



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Dotyk v ošetřovatelství - terapeutická nebo riziková
intervence**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Miroslava Hynková

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Dotyk v ošetrovatelství - terapeutická nebo riziková intervence jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

Bc Miroslava Hynková

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování diplomové práce. Poděkování také patří Mgr. Olze Dvořáčkové, za pomoc při zpracování statistických dat. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

Dotyk v ošetrovatelství - terapeutická nebo riziková intervence

Teoretická východiska: Dotyk je nedílnou součástí vzájemného setkávání se sestry s pacientem. Při poskytování ošetrovatelské péče má dotyk bezpochyby nezastupitelné místo. Čím více je pacient závislý na pomoci druhých v běžných denních činnostech, tím více sestra fyzický kontakt v péči používá, a to nejen ve spojitosti s odbornými či ošetrovatelskými úkony, ale i s vyjádřením účasti, pochopením, povzbuzením či ke zklidnění pacienta. Dotyk má velkou léčivou sílu, ale i moc ublížit, je významným prvkem v neverbální komunikaci. A přesto, že je dotyk v péči o pacienty velmi důležitý, je mu věnována jen marginální pozornost.

Cíle: Cílem práce bylo zjistit, jaké jsou důvody a překážky pro použití dotyku v ošetrovatelské péči, a zda patří dotyk do současného ošetrovatelství. K naplnění cílů byly stanoveny výzkumné otázky: Jak vnímají sestry dotyk v současném ošetrovatelství? Jak vnímají dotyk pacienti/klienti při ošetrování sestrou?

Hypotézy: V závislosti na stanovených cílech byly určeny tři hypotézy: H1: Sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče (fyzické) více než jako terapeutickou intervenci. H2: Sestry používají dotyk spíše jako nevědomou metodu než jako vědomou terapeutickou intervenci. H3: Sestry používají dotyk spíše intuitivně než s vědomím rizika, že bude dotyk vnímán negativně.

Metody: Teoretická část diplomové práce je vypracována na podkladu odborných zdrojů. Empirická část byla realizována prostřednictvím kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Data v kvalitativním výzkumu byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s deseti pacienty. Rozhovory byly nahrávány, poté doslovně přepsány a metodou otevřeného kódování analyzovány. Pro sběr dat v kvantitativním výzkumu bylo použito dotazníkového šetření pro všeobecné sestry. Dotazník byl vytvořen v Google formulářích a rozeslán elektronickou cestou zdravotnickým pracovníkům. Ke konečnému zpracování získaných dat bylo použito 195 vyplněných dotazníků. Toto číslo je považováno za 100 %.

Výsledky: Na základě výsledků byly hypotézy vyhodnoceny takto: H1 – Sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče (fyzické) více než jako terapeutickou intervenci – nepotvrzena. H2 – Sestry používají dotyk spíše jako nevědomou metodu než jako vědomou terapeutickou intervenci – nepotvrzena. H3 – Sestry používají dotyk spíše intuitivně než s vědomím rizika, že bude dotyk vnímán negativně – nepotvrzena. Z výsledků, ke kterým jsme ve výzkumném šetření dospěli, je patrné, že dotyk byl,

je a stále bude nedílnou součástí vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem. Výzkum ukázal, že sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče stejně tak jako terapeutickou intervenci. A pokud sestry použijí dotyk jako terapeutickou intervenci, činí tak vědomě, záměrně, nejčastěji k navození důvěry, k uklidnění pacienta, pro pocit bezpečí, jistoty a porozumění. Více než polovina sester uvedla, že používá dotyk instinktivně, aniž by si sestry uvědomovaly, že se pacienta dotýkají, a na druhou stranu více než polovina odpověděla, že se zajímá o to, na jakých místech pacient dotyk vnímá negativně. Přestože sestry uváděly, že terapeutický dotyk není časově náročný, je v ošetrovatelské péči málo používán. Dále z výzkumu vyplynulo, že pacienti dotyk v péči akceptují a přijímají ho s odevzdaností. Pokud se sestra pacientů dotýká, jsou rádi, pokud je dotyk doprovázen slovem. Z rozhovorů vyplynulo, že by sestry neměly podceňovat podání ruky při prvním kontaktu, neboť pacienti toto gesto vnímají jako pocit zájmu a navození důvěry.

Závěr: Z výzkumu nepopíratelně vyplývá, že dotyk v péči o pacienty je velmi důležitou holistickou sesterskou intervencí. Potvrdilo se, že ačkoliv je dotyk a jeho vnímání něco tak intimního, individuálního a v poskytování péče nezbytného, je mu věnována marginální pozornost. Pro mnohé sestry by tato diplomová práce mohla sloužit jako studijní materiál, aby byl dotyk používán jako efektivní intervence sestry, která vnímá pacienta jako holistickou bytost a má pro něj pochopení v jeho nelehké životní situaci. Tato práce by mohla podnítit mnohem rozsáhlejší výzkum s kombinací více výzkumných metod. Velmi zajímavé by jistě bylo použití skrytého pozorování pro hlubší pochopení použití dotyku v ošetrovatelské péči.

Klíčová slova: dotyk; terapeutická intervence; ošetrovatelská péče; pacient; sestra

A Touch in Nursing – a Therapeutical or Risk Intervention

Theoretical background: A touch is an inseparable part of the mutual contact between a nurse and a patient. A touch has definitely an irreplaceable position in the provision of nursing care. The more a patient depends on the assistance of the others in common daily activities, the more a nurse uses physical contact in the care, not only in relation to the professional or therapeutic acts, but also to the expression of compassion, sympathy, encouragement or calming a patient. A touch has a great healing power, but also a potential to hurt, it is an important element of non-verbal communication. Despite the fact that a touch is so important in patient care, it only receives a marginal attention.

Goals: The goal of the thesis was to examine the reasons for and the obstacles to the application of a touch in nursing care, and if a touch belongs to the present nursing care. Research questions were set to achieve the goals: How do nurses perceive a touch in the present nursing care? How do patients/clients perceive a nurse's touch in the treatment?

Hypotheses: Three hypotheses were formulated in dependence on the above set goals: H1: Nurses perceive a touch more as a part of the direct (physical) care than a therapeutic intervention. H2: Nurses rather use a touch as an unintentional method than as an intentional therapeutic intervention. H3: Nurses use a touch rather intuitively, not realizing the risk that a touch can be perceived negatively.

Methodology: The theoretical part of the thesis was elaborated on the base of literature sources. The empiric part was implemented on the base of a qualitative and quantitative research. The data for the qualitative research was gained by means of semi-structured interviews with ten patients. The interviews were recorded, then literally rewritten and analysed by means of the open coding method. A questionnaire research for general nurses was used for the data collection in the quantitative research. The questionnaire was prepared in Google Forms and sent electronically to healthcare workers. 195 completed questionnaires were used for the final data processing. This number is considered 100 %.

Results: On the base of the results the hypotheses were evaluated as follows: H1– Nurses perceive a touch more as a part of the direct (physical) care than a therapeutic intervention – unconfirmed. H2: Nurses rather use a touch as an unintentional method

than as an intentional therapeutic intervention– unconfirmed. H3: Nurses use a touch rather intuitively, not realizing the risk that a touch can be perceived negatively– unconfirmed. It is obvious from the results we achieved in the research that a touch has been and will always be an inseparable part of the mutual relation between a nurse and a patient. The research has shown that nurses perceive a touch as a part of the direct care as well as a therapeutic intervention. And if nurses use a touch as a therapeutic intervention, they do it intentionally, mostly to build confidence, to calm a patient, to create the feeling of safety, certainty and understanding. More than a half of the nurses replied that they used a touch instinctively, not realizing that they are touching the patient, on the other hand, more than a half of the nurses replied that they cared about at what points a patient perceived a touch negatively. Although the nurses replied that a therapeutic touch was not time consuming, it is not applied frequently in the therapeutic care. The research has also shown that patients accept a touch within the care and they accept it resignedly. When nurses touch patients, the patients are glad if such a touch is accompanied by words. The interviews revealed that a nurse should not underestimate a handshake at the first contact, as patients perceive this act as a feeling of interest and creation of confidence.

Conclusion: The research shows indisputably that a touch is a very important holistic nursing intervention in patient care. It has confirmed that although a touch and its perception is something so intimate, individual and indispensable in nursing care, it only receives a marginal attention. This thesis might serve as study material for numerous nurses, so that a touch is used as an effective intervention by a nurse that perceives a patient as a holistic being and has a sympathy for him/her in his/her uneasy life situation. This thesis might initialize a more extended research combining more research methods. An application of hidden observation for deeper understanding of the use of a touch in nursing care might be particularly interesting.

Key words: a touch; therapeutic intervention; nursing care; patient; nurse

Obsah:

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Potřeby nemocného	11
1.2 Dotyky v ošetrovatelské péči	13
1.3 Vnímání dotyku	14
1.4 Dotyky – součást neverbální komunikace	15
1.5 Místa dotyku	17
1.6 Dotyky – součást vyšetření	17
1.7 Dotyk v multikulturním ošetrovatelství	18
1.8 Dotyk v konceptu bazální stimulace	21
1.8.1 Iniciální dotyk	22
1.8.2 Somatická stimulace zklidňující	22
1.8.3 Somatická stimulace povzbuzující	23
1.8.4 Neurofyziologická stimulace	23
1.9 Masáže	23
1.10 Klokánkování	24
1.11 Podání ruky	25
1.12 Negativně vnímané dotyky	26
1.13 Proxemika	28
1.14 Terapeutický dotyk	30
2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
2.3 Hypotézy	33
3 Operacionalizace pojmů	34

4	Metodika.....	36
4.1	<i>Použité metody sběru dat</i>	36
4.2	<i>Metodika kvantitativního výzkumu</i>	36
4.3	<i>Metodika kvalitativního výzkumu</i>	36
4.4	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	37
5	Výsledky	38
5.1	<i>Kvantitativní část výzkumu</i>	38
5.2	<i>Kvalitativní část výzkumu.....</i>	61
5.3	<i>Statistické zpracování.....</i>	75
5.3.1	<i>Ověření H1.....</i>	75
5.3.2	<i>Ověření H2.....</i>	75
5.3.3	<i>Ověření H3.....</i>	76
6	Diskuze.....	78
7	Závěr	92
8	Seznam použitých zdrojů:	94
9	Seznam příloh	100
10	Seznam použitých zkratk	107

Úvod

Fyzický dotyk je neoddělitelnou součástí vzájemného setkávání se sestry s pacientem. Při poskytování ošetrovatelské péče má dotyk bezpochyby nezastupitelné místo. Čím více je pacient závislý na pomoci druhých v běžných denních činnostech, tím více sestra fyzický kontakt v péči používá. A to nejen ve spojitosti s odbornými či ošetrovatelskými úkony, ale i s vyjádřením účasti, pochopení, povzbuzení či ke zklidnění pacienta. Ošetrovatelství se však neustále vyvíjí, bez přestání se zvyšuje jeho kvalita. Nevídaný pokrok v biomedicínských vědách a rychlé využití jeho výsledků v praxi má za následek narůstání nedostatků v nezištné péči, vytrácí se lidskost, zužuje se prostor pro samotnou ošetrovatelskou péči, pro psychologickou či duchovní podporu, pro pacienta tolik potřebnou. Přímý, lidský dotyk bývá často nahrazován dotykem technickými pomůckami. Fyzický kontakt je také velmi významným prvkem v neverbální komunikaci. Přesto, že je dotyk v péči o pacienty velmi důležitý, je mu věnována jen okrajová pozornost.

Důvodem volby tématu a zpracování této diplomové práce byl můj zájem o danou problematiku. Jako sestra pracující v domově pro seniory pracuji často s dotykem, který vyjadřuje účast, pochopení, respekt a uklidnění. Proto mne velmi zajímalo, jak pacienti v současném ošetrovatelství na dotyk reagují a jak ho vnímají.

Profese všeobecné sestry je krásné avšak náročné povolání, které klade na sestru velmi vysoké nároky. Věřím, že tato práce bude pro mnohé sestry zamyšlením a uvědoměním si, jak mocným nástrojem dotyk je a využijí ho ke zkvalitnění poskytování ošetrovatelské péče, která vnímá pacienta jako holistickou bytost se svými individuálními potřebami.

1 Současný stav

1.1 Potřeby nemocného

Podle Šamánkové (2011) je lidská potřeba stav, který vzniká z pocitu nedostatku a strádání v oblasti tělesné, psychologické, sociální a duchovní. Pokud je nedostatek saturován, dochází k vyrovnání a obnovení rovnováhy organismu. Člověk je bytost s potřebami, pro jejíž existenci a rozvoj je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, zaujímá její místo další. Lidské potřeby jsou uspořádány v hierarchickém řádu podle své naléhavosti. Teprve poté, co je uspokojena nižší potřeba, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince (Trachtová, 2005).

Pacient přichází do zdravotnického zařízení z důvodu diagnostiky nebo léčby onemocnění. Přijetí k hospitalizaci je podle Zacharové (2007) určitou zárukou dodržování léčebného režimu s předpokladem aktivního zapojení pacienta do vlastního léčebného procesu. Společným zájmem všech zdravotníků i nemocného je navrácení zdraví. V době hospitalizace však dochází k působení celé řady faktorů, které znemožňují, ztěžují či narušují způsob uspokojování potřeb nemocného. Velkou roli hraje charakter a závažnost onemocnění, osobnost pacienta, jeho schopnost vyrovnat se s náročnou životní situací, předešlá zkušenost s nemocí či chování okolí. Uspokojování potřeb v době hospitalizace je ovlivněno též vývojovým stadiem člověka. Narušení vyjádření potřeb je problematické zvláště v kojeneckém a batolecím věku a dále pak u starých lidí. Podle Zacharové (2007) profesionální zdravotnický pracovník musí počítat s různými zvláštnostmi nemocných a musí je respektovat.

Podle Ptáčka (2011) hospitalizovaný pacient musí jednostranně sdílet své intimní oblasti s neznámými lidmi. Nejen s těmi, kteří ho ošetřují, vyšetřují, se zástupy studentů, ale v průběhu hospitalizace absolvuje mnoho vyšetření, je převážen na místa, kde jej pozorují cizí lidé. Toto vše může v pacientovi vyvolat pocity studu, ponížení, ztráty respektu a důstojnosti, pocity viny, že je na obtíž, nepotřebný. Vše ještě umocňuje nemocniční rutina. Ptáček (2011) dále uvádí, že v Holandsku pocity ztráty důstojnosti stojí na předních místech v žádostech o eutanazii.

Trachtová (2005) uvádí, že pro moderní ošetřovatelství je charakteristické systematické hodnocení a plánované uspokojování potřeb pacienta pomocí ošetřovatelského procesu. Sestra se zabývá člověkem jako celkem, pohlíží na pacienta

z holistického hlediska, pomáhá nemocnému uvědomit si jeho potřeby a navodit zdravý způsob jejich uspokojování (Trachtová, 2005).

Pacient se na sestru obrací v určité životní krizi a sestra musí v nemocném vzbudit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu, trpělivosti a empatie, pochopení a laskavosti. Nemocný člověk ve své nemoci může být zvýšeně citlivý, úzkostný a neúměrné projevy chování ošetrovatelského personálu, jako je profesní psychická deprivace, proti jeho osobě pro něj mohou znamenat nebezpečí poškození (Zacharová, 2007). V roli nemocničního pacienta nemocný ztrácí svou identitu, cítí se osamocen, nepotřebný pro své nejbližší. Je s ním jednáno do určité míry neosobně, proto potřebuje povzbuzení, útěchu, naději, rozptýlení, odreagování od problémů (Bártlová, 2005).

Na hospitalizovaného člověka působí též zdravotnické prostředí. Podle Bártlové (2005) se vliv prostředí nevztahuje pouze na úroveň lékařské a ošetrovatelské péče nebo na použití techniky. Prostorově zahrnuje i prostorové vybavení nemocnice, jeho estetickou úpravu, čistotu i úroveň informačního zajištění. Zdravotnické prostředí by mělo pro pacienta splňovat podmínky bezpečnosti a nehlukného prostředí. Organizace práce by měla být optimalizována, aby co nejvíce eliminovala negativní působení na nemocného. Mezi vlivy zdravotnického prostředí řadíme i intimitu při diagnostických, léčebných a ošetrovatelských výkonech (Bártlová, 2005). Respektování intimity a autonomie je jedním bodem v etickém kodexu Práv pacientů, který říká, že pacient má právo, aby v souvislosti s péčí byly brány maximální ohledy na soukromí a stud. Právem pacienta je odmítnout přítomnost osob, které se léčebného procesu přímo neúčastní (Haškovcová, 2002).

Vztahy mezi pacientem a ošetrovatelským personálem by měly být založeny na respektu a vzájemné důvěře, harmonickém jednání a chování. Péče jednotlivých členů týmu by měla tvořit jeden celek. To vše může pomoci naplnit pacientovu potřebu jistoty, bezpečí, lásky a sounáležitosti (Zacharová, 2007). S touto potřebou je úzce spojen dotyk, neboť podle Rodné (2012) má dotyk moc redukovat strach, úzkost a fyzické potíže. Dotyk je blahodárný, zvyšuje naši sebedůvěru a dává nám pocit bezpečí.

1.2 Dotyky v ošetrovateľskej péči

Haptika je termín pro taktilní (tělesný) kontakt, dotykové dráždění a stimulaci kožních smyslů. Jedná se o komunikaci bezprostředním dotykem (Křivohlavý, 1988). V péči o nemocné patří haptika ke každodenní činnosti sestry.

Haptiku v ošetrovatelství dle Kristové (2009) kategorizujeme podle druhu, lokalizace taktilního kontaktu, podle délky trvání, intenzity, zaměření, způsobu, vyžádání a podle úrovně vztahu sestra – pacient.

Podle druhu můžeme vnímat taktilní kontakt pozitivně, nebo naopak negativně. Pozitivní vyjádření taktilního kontaktu jsou jakékoliv přátelské dotyky, jako je objetí, pohlázení či položení ruky na ruku. Na pacienta mají tyto projevy haptiky posilující účinek a vytváří tak příznivé klima pro vzájemnou komunikaci. Oproti tomu negativně vnímané jsou dotyky, které vyjadřují nepřátelské emoce, jako je odstrčení, štípání, tahání či silné stačení ruky (Venglářová, 2006). Tímto neproduktivním chováním můžeme pacientovi způsobit bolest či v něm vyvolat pocity devalvace. Použití negativního dotyku vůči pacientovi v práci sestry nemá své místo (Zacharová, 2016). Sestra se však podle Vybíhalové (2010) při poskytování péče mnohdy s negativním až agresivním dotykem ze strany pacienta setkává, neboť nemoc je pro nemocného těžká životní situace, ve které zažívá stres, emocionální vypětí, pocity strachu a nespravedlnosti. Nejen na pacienta jsou kladeny vysoké nároky na adaptaci, ale zvyšují se nároky i na jeho okolí. Čím je pacient bezmocnější, tím méně chápe potíže druhých. Jak uvádí Zacharová (2016), dobrá sestra by měla zvládnout ošetrovatelskou péči i u problémových pacientů. Na zvládnání těchto situací je potřeba sociálních dovedností, znalostí prostředí, reakcí lidí a zájem o člověka. Proto je podle Vybíhalové (2010) nutné se v rámci celoživotního vzdělávání zaměřit také na účelnou komunikaci a účinnou obranu proti pacientům s agresivním chováním.

Do každodenní práce zdravotní sestry patří to, že se pacientů dotýká a velmi často narušuje jejich intimní zónu. Nejčastější dotyky podle Venglářové (2006) směřují na dlaně, hřbet ruky, ramena a hlavu. Důležité je respektovat stud a citlivost při dotýkání na intimních místech pacienta. Takové narušení by mělo probíhat jen z profesního hlediska v nezbytných situacích a vždy se souhlasem pacienta. Tyto zásahy do intimity jsou lépe snášeny, pokud jsou pacienti předem informováni a při dotýkání zároveň sdělujeme, co vykonáváme. Podle délky trvání dělíme haptický kontakt na krátkodobý, střednědobý a dlouhodobý. Za krátkodobý dotyk považujeme například

podání ruky, pohlázení. Střednědobý dotyk používá sestra, aby byla pacientovi oporou při nepříjemných a bolestivých výkonech. S dlouhodobým dotykem se setkáváme při projevech empatie, často u vážně nemocných, kdy držení za ruku pomůže potlačit strach, obavy a beznaděj (Kutnohorská, 2007; Kristová, 2009).

Zda je dotyk příjemný či nikoliv, ovlivní i intenzita taktilního kontaktu. Dotyk může být letmý, slabý až velmi intenzivní, silný.

Dotýkat se můžeme náhodně či úmyslně, přímo „z kůže na kůži“, nebo nepřímo, přes oděv pacienta. Další aspekt podle Kristové (2009) při použití taktilního kontaktu v péči o pacienty je rozdělení podle úrovně vztahu mezi sestrou a nemocným. Mluvíme-li o dotycích funkčních, profesionálních, jsou to většinou dotyky spojené s realizací ošetrovatelských výkonů. Tyto dotyky bývají neosobní, chladné, se záměrem splnění nějakého úkolu (Černý, 2012). Dotyk je nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

Na úrovni společenského vztahu sestra – pacient používáme dotyky sociální. Tyto dotyky potvrzují identitu a respektují komunikačního partnera. Charakteristickým příkladem sociálního dotyku je podání ruky. Pro poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné vytvoření určitého vztahu mezi sestrou a pacientem. Pacient vnímá sestru jako člověka, který mu poskytne oporu a porozumění v jeho nelehké situaci. Přátelský dotyk je pak výrazem empatie, laskavosti a kladného vztahu k dotýkané osobě.

Ve vztahu sestra – pacient má dotyk také úlohu ovládací, usměrňující. Dotyk pak slouží jako podpora při jednání a přesvědčování, vybízí pacienta ke vsřícnější spolupráci. Ohleduplným dotykem můžeme upoutat pozornost pacienta, který je nesoustředěný nebo ve své nemoci příliš ponořený do sebe. Kristová (2009) uvádí, že dotyky v péči můžeme rozdělit i z hlediska vyžádání. Potřeba sounáležitosti, být někomu nablízku je potřebou, která nemocí vzniká, tím více, pokud je nemocný hospitalizován. V případě, že pacient sám naznačuje a dává najevo, že chce, aby se ho sestra dotýkala, mluvíme o dotycích vyžádaných (na rozdíl od dotyků nevyžádaných, které sestra používá intuitivně, na základě vlastní schopnosti vcítit se do pocitů a jednání druhých). Dotyk podtrhuje sdílení a blízkost, je ujištěním, že nám na pacientovi záleží (Kristová, 2009; Špatenková, 2009).

1.3 Vnímání dotyku

To, že si dotyk uvědomujeme, že ho cítíme a prožíváme, způsobují v kůži rozprostřené receptory citlivé na dotyk. Kůže tvoří ucelený zevní povrch lidského těla, který představuje velkou kontaktní plochu s prostředím a zároveň tělo chrání proti jeho

nerozmanitějším vlivům. Je jedním ze zjevných nositelů naší tělesné individuality. Nepřetržitou komunikaci se zevním prostředím zprostředkovává obrovský počet receptorů, jež do mozku přináší nesmírné množství informací. Receptory, které jsou citlivé na dotyk a tlak, nazýváme mechanoreceptory (Trojan, 2003; Orel, 2010).

Mechanoreceptory se dají rozdělit podle své odpovědi na stálý podnět do dvou kategorií. První kategorií jsou mechanoreceptory, které se rychle adaptují a odpovídají salvou vzruchů jen na začátku a konci podnětu. Jde o fázické receptory hlásící změny tlaku. Druhá skupina mechanoreceptorů, tonické receptory, se adaptuje pomalu a odpovídá trvalou aktivitou po celou dobu podnětu. Tonické receptory informují spíše o intenzitě tlaku (Langmeier, 2009). Mechanorecepce umožňuje nejen vnímání dotyku a tlaku, ale také vnímání vibrací, napětí či lechtání. Jde vždy o mechanickou energii, která v různém rozsahu deformuje kůži. Některé buňky citlivé na dotyk lze podráždit i nejlehčím dotykem, jiné až po stisknutí velkou silou. Mechanoreceptory registrují dotyk a vysílají signály do somatosenzorické oblasti kůry mozkové, která analyzuje hmatové vjemy (Mourek, 2005).

Informace z kožních čidel se při svém přenosu do korového centra v temenním laloku kříží. Proto se dotykové informace z levé poloviny těla dostávají do pravé mozkové hemisféry a naopak (Orel, 2009). Výsledkem analýzy podle Nevolové (2015) není jen přesný pocit dotyku, ale celá řada informací, jako je tvar objektů, tvrdost nebo poddajnost, teplota, vlhkost, pocit bolesti a mnoho dalších sdělení. Vjemy, které jsou vyvolány podrážděním smyslových sensorů těla, musí somatosenzorická kůra integrovat se signály sousedních receptorů do prostorového vzorce a koordinovat ho s hmatovou motorikou (Silbernagl, 2004).

Rozdíly ve vnímání a v přijímání dotyků se vyskytují nejen mezi různými společnostmi, ale i uvnitř nich. Na individualitě vnímání fyzického kontaktu se podílí i proces socializace, osobnost, vzdělání, přesvědčení, náboženské vyznání. Rozdíly mohou být velmi odlišné i mezi členy stejné komunity (Raniszevska-Wyrwa, 2014).

1.4 Dotyky – součást neverbální komunikace

Janáčková (2008) ve své knize uvádí, že proces vcítění a porozumění je vyjádřen převážně neverbálně. Projevem zájmu a touhy po sblížení je dotyk, přiblížení, naklonění.

Člověk v komunikaci (Jiřincová, 2010) používá dvě vzájemně propojené signalizační složky, verbální a neverbální. Ale pouze nepatrný podíl předávaných

informací je obsažen ve slovech. Proto zásadní význam pro komunikaci má to, co je ukryto za slovy. Přesto je význam řeči těla stále podceňován. Přitom jde o komunikaci vývojově starší, než je komunikace pomocí slov. Je spontánnější, jednoznačnější a upřímnější (Plamínek, 2008). Podle Venglářové (2006) jsou neverbální projevy společným světovým jazykem, který má však také svá nářečí a specifika. Janáčková (2008) uvádí, že mimoslovně sdělujeme emoce, pocity, nálady, afekty, naznačujeme zájem či nezájem, podporujeme kouzlo prvního dojmu. Mimoslovní komunikaci doplňujeme, zdůrazňujeme, regulujeme či dokonce nahrazujeme tu slovní. Pokud není verbální projev v souladu s neverbálním, je podle Jiřincové (2010) pětkrát větší pravděpodobnost, že uvěříme těm neverbálním signálům. Podle Kristové (2009) si některé neverbální projevy uvědomujeme a můžeme je použít cíleně. Některé si uvědomíme, avšak ovlivnit je nedokážeme, a existují také projevy, které si ani neuvědomujeme. Je na sestře, aby chápala význam řeči lidského těla a uměla naslouchat těmto projevům, aby s nimi uměla pracovat a nenechala se zmást jedním znakem, vždyť každý, kdo se směje, nemusí být šťastný (Janáčková, 2008). Podle Van Dongen (2010) má neverbální komunikace nezastupitelnou úlohu v péči o staré a chronicky nemocné, kteří v důsledku svých nemocí, psychických poruch a projevů stáří mají snížené komunikační schopnosti.

Jedním ze základních projevů neverbální komunikace je dotyk. Je to prvek, který komunikuje prostřednictvím tělesného kontaktu, při kterém dochází k dotykovému dráždění a stimulaci smyslů uložených v kůži (Černý, 2012). Tělesný kontakt zahrnuje příjem zpráv o působení tlaku, tepla, chladu, bolesti a vibrací (Křivohlavý, 1988). Stejně jako ostatní složky neverbální komunikace ovlivňuje i dotyk nezanedbatelným způsobem proces výměny informací. Neverbální komunikace má pro pacienta spíše subjektivizující význam. V ošetrovatelské péči však zaujímá zásadní roli v sociální interakci sestra – pacient. Sestra většinu svého pracovního času tráví s pacienty a svým přístupem u nich podtrhuje důvěru v léčebný proces. Proto sesterské povolání klade vysoké nároky na komunikační schopnosti a dovednosti, které je však nutné v rámci celoživotního vzdělávání neustále rozvíjet (Venglářová, 2006).

Podle Venglářové (2006) sestra s pacienty komunikuje ve třech rovinách. V sociální rovině se uskutečňuje běžný rozhovor s pacientem, který je ve své nemoci v této rovině komunikačních možností značně omezen. Taková komunikace probíhá neplánovaně, neřízeně a přispívá k upevnění důvěry mezi sestrou a pacientem. Komunikace v sociální rovině probíhá například při úpravě lůžka či vyplňuje volnější

okamžiky v denním režimu pacienta a sestry. Na úrovni specifické komunikace pak sdělujeme důležitá fakta vztahující se k samotné léčbě. Informujeme o vyšetřovacích metodách, způsobu léčby a zásadách správné životosprávy, a tak ovlivňujeme chování a jednání pacienta v léčebném procesu (Venglářová, 2006; Juřeníková, 2010). Poslední komunikační rovina je terapeutická. Na této úrovni sestra pacientovi vyjadřuje svou oporu, pomoc a empatii v těžkých životních situacích.

1.5 Místa dotyku

Tegze (2003) uvádí, že ne všechna místa pro dotyk na těle jsou člověkem vnímána stejně. Některá místa na těle vykazují vyšší hustotu nervových zakončení, a proto bude vnímání a účinek dotyku intenzivnější. Naopak dotyky na místech s nižší hustotou budou vnímány s mírnějším prožitkem. Mapu míry citlivosti lidského těla představuje člověk, který má velký obličej, obrovský jazyk, malé tělo a mohutné ruce. Podle Orela (2009) jsou nejcitlivějšími oblastmi vnímání rty, jazyk, konečky prstů rukou a zevní genitál.

