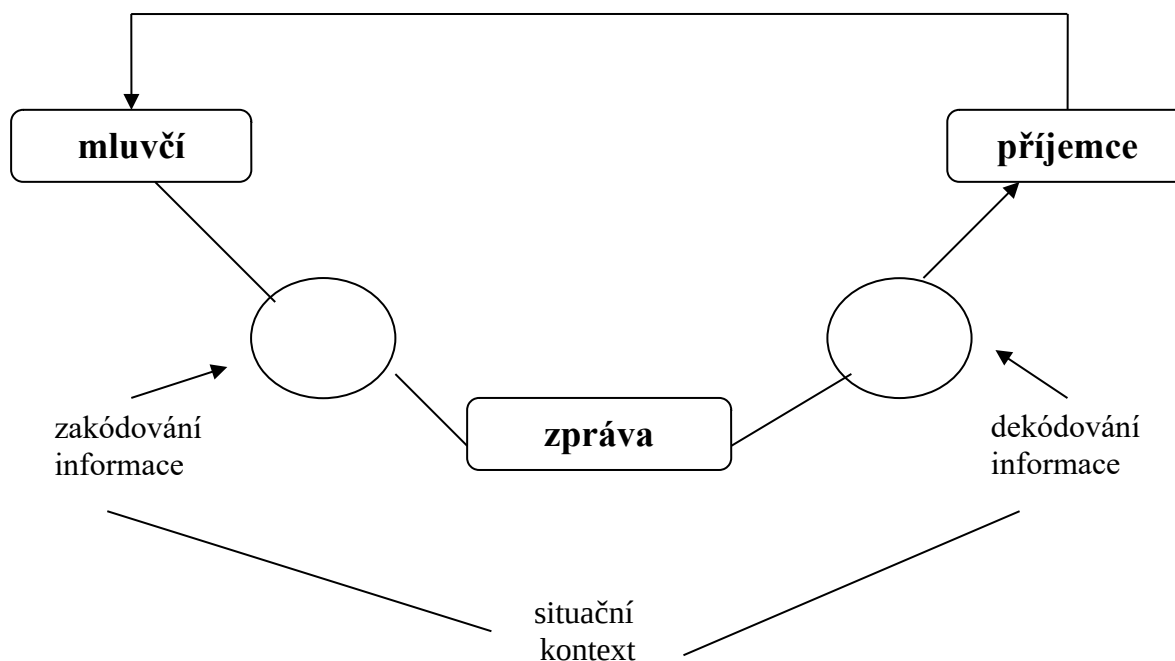


## 1 Komunikace v edukačním procesu

„**Komunikace** je v obecné rovině definovaná jako sdělování informací prostřednictvím nejrozličnějších signálů a prostředků: slovem, písmem, gesty a dalším neverbálním chováním, pomocí tisku, rozhlasu či dalších medií. Kdykoliv dochází mezi lidmi k interakci, nevyhnutelně dojde k jisté komunikaci. Komunikace tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče” (Jarošová, 2000, s. 53).

Termín komunikace má různé významy podle kontextu, ve kterém se používá. Komunikace bývá často a obecně definovaná jako **vzájemná výměna informací**. Jinými slovy je to výměna myšlenek, nápadů. Jde-li o informace mezi lidmi, hovoříme o **sociální komunikaci** nebo **sociální interakci** (Jarošová, 2000).

Graf 1 - Komunikační proces (Čechová a kol., 1995)



Záměrem každé komunikace je vyvolat odpověď, proto je komunikace dějem. **Komunikační proces** je složen z pěti základních složek. Pokud některá chybí, komunikace nemůže začít nebo probíhat.

- **komunikátor** (mluvčí) – osoba, od níž určité sdělení vychází, která může své sdělení i zakódovat
- **komuniké** – zpráva, která je vysílána

- **komunikant** (příjemce) – osoba, které je sdělení určeno a která se ho snaží dešifrovat a rozumět mu
- **zpětná vazba** (reakce, odpověď) – zpráva o tom, že informace byla přijata
- **situační kontext** – situace a prostředí, ve kterém komunikace probíhá, které může zásadně změnit význam mluveného (Čechová a kol., 1995).

