

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

**VLIV OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU NA  
PSYCHICKÉ ZVLÁDÁNÍ HOSPITALIZACE**

Bakalářská práce

Autor: **Eliška Horáčková**

Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D.**

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

**THE INFLUENCE OF THE NURSING STAFF ON PATIENT'S COPING  
WITH THE HOSPITALISATION**

Bachelor's thesis

Author: **Eliška Horáčková**

Supervisor: **PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem Vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládání hospitalizace pacienta jsem vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Mariany Štefančíkové, Ph.D. a pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

V Hradci Králové dne

.....

Eliška Horáčková

## **Poděkování**

Mé poděkování patří PhDr. Marianě Štefančíkové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování bakalářské práce. V ne poslední řadě děkuji svým rodičům, kteří mi studium na této škole umožnili a jmenovitě své matce, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

## Obsah

Úvod

### TEORETICKÁ ČÁST

1. Komunikace jako sociální interakce.....	- 9 -
1.2. Průběh sociální komunikace .....	- 12 -
1.3. Struktura sociální komunikace .....	- 12 -
2. Druhy komunikace .....	- 14 -
2.1. Intrapersonální komunikace.....	- 15 -
2.2. Interpersonální komunikace.....	- 15 -
2.2.1. Verbální komunikace .....	- 15 -
2.2.1.1. Verbální komunikace ve zdravotnictví .....	- 16 -
2.2.1.2. Prvky efektivní verbální komunikace .....	- 18 -
2.2.2. Neverbální komunikace .....	- 19 -
2.2.2.1. Funkce neverbální komunikace .....	- 20 -
2.2.2.2. Neverbální komunikace ve zdravotnictví .....	- 21 -
2.2.3. Dělení neverbální komunikace .....	- 25 -
2.2.4. Druhy neverbální komunikace .....	- 25 -
2.2.4.1. Proxemika .....	- 25 -
2.2.4.2. Posturologie.....	- 28 -
2.2.4.3. Kinezika .....	- 29 -
2.2.4.4. Gestika .....	- 30 -
2.2.4.5. Vizika .....	- 31 -
3. Mimika jako součást neverbální komunikace .....	- 33 -
3.1. Definice mimiky .....	- 33 -
3.2. Mimické zóny.....	- 34 -
3.3. Vliv chování sestry na pacienta .....	- 37 -
4. Haptika jako součást neverbální komunikace .....	- 41 -
4.1. Význam hmatu jako zprostředkovatele doteku .....	- 42 -
4.2. Dotek jako potřeba člověka.....	- 42 -
4.4. Haptika jako součást ošetrovatelského procesu .....	- 44 -
4.5. Význam doteku v ošetrovatelské praxi .....	- 47 -
4.6. Vyhýbání se dotyku .....	- 50 -
5. Psychosomatika.....	- 51 -

EMPIRICKÁ ČÁST .....	- 53 -
1. Metodika .....	- 53 -
1. 1. Použité metody sběru dat .....	- 53 -
1. 2. Metodika kvalitativního výzkumu .....	- 53 -
1. 3. Způsob zpracování dat .....	- 54 -
1.4. Charakteristika výzkumného souboru .....	- 54 -
2. Cíle šetření .....	- 54 -
2. 1. Cíl č. 1. ....	- 54 -
2. 2. Cíl č. 2 .....	- 56 -
2. 3. Cíl č. 3 .....	- 57 -
3. Výzkumné otázky .....	- 58 -
4. Zpracování dat a komentáře .....	- 59 -
Identifikace respondentů .....	- 59 -
4. 1. Obsahová analýza rozhovorů .....	- 60 -
4. 1. 1. Ošetrovatelský personál.....	- 60 -
4. 1.2. Bývalí pacienti .....	- 67 -
4.1.3. Aktuálně hospitalizovaní pacienti.....	- 71 -
5. Otevřené kódování .....	- 75 -
5.1. Ošetrovatelský personál .....	- 75 -
5.2. Aktuálně hospitalizovaní pacienti.....	- 77 -
5. 3. Bývalí pacienti .....	- 79 -
6. Fenomenologická deskripce .....	- 81 -
6. 1. Ovlivnění neverbální komunikace ošetrovatelského personálu chováním pacienta .....	- 81 -
6. 2. Neverbální chování doma a v práci .....	- 81 -
6. 3. Ovlivnění neverbální komunikace vlastní zkušeností .....	- 82 -
6. 4. Vnímání neverbálního chování podle vzhledu .....	- 82 -
7. Diskuze .....	- 83 -
8. Závěrečné resumé.....	- 94 -
9. Anotace .....	- 96 -
10. Zdroje:.....	- 98 -
11. Seznam příloh.....	- 100 -
12. Přílohy.....	- 101 -
Příloha 1 .....	- 101 -

Příloha 2 .....	- 102 -
Příloha 3 .....	- 102 -
Příloha 4 .....	- 103 -
Příloha 5 .....	- 153 -

## Úvod

Neverbální komunikace je v dnešní uspěchané době stále více odsouvána do pozadí. Většina lidí stále klade mnohem větší důraz na komunikaci verbální, zejména na sdělování informací. Neverbální chování stále zůstává hodně intuitivní, automatické a mnohdy neuvědomované.

Neverbální chování se nelze dost dobře naučit, tak jako informace verbální. Zkušenosti a dovednosti v neverbální komunikaci získáváme postupně a naprosto odlišnými způsoby, než ty verbální. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla právě pro téma, při kterém se pokusím tyto neuvědomované a automatické projevy ve své bakalářské práci více prozkoumat. Zajímá mě způsob, jak ono neverbální chování reflektuje ošetrovatelský personál a na druhé straně, jak jeho neverbální chování vnímá pacient, o kterého pečuje.

Podle mého názoru je nutné si uvědomit důležitost tohoto chování právě proto, že má neopomenutelný vliv na pacienta a velký význam pro jeho spolupráci, motivaci k léčbě, jeho psychické rozpoložení a zvládání zátěžových situací v průběhu hospitalizace. V tomto případě je nutné si uvědomit, že nálada a emoce se přenášejí především neverbálně, nikoli slovně.

Jak lze využívat mimiku a haptiku ve zdravotnických zařízeních, tak, aby docházelo ke snížení psychických traumat a negativních zážitků? Často totiž dochází k tomu, že aniž by si to zdravotničtí pracovníci uvědomovali, zasahují do nejintimnějších zón pacientova těla a narušují tak jeho bezpečné prostředí. Zajímá se někdo o to, jak onen zásah pacienti prožívají? Jak psychicky zvládají celou hospitalizaci? Pociťují dostatek pozornosti v dotekové sféře? Zlepší jejich prožitek a zvládnutí nepříjemných situací přítomnost někoho, kdo jim bude oporou, podrží je za ruku nebo je jen pohladí či obejmě? Zajímají se sestry vůbec o to, zda pacienti terapeutický dotek vyžadují, nebo jsou naopak znepokojeni, pokud se jich někdo dotýká více, než je nutné pro provedení instrumentálních úkonů? Vnímají pacienti, s jakým výrazem ve tváři, se o ně sestry starají? Má na ně jejich výraz nějaký vliv?

Toto jsou témata, která mě zajímají. Tyto a další otázky se pokusím zodpovědět ve své bakalářské práci s názvem Vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládání hospitalizace pacienta.



V teoretické části jsem rozebrala základní druhy neverbální komunikace a více se zaměřila na mimiku a haptiku v ošetrovatelské praxi, na jejich význam a možnosti využití.

V empirické části mé práce uvedu výsledky, které jsem získala z obsahové analýzy rozhovorů s patnácti respondenty ze tří různých skupin, tudíž ze tří úhlů pohledu. Dále pak provedu kategorizaci pomocí otevřeného kódování a v neposlední řadě použiji deskripci na objevené fenomény.

# 1. Komunikace jako sociální interakce

*„ Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělovací informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných medií.“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11)*

Schopnost komunikovat patří k nejdůležitějším ze všech lidských vlastností a dovedností. Komunikační dovednosti každého z nás ovlivňují efektivitu profesních úspěchů, úspěšnost našeho osobního a rodinného života, neméně také přátelských a mileneckých vztahů (DeVito, 2008).

Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Může být zprostředkována písmem, gesty a jinými formami neverbálního chování, dále také pomocí dnes hojně rozšířených medií a sociálních sítí (Zacharová, 2017).

Komunikovat znamená vysílat, přijímat a dešifrovat signály z vnějšího světa. Přijímání signálů z okolí může být buď pasivní, nebo aktivní a vždy záleží pouze na našem rozhodnutí, zda vyšleme odpověď či nikoli. Pasivní příjem informací je často uplatňován u hromadných sdělovacích prostředků, ale také velmi často u běžného přátelského, partnerského či pracovního vztahu. Tato forma je pravděpodobně nejčastějším zdrojem nedorozumění a nepochopení se navzájem, jelikož ne vždy se komunikujícímu dostává adekvátní zpětné vazby od dalších účastníků komunikace (Janáčková, Weiss, 2008).

Komunikace se vždy odehrává pouze v takovém rozsahu, v jakém její účastníci používají stejný systém signálů. Ve chvíli, kdy se vaše komunikační systémy rozcházejí, nebudete schopni s druhým komunikovat. Příkladem mohou být různé kultury, které například mluví společným jazykem, ale velmi často mají odlišné systémy neverbální komunikace. Komunikace těchto kultur bude fungovat pouze v těch oblastech, kde se systémy shodují. Hlavně v těchto případech je schopnost identifikovat signály druhé osoby a pochopit, jak byly myšleny a co znamenají, velice důležitá. I v blízkých vztazích, jako je vztah partnerský, často pochopení signálů neverbální komunikace druhého partnera vyžaduje dostatek času a mnohdy i hodně trpělivosti.

Na tento aspekt komunikace je důležité myslet hlavně v případech, kdy komunikujeme s někým z jiné kultury či země. Tito lidé totiž často využívají odlišný systém signálů. Někdy mohou například použít pro nás známý signál, ale s úplně jiným významem, než jak ho známe my. (DeVito, 2008).

Komunikace jako taková je nejednoznačná. Což je stav, kdy lze některá sdělení interpretovat dvěma a více způsoby. Často mohou existovat slova, která si lze vykládat odlišně. Příkladem mohou být například neformální časová slova například „brzy“, „hned“, „za chvíli“, „pozdě“ a mnohá další. Tato slova totiž mohou různí lidé vnímat velmi rozdílně a jde tedy o výrazy nejednoznačné. Rozpaky také může způsobit stavba věty, jako třeba v tomto případě: „Auta předjíždějí motocykly“. Z tohoto výroku není jasné, kdo koho předjíždí (DeVito, 2008).

V těchto zvolených příkladech je nejednoznačnost značná, ale určitý stupeň nejednoznačnosti existuje v každé komunikaci. Často může posluchač vnímat vaše vyjádření jinak, než jste jej ve skutečnosti mysleli. Může se urazit, zatím co vy jste pouze žertovali. Nebo není schopen pochopit a dobře vyhodnotit vaše emocionální sdělení, trivializuje ho, zatímco pro vás jde o velmi vážnou a bolestnou věc (DeVito, 2008).

Všichni komunikujeme s určitým záměrem a vede nás k ní jistá motivace. Pomocí komunikace se snažíme předat někomu dalšímu své myšlenky a názory a dosáhnout tak určitého cíle. Pro většinu forem komunikace bylo vytyčeno pět hlavních cílů:

- *Učit se: Získávat znalosti o druhých, o světě i o sobě.*
- *Spojovat: Vytvářet vztahy s dalšími lidmi, vzájemně na sebe reagovat.*
- *Pomáhat: Naslouchat ostatním a nabízet jim řešení.*
- *Ovlivňovat: Posilovat nebo měnit postoje či chování druhých.*
- *Hrát si: Těšit se z okamžitého zážitku (DeVito, 2008, s. 51).*

Dle jiných badatelů je účelem komunikace přesvědčování a každý komunikační cíl je tohoto druhu:

- **Cíle prezentace vlastní osoby:** Komunikujeme, protože chceme předávat druhým obraz sebe sama dle svých představ a takový, jaký se nám líbí a jaký chceme, aby ho měli i ostatní.

- Cíle vztahové: Komunikujeme s cílem vytvořit si vztah, který uspokojí naše potřeby. Například mluvíme hezky o lidech, od kterých chceme, aby nám byli nakloněni.
- Cíle instrumentální: Komunikujeme, protože chceme přimět druhé, aby pro nás vykonali nějakou práci. Například můžeme lichotit vedoucímu v práci předtím, než ho požádáme o zvýšení platu či dovolenou (DeVito, 2008, s. 51).

Obecná přesvědčení se shodují v tom, že ženy a muži komunikují za jinými účely. U mužů je častější komunikace s cílem získat nové informace a u žen je motivací vytváření vztahů (DeVito, 2008).

Kdykoliv dochází k interakci mezi dvěma či více lidmi, vždy nevyhnutelně dochází k nějaké formě komunikace. Komunikace jako taková tvoří základ veškeré ošetrovatelské praxe, v této profesi vyžaduje mnoho dalších zcela specifických a zvláštních dovedností, jimž se musí zdravotnický personál často učit již během studia a přípravy na toto povolání. Ošetrovatelské praxe řadí schopnost interakce a správné komunikace s pacienty na jednu z předních příček při hodnocení práce ošetrovatelského personálu. Schopnost komunikovat lze považovat za nutné a profesionální vybavení zdravotnického pracovníka. Tato dovednost pak umožňuje personálu navázání a rozvíjení vztahu s pacientem (Zacharová, 2017).

Ve sféře vztahu mezi pacientem a zdravotníkem je využití komunikace a její správné použití nezbytnou součástí každodenního kontaktu. Komunikace je jednou z lidských dovedností, která potřebuje neustálé rozvíjení a zdokonalování, k čemuž je nezbytně potřeba chtít a moci tuto vlastnost dále zdokonalovat. Hospitalizace, onemocnění či odloučení od rodiny může mít za následek zhoršení pacientových komunikačních dovedností. V této situaci je vhodné zapojení sestry se snahou pacientovi schopnosti rozvíjet a zlepšovat. V těchto případech je nutné, aby si zdravotnický pracovník uvědomoval a respektoval různé zvláštnosti a specifika onemocnění, kterými mohou pacienti v důsledku onemocnění trpět (Zacharová, 2017).

Komunikovat ve zdravotnictví neznamena pouze mluvit, ale také sdělovat a získávat informace, které mohou mít zásadní vliv na zdraví pacientů a neméně často i na jejich život. Zejména z těchto důvodů je nutné, aby každý zdravotník při komunikaci s nemocným věděl přesně, co chce pacientovi sdělit a také se správně rozhodovat, kdy a jak je vhodné informaci nejefektivněji předat (Janáčková, Weiss, 2008).

## 1.2. Průběh sociální komunikace

Komunikace jako taková může mít mnoho různých významů a to podle toho, v jakém kontextu se odehrává. Komunikace bývá většinou a obecně definována jako vzájemná výměna nějakých informací, myšlenek a nápadů. Jedná se zpravidla o výměnu mezi lidmi, tudíž tuto komunikaci nazýváme jako sociální či sociální interakci. Cílem každé takové interakce je snaha vyvolat odpověď, proto považujeme komunikaci za děj. (Zacharová, 2017).

*„Mnoho autorů - DeVito (2005), Mikuláščík (2003), Kristová (2004), Gruber (2005), Plaňava (2005), Vybíral (2005), Venglářová (2006), Linhartová (2007)- zaujímá shodná stanoviska k vlastní struktuře sociální komunikace. Sociální komunikace obdobně definují jako proces, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. V komunikačním systému jsou rovnoměrně zastoupené jednotlivé složky.“ (Zacharová, 2017, s. 98)*

## 1.3. Struktura sociální komunikace

- Komunikátor – tímto termínem označujeme osobu, která vysílá sdělení druhé osobě či skupině jedinců a předpokládá, že mají společný nebo velmi podobný soubor poznatků, který jim umožní porozumět si navzájem
- Komunikant – jedná se o osobu, již jsou sdělení určená, tato osoba je příjemcem vyslané zprávy, kterou následně dekóduje, vnímání sdělovaného je samozřejmě ovlivněno jeho osobností, vlastními zkušenostmi, prožitky a vlastními záměry a cíli

- Komuniké - představuje pojem, který zahrnuje zprávy, informace, myšlenky, názory, potřeby, postoje, problémy a emoce; jedná se o zprávu, kterou vysíláme/ přijímáme a má podobu neverbálních či verbálních symbolů
- Komunikační jazyk – ten nám umožňuje komunikovat a předávat sdělení, ale ne vždy je zaručeno, že pokud mluvíme stejným jazykem, musíme si vždy správně rozumět; významy slov, především těch abstraktních, mohou být chápány odlišně, zde hraje velkou roli kódování a dekodování
- Komunikační kanál – je cesta předávání komuniké; rozlišujeme dva stěžejní komunikační kanály a to: tváří v tvář (face to face), při kterém vzniká přímý kontakt mezi komunikujícími, a to:
  - verbální
  - neverbální
  - prostřednictvím skutků a činů

Druhým komunikačním kanálem je ten zprostředkovaný, který umožňuje nepřímý kontakt mezi komunikátorem a komunikantem. Do této skupiny řadíme komunikační kanály:

- telefonické
- písemné
- vizuální
- audiovizuální
- elektronické

## 2. Druhy komunikace

K efektivní a správné komunikaci je potřeba vědět, že existuje velké spektrum komunikačních dovedností a způsobů, jakými lze komunikovat, nejen s ostatními účastníky komunikačního procesu, ale také při komunikaci sám se sebou (DeVito, 2008).

Nejčastěji používáme dělení komunikace, které vychází z potřeb klasifikace komunikačního procesu, což je dělení na verbální a neverbální komunikaci (Zacharová, 2017). Vaše sdělení lze označit za jakési sdružení verbálních a neverbálních složek, které se navzájem neoddělitelně doplňují a podporují, v některých případech se dokonce mohou i zastupovat. Člověk by například velmi těžko vyjadřoval strach pouze verbální složkou bez účasti zbytku těla. Tělo od nepaměti funguje jako celek, má-li správně vyjadřovat vaše pocity a myšlenky, a při správné komunikaci používáte verbální i neverbální signály (DeVito, 2008).

V dnešní době se bohužel často setkáváme s tím, že neverbální a verbální komunikace mohou být v rozporu. Stává se, že přestože člověk něco sděluje, jeho chování nekoreluje s obsahem jeho sdělení. V tomto případě nám vzniká tzv. dvojná vazba, tedy zjednodušeně řečeno rozpor mezi chováním a slovy. V takovém případě lze často považovat neverbální chování za věrohodnější než komunikaci verbální. (Zacharová, 2017, s. 99).

Další dělení komunikace nám naznačuje, mezi kým komunikační proces probíhá. Jako komunikaci interpersonální označujeme sdělování si informací mezi dvěma a více lidmi, naopak intrapersonální komunikace je ta, kterou vedeme sami se sebou (Zacharová, 2017). Dále se můžeme v praxi setkat s komunikací masovou, kterou lze třeba využít, pokud se snažíme blíže seznámit s některým z lékařských či ošetrovatelských problémů, například pomocí brožur, odborné literatury, rozhlasu nebo televize (Zacharová, s. 99).

## **2.1. Intrapersonální komunikace**

Intrapersonální komunikace je forma komunikace, kterou vedete sami se sebou. Prostřednictvím této formy komunikace hovoříte sami se sebou, čímž se o sobě něco dozvídáte a poznáváte svou osobnost a také díky ní sami sebe soudíte.

Tento způsob komunikace vám také umožňuje přesvědčovat sám sebe o něčem popřípadě měnit vaše názory, uvažovat o svých rozhodnutích, přemýšlet o sděleních, která poté chcete předávat ostatním lidem ve svém okolí (DeVito, 2008).

V běžné zdravotnické praxi intrapersonální komunikaci používáme například při získávání informací týkajících se pacienta ze zdravotnické dokumentace nebo počítačového systému dané nemocnice při opakované hospitalizaci.

## **2.2. Interpersonální komunikace**

Interpersonální komunikace se skládá z vysílání a přijímání verbálních (slovních) i neverbálních sdělení mezi dvěma a více lidmi. Tento na první pohled jednoduchý sociální proces je ve skutečnosti velmi složitý a vyžaduje značné dovednosti komunikujících.

V této komunikace často dorozumíváte s osobami, se kterými máte nějaký druh vztahu. V této formě komunikace existuje velké spektrum možností, jak kontakt navázat. V dnešní době se toto spektrum zahrnující například osobní kontakt či tradiční zaslání dopisu velmi rychle rozšiřuje například o sociální sítě, e-mail, mobilní spojení. Tyto způsoby komunikace vám dávají možnosti navázat, udržovat, vytvořit nové nebo ukončit staré osobní vztahy s jakkoli vzdálenými osobami (DeVito, 2008).

### **2.2.1. Verbální komunikace**

*„Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Mluvení lze definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí konkrétním jazykem. Řeč, tj. schopnost určitého společenství dorozumívat se určitým jazykem, je jednou z nejdůležitějších forem sociální komunikace (Janáčková, Weiss, 2008, s. 15).“*



Jednou z největších vymožeností lidstva je právě řeč, která nám umožňuje vzájemnou výměnu potřebných informací, názorů a zkušeností. Jak již bylo řečeno, jde o výměnu slov mezi dvěma a více lidmi. K dorozumívání je používán jazyk nebo jiné znaky jazykového systému (Zacharová, 2017, s. 99)

Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená i psaná, živá či reprodukována. Význam verbální komunikace pro lidstvo je nezpochybnitelný a nepopíratelný. Je naprosto nepostradatelnou složkou sociálního života a nezbytnou podmínkou pro myšlení. Hybels (1989, s. 74) je přesvědčen o tom, že právě jazyk omezuje lidské myšlení a hranice myšlení každého jedince závisí právě na jeho jazykových schopnostech (Zacharová, 2017, s. 99).

K tomu, abychom byli schopni porozumět sdělovaným informacím, musíme pochopit význam jednotlivých slov. Komunikace je proto oboustranným procesem a to z toho důvodu, že je nutné, aby mluvčí dokázal sdělit, co nejlépe své myšlenky a na straně druhé, poslouchající, který se musí pokusit o co nejpřesnější porozumění sdělované informaci (Zacharová, 2017, s. 99).

Z tohoto důvodu je jasné, že význam řeči je určován lidmi, nikoli slovy. Se specifickým systémem komunikace se setkáváme samozřejmě ve zdravotnictví a to hned z několika důvodů. Jednak je ve zdravotnictví používáno velké množství odborných slov, která jsou často širší veřejnosti hůře pochopitelná a může docházet k nedorozumění. V druhé řadě je nutné, aby byl zdravotník schopen si s pacientem vytvořit poměrně atypický vztah. Jelikož musí přizpůsobit styl hovoru mnoha okolnostem, jako jsou například zdravotní stav pacienta, věku, bolestem nebo i handicapu, který pacient může mít (Zacharová, 2017, s. 99 - 100).

### **2.2.1.1. Verbální komunikace ve zdravotnictví**

*„Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální práce zdravotnických pracovníků. Je nezbytné, aby si každý zdravotník osvojil schopnosti účelné sociální komunikace, která je neoddělitelnou součástí procesu zaměřenou na podporu, uchování a prevenci zdraví (Zacharová, 20117, s. 100).“*

Cílem většiny zdravotnických pracovníků by tedy mělo být získání pacientovi spokojenosti, jak v oblasti somatické péče, tak v psychické a sociální sféře. K vykonávání kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče o pacienta neodmyslitelně patří vytvoření si vztahu, který bude postaven na důvěře k ošetrovatelskému personálu a tím se sníží riziko negativních prožitků pacienta jako je strach, úzkost či obavy (Zacharová, 2017, s. 100).

Pro správný přístup k pacientovi je nutný individuální přístup a přizpůsobení našeho jednání specifickým požadavkům a odlišnostem každého konkrétního pacienta. Musíme si uvědomit, že každý pacient je jiný a chování příjemné jednomu pacientovi může být nepříjemné pro jiného. Proto je nutné mít neustále na paměti nutnost citlivého a asertivního přístupu k nemocným. Pacienta respektovat jako sobě rovného člověka a ponechat mu určitou autonomii, abychom v něm nevzbuzovali nepříjemné pocity, jako je nesoběstačnost a pocit neschopnosti (Zacharová, 2017, s. 100).

Pozitivní vztah k pacientovi se vyvíjí postupně v průběhu sociální interakce. Vše, co sestra udělá, případně neudělá, může mít psychologický vliv na pacienta. Postoj sestry k pacientovi se projeví nejen v řeči samotné, ale také v každém jejím slově, výrazu v tváři, pohledu i pohybu těla. Tudíž je nutné, aby sestra nevědomě pacienta nedevalvovala, což by jejich vztah mohlo negativně poznamenat po celou dobu hospitalizace (Zacharová, 2017, s. 100).

Důležitou dovedností zdravotnického personálu je schopnost udržet s pacientem slovní kontakt, i když je nějakým způsobem tato možnost ztížena. Slova totiž mají obrovský vliv a informační hodnotu v komunikaci sestra-pacient a pacient-sestra. Sestra pacienta prostřednictvím slov může informovat o účelnosti odborných výkonů při obnově, podpoře či obnovení zdraví pacienta. Dále je pak sestra schopna pacienta motivovat, povzbuzovat, přesvědčovat a v neposlední řadě získávat potřebné informace důležité pro jeho léčbu. Používání slov za těmito účely musí být uvážené, uvědomělé a často velmi dobře cílené, nelze je totiž vzít zpět (Zacharová, 2017, s. 100).

V tomto ohledu je nutné, aby zdravotní personál funkčně používal slova vhodná v každém konkrétním vztahu k pacientovi, k jeho individuálním zvláštnostem, ke zdravotnímu stavu pacienta a v neposlední řadě i k aktuální situaci. Slova mají obecně velkou sílu a moc, mohou člověka potěšit, ale naopak i velmi lehce ranit, proto je vhodné, aby zdravotní sestra slova využívala správně, protože citlivé a uvážené použití

verbálních dovedností může navodit pocit důvěry, klidu a mnohdy může sestra pomoci pacientovi v těžkém životním rozhodování, které pacienti často sami zvládají jen velmi těžce. V opačném případě špatně použitá slova mohou výrazně zhoršit pacientův psychický a následně i fyzický stav, jelikož je nutné pacienta neustále vnímat jako celek, tedy jako bio-psycho-sociální jednotku (Zacharová, 2017, s. 100).

### **2.2.1.2. Prvky efektivní verbální komunikace**

Pokud chceme vést úspěšnou a efektivní komunikaci s pacientem tak, abychom jejím použitím získali námi chtěné informace, splnili naše očekávání od ní, je nutné se zamyslet nad složkami, které naše vyjadřování utvářejí. Způsob našeho vyjadřování je hlavním faktorem, který určí, zda s námi druhá osoba bude chtít komunikovat a odpovídat na naše vyslovená sdělení (Zacharová, 2017, s. 101).

V závislosti na tomto faktu je nutné se zaměřit na několik prvků. Zásadní složkou verbální komunikace je rychlost naší řeči. Ta by za každé situace měla být úměrná znalosti tématu. V mnoha případech může rychlost mluvy zakrývat nejistotu, potřebu, co nejrychleji hovor ukončit nebo pacientova obava, že pokud bude mluvit příliš pomalu, nenecháme jej domluvit a sdělit nám veškeré pociťované obtíže (Zacharová, 2017, s. 101).

Další neoddělitelnou součástí našeho verbálního vyjadřování je hlasitost řeči. Ta se velmi často odvíjí od charakteru sdělení. Pacient například velmi často ztiší hlas, pokud nám sděluje pro něj intimní či velmi osobní informace nebo také pokud se nám svěřuje se svými obavami či nejistotami. Je vhodné na tento prvek reagovat přizpůsobením naší výšky hlasu a pacientovi dát najevo, že ho vnímáme a může nám důvěřovat. Význam našich sdělení může krásně podtrhnout intonace, která nám může pomoci zdůraznit význam, zjednodušit pochopení nebo upozornit na naléhavost (Zacharová, 2017).

Spolu s hlasitostí hlasu je také velmi důležitá jeho výška, která velmi často odráží naše právě pociťované emoce. Ve výšce hlasu se velmi zřetelně odrážejí například strach, obavy, stres nebo naopak velká radost. Z tohoto důvodu je vhodné, aby si sestry změn v hlase pacienta všimaly a mohly na ně adekvátně reagovat a případně rozvinout hovor, aby se jim pacient svěřil se všemi obavami.

Pro účinnou verbální komunikaci je také nutná jednoduchost, které můžeme dosáhnout pomocí krátkých, stručných a úderných vět. Sestra by pacientovi měla podávat ověřené informace o názorech, být ochotna vysvětlovat všechny nejasné pojmy v konverzaci a také dodržovat dostatečné pauzy v řeči, aby se pacient mohl dotázat při jakékoli nejasnosti a pochybách (Zacharová, 2017).

### **2.2.2. Neverbální komunikace**

*„Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace“ (Křivohlavý, 1988, s. 50; Vybíral, 2005, s. 81).*

Neverbální komunikaci lze definovat jako *„řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme“ (Venglářová, 2006, s. 39).*

Z těchto definic je nám tedy jasné, že jde o jiný než slovní druh sdělování, ale je na místě říci, o které konkrétní způsoby sdělování se jedná. Patří sem komunikace, kterou provádíme pomocí výrazu v obličeji, oddalováním se, dotekem, postojem, pohyby, gesty, pohledy, úpravou zevnějšku, tónem hlasu a podobně (Jaro Křivohlavý, 1988, s. 32).

Mezi další velmi důležité neverbální schopnosti patří pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a vzájemný respekt mezi komunikujícími (Janáčková, Weiss, 2008).

Neverbální komunikace je pro nás důležitá z mnoha pohledů. Díky ní jsme v mnohých situacích schopni vyjadřovat například emoce – pocity, nálady či afekty, které jsou někdy verbálně velmi těžké vyjádřit. Dále díky ní můžeme naznačit zájem, utvářet vztah s komunikačním partnerem a dojem, který může okolí naznačit, jací jsme a v neposlední řadě s její pomocí řídíme chod vzájemného komunikačního styku (Jaro Křivohlavý, 1988, s. 33).

Pokud se na neverbální komunikaci díváme z pohledu pomáhajících profesí, jakou je i ošetrovatelství, musí nám být jasné, že má mimořádný význam, neboť podstatnou část informací v sociálním styku získáváme právě díky ní.

V sociální psychologii je často uvádí, že přes 50% toho, co chceme sdělit, vyjadřuje tvář (mimika, řeč očí), téměř 40% hlas (intonace, tón, plynulost, atd.) a jen necelých 10% pak zbývá na obsah sdělení, tedy na verbální složku (Jiří Jankovský, 2003).

Neverbální komunikace je velmi rychlá, funguje téměř okamžitě, právě ve chvíli, kdy druhou osobu spatříme. Z hlediska fylogeneze je tento způsob komunikace původnější než komunikace verbální a velmi značně se podílí na utváření lidské osobnosti. Neverbální komunikace také velmi často (až na specifické výjimky) překračuje jazykové bariéry a také v mnoha případech může posloužit jako komunikace mezidruhová (vztah člověka a zvířete), (Jaro Křivohlavý, 1988, s. 73).

Někteří jsou přesvědčeni, že své neverbální projevy plně ovládají a jsou schopni je korigovat. Do jisté míry je to pravda. Jejich ovládání nám umožňuje schopnost sebeovládání, ovládání mimických svalů (tzv. strojené úsměvy), ale v dnešní době již existují postupy, kterými lze vyhodnotit autenticitu prožívaného a vyjadřovaného. Krásným příkladem je úsměv. Pokud je úsměv upřímný, člověku se „rosvítí“ oči a celkově se mění výraz v jeho obličejí, naopak pokud se jedná o úsměv umělý, neupřímný, dochází k dalším změnám v obličejí jako je například midriáza či mióza zornice, vrásky v okolí očí a mnohé další. Přesně v těchto případech se nonverbální projevy mohou stát našimi vlastními „zrádci“, jelikož dochází k inkongruenci mezi verbálním a neverbálním signálem a naše reakce není věrohodná. V těchto nesjednocených reakcích má pro nás vyšší hodnotu sdělení neverbální (Pokorná, 2010).

### **2.2.2.1. Funkce neverbální komunikace**

#### **Spojování neverbálních a verbálních sdělení**

Při komunikaci tváří v tvář propojujeme verbální a neverbální komunikaci tak, aby nám pomohla co nejlépe vystihnout naše myšlenky. Při řeči se proto například umíváme, mračíme a gestikulujeme. Rozdělujeme šest hlavních způsobů interakce verbální a neverbální komunikace. Neverbální sdělení:

- **Zdůrazňují.** Neverbální komunikaci často zapojujeme v situacích, kdy potřebujeme vyzdvihnout nějakou část našeho verbálního projevu. Například při rozčilení můžeme uhodit do stolu, při láskyplném vyznání se díváme hluboce do očí a mnohé další.

- **Doplňují.** Neverbální komunikace může v mnoha případech dodat nuance, které verbální sdělení postrádají.
- **Popírají.** Svá verbální sdělení můžete úmyslně popírat neverbálními projevy. Příkladem je třeba mrknutí, jako znamení toho, že neříkáte pravdu.
- **Regulují, řídí.** Naše pohyby nám můžou sloužit k řízení nebo projevu přání řídit tok verbálních sdělení.
- **Opakují.** Máme možnost přeformulovat naše slova do neverbální komunikace. Příkladem je doplnění tázavé otázky zdvihnutým obočím, či povel: „Jdeme!“ doplnit pokynutím ruky odpovídajícím směrem.
- **Nahrazují.** Jak už bylo řečeno, v mnohých situacích může neverbální komunikace zcela nahradit tu slovní.

#### 2.2.2.2. Neverbální komunikace ve zdravotnictví

Neverbální komunikace jakožto řeč těla zahrnuje vše, co vysíláme, aniž bychom mluvili, i to, čím řeč doprovázíme. Neverbální zprávy na ve zdravotnictví často mohou poskytnout velké množství informací o pocitech a postojích pacientů a o jejich celkovém psychickém stavu (Eva Zacharová, 2017).

Mnohé studie ukázaly, že stejně jako řeč verbální, tedy mluvená řeč, tak i neverbální sdělení jsou plynulým jazykem se svým vlastním tempem, rytmem, slovníkem a gramatikou. I mimoslovní způsoby komunikace nám mohou ukazovat kvalitu vzájemných vztahů v mezilidské interakci. Jejich používáním člověk naznačuje své emocionální rozpoložení, interpersonální postoje, ale především podporuje nebo zcela nahrazuje řeč verbální. Neverbální chování je sice dobře viditelné a pozorovatelné, ale v mnoha situacích nesnadno interpretovatelné (Eva Zacharová, 2017).

Ošetřovatelské situace mají nezanedbatelný vliv na ošetřovatelské interakce mezi sestrou a pacientem. Okolnosti, za kterých se oba setkávají a komunikují, mají nesporně vliv na výběr, použití a intenzitu neverbálních projevů. Pacienta mohou například ovlivňovat zážitky a zkušenosti z předchozích hospitalizací a setkání se sestrami. Kromě minulých zkušeností mohou celou komunikaci dotvářet osobnostní

faktory pacienta i sestry, těmi jsou například věk obou zúčastněných, charakterové vlastnosti, typ osobnosti a temperament (Eva Zacharová, 2016).

Ve zdravotnické praxi jsou neverbální projevy velmi významné, protože potřeba si s pacientem správně porozumět je zde velká, stejně jako navázání pozitivního vzájemného vztahu a navození důvěry mezi ošetřujícím personálem a hospitalizovaným člověkem. Je nezbytné, aby si zdravotníci byli vědomi toho, že pracují nejen ve specifických podmínkách, ale také musí mít na paměti, že se setkávají s lidmi, kteří se ocitají v neobvyklé a často i těžké situaci. Zdravotníci často komunikují nejen se samotným pacientem, ale i s jeho příbuznými či doprovázejícími osobami (Eva Zacharová, 2017).

Schopnost porozumět mimoslovní komunikaci má ve zdravotnictví nezastupitelné místo, jelikož správnou analýzou neverbálních signálů můžeme zjistit o pacientovi velké množství informací, které by nám on sám nebyl schopen říct nebo by je chtěl vědomě skrýt. Neopomenutelným rizikem ale zůstává chybná interpretace neverbálních signálů. Mezi jednotlivými signály je velmi úzká hranice, často se propojují a doplňují spolu s verbálním projevem a může tak snadno dojít k nejednoznačné identifikaci projevu či sdělení (Pokorná, 2010).

Nesprávné interpretaci se lze alespoň částečně vyhnout dodržováním několika základních pravidel. Těmi jsou například: nedělat předčasné závěry, nesnažit se hodnotit neverbální aspekty komunikace ostatních na základě vlastního chování (Pokorná, 2010).

Při vykonávání práce se ale velmi často stane, že není možné dodržet zásady správné komunikace. Například podat ruku zraněnému pacientovi může být v některých situacích obtížně až nemožné, gesta nemocného mohou být zkreslená, poloha vleže je při mezilidské komunikaci také neobvyklá, pokud pomineme intimní sféru vztahu. Pacienti často nejsou v úplné psychické pohodě, velkým množstvím ošetřovatelských výkonů jim opakovaně narušujeme intimní zónu, do které jsou často pouštěni jen nejbližší osoby pacienta. Často mohou být naše doteky spojovány s nepříjemnými pocity a prožitky pacienta, což samozřejmě může komunikaci nepříznivě narušovat (Eva Zacharová, 2017).

Při práci sestry mají neverbální prostředky svůj nezpochybnitelný význam, přestože mohou v pacientovi zprvu vyvolávat pochybnosti. Jejich správně využití či použití může nasměrovat komunikaci potřebným směrem. Mohou nám pomoci zvýšit efektivitu vlastní komunikace, lépe zvládat a překonávat komunikační překážky, kontrolovat a usměrňovat vlastní jednání a chování, ovlivňovat dojem, kterým působíme na jiné, lépe pochopit prožívání ostatních, jejich emocionální stavy a potřeby. V neposlední řadě také může jejich pomocí lépe porozumět těm, kteří nejsou schopni komunikovat slovně a jsou odkázáni právě pouze na „řeč těla“ (Eva Zacharová, 2016, s. 56).

Je tedy nezbytně, aby se sestra vykonávající ošetrovatelské výkony vyznala nejen ve svých neverbálních projevech, ale také aby byla schopna „naslouchat“ neverbálním reakcím svých klientů. Neverbálnímu chování se nevyhneme při žádné péči o pacienta a každý den se objevuje řada takových mimoslovních interakcí. Je nutné si také uvědomit, že neverbální komunikaci v žádném případě nelze oddělit od té verbální, neodehrává se na pozadí ani nikterak odděleně. Probíhá společně s promluvami k pacientovi (Eva Zacharová, 2017).

*„Tate (2005, str. 10) zdůrazňuje, že „...komunikace je celek a mluvíme v ní slovy, tělem, činy.“ (Eva Zacharová, 2017, str. 104).*

Neverbální komunikace tedy může tu verbální v některých případech zcela nahradit, ale téměř ve všech situacích naše verbální vyjádření ilustruje. Podtrhuje naše sdělení, zesiluje jeho účinek, případně je i reguluje (Špatenková, Králová, 2009).

Mezi verbálními a neverbálními prostředky neexistuje ostrá a přesně určená hranice. Nejdůležitějším rozdílem je ale to, že verbální komunikace je úmyslná a neverbální neúmyslná (Eva Zacharová, 2017).

U lidí, kteří vykonávají pomáhající profese, je velmi důležité, aby si uvědomovali, že schopnost správně používat neverbální komunikaci může být nenahraditelný dorozumívací prostředek například s řečově (alálie, vývojová dysfázie) nebo sluchově postiženými lidmi a dále může být důležitým zdrojem poznání duševních stavů u psychicky nemocných pacientů (Jiří Jankovský, 2003, s. 73).



Mnoho autorů se tímto tématem zabývá a například dle Van Dongena (2010) je neverbální komunikace nezbytná v ošetrovatelské péči o staré jedince a pacienty s chronickými onemocněními, kteří mohou mít v důsledku svých nemocí, psychických změn a poruch velmi znatelně sníženou komunikační a tím i dorozumívací schopnost.

Neverbální komunikace nám často také může pomoci odhalit, že řečená slova nejsou částečně nebo zcela autentická – že se nás druhý snaží oklamat, něco předstírá, nebo naopak zastírá a nechce nám sdělit úplnou pravdu (například pokud vám pacient s bolestivým výrazem v tváři tvrdí, že žádné bolesti nemá). Pokud tedy zdravotní personál dokáže číst tyto špatně falšovatelné neverbální znaky, může odhalit i to, co slova zakrývají (Špatenková, Králová, 2009).

Emoce, které prožíváme, je určena převážně tím, co se děje v neurovegetativním systému našeho těla - a také opačně. To, co děláme, má přímý vliv na náš emocionální stav.

Jinak řečeno, pokud prožíváme radost, je to z pravidla díky tomu, že se do naší krve vyplavilo větší množství adrenalinu, což vede ke zvýšení aktivity mnoha orgánů a celý tento děj se pak projeví i na našem zevnějšku. V průběhu života se proto učíme rozeznávat komplexní obrazce neverbálního chování jako ukazatele různých emočních rozpoložení jednotlivých lidí, s nimiž se setkáváme a komunikujeme.

Celý život se učíme chápat jejich smysl a význam. Snažíme se naučit číst znaky v chování, v mimice, v hlase nebo pohybech (Janáčková, Weiss, 2008).

Mnoho emocionálních stavů a jejich projevy mají transkulturní charakter, což znamená, že tyto emoce umí rozšifrovat všichni stejně. Nezáleží tedy z jakého kontinentu pocházíte nebo jakým jazykem mluvíte, neboť schopnost porozumět není závislá na jazyce dané společnosti (Janáčková, Weiss, 2008).

Například očima říkáme mnohdy tolik, co bychom slovy nebyli schopni sdělit, ani kdybychom na to měli desetkrát více času. Podobně je na tom naše mimika s výrazy v našem obličejí (Jaro Křivohlavý, 1988).

### **2.2.3. Dělení neverbální komunikace**

Neverbální projevy jsou členěny na různé kategorie, jejich dělením se zabývá například Jaro Křivohlavý, který vytvořil nejčastěji používané dělení. Uvádí, že neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, které zaujímají určitou polohu nebo vykonávají konkrétní pohyb. Autor zdůrazňuje, že jde o to, co si sdělujeme mimikou, proxemikou, haptikou, posturologií, kinezikou a gesty (Zacharová, 2016, s. 56).

