

Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem

Petra Sobotková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra SOBOTKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem.**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části:

Shromáždit a prostudovat literaturu, která se týká komunikace a seniorů.

Vymezit pojem komunikace, druhy komunikace.

Vymezit pojem stáří, toto věkové období a změny, ke kterým dochází.

Specifika geriatrického pacienta.

Seznámit se zásadami komunikace se seniory.

Popsat možné překážky v komunikaci se seniory.

Shromáždit informace o možnosti vzdělávání se zdravotníků v komunikaci.

V praktické části:

Stanovit si cíle a hypotézy pro daný průzkum.

Sestavit dotazník pro získání informací.

Provést analýzu a interpretaci získaných dat.

Seznámit veřejnost s výsledky svého průzkumu.

Navrhnout možnost řešení do praxe.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří -- Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRISTOVÁ, J. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

LINHARTOVÁ, V. Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

POKORNÁ, A. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHLOVÁ, G. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Renata Mlčochová

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSoc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Moje bakalářská práce se zabývá tématem Spokojenosti geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem.

V teoretické části jsou vymezeny pojmy komunikace, gerontologie, projevy stáří. Je zde zahrnuto i pojetí geriatrického pacienta, jeho zařazení do společnosti a popsány problémy, které může senior v komunikaci mít. Dále je zde poukázáno na možnosti a způsob vzdělávání zdravotníků v komunikaci.

Praktická část se věnuje analýze získaných dat z dotazníkového šetření. Průzkum byl zaměřen na informovanost seniorů v nemocnici, jejich možnosti a spokojenost komunikace se zdravotnickým personálem.

Klíčová slova: pacient, stáří, senior, gerontologie, geriatrie, komunikace, zdravotnický personál

ABSTRACT

My bachelor thesis deals with the topic Geriatric patients satisfaction in communication with medical personnel.

Theoretical part defines terms like communication, gerontology or exposure of senility. A concept of geriatric patient and his subsumption into the society are described along with description of communication problems that can arise. Medic staffs' training possibilities and methods of communication are also presented.

Practical part focuses on analysis of data obtained from a survey. The aim of the survey was to find out how good is seniors' awareness in a hospital, their chances and satisfaction in communication with medical personnel.

Keywords: patient, age, senior, gerontology, geriatrics, communication, medical personnel

Motto:

„Bud' veselý a spokojený a podílej se na radosti druhých. Přitom vždycky připadne část radosti i tobě.“

T. Fontane

Poděkování:

Děkuji Mgr. Mlčochové za rady, trpělivost a vstřícnost při odborném vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji zdravotním sestřám a pacientům za ochotu a čas strávený při vyplňování dotazníků a všem, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na této práci.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 KOMUNIKACE	14
1.1 CÍL KOMUNIKACE.....	14
1.2 FUNKCE KOMUNIKACE	15
1.3 KOMUNIKAČNÍ PROCES.....	15
1.4 DRUHY KOMUNIKACE.....	16
1.4.1 Komunikace činy a skutky	16
1.4.2 Neverbální komunikace	16
1.4.3 Verbální komunikace	17
1.5 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	18
1.5.1 Požadavky na zdravotníka při komunikaci	19
1.5.2 Požadavky na pacienta při komunikaci.....	20
1.5.3 Zásady správné komunikace	20
1.6 KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI	21
1.6.1 Naslouchání.....	21
1.6.2 Podpora	21
2 GERONTOLOGIE	22
2.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	22
2.1.1 Gerontologie.....	22
2.1.2 Geriatrie.....	22
2.1.3 Stáří	23
2.2 PŘÍZNAKY STÁŘÍ, STÁRNUTÍ	23
2.2.1 Biologické změny stárnutí.....	23
2.2.2 Psychické změny ve stáří	25
2.2.3 Sociální změny ve stáří	25
2.3 AGEISMUS	26
2.4 DEMOGRAFIE STÁŘÍ.....	26
3 GERIATRICKÝ PACIENT	27
3.1 OSOBNOST STARÉHO ČLOVĚKA	27
3.2 SOCIÁLNÍ VZTAHY VE STÁŘÍ.....	28
3.3 NEMOC VE STÁŘÍ.....	29
3.4 POTŘEBY STARÉHO ČLOVĚKA.....	30
3.5 PSYCHIKA GERIATRICKÉHO PACIENTA.....	31
3.5.1 Delirium	31
3.5.2 Demence.....	32
3.5.3 Deprese.....	32

4	SENIOR A KOMUNIKACE	33
4.1	BARIERY PŘI KOMUNIKACI	33
4.2	KOMUNIKAČNÍ NESNÁZE	34
4.2.1	Poruchy zraku.....	34
4.2.2	Poruchy sluchu	34
4.2.3	Poruchy řeči	35
4.2.4	Psychické poruchy	35
4.2.5	Odmítání komunikace	36
4.2.6	Stereotypní téma hovoru	36
4.3	NEJČASTĚJŠÍ CHYBY V KOMUNIKACI SE SENIORY	36
4.4	OBLÍBENÁ TÉMATA HOVORU	37
4.5	VHODNÁ KOMUNIKACE SE STARÝM ČLOVĚKEM	38
5	VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V KOMUNIKACI	39
5.1	KOMUNIKAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ PŘI PŘÍPRAVĚ NA ZDRAVOTNICKÉ POVOLÁNÍ	39
5.2	KOMUNIKAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ZAMĚSTNANCŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	40
II	PRAKTICKÁ ČÁST	42
6	CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE	43
7	METODOLOGIE PRÁCE	44
7.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	44
7.2	METODY PRÁCE.....	44
7.2.1	Charakteristika položek dotazníku	44
7.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	45
7.4	ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	46
8	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	47
8.1	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	47
8.1.1	Otázka č. 1: Pohlaví respondentů.....	47
8.1.2	Otázka č. 2: Věk respondentů.	48
8.1.3	Otázka č. 3: Jaký mají respondenti pocit?.....	49
8.1.4	Otázka č. 4: Jaké poruchy mají respondenti nejčastěji?.....	50
8.1.5	Otázka č. 5: Zda se lékař respondentovi při prvním kontaktu představil.	51
8.1.6	Otázka č. 6: Zda se sestra respondentovi při prvním kontaktu představila.	52
8.1.7	Otázka č. 7: O čem respondenti byli během hospitalizace informováni.....	53
8.1.8	Otázka č. 8: Vadilo by respondentů, kdyby nedostali informace? V případě, že je nedostaly, zda jim to vadilo?	55
8.1.9	Otázka č. 9: Byly podané informace od zdravotníků pro respondenty srozumitelné a dostačující?	56
8.1.10	Otázka č. 10: Jak zdravotníci reagovali na dotazy respondentů?	57
8.1.11	Otázka č. 11: O čem respondenti se zdravotníky nejčastěji hovoří.	58
8.1.12	Otázka č. 12: O čem by respondenti se zdravotníky nejraději chtěli hovořit.	60

8.1.13	Otázka č. 13: Kde se nejčastěji konají rozhovory mezi respondenty a zdravotníky?	62
8.1.14	Otázka č. 14: Mají respondenti možnost komunikovat se zdravotníky v soukromí?	63
8.1.15	Otázka č. 15: Mají respondenti dostatek prostoru a příležitostí na vzájemnou komunikaci se zdravotníky?	64
8.1.16	Otázka č. 16: Co nejčastěji narušuje rozhovor mezi respondenty a zdravotníky?	65
8.1.17	Otázka č. 17: Jsou respondenti spokojeni s komunikací zdravotníků?	66
8.1.18	Otázka č. 18: Mají respondenti pocit, že jim zdravotníci věnují dostatek času?	67
8.1.19	Otázka č. 19: Přejí si respondenti, aby s nimi zdravotníci více komunikovali?	68
8.1.20	Otázka č. 20: Chtějí respondenti, aby se komunikace mezi nimi a zdravotníky zlepšila?	69
8.2	ZPRACOVÁNÍ HYPOTÉZ K DOTAZNÍKOVÉMU ŠETŘENÍ	70
8.2.1	Hypotézy k cíli č. 1	70
8.2.2	Hypotézy k cíli č. 2	71
8.2.3	Hypotézy k cíli č. 3	72
9	DISKUZE	74
	ZÁVĚR.....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	81
	SEZNAM GRAFŮ	82
	SEZNAM TABULEK.....	83
	SEZNAM PŘÍLOH.....	84

ÚVOD

V současné době se velice lpí na tom, jak jsou klienti spokojeni s péčí ve zdravotnických zařízeních. Nemocnice se „předhánějí“, která bude klientům nabízet více komfortu a tím i kvalitnější ošetrovatelskou péči. Ale co si představujeme pod pojmem kvalitnější ošetrovatelská péče? Na všech pracovištích se zkvalitňováním péče sestře přibývá stále více administrativní práce. Mnoho sester se ohraňuje tím, že nemají tolik času na klienta samotného, právě díky množství administrativy. Jestliže člověk opravdu něco chce, jde to.

Kvalita péče nespočívá pouze v tom, jak je klient spokojen s ustlanou postelí, jestli má pohodlí a jak mu chutnal oběd, i když to je také neméně důležité. Řada nemocnic má pro své klienty k dispozici dotazníky spokojenosti s kvalitou poskytnuté péče, kde se právě snaží podchytit tyto nedostatky. Mnohdy se však nezabývají, jak jsou nebo nejsou klienti spokojeni s komunikací se zdravotním personálem. V mnoha případech nám přijde zbytečné tento problém řešit, avšak zdravotník musí s klientem hovořit, jinak by se nedozvěděl, co ho trápí a jaké má potíže. Ale jednáme s lidmi opravdu tak, jak si to přejí oni? Nebo s nimi jednáme tak, jak chceme my – zdravotníci? A co je tedy základem toho, abychom měli spokojené klienty?

Možná tím, jak je pro nás důležité, abychom splnili určité povinnosti a předepsané normy, tak trochu zapomínáme na komunikaci s klientem. Na takovou komunikaci, která by obohatila nás i klienta a nebyla jen vnucováním pojmů a poskytováním nezbytných informací. Každý člověk ocení, když vidí, že o něho má někdo zájem a to nemyslím jen pacienty v nemocnici. Jsme rádi, že máme někoho na blízku a že víme, že mu můžeme věřit. Hospitalizovaní lidé mnohdy tuto potřebu nemohou plně realizovat. Převážně staří lidé. Všichni moc dobře víme, jak jsou staří lidé mnohdy vděční za pár vlídných slov a za to, že je někdo vyslechne. Proč by nám za to měli být vděční, když by to měla být samozřejmost?

Proto jsem zaměřila svoji práci na problematiku komunikace seniora a zdravotníka, jelikož si myslím, že bychom se těmito lidem měli více věnovat.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Komunikace je základem mezilidské interakce a lidskosti. Člověk je společenským tvorem, který komunikuje nepřetržitě, aniž by si to uvědomoval a věnoval tomu pozornost. Komunikací vyjadřujeme svoje myšlenky, nápady a pocity. Bez komunikace se v životě neobejdeme, je to jedna z našich hlavních potřeb. A díky ní můžeme uspokojovat i další potřeby. Ve zdravotnictví je komunikace základem interakce s nemocným i spolupracovníky. Komunikace má také své zvláštnosti, kterým se musí zdravotník naučit. Zajímavá je myšlenka Havlíka: „*Nesoudíme lidi pouze podle toho, kolik toho ví, ale také podle toho, jak se chovají a jak komunikují.*“¹

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, což znamená radit se s někým, dorozumívat se, proto ji chápeme jako způsob předávání nejrůznějších informací.

Hovoříme-li o komunikaci mezi lidmi, nazýváme ji **sociální komunikací**, kterou dělíme do tří základních oblastí:

- ústní (rozhovor, diskuze, výuka,...),
- písemnou (dopis, e-mail, zpráva, zápis,...),
- vizuální (graf, tabulka, fotografie, videozáznam, model, powerpointová prezentace, poster, ...).

1.1 Cíl komunikace

Jestliže komunikujeme, sledujeme tím své myšlenky, pocity, očekávání, přání. Něco, čeho chceme prostřednictvím sdělení, účinně a nejefektivněji dosáhnou (informovat, zjistit, pobavit, přesvědčit,...). Podle Vymětala (2008) cílem může být:

- výměna informací,
- ovlivnění chování lidí,
- ovlivnění mezilidských vztahů mezi jedinci i k sobě samému.

¹ HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. s. 17.

1.2 Funkce komunikace

Každá výměna informací má svoji hlavní funkci, i když hranice mezi jednotlivými z nich mnohdy nejsou, nebo se překrývají. Zrealizováním komunikace dochází k naplnění funkce a komunikace dosáhne svého smyslu. (Havlík, Vurm, 2004)

Podle Vybírala (2000) můžeme komunikování rozdělit do čtyř hlavních funkcí:

1. **informativní** – předat informace, zprávy,
2. **instruktivní** – vysvětlit, naučit, popsat, dát návod,
3. **přesvědčovací** – snaha ovlivnit názor, chování,
4. **zábavná** – rozveselit, pobavit, rozptýlit,

Vymětal (2008) kromě těchto čtyř funkcí rozeznává další funkce:

5. **poznávací** – získání vědomostí o sobě, druhých,
6. **vzdělávací a výchovnou** – souhrn funkcí informativní, instruktivní, poznávací, realizovaných vzdělávacími institucemi, samostudiem,
7. **osobní identity** – ujasnění si svého já,
8. **socializační a společensky integrující** – vytváření vztahů, vzájemná interakce, navazování kontaktů,
9. **posilující a motivující** – posilování pocitů sebevědomí, vlastní potřeby,
10. **svěřovací** – překonání těžkostí, zbavování se vnitřního napětí,
11. **úniková**- odreagování se od starostí, eliminace depurací.

1.3 Komunikační proces

Komunikace je dějem, který se uskutečňuje v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek. Proto, aby ke komunikaci mohlo dojít, je zapotřebí:

- a) **komunikátor** – osoba, která sdělení vysílá (mluvčí),
- b) **komunikant** – osoba, které je zpráva určena (příjemce). Ten informaci přijímá a dekóduje.
- c) **komuniké** – obsah vysílané zprávy, informace (názory, myšlenky, potřeby, postoje, emoce),

- d) **komunikační kanál** – cesta, způsob přenosu informace. Ten může být bezprostřední, tedy přímým kontaktem mezi komunikujícími (kontakt verbální, neverbální, činy) nebo zprostředkovaný, tedy nepřímým kontaktem (telefon, dopis, leták, videozáznam, internet, ...),
- e) **zpětná vazba** – informace o tom, jak byla zpráva příjemcem přijata, jak ji porozuměl a jak na něho zapůsobila (reakce, odpověď),
- f) **situační kontext** – situace a prostředí, kde ke komunikaci dochází.

1.4 Druhy komunikace

1.4.1 Komunikace činy a skutky

Své názory a postoje sdělujeme činy a chováním, kterými ovlivňujeme dění kolem sebe. Tento typ komunikace je nejpřesvědčivější. Nelze se nijak nechovat nebo nic nedělat, a to ani při stání stranou. Svě činy, které jsme uskutečnili, zpátky už vzít nemůžeme.

1.4.2 Neverbální komunikace

Obě formy komunikace – neverbální i verbální, užíváme současně, ale je známo, že 80-90% komunikace tvoří neverbální projev, tedy řeč našeho těla. Ta je i vývojově starší, existovala již před tím, než se vyvinula řeč. Neverbálními prvky vyjadřujeme své emoce a porozumění snadněji a daleko upřímněji než slovy.

Mimoslovními prostředky sdělujeme emoce, pocity, afekt, náladu, zájem o sblížení nebo odmítnutí, snahu o vytvoření dojmu „kdo jsem já“, ovlivňujeme postoj partnera.

Sestra a lékař by si těchto signálů měli všimnout a umět je rozpoznávat. Právě zkušený zdravotník z bezeslovného projevu pozná a pochopí řadu pacientových problémů.

Složky neverbální komunikace:

Vizika (pohledy) je kontakt očima. Člověk zrakem vnímá nejvíce informací. Je to také to nejpodstatnější v neverbálním projevu. Oči hovoří zaměřením pohledu, délkou očního kontaktu, četností pohledu, úhlem pootevření víček, mrkáním a průměrem zornic. Některé pohledy mohou být příjemné jiné nepříjemné.

Mimika je pojem pro výraz tváře. Díky mimickým svalům můžeme sledovat lidské emoce (šťěstí, strach, smutek, zlost, spokojenost, překvapení,...). V obličejí rozlišujeme 3 mimic-

ké zóny: horní část tváře (čelo a obočí), která představuje pocity překvapení; oblast očí, které signalizují strach a smutek; a dolní část obličeje (nos, ústa), která vyjadřují štěstí.

Kinetika zahrnuje celkový pohyb těla a končetin - chůze. Zabývá se rychlostí, trháním, ohraničením, akcelerací, prostorovostí a souladem pohybu.

Gestika je součástí kinetiky. Zahrnuje pohyby rukou - gesta. Představují to, co člověk chce právě sdělit slovy, ale je srozumitelnější, když to ukáže.

Haptika je komunikace prostřednictvím doteků, kam spadá i podání ruky. Stisk ruky by měl být prvním kontaktem s pacientem. Člověk může doteky vnímat pozitivně nebo negativně. Při komunikaci se často dotýkáme dlaně a hřbetu ruky, ramene, hlavy.

Proxemika je vzdálenost, kterou mezi sebou lidé navzájem zaujímají. Každý člověk má svoje *teritorium*, do kterého si nechá vejít, toho koho chce. Zdravotník mnohdy pacientovi vstupuje do intimní zóny (10 – 30 cm od těla), tam se přibližují jen nejbližší osoby. Nejideálnější vzdálenost pro rozhovor mezi pacientem a zdravotníkem je 30 – 120 cm od sebe, tzv. osobní zóna. Nechtěné vstoupení do této zóny je pro člověka nepříjemné.

Posturologie je řečí polohy, postoje těla a končetin. Komunikace probíhá držením těla, napětím nebo uvolněním, nakloněním, polohou rukou, nohou, hlavou a nesměrováním těla. Polohy těla, které je možné zaujímat jsou stoj, dřep, klek, sed a leh. Pro rozhovor je vhodná rovnocenná poloha obou komunikujících, např. vsedě.

Vzhled a úprava a to jak osobní tak prostředí. Úprava a vzhled odráží osobnost člověka, jeho aktuální emocionální stav a ovlivňuje komunikaci. Ve zdravotnictví by měla být samozřejmostí celková upravenost a čistota.

1.4.3 Verbální komunikace

Ke komunikaci, a tedy ke sdělení informací dochází, pomocí slov. Řeč je typická lidská funkce, od které se lidé odlišují od ostatních živočichů. Pomocí slov komunikujeme, myslíme a ovlivňujeme sami sebe a ostatní kolem nás.

Požadavky úspěšné verbální komunikace, díky kterým může dojít ke správnému a účinnému přenosu informací, jsou:

- Jednoduchost - sdělení má být stručné a jasné. Je vhodné používání krátkých vět a výrazů, vynechání odborných termínů, nářečí a slangu.
- Přehlednost - předem zřetelně pacienta obeznámit s tím, o čem bude řeč. Rozhovor má mít logickou návaznost.
- Stručnost - mnohdy bývá spíše problémem nadměrná stručnost a používání zkratk.
- Zřetelnost - je důležité jasně vyjádřit podstatu věci a soustředit se na ně. Vynechat ty informace, které jsou nepodstatné.
- Vhodné načasování - zvolit vhodná slova ve vhodnou chvíli. Zohlednit načasování závažných témat.
- Důvěryhodnost - je nejdůležitějším kritériem. O problematice je důležité předem vědět a mít potřebné znalosti. Podávané informace musí být podány věrohodně.
- Přizpůsobivost - styl hovoru, informace je nutné přizpůsobit reakcím pacienta.
- Oboustrannost - měla by se střídat role posluchače a vypravěče tak, aby se mohli oba účastníci vyjádřit ke svým představám a přáním. To znamená, aby komunikace nebyla jednostranná.

V řeči můžeme sledovat obsahovou a neobsahovou **stránku řeči** (Zacharová, 2007).

- a) **Obsahová** – kam řadíme význam slova, členění řeči, intonace řečeného a i správné porozumění slovu.
- b) **Neobsahová (paralingvistická)** – přesto, že se může zdát, že nemají takový velký význam jako obsah slova, je tomu přesně naopak. Spadají sem projevy jako intenzita hlasu, výška hlasu, zabarvení řeči, délka hovoru, rychlost řeči, plynulost, pomlky, chyby v řeči (přeříkávání, opakování se, vynechávání slov atd.), ale i pláč. Právě tato stránka řeči je ve zdravotnictví nejvýznamnější. Zkušený a znalý zdravotník díky paralingvistickým projevům může poznat důležité signály vysílané pacientem, které vyjadřují jeho psychický a emocionální stav.

1.5 Komunikace ve zdravotnictví

Zdravotnictví se bez komunikace neobejde. Tato dovednost je ve zdravotnické profesi jednou z nejdůležitějších dovedností. Komunikace s pacienty má svá specifika, nestačí

nám běžné komunikační znalosti. Je nutné rozlišovat a respektovat komunikaci mezi jednotlivými skupinami nemocných a podle druhu onemocnění (např. nemocné dítě, starý člověk, nevyléčitelně nemocný, umírající, handicapovaný pacient,...).

V praxi zdravotníka se setkáváme s komunikací:

- a) **Sociální** – běžný rozhovor mezi lidmi. Pomáhá utvářet vztah mezi nemocným a zdravotníkem. Např. rozhovor s pacientem při stlaní lůžka.
- b) **Specifickou** – sdělujeme důležité informace, motivujeme, edukujeme. Je zásadní, aby nám pacient porozuměl a proto je důležité ověření zpětnou vazbou. Např. informujeme pacienta o dodržování režimu před a po vyšetření.
- c) **Terapeutickou** – opora, pomoc pacientovi v těžkých chvílích překonat stres, psychické překážky. Např. pomoc pacientovi vyrovnat a adaptovat se na nově zjištěné onemocnění.