## 1.1 Způsoby komunikace

Předávání informací mezi lidmi může probíhat verbálně (pomocí mluveného nebo psaného slova) nebo neverbálně (mimoslovně – mluvou těla). I když se oba druhy komunikace projevují současně, komunikace je převážně (někteří odborníci uvádějí 80 – 90 %) neverbální. Pro kvalitní komunikaci a navázání dobrého vztahu s nemocným je velmi důležité ovládat účinnou neverbální komunikaci (Jarošová, 2000).

### 1.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je sdělování informací pomocí slov. Použití slov se u jednotlivých lidí liší dle jejich kultury, společensko-ekonomického postavení, věku nebo vzdělání. Při výběru slov, které sestra vysloví nebo napíše, je potřebné zvážit základní kritéria účinné komunikace.

- **Jednoduchost** - nejlepší učitelé dokáží vyjádřit i velmi složité myšlenky jednoduchým způsobem. Jednoduchost spočívá v používání běžných a pochopitelných slov, ve stručnosti a ucelenosti.
- **Stručnost** - používáním krátkých vět a vynecháním nepodstatností může mluvčí docílit stručnosti projevu. Stručnost má mimořádný význam v písemném projevu, jako je například zdravotní záznam. Opakem nadměrné komunikace je nedostatečná komunikace. Zkratky používané pro zjednodušení pak mohou vést k nekompletní či nejasné komunikaci.
- **Zřetelnost** - zřetelnost znamená vyjádření přesného významu toho, co chceme sdělit.
- **Načasování a závaznost** - pro vyslechnutí zprávy, musí být i správné načasování a souvislost s konkrétní osobou. Zdravotník musí být citlivý k potřebám nemocného.
- **Přizpůsobivost** - podané zprávy je třeba měnit podle toho, jak na ní příjemce reaguje (adaptabilita). Sestra by se měla vyhýbat rutinnímu či automatickému slovnímu projevu. To, co řekne a jak řekne, musí pečlivě zvážit podle toho, ke komu hovoří.
- **Důvěryhodnost** - je nejdůležitějším kritériem účinné komunikace. Aby se sestra stala věrohodnou, musí být seznámena s nastoleným problémem a mít přesné informace. Z jejího projevu, musí vyzařovat jistota a spolehlivost (positivismus). Lidé vnímají dynamickou a

empatickou jistotu lépe než váhavost a nejistotu, která je nepřesvědčivá a méně aktivní. Na druhé straně také nesmí působit přehnaně autoritativně (Kozierová a kol., 1995).

### **1.1.2 Neverbální komunikace**

Neverbální komunikaci nazýváme řeč těla. Často zprostředkuje pocity člověka lépe než slova, protože neverbální projevy si uvědomujeme méně než verbální. Pomocí neverbálních prvků vyjadřujeme své emoce mnohem snadněji než slovy (povzbuzení, sounáležitost, porozumění situaci). Patří sem:

#### **Chůze a držení těla**

Způsob chůze a celkový postoj jsou spolehlivým ukazatelem sebehodnocení, momentální nálady a zdraví. Vzpřímený postoj a aktivní účelný krok napovídá, že se člověk cítí dobře. Shrbený postoj a pomalá šouravá chůze zase ukazují na sklíčenost nebo nemoc. Napjatý postoj a rychlá, neuvolněná chůze prozrazují strach nebo hněv.

#### **Vzdálenost (proxemika)**

Mnoho o vztahu dvou lidí napoví vzdálenost, kterou při rozhovoru zaujmou. Podle vzdálenosti rozlišujeme čtyři osobnostní zóny:

- intimní (soukromá) – do 30 - 40 cm, důvěrné informace, zóna objetí,
- osobní (přátelská) – do 70 cm, zóna dotyku,
- pracovní (formální, sociální) – do 3,5 metru, zóna služebního styku,
- veřejná (lhostejná) – okolo 8 metrů, např. řečník, herec.

Konkrétní vzdálenosti jsou orientační, lidé se mohou v zaujímání vzdáleností velmi lišit. Sestra by měla akceptovat přátelskou vzdálenost.

#### **Postoj (posturika)**

Tělesný postoj naznačí psychický stav daného člověka, zda je ochoten kontakt navázat. Postoj náš a druhého člověka by měl být v co největším souladu. Sestra by neměla stát nad sedícím nebo ležícím pacientem - oči komunikujících by při rozhovoru měly být v přibližně stejné výšce.