Poněkud jiný pohled na dělení neverbálního chování má Beran (2000), podle kterého můžeme neverbální chování rozdělit na vlastní neverbální chování, které představuje mimika, gesta, pantomimika, a na paraverbální projevy, kam zahrnujeme způsob, jak je verbální informace řečena. Patří sem intonace řeči, rychlost mluveného sdělení, pauzy v řeči a tón hlasu. Ke správnému využívání neverbálních druhů komunikace je potřeba ovládat jisté neverbální dovednosti, mezi ty velmi důležité patří například pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt (Janáčková, Weiss, 2008, s. 17).

### **2.2.4. Druhy neverbální komunikace**

#### **2.2.4.1. Proxemika**

Tento druh neverbální komunikace je postaven na práci s prostorem, jelikož prostor sám o sobě je velmi důležitý v interpersonální komunikaci, ačkoli nad tím málokdy přemýšlíme. První, kdo zkoumal prostorovou komunikaci, byl Edward T. Hall, který této vědu také pojmenoval. Proxemika se zabývá velkým množstvím oblastí, ale pro neverbální komunikaci jsou stěžejní prostorová vzdálenost a teritorialita (DeVito, 2008).

Každý člověk si podvědomě chrání své teritorium, do kterého když vstoupí neznámý člověk, může se cítit nesvůj, v ohrožení a podvědomě se brání ústupem a obnovením přijatelné a bezpečné vzdálenosti. Denně jsme svědky či přímo účastníky takovýchto situací, odborně toto chování nazýváme jako proxemický tanec (Janáčková, Weiss, 2008).

Teritorialitu můžeme také nazvat jako vlastnickou reakci na nějaké území nebo předměty. Nejčastěji reagujeme na úrovni tří teritorií:

Primární teritoria jsou takové zóny, které bychom mohly označit jako naše vlastní. Jde o prostor, který je výhradně náš.

Sekundární teritoria jsou ta, která nám nepatří, ale obsadili jsme si je a jsme s nimi spokojeni. Příkladem těchto teritorií může být například oblíbený stůl v restauraci nebo místo ve školní třídě.

Poslední úrovní jsou teritoria veřejná, což jsou místa, která jsou otevřena všem lidem. Může se jednat o prostory, které patří nějaké organizaci, ale smí je využívat široká veřejnost. Jedná se například o kina, nákupní střediska nebo nemocnice.

### **Prostorové vzdálenosti:**

*„E. T. Hall rozlišuje čtyři vzdálenosti, které definují typ vztahu mezi lidmi. Každá vzdálenost komunikuje specifický druh sdělení (DeVito, 2008, s. 161).“*

**Intimní vzdálenost** představuje odstup 45 cm a méně. V tomto prostoru nelze druhého přehlédnout. Můžeme slyšet a cítit jeho dech. V intimních vzdálenostech jsou lidé například při milování, souboji, uklidňování a ochraně druhých. Tato vzdálenost je na veřejnosti často považována za nevhodnou (DeVito, 2008, s. 162). Tento prostor nemáme pod kontrolou očí, a proto do něj pouštíme pouze ty, kterým věříme. Prostor je přístupný většinou jen partnerům, dětem či nejbližším členům rodiny. V případě, že do tohoto prostoru pronikne cizí osoba, naše tělo se cítí ohroženo a spouští jako odpověď obranné mechanismy – napnutí svalů k boji či útěku, zrychlení dechu a tepu (Janáčková, Weiss, 2008).

**Osobní vzdálenost** zahrnuje rozmezí od 45 cm do 1,2 m. Jedná se o prostor, který považujeme za svou ochrannou „bublinu“, kterou nechceme, aby nám někdo druhý příliš často narušoval. V této vzdálenosti je stále možné se druhého držet či ho uchopit, ale pouze pokud natáhneme své paže. Do této vzdálenosti bez větších problémů pouštíme lidi, které známe a máme rádi (DeVito, 2008). Dostanou se sem všichni, se kterými si podáváme ruku. Překročení zóny vyvolává ústup, delší setrvání v tomto prostoru umožňujeme při neformální komunikaci a přátelům (Janáčková, Weiss, 2008).

**Společenská vzdálenost** je v oblasti od 1,2 m do 3,7 metru. V tomto prostoru již nejsme schopni se zaměřit na detaily, které vnímáme v osobní vzdálenosti. Pokud využíváme tuto zónu, velmi často řešíme neosobní záležitosti a společensky komunikujeme. Čím větší vzdálenost zvolíte, tím více komunikace působí formálně (DeVito, 2008). Odehrávají se zde například pracovní schůzky, neosobní rozhovory a podobně (Janáčková, Weiss, 2008).

**Veřejná vzdálenost** je taková, která přesahuje 3,7 metru. Nejedná se o zónu, ve které vyhledáváme komunikaci, jde o prostor, který nám v případě potřeby umožňuje podnikat ochranné akce. Často se s touto vzdáleností pohybuje třeba v MHD vzhledem k opilému člověku. V této vzdálenosti dost často nejsme schopni rozeznat jemné detaily v obličejí, nevidíme druhému člověku do očí, ale i tak jsme ještě schopni analyzovat a poznat, co se děje (DeVito, 2008).

Konkrétní vzdálenosti jsou u různých lidí naprosto individuální. V praxi jsou časté například i rozdíly mezi lidmi z města a z venkova; lidé z měst mají často intimní zónu menší než lidé žijící na venkově, neboť jsou zvyklí například na cestování městskou hromadnou dopravou. Dále jsou také rozdíly mezi pohlavími, kdy ženy často stojí blíže než muži. Blíž se také staví děti než dospělí a naopak starší lidé si udržují větší vzdálenosti. Právě z důvodu, že vnímání vzdálenosti je individuální, se může často stát, že je někdo ve větší blízkosti, než je nám milé, vyvolá v nás nepříjemné pocity a často nás donutí se soustředit pouze a jen na jeho přítomnost v naší intimní zóně, nikoli na to co říká. Pocit ohrožení se neobjevuje u jistých činností přesto, že se nám do intimní zóny může dostat i cizí člověk. Těmi jsou například tanec, sport či nějaké společenské činnosti (manuální práce apod.) (Janáčková, Weiss, 2008).

Ve zdravotnictví se ošetrovatelský personál často dostává do situace, kdy je nucen překročit osobní i intimní zónu pacientů. Proto je důležité znát základní komunikační dovednosti a tím v této situaci způsobit co nejméně rozpaků a snažit se si s pacientem vytvořit takové podmínky, aby mohlo docházet ke společné činnosti, která ani u jednoho z účastníků nevyvolá pocit ohrožení a nepříjemné pocity (Janáčková, Weiss, 2008).

V ošetrovatelské praxi se často se rozhovory, které jsou vedeny z vyšší polohy očí jednoho z komunikujících. Abychom si s pacientem vytvořili dobrou pozici pro spolupráci, je vhodné, aby jednající osoby byly v téže úrovni. Pokud je totiž jedna

z osob nad tou druhou, může se vytvořit sugestivní pocit nadřazenosti a podřízenosti. Toto je typické například u vizity, kdy ležící pacient podává omezenější informace stojící sestře či lékaři, než kdyby se k němu dotyčný personál posadil (Janáčková, Weiss, 2008).

#### **2.2.4.2. Posturologie**

Posturologii bychom mohli zjednodušeně definovat jako řeč našich fyzických postojů, držení těla a polohových konfigurací.

*„Poloha, kterou člověk v sociální interakci zaujímá, do určité míry vyjadřuje jeho postoj k tomu, co se kolem něj děje“ (Křivohlavý, 1998, s. 55).*

Jedná se o konfiguraci všech částí našeho těla. Pacient může mít různé pozice. Může ležet, sedět nebo stát. Jeho tělesná pozice naznačuje to, co se s ním aktuálně děje, ale i to, co se stalo před chvílí. Pokud sladíme polohy, může nám to rozšířit prostor pro spolupráci. Pokud máme v plánu pacientovi sdělit nebo od něj získat nějaké informace, je velmi důležité zvolit rovnocennou polohu.

Posturologie se skládá z různých prvků, které mají svou vypovídající schopnost. Zařazujeme sem polohy končetin, hlavy a naklonění těla. Dále se v posturologii objevují dva dominantní jevy utvářející společný vztah. Jsou jimi kongruence, která se v praxi vyjadřuje jako soulad vztahu mezi sestrou a pacientem. Druhým z jevů je inkongruence, který představuje protipól, tedy nesoulad, neshodu. Typickým příkladem může být situace, kdy pacient se snaží sestře sdělit ještě nějaké informace, ale sestra svým postojem vyjadřuje touhu odejít (Zacharová, 2016).

#### **Základní posturologické ukazatele:**

- Otevřený/zúčastněný postoj – tělo je mírně nakloněno dopředu, účastníci se na sebe usmívají, udržují oční kontakt, ruce jsou otevřené, prsty uvolněné, nohy nepřekřížené.
- Uzavřený postoj – tělo je lehce zakloněno, dochází k uhýbání, ústa jsou sevřená, oči připomínají šterbiny, paže bývají zkřížené, ruce sevřené v pěst, svěšená ramena.

- Podezřívavý postoj – tělo je odkloněno pryč, pohled pouze koutkem oka, komunikující si často zakrývá ústa rukama, ruce jsou v kapsách, tichý hlas, komunikující spíše poslouchá, než mluví a bez výjimky si udržuje bezpečnou vzdálenost.
- Nervozita – tento ukazatel je typický velkým množstvím pohybů, přesouváním pohledu z jednoho člověka na druhého nebo od lidí na stěnu, ruce jsou překřížené, nohy položené těsně vedle sebe, může se objevovat kývání, pohrávání si s předměty, rukama, klepání tužkou a podobně.

Pokud je člověk schopný vnímavě sledovat posturologii včetně jejích drobných odstínů, může mu to velmi pomoci pochopit a podat ucelený obraz o duševním stavu pacienta (Zacharová, 2016).

### **2.2.4.3. Kinezika**

Tato nedílná součást neverbální komunikace zahrnuje sledování a především analýzu různých pohybů těla a jeho částí v mezilidském komunikačním stylu.

Kinezika se zaměřuje především na rychlost, trvání, ohraničení, akceleraci, prostorovost a kongruenci pohybu. Popisuje nám pohyb jednotlivých částí i pohyb celého našeho těla. Výzkumu v tomto odvětví neverbální komunikace se věnoval Birdwhistell, který se zaměřil na nejčastější a nejrozšířenější druhy pohybů. Zatímco posturologické sblížení je statické, to kinetické je převážně dynamické (Zacharová, 2016).

Dynamika pohybů nás informuje o tempu, kterým střídáme pohyby různých částí těla. Ve zdravotnické péči nám pohyby často mohou signalizovat zlepšení či zhoršení zdravotního stavu. V kinezice si všímáme některých projevů a jejich významu, těmi nejčastějšími jsou:

- rychlé pohyby, které nás mohou informovat o živém temperamentu, citlivosti nebo vitalitě
- pomalé pohyby, jež nám mohou podat informace o nedostatku vitality, ponoření se do sebe, lenivosti či depresi pacienta
- pohybová plynulost, která značí silnou citovou složku a bezstarostnost
- neuspořádané pohyby poukazující na malou odolnost a nedostatek vůle

Druhou kategorií, kterou lze v kinezice hodnotit, je rytmika, která představuje rytmus pohybů našeho těla. Příkladem pozorovatelné rytmiky je například stereotypní kývání u dětí trpících hospitalismem. V nemocničním prostředí může mít rytmika také důležitý oznamovací význam, např. styl chůze pacienta po ortopedické operaci. Velkou pozornost budí pohyby hlavy a krku při interakci zdravotnického pracovníka a pacienta, kdy nám nadměrná strnulost pacientova těla může naznačit vysokou úroveň napětí (případně sociální odpor) a živost naopak sociální aktivitu (hyperaktivita u dětí). Rozsah pohybů také neoddelitelně souvisí s intenzitou emocionálního prožívání.

V ošetrovatelské praxi se pohyby využívají v rehabilitačním ošetrovatelství a při znakové řeči (Zacharová, 2016).

#### **2.2.4.4. Gestika**

Gestiku lze zahrnout do kinetiky a definujeme ji jako nauku o pohybové činnosti člověka. Obecně mají v komunikaci lidí výrazný sdělovací účel a naznačují, co by mohlo být řečeno slovem (Zacharová, 2008).

Gesta jsou symboly, které přímo tlumočí slova nebo fráze. Používáme je většinou vědomě a záměrně ke sdělení stejných významů, jaké mají slova nebo slovní spojení. Gesta jsou často specifická pro určitou kulturu, takže je vhodné se při návštěvě cizí kultury přílišnému používání gest spíše vyhnout, abychom například její příslušníky neurazili. Gesta velmi často doplňují verbální projev, zesilují jeho význam nebo ho dokreslují (DeVito, 2008).

Běžně se používají například při popisování velikosti, tvaru apod., aby si druhý aktér při komunikaci dokázal lépe představit, co je mu sdělováno (Špatenková, Králová, 2009).

Mezi základní řadíme gesta hlavy, rukou a pohyby ramen. Jedná se o části těla, která jsou u většiny projevů v pohybu. Známým faktem je, že řeč gest je nejbohatším neverbálním kanálem komunikace (Zacharová, 2008).

Dále se také hovoří o souvislosti používání gest s intelektem. Lidé s vyšším IQ používají gesta méně často, naopak lidé, jejichž IQ je nižší, používají gesta jako náhradu za nedostatečnou slovní zásobu. Počet gest se také postupně redukuje s přibývajícím věkem. Gesta sama o sobě mají obrovský význam, v mnoha situacích

nahrazují slova, zvyšují názornost řečeného, skrývají v sobě jistou tvořivou sílu, dokreslují obsah sdělované informace, významově mohou být důležitější než verbální vyjádření. Známými a hojně používanými gesty jsou například pohyby hlavy, kterými lze vyjadřovat souhlas/nesouhlas či smutek. Ruce nám pomocí gest mohou pomoci vyjádřit volání, odmítání, prosbu či pozdrav (Zacharová, 2008).

Kromě záměrných gest lidé běžně používají i taková, která si primárně neuvědomují. Tato gesta dokáží o člověku hodně prozradit. Některá gesta jsou již tak nedílnou součástí našeho vyjadřování. Otevřené paže mohou značit ochotu a upřímnost v komunikaci. Propletené prsty zase mohou poukazovat na jistou míru rezervovanosti vůči diskutovanému tématu či přímo k druhému z komunikujících (Špatenková, Králová, 2009).

Zdravotnický pracovník se denně setkává s množstvím gest, které by měl být schopen zanalyzovat. Při tomto zpracování je důležitá empatie personálu, díky které lze správně vyhodnotit prožívání pacienta a adekvátně reagovat (Zacharová, 2008).

#### **2.2.4.5. Vizika**

Viziku lze jednoduše definovat jako řeč očí. Naše oči mají velké spektrum možností, jakými mohou okolnímu prostředí sdělovat různé informace. Pomocí zaměření pohledu vytváříme tzv. terče, což jsou věci, na které se konkrétně díváme a zaměřujeme (Pokorná, 2010).

Očima zahajujeme veškerou sociální interakci se svým okolím. Často slyšíme, že oko je oknem do duše, což je poměrně trefné, protože mnohdy jsme schopni očima a pohledem vyjádřit více než slovy (Špatenková, Králová, 2009).

Svámi pohledy komunikujeme velké množství signálů. Pohledem například hledáme zpětnou vazbu, můžeme druhého informovat o tom, že náš komunikační kanál je otevřený a měl by promluvit. Pohledy také velmi často signalizují povahu vztahu mezi komunikujícími. Lze poznat, zda se jedná o pozitivní (pozorný pohled) nebo negativní (vyhýbavý pohled) vztah. V běžné praxi pozorujeme, že větší oční kontakt udržují ti jedinci, kteří poslouchají, nikoliv ti, kteří mluví (DeVito, 2008).

Zrakový kontakt také dokáže měnit psychický odstup mezi lidmi. Pokud třeba zachytíte pohled někoho na večírku, stáváte se automaticky psychicky bližšími, přestože



vzdálenost mezi vámi může být relativně velká. Pokud si chcete udržet z nějakého důvodu soukromí, je možné ho podpořit odvrácením pohledu nebo vyhnutím se zrakovému kontaktu (DeVito, 2008).

Signály předávané očima se liší v závislosti na délce, směru a charakteru pohledu. Je nutné zde podotknout, že každá kultura má svá striktně daná nepsaná pravidla vhodné délky zrakového kontaktu. Při výzkumu prováděném v Anglii bylo zjištěno, že průměrně trvá pohled 2,95 vteřiny a přímý pohled z očí do očí přibližně 1,18 sekundy (DeVito, 2008).

Dále nás délka pohledu může informovat o vztahu k osobě, na kterou své oči upíráme. Například na osoby, kterých si vážíme a mají autoritu a naši úctu, se díváme déle, nejdelší pohledy věnujeme lidem, u nichž nám jde o získání kladného vztahu, ale nejsme si jistí, zdá k nám tento pozitivní vztah mají (Pokorná, 2010).

Četnost nám také může ledasco naznačit. Opakovaně se pohledem vracíme k osobám, které nám jsou příjemné, blízké, u nichž se snažíme probudit zájem a pozornost (Pokorná, 2010).

Pohyby očí jsou zase důležitým ukazatelem především v anamnéze a při prvním setkání s osobou, se kterou komunikujeme. Počet mrknutí zase odpovídá psychickému rozpoložení. Jedinci nervózní a nejistí mrkají dvacetkrát častěji, než člověk, který si je sám sebou jistý a je suverénní. Takoví lidé dokáží mrknout pouze 5 krát za minutu (Pokorná, 2010).

Jedním z neovlivnitelných ukazatelů upřímného jednání je zúžení a rozšíření zornic, které reagují v souvislosti s emocionálním stavem komunikujících. Při vzteku se stahují a naopak pokud je člověk citově rozrušen, jeho zornice se doširoka roztáhnou, vyjadřují také zájem. Tento aspekt je však více než ostatní vysoce individuální (Pokorná, 2010).

### 3. Mimika jako součást neverbální komunikace

#### 3.1. Definice mimiky

*„Mimika je komunikace prostřednictvím svalů tváře, které vyjadřují psychický stav člověka“ (Kristová, 2004, s. 28).*

Slovo mimika je odvozené z řeckého slova mimos, což znamená v překladu jemné, citlivě napodobující. Lidský obličej je pravděpodobně nejdůležitějším zdrojem neverbálních signálů, jelikož lidská tvář má obrovský komunikační potenciál. Informuje především o emocionálním rozpoložení a stav jedince, dále pak odráží i postoje lidí, kteří spolu komunikují. Často nám také může dát odpověď na sdělované (Zacharová, 2016).

Mimickou komunikaci využíváme v průběhu celé interakce s ostatními lidmi. Náš obličej prozrazuje velké množství věcí, ale to, co nejčastěji sděluje, jsou naše emoce. Mimika zřejmě jako jediná dokáže vyjádřit míru pocitu potěšení, souhlasu nebo sympatie, zatímco ostatní části těla v tomto směru nepřidávají velké množství dalších informací. Výzkumníci tvrdí, že mimika dokáže vyjádřit minimálně osm emocí, mezi které zařazují: štěstí, překvapení, strach, hněv, smutek, odpor (znechucení), opovržení a zájem (DeVito, 2008).

Pokud mluvíme o emočních projevech, myslíme tím něco, co je pro nás dobře známé, aniž bychom byli schopni přesně definovat, co jsou, jak vznikají a jak dalekosáhlý význam mají pro náš život. Přes rozdíly v intenzitě, síle i frekvenci, proměnlivosti a bohatosti manifestace mají emoční projevy jedno společné – umožňují nám prožívání kontaktu s naším vnějším i vnitřním prostředím (Tegze, 2003).

*„Emoce představují kvalitu, která má tendenci se materializovat v těle. Znamená to, že emoce jako taková má v sobě potenciál ovlivňovat nejen aktuální tělesný výraz, ale i charakteristický tvar těla. Emoce má v sobě kvalitu hodnocení. Pomáhá nám určit význam působícího podnětu“ (Oldřich Tegze, 2003, s. 75).*

*„Emoční prožitky jsou stejně reálné jako naše fyzické tělo, i když je nelze uchopit do ruky“ (Oldřich Tegze, 2003, s. 75).*

V ošetrovateľskej a lekárskej praxi sa zdôrazňuje nutnosť rozpoznať alespoň šesť základných emócií dle výrazu v obličejí. Jsou to:

- šťastí – nešťastí;
- překvapení- splněné očekávání;
- úzkost a strach- pocit nejistoty;
- smutek- radost;
- rozčilení- klid;
- nespokojenost, znechucení- spokojenost;
- nezájem-zájem.

Člověk je také schopen projevit tzv. sekundární (složené) mimické výrazy. Tyto projevy vznikají střídáním výše jmenovaných základních emócií nebo jejich splynutím. Tento jev je typický například u pacientů se schizofrenií nebo pod vlivem návykových látek, kdy může jedna část obličeje vyjadřovat nějakou emoci, zatímco druhá polovina ukazuje emoci úplně jinou. Specifický případ pak nastává například u poškození CNS (Parkinsonova choroba, poruchy vědomí, depresivní stavy, nebo naopak stavy spojené se zvýšenou expresí či mimovolní pohyby v oblasti obličeje – tiky, dětská mozková obrna.

Mimikou lze kromě emócií vyjádřit i kulturně tradovaná gesta, jakými jsou například zdvořilostní úsměv, nebo instrumentální gesto, např. zívnutí. Vedle již zmiňovaných emócií existují další odvozené mimické výrazy. Mimické vyjadřování má především adaptační a usměrňovací funkci. Hlavní podíl na vytváření mimických znaků má svalstvo očí a úst. Tyto svaly podléhají naší vůli, ale nezanedbatelnou roli zde hrají i mimovolní aspekty.

### **3.2. Mimické zóny**

Lidský obličej lze rozdělit na tři zóny, ve kterých se utvářejí různá mimická sdělení, jsou jimi:

- nejvyšší partie obličeje - obočí a čelo
- oblast očí
- dolní část obličeje - dominantní partie úst

V oblasti čela a obočí může rozeznávat například úzkostné rysy, překvapení, zájem a přisnost. Vytažení čela nám může značit úzkost či překvapení. Převahu vodorovných vrásek mají například lidé s úzkostmi, lidé horliví a ochotní vyhovět častěji, než je nezbytně nutné (Janáčková, Weiss, 2008).

Pokud člověk nakrčí čelo tak, že se objevují vertikální vrásky, často jde o znak negativního postoje. Kolmé vrásky u kořene nosu mívají lidé přísní až strozí nejen k okolí, ale také k sobě (Janáčková, Weiss, 2008).

Obočí jako takové tvoří našemu obličejí pomyslný rám a dokresluje signály, které vysílají oči. Jeho tvar mění a doladují drobné svaly v jeho okolí. Pozvednuté obočí může často značit například zájem. Pokud se jedná o zájem o konkrétní věc nebo osobu, jde o pouze krátké pozvednutí, trvající pouze dvě desetiny vteřiny. Dále může pozdvižení sloužit jako signál přátelského pozdravu. U tohoto gesta lze také říci, že se jedná o univerzální gesto platicí stejně po celém světě. Obočí nám může také umožnit dát najevo další emoce, kterými jsou vztek a podráždění (Janáčková, Weiss, 2008).

Druhou mimickou zónou je oblast očí, ve kterých se může odrážet velká škála našich emocí, od pozitivních až k těm velmi negativním. V očích lze poznat vše od úsměvu po smutek a strach. Oči jsou navíc nejdůležitějším nástrojem u erotické komunikace. Osoba s většími zorničkami na nás mnohdy působí sympatičtěji než osoba se zorničkami zúženými. Zorničky také mohou ukazovat náš zájem, čím větší totiž je, tím více se nám zorničky rozšiřují (Janáčková, Weiss, 2008).

Pohled z očí do očí je pro člověka poměrně náročný, pokud má trvat delší dobu, jelikož je často emočně velice nabitý. Dále o nás může dost informací prozradit to, jakým směrem upíráme svůj pohled. Pokud upíráme zrak směrem vzhůru, „sbíráme informace ve vzduchu“ a mnohdy vzápětí nevíme, co říct. Může to prozradit neznalost probíraného tématu. Naopak pokud pohled směřuje k zemi, může to značit „sbírání“ solidních údajů. Časté ohlížení či těkání očima je velmi často známkou nejistoty či nervozity (Janáčková, Weiss, 2008).

Oči jsou také nejčastějším objektem zaměření pohledu našeho partnera, když s námi komunikuje. Často také způsob našeho pohledu může okolí nastínit naše myšlenky či úmysly. U pacientů se v oblasti očí setkáváme nejčastěji s vyjádřením

strachu, úzkosti, napětí nebo smutku. Pacient také velmi často pohled zaměří na ústa lékaře či sestry, tak aby mu nic neuniklo (Janáčková, Weiss, 2008).

V dolní partii obličeje dominují ústa, díky kterým neomylně rozeznáme radost, údiv, úzkost, smutek a vztek. Okolí úst je v tomto prostoru nejčitelnější. Rty nám nejlépe nastíní skutečnou náladu člověka, se kterým komunikujeme. Falešný úsměv lze totiž velmi rychle odhalit, jelikož ten pravý není možné věrohodně napodobit. Zdravotník by nikdy neměl zapomenout na úsměv vlastní, protože úsměv je neúčinnějším prostředkem komunikace. (Janáčková, Weiss, 2008).

I když je zdravotnické prostředí seriózním, důstojným a vážným prostředím, má zde vlídný úsměv nezastupitelnou funkci, obzvlášť pokud ho zdravotnický personál umí použít na správném místě a ve správný čas (Nevolová, 2015).

Často naznačuje přátelství, je stimulantem k toleranci a pacient je obecně na tento typ komunikačního prostředku velmi citlivý. Upřímně myšlený úsměv mnohdy probudí více důvěry a příjemných pocitů než verbálně vyznané přátelství. Je to výpověď každého z nás o důvěře, neskrývaný prostředek intimní a osobní řeči (Zacharová, 2016).

Úsměv dokáže sám o sobě snížit obavy, strach a úzkost, zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Ve zdravotnictví je také obrovským pomocníkem v rozhovoru, kdy s pacientem hovoříme o závažných a nepříjemných tématech, protože dává komunikaci s nemocným „lidskou“ dimenzi. Nikdy by však neměl být nucený, přehnaně „umělý“ ani koketně vyzývavý, pak by totiž mohl napáchat více škody než užitku (Nevolová, 2015).

Metakomunikační funkce úsměvu může být ve vztahu sestry a pacienta velmi důležitá, může nám pomoci odlehčit napětí nebo lépe zvládnout konfliktní situaci. Sestra může použít úsměvem směrem k pacientovi, aniž by s ním musela verbálně komunikovat. Úsměv nám také může pomoci při překonávání různých komunikačních bariér, jelikož lidé, kteří se na sebe dokáží vzájemně usmát, tyto překážky lépe zvládnou. Antiagresivní význam úsměvu bereme jako povzbuzující. Dalo by se říci, že lidé, kteří se usmívají, naznačují, že není v jejich úmyslu zvítězit či útočit. Autentický úsměv sestřičky je proto vnímán jako posilující a povzbuzující (Zacharová, 2016).

*„Široký symetrický úsměv doprovázený vráskami smíchu kolem úst a očí je upřímný a je výrazem radosti.*

*Falešný úsměv poznáme podle strnulé čelisti a upjatého horního rtu, studených přivřených očí a také podle chybějících vrásek kolem nich.*

*Hořký úsměv zpravidla doprovází vztek a bolest. Projevuje se pevně sevřenými rty. Zavřená ústa dokreslené úsměvem jdou typická pro vnitřní úsměv, kdy se usmíváme sami pro sebe (například při vzpomínkách nebo když sníme).*

*Obrácený úsměv, tedy koutky otočené směrem dolů, znamenají smutek. Zcela jasný je i výraz tzv. nabírání, typická pro bolest a zármutek u dětí“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 31).*

### **3. 3. Vliv chování sestry na pacienta**

*„Sestra by měla být v očích pacientů vždy člověkem, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a který je pomáhá s velkou dávkou tolerance a laskavosti řešit“ (Zacharová, 2017, s. 81).*

Každý zdravotnický pracovník by se měl řídit a dodržovat tzv. profesionální chování, které má za úkol posílit vztah mezi personálem a nemocným. Profesionální chování je určováno do jisté míry i tím, jak je chápána role sestry, smysl její činnosti, vztah k nemocnému a k dalším skupinám spolupracovníků. S profesním postavením také úzce souvisí i osobnostní předpoklady, které sestram napomáhají ke správnému plnění jejich poslání (Zacharová, 2017).

Vztah sestry a pacienta ovlivňuje velké množství faktorů. Mezi ty hlavní patří například profesionální pojetí role, etický kodex profese, naučené vzorce profesionálního chování, společenské chování sestry, umění profesionální sociální komunikace či osobnostní rysy pacienta (Zacharová, 2017).

Pokud se sestra řídí etickým kodexem, který jsem již zmiňovala, snaží se dosáhnout několika cílů. Těmito cíli jsou:

- Humanizace mezilidských vztahů a postojů mezi pacientem a ošetrovatelským personálem, mezi lékaři a sestrami a podobně.

- Usměrnění chování a jednání při profesionálních výkonech ošetrovatelské péče se záměrem porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu co nejlépe pomoci.
- Vhodným způsobem se snažit o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních, kulturních, duchovních potřeb svých pacientů, pomoci nalézt smysl osobní existence (Kutnohorská, 2007).

Typy sester dle postavení a postojů v práci a vztahu k nemocným:

- rutinní – přesná, konkrétní, praktická a věcná, někdy můžeme pozorovat nedostatek lidského přístupu
- herecky afektovaná – snaha udělat dojem, přehnaná snaha o přízeň a uznání
- nervózní – neklidná, podrážděná, trpí velmi často nejistotou
- mužský typ – energická, rozhodná, velmi dobrá organizátorka, převažuje racionalita
- mateřský typ – milá, přátelská, chápající

Vzhledem k tomu, že sestry nezdávka ve své profesi procházejí náročnými a nepříjemnými situacemi, mohou být projevy jejich nálady i chování určitým způsobem negativně ovlivněny. V těchto případech hovoříme o neadaptivních povahových projevech:

- **sestry náladové** - u těchto typů sester je jejich chování závislé na situaci, kterou právě zažívají, můžeme zde pozorovat znatelné odchylky od vyrovnaného jednání a to v pozitivním i negativním směru
- **sestry psychastenické** – tyto sestry mají nerady změny prováděné v zaběhnutém systému, při nečekaných změnách či problémech často selhávají, ale při pravidelné práci s pacienty jsou trpělivé
- **schizotypní sestry** – druh sester vystupující jako odbornice, nemají snahu pochopit nemocného se všemi jeho problémy, často si v práci tvoří vlastní systémy
- **sestry citově chladné** – hledají často uplatnění v různých odbornostech a specializacích, jelikož často nejsou schopny u lůžka nemocného najít uspokojení
- **sestry podezřivé** – mají tendenci vztahovat problémy kolem sebe na svou osobu, jsou velmi často nedůvěřivé, zranitelné, cítí se ukřivděně, vyvolávají konflikty a jsou málo oblíbené

- **sestry přecitlivělé** – velmi zranitelné, nadměrně citlivé a příliš empatické
- **sestry hysterické** – umí strhnout zájem, umí nadchnout, rády mají důležitou roli směrem k pacientům na oddělení
- **sestry popudlivé** – takováto sestra je často zdrojem problémů na každém oddělení, jsou zlostné, výbušné a těžce se ovládají (Zacharová, 2017).

Tyto neadaptivní typy zdravotníků jsou poté velmi často zdrojem problémů a neklidu, jak ve vztahu k pacientům, tak i ve vztahu s ostatními spolupracovníky. Jak už bylo mnohokrát zmíněno, je nepsaným pravidlem, že většina nemocných je zvýšeně úzkostlivých a citlivých a nezřídka se objevují i neadekvátní projevy chování vůči vlastní osobě, které pro něj může znamenat potenciální nebezpečí poškození. Zdravotnický personál často opomíná fakt, že jejich chování pozorují i ostatní klienti hospitalizovaní na daném oddělení, kteří se mohou jejich chováním cítit poškozeni či dotčeni, aniž by se jich konkrétně týkalo. Takové nevhodné chování může mít na svědomí profesionální deformace, která však na laika může působit jako úmyslný cynismus či otrlost v péči o pacienty.

Z tohoto důvodů je zapotřebí neustále pečlivě kontrolovat své chování, věnovat svou pozornost i signálům, které nám sdělí třeba i naši přátelé mimo zdravotnictví. Profesionální psychická deformace s sebou totiž často nese důsledky, které mohou nepřímo ovlivňovat diagnosticko-terapeutický a ošetrovatelský proces nemocného, což může vést až k zásadnímu poškození hospitalizovaného člověka (Zacharová, 2017).

Přístup sestry k pacientovi by měl být vždy přemýšlivý a měl by brát v úvahu všechny souvislosti, které aktuálně na pacienta působí, včetně těch psychických a sociálních. Pro správné vykonávání své práce by se měl snažit zdravotník předcházet emocionální únavě, profesionální opotřebovanosti, deformaci až otrlosti, které vedou k neadekvátně zjednodušenému pohledu na nemocného a jeho problémy. Lidský přístup by se neměl z práce sester nikdy vytratit. Pomoc druhým spočívá v ošetrovatelství ve skutečnosti, že sestra vytváří příznivý psychosociální terén, na němž se může optimálně uplatnit léčebné působení (Zacharová, 2017).

Je jasné, že v tomto směru mají sestry nezastupitelnou roli. Práce pro ně proto musí být spojena s pocitem prospěšnosti lidem a pozitivním hodnocením, se kterým



se pojí tzv. seberealizace jedince, v opačném případě se pro ně práce stává zdrojem obrovské až neúnosné zátěže a stresu.

Každodenní chování sestry by mělo být chápáno jako psychoterapeutické působení, pokud tomu tak je, hovoříme o tzv. produktivním chování sestry. Toto chování (z hlediska využití psychologických prostředků) je ve vztahu k pacientovi maximálně účinné. Sestra se při tomto chování opírá o skutečnost jednoty a neoddělitelnosti biologických, psychických a sociálních dějů.

Dodržování zásad produktivního chování vůči nemocným jsou základním předpokladem k zajištění kvalitní a komplexní ošetrovatelské péče a bezkonfliktních mezilidských vztahů (Zacharová, 2017).

## 4. Haptika jako součást neverbální komunikace

Pod haptikou si můžeme představit taktilní sdělení, která jsou běžně pozorovatelná v sociální interakci, lze ji tedy chápat jako komunikaci prostřednictvím doteků. (Zacharová, 2016).

Jedná se tedy o dorozumívání pomocí doteků, o čemž svědčí i název pocházející z řeckého slova „haptin“ = dotýkat se (Pokorná, 2010).

Mnoho autorů tvrdí, že se jedná o jedinečný a samostatný způsob komunikace. Dotyky mezi lidmi jsou určovány množstvím společenských konvencí a pravidel, které nám předepisují jaké možnosti komunikace v haptice máme. Dotyk považujeme jako velmi důležitý znak při snaze o upevnění vztahu a je také často součástí prvního setkání např. podání ruky při prvním seznámení (Zacharová, 2016).

Komunikace dotekem se realizuje hmatem tedy stimulací receptorů uložených v kůži. Někteří tvrdí, že jde o nejprimitivnější způsob neverbální komunikace, jelikož se hmat rozvíjí jako první ze všech smyslů (Pokorná, 2010).

Dotyková komunikace klade na sestru vysoké nároky ve schopnosti empatie. Již první dotek s pacientem, nejčastěji podání ruky, nám může při dostatečné vnímavosti podat první informace o člověku, který před námi stojí. Existuje podání ruky, které v nás probouzí pocit přátelství, náklonnosti a vitality člověka. Na opačné straně samozřejmě existují i taková, která nám způsobí nepříjemné mrazení v zádech. Správné podání ruky se vyznačuje přiměřeným stiskem a dobou, která nepřesáhne pět vteřin. Dále se doporučuje mít ruce suché, jelikož vlhké dlaně často značí nervozitu. Správné podání ruky je vhodné podpořit přiměřeným zrakovým kontaktem, který značí čestné jednání, sebedůvěru a úctu. Mírné pousmání také dokreslí celkový pozitivní dojem. (Zacharová, 2016).

Bezprostřední dotyk je extrémním případem přiblížení a může nás o něčem informovat. K charakteristice druhů doteků se používá řada termínů – stisk, objetí, pohlázení, políbení, poplácání, píchnutí apod. Tato dotyková interakce může být odlišně vnímána, může být příjemná i nepříjemná, díky čemuž ji lze interpretovat jako projev náklonnosti a přátelství nebo naopak agrese a nepřátelství. Obecně ruka v naší kultuře do běžné konverzace patří velmi často (Linhartová, 2007).

## 4.1. Význam hmatu jako zprostředkovatele doteku

*„Až do 18. Století byl hmat uctíván a považován za jakéhosi supervizora ostatních smyslů. Ověřoval jejich nespolehlivost a kotvil je v realitě. Ale postupem času se doteková vzdálenost mezi lidmi víc a víc zvětšovala a v rámci toho začaly hrát prim jiné, rádobu ušlechtilejší smysly“ (Nevolová, 2015, s. 9)*

„Štípni mě, ať vím, že je to pravda ...“

„Nuvěřím tomu, dokud si na to nesáhnu ...“

Toto jsou výroky, které většina z nás zná a jejich skrytý význam má důležitou funkci. Při osahávání vnějšího prostředí totiž mozek získává a zpracovává mnohonásobně více informací, než kolik jich dokážeme přijmout očima, ušima, nosem nebo ústy. Ze všech smyslů, kterými člověk disponuje je právě hmat nejlépe uzpůsoben k poznávání okolního světa (Nevolová, 2015).

Proč je hmat tak unikátním smyslem? Hlavním důvodem je, že všechny zbylé smysly jsou soustředěny pouze do jednoho orgánu- oči, uši nebo nos, zatímco hmatové orgány jsou rozmístěny po celém těle. Hmatem rozeznáme náraz, dokážeme odhadnout tvar objektů, na které saháme, jejich váhu, strukturu, teplotu nebo zda nám jisté věci působí bolest. Hmat pro náš organismus taky velmi dobře slouží jako poplašný systém, nadměrný pocit tepla nebo bolest často varuje mozek, aby vydal signál tělu, které následně reaguje ochrannými reflexy (Nevolová, 2015).

## 4.2. Dotek jako potřeba člověka

**„Dotek je základní tělesná potřeba, jeho absence způsobuje abnormální chování a tělesný vývoj.“**

(Ashley Montagu)

Nejčastěji jsou potřeby doteku ne zcela správně chápány jako „nedostatek něčeho či čehosi“, což je pravdou pouze napůl. Potřeba totiž může vznikat i v důsledku nadbytku něčeho, tudíž se jedná o nežádoucí stav neuspokojeného nedostatku nebo také

překážejícího nadbytku. Oba tyto stavy mohou u člověka vyvolat značné napětí, většinou emotivně zbarvené, bohužel většinou pouze negativně.

Potřeba doteku či tělesného kontaktu nesporně patří mezi potřeby psychické. Psychické potřeby jsou odvozovány a vyjadřovány pomocí prožívání psychických stavů a jevů, vycházejí z individuálního prožívání a vnímání světa každého z nás, dále i z potřeby rozvíjení osobnosti (pocit psychické vyrovnanosti, prožívání životních událostí s pocitem vyrovnanosti, pocit bezpečí, apod.), (Šamánková a kol., 2011).

Existují samozřejmě potřeby mnoha druhů, od těch biologických, přes kulturní až po již zmiňované potřeby psychické. U dotekových povolání, kterým je samozřejmě i ošetrovatelství, je nutné uspokojovat všechny tři tyto složky, leč nejvýrazněji se mohou uspokojit právě potřeby psychické i přesto, že se to na první pohled může jevit jinak. Psychické potřeby člověka jsou individuální a odvíjejí se od způsobu a průběhu společenského života, každého z pacientů. Bez kultivovaného vztahu k okolnímu světu lze totiž psychické potřeby uspokojit jen velmi těžko. (Vlček, 2016).

Dále spadají psychické potřeby do skupiny tzv. sekundárních lidských potřeb, což jsou ty sociální, získané, naučené a kulturní. Jedná se o základní společenské potřeby, kdy člověk potřebuje společnost druhých lidí, komunikovat s nimi a uplatnit se ve společnosti (Šamánková a kol., 2011).

U nemocného jedince musíme pokaždé předpokládat ztrátu jistoty, kterou zákonitě přináší onemocnění samo o sobě společně se vším, co s ním souvisí. Při zjišťování potřeb a jejich uspokojení se snažíme o objektivní úsudek v posuzování chování a jednání pacienta z pohledu sestry. Vnímáme, že pacientovo hodnocení zdravotního stavu stejně jako u sester je převážně subjektivní.

Snaha jak léčebné, tak ošetrovatelské péče musí být zaměřena na uspokojení celého spektra potřeb pacienta, tzn. jak potřeb primárních, tak i sekundárních v plném rozsahu, přesně podle toho, jak nám je nemocný prezentuje a je schopen je akceptovat.

Hlavním cílem naší péče by mělo být uspokojit u pacienta potřebu jistoty, bezpečí a nezávislosti. Pro dosažení těchto cílů je velmi dobré navázat spolupráci i s rodinou nemocného. Nedílnou součástí plnění potřeb nemocných je správná a dostatečná informovanost a pravidelná komunikace s nimi i rodinou. Toto jsou hlavní pilíře, které pokud jsou splněny, přinášejí pacientovi zklidnění a určitou míru jistoty.

Nejistota a neinformovanost totiž téměř vždy ztěžuje naplnění jak primárních, tak sekundárních potřeb (Šamánková a kol., 2011).

#### **4.4. Haptika jakou součástí ošetrovatelského procesu**

V pomáhajících profesích se pomáhající profesionálové – odborníci v dané profesi – vztahují, jak ke svým terapeutickým a praktickým dovednostem, tak i k člověku, o kterého se starají. Tímto se pomáhající profese odlišují od jiných povolání. V těchto zaměstnáních nutně potřebují dva typy dovedností, které jim umožní kvalitní vykonávání své práce. Mezi tyto dovednosti patří znalost příslušných technik, jak v teoretické, tak praktické rovině a druhou nezbytnou schopností je znalost komunikace s druhým člověkem (kterému profesionálně pomáhají). Jinými slovy skutečně lidské, autentické bytí je centrem jejich teoretické i praktické pozornosti (Sociální péče, 01/2007).