To, že je člověk nemocný, odloučen od rodiny, přátel, svého prostředí, v pracovní neschopnosti,... může zhoršovat pacientovu komunikaci. Pravidlem je, že zdravotník je v rozhovoru osobou dominantní (ptá se, určuje téma rozhovoru) a pacient je osobou přizpůsobující se. Častým problémem při rozhovorech, převážně mezi pacientem a lékařem, je rozdílnost „jazyka“ tedy používání odborných termínů.

1.5.1 Požadavky na zdravotníka při komunikaci

Prvotní přístup a kontakt zdravotníka k pacientovi má velký význam k utváření vztahu mezi nimi, ale utváří se i během dalších vzájemných setkání. Proto je potřeba následujících nároků na zdravotníka k tomu, aby komunikace byla co nejefektivnější.

1. **Schopnost naslouchat** – aktivně a citlivě sledovat nemocného, jeho neverbální projevy.
2. **Schopnost empatie** – umět se vcítit do nemocného a dívat se na problém z jeho pohledu.
3. **Schopnost porozumění** – umět jej dát najevo.
4. **Úcta k člověku** – vážit si člověka a respektovat jeho potřeby a práva.

5. **Schopnost poradit** – podat jasně, jednoznačně, srozumitelně a důvěryhodně radu, doporučení, v kterých pacient očekává pomoc. Podstatné je, aby jim pacient porozuměl.
6. **Individuální přístup** – ke každému nemocnému přizpůsobit své jednání. (Tutková, In Sestra 1/2007, s. 22).

1.5.2 Požadavky na pacienta při komunikaci

To, jak se bude pacient chovat, do určité míry může ovlivnit i zdravotník svým přístupem a jednáním k němu. Samozřejmě nezáleží pouze na zdravotníkovi, určité nároky jsou kladeny i na nemocného.

1. **Chtít komunikovat**
2. **Vědět co chce sdělit**
3. **Mít důvěru ke zdravotníkovi** – důvěřovat a sdělit mu co jej trápí, své potřeby a problémy.

1.5.3 Zásady správné komunikace

Mezi doporučení, které lze sestře i lékaři doporučit patří:

- nenosit do práce osobní starosti a nepřenášet pracovní problémy do svého soukromí,
- být trpělivý,
- zachovávat mlčenlivost o všem, co se dozvíme o pacientovi,
- vyčlenit si dostatek času k rozhovoru, nedávat najevo spěch, vyslechnout, neskákat do řeči,
- najít pro rozhovor klidné prostředí,
- snažit se reagovat na přání slušně, ale nenechávat se zneužívat,
- nebát se dát najevo svůj názor,
- pokud něčemu nerozumíte, nebát se zeptat opakovaně.

1.6 Komunikační dovednosti

1.6.1 Naslouchání

Je označována jako nejdůležitější, aktivní součást rozhovoru s pacientem. To, že pacienta vyslyšíme, znamená, že ho také chápeme a rozumíme mu. Nasloucháním pacientovi umožňujeme, aby se nám svěřil se svým problémem, přáním a dáváme najevo ochotu mu pomoci. U pacienta vzbuzujeme důvěru a možnost dalšího rozhovoru. Naslouchat můžeme ušima, očima ale i srdcem.

1.6.2 Podpora

Jestliže člověk sděluje svůj problém nebo potřebu zdravotníkovi, očekává od něho pomoc a podporu. Podpořit můžeme následujícími způsoby:

- Rezonance (ozvěna) – kdy zopakujeme, co pacient řekl.
- Reflexe (odezva) – slova pacienta formulujeme vlastními slovy.
- Sumarizace – celkový přehled pacientova sdělení.
- Povzbuzení – povzbudíme pacienta, aby v komunikaci pokračoval.
- Empatie – vyjadřujeme soucítění s pacientem.
- Mlčení – může mít velký význam. Při mlčení má člověk možnost přemýšlet.

2 GERONTOLOGIE

2.1 Základní terminologie

2.1.1 Gerontologie

(z řeckého gerón – stařec, logos – slovo, nauka)

Gerontologie je nauka, souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě starého člověka. Gerontologii lze studovat na vysokých školách jako předmět nebo obor.

Můžeme ji rozdělit do 3 hlavních okruhů:

- a) **Experimentální** – se zabývá otázkou, proč a jak živé organizmy stárnou.
- b) **Sociální** – zkoumá společenské souvislosti individuálního a populačního stárnutí.
- c) **Klinická** – zabývá se problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života. Častější označení, neboli synonymum, pro tento výraz je geriatric.

2.1.2 Geriatrie

(z řeckého iátro – léčím)

Je obor zabývající se problematikou zdravotního a funkčního stavu ve stáří, zvláštnostmi chorob, jejich klinickým projevem, průběhem, diagnostikováním a léčením u starých lidí. Je samostatný specializační obor medicíny, který vychází z vnitřního lékařství. Obsahuje poznatky prakticky ze všech lékařských a ošetrovatelských oborů (např. psychiatrie, fyzioterapie,...). Tento obor poskytuje odbornou zdravotní péči pacientům nad 65 let.

Cílem geriatrie je (Topinková, 2005):

- uchovat pacientovo zdraví včasným rozpoznáním onemocnění a jejich léčbou. Velký podíl má primární a sekundární prevence.
- zachovat pacientovu fyzickou zdatnost, soběstačnost a nezávislost v prostředí pro něho přirozeném,
- podpořit kvalitu života starého člověka.

2.1.3 Stáří

Z pohledu ontogeneze jde o poslední fázi průběhu života. Vymezit stáří není zcela jednoznačné, každý stárneme jinak. Vypovídají o tom genetická dispozice, životní styl a individuální odolnost organismu každého člověka.

Proto rozlišujeme stáří:

- **Kalendářní**, které je vymezitelné věkem.

Podle Vágnerové rozlišujeme období raného stáří (60 – 75 let) a pravého stáří (75 let a více).

V 60. letech Neugartenová (in Kalvach, Mikeš, 2004) navrhla pojmy „mladí senioři“ a „staří senioři“, a podle tohoto pojetí hodnotíme členění stáří my dnes takto:

- a) mladý senior: 65 - 74 let,
 - b) starý senior: 75 - 84 let,
 - c) velmi starý senior: 85 a více let.
- **Sociální**, které je ovlivňováno sociální rolí a potřebou člověka, ekonomickým zajištěním a životním stylem. Sociálně starý se považuje člověk s nárokem na starobní důchod nebo skutečné penzionování.
 - **Biologické**, na němž se podílí míra involučních změn daného jedince. Tedy stáří podle míry výkonnosti, kondice a funkčního stavu člověka.

2.2 Příznaky stáří, stárnutí

Od chvíle, kdy se narodíme, náš organismus stárne. Je to přirozený proces, který postupuje každou živou hmotou. Během stárnutí dochází k řadě involučních (zánikových) změn, k zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.

2.2.1 Biologické změny stárnutí

Během biologického stárnutí probíhají změny organismu na fyziologické úrovni. Změny jsou pozorovatelné na všech tkáních a orgánech (nejvíce jsou zasaženy nervové buňky). Ve stárnoucím těle, jak již bylo řečeno, dochází ke zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a poklesu biologických adaptačních mechanismů (Klevetová, 2008).

Pohybový systém: Dochází k atrofii tkání, zmnožení vaziva a tuku. Snižuje se výška člověka, páteř se více ohýbá – člověk se hrbí. Za tento děj může atrofie meziobratlových plotének a ochabování kosterních svalů. Ubývá svalová hmota a klesá svalová síla. Je zhoršeno řízení svalové práce a to díky zpomalené rychlosti nervových vzruchů. Pohyb je pomalejší, vazivo ztrácí pružnost, chrupavka tuhne, snižuje se kostní denzita. Člověk se tak stává křehkým a stoupá riziko úrazu.

Kardiovaskulární systém: Srdce jako pumpa snižuje svoji výkonnost, a klesá i průtok krve významnými orgány. Cévy ztrácejí svoji elasticitu, jsou méně pružné. Zanikají i buňky převodního srdečního systému, které řídí rytmus a frekvenci stahů srdce. Sledujeme změny na srdečních chlopních, které vyvolávají ukládání vápníku do chlopní.

Respirační systém: Snižuje se funkce plic, tedy i vitální kapacita plic. Ubývá aktivita řasinkového epitelu v dýchacích cestách.

Trávicí systém: Mnohým problémem je opotřebování a ztráta chrupu. Pokles motility střev. Důležité orgány (játra, slinivka břišní) ztrácejí výkonnost. Člověk má sníženou chuť k jídlu a pocit žízně.

Vylučovací systém: Klesá koncentrační a očišťovací schopnost ledvin, kapacita močového měchýře. Ubývá svalová síla svěračů a i samotné uretry². Dochází k častějšímu pocitu na močení. Ovšem inkontinence není přirozeným ukazatelem stáří.

Nervový systém: Ten, jak již už bylo řečeno, je postihnut nejrazantněji. Počet neuronů se snižuje. Zpomalují se regulační mechanismy. Dochází k poruše spánku.

Kožní systém: Kůže se stává vráscitou, ztrácí svoji elasticitu, ztenčuje se a je suchá. Kožní turgor je snížený. Můžeme sledovat pigmentace³, stařecké skvrny. Nebo naopak na určitých částech těla může pigmentace chybět. Vlasy šedivějí, řídnou a vypadávají.

Smyslové orgány: Dochází ke zhoršenému vnímání podnětů z okolí. Zhoršuje se nejenom zrak, u kterého vzniká presbyopie, zhoršená akomodace na šero a osvit, a sluch, ale ubývá i chuťových pohárků, oslabuje se čich a při hmatu ubývá citlivost.

² Uretra – močová trubice.

³ Pigmentace – změna barvy kůže.

2.2.2 Psychické změny ve stáří

Psychické změny se projevují zejména v poznávacích funkcích (vnímání, pozornost, paměť, myšlení) mimo jiné i vlivem **zhoršeného smyslového vnímání**. To, že člověk hůře slyší a vidí, ho omezuje v řadě činností, a to nejen pracovních, ale i odpočinkových, jako je např. čtení a poslech hudby. Jestliže špatně slyšíme (i vidíme) ztěžuje nám to komunikaci s druhými. Člověk může mít strach, úzkost, prožívat nejistotu a být nedůvěřivý.

Starý člověk se **obtížně adaptuje a osvojuje** si něco **nového**. To úzce souvisí se **zhoršováním paměti**, kdy si hůře pomatuje na nové události, ale ty staré zážitky zůstávají většinou dobře uchovány (Langmeier, Krejčířová, 2006). Stářím se objevuje menší představitivost, nápaditost a vynalézavost. Slovní zásoba, jazykové dovednosti a intelekt se ustálí snad i proto, že starý člověk už nemá tendenci tyto dovednosti obohacovat.

Dochází i k **emočním změnám** a to tak, že se snižuje intenzita emocí, ale přibývá emoční labilita, starý člověk je citlivější a snadno podlehne dojetí.

Rysy osobnosti se ve stáří nemění, jen dochází k jejich zintenzivnění nebo naopak k jejich úpadku. To např. znamená, jestliže byl člověk v dospělosti hodně citlivý, ve stáří může být až hypochondrem, šetrný člověk se stává lakomým.

2.2.3 Sociální změny ve stáří

Na změnách se velkou měrou podílí **odchod do důchodu**. Člověk tak kromě profesní aktivity, kterou prováděl celý život, ztrácí i pracovní kontakt a přátelství s lidmi. Proto je důležité začít s přípravou na stáří již v mladším věku, např. budováním si dobrých sousedských vztahů, vhodným rekreováním a hledáním koníčků.

Člověk mění i svoji **sociální roly**, stává se dědečkem, babičkou, ale i vdovou a vdovcem, což se velice obtížně přijímá. Ztráta soběstačnosti, která může být zapříčiněna i chronickou nemocí, ale i neochota přijímat změny vede často k sociální izolaci.

Na kvalitu žijícího člověka má vliv i **ekonomická stránka**, kdy se právě ve stáří můžeme často setkat s nedostatky finančního zabezpečení.

2.3 Ageismus

(z anglického age – věk)

Ageismus je věková diskriminace starých lidí, která má několik podob od hrubé diskriminace (např. odpírání jídla, léků, oblečení z důvodu věku) k předsudkům, mýtům, nevhodnému jednání a ponižování.

Velká část lidské populace, hlavně v naší zemi, vidí staré lidi jako zátěž, a to nejen z ekonomické stránky. Starý člověk je pro nás jakýsi problém. Řada mladých lidí se stáří bojí a nechtějí s lidmi důchodového věku cokoliv řešit a snad je ani potkávat na ulici. Mnoho občanů si pod slovním spojením starý člověk, představuje člověka, který chodí o hůlce, chce být všude první, nechce nic zmeškat a je protivný. Snad i proto se vyhýbáme komunikaci se seniorem.

To, jak se chováme ke stáří, naše názory a postoje k němu, jsou vytvářeny na základě našich předchozích zkušeností, ale převážně záleží na tom, jak jsme se naučili vnímat vztahy ke stáří v rodině.

2.4 Demografie stáří

Demografie je věda zabývající se reprodukcí obyvatelstva. Pracuje s několika pojmy, z nichž nejdůležitější jsou porodnost a úmrtnost.

Pomocí této vědy můžeme říci, že lidská populace stárne. Podle ÚZIS vyplývá, že se v ČR prodlužuje střední délka života. Ta byla v roce 2000 u žen 78,4 let a u mužů 71,7 let. V roce 2007 stoupla u žen na 79,9 let a u mužů na 73,7 let. V roce 2008 byla střední délka života u žen 80,1 let a u mužů 74 let. Poklesem porodnosti a prodlužováním se délky života dochází k demografickému stárnutí obyvatelstva, tedy ke zvyšování procenta seniorů v populaci. Podle demografů a OSN je pravděpodobné, že naše republika společně s Itálií a Řeckem bude v polovině 21. století společností s nejvyšším procentem seniorů na světě (Kalvach, 2006).

3 GERIATRICKÝ PACIENT

3.1 Osobnost starého člověka

Osobnost se utváří během celého našeho života. Kromě dědičnosti na ni mají vliv i předchozí zkušenosti a rodina, kde byl člověk vychováván. Zprvu má starý člověk potřebu seberealizace, být užitečným pro druhé, ale později chce mít domov, podporu a pomoc od blízkých osob. Jistě všichni víme, že každý člověk je jiný a to znamená, že i jeho osobnost je jedinečná. Proto se každý člověk bude alespoň trochu lišit ve svém chování.

V roce 1962 S. Reichardová (Langmeier, Krejčířová, 2006) uskutečnila studii, kterou stanovila 5 strategií o vyrovnání se s vlastním stářím:

1. **Konstruktivní strategie:** Člověk se dokáže vyrovnat se stářím. Je aktivní, má i ve svém vyšším věku stále radost ze života. Nevyhýbá se novým vztahům. Je si vědom a přijímá možnost smrti. Je snášenlivý, pružný v myšlení, přizpůsobí se novým situacím, má smysl pro humor, rád navazuje kontakt s lidmi. Dovede si najít potěšení v různých aktivitách, rozvíjí své zájmy a dovede se prosadit. Tento typ člověka prožil radostné dětství a spokojenou dospělost.
2. **Strategie závislosti:** Lidé jsou pasivní, nechtějí sami za sebe rozhodovat. Stávají se spíše závislými na druhých. Odpovědnost raději přenechávají na svých blízkých nebo na zdravotnicích. Uvítají soukromí a pohodlí.
3. **Strategie obranná:** Člověk odmítá přijmout stáří. Chce být soběstačný, všechno chce vyřešit sám, bez pomoci druhých, nechce si připustit, že má nějaké obtíže, proto je přehnaně aktivní. Tito lidé se emočně kontrolují a jednají zásadně podle zvyků, až pedanticky. Často jsou konfliktním typem.
4. **Strategie hostility:** Člověk se chová k druhým lidem nepřátelsky. Vinu za neúspěch dává lidem kolem sebe. Často je agresivní, podezřívavý a stále si na něco stěžuje.
5. **Strategie sebenávisti:** Projevuje se tím, že člověk obrací agresivitu a nenávist proti sobě. Je k sobě příliš kritický, svůj dosavadní život hodnotí negativně, smrt vidí jako vysvobození. Nemá zájem o aktivity, cítí se osaměle a neužitečným. Jestliže se podíváme do minulosti, vidíme nepřiliš radostně prožité rodinné nebo i pracovní vztahy.

3.2 Sociální vztahy ve stáří

U starého člověka, už tím, že odchází do penze, dochází k desocializaci. Začíná ztrácet přátele, kteří umírají nebo jsou umístěny do domovů, nemocnic, nebo se odstěhovali za svými dětmi. Člověk i omezuje vycházení z domu, a to hlavně v zimních obdobích, kdy se často bojí úrazu. K největší izolaci dochází při onemocnění, kdy senioři zůstávají často upoutáni na lůžko, a jakýkoliv kontakt je tímto omezen.

Senioři zpravidla zastávají pozici manžela/manželky, vdovce/vdovy a hlavně prarodiče, popřípadě pradědečka a prababičky. Být prarodičem je v mnoha případech pro starého jedince i jakousi hnací silou. Jestliže jsou v této roli aktivní, chodí s dětmi na procházky, čtou jim pohádky nebo vyprávějí příhody, cítí se tak potřební a užiteční.

Langmeier udává, že „...význam rodiny s věkem naopak znovu stoupá“. Znamená to tedy, že člověk na stáří nechce být sám. To si možná ani řada z nás neuvědomuje a stáří bere, že člověk sám je. Ovšem ti, kteří byli zvyklí žít sami, nebudou s počínajícím stářím okamžitě vyhledávat nové vztahy. Málokterý člověk chce na stáří zůstat sám nebo umístěný v domově důchodců. I když ani v takovýchto sociálních zařízeních není sám. Mnohdy je to pro člověka lepší řešení než, když bydlí osamocen ve „svém“ domě. Naváže zde nové kontakty a získá nové přátele.

Řada starých lidí, zvláště těch, kteří žijí osamotě, mohou brát hospitalizaci pozitivně. Jsou rádi, že poznají nové tváře, navážou nové kontakty a má se o ně kdo postarat. Propuštění vnímají negativně, mnohdy dochází i k emočnímu projevu smutku. Nevědí si rady s tím, kdo se o ně bude tak „dobře“ starat jako v nemocnici a že si nebudou moci s nikým popovídat. V tomto případě je významná role rodiny a to hlavně dětí, s kterými je důležité navázat kontakt. Setkáváme se i s klienty, kteří jsou přijímáni na oddělení opakovaně. Zde zřejmě musíme hledat i jiné důvody než samo onemocnění. A to i např. vztahy v rodině. Proto je důležité vnímat pacienta celostně, a využívat multidisciplinárního přístupu⁴.

⁴ Multidisciplinární přístup – přístup charakterizovaný spoluprací více oborů.

3.3 Nemoc ve stáří

Pod pojmem nemoc rozumíme nějaké nesnáze. Pro mnoho lidí nemoc představuje obtížně zvládnutelnou životní situaci, se kterou se vyrovnají nebo nevyrovnají. Pro jedince nemoc znamená problém, který mu nějakým způsobem narušuje obvyklý způsob života. S akutním onemocněním se člověk vyrovná rychleji. Je známo, že s onemocněním, které vzniká náhle, z plného zdraví (úraz), se člověk srovnává delší dobu. U chronických chorob se dosahuje vyrovnávací fáze postupně.

Starého člověka nemoc, ať je to akutní nebo chronická, omezuje daleko intenzivněji. Často ztrácí soběstačnost, dochází k izolaci seniora. V případě hospitalizace se špatně adaptují na nové prostředí, změna nebo nová událost je pro ně traumatizující. Dochází i ke změnám v myšlení a psychomotorickému zpomalení. Mnohdy ztrácejí motivaci a zájem. Také jsou více náchylní k nemoci a často se u nich nemoc projeví atypickými příznaky, monosymptomaticky⁵ nebo oligosymptomaticky⁶. Ve stáří je velice častá multimorbidita⁷. Vše je právě komplikováno výskytem involučních změn, kdy dochází ke změně zdraví a toto se projeví sníženou tolerancí zátěže, funkčních rezerv, zhoršenou adaptabilitou a funkční zdatností, senioři se stávají křehcí. Většina starých lidí trpí nějakou chorobou právě proto, že tělo (organismus) stárne (např. presbyopie, zmenšení rozsahu kloubního pohybu). Otázkou zůstává, co je „normální“ teda involuční, a kdy mluvíme o chorobě⁸.

Každý jedinec vnímá svoji nemoc individuálně. Velice záleží i na osobnosti člověka, na jeho schopnosti přizpůsobování. Neznamená, že člověk, který nedává příliš najevo své pocity a starosti s onemocněním, žádné nemá. Naopak může nemoc vnitřně prožívat ještě hůře než pacient, který o nemoci a problémech hovoří neustále. Svoje opodstatnění má i vhodná motivovanost a psychická podpora pacienta, která přispívá k rychlejšímu uzdravení.

⁵ Monosymptomaticky – charakterizovaný pouze jediným příznakem.

⁶ Oligosymptomaticky – vyznačující se nízkým počtem příznaků.

⁷ Multimorbidita – mnoho nemocí.

⁸ Více: KALVACH a kol. *Geriatric a gerontologie*.

3.4 Potřeby starého člověka

Je samozřejmostí, že starý člověk stejně jako i mladý bude mít *potřeby fyziologické*, jako je např. potřeba spánku, vylučování, dýchání, hygieny, pohybu, výživy a hydratace.... Tyto potřeby jsou běžně uspokojovány ve všech zdravotnických zařízeních a jsou nedílnou součástí léčby. K jejich realizaci při hospitalizaci dochází za pomoci sestry nebo jiného zdravotníka. Ovšem jen uspokojením biologických potřeb nezajistíme kompletní komfort potřeb starého člověka.

Potřeba bezpečí a jistoty – staří lidé si uvědomují ubývání svých sil a schopností, tím se cítí více ohroženi. Stávají se více či méně závislími na pomoci druhých. Proto je důležité podporovat jejich autonomii a ujistit je o naší pomoci. Udržením mezilidských kontaktů a dobrou komunikací se pocit bezpečí a jistoty pomáhá zachovat.

