

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Dita Moravcová

**Komunikace se seniory z pohledu nelékařského
zdravotnického personálu**

Bakalářská práce

Praha 2024

Autor práce: Dita Moravcová

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.

Oponent práce:

Datum obhajoby: 06/2024

Bibliografický záznam

MORAVCOVÁ, Dita. *Komunikace se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2024. 96 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá komunikací se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Podrobněji popisuje téma verbální i neverbální komunikace a její význam při interakci se seniory a následně se hlouběji zaměřuje na stáří, stárnutí a s tím spojené změny. Hlavní cíl a základ bakalářské práce tvoří kvantitativní výzkumné šetření, které má zjistit nejvhodnější způsoby a formy komunikace se seniory v domovech pro seniory.

Metodou výzkumu bylo zvoleno kvantitativní dotazníkové šetření, zkoumanými respondenty je ošetrující personál domovů pro seniory, dotazníkové šetření bylo provedeno celkem ve 3 domovech pro seniory v Praze.

Výsledky, kterých jsme se dopracovali kvantitativním dotazníkovým šetřením a následnou analýzou těchto dat se podrobněji věnuje empirická část práce. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 115 respondentů, byl použit dotazník vlastní konstrukce.

Zdravotníci by specifika při ošetrovatelské péči a komunikaci se seniory měli ovládat. Senioři si určitě zaslouží naši péči a pozornost. Komunikace s nimi má svá specifika a zásady. Má být stručná, jasná a výstižná. Klidná a vlídná mluva je též zásadní. Dostatek času, soukromí, trpělivosti, a ochoty pomoci s úsměvem na tváři většina seniorů ocení. Bakalářská práce zmiňuje i bariéry, jak ze strany zdravotníků, tak i od seniorů, které mohou komunikaci komplikovat. Adaptace na nové prostředí je u seniorů snížena, milým přístupem a vhodnou komunikací bude přizpůsobení se novému prostředí probíhat lépe. Dnešní rychlý životní styl nepřináší dostatek prostoru pro stáří. V závěru, dle získaných dat a poznatků, jsou vytvořena doporučení pro praxi pro zdravotníky.

Abstract

Bachelor thesis deals with the communication with elderly people from the perspective of nursing staff. It describing in detail topic verbal and nonverbal communication and its importance in interaction with elderly people, then its works with age, aging process and associated changes. Main goal and basis bachelor thesis are research investigation. It finds out the most suitable ways of communication with elderly people in retirement home.

Researching methods is quantitative questionnaire, examined respondents are nursing staff how they communicate in home for the elderly, specifically in 3 homes for the elderly in Prague.

Results which we finished by quantitative questionnaire with following data analysing, we deal with them in the research part of the work. 115 is the number of respondents, who were participate quantitative questionnaire. We used our own questionnaire.

Nurses should control how they communicate with patient and use professional attitude. Elderly people need our care and attention. Communication with elderly people have some specifics. It should be brief, accurate. Quiet and kindly speech is also important. Most of seniors value enough time for communication, privacy during it, patience and goodwill with smile on nurse face. Bachelor thesis deals with barriers from nurses and from patients, which can complicate the communication or interview. Adaptation for new environment is very difficult for many seniors. Nurses should help senior with this adaptation, together with use the suitable communication. Nowadays there is not much space for senior, our world prioritizes young people.

At the end of the work are proposed recommendations and suggestions for improving the communication with elderly people in practice.

Klíčová slova

Komunikace. Proces stárnutí. Senioři. Stáří. Výzkum.

Keywords

Age. Aging process. Communication. Seniors. Research.

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademičtý rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Dita Moravcová**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:


Název práce: **Komunikace se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získala a zároveň je i schopna v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti komparovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstracta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími zdroji. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Datum zadání bakalářské práce: 19.3.2023

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vodoucí katedry

V Praze dne 24.3.2023


.....
Děkan

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 9.4. 2024

Dita Moravcová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Šárce Tomové, Ph.D., Ph.D., MPH za odborné vedení práce, cenné rady, ochotu, vstřícnost a čas, který mi při zpracovávání práce věnovala.

Dále moc děkuji panu proděkanovi pro studium ošetrovatelství a přednostovi Ústavu ošetrovatelství PhDr. RNDr. Danielovi Jirkovskému, Ph.D., MBA za pomoc se statistickým zpracováním a vyhodnocením dat z výzkumného šetření.

A také děkuji vyučujícím 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy za vědomosti, které jsem získala v průběhu studia.

Obsah

1	ÚVOD	11
1.1	Cíle práce.....	12
2	TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA.....	13
2.1	Komunikační proces.....	13
2.1.1	Komunikace verbální se seniory	15
2.1.2	Komunikace neverbální se seniory.....	16
2.1.3	Aktivní naslouchání.....	20
2.2	Komunikace se seniory.....	21
2.2.1	Počet seniorů	22
2.2.2	Základy vedení rozhovorů se seniory	22
2.2.3	Faktory ovlivňující komunikaci se seniory	23
2.2.4	Nejčastější chyby v komunikaci se seniory.....	24
2.2.5	Bariéry v komunikaci se seniory	25
2.3	Vnímání stárnutí.....	25
2.3.1	Specifika ošetrovatelské péče u seniorů	26
2.3.2	Ageismus	27
2.4	Stáří, stárnutí	28
2.4.1	Členění stáří.....	29
2.4.2	Gerontologie a geriatric	30
2.4.3	Fyzické změny.....	30
2.4.4	Psychické změny	31
2.4.5	Sociální změny	32
2.4.6	Adaptace ve stáří	32
3	EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	33
3.1	Metodika.....	33
3.2	Materiál	34
3.3	Organizace vlastního šetření a zpracování dat	34
3.4	Výsledky práce.....	35
3.4.1	Statistické vyhodnocení hypotéz	65
3.5	Diskuze.....	68
3.5.1	Diskuze vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám.....	68
3.5.2	Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií.....	77
4	ZÁVĚR.....	80

5	REFERENČNÍ SEZNAM	83
6	SEZNAM PŘÍLOH	87

SEZNAM ZKRATEK

NLZP, NZP – Nelékařský zdravotnický personál

DS – Domov seniorů

DNA – Deoxyribonukleová kyselina

ICHS – Ischemická choroba srdeční

DM– Diabetes mellitus

ČR – Česká republika

WHO – Světová zdravotnická organizace

1 ÚVOD

Naše populace, především ta evropská, postupně stárne a zvyšuje se počet starých, chronicky a nevléčitelně nemocných pacientů. Vzhledem k intenzitě úmrtnosti dětská složka nenahrazuje obyvatelstvo v reprodukčním věku, a zároveň počet narozených dětí stále klesá. Je to způsobeno hlavně zrychleným životním tempem, nárůstem cen potravin i jiného zboží nebo třeba i vysokými přeplatky za hypotéky, a v neposlední řadě i společenskými požadavky na vysokoškolské vzdělání v mnoha profesích, to vše vede k rození menšího počtu dětí. V tom nemá prvenství jen ČR, jedná se o trend, ve většině vyspělých zemích světa.

Stáří je obecné označení pozdních fází vývoje. Stáří neznamená nemoc. V České republice mezi lety 2010–2019 vzrostl počet seniorů o půl milionu. Přibližný počet seniorů v ČR, tj. osob starších 65 let, k roku 2021 byl 2,17 milionu, tj 22% obyvatel. A tím pádem tvoří více než jednu pětinu obyvatelstva u nás (Holý, 2022).

Počet seniorů neustále roste a s odchodem silných ročníků z trhu práce jejich počet také stoupne, a i proto se v bakalářské práci zaměřujeme na komunikaci se seniory.

Komunikace se seniory je náročná, od zdravotníků se očekává velká míra trpělivosti a laskavosti. Senioři pomaleji reagují, nezapamatují si, ve většině případů je potřeba jim informaci zopakovat. Práce se seniory je náročnější než s lidmi v produktivním věku. Na druhou stranu dokáží více ocenit laskavý přístup, poděkují, jsou vděční za pomoc, nebo vlídné slovo, úsměv. Mnoho z nich je rádo za podržení za ruku, pohlázení, nebo vyslechnutí. Jelikož často žijí v osamění jsou vděční za sociální kontakt, většina z nich je vůči zdravotníkům velmi důvěřivá. Senioři si určitě zaslouží naši péči a pozornost. Dnešní zrychlený životní styl upřednostňuje, dává více příležitostí mladé generaci a nebere příliš ohledu na stáří. Senioři jsou tak odsunuti na okraj společnosti, často žijí sami ve snížených nebo zhoršených životních a sociálních podmínkách.

Předkládaná bakalářská práce se skládá ze čtyř hlavních kapitol, jejich podkapitol a empirické části. V teoretické části bakalářská práce vymezuje pojmy stáří, proces stárnutí, komunikace obecně, a postupně se zaměřuje na komunikaci se seniory a rozebírá její specifika, dále má za úkol zmínit bariéry v komunikaci se seniory a možné příčiny těchto bariér a v neposlední řadě i vnímání stárnutí ze strany nelékařského zdravotnického personálu. V empirické části prostřednictvím realizovaného výzkumného šetření porovnáme komunikaci se seniory v různých domovech/ zařízeních pro seniory v nichž výzkum proběhl.

Hlavním cílem naší práce je zjistit nejvhodnější formy a způsoby komunikace se seniory z perspektivy NLZP a zároveň poskytnout, i ostatním, náhled do této problematiky. A na závěr vytvořit doporučení, brožuru pro odborníky, návod, pro vhodnou komunikaci se seniory.

Poznatky osvojené během studia a získané studiem odborné literatury nám pomohly k lepší orientaci v daném tématu a k lepšímu pochopení zkoumané problematiky, v komunikaci se seniory.

Na úvod přikládám několik citátů, které vystihují problematiku předkládané bakalářské práce.

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.“ (Jonathan Swift)

„Stáří, to je zdvořilý pán, jednou přijde a zaťuká, nikým však není dovnitř zván. Venku však zůstat nechce, zabuší znova, pak se vecpe a teď se zjeví drsný kmán.“ (J.W. Goethe: Stáří)

1.1 Cíle práce

V bakalářské práci byly stanoveny následující cíle, kdy hlavním cílem bude zjistit nejvhodnější způsoby a formy komunikace se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu.

Dále byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1: Prostudovat příslušnou literaturu.

Dílčí cíl č. 2: Následně bude vytvořen dotazník vlastní konstrukce, zajištěna jeho distribuce mezi vybrané skupiny respondentů.

Dílčí cíl č. 3: Poté bude následovat sběr dat a jejich statistické vyhodnocení.

Dílčí cíl č. 4: V neposlední řadě, budou stanovena závěrečná doporučení pro praxi.

2 TEORETICKÁ A PRAKTICKÁ VÝCHODISKA

V první části bakalářské práce, se pomocí odborné literatury zaměřujeme na vysvětlení základních teoretických pojmů, zmiňuje komunikaci obecně (komunikace verbální a neverbální), postupně se však hlouběji zabývá komunikací se seniory, jakožto naší klíčovou skupinou během výzkumného šetření. Samotným cílem této části je seznámení se zkoumanou problematikou, a to s komunikací se seniory z pohledu NLZP, která v ošetrovatelské péči bývá zdravotníky často podceňována.

2.1 Komunikační proces

Komunikace je obecně charakterizována jako sdělení informací nebo zpráv. Nejde o jednostranné sdělení, předání informace, ale spíše o vzájemnou výměnu určité informace, nebo zprávy s využitím nejrůznějších signálů a prostředků (Jarošová, 2000).

Na komunikaci se podílejí všechny osoby, které se účastní, nebo jsou přítomné v dané situaci (Venglářová, Mahrová, 2006).

Komunikaci využíváme jako prostředek dorozumívání, i tím se člověk liší od ostatních živočichů. Na rozdíl od nich jsme schopni užívat řeč, mimické výrazy, gestikulovat a tím přenášet myšlenky. Bez komunikace by neexistoval sociální systém. Socializace neboli začlenění jedince do společnosti probíhá pomocí komunikace. Pro zdravotníky při poskytování ošetrovatelské péče je, nebo by měla být komunikace prioritou. Jedná se také o jednu ze základních lidských potřeb. Jen správně vedenou komunikací dojde k navázání kvalitních vztahů mezi zdravotníkem a pacientem. Komunikace se řadí mezi dovednosti, které je možno, ale i nutno rozvíjet během celého života, jako forma celoživotního vzdělávání. Ztrátou komunikace, nebo nevhodně vedenou komunikací může dojít k ohrožení vztahů v sociální skupině. Je to prostředek, který využíváme k dorozumívání a ovlivňování druhých, jelikož při komunikaci dochází k výměně informací mezi komunikujícími osobami (Kelnarová, Matějková, 2014).

Lidská komunikace je spletitý proces, podmíněný individuální psychikou jedince, jeho inteligencí, dosaženým vzděláním a osobními i sociálními zkušenostmi jedince (Linhartová, 2007).

Vše, co se odehrává v našem nitru i kontakt s okolním prostředím probíhá formou interakcí a komunikace. Interakce znamená neustále probíhající vzájemné působení, reagování lidí navzájem. Toto vzájemné ovlivňování a působení je zaznamenáváno někdy intenzivněji,

jindy jen mimovolně, bezděčně. O komunikaci hovoříme vždy, když dochází k výměně informací (Venglářová, Mahrová, 2006).

Pokud není komunikace v sociální skupině zdravá, je to intenzivně jedinci pocíťováno, a to může působit v lidském organismu vegetativní děje, (např. zrychlené bušení srdce, sevření žaludku, nauzea, nervozita). U některých onemocnění je komunikaci připisován velmi významný i rozhodující vliv, ovlivňující stabilizaci stavu nemocného (Kelnarová, Matějková, 2014).

Vévoda a kol. (2013) označuje komunikaci všeobecným termínem, a komunikovat dle něj znamená „*společně s někým na něčem participovat*“. Tato participace zahrnuje výměnu informací, myšlenek, mnoha emocí, našich postojů a našeho jednání. A jejím hlavním cílem je vzájemné porozumění mezi participovanými účastníky.

Při využívání komunikace v lékařství a psychologii jsou komunikací vyjadřovány naše postoje k příjemci zprávy, předmětům, ale i ke komunikaci samotné. Je považována za něco více než jen za pouhé předání informací, zrcadlí se v ní náš charakter, odráží se v ní naše sebe prezentace (Zacharová, 2011).

„*Komunikace není jenom řeč, nýbrž veškeré chování a každá komunikace včetně komunikačních aspektů jakéhokoliv kontextu ovlivňuje chování,*“ (Watzlawick, Beavinová a Jackson, 1999). Podle těchto autorů spolu pojmy komunikace a chování velmi úzce souvisí, dokonce dle jejich výše uvedené citace téměř splývají.

Tomová a Křivková (2016, s. 77) o komunikaci píše, že je to dovedností, která se zdá být samozřejmostí. Vždyť se jí také učíme od útlého věku. Teprve až komunikační nedorozumění různých druhů nás v průběhu života učí tuto samozřejmost usměrňovat.

Komunikaci ovlivňují nejrůznější faktory, lišící se podle druhu situace a momentálních okolností. Těmito faktory mohou být například: prostředí, denní doba, momentální stav psychického rozpoložení a osobní stav účastníků rozhovoru, jejich svolnost a zájem o projednávaná témata, a v neposlední řadě i předcházející zkušenosti (Malíková, 2020).

Zacharová (2007) popisuje komunikaci jako proces složený z pěti složek:

- Komunikátor (mluvčí) – osoba, která sděluje informace
- Komunikant (příjemce) – osoba, které jsou informace komunikátorem sděleny, a která je má pochopit.
- Komuniké – zpráva, informace, sdělení komunikátora směrem ke komunikantovi

- Zpětná vazba (reakce, odpověď) – oznámení, že sdělení bylo komunikantem přijato a správně pochopeno
- Situační kontext – prostředí a situace, v němž komunikace probíhá, významně ovlivňuje komunikaci a význam sdělovaného obsahu.

Dle Mikuláščíka (2010) se komunikace zařazuje k základním potřebám nejen lidí, ale i živočichů. Umožňuje nám přežít, být úspěšný, umět se prosadit, porozumět a pomáhat druhým. Patří mezi nejčastější aktivity člověka. Díky komunikaci získáváme, shromažďujeme a předáváme informace druhým, můžeme se dorozumívat, popisovat, vysvětlovat, vyjadřovat své myšlenky, názory a postoje, vést jiné lidi, ovlivňovat nebo se nechat ovlivňovat druhými a vytvářet vztahy.

Zacharová (2011) poukazuje na zvyšující se požadavky na zdravotníky, měnící se postupy a způsoby práce, potřeba zvyšování kvalifikace studiem na vysokých školách a s tím spojené osvojování nových znalostí a dovedností, rozšíření kompetencí zdravotníků, vývoj moderních technologií přináší i nové vybavení do zdravotnických zařízení, počítačovou techniku, zároveň v současnosti zdravotnická zařízení umožňují větší kontakt s rodinou pacienta, to se netýká pouze seniorů, ale především i dětských pacientů. Dynamicky měnící se podmínky mění i roli zdravotníků, kteří jsou ve větší míře zatíženi i komunikací např. i s příbuznými pacientů. Zdravotníci nepečují pouze o fyzickou stránku pacienta, nýbrž i o stránku psychickou. Přístup zdravotníků by měl být vhodnou kombinací odborných znalostí s vhodně uplatňovanými komunikačními dovednostmi.

2.1.1 *Komunikace verbální se seniory*

Verbální komunikace je označení pro komunikaci pomocí slov. Základem verbální komunikace nejsou jenom slova, ale především věty. Aby dávaly naše myšlenky smysl a správný význam uspořádáváme je do vět (Kelnarová, Matějková, 2014).

Komunikátor nese odpovědnost za smysluplné vyjádření myšlenky a komunikant zodpovídá za přesnost pochopení jemu sdělované myšlenky. Z toho vyplývá, že význam řeči neurčují slova, ale lidé. Rysy osobnosti, osobnostní zvláštnosti ovlivňují specifičnost komunikace (Zacharová, 2011).

Slovní komunikace neprobíhá pouze mluveným slovem, při osobním kontaktu, řadí se sem i psaná forma jazyka. Základem verbální komunikace je jazyk. Vypělý dospělý jedinec má slovní zásobu čítající okolo 40 až 200 tisíc slov. Verbální komunikace je oproti neverbální ontogeneticky i fylogeneticky mladší (Plevová, 2019).

Podle Tomové a Křivkové (2016) je verbální komunikace sdělování informací a pocitů vyjádřených slovy. Aby komunikace byla efektivní a úspěšná klademe důraz na její jasnost, stručnost, jednoduchost, zřetelnost, vhodné načasování, a v neposlední řadě i úplnost předávaných informací.

Komunikace pomocí slov je považována za součást profesionálního chování zdravotníků, a dosáhnout spokojenosti pacientů, jak po stránce somatické, tak psychické a sociální by mělo být hlavním cílem zdravotníků. K dosažení vzájemně kvalitní komunikace je vhodné dodržovat následující požadavky. Ke každému pacientovi, seniorovi je potřeba přistupovat individuálně neboli přizpůsobit naše jednání a vyjadřování osobnosti pacienta ale i jeho zdravotnímu stavu. S tím se pojí i citlivý a taktní přístup. Další zásadou je dodržovat úctu k seniorovi, vážit si ho i přestože má například jiný názor než my. Již v počátku je nezbytné navodit důvěru a získat s pacientem, seniorem pozitivní vztah. Vše, co zdravotník pro pacienta udělá nebo neudělá se projeví na jejich vztahu. Ve slovním projevu, pohledu očí, výrazu ve tváři a pohybech se zrcadlí postoj zdravotníka k pacientovi. A nesmíme opomenout empatii neboli schopnost vcítit se do pacienta, seniora a pochopit jeho momentální starosti, obavy, potřeby a vztah k nemoci. Prostřednictvím slovní komunikace zdravotník od seniora získává, ale i předává tolik potřebné informace, zároveň i vysvětluje, motivuje seniora k výkonu činnosti, přesvědčuje a povzbuzuje. Důležité je volit vhodná slova, a nezapomínat na fakt, že co je vyřčeno už nelze vzít zpět (Zacharová, 2016).

Nemoc, zhoršení zdravotního stavu, odloučení od rodiny, vytržení ze známého prostředí, to vše má negativní vliv na komunikační schopnosti seniora, při komunikaci se seniorem by zdravotník měl na něj působit a rozšiřovat jeho sociální kompetence (Zacharová, 2016).

2.1.2 Komunikace neverbální se seniory

Komunikace neverbální nebo také nonverbální znamená mimoslovní komunikaci. Pomocí tohoto druhu komunikace sdělujeme až 80 % informací o sobě a stejné množství informací se můžeme dozvědět i o druhých lidech. Do nonverbální komunikace se řadí mimika, gesta, pohledy očí, ale i úprava zevnějšku, postoj, vzdálenost mezi komunikujícími osobami, označovaná též jako proxemika, dále haptika neboli dotyky (např. podání ruky, podržení za ruku, pohlazení (Kelnarová, Matějková, 2014).

Oprávněně je nazývána pravdivou řečí našeho těla. Je vyjádřena výše zmíněnými tělesnými projevy a projevy chování. Jelikož neverbální komunikace je komunikace beze slov,

nepoužíváme při ní slova, věty, ani zpěv. Na rozdíl od verbálních projevů, které jsou vůlí velmi snadno ovlivnitelné je mimoslovní komunikace hůře vůlí ovladatelná, tudíž je to mnohem pravdivější stránka naší komunikace (Malíková, 2020).

Skrývat neverbální projevy je velmi obtížné, někdy až skoro nemožné. I přesto je možné se je naučit alespoň částečně vůlí ovládat. Na druhou stranu lze i vědomě neverbální projevy používat, pokud například chceme zdůraznit náš projev, dojde ke zvýšení jeho významu. Herci ovládají svůj nonverbální projev pro pobavení okolí, projevení dramatičnosti. Neverbální projevy využitě při direktivním jednání mohou mít i manipulační charakter (Pokorná, 2006).

Neverbálními projevy sdělujeme mnoho informací o našich pocitech, momentální náladě a emocích. Naznačují zájem o sblížení, nebo naopak odtažitost, udržování odstupu. Neverbální projevy jsou dobře viditelné a rozpoznatelné, avšak každý z nás si je může vyložit jiným způsobem, jsou obtížně interpretovatelné. To, jak si je vyložíme závisí i na našem momentálním rozpoložení, sympatiích nebo naopak antipatiích vůči druhému člověku a na mnoha dalších okolnostech. Riziku nesprávné interpretace lze předejít tím, že se vyvarujeme unáhlených závěrů, úsudků a vezmeme v úvahu i verbální projevy jedince. Největší význam mají neverbální signály v oblasti obličeje a hlavy, je to logické, jelikož při komunikaci s druhou osobou udržujeme oční kontakt, hledíme si do očí. Proto mají neverbální projevy právě v této oblasti nejsilnější charakter. Dále jsou to pohyby rukou a paží, taktéž jsou velmi nápadné, teprve za nimi jsou další signály, jako pohyby celého těla, pozice, vzdálenost těla a nohou. Již od dětství se od svých rodičů učíme používat prostředky nonverbální komunikace (Mikuláščík, 2010).

Níže zmíněné složky neverbální komunikace a jejich užití u seniorů je klíčové, jelikož komunikace s geriatrickým pacientem je náročná. Je důležité, aby verbální projev byl v souladu s tím neverbálním. Senioři si neverbálních projevů zdravotníků všímají více, jsou obzvláště citliví a konzervativnější oproti mladší pacientům.

- **Mimika**

Vyjadřuje jak stálé emoční naladění, tak i momentální rozpoložení jedince. Řadíme sem pohyby svalů v obličeji, kolem úst, očí a nosu. Na obličeji rozlišujeme 3 hlavní mimické zóny: oblast čela a obočí, oblast očí a víček a oblast tváří, úst a nosu. Mimikou jedinec vyjadřuje svůj postoj vůči probíranému tématu, jeho zájem o danou oblast. Mohli bychom sem zařadit několik primárních emocí a jejich protiklady, které v mimice rozeznáváme: štěstí a neštěstí, radost a smutek, překvapení a očekávání, klid a hněv, strach a jistota, láska a nenávisť. Mluvíme

celkovým výrazem obličejem, neverbálních projevů v obličejí si senior budu všimát nejvíce, jsou nejnápadnější.

- Vizika

Oční kontakt a jeho délka, častost střídání pohledů se řadí do této oblasti. Při pohledu do očí můžeme rozpoznat výše zmíněné emoce. Při naslouchání udržujeme větší oční kontakt, naopak když hovoříme my, tak je kontakt z naší strany menší. Další je velikost zornic, která je ovlivněna množstvím dopadajícího světla, nervozitou, nebo z medicínského hlediska užitými léky a kraniocerebrálním poraněním. Frekvence mrkání, při nervozitě se výrazně zvyšuje, nízká je, pokud je účastník komunikace v klidu.

- Kinetika

Každý jedinec má specifické, originální spontánní pohyby částí těla, celkový pohyb těla a chůzi. Mohou být interpretovány různě, nemají jednotný význam, musíme brát v úvahu kontext. Podle pohybů, nebo zaujímání určité polohy můžeme vyvodit celkový zdravotní stav pacienta (např. vyhledávání úlevové polohy). Pacient by měl vnímat, že se věnujeme výhradně jemu, a neřešíme současně jiný problém.

- Gestika

Gestika popisuje pohyby rukou, hlavou nebo akrálních částí těla. Gestika je dokonce vývojově starší než mluvená forma řeči. V různých kulturách mohou mít gesta odlišný význam.

Gestikulace zdravotníka by měla být úměrná situaci, na seniora by to v opačném případě působilo chaoticky.

- Haptika

Komunikace prostřednictvím dotyků, podání ruky, podržení za ruku. Hodnotíme zde např. sílu stisku. Mohou vyjadřovat pozitivní (pohlazení) nebo negativní (uhození, plácnutí) formu. V ošetrovatelské péči o pacienty mají spíše funkční charakter, např. pomoc při vstávání z lůžka, projevení empatie. Užívání dotyků při ošetrovatelské péči je u jednotlivých pacientů individuální, proto by zdravotník měl umět posoudit, který senior vítá takový způsob komunikace, senior o něj má zájem, a kdy naopak senior nemá o fyzický kontakt zájem.

- Proxemika

Proxemika označuje vzdálenost mezi komunikujícími partnery, přiblížení, oddálení, vzdálenost. Pro každého jedince je tato vzdálenost velmi individuální. Tuto vzdálenost můžeme rozdělit do 4 zón. Veřejná, udržujeme odstup 3 až 7 metrů, dala by se označit jako lhostejná zóna, nebo únikové pásmo. Společenská, též sociální, formální zóna, v takové zóně si udržuje odstup asi 3 metry. V osobní, jinak přátelské zóně lze vnímat detaily a mimiku. Vstup do ní

dovolujeme pouze blízkým přátelům, někdy se v ní může objevovat haptický dotek. Nejsoukromější zónou je zóna intimní, probíhá v ní osobní kontakt, haptický dotek, obětí, cca 1-0,5 metru. Překračuje se pouze při lásce nebo útoku. Při poskytování ošetrovatelské péče zdravotníci zasahují až do intimní zóny. Někteří pacienti jsou k takovému zásahu vnímavější než jiní. Mnoho zdravotníků si ani neuvědomuje, že pro pacienty je to nepříjemné, jelikož je to pro ně běžná součást každodenní práce.

