. Znovu prosím zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem.

Děkuji

Martina Poláková

## PŘÍLOHA 4 – Dotazník pro dospělé pacienty

Vážený nemocní.

Jmenuji se Martina Poláková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Studuji obor ošetrovatelství – všeobecná sestra.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění toho dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma *Neverbální komunikace v práci zdravotní sestry*. Tento dotazník je zcela anonymní, proto prosím nevpisujte žádné identifikační údaje. Veškeré údaje zjištěné tímto dotazníkem budou použity pouze pro mou závěrečnou bakalářskou práci, která je nedílnou součástí státní zkoušky.

Vyplněný dotazník, prosím, zalepte do příložené obálky, aby byla zachována Vaše anonymita. Poté obálku předejte kontaktní osobě, od které jste dotazník obdržel.

Předem velmi děkuji za spolupráci.

S pozdravem Martina Poláková

### **Instrukce pro vyplnění dotazníku:**

1. U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen *jednu* odpověď.
2. U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
3. Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
4. Na konci dotazníku je místo pro Vaš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo a považujete to za důležité.

#### **1. Pohlaví:**

- g) Muž
- h) Žena

#### **2. Věk:**

- c) 18 – 40
- d) 41 – 60
- e) 61 a více

#### **3. Nejvyšší dosažené vzdělání:**

- j) Základní škola
- k) Střední škola
- l) Vyšší odborná škola
- m) Vysoká škola

#### **4. Oddělení, na kterém právě ležíte:**

- a) interní
- b) chirurgické

#### **5. Co si představíte pod pojmem neverbální komunikace?**

.....  
.....

#### **6. Myslíte si, že Vám sestry rozumí i beze slov (z pohledů, gest, výrazů obličeje)?**

- i) ano
- j) ne

#### **7. Usmívají se sestry, když s vámi komunikují?**

- f) ano
- g) spíše ano
- h) jen někdy (50/50)
- i) spíše ne
- j) ne

**8. Jakou vzdálenost nejčastěji udržují sestry, když s Vámi komunikují?**

- e) 0 – 45 cm
- f) 45 cm – 1,2 m
- g) 1,2 m – 3,6 m
- h) 3,6 m a více

**Vyhovuje Vám tato vzdálenost?**

- e) Ano
- f) Spíše ano
- g) Spíše ne
- h) Ne

**9. Na které části těla považujete dotek sestry za povzbudivý?**

- e) Hlava
- f) Ruka
- g) Rameno
- h) Celé tělo (objetí)

**10. Jaké doteky jsou Vám nepříjemné?**

.....  
.....

**11. Jakou polohu zaujímají sestry nejčastěji při rozhovoru s Vámi?**

- d) Vleže
- e) Vsedě
- f) Ve stoje

**12. Jakými gesty projevíte svou nervozitu, nejistotu?**

- k) Mnutí vlasů, sahání na hlavu
- l) Složené ruce za hlavou
- m) Zkřížené ruce na prsou
- n) Pevně sevřené ruce
- o) „ošívání se“

**13. Kam nejčastěji směřují pohledy sester, když s Vámi komunikují?**

- e) Do Vašich očí
- f) Na Vaše ramena
- g) Na své boty
- h) Do prostoru

**14. Jak by měla podle Vašeho názoru vypadat uniforma sester? (možno více odpovědí)**

- e) Kalhoty + halena
- f) Šaty
- g) Více barev
- h) Lepší střih

**15. Vlastní komentář**

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

Došel/došla jste na konec dotazníku. Znovu prosím zkontrolujte, zda jste uvedl/a odpověď na všechny otázky. Mnohokrát děkuji za Váš čas strávený nad tímto dotazníkem.

Děkuji

Martina Poláková

## **PŘÍLOHA 5 – Zásady komunikace s pacientem**

*Při správně vedené komunikaci s pacientem musíme:*

- *vědět co chceme říci*
- *rozhodnout, kdy informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je správný čas pro předání informace*
- *vybrat správné místo na sdělení*
- *rozhodnout, jak nejlépe informaci podat*
- *pamatovat na skutečnost, že pro nás již jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné*
- *mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat*
- *zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči*
- *sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všímat si zejména jeho známek a projevy zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování atd.*
- *brát v úvahu pocity pacienta*
- *udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem*
- *kontrolovat své neverbální projevy*
- *umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil*
- *nezneklidňovat, ale ani nedráždit pacienta svým projevem*
- *kontrolovat, zda pacient informaci přijal a pochopil* (Honzák, 1997, str.14)

## **PŘÍLOHA 6 - Požadavky na lékaře (ostatní zdravotnické pracovníky) a na nemocné**

### **Požadavky na lékaře (a ostatní zdravotnické pracovníky)**

1. *Poslouchejte pacienta vždy pozorně*
2. *Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient porozuměl.*
3. *Hovořte pravidelně s pacientem o prevenci.*
4. *Bud'te poctivý a čestný.*
5. *Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, příp. vliv druhé osoby)*
6. *Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů.*
7. *Respektujte pacientova přání.*
8. *Nekritizujte veřejně pacienta.*
9. *Během rozhovoru udržujte oční kontakt.*
10. *Respektujte pacientovo soukromí.*
11. *Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu.*
12. *Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy.*
13. *Stanovte jasnou diagnózu, a pokud to je možné, seznamte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.*
14. *Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí.*
15. *Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.*
16. *Nepožadujte od pacientů finanční podporu.*

