

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2007

Viktor Šimůnek

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KOMUNIKACE S HOSPITALIZOVANÝMI SENIORY

Bakalářská práce

Autor práce: **Viktor Šimůnek**

Vedoucí práce: **Mudr. Eduard Havel, Ph.D.**

2007

**CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

COMMUNICATION WITH HOSPITALIZED SENIOR

Bachelor's thesis

Autor: **Viktor Šimůnek**

Supervisor: **Mudr.Eduard Havel, Ph.D.**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové: 20.4.2007

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji panu Mudr.Eduardu Havlovi, Ph.D. a panu Bc. Karlu Šauerovi za odborné vedení bakalářské práce, za spolupráci, laskavost a ochotu při konzultacích.

Motto: „Starý člověk ztrácí jedno z největších lidských práv: není už posuzován svými, svou generací.“

J. W. GOETHE

OBSAH

Úvod	9
1. Cíl práce	10
1.1. Cíl teoretické části	10
1.2. Cíl empirické části	10
2. Teoretická část	11
2.1. Hospitalizovaný pacient	11
2.1.1. Příjem pacienta k hospitalizaci	11
2.1.2. Potřeby hospitalizovaného pacienta	12
2.1.3. Ošetrovatelský proces	14
2.1.4. Vztahy zdravotník – pacient (Paternalistický x partnerský přístup)	14
2.1.5. Maladaptační syndrom	15
2.1.6. Dobrovolníci v nemocnici	16
2.2. Komunikace	17
2.2.1. Komunikační proces	17
2.2.2. Verbální komunikace	18
2.2.3. Neverbální komunikace	18
2.2.4. Komunikace ve zdravotnictví	18
2.3. Aspekty stáří	19
2.3.1. Stárnutí a stáří, gerontologie, geriatrie	19
2.3.2. Psychologie stáří	20
2.3.3. Změny v průběhu stárnutí – fyzické	21
2.3.4. Změny v průběhu stárnutí – psychické	21
2.4. Hospitalizace seniorů	22
2.4.1. Rizika spojená s hospitalizací seniorů	22
2.4.2. Geriatrické syndromy	23
2.4.3. Geriatrický maladaptační syndrom (GMS).....	23
2.5. Komunikace s hospitalizovanými seniory	24
2.5.1. Verbální komunikace s hospitalizovanými seniory	24
2.5.1.1. Direktivní rozhovor	25
2.5.1.2. Nedirektivní rozhovor	26
2.5.2. Neverbální komunikace s hospitalizovanými seniory	26
2.5.3. Komunikace rodinných příslušníků s hospitalizovanými seniory	29

2.5.4. Shrnutí základních komunikačních pravidel s geriatrickými pacienty	29
3. Empirická část	31
3.1. Cíle empirické části	31
3.2. Charakteristika výzkumného vzorku	32
3.3. Metodika výzkumu	32
3.4. Vlastní výzkum	33
3.5. Výsledky výzkumu	36
3.6. Diskuse	78
Závěr	82
Anotace	84
Literatura a prameny	85
Seznam grafů	87
Seznam tabulek	89
Seznam příloh	90
Přílohy	91

ÚVOD

Komunikace je jednou ze základních dovedností sloužící k výměně informací. Již od narození se učíme poznávat svět a navázat kontakt s okolním prostředím. Postupným vývojem si osvojujeme psanou i mluvenou řeč. Jsme v *interakci* s prostředím.

Stejně jako je komunikace důležitá v období raného vývoje člověka, tak je významná i ve stáří. Člověk potřebuje i v pokročilém věku sdělovat své pocity, přání i být vyslyšen. Ve stáří však komunikace bývá ovlivněna nemocemi a také řadou organických a psychických změn.

Jak ale nejlépe komunikovat se starým člověkem, pokud si jeho zdravotní stav vyžádá hospitalizaci v nemocnici? Jsou spokojeni hospitalizovaní senioři s tím, jak s nimi zdravotníci hovoří?

Prostřednictvím své bakalářské práce se snažím tuto oblast podkrýt a ukázat možnosti řešení. Budu rád, pokud moje práce povede k zamyšlení čtenářů, kteří s geriatrickými pacienty pracují.

Moje zkušenosti s nemocničním prostředím a komunikací s pacienty seniorského věku se datují od roku 1992. Nastoupil jsem tehdy na místo sanitáře a komunikace s nemocnými seniory se stala nedílnou součástí mojí práce. V současné době pracuji jako všeobecná sestra na Oddělení akutní medicíny. I zde jsou hospitalizováni hlavně pacienti seniorského věku. Víím, že porozumět problémům a snažit se vyhovět potřebám starších klientů v ústavní péči vyžaduje značné úsilí i schopnosti komunikace. Moje každodenní práce s hospitalizovanými seniory proto ovlivnila i volbu tématu bakalářské práce.

1. Cíl práce

1.1. Cíl teoretické části

Hlavním cílem práce je určit faktory, které se podílejí na komunikačním procesu u vybrané skupiny nemocných - hospitalizovaných seniorů, definovat problematiku hospitalizace, typy komunikace a aspekty stáří.

1.2. Cíl empirické části

Cílem empirické části je zhodnotit komunikaci ošetrovatelského personálu s hospitalizovanými seniory a zhodnotit spokojenost pacientů seniorů s komunikačními dovednostmi ošetrovatelského personálu. Dalším cílem je zjistit, jak sestry vnímají a hodnotí komunikaci s pacienty seniory na svém oddělení, jak reagují v modelových situacích a zjistit, jak vnímají a hodnotí pacienti senioři komunikaci sester.

K dosažení cíle jsem použil metodu nestandardizovaných dotazníků určených pro ošetrovatelský personál a zvláště dotazníků určených pro hospitalizované seniory.

2. Teoretická část

2.1. Hospitalizovaný pacient

Pojem *hospitalizace* znamená umístění a pobyt nemocného v nemocnici, jejímž účelem je pacienta vyšetřit a léčit, pokud nelze provádět tyto výkony ambulantně. U onemocnění přenosných má zabránit dalšímu šíření nemoci (www.maxdorf.cz).

Křivohlavý uvádí, že až 98% pacientů přichází do nemocnice na podkladě doporučení lékaře, a pouze 2% je přijato přímo v rámci akutního stavu. Jde-li pacient k obvodnímu lékaři, má určitou míru svobodné vůle. Většinou nepovažuje svůj zdravotní stav za nijak závažný. V roli nemocničního pacienta vnímá, že je jeho zdraví vážně ohroženo, ztrácí část své svobody a je vystaven psychickému napětí (Křivohlavý, 2002).

2.1.1. Příjem pacienta k hospitalizaci

Hospitalizaci předchází příjem pacienta k ústavní péči. Jedná se o postup, při kterém se z jedince najednou stává pacient. Musí se přizpůsobit prostředí, nemocničnímu řádu a režimu. Každý člověk je jiný a odlišně na tuto situaci reaguje. Určitou roli zde hraje vliv onemocnění, s jakým jedinec do nemocnice přichází. Také věk, celkový postoj k životu a sociální zázemí má účinek na adaptaci v novém prostředí.

Vztah nemocného ke zdravotníkům se utváří již při prvním kontaktu. Pokud se jedná o opakovanou hospitalizaci, je již dotyčný seznámen s nemocničním prostředím a proces adaptace může probíhat dle předešlé zkušenosti. Tato zkušenost nemusí být vždy pozitivní, a proto musíme již při příjmu pacienta vystupovat profesionálně a na úrovni. U příjmu pacienta do této kategorie patří například podání ruky, představení se, nošení vizitky se jménem na viditelném místě, čistá a upravená uniforma, správné vedení rozhovoru.

Součástí příjmu pacienta k hospitalizaci je povinností lékaře nemocného náležitě poučit. Poučení se týká povahy onemocnění, zdravotního stavu, vyšetření a léčbě. Nesmí opomenout upozornit na rizika a komplikace, které mohou nastat. Možnost informovat závisí na aktuálním zdravotním stavu pacienta (Vondráček, Kurzová, 2002).

Již během této fáze má být přítomna sestra, která je svědkem, zda a jak byl pacient skutečně poučen. Zpětnou vazbou (kladením otázek) si sestra ověřuje, zda nemocný všechny informace pochopil nebo je potřeba něco znovu vysvětlit.

O poučení pacienta je nutné provést záznam do dokumentace. Pokud pacient souhlasí s léčebným postupem, podepisuje pozitivní revers, souhlas s operačním výkonem, souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobou získávající způsobilost k výkonu

zdravotnického povolání. Pacient také určuje, komu budou o něm podávány informace. V případě, že pacient vyšetření nebo léčbu odmítá, podepisuje revers negativní a bere na sebe všechnu odpovědnost. I zde je ošetřujícím lékařem poučen o všech rizicích a následcích (Vondráček, Kurzová, 2002).

Vedle důsledně vedené administrace a ošetrovatelské péče je středem pozornosti stále pacient, který má své problémy a potřeby nejen fyzické, ale i psychické.

Výstižně uvádí Křivohlavý (2002), jak se mění role člověka v nemocničního pacienta. Popisuje, že dokud byl člověk zdravý, byl aktivní a nezávislý. Svůj životní rytmus si řídil sám a dělal činnosti, které znal. Byl v okruhu rodiny a přátel ve známém prostředí. Měl své koníčky a dokázal se vypořádat s problémy. Měl radost ze života, naději, jistotu. Žil minulostí, přítomností i s výhledem do budoucna. V případě pobytu v nemocnici je pasivní a starají se o něho zdravotníci. Je závislý a musí se přizpůsobit životnímu rytmu. Také je vystaven činnostem, které nemusí ovládat, což může mít vliv na jeho sebedůvěru. Je odloučen od svých známých a rodiny, uzavřen v cizím prostředí. Nemůže provozovat své koníčky a zájmy. Mění se také pohled na jeho zdraví. Neví, proč je na tom tak špatně. Má obavy, strach a trpí nejistotou. V době nemoci žije především přítomností, protože neví, co s ním bude dál (Křivohlavý, 2002).

2.1.2. Potřeby hospitalizovaného pacienta

Existuje mnoho teorií, které se snaží vyjádřit pojem „potřeby člověka“. Trachtová například uvádí, že: „*Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí*“ (Trachtová, 2004, s.10).

Protože člověk má potřeby stále, tak po uspokojení jedné nachází rychle potřebu jinou. Proces uspokojování potřeb se tak stále opakuje. Na nemocného člověka se dnes nejčastěji nahlíží jako na celek, z pohledu holistického (celostního) přístupu. To znamená, že člověk je ovlivňován bio-psycho-sociálními faktory. Vzájemně se ovlivňují somatika, psychika a sociální prostředí (Trachtová, 2004).

U nemocného člověka, který je hospitalizován, vždy dochází k určitému omezení v uspokojování některých potřeb bio-psycho-sociálních. Pacient vnímá tento nedostatek různě a projevuje se to na jeho psychice, chování a celkovém zdravotním stavu. Úkolem zdravotnického personálu je správně pacientovy potřeby vyhodnotit a dle možností plnit. Konkrétní typy potřeb jsou často zmiňovány dle klasifikace A.H. Maslowa (viz obr.1, s.13).

Tento americký psycholog rozdělil potřeby na nižší a vyšší. Do nižších potřeb začlenil potřeby fyziologické sloužící k přežití (jak ukazuje obr.1, spodní plocha pyramidy). Dále k nižším potřebám připočetl potřeby jistoty a bezpečí, u kterých se člověk snaží vyvarovat se nebezpečí. Vyšší potřeby neboli metapotřeby jsou méně aktuální oproti potřebám nižším, ale velmi důležité pro duchovní rozvoj a život člověka. Jsou to potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a potřeby seberealizace.

Obr.1: Maslowova hierarchie potřeb



(www.cestakuspechu.com)

Pokud pečujeme o nemocného pacienta, je základem uspokojit potřeby nižší. Nesmíme opomenout ani metapotřeby, které jsou také důležité, protože přispívají ke snížení komplikací, rychlejšímu uzdravení, pocitu štěstí i klidu (Trachtová, 2004).

Při uspokojování potřeb vznikají někdy překážky - *frustrace a stres*. Frustrací je několik typů. Pokud potřeba není uspokojena nebo je splněna jen v malé míře, vzniká *deprivace*. Deprivace se týká oblasti fyzické, psychické, sociální i existenční. Příkladem je u imobilního pacienta fyzická deprivace z důvodu neschopnosti pohybu, projevující se zhoršením jeho zdraví. Deprivace oddálením představuje nedosažení příslušného cíle. Cíle ale lze dosáhnout v budoucnu. Deprivace zmařením znamená, že již cíle nelze dosáhnout nikdy. Stresem označujeme psychickou zátěž, která také ztěžuje nebo znemožňuje uspokojení potřeby. Na jednotlivce působí dlouhotrvající zvýšené požadavky jak psychické, tak fyzické. Organizmus člověka je tak oslaben a více ohrožen vznikem onemocnění a komplikací (Čechová, Rozsypalová, 1996).

2.1.3. Ošetrovatelský proces

Východiskem, jakým co nejlépe dosáhnout uspokojení potřeb, se jeví užití ošetrovatelského procesu v systému ošetrovatelské praxe. V tomto procesu používáme naplánované činnosti, které se soustřeďují na dosažení určitého cíle (očekávaného výsledku). Sestra v tomto procesu provádí několik činností. Musí umět u klienta zhodnotit celkový zdravotní stav a zjistit, jaké má problémy. Následně určí ošetrovatelské diagnózy a sestaví plán ošetrovatelské péče. V tomto plánu preferuje ošetrovatelské diagnózy podle důležitosti a stanoví očekávané výsledky. Pak přichází na řadu samotná realizace plánu a vyhodnocení, zdali jsme dosáhli vytyčeného cíle. Tímto cílem je právě uspokojení potřeb klienta (Mastiliaková, 2003).

Pokud jsme cíle úspěšně dosáhli, zaměříme se v ošetrovatelském procesu na další potřeby klienta, které se snažíme uspokojit. Pokud jsme cíle nedosáhli je nutné znovu celý ošetrovatelský proces opakovat a zjistit důvody neuspokojení potřeby. Znovu sestavujeme anamnézu, doplníme další potřeby nemocného a realizujeme ošetrovatelský plán, který vyhodnocujeme. Ošetrovatelský proces je tak nekončící děj, který se stále opakuje.

2.1.4. Vztahy zdravotník - pacient (Paternalistický x partnerský přístup)

Použití ošetrovatelského procesu v praxi je závislé také na vztazích mezi zdravotníky a nemocnými. Krédem dnešní doby se jeví přechod od paternalistického přístupu k partnerství. Je to změna ve vztahu mezi ošetrujícím personálem a nemocným. Stále se setkáváme s tradičním (paternalistickým) pojetím, kdy pacient je pasivní, nárokuje si pomoc, vzdává se odpovědnosti a vlastního rozhodování. Je plně závislý na lékaři a zdravotnících.

Partnerství je oproti tomu způsob začlenění nemocného a jeho rodiny do procesu léčby a ošetrovatelské péče. Pacient má možnost se samostatně rozhodovat, přesně určit své problémy a potřeby. Není možné dále akceptovat názor: „Já jsem teď nemocný, tak se o mě postarejte“. Je naopak třeba pacienty poučovat o tom, že oni jsou příjemci léčebné a ošetrovatelské péče a jsou zodpovědní za své zdraví.

Škrla (2005) uvádí, že pokud je pacient v roli partnera, tak se tím významně snižuje i počet pochybení zdravotníků. Pacient v roli partnera je totiž vzhledem k účinné komunikaci a možnosti podílet se na rozhodování informovaný.

V realitě je tedy partnerství důležité i pro bezpečné prostředí a klinickou péči.

„Pacient:

- *Může připomenout zdravotníkům, aby si ověřili jeho totožnost.*
- *Může se přesvědčit, že sestry opravdu ví, co nařídil lékař.*
- *Může požádat o vysvětlení, důvodu/procedury/léčby/základu.*
- *Může se přesvědčit, že všichni poskytovatelé péče ví, co se děje.*
- *Může upozornit zdravotníky na neobvyklosti, nepravidelnosti nebo neočekávané situace.*
- *Může si „pohlídat“ své medikace“ (Škrla, 2005, s.97-98).*

Otázkou, která stojí za samostatný výzkum zůstává, zdali se pacienti budou chtít stát partnery zdravotníků. Určitě se setkáme s přístupem, kdy nám pacient bude aktivně pomáhat a zapojovat se do procesu léčby, a na druhé straně budou pacienti, kteří vše nechají na nás a budou věřit, že vše děláme dobře (Škrla, 2005).

Snaha, aby pacienti spolurozhodovali, je zveřejněna i v Právech pacientů (viz příloha 1, s.91). Zde se uvádí normy, které mohou nemocní požadovat. Problémem zůstává, že veřejnost není o těchto právech dostatečně informována. Přestože Etický kodex sester (viz příloha 2, s.92) ukládá etická pravidla pro zdravotní sestry, tak z vlastní zkušenosti mohu říci, že jsem se setkal i s přístupem zdravotníků, kterým dělá dobře, když je na nich pacient závislý a nemají zájem, aby pacient měl určitou „moc“ v procesu rozhodování.

2.1.5. Maladaptační syndrom

Ve zdravotnickém zařízení vzniká maladaptační syndrom velmi snadno. Jedná se o stav špatné adaptace, poruchu přizpůsobivosti nebo neschopnost se přizpůsobit nemocničnímu prostředí.

U pacienta se tento stav může projevit na základě vypjatého emočního stavu a stresorů. Postupně ztrácí optimismus, má nedostatek motivace a negativní postoj k životu. Prohlubuje se beznaděj, bezmocnost, trpí úzkostí, strachem a méněcenností. Příčinou je především nemoc, která nemocného oslabuje fyzicky i psychicky. Narušuje jeho vztah k sobě i okolí. Jak se maladaptaci vyhnout, uvádí Křivohlavý na základě teorie kognitivní adaptace autorů – Taylora, Lichtmana a Wooda. Tato teorie má tři fáze adaptace: V první fázi musí pacient rozeznat příčiny co se s ním stalo a dále si ujasnit pohled do budoucna. Pokud si to pacient uvědomuje, přehodnocuje svůj dosavadní život i žebříček hodnot. To je důležité pro zdravou adaptaci. Druhou fází je sebeovládnutí, možnost se podílet na léčbě a aktivně spolupracovat

se zdravotníky a psychoterapeuty. Třetí fází je nutnost posilování kladného sebehodnocení. Některým pacientům pomohlo srovnání svého stavu s pacienty, kteří na tom byli hůře, některým pomohlo srovnání s pacienty, kteří na tom byli lépe. V obou případech toto srovnání pomohlo pacientům lépe snášet svoji nemoc (Křivohlavý, 2002).

Maladaptace je i jednou z ošetřovatelských diagnóz. V Kapesním průvodci zdravotní sestry (2001) odpovídá diagnóze s názvem Adaptace porušená.

Definice zní: *„Neschopnost přizpůsobit životní styl a chování změněnému zdravotnímu stavu. „Cílem ošetřovatelské péče je: „Vyšší zájem/účast pacienta na péči o sebe sama. Schopnost převzít odpovědnost za osobní potřeby, pokud je to možné. Rozpoznání stresových situací, vedoucích k porušené adaptaci, a nalezení cesty, jak je řešit. Zahájení změn životního stylu, které umožní adaptaci na současnou životní situaci. Nalezení a využívání vhodných podpůrných systémů. K ošetřovatelským intervencím je nutné umět posoudit zhoršené funkce. Nalézt příčiny a faktory zhoršené přizpůsobivosti. Posoudit nakolik a jakým způsobem je pacient schopen se vyrovnat se zhoršením. Posilovat zdraví (poučení/instrukce před propuštěním).“ Dokumentace obsahuje: „Posouzení (opakované), důvod a stupeň zhoršení, názor pacientových blízkých na situaci, dopad chování nemocného na jeho zdravotní stav/kondici.“ Plánování: „Plán zlepšení adaptace a intervencí směřujících k cíli s uvedením osob, podílejících se na jeho sestavení, plán edukace.“ Realizace/hodnocení: „Odpověď pacienta na intervence/edukaci a prováděné akce, posun/pokrok žádoucím směrem, úpravy ošetřovatelského plánu.“ Příprava propuštění: „Zdroje dostupné pacientovi/rodině a učiněná příslušná doporučení“ (Doenges, Moorhouse, 2001, s.59-61).*

2.1.6. Dobrovolníci v nemocnici

V současné době existují programy, zabývající se dobrovolnickou činností v nemocnicích. Dobrovolníci jsou účinnou doplňkovou metodou proti již zmiňované maladaptaci. Dobrovolníci se snaží pomoci vyplnit volný čas, kterého je u nemocných v době hospitalizace nadbytek. Je to vhodný způsob, jak přispět k psychické i fyzické podpoře pacientů, kterými jsou děti, dospělí i senioři.

Forma dobrovolnické činnosti může být typem „společníka u lůžka“, která je založená na přátelství. Tento typ je vhodný u dlouhodoběji hospitalizovaných pacientů, kdy je dostatek času pro vytvoření vzájemné důvěry a spolupráce. Dobrovolníci si s nemocným povídají, čtou knížky nebo luští křížovky. Další možností je realizace dobrovolnických jednorázových akcí, které mají podobu hudebních podvečerů a programů pro nemocné (Vaňková, 2007).

Jedním z dobrovolnických programů je například „Program senior“. Zde je hlavním

úkolem aktivizace starých lidí a boj proti osamělosti v domovech důchodců nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dobrovolníci pomáhají i v rámci pečovatelské služby. Navštěvují osamělé staré lidi v jejich domácnostech, povídají si s nimi a provádějí drobné domácí práce (www.spektrum-km.cz).

Dobrovolníci v žádném případě nesuplují práci zdravotníků. Jsou pomocníky, kteří pomáhají naplňovat lidské potřeby pacienta.

2.2. Komunikace

Komunikace je základním prvkem, kterým se lidé dorozumívají a vyměňují si informace. Záměrem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď. Výměna informací se nazývá sociální interakce. Má formu verbální, neverbální, vědomou či nevědomou.

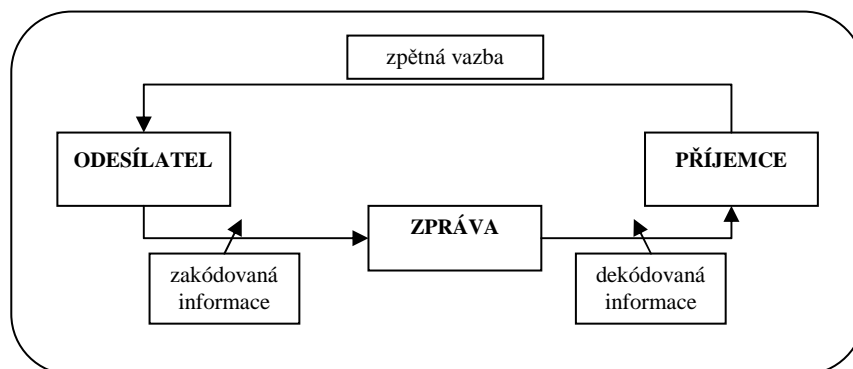
V komunikaci můžeme projevit své city, hodnoty, přání a vztah k druhému člověku, a to nejen pomocí slov, ale i mimoslovnými technikami komunikace.

2.2.1. Komunikační proces

Informace sdělujeme a získáváme pomocí komunikačního procesu, který má pět složek, jak ukazuje obr.2. První složkou je odesílatel, který chce zprostředkovat zprávu druhé osobě. Tato zpráva je zakódována pomocí znaků, tj. uspořádáním slov, tónem hlasu, gesty. Druhou složkou je zpráva samotná. Ta může mít formu psanou či mluvenou a je ovlivněna řečí těla a způsobem, jak je poskytnuta. Třetí složkou komunikačního procesu je příjemce. Jeho úlohou je poslouchat nebo pozorovat, informaci správně analyzovat a interpretovat. K tomu příjemce využívá všech smyslů, svých vědomostí a zkušeností, aby zprávu správně pochopil.

Odpověď, neboli zpětná vazba je čtvrtou složkou, kterou příjemce posílá zpět odesílateli. Dává tím najevo, jak byla zpráva přijata-pozitivně či negativně. Pátou složkou je vliv prostředí a situace, za kterých samotný komunikační proces probíhá.

Obr.2 : Složky komunikačního procesu



(Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 1999)

Pokud je komunikační proces v některé fázi přerušen, tak je přenos informace zkreslen, špatně pochopen, nebo k přenosu informace vůbec nemusí dojít (Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 1999).

2.2.2. Verbální komunikace

Verbální komunikace probíhá pomocí slov - mluvením nebo psaním. K mluvení používáme řeč. Ve složce verbálního projevu sledujeme *paralingvistické prvky*, především rychlost řeči, hlasitost, výslovnost, pomlky, výšku hlasu, přítomnost slovních pazvuků, délku projevu a intonaci. Samotná rychlost řeči nemusí být projevem sebejistoty mluvčího, ale i projevem nejistoty, nebo obavy, že se nedostane ke slovu. Hlasitost je závislá na situaci, prostředí a typu sdělované informace. Pomlky v rozhovoru mohou být použity úmyslně, abychom ponechali prostor pro vyjádření, nebo neúmyslně, pokud je téma pro člověka nepříjemné nebo neví, jak se má vyslovit. Výška hlasu je odezvou našich emocí. Mezi slovní pazvuky patří například opakování určitého slova nebo slovního spojení, které v rozhovoru působí rušivě a nepěkně. Intonace nám pomáhá dodat na důležitosti našemu sdělení, ale také může stejné větě určit jiný význam (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.2.3. Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je řečí těla, kterou podporujeme nebo nahrazujeme svůj verbální projev. Přestože používáme k dorozumívání především řeč, hlavní podíl (70-90%) má na naší komunikaci mimoslovní vyjadřování. Proto je nezbytné umět tyto projevy ovládat a ve své práci vhodně aplikovat (Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 1999).

Pomocí neverbální komunikace můžeme vyjádřit své emoce a postoje. K neverbálním projevům patří výraz obličeje (mimika), držení těla (posturologie), vzdálenost (proxemika), dotek (haptika), pohyb (kinezika), pohledy, gesta, úprava zevnějšku (Venglářová, Mahrová, 2006).

Podrobněji pojednává o verbální a neverbální komunikaci u vybrané věkové skupiny nemocných kapitola 2.5.

2.2.4. Komunikace ve zdravotnictví

Ve zdravotnickém prostředí probíhá výměna informací neustále. Musíme komunikovat se svými spolupracovníky z různých oddělení, s nadřízenými, s kolegy z jiných oborů či ústavů. V oboru zdravotní sestry je nutné zvládat i komunikaci s nemocnými pacienty rozdílných věkových skupin a typem postižení, s rodinou klientů, s příbuznými nebo s pozůstalými.

Komunikační dovednosti lze rozvíjet a později je i využít, pokud se zdokonalit chceme. V praxi používáme tři typy dorozumívání. Je to komunikace sociální, specifická a terapeutická. Při sociální komunikaci navazujeme vztah s nemocným rozhovorem a samotnou naší přítomností. Je neplánovaná. Snažíme se využít čas k neformálnímu rozhovoru při péči u lůžka pacienta. Specifická komunikace je plánovaná. Jejím obsahem je potřeba poučit o vyšetření, léčbě, nebo následné péči. Úspěšnost takového rozhovoru je závislá na způsobu sdělovaných informací a na schopnosti pacienta těmto informacím porozumět. Třetím typem je komunikace terapeutická. Jedná se o často používanou metodu, při které se snažíme, aby se pacient uklidnil, překonal stres, adaptoval se na nové podmínky, vyrovnal se s handicapem.

Pro efektivní komunikaci zdravotní sestry je nezbytné, aby adresát i příjemce dostávali zprávy důležité a srozumitelné. Pro oba platí zachování důstojnosti, možnost zeptat se na vysvětlení a zopakování informace a vyjádření svého názoru (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.3. Aspekty stáří

„Stáří neznamena pouze úbytek funkcí. Některé funkce se celý život nemění, jiné se dokonce zlepšují! Vůbec nejvýznamnější je zjištění, že starý organismus disponuje kvalitativně jinými mechanismy, kterými se přizpůsobuje podmínkám okolí.“

V.Pacovský

2.3.1. Stárnutí a stáří, gerontologie, geriatrie

Motto kapitoly napovídá, jak je těžké odpovědět na otázku, co je stáří. Samotné stárnutí není nemoc, ale fyziologický proces, při němž dochází k postupnému omezení fyzických a psychických schopností organismu. Stárnutí nepřichází náhle, ale plynule provází člověka celý život (Křivohlavý,2002).

Stárnutím a stářím se zabývají různé obory. Tím hlavním oborem je *gerontologie*. Slovo pochází z řeckého slova gerón (starý člověk) a logos (nauka). Tento obor se dále dělí na gerontologii experimentální, sociální a klinickou.

- V experimentální gerontologii jsou zkoumány především procesy stárnutí buněk, tkání i jednotlivých orgánů ve vztahu ke stárnutí člověka. Snahou tohoto oboru je prodloužit lidský život a předvídat vývoj stárnutí.
- Gerontologie sociální zkoumá, jaké mají starší lidé sociální potřeby. Zaměřena je hlavně na prevenci - udržet co nejdéle soběstačnost starého člověka.
- Gerontologie klinická (*geriatrie*) má za úkol zjišťovat nemoci ve stáří, které mohou

mít specifickou podobu a léčbu, oproti nemocným jiných věkových skupin (Haškovcová,2006).

Stárnutí se také věnuje *demografie*, která zkoumá množství obyvatelstva a jeho věkové rozdělení v různých státech. Také obor *psychologie* se zabývá stárnutím a popisuje změny psychických funkcí, které se u starých lidí objevují. Našli bychom i další odvětví např. *ekonomii*, která sleduje vlivy stárnutí obyvatelstva z pohledu finančního zabezpečení starších lidí (Křivohlavý,2002).

Samotné stáří je vlastně důsledkem stárnutí. Na stáří se ale nelze dívat pouze podle věku kalendářního (data narození), ale důležitý je také věk skutečný (biologický). V praxi se často setkáváme s úslovím: „Vypadáte na své roky velmi dobře“. Můžeme tím dávat najevo svůj vlastní pohled na stáří druhého člověka. Haškovcová uvádí klasifikaci vyššího věku dle Světové zdravotnické organizace takto: Věk starších na období *45-59 let*, což je střední, zralý věk. Dalším obdobím je *60-74 let*, které uvádí jako věk vyšší, či rané stáří. Období *75-89 let* je již vlastní stáří (senium), a věk *90 let a výše* je dlouhověkost (Haškovcová,2006).

2.3.2. Psychologie stáří

Společnost stále hledá odpovědi na otázky, jak se co nejlépe se stářím vypořádat a jak se na stáří připravit. Pacovský (1990) uvádí pět modelů, jak se jedinci se stářím vyrovnávají:

- V prvním případě popisuje přístup **konstruktivního** člověka, který je smířen s procesem stárnutí a je schopen se vhodně stáří přizpůsobit. Je přátelský a optimistický.
- Ve druhém případě jde o **závislost**. Takový člověk je pasivní a čeká, že o něho bude postaráno. Rád odchází do důchodu a není závislý na práci, kterou doposud vykonával.
- Třetím typem je **obrana**. Zde se jedná o jedince, kteří byli ve své práci i v soukromém životě mimořádně úspěšní. Snaží se být soběstační a nechtějí být závislý na ostatních, aby nebylo vidět, že jsou staří.
- Čtvrtým modelem je **nepřátelství**. Jsou to lidé, kteří byli neúspěšní ve svém životě. Svoje neúspěchy svalují na ostatní. Projevují se agresivitou, negativním postojem k mladé populaci a k vlastnímu stáří.
- Pátým typem je **sebenávist**. Tito lidé nesnášejí sami sebe a na celý svůj život nahlíží s pohrdáním. Cítí se často osamělí, ale k mladým lidem nenávisť necítí (Pacovský,1990).

Předejít negativním vlivům stáří lze již samotnou přípravou na stáří. Tato příprava má probíhat již u mladé generace vzděláváním a pěstováním úcty k starším občanům. Další formou přípravy je, aby se člověk ve středním věku (45-50let) zamýšlel nad otázkou, co bude dělat, až půjde do důchodu. Člověk má již v předdůchodovém věku zahájit aktivity, které bude později rozvíjet. Dva až tři roky před nástupem do penze si mají lidé ve svém domově vytvořit bezpečné prostředí (vhodná úprava bytu, výměna dosluhujících elektrospotřebičů), udržovat přátelství, zdravě jíst a více se starat o své zdraví (Haškovcová,2006).

Životní změnou ve stáří není pouze odchod do důchodu, ale také blízkost smrti. Člověk je svědkem úmrtí blízkých osob ve svém okolí, přátel nebo partnera. Staří lidé tak zůstávají často osamoceni (Minibergeová, Dušek,2006).