#### **Mimika (hra svalů tváře)**

Žádná část těla nedokáže tak bohatě vyjádřit emoce, jako svaly obličeje. Pro zdravotníka je v jeho práci důležitá dolní část obličeje, zvláště okolí úst. Úsměv je tím nejlevnějším lékem, lze jím rychle navázat kontakt, demonstrovat přátelství. U pacienta by si měla sestra všimnout především horní poloviny obličeje (oblast čela a očí), o které se říká, že sděluje subjektivní stavy.

#### **Pantomimika (gestikulace)**

Zásadně důležitá je v sociální interakci dvou lidí mluva rukou. Už způsob podání ruky vypovídá o vztahu jednoho k druhému. Například dlaně a paže by měly být vstřícné, složené ruce

na hrudníku vypovídají o váhání a nejistotě - co mohu očekávat od druhého. Ruce v kapsách nebo za zády jednoznačně říkají - netoužím po kontaktu. Pro lidi s komunikačními problémy, například s poruchami sluchu, jsou ruce nedocenitelné. Také pacienti, kteří nejsou schopni hovořit, mohou rovněž používat jednotný komunikační systém, při kterém používají ruce.

### **Haptika (tělesný kontakt)**

V nemoci, zvláště za hospitalizace, kdy členové rodiny nebo přátelé přicházejí jen omezeně, může nemocný pociťovat dotykovou deprivaci. Sestra by měla umět pohládit, vzít za ruku, povzbudivě se dotknout. Jeden laskavý dotek vydá za desítky slov.

### **Zrakový kontakt**

Obličej je částí těla s velkým významem. Zvláště oči a jejich bezprostřední okolí mají v mezilidském vztahu prvořadé postavení. Pohled na druhého člověka je obvykle úplně prvním prostředkem navázání kontaktu mezi dvěma lidmi. Špatně se navazuje kontakt s člověkem, který se na nás nedívá, těká očima nebo se dívá někam mimo přes naše rameno. Vzájemný kontakt očima potvrzuje poznání druhého člověka a vůli udržovat komunikaci (Čechová a kol., 1995).

## **2. Komunikace v ošetrovatelství**

Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem nebo bez komunikace mezi zdravotníky navzájem. Komunikace je podávání informací při interakci, oznamování určitých významů při přímém i nepřímém sociálním styku. V ošetrovatelství však nestačíme s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě. Komunikace je podávání informací při interakci, oznamování určitých významů při přímém i nepřímém sociálním styku. K ošetrovatelské praxi patří **tři druhy komunikace**: sociální, strukturovaná a terapeutická. Komunikace je základní složkou interakce mezi lidmi.

### **2.1 Obecné podmínky komunikace**

Proto, aby komunikace mohla započít, probíhat a plnit svůj základní smysl, kterým je umožnit vzájemnou výměnu informací, musí být obě komunikující strany schopny tří základních duševních operací: **schopnost informací vnímat, zhodnotit uchovat** nebo **předat**.

K tomu, aby interakce mezi sestrou a nemocným probíhala produktivně je nutné, aby si vzájemně poskytovali pro ně podstatné informace. Musí být navíc naplněny tři základní podmínky:

- sestra i pacient musí chtít,

- oba musí umět komunikovat,
- musí mít možnost, aby mohli komunikovat.

### **Chtít, umět, moci**

**Chtít** - na **první pohled** samozřejmý požadavek je málokdy splněn. Tím nejsou vytvořeny podmínky pro produktivní komunikaci a dochází ke kontaktu problematickému, který neplní své poslání. První podmínka, chtít komunikovat, bývá obvykle **splněna na straně nemocného**. Většina pacientů po kontaktu a informacích doslova prahne, jen zcela vynímečně se sestra setkává s nemocným, který odmítá komunikovat. **Co si sestra dále počne s informací**, že její nemocný se cítí opuštěný, zbytečný nebo se bojí smrti? Je připravena na takový rozhovor? Nebude ji získání podobných informací uvádět do rozpaků nebo dokonce do stresu? Řada sester zjistila, že si neví rady s informacemi, které jim pacient při komunikaci poskytne. Na základě takové zkušenosti příště omezí vzájemný kontakt a získání informací na nejmenší možnou míru. Řečeno psychologickou terminologií: nevstupuje ani do role komunikátora, který komunikaci iniciuje a vysílá zprávu, na kterou nemocný reaguje, ani se nestává komunikantem, který přijímá komuniké od pacienta. **Když se nedozvídá, nemusí reagovat, nemusí pomáhat, nemusí nic řešit.**