O tom, zda bude dotyk vnímán příjemně, neutrálně či nepříjemně, vypovídají dotyková pásma. Juřeníková (2010) se ve své knize zmiňuje o třech pásmech. První je pásmo sociální, společenské, pro které je nejčastějším dotykem oblast ruky. Pásmo osobní, přátelské zahrnuje kromě dotyku na rukou i dotyky na pažích, ramenou a pohlazení po hlavě. Podle Routasalo (1996) jsou místa, která nutně nevyžadují svolení a pacientem jsou vnímána jako nejméně citlivá a pro dotyk vhodná, v oblasti zad, ruce, paže a ramena. Posledním dotykovým pásmem je dotyk na intimních částech lidského těla. Tegze (2003) uvádí, že jde o sekundární pohlavní znaky a obličej. Tato zóna však zahrnuje podle Juřeníkové (2010) v podstatě neomezené dotyky po celém těle.

Dotyková pásma se ale individuálně liší. Přirozené rozdíly jsou nejen mezi kulturami, ale i mezi pohlavími. Velká kongruence pak nastává v oblasti pohlavních orgánů (Tegze, 2003).

Sestra se při výkonu svého povolání velmi často dotýká pacientů na intimních místech, proto by podle Juřeníkové (2010) měla být ohleduplná a taktní, vstupovat pouze za nevyhnutelných okolností a zvolit přiměřenou dobu a intenzitu dotyku.

1.6 Dotyky – součást vyšetření

Ayers (2015) uvádí, že dotyky jsou nedílnou součástí všech klinických vyšetření a ošetrovatelských činností, od těch základních až po vysoce specializované. Jedná se

o profesionální dotyky, které většina nemocných akceptuje a přijímá pozitivně, neboť tyto dotyky ze strany odborníků mají pacienti spojené s pochopením svých problémů v nemoci a s lepšími výsledky léčení.

Fyzikální vyšetření je podle Nejedlé (2006) základní postup, bez kterého se v péči o nemocného neobejdeme. Je to vyšetření, při kterém si vystačíme prakticky bez pomůcek. Vše zjišťujeme pomocí našich smyslů. Stačí se umět dívat, hmatat, slyšet a cítit. Pohled a pohmat patří již od nepaměti k základním vyšetřovacím metodám. Poslech a poklep se při vyšetřování nemocných začal používat až na počátku 19. století.

Aby byly dotyky vnímány pacientem pozitivně, musí mít podle Ayers (2015) terapeutické setkání jasně dané hranice. Dotyk musí být přiměřený s ohledem na citlivost pacienta. Při použití dotyku musí být respektovány dané okolnosti, jako je například věk, pohlaví, kultura, prostředí a situace. Každý pacient má svou pomyslnou hranici, jejíž překročení může způsobit nelibé pocity, proto je na zdravotníkovi, aby jednal vždy v souladu s kodexy profesního jednání. Pro nemocného je důležité, aby ostatní respektovali jeho autonomii a přispívali tak k pocitu, že může fyzický kontakt ovládat. Ayers (2015) uvádí, že dotyk musí být vždy ku prospěchu pacienta, nikoliv terapeuta. Korektní průběh tělesných vyšetření přispívá ke správné dynamice spolupráce s nemocným.

Vyšetření pohmatem provádíme prsty nebo rukama, proto je podle Špinara (2013) vhodné, aby ruce vyšetřujícího byly suché a teplé s ostříhanými nehty. V opačném případě by mohl dotyk vyvolat nežádoucí reflexní napětí svalů. Palpace neboli vyšetření pohmatem by měla být co nejšetrnější. Jako před každým vyšetřením, i zde je na místě požádat pacienta o svolení a předem vysvětlit účel a charakter vyšetření.

Pro získání důvěry pacienta v průběhu tělesného vyšetření zdravotník mluví klidně, vlídně a ptá se na možné pacientovy obavy. Průběžně vysvětluje, avšak je nutné se zdržet všech hodnocení. V komunikaci s pacientem je třeba dbát o to, aby verbální komunikace byla v souladu s řečí těla vyšetřujícího. Během vyšetření zdravotník sleduje nonverbální projevy pacienta a případné známky nevole a neklidu a dále samozřejmě respektuje cudnost a důstojnost (Ayers, 2015).

1.7 Dotyk v multikulturním ošetřovatelství

V České republice trvale roste počet cizinců s pestrým národnostním složením. Tím však stoupá také počet cizinců, kteří na našem území potřebují vyhledat lékařské ošetření. Zacharová (2007) uvádí, že důležitým přístupem pro sestru v poskytování

ošetřovatelské péče je universalismus, který předpokládá, že sestra bude připravena poskytovat péči všem nemocným bez rozdílu rasy, náboženství, nemocným s odlišnými názory a životními hodnotami, aniž by někoho upřednostňovala. Sestra musí být na tuto situaci připravena a mít patřičné znalosti v oblasti multikulturního ošetřovatelství, být vnímavá, chápavá, tolerantní a respektovat osobní i kulturní diverzitu pacientů (Kutnohorská, 2013).

Základní doménou v multikulturním ošetřovatelství je najít vhodný způsob komunikování, neboť každé etnikum, rasa či národ má své komunikační odlišnosti. Snad největší kulturní rozdíly v oblasti neverbální komunikace najdeme podle Kutnohorské (2013) v souvislosti s osobní vzdáleností, očním kontaktem a v neposlední řadě s četností dotyků. Některé neverbální komunikační projevy však mohou být pro pacienty z různých kultur univerzální, projevující se podobným způsobem, jako je radost, smutek, projevy studu, hněvu (Špirudová, 2004).

Neverbálním projevům by měla sestra věnovat zvýšenou pozornost, neboť v nemocničním prostředí jsou cizinci neobyčejně citliví a mnohdy nevěnují slovům až takovou pozornost jako svým pocitům při setkávání se zdravotníky.

Příslušníci ukrajinské národnosti nemají v nonverbální komunikaci výrazná specifika. Mužští pacienti nemusí respektovat autoritu sestry, neboť ukrajinská společnost je výrazně maskulinní. Muži kladou velký důraz na svou důstojnost a jako projev úcty si při setkání muži podávají ruce. Ženy může muž ukrajinské národnosti během pozdravu ignorovat, při méně formálních příležitostech je líbá na tvář. Totéž dělají i ženy mezi sebou navzájem (Špirudová, 2004).

Ošetřování romských pacientů bývá pro pracovníky po psychické stránce velice náročné. Romové bývají vůči sestře nedůvěřiví, mají schopnost se velmi rychle vcítit do pocitů druhého a rozpoznat prožívání komunikačního partnera. Pro získání důvěry mezi romským pacientem a sestrou je proto důležité, aby verbální projev byl v kongruenci s neverbálními projevy jejich komunikace. Romové jsou schopni zpracovat v komunikaci více než 95% neverbálních projevů (Ivanová, 2005; Tóthová, 2012). Ve výchově Romů je kladen důraz na dotyky a méně často je výchova zaměřena na verbální projevy. Členové rodiny jsou v každodenním úzkém tělesném kontaktu, a tak si často rozumí i beze slov. Pro Romy je charakteristické rozdílné vnímání osobního prostoru, které je menší než u většiny národností či etnik (Tóthová, 2012). Ivanová (2005) uvádí, že u romských pacientů se při poskytování ošetřovatelské péče nemáme bát blízkosti ani dotyku.

Naopak v islámské kultuře je celkově tělesný kontakt mezi cizími muži a ženami zapovězený. To platí zvláště u ortodoxních muslimů. Pro naši kulturu je obvyklé při setkávání či loučení podání ruky, někteří muslimové podání ruky odmítají a mají ruce založené za zády, jiní si kladou ruku na srdce. Můžeme se setkat i se situací, kdy islámská žena podanou ruku neodmítne, ale ruku si zahalí kusem látky, aby se vyhnula přímému dotyku (Kutnohorská, 2013). Podle Kutnohorské (2013) jsou problematická i gesta a dotyky útěchy, jako je držení za ruku, hlazení po čele zejména u osob opačného pohlaví. Samozřejmě v ošetrovatelské péči se sestra dotykům nevyhne, ale měli bychom respektovat určitá specifika ošetřování pacientů islámské kultury. U muslimského pacienta je u mužů tabu oblast mezi pupkem a koleny. Preferuje se vyšetření a ošetřování personálem téhož pohlaví. U ženy jsou zapovězené tělesné oblasti od krku až po kolena. Péče o ženy ze strany muže – lékaře je v muslimské kultuře zakázána. Pokud není možné vyšetření lékařkou – ženou, musí být požádán manžel ženy o svolení a vyšetření probíhá v jeho přítomnosti. V péči se chováme zdvořile a zdrženlivě (Velkoborská, 2009; Tóthová, 2012).

Ve vietnamské kultuře je dotyk výsadou, kterou používají rodiče vůči svým dětem. Dotýkat se mezi přáteli a známými může být pro Vietnamce přijatelné, avšak dotyky mezi milenci na veřejných místech jsou pro tuto kulturu neakceptovatelné. Hlava je pro Vietnamce posvátná, dotyk či pohazení je chápáno jako projev neúcty či přehnané důvěry. Neměli bychom hladit ani malé děti (Tóthová, 2010; Kutnohorská, 2013). Pro Vietnamce je nevhodné, aby se muž dotýkal cizí ženy. Vietnamci jsou velmi stydliví, proto, je-li to možné, upřednostňují péči od personálu téhož pohlaví. Při setkání či loučení se podané ruce nevyhýbají, při podání druhá ruka přikryje a stiskne podávané ruce (Kutnohorská, 2013).

To Číňané se většinou na znamení pozdravu pouze ukloní nebo přikývnu. Ačkoliv vám může být nabídnuta i ruka, je třeba vyčkat na Číňana, aby vám sám ruku nabídl. Pokud ruku nabídnou, je běžné, že se Číňané dotknou partnera při představování jenom špičkami prstů. Proto pro ně může být velmi pevný stisk nepříjemný a může působit až agresivně (Špirudová, 2004).

Pro pacienta ruské národnosti může být tradičním projevem přátelství vzetí něčího obličejce do dlaní. Rusové dotyk neodmítají, dokonce mohou považovat za projev nepřátelství, pokud se dotyku budete vyhýbat. Japonského pacienta se, pokud možno, nikdy nedotýkejte, protože Japonci chápou tělesný dotyk jako intimní projev. Na

veřejnosti prakticky nevidíte projevy soukromých citů. Podání ruky je „nejaponské“, ale je možné.

V Evropě jsou dotyky méně časté u Angličanů, Němců, Finů nebo Lotyšů, oproti jižním národům, jako jsou Španělé, Francouzi nebo Italové, kteří se naopak dotýkají často a rádi (Špirudová, 2004).

Špirudová (2004) doporučuje použít metakomunikaci, pokud se dostaneme do situace, která může být pro jednoho partnera v komunikaci nepříjemná. Partner se vyjádří k nepochopené situaci milým, humorným způsobem, a tím předejde kritickému ohodnocení situace, případně i interkulturnímu konfliktu.

1.8 Dotyk v konceptu bazální stimulace

Se silou dotyku pracuje i vědecký pedagogicko-ošetřovatelský koncept bazální stimulace. Pracuje s dotyky v technikách polohování, v somatické stimulaci tělesného schématu, v podpoře a stimulaci dýchání, v pomoci při pohybu a změnách polohy. Sice s dotykem pracuje, ale dotykovou terapií ho nazývat nelze. Hlavním objektem péče v tomto konceptu pro terapeutů, pedagogy i ošetřující je tělo klienta s porušeným kvalitativním či kvantitativním vnímáním, tělo klienta, jenž se nachází v těžké životní situaci a který není z důvodu svého postižení, úrazu či nemoci schopen vykonávat základní aktivity běžného života. Pokud je člověk zdravý, je v neustálé interakci se sebou a okolním světem prostřednictvím různých forem dotyků, ale při deficitu je tato komunikace eliminována (Friedlová, 2015).

Koncept bazální stimulace podporuje lidské vnímání v té nezákladnější rovině. Stimulace, jejímž záměrem je stimulace kožního percepčního orgánu a navázání somatického dialogu, je nazývána stimulací somatickou. Pacientovi je prostřednictvím somatické stimulace umožněno vnímání vlastního těla a uvědomění si sebe sama. Somatická stimulace může být aplikována formou koupele nebo je prováděna na sucho, přičemž můžeme pracovat pouze rukama nebo si na ruce navlékneme ponožky či žínky. Pacienta se můžeme dotýkat přes oděv nebo přímo na kůži za použití krémů a olejů. Formu somatické stimulace volíme podle toho, čeho chceme u nemocného dosáhnout.

Jak bude stimulace hodnotná a účinná, záleží zejména na kvalitě dotyku. Dotyky pečujících by měly být zřetelné, promyšlené, klidné a provedené celou plochou ruky, s určitým konstantním tlakem, který individualizujeme dle stavu a věku klienta. Nečekané a chaotické dotyky mohou u klienta vyvolat pocity nejistoty a strachu.

Nevhodné jsou i dotyky letmé, velmi krátkodobé a uspěchané (Kapounová, 2007; Friedlová, 2015).

1.8.1 Iniciální dotyk

Jak uvádí Friedlová (2015), jednou z forem somatického dialogu je iniciální dotyk. Je to nonverbální signál, který napomáhá nemocným uvědomit si naši přítomnost, když k němu přistupujeme, abychom vykonali jakoukoliv činnost. Pokud bychom přistupovali nečekaně bez zřejmého začátku a ukončení, může to u takto nemocných vyvolat pocity nejistoty, strachu, projevující se velkou změnou ve vitálních funkcích. V opačném případě se jen lehce zvýší akce srdce jako odpověď na náš dotyk. Lokalita iniciálního dotyku je zvolena na základě senzobiografické anamnézy. Mezi vhodná místa patří rameno, paže nebo ruka. Dotyk musí směřovat stále k témuž místu a měl by být doprovázen stejným oslovením. Osvědčila se informační tabulka s lokalizací dotyku a oslovením nemocného. Všichni členové ošetřovatelského týmu tento dotyk a oslovení musí používat. Tímto „malým dotykovým obřadem“ velmi pomáháme nemocnému zorientovat se v situaci (Šamánková, 2011; Kapounová, 2007).

1.8.2 Somatická stimulace zklidňující

Podle Friedlové (2015) zklidňující stimulací navozujeme nemocnému celkové tělesné uvolnění, které přispívá ke zmírnění neklidu, stavů zmatenosti, úzkosti, pomáhá nemocnému oprostít se od vnímání bolesti a nepříjemných zážitků. Pokud bude somatická stimulace prvkem v celkové hygieně nemocného, teplota vody by se měla pohybovat mezi 37–40⁰C. Na těle pracujeme oběma rukama a se zásadou symetrie. S tělem nemocného nikdy neztrácíme kontakt, a proto se ho vždy alespoň jedna ruka dotýká. Klidná atmosféra bez rušivých elementů a co nejmenší počet přítomných přispívají k příznivému průběhu somatické stimulace. Zklidňující stimulaci provádíme pouze v jednom směru, a to po chlupu. Ten je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje jeho pohyb a vysílá jasnou informaci do mozku, což způsobí uvolnění a zklidnění. V průběhu celé stimulace jednotlivých částí těla dotyk našich rukou doplňujeme verbální komunikací. Stimulace má daný scénář. Začínáme obličejem, pokračujeme hrudníkem, horními končetinami, následují dolní končetiny a záda. Na končetinách dodržujeme vždy směr po chlupu a na trupu postupujeme od středu do stran. Každý člověk vnímá jinak své dotykové zóny, proto po celou dobu stimulace sledujeme reakce nemocného na náš dotyk a adekvátně na ně reagujeme. Somatická

stimulace nemusí být aplikována na celé tělo, můžeme ji použít pouze jako částečnou. Jedním příkladem je vertikalizace nemocného, kdy stimulujeme vnímání dolních končetin (Friedlová, 2007).

1.8.3 Somatická stimulace povzbuzující

Povzbuzující stimulací podporujeme vnímání a pozornost pacienta. Stimulace probouzí smysly, aktivuje a připravuje pacienta na následné působení terapeuta. Pokud je spojena s celkovou hygienou, použijeme teplotu vody o 10⁰C nižší, než je teplota těla. Stimulaci vedeme směrem proti chlupu, ta je velmi silně vnímána a poskytuje intenzivní kožní stimulaci. Postupujeme stejně jako u stimulace zklidňující, ale směr stimulace na trupu dodržujeme od hranic trupu k páteři a na končetinách vždy směr proti růstu chlupů (Friedlová, 2015).

1.8.4 Neurofyziologická stimulace

Tato stimulace umožňuje pacientům s poruchami čítí a hybnosti vnímat znovu postiženou stranu a podpořit tak návrat pohybových schopností. Neurofyziologická stimulace má své využití u pacientů s hemiplegií či hemiparézou způsobenou poškozením centrálního nervového systému. Předpokladem pro tuto stimulaci je zachované čítí na nepostižené straně těla, aby mohl pacient integrovat postiženou část těla do svého tělesného schématu. Během stimulace je ze strany pacienta potřebná zraková kontrola stimulovaných částí těla i zapojení sluchových vjemů. Neurofyziologická stimulace obnovuje v paměti uložené vzpomínky z vlastního těla.

Při ošetřovatelských činnostech a návštěvách přistupujeme z postižené strany těla. Noční stolek či televizor umístíme z téže strany, aby byl pacient nucen otočit na postiženou stranu hlavu či sáhnout zdravou rukou přes postiženou. To mu umožní postiženou stranu cítit a vnímat. Pokud terapeut dopomáhá a vede postiženou ruku nemocného, mluvíme o stimulaci asistované (Friedlová, 2007).

1.9 Masáže

Tischer (2008) uvádí, že hmat je nejméně vědomě vnímaným smyslem, ale právě masáží je hmat cíleně oslovován. Masáž chápeme jako soubor uspořádaných hmatů, které upevňují tělesné a duševní zdraví a vedou k léčení či doléčení některých chorobných a pórázových stavů. V různých kulturách se používá již po dlouhá tisíciletí. Dnešní doba nabízí velmi širokou nabídku masáží, které pracují se silou

dotyku. Pracovním nástrojem terapeuta jsou jeho ruce, skrze které vnímá, jak se člověk cítí, jak je uvolněný, jak přijímá dotyk. Sedmík (2008) ve své knize uvádí, že tajemství úspěšného terapeuta spočívá v umění empatie a citlivosti při použití dotyku, v umění, kdy, kam a jak přiložit své ruce. Sedmík (2008) popisuje sedm základních masérských hmatů. Jedním z hmatů je tření, které působí nej povrchněji. Mechanickým tlakem dochází k prokrvení kůže a podkoží. Vytírání a roztírání je podobné tření, avšak je prováděno pod větším tlakem, proto působí do větší hloubky. Ovlivňuje svaly, šlachy, mezikostní prostory, dlaně a plosky nohou. Masérský hmat, který působí nejhlouběji a masáž je pak nejúčinnější, je hnětení. Hnětením působíme nejen na kůži, podkoží, svaly, ale i žilní a mízní oběh. Tepáním nazýváme rytmické a stejným tlakem prováděné nárazy rukou maséra. Tepání se zahajuje pomaleji a s menší razancí, postupně se zvyšuje frekvence a intenzita. Další skupinou masážních hmatů je chvění, které vyžaduje naprosto uvolněné svalstvo. Jde o vibrační pohyb masérových rukou. K celkovému uvolnění pak slouží hmaty nazývané pasivní pohyby v jednom kloubu nebo pohyby ve více kloubech. Posledním základním masérským hmatem je závěrečné tření, které je prováděno stejným způsobem jako úvodní tření. Cílem závěrečného tření je relaxace pacienta (Sedmík, 2008; Tesař, 2015).

Aby byla masáž účinná, musí být zachován správný směr a sled masážních hmatů. Při použití hmatů musí být zachováno pravidlo dostředivého směru, směru k srdci. Podle Tesaře (2015) je důležité zvládnout nejen správný postup při masáži, ale je nezbytné vnímat pocity masírovaného a věřit své práci a tomu, že masáž lidem pomůže.

1.10 Klokánkování

Hmat je důležitý smysl všech živočichů, který se rozvíjí dříve než všechny ostatní smysly. Dotyková komunikace je tak patrně nejprimitivnější forma neverbální komunikace. Vždyť dotykové podněty jsou vnímány dokonce v děloze. Dotyk a dotýkání se jsou důležité potřeby pro rozvoj osobnosti člověka, jeho chování, prožívání i tělesný vývoj (Devito, 2008). Jedinečnosti dotyku využívá metoda klokánkování. Jde o způsob péče o předčasně narozené děti nebo děti s nízkou porodní hmotností. Předčasné narození dítěte je pro rodiče velmi náročná situace, na kterou nejsou připraveni. Zažívají pocity beznaděje a strachu. Rodiče mají velkou touhu svému děťátku pomoci a klokánkování podporuje jejich rodičovské kompetence. Malý novorozenec je položen nahý mezi prsy matky a upevněn pruhem látky tak, aby byl matce umožněn neomezený pohyb. Matčino tělo je využíváno jako přirozený inkubátor

(Langmeier, 2006). V těsném tělesném dotyku, kdy dítě vnímá matčino teplo, tlukot srdce a její dech, se cítí v bezpečí a jistotě. Psychická pohoda dítěte přispívá ke zdolávání jeho tělesných potíží (Sikorová, 2011).

1.11 Podání ruky

V neverbální komunikaci má ruka nezastupitelné místo. Registruje fyzické vzdálenosti, informuje nás o pocitech z dotyků, rukou rozpoznáváme kvalitu všeho, čeho se dotkneme. Poznáme, zda je něco studené či horké, jemné či hrubé, hladké či drsné, oblé či hranaté. Ruka také prozrazuje naše hnutí mysli a citové rozpoložení. Rukou můžeme hladit, laskat, uhodit či můžeme ruku použít k prostému kontaktu, jakým je podání ruky (Linhartová, 2007).

Podle Pokorné (2008) je podávání rukou přirozenou součástí lidské komunikace, kterou jsme si zvykli v naší kultuře používat velmi často. Kdysi podání ruky znamenalo čestné slovo stvrzení obchodu a dobré úmysly. Z podání ruky se dnes stal rituál, společenské gesto, formalizovaný dotyk používaný při setkávání a při loučení. V naší společnosti má daná pravidla. Jako první podává ruku žena muži, starší mladšímu, nadřízený podřízenému, lékař pacientovi. V případě opačného postupu to může být chápáno jako dotěrnost až drzost. Účinek dotyku podané ruky, aniž si to přejeme a mnohdy si to ani neuvědomujeme, je součástí prvního dojmu (Linhartová, 2007). Podle Venglářové (2006) podání ruky není jen projev zdvořilosti, ale ve stisku ruky se projeví i postoj k tomu, komu je podání ruky určeno. Může jít o postoj rovnosti, dominance či submisivity.

Rituál podání ruky patří k prvnímu kontaktu s pacientem. Ruka je pro zdravotníka důležitým sběračem informací nejen o povaze, ale především o fyzickém i duševním stavu pacienta (Linhartová, 2007). Ruce pacienta a zdravotníka by se měly setkat v horizontální poloze, která vyjadřuje rovnocennost. Délka stisku stačí přibližně pět sekund, stisk ruky má být přiměřený, tak, aby byl vnímán. Příliš silný stisk vyjadřuje dominanci, bezohlednost a pocit nadřazenosti. Někdy se však za silným stiskem může skrývat i pocit nejistoty. Naopak příliš slabý stisk při podání vyjadřuje nejistotu, obavy a nechuť ke komunikaci. Ve vztahu zdravotník – pacient není vhodné dlouhé potřásání rukou. Ruka, kterou nabídneme k podání, by měla být teplá a suchá. Je žádoucí podání doprovázet očním kontaktem, popřípadě mírným úsměvem. Nepodceňujeme způsob podání ruky, ač se jeví jako nevýznamné gesto. Pevný stisk, pozdrav a milý úsměv

navozují partnerský vztah pro další vzájemnou spolupráci, tak důležitou v holistickém přístupu k pacientovi (Venglářová, 2006, Pokorná, 2008).

1.12 Negativně vnímané dotyky

Zacharová (2007) uvádí, že tělesný kontakt a dotyky při setkávání s pacienty jsou součástí každodenní činnosti zdravotníků, ale ne vždy jsou oběma stranami vnímány a přijímány kladně. Někteří nemocní pociťují dotykovou deprivaci a po dotyku lační, jiní jsou naopak nadměrně úzkostní a dotyky jsou jim nepříjemné. Tak jako máme sklon dotýkat se druhých a umožňovat jim, aby se mohli dotýkat oni nás, máme také tendence se dotykům některých lidí nebo dotykům v některých situacích vyhýbat (Devito, 2008).

Nevolová (2015) uvádí, že tělesný kontakt doprovází silné pocity a prožitky. Pokud se nás dotkne někdo cizí, v našem mozku se spustí obranné mechanismy jako reakce na vývojem danou potřebu ubránit se možnému nepříteli.

V současné uspěchané době, kdy vzájemná komunikace probíhá stále více prostřednictvím elektronických zařízení, se blízkost a dotyky vytrácejí. Na dotyky směřované k nám jsme si vybudovali zvláštní reakce. Ale svým způsobem po kontaktu toužíme a jsme postiženi dotykovou deprivací. Lidé moderní doby jsou citově labilní, vnitřně nejistí, nespokojení, napjatí a podráždění. Neprožívají pocity štěstí. Avšak naše nevědomá potřeba dotyku se hlásí o své slovo. Vzkvétají služby, ve kterých se s dotykem pracuje, jako jsou masáže, osobní trenéři i kadeřníci. Lidé si pořizují kočky a psy. Hlazením domácích mazlíčků vyjadřují silnou potřebu dotyku (Nevolová, 2015; Rodná, 2012).

Devito (2008) ve své knize tvrdí, že pokud mají lidé strach a obavy z ústní komunikace s druhými, budou se ve velké míře obávat i dotyků. V tom, jak dotyky přijímáme, existují přirozené rozdíly. Jistě zde velkou úlohu hraje věk a pohlaví člověka. Podle Devita (2008) starší lidé snášejí dotyky s osobami opačného pohlaví neliběji než lidé mladší. Dotykům od druhých stejného pohlaví se muži vyhýbají více než ženy, ale s opačným pohlavím dotyky vyhledávají muži více než ženy. Ženy jsou k dotykům minimálně desetkrát citlivější než muži (Vymětal, 2008).

Raniszewska-Wyrwa (2014) uvádí ve své publikaci tři druhy negativního dotyku, které může zdravotník vůči pacientovi použít. Prvním je dotyk nepřátelský až agresivní za použití fyzického násilí. Nepřátelský dotyk může být důsledkem profesní deformace. Sestra je ve svém povolání v neustálém, náročném a intenzivním kontaktu s pacienty. Dle Green (2013) řeší sestra otázky života a smrti, je přítomna lidskému utrpení,

prožívá dojemné emoce a zvažuje etické problémy práce. Je od ní vyžadována profesní komunikace. Mimořádné nároky na komunikaci s pacienty představují mimořádnou zátěž pro její psychiku. Všechny tyto situace mají větší dopad na ošetřovatelské vyhoření. Pokud není syndrom vyhoření včas zpozorován, mohou podle Venglářové (2011) tyto situace přerůst až v profesní deformaci. Ta se projevuje citovou otrlostí, cynismem, nedostatkem respektu a lhostejností k problémům nemocného. Podle Green (2013) nemůžeme v péči opominout antropologickou realitu a omezit dotýkání, ale bylo by užitečné jasněji zařadit do školních osnov význam dotyku v ošetřovatelské interakci, naučit budoucí sestry poskytovat uklidňující a podporující péči, poskytnout jim dostatek času pro sebereflexi, odpočinek a umožnit jim další vzdělávání související s významem dotyku v ošetřovatelské péči. Podle Routasalo (1996) je však nesmírně složité dotykům porozumět a umět správně dotyk v péči používat, neboť pro jeho aplikaci existuje v práci sestry mnoho proměnných.

Druhý způsob nežádoucího a nehodného dotyku je takový fyzický kontakt, s nímž dotýkaný nesouhlasí. Pacient může být na základě nějakého zážitku z dětství silně omezen v komunikaci dotykem nebo má s dotykem nepříjemné zkušenosti, a proto u něj dotyk může vyvolat nežádoucí reakce. Posledním typem negativního dotyku jsou podle Raniszewska-Wyrwa (2014) dotyky erotické, s cílem sexuálního sblížení. Všechny tyto dotyky jsou neetickým a závažným porušením vztahu mezi zdravotníkem a pacientem a mají negativní vliv na psychický stav a pohodu pacienta.

V Číně proběhlo výzkumné šetření (Nan Lu, 2014), které zjišťovalo postoje pacientů k intimnímu dotyku v průběhu poskytování ošetřovatelské péče. Většina pacientů se shoduje, že dávají přednost péči poskytované profesionální sestrou než péči poskytované studentem ošetřovatelství. Sice chápou, že se studenti činností péče někde naučit musí, ale sami pro ně nechtějí být objektem péče. Pokud péči poskytuje profesionální sestra, cítí se pohodlněji a v bezpečí (Nan Lu, 2014).

Rizikem pro přijímání a vnímání dotyku může být zdravotnický personál opačného pohlaví, než je pacient. Podle Juliff (2016) je ošetřovatelské povolání stále ještě považováno za ženskou profesi. I když mužů v ošetřovatelství pomalu přibývá, je pro širokou veřejnost stále obtížné muže v této roli přijmout. Muži tuto profesní dráhu podstupují s vědomím vytvořeného stereotypu v ošetřovatelství. Juliff (2016) dále uvádí, že se muži v ošetřovatelství setkávají s předsudky o své sexuální orientaci a často je jim nepříjemné hovořit o svém povolání i před známými. Gleeson (2009) uvádí, že mužští ošetřovatelé mají obavy dotýkat se žen, aby dotyk nebyl pacientkami mylně

interpretován jako dotyk se sexuální podtextem. Aby se chránili, používají dotyk v intimních oblastech minimálně, obezřetně a raději v přítomnosti druhých. Podle Nan Lu (2014) pacienti, jak ženy, tak muži, lépe přijímají dotyky na intimních místech od ženy než od muže.