I z těchto důvodů je důležitý tzv. druhý životní program, který starým lidem zajistí, aby měli stejné nebo srovnatelné podmínky, jako když pracovali. Do druhého životního programu patří např. možnost pracovat, rozvíjet své zájmy a dnes stále více populární Akademie třetího věku (Haškovcová,2006).

2.3.3. Změny v průběhu stárnutí –fyzické

Některé fyzické změny ve stáří jsou viditelné, některé jsou skryté a na první pohled si jich nevšimneme. Z viditelných změn je to např. vypadávání a změna barvy vlasů, snížení svalové síly a fyzické výkonnosti, kůže je více vráscitá se snížením elasticity (www.is.muni.cz).

Změny, které probíhají „pod povrchem“, se projevují na ústrojí pohybovém (poruchy jemné motoriky, atrofie svalů, degenerace kloubů - *osteoporóza*, *artrózy*), oběhovém (ateroskleróza na cévách, hypertenze, horší prokrvení horních a dolních končetin), respiračním (snížení dechové frekvence, poruchy dýchání, *hypoxie*), gastrointestinálním (snížení tvorby slin a HCl, *dyspepsie*, *obstipace*), imunitním (snížení obranyschopnosti), pohlavním (snížení reprodukčních schopností u mužů, menopauza u žen), nervovém (odumírání mozkových buněk). Setkáváme se také s poruchami regulace tělesné teploty (horší adaptace na teplotní změny) (Křivohlavý,2002).

2.3.4. Změny v průběhu stárnutí –psychické

Ve stáří dochází také ke změnám v oblasti psychické a kognitivní. Některé změny mají sestupnou, některé vzestupnou tendenci. V případě fyziologického stáří se některé psychické funkce nemění (řeč, slovní zásoba). Zhoršují se např. funkce smyslových orgánů (zraku, sluchu, hmatu, čichu a chuti), paměti a schopnosti učení, klesá sebedůvěra, ubývá inteligence a emoce jsou nestálé.

Z pozitivních změn, které se s věkem zvyšují, je to trpělivost, vytrvalost a nadhled (Křivohlavý,2002).

2.4. Hospitalizace seniorů

Ve výsledcích sociodemografických analýz vývoje populace ČR je poukazováno na značný nárůst seniorů (viz příloha 3, s.93). Často je zmiňována „*střední délka života*“. Je to orientační hodnota udávající, kolika let se asi dožije zrovna narozené zdravé dítě. V ČR je v současné době u žen střední délka života *78,1 let* a u muže *71,5 let*.

Odhaduje se, že se bude i nadále v závislosti na prosperitě státu střední věk populace zvyšovat. Maximum je tipováno na 120-125 let. Staří lidé proto budou stále více potřebovat zdravotnickou péči (Haškovcová,2006).

Aby v době nemoci bylo o pacienty seniory co nejlépe postaráno, vydala Evropská charta pacientů seniorů doporučení (viz příloha 4, s.94), která zdravotníky i starší pacienty informují o tom, co vše je nutné k zajištění maximálního pohodlí v době hospitalizace.

2.4.1. Rizika spojená s hospitalizací seniorů

Hospitalizace je pro geriatrické pacienty nadějí i rizikem. U pacienta je možné provést život zachraňující operační zákroky, zajistit intenzivní péči a odborný dohled. Nemocniční pobyt však může být i značně rizikovým především pro pacienty seniory s poruchou sebeobsluhy, pohyblivosti, smyslového vnímání, komunikace a psychiky. Vlivem hospitalizace mohou vzniknout u nemocných komplikace, na kterých se podílí též nevhodná péče.

Mezi rizika patří použití omezovacích pomůcek (kurtů) a tlumících léků, stavy zmatenosti, pády a např. neuvážené zavádění močových katétrů. Následkem může být ztráta soběstačnosti. Při dlouhodobé hospitalizaci hrozí navíc *deprivace* (nedostatek komunikačních a smyslových podnětů). Pacient ztrácí svoji důstojnost, sebehodnocení a nezávislost. Stává se pasivním objektem péče. To se může projevit např. tím, že místo toho, abychom pacienta podporovali v samostatnosti při jídle, aktivně ho krmíme.

Devalvace pacienta se dále projevuje jednáním se starým člověkem jako s dítětem a tím, že nebereme ohled na jeho stud (např. mytí či odhalování před ostatními pacienty) (www.spvg.cz).

2.4.2. Geriatrické syndromy

Komplikace, které znesnadňují proces léčby, uvádí Topinková (2005) jako tzv. *geriatrické syndromy*, jak ukazuje tab.1. Na tyto potíže je nutné brát ohled také proto, že jejich výskyt prodlužuje hospitalizaci a zvyšuje náklady na léčbu. Z tohoto pohledu je nejrizikovější imobilita, pády a demence.

Tab.1: Geriatrické syndromy

Somatické	Psychické	Sociální
Poruchy chůze a pohyblivosti	Demence	Ztráta soběstačnosti
Závratě, nestabilita, pády a úrazy	Deprese	Závislost na pomoci druhých
inkontinence moči a stolice	Delirium	Sociální izolace
Poruchy termoregulace	Poruchy chování	Týrání a zneužívání
Poruchy příjmu potravy/tekutin	Poruchy adaptace	Dysfunkce rodiny
Dekubity		

(Topinková, 2005, s.10)

2.4.3. Geriatrický maladaptivní syndrom (GMS)

Jednou ze závažných komplikací je vznik geriatrického maladaptivního syndromu (dále jen GMS). Projevem tohoto syndromu je adaptačním selhání, vznikající v důsledku stresu vyvolaného hospitalizací. Příznaky dělíme do tří fází: První fáze je obdobím postupného růstu syndromu. Pozorujeme úzkost, strach, předstírání, že nemoc je horší než ve skutečnosti. Rozvíjejí se orgánové změny, nejčastěji na oběhovém ústrojí. Toto období je dlouhé týdny až měsíce. Ve druhé fázi je GMS již plně rozvinutý. Sledujeme depresi, agresi, apatii, myšlenky na smrt. Dochází i k poruchám orgánových funkcí. Stav pacienta se zhoršuje, objevují se známky infekcí, nechutenství a oběhových selhání. Toto období je dlouhé nejvýše šest měsíců. Ve třetí fázi má GMS dvě podoby - pozitivní a negativní. V pozitivním případě se stav pacienta zlepšuje, psychika i fyziologické funkce se ustálí do normálu. V negativním případě se stav pacienta zhoršuje. Pacient nemá zájem dále žít a selhávají životní funkce. Třetí fáze trvá déle než šest měsíců. Ovlivnit vznik a vývoj GMS lze pozitivním přístupem k nemocným a vytipováním klientů, u kterých je větší riziko vzniku syndromu. Věnujeme pacientovi dostatek času na orientaci v prostředí nemocnice, jednáme uctivě a nesnižujeme důstojnost pacienta. Začleňujeme pacienta do procesu léčby a rehabilitace. Předcházet musíme iatrogenním poraněním, např. využitím pomůcek doplňujících lůžko, z důvodu prevence proleženin a zajištění polohy (antidekubitální matrace, hrazdičky, zábrany..). Pro pozitivní vývoj zdravotního stavu nemocného má kladný význam také spolupráce rodiny (Ondriová, Kollárová, 2004).

2.5. Komunikace s hospitalizovanými seniory

Zvláštnosti komunikace s geriatrickým pacientem jsou závislé na mnoha okolnostech. Problémy se týkají v přítomnosti více přidružených onemocnění *-(polymorbidity)*. Často se také hovoří o *sumačním efektu*, který znamená, že jedna nemoc následně způsobí vznik onemocnění dalších. Vedle polymorbidity je častým jevem tendence k chronicitě, vzniku komplikací a invalidizaci nemocných (Haškovcová, 2006).

U hospitalizovaných seniorů jsou často přítomny např. choroby na neurologickém podkladě projevující se poruchami řeči, poruchy smyslového vnímání, demence a psychiatrické nemoci (Minibergeová, Dušek, 2006).

Také z těchto důvodů musejí mít sestry znalosti odborné, trpělivost a schopnost naslouchat. Právě naslouchání je jednou z nejdůležitějších znalostí a neprobíhá jen sluchem a vcítěním se do klienta (*empatií*), ale i zrakem, sledováním projevů neverbální komunikace (Nádaská, Boledovičová, Poledníková, 2004).

Nejlepší formou k uskutečňování ošetrovatelské péče u geriatrického pacienta je užití ošetrovatelského procesu. Volíme holistický přístup, umožňující plnit bio-psycho-sociální potřeby klientů. K tomu patří i efektivní verbální a neverbální komunikace se starými pacienty.

V rámci ošetrovatelské diagnostiky zjišťujeme fyzické, psychické a kognitivní schopnosti pacienta seniora. Využít můžeme testů, které nám tyto schopnosti dokážou odvodit. Je to *Barthelův test všedních činností-ADL* (viz příloha 5, s.98), *Test instrumentálních všedních činností-IADL* (viz příloha 6, s.99) a *Krátká škála mentálního stavu-MMSE* (viz příloha 7, s.100). Zjištěný výsledek nám umožní posoudit závažnost postižení a míru soběstačnosti nebo závislosti pacienta. Existují ještě další testy, např. *Test kreslení hodin*, pomocí kterého hodnotíme kognitivní funkce, škály pro hodnocení deliria, deprese nebo bolesti u starších nemocných (Topinková, 2005).

2.5.1. Verbální komunikace s hospitalizovanými seniory

Předpokladem úspěšného rozhovoru je pro zdravotní sestru několik požadavků: zvládat kladení otázek, schopnost empatie, naslouchání, projevení porozumění, cítit k člověku úctu, schopnost poradit a individuální přístup (Tutková, 2007).

Samotný rozhovor má několik fází:

V **úvodu** navazujeme kontakt s nemocným pozdravem, představením se a zeptáním jak se má a následně se snažíme s pacientem dohodnout, jak bude rozhovor probíhat.

Sestra má při dialogu použít vyšší hlasitost řeči, vzhledem na možnou vadu sluchu u nemocného. Řeč má být pomalejší a výslovnost zřetelná. Pokud pacient něčemu nerozumí, otázky opakujeme znovu a necháváme dostatek času, aby mohl odpovědět. V rozhovoru neužíváme odborná slova, kterým nemocný nemusí rozumět. Předem je také nutné počítat s dostatečnou časovou rezervou, nespěchat a nebyť nervózní, že něco nestihneme. Starý člověk mívá pomalejší rychlost řeči a oslabenou paměť. Dlouho přemýšlí a často se také odklání od tématu (Nádaská, Boledovičová, Poledníková, 2004).

V **pracovní fázi** rozhovoru nám pacient říká své pocity, přání a prožívání, odpovídá na otázky.

Klademe-li otázky otevřené, musíme myslet na to, že staří lidé odpovídají obšírně a rádi si povídají. Rozhovor se tak může protáhnout. Při rozhovoru s pacientem seniorem je častým projevem emocionální labilita. Můžeme se setkat s pozitivními i negativními emocemi. Pacient je schopen se během chvíle začít smát a projevovat radost, a hned nato rozplakat nebo projevovat agresivitu. I z těchto důvodů je žádoucí, aby se pacient senior cítil při rozhovoru dobře a měl zajištěno soukromí (Nádaská, Boledovičová, Poledníková, 2004).

V **závěru** může rozhovor ukončit sestra, dosažením a zhodnocením získaných informací. Pro udržení důvěry použije před ukončením rozhovoru otázky např.: „Chcete se ještě na něco zeptat?“ Rozhovor může ukončit též pacient, cítí-li se unaven nebo nechce-li již v dialogu pokračovat.

2.5.1.1. Direktivní rozhovor

Použití direktivního rozhovoru je vhodné v případě, potřebujeme-li dát nemocnému jasné pokyny a získat na otázky jednoznačné odpovědi. Rozhovor vedeme formou uzavřených otázek, aby se pacient neodkláněl od tématu.

2.5.1.2. Nedirektivní rozhovor

Nedirektivní rozhovor lze použít např. u nemocných seniorů, kteří jsou ve vážném zdravotním stavu. Tento typ rozhovoru je také účinným nástrojem, jak s geriatrickým pacientem vytvořit dobrý vztah.

Na rozhovor je nutné se předem připravit, vytvořit přátelské prostředí a mít dostatek času. Pacient má při tomto rozhovoru volnost, může hovořit o svých problémech a pocitech. Sestra pacienta v rozhovoru „doprovází“ a pomáhá nalézt vlastní řešení problému (Aranda, O'Connor, 2005).

V nedirektivním rozhovoru dbáme těchto zásad:

- *Akceptace a úcta k pacientovi* - vážíme si pacienta, jeho názorů, pozitiv i negativ, ovládáme své emoce
- *Empatie, reflexe* - schopnost vcítit se do pocitů pacienta a umět na tyto pocity reagovat tak, že mu rozumíme a zajímáme se o něho
- *Autentičnost* - upřímnost, otevřenost v komunikaci

Při tomto rozhovoru neklademe příliš mnoho otázek, abychom pacienta neodváděli od tématu. Spíše necháváme pacientovi dostatek prostoru na odpověď a zamyšlení. Sestra na konci své řeči má poklesnout hlasem, čímž dává pacientovi prostor pro pokračování v konverzaci.

Techniky nedirektivního rozhovoru:

- *Parafrázování* - shrneme svými slovy to, co nám pacient říká.
- *Zrcadlení* - doslovně zopakujeme to, co pacient říká a necháme prostor na reakci pacienta.
- *Empatické poznámky* - nehodnotíme, empaticky reagujeme na sdělení pacienta.
- *„Hm“ terapie* - neverbálně (např. kývnutím hlavy) nebo „hm“ hlasovým doprovodem vyjádříme projev pochopení a soucítění s pacientem. Nemocnému dáváme prostor se vypovídat (Minibergeová, Dušek, 2006).

2.5.2. Neverbální komunikace s hospitalizovanými seniory

Hovoříme-li s pacientem seniorem, dostávají se do popředí především formy neverbální komunikace.

Při komunikaci využíváme těchto neverbálních (mimoslovních) forem dorozumívání: mimiky, proxemiky, haptiky, posturiky, gestiky, vzhledu a celkové úpravy zevnějšku, pohledy (řeč očí).

Mimika je výraz obličeje a prozrazuje citové rozpoložení a prožívání člověka. Lze vypočítat primární emoce: „šťěstí-nešťěstí, neočekávaného překvapení-splněného očekávání, radosti-smutku, klidu-rozčilení, zájmu–nezájmu, spokojenosti-nespokojenosti, strachu- pocitu jistoty.“ (Venglářová, Mahrová, 2006, str.41).

Obličej rozdělujeme na tzv. mimické zóny, oblasti lidské tváře: 1.oblast obočí a čela, 2.oblast očí a víček, 3.oblast dolní části obličeje (tvář, nos, ústa).

Z těchto mimických zón si u pacienta seniora všímáme nejvíce oblasti čela a očí. Z čela, obočí a očí vyčteme citový, psychický a fyzický stav nemocného (strach, smutek, bolest, úzkost). Nejvýraznějšími neverbálními projevy vyjadřujícími emoce nemocného jsou smích a pláč.

Sestra ovlivňuje komunikaci hlavně spodní částí obličeje – úsměvem. Vyvarovat se ale musí tomu, aby úsměv nezaměňovala za výsměch a úšklebky. Při navázání kontaktu se díváme klientovi vždy do tváře. Důvodem je možnost sluchového postižením pacienta seniora, který potřebuje dobře odezírat z naší tváře, a také tím dáváme najevo svůj zájem o nemocného.

Proxemika je vzdálenost, jakou udržujeme při komunikaci od druhého člověka. Existují zóny: *intimní*, do 45cm (dotyk holé kůže dvou lidí), *osobní*, od 45-120cm (přátelé, rodina), *společenská*, od 120-350cm (pracovní,nákupy), *veřejná*, od 360cm-9m (přednesení přednášky) (Minibergeová, Dušek, 2006).

Při komunikaci s pacientem seniorem je nejvhodnější vzdálenost osobní nebo společenská. Dotýkáme-li se klienta za účelem ošetřování, vstupujeme do zóny intimní. Je žádoucí pacienta vždy seznámit s tím, co budeme dělat a respektovat jejich stud. K tomu je nezbytná notná dávka trpělivosti, protože starý člověk může hůře vnímat a odpovědi na otázky je třeba opakovat. Intimní zónu také narušujeme, chceme-li pacienta pohladit či podpořit náš rozhovor. Musíme ale vždy zhodnotit, jak na vstup do své intimní zóny pacient reaguje. Každý jsme jiný a také „bezpečná“ zóna je u lidí rozdílná. Veřejná zóna není ke komunikaci s geriatrickými pacienty vhodná. Je neosobní a vzhledem k možné nedoslýchavosti a poruchy zraku málo účinná.

Haptika se zabývá dotyky pozitivními (pohlazením, podáním ruky) a negativními (strkáním, táhnutím). Empatii a navození partnerského vztahu ze strany zdravotníka projevujeme např. pohlazením po ruce či tváři nebo přiložením ruky na ramena (Venglářová, Mahrová, 2006). Podáním ruky, představením se jménem je nejen pro pacienta seniora

projevem vstřícnosti a slušnosti. Toto je stále velmi zanedbáváno.

Posturologie se věnuje fyzickému postoji, držení těla, polohou končetin a hlavy. U geriatrického pacienta si všímáme, jakou polohu těla zaujímá. Pacient je např. vleže nebo vsedě schoulený, ohnutý, nakloněný. Poloha a pohyb horních a dolních končetin nám také poukazuje na postoj nemocného (Nádaská, Boledovičová, Poledníková, 2004).

Pokud nemocný kříží končetiny, vyjadřuje tím obranu. Nakloněním projevuje zájem, záklonem nezájem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Neméně důležitý je při komunikaci i postoj sestry. Ke spolupráci nejvíce přispívá rovnocenná poloha vsedě. Abychom nenarušili soukromí pacienta, nesedáme si na postel, ale na židli vedle lůžka.

Gestika se zabývá pohyby - gesty, doprovázející nebo nahrazující slovní projev. Nejčastěji se jedná o pohyby rukou. Gesta názorně přibližují to, o čem se mluví. Pro pacienta seniora jsou gesta důležitá i z hlediska vyjádření svých pozitivních i negativních pocitů, postojů a myšlenek.

U pacienta si musíme dát pozor na gesta, která mohou být projevem agrese (zdvžený prst). Gesta mohou být také opakem výroku. (pacient říká: „*To nebolí*“ a přitom se drží za břicho) (<http://hasl.slamow.info/isp/4.htm>).

Některá gesta používáme vědomě a nevědomě. Nevědomá gesta jsou často projevem rozpaků či emocí, které chceme skrýt (zakrytí úst při lhaní). Sestra by si měla být vědoma gest, kterých používá při kontaktu s nemocným. Neúměrná gestikulace projevující se např. rozhazováním rukama klienta spíše rozladí nežli přiměje ke spolupráci.

Vzhled a celková úprava zevnějšku nás již při příjmu pacienta seniora informuje o jeho soběstačnosti a schopnosti se o sebe postarat. Týká se zejména tělesného stavu, čistoty kůže, oblečení, účesu, úpravy nehtů. V případě závislosti na jiné osobě, která o seniora pečuje, vypovídá o sociálním zázemí klienta. Při komunikaci s pacienty musí také zdravotníci dbát na svůj vzhled a celkovou úpravu zevnějšku. I tím pozitivně ovlivňují komunikaci s pacientem.

Pohledy (řeč očí) patří mezi nejčastější mimoslovní způsob sdělování informací.

Pokud chceme s druhým člověkem navázat přátelský kontakt, díváme se mu do očí. Pokud se na člověka při komunikaci nedíváme, vyjadřujeme tím svůj nezájem a neochotu. Například pacienta přehlízíme tím, že se díváme z okna místo do očí nemocného (Čechová,

Rozsypalová, Mellanová, 1999).

Řeč očí se týká zaměření pohledu na druhého člověka, dobou výdrže (příliš dlouhé je civění), četností, sledem pohledů (na koho první), objemem pohledů, díváním se „po očku“ či přímo, pohyby očí, mrkání (Venglářová, Mahrová, 2006).

Z pozice zdravotní sestry musíme vědět, zdali geriatrický pacient netrpí poruchou zraku a nepotřebuje-li kompenzační pomůcky (brýle, lupu). Oční kontakt s nemocným se také komplikuje, pokud nejsme v dostatečném zorném poli, ve kterém nás může vidět a není-li prostor ke komunikaci dostatečně osvětlen.

2.5.3. Komunikace rodinných příslušníků s hospitalizovanými seniory

Důležitou součástí péče je spolupráce s rodinnými příslušníky nemocného. Je vhodné, aby rodina nemocného co nejčastěji navštěvovala a podporovala ho. Posiluje tím metapotřeby nemocného, především potřeby sounáležitosti a lásky.

Někdy se stává, že rodina neví, jak má s nemocným seniorem hovořit. Důvodem jsou změny psychiky, zmatenost a delirantní stavy pacienta, které jsou způsobené např. změnou prostředí, nedostatkem spánku, působením léků a nemocí. V těchto případech je nutné, aby příbuzní byli poučeni, že se jedná o přechodný stav a snažili se společně s ošetrovatelským personálem pacienta orientovat časem, místem i osobou.

Výhodné je zapojit příbuzné v rámci návštěv do ošetrovatelských činností. Mohou provádět po dohodě s personálem oddělení jednoduchá rehabilitační cvičení nebo např. pomoci při chůzi či při jídle. Návštěvy jsou důležité i v rámci edukace rodiny, jak má postupovat v případě, že pacient bude propuštěn do domácí péče (www.spvg.cz).

2.5.4. Shrnutí základních komunikačních pravidel s geriatrickými pacienty:

- *„Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující.*
- *Důsledně se vyhýbáme infantilizaci (zdětinšťování) starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).*
- *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).*
- *Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí.*

- *Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na list papíru.*
- *Aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.*
- *K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.*
- *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.*
- *Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na vyšetřovací lehátko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta) ale nevnucujeme; 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.*
- *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.“*

(www.pacienti.cz/clanek.php?id=1366)

3. Empirická část

3.1. Cíle empirické části

- Zjistit, jak ošetrovatelský personál zvládá a hodnotí komunikaci s hospitalizovanými seniory.
- Zhodnotit z pohledu hospitalizovaných seniorů spokojenost s komunikací zdravotnického personálu.
- Zhodnotit z pohledu hospitalizovaných seniorů účinek neverbálních prvků u zdravotníků na seniorské pacienty.

3.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkum byly vybrány dvě skupiny respondentů:

- **První skupinu** tvořil ošetrovatelský personál složený zdravotními sestrami, ošetrovatelkami a sanitáři.
- **Druhou skupinu** reprezentovali hospitalizovaní geriatrickí pacienti.

Problematika byla zkoumána multicentricky - ve dvou nemocnicích na čtyřech různých odděleních, kde jsou seniorští pacienti hospitalizováni.

Vzorek ošetrovatelského personálu tvořilo celkem 80 respondentů, z nichž 74% jsou sestry u lůžka, 6% jsou staniční sestry, 4% jsou vrchní sestry, 15% jsou ošetrovatelky a 1% jsou sanitář/ky.

Vzorek seniorských pacientů je tvořen 70 respondenty, kde určujícím kritériem pro vyplnění dotazníku byl dosažený věk minimálně 75let a zachovalé kognitivní funkce. Toto kritérium jsem musel během výzkumu snížit a do výzkumu zařadit i pacienty ve věkovém rozmezí 60-74let. Příčina byla v nedostatku pacientů ve stařeckém věku, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohli dotazník vyplnit. Z dotazovaných je 57% mužů a 43% žen, přičemž 55% je ve věku 60-74 let a 44% ve věku 75-89 let a dále 1% jsou seniorští pacienti starší 90let a výše. Z toho je 94% pacientů seniorů, kteří nejsou hospitalizováni poprvé. V 6% se jedná o první hospitalizaci.

3.3. Metodika výzkumu

Zhotovil jsem dva typy dotazníků. Oba typy dotazníků byly vyzkoušeny v rámci předvýzkumu na pěti respondentech. Dle zjištěných nedostatků byla znění některých otázek upravena.

Dotazník pro personál je sestaven z 26 otázek (viz příloha 8 s.103), které jsou voleny dle vymezených cílů. Dotazník je doplněn o anamnestická data (pohlaví, věk, délka praxe, typ oddělení a pracovní zařazení). Vlastní dotazník je tvořen 21 otázkami, pokládány mi uzavřenou nebo otevřenou formou pro upřesnění.

K vytvoření *dotazníku pro personál* jsem využil bakalářskou práci „Neverbální komunikace v ošetrovatelství“ (Scharmová,2004). Převzal jsem z této bakalářské práce otázky č.1, 18. V mém dotazníku odpovídají otázkám č.3, 24, 25. Převzal jsem a upravil otázku č.2, 16, 18, které odpovídají v mém dotazníku otázkám č.4, 23, 24, 25.

Dotazník pro seniory je sestaven z 24 otázek (viz příloha 9, s.109), který je doplněn o anamnestická data (pohlaví, věk, prvotní nebo opakovaná hospitalizace, typ oddělení). Vlastní dotazník tvoří 20 otázek, které jsou pokládány především uzavřenou formou.

K vytvoření dotazníku jsem využil bakalářskou práci: „Komunikace na pooperačních odděleních kardiochirurgie“ (Hudecová, 2005). Převzal jsem, upravil a použil její otázky č. 21, 22, 29. V mém dotazníku pro seniory odpovídají otázkám č. 16, 17, 23. Dále jsem se také inspiroval bakalářskou prací „Spokojenost pacientů s verbální komunikací sester“ (Stříhanková, 2005). Převzal jsem, upravil a použil její otázky č. 1, 2c, 2e, 3, 4, 4. Tyto otázky odpovídají v mém dotazníku otázkám č. 6, 8, 9, 20, 10, 19.

3.4. Vlastní výzkum

Výzkum probíhal od prosince 2006 do února 2007 metodou anonymního dotazníkového šetření na dvou pracovištích:

- **Pracoviště A : Česko-německá horská nemocnice Krkonoše s.r.o., Vrchlabí**
- **Pracoviště B : Nemocnice Tanvald s.r.o.**

Výzkumu na *pracovišti A* byla podrobena tato oddělení: jednotka intenzivní péče (dále jen JIP), chirurgie (dále jen CHIR), interna (dále jen INT), následná péče (dále jen NP). Výzkumu na *pracovišti B* byla podrobena totožná oddělení, jako na *pracovišti A*. V období dotazníkového šetření nebyli na pracovišti B, na oddělení jednotky intenzivní péče hospitalizováni žádní seniorští pacienti, schopní dotazníky vyplnit. Proto jsou do výzkumu na pracovišti B začleněni hospitalizovaní senioři pouze z oddělení chirurgie, interny a následné péče.

Velmi časově náročný byl výzkum v souvislosti se získáváním dat od pacientů seniorů. Bylo nutné počítat s dostatečnou časovou rezervou při samotné komunikaci s pacienty seniory. Ti si z valné většiny velmi rádi povídali, a také často odbíhali od tématu.

Doplňkovou metodou výzkumu při vyplňování dotazníků s „*mojí pomocí*“, bylo samotné pozorování. Sledoval jsem, jak ošetrovatelský personál komunikuje s hospitalizovanými seniory a zajímaly mě okolnosti na straně pacientů seniorů, bránicí v komunikaci s ošetrovatelským personálem.

Úvodní otázky v dotaznících zjišťují základní anamnestické údaje, další otázky jsou již součástí samotné části výzkumné. V tabulkách jsou uvedeny počty jednotlivých odpovědí rozdělených dle pracoviště a oddělení, na kterých ošetrovatelský personál pracuje. Tabulky jsou umístěny v příloze 10 (viz příloha 10, s.115) a vyhodnocují odpovědi ošetrovatelského personálu a odpovědi pacientů seniorů.

Dotazník pro personál: Dotazníky jsem na *pracovišti A* předal osobně vrchním a staničním sestřám na příslušném oddělení. Na *pracovišti B* jsem požádal o distribuci vedoucí ošetrovatelské péče.

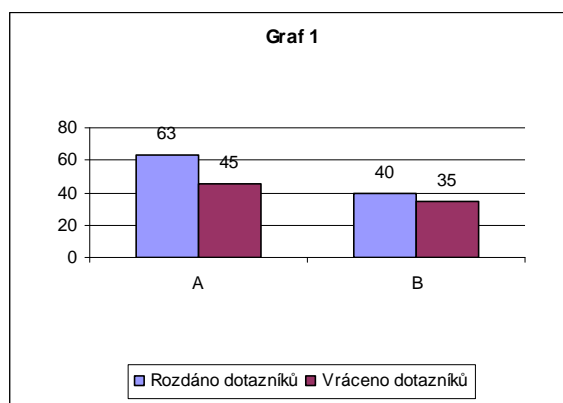
V dotazníku pro ošetrovatelský personál jsou otázky č.6,7,13,19, které korespondují s otázkami č.5,7,14,20 v dotazníku určenému pro seniory. Otázky č.8,20, mají podotázky, které je doplňují.

Jak ukazuje tab.2, celkem bylo pro ošetrovatelský personál rozdáno 103 dotazníků, z nichž se vrátilo 80, což je **78%** návratnost. **Návratnost dotazníků na pracovišti A** byla celkem **71%** (na dvou odděleních 100%, na třetím oddělení 60%, čtvrtém oddělení 43%). **Návratnost dotazníků na pracovišti B** byla celkem **88%** (na dvou odděleních 100%, na třetím oddělení 80%, čtvrtém oddělení 70%).

Tabulka 2 Návratnost dotazníků pro personál

	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
Rozdáno dotazníků	14	15	13	21	63	100	10	10	10	10	40	100	103	100
Vráceno dotazníků	14	9	13	9	45	71	10	10	8	7	35	88	80	78
Celkem %	100	60	100	43	71	71	100	100	80	70	88	88		

Návratnost dotazníků pro ošetrovatelský personál



Komentář: Na grafu1 je zobrazena návratnost *dotazníků pro personál* na obou pracovištích. Na *pracovišti A* se nevrátilo 18 dotazníků, na *pracovišti B* dotazníků 5. Ostatní dotazníky splňovaly podmínky pro vyhodnocení - byly zodpovězeny všechny otázky dle zadání.

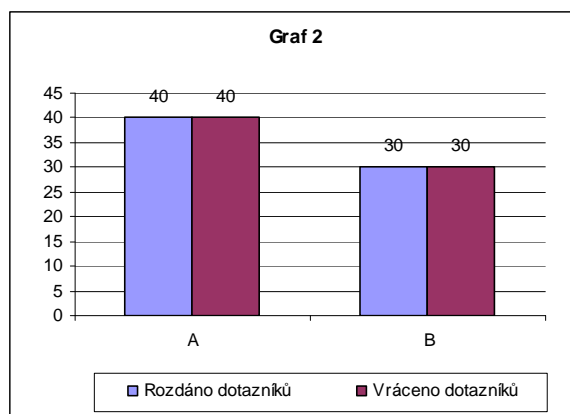
Dotazník pro seniory: Otázky č.12,13,17,19,24 mají podotázky, které je doplňují. Otázky č.5,7,14,20 korespondují s otázkami č.6,7,13,19 v dotazníku určenému pro personál. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, z nichž se vrátilo všech 70, což je **100%** návratnost. Na *pracovišti A* jsem dotazníky rozdával osobně a z 62% vyplňoval společně s hospitalizovanými seniory. Na *pracovišti B* jsem dotazníky předal vedoucí ošetrovatelské péče, která zajistila jejich distribuci zkušenou sestrou. Ta pomáhala z 23% hospitalizovaným seniorům dotazníky vyplňovat.

Jak ukazuje tab.3, celkem bylo seniorským pacientům rozdáno 70 dotazníků, z nichž se vrátilo všech 70, což je **100%** návratnost. (40 dotazníků z *pracoviště A*, 30 dotazníků z *pracoviště B*). (JIP - jednotka intenzivní péče, CHIR - chirurgie, INT -interna, NP - následná péče)

Tabulka 3 Návratnost dotazníků pro hospitalizované seniory

	A				celkem		B				celkem		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Rozdáno dotazníků	10	10	10	10	40	100	10	10	10	30	100	70	100	
Vráceno dotazníků	10	10	10	10	40	100	10	10	10	30	100	70	100	
Celkem %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			

Návratnost dotazníku pro pacienty seniory



Komentář: Na grafu 2 je zobrazena návratnost *dotazníků pro pacienty seniory* na obou pracovištích. Na *pracovišti A* i *B* se vrátily všechny dotazníky, které splňovaly podmínky pro vyhodnocení - byly zodpovězeny všechny otázky dle zadání.