(Honzák, online)

### **Požadavky na pacienta**

1. *Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné nebo nesrozumitelné.*
2. *Poskytněte lékaři všechny nutné informace. Bez vašich informací lékař neví, co vás kde a jak mnoho bolí. Bez vašeho vyjádření lékař neví, který postup chcete zvolit.*
3. *Dodržujte pečlivě všechny lékařovy pokyny - je to především ve vašem vlastním zájmu.*
4. *Bud'te k lékaři upřímní.*
5. *Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas a nepřipravujte lékaře o čas zbytečně.*
6. *Důvěřujte svému lékaři.*
7. *Respektujte lékařovo soukromí.*
8. *Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si pro sebe svá „tajemství“ - je to jen k vaší škodě.*
9. *Při rozhovoru se dívejte lékaři do očí.*
10. *Sdělte lékaři všechny své pochybnosti.*

(Honzák, online)

## **PŘÍLOHA 7 - Desatero falešných představ o tom, jak spolu mluvíme**

### **1. *Není pravda, že je možné nekomunikovat***

*Spíše je pravda, že všude tam, kde spolu dva lidé přijdou do styku, i když si nic neřeknou, přece jen si něco sdělí.*

### **2. *Není pravda, že spolu mluvíme jen slovy***

*Spíše je pravda, že tzv. mimoslovní – neverbální komunikace tvoří více než 90% všeho toho, co si sdělujeme.*

### **3. *Není pravda, že slova a mimoslovní sdělení jsou vždy tím nejdůležitějším, co si sdělujeme***

*Spíše je pravda, že třetí informační kanál – tj. to, co děláme, případně neděláme a dělat bychom měli, jak se chováme a jak jednáme – je často tím nejdůležitějším sdělením.*

### **4. *Není pravda, že záleží jen na obsahu našeho slovního sdělení a na tom, jak to řekneme, že nezáleží***

*Spíše je pravda, že způsob, jak říkáme to, co říkáme, dotváří obsah našeho slovního sdělení – a paralingvistika i rétorika mají své dobré místo v sociální komunikaci.*

### **5. *Není pravda, že umění mluvit je všemocné***

*Spíše je pravda, že umění naslouchat má též svou hodnotu a ten, kdo nemá, co by hodnotného sdělil, to nezakryje sebedokonalejším rétorickým či hereckým uměním.*

### **6. *Není pravda, že si nutně musíme rozumět, když spolu mluvíme česky***

*Spíše je pravda, že si každý z nás pod každým slovem, které známe, představuje něco do určité míry jiného. Potvrzuje to např. tzv. semantický diferenciál měřící odlišnost významu slov v dimenzích: aktivní – pasivní, dobrý – špatný a silný – slabý.*

### **7. *Není pravda, že druzí lidé slyší přesně to, co já říkám***

*Spíše je pravda, že přesně slyšíme to, co slyšet chceme, a méně přesně slyšíme to, co slyšet nechceme. Svou roli zde hraje i anticipace – předjímání obsahu sdělení.*

**8. *Není pravda, že věta přesně vyjadřuje to, co si myslíme.***

*Spíše je pravda, že věta, kterou vyslovíme, jen přibližně vystihuje bohatost toho, co máme na mysli, a význam sděleného je pro naslouchajícího jiný než pro toho, kdo to vysloví.*

**9. *Není pravda, že slova jsou jen slova – jen „vzduch“ a nic víc***

*Spíše je pravda, že slovem se můžeme dotknout sebevědomí a cti druhého, že ho můžeme slovem píchnout i popíchnout, urazit a zranit. Na druhé straně je pravda, že slovem můžeme člověka potěšit, povzbudit a postavit ho – obrazně řečeno – na nohy.*

**10. *Není pravda, že si slovy sdělujeme jen „holá fakta“ a nic víc***

*Spíše je pravda, že každé naše sdělení obsahuje i sdělení postoje k tomu, co říkáme, i k tomu, s nímž hovoříme.*

(Křivohlavý, 1995)



## PŘÍLOHA 8 – Význam barev

Použití barev pro ovlivnění nálady nebo duševní a tělesné pohody je ovlivněno mnoha faktory. Především si musíme uvědomit, že každý člověk je individualita, a proto co pomůže jednomu, nemusí pomoci druhému. Také každý z nás má jiné oblíbené barvy. A v neposlední řadě bychom měli být pozorní k různým signálům těla, jako je například vysoký krevní tlak, nespavost nebo deprese.

Je také velmi důležité si uvědomit, že máme 7 základních barev – tzv. barvy spektra – a ostatní barvy a odstíny jsou od nich pouze odvozené. Při jakémkoli užití bychom proto měli vždy vycházet ze spektrálních barev. Podle různých typů obtíží dále kombinujeme další spektrální barvy, tím vznikají barvy nespektrální, vhodné pro konkrétní situaci.

Barvy spektra:

**ČERVENÁ** – je barvou samotného života, ohně a krve, nebezpečí a sexu, bez ní by náš život postrádal svěžest, vřelost, sílu a vášeň.