Potřeby estetické – každý z nás se bude cítit lépe v čistém a upraveném prostředí než v zanedbaném. To, že je kolem nás příjemně, umožní rychlejší uzdravení a klidnější náladu.

Potřeba soc. kontaktu, lásky, porozumění a pochopení – lidé potřebují společnost a kontakt s druhými lidmi. Problémem bývá, jestliže člověk ztratí schopnost komunikovat, např. demence, okolí ho odsune stranou. Senioři svoji potřebu kontaktu mnohdy dávají najevo dotekem, vyhledávají fyzický kontakt a dotýkají se lidí kolem sebe, což se nám může zdát nepříjemné.

Potřeba výkonu, podnětů a činností – člověk potřebuje vykonávat určité užitečné činnosti, zvláště ty, na které byl zvyklý a které patřily do jeho každodenního života. Stářím, nemocí a upoutáním na lůžko člověk ztrácí určitou možnost konat některé aktivity. Proto je nezbytné podporovat seniorovu samostatnost a nácvik běžných činností, i to umožní člověku se socializovat a vyplnit vhodně a účelně čas.

Potřeba sebeúcty, seberealizace – největším problémem je, když si člověk přestane vážit sám sebe, což se často ve stáří děje, hlavně u těžce nemocných a upoutaných na lůžko. Takovýmto pocitům může zabránit nebo je odstranit společné naplánování aktivit a cílů pacienta a zdravotníka. Důležitá je motivace a podpora.

Duchovní potřeby – smíření se se stářím, nemocí, problémy,... ovlivňuje naše víra a vnitřní vyrovnanost. Mnoho starých lidí je věřících a život bez víry si nedokáže představit. Důležité je umožnit naplnění jejich duchovní potřeby, jak je to jen možné.

3.5 Psychika geriatrického pacienta

Duševních poruch u seniorů si nejčastěji všimáme při hospitalizaci, kdy se stávají více závislými na pomoci, a hůře si zvykají na nové prostředí. Svoje opodstatnění má i vztah mezi pacientem a zdravotníkem, jestliže je vztah špatný nebo komunikace je omezená jen na nutnosti, u seniora dochází k úzkosti, neklidu, může i k agresi a tím k rozvoji duševních poruch. Mezi nejfrekventovanější psychické poruchy vyššího věku řadíme delirium, demenci a depresi, které představují zdravotní a sociální problémy.

3.5.1 Delirium

Delirium (akutní stav zmatenosti) je jednou z nejčastějších psychických poruch ve vyšším věku. Tento stav se projevuje převážně u akutně hospitalizovaných seniorů, trvá krátkou dobu, typický je rychlý a náhlý začátek, má sklon k recidivě a zhoršuje prognózu onemocnění. Topinková (2005) udává, že se vyskytuje u 15-30% seniorů při přijetí do nemocnice, v 30-50% pacientů v pooperačních stavech a na JIP a ARO u 40-60% pacientů. Ve velké míře se objevuje v terminálních stadiích.

Diagnostika delirantních stavů bývá v praxi nedostatečná. Kritéria jsou ovšem dána přesně: snížená schopnost udržet pozornost, dezorganizované myšlení, porucha paměti a řeči, inkoherentní řeč, dezorientace v čase, místě i osobě, narušený spánkový rytmus, mohou se objevit iluze⁹ a halucinace¹⁰ (Jiráček, Kalvach 2004). Delirium mění psychiku člověka, omezuje komunikaci a sociální fungování člověka.

Při léčbě je podle Topinkové, jestliže se momentálně nebudeme zabývat farmakoterapií, důležitý nekonfliktní přístup, vhodné komunikační techniky, stimulace pacienta, pravidelný režim, reorientace, nepoužívání restrikcí, zvýšený dohled, trpělivost a dostatečná kvalitní péče a podpora.

⁹ Iluze – mylná představa, vjem.

¹⁰ Halucinace – vidina, přelud, blouznění.

3.5.2 Demence

Jestliže bylo delirium nejčastější, demence je jedno z nejzávažnějších chorob ve stáří. Může se objevit i v nižším věku, ovšem s přibývajícím věkem se procento demencí zvyšuje (po 80. roce 20-40% osob). Nastává porucha kognitivních funkcí – paměti, řeči, myšlení, orientace, poznávání, chápání, učení a porucha emocí. Tyto poruchy zhoršují zapojení člověka do společnosti i práce. Postupně omezují pacientovu sebeobsluhu a zvyšují závislost na pomoci druhého. Problémem často bývá nedorozumění a slovní konflikty.

Demenci můžeme rozdělit do dvou skupin, a to demence atroficko-degenerativního původu, kam spadá nejznámější Alzheimerova choroba, a na demence symptomatické, kam řadíme např. ischemicko-vaskulární demence.

Pro léčbu je opět důležitý individuální přístup s pravidelným režimem, denními aktivitami, přizpůsobenou komunikací a multidisciplinární týmová spolupráce. (viz PŘÍLOHA PV)

3.5.3 Deprese

Postihuje 20-30% hospitalizovaných seniorů. Jedná se o psychické onemocnění projevující se převahou smutku. Je doprovázeno řadou psychických, somatických a behaviorálních příznaků jako jsou zpomalení psychomotorického tempa, sebedoceňování, pesimismus, pocit zbytečnosti a viny, poruchy spánku, nechutenství, změny hmotnosti, porucha soustředění a motivace, bludy, myšlenky na smrt. Člověk je uzavřen do sebe, nemá zájem o činnost, nespolupracuje a nevyhledává kontakt.

Léčba by měla snížit sociální izolaci a povzbudit člověka k lepší náladě. Využívají se farmaka z řady antidepresiv, psychoterapie a co je zajímavé že i fototerapie¹¹. Samozřejmě je podpořit pacienta, věnovat mu dostatek času a povzbuzovat ho k fyzické aktivitě a činnostem. Jestliže pacient odmítá naši pomoc a snahu, je důležité, abychom se my naopak kontaktu s ním nevyhýbali.

¹¹ Fototerapie – léčení světlem.

4 SENIOR A KOMUNIKACE

4.1 Bariery při komunikaci

Když s pacientem komunikujeme, může si myslet, že se ho ptáme jen na zdravotní problémy, proto nás při rozhovoru informuje pouze o příznacích nebo problémech. Někdy se jako zdravotníci můžeme domnívat, že s námi klient nemluví proto, že o rozhovor nestojí. Ale všechno může být jinak. To, že klient nemá zájem o komunikaci, může mít spousty příčin. Někdy se může klient domnívat, že dané téma není důležité a že nás jako zdravotníky nebude zajímat a že odejdeme (Venglářová, 2007).

a) Bariery na straně pacienta

Mohou to být různé zábrany, které pacient pociťuje. Někteří klienti jsou nedůvěřiví, buď ke všem zdravotníkům nebo ke konkrétnímu pracovníkovi, který u nich nezbudil důvěru nebo je jim nesympatický. Bojí se, že informace, které sdělí, budou například nějakým způsobem zneužity, nebo je sami považují za zbytečné. Je i řada témat, která staří lidé vidí jako tabu (např. sexualita, intimní záležitosti, ale i finanční nepříjemnosti,...), právě proto, že to tak jejich generace vnímala. Bolest, únava, stres, úzkost snižují ochotu s někým komunikovat. Setkáváme se i s klienty, kteří od tématu odbíhají, to může značit to, že téma je pro klienta nepříjemné. Spíše se ale u pacientů setkáváme s otevřenou komunikací.

b) Bariery na straně pracovníka

Někteří zdravotníci mohou mít problémy s pacienty komunikovat. Buď i tím, že jim je klient nesympatický a zaujímají k němu negativní postoj, což by se nemělo dít, ale nejčastěji proto, že pracovník nemá dostatek komunikačních schopností. Tyto schopnosti se dají tréninkem a zkušenostmi snadno získat. Často se ale zdravotníci „bojí“ rozhovoru na nějaké choulostivé téma např. smrt, umírání. Velkou překážkou se ukazuje i nedostatek času a samozřejmě používání cizích termínů při komunikaci s pacienty.

c) Bariery v prostředí

Záleží, kde s klientem vedeme rozhovor. Obtížně se hovoří v hlučném prostředí, kde není rozumět nebo slyšet. Když spěcháme nebo nezajistíme pro rozhovor dostatek soukromí.

4.2 Komunikační nesnáze

Staří lidé v komunikaci prodělávají daleko specifitější problémy než zdravý dospělý jedinec.

4.2.1 Poruchy zraku

Zhoršují kvalitu života člověka, sníží se jeho pohyblivost i soběstačnost. Staří lidé pomaleji zpracovávají zrakové podněty, a aby je mohli identifikovat, potřebují je pozorovat delší dobu. Zúžením zorného pole se zhorší periferní vidění. Ve stáří dochází často ke ztrátě zrakové ostrosti, kterou lze korigovat brýlemi.

Právě poruchy zraku jsou ve stáří častou příčinou pádu.

4.2.2 Poruchy sluchu

Je nejčastější invalidizující senzorickou poruchou ve stáří. Vyskytuje se v 30% u osob nad 65 let a v 35% u osob nad 75 let, převažuje u mužů (Topinková, 2005).

Důsledkem této poruchy dochází k omezení komunikace, člověk ztrácí kontakt s okolím, stává se osamělým až izolovaným. Mohou se u něho objevit deprese, poruchy chování s paranoidními rysy i sluchové halucinace.

Nejčtetnějším problémem je nedoslýchavost. Nedoslýchavý člověk neslyší vše úplně přesně, všechno nemusí zachytit a informace často špatně pochopí, proto dochází k nedorozumění, chybám a pocitům napětí. Člověk se pak může i vyhýbat rozhovorům. Důležité je mluvit pomalu, zřetelně, dívat se do tváře a seznámit tyto pacienty s možností využití naslouchadel. (viz PŘÍLOHA PIII)

4.2.3 Poruchy řeči

Jsou nejzávažnějším problémem vedoucím ke komunikačním nesnázím. Za poruchu řeči ve stáří je převážně zodpovědná cévní mozková příhoda (CMP). Při těchto poruchách má nezastupitelnou pomoc logoped.

Je možné rozlišit řeč zevní, za kterou jsou zodpovědné hlasivky, jazyk, hltan, svaly,... a řeč vnitřní, která je zodpovědná za výraz a vnímání slov. Jestliže je postižena zevní řeč, můžeme mluvit o dysfonii (chraplavý hlas), afonii (chybění hlasu, může jen šeptat), dysartrií (porucha artikulace), anartrií (ztráta zevní řeči). O falických poruchách hovoříme v případech postižení vnitřní řeči. Kdy postižení je různé, nejčastěji:

- Expresivní falická porucha (afázie) – nemocní ztrácí schopnost mluvit, ale rozumí mluvené i psané řeči. Pacient komolí, opakuje slova, užívá krátké věty. Je si vědom této poruchy, proto se za svoji poruchu stydí, nebo je agresivní.
- Senzorická falická porucha – nemocný nerozumí mluvenému slovu, špatně pojmenovává předměty a chápe, ale mluví často zkomoleně a řeč je nesmyslná. Oproti předchozí poruše si člověk tuto vadu neuvědomuje.
- Totální falická porucha – člověk ztrácí schopnost tvořit řeč nebo chápat jazyk. Svoje sdělení není schopen říci.
- Amnestická falická porucha – člověk není schopen pojmenovat některé předměty, hledá slova (Kapounová, 2007).

Při těchto problémech může dojít k nervozitě, hněvu, agresi nebo naopak k rezignaci komunikovat. Trpělivost a hledání vhodných komunikačních možností (obrázky, psaní, názorné ukázky, předměty) je jediným možným řešením poruch řeči.

4.2.4 Psychické poruchy

Staří lidé většinou potřebují delší dobu na zpracování informací a zformování odpovědi, proto není dobré na ně spěchat. Je běžně známé, že senioři mají problémy s pamětí. Pro lepší zapamatování je výhodnější poskytovat informace v psané formě, doplněné slovními informacemi. Důležité je sdělení opakovat a připomínat.

Mezi časté psychické poruchy ve stáří, které znesnadňují komunikaci, řadíme i delirium a demenci.

4.2.5 Odmítání komunikace

Právě navázání kontaktu s pacientem může být největším problémem. Často o kontakt nestojí, a podstatné je zjistit proč. Příčinou může být smutek, reakce na životní změny. Některým lidem trvá delší dobu, než se osmělí, jiní nemají takovou potřebu mluvit nebo ani nevědí, o čem mají se zdravotníky hovořit. Proto je důležité vhodně vybízet k hovoru. Mnoho seniorů rádo vzpomíná na své rodiště, dětství, koníčky.

4.2.6 Stereotypní téma hovoru

Vracení se stále ke stejnému tématu mnohdy značí pacientovo zapomínání, neví, s kým před chvílí mluvil o tomto a s kým o něčem jiném. Můžeme se setkat i s tím, že senior bude mít snahu si popovídat, ale bude mít strach, že zdravotníci nebudou mít zájem s ním hovořit na dané téma, proto lidé často volí téma konverzace zdravotní stav.

4.3 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory

Chyb v komunikaci se dopouštíme u všech skupin lidí. Rozdílem je to, že ne každý starý člověk se dokáže bránit neadekvátnímu komunikačnímu stylu. Mezi ty nejčastější patří:

- **Používání odborné terminologie** – i když se nám může zdát, že daný pojem je všeobecně známý, nemusí mu člověk rozumět tak, jak by měl. Proto je potřeba pojmy přesně vysvětlit.
- **Nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací** – mezi tím, co si myslíme, říkáme a co druhý pochopil, může být výrazný rozdíl. Informace, které říkáme, verbálně i neverbálně, mnohdy jsou pacienty pochopeny zcela jinak. „*Musíme hovořit nahlas, aby nás slyšeli, ale zároveň musíme hovořit tiše, aby nás poslouchali.*“ (Pokorná, 2008).
- **Devalvační chování** – často se projevující nevěšmavostí, ignorováním, neochotou vyslechnout, urážením, zlehčováním, verbální i neverbální hrubostí, ztrapňováním, ponižováním, familiárním oslovováním (dědo, babi).
- **Jednosměrnost komunikace** – taková, která je bez zpětné vazby. Člověk si z rozhovoru pamatuje asi 10% informací. Proto je důležité informace podávat opakovaně, zjednodušeně a třeba i v písemné podobě.

- **Autoritativní jednání** – přehnané poučování, rady a omezení. Zdravotník se chová, jako by všechno věděl nejlépe a vše má být podle něho, ne podle rozhodnutí pacienta.
- **Nedostatek času ke komunikaci** – s tím souvisí nedostatečná příprava prostředí a okolností pro komunikaci, rušivé vlivy, nátlak na pacientovu odpověď. U seniorů je zvláště důležité zpomalení a dostatek času.
- **Vlastní zkušenosti zdravotníka** – do komunikace mnohdy vstupujeme s představou podmíněnou předchozí pozitivní či negativní zkušeností, ať už naší samotnou nebo kolegů.
- **Očekávané omezení v důsledku stáří** – když víme, že máme před sebou starého člověka, předpokládáme u něho snížený intelekt, pomalejší chápání a omezení smyslových funkcí. Sami často pomoc starému vnucujeme, než nabízíme.

Na co si při komunikaci se seniory dávat pozor:

- oslovení,
- rychlé tempo řeči,
- chaotické sdělování informací,
- příkazující jednání,
- dávání rad (pacienti by si měli najít správnou cestu sami, my je můžeme jen navigovat) (Pokorná, 2008, s. 91),
- spěch,
- nedostatek pozornosti nebo pozornost věnovaná zároveň druhému.

4.4 Oblíbená témata hovoru

Klevetová udává, že senioři rádi hovoří o:

- životních tématech – dětství, mládí, škola, práce, koníčky, manželství, rodina, děti, kultura, ...,
- přírodních tématech – roční období, zvyky, ...,
- významných životních událostech – láska, přátelství, štěstí, ...,

- pracovních aktivitách,
- politice, mediálních informacích,
- jídlu a receptech,
- vzpomínkách – jak to bylo dříve,....,
- radách a názorech,
- o tom, co by dělali, kdyby mohli.

4.5 Vhodná komunikace se starým člověkem

Důležité je si uvědomit, že komunikujeme celým tělem. Naším slovům by měl odpovídat i náš postoj a jednání. (viz PŘÍLOHA PII)

Pro komunikaci se seniorem je důležité si uvědomit několik zásad a respektovat je:

- vhodné prostředí – odstranit rušivé podmínky (hluk, cizí hovor, málo světla,...),
- představit se (i využití haptiky – podání ruky),
- vždy mluvit s pacientem a ne s jeho doprovodem,
- navazovat oční kontakt,
- zjistit, jak si přeje být pacient oslovován,
- nepoužívat odborné termíny,
- mluvit jasně, hlasitě, v krátkých větách,
- sledovat neverbální komunikaci,
- akceptovat pacientovu „zpomalenost“, být trpělivý,
- dostatek času – jestliže není, je dobré odložit rozhovor na jindy, ale je potřeba tento termín dodržet,
- ujistit pacienta, že se může na cokoliv zeptat .

5 VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V KOMUNIKACI

Komunikace je dovednost, kterou je nutné neustále rozvíjet. Se schopností komunikovat se člověk rodí, to znamená, že komunikační úroveň člověka je dána, ale přesto se celý život komunikovat učí. Komunikace se rozvíjí v dětství, v batolecím věku, kdy se jedinec učí mluvit, a samozřejmě s nástupem do kolektivu (mateřská škola, základní škola). Velký podíl na naši komunikační schopnost má nejen vzdělání, ale převážně rodina a prostředí, ve kterém člověk žije. S těmito znalostmi z komunikace je seznámen a vybaven snad každý člověk, bez ohledu na pacienta nebo zdravotníka. Ovšem zdravotník by měl být nad věcí a umět se v rozhovoru vyznat, umět pochopit pacientova slova, umět mu porozumět a uklidnit, proto nestačí běžná komunikace. A je tedy důležité se učit komunikovat.

Donedávna se komunikaci ve zdravotnictví věnovala malá pozornost a zdravotníci museli spoléhat na vlastní komunikační talent. Dnes, se zkvalitňováním zdravotní péče, je kladen velký důraz na spokojenost klientů ve zdravotnických zařízeních, kde nevelkou roli hraje právě i komunikace a spokojenost pacientů s ní. Výzkumy ukázaly, že úspěšná komunikace podporuje diagnostickou přesnost, zvyšuje pacientovu spoluzodpovědnost a úspěšnost dodržování léčebného režimu (Vlasáková, Health Management Consulting Czech Republic, 2007).

5.1 Komunikační vzdělávání při přípravě na zdravotnické povolání

Příprava na povolání zdravotníka začíná už na **Střední zdravotnické škole**. Dnes si mohou zájemci o studium na SZŠ vybrat ze dvou maturitních oborů: Zdravotnický asistent a zdravotnické lyceum. Při tomto středoškolském vzdělání se studenti mohou učit komunikaci pouze v předmětu Psychologie, který se vyučuje pro obor zdravotnické lyceum ve druhém a třetím ročníku. Pro obor zdravotnický asistent se studenti „učí komunikovat“ ve druhém, třetím a čtvrtém ročníku v předmětu Psychologie a komunikace. Bohužel v rámci těchto předmětů se nezabývají pouze komunikací, té se věnuje jen několik hodin v daném ročníku.

Na **vysokých školách** se dnes už běžně vzdělávají nejen lékaři ale i sestry. A i výuka zde je zaměřena na komunikaci. Lékaři se mohou komunikaci učit v předmětech jako je např. Komunikace pro praxi, Etika (na UK), nebo Komunikace v medicíně, Lékařská etika, Lékařská psychologie (na MUNI). Sestrám je vzdělání se komunikovat umožněno v předmětu Psychologie, Psychologie a komunikace nebo Komunikace v ošetrovatelství,

a okrajově v předmětech týkajících se edukace klienta. Na VOŠ mají všeobecné sestry podobné předměty jako na bakalářských oborech. Na navazujících magisterských oborech pro sestry lze studovat obor Ošetřovatelská péče v gerontologii, kde se vyučuje předmět zaměřený právě na komunikaci se seniory, s názvem Komunikace v geriatrii.

Přestože existují předměty, které učí jak komunikovat s pacienty a s pacienty s různými specifiky, zajisté se jim nevěnuje tolik pozornosti jako např. interní nebo chirurgické problematice.

5.2 Komunikační vzdělávání zaměstnanců zdravotnických zařízení

Zdravotník mající základní informace o komunikaci ze školy může praktikovat a rozvíjet své dovednosti v praxi. Mnohdy ale nasimulované modelové situace z učebnic nestačí. V praxi se setkává s obtížnými a problémovými klienty a ocitá se v nelehkých situacích, kdy musí sdělovat podstatné informace. Největším specifikem je, že každý pacient je individuální a jeho reakce jsou jedinečné, proto se zdravotník učí komunikovat celý život.

Možnosti, jak se mohou zdravotníci během svého zaměstnání vzdělávat v komunikaci, není mnoho, ale záleží na samotném zaměstnanci, jeho potřebě a motivaci.

1. *Literatura* – na trhu je celá řada titulů o komunikaci pro zdravotníky. I v odborných časopisech lze najít články řešící problematiku komunikace.
2. *Kurzy* – jestliže je zdravotník opravdu iniciativní, má spoustu možností si najít různé kurzy komunikace na internetových stránkách. Existují kurzy komunikace s různým zaměřením i na komunikaci se seniory. Další možností je využití nabídky vzdělávacích akcí NCO NZO Brno, které pořádají, mimo jiné, školení týkající se komunikace. Tyto kurzy jsou opatřeny kreditním ohodnocením, ale samozřejmě zůstává, že si je musejí zdravotníci hradit a vyhledávat sami.

