

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

**NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE V PRÁCI**  
**ZDRAVOTNÍ SESTRY**

Bakalářská práce

Autor: **Lucia Salajová**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Bažantová**

2010

**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: **Lucia Salajová**

Supervisor: **PhDr. Mariana Bažantová**

2010

**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 PhDr. Marianě Bažantové, za pomoc a čas, který mi věnovala při psaní této závěrečné bakalářské práce. Ráda bych poděkovala všem, kteří byli ochotní a vstřícní mi pomoci, při zpracování empirické části této práce.

**MOTTO:**

“Communication is key.”

(Komunikace je klíč.)

# Obsah

ÚVOD.....	7
1 TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1.1 KOMUNIKACE .....	10
1.1.1 Typy komunikace .....	12
1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	13
1.2.1 Kritéria úspěšné verbální komunikace.....	14
1.2.2 Komunikace s pacientem .....	15
1.3 PARAVERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	17
1.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	19
1.4.1 Vizika.....	20
1.4.2 Mimika.....	21
1.4.3 Gestika .....	23
1.4.4 Haptika.....	24
1.4.5 Chronemika.....	26
1.4.6 Proxemika .....	27
1.4.7 Posturologie .....	29
1.4.8 Úprava zevnějšku.....	30
1.5 ÚVOD DO PROBLEMATIKY TRACHEOSTOMIE .....	31
1.5.1 Zvláštnosti komunikace s pacienty s TSK.....	34
1.5.3 Komunikační pomůcky.....	36
2 EMPIRICKÁ ČÁST .....	38
2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	39
2.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	40
2.3 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	41
2.4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER.....	42
2.5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U PACIENTŮ S TSK.....	73
2.6 DISKUSE.....	89
ZÁVĚR .....	94
ANOTACE .....	96
POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA .....	97
SEZNAM GRAFŮ .....	99
SEZNAM TABULEK .....	100
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	102
SEZNAM PŘÍLOH.....	103
PŘÍLOHY .....	104

# ÚVOD

Komunikujeme neustále, našimi slovy, naším mlčením, našimi pohledy, gesty, polohou těla, postoji... Usmíváme se a záříme, pláčeme a jde kolem nás smutek, cítíme se unavení a slabí a nikdo si nás nevšímá. Takhle bych mohla pokračovat dál a každý ví, o čem mluvím. Komunikujeme beze slov – komunikujeme neverbálně.

Komunikace se stává komplikovanější, jestliže ztrácíme možnost verbálního vyjadřování.

Lidi s tracheostomickou kanylou jsou ochuzeni o řeč verbální a o to víc se snaží komunikovat beze slov. Zdravotní sestra, lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou lidi, kteří by měli jejich potřeby nebo přání dešifrovat a uspokojovat je. Na to je potřeba jistého vzdělání v oblasti neverbální komunikaci, trpělivost a snaha o neustálé zlepšování a hledání nových metod pro zlepšení komunikace.

Cílem mojí bakalářské práce je zjistit, jak z hlediska pacienta efektivně nebo neefektivně využívají zdravotní sestry neverbální komunikaci a také zjistit, v jakých oblastech pacienti pociťují nedostatky v neverbální komunikaci sester. Výsledkem mojí práce bude navrhnout edukační materiál pro příbuzné pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou. Tento materiál poslouží rodinám pacientů k lepšímu dorozumívání s rodinnými příslušníky.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a empirické. Teoretická část obsahuje pět kapitol. V jednotlivých kapitolách popisují komunikaci všeobecně, dále verbální, paraverbální a neverbální. Poslední pátá kapitola pojednává o zvláštnostech v komunikaci s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou.

Empirická část práce se zabývá reálnou komunikací sester s pacienty v praxi. Předmětem je podrobná analýza neverbální komunikace v práci zdravotní sestry. Budu zkoumat teoretické vědomosti sester a jejich následné využití v praxi, způsob komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem. Dále rozeberu hlavní problémy v neverbální komunikaci a zjistím, jaký algoritmus používají sestry k získání informací od pacientů.

V bakalářské práci jsem použila základní metody vědecké práce. Informace použité při jejím zpracování jsem získala komplexním studiem odborné literatury a vědeckých prací.

Získané informace jsem analyzovala, vykonala komparaci a vydedukovala částečné závěry. Po analýze jsem uskutečnila syntézu, na základě které jsem navrhla možná řešení.

Pro výzkum primárních dat jsem zvolila kvantitativní výzkum - dotazníkové šetření. Dotazník jsem sestavila induktivním postupem, který byl po zkompletování otázek určen pro pilotní verzi. Byl vytvořen jak pro sestry, tak pro pacienty, abych mohla srovnat výpovědi.



# **1 TEORETICKÁ ČÁST**

## 1.1 KOMUNIKACE

Lidská komunikace je složitý a mnohvrstevný proces závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání a na individuálních i sociálních zkušenostech, například na schopnosti reflektovat zvykové konvence a kulturní tradice. Patří k základní bio-sociální výbavě člověka, ale individuálně se liší svou vyvinutostí, trénovaností, dědičnými dispozicemi, rozvojem komunikačních dovedností, výchovou v rodině i způsobem, jímž je realizována.

Artikulovaná řeč naučená prostřednictvím naučených abstraktních znaků, vznikající na základě funkce 2. signální soustavy je hlavním a rozhodujícím komunikačním prostředkem člověka.

Lidská komunikace je složitý jev, který se skládá z několika vzájemně propojených složek a to: komunikace verbální, komunikace neverbální a komunikace činy. Pokud s někým komunikujeme, využíváme všechny tyto složky. Výměna informací probíhá slovně a většinu za nás řekne naše tělo. Pravdivost informací, které si sdělujeme, prochází naším tělem a vysílá signály, zda to co říkáme je pravdivé. Verbální složka musí korelovat se složkou neverbální. Jinak vzniká nesoulad a lidské oko to zpozoruje. Vznikají tak různé konflikty mezi lidmi navzájem. Verbálně lhát můžeme, naše tělo však nikoliv.

Slovně vyjadřujeme naše názory, myšlenkové pochody, naše city, obecné informace... Přejdem od verbální komunikace k neverbální považujeme paralingvistické jevy. Jimi upřesňujeme důležitost verbální komunikace. Mezi paralingvistické jevy zahrnujeme výšku hlasu, intonaci, hlasitost... Slovní doprovod doprovází komunikace našeho těla – neverbální komunikace.

Komunikace verbální je mluvená nebo psaná, řídí se svými obecnými a specifickými pravidly, jsou dané dobovou podobou svého národního jazyka a jsou pro uživatele závazná.

Komunikace neverbální, kterou poznáme také pod pojmem řeč těla, je od prapůvodu prvotní forma dorozumívání živočišných druhů, je fylogeneticky původnější než komunikace artikulovanou řečí. Dříve, než se člověk naučí mluvit, dorozumívá se gesty, mimikou a hlasovými zvuky, což odpovídá jednomu vývojovému stadiu lidského rodu.

Cílem komunikace je co nejefektivněji a účinně sdělovat, zjišťovat, přesvědčovat, odrazovat... Ve své mluvené podobě neexistuje mimo konkrétní účastníky, probíhá vždy a pouze v jistém čase a prostředí, v jedinečných, obtížně opakovatelných situacích a má převážně dialogický charakter. Komunikace slova je výsadou lidí a bez přirozeného

doprovodu řeči těla neexistuje. Sílu a důležitost komunikace si uvědomujeme hlavně v okamžiku, kdy jsme v náročné roli pacienta v zdravotnickém zařízení, kdy je člověk separován od svých blízkých, od rodiny. Jsou to okamžiky obtížné nejen pro nemocného, ale také pro rodinu, pro zdravotnické pracovníky. Dobře komunikovat, to je dovednost, jež můžeme neustále zdokonalovat. Záleží na tom, co a jak říkáme, kdy a kde to říkáme a komu to říkáme. K dokonalosti vede naše mimika, gestikulace, postoje a další složky neverbální komunikace. V komunikaci se vědomě i podvědomě soustředí pozornost na toho, kdo právě mluví. Je vnímán všemi smysly kromě chuti. Všímáme si tělesný stav, který v nás vzbuzuje sympatie, lhostejnost či antipatie. Vnímáme pohlednost, polohu těla, oděv, odezíráme mimiku i gesta, jimiž doprovází svou řeč. Slyšíme jeho hlas, který je buď příjemný, nebo nepříjemný. Vnímáme jeho řeč - tempo, výslovnost, dikci, melodičnost, jazykovou správnost. Cítíme jeho vůni nebo zápach, popřípadě vnímáme i tělesný kontakt. Všechny tyto smyslové informace se ve vteřinách propojí v našem vědomí v celkový dojem o člověku. Na tomto základě si vytvoříme vztah k mluvčímu, ale také k tomu, co nám sděluje. Od sympatických mluvčích přijímáme informace mnohem pozitivněji než od těch, kteří nám jsou nesympatičtí.

Každá komunikace má svůj účel a cíl, která slouží k vzájemnému dorozumění. Výměna informací vždy znamená aktivní účast všech zúčastněných, i když je odpovědí mlčenlivost. Základním a významným znakem komunikace je interaktivní (zpětnovazebný) charakter. Vyslaná informace vyvolává reakci u příjemce, kterou je možné odezírat z jeho obličeje i těla, popřípadě z jednání, což se zpětně, jako specifická informace, vrací do našeho vědomí, případně se zapisuje do podvědomí a proces se opakuje. V teorii komunikace se komunikačním kanálem rozumí cesta a způsob, jakým informace probíhá.

Podle zjištění Alberta Mehrabiana verbální složka tvoří pouhých 7% obsahu sdělení, vokální složka (tón hlasu, modulace a další zvuky) tvoří 38% obsahu sdělení a zbývajících 55% obsahu sdělení je zprostředkováno neverbálními signály. Podle závěrů profesora Birdwhistela, zabývajícího se odhadem rozsahu neverbální mezilidské komunikace, průměrný člověk mluví asi deset nebo jedenáct minut denně a že průměrná věta trvá pouze 2,5 sekundy. Vykázal stejné výsledky jako Mehrabian, v tom smyslu, že verbální složka přímé komunikace zaujímá pouhých 35% a více než 65% komunikace se odehrává v neverbální rovině. Většina badatelů je jednotná v názoru, že verbální složka komunikace přenáší zejména informace, kdežto neverbální komunikace zprostředkovává mezilidské postoje a někdy je používána jako náhrada verbálních sdělení.

### 1.1.1 Typy komunikace

V práci zdravotní sestry rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, přičemž každý druh má své zákonitosti i význam. U všech typů komunikace v práci zdravotní sestry je důležité brát do úvahy i aktuální stav nemocného, jeho možnosti a věk. Naše pozornost by se měla zaměřit na nemocného, kterého máme před sebou, kterému poskytujeme svoji péči. Každý člověk je individualita, která má rozdílné vnímání a potřeby. Nelze tedy komunikovat stejně.

#### Sociální komunikace

*Sociální komunikace je běžný hovor, kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezenou možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 12)*

#### Specifická (strukturovaná) komunikace

*Specifická komunikace je 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. Tato oblast komunikace je problematická u nemocných se sníženou schopností komunikovat (včetně porozumění obsahu sdělení). (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 12)*

#### Terapeutická komunikace

*Terapeutická komunikace se často odehrává 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. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných. (Venglářová, Mahrová, 2006, str. 13)*

## 1.2 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Verbální komunikace je komunikace využívající jazykové prostředky - řeč, slovo, jazyk. Používáme ji každodenně a samozřejmě, často v přesvědčení o její přirozenosti a dokonalosti. Toto přesvědčení je, však pastí v níž nejednou komunikace bezradně uvízne. Jen málokdo a málokdy si totiž uvědomí, že jazyk jako nástroj verbální komunikace je prostředkem uměle vytvořeným, s mnoha omezeními vyžadujícími od komunikátorů péči a opatrnost v používání.

Podstatu verbální komunikace snad nejlépe vyjadřuje trojúhelník: skutečnost (reálný objekt) - pojem - slovo.

Věci kolem nás jsou jedinečné. Ani jeden list na stromě není úplně stejný. Řeč, která by chtěla zachovat tuto jedinečnost a neopakovatelnost, by však musela obsahovat tolik různých slov, kolik jedinečných a neopakovatelných předmětů a okolností existuje: její slovník by byl nekonečný a nepoužitelný.

Aby se člověk v tomto světě jedinství dokázal orientovat, musel jednotlivé objekty a události vzájemně porovnávat, hledat společné a odlišné znaky, dávat je do souvislostí a tuto svou zkušenost zobecňovat. Tak vzniká pojem - zobecnění představa o třídě jevů (předmětů, okolností, dějů), které spojuje nějaká společná vlastnost nebo skupina vlastností. Je to právě pojem, který je nositelem této souhrnné zkušenosti. Pojem je tedy produktem lidské mysli a zobecněním naší zkušenosti - není však totožný s věcmi a událostmi které nás obklopují. Pojmy ani tak neodrážejí samotnou realitu, jako spíše zevšeobecnění zkušenosti člověka s ní; jeho vlastní chápání této reality

Pojem je myšlenka, představa. Na to, aby bylo možné naše představy a záměry sdělovat druhým lidem, potřebujeme je převést do podoby, v níž mohou přenášet a předávat. Ve verbální komunikaci je tímto nosičem významu slovo. Slovo není nic víc a nic méně, než dohodnutá soustava symbolů (zvukových nebo psaných), kterou používáme pro pojmenování a komunikaci určitého pojmu. Samotná podoba tohoto symbolu přitom nemá obvykle nic společného ani s daným pojmem, ani se zobrazovanou skutečností.

Funkci nosiče formálního a obecně dohodnutého významu pojmů nazýváme denotativní (označující) funkcí. Každé slovo, které si osvojíme, totiž neodráží pouze obecné lidské poznání, ale i naši vlastní individuální zkušenost kterou jsme získali během života. Pro každého z nás jeden a tentýž pojem dostává i zcela specifické významové zbarvení, zcela jinou citovou rezonanci. Tento jedinečný význam slova, odrážející zejména citový

náboj se nazývá konotativní význam slova. Je proto celkem pochopitelné, když dva lidé používající stejná slova si vlastně sdělují zcela odlišné významy.

Úžasná přednost verbální komunikace je, že nám umožňuje překračovat hranice přítomnosti oběma směry. S její pomocí si můžeme oznamovat skutečnosti, které se udály již dávno před námi. A stejným způsobem můžeme komunikovat o tom, co ještě momentálně fyzicky neexistuje, ale je zatím pouze naší vizí.

### **1.2.1 Kritéria úspěšné verbální komunikace**

Úspěšná verbální komunikace je otevřené sdělování, kde nedochází ke zkreslení informací a komunikující partneři si rozumí.

#### **Jednoduchost**

Sdělení má být výstižné stručné a jasné. Nemluvíme dlouho a neříkáme toho moc na jednou. Používáme obvyklé slovní výrazy. Zdlouhavé opisování situace, používání terminologie neznámé posluchači je neproduktivní. V úvodu rozhovoru je potřebné ověřit si aktuální schopnost porozumět a záhy si ověřujeme, zda nemocný porozuměl sdělovanému. Těžce nemocný pacient někdy není schopen pochopit a zapamatovat si více než tři věci. Na stranu druhou příliš jednoduché sdělení působí devalvačně. Běžně používané slovní obraty používané zdravotníky nejsou známé širší veřejnosti, proto může dojít k závažnému nedorozumění ze strany pacienta.

#### **Stručnost**

Stručná informace má účinek profesionálního jednání. Zbytečné oklidy naopak vzbuzují nedůvěru. Po sdělení informací je nutné ponechat prostor pro dotazy. Čas, kdy poskytneme informace, nemocný vnímá jako dobu, kdy je mu poskytována pozornost. Stručnost je také významná při písemné formě komunikace, ale nesmí být na úkor pochopitelnosti.

#### **Zřetelnost**

Při komunikaci s nemocným musíme jasně vyjádřit podstatu věci, přičemž nesmíme zapomínat na vliv neverbálních projevů. Při pochybnostech pacienta, sdělení opakujeme. Je

vhodné mluvit pomalu, v rychlém tempu řeči se mnohé přeslechne. Komunikujeme slušně, zdvořile a uctivě.

#### Vhodné načasování

Při přípravě rozhovoru je nutné zvážit všechny souvislosti. Je vhodné brát v potaz vhodnou chvíli, rušivé elementy prostředí, zda je v zájmu pacienta slyšet informace a jestli máme čas vyslechnout jeho odpověď. Podmínkou pro sdělení je klid, soukromí, nerušený prostor a dostatek času. U závažných témat je nutné vystihnout vhodnou chvíli.

#### Adaptabilita

Při sdělování informací přizpůsobujeme styl hovoru individuálně, přiměřeně momentálnímu stavu a reakcím nemocného, sledujeme jeho odpovědi, všímáme si neverbálních projevů.

### **1.2.2 Komunikace s pacientem**

Role sestry v komunikaci s pacientem je zásadní, je to nejen věda, ale i umění. Efektivní komunikace vyžaduje nejen aktivní naslouchání tak i přiměřené reagování. Při poskytování odborné péče má mnoho příležitostí ke komunikaci s pacientem, je mu často lidsky blízká, protože s ním tráví hodně času, z návštěv zná jeho rodinu, bývá zasvěcována i do jeho osobních až intimních záležitostí. Vytváří se důvěrný vztah, proto musí být sestra připravena odpovídat na otázky, jimiž se pacient trápí. Je proto dobré uvědomit si předem, že slovo se snadno vysloví, ale těžko se bere zpátky. Komunikujeme nejen ústy, ale i očima, výrazem obličeje, svým postojem, oddálením od pacienta, proto je dobré uvědomovat si všechny tyto aspekty a náležitě se chovat. Zdvořilost, slušnost a taktnost odzbrojuje. Vytváří se tak předpoklad dobrého vztahu.

Než začneme mluvit, měli bychom zabránit našim výkyvům nálady, předem si rozmyslet co chceme sdělit, přičemž slovo by mělo předcházet myšlenku. Měli bychom se vžít do pacientovy situace – zvážit jeho momentální psychický stav. Nezneužívat rozhovor k útoku na druhého, slovem ho porazit. To je předpoklad, aby obě strany aktérů komunikace byly spokojeni.

Pacienta oslovujeme celým jeho jménem, přesně a nezkresleně. Oslovujeme ho nejen ústy, ale i naším pohledem. Pohledem úcty a lásky. Je to úcta k člověku jako k lidské

bytosti. Člověka vždy potěší osobní zájem a uznání, proto rozhovor bychom měli začít osobní tematikou a kladným oceněním úspěchů, leč i těch nejmenších.

Komunikační vztah mezi zdravotníkem a pacientem by měl být lidsky rovnocenný, ale po profesní stránce je sestra z hlediska své pracovní pozice autoritou, expertem. Komunikaci by měla do jisté míry řídit, usměrňovat a rozhodovat o její formě i obsahu. Komunikace s pacienty je v mnohých ohledech specifická. Jedná se o různá znevýhodnění: pacienti s poruchami sluchu, s poruchami zraku, pacienti s tělesným znevýhodněním, mentálním znevýhodněním atd. V praxi je důležité jak komunikujeme a jaký vztah s pacientem navážeme. Při prvním setkání s pacientem je nejdůležitějším úkolem: navázání dobrého vztahu.

Nejefektivnější cestou jak s pacientem navázat dobrý vztah a získat snadno a rychle potřebné informace je aktivní naslouchání a pozorování pacienta. Ohrozit budování dobrého vztahu je ignorování nebo devalvace. Posláním zdravotníka je neustálá komunikace, zjišťovat potřeby, přání a následně je uspokojovat. Na to je potřeba jistého vzdělání v oblasti verbální a neverbální komunikaci. Trpělivost a snaha o neustálé zlepšování a hledání nových metod pro zlepšení komunikace. Zároveň je nezbytné chránit se proti syndromu vyhoření.

Jednou součástí naslouchání je mlčení. Mlčení dovoluje, aby se důležitost verbálního sdělení vtiskla do paměti, a umožňuje získat čas na formulování smysluplné odpovědi. Ticho, podtrhuje důležitost tématu, o němž se diskutovalo. Mlčení ze strany pacienta může znamenat, že sdělení pro něj bylo silné nebo velmi emotivní. Jindy pacienti mlčí, aby se vyhnuli sebeodhalení nebo nevhodným tématům. Důvodem k přerušování mlčení by měl být pacientův diskomfort, nikoliv diskomfort ze strany zdravotníka.

Jedním z aspektů lidské interakce je humor. Zdravotničtí pracovníci mohou používat pozitivní humor k lepšímu navazování vztahu s pacientem. Humor může osvobodit od každodenní rutiny, zlehčit atmosféru, uvolnit napětí a pozvednout náladu. Je to významný komunikační nástroj, pokud se používá přiměřeně a rozumně. Nejvyšší formou humoru je nadání smát se sám sobě. Pomáhá autenticky odhalit naše slabosti, ukázat pacientům lidskou tvář. Černý nebo šibeniční humor mezi zdravotnickými pracovníky může poskytovat určitou úlevu v napjatých situacích, avšak neměl by být sdílen s pacienty.

Není vhodné mluvit s pacientem jako se stejně kvalifikovaným partnerem zdravotníka. Je třeba se vystříhat používání latinské terminologie, zdravotnického žargonu, neznámých slov. Sdělování by se nemělo dotýkat nešetně sebevědomí a cti pacienta, nepopichujeme ho slovy a nemělo by zasáhnout slovem v jeho nejcitlivějším místě.



## 1.3 PARAVĚBÁLNÍ KOMUNIKACE

Paraverbální komunikace je způsob dorozumívání se, který souvisí s řečí, tvoří její kontext, její pozadí. Ve verbální komunikaci je předmětem zájmu obsahová stránka řeči, v paraverbální komunikaci je to způsob, jakým je tento obsah artikulovaný tj. zvukové charakteristiky komunikace.

Pod pojmem paralingvistické aspekty verbálního projevu rozumíme přechod od mimoslovních ke slovním způsobům sdělování. Paralingvistika dotváří denotativní význam jazyka (běžný slovníkový význam) konotativními prvky (všeobecně akceptovaný význam lidmi určité jazykové a kulturní příslušnosti). Správné využívání paralingvistických prvků uplatněných v projevu významně ovlivňuje vztahy v interpersonální komunikaci s pacienty a tím i compliance jedince s nímž zdravotníci pracují.

Aspekty paralingvistiky:

- **přízvuk a slovosled** – významným činitelem ovlivňujícím porozumění je akcent, slovosled a také dialekt. Slovosled umožní snazší pochopení obsahu sdělení. Dialekt může výrazně inhibovat proces porozumění a jeho důsledkem může být manipulace;
- **hlasitost řeči** – působí na schopnost koncentrace posluchačů a determinuje význam obsahu sdělení, ovlivňuje „příjemnost či nepříjemnost“ projevu pro posluchače „libost či nelibost“;
- **rychlost řeči** – rychlost řeči úzce souvisí s členěním řeči – frázováním, které umožní lepší orientaci v obsahu sdělovaného. Velmi rychlá řeč je vnímána velmi obtížně a pouze po omezenou dobu, vede velmi rychle k únavě a častému kolísání pozornosti, přičemž nemusí být zachycena všechna fakta. Věci důvěrné by měly být sdělovány pomalým tempem řeči. Věcná témata by naopak měla být vyjádřena stručně, jasně a čilým tempem. V průběhu plynulého a delšího projevu je vhodné tempo řeči střídání.
- **plynulost řeči** – do verbálního projevu jsou zařazovány pomlky, které mohou být úmyslné či neúmyslné. Úmyslné pomlky poskytují posluchačům čas reagovat, zamyslet se. Neúmyslné pomlky vzbuzují dojem nedostatečného nadání řečníka. Projev by neměl být však vyplněn tzv. parazitárními slovy, slovní vatou či pomocnými citoslovci či adjektivy (nejčastěji: prostě, jako, ehm aj.). Vhodné je začlenit do projevu pomlky, měnit tempo řeči a střídání rychlost verbálního projevu.

- **intonace** – melodie řeči – spolu s proměnlivostí hlasového zabarvení bývá výrazem emocí mluvčího. Poskytuje identifikovat stanovisko mluvčího k obsahu sdělení. Obsah sdělení může být velmi zajímavý, ale monotónní projev stěží udrží pozornost posluchače.
- **chyby v řeči** – správnost výslovnosti podmiňuje pochopení významu slov. Zejména u osob, které mají výraznou poruchu výslovnosti. Na některé poruchy výslovnosti si lze zvyknout a pochopit tak správný smysl slov, při využití správné zpětné vazby.
- **kvalita řeči** – věcnost hovoru – určuje míru redundance sdělení, které by nemělo být rozvláčné, neurčité a nepřesné.
- **vokalizace** – zvuky při pláči, smíchu apod. umožňují identifikovat prožívání a emoce.