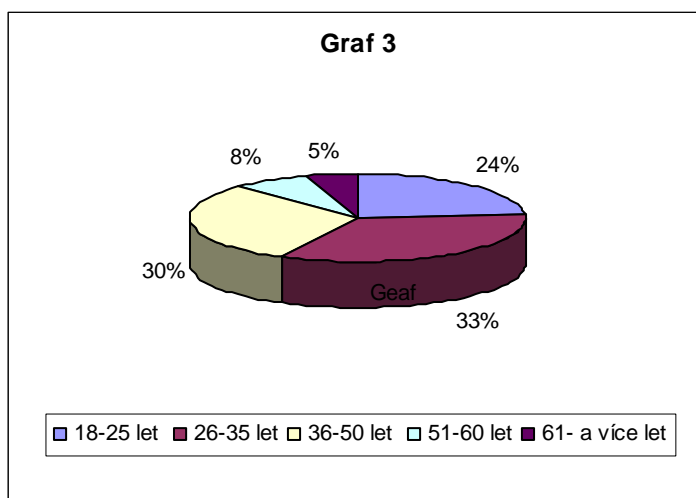
3.5. Výsledky výzkumu

a) Vyhodnocení dotazníku pro ošetrovatelský personál - anamnestická část

Otázka 1: Pohlaví respondentů

Komentář: Z tab.4 (viz tab.4, s.114) je zaznamenáno zastoupení respondentů dle pohlaví. Předpokládal jsem, že většina dotazovaných bude ženského pohlaví, což výzkum potvrdil. Celkově 97% dotazovaných byly ženy, 3% muži. Oba muži pracují na pracovišti A, jeden na JIP jako sestra u lůžka, druhý na interním oddělení jako sanitář.

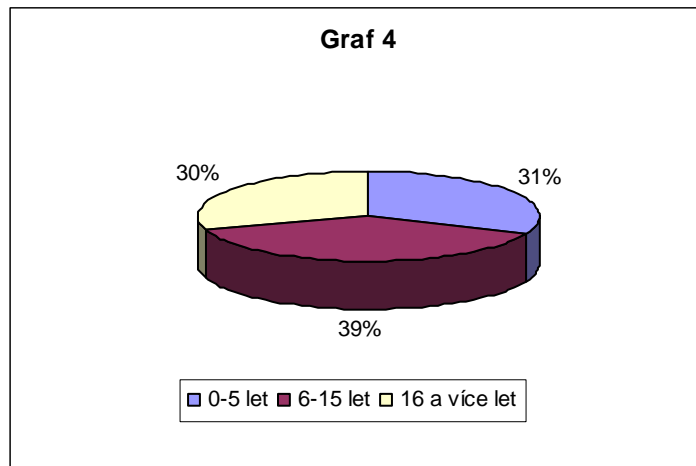
Otázka 2: Věk respondentů



Komentář: Tab.5 (viz tab.5, s.114) ukazuje věkové zastoupení respondentů dle jednotlivých oddělení. Na obou pracovištích A, B bylo nejvíce respondentů ve věkové rozmezí 26-35let (celkem 33%), z toho nejvíce respondentů z JIP. Věkové rozmezí 36-50let (celkem 30%) respondentů, bylo na obou pracovištích nejvíce z chirurgie. Věkové rozmezí 18-25let (celkem 24%), měla největší zastoupení oddělení JIP. Věkové rozmezí 51-60let (celkem 8%) a věkové rozmezí 61let a více (celkem 5%) bylo z interního oddělení a následné péče.

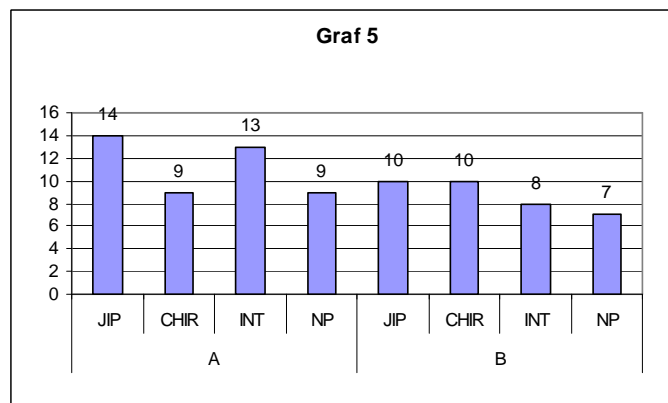
Ze zjištěných dat je patrné, že mladší kolektiv je především na akutních lůžkách. Starší kolektiv je zastoupen na interním oddělení a následné péči.

Otázka 3: Kolik máte let praxe?



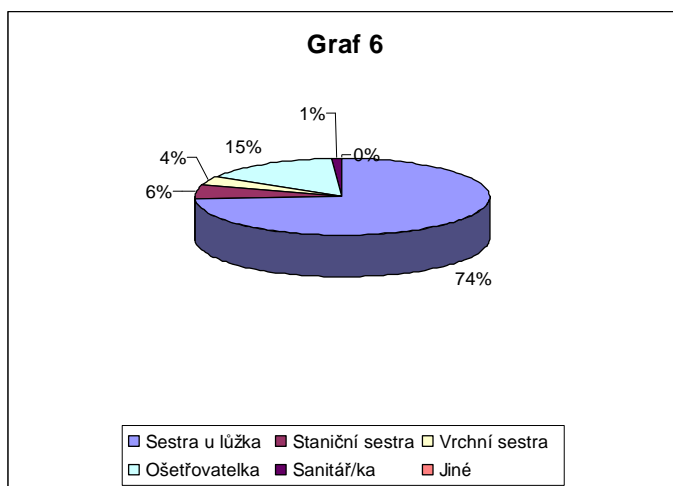
Komentář: Celkově uvedlo 39% dotazovaných délku praxe v rozmezí 6-15let, 31% v rozmezí 0-5let a 30% v rozmezí 16 a více let. Tab.6 (viz tab.6, s.114) ukazuje, že nejvíce respondentů z pracoviště A bylo s praxí 16 a více let. Z pracoviště B s praxí 6-15let.

Otázka 4: Na jakém oddělení pracujete?



Komentář: Celkem 24 respondentů pracuje na jednotce intenzivní péče, 19 na chirurgickém oddělení, 21 na interním oddělení a 16 na následné péči (viz tab.7, s.114).

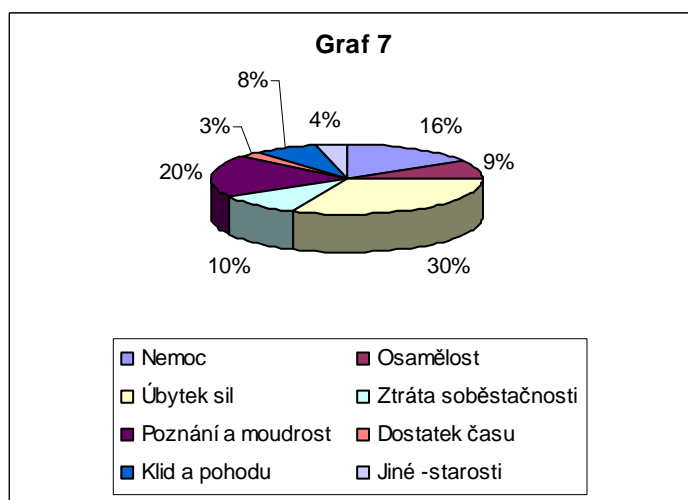
Otázka 5: Pracovní zařazení:



Komentář: 74% respondentů reprezentovaly sestry u lůžka, 15% ošetřovatelky, 6% staniční sestry, 4% vrchní sestry a 1% sanitář. Rozdělení dle oddělení ukazuje tab.8 (viz tab.8, s.114).

b) Vyhodnocení dotazníku pro ošetřovatelský personál - výzkumná část

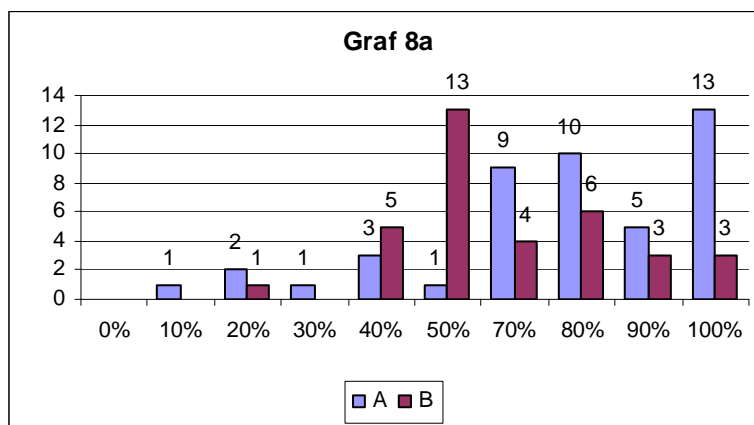
Otázka 6: S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:



Komentář: Otázka byla položena, protože mě zajímal názor ošetřovatelského personálu na samotné „stáří“. Předpokládal jsem, že nejvíce odpovědí bude „nemoc“, vzhledem k tomu, že dotazník vyplňovali zdravotníci, kteří se setkávají především s nemocemi ve stáří. Z výsledků vyplývá, že stáří není vnímáno pouze jako nemoc, ale i pozitivně, jako „poznání a moudrost“. Odpovědi dle pracoviště a oddělení ukazuje tab.9 (viz tab.9, s.114).

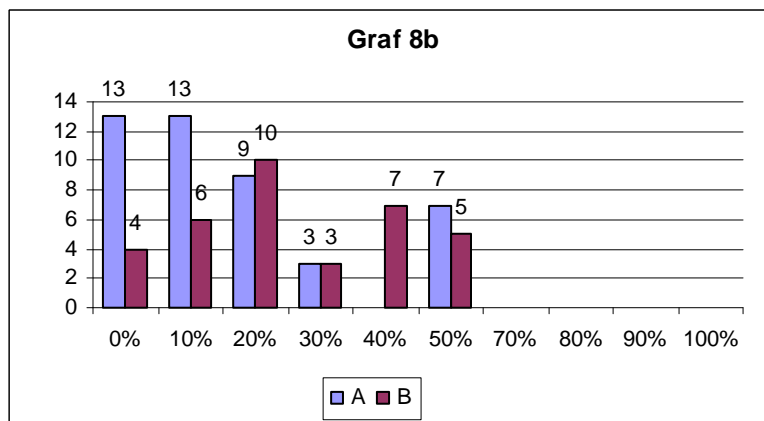
Otázka 7: Kolik procent personálu na Vašem oddělení charakterizuje podle Vás následný přístup k pacientům seniorům?

Upřímný a přátelský



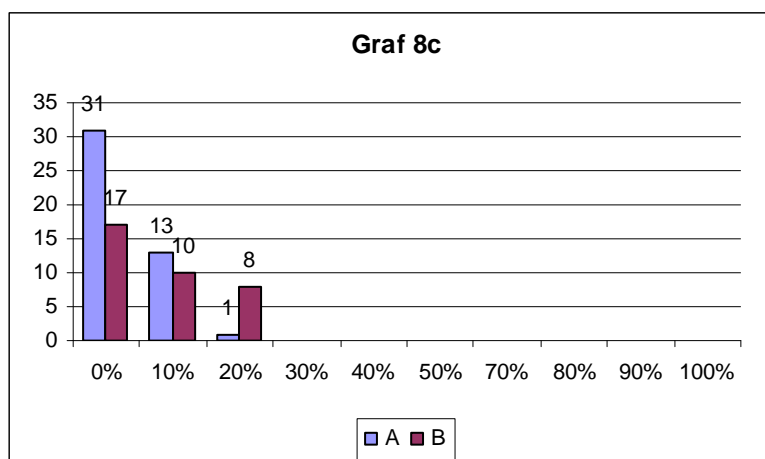
Komentář: Zde měli respondenti možnost zhodnotit z vlastního pohledu přístup personálu k pacientům seniorům. Celkem 16 respondentů z obou pracovišť hodnotilo přístup jako „Upřímný a přátelský“ na 100%. 8 respondentů 90%, 16 respondentů 80%, 13 respondentů 70%, 14 respondentů 50%, 8 respondentů 40%, 1 respondenti 30%, 3 respondenti 20% a 1 respondent 10% (viz tab.10, s.115). Na JIP z obou pracovišť, nikdo neodpověděl 100%, naopak odpovědi byly v rozmezí 10-90%.

Odborně dobrý, ale chladný a odměřený



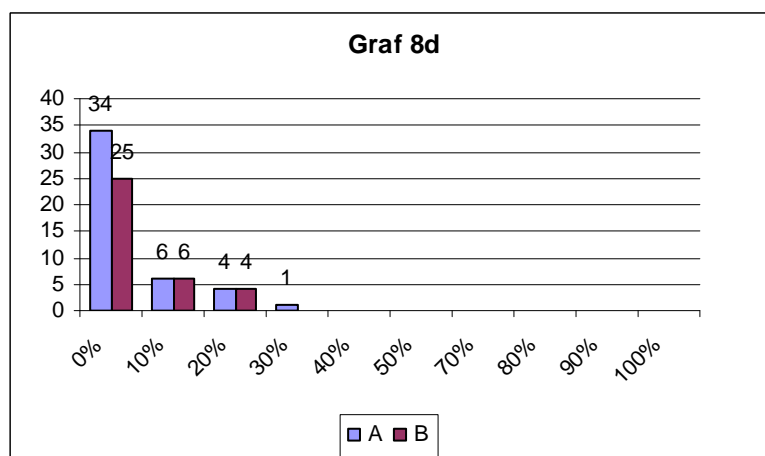
Komentář: Celkem 17 respondentů z obou pracovišť hodnotilo přístup „Odborně dobrý, ale chladný a odměřený“ 0%. 19 respondentů 10%, 19 respondentů 20%, 6 respondentů 30%, 7 respondentů 40% a 12 respondentů 50%. Nejvíce odpovědí „Odborně dobrý, ale chladný a odměřený“ bylo na JIP a následné péči (viz tab.10, s.115).

Nepříjemný



Komentář: Celkem 48 respondentů z obou pracovišť hodnotilo „*Nepříjemný*“ přístup 0%. 23 respondentů označilo 10%, 9 respondentů 20%. Nejvíce odpovědí „*Nepříjemný*“ označili respondenti z JIP (viz tab.10, s.115).

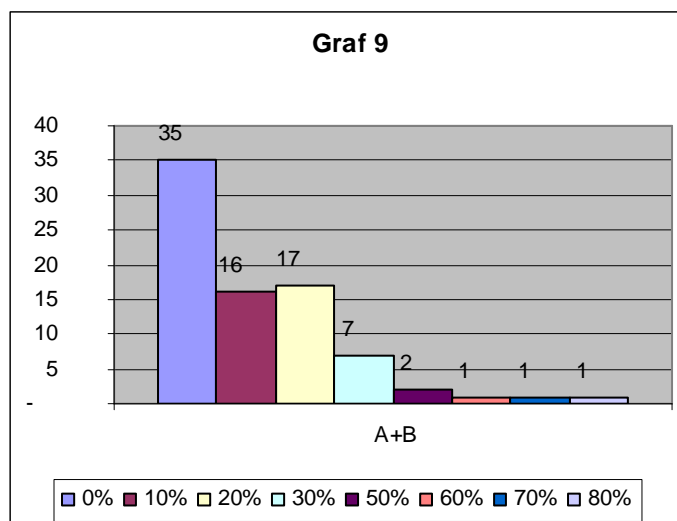
Nepřístupný



Komentář: Celkem 59 respondentů z obou pracovišť hodnotilo „*Nepřístupný*“ přístup 0%. 12 respondentů 10%, 8 respondentů 20%, 1 respondent 30% (viz tab.10, s.115).

Výsledky u této otázky mě překvapily tím, jak byli respondenti kritičtí vůči přístupu k pacientům seniorům na svém oddělení. Ukázalo se, že především ošetrovatelský personál na JIP není na 100% „*Upřímný a přátelský*“ a je spíše k pacientům seniorům „*Odborně dobrý, ale chladný a odměřený*“. Konkrétní odpovědi proč tomu tak je se snažím nalézt v dalších položených otázkách. Závažně byl hodnocen též přístup na následné péči. Stojí za úvahu, proč na tomto oddělení není kolektiv zdravotníků posuzován více jako upřímný a přátelský 100%. Jsou zde hospitalizováni především seniorští pacienti, kteří potřebují vlídný a upřímný přístup.

Otázka 8: V našem kolektivu se mi nelíbí komunikace s pacienty seniory upracovníků (0 -100%):

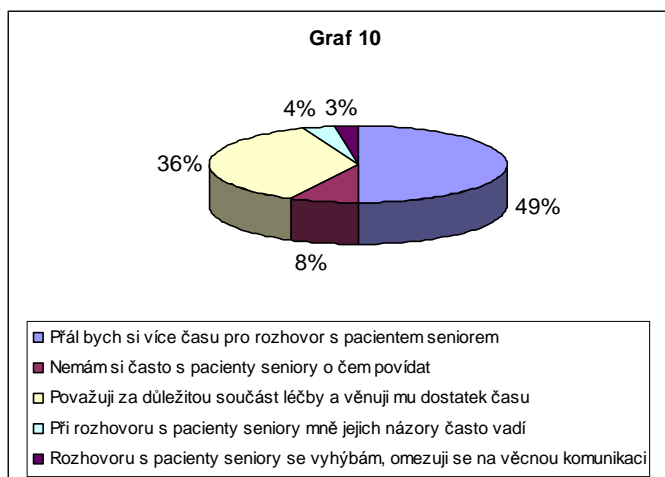


Komentář: Celkem 35 respondentů z obou pracovišť nezaznamenalo ve svém kolektivu problémy v komunikaci s pacienty seniory. 16 respondentů označilo 10%, 17 respondentů 20%, 7 respondentů 30%, 2 respondenti 50%. Jeden respondent označil 60%, druhý 70% a třetí 80%, která byla označena na oddělení JIP a následné péči (viz tab.11, s.115).

Podotázka:: Pokud jste označil/a jeden a více % pracovníků, co konkrétně se Vám nelíbí?

Komentář: Na tuto podotázku odpovědělo celkem 45 respondentů, což je 56%. Respondenti ve svém kolektivu nejvíce vnímají při komunikaci s pacienty seniory *nedostatek empatie* a *netrpělivost*. Takto se vyjádřili především respondenti z JIP. Z dalších odpovědí byly jmenovány *neochota naslouchat*, *familiárnost*, *nadřazenost*, *odměřenost*, *náladovost*, *netaktnost*, *netolerantnost*, *tykání*, *řešení pracovních problémů před pacientem*, *hrubost*. Rozdělení dle pracovišť (viz tab.11, s.115).

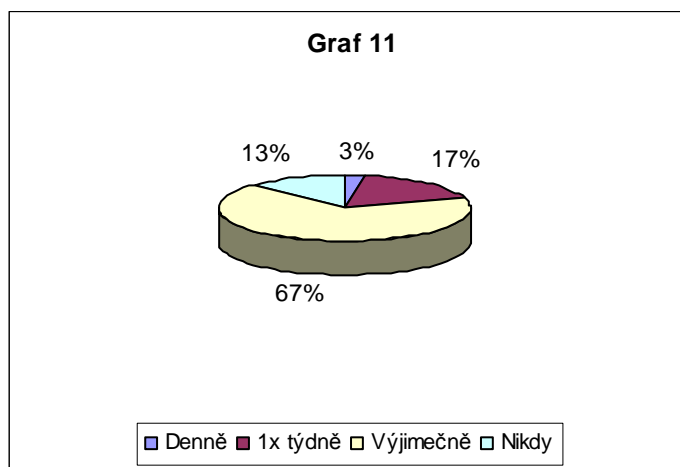
Otázka 9: Rozhovor s pacientem seniorem:



Komentář: Z výsledků vyplývá, že problematika časového vytížení personálu je stále aktuální. Nejvíce respondentů (49%) by si přálo mít pro rozhovor s pacientem seniorem více času. Celkem 36% považuje rozhovor za důležitou součást léčby a věnuje mu dostatek času. 8% si nemá často s pacientem seniorem o čem povídat. 4% vadí jejich názory (JIP, následná péče), což znamená problém v malé akceptaci pacienta takového, jaký je, anebo ve společenských předsudcích, které o stáří panují, např. že staří lidé jsou senilní a nemocní. Syndrom vyhoření je další z možností, která se nabízí jako vysvětlení. 3% respondentů se rozhovoru s pacienty seniory vyhýbá a omezuje se na věcnou komunikaci.(JIP) (viz tab.12, s.116)

Oddělení JIP prokazuje potřebu více se zaměřit na celostní potřeby pacienta a ne pouze na plnění ordinací lékaře. Přímo souvislost s tímto problémem vidím v malém počtu ošetrovatelského personálu.

Otázka 10: Situace, kdy se stydím za nevhodnou komunikaci zdravotníka s pacientem seniorem zažívám ve svém kolektivu:



Komentář: Na tuto otázku jsem předpokládal vyšší procento odpovědí „*nikdy*“. Nejvíce respondentů (celkem 67%), ale odpovědělo „*výjimečně*“. 17% bylo svědkem nevhodné komunikace 1x týdně a 3% respondentů prožívá tuto situaci denně. Zastoupení odpovědí dle jednotlivých oddělení ukazuje tab.13 (viz tab.13, s.116). „*Denně*“ tuto situaci prožívají dva respondenti na následné péči. „*1x týdně*“ devět respondentů na JIP, jeden na chirurgii, dva na interně, a dva na následné péči. Celkově jsou tedy zdravotníci v různé šíři svědky nevhodné komunikace s pacienty seniory a uvědomují si její známky.

Otázka 11: Když u lůžka pacienta seniora provádíte ošetrovatelské úkony, čeho se rozhovor nejčastěji týká?

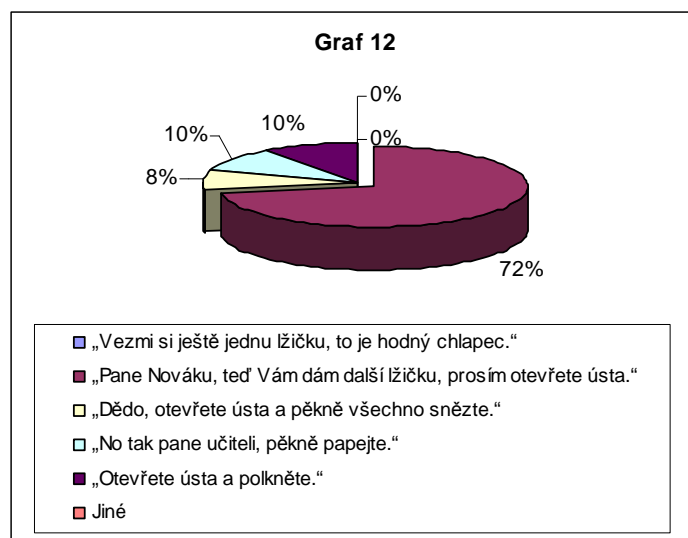
Na tuto otázku odpovědělo 100% respondentů. V této otevřené otázce nejčastěji respondenti napsali:

- „*Popisuji ošetrovatelské činnosti u pacienta.*“
- „*Ptám se na potřeby nemocného.*“
- „*Ptám se má-li pacient nějaké bolesti.*“
- „*Nemluví.*“
- „*Jak jste se vyspal?*“
- „*Bavím se o zájmech, koníčcích nemocného.*“
- „*Bavím se o počasí.*“
- „*Ptám se na vzpomínky pacienta z mládí.*“
- „*Ptám se na rodinu pacienta, jeho zázemí.*“

- „Zhodnotím dle situace, jaký rozhovor povedu.“
- „Kdo chodí na návštěvy?“
- „Mluvím, co mě napadne.“
- „Jak se máte?“

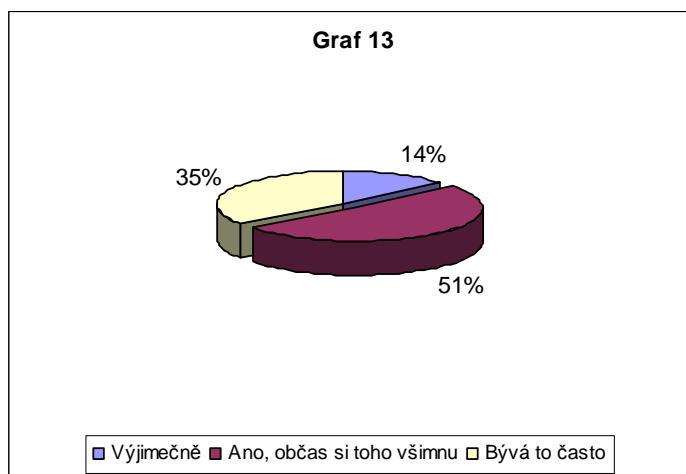
Komentář: Respondenti nejčastěji zmiňovali popis ošetrovatelských činností a rozhovor o potřebách nemocného. Z toho usuzuji, že se ošetrovatelský personál snaží začlenit pacienty seniory do procesu léčby. Dle dalších odpovědí lze zhodnotit, že se ošetrovatelský personál snaží najít různá témata k rozhovoru, aby s nemocným co nejvíce komunikoval.

Otázka 12: Jste v situaci, kdy krmíte hospitalizovaného seniora p.Nováka, Vašeho bývalého učitele, který trpí demencí. Pacientovi říkáte:



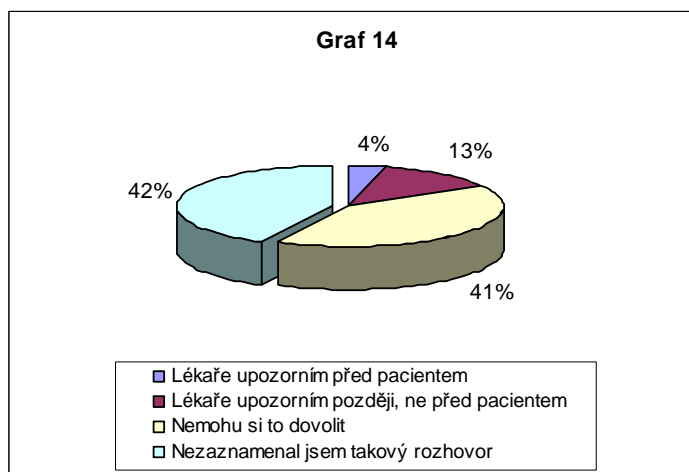
Komentář: Otázkou zjišťuji, zdali zdravotníci používají devalvující prvky v komunikaci - zdětinšťování či familiárnost. Z grafu 12 vyplývá, že zdravotníci ze 72% respektují identitu pacienta a oslovují pacienta jménem. 10% respondentů nepoužije oslovení, ale ani devalvující prvky. Dalších 10% respondentů použije prvky infantilizace (zdětinšťování), a to na všech typech oddělení, nejvíce na JIP (viz tab.14, s.116). 8% respondentů použije familiární oslovení „dědo“, které není vhodné, pokud není přímo nemocným vyžádané.

Otázka 13: Jak často vnímáte rozdíl v neverbálních projevech a mezi tím, co pacient senior říká?



Komentář: Důležité je např. z pohledu disimulace (vědomého zastírání chorobných příznaků), jak dokáže rozumět ošetrovatelský personál rozdílu v neverbálních projevech pacienta a jeho projevech verbálních. 51% respondentů si občas rozdílů v neverbálních projevech a mezi tím co pacient senior říká všimne. 35% respondentů hodnotí, že si těchto rozdílů všimne často a 14% respondentů tento rozdíl vnímá výjimečně. Nejvíce odpovědí „výjimečně“ bylo na chirurgickém a interním oddělení (viz tab.15, s.116).

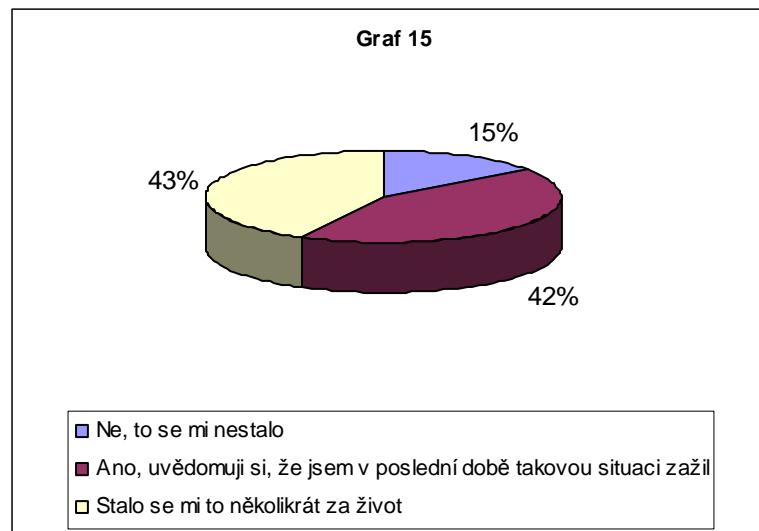
Otázka 14: Na nevhodný přístup v rozhovoru lékaře s pacientem seniorem:



Komentář: Otázkou zjišťuji schopnost ošetrovatelského personálu hájit práva pacientů, pokud jsou svědky nevhodného přístupu k pacientovi. Tuto povinnost uvádí pro sestry též *Etický kodex pro zdravotní sestry* v bodě pět (viz příloha 2, s.92). Výsledky poukazují na to, že 42% respondentů takový rozhovor nezaznamenalo. 41% respondentů uvedlo, že si nemůže dovolit lékaře na nevhodný přístup upozornit. 13% upozorní lékaře později, ne před pacientem a 4% upozorní lékaře před pacientem. Nejvíce odpovědí „nemohu si to dovolit“

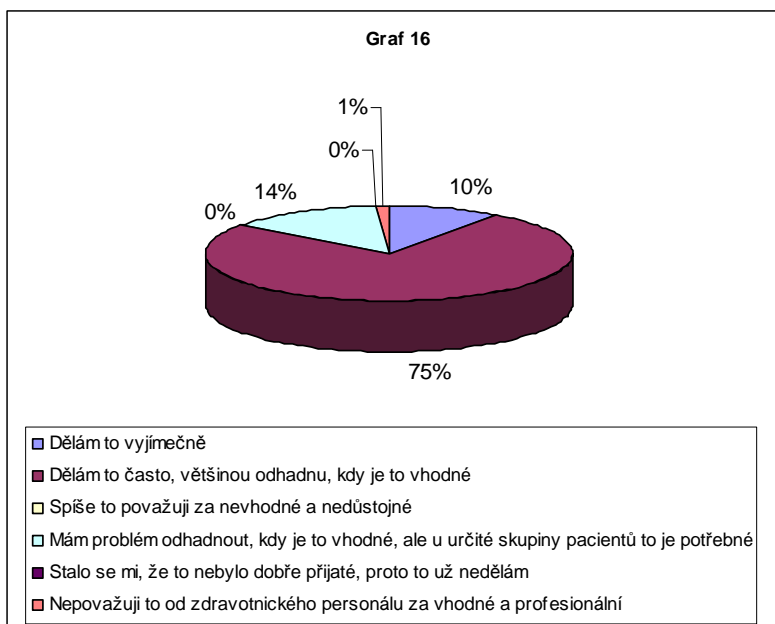
bylo na JIP (viz tab.16, s.116). Obecně problém spatřuji v tom, že některé zdravotní sestry se necítí jako rovnocenní partneři lékařů v péči o pacienty a nemají odvahu lékaři oponovat. Myslím si, že každý člen ošetrovatelského týmu má právo i povinnost se pacienta zastat, jeli proti němu použito nevhodného chování.

Otázka 15: Přemýšlím o proběhlém rozhovoru s pacienty seniory mimo pracovní dobu:



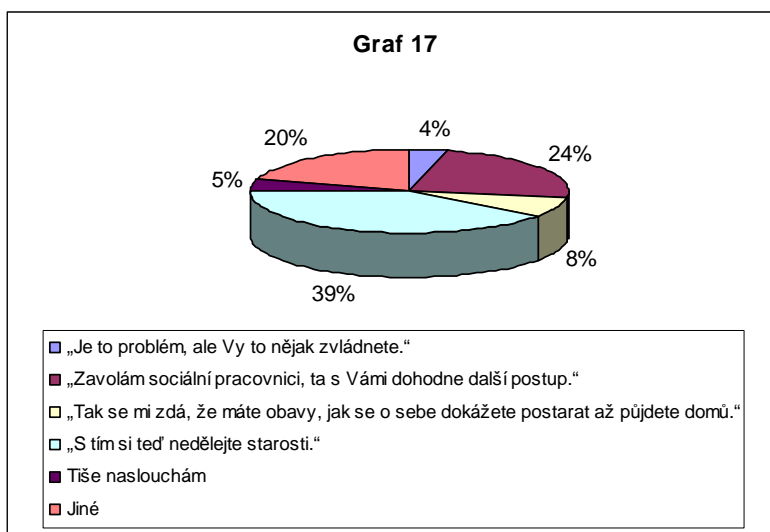
Komentář: V této otázce zjišťuji, jak rozhovor s pacientem seniorem na ošetrovatelský personál působí. Celkem 43% respondentů uvedlo, že se jim stalo několikrát za život, aby přemýšleli o proběhlém rozhovoru. Téměř stejný počet respondentů (42%) označilo, že v poslední době takovou situaci zažili a 15% respondentů uvedlo, že se jim to nestalo. Těchto 15% bylo především z chirurgického oddělení (viz tab.17, s.117). Výsledky vypovídají, že ošetrovatelský personál je z velké části schopen se vcítit do problémů pacienta a přemýšlí o nich i mimo pracovní dobu.