**Umět** - **druhá podmínka** produktivní komunikace požaduje, aby sestra i nemocný uměli komunikovat. Pacient obvykle nemá problémy s komunikací, protože jeho způsob projevu se v nemoci zásadněji neliší od komunikace před onemocněním. **Problém** je opět **na straně sestry**. Sestra **nevystačí se způsobem jednání, který si přináší ze svého osobního života**. Sociální dovednosti, nutné k profesionální komunikaci, jsou nadstavbou a zdravotníci se je musí naučit. Jeden ze základních sociálních předpokladů je dovednost navázat kontakt s druhým člověkem. Většině lidí připadne směšně samozřejmý. Náročnost této dovednosti pochopí až v situaci, kdy musí komunikovat s nemocným po mozkové mrtvici, jejímž důsledkem je fatická porucha nebo s pacientem zmateným nebo sklerotickým.

Jiná bazální sociální dovednost je vedení rozhovoru. Vést rozhovor nebývá vůbec těžké s našimi přáteli nebo známými. Nemíváme obvykle problémy, pokud hovoříme s lidmi, kteří mají stejný životní styl, vyrůstali pod vlivem stejné kultury, jsou lidmi s podobnými povahovými vlastnostmi jako my. V profesi musíme také vést dialog s lidmi odmítavými, podezřivými nebo agresivními. Častěji selhává sestra, protože způsob komunikace, který je pro ni obvyklým v osobním životě, nestačí na zvládnutí všech složitých situací, které jí přináší profese.

**Moci** - **třetí podmínka**, která musí být splněna, aby mohla probíhat produktivní komunikace, je možnost (schopnost) komunikovat. Tady bývá více **problémů na straně pacienta**. K tomu, aby člověk mohl přijímat a zpracovávat informace, musí být schopen jednak vnímat, jednak informaci po určitou dobu uchovat v paměti. Vnímání (percepce) není možné bez smyslů, které jsou

v takovém fyziologickém stavu, aby umožnily příjem a zpracování podnětů z vnějšího prostředí. Mnoho lidí špatně slyší, hůře vidí, má problémy s orientací v čase a prostoru. V nemocnicích převažují staří lidé. Pro stáří je typická horšící se paměť, neschopnost uchovat informace, zhoršení funkce smyslů (Čechová a kol., 1995).

## 2.2. Druhy komunikace v ošetrovatelství

### K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace:

- **sociální** komunikace je neplánovaná, odehrává se zpravidla při neformálních setkáních,
- **strukturovaná** komunikace má určitou plánovanou náplň (např. rozhovor o pooperační péči s pacientem před operací),
- **terapeutická (léčebná) komunikace** je definovaná jako proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezaměnitelným skutečnostem a současně překonávat psychické překážky, které stojí v cestě seberealizaci. Sestry ji využívají v různých situacích, například při pomoci nemocnému vyrovnat se s diagnózou, např. rakovinou.

K dosažení kvalitní oboustranné komunikace sestry s pacientem je potřebné respektovat některé **obecné požadavky:**

- schopnost empatie,
- individuální přístup k nemocnému,
- projevení úcty k člověku,
- pozitivní vztah k nemocnému.

**Empatie** je schopnost vcítit se do toho, co právě nemocný prožívá: jak hodnotí sebe a svět, jaký je jeho vztah k nemoci, jak ji vnímá, co si oni myslí. Porozumění přináší sestře důležité informace o pacientovi, který přestává být subjektivně sám a pociťuje úlevu.

**Individuální přístup** znamená přizpůsobení našeho chování zvláštnostem pacienta. To co se může zdát jednomu pacientovi jako nepřijatelné, je pro druhého samozřejmé. Slovo, které před jedním můžeme vyslovit, se může druhého hluboce dotknout.

**Úcta k pacientovi** znamená vážit si ho vždy a za každých okolností jako člověka. Respektování pacienta znamená nechat mu určitou autonomii – samostatnost.

**Pozitivní vztah** k pacientovi se projevuje ve všech rovinách lidské činnosti i nečinnosti. Vše, co sestra udělá, ale i neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta.

### 2.3. Podmínky efektivní (produktivní) komunikace

**Efektivní či produktivní komunikací** je míněna taková sociální interakce, při které mluvčí i příjemce (nebo další přítomní lidé) získávají důležité informace. Sestra by proto měla znát základní podmínky, za kterých se může komunikace na potřebné úrovni dařit. Podmínky efektivity splňuje komunikace tehdy, je-li:

- **bezbariérová,**
- **shodná = kongruentní** (shoda mezi verbálním a neverbálním sdělením, shoda obsahu i významu řečeného).