## 1.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace neboli komunikace beze slov je komunikace viděná, mimoslovní, nepoužívající slov. Je fylogeneticky starší a existovala dávno předtím, než se vyvinula řeč. V každé sociální interakci se nepřetržitě podílí na přenosu informací mezi jednotlivými účastníky. Dá se jen velmi těžce ovládat vůlí. Obtížně se skrývá. Do jisté míry lze ovládat své neverbální projevy a korigovat je. Umožňuje to schopnost sebeovládání, ovládání mimických projevů.

Informace přenášené neverbální cestou vnímáme většinou komplexně, ale lze hovořit o relevantně samostatných komponentách, které se na lidské neverbální komunikaci podílejí. Při interpretaci lidského chování je třeba zohlednit sociální kontext, tj. ve kterém neverbální komunikaci odečítáme, dále souhru všech ostatních komponent, které se na neverbální komunikaci podílejí a kontext kulturní, protože stejné gesto může mít v jiné zemi význam zcela odlišný.

Artefakty s lidským tělem nespojené „napevno“, jako jsou různé ozdoby těla, všechny druhy oděvů a šperků, nerůznější uniformy, kroje mají největší transkulturní variabilitu a bohatost. Tímto způsobem je přenášeno zcela jednoznačně mnoho informací (například prsteny). Nositelem informace bývá barva oděvu i distinkce uniformem. Nonverbálně si sdělujeme emoce, pocity, nálady, afekty. Snažíme se záměrně ovlivnit postoj partnera. Dáváme najevo zájem o sblížení a vytváříme dojem, kdo jsem já.

Mimoslovní paleta komunikace je velmi pestrá a široká. Rozlišujeme typy:

- **Vizika** – kontakt očí, vzájemné pohledy, délka očního kontaktu, apod.;
- **Mimika** – pohyby tváře, především úst, očí, nosu;
- **Kinetika** – celkový pohyb těla, chůze;
- **Gestika** – pohyby rukou;
- **Haptika** – dotyky, podávání rukou, poplácávání apod.;
- **Chronemika** – vyjadřování, strukturování a užívání času vůči jiným lidem;
- **Proxemika** – vzdálenost od partnera, přibližování a vzdalování se;
- **Posturologie** – polohy těla, nohou, rukou apod.;
- **Teritorialita** – velikost prostoru, který si člověk okolo sebe vytváří a kam pustí jen toho, koho chce;
- **Paralingvistika** – síla, intenzita, zabarvení, intonace hlasu, rychlost a plynulost řeči;
- **Jiné znaky** – oděv, písmo, jiné výtvary, jednání, skutky. (Pokorná, 2008, str. 17, 18)

### 1.4.1 Vizika

Vizika je řeč očí. Někdy se také hovoří o „chování očí“ (gaze behaviour, angl.). Vizika má úzkou souvislost s lidskou mimikou. Podle očí, pohledu vidíme na člověku jeho duši. Čím jsme vyrovnanější, šťastnější, tím víc nám naše oči svítí. Pacient, který je upoután na lůžko vnímá všechno intenzivněji. Vzhledem k tomu, že sestra někdy nemá dostatek času, častou chybou je nedostatečný oční kontakt. Není možné také opomenout náladu zdravotníků, která pramení z různých problémů: osobních, pracovních. Někdy si to dostatečně neuvědomujeme, jindy máme vztek a děláme to vědomě.

Je důležité zachovávat profesionalitu, protože jediná strana, která naším chováním strádá, je pacient. Směr a délka je pokládána za komunikačně nejbohatší a její jednotlivé varianty jsou partnerem okamžitě zachyceny a jsou vnímány velmi citlivě. Komunikační akt může např. samotná délka pohledu formovat velmi výrazně.

Udržování očního kontaktu za účelem hodnocení příjemce zprávy, zjištění aktuálního stavu, pozornosti je potřebné pro efektivní komunikaci v sociální interakci. Má-li dojít k ovlivnění druhé osoby v průběhu interpersonální osobní komunikace, je oční kontakt odlišný od situace, kdy ovlivnění není cílem. Informace člověk zrakem vnímá až 87%, 9% sluchem a jinými smysly pouze 4%.

Naše oči mluví:

- **zaměřením pohledu, vytváření tzv. terčů** – míst, na něž se konkrétně díváme (oblečení, osoba, část těla aj.);
- **dobou výdrže** (déle se díváme na osobu, které si vážíme, na autority, na osoby, k nimž máme úctu, nejdelší pohledy pak věnujeme lidem, u nichž stojíme o jejich kladný vztah a nejsme si jisti, že k nám tento kladný vztah chovají);
- **četností** (pohledem se vracíme k osobám příjemným, blízkým, u nichž chceme vzbudit zájem a pozornost);
- **sledem pohledů** (na koho prvního);
- **díváním se „po očku“** či přímo;
- **pohyby očí** (důležitý ukazatel především v anamnéze a při prvním kontaktu s druhou osobou);
- **vráskami u kořene nosu**

- *počtem mrknutí (je-li jedinec nervózní, nejistý je mrkání častější, při pocitu jistoty, suverenity a klidu je to asi 5x za minutu, nervózní jedinec mrká asi dvacetinásobně častěji);*
- *rozšiřováním zornic (oči jsou zrcadlem duše – zornice se rozšiřují v závislosti na emocionálním stavu jedince, ve vzteku se stahují, citové rozrušení provází rozšíření zornic, vyjadřují zájem. Jde však o příznak vysoce individuální, determinovaný mírou schopnosti rozšíření zornic u jedince).* (Pokorná, 2008, str. 18)

### 1.4.2 Mimika

Podle práce M. L. Knappa je lidská tvář s velice bohatým komunikačním potenciálem. Je důležitým scelovačem emocionálních stavů. Odráží vzájemné postoje lidí, kteří spolu jednají, poskytuje zpětnou vazbu v rozhovoru. Podle některých badatelů dominuje názor, že z hlediska sociální komunikace je tvář vedle slova druhým nejdůležitějším sdělovacím prostředkem v mezilidském styku.

Lidský obličej je schopen vyjádřit stovky emocí, výrazů a to prostřednictvím bohaté strukturovanosti mimických svalů. Signalizuje prožitek mluvčího, u některých emocí, např. strach, zlost, štěstí, byla potvrzena transkulturní srozumitelnost. Mimika je jedna z komponent, kterou má člověk společnou s ostatními primáty, není však typicky lidský projev. Je to schopnost komunikovat prostřednictvím svalů tváře. Emoce můžeme vyjadřovat pravé i hrané dostatečně autentické a důvěryhodné. Odlišujeme ji od fyziognomie, která je vlastně jakýmsi anatomicko-morfologickým substrátem, na kterém se mimika odehrává. Grimasováním označujeme mimiku situačně či obsahově nepřiléhavou.

Pro zdravotníka je nesmírně důležité ovládat svoje pocity a nálady, neunášet se zlostí, vztekem, pohrdáním – pacient si všímá, je citlivý. Může se od toho odvíjet další spolupráce. Při práci s pacienty na umělé plicní ventilaci se zavedenou tracheostomickou kanylou, patří zrak k nejdůležitějšímu prostředku dorozumívání.

Pro zdravotní sestru je důležité odečítat ve tvářích lidí jejich emoce a reflektovat na jejich potřeby. V nemocniční praxi se můžeme setkat s projevy sekundárních mimických výrazů. Jde o střídání nebo splynutí základních emocí, například u schizofrenie, nebo lidí pod vlivem návykových látek, kdy jedna část obličeje vyjadřuje jinou emoci, než druhá. Specifikem jsou hypomimické stavy spojené např. s poškozením CNS – poruchy vědomí, depresivní stavy atd., nebo stavy spojené s nadměrnou expresí či mimovolnými pohyby

mimických svalů -tiky, dětská mozková obrna, apalický syndrom. Emoce jsou vyjádřeny především hlavními obličejovými zónami, a to je oblast čela a obočí, které nejčastěji vyjadřují pocity překvapení, změny v oblasti očí a víček signalizují strach a smutek a štěstí vyjadřuje dolní část obličeje, tváře, nosu a úst.

*Mezi primární emocionální mimické výrazy, které lze vyjádřit, patří:*

- *štěstí – neštěstí;*
- *neočekávané překvapení – splněné očekávání;*
- *strach a bázeň – pocit jistoty;*
- *radost – smutek;*
- *id – rozčilení;*
- *spokojenost – nespokojenost;*
- *zájem – nezájem.*

(Křivohlavý, 1988, str. 36)

#### 1.4.2.1 Úsměv

Setkáváme se s ním denně, je všudypřítomný, je součástí každodenní lidské interakce. Působí na nás víc, než slova. Význam úsměvu je explicitní či implicitní: přátelský, upřímný, široký, tajuplný i úsměšný. Vzbuzujeme zájem u druhých lidí podle toho, co vyčtou z naší tváře. Úsměv – zázrak ve tváři člověka. V západní společnosti je usmívání chováním, které je vysoce hodnoceno a lidé, kteří se usmívají, jsou obecně vnímáni pozitivněji.

Pozitivní vnímání však není jediný charakteristický prvek úsměvu, usmívající se lidé jsou zároveň vnímáni také jako příjemnější, přátelštější a schopnější, stejně jako upřímnější. Dokonce i frekvence, s jakou se jedinec usmívá, ovlivňuje množství tepla, které vnímají ostatní. Zajímavý je také poznatek, že úsměv zvyšuje hodnocení srdečnosti a navíc i významně zvyšuje hodnocení přitažlivosti. Komplexní škála úsměvů je velmi rozmanitá a bohatá.

Úsměvy mají mnoho podob a forem, z nichž některé bývají sotva vnímatelné, např. „potutelný úsměv“, jiné zase výrazné, jako úsměv „od ucha k uchu“, některé jsou krátké či dlouhodobé, symetrické či asymetrické. Při hodnocení je důležité brát v úvahu nejen

morfologické rozdíly, které jsou spojeny s různými emocemi, kognitivními stavy a osobnostními významy, vytvářejícími různorodá interpersonální vnímání, ale také rozdíly v jednotlivých kontextových a situačních modalitách, které úsměv formují a ovlivňují.

V dnešní době přibývá případů, kdy je lidem, jako norma jednání v rámci některých zaměstnání, nucen úsměv spolu s vyžadovanou přirozeností. Na základě této skutečnosti stále častěji dochází k narušení integrity a sebe-pojetí, kdy zaměstnanci nezbývá nic jiného, než se podřít. Podřít se i v nepříjemné situaci. Musí působit spontánně a spokojeně, se „zářivým úsměvem“.

*„Shrnuto jinými slovy, ačkoliv je svoboda považována za základní složku dnešní demokracie, díky nárůstu industrializace, komercializace a požadavků společnosti dochází v určitých oblastech k jejímu omezování a k nucení jedince adaptovat se na určité standardy, které však potlačují přirozenost a transformují jeho sebe-pojetí, čímž ho degradují právě na tzv. usměvavého robota.“* (Bäumlová, 2006, s. 31)

V dnešní společnosti lze zaznamenat také nárůst počtu povolání spjatých s úsměvem. Jedním z oborů, kde je nezbytným atributem je i lékařství, kde lékař či sestra pečující o pacienty používají úsměv jako prostředek pro uklidnění, útěchu či zbavení strachu a v neposlední míře také vyhnutí se sporům.

### 1.4.3 Gestika

Gestika je součástí kineziky, znamená projevat cit, smýšlení, vlastnost. Pojem v sobě zahrnuje sdělení předávaná pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Gesta jsou pohyby, které mají výrazný sdělovací účel a doprovázejí slovní či mimoslovní projevy, nebo je zastupují. Gesta jsou plná složitých významů, jejich smyslem je také vyjádření emocí. U gest rozlišujeme významy vztahující se k obsahu toho, co mluvčí vypovídá, od významů týkajících se osoby mluvčího. Druhy gest: gesta významová, ilustrační, regulační a adaptační.

Významová gesta (sémantická), někdy také nazývána symbolickými jsou dobře převeditelná do slov a mají velmi přesné, kulturně vymezené významy. Vlastností sémantických gest je fixní pohybová koordinace, je nositelem určitého významu a jedinec ho provádí nejméně pro jednoho příjemce. Sémantickým gestem je předávána aktérům komunikace v sociální interakci víceméně jednoznačná informace, která může verbální sdělení v mnoha případech úspěšně nahradit. Dobře slouží v situacích, kdy z nějakého

důvodu nelze hovořit. Zcela zásadní význam mají samozřejmě tehdy, když je kvůli chorobě řeč znemožněna vůbec.

Ilustrační gesta doprovázejí popis určité skutečnosti, doprovázejí řeč, zdůrazňující verbální tvrzení, jejichž informační obsah je bez tohoto projevu relativně chudý.

Pod pojmem regulační gesta si představíme usměrňující, tedy ukazovací, příkazová gesta. Adaptační gesta taktéž nazývané nevědomé gesta vyjadřují rozpaky, cit, nebo emoci, kterou chceme zakrýt, velmi často autokontakty, které uspokojují nějakou potřebu – např. zakrýt nervozitu.

Většina základních gest má na celém světě stejnou podobu. Úsměv je na tvářích lidí, kteří jsou šťastní, zamračená tvář znamená smutek či zlobu. Pokývání hlavou téměř univerzálně znamená potvrzení. Používají ho i slepí a hluchí lidé, z toho lze vyvodit, že je vrozené. O univerzální platnosti můžeme mluvit i o gestu, které naznačuje nesouhlas a tím je potřesení hlavou ze strany na stranu. Je to zřejmě gesto naučené v nejranějším dětství. Dítě nasyceno mateřským mlékem, obrátí hlavičku do strany a odmítne tak matčin prs. Nechce-li malé dítě jíst, obrací hlavu ze strany na stranu, aby znemožnilo rodičovské pokusy dostat mu lžičkou do úst další sousto. Dítě se tak rychle naučí vyjádřit nesouhlas a odmítavý postoj.

Některá gesta mají svůj původ v zvířecí minulosti. Obnažení zubů je odvozeno od útočného aktu a muži ho dodnes používají v podobě úšklebku a dalších nepřátelských gest, i když nemají v úmyslu zaútočit a použít k tomu zuby. Úsměv byl tedy původně výhružným gestem. Dnes se používá společně s nevýhružnými gesty a naznačuje radost a potěšení.

Gestikulace podle K. R. Poppera má funkci expresivní, signální, deskriptivní a argumentativní. U expresivní funkce jde o vyjádření vnitřního emočního stavu jedince. Funkce signální sděluje jednoduché i složitější informace. Komplikovanější, komplexnější informace s relativně náročnější deskripcí skutečnosti, vyžadující schopnost abstraktního myšlení v sobě zahrnuje funkce deskriptivní. Za základ kritického myšlení kde dominuje artikulovaná řeč je považována funkce argumentativní.

#### **1.4.4 Haptika**

Pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace je haptika – dotykové chování. Zajímavá a důležitá komponenta neverbálního chování, u které rozlišujeme dotyk vlastního těla a dotyk cizí osoby. Tento termín byl do sociální



psychologie zaveden lingvistou Williamem Austinem. Doteky mají v životě jedince svou nezastupitelnou roli.

Pod pojmem taktilní kontakt rozumíme dotek, dotekové dráždění a stimulace kožních smyslů. K tzv. taktilní deprivaci dochází, nemá-li člověk možnost dotýkat se druhého. Je potenciálním závažným problémem v další sociální interakci jedince. Dochází k tomu hlavně v době hospitalizace, kdy rodina a přátelé nejsou na blízku. Doteky mohou mít význam: formální, neformální, přátelský, intimní. Doteky můžeme vyjádřit pozitivní emoce jako je podpora a účast, můžeme vyjádřit náklonnost nebo agresi. Prostřednictvím doteků ovládáme nebo usměrňujeme chování, postoje, pocity druhých.

Podání rukou je přirozenou součástí lidského dorozumívání, je to akt, kdy se v nás probudí živočich a naplno vnímá. Naše tělo přikládá podání ruky velkou důležitost. Dotváříme tím efekt prvního dojmu, který tvoří až 60% celkového názoru, který si na druhou osobu vytváříme. Vnímáme sílu stisku, jeho délku, způsob podání, v neposlední řadě teplotu a vlhkost ruky.

Nejčastěji používaným dotekem je podání ruky, poplácání po rameni nebo po zádech. Zdravotnickým pracovníkům by měl být znám smysl taktilní stimulace. Zdravotní sestra by měla umět ve správný okamžik, správné osobě se povzbudivě dotknout, vzít za ruku. Doteky prohlubují důvěru mezi sestrou a pacientem. Při podávání rukou je důležité, aby se ruce setkali na horizontální úrovni, jako vyjádření rovnocennosti, stisk byl přiměřený, doprovázen odpovídajícím mimickým projevem. Je jenom malá skupina lidí, kteří odmítají doteky. U zjištění tohoto faktu budeme k němu náležitě přistupovat, v neverbální komunikaci nebudeme haptiku používat. Dotek by mohl být v tomto případě provokací. Nejčastěji si dotýkají ženy žen, nejméně dotekových projevů je mezi muži navzájem. *Eric Berne (1997) uvádí: "...člověk potřebuje několik pohlázení denně, aby mu nevysychala mícha..."* (Pokorná, 2008, str. 25)

***Taktilní kontakt zahrnuje:***

- *příjem zpráv o působení tlaku, který působí deformaci kůže,*
- *příjem zpráv o působení tepla,*
- *příjem zpráv o působení chladu a*
- *příjem zpráv o vlivu podnětů, které působí bolest;*
- *někdy sem bývá zařazován i smysl pro vibrace, který registruje chvění.*

(Křivohlavý, 1988, str. 55)

### 1.4.5 Chronemika

Je to způsob, jakým vyjadřujeme, užíváme a strukturujeme čas. Jedná se o komunikaci člověka v časových souvislostech. Lidé pracující v pomáhajících profesích by měli být schopni efektivně využívat času za účelem zlepšení vztahů s klienty. Efektivní rovnoměrné rozložení času mezi komunikaci s pacientem a denní aktivity sestry, která musí splnit různé povinnosti je v praxi složité, však ne nemožné.

Čas je silným neverbálním prvkem následně ovlivňujícím další oblasti neverbální komunikace, haptiku, gestiku, posturologii aj. Týká se vzájemné vyváženosti obou stran komunikačního aktu. Jde o respektování práva obou stran na stejné časové vstupy do rozhovoru. Komunikace sestry s pacientem trvá tolik, kolik je potřeba. Tato potřeba se různí podle toho, jakého pacienta máme před sebou s ohledem na jeho potřeby. Na vyslechnutí pacienta by si sestra měla udělat čas vždy.

Nejčastější záminkou proč nekomunikovat je nedostatek času a i oprávněně zvýšený nárok sester na administrativní činnost. Limitovat dostatečnou délku komunikačního aktu je obtížné a záleží jenom na sestřích a jejich dovednostech jak šikovně odhalí potřeby pacienta a zároveň vhodně ukončí rozhovor. Příliš dlouhý rozhovor může být pro obě strany únavná a neúčelná. Je třeba se vystříhat poskytování nadbytečných informací.

#### ***Praktická doporučení pro efektivní využití času***

- *buďte dochvilní;*
- *buďte trpěliví v komunikaci;*
- *respektujte požadavek rovnoměrného rozložení času pro vyjádření postojů a názorů zainteresovaných stran (pokud o to druhá osoba neprojeví zájem, musíte umět adekvátně reagovat a využít zbývajcího času);*
- *naučte se využívat efektivně i čas, který považujete za ztracený (např. cesta v dopravním prostředku);*
- *používejte denní plán, ale nestrukturujte jej příliš kategoricky vzhledem k času (pak je účinek spíše kontraproduktivní);*
- *naučte se určit priority a rozlišujte úkoly nezbytně aktuální a ty, u nichž nehrozí nebezpečí z prodlení. (Pokorná, 2008, str. 26)*

### 1.4.6 Proxemika

Nejen výrazy obličejů, ale i tak nevinným způsobem, jako je přiblížení nebo naopak odstoupení si něco sdělujeme. Přiblížením se k nám či naopak odstoupením od nás sděluje druhý člověk též něco sám. O této komponentě mimoslovního sdělování pojednává proxemika. Vzdálenost mezi dvěma lidmi, kteří spolu přicházejí do styku, je možno měřit v metrech. Tuto vzdálenost měříme v horizontální rovině a vertikální, tj. svislé rovině, a to tak, že zjišťujeme, oč má jeden oči výše než druhý.

Kladný vliv má situace, kdy oči obou či všech spolu jednajících osob jsou v téže horizontální hladině. Dojde-li k tomu, že oči jednoho jsou výše než oči druhého, vytváří se sugestivní vliv dominance a submise.

Pojetí tzv. osobní zóny se vykrystalizovalo na základě řady zjištění o optimální vzdálenosti mezi dvěma lidmi. Rozumí se jí myšlená čára ohraničující prostor kolem člověka, do kterého tento člověk nerad pouští druhé lidi. Jestliže druhý člověk vnikne do této zóny, je to považováno za netaktnost, až vtíravost. Pro určité kultury je interpersonální vzdálenost příznačná. Cizince naším necitlivým chováním je možno urazit zaujetím vzdálenosti, která je buď příliš dotěrná, nebo naopak příliš daleká.

Člověk pociťuje překročení hranice osobní zóny nepříjemně. Zjišťoval to u svých pacientů Dr. Robert Sommer. V bílém plášti přistupoval k lůžku nemocných, blížil se stále víc k pacientům, až se u nich začaly objevovat známky psychického napětí – stresu. Pacienti reagovali na tyto projevy nejprve motorickým neklidem, pak úhybnými pohyby hlavy a těla, nakonec obrannými pohyby rukou a schoulením se do klubíčka. Přitažením brady k hrudi, shrbením se a přitažením nohou k tělu spolu se zavřením očí se pacient pokusil odpoutat od vetřelce. Projevy paniky můžeme pozorovat u citlivějších lidí při vniknutí do jejich osobního prostoru. Automaticky produkované, vůli nekontrolované projevy: úniku, obrany či útoku, svědčí o tom, že daná osoba se cítí být „ztracena“.

Velikost osobní zóny je závislá na osobnosti lidí, kteří vstupují do vzájemného styku, na jejich kulturních, etnických i rasových charakteristikách, na jejich věku, pohlaví, zdravotním stavu, na schopnosti rozumět partnerově řeči, na míře jejich znalosti druhého člověka, s nímž vstupují do styku, na míře přátelské úrovně vzájemného vztahu, na velikosti prostoru, který je oběma partnerům k dispozici, i na představách o možnostech úprav tohoto prostoru.

V praxi se setkáváme také s pojmem proxemický tanec. Je to jev, který je možno pozorovat v případě setkání dvou lidí s rozdílnými představami o svých osobních zónách.

Připomíná do jisté míry pohyb boxerů v ringu, při němž je hledána míra vzájemného oddálení vyhovující oběma partnerům. Osoba, pro kterou je stávající oddálení příliš velké, se při přizpůsobování prostoru vzájemného styku snaží přiblížit k partnerovi, ten však má jinou představu o oddálení v daném styku. Proto před druhou osobou ustupuje buď přímo dozadu, nebo úhybnými pohyby do stran. Proxemický tanec pokračuje různou dobu podle úrovně necitlivosti a netaktnosti méně taktního partnera. Obvykle bývá tento proxemický konflikt řešen určitým kompromisem, a to zaujetím vzájemné polohy, která je pro oba aktéry přijatelná. Pro jednoho není ani příliš dotěrná a pro druhého je přitom již přijatelným přiblížením se k partnerovi.

Osobní zóna je jako pomyslná mýdlová bublina, která obklopuje člověka v jejím středu. Každý člověk má ne jednu, ale několik takovýchto bublin o různém poloměru. Člověk do takto definovaného osobního prostoru pouští různé lidi, různě hluboko. Proxemika rozlišuje od dob E. T. Halla čtyři druhy těchto „bublin“.

#### Intimní sféra

Dolní hranice splývá s těsným hmatovým dotekem partnerů, horní hranice intimní sféry je dána oddálením o 15-30 cm.

#### Osobní sféra

Dolní hranici tvoří oddálení těl dvou partnerů o 45-75 cm, horní hranici osobní sféry je oddálení o 75 cm až 1,20 m. Je to hranice oddálení, kterou dodržujeme při setkání s neznámým člověkem. V konečném důsledku ji tvoří limit fyzického ovládnutí partnera, možnost dosahu, možnost detailního sledování jeho mimiky i přesného rozlišení velikost jeho zornic.