- Posturologie

Vyjadřuje osobní postoj k tomu, co se kolem děje, polohou těla, rukou, nohou. Sděluje postoj ke sdělení, zájem či nezájem.

- Chronemika

Vyjádření a užívání času vůči jiným lidem. V našich kulturních podmínkách je např. včasný příchod známkou spolehlivosti. Chronemikou ukazujeme náš zájem, investováním množství času dané situaci. Pro mnoho seniorů je čas, který zdravotník investuje do konverzace s nimi významný.

- Teritorialita

Prostor, který si jedinec kolem sebe vytváří a udržuje. Každý z nás má potřebu mít svůj osobní prostor. Dal by sem zařadit náš byt, pokoj, stůl, pak místa, která nám nepatří, ale dočasně jsme si je přivlastnili např. lavička v parku, stůl v restauraci, místo ve třídě. A pak veřejné prostory, které sdílíme s ostatními lidmi např. nákupní centrum, autobusová zastávka.

- Komunikace zevnějškem

Projevy související s image jedince, barvy oblečení a jeho materiál. Uklizení prostoru, uspořádání předmětů (chaos nebo řád). Barvy v prostorech čekáren a nemocničních zařízení mohou ovlivňovat pacientovo rozpoložení. Stejně jako čistá, vyžehlená uniforma, odpovídající velikosti, dále úprava vlasů a jejich barva, líčení či příliš výrazný parfém zdravotníka. Senioři vnímají extravagantní úpravu zevnějšku spíše negativně, většina z nich je konzervativní.

- Komunikace činem

Jedná se o komunikace našimi úkony, prací, odráží to, čemu jedinec přikládá význam, je v souladu s jeho postoji. To, co zdravotník pro seniora udělá nebo naopak neudělá se odrazí na jejich vzájemném vztahu, podlomí nebo utuží důvěru pacienta. (Tomová, Křivková, 2016).

2.1.3 Aktivní naslouchání

„Chcete-li se naučit aktivně naslouchat, pomohou vám k tomu tři jednoduché techniky, které znamenají parafrázovat myšlenky mluvčího, vyjadřovat pochopení a klást otázky,“ (DeVito, 2001).

Aktivní naslouchání znamená snahu pochopit, co nám druhá osoba sděluje a zájem vcítit se do jejích obav. Naslouchající osoba je zaměřena na hovořícího, svůj zájem mu vyjadřuje verbálně i neverbálně (svým postojem, držením těla, vzdáleností, pokývnutím hlavou) a snaží se pochopit obsah sdělovaného, naslouchající by se měl zdržet vlastního hodnocení. Poslouchání tvoří asi 53 % z komunikačních dovedností.

Aktivní naslouchání dělíme na fáze:

- *Identifikace emocí*

Počáteční fáze při naslouchání, hovořící sděluje své momentální rozpoložení, charakterizuje své obtíže.

- *Vyslechnutí faktů*

Naslouchající se snaží porozumět sdělovanému, vhodné je neskákat do řeči hovořícímu, nepřerušovat ho a zároveň neverbálními projevy mu vyjadřovat zájem.

- *Řešení problému*

V závěrečné fázi, by hovořící měl dojít k závěru sám, naslouchající by neměl předkládat své názory, řešení situace, mohly by být později předmětem výčitek

(Tomová, Křivková, 2016).

Pokud s pacientem komunikujeme, měli bychom si na rozhovor s ním udělat dostatek času, hledět mu do očí, také bychom měli mít oči ve stejné rovině jako pacient. Proto se k jeho lůžku, pokud je ležící, posadíme na židli, neseďme do jeho lůžka. U chodícího pacienta, nebo při rozhovoru v ambulanci ho usadíme přes roh stolu. Během toho, co nám pacient sděluje nějakou informaci, není vhodné věnovat se jiné činnosti, například hledět jiným směrem, pohled na hodinky, uhýbání pohledem taktéž. Až 80 % času při rozhovoru a aktivním naslouchání by naslouchající měl hledět do očí hovořícímu. Vhodné je se k hovořícímu, pacientovi natočit, naklonit hlavou. Pro rozhovor je důležitý klid v místnosti, a zvláště když se jedná o sdělení nepříjemné zprávy nebo intimní otázky. Pokud je to, alespoň trochu možné odvedeme dotyčného do prázdné místnosti, (na oddělení např. vyšetřovna, místnost pro pacienty) nebo můžeme požádat ostatní pacienty, aby se na chvíli vzdálili z pokoje. Zároveň musíme dávat pozor, abychom nestáli například zády k oknu a pacient, senior neviděl pouze

naši siluetu, protože nám nevidí do tváře, nemůže odezírat ze rtů, a nevidí náš výraz v tváři, naši reakci na jeho slova. Ve chvíli, kdy položíme seniorovi nějakou otázku, například: Jak se máte? Jak jste se vyspal? Bolí Vás něco? měli bychom vnímat i odpověď a vhodně na ni reagovat. Projevujeme aktivní zájem o pacienta. Aktivně naslouchající je ten, kdo dává zpětnou vazbu, reaguje a případně i kritizuje. Můžeme říci, že aktivní naslouchání je zúčastněné naslouchání a projevuje se aktivitou naslouchajícího. Naslouchající nejen registruje, co je mu sdělováno, ale na rozhovoru se aktivně podílí (Kelnarová, Matějková, 2014).

Během seniorova projevu je vhodné zařadit embolická slova (uhm, hm, jo), dále parafrázovat jeho slova, to znamená zopakovat část věty, kterou nám sdělil, buď jeho slovy, nebo slova lehce přeformulovat, seniora bychom měli i povzbudit, aby nám o sdělovaném pověděl více. K aktivnímu naslouchání patří i tzv. zrcadlení neboli vyjádření pochopení pocitů, naznačit, že seniorovi pocity jsou v dané situaci normální, např. „Cítím, že Vás to hodně trápí.“ „Vidím, že je Vám to líto.“ „To se Vám ani nedivím, asi bych se cítila podobně.“ „Zdá se mi, že byste rád...“ (Tomová, Křivková, 2016).

2.2 Komunikace se seniory

Komunikovat znamená mít kontakt s okolním světem, nebýt sám. Někdy není nutné používat slova, podržení ruky, dotek či jen pohled očí nebo dokonce pouhý úsměv, a tím vznikne spojení, souznění. Se seniory je třeba komunikovat jiným způsobem. Je třeba být ohleduplný a mít na paměti seniorovo případné onemocnění. Je to specifická komunikace, jenž souvisí s jejich narušenými komunikačními schopnostmi a probíhajícími involučními změnami typickými pro stárnutí. Jedná se hlavně o zrakové, sluchové postižení a kognitivní poruchy. Zdravotník by se jako iniciátor komunikace měl umět přizpůsobit požadavkům seniora. Se seniorem je potřeba navázat kladný vztah, potřebuje vyslechnout, popovídat si, potřebuje, aby mu bylo nasloucháno. Nesmíme zapomínat, že senioři jsou velmi vnímaví k neverbálním projevům, a jakémukoli nesouladu mezi ústním sdělením a neverbálním projevem. Seniorovi je nutné ukázat, že o komunikaci s ním stojíme, vytvořit pozitivní atmosféru a věnovat mu svůj čas. Protože komunikace není jenom sdělování slov, ale i pocitů, citů a nálad. Hlavní zásadou je používat slova a termíny, kterým senior rozumí. Dalšími zásadami vhodné komunikace je pozdravení a oslovení seniora, vytvoření vztahu založeném na důvěře a laskavosti. Dobré je umět říci, "ne" u nesplnitelného požadavku (Hrozenská, 2013).

2.2.1 Počet seniorů

Senior je osoba starší 65 let. Populace v ČR postupně stárne, to znamená, že se zvyšuje počet seniorů. Od 80. let 20. století, kdy se počet seniorů začal navyšovat se v prvním desetiletí 21. století ještě zrychlil, to je dáno odchodem silných ročníků, narozených v 40. letech 20. století z trhu práce. Neustálý nárůst podílu seniorů v populaci můžeme uvést na příkladu. V prvním desetiletí 21. století byl počet seniorů navýšen o 185 tisíc, zatímco ke konci druhého desetiletí 21. století se tento údaj navýšil o 521 tisíc (Holý, 2022).

ČR se přibližuje stavu, který se objevuje ve vyspělých zemích západní a střední Evropy, hovoříme o tzv. regresivním typu věkové pyramidy. Znamená to, že dětská složka obsahuje nejméně obyvatel a počet narozených dětí klesá. Z toho vyplývá, že tento typ populace se bude zmenšovat. Zároveň počet obyvatel v postproduktivním věku stoupá, tudíž se začíná objevovat ekonomická zátěž populace. Jelikož převažují obyvatelé ekonomicky neaktivní nad těmi ekonomicky aktivními (Dobrylovský, 2021).

Podle dat Českého statistického úřadu senioři tvořili 2,17 milionů obyvatel, tento údaj se vztahuje k roku 2021. Největší zastoupení seniorů je dle krajů ve Středočeském, pak následuje kraj Praha a dále kraj Moravskoslezský a na 4. místě Jihomoravský kraj.

Počátkem 21. století se podíl osob nad 65 let pohyboval kolem 13 %, v roce 2011 to bylo 15 %. S koncem roku 2021 senioři tvořili jednu pětinu populace v ČR, tedy 20 % (Holý, 2022).

2.2.2 Základy vedení rozhovorů se seniory

Zdravotníci používají dovednost komunikovat jako součást profesního vybavení, když komunikují s pacientem nebo jeho rodinnými příslušníky. Díky této dovednosti jsou zdravotníci schopni navazovat a rozvíjet profesní vztah s pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Při komunikaci se seniory a pro poskytování jim kvalitních služeb je nutností ovládat a rozvíjet dovednost komunikace. Komunikaci je potřeba rozvíjet po celý život. Nedostatek znalostí a malé dovednosti při komunikaci vedou k nedorozumění, nesprávné interpretaci, k problémům, nespokojenosti, většinou na obou zúčastněných stranách. Neúspěchy v komunikaci stupňují nespokojenost a pochybnost taktéž na obou stranách. Výsledkem nesprávně vedené komunikace je již zmíněná nespokojenost, nejistota, nedůvěra, bezradnost a snížení zájmu o další komunikaci z obou stran. V takovém případě lidé často začnou omezovat komunikaci pouze na nezbytné minimum, stále v sobě pociťují zmíněnou nespokojenost,

křivdu, bezradnost a vytvářejí si mylné závěry. V důsledku tohoto omezení komunikace ještě více vážne a situace se neustále opakuje. V takovém případě by měli zdravotníci udělat první krok a začít znovu a zahájit správně vedenou komunikaci s pacientem (Malíková, 2020).

Pokorná (2006) doporučuje dodržovat níže zmíněné zásady a pravidla ke vzájemnému pochopení a k dosažení efektivní komunikace.

- Přesně vymezit cíl, smysl a účel rozhovoru.
- Žádná strana nemá být povýšená, chceme dosáhnout konstruktivního závěru.
- Projevit úctu v komunikaci, ale prokazovat ji člověku, seniorovi, ne stáří samotnému.
- Zdravotník po důkladné anamnéze zvolí vhodnou komunikační techniku.
- Uvědomit si a respektovat limity seniorů, přizpůsobit komunikaci jejich onemocnění.
- Respektovat bariéry v komunikaci se seniory (smyslové poruchy, poruchy hybnosti, paměti, sníženou schopnost koncentrace).
- Akceptovat specifické problémy, skryté syndromy (deprese, návyk na alkohol).
- Zohlednit životní historii jedince.
- Nepodceňovat a bagatelizovat stesky pacienta, které mohou být důležitým symptomem. Bagatelizace a podceňování seniora vede k jeho devalvací.
- Spolupracovat se členy pacientovi rodiny.
- Pro seniory je důležitý lidský přístup, udržování kontaktu s blízkými, ale i vyslechnutí od zdravotníků.

2.2.3 *Faktory ovlivňující komunikaci se seniory*

Výsledek efektivní komunikace je ovlivněn mnoha faktory, které je potřeba mít na paměti a zohlednit je při komunikaci se seniory.

Malíková (2020) uvádí následující faktory:

- seniorův věk, jeho dosažené vzdělání a aktuální zdravotní stav,
- poruchy kognitivních funkcí,
- smyslové poruchy (např. nedoslýchavost, poruchy zraku, nevidomost)
- čas a prostor na rozhovor se seniorem (obvykle nedostatek času na komunikaci má příčinu v pracovní vytíženosti zdravotníků)
- vliv prostředí (soukromí, klid, vhodný prostor)
- zájem seniora o rozhovor (komunikativní, spolupracující senior nebo apatický, nespolupracující senior, který rezignoval)

- znalost komunikačních dovedností zdravotníkem a jejich schopnost je uplatnit v praxi (verbální, neverbální projevy, aktivní naslouchání)
- využití dalších metod, prostředků k navázání důvěry a vzájemného vztahu se seniorem (např. ergoterapie, canisterapie, muzikoterapie, kondiční cvičení, aktivizační postupy atd.)

2.2.4 Nejčastější chyby v komunikaci se seniory

Znalost chyb při komunikaci se seniory nám může pomoci se těmito chybám vyvarovat. Vyhnout se chybám v komunikaci zlepšit vztah mezi zdravotníkem a seniorem.

Nejčastější chybou je ta, že zdravotník má snahu komunikovat správně, ale přitom si neuvědomuje, že se dopouští omylů, a svým přístupem, neverbálními projevy, nevhodnými návyky z oblasti komunikace nebo celkovým chováním neprovádí komunikaci se seniory správně.

Senioři jsou vnímavější než pacienti v produktivním věku k tomu, jak se k nim zdravotníci chovají, hodnotí jejich celkový přístup, reakci, snahu, zájem, vyřešení situace, ale i úpravu jejich zevnějšku (Malíková, 2020).

Klvetová a Dlabalová (2008) hovoří o komunikačních zlozvycích při ošetrovatelské péči o seniory, zahrnuje se do nich například:

- odsuzování způsobu chování seniora, nevěnování pozornosti, co k takovému chování seniora vede,
- dávat rady ve chvílích, kdy je senior nepotřebuje, může u seniora vyvolat až zlost
- snaha ukvapeně uklidňovat seniora, aby u něj nedošlo k projevu emocí, tím chráníme před emocemi i sebe,
- přesvědčování seniora o způsobu péče,
- vyhýbání se nepříjemnému rozhovoru,
- pokládání otázek, které jsou zbytečné, pokud senior nereaguje
- poskytnutí jiné formy úlevy, než senior požaduje (např. při bolesti, chce si pouze postěžovat, zdravotník mu podá lék na úlevu)
- kritizování a moralizování,
- snaha vyhnout se aktivnímu naslouchání např. zapnutím televize, podáním knížky, zapojením do aktivizační činnosti,
- přemýšlení za seniora,
- skákání do řeči seniora či naopak nereagování na jeho slova,

- neverbálními projevy naznačování seniorovi nezájmu, málo času,
- vnučování vlastního názoru seniorovi

(Klevetová, Dlabalová, 2008).

2.2.5 Bariéry v komunikaci se seniory

Bariéry v komunikaci se seniory bychom mohli označit též jako překážky, které komplikují, znesnadňují a či brání v dorozumění v naší společné interakci. Tyto bariéry dělíme podle toho, zda jsou podmíněny schopnostmi a dovednostmi jedince, nebo jeho zdravotním stavem: vnitřní bariéry a druhou skupinou jsou vnější bariéry, které jsou způsobeny okolním, vnějším prostředím.

Mezi vnitřní zábrany se řadí nemoc, bolest, fyzické nepohodlí, nepřipravenost na rozhovor, sluchové postižení a v neposlední řadě emocionální stavy, které se do komunikace přenáší nebo jsou jejím výsledkem, např. stres, úzkost, hněv.

K vnějším bariérám patří nejčastěji nevhodné prostředí, bez soukromí, příliš velká či malá místnost, přílišný hluk, okolní dění odvádějící pozornost od rozhovoru, horké nebo naopak příliš chladné prostředí. Dále k vnějším bariérám řadíme vyrušení jinou osobou, a nedostatek času na rozhovor (Pokorná, 2010).

Abychom předešli komunikačním bariérám je na místě zachovat klid, respekt, vstřícný přístup k seniorům, anebo také nezvyšovat hlas. Všechna tato doporučení, jak přistupovat k pacientům se označují pojmem profesionální přístup. Dnešní zrychlený životní styl přináší nervozitu a spěch. I zdravotníci mají své potřeby a postoje, navíc jsou v neustálém kontaktu s lidmi, a proto je náročné nepřenášet své negativní pocity na druhé lidi, pacienty (Bártová, 2010).

2.3 Vnímání stárnutí

Život nás všech probíhá v určitých vývojových etapách, začíná narozením a končí okamžikem smrti. Každá životní jeho etapa nabízí určité možnosti a zároveň má své zákonitosti a limity a je něčím specifická. Mnoho okolností ovlivňuje kvalitu, způsob a rozsah našeho života a my se jim musíme přizpůsobit a zohledňovat je. Na druhou stranu nám každá etapa života nabízí určité možnosti. Toto platí i pro závěrečné období života, období stáří a stárnutí. Pohled na seniory a staré lidi je většinou rozšířen pouze jednostranně, negativně. Společnost si ne vždy uvědomuje, že stáří neznamena nemoc, a stáří vidí spíše negativně, právě jako ztrátu možností a radostí života, nadějí, ztrátu životního optimismu nebo smyslu života. Lidé si

starého člověka, seniora představí jako nesoběstačného, neschopného samostatného života a závislého na pomoci okolí, jiné osoby. A proto si většina lidí myslí, že je ideální seniora umístit do ústavní péče, kde o něj bude postaráno, nebo aby nepřekážel. Pro jinou skupinu lidí je stáří naopak jedním z nejkrásnějších životních období. Přináší jim prostor pro realizaci toho, co v životě nestihli a chtějí si splnit sny, na které v produktivním věku neměli čas (Malíková, 2020).

Dosud bylo zmíněno, jak stáří vnímá společnost, nyní se zaměříme na vnímání a postoj ke stáří, který mají sami senioři. Jedna část lidí přijímá své stárnutí konstruktivně, to znamená optimálně, tito lidé jsou činní, soběstační, daří se jim udržovat smysl pro humor, vytváří rodinné zázemí, jsou nekonfliktní. Další část může pociťovat závislost, to se sává u seniorů, kteří v průběhu života byli pasivní, spoléhali na druhé, v seniorském věku se rádi nechávají opečovávat, vyžadují maximální podporu. Určitá část seniorů prožívá nepřátelský postoj ke stáří, tito lidé jsou nespokojení, podezřaví, někdy až agresivní, mohou u nich nastat dva stavy, buď odmítají nebo naopak vyžadují pomoc. Za své nezdary obviňují okolí a nemají rádi mláď. Naopak obranný postoj se týká seniorů, kteří byli dříve velmi aktivní, nezávislí, a i ve svém seniorském věku všem ukazují svou nezávislost, brání se připustit si, že stárnou, pomoc odmítají. Poslední postoj ke stáří je postoj sebenávisti, tito senioři zdůrazňují svou neschopnost, cítí se osaměle, považují se za oběť, často vydírají své blízké, aby se o ně starali. Stárnutí a přijetí stáří je náročným obdobím, každý se musí vyrovnat se svou smrtelností. Každý proto volí jiný způsob.

2.3.1 *Specifika ošetrovatelské péče u seniorů*

Práce zdravotníků je náročná nejen fyzicky, ale i psychicky, zvláště pro ty, kteří pracují se starými lidmi. Starý člověk velmi často trpí nějakým chronickým či maligním onemocněním, zhoršuje se jeho soběstačnost. Zhoršující se fyzický stav seniora se odráží i na jeho psychice, projevující se apatií, nezájmem o okolí či dokonce o sebe sama, někdy i agresí i vůči zdravotníkům nebo nespoluprací se zdravotníky (Šafránková, 2006).

Ať už je senior hospitalizován v nemocnici či pobytovém zařízení sociálních služeb dochází často k výskytu geriatrických syndromů. Jejich etiologie má obvykle více příčin. Geriatrické syndromy by neměly být podceňovány, jinak dochází k jejich postupnému rozvoji a celkovému zhoršení stavu seniora (Malíková, 2020).

Hermanová (2008) hovoří o geriatrických syndromech, jenž vznikají v důsledku involučních změn, spolu s chronickými onemocněními a jinými vlivy např. (malnutrice,

obezita, dekonidice). Řadí do nich, syndrom instability, syndrom inkontinence, syndrom imobility, intelektové poruchy a v neposlední řadě i iatropatogenie.

Při poskytování ošetrovatelské péče seniorů se zdravotník setkává i se smrtí. Pokud geriatrii srovnáme s jiným lékařským (ošetrovatelským) oborem, pak je tento obor vnímám jako méně perspektivní, jelikož zde nedochází k úplnému uzdravení seniora, ale k poskytování spíše paliativní péče. Obvykle je péče o seniory zdravotníky vnímána jako každodenně se opakující, nekonečná činnost. Zdravotníci pracující se starými lidmi jsou více ohroženi syndromem vyhoření než zdravotníci z jiných oborů (Šafránková, 2006).

Šafránková (2006) také zmiňuje obecné zásady při péči o seniory, jednat trpělivě, nespěchat, senior má zpomalené pohyby a rozhodování, vyjadřovat se nahlas a pomalu, příkaz, který má senior splnit je vhodné zopakovat, aby ho senior nezapomněl, pochválit a pozitivně ho motivovat. Na místě je i aktivně nabízet svou pomoc, ale přitom dávat pozor, abychom nevykonávali za seniora činnosti, které zvládne sám a nesnižovali tím tak jeho soběstačnost. Vyslechnout jeho obavy a starosti, během ošetrovatelského výkonu s ním komunikovat, vysvětlit, co právě děláme. Zdravotník by měl přinášet seniorům pozitivní náladu, úsměv a umožnit i kontakt s rodinou.

2.3.2 Ageismus

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ageismus jako stereotypizaci, předsudky a diskriminaci lidí na základě jejich věku. Ageismus je komplikací, bránící efektivní komunikaci. Ageismus vede k tomu, že se starší lidé budou cítit vyloučení ze společnosti, tato diskriminace se může negativně projevit i na psychickém a fyzickém zdraví seniora. Zdravotník na základě všeobecně známých stereotypů o seniorech může způsobem, jakým se seniory komunikuje podporovat ageismus. Příkladem je hlasitá mluva zdravotníka při komunikaci se seniorem, aniž by senior trpěl nedoslýchavostí.

Malíková (2020) pojem ageismus vysvětluje jako předsudky a negativní představy o seniorech. Ageismus je slovo cizího původu, převzaté od anglického age (tj. věk, stáří).

Americký psychiatr a první ředitel National Institute on Ageing v USA, Robert Butler byl průkopníkem termínu ageismus. Doktor Butler o ageismus uvádí: „*Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří... Starší lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech... Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, to jim brání, aby se se staršími identifikovali jako s lidskými bytostmi.*“ (Malíková, 2020).

Lze porovnat, jak pojem ageismus vnímají i další autoři, např. Pokorná (2010) pojednává o tomto pojmu jako o diskriminaci věkově podmíněné, tato interpretace vychází z představy, že jednotliví zástupci různých věkových kategorií mají jinou charakteristiku, ale i jinou společenskou a lidskou hodnotu. Autorka dále poukazuje na rozdílné vnímání starých lidí v odlišných kulturách. Pokud se zaměříme na již zmíněné Japonce, kteří jsou známí svou úctou ke starým lidem, jelikož téměř 30 % jejich populace tvoří lidé nad 65 let, je zde poslední třetina lidského života považována za tu nejméně cennou, v níž člověk může přetvářet svět k lepšímu.

Ve zdravotnictví se s ageismem setkáme častěji než v jiných oblastech. U zdravotníků může docházet k tomu, že seniory vnímají jako určitou homogenní skupinu a všechny seniory pak zařazují do stejné skupiny. Projevy stárnutí a stáří jsou pak zdravotníky považovány za typické a pro všechny seniory všeobecně platné (Pokorná, 2010).

2.4 Stáří, stárnutí

Pojmem stáří rozumíme pozdní fázi vývoje, toto období je přirozenou součástí života. Čeká každého z nás. Ve stáří dochází k involučním změnám, jak funkčním, tak i morfologickým. U každého živočišného druhu probíhá stáří a stárnutí jinou rychlostí, takovou, která je pro daný druh specifická. Vlivem involučních změn dochází k vytvoření tzv. stařeckého fenotypu, tj. typický stařecký obraz. Stařecký fenotyp je ovlivněn mnoha faktory např. životním stylem, zdravotním stavem, přidruženými onemocněními, psychickým stavem, ale odráží se zde i vlivy prostředí nebo sociální a ekonomické podmínky. Každý z nás stárne jinou rychlostí, jedná se o individuální proces. U někoho se mohou objevit zdravotní obtíže v nižším věku, u jiného až později, v menší míře, či dokonce vůbec. Z tohoto důvodu je stáří těžko vymezené. Obvykle jej členíme na stáří kalendářní, sociální a biologické. Kalendářní stáří lze přesně vymežit. S postupujícím vývojem společnosti a zlepšováním kvality zdravotní péče se posouvá věková hranice a prodlužuje se doba dožití. Za počátek stáří je dnes považována věková hranice 65 let. Sociální stáří znamená proměnu sociálních rolí, nebo třeba ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří lze považovat vznik nároku na starobní důchod. Termín sociální stáří poukazuje na změny spojené s penzionováním a jejich rizika, např. omezení sociálního života, ztrátu sociálních rolí a společenského postavení, pokles životní úrovně, osamělost, ageismus nebo také ztrátu soběstačnosti. Biologické stáří zahrnuje involuční změny, funkční stav a celkovou kondici jedince (Kalvach, 2004).

Na rozdíl od Kalvacha (2004) který se zaměřuje na členění stáří a jeho morfologické i funkční změny se Slowík (2010) zaobírá spíše pohledem společnosti, jak ona pohlíží na stáří a hlouběji popisuje specifika komunikace se seniory. Autor uvádí, že negativní

postoj ke starším osobám a seniorům je ovlivňován nesprávnými a zkreslenými informacemi o nich. Těmito klamnými informacemi je nadále determinována i zvětšující se mezigenerační komunikační propast, to negativně působí i na kvalitu života seniorů. S pomocí nových, moderních přístupů a metod ke stáří se objevuje možnost nám toto negativní vnímání obrátit v pozitivní (Slowík, 2010).

2.4.1 Členění stáří

Současné členění stáří dle B. L. Neugartenové:

- 65-74 let: mladí senioři

Většinou se jedná o mladé seniory, kteří trpí problematikou penzionování, mají mnoho volného času, to se snaží kompenzovat svými zájmovými aktivitami, nebo pomáhají rodině, vypomáhají s výchovou vnoučat. Snaží si splnit to, co nestihli v období, kdy pracovali, seberealizují se. Odchod do penze může být spojen s pocitem ztráty postavení a ztrátou sociální role, a to může být doprovázeno depresivními pocity.

