

Bariéry komunikace se seniory

Barbora Vlčková

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Vlčková**
Osobní číslo: **H15092**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Bariéry komunikace se seniory**

Zásady pro vypracování:

Vypracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek komunikace, stáří a bariér v komunikaci.

Příprava metodiky výzkumu.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, diskuze a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ANTAI – OTONG, Deborah. Nurse – client communication: a life span approach. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers, 2007. ISBN 07-637-3588-4.

ČVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-524-2.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

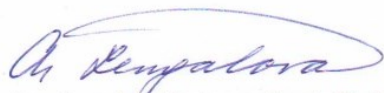
ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **5. ledna 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **18. května 2018**

Ve Zlíně dne 5. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně28.2.2018

M. Telcová

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Předmětem bakalářské práce s názvem „Bariéry komunikace se seniory“ je zjištění nejčastějších bariér v komunikaci se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. V teoretické části jsou popsány pojmy komunikace, stáří a komunikační bariéry. V praktické části jsou prezentovány výsledky kvantitativního výzkumného šetření technikou dotazníku. Výzkum slouží k poskytnutí informací o této problematice, zlepšení komunikace a života seniorů.

Klíčová slova: komunikace, senior, bariéry, zdravotnický personál

ABSTRACT

The aim of the bachelor's thesis "Communication Barriers with the Elderly" is to find the most frequent barriers in communication with the elderly from the point of view of non-medical staff. The theoretical part describes the terms of communication, age and communication barriers. The practical part presents the results of a quantitative research method using a questionnaire technique. The research provides information about this issue, improving communication and lives of seniors.

Keywords: communication, senior, barriers, medical staff

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí práce docentce PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za ochotu, vstřícnost a rady při vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji všem svým respondentům, kteří byli ochotní vyplnit můj dotazník. V neposlední řadě děkuji mé rodině, která mi pomáhala během celého mého studia a v průběhu mého studia byla pro mě velkou oporou. Děkuji i přátelům za příjemné prožití mých studijních let.

Motto:

„Stupeň úcty ke stáří udává stupeň ušlechtilosti a pravé ceny u všech národů a kultur.“

Ladislav Klíma

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití literatury, která je uvedena v seznamu. Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Barbora Vlčková

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 KOMUNIKACE.....	12
1.1 KOMUNIKAČNÍ PROCES	12
1.2 DĚLENÍ KOMUNIKACE	14
1.2.1 Verbální komunikace	14
1.2.2 Neverbální komunikace	15
2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	18
2.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	18
2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	19
2.3 POTŘEBY SENIORŮ	21
3 BARIÉRY KOMUNIKACE SE SENIORY.....	24
3.1 NEJČASTĚJŠÍ KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY	24
3.2 SPECIFIKA SPRÁVNÉ KOMUNIKACE SE SENIORY	25
II PRAKTICKÁ ČÁST	29
4 VÝZKUM A JEHO METODIKA	30
4.1 CÍLE VÝZKUMU	30
4.2 METODIKA VÝZKUMU	30
4.2.1 Dotazník	30
4.2.2 Skupina respondentů	31
4.2.3 Organizace výzkumu	31
4.2.4 Zpracování výsledků výzkumu	31
5 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT.....	32
6 DISKUZE.....	66
6.1 POROVNÁNÍ S JINOU LITERATUROU	69
6.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	71
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

„Nikdo nemiluje život tak, jako starý člověk.“

Sofokles

Komunikace je dle mého názoru nejdůležitějším faktorem, který nám umožňuje naplno uspokojovat naše sociální potřeby. Umožňuje nám si mezi sebou sdělovat informace, sdílet s ostatními naše názory, postoje i emoce, ať už jsou pozitivní či negativní. Velmi důležitou roli hraje komunikace také v ošetrovatelské péči. To, jak s pacientem komunikujeme, zásadně ovlivňuje vztah mezi ním a zdravotnickým personálem. Především u seniorů mohou vznikat komunikační bariéry, protože spousta pacientů trpí například smyslovým postižením nebo zhoršením kognitivních funkcí. To je hlavní důvod, proč je důležité znát určitá specifika, jak se seniory správně komunikovat. Devalvační a necitlivý přístup k seniorům může zapříčinit apatii, neochotu či nespolupráci z jejich strany vůči zdravotnickému personálu.

Téma „*Bariéry komunikace se seniory*“ jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila, protože mám bohužel špatnou zkušenost, že zdravotnický personál neuměl vhodně se seniory komunikovat, a to vedlo k již zmíněné nespolupráci seniora. To byl tedy hlavní důvod výběru mého tématu. Dalším důležitým důvodem bylo, že jsem chtěla zjistit, jaký vztah má vlastně zdravotnický personál k seniorům, zda si myslí, že s nimi umí vhodně komunikovat, popřípadě zda mají vůbec zájem o kurzy či semináře, které by jim napomohly v pochopení seniora a zlepšení jejich komunikačních dovedností.

Teoretická část mé bakalářské práce je zaměřena na obecné definice základních pojmů, které tvoří název tématu. Je zde popsáno, co vlastně pojem komunikace znamená, a jaké je její dělení. Dále se zabývá pojem stáří, jeho periodizací, změnami a potřebami ve stáří. Nakonec jsou zde uvedeny nejčastější komunikační bariéry a specifika vedoucí ke správné komunikaci se seniory.

Pro praktickou část mé bakalářské práce jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu, techniku dotazníku. Hlavním cílem bylo zjištění a analyzování bariér v komunikaci se seniory. Zaměřila jsem se na vztah nelékařského zdravotnického personálu k seniorům, na to jak s nimi komunikují, co pro ně představují největší

komunikační bariéry a jakým způsobem se je snaží odstraňovat. Také mě zajímalo, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci upřednostňují komunikaci spíše s mladšími či staršími pacienty, jak se jim komunikuje s pacienty v terminálním stádiu, jak hodnotí jejich vlastní komunikační dovednosti a zda by měli zájem o kurzy či semináře, které by jim mohly pomoci jejich komunikační dovednosti zlepšit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

Pojem komunikace pochází z latinského slova *communicare*, které v překladu znamená činit něco společným, společně něco sdílet či spojovat, radit se nebo si povídat. Slouží nám jako nástroj k dorozumívání a myšlení, přispívá k uspokojování sociálních potřeb a začlenění jedince do společnosti. Bez ní by nemohla existovat žádná sociální skupina (Zacharová, 2016, s. 8).

Komunikace je vzájemný proces šíření či výměny myšlenek, postojů, emocí, názorů nebo informací pomocí řeči, písma či symbolů. V naší společnosti a v našem chování je již tak silně zakořeněná, že je velmi obtížné si představit předávání informací bez ní (Antai-Otong, 2007, s. 3).

Komunikace má svou minulost, přítomnost a budoucnost. Může být chápána buď ve smyslu kontextovém, či historickém. Ve smyslu kontextovém to znamená, že komunikující je ovlivněn událostmi, které se odehrály před komunikací, i tím, co bude následovat a co je od ní očekáváno. Historický význam souvisí s vývojem člověka od prvopočátků a je jedním z nejdůležitějších projevů vývoje člověka. Historickému procesu předchází biologický vývoj, který můžeme označovat jako fylogenetický (Mikuláščík, 2010, s. 18).

Obecně je lidská komunikace dělena na *syntax*, který je náplní teorie informací, zabývá se předáváním zpráv – kódů, kanálů, kapacity, ruchů; *sémantiku*, jejíž oblastí zájmu je význam používaných znaků; a *pragmatickou stránku*, jejíž hlavní úlohou je sledování chování jednotlivých aktérů komunikačního procesu (Pokorná, 2010b, s. 13-14).

1.1 Komunikační proces

Komunikace probíhá vždy mezi dvěma nebo více lidmi. Tento děj se nazývá *komunikační proces*. Ten vychází z toho, že lidé mají zájem spolu hovořit, sdělovat si nejen informace, ale i své postoje, nálady či vztahy (Zacharová, 2016, s. 18-19).

Komunikační proces obsahuje následující složky:

- Komunikátor – osoba, která vysílá zprávu jiné osobě či skupině.
- Komunikant – osoba, která přijímá a dekoduje zprávu.
- Komuniké – obsah zprávy, názory, myšlenky, postoje, problémy, emoce.
- Komunikační jazyk – umožňuje předání komunikační zprávy, důležitou roli zde mají procesy kódování a dekodování.

- Komunikační kanál – způsob přenosu informací, a to buď komunikací přímým kontaktem mezi komunikujícími – *face to face* (verbálně, neverbálně, prostřednictvím skutků a činů) nebo nepřímým kontaktem mezi komunikujícími (telefonicky, písemně, vizuálně, audiovizuálně, elektronicky).
- Zpětná vazba – reakce osoby na přijatou zprávu, zjišťujeme, zda příjemce informaci správně porozuměl.
- Komunikační prostředí – zahrnuje prostor, kde se komunikace odehrává, podněty působící na komunikující, ale i formu zkreslení a komunikační šum.
- Komunikační kontext – situace, ve které komunikace probíhá (Zacharová, 2016, s. 21-22).

V ošetrovatelské praxi sestra používá dovednost komunikace jako součást profesionálního vybavení, která slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Sestra musí umět rozlišit specifika komunikace s dítětem, dospělým, nemocným se zvláštními potřebami či rodinou.

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace:

1. **Sociální komunikace**, při které jde o běžný rozhovor s nemocným. Situace vhodné pro rozvoj této komunikace jsou např. úprava lůžka, hygiena, dopomoc při jídle nebo volnější okamžiky v denním režimu oddělení.
2. **Specifická (strukturovaná) komunikace**, při níž dochází ke sdělování důležitých faktů či motivaci nemocného k léčbě. Na závěr je nutné ověření, zda pacient sdělení porozuměl a akceptuje ho. Témata pro specifickou komunikaci jsou např. sdělování postupu vyšetření, objasnění způsobu stravování při onemocněních nebo informace o rizicích.
3. **Terapeutická komunikace**, která se odehrává pomocí rozhovoru s nemocným. Poskytuje pacientovi oporu a pomoc v těžkých chvílích a situacích (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 11-13).

Komunikace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, kdy sestra a pacient sdílí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí svůj vzájemný vztah. Bez ní je kvalitní ošetrovatelská péče nemyslitelná. Vzájemný komunikační vztah mezi sestrou a pacientem by měl být rovnocenný, ale sestra z hlediska své pracovní pozice, může rozhovor do jisté míry řídit a usměrňovat (Špatenková a Králová, 2009, s. 9-10).

1.2 Dělení komunikace

Nejčastěji používané dělení komunikace je dělení na *verbální* a *neverbální* komunikaci. Tyto dvě formy se navzájem doplňují či zastupují. Při komunikaci však může vzniknout tzv. *dvojná vazba*, při níž dochází k rozporu mezi slovy a samotným chováním. V takové situaci je vhodné se zaměřit spíše na neverbální stránku sdělení, která je věrohodnější. Kromě komunikace *interpersonální* (komunikace mezi dvěma nebo více lidmi) máme také komunikaci *intrapersonální* (získávání informací z počítače, archivu) a komunikaci *masovou* (masmédia – televize, rádio, rozhlas) (Zacharová, 2016, s. 29).

1.2.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je charakterizována dorozumíváním se jedné, dvou nebo více osob pomocí jazyka či jinými znakovými symboly. Může být přímá nebo zprostředkovaná, psaná nebo mluvená, živá nebo reprodukováná. Její význam je nezbytnou součástí sociálního života (Zacharová, 2016, s. 29).

Při verbální komunikaci nejsou důležitá pouze slova, ale měli bychom se zaměřovat i na další prvky, jako je rychlost řeči, hlasitost, pomlky, výška hlasu, délka projevu či intonace (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 21).

Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností při rozhovoru je *naslouchání*. Zde nejde pouze o to, že slyšíme, ale také o to, že chápeme a rozumíme. Naslouchat můžeme třemi způsoby: *ušíma*, kterými slyšíme slova a uvědomujeme si jejich význam; *očíma*, díky kterým pozorujeme výraz v obličeji, postoj a pohyby hovořícího; a nakonec *srdcem*, jehož schopností je zapojení emocí (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 25).

Základem psychosociální komunikace je *rozhovor*. Ten lze jednoduše definovat, že někdo někomu něco říká. V rozhovoru můžeme určit role účastníků na hovořícího a naslouchajícího, aktéra a posluchače. Každé sdělení má následující významovou strukturu: záměr, smysl pro mluvčího a příjemce, věcný obsah a efekt pro příjemce. Pro zdravotní sestru je při rozhovoru důležitá úcta, důvěryhodnost, ochota, připravenost ke změnám a přátelská atmosféra. Ve zdravotnické praxi se nejčastěji užívá rozhovor terapeutický, informativní a edukační. *Terapeutický rozhovor* je chápán jako léčba dobrým slovem. Naslouchání pocitům pacienta po verbální i neverbální stránce, je to nejdůležitější. Častými pocity v nemocnici, se kterými se můžeme setkat, je strach, smutek, zklamání

či vztek. Samozřejmě pacienti neprožívají pouze negativní emoce, ale můžeme se setkat i s radostí, potěšením, klidem a láskou. Přijímání pocitů v rozhovoru se označuje jako *akceptace*. Akceptací dáváme najevo svou vnímavost k jejich prožívání. Pokud se nám povede akceptovat pacientovy pocity, bude v jejich sdělování nadále pokračovat, a tím se zmírní jeho napětí. **Informační rozhovor** slouží ke sdělování informací. Je důležité vědět, že jde o rozhovor, nikoliv o monolog. Ve zdravotnické praxi může jít například o informování pacienta o výkonu sestrou, či pacientovo sdělování informací při sběru anamnézy. Důraz je zde kladen na jasnost, srozumitelnost, stručnost a citlivost při sdělování informací, protože často budeme sdělovat či chtít informace o velmi osobních a intimních věcech. **Edukační rozhovor** znamená naučit pacienta novým věcem, a tím ho zapojit do své léčby. V průběhu edukačního rozhovoru musíme být trpěliví, podpůrní a musíme dostatečně ovládat to, co učíme. Nezbytnou součástí je také motivace pacienta (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 27-31).

1.2.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace neboli komunikace beze slov pochází z latinského slova *verbum* (slovo) a *non* (ne) (Pokorná, 2010b, s. 28).

Vývojově je neverbální komunikace starší, spontánnější, méně kontrolovaná a kontrolovatelná, a tudíž i pravdivější a upřímnější, nežli komunikace verbální. Čím jsou city a hodnoty významnější, tím více se díky ní podstata sdělení šíří (Plamínek a Franc, 2012, s. 43).

Nejjednodušeji neverbální komunikaci můžeme definovat jako *řeč těla*. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili. Jejimi hlavními funkcemi jsou podpora či úplné nahrazení řeči, vyjádření emocí a interpersonálních postojů. Neverbální projevy jsou společný světový jazyk, jenž má své vlastní nářečí, které se ale v některých zemích může odlišovat (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 39).

Mezi základní složky neverbální komunikace patří: mimika, vizika, proxemika, haptika, posturologie, kinetika, gestika, pohled a úprava zevnějšku. (Pokorná, 2010b, s. 29-30).

Mimika je výraz obličeje. Sdělujeme jí *kulturně tradovaná gesta* (např. zdvořilostní úsměv) či *instrumentální pohyby* (např. výraz při kýchnutí). Na obličeji nacházíme *tři*

mimické zóny: oblast čela a obočí; oblast očí, která je nejdůležitější; a dolní část obličeje (tvář, nos, ústa).

Díky mimice lze spolehlivě vyčíst **primární** lidské emoce:

- štěstí – neštěstí
- neočekávané překvapení – splněné očekávání
- strach – pocit jistoty
- radost – smutek
- spokojenost – nespokojenost
- klid – rozčilení
- zájem – nezájem

Sekundární neboli odvozené emocionální výrazy obličeje znamenají střídání či splynutí výrazů, dále třeba to, že jedna polovina obličeje vyjadřuje jinou emoci než druhá (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 41-42).

Vizika je řeč očí. Mezi důležité znaky patří délka pohledu, zaměření pohledu, mrkání, rozšiřování zornic při projevech radosti či překvapení (Malíková, 2011, s. 226). Oči jsou nejcitlivějším receptorem pro přijímání informací od lidí. Člověk zrakem přijímá až 87% všech informací. Pro efektivní komunikaci v sociální interakci je důležité udržovat oční kontakt (Pokorná, 2010a, s. 18-19).

Proxemika je udržování vzdálenosti mezi osobami ve vertikálním i horizontálním směru. *Proxemický tanec* znamená pohyby komunikujících partnerů, kteří se podvědomě snaží nalézt a ustálit sympatickou vzdálenost. Každá osoba má svůj stabilní odstup, který dodržuje a cítí se v něm nejbezpečněji. Existuje několik zón, které se člení dle vzdálenosti přiblížení se těl dvou osob: **intimní zóna**, která je do vzdálenosti 30 cm a je určená pro naše děti či manžela; **osobní zóna**, která je ve vzdálenosti 30-120 cm, vniknutí do této zóny je netaktní a nepříjemné pro osobu, jejíž osobní zóna byla narušena; **společenská zóna**, která je od 120-370 cm, je určená pro obchodní jednání a služební styk; a **veřejná zóna**, která je v odstupu větším než 370 cm a vidíme při ní celou postavu jedince i s jeho pohyby v prostoru. (Pokorná, 2010a, s. 27-28).

Haptika je definována jako dorozumívání se doteky a podáváním rukou. Patří mezi nejprimitivnější formu neverbální komunikace díky tomu, že hmat se rozvíjí dříve než ostatní smysly. Doteky mohou mít význam formální, neformální, přátelský, intimní,

apod. Mezi nejčastěji používaný dotek patří podání ruky, které je mimo jiné přirozenou součástí lidské komunikace, poplácání po rameni nebo po zádech (Pokorná, 2010a, s. 24).

Posturologie je označována jako řeč našich fyzických postojů. Patří zde například držení těla, nakloněním, polohou rukou, nohou či hlavy a celkového postavení všech částí těla. *Posturologické echo* sleduje vzájemnou komunikaci dvou osob v souladu s jejich názory. Pokud komunikující souhlasí, dochází k nevědomému napodobování postojů, projevující se souhlasným pokyvováním hlavou, zaujímáním podobné polohy těla či naklánění se k sobě blíže. Pokud komunikující nesouhlasí, jde o negativní vztah (Pokorná, 2010a, s. 29).

Kinetika znamená celkový pohyb těla včetně chůze. Je významná při hodnocení aktuálního fyzického a psychického stavu jedince při poskytování ošetrovatelské péče (Pokorná, 2010b, s. 29).

Gestika je součástí kineziky. Jde o záměrné pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Gesta mají sdělovací účel, doprovází nebo zastupují slovní či mimoslovní projevy. Pro určité kultury mají výraznou specifiku. Existuje několik druhů gest: *významová*, *ilustrační*, *regulační* či *adaptační* (Pokorná, 2010a, s. 21-22).