Po všech informacích, které zde byly uvedeny, je jasné, že haptika je velmi důležitou součástí ošetrovatelského procesu od začátku až do konce. Většina ošetrovatelských výkonů probíhá v osobní a intimní zóně pacienta. Za běžného života si do intimní zóny vědomě pouštíme pouze své blízké. Pokud je pacient hospitalizován, často musí nutně docházet k narušování jeho osobní i intimní zóny, ať už lékařem či sestrou. Psychické vnímání lidí je v tomto ohledu velmi individuální, málokdy se ale setkáme s natolik lhostejným (odevzdaným) chováním, že by jejich tělo na naše doteky nereagovalo nijak. Proto je pro zdravotnický personál velmi důležité, aby sledoval řeč pacientova těla a v závislosti na jejím hodnocení zvolil vhodný způsob jak verbální, tak neverbální komunikace (Linhartová, 2007).

Každý pacient je jedinečný, s různými požadavky na „svůj prostor“ kolem svého těla. Jestliže mu do tohoto prostoru někdo vstoupí, může to u něj vyvolat nepříjemné pocity nebo se může dokonce cítit ohrožen a ustupuje dozadu nebo do stran (Špatenková, Králová, 2009). Právě kvůli tomu, že je každý jedinec jedinečný a má individuální potřeby, je velmi složité dotekům porozumět a umět veškeré nutné doteky v ošetrovatelské praxi správně používat, neboť pro jeho využívání a správné použití je v práci sestry mnoho aspektů (Routasalo, 1996).

Je nutné mít neustále na paměti, že do intimní zóny, která je v rozmezí od 15 do 30 cm, pouštíme jen nám velmi blízké osoby a z cizích osob pouze malé děti. A pak právě do této zóny vstupují zdravotníci, pro ně „jaksi běžně“, při výkonu ošetrovatelské péče. Je ale nutné si právě zde uvědomit, že pro pacienta toto rozhodně běžné není.

Dochází k narušení jeho intimní zóny a s tím se mohou začít objevovat nepříjemné pocity. Například úzkostní pacienti vyžadují obecně větší vzdálenosti, například i u rozhovoru, a proto na ně toto narušení může působit více nepříjemně než na ostatní. Naopak pacienti s bolestí nebo ti, kteří podstupují nějaká nepříjemná vyšetření, mohou potřebovat či vyžadovat blízkost a dotyky sestry, a tím ujištění o její podpoře a blízkosti (Špatenková, Králová, 2009).

Sestry by měly být schopny vytvořit komunikační způsob, který je „ušit na míru“ pacientovi i situaci, ve které interakce probíhá, čímž se mohou eliminovat somatické projevy, které by mohly zkreslovat anamnestické údaje a zhoršit podmínky pro zjištění správné diagnózy, např. zvýšený tlak krve či tepová frekvence (Linhartová, 2007). Vlídlná slova, která pacienta informují o výkonech, které zrovna provádíme nebo budeme dělat, pronášená s konejšivým a upřímným úsměvem, teplé a suché dlaně, jimiž se dotýkáme obnaženého těla, velmi často pomohou zamezit vzniku nepříjemných pocitů a nejistoty (Linhartová, 2007).

Nejfrekventovanějším orgánem hmatu je vnitřní strana ruky, díky níž registrujeme fyzickou vzdálenost, informuje nás o pocitech z doteků. Její mimořádná pohyblivost zajišťuje její nepostradatelnost v neverbální komunikaci. Rukou získáváme informace o veškerém našem okolí. Ruka nám také umožňuje vyjadřovat hnutí mysli a naše city – hladíme, laskáme, uhodíme nebo jen uskutečňujeme prostý kontakt s naším vnějším okolím (Linhartová, 2007).

Nejčastěji používaným dotekem při prvním setkání jak v obecné, tak ve zdravotnické rovině je již zmiňované podávání ruky, dále pak pohlazení po zádech či rameni. Smysl taktilní komunikace by měl patřit ke znalostem každého zdravotnického pracovníka. V běžné praxi dochází k dotekům jednak přímo, což znamená kůže na kůži, což je „přímý haptický kontakt“, a dále pak nepřímo, kam řadíme dotyky jako poplácání holou dlaní přes oděv (Pokorná, 2010).

Kromě výše zmiňovaného podání ruky dochází v ošetrovatelské praxi k nespočtu jiných a mnohem osobnějších doteků. Dotyky lze v ošetrovatelství využít pro široké spektrum významů, např. pohlazení, podržení za ruku, objetí nebo letmé dotyky končetin. Zvláštní pozornost si zaslouží tzv. sebehaptika, kdy se jedinec dotýká vlastního těla. Ve zdravotnictví tento způsob prezentuje velké množství negativních

emocí, jako jsou nedůvěra, napětí, strach, úzkost, nepohoda či stud při obnažování nebo hygieně (Zacharová, 2016).

*„V lékařské a ošetrovatelské praxi je cílený psychologický dotek často využíván s cílem vyjádření podpory a porozumění. Vhodná neverbální komunikace v této dotykové rovině je jednou z nejvíce emočně nabitých terapeutických podpůrných technik, která signalizuje maximální míru empatie lékaře či sestry k pacientovi“ (Janáčková, Weiss, 2008, s. 24).*

*„Význam doteku spočívá v jeho charakteristice; od podání ruky přes pohlazení, poplácání až po objetí. Vždy můžeme dotyk vnímat jako akt přátelství či nepřátelství, přičemž druhá varianta by měla být z režimu dotykových povolání vlastně vyloučena“ (Vlček, 2016, s. 134).*

V ošetrovatelské péči jsou dotyky specifické, ryze profesionální, avšak nemusí být vždy přesně takto chápány. Je tedy nutné poukázat na nutnost uvědomovat si a zapojovat všechny druhy komunikace, protože často bývá pravdou, že pacienti mnohem lépe snášejí zákroky, pokud jim sdělujeme, co aktuálně děláme. V praxi taky nesmíme opomenout citlivost druhých k intimitě těla a měli bychom proto respektovat jejich stud. Je jedním z velkých problémů zdravotnického personálu, že otupí a povznese se nad tento fakt, jelikož se s nahotou setkává každý den u spousty pacientů. Náš pacient vždy bude tyto výkony prožívat velmi intenzivně, jelikož není zvyklý se obnažovat před cizími lidmi a nechávat je se ho dotýkat.

Druhým typem doteků, které jsou součástí naší praxe, jsou ty, které se však nepočítají přímo do náplně ošetrovatelské profese. Sem patří již diskutované podání ruky, jelikož neexistuje žádný důvod, proč se tomuto zvyku ve zdravotnictví vyhýbat. Tyto dotyky, používáme v situacích a místech, kde je vhodné pacienta pohlazení, podržení za ruku a těmto podobné případy.

*„Jedním z míst, kde hraje dotek nezastupitelnou roli, je ošetrovatelská péče. Dotek je jedním z hlavních pilířů somatické stimulace, která patří do koncepce bazální stimulace- stejnoměrně se opakující systematické podpory, která signalizuje blízkost, pozornost a určitou výjimečnost vztahu. Somatická stimulace poskytuje vjemy z povrchu těla a z vnitřního prostředí organismu“ (Florence, 4/2006, s. 37).*

Dodnes je pojem bazální stimulace spojen především s péčí o pacienty v kómatu, při dlouhodobých hospitalizacích, kdy je pacient upoután na lůžko, u geriatrických pacientů nebo u pacientů v intenzivní péči. Tento druh péče umožňuje ošetřovatelskému personálu nabízet pacientovi takové vjemy, u kterých on sám může rozhodovat, zda mu jsou příjemné či naopak nepříjemné. Doteky umožňují pacientovi si uvědomit hranice jeho vlastního těla, mít zážitek ze sebe sama, pomůžou mu vnímat okolní svět a samozřejmě také přítomnost jiného člověka, ať už ošetřovatelského personálu, či někoho blízkého. Na druhé straně může tato péče podněcovat vlastní kreativitu ošetřovatelského personálu (Florence, 4/2006).

#### **4.5. Význam doteku v ošetřovatelské praxi**

Lidé si většinou do velké míry význam haptiky neuvědomují, dokud jsou zdraví, připadají si nedotknutelní a převládají často názory a myšlenky jako „k čemu by mi doteky byly prospěšné, vždyť jsem v pořádku, fit, silný, bez problémů a svět mi leží u nohou...“ (Nevolová, 2015).

Změna potom nastává, pokud se dostaneme do situace, kdy nám není dobře a cítíme se špatně. V tom okamžiku si začínáme uvědomovat, že úspěch v práci nám nestačí a začínáme pocítovat nedostatek čehosi. Chybí nám něco jako radost ze života, elán, něha, pocit, že k někomu patříte, záplavy dobré nálady a pozitivních emocí (Nevolová, 2015).

V některých situacích se může jednat o tzv. dotekovou deprivaci. Antropolog David Howes se tímto problémem zabýval a tvrdí, že to, co v dnešní době omezuje množství doteků v lidské komunikaci jen na nezbytné minimum, je náš obrovský důraz na nezávislost, individualitu a soukromí. Pomocí doteku jsme ale schopni navozovat intimitu a určovat míru dominance (Nevolová, 2015).

Potřebu dominance zvyšuje nebo naopak velmi snižuje dlouhodobě zažívaný stres, prožitá křivdy, nedocnění ostatními nebo nepřijetí sebe samého. Nedostatek blízkosti, lásky a kvalitního dlouhodobě trvajícího vztahu, krátkodobé sexuální vztahy, které neobsahují vzájemné sdílení a ocenění druhého zase negativně ovlivňují vytváření naší intimity (Nevolová, 2015).



- Dotek nám může pomoci upoutat pozornost pacientů, kteří jsou z nějakého důvodu nesoustředění nebo příliš ponoření do sebe či uzavření.
- Dotek je ideální nástroj pro redukci úzkosti u pacientů ve stresových a nepříjemných situacích.
- Dotek dále slouží zdravotnickému personálu jako způsob, jak pacientovi vyjádřit zájem o jeho pocity.
- Dotekem lze podtrhnout sdílení a blízkost s jiným člověkem. Ujistíme tím pacienta o našem zájmu a přítomnosti.
- Dotek je projevem kvalitní péče a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu (Špatenková, Králová, 2009).

Jako každý úkon sestry, tak i dotek může být pacientem vyložen nesprávně. Někteří pacienti si mohou některé doteky interpretovat například jako sexuální (jako projev sexuálního obtěžování). U těchto pacientů je pak na místě, aby byl zdravotnický personál opatrný a dostatečně těmto lidem vysvětlil účel doteku, tak aby se předešlo možnému nedorozumění. Je dobré také udržet v paměti, že pro některé pacienty může být dotek, který je nad výškou loktů a není součástí ošetrovatelské péče, matoucí. Proto bychom měli ještě před zahájením nějakých úkonů vyžadující dotek zhodnotit potřebu jednoho každého pacienta na „vlastní prostor“ a také jeho reakci na dotek. Tímto vnímavých chování lze předejít rozpakům a následně vznikajícím problémům (Špatenková, Králová, 2009).

V práci sestry je dotek v terapeutickém kontextu nezávislou ošetrovatelskou činností, která vyžaduje specifické poznatky a zkušenosti sestry. Sestra terapeutickým dotykem pomáhá nemocnému v jeho léčebném a uzdravovacím procesu. Dotykem projevuje sestra zájem o osobní péči o pacienta, ale též podporuje vzájemnou důvěru (Kozierová, 1995; Faleide, 2010). Dotek s úmyslem pomáhat, tedy v terapeutickém kontextu, byl do ošetrovatelské praxe ražzen až v roce 1975 (Quinn, 1988; Meehan, 1998).

Dle autorů Gleesona či Raniszewska-Wyrwa má dotek opravdu velký terapeutický potenciál a to hned z několika důvodů. Sestra jím může dát pacientovi najevo spoustu věcí, aniž by musela na pacienta promluvit. Dotek lze pacienta přesvědčit o tom, že má skutečný zájem se o něj postarat a pomoci mu, čímž mnohdy navodí správnou atmosféru k vybudování důvěry. Dále samozřejmě snižuje negativní

pocity pacienta, které ho během nemoci mohou zastihnout. Těmi jsou například úzkost a deprese. Mezi somatické procesy, které jsou tímto způsobem komunikace ovlivněny, patří třeba produkce některých hormonů, jako je katecholamin, kortizol a další. Dále můžeme pozorovat zlepšení imunity, snížení posttraumatického syndromu, zmírnění bolesti nebo i zlepšení stavu u psychiatricky nemocných pacientů (Gleeson, 2004, Raniszewska-Wyrwa, 2014).

Dále pomocí doteku můžete leckoho přesvědčit o tom, na čem vám skutečně záleží. Doteky jsou opravdu skvělý komunikační nástroj, který působí jako podpora při přesvědčování a vyjednávání. Lze tedy říci, že pokud se dotýkáme lidí okolo sebe, snadněji tak dosáhneme svého záměru, díky tomu, že se nám podaří „dotknout se jejich slabého místa“ (Nevolová, 2015).

Dotek léčí. Dotek byl vždy spojovaný s předáváním energie. Konkrétně čínská medicína se specializuje na tento typ léčby, podle kterého se dotýkáním různých částí těla a to zejména rukou a nohou, ovlivňují vnitřní orgány. Při nedostatku dotyků dochází v našem těle ke kumulaci stresu, který může postupem času vést k onemocnění různých orgánů. K tomuto tématu například Dr. Gérard Leleu tvrdí, že mnoho krčních nebo zádočných problémů je způsobeno pouze nedostatkem tělesného kontaktu.

Celá řada terapeutických systémů v dnešní době dotek používá, ať už formou masáží, nebo přikládáním dlaní a dotýkáním se pacientů. Dotek tedy představuje způsob léčebné komunikace. Přenáší různé signály, které jsou schopny vyvolat v těle pacienta neurohormonální reakce. Příkladem je produkce oxytocinu, který je úzce spojen s pocitem intimity, lásky, něhy a nakonec i se stavem štěstí a spokojenosti. Dovednost dotekem léčit se lze naučit a pomáhat tak sobě a především ostatním může být dovoleno všem (Nevolová, 2015).

Ayers tvrdí, že každý dotyk od ošetrovatelského personálu musí být vždy prospěšný pacientovi, nikoli personálu či terapeutovi. Správný a profesionální provedení tělesných vyšetření přispívá ke správné spolupráci pacienta se sestrou nebo lékařem (Ayers, 2015).

## 4.6. Vyhýbání se dotyku

Člověk jako společenská bytost má sklon dotýkat se druhých a umožnit jim, aby se oni dotýkali jeho, ale máme také tendenci se vyhýbat dotykům od určitých lidí nebo dotykům za určitých okolností. V mnohých výzkumech týkajících se neverbální komunikace bylo zjištěno několik zajímavých vztahů mezi vyhýbáním se dotykům a dalšími významnými proměnnými v komunikaci.

Vyhýbání se dotyku může například souviset s obavou z komunikace. Jedinci, kteří se vyhýbají a mají obavu z verbální komunikace, se ve velké míře obávají i doteků. Stejně tak z nich mají obavu lidé uzavření. Jak důvěrná sdělení, tak i dotyky jsou považovány za formu intimní komunikace. Ti, kteří nejsou v běžném životě schopni se sblížovat, nejsou ve velké míře schopni se sblížit ani prostřednictvím doteků.

Dalšími determinanty ovlivňující používání a příjem dotyků jsou věk a pohlaví. U starších lidí můžeme pozorovat větší nechuť doteků od lidí opačného pohlaví, zatímco mladší jedinci je přijímají mnohem lépe. Frekvence dotyků s opačným pohlavím se zvyšujícím se věkem klesá. Dalším zajímavým výstupem je, že muži se mezi sebou dotýkají mnohem méně než ženy. Naopak ženy se zase více straní dotyků s opačným pohlavím, zatímco muži jsou jim mnohem více nakloněni (DeVito, 2008).

## 5. Psychosomatika

Představy o tom, jak moc úzký vztah mezi sebou mají fyziologické a psychologické funkce, se během let výrazně mění. Tyto představy nám nyní mohou lépe pochopit některá nemocnění a také nám pomoci při jejich léčení.

Již dávno v historii se těmito souvislostmi někteří lidé zabývali. Příkladem může být i řecký filozof Platon, který napsal: „Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.“ (A. O. Faleide, L. B. Lian, E. K. Faleide, 2010, s. 17).

Tento Platonův epigram, citovaný výše dle Lipowského (1986), klade důraz na holistický pohled řeckého filozofa na člověka.

V dnešní době medicína a psychologie vycházejí z předpokladu psychosomatické jednoty, což znamená, že somatický stav ovlivňuje psychiku a psychické procesy ovlivňují fyzickou stránku. Při některých onemocněních je vymezení tohoto vztahu zřetelnější (Zacharová, 2017).

Tělesný a duševní vývoj člověka tvoří jeden celek. Tento princip jednoty platí i v nemoci. Každá nemoc má svou somatickou i psychickou složku, což znamená, že její vznik a průběh jsou podmíněny jak somatickými, tak psychologickými faktory. Při každé nemoci si proto zdravotní personál musí všimnout obou složek. Při každém onemocnění by zdravotníci měli vědět, jak je pacient psychicky odolný, jak je motivován k léčbě, uzdravení a ke spolupráci s lékařem. Tento vztah funguje samozřejmě i naopak, u pacienta s duševním onemocněním je nutné znát i jeho fyzický vztah, i když k jeho zhoršení mohlo dojít i v důsledku oné duševní choroby. Pro tyto typy onemocnění se v dnešní terminologii používá termín psychosomatická onemocnění (Zacharová, 2017).

Psychosomatika je v současnosti jedním z nejprogresivnějších odvětví medicíny, které neustále objevuje další psychosomatické vztahy. Vlivy vzájemného působení jsou dobře známy, mezi nejčastější psychosomatická onemocnění řadíme například hypertenzi, vředová onemocnění žaludku a dvanáctníku, dále bronchiální astma, ischemickou chorobu srdeční a některé kožní nemoci. U těchto nemocí je typické, že

pokud dochází ke zhoršení stavu, recidivám, ale i ústupu či zlepšení, uplatňují se ve velkém duševní vlivy (Zacharová, 2017).

Psychické děje, zejména citové prožívání, mají bez výjimky somatický doprovod. Typickými příklady jsou velmi silné emoce jako je např. strach, protože pokud dlouhodobě zažíváme ve svém životě napětí, úzkost a strach, tím pravděpodobněji dojde časem k poškození některého z orgánů. Strach se totiž může projevat prohloubeným a zrychleným dechem, může se měnit činnost srdce a cév, tep se nám zrychluje nebo zpomaluje, klesá či stoupá krevní tlak, můžeme pozorovat změny v barvě kůže nebo se objevuje sklon ke zvracení a svalový tonus (Zacharová, 2017). „*Při velmi silných podnětech nebo při déletrvajících škodlivých podnětech nebývá somatický doprovod psychických dějů takové intenzity a bývá takového druhu, že může vést i ke smrti*“ (Zacharová, 2017, s. 47).

Znalost psychologie by tedy měla zdravotníkům umožnit komplexní přístup k jejich pacientům, jeho včlenění této péče do každodenní práce (Zacharová, 2017).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1. Metodika

### 1. 1. Použité metody sběru dat

Pro empirickou část své bakalářské práce jsem zvolila metodu kvalitativního šetření, která mi umožnila získat odpovědi na otázky, které mě ve výzkumu zajímaly

### 1. 2. Metodika kvalitativního výzkumu

K získání dat byla v rámci mého kvalitativního výzkumu použita metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Vytvořila jsem tři sady otázek pro každou skupinu respondentů zvlášť. Skupiny tvořil jednak ošetrovatelský personál, který odpovídal na 11 otázek (Příloha 1). Druhou skupinu tvořili pacienti, kteří byli v minulosti alespoň jednou hospitalizováni. Rozhovor pro tuto skupinu čítal 8 otázek (Příloha 2). Třetí, poslední skupinou, byli pacienti, kteří byli v době rozhovoru hospitalizováni a rozhovor s nimi měl 10 otázek (Příloha 3). Výzkumné šetření probíhalo se svolením managementu zdravotnického zařízení, vedoucích jednotlivých oddělení a samozřejmě s vědomím pacientů.

Před každým z rozhovorů, jsem respondenty seznámila s tím, že poskytnutí rozhovoru je anonymní a všechny informace, které jimi budou poskytnuty, slouží jen a pouze pro účel této bakalářské práce. Právě z důvodů zachování anonymity nejsou v práci použity žádná jména zveřejněna. Každý z respondentů byl před začátkem rozhovoru informován o tématu, důvodu a účelu mého šetření a souhlasil s rozhovorem.

Před začátkem každého rozhovoru, jsem respondenty upozornila, že budou jejich odpovědi zaznamenávány na diktafon a všichni s tímto způsobem uložení informací souhlasili. Veškeré rozhovory byly poté doslovně přepsány do programu Microsoft Word (Příloha 4). Získaná data jsem dále zpracovala pomocí obsahové analýzy.

### **1. 3. Způsob zpracování dat**

Při analýze rozhovorů jsem použila zejména metodu obsahové analýzy. Následně jsem použila otevřené kódování, tj. vytvořila jsem kategorie s tématy, která respondenti nejčastěji zmiňovali. Pokud kontext příběhu poukáže na nějaké vzájemné vztahy, bude k zpracování použito axiální kódování. Pokud bych si při zpracování všimla specifických fenoménů, použiji deskripce (popis fenoménu).

### **1.4. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor k mému kvalitativnímu šetření tvořilo celkem 15 respondentů, rozdělených do tří skupin po pěti lidech. První skupinu tvořilo pět žen, pracujících jako zdravotní sestry (O1-O5). Druhou skupinou, byli lidé, kteří byli ve svém životě jednou či vícekrát hospitalizováni a měli tedy zkušenost s hospitalizací a ošetrovatelským personálem. Tuto skupinu tvořily tři ženy a dva muži (BP1-BP5). Poslední skupina reprezentovala respondenty, kteří byli v době rozhovoru hospitalizováni buď na onkologickém lůžkovém oddělení či na standartním urologickém oddělení. Rozhovory jsem udělala s třemi muži a dvěma ženami (AP1-AP5).

Všechny rozhovory byly podmíněny ochotou respondentů poskytnout mi zjišťované informace. Skupiny výzkumného souboru byly voleny záměrně, jelikož jsem chtěla získat tři různé pohledy na zjišťované téma.

## **2. Cíle šetření**

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit vliv mimiky a haptiky ošetrovatelského personálu na psychiku pacienta z pohledů tří skupin respondentů (ošetrovatelský personál, bývalí pacienti, aktuálně hospitalizovaní pacienti).

### **2. 1. Cíl č. 1.**

Dozvědět se, zda sestry vědí, co znamená pojem mimika a haptika, zda považují schopnost správně použití haptiky a mimiky za důležité a vědomě tuto komunikaci využívají ve své práci.

***Dílčí cíl č. 1***

Zjistit, jak rozumí sestry pojmu mimika a haptika.

***Dílčí cíl č. 2***

Zjistit, jaká je podle ošetrovatelského personálu důležitost této péče.

***Dílčí cíl č. 3***

Zjistit, v jakých situacích vědomě sestry používají terapeutický dotek a výraz v tváři?

***Dílčí cíl č. 4***

Zjistit, zda existují konkrétní skupiny pacientů, u kterých mají sestry větší problém s poskytováním tohoto typu péče.

***Dílčí cíl č. 5***

Zjistit, jak vnímají sestry dotýkání se pacienta ony samy.

***Dílčí cíl č. 6***

Získat informace o reakcích pacientů na dotek od ošetrovatelského personálu

***Dílčí cíl č. 7***

Zjistit, jak by ošetrovatelský personál reagoval v případě negativní zpětné reakce od pacienta na jejich dotek.

***Dílčí cíl č. 8***

Zjistit, jak ošetrující personál vnímá časovou náročnost poskytování péče prostřednictvím neverbální komunikace.

***Dílčí cíl č. 9***

Zjistit možné důvody negativního chování ošetrovatelského personálu.

***Dílčí cíl č. 10***

Zjistit nejčastější projevy negativního projevu.



## **2. 2. Cíl č. 2**

Zjistit, zda si pacienti i s odstupem času jsou schopni vybavit nějakou situaci, kdy se s tímto typem péče setkali. Dílčí cíle vycházejí z výzkumných otázek.

### ***Dílčí cíl č. 1***

Zjistit jakým způsobem pacienti zvládali hospitalizaci z psychologického hlediska.

### ***Dílčí cíl č. 2***

Zjistit okolnosti, které byly pro pacienty těžké.

### ***Dílčí cíl č. 3***

Zjistit, jaké pacienti zažili situace, kdy jim terapeutický dotek pomohl

### ***Dílčí cíl č. 4***

Zjistit jaký vliv měla na pacienty mimika personálu, který o ně pečoval.

### ***Dílčí cíl č. 5***

Zjistit, zda má mimika sestry vliv na oblíbenost u pacientů a jejich spolupráci.

### ***Dílčí cíl č. 6***

Zjistit, zda pacienti mají negativní zkušenost s chováním ošetrovatelského personálu.

### ***Dílčí cíl č. 7***

Zjistit, zda pacienti považují pozitivní neverbální chování za povinnost ošetřujících pracovníků.

### ***Dílčí cíl č. 8***

Zjistit jakým způsobem pacienti doteky vnímají.

### ***Dílčí cíl č. 9***

Zjistit, jak by pacient přijal podpurný dotek, během nepříjemného zážitku (bolest, vyšetření).

### **2. 3. Cíl č. 3**

Zjištění, zda aktuálně hospitalizovaní pacienti tento typ péče vůbec vnímají a případně jak a jakým způsobem je to ovlivňuje. Dílčí cíle vycházejí z výzkumných otázek

#### ***Dílčí cíl č. 1***

Zjistit, jakým způsobem pacienti vnímají doteky od ošetrovatelského personálu.

#### ***Dílčí cíl č. 2***

Zjistit, zda pacienti pociťují během jejich hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu.

#### ***Dílčí cíl č. 3***

Zjistit, zda existují situace, kdy by pacienti terapeutický a podpůrný dotek ocenili.

#### ***Dílčí cíl č. 4***

Zjistit, zda jsou některé doteky pro pacienty nepříjemné.

#### ***Dílčí cíl č. 5***

Zjistit, jakým způsobem pacienti obecně vnímají výraz ve tváři ošetrovatelského personálu.

#### ***Dílčí cíl č. 6***

Zjistit, jakým způsobem dokáže pozitivní mimika ovlivnit náladu pacientů.

#### ***Dílčí cíl č. 7***

Zjistit zkušenosti pacientů s terapeutickým dotekem.

#### ***Dílčí cíl č. 8***

Zjistit, zda někteří pacienti vědomě vyhledávají fyzický kontakt u ošetrovatelského personálu.

#### ***Dílčí cíl č. 9***

Zjistit, jaké doteky pacientům jsou příjemnější.

Výzkumné otázky, vycházejí z dílčích cílů. Otázky do rozhovoru byly tvořeny na základě výzkumných otázek.

### **3. Výzkumné otázky**

#### **Výzkumné otázky pro ošetrovatelský personál**

- 1) Jak rozumí sestry pojmu mimika/haptika?
- 2) Je podle sester toto chování důležité a proč?
- 3) Jaké jsou specifické situace, kdy sestry toto jednání vědomě použily?
- 4) Existují skupiny lidí, u kterých je pro ně poskytování této péče těžší?
- 5) Jak sestry vnímají dotyk směrem k pacientovi?
- 6) S jakými reakcemi mají sestry zkušenost při použití doteku ve své praxi?
- 7) Jak by reagoval ošetrovatelský personál na negativní zpětnou reakci při doteku?
- 8) Jak vnímají časovou náročnost neverbálního chování personálu?
- 9) Jaké jsou důvody negativního neverbálního projevu personálu?

#### **Výzkumné otázky pro bývalé pacienty**

- 1) Jak pacient psychicky zvládal hospitalizaci?
- 2) Byla nějaká situace, kdy pacientovi ošetrovatelský dotek pomohl?
- 3) Jaký vliv měla mimika ošetrovatelského personálu na pacientův psychický stav?  
Byly pacientovi některé sestry příjemnější díky jejich neverbálnímu chování?
- 4) Má pacient negativní zážitek s ošetrovatelským personálem v této neverbální rovině?
- 5) Jedná se o povinnost ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi dotyk/mít příjemnou mimiku?
- 6) Jak pacient vnímal veškeré dotyky od ošetrovatelského personálu?
- 7) Jak pacient vnímal/a dotek při nepříjemné situaci?

#### **Výzkumné otázky pro aktuálně hospitalizované pacienty**

- 1) Jakým způsobem vnímá pacient doteky ošetrovatelského personálu?
- 2) Pocítil pacient nedostatek fyzického kontaktu během vaší hospitalizace?
- 3) V jakých případech by pacient ocenil dotek ošetrovatelského personálu?
- 4) Existují dotyky pro pacienta nepříjemné?
- 5) Jak vnímá pacient neverbální chování v obličeji zdravotnického personálu?
- 6) Jak pacienta ovlivní mimika personálu, který se o něj stará? Dokáže pacientovi úsměv sestry zlepšit náladu?
- 7) Má pacient vlastní zkušenost s terapeuticky použitým dotekem?

- 8) Vyhledal pacient úmyslně dotek během hospitalizace?  
 9) Jaké doteky jsou pacientovi příjemnější?

#### 4. Zpracování dat a komentáře

##### Identifikace respondentů

Respondent	Pohlaví	Věk	Oddělení
O1	Žena	44 let	Interní oddělení
O2	Žena	52 let	Operační sály
O3	Žena	44 let	Interní ambulance
O4	Žena	46 let	Lázně
OP5	Žena	44 let	Interní oddělení
BP1	Muž	24 let	Ortopedie
BP2	Muž	51 let	Traumatologie
BP3	Žena	42 let	Chirurgické oddělení
BP4	Žena	22 let	Dětská nefrologie
BP5	Muž	22 let	Chirurgické oddělení
AP1	Muž	72 let	Onkologie
AP2	Žena	33 let	Urologie
AP3	Muž	68 let	Urologie
AP4	Žena	60 let	Onkologie
AP5	Muž	58 let	Onkologie

Zde jsou uvedeny identifikační údaje respondentů, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části mé práce. Je zde zaznamenáno jejich pohlaví, věk, a oddělení, kde pracují (O1-O5), kde byli respondenti hospitalizováni (BP1-BP5) či kde byli hospitalizováni během rozhovoru (AP1-AP5).

## **4. 1. Obsahová analýza rozhovorů**

Ke zpracování informací u jednotlivých rozhovorů jsem zvolila obsahovou analýzu. Pokusila jsem se zanalyzovat každou jednotlivou odpověď všech respondentů na jednotlivé otázky v rozhovoru a vystihnout tak podstatu jejich sdělení, stručně shrnout obsah jejich narrací a nalézt odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Zde jsou uvedeny jednotlivé obsahové analýzy u každého respondentka na každou výzkumnou otázku.

### **4. 1. 1. Ošetrovatelský personál**

#### **1) Jak rozumí sestry pojmu mimika/haptika?**

**O1:** Respondentka pojem haptika nezná, mimika pro ni znamená výraz tváře, ve kterém se zrcadlí naše emoce.

**O2:** Respondentka uvádí, že pod pojmem mimika si představí výraz ve tváři, pojem haptika neznala a musela si ho vyhledat. Oba faktory považuje pro praxi za důležité, jelikož to podle ní ovlivňuje pacientovo cítění.

**O3:** Respondentka si pod pojmem mimika vybaví výraz ve tváři a řadí jí pod neverbální komunikaci, pojem haptika si nyní už nevybavuje. Obě součásti této komunikace považuje za důležité a to především proto, že je to podle ní neoddělitelná součást ošetrovatelství i běžného života.

**O4:** Respondentka řadí oba pojmy k neverbální komunikaci. Ví o jejich důležitosti při komunikaci s pacienty, považuje ji za nedílnou součást projevu zdravotníků a s její pomocí lze lépe komunikovat s jedinci, kde ostatní typy komunikace mohou selhávat.

**O5:** Respondentka pojem haptika neznala, pod pojmem mimika si vybaví výraz tváře. Důležitost je podle ní vysoká, jelikož tímto způsobem může pacienta zklidnit, zmírnit jeho strach a lépe navázat s pacientem komunikaci.

#### **2) Je podle sester toto chování důležité a proč?**

**O1:** Respondentka si používání těchto aspektů neverbální komunikace uvědomuje. Stává se jí, že vědomě ovlivňuje, jakým způsobem působí navenek, jelikož se v práci snaží zakrýt své aktuální pocity tak, aby negativně neovlivňovala své pacienty. Její práce a pacienti jí často pomohou s vyrovnáním se se špatnou náladou a domů po práci přichází v lepším psychickém rozpoložení, než ráno odcházela

**O2:** Sestřička považuje obě složky za přirozené, nemusí se do této péče nutit. Záměrně využívá mimiky a haptiky například při vysvětlování, považuje to také za mírně přesvědčovací nástroj. Haptiku taky používá, pokud se stará o pacientovu hygienu, někdy ho přemísťuje či mu pomáhá vstát.

**O3:** Respondentka považuje úsměv za automatické chování, přestože nemusí mít nejlepší náladu. Uvádí, že se její komunikace také odvíjí od chování pacienta a pokud by se choval nevhodně, dokáže si vytvořit jasné hranice. Využití doteku ve své praxi popisuje jako intuitivní, typicky ho používá u pacientů nervózních nebo těch, kteří mají strach, a tím jim dodá klid. Říká, že lidé se často snaží schovat strach různým typem chování, ale i pokud jde o lidi, kteří prvotně strach schovávají, vždy je dotek uklidní.

**O4:** Respondentka ví, že mimiku i haptiku používá, například u zrakově nebo sluchově postižených pacientů, kteří mají snížené možnosti komunikace. Sestřička měla konkrétní hluchou i slepou pacientku a haptika byla jediný způsob jejich komunikace.

**O5:** Respondentka toto chování považuje z 75% za automatické a součást své práce, nemusí nad tím moc přemýšlet, s pacienty má větší trpělivost než s lidmi v osobním životě.

### **3) Jaké jsou specifické situace, kdy sestry toto jednání vědomě použily?**

**O1:** Respondentka hovoří o dvou odlišných situacích. Jedna se týká jejího vlastního prožívání, kdy sdílela těžké chvíle se svou známou, kdy jí byla sdělena nepříjemná diagnóza. Pacientka se zhroutila a respondentka ji držela za ruku a celou záležitost s ní probírala. I po návratu domů jí onen zážitek tížil. Při druhém setkání byla pacientka s diagnózou již dobře smířena a vyzařovala pozitivní energii, která přešla i na mou respondentku. Tímto zážitkem se respondentka snažila říct, že podle ní má dobrý psychický stav pacienta velký vliv na léčbu, hojení ran a podobně.

Druhou situací je opačná pozice, kdy má respondentka svým pozitivním laděním, úsměvem dokázala uklidnit pacienta v nepříjemné životní situaci. Říká, že stačí pohlazení, chycení za ruku k tomu, aby se pacient uklidnil, dodalo mu energii a odvalu se oné náročné situaci postavit.

Celkově říká, že nejcitlivější skupinou pacientů na tento typ péče jsou senioři, kteří často jiný kontakt s lidmi, než v nemocnici, nemají. Ti jsou podle respondentky velmi vnímaví, a pokud je s nimi špatně zacházeno, mohou se u nich projevit velké psychické problémy, strach a uzavřenost.

**O2:** Dotýkání se pacienta vnímá respondentka jako přirozené, většinou příjemné a nedomnívá se, že se jedná o její povinnost. Zmiňuje ale skupiny pacientů, u kterých si uvědomuje, že chování není automatické. Do této skupiny řadí například pacienty páchnoucí, nemyté nebo pozvracené, ale i o ně se profesionálně postará.

**O3:** Respondentce je dotýkání se pacientů příjemné, říká, že je pro ní tento kontakt zcela běžný i v osobním životě. Podle ní nezáleží na typu povolání, pokud člověk má empatii, používá tento způsob komunikace zcela běžně. Sama za sebe doteky nebere jako povinnost k pacientům. Sestra uvádí, že lidé, kteří nadměrně oceňují doteky, jsou často lidé, kteří je hojně používají i se svými blízkými. Říká, že s úsměvem se vždy stará o většinu svých pacientů, přestože, si třeba momentálně neváží její práce. Považuje to za součást své profesionality, stejně jako že nerozlišuje, který pacient jí je příjemný a který ne, vždy se o něj profesionálně postará, přesto, že to v ní nezbuzuje úplně příjemné pocity. Dále uvádí, že postupem své praxe ztrácí toleranci a trpělivost, jelikož si lidé obecně více dovolují, jsou hrubí a nevděční.

**O4:** Respondentka bere toto chování jako automatickou součást své profese.

K pacientům se snaží přistupovat ke všem stejně, méně příjemní jí jsou pacienti špinaví a s kožními nemocemi. Ti u ní vyvolávají méně příjemné emoce, ale vždy se s nimi pomocí hygienických prostředků vypořádá.

**O5:** Respondentka uvádí, že jí běžné dotýkání se pacientů nevadí. Těžší to pro ni je to u pacientů, kteří dle jejich slov zneužívají záchranné a nemocniční služby, přesto, že je netrápí nic závažného. U těch prý asi i dá najevo, že jí to příjemné není a na pacienty se neusmívá. Dále zmiňuje ještě opakovaně opilé pacienty.

#### **4) Existují skupiny lidí, u kterých je pro ně poskytování této péče těžší?**

**O1:** Sestřička nebere dotýkání se pacientů jako povinnost, nikdy s tím neměla žádné problémy. Během praxe pozorovala ostych spíše u pacientů, než u sebe. V těchto případech radí zapojit verbální komunikaci, ukázat pacientovi svou profesionalitu, aby z něj nepříjemné pocity opadly. Dále říká, že pokud se dotýkáme nahého těla na intimních partiích, je vždy nutné provádět práci s příjemným výrazem, jinak to v pacientech může zanechat opravdu nepříjemnou zkušenost. Její strategie je úsměv, dostatek kontaktu a informace, co právě děláme.

**O2:** Respondentka si nevybavuje konkrétní situaci, kdy by využila terapeutický dotek. Zkušenosti má ale s tím, že podle slov pacientů, její výraz ve tváři a chování na ně působí příjemně a povzbudivě. Podotýká také, že chování sester je pacienty bedlivě

pozorováno a jsou schopni si vyselektovat příjemné sestry od těch méně ochotných a od toho, kdo se o ně stará, se odvíjí jejich pocity.

**O3:** Podle respondentky má dotek na pacienta obrovský vliv, především pokud pacient propadá hysterii, strachu a úzkosti. Tam může dojít k velkému ovlivnění stavu a pacientovu uklidnění. Pokud měla respondentka vyjádřit názor, zda může špatné chování zhoršit pacientův stav, tak odpověděla, že pokud se jedná o ojedinělé chování, nepředpokládala by velké zhoršení stavu. Pacienti podle ní vyzorují příjemně se chovající sestry a ty častěji žádají o pomoc, než ty neochotné. Proto nepříjemné chování pokládá i za strategii některých sester, které nechtějí být neustále někým žádány o jakoukoli pomoc. Domnívá se ale také, že se toto chování nevztahuje jen na vztah sestra- pacient, ale ony sestry často bývají neochotně i v jiných situacích například ve vztahu s ostatními kolegyněmi v kolektivu.

Co se týká vlivu chování sestry na spolupráci, tak uvádí, že jde zajisté o faktor, který není zanedbatelný. Tímto chováním si podle respondenty sestry získávají důvěru od pacientů, především v dlouhodobé péči jako je například péče domácí.

**O4:** Respondentka uvádí, že pomocí doteku, lze u pacienta dosáhnout velkého úspěchu. Lze ho tak povzbudit, pomoci mu se rozhodnout v těžké volbě nebo se díky němu lépe smířit s následky, které ho čekají. Dokáže také snížit strach z operace nebo léčby.

**O5:** Sestřička uvádí, že obecně v péči o starší a nejmenší pacienty je tento typ péče dobře využívat. V ostatních případech zmiňuje i bolestivé výkony nebo sdělení špatných zpráv, kdy pacientovi dotekem dává najevo, že není sám.

Respondentka si vzpomíná na pacientku, která přišla s obtížemi na ambulanci, způsobenými nejspíše psychickým tlakem, u které využila terapeutický dotek a přívětivou mimiku a pacientku to pomohlo zklidnit.

Dále mluví o tom, že ne na každého pacienta tato péče působí stejně a někdy, dle povahy pacienta, zlepšení nepozoruje, jelikož se někteří soustředí pouze na svůj aktuální problém a ostatního si nevšímají. Uvádí, že správné použití této komunikace může ovlivnit i pacientovu spolupráci a léčbu, jak pozitivně, ale v opačném případě samozřejmě i negativně.

## **5) Jak sestry vnímají dotyk směrem k pacientovi?**

**O1:** Podle respondentky je na místě použít terapeutický a podpůrný dotek v situacích, kdy se pacient potýká s něčím těžkým, jako je těžká diagnóza či špatná prognóza. Dotek pacientům dá pocit, že nejsou samy a lépe pak i spolupracují při léčbě.



Dle respondentky existují i lidé, kteří právě kvůli tomu, že vyhledávají dotek, cítí se samy a chtějí nějakou pozornost a péči, opakovaně jezdí do nemocnice i kvůli banalitám.

**O2:** Respondentka si nevybavuje konkrétní situaci, kdy by využila terapeutický dotek. Zkušenosti má ale s tím, že podle slov pacientů, její výraz ve tváři a chování na ně působí příjemně a povzbudivě. Podotýká také, že chování sester je pacienty bedlivě pozorováno a jsou schopni si vyselektovat příjemné sestry od těch méně ochotných a od toho, kdo se o ně stará, se odvíjí jejich pocity.

**O3:** Reakce pacientů na dotek respondentky jsou pozitivní. Respondentka uvádí, že jí pacienti často jako zpětnou vazbu dodávají energii, usmějí se na ni nebo ji pochválí za její práci. Dále má pacientka zkušenosti s vděčností a uklidněním, například u terminálně nemocných pacientů. Zmiňuje ale, že existuje spousta pacientů, u kterých se vděčnosti nedočká ani přes veškerou snahu a péči.