Naskýtá se i možnost vzdělávacích kurzů a cvičení pro zdravotnická zařízení. Tyto školící akce mohou zdravotnická zařízení využít pro své zaměstnance. Od roku 2004 působí na českém trhu společnost Health Management Consulting Czech Republic, která vyvinula pilotní vzdělávací projekt COMM-ON-LINE, který byl po dvouletém působení ukončen a pokračuje projektem COME 2 COMM. Tento program podporuje rozvoj komunikačních kompetencí a dovedností zaměstnanců zdravotnických zařízení a vede k posílení vztahu mezi zdravotníky a pacien-

tem, čímž zajišťuje celkovou spokojenost pacientů. Obsah pilotního projektu byl sestaven individuálně pro dané zařízení dle jeho konkrétních cílů, kterých by mělo být v komunikaci dosaženo. K cílům se dopracovalo prostřednictvím komunikačního auditu. Navazující projekt je kombinací in-class modulů a e-learningových kurzů pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Kurz tedy probíhá on-line na internetu a je samozřejmě započítáván do kreditního systému celoživotního vzdělávání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

Cíl č. 1: Zjistit, zda jsou geriatričtí klienti spokojeni s komunikací zdravotnického personálu.

H 1. Většina geriatrických pacientů je nespokojena s komunikací se zdravotnickým personálem.

H 2. Klienti znají jména ošetřujícího personálu, což vede k jejich spokojenosti.

H 3. Zdravotníkem podané informace jsou pro geriatrického pacienta nedostačující, a to vede k pacientově nespokojenosti.

Cíl č. 2: Objasnit nejčastější příčiny nespokojenosti geriatrických klientů v komunikaci se zdravotnickým personálem.

H 1. Nejčastější příčinou nespokojenosti geriatrických pacientů je nedostatek času zdravotnického personálu na komunikaci.

H 2. K nespokojenosti geriatrického klienta významně přispívá jeho neinformovanost o plánu dne.

H 3. Klienti při rozhovorech se zdravotníky nemají dostatek soukromí, a to vede k jejich nespokojenosti.

Cíl č. 3: Zjistit, zda mají geriatričtí pacienti zájem komunikovat se zdravotnickým personálem.

H 1. Geriatričtí pacienti mají zájem komunikovat se zdravotnickým personálem.

H 2. Většina geriatrických pacientů si přeje, aby s nimi zdravotníci více hovořili.

H 3. Geriatričtí pacienti chtějí znát svoji diagnózu, postup vyšetření a léčbu.

7 METODOLOGIE PRÁCE

7.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro své výzkumné šetření jsem oslovila celkem 100 respondentů. V pěti případech musel být dotazník odmítnut, z důvodu věku pacientů pod 60 let. Devět pacientů nechtělo spolupracovat a dotazník vyplnit. Šest vrácených dotazníků jsem byla nucena vyřadit, pro jejich neúplnost v odpovědích.

Respondenti, kteří se zúčastnili mého šetření, byli starší 60 -ti let. Byli to pacienti hospitalizovaní v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a. s.

7.2 Metody práce

Pro moji práci jsem zvolila kvantitativní výzkum a jeho metodu šetření pomocí nestandardizovaného dotazníku. Tato nejrozšířenější a nejpobulárnější metoda se mi jevila jako nejvhodnější, jelikož díky ní lze získat značné množství informací za relativně krátký časový úsek. Velkou nevýhodou této metody je její nízká návratnost, které jsem se snažila předejít tak, že jsem si jednotlivá oddělení, kde byl předpoklad, že bude nejvíce geriatrických pacientů, navštívila a osobně se domluvila s personálem. Na některých odděleních jsem pacienty navštívila osobně.

Během rozdávaní dotazníku, jsem musela zvolit také metodu rozhovoru, kvůli vysokému věku, zhoršenému zraku a převážné neschopnosti respondentů dotazník samostatně vyplnit. Rozhovor jsem využila u 20 respondentů, kterým jsem kladla otázky dle dotazníku, nabízela možné odpovědi a zadržovala jimi zvolené možnosti.

7.2.1 Charakteristika položek dotazníku

Dotazník obsahuje 20 položek a je rozvrhnut na 4 strany (viz PŘÍLOHA PVI). Otázky jsem se snažila stanovit, aby byly vzhledem k věku respondentů srozumitelné a jednoduché na odpověď. Snažila jsem se přizpůsobit velikost písma pro snazší čitelnost a přehlednost textu.

V úvodu jsem se představila, uvedla téma šetření a postup, jak správně vyplnit dotazník. Dále jsem zdůraznila anonymitu a účel dotazníkového šetření.

Formy položek:

- identifikační – č. 1, 2
- kontaktní – č. 3
- výčtové – č. 4, 7
- uzavřené polynomické – č. 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 20
- výčtové polouzavřené – 11, 12
- polouzavřené – 13, 16

Obsah položek:

Položky č. 1, 2, 4 zjišťují pohlaví, věk a smyslovou poruchu respondentů.

Položka č. 3 navazuje kontakt a zjišťuje celkový pocit respondentů.

Položky č. 5, 6, 7, 8, 9 se věnují informovanosti a vlivu na spokojenost respondentů.

Položky č. 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18 zjišťují reakce zdravotníků, možnost komunikace s nimi a příčiny nespokojenosti respondentů v komunikaci se zdravotníky.

Položky č. 12, 19, 20 zjišťují, o čem by respondenti chtěli hovořit a zda si přejí zlepšení komunikace se zdravotníky.

Na závěr mají respondenti možnost se slovně vyjádřit k tomu, zda si přejí nebo nepřejí, proč a jak, zlepšit komunikaci mezi sebou a zdravotnickým personálem.

7.3 Organizace šetření

Po sestavení jednotlivých položek v dotazníku jsem provedla pilotní studii u 4 náhodných respondentů. Díky pilotní studii došlo k drobným úpravám dotazníku ve smyslu formulace otázek. Následně bylo, za pomoci mé vedoucí práce, rozdáno 100 dotazníků na oddělení KNTB ve Zlíně, kde se nejvíce předpokládala hospitalizace geriatrických klientů. Mé šetření probíhalo od 5. 1. 2009 do 27. 3. 2009. V tomto období jsem si vyplněné dotazníky průběžně vyzvedávala a s některými respondenty, kteří nebyli schopni vyplnit samostatně dotazník, jsem jej pomocí rozhovoru vyplňovala s nimi (viz výše). Návratnost kompletně vyplněných dotazníků byla 80%, kdy se mi ze 100 rozdaných dotazníků vrátilo 80.

7.4 Zpracování dotazníkového šetření

Ke zpracování všech zjištěných dat jsem v práci použila metodu četností. K jednotlivým položkám v dotazníku jsem vytvořila jednotlivé pracovní tabulky, do kterých jsem sečetla absolutní četnost (n), tedy počet respondentů, kteří odpověděli v dotazníku stejnou odpovědí z nabídnutých možností. U položek, které měly možnost více odpovědí, jsem si stanovila jako 100 % celkový počet odpovědí.

Pro sestavení definitivních tabulek, výpočet a grafické zpracování jsem použila program Microsoft Excel.

Výpočtem relativní četnosti (četnost v %) jsem zjistila, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

Výpočet relativní četnosti jsem prováděla pomocí rovnice (1)

$$\text{Četnost} = \frac{n}{\sum_0^i n} * 100 \quad [\%], \quad (1)$$

kde i je celkový počet odpovědí na danou otázku.

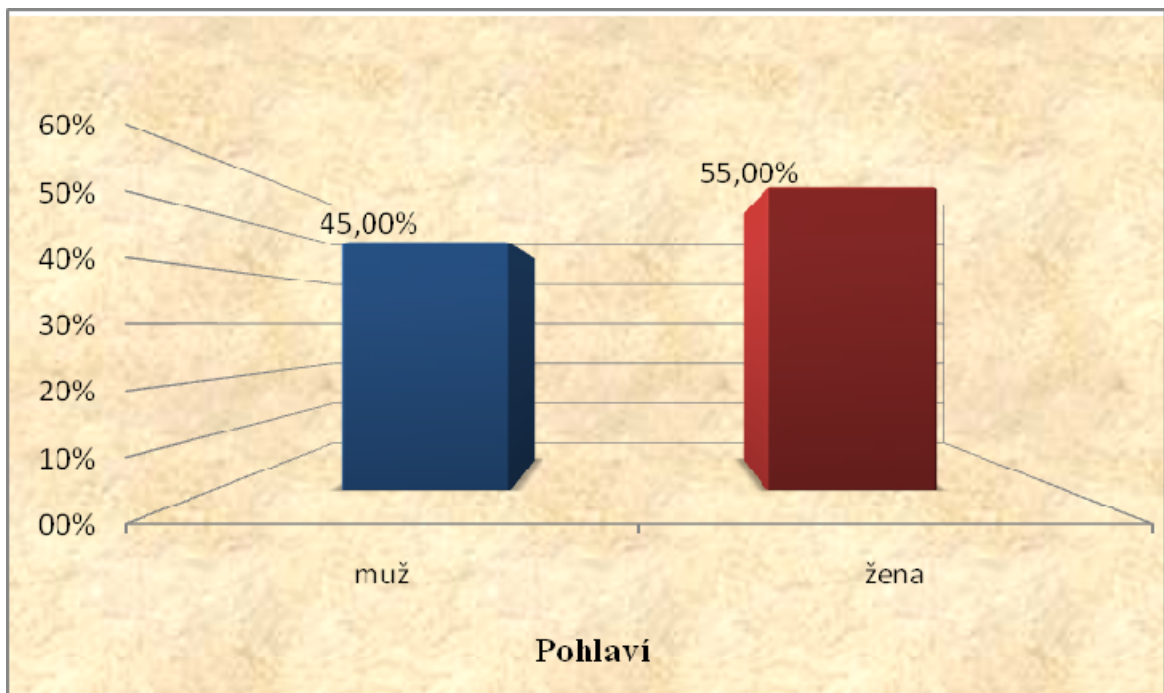
8 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

8.1 Grafické zpracování dotazníkového šetření

8.1.1 Otázka č. 1: Pohlaví respondentů.

Tabulka 1. Pohlaví respondentů

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
muž	36	45,00
žena	44	55,00



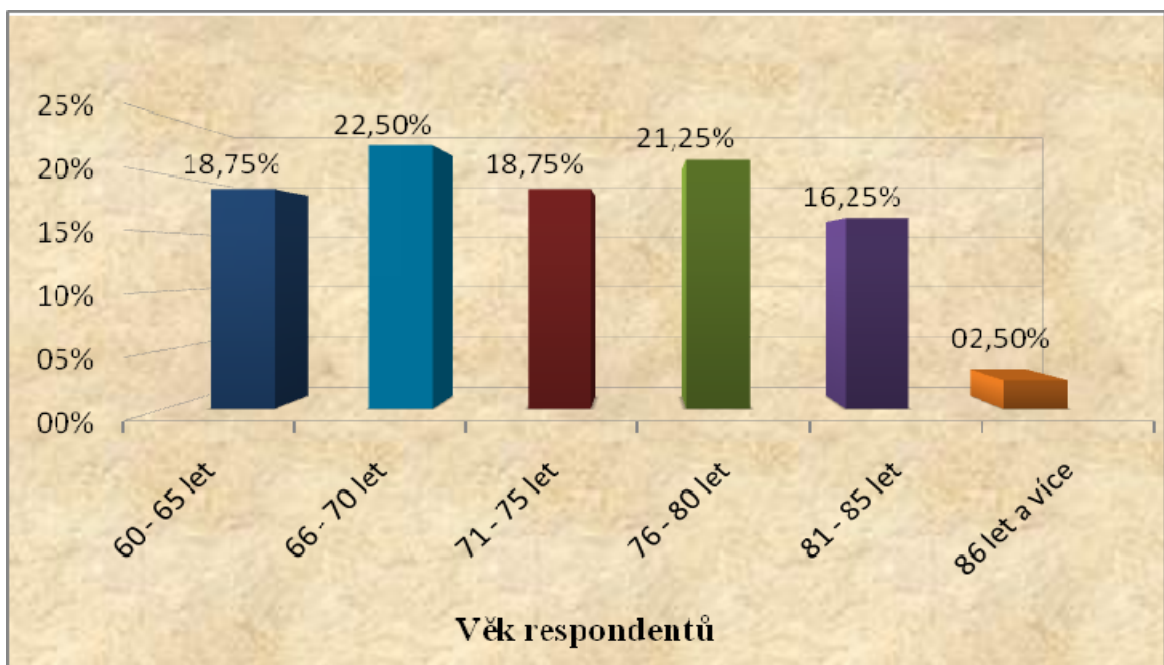
Graf 1. Pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 80 respondentů z toho 36 mužů a 44 žen.

8.1.2 Otázka č. 2: Věk respondentů.

Tabulka 2. Věk respondentů

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
60 - 65 let	15	18,75
66 - 70 let	18	22,50
71 - 75 let	15	18,75
76 - 80 let	17	21,25
81 - 85 let	13	16,25
86 let a více	2	2,50



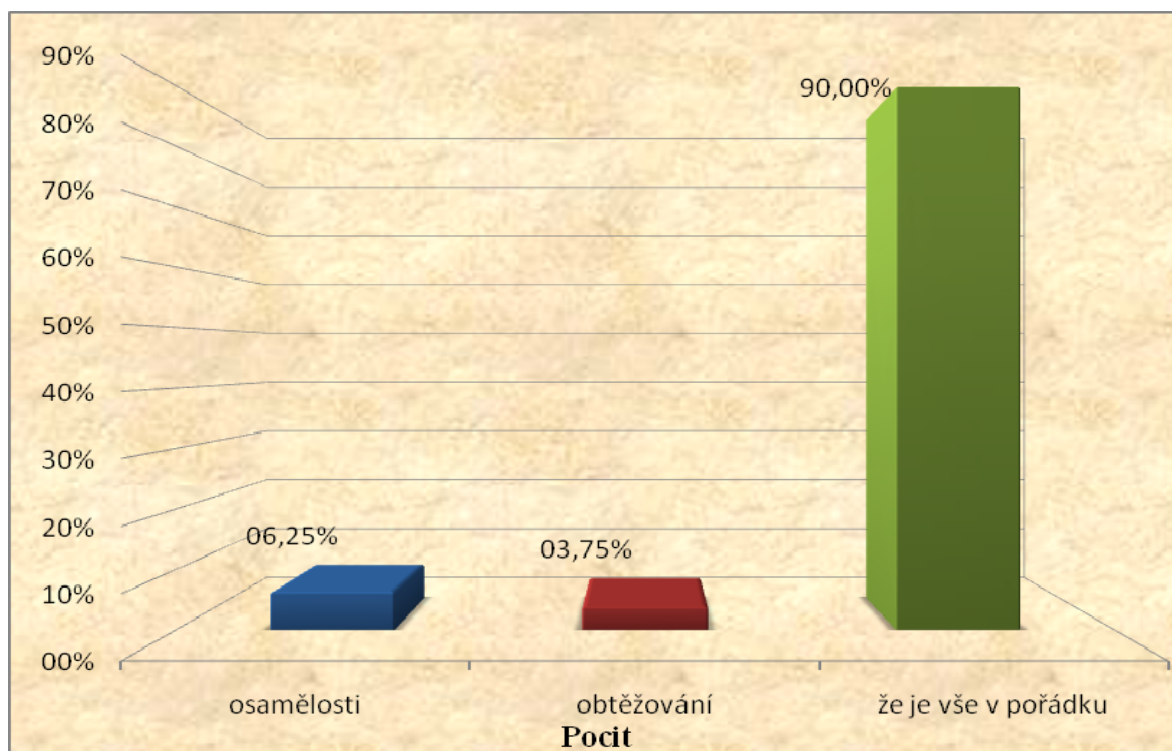
Graf 2. Věk respondentů

Nejvíce dotázaných respondentů bylo ve věku mezi 66 – 70 lety a 76 – 80 lety. Nejméně se setření účastnila část respondentů starších 86 -ti a více let.

8.1.3 Otázka č. 3: Jaký mají respondenti pocit?

Tabulka 3. Pociť respondentů

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
osamělosti	5	6,25
obtěžování	3	3,75
že je vše v pořádku	72	90,00



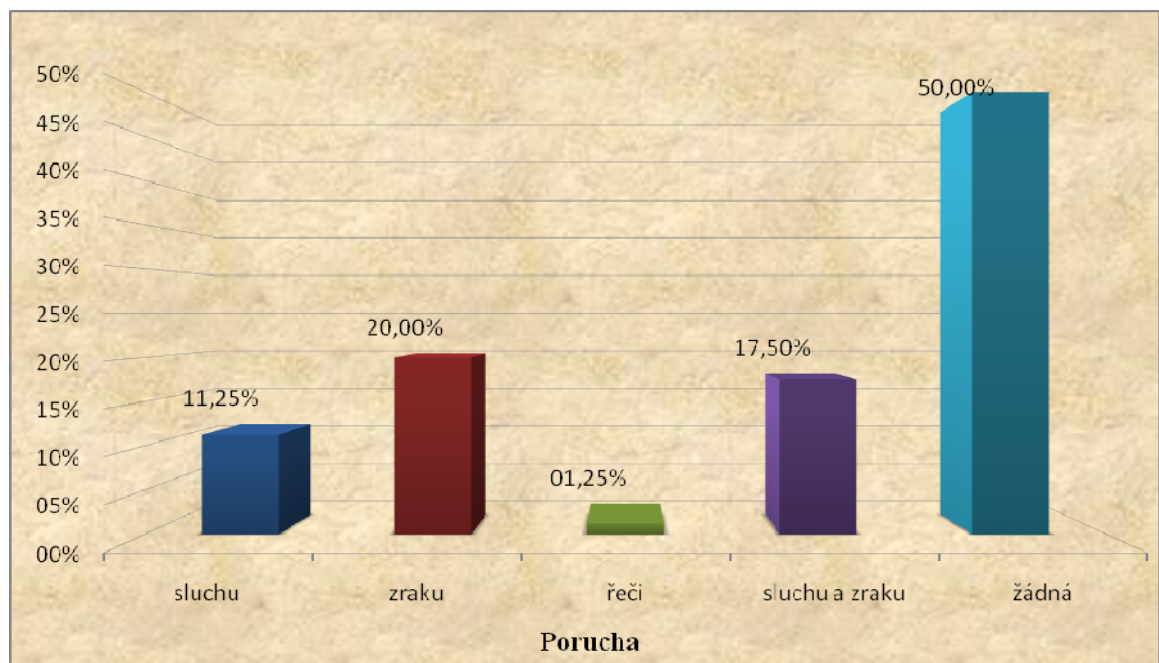
Graf 3. Pociť respondentů

Touto otázkou jsem chtěla navázat s respondenty kontakt a zjistit jejich celkový dojem a pocit při hospitalizaci. Z šetření vyplývá, že velké procento respondentů vnímá pobyt celkově dobře, s pocitem, že je vše v pořádku. Přesto se objevuje 6,25% respondentů s pocitem osamělosti, který zaručeně ke spokojenosti pacientů nepřispívá. Zdravotníci by měli vyvíjet snahu, aby k tomuto pocitu u pacientů nedocházelo.

8.1.4 Otázka č. 4: Jaké poruchy mají respondenti nejčastěji?

Tabulka 4. Nejčastější poruchy respondentů

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
sluchu	9	11,25
zraku	16	20,00
řeči	1	1,25
sluchu a zraku	14	17,50
žádná	40	50,00



Graf 4. Nejčastější poruchy respondentů

U této položky měli respondenti možnost více odpovědí. Pouze u 14-ti (17,5%) dotazníků se objevily 2 zvolené možnosti, tedy více než jedna možnost, a to porucha sluchu a zraku. Z šetření vyplývá, že nejčastější poruchou u respondentů je porucha zraku. Jestliže k těmto 20% přičteme 17,5% těch, kteří mají poruchu sluchu i zraku, vyjde nám, že 37,5% respondentů má poruchu zraku. Polovina respondentů (50%) nepociťuje žádnou z uvedených poruch.

8.1.5 Otázka č. 5: Zda se lékař respondentovi při prvním kontaktu představil.

Tabulka 5. Představení lékaře pacientovi

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	57	71,25
ne	9	11,25
někdy	4	5,00
nevím	10	12,50



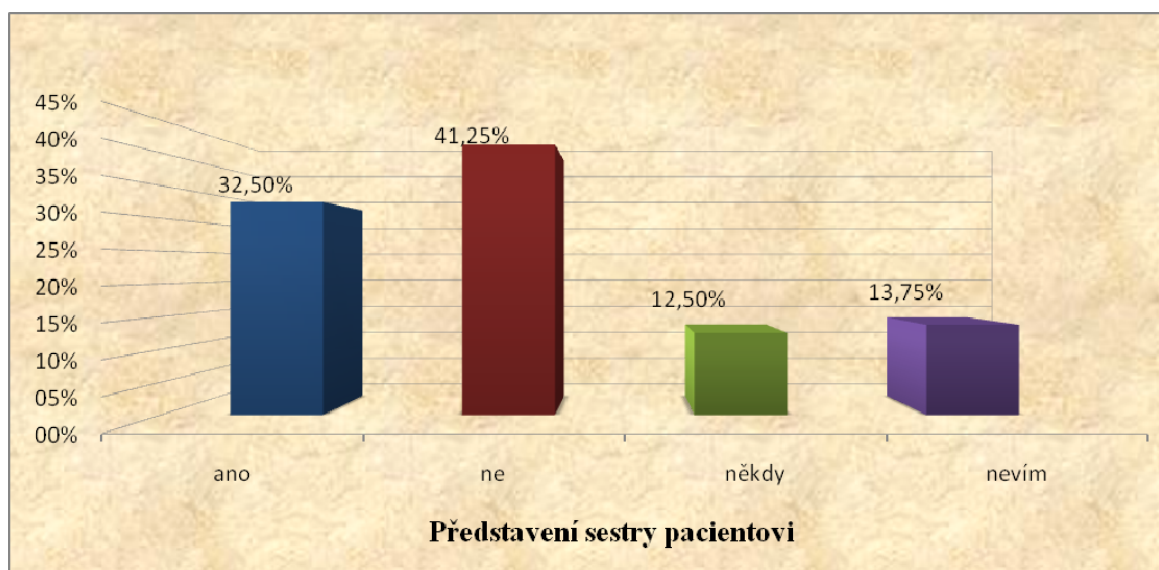
Graf 5. Představení lékaře pacientovi

Na tuto otázku odpovědělo 71,25% respondentů, že se lékař představil, což zní velice pozitivně. Přesto nemalé procento 11,25%, zvolilo odpověď „ne“. Otázkou je, zda tuto variantu odpovědi můžeme brát objektivně. Mohlo se stát, že řada respondentů na lékařovo představení se, zapomnělo nebo neví (12,5%), zda se představil či nepředstavil. To nemění nic na faktu, že každý pacient má právo znát jméno lékaře, který ho během hospitalizace ošetřuje. Z grafu je ovšem patrné, že lékaři se pacientům představují.