Neverbální klíče nám poskytují informace již v prvním momentu setkání s partnerem: 55% informací získáme z řeči těla, 38% informací z hlasu a 7% z obsahu řeči. Neverbální komunikace je velmi důležitou součástí sociální interakce, ale je potřeba si pamatovat, že nesprávnou interpretací neverbálního projevu může dojít k od nedorozumění až k tragickým omylům. Například osoba, která neverbálně nesignalizuje příznaky bolesti, nemusí být bez bolesti. Naopak osoba, která verbalizuje pocity žaly, je nemusí prožívat (Pokorná, 2010a, s. 32).

2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí (involuce) je proces postihující živou hmotu. Probíhá již od početí, ale za jeho skutečný projev je považován pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti (Kalvach, 2004, s. 67).

Výsledkem stárnutí je *stáří (senium)*. Jeho obraz je dán kombinací involučních změn s kondicí a s projevy chorob, především těch, jejichž prevalence je věkově podmíněná (např. ateroskleróza) (Kalvach, 2004, s. 67).

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá věda zvaná *gerontologie*, které pochází z řeckých slov *geron* (starý člověk) a *logos* (nauka). Gerontologie se dále dělí na *gerontologii experimentální*, která se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů; *gerontologii sociální*, jež se zabývá společenskými souvislostmi individuální a populačního vývoje; a *gerontologii klinickou*, označována také jako *geriatrie*, studující zdraví a choroby ve stáří (Kalvach, 2006, s. 7).

Období stárnutí a stáří je všeobecně chápáno negativně kvůli problémům, které se v tomto období života mohou vyskytnout. Lidé mají například strach ze ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí či omezení kontaktu s okolím. Tyto obavy však nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém stárnutí nedochází automaticky k již popsaným problémům. Rozlišujeme tedy dva typy stárnutí:

- *fyziologické stárnutí* probíhá přirozeně a tvoří normální součást života jedince;
- *patologické stárnutí* se může projevat předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem (Malíková, 2011, s. 14).

2.1 Periodizace stáří

Stáří se tradičně se rozlišuje na stáří *biologické*, *kalendářní* a *sociální*.

Biologické stáří nastává po dosažení určité míry involučních změn. Jde o souhrn nezvratných biologických změn předvídající zvýšené riziko nemocí, úmrtí či funkčních deficitů. Vnější projev involučních změn je pokles výkonnosti, fenotyp stáří – změna postavy, chůze, vlasů (šedivění), pokožky (vrásky), chrupu, apod. Subjektivní vnímání věku je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické křehkosti.

Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého věku, které vychází z empirie obvyklého průběhu života a biologického stárnutí. Díky její snadné a jednoznačné stanovitelnosti, vyhovuje demografickým i jiným potřebám. Neuvádí však žádné informace o individuálních involučních změnách ani o sociálních rolích. S postupným zlepšováním zdravotního stavu a prodloužením naděje dožití se hranice stáří stále posouvá do vyššího věku. Někteří lidé stárnou rychleji a dříve, jiní zase pomaleji a později. U spousty lidí tak dochází k neshodě jejich biologického věku s věkem kalendářním. Dle WHO se stáří dělí na etapy:

- 60-74 let – rané stáří;
- 75-89 let – vlastní stáří;
- 90 a více let – dlouhověkost.

V dnešní době je však výstižnější členění na upravené dělení:

- 65-74 let – mladí senioři;
- 75-84 let – staří senioři;
- 85 a více let – velmi staří senioři.

Sociální stáří je charakterizováno souhrnem sociálních změn, změnou sociálních rolí, postojů, souhrnem znevýhodnění a typickými životními událostmi pokročilého věku, jako jsou například nezaměstnanost, ovdovění, pokles životní úrovně či odchod dětí od rodiny. Počátkem sociálního stáří je obvykle odchod do důchodu (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25-26).

2.2 Změny ve stáří

Ve stáří probíhá v organismu řada změn. Můžeme je rozdělit na změny *tělesné*, *psychické* a *sociální*. Reakce na tyto změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakce jeho okolí a také možnostmi, díky kterým může získat pomoc v oblastech, které sám nezvládne. V běžném životě přichází mnoho změn. Pokud ale nastane mnoho změn najednou, může to být pro člověka přítěží. Každá změna by měla mít smysl, aby byla lépe snášena (Malíková, 2011, s. 18).

Biologické aspekty stárnutí představují typické tělesné změny ve stárnoucím organismu. Tyto změny probíhají u každého člověka odlišnou rychlostí, často souvisí se vznikem a výskytem nemocí vyskytujících se ve stáří. Typické projevy biologického

stárnutí se projevují především celkovým snížením výkonností všech funkcí, atrofií a změnou reakcí organismu na určitou zátěž (Malíková, 2011, s. 19). Podrobnější přehled biologického stárnutí popisuje Jarošová (2006, s. 22-24), která udává tělesné změny projevující se např. atrofií postihující všechny orgány a tkáně, snížením elasticity orgánů a tkání, snížením funkce endokrinních žláz, zhoršením funkce smyslových orgánů, poruchami spánku či různými změnami na kůži.

Psychické aspekty stárnutí za fyziologických podmínek nastupují pozvolna a neměly seniora významně negativně ovlivňovat. Často je zde spíše souvislost mezi změnami tělesnými a psychickými, kdy senior může negativně prožívat probíhající tělesné změny organismu. V některých případech mohou ale tělesné změny vést i ke změnám intelektovým. (Malíková, 2011, s. 21). Podle Jarošové (2006, s. 24-28) jsou typickými psychickými a intelektovými změnami ve stáří např. snížení kognitivních funkcí, snížení výkonnosti intelektových funkcí, zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, celkový nebo částečný pokles zájmu seniora, změny v pořadí životních hodnot a potřeb či snížená schopnost adaptace na změny a náročné situace.

Sociálních aspektů stárnutí je celá řada. Tyto aspekty můžeme rozdělit na příznivé a nepříznivé. Mezi nejvýznamnější typické příznivé aspekty patří např. funkční rodina a dobré rodinné vztahy, plánovaná ekonomická příprava na zabezpečení stáří a na vyplnění volného času či možnost uspokojení potřeb seniora. Nepříznivými sociálními aspekty naopak může být odchod do důchodu, omezení sociální ve společenských aktivitách a činnostech, změna ekonomické situace seniora, generační osamělost, sociální izolace, stěhování, strach z osamělosti či ze stáří (Malíková, 2011, s. 21-22).

Postoj společnosti ke stárnutí a stáří celosvětově narůstá v nepochopení procesů a stavů stárnutí a stáří. V dřívějších dobách bylo stáří považováno za přirozený vývoj člověka a lidé byli připraveni se starat o své blízké. S přibývajícím zjištěním, že je čím dál těžší se o staré lidi postarat, společnost začala zakládat nemocnice, chudobince a starobince. V minulosti se však pokročilého stařeckého věku dožívalo podstatně méně obyvatel. S postupným rozvojem vědy a techniky, zlepšováním zdravotní péče a zvyšováním životní úrovně se nyní stále více lidí dožívá vysokého věku. To ale zapříčiňuje, že mladí lidé nejsou svědky stárnutí, a proto nemají potřebné zkušenosti. V poslední době se postoj společnosti ke starým lidem stále zhoršuje. Staří lidé se často od společnosti setkávají s výsměchy, opovržením či odporem. Spousta mladých lidí si

často ani neuvědomuje, anebo nechce uvědomit, že stáří je fyziologický proces každého člověka a i oni budou jednou staří, pokud se toho dožijí (Šramo, 2012, s. 26-30).

2.3 Potřeby seniorů

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou vznikající při nedostatku nebo nadbytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby jsou nutné, užitečné, souvisí s kvalitou našeho života a jejich naplnění vede k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu (Šamánková, 2011, s. 12).

U pomáhajících profesí je důležité ujasnit si své vlastní pocity a způsob přijetí naší sociální role. Díky poznání potřeb našich i těch, kteří od nás očekávají pomoc, napomáhá k pochopení potřeb druhých, naučení tolerance názoru k druhému člověku a orientaci ve svízelné situaci. Pro identifikaci potřeb je možné využití *ošetřovatelského procesu*. Důvodem využití techniky ošetřovatelského procesu i při naplňování lidských potřeb je fakt, že ošetřovatelský proces usnadňuje klinické rozhodování a řešení problematických situací. Ošetřovatelský proces vyžaduje: 1. systematické shromažďování údajů o seniorovi a jeho problémech pomocí rozhovoru se seniorem nebo jeho rodinou; 2. rozpoznání problému prováděné analýzou dat; 3. plánování, které obsahuje stanovení cílů a řešení; 4. realizování neboli uskutečňování cílů; 5. hodnocení, kterým posoudíme účinnost plánu či jeho změnu, pokud to vyžadují aktuální potřeby. Všechny tyto dovednosti spolu velmi úzce souvisí a od poskytovatelů péče je důležité mít určité znalosti, tvůrčí přístup, přízpůsobivost a schopnosti rozeznání potřeb (Šamánková, 2011, s. 10-12).

Podle Čevely, Kalvacha a Čevelové (2012, s. 33) je nutné v souvislosti s kvalitou života ve stáří vycházet z teorie lidských potřeb dle humanistického psychologa A. H. Maslowa, který vytvořil základní stupnici lidských potřeb, ta bývá znázorňována jako pyramida. Potřeby hierarchicky seřadil od nejnaléhavějších (biologických), přes potřeby psychosociální až po potřeby růstu a seberozvoje (seberealizace). Tato pyramida je uvedena v přílohách jako příloha č. 2.

Ve stáří dochází k proměně některých potřeb, zejména biologických a psychických. Do popředí se dostávají především potřeby zaměřené na jistotu a bezpečí a některé z nich začínají ztrácet na významu. Pro úspěšné zvládnutí náročných úkolů v tomto období se člověk zaměřuje více na sebe a uspokojování vlastních potřeb, což vyplývá ze zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a uvědomění si postupné ztráty

soběstačnosti. Nenaplnění potřeb vede k frustraci či ke vzniku problémového chování (Hauke, 2014, s. 11).

Podle Vágnerové (2007, s. 344-347) mezi nejčastější potřebu, které se u seniorů vyskytují, patří **potřeba sociálního kontaktu**. Seniori potřebují kontakt se svým okolím, především se svou rodinou a lidmi, kteří jsou jim blízcí. Stejně tak je ale pro seniory důležitý i dostatek soukromí, které zabraňuje vystavení nadměrnému množství podnětů, aby seniori nebyli příliš zatíženi. S postupujícím stářím může dojít k ubývání sociálních kontaktů a senior může pociťovat pocity osamělosti. Pocity prázdnoty a izolace jsou jednou z častých zátěží seniora. Další důležitou potřebou je **potřeba citové jistoty a bezpečí**. Tato potřeba stoupá především s přibývajícím věkem. Velmi často souvisí s úbytkem sil a schopností seniora, což pro seniora může být nepříjemné, ale vazba na ostatní lidi jim zajišťuje pocit jistoty. Také více potřebují pozitivní ocenění od okolí, které jim pomáhá zvyšovat jejich sebevědomí a dodává jim motivaci zvládat životní úkoly. **Potřeba seberealizace** se s přibývajícím věkem mění. Velkou zátěžovou situací pro ně může být odchod do důchodu, který v nich může vyvolat pocity méněcennosti. Tato potřeba tak může být naplňována pomocí vzpomínek. Seberealizace často ale souvisí i se zachováním určité míry svobody, soběstačnosti a rozhodováním o svých vlastních věcech. Zhoršení soběstačnosti je pro seniory velmi stresující. Pro zlepšení jejich sebeúcty jim ale stačí ocenění a uznání od ostatních lidí. Důležité pro ně je i pocit užitečnosti, kdy má senior dané své místo a roli v rodině. **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje** může být zhoršena strachem z nemoci, osamění či ztráty soběstačnosti. Je pro ně důležité zachovat si soběstačnost a sebeúctu. Je nutné, aby starší člověk přijal nevyhnutelnost stáří a vlastní smrti a těšil se z existence zachovalých hodnot. Poslední nejčastější potřebou je **potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem**, která ve stáří bývá snižena. Senior dává přednost zaběhnutým a klidnějším stereotypům. Při nadbytku nových informací se senior může cítit dezorientovaný a nejistý. I přesto ale potřebuje určitou míru nových podnětů, které ho povedou k aktivizaci a oddalování závislosti na druhých lidech.

Principy ošetrovatelské péče o seniory se celosvětově uplatňují bez ohledu na zdravotní stav a funkční zdatnost seniorů. **Zabezpečení** seniorů je samozřejmostí v hospodářsky vyspělých zemích a spočívá v zajištění přístřeší, ošacení, potravy a základní zdravotnické péče. Dále je důležité u seniora udržovat **autonomii**, která spočívá v zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad děním a okolím. Samozřejmostí v péči je zachování **důstojnosti** seniora a vyloučení forem péče, které senior vnímá jako

ponižující (např. omezovací prostředky, infantilizace). Měli bychom mu také pomoci se *smysluplností*, což znamená hledání životní náplně, zcivilnění dlouhodobé péče nebo tvorba animačních programů, které oživují zvláště ústavní prostředí; a *participací*, kdy mu pomůžeme zapojit se do života komunity a sdílení problémů. Zdravotní péče, která se soustředí pouze na základní péči, bez ohledu na principy uvedené výše, nemůže být považována za kvalitní. Za nástroje kvalitní péče je považován zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a důraz na nepodceňování jeho schopností (Kalvach a Onderková, 2006, str. 12-14).

3 BARIÉRY KOMUNIKACE SE SENIORY

Komunikace se seniorem nemusí být vždy jednoduchá. Mohou se zde vyskytnout určité problémy, které komunikaci mezi sestrou a seniorem mohou zkomplikovat. O problematice komunikaci hovoříme, jestliže senior nebo sestra nechce, neumí nebo nemůže komunikovat. I za těchto podmínek může být komunikace uskutečněna, ale aktéři nebudou spokojeni. Tyto překážky však mohou být odstraněny či zmírněny. Bohužel problematice komunikace se seniory není žádnou výjimkou, ba naopak je poměrně častá. Onemocnění, postižení či involuční změny mohou ovlivnit pacientovo fungování, díky čemuž se pak senior může chovat jinak, než by se choval za fyziologických podmínek. Problematická komunikace může být způsobena například smyslovým handicapem, mentálním postižením, aktuálním psychickým stavem či nedostatečnou otevřeností seniora. Označování seniorů za problémové bychom se měli vyhýbat, protože všichni máme nějaké své určité problémy (Špatenková a Králová, 2009, s. 64).

Komunikace se seniory může pro zdravotnické pracovníky představovat i velkou prověrku jejich komunikačních dovedností. Může se stát, že se senioři do zdravotnického zařízení dostaví nepřiměřeně oblečení, zapáchající a znečištění. Úprava zevnějšku totiž pro některé seniory nemusí být prioritní záležitostí. I tohle všechno může komunikaci se seniory zkomplikovat (Špatenková a Králová, 2009, s. 76).

3.1 Nejčastější komunikační bariéry

Jednoduše lze bariéry v komunikaci rozdělit na interní a externí. Interní komunikační bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Dále zde patří obava z neúspěchu, negativní emoce (strach nebo zlost), bariéry postoje (xenofobie), nepřipravenost či fyzické nepohodlí a nemoc. Externí komunikační bariéry jsou dány zevním prostředím, které zahrnuje hluk a šum, vizuální rozptylování, vyrušení další osobou, neschopnost naslouchat nebo komunikační zahlcení (Pokorná, 2010a, s. 41).

Obecně se ze strany pacienta může objevovat mnoho různých komunikačních bariér. Nejčastěji jde o neochotu komunikovat, nedůvěru či obavy, jak bude s informacemi naloženo, které se ale velmi často mohou vztahovat ke konkrétnímu pracovníkovi, se kterým nemá pacient dobrý vztah. Mezi témata, která pacienti neradi řeší, patří oblast sexuality, intimních záležitostí, často také i financí a nepokojů v rodině. Komunikační bariérou může být ale i aktuální zdravotní stav pacienta. Pokud trpí bolestí, fyzickými

obtížemi či zdravotními komplikacemi, klesá jejich ochota udržovat společenskou rovinu komunikace. Dále se může negativně projevit únava, stres či úzkost (Venglářová, 2007, str. 75). Krivohlavý (2002, s. 139-145) zvolil kategorii, která zohledňuje anatomické a fyziologické změny v průběhu stárnutí, změny psychických funkcí, změny v kognitivní oblasti, změny v oblasti životní orientace, emocionální oblasti a změny kreativity.

Senioři mají kromě běžných obtíží, které zažíváme všichni, další specifické obtíže. Častým problémem je porucha smyslů. Nejvíce postižený ze všech smyslů bývá sluch a zrak. Dále senioři mohou trpět poruchami řeči, nejvíce se u nich vyskytuje afázie. Ta se může vyskytnout u seniorů po neurologických onemocněních, která mohou ovlivnit jejich schopnost hovořit a rozumět řeči. Nemožnost se domluvit může vést buď k bouřlivým reakcím, jež se mohou projevovat nervozitou, hněvem až agresivitou, nebo k rezignaci na komunikaci. Specifický přístup v komunikaci vyžadují pacienti trpící demencí, která ovlivňuje psychické funkce, a především poruchy paměti mohou komplikovat průběh komunikace. Také různé problematické situace mohou narušovat komunikaci. Jedná se například o odmítání kontaktu a komunikace ze strany seniora nebo hovor na stejné téma, které může být zatěžující (Venglářová, 2007, s. 75-78).

Ke vzniku komunikačních bariér nemusí ale docházet pouze ze strany pacienta. Také sám zdravotník může mít problém komunikovat. Nejčastějším důvodem může být strach z řešení závažných témat, jako je umírání či nevléčitelné choroby, problém s konkrétním pacientem či nedostatek času (Venglářová, 2007, str. 75).

Častou komunikační bariérou může být i prostředí, protože se velmi obtížně komunikuje v hluku, ve spěchu a bez soukromí (Venglářová, 2007, str. 75).

3.2 Specifika správné komunikace se seniory

Komunikační techniky a dovednosti užívané při komunikaci musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům všech komunikujících subjektů. Odborná literatury sice udává, že v obecné rovině není potřeba respektovat žádná zvláštní omezení v komunikaci se seniory, nicméně je nutné k jednotlivým pacientům přistupovat individuálně a hodnotit jejich schopnosti a potřeby. Komunikace se „zdravými“ seniory tedy nevyžaduje specifickou modifikaci, která je založená na změnách kognitivních funkcí. Je zde potřeba poskytnout čas pro umožnění úspěšné efektivní komunikace. Potřeba komunikovat

se ve srovnání u jedinců vyššího věku s ostatními osobami také neliší (Pokorná, 2010b, s. 49-50).

Podpora dobré a úspěšné komunikace spočívá hlavně v ochotě naslouchat. Lidé jsou velmi citliví na náš zájem, proto pokud budou mít pocit, že je neposloucháme nebo jen zájem předstíráme, ztratí chuť v komunikaci pokračovat (Venglářová, 2007, s. 77).