**O4:** Sestra má dobrou zkušenost, dává pacientům pomocí doteku pocit důvěry, podpory a uklidnění. Pacienti poté lépe snášejí neznámé, strach nebo bolest.

**O5:** Respondentka si vzpomíná na pacientku, která přišla s obtížemi na ambulanci, způsobenými nejspíše psychickým tlakem, u které využila terapeutický dotek a přívětivou mimiku a pacientku to pomohlo zklidnit.

Dále mluví o tom, že ne na každého pacienta tato péče působí stejně a někdy, dle povahy pacienta, zlepšení nepozoruje, jelikož se někteří soustředí pouze na svůj aktuální problém a ostatního si nevšímají. Uvádí, že správné použití této komunikace může ovlivnit i pacientovu spolupráci a léčbu, jak pozitivně, ale v opačném případě samozřejmě i negativně

## **6) S jakými reakcemi mají sestry zkušenost při použití doteku ve své praxi?**

**O1:** Reakce pacientů na dotek respondentky byly vždy pozitivní, nemá zkušenost s tím, že by se její péče otočila proti ní. Vysvětluje, že jsou různé skupiny pacientů, kteří dotek vnímají jinak. Někteří jsou velmi otevření a u nich v tomto směru není žádný problém, ti méně společenští pak vyžadují čas a trpělivost.

**O2:** Respondentka se setkala pouze s pozitivní reakcí, kdy v pacientovi vzbouzí její dotyk především pocit bezpečí a opory.

**O3:** Sestřička uvádí, že je podle ní dotek v ošetrovatelské péči normální a většina lidí ho tak bere. I u lidí s obecně chladným chováním se neseťkala s negativní reakcí.

Zkušenost má jen s tím, že její kolegyně pečovala o pacienta, který měl vyloženě fobii

z doteků a toho se nemohla dotýkat téměř vůbec, jen tak, jak bylo nezbytně nutné. Sama ale zkušenost nemá.

**O4:** Dle respondentky pacienti reagují dobře, často je výsledkem uklidnění, navázání komunikace nebo je reakcí úsměv. Dle jejích slov může pacient díky doteku na chvíli zapomenout, co ho čeká. Mluví i o pacientech, kteří tento typ péče nevyhledávají, ale ani u nich nedošlo k negativní reakci

**O5:** Respondentka se během své praxe nesešla s negativní či agresivní reakcí na její dotek. Zmiňuje pouze situace, kdy komunikovala se staršími pacienty a automaticky na ně mluvila hlasitěji a pacienti ji upozornili, že ji slyší dobře, že může mluvit normálně.

### **7) Jak by reagoval ošetřovatelský personál na negativní zpětnou reakci při doteku?**

**O1:** Pacientka se zřídka setkala s neutrální reakcí, ostatní případy byly pozitivní a dále uvádí, že starší skupina pacientů dotek často velmi ocení.

**O2:** Respondentka má pouze pozitivní zkušenost.

**O3:** Sestřička uvádí, že je podle ní dotek v ošetřovatelské péči normální a většina lidí ho tak bere. I u lidí s obecně chladným chováním se nesešla s negativní reakcí. Zkušenost má jen s tím, že její kolegyně pečovala o pacienta, který měl vyloženě fobii z doteků a toho se nemohla dotýkat téměř vůbec, jen tak, jak bylo nezbytně nutné. Sama ale zkušenost nemá.

**O4:** Pacientka se s vyloženě negativní reakcí nesešla, pokud by ji něco takového potkalo, respektovala by pacienta a neopakovala by to.

**O5:** Respondentka má pouze pozitivní zkušenost.

### **8) Jak vnímají časovou náročnost neverbálního chování personálu?**

**O1:** Respondentka uvádí, že pokud by reakce pacienta na její dotek nebyla pozitivní, stáhla by se, nepovažovala by to za důvod se na pacienta zlobit, respektovala by to a příště by na to při kontaktu s ním byla připravena.

**O2:** V případě negativní reakce by respondentka pacientovo chování respektovala a stáhla by se, dotyk by neopakovala.

**O3:** Respondentka uvádí, že chování ke každému pacientovi je u ní intuitivní. Většinou prý hned při prvním kontaktu odhadne, jak se k pacientovi chovat. Pokud by se ale setkala s negativní zpětnou vazbou, stáhla by se a respektovala pacienta.

**O4:** Pacientka se s vyloženě negativní reakcí nesetkala, pokud by ji něco takového potkalo, respektovala by pacienta a neopakovala by to.

**O5:** V případě negativní reakce by se sestřička omluvila a při dalším kontaktu by si držela větší odstup. Nebrala by si to osobně a v ostatním chování k pacientovi by to na ni nemělo vliv.

### **9) Jaké jsou důvody negativního neverbálního projevu personálu?**

**O1:** Sestřička uvádí, že ovlivnit chování sester negativním způsobem může délka praxe, velký díl přikládá také povaze sestry a důvodem podle ní může být také syndrom vyhoření. Sama si toto chování vysvětlit nedokáže, jelikož si myslí, že práci by měli dělat pouze lidé, kteří si uvědomují, že pracují s lidmi v těžkých životních situacích, s lidmi nemocnými. Pokud pocítí, že už je vykonávání práce nad jejich síly. Měli by podle ní změnit minimálně místo, lépe práci.

**O2:** Podle respondentky existuje mnoho důvodů, proč se sestry mohou chovat nevhodně, nebo neposkytovat pacientovi dostatek pozornosti v této sféře. Mezi hlavní řadí nedostatek personálu, pracovní stres, velké množství administrativy, nebo případy, kdy se sestry starají o chronické pacienty, kteří jsou schopni péče využívat a sestry opakovaně zbytečně volat.

**O3:** Respondentka zmiňuje několik důvodů, proč by podle ní personál nemusel poskytovat tuto péči. Mezi ty hlavní řadí povahu sestry, syndrom vyhoření, možné charakterové vady, a nebo by se mohlo jednat o způsob ochrany sestry před rychlým vyhořením. Některé sestry také nemusí dokonale oddělovat osobní život od pracovního a tím si třeba své frustrace vylévat na pacientech. Podle respondentky je ale nejhorší nepotlačená pasivní agrese, kterou by sestra mohla pacienta poškodit. Ona sama říká, že by se k takovému devalvačnímu chování nikdy nesnížila.

**O4:** Dle respondentky může být důvodem nevhodného chování obecně špatný vztah k lidem, dále přepracovanost a pracovní stres. Dále pak můžou být příčinou osobní problémy ošetřujícího personálu, které pracovník nedokáže skrýt.

**O5:** Na používání této komunikace dle respondentky má vliv samotná povaha personálu. Sama zmiňuje, že někdy ztrácí kontrolu nad svým projevem v případě, kdy se jedná o pacienty, kteří využívají péči, je u nich zjevné, že nemají žádné obtíže a podobně. Udává ale, že toto chování nikdy neprobíhá před pacienty, ale v soukromí ordinace nebo jinde. V tomto směru si udržuje profesionální přístup.

#### 4. 1.2. Bývalí pacienti

##### 1) Jak jste psychicky zvládali hospitalizaci?

**BP1:** Pacientka uvádí psychické problémy způsobené především dlouhodobým odloučením od domova a nejistotou způsobenou nedostatkem informací.

K psychickému zlepšení pomáhala přítomnost blízké osoby a přátel.

**BP2:** Pacient nepociťoval během hospitalizace žádné psychické problémy, jedinou nejistotou pro něj byl výsledek následné rehabilitace.

**BP3:** Pacientka nezvládala hospitalizaci úplně dobře, jelikož měla obavy z výsledků a na její psychiku taky špatně působily ostatní, těžce nemocní pacienti.

**BP4:** Pacient svou hospitalizaci z psychického hlediska zvládal dobře, nesetkal se s žádným problémem.

**BP5:** Pro pacienta byla hospitalizace psychicky náročná, jelikož se dozvěděl špatnou prognózu a měl strach o svou budoucnost.

##### 2) Byla nějaká situace, kdy Vám ošetřovatelský dotek pomohl?

**BP1:** Pacientka má velké množství zážitků z hospitalizace. Terapeutický dotek jí pomohl v několika situacích, kdy pocítovala bolest či strach. Tyto doteky, jako chycení za ruku, pohlazení po ruce nebo tváři, hodnotí jako velmi nápomocné při zvládání výkonů a hospitalizace.

**BP2:** Pacient popisuje rozdíl mezi sestrami, které se o něj staraly, když měl bolesti. Pozitivně hodnotí tu, která ho při bolestech několikrát pohládila, zatím co sestra, která se řídila pouze ordinacemi léků a ostatní péči nevěnovala pozornost, na pacienta působila neochotně.

**BP3:** Pacientce se terapeutického doteku nedostalo, pomohlo jí milé verbální jednání.

**BP4:** Pacient uvádí, že nepodstoupil žádný hodně bolestivý výkon, u kterého by například pohlazení uvítal. Dále si myslím, že vše proběhlo dobře, díky profesionalitě personálu, který veškeré úkony prováděl tak, aby pacient necítil bolest.

**BP5:** Pacient zmiňuje doteky, se kterými se setkal v rehabilitačním zařízení. Po náročné rekonvalescenci během dne se mu dostalo od jedné ze sester masáže postižené končetiny. To hodnotí velmi pozitivně.

### **3) Jaký vliv měla mimika ošetrovatelského personálu na Váš psychický stav?**

#### **Byly Vám sestry příjemnější díky jejich neverbálnímu chování?**

**BP1:** Dle slov pacientky na ní měl výraz v tváři ošetrovatelského personálu obrovský vliv, jelikož v ní příjemný výraz snižoval strach si požádat o péči. Naopak negativní mimika v pacientce vyvolala vyhýbavé chování, které nakonec vedlo k pádu a úrazu pacientky.

**BP2:** Pacient považuje některé sestry za příjemnější, všimá si jejich výrazu a úsměv ho potěší a dokáže mu pozvednout náladu, případně by to mohlo ovlivnit i jeho spolupráci s danou sestrou. Dále zmiňuje, že vnímání tohoto chování je určité u každého člověka individuální a závisí na povaze.

**BP3:** Pacientka vnímá mimiku jako důležitou a má pozitivní zkušenost s mimikou ke své osobě. Negativní neverbální chování pozorovala u sester, při péči o jiné pacienty, kteří opakovaně vyžadovali pomoc.

**BP4:** Pacient uvádí, že na něj má mimika personálu velký vliv, pacient má pozitivní a negativní zkušenost. Říká, že pokud jsou sestry usměvavé, vytváří to pro něj přátelskou a příjemnou atmosféru, v opačném případě se cítí pro sestry spíše přítěží. Zkušenost má také s ignorováním jeho obtíží, přehlédnutím jeho aktuálního stavu a následně s dotyky prováděné lékařkou, které mu nápomocné rozhodně nebyly a následná aplikace injekce sestrou, která výrazem v obličeji v pacientovi jen podpořila nepříjemný zážitek

**BP5:** Pacient říká, že mimika na něj má vliv i v jiném prostředí než v nemocnici, ale při hospitalizaci ještě o něco větší. Uvádí, že díky usmívající se milé sestře dokážou pacienti na chvíli zapomenout na své problémy. Sám prý obecně nenavazuje kontakt s lidmi, kteří se tváří nepříjemně.

### **4) Máte negativní zážitek s ošetrovatelským personálem v této neverbální rovině?**

**BP1:** Pacientka má negativní zkušenost s neverbálním chováním ošetrovatelského personálu, zmiňuje jejich nešetrné doteky a chování při péči o vstupy, které způsobovalo pacientce bolesti. Dále poukazuje, že sestry, které se k ní nevhodně chovaly, byly zahraničního původu.

**BP2:** Pacient se s nepříjemnou mimikou setkal u starších sester na ambulancích, které jsou podle jeho slov často rázné a vzbuzují nepříjemný dojem. Osobně by si prý ale nic nadmíru neslušného líbit nenechal.

**BP3:** Osobně se pacientka nesešla s negativním chováním sester.

**BP4:** Pacient uvádí, že se s negativním chováním sester v podobě očí v sloup a ironickým úšklebkem setkal několikrát. Hovoří o tom, že dle jeho mužného vzhledu často sestry bagatelizují jeho problémy a nevěří mu jeho obtíže. Další zážitek měl při hospitalizaci jeho příbuzných, kdy získal pocit, že nevhodné chování je často používáno vůči starším pacientům, kdy jsou sestry neochotné se o tyto pacienty řádně starat. Nastínil také teorii, že sestry pohledné a plné sebevědomí častěji dělají práci s větší chutí a empatií.

**BP5:** Pacient má s personálem dobré zkušenosti, pouze po operaci kolene, při manipulaci s nohou, kterou mu pokládala sestra, zažil velké bolesti. Jiné negativní zkušenosti při doteku nemá.

### **5) Jedná se o povinnost ošetřovatelského personálu poskytnout vám dotyk/mít příjemnou mimiku?**

**BP1:** Pacientka považuje schopnost použití terapeutického doteku za klíčovou v práci sestry a myslí si, že jde o předpoklad pro správné vykonávání této profese. Uvádí také, že správný dotek může pacientovi pomoci se cítit lépe.

**BP2:** Podle pacienta by ošetřovatelský personál měl být v tomto směru k pacientovi vstřícný a příjemný, brát své povolání i jako poslání a svým chováním pacientovi usnadnit a zpříjemnit hospitalizaci. Domnívá se, že pozitivní chování je podmíněno empatií a chutí tuto práci dělat, a bez těchto vlastností by ji vykonávat neměl.

**BP3:** Pacientka nepovažuje dotek jako povinnou intervenci sester, ale jako výsledek schopnosti odhadnout pacienta, zda dotek uvítá či nikoli.

**BP4:** Podle pacienta je výběr povolání osobní rozhodnutí každého a poskytovat příjemnou péči v tomto směru je podle něj nepsaná povinnost. Pozastavuje se nad rozdílným přístupem na soukromé a státní klinice. Domnívá se, že vliv na chování a přístup sester má platové ohodnocení, množství odpracovaných hodin a množství práce a podobně.

**BP5:** Pacient částečně považuje za povinnost personálu se chovat v tomto směru k pacientům správně. Podle něj to patří ke správnému přístupu k léčbě. On sám byl vděčný, když mu některá ze sester pomohla, když byl nesoběstačný.

## 6) Jak jste vnímal veškeré dotyky od ošetrovatelského personálu?

**BP1:** Za příjemné dotyky pacientka považovala ty, které sestry používaly při starání se o její komfort, jako je pohlazení, česání nebo při terapeutických vyšetřeních, podržení za ruku a pohlazení. Negativně hodnotí necitlivé zacházení při instrumentálních výkonech

**BP2:** Pacient prošel obdobím nesoběstačnosti, tudíž potřeboval pomoci při většině denních činností. Neudává ale žádné nepříjemné pocity, ani během doteků na intimních místech. Bral je jako součást procesu, jako práci sester, které by tohle neměly dělat s negativním přístupem.

**BP3:** Jelikož byla pacientka soběstačná, nebyla nucena využít pomoc při hygieně, takže se s žádnými nepříjemnými dotyky nesetkala. Příjemné byly ty, které byly provedeny s citem.

**BP4:** Pacient se setkal s příjemnými profesionálně provedenými dotyky a hodnotí je kladně. Během hospitalizace byl hodně soběstačný, takže pomoc personálu tolik nevyužil. Pokud by si měl něco nepříjemného představit, uvedl by celkovou hygienu, kdy by cítil stud a nepříjemné pocity.

**BP5:** Pacientovi působí nepříjemné pocity jen jeho lechtivost, nic dalšího neuvádí.

## 7) Jak byste vnímal/a dotek při nepříjemné situaci?

**BP1:** Pokud by pacienta procházela bolestivým výkonem, přijala by podpurný dotek pozitivně. Protože jí osobně by tento typ péče potěšil, dal pocit kvalitní péče a zmírnil pocit strachu, o něco požádat nebo ze samotného výkonu.

**BP2:** Pacient bolestivé výkony zvládal sám, tudíž by pro něj podpurný dotek neznamenal zásadní pomoc. Je pro něj primární zvládnout bolest než vnímat dotek.

**BP3:** Pacientka by dotek přijala s vděkem, jelikož si myslí, že by jí to uklidnilo.

**BP4:** Pacient uvádí, že i při bolestivém výkonu by dotek sestry nevyhledával, spíše by ocenil přítomnost blízké osoby, jelikož se domnívá, že to sestra i přes veškeré příjemné vystupování, dělá z povinnosti. Vliv doteku je podle pacienta na některé osoby velký a může jim pomoci, ale on sám tímto pacientem není.

**BP5:** Pacient by podpurný dotek přijal pozitivně, sám tomu nepřikládá velkou váhu, ale myslí si, že mnoha lidem může dodat pocit bezpečí a podpory.

### **4.1.3. Aktuálně hospitalizovaní pacienti**

#### **1) Jakým způsobem vnímáte doteky ošetrovatelského personálu?**

**AP1:** Pacient vnímá doteky od personálu příjemně, jako součást péče a podporuje to v něm pocit lidského přístupu.

**AP2:** Pacientka vnímá doteky pozitivně, jelikož je vnímá jako pomoc.

**AP3:** Pacient bere doteky, vnímá doteky absolutně běžně, nestydí se.

**AP4:** Pacientka přijímá doteky od ošetrovatelského personálu bez obtíží a pozitivně, podle jejich slov se jí většinou dotýkají sestry jen tolik, co musí. S něčím navíc se běžně nesetkala, až při závažnějších situacích.

**AP5:** Pacient hodnotí dotýkání od personálu jako pozitivní, navozuje to u něj příjemný domáctější pocit a jinou atmosféru, než tu nemocniční. Hovoří o tom jako o přiměřeně důvěrném chování, které mu je příjemné.

#### **2) Pociťil jste nedostatek fyzického kontaktu během vaší hospitalizace?**

**AP1:** Pacient neuvádí, že by trpěl nedostatkem doteku během hospitalizace.

**AP2:** Pacientka nepocítila nedostatek neverbálního kontaktu ze strany sester, spíše jí chybí rodina.

**AP3:** Pacient neuvádí nedostatek doteků ze strany ošetrovatelského personálu, při nepříjemných pocitech vyhledá pomoc blízkých, ale shledává rozdíly v přístupu sester na různých odděleních.

**AP4:** Pacientce se v životě nedostávalo velkého množství doteků, tudíž ani v nemocnici nedostatek nepocítuje.

**AP5:** Pacient necítí nedostatek kontaktu, pokud je vše ostatní v pořádku, nepředstavovalo by to pro něj žádný problém.

#### **3) V jakých případech oceníte dotek ošetrovatelského personálu?**

**AP1:** Pacient říká, že se zatím neocitl v situaci, kdy by terapeutický dotek vyloženě vyžadoval, ale podle jeho slov v některých situacích na doteku záleží. Mezi tyto případy řadí chvíle, kdy je pacientovi nejhůř, například před smrtí. Zde se domnívá, že má dotek největší vliv.

**AP2:** Pacientka uvádí situace, ve kterých by terapeutický dotek zajisté uvítala. Patří mezi ně například náročná operace, sdělení závažné diagnózy, bolesti nebo strachu či před smrtí.



**AP3:** Pacient terapeutický dotek vnímá a uvítal by ho za každé okolnosti, dotek mu dává pocit zájmu, podpory a lidského přístupu.

**AP4:** Pacientka hovoří o těžkých chvílích, při zjištění závažné diagnózy, kdy jí nepodpořila rodina a ona sama by v tu chvíli velmi uvítala podporu od ošetrovatelského personálu.

**AP5:** Pacient si vzpomíná na zkušenost, kdy ležel na anesteziologickoresuscitační jednotce, nebylo mu úplně nejlépe a měl poměrně velké množství zlomenin a starala se o něj sestra s nadřazeným přístupem a v pacientovi vyvolávala pocit, že ji obtěžuje. Přesně v této situaci by prý ocenil milou a ochotnou sestru, která by ho podpořila pohlazením či úsměvem

#### **4) Existují dotyky pro Vás nepříjemné?**

**AP1:** Pacient si neumí představit dotyky, které by mu byly vyloženě nepříjemné, stud by cítil třeba při hygieně, ale nepovažuje to za nepřekonatelné.

**AP2:** Dle pacientky by jí největší obtíže dělala celková hygiena. Uvádí, že nepříjemné pocity by u ní navýšilo, kdyby jí s ní měl pomáhat muž, zatím co od ženy by jí tato pomoc byla snesitelnější.

**AP3:** Pacient nevnímá žádné, ani intimní dotyky, negativně. Bere je jako součást péče.

**AP4:** Pacientka s nepříjemnými dotyky od ošetrovatelského personálu do styku nepřišla, spíše mluví o studu, který v ní je, pokud se má odhalovat. Snaží se to ale brát jako součást ošetrovatelského procesu a děle se tím nezabývat.

**AP5:** Pacient uvádí, že si nedokáže vybavit konkrétní dotyky, které by mu byly nepříjemné. Pokud by sestra překročila jeho hranici studu, požádal by jí a úkon by udělal svépomocí.

#### **5) Jak vnímáte neverbální chování v obličeji zdravotnického personálu?**

**AP1:** Pacient vnímá výraz ošetrovatelského personálu. Uvádí, že má takové chování rád, kdy se sestra nefalšovaně usměje a má to kladný vliv na jeho psychiku.

**AP2:** Pacientka výraz tváře u pečující osoby vnímá jako důležitý. Zatím měla při hospitalizaci pozitivní zkušenost a ta v ní vyvolávala jen příjemné pocity. Ovlivňuje jí to dle jejích slov pozitivním směrem, ale myslí si, že pokud by tomu bylo naopak, mohla by získat pocit strachu a necht' požádat o pomoc.

Negativní zkušenost pacientka popisuje na ambulanci, kde jsou prý sestry uspěchané a někdy neadekvátně nepříjemné. Dále ale uvádí, že ne vždy jde o chybu sester, že chápe jejich vytížení a nebere si jejich chování osobně, tudíž jí nijak nepoškodilo.

**AP3:** Pacient vnímá mimiku ošetrovatelského personálu a jeho spolupráce, komunikace a klidné psychické rozpoložení se odvíjí od jejího charakteru. Při negativním chování pacient zažívá nepříjemné pocity – obavu se zeptat, pocit, že otravuje atd.

**AP4:** Pacientka si výrazu samozřejmě všímá, ale negativní mimiku si nebere osobně a spíše se snaží sestry omlouvat.

**AP5:** Pacient vnímá výraz každého, kdo vstupuje na jeho nemocniční pokoj. Pacient uvádí, že vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje na vše více času, a nepříjemné pocity u něj vzbuzuje personál, který na něj spěchá a svým výrazem mu dává najevo, že není ochotný déle čekat. Opačně na něj v té samé situaci působí personál, který se uměje a verbálně svůj projev doplní něčím milým

#### **6) Jak Vás ovlivní mimika personálu, který se o Vás stará? Dokáže Vám úsměv sestry zlepšit náladu?**

**AP1:** Dle pacienta úsměv sestry dokáže vytvořit příjemnější atmosféru a tím pacientům pomoci lépe snášet smutné okamžiky v nemocnici.

**AP2:** Dle slov pacientky je úsměv velkým povzbuzujícím faktorem v nemocničním prostředí, ale myslí si, že ho každý vnímá individuálně, tudíž to nemusí platit stejně pro všechny. Podle pacientky tvoří léčbu až z 80% psychický stav a práci sestry by měl dělat jen člověk s empatií, jelikož špatně se chovající sestra pacienta ovlivní například ve spolupráci nebo v pacientovi podpoří pocit, že ji obtěžuje.

**AP3:** Pacient uvedl, že příjemně se tvářící sestra mu dokáže náladu zlepšit.

**AP4:** Pacientce úsměv ze strany sester dokáže zlepšit náladu.

**AP5:** Pacientovu náladu dokáže úsměv sestry a její příjemné vystupování ovlivnit pozitivním směrem. Pacient vzpomíná na minulé hospitalizace, kde buzení probíhalo jako na vojně a je rád, že tomu je dnes jinak. Pacient považuje schopnost sester být příjemné za onen nadstandard, který je předurčuje toto povolání vykonávat dobře.

#### **7) Máte vlastní zkušenost s terapeuticky použitým dotekem?**

**AP1:** Dle slov pacienta je on sám poměrně nenáročným pacientem, tudíž neuvádí, že by někde pocítil nedostatek ochoty a podpory od sester. Terapeutický dotek by přijal s vděkem, zatím ho ale nikdy nepotřeboval.

**AP2:** Pacientce podpurný dotek pomohl při bolestech, kterými trpěla. Sestra ji bolestivá místa například pohladila a pacientu to pozitivně ovlivnilo.

**AP3:** Pacient nemá zkušenost konkrétně s terapeutickým dotekem, pouze se setkal s negativní zkušeností, kdy sestry ignorovaly pacientovu bolest přes opakované upozorňování, což pacientovi působilo značné psychické i fyzické problémy.

**AP4:** Pacientce podpurný dotek pomohl ve chvíli, kdy pocítovala bolest a nezáměr od ostatního personálu. Ochotná sestřička, která jí hladila po rameni a držela za ruku, pacientce pomohla snáze vydržet biopsii.

**AP5:** Pacient zažil velmi hezké chování od sester, například při buzení, nebo během dne, kdy usnul a sestřička se snažila mu něžně sundat brýle z očí, aby ho netlačily nebo ho při buzení pohladila po ruce. Další pocit zájmu u něj vzbuzovala sestra, která se ho pravidelně chodila ptát na bolest, pohladila ho po rameni a poté mu bezbolestně aplikovala injekčně léky. Tyto zkušenosti mu poskytují příjemné prožitky i v nemocničním prostředí.

#### **8) Vyhledal jste úmyslně dotek během hospitalizace?**

**AP1:** Pacient vědomě doteky od personálu nevyhledával.

**AP2:** Pacientka nevyhledávala úmyslně kontakt.

**AP3:** Pacient nevyhledal záměrně dotek od ošetrovatelského personálu.

**AP4:** Pacientka nevyhledává doteky ani v osobním životě, tudíž by jí to v nemocnici taky nenapadlo.

**AP5:** Pacient nevyhledal vědomě dotek od ošetrovatelského personálu.

#### **9) Jaké doteky jsou vám příjemnější?**

**AP1:** Pacient nepocítuje výrazný rozdíl mezi dotekem s rukavicemi nebo bez nich, bere je jako součást péče a nařízení v nemocnici. Formální dotek, podání ruky, nijak výrazně pacient nehodnotí, vše prý proběhlo dle zásad slušného jednání.

**AP2:** Pacientce je příjemnější dotek bez rukavic, které vnímá jako překážku, kontakt bez nich je pro ni osobnější. Podle pacienty dodržování zásad při formálním doteku, jako je podání ruky, vrhá lepší stín na zdravotní zařízení.

**AP3:** Pacient hodnotí jako příjemnější dotek bez rukavic, ale jejich používání chápe a respektuje. S formálním dotekem se pacient setkal hlavně ve formě podání ruky a tento akt hodnotí jako příjemný.

**AP4:** Příjemnější jsou pacientce doteky bez rukavic, ale bere je jako povinnost a říká, že každý dotek je lepší než žádný. Dodržování správných zásad u formálního doteku v pacientce vzbuzuje pocit zájmu, osobního jednání a lidskosti.

**AP5:** Pacient upřednostňuje dotek bez rukavic, jelikož v něm rukavice evokují pocit, že pečující osoba se pacienta ostýchá a bojí se nákazy. Pokud má pacient hodnotit formální dotek, tak pokud mu lékař nebo sestra věnují pozornost, podají mu ruku, cítí se pak pacient jako člověk a ne pouze jako případ.

## **5. Otevřené kódování**

### **5.1. Ošetrovatelský personál**

#### **Kategorie 1 – Pojem mimika a haptika – Dílčí cíl 1**

Většina dotazovaných neznala odborný pojem haptika, na otázky týkající se významu pojmu mimika odpovídaly téměř shodně. Většina respondentek označila mimiku jako výraz tváře, vyjádření emocí nebo pocitů.

#### **Kategorie 2 - Důležitost mimiky a haptiky z pohledu sester – Dílčí cíl 2**

Téměř všechny zpovídané sestřičky uvedly, že přikládají tomuto chování vysokou důležitost, zejména proto, že ho lze využít mnoha způsoby a to především k pozitivnímu ovlivnění psychiky pacienta, lze mu tak pomoci zvládnout nepříjemné emoce a procedury.

#### **Kategorie 3 – Terapeutický dotek - Dílčí cíl 3**

V této kategorii jsem se rozhodla shrnout situace, o kterých mi respondentky během rozhovoru vyprávěly. Ptala jsem se jich na chvíle, kdy vědomě využily dotek k tomu, aby na pacienta zapůsobily. Všechny dotazované sestry se s takovou situací setkaly. Jednalo se nejčastěji o chvíle, kdy pacient zažíval bolest, strach či úzkost. Dále většina odpovídajících zmínila, že by poskytla podpurný dotek ve chvíli, kdy by byla pacientce či pacientovi sdělena závažná diagnóza.

#### **Kategorie 4 – Nepříjemné skupiny pacientů – Dílčí cíl 4**

Tato kategorie se zaměřuje na téma, u kterého se sestřičky zmiňují o lidech, u kterých se běžně automatickým chováním neprojeví. Jde o skupiny pacientů,

u kterých jsou pro ně doteky a vlídný úsměv těžší použít. Jedná se především o pacienty pod vlivem návykových látek, pacienty zapáchající a špinavé a v neposlední řadě pacienti zneužívající záchranný systém a péči ošetřujícího personálu.

#### **Kategorie 5 - Vnímání dotýkání z pohledu sester – Dílčí cíl 5**

Tato kategorie se zaměřila na to, jakým způsobem sestry vnímají dotýkání se pacientů. Všechny sestry odpověděly, že doteky vnímají jako součást své práce a nepředstavuje to pro ně povinnost, spíše automatickou součást profesionální ošetrovatelské péče. Téměř všechny uvedly, že tento typ péče vnímají jako pozitivní část své práce.

#### **Kategorie 6 - Reakce na dotek z pohledu sester – Dílčí cíl 6**

Všechny sestry odpovídající na moje otázky, uvedly, že se osobně setkaly pouze s pozitivní zpětnou reakcí v podobě úsměvu, uklidnění nebo komplimentu. Všechny se shodují také na tom, že reakcí na správně použitou haptiku a pozitivní mimiku často bývá i důvěra, lepší spolupráce a motivace pacienta při léčbě.

#### **Kategorie 7 - Model Akce- reakce- reakce – Dílčí cíl 7**

Pokud bychom akci definovali jako dotýkání se pacienta od ošetrovatelského personálu, reakci pak jako negativní odpověď pacienta, tak je poslední článek modelu reagování sestry na toto chování. Zde se všechny sestry shodly na tom, že jejich odezvou by bylo umírněné chování v tomto směru, stažení se a respektování pacienta v tomto ohledu. Většina také zmiňuje, že by si tuto odpověď nebrala osobně a v příštím kontaktu s daným pacientem by postupovala opatrně, ale nikoli vyhýbavě.

#### **Kategorie 8 - Časová náročnost – Dílčí cíl 8**

V této kategorii jsem shrnula odpovědi, které se týkaly názoru na to, za jak časově náročnou tuto péči ony samy považují. Ani jedna z dotazovaných neuvédla, že si myslí, že jde o časově náročné chování. Téměř polovina z nich však uznává, že v některých specifických situacích, jako je třeba urgentní stav pacienta, nebo nadměrná pracovní vytíženost, nemusí vždy poskytnout odpovídající a potřebnou dávku této péče, jako je pohlazení, nebo i vyslechnutí si obav pacienta.

## **Kategorie 9 – Příčiny neverbální devalvace – Dílčí cíl 9**

Téměř všechny sestry uvádí jako hlavní příčinu samotnou povahu sestry. Zde podle nich může prvotní problém, který sestru ovlivňuje v jejím dalším chování. Dále respondentky zmiňují nedostatek personálu, pracovní stres, dlouhou dobu praxe, syndrom vyhoření a dále i velké množství administrativy, které může na sestry vytvářet časový nátlak a tím negativně ovlivnit jejich chování. Nadpoloviční většina uvádí, že ony samy se snaží tomuto chování vědomě vyhýbat a neprojevat se tímto způsobem před pacienty.

## **5.2. Aktuálně hospitalizovaní pacienti**

### **Kategorie 1- Vnímání haptiky**

Všichni pacienti uvedli, že vnímají doteky od ošetřovatelského personálu jako pozitivní součást ošetřovatelské péče. Uvádějí, že pro ně toto chování představuje pomoc, zpříjemnění nemocniční atmosféry a lidský přístup.

### **Kategorie 2 – Nedostatek fyzického kontaktu**

Ani jeden z dotazovaných pacientů neuvedl, že by během hospitalizace pocítil jakýkoli nedostatek fyzického kontaktu. Dva z respondentů uvedli spíše stesk po blízkých, než že by se jim nedostalo péče od ošetřovatelského personálu

### **Kategorie 3 – Ocenění doteku**

Všichni pacienti se shodnout na tom, že v průběhu hospitalizace existují chvíle, kdy by každý z nich nějaké pohlazení či chycení za ruku velmi ocenil. Většina z nich zmiňuje především psychicky náročné situace jako je zjištění závažné diagnózy či prognózy, bolestivé stavy při vyšetření nebo po úraze a v neposlední řadě byla zmíněna i chvíle před smrtí pacienta. Jeden z pacientů dokonce zmiňuje, že dotek uvítá vždy, jelikož v něm toto jednání vzbuzuje pocit podpory, lidského přístupu a dojem, že o něj má personál zájem.

### **Kategorie 4 – Nepříjemné doteky**

Žádný z dotazovaných neuvedl konkrétní doteky, které by v něm vzbuzovaly čistě nepříjemné pocity. Část pacientů zmiňuje pocit studu, který by na ně mohl způsobit nepříjemně například v souvislosti s celkovou hygienou či odhalováním se při

vyšetření. Vzápětí ale dodávají, že se nejedná o nepřekonatelnou věc a snaží se i ty hůře snášené brát jako nutnou součást ošetrovatelské péče.

### **Kategorie 5 – Vnímání mimiky**

Všichni aktuálně hospitalizovaní pacienti uvedli, že je mimika ošetrovatelského personálu důležitá a všichni ji při péči vnímají. Ovlivňuje je jak pozitivně, tak negativně. Pokud pacienti vnímají mimiku jako negativní, může to podle jejich slov ovlivnit například jejich spolupráci. Zajímavé také je že jedna z pacientek také zmiňuje, že pokud se o ní stará sestra s nepříjemným výrazem, může to u ní vyvolat strach si o cokoli dalšího požádat. Dvě z respondentek také uvedly, že se snaží si negativní mimické projevy nebrat osobně a sestry omlouvat, například kvůli vytíženosti.

### **Kategorie 6 – Vliv mimiky - úsměvu**

Všichni pacienti se shodují na tom, že pokud se na ně sestřička upřímně usměje, dokáže jim to náladu rozhodně ovlivnit a často i zlepšit. Jedna z respondentek zmiňuje, že podle ní má vliv na léčbu psychický stav až z 80%. Jeden z pacientů také zmínil, že se v tomto směru celkový přístup hodně změnil oproti dřívějším hospitalizacím a uvádí, že právě příjemné vystupování a jednání je neocenitelným předpokladem pro vykonávání profese zdravotní sestry.

### **Kategorie 7 – Zkušenosti s dotekem**

U této otázky se respondenti v odpovědích rozcházejí. Někteří vypovídají, že se s terapeutickým dotekem, jako takovým nesetkali, ale jeho poskytnutí by určitě vnímali pozitivně a přijali by ho s vděkem. Zbylí pacienti uvádějí, že se s tímto jednáním setkaly, například pokud trpěli bolestmi, zažívali nějaký nepříjemný výkon nebo dokonce i při buzení. Nejčastěji se jednalo o pohlazení na paži, podržení za ruku nebo chycení za rameno.

### **Kategorie 8 – Vyhledání kontaktu**

Ani jeden z respondentů neuvedl, že by někdy vědomě požádal nebo vyhledal terapeutický dotek. Jedna z respondentek uvedla, že fyzický kontakt nevyhledává ani v osobním životě, tudíž by jí to v nemocničním prostředí přišlo ještě zvláštnější.

## **Kategorie 9 – Příjemnost doteků**

Čtyři z respondentů uvádějí, že je pro ně příjemnější, pokud se jich personál dotýká bez rukavic. Rukavice pro některé z nich představují jistou bariéru a strach z nákazy. U druhé podotázky se všichni vyjádřili tím způsobem, že pokud je dodrženo slušné chování při formálním doteku, tedy podání ruky a přivítání, působí to na pacienty velmi příjemně. Často to pro ně představuje lidský přístup, zájem a celkově to vrhá dobré světlo na zdravotní zařízení a jeho pracovníky.

### **5. 3. Bývalí pacienti**

#### **Kategorie 1 – Psychické zvládnání hospitalizace**

Dva z respondentů uvádějí, že pro ně hospitalizace nijak psychicky náročná nebyla, ale zbylí tři pacienti uvádějí, že hospitalizace pro ně jistou psychickou zátěž představovala. Hlavními důvody, které u pacientů vyvolávaly nepříjemné pocity byly především obavy z výsledků, špatná prognóza a také dlouhodobé odloučení od rodiny.

#### **Kategorie 2 – Efektivní dotek**

Téměř polovina respondentů uvádí, že se s efektivním terapeutickým dotekem během hospitalizace vůbec nesešla. Dva ze zbylých pacientů uvádí, že se jim dostalo pohlazení či masáže ve chvíli, kdy pocívali bolesti a toto počínání personálu jim alespoň částečně ulevilo. Dále dva z pacientů zmiňují doteky v průběhu rehabilitace či manipulace s postiženou končetinou, kdy vše probíhalo bezbolestně díky profesionálnímu provedení rukama sester a fyzioterapeutů.

#### **Kategorie 3 – Vliv mimiky a její s oblíbeností sester a se spoluprací pacienta**

Všichni z dotazovaných uvádějí, že považují mimiku za alfu a omegu ošetrovatelské péče. Každý uvedl, že výraz ve tváři personálu, který se o ně, nebo o spolu pacienty, stará, vnímají a může je pozitivně i negativně ovlivnit. Při příjemném vystupování prý podpoří jejich chuť ke spolupráci a vytváří tímto chováním příjemnější atmosféru a častěji poprosí o pomoc právě tuto sestru. Negativní chování zase naopak může vést k vyhybavému chování pacienta, pocitu, že jsou pro sestry přítěží a celkově zhoršit vnímání celé hospitalizace.



#### **Kategorie 4 – Negativní zkušenost s neverbálním chováním**

Zde se dotazovaní dělí na dvě úplně odlišně zastoupené skupiny. Pouze jedna z respondentek uvádí, že se osobně nesetkala s negativním chováním. Zbylí respondenti však své špatné zkušenosti mají. Opakovaně jsou zmiňovány nešetrné doteky při samotných instrumentálních úkonech, jako je například převaz či polohování pacientů. Dalším zmíněným jevem je bagatelizování potíží pacienta doprovázené neverbální komunikací ve formě zvednutí očí v sloup či nepříjemných úšklebků sester v závislosti na vzhledu pacienta.

#### **Kategorie 5 – Povinné používání**

Ne každý respondent považuje toto chování jako obecně povinné. Téměř všichni se ale shodují na tom, že správné použití této péče je často předností sester, které své povolání berou jako poslání, nikoli jen jako zaměstnání. Vlídlost, empatie a poskytnutí této podpory tak podle pacientů, může odlišovat sestry, které svou práci vykonávají dobře, od těch, které svou práci dělají z nutnosti a bez zapálení.

#### **Kategorie 6 – Vnímání haptiky**

Pacienti uvádějí, že díky tomu, že byli velkou část hospitalizace soběstační, nemuseli proto být vystavováni možným nepříjemným dotekům například při celkové hygieně nebo na intimních místech. Dále část respondentů zmiňuje, že i intimnější doteky by brali jako součást ošetrovatelského procesu a nehodnotili by je jako nepříjemné. Příjemné jsou doteky pro ně doteky provedené s citem a jako snaha zlepšit jejich komfort.

#### **Kategorie 7 – Přijetí doteku při bolesti**

Pokud by si měli respondenti představit náročný a bolestivý zákrok, přijali by téměř všichni podpurný dotek pozitivně či s vděkem. Respondenti mužského pohlaví však doplňují, že přímo oni tomuto doteku nedávají příliš velkou váhu. Spíše by se zaměřili na bolest, než na pohlazení, nebo by uvítali přítomnost blízké osoby, nikoli cizí sestry. U ostatních respondentů by prý pohlazení vyvolalo například pocit uklidnění a bezpečí.

## **6. Fenomenologická deskripce**

Během analyzování jednotlivých rozhovorů jsem si všimla několika pro mě zajímavých skutečností, které bych zde ráda uvedla pomocí fenomenologické deskripce.

### **6. 1. Ovlivnění neverbální komunikace ošetrovatelského personálu chováním pacienta**

První z fenoménů, který mě zaujal, se objevil při rozhovoru s respondentkou ze skupiny ošetrujícího personálu a to konkrétně se sestřičkou označenou jako O4. Jedná se o skutečnost, kdy sestřička v průběhu rozhovoru mluví o vlastním vnímání důležitosti neverbální komunikace a uvádí, že ji sama hojně používá, jak v osobním, tak profesním životě. I přes tuto skutečnost uznává, že na její chování v tomto ohledu již má vliv délka praxe.

Popisovala změnu v míře tolerance, kterou s pacienty má. Jedná se o rozdíl v tom smyslu, že dříve, pokud ji někdo z pacientů opakovaně slovně ranil, nevážil si její práce nebo se k ní nechoval úplně slušně, měla s ním znovu a znovu snahu navázat milý a příjemný kontakt pro obě strany. Nyní, po letech praxe, konstatuje, že již nemá tolik času a vlastně ani nechce časem plynout pro lidi, kteří si toho stejně nakonec ani neváží. V kontaktu s těmito pacienty si stále zachovává profesionální postavení a přístup, pacienta žádným způsobem neznevýhodňuje oproti ostatním pacientům, ale přiznává, že k těmto lidem nepřistupuje tak ráda a péče o ně pro ni není tolik příjemná.