Otázka 16: Pohladit pacienta seniora či ho vzít za ruku:



Komentář: Zajímalo mě, jak ošetrovatelský personál vnímá, a jak často zařazuje do komunikace s pacienty seniory dotekový kontakt. Z výsledků lze zhodnotit, že 75% často pacienta seniora pohladí či vezme za ruku, a také odhadne, kdy je to vhodné. 14% respondentů má problém odhadnout, kdy je to vhodné a 1% to nepovažuje za vhodné a profesionální (viz tab.18, s.117). Většina personálu si tedy uvědomuje význam dotekového kontaktu a posiluje tím pacientovu důvěru.

Otázka 17: Pacient senior Vám sděluje: „Nevím, co se mnou dál bude po propuštění. Jsem sám a nevím co si počnu.“ Vaše předpokládaná reakce je:

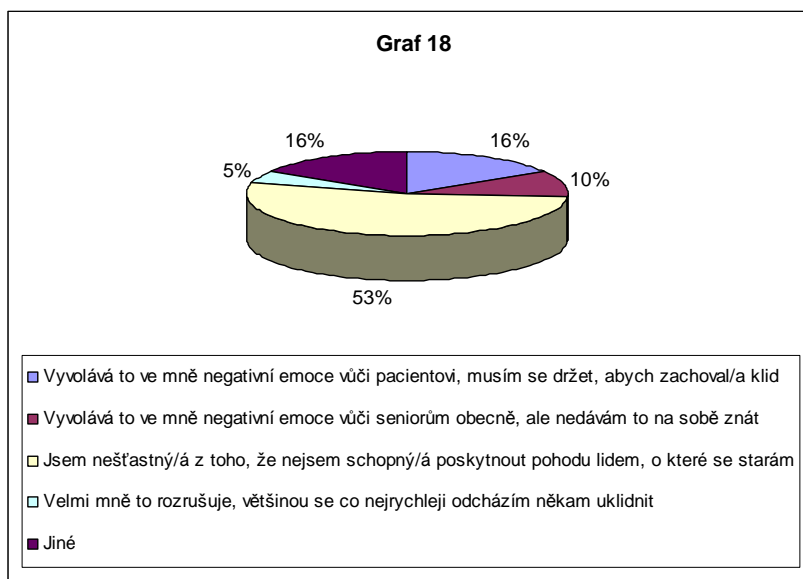


Komentář: Seniorští pacienti mají často problém v oblasti, která nás nemusí v první chvíli napadnout. Jedná se o otázku následné péče po propuštění seniorského pacienta. Hodně těchto pacientů je osamělých a neschopných se o sebe postarat. Z grafu vyplývá, že celkem 39% respondentů z obou pracovišť volí direktivní reakci: „S tím si teď nedělejte starosti.“ Nejčastěji takto odpovídali respondenti z oddělení JIP. Tuto odpověď volila ale také řada respondentů z ostatních oddělení (viz tab.19, s.117). Na oddělení JIP lze tuto reakci vysvětlit tím, že je péče zaměřena na akutní zdravotní stav nemocného. Přesto je ale nezbytné i zde citlivě reagovat a předcházet vzniku stresorů, které zhoršují zdravotní stav nemocného. To platí i pro oddělení ostatní. Je nezbytné, aby seniorští pacienti měli jistotu, co s nimi bude po propuštění. Další výsledky poukazují, že 24% zavolá sociální pracovníci. 20% respondentů zaškrtnulo položku „jiné“, ve které byly nejčastější odpovědi:

- „Nabídnu kontakty na sociální pracovníci, pečovatelskou službu“ (8x)
- „Vysvětlím možnosti a nabídnu řešení“ (3x)
- „Promluví s rodinou“ (5x)

8% respondentů reflektuje sdělení nemocného a snaží se rozvést na toto téma rozhovor, 5% pouze naslouchá a 4% respondentů problém nezajímá.

Otázka 18: Projevuje-li seniorský pacient známky akutní zmatenosti, dezorientace či agresivity:



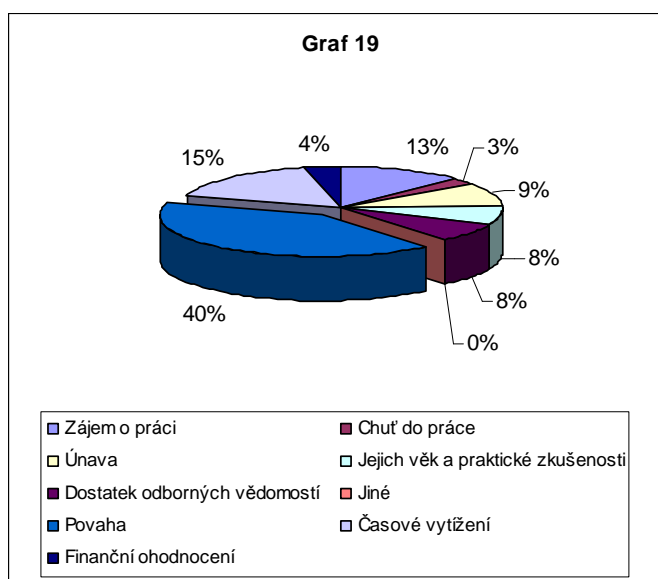
Komentář: U pacienta seniora často vzniká maladaptivní reakce na hospitalizaci. Tato otázka zjišťuje, jak ošetrovatelský personál tyto reakce pacienta vnímá. 53% respondentů je nešťastných z toho, že nejsou schopní poskytnout pohodu lidem, o které se starají. 16% respondentů uvedlo, že to v nich vyvolává negativní emoce vůči pacientovi a musím se držet, aby zachovali klid. Zde byly nejčastější odpovědi na oddělení JIP (viz tab.20, s.117).

16% zaškrtno položku „jiné“, do které zapsali odpovědi:

- „Zavolám lékaře“ (6x)
- „Snažím se pacienta uklidnit“ (3x)
- „Je to součástí mé práce a nevadí mi to“ (2x)
- „Je to přirozené, nevyvolává to ve mně negativní emoce“ (2x)

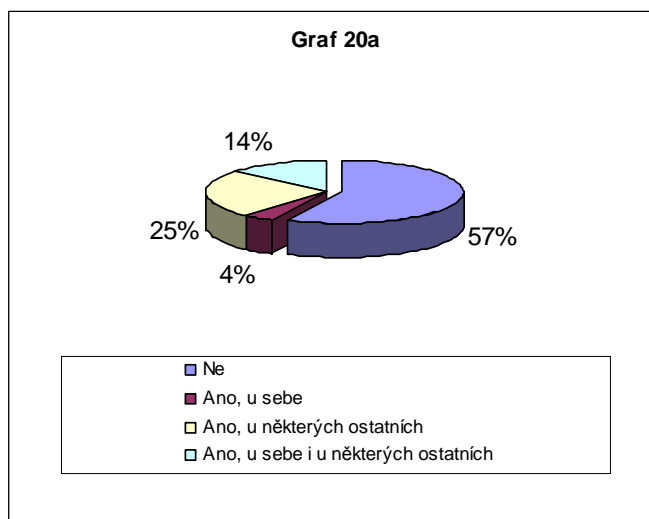
U 10% respondentů to vyvolává negativní emoce vůči seniorům obecně, ale nedává to na sobě znát. 5% respondentů to velmi rozrušuje a odchází se někam uklidnit. Myslím, že většina zdravotníků chápe problematiku maladaptace, ale má problém se s tímto chováním a jednáním pacienta vyrovnat.

Otázka 19: Co si myslíte, že ovlivňuje sestry v komunikaci s pacienty seniory nejvíce?



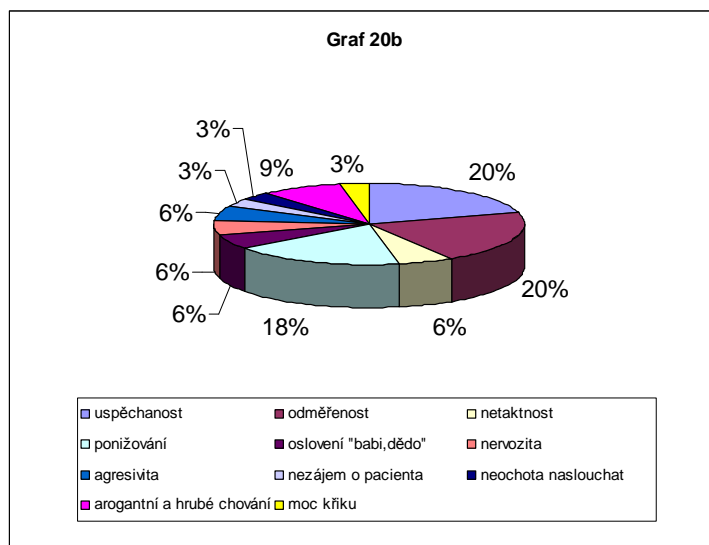
Komentář: Předpokládal jsem vyšší procento odpovědí: „časové vytížení“ (15%). Respondenti ale ze 40% označili „povaha“. Povaha člověka z velké části komunikaci ovlivňuje, a z grafu 19 vyplývá, že odborné vědomosti ani finanční ohodnocení nejsou v otázce přístupu ke komunikaci s pacienty seniory prioritou (viz tab.21, s.118).

Otázka 20: Pozorujete u sebe nebo u ostatních sester známky nevhodného chování vůči pacientům seniorům?



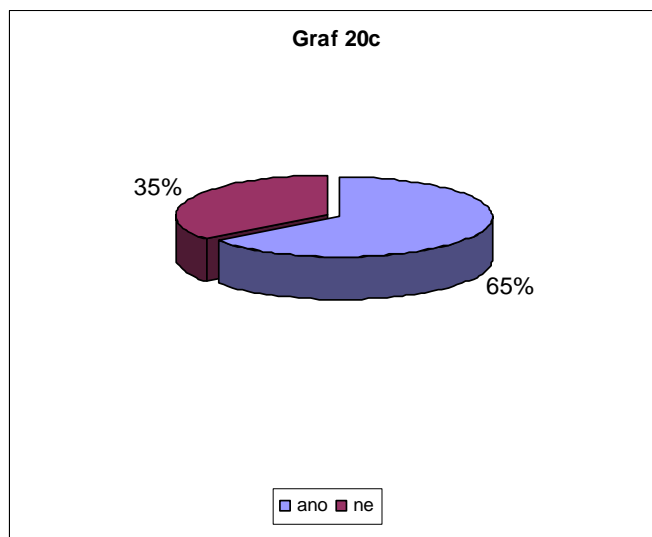
Komentář: V otázce č.8, s.41 jsem zjišťoval přístup všech pracovníků k pacientům seniorům na jednotlivých odděleních. Graf 20a-20d je hodnocen nevhodný přístup vůči pacientům seniorům ze strany sester. V grafu 20a je znázorněno, že 57% respondentů nepozoruje známky nevhodného chování k pacientům seniorům. 43% sebekriticky označilo nevhodné chování buď u sebe nebo u ostatních sester (viz tab.22, s.118).

Podotázka: Pokud ano, jak se projevuje?



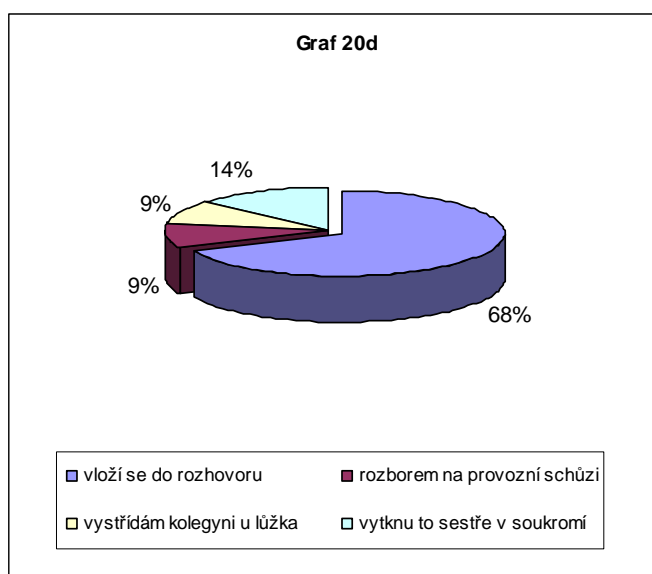
Komentář: Celkem na tuto podotázku odpovědělo 34 respondentů, což je 43%. Nejvíce odpovědí bylo z oddělení JIP (viz tab.22, s.118). Respondenti jmenovali: „odměřenost“, „úspěchanost“, „ponižování“, „agresivitu“, „arogantní a hrubé chování“, „nervozitu“.

Podotázka: Pokud ano, reagujete Vy nebo někdo jiný proti takovému nevhodnému chování?



Komentář: V této podotázce zjišťuji, že ze 34 respondentů bude 65% (22 respondentů) reagovat proti takovému chování a 35% (12 respondentů) nebude (viz tab.22, s.118).

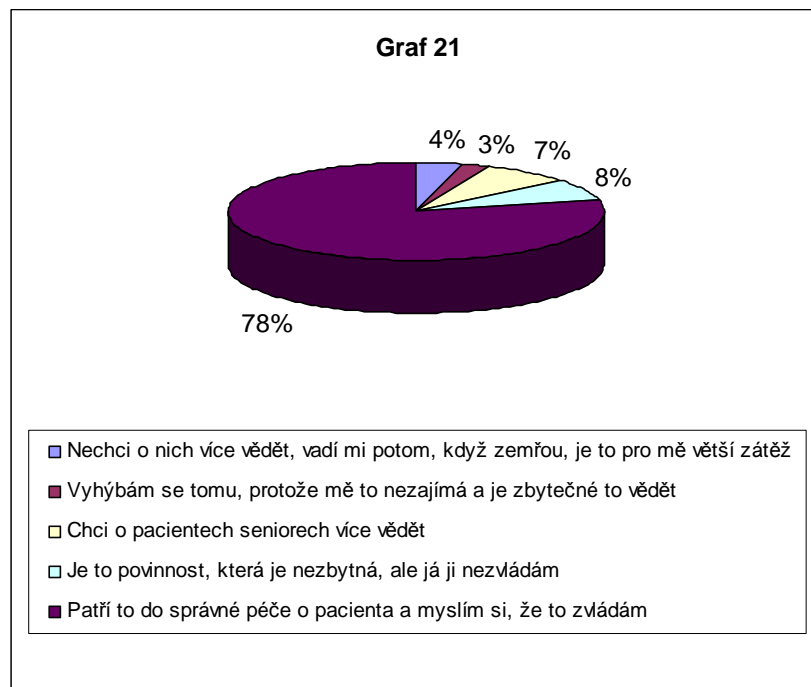
Podotázka: Jak reagujete? (např.vložíte se do rozhovoru a dokončíte dialog, řeknete sestře, že takto se chovat nemůže...)



Komentář: Celkem z 22 respondentů se 68% vloží do rozhovoru, 14% to vytkne sestře v soukromí, 9% vystřídá kolegyni u lůžka a 9% se bude problémem zabývat na provozní schůzi (viz tab.22, s.118).

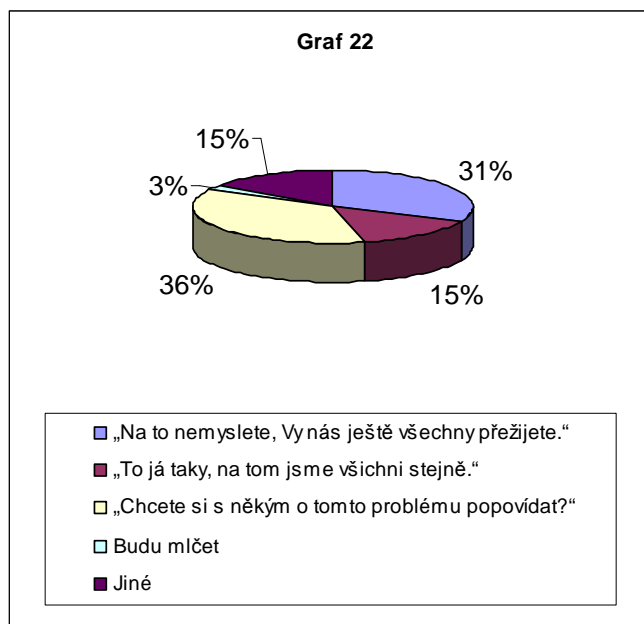
Z odpovědí na tuto otázku lze shrnout, že ti, kteří jsou svědky nevhodného chování vůči pacientům seniorům proti takovému jednání vystoupí. Očekával jsem spíše odpovědi typu nevhodného oslovení „babi“, „dědo“, ale je patrné, že známky nevhodného chování k pacientům seniorům jsou vážnějšího charakteru, a stojí za to se jim věnovat v samostatném výzkumu, zaměřeného na tuto oblast.

Otázka 21: Někteří pacienti senioři, kteří jsou v nemocnici dlouho nebo jsou závažně nemocní, sdělují informace ze svého života, které jsou více osobní.



Komentář: Seniorští pacienti, kteří jsou těžce nemocní často hledají oporu v nás zdravotnicích. V této otázce zjišťuji, že 78% ošetrovatelského personálu nemocným seniorům naslouchá a nevadí jim, pokud pacienti senioři sdělují informace ze svého života (viz tab.23, s.118).

Otázka 22: Pacient senior Vám sděluje: „Bojím se, že umřu.“ Jaká bude Vaše předpokládaná reakce?

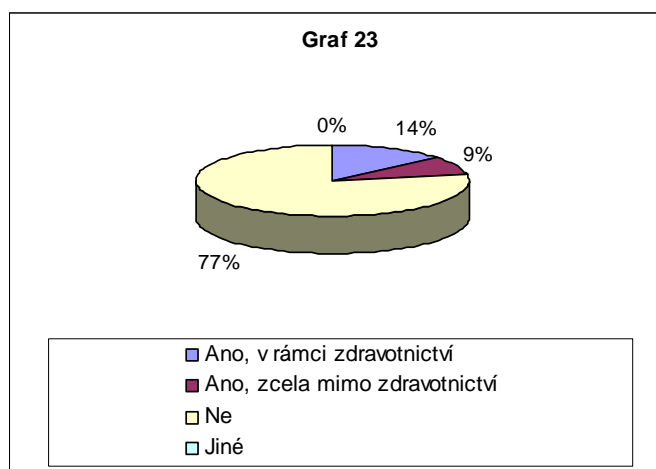


Komentář: Z odpovědí vyplývá, že tato oblast je na komunikaci dosti obtížná. Celkem 36% (viz tab.24, s.119) si bude chtít s nemocným na toto téma popovídat, ale také 31% nebude akceptovat sdělení pacienta a odpoví frází: „*Na to nemyslete, Vy nás ještě všechny přežijete.*“ 15% respondentů odpovědělo podobnou frází „*To já taky, na tom jsme všichni stejně.*“ Myslím si, že v těchto odpovědích je určitá míra nepochopení pacienta a nedostatku empatie. 3% respondentů zvolilo jako reakci *mlčení*. Tato reakce má pozitivní účinky, je-li použita terapeuticky. Mlčením můžeme pacientovi nechávat prostor pro vyjádření svých emocí a obav. 15% respondentů zvolilo otevřenou odpověď „jiné“, do které zapsali:

- „*Chytím pacienta za ruku*“ (4x),
- „*Převerdu řeč na jiné téma*“ (2x)
- „*Neumím reagovat*“ (6x).

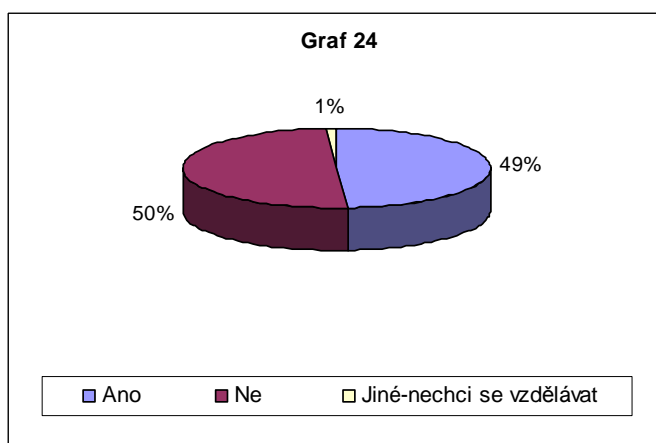
Z těchto odpovědí je vhodné použití neverbální techniky-*haptiky*, kdy tímto přístupem vyjadřujeme emoční blízkost, že „jsme s pacientem“. Podle dalších otevřených odpovědí, šest respondentů neumí reagovat, což ukazuje potřebu dalšího vzdělávání v oblasti komunikace s pacienty seniory a dva respondenti nechají pacienta seniora v nejistotě a převerdou řeč na jiné téma.

Otázka 23: Plánujete změnu pracovního místa do jednoho roku?



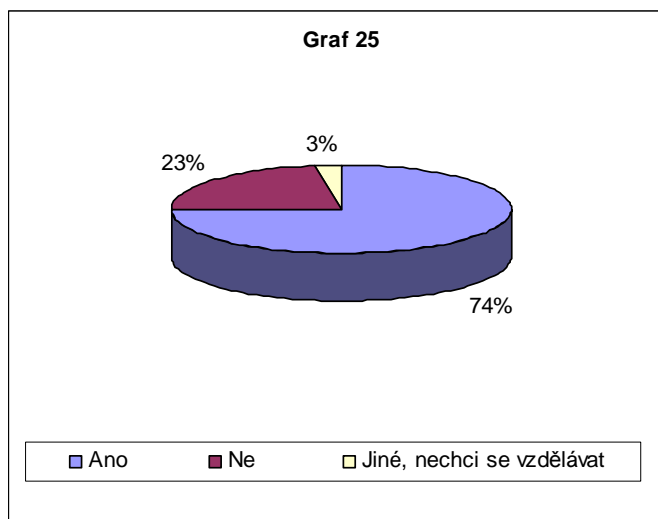
Komentář: Většina ošetrovatelského personálu (77%) neplánuje změnu svého zaměstnání a chce zůstat na svém pracovišti. Někteří respondenti chtějí odejít, ale zůstat ve zdravotnickém oboru (14%) a 9% chce odejít a hledat práci zcela mimo zdravotnictví (viz tab.25, s.119).

Otázka 24: Měl/a jste nebo máte možnost se dále vzdělávat ve svých komunikačních dovednostech?



Komentář: Takto vyrovnanou odpověď respondentů jsem nečekal. Spíše jsem předpokládal větší procento kladných odpovědí kvůli tomu, že je již zaveden systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků a možnosti získat komunikační dovednosti jsou tím vyšší. 1% se vzdělávat nechce, což v dnešní době je nepřijatelný postoj, chceme-li zvyšovat prestiž zdravotnického povolání (viz tab.26, s.119).

Otázka 25: Pokud by se naskytla příležitost takového vzdělávání nebo kursu navštěvovala byste ho?



Komentář: Graf 25 vypovídá o pozitivním přístupu ošetrovatelského personálu ke vzdělávání. Budou-li mít možnost, tak se z 74% účastní kursu, který bude zaměřen na výuku komunikačních dovedností (viz tab.27, s.119).

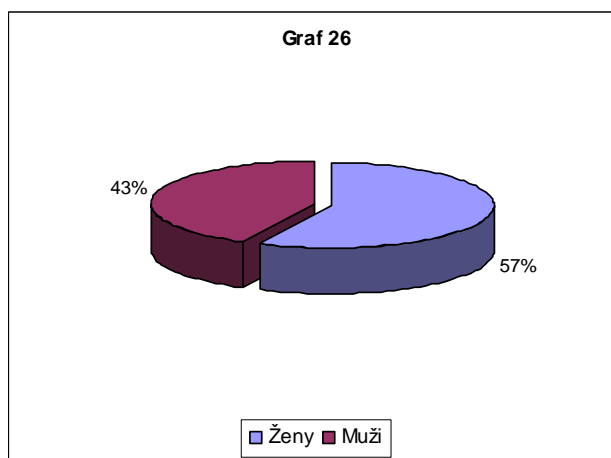
Otázka 26: Jaké komunikační dovednosti byste si přál zdokonalit?

- *komunikace s agresivním pacientem*
- *komunikace s pacienty zmatenými a apatickými*
- *cizí jazyk*
- *jak zvládat stres*
- *asertivní chování*
- *kde začíná a končí empatie*
- *jak zvládat nepříjemné otázky*
- *komunikace mezi personálem*
- *komunikace s umírajícím pacientem*
- *komunikace s pacientem v deliriu*
- *komunikace pacienta s handicapem*
- *znaková řeč*
- *jak komunikovat s pacientem s alzheimerovou nemocí*
- *komunikace s mentálně postiženým*

Komentář: V této otevřené otázce zdravotníci dopsali okruhy v komunikaci, které chtějí zlepšit. Nejvíce se chtějí naučit hovořit s *pacienty zmatenými, apatickými a s umírajícími*. Často zmiňovali oblast *jak zvládat stres, asertivní chování, nebo kde začíná a končí empatie*. Dle výsledků si zdravotníci uvědomují potřebu dalšího vzdělávání (viz tab.28, s.119).

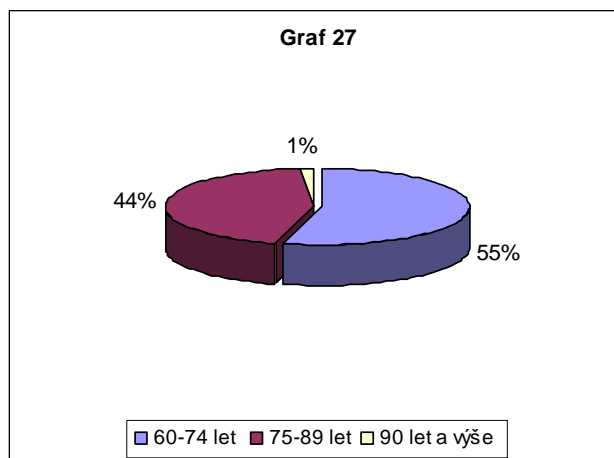
c) Vyhodnocení dotazníku pro hospitalizované seniory - anamnestická část

Otázka 1: Pohlaví respondentů:



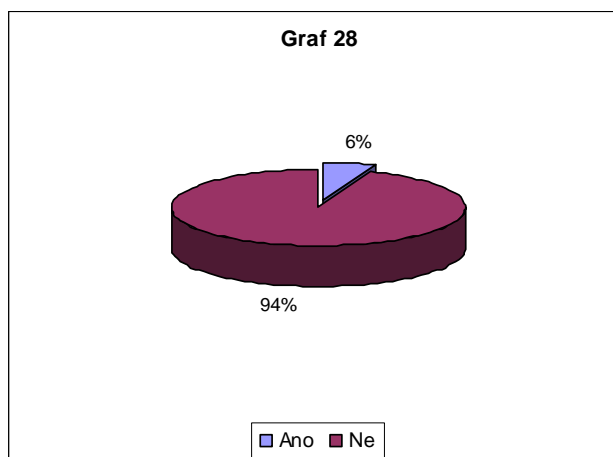
Komentář: Z celkového počtu 70 respondentů bylo 57% žen a 43% mužů (viz tab.30, s.120).

Otázka 2: Věk respondentů:



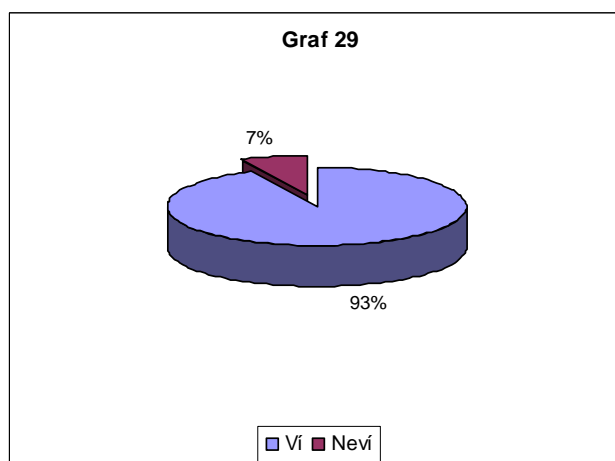
Komentář: Dle věkového rozdělení převládali z 55% pacienti senioři ve věku 60-74let (viz tab.31, s.120).

Otázka 3: Jste hospitalizován/a poprvé?



Komentář: Potvrdil se předpoklad, že většina hospitalizovaných seniorů není hospitalizována poprvé a má již zkušenosti s nemocničním prostředím (viz tab.32, s.120).

Otázka 4: Na jakém oddělení nyní ležíte?

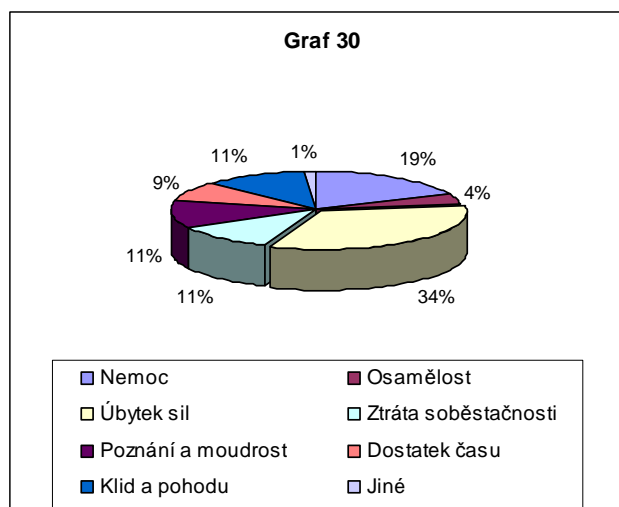


Komentář: Otázkou zjišťuji, jak jsou pacienti senioři orientováni místem. Celkem 93% dokázalo správně odpovědět, na jakém oddělení jsou hospitalizováni. 7% mělo problém určit místo svého pobytu. Tento problém byl na oddělení JIP a následné péče (viz tab.33, s.120).

Usuzuji, že ošetrovatelský personál se musí více snažit pacienta udržovat orientovaného a předcházet tak projevům maladaptace.

d) Vyhodnocení dotazníku pro hospitalizované seniory - výzkumná část

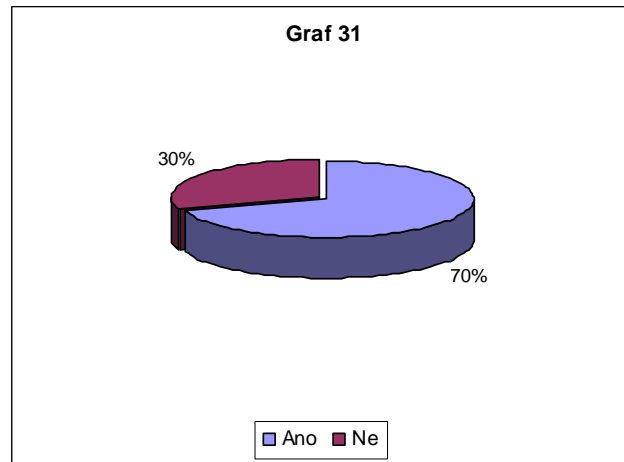
Otázka 5: S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:



Komentář: Tato otázka koresponduje s otázkou č.6 pro ošetřovatelský personál (graf 7, s. 38). Porovnáme-li oba grafy zjistíme, že pacienti senioři i ošetřovatelský personál vnímají stáří nejvíce jako „úbytek sil“. Oproti zdravotníkům, kteří na druhém místě označili „poznání a moudrost“ je u pacientů seniorů častější odpověď „nemoc“ (viz tab.34, s.120).

Ukazuje se, že pohled na stáří je u pacientů seniorů ovlivněn jejich současnými zdravotními problémy, což sdělovali i při osobním pohovoru. Pod položkou „jiné“ jeden pacient dopsal odpověď: „Nejistá budoucnost“. Znamky nejistoty co bude s nimi dál, tedy pacienty seniory také trápí.

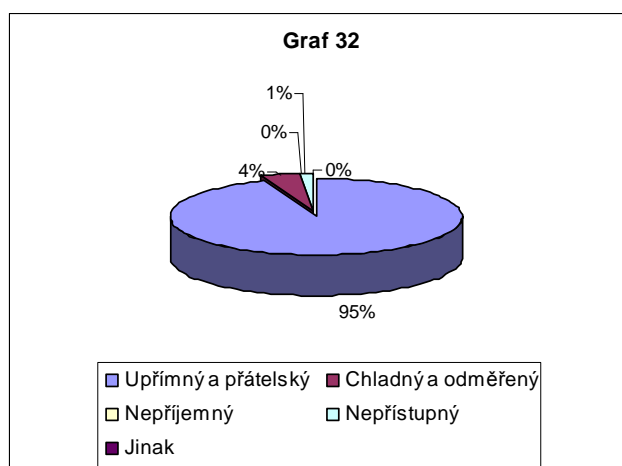
Otázka 6: V průběhu hospitalizace o Vás pečuje více sester. Víte vždy, na kterou sestru se máte obracet?