Příklady obecných doporučení při komunikaci se staršími lidmi zahrnují:

- respektování identity pacienta a oslovení jej jménem či titulem;
- vyhýbání se infantilizaci (zdětinšťování) seniora;
- důslednou ochranu jejich důstojnosti;
- časté zopakování složitějších nebo důležitých informací;
- zdržování se v zorném poli seniora, srozumitelné vyjadřování a udržování očního kontaktu;
- nevnucovat, ale pouze nabízet pomoc (Špatenková a Králová, 2009, s. 77).

V ošetrovatelské praxi se často setkáváme se seniory, kteří mají poruchy kognitivních funkcí různého rozsahu a intenzity. Nemocný si ze začátku své potíže ani neuvědomuje. Může na ně reagovat podrážděním, rozladěním a úzkostí. Snaží se nahradit zapomenuté, proto si může vymýšlet. Při komunikaci se seniorem s příznaky demence se nejčastěji objevují bariéry komunikace v oblasti poruchy paměti, orientace a neporozumění řeči. K zásadám při komunikaci se seniorem s demencí patří vyvarování se otázkám, na které senior není schopen odpovědět; používání krátkých vět a slov s jednoznačným významem; komunikovat kratší dobu a opakovaně; ověřování si pozornosti; a vyhýbání se spouštěčům nevhodného chování (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 101-105).

Při komunikaci se seniory se smyslovým postižením, máme různé možnosti komunikace. Pokud má senior poruchy již od narození či útlého věku, mají zpravidla vyvinut systém náhradních způsobů komunikace. Úkolem sestry je především zjistit rozsah omezení a nalezení vhodné a pro pacienta přijatelné komunikace (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 123).

Specifickými komunikačními systémy těžce sluchově postižených jsou **znaková řeč**, která je zprostředkovaná neverbální komunikací pomocí gest; a **orální řeč**, která využívá zbytku sluchu a odezírání. Musíme si ale uvědomit, že neslyšící musí vynaložit velké úsilí,

aby mohl sledovat mluvenou řeč. Je zde potřeba zvýšené koncentrace pro sledování zrakových signálů, která vede k únavě. Odezírání je celkově složité, proto může dojít k neporozumění. Senioři, kteří trpí postupným zhoršováním sluchu, své obtíže často zastírají a nepoužívají kompenzační pomůcky. Je nutné k seniorům přistupovat citlivě, zachovat jejich důstojnost a pomoci jim přijmout zhoršení smyslu. Pro komunikaci se sluchově postiženými musíme zajistit klidné prostředí, s minimem rušivých podnětů. Při mluvení pomalu artikulujeme a hovoříme přesně a zřetelně. Zajistíme, aby nám senior viděl do obličeje, a udržujeme s ním oční kontakt, která neslyšícímu poskytuje zpětnou vazbu. Naše sdělení můžeme doplnit různými pomůckami a názornými ukázkami. Dále bychom si měli všimnout neverbálních projevů a především být trpěliví (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 124-126).

Při komunikaci se zrakově postiženými záleží na stupni postižení. Rozlišujeme postižení od lehčích forem očních vad, přes postižení se zbytky zraku, až k nevidomým. Postižený trpí nedostatkem podnětů, které kompenzuje zvýšeným sluchovým a hmatovým vnímáním. Zrakové postižení se projeví v oblastech zrakového vnímání, jako jsou zraková ostrost, schopnost vnímat za různého osvětlení, zorné pole a barvocit. Pro zrakově postižené je vhodné vytvořit přehledné prostředí, které mu umožní dobré podmínky pro orientaci postiženého, a omezit rušivé podněty, jež mu umožní soustředit se na sluchové vnímání. Nevidomí jsou normální lidé, proto je důležité při komunikaci s nimi jednat přímo s nimi, a ne s jejich doprovodem. Při vstupu do místnosti seznámíme seniora s prostředím, které mu ještě předtím upravíme (odstraníme překážky v cestě). Dále ho seznámíme se svou funkcí a důvodem setkání. Slovy mu popisujeme vše, co provádíme, a informujeme ho o svém pohybu po pokoji. Při rozhovoru se vyjadřujeme přímo, senior nevnímá neverbální podtext sdělení a při chůzi mu nabídneme paži (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 126-128).

Dále se ve zdravotnických zařízeních setkáváme se seniory, kteří jsou dlouhodobě nemocní. Jejich onemocnění se může pozvolna zhoršovat, dochází ke zhoršení soběstačnosti a ke vzniku trvalých následků. Zdravotnický personál si při péči vytváří určitý vztah k nemocnému i k jeho rodině. Zvláště u závažných onemocnění platí tvrzení, že s nemocným je nemocná i jeho rodina. Péče o chronicky nemocné a umírající je pro personál obrovská zátěž a personál bývá ohrožen „vyhořením“. Zvládnutí komunikace je pro některé velmi náročný úkol. Klade důraz na profesionalitu, osobní zralost a autoregulační mechanismy personálu. Nemocní mají různé mechanismy

vyrovnávání se s nemocí, proto může docházet ke konfliktům mezi seniorem a sestrou, především z důvodu že s nemocným je nejdéle a nejbliže právě sestra. Nemocného bychom měli přijmout se všemi projevy, kterými mohou být neochota komunikovat či naopak snaha zajistit si přítomnost sestry. Pokud nemocného přijmeme, chápeme jeho obtížnou situaci, a nehodnotíme jeho chování a projevy. Při komunikaci bychom měli projevit zájem o seniora; sladit verbální a neverbální projev; setrvat u tématu, které senior navrhne; citlivě reagovat a srozumitelně komunikovat. (Vengášková a Mahrová, 2006, s. 107-111).

Zásady pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením podle národní rady zdravotně postižených ČR jsou uvedené v příloze č. 3.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM A JEHO METODIKA

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastější bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Hlavní cíl je dále doplněn dílčími cíli.

Hlavní cíl:

Zjistit nejčastější bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu.

Dílčí cíle:

- **Dílčí cíl č. 1:**
Zjistit, jak NLZP vnímá své vlastní komunikační dovednosti a zda má zájem o jejich zlepšení pomocí seminářů či kurzů.
- **Dílčí cíl č. 2:**
Zjistit, zda má NLZP dostatek času na komunikaci se seniory.
- **Dílčí cíl č. 3:**
Zjistit, jak NLZP komunikuje se smyslově postiženými seniory a se seniory s demencí.
- **Dílčí cíl č. 4:**
Zjistit, zda věk, rodina či terminální stav seniora, může být bariérou v komunikaci.

4.2 Metodika výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu technikou dotazníku.

4.2.1 Dotazník

Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři. Výhodou dotazníkové techniky je jednoznačná formulace otázek a možnost hromadného počítačového zpracování (Kutnohorská, 2009, s. 41-42).

Dotazník určený pro tuto bakalářskou práci byl sestaven po konzultaci s vedoucí bakalářské práce. Respondenti odpovídali na 26 otázek dle pokynů v úvodní části dotazníku. Dotazník byl zcela anonymní. Prvních 5 otázek v dotazníku bylo zaměřeno na identifikaci respondentů. Dále byla většina otázek uzavřená s možností jedné odpovědi, pouze v otázkách č. 7 a č. 17 byla možnost více odpovědí. Otázky č. 11 a č. 22 byly tvořené otázkami otevřenými. Poslední otázka č. 26 nabídla respondentům prostor pro ohodnocení dotazníku či sdělení svých vlastních dojmů a postřehů k tématu bakalářské práce. Celá podoba dotazníku se nachází v přílohách jako příloha č. 1.

4.2.2 Skupina respondentů

Cílovou skupinou respondentů pro výzkum byl nelékařský zdravotnický personál, který zahrnoval všeobecné sestry, praktické sestry a ošetrovatele či ošetrovatelky/sanitáře či sanitářky. Důvodem výběru této skupiny respondentů bylo především to, že se při své práci často setkávají s hospitalizovanými seniory.

4.2.3 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření a sběr dat probíhal od 19. 12. 2017 do 16. 1. 2018, tedy 28 dnů. Dotazník byl vytvořen elektronicky pomocí webové stránky www.survio.com a následně byli osloveni členové skupiny na sociální síti Facebook – Sestřička a Nej sestřička Batist. Celkem dotazník vyplnilo 153 respondentů. Z důvodu neúplného vyplnění odpovědí v dotazníku jich bylo 34 vyřazeno. Počet použitých dotazníků je tedy 119 (77,78 %), z nichž bylo 71 všeobecných sester, 35 praktických sester a 13 ošetrovatelů či ošetrovatelk/sanitářů či sanitářek.

4.2.4 Zpracování výsledků výzkumu

Pro analýzu dat byly použity programy Microsoft Word 2010 a Microsoft Excel 2010. Získaná data byla zpracována do tabulek, které obsahují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost udává počet respondentů a relativní četnost představuje procentuální vyjádření této hodnoty. Pouze u otázek, kde je možné označit více odpovědí současně, je uvedena absolutní četnost všech odpovědí a relativní četnost v procentech také ze všech odpovědí. Pod každou tabulkou jsou výsledky také znázorněny pomocí grafů, ke kterým je přidána slovní interpretace výsledků.

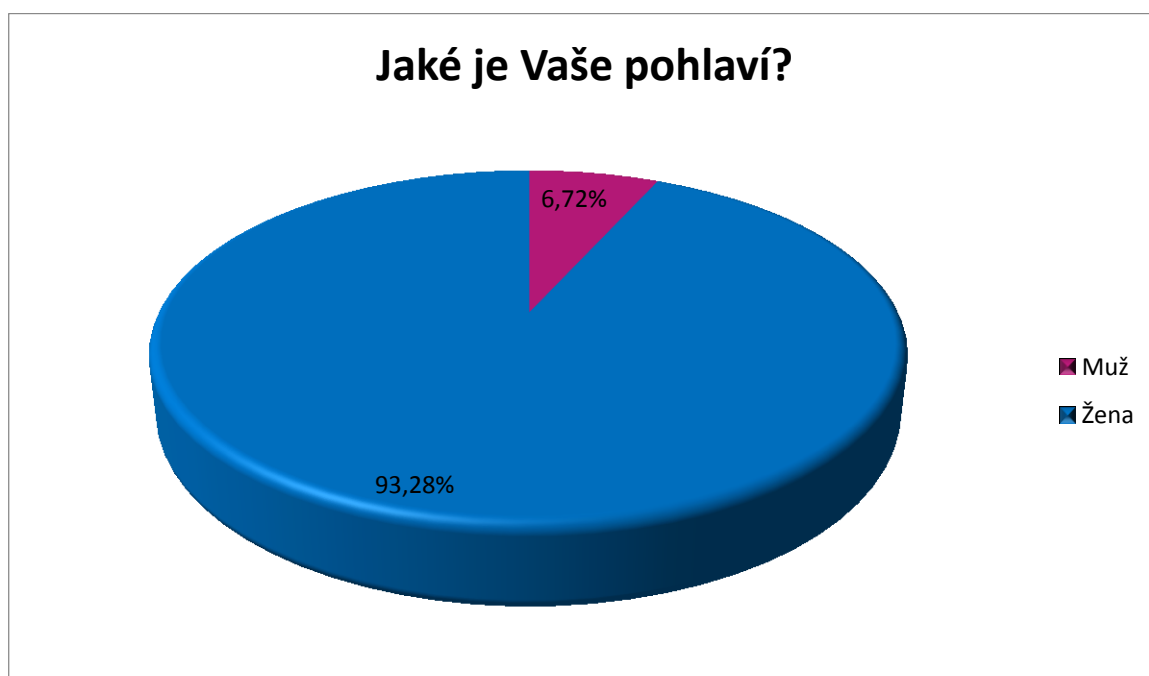
5 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1 – Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	111	93,28 %
Muž	8	6,72 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 1 – Pohlaví



Komentář:

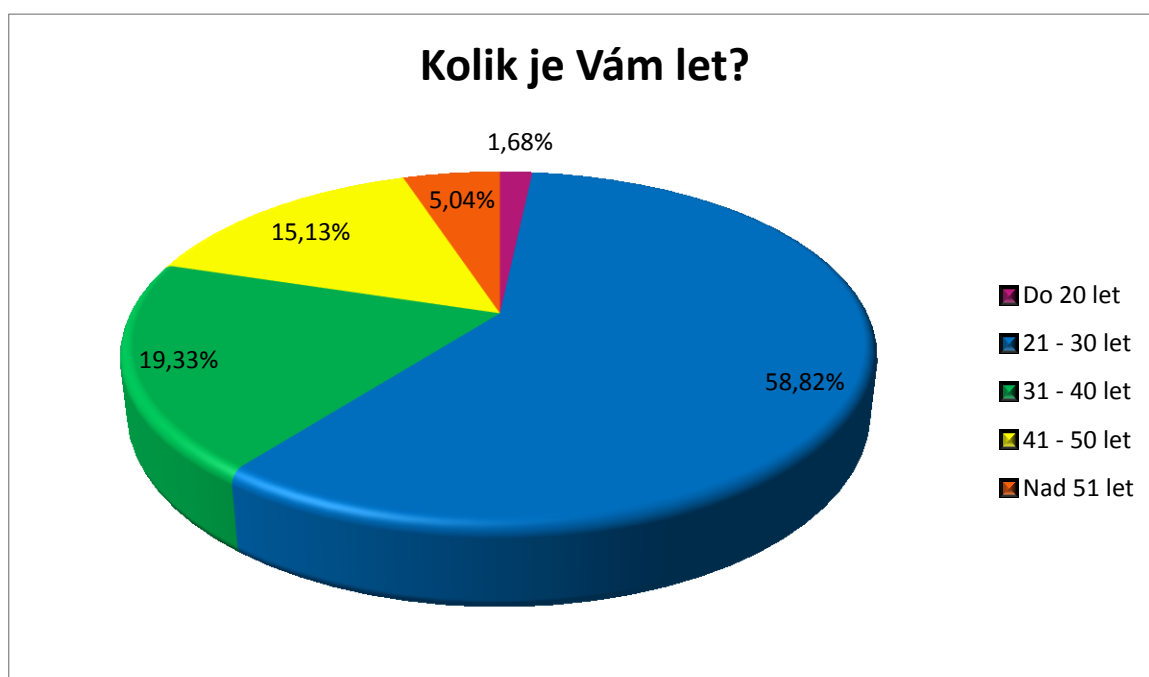
Tato otázka byla zaměřená na zjištění pohlaví respondentů. Z celkového počtu 119 respondentů se do dotazníkového šetření zapojilo 111 žen (93,28 %) a 8 mužů (6,72 %). Je tedy patrné, že ve výzkumu převažuje převážně ženské pohlaví.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tabulka č. 2 – Věk

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20 let	2	1,68 %
21 – 30 let	70	58,82 %
31 – 40 let	23	19,33 %
41 – 50 let	18	15,13 %
Nad 51 let	6	5,04 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 2 – Věk

**Komentář:**

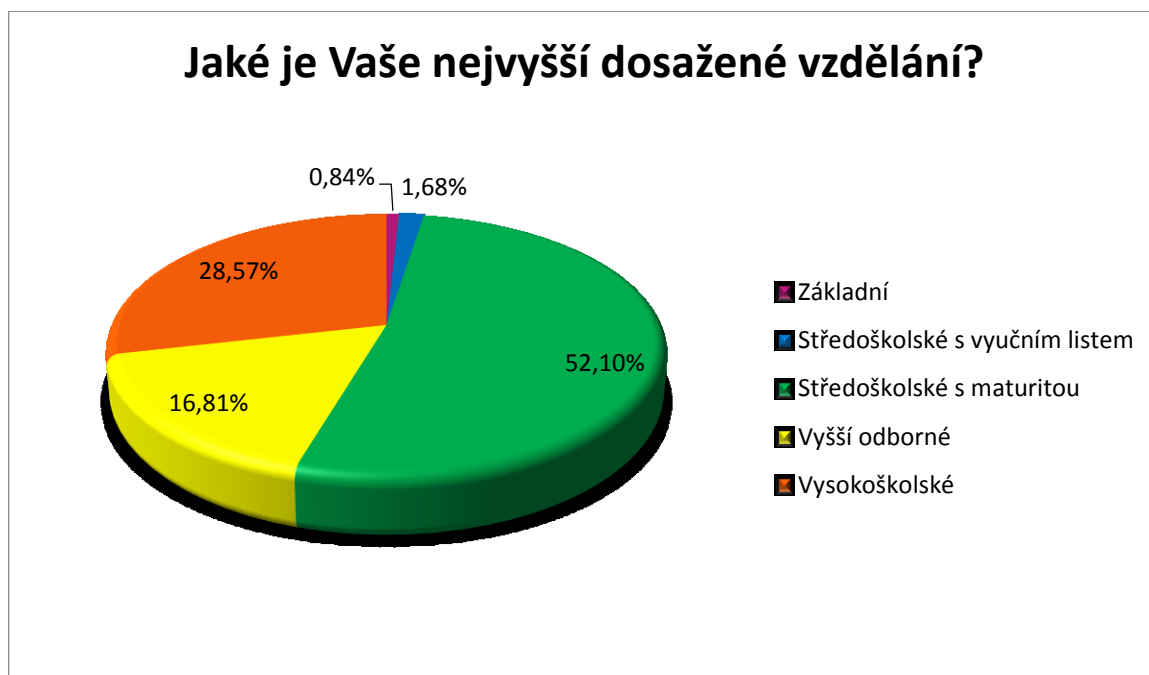
Otázka byla zaměřená na zjištění věku všech respondentů. Z celkového počtu 119 respondentů bylo 70 respondentů (58,82 %) ve věku od 21 do 30 let, 23 respondentů (19,33 %) ve věku od 31 do 40 let, 18 respondentů (15,13 %) ve věku od 41 do 50 let, 6 respondentů (5,04 %) ve věku nad 51 let a pouze 2 respondenti (1,68 %) ve věku do 20 let. Byly tedy zastoupeny všechny věkové kategorie.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	1	0,84 %
Středoškolské s výučním listem	2	1,68 %
Středoškolské s maturitou	62	52,10 %
Vyšší odborné	20	16,81 %
Vysokoškolské	34	28,57 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

**Komentář:**

Tato otázka nám ukazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Celkem 62 respondentů (52,10 %) má vystudovanou střední školu s maturitou, 34 respondentů (28,57 %) vystudovalo vysokou školu, 20 respondentů (16,81 %) má vyšší odborné vzdělání, 2 respondenti (1,68 %) mají středoškolské vzdělání s výučním listem a 1 respondent (0,84 %) má vzdělání základní.

Otázka č. 4: Jaká je Vaše pracovní pozice?