Efektivní komunikace není také možná bez specifických dovedností, které si sestra musí osvojit, aby mohla nejen dobře poznat pacienta a jeho projevy, ale aby byla schopná na něho i terapeuticky působit. Efektivní interakce mezi sestrou a nemocným může probíhat jedině tehdy, když její průběh neruší žádné **vnější a vnitřní vlivy**. Sociální psychologie používá termín komunikační zábrany (bariéry). Každému je jasné, že při rozhovoru nepříjemně působí hluk nebo přítomnost dalších lidí v místnosti. Tyto vnější vlivy si obvykle sestra uvědomí. Podstatnější bývají vlivy vnitřní. Mohou být na straně pacienta, ale i sestry. Vnitřních bariér, které mohou komunikaci nevhodně ovlivňovat nebo dokonce zcela blokovat, si často vědomi vůbec nejsme.

### 2.4 Komunikační překážky bránící navázání prvního kontaktu

Překážky, které mohou blokovat efektivní komunikaci a vytváření potřebného vztahu mezi sestrou a nemocným:

- **změněné vnímání a poruchy řeči,**
- **nesoustředěnost, rozptýlenost (netečnost, apatie),**
- **neuvědomělé příčiny chování a jednání,**
- **neslučitelné životní styly a systémy hodnot,**
- **komunikační neobratnost a necitlivost** (Čechová a kol., 1995).

### 2.4.1 Změněné vnímání a poruchy řeči

Možnost přijímat, hodnotit a zpracovávat informace je jeden z prvních požadavků komunikace. Při smyslovém poškození je komunikace a výměna informací možná jen pokud sestra ví, jak se chovat k takovým **pacientům**. Závažnější komunikační bariérou může být afázie, porucha řeči při cévních mozkových příhodách. Pro takové případy používají rehabilitační pracovníci **pomůcky**, které komunikaci umožňují. Také na straně **sestry** mohou existovat poruchy řeči, které komunikaci komplikují (závažnější poruchy výslovnosti, koktavost atd.).

### 2.4.2 Nesoustředěnost, rozptýlenost (netečnost, apatie)

**Vnější příčiny**, které nežádoucím způsobem ruší komunikaci jsou: hluk, přítomnost dalších lidí, horko nebo chlad v místnosti aj.

**Vnitřní příčiny** vycházejí ze **sestry**: rozptýlená pozornost sestry může být způsobena jejím častým odvoláváním k telefonu nebo k dalším nemocným. Sestra může být z řady příčin i ve výrazném časovém stresu. Neklid sestry se nekontrolovatelně dostává obvykle i do jejího neverbálního chování: poposedává, vrtí se, mění polohu rukou, pohrává si s vlasy, rychleji a naléhavěji mluví. Takové chování zpětně působí na **pacienta**, vyvolává neklid a pocity nejistoty i u něj.

Na otázky sestry se špatně soustřeďuje nemocný, který má hlad, žízeň, bolest atd. Vedle **fyzických překážek**, působí na nesoustředěnost i řada **psychických pocitů**: strach, úzkost, hněv, pocit křivdy, pocity viny, pocit neporozumění ze strany druhého.

**Pokud je sestra myšlenkami někde jinde – chlácholí nic neříkajícími větami, tím brání pacientovi vyjádřit** obavy a strach.

- Ale to bude dobrý, uvidíte.
- Tyhle starosti nechte na nás.
- Takové myšlenky teď pusťte z hlavy, musíte myslet hlavně na sebe.
- Tyhle nesmysly tady nechceme slyšet.
- Prosím vás, mít strach z operace a následků! Víte kolik lidí už tuhle operaci podstoupilo a teď jsou úplně zdraví?
- Co je to za nápad, bát se smrti? Vy tady budete ještě hodně dlouho.

U pacienta takové výroky obvykle vyvolávají oprávněný pocit, že ho sestra pořádně **neposlouchá, nerozumí mu nebo se nesnaží porozumět** jeho problémům, nemá k němu žádný vztah, že je jí naprosto lhostejný on i jeho osud, že mu prostě fakticky nechce naslouchat nebo nenaslouchá. Když **nemocný dospěje k takovému poznání**, může to u něho vyvolat **netečnost a**



**lhostejnost.** Pacient odpovídá velice neochotně, stručně (ano – ne), dává najevo, že ho rozhovor obtěžuje, nemá zájem na jeho dalším pokračování.