Komentář: Lze zhodnotit, že většina respondentů ví, na kterou sestru se má obrátit, bude-li mít nějaký problém. Tento výsledek mě mile překvapil, protože jsem očekával více negativních odpovědí. Na všech odděleních (vyjma oddělení JIP, pracoviště A), totiž stále přetrvává funkční systém ošetrovatelské péče, a tím i menší možnost získat z pohledu pacienta přehled o tom, na kterou sestru se má v případě potřeby obrátit. 30% respondentů neví, na kterou sestru se má obracet (viz tab.35, s.120).

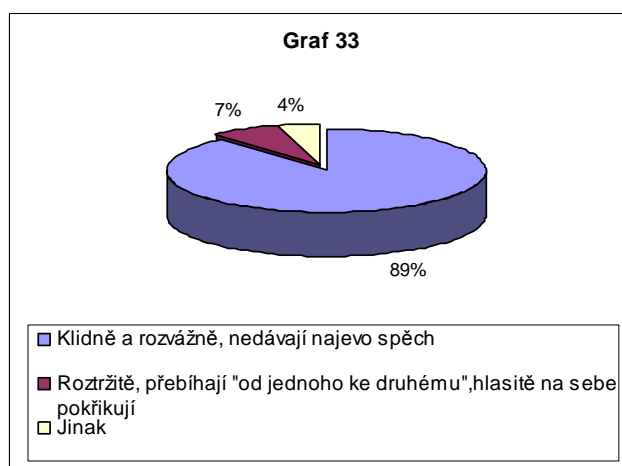
Tito respondenti jsou ze všech oddělení, kde výzkum probíhal, ale také z oddělení JIP pracoviště A, kde je zaveden systém péče skupinové, a pacienta má na starosti vždy konkrétní sestra.

Otázka 7: Přístup sester k Vám vnímáte jako:



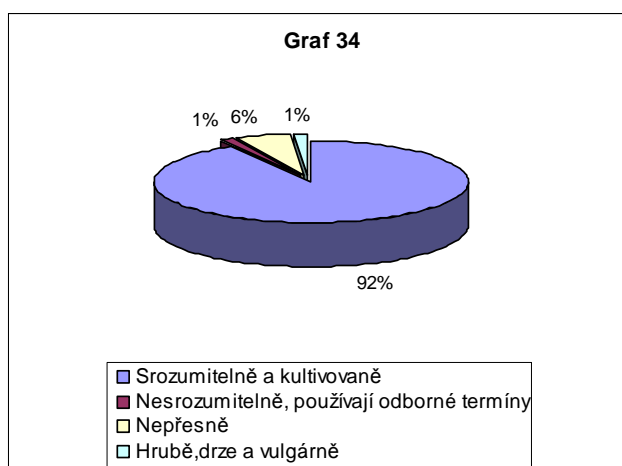
Komentář: Tato otázka souvisí s otázkou č.7 pro ošetřovatelský personál (graf 8a-8d, s.39-40). Otázka i odpovědi pro pacienty seniory jsou položeny ve zjednodušené formě. Z odpovědí je zřejmé, že pacienti senioři vnímají z velké většiny přístup sester jako „*upřímný a přátelský*“ (viz tab.36, s.120). Porovnáním výsledků lze zhodnotit, že ošetřovatelský personál byl v přístupu k pacientům ze svého pohledu více kritický, než zhodnotili pacienti. Zjištěný výsledek mohl být částečně ovlivněn tím, že zde nejsou započítáni pacienti senioři z pracoviště B, oddělení JIP, kteří nebyli schopni dotazníky vyplnit, vzhledem k svému vážnému zdravotnímu stavu.

Otázka 8: Sestry na Vás působí:



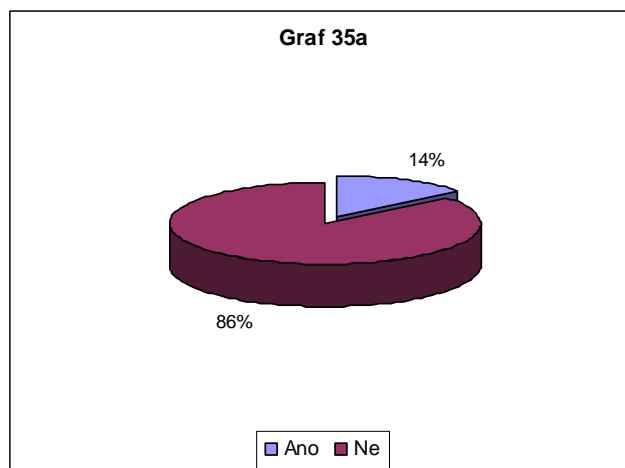
Komentář: Nedostatek času v ošetřovatelské praxi je tíživý problém a je důležité si uvědomit, jak naše jednání pacienti vnímají. 89% pacientů seniorů uvedlo, že sestry na ně působí: „*klidně a rozvážně, nedávají najevo spěch*“, což považují za velmi pozitivní výsledek. 7% je „*roztržitých*“ a v odpovědi „*jinak*“ celkem 3 respondenti odpověděli: „*dle nálady sestry*“ (viz tab.37, s.121).

Otázka 9: Sestry se při rozhovoru s Vámi vyjadřují:



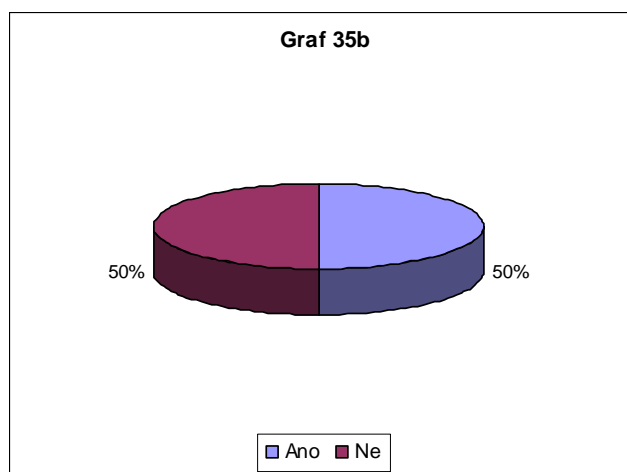
Komentář: Při komunikaci s pacienty seniory je obzvláště důležité vysvětlit všechny informace vhodnou formou, respektovat zpomalení seniora a ověřit si komunikační bariéry. (poruchy zraku, sluchu) Velká většina (92%) respondentů zhodnotila, že s nimi sestry hovoří srozumitelně a kultivovaně. 6% hodnotilo, že dostávají nepřesné informace. 1% hodnotí přístup jako hrubý, drzý a vulgární. 1% uvedlo přístup nesrozumitelný s použitím odborných termínů (viz tab.38, s.121).

Otázka 10: Sdělují sestry při předávání služby informace o Vás v přítomnosti ostatních pacientů?



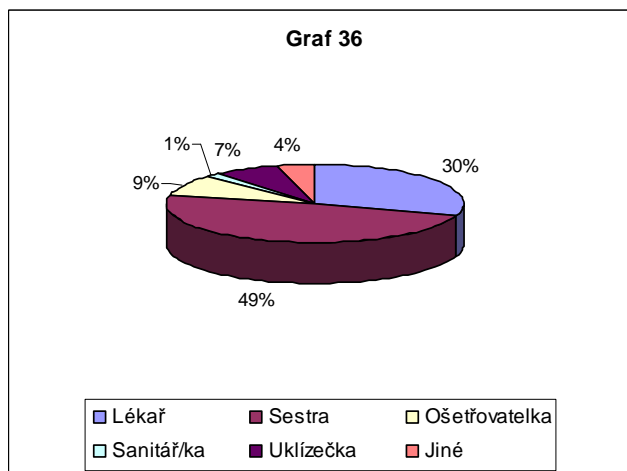
Komentář: Práva pacientů (viz příloha 1, s.91) řeší také otázku, že pacient má právo, aby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. V tomto případě výsledky z 86% vypovídají o tom, že sestry dbají na soukromí pacienta a informace v přítomnosti ostatních pacientů nesdělují. Ze 14% nejvíce odpovědí „ano“ bylo na JIP, kde předávání služby u lůžka bývá nutností (viz tab.39, s.121). Zachovávat soukromí pacienta je ale nezbytné i zde.

Podotázka: Pokud ano, vadí Vám to?



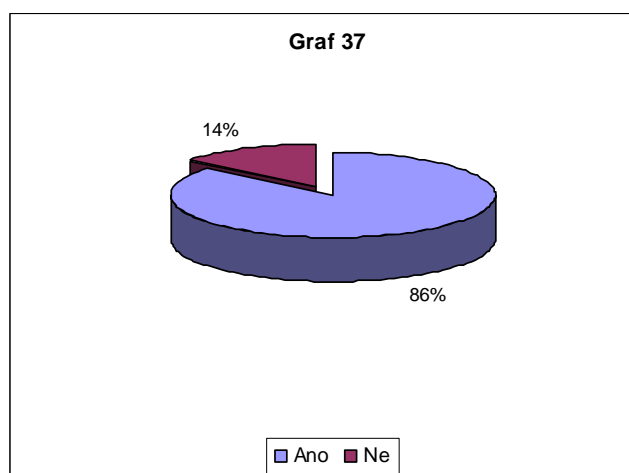
Komentář: Z výsledků vyplývá, že 50% respondentů si nepřeje sdělovat informace o sobě před ostatními pacienty (viz tab.39, s.121).

Otázka 11: Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejčastěji povídá?



Komentář: Dle předpokladu si nejčastěji s pacienty seniory povídají sestry a lékaři. 4% respondentů nedokázala jednoznačně odpovědět a pod položkou „jiné“ označila: „všichni“. Poměrně často byly zmiňovány uklízečky, které také přicházejí do kontaktu s nemocnými a dokáží při tom s nemocným vést neformální rozhovor (viz tab.40, s.121).

Otázka 12: Když s Vámi sestry hovoří, chápete všechny informace?



Komentář: Důležité je, aby si sestry zpětnou vazbou ověřily, zda podané informace pacient senior správně pochopil. 86% respondentů chápe informace, které jim sestra sděluje (viz tab.41, s.121).

Podotázka: Pokud nechápete, tak co a proč?

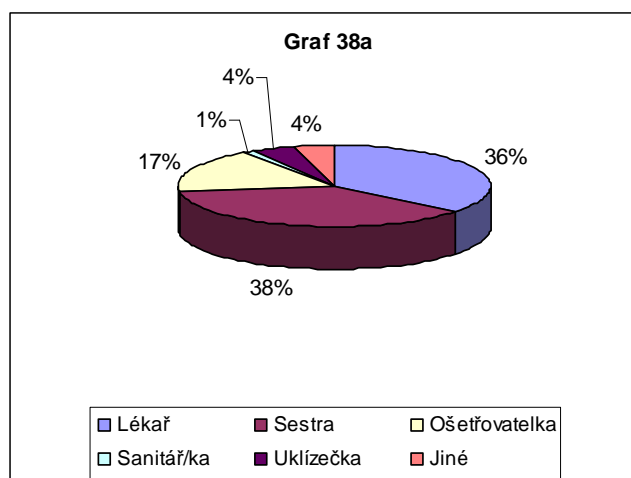
Komentář: V této otevřené podotázce měli hospitalizovaní senioři možnost sami doplnit, s čím mají konkrétní problém v komunikaci se sestrami. Celkem odpovědělo 13 respondentů (viz tab.41, s.121).

Citované odpovědi:

- „Používají odborné výrazy.“ (3x)
- „Nevím, proč musím na vyšetření.“ (2x)
- „Špatně podaná informace.“ (3x)
- „Příliš obecně mluví o mé léčbě.“ (2x)
- „Nevím, co se mnou bude dál, ale nechci se zeptat, abych nevypadal jako blbec.“ (1x)
- „Mluví příliš rychle a uspěchaně.“ (2x)

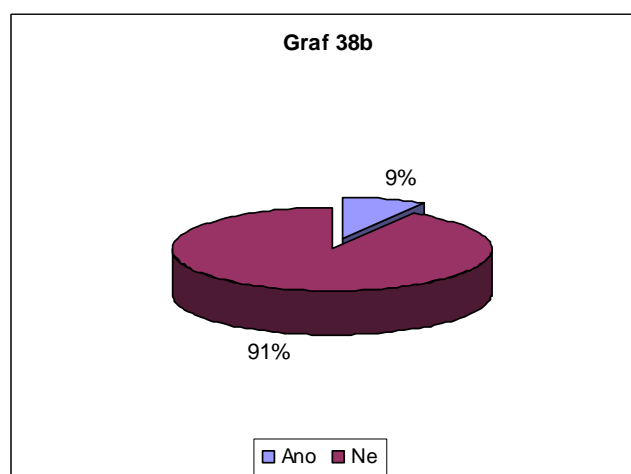
Z odpovědí vyplývá, že je nutné, aby se sestry zaměřily na obsah sdělovaných informací a podávaly je ve srozumitelné formě. Pokud máme pochybnosti, že nemocný něčemu nerozumí, musíme znovu již řečené informace zopakovat nebo je napsat nemocnému na papír.

Otázka 13: Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejlépe popovídá?



Komentář: Výzkum potvrdil, že ne jenom *nejčastěji* (graf 36, s.63), ale také *nejlépe* si s pacienty seniory popovídají sestry a lékaři. Mírně pozadu jsou ošetřovatelky, které ale zase byly zmiňovány častěji než sestry a lékaři na pracovišti B. 3% označila položku „jiné“ a napsala „nevím“ (viz tab.42, s.122).

Podotázka: Je někdo, z výše uvedených, s kým si dobře nepohovoříte?



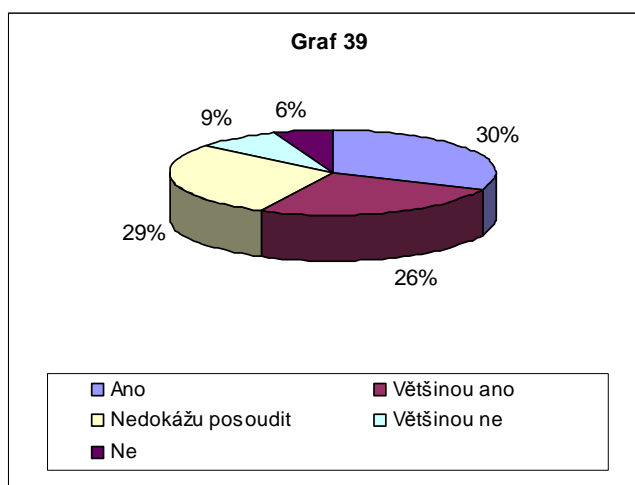
Komentář: 91% je spokojeno s komunikací a pouze 9% respondentů (6 pacientů seniorů) odpovědělo, že si dobře s někým ze zdravotnického personálu jmenovaného v grafu 38a nepohovoří (viz tab.42, s.122).

Podotázka: Pokud ano, proč?

- „Uklízečka - cizinka, nerozumím ji.“ (2x)
- „Sestra - cizinka, nerozumím ji.“ (1x)
- „Lékař - arogantní přístup - jeden doktor řekl, že mi uřikl žlučník a odešel.“ (1x)
- „Lékař - neochota naslouchat.“ (1x)
- „Sestra - neochota naslouchat.“ (1x)

Komentář: Celkem odpovědělo 6 respondentů. Odpovědi deklarují, jak je pro hospitalizovaného seniora důležité aktivní naslouchání a projevení zájmu o pacienta. Druhý problém je ve srozumitelnosti sdělovaných informací personálem, který není české státní příslušnosti, a kterému pacienti senioři nerozumí. Zde je nezbytná dostatečná jazyková průprava zdravotnického personálu.

Otázka 14: Poznají sestry Vaše obtíže, aniž by se Vás na to zeptaly? (např.: máte-li bolesti, strach, úzkost?)



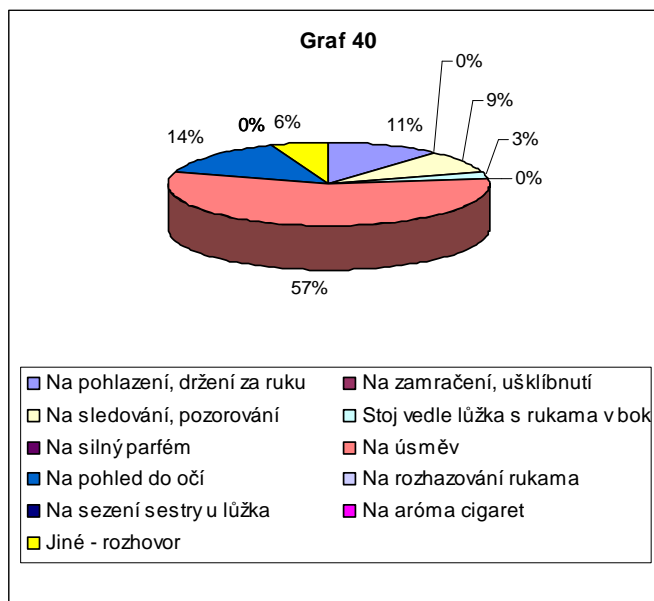
Komentář: Tato otázka souvisí s otázkou č.13 pro ošetrovatelský personál (graf 13, s.45), ve které se zdravotníci nejvíce vyjádřili, že *si občas všimnou* rozporu mezi verbální a neverbální složkou u pacientů seniorů. Graf 39 ukazuje z pohledu seniorských pacientů, že sestry jsou většinou schopné poznat jejich obtíže, ale 29% pacientů to nedokáže posoudit (viz tab.43, s.122).

Otázka 15: Čeho si v chování sester nejvíce vážíte?

- „Obětavosti“
- „Soucitu“
- „Pracovitosti“
- „Ochota naslouchat“
- „Porozumění“
- „Profesionalitu“

Komentář: Respondenti u této otázky mohli zapsat více odpovědí. V této otevřené otázce pacienti senioři nejčastěji uvedli „obětavost“, s jakou vykonávají svojí práci (viz tab.44, s.122).

Otázka 16: Představte si, že si s Vámi přišla popovídat sestra. Na co si po jejím odchodu nejvíce pamatujete?

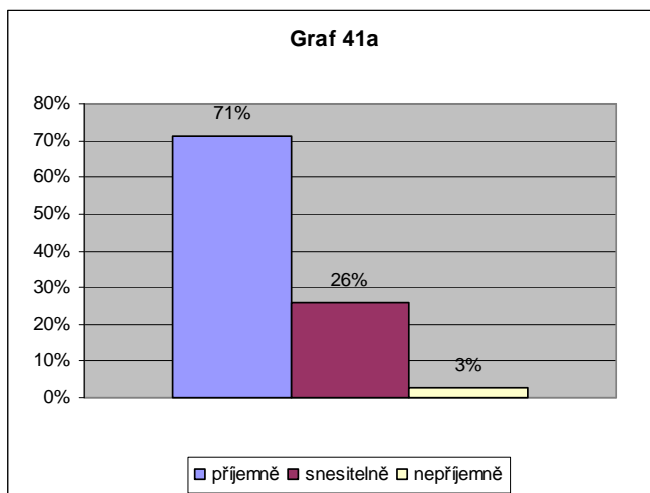


Komentář: V této otázce zjišťuji, která z vyjmenovaných oblastí na pacienta seniora nejvíce zapůsobí. Z výsledků vítězí „úsměv“ (viz tab.45, s.122). V dnešní době se stále zvyšují požadavky na práci zdravotních sester, které mohou být unavené, stresované a neustále zaneprázdněné. Přesto je důležité vědět, že úsměv léčí, což platí dvojnásob u seniorských pacientů. Pod položkou „jiné“, se v 6% pacienti senioři vyjádřili, že nejvíce budou myslet na *rozhovor* se sestrou.

Otázka 17: Jak na Vás působí: (u každé položky pacienti zakřížkovali jedno políčko)

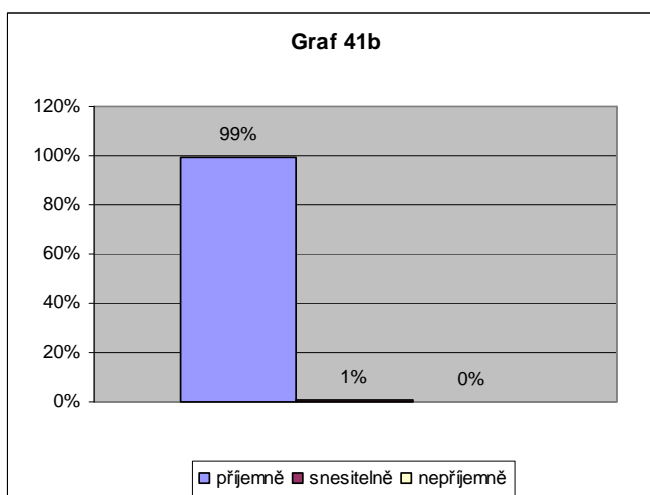
😊 příjemně, 😐 snesitelně, ☹️ nepříjemně

Pohlazení, držení za ruku



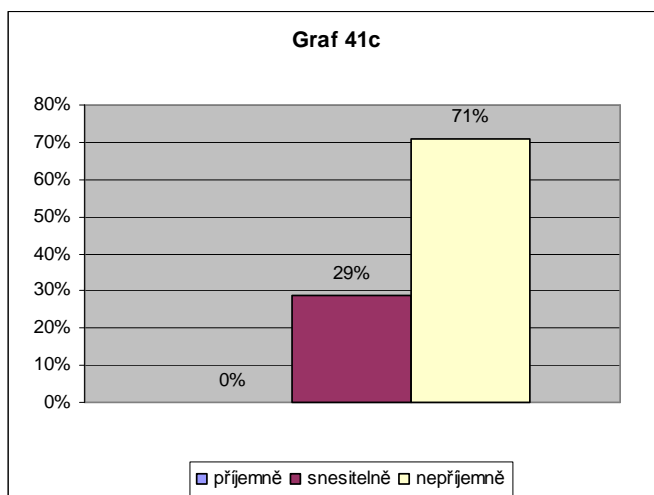
Komentář: Pohlazení a držení za ruku si pacienti senioři velmi cení a vnímají to jako projev souznělosti. Pro 26% je to pouze „snesitelné“, což může být dáno tím, že narušujeme osobní zónu pacienta, a tím, kde a kdy se pacienta seniora dotýkáme. Při vyplňování dotazníků „s mojí pomocí“ pacienti sdělovali, že je sestry pohladí nebo vezmou za ruku poměrně často (viz tab.46, s.123).

Úsměv



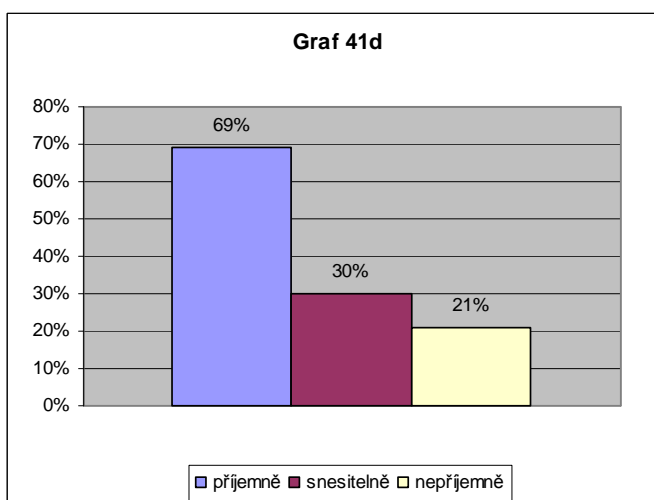
Komentář: S přehledem vítězí úsměv, jehož účinky jsou již zmíněny v ot. č.16, s.67. Pacienti senioři uváděli, že by se na ně sestry mohly usmívat častěji (viz tab.46, s.123).

Zamračení, ušklíbnutí



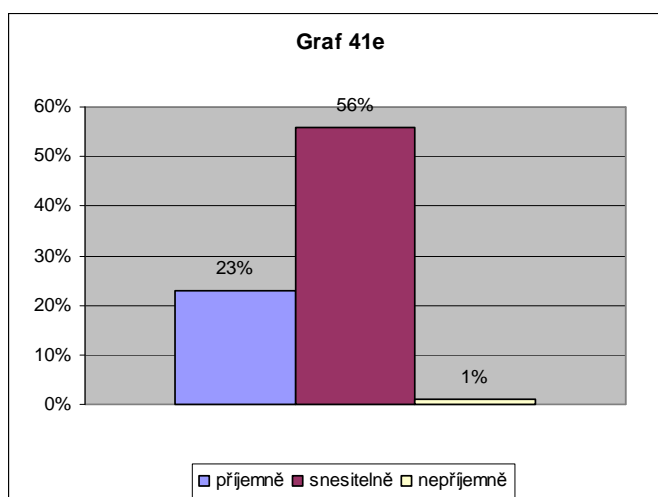
Komentář: Tento neverbální projev je vnímán ve velké většině negativně. Proto by sestry měly vědět, že tím, jak se tváří ovlivňují celkovou atmosféru svého okolí, tedy i náladu a chování pacientů. V osobním pohovoru pacienti senioři sdělovali, že jsou sice sestry, které se na ně mračí, ale většinou je omlouvali, že jsou unavené a je jich málo (viz tab.46, s.123).

Pohled do očí



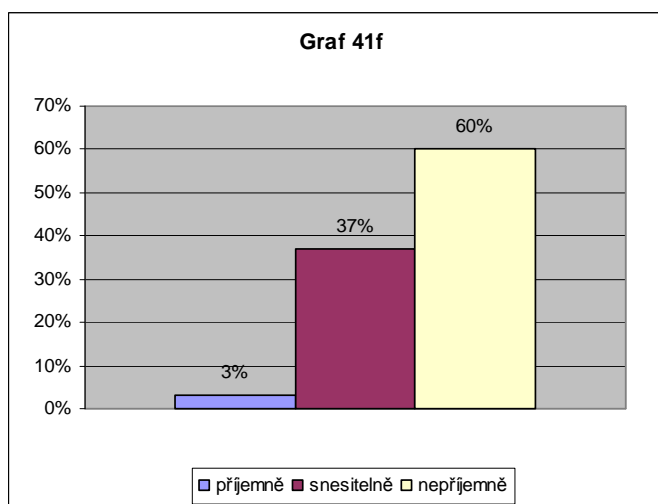
Komentář: Pohled do očí pacienti senioři považují ve většině jako příjemný. Když jsem s pacienty seniory společně vyplňoval dotazníky, často uváděli pohled do očí snesitelný nebo nepříjemný. Popisují, že jim vadí pokud se na ně někdo dívá „shora“, když oni leží na lůžku. Také občas líčili „opovržlivé pohledy“ sester pokud například omylem vylíjí sklenici s čajem nebo omylem zapnou signalizační zařízení (viz tab.46, s.123).

Sledování, pozorování



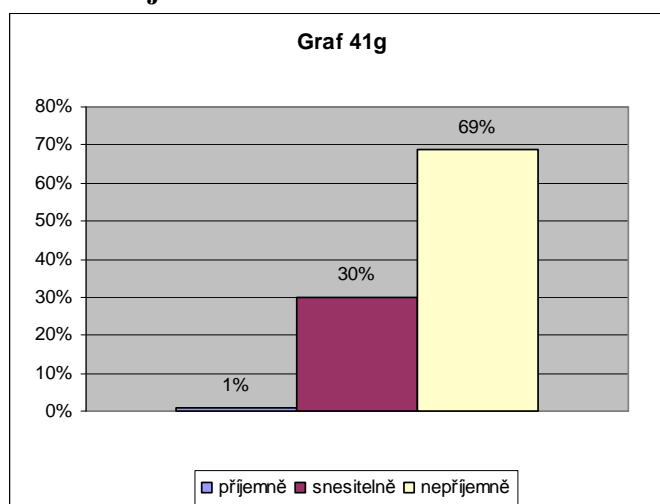
Komentář: Sledování a pozorování není bráno příliš pozitivně. Dle výsledků to považují pacienti senioři ve většině za „snesitelné“. Při vyplňování dotazníků „s mojí pomocí“, pacienti senioři často komentovali sledování a pozorování „snesitelně“ či „nepříjemně“ na oddělení JIP. Důvody vidím v potřebě zvýšeného dohledu nad těmito pacienty, vzhledem k jejich vážnému zdravotnímu stavu. Sestry by měly volit takový způsob pozorování, který nebude pacient vnímat negativně (zaměřením, délkou a úhlem pohledu), (viz tab.46, s.123).

Rozhazování rukama



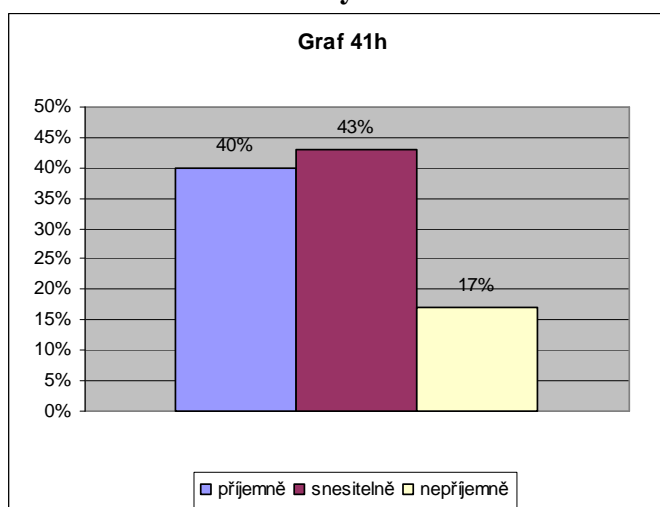
Komentář: Rozhazování rukama je vnímáno ve většině negativně. Problém je, že si tato gesta málokdy uvědomujeme, že je děláme. O to více je potřeba na tyto projevy pamatovat, protože pacienti senioři jsou na ně zvláště citliví. Při pohovoru pacienti senioři uvedli, že se s tím u sester setkali, ale že je to spíše výjimka, podle toho, jakou má která sestra náladu (viz tab.46, s.123).

Stoj vedle lůžka s rukama v bok



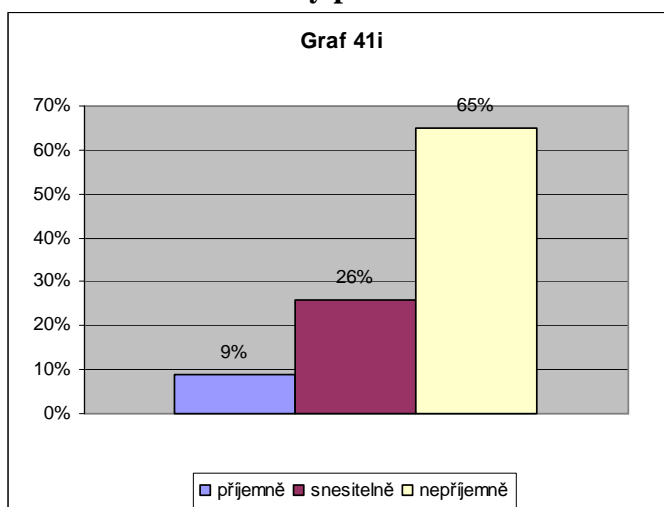
Komentář: Stejně jako graf 41f,s.70, také zde výsledky vypovídají o tom, že *stoj vedle lůžka s rukama v bok* je vnímán nepříjemně. Při vyplňování dotazníků „s mojí pomocí“ pacienti sdělovali, že se s tímto postojem občas setkají, a že se jim to nelíbí. Vidí v tom projev určité nadřazenosti (viz tab.46, s.123).

Sezení sestry u lůžka



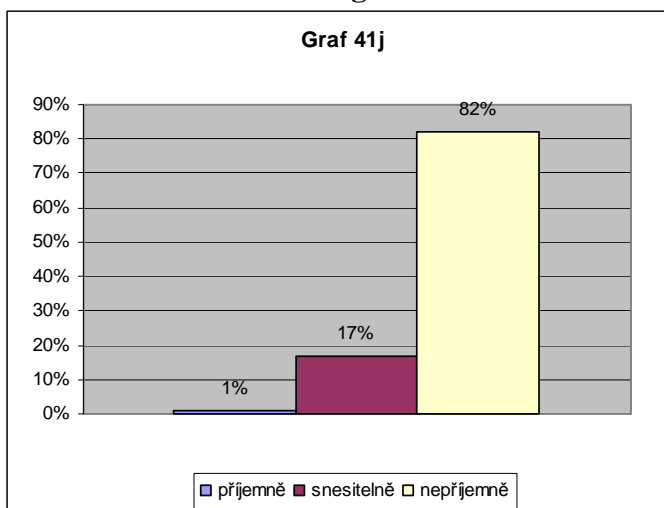
Komentář: Oproti mému předpokladu, že sezení sestry u lůžka bude pro pacienta seniora „příjemné“, nelze toto dle výsledků s určitostí potvrdit. Více respondentů se přiklonilo k odpovědi „snesitelné“. Problém vidím opět v narušení osobní zóny pacienta. Proto bychom se měli vždy pacienta zeptat, smíme-li si k němu přisednout a respektovat jeho nároky. Při vyplňování dotazníků „s mojí pomocí“ mě pacienti senioři také informovali o tom, že problém je spíše, pokud si k nim sestra přisedne na lůžko, než vedle lůžka na židli (viz tab.46, s.123).