Tabulka č. 4 – Pracovní pozice

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Všeobecná sestra	71	59,66 %
Praktická sestra	35	29,42 %
Ošetřovatel/ka, sanitář/ka	13	10,92 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 4 – Pracovní pozice

**Komentář:**

Tato otázka nám sdělila, jakou pracovní pozici respondenti mají. Celkem 71 respondentů (59,66 %) pracuje na pozici všeobecné sestry, 35 respondentů (29,42 %) na pozici praktické sestry a 13 respondentů (10,92 %) pracuje na pozici jako ošetřovatel či ošetřovatelka/sanitář či sanitářka.

Otázka č. 5: Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 5 let	66	55,46 %
6 – 10 let	19	15,97 %
11 – 20 let	16	13,45 %
21 – 30 let	12	10,08 %
Déle než 31 let	6	5,04 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví

**Komentář:**

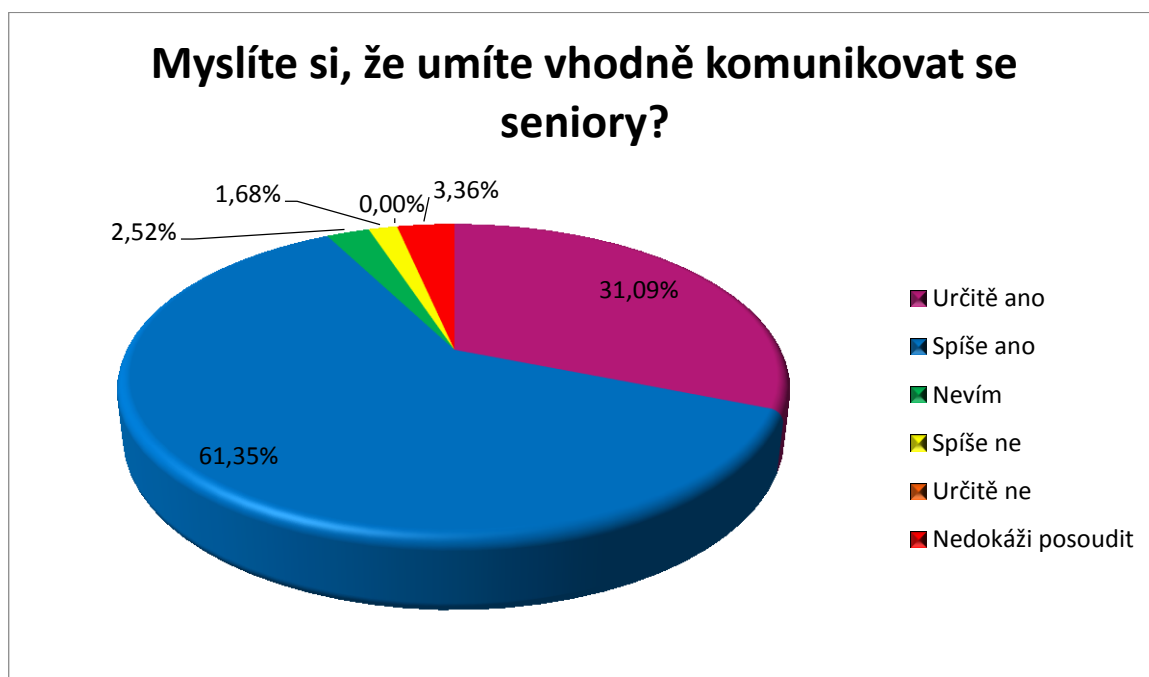
Otázka byla zaměřena na zjištění délky praxe ve zdravotnictví. 66 respondentů (55,46 %) uvedlo délku praxe ve zdravotnictví menší než 5 let, 19 respondentů (15,97 %) má praxi mezi 6 – 10 lety, 16 respondentů (13,45 %) uvedlo praxi mezi 11 – 20 lety, 12 respondentů (10,08 %) má praxi mezi 21 – 30 lety a 6 respondentů (5,04 %) uvedlo praxi delší než 31 let.

Otázka č. 6: Myslíte si, že umíte vhodně komunikovat se seniory?

Tabulka č. 6 – Hodnocení svých komunikačních dovedností

Hodnocení svých komunikačních dovedností	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	37	31,09 %
Spíše ano	73	61,35 %
Nevím	3	2,52 %
Spíše ne	2	1,68 %
Určitě ne	0	0,00 %
Nedokáží posoudit	4	3,36 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 6 – Hodnocení svých komunikačních dovedností

**Komentář:**

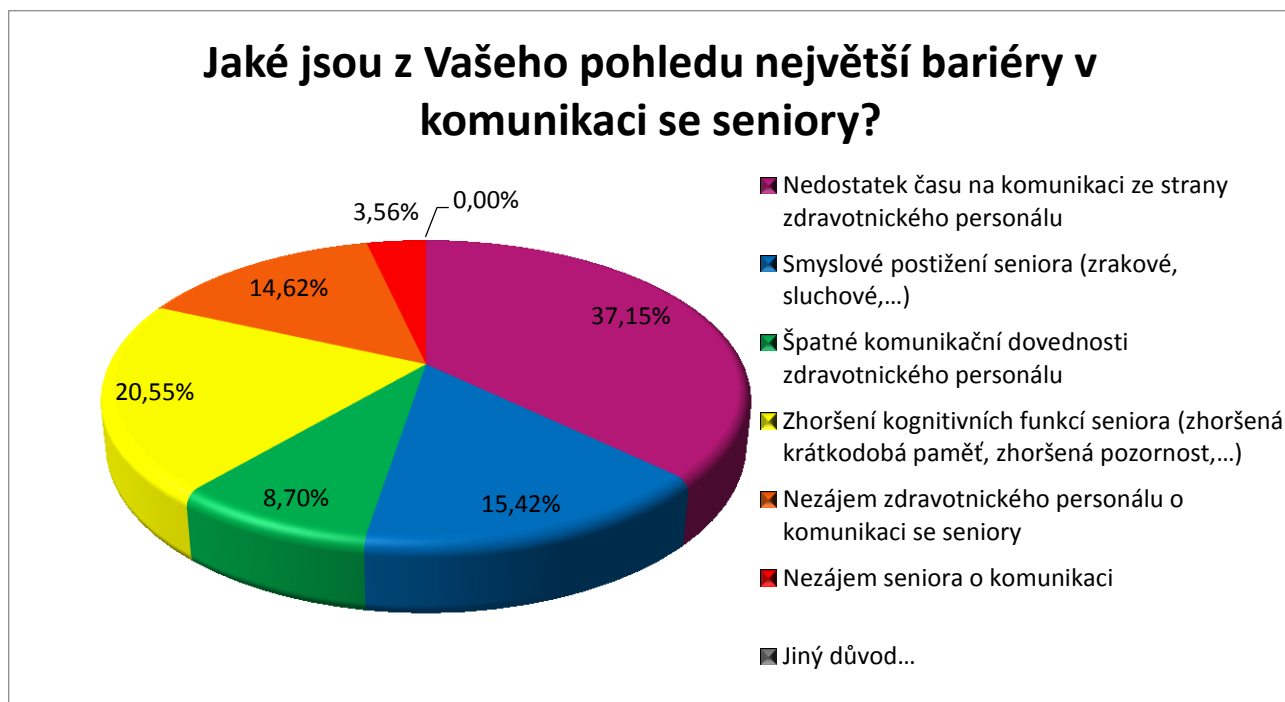
Díky této otázce jsme mohli zjistit, jak NLZP hodnotí své vlastní komunikační dovednosti. Celkem 73 respondentů (61,35 %) uvedlo odpověď „spíše ano“ a 37 respondentů (31,09 %) uvedlo odpověď „určitě ano“. Dále 4 respondenti (3,36 %) uvedli, že nedokáží posoudit, zda umí vhodně komunikovat, 3 respondenti (2,52 %) uvedli, že neví a 2 respondenti (1,68 %) označili odpověď „spíše ne“. Pouze odpověď „určitě ne“ neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 7: Jaké jsou z Vašeho pohledu největší bariéry v komunikaci se seniory?

Tabulka č. 7 – Bariéry v komunikaci

Bariéry v komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času na komunikaci ze strany zdravotnického personálu	94	37,15 %
Smyslové postižení seniora (zrakové, sluchové,...)	39	15,42 %
Špatné komunikační dovednosti zdravotnického personálu	22	8,70 %
Zhoršení kognitivních funkcí seniora (zhoršená krátkodobá paměť, zhoršená pozornost,...)	52	20,55 %
Nezájem zdravotnického personálu o komunikaci se seniory	37	14,62 %
Nezájem seniora o komunikaci	9	3,56 %
Jiný důvod...	0	0,00 %
Celkem	253	100,00 %

Graf č. 7 – Bariéry v komunikaci



Komentář:

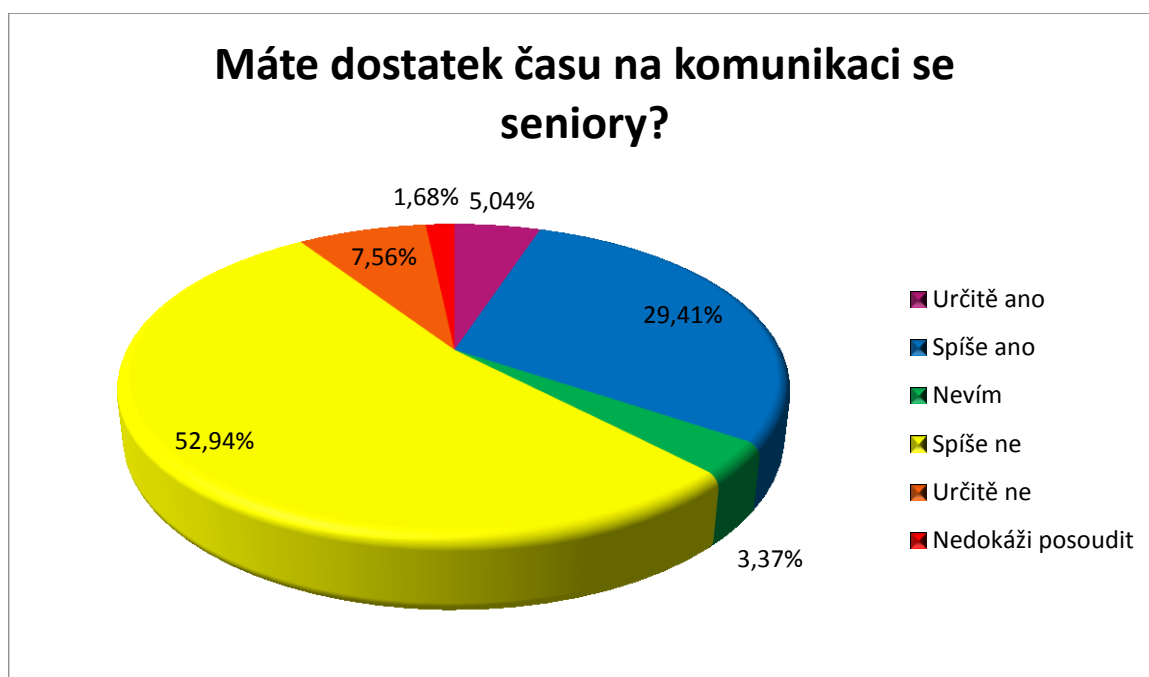
Tahle otázka byla zaměřena na zjištění největších komunikačních bariér z pohledu NLZP. Otázka umožňovala zvolení více možných odpovědí současně. Z celkového počtu 253 odpovědí bylo nejčastěji zvoleno 94 odpovědí (37,15 %), které za největší komunikační bariéru udávají nedostatek času na komunikaci ze strany zdravotnického personálu. Z toho tedy vyplývá, že časová vytiženost personálu je stále velmi aktuální. 52 odpovědí (20,55 %) udává zhoršení kognitivních funkcí seniora, 39 odpovědí (15,42 %) smyslové postižení seniora, 37 odpovědí (14,62 %) nezájem zdravotnického personálu o komunikaci se seniory, 22 odpovědí (8,70 %) špatné komunikační dovednosti zdravotnického personálu a 9 odpovědí (3,56 %) nezájem seniora o komunikaci. Jiný důvod nebyl označen ani jednou.

Otázka č. 8: Máte dostatek času na komunikaci se seniory?

Tabulka č. 8 – Dostatek času na komunikaci

Dostatek času na komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	6	5,04 %
Spíše ano	35	29,41 %
Nevím	4	3,37 %
Spíše ne	63	52,94 %
Určitě ne	9	7,56 %
Nedokáži posoudit	2	1,68 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 8 – Dostatek času na komunikaci

**Komentář:**

Pomocí této otázky se ukázalo, až do jaké míry je aktuální problém časové vyčerpání zdravotnického personálu, která byla v předchozí otázce označena za největší bariéru v komunikaci mezi NLZP a seniorem. Více než polovina respondentů ze 119 dotázaných, což je přesně 63 respondentů (52,94 %), uvedla, že spíše nemá dostatek času na komunikaci se seniory. 35 respondentů (29,41 %) odpovědělo, že spíše dostatek času na komunikaci má. Dále 9 respondentů (7,56 %) uvedlo, že určitě nemá dostatek času

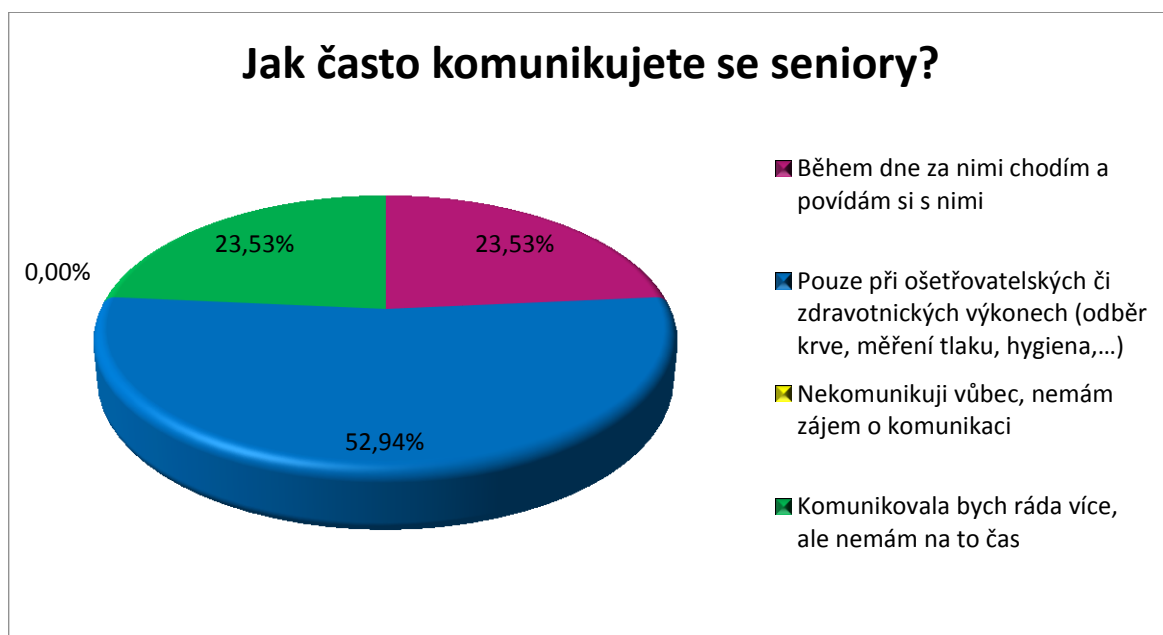
na komunikaci, a naopak 6 respondentů (5,04 %) sdělilo, že dostatek času určitě má. 4 respondenti (3,37 %) uvedli, že neví, a 2 respondenti (1,68 %) uvedli, že to nedokáží posoudit.

Otázka č. 9: Jak často komunikujete se seniory?

Tabulka č. 9 – Častost komunikace se seniory

Častost komunikace se seniory	Absolutní četnost	Relativní četnost
Během dne za nimi chodím a povídám si s nimi	28	23,53 %
Pouze při ošetřovatelských či zdravotnických výkonech (odběr krve, měření tlaku, hygiena,...)	63	52,94 %
Nekomunikuji vůbec, nemám zájem o komunikaci	0	0,00 %
Komunikovala bych ráda více, ale nemám na to čas	28	23,53 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 9 – Častost komunikace se seniory

**Komentář:**

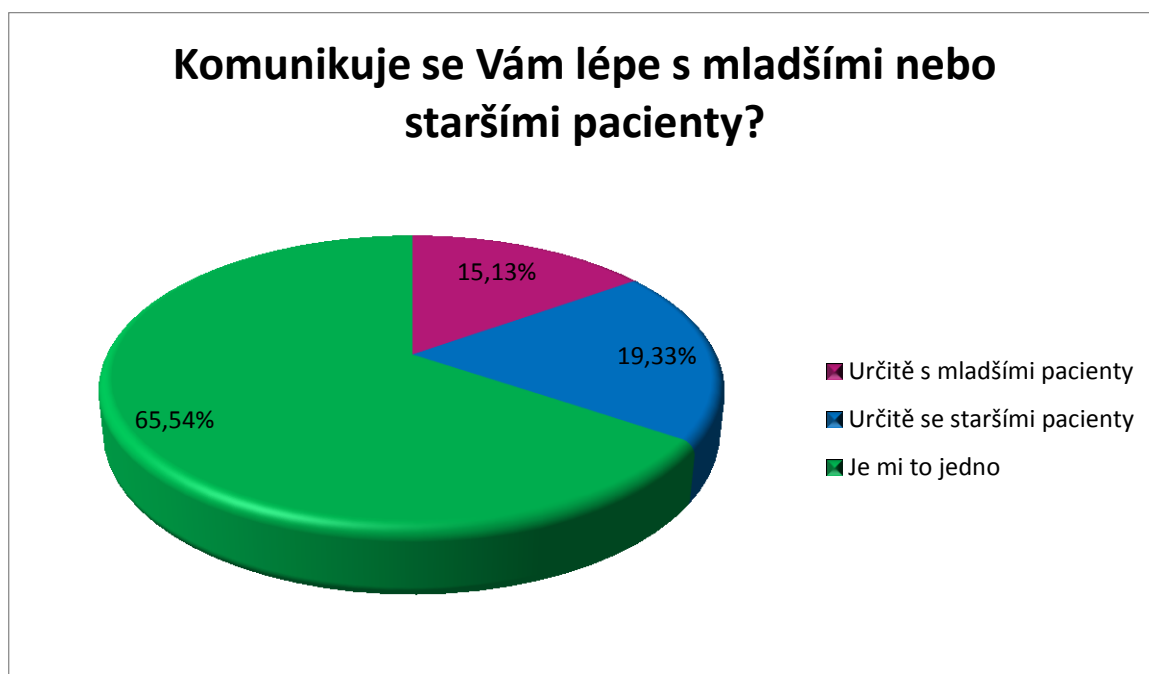
Otázka se zaměřila na to, jak často NLZP se seniory komunikuje. Celkem 63 respondentů (52,94 %) uvedlo, že se seniory nejčastěji komunikují pouze při ošetřovatelských či zdravotnických výkonech. Stejný počet respondentů – 28 (23,53 %) sdělilo, že buď za nimi během dne chodí a povídají si s nimi, anebo že by komunikovali rádi, ale nemají na to dostatek času. Odpověď, že nekomunikují vůbec či nemají zájem o komunikaci, neoznačil žádný z respondentů

Otázka č. 10: Komunikuje se Vám lépe s mladšími nebo staršími pacienty?