- 75-84 let: staří senioři

Toto období se týká starých seniorů, zde se objevuje problematika adaptace, již se nedokáží přizpůsobit svým sníženým schopnostem. Snižuje se zároveň i tolerance zátěže, v tomto věku se objevují i různé nemoci a často i osamělost, ke které dochází při ztrátě partnera, a tím mohou ztratit chuť dál žít.

- 85 a více: velmi staří senioři

U dlouhověkých seniorů se projevuje problematika soběstačnosti a zabezpečení, často se jedná o těžce nemocné, nesoběstačné seniory a rodina se o ně často nedokáže postarat nebo ví, že jim nemohou poskytnout odpovídající péči, a tak je umisťují do pečovatelských domovů (Kalvach, 2004).

Na rozdíl od Kalvacha (2004), Malíková (2020) na vnímání stáří a stárnutí pohlíží spíše z perspektivy společnosti a psychické stránky seniory. O stáří a stárnutí píše, že je naší společností chápáno celkově negativně. Jedinec očekává zdravotní i sociální problémy, omezení, jak v oblasti hybnosti, tak i v oblasti společenského charakteru např. snížení kontaktů s okolím. Dále ztrátu soběstačnosti, zhoršení intelektových funkcí, a ztrátu možností seberealizace, strach z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a respektu, především před blízkými osobami. Při fyziologickém stárnutí a stáří nedochází vždy k výše zmíněným problémům. Propuknutí výše zmíněných obtíží je individuální, stejně jako průběhu stárnutí a stáří. Rozlišujeme tudíž dva typy stárnutí. Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, je normální

součástí života. A patologické stárnutí může se projevit různými způsoby, např. předčasným stárnutím, rozdíly mezi kalendářním a funkčním věkem (kalendářní věk je nižší než funkční). Za patologii je považována i snížená soběstačnost. Kalendářní stárí se dle výzkumu a demografického vývoje společnosti popisuje okolo 60., někdy 65. roku života (Kalvach, 2004).

Pojem stárí se v čase mění, je vnímán populací jinak, než tomu bylo např. v počátcích 19. století, v této době byl již čtyřicátník považován na staršího člověka, oproti tomu je dnes čtyřicetiletý člověk na svém vrcholu. Člověk je za starého považován ve chvíli, kdy je tak vnímán a označován i společností (Hrozenská, 2013).

2.4.2 *Gerontologie a geriatric*

Dle Kalvacha (2004) je gerontologie nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stárí, zabývá se problematikou starých lidí a životem ve stárí. Geron řecky znamená stařec, starý člověk. Geriatric Kalvach (2004) označuje jako oblast medicíny. Geron = starý člověk, iatrea = léčení. Dále Kalvach geriatric vysvětluje jako klinickou gerontologii, nebo také geriatrickou medicínu. Geriatric, je obor medicíny, tudíž shrnuje a zobecňuje seniorskou problematiku jak zdravotního, tak i funkčního stavu. Zaměřuje se na potřeby specifické pro geriatrické pacienty, zabývá se zvláštnosti ve výskytu, klinickém obraze nejrůznějších onemocnění v seniorském věku, vyšetřování seniorů, léčbou, prevencí a sociálními souvislostmi zapříčiněnými chorobami ve stárí. Ve stárí dochází k psychickým změnám, těmi se zabývá gerontopsychologie.

2.4.3 *Fyzické změny*

Ve stárí se nápadněji projevují involuční změny, zmenšení orgánů a zhoršování jejich funkcí, tyto změny jsou plynulé a ovlivněné genetikou, životním stylem a prostředím, tělesnou aktivitou, případně onemocněním, zároveň dochází ke zhoršování odolnosti organismu. V této kapitole budou blíže popsány fyzické změny ve stárí. Tyto změny jsou projevem biochemických změn, zakódovaných v molekule DNA. Imunitní systém ztrácí s přibývajícím věkem svoji sílu a organismus je více ohrožen nemocemi, infekčními, nádorovými ale autoimunitními nemocemi. Změny v tělesném vývoji lze rozdělit na primární a sekundární. Do primárních řadíme nižší výkonnost srdce, plic, nervové soustavy, aterosklerózu tepen, atrofii svalů i kostí. Jedinec ztrácí sílu, začínají se projevovat známky opotřebení kloubů, vlasy šednou a vypadávají, dochází ke ztrátě dentice a ubývá i sexuálních a reprodukčních funkcí. Sekundární změny nastupují vlivem nemoci: ICHS, DM, artropatie, inkontinence. Dále často vznikají

komorbidity (polymorbidity), termín označuje přítomnost více onemocnění současně u jednoho jedince. S tím souvisí i chronicita a komplikace onemocnění (Kalvach, 2004).

Malíková (2020) taktéž poukazuje na snížení celkové aktivity jedince s přibývajícím věkem. Zmiňuje i možnost vzniku hormonální a minerálové nerovnováhy. Během stárnutí dochází i ke změně postavy jedince, a to v důsledku redukce meziobratlového prostoru. Také se pozměňuje, zvyšuje množství tuku uloženého v organismu.

Jak jedinec stárne mění se jeho vzhled, svaly atrofují, objevují se degenerativní změny na opotřebovaných kloubech, probíhají změny v oblasti termoregulace, senioři snadněji prochladnou. Nápadné jsou taktéž smyslové poruchy. Senioři se často potýkají i s deteriorací kardiopulmonálního systému, se změnami ve vylučování a vyprazdňování. A v neposlední řadě se mění i sexuální funkce (Venglářová, 2007).

2.4.4 *Psychické změny*

Vlivem involučních změn se zhoršují též kognitivní funkce, což jsou funkce související s pamětí, učením nových věcí, pozorností, vnímáním reality a orientací v nových situacích. Poruchy paměti jako např. horší vstřípivost a výbavnost nedávné minulosti. Ve stáří se často objevuje obsahově i emočně zkreslené vzpomínky na dávnou minulost, starý člověk prožité období hodnotí pozitivněji, lpí na tom, co měl kdysi, zvyky, zlozvyky, své postavení, hmotný majetek, tj. označováno konfabulací. Pro většinu seniorů je typická názorová stálost až tvrdohlavost tzv. stereotypní chování. Vnímání všemi smyslovými orgány se též zhoršuje. Dále pozornost je snížena, zpomaluje se psychomotorické tempo. Intelektové poruchy představují pro mnoho lidí velkou obavu. Z oblasti emocí se začíná objevovat jejich oploštělost, to znamená chybějící nadšení, zaujetí pro nové, zvýrazňuje se přecitlivělost a převládá smutné ladění, neklid, úzkosti, snižuje se i důslednost v péči o sebe sama. Naopak u mnoha seniorů se zvyšuje trpělivost, mají na vše dostatek času a prostoru, nikam nespěchají. Zvyšuje se i jejich vytrvalost a tolerance k druhým (Kalvach, 2004).

K běžným projevům stárnutí se řadí menší pohotovost, snížení výkonu, zvýšení přesnosti, horší adaptace na změny a celkové zpomalování duševních činností (Zacharová, 2011).

Autorka Malíková (2020) píše o souvislosti mezi probíhajícími biologickými změnami ve stáří a od nich se odvíjejících psychických změnách. Má tím na mysli to, že jak jedinec stárne vnímá změny tělesného stavu, a to se negativně projeví psychickými změnami. Avšak změny psychické u fyziologicky probíhajícího stárnutí postupují pomalu.

Pro seniory je z oblasti psychických změn charakteristická nedůvěřivost k okolí, ale i důvěra v sebe sama. Též celkový úsudek se u seniorů zhoršuje (Venglářová, 2007).

2.4.5 Sociální změny

S postupujícím stářím se u člověka mění i sociální role. Většinu z nich člověk ztrácí, a to bývá doprovázeno depresivními pocity. Ve stáří obvykle sílí manželské vztahy, ztráta partnera je závažnou životní událostí. Pro starého člověka má jeho manželský partner vysokou hodnotu. Je pro něj oporou, poskytuje mu stabilitu, jistotu, pomoc a vyslechnutí. Vážnou stresovou reakci ve stáří může způsobit onemocnění či úraz manželského partnera. Ovdovělý člověk ztrácí chuť do života, nemá pro koho žít, dochází až k zanedbání a rozpadu jeho denního režimu. Zajímavostí je, že strach ze smrti působí u seniorů menší obavu než ztráta partnera a následný pocit osamělosti (Zacharová, 2011).

Jiné sociální vztahy se zužují, dochází i k úbytku sociálních rolí v důsledku odchodu do důchodu, osamostatnění dětí, anebo třeba z důvodu zhoršení pohyblivosti. Vztahy se mohou komplikovat zvýrazněnými osobnostními rysy, tj. podezřívavost až paranoia, šetrivost až lakota, uzavřenost, samotářství, úzkostnost, strach o sebe až hypochondrie (Kelnarová, Matějková, 2014).

Odchod do penze může ovlivnit životní styl jedince a zároveň způsobit u seniorů finanční obtíže. Negativní dopad na seniora bude mít i stěhování v pokročilém věku, anebo úmrtí blízkých osob či vrstevníků (Venglářová, 2007).

2.4.6 Adaptace ve stáří

Adaptační schopnost je ve stáří snížena, a to jak ve smyslu biologickém, tak i psychosociálním. Stáří neznamena nemoc, ale proces nevyhnutelných změn, probíhajících již od narození, avšak zřetelněji se projeví až ve starším věku. Stárnutí tělesné a duševní nepostupuje souběžně, každá nemoc nebo třeba stres se negativně projeví na psychice. Přestěhování, vytržení ze známého prostředí, úmrtí partnera nebo hospitalizace mohou být pro starého člověka až život ohrožujícími situacemi (Kelnarová, Matějková, 2014).

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

V teoretické části bakalářské práce jsme se na základě poznatků současné literatury zabývali danou problematikou, tj. komunikací se seniory, jejími specifiky ale i bariérami, dále počtem seniorů, z důvodu toho, abychom poukázali na skutečnost o jak rozsáhlou skupinou obyvatelstva se jedná. Zmínili jsem i důležitost aktivního naslouchání v ošetrovatelské péči o seniory. Věnovali jsem se samotnému procesu stárnutí a s ním spojenými změnami, vnímáním stáří a ageismem.

Empirická část práce navazuje na teoretickou část a bude využita k vytvoření základního obrazu výzkumu, především pro formulaci cíle a hypotéz.

Cílem výzkumu bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit následující data.

Zaměřili jsme se na taktilní komunikaci a vnímání komunikace skrz úpravu zevnějšku.

A dalším naším závěrem bylo zjistit, jestli by NLZP chtěli v pozici seniora, aby jim byla vyjadřována empatie.

Za další důležitý cíl jsme si stanovili okomentovat zajímavá data, ke kterým jsme díky dotazníkovému šetření dospěli. A výsledky některých námi vybraných otázek mezi sebou porovnat.

Data získaná dotazníkovým šetřením srovnáváme s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů.

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji využívat taktilní komunikace než NLZP s nižším stupněm vzdělání.

Hypotéza č. 2: Domníváme se, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji vyjadřovat empatii než NLZP s nižším stupněm vzdělání.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou všímavější ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku než NLZP s nižším stupněm vzdělání.

3.1 Metodika

Ke splnění stanovených cílů práce a námi stanovených hypotéz byla použita kvantitativní metoda šetření pomocí námi vytvořeného anonymního dotazníku.

Kvantitativní vědecká metoda využívá k výzkumu velký počet respondentů. Tato metoda si klade za úkol statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými a následně změřit její intenzitu. Při kvantitativním výzkumu dochází k systematickému shromažďování a analýze dat za současné kontroly podmínek (Kutnohorská, 2009).

K výzkumnému šetření byly zpracovány a následně použity nestandardizované dotazníky obsahující 24 otázek předkládaných nelékařskému zdravotnickému personálu v konkrétních domovech seniorů. Pracovali jsme s předem připravenými otázkami. Dotazník je součástí příloh této práce. Zaměřili jsme se na téma komunikace se seniory z pohledu NLZP. Otázky se týkají vzdělání NLZP a postupně se hlouběji zaměřují na verbální a neverbální formy komunikace, vyjádření empatie, zájem o komunikaci i mimo ošetrovatelskou péči.

Při tvorbě dotazníků byla věnována maximální pozornost srozumitelnosti a přehlednosti jednotlivých položek.

3.2 Materiál

V bakalářské práci uskutečňujeme záměrný výběr. Respondenti byli vybráni podle znaků určených výzkumem, tudíž jsme oslovili NLZP v konkrétních domovech pro seniory.

Jedinou podmínkou účasti respondentů na dotazníkovém šetření byla jejich dobrovolnost vyplnění dotazníku. Dotazníky byly distribuovány pouze NLZP v konkrétních domovech pro seniory. Anonymita sběru dat byla zajištěna odevzdáním dotazníku v papírové formě do předem připraveného sběrného boxu umístěného v konkrétním domově pro seniory, který byl zajištěn proti nechtěnému otevření. Respondenti dotazníky odevzdávali samostatně přímo do tohoto sběrného boxu. Z důvodu nedostatku navráceného materiálu pro zpracování kvantitativního výzkumu bylo v měsíci listopadu 2023 znovu uskutečněno dotazníkové šetření. Tato druhá vlna dotazníkové šetření byla uskutečněna taktéž anonymně a založená na dobrovolnosti a ochotě respondentů dotazník vyplnit.

3.3 Organizace vlastního šetření a zpracování dat

Konstrukce vlastního anonymního dotazníku pro NLZP proběhla v období únor–březen 2023.

Před vlastním výzkumným šetřením bylo provedeno pilotní šetření. Hlavním důvodem pilotního šetření bylo snížení rizika neúspěchu či nerelevantního výsledku vlastního výzkumu. Po jeho provedení byly některé otázky v dotazníku upraveny pro zlepšení jejich srozumitelnosti a jiné otázky byly podrobněji rozpracovány. Do předvýzkumu bylo vybráno 8 respondentů, kteří splňují charakteristiku zkoumaného vzorku. Podmínkou účasti na předvýzkumu i vlastním výzkumu byla dobrovolnost a vlastní ochota respondentů zúčastnit se dotazníkového šetření. Pilotní šetření bylo realizováno během první poloviny měsíce března 2023. Po úpravě

srozumitelnosti některých otázek a detailnějším rozpracování jiných otázek jsme přistoupili k vlastnímu dotazníkovému šetření.

Otázku číslo 12 jsme po pilotním šetření podrobněji rozpracovali na jednotlivé podotázky týkající se úpravy zevnějšku (I. vyžehlená, čistá uniforma, II. úprava vlasů, III. příliš výrazné líčení, vůně, IV. upravené čisté nehty, V. piercingy, tetování, náušnice), aby respondenti mohli odpovědět samostatně na jednotlivé body týkající se úpravy zevnějšku.

Dále byla upravena otázka číslo 19: Z jakého důvodu byste si myslel/a, že NZP nemá dostatek času na komunikaci s Vámi? U této otázky, jsme stávající možnosti odpovědi a) velká pracovní vytíženost, b) nedostatek personálu, c) nezáměr o mě jako o seniora rozšířili ještě o možnost d) NZP by měl dostatek času na komunikaci.

Prvním krokem k uskutečnění dotazníkové šetření v domovech pro seniory byl souhlas s realizací dotazníkového šetření od k tomu kompetentní osoby. Ve všech třech zařízeních, kde výzkum proběhl byl nejprve vystaven tento písemný souhlas, všechny souhlasy jsou součástí příloh této práce.

Následně proběhla distribuce dotazníků v rámci vlastního výzkumného šetření v období druhé poloviny března do konce dubna roku 2023. A následně pro nedostatek dat k výzkumu proběhla ještě v měsíci listopadu roku 2023. Poté už byl počet respondentů dostačující.

Výzkumné šetření proběhlo v Domově třetího věku, dále v SeneCura SeniorCentrum Klamovka a v Domově Vlčí mák. Do výše uvedených zařízení byly podány žádosti o povolení dotazníkového šetření, které byly schváleny a jsou součástí příloh této práce. Byli osloveni pouze respondenti splňující kritéria pro zařazení do výzkumného šetření, respondenti byli obeznámeni s účelem dotazníkového šetření a seznámeni i s jeho anonymitou. Počet dotazníků distribuovaný jednotlivým zařízením byl určen počtem jejich zaměstnanců splňujících charakteristiku zkoumaného vzorku.

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo 115 respondentů, 7 z nich bylo následně vyřazeno, protože byly vyplněny pouze z poloviny. Častým problémem byla neochota oslovených domovů pro seniory umožnit dotazníkové šetření.

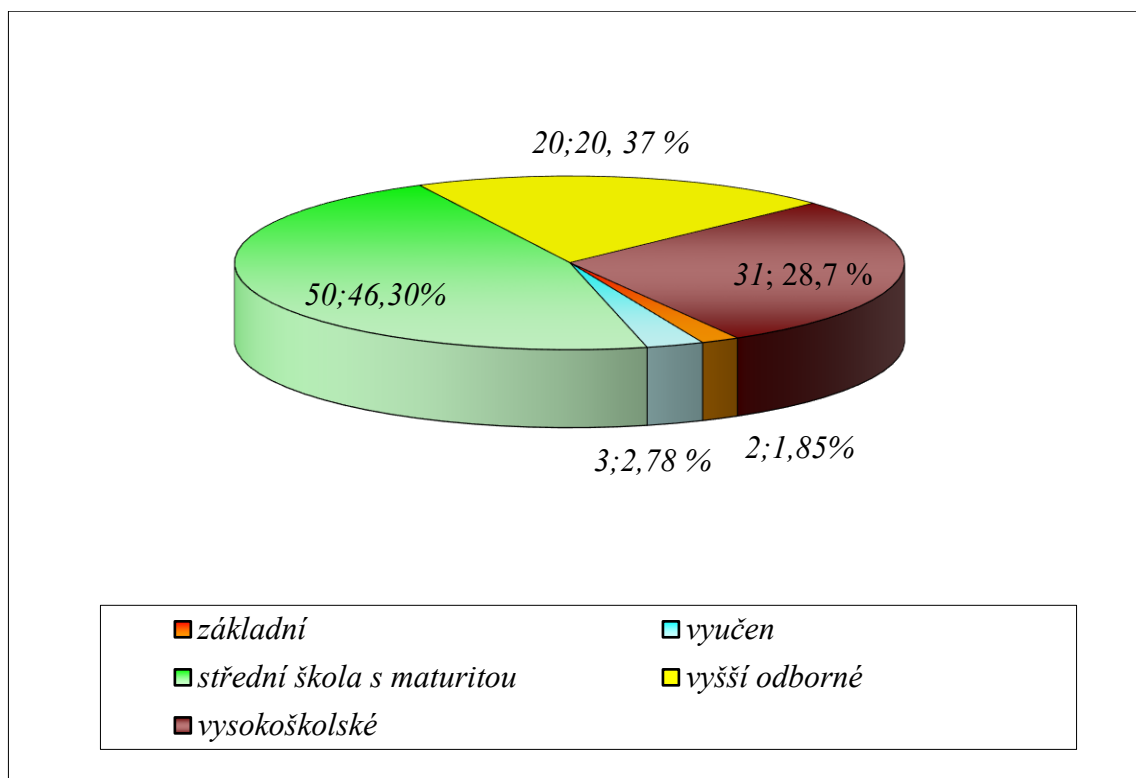
3.4 Výsledky práce

Na základě provedeného výzkumného průzkumu u NLZP týkající se komunikace se seniory byla zpracována data, ke každé dotazníkové otázce byl vypracován výsečový diagram, které jsou vloženy níže. Analýza dat byla provedena v souladu s matematicko – statistickými

metodami. Tyto výsečové diagramy jsme zpracovali pomocí počítačového programu Microsoft Office Excel.

1. Nejvyšší dosažené vzdělání u NLZP

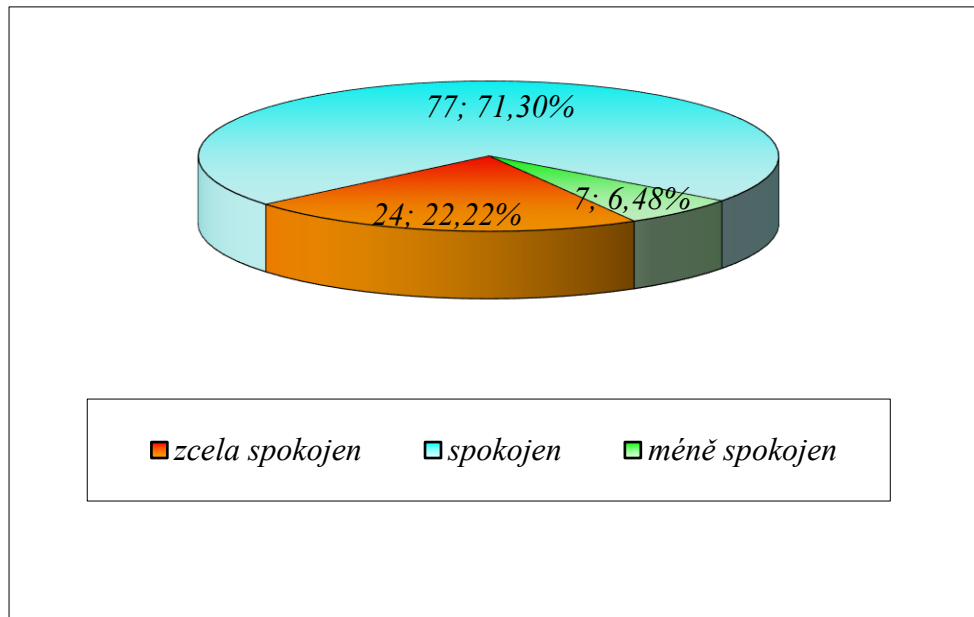
První výšečový diagram zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů, celkový počet respondentů je 108 z toho 2; 1,85 % respondentů má základní vzdělání, 3; 2,78 % respondentů jsou vyučeni. Nejvíce zastoupeni byli respondenti se středoškolským odborným vzděláním s maturitou, 50; 46,3 %. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 20; 20,37 %, respondentů. A 31; 28,7 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání.



Obrázek 1: Nejvyšší dosažené vzdělání u NLZP (Zdroj: Autor)

2. Spokojenost s ošetrovatelskou péčí

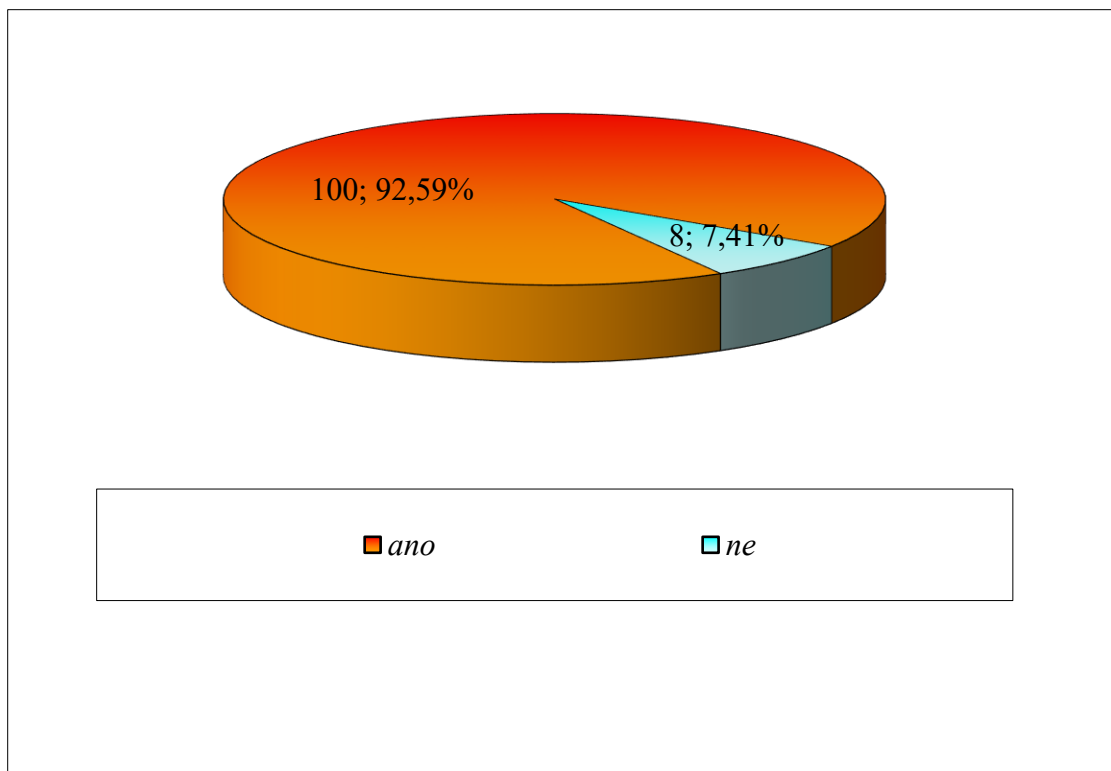
Druhý výsečový diagram procentuálně znázorňuje, jak by NZP sami byli spokojeni s ošetrovatelskou péčí v konkrétním domově pro seniory. 77; 71,3 % respondentů by bylo s ošetrovatelskou péčí spokojeno. 24; 22,22 % respondentů by bylo s péčí zcela spokojeno. A pouhých 7; 6,48 % by bylo méně spokojeno.



Obrázek 2: Spokojenost s ošetrovatelskou péčí (Zdroj: Autor)

3. Zájem, o rozhovor, o zážitcích ze života, vyslechnutí

Třetí výsečový diagram vyjadřuje, zda by NLZP v pozici seniora měl zájem o rozhovor o tom, jak se má, jak se cítí, o zážitcích ze života, zájem o vyslechnutí. Většina respondentů 100; 92,59 % by zájem měla. 8; 7,41 % respondentů by zájem nemělo.