*Pomáhá při: nedostatku energie, chudokrevnosti, špatném krevním oběhu, nízkém tlaku krve, zimomřivosti, netečnosti, strachu atd.*

*Pozor při: vysokém TK (tlak krve), onemocnění srdce, vznětlivosti, zlobě či rozladěnosti*

**ORANŽOVÁ** – je silnou a vibrující barvou, takže se musí používat s mírou. Spojujeme ji se zdravím a vitalitou – mnoho lidí proto začíná nový den sklenicí pomerančové šťávy.

*Pomáhá při: nechutenství, špatném trávení, astmatu, křečích, žlučových kamenech, smutku, znuďenosti, psychických zábranách atp.*

*Pozor při: dostatku životní energie – hrozí samolibost či neukázněnost*

**ŽLUTÁ** – je hned po bílé nejbliže slunečnímu světlu, a to nejen svým jasem a odstínem, ale také svými uzdravujícími účinky. Prospěje vám, když se cítíte mentálně otupělí, je totiž spojována s intelektem a logickým myšlením, čili s levou mozkovou hemisférou.

*Pomáhá při: zácpě, nadýmání, cukrovce, kožních problémech, nervovém vyčerpání, nesoustředěnosti, trémě, nízkém sebevědomí, nedostatku inspirace atd.*

*Pozor při: onemocnění žaludku, podrážděnosti, neklidu, nespavosti, stresu*

**ZELENÁ** – je barvou přírody – luk, kopců a lesů, kam se chodíme osvěžit a dobít energii po často vyčerpávajícím pobytu uprostřed velkoměsta. V přírodě je vše v souladu, takže ve chvílích, kdy jsme jí obklopeni, dokážeme znovu najít svůj vnitřní klid, narušený náročnými dny plnými napětí v práci nebo i s rodinou.

*Pomáhá při: srdečních problémech, zánětu průdušek, chřipce, klaustrofobii, nevyrovnanosti, zlomyslnosti, strachu z citové angažovanosti*

*Pozor při: situacích vyžadujících být ve střehu a rychlé reakce*

**MODRÁ** – je barvou oblohy a moře, pohled na oblohu bez mráčku nebo na širé moře zklidňuje mysl a konejší ducha.

*Pomáhá při: vysokém krevním tlaku, laryngitidě, horečce, popáleninách, menstruačních problémech, migréně, frigiditě, nedůvěře, strachu z konfliktu, nesmělosti*

*Pozor při: pocitu chladu, slabosti nebo ztuhlosti*

**INDIGOVÁ** – je barva oblohy v noci – temná a sametová, záhadná a jakoby bezedná. Když se na ni díváme, naše myšlenky se obracejí dovnitř a pátrají po hlubším smyslu života. V takových okamžicích míváme záblesky poznání, které se nám v denním rušném životě vyhýbají.

*Pomáhá při: šedém zákalu, hluchotě, krvácení, nervozitě, stihomamu, hysterii, přecitlivělosti atd.*

*Pozor při: psychických potížích, sezónních depresích, výskytu paranormálních jevů*

**FIALOVÁ** – barva má v sobě cosi vznešeného, tradičně ji nosili králové, kněží a další vysoce postavené osoby. V určitých dobách bylo dokonce nižším stavům zakázáno tuto barvu nosit.

*Pomáhá při: otřesu mozku, epilepsii, neuralgiích, roztroušené skleróze, neuróze, ztrátě víry, nedostatku sebeúcty, beznaději*

*Pozor při: psychických obtížích či závislosti na alkoholu a drogách*

(Norris, 2004, str. 38 – 63)

## PŘÍLOHA 9 – význam vůní

Význam vůní a tedy i aromaterapie sahají svými kořeny až do dávné historie. Jedny z prvních zmínek jsou známy již z dob starého Egypta, kdy byly vůně používány při balzamování mrtvých těl faraonů. Počátky moderní aromaterapie jsou spojovány s dobou kolem první světové války. Od těch dob ovšem prošla aromaterapie určitým vývojem.

Dnes je největší význam aromaterapie v jejích ozdravných a uvolňujících účincích. Můžeme ji využívat ve formě masáží, vonných koupelí nebo jen nechat vůně volně odpařovat do prostoru. Velký potenciál může mít pro nemocniční prostředí, domovy seniorů, dlouhodobé léčebny, nebo prostě všude tam, kde je používána klimatizace či ústřední topení. V takových prostorách se často množí a kolují bakterie a dochází tak k opakovaným infekcím. Jen pouhým rozptýlením vůně můžeme tyto vlivy zmírnit, velmi vhodné jsou například esence z čajovníku (Tea tree) – ten napomáhá dezinfekci a čištění vzduchu.

Nikdy však nesmíme zapomenout, že i vůně jsou čistě individuální věc. Co se líbí jednomu, druhému se líbit nemusí – to znamená, že ani nepomůže.