### **6. 2. Neverbální chování doma a v práci**

Na druhý zajímavý jev, který upoutal mou pozornost, poukazuje vyjádření sestřičky, kterou jsem v bakalářské práci označila jako O5. Jedná se o skutečnost, kdy zmiňuje rozdílnost svého chování podle toho, kde se zrovna nachází. Udává, že pokud je v práci, má jinou míru tolerance a trpělivosti, než je tomu potom u ní doma. Sama si uvědomuje, že je často mnohem příjemnější na cizí lidi, o které se stará v práci, než pak na svou vlastní rodinu.

### **6. 3. Ovlivnění neverbální komunikace vlastní zkušeností**

Třetí fenomén, který mi přišel pozoruhodný, jsem zaznamenala v rozhovoru s respondentkou AP4. Ta v průběhu vyprávění zmiňuje několik konkrétních případů, kdy ji poskytnutý dotek pomohl, což znamená, že má s jeho podpurným potenciálem vlastní zkušenost. Dále také uvádí několik dalších příkladů, kdy by dotek sama uvítala, jelikož se jí nedostalo příliš velké opory ze strany rodiny. Přesto k otázce, zda by sama podpurný dotek vyhledala, odpověděla, že není ten typ člověka, který by o to kohokoli požádal nebo se této pomoci dožadoval.

### **6. 4. Vnímání neverbálního chování podle vzhledu**

Poslední téma, o kterém bych zde chtěla psát, bych spíše než fenomén nazvala jako poznatek jednoho z respondentů, na jehož základě bych ráda rozvedla úvahu v diskuzi. Jedná se o neverbální chování sester dle jejich vzhledu. Respondent uvádí, že má zkušenost s tím, že mladší a dle jeho slov půvabnější sestřičky se k němu a jeho blízkým často chovaly mnohem vlídněji, než sestry, které byly korpulentní a vnitřně nespokojené. Silnější sestry na něj častěji působily neochotně, našťvaně a působily na něj dojmem, že si přišly svou směnu pouze odbýt a práce pro ně není nijak příjemná činnost. Naopak ty hezké sestřičky prý působí v práci více spokojeně, práci vykonávají s větším elánem a chutí. K tomuto poznatku se více vyjádřím v diskuzi.

## 7. Diskuze

Má bakalářská práce byla zaměřena na problematiku vlivu neverbální komunikace ošetrovatelského personálu na psychické zvládnání hospitalizace pacienta. Větší pozornost jsem věnovala dvěma typům neverbální komunikace a to mimice a haptice.

V této části práce bych ráda zhodnotila tři hlavní cíle svého výzkumu a poté rozvedla témata, která v průběhu šetření vystoupila do popředí jako stěžejní. Pokusila se zde odpovědět také na otázky položené v úvodu mé práce. Dále tu také rozvedu úvahy o fenoménech, které jsem v příbězích respondentů shledala jako zajímavé.

**Cíl č. 1: Zjistit zda sestry vědí, co znamená pojem mimika a haptika. Zda považují schopnost správně použít haptiku a mimiku za důležité a vědomě tuto komunikaci využívají ve své práci.**

Při hledání odpovědí na stanovený cíl č. 1 jsem odhalila tyto skutečnosti. Žádná ze sester neznala před začátkem rozhovoru odborný pojem haptika, zatímco pod termínem mimika si každá ze sester představila svou vlastní definici dle toho, jak tuto neverbální komunikaci vnímá. Nejčastějšími odpověďmi byly pojmy jako výraz tváře a vyjádření emocí spolu s pocity. Po vyjasnění pojmů mi všechny sdělily, že tento typ komunikace ve své praxi považují za nepostradatelný a velmi důležitý. Všechny vypověděly, že neverbální komunikaci ve své práci denně používají a také si to patřičně uvědomují.

Z tohoto důvodu mě překvapil fakt, že vědí o tom, že se ne vždy chovají správně. Všechny sestry uvedly situace, ve kterých jejich chování nemuselo být vždy úplně vhodné, nebo dostatečné pro pozitivní působení na pacienta. Samy přiznaly, že někdy mohly použít úšklebek, zamračení nebo jen neposkytnout dostatek podpory ve formě objetí či podržení za rameno. Častým faktorem, který je podle jejich slov ovlivňuje negativním způsobem, je pracovní stres, nadměrné množství administrativy, nedostatek času či nevhodné chování ze strany pacientů.

Jsou toto opravdu důvody k nepřiměřeným reakcím a nevhodnému chování k pacientům? Souhlasím s tím, že práce sestry je opravdu psychicky a často i fyzicky náročná. Denně se sestry setkávají s desítkami různých lidí a v utopické představě bychom si přáli, aby každý s každým dobře vycházel. To bohužel není ve zrychlené

realitě dnešních zdravotnických zařízení možné. Na sestry je v práci bohužel často tlačeno ze všech stran. Seshora na sestry vytváří tlak management nemocnice, vedení kliniky a oddělení, které v zájmu splňování standardů, předpisů a doporučení často nevidí náročnost jejich práce, právě i z hlediska lidského přístupu.

Z druhé strany na sestry tvoří nátlak pacienti, kteří často po sestřích žádají informace, jejichž sdělování není v kompetencích sester a často se tak mohou dostat s pacienty do sporu.

V neposlední řadě jsou to právě sestry, které se také seznamují nejen se zdravotní dokumentací a stručnou anamnézou, ale i s celými životními příběhy svých pacientů a často jsou tak pod velkým psychickým tlakem a to hlavně pokud se pacient potýká se špatnou diagnózou nebo prognózou. Tato skutečnost dle mého staví sestry do méně výhodné pozice oproti třeba managementu nemocnice, jelikož tomuto nátlaku čelí denně. Z tohoto pohledu se tedy domnívám, že může jít o jeden z faktorů, který sestřím ubírá energii a v následku toho může za jistých okolností dojít k nevhodnému chování, která však často nemá za cíl pacienta nijak poškodit a je jen výsledkem psychické únavy v důsledku třeba několika krizových situací, které proběhly v krátkém časovém horizontu. Každý zdravotník je pouze člověk a může dělat chyby, dle mého názoru by ale nikdy nemělo dojít k devalvaci pacienta, k jeho ponižování a záměrnému působení psychického nátlaku. To bych já, přestože jsem pouze studentkou, považovala za selhání ve své práci. Domnívám se, že sestra opravdu velmi často funguje jako spojka mezi lékařem a pacientem. Jak by mohli komunikovat dva lidé na opačném konci řeky, kdyby přes ni nevedl most? Podle mého názoru velmi špatně, stejně jako lékař s pacientem.

Tímto názorem určitě nechci omlouvat špatné chování sester, ale někdy je opravdu těžké zachovat si profesionální přístup, když jste ze všech stran obviňována za chyby, ale chvála a vděk za vše, co jste vykonala správně, se nikde neobjeví.

Dalším tématem, které považuji za vhodné k rozvinutí, jsou situace, ve kterých respondentky považují použití doteku za příhodné. Všechny dotazované se shodly na několika pro pacienta zátěžových situacích. Domnívají se, že nejlepší efekt může mít podpůrný dotek ve chvíli, kdy je pacient nějakým způsobem oslaben. Respondentky nehovořily o běžných onemocněních, ale jednalo se převážně o situace, kdy pacient pociťuje silné bolesti, úzkost a strach, nebo se potýká se zjištěním špatné diagnózy či prognózy. Tedy situací, kdy pacient prožívá fyzicky a především psychicky náročné chvíle. Na počátku mého výzkumu jsem si sama tuto otázku položila a moje

předpoklady se téměř shodují s odpověďmi respondentek. Domnívám se, že schopnost rozpoznat tyto situace je nadáním, a empatie v tomto směru člověku pomůže být dobrou zdravotní sestrou.

V tomto odstavci bych se ráda vyjádřila k dílčím cílům č. 4 a 5. Obecně bych na základě odpovědí mohla konstatovat, že sestry vnímají dotýkání se pacientů jako součást své práce, často pozitivně, nikoli jako povinnost. Přiznaly ale, že existují skupiny pacientů, u kterých mohou mít větší problém poskytovat tuto péči. Ptala jsem se jich, o jaké typy pacientů se jedná. Odpovědi byly různé, ale opakovaly se skupiny chronických pacientů a lidí pod vlivem návykových látek. Hlavním faktorem snižující atraktivitu péče o tyto lidi bylo, vedle vzhledu a zápachu, především neopodstatněné využívání záchranných služeb a využívání péče ošetrovatelského personálu. Domnívám se, že hlavním ukazatelem toho, proč sestřičky takto volily skupiny pacientů je vědomí, že existuje spousta pacientů, kteří si zaslouží jejich pozornost a péči mnohem více, než již zmiňované individuality. Z toho důvodu, že jsou sestry povinny se postarat o všechny pacienty bez ohledu na závažnost a příčinu jejich obtíží, může v nich tato v uvozovkách nespravedlnost vyvolat nechuť těmto pacientům poskytovat stejnou míru empatie, jako ostatním pacientům.

Odpovědi na dílčí cíle č. 6 a 7 jsem se pokusila vyjádřit zde. Oba cíle se týkají reakcí pacienta na dotek sestry. Zajímalo mě, jakým způsobem pacienti na doteky odpovídají a překvapivě všechny sestry konstatovaly, že nezažily žádné jiné reakce, než ty pozitivní, často v podobě úsměvu, uklidnění a zmírnění negativních emocí u pacienta. Tímto výrokem se jen potvrzuje terapeutický potenciál doteku, který je podle mě v ošetrovatelství opravdu nezanedbatelný. V druhém případě jsem poprosila sestry, aby si představily právě onu doposud nezažitou negativní reakci a pokusily se mi popsat jejich následné chování. Všechny uvedly, že by se stáhly, další podobný kontakt by v další péči omezily a respektovaly tak potřeby pacienta. Myslím si, že s touto situací může přijít do styku každý zdravotnický pracovník. Každý z nás je individualita se svými vlastními postoji a potřebami, proto se domnívám, že není v moci žádné, ani té nejzkušenější sestry, vždy správně odhadnout každého pacienta. Pokud se tedy s takovým případem setkáme, považuji za profesionální chování přesně ten postup, který uvádějí respondentky. Tedy respektovat přání pacienta, omezit doteky na nutné množství a rozhodně to nezohledňovat v dalších sférách a jednání s pacientem.

K dílčímu cíli č. 8 jsem získala odpovědi a vyjádření k časové náročnosti vhodně používané haptiky a mimických projevů. Žádná z respondentek výslovně neuvedla, že

považuje toto chování za časově náročné. Je tedy zajímavé, že mezi faktory, které uvedly jako rizikové pro poskytování, zahrnuly i nedostatek času. Proč tomu tak může být? Podle mého názoru totiž sestry nevnímají za časově náročné konkrétní složky mimiky, jako je úsměv, mrknutí nebo pak pohlázení či objetí. Za časově náročné vnímají ostatní úkony, které během své pracovní doby musí stihnout. Velké množství času totiž stráví nad byrokracií, vyplňováním všech možných žádanek, souhlasů, dekurzů, pozorování a mnoha dalších nutných papírů. Myslím si, že pokud se sestra nevěnuje pacientovi, věnuje se papírům. Takže pokud se na to podíváme z tohoto pohledu, je nám jasné, že na pacienta z tohoto důvodů zbývá méně a méně času. Domnívám se tedy, že to bylo myšleno tímto způsobem, nikoli jako nedostatek času na to, se na pacienta hezky podívat a usmát.

K poslednímu dílčímu cíli bych ráda uvedla nejčastější důvody, kvůli kterým dle respondentek, může ošetrovatelský personál neverbálně devalvovat pacienty. Jako hlavní důvod byla uvedena samotná povaha zdravotního pracovníka, s čímž já sama naprosto souhlasím. Domnívám se, že pokud má člověk špatný vztah k lidem, nemůže nikdy tuto práci vykonávat dobře, ať už by se snažil o jakýkoli profesionální přístup, neboť sestry bez empatie často mohou napáchat mnohem více škody, než užitku. Dalšími důvody podle sestřiček může být pracovní a časový stres, ke kterým jsem se již vyjadřovala v přechozí části diskuze.

## **Cíl č. 2 Zjistit, zda si pacienti i s odstupem času jsou schopni vybavit nějakou situaci, kdy se s tímto typem péče setkali.**

U druhé skupiny respondentů jsem po analýze všech dostupných informací našla tyto odpovědi k hlavnímu cíli i těm dílčím.

K dílčím cílům č. 1 a 2 bych uvedla tyto fakty. Tři z respondentů uvádějí, že pro ně byla hospitalizace psychicky náročná a to z různých důvodů. Těmi hlavními podle nich bylo dlouhodobé odloučení od rodiny a blízkých, dále nejistota ohledně výsledků nebo společnost těžce nemocných lidí. Zbylí pacienti uvádějí, že hospitalizaci zvládali dobře a nesetkali se s výrazným problémem. Domnívám se, že odloučení od rodiny má vliv na psychiku i úplně zdravého jedince. Tudíž si myslím, že u lidí, kteří v průběhu tohoto období procházejí nějakým zátěžovým procesem, může onen faktor opravdu působit velmi negativně na psychiku pacienta a zhoršit tak vnímání celého pobytu v nemocnici. Druhý faktor, který zhoršuje psychický stav pacienta je nejistota o výsledcích. V tomto ohledu si myslím, že není lehké s těmito pocity bojovat, jelikož

každé vyšetření trvá různě dlouho a není možné pacienta uklidnit ihned. Řekla bych ale, že zbytečné oddalování sdělení dostupných informací není vhodné. Pokud se pacient na něco ptá, měli bychom se snažit mu třeba i opakovaně vše vysvětlit, poskytnout mu informace v rámci naší kompetence a případně mu zajistit konzultaci s jeho ošetřujícím lékařem. Tímto bychom mohli alespoň částečně snížit psychické napětí a nervozitu, se kterou pacient při nevědomosti bojuje.

Jako odpověď na dílčí cíl č. 3 mi pacienti vyprávěli, zda se setkali s terapeutickým dotekem a případně za jaké situace. Dva z dotazovaných uvedli, že se jim takového doteku během hospitalizace nedostalo. Zbylí pacienti hovořili o situacích, kdy zažívali nepříjemné prožitky jako je bolest či únava po náročné rehabilitaci. Právě v těchto zmiňovaných okamžicích dotek uvítali a toto chování pacienty pozitivně ovlivnilo, i přesto, že se původně cítili špatně.

Konečné zhodnocení odpovědí na dílčí cíle č. 4 a 5 odkrylo tato sdělení. Všichni dotazovaní považují mimiku ošetřovatelského personálu za klíčový faktor ve zdravotní péči. Každý z nich uvedl, že mimiku pečujícího personálu vnímá, uvědomuje si ji a má na něj nezanedbatelný vliv. Pozitivní mimika by u všech pacientů mohla podněcovat spolupráci a motivovat je k léčbě, zatím co nepříjemně se tvářící personál vzbuzuje v pacientech pocit jisté odměrenosti, neochoty a obtěžování. Toto chování může způsobit až obavu požádat o pomoc nebo snahu navázat jakýkoli kontakt. Podle mého názoru je toto závažný fakt, který v extrémním případě, může opravdu vést až ke zhoršení léčebného procesu, prodloužení doby hospitalizace v důsledku toho, že pacient nebude mít důvěru k personálu, tudíž ani důvěru v léčebný režim. Což je samozřejmě při hospitalizaci opravdu nežádoucí. Z tohoto důvodu si myslím, že by všechen personál měl brát na vědomí tento svůj, na první pohled ne úplně zřetelný, vliv, který může závažně poškodit pacientovu důvěru a následně i jeho zdraví.

Vyjádření k dílčímu cíli č. 6 jsou následující. Až na jednu respondentku se všichni setkali s nějakým typem neverbální komunikace, která zanechala v pacientovi negativní zážitek. Musím podotknout, že se naštěstí nejednalo o takové chování, které by překročilo křehkou hranici mezi nevhodným chováním a absolutní devalvací a tím způsobilo pacientovi psychické trauma. Jednalo se převážně o ne zcela šetrné doteky v průběhu instrumentálních úkonů, polohování pacientů nebo zážitek při návštěvě ambulance, kdy respondent na sestřách pozoroval nepříjemné vystupování směrem



k pacientům. Jeden z respondentů také zmiňuje, že existují skupiny pacientů, u kterých je toho chování častěji pozorovatelné. Jedná se především o pacienty starší, hůře pohyblivé a nesoběstačné. Při analýze těchto odpovědí mě zaujal jeden poznatek, která mě osobně potěšil. Jedná o fakt, že se žádný z pacientů nesetkal s takovým chováním, jako je pasivní agrese, úmyslné nevhodné chování nebo cílená devalvace, jelikož na začátku svého výzkumu jsem se obávala, že se tyto nežádoucí situace u některých pacientů objeví.

U dílčích cílů č. 6 a 7. jsem zjistila tyto odpovědi. Nikdo z pacientů nevnímá diskutovanou neverbální péči jako povinnost ošetrovatelského personálu. Všichni se ale shodují na tom, že se jedná o nepostradatelnou a klíčovou schopnost všech zdravotnických pracovníků. Volba povolání je totiž často pouze na jednotlivci a pro práci sestry by se, jak podle slov pacientů, tak podle mého názoru, měli rozhodnout pouze lidé, kteří chtějí lidem pomáhat, mají chuť jim předávat svou energii a dokáží se vcítit do těžké situace ostatních. Já sama si nedokážu představit pracovat v kanceláři, jelikož vím, že by mě tato práce ubíjela. Proto nedokážu pochopit lidi, kteří si vyberou práci zdravotní sestry, přesto, že nemají kladný vztah k lidem a následkem toho je jejich výběr často utrpením pro všechny strany. Práce zdravotní sestry je opravdu posláním, nikoli jen zaměstnáním. Jde sice o otřepanou frázi, ale já s ní souhlasím. Tohoto klíče se chci držet a poskytovat lidem to nejlepší ze sebe. Toto povolání jsem si vybrala právě proto, že chci být lidem oporou, poskytnout jim úlevu a pomoc, nikoli proto, abych si měla, kde vylévat své negativní pocity. Doufám, že k tomu nikdy nedojde, ale pokud bych pocítila, že mě tato práce již nenaplnuje, sama s ní skončím, jelikož by pro mě samotnou bylo zklamání, kdybych nebyla dobrou sestrou.

V posledním odstavci, týkajícím se bývalých pacientů, bych ráda uvedla výsledky k dílčím cílům č. 8 a 9. Pacientům byla pokládána otázka, zda jsou pro ně některé doteky nepříjemné. Většina z nich uvedla, že se s negativními pocity nesetkala vůbec nebo jen okrajově. Vliv na vnímání doteků například na intimních nebo bolestivých místech má míra profesionality, se kterou jsou výkony prováděny. Pokud sestra jedná profesionálně a s citem, berou pacienti její doteky jako nutnou součást ošetrovatelského procesu a neřadí je tak mezi negativní. S názory pacientů souhlasím, jelikož se domnívám, že pokud sestra vykonává svou práci dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, jako bonus doplní své neverbální chování o vhodnou verbální složku, může se stát i z na první pohled nepříjemné, celkové hygieny, část dne, kdy pacient vypráví o

svém životě v průběhu toho, co mu sestra poskytuje svou péčí. V tomto směru se dá podle mě pracovat na velké části situací, kdy odvedením pozornosti pacienta, můžeme zajistit snížení nepříjemných pocitů až na minimum.

Poslední zpovídanou skupinou byli pacienti aktuálně hospitalizovaní, ke které jsem stanovila hlavní cíl č. 3 **Zjištění, zda aktuálně hospitalizovaní pacienti tento typ péče vůbec vnímají a případně jak a jakým způsobem je to ovlivňuje.** Zde jsou odpovědi na jednotlivé dílčí cíle.

Rozhovory mě dovedly k těmto odpovědím na dílčí cíle č. 1 a 2. Všichni pacienti, kteří v době rozhovoru pobývali v nemocnici, se shodují na tom, že jsou pro ně doteky od personálu převážně příjemné, vnímají je jako formu pomoci, součást péče a také jako možný způsob, jak navodit pocit příjemné atmosféry a lidského přístupu. Sama si myslím, že právě atmosféra na oddělení je jedním z důležitých pilířů pozitivního přijetí hospitalizace pacientem. Pokud se bude pacient cítit dobře, nevidím důvod, proč by si měl z hospitalizace odnášet jinou psychickou zátěž než tu, která se týká samotného důvodu hospitalizace. I v tomto případě si myslím, že může sestra svým pozitivním vlivem pomoci lépe zvládnout a přijmou těžkou diagnózu nebo jiné informace.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, při jakých situacích při hospitalizaci, by pacienti ocenili podpurný či terapeutický dotek. Jeden z respondentů odpověděl, že pro něj zatím žádná z dosavadních situací, které si prožil, nebyla natolik zatěžující, aby terapeutický dotek potřeboval, ale v druhé části doplňuje, že si takovou situaci umí představit. Ve svých představách se shodl s několika ostatními respondenty, kteří uvádí situace, jako jsou bolestivé výkony, zjištění závažné diagnózy nebo okamžiky před smrtí pacienta. Tento cíl se v různých podobách objevil u všech skupin mého výzkumného vzorku a mě osobně překvapilo, že se všechny tyto skupiny shodly téměř přesně na chvílích, kdy by buď jako sestry onen dotek poskytly, nebo ho jako pacienty potřebovali a ocenili. Mám za to, že je to z toho důvodu, že většina lidí si v běžných situacích každodenního života a třeba i hospitalizace, kvůli ne zcela vážným důvodům, neuvědomuje vlastní potřebu tohoto chování. Podle mého názoru se ne úplně velká část lidí zajímá o neverbální komunikaci a to, jak z řad zdravotních pracovníků, tak pacientů a široké veřejnosti. Tento fakt mi přijde smutný, jelikož existuje velké množství výzkumů a důkazů o tom, že psychický stav má na fyzické zdraví obrovský vliv. Proč se tedy osoby pracující

s lidmi více nezajímají o tuto formu komunikace? Můj vlastní názor je, že pokud by tomu tak bylo, mohlo by se nejednou předejít stížnostem, pocházejícím od pacientů, nebo různým nedorozuměním a konfliktům. Je uspěchaná doba, medicína jde neustále rychle dopředu, ale proč se lidé nezaměří na to, co mají už od nepaměti před očima? Tím myslím samotné prožívání a osobnost člověka. Mohlo by se díky tomu jistě předejít některým psychickým traumatům a tím ulehčit léčbu některých somatických onemocnění. Existují samozřejmě onemocnění, která člověk ani s nejpozitivnějším přístupem nemůže porazit, ale i přesto se domnívám, že tato péče má nezanedbatelný vliv. A pacienti si tento vliv často uvědomují, až když se dostanou do konfrontace s těžkým osudem, na který se necítí být sami dostatečně silní. To jsou pak ony chvíle, kdy jim tato podpora od sestry přinese potřebné uklidnění a pomoc.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda pacienti během hospitalizace podstupují některé doteky, které jim jsou nepříjemné. Opět zde nacházím podobnost s výpověďmi u skupiny bývalých pacientů. Obě skupiny se shodují na tom, že více než nepříjemné pocity, se může objevit spíše stud, který však nepředstavuje nepřekonatelnou překážku a i tyto doteky pacienti berou jako součást péče, nikoli jako bezdůvodné narušení jejich soukromí. Tyto výpovědi potvrdily mé stanovisko o tom, že sestra může udělat téměř vždy větší chybu, pokud haptiku a mimiku nepoužije, než tím, že ji bude používat, dle všeobecného vnímání, nadměrně.

Dílčí cíle č. 5 a 6 se opět zaměřily na vnímání mimiky personálu pacientem, a jak je toto chování ovlivňuje. Bez výjimky se všichni dotazovaní shodli na tom, že výraz ve tváři sester vnímají a je pro ně jeho ladění důležité. Uvádějí, že úsměv je obrovským povzbuzujícím faktorem, jeho pozitivní vliv na náladu pacientů potvrdili všichni dotazovaní. Jeden z pacientů krásně uvedl, že právě toto chování považuje jako nadstandard při péči, že právě toto chování odlišuje obyčejné zdravotní sestry od těch dobrých. Myslím si, že tento poznatek je krásný a ukazuje onu věc, o kterou jsem se ve své práci také zajímala. Tou věcí je fakt, že i časově nenáročný úsměv, který nás jako člověka nic nestojí, může druhému pomoci v nepříjemné situaci.

Při hledání odpovědi na dílčí cíl č. 7 mě překvapilo, že jen polovina respondentů má s podpurným dotekem svou vlastní zkušenost. Nejčastěji se s nimi pacienti setkali ve formě pohlazení bolestivých míst, podržení za ruku nebo držení za rameno. Hezký případ tohoto chování uvedl respondent AP5, který uvádí, že ho příjemnými doteky

často jedna ze sestřiček budila nebo mu opatrně sundávala brýle, když s nimi usnul. Právě tento zážitek mi dal pocit, že existují sestřičky, které přemýšlejí o věcech, o kterých zde píšu, kterým tento typ pohodlí pacientů není lhostejný a snaží se, i malými činy, jejich hospitalizaci zpříjemnit.

Posledními stanovenými dílčími cíli byly čísla 8 a 9. Zde bez výjimky všichni pacienti uvedli, že vědomě po žádné ze sestřiček podpurný dotek nevyžadovali a nijak ho aktivně nevyhledávali. Což mě přijde zajímavé, jelikož část z nich uvedla, že jsou situace, kdy by jim dotek pomohl. Proč by si tedy vědomě nechtěli ulevit, tím že by tuto podporu vyhledali? Mám takový dojem, že pokud je jim tato pomoc poskytnuta vědomě od přítomné sestry, dává jim ona sama pocit, že to chce a jde o její rozhodnutí jim takto pomoci. Kdyby však o tuto pomoc nějakým způsobem požádali, mohlo by to na ně naopak ještě vytvořit tlak a přinést pocit, že sestřičku obtěžují, do něčeho ji nutí nebo by si prostě jen přišli méně stateční. Tyto příčiny mě napadají jako možné důvody, proč by si samy o podporu ve formě doteku nikdo z nich sám nepožádal.

Úkolem posledního dílčího cíle č. 9, pro tuto skupinu, bylo zjistit, které z doteků jsou pacientům příjemnější. Všichni se shodli, že je lepší dotek bez rukavic, jelikož pro některé z nich může představovat jistou překážku a strach z nákazy. Většina ale uvádí, že se jedná o součást správného a profesionálního chování, jelikož se jedná ochrannou pomůcku i ve vztahu k pacientovi. Mě samotné je dotek bez rukavic také příjemnější, ale jejich nošení má svůj důvod, který respektuji a dodržuji. Pokud se jedná o běžné pohlázení, volím dotek kůže na kůži, pokud však provádím instrumentální ošetrovatelský úkon, rukavice používám vždy. V druhé části se pacienti vyjadřovali k formálnímu doteku, tedy především podání ruky při příjmu k hospitalizaci. Tato otázka pro mě nepřinesla žádné překvapivé odpovědi. Všichni pacienti oceňují, pokud jsem sestrou či lékařem přivítání a je jim dle zásad správného chování podána ruka. Vrhá to dle jejich slov lepší světlo nejen na konkrétního pracovníka, ale na celé zdravotní zařízení, ve kterém je pacient hospitalizován. Dle mého názoru by mělo být toto jednání samozřejmostí v jakémkoli formálním kontaktu dvou lidí, nikoli jen ve zdravotní sféře.

Dle mého názoru se mi podařilo více či méně zodpovědět veškeré mé výzkumné otázky a najít tak odpovědi na stanovené cíle. Nyní bych se ráda krátce vyjádřila k fenoménům, které mi v průběhu výzkumu přišly zajímavé.

První z fenoménů se týkal změny míry tolerance u jedné ze sestřiček. Zamýšlela jsem se nad tím, jaké mohou být důvody, že v průběhu praxe u ní došlo k takové změně. Jedním z nich podle mě může být celkové chování lidí. Myslím si, že dříve byli lidé mnohem více vděční za péči druhých, kdežto v dnešní době, kdy máme téměř na vše právo, můžeme si neomezeně na všechny a všechno stěžovat, nám často není nic dostatečně dobré. Takže i kdyby se sestra snažila ze všech svých sil dělat svou práci správně, často se i tak objeví někdo, kdo ji bude kritizovat a bude nespokojený. Z toho důvodu, podle mě, míra tolerance klesá, jako odpověď na toto chování. Může se jednat o jakýsi obranný mechanismus. Nelze se totiž donekonečna rozdávat pro druhé bez adekvátní zpětné vazby. Člověk vždy potřebuje také něco dostat zpět, ať už ve formě poděkování, pochvaly nebo jiného ohodnocení. Doudím tedy, že lze tento jev brát jako přirozený vývoj v průběhu praxe a jako ochranu setry před vyhořením.

Druhá deskripce se zaměřila na fenomén, který obsahuje rozdíl mezi chováním sestry v práci a doma. Přišlo mi zajímavé, že si to uvědomuje i sama sestra. Já se proto rozhodla uvažovat o tom, proč by tomu tak mohlo být. Do jisté míry je podle mě příčinnou profesionalita sestry, která asi ji více či méně uvědomuje. V práci zastává jistou roli, která má své povinnosti a omezení. Z toho důvodu se sestra například nemůže ohradit na pacienta, tak jako to udělá oproti lidem, které znát, kteří jsou jí blízcí. Jde o naprosto rozdílné role a vztahy. Tento rozdíl nám může krásně demonstrovat například jednoduchá situace, kdy bychom měli zavádět permanentní močový katétr. V práci toto sestřička bere téměř jako rutinní úkon, nepovažuje za doteky na intimních partiích u cizí osoby za zvláštní a ani na chvíli se při výkonu své práce nepozastaví. Pokud bychom si ale měli představit, že přijde sestra domů a měla by katétr zavést dvě dceři nebo matce, potýkala by se jistě s velkou spoustou rozpaků, možná i pocity nejistoty, přestože se jedná o ten samý úkon, který v práci dělá denně. Tady je krásně vidět, jak rozdílné může být děláni té samé věci v domácím a pracovním prostředí. Pracovní role tedy často může sestřím dát potřebnou trpělivost a jistý distanc, který jí umožní vykonávat její práci bez nejistoty.

Třetí fenomén pro mě byl zajímavý tím, že si respondentka v širším kontextu lehce protirečila. Sdělila mi, že vědomě dotek nikdy nevyhledává, ani v osobním životě pro ni tato neverbální složka komunikace prý nic důležitého neznamena. Hovořila o tom, že nebyla zvyklá na doteky od rodičů ani blízké rodiny. Když ale měla uvést, zda existují situace, kdy by dotek uvítala, napadlo jí těchto případů několik. Tady mě

napadá, zda je nepotřebnost doteků opravdu součástí osobnosti pacientky nebo zda se jedná o naučené chování vlivem výchovy a vztahů v rodině. Já osobně se totiž přikláním spíše k druhé variantě, jelikož se pak pacientka svěřila se zážitky, kdy jí dotek opravdu pomohl a hodnotila to velmi pozitivně.

Posledním zajímavostí, o které bych zda ráda psala, je poznatek jednoho z bývalých pacientů, který popsal různost chování sester vzhledem k jejich vzhledu. Uvádí, že krásné sestřičky často působí mnohem příjemněji a ochotněji, než sestry korpulentní. Jde pouze o domněnku jednoho z pacientů, ale já jsem se rozhodla uvažovat nad tím, proč by to tak mohlo být. Je nutné uvést, že tento výrok nelze uplatnit v žádné široké veřejnosti, jelikož je každý jiný a má individuální vnímání. Zamýšlela jsem se nad tím, jaké by mohli být důvody toho, že silnější sestry nepůsobí na pacienty příjemně a vypadají často méně ochotně. Jeden z důvodů, který mě napadl, byla vnitřní nespokojenost sestry sama se sebou. Lidé, kteří totiž v sobě řeší nějaký problém, můžou často nevědomě do svého okolí vyzařovat negativní energii, kterou pak například pacienti mohou vnímat jako nepříjemnou. Tento můj výrok nelze brát obecně, netvrdím totiž, že každá silnější žena je se sebou nespokojená, to určitě ne. Pouze se domnívám, že to může být jeden z faktorů.

Naopak ty půvabné sestřičky často mohou mít dostatek sebevědomí a tím i dobře působit na své okolí. Nemluvím zde samozřejmě o přehnaném sebeprosazování a podobném chování, pouze o zdravém přístupu k sobě sama. Tento pohled na svět jim pak může dodávat potřebnou energii, kterou mohou předávat svým pacientům a tím působit dojem plným elánu a chuti do práce.

## 8. Závěrečné resumé

Má bakalářská práce byla zaměřena na využití neverbální komunikace a zejména mimiky a haptiky v ošetrovatelské péči jako faktor ovlivňující psychiku pacienta. Zaměřila jsem se na názory všeobecných sester i pacientů v této problematice. Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě hlavní části a to na část teoretickou a část empirickou.

V úvodní části jsem obecně zpracovala informace týkající se neverbální komunikace, dále jednotlivých složek této komunikace a více pozornosti jsem pak věnovala mimice a haptice v ošetrovatelské péči.

Empirická část prezentuje zjištěné názory a zkušenosti všeobecných sester, bývalých i aktuálních pacientů a jejich pohled na poskytování této péče. Pro empirickou část zvolila kvalitativního výzkumu ve formě polo strukturovaného rozhovoru s 15 respondentky.

Mezi jednotlivými skupinami se objevily jisté spojitosti a to především v otázce, která se týkala situací, kdy by ošetrovatelský dotek poskytly, nebo ocenili. V této kategorii se shodly všechny tři skupiny, což mě samotnou překvapilo. Dalším společný názor se objevil při hodnocení důležitosti neverbální komunikace při ošetrovatelské péči. Všichni respondenti ji považují za klíčovou a nepostradatelnou při vykonávání této profese.

Jedním z hlavních poznatků, které jsem během svého výzkumu objevila, byl rozpor v tom, že všechny sestry vědí o vlivu jejich neverbální komunikace na pacienta a i přesto se téměř všechny uvádějí, že se za jistých okolností mohly chovat nevhodně. V tomto směru jsem v diskuzi rozvedla rizikové faktory, které podle mě mohou toto pochybení zapříčinit. Dle mého existuje ale řada metod a doporučení, které by mohly ony rizikové faktory eliminovat a tak snížit výskyt tohoto chování. Mezi hlavní bych zařadila snahu zajistit dostatek zdravotnického personálu, aby nedocházelo k jeho přetěžování, pracovnímu a časovému tlaku a dále, aby tak sestry získaly více času na psychickou regeneraci a očistu. Další přínos by mohla zajistit pravidelná supervize mezi sestrami z různých oddělení, které by si na těchto setkáních mohly vyměňovat cenné rady ohledně správného neverbálního chování a podělit se o jejich vlastní zkušenosti. Nejen v tomto směru by spolupráce sester mohla přinést jisté zlepšení. Obecně si myslím, že pokud jsou na oddělení dobré kolektivy sester, psychický nátlak se zvládá o

poznání lépe, než když jsou nesrovnalosti a problém mezi samotným ošetrovatelským personálem.

V průběhu výzkumu mě napadlo, že vhodnou formou pro objektivnější posouzení poskytování této péče by mohl být výzkum ve formě pozorování, díky kterému bychom mohli objektivně hodnotit, jak často sestry tuto péči svým pacientům poskytují a o jakou formu chování se nejčastěji jedná. Výsledky by mohly být vcelku zajímavé, jelikož neverbální komunikace, jak již bylo řešeno, je hodně intuitivní a automatická, takže by se výsledky mohly od těch „přiznaných“ lišit. Hlavně z toho důvodu, že při rozhovorech jsme vždy odkázáni pouze na to, co nám personál či pacient je ochoten sdělit, jak moc se nám je schopen otevřít. V tomto směru by pozorování mohlo odhalit další zajímavé skutečnosti.



## 9. Anotace

**Typ závěrečné práce:** Bakalářská práce

**Téma práce:** Vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládání hospitalizace pacienta

**Název práce:** Vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládání hospitalizace pacienta

**Title of thesis:** The Influence of the Nursing Staff on Patient's Coping with the Hospitalisation

**Datum zadání:** 2018-09-30

**Datum odevzdání:** 2019-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Universita Karlova

Lékařská fakulta v Hradci králové

Ústav sociálního lékařství

Oddělení ošetrovatelství

**Autor práce:** Eliška Horáčková

**Vedoucí práce:** PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.

**Oponent práce:**

**Abstrakt:**

Tato bakalářská práce pojednává o tom, jaký vliv má neverbální chování, konkrétně mimika a haptika, ošetrovatelského personálu na psychické zvládání hospitalizace. Má teoretická část obsahuje informace o neverbální komunikace obecně i o její důležitosti v ošetrovatelské praxi. Detailněji je zde pak rozvedena část o mimice a haptice, jako součásti neverbální komunikace a hlavním tématu této práce. V empirické části pomocí

polo strukturovaného rozhovoru s respondenty (ošetřovatelský personál, bývalí pacienti, aktuálně hospitalizovaní pacienti) diskutují o jejich vlastním pohledu na dané neverbální chování a vnímání této péče.

**Abstract:**

This thesis deals with the influence of nonverbal behavior, i.e. facial expressions and haptics, of the nursing staff on coping with the hospitalization. The theoretical part contains information on nonverbal communication in general and on its importance in nursing care. There is a detailed section on facial expressions and haptics, understood as a part of nonverbal communication and the main topic of this thesis. In the empirical part the author discusses with respondents their own perspective of the nonverbal behavior and perception of this type of care, using a semi-structured interview.

**Klíčová slova:** neverbální komunikace, haptika, mimika, psychosomatika, psychologie v ošetřovatelství,

**Key words:** nonverbal communication, haptics, facial expression, psychosomatic, psychology in nursing

**Rozsah:** 154

**Počet příloh:** 5

**Rok obhajoby:** 2019

## 10. Zdroje:

1. AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5230-3.
2. DEVITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.
3. FALEIDE, Asbjørn et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.
4. GLEESON, Madeline and Fiona TIMMINS, 2004. The use of touch to enhance nursing care of older person in long-term mental health care facilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11(5), 541-545 [online]. [cit. 2017-07-29]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2004.00757.x. ISSN 1351-0126. Dostupné z: Dostupné z :Wiley Online Library.
5. HYNKOVÁ, Miroslava Bc., <i>Dotyk v ošetrovatelství- terapeutická nebo riziková intervence</i>, České Budějovice, 2017 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qfoj4v/gt;>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých budjovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
6. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
7. KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIERIOVÁ, 1995. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1988. Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace. Praha: Svoboda. ISBN neuvedeno
9. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
10. LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
11. LIPNER, Milan, 2007. Přesměrování doteku, aneb Dotek v socioterapeutickém kontextu. *Sociální péče: odborný časopis pracovníků sociální péče* (1), 8 – 11. ISSN 1213-2330.
12. MEEHAN, Therese C., 1998. Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 28 (1), 117-125. [online]. [cit. 2017-07-29]. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1998.00771.x. ISSN 0309-2402.

13. NEVOLOVÁ, Monika, 2015. *Dotýkání dovoleno!* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5008-8.
14. POKORNÁ, Andrea, 2008. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-466-5.
15. QUINN, Janet F., 1988. Building A Body of Knowledge : Research on Therapeutic Touch 1974 - 1986. *Journal of Holistic Nursing*. 6 (1), 37-45. ISSN 0898-0101.
16. RANISZEWSKA-WYRWA, Agnieszka, 2014. Etyka dotyku. Aspekty etyczne wykorzystywania dotyku w praktykach terapeutycznych. *Studia Philosophiae Christianae*. 50 (2), 85-104. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 05855470. Dostupné z: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-da33c5d4-fb9f-4e20-b00b-153c6fd6fda2>.
17. ROUTASALO, Pirkko, 1996. Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 23 (5), 904-911. [online]. [cit. 2017-04-03]. DOI: 10.1111/1365-2648.ep8550654. ISSN 03092402.
18. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
20. TEGZE, Oldřich, 2003. *Neverbální komunikace*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-429-X.
21. TRACHTOVÁ, Eva et al., 2005. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-324-4.
22. VÁCLAVÍKOVÁ, Markéta, 2006. Dotek jako forma komunikace. *Florence*. 2(4), 37. , ISSN 1801-464X
23. VAN DONGEN, Els a Riekje ELEMA, 2010. The art of touching: The culture of 'body work' in nursing. *Anthropology*. 8 (2-3), 149-162 [online]. [cit. 2017-08-10]. DOI: 10.1080/13648470120101345. ISSN 1364-8470. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13648470120101345>.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

25. VLČEK, Václav. Psychologie a doteková povolání: doteková povolání jako forma komunikace: učební text aplikované psychologie. 3. vydání. Olomouc: Poznání, 2016. ISBN 978-80-87419-58-8.
26. ZACHAROVÁ, Eva et al., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9675-3.
27. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

## **11. Seznam příloh**

Otázky k rozhovorům s ošetrovatelským personálem

Otázky k rozhovorům s aktuálně hospitalizovanými pacienty

Otázky k rozhovorům s bývalými pacienty

Rozhovory s respondenty (Rozhovor O1-5, rozhovory BP1-5, rozhovory AP1-5)

## 12. Přílohy

### Příloha 1

#### Rozhovorové otázky pro ošetrovatelský personál:

- 1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?
- 2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?
- 3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?
- 4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku?  
Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně?  
4a) Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?
- 5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta?
  - a. Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost?
  - b. Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?
- 6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličejí, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět?
  - a. Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdravotnickým personálem?
- 7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?
- 8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?
- 9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?
- 10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?
- 11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devalvuje svou mimikou?

## **Příloha 2**

### **Rozhovorové otázky pro bývalé pacienty:**

- 1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?
- 2) Jak jste zvládal/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké?  
Pokud ano, proč?
- 3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetřovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci?  
Vyprávějte mi o něm.
- 4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetřovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?
- 5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetřovatelským personálem?  
4a) Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?
- 6) Myslíte si, že je povinností ošetřovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?
- 7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?
- 8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlazení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?

## **Příloha 3**

### **Rozhovorové otázky pro pacienty aktuálně hospitalizované:**

- 1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace
- 2) Jak vnímáte dotyky od ošetřovatelského personálu?
- 3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?
- 4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?
- 5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetřovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?
- 6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetřovatelského personálu, který se o vás stará?  
Jakým způsobem vás to ovlivňuje?
- 7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?

- 8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpůrný dotek od oš. personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.
- 9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetrovatelského personálu? Pokud ano, proč?
- 10) Jaký dotyk je vám příjemnější –
  - a. v rukavicích či bez rukavic,
  - b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?