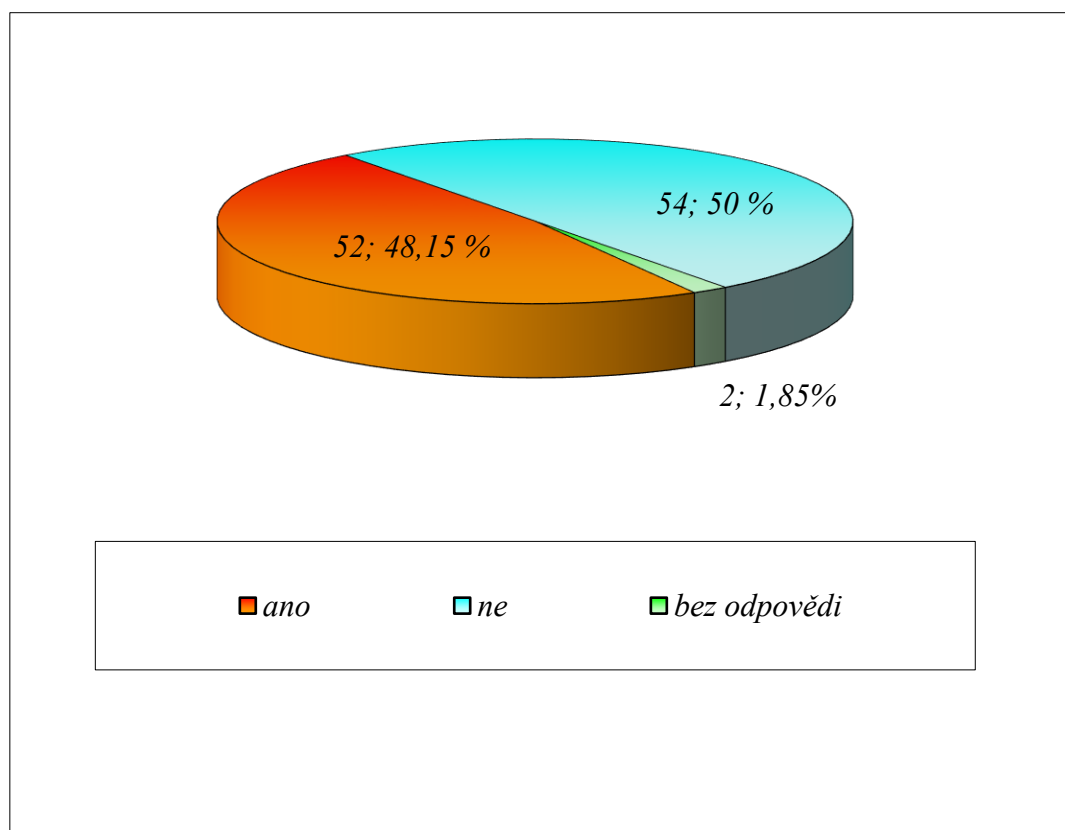


Obrázek 3: Zájem, o rozhovor, o zážitcích ze života, vyslechnutí (Zdroj: Autor)

4. Dostatek času a prostoru na komunikaci se seniorem, v porovnání s pracovní vytížeností

Následující výšečový diagram se zaměřuje na dostatek času a prostoru na komunikaci se seniory. Dotazníkovou otázkou jsme se respondentů ptali, zda se domnívají, že by podle nich měl NLZP dostatek času na komunikaci se seniory, pokud to respondenti porovnají se svojí současnou pracovní vytížeností. 54; 50 % dotazovaných by nemělo dostatek času a prostoru na komunikaci se seniory. 52; 48,15 % dotázaných NLZP by dostatek času a prostoru na komunikaci s nimi mělo v porovnání s jejich pracovní vytížeností. 2; 1,85 % respondentů na otázku neodpovědělo.

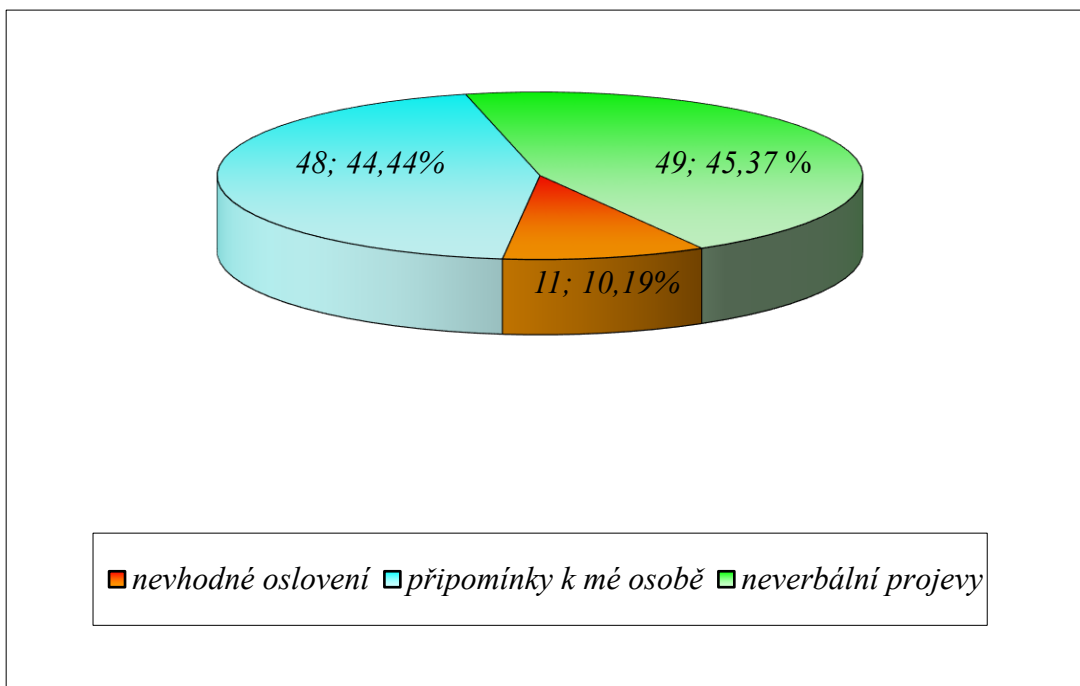
V našich předpokladech jsme očekávali vyšší procentuální zastoupení respondentů s nedostatkem času na komunikaci se seniory v souvislosti s jejich pracovní vytížeností.



Obrázek 4: Dostatek času a prostoru na komunikaci s Vámi, jako se seniorem, v porovnání s Vaší současnou pracovní vytížeností (Zdroj: Autor)

5. Nevhodná komunikace

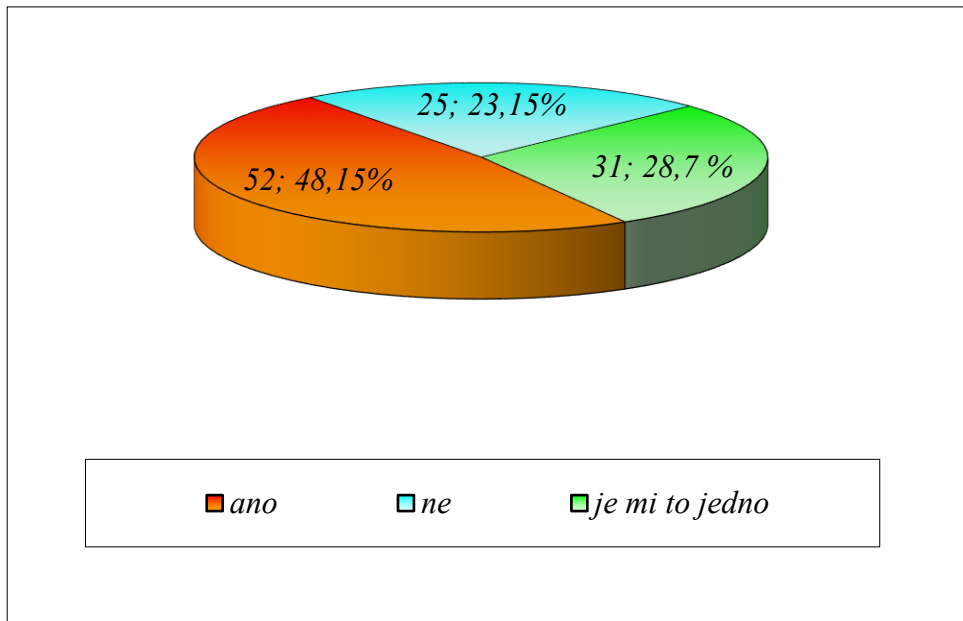
Pátý výšečový diagram vyobrazuje, který z bodů by respondenti v pozici seniora pokládali za nejvíce nevhodný v komunikaci od NLZP. 48; 44,44 % respondentů odpovědělo, že by jim nejvíce vadily připomínky k jejich osobě. 49; 45,37 % respondentům by vadily neverbální projevy při komunikaci. A 11; 10,19 % respondentů by pokládalo za nevhodnou komunikaci nevhodné oslovení.



Obrázek 5: Nevhodná komunikace (Zdroj: Autor)

6. Obava z nepochopení sdělení od NLZP

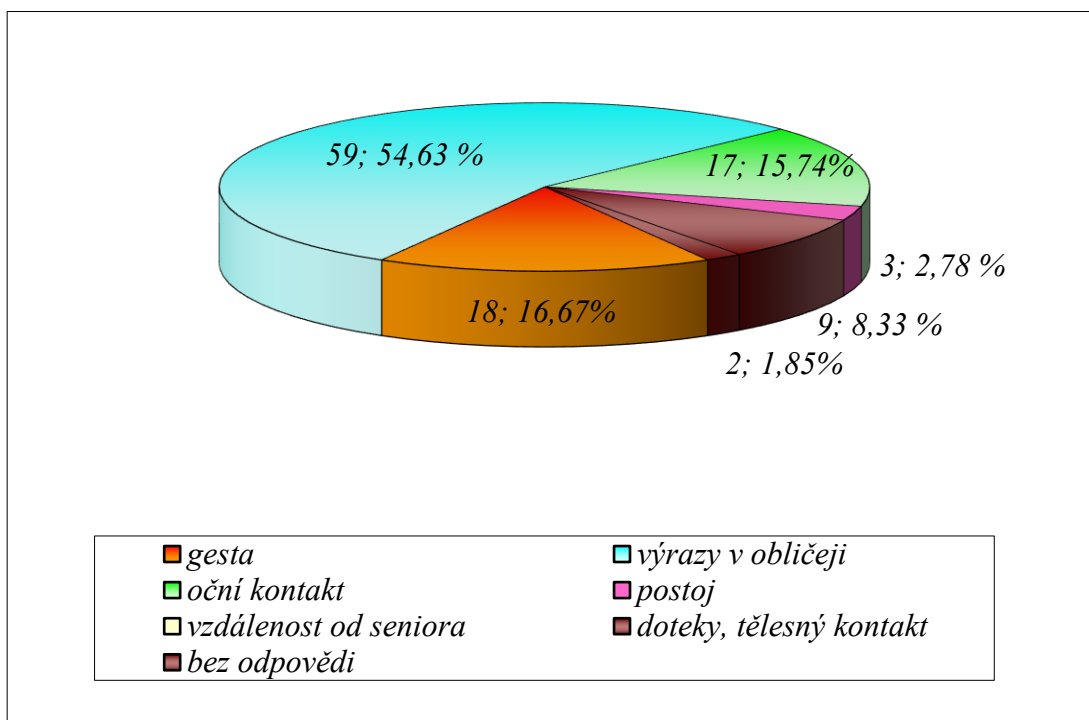
Šestý výsečový diagram znázorňuje obavu z nepochopení sdělení od NLZP. 52; 48,15 % respondentů odpovědělo, že by tuto obavu měli. 25; 23,15 % respondentů naopak odpovědělo, že by takovou obavu neměli. 31; 28,7 % respondentům by to bylo jedno, jsou přesvědčeni, že pokud je sdělení od NLZP důležité tak ho NLZP v případě potřeby zopakuje.



Obrázek 6: Obava z nepochopení sdělení od NLZP (Zdroj: Autor)

7. Výrazné neverbální projevy u NLZP při rozhovoru se seniorem

Následující sedmý výšečový diagram zobrazuje, jakých výrazných neverbálních projevů by si NLZP v pozici seniora všimal. Nejvíce všímaví by byli respondenti k výrazům v obličeji 59; 54,63 %. Následovala gesta, kterých by si všimalo 18; 16,67 % respondentů. Dalším výrazným prvkem v komunikaci byl podle respondentů oční kontakt 17; 15,74 %. Doteky a tělesný kontakt za výrazné neverbální projevy vnímalo 9; 8,33 % respondentů. 3; 2,78 % respondentů uvedlo za výrazné neverbální projevy postoj. 2; 1,85 % respondentů neodpovědělo na otázku. Komunikaci prostřednictvím vzdálenosti nevybral žádný z respondentů.

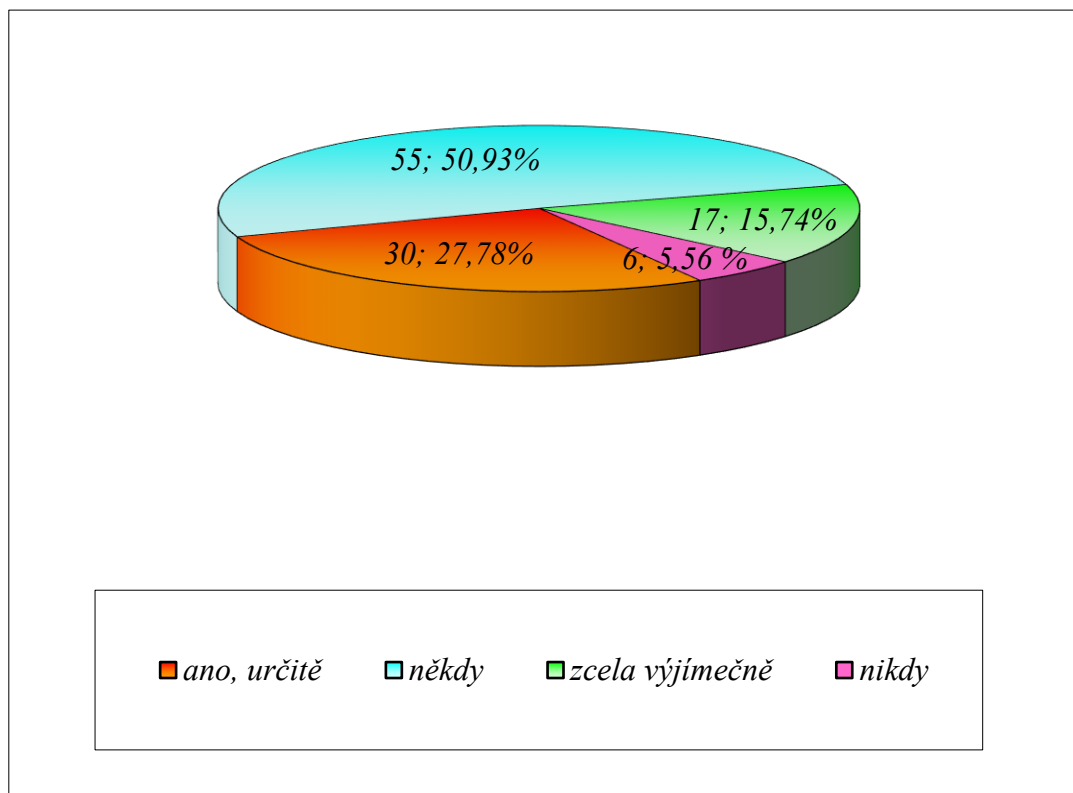


Obrázek 7: Výrazné neverbální projevy u NLZP při rozhovoru se seniorem (Zdroj:

Autor)

8. Zájem o podržení za ruku, pohlazení po tváři

Pomocí osmého výsečové diagramu znázorňujeme otázku, zda by respondentům byla příjemná komunikace tzv. taktilní komunikací (podržení za ruku, pohlazení na bezpečném místě). Více jak polovina respondentů 55; 50,93 % uvedlo, že o tuto formu komunikace by měli zájem někdy. 30; 27,78 % respondentů odpovědělo ano, určitě. 17; 15,74 % respondentů by mělo zájem zcela výjimečně. A nikdy vybralo pouhých 6; 5,56 % respondentů.

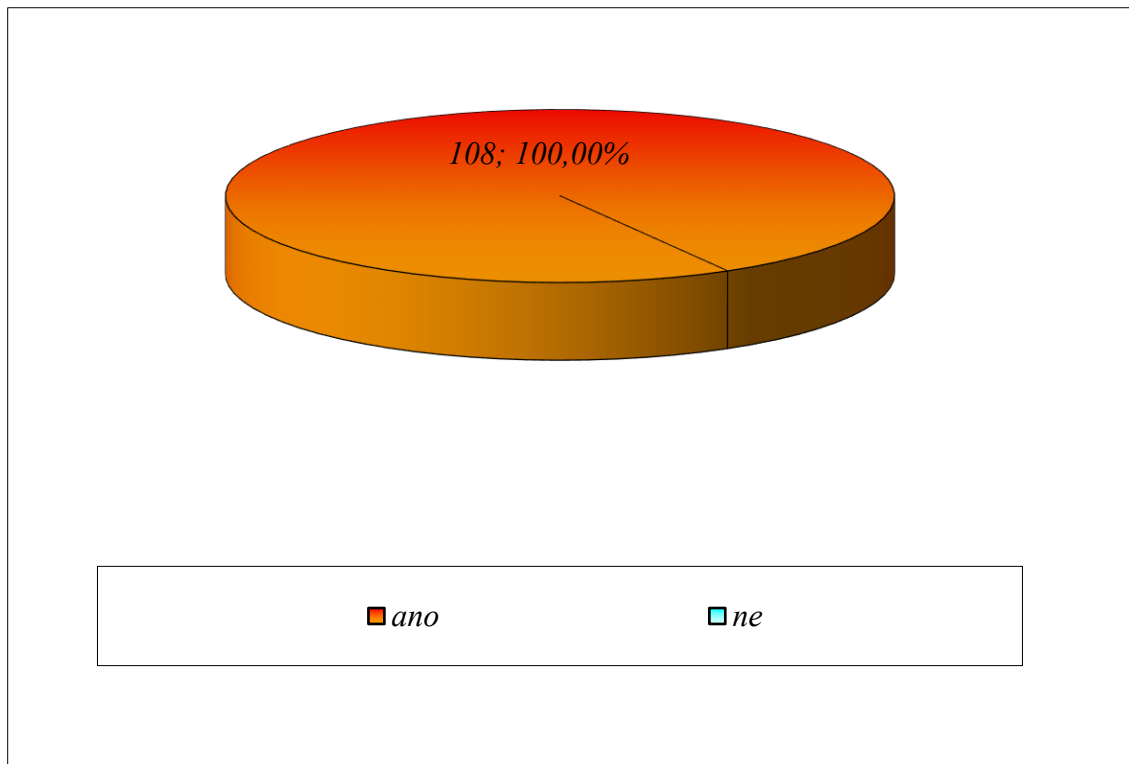


Obrázek 8: Zájem o podržení za ruku, pohlazení po tváři (Zdroj: Autor)

9. Nevhodný výraz v obličejích u NLZP při ošetrovatelském výkonu

Pomocí devátého výsečového diagramu prezentujeme, jak všímavý by NLZP v pozici seniora byli k nevhodnému výrazu v jejich obličejích při provádění ošetrovatelského výkonu.

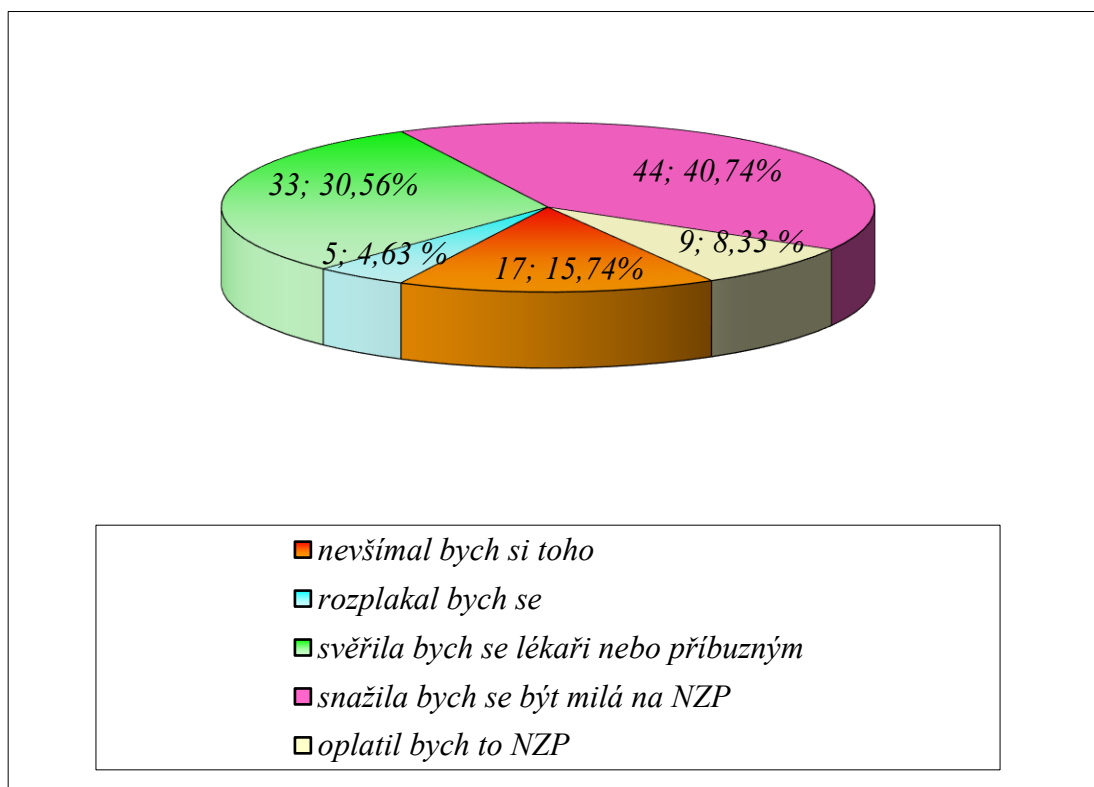
108; 100 % respondentů, odpovědělo ano, tudíž, že by k nevhodnému výrazu v obličejích u NLZP byli všímaví.



Obrázek 9: Nevhodný výraz v obličejích u NLZP při ošetrovatelském výkonu (Zdroj: Autor)

10. Reakce na nevhodnou/ urážlivou komunikaci od NLZP

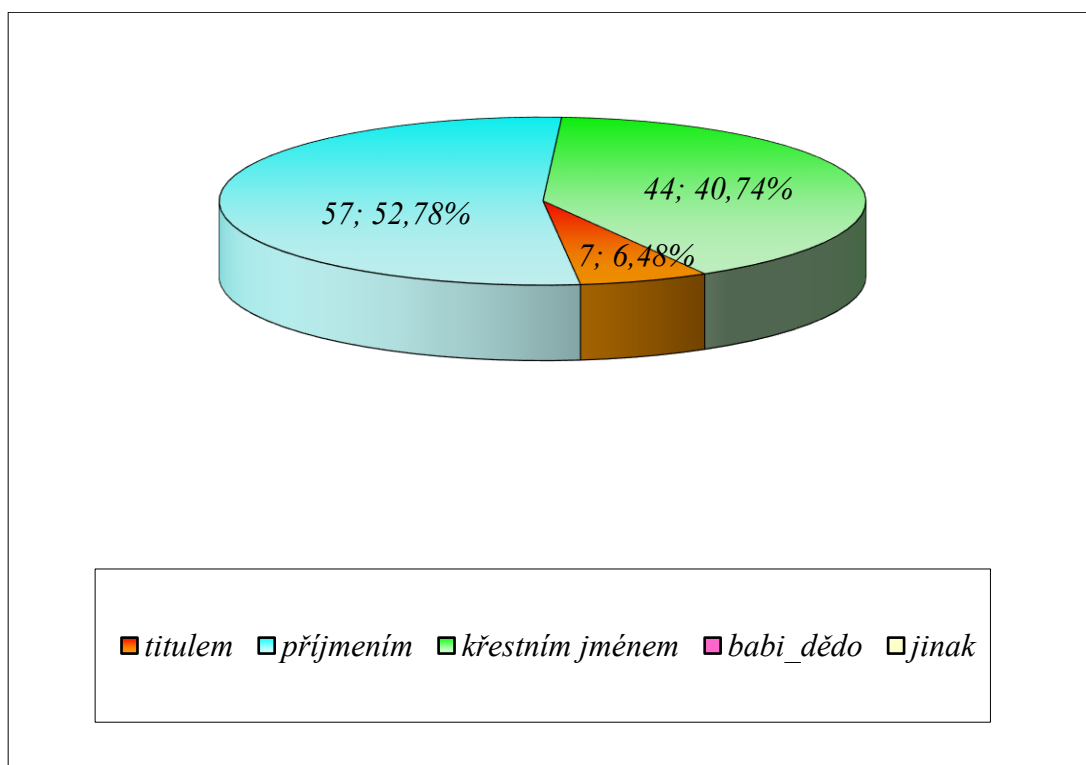
Pomocí desátého výsečového diagramu vyobrazujeme reakci na nevhodnou, urážlivou komunikaci nebo poznámku ze strany NLZP v pozici seniora. 44; 40,74 % respondentů odpovědělo, že by se snažilo být na NLZP milejší a doufalo, že i NLZP bude při příští komunikaci milý. 33; 30,56 % dotázaných by se svěřilo příbuzným nebo lékaři. 17; 15,74 % respondentů by si toho snažilo nevnímat. 9; 8,33 % dotázaných by tuto nevhodnou či urážlivou komunikaci NLZP oplatilo. 5; 4,63 % respondentů by se vlivem nevhodné, urážlivé komunikace rozplakalo.



Obrázek 10: Reakce na nevhodnou/ urážlivou komunikaci od NLZP (Zdroj: Autor)

11. Oslovení v pozici seniora

Jak by chtěli být NLZP v pozici seniora oslovení znázorňuje jedenáctý graf. Titulem by chtělo být osloveno 7; 6,48 % respondentů. Příjmením by chtěla být oslovena nadpoloviční většina, tj. 57; 52,78 % respondentů. V pořadí druhá nejpočetnější skupina respondentů by chtěla být oslovena křestním jménem, jedná se o 44; 40,74 % respondentů. Žádný z respondentů 0 (0,0 %) by nechtěl být osloven babi/dědo a žádný z respondentů nevedl možnost jinak.

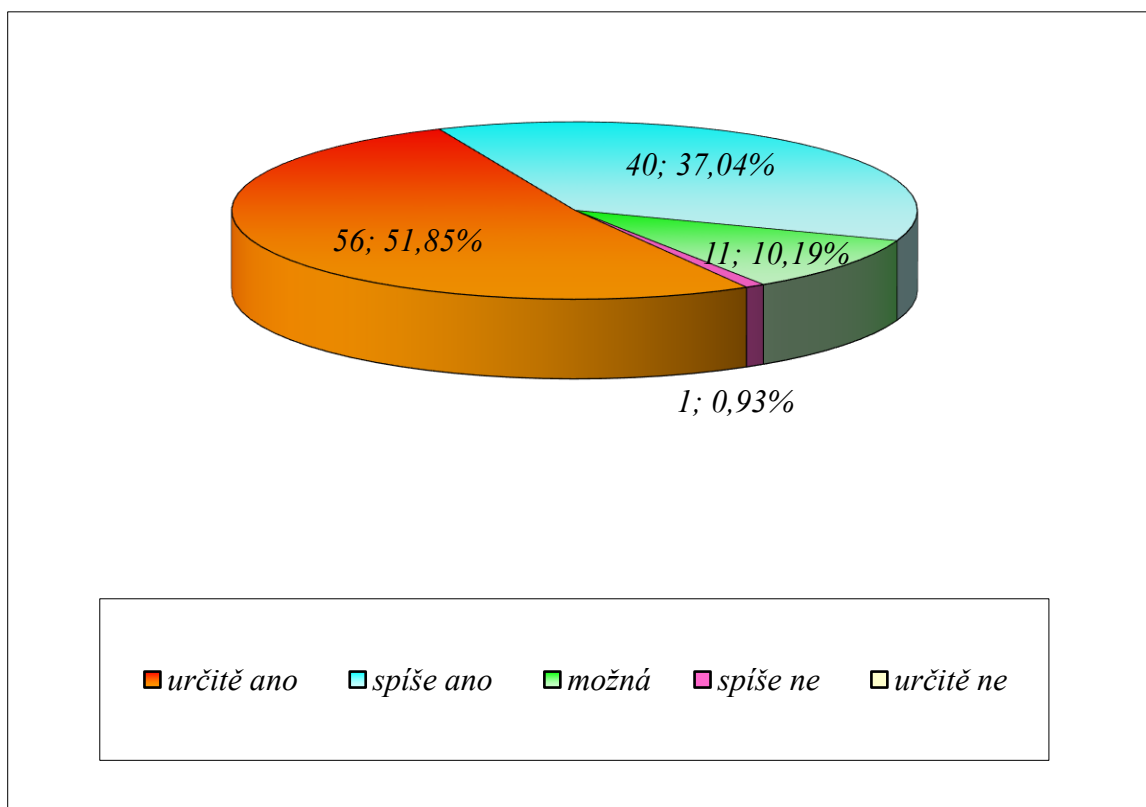


Obrázek 11: Oslovení v pozici seniora (Zdroj: Autor)

12.