I éterické oleje a jejich vůně můžeme rozdělit podle místa, na které mají působit:

### POKOŽKA A VLASY

**Levandule** – vůně: ovocný a svěží nejvyšší tón, květinový a dřevitý podtón

- užití: pořezání, popálení, uklidňující vliv na boláky
- další využití: bolest svalů, žaludeční potíže, kašel, migréna, nespavost, úzkost

**Pomerančovník** – vůně: sladká, svěží, ovocná

- užití: akné, regenerace pokožky, mastná a smíšená pleť
- další využití: poruchy trávení, zácpa, antidepressivum, stres

### SVALY A KREVNÍ OBĚH

**Rozmarýn** – vůně: svěží, borovicová, a teplými dřevitými tóny

- užití: bolesti svalů, zad, revmatismus, zadržování tekutin, špatný oběh
- další využití: kašel, nachlazení, dodá energii, podpora růstu vlasů, koncentrace

**Majoránka** – vůně: ostrá, bylinná a léčivá, s teplým dřevitým podtónem

- užití: bolesti svalů, zad, ztuhlost, artritida
- další využití: migréna, menstruační křeče, zácpa, nespavost, úzkost

## DÝCHACÍ SOUSTAVA

**Citron** – vůně: povzbuzující, svěží a sladká

- užití: nachlazení, chřipka, sinusitida, bronchitida

- další využití: akné, osteoartritida, lymfatické obtíže, malátnost, antidepressivum

**Čajovník** – vůně: velmi léčivá, čistá a svěží

- užití: nachlazení, chřipka, černý kašel

- další využití: dermatomykóza, kandidové infekce, zanícené rány

## TRÁVENÍ

**Černý pepř** – vůně: těžká, kořeněná a ostrá, později nasládlá

- užití: křeče žaludku, nadýmání, nechutenství, syndrom dráždivého tračnicku

- další využití: třesavka, špatný krevní oběh, bolesti svalů, afrodisiakální

**Zázvor** – vůně: hřejivá, sladká, kořeněná a lehká

- užití: poruchy trávení, kolika, nadýmání, zácpa, syndrom dráždivého tračnicku

- další využití: malátnost, chřipka, kašel, nedostatek sebedůvěry a stres

## ROZMNOŽOVACÍ A MOČOVÁ SOUSTAVA

**Jasmín** – vůně: neobyčejně sladká, bohatá, opojná, květinová

- užití: porodní bolesti, menstruační bolesti, impotence, nedostatečná tvorba mléka

- další využití: astma, kašel, suchá a stárnoucí pokožka a vlasy, afrodisiakum

**Mandarinka** – vůně: sladká, citrusová, svěží a lehká

- užití: premenstruační syndrom se zadržováním tekutin, strie v těhotenství

- další využití: žaludeční nevolnost u dětí, zácpa, stres, nespavost, úzkost

## NERVOVÁ SOUSTAVA

**Bergamot** – vůně: svěží, jemná, citrusová a květinová

- užití: úzkost, deprese, výkyvy nálady, nespavost

- další využití: akné, rány, jizvy, poruchy trávení, chřipka, nachlazení, frustrace

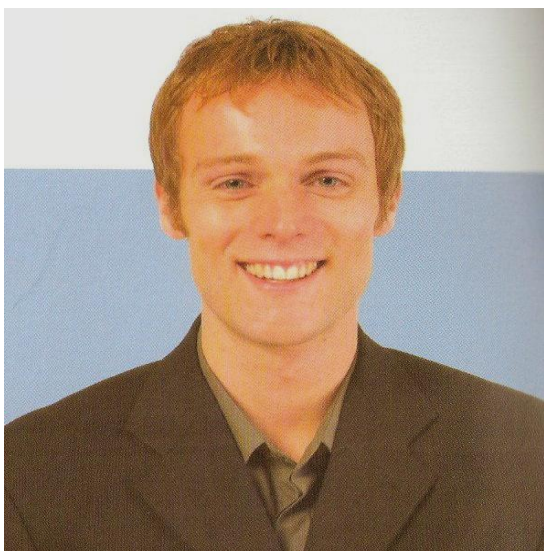
**Ylang Ylang** – vůně: velmi sladká, pižmová, lehká, květinová

- užití: úzkost, nespavost, deprese, výkyvy nálady

- další využití: Vysoký krevní tlak, panika, akné, stres, nervozita, afrodisiakum

(Hardingová, 2003, str. 39-95)