8.1.6 Otázka č. 6: Zda se sestra respondentovi při prvním kontaktu představila.

Tabulka 6. Představení sestry pacientovi

Odpo věď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	26	32,50
ne	33	41,25
někdy	10	12,50
nevím	11	13,75



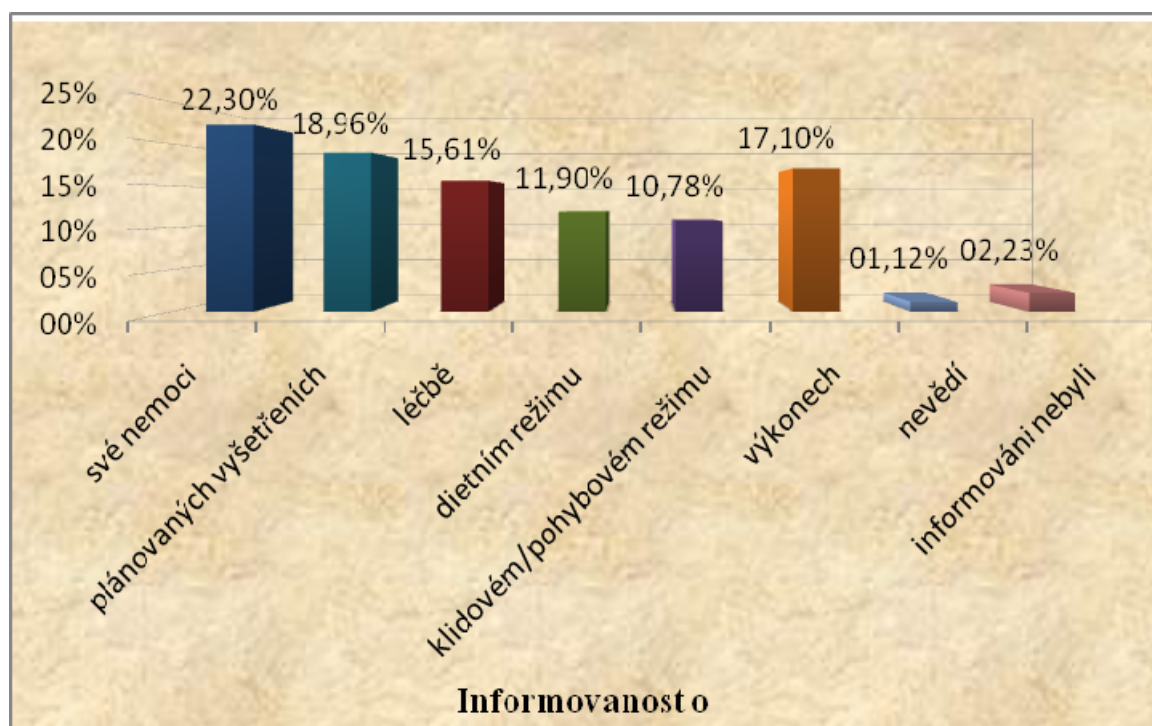
Graf 6. Představení sestry pacientovi

U této otázky, která se týká představení sester pacientovi, můžeme sledovat velký rozdíl v odpovědích od předchozí položky. Samozřejmě pacient má také právo znát jméno ošetřující sestry. Z grafu vidíme, že většině respondentům (41,25%) se sestra nepředstavila. Ovšem stále platí má domněnka, že na představení se sestry pacient snáz zapomene. Velice pozitivní je 32,5% sester, kterých se respondentům představilo. Domnívám se, že dnes se představení se zdravotníků pacientům stává běžnou součástí při příjmu klienta na oddělení.

8.1.7 Otázka č. 7: O čem respondenti byli během hospitalizace informováni.

Tabulka 7. Informovanost respondentů

Odpořev'	Četnost (n)	Četnost v (%)
svě nemoci	60	22,30
plánovaných vyšetřeniř	51	18,96
lěčbě	42	15,61
dietním režimu	32	11,90
klidovém/pohybovém režimu	29	10,78
výkonech	46	17,10
nevědí	3	1,12
informováni nebyli	6	2,23



Graf 7. Informovanost respondentů

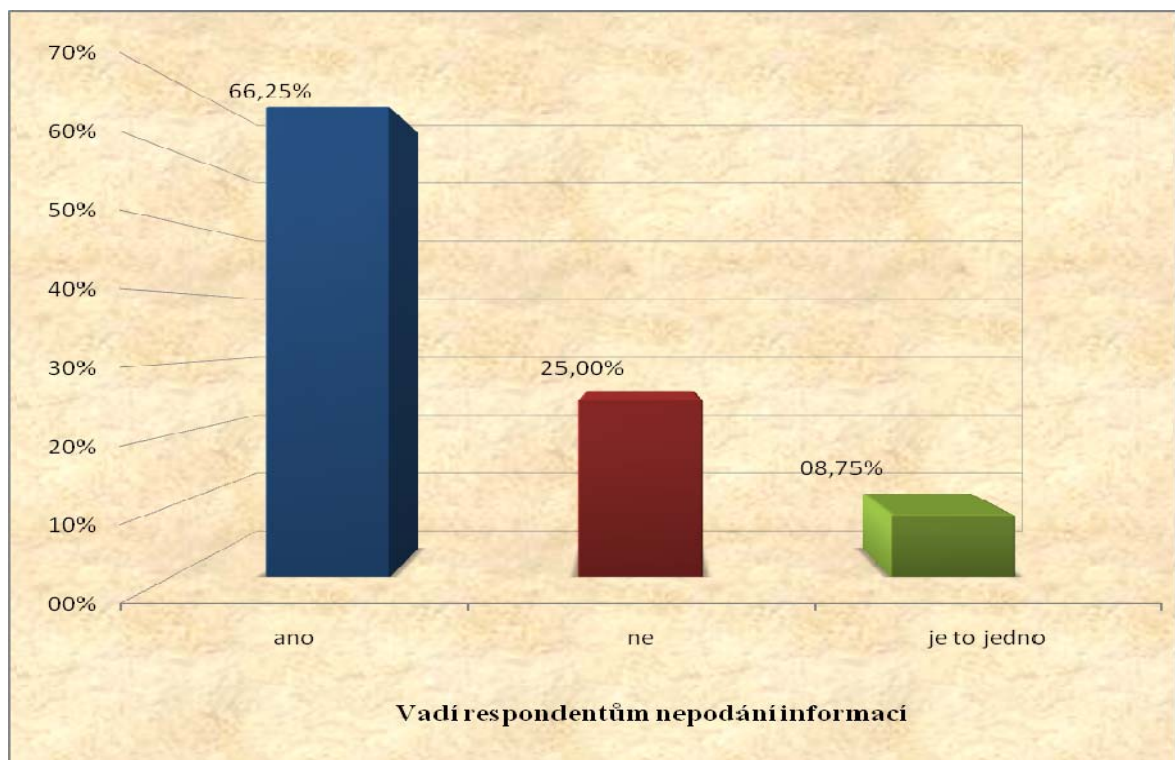
O všech těchto vyjmenovaných činnostech má být každý klient během hospitalizace informován. Z šetření je vidět, že pacienti jsou nejvíce informováni o své nemoci (22,3%), o plánovaných vyšetřeniř (18,96%) a o výkonech, které u nich zdravotníci prováděli např. odběr krve (17,1%). Z grafu je patrné, že nejméně jsou pacienti informováni o klidovém/pohybovém a dietním režimu. Nepatrný počet respondentů (2,23%) udává, že in-

formování nebyli. Ovšem musíme brát v úvahu psychické změny, ke kterým ve stáří dochází, staří lidé mohou některé informace zapomenout, nebo díky zhoršenému smyslovému vnímání nezachytí všechny informace. I když tento problém by měli zdravotníci eliminovat a všechny informace sdělit a vysvětlit, tak aby o nich pacient věděl, pochopil je nebo je i zopakoval.

8.1.8 Otázka č. 8: Vadilo by respondentů, kdyby nedostali informace? V případě, že je nedostaly, zda jim to vadilo?

Tabulka 8. Vadí nedostatek informací?

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	53	66,25
ne	20	25,00
je to jedno	7	8,75



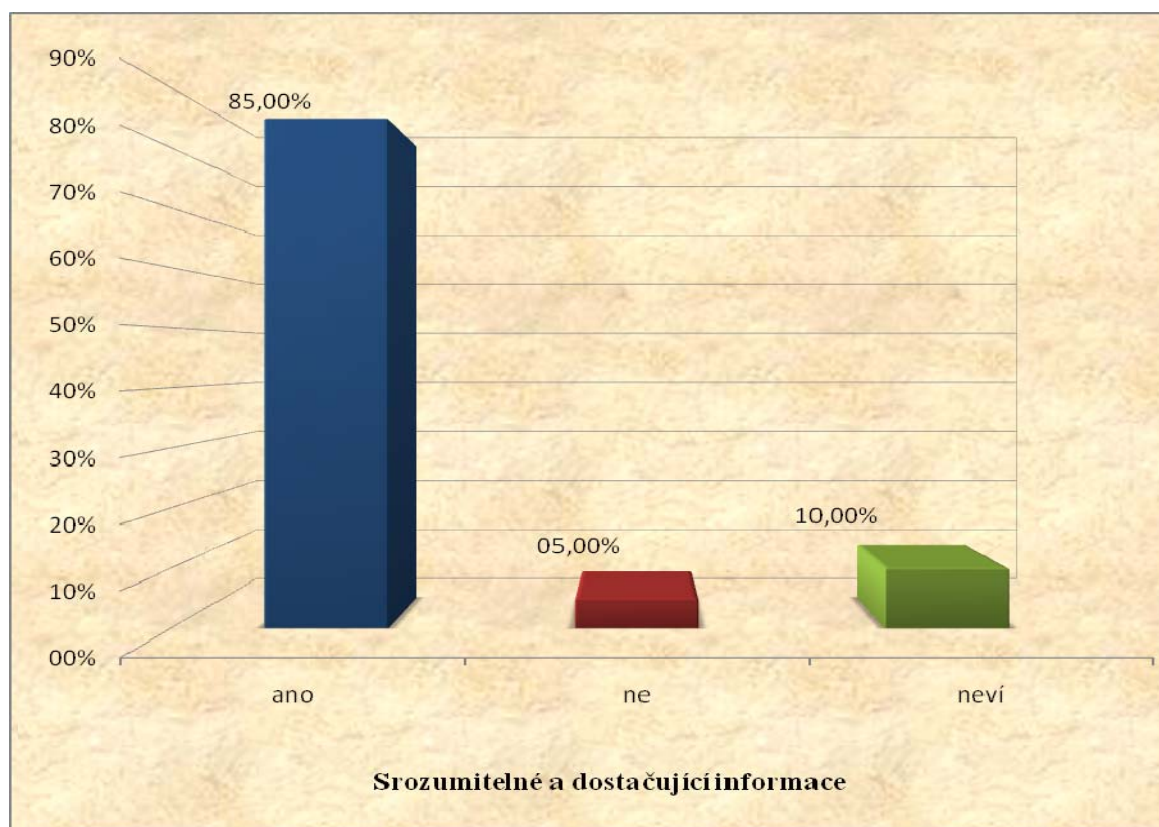
Graf 8. Vadí nedostatek informací?

Převážné většině dotázaných (66,25%) nepodání informací vadí. Tedy chtějí být informováni (viz otázka č. 7) a v případě neinformovanosti jim nepodání informací vadí. Z šetření vyplývá, že nemalému procentu (25%) informace nechybí a jejich nedostatek jim nevadí. Můžeme se domnívat, že to co se s pacienty děje, je samotným pacientům zřejmě jedno a o vysvětlení a informace nemají zájem. Možná se tomu děje z důvodu, že zdravotníkům důvěřují natolik, že vše činí jen pro jejich dobro a vše co je prováděno je nezbytné a nepotřebují k tomu jiné vysvětlení.

8.1.9 Otázka č. 9: Byly podané informace od zdravotníků pro respondenty srozumitelné a dostačující?

Tabulka 9. Jsou informace srozumitelné a dostačující?

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	68	85,00
ne	4	5,00
neví	8	10,00



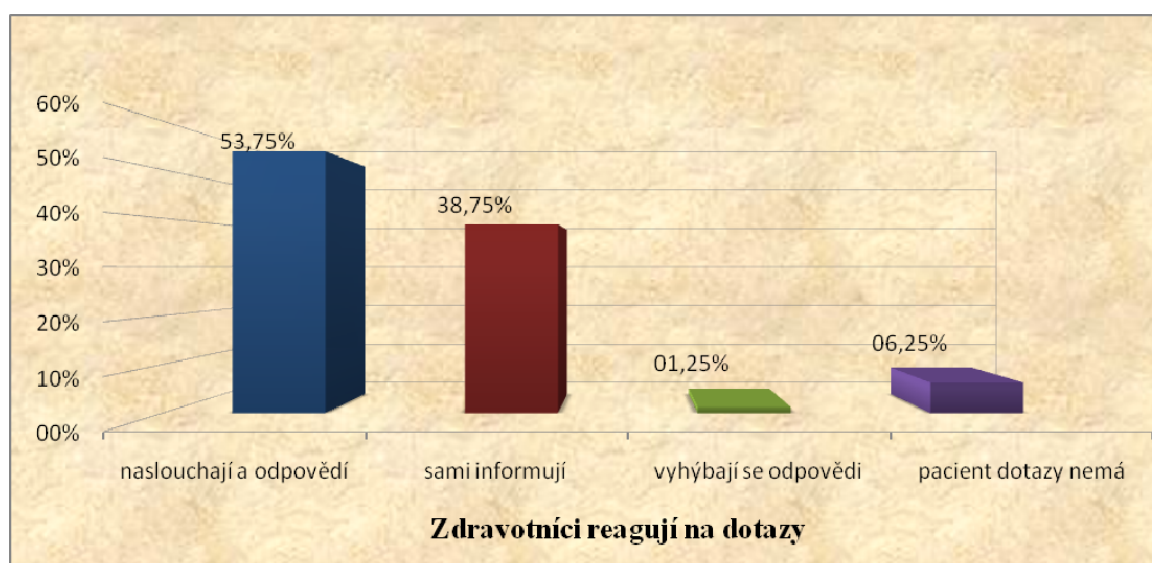
Graf 9. Jsou informace srozumitelné a dostačující?

Tato otázka navazuje na předchozí. Jestliže pacienti nemají potřebu být informováni, nebudou mít ani pocit nedostatku a nesrozumitelnosti sdělení. Ovšem pro ty, kteří chtějí být informováni, tedy většina, nemusí být podané informace srozumitelné a dostačující. Z grafu je zřejmé, že informace od zdravotníků jsou pro 85% respondentů srozumitelné a dostačující. Zdravotníci tady podávají pacientům ucelené informace, tak aby je pochopili a rozuměli jim.

8.1.10 Otázka č. 10: Jak zdravotníci reagovali na dotazy respondentů?

Tabulka 10. Reakce zdravotníků na dotazy

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
naslouchají a odpovědí	43	53,75
sami informují	31	38,75
vyhýbají se odpovědi	1	1,25
pacient dotazy nemá	5	6,25



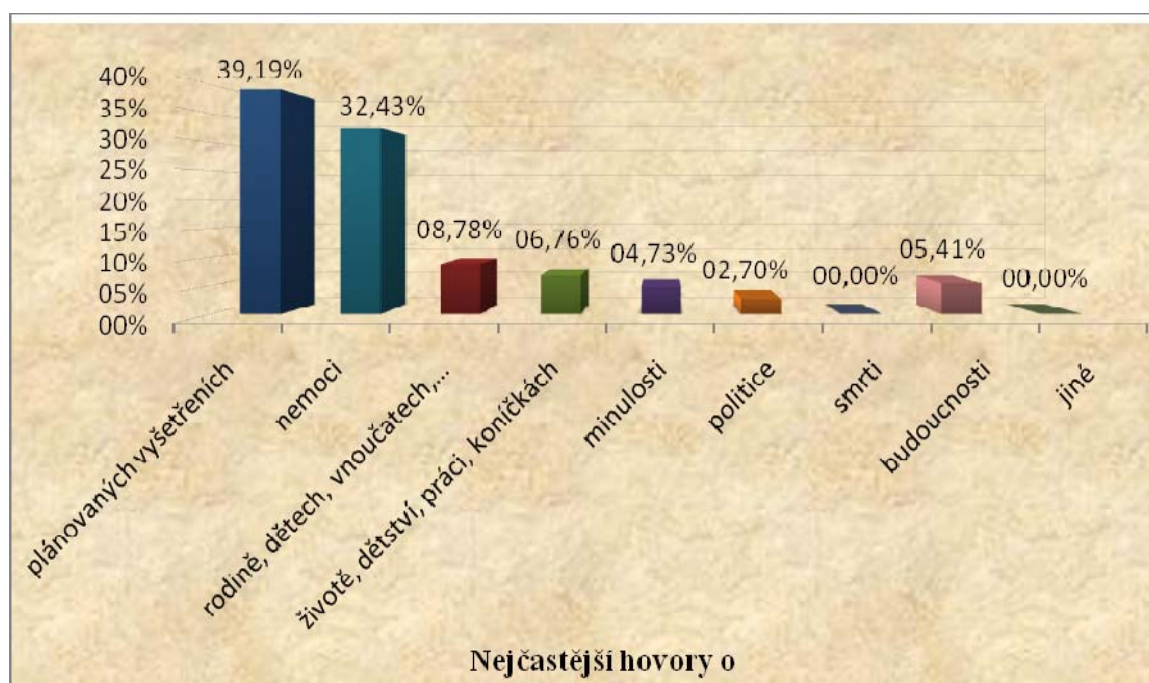
Graf 10. Reakce zdravotníků na dotazy

Touto otázkou jsem zjišťovala, jak zdravotníci reagují na případné dotazy pacientů. Šetření ukázalo, že zdravotníci reagují na pacientovi dotazy pozitivně. Velká část zdravotníků (53,75%) pacientovi naslouchá a ráda mu odpoví na dotazy. 38,75% personálu sama pacienty informuje. Jen nepatrné procento zdravotníků se dle respondenta odpovědi na dotaz vyhýbá.

8.1.11 Otázka č. 11: O čem respondenti se zdravotníky nejčastěji hovoří.

Tabulka 11. Nejčastější téma hovoru

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
plánovaných vyšetřeniích	58	39,19
nemoci	48	32,43
rodině, dětech, vnoučatech,...	13	8,78
životě, dětství, práci, koníčkách	10	6,76
minulosti	7	4,73
politice	4	2,70
smrti	0	0,00
budoucnosti	8	5,41
jiné	0	0,00



Graf 11. Nejčastější téma hovoru

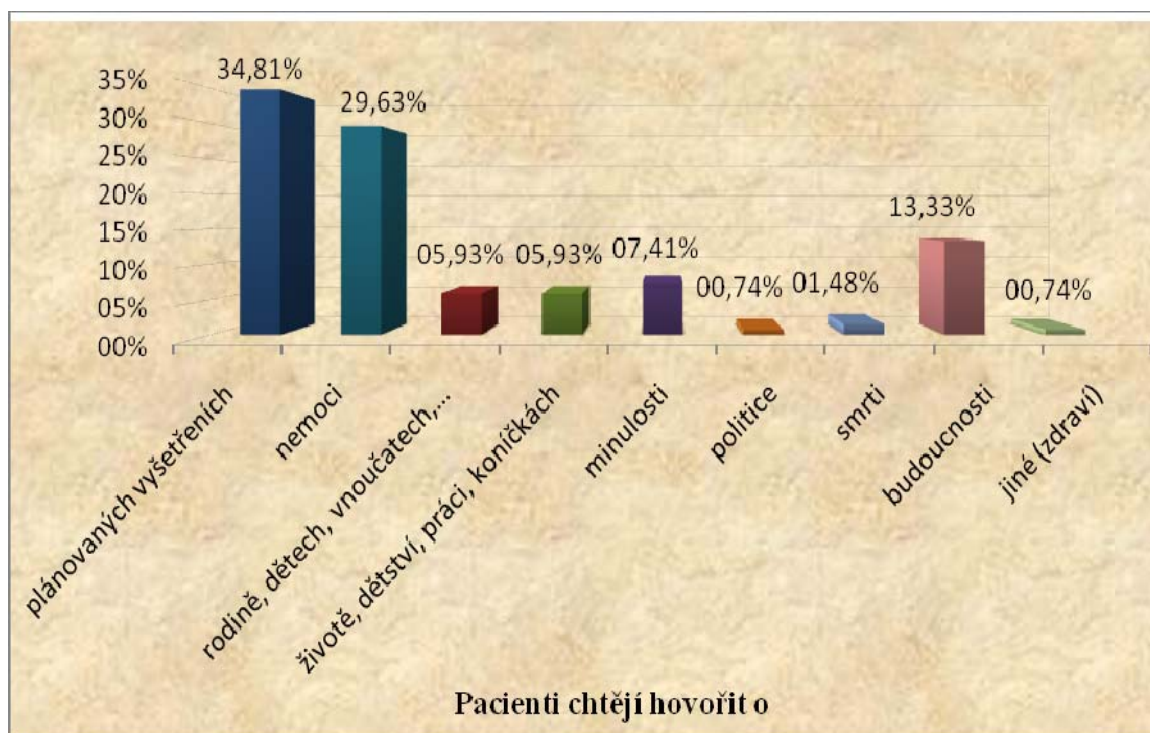
Nejčastější odpověď na otázku, jaké je obvyklé téma hovoru respondenta se zdravotníkem, odpovědělo 39,19% dotázaných, že hovory o plánovaných vyšetřeniích a 32,43% , že konverzace o pacientově nemoci. Na ostatní položky, kterým je zřejmě věnována menší informativní pozornost, odpovídala jen nepatrná procenta dotázaných. Ovšem nedomnívám se, že by se témata rozhovorů mezi respondenty a zdravotnickým personálem pohybovala

pouze okolo pacientovi léčby a vyšetření. Podle mého názoru si respondenti nevybavují témata hovoru se zdravotníkem, která se týkají např. jejich rodiny nebo běžných námětů konverzace. Ale to, že pacientovi někdo řekne, že půjde na vyšetření nebo jakou má nemoc, si daný člověk pamatuje.