Pacient může negativně vnímat i dotyk sestry, která pracuje v rukavicích. Ruce jsou pro sestru pracovním nástrojem, a proto musí k péči o ně přistupovat zodpovědně. Rukavice jsou nejen nutnou ochrannou pomůckou, která snižuje riziko přenosu mikroflóry, ale částečně chrání ruce i před agresivními účinky dezinfekčních přípravků (Wichsová, 2013). Rukavice však musíme nasazovat s rozvahou a pouze tehdy, pokud je to nutné. Jsou situace, kdy se bez rukavic neobejdeme, ale v péči o pacienta existuje spousta ošetrovatelských výkonů, kdy není zapotřebí si rukavice nasazovat. Patří k nim měření fyziologických funkcí, aplikace intramuskulárních a subkutánních injekcí, koupání pacienta, péče o oči a uši nebo transport pacienta. Ve všech těchto případech nesmí být riziko potřísnění krví, tělními tekutinami a sekrety (Workman, 2006; Wichsová, 2013). Podle Green (2013) ale použití rukavic zásadně nemění dotykový pocit a vnímání, neboť povahu hmatového vjemu určuje spíše umístění, doba trvání dotyku a další specifika. Uvádí, že v současné době jsou rukavice navrženy tak, aby ruce chránily a zároveň byly k hmatovému vjemu velmi citlivé.

Snad více než kdekoliv jinde se v péči o nemocné musíme ptát na potřebu vlastního prostoru a zjišťovat reakce nemocného na dotyk, abychom předešli případným rozpakům, nedorozuměním a problémům, neboť hospitalizovaný se ocitá v tíživé životní situaci a často je v emocionálním vypětí a stresu. Dotyky ošetřujícího, ač z jeho strany se bude jednat o nevinné gesto, mohou být nemocným chápány jako projev sexuálního obtěžování (Špatenková, 2009). Malé děti takový náhled na dotyk neznají, a proto projevovaný odpor k dotykům nemívá tento podtext (Tegze, 2003). U dospělých je potřeba při použití dotyku přemýšlet, ptát se, ovšem u dětských pacientů většinou nic nezkazíme, pokud dotyk použijeme v situacích, kdy je vhodné pohlazení či podržení za ruku (Venglářová, 2006).

1.13 Proxemika

Dotyk a jeho použití s proxemikou úzce souvisí, neboť podle Křivohlavého (1988) je dotyk v proxemice chápán jako extrémní případ přiblížení. Zacharová (2016) uvádí, že proxemika označuje podvědomé členění vlastního prostoru při komunikaci. Jde o fyzickou prostorovou vzdálenost, v našem případě mezi sestrou a nemocným.

Vzdálenost komunikujících může být posuzována ve dvou rovinách, v rovině vertikální a v rovině horizontální. Vertikální rovinu lze vyjádřit výškou očí při komunikaci. K vyrovnané komunikaci patří stejná hladina očí. Pohled nad působí nadřazeně a dominantně, naopak pohled pod vyvolává pocity submisivity. Při poskytování péče často dochází k situacím, které mohou u nemocného pocit podřazenosti a poddajnosti vyvolat. Příkladem je sestra, která stojí u lůžka a podává informace ležícímu pacientovi. Horizontální rovina proxemiky vyjadřuje fyzickou vzdálenost komunikujících, jež je rozdělena do čtyř základních zón.

Podle Špatenkové (2009) je každý člověk jedinečný, s individuálními požadavky na svůj prostor kolem sebe, který v kontaktu s druhými zachovává. Pokud je vzdálenost partnerů větší než 3,6 m, mluvíme o zóně veřejné. Při této vzdálenosti vnímáme celou postavu komunikujícího i s jeho pohyby v prostoru. V této vzdálenosti se setkáváme se zcela cizími lidmi, například na ulici nebo v divadle. Zdravotníci se s veřejnou vzdáleností setkávají na různých odborných seminářích.

Vzdálenost, která má hranice od 2,1 m do 3,6 m, je nazývána společenskou (někdy sociální) zónou. Tuto vzdálenost zachováváme při služebním styku, při obchodním jednání, v komunikaci s lidmi, s nimiž si vykáme. Zdravotníci tuto sociální zónu respektují v běžné komunikaci s pacientem.

Osobní zóna, jejíž dolní hranicí je 45 cm a horní hranicí 120 cm, odpovídá zhruba délce natažených paží, kdy lze druhého uchopit. Z této vzdálenosti komunikujeme s lidmi, které máme rádi a které známe. Sestra z této vzdálenosti může sledovat mimiku a reakci očních zornic pacienta.

Intimní zóna začíná od úplného dotyku a končí přibližně ve vzdálenosti 30 cm, kde nastupuje zóna osobní. Allhoff (2008) uvádí, že v této zóně cítíme tělesné teplo druhého, vidíme ho, ale ne celého, a při rozhovoru je možné šeptat. V této zóně jsou lidé málomluvní, prostředníkem v této komunikační vzdálenosti je čich a hmat. Do této zóny pouštíme jenom toho, komu věříme, vstup je povolen většinou jen těm nejbližším. Vstoupí-li do intimní zóny někdo nezvaný, tělo reaguje obrannými mechanismy, svaly se napnou, zrychlí se dech a tep (Plevová, 2010). Zacharová (2016) uvádí, že osobní a intimní zóna je při poskytování ošetrovatelské péče běžně narušována. To, co je ale pro sestru zcela běžné, pro pacienty běžné není. Proto by se sestra před každým vstupem do intimního prostoru měla umět vcítit do pocitů nemocného a přistupovat k němu s respektem a ohleduplností, vždy pacienta včas informovat o povaze a délce trvání ošetrovatelského výkonu.

Hodnocení vzdálenosti v komunikaci je u každého jedince značně individuální a podle Plevové (2010) je ovlivňováno mnoha faktory. Lidé z venkova mají intimní zónu větší než lidé z města, ženy stávají blíže než muži, děti blíže než dospělí. Starší lidé si zachovávají zpravidla od druhých větší odstup. Na osobní vzdálenost má vliv i společenské postavení, kdy nadřizený se k níže postavenému přiblíží více, než by tomu bylo naopak. Vymětal (2008) uvádí další faktory, které komunikační vzdálenost ovlivňují. Pokud je někdo introvert, udržuje si větší odstup než extrovertní jedinec. Na vzdálenosti se podílí i emocionální vztah komunikujících. Jinou vzdálenost budeme zachovávat, jestliže je nám druhá osoba sympatická, a jinou, pokud k dané osobě cítíme antipatii či nenávisť. Komunikační zóny jsou ve velké míře ovlivněny i kulturními a etnickými rozdíly. Špatenková (2009) uvádí, že také nemoc může ovlivnit distanci v komunikaci. Úzkostní a bázlíví pacienti se budou jistě cítit pohodlně a bezpečně, pokud si budou v komunikaci udržovat větší odstup, oproti nemocným s bolestí, kteří mohou chápat blízkou přítomnost sestry jako podporu a zájem o jejich osobu.

Podle Gleeson (2009) empatie, blízkost a dotyk prolamují bariéry mezi pacientem a sestrou a navozují tak silnější pocit bezpečí a důvěry, než když bude sestra stát u postele a neosobně říkat, že bude vše v pořádku.

V ošetrovatelské péči jsou tělesné kontakty nevyhnutelné. Aby poskytování ošetrovatelské péče mělo bezkonfliktní průběh, je pro sestru nezbytné znát zásady proxemiky, přijmout je a dodržovat.

1.14 Terapeutický dotyk

Dotyk patří k nejmocnějším léčivým prostředkům, je to způsob léčebné komunikace, která sbližuje člověka s člověkem. V ošetrovatelské péči vzbuzuje pocit důvěry, porozumění, sounáležitosti a přispívá tak k příznivé atmosféře vhodné pro vzájemnou spolupráci sestry s pacientem. Podle Kozierové (1995) je terapeutický dotyk ucelený proces, který vyžaduje určité znalosti, dovednosti a zkušenosti.

Terapeutický dotyk byl původně vyvinut alternativní léčitelkou Dorou Kunz na počátku roku 1970. Ta strávila řadu let pozorováním chronicky nemocných pacientů a péčí o ně. Zaměřila se na pomoc poskytovanou prostřednictvím rukou, pozorovala účinky dotyku a byla ohromena jeho silou. Nejprve používala dotyk v náboženské rovině, ale věřila, že by bylo možné vyvinout podobnou metodu léčby i pro pestré škálu lidí a pro zdravotnická zařízení. Věřila, že léčba dotykem je přirozenou lidskou vlastností a léčit dotykem je schopen každý, kdo je soucitný, empatický a má upřímný

zájem pomáhat druhým. S Dorou Kunz úzce spolupracovala profesorka ošetrovatelství Dolores Krieger, která předpokládala, že každý orgán má své vlastní energetické pole, které je narušeno v důsledku nemoci a napětí. Krieger se podílela na vývoji zásad a zavádění tohoto nového způsobu léčení do praxe a pojmenovala jej terapeutický dotyk. Kunz a Krieger se rozhodly učit novou léčbu primárně zdravotní sestry, neboť právě sestry tráví většinu času s nemocnými, a věřily, že práce se silou dotyku bude velmi efektivní pomocí pro nemocné pacienty. Do ošetrovatelské praxe byl terapeutický dotyk zaveden v roce 1975 (Quinn, 1988; Meehan, 1998). Terapeutický dotyk je podle Kozierové (1995) přenášení energie z jedné osoby na druhou. Problematikou energetického pole se zabývala Martha E. Rogers ve svém ošetrovatelském modelu nazývaném model jednotných lidí (Pavlíková, 2006). Podle Halet (2004) se pro integraci terapeutického dotyku v ošetrovatelství předpokládá jako hlavní teoretický rámec právě model, který Roges koncipovala. Podle Roges jsou podstatnou součástí jednoty života a smrti energetická pole, lidské energetické pole a energetické pole prostředí. Jedinec a prostředí jsou dva otevřené systémy, které si neustále vyměňují hmotu a energii, vzájemně na sebe působí, kreativně se mění a jsou ireverzibilní. Model Roges vnímá ošetrovatelství a ošetrovatelský proces fascinujícím způsobem, a přispívá tak k lepšímu přejetí intervencí, jako je terapeutický dotyk (Hallett, 2004; Pavlíková, 2006).

V práci sestry je terapeutický dotyk nezávislou ošetrovatelskou činností vyžadující specifické poznatky a zkušenosti. 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).

Dotyk má vysoký terapeutický potenciál. Snižuje úzkost, deprese, ovlivňuje hladinu některých hormonů, např. katecholaminu, kortizolu, dále posiluje imunitu, snižuje traumatické zážitky, emocionální poruchy, somatická onemocnění a zmírňuje bolest (Gleeson, 2004; Raniszewska-Wyrwa, 2014).

Podle Gleeson (2009) je nezbytné, aby sestra používala dotyk po pečlivém uvážení, neboť dotyk je terapeutický, pokud je respektována jedinečnost a důstojnost pacienta s ohledem na jeho přání a potřeby. Při používání dotyku musí sestra sledovat, jak pacient na její dotyk reaguje: verbálně, ale především neverbálně.

Obzvláště opatrně musíme s dotykem pracovat u pacientů s duševními poruchami. Jsou to velmi citliví pacienti, kteří mívají změněné vnímání a nepředvídatelné chování. Dotyk sestry mohou vnímat jako ohrožení. V počátku, dokud se nevytvoří vztah,

je vhodné dotyky omezit na minimum, v péči podávat velmi jasná vysvětlení, co a proč děláte.

Důležitou úlohu v integraci terapeutického dotyku do ošetrovatelské praxe sehrává nejen postoj sester, ale i ošetrovatelský management. Je na něm, aby vytvořil vhodné podmínky pro využívání terapeutického dotyku v péči. Terapeutický dotyk nám umožňuje zastavit se, uklidnit, zpozornět, zamyslet se, proč jsme si zvolili toto krásné, ale náročné povolání. Proč bychom měli nahradit tělesný dotyk pomůckami, vždyť dotyk je prostý způsob, který sestře o pacientovi mnoho prozradí (Ott, 1998).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl1: Zjistit, jaké jsou důvody a překážky pro použití dotyku v ošetrovatelské péči.

Cíl2: Zjistit, zda patří dotyk do současného ošetrovatelství.

2.2 Výzkumné otázky

Jak vnímají sestry dotyk v současném ošetrovatelství?

Jak vnímají dotyk pacienti/klienti při ošetrování sestrou?

2.3 Hypotézy

Hypotéza 1: Sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče (fyzické) více, než jako terapeutickou intervenci.

Hypotéza 2: Sestry používají dotyk spíše jako nevědomou metodu než jako vědomou terapeutickou intervenci.

Hypotéza 3: Sestry používají dotyk spíše intuitivně než s vědomím rizika, že bude dotyk vnímán negativně.

3 Operacionalizace pojmů

Dotyk podle Křivohlavého (1988) vyjadřuje taktilní kontakt v sociální interakci. Jedná se o bezprostřední tělesný kontakt s druhým člověkem, který zahrnuje příjem zpráv o působení tlaku, tepla, chladu, bolesti, chvění a vibrací (Nelešovská, 2005). Podle Kristové (2009) vyžaduje dotyková komunikace od sestry schopnost empatie a pozitivní dotykovou kulturu. Bez dotyků v ošetrovatelské péči by měl pacient dojem chladného, mechanického a lhostejného přístupu. Podle Raniszewska-Wyrwa (2014) má dotyk vysoký terapeutický potenciál. Zmírňuje úzkost, deprese, traumatické zážitky, emocionální poruchy, somatická onemocnění, bolest a posiluje imunitu.

Terapeutická intervence je slovní spojení obsahující slovo terapeutický, slovníkem vymezené jako léčebný. Slovo intervence je slovníkem definováno jako zásah, zakročení, zákrok (Vokurka, 1998). Intervence v ošetrovatelské péči jsou činnosti sestry, které sestra realizuje na základě klinického posouzení jedince, rozhodování a vědomostí s cílem dosáhnout požadovaných výsledků. Pro ošetrovatelské intervence je sestavena komplexní standardizovaná klasifikace intervencí NIC (Johnson, 2006).

Ošetrovatelská péče je podle Farkašové (2006) odborná péče o nemocné. Současná ošetrovatelská péče je zaměřena na aktivního pacienta a buduje vztah založený na lidském holistickém principu (Zacharová, 2007). Ošetrovatelská péče je založena na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických ošetrovatelských znalostí a dovedností, které jsou doloženy výzkumem nebo fakty. Je realizována formou ošetrovatelského procesu (Plevová, 2011).

Pacient je podle Vokurky (1998) osoba v lékařské péči, léčící se nemocný člověk. Zacharová (2007) uvádí, že pacientem se nerodíme, ale stáváme se jím. Při narušení zdraví jedince dochází nejen k biologickým a psychologickým změnám, ale i ke změně sociální role nemocného (Zacharová, 2007).

Sestra reprezentuje největší pracovní profesní skupinu v ošetrovatelství. Z hlediska odborné přípravy a profesionálního výkonu je povolání všeobecné sestry považováno za velmi náročné (Zacharová, 2007). Objektem práce sestry je člověk. Sestra má vykonávat tyto činnosti: o zdraví pečovat, nemocem předcházet, nemocným pomáhat zdraví navracet a zmírňovat jejich bolest a utrpení (Haškovcová, 2002). Pokud

způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetřovatel.

Terapeutický dotyk byl původně vyvinut alternativní léčitelkou Dorou Kunz na počátku roku 1970. Terapeutický dotyk je podle Kozierové (1995) přenášení energie z jedné osoby na druhou. V práci sestry je terapeutický dotyk nezávislou ošetřovatelskou činností vyžadující specifické poznatky a zkušenosti. 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 mezi pacientem a sestrou (Kozierová, 1995; Faleide, 2010).

4 Metodika

4.1 Použité metody sběru dat

Pro empirickou část této diplomové práce byla použita metoda kvalitativního a kvantitativního šetření.

4.2 Metodika kvantitativního výzkumu

Data v kvantitativním výzkumném šetření byla získána s využitím vlastního dotazníku. Dotazník (příloha 1) byl vytvořen v Google formulářích a rozeslán pomocí e-mailových adres zdravotnickým pracovníkům. Dotazníky byly rozeslány 27. 2. 2017 a sběr byl ukončen 4. 5. 2017, kdy došlo k nasycení odpovědí výzkumného souboru. Dotazník obsahoval 31 otázek. První otázky zjišťovaly identifikační údaje respondentů jako pohlaví, datum narození, nejvyšší ukončené vzdělání a délku praxe. Ostatní otázky byly tematicky zaměřené. Dotazník obsahoval otázky, kde byla možnost výběru jedné odpovědi, a otázky doplňovací. Ke konečnému zpracování získaných dat bylo použito 195 vyplněných dotazníků. Toto číslo je považováno za 100%.

4.3 Metodika kvalitativního výzkumu

K získání potřebných informací byla v rámci kvalitativní výzkumné části diplomové práce použita metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru. Základní osnova rozhovoru obsahovala 10 otázek (příloha 2), které se zaměřovaly na pacientovo vnímání dotyku sestry při poskytování péče. Výzkumné šetření probíhalo se svolením managementu zdravotnického a sociálního zařízení v období únor – březen 2017. Z důvodu zajištění anonymity a ochrany osobních dat nejsou v diplomové práci jména zařízení zveřejněna. Oslovení respondenti byli seznámeni s tématem a účelem výzkumu.

Před začátkem každého rozhovoru byli respondenti seznámeni s tím, že bude respektována jejich anonymita a veškeré získané informace budou použity pouze pro potřebu této diplomové práce. Rozhovory byly se souhlasem všech respondentů natáčeny na diktafon a poté doslova přepisovány v programu Microsoft Word (příloha 4). Sebraná data byla analyzována a významově uspořádána do kategorizačních skupin pomocí kódovací techniky tužka a papír (příloha 3). Ze slov nebo slovních spojení, kterými se respondenti vyjádřili, byly vytvořeny kategorie a podkategorie, které

jsou zpracovány do schémat. U každého schématu jsou uvedena vyjádření respondentů s číselnými odkazy na řádku, například R1/1 (respondent 1, řádek 1).

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

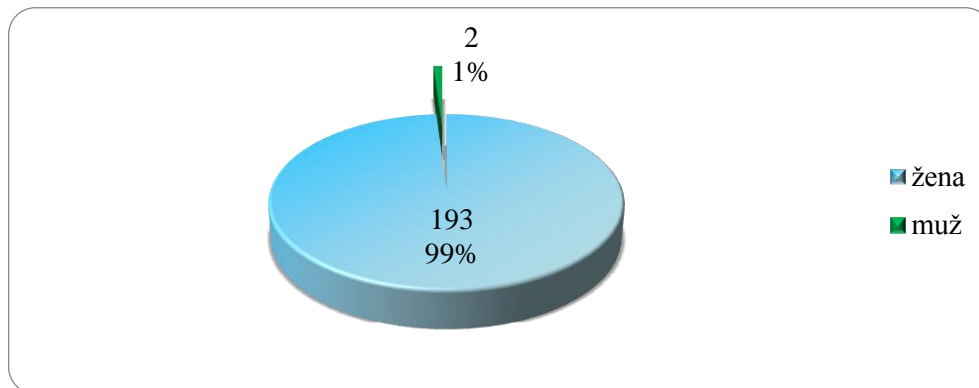
Kvantitativního dotazníkového šetření pro zdravotnické pracovníky se zúčastnilo celkem 195 respondentů, z toho 193 žen a 2 muži (Graf 1). Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 23 do 61 let. Nejpočetněji zastoupená věková kategorie respondentů se pohybovala v rozmezí od 31 do 40 let a nejméně zastoupená byla věková kategorie 51 let a více (Graf 2). Délka praxe se u respondentů pohybovala v rozmezí 2–41 let, přičemž nejpočetněji byli zastoupeni respondenti s délkou praxe mezi 11 a 20 lety a nejméně zastoupeni byli respondenti s délkou praxe 31 let a více (Graf 3). Dotazníkového šetření se zúčastnilo nejvíce respondentů s bakalářským vzděláním a v nejmenším počtu byli zastoupeni respondenti s vyšším odborným vzděláním (Graf 4).

Výzkumný soubor v rámci kvalitativního výzkumu tvořilo 7 respondentů pacientů z lůžkových částí nemocničních oddělení a 3 respondenti z domova pro seniory. Výběr výzkumného souboru byl záměrný, podmínkou byla ochota a souhlas k rozhovoru. Ve výzkumném vzorku byly zahrnuty dvě skupiny. Jednu skupinu (R1 až R5) tvořili respondenti se sníženou sebedečnou. Druhá skupina respondentů, R6 až R10, reprezentovala pacienty, kteří byli v běžných denních aktivitách zcela soběstační.

5 Výsledky

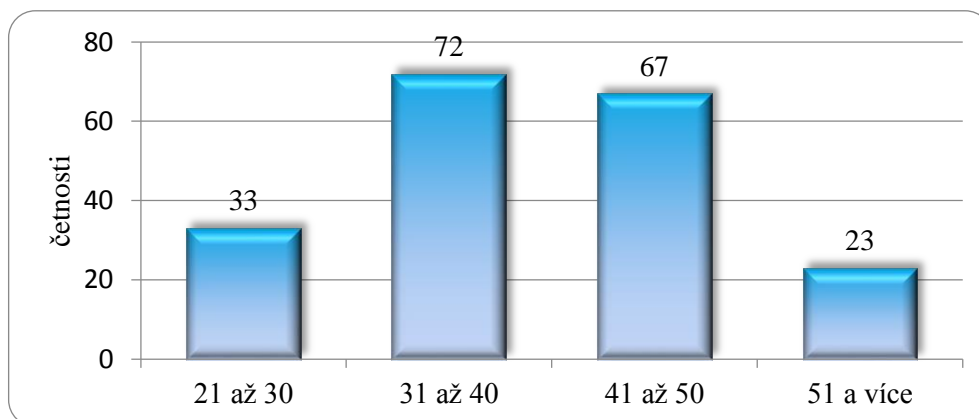
5.1 Kvantitativní část výzkumu

Graf 1 Pohlaví respondentů



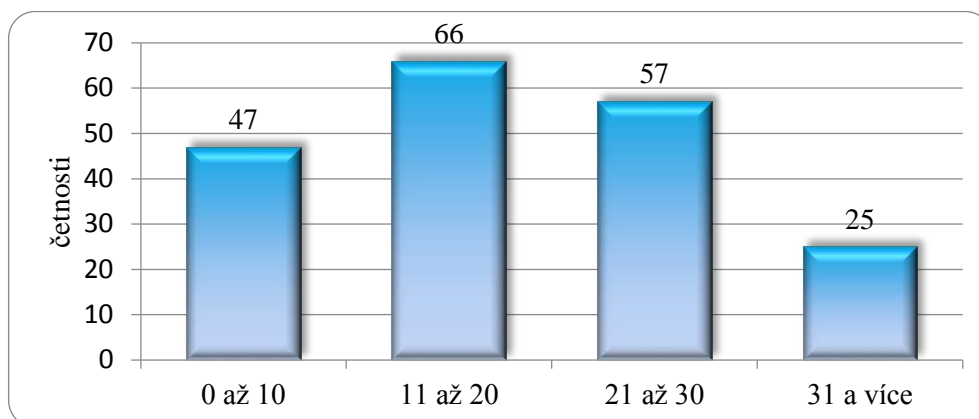
Výzkumný vzorek tvořilo celkem 195 (100 %) respondentů. Z toho bylo 193 respondentů (99 %) žen a 2 (1 %) muži.

Graf 2 Věková kategorie respondentů



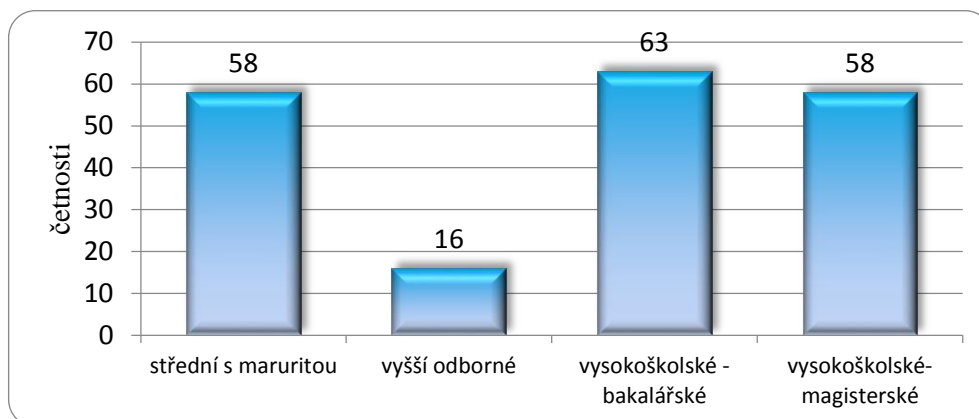
Věk respondentů byl rozřazen do čtyř kategorií. První kategorii, s věkovou hranicí mezi 21 a 30 roky, tvořilo 33 (17 %) respondentů. Druhou, nejpočetnější věkovou skupinu, s věkem od 31 do 40 let, zastupuje 72 (37 %) respondentů. Třetí kategorii tvoří 67 (34 %) respondentů, kteří se pohybují ve věkové hranici mezi 41 a 50 roky. Z grafu vyplývá, že nejméně zastoupenou věkovou skupinou je věková skupina 51 let a více, a to v počtu 23 (12 %) respondentů.

Graf 3 Délka praxe



Pro zpracování dat o délce praxe respondentů byly vytvořeny čtyři kategorie. Kategorii s délkou praxe od 0 až 10 roků tvoří 47 (24 %) respondentů. Nejpočetněji zastoupená je kategorie s délkou praxe od 11 do 20 let, a to v počtu 66 (34 %) respondentů. Délku praxe mezi 21 a 30 roky uvedlo 57 (29 %) respondentů. Poslední kategorii s délkou praxe 31 roků a více tvoří 25 (13 %) respondentů.

Graf 4 Nevyšší dosažené vzdělání respondentů



Z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) respondentů je u 58 (30 %) respondentů nejvyšším dosaženým vzděláním střední vzdělání s maturitou. 16 respondentů (8 %) uvedlo vyšší odborné vzdělání. Nejpočetněji je zastoupeno vysokoškolské bakalářské vzdělání, a to u 63 (32 %) respondentů. Vysokoškolské magisterské vzdělání má z celkového počtu dotazovaných 58 (30 %) respondentů.

Tabulka 1 Specializační vzdělání respondentů

Specializační vzdělání	Četnosti	Procenta
ARIP	34	42,0 %
OSE v chirurgických oborech	12	14,8 %
OSE v geriatricii	9	11,1 %
OSE v interních oborech	5	6,2 %
OSE v ortopedii	4	4,9 %
Instrumentování na operačních sálech	4	4,9 %
Péče o duševně nemocné	3	3,8 %
OSE v pediatrii	2	2,5 %
Perioperační péče	2	2,5 %
Komunitní ošetrovatelská péče	2	2,5 %
OSE v kardiologii	1	1,2 %
ARIP, OSE v chirurgických oborech	1	1,2 %
Porodní asistentka	1	1,2 %
Zdravotnický záchranář	1	1,2 %
	81	100 %

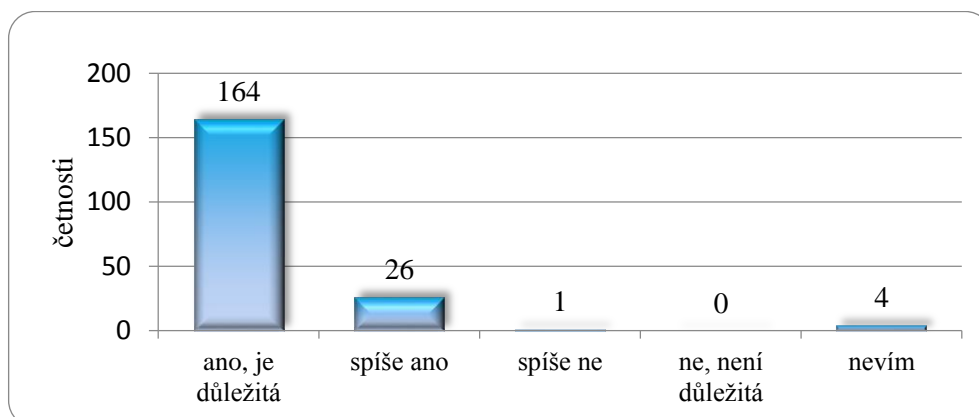
Na doplňující otázku, zda mají respondenti specializační vzdělání, odpovědělo 81 (41,5 %) ze 195 (100 %) dotazovaných respondentů. Tabulka znázorňuje počet respondentů v příslušné specializaci a procentuální vyjádření. Nejčastěji respondenti uvedli, že specializační vzdělání mají v oboru intenzivního ošetrovatelství, následovalo specializační vzdělávání v chirurgickém oboru a ošetrovatelství v geriatricii. Jedna respondentka uvedla, že absolvovala dvě specializační vzdělání.