I. Úprava zevnějšku: vyžehlená, čistá uniforma

Dvanáctý výsečový diagram (I.) zaměřený na úpravu zevnějšku, konkrétně vyžehlená čistá uniforma NLZP zobrazuje, že 56; 51,85 % respondentů odpovědělo určitě ano, tudíž ke komunikaci prostřednictvím úpravy zevnějšku jsou všímaví. 40; 37,04 % respondentů odpovědělo spíše ano. 11; 10,19 % respondentů vybralo možnost možná. A 1 respondent (0,93 %) odpověděl určitě ne.

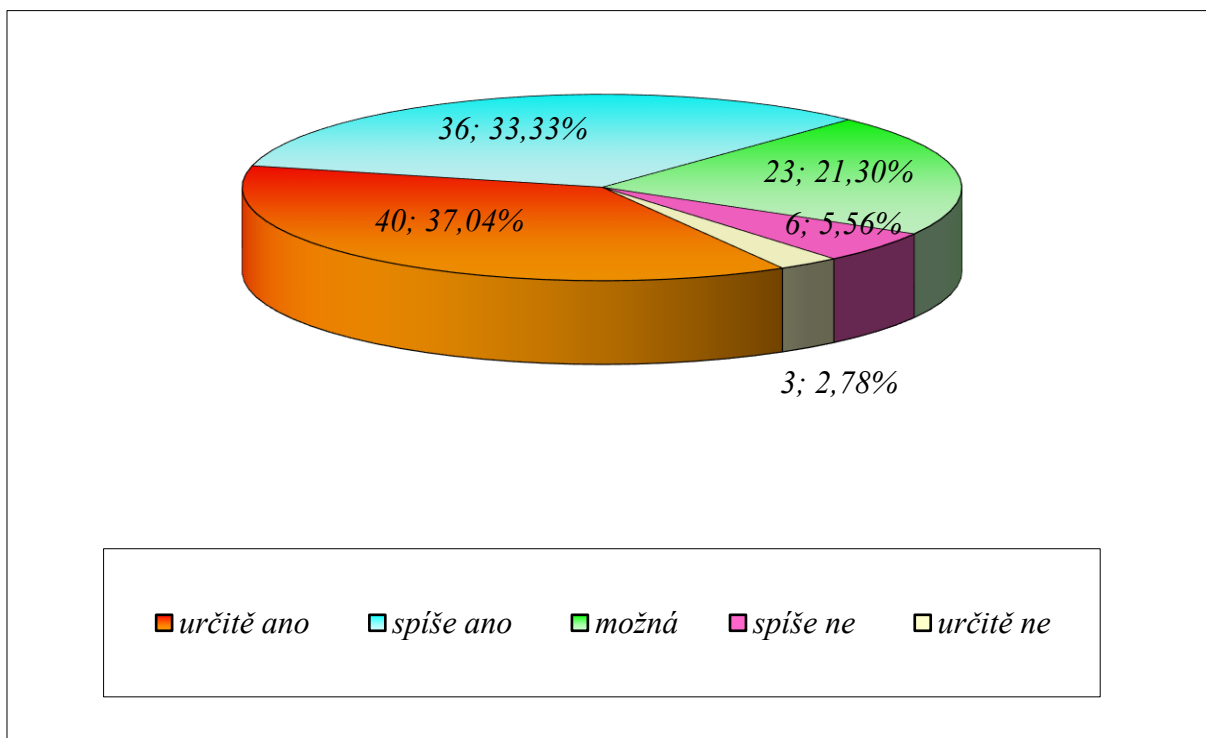


Obrázek 12 I.: Úprava zevnějšku: vyžehlená, čistá uniforma (Zdroj: Autor)

12.

II. Úprava zevnějšku: úprava vlasů

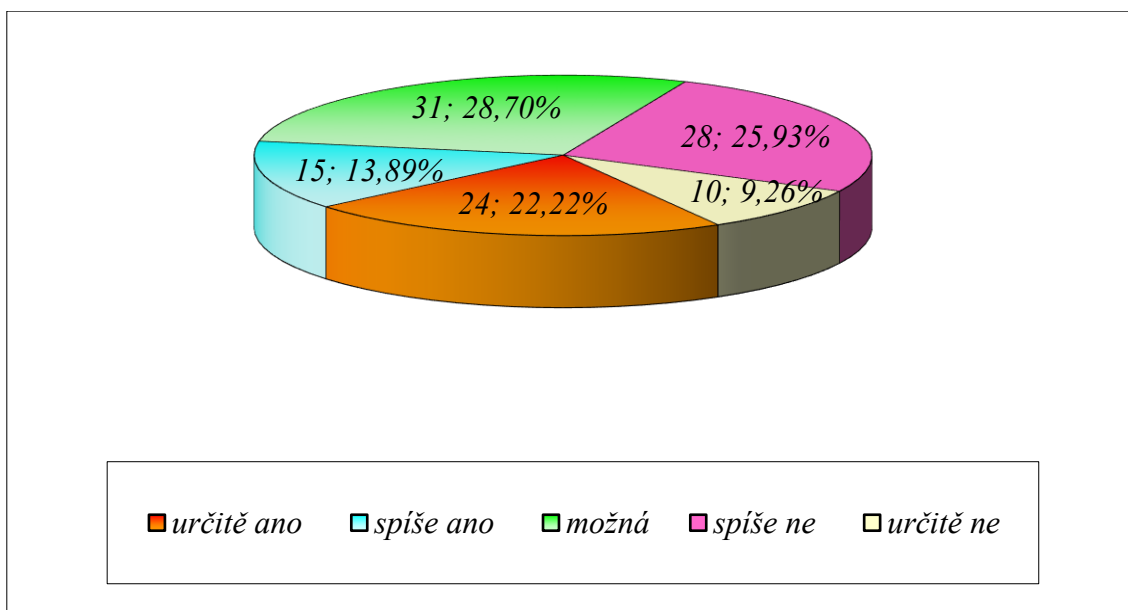
Dvanáctý výsečový diagram (II.) je zaměřený na úpravu zevnějšku, konkrétně na úpravu vlasů NLZP. 40; 37,04 % respondentů odpovědělo určitě ano. 36; 33,33 % dotázaných uvedlo odpověď spíše ano. 23; 21,3 % respondentů odpovědělo možná. 6; 5,56 % dotázaných odpovědělo spíše ne, a 3; 2,78 % dotázaných uvedlo odpověď určitě ne.



Obrázek 12 II.: Úprava zevnějšku: úprava vlasů (Zdroj: Autor)

12.**III. Úprava zevnějšku: líčení, vůně**

Dvanáctý výsečový diagram (III.) zaměřený na úpravu zevnějšku, konkrétně na líčení a vůni NLZP. Nejčastější odpovědí byla varianta možná, vybralo ji 31; 28,7 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí u této dotazníkové otázky byla varianta spíše ne s 28; 25,93 % respondenty. Variantu spíše ano vybralo 15; 13,89 % respondentů. 10; 9,26 % respondentů, uvedlo odpověď určitě ne. Možnost odpovědi určitě ano zvolilo 24; 22,22 % respondentů.

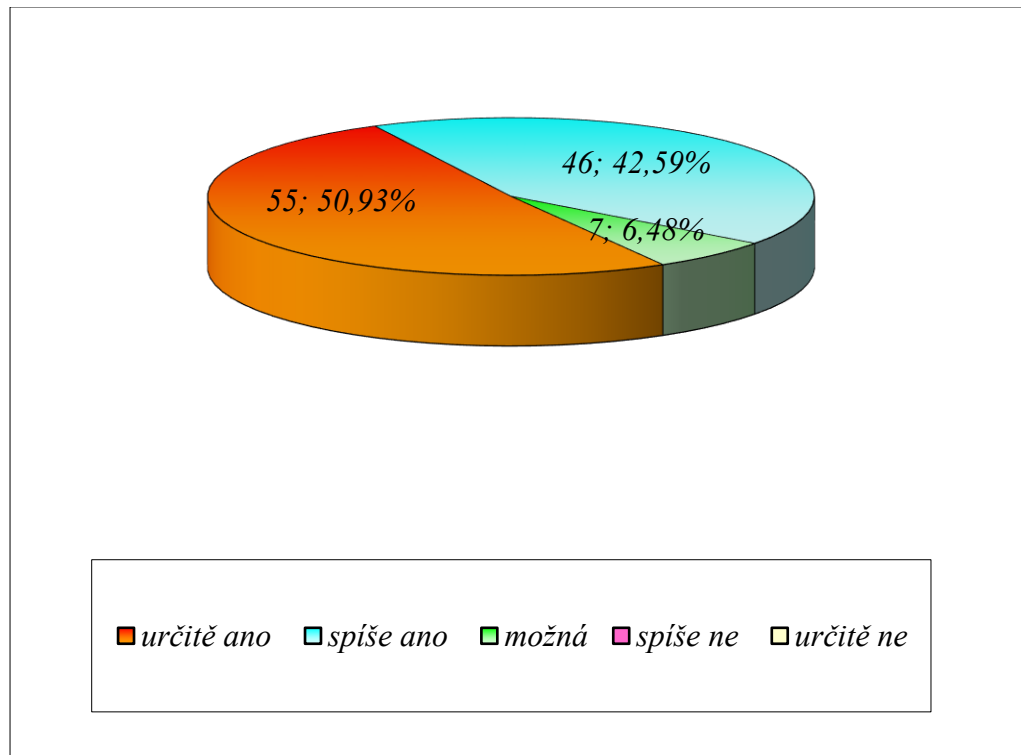


Obrázek 12 III.: Úprava zevnějšku: líčení, vůně (Zdroj: Autor)

12.

IV. Úprava zevnějšku: upravené, čisté nehty

Dvanáctý výsečový diagram (IV.) zaměřený na úpravu zevnějšku, konkrétně na upravené a čisté nehty zobrazuje odpovědi respondentů následovně, 55; 50,93 % respondentů odpovědělo, určitě ano, 46; 42,59 % respondentů uvedlo odpověď spíše ano. 7 respondentů tvořících 6,48 % uvedlo odpověď možná. Jinou variantu ne zvolil žádný z dotázaných.

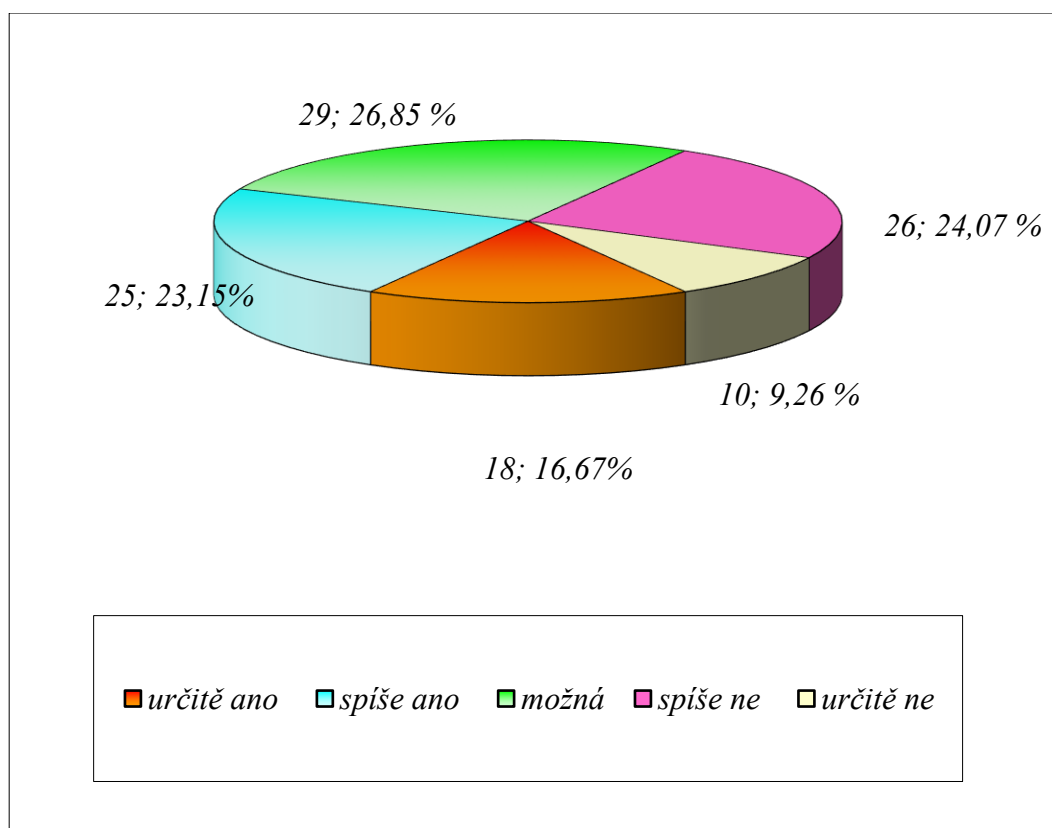


Obrázek 12 IV.: Úprava zevnějšku: upravené, čisté nehty (Zdroj: Autor)

12.

V. Úprava zevnějšku: piercingy, tetování, náušnice

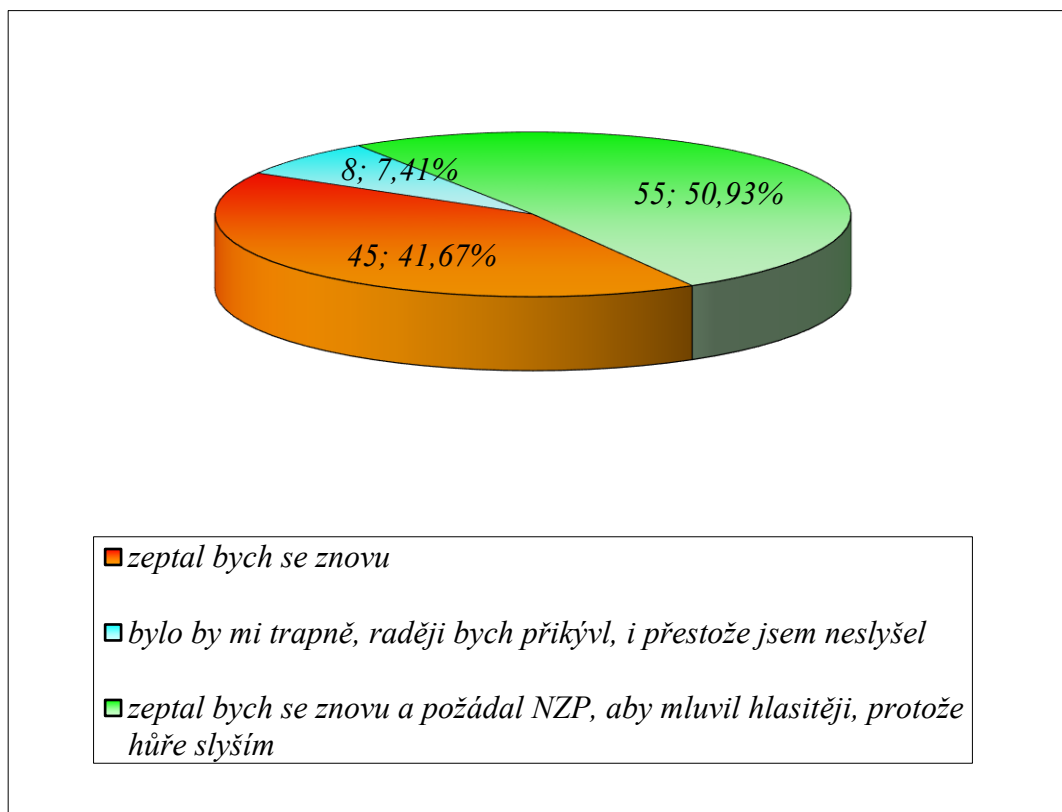
Dvanáctý výsečový diagram (V.) zaměřený na úpravu zevnějšku, konkrétně na piercingy, tetování, náušnice je vyobrazen následujícím grafem, ve kterém pouze 18; 16,67 % respondentů odpovědělo určitě ano. 25; 23,15 % respondentů uvedlo odpověď spíše ano. Nejčastěji uváděnou odpovědí byla možnost možná, kterou zvolilo 29; 26,85 % respondentů. U odpovědi spíše ne je počet respondentů 26; 24,07 %. A 10; 9,26 % dotázaných vybralo možnost odpovědi určitě ne.



Obrázek 12 V.: Úprava zevnějšku: piercingy, tetování, náušnice (Zdroj: Autor)

13. Reakce na přeslechnutí informací od NLZP

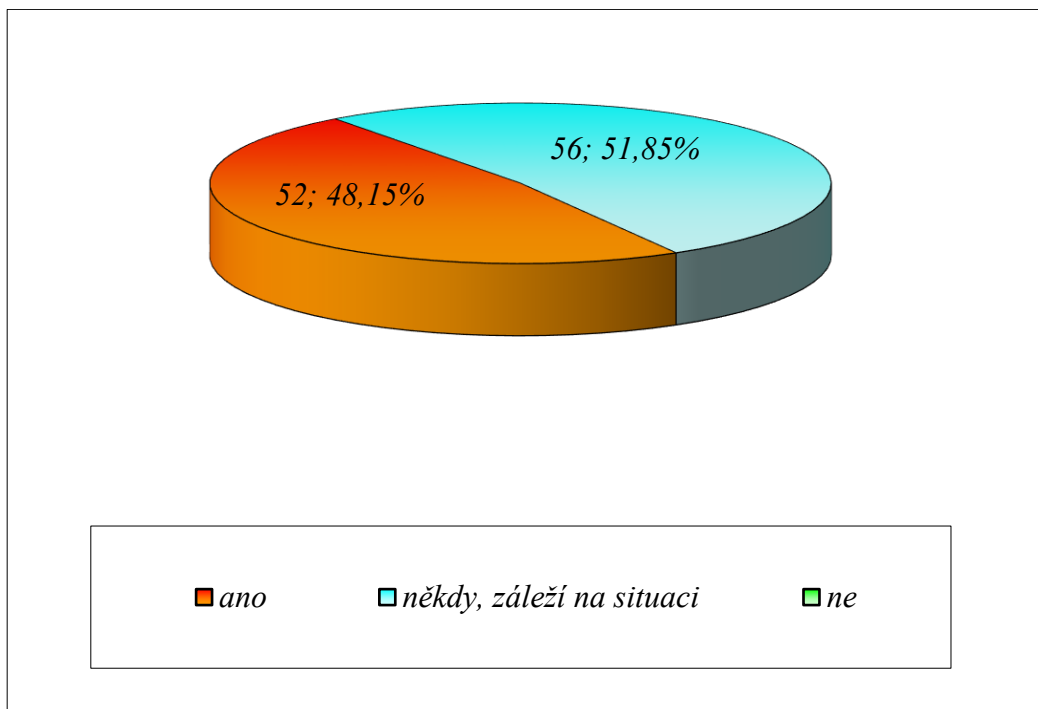
Reakci na přeslechnutí informací od NLZP prezentuje třináctý výsečový diagram. 55; 50,93 % respondentů zvolilo variantu odpovědi zeptal bych znovu a požádal NLZP, aby mluvil hlasitěji, protože hůře slyším. 45, 41,67 % dotázaných uvedlo možnost zeptal bych se znovu. A 8; 7,41 % respondentů odpovědělo bylo by mi trapně, raději bych přikývl, i přestože jsem neslyšel.



Obrázek 13: Reakce na přeslechnutí informací od NLZP (Zdroj: Autor)

14. Skákání do řeči

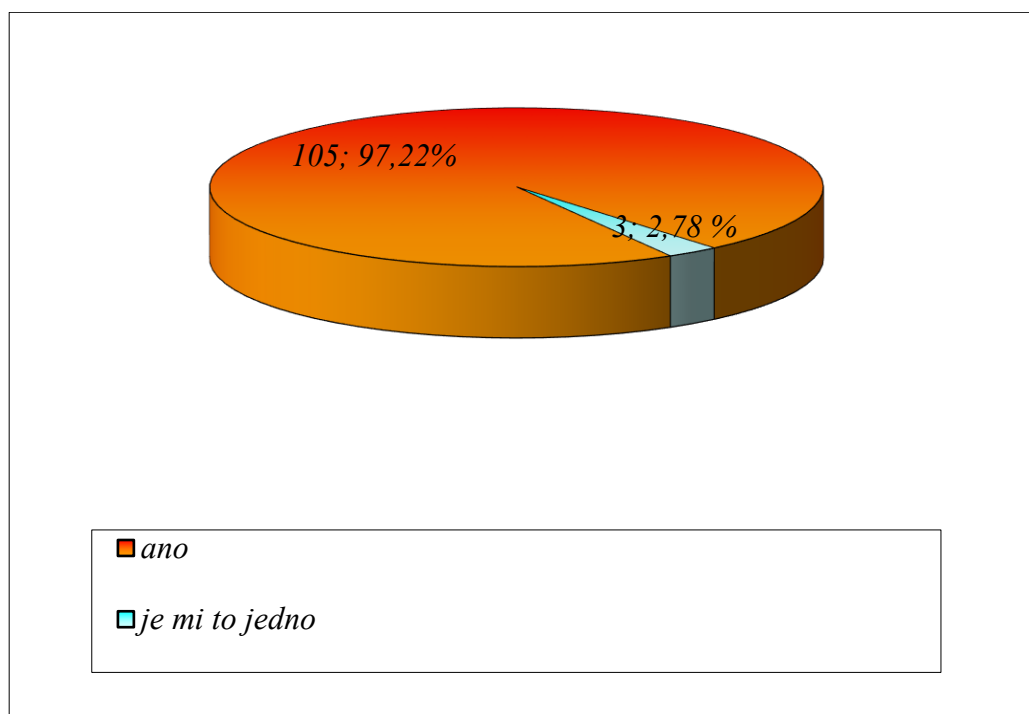
Dotazníkovou otázku vadilo by Vám skákání do řeči vyobrazuje čtrnáctý výšečový diagram. 56; 51,85 % respondentů vybralo variantu někdy, záleží na situaci. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost ano, tu zvolilo 52; 48,15 % respondentů. Variantu ne nevybral žádný z účastníků výzkumného šetření.



Obrázek 14: Skákání do řeči (Zdroj: Autor)

15. Pozdrav, představení se, vysvětlení, o co půjde, zodpovězení otázek, uklidnění

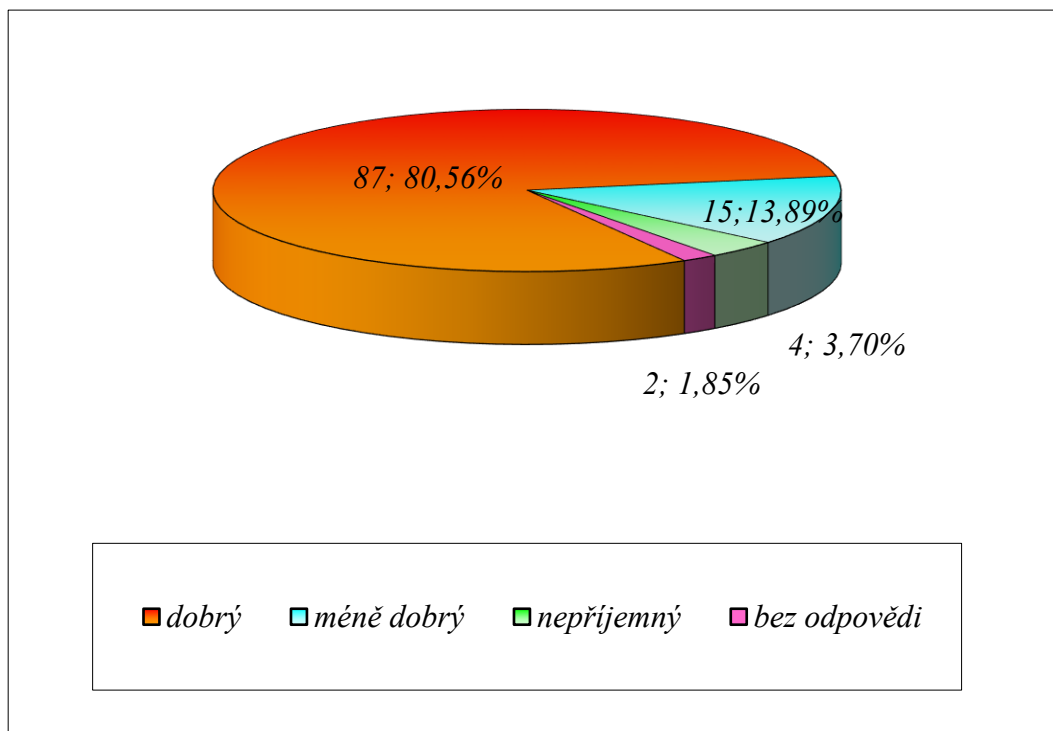
Patnáctý výsečový diagram znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku: Byl/a byste rád/a, aby Vám NZP vysvětlil, jaký ošetrovatelský výkon Vám bude proveden (např. pozdravení, představení se, vysvětlení, o co půjde, zodpovězení otázek, uklidnění)? 105; 97,22 % respondentů odpovědělo ano. 3; 2,78 % dotázaných vybralo odpověď je mi to jedno. Variantu odpovědi ne, (chci mít klid, hlavně ať je to rychle hotové, na nic se ptát nechci) nevybral žádný z respondentů, 0; 0,0 %.