#### Sociální sféra

Dolní hranice tohoto sociálního styku je 1,20 m až 2,10 m, horní hranice je pak 2,1 m až 3,6 m. Horní hranice oddálení vystihuje situaci, kdy v našem zorném poli se objeví již celá postava stojícího partnera, umožňuje to úhel, v němž ho vidíme.

#### Veřejná sféra

Minimální vzdálenost je 3,6 m, horní hranici je podle některých údajů 7,6 m. Je to vzdálenost, při které je člověk viděn celou postavou, pohyby a je vidět jeho pohyb v prostoru. Tato vzdálenost dovoluje ovlivňovat posluchače pohybem v prostoru.

Při chápání jednotlivých sfér osobních zón v sociální interakci třeba brát v úvahu rozdílný dosah příjmu jednotlivých smyslových orgánů i rozdílný dosah příjmu jednotlivých smyslových orgánů. Hmat a dotyk potřebuje bezprostřední kontakt, obdobně je na tom registrace tepla „těla druhého člověka“, kterého tepelné záření má svůj limit. Čich má své hranice z větší vzdálenosti, které není možno taktéž přestoupit. Sluch a zrak dávají možnost zkoumat prostor na poměrně velkou vzdálenost s určitými hranicemi. V psychologii jsou nazývány distančními analyzátory.

### 1.4.7 Posturologie

Posturologie, je charakterizována jako řeč našich fyzických postojů. Neverbálně tak komunikujeme prostřednictvím držení těla, napětím či uvolněním, nakloněním, polohou rukou, nohou, hlavy, postavením všech částí těla jako celku a nasměrováním těla.

Člověk v sociální interakci zaujímá určitou polohu, a to do určité míry vyjadřuje celkový postoj tohoto člověka k tomu, co se kolem něho děje. Do jisté míry vzniká automaticky po zvážení celé situace a po zaujetí osobního postoje. Psychický postoj pak vyjadřuje konfiguraci všech částí těla, tedy fyzickou polohou a fyzickým postojem. Zvláštní význam má vzájemná poloha osob v přímém osobním styku. Naznačuje, o jaký druh interakce se jedná, jaká je atmosféra v daném setkání, i kterým směrem se bude setkání dále vyvíjet.

Posturologickým echem rozumíme nevědomé napodobování postojů, tzv. zrcadlení. Účastníci komunikačního aktu bezděčně zaujmají podobnou polohu těla: souhlasně pokývují hlavou, naklánějí se k sobě blíže. Pokud subjekty nejsou ve shodě, jde spíše o negativní vztah, o nesympatii. Kongruence a inkongruence vytvářejí podstatu posturologického echa. Jsou to dva dominantní jevy v dyadické či skupinové interakci. Kongruencí rozumíme soulad, harmonii, shodu komunikujících aktérů, kteří mají zhruba stejnou konfiguraci určitých částí těla. Inkongruence představuje nesoulad, neshodu mezi komunikujícími.

Fyziologie rozlišuje tři základní pozice člověka: vstoje, vsedě a vleže. Při každé z pozic mohou různé části těla zaujímat rozličné polohy. Termín „kompozice“ se používá, když se jedná o vzájemnou polohu dvou částí těla při téže základní tělesné poloze. Vystižení vzájemných poloh většího celku, se používá termínu „konfigurace“. Určitá konfigurace tak zahrnuje jak zcela konkrétní polohu rukou a nohou, tak i polohu těla, krku, hlavy atd.

Prostřednictvím ní můžeme vyjádřit to, co máme na mysli, např. schoulení, vzpřímení, zaklonezení, předklonu atd. u téže základní tělesné polohy. Celek, který udává jednak základní tělesnou polohu, jednak polohovou konfiguraci všech částí těla se označuje pojmem pozitura.

#### 1.4.8 Úprava zevnějšku

Sdělováním úpravou zevnějšku se považuje to, co je možno vyčíst ze způsobu oblečení, účesu, líčení atd. U některých mladých lidí je možno pozorovat, jak například volbou oblečení dávají najevo, že patří do určité skupiny lidí. Od druhých lidí se snaží odlišit tím, co si vezmou na sebe, jaké volí líčení, a tím i určitý druh chování. Náš zevnějšek dává najevo i to jaký první dojem zachováme v protějšku. Naše oblečení o nás prozradí společenské postavení, sociální zázemí, serióznost, náš vkus a kreativitu, postoj. Ve zdravotnictví je specifikem také uniforma, celková upravenost a čistota by měla být samozřejmostí. I do zdravotnictví začal patřit svět barev.

Jednotlivé kliniky, nemocnice se odlišují uniformami svých zaměstnanců. Skutečností je, že někde jsou jednotní, někde se setkáváme s různorodostí uniforem. Tam, kde je nejednotnost oblečení, nastává zmatek pacientů. Většinou lékaři, kteří se nepředstaví, tak pacienti nevědí, jestli je to sestra, sanitář nebo lékař. Měli by se ujednotit uniformy lékařů, sester a nižšího zdravotnického personálu. Lékař je většinou v povědomí lidí jako osoba oblečená v bílém, sestřička v modro-bílém a sanitáři většinou v žluté barvě. Stává se, že jsou z materiálů, které jsou na dotek nepříjemné, tvrdé. Barvy ve skutečnosti jsou tvrdé.

Mimo všímání si čistoty a upravenosti uniformy sestry, všímáme si také vzhledu a úpravy pacienta. Je to vizitka sestry, která o pacienta pečuje. I z oblečení a vizáže poznáme, zda o nemocného je dobře postaráno, tedy je v čistotě a v suchu, nebo jestli je zanedbaný.

Tak jako oblečení, vypovídá o nás i upravenost vlasů, nehtů a make-up. Většinou je společností lépe akceptováno konzervativnější upravení vzhledu než extravagantní. Líčení by nemělo být extravagantní, spíše jemné a přirozené. Při výkonu naší profese všeobecné sestry bychom měly dodržovat určité standardní způsoby úpravy.

## 1.5 ÚVOD DO PROBLEMATIKY TRACHEOSTOMIE

Volné dýchací cesty jsou základním předpokladem pro zajištění jedné ze základních životních funkcí: dýchání. Jedním z lékařských postupů k udržení průchodnosti dýchacích cest je chirurgické vytvoření otvoru do průdušnice.

Název tracheostomie je propojené zejména se jmény Lorenze Heistera a Pierra Josepha Desaulta v 18. století. O zavedení tracheostomie v lékařství se zasloužil francouzský lékař Armand Trousseau.

Mezi pojmy tracheotomie a tracheostomie je rozdíl.

**Tracheotomie** (viz Obrázek 1 a Obrázek 2) je stav, kdy chirurgickým výkonem je vytvořen otvor do průdušnice. Přípona -tomia označuje rozříznutí, proříznutí, protětí či otevření orgánu.

**Tracheostomie** je stav, kdy je průdušnice uměle spojena vytvořeným otvorem s povrchem těla. Jde o stav po tracheotomii nebo tracheopunkci. Přípona -stoma znamená, že jde o stav, kde je provedeno vyústění, otevření dutého orgánu navenek.

**Obrázek 1** – Místo zavedení tracheostomické kanyly



**Obrázek 2** – Zajištění dýchacích cest prostřednictvím TSK



**Tracheostomické kanyly** jsou pomůcky určené k udržení průchodnosti dýchacích cest. Jsou vyráběny v rozličných tvarech, velikostech a délkách.

**Indikací k tracheostomii** je obstrukce dýchacích cest, nutnost dlouhodobé ventilační podpory bez reálného předpokladu časně extubace a u nemocných bez možnosti vlastní kontroly a toalety dýchacích cest (např. trvající porucha vědomí, nízká svalová síla, riziko aspirace...).

**Tracheostomie u dlouhodobě ventilovaného pacienta by měla** snížit riziko poškození dýchacích cest intubací, usnadnit proces odvykání od umělé plicní ventilace, zlepšit podmínky pro toaletu dýchacích cest a v neposlední řadě zvýšit komfort nemocného.

**Mezi nevýhody tracheostomie** patří ztráta funkce nosní dutiny (filtrace, ohřívání a zvlhčení vzduchu), ztráta čichu, ztráta nebo omezení fonace, částečná ztráta negativního nitrohruďního tlaku, který vzniká za fyziologických okolností v důsledku odporu horních cest dýchacích v průběhu nádechu.

**Dekanylační panika** je komplikace charakterizována pocitem dušnosti a akutním panickým stavem pacienta bezprostředně po dekanylaci. Stav bývá vysvětlován zvýšením



velikosti mrtvého prostoru, ke kterému dojde po odstranění tracheostomické kanyly a který nemocný může vnímat jako pocit náhlého nedostatku vzduchu.

### ***Vliv tracheostomie na fyziologické funkce***

- *Jsou vyřazeny horní dýchací cesty a jejich funkce – zvláště klimatizační (nosní sliznice dokáže upravit teplotu vzduchu na 34°C při venkovní teplotě vzduchu od -10 °C do +42 °C, obohacení o vodní páry nastává do 80% relativní vlhkosti a z více než 50% jsou zde vychytávány částice od 1 do 10um), filtrační a obranná.*
- *Znemožňuje smrkání a výrazně limituje čich. Pacient s tracheostomií by měl být poučen, že nemusí cítit „nebezpečné signály“, např. kouř, zápach plynu nebo výpary. Vzhledem k tomu, že chuť je ovlivňována čichem, je rovněž snížena schopnost vnímat chuť. Doporučuje se tzv. „ochutnávat vzduch“, tj. nemocný si nechá projít vzduch ústy a hltanem a poté jej vyfoukne nosem, nebo „prudce nadechnout (zívnout) vzduch“, který se tak dostane ve větším množství do úst a do nosu.*
- *Tracheostomie je rovněž spojena s poruchou funkce břišního lisu, při kterém se za fyziologického stavu uzavírá glottis, a někteří nemocní mohou mít potíže při stolici nebo zvedání těžkých břemen.*
- *Je narušena tvorba hlasu. U trvalých nosičů tracheostomické kanyly po totální laryngektomii je ztráta hlasu poruchou nejzávažnější. (Chrobok a kol. 2008, str. 108)*

### **Ukazatele ošetrovatelské péče o nemocné s tracheostomií**

Sestra musí umět zhodnotit subjektivní obtíže pacienta, celkový klinický stav, stav tracheostomie (zarudnutí, otok, sekrece apod.), přítomnost známek infekce dýchacích cest (sekrece z dýchacích cest – množství, vzhled, zápach), stupeň samostatnosti pacienta v péči o tracheostomii a stupeň spolupráce pacienta s ošetřujícím personálem.

Mezi subjektivní obtíže patří např.: bolest, pocit dušnosti, zahlenění, diskomfort.

Hodnocení celkový klinického stavu v sobě zahrnuje: psychický stav pacienta (vyrovnanost, známky úzkosti či deprese apod.), přítomnost známek dechové tísně (cyanóza, namáhavé dýchání apod.), frekvence dýchání, tepová frekvence, krevní tlak, tělesná teplota, pulzní oxymetrie.

### 1.5.1 Zvláštnosti komunikace s pacienty s TSK

Zdravotničtí pracovníci většinu informací získávají a předávají formou mluveného slova. Často jde o informace závažného charakteru. Špatné porozumění vážně ohrožuje správné pochopení problémů nemocného i další léčbu. Komunikace s lidmi s poruchami řeči klade velké nároky na trpělivost a pozornost. Pokud se sestra vyhýbá takové komunikaci s tím, že nemocnému stejně nerozumí, jde o osobní selhání ze strany sestry.

Dočasná i trvalá tracheostomie je pramenem fyzických, psychických i sociálních omezení. Edukace pacienta a jeho rodinných příslušníků je jednou z významných součástí komplexní péče.

Při komunikaci je vhodné vyjádřit vůli komunikovat, hledat možnosti co nejlepšího dorozumívání a domluvit se na něm. Mluvit jasně v krátkých větách, ověřovat si, zda nemocný porozuměl. Pomáhat ve vyjadřování, nabízet slova.

Lidi s tracheostomickou kanylou jsou ochuzeni o řeč verbální, ztrácí se možnost běžné komunikace řečí. Na fakt, že pacient nemá možnost mluvit se lze těžko předem připravit, následkem toho se můžou rozvinout pocity bezmocnosti. Může mít pocit ztráty sebevyjádření, kterou dříve považoval za zcela obvyklou. Dochází ke změně vnímání sebe samého.

Zdravotní sestra, lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou lidi, kteří mají poslání jejich potřeby a přání dešifrovat a uspokojovat je. Na to je potřeba jistého vzdělání v oblasti neverbální komunikaci, zlepšování schopnosti odezírat, trpělivost a snaha o neustálé zlepšování a hledání nových metod pro zlepšení komunikace.

Je běžné, že nemocný pro probuzení z analgosedace (tzv. „umělý spánek“, jedná se o podávání léků, které zabezpečují hluboký spánek a úlevu od bolesti.) neví jaký je den, měsíc. Je to normální situace. Běžně se stává, že si nevědí utřídit informace. Obvykle si pamatují poslední dny, kdy byli při vědomí, např. den, kdy nastoupili do nemocnice, oddělení na kterém byli hospitalizováni před selháním jedné ze životních funkcí. Je proto vhodné jim každý den říkat co je za den, měsíc, rok. Někdy každý den nestačí, možné je opakovat i více krát denně. Stejně to platí i pro lékaře o poskytování informací o tom co se jim stalo a jaká bude následná léčba a léčebné postupy. V malých prostorech oddělení, kde leží víc pacientů na jednom pokoji a oddělený jsou zástěnami, je možné poskytovat informace i vytvořením nástěnky nebo plakátu (informace typu: Dnes je úterý 20. Dubna 2010) následně pověšenou například na pevnou zástěnu. Přibližuje a udržuje ho to v realitě.

Pacienti, kteří se začínají budít z umělého spánku, neumějí vzhledem nečinnosti mimických svalů dobře artikulovat. Mluví většinou rychle, nesouvisle a zejména nesrozumitelně. Nejsou si vědomi dysfunkce hlasu. Když jim sestra nerozumí, ztrácejí trpělivost a nerozumí tomu. Je proto vhodné jim znovu vysvětlit aktuální situaci dočasné dysfunkce hlasového ústrojí. To znamená: vysvětlit, že nemůžou mluvit, protože mají zavedenou tracheostomickou kanylu, ta tlačí na hlasivky, proto je není slyšet. Vysvětlit, že se jedná o dočasnou ztrátu a jistou dobu potrvá, než si na sebe vzájemně zvyknou. Hledá se nejlepší forma vzájemné komunikace.

Ke komunikaci pacientů při vědomí na umělé plicní ventilaci neodmyslitelně patří gesta. Jimi nám dávají vědět, že tady jsou. Většina sester si s pacienty domluví určitá gesta, kterými umí následně vyjádřit svoje potřeby.

U pacientů s malou svalovou silou se komunikace omezuje na mimiku a posturiku. Mimika – na uzavřené otázky s odpovědí ano – ne odpovídají pacienti mrkáním, nebo jiným domluveným signálem očí. V oblasti posturologii se jedná o pohyby hlavou, tedy kýváním napravo – nalevo, nebo nahoru a dolů. U každého jedince by se měl dodržovat stejný postup. Zdravotní sestry mohou mít jiné zvyklosti v kladení otázek a signály dorozumění a pro pacienta to může vyvolat zmatek.

Jemná motorika se rozvíjí znovu pomalu. Je dobré vkládat pacientům do ruky nejdříve tužku nebo fix tlustého průměru, aby to lépe cítili, nevypadávalo jim to z ruky a psali velkým tiskacím písmem. Začátky nebývají úspěšné, cvikem se to však zlepšuje. Nabádat pacienta k tomu, aby neztrácel trpělivost. Postupná rehabilitace a návrat svalové síly, kterou ztratili nemocí, tímto způsobemlepší dorozumívání mezi oběma stranami.

Nemoc bere hlavně sílu ze svalů na životně důležité orgány. Proto je rekonvalescence svalů zdlouhavá. Pokud se jedinec dokáže vyjadřovat pomocí písma, brzy si navyknou takto komunikovat s okolím i přesto, že tato situace je nová a vyčerpávající. Tato možnost však nenahrazuje pohyby úst, proto je vhodné neustále procvičovat správnou artikulaci.

Rodina je důležitý faktor v zlepšování komunikace. Příbuzný nejlépe zná nemocného a zná jeho nejčastější potřeby a přání. Proto komunikace s rodinou je nedílnou součástí. Před příchodem na oddělení jsou informováni lékařem o zdravotním stavu jejich rodinného příslušníka. Následně přistupuje sestra, která se rodině představí, poučí jich o tom jaké je to oddělení i jaký typ pacientů je tam hospitalizován. Připravuje je na to, co můžou očekávat, aby psychicky zvládli své emoce. V některých situacích je šok, vidět svého příbuzného

s takto zajištěnými vstupy do těla, které zajišťují základní životní funkce. Může se jednat například o umělou plicní ventilaci, kontrapulzaci, dialýzu atd.

Mezi dva extrémní chování rodinných příslušníků patří neakceptování nemoci nebo přílišná beznaděj nad lůžkem nemocného. Z gest pacientů je někdy zřejmé, že je návštěva unavuje, vyčerpává. Volí taktiku mrtvé ryby – zavřou oči, semknou rty a dělají se, že usnuli. Proto je na místě edukovat rodinu, o chování, mluvení, vzájemném dorozumění. Nemocný i rodina bude spokojena.

Je to stejný člověk, jako v době před zavedením tracheostomie, s jedinou výjimkou a to, že nemůže mluvit nahlas. Po smíření se, se stavem svého blízkého, získáváme rozhovorem informace o tom, co ho zajímalo, jaké činnosti měl v oblibě, kdy obvykle usínal, jaké pití měl nejraději...

Do rozhovoru vtahujeme i nemocného, který může reagovat na kladné výroky mrkáním, úsměvem, kýváním hlavy nebo gesty. Jde i o jakési bližší poznání člověka, kterého máme před sebou, lépe reagovat na jeho potřeby a následně na jejich uspokojování.

### 1.5.3 Komunikační pomůcky

Komunikačních pomůcek v praxi pro lidi s poruchami řeči existuje celá řada, avšak v komunikaci s lidmi se zavedenou tracheostomickou kanylou v nemocniční praxi se setkáváme velmi omezeně. Je to z důvodu dočasného zajištění dýchacích cest a tím dočasné tracheostomie z toho neefektivitu pomůcek. Pro ilustraci uvedu pár příkladů, které se v praxi nejčastěji využívají.

**Tabulka s písmeny** – nejčastější pomůcka v praxi. Soubor písmen na pevné podložce, prostřednictvím kterých pacient skládá jednotlivá slova. Tato forma komunikace je vhodná pro lidi s dostatečnou svalovou silou a schopností soustředit se. Je náročná na čas.

**Obrázky** – nemocný si vybírá ze vzorku možností. Pro lidi je to přijatelnější řešení, protože oproti tabulce je to rychlejší vyřešení aktuálního problému. Nevýhodou se může zdát malý výběr a absence tyto pomůcky v nemocnicích.

**Písemná forma komunikace** – pacient sděluje své potřeby na papír. Využívá se u lidí, kde dochází znovu k navrácení jemné motoriky. Nemocný má čas na vyjádření svých potřeb a přání.

**Počítač** – méně využívaná pomůcka z důvodu ekonomických nákladů. Je možnost využití vlastního počítače, chybu však vidím v malé informovanosti rodiny o eventualitě takového využití.

**Magnetická tabulka** – v teoretické rovině je možnost takového využití, od pacientů vyžaduje toto používání jistou zručnost. Proto se efektivněji využívá písemná forma komunikace.

**Mobil** – může se využít taktéž jako vyjádření potřeb. Z důvodu technického pokroku doby se využívá mobilní telefon denně, nemocní na to nezapomínají tak jak na psaní. Je to možnost, která se dá využít ve prospěch sdělování.

**Fotografie** – podobný princip na bázi obrázků. V praxi se s tím moc neseťkáváme.

## **2 EMPIRICKÁ ČÁST**

## **2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Cílem mojí bakalářské práce je zjistit, jak z hlediska pacienta efektivně nebo neefektivně využívají zdravotní sestry neverbální komunikaci, a také zjistit, v jakých oblastech pacienti pocíťují nedostatky v neverbální komunikaci sester. Výsledkem mojí práce bude navrhnout edukační materiál pro příbuzné pacientů se zavedenou tracheostomickou kanylou. Edukační materiál poslouží rodinám pacientů k lepšímu dorozumívání s rodinným příslušníkem.

## 2.2 METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

K výzkumnému šetření byla zvolena metoda dotazníku. Nejdřív vznikl v pracovní verzi pro pilotní studii, která byla rozdána deseti zdravotním sestřám. Podle jejich odpovědí, připomínek a otázek, byl dotazník upraven do finální verze. Finální verze obsahovala 23 otázek, některé otázky byly uzavřené, jiné s volnou tvorbou odpovědi. Tento dotazník naleznete v příloze.

Zároveň byl vytvořen dotazník určen pro pacienty při vědomí se zavedenou tracheostomickou kanylou. Tento dotazník musel být také poupraven. Finální verze dotazníku obsahovala 18 otázek, které tvořili jak otázky uzavřené, tak s volnou tvorbou odpovědi. Tento dotazník naleznete v příloze.



## **2.3 VÝZKUMNÝ VZOREK**

Výzkum byl prováděn na jednotkách intenzivní péče a resuscitačním oddělení ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze s laskavým svolením hlavní sestry (viz příloha 1).

V prvním kole výzkumu, tedy v pilotní studii, byly vybrány 4 sestry z jednotek intenzivní péče a 6 sester z resuscitačního oddělení. Poté byl dotazník upraven do přijatelné formy.

Hlavním vzorkem byly sestry z výše uvedených oddělení.

## 2.4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U SESTER

Na následujících stránkách naleznete výsledky výzkumného šetření u sester. Jsou tady interpretovány všechny celkové výsledky sester, které dotazník vyplnily. U každé otázky naleznete stručný popis nejvýraznějších výsledků a tabulku znázorňující všechny odpovědi, zde jsou uvedeny celkové počty i procentuální přepočet. U důležitých či zajímavých výsledků jsou uvedeny výsledky zvlášť pro každé oddělení a také výsečový graf znázorňující procentuální hodnoty.

### 1. Pohlaví:

Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník byl určen všeobecným sestřám, je zastoupení pohlaví převážně ženské.

**Tabulka 1** – Pohlaví sester

	Dotazovaných	Procentuelně
Muž	4	8%
Žena	46	92%

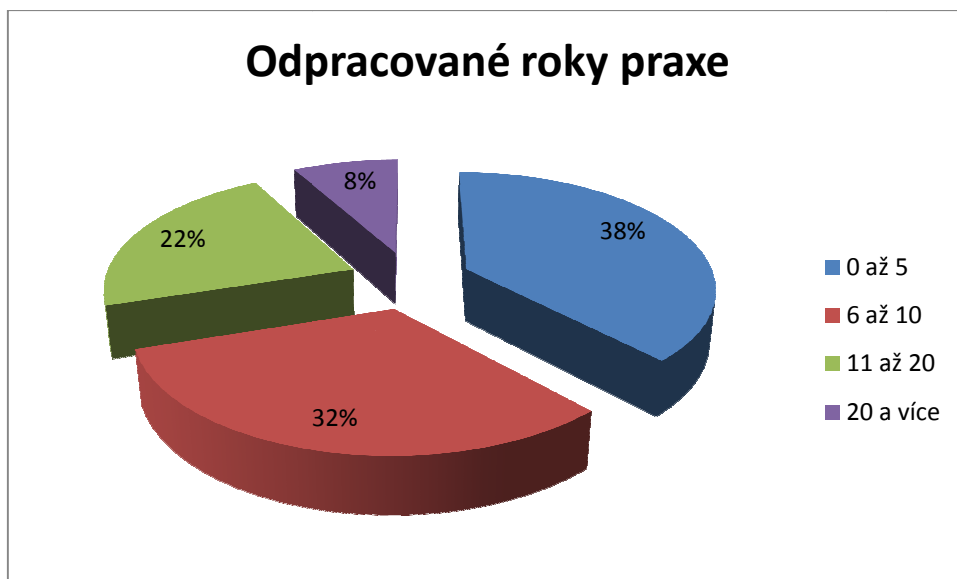
## 2. Roky odpracované v praxi:

V této oblasti byly možnosti rozděleny na čtyři skupiny. Z odpovědí vyplynulo, že největší zastoupení mají sestry do 5 let praxe, druhá nejčastější odpověď byla 6 až 10 let praxe.