Tabulka č. 10 – Preferování určité věkové skupiny I.

Preferování určité věkové skupiny I.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě s mladšími pacienty	18	15,13 %
Určitě se staršími pacienty	23	19,33 %
Je mi to jedno	78	65,54 %
Celkem	119	100 %

Graf č. 10 – Preferování určité věkové skupiny I.

**Komentář:**

Hlavním úkolem této otázky bylo zjistit, zda NLZP preferuje komunikaci s mladšími či staršími pacienty. 78 respondentů (65,54 %) uvedlo, že nepreferují žádnou věkovou kategorii. 23 respondentů (19,33 %) preferuje komunikaci se staršími pacienty a naopak 18 respondentů (15,13 %) preferuje komunikaci s mladšími pacienty.

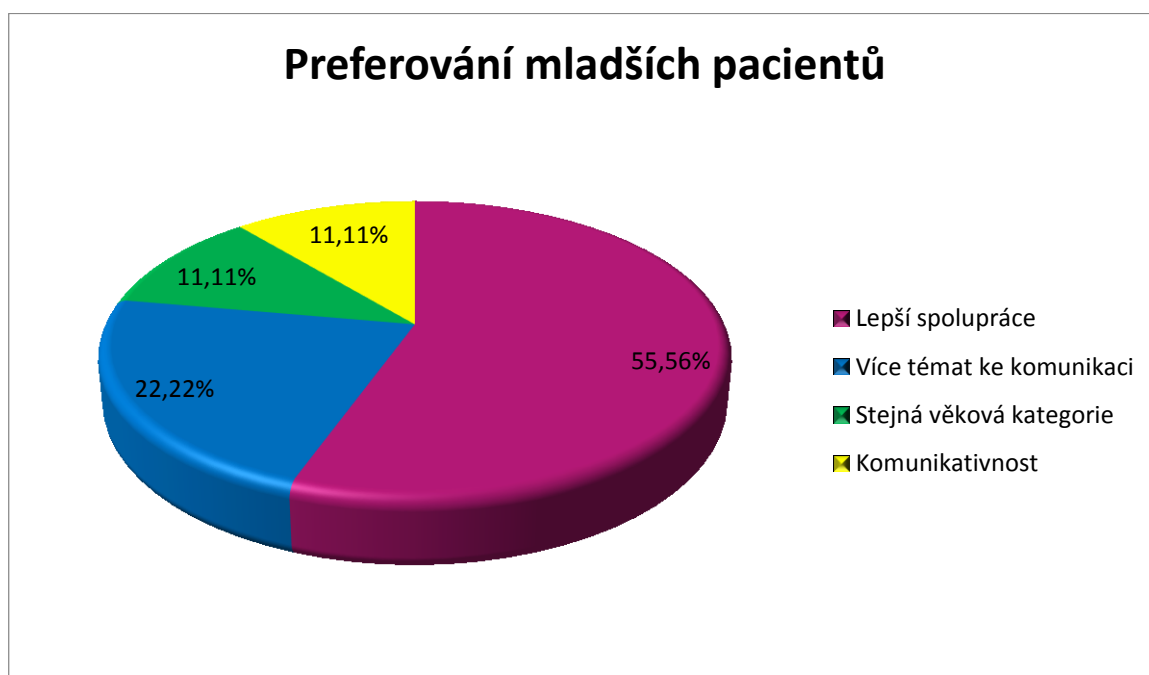
Otázka č. 11: Pokud preferujete věkově mladší nebo věkově starší, prosím, stručně uveďte důvod Vaší odpovědi v otázce č. 10.

Tato otázka sloužila ke zjištění důvodů, proč NLZP preferuje buď starší, či mladší pacienty. Respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že preferují buď komunikaci s mladšími, či staršími pacienty, měli uvést důvod jejich odpovědi. Celkem tedy odpovědělo 43 respondentů. Odpovědi byly pro přehlednost rozděleny do dvou tabulek a do dvou grafů – preferování mladších a starších pacientů.

Tabulka č. 11a – Preferování mladších pacientů

Preferování mladších pacientů		Absolutní četnost	Relativní četnost
Mladší pacienti	Lepší spolupráce	10	55,56 %
	Více společných témat ke komunikaci	4	22,22 %
	Stejná věková kategorie	2	11,11 %
	Komunikativnost	2	11,11 %
Celkem		18	100,00 %

Graf č. 11a – Preferování mladších pacientů



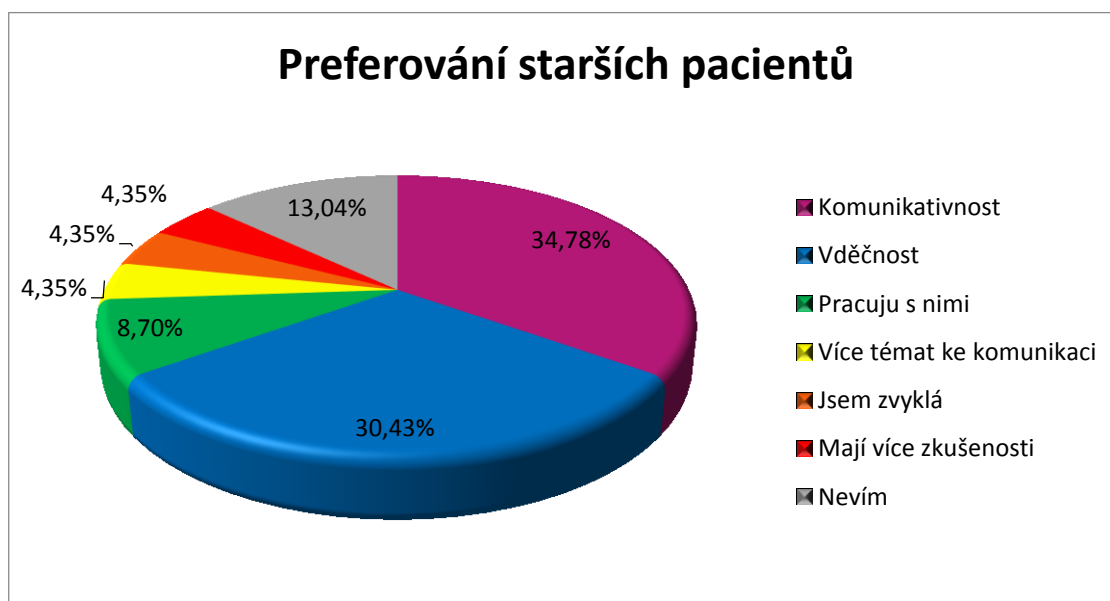
Komentář:

Celkem 10 respondentů (55,56 %) uvádí, že hlavním důvodem, proč preferují mladší pacienty, je lepší spolupráce s nimi. Dalším důvodem, který respondenti uvedli celkem 4krát (22,22 %) je ten, že mají více společných témat ke komunikaci. Stejný počet respondentů – 2 (11,11 %) udává, že dalším důvodem je buď stejná věková kategorie, anebo komunikativnost mladších pacientů.

Tabulka č. 11b – Preferování starších pacientů

Preferování starších pacientů		Absolutní četnost	Relativní četnost
Starší pacienti	Komunikativnost	8	34,78 %
	Vděčnost	7	30,43 %
	Pracuju s nimi	2	8,70 %
	Více témat ke komunikaci	1	4,35 %
	Jsem zvyklá	1	4,35 %
	Mají více zkušenosti	1	4,35 %
	Nevím	3	13,04 %
Celkem		23	100,00 %

Graf č. 11b – Preferování starších pacientů



Komentář:

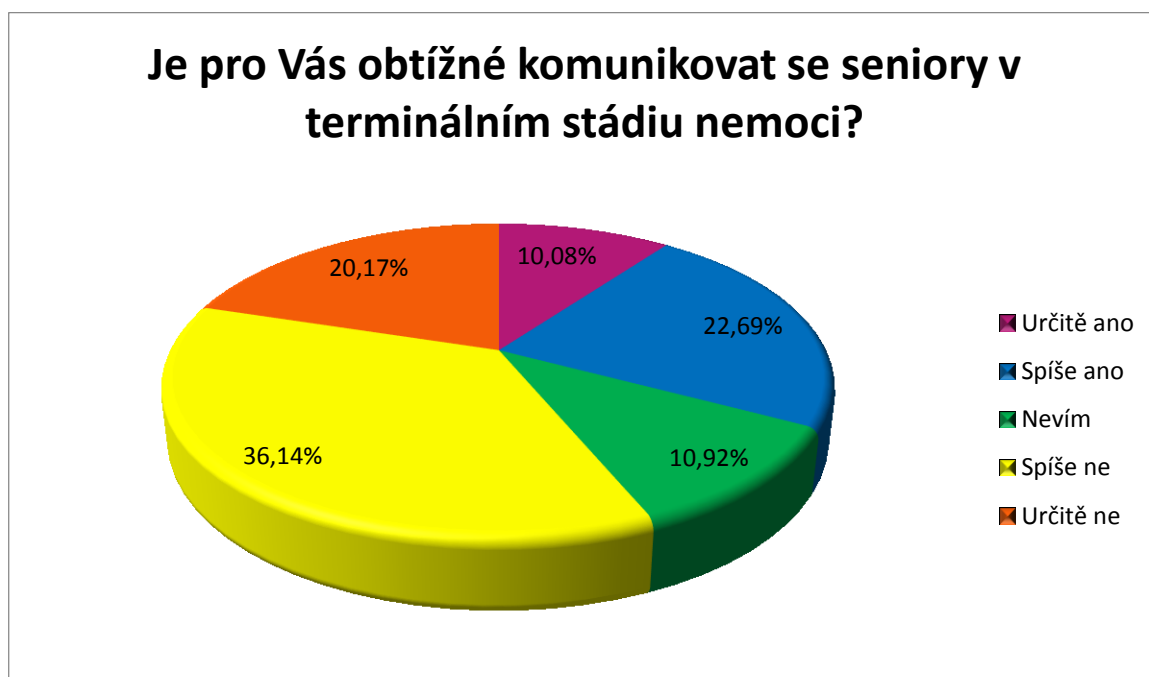
Za hlavní důvod preferování komunikace se staršími pacienty uvedlo 8 respondentů (34,78 %) komunikativnost starších pacientů. Dále pro 7 respondentů (30,43 %) je hlavním důvodem vděčnost starších pacientů. 3 respondenti (13,04 %) uvedli, že neví důvod jejich odpovědi. 2 respondenti (8,70 %) uvedli jako důvod to, že s nimi každodenně pracují. Stejný počet respondentů – 1 (4,35 %) udává buď to, že mají více společných témat ke komunikaci, dále že jsou zvyklí, anebo že starší pacienti mají více zkušeností.

Otázka č. 12: Je pro Vás obtížné komunikovat se seniory v terminálním stádiu nemoci?

Tabulka č. 12 – Senioři v terminálním stádiu I.

Senioři v terminálním stádiu nemoci I.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	12	10,08 %
Spíše ano	27	22,69 %
Nevím	13	10,92 %
Spíše ne	43	36,14 %
Určitě ne	24	20,17 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 12 – Senioři v terminálním stádiu nemoci I.



Komentář:

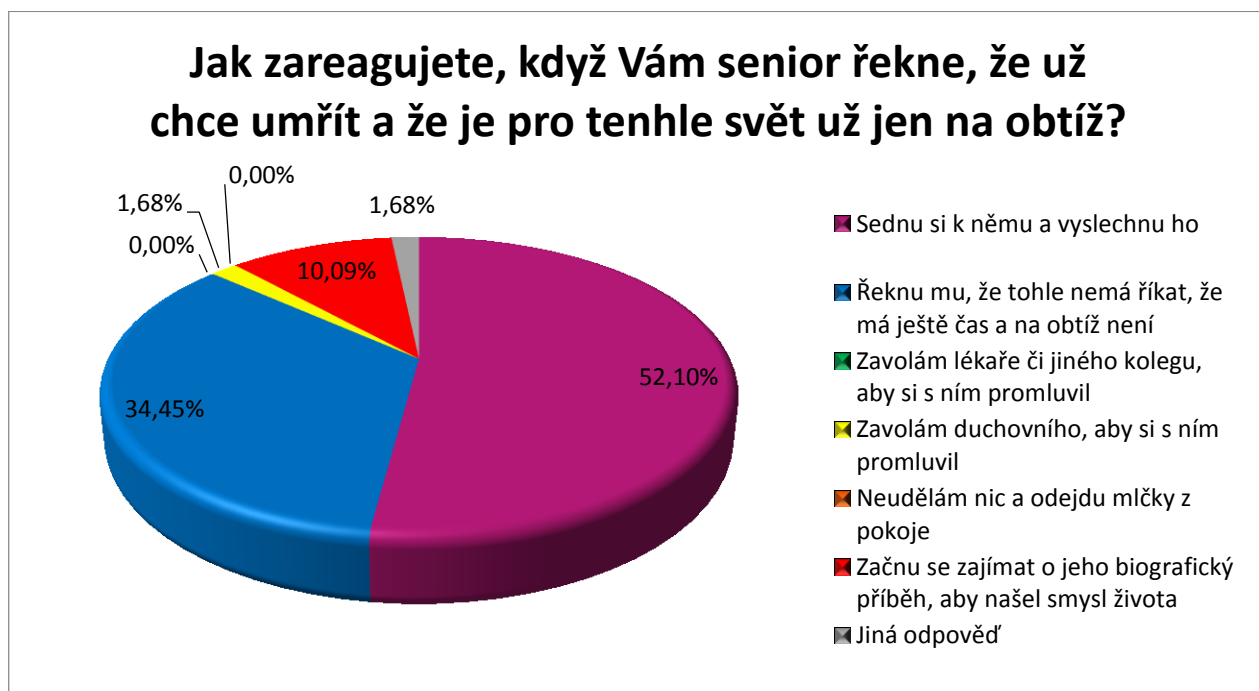
Tato otázka měla za úkol zjistit, zda péče o seniory v terminálním stádiu může způsobit komunikační bariéru mezi zdravotnickým personálem a seniorem. Celkem 43 respondentů (36,14 %) uvedlo v této otázce odpověď „spíše ne“. 27 respondentů (22,69 %) označilo odpověď „spíše ano“, 24 respondentů odpověď „určitě ne“ a 12 respondentů (10,08 %) odpověď „určitě ano“. 13 respondentů (10,92 %) uvedlo, že neví.

Otázka č. 13: Jak zareagujete, když Vám senior řekne, že už chce umřít a že je pro tenhle svět už jen na obtíž?

Tabulka č. 13 – Senioři v terminálním stádiu nemoci II.

Senioři v terminálním stádiu nemoci II.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sednu si k němu a vyslechnu ho	62	52,10 %
Řeknu mu, že tohle nemá říkat, že má ještě čas a na obtíž není	41	34,45 %
Zavolám lékaře či jiného kolegu, aby si s ním promluvil	0	0,00 %
Zavolám duchovního, aby si s ním promluvil	2	1,68 %
Neudělám nic a odejdu mlčky z pokoje	0	0,00 %
Začnu se zajímat o jeho biografický příběh, aby našel smysl života	12	10,09 %
Jiná odpověď...	2	1,68 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 13 – Senioři v terminálním stádiu nemoci II.



Komentář:

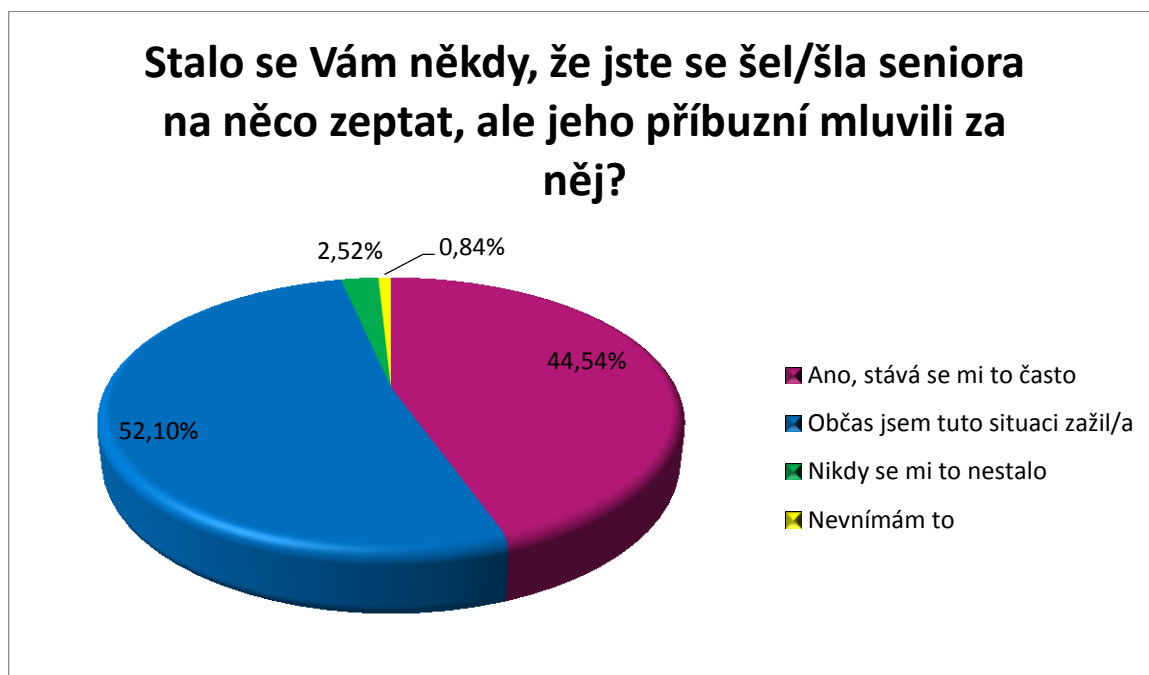
Hlavním cílem otázky bylo zjistit reakce NLZP na to, že senior jim sdělí, že už chce umřít a že je pro svět jen na obtíž. Více než polovina dotázaných – 62 respondentů (52,10 %), uvedla, že si k seniorovi sedne a vyslechne ho. 41 respondentů (34,45 %) mu řekne, že tohle nemá říkat, že má ještě čas a na obtíž není. 12 respondentů (10,09 %) se začne zajímat o jeho biografický příběh, aby našel smysl života, a 2 respondenti (1,68 %) zavolají duchovního, aby si s ním promluvil. Odpověď, že neudělám nic a odejdu mlčky z pokoje, neuvedl žádný z respondentů. 2 respondenti (1,68 %) napsali jiný důvod a to ten, že se jim tato situace ještě nikdy nestala.

Otázka č. 14: Stalo se Vám někdy, že jste se šel/šla seniora na něco zeptat, ale jeho příbuzní mluvili za něj?

Tabulka č. 14 – Zasahování příbuzných do komunikace I.