## PŘÍLOHA 10 - Obrázky neverbální komunikace



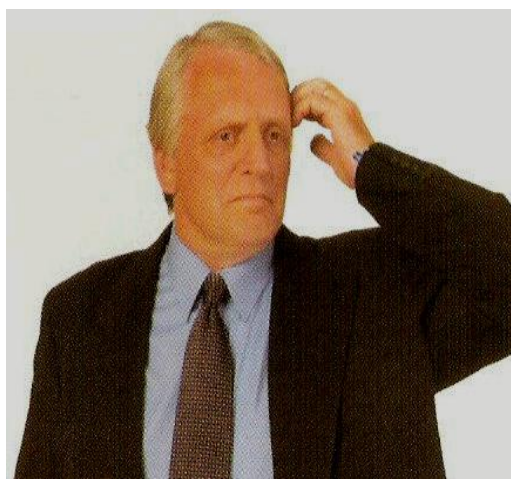
Obrázek 1 – upřímný úsměv



Obrázek 2 – falešný úsměv



Obrázek 3 – gesto „otevřené dlaně“



Obrázek 4 – „tření ucha“ při nervozitě



Obrázek 5 – „tření brady“ při přemýšlení



Obrázek 6 – „podepřená hlava“ při nudě, nezájmu





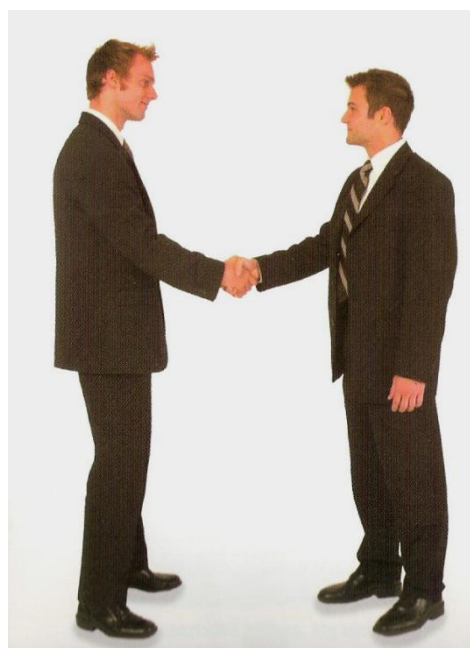
Obrázek 7 – „bariéra“



Obrázek 8 – „bariéra“ před dolní polovinou těla



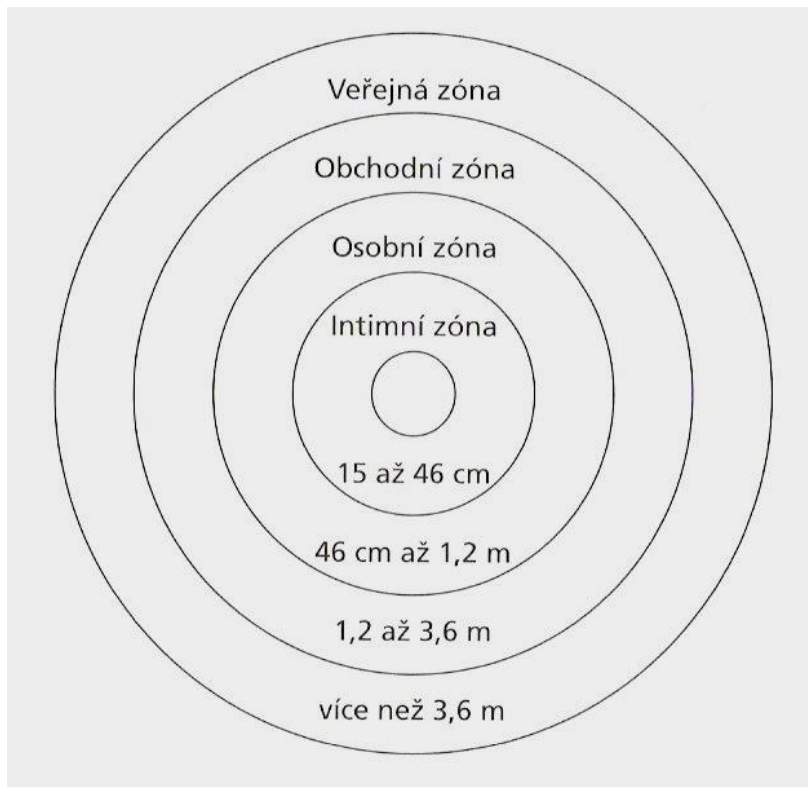
<sup>1</sup> Obrázek 9 – vkládání předmětů do úst



Obrázek 11 – správné podání ruky

---

<sup>1</sup> Obrázky 1 až 9 a 11 jsou převzaty z Clayton, 2003



**Obrázek 12 – proxemické zóny**

2

---

<sup>2</sup> Obrázek 12 je převzat z Bruno, Adamczyk, 2007

**PŘÍLOHA 11 - Tabulka výsledků výzkumu sester rozdělených podle počtu odpracovaných let**

		0 až 5		6 až 10		11 až 20		20 a více	
ot.č.1	muž	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	žena	22	29%	14	19%	15	20%	24	32%
ot.č.2	0 až 5	22	29%	0	0%	0	0%	0	0%
	6 až 10	0	0%	14	19%	0	0%	0	0%
	11 až 20	0	0%	0	0%	15	20%	0	0%
	20 a víc	0	0%	0	0%	0	0%	24	32%
ot.č.3	szš	18	24%	11	15%	11	15%	7	9%
	nástavba	3	4%	2	3%	1	1%	1	1%
	vš (denní)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	vš (dálkové)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	specializace	1	1%	1	1%	3	4%	16	21%
ot.č.4	interna	6	8%	7	9%	3	4%	1	1%
	chirurgie	9	12%	4	5%	9	12%	10	13%
	dětské	7	9%	3	4%	3	4%	13	17%
ot.č.5	ano	2	3%	1	1%	3	4%	13	17%
	ne	20	27%	13	17%	12	16%	11	15%
podot.	ano	18	24%	8	11%	9	12%	18	24%
	ne	4	5%	6	8%	6	8%	6	8%
ot.č.6	chování, gesta, grimasy	15	20%	8	11%	8	11%	16	21%
	brožury, letáky	0	0%	1	1%	1	1%	1	1%
	beze slov	6	8%	3	4%	5	7%	4	5%
	nevím	1	1%	2	3%	1	1%	3	4%
ot.č.7	čelo a obočí	4	5%	5	7%	2	3%	6	8%
	oči a víčka	13	17%	5	7%	11	15%	14	19%
	nos, tváře, ústa	5	7%	4	5%	2	3%	4	5%
ot.č.8	vzdálenost	14	19%	7	9%	8	11%	15	20%
	dotyky	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
	pohyby	6	8%	1	1%	3	4%	3	4%
	jiné	2	3%	5	7%	4	5%	5	7%