**Tabulka 2** – Odpracované roky

	Dotazovaných	Procentuelně
0 až 5	19	38%
6 až 10	16	32%
11 až 20	11	22%
20 a více	4	8%

**Graf 1** – Odpracované roky



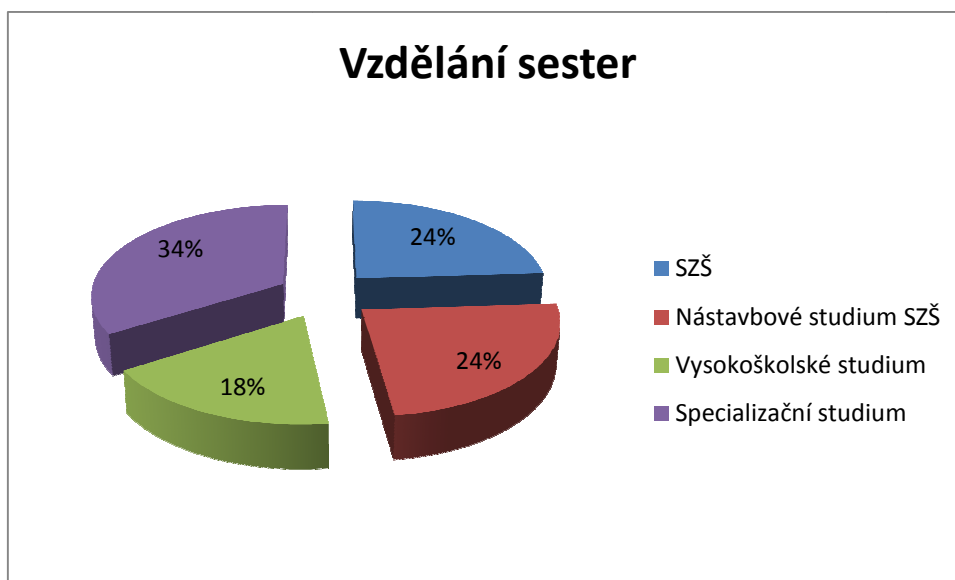
### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání (doplňte obor):

V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 17 sester, že má specializační studium, je to faktem, že vykonávají praxi na jednotkách intenzivní a resuscitační péče a prohlubování znalostí je nutností. S celkovým počtem 12 shodně odpověděly sestry s dokončeným středoškolským vzděláním a nástavbovým studiem střední zdravotnické školy. Vysokoškolsky vzdělaných sester je 9. Z výsledků se dá usuzovat, že sestry dávají přednost specializačnímu studiu před vysokoškolským.

**Tabulka 3** – Vzdělání sester

	Dotazovaných	Procentuelně
SZŠ	12	24%
Nástavbové studium SZŠ	12	24%
Vysokoškolské studium	9	18%
Specializační studium	17	34%

**Graf 2** – Vzdělání sester



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

Pro výzkum byli vybrány jednotky intenzivní péče a anesteziologicko-resuscitační oddělení. Je to z důvodu, abychom také zjistili případné disparity (rozdíly) mezi zažitými postupy, algoritmy a názory pracovníků jednotlivých oddělení. Počet zaměstnanců oddělení ARO a JIP je přibližně stejný, proto je i počet dotazníků rozdělen v poměru 1:1 tj. 25:25.

**Tabulka 4** – Oddělení praxe

	Dotazovaných	Procentuelně
JIP	25	50%
ARO	25	50%

## 5. V komunikaci s pacienty při vědomí na umělé plicní ventilaci (dále jen UPV):

Z hlediska celého souboru respondentů jsou pro komunikaci s pacienty užívané jak odezíraní ze rtů, tak i hledání nových možností dorozumění. Většina zaměstnanců JIP rádi hledají nové nebo inovativní možnosti lepšího dorozumění. Oproti tomu zaměstnanci ARO využívá odezíraní ze rtů. Čím je to způsobeno? Na to existuje řada domněnek, jednou z nich může být náročnost na pracovišti a tím méně času na hledání lepších možností komunikace.

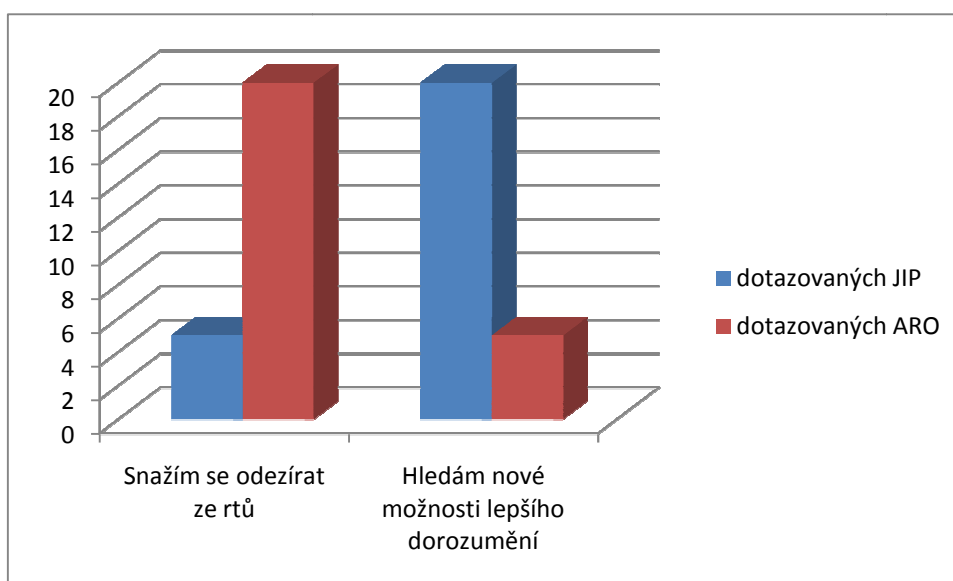
**Tabulka 5** – Komunikace s pacienty - celkově

Odpověď	Dotazovaných	Procentuelně
Snažím se odezírat ze rtů	25	50 %
Hledám nové možnosti lepšího dorozumění	25	50 %

**Tabulka 6** – Komunikace s pacienty - rozdělení

	Dotazovaných		Procentuelně	
	JIP	ARO	JIP	ARO
Snažím se odezírat ze rtů	5	20	20 %	80 %
Hledám nové možnosti lepšího dorozumění	20	5	80 %	20 %

**Graf 3** – Komunikace s pacienty



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

Pod pojmem neverbální komunikace si většina respondentů představí komunikaci beze slov, řeč těla. Mnozí ji chápou jako komunikaci jinou než mluvenou, nejčastěji uvádějí: gestika, haptika, proxemika, mimika, posturologie. Někdo ji chápe i jako navázání co nejlepšího kontaktu s člověkem. Další uvádí souhrn mimoslovních sdělení, která jsou vědomě nebo nevědomě předávána člověkem k jiné osobě. Obecně můžeme říci, že sestry chápou neverbální komunikaci správně, rozumějí významu tohoto pojmu v praxi.

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

Až polovina respondentů nejlépe vyčte strach a smutek z oblastí očí a víček pacienta. S možností čela a obočí souhlasilo 20 sester a s poslední možností souhlasilo celkově 5 sester.

**Tabulka 7** – Vyčtení strachu z obličeje - celkově

	Dotazovaných	Procentuelně
Oblast čela a obočí	20	40%
Oblast očí a víček	25	50%
Oblast nosu, tváří a úst	5	10%

**Tabulka 8** – Vyčtení strachu z obličeje - rozdělení

	Dotazovaných		Procentuelně	
	JIP	ARO	JIP	ARO
Oblast čela a obočí	12	8	48%	32%
Oblast očí a víček	11	14	44%	56%
Oblast nosu, tváří a úst	2	3	8%	12%

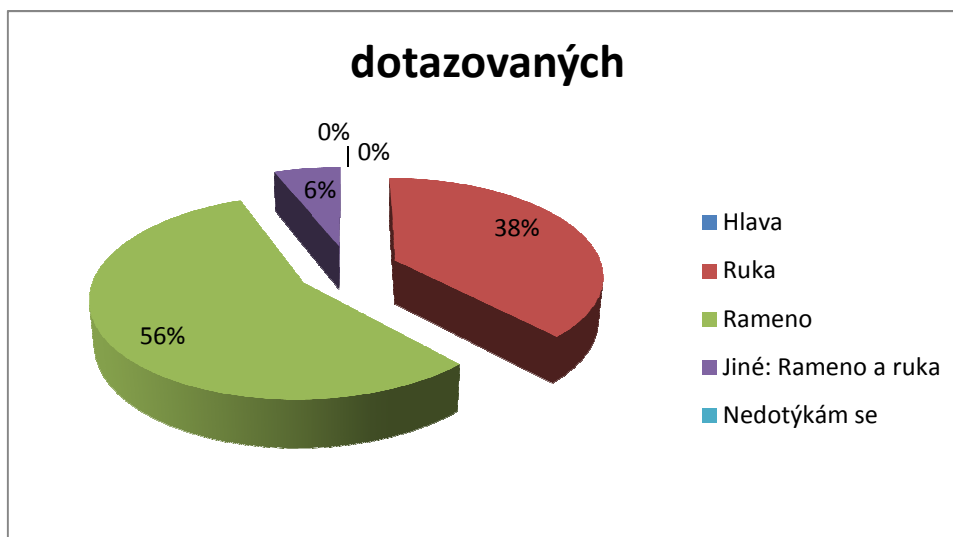
## 8. Které části těla nemocného se nejčastěji dotýkáte, pokud ho chcete oslovit, povzbudit?

Podle celkových odpovědí většina sester povzbuzuje své pacienty dotekem na rameno s celkovým počtem 28. Další možností je ruka, uvedlo to celkově 19 sester, 3 sestry se dotýkají jak ruky, tak ramena.

**Tabulka 9** – Místo povzbudivého doteku - celkově

	Dotazovaných	Procentuelně
Hlava	0	0%
Ruka	19	38%
Rameno	28	56%
Jiné: Rameno a ruka	3	6%
Nedotýkám se	0	0%

**Graf 4** – Místo povzbudivého doteku – celkově





**Tabulka 10** – Místo povzbudivého doteku - rozdělení

	Dotazovaných		Procentuelně	
	JIP	ARO	JIP	ARO
Hlava	0	0	0%	0%
Ruka	13	6	52%	24%
Rameno	9	19	36%	76%
Jiné: Rameno a ruka	3	0	12%	0%
Nedotýkám se	0	0	0%	0%

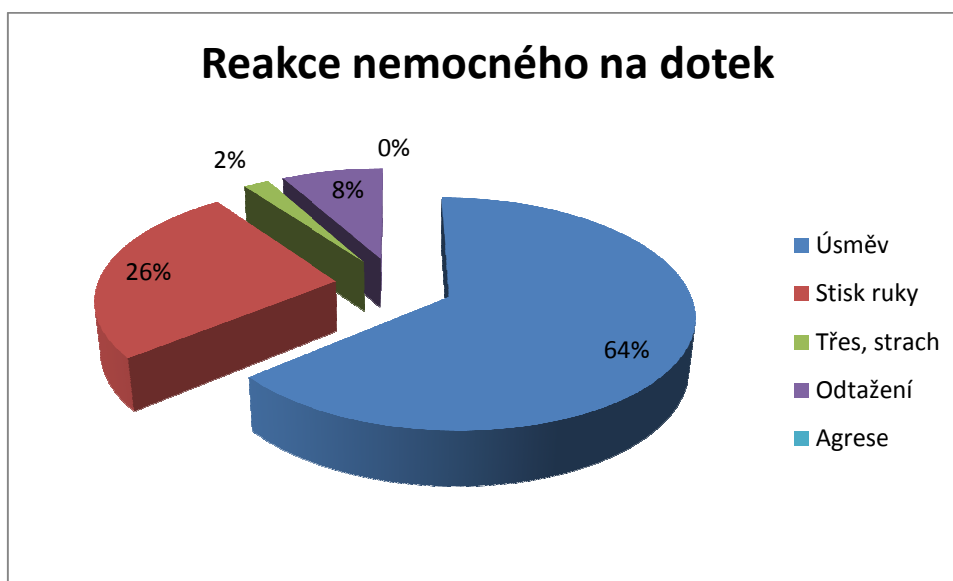
## 9. Jak nejčastěji reagují nemocní na doteky?

Vyhodnocením dotazníků respondentů vyšlo najevo, že nemocní reagují na dotyk sester úsměvem a to 64%. Druhou nejčastější reakcí je opěťovaný stisk ruky a to v 26%. Odtazením se projevuje 8%, třesem a strachem 2% nemocných.

**Tabulka 11** – Reakce nemocného na dotek

	Dotazovaných	Procentuelně
Úsměv	32	64%
Stisk ruky	13	26%
Třes, strach	1	2%
Odtazení	4	8%
Agrese	0	0%

**Graf 5** – Reakce nemocného na dotek



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

Podle názoru sester jsou nejvíce nepříjemné doteky na intimní místa a obličej. Druhou nejčastější odpovědí byla oblast břicha. Mimo místa na těle odpovídaly sestry často na dotaz, doteky nečekanými, tzn., když pacienti nejsou předem upozorněni na úkony, které bude sestra následně provádět a pokud je předem nikdo neosloví. Doteky rychlé, necitlivé, hrubé. Menší část respondentů si myslí, že je to individuální záležitost a je nutné znát pacienta.

## 11. Seřadte číselně, podle čeho nejčastěji zjistíte, že pacient při vědomí na UPV se trápí, má problém?

Vyhodnocení tabulky jsem udělala na základě následujícího postupu: Odpovědi, které se umístili u respondenta jako první, získávají 4 body, odpovědi označené jako druhé získávají 3 body, odpovědi označené jako třetí v pořadí získávají 2 body, a odpovědi čtvrté získávají 1 bod. Následně získané počty bodů násobíme jejich početností. Tabulka teď vypadá následovně:

**Tabulka 12** – Odpovědi respondentů

	Mimika	Gestika	Posturika	F. F.	Celkem
1.odpověď/4 body	17	12	1	20	50
2. odpověď/3 body	25	8	2	15	50
3. odpověď/2 body	7	30	5	8	50
4. odpověď/1 bod	1	0	42	8	50
Celkem	50	50	50	50	200

**Tabulka 13 – Vyhodnocení údajů**

	Mimika	Gestika	Posturika	F. F.
4 body	68	48	4	80
3 body	75	24	6	45
2 body	14	60	10	16
1 bod	4	0	42	8
Celkem	161	132	62	149

Získaná subjektivní hodnocení nepohodlí pacienta sestrou ukazuje následující tabulka:

**Tabulka 14 – Výsledek**

Mimika – pohyby tváře	1. místo
Fyziologické funkce – dech, akce srdce, krevní tlak...	2. místo
Gestika- pohyby rukama, nohama, hlavou	3. místo
Posturologie – polohy těla, nohou, rukou	4. místo

Z analýzy vyplývá, že zdravotní sestry na ARO a JIP nejčastěji zjistí, že pacient při vědomí na UPV se trápí, má problém, z mimiky pacienta, z pohybů jeho tváře. Téměř za stejně důležitý projev trápícího se pacienta považují sestry fyziologické funkce pacienta – dech, akce srdce, krevní tlak a další fyziologické projevy.

Dalším nejčastějším znakem, pomocí kterého zdravotní sestry rozeznávají stav trpícího a trápícího se pacienta je gestika.

Mezi méně důležité projevy nepohodlí pacienta se podle respondentů řadí posturologické projevy, tj. polohy jeho těla, nohou a rukou.

## 12. Do jakých míst převážně směřuje Váš pohled při rozhovoru s nemocným?

Naprosto všichni respondenti shodně uvedli, že během rozhovoru s nemocným směřuje jejich pohled převážně do očí nemocného.

**Tabulka 15** – Pohled při rozhovoru sestry

	Dotazovaných	Procentuelně
Do očí nemocného	50	100%
Na ramena nemocného	0	0%
Mimo pacienta	0	0%

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

Na základě vyhodnocení odpovědí jsem zjistila, že se vzhledem sesterské uniformy jsou spokojeni 50% dotazovaných. Polovina dotazovaných není spokojena se vzhledem své uniformy.

**Tabulka 16** – Spokojenost se vzhledem uniformy

	Dotazovaných	Procentuelně
Ano	25	50%
Ne	25	50%

Na doplňující otázku "Co byste případně změnil/a na své uniformě?" odpovídají sestry nejčastěji, že nejvíce nevyhovuje barva, materiál, střih, většinou je oblečení nepohodlné, škrobené. Chybí trička, sukně, tílka, mikiny, krátké kalhoty.

#### 14. Když zjistíte diskomfort pacienta, jak postupujete v otázkách? Seřad'te číselně:

Četnost jednotlivých odpovědí seřazených s uváděnou prioritou respondentů ukazuje následující tabulka:

Tabulka 17 – Údaje

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Bolest	36	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Teplo-zima	2	6	15	9	8	2	5	1	0	0	2
3. Žízeň	0	0	14	14	10	6	6	0	0	0	0
4. Poloha	0	4	4	12	12	9	2	1	1	3	2
5. WC	0	1	8	5	9	14	6	4	1	2	0
6. Dýchání	11	25	3	5	3	1	0	2	0	0	0
7. Informace	0	0	0	1	1	6	9	7	12	9	4
8. Rodina	1	0	0	0	2	1	2	7	13	14	10
9. Trápení	0	1	5	4	3	3	8	10	11	2	3
10. Dění	0	0	0	0	0	4	7	14	4	12	8
11. Hlad	0	0	0	0	1	3	5	4	8	8	21

Vyhodnocení tabulky jsem udělala na základě následujícího postupu: Odpovědi, které se umístili u respondenta jako první, získávají 11 bodů, druhé získávají 10 bodů, třetí 9 bodů, čtvrté 8 bodů, páté 7 bodů, šesté 6 bodů, sedmé 5 bodů, osmé 4 body, deváté 3 body, desáté 2 body, jedenáctá odpověď 1 bod. Následně získané počty bodů násobím jejich početností. Tabulka teď vypadá následovně:

**Tabulka 18 – Vyhodnocení údajů**

	1/11b	2/10b	3/9b	4/8b	5/7b	6/6b	7/5b	8/4b	9/3b	10/2b	11/1b	Celkem
1. Bolest	396	130	9	0	0	0	0	0	0	0	0	535
2. Teplo-zima	22	60	126	72	56	12	25	4	0	0	2	379
3. Žízeň	0	0	126	112	70	36	30	0	0	0	0	374
4. Poloha	0	40	36	96	84	54	10	4	3	6	2	335
5. WC	0	10	72	40	63	84	30	16	3	4	0	322
6. Dýchání	121	250	27	40	21	6	0	8	0	0	0	473
7. Informace	0	0	0	8	7	36	45	28	36	18	4	182
8. Rodina	11	0	0	0	14	6	10	28	39	28	10	146
9. Trápení	0	10	45	32	21	18	40	40	33	4	3	246
10. Dění	0	0	0	0	0	24	35	56	12	24	8	159
11. Hlad	0	0	0	0	7	18	25	16	24	16	21	127

Na základě součtů bodového hodnocení jednotlivých potřeb vzniká následovní pořadí:

**Tabulka 19 – Vyhodnocení**

OTÁZKA	POŘADÍ
Bolest	1. místo
Dýchání	2. místo
Otázky týkající se zda pacientovi je teplo nebo zima	3. místo
Žízeň	4. místo
Tělesná poloha	5. místo
Vyprazdňování	6. místo
Trápení	7. místo
Informace o nemoci	8. místo
„Chcete vědět, co se s vámi bude dít, pane/paní...?“	9. místo
Rodina	10. místo
Hlad	11. místo

Z analýzy postupových priorit sester vyplývá, že sestry se začínají ptát pacienta nejdříve na bolest, po které následuje otázka typu: Jak se Vám dýchá? Je celkem pravděpodobné, že vystihnou jeho aktuální diskomfort, protože berou v potaz, že může trpět různými bolestmi a ději, které se týkají jeho úspěšného odvyknutí od ventilátoru. Třetí otázkou se sestra většinou ptá, zda je pacientovi teplo nebo zima, čtvrtá se týká žízně.

Sestry pokračují po neuspokojivé pacientově potřebě otázkou, zda mu vyhovuje poloha na zádech či na boku. Dotaz na vyprazdňování přichází posléze, většinou se aktivně zajímají o to, zda mohou jít na záchod. Obvykle mají pacienti zavedený močový katétr a na velkou potřebu je využívána mísa pro pacienty.

Fakt, že si dokážou zeptat o mísu, značí o lepší funkci svěračů, o zvyšování soběstačnosti. Sedmá až devátá otázka se týká osobních emocí pacienta a to jeho trápení, informací o zdravotním stavu a jaké další aktivity budou následovat. Desátá otázka v pořadí se týká dotazy na rodinu, většinou chtějí svým blízkým volat, psát. Nechtějí zůstat sami. Na hlad se ptají jako poslední alternativu, v případě, že nepřijímají potravu per os.

## 15. Jaké komunikační pomůcky využíváte v praxi u pacientů na UPV?

Vyrovnané odpovědi dosáhli tabulka s písmenky a písemná domluva. Vyplývá z toho, že se drží stereotypů a nedává se možnost jiným možnostem, i v případě selhání osvědčené techniky. Chybí kreativita v hledání nových dorozumívacích prostředků.

**Tabulka 20** – Komunikační pomůcky v praxi

	Odpověď
Tabulka s písmenky	50
Papír a fix	50
Mobil	1



## 16. Kdy nejčastěji komunikujete s pacientem na UPV?

Nejvíce byla zastoupená odpověď: U každé ošetrovatelské činnosti. Mnoho sester nejčastěji komunikuje s pacientem ráno u hygieny, dále při polohování a při předávání informací předpokládaných denních činností. Sestry mají snahu vyjádřit mu empatii, zájem, saturovat potřebu bezpečí a jistoty.

Extrémy: Menšina komunikuje jenom, když je to nutné. Druhým extrémem je přemrštěná komunikace a to v každé volné chvíli, aby nemocný mohl sdělit to, co ho trápí.

## 17. Jakým způsobem Vás pacient nejčastěji upozorní na to, že něco potřebuje?

Pacienti nejčastěji upozorňují na svoje potřeby rukama. Tuto gestikulaci uvádí u svých pacientů až 66% dotázaných sester. V některých případech pacienti upozorňují na to, že něco potřebují, předem domluveným gestem nebo mimikou – jak uvádí 26 procent sester. Malá část pacientů se snaží získat si pozornost upřeným zrakem.

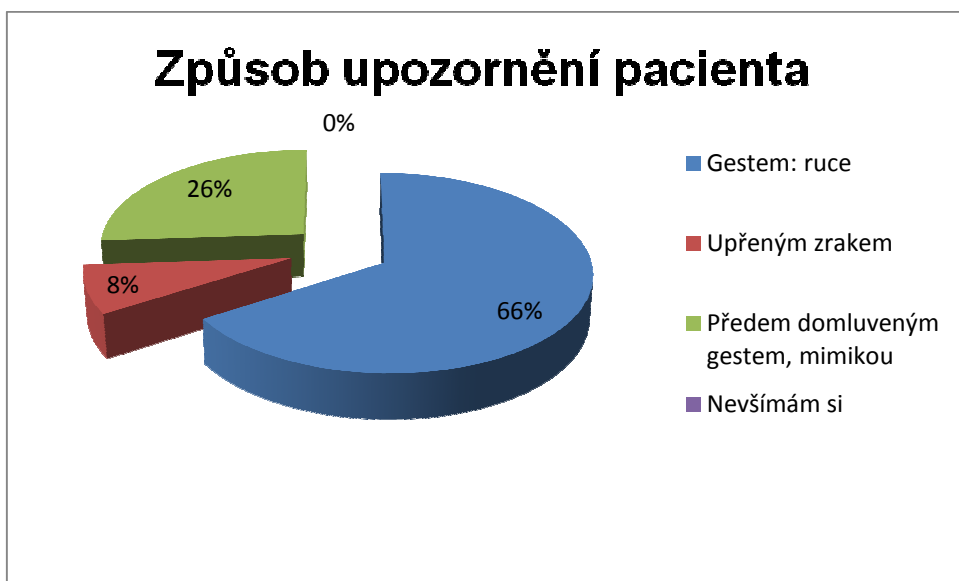
**Tabulka 21** – Způsob upozornění pacienta

	Dotazovaných	Procentuelně
Gestem: ruce	33	66%
Upřeným zrakem	4	8%
Předem domluveným gestem, mimikou	13	26%
Nevšímám si	0	0%

**Tabulka 22** – Způsob upozornění pacienta

	Dotazovaných		Procentuelně	
	JIP	ARO	JIP	ARO
Gestem: ruce	19	14	76%	56%
Upřeným zrakem	1	3	4%	12%
Předem domluveným gestem, mimikou	5	8	20%	32%
Nevšímám si	0	0	0%	0%

**Graf 6** – Způsob upozornění pacienta



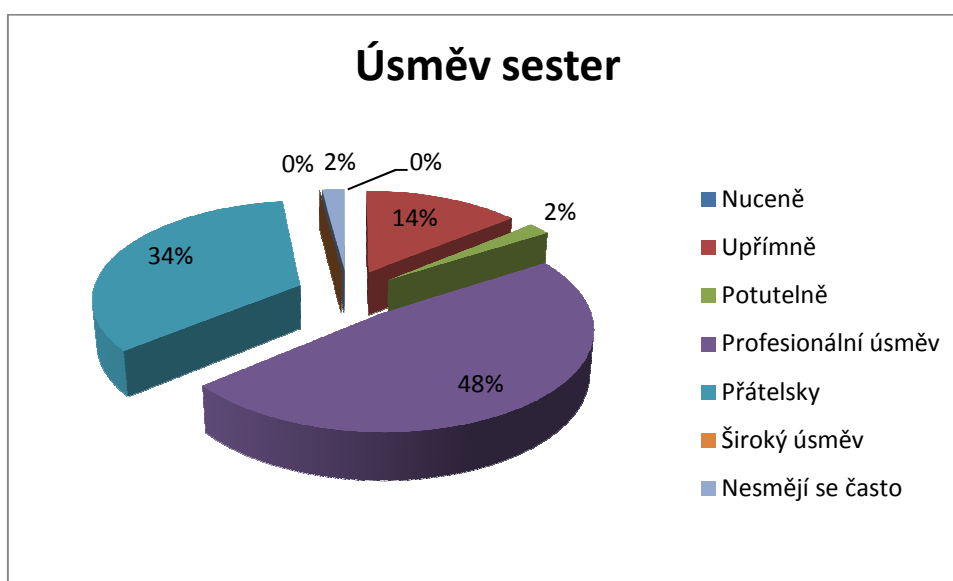
## 18. V práci se nejčastěji kolegyně na pacienty smějí:

Mezi respondenty vyniká na dotaz úsměvu na pacienty, úsměv profesionální, je to možné z i z důvodu vyčerpanosti sester, ale na druhé straně velké profesionality. 34% dotazovaných má pocit, že se sestry usmívají přátelsky. 14% respondentů si myslí, že sestry mají upřímný úsměv. Zde se nabízí otázka, jestli sestry nehodnotily samy sebe, podle známého: „Podle sebe, soudím tebe“. Zanedbatelné procento sester se směje potutelně nebo se nesmějí.