Obrázek 15: Pozdrav, představení se, vysvětlení, o co půjde, zodpovězení otázek, uklidnění (Zdroj: Autor)

16. Pocit v přítomnosti NLZP

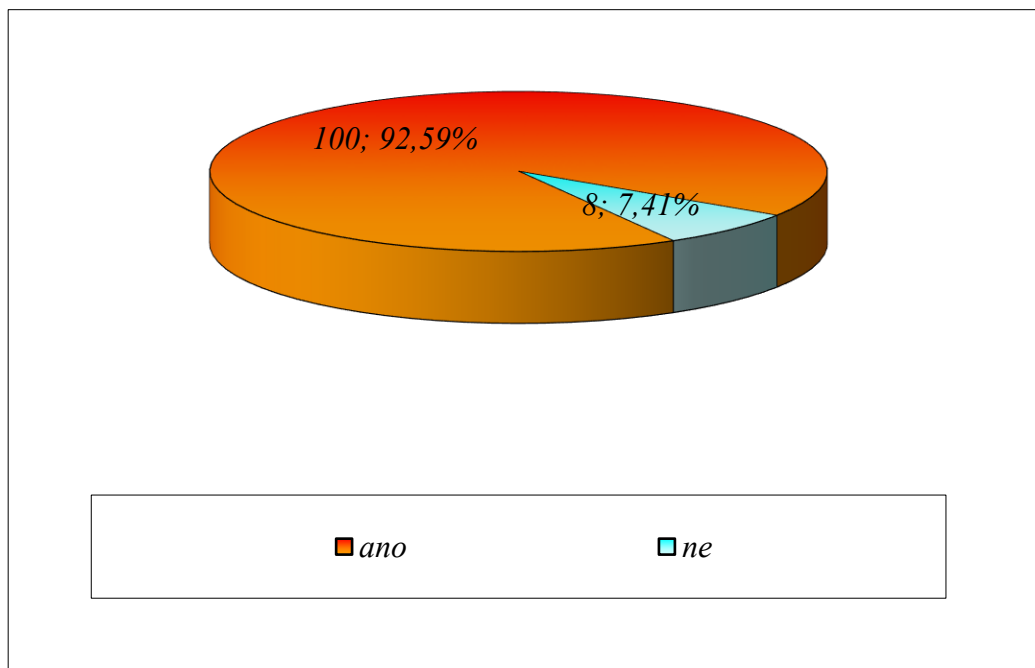
Šestnáctý výsečový diagram udává odpovědi respondentů na dotazníkovou otázku: „Jaký byste měla pocit v přítomnosti NLZP?“ Nejčastější variantou odpovědi byla odpověď dobrý, zvolilo ji 87; 80,56 % respondentů. 15; 13,89 % respondentů odpovědělo méně dobrý. Nepříjemný pocit v přítomnosti NLZP by mělo 4; 3,7 % dotázaných. 2, 1,85 % respondentů odpověď nezvolilo.



Obrázek 16: Pocit v přítomnosti NLZP (Zdroj: Autor)

17. Komunikace i v případě, když byste nemohl/a mluvit

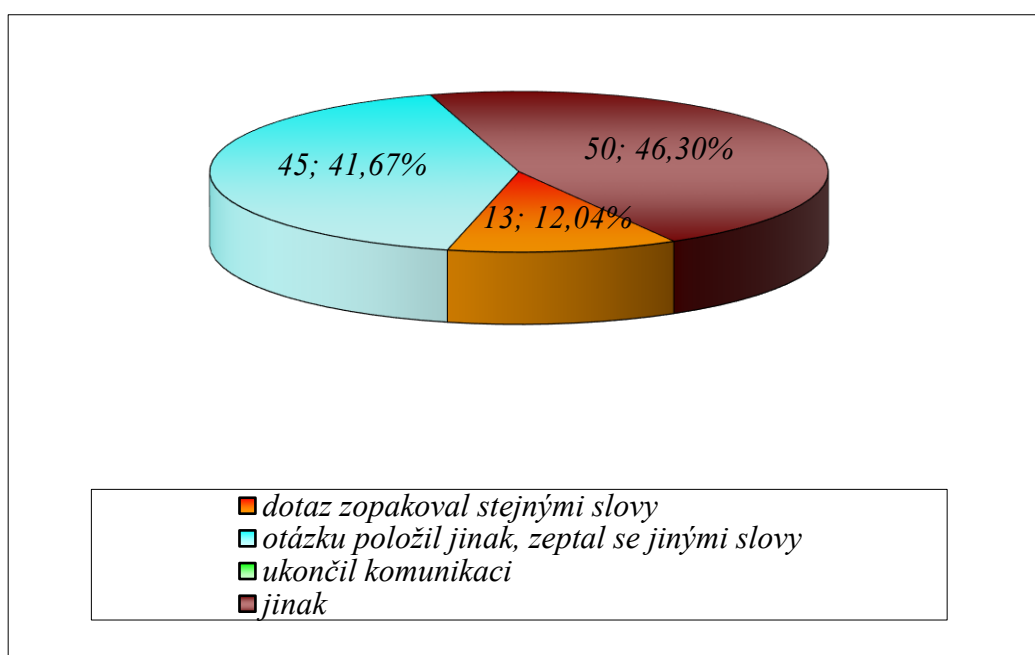
Pomocí sedmnáctého výsečového diagramu prezentujeme, zda by respondenti měli zájem o komunikaci i v případě, že by nemohli oni sami mluvit. 100; 92,59 % respondentů odpovědělo ano. 8; 7,41 % uvedlo variantu ne.



Obrázek 17: Komunikace i v případě, když byste nemohl/a mluvit (Zdroj: Autor)

18. Reakce při nepochopení

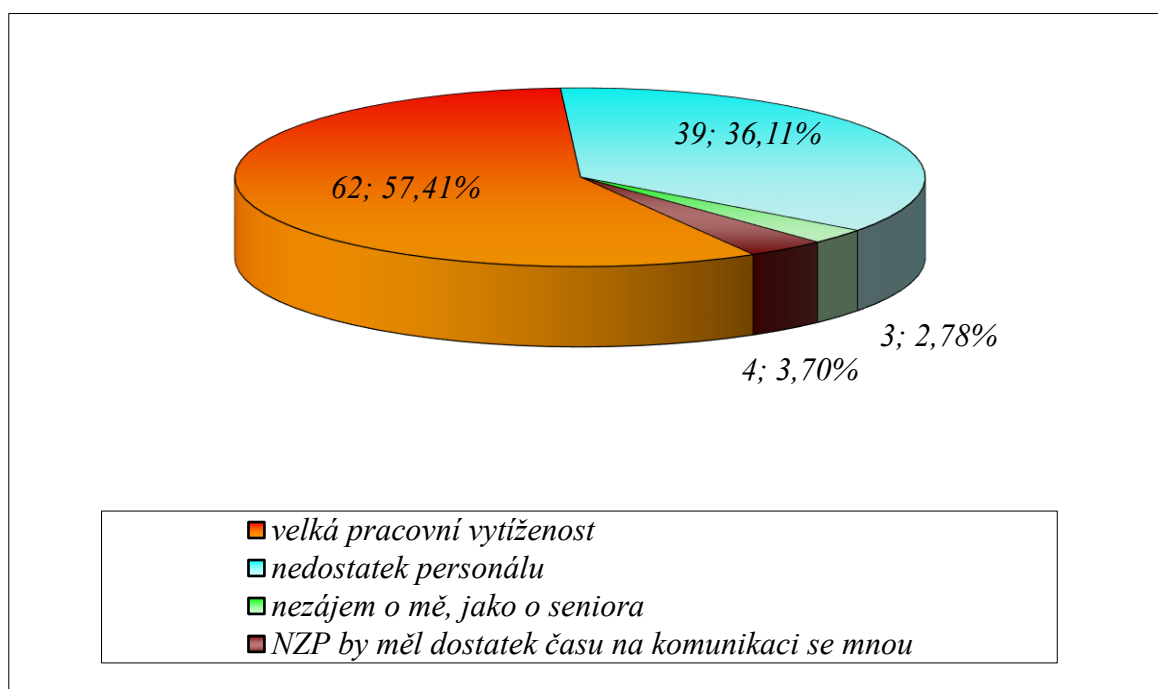
Osmnáctý výsečový diagram vyobrazuje, jakou reakci od NLZP by si respondenti v pozici seniora představovali při nepochopení. Nejčastější variantou odpovědi od dotázaných byla možnost jinak (požádal o pomoc jiného NLZP, nebo podal seniorovi papír a tužku, aby mohl svůj dotaz napsat, nebo počkat, až přijde příbuzný, který zná seniora lépe a mohl by pochopit, co ho trápí) tuto možnost vybralo 50; 46,3 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost otázku položil jinak, zeptal se jinými slovy, zvolena byla 45; 41,67 % respondentů. Dotaz zopakoval stejnými slovy vybralo 13; 12,04 % respondentů. Variantu ukončil komunikaci nezvolil žádný z respondentů 0; 0,0 %.



Obrázek 18: Reakce při nepochopení (Zdroj: Autor)

19. Důvod nedostatku času na komunikaci

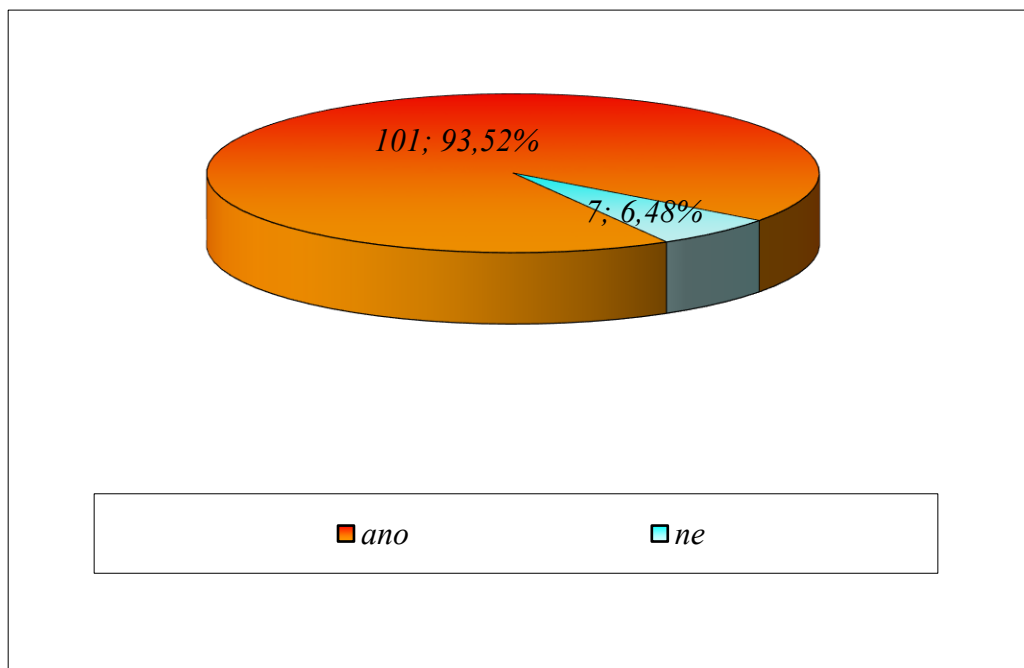
Pomocí devatenáctého grafu jsme zobrazili důvody nedostatku času na komunikaci se seniory ze strany NLZP. Respondenti se měli vžít do role seniora, a uvést, která z variant odpovědí, by podle nich byla důvodem nedostatku času na komunikaci. 62; 57,41 % respondentů uvedlo velkou pracovní vytíženost. 39; 36,11 % respondentů uvedlo, že podle nich je to způsobeno nedostatkem personálu. 3; 2,78 % uvedlo variantu nezáměr o mě jako o seniora. A poslední skupina respondentů 4; 3,7 % odpovědělo, že NLZP by měl dostatek času na komunikaci se seniory.



Obrázek 19: Důvod nedostatek času na komunikaci (Zdroj: Autor)

20. Oční kontakt při komunikaci

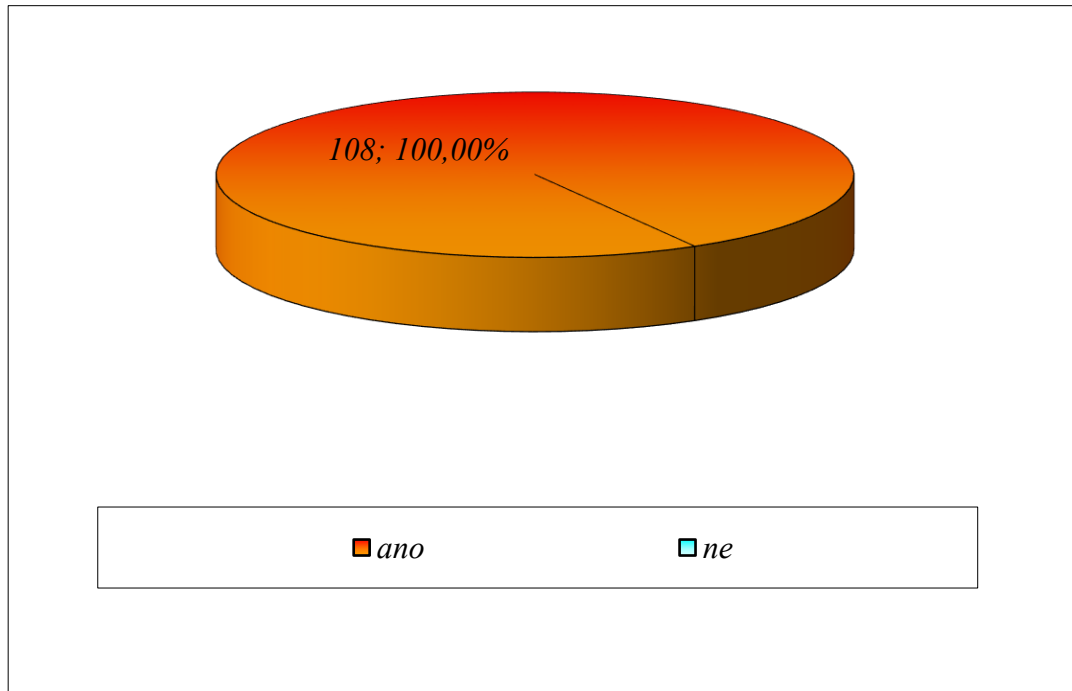
Dvacátý výsečový diagram znázorňuje zájem o udržování očního kontaktu během komunikace se seniorem. 101; 93,52 % dotázaných odpovědělo ano. 7; 6,48 % dotázaných uvedlo odpověď ne. Dotazníková otázka, kterou jsme respondentům pokládali: „Byl/a byste rád/a, aby NZP udržoval s Vámi v pozici seniora dostatečný oční kontakt v průběhu komunikace?“



Obrázek 20: Oční kontakt při komunikaci (Zdroj: Autor)

21. Ochota pomoci od NLZP

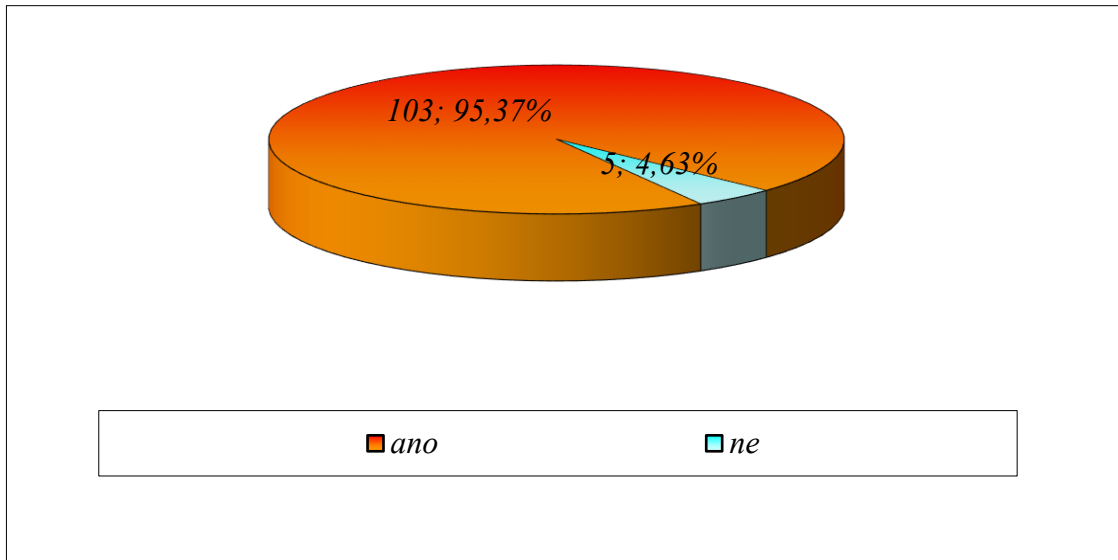
Dvacátý první výsečový diagram, vyobrazující, zda by respondenti chtěli, aby jim NLZP projevoval ochotu pomoci. Odpověď od všech respondentů, tj. 108; 100 %, je jednoznačné ano.



Obrázek 21: Ochota pomoci od NLZP (Zdroj: Autor)

22. Vyjádření empatie od NLZP

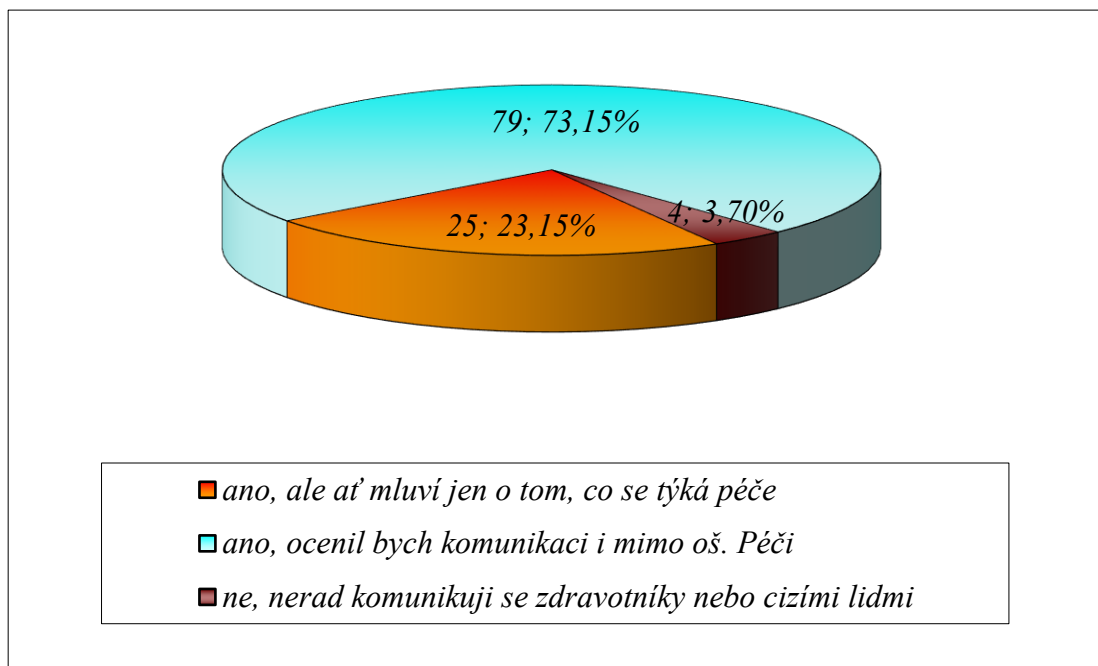
Pomocí dvacátého druhého výsečového diagramu prezentujeme, vyjádření emaptie od NLZP. 103; 95,37 % respondentů zvolilo možnost ano. A 5; 4,63 % respondentů odpovědělo, že by zájem o vyjádření empatie od NLZP neměli, tudíž variantu odpovědi ne.



Obrázek 22: Vyjádření empatie od NLZP (Zdroj: Autor)

23. Komunikace během ošetrovatelské péče

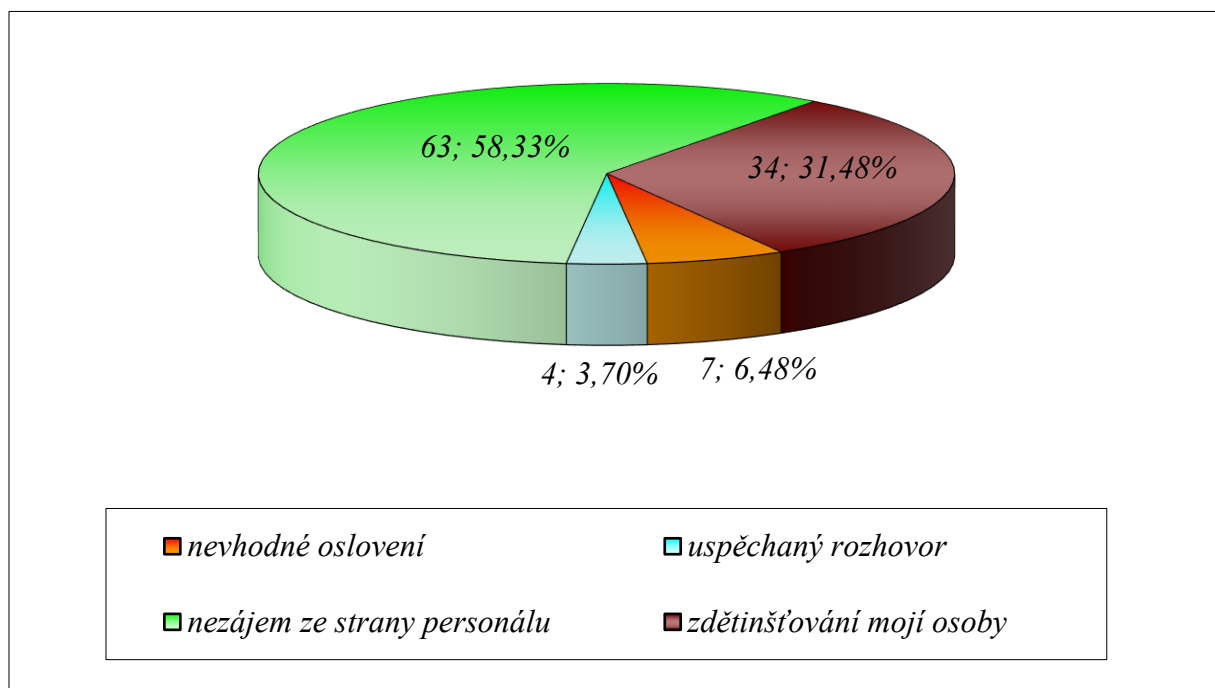
Dvacátý třetí výšečový diagram se zaměřuje na to, zda by NLZP v pozici seniora ocenil komunikaci i mimo ošetrovatelskou péči. Nejzastoupenější odpovědí byla odpověď ano, ocenil bych komunikaci i mimo ošetrovatelskou péči od 79; 73,15 % respondentů. 25; 23,15 % odpovědělo ano, ale ať mluví jen o tom, co se týká péče. Možnost odpovědi ne, nerad komunikuji se zdravotníky nebo cizími lidmi vybrali 4; 3,7 % respondentů.



Obrázek 23: Povídání během ošetrovatelské péče (Zdroj: Autor)

24. Prvky nevhodné komunikace

Dvacátý čtvrtý výsečový digram pracuje s dotazníkovou otázkou: „Co by Vás jako seniora nejvíce urazilo, dotklo by se Vás?“ 63; 58,33 % respondentů odpovědělo, nezájem ze strany personálu. 34; 31,48 % respondentů vybralo možnost zdětinšťování mojí osoby. 7; 6,48 % respondentů zvolilo variantu nevhodné oslovení. K poslední možnosti uspěchaný rozhovor se přiklonili 4; 3,7 % respondentů.



Obrázek 24: Prvky nevhodné komunikace (Zdroj: Autor)

3.4.1 Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č.1: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji využívat taktilní komunikace než NLZP s nižším stupněm vzděláním.

Pro tuto hypotézu byla v dotaznících použita otázka: Bylo by Vám příjemné, aby Vás NLZP podržel za ruku, pohládl Vás po tváři, jako seniora?

Tabulka 1: hypotéza č. 1 – kontingenční tabulka pozorované četnosti

Součet z počet Popisky řádků	Popisky sloupců					Celkový součet
	1	2	3	4	5	
někdy			22	14	19	55
ano, určitě	1	1	12	7	9	30
zcela výjimečně	1	2	10	1	3	17
nikdy			6			6
Celkový součet	2	3	50	22	31	108

1: základní vzdělání

2: vyučen

3: střední škola s maturitou

4: vyšší odborné vzdělání

5: vysokoškolské vzdělání

H_{10} : Neexistuje statisticky významná závislost mezi typem vzdělání respondentů a zájmem o podržení za ruku, taktilní dotyk.

H_{1A} : Existuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a zájmem o podržení za ruku, taktilní dotyk, respondenti s vyšším stupněm vzdělání mají větší zájem o podržení za ruku.

Hypotézu testujeme na hladině 5 %.

Statist.	Statist. : Zájem o podržení za ruku, pohlazení(4) x Vzdělání ktg(2) (DL)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	13,06548	df=3	p=0,00450
M-V chí-kvadr.	15,64585	df=3	p=0,00134

p: 0,00450 < 0,05

Existuje statisticky významná závislost mezi stupněm dosaženého vzdělání a zájmem o podržení za ruku respondentů v tom smyslu, že četnost respondentů se zájmem o podržení za ruku je větší u respondentů s vyšším vzděláním. Přijímáme alternativní hypotézu.

Hypotéza č.2: Domníváme se, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji vyjadřovat empatii než NLZP s nižším stupněm vzděláním.

Pro tuto hypotézu byla v dotaznících použita otázka: Očekával/a byste od NZP, aby Vám vyjadřoval empatii? (empatie = schopnost vcítit se do druhého člověka)

Tabulka 2: hypotéza č. 2 – kontingenční tabulka pozorované četnosti

Součet z počet Popisky řádků	Popisky sloupců					Celkový součet
	1	2	3	4	5	
ne	1		4			5
ano	1	3	46	22	31	103
Celkový součet	2	3	50	22	31	108

1: základní vzdělání

2: vyučen

3: střední škola s maturitou

4: vyšší odborné vzdělání

5: vysokoškolské vzdělání

H₂₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi typem vzdělání respondentů a očekáváním o vyjádření empatie.

H_{2A}: Existuje statisticky významná závislost mezi vzděláním respondentů a očekáváním o vyjádření, respondenti s vyšším stupněm vzdělání očekávají větší/častější vyjadřování empatie.

Hypotézu testujeme na hladině 5 %.

Statist.	Statist. : Vyjádření empatie od NLZP(2) x Vzdělání ktg(2) (DL)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	5,052074	df=1	p=0,02460
M-V chí-kvadr.	6,981823	df=1	p=0,00823

p:0,02460 <0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi stupněm dosaženého vzdělání a vyjadřováním empatie od NLZP. V tom smyslu, že četnost respondentů s očekáváním o vyjádření empatie je větší u respondentů s vyšším vzděláním.

Hypotéza č.3: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou všímavější ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku než NLZP s nižším stupněm vzděláním.

Pro tuto hypotézu byla v dotaznících použita otázka: Všimal/a byste si jako senior úpravy zevnějšku u NLZP? Bylo by to pro Vás důležité? Úprava vlasů (nevhodně výrazná barva vlasů, příliš dlouhé, při práci neseřnuté vlasy).