		0 až 5		6 až 10		11 až 20		20 a více	
ot. č. 9	0 až 30	2	3%	0	0%	2	3%	0	0%
	45 až 1,2	19	25%	11	15%	12	16%	21	28%
	1,2 až 3,6	1	1%	3	4%	1	1%	3	4%
	3,6 a více	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
podot.	dostačuje -slyší a rozumí	9	12%	1	1%	4	5%	0	0%
	vyhovuje nám	10	13%	6	8%	8	11%	18	24%
	nemám ráda cizí ve svém	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
	nevím	2	3%	2	3%	1	1%	3	4%
	stav nemocného	0	0%	1	1%	0	0%	1	1%
	bezpečnost	1	1%	2	3%	2	3%	2	3%
ot. č. 10	hlava	2	3%	0	0%	1	1%	5	7%
	ruka	11	15%	7	9%	9	12%	13	17%
	ramena	9	12%	7	9%	5	7%	4	5%
	celé tělo	0	0%	0	0%	0	0%	2	3%
ot. č. 11	úsměvy	16	21%	13	17%	11	15%	18	24%
	stisk ruky	6	8%	1	1%	4	5%	6	8%
	objetí	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	odtažení	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	agrese	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ot. č. 12	proti vůly	3	4%	0	0%	0	0%	1	1%
	bolestivé	6	8%	1	1%	2	3%	4	5%
	obličej, hlava	0	0%	1	1%	1	1%	2	3%
	nevím	4	5%	2	3%	3	4%	5	7%
	intimní místa	6	8%	8	11%	4	5%	6	8%
	individuální	2	3%	1	1%	2	3%	2	3%
	poplácání	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
	důvěrné (objetí)	0	0%	0	0%	2	3%	4	5%
	žádné	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
	pohlazení	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
ot. č. 13	v leže	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
	v sedě	14	19%	5	7%	6	8%	17	23%
	ve stoje	8	11%	8	11%	9	12%	7	9%

		0 až 5		6 až 10		11 až 20		20 a více	
ot. č. 14	ano	3	4%	5	7%	2	3%	0	0%
	ne	19	25%	9	12%	13	17%	24	32%
ot. č. 15	mnutí vlasů	2	3%	2	3%	4	5%	4	5%
	ruce za hlavou	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	ruce na prsou	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	sevřené ruce	2	3%	1	1%	3	4%	6	8%
	ošívání se	18	24%	11	15%	8	11%	13	17%
ot. č. 16	stud, nervozita	18	24%	8	11%	8	11%	13	17%
	strach	1	1%	3	4%	4	5%	8	11%
	nadřazenost	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	nezájem	3	4%	3	4%	3	4%	3	4%
ot. č. 17	do očí	21	28%	13	17%	15	20%	24	32%
	na ramena	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%
	na boty	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	mimo pacienta	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ot. č. 18	přírodní	3	4%	2	3%	4	5%	7	9%
	decentní	18	24%	11	15%	11	15%	17	23%
	výrazná	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%
	extrémní	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
ot. č. 19	ano	10	13%	2	267%	7	9%	12	16%
	ne	12	16%	12	16%	8	11%	12	16%
podot.	střih, materiál	4	5%	4	5%	3	4%	5	7%
	všechno	5	7%	6	8%	4	5%	5	7%
	barva	2	3%	2	3%	1	1%	2	3%
	častěji nové	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
ot. č. 20	nedostatek času	1	1%	0	0%	1	1%	1	1%
	častost komunikace	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
	v čem pomáhá úsměv	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
	obecný dotazník	3	4%	2	3%	1	1%	1	1%
	soukromí	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%

**PŘÍLOHA 12 - Tabulka výsledků výzkumu sester rozdělených podle oddělení praxe**

		CHIRURGIE		INTERNA		DĚTSKÉ	
ot.č.1	muž	0	0%	0	0%	0	0%
	žena	32	43%	17	23%	26	35%
ot.č.2	0 až 5	9	12%	6	8%	7	9%
	6 až 10	4	5%	7	9%	4	5%
	11 až 20	9	12%	3	4%	3	4%
	20 a víc	10	13%	1	1%	13	17%
ot.č.3	szš	21	28%	16	21%	10	13%
	nástavba	3	4%	0	0%	4	5%
	vš (denní)	0	0%	0	0%	0	0%
	vš (dálkové)	0	0%	0	0%	0	0%
	specializace	8	11%	1	1%	12	16%
ot.č.4	interna	0	0%	17	23%	0	0%
	chirurgie	32	43%	0	0%	0	0%
	dětské	0	0%	0	0%	26	35%
ot.č.5	ano	7	9%	2	3%	10	13%
	ne	25	33%	15	20%	16	21%
podot.	ano	21	28%	16	21%	16	21%
	ne	11	15%	1	1%	10	13%
ot.č.6	chování, gesta, grimasy	17	23%	14	19%	16	21%
	brožury, letáky	3	4%	0	0%	0	0%
	beze slov	8	11%	3	4%	7	9%
	nevím	4	5%	0	0%	3	4%
ot.č.7	čelo a obočí	5	7%	5	7%	7	9%
	oči a víčka	22	29%	8	11%	13	17%
	nos, tváře, ústa	5	7%	4	5%	6	8%
ot.č.8	vzdálenost	13	17%	11	15%	20	27%
	dotyky	1	1%	0	0%	1	1%
	pohyby	7	9%	3	4%	3	4%
	jiné	11	15%	3	4%	2	3%