Tabulka 2 Pracoviště respondentů

Oddělení	Četnosti	Procenta
Chirurgické oddělení	44	22,6 %
Domov pro seniory	41	21,0 %
Interní oddělení	24	12,3 %
Oddělení následné péče	23	11,8 %
Intenzivní péče	20	10,3 %
Ordinace praktického lékaře	10	5,1 %
Operační sály	5	2,6 %
Ortopedické oddělení	5	2,6 %
Onkologické oddělení	4	2,1 %
Agentura domácí péče	4	2,1 %
Dětské oddělení	3	1,5 %
Psychiatrické oddělení	3	1,5 %
Gynekologicko-porodnické oddělení	2	1,0 %
Hospic	2	1,0 %
Mentorka	2	1,0 %
Neurologické oddělení	2	1,0 %
Infekční oddělení	1	0,5 %
	195	100 %

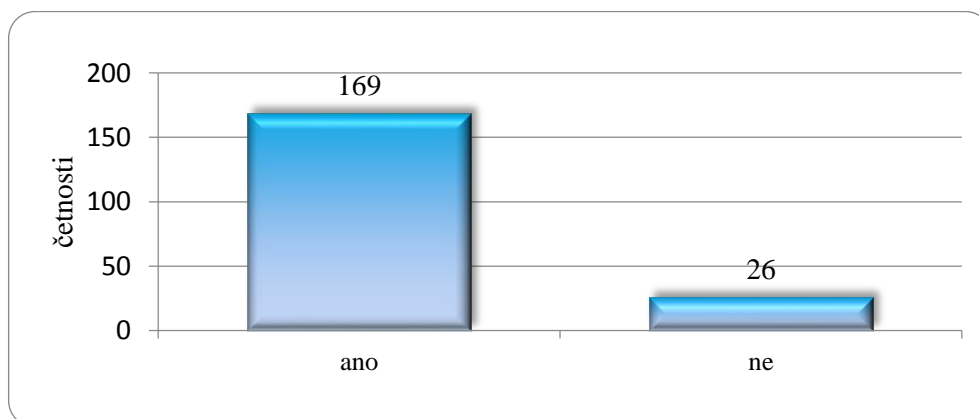
Tabulka 2 znázorňuje pracoviště 195 (100 %) dotazovaných respondentů. Nejvíce jsou zastoupeni respondenti pracující na chirurgickém oddělení, v domově pro seniory, na interním oddělení, oddělení následné péče a na oddělení, kde je poskytována intenzivní péče. Ve sloupcích je uvedena četnost odpovědí a jejich procentuální vyjádření. Vše je řazeno od nepočetnějšího zastoupení k méně častému.

Graf 5 Význam haptiky v péči o pacienty



Z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) si 164 (84 %) respondentů myslí, že je haptika v péči o pacienty důležitá, 26 (13 %) respondentů uvedlo, že spíše ano. Jeden respondent (1 %) odpověděl, že spíše není. Že haptika není v péči o pacienty důležitá, neuvedl žádný z dotazovaných respondentů. 4 (2 %) respondenti odpověděli, že neví.

Graf 6 Použití dotyku jindy než při ošetrovatelských výkonech



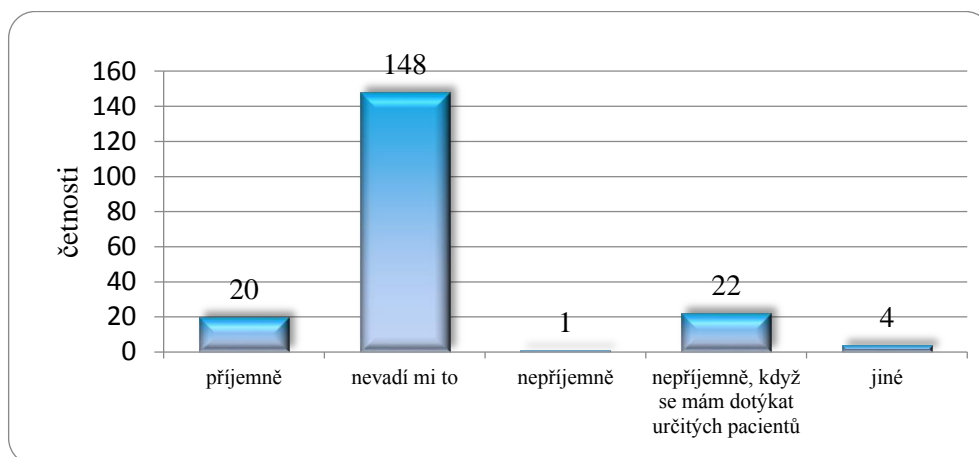
Z dotazovaných 195 (100 %) respondentů uvedlo 169 (87 %), že používá dotyk i jindy než při ošetrovatelských výkonech. 26 (13 %) respondentů dotyk jindy než při ošetrovatelských výkonech nepoužívá.

Tabulka 3 Situace pro použití dotyku mimo ošetrovatelský výkon

Situace pro použití dotyku	četnosti	procenta
Při rozhovoru	74	32,40 %
Při uklidnění	27	11,80 %
Při přivítání	21	9,20 %
Při podpoře	16	7,00 %
Při útěše	15	6,60 %
Při pohlazení	13	5,70 %
Při jakémkoli kontaktu	9	3,90 %
Ve smutku	8	3,50 %
Při edukaci	6	2,60 %
Pro povzbuzení	5	2,20 %
Při sounáležitosti	5	2,20 %
Při pochvale	4	1,70 %
Pro upoutání pozornosti	3	1,30 %
Pro pochopení	3	1,30 %
Při objetí	3	1,30 %
Při držení za ruku	3	1,30 %
Při sdělení špatné diagnózy	3	1,30 %
Při buzení pacienta	2	0,90 %
Při mírnění bolesti	2	0,90 %
Při empatii	2	0,90 %
Při pocitu osamění	1	0,40 %
Při psychické nepohodě	1	0,40 %
Při naslouchání	1	0,40 %
Při podpoře při umírání	1	0,40 %
Při neverbální komunikaci u hendikepovaných pacientů	1	0,40 %
	229	100 %

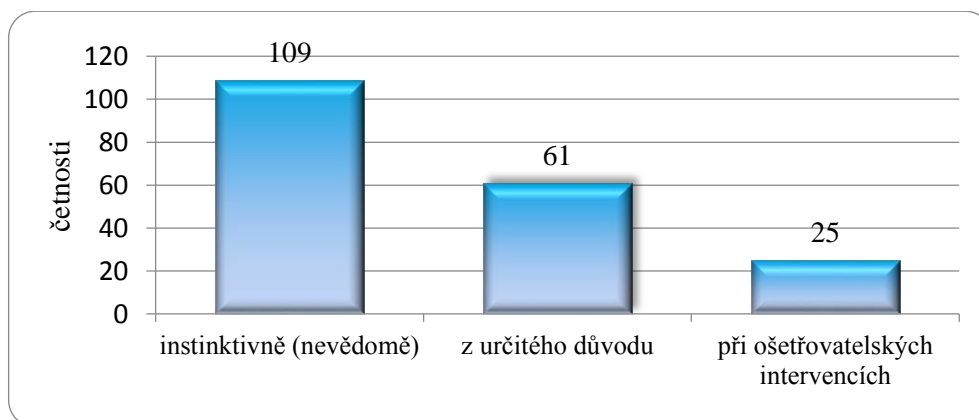
V Tabulce 3 jsou shrnuta vyjádření 169 (87 %) respondentů z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %), kteří odpověděli, že používají dotyk jindy než při ošetrovatelských výkonech. Získali jsme velké množství situací, které jsou přehledně seřazeny v tabulce. Nejčastěji je dotyk používán jako součást komunikace, při uklidnění, při přivítání. Následovaly situace, kdy respondenti dotykem vyjadřují pacientovi podporu a poskytují mu útěchu. Méně často respondenti uváděli, že dotyk používají, pokud se pacient cítí osamělý, dále při naslouchání a jako podporu při umírání.

Graf 7 Vnímání dotyku respondentů v péči o pacienta



Z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) se 20 (10 %) respondentů cítí příjemně, pokud se má pacienta dotknout, 148 (76 %) respondentům dotyk v péči nevadí, 1 (1 %) respondent se cítí nepříjemně. 22 (11 %) respondentů uvedlo, že vnímají negativně, pokud se mají dotýkat určitých pacientů. 4 (2 %) respondenti zvolili možnost „jiné“. Jako jinou možnost uvedl 1 respondent, že situaci vnímá s profesionálním přístupem. 3 respondenti uvedli, že někdy vnímají dotyk pozitivně, někdy negativně.

Graf 8 Použití dotyku v péči o pacienta



Z dotazovaných 195 (100 %) respondentů 109 (56 %) odpovědělo, že v péči o pacienta používá dotyk instinktivně (nevědomě). 61 (31 %) respondentů uvedlo, že z určitého důvodu a 25 (13 %) respondentů odpovědělo, že dotyk v péči používá při ošetřovatelských intervencích.

Tabulka 4 Vliv dotyku na pacienta

Efekt na pacienta	Četnosti	Procenta
Uklidnění	28	25,0 %
Důvěra	12	10,6 %
Podpora	11	9,7 %
Příjemný	11	9,8 %
Pochopení	8	7,1 %
Pocit bezpečí	7	6,3 %
Navázání kontaktu	6	5,4 %
Empatie	5	4,5 %
Povzbuzení	4	3,6 %
Sounáležitost	4	3,6 %
Zlepšení vzájemné komunikace	4	3,6 %
Bazální stimulace	3	2,7 %
Zmírnění bolesti	3	2,7 %
Upoutání pozornosti	2	1,8 %
K zesílení vnímání verbální informace	1	0,9 %
Pochopení smyslu předávané informace	1	0,9 %
Pozitivní atmosféra	1	0,9 %
Soucit	1	0,9 %
	112	100 %

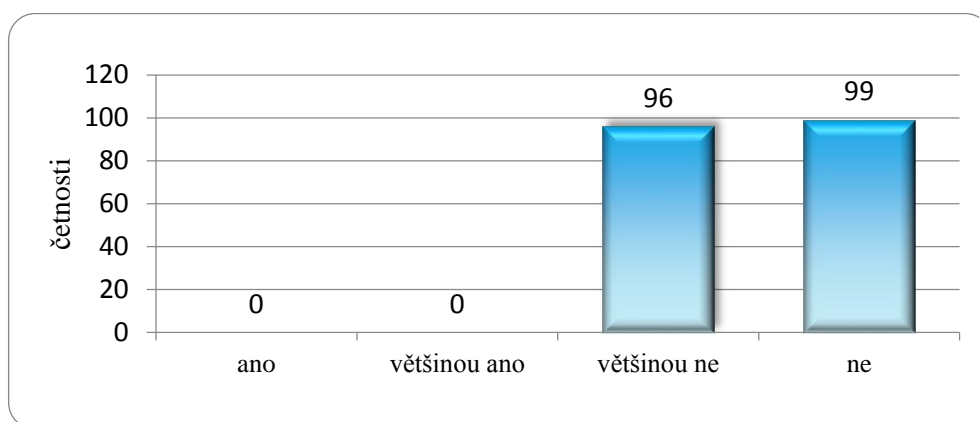
V Tabulce 4 jsou shrnuty četnosti odpovědí 61 (31 %) z dotazovaných 195 (100 %) respondentů, kteří používají dotyk z určitého důvodu. Měli uvést, jaký vliv má tento dotyk na pacienta. Nejčastěji respondenti uváděli, že dotyk působí jako uklidnění, navozuje pocit důvěry a vyjadřuje podporu.

Tabulka 5 Negativní vnímání dotyku respondentů u určitých pacientů

Důvody negativního vnímání	četnost	procenta
Zanedbanost, zápach	8	19,0 %
Bezdomovci	6	14,4 %
Agrese	5	11,9 %
Drogově závislí	4	9,5 %
Infekční choroby	4	9,5 %
Kožní choroby	4	9,5 %
Znečištění	3	7,1 %
Nepříjemní, zlí	3	7,1 %
Sociálně slabí	2	4,8 %
Opilí	2	4,8 %
Pohlavní nemoc	1	2,4 %
	42	100 %

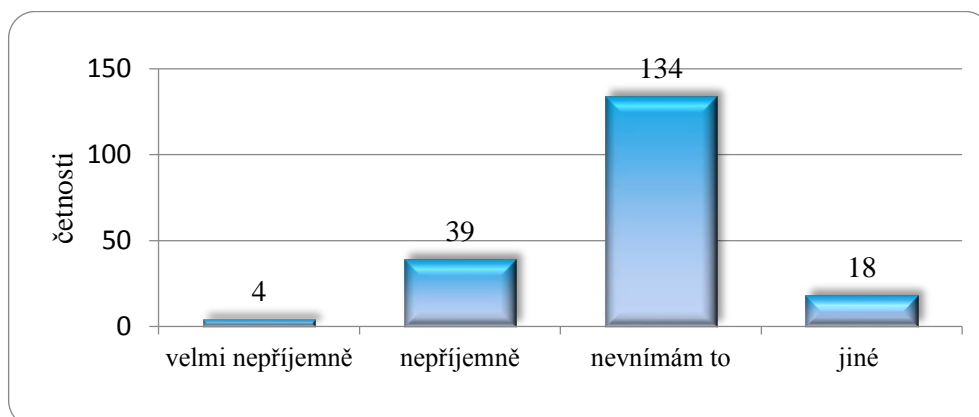
V Tabulce 5 jsou shrnuty četnosti odpovědí 22 respondentů, kteří uvedli možnost, že je jim nepříjemné, pokud se mají dotýkat určitých pacientů. Někteří respondenti uváděli i více možností. Nejčastěji je respondentům nepříjemné dotýkat se zanedbaných a zapáchajících pacientů, následují bezdomovci a agresivní pacienti.

Graf 9 Vyhýbání se dotýkání pacienta



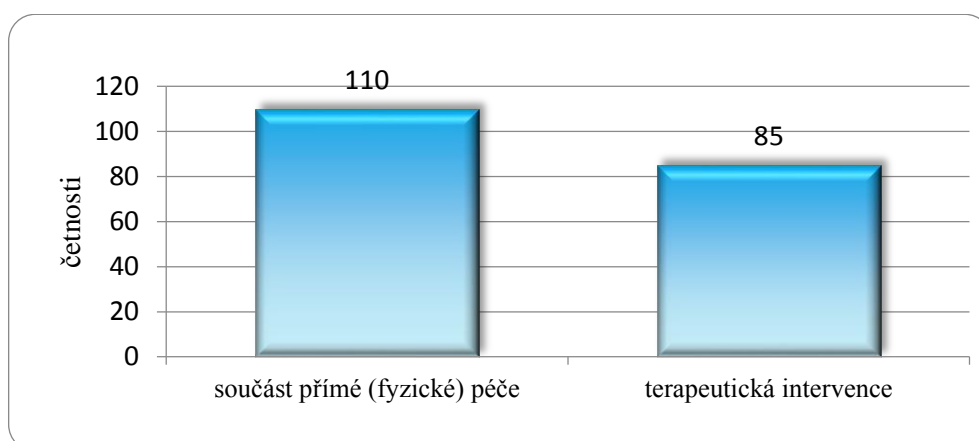
Žádný respondent z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) se nevyhýbá situaci, kdy se má pacienta dotknout. Většinou se dotýkání pacienta nevyhýbá 96 (49 %) respondentů a 99 (51 %) respondentů se dotýkání pacientů nevyhýbá.

Graf 10 Vnímaní respondentů při výkonu v intimních místech pacienta



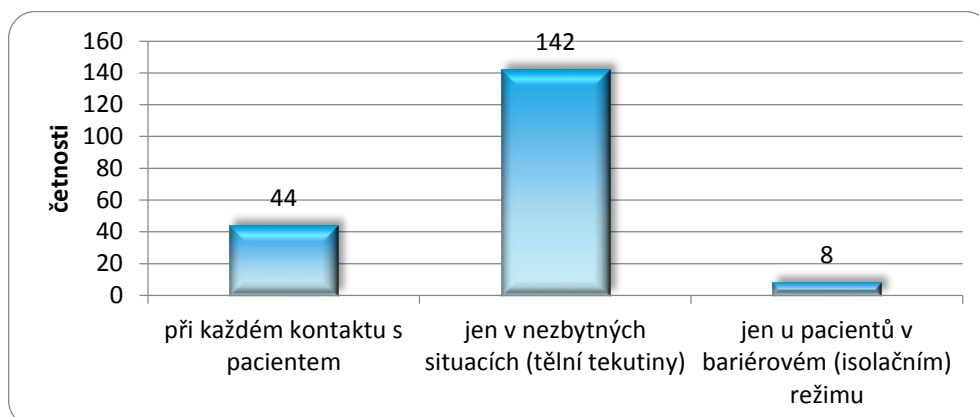
Pokud respondenti provádí výkon v intimních místech pacienta, 4 (2,1 %) respondenti z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných vnímají tuto situaci jako velmi nepříjemnou, 39 (20,0 %) respondentů uvádí, že to vnímá nepříjemně. 134 (68,7 %) respondentů nevnímá, že provádí ošetrovatelský výkon v intimních místech pacienta. 18 (9,2 %) respondentů uvedlo jinou možnost. 11 z 18 respondentů jako jinou možnost uvedlo, že tuto situaci vnímá empaticky, 4 respondenti ji vnímají individuálně, 2 respondenti profesionálně a 1 respondent uvedl, že výkon v intimních místech pacienta neprovádí.

Graf 11 Vnímání dotyku v péči o pacienta



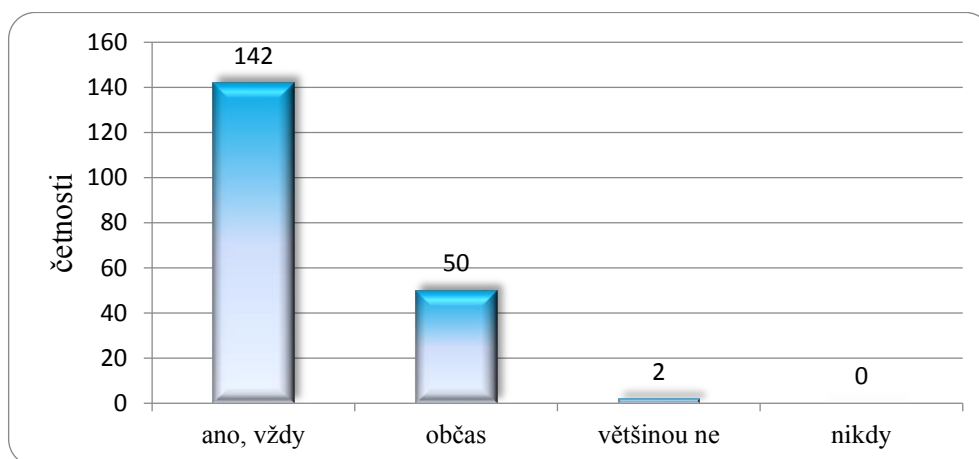
Z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných 110 (56 %) respondentů dotyk v péči vnímá jako součást přímé (fyzické) péče o pacienta a 85 (44 %) respondentů vnímá dotyk v péči jako terapeutickou intervenci.

Graf 12 Použití rukavic v péči o pacienta



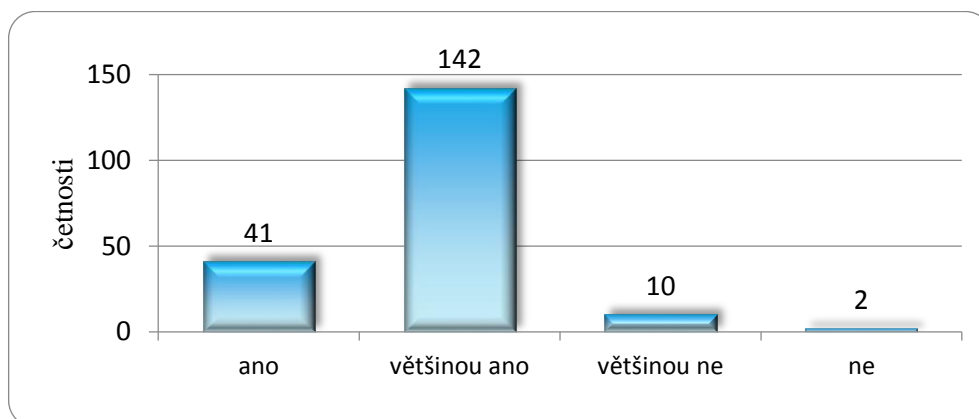
Pokud se respondenti při péči dotýkají pacienta, 44 (22,6 %) respondentů z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) používá rukavice při každém kontaktu s pacientem. 142 (72,8 %) respondentů uvedlo, že rukavice používá pouze v nezbytných situacích, jako je kontakt s biologickým materiálem. 8 (4,1 %) respondentů odpovědělo, že rukavice používá pouze u pacientů v bariérovém (isolačním) režimu. 1 (0,5 %) respondent tuto otázku ponechal nezodpovězenou.

Graf 13 Doprovázení mluveným slovem při dotýkání pacientů



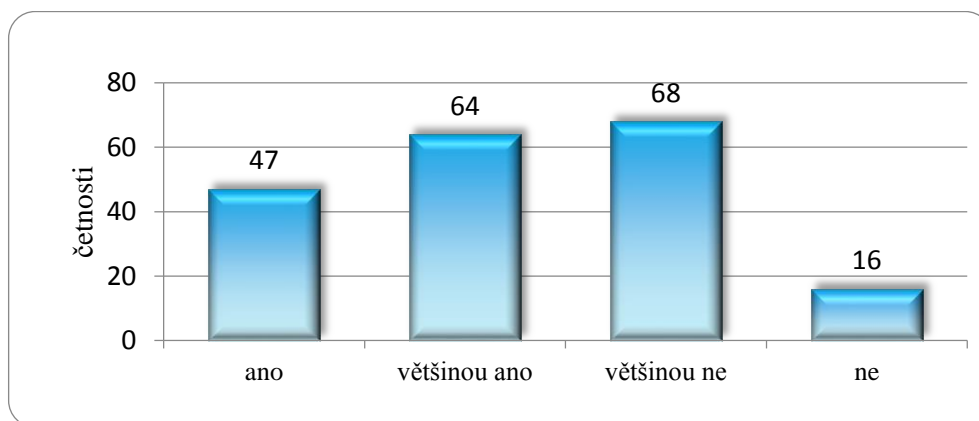
Graf 12 znázorňuje, zda dotyk při péči o pacienta respondenti doprovázejí mluveným slovem. 142 (72,8 %) respondentů uvedlo, že dotyk mluveným slovem doprovází vždy. 50 (25,7 %) respondentů odpovědělo, že občas. 2 respondenti (1 %) uvedli, že většinou dotyk mluveným slovem nedoprovází. Odpověď „nikdy“ nevedl žádný z dotazovaných respondentů. 1 (0,5 %) respondent tuto otázku nezodpověděl.

Graf 14 Intuice respondentů ohledně potřeby dotyku u pacienta



Z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných respondentů 41 (21 %) respondentů vycítí u pacienta potřebu dotyku, 142 (73 %) respondentů potřebu dotyku u pacienta vycítí většinou, 10 (5 %) respondentů tuto potřebu většinou nevyčítí a 2 (1 %) respondenti ji nevyčítí.

Graf 15 Zájem respondentů o negativní vnímání dotyku u pacienta



O informaci, na jakých místech (kromě genitálií) pacient vnímá dotyk negativně, se z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) respondentů zajímá 47 (24 %) respondentů, 64 respondentů (33 %) uvedlo, že se zajímá většinou, 68 (35 %) respondentů uvedlo, že se většinou nezajímá a 16 (8 %) se o to, na jakých místech (kromě genitálií) pacient vnímá dotyk negativně, nezajímá.

Tabulka 6 Reakce respondentů na negativní vnímání dotyku pacientem

Reakce respondentů	Četnosti	Procenta
Konzultuji to s pacientem	58	29,8 %
Přestanu se dotýkat	49	25,1 %
Respektuji to	25	12,8 %
Omluvím se	20	10,3 %
Omezím dotyk na nezbytné úkony	12	6,2 %
Nestalo se mi to	11	5,6 %
Dotýkám se jen při oš. výkonech	5	2,6 %
Snažím se ho uklidnit, chvíli počkám	4	2,1 %
Odpoutám pozornost	2	1,0 %
Opatrně zjišťuji proč	2	1,0 %
Snažím se ho povzbudit	2	1,0 %
Snažím se najít jinou cestu komunikace	1	0,5 %
Nic, při své profesi se musím dotknout i negativně	1	0,5 %
Snažím se o změnu – síla, směr, místo	1	0,5 %
Řeším to individuálně	1	0,5 %
Neřeším to	1	0,5 %
	195	100%

Tabulka 6 shrnuje reakce respondentů na situaci, kdy pacient vnímá dotyk negativně. Na tuto otázku odpovědělo 186 respondentů (95,4 %). 9 (4,6 %) respondentů tuto otázku nechalo nezodpovězenou. Někteří respondenti uvedli více než jednu odpověď. Pokud pacient vnímá dotyk negativně, respondenti nejčastěji uváděli, že tuto situaci následně s pacientem konzultují. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že se pacienta přestanou dotýkat. Častou odpovědí byl respekt, omluva a omezení dotyku na nezbytné úkony. Další odpovědi jsou zastoupeny v minimální míře.

Tabulka 7 Důvody odmítání dotyku pacientem

Důvod odmítání dotyku	Četnosti	Procenta
Stud	58	20,0 %
Strach	43	14,9 %
Bolest	29	10,0 %
Nejsou na dotyk zvyklí	21	7,2 %
Zásah do osobní zóny	21	7,2 %
Nedůvěra	20	6,9 %
Cítí se nepříjemně	20	6,9 %
Negativní zkušenost	18	6,2 %
Cizí osoba	18	6,2 %
Osobnost pacienta	10	3,4 %
Psychické rozpoložení	7	2,4 %
Překvapení při situaci	6	2,1 %
Antipatie	4	1,4 %
Věk	3	1,1 %
Pocit ponížení	3	1,1 %
Porušené kognitivní funkce pacienta	2	0,7 %
Opačné pohlaví	2	0,7 %
Agrese	2	0,7 %
Při nespolupráci	1	0,3 %
Zklamání	1	0,3 %
Pacienti jiných kultur	1	0,3 %
	290	100 %

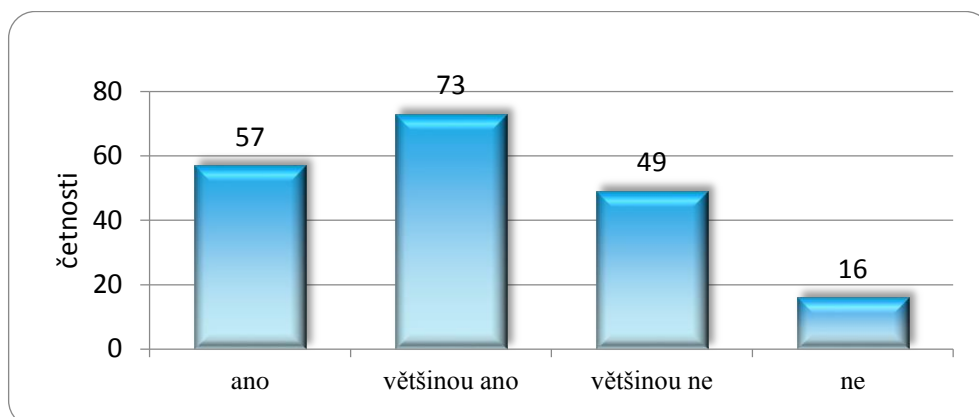
Tabulka 7 shrnuje názory respondentů na to, z jakých důvodů pacienti dotyk odmítají. Někteří respondenti uváděli více důvodů. Nečastějším důvodem pro odmítání dotyku je podle respondentů stud, strach, bolest. Všechny odpovědi respondentů jsou přehledně seřazeny podle četností od nejčastějších důvodů k těm méně častým.

Tabulka 8 Negativní místa dotyku

Negativní místa dotyku	Četnosti	Procenta
Obličej	58	22,8 %
Prsa	34	13,4 %
Hlava	25	9,8 %
Chodidla	21	8,3 %
Břicho	18	7,1 %
Hrudník	15	5,9 %
Bolestivá místa	11	4,3 %
Hýždě	9	3,6 %
Krk	9	3,6 %
Nohy	6	2,4 %
Vlasy	7	2,8 %
Oči	4	1,6 %
Podpaží	4	1,6 %
Uši	4	1,6 %
Záda	4	1,6 %
Dutina ústní	3	1,2 %
Stehna	3	1,2 %
Ústa	3	1,2 %
Jizvy	2	0,8 %
Lechtivá místa	2	0,8 %
Ruce	2	0,8 %
Pod koleny	2	0,8 %
Nos	1	0,4 %
Citlivá místa	1	0,4 %
Horní končetiny	1	0,4 %
Kontraktury	1	0,4 %
Nečekaný dotyk	1	0,4 %
Rameno	1	0,4 %
Vše, kromě paží, zad, vlasů	1	0,4 %
	253	100 %

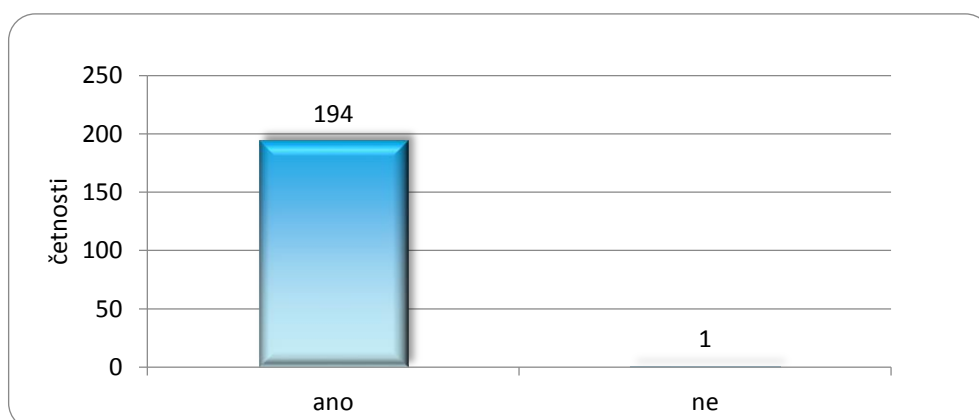
V Tabulce 8 jsou uvedeny názory respondentů na to, jaká další místa dotyku (mimo oblast genitálií) jsou podle nich pro pacienty nepříjemná. Tabulka shrnuje četnosti odpovědí respondentů od nejčastějších k těm méně častým odpovědím. Podle respondentů je nejčastěji uváděné místo nepříjemného dotyku pro pacienta obličej, prsa, hlava a chodidla.

Graf 16 Zohlednění dotyku v péči podle kulturních a etnických odlišností



57 (29,2 %) respondentů z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) zohledňuje v péči dotyk podle kulturních a etnických odlišností. 73 (37,5 %) respondentů uvedlo, že dotyk v péči zohledňuje většinou. 49 (25,1 %) respondentů dotyk podle kulturních a etnických odlišností většinou nezohledňuje a 16 (8,2 %) respondentů v péči o jiné kultury a etnika použití dotyku nezohledňuje.