8.1.12 Otázka č. 12: O čem by respondenti se zdravotníky nejraději chtěli hovořit.

Tabulka 12. Chtěné téma hovoru

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
plánovaných vyšetřeniích	47	34,81
nemoci	40	29,63
rodině, dětech, vnoučatech,...	8	5,93
životě, dětství, práci, koníčkách	8	5,93
minulosti	10	7,41
politice	1	0,74
smrti	2	1,48
budoucnosti	18	13,33
jiné (zdraví)	1	0,74



Graf 12. Chtěné téma hovoru

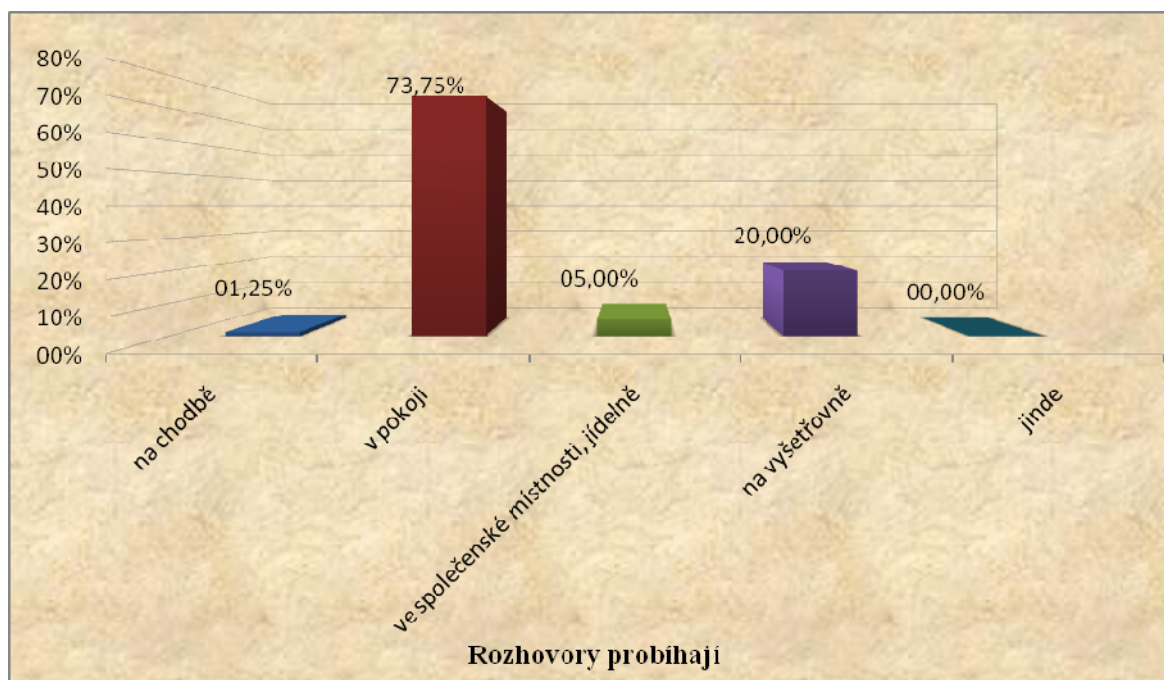
Nejvíce procent zaujímá opět (viz výše) položka hovory o plánovaných vyšetřeniích a o pacientově nemoci. Což je logické, většina lidí chce vědět, jaká vyšetření budou podstupovat (34,81%) a jakou mají chorobu (29,63%). Objevuje se zde i 13,33% odpovědí, že dotázaní chtějí hovořit o své budoucnosti. Z ostatních zastoupených odpovědí (viz graf)

vyplývá, že pacienti mají zájem hovořit i o běžných tématech hovoru a nejen o své nemoci. Domnívám se, že většina respondentů vybírala odpovědi na tuto otázku podle toho, jak předpokládají, jaké téma hovoru je podstatné pro zdravotníka tak, aby ho „zbytečně nezatěžovali“.

8.1.13 Otázka č. 13: Kde se nejčastěji konají rozhovory mezi respondenty a zdravotníky?

Tabulka 13. Rozhovory probíhají

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
na chodbě	1	1,25
v pokoji	59	73,75
ve společenské místnosti, jídelně	4	5,00
na vyšetřovně	16	20,00
jinde	0	0,00



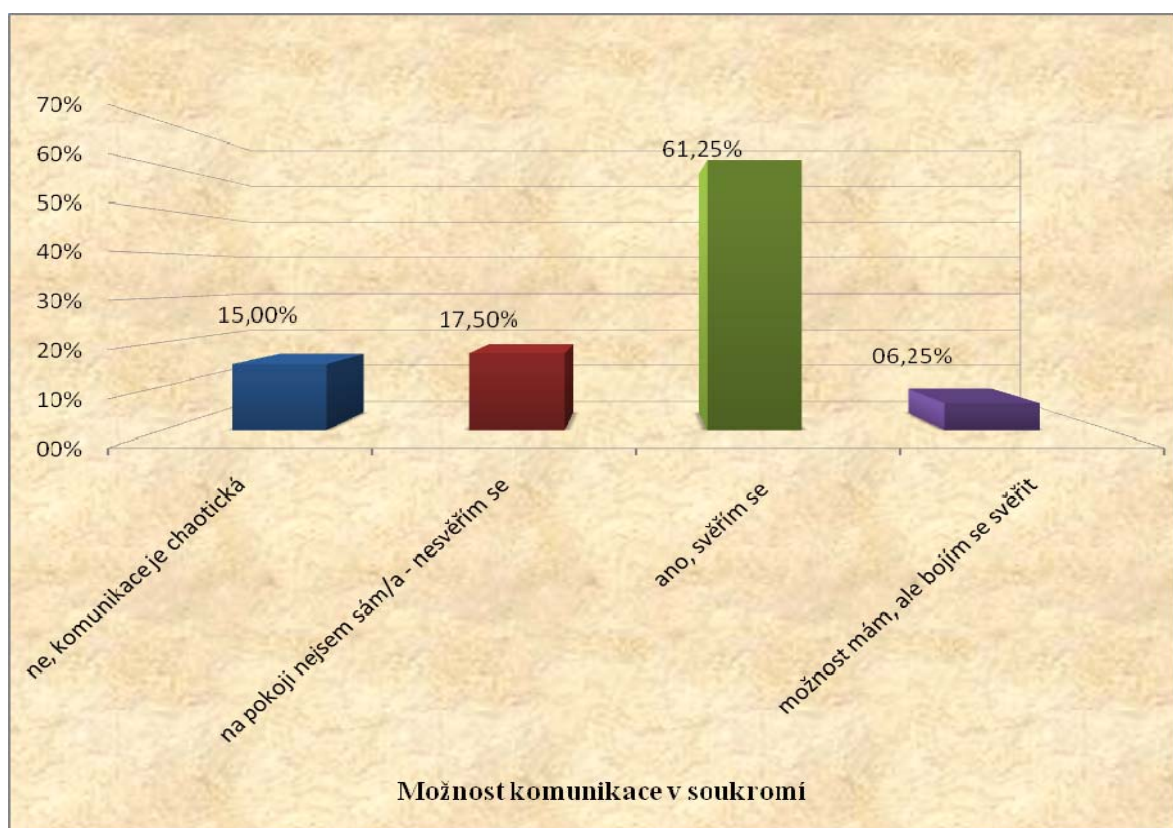
Graf 13. Rozhovory probíhají

Z grafu vidíme, že rozhovory mezi pacienty a zdravotnickým personálem se nejčastěji konají ze 73,75% na pokoji, což je logické a pro zdravotníka praktické. Možná i z důvodu, že řada starých pacientů je imobilních a tráví většinu času na lůžku v pokoji. 20% dotázaných zvolilo místo konání rozhovoru na vyšetřovně, kde je ze všech uvedených míst, relativní možnost soukromí.

8.1.14 Otázka č. 14: Mají respondenti možnost komunikovat se zdravotníky v soukromí?

Tabulka 14. Možnost soukromí při hovoru

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ne, komunikace je chaotická	12	15,00
na pokoji nejsem sám/a - nesvěřím se	14	17,50
ano, svěřím se	49	61,25
možnost mám, ale bojím se svěřit	5	6,25



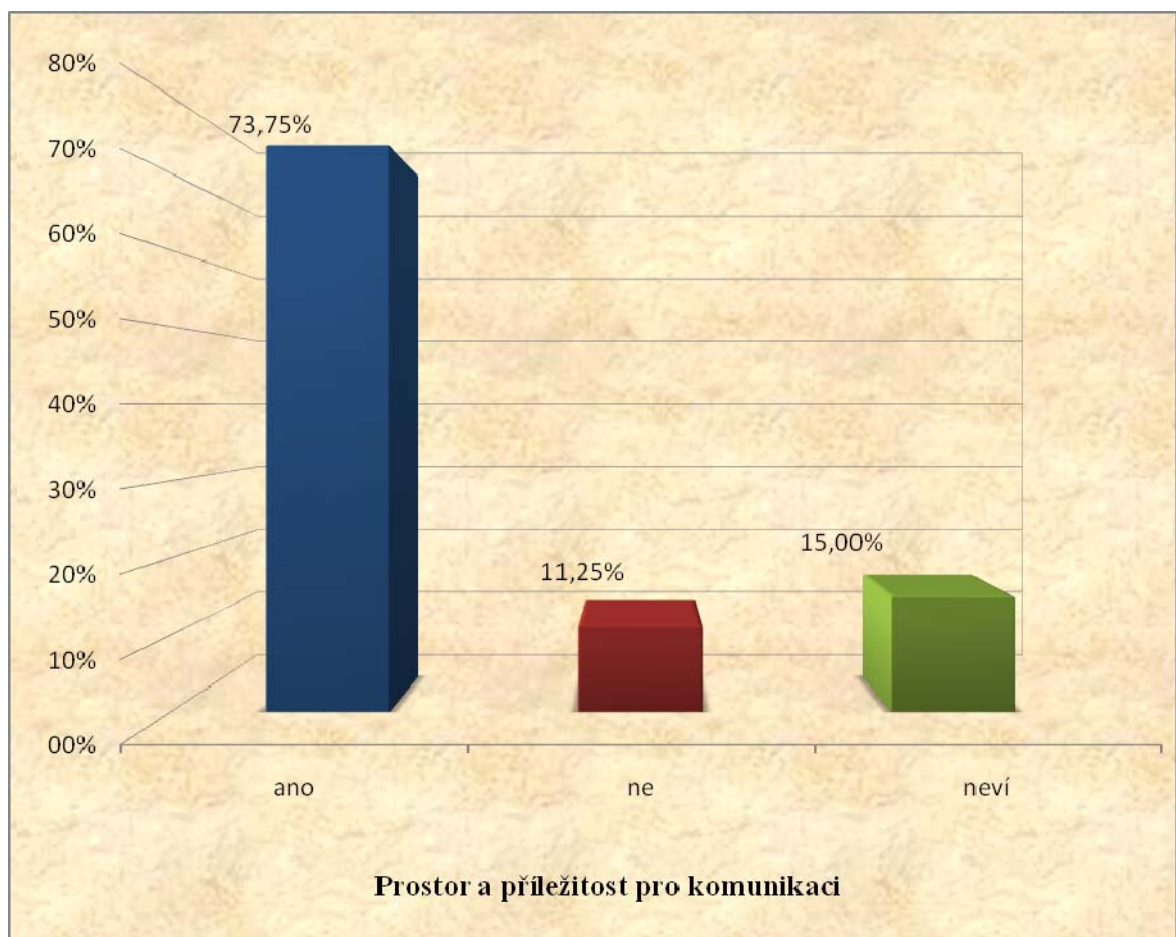
Graf 14. Možnost soukromí při hovoru

Převážná část (61,25%) respondentů má možnost se zdravotníkovi svěřit a komunikovat s ním v soukromí. Nepatrný rozdíl v odpovědích sledujeme v grafu u prvního a druhého sloupce. Dotázaní vidí problém v tom, že nemají možnost se zdravotníkovi svěřit v soukromí, nebo mají pocit, že komunikace je chaotická. U posledního sloupce v grafu stojí za pozastavení 6,25%. Ke zdravotníkovi, by pacient měl mít důvěru, přesto se této vlastnosti nedostává od všech.

8.1.15 Otázka č. 15: Mají respondenti dostatek prostoru a příležitostí na vzájemnou komunikaci se zdravotníky?

Tabulka 15. Dostatek prostoru a příležitostí pro komunikaci

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	59	73,75
ne	9	11,25
neví	12	15,00



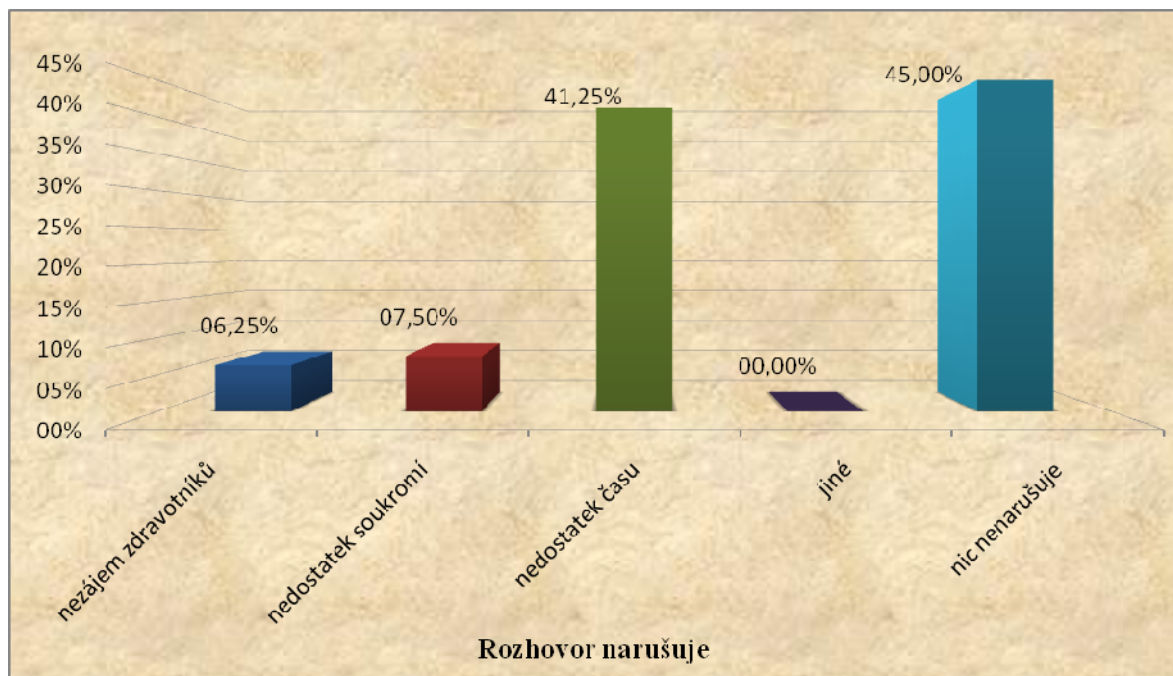
Graf 15. Dostatek prostoru a příležitostí pro komunikaci

Z grafu je patrné, počtem 73,75%, že pacienti mají dostatek prostoru a příležitostí ke konverzaci se zdravotnickým personálem.

8.1.16 Otázka č. 16: Co nejčastěji narušuje rozhovor mezi respondenty a zdravotníky?

Tabulka 16. Narušení rozhovoru

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
nezájem zdravotníků	5	6,25
nedostatek soukromí	6	7,50
nedostatek času	33	41,25
jiné	0	0,00
nic nenarušuje	36	45,00



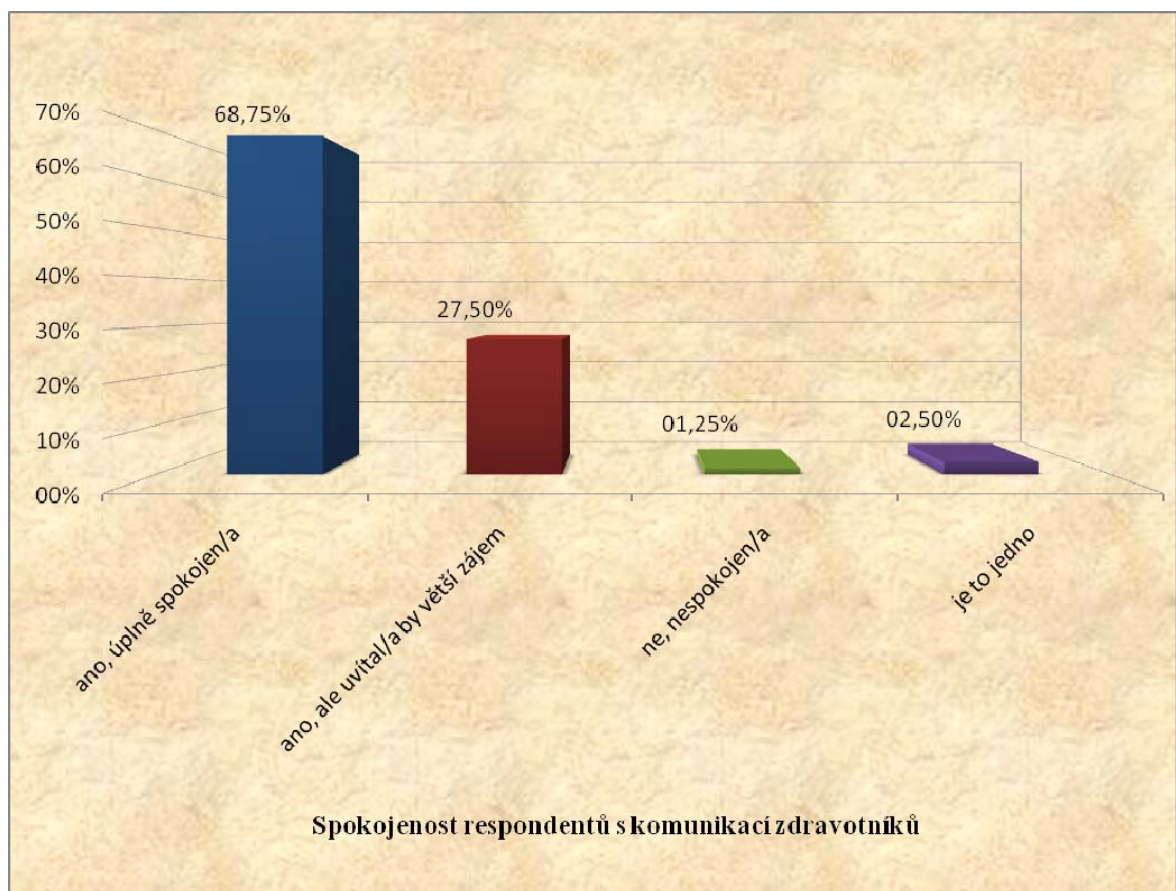
Graf 16. Narušení rozhovoru

Větší skupinu (45%) tvoří respondenti, kteří nemají pocit, že by rozhovor se zdravotníkem byl něčím narušen. Pochopitelně nelze jednoznačně říci, že rozhovor narušen není. Jelikož není jednoznačný rozdíl mezi skupinou respondentů, kteří odpověděli, že je narušen nedostatkem času zdravotníků (41,25%) a skupinou, která má pocit nenarušeného rozhovoru. Několik dotázaných (7,5%) zvolilo možnost, že rozhovor je narušen nedostatkem soukromí, to úzce souvisí s otázkou č. 14 (viz výše). Podobný počet respondentů (6,25%) zvolil možnost, že zdravotníci nemají zájem o komunikaci s pacientem a berou ji jako zátěž.