		CHIRURGIE		INTERNA		DĚTSKÉ	
ot.č.9	0 až 30	2	3%	1	1%	1	1%
	45 až 1,2	29	39%	13	17%	21	28%
	1,2 až 3,6	1	1%	3	4%	4	5%
	3,6 a více	0	0%	0	0%	0	0%
podot.	dostačuje -slyší a rozumí	6	8%	3	4%	5	7%
	vyhovuje nám	21	28%	5	7%	16	21%
	nemám ráda cizí ve svém	1	1%	0	0%	1	1%
	nevím	4	5%	0	0%	4	5%
	Stav nemocného	0	0%	2	3%	0	0%
	bezpečnost	0	0%	7	9%	0	0%
ot.č.10	hlava	1	1%	0	0%	7	9%
	ruka	19	25%	10	13%	11	15%
	ramena	12	16%	7	9%	6	8%
	celé tělo	0	0%	0	0%	2	3%
ot.č.11	úsměvy	21	28%	12	16%	25	33%
	stisk ruky	11	15%	5	7%	1	1%
	objetí	0	0%	0	0%	0	0%
	odtažení	0	0%	0	0%	0	0%
	agrese	0	0%	0	0%	0	0%
ot.č.12	proti vůli	1	1%	2	3%	1	1%
	bolestivé	2	3%	2	3%	9	12%
	obličej, hlava	4	5%	0	0%	0	0%
	nevím	10	13%	2	3%	2	3%
	intimní místa	6	8%	8	11%	10	13%
	individuální	3	4%	2	3%	2	3%
	poplácání	1	1%	0	0%	0	0%
	důvěrné (objetí)	4	5%	1	1%	1	1%
	žádné	0	0%	0	0%	1	1%
	pohlazení	1	1%	0	0%	0	0%
ot.č.13	vleže	0	0%	1	1%	0	0%
	vsedě	18	24%	7	9%	17	23%
	ve stoje	14	19%	9	12%	9	12%
ot.č.14	ano	3	4%	5	7%	2	3%
	ne	29	39%	12	16%	24	32%

		CHIRURGIE		INTERNA		DĚTSKÉ	
ot.č.15	mnutí vlasů	3	4%	3	4%	6	8%
	ruce za hlavou	1	1%	0	0%	0	0%
	ruce na prsou	0	0%	0	0%	0	0%
	sevřené ruce	5	7%	2	3%	5	7%
	ošívání se	23	31%	12	16%	15	20%
ot.č.16	stud, nervozita	22	29%	8	11%	17	23%
	strach	5	7%	4	5%	7	9%
	nadřazenost	0	0%	0	0%	0	0%
	nezájem	5	7%	5	7%	2	3%
ot.č.17	do očí	30	40%	17	23%	26	35%
	na ramena	2	3%	0	0%	0	0%
	na boty	0	0%	0	0%	0	0%
	mimo pacienta	0	0%	0	0%	0	0%
ot.č.18	přírodní	8	11%	2	3%	6	8%
	decentní	22	29%	15	20%	20	27%
	výrazná	2	3%	0	0%	0	0%
	extrémní	0	0%	0	0%	0	0%
ot.č.19	ano	17	23%	2	3%	12	16%
	ne	15	20%	15	20%	14	19%
změnit?	střih, materiál	5	7%	6	8%	5	7%
	všechno	7	9%	9	12%	4	5%
	barva	2	3%	0	0%	5	7%
	častěji nové	1	1%	0	0%	0	0%
ot.č. 20	nedostatek času	3	4%	0	0%	0	0%
	častost komunikace	1	1%	0	0%	0	0%
	v čem pomáhá úsměv	1	1%	0	0%	0	0%
	obecný dotazník	0	0%	3	4%	4	5%
	soukromí	0	0%	1	1%	0	0%

**Příloha 13 - Tabulka výsledků výzkumu dospělých nemocných rozdělených podle oddělení hospitalizace**

		Interna		Chirurgie	
1. otázka:	muž	3	15%	6	30%
	žena	7	35%	4	20%
2. otázka:	18 až 40	2	10%	2	10%
	41 až 60	3	15%	6	30%
	61 a více	5	25%	2	10%
3. otázka:	základní škola	2	10%	1	5%
	střední škola + SOU	6	30%	4	20%
	vyšší odborná škola	1	5%	2	10%
	vysoká škola	1	5%	3	15%
4. otázka:	interní	10	50%	0	0%
	chirurgické	0	0%	10	50%
5. otázka:	gesta, mimika, prostředí...	6	30%	6	30%
	chování sester	1	5%	0	0%
	beze slov	2	10%	4	20%
	řeč těla	1	5%	0	0%
6. otázka:	ano	6	30%	6	30%
	ne	4	20%	4	20%
7. otázka:	ano	0	0%	1	5%
	spíše ano	3	15%	2	10%
	jen někdy	6	30%	7	35%
	spíše ne	1	5%	0	0%
	ne	0	0%	0	0%
8. otázka:	0 - 45 cm	0	0%	0	0%
	45 cm - 1,2 m	6	30%	4	20%
	1,2 m - 3,6 m	4	20%	6	30%
	3,6 m a více	0	0%	0	0%
podotázka:	ano	3	15%	4	20%
	spíše ano	6	30%	5	25%
	spíše ne	1	5%	1	5%
	ne	0	0%	0	0%