Zasahování příbuzných do komunikace I.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, stává se mi to často	53	44,54 %
Občas jsem tuto situaci zažil/a	62	52,10 %
Nikdy se mi to nestalo	3	2,52 %
Nevnímám to	1	0,84 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 14 – Zasahování příbuzných do komunikace I.



Komentář:

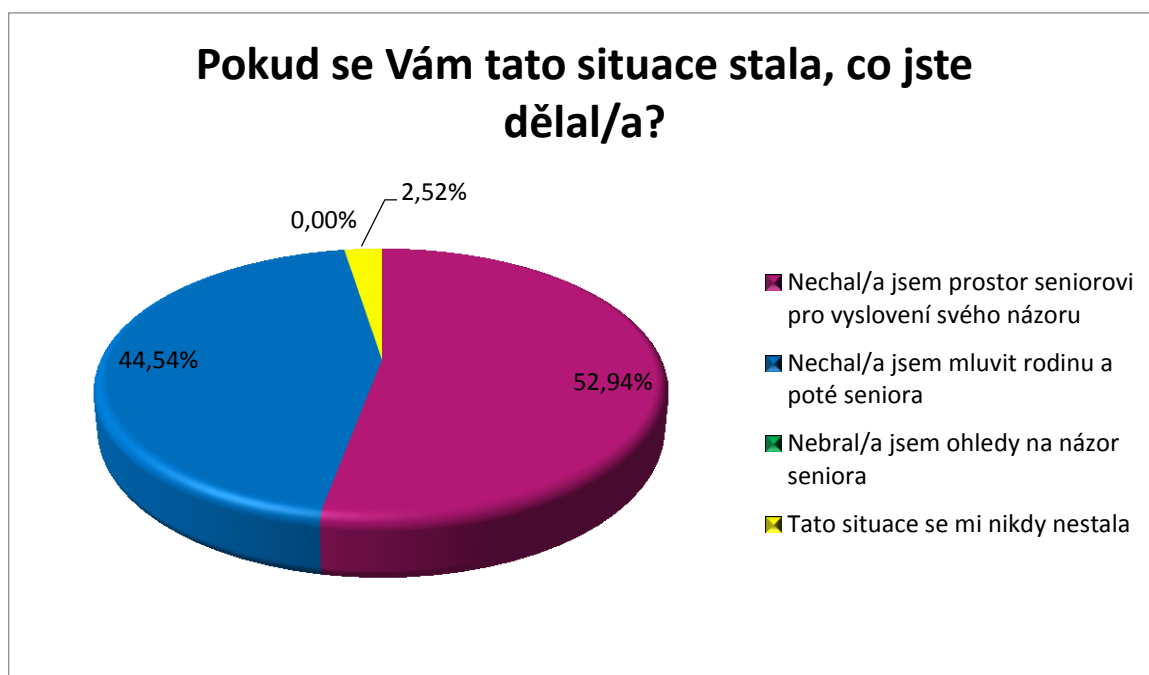
Hlavním úkolem této otázky bylo zjistit, zda rodina určitým způsobem zasahuje do komunikace mezi zdravotnickým personálem a seniorem. 62 respondentů (52,10 %) uvedlo, že tuto situaci občas zažili a 53 respondentů (44,54 %) sdělilo, že se jim tato situace stává často. 3 respondenti (2,52 %) uvedli, že se jim tato situace nikdy nestala a 1 respondent (0,84 %) uvedl, že to nevnímá.

Otázka č. 15: Pokud se Vám tato situace stala, co jste dělal/a?

Tabulka č. 15 – Zasahování příbuzných do komunikace II.

Zasahování příbuzných do komunikace II.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nechal/a jsem prostor seniorovi pro vyslovení svého názoru	63	52,94 %
Nechal/a jsem mluvit rodinu a poté seniora	53	44,54 %
Nebral/a jsem ohledy na názor seniora	0	0,00 %
Tato situace se mi nikdy nestala	3	2,52 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 15 – Zasahování příbuzných do komunikace II.

**Komentář:**

Otázka nám sdělila reakce NLZP na zasahování rodinných příslušníků do komunikace. Celkem 63 respondentů (52,94 %) uvedlo, že jako první nechá prostor seniorovi pro vyslovení svého názoru a naopak 53 respondentů (44,54 %) nechá jako první prostor rodině a poté seniorovi. 3 respondenti (2,52 %) sdělili, že se jim tato situace nikdy nestala. Žádný z respondentů neoznačil odpověď, že by nebral ohledy na názor seniora.

Otázka č. 16: Dělá Vám problém komunikovat s pacientem se smyslovým postižením (zrakovým, sluchovým,...)?

Tabulka č. 16 – Smyslové postižení

Smyslové postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	4,20 %
Spíše ano	16	13,45 %
Nevím	8	6,72 %
Spíše ne	57	47,90 %
Určitě ne	33	27,73 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 16 – Smyslové postižení



Komentář:

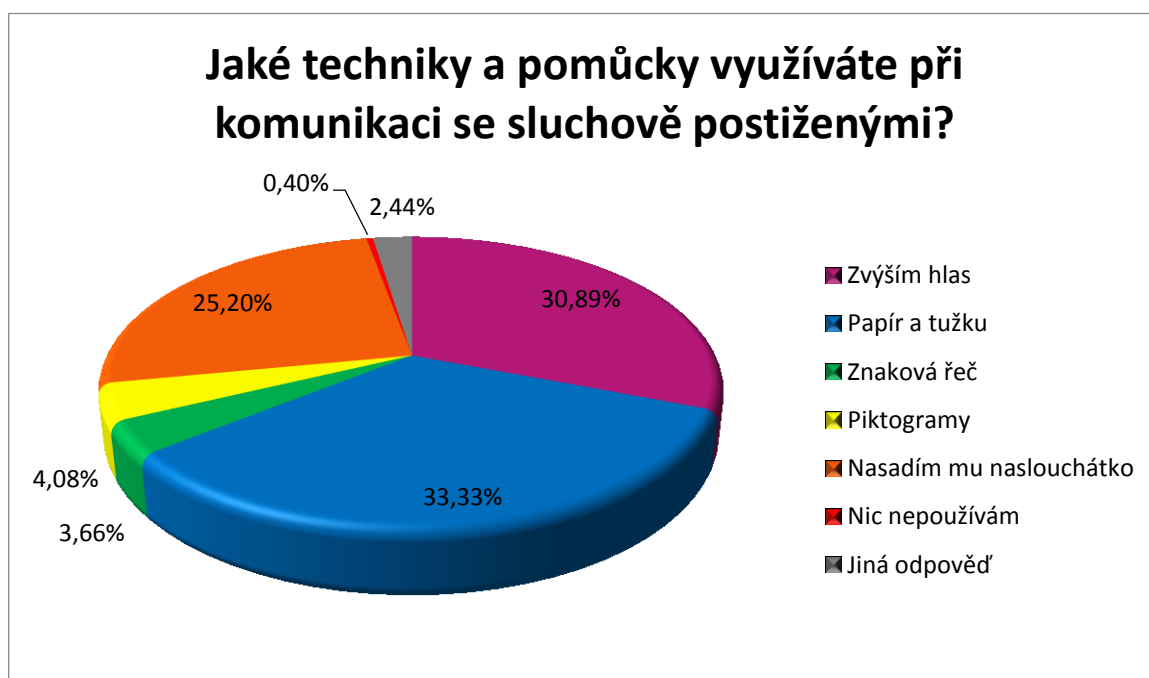
Tato otázka měla za úkol zjistit komunikační dovednosti NLZP při komunikaci se seniory, kteří trpí smyslovým postižením (zrakovým, sluchovým,...). 57 respondentů (57,90 %) uvedlo, že problém komunikovat spíše nemá a 33 respondentů (27,73 %) uvedlo, že problém nemá určitě. Dále 16 respondentů (13,45 %) sdělilo, že tento problém v komunikaci spíše má a 5 respondentů (4,20 %) sdělilo, že určitě má tenhle problém. Zbýlých 8 respondentů (6,72 %) uvedlo, že neví.

Otázka č. 17: Jaké techniky a pomůcky využíváte při komunikaci se sluchově postiženými?

Tabulka č. 17 – Sluchové postižení

Sluchové postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zvýším hlas	76	30,89 %
Papír a tužku	82	33,33 %
Znaková řeč	9	3,66 %
Piktogramy	10	4,08 %
Nasadím mu naslouchátko	62	25,20 %
Nic nepoužívám	1	0,40 %
Jiná odpověď	6	2,44 %
Celkem	246	100 %

Graf č. 17 – Sluchové postižení



Komentář:

Hlavním cílem této otázky bylo zjistit nepoužívanější techniky a pomůcky při komunikaci se sluchově postiženými. Nejvíce používané pomůcky v komunikaci mezi NLZP a sluchově postiženými podle 82 odpovědí (33,33 %) jsou papír a tužka. 76 odpovědí (30,89 %) uvedlo zvýšení hlasu a 62 odpovědí (25,20 %) nasazení naslouchátka. Využití piktogramů uvedlo 10 odpovědí (4,08 %) a použití znakové řeči

9 odpovědí (3,66 %). Jiná odpověď byla označena přesně 6 krát (2,44 %) – přepisy odpovědí jsou uvedeny níže. 1 odpověď (0,40 %) byla označena na nepoužívání žádných pomůcek a technik.

Přepis odpovědí v položce „Jiná odpověď...“:

- Více artikuluji, ale hlas nezvyšuji, a poté doporučím naslouchátko.
- Jednám individuálně a poté zvolím nejvhodnější prostředek.
- Pokud neslyší vůbec, tak využívám papír a tužku.
- Hovořím u ucha, na které lépe slyší.
- Navážu oční kontakt a poté malinko zvýším hlas.
- Nešetkala jsem se se situací.

Otázka č. 18: Co je podle Vás největší chybou ze strany personálu při komunikaci se zrakově postiženým?

Tabulka č. 18 – Zrakové postižení

Zrakové postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepředstavení se a neoslovení seniora jeho jménem	26	21,85 %
Neinformování o výkonech, které jdeme provádět	82	68,90 %
Nerozloučení se při odchodu	4	3,37 %
Jiná odpověď	7	5,88 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 18 – Zrakové postižení



Komentář:

Otázka zjišťovala, co považuje NLZP za největší chybu ze strany personálu při komunikaci se zrakově postiženými. Více než polovina respondentů – 82 (8,90 %) uvedla, že největší chybou je neinformování o výkonech, které jdeme provádět. Nepředstavení se a neoslovení seniora jeho jménem je největší chybou pro 26 respondentů (21,85 %).

7 respondentů uvedlo jinou odpověď – přepisy odpovědí jsou uvedeny níže. 4 respondenti (3,37 %) označili za největší chybu nerozloučení se při odchodu.

Přepis odpovědí v položce „Jiná odpověď...“:

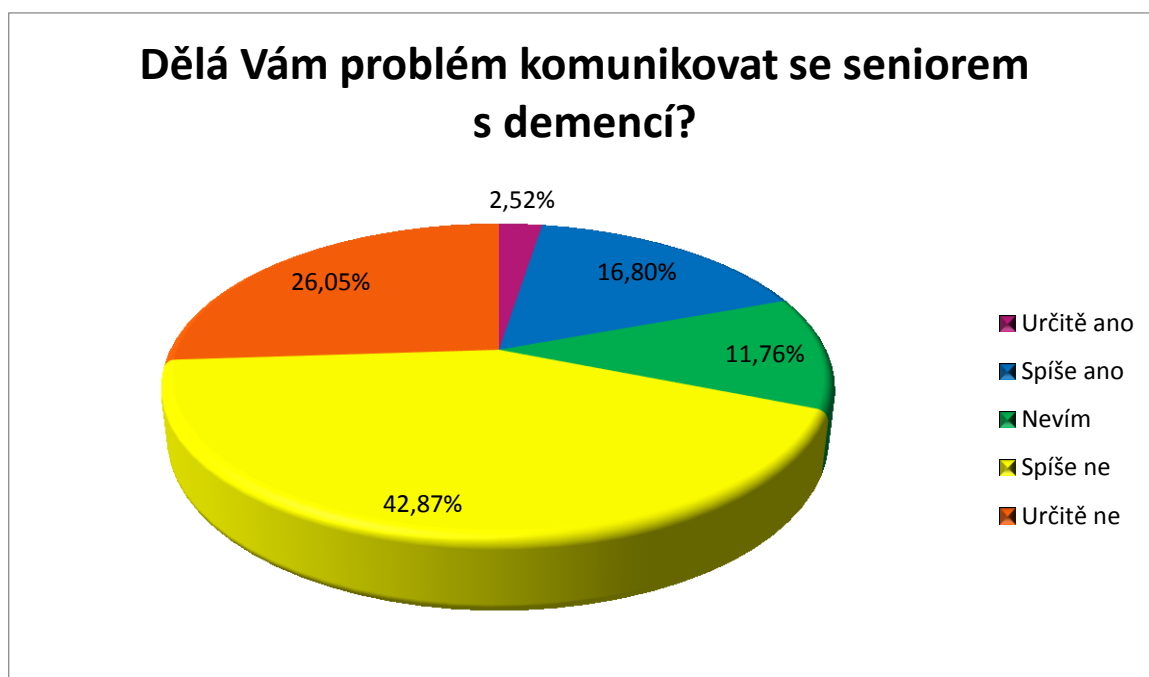
- Vše, co je uvedené je špatně. (4x)
- Nedostatek empatie!
- Nesetkala jsem se se zrakově postiženým pacientem.
- Nevím.

Otázka č. 19: Dělá Vám problém komunikovat se seniorem s demencí?

Tabulka č. 19 – Demence

Demence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	3	2,52 %
Spíše ano	20	16,80 %
Nevím	14	11,76 %
Spíše ne	51	42,87 %
Určitě ne	31	26,05 %
Celkem	119	100 %

Graf č. 19 – Demence

**Komentář:**

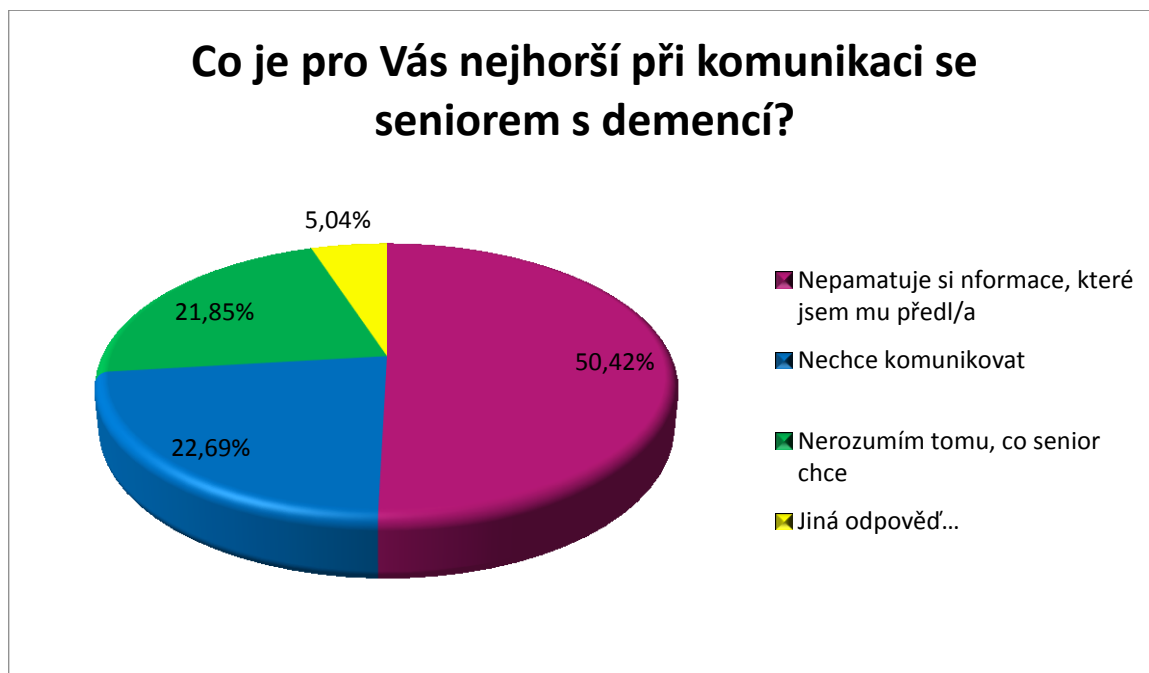
Tato otázka měla za úkol zjistit komunikační dovednosti NLZP při komunikaci se seniory, kteří trpí demencí. Odpověď „spíše ne“ uvedlo 51 respondentů (42,87 %) a 31 respondentů (26,05 %) sdělilo, že určitě nemá problém komunikovat se seniorem s demencí. 20 respondentů (16,80 %) uvedlo odpověď „spíše ano“. 14 respondentů (11,76 %) sdělilo, že neví, a 3 respondenti (2,52 %) označili odpověď, že určitě mají problém komunikovat se seniorem s demencí.

Otázka č. 20: Co je pro Vás nejhorší při komunikaci se seniorem s demencí?

Tabulka č. 20 – Problém při komunikaci u demence

Problém při komunikaci u demence	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nepamatuje si informace, které jsem mu předal/a	60	50,42 %
Nechce komunikovat	27	22,69 %
Nerozumím tomu, co senior chce	26	21,85 %
Jiná odpověď...	6	5,04 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 20 – Problém při komunikaci u demence

**Komentář:**

Otázka zjišťovala, co je pro NLZP nejhorší při komunikaci se seniorem s demencí. Polovina respondentů – 60 (50,42 %) uvedla, že nejhorší pro ně je, že si nepamatují informace, které jim byly předány. Pro 27 respondentů (22,69 %) je nejhorší, že senioři nechtějí komunikovat a pro 26 respondentů (21,85 %), že nerozumí tomu, co senior chce. Jinou odpověď uvedlo 6 respondentů (5,04 %).

Přepisy odpovědí v položce „Jiná odpověď“:

- Musí se s ním komunikovat tak, aby aspoň trochu rozuměl.

- Záleží na situace a jeho náladě.
- Ještě jsem se s tím nesetkala.
- Zkreslování podaných informací.
- Nevím.
- Nic.

Otázka č. 21: Všímate si při komunikaci se seniory neverbálních projevů?

Tabulka č. 21 – Neverbální projevy

Neverbální projevy	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	111	93,28 %
Ne	4	3,36 %
Nevím	4	3,36 %
Celkem	119	100 %

Graf č. 21 – Neverbální projevy

**Komentář:**

Tato otázka sloužila k odhalení komunikačních dovedností, díky kterým si při komunikaci se seniory všímají neverbálních projevů. Převážná většina, která je tvořena 111 respondenty (93,28 %) uvedla, že si všímají neverbálních projevů. Stejný počet respondentů – 4 (3,36 %) označil buď odpověď „ne“, anebo „nevím“.

Otázka č. 22: Napište, jak se podle Vás bude senior neverbálně projevovat, pokud bude mít bolesti?