**Tabulka 23** – Úsměv sester

	Dotazovaných	Procentuelně
Nuceně	0	0%
Upřímně	7	14%
Potutelně	1	2%
Profesionální úsměv	24	48%
Přátelsky	17	34%
Široký úsměv	0	0%
Nesmějí se často	1	2%

**Graf 7** – Úsměv sester



## 19. Prosím, vyjádřete svůj postoj k následujícím výrokům.

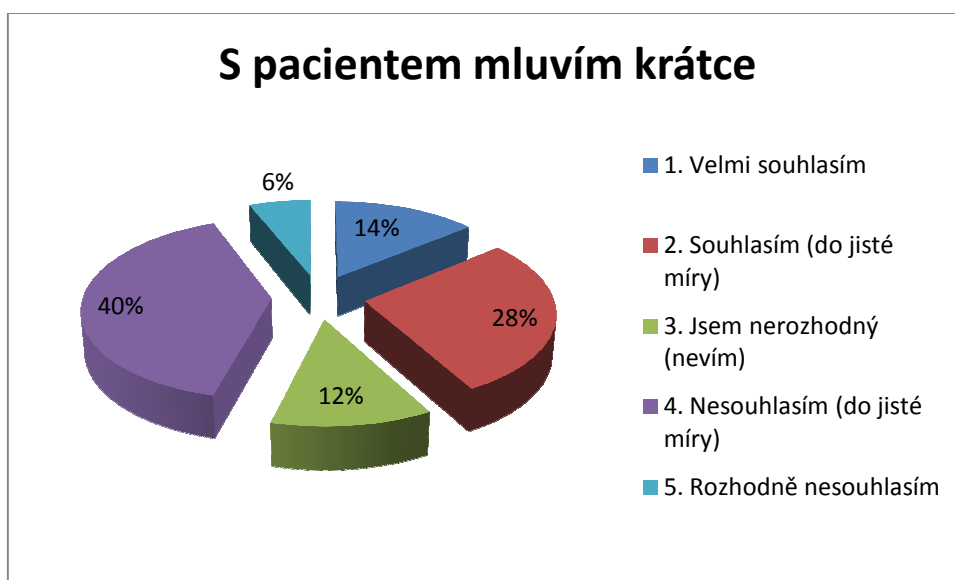
### A. S pacientem mluvím krátce.

40% respondentů do jisté míry nesouhlasí s tímto výrokem. Jenom 14% souhlasí s výrokem. Došla jsem k závěru, že mnoho sester má teoretické nedostatky v komunikaci s pacientem.

Tabulka 24 – S pacientem mluvím krátce

1. Velmi souhlasím	7	14%
2. Souhlasím (do jisté míry)	14	28%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	6	12%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	20	40%
5. Rozhodně nesouhlasím	3	6%

Graf 8 – S pacientem mluvím krátce



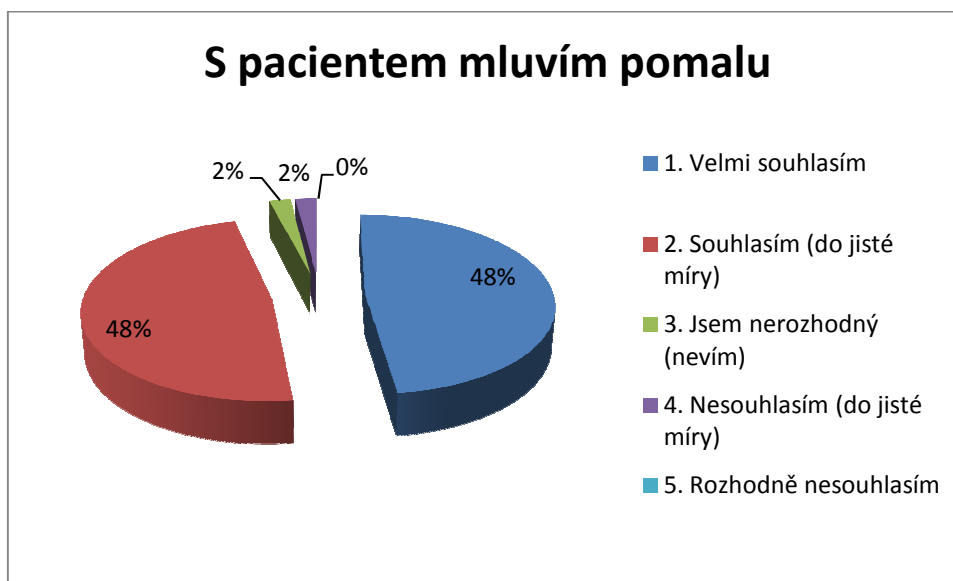
## B. S pacientem mluvím pomalu.

Téměř polovina respondentů považují výrok za pravdivý, téměř polovina souhlasí do jisté míry. 2% nesouhlasí do jisté míry.

**Tabulka 25** – S pacientem mluvím pomalu

1. Velmi souhlasím	24	48%
2. Souhlasím (do jisté míry)	24	48%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	1	2%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	1	2%
5. Rozhodně nesouhlasím	0	0%

**Graf 9** – S pacientem mluvím pomalu



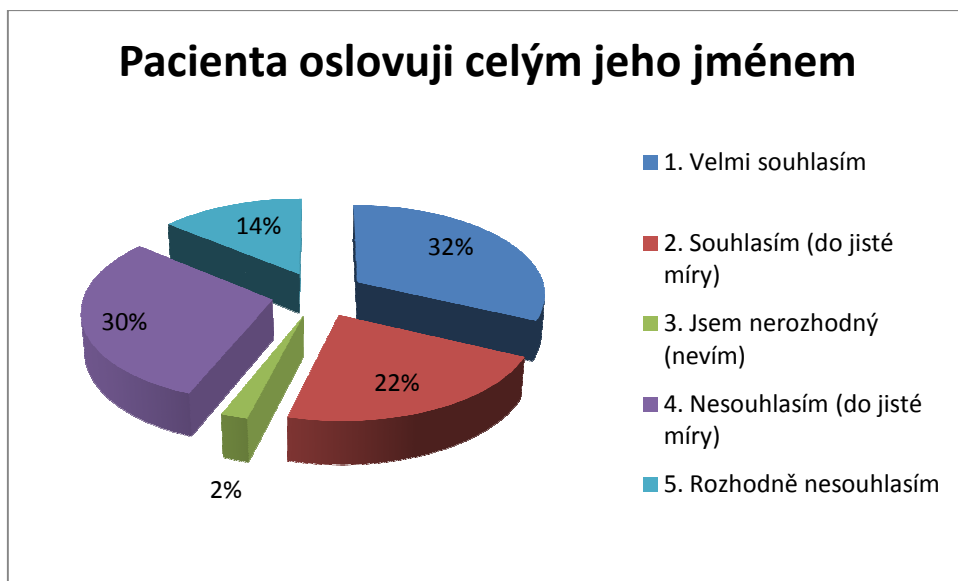
### C. Pacienta oslovuji celým jeho jménem.

Odpovědi na výrok jsou téměř vyrovnané. Překvapující je fakt, že jenom 32% považuje za samozřejmost oslovovat pacienta celým jménem.

**Tabulka 26** – Pacienta oslovuji celým jeho jménem

1. Velmi souhlasím	16	32%
2. Souhlasím (do jisté míry)	11	22%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	1	2%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	15	30%
5. Rozhodně nesouhlasím	7	14%

**Graf 10** – Pacienta oslovuji celým jeho jménem



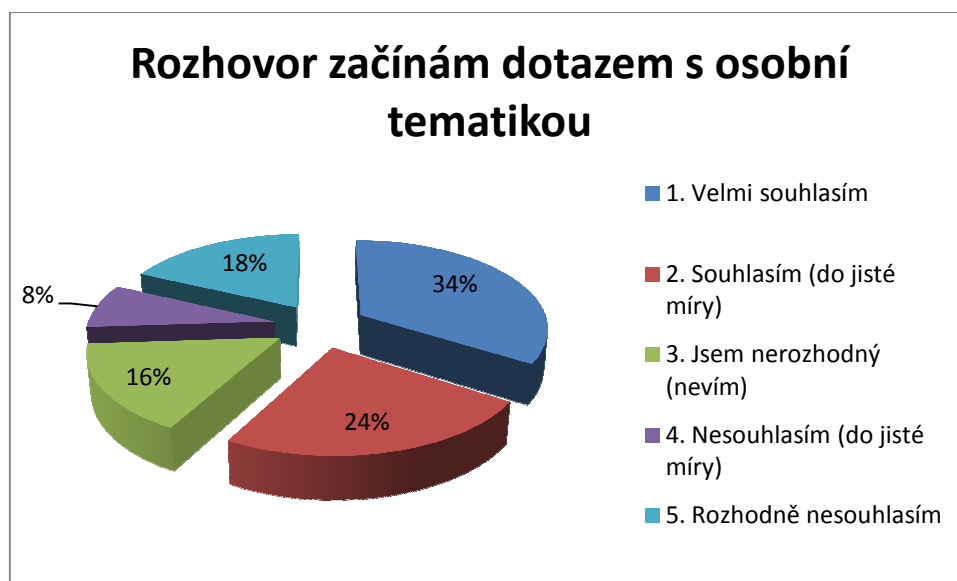
#### D. Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou.

Mnohé ze sester si myslí o vhodnosti začátku rozhovoru dotazem s osobní tematikou, a to v 34% dotazovaných. Na druhé straně rozhodně nesouhlasí s výrokem 18%.

**Tabulka 27** – Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou

1. Velmi souhlasím	17	34%
2. Souhlasím (do jisté míry)	12	24%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	8	16%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	4	8%
5. Rozhodně nesouhlasím	9	18%

**Graf 11** – Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou



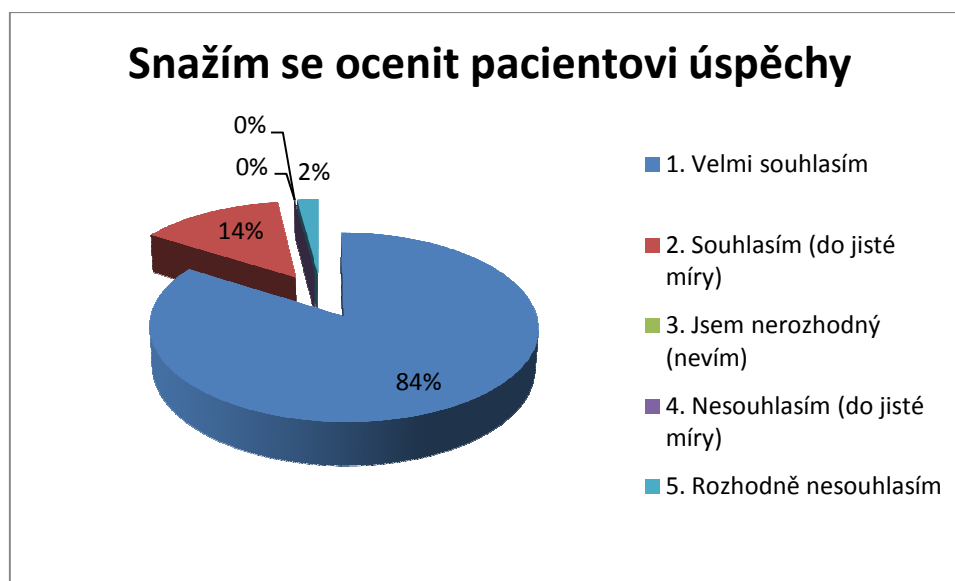
## E. Snažím se ocenit pacientovy úspěchy.

Je velmi potěšující fakt, že sestry se snaží ocenit pacientovi úspěchy a to až v 84%, do jisté míry souhlasí 14%.

**Tabulka 28** – Snažím se ocenit pacientovy úspěchy

1. Velmi souhlasím	42	84%
2. Souhlasím (do jisté míry)	7	14%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	0	0%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	0	0%
5. Rozhodně nesouhlasím	1	2%

**Graf 12** – Snažím se ocenit pacientovi úspěchy





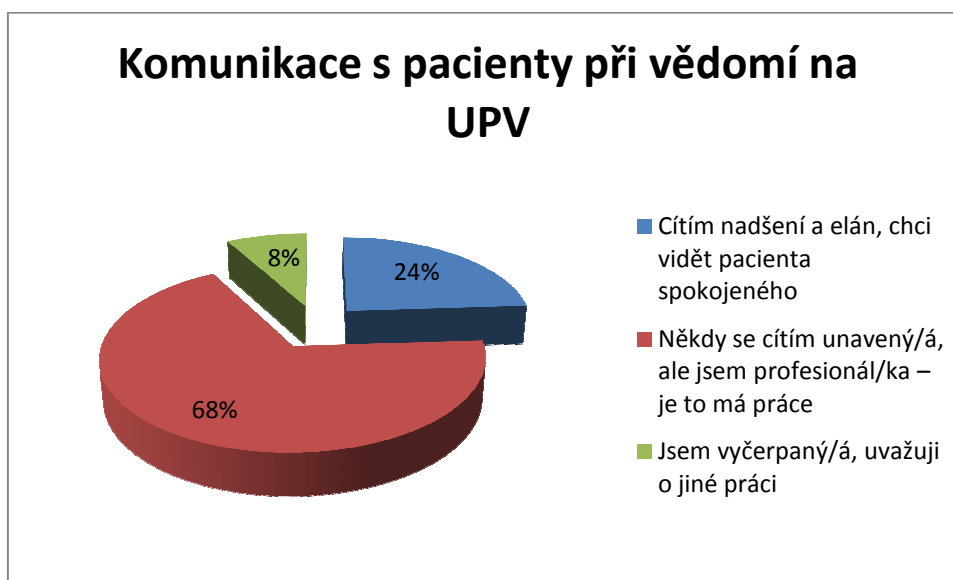
## 20. Komunikace s pacienty při vědomí na UPV:

68% dotazovaných respondentů se cítí při práci v komunikaci s pacienty na UPV unaveně, ale jsou to profesionálové, proto se snaží podle nejlepších metod a prostředků komunikovat na vysoké úrovni. Nadšení a elán cítí 24% respondentů. 8% dotazovaných se cítí vyčerpaně a uvažují o jiné práci. Tyto výsledky jsou dané i odpracovanými roky praxe na jednotkách intenzivní péče či na lůžkách anestezie a resuscitace.

**Tabulka 29** – Komunikace s pacienty při vědomí na UPV - celkově

	Dotazovaných	Procentuelně
Cítím nadšení a elán, chci vidět pacienta spokojeného	12	24%
Někdy se cítím unavený/á, ale jsem profesionál/ka – je to má práce	34	68%
Jsem vyčerpaný/á, uvažuji o jiné práci	4	8%

**Graf 13** – Komunikace s pacienty při vědomí na UPV - celkově



## 21. Prosím, vyjádřete svůj postoj k následujícím výrokům.

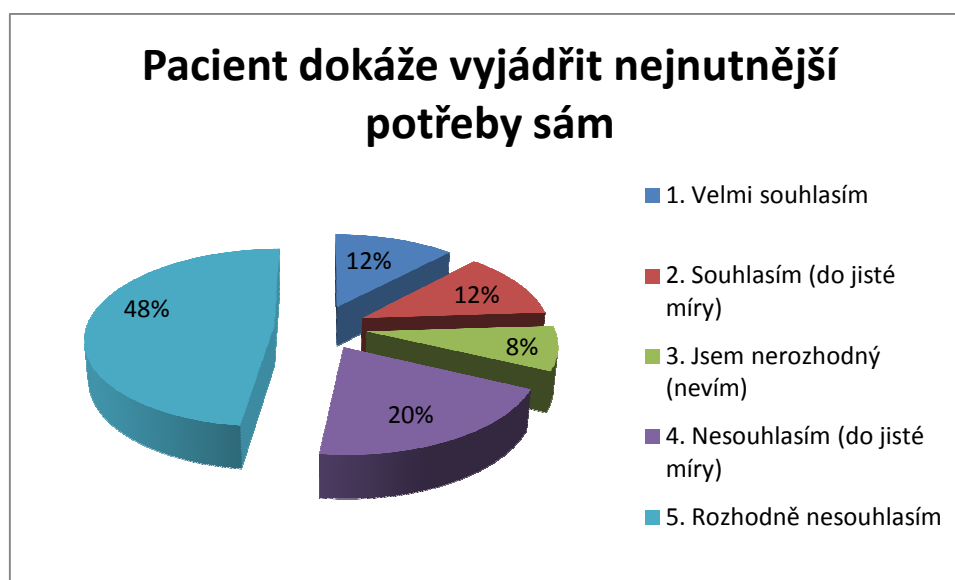
### A. Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám, není potřeba se ho na ně ptát.

Téměř polovina si myslí, že pacient není schopen vyjádřit své potřeby, je nutné ze strany sestry nabízet vhodná slova a možnosti, které vyjádří jeho aktuální požadavek.

**Tabulka 30** – Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám

1. Velmi souhlasím	6	12%
2. Souhlasím (do jisté míry)	6	12%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	4	8%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	10	20%
5. Rozhodně nesouhlasím	24	48%

**Graf 14** – Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám



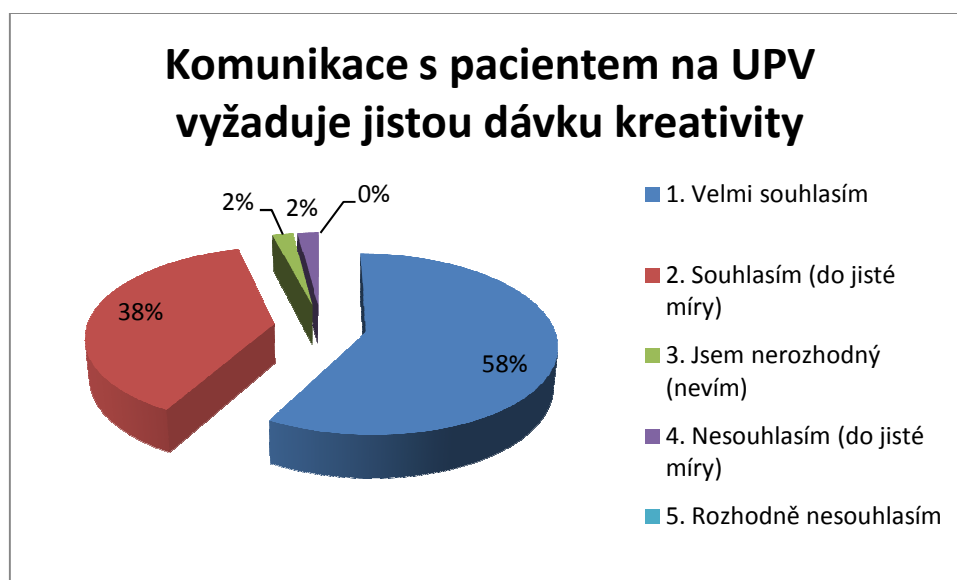
## B. Myslím si, že komunikace s pacientem na UPV vyžaduje od sestry jistou dávku kreativity.

Až 58% respondentů si myslí, že je nutnost kreativity v práci s pacientem při vědomí na UPV, avšak musím poukázat i na fakt, že podle odpovědí v předcházející otázce týkající se pomůcek využívaných v praxi tomu tak není, jenom pár jednotlivců uvedlo, že mimo tabulky s písmeny a písemnou formou komunikace používá i jiné pomůcky nebo i jiné zlepšovací způsoby na to, aby se pacient cítil lépe.

**Tabulka 31** – Komunikace s pacientem na UPV vyžaduje jistou dávku kreativity

1. Velmi souhlasím	29	58%
2. Souhlasím (do jisté míry)	19	38%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	1	2%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	1	2%
5. Rozhodně nesouhlasím	0	0%

**Graf 15** – Komunikace s pacientem na UPV vyžaduje jistou dávku kreativity



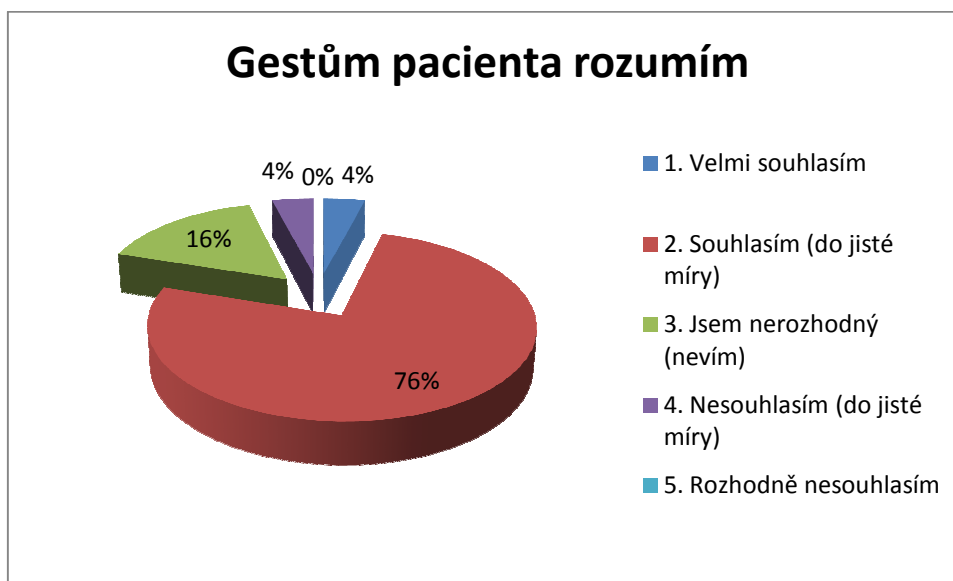
### C. Gestům pacienta rozumím.

Z dotazovaných respondentů uvádí 76% souhlas do jisté míry. Je to způsobeno i tím, že většina sester se domluví s pacientem předem na gestech. Vyvíjí se tím lepší spolupráce.