		Interna		Chirurgie	
9. otázka:	hlava	0	0%	1	5%
	ruka	7	35%	6	30%
	rameno	3	15%	3	15%
	celé tělo (objetí)	0	0%	0	0%
10. otázka:	na hlavě	2	10%	4	20%
	nečekané	2	10%	0	0%
	bolestivé	2	10%	0	0%
	intimní	2	10%	3	15%
	studenýma rukama	1	5%	0	0%
	na rameno	1	5%	0	0%
	od nesympatických lidí	0	0%	1	5%
	objetí	0	0%	3	15%
	všechny	2	10%	2	10%
	žádné	1	5%	1	5%
11. otázka:	vleže	0	0%	0	0%
	vsedě	1	5%	1	5%
	ve stoje	9	45%	9	45%
12. otázka:	mnutí vlasů, sahání na hlavu	1	5%	3	15%
	složené ruce za hlavou	0	0%	0	0%
	zkřížené ruce na prsou	3	15%	1	5%
	pevně sevřené ruce	3	15%	2	10%
	"ošívání se"	3	15%	4	20%
13. otázka:	do vašich očí	8	40%	6	30%
	na vaše ramena	1	5%	0	0%
	na své boty	0	0%	0	0%
	do prostoru	1	5%	4	20%
14. otázka:	kalhoty + halena	3	15%	4	20%
	šaty	5	25%	7	35%
	více barev	0	0%	1	5%
	lepší střih	3	15%	3	15%
15. otázka:	více si všímat nemocných	1	5%	0	0%
	dotazník obsahuje vše	1	5%	0	0%
	bez komentáře	8	40%	10	50%

**PŘÍLOHA 14 - Tabulka výsledků výzkumu dětských pacientů rozdělených podle věku**

		3 až 10		11 až 18	
1. ot.:	chlapec	2	20%	2	20%
	děvče	1	10%	5	50%
2. ot.:	3 až 10	3	30%	0	0%
	11 až 18	0	0%	7	70%
3. ot.:	mateřská škola	1	10%	0	0%
	základní škola	2	20%	2	20%
	zvláštní škola	0	0%	3	30%
	střední škola	0	0%	2	20%
4. ot.:	ano	2	20%	5	50%
	ne	1	10%	2	20%
5. ot.:	ano	1	10%	1	10%
	spíše ano	0	0%	3	30%
	někdy	2	20%	2	20%
	spíše ne	0	0%	1	10%
	ne	0	0%	0	0%
6. ot.:	vedle vás	2	20%	1	10%
	v nohách postele	0	0%	2	20%
	pohybují se v pokoji	1	10%	3	30%
	u dveří	0	0%	1	10%
podot.:	ano	1	10%	1	10%
	spíše ano	1	10%	3	30%
	spíše ne	1	10%	3	30%
	ne	0	0%	0	0%
7. ot.:	hlava	2	20%	0	0%
	ruka	0	0%	3	30%
	rameno	1	10%	4	40%
	celé tělo	0	0%	0	0%



		3 až 10		11 až 18	
8. ot.:	intimní	0	0%	2	20%
	bolestivé	1	10%	1	10%
	na celém těle (objetí)	0	0%	2	20%
	všechny kromě ruky	0	0%	1	10%
	plosky nohou	0	0%	2	20%
	stehna	0	0%	1	10%
	krk	0	0%	1	10%
	poplácání na zadku, zádech	1	10%	0	0%
	žádné	1	10%	1	10%
9. ot.:	leží	0	0%	0	0%
	sedí	0	0%	0	0%
	stojí	3	30%	7	70%
10. ot.:	Mnutí vlasů, sahání na hlavu	1	10%	1	10%
	složené ruce za hlavou	0	0%	0	0%
	zkřížené ruce na prsou	0	0%	2	20%
	pevně sevřené ruce	1	10%	0	0%
	"ošívání se"	1	10%	4	40%
11. ot.:	do vašich očí	2	20%	4	40%
	na vaše ramena	0	0%	0	0%
	na své boty	0	0%	0	0%
	do prostoru	1	10%	3	30%
12. ot.:	kalhoty + halena	1	10%	4	40%
	šaty	0	0%	2	20%
	více barev	3	30%	3	30%
	civilnější (domácí, ne uniforma)	1	10%	1	10%
13. Ot.:	chci domů	1	10%	0	0%
	nudím se	1	10%	0	0%
	chci být více s maminkou	1	10%	0	0%
	spokojenost se sestrami	0	0%	1	10%
	nespokojenost se sestrami	0	0%	1	10%