## **Příloha 4 – Rozhovory s respondenty/respondentkami**

### **Rozhovor s respondentkou O1**

#### **1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?**

Jmenuji se XY. Jsem žena, je mně čtyřicet čtyři let a v ošetrovatelství pracuji od osmnácti let po maturitě, to znamená už nějakých dvacet šest let.

#### **2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?**

Střední škola. Střední škola s maturitou. Dříve ještě střední zdravotnická. Aktuálně pracuji na interní ambulanci v nemocnici, v Trutnově.

#### **3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?**

Pojem mimika mi něco říká, ale pojem haptika ne. Pod mimikou si jako první vybavím asi výraz tváře. Postoj nějaký, kterej vyjádří spokojenost/nespokojenost, úsměv, zklamání, naštvání.

#### **4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku? Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně?**

Asi jo, asi si to uvědomuju, myslím, že jo. Občas se mi stane, že se ráno zbudím unavená nebo naštvaná, ale myslím si, že už jsem vytrénovaná a umím to ovlivnit, abych tím výrazem někoho nepoškodila. V uvozovkách se dokážu přetvařovat, už umím jako nechat doma prostě ty své problémy, abych to nepřenášela na ty lidi v práci. To už jsem se naučila. A hlavně jako prostě ve zdravotnictví je práce s lidma, a jako když opravdu pracuješ naplno, seš s těma lidma, tak v tu chvíli jako já zapomenou na ty svoje vlastní starosti. Jo, že jako, to nějaký, jakoby, že to vytěsním nějak dozadu a prostě kolikrát jako jsem v práci taková v pohodě, ale pak až skončím a zavřu dveře, přijdu domů a na jednou se ti zase vrátěj tvý problémy, starosti. Dokážu jakoby to nechat, to za



dveřma a v práci to ani jako nemyslím, na ty svý věci. Taky se mi i často stává, že jdu se špatnou náladou do práce, že jsem jako našťvaná třeba a pak když se vrátím po práci domů, tak jsem taková v pohodě, protože mě nabijou ty lidi, když se na mě usmívají, prostě to funguje i opačně. Pomáhá mi ten kontakt s lidma, někdy potkáš lidi milý a příjemný, zrovna tyhle mi prostě tu náladu zlepšit uměj. Mimiku používám fakt často, tak že se snažím působit mile ať se děje co se děje.

#### **4a) Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?**

Mohla bych asi zmínit dvě situace, jedna se týká mě. Protože jsem jednu svojí bývalou sousedku potkala v práci, zjistili jí myxom na srdíčku, ona má dvě malý děti, holčičku, chlapečka, ještě školkový a prostě, když se tam dozvěděla diagnózu, tak se chudáček úplně zhroutila, ale pak přišla za dva dny prostě k nějaká další konzultaci a šla na další speciální vyšetření do Prahy a přišla už taková nabitá, že když jsem jako, no prostě se to na mě prostě hrozně přenášelo, když jsem se dozvěděla sama jak to s ní je a seděly jsme spolu, já jí držela za ruku a mluvily jsme o tom, tak mě z toho pak taky bylo strašně ouzko a přišla jsem domů prostě a chtělo se mi brečet, jó úplně a prostě, já že jsem jako furt na ní myslela, večer jsem na ní myslela jako, aby to všechno zvládla. Vím prostě, že když je člověk špatně naladěnej tak se od toho prostě odvíjej další věci. Špatně se věci hojej a někdy se to ani nepodaří, tak jak má. Ale ona pak prostě přišla, když jako s takovým elánem a takovou energií a chutí, jako, že to dobře dopadne. Nevím, co jí k tomu jako tak pozitivně nabilo, ale i tohle se pak na mě taky hodně odrazilo. Jsem si říkala, to je bezvadný.

Kolikrát člověk má sám nějaký starosti, ale když pak slyší s čím se lidi potkávají, s čím vším se musej potýkat a bojovat, tak pak přijdeš domů a řekneš si, že ty moje blbosti, jsou úplná prkotina oproti tomu, co musej řešit, prostě některý lidi. Zda žít nebo nežít. To co řešíme kolikrát mi, tak to je úplně jako směšný.

Ta druhá situace je zas jakože opačná. Protože častokrát budeš mít pacienta, kterej je v nějaký těžký životní situaci, je v cizím prostředí je to pro ně celkově jakože nepříjemný. A prostě to taky můžu říct, že když tam přijdu dobře naladěná a usmívám se na ty lidi, tak tam je ta pozitivní zpětná vazba znát. Častokrát chceš ty lidi utěšit a sám tušíš, že to zrovna není jednoduchý a že to jednoduchý mít nebudou a že maj před sebou dlouhou cestu, ale tak povzbudit je, říct jim něco motivačního a že na to není sám, sama. Prostě všechno se dá zvládnout, ale člověk jim sám musí věřit, snažit se krůček po krůčku, na to ty lidi hrozně slyšej, to jim jako hodně pomáhá se uklidnit. Stačí někdy fakt je jako prostě pohládit, sednout si, nebo je chytanou za ruku a řekla bych, že ty lidi se zklidněj. Že na to fakt jako hodně slyšej a daj. Jóó jakože takovej ten vřelý prostě, vřelý pohlázení prostě a to, že jim dodáš energii, ať seberou všechnu odvalu a prostě to nevzdávaj, tak to bych řekla, že hodně pomáhá. Na hodně lidí to tak působí. I na tvrdáky, když tam nějaký jsou, to fakt jo.

Tím, že pracuju na interně, tak je to často hodně o starých lidech, o seniorech, tak je to takový... prostě od těch lidí je to od srdce. To že je pohládiš, někdy prostě když už

žijou samy, tak už na to bohužel ani nejsou moc zvyklí, když neměj prostě druhýho partnera, když je to vdova nebo vdovec, tak oni jsou prostě doma sami, v tom svém bytečku, nemaj s kým promluvit, takže pro tyhle lidi je prostě takováhle věc strašně moc. Oni jsou hlavně strašně vděčný, za úplně i malej úsměv, kterej jim dáš. Tak děkujou a za každej jakože takovejhle přívětivej dotyk a chování jsou strašně citlivý. Starý lidi jsou obecně strašně vnímavý na tohle. Oni sledujou prostě, když vejdeš na ten pokoj a vešla bys tam nějaká nabroušená, tak aniž by se to mělo dotýkat jich osobně, tak oni jsou strašně vnímavý na všechny tyhle věci. Oni strašně pozorujou personál, aniž by to mělo bejt, aniž by ta nějaká špatná nálada měla bejt nastavená vůči nim konkrétně. Tak i tak si to vztahovačně vezmou k srdci a trápěj se tím někdy, ale vlastně vůbec toho nejsou příčinou. To se jako projevuje na těch lidech, oni se pak třeba ani nezeptaj pak na nějaký věci, protože maj prostě strach, radši se stáhnout do ústraní než, aby prostě někdy vyvíjeli nějakou aktivitu. Spíš se bojejí ty reakce, ale to říkám no, je to o tom, že starý lidi pozorujou opravdu každej pohyb a výraz. Ať tam neseš snídani, nebo bereš krev, hrozně pozorujou. Jak se u toho tváříš, koukaj celou dobu na tebe, jako do obličeje nebo přijdeš na pokoj, kde jako je, zrovna to jakože úplně příjemně nevoní a oni už prostě sledují, jak se budeš tvářit. Některá sestřička to okomentuje stručně a oni už pak jsou úplně stažený a pak se bojejí cokoli říct. Bojejí se pak nějakých dalších negativních reakcí, to jako jo. Je to jako nepříjemný všem, ale když pak jdeš, usměješ se a řekneš: „Tak já vám tady trošičku pootevřu, tak to působí úplně jinak.“

## **5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta?**

### **a. Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost?**

**Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?**

Já s tímhle nikdy neměla potíže, vůbec mi to nedělá problém. Neberu to jako povinnost. Spíše vidím jako ostych u těch lidí, ale je potřeba jim hnedka dát najevo, že prostě ty seš ten profesionál, že vůbec není potřeba se stydět, že všichni jsme lidi a že tohle jsou prostě základní věci. Že třeba hygienu, že to je prostě potřeba a musíš jim ty dát najevo, že ty seš ten profíka neděláš to poprvý a pak postupně úplně odbouráš z nich veškerou prostě, veškerej ostych. Ale i tyhle věci jako, mejt genitálie a intimní věci a dotýkat se lidí vůbec, jakože nahýho těla, tak to člověk fakt musí jako dělat s úsměvem na tváři, to nemůžeš dělat s nějakým prostě tam naštváním. Lidi pak prostě nemluvěj, neřeknou nic, ale jsou prostě potichu, strnulí a chudáčci se už modlej, aby to co nejdřív skončilo. Takže u tý hygieny ses nima musím bavit, furt na ně mluvit, povídat. Nejlepší je, když navodíš nějaký téma a necháš hovořit je, protože oni povídaj a ty u toho pracuješ, věnuješ se té své práci a oni se rozpovídaj, něco ti vyprávěj a pak přestanou i myslet na to, že se styděli. Volím prostě strategii úsměv, dostatek kontaktu a informací. Pak je to pro obě strany příjemnější.

Co se týká těch pacientů, tak asi takhle. Rozhodně rozdíly v přístupu pocítuju v tom, já si vždycky udělám svojí práci, vždycky zajistím toho člověka, tak jak potřebuje, udělám práci, kterou po mě chce lékař, ale jestliže ho přivezou opilýho,

jakože vozej opilý lidi k nám, a když je vůči mně třeba ještě agresivní a vulgární, znečistí všude, co se dá, tak já si prostě udělám svojí práci, ale rozhodně se prostě na něj neusmívám a nebudu mu mazat med kolem pusy. Možná to pak je na mě i vidět, to se přiznám, že to je asi potom u takovýhodle člověka. To se prostě neusmívám, ale von asi tím, že je opilej, tak si často ani nějak ani neuvědomuje ten můj postoj, ale asi cítí, že třeba tu práci kolem něj nedělám úplně šťastná a ráda. Ale jinej případ je pro mě třeba bezdomovec, to je prostě taky něco jinýho. Vožrala kterej dělá vyrvál, tak je to něco jiného, než když přivezou bezdomovce a venku je mínus dvacet a on prostě přijde promrzlej, tak jako dobře, zapáchá, ale pro mě teda samozřejmě teda je východisko, abych nemusela dělat nějaký ošklebky, tak si prostě vezmu ústenku, protože nejsem úplně povinná to všechno čuchat, ale zároveň pod tou ústenkou můžu schovat takový ten můj jako negativní výraz, kterej zrovna třeba nechci, aby ten člověk viděl. Tím pak prostě nemusím okolí dávat najevo, jak to vnímám a negativně tím nikoho neovlivňuju.

**6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličeji, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět?**

**Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdrav. personálem?**

Tak podle mě je tohle důležitý třeba v případě, kdy se jakože sděluje něco špatnýho, nějaká těžká diagnóza nebo špatná prognóza, to je určitě pak jako na místě. To já třeba dělám, vědomě. Těm lidem to pomůže, i když třeba ne na první pohled, ale cítí se miň sami. Většinou když jsem pak navázala takovejhle kontakt s nějakým pacientem, tak jsem s ním nikdy neměla žádný problémy, třeba jako při léčbě, takže si myslím, že to určitě napomáhá lepší spolupráci.

Taky jak už jsem říkala, ty doteky jsou hodně důležitý u těch seniorů, když to jsou prostě babičky, který přijdou třeba ani ne s tak závažným zdravotním problémem a jezděj opakovaně, při vyšetření se nic neshledá a je jednoznačný, že žijou samy a je jim doma smutno, nechtěj bejt samy a chtějí na sebe upoutat pozornost, tak i v takovým případě já ten dotyk hodně používám a úsměv je samozřejmostí. To jsou případy, kdy třeba nejde ani o žádnou špatnou diagnózu, ale jsou to sociální věci, kdy jsou ty lidi osamělý. Dalo by se říct, že některý si tam přímo pro ten dotyk a kontakt přijedou.

**7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?**

Pozitivní, vždycky pozitivní. Opravdu, já jsem se snad nikdy nesetkala s tím, že kdybych se někoho dotkla, ale taky musíš, ale to je praxí a věkem, si trochu ty lidi otypuješ a poznáš lidi, který jako se ani nechtěj moc svěřovat a sblížovat. Jsou lidi, který přijdou, jsou nešťastný a hned ti vyklopěj úplně všechno. Pak jsou lidi, který prostě stručně odpovídaj jenom ano, ne na to, na co se jich dotázáš a nic dalšího ani moc nechceš. Pomalou cestou se to trochu dá změnit, jó ale i stačí, když je třeba odvážíš na pokoj, tak já vám teda vezmu ty věci, ať toho nenesete moc. To někdy úplně stačí, takže jako není to někdy takový, že bys ty lidi hnedka chyt za rameno nebo je pohládl, ale

stačí třeba jenom nějaký slovo, ale opravdu jsem se nikdy nesetkala s tím, že by jako lidi vystartovali nebo že by se jako otočilo a odrazilo proti mně. To ne.

**8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?**

Jak už jsem říkala, já jsem za celou svou praxi jako nepotkala nikoho, u koho by byla reakce negativní. Buď byla úplně neutrální, ale to taky moc ne. Takže nejvíc ta pozitivní, hlavně ty starý lidi to fakt strašně moc oceněj.

**9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?**

Asi bych se stáhla, a věděla bych příště, že když bych s ním přišla do kontaktu, že musím takhle. Jó, že prostě má rád takovej ten ne úplnej kontakt a asi bych se podle toho zařídila. Určitě ale bych se na něj nějak nezlobila.

Prostě někdo takovej je, kdo to má takhle rád, takže bych si to nebrala osobně a příště bych na to byla připravená. Podle mě to patří k profesionálnímu přístupu, to jako respektovat.

**10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?**

Já si myslím, že ne. Jako tohle vůbec není o čase. Ať je to osmihodinová směna nebo dvanáctihodinová pracovní směna. Dobře, asi bych řekla, že to zdravotnictví je dneska hodně nastavený trošku jinak. Je tam strašně moc papírování a strašně moc byrokracie, prostě hrozně moc na všechno podpisů a souhlasů, kde si cosi. Myslím si, že dříve ještě když jsem se učila já, tak pacient byl na prvním místě. To bylo vždycky, prostě sis nejdřív udělala veškerou práci okolo pacienta, s lidma se trávilo daleko víc času na pokojích. Je to pravda. Dneska právě proto, že ta byrokracie a že ty ženský musej strašně papírovat, tak mají asi.. ne asi, určitě mají méně času na toho pacienta, ale není to o tom, že by jako s ním nemohly prohodit pár slov. To si myslím, že ne. A ono to není o tom, nemusíš tam prostě s těma lidma, vždyť na ten pokoj chodíš několikrát denně jo, nemusíš tam prostě vykecávat půl hodiny. Ale vem si, že vždycky je čas na nějaký jako vlídný slovo, nebo na prohození čtyř pěti vět. To si myslím, že o tom není. A úsměv vůbec, to si myslím, že už je jako v povaze té sestry, jó, jakou má náuru a jak se jí chce.

**11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devalvuje svou mimikou?**

Možná to může být třeba délkou praxe, určitě v tom je nějaký podíl povahy a pak, si myslím, asi nějakýho vyhoření. Já si to třeba ani nedokážu nějak vysvětlit, proč si držet odstup, jako proč sis teda zvolil takovouhle práci, když práce ve zdravotnictví je právě ten kontakt, blízký kontakt s lidma, ale hlavně je potřeba si uvědomit, že

v nemocnici hlavně pracuješ jako s nemocnejma lidma, že jo. Jako ne se zdravejma, takže jako jdu přece dělat takovou práci , kde se setkávám s lidma, který prostě mají zdravotní problémy, trápení. A přece tam jako nepůjdu dělat, když nemám rád lidi, nechci s nima mluvit. Vždyť to je práce jenom o tom kontaktu. Takže buď jsou asi vyhořelý a už by tam neměli bejt a měli by zvolit jinou práci. Prostě zvolit úplně nějaký jiný zaměstnání, do nějakýho skladu, kde nebudou s nikým v kontaktu, že jo. Tohle by měli dělat prostě lidi, který jsou takhle naladěni a nevadí jim ten kontakt, ba naopak.

## **Rozhovor s respondentkou O2**

### **1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?**

Jsem žena, 52 let, v praxi jsem od roku 1985, takže 34 let.

### **2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?**

Pomaturitní specializační studium - instrumentování na operačním sále ukončeno zkouškou 1990. Celý život pracuji jako instrumentářka na operačním sále, nyní IKEM transplantační chirurgie operační sál.

### **3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?**

Tak patří to k neverbální komunikaci. Ano, myslím si, že je haptika a mimika velice důležitá v komunikaci s nemocnými pacienty a pokud jsou třeba neslyšící nebo i nevidomí, je to jedna z možností s nimi můžeme komunikovat. Je to nedílnou součástí projevu zdravotnického personálu, to, jak s lidmi těžce i lehce nemocnými komunikují. Nebo třeba s dětmi a s mentálně postiženými, kterým není možno rozumně vysvětlit spousta věcí. Kolikrát pomůže na uklidnění pacienta právě tato metoda komunikace.

### **4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku? Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně?**

#### **4a) Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?**

Používáme ji i na operačním sále, kde pacienti nemocní např. diabetes mellitus mají hodně komplikací a často je třeba i postiženej zrak nemocných. Sama mám toto s moji nemocnou a na jedno oko nevidomou sestrou zažito. Byla doba, kdy před operací oka neviděla skoro vůbec a bylo potřeba ji mnoho věcí vysvětlit a po onemocnění sluchového aparátu, kdy již viděla i mimiku jsem hodně používala.

Ve své praxi jsem zažila jednu diabetičku, která byla nejen nevidomá, ale také hluchá následkem nemoci a antibiotik. Byla to naše jediná komunikace po dlouhou dobu. Naučila se i s tímto handicapem mnoho věcí a její nemoc jí bohužel připravila také o nohu, ale i přesto se nevzdávala. Tak třeba u ní jsem tu haptiku využívala opravdu hodně.

**5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta? Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost? Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?**

No beru to automaticky jako součást práce. Co se týká těch pacientů, tak já tohle asi ve své praxi moc nerozlišuju, pokud je to potřeba nepřemýšlím, jaký ten pacient je. Zkouším s ním komunikovat, jak to jenom jde. Aby se nemusel bát výkonu v cizím prostředí, snažím se, aby vše pochopil, jak je potřeba k informovanosti o výkonu. Ale pokud bych jako měla říct, tak třeba jako mi jsou míň příjemný možná pacienti špinaví a zanedbaní, ty třeba ve mně vyvolávají trochu jiný emoce a trochu strach z nákazy kožních projevů nemoci, ale i to se dá zvládnout pomocí hygienických prostředků a ochrany.

**6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličeji, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět? Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdravotnickým personálem?**

No ono ovlivnit příznivě pacienta je někdy nadlidský úkon. Ale úsměvem a podáním ruky, nebo tichým vyprávěním a poučením, jak vše bude probíhat má podle mě někdy cenu zlata. Pohlazení a vysvětlení, chvíle stráveného času umí pacienta i povzbudit a pomoci mu i ve velmi těžké volbě mezi životem a smrtí. Nebo mezi výběrem operace a smrt. Pacienti se dost často bojí bolesti a tohle je pak v dané chvíli to, co ho svazuje a pokud je na to sám, potřebuje někoho, s kým si popovídá, kdo ho obejmě a pochopí i jeho obavy a stres z operace, léčby, nebo z budoucnosti, kdy má přijít o končetinu, nějaký orgán a bude to mít pro něj samozřejmě nějaký následky.

**7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?**

No podle mě výrazem tváře pacientovi dáváme důvěru a myslím i podporu, že na tu chvíli, kdy mu jde třeba i o život, je sám na místě jemu cizím, má v nás spojence a podporu, že tam není sám a kolikrát se i uklidní a lépe snáší nepříjemné výkony v lokální anestezii, nebo před úvodem do anestezie, kdy neví, jak velký operační výkon dopadne. Takže tím, že já to používám jako v tomhle smyslu, tak mám jen pozitivní nebo jako dobrou zkušenost.

**8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?**

Pacienti reagují dobře, i se díky tomu často uklidní, usmějí se nebo na vás promluví a navážou komunikaci. Úsměv a pohlazení je v této chvíli takovým malým zážrakem, kdy se Vám pacient oddává a snaží se na to, co ho čeká zapomenout. Jsou i pacienti, kteří tuhle komunikaci moc nevyhledávají a raději mlčí, ale těch je méně a i

tak, jsem žádnou negativní zpětnou vazbu nezažila. Naopak jsou zas i pacienti, jimž tímto navodíte možnost s Vámi komunikovat a komunikují až moc a je někdy potřeba je umírnit.

**9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?**

Reagovat je v dané chvíli asi nutné, ale nesetkala jsem se s negativními projevy. Pouze, že pacient stáhl ruku a omezil komunikaci. Pak bych tohle respektovala a příště u něj nic podobného nedělala.

**10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?**

Dneska je hodně uspěchaná doba a někdy opravdu zdravotní stav pacienta vyžaduje urgentní řešení jeho zdravotního stavu. Někdy je to pohodlnost zdravotnického personálu, nebo náročnost operace či výkonu a tím i nutnost se na to připravit po všech stránkách a tolik času na to není, ale ze zkušenosti mnoha let vím, že je to nutnost a pacientovi to moc a moc pomůže, když může sestřička podržet za ruku nebo pohladit.

**11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devaluje svou mimikou?**

No důvodem podle mě může být samotný vztah personálu k lidem samotným, přepracovanost na některých odděleních a stres, který je na vypjatých pracovištích často. Boj o život každého človíčka se taky odráží na všech zaměstnancích. Nikdo nejsme z ledu, ale i lidi, kteří jsou profesně nejlepší, mají své starosti a trápení. Ne vždy to každý umí odfiltrvat od své práce a neumí to nedávat najevo.

Na druhou stranu je i moc lidí, o kterých nikdo neví, co se skrývá v jejich nitru a jsou velice milí a vstřícní, jak k pacientům, přesto, že doma mají mnoho osobních i rodinných starostí.



## **Rozhovor s respondentkou 03**

### **1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?**

Žena, 44 let a od 1992, takže asi 22 let, protože tam byly ještě 4 roky na mateřský.

### **2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?**

Střední zdravotní škola s maturitou. Momentálně pracuji jako zdravotní sestra u soukromého lékaře v diabetologické a metabolické poradně, dřív jsem dělala řadu let na interním oddělení, na standardu.

### **3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?**

No tak mimika to je celkem jasný, to je jako nějaký výraz ve tváři, a haptika, teda, to jsem se jako musela podívat do slovníku cizích slov, abych věděla co to je, takže tenhle termín jako neznám. Takže až teď vím, že je to jakoby nějaký kontakt, dotek.

A určitě si myslím, že je to v praxi sester důležitý, protože to jak se ten zdravotník tváří, jedná, komunikuje velice ovlivňuje to, jak se ten pacient cejtí.

### **4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku? Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně?**

#### **4a) Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?**

No já to mám asi spíš jako přirozeně, ale jako já si třeba myslím, že jako přirozeně mám dobrou vztah k jiným lidem, jako, že se do toho rozhodně nemusím nutit. Že se klidně někoho dotknu. Když je to potřeba, nebo ho podržím. Ale někdy někdy třeba samozřejmě musím profesionálně použít, co já vím, třeba ten příjemný výraz a tón hlasu, když mu třeba potřebuješ prostě něco vysvětlit, když něčemu nerozumí, nebo to nechápe, nebo třeba když nechce přistoupit na nějaký návrh. Tak mu to tímhle můžeš jako pomoci přijmout, si myslím. Jako nějaký trochu přesvědčovací vliv to trochu jako může být. Ale osobně se jako přirozeně chovám citlivě, přátelsky, jako i já osobně prostě nemám ráda takový ty sestry odměřený, co si myslej, že jsou někdo, a ten pacient je oproti nim malej. Beru jako ty pacienty jako rovnocenný partnery a takže rozhodně nemám potřebu se nějak povyšovat nebo tak.

A typická situace? No tak jako v nemocnici se těch lidí jako musíš dotýkat, když je myješ, nebo je někam vedeš nebo něco. Ale vyloženě, že bych musela... nebo takhle, samozřejmě, že když je třeba i tady někdo starší a vidím, že potřebuje pomoci vstát, nebo něco, tak samozřejmě ihned jdu a podepřu ho nebo něco, ale jako přímo nevím asi.

**5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta?**

- a. **Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost?**
- b. **Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?**

Jako většinou příjemný, a co se týká těch pacientů, tak když třeba dělám na pohotovosti, tak tam samozřejmě vozej lidi z venku, že jo, běžně mi to je to dotýkání jako přirozený jo, jako třeba bolestivej výkon nebo něco nepříjemnýho, tak to se jich dotknu, nebo je utěším. Ale když třeba přivezou lidi, který nejsou, čistý, voňavý, zvracej, tak tam mi to samozřejmě není úplně příjemný, když je musím dejme tomu třeba svlíknout nebo tak, tak tohle mě jako napadá, že mi to prostě není úplně příjemný. V tomhle se jako k tomu musím překonávat no, abych to profesionálně udělala a zvládla. Kdybych třeba nemusela, tak to jako sama udělat nepůjdu. A podle mě to jako naše povinnost není no, já to prostě přirozeně беру, že někdy ten dotyk je potřeba a může pomoci. Já nevím, jak je to teďka, ale já když jsem dělala školu, tak že by nám jako říkala, že je mojí povinností někoho hladit, uřešit nebo tak, to úplně asi jako ne no.

**6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličeji, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět? Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdravotnickým personálem?**

Tohle si úplně nevybavuju. Ale několikrát se mi stalo, že mi třeba pacienti řekli: „Jéé to jsme rádi, že jste tady vy a né ta druhá.“ To se mi třeba stávalo, takže z tohodle důvodu si myslím, že to ty lidi vnímaj a má to na ně vliv. Určitě je to může pozitivně ovlivnit. V každým sesterským kolektivu jsou podlé mě dvě tři sestry, takový jako odměřený, nervózní nebo tak. No a jak ty sestry samozřejmě směňují, tak si ty pacienti vyzorují a hodně to vnímaj, kdo jim je příjemnej a kdo ne.. pak se taky podle toho chovají třeba i oni, nebo líp jako spolupracují s těma, co jsou na ně příjemný. U kterých si třeba můžou dovolit být otevřenější nebo tak. Pak u těch ostatních se třeba zas víc bojí nebo stahují do sebe. To se podle mě děje no. Jsou prostě hlavně třeba ti starší, že se prostě nechtějí připomínat, styděj se něco chtít a mají jako pocit že obtěžují, takový až moc slušně vychovaný, že třeba jsou samy schopný trpět třeba bolestma, než aby si poprosili o léky. To jako určitě v praxi je no.

**7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?**

Dobrou, jako to jo, dobrou, pozitivní. Většinou jsou jako rádi, je vidět, že se pak cejtěj dobře, že nejsou jako samy a bezpečně. A pak prostě u lidí, u kterých bych třeba předpokládala něco jinýho, tak se ani já osobně k nim nesnažím jako nějak moc přibližovat, když to není nutný.

**8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?**

Jak už jsem jako říkala, ty lidi to přijímají dobře. Takže mám jen pozitivní zkušenost.

**9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?**

Nesetkala jsem se s ničím nepříjemným nebo negativním. Ale kdyby třeba něco takového proběhlo, tak bych se asi stáhla, dala si příště pozor a určitě bych to neopakovala, respektovala bych to.

**10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?**

Ne, není, podle mě ne. No, proč no? Tohle je těžký říct no, ale vím, že tady všude je teďka hrozná krize, co se týká počtu sester. U těch lůžek furt chybí spousta holek, je jich hrozně málo, nemaj kým obsazovat ty služby. Jo, já to vidím třeba i u sebe, když mám prostě hodně práce, jsem v pracovním stresu a mám hodně práce, tak že taky jako je pro mě důležitý mít všechno hotový a pak si třeba taky neuvědomuji, že bych taky měla ještě za tím člověkem znovu jít a myslet na to, že třeba potřebuje nějak podpořit, obejmout nebo tak. Tohle je jako těžký no.

**11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devalvuje svou mimikou?**

No tak určitě ten pracovní stres je velkej důvod podle mě. Hodně práce, nárazová práce nebo tak no. Další věc je, že třeba co je v dnešní době hodně jiný, tak je jako ta administrativa a tak. My jsme opravdu dřív psali takovou dokumentaci tu základní, k těm věcem, co se aktuálně dělo, ale pak jsme jako nedělali žádný ošetrovatelský plány, nebo ty další a další věci, co jsou tam teďka. To je taky hodně časově náročný a bere ti to prostě ten čas, co bys dřív s těma lidma jako trávit mohla.

Dál třeba, kromě toho, že jsou ve stresu a mají hodně služeb třeba, tak mi jako přijde, že je tohle strašně o povaze, každýho. Že jako třeba se tak jako předpokládá, že asi na sestru nepůjde někdo, kdo nesnáší lidi, kdo není trošku empatickej. Jako jo, sama vím, že jsou případy, že tam jdou jenom jako aby si nějakou tu školu udělali, jo, ale není to dobře. Takže v tomhle je podle mě ta povaha jako nejdůležitější no, jako o tý emaptii a tak, ale to jako že není dost času, u toho pacienta vyladit a povídat si s ním, utěšovat ho a to asi jako v těch praxích na odděleních jako pravda je. Ale když máš pak furt jakoby ty služby a ty lidi tam ležej dlouho, tak to pak může bejt i třeba proto, že ty lidi jako jsou schopný vás hodně využívat, obtěžujou vás s banalitama. Některý pacienti prostě vyžadoujou víc tý vaší pozornosti a ta sestra tam jde třeba desetkrát, no a po jedenáctý se jí tam už třeba tolik fakt nechce. Jako někdy to může bejt i touhle povahou toho pacienta, ale na druhou stranu, jsou i situace, kdy za to ten pacient nemůže. Že

třeba opravdu potřebuje pomoci, často dejme tomu třeba na tu mísu, nebo nějaký jiný potřeby. S tím, že se ten personál nechová dobře, jsem se určitě jak setkala no, bohužel a asi i já sama třeba, když jsem byla ve stresu nebo tak, tak jsem se asi né vždy zachovala úplně nejlépe a nejprofesionálněji. Možná třeba jsem se někdy zamračila, zakroutila hlavou nebo tak. To asi jo. To jako přiznávám, hlavně dřív, na těch odděleních, teď si myslím, že v tý ambulanci se mi to už nestává. V tý ambulanci práci je to prostě úplně něco jinýho. Ale u těch hospitalizovanejch pacientů, říkám no, když už to pak byl nějaký chronický pacient, kterej prostě toho zneužíval, tak jako někdy sem možná taky byla taková. Nevím, jako konkrétní případ si nevybavuju, ale myslím si, že někdy se to určitě stalo i mě.

## **Rozhovor s respondentkou 04**

### **1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?**

Jsem žena, je mi 46 let a v ošetrovatelské praxi dělám už 27 let, což je hnedka po střední.

### **2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?**

Středoškolské s maturitou. Aktuálně pracuji jako sestra v lázeňském zařízení. Dříve jsem pracovala i v domově pro seniory, na JIP i interním oddělení.

### **3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?**

Tak mimika je jasná. Haptika je neverbální komunikace? Já nevím. Pod mimikou si představím řeč těla, výraz v tváři, patří to pod neverbální komunikaci, mimika. A haptika?? To jsem jako věděla určitě, kdysi, ale teď už jako fakt nevím.

Samozřejmě, že jsou důležité. A proč jsou důležité pro mě? No tak asi protože mimiku už musíš znát sama pro sebe, ať je to ve sféře, kdy komunikuju s pacientem nebo v osobním životě. Samozřejmě v ošetrovatelství je to o to důležitější, že ty přistupuješ k někomu, kdo je v tu chvíli pod tebou, je oslaben, takže si všimne všeho. Naprosto všeho. Jak se zatváříš, stačí jen zaváhat s úsměvem a ty lidi jsou na nervy, že se něco stane a každý to vnímá trochu jinak všechno.

A doteky? Že jo, tak jako během života je to důležitý, jak děti s maminkama, tak my s pacientama. To je prostě součást, součást komunikace. Pro mě je to absolutně běžný.

### **4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku? Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně? Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?**

Já si myslím, že už to dělám automaticky. Úsměv je automatickej. Nemusím mít vůbec náladu, ale vždycky jdu s úsměvem k tomu člověku. Samozřejmě, když na tebe nějakým způsobem zaútočí, ať jakýmkoli slovním výpadem nebo nějakým dalším způsobem, tak se samozřejmě od toho odvíjí i tvoje komunikace, protože si to musíš tu zed' mezi sebe nějak postavit. Ale je to tak jakoby s úsměvem vždy! Otvíráš dveře na pokoj, jdeš na ošetrovnu, kde někdo je, tak prostě vždycky s úsměvem. To jestli on na tebe prostě zašteká, tak potom já ten úsměv samozřejmě už nemám.

Tak samozřejmě, s těmahle situacema se setkáváš denně. To už musíš i sama vědět z tvý praxe. Když je někdo nervózní, tak to poznáš. Ať to bylo v jakýkoli mý praxi, tak jakoby vždycky přistoupím pocitově, intuitivně k tomu člověku. Tak jak to já cítím, vyzkouším to. Když mě pustí, tak samozřejmě přidám trošku na tý svý jemnosti, na tý svý, jak bych to řekla, no prostě na tom přístupu ještě jakoby víc a dokážeš tím

toho pacienta zklidnit, aniž bys vůbec mluvila. Ta neverbální komunikace tam je a dotýkáš se ho o to víc, když má třeba strach. Čímž mu prostě dodáš trošku klid. A je to úplně jedno, jestli je ten člověk zdravěj a přijde k nám do lázní, a nebo to je nemocnej u lůžka, ke kterému já přistoupím.

Samozřejmě znám syndrom bílého pláště, ten je nesmrtelnej, takže jako ty lidi prostě maj strach a je prostě jedno jestli jsou v lázních, jdou na ambulanci nebo k hospitalizaci. Bílej plášť, vysokej tlak prostě. A je úplně jedno, že jsou ty lidi v pohodě, ten podvědoměj stres neovlivníš. Podvědomí pracuje, takže ty na těch lidech velmi rychle vycejtíš, že mají strach. Ať už je to obhroublost, nebo takový to floutkařství, to jsou takový ty, co dělaj, že jim vlastně vůbec o nic nejde, nebo naopak takovej ten vyloženě ukázkovej učebnicovej strach, tak je to vždycky poznat. Oběma těmhle typům to dost pomáhá, to je jasný. I v běžným životě, ty v osobním životě, když máš z něčeho strach, tak tě to vždycky nákým způsobem uchlácholí. Ten někdo, kdo s tebou komunikuje, než ten někdo kouká a mlčí, nehýbe se, nebo prostě „Brej den.“, „Co chcete?“, tak to asi fakt moc nepřidá.

**5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta? Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost? Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?**

Příjemný, příjemný. Tak já se běžně lidí dotýkám, používám to hodně v komunikaci jako takový. Mě to nepřijde nák jiný. Mně se stává třeba, že jdu, někoho se dotknu a až pak mi dojde: „Jéé my se vlastně neznáme, a dotýkáme se.“ To prostě dělám, mám to tak. Prostě je to fakt asi k mé komunikaci, že to tam patří prostě. Myslím si, že bych byla taková, i kdybych nebyla sestra. Prostě když máš empatii, takovej ten šestej smysl, tak to ty lidi v sobě prostě mají a pak je jedno, jestli jsi v továrně u pásu, nebo za stolem a děláš administrativu, nebo jsi zdravotní sestra. Jsou lidi, kteří se sebe nemusej dotknout ani v rámci rodiny a přátel a podobně, že jo.

Ale já tohle prostě vůbec neberu jako povinnost, je to ze mě. Já osobně se třeba v první chvíli nemusím nutit vůbec u nikoho, do tohodle. Samozřejmě, že třeba nebudu mít zářivej úsměv, když mi přivezou někoho se čtyřkou v žíle, tak už asi jako fakt ne a navíc, jemu je asi úplně hlavně jedno jestli se usmívám, že jo.

Jsou lidi, u kterých hned vidíš, že ty doteky i v rámci svého osobního života používaj. Je jedno, jestli s kamarádkou, s babičkou, s mamkou, s manželem, to je úplně jedno. Ale to jsou lidi, který doteky a tyhle věci nadměrně oceňuj.

Jakoby když seš zdravotní sestra a chceš těm lidem pomáhat, tak to většinou dáváš. Dáváš to s úsměvem pořád, i přesto že tě ten člověk třeba zraní, protože prostě si tě neváží v tu chvíli, i to je přece zraňující, že si ten člověk neváží tvojí práce. I přesto, že ty prostě děláš první poslední, snažíš se, ale někteří o to evidentně nestojej, ty lidi. Ale u někoho je to jen schovávání strachu, nejsou schopný se ti přiznat, že se bojí a pak,

když odcházejí, tak se mi kolikrát stalo, že se mi omluvili a dodatečně poděkovali za péči, přesto, že ji jinak celou dobu na vše stěžovali.

Někdy taky třeba i přijde pacient k příjmu, neumytej, neupravený. To už je takovej ten přístup, kdy ti není příjemný dotyk, pokud se nemám pozvracet. Za celou dobu mé praxe, jsou lidi čím dál zlejší. Myslela jsem si, že mě to bude třeba míň vadit, ale naopak. Jsem čím dál tím víc napnutá, reaguju i v osobním životě na věci, u kterých bych dřív měla trpělivost nebo toleranci. Vadí mi tolerovat zhovadilosti a sprostotu těch lidí. Ale asi to nemusí být jen zdravotnictvím, ale když pracuješ s lidma, tak tě to vždycky ovlivní. V normálním životě se takovým lidem snažíš vyhýbat, ale u toho pacienta, tam se k němu prostě musíš vrátit. Můj vztah je k němu stejnej, jako ke všem ostatním pacientům, ale už nemáš takovej ten blahej pocit. To samozřejmě, že se musíš trochu přetvařovat. Ale to není nic, to mě nějak nesráží moji profesionalitu, prostě musíš to nějak zvládnout. Prostě víš, že ten člověk je takovej, tak nemůžeš říct: „Já tam nepůjdu!“. Prostě tam půjdeš! Ale tam taky dost záleží na tom, v jakým prostředí pracuješ, jaký jsou kolegové a vedení. Protože něco jiného je, když jsi v tom sama a plácáš se v tom sama, než když máš oporu.

**6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličeji, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět? Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdravotnickým personálem?**

No jistě, to bylo přímo takový to, jak je hyperventilace a hysterickéj stav, tak tam to hodně pomohlo, když jsem přiložila pytlík na uklidnění dechu, takuž tím se ten člověk malinko srovnal, začal se zabývat okolím a ne jen sám sebou, chytla jsem ho kolem ramen a hladila po zádech. Tam už je fakt velkej vliv, velkej vliv toho doteku, dřív než vůbec začneš dělat nějaký další ošetrovatelský věci, úkony, tak je určitě dobrý použít tohle.

A samozřejmě, že to má všechno velkej vliv na stav toho pacienta, když mu prostě odsekneš, když na nějakou otázku, byť třeba by to byla ta stejná otázka od jednoho člověka dokola. Taky samozřejmě, záleží na tom, když to bude člověk, kterej tě bude obtěžovat neustále, může to být dementní člověk, kterej mluví furt to samý dokola, tak samozřejmě se může stát, že jako ten entusiasmus z tvý strany už není takovej. Samozřejmě, zažila jsem od sester třeba odseknutí „Nemám čas!“, takový ty nepříjemný intonace, to jo, ale nikdy nikoho nějak nenapadly, jak psychicky, tak samozřejmě fyzicky. Osobně jsem to fakt nepotkala, fakt ne. Nikdy jsem ani já osobně nemusela na nikoho, takhle hrubě reagovat.

A co se týká stavu, tak si myslím, že to stav úplně nezhorší, když se jedná o jedno odseknutí. Každěj ten pacient si vyzpozuje tu tvář, která sestra je příjemná a která není. Někdy mám pocit, že to ty sestry dělaj záměrně, aby měly pokoj od těch lidí a už po nich nic nechtěli. Protože on ten člověk to už pak neudělá. Vem si, když prostě budeš mít dvě kamarádky, jedna bude míň ochotná a druhá ochotná, tak za kterou půjdeš?

Vždycky, za tou ochotnou. Tak je to vždycky i v tom vztahu pacient sestry. Není to jakoby model. Někdo je zkrátka ochotnej pro tebe udělat víc a ty pro něj a někdo zkrátka je víc asertivní. I když teď myslím asertivní v negativním slova smyslu a ty už ho příště nebudeš obtěžovat. Tak je to prostě i v práci. Když už, tak si radši řekneš tý ochotný, a od těch, co se zatvářej se už pak nic nechce. Ať je to cokoli, i výměna služby mezi kolegyněmi třeba. Člověk vždycky přijde za tou hodnější, ale po desátý může být i ta hodná, taková bezmocná a nepříjemná, ale říkám, je to vždycky na nějaký tý úrovni, kdy potřebuješ tomu člověku vymezit určitý hranice. Protože nemůžeš bejt zas tak empatická, aby si tě ty lidi roztrhali zaživa. To nejde.

Ty taky musíš žít, ventilovat. Mě jednou skoro stoletá babička řekla: „Nic neomlouvá, ani věk ani nemoc, to jak se k sobě lidi chovají.“ A přestože můžeš být tisíckrát profesionál, tak jsou chvíle, kdy ti ty lidi prostě strašně rozčilijou, hrozně. Jsou i situace, kdy tě člověk může fyzicky nebo slovně napadnout. To se stane v té práci, může bejt opilej, dementní. Jo tohle všechno jo, to jsou těžký situace, ale jakoby nezažila jsem sestru, která by fyzicky někoho napadla, nebo že by vyloženě jakoby po nich nějak šla.

Ale samozřejmě, že přístup sestry může ovlivnit spolupráci pacienta. Tohle jsem třeba zažila na charitě, v tom terénu. Když jezdiš opakovaně k těm lidem, vytvoříš si vztah, kor u dlouhodobě nemocných. Vytvoříš si vztah na určitý úrovni, na určitý důvěře po nějakým čase a je to hodně postavený na tomhle, o čem tady mluvíme. Prostě nic intimnějšího není, než když tě oni pozvou, jako pracovníka, k sobě domů.