**Apatii a lhostejnost** vidíme u **nemocných**, kteří reagují **maladaptivními formami chování** na svoji nemoc nebo hospitalizaci. Je častá u regrese, represe a rezignace. Pacient, který na onemocnění reaguje negativismem, odmítá naslouchat druhému, odmítá jeho přítomnost. Kontakt s druhými se brání také **depressivní** pacient.

U sester, které si nevytvořily vztah k nemocnému a vztah ke své práci vidíme lhostejnost. Lhostejnost je častým příznakem **profesionální únavy zdravotníků**, takzvaného „**vyhoření**“, které provází mnohaletou práci v psychicky náročném prostředí.

### 2.4.3. Neuvědomělé příčiny chování a jednání

Pohnutky pro naše konání **nemusí být** vždy plně vědomé a **pod rozumovou kontrolou**. Velice často se určitým způsobem projevíme, aniž bychom vlastně věděli proč. Jednou z možných příčin našeho neuvědomělého jednání je **instinktivní výbava**, kterou v nás zanechal předcházející vývoj lidského druhu. Druhý důvod můžeme hledat ve vývoji vlastní osobnosti. Každého z nás určitým způsobem poznamenala výchova a prostředí, ve kterém vyrůstal. I při sebelépe míněné výchově si v sobě můžeme nést určitá citlivá místa. Když se jich někdo, obvykle nechtěně, dotkne, reagujeme nepřiměřeně (neadekvátně) situaci a významu. Tyhle individuální „bolístky“ se odborně nazývají **patogenní komplexy**.

Nemocný, zvyklý z rodiny na zásadní neporozumění a necitlivost ke svým potřebám, již předem může na kontakt se sestrou rezignovat myšlenkou: „Stejně mi neporozumí, mě nikdo nikdy nechápal“. Nečekaně také reagují lidé se zhoršeným nebo velmi **nízkým sebevědomím**. Někdy se spíše stahují do sebe a jsou lhostejní, jindy se naopak snaží všemi možnými způsoby upoutávat pozornost druhých.

Mezi neuvědomované mechanismy patří i **přenos (transfer)**. Může výrazně ovlivnit vztah mezi sestrou a nemocným a tím i kvalitu komunikace. Přenos vlastně všichni důvěrně známe z každodenního života, ale obvykle ho tak nenazýváme a hlavně si neuvědomujeme, že může ovlivňovat naše dojmy o druhém člověku. Vytvoření našeho prvního dojmu bylo ovlivněno přenosem. Člověk má tendence své dřívější zkušenosti, postoje, vztahy apod., přenášet do současnosti nebo i budoucnosti. K přenosu vztahů může dojít na podkladě nějaké, mnohdy zcela nepodstatné, vnější podobnosti. A proto vždy, když se vaše hodnocení některého pacienta odlišuje od názoru ostatních, měla byste se nad svým vztahem zamyslet.

Když se potkáte s člověkem, který reaguje podle vašeho mínění neadekvátně, nechová se v souladu s vaším očekáváním nebo je na některé věci nečekaně přecitlivělý, rozhodně ho neodsuzujte. Nejprve si vždy položte otázku: „**Proč se tak chová?**”

#### 2.4.4. Neslučitelné životní styly a systémy hodnot

Každá rodina žije trochu jiným způsobem a má také jiný žebříček svých hodnot. Pokud jsme doma, považujeme způsob našeho života za jediný možný, normální a obvykle i nejsprávnější. Teprve později jak pronikáme do širšího okolí, poznáváme důvěrněji i život v jiných rodinách, zjišťujeme, že vlastně každá rodina žije trochu jinak. Můžeme se potkat s pacientem, jehož systém hodnot bude tak odlišný od našeho, že nejsme schopni ho pochopit. Tady opět musíme počítat s velmi problematickou komunikací.

#### 2.4.5. Komunikační neobratnost a necitlivost

Jeden z mnoha komunikačních **omylů**, které znemožňují lidem si navzájem porozumět, je přesvědčení, že když používáme **stejná slova, mají pro nás všechny i stejný význam**, že mluvíme o tomtéž. To není pravda. Omyl spočívá v tom, že například „její” krajíček je přes celý bochník, 2 – 3 cm vysoký. Nemůžeme se dohodnout, protože pojem „krajíček chleba” zahrnuje u nás obou zcela jinou skutečnost. Pokud chceme rozumět, měli bychom mít jistotu, že slova, která užíváme, mají pro každého z nás stejný význam.