Tabulka č. 22 – Neverbální projevy při bolesti

Neverbální projevy při bolesti	Absolutní četnost	Relativní četnost
Mimika (výraz ve tváři, bolestivé grimasy,...)	90	34,75 %
Vyhledávání úlevové polohy, změna polohy,...	37	14,29 %
Schvácenost, zkroucenost	11	4,25 %
Zvýšená gestikulace	4	1,54 %
Držení a ukazování bolestivého místa	22	8,49 %
Zvýšené FF	4	1,54 %
Křeče, třes	5	1,93 %
Změna chování – neklid, napětí, zmatenost, nervozita, nesoustředěnost	30	11,58 %
Špatný pohyb, pokrčená chůze	4	1,54 %
Sklon k delirantním stavům	1	0,39 %
Způsob řeči	1	0,39 %
Nezájem, nemluvnost, stranění	9	3,47 %
Pláč	15	5,79 %
Vzteky, agrese	5	1,93 %
Sténání, křik, povzdechy	12	4,64 %
Nechutenství	2	0,77 %
Nespavost	2	0,77 %
Sdělí nám to	2	0,77 %
Pocení	1	0,39 %
Celý se zakryje peřinou	1	0,39 %
Nevím	1	0,39 %
Celkem	259	100,00 %

Komentář:

Tato otázka byla otevřená a zjišťovala, zda NLZP dokáže rozpoznat u seniora bolest pomocí neverbálních projevů. Celkový počet uvedených odpovědí je 259. U této otázky nebyl použit graf z důvodu nepřehlednosti. Nejčastějším příznakem je podle 90 odpovědí (34,75 %) mimika, která zahrnuje výraz ve tváři, bolestivé grimasy, zatínání zubů, apod. Dalším nejčastějším příznakem je změna polohy, především tedy vyhledávání úlevové polohy, a tato odpověď byla označena 37 krát (14,29 %). 30 odpovědí (11,58 %) uvedlo změnu chování, která se projevuje neklidem, napětím, zmateností, nervozitou či nesoustředěností. 22 odpovědí (8,49 %) označilo držení a ukazování bolestivého místa. Dalším častým příznakem je dle 15 odpovědí (5,79 %) pláč a podle 12 odpovědí (4,64 %) sténání, křik a povzdechy. 11 odpovědí (4,25 %) dále uvedlo schvácenost a zkroucenost. Podle 9 odpovědí (3,47 %) se bolest bude projevovat nezájmem, nemluvností a straněním. 5 odpovědí (1,93 %) uvedlo buď křeč a třes, anebo vztek a agresi. 4 odpovědi (1,54 %) uvedly buď zvýšené fyziologické funkce, anebo špatný pohyb či pokrčenou chůzi. 2 odpovědi (0,77 %) uvádějí za příznak, že nám to sdělí pacient sám, dále nechutenství a nespavost. Příznaky, které byly uvedeny pouze 1krát (0,39 %) jsou: sklon k delirantním stavům, způsob řeči, pocení, celý se zakryje peřinou a nevím.

Otázka č. 23: Zúčastnila jste se někdy nějakého semináře či kurzu, který se zabýval komunikací?

Tabulka č. 23 – Vzdělávací akce

Vzdělávací akce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano (pokud ano, vyplňte pouze otázku č. 24)	51	42,86 %
Ne (pokud ne, vyplňte pouze otázku č. 25)	68	57,14 %
Celkem	119	100,00 %

Graf č. 23 – Vzdělávací akce



Komentář:

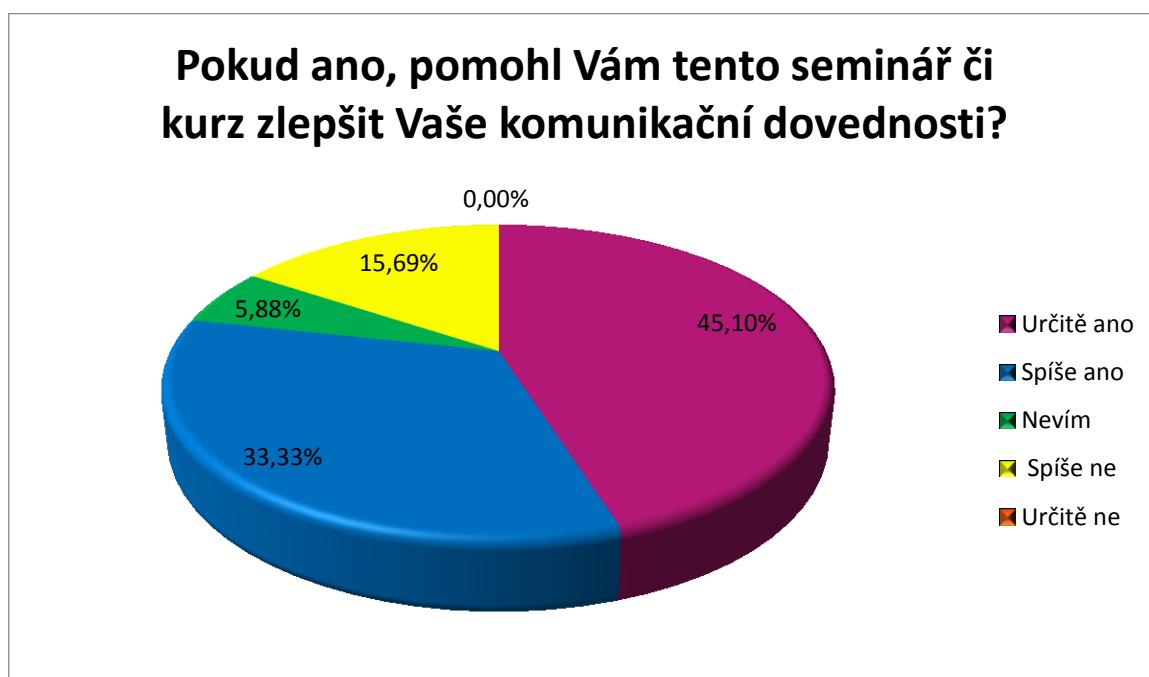
Hlavním cílem této otázky bylo zjistit, zda se NLZP zúčastnil nějakého semináře či kurzu, který by se zabýval komunikací. Více než polovina respondentů – 68 (57,14 %) uvedlo odpověď „ne“ a zbylých 21 respondentů (42,86 %) uvedlo odpověď „ano“.

Otázka č. 24: Pokud ano, pomohl Vám tento seminář či kurz zlepšit Vaše komunikační dovednosti?

Tabulka č. 24 – Hodnocení vzdělávacích akcí

Hodnocení vzdělávacích akcí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	23	45,10 %
Spíše ano	17	33,33 %
Nevím	3	5,88 %
Spíše ne	8	15,69 %
Určitě ne	0	0,00 %
Celkem	51	100,00 %

Graf č. 24 – Hodnocení vzdělávacích akcí



Komentář:

Tato otázka byla určena pro respondenty, kteří v otázce č. 23 uvedli odpověď „ano“, díky kterým jsme zjistili, zda jim tyto semináře či kurzy napomohly ke zlepšení komunikačních dovedností. 23 respondentů (45,10 %) uvedlo, že jim tyto vzdělávací akce určitě pomohly. 17 respondentů (33,33 %) označilo odpověď „spíše ano“, 8 respondentů (15,69 %) odpověď „spíše ne“ a zbylí 3 respondenti (5,88 %) uvedli, že neví. Odpověď „určitě ne“ neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 25: Pokud ne, měl/a byste zájem o seminář či kurz zabývající se komunikací?

Tabulka č. 25 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci

Zájem o vzdělávací akci o komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	24	35,29 %
Spíše ano	19	27,94 %
Nevím	16	23,53 %
Spíše ne	9	13,24 %
Určitě ne	0	0,00 %
Celkem	68	100,00 %

Graf č. 25 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci



Komentář:

Tato odpověď byla určena pro respondenty, kteří v otázce č. 23 uvedli odpověď „ne“, díky kterým jsme zjistili, zda by měli zájem o semináře či kurzy o komunikaci, které by jim pomohly zlepšit jejich komunikační dovednosti. 24 respondentů (35,29 %) uvedlo, že by určitě zájem měli, a 19 respondentů (27,94 %) uvedlo „spíše ano“. 16 respondentů (23,53 %) sdělilo, že neví a zbylých 9 respondentů (13,24 %) sdělilo, že spíše by zájem neměli. Odpověď „určitě ne“ nevedl žádný z respondentů.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsme zjišťovali, jaké jsou nejčastější bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu NLZP. Teoretické poznatky byly čerpány z odborné literatury. Praktická část byla uskutečněna za pomoci internetového dotazníku. Celkový počet respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, bylo 153. Z důvodu neúplných odpovědí v dotazníku jsem jich musela 34 vyřadit a počet použitých dotazníků je tedy 119 (77,78 %). Ve výzkumu převažovaly spíše ženy než muži. Nejčastěji byli mí respondenti ve věku 21 – 30 let, poté ve věku 31 – 40 let, dále 41 – 50 let, 6 z nich bylo ve věku nad 51 let a 2 ve věku do 20 let. Získala jsem tedy odpovědi od všech věkových skupin. Největší zastoupení respondentů tvořily všeobecné sestry, dále praktické sestry a nejmenší zastoupení měli ošetřovatelé či ošetřovatelky/sanitáři či sanitářky.

Dílčí cíl č. 1 – Zjistit, jak NLZP vnímá své vlastní komunikační dovednosti a zda má zájem o jejich zlepšení pomocí seminářů či kurzů.

Dílčím cílem č. 1 bylo zjistit, jak NLZP vnímá své vlastní komunikační dovednosti a zda má zájem o jejich zlepšení pomocí seminářů či kurzů. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 6, 21, 22, 23, 24, 25.

Při analýze odpovědí vyplynulo, že více než 90 % respondentů si myslí, že vhodně komunikovat se seniory umí, a pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že komunikovat spíše neumí, což je pozitivní zjištění. Dále 4 respondenti (4 %) sdělili, že své komunikační dovednosti nedokáží posoudit a 3 respondenti (3 %) neví. Otázka č. 21 zjišťovala, zda si NLZP při komunikaci všímá neverbálních projevů. Výsledek je takový, že více než 90 % respondentů si neverbálních projevů všímá. 3 % respondentů uvedly, že si těchto projevů nevšímá, a další 3 % neví. Na otázku, zda se NLZP někdy zúčastnil semináře či kurzu zabývající se komunikací, odpovědělo 51 respondentů (43 %), že ano. Pro celkem 78 % respondentů byla tato vzdělávací akce užitečná a pomohla jim zlepšit jejich komunikační dovednosti. 16 % respondentů uvedlo, že tato akce jim spíše nepomohla a 6 % neví. Ze zbylých 68 respondentů (57 %), kteří se žádných vzdělávacích akcí nezúčastnili, by celkem 63 % o vzdělávací akci mělo zájem. 13 % respondentů zájem spíše nemá a 24 % neví. Dle výsledků můžeme vidět, že vzdělávací akce zabývající se komunikací jsou pro personál velice prospěšné, a proto by se jich mělo zúčastnit, co největší množství NLZP.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl č. 2 – Zjistit, zda má NLZP dostatek času na komunikaci se seniory.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit, zda má NLZP dostatek času na komunikaci se seniory. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 7, 8, 9.

Při zjišťování nejčastějších komunikačních bariér v komunikaci se seniory celkem 37 % odpovědí uvádí, že největší překážkou v komunikaci je nedostatek času. Dále 21 % odpovědí uvádí zhoršení kognitivních funkcí seniora, 15 % smyslové postižení seniora, 15 % nezáměr zdravotnického personálu o komunikaci, 8 % špatné komunikační dovednosti personálu a 3 % nezáměr seniora o komunikaci. Při podrobnějším zjišťování, zda má NLZP dostatek času na komunikaci, více než 60 % respondentů uvedlo, že nemá. Dále 34 % respondentů uvedlo, že čas má. 3 % respondentů neví a 2 % respondentů to nedokáží posoudit. Na otázku, jak často NLZP komunikuje se seniory, více než 50 % respondentů uvedlo, že pouze při ošetrovatelských či zdravotnických výkonech. 23 % respondentů za nimi chodí během dne a povídá si s nimi a 23 % respondentů by rádo komunikovalo více, ale nemají na to čas. Podle výsledků tedy můžeme vidět, že nedostatek času je velice aktuální problém a také je největší bariérou, která brání v komunikaci se seniory.

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.**Dílčí cíl č. 3 – Zjistit, jak NLZP komunikuje se smyslově postiženými seniory a se seniory s demencí.**

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit, jak NLZP komunikuje se smyslově postiženými seniory a se seniory s demencí. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 16, 17, 18, 19 a 20.

Z výsledků na otázku, zda smyslové postižení seniorů přináší NLZP problém v komunikaci vyplývá, že pro 76 % respondentů to problém není, pro 17 % to problém je a 7 % respondentů neví. Úplně nejčastěji využívanou technikou či pomůckou při komunikaci se sluchově postiženými seniory je papír a tužka, kterou využívá celkem 33 % respondentů. Další nejčastější využívanou technikou je zvýšení hlasu (31 %) a nasazení naslouchátka (25 %). Za největší chybu při komunikaci se zrakově postiženými seniory považuje celkem 69 % nedostatečné informování seniora o výkonech, které jdeme provádět. Na otázku, zda je pro NLZP obtížné komunikovat se seniory trpící demencí, odpovědělo téměř 70 %, že není. Celkem 19 % uvedlo, že to pro ně obtížné je a 11 %, že neví. Za největší potíže při komunikaci se seniory s demencí celkem 50 % respondentů

považuje to, že si senior nepamatuje předané informace. Dalším problémem je, že senior s personálem nechce komunikovat (22,69 %) a že nerozumíme tomu, co senior chce (21,85 %).

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Dílčí cíl č. 4 – Zjistit, zda věk, rodina či terminální stav seniora, může být bariérou v komunikaci.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit, zda rodina či terminální stav seniora, může být bariérou v komunikaci. K tomuto dílčímu cíli se vztahovaly výzkumné otázky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Na otázku, zda NLZP preferuje komunikaci s mladšími či staršími pacienty, více než 60 % respondentů uvedlo, že jim je to jedno a nepreferují tím ani jednu věkovou skupinu. 19 % respondentů raději komunikuje se staršími pacienty a 15 % respondentů spíše s mladšími pacienty. Dále jsme zjistili, že pro více než 50 % respondentů není obtížné komunikovat se seniory v terminálním stádiu. Pro 33 % respondentů to obtížné je a 11 % respondentů neví. Více než 50 % respondentů si k seniorovi přisedne a vyslechne ho, pokud má pocit, že už na tomhle světě není potřebný. 34 % respondentů seniorovi řekne, že tohle nemá říkat a 10 % se začne zajímat o jeho biografický příběh, aby našel smysl života. Díky otázce č. 14 jsme zjistili, že více než 90 % respondentů zažilo situaci, kdy rodina zasahovala do komunikace mezi NLZP a seniorem. Přes 50 % respondentů dalo přednost k vyjádření svého názoru napřed seniorovi a 44 % dalo přednost rodině a poté seniorovi.

Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Hlavní cíl - zjistit nejčastější bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu.

Hlavním cílem bylo zjistit nejčastější bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu NLZP. Pomocí stanovených dílčích cílů jsme se postupně dopracovali k výsledkům, které nám tyto bariéry ukázaly. Dotazník nám pomohl zjistit dostačující informace.

Hlavní cíl byl splněn.

6.1 Porovnání s jinou literaturou

Výsledky výzkumu jsem dále srovnávala s výsledky podobně zpracované bakalářské práce Martiny Poklopové z Hradce Králové, která v roce 2016 svou práci úspěšně obhájila.

Hlavním cílem autorčiny práce bylo zjistit a analyzovat bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory z pohledu ošetrovatelského personálu. Na otázku, co je pro autorčiny respondenty největší komunikační bariérou, více než 50 % odpovědělo nedostatek času. A při podrobnějším průzkumu, zda mají respondenti dostatek času na komunikaci, více než 60 % uvedlo, že nemá. Naše výsledky se v tomto tedy velmi shodují. Dále si více než 70 % respondentů myslí, že umí vhodně komunikovat a více než 80 % respondentů by mělo zájem o vzdělávací akci, která by jim zlepšila jejich komunikační dovednosti. V mém výzkumu by o vzdělávací akci mělo zájem pouze 63 % respondentů, což je ve srovnání s výsledky autorky poměrně překvapivé. Myslím si, že zájem dále se vzdělávat by měli mít všichni zdravotničtí pracovníci. Dále je pro 41 % respondentů největším problémem při komunikaci se seniorem s demencí to, že senior nerozumí tomu, co mu říkáme. V mém výzkumu celkem 50 % respondentů považuje za největší problém to, že si senior nepamatuje předané informace. V autorčiných výsledcích to za největší problém považuje pouze 34 %. Naše výsledky se tedy liší. V otázce, jak si personál nejčastěji usnadňuje komunikaci s nedoslýchavými seniory, odpovědělo celkem 46 % respondentů, že si pomáhá zvýšením hlasu. V mém výzkumu je dle mých respondentů nejčastěji využívanou technikou používání papíru a tužky. Druhou nejčastější technikou je ale také zvýšení hlasu, které využívá celkem 31 % respondentů.

Dle Mlýnkové (2011, s. 53-54) je nedostatek času na komunikaci se seniory dlouhodobý problém zdravotnických a sociálních zařízení. Objevuje se spíše v institucionální péči než v domácím prostředí. Řešení podle ní spočívá nejen v dobré organizaci práce a vlastního ošetřování, ale především i v dostatečném počtu personálu. Většina zařízení si ale z finančních důvodů dostatek personálu nemůže dovolit.

Problém s nedostatkem času na komunikaci se seniory se podle Kalvacha a kol. (2011, s. 265) snaží vyřešit program „Pro seniory“, který si klade za cíl zlepšení využití volného času seniorů hospitalizovaných v domovech pro seniory či jiných zdravotnických zařízeních. Kvůli pracovní vytíženosti nemá personál na komunikaci se seniory tolik času, kolik by si sami přáli. Dobrovolníci, kteří navštěvují v zařízeních seniory, jim mohou

věnovat více času, vyslechnout je a popovídat si s nimi. To napomáhá seniorům uspokojovat potřebu informací, potřebu péče o vlastní osobu, jejich sociální potřeby či potřebu emoční podpory a potřebu aktivní náplně jejich volného času. Dle mého názoru má tento program velice pozitivní vliv na náladu a potřeby seniorů. Také určitě pomáhá NLZP zabavit seniory, když oni na ně bohužel z pracovní vytíženosti nemají dostatek času. Myslím si, že by bylo velmi dobré tento program více rozšířit mezi zdravotnická zařízení, ale i mezi samotnou veřejnost a zvýšit tím počet dobrovolníků.