Na silný parfém



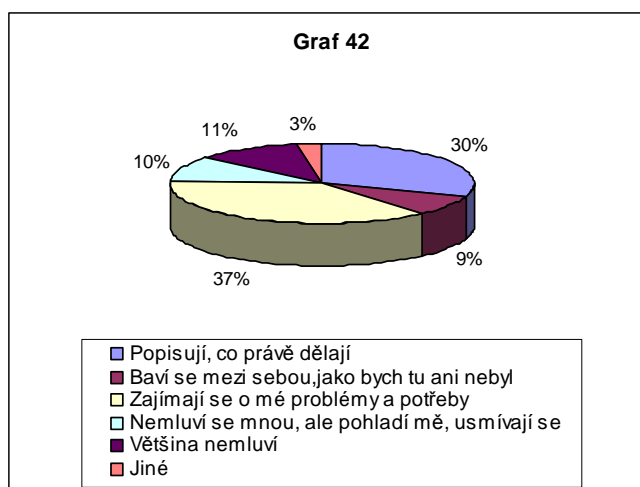
Komentář: S kladným přijetím se nesetkalo použití výrazného parfému, který je z 65% pro pacienty seniory nepříjemný a z 26% snesitelný. Přestože je tedy u sestry úprava zevnějšku důležitá, nic se nesmí přehánět a v tomto případě volit spíše decentnější vůně (viz tab.46, s.123).

Aróma cigaret



Komentář: Zde dle předpokladu většina respondentů odpověděla, že je pro ně aróma cigaret nepříjemné a že ho nesnášejí. Při vyplňování dotazníků „s mojí pomocí“ se občas objevily výtky ze strany pacientů seniorů, kteří sdělovali, že k nim přišla sestra na pokoj a oni cítili, že si byla zrovna zakouřit. Nebylo to pacientům seniorům příjemné (viz tab.46, s.123).

Otázka 18: Když o Vás sestry pečují:



Komentář: Nejvíce odpovědí z obou pracovišť potvrdilo, že se sestry nejvíce při komunikaci s pacienty seniory baví o jejich potřebách a problémech, nebo popisují co právě dělají. Otázka tedy nepřímou potvrzuje odpovědi ošetřovatelského personálu (viz ot.č.11, s.43, 44). 11% respondentů zhodnotilo, že sestry s nimi příliš nemluví a 10% respondentů nemluví, ale pacienta pohladí. 9% respondentů vnímalo, že jsou opomíjeni a sestry se baví pouze mezi sebou. V položce „jiné“ 3% respondentů odpověděla, že s nimi sestry hovoří, a že záleží na situaci o čem bude rozhovor veden (viz tab.47, s.123).

Otázka 19: V čem vidíte možnost zlepšení komunikace sester s Vámi?

Komentář: Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 43% respondentů (30 pacientů seniorů). Za hlavní problém považují „*nefunkční signalizační zařízení*“, které na pokoji buď vůbec nebylo přítomno, nebo nefungovalo (viz tab.48, s.123). Pacienti by tedy rádi viděli zlepšení komunikace se zdravotnickým personálem i z tohoto „technického“ hlediska.

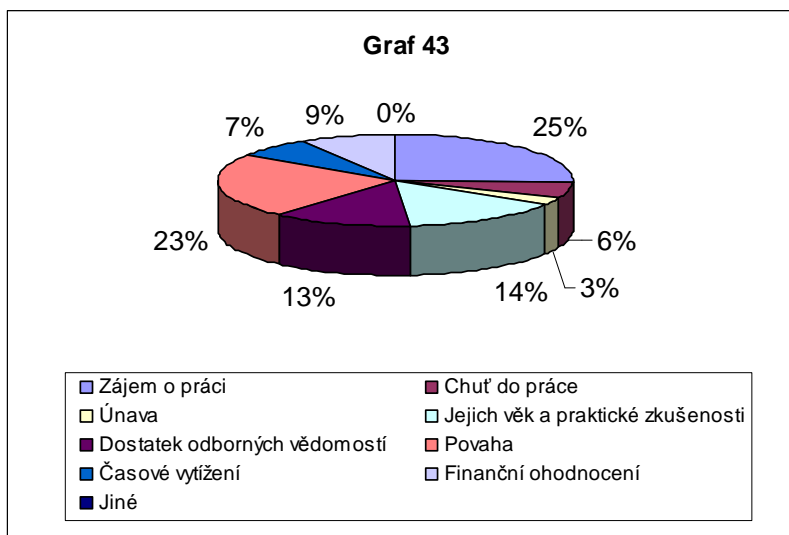
Další častý problém vidí v „*nedostatku času sester*“. Z dalších řečených připomínek pacienti vnímali „*malý zájem sester o potřeby pacientů*“, „*malý počet sester*“ snižující možnost častější komunikace s pacienty a jedna odpověď „*nemám detailnější informace o mém stavu*“. Také se objevila jedna odpověď „*pohoda mezi personálem*“, která dokládá, že naše chování a jednání je pacienty velmi bedlivě sledováno.

Podotázka: Jakých nevhodných projevů jste si všimnul/a?

- „Nestejné chování ke všem pacientům.“
- „Nezdraví.“
- „Nepředstaví se.“
- „Hrubost v manipulaci s pacientem.“
- „Nesdělí, proč jsem nedostal najíst.“
- „Užívají sprostá slova.“
- „Nezájem o práci.“
- „Špatně se vyjadřují.“
- „Náladovost.“
- „Nejsou vstřícné.“

Komentář: Na podotázku odpovědělo 20% respondentů (14 pacientů seniorů). Nejčastěji byl zmiňován problém nestejného chování ke všem pacientům (viz tab.48, s.123).

Otázka 20: Co nejvíce ovlivňuje chování a jednání sester?

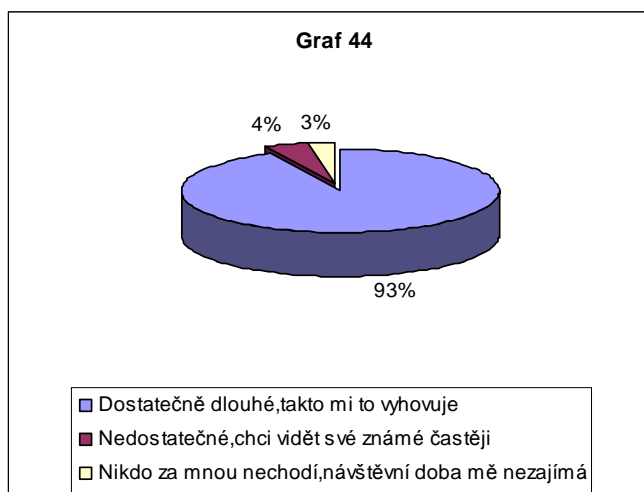


Komentář: Otázka koresponduje s otázkou pro ošetrovatelský personál č.19 (graf19, s.50), ve které bylo nejvíce odpovědí „povaha“. Pacienti seniori označili nejčastěji položku „Zájem o práci“ a odpověď „Povaha“ je na místě druhém (viz tab.49, s.124). Také „Časové vytížení“ zmiňováno pacienty seniory pouze 7%, je oproti 15% odpovědí ošetrovatelského personálu poloviční. Při vyplňování dotazníků *s mojí pomocí* jsem se zajímal, co si pod pojmem „zájem o práci“ představují. Odpovědi byly, jak často za nimi přijde sestra na pokoj,

aniž by plnila pouze medikace lékaře, nebo že tuto práci nemůže přece vykonávat, nebude-li mít o tuto práci zájem.

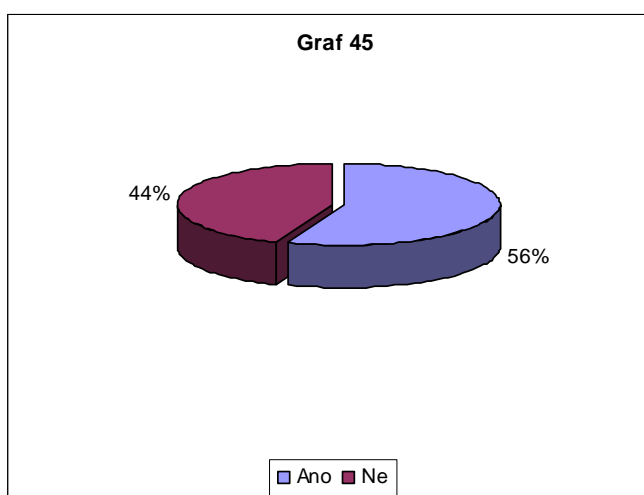
Z výsledků vyplývá, že pacienti senioři nevnímají tolik, jako ošetřovatelský personál časové vytížení, které může ovlivňovat komunikační proces. Pacienti senioři spíše vnímají tento problém zájmem sester o ně samotné.

Otázka 21: Jak hodnotíte návštěvní hodiny na oddělení?



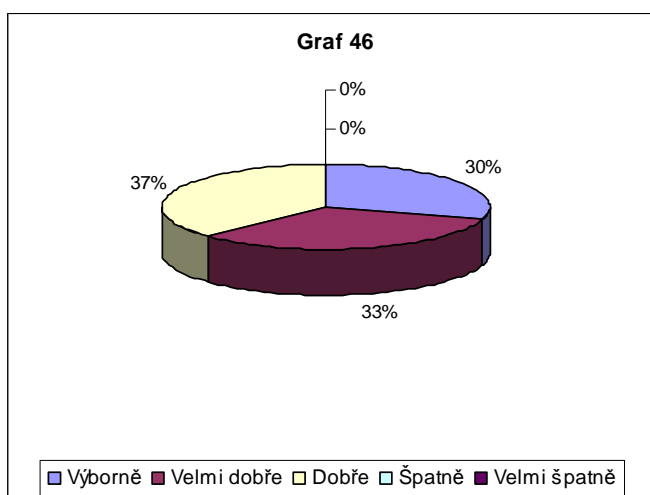
Komentář: Touto otázkou byla zkoumána také problematika sociální izolace seniorů v době hospitalizace. Většina respondentů je s návštěvní dobou spokojena (viz tab.50, s.124).

Otázka 22: Zajímají se sestry o to, co s Vámi bude po propuštění? (např. máte-li se kam vrátit, jste-li soběstačný, jste-li sám.)



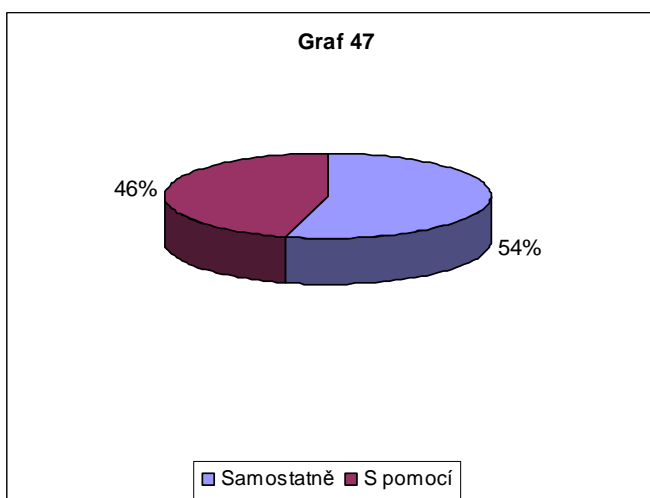
Komentář: Pouze 56% respondentů odpovědělo, že ano (viz tab.51, s.124). Zde vidím rezervy, na které je třeba se v budoucnu zaměřit. Dle pohovorů s pacienty seniory je pro ně velmi stresující pocit nejistoty, co s nimi bude dál.

Otázka 23: Jak celkově hodnotíte komunikaci sester s Vámi?



Komentář: 37% hodnotí pacienti senioři komunikaci sester známkou „dobře“. 33% „velmi dobře“ a 30% známkou „výborně“. Označení „špatně“ nebo „velmi špatně“ neoznačil žádný respondent (viz tab.52, s.124).

Otázka 24: Dotazník jste vyplnil/a:



Komentář: Celkem 54% vyplnilo dotazník samostatně a 46% potřebovalo s dotazníkem pomoci (viz tab.53, s.124).

Podotázka: Pokud "s pomocí", z jakého důvodu?

- „Nemám brýle.“
- „Zranění ruky.“
- „Vysvětlit otázky.“
- „Třese se mi ruka.“
- „Špatně vidím.“

Komentář: Pomoc s vyplněním dotazníků potřebovalo celkem 32 respondentů (viz tab.53, s.124). Nejčastěji bylo nutné vysvětlit nebo číst otázky, protože seniorští pacienti neměli brýle, špatně viděli nebo se jim třásla ruka a nemohli psát.

Připomínky pacientů seniorů:

Komentář: Vybrané připomínky pacientů seniorů:

- „Personál nenosí jmenovky.“
- „Sestry se nepředstaví.“
- „Sestry nepředstaví nového pacienta.“
- „Sestry neklepou před vstupem na pokoj.“
- „Sestry nezdraví.“
- „Chybí mi televize, rozhlas.“

3.6. Diskuse výsledků

Prvním cílem bylo zjistit, jak ošetrovatelský personál zvládá a hodnotí komunikaci s hospitalizovanými seniory.

Zhodnocení cíle č.1 jsem realizoval na základě výsledků dotazníkového šetření provedeného u ošetrovatelského personálu. Celkově lze říci, že byly na všech odděleních, kde výzkum probíhal, zjištěny určité nedostatky v komunikaci s pacienty seniory, které je potřebné odstranit. Tyto nedostatky si ošetrovatelský personál uvědomuje a umí je pojmenovat. V otázce č.7 se ukázalo, že jednoznačně respondenti neodpověděli na žádném oddělení, že by byl přístup k pacientů seniorům „upřímný a přátelský“ na 100%. Stejně jednoznačně v této otázce respondenti neodpověděli na to, že v jejich kolektivu nejsou jedinci „odborně dobří, ale chladní a odměření“, „nepřijemní“ nebo „nepřístupní“. Zjišťuji, že to, co respondenti popisovali nejvíce, se týkalo nedostatku empatie a netrpělivosti při práci s hospitalizovanými seniory. Proto by si také zdravotníci velmi přáli, aby měli pro rozhovor s pacientem seniorem dostatek času. Dále zjišťuji, že pokud ošetrovatelský personál s pacienty seniory komunikuje, nejčastěji vede rozhovor na téma potřeb pacienta seniora a popisuje ošetrovatelské činnosti. Při těchto činnostech si z 86% ošetrovatelský personál všímá rozdílů v neverbálních a verbálních projevech seniora, což považuji za slušný výsledek.

V některých otázkách jsem použil modelové situace. Zhodnotil jsem, že ošetrovatelský personál ve většině neužívá v komunikaci s pacienty seniory devalvující prvky. Problém nacházím u pacientů seniorů, kteří kladou otázky, které je obtížné zodpovědět, např.: „Bojím se, že umřu“. V této oblasti komunikace se ukazuje potřeba dalšího vzdělávání ošetrovatelského personálu. Z výsledků na otázky v rámci jednotlivých oddělení lze zhodnotit, že nejvíce problematická byla posuzována komunikace s pacienty seniory na JIP. Celkem 15 respondentů z oddělení JIP odpovědělo na otázku č. 20, že pozoruje u sebe nebo u ostatních sester známky nevhodného chování k pacientům seniorům. Z projevů takového chování, byly nejčastěji jmenovány závažné problémy, například arogantní a hrubé chování, uspěchanost, odměřenost, ponižování, agresivita, netaktnost, nervozita. Mohu se domnívat, že zde nejsou zcela dodržována Práva pacientů (viz příloha 1, s.91), ani Etický kodex sester (viz příloha 2, s.92). Zjištěné problémy mohou mít souvislost se syndromem vyhoření, anebo např. nedostatkem komunikačních dovedností. Protože jsou tyto známky nevhodného chování k pacientům seniorům vážnějšího charakteru, jistě stojí za to se jim věnovat v samostatném výzkumu, zaměřeného na tuto oblast.

Další problém, který jsem vyhodnocením dotazníků zjistil, bylo pouze 49% respondentů,

kteří měli nebo mají možnost se dále vzdělávat ve svých komunikačních dovednostech a 50% respondentů, kteří uvedli, že tuto možnost nemají. 40% respondentů mají zájem zlepšit své komunikační dovednosti. Nejčastěji si respondenti přejí zdokonalit nebo se naučit komunikovat se zmateným nebo agresivním pacientem, ale také si přejí zdokonalit cizí jazyk, jak zvládat stres nebo se naučit asertivnímu chování.

Druhým cílem bylo zhodnotit z pohledu hospitalizovaných seniorů spokojenost s komunikací zdravotnického personálu.

Zhodnocení cíle č.2 jsem realizoval na základě výsledků dotazníkového šetření provedeného u hospitalizovaných seniorů. Na základě těchto výsledků mohu říci, že ze strany pacientů seniorů byly zjištěny určité nedostatky v komunikaci s ošetřovatelským personálem. Pozitivně pacienti hodnotí to, že ve většině vědí, na kterou sestru se mají v případě potřeby obrátit a přístup sester hodnotí jako upřímný a přátelský. Nepotvrdilo se hodnocení ošetřovatelského personálu, který se na podobnou otázku (ot.č.7, s.39-40) vyjádřil více kriticky. Sestry na pacienty seniory působí z velké většiny klidně a rozvážně bez známek spěchu, a při rozhovoru sestry mluví kultivovaně a srozumitelně. Dle výsledků si sestry z 86% nepředávají informace o pacientech před ostatními klienty a jsou tak brány ohledy na ochranu informací a soukromí pacientů seniorů. V dalších otázkách se potvrdil můj předpoklad, že nejčastěji i nejlépe si pacienti senioři pohovoří se sestrou nebo lékařem. Z výsledků dále vyplývá, že z pohledu seniorských pacientů jsou sestry schopné z neverbálních projevů rozeznat jejich obtíže. To potvrzuje výsledek hodnocení ošetřovatelského personálu, který se vyjádřil obdobně (ot.č.13. s.45). Výsledky dále potvrdily shodný pohled pacientů seniorů a ošetřovatelského personálu na to, že sestry se nejčastěji při péči o seniorského pacienta zajímají o pacientovy potřeby a popisují ošetřovatelské činnosti. Pro zlepšení komunikace s ošetřovatelským personálem si pacienti senioři přejí více času pro rozhovor, což shodně uvedli i respondenti z řad ošetřovatelského personálu (ot.č.9, s.42). V otevřených podotázkách se pacienti senioři měli možnost vyjádřit k problémům s komunikací ze strany ošetřovatelského personálu. Z negativních jevů respondenti nejčastěji uvedli, že nerozumí některým informacím, např. proto, že sestry používají odborné výrazy. Objevily se také odpovědi, že si dobře nepohovoří se zdravotníkem, který jim nechce naslouchat nebo je cizí státní příslušnosti a neovládá dobře český jazyk. Vzhledem k tomu, že je v dnešní době trend volného trhu práce v rámci Evropské unie, jsou často ve zdravotnických zařízeních zaměstnání zdravotníci cizí státní příslušnosti, kteří neprošli dostatečnou jazykovou přípravou. Myslím si, že zvláště při komunikaci s touto skupinou nemocných je tato příprava

nezbytná. Další problém, který byl velmi často seniorskými pacienty zmiňován, bylo nefunkční nebo nepřítomné signalizační zařízení, které má pacientům seniorům sloužit ke komunikaci s personálem oddělení. Považuji za velký nedostatek, pokud pacienti nemají možnost kdykoli přivolat sestru. Také byly pacienty seniory zmiňovány nevhodné projevy nestejného chování ke všem pacientům. Pod tímto vyjádřením uvedly, že se jim nelíbí, pokud sestra přijde na pokoj a málo se věnuje ležícímu pacientovi. Myslím si, že by ošetrovatelský personál měl mít na paměti, že i seniorští pacienti jsou velmi všímaví a dokáží posoudit nevhodné chování sester.

Celkově pacienti senioři hodnotí komunikaci sester známkou „dobře“ (pracoviště A „velmi dobře“, pracoviště B „dobře“). Myslím si, že tento výsledek stojí za hlubší zamyšlení, protože vzájemná komunikace hraje důležitou úlohu v péči o pacienty a známka „dobře“ rozhodně není uspokojující.

Třetím cílem bylo zhodnotit z pohledu hospitalizovaných seniorů účinek neverbálních prvků u zdravotníků na seniorské pacienty.

Zhodnocením výsledků jsem došel k závěru, že nejvíce si pacienti senioři pamatují u zdravotníků na úsměv. Je proto důležité vědět, že úsměv působí na pacienty seniory terapeuticky a snižuje projevy maladaptace. Z dalších výsledků lze vyčíst, že příjemně na pacienty seniory působí vedle úsměvu také pohlazení a držení za ruku, a pohled do očí. Snesitelně bylo pacienty seniory posuzováno sledování a pozorování a dále mě překvapilo, že také sezení sestry u lůžka. Vysvětluji si to tím, že narušujeme osobní zónu pacienta. Měli bychom se pacienta vždy zeptat, smíme-li si k němu přisednout a respektovat jeho nároky. Vhodné je nesedat na lůžko, ale pokud to pacient dovolí, tak vedle lůžka na židli. Nepříjemně bylo respondenty označeno zamračení a ušklibnutí, rozhazování rukama, a stoj vedle lůžka s rukama v bok.

Co mohlo ovlivnit výsledky?

Dotazníky pro ošetrovatelský personál i dotazníky pro pacienty seniory byly vyplňovány anonymně. Je přesto možné, že za strany ošetrovatelského personálu neodpověděli respondenti zcela upřímně, z pocitu neúplné anonymity (Některé dotazníky se mi vrátily v zalepené obálce).

Během výzkumu bylo nutné některé dotazníky určené pro pacienty seniory vyplnit s pomocí sestry. Zde se potvrdila potřeba mít na pacienta seniora dostatek času a umět naslouchat. Nebyla výjimka, kdy byl dotazník vyplňován s pacientem hodinu, protože často odbíhal od tématu a hovořil o svých problémech nebo zážitcích z mládí. Pro navození vzájemné důvěry to ale bylo nezbytné. Nemyslím si proto, že by přítomnost sestry při vyplňování dotazníků výrazně ovlivnila odpovědi pacientů seniorů. Překvapila mě naopak jejich otevřenost na otázky odpovídat. V některých otázkách typu: „Čeho si v chování sester nejvíce vážíte?“ se potvrdilo zvýšené citové prožívání seniorských pacientů. Ti často podléhali dojetí a rozplakali se. Z nynějšího pohledu bych ale volil v dotazníku pro pacienty seniory méně otázek, z důvodu časné únavy a potřebě pacientů si odpočinout.

Do výzkumu byla zařazena dvě soukromá pracoviště podobného typu, která mají obdobnou kapacitu lůžek a typ oddělení. Původně jsem měl v úmyslu vybrat z každého pracoviště, kde probíhal výzkum ošetrovatelského personálu, vždy deset pacientů seniorů, kteří by splňovali kritérium pro vyplnění dotazníku. To se ukázalo jako velký problém. Pokud pacienti senioři toto kritérium splňovali (dosažení věku minimálně 75let), nesplňovali podmínku druhou (nebyly zachovány kognitivní funkce, nebo byli pacienti senioři ve vážném zdravotním stavu a nemohli dotazník vyplnit). Z tohoto důvodu jsem musel posunout kritérium pacientů vyplňujících dotazníky i na věkové rozmezí 60-74let. Ani to ale nevyřešilo další problém. V době dotazníkového šetření nebyli na pracovišti B oddělení JIP hospitalizováni žádní pacienti senioři, kteří by splňovali i toto upravené kritérium. Proto jsem nemohl do šetření zařadit pacienty seniory hospitalizované na tomto oddělení, což mohlo částečně ovlivnit výsledky.

Závěr

Záměrem teoretické části bylo seznámit čtenáře s faktory, které ovlivňují komunikační proces u vybrané skupiny nemocných-hospitalizovaných seniorů. Během psaní práce jsem si uvědomil, jak je tato oblast členitá a komplikovaná. Soustředil jsem se na to, abych definoval problematiku hospitalizovaného pacienta, ve které nacházím ošetřovatelský proces jako metodu, která nejlépe umožňuje dosáhnout uspokojení potřeb pacientů. Zjistil jsem, jak je důležité, aby se na ošetřovatelském procesu podílel také *pacient, jako partner zdravotníků*. Tak může pacient předcházet i projevům maladaptace. Dobrovolníky nacházím, jako vhodnou doplňkovou formu v péči o pacienty. V oblasti komunikace se mi podařilo určit jednotlivé složky komunikačního procesu. Obecně jsem objasnil termíny verbální a neverbální komunikace, které jsem podrobněji vysvětlil u vybrané skupiny nemocných, hospitalizovaných seniorů (kapitola 2.5.). Pochopil jsem, že komunikace ve zdravotnictví má svá specifika a každý zdravotník se musí snažit a především *chtít* své komunikační dovednosti rozvíjet. Ve stáří a stárnutí vidím přirozený fyziologický proces, doprovázený změnami fyzickými i psychickými. Zajímavým zjištěním pro mne bylo, jak rozlišně se jedinci se stářím vyrovnávají a svým přístupem ovlivňují pozitivně nebo negativně případnou hospitalizaci. Nalezl jsem mnoho okolností ovlivňující komunikaci s geriatrickými pacienty, jak ze strany pacientů tak zdravotníků. Při verbální komunikaci s hospitalizovanými seniory považuji za nejdůležitější: *zvládat kladení otázek, schopnost empatie, naslouchání, projevení porozumění, cítit k člověku úctu, schopnost poradit a individuální přístup*. Také jsem zjistil, jak vědomě či nevědomě ovlivňujeme pacienty seniory svými neverbálními projevy (*mimikou, proxemikou..*), a čeho si musíme u pacientů seniorů v této oblasti všimnout nejvíce (kapitola 2.5.2.). Podstatným zjištěním bylo, aby sestra uměla své neverbální projevy ovládat a pamatovala na to, aby její projev verbální a neverbální byl v souladu. Rezervy dále vidím v edukaci u rodinných příslušníků, jak mohou přispět proti maladaptaci hospitalizovaného seniora. Měli bychom mít stále na paměti komunikační pravidla s geriatrickými pacienty, které jsem uvedl v kapitole 2.5.4., např. respektovat identitu pacienta a vyhýbat se infantilizaci.

V empirické části jsem použil všechny informace, získané v rámci dotazníkového šetření. Účelem bylo zjistit, jak ošetřovatelský personál zvládá a hodnotí komunikaci s hospitalizovanými seniory. Také jsem chtěl zjistit spokojenost hospitalizovaných seniorů s komunikací zdravotnického personálu a zhodnotit účinek neverbálních prvků u zdravotníků na seniorské pacienty. Pro dosažení objektivních výsledků jsem použil dotazníky pro ošetřovatelský personál, i pro pacienty seniory. Do výzkumu jsem začlenil sestry, a také další

členy ošetrovateľského tímu, ktorí sa podieľajú na ošetrovateľskom a komunikačnom procese s hospitalizovanými seniormi. Cieľ, ktorý som si na počiatku výskumu stanovil, som dosiahol a získal tak prehľad o komunikácii s hospitalizovanými seniormi.

Z výsledkov *dotazníku pro ošetrovateľský personál* som zistil, že v komunikácii s pacientmi seniormi je popisovaná zo strany zdravotníkov rada vážnych nedostatkov, napr.: odmešnosť, ponížovanie, agresivita, arogantní a hrubé chovanie, nervozita. Doporučená riešenia: prevencia syndromu vyhošenia (péče o zamestnanca, napr. psycholog na pracovišti), management pracovného stresu, dostatočný počet zamestnancov, edukácia zdravotníkov, kontrola dodržiavania štandardov, hlásenie nevhodného chovania).

Z výsledkov *dotazníku pro pacienty seniory* konštatujú, že v komunikácii ošetrovateľského personálu boli zistené vedľa kladov, tak tiež určité nedostatky, napr.: používanie odborných výrazov, chybné podané informácie, nechota naslouchať, nestojné chovanie ke všetkým pacientom a ďalej sestry nezdraví, užívajú sprostá slova, nepredstaví sa, nenosí jmenovky, nezaklepe pred vstupom na pokoj. Doporučená riešenia: ako v prípade prvým a ďalej klásť dôraz na ďalšie vzdelávanie v oblasti komunikácie vo zdravotníctví. Výskumom bolo ďalej zistené, že z neverbálnych prejavov sestier pôsobí na pacientov seniory *príjemne* úsmev, pohlazenie, drženie za ruku a pohľad do očí. *Snesiteľne* bolo pacientov seniory posudzované sledovanie a pozorovanie, a sezenie sestry u lôžka. *Nepříjemne* bolo respondentmi označeno zamračenje a uškľibnutie, rozhadzovanie rukami, a stoj vedľa lôžka s rukami v bok.

Celkove ma tento výskum ukázal, ak je komunikácia s hospitalizovanými seniormi dôležitá a složitá, a kde sú rezervy, ktoré je nutné zlepšovať. Výskum potvrdil, že najviac problematická sa javí komunikácia na oddelení JIP. Je patrne, že tu sú známky nevhodného chovania k pacientom seniorom vážnejšieho charakteru, a stojí za to sa jim venovať v samostatnom výskume. Chápam, že i zdravotníci sú len ľudia a nie stroje a väčšina vie, ak by komunikácia mala probíhať v ideálnej rovine. Leckdy nás ale okolnosti od tohoto ideálu oddalujú. Preto by som mali byť spokojení, ak sa k tomuto ideálu aspoň blížíme.

Ak som sa zmienil v úvode budem rád, ak moja práca povede k zamyšleniu čtenářů, kteří s geriatrickými pacientmi pracujú. Pro pokračování této práce by bylo také zajímavé, provést obdobné dotazníkové šetření například v domovech důchodců nebo ve velkých fakultních nemocnicích a porovnat je s mnou dosaženými výsledky. Zvláště u geriatrických pacientů je třeba si pamatovat, že:

„Kde se dotýkáte duše, léčíte tím, čím jste, ne tím, co znáte.“

S. Freud

Anotace

- Autor:** Viktor Šimůnek
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Komunikace s hospitalizovanými seniory
- Vedoucí práce:** Mudr.Eduardu Havel, Ph.D.
- Počet stran:** 125
- Počet příloh:** 10
- Rok obhajoby:** 2007
- Klíčová slova:** hospitalizovaný pacient, komunikace, aspekty stáří, hospitalizovaní senioři, komunikace s hospitalizovanými seniory

Bakalářská práce pojednává o komunikaci s hospitalizovanými seniory. Teoretická část práce poukazuje na jevy, které ovlivňují komunikační proces. Řeší problematiku změn ve stáří v souvislosti s hospitalizací seniorů a navrhuje nejvhodnější metody komunikace.

Těžiště práce tvoří dva druhy anonymních dotazníků, jeden určený pro ošetrovatelský personál a druhý pro hospitalizované seniory. Výzkum zjišťuje, jak ošetrovatelský personál zvládá a hodnotí komunikaci s hospitalizovanými seniory, a jak jsou hospitalizovaní senioři spokojeni s komunikací zdravotnického personálu.

Výzkum probíhal ve dvou menších zdravotnických zařízeních.

This bachelor's work deals the communication with hospitalized elderlies. The theoretical part adverts to the phenomena which influence the communication process. It is concerned with problems in an old age in the context of hospitalization of seniors and proposes to optimal methods of communication.

Two types of anonymous question-forms form the basis of this work. One is determined to the hospitalized elderlies and the other to the nursing staff. The research probes how the nursing staff manage to communicate with hospitalized elderlies and how are the seniors satisfied with such communication.

The research proceeded in two smaller health care facilities.