Graf 17 Dotyk jako součást neverbální komunikace



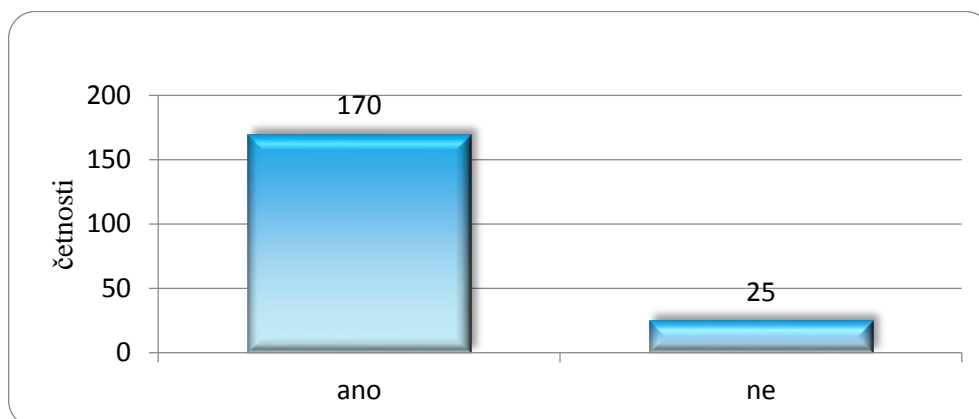
Téměř všichni respondenti 194 (99 %) z dotazovaných 195 (100 %) uvedli, že dotyk vnímají jako součást neverbální komunikace. Pouze 1 (1 %) respondent odpověděl, že dotyk jako součást neverbální komunikace nevnímá.

Tabulka 9 Důvody pro použití dotyku jako vědomé terapeutické intervence

Důvody dotyku	Četnost	Procenta
Navození důvěry	67	21,8 %
Uklidnění	60	19,4 %
Pocit bezpečí a jistoty	35	11,4 %
Porozumění	34	11,1 %
Výraz účasti	32	10,4 %
Zmírnění bolesti	26	8,4 %
Zlepšení komunikace	13	4,2 %
Podpora	10	3,2 %
Stimulace smyslů	6	1,9 %
Povzbuzení	5	1,6 %
Upoutání pozornosti	4	1,3 %
Smutek	4	1,3 %
Umírání	3	1,0 %
Masáž	2	0,6 %
Respekt	2	0,6 %
Intuitivně	2	0,6 %
Empatie	2	0,6 %
Odpoutání pozornosti	1	0,3 %
Předávání energie	1	0,3 %
	309	100 %

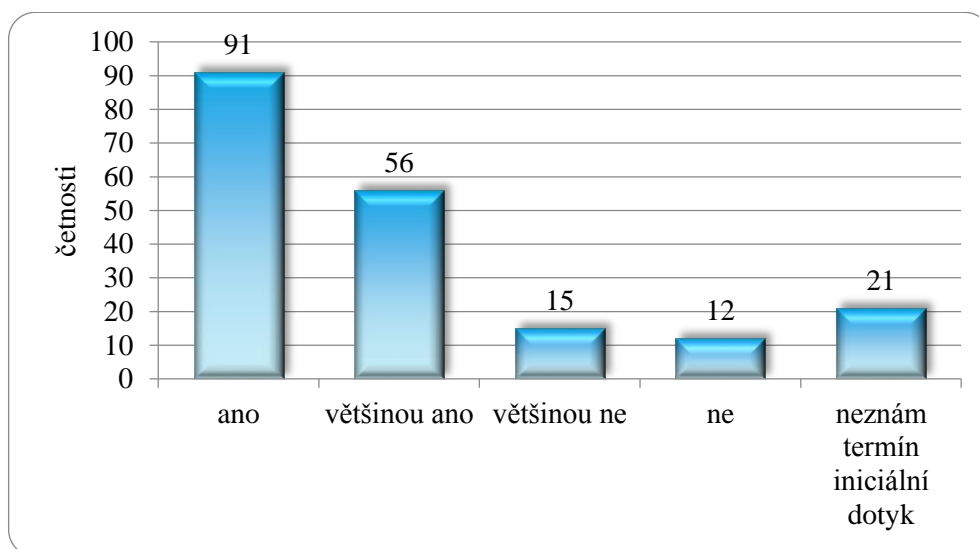
Tabulka 9 znázorňuje odpovědi 170 (87 %) respondentů z dotazovaných 195 (100 %). Ti používají dotyk jako terapeutickou intervenci vědomě. Nejčastěji respondenti použijí dotyk k navození důvěry, k uklidnění pacienta, pro pocit bezpečí, jistoty a ve chvílích porozumění. Další odpovědi, jejich četnosti a procentuální zastoupení jsou zobrazeny v tabulce.

Graf 18 Záměrné použití dotyku jako terapeutické intervence



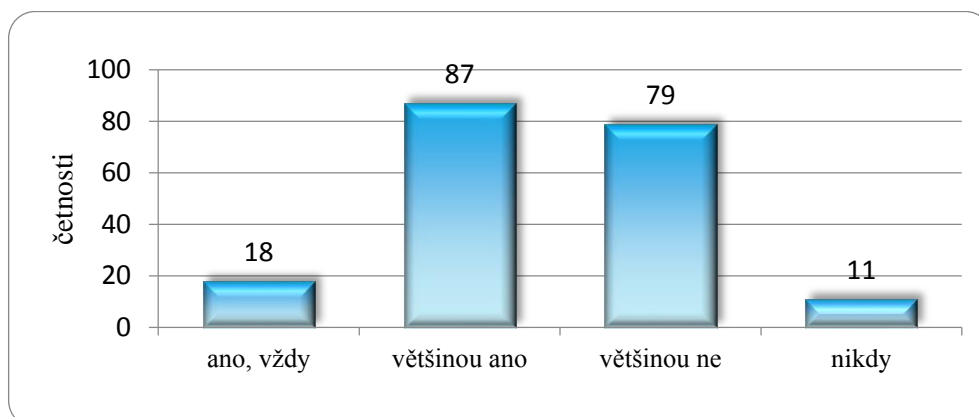
Z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných používá dotyk jako terapeutickou intervenci vědomě 170 (87 %) respondentů. Dotyk jako vědomou terapeutickou intervenci nepoužívá 25 (13 %) respondentů.

Graf 19 Použití iniciálního dotyku v péči o pacienty s poruchou vnímání



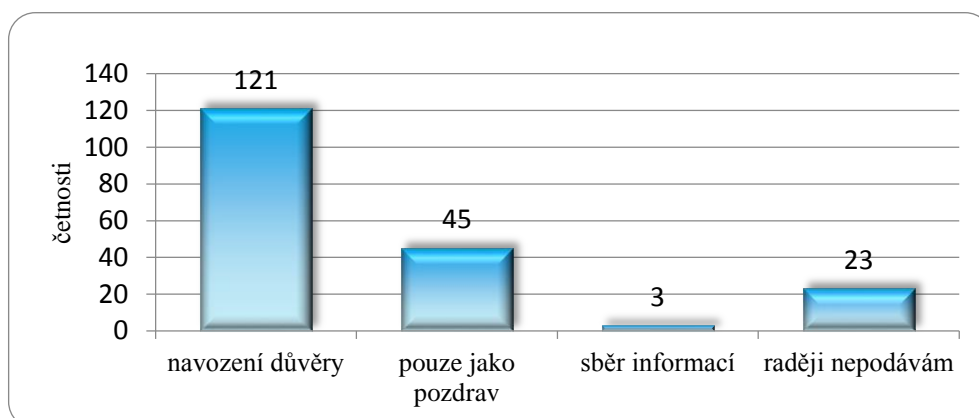
V péči o pacienty s poruchou vnímání používá iniciální dotyk 91 (46,6 %) respondentů z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných respondentů. 56 (28,7 %) respondentů uvedlo, že iniciální dotyk používá v péči většinou. 15 (7,7 %) respondentů tento dotyk v péči většinou nepoužívá. 12 (6,2 %) respondentů iniciální dotyk nepoužívá a 21 (10,8 %) respondentů termín iniciální dotyk nezná.

Graf 20 První kontakt s pacientem



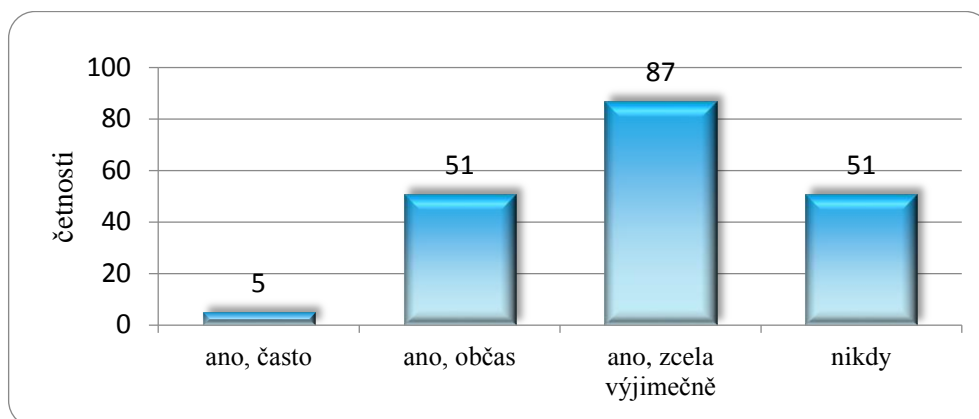
Z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných respondentů se 18 (9,2 %) respondentů s pacientem vítá podáním ruky vždy. 87 (44,6 %) respondentů uvedlo, že se takto s pacientem vítá většinou. Většinou se podáním ruky s pacientem nevítá 79 (40,5 %) respondentů a 11 (5,7 %) respondentů se s pacientem podáním ruky nevítá nikdy.

Graf 21 Vnímání respondentů podání ruky s pacientem



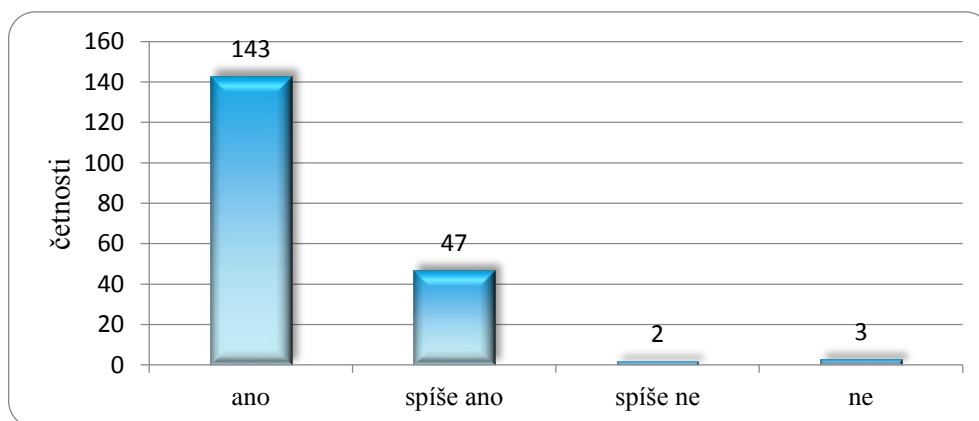
121 (62,1 %) respondentů ze 195 (100 %) dotazovaných vnímá podání ruky s pacientem jako gesto pro navození důvěry. 45 (23,1 %) respondentů podání ruky s pacientem vnímá pouze jako pozdrav. Pro 3 (1,5 %) respondenty je podání ruky sběrem informací a 23 (11,8 %) respondentů uvedlo, že raději ruku pacientovi nepodávají. 3 (1,5 %) respondenti nechali tuto otázku nezodpovězenou.

Graf 22 Negativně vyjádřené dotyky



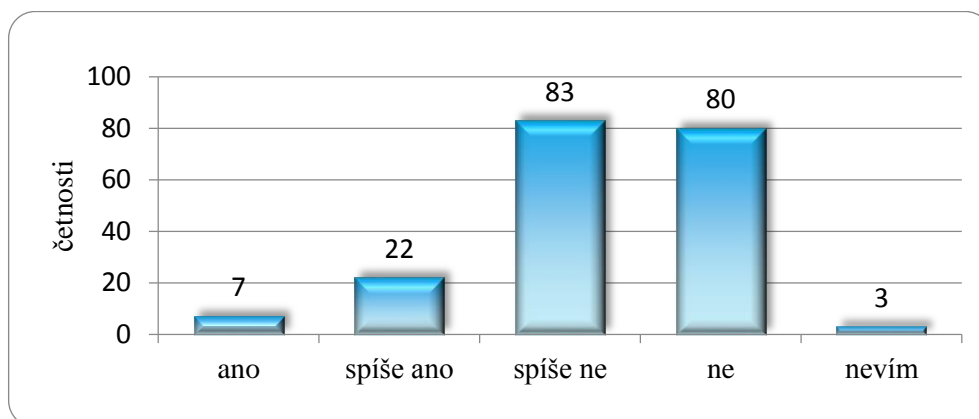
Z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) se 5 respondentů (2,6 %) setkala velmi často se situací, kdy sestra vyjádřila negativní postoj k pacientovi pomocí dotyků (např. odstrčení, zatahání, hrubé, nešetrné uchopení). 51 (26,2 %) respondentů se s použitím negativního dotyku také setkala, ale uvedlo, že jen občas. 87 (44,5 %) respondentů se s tím též setkala, ale zcela výjimečně, a 51 (26,2 %) respondentů se s touto situací nikdy neseťkala. 1 respondent (0,5 %) nevedl žádnou možnost.

Graf 23 Dotyky a umění je použít jako kompetence sestry



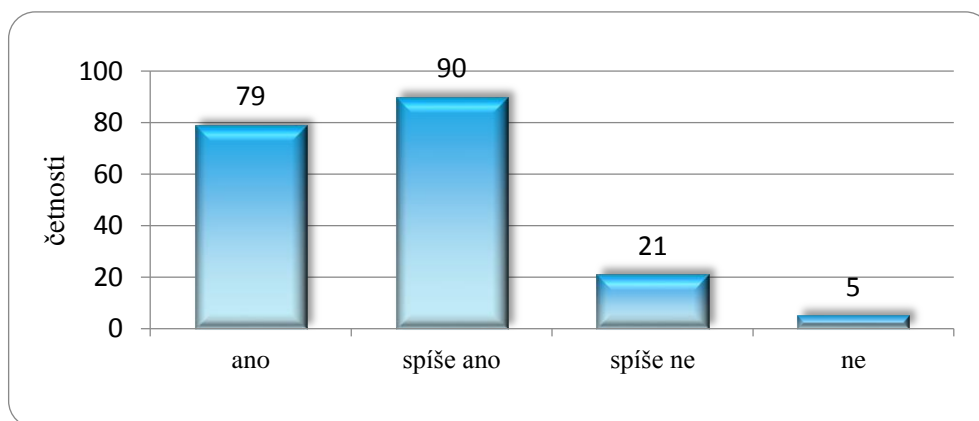
Podle 143 (73 %) respondentů z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) patří dotyky a umění je použít do kompetencí sestry. 47 (24 %) respondentů uvedlo, že spíše do kompetencí sestry patří. 2 (1 %) respondenti uvedli, že do kompetencí spíše nepatří a 3 (2 %) respondenti odpověděli, že umění použití dotyků v péči do kompetencí sestry nepatří.

Graf 24 Časová náročnost použití terapeutického dotyku v ošetrovatelské péči



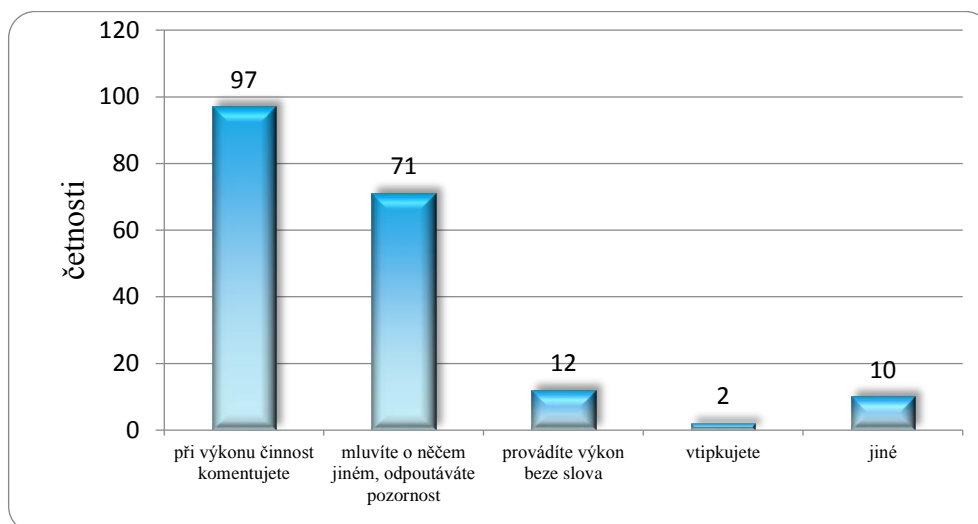
Z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných respondentů si 7 (3,6 %) respondentů myslí, že použití terapeutického dotyku v ošetrovatelské péči je časově náročné. 22 (11,3 %) respondentů si myslí, že spíše je časově náročné. 83 (42,6 %) respondentů uvedlo možnost, že použití terapeutického dotyku spíše není časově náročné. Použití terapeutického dotyku není časově náročné pro 80 (41 %) respondentů. 3(1,5 %) respondenti uvedli, že neví.

Graf 25 Zájem respondentů o seminář zaměřený na používání dotyku v péči



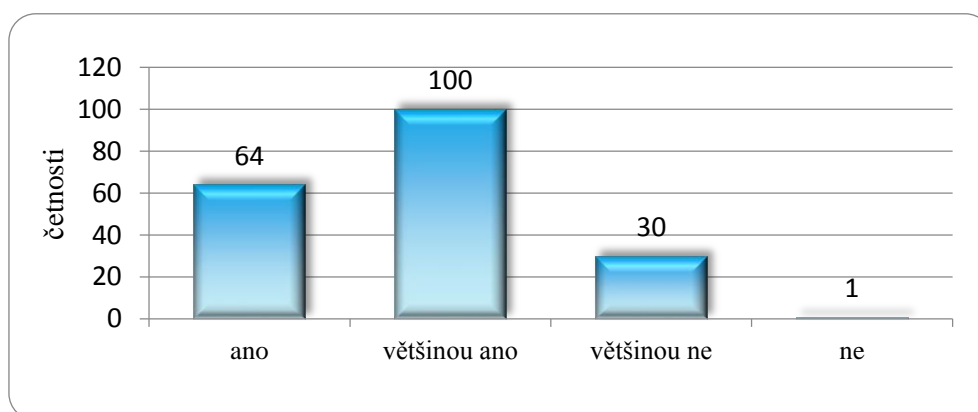
V rámci celoživotního vzdělávání 79 (40,5 %) respondentů z celkového počtu 195 (100 %) dotazovaných uvedlo, že by mělo zájem účastnit se seminářů zaměřených na používání dotyku v péči o pacienty. 90 (46,1 %) respondentů odpovědělo, že spíše ano, 21 (10,8 %) respondentů by spíše zájem nemělo a 5 respondentů (2,6 %) odpovědělo, že by o semináře se zaměřením na používání dotyku v péči nemělo zájem.

Graf 26 Postoj respondentů při výkonech v intimních partiích pacienta



Pokud se při ošetrovatelských výkonech respondenti dotýkají intimních partií nemocného, 97 (49,8 %) respondentů při výkonu činnost komentuje. 71 (36,4 %) mluví o něčem jiném, a tím odpoutává pozornost. 12 (6,2 %) respondentů provádí výkon beze slova. 2 (1 %) respondenti při provádění výkonu vtipkují. 10 (5,1 %) respondentů odpovědělo „jiné“ a všichni specifikovali, že pokud tyto činnosti vykonávají, přistupují k nim individuálně, dle situace a osobnosti pacienta. 2 (1 %) respondenti na tuto otázku neodpověděli a 1 (0,5 %) respondent odpověděl, že výkony v intimních místech neprovádí.

Graf 27 Zájem respondentů o pocity pacienta při dotýkání



Z celkového počtu dotazovaných 195 (100 %) respondentů myslí na pocity pacienta (jak to pacient vnímá) při dotýkání 64 (32,7 %) respondentů. Na pocity pacienta většinou myslí 100 (51,3 %) respondentů. Většinou se o pocity pacienta při dotýkání nezajímá 30 (15 %) respondentů a 1 (1 %) respondent se o pocity pacienta nezajímá.

5.2 Kvalitativní část výzkumu

Tabulka 10 – Identifikační údaje respondentů

respondent	pohlaví	věk	oddělení
R1	žena	86 let	Domov pro seniory
R2	muž	82 let	Domov pro seniory
R3	muž	90 let	Domov pro seniory
R4	žena	84 let	Oddělení následné péče
R5	žena	37 let	Interní oddělení
R6	muž	62 let	Ortopedické oddělení
R7	muž	72 let	Chirurgické oddělení
R8	žena	69 let	Chirurgické oddělení
R9	žena	18 let	Gynekologické oddělení
R10	žena	69 let	Ortopedické oddělení

V tabulce 10 jsou znázorněny identifikační údaje respondentů, kteří poskytli rozhovory k výzkumné části. V tabulce je zaznamenáno jejich pohlaví, věk, a oddělení, kde byli respondenti hospitalizováni.

Schéma1– Kategorie: První kontakt s ošetřujícím personálem

První kontakt s ošetřujícím personálem

Podkategorie

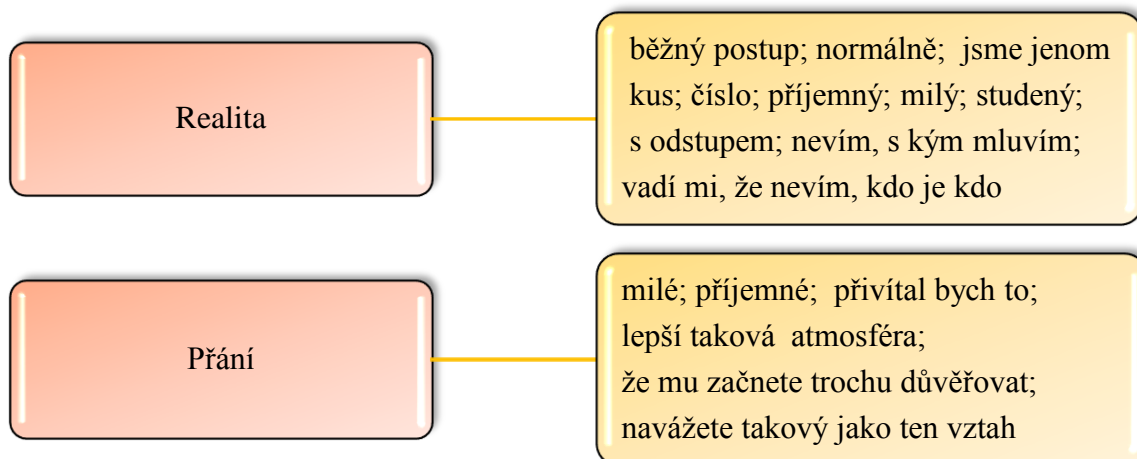


Schéma 1 popisuje, jak respondenti vnímají první kontakt se sestrou, když jsou přijímáni na oddělení k hospitalizaci. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti většinou vnímají první kontakt s personálem na oddělení jako „běžný a uspěchaný.“ Tři respondenti však vnímali první kontakt se sestrou velmi negativně, popisují ho jako „studený“ a „neosobní“, mají pocit, že jsou jen „kus“ či „číslo“. R2 uvedl: „*Tam je to jak na běžícím pásu, jste pro ně jenom kus, je to hned odbytý.*“ Oproti tomu čtyři respondenti i přes uspěchanost vnímají první kontakt příjemně. Se situací, kdy by sestra při prvním kontaktu respondentům podala ruku, se setkali pouze tři z deseti dotazovaných. Ti také shodně odpověděli, že tomu však nebývá vždy. Na otázku, jak by respondenti vnímali, pokud by jim sestra při prvním kontaktu podala ruku a představila se, odpověděli téměř všichni respondenti, že by to bylo milé, příjemné, měli by ze strany sestry pocit zájmu a důvěry. R 8 odpověděla: „*Je to přivítání dobrý, jako příjemný, že jako s tím člověkem, že mu začnete trochu důvěřovat, navážete takový jako ten vztah.*“ I R2 by přivítal, kdyby mu sestra podala ruku: „*No to by bylo určitě dobře, protože by člověk věděl. Já nevidím žádnou jmenovku ani vizitku, takže vlastně nevím, s kým mluvím. Když mi někdo podá ruku, tak to patří k přivítání.*“

Zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentů:

Realita

- ☒ běžný postup R10/6
- ☒ normálně R5/2
- ☒ jsme jenom kus, číslo R2/8, R5/2, R5/4
- ☒ příjemný R1/12, R4/6, R10/2
- ☒ milý R6/13, R9/3, R9/6
- ☒ studený R3/18, R3/23, R3/25
- ☒ s odstupem R3/19
- ☒ nevím, s kým mluvím R2/12
- ☒ vadí mi, že nevím, kdo je kdo R10/12

Přání

- ☒ milé R1/13
- ☒ příjemné R1/12, R4/6, R5/4, R7/7, R8/10
- ☒ přivítal bych to R6/17
- ☒ lepší taková atmosféra R7/7
- ☒ že mu začnete trochu důvěřovat R8/11
- ☒ navážete takový jako ten vztah R6/16, R8/11

Schéma 2 – Kategorie: Dotyk v ošetrovateľskej péči

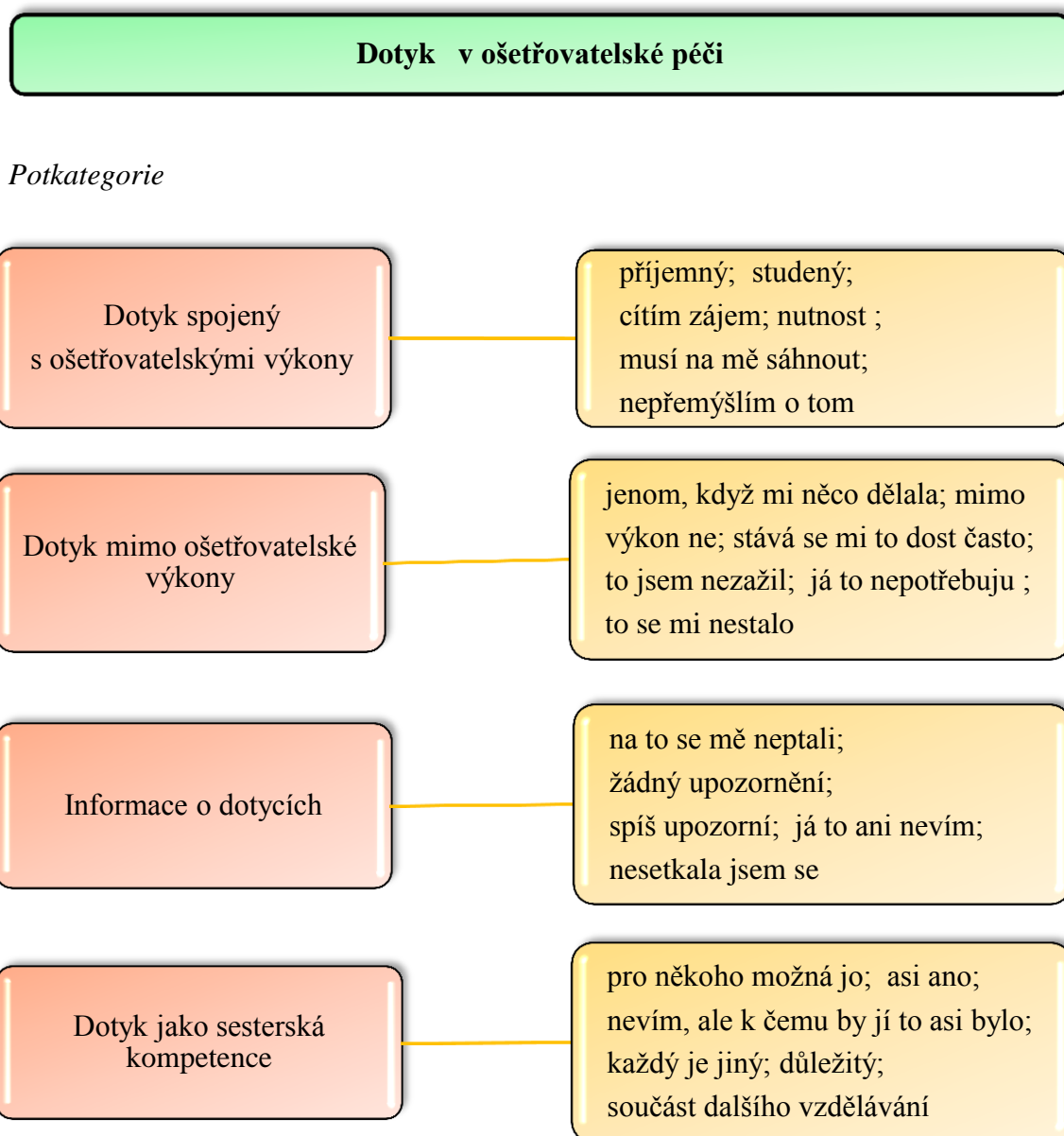


Schéma 2 popisuje, jak respondenti vnímají, pokud se jich sestra při poskytování péče dotýká. První podkategorie je zaměřena na vnímání dotyku v ošetrovateľskej péči. Z rozhovorů je patrné, že všichni respondenti dotyk sestry přijímají jako něco, co je samozřejmé, „*musí to být*“, „*nepřemýšlím o tom*“, dotyk jim nevadí. R8 uvedl: „*Já to beru, že je to pro mě nutnost, že je to od ní pomoc, nevidím v tom žádný problém. Beru to, že mi opravdu pomáhají.*“ Pouze dva respondenti vnímají dotyk sestry negativně. Dotyk v péči popisují jako „*studený a neosobní.*“ Druhá podkategorie popisuje, zda se respondenti setkali s dotykem, který by sestra použila, aniž by plnila ošetrovateľský výkon – dotyk, jako je například pohlazení, držení za ruku. Osm respondentů z dotazovaných deseti se s dotykem, který by úzce nesouvisel s ošetrovateľským

výkonem, nesetkalo. Jeden respondent uvedl, že tento druh dotyku vídává v televizi, v reportážích z hospiců. Jedna respondentka uvedla, že se s tímto dotykem setkává „dost často.“ Z třetí podkategorie vyplývá nepochybně, že se žádný z respondentů nesetkal se situací, kdyby se sestra předem informovala, jaké dotyky vnímají nepříjemně, nelibě. Poslední, čtvrtá kategorie se zabývá názorem respondentů na to, zda je pro sestru v poskytování péče důležité znát použití dotyků. Osm respondentů uvádí, že znalost použití dotyků je pro sestru důležitá. R6 odpověděl: „*Já si myslím, že by to mohlo být dobrý. Jako součást dalšího vzdělávání, protože je to poměrně něco dost intimního.*“ Jeden respondent odpověděl, že to nedokáže posoudit. Jediný respondent se k tomuto tématu vyjádřil negativně a uvedl: „*nevím, ale k čemu by jí to asi bylo.*“

Zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentů:

Dotyk spojený s ošetrovatelskými výkony

- ☒ příjemný R1/16
- ☒ studený R2/16, R3/18
- ☒ cítím zájem R9/15
- ☒ nutnost, musí na mě sáhnout R8/16, R1/19, R4/8, R7/10
- ☒ nepřemýšlím o tom R5/6

Dotyk mimo ošetrovatelské výkony

- ☒ jenom, když mi něco dělala R1/59
- ☒ mimo výkon ne R2/45
- ☒ stává se mi to dost často R4/29
- ☒ to jsem nezažil R6/47
- ☒ já to nepotřebuju R7/13
- ☒ to se mi nestalo R8/36, R 9/44, R10/49

Informace na dotyky

- ☒ na to se mě neptali R2/25, R3/35, R5/25, R6/25
- ☒ žádný upozornění R3/35, R5/26
- ☒ spíš upozorní R6/24
- ☒ já to ani nevím R7/20
- ☒ nesetkala jsem se R8/27

Dotyk jako sesterská kompetence

- ☒ pro někoho možná jo R1/30
- ☒ asi ano R2/35
- ☒ nevím, ale k čemu by jí to asi bylo R3/77
- ☒ každý je jiný R4/43
- ☒ důležitý R4/43, R5/19
- ☒ součást dalšího vzdělávání R6/27

Schéma 3 – Kategorie: Intimita dotyku

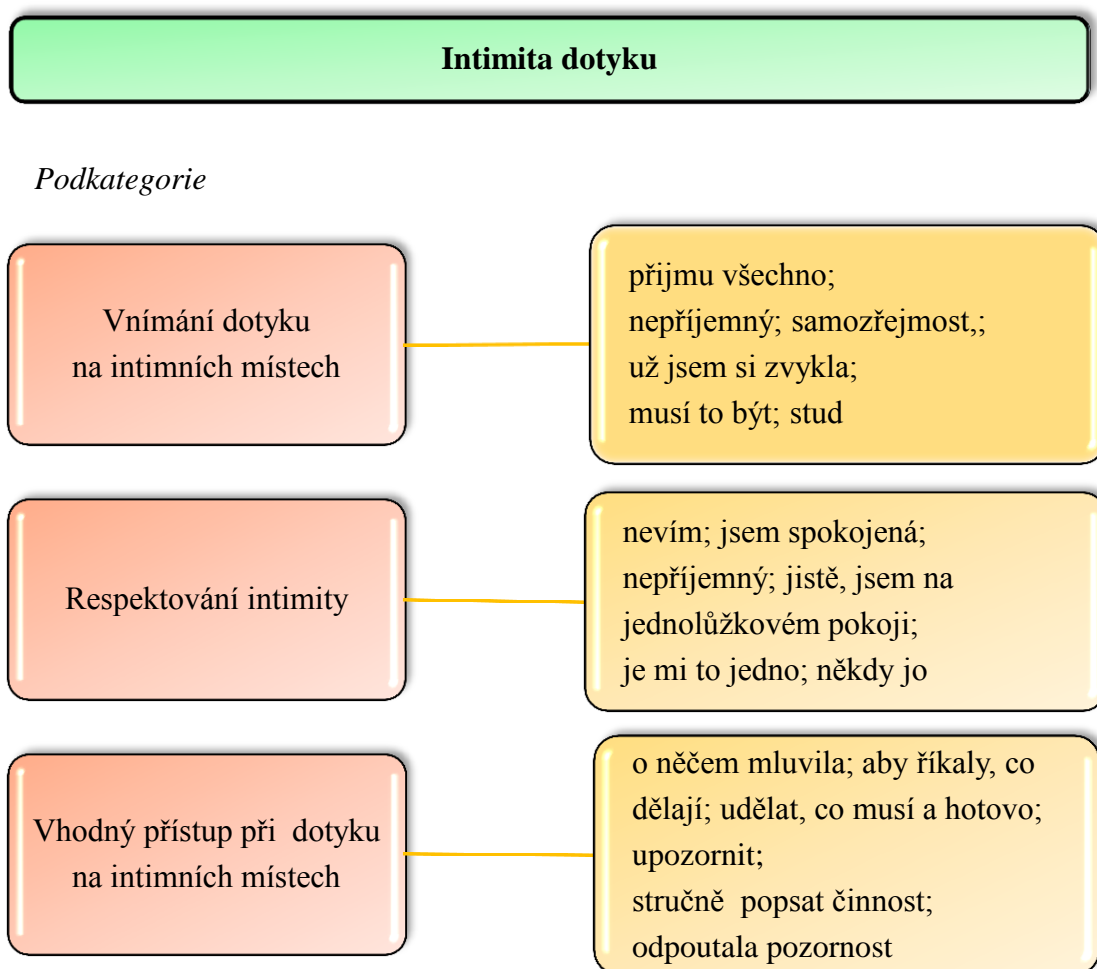


Schéma 3 *Intimita dotyku* popisuje tři podkategorie – jak respondenti vnímají dotyk na intimních místech, jestli je respektována jejich intimita a jaký přístup ze strany sestry je pro respondenty vhodný, pokud sestra provádí výkon na intimních místech. Ve spojení s výkony, u kterých je nutné odhalení intimních oblastí, respondenti používali často slova „nepříjemný“, „stud“, „nedá se nic dělat“, „musí to tak být“. Vnímání intimního dotyku bylo více nepříjemné pro respondentky – ženy. R 8 uvedla: „*Myslím si, že pro každou ženskou, teda alespoň pro mě, že každá pocítuje taky ten stud. Už je mi taky pár let, je to nepříjemný, člověk se stydí, ale nedá se nic dělat.*“ Respondenti – muži vnímají dotyk na intimních místech méně intenzivně. R3 dokonce odpověděl: „*...prostě já to беру jako povinnost, jako samozřejmost. Ani nejmenší vteřinu o tom nepřemýšlím. Je to prostě povinnost a já to беру jako službu, která je pro mě. V nemocnici, tam mi to nevádí, tam si toho nevšímám.*“ S intimním dotykem souvisí respektování studu, ostychu. Tři respondenti uvedli, že jejich intimita je respektována. Tři odpověděli, že jak kdy. Dva respondenti odpověděli, že neví, že to nevnímají a je

jim to jedno. Poslední dva respondenti uvedli, že jejich intimita není respektována, což vnímají „nepříjemně“. Třetí podkategorie popisuje, jaký přístup je pro respondenty vhodný, pokud sestra provádí výkon v intimních částech těla. Téměř všichni respondenti se shodli, že jim vyhovuje, pokud sestra popisuje činnost, kterou právě vykonává. Tři respondentky uvedly, že sestra může komunikovat i o věcech, které s výkonem nesouvisí, neboť tím odpoutává pozornost pacientů. R 9 uvedla: „*Když se pohybují v intimní oblasti, nemlčí. Snaží se se mnou udržovat kontakt, což mi tedy pomáhá, že se odreaguju. Všechno mi popisuje, a to mi vyhovuje, co můžu čekat a můžu to prokládat něčím, co s tím nesouvisí. Ale to vlastně při každém výkonu.*“ Jedné respondentce se nelíbilo, že u výkonu komunikovaly dvě sestry mezi sebou.

Zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentů:

Vnímání dotyku na intimních místech

- ☒ přijmu všechno R1/39
- ☒ nepříjemný R2/21, R5/29, R6/37, R8/54, R9/25, R10/31
- ☒ samozřejmost R3/40
- ☒ už jsem si zvykla R4/17
- ☒ musí to být R7/26
- ☒ stud R8/54

Respektování intimity

- ☒ nevím R3/50
- ☒ jsem spokojená R4/26
- ☒ nepříjemný R5/34, R9/35, R10/39
- ☒ jistě, jsem na jednolůžkovém pokoji R6/44
- ☒ je mi to jedno R7/31
- ☒ někdy jo R1/52, R8/56, R10/38

Vhodný přístup při dotyku na intimních místech

- ☒ o něčem mluvila R1/48, R4/19, R8/59, R9/30
- ☒ aby říkaly, co dělají R2/33, R5/37, R7/29, R9/29, R10/33
- ☒ udělat co musí a hotovo R3/45
- ☒ upozornit R6/40
- ☒ stručně popsat činnost R6/41
- ☒ odpoutala pozornost R8/59, R9/29

Schéma 4– kategorie: Přijímání dotyku v ošetrovatelské péči

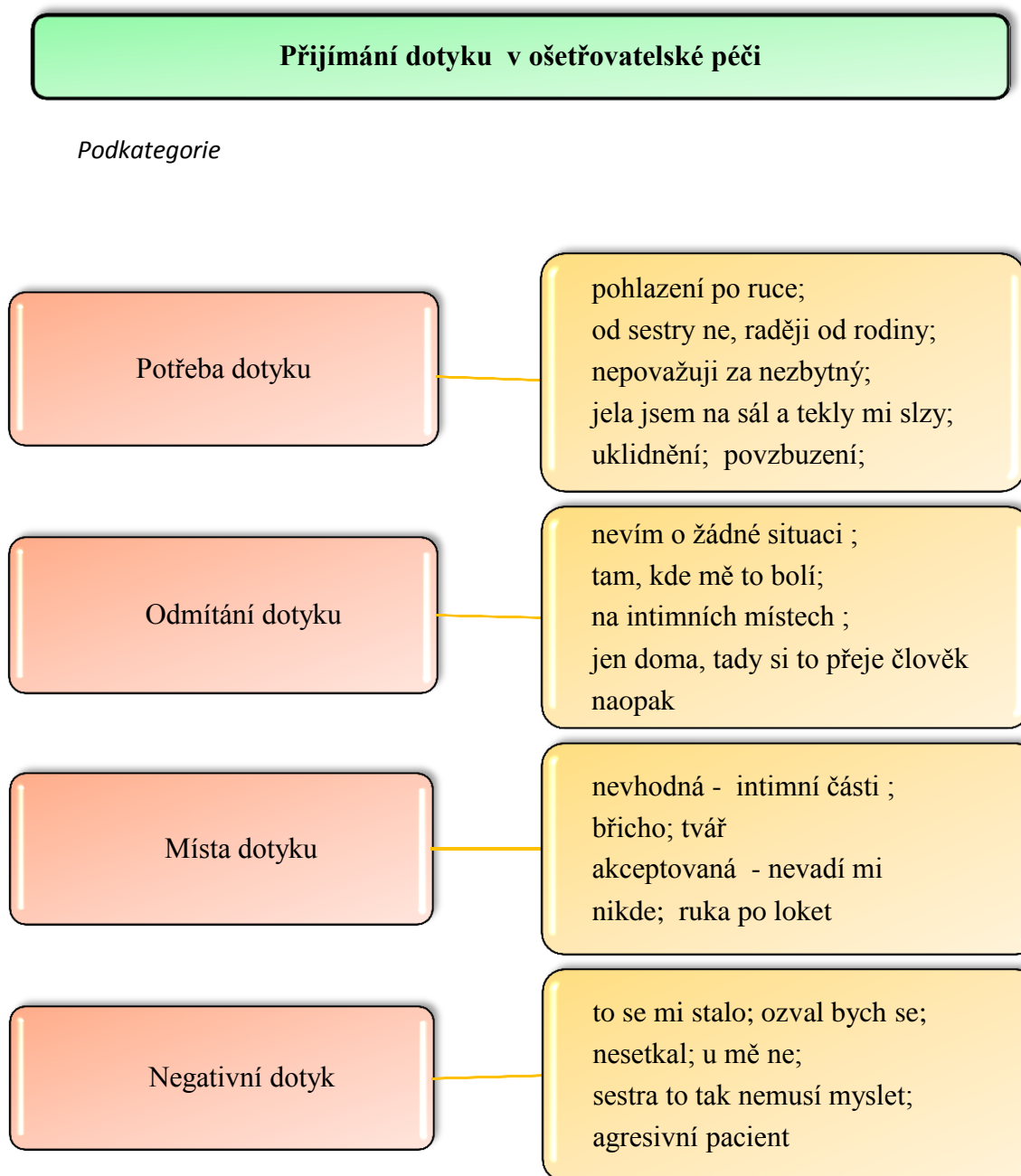


Schéma 4 popisuje, zda pacienti v péči cítí potřebu dotyku, nebo naopak zda pacienti vnímají v péči nějaké situace, ve kterých by jim byl dotyk sestry nepříjemný. Podkategorie *místa dotyku* mapuje, jaká místa dotyku jsou pro pacienty v přístupu sestry akceptovatelná a jaká jsou pro ně naopak nevhodná. Poslední podkategorie popisuje, jestli se respondenti někdy setkali s tím, že by sestra použila v péči negativní dotyk, jako třeba odstrčení, zatahání, hrubé nebo nešetrné uchopení. Nejčastěji byla respondenty potřeba dotyku v ošetrovatelské péči spojena s „*pohlazením po ruce*“ ve chvílích, kdy si přejí povzbuzení a uklidnění. R 3 uvedl: „*Přivítal bych, a dokonce*

jsem tak drzej, že třeba, když přijde sestřička, tak ji pohladím po ruce a ona pohladí mě...“ Jeden respondent uvedl, že ho nenapadá žádná situace, neboť dotyky podpory a uklidnění vnímá již jako osobní projev. Jedna respondentka odpověděla, že pokud by měla potřebu dotyku, přivítala by dotyk od rodiny, a ne od sestry. Dva respondenti uvedli, že by jim bylo příjemné, pokud by sestra přišla a pohladila jim ruku jen tak. R 1: *„Jen kdyby tak přišla a sedla si, hladila mě po ruce a chytla mě za krk, je to milý.“* Na otázku, jestli jsou v péči situace, kdy by vnímali respondenti dotyk nepříjemně, odpověděli čtyři respondenti, že žádnou takovou situaci v péči neznají či takovou nevnímají. R4 uvedla: *„Takový situace nemám.“* Jedna respondentka dodala, že situace, kdy odmítá dotyk, nastávají doma, v nemocnici to vnímá naopak, dotyk ze strany sestry jí poskytuje pocit zájmu. Dva respondenti uvedli, že by jim bylo nepříjemné, kdyby se jich sestra dotýkala na místech, která by pro ně byla bolestivá. Další respondenti uvedli, že by vnímali dotyk nepříjemně, pokud by byl použit s hrubostí a silou. A poslední dvě respondentky shodně odpověděly, že vnímají nepříjemně situace, které jsou spojené s odhalením intimních míst. Ve výzkumném šetření jsme se též zajímali, jaká místa dotyku v ošetrovatelské péči vnímají respondenti jako přijatelná a jaká místa jsou pro ně naopak nepříjemná. Výrazná shoda respondentů nastala v odpovědi na otázku, jaká místa pro dotyk vnímají jako nevhodná a nepříjemná. Osmi respondentům z deseti dotazovaných je nepříjemné, pokud se sestra dotýká na intimních místech těla. R 5 uvedla: *„To snad má každý. Třeba intimní partie nebo taky břicho. Vím, že nejsem zrovna modelka, tak tam mi to taky vadí. Jinde mi to nevadí.“* Na jiných místech respondentům dotyk nevadí. Pokud měli uvést vhodné místo pro dotyk, nejčastěji uváděli ruce. Dva respondenti odpověděli shodně, že nemají žádné místo na těle, kde by vnímali nepříjemně, pokud se jich sestra dotýká. R7 odpověděl: *„To je mi jedno, to neřeším.“* Poslední podkategorie popisuje odpovědi respondentů na to, jestli se někdy setkali s tím, že by sestra použila v péči negativní dotyk, jako třeba odstrčení, zatahání, hrubé, nešetrné uchopení. Šest respondentů uvedlo, že se s negativním dotykem ze strany sestry neseťkali. Jedna respondentka odpověděla, že se s hrubým dotykem setkala osobně, a to v situaci, kdy byla neklidná. Tři respondenti se s takovou situací setkali u někoho jiného, kdy byl negativní dotyk použit u pacientů neklidných, zmatených a agresivních. R10 uvedla: *„To jsem se neseťkala, jo vlastně jo, když bych byla upřímná, když jsem byla na JIPCE, tak tam byl agresivní pacient, a to bylo šílený, to byl asociál, ten řádil, to museli, ale jinak v žádném případě ne.“*

Zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentů:

Potřeba dotyku

- ☒ pohlazení po ruce R1/70, R2/48,R3/82
- ☒ od sestry ne, raději od rodiny R5/56
- ☒ nepovažuji za nezbytný R6/61
- ☒ jela jsem na sál a tekly mi slzy R9/46
- ☒ uklidnění, povzbuzení R8/44, R10/52

Odmítání dotyku

- ☒ nevím o žádné situaci R3/63,R4/38,R2/57,R6/67,R7/48
- ☒ tam, kde mě to bolí R9/50,R6/67
- ☒ na intimních místech R5/45,R10/58
- ☒ jen doma, tady si to přeje člověk naopak R8/49,R8/51

Místa dotyku

- ☒ nevhodná – intimní části, břicho, tvář R2/29,R5/22,R6/35,R8/30,R9/23,R9/17, R10/66
- ☒ akceptovaná – nevadí mi nikde, ruka R1/55,R2/27,R3/38,R4/40,R7/22

Negativní dotyk

- ☒ to se mi stalo R1/78
- ☒ ozval bych se R2/53
- ☒ nesetkal R3/53, R4/54, R6/70, R9/80
- ☒ u mě ne R5/50, R7/51
- ☒ sestra to tak nemusí myslet R8/76
- ☒ agresivní pacient R10/63

Schéma 5 – kategorie: Specifika dotyku v ošetrovateľskej péči

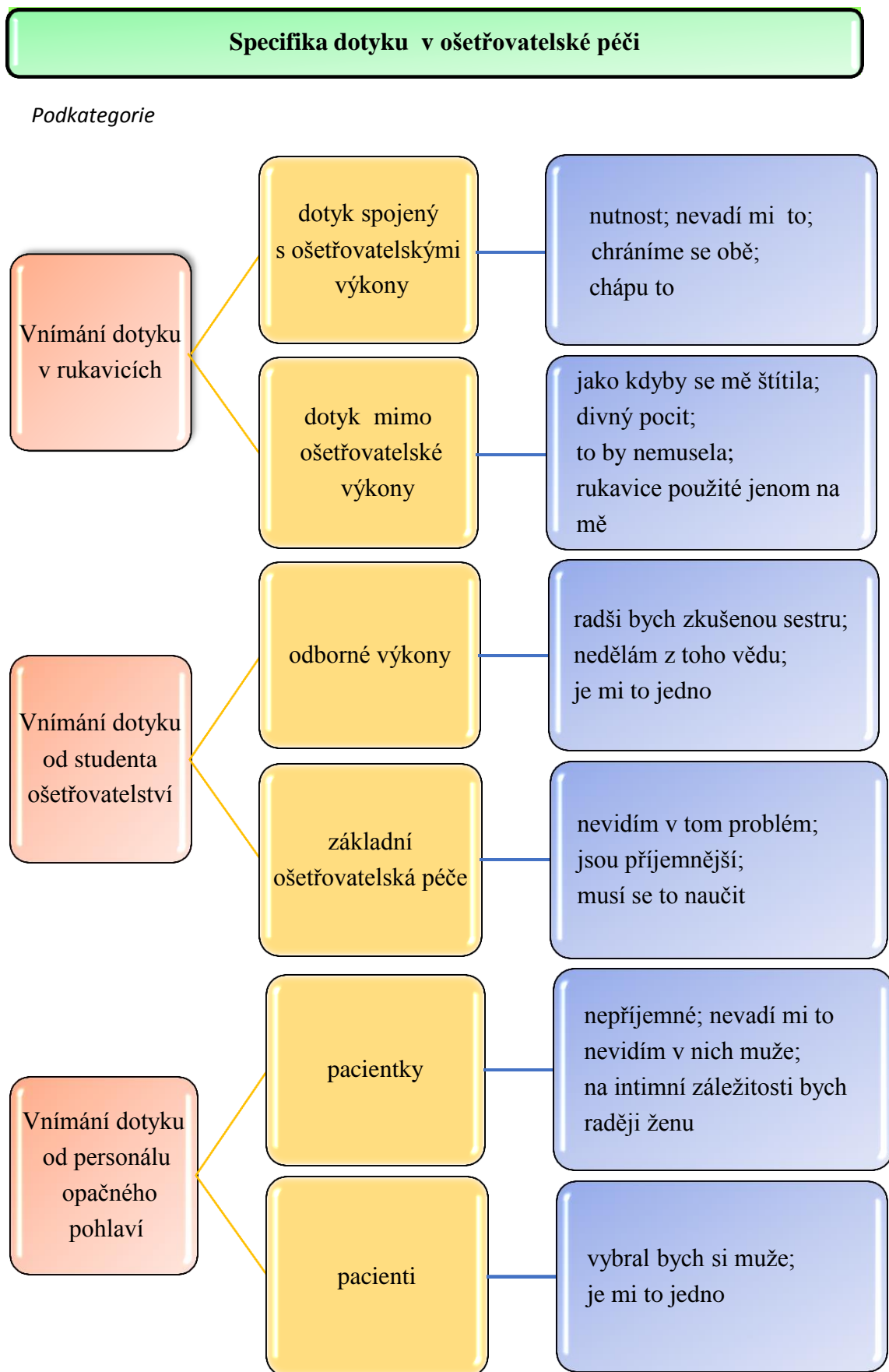


Schéma 5 popisuje, jak respondenti vnímají dotyk při poskytování ošetrovatelské péče se zaměřením na určité situace, které jsou rozděleny do tří podkategorií: vnímání dotyku v rukavicích, vnímání dotyku od studenta ošetrovatelství a vnímání dotyku od personálu opačného pohlaví. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni respondenti chápou použití rukavic při poskytování ošetrovatelské péče jako samozřejmost a „*nezbytnost*“. Pokud je však dotyk spojen s činností, která nesouvisí s ošetrovatelským výkonem, je většinou dotyk v rukavicích respondenty vnímán negativně. Dva respondenti uvedli, že to v nich vyvolává pocit, že se jich sestra štítí. R7/44 uvedl: „*No to je potom, jako by se vás štítla.*“ Dva respondenti odpověděli, že by jim dotyk v rukavicích, který není spojen s ošetrovatelským výkonem, byl nepříjemný, protože neví, jestli rukavice byly použity pouze pro ně. R 9 uvedla: „*A taky bych měla divný pocit, na co před tím s těmi rukavicemi sahala.*“ Druhá podkategorie vyjadřuje, jak respondenti vnímají dotyk od studenta ošetrovatelství. Všichni dotázaní respondenti se shodli, že jim dotyk od studenta ošetrovatelství nevadí, ale pouze pokud je spojen se základní ošetrovatelskou činností. Rozdíl ve vnímání dotyku od studenta ošetrovatelství respondenti uváděli až ve spojitosti s odbornými ošetrovatelskými činnostmi. Šest respondentů uvedlo, že při provedení odborného výkonu by dali přednost zkušené zdravotní sestře před studentem ošetrovatelství. R10 uvedla: „*Podle toho, co by mi dělali. Když by prováděli jenom hygienu nebo zavazovali nohu, tak ne, ale kdyby to mělo být něco odborného, třeba vyndat stehy, udělat převaz, to bych raději sestru.*“ Třetí podkategorie schématu 5 popisuje, jak vnímají respondenti dotyk, pokud ošetrovatelskou péči poskytuje personál opačného pohlaví. Respondenti – muži odpovídali většinou shodně, že jim dotyk od opačného pohlaví nevadí. Pouze jeden z nich odpověděl, že by upřednostnil péči ošetrovatele. Z dotazovaných šesti respondentek tři vnímají dotyk od personálu opačného pohlaví negativně, pokud se jich musí dotýkat na intimních místech. Uvádějí, že se cítí nepříjemně, pociťují stud. Zbylým třem respondentkám dotyk v intimních oblastech od personálu opačného pohlaví nevadí. Z rozhovorů vyplývá, že pokud se nejedná o dotyky na intimních částech těla, dotyky od ošetroujícího personálu opačného pohlaví nevadí žádnému respondentovi. Jedna respondentka uvedla, „*že bývá někdy muž i šikovnější.*“

Zakódovaná vyjádření jednotlivých respondentů:

Vnímání dotyku v rukavicích

- ☒ nutnost R1/61, R1/66, R10/55, R7/38,R3/66
- ☒ nevadí mi to R6/51, R8/65,R4/46
- ☒ chráníme se obě R5/11
- ☒ chápu to R5/11,R9/52
- ☒ jako kdyby se mě štitila R9/57, R7/42
- ☒ divný pocit R5/17,
- ☒ to by nemusela R10/56, R2/42
- ☒ rukavice použité jenom na mě R6/53

Vnímání dotyku od studenta ošetrovatelství

- ☒ radši bych zkušenou sestru R2/63,R3/57, R6/88, R10/74
- ☒ nedělám z toho vědu R3/58
- ☒ je mi to jedno R1/86, R4/65
- ☒ nevadí mi to R4/63,R4/65, R6/83,R6/89, R7/53, R8/78
- ☒ jsou příjemnější R5/62
- ☒ musí se to naučit R6/87, R7/53, R8/78, R9/75

Vnímání dotyku od personálu opačného pohlaví

- ☒ nepříjemné R1/39, R1/44, R10/42
- ☒ nevadí mi to R4/56, R4/58, R5/40, R6/78, R6/80, R7/33, R9/59, R10/27
- ☒ nevidím v nich muže R5/43
- ☒ na intimní záležitosti bych raději ženu R8/85, R8/86, R10/27
- ☒ vybral bych si muže R2/60, R7/36
- ☒ je mi to jedno R3/60, R4/60, R9/60, R9/62

5.3 Statistické zpracování

5.3.1 Ověření H1

Hypotéza 1: Sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče (fyzické) více než jako terapeutickou intervenci.

Pracovní hypotézy:

H0: Sestry vnímají dotyk stejně jako součást přímé péče (fyzické) i jako terapeutickou intervenci.

Ha: Sestry nevnímají dotyk stejně jako součást přímé péče (fyzické) i jako terapeutickou intervenci.

Tabulka 11 Odpovědi hodnotící vnímání dotyku v péči o pacienta

Vnímání dotyku	Pozorované četnosti procenta		Očekávané četnosti procenta		Chí kvadrát test p
Součást přímé péče	110	56%	97,5	50%	7,3%
Terapeutická intervence	85	44%	97,5	50%	
Celkem	195	100%	195	100%	

Protože dosažená hladina významnosti p je větší než 5 %, nemůžeme zamítnout H0.

Platí proto, že sestry vnímají dotyk jako součást péče stejně často jako terapeutickou intervenci.

5.3.2 Ověření H2

Hypotéza 2: Sestry používají dotyk spíše jako nevědomou metodu než jako vědomou terapeutickou intervenci.

Pracovní hypotézy:

H0: Sestry používají dotyk jako nevědomou metodu stejně často jako vědomou terapeutickou intervenci.

Ha: Sestry nepoužívají dotyk jako nevědomou metodu stejně často jako vědomou terapeutickou intervenci.

Tabulka 12 Odpovědi hodnotící používání dotyku jako terapeutické intervence

Použití dotyku	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test p
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	
Vědomá terapeutická intervence	170	87%	97,5	50%	<0,1%
Nevědomá terapeutická intervence	25	13%	97,5	50%	
Celkem	195	100%	195	100%	

Protože dosažená hladina významnosti p je menší než 5 %, můžeme zamítnout H₀.

Platí proto, že sestry nepoužívají dotyk jako nevědomou metodu stejně často jako vědomou terapeutickou intervencí. Sestry používají dotyk spíše jako vědomou terapeutickou intervencí než jako nevědomou metodu.

5.3.3 Ověření H₃

Hypotéza 3: Sestry používají dotyk spíše intuitivně než s vědomím rizika, že bude dotyk vnímán negativně.

Pracovní hypotézy:

H₀: Intuitivní používání dotyku sestrami je stejně časté jako použití s vědomím rizika negativního vnímání.

H_a: Intuitivní používání dotyku sestrami není stejně časté jako použití s vědomím rizika negativního vnímání.

Tabulka 13 Odpovědi hodnotící zájem respondentů o negativní vnímání dotyku u pacienta.

Zájem o negativní vnímání dotyku u pacienta	Pozorované		Očekávané		Chí kvadrát test p
	četnosti	procenta	četnosti	procenta	
ano	111	56,9%	97,5	50%	5,3%
ne	84	43,1%	97,5	50%	
Celkem	195	100,0%	195	100%	

Protože dosažená hladina významnosti p je větší než 5 %, nemůžeme zamítnout H_0 .

Platí proto, že intuitivní používání dotyku sestrami je stejně časté jako použití s vědomím rizika negativního vnímání.