Tabulka 3: hypotéza č. 3 – kontingenční tabulka pozorované četnosti

Součet z počet Popisky řádků	Popisky sloupců					Celkový součet
	1	2	3	4	5	
možná		1	13	5	4	23
spíše ano		1	11	10	14	36
spíše ne			5		1	6
určitě ano	2		19	7	12	40
určitě ne		1	2			3
Celkový součet	2	3	50	22	31	108

- 1: základní vzdělání
- 2: vyučen
- 3: střední škola s maturitou
- 4: vyšší odborné vzdělání
- 5: vysokoškolské vzdělání

H₃₀: Neexistuje statistická závislost mezi stupněm vzdělání a všímavostí ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku.

H_{3A}: Existuje statisticky významná závislost mezi stupněm vzdělání respondentů a jejich všímavostí ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku.

Hypotézu testujeme na hladině 5 %.

Statist.	Statist. : Úprava zevnějšku NZP: úprava vlasů(5) x Vzdělání ktg(2) (DL)		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	10,82030	df=4	p=0,02866
M-V chí-kvadr.	12,30618	df=4	p=0,01521

p: 0,02866 < 0,05

Lze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5 % hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi stupněm dosaženého vzdělání a komunikací skrz úpravu zevnějšku. V tom smyslu, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání budou NLZP více vnímat komunikaci skrz úpravu zevnějšku.

3.5 Diskuze

Diskuzní část je rozdělena na dvě podkapitoly, ve kterých se zabýváme diskuzí nad vlastními výsledky práce a na podkapitolu, kde se snažíme přiblížit srovnání naší práce s výsledky předešlých prací a literatury.

3.5.1 Diskuze vlastních výsledků práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám

Následující diskuzní část práce se zaměřuje na interpretaci výsledků, které jsme zjistili během kvantitativního výzkumného šetření, jemuž se věnuje předcházející kapitola.

V bakalářské práci jsme se zabývali komunikací se seniory, jelikož se jedná o poměrně velkou skupinu obyvatel, a to nejen u nás v České republice, ale i v ostatních vyspělých zemích Evropy, kde dochází stejně jako u nás ke stárnutí populace a zvyšování počtu seniorů.

Stále více zmiňovaným tématem v současné literatuře je právě onen fenomén stárnutí populace a s tím spojená zvýšená potřeba, poptávka po poskytování zdravotní i sociální péče. V roce 2040 bude nejvyšší počet seniorů s průměrným věkem 80 let, podle demografických údajů a předpokladů, jak uvádí Procházková, (2019).

Vnímání stáří a stárnutí, samotný obraz stáří, ale i nároky na poskytování zdravotních a sociálních služeb se mění. Je to způsobeno zvyšováním počtu seniorů. Jak zmiňují demografové, stárnutí populace je jednou z nejzásadnějších změn.

Procházková, (2019) poukazuje na důležitost upevnit výuku komunikace u studentů připravujících se na výkon povolání ve zdravotnictví. Zaměřit se hlavně na komunikaci se

seniory, kteří obtížně komunikují verbálně i neverbálně, a jak s takovými seniory komunikovat. Péče a komunikace se seniory a s tím spojená kvalita poskytované péče je tématem současnosti (Procházková, 2019).

Výsledkům, ke kterým jsme naším výzkumem dospěli se věnujeme v této kapitole.

Na základě odpovědí získaných od respondentů jsme získali materiál pro ověření námi stanovených hypotéz. Výsledky ukázaly, že stanovené hypotézy se nám potvrdily.

Hypotéza č.1: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji využívat taktilní komunikace než NLZP s nižším stupněm vzděláním.

V tomto případě převládali respondenti se zájmem o taktilní komunikaci, kteří mají vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání. Respondenti s tímto typem odborného vzdělání odpovídali, že by byli k takovému způsobu neverbální komunikace vnímavější.

Taktilní komunikace a podání ruky se označuje jako haptika. Ve zdravotnickém zařízení převládá přátelský a formální kontakt. NLZP haptikou nejčastěji vyjadřují pozitivní emoce a sympatie. Do této formy komunikace můžeme zařadit pozdravení, pomoc při vstávání z lůžka, podržení za ruku při smutku seniora, podpoře seniora, aby se necítil osaměle. Vhodné je dotýkat se seniora na společensky bezpečných místech, tj. oblast paží a rukou. Stejně jako má člověk hlad, žízeň, potřebu spánku nebo dýchání, pociťuje i potřebu někoho se dotýkat. V případě, že senior nemá delší dobu uspokojenou taktilní potřebu může se u něj objevit taktilní sensorická deprivace (Tomová, Křivková, 2016).

Devito, (2008) považuje taktilní komunikaci za tu nejprimitivnější a nejstarší formu neverbální komunikace. Své tvrzení obhajuje tím, že již v prenatalním fázi vývoje se jako první ze smyslů rozvíjí hmat. Plod intrauterinně dokáže vnímat hmatové podněty. V časných hodinách po porodu novorozenec prožívá mazlení a tzv. klokánkování s matkou. Doteky matky oživují novorozence a jeho pohyby a reflexy. Prostřednictvím dotyků a hmatu poznává okolní svět ještě předtím, než má plně vyvinutý zrak a další smysly.

Z tohoto tvrzení můžeme usoudit, že právě komunikace prostřednictvím haptiky a taktilních doteků je pro nás lidi důležitá již od narození. A proto ji potřebují i lidé ve stáří.

A jaký mají doteky vůbec význam? Výzkumníci zabývající se oborem haptiky odhalili význam doteků. Jak jsme již zmínili dotekem můžeme vyjádřit pozitivní emoce (sympatie, antipatie, podporu, uznání). Dále hravost, myšleno ve smyslu náklonnosti nebo agresivity. Taktilně můžeme usměrňovat chování či vnímání druhé osoby. Např. potřebujeme, aby nám senior věnoval svou pozornost a vnímal nás, dotkneme se jeho paže, ramene, a tím získáme seniorovu pozornost a on si je jist, že mluvíme k němu. Pozdrav nebo rozloučení podáním ruky,

objetí řadíme do rituálních doteků. A poslední formou jsou funkční doteky např. odstranění nečistoty z pokožky druhé osoby, pomoc s vystoupením z auta. V prostředí domova seniorů i jiných zdravotnických zařízení se jedná o pomoc s oblékáním, vstáváním a pokládáním do lůžka. Avšak i v oblasti taktilní komunikace musíme být obezřetní, protože senioři mohou mít větší nechuť k dotekům s opačným pohlavím než lidé mladšího věku (Devito, 2008).

Proč hypotézu číslo 1 srovnáváme se vzděláním respondentů? Je to z toho důvodu, že právě vzdělání bylo faktorem, který jsme použili v našich hypotézách. Chceme tím poukázat na důležitost vzdělání zdravotníků. Současní NLZP mají možnost vysokoškolského vzdělání. Nebylo tomu tak vždy, proto bychom rádi apelovali na NLZP, aby využili této možnosti. Vzdělání zdravotníci mohou zlepšit úroveň poskytované péče. A je to i jedna z variant, kterou nám podpořil výsledek statistické analýzy.

Hypotéza číslo 2: Domníváme se, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou častěji vyjadřovat empatii než NLZP s nižším stupněm vzdělání. Hypotézu číslo 2 jsme testovali dotazníkovou otázkou číslo 22: „Očekával/a byste od NLZP, aby Vám vyjadřoval empatii?“

Empatie je schopnost vcítit se do druhého člověka. Schopnost vcítění se do druhé osoby je ovlivněna stupněm vývoje osobnosti, odráží se v ní životní zážitky a množství sociálních vztahů a vzorce chování. Empatie závisí i na charakterových vlastnostech jedince, avšak empatii by měl umět projevat každý zdravotník k pacientům. NLZP pracující se seniory by měli být obzvláště empatičtí (Mikuláščík, 2010).

Vžití se do situace seniora nám může pomoci lépe porozumět pocitům a jeho prožitkům. Vyjádřená empatie u druhé osoby může snížit její strach, úzkost, nepříjemný pocit a může redukovat emoční napětí (Výrost, 2008).

Empatii a aktivní naslouchání se lze i naučit, jak uvádí Carl Rogers. Do určitého stupně lze empatii zdokonalit, naučit se jí. Ovšem jedná se o dlouhodobý proces (Nykl, 2010).

Rogers vypracoval psychoterapii, která je orientována na osobnost, dále tento autor klade důraz na vytvoření opravdovosti atmosféry, porozumění a oboustrannost. Podmínkou k vyjádření empatie je ochota ke kontaktu se seniorem (pacientem), a trpělivost při naslouchání. Při tom je zároveň důležité respektovat seniorovu (pacientovu) osobnost. To neznámá, že s ním musíme ve všem souhlasit, spíše to znamená přijímat ho bez předsudků. Předsudky jsou tradicí převzaté a udržované iracionální postoje. Nejčastěji se zaměřují na etnické menšiny. Předsudky jsou stejně jako stereotypy podvědomé, ale narozdíl od nich jednoznačně negativní svým obsahem a zahrnují i emocionální složku (Dostálová, 2016).

Problematiku předsudků by si měli zdravotničtí pracovníci uvědomovat, protože jejich profesí je pomoc lidem v těžkých životních situacích. Do své práce by neměli projevovat své sympatie, antipatie, osobní názory, měli by zůstat neutrální, zachovat si profesionální chování. A jak bojovat proti předsudkům? Prvním krokem je uvědomovat si jejich problematiku, snažit se o kritické myšlení.

Hypotéza číslo 2 je opět ve srovnání s úrovní dosaženého vzdělání NLZP. Výsledek statistické analýzy podpořil tuto variantu. Domníváme se totiž, že empatie je schopnost, které je možné se naučit.

A co řadíme k projevům empatie? NLZP by měl umět vzbudit v seniorovi pocit bezpečí a jistoty. Důvěřovat seniorovým projevům strachu, úzkosti či bolesti. NLZP se schopností empatie by měl být schopný vést smysluplný rozhovor se seniorem. Dále takový NLZP by měl dokázat rozeznat seniorovy potřeby a uspokojit je. Rozumět individualitě seniora a umět k seniorovi individuálně přistupovat. Snažit se zmírnit problémy a obavy seniora. Seniora by měl NLZP ujistit o tom, že je tu pro něj a naslouchá mu. Probudit v seniorovi pocit, že mu NLZP rozumí, že ho chápe. A také projevit zájem seniorovi pomoci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Hypotéza číslo 3: Předpokládáme, že NLZP s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním budou všímavější ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku než NLZP s nižším stupněm vzděláním. Touto hypotézou jsme testovali dotazníkovou otázkou číslo 12. II.: „Všimal/a byste si jako senior úpravy zevnějšku u NLZP? Bylo by to pro Vás důležité? Úprava vlasů (nevhodně výrazná barva vlasů, příliš dlouhé, při práci neseprnuté vlasy).“

Úprava zevnějšku představuje specifickou formu neverbální komunikace. Čistá, vyžehlená uniforma, líčení, účes v těchto všech aspektech se odráží osobnost zdravotníka a jeho emocionální rozpoložení. To ovlivňuje první dojem a navázání komunikace se seniorem. Vhodná zevní úprava přináší podpoření pozitivního vztahu mezi zdravotníkem a seniorem, a působí zdravotníkovi pozitivní přístup i k sobě samému. Pokud si senior nezapamatuje jméno zdravotníka je schopen ho podle určitého znaku později identifikovat, popsat ho (Špatenková, Králová, 2009).

Zdravotník reprezentuje nejen sebe, ale i zařízení ve kterém je zaměstnán a celkově svoji profesi. NLZP by měl mít na paměti nejen potřebu úpravy svého zevnějšku, ale i seniorova zevnějšku. Umytý, do čistého osobního oděvu převlečený senior, kterému vyměníme i ložní prádlo bude pociťovat větší osobní pohodu jak psychickou, tak i fyzickou (Venglářová, Mahrová, 2006).

Dle výsledků z našeho výzkumu jsme se dopracovali k závěru, že existuje statisticky signifikantní závislost mezi stupněm vzdělání a komunikací prostřednictvím úpravy zevnějšku. Tudíž, jsme přijali alternativní hypotézu. V tom smyslu, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání budou NLZP všímavější ke komunikaci skrz úpravu zevnějšku. Proč pokládáme komunikaci skrz úpravu zevnějšku za důležitou? Při výkonu zdravotnického povolání zastáváme jako i u jiných povolání určitou roli a při výkonu povolání ve zdravotnictví bychom toto povolání měli vhodným způsobem reprezentovat. A navíc je úprava spojena i s určitou významností NLZP. S tím se pojí nejen profesní komunikace, ale i vhodná úprava naší uniformy, celkové vzezření, jako jsou naše vlasy (měly by být sepnuté a nepříliš výrazně barvené), čisté nakrátko ostříhané nehty, (to hlavně z důvodu přenosu patogenních mikroorganismů za dlouhými nehty), ale také protože zdravotníci pracují především rukama a senioři velmi často pozorují, jak ošetrovatelský výkon provádíme. A zamysleme se na tím, jaké otázky u seniora mohou vyvstat, pokud budeme mít špinavé, neupravené ruce a nehty.

V posledních letech se zvyšuje i trend tetování, piercingy či tomuto obdobné úpravy těla. A tetování se objevují i na viditelnějších místech či pokrývají větší povrch těla. Senior velké či neobvyklé tetování, které má NLZP může vnímat negativně. A senior zdravotníka hned při prvním kontaktu zařadí do „patříčné“ skupiny.

Zdravotnické povolání by dle našeho názoru mělo reprezentovat čistotu, zdraví a přirozenost. Rozsáhlá a výrazná tetování na kůži na místech, která jsou v době výkonu zdravotnického povolání viditelná nejsou příliš vhodná a reprezentativní. Je to velmi obdobné jako situace, kdy zdravotníci kouří cigarety před zdravotnickým zařízením, a to ještě v pracovní uniformě. U seniora, může tetování vyvolat obavu, strach či vzbudit až nedůvěru ke zdravotníkovi. Několikrát se mi během odborné ošetrovatelské praxe přihodila situace, kdy pacient (senior) byl spokojen s ošetrovatelskou péčí od NLZP, ale neopomenul zmínit, že je to NLZP s tím zvláštním tetováním nebo piercingem, a že se ze začátku hospitalizace obával jaká bude s NLZP s takovou úpravou spolupráce, a jak o něj bude postaráno.

Hypotézu číslo 3 uvádíme v porovnání se vzděláním. Výsledek statistické analýzy podpořil tuto variantu. Náš předpoklad se potvrdil. A to ten, že se zvyšujícím se stupněm vzdělání budou NLZP více vnímat komunikaci prostřednictvím úpravy zevnějšku.

Dále bychom se zaměřili na zhodnocení vybraných otázek z našeho dotazníku, které považujeme za důležité z hlediska problematiky, kterou řešíme a zaslouží si komentář.

U dotazníkové otázky číslo 9: „Pokud byste byl/a na pozici seniora, všímal/a byste si při ošetrovatelském výkonu nevhodného výrazu v obličejí u NZP? Např. opovržení, nechut' při

provádění, nebo pomoci s hygienou, převazu rány?“ Všech 108; 100 % respondentů odpovědělo ano. Tudíž, že by k takové formě nevhodné neverbální komunikace všímaví byli. Pokud odpovědi respondentů srovnáme s dotazníkovou otázkou číslo 7: „Jakých výrazných neverbálních projevů byste si všimal/a u NZP při rozhovoru s Vámi, jako se seniorem?“ Odpovědi našich respondentů jsou poněkud odlišné. Zde uvedlo „pouze“ 59; 54,63 % respondentů, že výrazný neverbální projev, kterého by si všimlo je výraz v obličeji. Čím je způsobeno, že odpovědi respondentů se u těchto dvou dotazníkových otázek liší? Z jedné strany, se domníváme, že je to z důvodu toho, že respondenti museli označit u každé otázky vždy jen jednu z možností. Zatímco u otázky č. 7 jich měli na výběr více u otázky č. 9 pouze možnost ano nebo ne. Z druhé strany více jak 50 % (59; 54,63 %) respondentů považuje za výrazný neverbální projev u NLZP výrazy ve tváři, tím chceme poukázat na skutečnost, že výrazy v obličeji vnímá výrazně nadpoloviční většina respondentů. A tudíž se jedná o velice důležitý prvek v neverbální komunikaci.

Jak uvádí Vévoda (2013), někdy není potřeba užít slova, vystačíme si s neverbální komunikací, s mimikou nebo gestikulací. Jak už jsme zmínili v teoretické části, verbální komunikaci zvládneme velmi obratně ovládnout, ale tu neverbální už je těžší potlačit. Non verbálně nejčastěji doprovázíme náš ústní projev a tyto projevy jsou dosti spontánní.

Mimika v našem obličeji je rozdělena do několika zón, z toho vyplývá, že emoce, kterou v danou chvíli vyjadřujeme se projeví v jedné zóně např. oblasti očí a očních víček silněji než v jiné zóně. Jaký máme v dané chvíli výraz v obličeji ostatním lidem (v našem případě od NLZP směrem k seniorovi) prozrazuje, jak se v momentě cítíme a jaký vztah k druhé osobě máme (Nelešovská, 2005).

Zajímavým podnětem do diskuze je porovnání odpovědí u dotazníkové otázky č. 6 a č. 18. Zatímco u otázky č. 6: „Měla byste obavu, že nepochopíte sdělení od NZP?“ Respondenti odpovídali následovně 52; 48,15 % respondentů vyjádřili, že by obavu měli. Pouze 25; 23,15 % dotázaných by obavu neměli. Téměř 30 % (31; 28,7 %) respondentů by to bylo jedno, jsou přesvědčeni, že v případě důležitosti sdělení ho NLZP zopakuje. Z těchto dat vyplývá, že obava z nepochopení sdělení není neoprávněná. Předpokládáme, že když respondenti tuto možnost vybrali, tak se s nepochopením sdělením již někdy setkali, tudíž se nejedná v praxi o nic neobvyklého. A jak by se měl NLZP správně v situaci, neporozumění zachovat? Tím jsme se zabývali v otázce č. 18: „Jak byste si představoval/a, aby NZP reagoval, když by Vám jako seniorovi nerozuměl, co chcete vyjádřit?“ Varianta odpovědi „dotaz zopakoval stejnými slovy“ mnohdy nepomůže a zřejmě i proto ji vybralo pouze 13; 12,04 % respondentů. Více jak 40 %

(50; 46,3 %) respondentů se jako nejvíce vhodné řešení situace jeví možnost „jinak“, požádal o pomoc jiného NZP, nebo podal seniorovi papír a tužku, aby mohl svůj dotaz napsat, nebo počkat, až přijde příbuzný, který zná seniora lépe a mohl by pochopit, co ho trápí. Podle nás je tato možnost nejpříjemnějším řešením, očekávali jsme podobné výsledky u této otázky. Více jak 40 % (45; 41,67 %) respondentů by považovalo za vhodné otázku položit jinak. Ukončení komunikace nepovažuje za vhodné žádný z respondentů.

Z uvedeného vyplývá konstatování, že k neporozumění dochází poměrně často (50 % respondentů vyjádřilo z toho obavu), a to, že NLZP mají možnost položit dotaz jinými slovy nebo využít variantu vyjádření písemnou formou či požádat o pomoc třetí osobu a tím snížit riziko neporozumění.

12. otázka (V.) se zaměřuje na úpravu zevnějšku u NLZP, konkrétně piercingy a tetování. Tato forma úpravy zevnějšku nebyla v minulosti příliš častá, a proto ji současní senioři pokládají za méně vhodnou, a hlavně pokud se piercingy či tetování vyskytující na viditelných místech NLZP. U seniora může NLZP s výraznými tetováními vzbuzovat strach a může to u něj vyvolat i menší důvěru vůči NLZP. Domníváme se, že respondenti (NLZP) v dotazníkovém šetření odpovídali následovně, protože jsou ze svého profesionálního přístupu zvyklí nemít předsudky vůči ostatním lidem, a proto jsou mnohdy i více tolerantní vůči „neobvyklé“ úpravě vzhledu. Setkávají se s velkým množstvím pacientů, a tudíž se dá říct, že už se setkali s mnoha individualitami. 18; 16,67 % respondentů by si tetování a piercingů určitě všimlo a bylo by to pro ně důležitou součástí úpravy zevnějšku NLZP. 25; 23,15 % respondentů uvedlo odpověď spíše ano. Možnost možná zakroužkovalo 29; 26,85 % dotázaných. Spíše ne a poslední možnost ne odpovědělo 26; 24 % a 10; 9,26 % respondentů. Piercingy a tetování nejsou tedy podle dotazníkového šetření pro NLZP příliš důležité.

Zjištění, které stojí za zmínku se týká dotazníkové otázky č. 10. Tato otázka se týkala toho, jak by NLZP v pozici seniora reagoval na nevhodnou nebo urážlivou komunikaci od zdravotníka. Více jak 40 % (44; 40,74 %) respondentů vybralo možnost: „snažil/a bych se být na NLZP milá a doufal/a, že i NLZP na mě příště bude milejší“. Tato hodnota se blíží téměř polovině respondentů z našeho dotazníkového šetření. Tato skutečnost by měla NLZP vést k zamyšlení. Senior (pacient) se může chovat expresivně, to znamená spontánní chování, kterým senior (pacient) vyjadřuje své skutečné prožívání. Většinou senior (pacient) prožívá nějakou bolest, pociťuje strach nebo úzkost, takže má „nárok“ na vyjádření svých pravdivých pocitů. Naopak zdravotník by se měl chovat vždy adaptivně, tj. přizpůsobivě, regulovat jej v dané situaci, jedná se o chování upravené do podoby vyžadované např. společenskou rolí

„profesionálně žádoucí“. Do profesionálního chování se zařazují tři složky, které ho charakterizují. První je kolektivní orientace, NLZP by se při své práci měl řídit potřebami seniorů (pacientů) nikoliv vlastními zájmy, kolektivní orientace je známkou sociálně zralé osobnosti. Druhou složku představuje univerzalismus, ten NLZP přikazuje přistupovat ke všem seniorům (pacientům) se stejnou angažovaností, bez ohledu na vyjádření sympatií nebo antipatií. Poslední složkou je emocionální neutralita, ta vyjadřuje schopnost NLZP potlačit svoje emoce a řídit se rozumovou kontrolou. A to zejména ve vyostřených situacích. Tyto role v chování by si NLZP a senioři (pacienti) neměli vyměňovat (Kelnarová, Matějková, 2014).

Více jak 30 % (33; 30,56 %) respondentů uvedlo odpověď: „svěřil/a bych se lékaři nebo svým příbuzným“. Méně jak 20 % (17; 15,74 %) respondentů by si takového neprofesionálního chování snažilo nevnímat. Přibližně 8 % (9; 8,33 %) dotázaných by nevhodnou či urážlivou komunikaci NLZP oplatilo. Chyba při nevhodné, urážlivé komunikaci je na straně NLZP, hlavně oni by se měli chovat profesionálně a adaptivně i v případě, že se senior (pacient) chová expresivně nebo i dokonce agresivně. Pokud zdravotník bude též agresivní a nebude si udržovat své profesionální chování situace se rozhodně nezlepší, ba naopak. To bychom jako NLZP měli mít vždy na paměti. Senior (pacient) se spíše usměrní nebo zklidní, když NLZP zachová klid. Poslední nejméně zastoupenou odpovědí byla varianta: „rozplakal/a bych se“. Tuto variantu zvolilo 5; 4,63 % respondentů. Hospitalizace ať už v DS nebo v jiném zdravotnickém zařízení je pro seniory vždy zátěží, a proto bychom jako NLZP měli myslet na to, že senioři mohou být v této situaci celkově citlivější a mohou více vnímat, jak k nim přistupujeme, jak je s nimi zacházeno.

Dalším podnětem, který bychom v diskuzi rádi zmínili a který vyplynul z dotazníkového šetření je otázka č. 23. V ní jsme se NLZP ptali: „Ocenil/a byste, aby si NLZP s Vámi, jako se seniorem povídal během ošetrovatelské péče?“ Respondenti odpovídali následovně: Nejzastoupenější odpovědí byla odpověď: „ano, ocenil bych komunikaci i mimo ošetrovatelskou péči“ od 79; 73,15 % respondentů. 25; 23,15 % odpovědělo: „ano, ale ať mluví jen o tom, co se týká péče“. Možnost odpovědi „ne, nerad komunikuji se zdravotníky nebo cizími lidmi“ vybrali 4; 3,7 % respondentů. Jak je zřejmé i sami NLZP by komunikaci při ošetrovatelské péči ocenili, pouze malá část by zájem o komunikaci neměla. Vždy bychom si měli uvědomit, že k ostatním lidem bychom se měli chovat, tak, jak my bychom chtěli, aby se oni chovali k nám. Z toho vyplývá, že komunikace o běžných záležitostech, zážitcích ze života, jejich vzpomínkách je pro seniory důležitá. Zamyšlením nad touto dotazníkovou otázkou je, aby NLZP komunikovali nadále a více se seniory i mimo ošetrovatelskou péči.

V poslední dotazníkové otázce č. 24 jsme se respondentů ptali na: „Co by Vás jako seniora nejvíce urazilo, dotklo by se Vás?“ Více jak 50 % (63; 58,33 %) dotázaných uvedlo, že by je nejvíce urazilo, když by NLZP o ně neprojevoval zájem. 30 % (34; 31,48 %) respondentů by se nelíbilo zdětinšťování jejich osoby. NLZP se ho dopouští mnohdy i nevědomky, ale i tak by se tomuto přístupu k seniorům měli zdravotníci vyvarovat. Nezáleží na seniorově diagnóze, nikdy seniora nezdětinšťujeme, ani u pacientů s demencí nebo jiných duševních onemocněních. Uspěchaný rozhovor by urazil necelá 4 % (4; 3,7 %) respondentů.

Ještě bychom se chtěli věnovat otázce v dotazníku související s tématem nedostatku času na komunikaci se seniory je otázka č. 19: „Z jakého důvodu byste si myslel/a, že NLZP nemá dostatek času na komunikaci s Vámi?“

62; 57,41 % respondentů uvedlo odpověď: „velká pracovní vytíženost“, 39; 36,11 % dotázaných vnímá nedostatek personálu jako možnou příčinu nedostatku času na komunikaci se seniory. Použí 4 respondenti; 3,70 % uvedli, že by podle nich NLZP měl dostatek času na komunikaci se seniory. Nejméně zastoupenou skupinou respondentů tvořili 3; 2,78 % dotázaných, ti uvedli, že by si důvod nedostatku času vysvětlovali nezájmem o seniora. Tato otázka byla zřejmě položena lépe a respondenty i lépe pochopena než předchozí 4. otázka. Výsledky podle odpovědí respondentů vypovídají o tom, že nejčastějším důvodem nedostatku času je velká pracovní vytíženost a nedostatek personálu. Naše předpoklady, jak respondenti konkrétně na tuto otázku odpoví se potvrdily. Předpokládali jsme, že nejvíce zastoupenou odpovědí bude velká pracovní vytíženost, na druhém místě jsme očekávali nedostatek personálu. U možnosti nezájem o mě, jako o seniora jsme předpokládali nízkou četnost odpovědí respondentů, náš předpoklad se tak potvrdil.