Literatura a prameny

1. ARANDA, Sanchia, O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče : pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. DOENGES, Marilyn E., MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
3. ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Obecná psychologie*. 3. vyd. Brno : IDVPZ, 1996. 105 s. ISBN 80-7013-231-0.
4. ČECHOVÁ, Věra, ROZSYPALOVÁ, Marie, MELLANOVÁ, Alena. *Speciální psychologie*. 2. upr. vyd. Brno : IDVZP, 1999. 173 s. ISBN 80-7013-243-4.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. dotisk vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 72 s. České ošetřovatelství. Praktická příručka pro sestry; sv. 10. ISBN 80-7013-363-5.
7. HUDECOVÁ, Petra. *Komunikace na pooperačních odděleních kardiochirurgie*. [s.l.], 2005. 57 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr.Stanislava Fatorová. LFUKHK.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
9. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetřovatelství 1.díl: systémový přístup*. 1. dotisk vyd. Praha : Karolinum, 2003. (a) 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
10. MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : NCO NZO , 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
11. NÁDASKÁ, Iveta, BOLEDOVIČOVÁ, Mária, POLEDNÍKOVÁ, L'ubica. *Komunikace s geriatrickým pacientem. Sestra : Odborný časopis pro zdravotní sestry*. 2004, č. 11, s. 38-39.
12. ONDRIOVÁ, Iveta, KOLLÁROVÁ, Beáta. *Úloha sestry v prevenci GMS. Sestra : Odborný časopis pro zdravotní sestry*. 2004, č. 11, s. 25.
13. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. [s.l.] : Avicenum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
14. POLEDNÍKOVÁ, L'ubica, NÁDASKÁ, Iveta. *Ošetřovatelská péče o starého pacienta metodou ošetřovatelského procesu. Sestra : Odborný časopis pro zdravotní sestry*. 2004, 7-8, s. 50-53.
15. SCHARMOVÁ, Romana. *Neverbální komunikace v ošetřovatelství*. [s.l.], 2004. 58 s. Vedoucí bakalářské práce Mgr.Daniel Jirkovský. LFUKHK.
16. STŘIHAVKOVÁ, Klára. *Spokojenost pacientů s verbální komunikací sester*. [s.l.], 2005. 66 s. Vedoucí bakalářské práce Bc.Jitka Urbanová.. LFUKHK.
17. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit : Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
18. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
19. TRACHTOVÁ , Eva, FOJTOVÁ, Gabriela, MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. dotisk vyd. Brno : NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
20. VAŇKOVÁ, Stanislava. *Dobrovolníci v nemocnici. Sestra : Odborný časopis pro zdravotní sestry*. 2007, č. 2, s. 27.
21. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. VONDRÁČEK, Lubomír, KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo : Pro praxi a posluchače lékařských fakult*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.

Intrnetové zdroje

23. Obr.1 *Cesta k úspěchu* [online]. 2005 , 4.5.2005 [cit. 2006-12-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.cestakuspechu.com/newsDetail.do?id=93>>.
24. KOVÁŘOVÁ , Petra. *Kvalita života v období stárnutí a stáří* [online]. 2006 [cit. 2007-03-19]. Dostupný z WWW: <<http://is.muni.cz/tema/?issexpar=1&isshlv=tthesis&isshret=komunikace+senior%C5%AF&isssubm=Hledej+v+IS>>.
25. MAXDORF. *Velký lékařský slovník On-line* [online]. 2002 [cit. 2006-10-31]. Dostupný z WWW: <<http://www.maxdorf.cz/maxdorf/vls/index.php?ctest=1>>.
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí *Příloha - demografické údaje : Základní charakteristiky demografické situace v ČR.* [online]. 2005 , 6.5.2005 [cit. 2007-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1058>>.
27. *Nonverbální komunikace* [online]. 2001 [cit. 2007-03-16]. Dostupný z WWW: <<http://hasl.slamow.info/isp/4.htm>>.
28. *Občanská komise pro lidská práva* [online]. 2004 [cit. 2007-03-22]. Dostupný z WWW: <http://www.cchr.cz/cchr.php?display=dulezite_dokumenty>.
29. *O.s. SPEKTRUM preventivních programů pro děti a mládež* [online]. aktualizace. 2006 , 5.10.2006 [cit. 2007-02-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.spektrum-km.cz/dobrovolcentrum.htm>>.
30. *Ošetřování dekubitů : Prevence vzniku dekubitů* [online]. 2006 , 1.8.2006 [cit. 2007-03-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/dekubity2.php>>.
31. *WWW.pulib.sk* [online]. 2005 [cit. 2007-03-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.pulib.sk/elpub/FZ/Balkova1/prilohy.pdf>>.
32. *Společnost přátelská všem generacím* [online]. 2005 [cit. 2007-03-17]. Dostupný z WWW: <<http://www.spvg.cz/index.php?id=93>>.
33. Svaz pacientů České republiky (online). 1.1.2004 (cit. 2006-10-09) Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=1366>
34. *Sweb* [online]. 2006 [cit. 2007-03-22]. Dostupný z WWW: <<http://sweb.cz/Jeronym.Klimes/mmse.htm>>.
35. TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestry-pacient. *Sestra : Odborný časopis pro zdravotní sestry.* 2007, č. 1, s. 22-23.
36. *Umírání.cz : Informační a diskusní portál* [online]. 2005 [cit. 2007-03-12]. Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=215>>.
37. VOŠZ *Vsetín : Školní informační server pro studenty i učitele* [online]. 2007 [cit. 2007-03-22]. Dostupný z WWW: <<http://szs-vzs.xf.cz/view.php?cisloclanku=2004020202>>.

Seznam grafů

Graf 1	Návratnost dotazníků pro ošetrovatelský personál	34
Graf 2	Návratnost dotazníku pro pacienty seniory	35
Graf 3	Věk respondentů	36
Graf 4	Kolik máte let praxe?	37
Graf 5	Na jakém oddělení pracujete?	37
Graf 6	Pracovní zařazení:	38
Graf 7	S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:	38
Graf 8a	Přístup upřímný a přátelský	39
Graf 8b	Přístup odborně dobrý, ale chladný a odměřený	39
Graf 8c	Přístup nepřijemný	40
Graf 8d	Přístup nepřístupný	40
Graf 9	V našem kolektivu se mi nelíbí komunikace s pacienty seniory upracovníků (0 -100%):	41
Graf 10	Rozhovor s pacientem seniorem:	42
Graf 11	Situace, kdy se stydím za nevhodnou komunikaci zdravotníka s pacientem seniorem zažívám ve svém kolektivu:	43
Graf 12	Jste v situaci, kdy krmíte hospitalizovaného seniora p.Nováka, Vašeho bývalého učitele, který trpí demencí. Pacientovi říkáte:	44
Graf 13	Jak často vnímáte rozdíl v neverbálních projevech a mezi tím, co pacient senior říká?	45
Graf 14	Na nevhodný přístup v rozhovoru lékaře s pacientem seniorem:	45
Graf 15	Přemýšlím o proběhlém rozhovoru s pacienty seniory mimo pracovní dobu:	46
Graf 16	Pohládit pacienta seniora či ho vzít za ruku:	47
Graf 17	Pacient senior Vám sděluje: „Nevím, co se mnou dál bude po propuštění. Jsem sám a nevím co si počnu.“ Vaše předpokládaná reakce je:	48
Graf 18	Projevuje-li seniorský pacient známky akutní zmatenosti, dezorientace či agresivity:	49
Graf 19	Co si myslíte, že ovlivňuje sestry v komunikaci s pacienty seniory nejvíce?	50
Graf 20a	Pozorujete u sebe nebo u ostatních sester známky nevhodného chování vůči pacientům seniorům?	50
Graf 20b	Pokud ano, jak se projevuje?	51
Graf 20c	Pokud ano, reagujete Vy nebo někdo jiný proti takovému nevhodnému chování?	51
Graf 20d	Jak reagujete? (např.vložíte se do rozhovoru a dokončíte dialog, řeknete sestře, že takto se chovat nemůže...)	52
Graf 21	Někteří pacienti senioři, kteří jsou v nemocnici dlouho nebo jsou závažně nemocní, sdělují informace ze svého života, které jsou více osobní.	53
Graf 22	Pacient senior Vám sděluje: „Bojím se, že umřu.“ Jaká bude Vaše předpokládaná reakce?	54
Graf 23	Plánujete změnu pracovního místa do jednoho roku?	55
Graf 24	Měl/a jste nebo máte možnost se dále vzdělávat ve svých komunikačních dovednostech?	55
Graf 25	Pokud by se naskytla příležitost takového vzdělávání nebo kursu navštěvovala byste ho?	56
Graf 26	Pohlaví respondentů seniorů:	57

Graf 27	Věk respondentů seniorů:	57
Graf 28	Jste hospitalizován/a poprvé?	58
Graf 29	Na jakém oddělení nyní ležíte?	58
Graf 30	S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:	59
Graf 31	V průběhu hospitalizace o Vás pečuje více sester. Víte vždy, na kterou sestru se máte obracet?	60
Graf 32	Přístup sester k Vám vnímáte jako:	61
Graf 33	Sestry na Vás působí:	61
Graf 34	Sestry se při rozhovoru s Vámi vyjadřují:	62
Graf 35a	Sdělují sestry při předávání služby informace o Vás v přítomnosti ostatních pacientů?	62
Graf 35b	Pokud ano, vadí Vám to?	63
Graf 36	Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejčastěji povídá?	63
Graf 37	Když s Vámi sestry hovoří, chápete všechny informace?	64
Graf 38a	Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejlépe popovídá?	65
Graf 38b	Je někdo, z výše uvedených, s kým si dobře nepohovoříte?	65
Graf 39	Poznají sestry Vaše obtíže, aniž by se Vás na to zeptaly? (např.: máte-li bolesti, strach, úzkost?)	66
Graf 40	Představte si, že si s Vámi přišla popovídat sestra. Na co si po jejím odchodu nejvíce pamatujete?	67
Graf 41a	Jak na Vás působí: Pohlazení, držení za ruku	68
Graf 41b	Jak na Vás působí: Úsměv	68
Graf 41c	Jak na Vás působí: Zamračení, ušklíbnutí	69
Graf 41d	Jak na Vás působí: Pohled do očí	69
Graf 41e	Jak na Vás působí: Sledování, pozorování	70
Graf 41f	Jak na Vás působí: Rozhazování rukama	70
Graf 41g	Jak na Vás působí: Stoj vedle lůžka s rukama v bok	71
Graf 41h	Jak na Vás působí: Sezení sestry u lůžka	71
Graf 41i	Jak na Vás působí: Na silný parfém	72
Graf 41j	Jak na Vás působí: Aróma cigaret	72
Graf 42	Když o Vás sestry pečují:	73
Graf 43	Co nejvíce ovlivňuje chování a jednání sester?	74
Graf 44	Jak hodnotíte návštěvní hodiny na oddělení?	75
Graf 45	Zajímají se sestry o to, co s Vámi bude po propuštění? (např. máte-li se kam vrátit, jste-li soběstačný, jste-li sám.)	75
Graf 46	Jak celkově hodnotíte komunikaci sester s Vámi?	76
Graf 47	Dotazník jste vyplnil/a:	76

Seznam tabulek

Tab. 1 - Geriatrické syndromy	s.23
Tab. 2 - návratnost dotazníku pro personál	s.34
Tab. 3 - návratnost dotazníků pro hospitalizované seniory	s.35

Přílohy

- Příloha 1** - Práva pacientů
- Příloha 2** - Kodex pro zdravotní sestry
- Příloha 3** - Vývoj populace v ČR
- Příloha 4** - Evropská charta pacientů seniorů
- Příloha 5** - Barthelův test všedních činností (ADL)
- Příloha 6** - Test instrumentálních všedních činností (IADL)
- Příloha 7** - Krátká škála mentálního stavu (MMSE)
- Příloha 8** - Dotazník pro personál
- Příloha 9** - Dotazník pro seniory
- Příloha 10** - Přehled tabulek

Příloha 1

Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinančních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k neterapeutickému postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.
Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25.února 1992

(www.cchr.cz)

Příloha 2

Kodex pro zdravotní sestry

Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

1. Etická pravidla zdravotní péče

Zdravotní sestra je povinná převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšení zdravotního stavu nemocných právě tak jako tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnostní rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení. Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s representanty jiných oborů.

2. Zdravotní sestra a spoluobčan

Zdravotní sestra má v první řadě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto informace předat.

3. Zdravotní sestra a péče v praxi

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standard na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá odpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

4. Zdravotní sestra a společnost

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

5. Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesí.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

6. Zdravotní sestra a povolání

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za své odborné vzdělávání.

Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení přiměřeného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

(www.szs-vzs.xf.cz)

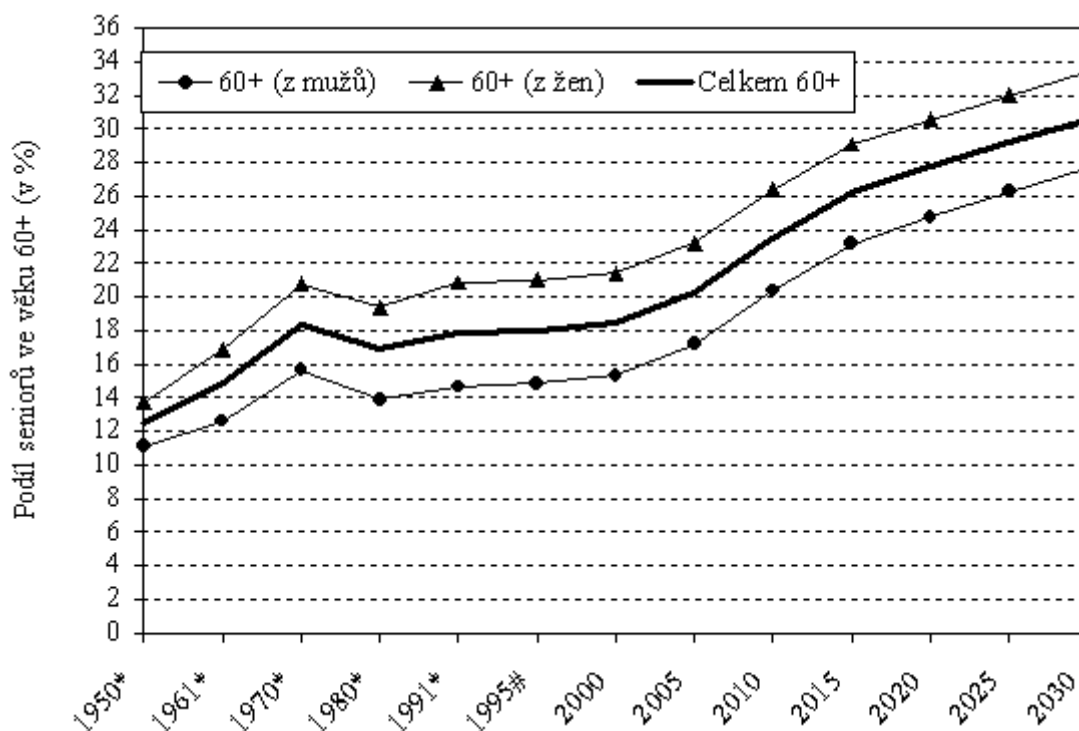
Příloha 3

Vývoj populace v ČR

SENIORŮ:

„V České republice vzroste mezi roky 2005 a 2050 počet mužů ve věku 65 a více let ze současných 0,6 milionu na 1,3 milionu a počet žen z 0,9 milionu na 1,6 milionu. Dnes i v budoucnosti mohou manželé či partneři spolu žít déle, protože se prodlužuje průměrná délka života. Vlivem rostoucí rozvodovosti i v důsledku ovdovění budou narůstat počty osamělých jedinců. Péče o ně není již výhradní starostí původní rodiny, která může žít daleko nebo vzhledem k plnému zaměstnání jejích členů nemůže tuto péči zajistit. V české společnosti se příliš neliší výpovědi mužů a žen, starších a mladších, pokud jde o péči o seniory. Shodně se domnívají, že péče o starší lidi vyžadující pomoc v jejich domově je stejně nebo i více úkolem rodiny než společnosti.“

Obr.3 Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR v období 1950 - 1990 a její projekce do r. 2030



* data ze sčítání lidu; # z bilancí k 31.12.2001

(www.mpsv.cz/cs/1058)

Příloha 4

Evropská charta pacientů seniorů

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

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:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plnohodnotný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- 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
- 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 setřeny 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 blízkého

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 stolicí, 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. Respirní 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 respirní 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 (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- 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 ošetřovatelském 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

(www.umirani.cz)

Příloha 5

Barthelův test všedních činností (test soběstačnosti):

Činnost, stav	Hodnocení zvládnutí činnosti	Počet bodů
1. Příjem stravy, tekutin	Nají se, napije se sám	10
	Nají se, napije se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže (nutno krmit, gastrická sonda, apod.)	0
2. Oblékání	Oblékne se sám	10
	Oblékne se s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
3. Osobní hygiena	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
4. Koupání	Zvládne sám nebo s pomocí druhé osoby	5
	Nezvládne	0
5. Vyprazdňování moči	Kontinentní (močení zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik moči)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
6. Vyprazdňování stolice	Kontinentní (stolici zvládne sám bez problémů)	10
	Občas inkontinentní (únik stolice)	5
	Trvale inkontinentní (vyprazdňování neovládá)	0
7. Použití WC	Zvládne sám	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
8. Chůze po schodech	Zvládne sám bez pomoci	10
	Zvládne s pomocí druhé osoby	5
	Nedokáže	0
9. Přesun lůžko -> židle/vozik	Zvládne sám	15
	Zvládne s malou pomocí druhé osoby	10
	Přesun na vozík s dopomocí druhé osoby, vydrží sedět	5
	Sám se přesunout nedokáže	0
10. Chůze po rovině	Ujde více než 50 m	15
	Dokáže jít s pomocí druhé osoby	10
	Dokáže jet sám na vozíku	5
	Nedokáže sám zvládnout	0

Zaškrtněte počet bodů u každé položky a po ukončení testu body sečtete

Datum:

Celkem bodů:

Hodnocení:

0 – 40 bodů = velmi silně závislý na pomoci druhé osoby v základních všedních činnostech

45 – 60 bodů = středně závislý, středně soběstačný

nad 60 bodů = nízká závislost nebo soběstačný, nezávislý na pomoci druhé osoby

(mc@2005)

(www.osobniasistence.cz)

Příloha 6

Test instrumentálních všedních činností – IADL (Instrumental Activity Daily Living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže použít telefon	0
Transport	Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	Cestuje, je-li doprovázen	5
	Cestuje ve speciálně upraveném dopravním prostředku	0
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
Vaření	Samostatně uvaří celé jídlo	10
	Ohřeje si jídlo	5
	Jídlo musí připravit druhá osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce neúčastní	0
Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
Užívání léků	Užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musejí být podány druhou osobou	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Vyhodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů – závislý

41 – 75 bodů – částečně závislý

76 – 80 bodů – nezávislý

(www.pulib.sk)

Příloha 7

Krátká škála mentálního stavu - (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

1. ORIENTACE - odpověď do 10 s

- Které je točnící období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. ZAPAMATOVÁNÍ

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám."

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte vývazy, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

4. VYBAVOVÁNÍ

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- o "Co je to?" (ukážte hodinky)
- o "Co je to?" (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!: "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň - položení papíru na zem (...)

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

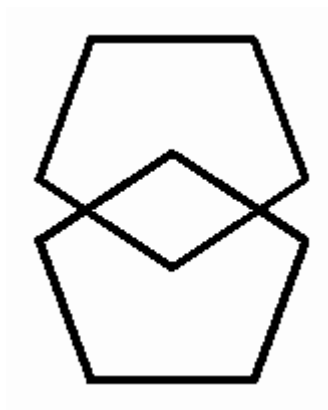
9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre

HODNOCENÍ

Maximální počet je 30 bodů.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

(www.sweb.cz)

Příloha 8 Dotazník pro personál

Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,
dostal se Vám do rukou **anonymní** dotazník, který je součástí mé bakalářské práce, na téma: „**Komunikace s hospitalizovanými seniory**“.

Získané informace budou použity **pouze** pro účely bakalářské práce. Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Viktor Šimůnek
4.ročník bakalářského studia LFUK v Hradci Králové
Obor: Ošetrovatelství
kontakt:simunek.viktor@seznam.cz

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

V každé otázce **vyberte a zakřížkujte vždy jen jednu** odpověď, pokud není uvedeno jinak.

V otázkách, které jsou určeny k doplnění, napište, co pokládáte za důležité sdělit.

Pokud jste **omylem zaškrtnli špatnou odpověď, správnou zakroužkujte.**

1. **Jste:**
 žena muž

2. **Věk:**
 18 - 25 let 36 - 50 let 61 - a více
 26 - 35 let 51 - 60 let

3. **Kolik máte let praxe?**
 0 - 5 6 - 15 16 a více

4. **Na jakém oddělení pracujete?**
.....

5. **Pracovní zařazení:**
 Sestra u lůžka Staniční sestra Vrchní sestra
 Sanitář / ka Ošetrovatel / ka jiné

6. **S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nemoc | <input type="checkbox"/> poznání a moudrost |
| <input type="checkbox"/> osamělost | <input type="checkbox"/> dostatek času |
| <input type="checkbox"/> úbytek sil | <input type="checkbox"/> klid a pohoda |
| <input type="checkbox"/> ztráta soběstačnosti | <input type="checkbox"/> jiné..... |
7. **Kolik procent personálu na Vašem oddělení charakterizuje podle Vás následný přístup k pacientům seniorům:**
(součet musí být 100%)
- a) upřímný a přátelský%
- b) odborně dobrý, ale chladný a odměřený%
- c) nepříjemný%
- d) nepřístupný%
8. **V našem kolektivu se mi nelíbí komunikace s pacienty seniory u% pracovníků (0-100%).**
- Pokud jste označil/a jeden a více % pracovníků, co konkrétně se Vám nelíbí?
-
-
-
9. **Rozhovor s pacientem seniorem:**
- přál/a bych si více času pro rozhovor s pacientem seniorem
- nemám si často s pacienty seniory o čem povídat
- považuji za důležitou součást léčby a věnuji mu dostatek času
- při rozhovoru s pacienty seniory mně jejich názory často vadí
- rozhovoru s pacienty seniory se vyhýbám, omezují se na věcnou komunikaci
10. **Situace, kdy se stydím za nevhodnou komunikaci zdravotníka s pacientem/seniorem zažívám ve svém kolektivu:**
- denně 1x týdně výjimečně nikdy

11. **Když u lůžka pacienta seniora provádíte ošetrovatelské úkony, čeho se rozhovor nejčastěji týká?** (např. popisu ošetrovatelských činností, potřebách nemocného, počasí, nemluvíte..)
-
-
-
12. **Jste v situaci, kdy krmíte hospitalizovaného seniora p. Nováka, Vašeho bývalého učitele, který trpí demencí. Pacientovi říkáte:**
- "Vezmi si ještě jednu lžičku, to je hodný chlapec..."
- "Pane Nováku, teď Vám dám další lžičku, prosím otevřete ústa..."
- "Dědo, otevřete ústa a pěkně všechno snězte..."
- "No tak pane učiteli, pěkně papejte..."
- "Otevřete ústa a polkněte..."
- jiné
13. **Jak často vnímáte rozdíl v neverbálních projevech a mezi tím, co pacient senior říká?**
- výjimečně
- ano, občas si toho všimnu
- bývá to často
14. **Na nevhodný přístup v rozhovoru lékaře s pacientem seniorem:**
- lékaře upozorním před pacientem
- lékaře upozorním později, ne před pacientem
- nemohu si to dovolit
- nezaznamenal jsem takový rozhovor
15. **Přemýšlím o proběhlém rozhovoru s pacienty seniory mimo pracovní dobu:**
- ne, to se mi nestalo
- ano, uvědomuji si, že jsem v poslední době takovou situaci zažil
- stalo se mi to několikrát za život

16. Pohladit pacienta seniora či ho vzít za ruku:

- dělám to vyjímečně
- dělám to často, většinou odhadnu, kdy je to vhodné
- spíše to považuji za nevhodné a nedůstojné
- mám problém odhadnout, kdy je to vhodné, ale u určité skupiny pacientů to je potřebné
- stalo se mi, že to nebylo dobře přijaté, proto to už nedělám
- nepovažuji to od zdravotnického personálu za vhodné a profesionální

17. Pacient senior Vám sděluje: „Nevím, co se mnou dál bude po propuštění. Jsem sám a nevím co si počnu.“

Vaše předpokládaná reakce je:

- "Je to problém, ale Vy to nějak zvládnete."
- "Zavolám sociální pracovníci, ta s Vámi dohodne další postup."
- "Tak se mi zdá, že máte obavy, jak se o sebe dokážete postarat až půjdete domů."
- "S tím si teď nedělejte starosti."
- tiše naslouchám
- jiné

18. Projevuje-li seniorský pacient známky akutní zmatenosti, dezorientace či agresivity:

- vyvolává to ve mně negativní emoce vůči pacientovi, musím se držet, abych zachoval/a klid
- vyvolává to ve mně negativní emoce vůči seniorům obecně, ale nedávám to na sobě znát
- jsem nešťastný/á z toho, že nejsem schopný/á poskytnout pohodu lidem, o které se starám
- velmi mně to rozrušuje, většinou se co nejrychleji odcházím někam uklidnit
- jiné

19. **Co si myslíte, že ovlivňuje sestry v komunikaci s pacienty seniory nejvíce?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zájem o práci | <input type="checkbox"/> povaha |
| <input type="checkbox"/> chuť do práce | <input type="checkbox"/> časové vytížení |
| <input type="checkbox"/> únava | <input type="checkbox"/> finanční ohodnocení |
| <input type="checkbox"/> jejich věk a praktické zkušenosti | |
| <input type="checkbox"/> dostatek odborných vědomostí | |
| <input type="checkbox"/> jiné | |

20. **Pozorujete u sebe nebo u ostatních sester známky nevhodného chování vůči pacientům seniorům?**

- ne ano, u sebe ano, u některých ostatních
 ano, u sebe i u některých ostatních

Pokud *ano*, jak se projevuje?

.....

Pokud *ano*, reaguje/te Vy, nebo někdo jiný proti takovému nevhodnému chování?

- ano ne

Jak reaguje/te? (např. vloží/te se do rozhovoru a dokončí/te dialog, řekne/te sestře, že takto se chovat nemůže...)

.....
.....

21. **Někteří pacienti senioři, kteří jsou v nemocnici dlouho nebo jsou závažně nemocní, sdělují informace ze svého života, které jsou více osobní.**

- Nechci o nich více vědět, vadí mi potom, když zemřou, je to pro mě větší zátěž.
- Vyhýbám se tomu, protože mě to nezajímá a je zbytečné to vědět.
- Chci o pacientech seniorech více vědět
- Je to povinnost, která je nezbytná, ale já ji nezvládám.
- Patří to do správné péče o pacienta a myslím si, že to zvládám.

22. **Pacient senior Vám sděluje: „Bojím se, že umřu.“ Jaká bude Vaše předpokládaná reakce?**
- "Na to nemyslete, Vy nás ještě všechny přežijete."
 - "To já taky, na tom jsme všichni stejně."
 - "Chcete si s někým o tomto problému popovídat? "
 - budu mlčet
 - jiné
23. **Plánujete změnu pracovního místa do jednoho roku?**
- ano, v rámci zdravotnictví
 - ano, zcela mimo zdravotnictví
 - ne
 - jiné
24. **Měl/a jste nebo máte možnost se dále vzdělávat ve svých komunikačních dovednostech?**
- ano ne
 - jiné
25. **Pokud by se naskytla příležitost takového vzdělávání nebo kursu navštěvovala byste ho?**
- ano ne
 - jiné
26. **Jaké komunikační dovednosti byste si přál zdokonalit?**
-
-

Došel/la jste na konec dotazníku. Znovu prosím zkontrolujte, zda jste vyplnil/a všechny otázky. Děkuji za vyplnění dotazníku. Zde Vám ponechávám volný prostor, kam můžete doplnit Váš názor a dopsat své připomínky.

.....

.....

.....

Příloha 9

Dotazník pro seniory

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,
dostal se Vám do rukou **anonymní** dotazník, který je součástí mé bakalářské práce, na téma: „**Komunikace s hospitalizovanými seniory**“.

Získané informace budou použity **pouze** pro účely bakalářské práce. Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Viktor Šimůnek
4.ročník bakalářského studia LFUK v Hradci Králové
Obor: Ošetrovatelství
kontakt: simunek.viktor@seznam.cz

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

V každé otázce **vyberte a zakřížkujte vždy jen jednu** odpověď, pokud není uvedeno jinak.

V otázkách, které jsou určeny k doplnění, napište, co pokládáte za důležité sdělit.

Pokud jste omylem zaškrtnli špatnou odpověď, správnou zakroužkujte.

1. Jste:

žena

muž

2. Věk:

60-74 let

75-89 let

90 let a výše

3. Jste hospitalizován/a poprvé?

ano

ne

4. Na jakém oddělení nyní ležíte?

.....

5. S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:

nemoc

poznání a moudrost

osamělost

dostatek času

úbytek sil

klid a pohoda

ztráta soběstačnosti

jiné.....

6. V průběhu hospitalizace o Vás pečuje více sester. Víte vždy, na kterou sestru se máte obracet?

ano ne

7. Přístup sester k Vám vnímáte jako:

(u každé položky zakřížkujte jedno políčko)

a) upřímný a přátelský ano ne

b) chladný a odměřený ano ne

c) nepříjemný ano ne

d) nepřístupný ano ne

e) jinak

8. Sestry na Vás působí:

klidně a rozvážně, nedávají najevo spěch

rozržitě, přebíhají "od jednoho ke druhému", hlasitě na sebe pokřikují

jinak

9. Sestry se při rozhovoru s Vámi vyjadřují:

srozumitelně a kultivovaně

nesrozumitelně, používají odborné termíny

nepřesně

hrubě, drze a vulgárně

10. Sdělují sestry při předávání služby informace o Vás v přítomnosti ostatních pacientů?

ano ne

Pokud ano, vadí Vám to?

ano ne

11. Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejčastěji povídá?

Lékař

Sestra

Ošetřovatel/ka

Sanitář/ka

Uklízečka

jiné

12. Když s Vámi sestry hovoří, chápete všechny informace?

ano

ne

Pokud nechápete, tak co a proč?

.....
.....

13. Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejlépe popovídá?

Lékař

Sestra

Ošetřovatel/ka

Sanitář/ka

Uklízečka

jiné

Je někdo, z výše uvedených, s kým si dobře nepohovoříte?

ano

ne

Pokud ano, proč?.....

14. Poznají sestry Vaše obtíže, aniž by se Vás na to zeptaly? (např.: máte-li bolesti, strach, úzkost...)

ano

většinou ano

nedokážu posoudit

většinou ne

ne




15. Čeho si v chování sester nejvíce vážíte? (např. obětavosti, soucitu, pracovitosti, ochotě naslouchat, porozumění.)































.....
.....

16. Představte si, že si s Vámi přišla popovídat sestra. Na co si po jejím odchodu nejvíce pamatujete?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> na pohlazení, držení za ruku | <input type="checkbox"/> na úsměv |
| <input type="checkbox"/> na zamračení, ušklíbnutí | <input type="checkbox"/> na pohled do očí |
| <input type="checkbox"/> na sledování, pozorování | <input type="checkbox"/> na rozhazování rukama |
| <input type="checkbox"/> stoj vedle lůžka s rukama v bok | <input type="checkbox"/> na sezení sestry u lůžka |
| <input type="checkbox"/> na silný parfém | <input type="checkbox"/> aróma cigaret |
| <input type="checkbox"/> jiné | |

17. Jak na Vás působí: (u každé položky zakřížkujte jedno políčko)

 (příjemně),  (snesitelně),  (nepříjemně)

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| a. pohlazení, držení za ruku |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| b. úsměv |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| c. zamračení, ušklíbnutí |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| d. pohled do očí |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| e. sledování, pozorování |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| f. rozhazování rukama |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| g. stoj vedle lůžka s rukama v bok |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| h. sezení u lůžka |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| i. silný parfém |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |
| j. aróma cigaret |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |  <input type="checkbox"/> |

18. Když o Vás sestry pečují:

- popisují, co právě dělají
- baví se mezi sebou, jako bych tu ani nebyl/a
- zajímají se o mé problémy a potřeby
- nemluví se mnou, ale pohladí mě, usmívají se
- většina nemluví
- jiné.....

19. V čem vidíte možnost zlepšení komunikace sester s Vámi?

.....
.....
Jakých nevhodných projevů jste si všimnul/a?
.....
.....

20. Co nejvíce ovlivňuje chování a jednání sester?

- zájem o práci
- chuť do práce
- únava
- jejich věk a praktické zkušenosti
- dostatek odborných vědomostí
- jiné
- povaha
- časové vytížení
- finanční ohodnocení

21. Jak hodnotíte návštěvní hodiny na oddělení?

- dostatečně dlouhé, takto mi to vyhovuje
- nedostatečné, chci vidět své známé častěji
- nikdo za mnou nechodí, návštěvní doba mě nezajímá

22. Zajímají se sestry o to, co s Vámi bude po propuštění?

- (např. máte-li se kam vrátit, jste-li soběstačný/á, jste-li sám/a.)
- ano
 - ne

23. Jak celkově hodnotíte komunikaci sester s Vámi?

- výborně velmi dobře dobře
 velmi špatně špatně

24. Dotazník jste vyplnil/a:

- samostatně s pomocí

Pokud „s pomocí“, z jakého důvodu?

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

Došel/la jste na konec dotazníku. Znovu prosím zkontrolujte, zda jste vyplnil/a všechny otázky. Děkuji za vyplnění dotazníku.
Zde Vám ponechávám volný prostor, kam můžete doplnit Váš názor a dopsat své připomínky.