6 Diskuze

Podle Routasalo (1999) je fyzický dotyk neoddelitelnou součástí vzájemného setkávání se sestry s pacientem. Při poskytování ošetrovatelské péče má dotyk bezpochyby nezastupitelné místo. Z kvantitativního výzkumného šetření jsme zjistili, že se žádný respondent nevyhýbá situaci, kdy se má pacienta dotknout (Graf 9). Většině respondentů dotyk v péči o pacienty nevadí, někteří ho vnímají i příjemně (Graf 7). Pokud respondenti vnímají dotyk v péči o nemocné nepříjemně, uváděli, že se jedná o dotyk spojený s pacienty, kteří jsou zanedbaní a zapáchají. Často zmiňovali pacienty bezdomovce a pacienty, kteří se projevují agresivně (Tab. 5). Také Benešová (2009) má s bezdomovci nepříjemné zkušenosti. Přestože přicházejí do nemocnice v žalostném stavu a s výrazem trpícího, začnou se na oddělení chovat s drzostí a naprostou suverenitou. Pobyt v nemocnici si pletou s hotelovým zařízením. Podle mého názoru však sestra musí při své práci udržovat profesionální přístup a zvládnout se odpoutat od svých zájmů a potřeb. Svým tolerantním a empatickým přístupem se může pokusit změnit chování takového nemocného.

Zajímalo nás, jak sestry v péči s dotykem pracují. 109 (56%) respondentů používá dotyk instinktivně, spontánně, aniž by si uvědomovali, že se pacienta dotýkají. 25 (13 %) respondentů se dotýká pacientů pouze při ošetrovatelských výkonech, od základních až po vysoce specializované (Graf 8). Podle Černého (2012) tyto dotyky bývají neosobní, chladné, se záměrem splnění nějakého úkolu. 61 (31%) respondentů dotyk používá pro uklidnění, podporu a pro navození pocitu důvěry (Tab. 4). Předpokládali jsme, že sestry v současném ošetrovatelství používají dotyk spíše intuitivně, tak, jak to cítí ony, jak ony chápou situaci a problémy nemocného, a neberou v potaz situace, kdyby pacient mohl dotyk vnímat negativně. Tato hypotéza se sice nepotvrdila, avšak dosažená hladina významnosti je natolik blízká hranici 5 %, že podle mého názoru a zkušeností lze tímto výsledkem prokázat, že sestry používají dotyk spíše intuitivně a nepřemýšlí o tom, zda bude pacient dotyk vnímat negativně.

Pomoc druhému je přirozenou lidskou vlastností, kterou v ošetrovatelství symbolizuje pečující ruka (Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2010). Velmi nás zajímalo, jak v současném ošetrovatelství sestry dotyk v péči vnímají. Předpokládali jsme, že sestry vnímají dotyk více jako součást přímé péče, která je spojena s ošetrovatelskými výkony, než jako terapeutickou intervenci, kdy sestry dotykem vyjadřují pochopení, účast, mírní bolest, navozují důvěru a pocit bezpečí. Tato hypotéza

se výzkumem však nepotvrdila. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče stejně často jako terapeutickou intervenci (Graf 11). Naši domněnkou bylo rovněž to, že sestry, které vnímají dotyk více jako terapeutickou intervenci, budou starší, s vyšším stupněm vzdělání a delší praxí. Ale tato naše domněnka byla vyvrácena. Zjistili jsme, že sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče stejně tak často jako terapeutickou intervenci, bez rozdílu věku, dosaženého vzdělání a délky praxe.

Další naší domněnkou bylo, že sestry používají dotyk v péči o nemocného jako nevědomou metodu spíše než jako vědomou terapeutickou intervenci. Naše hypotéza se však také nepotvrdila, neboť z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry používají dotyk více jako vědomou terapeutickou intervenci, a to v určitých situacích pro navození důvěry, k uklidnění pacienta, pro pocit bezpečí, jistoty a porozumění (Tab. 9).

Dotyky, které sestra používá intuitivně, na základě vlastní schopnosti vcítit se do pocitů a jednání druhých, nazýváme podle Kristové (2009) dotyky nevyžádané. Proto nás zajímalo, zda sestry vycítí u pacienta potřebu dotyku. Většina respondentů uvedla, že potřebu dotyku u pacienta vycítí (Graf 14) a při dotýkání myslí na pocity pacienta, jak pacient dotyky vnímá (Graf 27).

Podle Kutnohorské (2007) se s dotykem, který nesouvisí s ošetrovatelským výkonem a není jen neosobním splněním ošetrovatelského záměru, setkáváme při projevech empatie, často u vážně nemocných, kdy držení za ruku pomůže potlačit strach, obavy a beznaděj. Většina respondentů uvedla, že dotyk, který není spojen s realizací ošetrovatelského výkonu, v péči o nemocné používá (Graf 6), a to jako součást komunikace, při uklidnění, při přivítání, při podpoře, účasti a pochopení (Tab. 3). Stejně situace popisuje i Pokorná (2010). Podle respondentů není použití terapeutického dotyku časově náročné (Graf 24), ale souhlasím s Ott (1998), že důležitou úlohu v integraci terapeutického dotyku do ošetrovatelské praxe sehrává nejen postoj sester, ale i ošetrovatelský management. Je na něm, aby vytvořil vhodné podmínky pro jeho využívání v péči. A přestože použití terapeutického dotyku není časově náročné, nedostatek sester a množství dokumentace vskutku odvádí sestry od pacientů.

Zacharová (2007) uvádí, že tělesný kontakt a dotyky při setkávání s pacienty jsou součástí každodenní činnosti zdravotníků, ale ne vždy jsou oběma stranami vnímány a přijímány kladně. Dotýkání na intimních místech nemusí být nepříjemné pouze pro pacienty, ale negativně to mohou vnímat i zdravotničtí pracovníci. Z výzkumného

šetření však vyplývá, že pokud respondenti provádí výkon v intimních místech, pacient tyto situace ani nevnímá (Graf 10). Podle Nevolové (2015) tělesný kontakt doprovází silné pocity a prožitky. Pokud se nás dotkne někdo cizí, v našem mozku se spustí obranné mechanismy jako reakce na vývojem danou potřebu ubránit se možnému nepříteli. Zajímalo nás, jak sestry reagují, pokud pacient vnímá dotyk negativně. Pokud se tak stane, nejčastěji respondenti uváděli, že tuto situaci následně s pacientem konzultují. Další časté odpovědi byly, že se pacienta přestanou dotýkat, respektují to, omluví se, omezí dotyk na nezbytné úkony (Tab. 6).

Sesterské povolání klade vysoké nároky na komunikační schopnosti a dovednosti, které je však nutné v rámci celoživotního vzdělávání neustále rozvíjet. Podle Routasalo (1999) je však nesmírně složité dotykům porozumět a umět dotyk v péči správně používat. Jak jsme zjistili z výzkumného šetření, většina respondentů měla zájem se v rámci celoživotního vzdělávání účastnit seminářů zaměřených na používání dotyku v péči o pacienty (Graf 25). Bohužel jsem se já ani žádná z mých kolegyň s nabídkou semináře s tímto zaměřením v praxi nikdy nesetkala. Podle Green (2013) nemůžeme v péči opomenout antropologickou realitu a omezit dotýkání, ale bylo by užitečné jasněji zařadit do školních osnov význam dotyku v ošetrovatelské interakci, naučit budoucí sestry poskytovat uklidňující a podporující péči, umožnit jim dostatek času pro sebereflexi, odpočinek a dát jim možnost dalšího vzdělávání o významu dotyku v ošetrovatelské péči. Vzdělávat by se sestra měla i v používání dotyků v oblasti multikulturního ošetrovatelství, neboť v České republice trvale roste počet cizinců s pestrým národnostním složením. Podle Kutnohorské (2013) musí být sestra na tuto situaci připravena a mít patřičné znalosti, tedy být vnímavá, chápavá, tolerantní, a respektovat osobní i kulturní diverzitu pacientů. Proto jsme v dotazníkovém šetření mapovali, jestli respondenti při použití dotyku zohledňují kulturní a etnické odlišnosti. Výsledky ukazují, že více než polovina dotazovaných respondentů dotyk v péči zohledňuje (Graf 16). Nejčastěji se jedná o respondenty, již absolvovali magisterské studium. Jistě je tomu tak proto, že navazující magisterské studium své absolventy připravuje i na to, že budou poskytovat kulturně uzpůsobenou ošetrovatelskou péči národnostním a etnickým menšinám. Z výsledků je však patrné, že je třeba se v možnosti dalšího vzdělávání zaměřit i na používání dotyků v péči o tyto pacienty.

Jak uvádí Routasalo (1999), čím je pacient více závislý na pomoci druhých v běžných denních činnostech, tím více sestra fyzický kontakt v péči používá. Jedním z ošetrovatelských konceptů, který pracuje s dotykem, je bazální stimulace. Hlavním

objektem péče v tomto konceptu je tělo nemocného s porušeným kvalitativním či kvantitativním vnímáním. Integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče zvyšuje její kvalitu. Podle Friedlové (2015) je jednou z forem somatického dialogu iniciální dotyk, který napomáhá nemocným uvědomit si naši přítomnost. Zjistili jsme, že tento koncept sestry v péči většinou používají (Graf 19). Domnívám se, že v současném ošetrovatelství je bazální stimulace poměrně známým konceptem, proto nás překvapilo, že 21 (10,8 %) respondentů termín iniciální dotyk nezná. Z výzkumu vyplývá, že použití iniciálního dotyku bylo ovlivněno pracovištěm respondentů. Nejvíce s iniciálním dotykem pracují respondenti v domově pro seniory a na oddělení následné péče. Velké zastoupení v použití prvků bazální stimulace uváděli i respondenti z chirurgického oddělení. Domnívám se, že je to proto, že prvky bazální stimulace navozují zklidnění a uvolnění v pooperačních dnech, a pomáhají tak při tlumení bolesti.

Černý (2012) uvádí, že jedním ze základních projevů neverbální komunikace je dotyk, kterým vyjadřujeme empatii a porozumění. Také téměř všichni respondenti v dotazníkovém šetření vnímají dotyk jako součást neverbální komunikace (Graf 17) a komunikaci pomocí dotyků chápou jako důležitý prvek v péči o pacienty (Graf 5).

Další část výzkumného šetření byla zaměřena na to, jak pacienti vnímají dotyk sestry při poskytování ošetrovatelské péče. Kvalitativní výzkum byl veden metodou rozhovorů. Přestože byli pacienti ochotní zúčastnit se rozhovorů, bylo znát, že naše společnost se teprve učí mluvit o tom, co cítí a vnímá. Tyto věci jsou pro nás natolik důvěrné, že o nich nechceme mluvit.

Zajímalo nás, jak pacienti vnímají první setkání se sestrou, pokud jsou přijímáni na oddělení k hospitalizaci. Většina pacientů uvedla, že první kontakt s personálem na oddělení vnímá jako běžný a uspěchaný. Čtyři respondenti z deseti dotazovaných uvedli, že první kontakt při přijetí na oddělení vnímali negativně. R2 uvedl: „*Tam je to jak na běžícím pásu, jste pro ně jenom kus, je to hned odbytý.*“ R5: „*Normálně, ani nevím, skoro jako číslo.*“ Ostatní respondenti odpověděli, že i přes uspěchanost vnímají první kontakt se sestrou příjemně. R9 uvedl: „*Sestřičky se mi přímo osobně nepředstavily, ale jen paní doktorka, ale celkově ten přístup byl milý, všechno mi popsaly, vysvětlily, jak to bude, co vlastně bude nadcházet a tak podobně. Ten přístup byl fajn.*“ Podle Linhartové (2007) patří podání ruky k prvnímu kontaktu s pacientem. Z rozhovorů s pacienty jsme však zjistili, že se situací, kdy by jim při prvním kontaktu sestra podala ruku, se setkali pouze tři respondenti. Ještě však doplnili, že to nebývá vždy. R8 uvedl: „*Neděje se to vždycky, ale stává se mi to, jo.*“ Výsledky

z dotazníkového šetření, kde na obdobnou otázku odpovídaly sestry, ukazují, že s pacientem se podáním ruky přivítá nebo alespoň většinou přivítá více než polovina z dotazovaných sester (Graf 20). Podle mého názoru probíhá nástup pacienta do zdravotnického zařízení opravdu uspěchaně, jako na „běžícím pásu“, neboť je spojen s přemírou dokumentace a administrativních úkonů. To vše ještě umocňuje nedostatek sester na oddělení a nemocniční rutina. Proto se domnívám, že gesto podání ruky je používáno spíše sporadicky. Podle Pokorné (2008) je podávání ruky přirozenou součástí lidské komunikace a zvykli jsme si je v naší kultuře používat velmi často. Domnívám se, že podání ruky opravdu není tak časově náročným úkonem, aby se i v přemíře administrace a shonu nemohl uskutečnit. Bohužel si ani neuvědomujeme, že tím, že pacientovi ruku nepodáme, v něm můžeme vyvolat pocity neúcty, podrázenosti a ponížení.

Linhartová (2007) ve své knize uvádí, že podání ruky je pro sestru důležitým sběračem informací nejen o povaze, ale především o fyzickém i duševním stavu pacienta. Podle výzkumného šetření však podání ruky jako sběr informací vnímají pouze 3 (1,5 %) sestry. Více než polovina sester podání ruky vnímá spíše jako prvek sloužící k navození pacientovy důvěry (Graf 21). Ztotožňuji se s názorem Zacharové (2007), která uvádí, že na vzájemné důvěře a respektu by měl být vztah mezi sestrou a pacientem založen. Totéž potvrdily i výsledky z rozhovorů s pacienty, kteří uváděli, že by gesto podání ruky bylo milé, příjemné a vnímali by to ze strany sestry jako projev zájmu a důvěry. R6 odpověděl: „*Určitě, jednoznačně, naváží hned kontakt, za mě jednoznačně pozitivní dojem to udělá, takový jako most v komunikaci, já bych to přivítal.*“ R7 uvedl: „*To by bylo určitě příjemnější, určitě tedy pro mě. Lepší taková atmosféra, určitě, to je jasný.*“ Z výsledků šetření je jasné, že bychom neměli podceňovat gesto podání ruky při prvním kontaktu s pacientem. Jak uvádí Venglářová (2006) – ač se podání ruky jeví jako nevýznamné gesto, pevný stisk, pozdrav a milý úsměv podporují další vzájemnou spolupráci, která je velmi důležitá v péči o pacienta.

Ayers (2015) uvádí, že dotyky jsou nedílnou součástí všech klinických vyšetření a ošetrovatelských činností, od těch základních až po vysoce specializované. Proto nás zajímalo, jak pacienti vnímají, pokud se jich sestra při poskytování péče dotýká. Z rozhovorů je patrné, že respondenti dotyk sestry přijímají jako něco, co je samozřejmé, musí to být, nepřemýšlí o tom a dotyk jim nevadí. R6 odpověděl: „*Nejsem z těch lidí, co jim vadí osobní kontakt. Já naopak dotykem dávám najevo určitý projev úcty, a když to někdo nemá rád, tak to respektuji.*“ R8: „*Já to беру, že je to pro mě*

nutnost, že je to od ní pomoc, nevidím v tom žádný problém. Beru to, že mi opravdu pomáhají.“ Respondent R2 popsal dotyk sestry slovy: *„Dotyk sestry a personálu tady a v nemocnici se nedá srovnat. Tam je člověk prostě kus. Je to tam studený. Když už člověk do nemocnice jde, tak tam jde za tím účelem, jde tam asi proto, že pro nějaký úkon, výkon potřeba je to nutnost a takový ten pocit musí jít stranou.*“ I R4 vnímá dotyk jako něco samozřejmého: *„Normálně. Beru to, že je to potřeba k té práci.*“ Výsledky šetření se shodují s názorem Ayers (2015), která ve své knize uvádí, že dotyky zdravotníků většina nemocných akceptuje a přijímá pozitivně, neboť jsou to dotyky ze strany odborníků a pacienti je mají spojené s pochopením svých problémů v nemoci a s lepšími výsledky léčení. Z výzkumného šetření vyplývá, že se žádný z respondentů neseťkal se situací, kdyby se sestra předem informovala, jaké dotyky jsou mu nepříjemné. R4 uvedla: *„Ne, to se nestalo. Ale vždycky mi řekne, co bude dělat, vždycky to nahlásí.*“ R2 odpověděl: *„Ne, na to se mě neptali.*“ Podle Špatenkové (2009) se ale musíme v péči o nemocné, kteří se ocitají v tíživé životní situaci a bývají často v emocionálním vypětí a stresu, ptát na potřebu vlastního prostoru a zajímat se o reakce nemocného na dotyk, abychom předešli případným rozpakům, nedorozuměním a problémům. Výsledky rozhovorů s pacienty však nekorrespondují s výsledky zjištěnými v rámci dotazníkového šetření, ze kterého vyplývá, že více než polovina sester se zajímá nebo alespoň většinou zajímá o to, na jakých místech dotyk pacient vnímá negativně (Graf 15). Podle mého názoru a zkušeností se sestry spíše předem neinformují, jaký dotyk je pacientem vnímán negativně. Myslím si, že by mohlo být vhodné, aby součástí ošetřovatelského zhodnocení byly také informace o vnímání negativního dotyku.

Ve výzkumném šetření nás zajímalo, jaká místa pro dotyk v ošetřovatelské péči vnímají pacienti jako přijatelná a jaká místa dotyku jsou jim naopak nepříjemná. Pro šest pacientů z deseti dotazovaných je nepříjemné, pokud se jich sestra dotýká na intimních místech. Jak uvádí Tegze (2003), ne všechna místa pro dotyk na těle jsou člověkem vnímána stejně, velká kongruence však nastává v oblasti pohlavních orgánů. R5 uvedla: *„To snad má každý. Třeba intimní partie nebo taky břicho. Vím, že nejsem zrovna modelka, tak tam mi to taky vadí. Jinde mi to nevadí.*“ Také pro R9 je nepříjemné, pokud se sestra dotýká intimních míst: *„Nevím, asi může všude. Nepříjemný je to akorát to intimní, to každopádně.*“ R1 uvedla, že je pro ni nepříjemné, pokud se jí někdo dotýká v bolestivé oblasti: *„No spíš s tou páteří, když mě jako furt bolela a oni mě na ní začali mačkat, tak tam mi to bylo nepříjemný.*“ Zbylí tři

respondenti odpověděli shodně, že nemají žádné místo na těle, na kterém by vnímali dotyk sestry nepříjemně. R3: „*Žádný mi nevadí, nejsem žádnéj háklivej.*“ I R7 odpověděl: „*To je mi jedno, to neřeším.*“ Zajímalo nás i pohled sester na to, jaká další místa (mimo oblast genitálií) jsou podle nich pro pacienty nepříjemná. Nejčastěji se sestry shodly, že pacienti negativně vnímají, pokud se sestra dotýká obličeje, prsou, hlavy a chodidel (Tab. 8). Avšak žádný respondent z řad pacientů tato místa negativního dotyku neuvedl. Opět se tedy potvrdilo, že dotyky ze strany ošetřujícího personálu pacienti akceptují a přijímají je s odevzdaností. Plně zdravotníkům důvěřují a dotyk upevňuje jejich důvěru v léčebný proces.

Dotyk v ošetrovatelské péči je úzce spojen s narušováním osobní a intimní zóny pacienta. Podle Juřenínové (2010) se sestra při výkonu svého povolání velmi často dotýká pacientů na intimních místech, proto by měla být ohleduplná a taktní. Haškovcová (2002) uvádí, že respektování intimity a autonomie je jedním bodem v etickém kodexu Práv pacientů, který říká, že pacient má právo, aby v souvislosti s péčí byly brány maximální ohledy na soukromí a stud. Zajímalo nás, jak pacienti vnímají, pokud se sestra dotýká intimních oblastí jejich těla. Při ošetrovatelských výkonech, které jsou spojeny s obnažením těchto oblastí, pacienti pociťují stud, rozpačitost, je jim to nepříjemné. Zazněly i odpovědi: „*Nedá se nic dělat, musí to tak být.*“ Vnímání intimního dotyku bylo nepříjemné více pro respondentky – ženy. R8 uvedla: „*Myslím si, že pro každou ženskou, teda alespoň pro mě, že každá pociťuje taky ten stud. Už je mi taky pár let, je to nepříjemný, člověk se stydí, ale nedá se nic dělat.*“ R5 to cítí podobně: „*Je mi to nepříjemný, ale co s tím.*“ Pouze jedna respondentka (R4) uvedla: „*Je mi to jedno, už jsem zvykla.*“ Respondenti – muži vnímají dotyk na intimních místech méně intenzivně než respondentky – ženy. Všichni muži odpovídali podobně. R3 uvedl: „*Ne, ani tam ne. Ne, prostě já to беру jako povinnost, jako samozřejmost. Ani nejmenší vteřinu o tom nepřemýšlím. Je to prostě povinnost a já to беру jako službu, která je pro mě. V nemocnici, tam mi to nevadí, tam si toho nevšímám.*“ Podobně se vyjádřil i R7: „*No musí to být, to jsem neřešil nikdy. A že toho bylo, že jo. Samo sebou, člověk by byl radši, aby to být nemuselo, ale to patří k tomu.*“

Zajímalo nás, jaký přístup považují pacienti za vhodný, pokud sestra provádí výkon v intimních částech těla. Podle Venglářové (2006) by takové narušení mělo probíhat jen v nezbytných situacích a vždy se souhlasem pacienta. Tyto zásahy do intimity jsou lépe snášeny, pokud jsou pacienti informováni a při dotýkání je jim zároveň sděleno, co sestra vykonává. S autorčíným výrokiem korespondují i výsledky šetření, neboť

většina pacientů přivítá, pokud jim sestra popisuje činnost, kterou právě vykonává. Dvě respondentky uvedly, že komunikace odpoutává pozornost od výkonu. R9 uvedla: *„Když se pohybují v intimní oblasti, nemlčí. Snaží se se mnou udržovat kontakt, což mi tedy pomáhá, že se odreaguju. Všechno mi popisuje, a to mi vyhovuje, co můžu čekat, a můžou to prokládat něčím, co s tím nesouvisí. Ale to vlastně při každém výkonu.“* Jedné respondentce se nelíbilo, že u výkonu komunikovaly dvě sestry mezi sebou. R5 uvedla: *„Když mě třeba cévkovaly, byly tam u toho dvě sestry. A povídaly si mezi sebou, to teda nemusely, a přitom mi taky říkaly, co mi dělají. Já jsem raději, když mi to řeknou, co dělají, a já vím, co můžu čekat.“* R6 uvedl, že je raději, když sestra stručně činnost popíše: *„Pro mě je nejpříjemnější, aby mě upozornila, že se bude pohybovat v místech, která nejsou úplně standardní, to je jen na chvílku, stručně popsat činnost a dost. Je to nepříjemný, nějak to nerozvádět.“* Výsledky dotazníkového šetření se shodují s potřebami pacientů, neboť jsme zjistili, že pokud se sestry při ošetrovatelských výkonech dotýkají intimních partií nemocného, většinou svou činnost komentují nebo mluví o něčem jiném, a tím odpoutávají pozornost. Výsledky šetření jsou o v souladu s literaturou, neboť i Gleeson (2009) uvádí, že je v ošetrovatelské péči vhodné podávat velmi jasná vysvětlení, co děláte, proč to děláte. Že je pro pacienta důležité při ošetrovatelských činnostech komunikovat, uvedla i respondentka R9, pro kterou je vyhovující, když sestra popisuje všechny ošetrovatelské činnosti, nejen ty, které souvisí s výkony v intimních místech. Výsledky kvalitativního šetření se opět shodují s potřebami pacientů, neboť analýza získaných dat vypovídá o tom, že téměř všechny sestry doprovází dotyk mluveným slovem, nebo alespoň občas (Graf 13).

S intimním dotykem souvisí respektování studu, ostychu. Proto další dotaz v rozhovorech s pacienty mapoval, jak je respektována jejich intimita. Tři pacienti uvedli, že jejich intimita je respektována. R9 odpověděla: *„...a trochu odhalí, je vidět, že se snaží intimitu zachovat.“* Tři pacienti odpověděli, že je respektována *„jak kdy“*. Dva respondenti odpověděli, že neví, že to nevnímají a je jim to jedno. Poslední dva respondenti uvedli, že jejich intimita není respektována, např. R8: *„...tak mě zaváděli cévku před celým pokojem, a to se mi nelíbilo, to si myslím, že by to mělo být v soukromí.“* Mimořádné nároky na komunikaci sestry s pacienty, emocionální opotřebování, únava, nevhodná motivace pro práci či pracovní přetížení mají větší dopad na ošetrovatelské vyhoření. Pokud není syndrom vyhoření včas zpozorován, může přerůst až v profesní deformaci. Ta se projevuje citovou otrlostí, cynismem, nedostatkem respektu a lhostejností k problémům nemocného (Venglářová, 2011).

Proto nás také zajímalo, zda se pacienti někdy setkali s tím, že by sestra použila v péči negativní dotyk, jako třeba odstrčení, zatahání, hrubé, nešetrné uchopení. Šest respondentů uvedlo, že se s negativním dotykem ze strany sestry nesetkalo. Jedna respondentka odpověděla, že se s hrubým dotykem setkala osobně, a to v situaci, kdy byla neklidná. Tři respondenti se s takovou situací setkali u někoho jiného, kdy byl negativní dotyk použit u pacientů neklidných, zmatených a agresivních. R3 odpověděl: „Nesetkal, ani u mě ani jinde. To ledacos někde člověk slyší, ale to je podání z druhé ruky...“. R10 uvedla: „To jsem se nesetkala, jo vlastně jo, když bych byla upřímná, když jsem byla na JIPCE, tak tam byl agresivní pacient, a to bylo šílený, to byl asociál, ten řádil, to museli, ale jinak v žádném případě ne.“ Z výzkumu vyplynulo pozitivní zjištění, že se většina pacientů s negativním dotykem ze strany sestry nesetkala. Pokud ano, jednalo se o pacienty agresivní a zmatené. Jak dokazuje Vybíhalová (2010) ve svém výzkumu, sestry jsou často vystaveny agresí ze strany pacienta. Domnívám se, že v těchto krizových situacích je však možné použití fyzických úchopů, ale vždy podle šetrných pravidel sebeobrany. Proto je podle Vybíhalové (2010) nutné zaměřit se v rámci celoživotního vzdělávání na účelnou komunikaci a účinnou obranu proti pacientům s agresivním chováním. O to více byly překvapující odpovědi sester, neboť se situací, kdy sestra vyjádřila negativní postoj k pacientovi pomocí dotyků, se již setkalo 143 (73,3 %) respondentů (Graf 22). Negativně vnímané dotyky však v práci sestry nemají své místo. Souhlasím se Zacharovou (2007), která uvádí, že sestra musí stále pečlivě kontrolovat průběh své práce a své chování. Podle mého názoru musí sestra respektovat individualitu každého nemocného a adekvátně reagovat na jeho specifické potřeby.

Podle Munzarové (2005) nevídaný pokrok v biomedicínských vědách má za následek narůstání nedostatků v nezištné péči, vytrácí se lidskost, zužuje se prostor pro samotnou ošetrovatelskou péči, pro psychologickou či duchovní podporu. V kvalitativním výzkumném šetření jsme se proto také zajímali, zda se respondenti setkali s dotykem, který by sestra použila, aniž by plnila ošetrovatelský výkon, jako je pohlazení či držení za ruku. Podle Kozierové (1995) je terapeutický dotyk nezávislou ošetrovatelskou činností vyžadující specifické poznatky a zkušenosti. Sestra terapeutickým dotykem pomáhá nemocnému v jeho léčebném a uzdravovacím procesu. Osm respondentů z deseti dotazovaných se však s dotykem, který by úzce nesouvisel s ošetrovatelským výkonem, nesetkalo. Respondent R6 uvedl, že tento druh dotyku vidává v televizi, v reportážích z hospiců. R7 uvedl: „No, tak mě ne (smích). Já to

nepotřebuju.“ Dvě respondentky se s tímto dotykem již setkaly. R8 uvedla: „*Ano, já ano. Není to teda moc pravidlem, ale setkala.*“ R4 sdělila: „*To se mi stalo, a to se mi stává dost často. Pohladí mě po vlasech i po ruce.*“ Na otázku, jak to vnímala, odpověděla, že to bylo příjemné. Jsem přesvědčena, stejně jako Faleide (2010), že dotykem sestra projevuje zájem o pacienta a podporuje tím vzájemnou důvěru. Tak to cítí i R8: „*Je to takový uspokojení, že se mnou někdo soucítí nebo že se mě někdo snaží uklidnit, že v tom nejsem sama.*“ Ptali jsme se pacientů, jestli by v nějakých chvílích dotyk od sestry přivítali. Nejčastěji pacienti uváděli potřebu dotyku ve chvílích, kdy vyžadují povzbuzení a uklidnění. Jeden respondent uvedl, že ho nenapadá žádná situace, neboť dotyky podpory a uklidnění vnímá již jako osobní projev. Jedna respondentka odpověděla, že pokud by měla potřebu dotyku, přivítala by ji od rodiny, a ne od sestry. Doslova R5 sdělila: „*Určitě jo, ale od sestry asi ne. Raději od rodiny. No neříkám, že teda určitě ne, já nevím, já jsem se s tím nesečkala.*“ Dva respondenti uvedli, že by jim bylo příjemné, pokud by sestra přišla a pohladila jim ruku jen tak.

Toto jsme porovnali s výsledky dotazníkového šetření, kde většina sester uvedla, že používá dotyk i v jiných situacích než při ošetrovatelských výkonech, a to nejčastěji při komunikaci s pacientem, při uklidnění, při přivítání. Bohužel jsem někdy z výsledků dotazníkového šetření nabyla dojmu, že sestry se spíše nejednou nad dotazníkem zamyslely a odpovídaly tak, jak by to mělo být a co je správné, místo toho, aby odhalily chyby a nedostatky v poskytování ošetrovatelské péče.