6.2 Doporučení pro praxi

Jak již bylo zmíněno, komunikace je jedním ze základních a nejdůležitějších faktorů v mezilidském dorozumívání. Slouží nám k výměně či šíření našich myšlenek, postojů a emocí. Pro personál pracující ve zdravotnickém zařízení je komunikace nesmírně důležitá k získání všech informací o pacientovi a navázání vzájemné důvěry. Obzvláště při komunikaci se seniory je ale velice důležité ji přizpůsobit jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Mnoho seniorů totiž trpí různými smyslovými postiženími nebo demencí, které jim mohou znemožňovat či komplikovat vnímání toho, co jim sdělujeme. Pokud se seniorem budeme nesprávně komunikovat, může to vést až k apatii a neochotě spolupracovat, proto je důležité znát specifika správné komunikace. Pokud dojde k narušení komunikace, je důležité analyzovat bariéry, které k narušení vedly. Díky správné analýze bariér v komunikaci můžeme učinit kroky, které povedou k odstranění těchto bariér a následnému zlepšení komunikace.

Ze získaných výsledků mého výzkumu vyplývá, že největší problém v komunikaci se seniory nastává především z důvodu nedostatku času ze strany NLZP. Tento problém by dle mého mělo vyřešit rozšíření počtu zdravotnických pracovníků, navýšení platů, přidání benefitů a snížení nároků na „papírovou“ práci. Pomocí těchto kroků by NLZP měl více času na komunikaci se seniory a to by následně vedlo ke zlepšení jejich vzájemného vztahu a uspokojení sociálních potřeb seniorů, které při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení nemusí být dostatečně uspokojeny. Také by určitě pomohlo, kdyby vedení zdravotnických zařízení, zajistilo a financovalo semináře nebo kurzy, které by zlepšily komunikační dovednosti NLZP. Důležité je při komunikaci věnovat pozornost i neverbálním projevům, jako je výraz v obličeji, vyhledávání úlevové polohy či různé gestikulace, které nám v mnoha případech mohou sdělit více, než projevy verbální. Také je vhodná spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří nám napomohou zjistit informace o seniorovi, když on sám toho není schopen. Není ale dobré upřednostňovat názor rodiny před názorem samotného seniora, protože každý člověk má právo na to, aby si o svém životě rozhodoval sám.

Výsledky výzkumu mé bakalářské práce by mohly přispět ke zlepšení vzájemné komunikace mezi NLZP a seniory. Pro mne osobně bylo zpracování tohoto tématu bakalářské práce velmi přínosné a přála bych si, aby má práce pomohla a byla přínosem pro všechny, kteří se seniory pracují.

ZÁVĚR

Téma bakalářské práce je zaměřeno na bariéry komunikace se seniory. Práce se skládá ze dvou částí, a to z části teoretické a části praktické.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se seznamujeme s termínem *komunikace*, kde je popsáno, co tvoří komunikační proces a jaké je dělení komunikace. Druhá kapitola nás informuje o *stárnutí a stáří*, přesněji jeho periodizací, změnami a potřebami ve stáří. Třetí a zároveň poslední kapitola nám popisuje *bariéry komunikace se seniory*, kde se dozvídáme, jaké nejčastější bariéry v komunikaci se seniory můžeme mít a jaká jsou specifika správné komunikace se seniory.

V rámci praktické části byl uskutečněn kvantitativní výzkum pomocí elektronického dotazníkového šetření, které nám odhalilo hlavní cíl bakalářské práce, přesněji jaké jsou nejčastější bariéry v komunikaci se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Byly zodpovězeny i dílčí cíle, které se zabývaly komunikací se smyslově postiženými seniory a seniory s demencí, hodnocením vlastních komunikačních dovedností a účastí na kurzech či seminářích zabývajících se komunikací, případně zjištění zájmu o tyto vzdělávací akce. Dále zda má NLZP dostatek času na komunikaci se seniory a zda věk, rodina či terminální stav seniora může způsobit bariéru v komunikaci. Všechny výsledky tohoto výzkumu jsou zpracovány a dále shrnuty v diskuzi, a z toho následovně vypracováno doporučení pro praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ANTAI-OTONG, Deborah., 2007. *Nurse-client communication: a life span approach*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 07-637-3588-4.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-736-8110-2.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

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

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

PLAMÍNEK, Jiří a Daniel FRANC, 2012. *Komunikace a prezentace: umění mluvit, slyšet a rozumět*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4484-1.

POKLOPOVÁ, Martina, 2016. *Bariéry v komunikaci s hospitalizovanými seniory*. Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Jana Kutnohorská.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

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

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠRAMO, Ján, 2012. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius. ISBN 978-80-87638-00-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

č. číslo

ČR Česká republika

FF fyziologické funkce

např. například

NLZP nelékařský zdravotnický personál

OSN Organizace spojených národů

s. strana

WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

% procento

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Pohlaví	32
Graf č. 2 – Věk	33
Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Graf č. 4 – Pracovní pozice	35
Graf č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví	36
Graf č. 6 – Hodnocení svých komunikačních dovedností	37
Graf č. 7 – Bariéry v komunikaci	38
Graf č. 8 – Dostatek času na komunikaci	40
Graf č. 9 – Častost komunikace se seniory	42
Graf č. 10 – Preferování určité věkové skupiny I.	43
Graf č. 11a – Preferování mladších pacientů	44
Graf č. 11b – Preferování starších pacientů	45
Graf č. 12 – Senioři v terminálním stádiu nemoci I.	47
Graf č. 13 – Senioři v terminálním stádiu nemoci II.	48
Graf č. 14 – Zasahování příbuzných do komunikace I.	50
Graf č. 15 – Zasahování příbuzných do komunikace II.	51
Graf č. 16 – Smyslové postižení	52
Graf č. 17 – Sluchové postižení	53
Graf č. 18 – Zrakové postižení	55
Graf č. 19 – Demence	57
Graf č. 20 – Problém při komunikaci u demence	58
Graf č. 21 – Neverbální projevy	60
Graf č. 23 – Vzdělávací akce	63
Graf č. 24 – Hodnocení vzdělávacích akcí	64
Graf č. 25 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Pohlaví	32
Tabulka č. 2 – Věk	33
Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Tabulka č. 4 – Pracovní pozice	35
Tabulka č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví	36
Tabulka č. 6 – Hodnocení svých komunikačních dovedností	37
Tabulka č. 7 – Bariéry v komunikaci	38
Tabulka č. 8 – Dostatek času na komunikaci	40
Tabulka č. 9 – Častost komunikace se seniory	42
Tabulka č. 10 – Preferování určité věkové skupiny I.	43
Tabulka č. 11a – Preferování mladších pacientů	44
Tabulka č. 11b – Preferování starších pacientů	45
Tabulka č. 12 – Senioři v terminálním stádiu I	47
Tabulka č. 13 – Senioři v terminálním stádiu nemoci II.	48
Tabulka č. 14 – Zasahování příbuzných do komunikace I.	50
Tabulka č. 15 – Zasahování příbuzných do komunikace II.	51
Tabulka č. 16 – Smyslové postižení	52
Tabulka č. 17 – Sluchové postižení	53
Tabulka č. 18 – Zrakové postižení	55
Tabulka č. 19 – Demence	57
Tabulka č. 20 – Problém při komunikaci u demence	58
Tabulka č. 21 – Neverbální projevy	60
Tabulka č. 22 – Neverbální projevy při bolesti	61
Tabulka č. 23 – Vzdělávací akce	63
Tabulka č. 24 – Hodnocení vzdělávacích akcí	64
Tabulka č. 25 – Zájem o vzdělávací akci o komunikaci	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník	79
Příloha č. 2 – Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa	85
Příloha č. 3 – Zásady pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením podle národní rady zdravotně postižených ČR	86

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

Dotazník ke zjištění bariér v komunikaci se seniory

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Touto cestou Vás žádám o vyplnění krátkého dotazníku, který je zaměřen na zjištění bariér v komunikaci se seniory z pohledu nelékařského zdravotnického personálu. Dotazník je zcela anonymní a bude použit jako podklad k mé bakalářské práci na téma „Bariéry komunikace se seniory“ v rámci studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Předem Vám velmi děkuji za ochotu a Váš čas věnovaný dotazníku.

Barbora Vlčková

Pokud u otázky není uvedeno jinak, označte pouze jednu odpověď.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena

2. Kolik je Vám let?
 - a) do 20 let
 - b) 21 – 30 let
 - c) 31 – 40 let
 - d) 41 – 50 let
 - e) nad 51 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské s výučním listem

- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Jaká je Vaše pracovní pozice?

- a) všeobecná sestra
- b) praktická sestra
- c) ošetřovatel/ka, sanitář/ka

5. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let
- d) 21 – 30 let
- e) déle než 31 let

6. Myslíte si, že umíte vhodně komunikovat se seniory?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne
- f) nedokáži posoudit

7. Jaké jsou z Vašeho pohledu největší bariéry v komunikaci se seniorem?

- a) nedostatek času na komunikaci ze strany zdravotnického personálu
- b) smyslové postižení seniora (zrakové, sluchové,...)
- c) špatné komunikační dovednosti zdravotnického personálu
- d) zhoršení kognitivních funkcí seniora (zhoršená krátkodobá paměť, zhoršená pozornost,...)
- e) nezájem zdravotnického personálu o komunikaci se seniory
- f) nezájem seniora o komunikaci

g) jiný důvod – uveďte jaký:

.....

8. Máte dostatek času na komunikaci se seniory?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne
- f) nedokáži posoudit

9. Jak často komunikujete se seniory?

- a) během dne za nimi chodím a povídám si s nimi
- b) pouze při ošetrovatelských či zdravotnických výkonech (odběr krve, měření tlaku, hygiena,...)
- c) nekomunikuji vůbec, nemám zájem o komunikaci
- d) komunikovala bych ráda více, ale nemám na to čas

10. Komunikuje se Vám lépe s mladšími nebo staršími pacienty?

- a) určitě s mladšími pacienty
- b) určitě se staršími pacienty
- c) je mi to jedno

11. Pokud preferujete věkově mladší nebo věkově starší, prosím, stručně uveďte důvod Vaši odpovědi v otázce č. 10 (proč se Vám lépe komunikuje se staršími/mladšími pacienty):

.....

12. Je pro Vás obtížné komunikovat se seniory v terminálním stádiu nemoci?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne

e) určitě ne

13. Jak zareagujete, když Vám senior řekne, že už chce umřít a že je pro tenhle svět už jen na obtíž?

- a) sednu si k němu a vyslechnu ho
- b) řeknu mu, že tohle nemá říkat, že má ještě čas a na obtíž není
- c) zavolám lékaře či jiného kolegu, aby si s ním promluvil
- d) zavolám duchovního, aby si s ním promluvil
- e) neudělám nic a odejdu mlčky z pokoje
- f) začnu se zajímat o jeho biografický příběh, aby našel smysl života
- g) jiné – uveďte jaké:

.....

14. Stalo se Vám někdy, že jste se šel/šla seniora na něco zeptat, ale jeho příbuzní mluvili za něj?

- a) ano, stává se mi to často
- b) občas jsem tuto situaci zažil/a
- c) nikdy se mi to nestalo
- d) nevnímám to

15. Pokud se Vám tato situace stala, co jste dělal/a?

- a) nechal/a jsem prostor seniorovi pro vyslovení svého názoru
- b) nechal/a jsem mluvit rodinu a poté seniora
- c) nebral/a jsem ohledy na názor seniora

16. Dělá Vám problém komunikovat s pacientem se smyslovým postižením (zrakovým, sluchovým,...)?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

17. Jaké techniky a pomůcky využíváte při komunikaci se sluchově postiženým?

- a) zvýším hlas
- b) papír a tužku
- c) znaková řeč
- d) piktogramy
- e) nasadím mu naslouchátko
- f) nic nepoužívám
- g) jiné – uveďte jaké:

.....

18. Co je podle Vás největší chybou ze strany personálu při komunikaci se zrakově postiženým?

- a) nepředstavení se a neoslovení seniora jeho jménem
- b) neinformování o výkonech, které jdeme provádět
- c) nerozloučení se při odchodu
- d) jiný důvod – uveďte jaký:

.....

19. Dělá Vám problém komunikovat se seniorem s demencí?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

20. Co je pro Vás nejhorší při komunikaci se seniorem s demencí?

- a) nepamatuje si informace, které jsem mu předal/a
- b) nechce komunikovat
- c) nerozumím tomu, co senior chce
- d) jiný důvod – uveďte jaký:

.....

21. Všimáte si při komunikaci se seniory neverbálních projevů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Napište, jak se podle Vás bude senior neverbálně projevovat, pokud bude mít bolesti?
(udejte alespoň 2 projevy)

.....

23. Zúčastnil/a jste se někdy nějakého semináře či kurzu, který se zabýval komunikací?

- a) ano (pokračujte na otázku č. 24)
- b) ne (pokračujte na otázku č. 25)

24. Pokud ANO, pomohl Vám tento seminář či kurz zlepšit Vaše komunikační dovednosti?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

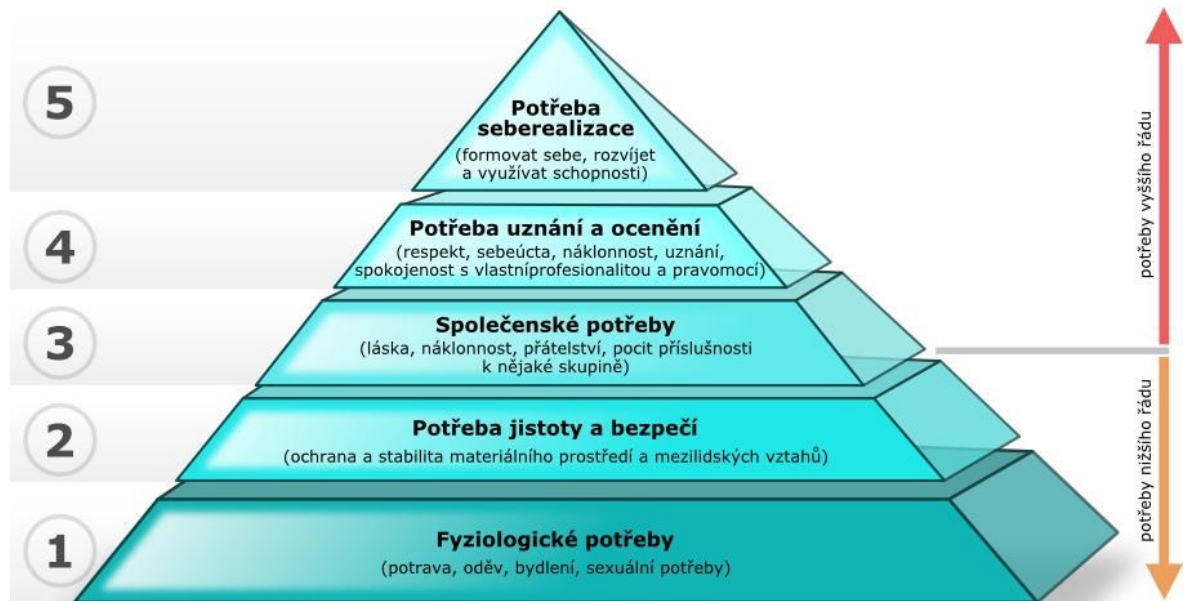
25. Pokud NE, měl/a byste zájem o seminář či kurz na téma zabývající se komunikací?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

26. Pokud máte nějaké poznámky či připomínky k dotazníku, napište je níže:

.....

Příloha č. 2 - Pyramida potřeb podle A. H. Maslowa



Zdroj: *Pyramida potřeb podle A. Maslowa* [online], [cit. 2018-05-09]. Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/04.html>

Příloha č. 3 – Zásady pro komunikaci s pacienty se zdravotním postižením podle národní rady zdravotně postižených ČR

strana 38

ZÁSADY PRO KOMUNIKACI S PACIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PODLE NÁRODNÍ RADY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH ČR*

I. Desatero komunikace s pacienty se sluchovým postižením

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

* Podle: *Problémy v komunikaci zdravotnických pracovníků s pacienty se zdravotním postižením.* Praha : Národní rada zdravotně postižených, 2006. www.nrzp.cz.

strana 39

II. Desatero komunikace s pacienty se zrakovým postižením

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

strana 40

III. Desatero komunikace při doprovázení pacientů se zrakovým postižením

1. **Zdravotnický pracovník jde před nevidomým o krok vpředu.** Nabídne nevidomému doprovod, ale netlačí ho před sebou; jde vždy o krok vpředu.
2. **Při vstupu do místnosti (např. ordinace) průvodce dveře otvírá a nevidomý dveře zavírá.** Průvodce nevidomého neprotlačuje dveřmi ani jej neobchází.
3. **Před vstupem na schodiště upozorní průvodce nevidomého na směr schodiště: „Pozor, schody nahoru“.** Dále mu řekne o prvním a posledním schodu.
4. **Do sanitky nastupuje nevidomý za svým průvodcem.** Průvodce položí nevidomému jeho ruku na horní hranu dveří. Je dobré se jasně dohodnout, kdo zaví.
5. **Při procházení úzkým průchodem jde průvodce vždy první.** Při chůzi zúženým prostorem natáhne průvodce svou paži za záda a nevidomý jde za průvodcem v zákrytu.
6. **Při procházení dveřmi jde průvodce první a nevidomý jde na straně pantů dveří.**
7. **Chce-li si nevidomý sednout, položí průvodce ruku nevidomého na operadlo.** Nevidomému stačí sdělit: „Zde je židle, toto je operadlo“ a on sám okamžitě zjistí její polohu a posadí se.
8. **Průvodce by měl nevidomému pomáhat i na toaletě.** Průvodce ukáže nevidomému toaletu, sdělí mu, o jaký druh toalety se jedná, zkontroluje čistotu WC a řekne mu, kde je papír, splachovací zařízení apod.
9. **Průvodce upozorní nevidomého na netradiční zábranu na chodníku.** Při pohybu venku pomůže nevidomému včasné a nedramatické slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor nebo neobvykle zaparkované nákladní auto na chodníku.
10. **Průvodce své průvodcovství nevidomému nabízí, nikoli vnucuje.**

strana 41

IV. Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením

1. **Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným průvodcem.**
2. **Při nezbytné manipulaci s pohybově postiženým pacientem (uložení na vyšetřovací lůžko, rentgen aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat.** Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.
3. **Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky.** Tím zvyšujeme jeho jistotu.
4. **Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta s pohybovým postižením, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku.** Pacient obvykle ví, které místo je nevhodnější.
5. **Zásadně dbáme na to, aby pacienti s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky.** Zajistíme, aby „vozíčkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.
6. **Při delším pobytu v zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta s pohybovým postižením a snažíme se je odstranit.**
7. **Maximálně se snažíme, aby pacient s pohybovým postižením nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.**
8. **Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky jako je permanentní močový katetr.** Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.
9. **Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient s pohybovým postižením je schopen se najíst, nakrátet si jídlo apod.**
10. **Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC – standardem zdravotnických zařízení by mělo být bezbariérové WC.**

V. Desatero komunikace se seniory (geriatrickými pacienty se zdravotním postižením)

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

VI. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

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

Zdroj: Kalvach a Onderková, 2006, s. 38-43