**Tabulka 32** – Gestům pacienta rozumím

1. Velmi souhlasím	2	4%
2. Souhlasím (do jisté míry)	38	76%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	8	16%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	2	4%
5. Rozhodně nesouhlasím	0	0%

**Graf 16** – Gestům pacienta rozumím



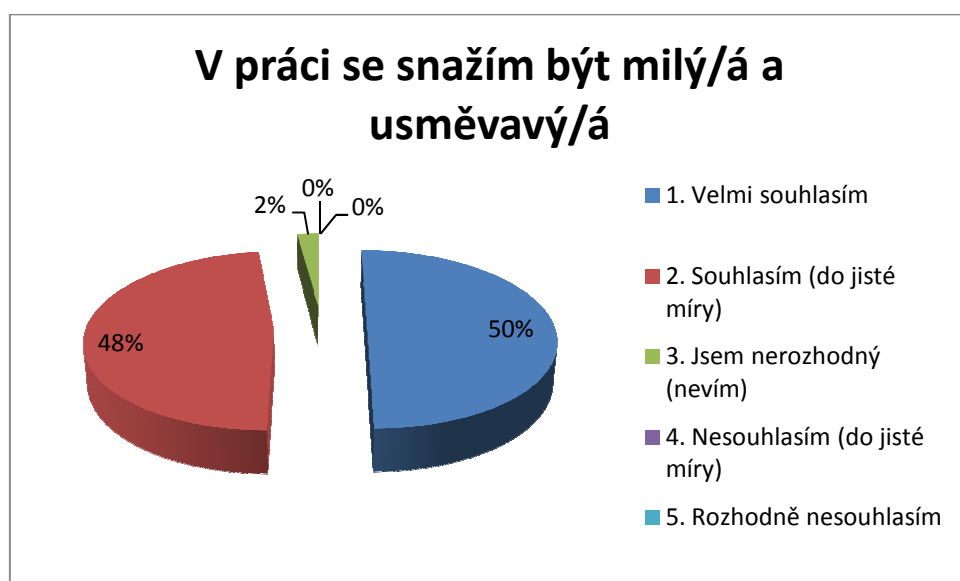
#### D. V práci s pacienty se snažím být milý/á a usměvavý/á.

Úsměv je v práci velmi důležitý, myslí si to téměř 100% dotázaných, tento kontrolní výrok souhlasí s otázkou, který se týkal úsměvu sester.

**Tabulka 33** – V práci se snažím být milý/á a usměvavý/á

1. Velmi souhlasím	25	50%
2. Souhlasím (do jisté míry)	24	48%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	1	2%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	0	0%
5. Rozhodně nesouhlasím	0	0%

**Graf 17** – V práci se snažím být milý/á a usměvavý/á



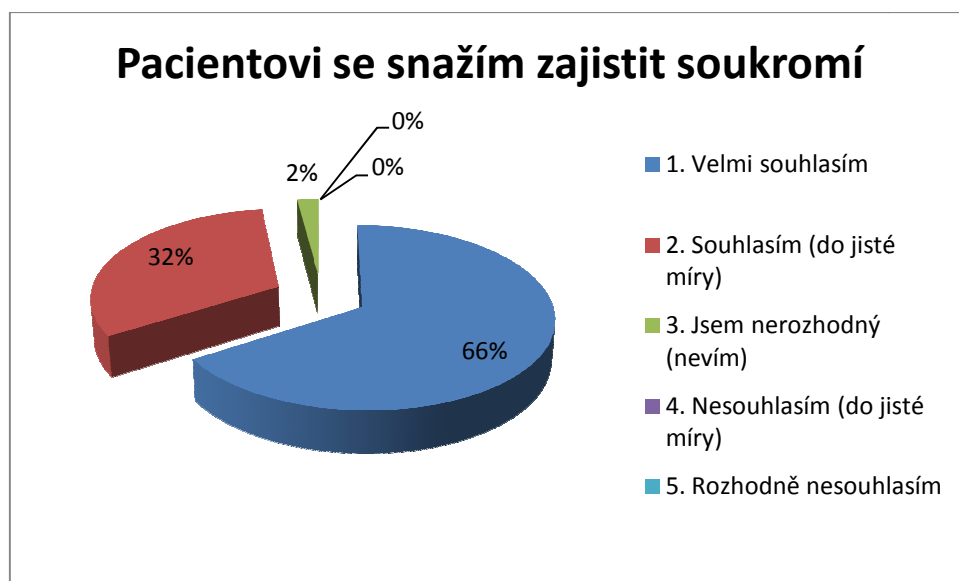
## E. Pacientovi se snažím zajistit soukromí.

S tímto výrokem souhlasí 66% dotazovaných, do jisté míry s tím souhlasí 32%, co znamená, že každá ze sester se snaží zajistit pacientovi soukromí a ctí etický kodex pacientů.

**Tabulka 34** – Pacientovi se snažím zajistit soukromí

1. Velmi souhlasím	33	66%
2. Souhlasím (do jisté míry)	16	32%
3. Jsem nerozhodný (nevím)	1	2%
4. Nesouhlasím (do jisté míry)	0	0%
5. Rozhodně nesouhlasím	0	0%

**Graf 18** – Pacientovi se snažím zajistit soukromí



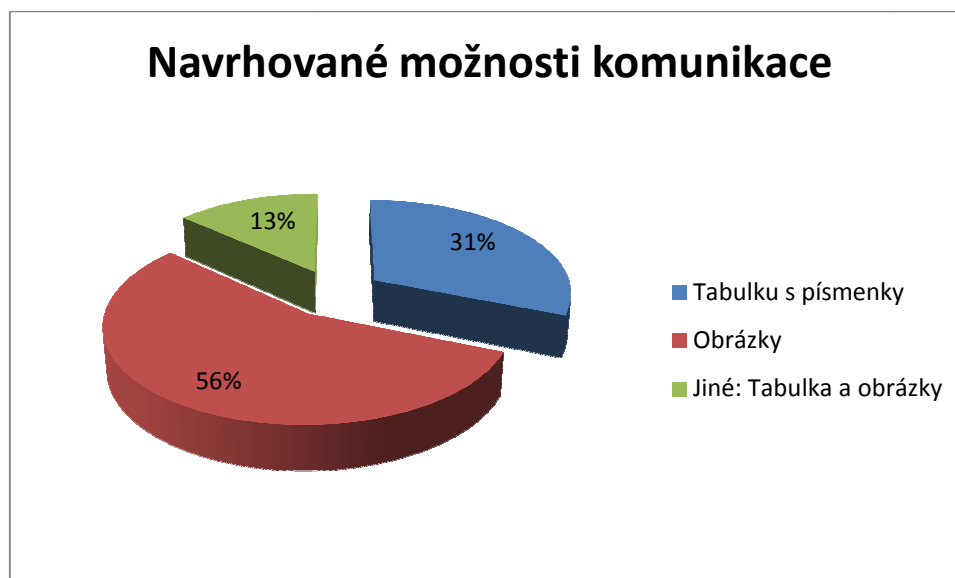
## 22. Co byste upřednostnil/a pro lepší komunikaci s pacienty na UPV?

Vzhledem k praxi s pacienty na UPV, by po zkušenostech sestry upřednostnili obrázky, může to být i skutečností, že v praxi se moc nepoužívají. Obrázky by upřednostnilo 56 % dotázaných sester. 31 % dotázaných respondentů by pokračovalo u tabulky s písmeny, možná i z důvodu zaběhnuté praxe. Mezi položkou jiné se objevila jedna odpověď u šesti dotázaných sester a to kombinace tabulky a obrázků.

**Tabulka 35** – Navrhované možnosti komunikace - celkově

	Dotazovaných	Procentuelně
Tabulku s písmenky	14	31%
Obrázky	25	56%
Jiné: Tabulka a obrázky	6	13%

**Graf 19** – Navrhované možnosti komunikace



**Tabulka 36** – Navrhované možnosti komunikace - rozdělení

	Dotazovaných		Procentuelně	
	JIP	ARO	JIP	ARO
Tabulku s písmenky	8	6	32%	24%
Obrázky	15	15	60%	60%
Jiné: Tabulka a obrázky	2	4	8%	16%



## 2.5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ U PACIENTŮ S TSK

Na těchto stránkách jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření u pacientů při vědomí se zavedenou tracheostomickou kanylou. Výsledky jsou interpretovány tabulkovým znázorněním, u zajímavých otázek je znázornění v grafické podobě.

### 1. Pohlaví:

Mezi respondenty byli 7 mužů a 8 žen.

**Tabulka 37** – Pohlaví pacientů

	Dotazovaných	Procentuelně
muži	7	47%
ženy	8	53%

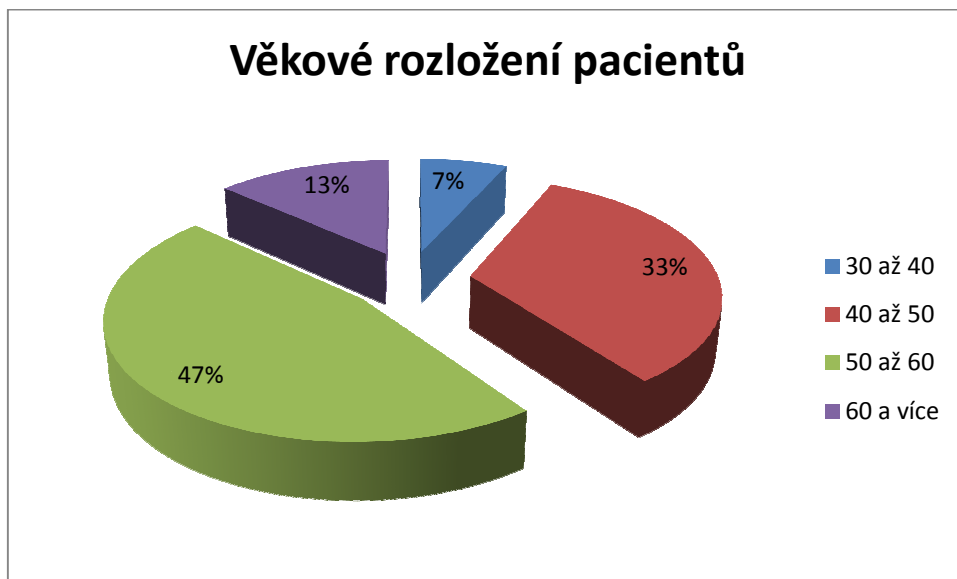
## 2. Věk:

Mezi respondenty byla nejpočetnější skupina lidí ve vyšším věku. Nejméně zastoupena byla skupina lidí do 40 let. Je tak z důvodu, že ve sledovaných odděleních převyšuje podíl pacientů ve vyšším věku než podíl mladších pacientů.

**Tabulka 38** – Věkové rozložení pacientů

	Dotazovaných	Procentuelně
30 až 40	1	7%
40 až 50	5	33%
50 až 60	7	47%
60 a více	2	13%

**Graf 20** – Věkové rozložení pacientů



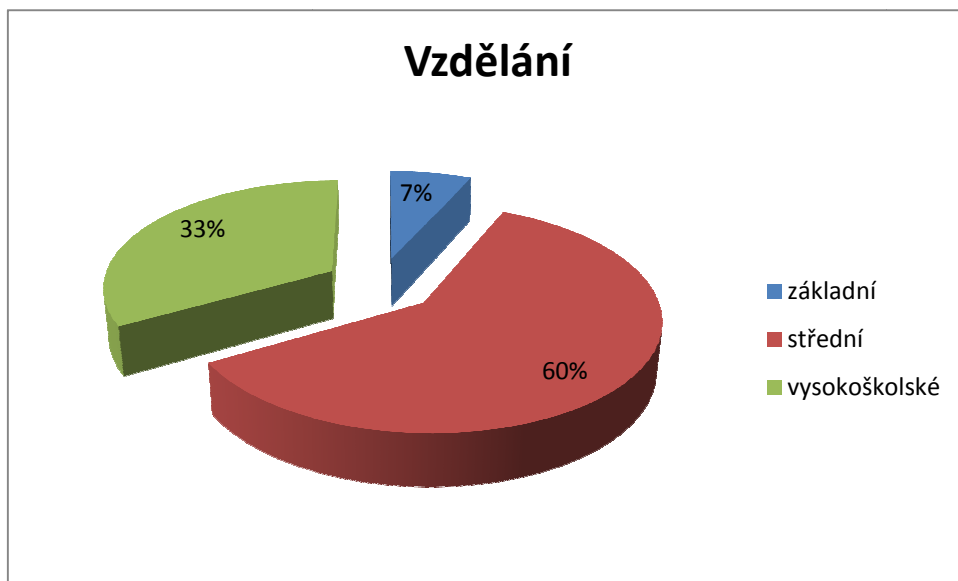
### 3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

Většina respondentů má ukončené středoškolské vzdělání. Pět lidí má ukončeno vysokoškolské studium. Jeden respondent má základní vzdělání. Vzdělanostní struktura dotazovaných přibližně odpovídá vzdělanostní struktuře pacientů jednotlivých oddělení během roku.

**Tabulka 39** – Vzdělání

	Dotazovaných	Procentuelně
základní	1	7%
střední	9	60%
vysokoškolské	5	33%

**Graf 21** – Vzdělání



#### 4. Jsem hospitalizován/a:

Dotazník byl vyplňován 7 pacienty hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče a 8 pacienty na oddělení resuscitační péče.

**Tabulka 40** – Oddělení

	Dotazovaných
JIP	7
ARO	8

#### 5. Kde se vyskytují nejčastěji sestry, když s Vámi komunikují?

Všichni respondenti odpověděli shodně, když uvedli, že sestry bývají nejčastěji vedle nich.

**Tabulka 41** – Výskyt sester při komunikaci s pacienty

	Dotazovaných
Vedle mně	15
V nohách postele	0
Pohybují se kolem mě	0

## 6. Kde je Vám dotyk sestry nejpříjemnější?

Až dvě třetiny respondentů uvádí, že nejpříjemnější je dotyk sestry na rameno. Téměř třetina respondentů se přiklání k dotekům ruky a jeden uvádí pohlazení po hlavě.

**Tabulka 42** – Nejpříjemnější dotek sestry

	Dotazovaných
Hlava	1
Ruka	4
Rameno	10

## 7. Mám rád/a, když se mě sestra dotýká.

Výrazná většina pacientů uvádí, že upřednostňuje dotyky ošetřujícího personálu. Naopak 2 z pacientů nemají rádi dotyk sester.

**Tabulka 43** – Dotek

	Dotazovaných
Ano	13
Ne	2

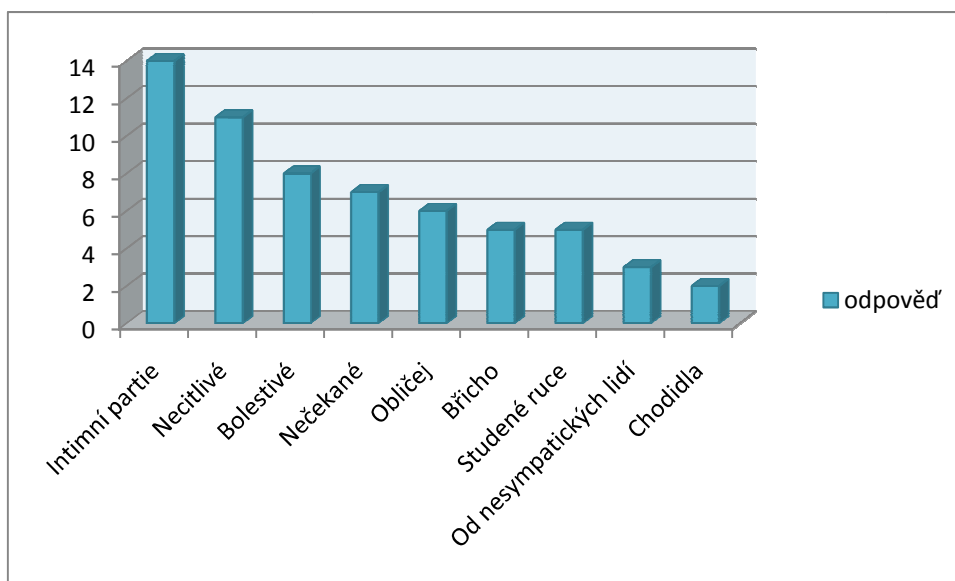
## 8. Jaké doteky jsou Vám nepříjemné?

Mezi nejvíce nepříjemné doteky považuje drtivá většina pacientů doteky v oblasti intimních partií. Mezi nepříjemné doteky dále patří doteky na břicho a obličej. Pacientům jsou nepříjemné nečekané, bolestivé a necitlivé doteky.

**Tabulka 44** – Nepříjemné doteky

	Odpověď
Intimní partie	14
Necitlivé	11
Bolestivé	8
Nečekané	7
Obličej	6
Břicho	5
Studené ruce	5
Od nesympatických lidí	3
Chodidla	2

**Graf 22** – Nepříjemné doteky



## 9. Co děláte, pokud Vás něco trápí?

Téměř dvě třetiny nemocných zareagují na trápení mimikou, nejčastěji mračením se. Pacienti také uvádějí, že nemohou najít klid – mění svou polohu, cítí bušení srdce a snaží se gestikulovat máváním na sestru, aby si ho všimla a vyposlechla ho.

**Tabulka 45** – Reakce v situaci obtíží

	Dotazovaných
Mračím se	9
Gestikuluji – mávám na sestru	1
Měním polohu, nemohu najít klid	3
Cítím bušení srdce	2

**Graf 23** – Reakce v situaci obtíží



## 10. Kam se dívají sestry, když s Vámi komunikují?

Všichni uvádějí, že sestry při komunikačním aktu se jim dívají do očí.

**Tabulka 46** – Pohled sestry při komunikaci s pacientem

	Dotazovaných
Do mých očí	15
Na moje ramena	0
Na svoje boty	0
Do prostoru	0

## 11. Jak by měla vypadat podle Vašeho názoru uniforma sester? (výběr z více možností)

Naprostá většina pacientů se přiklání k barevnějšímu, civilnějšímu oblečení. Pouze dva respondenti jsou spokojeni s uniformou sestry.

**Tabulka 47** – Uniforma sestry

	Dotazovaných
Kalhoty a halena	1
Šaty	4
Více barev	5
Civilnější	10
Líbí se mi uniforma sester	2



## 12. Seřad'te číselně jednotlivé položky, které Vás trápí nejvíce a na které se ptáte nejvíce?

Z analýzy vyplývá, že pacienty nejvíce chtějí pít, a trápí je bolest. Nezanedbatelný je fakt, že se zajímají také o informace, týkající se jejich zdravotního stavu. Čtvrtou nejčastější událostí, která je trápí, je příliš zima nebo horko. Pátá záležitost se týká toho, co s nimi bude dít dále, jaký postup bude určen. Šestá otázka v pořadí se týká zájmem o rodinu. Položka dýchání se umístila na sedmém místě. Osmé místo má vyprazdňování a dále následují položky osobního trápení, tělesné polohy a na posledním místě se umístil hlad.

**Tabulka 48** – Nejčastější dotazy pacientů

OTÁZKA	Pořadí
Žízeň	1.
Otázky týkající se bolesti	2.
Informace o nemoci	3.
Otázky týkající se mého komfortu, zda mně je teplo nebo zima	4.
„Co se se mnou bude dít?“	5.
Rodina	6.
Dýchání	7.
Vyprazdňování	8.
Vnitřní neklid	9.
Tělesná poloha (otočit na záda, na bok, posadit se)	10.
Hlad	11.

Vyhodnocení tabulky jsem udělala na základě následujícího postupu: Odpovědi, které se umístily u respondenta jako první, získávají 11 bodů, druhé získávají 10 bodů, třetí 9 bodů, čtvrté 8 bodů, páté 7 bodů, šesté 6 bodů, sedmé 5 bodů, osmé 4 body, deváté 3 body, desáté 2 body, jedenáctá odpověď 1 bod. Následně získané počty bodů násobím jejich četností. Tabulka teď vypadá následovně:

**Tabulka 49 – Údaje**

Pořadí	Odpověď										
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
Bolest	2	4	0	3	4	2	0	0	0	0	0
Teplo-zima	0	2	7	0	0	2	4	0	0	0	0
Žízeň	2	2	3	5	0	3	0	0	0	0	0
Poloha	0	0	1	0	2	1	0	1	4	2	4
Vyprazdňování	0	0	0	1	1	0	5	6	1	0	1
Dýchání	2	0	3	1	0	0	2	0	1	4	2
Informace	3	3	1	4	0	2	1	0	0	1	0
Rodina	2	2	0	0	4	2	1	1	2	0	1
Trápení	0	0	0	0	1	3	2	1	3	2	3
Dění	4	2	0	1	1	1	0	1	4	0	1
Hlad	0	0	0	0	2	0	0	5	1	5	2

**Tabulka 50 – Vyhodnocení údajů**

	1/11b	2/10b	3/9b	4/8b	5/7b	6/6b	7/5b	8/4b	9/3b	10/2b	11/1b	Celkem
1. Bolest	22	40	0	24	28	12	0	0	0	0	0	126
2. Teplo-zima	0	20	63	0	0	12	20	0	0	0	0	115
3. Žízeň	22	20	27	40	0	18	0	0	0	0	0	127
4. Poloha	0	0	9	0	14	6	0	4	12	4	4	53
5. Vypr.	0	0	0	8	7	0	25	24	3	0	1	68
6. Dýchání	22	0	27	8	0	0	10	0	3	8	2	80
7. Informace	33	30	9	32	0	12	5	0	0	2	0	123
8. Rodina	22	20	0	0	28	12	5	4	6	0	1	98
9. Trápení	0	0	0	0	7	18	10	4	9	4	3	55
10. Dění	44	20	0	8	7	6	0	4	12	0	1	102
11. Hlad	0	0	0	0	14	0	0	20	3	10	2	49

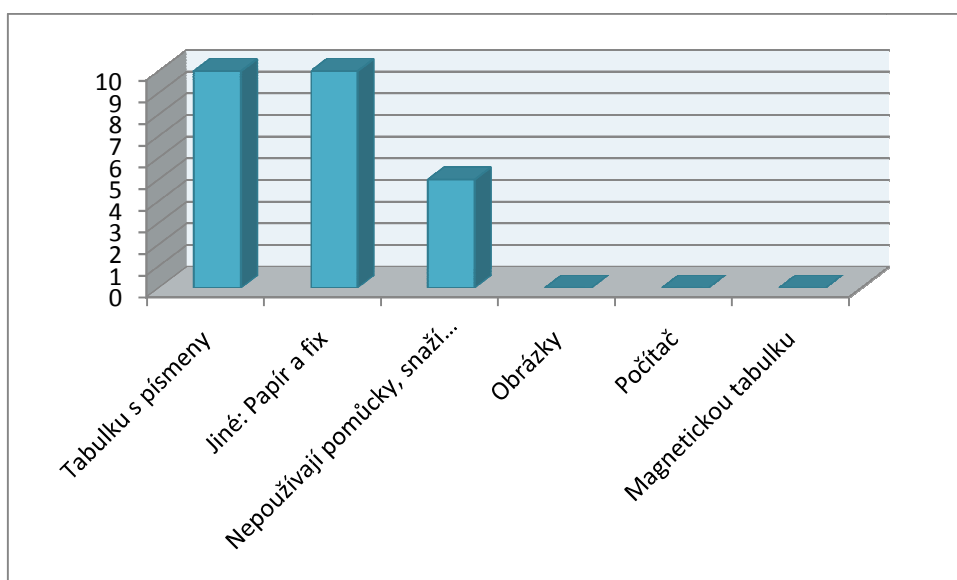
### 13. Jaké komunikační pomůcky využívají sestry při komunikaci s Vámi? (výběr z více možností)

Sestry nejvíce používají v kooperaci s pacienty tabulku s písmeny, papír a fix, menšina sester se snaží odezírat ze rtů.

**Tabulka 51** – Komunikační pomůcky

	Odpověď
Tabulku s písmeny	10
Obrázky	0
Počítač	0
Magnetickou tabulku	0
Nepoužívají pomůcky, snaží se odezírat	5
Jiné: Papír a fix	10

**Graf 24** – Komunikační pomůcky



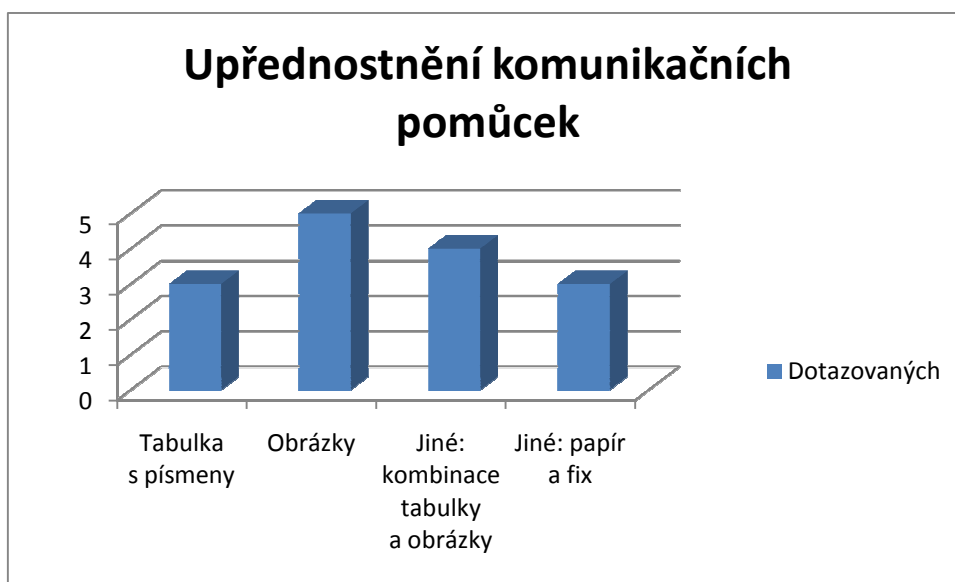
#### 14. Myslím si, že komunikace by byla lepší, kdyby se použila:

Názory pacientů na vhodnější komunikaci sestra – pacient se různí. Odpovědi ukazují, že třetina (5 respondentů) by upřednostnila obrázky, necelá třetina (4 respondenti) si myslí, že by byla vhodná kombinace tabulky s písmeny a obrázky. Někteří uvádějí i možnost tabulky s písmeny a přivítali by možnost psaní.