Předpokládali jsme, že NLZP nemají dostatek času na komunikaci se seniory v souvislosti s jejich pracovní vytížeností. Na tuto problematiku časové vytíženosti se zaměřuje otázka z našeho dotazníku č. 4: „Měl by podle Vás NLZP dostatek času na komunikaci s Vámi, jako se seniorem, pokud to porovnáte s Vaší současnou pracovní vytížeností a prostorem pro komunikaci s Vašimi klienty?“ Podle analýzy dat získaných od respondentů dotazníkovým šetřením jsme dospěli k následujícím výsledkům. Pouze 54 respondentů, kteří tvoří 50 % dotázaných odpovědělo na výše uvedenou otázku negativně, to znamená, že by dostatek času na komunikaci se seniory, pokud to srovnají se svojí nynější pracovní vytížeností neměli. 52; 48,15 % dotázaných uvedlo pozitivní odpověď, tudíž, že by dostatek času na komunikaci se seniory měli, jestliže to srovnají se svojí pracovní vytížeností. Zbývající respondenti odpověď neuvěřli. Jak je ze zmíněných dat patrné jedná se o dvě skupiny respondentů, které jsou téměř

totožně zastoupeny. Dle našich předpokladů jsem očekávali větší zastoupení NLZP, kteří by se svojí pracovní vytížeností neměli dostatek času na komunikaci se seniory. Je neustálý nedostatek NLZP, z tohoto důvodu jsme předpokládali, že respondenti, kteří jsou aktivně pracujícími NLZP budou časově vytížení z důvodu jejich nedostatku v českém zdravotnictví. Což je aktuální téma českého zdravotnictví.

Jako studentka ošetrovatelství univerzity Karlovy a praktická sestra zaměstnaná v domově pro seniory mohu z vlastní zkušenosti potvrdit nedostatek nelékařského zdravotnického personálu v českém zdravotnictví. S nedostatkem personálu se pojí časová vytíženost NLZP. A proto bych chtěla tímto vyzvat NLZP, aby si i přes nedostatek času při výkonu povolání a provádění ošetrovatelských výkonů snažili najít alespoň nějaký časový prostor pro komunikaci se seniory (s pacienty). Jak jsem vyzorovala v rámci klinické praxe právě seniori nejvíce ocení čas, který jim věnujeme a hovoříme s nimi nejen o ošetrovatelských výkonech, ale i o jejich starostech a zážitcích ze života. Od některých seniorů se díky jejich životním zkušenostem toho můžeme i mnoho dovědět.

I přestože jsou naše výsledky celkem uspokojivé, chtěli bychom na nelékařský, ale i lékařský personál apelovat, aby věnovali více času komunikaci se seniory, nejen během ošetrovatelské péče, ale vyslechli i jejich názory, zážitky za života, hovořili s nimi i o běžných záležitostech. Dále, aby seniorům aktivně naslouchali a v neposlední řadě vhodně je oslovovali. Prostřednictvím námi vytvořené brožury (letáku) bychom chtěli zdravotníkům připomenout, vytvořit doporučení pro praxi, že komunikace nejen se seniory, ale i s jinými skupinami pacientů je nedílnou součástí jejich práce, jedná se o součást ošetrovatelského procesu. Právě u seniorů může vhodné a vlídné slovo zlepšit pacientův stav, proto by zdravotníci neměli zapomínat na důležitost psychické stránky člověka – seniora.

V případě zájmu jsou tabulky zpracování dat k dispozici u autora, po dobu 5 let.

3.5.2 *Komparace výsledků vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií*

Práce se seniory je psychicky, ale i fyzicky náročná tudíž NLZP, kteří by neměli zájem o komunikaci a poskytování péče seniorům by svou práci nemohli odvádět s profesionálním přístupem. A jak by NLZP mohli seniorům vyjadřovat empatii, když by o ně samotné neměli zájem? Z našich dat tedy vyplývá, že NLZP mají zájem poskytovat ošetrovatelskou péči seniorům a komunikovat s nimi.

Sobotková ve své závěrečné práci na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, (2010) uvádí, že žádný z jejich respondentů nevedl, že by nechtěl komunikovat se zdravotníky. V její práci byli

sice respondenty samotní senioři, v té naší jsme dotazník předkládali NLZP, ale naši respondenti se při vyplňování dotazníku měli vcítit do role seniora. A 100; 92,59 % respondentů na otázku: Chtěl/a byste, aby s Vámi, jako se seniorem NLZP komunikoval, i v případě, že byste nemohla z jakéhokoli důvodu mluvit? Odpovědělo ano, tj. respondenti by měli zájem o komunikaci, i kdyby sami nemohli verbálně komunikovat. A pouze zbylých 8; 7,41 % by od NLZP v takovém případě komunikaci nechtělo.

Dále Sobotková, (2010) ve své výzkumné práci zmiňuje, že její respondenti (senioři) vnímají jako největší problém při komunikaci se zdravotníky jejich nedostatek času, ale i přesto jsou s poskytnutou péčí od nich spokojeni. Jak už jsme výše zmínili, v našem výzkumu 54; 50 % respondentů (NLZP) odpovědělo na dostatek času v porovnání s jejich pracovní vyčerpáním, že by dostatek času na komunikaci se seniory neměli. (Zbylých 52; 48,15 % by dostatek času mělo). Tím jsme došli ke zjištění, že právě onen nedostatek času a velká pracovní vyčerpání je hlavními příčinami snížené komunikace se seniory. A tyto příčiny jsou vnímána jak NLZP, tak i samotnými seniory, podle výsledků Sobotkové, (2010).

Pokud se budeme ještě zabývat spokojeností s poskytovanou péčí od NLZP, respondenti odpověděli, že by převážně spokojeni byli (24; 22,22 % - zcela spokojen, 77; 71,3 % - spokojen, 7; 6,48 % - méně spokojen, 0; 0,0 % - nespokojen). V práci již výše zmíněné autorky respondenti uvádějí, že 69 % dotázaných seniorů je s komunikací a s péčí NLZP i přes vnímanou časovou vyčerpání spokojeno.

Vymětal, (2008) píše o přístupu k seniorovi během komunikace a o tom, jak zásadní je seniorovi věnovat dostatek času, komunikovat při ošetrovatelské péči. Také zmiňuje nevhodné familiární oslovení seniorů, např. babi/dědo.

K této záležitosti směřuje naše dotazníková otázka č. 11: „Jak byste chtěl/a být osloven/a v pozici seniora v domově seniorů?“ Odpovědi našich respondentů se shodují v tom, že žádný z nich by si nepřál být osloven/a babi/ dědo. Familiární oslovení seniorů je samozřejmě nepřijatelné, ale i přesto se v praxi s ním můžeme setkat. Nejzastoupenější odpovědí bylo oslovení příjmením 57; 52,78 % a druhou nejčastější odpovědí bylo oslovení křestním jménem 44; 40,74 %. Je pochopitelné, že NLZP někdy seniory oslovují křestními jmény, zvláště v případě, kdy jsou senioři dlouhodobě hospitalizováni v domově seniorů a s NLZP jsou v kontaktu téměř každý den. Pokud si sami senioři přejí, aby byli osloveni křestním jménem, nevidíme v tom žádnou překážku, proč seniorům nevyhovět. Totéž se nám potvrdilo dotazníkovým šetřením, jak zmiňujeme o pár řádek výše.

Jak uvádí Vymětal, (2008) seniora bychom měli oslovovat příjmením a pokud má titul a přeje si, aby byl používán, tak oslovovat seniora i titulem.

Zacharová, (2013) upozorňuje, že základem ošetrovatelské péče u seniorů je sociální komunikace. Právě komunikace v souvislosti se zdravotnickou profesí nejvíce ovlivňuje vztah mezi zdravotníkem a seniorem. Důležitou součástí péče o seniory je znalost a respektování biopsychosociálních zvláštností u seniorů. Komunikaci, kterou zdravotníci používají při ošetřování seniora nebo pacienta, se označuje profesní komunikací, zdravotníci se jí učí při profesní přípravě. Kvalitní profesní příprava zajistí naučení se správné profesní komunikaci a umožní uspokojit tak potřeby seniorů.

Věnovali jsme se spokojenosti s péčí, dostatkem či nedostatkem času na komunikaci se seniory, nyní se zaměříme na to, jak NLZP odpovídali na otázky související s neverbální komunikací a na co z toho usuzujeme.

Jednou z dalších otázek, kterou chceme zmínit byla č. 7: „Jakých výrazných neverbálních projevů byste si všimla u NLZP při rozhovoru s Vámi jako se seniorem?“ Nejvíce respondentů 59; 54,63 % uvedlo možnost výrazy v obličeji. Druhou nejčastější odpovědí byly gesta 18; 16,67 % a oční kontakt byl respondenty označen téměř stejně často, 17; 15,74 %. Tj. v souladu s našimi očekávaními.

Autorka Poklopová se své závěrečné práci na téma: Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z roku 2016, dotazuje NLZP na největší problém při komunikaci s hospitalizovaným seniorem. Dle dat, která uvádí je zřejmé, že největší problém představuje nedostatek času na komunikaci se seniorem. Další z autorčiných otázek se týkala, jak NLZP komunikuje se seniorem během ošetrovatelské péče. Výsledky: 36; 56 % NLZP se snaží o konverzaci, 14; 22 % hovoří pouze o faktech týkajících se péče a 14; 22 % NLZP využívá každou příležitost ke komunikaci (Poklopová, 2016).

Pokud výsledky Poklopové porovnáme s těmi našimi dojdeme k závěru, že v naší i její závěrečné práci více jak 50 % respondentů odpovědělo, že v hlavní příčinu nedostatku času na komunikaci se seniory představuje nedostatek času na tuto činnost. I přesto se více jak 50 % respondentů o konverzaci se seniorem pokouší.

Kratochvílová, (2010) ve své závěrečné práci na téma komunikace s hospitalizovanými seniory předpokládá, že většina sester má nedostatek času na komunikaci s hospitalizovanými seniory. 26; 37 % respondentů z celkového počtu 72 respondentů v autorčině výzkumu uvedlo opět problém nedostatku času na komunikaci se seniory.

4 ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo charakterizovat komunikaci obecně, popsat verbální a neverbální formy komunikace. Zaměřili jsme se na formy verbální a neverbální komunikace se seniory a poukázali na specifika komunikace se seniory. Dále jsme zmínili nezastupitelnou roli aktivního naslouchání u této věkové kategorie pacientů. Teoretická část vysvětluje pojem ageismus a kdy se ho NLZP nevědomě dopouští. Také jsme považovali za důležité poukázat na počet seniorů, a to hlavně z důvodu zvyšujícího se počtu této skupiny obyvatel. Počet seniorů není zanedbatelný, v následujících letech se bude i nadále zvyšovat, tudíž se jedná o aktuální téma ve zdravotnictví a v ošetrovatelské péči. Další kapitola teoretické části popisuje stáří a stárnutí, jeho členění podle věku, fyzické, psychické a sociální změny, které stáří a stárnutí přináší. Teoretická část nám přinesla zamyšlení se nad tím, jak je komunikace při ošetrovatelské péči potřebná a neodmyslitelná a zároveň jsme si uvědomili, že se jedná i o velmi rozsáhlé a složité téma.

Empirická část se věnovala zpracování dat získaných výzkumem. Přestože jsme se dopracovali výše uvedených výsledků a naše hypotézy se nám potvrdily, nelze s jistotou konstatovat, že je tomu tak i jiných domovech pro seniory. Zaměřili jsem se pouze na několik vybraných domovů pro seniory, které nám umožnily uskutečnit dotazníkové šetření, všechny se nachází na území hlavního města Prahy. Díky dotazníkovému šetření jsme se setkali s tím, že velmi závisí na ochotě oslovených zařízení. Ne vždy jsme se setkali s pozitivním přijetím a zájmem pomoci při výzkumu v rámci bakalářské práce. Na závěr bychom chtěli poděkovat domovům pro seniory, které dotazníkové šetření umožnily, děkujeme.

Po dokončení výzkumného šetření se domníváme, že jiných výsledků by mohlo být dosaženo, pokud by výzkum probíhal v jiných krajích ČR. Počet seniorů a dostupnost péče pro seniory je na jednotlivých místech ČR různá. V Praze jsme zvyklí na dostupnost služeb a očekáváme vyšší kvalitu života a s tím se pojí i vyšší nároky na poskytované služby.

Na závěr dle výsledků námi provedeného výzkumu jsme vytvořili doporučení pro praxi. Jedná se o návod pro zlepšení komunikace se seniory v domovech pro seniory.

Senioři, pacienti nad 65 let tvoří 1/3 všech ošetřených pacientů. To, jak populace stárne, postupně způsobuje i „geriatrizační“ medicíny. Abychom zlepšili zdravotní stránku seniorů, a i kvalitu jejich života je významnou rolí poskytování kvalitní a profesionální péče. V seniorovi je třeba při denní interakci a během poskytování ošetrovatelské péče posílit jeho potřebu bezpečí a jistoty, zvýšit seniorovu sebeúctu a sebevědomí.

Hlavními zdroji informací pro předkládanou bakalářskou práci byla povětšinou nedávno publikovaná literatura, aktuální data, dále i informace z odborných článků, ale i internetových zdrojů.

Zásady komunikace se seniory

- *milý a laskavý přístup*
- *jednoduché, krátké otázky*
- *mluvit přiměřeně nahlas*
- *neuspěchat rozhovor, dostatek času*
- *jasná, stručná, srozumitelná řeč*
- *dostatek trpělivosti*
- *naslouchat seniorům*
- *uklidnit seniora v případě, že má obavy*
- *zajistit klidné prostředí a soukromí*
- *představit se, vysvětlit oš. výkon*
- *udržovat dostatečný oční kontakt*
- *dodržovat profesionální přístup*
- *komunikovat i s rodinou seniora*
- *zachování individuálního přístupu*
- *respektovat bariéry v komunikaci u seniora*
- *nevytvářet a nepodporovat stresové situace*
- *vyjádřit náklonnost např. uchopení za ruku, dotyk, pohlazení*



Příloha F

Edukační leták: „Zásady správné komunikace se seniory“

5 REFERENČNÍ SEZNAM

- BÁRTOVÁ, L. *Úloha sestry v komunikaci se seniorem. Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství V. Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí.* Opava, 2010. [online]. s. 26-29, ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>
- DEVITO, A. Joseph. *Základy mezilidské komunikace.* 6.vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
- DOBRYLOVSKÝ, Jiří. *Ekonomická geografie pro ekonomy.* [Praha]: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2021. ISBN 978-80-88330-35-6.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Péče o psychiku onkologicky nemocných.* Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.
- HOLÝ, Dalibor. *Seniři v ČR v datech* [online]. Praha: Český statistický úřad 2022. ISBN 978-80-250-3302-9. Dostupné z: [počet seniorů v ČR.pdf](#)
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JACK, Kirsten. RIDLEY Caroline. TURNER, Samuel. *Effective communication with older people* [online], UK: Manchester Metropolitan University, 2019. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/333467284_Effective_communication_with_older_people
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-241-7950-8.
- KELNAROVÁ, Jarmila. MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník.* 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.
- KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KRATOCHVÍLOVÁ, Lucie. *Komunikace s hospitalizovanými seniory*. Bakalářská práce, vedoucí Mareš, Jiří. Hradec Králové: Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2010.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

LUBMANOVÁ, Sarah. *Nové stáří*. *National Geographic*. Česko: Vltava Labe Media, Duben 2023, ISSN 1213-9394.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory: v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-2030-7.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0738-1.

NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.

POKLOPOVÁ, Martina. *Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory*. Bakalářská práce, vedoucí Kutnohorská, Jana. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, 2016.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO ve spolupráci s LF MU Brno, 2006 ISBN 80-7013-440-2.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3271-8.

POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-86552-45-4.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOBOTKOVÁ, Petra. *Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem*. Vedoucí Mlčochová, Renata. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovatelství, 2010. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/12906>.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-599-4.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1262-8.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenosti ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-4732-3.

VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Manažer. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4.

VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.

[Stažení zdarma | Domov důchodců Domov s pečovatelskou službou Pečovatel, pár, péče ve věku, chlapec png | PNGEgg](#)

[DESATERO komunikace se seniory \(geriatrickými pacienty\) se zdravotním postižením | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým \(nrzp.cz\)](#)

Přílohy práce:

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Žádost o povolení dotazníkového šetření SeneCura SeniorCentrum Klamovka

Příloha B: Žádost o povolení dotazníkového šetření Domov třetího věku

Příloha C: Žádost o povolení dotazníkového šetření Domov Vlčí mák

Příloha D: Dotazník

Příloha E: Desatero komunikace se seniory

Příloha F: Edukační leták: „Zásady správné komunikace se seniory“

Dita Moravcová
 bakalářský studijní program Všeobecné ošetřovatelství,
 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova
 kontaktní email: maravcovad991@gmail.com

XX

V Praze, dne 6.11. 2023

Vážená paní
Bc. Jana Zoufalá
 Vrchní sestra - vedoucí DVM
 II Vojenské nemocnice 1200
 169 02 Praha 6

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní vrchní sestřičko,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zveřejnit žádost o povolení dotazníkového šetření v Domově Vlčí mák. Do anonymního dotazníkového šetření by byl zařazen nelékařský zdravotnický personál Domova Vlčí mák, v rozsahu příložených dotazníků. K zjištění informací k tématu: *Komunikace se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu*. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Dita Moravcová
 studentka 2. ročníku 2. LF UK, oboru Všeobecné
 ošetřovatelství

XX

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádostí vyhovět doporučuji.

V Praze, dne
 6. 11. 2023

PhDr. Šárka Tomová, PhD., Ph.D., MPH
 Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
 vedoucí bakalářské práce

XX

Stanovisko vrchní sestry Domova Vlčí mák

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne

Tomová

Podpis a razítko
 Bc. Jana Zoufalá
 Vrchní sestra - vedoucí DVM
 II Vojenské nemocnice 1200
 169 02 Praha 6
 (tel. 99 494 001)

Příloha C

Žádost o povolení dotazníkového šetření Domov Vlčí mák

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI
PRO NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL

Dobrý den. Jmenuji se Dita Moravcová, jsem zdravotní sestra a studentka 2. LF UK oboru všeobecné ošetrovatelství. Ve své bakalářské práci se zabývám komunikací se seniory v prostředí domova seniorů. Pro objektivní posouzení zkoumané problematiky bych se ráda seznámila také s Vaším názorem. Píšu Vám proto o zodpovězení následujících otázek, které budou v bakalářské práci využity. Při vyplňování dotazníku si zkuste představit, jak byste si představovali komunikaci se zdravotníky, když byste Vy sami byli hospitalizováni jako senioři v domově seniorů. Dotazníkové šetření je anonymní a slouží pro účel výzkumu bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Své odpovědi označte kroužkem.

Vysvětlivky:

NZP – nelékařský zdravotnický pracovník (praktické sestry, zdravotnický asistent, všeobecné sestry, atd.)

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučen
 - c) Střední škola s maturitou
 - d) Vyšší odborné
 - e) Vysokoškolské

2. Jak byste byl/a spokojen/a jako senior s ošetrovatelskou péčí od NZP v tomto domově seniorů?
 - a) Zeela spokojen
 - b) Spokojen
 - c) Méně spokojen
 - d) Nespokojen

3. Měl/a byste z pozice seniora zájem, aby si s Vámi NZP povídal, zeptal se, jak se máte, hovořil s Vámi o vašich zážitcích ze života, vyslechl Vás?
 - a) Ano
 - b) Ne

4. Měl by podle Vás NZP dostatek času na komunikaci s Vámi, jako se seniorem, pokud to porovnáte s Vaší současnou pracovní vytížeností a prostorem pro komunikaci s Vašimi klienty?
 - a) Ano
 - b) Ne

5. Co byste pokládal/a za nevhodnou komunikaci z pozice seniora? Který z bodů by Vám nejvíce vadil?
 - a) Nevhodné oslovení (babi, dědo, oslovení křestním jménem)
 - b) Připomínky k mé osobě (narážky na vysoký věk, sníženou pohyblivost, zhoršené vnímání podnětů)

- c) Neverbální projevy (oči v sloup, nechut', opovržení při pomoci)
6. Měl/a byste obavu, že nepochopíte sdělení od NZP?
- Ano
 - Ne
 - Je mi to jedno, když to bude důležité NZP mi to zopakuje, připomene.
7. Jakých výrazných neverbálních projevů byste jste si všimal/a u NZP při rozhovoru s Vámi, jako se seniorem?
- Gesta
 - Výrazy v obličeji
 - Oční kontakt
 - Postoj
 - Vzdálenost od seniora (přiblížení, oddálení)
 - Doteky, tělesný kontakt
8. Bylo by Vám příjemné, aby Vás NZP podržel za ruku, pohládl Vás po tváři, jako seniora?
- Ano, určitě
 - Někdy
 - Zcela výjimečně
 - Nikdy
9. Pokud byste byl/a na pozici seniora, všimal/a byste si při ošetrovatelském výkonu nevhodného výrazu v obličeji u NZP? Např. opovržení, nechut' při provádění, nebo pomoci s hygienou, převazu rány?
- Ano
 - Ne
10. Jak byste reagoval/a jako senior na nevhodnou/urážlivou komunikaci nebo poznámku ze strany NZP?
- Nevšimal/a bych si toho
 - Rozplakal/a bych se
 - Svěřil/a bych se lékaři nebo svým příbuzným
 - Snažil/a bych se být na NZP milá, a doulal/a, že i NZP na mě přístě bude milejší (asi nemá dnes svůj den)
 - Oplatil/a bych to NZP
11. Jak byste chtěl/a být osloven/a v pozici seniora v domově seniorů?
- Titulem
 - Příjmením
 - Křestním jménem
 - babi /dědo
 - jinak
12. Všimal/a byste si jako senior úpravy zevnějšku u NZP? Bylo by to pro Vás důležité?
- I. vyžehlená, čistá uniforma
- Určitě ano
 - Spíše ano
 - Možná
 - Spíše ne

- c) Určitě ne
 - II. úprava vlasů (nevhodně výrazná barva vlasů, příliš dlouhé, při práci nescpnuté vlasy)
 - a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Možná
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
 - III. příliš výrazné líčeni nebo vlně
 - a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Možná
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
 - IV. upravené, čisté nehty
 - a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Možná
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
 - V. piercingy, tetování, náušnice
 - a) Určitě ano
 - b) Spíše ano
 - c) Možná
 - d) Spíše ne
 - e) Určitě ne
13. Jak byste reagoval/a, jako senior, pokud byste neslyšel/a, co vám NZP sděluje?
- a) Zeptal/a bych se znovu
 - b) Bylo by mi trapně, raději bych přikývl/a, i přestože jsem neslyšel/a
 - c) Zeptal/a bych se znovu a požádal/a NZP, aby mluvil hlasitěji, protože hůře slyším
14. Vadilo by Vám jako seniorovi, skákání do řeči od NZP?
- a) Ano
 - b) Někdy, záleží na situaci
 - c) Ne
15. Byl/a byste rád/a, aby Vám NZP vysvětlil, jaký ošetrovatelský výkon Vám bude proveden (např. pozdravení, představení se, vysvětlení, o co půjde, zodpovězení otázek, uklidnění)?
- a) Ano
 - b) Je mi to jedno
 - c) Ne (chci mít klid, hlavně ať je to rychle hotové, na nic se ptát nechci)
16. Jaký byste měl/a pocit v přítomnosti NZP?
- a) Dobrý
 - b) Méně dobrý
 - c) Nepříjemný
17. Chtěl/a byste, aby s Vámi, jako se seniorem NZP komunikoval, i v případě, že byste nemohl/a z jakéhokoli důvodu mluvit?
- a) Ano
 - b) Ne

18. Jak byste si představoval/a, aby NZP reagoval, když by Vám, jako seniorovi nerozuměl, co chcete vyjádřit?
- Dotaz zopakoval stejnými slovy
 - Otázku položil jinak, zeptal se jinými slovy
 - Ukončil komunikaci
 - Jinak (požádal o pomoc jiného NZP, nebo podal seniorovi papír a tužku, aby mohl svůj dotaz napsat, nebo počkat, až přijde příbuzný, který zná seniura lépe a mohl by pochopit, co ho trápí)
19. Z jakého důvodu byste si myslel/a, že NZP nemá dostatek času na komunikaci se Vámi?
- Velká pracovní vytíženost
 - Nedostatek personálu
 - Nezájem o mě, jako o seniura
 - NZP by měl dostatek času na komunikaci se mnou
20. Byl/a byste ráda, aby NZP udržoval s Vámi, v pozici seniura, dostatečný uční kontakt v průběhu komunikace?
- Ano
 - Ne
21. Chlěl/a byste, aby NZP projevovat ochotu Vám pomoci?
- Ano
 - Ne
22. Očekával/a byste od NZP, aby Vám vyjadřoval empatii? (empatie = schopnost vcítit se do druhého člověka)
- Ano
 - Ne
23. Ocenil/a byste, aby si NZP s Vámi, jako se seniorem povídal během ošetrovatelské péče?
- Ano, ale ať mluví jen o tom, co se týká péče
 - Ano, ocenil/a bych komunikaci i mimo ošetrovatelskou péči
 - Ne, nerad/a komunikují se zdravotníky nebo cizími lidmi
24. Co by Vás jako seniura nejvíce urazilo, dotklo by se Vás?
- Nevhodné oslovení
 - Uspěchaný rozhovor
 - Nezájem ze strany personálu
 - Zdětimšřování mojí osoby

Desatero komunikace se seniory od NRZP (národní rada osob se zdravotním postižením)

[DESATERO komunikace se seniory \(geriatrickými pacienty\) se zdravotním postižením | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým \(nrzp.cz\)](#)

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem (nevyžádané familiární oslovení je ponižující).
2. Důsledně se vyhýbáme zdětinšťování starého člověka. (ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dítětem).
3. Při komunikaci s pacientem a při jeho ošetřování cílevědomě chraňme jeho důstojnost; (snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů).
4. Respektujeme princip zpomalení a chraňme seniory před časovým stresem (počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršením pohyblivosti).
5. Složitě nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření a přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme nebo raději napíšeme na papír.
6. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt (při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek.)
7. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas (porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, např. rozhlas, televizi).
9. Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízejme úměrně zdravotnímu stavu, nevnučujeme.
10. Při ústavním ošetřování komunikaci i ošetrovatelskou aktivitu cílevědomě směřujeme k podpoře a k udržení soběstačnosti seniora.

Příloha E

Desatero komunikace se seniory

Zásady komunikace se seniory

- *milý a laskavý přístup*
- *jednoduché, krátké otázky*
- *mluvit přiměřeně nahlas*
- *neuspěchat rozhovor, dostatek času*
- *jasná, stručná, srozumitelná řeč*
- *dostatek trpělivosti*
- *naslouchat seniorům*
- *uklidnit seniora v případě, že má obavy*
- *zajistit klidné prostředí a soukromí*
- *představit se, vysvětlit oš. výkon*
- *udržovat dostatečný oční kontakt*
- *dodržovat profesionální přístup*
- *komunikovat i s rodinou seniora*
- *zachování individuálního přístupu*
- *respektovat bariéry v komunikaci u seniora*
- *nevytvářet a nepodporovat stresové situace*
- *vyjádřit náklonnost např. uchopení za ruku, dotyk, pohlazení*



Příloha F

Edukační leták: „Zásady správné komunikace se seniory“