Něco jiného je nemocniční pokoj, ze kterýho ty odejdeš domů, a něco jiného je prostě doma, domov. Takže ta důvěra těch lidí se vytváří, ale chce to čas. Nikdy to nebudeš mít, nikdy to nevypozoruješ tak pořádně, když budeš čtyři dny v nemocnici po operaci a pak půjdeš domů, pryč. Ten člověk si říká: „No tak to tady nějak přežiju a jdu domů.“ A neřeší to. Ale ty dlouhodobý vztahy mezi sestrama a pacientem v domácí péče je v tomhle prostě jinej, tady to ty lidi hodně ocení.

## **7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?**

Pozitivní, určitě pozitivní. Ty lidi to i vracej, tu energii, kterou jim dám, ti pak oni mi ji často strčej zpět. Usmějou se, nebo prostě ti to, jakoby daj jinak, třeba i ten kompliment? „Jéžiš, to jsem ráda, jste tady zrovna vy. No to je fajn, vy mi to vždycky tak hezky všechno dokážete pomoci.“ Jo, takže ono, jak tu negativní, tak tu pozitivní reakci máš. Když někdo má bolesti a je v nějaký šílený situaci, kdy umírá na rakovinu, tak prostě i u těchto lidí jsem se pak setkávala s tím uklidněním a vděkem. Než jako, že by prostě nějak špatně reagovali.

Samozřejmě je to vždycky i o té sympatii, někdy se můžeš rozkrájet, není prostě nikde psáno, že se musíš všem líbit, tvoje chování a tvůj přístup, ale většina jsou fakt pozitivně laděný ohlasy.



**8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?**

Nikdy, fakt jako nikdy se mi nestalo, že by mi někdo řekl: „Je mi to nepříjemný.“, i přesto, že jsou lidi třeba chladný. Jakoby že takovej ten dotek nevyhledávaj, prostě žádnej dotek. Dotek na rameno, třeba.

Samozřejmě jsou věci, jako intimní místa, nebo i tvář je intimní, hlava a tak, ale to rameno, ruka je takový to, ta paže, to předloktí, když se dotkneš, tak je to podle mě prostě normální, a já se teda jako nikdy nesečkala v podstatě s negativní reakcí. I když jsem jakoby tak nějak vycítila, že ten člověk nebude až tak úplně tak jakoby vstřícný k dotykům, tak že by mi jako někdo řekl vyloženě: „Nedotýkejte se mě.“. To se mi nestalo.

Ale zažila jsem, že se to stalo kolegyni. Jakože vyloženě ten člověk měl fobii z doteků, nebo jako někde měl svůj nějaký vnitřní problém. Nebyla to podle mě chyba toho člověka, kterej ten dotek poskytl, ale jsou prostě i extrém, kdy ty lidi prostě ten dotyk nechťej, můžou se štítit, mít fobie z bakterií. Ale já osobně neměla nikdy takovej zážitek.

**9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?**

Každý pacient, každá individualita má svůj přístup. Takže můžeš mít nějaký obecný rámec k přístupu k lidem, můžeš mít nějaký své šablony, o kterých si myslíš, že je znáš. Ale nakonec to je vždycky o té intuici, většinou totiž ta intuice je správná. Na první dobrou je to vždycky nejlepší, jak v osobním životě, tak i v tom přístupu k pacientovi. Já ho vidím, kouknu mu do očí, on mi podá ruku a já už vím. Nebo mi jí nepodá a taky je ti to hned jasný. Pak se prostě stáhnu a respektuju jeho chování.

**10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?**

Ne, podle mě to není časově náročné. Je to typ péče, kdy víc ukrajuješ ze sebe, ze sebe vydáš tu energii, těm lidem předáváš dobrou náladu a radost. Ty si taky musíš něco vzít zpátky, je jedno jestli od nich nebo někde jinde.

**11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devaluje svou mimikou?**

Může to bejt prostě ta obrana, jak sem už říkala. Může to bejt třeba na těch odděleních, kde je ta velká psychická zátěž, tak aby se samy nezhroutily.

Pak je to taky určitě otázka charakteru, ne všichni jsou empatictí, ne všichni mají potřebu, těm lidem ze sebe dávat víc, než to, co musej dát tím úkonem. Takže se tam objevuje přístup jak ke stroji, to může bejt. A dál to může bejt, může to bejt třeba

jakoby tím, že ten člověk, že třeba nechce. Můžeš mít i zdravotní sestry, který se štítěj lidí. I s tím se setkáš. To jsou pak přesně ty sestry s tím negativním, nepříjemným přístupem, který pak nakonec stejně jdou dělat administrativu, nebo nejdou do přímý péče o lidi.

Dál to může bejt určitě i syndrom vyhoření, kdy už to ten člověk dělá dlouho nebo není spokojenej dlouhodobě v tom zaměstnání. To co by se nemělo stát, že si nosíš svoje osobní problémy do práce, že se jakoby, dá se říct, promítá, to co doma mu někdo ublíží, tak si z pozice moci vyleje na lidech v té práci.

Pak i nějaká charakterová vada třeba, nebo prostě opravdu už to, že už toho má příliš. A víc dát už nedokáže, nedokáže vystoupit z toho vlaku, navštívit psychologa, nechat si poradit s tím, že už jim pacienti lezou na nervy, tak, že to nedávají. Tak to už jsou všechno varovný signály, i to, že už o tom ta sestra takhle přemýšlí, je špatně.

Je to ale normální, nemůžeš pořád je dávat, prostě si musíš dokázat i brát. Ať je to doma od milující rodiny, nebo od kvalitního kolektivu v práci a milých pacientů.

Já sam na sobě cítím, že po těch letech mám menší míru tolerance, v tom smyslu, že už na to nemám tolik času, ne na pacienty, ale myslím tím, už dávat takových šancí. Na pacienta budu vždycky milá, a tak dále a samozřejmě u někoho se cítíš líp, s někým ne. Naštěstí je vždycky víc těch dobřejch. Ten svůj úkon uděláš vždycky stejně, nikdy to nebylo tak: „Ááá tak teď si na tobě smlsnu a udělám ti ten převaz tak, že tě to bude bolet“. No to ne, k tomuhle jsem se nikdy nesnížila a nesnížím. Ale to, že ti ten člověk, není příjemnej a nevyhledáváš ho, nepůjdeš tam tak ráda, tak to je pravda. Jako největší zbabělost sester je to, že se chovaj tak, že „teď si jako teda počkáš, píchnu ti tu injekci rychlejc, ať tě to bolí a tak dále“. To je podle mě taková ta pasivní agrese, kterou samozřejmě máme každej v sobě trošku, ale je to to nejhorší, co bych asi mohla udělat. Já osobně když tomu člověku nebudu sympatická a on mě nebude sympatickej, tak by to nemělo bejt na mým výkonu znát, ale samozřejmě mě bude štvát. Nejhorší na tom je mi to v tý hlavě visí, vždycky si tohle jakoby pamatuju víc než toho hodnýho pacienta.

## **Rozhovor s respondentkou O5**

### **1) Identifikace- pohlaví, věk a délka praxe?**

Jsem zdravotní sestra, 44 let a v devadesátém třetím jsem maturovala, takže 23 let, protože tam pak byla ještě mateřská a tak.

### **2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a na jakém oddělení momentálně pracujete?**

Střední s maturitou. Aktuálně dělám na půl úvazku na interní ambulanci, pak u praktického lékaře. Dřív jsem dělala i na standartním interním oddělení.

### **3) Co vám říká pojem haptika a mimika? Je podle vás v ošetrovatelské praxi důležitá? A proč?**

Tak mimika ano, tak výraz v obličejí a haptika to jsem neznala, ten pojem, To jsem se dozvěděla až od vás. Chápu to asi jako nějaký výraz, projev těla, to dotýkání jakoby. A myslím si, že je určitě tenhle typ chování v ošetrovatelské praxi určitě hodně důležitý, že je určitě důležitý, nevím, dotyk třeba na rameno, jo nebo že se usmějete. Tohle prostě je důležitý. Pro mě je to důležitý proto, že tím uklidním třeba toho pacienta, dám mu neverbálně najevo, nebojte se. Dotknu se jeho ramena, ruky, nebo se mile usměju, že jo, a tím ho často uklidním. Taky tím třeba i navážu snadněji komunikaci a lepší vztah.

### **4) Nakolik si uvědomujete, že používáte v komunikaci haptiku a mimiku? Vzpomenete si na nějaké situace, kdy jste haptiku a mimiku využil/a záměrně?**

Asi to mám automaticky, myslím si třeba, že jsem mnohem příjemnější na ty pacienty kolikrát, než pak doma. Tam je kolikrát těžký něco zopakovat dvakrát, a v práci je to úplně něco jiného no. Že mám s nima, jako s pacošema, jakoby větší trpělivost, jo, asi to používání toho, je pro mě automatický. Doma jsem často mnohem nepříjemnější než v práci, tam si to prostě nedovolím. Nemusím se tam do toho nutit. Už jakoby asi poznám, kdo o to stojí. Myslím si, že tak na 75% to dělám sama od sebe, prostě to k tý mojí práci takhle patří.

### **4a) Když se tak nad tím zamyslíte, mohl/a byste mi o nějaké typické situaci vyprávět?**

Tak určitě, asi jo, třeba hodně starší pacienti tohle jako dost oceněj. Určitě tohle oceněj víc. A starší a ba naopak taky ještě ty nejmenší, jakože děti si myslím. U těch dětí je to určitě fajn používat.

Jako konkrétní situaci teďka úplně nevím, ale určitě jsou to jako situace, třeba bolestivý, nebo když třeba při nějaký špatný zprávě, že jo. U sdělování nějaký nepříjemný situace, jo, tam ten podpůrný dotyk je jakoby dobřej, dáte najevo tomu pacientovi, že není sám.

**5) Jaké to pro vás je, když se máte dotýkat pacienta?**

- a. **Kdy je to nepříjemné, příjemné, neutrální, jako povinnost?**
- b. **Když si vzpomenete na některé pacienty, někteří vám asi byli příjemnější, nebo naopak, bylo to těžší. Mohl/a byste mi o nich povyprávět víc?**

Tohle mi asi nevádí. Třeba, co mě vadí teda, když třeba sundávám ponožky nebo tak, prádlo, tak když ty lidi jakoby šupěj, Když to z nich litá, vzduchem, To mi třeba osobně jako vadí, jó, ale jinak mi jako nevádí se dotýkat lidí, není mi to nepříjemný.

A co se týká ty příjemnosti, tak jakože, třeba ti chronický pacienti, jó, který už znáte, jezdějí k vám opakovaně, a, no jak to říct, jakoby vymrzou, prostě nebo chodějí opakovaně. Tak třeba u těch už se nesměju, že sem donekonečna prostě jezdějí záchrankou, zneužívají jakoby tyhle služby, no tak na ty se rozhodně nesměju. Takový prostě ty chronický, co se sem vrací se zbytečnými obtížema. Vy víte, že je to zbytečný, využívají prostě tohle všechno. Na ty se nesměju, nebo v poradně ty chronici, problematice.

Pak se třeba setkáte s opilcema tady že jo, tak ty třeba taky nemusím, ale dobře, tak jsou opilý, já nevím, dovezou sem třeba nějaký opilý mladý kluky, který to přehnali, to dobrý, to se stane. Ale takový ty alkoholiky, notoriky, co vozej, jako, tak ti mi vadějí. Takže tyhle typy pacientů, co zneužívají opakovaně tyhle služby.

**6) Vzpomenete si na nějaký příklad, kdy byl záměrně použitý dotyk nebo výraz sestry v obličeji, a mohlo to ovlivnit pacienta? Můžete mi o tom vyprávět? Že mu to pomohlo, nebo naopak, přitížilo? Ovlivnila se tím pacientova psychika, nebo jeho motivace k léčbě, nebo jeho spolupráce se zdravotnickým personálem?**

Tak třeba zrovna tenhle týden v ambulanci to bylo, kdy paní přišla s potížema, že má jako sevření na hrudi, že špatně spala, protože jí myslím ten den nějak měli převážet sestru z HK sem do TU do nemocnice, že to na ní mělo nějaký vliv, že jí bylo těžko, přišla s těmahle obtížema. Tak třeba jí konkrétně jsem tady dost uklidňovala. Když se na takovýhoda člověka hezky usmějete, pak jí s úsměvem dovedete do té ordinace, posadíte jí a pohládíte po rameni. Tak vidíte to zlepšení, jak je míň ten člověk jako napnutej. Fakt tam vyloženě jsem jí jako vzala za rameno, jó, snažila jsem se tím tu situaci pro ní zlehčit. Tak takhle třeba. Samozřejmě ten pozitivní dopad tohoda je jako jak kdy, někdy s tím člověkem v tomhle směru nehnete jó, ale jako tady to třeba pomohlo dost. V tomhle taky prostě jako záleží na povaze toho člověka no, že kdo si víc věci bere, ty potíže, tak tam je to dobrý no použít, ale někdy se stane, že si toho vstřícnýho chování ty lidi ani nevšimnou, neuvědomějí si to a nepomůže jim to, protože se prostě soustředějí jen na ten svůj problém.

A tohle chování sester určitě může ovlivnit to, jak se pak pacient chová nebo cítí. To jako určitě ano, že třeba když tam bude ta nepříjemná sestra, tak s ním bude horší komunikace a třeba i víc práce, než když by tam měl s někým dobrý vztah a tak. To by

ovlivnilo i mě si myslím, jako pacienta. Že bych si třeba řekla: „Jéžiši, dneska slouží tahleta, tak dneska radši ani nebudu nic chtít.“ To si myslím, že se jako klidně může stát. Že kdybych třeba chtěla prášek na spaní a celý den by tam na mě nějaká štekala a byla nepříjemná, tak bych to třeba radši vydržela, než abych si jí řekla.

Další věc je, že jako ta psychika ovlivňuje jako nejen spolupráci a chování toho pacienta, ale i tu léčbu, že jo. Má to jako vliv na průběh nemoci, určitě.

#### **7) Jakou máte zkušenost s reakcí pacienta na váš dotyk či výraz tváře?**

No hele, asi jako spíš pozitivní. Nevybavuju si nic, jako nic mně neutkvělo, nic negativního. Nesetkala jsem se jako s reakcí: „Co na mě saháte?“ s takovouhle reakcí fakt ne. To si asi nepamatuju jako. To leda třeba nějaký alkoholik, jo, ale ten si to tak jako neuvědomuje no. Prostě má jakoby tu sníženou, no snížený to vnímání, tím alkoholem. A jako jinak ne no. To spíš třeba někdy, že se člověk snaží nějak mluvit se staršíma lidma, že třeba mluvím nahlas, tak už se mi jako stalo, že mi paní řekla: „Na mě nemusíte křičet, já vás slyším.“ Tak s tím jsem se jako setkala, tam jsem se pak jako omluvila, že to mám už jako deformaci z povolání, ale jako, že by někomu vadily moje dotyky, tak to ne.

#### **8) Když se pacienta dotýkáte, jaké jsou jeho reakce? S jakými reakcemi máte nejčastější zkušenost?**

Jak už jsem říkala, já mám jen pozitivní zkušenosti, nebo jako neutrální, že jo. Ale nikdy jsem neměla žádný jako konflikt, nebo negativní reakci od pacienta.

#### **9) Jak byste reagovala v případě, že by pacientova reakce na dotyk či úsměv byla negativní?**

Asi bych se omluvila, já tak se nezlobte. Rozhodně bych si jako nebrala nějak osobně a asi by to třeba ani nějak nezměnilo moje chování k němu, možná bych si třeba držela jakože nějaký odstup, ale k vlivu na moje chování k ostatním pacientům by to určitě nemělo.

#### **10) Myslíte si, že poskytování tohoto typu péče je časově náročné? Proč se stává, že na to jakoby není dost času?**

Není, určitě to není časově náročné, určitě ne. Ale podle mě asi prostě záleží na té povaze toho člověka. Jako jak není čas na to se usmát, pohládit? To si nemyslím, to si jako ani nedokážu představit, že bych to nedělala. Spíš si prostě myslím, že je tohle o povaze, že jako každé jsme jiné. Taky jsem třeba jako pracovala s kolegyní, která byla taková citově chladnější, ale asi je to prostě o povaze nás, jak je kdo vstřícnější, empatickejší.

**11) Jaký je podle vás důvod toho, že ne všichni ošetrovatelský personál poskytuje pacientovi tuto péči, nebo dokonce pacienta neverbálně devaluje svou mimikou?**

Jednak ta povaha, jak jsem říkala. Leda mě dál pak napadá, že jako u těch chroniků, stěžovačů a nebo u těch, co se opravdu opakovaně jezděj, opijou se, předstírají nějaký potíže, pak tady leží. Ptá se, jestli si může zakouřit a tam se teda občas jako taky neudrží, ale u těch lidí, kteří jsou jakoby opravdu nemocní, jó, ty potíže maj, tak tam by mě to jako nenapadlo udělat, nějaký oči v sloup, mračení se. To jako vůbec, ani náhodou. Ale u lidí, u kterých vím, že tohle všechno, tu péči, jen prostě zneužívá, tak tam se přiznám, že otočím oči taky. Přesně mě napadá jedna paní, která se opakovaně vrací. Jako já to neudělám před nima, jako přistupuju k nim normálně. Ale zabouchnou se dveře, řeknu si ježíši marja, otočím se a nemusím mít jako úplně blaženej výraz. Tak jako k tomuhle se přiznám, ale jako doufám, že.. no jako nikdy tohle neudělám, abych před plnou čekárnou otočila oči v sloup, koutek pozdvihla, to fakt ne, tam je zas nějaká ta úroveň tý profesionality samozřejmě. To se jako fakt snažím tohle udržet, ale pak třeba zavřu dveře a v tom kolektivu sester si nějak ulevím.

## **Rozhovor s respondentem BP1**

### **1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?**

Muž, 24 let a poslední hospitalizace byla provedena přibližně před rokem, byl to respektive duben 2018.

### **2) Jak jste zvládal/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké? Pokud ano, proč?**

Byl jsem hospitalizovaný v soukromý klinice, jestli to můžu říct, Assenza ve Vrchlabí, bylo mi to doporučeno, ta klinika a z psychického hlediska jsem to zvládl, si myslím, úplně v pořádku. Všichni mi vycházeli vstříc a všechno proběhlo v pořádku.

### **3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetřovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci? Vyprávějte mi o něm.**

Nemůžu úplně tohle říct, říct že ano, protože jsem nic jakoby závažného, nic extra bolestivého nepodstupoval. Byly tam nějaký punkce, který si myslím, že by mohly bolet, ale měl jsem zkušený personál, který se uměl postarat. Byla tam sestra, která všechno připravila, i mi podržela nohu. Měl jsem teda úraz nohy, takže podržela nohu, tak jak to měla a pomačkala tak, aby všechno vyteklo. Takže si myslím, že to bylo úplně v pořádku. A po operaci některý dotyky si myslím, že taky zvládli líp než by to zvládl třeba nějaký jiný personál. Po celou dobu jsem fakt nepocíťoval nic nepříjemného. Hýbali mi s tou nohou fakt úplně bezbolestně.

Já jsem jako byl varovanej před punkcema, že to je hrozná bolest, že se dotknou kosti a že to bolí, ale u mě se nic takového nestalo. Takže byl jsem vlastně pětkrát na punkci v kolenu a čtyřikrát z toho mi tahali i krev a ani jednou mě to nebolelo.

### **4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetřovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?**

Určitě, určitě, určitě to má velkej vliv. S touhle hospitalizací já jsem byl psychicky naprosto v pohodě, nicméně mám negativní zkušenost z jinej ošetřovatelských zařízení a ta mimika hraje obrovskou roli v tomhle, jak se prostě ten personál tváří. V tomhle tom ošetřovatelském zařízení, v tom Vrchlabí, jsem byl spokojenej, všichni se umívaj a působí to, prostě ta atmosféra přátelsky, v uvozovkách jako rodina. Kdežto tady v nákejš státních zařízeních to působí naopak, spíš, že jsou jakoby ty pacienti na obtíž.

Mám i konkrétně takovouhle zkušenost, s tímhle tím jsem se setkal a je to za období taky posledního roku. Šel jsem vlastně na punkci sem do Trutnova, s tím kolennem a sestra mi štěkavě řekla, že se mám objednat, třeba za tejdne, že na to nemaj absolutně čas, že je to nezajímá. Což mně nepřišlo úplně vhodný, když to je jakoby jenom napíchnout a vytáhnout. A šel jsem na pohotovost, nevím, kam jinam bych měl jít než na ortopedickou pohotovost. To mi prostě nepřišlo úplně dobrý.

A druhý případ byl, když jsem tam šel, se mi vlastně zablokovaly záda, nemohl jsem dýchat, nemohl jsem nic. Bylo to teda v neděli ve dvanáct, což se nemusí asi nikomu hodit, tak mně ale nechali tři čtvrtě hodiny sedět v čekárně na lavičce a doktorka si šla vlastně na oběd, viděla mě, viděla, jak na tom jsem. Nebylo mi úplně hej. Myslím si, že to na mě bylo dost vidět. A ještě se teda potom vrátí zpět k té otázce s těma dotykama, tak tam ty doteky od ní rozhodně nepomáhaly vůbec no. Ona mě vlastně prohmatala záda, já jsem jí říkal, že mě to na dotek nebolí, tak mě prohmátávala záda, znova se ptala, jestli to bolí, tady, tady a tady. Já říkal, že ne, že ani na jednom místě to nemám prostě to, hmatatelně bolestivý. Tak říkala, že to mám vlastně v pořádku. Tak jsem poprosil aspoň o injekci na bolest, tu mi teda sestra s ne úplně příjemným obličejem píchla a šel jsem domů no..

**5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetrovatelským personálem?**

**4a) Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?**

Zažil jsem několikrát oči v sloup a úšklebek u sester na oddělení. Možná to je i mnou, mám metr devadesát, sto kilo, tak když třeba přijdu po svých, tak se na mě tvářej jako, že simuluju. Já nechodím často k doktorům, nechodím, fakt jenom, když musím. Ale já jedu prostě přes bolest a oni to kolikrát nechápou prostě. Oni si prostě myslej třeba, že simuluju, když mě bolejí záda nebo něco. Tak pak kolikrát otáčej ty oči v sloup, když jim řeknu, že fakt bych jako potřeboval nákou pomoc a tak oni se jsou prostě radši koukat na televizi. Což je fajn, nicméně tady s tím, jak říkám, ty oči v sloup, jsem se setkal spíš taky u starších lidí. Setkal jsem se konkrétně u toho, u svojí babičky, kterou jakoby hospitalizovali. A tam to nebylo taky vůbec pěkný, to jednání toho sesterstva, toho personálu, zdravotnickýho.

Já si osobně i myslím, že to ty sestry dělají ještě častěji u těch starších lidí než u mladých. Že jsou jakoby znechucený tou prací, samozřejmě to jsou starý lidi, kolikrát už nemaj jakoby moc času tady prostě, a už jim třeba ani nemůžou kolikrát moc pomoci, ale myslím si, že ty dotyky a právě ta mimika tady hraje velkou roli. A myslím si, že když třeba, konkrétně můj případ, je mi 24, hospitalizovali mi 70 letou babičku, a když já je jdu o něco poprosit, ten personál, tak by prostě neměli otáčet oči v sloup a pomalu si tam stříhat, která ze sester půjde.

Babička byla vlastně tři tejdny v nemocnici, já jsem ta byl za ní třikrát a nebylo toho moc, co pozorovat. Nicméně mě tam přišel jakoby celej ten případ, jakoby takovej zvrácenej z pohledu toho doktorství a ošetrovatelství. V podstatě babička prodělala těžkou sepsi a tři dny na to tak jí převezli do LDNky, já jsem přijel, ten den, co jí převezli do LDNky, jsem tam přijel a babička nebyla schopná vstát, nebyla schopná se pohybovat a nebyla schopná komunikovat, byla absolutně mimo. Pod práškama. A podle mě prostě měla zůstat v nemocnici a ne na LDNce, kde já jsem byl potom poprosit sestry, aby jí šly udělat osobní hygienu, a ony se tvářily hrozně, jako hmm tyjo tak která půjde tentokrát, to jako mě jako zklamalo no.



Je to hrozně hrozně individuální, já jsem tady v uvozovkách házel špínu na trutnovskou nemocnici, tam jsem se setkal se těma sestrama a teda tou doktorkou, který byly fakt nepříjemný. Ale samozřejmě jsou tam i oddělení, kde jsou ty sestry fakt moc příjemný. Ať jsou mladý, ať jsou starší, furt působěj příjemně a chovaj se pěkně k těm pacientům. To nemůžu házet všechny do jednoho pytle, i v trutnovský nemocnici jsou prostě sestry, u kterých je vidět, že je to baví. Ále myslím si, že, i když není to tak... prostě i mladý sestry to některý dělaj, nebo působěj, že to dělají, protože musej, že jim jako už nic jinýho nezbylo. Že vystudovaly tu školu, a konkrétně na mě, co mi připadá, že čím je jakoby ta sestra, ne že krásnější, ale, dá se to říct, krásnější, půvabnější, sympatičtější a má nějaký prostě elán, tak tím jakoby líp to působí a tím vona má víc sebevědomí, kolikrát jsem se setkal prostě s tím, že tím víc jí to pak baví, ta práce. Ale jsou opak takový ty korpulentnější sestry, který jsou prostě takový, že si tam přijdou, odseděj si to tam, a ty byly fakt kolikrát mnohem nejpříjemnější. Neříkám, že je to pravidlem, prostě, že obézní nebo silnější tady osazenstvo, jako tohodle personálu, že bude nepříjemný, ale většinou to tak na mě působilo.

**6) Myslíte si, že je povinností ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?**

Já to tak beru, že když to ty sestry dělaj, že je to pro ně jen povinnost. Ale prostě když se to rozhodli dělat, tak to k tý práci podle mě asi patří. Pokud to nechtěj dělat, tak ať jdou do fabriky, kde nebudou v kontaktu s lidma. Nikdo je nenutí to dělat přece.

Ale myslím si, že je to třeba ovlivněný i tím, že prostě, jak jsem byl na tý soukromý klinice, tak tam byly mladý i starý sestry a všechny se umívaly. Já už jsem se o tom bavil s hodně lidma, který se pohybujou takhle v medicíně a v nemocnicích. Všichni tvrdí, že ty sestry, který jsou v nemocnicích, těch státních myslím, že dělaj spoustu hodin za málo peněz. Já si prostě ale furt říkám, že je to jejich volba, pokud to nechtěj za ty peníze, nedokážou být příjemný, protože je ta práce štve, tak ať jdou prostě dělat něco jiného. Nevím no, jestli v tý soukromý klinice, je to penězma, je tam uvolněnější režim, jiná sorta těch pacientů, nevím, samozřejmě, že asi nemají tolik práce, jako v těch nemocnicích, není tam to lůžkový oddělení tak velký, a ten příjem pacientů není zas tak strašnej. Těžko říct, ale myslím si, že to je i o těch penězích no. Jsou prostě jinak ohodnocený, za tu práci, který maj třeba i míň než v těch nemocnicích. Trávěj tam míň času a maj třeba víc času na to odpočívat, trávit čas někde na příjemných místech a uživat si zábavu. Tohle jm třeba taky může dat víc energie a síly na to, aby působily takhle spokojeně, příjemně a chovaly se ke všem přátelsky, tak jak jsem to zažil já na týchle klinice. Je to můj názor.

**7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?**

Jak jsem už říkal, já prostě zažil skoro jen to dobrý. Bylo to všechno spíš příjemný, profesionálně udělaný, bez bolesti. To nemůžu říct.

A nepříjemný dotyky? Nemůžu říct, asi jako, já byl hodně soběstačnej, takže jako celkovou hygienu, jsem prostě dával sám. Nikdy jsem nemusel tohle podstoupit. To jako ne. Spíš prostě tadycty dotyky to mám jako příjemnou zkušenost. Asi by mi byly nepříjemný dotyky, já jsem takový povahy, jak jsem říkal, takový ta hygiena, no prostě, kdyby se mi stalo něco závažnýho, ja to chápu, že to ty sestry dělat musej, ale mě, jako z mého osobního hlediska, by to bylo nepříjemný prostě. Styděl bych se.

**8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlázení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?**

Jak jsem říkal, moc bolesti jsem nezažil. A i kdybych si měl představit, něco takhle nepříjemnýho, bolestivýho představit, tak já nejsem úplně ten člověk, co by to potřeboval a vyžadoval. Myslím si, že spíš jako bych ocenil, pokud by to bylo možný, tak bejt tam s někým blízkým, kterej by tam třeba byl se mnou a mohl bych si s ním povídat jen tak jakoby o čemkoli, spíš než prostě se sestrou, o který vím, byť, i když se bude tvářit hezky, tak vím, že to dělá z povinnosti. Nezná jakoby toho člověka, takže, samozřejmě je to milý, když ta sestra přijde, usměje se, zeptá se, jak se máte, tohle, nechcete něco?

Je určitě spousta osob, který tohle uměj ocenit. Jsou třeba samy a rádi si povídaj, takže v tom případě, ta sestra má obrovskej vliv. Může si k tomu pacientovi sednout, může s ním povídat o čemkoli a ten pacient bude za to velmi rád. Já jsem spíš taková uzavřená osobnost, takže já tohle až tolik na tohle nehledím. Pro mě to není úplně důležité.

## **Rozhovor s respondentem BP2**

### **1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?**

Muž, 51 let, tyjo poslední hospitalizace byla asi v roce, přemýšlím, asi tak rok 2017.

### **2) Jak jste zvládal/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké? Pokud ano, proč?**

Já jsem to zvládal dobře. Pro mě tam jako nebyla žádná zátěžová situace, takže jsem to zvládal podle mě dobře. Naposledy, co jsem byl v nemocnici, tak jsem byl vlastně s achilovkou, takže jsem jako věděl, že to bude hodně dlouhá rehabilitace, a bál jsem se jako jestli to dobře sroste a tak, takže jakoby jsem měl jen trochu obavu, jak to dopadne, abych chodil no. Ale jako, nějak mě nevadilo, že jsem v nemocnici, když pak třeba i přišla nějaká návštěva, tak to bylo v pořádku.

### **3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetřovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci? Vyprávějte mi o něm.**

Nevím, co si třeba pamatuju, tak to jsem byl vlastně taky s tou achilovkou, jsem byl uspanej jakoby lokálně, do páteře, lumbáلكou. No a když to pak přišlo k sobě, tak to fakt dost bolelo a prostě jsem chtěl prášek, něco jsem dostal, ale bolelo to furt. Sestra mi pak říkala, že nic víc jako už dostat nemůžu, takže tam jsem jako trochu trpěl, ale bylo to tím vlastně, že už jsem měl tolik prášků, že nic víc takovýho dát nemohla. Byla ke mně docela rázná, taková dost neochotná jako, víceméně, tak to mi moc nepomohlo, ale pak tam byla jedna a ta mě myslím, několikrát pohladila a to bylo příjemný. Tohle mi tak nějak utkvělo, že byly jako dost odlišný. A pak tam taky někdy chodily zákyňky a ty se jako snažily, jak jsem furt ležel, tak mě bolely dost záda prostě tak mě třeba i masírovaly, prostě se nějak snažily. Ty byly moc ochotný.

Pak asi trochu jiný bylo to, jako ty doteky od toho doktora, jak jsem k němu chodil na rehabilitace, tam mi to jako hodně pomáhalo, že jo. Tam ty rehabilitace probíhali v pořádku. Tam mi to masíroval, rozmasíroval, že jo, tak to mi pomohlo. To jsem hodnotil pozitivně, to bylo dobrý.

### **4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetřovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?**

Tohodle si jako člověk určitě všimá, jestli jako je ta sestra v uvozovkách příjemná nebo ne, ale teď už si jako úplně konkrétní situaci nedovedu vybavit. Většinou se usmívaly, jinak já bych si to negativní podle mě pamatoval.

Ale jako myslím si, že určitě tohleto jako má vliv na toho pacienta, že to prostě má nějaký vliv, když ten personál je jako příjemnej, usměvavej. To člověka vždycky potěší, nebo pozvedne trochu tu náladu. Může to třeba i trochu ovlivnit nějakou tu

spolupráci těch lidí, že jo. Ten pacient má pak třeba, jakože i snahu vstát, pomoci tý sestře, že když jako vidí, že je na něj příjemná, požádá ho, hezky že jo. A je na něj milá.

Na tý druhý straně, když je jako hnusná, protivná, tak ta spolupráce no. Myslím si, že je to i o povaze toho pacienta, když jsou třeba ti starší pacienti, tak pamatuju, že třeba když můj otec byl v nemocnici, tak že tam ležel pacient, přinesla jídlo a šla. Přitom on byl jako nemohoucí a nemohl se sám najíst. To mi přišlo špatný. Prostě ho nenakrmila, nijak mu nepomohla. Takže vím, že takový sestry a případy jsou. Takže některý sestry jsou samozřejmě příjemnější než jiné.

**5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetrovatelským personálem?**

**4a) Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?**

Já nevím no, tady v Trutnově je tím známá chirurgie že jo, člověk tam stráví celý dopoledne a sestry jsou stejně nepříjemný a nemaj na vás čas. To vnímám jako negativní, ale to asi není k tématu. Jako jsou, že jo, takový ty sestry starší, který jsou nepříjemný právě třeba tím výrazem, tak už to jakoby poznáte už od pohledu no. Takový jsou rázný, nebo že se i člověk bojí jim něco říct, ale to je asi všude si myslím no. Ale na mě konkrétně jako nikdo nějak zvlášť nepříjemnej jako nikdy nebyl. Já se jako ozvu, kdyby něco.

**6) Myslíte si, že je povinností ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?**

Nevím no, je to práce s lidma, že jo, takže si myslím, že ten člověk by měl bejt příjemnej a tohle dělat, jako, aby zpříjemnil tomu pacientovi ten život, nebo tu chvíli v tý nemocnici, aby to líp snášel. Než aby se tam pak bál říct o čaj, o rohlík, že má hlad a tak. Já si myslím, že by měl bejt v tomhle směru příjemnej ten personál.

To, že to některý jako nedělaj, nebo jsou nepříjemný, tak já moc nechápu, proč to maj jako práci, proč si to vybrali to zaměstnání. Podle mě by to měla mít ta sestra trošku i jako to poslání a tohle k tomu asi patří, že jo. Měla by mít nějakej, jako dobřej, vztah k tý práci. Když to pak dělá jen proto, že se jako jinam nedostala, tak je to jako špatný. Je to jako vidět na první pohled, kdo to dělá s chutí a empatií a kdo ne.

**7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?**

Já jsem byl jako hospitalizovanej několikrát, a když jsem měl jednu zlomenou nohu, jako stehenní kosti, tak jsem vlastně byl měsíc úplně ležící, takže mě tam jakoby museli mejt na posteli, ty sestřičky. Ale jako asi ne, i tu hygienu prostě. Potřeboval jsem pomoc, a byl jsem jakoby nesoběstačnej tím úrazem způsobený, takže jsem jako fakt, opravdu museli mejt a tohleto, převlíkat a tak jsem to bral jako součást toho procesu. Prostě je to jejich práce, takže by je to nemělo asi obtěžovat nebo tak něco.

**8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlazení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?**

No já jako jsem asi ten typ, co by to zvládal sám. Jakože bych to, nevím, asi jako nevnímaj jako něco úplně nutného, pomocného. Já bych se asi spíš soustředil na tu bolest než na to, že jako, ten dotek bych asi spíš ani nevnímal.

## **Rozhovor s respondentem BP3**

### **1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?**

Žena, 42let, pět měsíců od poslední hospitalizace.

### **2) Jak jste zvládala/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké? Pokud ano, proč?**

Jelikož jsem byla poprvé hospitalizovaná s úrazem, po srážce s autem, v nemocnici úplně poprvé, tak jsem pobyt zvládala psychicky poměrně špatně. Měla jsem docela velké strach a obavy, z toho, co mě čeká, jestli všechno dobře dopadne. Také mi bylo líto ostatních pacientů, kteří byli hospitalizováni se mnou na pokoji, ty babičky byly vážně nemocné, těžce zraněné a podle mě hrozně bezmocné.

### **3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetrovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci? Vyprávějte mi o něm.**

Nevybavuji si dotyk, který by mi pomohl zvládnout výkon nebo hospitalizaci. Hodně mi pomohla milá a uklidňující slova od sester, se kterými jsem se naštěstí setkala.

### **4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetrovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?**

Mimika personálu pro mě byla z psychického důvodu poměrně důležitá. Ve větší míře byla spíše příjemná a pozitivní. Setkala jsem se i s nepříjemnou mimikou. Např. když 89 letá paní častěji zvonila na sestru, neobešlo se to s protočením očí a nepříjemným výrazem. To na mě působilo hodně špatně, i proto, že takhle můžu skončit jednou i já. Nemohoucí, závislá na pomoci. Podotýkám, že od pacientky to nebylo zbytečné zvonění na sestru, jak to taky v některých případech bývá no. To bylo dost nepříjemné.

### **5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetrovatelským personálem?**

#### **4a) Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?**

Negativní zážitek při neverbálním kontaktu já osobně nemám, ale jak už jsem říkala před chvílí, co se týká ostatních, tak tam to už tak pozitivní vždycky nebylo.

### **6) Myslíte si, že je povinností ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?**

Myslím si, že to není povinnost. Spíše asi dobrovolné, dle uvážení každé sestry, protože taky ne každý pacient doteky uvítá. Takže jako nějaká empatie by tam měla být, aby tohle ta sestra poznala.

**7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?**

Žádné dotyky nebyly nepříjemné. Byla jsem celkem soběstačná, takže hygienu a všechno ostatní, jsem zvládla sama, měla jsem zlomeniny v oblasti obličeje, ale jinak naštěstí ne, takže tohle bylo v pořádku. Příjemné mi byly ty dotyky, kdy jsem cítila snahu sester dělat vše jemně a bezbolestně, třeba při převazech a tak.

**8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlazení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?**

Dotyk při bolestivém výkonu bych přijala určitě pozitivně a s vděkem stejně jako vlídná slova, protože pak člověk aspoň cítí, že není sám a je jakože i klidnější, aspoň trochu.

## **Rozhovor s respondentkou BP4**

### **1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?**

Pohlaví žena, věk 22, poslední hospitalizace 8. 2. 2018 kvůli podání biologické léčby a chemoterapie.

### **2) Jak jste zvládal/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké? Pokud ano, proč?**

Moji první hospitalizaci v roce 2013 jsem ze začátku moc dobře nezvládala, bylo mi tehdy 16 let a moc sem nevěděla, co se děje. Nejvíce to bylo těžký kvůli tomu, že jsem nebyla doma a nevěděla jsem, co bude dál. V Motole jsem byla skoro 3 měsíce, ale potom jsme u doktorů zařídili, že se mnou mohla bydlet mamka na pokoji přes týden a o víkendu jezdila mamka domů. Tohle mi psychicky strašně pomohlo, mít u sebe někoho z rodiny, když jste takhle daleko od domova. Samozřejmě mi chyběli kamarádi, ale s nimi jsem se bavila přes Skype, psala na facebooku a jedna kamarádka za mnou přijela až do Prahy, což mi na psychice dost pomohlo. Tohle byla nejdelší hospitalizace, od té doby, jsem byla hospitalizována pouze na jeden den, kvůli podání léčby. Ten den jsem vždy odjela domů. Tohle už jsem psychicky zvládala dobře.

### **3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetrovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci? Vyprávějte mi o něm.**

V Motole mi sestřičky pomáhali úplně se vším snad. Jelikož jsem měla zavedený katetr do krkavice, první týden mi pomáhaly se vstáváním z postele, chodily se mnou po chodbách, abych se prošla, doprovázely mě i na záchod, první dva dny po zavedení jsem si ani na ten záchod nedošla a pamatuju si, že tam byla jedna strašně hodná sestra. Zavedli mi ho v pátek a přes víkend zrovna mamka byla doma, na to nejhorší a ta mi donesla nočník, takže jsem čůrala v leže a pro mě to bylo tak strašně trapný, ale ona mi to dokázala tak hezky vysvětlit a pomoc mi i ten nočník nastavit, že to pak bylo v pohodě.

Ale nejvíc mi pomohly sestřičky, když jsem měla plasmaferézy. Vyměňovaly mi plazmu v krvi 3-5 hodin, byly strašně hodný. Cokoliv donesly, když jste chtěli, přikrývaly nás, dávaly nám napít, poškrábaly nás, když něco svědělo, hlavně napojování různých hadiček do toho katetru vůbec nebolelo ani netahalo, byly citlivý a šikovný. Trochu jsem se bála čištění katetru, musely ho totiž čistit jednou za dva dny, takže desinfekce na kůži a otírání, ale jak říkám, byly tak šikovný, že jsem vůbec nic necítila. Tohle byly ale kvalifikovaný sestry, co se týče těch plasmaferéz. Potom mi čistily katetr o normální sestry a tady hodně záleželo, kdo měl službu. Některý sestry byly hodný a šikovný, že to to jako nebolelo, některý protivný a přišlo mi, jak kdybychom jim byli na obtíž. Jedna mi při čištění katetru dala normální desinfekci a to tak štípalo a páliło, dokonce mi hnula s celým katetrem, takže jsem ho měla skříplý a doktor mi ho pak musel trochu narovnávat. Na ty jsem si ale pak stěžovala, protože mě to štvalo. Celkově ten přístup. Ležíte daleko od domova se smrtelnou chorobou skoro 3 měsíce v Praze a



oni se k vám chovají jako k přítěži. Tyhle „zlý“ sestry, těch tam bylo ale málo, tak 2-3 maximálně. Těch hodných mohlo být tak 8-10 na mém oddělení, dětská nefrologie. Strašně mi pomáhalo, když mi třeba chodily proplachovat kanylu, že mě třeba já nevím, pohladily po tváři, po ruce, ten kontakt tam je podle mě důležitý s tím pacientem. No a ohledně těch jednodenních hospitalizací, tak do 18 let jsem byla furt v Motole a to byly jedny a ty samé sestry, od 18 let jsem na na Karlově náměstí VFN a tam jsou šikovný sestry a hodný, takže mě nebolí vpichování kanyly, když vám kapou kapačky tak jsou ochotný vám vše donést a tak.

Další bolestivý zážitek mám jen při vyndávání katetru, protože ten pocit, že vám vyndají tlustou hadici z krku je hrozný, měla sem pocit, že asi umřu, ale zase, jedna strašně hodná sestřička mě držela za ruku a je to dobře, cítíte tu podporu, že v tom nejste sami a je s vámi někdo, kdo je na to studovaný a ví, co dělá.