**Tabulka 52** – Upřednostnění komunikačních pomůcek

	Dotazovaných
Tabulka s písmeny	3
Obrázky	5
Jiné: kombinace tabulky a obrázky	4
Jiné: papír a fix	3

**Graf 25** – Upřednostnění komunikačních pomůcek



## 15. Jak upozorníte zdravotníky na to, že něco potřebujete?

7 nemocných nejčastěji upozorňuje na svoje potřeby gestem – rukama. Třetina preferuje domluvu mezi sestrou a pacientem a to gestem nebo mimikou. Někteří pacienti se kvůli malé svalové síle snaží upoutat pozornost upřeným zrakem.

**Tabulka 53** – Upoutání pozornosti sester

	Dotazovaných
Gestem: ruce	7
Upřeným zrakem	3
Předem domluveným signálem	5
Nevšímají si mě	0

**Graf 26** – Upoutání pozornosti sester



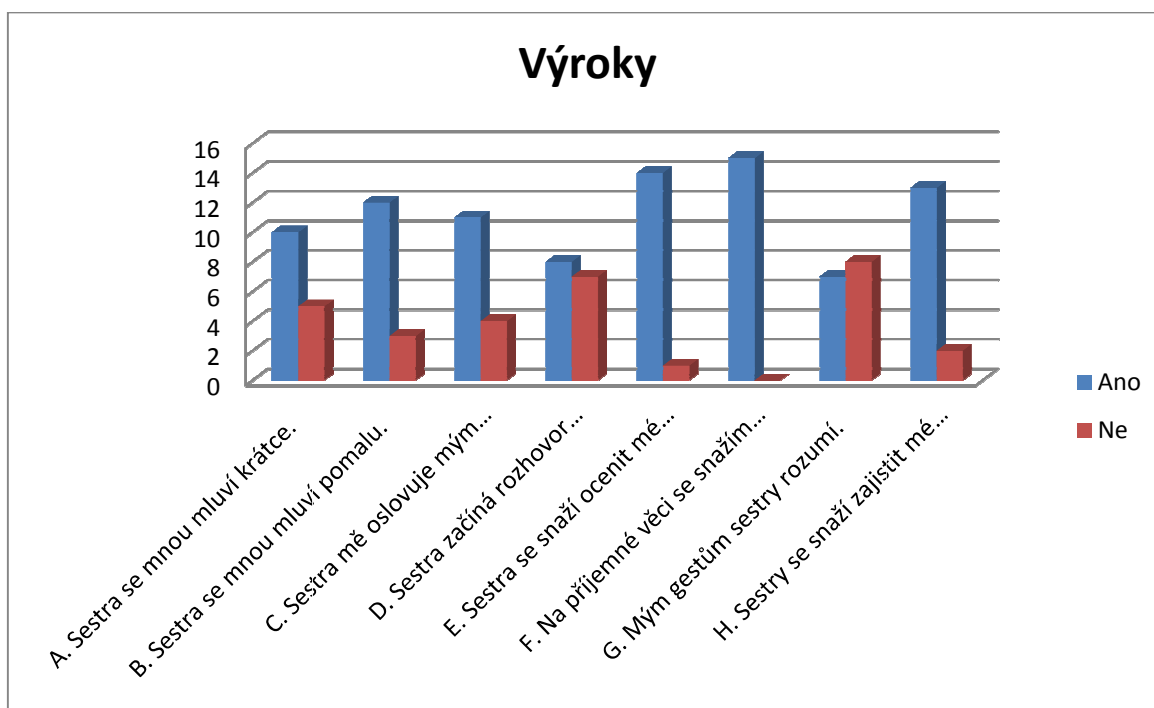
## 16. Prosím vyjádřete svůj souhlas nebo nesouhlas k následujícím výroky:

Následující tabulky odrážejí skutečnosti týkající se pocitů pacientů v interpersonální komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Z toho vyplývá, že sestry se snaží komunikovat podle jistých pravidel, svého nejlepšího cítění a pacienti se jim odvděčují vlídným gestem.

**Tabulka 54** – Výroky

Výrok	Ano	Ne
A. Sestra se mnou mluví krátce.	10	5
B. Sestra se mnou mluví pomalu.	12	3
C. Sestra mě oslovuje mým jménem.	11	4
D. Sestra začíná rozhovor s osobní tematikou.	8	7
E. Sestra se snaží ocenit mé úspěchy.	14	1
F. Na příjemné věci se snažím usmát, udělat to správné gesto.	15	0
G. Mým gestům sestry rozumí.	7	8
H. Sestry se snaží zajistit mé soukromí.	13	2

**Graf 27** – Výroky



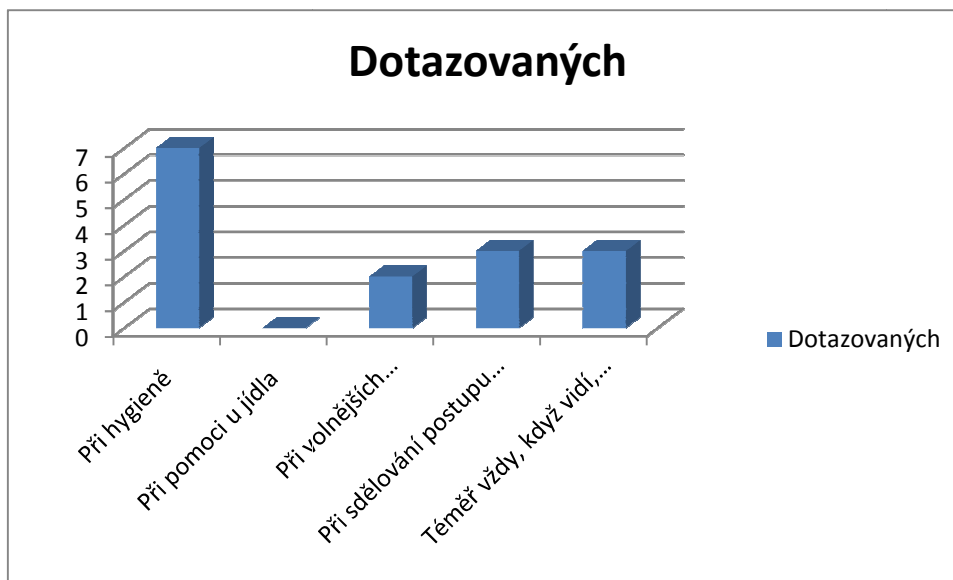
## 17. Nejvíce se mnou zdravotní sestry komunikují:

Pacienti vnímají sdílnost sester převážně při hygieně, vyrovnané skóre má komunikace při sdělování postupu vyšetření a vždy, když v pacientových očích vidí starost. Dvě odpovědi se týkaly komunikace při volnějších okamžicích v provozu oddělení.

**Tabulka 55** – Zdravotní sestry nejčastěji komunikují s pacientem

	Dotazovaných
Při hygieně	7
Při pomoci u jídla	0
Při volnějších okamžicích v denním režimu oddělení	2
Při sdělování postupu vyšetření	3
Téměř vždy, když vidí, že mám starost	3

**Graf 28** – Zdravotní sestry nejčastěji komunikují s pacientem



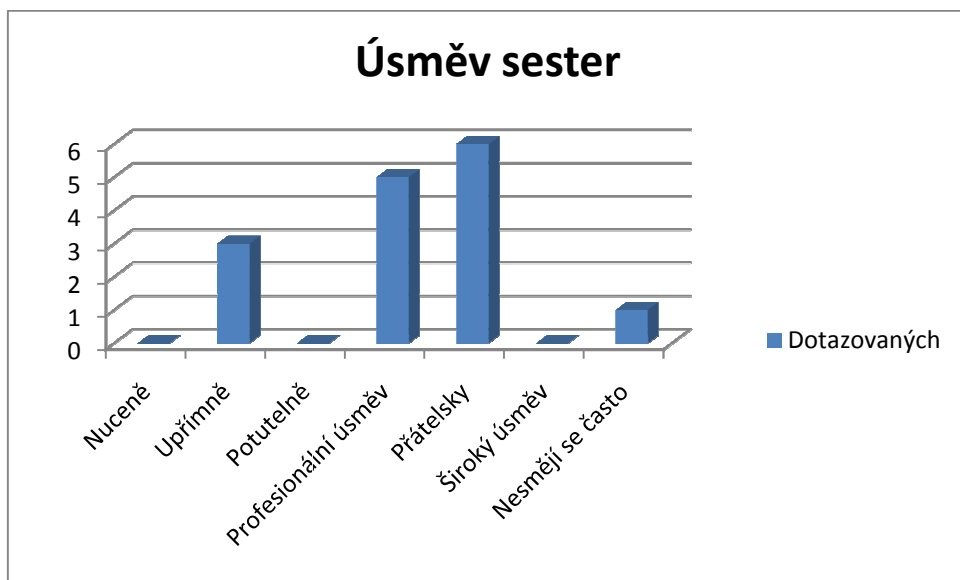
## 18. V práci se nejčastěji zdravotní sestry smějí:

6 nemocných zaznamenalo, že se sestry usmívají přátelsky. Třetina respondentů registruje na sestrách profesionální úsměv. Tři pacienti uvádějí, že sestry se smějí upřímně a jeden z dotazovaných má pocit, že se často nesmějí.

**Tabulka 56** – Úsměv sester

	Dotazovaných
Nuceně	0
Upřímně	3
Potutelně	0
Profesionální úsměv	5
Přátelsky	6
Široký úsměv	0
Nesmějí se často	1

**Graf 29** – Úsměv sester





## 2.6 DISKUSE

Před zahájením výzkumného šetření jsem vycházela z úsudku, že všeobecné sestry mají znalosti z oblasti neverbální komunikace a tuto teorii aplikují v praxi. Z výzkumu mezi sestrami vyplynulo, že moje hypotézy byly správné. Komunikace je věcí minimálně dvou lidí, platí to i ve vztahu sestra – pacient. Z tohoto důvodu jsem chtěla poznat také názory pacientů, zda by se mohla zlepšit komunikace, dorozumívání a tím i lepší spolupráce. Respondenti, kteří neměli dostatečnou svalovou sílu na vyplnění dotazníku, odpovídali na otázky předem domluveným signálem.

Většinou byli u dotazníkového šetření rodinní příslušníci, kteří projevíli zájem o výzkum. Zjistila jsem tím, že právě rodině schází informace o tom, jak mají s nimi komunikovat a jakým způsobem se chovat. Rozhodla jsem se proto vytvořit edukační materiál pro rodinné příslušníky, který by jim mohl umožnit lepší komunikaci. Vycházím taky z letitého pozorování pacientů a uspokojování jejich potřeb. Výzkumný vzorek u pacientů je ovšem malý na to, abychom mohli tyto získané údaje pokládat za nestranné. Je to nástin 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 převážně ženy. Rozložení sester podle délky praxe je vyrovnané. Na vybraných odděleních pracují sestry absolventky i sestry s více než dvacetiletou praxí. Trend vysokoškolského studia se zatím na vybraných odděleních příliš neprojevil, na straně druhé je zájem o prohlubování vědomostí prostřednictvím specializačního studia. Docházím tedy k závěru, že sestry mají zájem o další vzdělávání v oboru, ve kterém pracují.

Skupinu dotazovaných pacientů tvoří 15 pacientů z oddělení intenzivní a resuscitační péče. Zde jsou zastoupeny rovnoměrně ženy i muži různého věku. Zastupují základní, střední i vysokoškolské vzdělání.

Věkově zahrnuje dotazník skupinu nemocných od 38 let. Mezi respondenty byla nejpočetnější skupina lidí od 50 do 60 let. Nejméně zastoupena byla skupina lidí do 40 let. Je tak z důvodu, že ve sledovaných odděleních převyšuje podíl pacientů ve zralém věku než podíl mladších pacientů.

První otázkou uvádějící do samotné zjišťující části dotazníku jsem se snažila zjistit, zda všeobecné sestry vědí, o čem pojednává neverbální komunikace. Reakce sester znamenali úspěch na teoretickém poli. Nejvíce byla zastoupená jednoznačná odpověď Komunikace beze slov. Některé odpovědi se odlišovali v rozdílu sdílnosti a rozvedenosti. Další otázka se týkala toho, kde sestry nejlépe vyčtou strach a smutek. Podklady na toto téma dává mj. práce J. D. Bouchera a P. Ekmana, uváděná Křivohlavým (1988), kde podle ní se štěstí se dá s velkou přesností (98%) určit z oblasti dolní části obličeje. Překvapení se dá správně určit v každé zóně obličeje, nejpřesněji však v oblasti čela a obočí (79%). Dobře se určuje z toho, co je možné sledovat v oblasti očí a očních víček (63%). S největší přesností (67%) se dají určit strach a smutek v oblasti očí a víček. U sester jsem se setkala s následující údaji: 40% vyčte strach a smutek v oblasti čela a obočí, 50% dotázaných v oblasti očí a víček a 10% v oblasti nosu, tváří a úst. Moje zjištění z velké části odpovídají výzkumu zmiňovaných autorů.

Z těchto výsledků by se dalo usuzovat, že emoce jako smutek a strach je velmi individuální.

Druhou významnou oblastí pro můj výzkum se stala haptika. Zajímala jsem se o to, kde se nejčastěji sestra dotýká pacienta, pokud ho chce oslovit nebo povzbudit. Ukázalo se, že nejčastěji je volen dotyk na rameno (56%) a stisk ruky (36%). Menšina sester volí současně obě dvě možnosti (6%). S porovnáním pacientů výsledky navzájem korespondují. Pohlazení po hlavě nevolí nikdo jako možnost povzbuzení nebo oslovení. Další otázkou bylo, jak nejčastěji reagují nemocní na dotyky. Z analýzy vychází, že 64% nemocných reaguje na dotyk úsměvem, 26% stiskem ruky a negativní emoce vyjadřují 10% pacientů. Zde analýza koresponduje s výzkumem Polákové (2008), která uvádí, že 77% dotazovaných si všímá jako odpovědi na dotyk, úsměv. Z výzkumného vzorku pacientů odpovědělo na otázku, zda jsou jim dotyky sestry příjemné 13 dotázaných. Pacienti se přitom na příjemné věci, události snaží usmát, udělat to správné gesto. Oproti příjemným dotykům stojí nepříjemné dotyky, z analýzy sester je tedy známo, že mezi nepříjemné dotyky pacientů patří intimní místa a obličej. Druhou nejčastější odpovědí byla oblast břicha. Mimo místa na těle odpovídaly sestry často na dotaz, doteky nečekanými, tzn., když pacienti nejsou předem upozorněni na úkony, které bude sestra následně provádět a pokud je předem nikdo neosloví. Doteky rychlé, necitlivé, hrubé. Menší část respondentů si myslí, že je to individuální záležitost a je nutné pacienta poznat. Názor pacientů se od názoru sester extrémně neliší. Majoritní většina pacientů považuje nepříjemné dotyky v oblasti intimních partií. Pacientům jsou nepříjemné i dotyky nečekané, bolestivé a necitlivé.

V mém výzkumu mě zajímalo, podle čeho sestry zjistí, že pacient při vědomí na UPV má problém nebo se trápí. Z analýzy vyplývá, že zdravotní sestry nejčastěji zjistí problémy a trápení pacientů z mimiky pacienta, z pohybů jeho tváře. Téměř za stejně důležitý projev trápícího se pacienta považují fyziologické funkce pacienta – dech, akce srdce, krevní tlak a další fyziologické projevy. Na třetím místě se řídí gestikou a v poslední řadě posturologickými projevy. Mimika tedy hraje důležitou roli, reakce pacientů to také potvrzují, jsou to buď vědomé, nebo nevědomé reakce. Názor pacientů v oblasti upozornění sestry je především gestikou. Třetina preferuje domluvu mezi sestrou a pacientem a to gestem nebo mimikou. Někteří pacienti se z důvodu malé svalové síly snaží upoutat pozornost upřeným zrakem.

S mimikou souvisí pohled sestry při rozhovoru s pacientem. Ten vede 100% do očí nemocného. Pocity nemocných to jenom potvrzují.

Jednou s vybranou oblastí je úprava zevnějšku. Každá sestra si vybírá určitou image, která je její vizitkou. Úprava, kterou může sestra ovlivnit je její účes, make-up, úprava nehtů. Mezi neovlivnitelné patří uniforma sestry. Určuje to většinou dané zdravotnické zařízení. Výsledky analýzy jsou 1:1. V prostoru na vyjádření respondenti nejvíce uvedli nevyhovující barvu, materiál, střih, většinou je oblečení nepohodlné, škrobené. Chybí trička, sukně, tílka, mikiny, krátké kalhoty. Naprostá většina pacientů se taktéž přiklání k barevnějšímu, civilnějšímu oblečení. Pouze dva respondenti jsou spokojeni s uniformou sestry.

Výzkumnou práci jsem se snažila přijít na postupnost otázek při zjištění diskomfortu pacienta, přičemž jsem odpovědi porovnávala s výpovědí pacientů. Z analýzy postupových priorit sester vyplývá, že sestry se začínají ptát pacienta nejdříve na bolest, po které následuje otázka typu: Jak se Vám dýchá? Je celkem pravděpodobné, že vystihnou jeho aktuální diskomfort, protože berou v potaz, že může trpět různými bolestmi a ději, které se týkají jeho úspěšného odvyknutí od ventilátoru. Třetí otázkou se sestra většinou ptá, zda je pacientovi teplo nebo zima, čtvrtá se týká žízně. Sestry pokračují po neuspokojivé pacientově potřebě otázkou, zda mu vyhovuje poloha na zádech či na boku. Dotaz na vyprazdňování přichází posléze, většinou se aktivně zajímají o to, zda mohou jít na záchod. Obvykle mají pacienti zavedený močový katétr a na velkou potřebu je využívána mísa pro pacienty. Fakt, že si dokážou zeptat o mísu, značí o lepší funkci svěračů, o zvyšování soběstačnosti. Sedmá až devátá otázka se týká osobních emocí pacienta a to jeho trápení, informací o zdravotním stavu a jaké další aktivity budou následovat. Desátá otázka v pořadí se týká dotazy na rodinu, většinou chtějí svým blízkým volat, psát. Nechtějí

zůstávat sami. Na hlad se ptají jako poslední alternativu. Výběr možností v dotazníku jsem uvedla záměrně, protože vím, že mnoho sester se ptá jenom na jisté okruhy otázek, nepatří k nim okruh týkající se o jejich osobním trápení, o tom co se s ním bude dít dál. Po neúspěšném pátrání se to končí obligatorní otázkou: „Je to aktuální problém?“ a odpovědí: „Dopátráme se k tomu později“. Můj záměr byl rozšířit okruhy otázek sester.

Naproti tomu z analýzy dotazníků určených pro pacienty vyplývá, že jejich nejčastější potřeba je žízeň a trápí je bolest. Nezanedbatelný je fakt, že se zajímají také o informace, týkající se jejich zdravotního stavu. Čtvrtou nejčastější událostí, která je trápí, je příliš zima nebo horko. Pátá záležitost se týká toho, co s nimi bude dít dále, jaký postup bude určen. Šestá otázka v pořadí se týká zájmem o rodinu. Položka dýchání se umístila na sedmém místě. Přitom předpokládám, že tato položka se umístila na tomto místě z důvodu rychlého řešení problému a to předtím, než pacient začne mít potíže. Upozorní totiž na to alarmy nastavené buď na ventilátoru, nebo monitoru. Následují: vyprazdňování, osobní trápení, tělesná poloha a hlad.

Další zaměření otázky je využití komunikačních pomůcek v praxi u pacientů na UPV. Sestry přitom vyrovnaně používají tabulku s písmenky a písemnou domluvu. Vyplývá z toho, že se drží stereotypů i v případě selhání osvědčené techniky. Chybí kreativita v hledání nových dorozumívacích prostředků. Při porovnávání pravdivosti výroků sester a pacientů vyšla napovrch ještě jedna skutečnost, a to, že menšina sester nepoužívá žádné komunikační pomůcky, ale snaží se odezírat ze rtů.

Komunikace mezi sestrou a pacientem probíhá vždy při každé ošetrovatelské činnosti. Mnoho sester nejčastěji komunikuje s pacientem ráno u hygieny, dále při polohování a při předávání informací předpokládaných denních činností. Extrémy: Menšina komunikuje, jenom když je to nutné. Druhou krajností je přemrštěná komunikace a to v každé volné chvíli. Myslím si, že ani jedna z alternativ není vyhovujícím řešením pro nemocného. Na jedné straně se může cítit opuštěn a na straně druhé obtěžován. Považuji však za velmi krásné a lidské, když sestry mají snahu vyjádřit nemocnému empatii, zájem, saturovat jeho potřebu bezpečí a jistoty.

Mezi oblastmi neverbální komunikace, které jsem pokládala za důležité prozkoumat je gestika. Zajímalo mě, jakým způsobem pacienti upozorní sestry na to, že něco potřebují. Pacienti nejčastěji upozorňují na svoje potřeby rukama. Tuto gestikulaci uvádí u svých pacientů až 66% dotázaných sester. V některých případech pacienti upozorňují na to, že něco potřebují, předem domluveným gestem nebo mimikou, jak uvádí 26 procent sester.

Malá část pacientů se snaží získat si pozornost upřeným zrakem, zejména lidi s malou svalovou silou. Tyto údaje korespondují s názory pacientů.

Moji práci zakončím úsměvem. Úsměv je součástí mimického vyjadřování, zajímalo mě tedy, kolik sester předává tímto způsobem radost dál. Jak se tedy usmívají a smějí sestry na pacienty? Podle sester samotných i podle pacientů se zdravotní personál nejčastěji usmívá profesionálně nebo přátelsky. Myslím, že i přestože jsou sestry mnohokrát vyčerpané, jejich úsměv svědčí o jejich profesionalitě.

# ZÁVĚR

Neverbální komunikace v práci zdravotní sestry a specifika v komunikaci s nemocným se zavedenou TSK byly ústředním motivem celé mé bakalářské práce.

V empirické části jsem se snažila zjistit míru znalostí sester v oblasti neverbální komunikaci s pacienty s TSK a jejich chování k nim. Snažila jsem se přijít na nové možnosti komunikace, na lepší využití času v komunikaci s nimi, na zlepšení efektivity. Na základě uskutečněných analýz můžu uvést následovné závěry.

Analýza týkající se pojmů komunikace potvrdila, že zdravotní sestry mají poznatky teoretické a většina z nich je využívá i prakticky. V komunikaci s pacientem majoritní část sester mluví pomalu, krátce, pacienta oslovují jménem, rozhovor začínají s osobní tématikou, pohled očí sester směřuje vždy do očí nemocného, zajišťují soukromí a oceňují pacientovi úspěchy.

Komunikace mezi sestrou a pacientem probíhá vždy při každé ošetrovatelské činnosti. Sestry mají snahu vyjádřit nemocnému empatii, zájem, saturovat potřebu bezpečí a jistoty. Mezi výrazné zjištění patří oboustranná kongruence příjemného dotyku na rameno.

Výzkumnou prací jsem se snažila přijít na postupnost otázek při zjišťování diskomfortu pacienta, přičemž jsem odpovědi porovnála s výpověďmi pacientů. Z analýzy postupových priorit sester vyplývá, že sestry se začínají ptát pacienta nejdříve na bolest, po které následuje otázka typu: „Jak se Vám dýchá?“. Je celkem pravděpodobné, že vystihnou jeho aktuální diskomfort, protože berou v potaz, že může trpět různými bolestmi a ději, které se týkají jeho úspěšného odvykání od ventilátoru.