8.1.17 Otázka č. 17: Jsou respondenti spokojeni s komunikací zdravotníků?

Tabulka 17. Spokojenost s komunikací

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano, úplně spokojen/a	55	68,75
ano, ale uvítal/a by větší zájem	22	27,50
ne, nespokojen/a	1	1,25
je to jedno	2	2,50



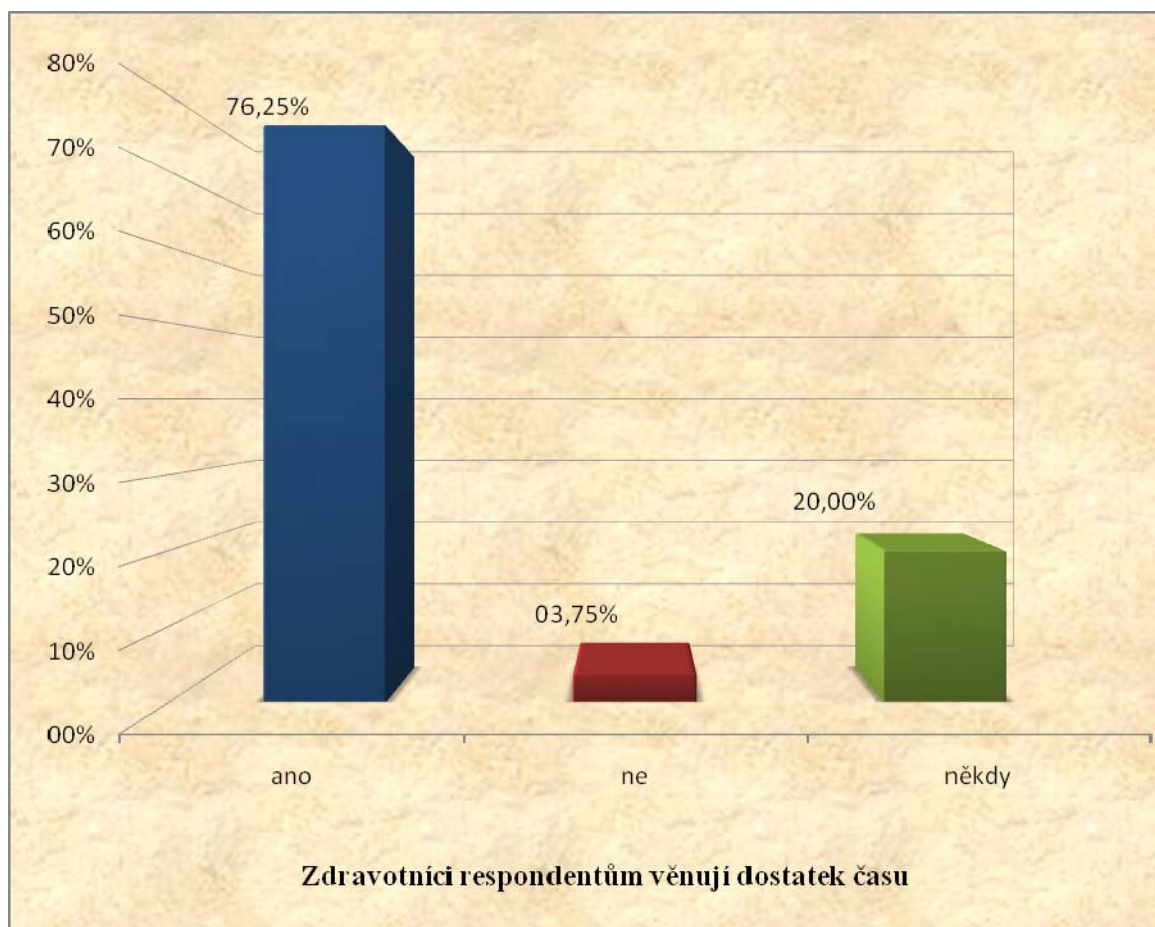
Graf 17. Spokojenost s komunikací

Z šetření je vidět, že převážná část (68,75%) dotázaných seniorů je s komunikací zdravotníků úplně spokojena. Přesto velká část (27,5%) respondentů, která je s komunikací zdravotníku spokojena, by uvítala větší zájem personálu o komunikaci. Pouze jediný dotazovaný uvedl, že s komunikací spokojen není. Domnívám se, že mnoho seniorů je vděčných za každé jim věnované slovo a k jejich spokojenosti jim postačí i běžný pozdrav.

8.1.18 Otázka č. 18: Mají respondenti pocit, že jim zdravotníci věnují dostatek času?

Tabulka 18. Čas

Odpoověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	61	76,25
ne	3	3,75
někdy	16	20,00



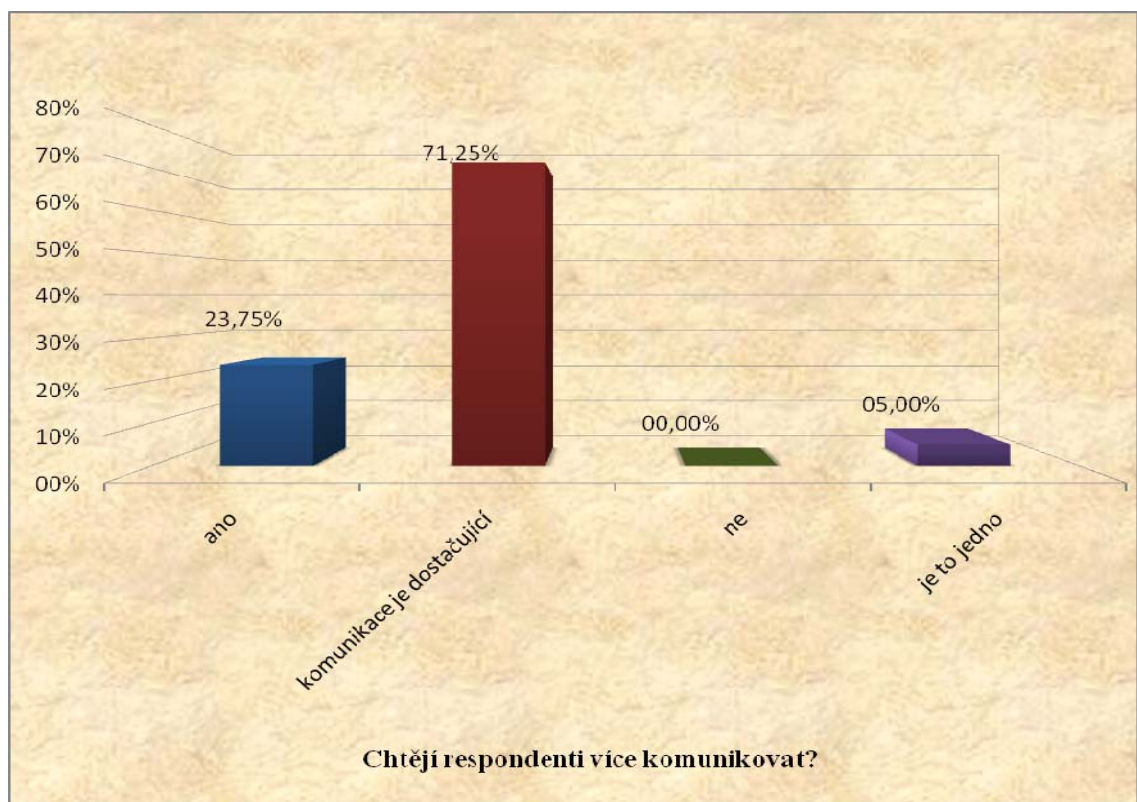
Graf 18. Čas

Převážný počet respondentů (76,25%) má pocit, že mu zdravotníci věnují dostatek času. Necelá třetina (20%) má pocit, že pro ně zdravotníci mají čas pouze někdy. Toto zjištění je velice zajímavé, protože právě nedostatek času udávají respondenti jako hlavní příčinu, která narušuje komunikaci (viz Otázka č. 16).

8.1.19 Otázka č. 19: Přejí si respondenti, aby s nimi zdravotníci více komunikovali?

Tabulka 19. Více komunikace

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	19	23,75
komunikace je dostačující	57	71,25
ne	0	0,00
je to jedno	4	5,00



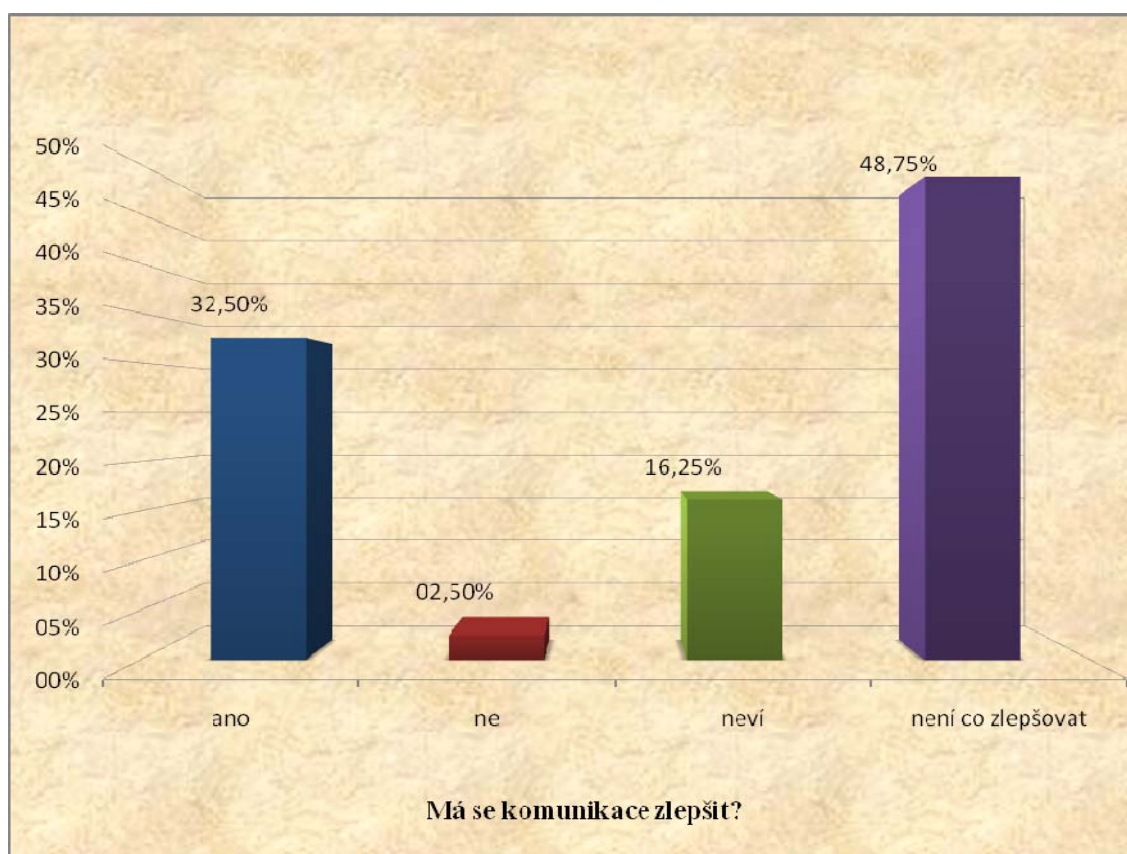
Graf 19. Více komunikace

Z grafu je zřejmé, že pro převládající většinu (71,25%) je komunikace ze strany zdravotníků dostačující. 23,75% respondentů by si přálo, aby s nimi zdravotníci více komunikovali. Nikdo neuvedl, že nechce se zdravotníky komunikovat. A jen nepatrnému procentu tázaných seniorů je komunikace ze strany personálu lhostejná. Myslím si, že by se našlo více starých lidí, nejen 23,75%, kteří by si přáli více rozhovorů, ale bojí se o ně říct. Mnohdy i proto, že vidí „nedostatek času“, který pro ně zdravotníci mají a nechtějí je zbytečně obtěžovat svými „problémy“.

8.1.20 Otázka č. 20: Chtějí respondenti, aby se komunikace mezi nimi a zdravotníky zlepšila?

Tabulka 20. Zlepšení komunikace

Odpověď	Četnost (n)	Četnost v (%)
ano	26	32,50
ne	2	2,50
neví	13	16,25
není co zlepšovat	39	48,75



Graf 20. Zlepšení komunikace

Mezi odpověďmi, zda se má komunikace zdravotníků zlepšit (32,5%) a mezi tím, že není, co zlepšovat (48,75%) není příliš viditelný rozdíl. Proto nelze jednoznačně určit, zda respondenti chtějí nebo nechtějí komunikaci zlepšit.

8.2 Zpracování hypotéz k dotazníkovému šetření

Na začátku práce bylo stanoveno 10 hypotéz.

8.2.1 Hypotézy k cíli č. 1

Zjistit, zda jsou geriatrickí klienti spokojeni s komunikací zdravotnického personálu.

H 1. Většina geriatrických pacientů je nespokojena s komunikací se zdravotnickým personálem.

K ověření hypotézy měly posloužit otázky č. 10, 17, 18 v dotazníku.

Pilotní otázkou byla otázka č. 17, na kterou odpověděla převážná část, tedy 68,75%, dotázaných seniorů, že je s komunikací zdravotníků úplně spokojena. Přesto velká část (27,5%) respondentů, která je s komunikací zdravotníků spokojena, by uvítala větší zájem personálu o komunikaci. Pouze jediný dotazovaný uvedl, že s komunikací spokojen není. Šetření u otázky č. 10 ukázalo, že zdravotníci reagují na pacientovi dotazy pozitivně. Z otázky č. 18 vyplývá, že převážný počet respondentů (76,25%) má pocit, že mu zdravotníci věnují dostatek času. Necelá třetina (20%) má pocit, že pro ně zdravotníci mají čas pouze někdy. Výsledky u otázek 10 a 18 ukazují, že pacienti by mohli být spokojeni, jelikož výsledky studie ukazují předpoklady spokojenosti. Klíčová otázka ukazuje, že pacienti s komunikací zdravotníků spokojeni jsou, ale přesto by hojná část z nich uvítala větší zájem.

Moje hypotéza se nepotvrdila.

H 2. Klienti znají jména ošetřujícího personálu, což vede k jejich spokojenosti.

Pro tuto hypotézu byly v dotazníku určeny otázky č. 5 a 6.

Předchozí nepotvrzená hypotéza ukazuje, že pacienti jsou spokojeni. A z tohoto šetření je patrné, že tázaní respondenti znají jména ošetřujícího personálu, jelikož graf č. 5 ukazuje 71,25% respondentů, kterým se lékař představil. Ovšem u otázky č. 6 sledujeme spíše opačný poměr, tedy 41,25% sester, kterých se pacientům nepředstavilo.

Hypotéza se potvrdila.

H 3. Zdravotníkem podané informace jsou pro geriatrického pacienta nedostačující, a to vede k pacientově nespokojenosti.

Otázka č. 8 a 9 v dotazníku měla ověřit tuto hypotézu.

Výsledkem je, že informace od zdravotníků jsou pro 85% respondentů srozumitelné a dostačující. Zdravotníci tedy podávají pacientům ucelené informace tak, aby je pochopili a rozuměli jim. Dle průzkumu H1 vidíme, že geriatrickí pacienti jsou spokojeni s komunikací zdravotníků. Podle otázky č. 8, kde 66,25% respondentům vadí nepodání informací. Tedy chtějí být informováni a v případě neinformovanosti jim nepodání informací nevyhovuje. Je zřejmé, že informovanost má na spokojenost pacienta velký vliv.

Hypotéza se nepotvrdila z důvodu, že pacienti jsou spokojeni a jsou dostatečně informováni. Naopak kdyby informováni nebyli, spokojenost by klesla.

8.2.2 Hypotézy k cíli č. 2

Objasnit nejčastější příčiny nespokojenosti geriatrických klientů v komunikaci se zdravotnickým personálem.

H 1. Nejčastější příčinou nespokojenosti geriatrických pacientů je nedostatek času zdravotnického personál na komunikaci.

K ověření sloužily otázky č. 15, 16, 17 v dotazníku.

Tato hypotéza souvisí s H1 k 1. cíli, která ukázala, že pacienti jsou spokojeni. I otázky č. 15, 16 a 18 vycházejí pozitivně, a potvrzují H1 k 1. cíli, že by jim nebylo věnováno málo času nebo příležitostí ke komunikaci. Zde je vidět nepatrná neshoda v odpovědích respondentů, kdy 76,25% udává, že jim zdravotníci věnují dostatek času. Oproti tomu 41,25% respondentů sděluje nedostatek času, jako největší problém, který narušuje komunikaci.

Hypotéza se potvrdila částečně. Jelikož respondenti vidí nedostatek času ke komunikaci jako největší problém, ale přesto jsou spokojeni.

H 2. K nespokojenosti geriatrického klienta významně přispívá jeho neinformovanost o plánu dne.

Tuto hypotézu měly v dotazníku potvrdit otázky č. 7 a 8.

Z vytvořených grafů je patrné, že 17,1% pacientů je informováno o výkonech a 18,96% o plánovaných vyšetřeních. Přesto touto otázkou nelze jednoznačně konstatovat, zda jsou nebo nejsou klienti informováni o plánu dne. Ačkoliv 66,25% dotázaných udává, že jim vadí nepodání informací. Proto lze říci, že pacienti s případnou neinformovaností jsou nespokojeni.

Hypotéza se potvrdila, i když ji nelze hodnotit objektivně.

H 3. Klienti při rozhovorech se zdravotníky nemají dostatek soukromí, a to přispívá k jejich nespokojenosti.

Otázky č. 13, 14 a 16 měly ověřit tuto hypotézu.

Hlavní otázkou byla otázka č. 14, kde 61,25% respondentů udává možnost komunikovat s personálem v soukromí a nebojí se mu svěřit. 73,75% rozhovorů se koná v pokoji pacienta, ale otázkou je, zda tu můžeme zajistit pacientovi dostatečné soukromí. Z výsledků vyplývá, že pro respondenty je tato možnost vyhovující. Pouze 7,5% pacientů udává nedostatek soukromí jako problém narušující komunikaci.

Hypotéza se nepotvrdila.

8.2.3 Hypotézy k cíli č. 3

Zjistit, zda mají geriatrickí pacienti zájem komunikovat se zdravotnickým personálem.

H1. Geriatrickí pacienti mají zájem komunikovat se zdravotnickým personálem.

K ověření této hypotézy byly zvoleny otázky č. 10 a 19.

Otázkou č. 10 jsem se snažila zjistit, zda pacienti mají nějaké dotazy a tím i zájem o komunikaci. Ukázalo se, že 53,75% respondentů má dotazy, na které je jim zdravotníky odpovězeno. Žádný z dotázaných pacientů, u otázky č. 19, nevedl, že by nechtěl se zdravotníky komunikovat.

Hypotéza se potvrdila.

H 2. Většina geriatrických pacientů si přeje, aby s nimi zdravotníci více hovořili.

Pilotní otázka byla č. 19 a k ní související otázky č. 12 a 15.

Převážná část (71,25%) tázaných si myslí, že zdravotníci s nimi komunikují dostatečně. Velké procento (23,75) si však přeje, aby se komunikace se zdravotníky zlepšila. Z výsledků u otázky č. 12 je vidět, že pacienti mají zájem hovořit i o jiných tématech než co se týče léčby.

Hypotéza se potvrdila částečně.

H 3. Geriatrickí pacienti chtějí znát svoji diagnózu, postup vyšetření a léčbu.

K této hypotéze jsem zvolila otázky č. 7, 8, 11, 12.

Z otázky č. 7 sledujeme, že právě o vyšetřeních, výkonech, nemoci a léčbě jsou klienti informováni nejvíce. Výsledky u otázky č. 8 nám ukazují, že jestliže klienti nemají tyto informace, jsou nespokojeni. Nejčastější témata hovorů jsou právě o plánovaných vyšetřeních a nemoci klienta. Na otázku, o čem by klienti chtěli hovořit, odpověděla velká část, že právě o plánovaných vyšetřeních, nemoci a o budoucnosti.

Hypotéza se potvrdila.

9 DISKUZE

V praktické části práce jsem chtěla zjistit, zda jsou geriatřiční pacienti spokojeni s komunikací se zdravotníky, a se spokojeností související otázky dostatečného soukromí při komunikaci se zdravotníkem, dostatku informací o léčbě, jestli je pacientům věnován dostatečný čas, zda zdravotníci odpovídají na pacientovi dotazy apod. Právě tyto záležitosti se v literatuře (Vymětal, 2008, s. 182) ukazují jako problém, který řadě pacientů v dobré komunikaci se zdravotníky chybí.

Mým hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou geriatřiční pacienti spokojeni s komunikací zdravotníků. Podle výzkumu, který v roce 2004 provedl Institut zdravotní politiky a ekonomiky, který se týkal vztahu pacientů a lékařů (In Linhartová, 2007, s. 53), pacienti uvádějí jako nejčastější nedostatky ve vztahu k lékaři právě komunikaci, kdy ji pacienti hodnotí jako špatnou, nedostačující, zlehčující a nepřiměřenou situaci či pacientovi. Výsledky šetření se ukázaly jiné, než jsem předpokládala. Má hypotéza, že spokojeni nejsou, se tedy nepotvrdila. Důvody, které vedly k rozdílnosti výsledku z mého šetření a výzkumu provedeného v roce 2004, mohou vyvstat ze dvou příčin. Šetření prováděné institutem bylo zaměřeno na všechny pacienty bez ohledu na věk, ne pouze na seniory, kde může nastat rozdílnost v generačních názorech. Za druhé, od výzkumu uplynula poměrně delší doba a zdravotníci se mohli poučit z nedostatků a komunikace se tedy opravdu zlepšila. Výsledkem mého výzkumného šetření je, že převážná většina respondentů je s komunikací zdravotníků plně spokojena. Přesto dalších 27,5% spokojených pacientů by uvítalo od zdravotníků větší zájem. A 38,5% dotázaných by chtělo, aby se komunikace mezi pacientem a zdravotníkem zlepšila. Třebaže výsledky šetření jsou celkem uspokojivé, co se týká spokojenosti, přesto bych chtěla na zdravotnický personál apelovat, aby se více o staré pacienty zajímali a věnovali jim alespoň chvíli ze svého času a více s nimi komunikovali, třeba i o běžných záležitostech. Zdravotnický personál by si měl také uvědomit, že komunikace je součástí ošetrovatelského procesu a procesu léčení pacienta.

Problémem, který se jeví jako globální překážka, je špatná a nedostačující informovanost. Ve své práci jsem zjistila, že geriatřiční pacienti nepociťují nedostatek informací a podané informace jsou pro 85% dotázaných srozumitelné. Pacienti tedy nemají důvod být nespokojeni z důvodu nedostatku nebo nesrozumitelnosti informací.

Mnoho z nás ví, že ve zdravotnictví je čas hlavním pánem. Proto jsem se zaměřila i na tuto záležitost a na to jak ji vnímají senioři. Podle zjištěných údajů se domnívám, že pacienti vědí o nedostatku času zdravotnického personálu, a nechtějí jej zatěžovat svými starostmi. Z tohoto důvodu má zřejmě 76,25% dotázaných seniorů pocit, že mu zdravotníci věnují dostatek času. Je vidět (viz graf č. 12), že staří lidé rádi hovoří i o běžných záležitostech, ale řada z nich má zřejmě strach navázat se zdravotníkem kontakt na jiné téma než je jeho zdraví mnohdy i z důvodu, že zdravotníka přeci nemůže zajímat pacientův pocit nebo starosti mimo nemocnici, kterými by zbytečně zdržoval. Na otázku o čem by chtěli geriatričtí pacienti hovořit, se vyjádřilo 34,81%, že by rádo hovořilo o plánovaných vyšetřeních a 29,63% o své nemoci. Jako třetí nejčastější odpovědí bylo téma budoucnosti, tedy ne všem starým lidem je jejich život zcela lhostejný.