Podle Gleeson (2004) jsou tělesné kontakty v ošetrovatelské péči nevyhnutelné, avšak Zacharová (2007) uvádí, že ne vždy jsou oběma stranami pozitivně vnímány a přijímány. Zajímalo nás, jestli znají pacienti v péči situace, kdy by dotyk vnímali jako nepříjemný. Čtyři respondenti odpověděli, že žádnou takovou situaci v péči neznají či žádnou tak ani nevnímají. R4 odpověděl: „*Takový situace nemám.*“ R8: „*Nevím, spíš bych řekla, že ne v nemocnici, ale doma, v soukromí. Když je mi mizerně, potřebuji jen někde zalézt, být sama. Tak si to v duchu říkám, neššímejte si mě. Ale v nemocnici ne, tady si to člověk přeje spíš naopak, připadá mi, že mají zájem.*“ Dva respondenti uvedli, že by jim bylo nepříjemné, kdyby se jich sestra dotýkala na místech, která by pro ně byla bolestivá. R9 uvádí: „*Tak to o žádné situaci nevím, možná, kdyby se mě dotýkaly na místě, kde by mě to hodně bolelo.*“ Dva pacienti uvedli, že by vnímali dotyk nepříjemně, pokud by byl použit s hrubostí a silou. R2 odpověděl: „*Nevím o ničem, možná kdyby to bylo právě to hrubý zacházení. To by se mi nelíbilo.*“ Dvě respondentky shodně odpověděly, že vnímají nepříjemně situace spojené s odhalením intimních míst,

např. R5: „Právě třeba při tom cévkování, to je dost intimní. To mytí na intimních místech je jiný, ale to cévkování je hodně intimní, to bych si vybrala raději ženskou. Na mytí mi chlap nevadí.“ R10 uvedla: „Nenapadá mě žádná situace, mimo tedy dotyku na intimních místech. Ale jinak se mi nestalo, že by mi byl nějaký dotyk nepříjemný.“ Podle Zacharové (2007) někteří nemocní pociťují dotykovou deprivaci a po dotyku lační, jiní jsou naopak nadměrně úzkostní a dotyky jsou jim nepříjemné. V dotazníkovém šetření sestry uvedly, že podle jejich názoru pacienti odmítají dotyk nečastěji kvůli studu, strachu a bolesti (Tab. 7). Podle Gleeson (2004) musí sestra při používání dotyku sledovat, jak pacient na její dotyk reaguje nejen verbálně, ale především neverbálně.

Podle Wichsové (2013) jsou pro sestru ruce důležitým pracovním nástrojem, a proto o ně musí pečovat. Použití rukavic je nejen nutnou ochrannou pomůckou, která snižuje riziko přenosu mikroflóry, ale částečně chrání ruce i před agresivními účinky dezinfekčních přípravků. V rámci výzkumného šetření nás také zajímalo, jak pacienti vnímají dotyk sestry, která pracuje v rukavicích. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti chápou použití rukavic při poskytování ošetrovatelské péče jako něco samozřejmého a nezbytného. R5 uvedla: „Já to chápu. Jsem pro. Protože se chráníme obě. Ona neví, co mám, nezná mě, a já zase neznám ji.“ Pokud je však dotyk spojen s činností, která nesouvisí s ošetrovatelským výkonem, jako je například pohlazení, většina respondentů vnímá dotyk v rukavicích negativně. R9 uvedla: „Ještě se mi to nestalo, ale asi by mi to bylo taky nepříjemný, cítila bych se, jako že na mě nechce sestra sáhnout, že se mě štítí.“ Dva respondenti uvedli, že by jim dotyk v rukavicích, který nesouvisí s ošetrovatelským výkonem, byl nepříjemný, protože neví, jestli rukavice byly použity pouze pro ně. R9 uvedla: „A taky bych měla divný pocit, na co před tím s těmi rukavicemi sahala.“ Taktéž to vnímá i R6: „No, když to bude rukavice, která je použitá jenom na vás, aby to nebylo od něčeho jiného, a pak jde na vás. Samozřejmě pokud si rukavice před vámi nasadí a pohládí vás, tak mi to nevadí. Ale když by odkudsi přišla v rukavicích, a pak vás pohládí, tak to by mi bylo nepříjemný, ani ten materiál mi nevadí.“ Ani podle Green (2013) použití rukavic zásadně nemění dotykový pocit a vnímání, neboť rukavice jsou v současné době navrženy tak, aby ruce chránily a zároveň byly k hmatovému vjemu velmi citlivé. V dotazníkovém šetření jsme se o dotyk v rukavicích také zajímali a zjistili jsme, že 44 (22,6 %) respondentů používá rukavice při každém kontaktu s pacientem. 142 (72,8 %) respondentů používá rukavice pouze v nezbytných situacích, jako je kontakt s tělními tekutinami. 8 (4,1 %)

respondentů odpovědělo, že rukavice používá pouze u pacientů v bariérovém (izolačním) režimu (Graf 12). Souhlasím s Wichsovou (2013), že by si sestra měla rukavice nasazovat s rozvahou a pouze tehdy, je-li to nutné. Jsou situace, kdy se bez rukavic neobejdeme, ale v péči o pacienta existuje spousta ošetřovatelských výkonů, kdy není zapotřebí si rukavice nasazovat, navíc použitím rukavic v těchto situacích můžeme v pacientovi vyvolat nepříjemné pocity. Pokud je však nezbytné si rukavice nasadit, jistě bude pro pacienta příjemnější, pokud si je nasadíme před provedením ošetřovatelského výkonu přímo před ním, a on tak bude mít pocit jistoty, že jsou rukavice použity pouze pro něj.

Jak uvádí Ptáček (2011), pacient musí jednostranně sdílet své intimní oblasti s neznámými lidmi, a to nejen s těmi, kdo ho ošetřují, ale i se zástupci studentů, kteří v něm vidí jen objekt studia. Zajímalo nás, jestli pacienti vnímají rozdílně dotyk od sestry a dotyk od studenta ošetřovatelství. Z rozhovorů vyplynulo, že jim dotyk od studenta ošetřovatelství nevadí, ale pouze pokud je spojen se základní ošetřovatelskou činností. R5 dokonce uvedla: *„Vnímám to úplně jinak. Jsou příjemnější, oni jsou jako nezkušený, tak jsou takový milí, hodně povídají u všeho.“* Rozdíly ve vnímání dotyku od studenta ošetřovatelství oproti dotykům sestry respondenti uváděli až ve spojitosti s odbornými ošetřovatelskými činnostmi. Šest respondentů uvedlo, že pro provedení odborného výkonu by dali přednost zkušené zdravotní sestře před studentem ošetřovatelství. R2 uvedla: *„Asi raději aby mě ošetřovala sestra, ale nechci ztěžovat těm učenkám práci. Beru to, jak to je.“* I R10 uvedla: *„Podle toho, co by mi dělali. Když by prováděli jenom hygienu nebo zavazovali nohu, tak ne, ale kdyby to mělo být něco odborného, třeba vyndat stehy, udělat převaz, to bych raději sestru.“* Podle Haškovcové (2002) přítomnost osob, které se léčebného procesu přímo neúčastní, má pacient právo odmítnout. V současné době jsou pacienti při příjmu seznamováni s tím, že na pracovišti pracují studenti. O této skutečnosti je sepsán informovaný souhlas, kde má pacient právo ošetřování od studenta ošetřovatelství odmítnout. Z výzkumného šetření však vyplývá, že pacienti postavení studentů v ošetřovatelské péči chápou a ví, že studenti se dovednostem musí někde naučit. R6 uvedl: *„Ale všichni se to musíme učit, jak se tomu bránit, to je hrozně těžký. Musí se naučit všechno. Hygienu mi nevadí, ale něco odborného, tak to bych dal určitě přednost sestře, ale když přijde pod dozorem, tak to určitě, to by mi nevadilo.“* Chápe to i R7: *„Ne, to mi nevadí, když ty holky se to musí taky naučit. To je v pořádku, na někom se to naučit musí. Píchat injekce mně nebo malému dítěti je rozdíl. Tak ať se to učí na mě.“* Výsledky šetření

korespondují s výzkumným šetřením v Číně, kde se většina pacientů též shodla, že by dala přednost péči poskytované profesionální sestrou než studentem ošetrovatelství. Taktéž chápou, že se činností péče někde naučit musí, ale sami pro ně nechtějí být modelem. Pokud péči poskytuje profesionální sestra, cítí se pohodlněji a v bezpečí (Nan Lu, 2014).

Dále jsme se dotazovali pacientů, jak vnímají dotyk od ošetrovatelského personálu opačného pohlaví. Mužští respondenti odpovídali většinou shodně, že jim dotyk od opačného pohlaví nevadí. Pouze jeden z respondentů mezi muži (R2) odpověděl: „*Určitě je dotyk jiný, když se dotýkají ženy, než kdyby to dělal muž. Já se s výběrem nikdy nesešel, byla tam vždy sestra. Kdyby byla ta možnost, tak bych bral asi muže. Člověk to ale musí brát tak, jak to je, je to jejich práce.*“ Z dotazovaných šesti ženských respondentek tři vnímají dotyk od personálu opačného pohlaví negativně, pokud se musí dotýkat na intimních místech. Uvádějí, že se cítí nepříjemně, pociťují stud. K situaci, kdy by výkon v intimních místech prováděl ošetrovatel opačného pohlaví, uvedla R8 následující: „*No, musela bych to vydržet. Nedá se nic dělat. Styděla bych se a přála bych si, aby to bylo už za mnou.*“ Podle Gilleson (2009) mají mužští ošetrovatelé obavy dotýkat se žen, neboť by takový dotyk mohl být pacientkami mylně interpretován jako dotyk se sexuálním podtextem. Třem ženským respondentkám dotyk v intimních oblastech od personálu opačného pohlaví nevadí. R5 uvedla: „*Tady nás koupe jedině chlap a já to nevnímám, já právě v nich nevidím muže.*“ R9 odpověděla: „*Mně to nějak nevadí, a to si myslím, že dokážu být občas dost stydlivý typ, ale tady jde o moje zdraví, a tak je mi to jako jedno.*“ Pokud se nejedná o dotyky na intimních částech těla, dotyky od ošetrovajícího personálu opačného pohlaví nevadí žádnému respondentovi. R8 uvedla: „*Na určitý věci je lepší chlap, ženská nemá takovou sílu, aby nás zvládla.*“ R9 odpověděla na otázku, kdyby si mohla vybrat, následovně: „*Mně by to bylo jedno, já bych to nechala na nich, kdo se na ten výkon z profesionální stránky víc cítí. Někdy muž bývá šikovnější.*“ Podle mého názoru muži dotyk od ošetrovajícího personálu opačného pohlaví vnímají s menším emocionálním prožitkem než ženy, neboť podle Juliff (2016) je ošetrovatelské povolání stále ještě považováno za ženskou profesi. Přestože mužů v ošetrovatelství pomalu přibývá, je pro širokou veřejnost stále obtížné muže v této roli přijmout. I z výsledků výzkumného šetření v Číně (Nan Lu, 2014) plyne, že pacienti (jak ženy, tak muži) v rámci péče lépe přijímají dotyky na intimních místech od ženy než od muže. Domnívám se však, že v oblasti intimních dotyků je znát ošetrovatelské otupění, kdy se sestra nedokáže plně vcítit do pocitů

pacienta a nesnaží se hledat alternativní řešení, aby eliminovala jeho stud a obavy. Bylo by jistě pozitivním krokem, pokud to personální obsazení dovolí, dát pacientovi možnost se rozhodnout, koho preferuje při ošetrovatelských výkonech prováděných v intimních místech.

Chtěli jsme vědět, zda si pacienti myslí, že je pro sestru v poskytování péče důležité znát použití dotyků. Většina respondentů uvedla, že tato znalost je pro sestru důležitá. R6 uvedl: *„Já si myslím, že by to mohlo být dobrý. Jako součást dalšího vzdělávání, protože je to poměrně něco dost intimního.“* Také R2 vnímá tuto sesterskou dovednost jako důležitou: *„Asi ano, zvláště pro ty starý lidi, tak ten dotyk je mocný. Dotyk, pohlazení, slovo, to znamená moc.“* Respondent R9 odpověděl, že to nedokáže posoudit. Jediný respondent R3 se k tomuto tématu vyjádřil negativně: *„Od pacientů je to získávat je hodně těžký, ten se k tomu těžko vyjádří, každý má na to jiný pohled. To může posoudit ten, kdo sestru školí, kdo ji k tomu připravuje, ten jí musí říci, jakým způsobem to může udělat, co je pacient schopný unést. Nevím ale, k čemu by jí to asi bylo. Otázka je, jakej z toho sestra udělá závěr, k čemu jí to je. To je normální průběh ošetrování, a jestli se mi to líbí nebo nelíbí, to je to poslední. Je to povinnost.“* I většina sester se v rámci dotazníkového šetření shoduje, že dotyky a umění je použít patří do kompetencí sestry (Graf 23). Výsledky potvrdily názor Pokorné (2010), že dotyk a jeho použití je v ošetrovatelské péči významným prvkem.

7 Závěr

Cílem diplomové práce Dotyk v ošetrovatelství - riziková nebo terapeutická intervence bylo zjistit, jaké jsou důvody a překážky pro použití dotyku v ošetrovatelské péči a zda patří dotyk do současného ošetrovatelství. Vlastní výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Data v kvalitativním výzkumu byla získána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty. Získaná data byla zaznamenána do schémat a zpracována metodou kódování. Pro sběr dat v kvantitativním výzkumu bylo použito dotazníkového šetření pro všeobecné sestry.

Z výsledků, ke kterým jsme ve výzkumném šetření dospěli, je patrné, že dotyk byl, je a stále bude nedílnou součástí vzájemného vztahu mezi sestrou a pacientem. Výzkum ukázal, že sestry vnímají dotyk jako součást přímé péče stejně tak jako terapeutickou intervenci. A pokud sestry použijí dotyk jako terapeutickou intervenci, činí tak vědomě, záměrně, nejčastěji k navození důvěry, k uklidnění pacienta, pro pocit bezpečí, jistoty a porozumění. Více než polovina sester uvedla, že používá dotyk instinktivně, aniž by si sestry uvědomovaly, že se pacienta dotýkají, a na druhou stranu více než polovina odpověděla, že se zajímá o to, na jakých místech pacient dotyk vnímá negativně. Přestože sestry uváděly, že terapeutický dotyk není časově náročný, je v ošetrovatelské péči málo používán. Z rozhovorů s pacienty vyplynulo, že dotyk v péči přijímají jako něco, co musí být, akceptují ho a přijímají ho s odevzdaností. Pokud se sestra dotýká intimních míst, většinou je to nepříjemné spíše pro pacientky – ženy než pro pacienty – muže. Výzkum ukázal, že při dotycích v ošetrovatelské péči jsou pacienti rádi, pokud je dotyk doprovázen slovem. Z rozhovorů vyplynulo, že bychom neměli podceňovat podání ruky při prvním kontaktu, neboť pacienti toto gesto vnímají jako projev zájmu a navození důvěry.

Jak ze šetření vyplynulo, je vnímání dotyku a jeho použití v ošetrovatelské péči velmi důležitou holistickou sesterskou intervencí, neboť sestra je v nemocnici pacientovi nejbližším spojencem, proto nemocní ocení její laskavé chování, empatii, dotyk, respekt a úctu.

Pro mnohé sestry by tato diplomová práce mohla sloužit jako studijní materiál vedoucí k tomu, aby byl dotyk používán jako efektivní intervence sestry, která vnímá pacienta jako holistickou bytost a má pro něj pochopení v jeho nelehké životní situaci.

Přestože je dotyk a jeho vnímání něco opravdu velmi intimního, individuálního a v poskytování péče nezbytného, je mu věnována marginální pozornost. Tato práce by mohla podnítit mnohem rozsáhlejší výzkum s kombinací více výzkumných metod. Velmi zajímavé by jistě bylo použití skrytého pozorování pro hlubší pochopení použití dotyku v ošetrovatelské péči.

8 Seznam použitých zdrojů:

1. ALLHOFF, Dieter-W. a Waltraud ALLHOFF, 2008. *Rétorika a komunikace*. 14. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2283-2.
2. AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada. ISBN 8024711974.
4. BENEŠOVÁ Hana a Marta ČEJKOVÁ, 2009. Problematická péče o bezdomovce. *Sestra*. 19 (12), 54-55. ISSN 1210-0404.
5. ČERNÝ, Vojtěch, 2012. *Řeč těla: neverbální komunikace pro obchodníky i pro běžný život*. 2. vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0124-1
6. DEVITO, Joseph A, 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2018-0.
7. FALEIDE, Asbjørn et al., 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2864-3.
8. FARKAŠOVÁ, Dana et al., 2006. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
9. FRIEDLOVÁ, Karolína, 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.
10. FRIEDLOVÁ, Karolína, 20015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.
11. 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.
12. GLEESON, Madeline and Agnes HIGGINS, 2009. Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16 (4), 382–389. DOI:10.1111/j.1365-2850.2009.01389.x Dostupné z : Wiley Online Library.

13. GREEN, Catherine, 2013. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nursing Philosophy*. 14 (4), 242-253. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 1466-7681. Dostupné z: DOI: 10.1111/nup.12006.
14. HALLETT, Annie, 2004. Narratives of therapeutic touch. *Nursing Standard*. 19 (1), 33-37. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 00296570. Dostupné z: EBSCOhost
15. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
16. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1212-1.
17. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-477-9.
18. JIŘINCOVÁ, Božena, 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1708-1.
19. JOHNSON, Marion, 2006. *NANDA, NOC, and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes, & interventions*. 2. vyd. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier. ISBN 0-323-03194-3.
20. JULIFF, Dianne, Kylie RUSSELL a Caroline BULSARA, 2016. Male or Nurse what comes first? Challenges men face on their journey to nurse registration. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 34 (2), 45-52. [online]. [cit. 2017-04-02]. ISSN 0813-0531. Dostupné z: EBSCOhost.
21. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
22. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
23. KOZIEROVÁ, B., G. ERBOVÁ a R. OLIVIERIOVÁ, 1995. *Ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-217-0528-0.
24. KRISTOVÁ, Jarmila, 2009. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 3 vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda. ISBN neuvedeno.
26. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
27. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

28. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
29. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
30. LANGMEIER, Miloš, 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2526-0.
31. LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
32. 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.
33. MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.
34. NAN LU, Xiaoyan Gao and Shuang ZHANG, 2014. Attitudes on intimate touch during nursing care in China. *International Journal of Nursing Practice*. 20 (2), 221-226. [online]. [cit. 2017-04-03]. DOI: 10.1111/ijn.12129. ISSN 13227114.
35. NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1150-8.
36. NELEŠOVSKÁ, Alena, 2005. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0738-1.
37. NEVOLOVÁ, Monika, 2015. *Dotýkání dovoleno!* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5008-8.
38. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2617-5.
39. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2010. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2946-6.
40. OTT, Mary Jane a Steffanie S. MULLONEY, 1998. Therapeutic Touch. *Nursing Management*. 29 (6), 46-48. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 0744-6314. Dostupné z: EBSCOhost.
41. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1211-3.
42. PLAMÍNEK, Jiří, 2008. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2706-6.

43. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK, 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2968-8.
44. PLEVOVÁ Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
45. 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.
46. POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
47. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2.
48. 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.
49. 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>.
50. RODNÁ, Kateřina, 2012. Chvála dotyků. *Psychologie i dnes*. 2012(1), 12-15. Praha: Portál. ISSN 1212-9607.
51. 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.
52. ROUTASALO, Pirkko, 1999. Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 30 (4), 843-850. [online]. [cit. 2017-04-07]. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01156.x. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2648.1999.01156.x>.
53. SEDMÍK, Jan, 2008. *Masáže od A do Z*. Praha: NS Svoboda. ISBN 978-80-205-0599-6.
54. SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3593-1.
55. SILBERNAGL, Stefan a Agamemnon DESPOPOULOS, 2004. *Atlas fyziologie člověka*. 6. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0630-X.

56. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
57. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.
58. ŠPIRUDOVÁ, Lenka et al., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi* [online], [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/669549-Transkulturni-pece-v-praxi.html>.
59. ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA, 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4356-1.
60. TEGZE, Oldřich, 2003. *Neverbální komunikace*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-429-X.
61. TESAŘ, Vlastimil, 2015. *Klasické masáže*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5528-1.
62. TISCHER, Hildegard, 2008. *Masáž: relaxace od hlavy až k patě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2550-5.
63. TÓTHOVÁ, Valérie, 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
64. TÓTHOVÁ, Valérie, 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-645-6.
65. 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.
66. TROJAN, Stanislav, 2003. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0512-5.
67. 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>.
68. VELKOBORSKÁ Jana a Jarmila SMUTNÁ, 2009. Základy ošetrování pacientů islámské komunity. *Sestra* 19 (3), 22 – 23. ISSN 1210-0404.
69. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

70. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
71. VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 1998. *Praktický slovník medicíny*. 5. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-81-0.
72. VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2010. Agresivní pacient – výzkum. *Sestra*. 20 (12), 22-23. ISSN 1210-0404.
73. VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.
74. WICHSOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.
75. WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT, 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1714-X.
76. ZACHAROVÁ, Eva et al., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
77. ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

9 Seznam příloh

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Otázky k rozhovoru s respondenty
Příloha 3	Otevřené kódování
Příloha 4	Přepisy rozhovorů - volně vloženo na CD

Příloha 1 - Dotazník

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let? _____

3. Jaká je délka Vaší praxe? _____

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské – bakalářské
- vysokoškolské – magisterské
- specializační _____

5. Na jakém oddělení pracujete?

- chirurgickém
- interním
- následné péče
- domov pro seniory
- jiné _____

6. Myslíte si, že je haptika v péči o pacienty důležitá?

- ano, je důležitá
- spíše ano
- spíše ne
- ne, není důležitá
- nevím

7. Používáte dotyk v jiných situacích než při ošetrovatelských výkonech?

- ano
- ne

Pokud zní odpověď na otázku č. 7 Ano, prosím, uveďte, v jakých situacích dotyk používáte. _____

8. Jak vnímáte to, když se máte pacienta dotýkat?

- příjemně
- nevadí mi to
- nepříjemně
- nepříjemně, když se mám dotýkat určitých pacientů
- jiné: _____

Pokud byla Vaše odpověď na otázku č. 8, že je Vám nepříjemné se dotýkat určitých pacientů, prosím, uveďte jakých: _____

9. Dotyk v péči o pacienta používáte?

- instinktivně (nevědomě)
- z určitého důvodu
- při ošetrovatelských intervencích

Pokud byla Vaše odpověď na otázku č. 9, z určitého důvodu, prosím, doplňte, jaký efekt podle Vás má tento dotyk na pacienta.

10. Pokud provádíte ošetrovatelský výkon v intimních místech pacienta, vnímáte to:

- velmi nepříjemně
- nepříjemně
- nevnímám to
- jiné: _____

11. Když se dotýkáte pacientů, používáte rukavice:

- při každém kontaktu s pacientem
- jen v nezbytných situacích (tělní tekutiny)
- jen u pacientů v bariérovém (isolačním) režimu

12. Pokud se při ošetrovatelských výkonech dotýkáte intimních partií nemocného:

- provádíte výkon beze slova
- při výkonu činnost komentujete
- mluvíte o něčem jiném, odpoutáváte pozornost
- vtipkujete
- jiné: _____

13. Když se pacienta dotýkáte, doprovázíte dotyk mluveným slovem?

- ano, vždy
- občas
- většinou ne
- nikdy

14. Vyhýbáte se, pokud se máte pacienta dotknout?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

15. Zajímáte se, na jakých místech (kromě genitálií) dotyk pacient vnímá negativně?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

16. Co děláte v případě, že pacient vnímá dotyk negativně?

17. Z jakého důvodu podle Vás pacienti dotyk odmítají?

18. Dotyk v péči o pacienta VNÍMÁTE jako?

- součástí přímé (fyzické péče)
- terapeutickou intervenci

19. Uved'te, která další místa dotyku (mimo oblasti genitálií) jsou podle Vás pro pacienty nepříjemná.

20. Když se dotýkáte pacienta, myslíte na jeho pocity (jak to vnímá)?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

21. Zohledňujete v péči dotyk podle kulturních a etnických odlišností?

- ano
- většinou ano
- většinou ne
- ne

22. Vnímáte dotyk jako součást neverbální komunikace?

- ano
- ne

23. Vycítíte u pacienta potřebu dotyku?

- ano
- ne

24. Používáte dotyk jako terapeutickou intervenci VĚDOMĚ? (např. k navození důvěry, pocitu bezpečí, pochopení, výraz účasti, mírnění bolesti)

- ano
- ne

Pokud zní odpověď na otázku č. 24 Ano, prosím, uveďte, z jakého důvodu použijete dotyk jako vědomou terapeutickou intervenci?

25. Používáte v péči o pacienty s poruchou vnímání iniciální dotyk (např. nemocní v bezvědomí, po poranění mozku, s hemiplegickým postižením, pacienti v apalickém stavu, umírající, senioři s poruchou mobility, nedonošené děti)

- ano
- většinou ano

- většinou ne
- ne
- neznám termín iniciální dotyk

26. Vítáte se s pacientem podáním ruky?

- ano, vždy
- většinou ano
- většinou ne
- nikdy

27. Podání ruky s pacientem je pro Vás:

- navození důvěry
- pouze jako pozdrav
- sběr informací
- raději nepodávám

28. Setkali jste se někdy se situací, kdy sestra vyjádřila negativní postoj k pacientovi pomocí dotyků?(např. odstrčení, zatahání, hrubé, nešetrné uchopení)

- ano, často
- ano, občas
- ano, zcela výjimečně
- nikdy

29. Patří podle Vás dotyky a umění je použít do kompetencí sestry?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

30. Myslíte si, že používání terapeutického dotyku v ošetrovatelské péči je časově náročné?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

31. Měli byste zájem v rámci celoživotního vzdělávání se účastnit seminářů zaměřených na používání dotyku v péči o pacienty?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Příloha 2 - Otázky k rozhovoru s respondenty

1. Pohlaví, věk, oddělení

2. Jak se s Vámi sestra při přijetí na oddělení přivítala? (Podali jste si ruce?, Je to pro Vás zdroj informací?, Navodí to důvěru?, Jak jste to vnímal/a?)

3. Jak vnímáte, když se Vás sestra při péči dotýká? (Ptala se Vás sestra na to, jaké dotyky jsou Vám nepříjemné?, Myslíte si, že je pro sestru při ošetřování důležité znát použití dotyků?)

4. Jaké dotyky Vám jsou nepříjemné a které Vám nevadí? (Jsou nějaké, které jsou Vám naopak příjemné? Jaká jsou pro Vás vhodná místa dotyku, kterých se sestra může dotýkat?)

5. V případě, že se sestra musí dotýkat intimních oblastí těla, jak to vnímáte? (Jak byste chtěl, aby se chovala? Jste raději, když komunikuje nebo mlčí?)

6. Jak vnímáte, když se Vás sestra dotýká v rukavicích?

7. V jakých situacích byste dotyk uvítali?

8. V jakých situacích je Vám dotyk nepříjemný? (Setkal/a jste se někdy u sebe nebo u jiného, že by sestra v péči použila negativní dotyk jako např. odstrčení, zatahání, hrubé, nešetrné uchopení?)

9. Jak vnímáte dotyk od ošetřujícího personálu opačného pohlaví?

10. Jak vnímáte dotyk od studenta ošetřovatelství?

Příloha 3 - Otevřené kódování

Rozhovor 2

1 **Jak se s Vámi sestra při přijetí na oddělení přivítala?**

2 „Když se za mnou přišli, když jsem nastoupil do domova, podali mi ruku na 90%,
3 zrovna si to dobře pamatuji.“

4 **Byl jste v poslední době hospitalizovaný v nemocnici?**

5 „Ano v prosinci jsem byl asi na tři dny na vyšetření žaludku a střev.“

6 **A jak Vás sestra při přijetí na oddělení přivítala?**

7 „Tak to se nestalo, ne v nemocnici ne. Tam je to jak na běžícím pásu, jste pro ně jenom
8 kus, je to hned odbytý.“

9 **Jak byste vnímal, kdyby Vám při přijetí na oddělení sestra podala ruku a**
10 **představila se?**

11 „No to by bylo určitě dobře, protože by člověk věděl. Já nevidím žádnou jmenovku ani
12 vizitku, tak že vlastně nevím, s kým mluvím. Když mi někdo podá ruku, tak to patří
13 k přivítání.“

14 **Jak vnímáte, když se Vás sestra při péči dotýká?**

15 „Dotyk sestry a personálu tady a v nemocnici se nedá srovnat. Tam je člověk prostě
16 kus. Je to tam studený. Když už člověk do nemocnice jde, tak tam jde za tím účelem, jde
17 tam asi proto, že pro nějaký úkon, výkon potřeba je to nutnost a takový ten pocit musí jít
18 stranou.“

19 **V případě, že se sestra musí dotýkat intimních oblastí těla, jak to vnímáte?**

20 „Já když jsem byl v nemocnici za účelem vyšetření žaludku a střev, bylo to hodně
21 nepříjemný. Šel jsem tam ale za tím účelem, tak to tak musí být.“

22 **A při vyšetření respektovali Váš stud?**

23 „Ne, brali mě jako kus.“

24 **Ptala se Vás sestra na to, jaké dotyky jsou Vám nepříjemné?**

25 „Ne, na to se mě neptali.“

26 **Jaká jsou pro Vás vhodná místa dotyku?**

27 „Taková ta běžná, ruce, obličej, ale nevadí mi nikde.“

28 **Na jakých místech jsou Vám dotyky nepříjemné?**

29 „No, pro mě byl nepříjemný především ten konečník. A taky když mi zaváděli močovou
30 hadičku. Když mi jí zaváděli, tak říkali, co mi budou dělat, jaký můžu mít pocity, co
31 můžu cítit. Upozornili mě, že to může být trochu nepříjemný.“

32 **To vám vyhovovalo?**

33 „Ano, já nevidím, tak je dobrý aby říkali, co dělají, co to obnáší, co můžu cítit.“

10 Seznam použitých zkratek

ARIP	Specializační vzdělávání v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
OSE	Ošetrovatelská péče
NIC	Klasifikace ošetrovatelských intervencí