Bariérou v komunikaci mohou být slova, kterým nemocný člověk vůbec **nerozumí**, protože jejich pochopení předpokládá určitou úroveň nebo typ vzdělání. Je velkým uměním přizpůsobit svoji řeč vzdělání a kultuře člověka, s kterým rozmlouváme.

V řeči užíváme i symboly. **Symboly** jsou znaky se skrytým, zpravidla hlubším významem. Symbolickou řeč používají členové trvalejších skupin. Nečlen nemá naději porozumět. Slyší slova, která jsou slovy jeho řeči, ale nechápe je, protože zjišťuje, že **význam jim dává určitý kontext**, který on nezná.

### 2.5 Shoda v komunikaci (kongruentnost)

Pro efektivní komunikaci je žádoucí soulad v:

- **úrovni verbální a neverbální komunikace,**
- **obsahu a významu verbálního sdělení.**

Rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením důvěrně známe z rodiny a z kontaktu s přáteli. Často komunikujeme rozporně - verbálně sdělujeme pozitivní informaci a současně svým neverbálním chováním přesvědčujeme posluchače o pravém opaku nebo naopak. Potkáme na ulici někoho známého a řekneme: „No to mám opravdu velikou radost, že tě zase vidím!“, ale stojíme přitom s rukama v kapsách, jsme natočeni bokem, otráveně intonujeme. Rozpor mezi verbálním a neverbálním sdělením si můžeme dovolit mezi lidmi, kteří nás dobře znají a dobře poznají, jakou informaci skutečně sdělujeme. Tento způsob rozporné komunikace není možný mezi lidmi, kteří se znají povrchně nebo se potkávají poprvé. **Nepatří do profesionálního vztahu a chování.** Popsaný způsob verbální komunikace je velice častý a typický pro sociálně nezralé osobnosti. Tito lidé totiž nedokáží přímo vyjadřovat své pocity, názory, postoje. Nejsou schopni vyjádřit svůj skutečný názor, stát za ním, případně ho obhájit, a proto se uchylují k takové složité komunikaci, jakou jsme popsali. V Bibli je psáno „Vaše řeč budiž ano-ano, ne-ne. Jedná se o doporučení, aby mezi lidmi byla komunikace jednoznačná (Čechová a kol., 1995).

## 2.6 Specifické komunikační techniky a dovednosti

Důležitou podmínkou pro průběh efektivní komunikace mezi sestrou a nemocným je osvojení si určitých konkrétních dovedností:

**Naslouchání** - naslouchat neznamena jen slyšet, znamená to především plně chápat a porozumět. Při pasivním naslouchání se jedná jen o příjem a zpracování zvukových signálů, bez snahy porozumět a dekodovat je s přihlédnutím ke kontextu situace mluvčího (důvěřovat, vypovídat se, svěřit, ulevit si, odreagovat, upozorňovat). Aktivní naslouchání je naslouchání a porozumění pocitům (vcítit se, vycítit, soucítit, vytušit, rozpoznat, porozumět, pochopit).

### **Kladení otázek**

Rozlišujeme tři základní typy otázek:

- uzavřené – odpověď pouze ano/ne nebo velmi stručná,
- polouzavřené – umožní širší, ale ohraničenou odpověď,
- otevřené – volná produkce nemocného, může se rozpovídat.

Sestra nemá klást **sugestivní otázky**, které nasměrují dotazovaného k určitému typu odpovědi.

**Zrcadlení (reflexe)** - je součástí zpětné vazby. Reflexí ubezpečujeme sebe i pacienta, že jsme pochopili řečené tak, jak bylo myšleno. Používáme slovní obraty, které dovolují mýlit se a opravit svůj názor. V hovoru nemocného nehodnotíme.

**Sumarizování** - jde o částečnou bilanci toho, co již nemocný řekl. Mělo by končit podněcující nebo zaměřenou otázkou, která dá nemocnému možnost pokračovat dále.

**Mlčení** - umění mlčet má zvládat sestra jako jednu ze základních komunikačních technik. Mlčíme proto, že nemáme co říci, že se snažíme ovládnout své emoce, ale i proto, že to považujeme v daném kontextu za správné (Čechová a kol., 1995).