Domnívám se, že ne všichni respondenti v dotazníku odpovídali dle svého vnitřního přání a pocitu. K tomuto uvážení mě dovedl fakt, že formou kontrolních otázek jsem u několika dotazníků pozorovala neshody v odpovědích. V případě, kdy je pacient s komunikací zdravotníka úplně spokojen je zajímavé, že na následující otázku odpoví, že by si přál, aby se komunikace mezi ním a zdravotníkem zlepšila. Následujícím bodem, který mě k tomuto závěru vedl, byla má osobní zkušenost a rozhovory při vyplňování dotazníků. Na pacientech bylo možno pozorovat radost z chvíle, kterou mi mohli věnovat a popovídat si, někteří začali hovořit o své rodině a minulosti. Dle odpovědí z posledního bodu dotazníku, kde odpovědělo pouze 17,5% respondentů na otázku jak a proč si přejí nebo nepřejí zlepšit komunikaci zdravotníků, vyplývá, že několik pacientů si přeje zlepšit komunikaci v tom, aby mu zdravotníci lépe vysvětlili neznámé pojmy a měli s ním trpělivost. Další část odpovídajících na tento bod napsala, že zdravotníci mají málo času, a proto by navrhovali zvýšit počet pracovníků, kteří by měli více času na jednotlivce. Tedy je vidět, že zásadním problémem je nedostatek času zdravotníků na jednotlivé pacienty. Velice mě zaujala odpověď jedné pacientky: „Myslím si, že nemají tolik času, aby se s námi zbytečně vyba-vovali.“. Někteří z pacientů vidí problém v komunikaci na obou stranách, tedy zdravotníka i pacienta.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce s názvem Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem pro mě byla velice zajímavou a poučnou prací. Domnívám se, že by mohla být podnětem i pro řadu dalších osob, už jen z důvodu uvědomění si podstaty a pomíjivosti lidského života, konkrétně stáří, anebo důležitosti mezilidské komunikace. Ráda bych také, aby se tato práce stala přínosnou pro zdravotníky pečující o seniory.

Problémem, který se mi zpočátku nejevil jako potíže, byl, možná i kupodivu, relativní nedostatek geriatrických pacientů, kteří by byli schopni samostatně a uváženě myslet a přitom sami dokázali vyplnit dotazník. První překážkou nebylo možné ovlivnit. U řady starých lidí, zvláště pak hospitalizovaných, můžeme pozorovat psychické změny jako je delirium a demence. Tito pacienti nejsou schopni vědomě a objektivně sami vyplnit dotazník. Druhou překážkou, kdy senioři nebyli schopni samostatně vyplnit dotazník, z různých fyzických důvodů, jsem se snažila překonat rozhovory s nimi, kdy jsem respondentům kladla otázky dle dotazníku, nabízela možné odpovědi a zatrhávala jimi zvolené možnosti. Mohu říci, že metoda rozhovoru pro moji osobu, a domnívám se, že i pro samotného pacienta, byla přínosnější, jak pro moji práci, tak především pro můj osobní život.

Výsledkem mé práce, pro mě zcela překvapivě, je v celku pozitivní, byť diskutabilní zjištění, že geriatrickí pacienti jsou spokojeni s komunikací zdravotnického personálu. I přesto je z tohoto výzkumu patrné a pacienty poukázáno na problém, kterým se jeví nedostatek času zdravotníků na komunikaci s jednotlivci a nedostatek soukromí ke komunikaci.

Byla bych velice ráda, kdyby výsledky mé práce byly zveřejněny zdravotníkům, proto jsem poskytla redakci časopisu Sestra článek. Z redakce časopisu mi bylo přislíbeno vydání v červnovém čísle měsíčníku.

Možností pro zdravotníky, jak se zdokonalit v komunikativních dovednostech není mnoho, ale jsou. Tu, kterou využívá mnoho z nás je zkušenost, jenž nemusí být v některých případech dobrá. Další možností je využít kurzy a semináře komunikace např. v rámci COME 2 COMM (viz s. 40).

Pro praxi bych doporučila:

- navýšit počet zdravotnického personálu,
- upravit rámec kompetencí zdravotnického personálu a omezit vykonávání činností, které nejsou v kompetenci daného zdravotníka,

- zajistit zdravotníkům více času v rámci pracovních povinností na komunikaci s jednotlivci,
- zavést nemocnicí bezplatné semináře, kurzy nebo cvičení komunikace pro zdravotnický personál,
- provést komunikační audity v jednotlivých nemocnicích a odděleních.

Velké řešení vidím v samotných lidech. Je na každém z nás, abychom si uvědomili, jaké zvolíme jednání se starým člověkem. Je důležité si uvědomit, že jednou jsme zdravotníky, a proto se musíme umět chovat profesionálně, s trpělivostí a taktem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**Monografie**

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 13. – praktická příručka pro sestry*. Brno: NCO NZO, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
- [3] HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.
- [4] HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vyd. Praha: Galén, 1999. 168 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [5] KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [6] KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 43 s. ISBN 80-7262-455-5.
- [7] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [8] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [9] KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- [10] LANGMEIER, J., KREJČÍŘEVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- [11] LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [12] POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- [13] STAŇKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6.

- [14] STUART–HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- [15] TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80 7262-365-6
- [16] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. – dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [17] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [18] VENGLÁŘOVÁ, M., MAHLOVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- [19] VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
- [20] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-x.
- [21] VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací – efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [22] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, J., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Časopisy

- [23] MINIBERGEROVÁ, L. Vzdělávání v komunikaci. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 6, s. 17. ISSN 1210-0404.
- [24] MOROVICSOVÁ, E. Praxičky efektívnej komunikácie vo vzťahu sestra – pacient. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, č. 3. s. 103-104. ISSN 1801-1349.
- [25] TUTKOVÁ, J. Komunikace sestra – pacient. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
- [26] VLASÁKOVÁ, D. Komunikační audit – cesta k pacientově spokojenosti a důvěře ve zdravotnickém zařízení. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 10, s. 24. ISSN 1210-0404.

- [27] VLASÁKOVÁ, D. Rozvoj komunikačních kompetencí zaměstnanců zdravotnických zařízení. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 9, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
- [28] VLASÁKOVÁ, D. Comm-on-line: Cesta k cíli. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2007, č. 5, s. 187-188. ISSN 1801-1349.

Internetové zdroje

- [29] *Evropská charta práv pacientů seniorů* [online]. 2002- [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW:
<http://www.seniori.org/DesktopDefault.aspx?tabid=50&mod=282&itemID=225>.
- [30] *Kurzy a výcviky* [online]. 2000-2008 [cit. 2009-05-01]. Dostupný z WWW:
<http://www.spin-vti.cz/kom_sen.html>.
- [31] *Nabídka vzdělávacích akcí* [online]. 2008-2009 [cit. 2009-05-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/1>>.
- [32] *Projekt come 2 comm* [online]. c2008 [cit. 2010-01-04]. Dostupný z WWW:
<<http://www.hmccr.cz/>>.
- [33] *Předměty* [online]. 1996-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z WWW:
<<http://www.muni.cz/med>>.
- [34] *Statistický ukazatel* [online]. c2007 [cit. 2010-02-01]. Dostupný z WWW:
<http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.
- [35] *Sylabus předmětů* [online]. 2006-2009 [cit. 2009-05-15]. Dostupný z WWW:
<<https://is.cuni.cz/studium/index.php>>.
- [36] *Vzdělávací kurzy* [online]. 2007 [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW:
<<http://www.vox.cz/kurzy-komunikacni-dovednosti-km.html>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
apod.	a podobně
a.s.	Akciová společnost
atd.	a tak dále
cm	centimetr
č.	číslo
ČR	Česká Republika
H	hypotéza
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MUNI	Masarykova univerzita
n	absolutní četnost
např.	například
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
OSN	Organizace spojených národů
SZŠ	Střední zdravotnická škola
UK	Univerzita Karlova
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VOŠ	Vyšší odborná škola
%	procent
Σ	suma

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů	47
Graf 2. Věk respondentů	48
Graf 3. Pocit respondentů	49
Graf 4. Nejčastější poruchy respondentů	50
Graf 5. Představení lékaře pacientovi	51
Graf 6. Představení sestry pacientovi	52
Graf 7. Informovanost respondentů	53
Graf 8. Vadí nedostatek informací?	55
Graf 9. Jsou informace srozumitelné a dostačující?	56
Graf 10. Reakce zdravotníků na dotazy	57
Graf 11. Nejčastější téma hovoru	58
Graf 12. Chtěné téma hovoru	60
Graf 13. Rozhovory probíhají	62
Graf 14. Možnost soukromí při hovoru	63
Graf 15. Dostatek prostoru a příležitostí pro komunikaci	64
Graf 16. Narušení rozhovoru	65
Graf 17. Spokojenost s komunikací	66
Graf 18. Čas	67
Graf 19. Více komunikace	68
Graf 20. Zlepšení komunikace	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pohlaví respondentů	47
Tabulka 2. Věk respondentů	48
Tabulka 3. Pocit respondentů	49
Tabulka 4. Nejčastější poruchy respondentů	50
Tabulka 5. Představení lékaře pacientovi	51
Tabulka 6. Představení sestry pacientovi.....	52
Tabulka 7. Informovanost respondentů	53
Tabulka 8. Vadí nedostatek informací?	55
Tabulka 9. Jsou informace srozumitelné a dostačující?	56
Tabulka 10. Reakce zdravotníků na dotazy	57
Tabulka 11. Nejčastější téma hovoru.....	58
Tabulka 12. Chtěné téma hovoru	60
Tabulka 13. Rozhovory probíhají	62
Tabulka 14. Možnost soukromí při hovoru	63
Tabulka 15. Dostatek prostoru a příležitostí pro komunikaci.....	64
Tabulka 16. Narušení rozhovoru	65
Tabulka 17. Spokojenost s komunikací	66
Tabulka 18. Čas	67
Tabulka 19. Více komunikace	68
Tabulka 20. Zlepšení komunikace	69

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV PACIENTŮ SENIORŮ

PŘÍLOHA P II: DESATERO KOMUNIKACE SE SENIORY

PŘÍLOHA P III: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SLUCHOVÝM
POSTIŽENÍM

PŘÍLOHA P IV: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZRAKOVÝM
POSTIŽENÍM

PŘÍLOHA P V: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SYNDROMEM
DEMENCE

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

PŘÍLOHA P I: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV PACIENTŮ SENIORŮ

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

1. posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
2. léčit pacienta v případě onemocnění
3. pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
4. zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
5. garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně,
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným,
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí,

- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu,
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech,
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát,
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik,
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama,
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost,
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď,
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci,
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života,
- o zdravé výživě,
- o pohybovém režimu a cvičení,
- a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné,
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat,
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení,
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem,
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti,
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízké.

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných.

Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků,
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání,
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích - např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolici, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení.

V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení,
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu,
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů,
- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy,
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta,
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení,
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu.

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení,
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů,
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života,
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta.. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí,
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci,
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci,
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým,
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

11. Respítní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok:

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař, nebo tým domácí péče,
- na dva až tři týdny respítní péče - pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru,
- domácí péče,
- noční „hlídání“ a večerní návštěvy,
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech,
- praní prádla,
- fyzioterapie,
- hygienické služby,
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám,
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti,
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv,
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče,
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.

Převzato z: *Evropská charta práv pacientů seniorů* [online]. 2002- [cit. 2009-05-02]. Dostupný z WWW:

<<http://www.seniori.org/DesktopDefault.aspx?tabid=50&mod=282&itemID=225>>.

PŘÍLOHA P II: DESETERO KOMINIKACE SE SENIORY

1. **Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem.** Nevyžádaná familiární oslovení "babi", "dědo" jsou ponižující.
2. **Důsledně se vyhýbáme infantilizaci** (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).
3. **Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost;** snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
4. **Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem;** počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.
5. **Složitější nebo zvláště důležité informace** (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) **několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme** na list papíru.
6. **Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry** (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. **K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.** Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.
8. **Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas;** porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto "nepřekřikujeme" jiný hovor, rozhlas, televizi, ale snažíme se hluk odstranit.
9. **Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnučujeme;** umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka). Zdravotnická zařízení sloužící seniorům by měla být snadno přístupná, bezbariérová, s dostatečným osvětlením, s protiskluzovou úpravou podlah a s přehledným značením.
10. **Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti křehkého starého člověka se zdravotním postižením nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.**

Převzato z: KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 43 s. ISBN 80-7262-455-5.

PŘÍLOHA P III: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM

- 1. Komunikace "přes papír" s neslyšícími je většinou neúčinná.** Lidé, kteří se narodili jako neslyšící, nebo ztratili sluch v raném věku, nemají dostatečnou slovní zásobu, takže psaný projev pro ně neznamená úlevu.
- 2. S neslyšícím je třeba mluvit přirozeně, pomaleji, čelem a s "prázdnými ústy".** Při mluvení by jednající osoba neměla jíst, pít, kouřit, žvýkat, podpírat si bradu či dávat si ruce před ústa. Je vhodné udržovat pomalejší rytmus řeči a nezvyšovat hlas.
- 3. Pro komunikaci s neslyšícím je dobré využívat výrazy obličeje a gesta rukou.** Přijímání zpráv je pro neslyšícího stejně důležité jako jejich předávání.
- 4. Odezírání pro neslyšící nepředstavuje úlevu.** Je zjištěno, že odezírání je pro neslyšící zřetelné pouze z 30-40%.
- 5. Pokud jednající osoba neslyšícímu nerozumí, je vhodné požádat neslyšícího, aby zpomalil nebo větu zopakoval.**
- 6. Zná-li jednající osoba s neslyšícím základy znakového jazyka či prstové abecedy, měla by je používat.**
- 7. Při konverzaci ve skupině je třeba říci neslyšícímu téma rozhovoru tak, aby se necítil vyčleněn.**
- 8. Kontakt s neslyšícím je zapotřebí udržovat přímým pohledem z očí do očí.**
- 9. Při komunikaci s neslyšícím je žádoucí vypnout všechny rušivé zvuky.**
- 10. Pokud chceme získat zpětnou vazbu a ujištění, že neslyšící našemu sdělení skutečně porozuměl, není dobré ptát se, zda porozuměl, ale položit otázku, "co jste mi rozuměl?".**

PŘÍLOHA P IV: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

- 1. S nevidomým je vhodné jednat přirozeně.** Je chybné se domnívat, že nevidomí vidí jen tmu, že mají od narození vyvinutý zvláštní smysl pro vnímání překážek nebo že mají výborný sluch a hmat.
- 2. Osoba jednající s nevidomým zdraví jako první.** Pozdrav s vlastním představením je důležité spojit s oslovením typu: "Dobrý den pane Nováku, jsem pan Novotný", aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu. Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že dotyčná osoba opouští místnost. Dveře do místnosti by měly zůstat buď zcela otevřené nebo zcela zavřené.
- 3. Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému oční kontakt.** Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým. Není vhodné odvracet při rozhovoru tvář, protože to nevidomí obvykle poznají.
- 4. Při vyšetření je nezbytné pacientům vysvětlit, co se bude dít,** při instrumentálním vyšetření je třeba popsat jak použité přístroje, tak vlastní činnost. Je-li pro vidoucího pacienta informace typu "teď to píchne, teď to bude tlačit, teď vás to bude trochu pálit" užitečná, pro nevidomého je tato informace naprosto nezbytná
- 5. Je chybou nevidomého podceňovat.** Chodí-li někdo s bílou holí nebo nosí černé brýle, nemusí být slepý, ale slabozraký.
- 6. Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě.** S věcmi nevidomého je dobré nemanipulovat bez jeho vědomí.
- 7. S nevidomým lze bez obav použít slova: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si.** Tato slova používají nevidomí k vyjádření způsobu vnímání: cítit, hmatat, dotýkat se.
- 8. Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce.** Ten nevidomého pouze zastupuje. Věty typu: "Paní, chce si pán sednout?" jsou naprosto zbytečné.
- 9. Nevidomý člověk s vodícím psem má přístup do zdravotnických zařízení.** Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- 10. Při jednání by měl být nevidomý objednan na určitou hodinu.** Tu je dobré co nejpřesněji dodržet, aby se předešlo jeho nervozitě v neznámém prostředí.

Převzato z: KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 43 s. ISBN 80-7262-455-5.

PŘÍLOHA P V: DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTEM SE SYNDROMEM DEMENCE

- 1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí** (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- 2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz**, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- 3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.**
- 4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům**; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- 5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl**; důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
- 6. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta**, jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- 7. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli** (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), **nebo zda konzultace skončila.**
- 8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem.** Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- 9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence**, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
- 10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem nebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje.**

Převzato z: KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 43 s. ISBN 80-7262-455-5.

PŘÍLOHA P VI: DOTAZNÍK

Dotazník:

Dobrý den, jmenuji se Petra Sobotková. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce s názvem „**Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem.**“

Prosím Vás tímto o vyplnění dotazníku. Při vyplňování volte vždy jen jednu odpověď, jestliže nebude uvedeno jinak.

Tento dotazník je zcela anonymní, nebude obsahovat žádné údaje, které by Vás mohly identifikovat. Bude sloužit jen pro mé potřeby v rámci závěrečné bakalářské práce.

Děkuji za Váš drahocenný čas, ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Sobotková

1. Jste:

- muž
- žena

2. Do jaké věkové kategorie patříte?

- 60 – 65 let
- 66 – 70 let
- 71 – 75 let
- 76 – 80 let
- 81 – 85 let
- 86 let a více

3. Máte pocit

- osamělosti, že se Vám nikdo nevěnuje?
- že Vás zdravotníci až obtěžují zájmem o Vás nebo ošetřovatelskými výkony?
- že je vše v pořádku?

4. Máte nějakou z uvedených poruch?

(možnost více odpovědí)

- porucha sluchu
- porucha zraku
- porucha řeči
- nemá

5. Představil se Vám ošetřující **lékař** při prvním kontaktu?
- ano
 - ne
 - někdy
 - nevím
6. Představila se Vám ošetřující **sestra** při prvním kontaktu?
- ano
 - ne
 - někdy
 - nevím
7. Během své hospitalizace jsem byl/a informován/a o:
(možnost více odpovědí)
- své nemoci
 - plánovaných vyšetřeních
 - léčbě
 - dietním režimu
 - klidovém/pohybovém režimu
 - o výkonech, které u Vás zdravotníci prováděli (např. odběr krve, aplikace injekce,...)
 - informován/a jsem nebyl/a
 - nevím
8. Pokud by, jste informován/a nebyl/a, vadilo by Vám to?
V případě zda jste informován/a nebyl/a, vadilo Vám to?
- ano
 - ne
 - bylo mi to jedno
9. Byly podané informace od zdravotníků srozumitelné a dostačující?
- ano, byly
 - ne, nebyly
 - nevím
10. Jak zdravotníci reagují na Vaše dotazy?
- zaujatě naslouchají a rádi odpovědí
 - sami hledají způsob jak mě informovat, uklidnit
 - vyhýbají se odpovědi, nereagují
 - žádné dotazy nemá

11. **O čem** se zdravotníky nejčastěji **hovoříte?** (možnost více odpovědí)

- o plánovaných vyšetřeních, o tom, co se s Vámi bude dít
- o své nemoci
- o svojí rodině, dětech, vnoučatech,...
- o svém životě – dětství, práce, koníčky
- o minulosti – jak to bylo dříve
- o politice
- o smrti
- o budoucnosti
- jiné (napište)

12. **O čem byste nejraději** se zdravotníky **hovořil/a?**
(možnost více odpovědí)

- o plánovaných vyšetřeních, o tom co se s Vámi bude dít
- o své nemoci
- o svojí rodině, dětech, vnoučatech,...
- o svém životě – dětství, práce, koníčky
- o minulosti – jak to bylo dříve
- o politice
- o smrti
- o budoucnosti
- jiné (napište)

13. Kde se nejčastěji konají rozhovory mezi Vámi a zdravotníky?

- na chodbě
- v pokoji
- samostatně ve společenské místnosti, jídelně
- na vyšetřovně
- jiné (napište kde)

14. Máte možnost komunikovat se zdravotnickým personálem v soukromí?

- ne, komunikace je chaotická, hektická
- na pokoji nejsem sám/a - nedokážu se svěřit
- ano, svěřím se s tím, co mě trápí, mám v ně důvěru
- ano, možnost mám, ale bojím se zdravotníkům svěřit s problémy

15. Máte dostatek prostoru a příležitosti na vzájemnou komunikaci se zdravotníky?

- ano, skoro pokaždé se najde příležitost ke konverzaci
- ne, příležitost není
- nevím

16. Co nejčastěji rozhovor mezi Vámi a zdravotníky narušuje?

- odměřenost zdravotnického personálu, jsou myšlenkami někde jinde, odpoví jen na to, co musí, berou komunikaci jako zátěž
- nedostatek soukromí
- nedostatek času, který zdravotníci mají
- jiné (napište co)
- nic rozhovor mezi námi nenarušuje

17. Jste spokojen/a s komunikací zdravotníků?

- ano, úplně spokojen/a
- ano, ale uvítal/a bych větší zájem
- ne, nejsem spokojen/a
- je mi to jedno

18. Máte pocit, že Vám zdravotníci věnují dostatek času?

- ano
- ne
- někdy

19. Přál/a byste si, aby s Vámi zdravotníci více komunikovali?

- ano přál/a, mám pocit, že se mnou komunikují málo
- myslím si, že komunikují dostatečně
- ne, nepřeji si s nimi komunikovat
- je mi to jedno

20. Chtěl/a byste, aby se komunikace mezi Vámi a zdravotníky zlepšila?

- ano, chtěl/a
- ne, nechtěl/a
- nevím
- není co zlepšovat


Pokud ano, jak (napište)

Pokud ne, proč (napište)

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

Děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku a přeji krásný den.

PŘÍLOHA P VII: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

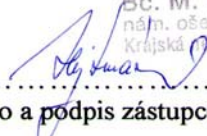
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Petra Sobotková
Téma bakalářské práce	Spokojenost ger. pac. s komunikací zdrav.
Skupina respondentů	pacienti seniorského věku
Pracoviště	KNP B a s. Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 5.7.2009


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií


Bc. M. Hejtmánková
nám. ošetrovatelské péče
Krájská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova @fhs.utb.cz