**4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetrovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?**

Na 1 000 000%! Výraz má hodně velký vliv. Když se na mě smály a třeba i říkaly nějaké vtípky nebo tak, tak to bylo super. Nebojíte se jim ani o nic říct ani se nebojíte zazvonit na zvonek, že něco potřebujete. Za to když tam byly sestry, který se ani neusmály a přišlo jim všechno na obtíž, tak jsem raději ani nezvonila a taky to dopadlo blbě, protože jsem si chtěla dojít na záchod a 2x jsem omdlela a bouchla se strašně do hlavy, že jsem měla málem otřes mozku. Svůj důvod, proč jsem nezvonila jsem řekla, prostě jsem nechtěla, aby ke mně šla ta jedna sestra, co byla prostě zlá, od té doby ke mně nešla a starala se o jiné pacienty.

**5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetrovatelským personálem? Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?**

Mám. Jak už jsem říkala, jedna sestra, ne ta sestra u plazmaferéz, ale normální mi měla čistit katetr. Přišlo mi, že ji vůbec nezajímá, že tam ten katetr v to krku je, vzala normální desinfekci a nastříkala mi to na ten krk a začala otírat, jak kdyby otírala stůl od rozlitý šťávy. V tom sem na ní začala ječet, jestli se nezbláznila, že to štípe a bolí a ona, že to jako nic není ať nejsem citlivka. Při vizitě jsem to ukazovala pak doktorovi, který zjistil, že mi nějak překroutila ten steh nebo co a měla jsem to tam trochu napuchlý, sestru seřval a další sestra ke mně nesměla. Když si tak vzpomínám, tak obě sestry, se kterými jsem měla problém, byly Ukrajinky.

**6) Myslíte si, že je povinností ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?**

Myslím, že ano. Když se někdo rozhodne pracovat v tomhle oboru, měl by být empatický a umět pracovat s lidmi. Ještě, když se jedná o těžké případy, třeba ty onkologické. Měl by umět mluvit s lidmi i ty doteky jsou nutné. Když jste hospitalizováni, tak to je na prd. Takže vám pomůže, když vás třeba občas někdo přikreje tam, kde zrovna moc nedosáhnete, když vám někdo něco čistí tak vás při

odchodu pohladí. Tohle si myslím, ale že je už v člověku daný, jak se bude umět chovat k pacientům.

**7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?**

Příjemné byly tu jako třeba hlazení ruky při plazmaferézách od sestřičky, přikrývání/odkrývání když si tuhle činnost nemůžete udělat sami, jedna sestřička mi dělala i culík nebo drdol, když mamka byla přes ten víkend zrovna doma a mně zaváděli katetr, celkově mě vždycky při kontrole pohladily a tak

Nepříjemné asi hlavně čištění katetru od jedné ze sester, taky se mi stalo hodněkrát, že byly neprofesionální, co se týče přepichování kanyly, jak kdyby to píchaly poprvé, jelikož mám nemocnou krev, tak mi praskají žíly a přepichovaly mi kanylu tak na potřetí, já za svoje onemocnění nemohu a to by měly brát v potaz a ne se u toho vztekat, že jim to nejde.

**8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlazení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?**

Určitě pozitivně, když jsem byla na sále, že mi zavedou katetr a pan doktor mě uspával, jedna ze sester mě přitom držela za ruku a bylo to fajn. Pan doktor byl taky super, dělal na mě různé vtípky, že si dám šlofika a že doufá, že nebudu chrápat.

O těch jednodenních hospitalizacích, k nim nemám moc, co říct, tam to funguje prostě tak, že přijedete ráno, napíchnou vám kanylu a po chvíli už dostáváte kapačky, jelikož vím, že ještě ten den půjdu domů, tak to nějak nevnímám, možná je to taky protože už mi je přeci jenom 22 let a koukám na to taky jinak než v těch 16 letech. Cokoliv kdykoliv něco potřebujete, tak vám to sestry donesou nebo vám se vším pomůžou. U těch dospělých lidí si myslím, že je ten dotyk taky důležitý i kdyby vás měly sestry pohladit jen po té ruce, prostě to potěší, ten způsob, jak se k vám chovají. Jde z toho vycítit, že víte, že jste v dobrých rukou, že se nemusíte bát o nic požádat nebo se na něco zeptat.

## **Rozhovor s respondentem BP5**

### **1) Pohlaví, věk, uplynulá doba od poslední hospitalizace?**

No tak muž, 22 let, přibližně 3 měsíce.

### **2) Jak jste zvládal/a hospitalizaci z psychického hlediska? Bylo to pro Vás těžké? Pokud ano, proč?**

Rozhodně těžké, zejména proto, že jsem do poslední chvíle žil aktivní život a tam, jako v nemocnici jsem se dozvěděl, že budu ochrnutej, nebudu moc už moct řídit motorku a tak no. Především mě děsila představa trvalého upoutání na lůžko, to ale naštěstí nedopadlo

### **3) Vybavujete si i s odstupem času nějakou situaci, kdy Vám dotyk ošetrovatelského personálu pomohl lépe zvládnout výkon/hospitalizaci? Vyprávějte mi o něm.**

Těžko říct, já nevím. Hodně mi pomáhaly sestry na rehabilitacích, ty se mě dotýkaly hodně a pak vlastně i po rehabilitaci, když jsem byl celej bolavej, tak mě i hladily a jedna mi ruku masírovala. To jako jo, ale v nemocnici, to už nevím úplně.

### **4) Jaký měla na váš psychický stav vliv mimika ošetrovatelského personálu? Byly sestry, které vám díky příjemnému výrazu byly příjemnější než jiné?**

Pokud se na mne někdo usměje, samozřejmě mi bude příjemnější, ať je to v jakémkoliv prostředí. V nemocničním prostředí, kde pacienti obvykle nepřekypují dobrou náladou je to tedy obzvláště vítané. Už jen proto, že pacient alespoň na krátkou chvíli zapomene na své problémy. Často pokud se na mě žena neusměje ani se s ní nesnažím navazovat kontakt, protože se mi jeví protivná. V nemocnicích jsem párkrát narazil na sestru, která měla kamennou tvář ačkoliv jsme na pokoji vtipkovali, některé se časem přidali a jiné pokračovali ve svém stylu. Každopádně si myslím, že není třeba se na sebe mračit. Už jen proto, že pacient alespoň na krátkou chvíli zapomene na své problémy.

### **5) Máte nějaký negativní zážitek při neverbálním kontaktu s ošetrovatelským personálem?**

#### **5a) Pokud ano, mohl/a byste mi o něm vyprávět?**

Po první operaci kolene mi během pár dní začal zánět, můžu říct že jsem asi nic horšího nezažil, vysoké horečky a do toho nesnesitelná bolest, s každým pohybem nebo jemným dotykem jsem křičel bolestí. To už jsem si přestal hrát na hrdinu a zodpovědně polykal prášky na bolest, ale pomáhalo, jen když jsem měl nohu podloženou a nehýbal s ní. V tu chvíli nastal problém, nohu mi podkládala sestra, která se mnou soucítila a snažila se mi co nejvíc ulehčit, ale to nebylo tak jednoduché. Zvedla nohu, začala ji podkládat a já začal křičet, chvíli se snažila vše poskládat co nejlépe, ale to už jsem měl i slzy v očích. Hlavou mi jen proběhla myšlenka, ať už toho proboha nechá, že mě snad

chce utrápít. Po chvíli bylo po všem a já si neskutečně oddychl. S ošetrovatelským personálem mám ale jinak naštěstí dobré zkušenosti.

**6) Myslíte si, že je povinností ošetrovatelského personálu poskytnout pacientovi doteky za terapeutickým účelem a proč?**

Myslím si, že do jisté míry ano, u některých úrazů je to téměř nezbytné a to proto, že je třeba začít s terapií, co nejdříve. A k tomu to podle mě jako patří no. Já mám poranění brachiální plexu a hybnost ruky mě vůbec neuspokojuje. Od doby kdy jsem se o tomto dozvěděl, mi bylo řečeno, že musím začít s cvičením, co nejdříve no. Ale to nebylo tak jednoduché, jelikož levou ruku jsem míval opravdu levou. Po několikadenním odpočinku na JIP mi i chyběla síla na to, abych s nehybnou končetinou nějak manipuloval, vlastně jsem ani nevěděl, co a jak cvičit. Proto jsem byl vděčný, že se mě někdo ujal a pomohl mi s tím. Všechno mi sestry ukázaly a pomáhaly mi s pohybem.

**7) Byly vám v době hospitalizace některé dotyky příjemné a jiné naopak nepříjemné? Které to byly?**

Některé dotyky mi nepříjemné jsou, důvodem je však lechtivost. Myslím ale, že při cestě za uzdravením jsou nezbytnou součástí.

**8) Při bolestivém výkonu byste dotyk (držení za ruku či pohlázení) přijal/a spíše pozitivně a s vděkem, negativně či neutrálně? Proč?**

S největší pravděpodobností pozitivně. Osobně tomu velkou váhu nepřikládám, ale věřím, že v mnoha lidech to může vzbuzovat pocit bezpečí a podpory.

## **Rozhovor s respondentem AP1**

### **1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace**

Muž, dneska je to 13. den, jsem muž a je mi 72 let. Onkologie.

### **2) Jak vnímáte dotyky od ošetřovatelského personálu?**

Jo, dobrý, dobrý. V pohodě. Pro mě je to jako normální, tak do příjemna no. Beru to, jako, že to patří k té péči jejich a navíc, mi přijde, že jsem tu pak branej jako pacient, podpoří to jako ten lidskej přístup no.

### **3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?**

Né, né, ne, já tohleto neberu, že jsem nějakej odstrčenej nebo tak něco.

### **4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?**

No, právě, že tohle si moc představit neumím. Zatím já v té situaci nebyl a nejsem. Je jasný, že když se něco děje, tak záleží na doteku. Jakej, jako jestli to je jenom pohladit a jít, nebo prostě vzít za ruku a bejt tam u toho člověka. Tak já doufám, že tohle nebudu potřebovat tak brzo. Prostě podle mě to může pomoci, když už je bohužel nejhůř, jako před koncem, ale v hlavě to ještě funguje no, tam si to pak jako člověk uvědomí víc, podle mě. Já ty bolestivý věci moc nezažil no. Naštěstí.

### **5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetřovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?**

Nevím, ještě jsem se nedostal do stádia, kdy bych jako byl nějak hodně nesoběstačnej, takže hodně věci si dělám sám. Ale neumím si moc představit jako doteky, který by mi nějak vadily, to fakt nevím. Ale pak třeba ta hygiena, tak jako, kdyby to muselo bejt, tak bych asi překonal stud, že jo. Tohle je jako intimní no, cizí ženská, že jo. To hraje roli, ale jako přežil bych to.

### **6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetřovatelského personálu, který se o vás stará? Jakým způsobem vás to ovlivňuje?**

No samozřejmě! Vždyť to je úplně něco jinýho, když koukne hezky, protože jako, každej člověk má svoje starosti a není to vždycky, ale jinak jako jo. Něco na tom pokoji prohodit, nějaký takový to pozbudivý slovo, úsměv. To jako jo, to mám rád. To je fajn. Je to hezký, když vidíte, že jo, nefalšovanéj úsměv.

### **7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?**

Jo, dokáže. To jako vnímá snad každej chlap ne? Když přijde ženská a usměje se. Ale jo, to si pak třeba i člověk řekne, je tady sranda. Nemusí bejt všechno smutný, že jo. Ono se to pak jako všechno líp snáší, když je taková atmosféra.

**8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpurný dotek od ošetřovatelského personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.**

To těžko říct, já jsem jako hospitalizovanej po strašně dlouhý době. Já si ale myslím, že jsem jako ten typ pacoše, co by tohle opatrování jako bral s vděkem, to jako za všechno člověk musí bejt vděčnej, když pro něj někdo druhej dělá něco hezkýho. Ale všude, kde jsem byl, ať s karpálama nebo na operaci s očima, tak mám v tomhle směru všude dobrou zkušenost, sestry jsou ochotný, v pohodě. Já si myslím, že jsem byl všude spokojenej, proto, že jsem jako podle mě nenáročnej pacient no.

**9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetřovatelského personálu? Pokud ano, proč?**

Ne, to ne, mám na to jednu paní doma a ta mi stačí.

**10) Jaký dotyk je vám příjemnější –**

- a. v rukavicích či bez rukavic,**
- b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?**

Tak jako, já nedělám rozdíl, beru to tak, že je musíte mít. To se nedá nic dělat.

Jako formální dotek, podání ruky a tak? No tak to bylo, to jako proběhlo, v pořádku absolutně. Připadal jsem si, jak když se zdravili soudruzi. Nebylo žádný okecávání od doktora, všechno řekl na rovinu. Pak jsem si to vlastně uvědomil, co mi řekl. A beru to tak, že život jde dál.

## **Rozhovor s respondentkou AP2**

### **1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace**

Takže žena, 33 let, urologie a doba hospitalizace, to se asi ještě uvidí, ale počítá se plus mínus deset až čtrnáct dní.

### **2) Jak vnímáte dotyky od ošetrovatelského personálu?**

Tak asi určitě pozitivně, protože to беру tak, že mi v podstatě pomáhají. Prostě poskytují mi tak pomoc.

### **3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?**

To takhle určitě nějak jako od personálu ne. Spíš jde o to, o můj osobní vnitřní pocit, že se mi jako stejská po mých blízkých, po příteli a rodině a tak. A myslím si, že tohle není v moci tady personálu to nějak zlepšit. Prostě nejde nahradit dotek od přítele a tak, to si myslím.

### **4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?**

To bych jako asi určitě někdy uvítala. A přesně si myslím třeba v situacích, kdy, já nevím, kdy jde o něco, jakože vážnějšího, než jenom odběr nebo tak. Jsou situace, kde třeba, čeká někoho těžká náročná operace, nebo když je to vyloženě už jako, no jakože pomalu před smrtí. V těchto situacích si myslím, že jakože ten nějaký dotek, pohazení, takový ty emoce, to si určitě jako myslím, že pomáhá tomu člověku.

I mě konkrétně si myslím, že by to třeba při bolesti, strachu nebo tak hodně pomohlo.

### **5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetrovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?**

Většinou mi to jako nevadí, spíš asi největší problém by byl při té hygieně. Že já jsem teda, jakože nechodící, ale zvládnou hygienu, tohle, ale jak říkám. Možná při té hygieně, asi když by mi měl pomáhat, já nevím, třeba muž, tak to by mi potom asi jako bylo takový nepříjemnější. V tomhle jsou pro mě sestřičky jako určitě snesitelnější, tak já si osobně myslím, že určitě jako žena a žena a chlapovi by třeba zase bylo víc nepříjemný, když by mu takhle pomáhala ženská. To si myslím, že se v těchto jakože intimních, jakože situacích, si myslím, že je jako lepší, když k ženě je žena a k muži je chlap.

### **6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetrovatelského personálu, který se o vás stará? Jakým způsobem vás to ovlivňuje?**

Vnímám to a tady rozhodně jakože pozitivně, příjemně. Určitě, tohle to si myslím, že je jako hodně důležitý, že když se ten personál potom jako usmívá, tak je to dycky

jakože stoprocentně lepší, než když chodí zamračený a tak. A tady si myslím, že je to naprosto v pořádku, že je to úplně super. Všichni se pořád jenom smějou, tady je to fajn strašně. Tady jsou milý všichni, příjemný.

Prostě si myslím, že když by byl někdo zamračený, tak si mu budu i míň říkat o cokoli, co bych nějak potřebovala, nebo tak. To si myslím, že je pak fakt velké faktor, kterej ovlivňuje, přesně takhle jako i ty emoce a veškerý i jako strach a tyhlecity pocity. Když se jako někdo netváří, tak se ho určitě nebudu chtít ptát já nevím, na víc než je nezbytně nutný.

Tohle je jakože moje první hospitalizace, ale mám i nějaký jiný zkušenosti, třeba z ambulance, nebo tak. Ty jsou třeba i negativní, ale jako, já jsem pracovala skoro jedenáct let ve zdravotnictví a koukám na to asi, jakože i z trochu jiný stránky, prostě jiný pohled na tu věc. Nicméně když jsem byla třeba na ambulanci mimo to zdravotnický zařízení, kde jsem pracovala já, tak tam mi přišlo, že ty sestřičky jsou takový, já to chápu, že tam prostě je fímol, že tam je spousta lidí, ty pacienti jim nadávají, ale kolikrát to potom jakože schytaj i ty pacienti, který jsou jakože slušný. Ale já jim jako rozumím, já jim to určitě nemám za zlý. Jakože těm sestřím, když jsou, jakože občas nepříjemný. Prostě není každý den posvácení, každý nemá vždycky dobrý den, takže já určitě to nějak moc neodsuzuju, pokud se vyloženě nejedná o nějaký, že vyloženě ta sestra si na mě vyhlídne, a za každou jakože hloupost vás seřve, nebo tohlencto. Spíš je to tak jakože celkově. Já si tohle třeba prostě určitě neberu nějak osobně. Já nejsem jako nějaká vztahovačká. Já pro to mám pochopení. Pro ty holčiny.

#### **7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?**

To určitě, určitě. To opravdu je velký, pro ty nemocný ležící pacienty, velký povzbuzující faktor. Určitě je to pro ně hodně důležitý, když personál je pozitivní, než když se netváří. Určitě to zvedne náladu, i když je ten pacient smutnej, nebo se něco nedaří.

Určitě je to taky hodně individuální, že jo, že to bude o každém z nás. Kdo má jakou povahu, když bude někdo takovej zapšklej, tak mu to třeba bude úplně jedno, jestli sestřička se směje nebo nesměje. Takže je to asi taky individuální no. Si myslím.

Podle mě, jakože ty lidi co tohle dělají, tohle taky musím mít v sobě, tu určitou empatii, jinak by tohle podle mě vůbec nemohli dělat. Ty lidi to potom opravdu vnímaj, pak to prostě jinak hází špatný světlo i na tu nemocnici a celkově na ten celý personál, všeobecně. Taky to podle mě může i negativně ovlivnit toho pacienta, tu léčbu. Když se pak třeba bojí na cokoli zeptat nebo tak, jen proto, že se sestra tváří, jako že jí obtěžujete, to je podle mě taky dost špatný. Ta psychika dělá hrozně moc, já si myslím, že jako osmdesát procent léčby závisí na psychice toho pacienta, takže potom, když tam nejsou empatický sestry nebo celkově prostě personál i lékaři, tak si myslím, že to určitě není dobrý teda.



**8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpůrný dotek od ošetrovatelského personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.**

Jo. To jako mám. Já jsem vlastně dva dny ležela na ARU a měla velký bolesti, až pak mě přeložili sem.

A tam právě jsem se taky setkala s tím, že když jsem měla bolesti, tak mě třeba sestra pohladila po rameni, nebo i po těch bedrech a většinou mi to aspoň trochu pomohlo. Všichni byli fakt strašně milý, příjemný. Prostě pohladili, jako konejšivý slova, takže to určitě ano, s tím jsem se setkala a určitě to hodnotím pozitivně.

**9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetrovatelského personálu? Pokud ano, proč?**

Ne, ne, ne, to ne, to nějak jako nebylo potřeba.

**10) Jaký dotyk je vám příjemnější –**

**a. v rukavicích či bez rukavic,**

**b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?**

Asi jako určitě, co se týká tohodle, toho když je člověk smutnej nebo něco nejde, tak určitě lepší bez těch rukavic, pro mě teda. To mi přijde potom takový, nechci říct jakože překážka, ale vlastně ano. Bez těch rukavic je to prostě takový osobnější.

Co se taky toho formálního doteku, tak tam já jakože řadím třeba podání ruky, což jako nebylo na začátku úplně možný, ale pak když mě přivezli sem nebo když jezdím na vyšetření, tak to proběhlo všechno, jak mělo. Doktor se mi představil, podal ruku a řekne kdo je, co se mi bude dít. Takže tohle určitě ano. Určitě tohle působí jakože, lepší dojem, celkově se vším, z té hospitalizace a vyšetření. Určitě tohle vrhá lepší stín na tu celkově, jako na tu nemocnici. Takže tady jako jsem v tomhle úplně spokojená, v pohodě.

## **Rozhovor s respondentem AP3**

### **1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace**

Takže pohlaví muž, samozřejmě, je mi 68 let, hospitalizován jsem tady, na urologii, od minulé středy, takže už deset dní.

### **2) Jak vnímáte dotyky od ošetřovatelského personálu?**

Zcela běžně, normálně, že jo jako. Jsou k tomu postavený ty sestry, a ani se před nima nestydím. Není mně to nějak nepříjemný, ne ne, to ne.

### **3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?**

Ne, ani ne. V tomhle se cejtím jakoby v pořádku. Když mi je nějak špatně nebo tak, tak třeba zavolám domů, já volám ženě často, i třeba v noci, protože zase ona má silnou cukrovku, tak jí takhle hlídám. Takže s ní takhle jakoby jsem.

Jinak Vám můžu říct, že tady třeba mám zkušenost velmi dobrou. Před dvouma rokama jsem ležel jinde, na plicním, byl jsem na JIPce, a tam jsem teda měl zase zkušenost dost špatnou, jako mnohem horší..

### **4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?**

Jako určitě si myslím, že bych to ocenil a má to jako velkej vliv. Uvítám to jako při jakýkoli situaci, že jo. Pak vlastně jakoby cítíte, že s váma někdo třeba cítí, že jakoby tady pro vás někdo je, když vám není nejlíp. Prostě mají o Vás zájem. Vlastně, když si to tak vezmete, že jako nejste jako pacient, ale jste člověk hlavně. Tenhle pocit člověk v nemocnici jako někdy ztrácí no.

### **5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetřovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?**

Jako já u toho nepříjemný pocity nemám, já to беру prostě jak to je, že je to důležitý, třeba ta hygiena, nebo tak. Třeba dneska mi sestřička vyndávala cévku, dotýkala se mě na intimních místech, ale co jako, беру to tak, že je to potřeba a její práce. Bylo to v pohodě. Bez nějakých problémů.

### **6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetřovatelského personálu, který se o vás stará? Jakým způsobem vás to ovlivňuje?**

Jako určitě to vnímám, že jo. Vůbec jako když je člověk v tý nemocnici dýl, tak to sleduje víc. Protože některá sestra je milejší vždycky, a je sympatičtější no.

No jak mě to ovlivňuje, to jako záleží na tý sestře. Když je milá a nějak se směje nebo tak, tak mi to samozřejmě spíš jako pomůže, nebo nějak zlepší pobyt. Když je nepříjemná, tak se radši moc na nic neptám no. Když jsem jako třeba viděl, že mají ty sestry starosti s tím chlapíkem třeba, a byly takový vytočený. Tak jsem samozřejmě měl

pocit, že je jako otravuju no, těžko říct no. Mohla už třeba přijít nevyspalá nebo tak, to je pak jedno s druhým no, proč se takhle chovaj.

### **7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?**

Tak samozřejmě, protože když někdo chodí, nabručenej tak má to jinej vliv, než když víte, že se ta sestra s váma pobaví, řekne něco milýho třeba ještě a hezky se u toho usmívá, nebo jako vypadá příjemně. Určitě to jako dokáže zlepšit nebo nějak podpořit tu lepší náladu. Tady jako jsem v tomhle směru nadmíru spokojenej.

### **8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpůrný dotek od ošetrovatelského personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.**

Jako s dotekem, no to jako asi úplně, to si jako nevybavuju. Ale jinak jako zkušenosti nějaký mám. Ano, ano to mám, to klidně můžu říct. Protože já jsem vlastně byl propuštěnej v neděli v deset dopoledne, ale protože mě nešly jakoby větry, tak jsem doma strašně trpěl. Tak jsem se sem vrátil v 11 v noci, tak jsem ležel tady na tomhle pokoji, původně, ale když jsem přijel a prosil, jestli bych mohl zase sem, tak mi sestra řekla, že už tu spí pán, který má jít ráno na zákrok. Tak jsem to pochopil samozřejmě, abychom ho nebudili. Tak mě dala do jiného pokoje, a tam ten pán strašně chrápal. Ukutně. Měl ještě hodně nahlas puštěnou televizi, i někde po půlnoci. Tak jsem vstal a řekl jsem sestřičce, že se to jako nedá. Tak mě poslala zpátky a řekla, že to vyřešej. Překvapilo mě, že se jako usmívala, i když bylo tak pozdě no. Pak přišla zpátky a s celou postelej mě nastěhovali jinam. Báł jsem se trochu tý reakce, ale byla fakt milá, i když to bylo takhle pozdě v noci. To jsem byl fakt velmi mile překvapenej. Neměli s tím prostě absolutně žádněj problém a vyšli mi takhle vstříc.

A za další mám spíš ale negativní no, já před tou operací, co jsem měl, jsem jako měl strach, docela dost. Sice jsem věděl, co mě tak nějak čeká, protože jsem si to jako našel i na internetu. No ale jako báł sem se, no a právě jsem se na tom jiným oddělení setkal se sestrama, co byly fakt nepříjemný, místo nějaký podpory mi jen odsekávaly. To jsem byl na tom JIP, kdy mě vlastně převezli z toho spacího pokoje, že jo, kde jsem byl po operaci do rána. No a když mě převáželi zpátky, tak jsem měl dost velký bolesti. No a zrovna tam někde malovali, tak nás tam bylo hodně a ty sestry měly hodně práce, to jako chápu. No ale přišla pak noční směna a já si opakovaně stěžoval na bolest, ať mi něco daj, ale sestry mě nějak nebraly, ignorovaly. No přes hodinu jsem tam trpěl, no volal jsem pak manželce. No asi jak viděly, že někam volám, tak hned přišly a donesly mi prášek i kapačku. Po tom jsem byl teda hotovej a v noci jsem se probudil a moc nevěděl, kde jsem a co jsem. No tak se na mě hrozně tvářily, že si za to můžu sám, když jsem chtěl ty léky. Tam jako byly dost nepříjemný. Po tomhle zážitku jsem jako zažádal, abych mohl jít domů a nakonec se to i nějak podařilo a jel jsem pryč.

No každěj jsme jako nějakej, ale myslím si, že v těchletěch situacích je tohle chování jako špatný no. Když jsou jako neochotný Vám pomoci a jsou ještě nepříjemný. Jo tohodle si pak lidi všimaj že jo. To víte no, když se člověk v tý nemocnici nudí, tak si

toho taky víc všímá. Ale když pak zas někdo otravuje celou noc, tak se pak vlastně někdy ani nedivím no. Někdy jsou ty sestry fakt zoufalý. Nebo když ležíte třeba na nějakým to dospáváku, to se mi teď stalo právě, že tam byl nějaký pán, furt vstával a trhal ze sebe hadičky a tak. Takže je pak jasný, že ty sestřičky na něj musej bejt jako ostřejší. Tohle já chápu, protože on si jinak nedal říct. Ty lidi jako musej tohle jako dodržovat.

**9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetrovatelského personálu? Pokud ano, proč?**

Né, to né. Tohle jsem nepotřeboval.

**10) Jaký dotyk je vám příjemnější –**

**a. v rukavicích či bez rukavic,**

**b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?**

No jako já to беру tak, že je prostě musej mít. Tak jako určitě, by to bylo příjemnější bez rukavic, ale myslím si, že je to prostě dneska daný, že je musej mít. A jako je to v naprostým pořádku podle mě. Jako zas nikdy nemůžete vědět, co ten člověk má, že jo, oni se tím prostě musej chránit.

A co se týká toho formálního, no tak jako, to že se mi sestra představí a podá mi ruku, tak to se tady jako děje, i jako pan doktor a tak. Tohle bylo úplně v pohodě. A to na mě jako působí příjemně no, na pokoj za mnou choděj a ptaj se. To je mi příjemný, maj zájem a tak.

## **Rozhovor s respondentkou AP4**

### **1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace**

Žena, 60 let, onkologie a jsem tu už čtrnáctý den,

### **2) Jak vnímáte dotyky od ošetřovatelského personálu?**

No jako nedělá mi to problém, na mě to působí v pohodě. Já myslím, že se dotýkají tak jako, co musej, že jo. Většinou. A když je něco navíc tak je to v souvislosti třeba s nějakým zákrokem, nebo diagnózou že jo. S tím jsem se taky setkala no. Když jsem byla na tej hysterektomii tak primář, když jsem ležela, tak říkal nějak ty výsledky a to mě i pohladil po rameni, to bylo fajn. To si vybavuju no. To jsem vnímala pozitivně.

### **3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?**

Jako s kým? Né, to já ne, to já jako nemám potřebu. My to měli vždycky doma i jinak, já to nemám v povaze, vyrostla jsem bez citu jako no.

### **4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?**

No to jó, to určitě jsou takový situace. No třeba, když řeknu, že jak jsem měla ten karcinom prsu, tak tam to pro mě bylo celkem těžký, protože jsem jako neměla žádnou oporu v rodině moc, tak tam bych tuhle podporu určitě přijela s vděkem.

### **5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetřovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?**

No, tak jako částečně že jo, mi je třeba nepříjemný se před někým nějak víc odhalovat, když jsem byla po tý operaci jako ležící a oni mě koupali, tak to bylo takový jako stydlivý. Ale sama sebe se pak snažím přesvědčit, že jsem v nemocnici a že to jinak nejde jako, před tou operací to bylo dost nepříjemný no, to jsem měla tři cévky, i z ledviny a tak. To jsem nemohla vstávat a tak, takže s tímhle jsem se setkala, jinak mě nic moc nenapadá. Beru to jak to je no.

### **6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetřovatelského personálu, který se o vás stará? Jakým způsobem vás to ovlivňuje?**

Jó, to se nedá si toho nevšímat, podle mě. Já si to ale třeba moc osobně neberu, když je nějaká nepříjemná. Říkám si, že toho mají hodně nebo je prostě taková, je věčně nějaký podstav tak je třeba unavená nebo tak.

### **7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?**

Jo, to mě určitě dokáže zvednout náladu, to se mi i stalo několikrát. To je samozřejmě příjemný.

**8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpůrný dotek od ošetrovatelského personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.**

Jo to mám, když jsem byla na biopsii a u toho vyšetření tam bylo strašně moc lidí, já to moc nechápala. Byli tam nějací asi lékaři nebo já nevím, to mně vadilo, že se nikdo na nic moc neptal. No a já beru léky, který způsobují, že mám citlivé sliznice, takže to samo o sobě bylo dost nepříjemný, tak jsem se u toho tak kroutila, no a byla jedna ta sestřička, co tam vedle mě stála, mě chytla za ruku a hladila mě po rameni, celou dobu toho odběru, tam mi to jako přišlo vhod. Protože to byl snad jedinej člověk v té místnosti, co ho zajímalo, co asi prožívám nebo co cítím a jak trpím. Jeden ten doktor se mi totiž za celou dobu ani nepodíval do obličeje, tak mi tohle celkem pomohlo to nějak jako přežít. Přišla jsem si jak nějaká věc, bylo to dost neosobní no, tělo bez duše no. To jsem pak odcházela docela zdrcená no, nepůsobilo to dobře, ještě že tam aspoň byla ta sestřička no.

**9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetrovatelského personálu? Pokud ano, proč?**

Ne to ne, na tohle já nejsem. Já na to jako nejsem zvyklá z domu, nedělám tohle.

**10) Jaký dotyk je vám příjemnější –**

**a. v rukavicích či bez rukavic,**

**b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?**

Tak určitě, bez rukavic. Zas na druhou stranu s těma rukavicemi se nás dotýkat musej, pracuju s nima. Je to jako ochrana, na obou stranách no. Ale já to beru tak, že ono je někdy aspoň nějaký dotek, než žádný, že jo.

Lékaři většinou ten formální dotek jako dodržujou, sestry trochu míň no. To, když to je, tak to na mě působí dobře, že je tam jako nějaký, že nejsem jen věc, že jsem člověk no, že nás tak berou no. Působí to prostě líp, než když na vás jenom koukne a začne psát do počítače, to je pak strašně neosobní. Ale v tomhle si jako nemůžu nějak stěžovat, všude to bylo v pořádku.

## **Rozhovor s respondentem AP5**

### **1) Pohlaví, věk, oddělení a doba hospitalizace**

Muž, 58 let, onkologie a jsem tu devátej den.

### **2) Jak vnímáte dotyky od ošetřovatelského personálu?**

No tak jasně, že dobře, pozitivně, určitě pozitivně. Ten úsměv a dotyky to tak, řekl bych, takový prostě přiměřeně důvěrný chování, je prostě příjemný. Pro mě to jako navozuje takovej domáctější vztah, je to osobnější kontakt. Je to jako určitě příjemný tohle.

### **3) Cítíte v době hospitalizace nedostatek fyzického kontaktu?**

Né, to určitě né. Já si myslím, že ne. Když toten personál, nebo ta sestřička udělá, je to příjemný, a když jako, každej máme někdy nějaký stav, kdy máme svý vlastní problémy, a když to neudělá, ale přitom se chová jako slušně a seriózně, tak to přejdu.

### **4) Při jakých situacích byste dotyk ocenil/a uvítal/a (bolestivý výkon, při běžné péči, při hygieně)?**

Tak určitě, dřív jsem byl hospitalizovanej dost často a s nohama, kotníčkama a tak. Tam jsem jako ležel, než to splasklo, pak se dala sádra a šel jsem, takže to nebylo nic hroznýho. Ale jinak, jednou určitě, to už je hodně let, kdy jsem byl hospitalizovanej a starala se o mě sestřička, která se chovala tak jako hodně nadřazeně. Já měl zlomených asi sedm žeber, prasklou klíční kost a rozbitou hlavu a já nevím co ještě. A tam jsem byl na ARU se ta sestřička chovala fakt dost odměřeně. Taková byla no, nebylo to příjemný. To mě jako utkvělo, že zrovna tam bych ten dotek, milý slovo úsměv nebo tuhle pomoc jako ocenil no. To musí podle mě nepříjemný každému, když přijde sestřička, tváří se, v podstatě tak, že jí tam otravuje, že tam jste. To je hodně nepříjemný.

### **5) Jsou naopak situace, kdy je vám ošetřovatelský dotyk nepříjemný, případně v jakých partiích?**

Vau, no určitě jako máme každej nějakou tu svojí hranici, toho studu, ale já si myslím, že pokud... no já si jako neumím představit, že bych se styděl, že by mě to bylo nepříjemný. Pokud bych měl pocit, že by mě to mohlo být nepříjemný, tak bych si tím asi poradil a včas to zarazil a poprosil sestru, že si to chci třeba udělat sám nebo tak. Prostě: „Díky, tohle zvládnou!“.

### **6) Jak vnímáte výraz ve tváři ošetřovatelského personálu, který se o vás stará? Jakým způsobem vás to ovlivňuje?**

Jako samozřejmě, že se podívám na každýho, kdo přijde, jak vypadá, jak se na mě dívá a tváří. Když vás někdo chodí kontrolovat s nepříjemným výrazem, pohledem, jestli už máte dojedeno, spolknutý prášky nebo tak, že jako potřebuje honem odejít nebo

to odnýt a přitom člověku to chvíli trvá, že jo, vůbec já když se špatně pohybuju. Prostě mi to trvá dýl, než si k tomu člověk sedne a než to sní, že jo a mezitím sestra třikrát přijde, jestli už to je a tváří se nedočkavě a tak s takovým tím, jak bych to řekl, s takovým tím pohledem “jakto, že už nejsi najedenej“, tak to je mi nepříjemný.

A s tím ovlivněním, když se něco takhle jako nepříjemného stane, tak já ten pocit jako hnedka někam zastrčím, nějak ho dám pryč, neberu si to k srdci nebo nějak osobně. To vůbec, tohle hned vyhazuju pryč. A ani chování ty sestry by mě neovlivnilo tak, abych se bál jako na něco zeptat, nebo si o něco říct, to jako zase ne. Možná bych se třeba jen zeptal takovým tónem, kterej by odpovídal tomu jejímu chování.

Samozřejmě je tady no, jak jsem začal u toho jídla, tak když mě přijde sestra zkontrolovat a vidí, že ještě nejsem hotovej, prohodí nějakou vtípnou nebo jako milou poznámku, usměje se a je vidět, že jí to jako nevadí, že je ochotná prostě počkat. Tak to je prostě úplně něco jinýho no a já si myslím, že tenhle pozitivní přístup v člověku zůstane dýl, než ten negativní, zvlášť ve mně teda určitě. Jsou lidi, který jsou citlivější, který v sobě ten negativní pocit nesou dýl, ale já ho vyhazuju no.

#### **7) Dokáže Vám příjemně se usmívající sestra zlepšit náladu v průběhu dne?**

To určitě, to podle mě jako musí ovlivnit každého. Jako pamatuju situace dřív, to se teď jako hodně změnilo ve všech těch špitálech, ale pamatuju, že to bylo opravdu tak, že se ráno rožlo hygiena, šup šup, jak na vojně. To bylo deprimující no. To se pak člověk snažil utíkat z té nemocnice, že jo. Co nejrychleji. Ale jako já si prostě nechávám tyhle hezký pocity spíš no, že se ta sestra na mě směje a je milá a mě osobně to určitě lepší náladu. A podle mě je právě tohle, to jejich, to co maj ty sestry jako vyvolávat v těch lidech no. Ta jejich osobnost, to jejich dobrý, co v nich je, ta schopnost dělat to povolání, to poslání dobře. To je ten nadstandard a je to velice správně a pozitivní.

#### **8) Máte vlastní zkušenost s tím, že vám při hospitalizaci podpůrný dotek od ošetřovatelského personálu pomohl lépe snést vyšetřovací metody či výkon? Vyprávějte mi o té zkušenosti.**

Joo tak tady úplně nevím, beru nějaký prášky, po kterých trochu víc zapomínám, ale určitě na některých vyšetřeních, co jsem jako měl, byl jsem třeba na magnetický rezonanci, punkcích a tak. No a já mám hodně velký bolesti, nedokážu dlouho ležet, no a na té rezonanci, ten začátek byl dobrej, ale ten konec teda hodně náročněj. Kvůli bolestem a taky, jak mě přetahovali z toho lůžka, tak jako dost neurvale, že jsem si připadal jako kus nějakýho masa. Že jsem bolestí nemohl skoro ani mluvit, přitáhnout se a tak. Oni mě tam jako potřebovali dostat, ale já teda strašně trpěl.

Tady třeba, když Vás ráno budí, sestřička se lehce dotkne po tváři nebo po ruce, tak s vámi jakoby naváže ten vztah. Dejme tomu při tom vzbuzení, tady je jedna sestra která mě pravidelně sundává brejle, když usnu. A to jako navozuje úplně jinačí atmosféru, člověk je z toho zakovej, no zkrátka je mu pak fajn. Jako pak je určitě míň pozitivní, když přijde, rozsvítí a řekne: „Injekce, prášky!!“. Tak to je pak jiný prostě no.



Z toho pozitivního ještě třeba, tady, chodí jedna sestřička, pravidelně se vás jako dotkne, sama mě třeba jemně vzbudí pohlazením, ptá se mě právě na ty bolesti, jako zajímá se o mě. Pak mi dá injekci, že ani necítím vpich, to je velice příjemný chování tohle. A musím říct, že tohle tady využívá většina těch sester, toho doteku, nebo aspoň ke mně. A ještě se mi vlastně stalo, že jedna sestřička si myslela, že mě tady už neuvidí, tak mi chtěla dát pusku na tvář na rozloučenou.

**9) Vyhledával jste někdy vědomě dotyk od ošetrovatelského personálu? Pokud ano, proč?**

Ne, tohle jsem asi nedělal nikdy. Nevybavuju si to.

**10) Jaký dotyk je vám příjemnější –**

**a. v rukavicích či bez rukavic,**

**b. formální neformální, pohlazení, jenom dotek...?**

Tak určitě příjemnější je bez rukavic. Ty rukavice, jakoby, to беру tak, že ten dotyk tam jakoby je, ale ty rukavice to tak nějak oddělují, takový jako, jak kdyby tam byl jakoby nějaký strach z něčeho no, co kdo má za nemoci a co může chytout a tak. Je to pro mě takový, že ten člověk se sice dotkne, ale má sám z toho má strach.

Co se týká toho prvního přivítání a tak, tak abych byl upřímný, moc si toho nevybavuju. Já měl strašný bolesti, tekly mi slzy, a to toho vydržím celkem dost, si myslím. Já vlastně ani nevím, jaká z těch sestřiček tady mě přijímala, mám to jako v mlze, kvůli té bolesti.

Formální dotyk, co se týče mě, tak ve mně to jako vyvolá pocit, že jsem ještě člověk, pro toho doktora nebo sestru, když vstanou a podají mi ruku. Z toho mám já osobně prostě dobrou pocit pak no. Pak když ani nevstane od toho počítače, pomalu ani nepozdraví, tak hned cítím takový zvláštní odstup a nepůsobí to na mě slušně. To prostě není ono. To prostě nepůsobí dobře no.

## Příloha 5 – Potvrzení výzkumu od managementu zdravotního zařízení

Vážená paní  
Mgr. Dana Vaňková  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Sokolská 581  
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

V Hradci Králové 25. 1. 2019

### **Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové**

Vážená paní magistro,

dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Elišky Horáčkové, narozené 5. 4. 1997, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak pacienti vnímají mimiku a haptiku ze strany ošetrovatelského personálu a jakým způsobem je tento způsob komunikace ovlivňuje z pohledu psychického zvládnutí hospitalizace.

Výzkumné šetření bude provedeno formou rozhovoru studentky s aktuálně hospitalizovaným pacientem na oddělení ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Mělo by se jednat o 5 pacientů. Otázky k rozhovoru přikládám k žádosti.

Výzkum bude proveden na onkologické a urologické klinice.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Mariany Štefančíkové, Ph.D., Oddělení ošetrovatelství Lékařská fakulta UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rády poskytneme.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

**Eliška Horáčková**  
Úpské nábřeží 240,  
541 01 Trutnov,  
Tel.: 733603577  
E-mail: enda9@seznam.cz

Vyjádření vedení instituce:  
 Souhlasím  
 Nesouhlasím

Datum: 27. 2. 2019

**PhDr. Mariana Štefančíková, Ph.D.**  
Oddělení ošetrovatelství  
Ústav sociálního lékařství  
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové  
Šimkova 870  
500 03 Hradec Králové  
Tel. 495 816 415  
E-mail: [stefancikovam@lfhk.cuni.cz](mailto:stefancikovam@lfhk.cuni.cz)

Podpis a razítko

  
**Mgr. Dana Vaňková**  
**FAKULTNÍ NEMOCNICE**  
náměstkyně pro ošetř. péči  
500 05 Nový Hradec Králové