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

Příloha 10 - Seznam tabulek

Vyhodnocení dotazníků pro personál

Tabulka 4

Pohlaví respondentů:

Otázka č.1	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ženy	13	9	12	9	43	96	10	10	8	7	35	100	78	97
Muži	1	0	1	0	2	4	0	0	0	0	0	0	2	3
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 5

Věk respondentů:

Otázka č.2	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
18-25 let	4	3	2	2	11	24	4	2	2	0	8	23	19	24
26-35 let	6	2	4	2	14	31	4	3	3	3	13	37	27	33
36-50 let	3	4	3	2	12	27	2	4	3	3	12	34	24	30
51-60 let	1	0	2	1	4	9	0	1	0	1	2	6	6	8
61- a více let	0	0	2	2	4	9	0	0	0	0	0	0	4	5
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 6

Kolik máte let praxe?

Otázka č.3	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
0-5 let	5	3	5	2	15	33	4	2	2	2	10	29	25	31
6-15 let	6	4	1	2	13	29	3	6	5	4	18	51	31	39
16 a více let	3	2	7	5	17	38	3	2	1	1	7	20	24	30
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 7

Na jakém oddělení pracujete ?

Otázka č.4	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
	14	9	13	9	45		10	10	8	7	35		80	

Tabulka 8

Pracovní zařazení:

Otázka č.5	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Sestra u lůžka	11	5	8	8	32	71	8	8	6	5	27	77	59	74
Staniční sestra	1	0	1	1	3	7	1	1	0	0	2	6	5	6
Vrchní sestra	0	1	1	0	2	4	0	0	1	0	1	3	3	4
Ošetrovatelka	2	3	2	0	7	16	1	1	1	2	5	14	12	15
Sanitář/ka	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 9

S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:

Otázka č.6	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Nemoc	4	1	2	0	7	16	1	2	2	1	6	17	13	16
Osamělost	0	1	1	1	3	7	2	0	2	0	4	11	7	9
Úbytek síl	3	4	3	4	14	30	1	5	1	4	11	31	25	30
Ztráta soběstačnosti	2	0	1	4	7	16	0	0	1	0	1	3	8	10
Poznání a moudrost	4	3	3	0	10	22	3	0	1	2	6	17	16	20
Dostatek času	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	6	2	3
Klid a pohodu	1	0	3	0	4	9	1	1	0	0	2	6	6	8
Jiné -starosti	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	9	3	4
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 10

Kolik procent personálu na Vašem oddělení charakterizuje podle Vás následný přístup k pacientům seniorům?

Otázka č.7																					
A	Upřímný a přátelský				celk.	Odborně dobrý, ale chladný a odměřený				celk.	Nepříjemný				celk.	Nepřístupný				celk.	
	JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP		
0%								5	6	2	13	9	8	10	4	31	8	8	13	5	34
10%	1				1	3	2	3	5	13	4	1	3	5	13	2			0	4	6
20%	2				2	5	1	3		9	1				1	4					4
30%	1				1	2		1		3							1				1
40%		1			3																
50%		1		2	9	4	1		2	7											
70%	5		2	2	1																
80%	3		4	3	10																
90%	2	2	1		5																
100%		5	6	2	13																
celkem	14	9	13	9		14	9	13	9		14	9	13	9		14	9	13	9		

B	Upřímný a přátelský				celk.	Odborně dobrý, ale chladný a odměřený				celk.	Nepříjemný				celk.	Nepřístupný				celk.
	JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP		JIP	CHIR	INT	NP	
0%							1	2	1	4	1	7	4	5	17	6	10	4	5	25
10%						1	2	3		6	3	3	4		10	1		3	2	6
20%	1				1	4	3	2	1	10	6			2	8	3		1		4
30%								1	2	3										
40%	4			1	5	5	2			7										
50%	3	3	1	5	12		2		3	5										
70%			4		4															
80%	2	5			7															
90%		1	2		3															
100%		1	1	1	3															
celkem	10	10	8	7		10	10	8	7		10	10	8	7		10	10	8	7	

A+B				
	upřímný a přátelský	Odborně dobrý, ale chladný a odměřený	nepříjemný	nepřístupný
0%			17	48
10%	1		19	23
20%	3		19	9
30%	1		6	
40%	8		7	
50%	14		12	
70%	13			
80%	16			
90%	8			
100%	16			

Tabulka 11

V našem kolektivu se mi nelíbí komunikace s pacienty seniory u 0-100% pracovníků:

Otázka č.8	A				B				A+B
	JIP	CHIR	INT	NP	JIP	CHIR	INT	NP	celkem
0%	8	6	9	4		3	1	4	35
10%	2	2	3	2	3		4		16
20%	2	1			7	4	2	1	17
30%	1		1	3		2			7
50%						1	1		2
60%								1	1
70%	1							1	1
80%								1	1
Celkem	14	9	13	9	10	10	8	7	80

Pokud jste označil/a jeden a více % pracovníků,co konkrétně se Vám nelíbí?	A				B				A+B
	JIP	CHIR	INT	NP	JIP	CHIR	INT	NP	celkem
odměřenost						1	2		3
náladovost			1	1					2
nadřazenost					2		2		4
netaktnost								1	1
nedostatek empatie	3	1			3	1	2		10
netolerantnost		1		1					2
tykání				2					2
neochota naslouchat				2	2	1	1		6
řešení prac. problémů před pacientem								1	1
hrubost				1					1
familiárnost			2					1	3
netrpělivost	3				3	4			10
Celkem	6	3	4	5	10	7	7	3	45

Tabulka 12
Rozhovor s pacientem seniorem:

Otázka č.9	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
Přál bych si více času pro rozhovor s pacientem seniorem	7	5	5	6	23	52	5	7	5	0	17	48	40	49
Nemám si často s pacienty seniory o čem povídat	1	0	2	1	4	9	0	2	0	0	2	6	6	8
Považuji za důležitou součást léčby a věnuji mu dostatek času	2	4	6	2	14	31	5	1	3	6	15	43	29	36
Při rozhovoru s pacienty seniory mně jejich názory často vadí	2	0	0	0	2	4	0	0	0	1	1	3	3	4
Rozhovoru s pacienty seniory se vyhýbám, omezují se na věcnou komunikaci	2	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	2	3
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 13
Situace, kdy se stydím za nevhodnou komunikaci zdravotníka s pacientem/seniorem zažívám ve svém kolektivu:

Otázka č.10	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
Denně	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	6	2	3
1x týdně	3	0	0	2	5	11	6	1	2	0	9	26	14	17
Vyjimečně	10	7	10	7	34	76	3	7	6	4	20	57	54	67
Nikdy	1	2	3	0	6	13	1	2	0	1	4	11	10	13
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 14
Jste v situaci, kdy krmíte hospitalizovaného seniora p.Nováka, Vašeho bývalého učitele, který trpí demencí. Pacientovi říkáte:

Otázka č.12	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
„Vezmi si ještě jednu lžičku, to je hodný chlapec.“	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
„Pane Nováku, teď Vám dám další lžičku, prosím otevřete ústa.“	8	6	13	6	33	73	7	6	7	5	25	72	58	72
„Dědo, otevřete ústa a pěkně všechno snězte.“	3	2	0	0	5	11	0	1	0	0	1	3	6	8
„No tak pane učiteli, pěkně papejte.“	2	1	0	0	3	7	2	1	1	1	5	14	8	10
„Otevřete ústa a polkněte.“	1	0	0	3	4	9	1	2	0	1	4	11	8	10
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 15
Jak často vnímáte rozdíl v neverbálních projevech a mezi tím, co pacient senior říká?

Otázka č.13	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
Vyjimečně	0	3	5	1	9	20	0	2	0	0	2	6	11	14
Ano, občas si toho všimnu	5	5	7	3	20	44	7	7	6	1	21	60	41	51
Bývá to často	9	1	1	5	16	36	3	1	2	6	12	34	28	35
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 16
Na nevhodný přístup v rozhovoru lékaře s pacientem seniorem:

Otázka č.14	A				celkem	procenta	B				celkem	procenta	A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			JIP	CHIR	INT	NP			celkem	procenta
Lékaře upozorním před pacientem	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	3	9	3	4
Lékaře upozorním později, ne před pacientem	1	0	3	1	5	11	0	4	1	0	5	14	10	13
Nemohu si to dovolit	10	1	5	5	21	47	5	2	1	4	12	34	33	41
Nezaznamenal jsem takový rozhovor	3	8	5	3	19	42	3	4	5	3	15	43	34	42
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 17

Přemýšlím o proběhlém rozhovoru s pacienty seniory mimo pracovní dobu:

Otázka č.15	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ne, to se mi nestalo	3	2	1	0	6	13	1	5	0	0	6	17	12	15
Ano, uvědomuji si, že jsem v poslední době takovou situaci zažil	5	5	6	5	21	47	4	2	4	3	13	37	34	42
Stalo se mi to několikrát za život	6	2	6	4	18	40	5	3	4	4	16	46	34	43
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 18

Pohladit pacienta seniora či ho vzít za ruku:

Otázka č.16	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Dělám to vyjímečně	3	0	1	0	4	9	1	2	1	0	4	11	8	10
Dělám to často, většinou odhadnu, kdy je to vhodné	9	7	10	6	32	71	9	6	6	7	28	80	60	75
Spíše to považuji za nevhodné a nedůstojné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mám problém odhadnout, kdy je to vhodné, ale u určité skupiny pacientů to je potřebné	2	2	1	3	8	18	0	2	1	0	3	9	11	14
Stalo se mi, že to nebylo dobře přijaté, proto to už nedělám	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nepovažuji to od zdravotnického personálu za vhodné a profesionální	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	1
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 19

Pacient senior Vám sděluje: „Nevím, co se mnou dál bude po propuštění. Jsem sám a nevím co si počnu.“ Vaše předpokládaná reakce je:

Otázka č.17	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
„Je to problém, ale Vy to nějak zvládnete.“	2	0	0	0	2	4	0	0	1	0	1	3	3	4
„Zavolám sociální pracovníci, ta s Vámi dohodne další postup.“	2	0	3	3	8	18	1	4	1	5	11	31	19	24
„Tak se mi zdá, že máte obavy, jak se o sebe dokážete postarat až půjdete domů.“	1	1	2	0	4	9	1	1	0	0	2	6	6	8
„S tím si teď nedělejte starosti.“	7	5	4	3	19	42	6	4	3	0	13	37	32	39
Tiše naslouchám	0	0	2	2	4	9	0	0	0	0	0	0	4	5
Jiné	2	3	2	1	8	18	2	1	3	2	8	23	16	20
Celkem %	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 20

Projevuje-li seniorský pacient známky akutní zmatenosti, dezorientace či agresivity:

Otázka č.18	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Vyvolává to ve mně negativní emoce vůči pacientovi, musím se držet, abych zachoval/a klid	7	2	1	0	10	22	2	0	1	0	3	9	13	16
Vyvolává to ve mně negativní emoce vůči seniorům obecně, ale nedávám to na sobě znát	1	2	2	1	6	13	0	1	1	0	2	6	8	10
Jsem nešťastný/á z toho, že nejsem schopný/á poskytnout pohodu lidem, o které se starám	1	3	9	6	19	43	5	9	2	7	23	65	42	53
Velmi mně to rozrušuje, většinou se co nejrychleji odcházím někam uklidnit	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	11	4	5
Jiné	5	2	1	2	10	22	3	0	0	0	3	9	13	16
Celkem %	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 21

Co si myslíte, že ovlivňuje sestry v komunikaci s pacienty seniory nejvíce?

Otázka č.19	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Zájem o práci	0	3	5	0	8	18	0	0	1	1	2	6	10	13
Chuť do práce	1	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	3	2	3
Únava	5	0	0	1	6	13	0	0	1	0	1	3	7	9
Jejich věk a praktické zkušenosti	1	1	1	0	3	7	2	1	0	0	3	9	6	8
Dostatek odborných vědomostí	1	0	0	2	3	7	0	0	1	2	3	9	6	8
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Povaha	4	3	3	4	14	31	7	5	5	2	19	53	33	40
Časové vytížení	1	2	4	2	9	20	0	3	0	1	4	11	13	15
Finanční ohodnocení	1	0	0	0	1	2	1	0	0	1	2	6	3	4
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 22

Pozorujete u sebe nebo u ostatních sester známky nevhodného chování vůči pacientům seniorům?

Otázka č.20	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ne	5	7	9	7	28	62	4	6	3	5	18	51	46	57
Ano, u sebe	1	2	0	0	3	7	0	0	0	0	0	0	3	4
Ano, u některých ostatních	4	0	2	0	6	13	5	4	3	2	14	40	20	25
Ano, u sebe i u některých ostatních	4	0	2	2	8	18	1	0	2	0	3	9	11	14
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Pokud ano, jak se projevuje?

	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
uspěchanost				1	1	6	2	2	2	3	9	27	10	20
odmítnutí					0	0	2	6	3	2	13	40	13	26
netaktnost	1		1		2	11	1	3	2	1	7	21	9	18
ponižování	2				2	12	1	1	1	1	4	12	6	12
oslovení "babi,dědo"			2		2	12					0	0	2	4
nervozita	1		1		2	12					0	0	2	4
agresivita	2				2	12					0	0	2	4
nezájem o pacienta		1			1	6					0	0	1	2
neochota naslouchat		1			1	6					0	0	1	2
arogantní a hrubé chování	3				3	17					0	0	3	6
moc křiku				1	1	6					0	0	1	2

Pokud ano, reagujete/te Vy nebo někdo jiný proti takovému nevhodnému chování?

	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
ano	6	1	3	2	12	75	1	4	2	2	9	53	21	64
ne	3	1	0	0	4	25	5	0	3	0	8	47	12	36
Celkem	9	2	3	2	16		6	4	5	2	17			

Jak reagujete/te? (např.vloží/te se do rozhovoru a dokončí/te dialog, řekne/te sestře, že takto se chovat nemůže...)

	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
vloží se do rozhovoru	4	1	3	1	9	76	2	2	2	3	9	27	18	40
rozborem na provozní schůzi	0	0	0	1	1	8	2	6	3	2	13	40	14	31
vystřídám kolegyni u lůžka	1	0	0	0	1	8	1	3	2	1	7	21	8	18
vytknu to sestře v soukromí	1	0	0	0	1	8	1	1	1	1	4	12	5	11

Tabulka 23

Někteří pacienti seniory, kteří jsou v nemocnici dlouho nebo jsou závažně nemocní, sdělují informace ze svého života, které jsou více osobní.

Otázka č.21	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Nechci o nich více vědět, vadí mi potom, když zemřou, je to pro mě větší zátěž	0	0	0	1	1	2	0	2	0	0	2	6	3	4
Vyhýbám se tomu, protože mě to nezajímá a je zbytečné to vědět	1	0	0	1	2	4	0	0	0	0	0	0	2	3
Chci o pacientech seniorech více vědět	0	0	3	0	3	7	0	1	2	0	3	9	6	7
Je to povinnost, která je nezbytná, ale já ji nezvládám	2	0	1	0	3	7	0	1	1	1	3	9	6	8
Patří to do správné péče o pacienta a myslím si, že to zvládám	11	9	9	7	36	80	10	6	5	6	27	76	63	78
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 24

Pacient senior Vám sděluje: „Bojím se, že umřu.“ Jaká bude Vaše předpokládaná reakce?

Otázka č.22	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
„Na to nemyslete. Vy nás ještě všechny přejijete.“	5	2	3	1	11	24	6	4	3	1	14	40	25	31
„To já taky, na tom jsme všichni stejně.“	3	1	0	4	8	18	1	2	0	1	4	11	12	15
„Chcete si s někým o tomto problému popovídat?“	6	6	6	2	20	45	1	3	1	4	9	26	29	36
Budu mlčet	0	0	1	0	1	2	0	0	1	0	1	3	2	3
Jiné chytím za ruku, mlčím, převedu řeč na jiné téma2x, 6xneumím reagovat, snažím se o problému mluvit	0	0	3	2	5	11	2	1	3	1	7	20	12	15
Celkem	14	9	13	9	45	101	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 25

Plánujete změnu pracovního místa do jednoho roku?

Otázka č.23	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano, v rámci zdravotnictví	1	3	2	2	8	18	2	0	0	1	3	9	11	14
Ano, zcela mimo zdravotnictví	2	1	0	2	5	11	1	0	0	1	2	6	7	9
Ne	11	5	11	5	32	71	7	10	8	5	30	85	62	77
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 26

Měl/a jste nebo máte možnost se dále vzdělávat ve svých komunikačních dovednostech?

Otázka č.24	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	8	7	9	3	27	60	4	2	3	3	12	34	39	49
Ne	6	2	4	6	18	40	6	8	4	4	22	63	40	50
Jiné- nechci se vzdělávat	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	1	1
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 27

Pokud by se naskytla příležitost takového vzdělávání nebo kursu navštěvovala byste ho?

Otázka č.25	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	11	8	9	7	35	78	4	8	6	7	25	71	60	40
Ne	2	1	4	2	9	20	6	2	1	0	9	26	18	31
Jiné, nechci se vzdělávat	1	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	3	2	1
Celkem	14	9	13	9	45	100	10	10	8	7	35	100		

Tabulka 28

Jaké komunikační dovednosti byste si přál zdokonalit?

Otázka č.26	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
komunikace s agresivním pacientem	0	1	0	1	2		2	2	2	3	9	11	9	
zmateným a apatickým pacientem	0	0	1	1	2		2	6	3	2	13	15	14	
jak zvládat nepříjemné otázky	0	1	0	0	1		1	3	2	1	7	8	7	
komunikace mezi personálem	0	0	0	0	0		1	1	1	1	4	4	3	
komunikace s umírajícím pacientem	3	1	0	0	4		1	1	1	1	4	8	7	
kde začíná a končí empatie	0	0	0	0	0		3	2	4	1	10	10	9	
komunikace s pacientem v deliriu	1	0	0	0	1						0	1	1	
komunikace pacienta s handicapem	1	0	0	0	1						1	1	1	
znaková řeč	1	0	1	0	2						0	2	2	
cizí jazyk	0	0	1	0	1		1	2	4	5	12	13	11	
jak zvládat alzheimera	0	0	0	0	0		1	2	4	5	12	12	10	
jak zvládat stres	0	1	0	0	1		1	2	4	5	12	13	11	
asertivní chování	0	1	0	0	1		1	2	4	5	12	13	11	
komunikace s mentálně postiženým	1	0	0	0	1		1	1	1	1	4	5	4	
Celkem	7	5	3	2	17		15	24	30	30	99			

Vyhodnocení dotazníků pro seniory

Tabulka 29

Návratnost dotazníků pro hospitalizované seniory

	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Rozdáno dotazníků	10	10	10	10	40	100	10	10	10	30	100	70	100	
Vráceno dotazníků	10	10	10	10	40	100	10	10	10	30	100	70	100	
Celkem %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			

Tabulka 30

Pohlaví respondentů:

Otázka č.1	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Ženy	5	7	5	4	21	52	5	6	8	19	63	40	57	
Muži	5	3	5	6	19	48	5	4	2	11	37	30	43	

Tabulka 31

Věk respondentů:

Otázka č.2	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
60-74 let	5	7	4	4	20	50	5	6	7	18	60	38	55	
75-89 let	5	3	6	6	20	50	5	4	2	11	37	31	44	
90 let a výše	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	1	1	

Tabulka 32

Jste hospitalizován/a poprvé?

Otázka č.3	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Ano	0	0	2	1	3	8	0	1	0	1	3	4	6	
Ne	10	10	8	9	37	92	10	9	10	29	97	66	94	

Tabulka 33

Na jakém oddělení nyní ležíte?

Otázka č.4	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Ví	6	10	10	9	35	87	10	10	10	30	100	65	7	
Neví	4	0	0	1	5	13	0	0	0	0	0	5	93	

Tabulka 34

S čím se Vám spojuje, když se řekne stáří:

Otázka č.5	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Nemoc	0	2	2	4	8	19	0	3	2	5	17	13	19	
Osamělost	1	1	0	0	2	5	0	0	0	0	0	2	3	
Úbytek sil	1	3	5	1	10	24	6	5	2	13	43	23	34	
Ztráta soběstačnosti	1	0	2	1	4	10	1	1	2	4	13	8	11	
Poznání a moudrost	2	2	1	0	5	13	1	0	2	3	10	8	11	
Dostatek času	3	1	0	0	4	10	0	1	1	2	7	6	9	
Klid a pohodu	1	0	0	4	5	13	2	0	1	3	10	8	11	
Jiné- nejistá budoucnost	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	
Jiné- schází rodina	1	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1	

Tabulka 35

V průběhu hospitalizace o Vás pečují více sestry. Víte vždy, na kterou sestru se máte obracet?

Otázka č.6	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Ano	7	5	6	9	27	67	8	7	7	22	73	49	70	
Ne	3	5	4	1	13	33	2	3	3	8	27	21	30	

Tabulka 36

Přístup sester k Vám vnímáte jako:

Otázka č.7	A						B						A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta	
Uprímný a přátelský	10	9	10	9	38	95	9	10	9	28	94	66	95	
Chladný a odměřený	0	1	0	1	2	5	0	0	1	1	3	3	4	
Nepříjemný	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nepřístupný	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	1	
Jinak	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Tabulka 37
Sestry na Vás působí:

Otázka č.8	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Klidně a rozvážně, nedávají najevo spěch	10	8	9	9	36	90			9	9	8	26	87	62	89		
Roztržitě, přebíhají "od jednoho ke druhému", hlasitě na sebe pokřikují	0	1	0	1	2	5			1	0	2	3	10	5	7		
Jinak - dle nálady	0	1	1	0	2	5			0	1	0	1	3	3	4		

Tabulka 38
Sestry se při rozhovoru s Vámi vyjadřují:

Otázka č.9	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Srozumitelně a kultivovaně	10	9	10	10	39	97			9	9	7	25	84	64	92		
Nesrozumitelně, používají odborné termíny	0	0	0	0	0	0			1	0	0	1	3	1	1		
Nepřesně	0	0	0	0	0	0			0	1	3	4	13	4	6		
Hrubě, drze a vulgárně	0	1	0	0	1	3			0	0	0	0	0	1	1		

Tabulka 39
Sdělují sestry při předávání služby informace o Vás v přítomnosti ostatních pacientů?

Otázka č.10	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	4	0	2	0	6	15			2	1	1	4	13	10	14		
Ne	6	10	8	10	34	85			8	9	9	26	87	60	86		

Pokud ano, vadí Vám to?

	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	0	0	1	0	1	17			2	1	1	4	100	5	50		
Ne	4	0	1	0	5	83			0	0	0	0	0	5	50		

Tabulka 40
Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejčastěji povídá?

Otázka č.11	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Lékař	3	2	4	1	10	25			2	5	4	11	37	21	30		
Sestra	3	6	5	8	22	54			4	5	3	12	40	34	49		
Ošetrovatelka	2	0	0	0	2	5			2	0	2	4	13	6	9		
Sanitář/ka	0	0	0	1	1	3			0	0	0	0	0	1	1		
Uklízečka	2	2	0	0	4	10			1	0	0	1	3	5	7		
Jiné - všichni	0	0	1	0	1	3			1	0	1	2	7	3	4		

Tabulka 41
Když s Vámi sestry hovoří, chápete všechny informace?

Otázka č.12	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	9	9	10	9	37	92			7	10	6	23	77	60	86		
Ne	1	1	0	1	3	8			3	0	4	7	23	10	14		

Pokud nechápete, tak co a proč?

	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP			celkem	procenta	celkem	procenta
používají odborné výrazy	0	0	0	0	0	0			1	0	2	3	42	3	30		
proč musím na vyšetření	0	0	0	0	0	0			2	0	0	2	29	2	20		
špatně podaná informace	1	1	0	1	3	100						0	0	3	30		
mluví rychle a uspěchaně	0	0	0	0	0	0			0	0	2	2	29	2	20		

Tabulka 42

Kdo ze zdravotnického personálu na tomto oddělení si s Vámi nejlépe popovídá?

Otázka č.13	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Lékař	3	2	6	3	14	35	2	5	4	11	37	25	36
Sestra	4	4	4	4	16	39	3	5	2	10	33	26	38
Ošetřovatelka	2	1	0	1	4	10	4	0	4	8	27	12	17
Sanitář/ka	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	1	1
Uklízečka	0	2	0	1	3	8	0	0	0	0	0	3	4
Jiné - nevím	1	0	0	1	2	5	1	0	0	1	3	3	4

Je někdo, z výše uvedených, s kým si dobře nepohovoříte?

	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	0	2	0	0	2	5	1	1	2	4	13	6	9
Ne	10	8	10	10	38	95	9	9	8	26	87	64	91

Pokud ano, proč?

	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Uklízečka - cizinka, nerozumím jí	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	50	2	32
Sestra - cizinka, nerozumím jí	0	1	0	0	1	50	0	0	0	0	0	1	17
Lékař - arogantní přístup	0	1	0	0	1	50	0	0	0	0	0	1	17
Lékař - neochota naslouchat	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	25	1	17
Sestra - neochota naslouchat	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	25	1	17

Tabulka 43

Poznají sestry Vaše obtíže, aniž by se Vás na to zeptaly?(např.:máte-li bolesti,strach,úzkost?)

Otázka č.14	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Ano	5	3	3	6	17	42	2	2	1	5	17	22	30
Většinou ano	1	1	3	2	7	18	3	3	5	11	37	18	26
Nedokážu posoudit	2	2	3	1	8	19	4	4	4	12	40	20	29
Většinou ne	1	4	0	0	5	13	1	0	0	1	3	6	9
Ne	1	0	1	1	3	8	0	1	0	1	3	4	6

Tabulka 44

Čeho si v chování sester nejvíce vážíte?

Otázka č.15	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Obětavost	4	6	6	5	21		5	2	6	13	43	34	
Soucit	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Pracovitost	4	0	2	0	6		2	3	1	6	20	12	
Ochota naslouchat	1	1	1	3	6		0	3	2	5	17	11	
Porozumění	1	3	1	2	7		2	1	1	4	13	11	
Profesionalita	0	0	0	0	0		1	1	0	2	7	2	

Tabulka 45

Představte si, že si s Vámi přišla popovídat sestra. Na co si po jejím odchodu nejvíce pamatujete?

Otázka č.16	A					B					A+B		
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Na pohlázení, držení za ruku	1	0	2	2	5	12	0	1	2	3	10	8	11
Na zamračení, uškříbnutí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na sledování, pozorování	1	0	1	1	3	8	1	2	0	3	10	6	9
Stoj vedle lůžka s rukama v bok	0	0	0	1	1	3	1	0	0	1	3	2	3
Na silný parfém	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na úsměv	8	10	6	4	28	69	5	3	4	12	40	40	57
Na pohled do očí	0	0	0	1	1	3	3	3	3	9	30	10	14
Na rozhazování rukama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na sezení sestry u lůžka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na aróma cigaret	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiné - rozhovor	0	0	1	1	2	5	0	1	1	2	7	4	6

Tabulka 46

Jak na Vás působí: 😊 příjemně, 😐 snesitelně, ☹️ nepříjemně

Otázka č.17	A			B			A+B			A+B		
	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️	😊	😐	☹️
Pohlazení, držení za ruku	29	10	1	21	8	1	50	18	2	71%	26%	3%
Úsměv	39	1	0	30	0	0	69	1	0	99%	1%	0%
Zamračení, ušklíbnutí	0	14	26	0	6	24	0	20	50	0%	29%	71%
Na pohled do očí	25	14	1	23	7	0	48	21	1	69%	30%	1%
Na sledování, pozorování	10	20	10	6	19	5	16	39	15	23%	56%	21%
Rozhazování rukama	1	12	27	1	14	15	2	26	42	3%	37%	60%
Stoj vedle lůžka s rukama v bok	1	13	26	0	8	22	1	21	48	1%	30%	69%
Sezení sestry u lůžka	18	17	5	10	13	7	28	30	12	40%	43%	17%
Na silný parfém	6	10	24	0	8	22	6	18	46	9%	26%	65%
Aróma cigaret	1	8	31	0	4	26	1	12	57	1%	17%	82%

Tabulka 47

Když o Vás sestry pečují:

Otázka č.18	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta				
Popisují, co právě dělají	3	4	4	1	12	30	2	3	4	9	30	21	30				
Baví se mezi sebou, jako bych tu ani nebyl	0	0	0	2	2	5	1	1	2	4	13	6	9				
Zajímají se o mé problémy a potřeby	4	4	5	6	19	47	2	3	2	7	23	26	37				
Nemluví se mnou, ale pohládí mě, usmívají se	2	1	0	1	4	10	2	0	1	3	10	7	10				
Většina nemluví	1	1	1	0	3	8	3	1	1	5	17	8	11				
Jiné	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	7	2	3				

Tabulka 48

V čem vidíte možnost zlepšení komunikace sester s Vámi?

Otázka č.19	A				celkem		B			celkem		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Více času pro rozhovor	1	0	1	1	3		4	2	2	8		11	
Malý počet sester	1	0	0	0	1		0	0	0	0		1	
Detailnější informace o mém stavu	0	1	0	0	1		0	0	0	0		1	
Větší zájem o pacienta	0	2	0	1	3		0	0	0	0		3	
Pohoda mezi personálem	0	1	0	0	1		0	0	0	0		1	
Nefunkční zvonek	1	0	3	0	4		4	3	2	9		13	
Celkem	3	4	4	2	13		8	5	4	17		30	

Jakých nevhodných projevů jste si všimnul/a?

	A				celkem		B			celkem		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	CHIR	INT	NP	celkem	procenta	celkem	procenta
Nestejně chování ke všem pacientům	0	0	1	0	1		1	0	1	2		3	
Nezdraví	0	0	0	0	0		1	0	0	1		1	
Nepředstaví se	0	0	0	0	0		1	0	0	1		1	
Hrubost v manipulaci s pacientem	0	0	0	1	1		0	0	0	0		1	
Nesdělí proč jsem nedostal najíst	0	0	0	0	0		1	0	0	1		1	
Užívají sprostá slova	1	1	0	0	2		0	0	0	0		2	
Nezájem o práci	1	0	0	0	1		0	0	0	0		1	
Špatně se vyjadřují	0	0	0	0	0		0	0	1	1		1	
Náladovost	0	0	1	0	1		0	0	0	0		1	
Nejsou vstřícné	0	0	0	1	1		0	0	1	1		2	
Celkem	2	1	2	2	7		4	0	3	7		14	

Tabulka 49

Co nejvíce ovlivňuje chování a jednání sester?

Otázka č.20	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP					celkem	procenta
Zájem o práci	3	3	4	1	11	27			2	1	4	7	23			18	25
Chuť do práce	2	1	0	0	3	8			1	0	0	1	3			4	6
Únava	0	0	1	0	1	3			0	0	1	1	3			2	3
Jejich věk a praktické zkušenosti	1	0	2	2	5	13			3	2	0	5	17			10	14
Dostatek odborných vědomostí	1	3	2	0	6	14			0	2	1	3	10			9	13
Povaha	2	1	0	3	6	15			4	4	2	10	34			16	23
Časové vytížení	1	0	0	1	2	5			0	1	2	3	10			5	7
Finanční ohodnocení	0	2	1	3	6	15			0	0	0	0	0			6	9
Jiné	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0

Tabulka 50

Jak hodnotíte návštěvní hodiny na oddělení?

Otázka č.21	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP					celkem	procenta
Dostatečně dlouhé,takto mi to vyhovuje	9	9	10	1	38	94			9	10	8	27	90			65	92
Nedostatečné,chlci vidět své známé častěji	1	0	0	0	1	3			0	0	2	2	7			3	1
Nikdo za mnou nechodí,návštěvní doba mě nezajímá	0	1	0	0	1	3			1	0	0	1	3			2	6

Tabulka 51

Zajímají se sestry o to, co s Vámi bude po propuštění? (např. máte-li se kam vrátit, jste-li soběstačný, jste-li sám.)

Otázka č.22	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP					celkem	procenta
Ano	3	2	4	6	15	38			9	9	6	24	80			39	56
Ne	7	8	6	4	25	62			1	1	4	6	20			31	44

Tabulka 52

Jak celkově hodnotíte komunikaci sester s Vámi?

Otázka č.23	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP					celkem	procenta
Výborně	5	2	5	1	13	33			2	2	4	8	27			21	30
Velmi dobře	3	6	4	2	15	37			4	4	0	8	27			23	33
Dobře	2	2	1	7	12	30			4	4	6	14	46			26	37
Špatně	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0
Velmi špatně	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0

Tabulka 53

Dotazník jste vyplnil/a:

Otázka č.23	A				celkem		procenta		B			celkem		procenta		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP					CHIR	INT	NP					celkem	procenta
Samostatně	5	3	5	2	15	38			8	9	6	23	77			38	54
S pomocí	5	7	5	8	25	62			2	1	4	7	23			32	46

Pokud "s pomocí", z jakého důvodu?

	A				celkem		B			celkem		A+B	
	JIP	CHIR	INT	NP			CHIR	INT	NP			celkem	
Nemám brýle	1	1	2	0	4		1	0	0	1		5	
Zranění ruky	0	3	0	0	3		1	0	0	1		4	
Dovysvětlit otázky	2	1	1	3	7		0	0	1	1		8	
Třese se mi ruka	2	1	1	2	6		0	0	1	1		7	
Špatně vidím	0	1	1	3	5		0	1	2	3		8	
Celkem	5	7	5	8	25		2	1	4	7		32	