Nepříznivým zjištěním bylo využívání komunikačních pomůcek v praxi. Sestry používají tabulku s písmenky a písemnou domluvu. Vyplývá z toho, že se drží stereotypů a nedávají prostor jiným možnostem. Chybí kreativita v hledání nových dorozumívacích prostředků. Při porovnávání pravdivosti výroků sester a pacientů vyšla napovrch ještě jedna skutečnost a to, že menšina sester nepoužívá žádné komunikační pomůcky, ale snaží se odezírat ze rtů.

Pro získání podkladů k empirické části bakalářské práce jsem si zvolila Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze. Výzkum byl proveden na jednotkách intenzivní péče a na lůžkách Kliniky anestezie a resuscitace formou dotazníkového šetření. U pacientů, kteří neměli dostatečnou svalovou sílu, byl dotazník vyplněn s asistencí.

Za důležité zjištění mé analýzy považuji skutečnost, že nemocní jsou s neverbální komunikací sester spokojeni a ve velké míře názorů se shodují. Musím však upozornit, že výzkumný vzorek pacientů byl příliš malý, abych z něj mohla činit obecné závěry. Měl by sloužit pouze pro představu názorů nemocných.

V průběhu tvorby této bakalářské práce jsem systematicky koncentrovala a třídila dostupné údaje a literaturu, která je nápomocná při dalších výzkumech v oblasti neverbální komunikace v práci zdravotní sestry. Pokusila jsem se obohatit problematiku neverbální komunikace a specifika komunikace s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou v nemocniční praxi. V průběhu závěrečné práce jsem vytvořila edukační materiál pro příbuzné pacientů, který by jim měl umožnit efektivní dorozumívání.

# ANOTACE

Autor:	Lucia Salajová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Neverbální komunikace zdravotní sestry
Vedoucí práce:	PhDr. Bažantová Mariana
Počet stran:	118
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	Komunikace, Neverbální komunikace, Mimika, Řeč očí, Gestika, Haptika, Proxemika, Posturologie, Kinezika, Tracheostomie, Komunikace s pacienty

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 najít i kapitulu o úsměvu, nebo kapitulu zabývající se specifiky komunikace s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou při vědomí.

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 (KARIM, JIP) Všeobecné fakultní nemocnice v Praze.

The bachelor thesis discusses a communication and its usage in a medical environment. A part of verbal communication is placed in this assignment, although the aim of the assignment is nonverbal communication. A chapter about the communication by smile is included. At the assignment there is also a chapter which deals with specifics of communication with conscious patients with tracheostomy cannula.

The second part of the assignment is based on research examination focused on survey of nurses's knowledge degree in nonverbal communication area and usage of this information in profession. Searched information were controlled by research examination between patients. Both groups of patients were from KARIM and ICU departments of General Faculty Hospital in Prague.



## POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURA

1. KLEIN, Z., *Atlas sémantických gest*. Praha: HZ Editio, 1998. ISBN 80-86009-21-1
2. POKORNÁ, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-440-2
3. MORRIS, D., *Bodytalk – Řeč těla*, Praha: Ivo Železný, 1999. ISBN 80-240-0238-8
4. KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak si navzájem lépe porozumíme*, Praha: Svoboda, 1988. ISBN 25-095-88
5. LAFAYETTE de MENTE, B., *Naučte se číst z obličeje: (objevte tajemství ukrytá v lidské tváři)*, Praha: Aurora, 2005. ISBN 80-7299-084-5
6. LINHARTOVÁ, V., *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5
7. BÄUMLOVÁ, B., *Tajemství lidského úsměvu: odlišné interpretace úsměvu v rámci kontextových modalit*, Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-781-X
8. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*, Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-599-4
9. CHROBOK, V., ASTL, J., KOMÍNEK, P. a kol., *Tracheostomie a koniotomie techniky, komplikace a ošetrovatelská péče*, Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-031-3
10. KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9
11. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1262-8

12. FERJENČÍK, J., *Komunikácia v organizáciách*, učebnica: Ekonomická univerzita v Bratislave, Podnikovohospodárska fakulta v Košiciach, 2001.
13. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených : (jak zlepšovat psychický stav nemocných)*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1985.
14. PEASE, A., *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-582-2
15. POLÁKOVÁ, M., *Neverbální komunikace v práci všeobecné sestry*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. Depon in: archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
16. [http://itbiz.cz/files/images/ufonuv\\_mobil.jpg](http://itbiz.cz/files/images/ufonuv_mobil.jpg)
17. <http://www.chvatik.com/svatba/pic/010penize.jpg>
18. <http://www.topdama.cz/upload/useruploads/images/pen%C3%ADze.jpg>
19. <http://www.rohlenka.cz/images/jidlo/1.jpg>
20. <http://www.myshaweb.cz/wp-content/uploads/clanky/kava/kava.jpg>
21. <http://todaysseniorsnetwork.com/Lungs%20x%20ray.jpg>
22. [http://belsti.unas.cz/Laska\\_files/rodina.jpg](http://belsti.unas.cz/Laska_files/rodina.jpg)
23. <http://www.interiermarket.cz/images/prok/piktogram-wc-samolepici.jpg>
24. <http://www.roadstarshop.cz/pimages/lcd1082.jpg>
25. [http://mm.denik.cz/34/40/01\\_web\\_zdravotni\\_sestry\\_nemocnice\\_zdravi\\_denik\\_clanek\\_solo.jpg](http://mm.denik.cz/34/40/01_web_zdravotni_sestry_nemocnice_zdravi_denik_clanek_solo.jpg)

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Odpracované roky .....	43
Graf 2 – Vzdělání sester.....	44
Graf 3 – Komunikace s pacienty.....	46
Graf 4 – Místo povzbudivého doteku – celkově.....	48
Graf 5 – Reakce nemocného na dotek .....	50
Graf 6 – Způsob upozornění pacienta.....	58
Graf 7 – Úsměv sester.....	59
Graf 8 – S pacientem mluvím krátce .....	60
Graf 9 – S pacientem mluvím pomalu .....	61
Graf 10 – Pacienta oslovuji celým jeho jménem .....	62
Graf 11 – Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou .....	63
Graf 12 – Snažím se ocenit pacientovi úspěchy .....	64
Graf 13 – Komunikace s pacienty při vědomí na UPV - celkově.....	65
Graf 14 – Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám .....	66
Graf 15 – Komunikace s pacientem na UPV vyžaduje jistou dávku kreativity .....	67
Graf 16 – Gestům pacienta rozumím.....	68
Graf 17 – V práci se snažím být milý/á a usměvavý/á .....	69
Graf 18 – Pacientovi se snažím zajistit soukromí.....	70
Graf 19 – Navrhované možnosti komunikace .....	71
Graf 20 – Věkové rozložení pacientů .....	74
Graf 21 – Vzdělání.....	75
Graf 22 – Nepříjemné doteky .....	78
Graf 23 – Reakce v situaci obtíží.....	79
Graf 24 – Komunikační pomůcky .....	83
Graf 25 – Upřednostnění komunikačních pomůcek .....	84
Graf 26 – Upoutání pozornosti sester .....	85
Graf 27 – Výroky.....	86
Graf 28 – Zdravotní sestry nejčastěji komunikují s pacientem .....	87
Graf 29 – Úsměv sester.....	88

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví sester .....	42
Tabulka 2 – Odpracované roky .....	43
Tabulka 3 – Vzdělání sester .....	44
Tabulka 4 – Oddělení praxe .....	45
Tabulka 5 – Komunikace s pacienty - celkově .....	46
Tabulka 6 – Komunikace s pacienty - rozdělení .....	46
Tabulka 7 – Vyčtení strachu z obličeje - celkově .....	47
Tabulka 8 – Vyčtení strachu z obličeje - rozdělení .....	47
Tabulka 9 – Místo povzbudivého doteku - celkově .....	48
Tabulka 10 – Místo povzbudivého doteku - rozdělení .....	49
Tabulka 11 – Reakce nemocného na dotek .....	50
Tabulka 12 – Odpovědi respondentů .....	51
Tabulka 13 – Vyhodnocení údajů .....	52
Tabulka 14 – Výsledek .....	52
Tabulka 15 – Pohled při rozhovoru sestry .....	53
Tabulka 16 – Spokojenost se vzhledem uniformy .....	53
Tabulka 17 – Údaje .....	54
Tabulka 18 – Vyhodnocení údajů .....	55
Tabulka 19 – Vyhodnocení .....	55
Tabulka 20 – Komunikační pomůcky v praxi .....	56
Tabulka 21 – Způsob upozornění pacienta .....	57
Tabulka 22 – Způsob upozornění pacienta .....	57
Tabulka 23 – Úsměv sester .....	59
Tabulka 24 – S pacientem mluvím krátce .....	60
Tabulka 25 – S pacientem mluvím pomalu .....	61
Tabulka 26 – Pacienta oslovuji celým jeho jménem .....	62
Tabulka 27 – Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou .....	63
Tabulka 28 – Snažím se ocenit pacientovy úspěchy .....	64
Tabulka 29 – Komunikace s pacienty při vědomí na UPV - celkově .....	65
Tabulka 30 – Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám .....	66
Tabulka 31 – Komunikace s pacientem na UPV vyžaduje jistou dávku kreativity .....	67
Tabulka 32 – Gestům pacienta rozumím .....	68
Tabulka 33 – V práci se snažím být milý/á a usměvavý/á .....	69
Tabulka 34 – Pacientovi se snažím zajistit soukromí .....	70
Tabulka 35 – Navrhované možnosti komunikace - celkově .....	71
Tabulka 36 – Navrhované možnosti komunikace - rozdělení .....	72
Tabulka 37 – Pohlaví pacientů .....	73
Tabulka 38 – Věkové rozložení pacientů .....	74
Tabulka 39 – Vzdělání .....	75
Tabulka 40 – Oddělení .....	76
Tabulka 41 – Výskyt sester při komunikaci s pacienty .....	76
Tabulka 42 – Nejpříjemnější dotek sestry .....	77
Tabulka 43 – Dotek .....	77
Tabulka 44 – Nepříjemné doteky .....	78
Tabulka 45 – Reakce v situaci obtíží .....	79

Tabulka 46 – Pohled sestry při komunikaci s pacientem.....	80
Tabulka 47 – Uniforma sestry .....	80
Tabulka 48 – Nejčastější dotazy pacientů.....	81
Tabulka 49 – Údaje .....	82
Tabulka 50 – Vyhodnocení údajů .....	82
Tabulka 51 – Komunikační pomůcky.....	83
Tabulka 52 – Upřednostnění komunikačních pomůcek .....	84
Tabulka 53 – Upoutání pozornosti sester .....	85
Tabulka 54 – Výroky .....	86
Tabulka 55 – Zdravotní sestry nejčastěji komunikují s pacientem.....	87
Tabulka 56 – Úsměv sester .....	88

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Místo zavedení tracheostomické kanyly .....	31
Obrázek 2 – Zajištění dýchacích cest prostřednictvím TSK.....	32

## **SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA 1 – Žádost o provedení výzkumu

PŘÍLOHA 2 – Dotazník pro všeobecné sestry


PŘÍLOHA 3 – Dotazník pro pacienty

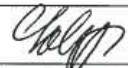

PŘÍLOHA 4 – Návrh edukačního materiálu pro příbuzné

## **PŘÍLOHY**



# PŘÍLOHA 1 – Žádost o provedení výzkumu

	<b>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze</b> U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 <b>Žádost o dotazníkovou akci</b>	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 1
---	---	---

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	SALAJOVÁ LUCIA		
Kontaktní adresa	ZA KOVAŘSKÝH RYBUIKEM 34, PRAHA 4 - ŠEBEROV 149 00 (KARIM - vedle 4.INTJ L. 3355)		
Telefon	746 139 616	e-mailová adresa	luc.salajova@gmail.com
Škola / fakulta	UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ		
Obor studia	Ošetrovatelství - kombinovaná forma		
Téma závěrečné práce	NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE V PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY		
Termín sběru dat	29.3.2010 - 29.4.2010		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	KARIM, JIP		
Zjišťované informace	VIZ: ZADÁNÍ ŽAKAŘSKÉ PRÁCE		
Forma prezentace dat:	Ke statistickému zpracování dat bude použit Microsoft Excel 2007 - tabulky, grafy		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.</li> <li>2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.</li> <li>3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil.</li> <li>4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.</li> </ol>		
Datum:	24.3.2010	Podpis žadatele	
Vyjádření Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input checked="" type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka	
Datum	23.3.2010	Podpis	 VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE HLAVNÍ ÚŘAD ÚSEK HLAVNÍ NEMOCNICE SOUHRNĚNÁ NEMOCNICE 2 PRAHA 2 128 00 Řízková - hlavní sestra

Vyplněnou žádost je nutno předat sekretariátu ředitele, který ji předá příslušnému náměstkovi.

## PŘÍLOHA 2 – Dotazník pro všeobecné sestry

Vážené kolegyně, vážení kolegové.

Jmenuji se Lucia Salajová 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 tohoto 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 nepíšete 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 obdržel/a.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Lucia Salajová

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

- U každé otázky vyberte a zakroužkujte vždy jen jednu odpověď.
- Pokud vyberete odpověď „jiné“, doplňte Vaši konkrétní variantu odpovědi.
- U otázek s volnou tvorbou odpovědi vypište, co Vás k dané otázce napadne.
- Vyplňte, prosím, všechny otázky, jinak nemohu dotazník pro svou práci použít.
- Na konci dotazníku je místo pro Váš volný komentář. Zde, prosím, napište vše, co Vám v dotazníku chybělo, a co považujete 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) Vysokoškolské studium
- d) Specializační studium

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

- a) JIP
- b) ARO

**5. V komunikaci s pacienty při vědomí na umělé plicní ventilaci (dále jen UPV):**

- a) Snažím se odezírat ze rtů
- b) Hledám nové možnosti lepšího dorozumění

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

- a) Hlava
- b) Ruka
- c) Rameno
- d) Jiné:
- e) Nedotýkám se

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

- a) Úsměv
- b) Stisk ruky
- c) Třes, strach
- d) Odtážení
- e) Agrese

**10. Které doteky, podle Vašeho názoru, považují pacienti za nepříjemné?**

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

**11. Seřad'te číselně, podle čeho nejčastěji zjistíte, že pacient při vědomí na UPV se trápí, má problém?**

Mimika – pohyby tváře	
Gestika- pohyby rukama, nohama, hlavou	
Posturologie – polohy těla, nohou, rukou	
Fyziologické funkce – dech, akce srdce, krevní tlak...	
Jiné:	

**12. Do jakých míst převážně směřuje Váš pohled při rozhovoru s nemocným?**

- Do očí nemocného
- Na ramena nemocného
- Mimo pacienta

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

- Ano
- Ne

Co byste případně změnil/a na své uniformě?

.....

.....

**14. Když zjistíte diskomfort pacienta, jak postupujete v otázkách? Seřad'te číselně:**

OTÁZKA	POŘADÍ
Bolest	
Otázky týkající se zda pacientovi je teplo nebo zima	
Žízeň	
Tělesná poloha	
Vyprazdňování	
Dýchání	
Informace o nemoci	
Rodina	
Trápení	
„Chcete vědět, co se s vámi bude dít, pane/paní...?“	
Hlad	
Jiné (prosím, uveďte):	

**15. Jaké komunikační pomůcky využíváte v praxi u pacientů na UPV?**

.....

**16. Kdy nejčastěji komunikujete s pacientem na UPV?**

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

**17. Jakým způsobem Vás pacient nejčastěji upozorní na to, že něco potřebuje?**

- a) Gestem: ruce
- b) Upřeným zrakem
- c) Předem domluveným gestem, mimikou
- d) Nevšímám si

**18. V práci se nejčastěji kolegyně na pacienty smějí:**

- a) Nuceně
- b) Upřímně
- c) Potutelně
- d) Profesionální úsměv
- e) Přátelsky
- f) Široký úsměv
- g) Nesmějí se často

**19. Prosím, vyjádřete svůj postoj k následujícím výrokům. Jednotlivé postoje škály vyjadřuje následující legenda:**

- 1. Velmi souhlasím
- 2. Souhlasím (do jisté míry)
- 3. Jsem nerozhodný (nevím)
- 4. Nesouhlasím (do jisté míry)
- 5. Rozhodně nesouhlasím

A. S pacientem mluvím krátce.  
1.....2.....3.....4.....5

B. S pacientem mluvím pomalu.  
1.....2.....3.....4.....5

C. Pacienta oslovuji celým jeho jménem.  
1.....2.....3.....4.....5

D. Rozhovor začínám dotazem s osobní tematikou.

1.....2.....3.....4.....5

E. Snažím se ocenit pacientovy úspěchy.

1.....2.....3.....4.....5

**20. Komunikace s pacienty při vědomí na UPV:**

- a) Cítím nadšení a elán, chci vidět pacienta spokojeného
- b) Někdy se cítím unavený/á, ale jsem profesionál/ka – je to má práce
- c) Jsem vyčerpaný/á, uvažuji o jiné práci

**21. Prosím, vyjádřete svůj postoj k následujícím výrokům. Jednotlivé postoje škály vyjadřuje následující legenda:**

- 1. Velmi souhlasím
- 2. Souhlasím (do jisté míry)
- 3. Jsem nerozhodný (nevím)
- 4. Nesouhlasím (do jisté míry)
- 5. Rozhodně nesouhlasím

A. Pacient dokáže vyjádřit nejnnutnější potřeby sám, není potřeba se ho na ně ptát. 1.....2.....3.....4.....5

B. Myslím si, že komunikace s pacientem na UPV vyžaduje od sestry jistou dávku kreativity.

1.....2.....3.....4.....5

C. Gestům pacienta rozumím.

1.....2.....3.....4.....5

D. V práci s pacienty se snažím být milý/á a usměvavý/á.

1.....2.....3.....4.....5

E. Snažím se pacientovi zajistit soukromí.

1.....2.....3.....4.....5

**22. Co byste upřednostnil/a pro lepší komunikaci s pacienty na UPV?**

- a) Tabulku s písmenky
- b) Obrázky
- c) Jiné:

**23. Váš 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 tímto dotazníkem.

Děkuji.

Lucia Salajová

## PŘÍLOHA 3 – Dotazník pro pacienty

Vážení páni a dámy.

Jmenuji se Lucia Salajová 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 tohoto 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.

Předem děkuji za spolupráci.

S pozdravem Lucia Salajová

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

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

#### **1. Pohlaví:**

- c) Muž
- d) Žena

#### **2. Váš věk:**

- e) 30-40 let
- f) 40-50 let
- g) 50-60 let
- h) 60 a více let

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

- e) Základní
- f) Střední
- g) Vysokoškolské

#### **4. Jsem hospitalizován:**

- c) JIP
- d) ARO



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

- a) Vedle mě
- b) V nohách postele
- c) Pohybují se kolem mě

**6. Kde je Vám dotek sestry nejpříjemnější?**

- f) Hlava
- g) Ruka
- h) Rameno
- i) Jiné:

**7. Mám rád/a, když se mě sestra dotýká.**

- f) Ano
- g) Ne

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

.....  
.....

**9. Co děláte, pokud Vás něco trápí?**

- a) Mračím se
- b) Gestikuluji – mávám na sestru
- c) Měním polohu, nemohu najít klid
- d) Cítím bušení srdce

**10. Kam se dívají sestry, když s Vámi komunikují?**

- d) Do mých očí
- e) Na moje ramena
- f) Na svoje boty
- g) Do prostoru

**11. Jak by měla vypadat podle Vašeho názoru uniforma sester? (výběr z více možností)**

- c) Kalhoty a halena
- d) Šaty
- e) Více barev
- f) Civilnější (domácí, ne uniforma)
- g) Líbí se mi, jak jsou sestry oblečené

**12. Seřad'te číselně jednotlivé položky, které Vás trápí nejvíce a na které se ptáte nejvíce:**

OTÁZKA	POŘADÍ
Bolest	
Otázky týkající se mého komfortu, zda mě je teplo nebo zima	
Žízeň	
Tělesná poloha (otočit na záda, na bok, posadit se)	
Vyprazdňování	
Dýchání	
Informace o nemoci	
Rodina	
Vnitřní neklid	
„Co se se mnou bude dít?“	
Hlad	
Jiné (prosím, uveďte):	

**13. Jaké komunikační pomůcky využívají sestry při komunikaci s Vámi?**

- a) Tabulku s písmeny
- b) Obrázky
- c) Počítač
- d) Magnetickou tabulku
- e) Nepoužívají pomůcky, snaží se odezírat
- f) Jiné:

**14. Myslím si, že komunikace by byla lepší, kdyby se použila:**

- a) Tabulka s písmenky
- b) Obrázky
- c) Jiné:

**15. Jak upozorníte zdravotníky na to, že něco potřebujete?**

- e) Gestem: ruce
- f) Upřeným zrakem
- g) Předem domluveným gestem, mimikou
- h) Nevšímají si mě

**16. Prosím, vyjádřete svůj souhlas nebo nesouhlas k následujícím výrokům:**

- A. **Sestra se mnou mluví krátce.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- B. **Sestra se mnou mluví pomalu.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- C. **Sestra mě oslovuje mým jménem.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- D. **Sestra začíná rozhovor s osobní tematikou.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- E. **Sestra se snaží ocenit mé úspěchy.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- F. **Na příjemné věci se snažím usmát, udělat, to správné gesto.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- G. **Mým gestům sestry rozumím.**
  - a) Ano
  - b) Ne
- H. **Sestry se snaží zajistit mé soukromí.**
  - a) Ano
  - b) Ne

**16. Nejvíce se mnou zdravotní sestry komunikují:**

- d) Při hygieně
- e) Při pomoci u jídla
- f) Při volnějších okamžicích v denním režimu oddělení
- g) Při sdělování postupu vyšetření
- h) Téměř vždy, když vidí, že mám starost

**17. V práci se nejčastěji zdravotní sestry smějí:**

- h) Nuceně
- i) Upřímně
- j) Potutelně
- k) Profesionální úsměv
- l) Přátelsky
- m) Široký úsměv
- n) Nesmějí se často

## **18. Váš 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 tímto dotazníkem.

Děkuji.

Lucia Salajová

## **PŘÍLOHA 4 – Návrh edukačního materiálu pro příbuzné**

### **Informace pro příbuzné a blízké pacientů**

#### se zavedenou tracheostomickou kanylou

Vážená paní, vážený pane, následující informace slouží k tomu, abyste se lépe dorozuměli s Vaším blízkým. Váš blízký je ochuzen o řeč verbální, ztrácí se možnost běžné komunikace řečí.








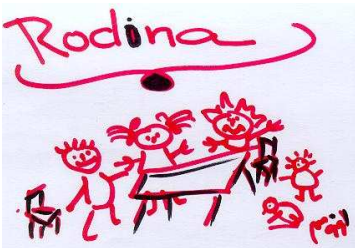
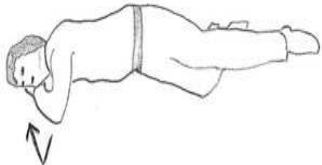


Volné dýchací cesty jsou základním předpokladem pro zajištění jedné ze základních životních funkcí: dýchání. Jedním z lékařských postupů k udržení průchodnosti dýchacích cest je chirurgické vytvoření otvoru do průdušnice - tracheostomie

### **KOMUNIKACE**

Je běžné, že nemocní po probuzení z analgosedace (tzv. „umělý spánek“, kdy se podává léková směs zabezpečující hluboký spánek a úlevu od bolesti) ztrácí časovou orientaci, což je normální situace. Běžně se stává, že si neumí utřídit informace. Obvykle si pamatují poslední dny, kdy byli při vědomí (např. den nástupu do nemocnice, oddělení, na kterém byli hospitalizováni před selháním jedné ze životních funkcí). Je proto vhodné jim připomenout co je za den, měsíc, rok. Někdy je třeba jim to opakovat vícekrát denně.

### **OBRÁZKOVÁ TABULKA**

**Jak používat komunikační obrázkovou tabulku?** Ukažte tuto obrázkovou tabulku Vašemu blízkému a vyzvěte ho, aby Vám ukázal oblast, předmět, o kterém chce mluvit. Následně se ptejte doplňujícími otázkami. Vhodné je klást uzavřené otázky, na které je možnost odpovědí ANO – NE nebo domluva prostřednictvím mrknutí očí, stiskem ruky či pohyby hlavou. Mluvte pomalu a nahlas, v případě potřeby informace opakujte, je to z důvodu zapomínání, což je v téhle situaci normální (vliv léků).

<p><b>Pití</b></p> 	<p><b>Jídlo</b></p> 	<p><b>Sestra</b></p> 
<p><b>Doktor</b></p> 	<p><b>Dýchání</b></p> 	<p><b>Mobil</b></p> 
<p><b>Čtení</b></p> 	<p><b>Rodina</b></p> 	<p><b>Poloha</b></p> 
<p><b>Televize</b></p> 	<p><b>Toaleta</b></p> 	<p><b>Zubní protéza</b></p> 